
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας στην Ασφάλιση της Υγείας

Μαριάνθη Χισαρλή

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

Πειραιάς, 2023

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

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

Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας στις Ασφάλειες Υγείας

Μαριάνθη Χισαρλή, Α.Μ.: ΟΔΥ/2146

Επιβλέπων: Παναγιώτης Ξένος / Επίκουρος Καθηγητής / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

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

Πειραιάς, 2023

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

Long-term Health Care in Health Insurance

Marianthi Chisarli

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

Piraeus, Greece, 2023

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

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

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

Στην αδερφή μου

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Πειραιώς κατά το έτος 2023.

Ευχαριστώ θερμά τον καθηγητή κ. Παναγιώτη Ξένο , για την εμπιστοσύνη του , την αμέριστη συμπαράστασή του, την επιστημονική καθοδήγησή του καθώς και για το αμείωτο ενδιαφέρον που έδειξε καθ' όλη την διάρκεια της συνεργασίας μας.

Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου, καθώς υπήρξαν ανεκτίμητο στήριγμα. Καθώς, χωρίς την πολύτιμη βοήθειά τους δεν θα είχα φτάσει ως εδώ.

Πειραιάς, Σεπτέμβριος 2023

Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας στις Ασφάλειες Υγείας

Σημαντικοί Όροι: μακροχρόνια φροντίδα υγείας, δαπάνες υγείας, ιδιωτική ασφάλιση

Περίληψη

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας και οι χρόνιες παθήσεις ανέκαθεν καταλάμβαναν ένα εξαιρετικά σημαντικό ενδιαφέρον στα πλαίσια των συστημάτων υγείας. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, παρατηρείται ένα διαρκώς εντονότερο ενδιαφέρον, δεδομένου του γεγονότος πως η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η γήρανση του πληθυσμού αυξάνουν τη ζήτηση για τέτοιου είδους υπηρεσίες. Η παρούσα εργασία εστιάζει στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας και τη σχέση με την ιδιωτική ασφάλεια, επιδιώκοντας την ολοκληρωμένη προσέγγιση ενός ζητήματος, το οποίο είναι εξαιρετικά ευάλωτο στις κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και τεχνολογικές αλλαγές. Τόσο η σχετική, επί του θέματος, βιβλιογραφία όσο και η διεθνής πρακτική συντείνουν στην άποψη πως, παρά τα πολλαπλά οφέλη που δύναται να παρέχει, η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας υγείας παραμένει ακόμη σε χαμηλά επίπεδα, όχι μόνο ως αποτέλεσμα των υψηλών ασφαλιστρών, όπως αυτά προκύπτουν από το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής, αλλά και λόγω του χαμηλού βαθμού ετοιμότητας των πολιτών να αντιληφθούν την εν λόγω προοπτική. Σε κάθε περίπτωση, υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης. Ωστόσο, θα πρέπει να τονισθεί πως η ιδιωτική ασφάλιση δεν προσδοκά να αντικαταστήσει το κράτος πρόνοιας, αντιθέτως, διαδραματίζει έναν κατεξοχήν συμπληρωματικό ρόλο.

Long-term Health Care in Health Insurance

Keywords: long-term health care, health expenditures, private insurance

Abstract

Long-term health care and chronic diseases have always occupied an extremely important interest within health systems. In recent years, however, there has been an ever-increasing attention given the fact that the increase of life expectancy and the aging of the population increase the demand for such services. The current study focuses on long-term health care and its relationship with private insurance, attempting a comprehensive approach to an issue that is extremely vulnerable to social, economic, political and technological changes. Both the relevant literature on this theme and the international practice agree that despite the multiple benefits it can provide, private long-term health care insurance still remains at low levels, not only as a result of high insurance premiums and the phenomenon of adverse selection, but also due to the low degree of readiness of the citizens to perceive this perspective. In any case, there is a significant margin for growth. However, it should be highlighted that private insurance does not seek to replace the social benefits, but, on the contrary, plays an eminently complementary role.

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	3
ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ	3
1.1 Η έννοια της υγείας	3
1.2 Η έννοια της φροντίδας.....	4
1.3 Κράτος Πρόνοιας	5
1.4 Ο ορισμός της Μακροχρόνιας Φροντίδας υγείας.....	6
1.5 Διάκριση Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας.....	8
1.6 Λήπτες Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας	11
1.7 Πάροχοι Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας.....	12
1.8 Το περιβάλλον της ΜΦΥ σήμερα	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	22
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	22
2.1 Έννοια και συστήματα κοινωνικής ασφάλισης	22
2.2 Τρόποι χρηματοδότησης.....	25
2.3 Διάκριση χρηματοδότησης και αποζημίωσης.....	27
2.4 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας	30
2.5 Το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	38
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ	38
3.1 Βασικές έννοιες της ιδιωτικής ασφάλισης στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας	38
3.2 Βιβλιογραφική επισκόπηση	39

3.3	Ανάλυση της διεθνούς εμπειρίας	41
3.4	Ευρωπαϊκή Ένωση – Χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.....	44
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	48
	ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ	48
4.1	Το μέλλον της ιδιωτικής ασφάλισης στη ΜΦΥ	48
4.2	Κοινωνικές ανισότητες.....	49
4.3	Κίνητρα	50
4.4	Προτάσεις βελτίωσης.....	52
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	54
	Πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι"	55

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Καλές πρακτικές μακροχρόνιας φροντίδας υγείας	19
Πίνακας 2: Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας 2017-2021	32
Πίνακας 3: Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2017-2021	33
Πίνακας 4: Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2017-2021	34
Πίνακας 5: Συγκεντρωτική παρουσίαση πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας επιλεγμένων χωρών (Βάλβης, 2022)	42
Πίνακας 6: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας 2016-2020 – χώρες Ο.Ο.Σ.Α. (Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)	44
Πίνακας 7: Ιδιωτικές δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα υγείας 2016-2020 – χώρες Ο.Ο.Σ.Α. (Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)	47

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Εξέλιξη δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας σε δις €	31
Διάγραμμα 2: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π.	32
Διάγραμμα 3: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2017-2021 (εκατ. ευρώ)	33
Διάγραμμα 4: Σύγκριση ιδιωτικών δαπανών υγείας Ελλάδα – χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. ...	46

Κατάλογος Σχημάτων

Σχήμα 1: Θάνατοι και γεννήσεις στην Ελλάδα 1960-2020 (Πηγή Eurostat)	15
Σχήμα 2: Προσδόκιμο ζωής 1960-2020.....	15
Σχήμα 3: Δείκτης εξάρτησης γήρατος	16
Σχήμα 4: Προσδόκιμο επιβίωσης και προσδόκιμο επιβίωσης σε καλή υγεία (στα 60)	17
Σχήμα 5: Ποσοστό ατόμων με μακροχρόνιο πρόβλημα υγείας ή περιορισμό στις δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας ανά ηλικία	18
Σχήμα 6: Ποσοστό ατόμων που χρειάζονται βοήθεια/ παραπάνω βοήθεια με καθημερινές λειτουργίες αυτοεξυπηρέτησης.....	18

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όπως στην πλειοψηφία των χωρών του δυτικού κόσμου, έτσι και στην Ελλάδα, η κοινωνική ευημερία και η ραγδαία ιατροτεχνολογική πρόοδος έχουν οδηγήσει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την υπογεννητικότητα, «ευθύνονται» για την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων. Ανάλογη, βέβαια, είναι η κατάσταση και σε άλλες χώρες όπως για παράδειγμα η Ιταλία (Μπαλούρδος & Χρυσάκης, 2006).

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός πως, όσο πιο γερασμένη είναι μια κοινωνία, τόσο μεγαλύτερες είναι οι ανάγκες της για υγειονομική περίθαλψη και δη για μακροχρόνια φροντίδα υγείας, εύκολα γίνεται αντιληπτό πως τα επόμενα χρόνια τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας θα κληθούν να αντιμετωπίσουν σημαντικές προκλήσεις στο εν λόγω πεδίο. Το μεγαλύτερο βάρος επωμίζεται, φυσικά, η κοινωνική ασφάλιση, η οποία εξ ορισμού έχει ως αντικείμενο την κάλυψη των δαπανών υγείας, ενώ σημαντική είναι η συμβολή και του κρατικού προϋπολογισμού. Ωστόσο, οι εξελίξεις των τελευταίων ετών και κυρίως η χρηματοπιστωτική κρίση κατέστησαν επιτακτική την ανάγκη εξεύρεσης εναλλακτικών λύσεων. Στα πλαίσια των μνημονιακών της δεσμεύσεων η χώρα ανέλαβε την υποχρέωση για δραστική μείωση των δαπανών υγείας, εξωθούμενη σε οριζόντιες περικοπές, οι οποίες ενέτειναν ακόμη περισσότερο τις χρόνιες παθολογίες του Ε.Σ.Υ..

Και ενώ σε θεωρητικό επίπεδο θα ανέμενε κανείς την αύξηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, στην πράξη δεν παρατηρήθηκε κάτι τέτοιο, τουλάχιστον όχι στον ανάλογο βαθμό. Εν αντιθέσει με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, ως αποτέλεσμα, αφενός των υψηλών ασφαλιστρών, και αφετέρου λόγω της έλλειψης ασφαλιστικής κουλτούρας.

Η παρούσα εργασία εστιάζει στο εν λόγω πεδίο ενδιαφέροντος, προσεγγίζοντας τη μακροχρόνια φροντίδα υπό το πρίσμα της ασφάλισης υγείας, έχοντας ως στόχο τη χαρτογράφηση της παρούσας κατάστασης και τη δημιουργία ενός τρόπου, τινά οδηγού, για το εγγύς και το απώτερο μέλλον. Εξάλλου, πρόκειται για ένα ζήτημα το οποίο δε χαρακτηρίζεται από στασιμότητα, αλλά αντίθετα από μια δυναμική φύση.

Όσον αφορά τη δομή της εργασίας, την εισαγωγή ακολουθεί το πρώτο κεφάλαιο, όπου εξετάζονται οι βασικές έννοιες της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και

της σημασίας της στα σύγχρονα υγειονομικά συστήματα. Στο δεύτερο κεφάλαιο, το ενδιαφέρον μετατοπίζεται στη χρηματοδότηση των δαπανών υγείας, με ιδιαίτερη αναφορά στο ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης. Το τρίτο κεφάλαιο διερευνά τη σχέση μεταξύ της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και της ιδιωτικής ασφάλισης μέσα από την ανάλυση της διεθνούς εμπειρίας, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο σκιαγραφούνται οι τρέχουσες τάσεις και προοπτικές στο υπό μελέτη πεδίο. Τέλος, δίνονται τα συμπεράσματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΒΑΣΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Πριν προχωρήσουμε σε ειδικότερα ζητήματα, όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας και την ασφάλιση, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούμε συνοπτικά στις βασικές έννοιες που διέπουν το, υπό μελέτη, ζήτημα. Το παρόν κεφάλαιο επιτελεί έναν, καθαρά, εισαγωγικό σκοπό με στόχο να δημιουργήσει ένα σύντομο θεωρητικό υπόβαθρο. Αρχικά, εξετάζονται οι έννοιες της υγείας, της φροντίδας και του κράτους πρόνοιας, ενώ, στη συνέχεια, αναλύεται το πλαίσιο αναφοράς της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας και οι διακρίσεις αυτής. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη ζήτηση και την προσφορά μακροχρόνια φροντίδας υγείας, μέσα από τη μελέτη των παρόχων και των ληπτών των υπηρεσιών.

1.1 Η έννοια της υγείας

Η έννοια της υγείας στην διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας, διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς, από τους περισσότερους, όμως, θεωρούνταν, ολιστικά, σαν ένα είδος αρμονίας μέσα στο άτομο και μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντός του. Στην σύγχρονη εποχή, έχει γίνει αντιληπτό ότι το αγαθό «υγεία», περιλαμβάνει διαστάσεις που μπορούν να προφυλάξουν και να αυξήσουν την ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας.

Ο όρος της υγείας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ορίζεται σαν «μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία νόσου ή αναπηρίας» (1946). Ο ορισμός αυτός, όμως, στερείται μιας γενικότερης κοινωνικοποιημένης αντίληψης περί υγείας, η οποία δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους, καθώς και στις ικανότητες του ατόμου να πραγματοποιεί τις φιλοδοξίες και τις ανάγκες του. Ως εκ τούτου, θεμέλιοι λίθοι της επίτευξης της υγείας του κοινωνικού συνόλου αποτελούν, η ειρήνη, η κοινωνική δικαιοσύνη στην κατανομή των πόρων, καθώς, και η όσο το δυνατόν καθολικότερη πρόσβαση στις δομές υγείας, για το σύνολο των κοινωνικών στρωμάτων.

Κατά συνέπεια, η υγεία ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με έντονη δυναμική, δεν αποτελεί ένα μέγεθος με ποσοτικά χαρακτηριστικά, αφού δύσκολα μπορούν να μετρηθούν οι διαστάσεις της βιολογικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας.

Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξαν οι Dimond και Jones το 1983 μετά από μελέτη ποικίλων ορισμών και μοντέλων που αφορούν την υγεία. Επιβεβαίωσαν, δηλαδή, πως η αξιολόγηση της υγείας, εξαρτάται από τις κλίμακες αξιών και τις περιστάσεις ζωής των ανθρώπων που εμπλέκονται σ' αυτήν. Συνεπώς, η Υγεία είναι μια δύσκολη ως προς τον προσδιορισμό της έννοια, αφού είναι κάτι που σπάνια επιτυγχάνεται, αν και τα περισσότερα άτομα δρουν και κινούνται προς την κατεύθυνση αυτή. Η υγεία προσδιορίζεται από την κουλτούρα, την κοινωνία και από περιβαλλοντικές παραμέτρους. Η ιδανική υγεία είναι δυνατό να επιτευχθεί, όταν μπορεί να υπάρξει μια αρμονία μεταξύ των παραπάνω παραμέτρων και όταν οι ατομικές και κοινωνικές απόψεις, για την επίτευξή της, συμφωνούν.

1.2 Η έννοια της φροντίδας

Η φροντίδα είναι μια πολυδιάστατη έννοια, καθώς, ο κάθε άνθρωπος διαμορφώνει συγκεκριμένη στάση για την φροντίδα ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνει, με τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις και το πολιτιστικό περιβάλλον στο οποίο ανήκει. Το μεγαλύτερο κίνητρο των ατόμων για την παροχή φροντίδας πηγάζει από την αέναη προσπάθειά του να ικανοποιήσει τις ανάγκες του. Είναι οι βιολογικές, ψυχολογικές, κοινωνικές ανάγκες με ανώτερη την αυτοπραγμάτωση, με βαθύτερη επιθυμία να έχει τον άλλον στην ζωή του, κάτι που τον βγάζει από τον εαυτό του και τον οδηγεί σε αλληλεπίδραση με τον άλλον.

Η φροντίδα άρχισε να αποκτά επιστημονική διάσταση από την Florence Nightingale, η οποία θεωρείται «μητέρα» της νοσηλευτικής επιστήμης. Η φροντίδα αποτελεί την βάση της νοσηλευτικής, αλλά δεν αποτελεί αποκλειστικότητα της, καθώς αποτελεί τη βάση και άλλων επιστημών που ασχολούνται με τον άνθρωπο. Σύμφωνα με την θεωρία της Jean Watson, η φροντίδα είναι ένα σύστημα αξιών που έχει ως αποτέλεσμα της προστασία και την ενδυνάμωση της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Το ιδεώδες της φροντίδας περιέχει τις αξίες, θέληση για δέσμευση, γνώσεις και δραστηριότητες φροντίδας. Ο Φροντιστής εισέρχεται στην εμπειρία ενός άλλου και ο άλλος άνθρωπος στην εμπειρία του φροντιστή.

Έχουν δοθεί πολλά μοντέλα και θεωρητικές προσεγγίσεις γύρω από την έννοια της φροντίδας. Ωστόσο, οι πλειοψηφία των θεωρητικών συμφωνούν ότι, η έννοια της φροντίδας ταυτίζεται με την νοσηλευτική επιστήμη και συνδέεται απόλυτα με την ύπαρξή της. Σύμφωνα με τις βασικές αρχές της νοσηλευτικής επιστήμης, η φροντίδα που δέχεται ένα άτομο ορίζεται ως εξής: 1) Είναι μια πλήρης ολότητα σε κάθε λεπτό της ζωής του 2) Δέχεται φροντίδα με αξιακό σύστημα, που πηγάζει από την ανθρώπινη υπόστασή του 3) Ζει αποδεχόμενο φροντίδα συνεχώς 4) Ζει βασιζόμενο στην φροντίδα 5) Βελτιώνεται συμμετέχοντας σε σχέσεις φροντίδας.

1.3 Κράτος Πρόνοιας

Ως βασικό κοινωνικό αγαθό, η υγεία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του κράτους πρόνοιας, χαρακτηριστικό γνώρισμα του οποίου είναι «η έντονη κοινωνική του λειτουργία, που στοχεύει στην ευημερία του πληθυσμού μέσω της κάλυψης των κοινωνικών αναγκών, την κοινωνική προστασία από τυχόν κινδύνους και τη μείωση των ανισοτήτων» (Μενή, Αποστολάκης, & Σαράφης, 2021). Βέβαια, ο τρόπος με τον οποίο «εκφράζεται» το κράτος πρόνοιας σε κάθε χώρα, ποικίλει ανάλογα με τις ανάγκες, τις πολιτικές κατευθύνσεις και τις προτεραιότητες που τίθενται κατά περίπτωση. Καταλήγουμε, λοιπόν, σε διαφορετικά μοντέλα του κράτους πρόνοιας, η τυπολογία των οποίων στηρίζεται στη σύνθεση τριών πυλώνων: του κράτους, της οικογένειας και της αγοράς (Dedopoulou, Malavazos, M., & Sarafis, 2019).

Ειδικότερα, πρώτος ο Titmuss, στα μέσα της δεκαετίας του 70, διακρίνει τρεις τύπους κοινωνικής πολιτικής: (1) το υπολειμματικό μοντέλο, (2) το βιομηχανικό μοντέλο και (3) το θεσμικό ή αναδιανεμητικό μοντέλο. Το 1990, ο Andersen κάνει λόγο για «προνοιακό καθεστώς», το οποίο μπορεί να έχει (1) φιλελεύθερη, (2) συντηρητική ή (3) κοινωνική – δημοκρατική χροιά. Λίγα χρόνια αργότερα, ο Ferrera προτείνει την επέκταση της εν λόγω προσέγγισης αναγνωρίζοντας ένα «νότιο μοντέλο» το οποίο αναφέρεται στα κράτη της Νοτίου Ευρώπης (Μενή, Αποστολάκης, & Σαράφης, 2021).

Η κατάταξη των χωρών σύμφωνα με τα παραπάνω μοντέλα καθορίζει το επίπεδο των κοινωνικών παροχών που προσφέρονται κατά περίπτωση, ενώ παράλληλα το μίγμα κοινωνικής πολιτικής διαμορφώνει αυτό το οποίο ονομάζουμε κράτος

πρόνοιας. Στην Ευρώπη, αφετηρία για την ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους αποτέλεσε η λήξη του Β' Παγκοσμίου Πολέμου. Ωστόσο στη χώρα μας, ουσιαστικά το κράτος πρόνοιας άρχισε να διαμορφώνεται μετά το 1974, καθώς έως τότε οι κοινωνικές και οι πολιτικές συνθήκες καθιστούσαν ιδιαίτερα δυσχερή μια τέτοια προσέγγιση. Η ανάπτυξη βέβαια σε εγχώριο επίπεδο συνέπεσε χρονικά με την κρίση του κοινωνικού κράτους διεθνώς. Ως εκ τούτου η χώρα μας δεν κατάφερε ποτέ να διαμορφώσει τις κατάλληλες συνθήκες. Σε όλα τα παραπάνω μάλιστα, ήρθε να προστεθεί η τρέχουσα κρίση την οποία διανύουμε, η οποία ενέτεινε ακόμη περισσότερο τα προβλήματα. Οι χρόνιες παθολογίες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής πολιτικής λοιπόν δεν κατάφεραν ποτέ να αντιμετωπισθούν αποτελεσματικά.

Όσον αφορά την τυπολογία, στη χώρα μας παρατηρείται το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο όπως είναι προφανές, το οποίο αποτελεί μία μίξη του μοντέλου του Bismark όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση και του μοντέλου του Beveridge όσον αφορά τον τομέα της υγείας. Το εν λόγω σύστημα χαρακτηρίζεται από μειωμένη αποτελεσματικότητα και έντονες ανισότητες όσον αφορά τις κοινωνικές παροχές.

Εξάλλου, σε επίπεδο Ε.Ε. η Ελλάδα, μαζί με την Ιταλία, την Ισπανία και την Πορτογαλία, συγκροτούν το μεσογειακό μοντέλο στο οποίο οι κοινωνικές παροχές κυμαίνονται σε χαμηλά επίπεδα και η πρόνοια επαφίεται στους ισχυρούς οικογενειακούς δεσμούς στα πλαίσια της κοινωνίας.

Συνολικά, κυριαρχεί η θεσμική ευνοιοκρατία, καθώς έντονο είναι το φαινόμενο των πελατειακών σχέσεων μεταξύ κράτους και πολίτη. Μάλιστα, εντύπωση προκαλεί το γεγονός πως ενώ οι κοινωνικές δαπάνες του κράτους καταλάμβαναν ένα σημαντικό μέρος του προϋπολογισμού, εντούτοις στην πράξη τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα, γεγονός που καταδεικνύει τη σπατάλη πόρων και την αναποτελεσματικότητα του συστήματος κοινωνικής πολιτικής.

1.4 Ο ορισμός της Μακροχρόνιας Φροντίδας υγείας

Στο παρελθόν, η έννοια της μακράς φροντίδας ήταν άρρηκτα συνδεδεμένη με την φροντίδα σε έναν οίκο ευγηρίας. Στην σημερινή εποχή, έχει μια πιο ευρεία έννοια με ένα μεγαλύτερο φάσμα από υπηρεσίες. Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας αναφέρεται

στο φάσμα των ιατρικών, κοινωνικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών που παρέχονται για εκτεταμένη περίοδο σε άτομα που έχουν χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες που περιορίζουν την ικανότητά τους να φροντίσουν τον εαυτό τους. Οι υπηρεσίες της μακροχρόνιας φροντίδας μπορούν να παρέχονται σε ποικίλα περιβάλλοντα, όπως στο σπίτι, σε οίκους ευγηρίας, σε εγκαταστάσεις υποβοηθούμενης διαβίωσης ή σε νοσοκομεία. Επιπρόσθετα, περιλαμβάνουν βοήθεια σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όπως μπάνιο, ντύσιμο και φαγητό, καθώς και ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη. Η εργοθεραπεία καθώς και η παρηγορητική φροντίδα για άτομα με σοβαρές ασθένειες, εστιάζει στην διαχείριση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η εποπτική αρχή της ασφαλιστικής αγοράς στην Νέα Υόρκη δίνει τον εξής ορισμό: Η μακρά φροντίδα περιλαμβάνει ευρείες ιατρικές, προσωπικές και κοινωνικές υποστηρικτικές υπηρεσίες, τις οποίες χρειάζονται τα άτομα που δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις βασικές ανάγκες τους για ένα μεγάλο διάστημα εξαιτίας ατυχήματος, ασθένειας ή αδυναμίας. Η μακρά φροντίδα αφορά βοήθεια από άλλο πρόσωπο, προκειμένου να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, όταν αυτές δεν μπορεί να τις πραγματοποιήσει το ίδιο άτομο μόνο του.

Ο ορισμός αυτός προσδιορίζει πως η μακρά φροντίδα έχει μια πιο ευρεία έννοια από τη φροντίδα στο σπίτι, περιλαμβάνει φροντίδα στο σπίτι και κοινωνική φροντίδα. Έτσι, τα βασικά στοιχεία που περιλαμβάνει η μακρά φροντίδα είναι: 1) η ανάγκη για ιατρικές, προσωπικές και κοινωνικές υπηρεσίες, 2) η ανάγκη προέρχεται από ατύχημα, ασθένεια ή αδυναμία 3) οι υπηρεσίες προσφέρονται από άλλα πρόσωπα, αμειβόμενα ή μη, στο σπίτι ή σε έναν εξειδικευμένο οίκο 4) οι υπηρεσίες έχουν ως στόχο να βοηθήσουν το άτομο να πραγματοποιεί τις απαραίτητες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Εν γένει, τα συστήματα μακροχρόνιας φροντίδας υγείας συμβάλλουν στην αποφυγή δυσανάλογα υψηλών δαπανών υγείας, ενώ παράλληλα ενισχύουν και τον κοινωνικό ρόλο ευπαθών ομάδων όπως οι γυναίκες. Μάλιστα, παρόλο που δεν υπάρχει συστηματική μελέτη δεδομένων που αφορούν τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας σε διεθνές επίπεδο, η ανάλυση σε κρατικό επίπεδο αναδεικνύει την ύπαρξη σοβαρών κενών κυρίως σε χώρες μέσων και χαμηλών εισοδημάτων. Βέβαια, η μακροχρόνια φροντίδα δεν περιορίζεται αποκλειστικά στο πεδίο της υγείας, αλλά περιλαμβάνει και

άλλες δραστηριότητες της καθημερινότητας. Παρά ταύτα, στα πλαίσια της παρούσας εργασίας επικεντρωνόμαστε στην υγεία.

Σύμφωνα με τον OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) (2005) και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2013), η Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας συνιστάται σε μια σειρά από υπηρεσίες που απαιτούνται από τα άτομα τα οποία χρειάζονται βοήθεια στις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, λόγω χρόνιας σωματικής ή ψυχικής αναπηρίας. Ουσιαστικός στόχος της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι η παροχή υψηλού επιπέδου προστασίας έναντι του κινδύνου σε ασθένειας ή απώλειας της αυτονομίας, καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης και η γήρανση του πληθυσμού έχουν αυξηθεί σημαντικά. Ωστόσο, ο όρος μακροχρόνια φροντίδα δεν είναι ενιαίος σε όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι διαφοροποιήσεις μεταξύ των κρατών-μελών αφορούν διαφορές στο χρόνο παραμονής σε δομές φροντίδας, στο εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών καθώς και τη, συχνά, δυσδιάκριτη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στις ιατρικές υπηρεσίες (παροχές υγείας) και τις μη ιατρικές (κοινωνικές).

1.5 Διάκριση Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας

Όπως προαναφέρθηκε, η μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη αναφέρεται σε μια σειρά ιατρικών και μη ιατρικών υπηρεσιών. Έχουν σχεδιαστεί για να υποστηρίζουν τα άτομα που χρειάζονται συνεχή βοήθεια λόγω χρόνιων παθήσεων, αναπηριών ή βρίσκονται σε προχωρημένη ηλικία. Αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να περιλαμβάνουν ιατρική περίθαλψη, αποκατάσταση, βοήθεια σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και κοινωνική υποστήριξη. Η συνεχής φροντίδα υγείας και η παροχή υπηρεσιών διαχωρίζεται σε Επίσημη/τυπική (formal) και σε Ανεπίσημη/ άτυπη (informal).

Η τυπική μακροχρόνια φροντίδα υγείας παρέχεται κυρίως από επαγγελματίες φροντιστές επί αμοιβής, είτε εντός του σπιτιού, είτε σε κάποια επίσημη δομή. Έχουν λάβει ειδική εκπαίδευση ούτως ώστε να παρέχουν φροντίδα στον πάσχοντα με επιστημονικό τρόπο. Τα άτομα αυτά μπορεί να είναι νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί καθώς και επαγγελματικά εκπαιδευόμενο προσωπικό πάνω σε ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία του ατόμου διανοητική, ψυχολογική και σωματική.

Στην ανεπίσημη μορφή, οι φροντιστές ορίζονται ως άνθρωποι που παρέχουν οποιαδήποτε βοήθεια σε μέλη της οικογένειας, φίλους και άτομα του κοινωνικού τους

δικτύου, που ζουν μέσα ή έξω από το νοικοκυριό τους και χρειάζονται βοήθεια για καθημερινές εργασίες. Βασικό χαρακτηριστικό τους είναι ότι παρέχουν φροντίδα χωρίς κάποια οικονομική αποζημίωση.

1.5.1 Επίσημη/τυπική Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι πιο χαρούμενοι και υγιείς, όταν μπορούν να διατηρήσουν, όσο περισσότερο γίνεται, τον έλεγχο των υποθέσεών τους και την ανεξαρτησία τους. Η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται τόσο σε δομές δημοσίου τομέα όσο και ιδιωτικού. Το κράτος και μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί συμβάλλουν στη δημόσια και δωρεάν μακροχρόνια φροντίδα. Οι δημόσιες δομές παροχής μακροχρόνιας φροντίδας διακρίνονται σε ανοιχτού και κλειστού τύπου. Στις δομές ανοιχτού τύπου περιλαμβάνονται τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ), τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) που παρέχουν νοσηλευτική φροντίδα και φροντίδα των αναγκών διαβίωσης. Ακόμη, πραγματοποιούνται δραστηριότητες για την ανάπτυξη δεξιοτήτων και ψυχαγωγίας.

Επιπλέον, δομές είναι τα Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας για ΑμεΑ (ΚΔΗΦ), που απασχολούν δημιουργικά, άτομα με αναπηρίες, Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης (ΣΥΔ) που προσφέρουν διαμονή σε άτομα με νοητική υστέρηση και Κέντρα Δημιουργικής Απασχόλησης Ατόμων με Αναπηρία (Κ.Δ.Α.Π.ΜΕ.Α.) που αφορούν κυρίως παιδιά. Παράλληλα, υπάρχει το πρόγραμμα βοήθεια στο σπίτι που αποτελεί κατ' οίκον μακροχρόνια περίθαλψη και στοχεύει στην ποιοτική βελτίωση της καθημερινότητας των ηλικιωμένων και των ΑμεΑ.

Στις δομές κλειστού τύπου συγκαταλέγονται οι Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων και τα Κέντρα Κοινωνικής Πρόνοιας, που παρέχουν ιδρυματική φροντίδα στους δικαιούχους.

Όσον αφορά τις ιδιωτικές δομές, αυτές περιλαμβάνουν ιδιωτικές κλινικές, μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων αλλά και κατ' οίκον προγράμματα, τα οποία ονομάζονται και «κέντρα φροντίδας ζωής», παρέχουν ένα εύρος ευαίσθητων υπηρεσιών, που αντικατοπτρίζει το επίπεδο της φροντίδας και βοήθειας που χρειάζεται κάθε άτομο. Σε πολλές περιπτώσεις τα ασφαλιστήρια μακράς φροντίδας δεν καλύπτουν το κόστος αυτών των κέντρων, μπορεί όμως να δοθεί κάποιο επίδομα. Η αποζημίωση συνήθως έχει τη μορφή ενός αρχικού μεγάλου ποσού και ακολουθούν μηνιαία

επιδόματα, ανάλογα με το επίπεδο της φροντίδας που απαιτείται. Ένα πλεονέκτημα των κέντρων διαρκούς φροντίδας, είναι ότι το άτομο μπορεί να λάβει διάφορα επίπεδα φροντίδας, χωρίς να χρειαστεί να φύγει από την κοινότητα.

1.5.2 Ανεπίσημη/ Άτυπη Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας.

Ο ακρογωνιαίος λίθος οποιουδήποτε συστήματος μακροχρόνιας φροντίδας είναι οι οικογενειακοί φροντιστές. Ως ανεπίσημος φροντιστής προσδιορίζεται το άτομο που παρέχει φροντίδα, χωρίς κάποια οικονομική αποζημίωση και μπορεί να είναι οποιοδήποτε άτομο ανεξάρτητα από το κοινωνικό ή μορφωτικό επίπεδο, την κουλτούρα και την ηλικία. Όταν γίνεται αναφορά σε άτομο που παρέχει ανεπίσημη φροντίδα σε κάποιο μέλος της οικογένειάς του, το οποίο είναι εξαρτώμενο από αυτό, μπορεί να προσδιορίζεται και ως «οικογενειακός φροντιστής».

Στην ανεπίσημη φροντίδα, οι φροντιστές προσφέρουν κατά κανόνα όση περισσότερη βοήθεια μπορούν και για όσο χρόνο απαιτείται, καθώς οι συναισθηματικοί δεσμοί υπερτερούν άλλων προβληματισμών ή εμποδίων. Η άτυπη φροντίδα είναι ευεργετική για τους λήπτες, αφού η βοήθεια παρέχεται από οικεία πρόσωπα.

Η παροχή άτυπης φροντίδας αποτελεί ανακούφιση για τα δημόσια οικονομικά, καθώς προϋποθέτει λιγότερες δαπάνες για την μακροχρόνια περίθαλψη. Πολλές Ευρωπαϊκές χώρες έχουν ως στόχο την τόνωση της φροντίδας κατ' οίκον, καθώς, αυτό, εκτός από το οικονομικό όφελος που επιφέρει, συμβάλλει στην διατήρηση της ανεξαρτησίας των ανθρώπων και είναι προτιμότερο, τόσο από τους ασθενείς όσο και από τις οικογένειές τους. Οι επιδοματικές πολιτικές αν σχεδιαστούν σωστά μπορούν να υποστηρίξουν την παροχή άτυπης φροντίδας στο σπίτι και ταυτόχρονα μπορούν να συμβάλλουν στην καλύτερη αξιοποίηση των πόρων και των κρατικών δομών μακροχρόνιας μέριμνας. Ακόμη, η άτυπη φροντίδα ενισχύεται με τα κατάλληλα κίνητρα προς τους άτυπους φροντιστές, ώστε να μπορούν να παραμένουν στην αγορά εργασίας όσο διάστημα διαρκεί η φροντίδα των οικείων τους.

1.5.3 Εθελοντές φροντιστές

Σημαντικό μερίδιο στην προσφορά μακροχρόνιας φροντίδας υγείας κατέχεται από τους εθελοντές. Οι περισσότεροι εθελοντές συνήθως δεν γνωρίζουν προσωπικά τα

εξαρτώμενα άτομα, τα οποία έχουν ανάγκη για φροντίδα υγείας. Η αλληλεγγύη, ο αλtruισμός και η αυτοβελτίωση αποτελούν κάποια από τα κυριότερα κίνητρα των εθελοντών για την ενασχόληση με τη φροντίδα υγείας.

Τα κίνητρα της αυτοβελτίωσης ή αυτοανάπτυξης επιδεικνύονται κυρίως από νεότερους σε ηλικία εθελοντές, καθώς προσπαθούν να ξεκινήσουν την επαγγελματική τους σταδιοδρομία. Τα ορμέμφυτα της αλληλεγγύης, αποτυπώνουν την ανάγκη των εθελοντών για κοινωνική αλληλεπίδραση. Αντίθετα, τα κίνητρα του αλtruισμού καθρεφτίζουν την αξία τους επικουρώντας άλλους συνανθρώπους τους.

1.6 Λήπτες Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας

Οι μακροχρόνιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης απαιτούνται συνήθως από άτομα με χρόνιες ή μακροχρόνιες παθήσεις, που απαιτούν συνεχή ιατρική φροντίδα, υποστήριξη και βοήθεια σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Οι κύριοι αποδέκτες μακροχρόνιων υπηρεσιών υγείας είναι ηλικιωμένα άτομα, λόγω γήρανσης ή αναπηρίας και ενήλικες-παιδιά, λόγω χρόνιων παθήσεων.

1.6.1 Ηλικιωμένα άτομα

Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, αυξάνονται και οι ανάγκες τους για φροντίδα. Ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων που πάσχουν από προβλήματα που σχετίζονται με την άνοια ή τη νόσο του Alzheimer, αποτελούν τους κυριότερους χρήστες της μακροχρόνιας φροντίδας. Είναι σύνηθες, η προχωρημένη ηλικία ενός ατόμου να συσχετίζεται με την έννοια της αδυναμίας-ευπάθειας και της συννοσηρότητας. Ο συγκεκριμένος όρος έχει επισημανθεί ως ένα ανεξάρτητο γηριατρικό σύνδρομο και έχει την έννοια της προοδευτικής φυσιολογικής εξασθένησης των σωματικών και νοητικών λειτουργιών του ατόμου. Αυξημένη ευπάθεια-ευαισθησία σε ασθένειες και σε θάνατο, αυξημένη ευαισθησία σε οξείες ασθένειες και αναπηρίες αλλά και απώλεια λειτουργικότητας του ατόμου, είναι τα χαρακτηριστικά αυτού του όρου.

1.6.2 Ενήλικες και παιδιά

Η κατηγορία αυτών των χρηστών της εν λόγω φροντίδας μπορεί να αντιμετωπίζει χρόνιες ασθένειες, προβλήματα ανικανότητας αλλά και σωματικής ή νοητικής αναπηρίας.

1. Τα άτομα με αναπηρίες, όπως η εγκεφαλική παράλυση, η σκλήρυνση κατά πλάκας ή οι κακώσεις του νωτιαίου μυελού, απαιτούν μακροχρόνιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης για την διαχείρισή τους και την διατήρηση της ποιότητας ζωής τους.
2. Ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, όπως σακχαρώδης διαβήτης, καρδιακές παθήσεις ή νεοπλασματική ασθένεια, χρειάζονται συνεχή ιατρική φροντίδα, θεραπεία και υποστήριξη για την διαχείριση της ασθένειας και των καταστάσεων που προκύπτουν από αυτήν.
3. Τα άτομα που αναρρώνουν από τραυματισμό ή χειρουργική επέμβαση ενδέχεται να χρειαστούν μια μακράς διάρκειας φροντίδα που συμπεριλαμβάνει τις φυσιοθεραπείας και την εργοθεραπεία.
4. Παιδιά με ειδικές ανάγκες, όπως αυτισμός, σύνδρομο Down χρειάζονται ειδική μεταχείριση και μια μακρά φροντίδα προκειμένου να ευδοκιμήσουν και να είναι λειτουργικά στο σύνολο της κοινωνίας.

Συνεπώς, παρόλο που ο όρος αδυναμία-ευπάθεια είναι πιο ευρύτερα διαδεδομένος στα ηλικιωμένα άτομα και σε εκείνα με πολλαπλές ασθένειες, μπορεί να υπάρχει ανεξάρτητα από την ηλικία του ατόμου.

1.7 Πάροχοι Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας

Επικεντρώνοντας το ενδιαφέρον στην τυπική μακροχρόνια φροντίδα υγείας, τρεις είναι οι κύριοι πάροχοι: το κράτος μέσω του δημοσίου συστήματος υγείας, η ιδιωτική πρωτοβουλία, όπως αυτή αντιπροσωπεύεται από την ιδιωτική ασφάλιση και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, οι οποίες δραστηριοποιούνται στο εν λόγω πεδίο. Το μεγαλύτερο μέρος της ζήτησης, φυσικά, ικανοποιείται στα πλαίσια του δημοσίου τομέα, αν και τα τελευταία χρόνια οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αυξάνονται με ταχείς ρυθμούς. Δεδομένου ότι οι μη κυβερνητικές οργανώσεις έχουν έναν κατά βάση

εθελοντικό χαρακτήρα, στις ενότητες που ακολουθούν αναπτύσσονται ο ρόλος του κράτους και της ιδιωτικής ασφάλισης.

1.7.1 Ο ρόλος του κράτους

Η ΜΦΥ δεν είχε πάντοτε την ίδια βαρύτητα με σήμερα, που θεωρείται αναπόσπαστο τμήμα κάθε προηγμένου συστήματος υγείας. Μέχρι και τη δεκαετία του 1970, επρόκειτο για μια, εν πολλοίς, άγνωστη έννοια. Η Γαλλία αποτέλεσε ηγέτιδα στην θεμελίωσή της ως ξεχωριστού κλάδου, ενώ σημαντικές ήταν και οι δράσεις οι οποίες ελήφθησαν στην Τσεχία. Κατά τα πρώτα χρόνια, τα προγράμματα τα οποία σχεδιάζονται, εστιάζουν σε επιδοματικές πολιτικές για τη στήριξη των χρονίως πασχόντων. Σταδιακά, βέβαια, γίνεται αντιληπτό πως απαιτείται μια, σαφώς, πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση, μέσω ενός μεγάλου φάσματος υπηρεσιών μέσω δομών όπως ιδρύματα, οίκοι ευγηρίας, κέντρα αποκατάστασης κλπ. Μάλιστα, στις μέρες μας πλέον, η τυπική μακροχρόνια φροντίδα υγείας παρέχεται και στο σπίτι μέσω κατάλληλα σχεδιασμένων προγραμμάτων, η χρηματοδότηση των οποίων προέρχεται από δημόσιους πόρους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα στη χώρα μας αποτελεί η υπηρεσία «Βοήθεια στο σπίτι», τα βασικά στοιχεία της οποίας παρουσιάζονται παρακάτω, στο παράρτημα 1, στο τέλος της παρούσας εργασίας.

Τόσο η ιδρυματική φροντίδα, όσο και η βοήθεια στο σπίτι, χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω των ασφαλιστικών ταμείων και χαρακτηρίζονται ως ανταποδοτικές παροχές. Ο δημόσιος τομέας, εκτός από τις παροχές σε είδος, χρησιμοποιεί και επιδοματικές πολιτικές μη ανταποδοτικού χαρακτήρα στα πλαίσια της κοινωνικής πρόνοιας. Οι μη ανταποδοτικές παροχές προϋποθέτουν συνήθως ένα συγκεκριμένο επίπεδο εισοδήματος και δεν είναι καθολικές.

1.7.2 Ιδιωτική Μακροχρόνια Φροντίδα Υγείας

Η διαρκώς αυξανόμενη ανάγκη για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας έχει οδηγήσει τα τελευταία χρόνια στην έντονη δραστηριοποίηση της ιδιωτικής ασφάλισης στο υπό μελέτη πεδίο. Εν προκειμένω, βέβαια, υπάρχουν δύο επιλογές, υπό την έννοια πως οι ιδιωτικοί πάροχοι ΜΦΥ είναι δυνατόν, είτε να λειτουργούν εντελώς αυτόνομα και ανεξάρτητα, είτε συμπληρωματικά στο δημόσιο τομέα. Στην πρώτη περίπτωση κατατάσσονται οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, ενώ στη δεύτερη μπορούμε να

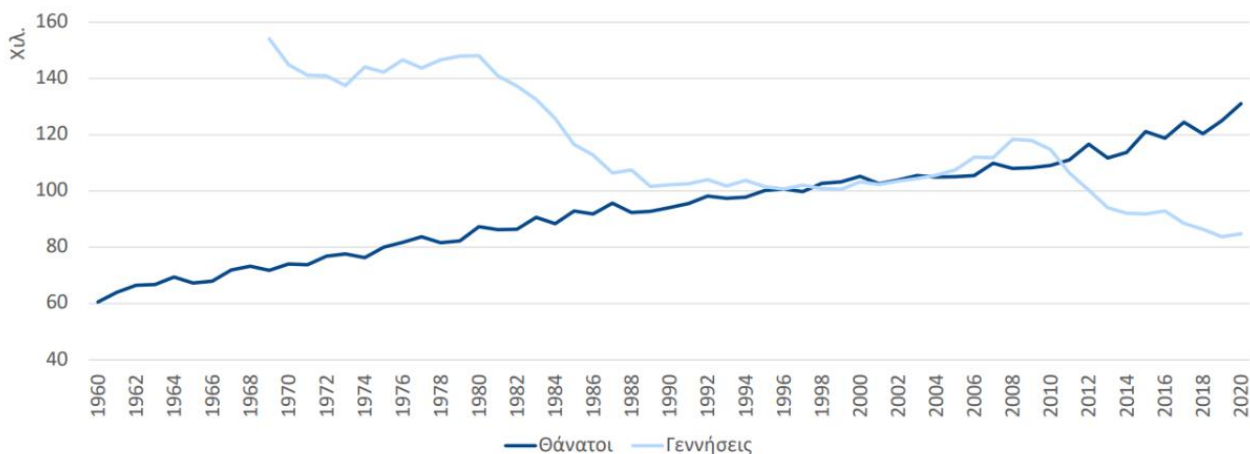
εντάξουμε χώρες όπως, η Γαλλία και η Γερμανία. Όσον αφορά το αντικείμενό της, η ιδιωτική ΜΦΥ, πέραν των προγραμμάτων στήριξης, συμπεριλαμβάνει και προγράμματα πρόληψης μέσω ασφαλιστηρίων συμβολαίων.

Εν γένει, η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας υγείας περιλαμβάνει ασφαλιστικά προγράμματα, χρηματοδοτούμενα από προσωπικά κεφάλαια, στα πλαίσια των οποίων η εκάστοτε ασφαλιστική εταιρεία αναλαμβάνει να παρέχει τις συμπεφωνημένες καλύψεις υγείας στον λήπτη της ασφάλισης έναντι συγκεκριμένου αντιτίμου (ασφαλίστρου). Τα ασφάλιστρα δε σχετίζονται κατά κανόνα με το εισόδημα, παρά το γεγονός πως πολλές φορές απευθύνονται σε πολύ συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες.

1.8 Το περιβάλλον της ΜΦΥ σήμερα

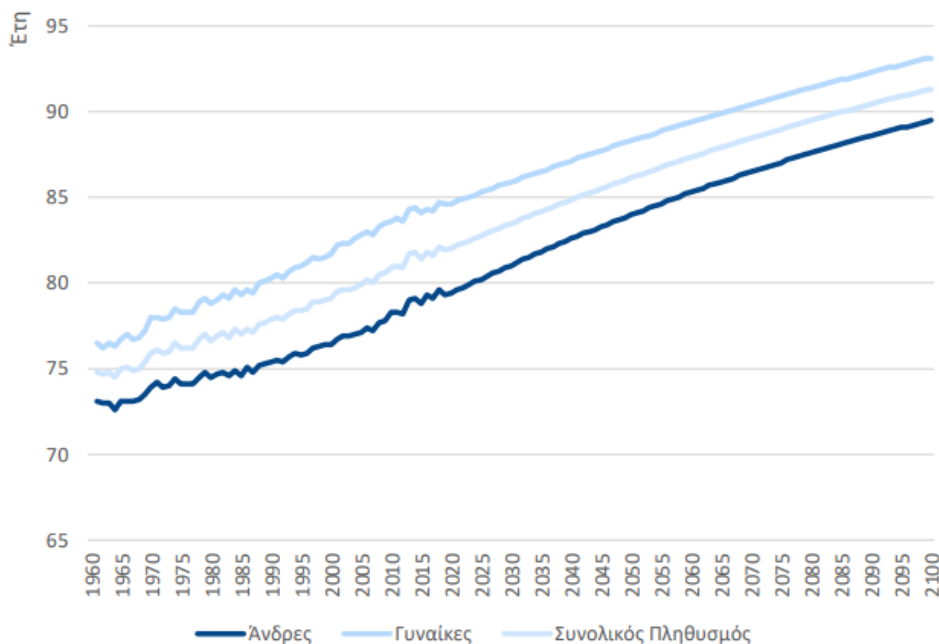
Κλείνοντας το παρόν κεφάλαιο, κρίνεται σκόπιμη μια αναφορά στους παράγοντες εκείνους οι οποίοι ενισχύουν τη ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα υγείας στο σημερινό περιβάλλον. Ως κυριότερος παράγοντας, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, προβάλλει η γήρανση του πληθυσμού, υπό την έννοια πως σε πολλές χώρες το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών αναμένεται να τριπλασιαστεί έως το 2050. Στην Εσθονία και τη Χιλή, για παράδειγμα, εκτιμάται ότι οι άνω των 65 θα αντιπροσωπεύουν ένα ποσοστό της τάξεως του 30% τη δεκαετία 2040-2050, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για την Ουγγαρία και την Ελβετία εκτιμάται σε 24% και 10% αντίστοιχα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο, ο πληθυσμός των εξαρτημένων ηλικιωμένων προβλέπεται να υπερδιπλασιαστεί έως το 2040.

Όσον αφορά τη χώρα μας, με εξαίρεση τα έτη από το 2011 και έπειτα (μείωση 4% μεταξύ 2011 και 2021), ο πληθυσμός παρουσιάζει μια σταθερά ανοδική τάση από τη δεκαετία του 1960. Το ποσοστό γονιμότητας, ωστόσο, είχε ήδη αρχίσει να εμφανίζει πτωτικές τάσεις από τα τέλη της δεκαετίας του 1970. Στο σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζονται συγκριτικά οι θάνατοι και οι γεννήσεις των τελευταίων εξήντα ετών.

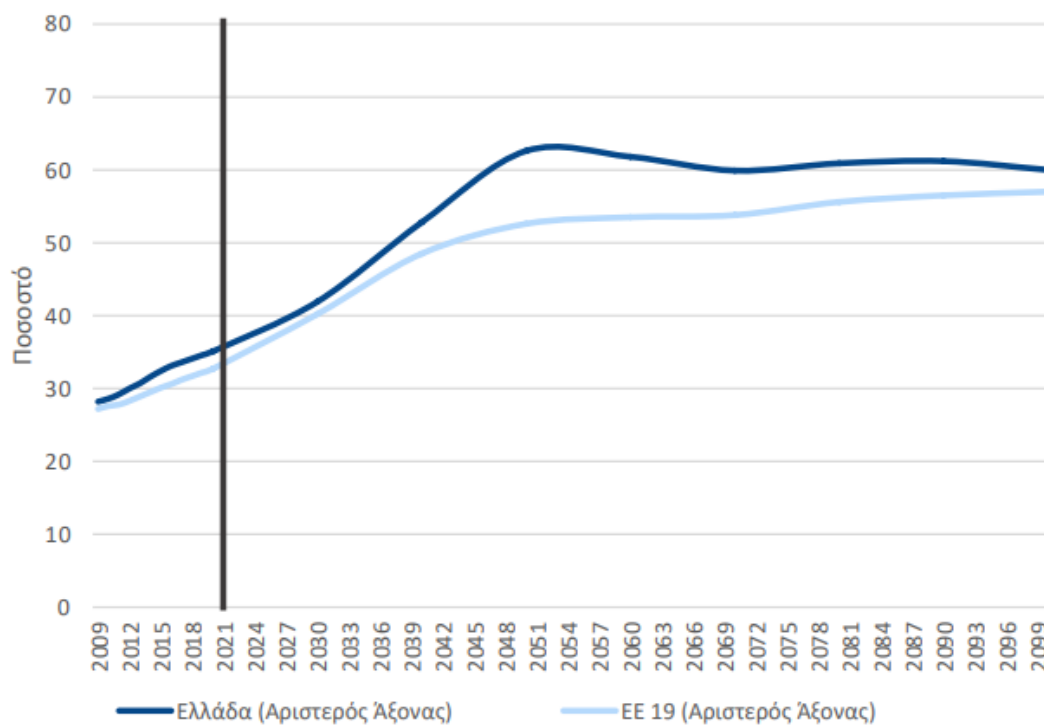


Σχήμα 1: Θάνατοι και γεννήσεις στην Ελλάδα 1960-2020 (Πηγή Eurostat)

Η Ελλάδα αναμένεται να έχει μεγαλύτερη ποσοστιαία πληθυσμιακή μείωση στα επόμενα 100 έτη σε σύγκριση με την Ευρωζώνη. Ειδικότερα, στο χειρότερο σενάριο ο πληθυσμός της χώρας προβλέπεται να μειωθεί κατά 24% έως το 2100, ενώ την ίδια στιγμή ο μέσος όρος για τις χώρες της Ευρωζώνης υπολογίζεται σε 5%. Από την άλλη πλευρά, εντελώς αντίθετη είναι η πορεία του προσδόκιμου ζωής, αν και ο δείκτης εξάρτησης γήρατος δείχνει σταδιακά να ομαλοποιείται. Τα σχετικά δεδομένα παρουσιάζονται στα ακόλουθα σχήματα.

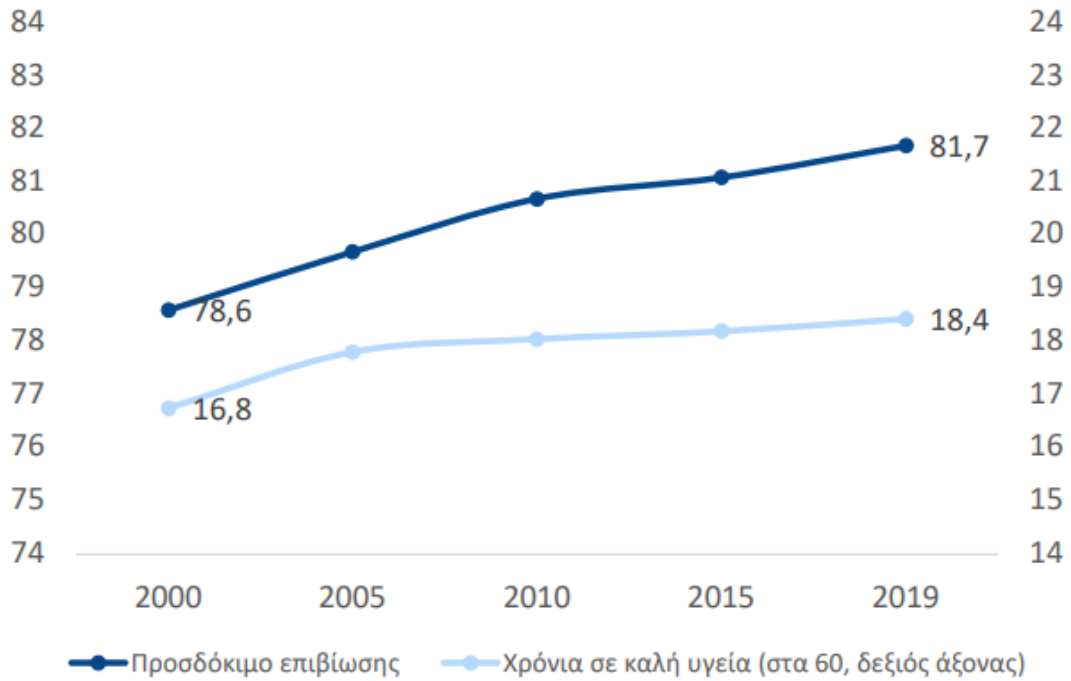


Σχήμα 2: Προσδόκιμο ζωής 1960-2020



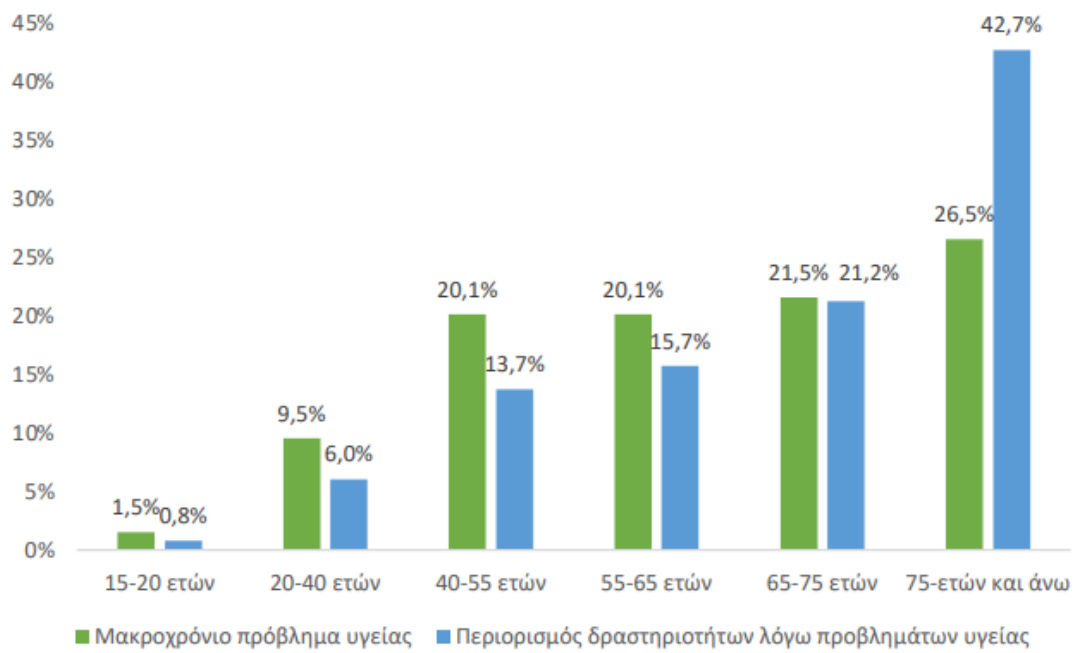
Σχήμα 3: Δείκτης εξάρτησης γήρατος

Άλλοι παράγοντες οι οποίοι συμβάλλουν προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, τη μείωση της οικογενειακής φροντίδας και την αύξηση του ποσοστού των ατόμων με άνοια και των ατόμων με ειδικές ανάγκες. Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, το προσδόκιμο ζωής δε σημαίνει απαραίτητα πως τα άτομα αυτά διαβιούν και με καλή υγεία, όπως μπορούμε να παρατηρήσουμε στο ακόλουθο σχήμα.

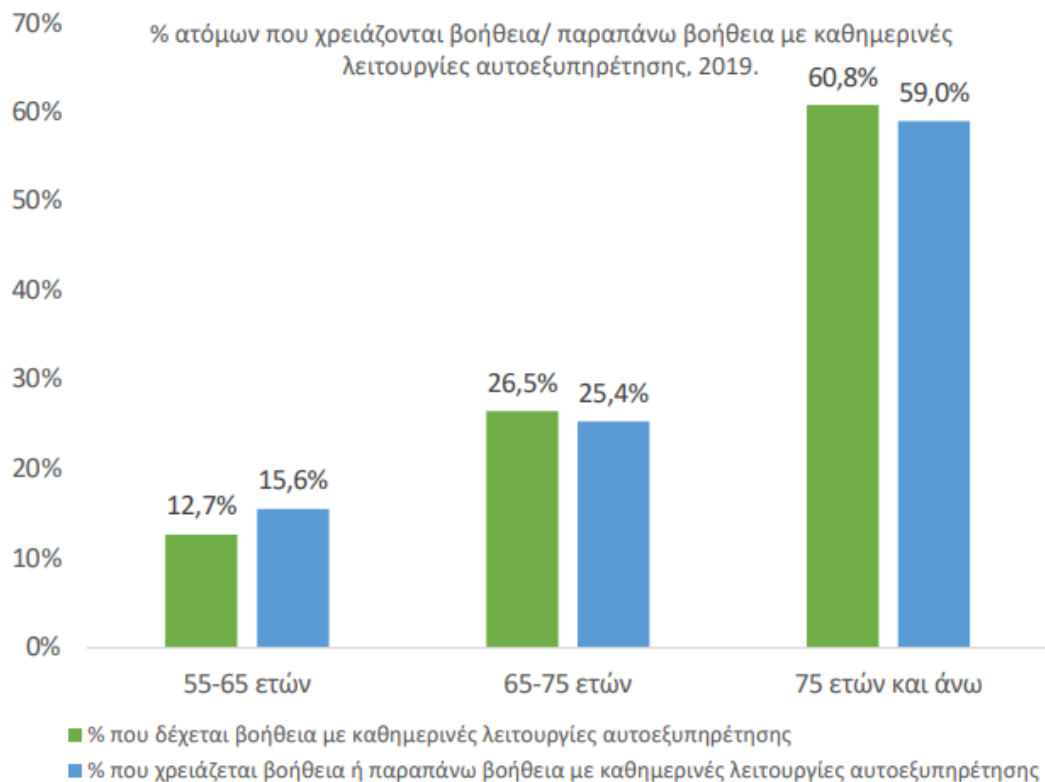


Σχήμα 4: Προσδόκιμο επιβίωσης και προσδόκιμο επιβίωσης σε καλή υγεία (στα 60)

Εξάλλου, οι μεγαλύτερες ηλικίες αναπόφευκτα συνδέονται και με μεγαλύτερα προβλήματα υγείας. Η επικράτηση των χρόνιων και εκφυλιστικών νοσημάτων αλλά και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης σε «κακή» υγεία συνεπάγεται την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Επίσης αυξάνεται η ζήτηση για μακροχρόνια φροντίδα (καθώς και σχετικές υπηρεσίες π.χ., φυσικοθεραπείες, φροντίδα αποκατάστασης).



Σχήμα 5: Ποσοστό ατόμων με μακροχρόνιο πρόβλημα υγείας ή περιορισμό στις δραστηριότητες λόγω προβλημάτων υγείας ανά ηλικία



Σχήμα 6: Ποσοστό ατόμων που χρειάζονται βοήθεια/ παραπάνω βοήθεια με καθημερινές λειτουργίες αυτοεξυπηρέτησης

Σε κάθε περίπτωση, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην ποιότητα, η οποία, εξάλλου, αναγάζεται σε βασική προτεραιότητα σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας. Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση, μάλιστα, έχει αναπτυχθεί το «Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Ποιότητας για τις υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας», το οποίο περιλαμβάνει αρχές και κατευθυντήριες γραμμές για την ευημερία και την αξιοπρέπεια των ηλικιωμένων που έχουν ανάγκη για φροντίδα και βοήθεια. Ειδικότερα, οι τομείς ενδιαφέροντος είναι οι εξής:

- Παρεμπόδιση και καταπολέμηση της κακοποίησης και παραμέλησης των ηλικιωμένων
- Ενίσχυση των ηλικιωμένων που έχουν ανάγκη από φροντίδα και δημιουργίες ευκαιριών συμμετοχής
- Εξασφάλιση καλών εργασιακών συνθηκών και εργασιακού περιβάλλοντος και επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό
- Ανάπτυξη κατάλληλων φυσικών υποδομών
- Ανάπτυξη μιας εταιρικής προσέγγισης
- Ανάπτυξη ενός συστήματος καλής διακυβέρνησης
- Ανάπτυξη μίας επαρκούς επικοινωνίας και ευαισθητοποίησης

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται καλές πρακτικές όσον αφορά τη ΜΦΥ από διάφορες χώρες της Ε.Ε.

Πίνακας 1: Καλές πρακτικές μακροχρόνιας φροντίδας υγείας

Αυστρία	Προώθηση για αυτονομία από Τμήματα για επαναδραστηριοποίηση και έντονη γηριατρική σε αρκετά νοσοκομεία
	Πολύ-επαγγελματική Ομάδα για υπηρεσίες σχετικές με την άνοια

Βέλγιο	<p>Ομοσπονδίες βοήθειας και φροντίδας στο σπίτι, ένας διαχειριστής για ηλικιωμένους στο σπίτι</p> <hr/> <p>Νυχτερινή φροντίδα</p>
Τσεχία	<p>Ανώτερη Ακαδημία: μαθήματα για την κακοποίηση των ηλικιωμένων</p> <hr/> <p>Πρότυπα ποιότητας στην κοινωνική φροντίδα</p>
Φινλανδία	<p>Νόμιμο δικαίωμα για την αξιολόγηση των αναγκών για τα άτομα ηλικίας 75 και άνω</p> <hr/> <p>Ιστοσελίδα δημόσιας χρηματοδότησης, για τη σύγκριση υγειονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών</p>
Γαλλία	<p>Προγράμματα κατάρτισης για επαγγελματίες MobiQual</p> <hr/> <p>Υποχρεωτική εσωτερική αξιολόγηση στις υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι</p>
Γερμανία	<p>Ομοσπονδιακή Ένωση τηλεφωνικών κέντρων, παροχής συμβουλών και υπηρεσιών καταγγελιών για ηλικιωμένους (BAG)</p> <hr/> <p>Διαδυκτιακή ομάδα στήριξης για τους περιθάλποντες ασθενών με άνοια</p> <hr/> <p>Δίκτυο Παρακολούθησης Φροντίδας</p>
Ιρλανδία	<p>Θετική Εβδομάδα Γήρανσης</p>

	Φιλικές-ηλικιακά κομητείες
	Πλατφόρμα υπηρεσιών και εργαλείων για τους οικογενειακούς φροντιστές και τους οικιακούς βοηθούς φροντίδας
Ολλανδία	Πρωτοβουλία ‘Πολύτιμη φροντίδα’
Σλοβενία	Συμβουλευτική γραμμή βοήθειας για την κοινωνική ασφάλεια και υγεία
Σουηδία	Υπηρεσίες του επιστάτη για τους Ηλικιωμένους
	Εθνικές βασικές αξίες για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Έχοντας αναπτύξει τις βασικές έννοιες της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, στο παρόν κεφάλαιο το ενδιαφέρον μετατοπίζεται στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, κάνοντας πρώτα μια σύντομη εισαγωγή στην κοινωνική ασφάλιση. Σε πρώτο στάδιο αναλύονται οι διαφορετικοί τρόποι χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, ενώ παράλληλα πραγματοποιείται μια διάκριση μεταξύ χρηματοδότησης και αποζημίωσης. Ακολουθεί η χαρτογράφηση της παρούσας κατάστασης, όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα, κάνοντας εκτενή αναφορά στο ζήτημα της δυσμενούς επιλογής, το οποίο απασχολεί έντονα την ασφάλιση ως θεσμό από κοινού με τον ηθικό κίνδυνο.

2.1 Έννοια και συστήματα κοινωνικής ασφάλισης

Παρά το γεγονός πως περικλείει ένα ευρύ φάσμα επιμέρους στοιχείων, οι ορισμοί που δίνονται για την κοινωνική ασφάλιση σε γενικές γραμμές συγκλίνουν. Αρχής γενομένης από την ασφάλιση, μεμονωμένα, αυτή καθορίζεται από ένα σύνολο κινδύνων ή καλύτερα όμοιων κινδύνων που αντιμετωπίζει ένα σύνολο ατόμων. Η προστασία έναντι αυτών των κινδύνων δεν είναι φυσικά δυνατόν να παρέχεται δωρεάν, αλλά απαιτείται η καταβολή ενός αντιτίμου. Αυτό ακριβώς το κενό έρχεται να καλύψει η ασφάλιση μέσω μιας εισφοράς ή ενός ασφαλιστρού. (Κιάντου, 2005)

Ειδικότερα όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση, μπορούμε σε αυτήν να κατατάξουμε «οποιοδήποτε πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που θεσπίζεται από τη νομοθεσία ή οποιαδήποτε άλλη υποχρεωτική ρύθμιση, που παρέχει στα άτομα ένα βαθμό εισοδηματικής ασφάλειας όταν αντιμετωπίζουν τα ενδεχόμενα γήρατα, επιβίωση, ανικανότητα, αναπηρία, ανεργία ή ανατροφή παιδιών και μπορεί επίσης να προσφέρει πρόσβαση σε θεραπευτική ή προληπτική ιατρική περίθαλψη» σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση Κοινωνικής Ασφάλισης. Ως εκ τούτου, περιλαμβάνει προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, καθολικά προγράμματα, συστήματα αμοιβαίων παροχών, εθνικά ταμεία πρόνοιας και εν γένει κάθε ρύθμιση η οποία προσανατολίζεται στη συγκεκριμένη κατεύθυνση.

Σε κάθε περίπτωση, πρόκειται για ένα καθολικό δικαίωμα το οποίο αναγνωρίζεται στο σύνολο του αναπτυγμένου αλλά και του αναπτυσσόμενου κόσμου. Παρά, μάλιστα, το γεγονός πως κάθε χώρα ενσωματώνει την κοινωνική ασφάλιση στο εθνικό της δίκαιο με διαφορετικό τρόπο, υπάρχουν ορισμένες κοινές γραμμές σε όλα τα συστήματα. Η Ευρωπαϊκή Ένωση (Ε.Ε.) διασφαλίζει ένα κοινό πλαίσιο αναφοράς στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης μέσα από σύνολο διαδικασιών που ορίζουν ότι α άτομα που μετακινούνται σε άλλη χώρα της ΕΕ δεν χάνουν την ασφαλιστική τους κάλυψη (π.χ. συνταξιοδοτικά δικαιώματα, υγειονομική περίθαλψη). Σύμφωνα με τους κανόνες της ΕΕ, ένα άτομο μπορεί να υπόκειται κάθε φορά στη νομοθεσία κοινωνικής ασφάλισης μόνο μιας χώρας, και επομένως πρέπει να καταβάλλει τις εισφορές του μόνο στην εν λόγω χώρα. (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2023)

Οι πολιτικές οι οποίες αναπτύσσονται στα πλαίσια της κοινότητας υπόκεινται στον Κανονισμό (ΕΚ) αριθ. 883/2004 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 29ης Απριλίου 2004 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας.

Τα διάφορα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τα οποία έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς είναι δυνατό να διαχωριστούν σε τρεις ευρείες κατηγορίες όπως αυτές παρουσιάζονται στις ενότητες που ακολουθούν σύμφωνα με τη φιλοσοφία που το κάθε ένα εξ αυτών υιοθετεί.

2.1.1 Αναδιανεμητικά συστήματα

Αρχικά έχουμε τα διανεμητικά ή αναδιανεμητικά συστήματα, τα οποία έχουν ως διήκουσα γραμμή το συνταξιοδοτικό ζήτημα. Σε ένα διανεμητικό σύστημα οι εισφορές των ενεργών ασφαλισμένων, των εργαζομένων, αποτελούν πηγή άντλησης χρηματοδότησης για τις συντάξεις οι οποίες καταβάλλονται. Στηρίζεται, δηλαδή στην αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών υπό την έννοια πως οι νεότεροι «πληρώνουν» τους γηραιότερους. Η επιλογή αυτή, παρά το γεγονός πως είναι εξαιρετικά διαδεδομένη στην Ηπειρωτική Ευρώπη, παρουσιάζει ένα σημαντικό μειονέκτημα το οποίο έγκειται στο γεγονός πως τα διανεμητικά συστήματα είναι εξαιρετικά ευάλωτα στις αλλαγές οι οποίες συντελούνται σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Βασικές πηγές χρηματοδότησης ενός τέτοιου συστήματος αποτελούν (Esping- Andersen, Gallie, Hemerijck, & Myles, 2006):

- οι ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλονται από τους εργαζομένους
- οι εργοδοτικές εισφορές
- τα κρατικά έσοδα (όπως αυτά προκύπτουν από τη φορολογία)

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, η εύρυθμη λειτουργία και η βιωσιμότητα ενός αναδιανεμητικού συστήματος στηρίζεται στην ικανότητα του εργατικού δυναμικού να καλύπτει τις ανάγκες των συνταξιοδοτούμενων. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, η γήρανση του πληθυσμού και τα υψηλά επίπεδα ανεργίας θέτουν εν αμφιβόλω την επιτυχία του όλου εγχειρήματος. Εξάλλου, η έλλειψη ανταποδοτικότητας δημιουργεί επιπλέον κίνητρα για πρόωρη συνταξιοδότηση. (Φέτση, 1990)

2.1.2 Κεφαλαιοποιητικά συστήματα

Εν αντιθέσει με τα αναδιανεμητικά, τα κεφαλαιοποιητικά συστήματα ακολουθούν μια εκ διαμέτρου αντίθετη προσέγγιση. Οι ασφαλιστικές εισφορές οι οποίες κρατούνται από τον εργαζόμενο σωρεύονται και επενδύονται σε ένα λογαριασμό και του επιστρέφονται όταν αυτός αποχωρήσει από την εργασία του και συνταξιοδοτηθεί. Το ποσό της σύνταξης προκύπτει κάθε φορά ως μια σύνθεση επιμέρους παραγόντων όπως το προσδόκιμο ζωής και την απόδοση κεφαλαίου. Το κάθε άτομο, δηλαδή, επανεισπράττει τις δικές του εισφορές και όχι αυτές των άλλων εργαζομένων. (Σακελλαρόπουλος, 1999)

Η ευθύνη, εν προκειμένω, ανήκει στα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία θα πρέπει να επενδύουν τις εισφορές των ασφαλισμένων εις τρόπον ώστε να διασφαλίζεται η μέγιστη δυνατή απόδοση με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο. Βασικό πλεονέκτημα των κεφαλαιοποιητικών συστημάτων είναι η ικανότητά τους να προσαρμόζονται στις δημογραφικές αλλαγές. (Προβόπουλος & Καπόπουλος, 2001)

Ως μειονέκτημα, από την άλλη μεριά, λογίζεται το γεγονός πως οι πόροι των ασφαλιστικών ταμείων υπόκεινται στις δυνάμεις της αγοράς και επηρεάζονται άμεσα και σε μεγάλο βαθμό από τις χρηματοοικονομικές εξελίξεις συμπεριλαμβανομένου του πληθωρισμού. Ουσιαστικά, το μοντέλο αυτό προσομοιάζει στη φιλοσοφία των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. (Θεοδωρουλάκης & Κουμαριανός, 2012)

2.1.3 Συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης

Στα συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης οι παροχές οι οποίες δίνονται σε κάθε άτομο είναι άμεσα συνδεδεμένες με τον κίνδυνο που αυτό φέρει και το ασφάλιστρο το οποίο καταβάλλει. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες κατά την επένδυση των κεφαλαίων τους επιτυγχάνουν κατά κανόνα υψηλότερες αποδόσεις, γεγονός το οποίο καθιστά δυνατή την παροχή μεγαλύτερων καλύψεων στους ασφαλισμένους. Σε κάθε περίπτωση, η βασική διαφορά μεταξύ ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης έγκειται στο στοιχείο της υποχρεωτικότητας (Βουρλούμης, 2005).

2.2 Τρόποι χρηματοδότησης

Σε όλη τη σύγχρονη ιστορία της ανθρωπότητας, η υγεία καταλάμβανε ένα εξαιρετικά σημαντικό ρόλο, όντας άρρηκτα συνδεδεμένη με την ανάπτυξη και την ευημερία. Εξάλλου, εκ των πραγμάτων, αλληλεπιδρά με ένα ευρύ φάσμα κοινωνικών, πολιτικών, οικονομικών και, φυσικά, τεχνολογικών παραγόντων. Τις τελευταίες δεκαετίες, παρά ταύτα, ο ρόλος της αποκτά ακόμη μεγαλύτερη βαρύτητα. Οι εξελίξεις της τελευταίας δεκαπενταετίας, με τη χρηματοπιστωτική κρίση, αρχικά, και την πανδημία της νόσου covid-19 μετέπειτα, έφεραν τα συστήματα υγείας, παγκοσμίως, ενώπιον πρωτόγνωρων καταστάσεων. Την ίδια στιγμή που οι δαπάνες υγείας περικόπτονταν η ζήτηση υπηρεσιών υγείας αυξάνονταν σημαντικά, δημιουργώντας έτσι μια έντονη ανισορροπία και ένα κενό από την πλευρά της προσφοράς, κενό το οποίο έρχεται να καλύψει η ιδιωτική ασφάλιση.

Η έννοια της χρηματοδότησης στα πλαίσια της υγείας επιτελεί ένα διττό ρόλο, αναφερόμενη τόσο στην ανάγκη εξεύρεσης πόρων όσο και στην κατανομή τους κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μεγιστοποιείται η συνολική απόδοση. Βέβαια, δε θα πρέπει να μας διαφεύγει το γεγονός πως πρόκειται για ένα αγαθό το οποίο δεν αποτιμάται σε χρηματικούς όρους. Θα πρέπει, λοιπόν, τα κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούνται να ενσωματώνουν και την εν λόγω διάσταση (Σούλης, 1999).

Κατά κανόνα, η χρηματοδότηση διακρίνεται σε δημόσια και ιδιωτική. Η μεν πρώτη αναφέρεται στις δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού, οι οποίες προέρχονται από τη φορολόγηση και την ασφάλιση. Από την άλλη πλευρά, η ιδιωτική χρηματοδότηση έχει ως κύρια πηγή την ιδιωτική ασφάλιση. Βέβαια, στην πράξη

πολλές φορές παρατηρείται ένας συνδυασμός δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Σε μια εκτενέστερη ανάλυση, η φορολόγηση περιλαμβάνει τόσο τους άμεσους όσο και τους έμμεσους φόρους, όχι μόνο σε εθνικό, αλλά και σε τοπικό επίπεδο. Από την άλλη πλευρά, τα κύρια χαρακτηριστικά της κοινωνικής ασφάλισης είναι τα εξής (Mosialos, et al., 2002):

- Επιβάλλει εισφορές βάσει του εισοδήματος ή χρησιμοποιώντας σταθερούς ομοιόμορφους συντελεστές.
- Είναι υποχρεωτική για το σύνολο σχεδόν του πληθυσμού.
- Ένα μέρος καλύπτεται από τους εργαζόμενους και ένα μέρος από τους εργοδότες.
- Συνήθως, δε δίνεται η δυνατότητα επιλογής του φορέα ασφάλισης

Στον αντίποδα, η ιδιωτική ασφάλιση έχει έναν κατεξοχήν συμπληρωματικό ρόλο. Παρέχεται τόσο από κερδοσκοπικούς, όσο και από μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, είτε σε ατομικό επίπεδο είτε σε ομαδικό επίπεδο. Τέλος, ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της έγκειται στο γεγονός πως ενσωματώνει την έννοια του κινδύνου, υπό την έννοια πως δεν αξιολογούνται όλοι οι ασφαλισμένοι κατά τον ίδιο τρόπο. Ένα κρίσιμο ζήτημα το οποίο ανακύπτει σε αυτό το σημείο είναι το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής (adverse selection).

Ειδικότερα, όσον αφορά το σύστημα υγείας της χώρας μας, δεν υιοθετείται πιστά ένα συγκεκριμένο πρότυπο οργάνωσης, αλλά ένα μικτό σύστημα τύπου Beveridge και Bismark. Υπάρχει, δηλαδή, ένας συνδυασμός κράτους και κοινωνικής ασφάλισης, η οποία διαχρονικά διαδραματίζει έναν εξαιρετικά σημαντικό ρόλο. Ως εκ τούτου, η δημόσια περίθαλψη παρέχεται, κατά βάση, δωρεάν, με τον πολίτη να έχει μια μικρή μόνο συμμετοχή επί των δαπανών υγείας. Εξάλλου, το εν λόγω σύστημα αποτελεί κυρίαρχη τάση στην ευρωπαϊκή ήπειρο (Mosialos, et al., 2002).

Ωστόσο, τα εγγενή προβλήματα του εθνικού συστήματος υγείας, σε συνδυασμό με τις επιπτώσεις της κρίσης, οδηγούν σε ένα διαρκώς εντεινόμενο ενδιαφέρον στο πεδίο της ιδιωτικής ασφάλισης. Ενδεικτικά, μπορούμε να αναφέρουμε το μειωμένο αριθμό δομών υγείας, ιδίως σε περιφερειακό επίπεδο, τις ελλειψείς υλικο-τεχνολογικές υποδομές και την υποστελέχωση, όσον αφορά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.

Τα τελευταία χρόνια, λοιπόν, η ιδιωτική υγεία βρίσκεται σε συνεχή ανάπτυξη, ως απάντηση στο χαμηλό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα πλαίσια του δημοσίου τομέα. Συνεχίζει, παρά ταύτα, να έχει ένα συμπληρωματικό ρόλο. Συνολικά, το σύστημα υγείας της χώρας χαρακτηρίζεται ως ιδιωτικοποιημένο, δεδομένης της συνύπαρξης του δημοσίου και ενός διευρυμένου ιδιωτικού τομέα. (Μπιτσιώρη & Μπαλάσκα, 2016).

Τα πλεονεκτήματα, της εν λόγω μορφής χρηματοδότησης, αναφέρονται στην προαγωγή ισότητας, όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την καθολική κάλυψη του πληθυσμού, την προώθηση της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και το περιορισμένο ποσοστό συμμετοχής στο κόστος από την πλευρά του πολίτη. Υπάρχουν, ωστόσο, και μειονεκτήματα, με βασικότερο την μεγέθυνση των δαπανών υγείας. Επίσης, η συγκεκριμένη προσέγγιση οδηγεί σε υποβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, υπερτονίζοντας την περιορισμένη ευελιξία των ασθενών, ενώ παράλληλα ο κατακερματισμός των δομών υγείας δυσχεραίνει το συντονισμό. Εξίσου σημαντικό ζήτημα αποτελούν και τα φαινόμενα χρηματισμού (informal payments). Όλα τα παραπάνω οδηγούν στην όξυνση των κοινωνικών ανισοτήτων (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

Συνολικά, το σύστημα υγείας της χώρας χαρακτηρίζεται από τον έντονο χαρακτήρα του δημοσίου τομέα με την ιδιωτική ασφάλιση να λειτουργεί συμπληρωματικά. Ως κύριες πηγές χρηματοδότησης αναδεικνύονται η φορολόγηση και η κοινωνική ασφάλιση. Το κράτος, ουσιαστικά, επιτελεί έναν αναδιανεμητικό ρόλο, κατανέμοντας τα κεφάλαια, κατά κύριο λόγο, στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας και σε δαπάνες φαρμάκων και αναλωσίμων.

2.3 Διάκριση χρηματοδότησης και αποζημίωσης

Παρά το γεγονός πως στη διεθνή, επί του θέματος, βιβλιογραφία οι έννοιες «χρηματοδότηση» και «αποζημίωση» χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες, στην πράξη παρουσιάζουν εγγενείς διαφορές. Από τη μία πλευρά, η χρηματοδότηση, εστιάζει στον πληρωτή, δηλαδή, σε εκείνον ο οποίος καλείται να καλύψει τις δαπάνες υγείας. Εν γένει, τρεις είναι οι φορείς χρηματοδότησης των δαπανών υγείας σε μια οικονομία: (1) οι ασφαλιστικοί οργανισμοί μέσω των εισφορών που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι, (2) το κράτος μέσω των εσόδων φορολόγησης και (3) οι ιδιώτες με προσωπικά

κεφάλαια και αποταμιεύσεις. Συνολικά, η μορφή χρηματοδότησης κάθε συστήματος υγείας προκύπτει ως συνάρτηση του βαθμού συμμετοχής του κράτους (Δημογέροντας, et al., 2017).

Εν αντιθέσει με τη χρηματοδότηση, η αποζημίωση μετατοπίζει το ενδιαφέρον στη διαδικασία μέσω της οποίας καθορίζονται οι αμοιβές του συστήματος υγείας των μονάδων που το απαρτίζουν. Ουσιαστικά, δηλαδή, αναφέρεται στο ύψος του χρηματικού ποσού που λαμβάνει ένα νοσοκομείο για τις υπηρεσίες που παρέχει και συνακόλουθα τις ιατρικές πράξεις που εκτελεί (Ξένος, et al., 2014).

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, η χρηματοδότηση, εκ των πραγμάτων περιορίζεται στη σύνθεση των δαπανών υγείας, ενώ από την άλλη η αποζημίωση παρουσιάζει πολύ βαθύτερες διαστάσεις, έχοντας απασχολήσει έντονα τόσο την ακαδημαϊκή κοινότητα όσο και τη διεθνή πρακτική στο εν λόγω πεδίο. Κατά καιρούς έχει προταθεί ένας μεγάλος αριθμός μεθόδων αποζημίωσης, κάθε μία εκ των οποίων παρουσιάζει συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Μια από τις πλέον διαδεδομένες μεθόδους αποτελεί δίχως αμφιβολία αυτή των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων, η οποία εφαρμόστηκε στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.) με τη θέσπιση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (ΚΕΝ). Η φιλοσοφία των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων έχει στον πυρήνα της την ταξινόμηση των ιατρικών υπηρεσιών και πράξεων σε επιμέρους κατηγορίες (ομάδες εν προκειμένω) με κριτήριο το βαθμό ομοιότητας. Στην ουσία, προσπαθούμε να δημιουργήσουμε σύνολα περιστατικών με κοινά χαρακτηριστικά, τα οποία σύνολα, εν συνεχεία, θα αποτελέσουν τη βάση της αποζημίωσης των μονάδων υγείας (Cylus & Irwin, 2010).

Η εφαρμογή των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων αποτέλεσε τομή στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, αλλάζοντας άρδην την αποζημίωση των ιατρικών πράξεων, η οποία έως τώρα βασιζόταν στο ημερήσιο νοσήλιο και τις αμοιβές κατά πράξη. Παρά ταύτα, η συγκεκριμένη προσέγγιση αποδείχθηκε στην πράξη ανεπαρκής, οδηγώντας σε σημαντικά ελλείμματα και σε σπατάλη πόρων, επιβαρύνοντας διαχρονικά τους κρατικούς προϋπολογισμούς. Στις δεδομένες συνθήκες, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, κατέστη επιτακτική η ανάγκη μεταρρυθμίσεων, οι οποίες επισπεύθησαν στα πλαίσια των μνημονιακών δεσμεύσεων που ανέλαβε η χώρα.

Αναζητήθηκαν, συνεπώς, επιτυχημένες πρακτικές από το διεθνές περιβάλλον. Οι Ομοειδής Διαγνωστικές Ομάδες έχουν τις ρίζες τους στις Η.Π.Α. και στο

αμερικανικό σύστημα υγείας, όπου και ενσωματώθηκαν στη δεκαετία του 80. Σταδιακά βέβαια, τη συγκεκριμένη κατεύθυνση ακολούθησαν και άλλες χώρες δεδομένων των πολλαπλών πλεονεκτημάτων τα οποία προκύπτουν και συμβάλλουν στη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας (Σπυρόπουλος, 2015).

Μέσω της τυποποίησης των ιατρικών υπηρεσιών και πράξεων όχι μόνο διασφαλίζεται η αποτελεσματικότερη λήψη αποφάσεων, αλλά παράλληλα επιτυγχάνεται και η μείωση των δαπανών υγείας. Το στοιχείο αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό στα πλαίσια του Ε.Σ.Υ. το οποίο χαρακτηρίζεται από χρόνιες παθολογίες. Μέσω της ενσωμάτωσης των Κ.Ε.Ν. στο σύστημα υγείας περιορίζονται σημαντικά τα φαινόμενα υπερτιμολογήσεων, ενώ, παράλληλα, εξαλείφονται τα περιθώρια για αθέμιτες πρακτικές. Άλλωστε, η βιωσιμότητα αποτελεί βασική προτεραιότητα (Minogiannis, 2012).

Εντούτοις, η χώρα μας, εν αντιθέσει με άλλα κράτη, δεν κατόρθωσε να εκμεταλλευτεί στον αναμενόμενο βαθμό τα οφέλη και τα πλεονεκτήματα των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων. Από τη μία πλευρά, η απουσία ενός σαφούς και συντονισμένου σχεδίου δράσης και αφετέρου η έλλειψη πολιτικής βούλησης, λειτούργησαν αποτρεπτικά περιορίζοντας την αποτελεσματικότητα των Κ.Ε.Ν (Μπακόλα, 2018).

Άλλωστε, εξ αρχής ο σχεδιασμός των Κ.Ε.Ν. στο ελληνικό σύστημα υγείας είχε τεθεί σε λανθασμένη βάση, καθώς κατά τον υπολογισμό των αποζημιώσεων για ιατρικές υπηρεσίες και πράξεις δεν ελήφθησαν υπόψη οι ανάγκες και οι ιδιαιτερότητες της χώρας, αλλά υιοθετήθηκαν δεδομένα από άλλα συστήματα υγείας, όπως το γερμανικό και το αυστραλιανό, τα οποία παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές με την ελληνική πραγματικότητα. Συνεπώς, προέκυψαν αναντιστοιχίες με υπερτιμολογήσεις ή υποτιμολογήσεις συγκεκριμένων περιστατικών (Πετρέλης, 2019).

Για να έχουμε μια τάξη μεγέθους, κατά την αρχική περίοδο εισαγωγής των ΚΕΝ στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, σχεδόν το 50% του συνολικού αριθμού των εξιτηρίων, αναφέρονταν μόλις σε δεκαοκτώ ΚΕΝ. Χρησιμοποιούνταν δηλαδή ένας πολύ μικρός αριθμός κατηγοριών (Kastanioti, et al., 2016).

Παράλληλα, η έλλειψη ενός κατάλληλου ελεγκτικού μηχανισμού στο πεδίο της αποζημίωσης των ιατρικών υπηρεσιών, δημιούργησε εύφορο έδαφος για

κερδοσκοπικές πιέσεις, διατηρώντας τις δαπάνες υγείας σε υψηλά επίπεδα (Νιάκας, 2014).

Αφουγκραζόμενο την εν λόγω κατάσταση και την ανάγκη για εξοικονόμηση πόρων, το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας σταδιακά εισήγαγε τροποποιήσεις με σκοπό τη βέλτιστη δυνατή προσαρμογή των Κ.Ε.Ν. στην ελληνική πραγματικότητα. Οι τροποποιήσεις αφορούσαν όχι μόνο τα, κατά περίπτωση, ποσά αποζημίωσης, αλλά παράλληλα και την ενσωμάτωση επιπλέον κωδικών – ομάδων. Από τις επτακόσιες αρχικά ομάδες, καταλήξαμε στις επτακόσιες εξήντα, ενώ παράλληλα επετεύχθη παράλληλα και μια μείωση κατά 10% (Πετρέλης, 2019).

Ωστόσο, η εφαρμογή των Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων στο Ε.Σ.Υ. δεν έχει κατορθώσει ακόμη να αποδώσει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Το ύψος της αποζημίωσης των ιατρικών υπηρεσιών και πράξεων, εκ των πραγμάτων, είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το κόστος λειτουργίας. Παρά ταύτα, οι δαπάνες υγείας έχουν έναν σαφώς ευρύτερο χαρακτήρα συμπεριλαμβάνοντας και άλλες πηγές κόστους, όπως το κόστος του προσωπικού. Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση, εύκολα γίνεται αντιληπτή η ανάγκη για μια κατά το δυνατόν συντονισμένη δράση και ολοκληρωμένη στρατηγική (Σπυρόπουλος, 2015).

Σε κάθε περίπτωση, κρίνεται αναγκαία η αναβάθμιση των υγειονομικών υποδομών και της ιατρικής τεχνολογίας, ενώ κομβικός, αναδεικνύεται, ο ρόλος της εκπαίδευσης, τόσο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού των μονάδων υγείας.

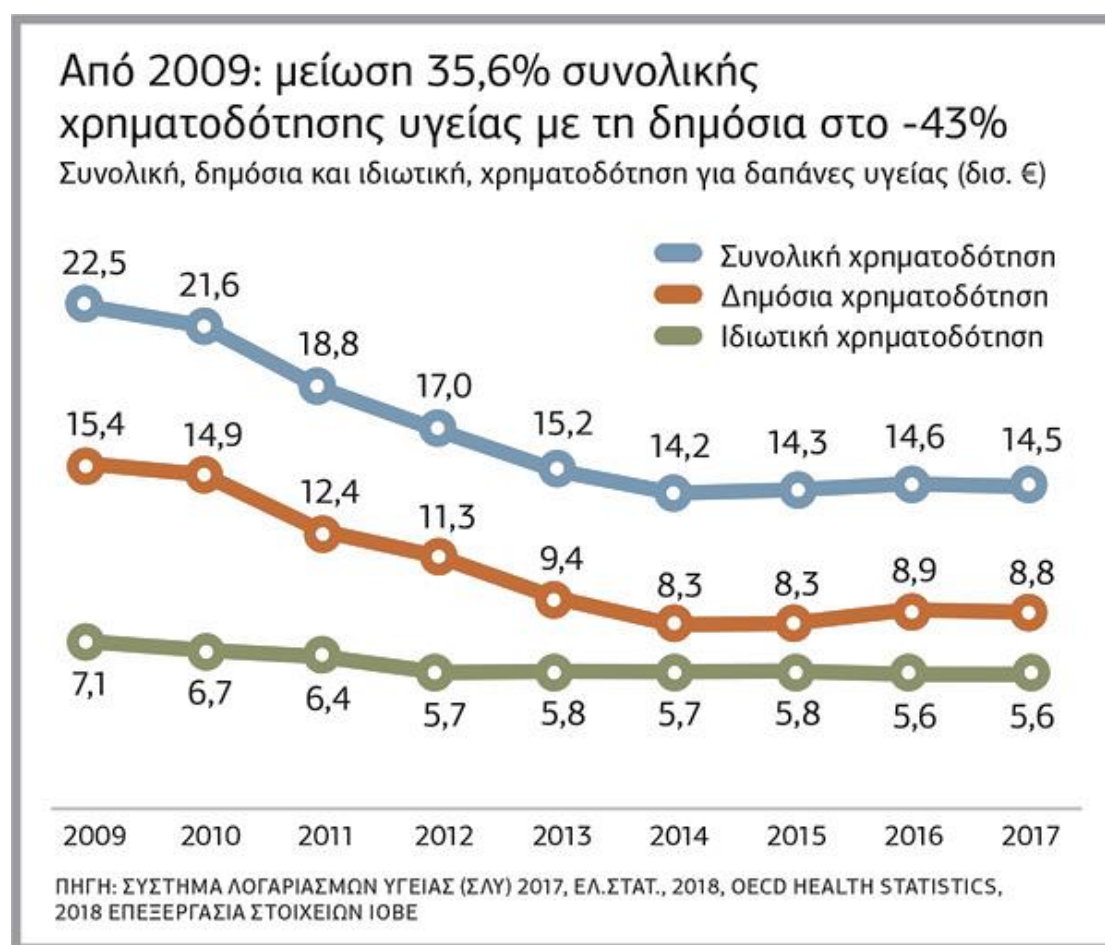
2.4 Ιδιωτικές δαπάνες υγείας

Όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, οι δαπάνες υγείας ετέθησαν από πολύ νωρίς στο στόχαστρο, όσον αφορά τη διάσωση της χώρας από τη δίνη της χρηματοπιστωτικής κρίσης του 2008. Ειδικότερα, οι δεσμεύσεις αφορούσαν, αφενός, τη μείωση των δαπανών υγείας και αφετέρου την αναβάθμιση των σχετικών υποδομών. Οι οριζόντιες πολιτικές οι οποίες εφαρμόστηκαν, παρά ταύτα, διέυρυναν τις ανισότητες και δημιούργησαν μια σειρά από ελλείψεις και προβλήματα (Νιάκας, 2014).

Στις δεδομένες συνθήκες, θα περίμενε κανείς μια σημαντική αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας με σκοπό την αντιστάθμιση του κινδύνου, η οποία, ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε. Από τη μία πλευρά η μείωση της αγοραστικής δύναμης των

νοικοκυριών και από την άλλη η έλλειψη ασφαλιστικής κουλτούρας, κράτησαν τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας σε χαμηλά επίπεδα.

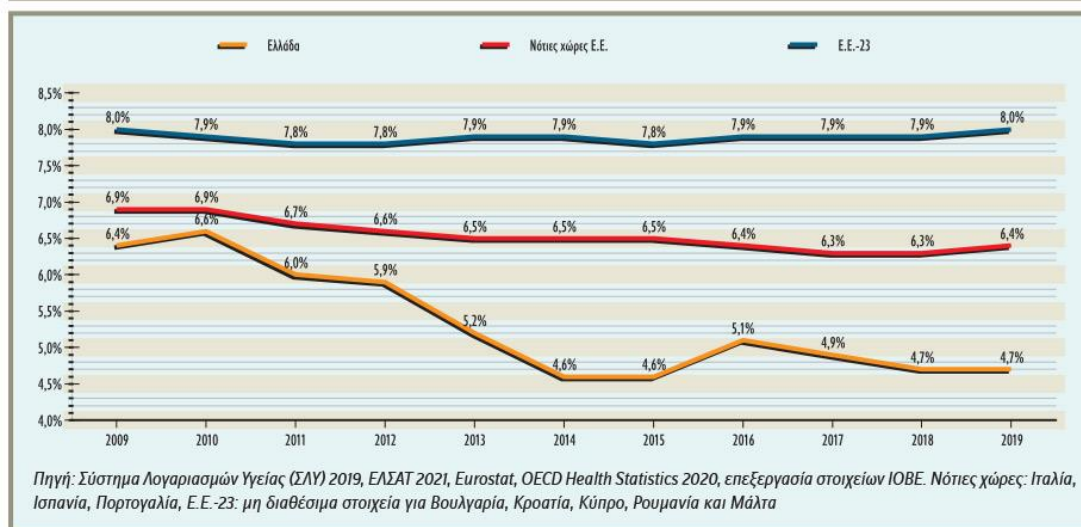
Στο ακόλουθο διάγραμμα αποτυπώνεται η πορεία των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στη χώρα μας, για τα έτη 2009 έως 2017. Σε απόλυτα μεγέθη, η συνολική δαπάνη υγείας μειώθηκε από τα 22,5 δις ευρώ το 2009 σε 14,2 δις ευρώ το 2014, καταγράφοντας μια πτώση της τάξεως του 43%.



Διάγραμμα 1: Εξέλιξη δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας σε δις €

Αντίστοιχη είναι η πορεία των δημοσίων δαπανών υγείας και ως ποσοστό του Α.Ε.Π., όπως αυτή δίνεται στο επόμενο διάγραμμα.

Δημόσια χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (% του ΑΕΠ)



Διάγραμμα 2: Δαπάνες υγείας ως ποσοστό του Α.Ε.Π.

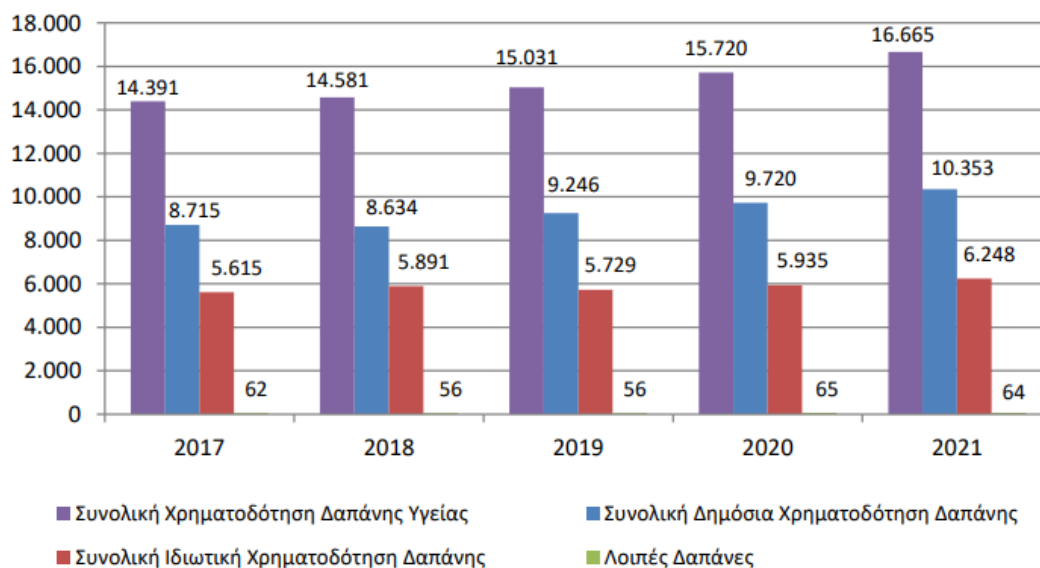
Σταδιακά βέβαια, υπήρξε μια εξομάλυνση. Στον ακόλουθο πίνακα, όπου αποτυπώνεται το ύψος των υγειονομικών δαπανών εκφρασμένο ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για τα έτη 2017 έως 2021 σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή, παρατηρούμε πως η συνολική χρηματοδότηση αυξάνεται το συγκεκριμένο διάστημα.

Πίνακας 2: Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας 2017-2021

Έτος	Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2017	8,14%
2018	8,12%
2019*	8,20%
2020*	9,50%
2021	9,17%

*Αναθεωρημένα στοιχεία ΑΕΠ

Μάλιστα, η αύξηση αυτή δεν περιορίζεται στη δημόσια ή στην ιδιωτική δαπάνη, αλλά περιλαμβάνει και τις δύο αυτές συνιστώσες. Στο ακόλουθο διάγραμμα αποτυπώνεται η πορεία της συνολικής, της δημόσιας και της ιδιωτικής δαπάνης υγείας για τα έτη 2017 έως 2021 εκπεφρασμένη σε εκατομμύρια ευρώ.



Διάγραμμα 3: Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης για τα έτη 2017-2021 (εκατ. ευρώ)

Προχωρώντας ένα βήμα παραπέρα, μπορούμε να εξειδικεύσουμε ακόμη περισσότερο τη σύνθεση των δαπανών υγείας και δη των ιδιωτικών δαπανών, όπως αυτές υπολογίζονται στον κάτωθι πίνακα. Από τα δεδομένα του πίνακα παρατηρούμε πως τόσο οι ιδιωτικές πληρωμές όσο και η ιδιωτική ασφάλιση αυξάνονται σημαντικά τη δεδομένη περίοδο.

Πίνακας 3: Συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	3.985,0	3.916,0	4.108,6	4.428,3	5.059,4
(% της συνολικής)	27,7	26,9	27,3	28,2	30,4
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	4.730,0	4.718,0	5.137,6	5.291,5	5.293,5
(% της συνολικής)	32,9	32,4	34,2	33,7	31,8
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπάνης (1)+(2)	8.715,0	8.634,0	9.246,2	9.719,8	10.352,9
(% της συνολικής)	60,6	59,2	61,5	61,9	62,2
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπάνης (3)+(4)	5.614,6	5.890,8	5.729,2	5.934,6	6.247,9
(% της συνολικής)	39,0	40,4	38,1	37,7	37,5
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1) (3)	578,3	630,2	672,3	678,2	693,5
(% της συνολικής)	4,0	4,3	4,5	4,3	4,2
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1) (4)	5.036,3	5.260,6	5.056,9	5.256,4	5.554,4
(% της συνολικής)	35,0	36,1	33,6	33,4	33,3
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0) (5)	61,8	55,7	55,9	65,2	64,2
(% της συνολικής)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπάνης Υγείας (HF) (1) έως (5)	14.391,4	14.580,5	15.031,3	15.719,6	16.665,0

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει την κατανομή των δαπανών υγείας ανά μορφή χρηματοδότησης.

Πίνακας 4: Χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών Υγείας (σε εκατ. ευρώ) για τα έτη 2017-2021

	2017	2018	2019	2020	2021	% 18/17	% 18/17	% 20/19	% 21/20
1.Χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας (2+3+4) (HF.1,HF.4)	14.391,4	14.580,5	15.031,3	15.719,6	16.665,0	1,3	3,1	4,6	6,0
2.Δημόσιος τομέας (2Α+2Β) (HF.1.1,HF.1.2)	8.715,0	8.634,0	9.246,2	9.719,8	10.352,9	-0,9	7,1	5,1	6,5
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	4.188,2	4.393,7	4.638,6	4.901,3	5.483,6	4,9	5,6	5,7	11,9
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.092,8	1.120,6	1.216,2	1.199,3	1.259,0	2,5	8,5	-1,4	5,0
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	3.434,0	3.119,7	3.391,4	3.619,2	3.610,3	-9,2	8,7	6,7	-0,2
2Α.Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1)	3.985,0	3.916,0	4.108,6	4.428,3	5.059,4	-1,7	4,9	7,8	14,3
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	3.167,7	3.097,4	3.199,8	3.423,4	3.971,1	-2,2	3,3	7,0	16,0
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	679,7	684,1	788,0	787,2	816,1	0,6	15,2	-0,1	3,7
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	137,6	134,5	120,8	217,7	272,2	-2,2	-10,2	80,2	25,0
2Β.ΟΚΑ (HF.1.2)	4.730,0	4.718,0	5.137,6	5.291,5	5.293,5	-0,3	8,9	3,0	0,0
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.020,5	1.296,3	1.438,8	1.477,9	1.512,5	27,0	11,0	2,7	2,3
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	413,1	436,5	428,2	412,1	442,9	5,7	-1,9	-3,8	7,5
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	3.296,4	2.985,2	3.270,6	3.401,5	3.338,1	-9,4	9,6	4,0	-1,9
3.Ιδιωτικός τομέας(3Α+3Β) (HF.2.1,HF.3.1)	5.614,6	5.890,8	5.729,2	5.934,6	6.247,9	4,9	-2,7	3,6	5,3
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.997,7	2.262,1	2.097,7	2.181,3	2.313,7	13,2	-7,3	4,0	6,1
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.434,9	1.489,7	1.436,7	1.294,0	1.346,1	3,8	-3,6	-9,9	4,0
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	2.182,0	2.139,0	2.194,8	2.459,3	2.588,1	-2,0	2,6	12,1	5,2
3Α.Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.1)	578,3	630,2	672,3	678,2	693,5	9,0	6,7	0,9	2,3
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	434,6	467,6	506,6	524,6	532,1	7,6	8,3	3,6	1,4
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	49,9	63,2	62,4	42,3	45,7	26,6	-1,2	-32,2	8,0
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	93,8	99,4	103,3	111,3	115,7	6,0	3,9	7,7	4,0
3Β.Πληρωμές ιδιωτών (HF.3.1)	5.036,3	5.260,6	5.056,9	5.256,4	5.554,4	4,5	-3,9	3,9	5,7
Νοσοκομεία , Δομές νοσηλευτικής φροντίδας (HP.1, HP.2)	1.563,1	1.794,5	1.591,1	1.656,7	1.781,6	14,8	-11,3	4,1	7,5
Φορείς εξω-νοσοκομειακής φροντίδας (HP.3)	1.385,0	1.426,5	1.374,3	1.251,7	1.300,4	3,0	-3,7	-8,9	3,9
Έμποροι λιανικής και λοιποί φορείς (HP.4 έως HP.0)	2.088,2	2.039,6	2.091,5	2.348,0	2.472,4	-2,3	2,5	12,3	5,3
4.Λοιπές δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0)	61,8	55,7	55,9	65,2	64,2	-9,9	0,4	16,6	-1,5

Από τις δαπάνες του δημοσίου, το μεγαλύτερο μέρος κατευθύνεται στα νοσοκομεία και τις δομές υγείας, ενώ σημαντικό είναι και το μερίδιο που καταλαμβάνουν οι έμποροι λιανικής και οι λοιποί φορείς. Οι φορείς εξωνοσοκομειακής φροντίδας δεσμεύουν, σαφώς, μικρότερο ποσοστό επί της συνολικής δαπάνης. Αντιθέτως, στην περίπτωση των ιδιωτικών δαπανών, η εξωνοσοκομειακή φροντίδα υγείας διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο, αν και οι δύο άλλες κατηγορίες εξακολουθούν να συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσά. Τέλος, όσον αφορά τη φύση των παρεχόμενων υπηρεσιών αυτές κατά κύριο λόγο αφορούν την περίθαλψη και την αποκατάσταση, ενώ υψηλό είναι και το ποσοστό της διάθεση προϊόντων σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς.

2.5 Το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής

Ίσως το κυριότερο πρόβλημα το οποίο καλείται να αντιμετωπίσει η ιδιωτική ασφάλιση στο πεδίο της υγείας, σχετίζεται με το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής, το οποίο έχει τόσο θεωρητική όσο και πρακτική διάσταση. Βέβαια, η δυσμενής επιλογή δεν περιορίζεται στις υπηρεσίες υγείας, αλλά βρίσκει εφαρμογή σε ένα ευρύ φάσμα ζητημάτων. Πηγή του συγκεκριμένου φαινομένου αποτελεί η ασύμμετρη πληροφόρηση ανάμεσα στα μέρη μιας συναλλαγής, δηλαδή το γεγονός πως ένα από τα δύο μέρη είναι σε θέση να γνωρίζει περισσότερα στοιχεία, όσον αφορά το αντικείμενο της συναλλαγής.

Τα πρωτεία στην αναφορά του φαινομένου της δυσμενούς επιλογής ανήκουν στον Akerlof, ο οποίος ήδη από τη δεκαετία του 1970 κάνει λόγο για ασύμμετρη πληροφόρηση, υιοθετώντας ως παράδειγμα τη διαδικασία αγοράς ενός αυτοκινήτου. Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Akerlof, ένα μεταχειρισμένο, προς πώληση, αυτοκίνητο, ενδέχεται να είναι αξιόπιστο αλλά μπορεί να παρουσιάζει και συγκεκριμένα προβλήματα. Όπως είναι προφανές, εν προκειμένω, ο πωλητής του αυτοκινήτου είναι σε θέση να γνωρίζει πολύ καλύτερα την απόδοση και την κατάσταση του οχήματος σε σχέση με τον αγοραστή. Δημιουργείται, λοιπόν, ένα κενό στην πληροφόρηση. Από τη μία πλευρά ο αγοραστής δεν έχει πρόσβαση στην πληροφόρηση περί ενός «κακού» αυτοκινήτου και από την άλλη πλευρά ο αγοραστής δεν είναι διατεθειμένος να αποκαλύψει μια τέτοια πληροφορία. Η αγορά, συνεπώς, τείνει να κοστολογεί τα αυτοκίνητα με τον ίδιο τρόπο θεωρώντας πως όλα τα αυτοκίνητα είναι πανομοιότυπα (στη βάση των χαρακτηριστικών τους). Το γεγονός αυτό ωθεί τους ευσυνειδητούς πωλητές αυτοκινήτων στην έξοδο από την αγορά, καθώς δεν είναι σε θέση να διαφοροποιήσουν την τιμή των οχημάτων που προσφέρουν, όσο αξιόπιστο και αν αυτό είναι. Η αγορά, δηλαδή, προεξοφλεί πως ο πωλητής μπορεί, ως ένα βαθμό, να ψεύδεται. Κατ' αυτόν τον τρόπο δημιουργείται πεδίο δραστηριοποίησης για καιροσκόπους πωλητές, οι οποίοι αποζητούν, άνευ άλλου, το κέρδος (Klein, Lambertz, & Stahl, 2013).

Εν γένει, « ασύμμετρη πληροφόρηση υπάρχει όταν το ένα συμβαλλόμενο μέρος σε μια συναλλαγή έχει περισσότερες γνώσεις σχετικά με το αντικείμενο της συναλλαγής απ' ότι το άλλο μέρος» (Belli, 2001).

Μεταφέροντας το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης στην υγεία και συγκεκριμένα στην ασφάλιση υγείας, η κατάσταση αντιστρέφεται. Εδώ, ο αγοραστής, δηλαδή ο εν δυνάμει ασθενής, είναι αυτός ο οποίος διαθέτει πλήρη γνώση της κατάστασης της υγείας του, ενώ ο πωλητής (η ασφαλιστική εταιρεία) μπορεί να αγνοεί πλήρως ορισμένα χαρακτηριστικά του ασθενούς (Λιανός & Πλατής, 2022). Η αδυναμία αυτή των ασφαλιστικών εταιρειών να ταξινομήσουν και να αξιολογήσουν έναν υποψήφιο ασφαλισμένο ως υψηλού ή χαμηλού κινδύνου, οδηγεί αναπόφευκτα σε άδικη τιμολόγηση. Οι αναλογιστικές μελέτες οδηγούν στη θέσπιση ενός μέσου ασφαλιστρού, διαμοιράζοντας, έτσι, τον κίνδυνο ισομερώς σε όλους τους ασφαλισμένους.

Το γεγονός αυτό λειτουργεί, κατά κανόνα, αποτρεπτικά για τα άτομα χαμηλού κινδύνου τα οποία καλούνται να καταβάλλουν πολύ υψηλότερη τιμή από αυτήν που αναλογεί στην κατηγορία κινδύνου τους, ενώ αντίστοιχα τα άτομα υψηλού κινδύνου ευεργετούνται και είναι διατεθειμένα να καταβάλλουν το οριζόμενο ασφάλιστρο, καθώς αποκομίζουν μεγαλύτερη αξία. Ένα υγιές άτομο, συνεπώς, δεν έχει κίνητρο να ασφαλιστεί, εν αντιθέσει με κάποιο άτομο υψηλού κινδύνου. Οδηγούμαστε, δηλαδή, σε μία κατάσταση όπου ασφαλιζονται, κατά βάση, άτομα υψηλότερου κινδύνου. Οι αποζημιώσεις εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιρειών αυξάνονται και την ίδια πορεία ακολουθούν αργά ή γρήγορα και τα ασφάλιστρα. Όλο και περισσότερα άτομα χαμηλού κινδύνου «αποσύρονται» και προκύπτει κατ' αυτόν τον τρόπο ένας φαύλος κύκλος (Μαλλιαρού, Σαράφης, Καραθανάση, & Σωτηριάδου, 2011).

Η βιωσιμότητα του συστήματος, λοιπόν, κλονίζεται σημαντικά, καθώς οι ασφαλιστικές εταιρείες φτάνουν να έχουν ένα χαρτοφυλάκιο υψηλού κινδύνου και εξωθούνται στην αύξηση των ασφαλιστρών, τα οποία είναι διατεθειμένα να καταβάλλουν μόνο άτομα υψηλού κινδύνου. Όσο, δηλαδή, αυξάνεται το μέσο κόστος ασφάλισης, τόσο χειροτερεύει η μέση κατάσταση της υγείας αυτών που επιλέγουν, τελικά, να ασφαλιστούν (Akerlof, 1970).

Όπως είναι προφανές, όταν ένα άτομο προβλέπει ότι στο εγγύς μέλλον θα χρειαστεί να δαπανήσει σημαντικά ποσά για την υγεία του, τότε είναι πρόθυμο να καταβάλλει στο παρόν ένα υψηλό ασφάλιστρο προκειμένου να απολαύσει όσο το δυνατόν περισσότερες παροχές υγείας. Στον αντίποδα, κάποιος ο οποίος θεωρεί τον εαυτό του υγιή δεν είναι διατεθειμένος να πληρώσει για επιπλέον παροχές. Με άλλα λόγια, τα υγιή άτομα επιλέγουν μικρότερα, σε παροχές, προγράμματα από τα μη υγιή

άτομα ή καλύτερα τα άτομα με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας. Με τα ασφάλιστρα να μην αντικατοπτρίζουν τα οριακά κόστη του κάθε πιθανού ασφαλισμένου, οδηγούμαστε σε αναποτελεσματικότητα στην αγορά, με δυσμενείς επιπτώσεις τόσο για τα ίδια τα άτομα όσο και για τις ασφαλιστικές εταιρείες (Cutler & Zeckhauser, 1998).

Σε μια προσπάθεια να αντισταθμίσουν το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής, οι εταιρείες είναι πιθανό να διαμορφώσουν τα ασφαλιστικά τους προγράμματα με τέτοιο τρόπο ώστε να αποκλείσουν τα άτομα υψηλού κινδύνου. Ακόμη και στην περίπτωση αυτή, όμως, καταλήγουμε σε απώλεια της κοινωνικής ευημερίας και αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων με το βάρος να πέφτει εκ νέου στο κράτος, το οποίο καλείται να καλύψει το συγκεκριμένο κενό και να διασφαλίσει ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας υπηρεσιών για όλα τα μέλη της κοινωνίας (Λιανός & Πλατής, 2022).

Εξ ορισμού, άλλωστε, αυτός είναι ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης και του κράτους πρόνοιας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

ΥΓΕΙΑΣ

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, οι ραγδαίες αλλαγές οι οποίες συντελούνται σε όλα τα επίπεδα, συμπίεζουν σε μεγάλο βαθμό τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, τα οποία εκ των πραγμάτων χαρακτηρίζονται ως εξαιρετικά δυσκίνητα, όσον αφορά την παρακολούθηση των εξελίξεων και την προσαρμογή σε αυτές. Σε μια προσπάθεια λοιπόν τα άτομα να «προστατευθούν» έναντι των επερχόμενων κινδύνων και του μεγάλου βαθμού αβεβαιότητας, στρέφονται σε εναλλακτικές λύσεις, δίνοντας, έτσι, ώθηση στο δεύτερο και τον τρίτο πυλώνα ασφάλισης. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας περιπλέκουν σημαντικά την κατάσταση, εν αντιθέσει με άλλα ασφαλιστικά προϊόντα. Στις ενότητες που ακολουθούν εξετάζονται οι βασικές έννοιες της ΜΦΥ στην ιδιωτική ασφάλιση, ενώ παράλληλα αναλύεται η διεθνής εμπειρία στο εν λόγω πεδίο.

3.1 Βασικές έννοιες της ιδιωτικής ασφάλισης στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας

Δε χωρά αμφιβολία πως, εξ ορισμού, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες έχουν ένα κερδοσκοπικό χαρακτήρα, επιδιώκοντας τη μεγιστοποίηση του κέρδους, μέσω της σώρευσης των κεφαλαίων που αποδίδουν οι ασφαλισμένοι και την επένδυσή τους στις κεφαλαιαγορές. Κυρίαρχης σημασίας είναι, φυσικά, το στοιχείο του κινδύνου. Μέσα από ένα ευρύ φάσμα εργαλείων, οι ασφαλιστικές εταιρείες με αναλογιστικές μελέτες, επιχειρούν να εκτιμήσουν τα επίπεδα κινδύνου κάθε ασφαλιστικού προϊόντος ή κάθε ατόμου, όταν πρόκειται για ασφαλίσεις ζωής και υγείας, και εν συνεχεία αποδίδουν σε αυτόν τον κίνδυνο ένα συγκεκριμένο ασφάλιστρο, το οποίο δεν είναι ενιαίο αλλά διαφέρει ανάλογα με την ηλικία, το ιατρικό ιστορικό κλπ. Όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, παρά ταύτα, η κατάσταση δεν είναι τόσο απλή, υπό την έννοια πως οι ανάγκες για μακροχρόνια φροντίδα υγείας στο μέλλον είναι, ως επί το πλείστον, άγνωστες και αβέβαιες. Ως εκ τούτου, οι ιδιωτικές εταιρείες είναι ιδιαίτερα επιφυλακτικές, όσον αφορά την παροχή τέτοιου είδους καλύψεων (Costa-Font & Zigante, 2016).

Λαμβάνοντας υπόψη τον ηθικό κίνδυνο της αλόγιστης χρήσης καλύψεων, από την πλευρά του ασφαλισμένου και το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής, το οποίο αναλύθηκε λεπτομερώς σε προηγούμενη ενότητα, αποφεύγουν κατά κανόνα να παρέχουν ένα ευρύ φάσμα καλύψεων μακροχρόνιας φροντίδας υγείας (Colombo, Llana-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011).

3.2 Βιβλιογραφική επισκόπηση

Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, η μακροχρόνια φροντίδα υγείας αποτελεί ένα σύνθετο αντικείμενο μελέτης και επηρεάζει το σύνολο της κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας. Εστιάζοντας το ενδιαφέρον στην πλευρά της ζήτησης, οι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να επηρεάζουν το βαθμό στον οποίο τα άτομα στρέφονται στην ιδιωτική ασφάλιση για ΜΦΥ μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες (Eling & Ghavibazzo, 2019):

- Οικονομικοί
- Κοινωνικοί και πολιτιστικοί
- Διαρθρωτικοί
- Δημογραφικοί

Στη διεθνή επί του θέματος βιβλιογραφία το ενδιαφέρον επικεντρώνεται κατά βάση στους κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες. Σχετική μελέτη των Gentili et al. (2017) διερευνά τον τρόπο με τον οποίο οι πολιτισμικές διαφορές επιδρούν στην ιδιωτική ΜΦΥ και τις δημόσιες δαπάνες σε μια προσπάθεια να καταλήξουμε σε ένα αποτελεσματικό μείγμα καλύψεων. Βέβαια, είναι σαφές πως η τελική επιλογή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες κάθε χώρας. Σε κάθε περίπτωση, λοιπόν, τα εθνικά σχέδια δράσης θα πρέπει να προσαρμόζονται στα εγχώρια δεδομένα. (Gentili, Masiero, & Mazzonna, 2017)

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί πως η επίδραση των διαφόρων παραγόντων δεν είναι πάντοτε γραμμική. Ειδικότερα όσον αφορά το εισόδημα, η ζήτηση για ιδιωτική ασφάλιση, ως ελαστικό προϊόν, είναι χαμηλότερη για τα χαμηλά και μεσαία εισοδήματα και υψηλότερα για τα μεγάλα εισοδήματα. (Courbage & Roudaut, 2011)

Εξίσου σημαντικές, βέβαια, είναι οι πιέσεις και στην πλευρά της προσφοράς, δεδομένης της δυσκολίας καταγραφής και αξιολόγησης των κινδύνων και κατ' επέκταση της ορθής αποτίμησης των ασφαλιστικών προϊόντων. Η αβεβαιότητα αυτή

πηγάξει από τέσσερα στοιχεία τα οποία αναλύονται στη συνέχεια (Eling & Ghavibazzo, 2019):

1. Τυχασιότητα όσον αφορά την εμφάνιση «ζημιών»: Τα κριτήρια τα οποία χρησιμοποιούνται για την ανάλυση της τυχασιότητας είναι δύο η ανεξαρτησία και η προβλεψιμότητα. Η ανάγκη για ΜΦΥ εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων η διάρκεια ζωής (με και χωρίς αναπηρία) και η παρουσία οικογενειακής υποστήριξης (Kessler 2008), οι οποίοι δεν φαίνεται να σχετίζονται με την ανεξαρτησία. Ο Barr (2010) υποστηρίζει ότι η πιθανότητα για ΜΦΥ φαίνεται να είναι περισσότερο εξαρτημένη παρά ανεξάρτητη. Λόγω της ιατρο-τεχνολογικής προόδου και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, ενδέχεται να υπάρχει ανοδική τάση στην πιθανότητα ζήτησης ΜΦΥ λόγω πολυνοσηρότητας και άνοιας στη μετέπειτα ζωή του ατόμου. Για παράδειγμα, οι ιατρικές εξελίξεις διασφαλίζουν αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παθήσεων, η οποία με τη σειρά της αυξάνει το προσδόκιμο ζωής των ηλικιωμένων που είναι πλέον πιο επιρρεπείς στην άνοια. Εν γένει, αν και υπάρχουν δυσκολίες στην περιγραφή της νοσηρότητας και στις διακυμάνσεις αυτής όσον αφορά τον πληθυσμό, ορισμένες εμπειρικές μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπήρξε μείωση του συγκεκριμένου δείκτη τα τελευταία χρόνια. Σε κάθε περίπτωση κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη βελτιωμένων μοντέλων όσον αφορά την αξιολόγηση του κινδύνου.
2. Ασύμμετρη πληροφόρηση: Όπως ήδη αναφέρθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο, η «ασύμμετρη πληροφόρηση υπάρχει όταν το ένα συμβαλλόμενο μέρος σε μια συναλλαγή έχει περισσότερες γνώσεις σχετικά με το αντικείμενο της συναλλαγής απ' ότι το άλλο μέρος». Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση, οι ασφαλιστικές εταιρείες καλούνται να εξελίξουν τις διαδικασίες που ακολουθούν κατά τον έλεγχο των ασφαλισμένων.
3. Δυσκολία τιμολόγησης: Ο Kessler (2008) αναφέρει τρία προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασφαλιστικές εταιρείες κατά την τιμολόγηση της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Το πρώτο είναι η ουσιαστική αβεβαιότητα όσον αφορά το κόστος και τις μελλοντικές πληρωμές ζημιών. Το δεύτερο αναφέρεται στο φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής το οποίο αναπτύχθηκε εκτενώς σε προηγούμενη ενότητα και το τρίτο έγκειται στον ηθικό κίνδυνο. Ως

αποτέλεσμα των παραπάνω, πολλές φορές οδηγούμαστε σε υπερκοστολόγηση ή υποκοστολόγηση των ασφαλιστηρίων ΜΦΥ.

4. Όρια ασφαλιστική κάλυψης: Όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, η ανάγκη περιορισμού των παραπάνω προβλημάτων οδηγεί στη θέσπιση ανωτάτων ορίων όσον αφορά την ευθύνη των ασφαλιστικών εταιρειών.

3.3 Ανάλυση της διεθνούς εμπειρίας

Δε χωρά αμφιβολία πως η ιδιωτική ασφάλιση, στα πλαίσια της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, είναι σε θέση να παρέχει πολλαπλά οφέλη για όλα τα εμπλεκόμενα μέρη. Ωστόσο, η σχετική αγορά είναι ακόμη ιδιαίτερα περιορισμένη με εξαίρεση ορισμένες χώρες (Costa-Font & Zigante, Long Term Care Coverage in Europe: A Case for Implicit Insurance Partnerships, 2014).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής και την Ιαπωνία, η ιδιωτική ασφάλιση για ΜΦΥ αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, έχοντας κατά κανόνα έναν συμπληρωματικό χαρακτήρα, ενώ παράλληλα καλύπτει και όσους εξαιρούνται από την κοινωνική ασφάλιση. Το γεγονός αυτό, βέβαια, σχετίζεται άμεσα και με την ασφαλιστική κουλτούρα που έχει διαμορφωθεί σε κάθε χώρα. Στις Η.Π.Α., λόγω χάρη, η ιδιωτική ασφάλιση απευθύνεται κατά κύριο λόγο στα χαμηλότερα εισοδηματικά στρώματα και τους πολίτες που δεν έχουν πρόσβαση στη δημόσια ασφάλιση. Από την άλλη πλευρά, στο γερμανικό σύστημα υγείας αντιμετωπίζεται ως εναλλακτική λύση υπό την έννοια πως οι πολίτες είναι σε θέση να επιλέξουν οι ίδιοι εάν θέλουν ιδιωτική ή δημόσια κάλυψη μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Παραμένει, ωστόσο, υποχρεωτική. Τέλος, στην Ιαπωνία αλλά και σε χώρες της κεντρικής Ευρώπης, όπως το Βέλγιο, έχει έναν κατεξοχήν προαιρετικό χαρακτήρα, εμπλουτίζοντας τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης (Colombo, Llana-Nozal, Mercier, & Tjadens, 2011).

Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και η Γαλλία, το σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης της οποίας είναι εξαιρετικά ανεπτυγμένο, αν και χαρακτηρίζεται από έναν έντονα ολιγοπωλιακό χαρακτήρα με 5 εταιρείες να αντιπροσωπεύουν το 70% της υπό μελέτη αγοράς (Joel, Dufour-Kippelen, & Samitca, 2010).

Οι χώρες του ευρωπαϊκού νότου από την άλλη, ακολουθούν μια εντελώς διαφορετική τακτική με τη δημόσια χρηματοδότηση να έχει κυρίαρχο ρόλο και την ιδιωτική ασφάλιση να παραμένει σε χαμηλά επίπεδα, παρά τα σημαντικά προβλήματα

τα οποία αντιμετωπίζουν τα δημόσια συστήματα υγείας των χωρών αυτών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν η Ισπανία και η Ιταλία, ενώ ανάλογη είναι η κατάσταση και στην Πορτογαλία (Βάλβης, 2022).

Η παρούσα κατάσταση, όσον αφορά τη χρηματοδότηση των πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες, αποτυπώνεται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 5: Συγκεντρωτική παρουσίαση πολιτικών μακροχρόνιας φροντίδας επιλεγμένων χωρών (Βάλβης, 2022)

Χώρα	Χρηματοδότηση	Κριτήρια/παροχές	Ιδιωτική ασφάλιση
Γερμανία	Μέσω ασφαλιστικών εισφορών ειδικά για μακροχρόνια φροντίδα	<ul style="list-style-type: none"> χωρίζονται σε 4 επίπεδα ανάγκης φροντίδας βάσει ADLs και iADLs επιλογή υπηρεσιών σε είδος, μετρητών ή συνδυασμό 	Υποχρεωτική για όσους έχουν ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης υγείας και δεν καλύπτονται από τα δημόσια
Γαλλία	Μέσω γενικής φορολογίας, ασφαλιστικών εισφορών υγείας, ίδιας συμμετοχής	<ul style="list-style-type: none"> χωρίζονται σε 6 επίπεδα ανάγκης φροντίδας βάσει ADLs και iADLs κουπόνια που μπορούν να εξαργυρώσουν σε ιδιώτες φοροαπαλλαγή για απασχόληση φροντιστή στο σπίτι 	Η ευρωπαϊκή χώρα με το πιο αναπτυγμένο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας
Ισπανία	Μέσω γενικής φορολογίας, Δήμων, ίδια συμμετοχής	<ul style="list-style-type: none"> χωρίζονται σε 3 επίπεδα ανάγκης φροντίδας βάσει ADLs/iADLs βάσει εισοδηματικών κριτηρίων κυρίως παροχή σε είδος 	Αμελητέα
Ιταλία	Εξειδικευμένα ανά περιοχή -Δήμους	<ul style="list-style-type: none"> υπηρεσίες σε είδος παροχή επιδομάτων 	-
Πορτογαλία	Εθνικό Κέντρο Ολοκληρωμένης Συνεχούς Φροντίδας (RNCC) και ίδια συμμετοχή	<ul style="list-style-type: none"> επίδομα στη βάση εισοδημάτων δύο βασικές κατηγορίες επιπέδων αναγκών φροντίδας 	-

Ολλανδία	Μέσω εισφορών κοινωνικής ασφάλισης, φορολογίας και ίδιας συμμετοχής	<ul style="list-style-type: none"> • δυνατότητα επιλογής παροχής σε είδος ή σε χρήμα • αυτόματος σταθεροποιητής δημόσιων δαπανών με αύξηση/μείωση ίδιας συμμετοχής 	Λιγότερο αναπτυγμένη από ότι η ασφάλιση περιθαλψης
Σουηδία	Μέσω γενικής φορολογίας και ίδιας συμμετοχής	<ul style="list-style-type: none"> • καθορισμός επιπέδου ανάγκης φροντίδας από αξιολογητή χωρίς αυστηρά γραφειοκρατικά κριτήρια • λαμβάνονται υπόψη εισοδηματικά κριτήρια 	Όχι αναπτυγμένη
Δανία	Μέσω δημοτικών φόρων και κρατικών επιχορηγήσεων	<ul style="list-style-type: none"> • καθορισμός επιπέδου ανάγκης φροντίδας από αξιολογητή χωρίς αυστηρά γραφειοκρατικά κριτήρια • κατά βάση χωρίς εισοδηματικά κριτήρια 	Όχι αναπτυγμένη
Αγγλία	γενική φορολογία και Δήμοι	<ul style="list-style-type: none"> • κυρίως όσοι ζουν μόνοι • βάσει εισοδηματικών κριτηρίων 	Περιορισμένη

«Όσον αφορά την Ελλάδα, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει στη χώρα μας εθελοντικό χαρακτήρα και ρόλο συμπληρωματικό. Η ανάπτυξή της καθορίζεται από παράγοντες, όπως είναι το διαθέσιμο εισόδημα των πολιτών, τα φορολογικά κίνητρα που δίνονται σε αυτούς που ασφαλίζονται, η ευκολία πρόσβασης και η ποιότητα των υπηρεσιών του ΕΣΥ και βέβαια η επιθυμία του ατόμου να έχει συμπληρωματική κάλυψη και ελεύθερη πρόσβαση σε ιδιώτες γιατρούς, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και κλινικές. Παρά το ότι το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι σχετικά χαμηλό σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ε.Ε., εντούτοις τα τελευταία χρόνια, η αγορά αυτή παρουσιάζει ανοδικές τάσεις » (Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας, 2002).

3.4 Ευρωπαϊκή Ένωση – Χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

Έχοντας παραθέσει τους βασικούς άξονες πολιτικής, όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, στο σημείο αυτό το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε ειδικότερα ζητήματα, ενσωματώνοντας στην ανάλυση στατιστικά στοιχεία από τις χώρες της Ε.Ε. και του Ο.Ο.Σ.Α..

Στο πίνακα που ακολουθεί, αποτυπώνονται οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας (συνολικά) ως ποσοστό του Α.Ε.Π. για τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. για την περίοδο από το 2016 έως το 2020.

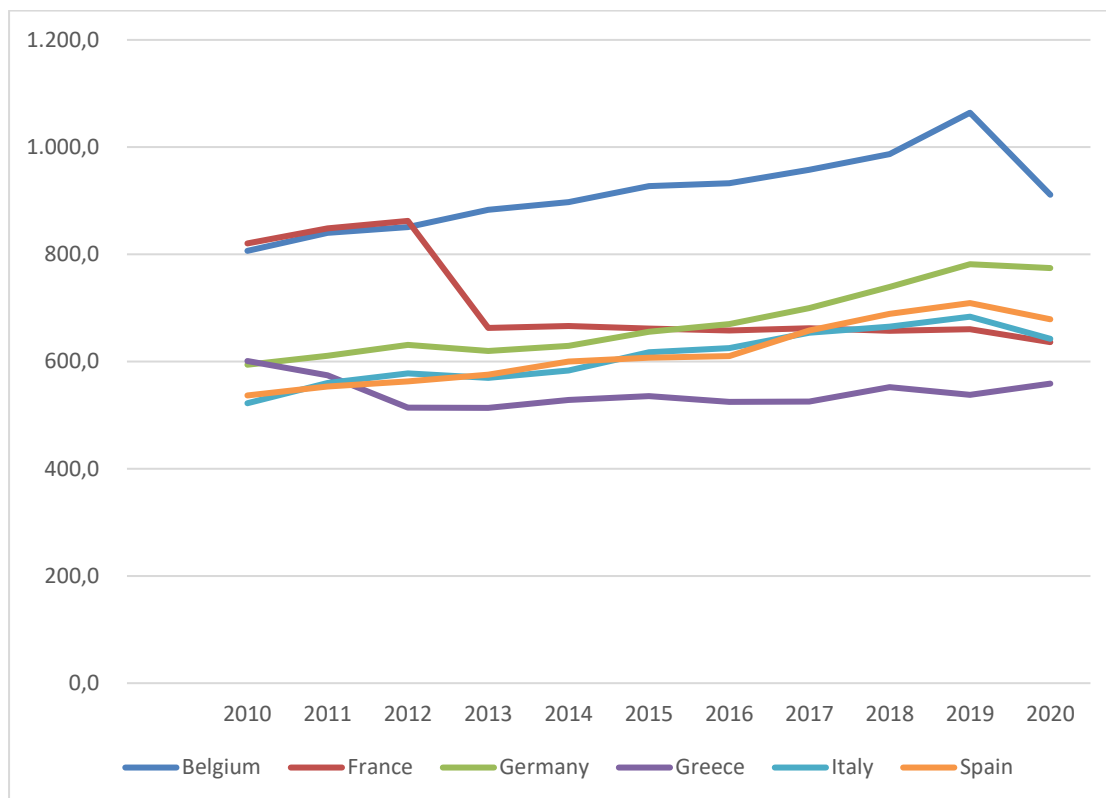
Πίνακας 6: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας 2016-2020 – χώρες Ο.Ο.Σ.Α. (Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)

	2016	2017	2018	2019	2020
Australia	3.1	3.1	3.1	2.9	3.0
Austria	2.7	2.7	2.6	2.6	2.7
Belgium	2.5	2.4	2.5	2.6	2.3
Canada	3.3	3.3	3.3	3.3	3.2
Chile	3.5	3.6	3.6	3.7	3.4
Colombia	1.8	1.8	1.7	1.8	1.9
Costa Rica	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9
Czech Republic	1.3	1.2	1.1	1.1	1.1
Denmark	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6
Estonia	1.7	1.7	1.8	1.7	1.8
Finland	2.2	2.2	2.1	2.0	2.0
France	2.0	1.9	1.9	1.8	1.9
Germany	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9
Greece	3.2	3.2	3.3	3.1	3.6
Hungary	2.2	2.1	2.0	2.0	2.1
Iceland	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6
Ireland	2.0	1.9	1.8	1.7	1.5
Israel	2.5	2.5	2.5	2.5	2.3
Italy	2.2	2.3	2.3	2.3	2.3
Japan	1.7	1.7	1.7	1.8	1.9
Korea	2.8	2.9	3.0	3.2	3.1
Latvia	2.7	2.5	2.5	2.6	2.7

Lithuania	2.2	2.2	2.1	2.4	2.2
Luxembourg	0.8	0.8	0.8	0.7	0.7
Mexico	2.7	2.7	2.7	2.8	2.9
Netherlands	1.9	1.9	1.8	1.8	1.7
New Zealand	2.0	1.9	1.9	1.8	1.9
Norway	1.5	1.5	1.4	1.5	1.6
Poland	2.0	2.0	1.8	1.8	1.8
Portugal	3.6	3.6	3.6	3.7	3.7
Slovak Republic	1.4	1.4	1.3	1.4	1.4
Slovenia	2.3	2.3	2.3	2.3	2.5
Spain	2.5	2.6	2.7	2.7	2.9
Sweden	1.7	1.6	1.7	1.6	1.6
Switzerland	3.9	3.9	3.8	3.8	3.6
Türkiye	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0
United Kingdom	1.9	2.0	2.0	2.0	2.1
United States	2.9	2.9	2.8	2.9	2.9

Από τα δεδομένα του πίνακα παρατηρείται μια σχετική σταθερή πορεία των ιδιωτικών δαπανών υγείας στο σύνολο των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α., οι οποίες, παρά ταύτα, εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν χαμηλά ποσοστά. Επίσης, εντοπίζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών, ενώ φαίνεται πως στις χώρες με τα θεωρητικά περισσότερο υποβαθμισμένα συστήματα υγείας οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι υψηλότερες. Οι χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την Ελλάδα, την Πορτογαλία και τη Χιλή. Αντίθετα, σε χώρες όπως το Λουξεμβούργο, η η Δανία και η Σουηδία οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας είναι μικρότερες. Είναι προφανές, άλλωστε, πως όταν η κοινωνική ασφάλιση αποτυγχάνει να καλύψει τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης, τα άτομα αναγκάζονται να καταβάλλουν τις αντίστοιχες δαπάνες μόνα τους.

Εστιάζοντας στην περίπτωση της Ελλάδας, στο επόμενο διάγραμμα αποτυπώνεται η πορεία της, κατά κεφαλήν, ιδιωτικής δαπάνης υγείας για την Ελλάδα συγκριτικά με άλλες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.



Διάγραμμα 4: Σύγκριση ιδιωτικών δαπανών υγείας Ελλάδα – χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.

Όπως παρατηρούμε, οι κατά κεφαλήν ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ακολουθούν μια σχετικά σταθερή πορεία και διαμορφώνονται λίγο κάτω από τα 600€, ελαφρώς χαμηλότερα από χώρες, όπως η Ιταλία, η Ισπανία και η Γαλλία, ενώ υπάρχει μεγάλη διαφορά με το Βέλγιο.

Εξειδικεύοντας το ενδιαφέρον στις ιδιωτικές δαπάνες, οι οποίες προορίζονται για μακροχρόνια φροντίδα υγείας, η κατάσταση αντιστρέφεται, γεγονός το οποίο καταδεικνύει πως η μακροχρόνια φροντίδα υγείας δε συγκεντρώνει τη δέουσα προσοχή. Στον ακόλουθο πίνακα, αποτυπώνονται οι ιδιωτικές δαπάνες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας σε τρέχουσες τιμές. Η Ελλάδα κατατάσσεται σε μια από τις χαμηλότερες θέσεις, στα ίδια περίπου επίπεδα με χώρες όπως η Λετονία ή η Λιθουανία.

Πίνακας 7: Ιδιωτικές δαπάνες για μακροχρόνια φροντίδα υγείας 2016-2020 – χώρες Ο.Ο.Σ.Α. (Πηγή: Ο.Ο.Σ.Α.)

	2016	2017	2018	2019	2020
Australia	180.4	201.5	264.6	266.9	..
Austria	1,517.6	1,629.4	1,526.3	1,527.0	1,530.7
Belgium	467.7	454.1	521.2	880.5	742.9
Canada	8,878.4	9,511.4	10,367.6	11,103.8	10,379.6
Chile	..	..	..	203.8	169.7
Colombia	4,980,825.4	5,291,225.8	..	..	..
Costa Rica	1,600.2	1,594.8	449.9	449.0	486.8
Czech Republic	89.0	123.6	140.0	163.8	108.9
Denmark	4,383.1	4,669.0	4,643.8	4,724.0	4,738.4
Estonia	56.1	64.7	71.7	80.1	86.9
Finland	656.8	616.0	601.1	596.4	606.7
France	9,497.1	9,891.4	10,227.0	10,628.6	10,846.6
Germany	18,302.0	19,971.0	21,585.0	23,226.0	23,390.0
Greece	4.5	10.4	11.0	10.7	16.0
Hungary	14,871.3	14,605.9	16,541.2	18,345.3	16,453.5
Ireland	698.7	700.7	714.5	791.0	794.3
Israel	1,932.0	2,069.0	1,395.0	..	..
Italy	3,850.0	3,987.0	4,083.0	4,137.0	4,068.0
Japan	979,393.2	991,570.6	1,046,761.6	1,038,180.0	..
Korea	4,718,104.5	5,474,732.1	5,996,022.8	6,339,829.0	6,375,395.2
Latvia	9.3	10.4	8.7	9.4	12.1
Lithuania	9.3	11.1	13.1	15.0	17.9
Luxembourg	66.2	68.1	71.6	76.8	78.0
Netherlands	1,460.0	1,449.0	1,387.0	1,436.0	1,476.0
Norway	7,789.0	7,817.0	8,169.0	8,537.0	8,673.0
Poland	286.5	346.8	447.8	498.0	506.3
Portugal	366.3	387.7	417.0	427.0	455.1
Slovak Republic	0.3	0.5	0.4	0.4	0.3
Slovenia	13.7	14.0	15.7	27.9	28.2
Spain	1,668.7	1,784.0	1,757.5	1,725.5	1,662.2
Sweden	9,085.0	9,325.0	9,692.0	9,995.0	10,199.0
Switzerland	5,177.6	5,488.1	5,537.4	5,817.9	5,577.3
United Kingdom	11,506.8	12,312.6	12,949.9	13,954.6	13,883.9
United States	62,298.3	64,170.5	67,692.8	72,487.5	71,835.4

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Από όσα προηγήθηκαν, καθίσταται σαφές πως η ιδιωτική ασφάλιση αντιμετωπίζει ένα ευρύ φάσμα προκλήσεων στο σημερινό απαιτητικό περιβάλλον, καταδεικνύοντας την ανάγκη για περαιτέρω δράσεις στο εν λόγω πεδίο, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η μέγιστη δυνατή κοινωνική ευημερία. Στο παρόν κεφάλαιο, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις τρέχουσες τάσεις και προοπτικές στο πεδίο της ιδιωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Αρχικά, εξετάζεται το μέλλον της ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα μας αλλά και ευρύτερα, θίγοντας το ζήτημα των κοινωνικών ανισοτήτων, το οποίο αποτελεί βασική προτεραιότητα στα πλαίσια των πολιτικών υγείας. Κατόπιν, επιχειρείται η καταγραφή προτάσεων βελτίωσης με σκοπό την αντιστροφή του κλίματος.

4.1 Το μέλλον της ιδιωτικής ασφάλισης στη ΜΦΥ

Όπως ήδη αναφέρθηκε επανειλημμένως, η ιδιωτική ασφάλιση για υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας υγείας βρίσκεται ακόμη σε εξαιρετικά πρώιμα στάδια. Απαιτείται, ως εκ τούτου, μια συστηματική αντιμετώπιση των εμποδίων, τα οποία λειτουργούν αποτρεπτικά για τους ασφαλισμένους όπως αυτά περιγράφονται στις παραγράφους που ακολουθούν.

Αρχικά, θα πρέπει να γίνει ιδιαίτερη αναφορά στο κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης το οποίο είναι κατά κανόνα υψηλό. Οι τιμές, βέβαια, ποικίλουν ανάλογα με το προφίλ του ασφαλισμένου και του πακέτου παροχών, αλλά γενικά απαιτείται η καταβολή ενός υψηλού ασφαλιστρού. Εν γένει, επιβεβαιώνεται το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής, υπό την έννοια πως τα μεγαλύτερα, σε ηλικία, άτομα φαίνεται να ασφαλιζονται περισσότερο, όσον αφορά τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας (Tumlinson, Aguiar, & O' Malley Watts, 2009).

Εξίσου σημαντικό εμπόδιο αποτελεί και το γεγονός πως, πολλές φορές τα άτομα αποκλείονται από την ιδιωτική ασφάλιση, λόγω του υψηλού κινδύνου που ενέχουν. Όπως έχει, ήδη, αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα, οι ασφαλιστικές εταιρείες, πολλές φορές, διαμορφώνουν τα προγράμματά τους με τέτοιο τρόπο ώστε

να μειώσει την πιθανότητα αποζημιώσεων ελαχιστοποιώντας τον κίνδυνο του χαρτοφυλακίου τους (Tumlinson, Aguiar, & O' Malley Watts, 2009).

Άλλωστε, η πολυπλοκότητα των ασφαλιστικών προγραμμάτων μακροχρόνιας φροντίδας υγείας δυσχεραίνει ακόμη περισσότερο την κατάσταση. Απαιτείται, συνεπώς μια συστηματική προσπάθεια και μια βαθιά γνώση από την πλευρά των αγοραστών προκειμένου να επιλέξουν το βέλτιστο δυνατό πρόγραμμα, ανάλογα με τις ανάγκες τους.

Σε κάθε περίπτωση, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα τα οποία ανακύπτουν στο υπό μελέτη πεδίο, έγκειται στη χρονική διαφορά ανάμεσα στην αγορά και τη χρήση των ασφαλιστικών προγραμμάτων, υπό την έννοια πως ένας υγιής, νέος άνθρωπος, ο οποίος αγοράζει σήμερα κάποιο ασφαλιστικό προϊόν, ενδέχεται να περιμένει αρκετά χρόνια έως ότου χρειαστεί να το χρησιμοποιήσει. Το γεγονός πως ο κίνδυνος δεν είναι άμεσος λειτουργεί αποτρεπτικά στην ιδιωτική ασφάλιση.

4.2 Κοινωνικές ανισότητες

Αν και τα τελευταία χρόνια λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις, το ζήτημα των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία ανέκαθεν απασχολούσε τη διεθνή, επί του θέματος, βιβλιογραφία και πρακτική. Παρά ταύτα, τα αίτια της ανάδειξης των κοινωνικών ανισοτήτων παραμένουν ακόμη θολά. Σε κάθε περίπτωση, οι παράγοντες επιρροής φέρονται να εντοπίζονται σε όλο το φάσμα της κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας (Hammig, et al., 2014).

Εξάλλου, οι ανισότητες δεν οφείλονται σε μεμονωμένα στοιχεία αλλά προκύπτουν ως σύνθεση επιμέρους ζητημάτων. Εν γένει, πάντως, παρατηρείται πως όσο πιο υποβαθμισμένη είναι μια περιοχή σε όρους κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας, τόσο χειρότεροι είναι οι σχετικοί υγειονομικοί δείκτες (White, et al., 2011).

Στις δεδομένες συνθήκες, ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες είναι σαφώς πιο ευάλωτες στις κοινωνικές ανισότητες σχετικά με άλλες, όπως για παράδειγμα οι χρονίως πάσχοντες ή οι μειονότητες. Η υγεία χαρακτηρίζεται από έντονες κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες είναι διαρκείς, σταθερές και δεν έχουν εκλείψει, παρά τη βελτίωση των δεικτών υγείας, η οποία έχει επιτευχθεί τις τελευταίες δεκαετίες.

Σύμφωνα με την έκθεση Black, ήδη από τη δεκαετία του 80, προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα (Σαρρής, et al., 2002):

- Ανάμεσα σε διαφορετικές κοινωνικές και επαγγελματικές πληθυσμιακές ομάδες παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στους δείκτες υγείας (θνησιμότητα κλπ). Μάλιστα, οι διαφορές αυτές φαίνονται να μην επηρεάζονται από δημογραφικές μεταβλητές, όπως το φύλο ή η ηλικία.
- Τα άτομα χαμηλότερων κοινωνικών και εισοδηματικών τάξεων δείχνουν να είναι περισσότερο εκτεθειμένα.
- Τα άτομα υψηλότερων κοινωνικών και εισοδηματικών τάξεων δείχνουν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας και κυρίως των προληπτικών υπηρεσιών υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό.
- Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία όχι μόνο δε μειώνονται αλλά αυξάνονται σε βάθος χρόνου.
- Όλες οι χώρες, άλλες σε μικρότερο και άλλες σε μεγαλύτερο βαθμό παρουσιάζουν κοινωνικές ανισότητες στο πεδίο της υγείας.

4.3 Κίνητρα

Η προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης στο υπό μελέτη πεδίο προϋποθέτει, όπως γίνεται εύκολα αντιληπτό, την παροχή κατάλληλων κινήτρων. Εξάλλου, η ενίσχυση του κλάδου συνδέεται με πολλαπλά οφέλη σε όλο το φάσμα της κοινωνικής και οικονομικής δραστηριότητας. Προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση, στη διεθνή επί του θέματος βιβλιογραφία και πρακτική μπορεί κανείς ένα ευρύ φάσμα μέτρων.

4.3.1 Κανονιστικές ρυθμίσεις – οικονομική πολιτική

Δε χωρά αμφιβολία πως οι ρυθμιστικές παρεμβάσεις και τα φορολογικά κίνητρα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη στόχων όπως η ευρύτερη πρόσβαση στην ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας υγείας, μέσα από την προώθηση συγκεκριμένων ασφαλιστικών σχημάτων τα οποία, μεταξύ άλλων, περιλαμβάνουν την

τυποποίηση των συμβολαίων ή τη θέσπιση ελαχίστων ορίων καλύψεων με σκοπό την ένταση του ανταγωνισμού ανάμεσα στους παρόχους.

Τα φορολογικά κίνητρα στοχεύουν ουσιαστικά στη μείωση της τιμής αγοράς για την ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας υγείας προκειμένου να τονωθεί η ζήτηση. Μέσω της παροχής προνομιακής φορολογικής μεταχείρισης σε ιδιώτες οι κυβερνήσεις επιχειρούν να αυξήσουν το ενδιαφέρον όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση και τους κινδύνους που συνδέονται με την υγεία. Τέτοιου είδους πρακτικές είναι εξαιρετικά διαδεδομένες σε περιοχές όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες, η Ισπανία, το Μεξικό και η Αυστρία και στην τυπική τους μορφή περιλαμβάνουν εκπτώσεις φόρου επί τη βάση του ασφαλιστρού.

Γενικά, οι κανονισμοί στοχεύουν αφενός στην προστασία των ατόμων που «αγοράζουν» ασφαλιστικά προϊόντα ιδιωτικής ασφάλισης ΜΦΥ και αφετέρου στη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων αυτών (πχ περιορισμός της δυνατότητας των εταιρειών να μεταβάλλουν μονομερώς τους όρους των ασφαλιστηρίων, τη διάρκειά τους ή την τιμή τους). Παράλληλα, η θέσπιση ενός κανονιστικού πλαισίου ρυθμίζει τα επίπεδα κινδύνου που μπορούν να αναλάβουν οι εταιρείες, διασφαλίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την φερεγγυότητα.

4.3.2 Μεικτά σχήματα – Συμπράξεις ιδιωτικού δημοσίου τομέα

Σε αρκετές χώρες του ΟΟΣΑ έχουν κατά καιρούς αναπτυχθεί συνεργατικά σχήματα δημοσίου και ιδιωτικής ασφάλισης με σκοπό τη διασφάλιση ενός αποτελεσματικού μηχανισμού παροχής υγειονομικών καλύψεων. Το εν λόγω προγράμματα έχουν σχεδιαστεί για να ενθαρρύνουν ιδιαίτερα τα άτομα μεσαίων και χαμηλών εισοδημάτων να «αγοράσουν» ασφαλιστικά προγράμματα μακροχρόνιας φροντίδας υγείας.

Η Σγκαπούρη, η οποία δεν είναι μέλος του ΟΟΣΑ, ξεκίνησε το πρόγραμμα Eldershield το 2002. Το Eldershield αντιπροσωπεύει έναν διαφορετικό τύπο σύμπραξης δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στο πλαίσιο της οποίας το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί από την κυβέρνηση, αλλά τιμολογείται, πωλείται και διαχειρίζεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες (Hoffman, 2009). Ένα χαρακτηριστικό του προγράμματος Eldershield είναι ότι προβλέπει αυτόματη εγγραφή, με δυνατότητα εξαίρεσης. Ήδη από τα τέλη του 2006, περίπου 750.000 ή το 50% του πληθυσμού ηλικίας άνω των ετών καλύπτονταν από το Eldershield.

4.3.3 Ομαδική ασφάλιση

Η ομαδική ασφαλιστική κάλυψη παρέχεται τυπικά στο πλαίσιο της απασχόλησης και το βασικό της πλεονέκτημα έγκειται στο γεγονός της ενθάρρυνσης της έγκυρης συνδρομής σε προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης ΜΦΥ. Παράλληλα, τα ομαδικά ασφαλιστήρια έχουν κατά κανόνα λιγότερες εξαιρέσεις ως αποτέλεσμα του διαμοιρασμού του κινδύνου. Επίσης, η ομαδική ασφάλιση περιορίζει τα φαινόμενα δυσμενούς επιλογής και μειώνει το κόστος για τις ασφαλιστικές εταιρείες. Στη Γαλλία, τα ομαδικά ασφαλιστήρια αντιπροσωπεύουν ένα αρκετά υψηλό ποσοστό της ασφαλιστικής αγοράς, σχεδόν το 50%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στις Η.Π.Α. ανέρχεται στο 30%. Βέβαια, η εν λόγω παροχή δεν έχει το χαρακτήρα της υποχρεωτικότητας αλλά προσφέρεται σε εθελοντική - προαιρετική βάση από τους εργοδότες.

4.4 Προτάσεις βελτίωσης

Συνολικά, οι πολίτες φαίνεται να είναι εξαιρετικά επιφυλακτικοί όσον αφορά την επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, αφενός λόγω της περιορισμένης διαθεσιμότητας των προγραμμάτων από τις ασφαλιστικές εταιρείες κι αφετέρου λόγω των υψηλών ασφαλίσεων που κατά κανόνα απαιτούνται για την αγορά ενός τέτοιου συμβολαίου. Απαιτείται, λοιπόν, μια συστηματική και συντονισμένη προσπάθεια προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση με σκοπό τη διασφάλιση της μέγιστης δυνατής ωφέλειας για όλα τα εμπλεκόμενα μέλη.

Για το σκοπό αυτό, «προτείνεται η δημιουργία ενός «ΣΔΙΤ Υγείας μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και της ασφαλιστικής αγοράς, με την κατάλληλη προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα του αντίστοιχου γαλλικού μοντέλου, το οποίο έχει σχεδιαστεί ως συμπληρωματικός προς το δημόσιο σύστημα υγείας προαιρετικός ασφαλιστικός μηχανισμός». Η προτεινόμενη σύμπραξη του ΕΟΠΥΥ με την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά θα έχει τα εξής αντικείμενα (Μιλτιάδης, 2021):

- Τον καθορισμό του πακέτου υπηρεσιών υγείας που θα προσφέρουν σε προαιρετική βάση οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ως συμπληρωματικού στο υποχρεωτικό πακέτο των ασφαλιστικών καλύψεων του ΕΟΠΥΥ.
- Τον έλεγχο ποιότητας των προμηθευτών υγείας.

- Τη διασφάλιση της πρόσβασης των ασθενών στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας.
- Τον έλεγχο της προκλητής ζήτησης των προμηθευτών υγείας.
- Την εκκαθάριση και πληρωμή των προμηθευτών, δημόσιων και ιδιωτικών.

Η ουσία της προτεινόμενης σύμπραξης αφορά την ασφαλιστική «πακετοποίηση» όλων των δαπανών υγείας που βαρύνουν τους πολίτες ως αφαιρετέες απαλλαγές (deductibles) και ποσοστά συνασφάλισης (coinsurance) για πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας, καθώς και την ιδιωτική συμμετοχή στα φάρμακα, ιατρικά υλικά, γυαλιά όρασης, και οδοντιατρικές δαπάνες. Οι ασφαλιστικές εταιρίες θα αναπτύξουν έντονο ανταγωνισμό για το περιεχόμενο και την τιμή των εν λόγω ασφαλιστικών. Η σύμπραξη δημόσιου – ιδιωτικού τομέα θα προσφέρει την δυνατότητα μείωσης (ή ελέγχου της αύξησης) του κόστους σε όλες τις κατηγορίες ιδιωτικών δαπανών υγείας, με αποτέλεσμα τη δραστική μείωση της επιβάρυνσης των πολιτών. Έτσι, μεταξύ άλλων, θα αναδειχθεί και ο συμπληρωματικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας προς την αντίστοιχη δημόσια, αντί της διπλής ασφάλισης που υπάρχει σήμερα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μακροχρόνια φροντίδα υγείας και οι χρόνιες παθήσεις, ανέκαθεν καταλάμβαναν ένα εξαιρετικά σημαντικό ενδιαφέρον στα πλαίσια των συστημάτων υγείας. Τα τελευταία χρόνια, ωστόσο, παρατηρείται ένα, διαρκώς, εντεινόμενο ενδιαφέρον, δεδομένου του γεγονότος πως η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η γήρανση του πληθυσμού, αυξάνουν τη ζήτηση για τέτοιου είδους υπηρεσίες.

Η παρούσα εργασία εστιάζει στη μακροχρόνια φροντίδα υγείας και τη σχέση με την ιδιωτική ασφάλεια, επιδιώκοντας την ολοκληρωμένη προσέγγιση ενός ζητήματος, το οποίο είναι εξαιρετικά ευάλωτο στις κοινωνικές, οικονομικές, πολιτικές και τεχνολογικές αλλαγές.

Τόσο η σχετική, επί του θέματος, βιβλιογραφία όσο και η διεθνής πρακτική, συντείνουν στην άποψη πως, παρά τα πολλαπλά οφέλη που δύναται να παρέχει, η ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας υγείας παραμένει ακόμη σε χαμηλά επίπεδα, όχι μόνο ως αποτέλεσμα των υψηλών ασφαλίσεων, όπως αυτά προκύπτουν από το φαινόμενο της δυσμενούς επιλογής, αλλά και λόγω του χαμηλού βαθμού ετοιμότητας των πολιτών να αντιληφθούν την εν λόγω προοπτική. Σε κάθε περίπτωση, υπάρχουν σημαντικά περιθώρια ανάπτυξης. Ωστόσο, θα πρέπει να τονισθεί πως η ιδιωτική ασφάλιση δεν προσδοκά να αντικαταστήσει το κράτος πρόνοιας, αλλά, αντιθέτως, διαδραματίζει έναν κατεξοχήν συμπληρωματικό ρόλο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι"

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" απευθύνεται σε άτομα της τρίτης ηλικίας που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως και άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ειδικά προβλήματα, με προτεραιότητα αυτούς που ζουν μόνοι τους ή δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας ή που το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Συνολικά 120.000 ηλικιωμένοι και άνθρωποι με αναπηρίες ωφελούνται από το πρόγραμμα.

Σκοπός του Προγράμματος είναι να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας καθώς και ατόμων με κινητικά ή άλλα ειδικά προβλήματα (ΑμεΑ), να υποβοηθήσει την αυτόνομη και αξιοπρεπή διαβίωση, να υποστηρίξει το οικογενειακό περιβάλλον των επωφελούμενων και τέλος να προωθήσει την απασχόληση ικανού και εξειδικευμένου προσωπικού.

Ποια είναι τα κριτήρια επιλογής;

- **Οικονομικά:** δίνεται προτεραιότητα στο χαμηλότερο εισόδημα που είναι έως 5000.
- **Οικογενειακή κατάσταση:** δίνεται προτεραιότητα σε όσους ζούν μόνοι.
- **Κατάσταση υγείας:** δίνεται προτεραιότητα σε όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.

Τι υπηρεσίες προσφέρονται;

- Συμβουλευτική και συναισθηματική στήριξη
- Ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στο σπίτι
- Νοσηλευτική μέριμνα και φυσιοθεραπεία
- Οικογενειακή - Οικιακή Φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης

- Μικροαγορές, πληρωμή λογαριασμών
- Συνοδεία στις διάφορες υπηρεσίες

Το πρόγραμμα στελεχώνεται από καταρτισμένα στελέχη και επιστήμονες όπως:

- Κοινωνικοί λειτουργοί που έχουν τη συνολική εποπτεία των ωφελούμενων, αξιολογώντας τα περιστατικά, παρέχοντας κοινωνική υποστήριξη, ερχόμενοι σε επαφή με συναρμόδιους φορείς και παραπέμποντας περιστατικά που δεν άπτονται των υπηρεσιών του προγράμματος.
- Νοσηλεύτές/τριες που προσφέρουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και οι οποίες αφορούν σε κατ' οίκον επισκέψεις για τη μέτρηση και καταγραφή των ζωτικών σημείων, τη συνταγογράφηση των φαρμάκων, καθώς και συνοδεία σε νοσοκομεία για τις προγραμματισμένες εξετάσεις τους.
- Οικιακοί βοηθοί που αναλαμβάνουν τη διεκπεραίωση εξωτερικών εργασιών, την προμήθεια των ηλικιωμένων με είδη άμεσης ανάγκης, καθώς και την καθαριότητα του σπιτιού τους. Μια επιπλέον αρμοδιότητα των οικογενειακών βοηθών, ίσως η πλέον σημαντική για τους ανθρώπους αυτούς, είναι η συντροφιά που προσφέρουν αποδεικνύοντας έμπρακτα τον κοινωνικό χαρακτήρα του προγράμματος.

Συνολικά 2900 εργαζόμενοι απασχολούνται στο πρόγραμμα πανελλάδικα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Βάλβης, Ζ.-Δ. (2022). *Μακροχρόνια Φροντίδα σε γηράσκουσες κοινωνίες: διερεύνηση της ζήτησης, προσφοράς και μεθόδων χρηματοδότησης (Διδακτορική Διατριβή)*. Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς: Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης.
- Βουρλούμης, Π. (2005). *Το ασφαλιστικό με απλά λόγια*. Αθήνα: Εκδόσεις Ποταμός.
- Δημογέροντας, Γ., Μπαλάσκα, Δ., & Μπιτσώρη, Ζ. (2017). Η χρηματοδότηση των ελληνικών δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων βάση των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN) και η επίδραση στη βιωσιμότητά τους. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 6(2), 84-95.
- Δικαίος, Κ., & Χλέτσος, Τ. (1999). *Υπηρεσίες υγείας - Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις* (Β' Τόμος εκδ.). Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας. (2002). *Η Ελληνική απάντηση στο ερωτηματολόγιο σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας για τους ηλικιωμένους*. Αθήνα: Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας.
- Ευρωπαϊκή Ένωση. (2023, 01 02). *Κοινωνική ασφάλιση*. Ανάκτηση από <https://europa.eu/>: https://europa.eu/youreurope/business/human-resources/social-security-health/social-security/index_el.htm
- Θεοδωρουλάκης, Μ., & Κουμαριανός, Β. (2012). *Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης*. . Εκδόσεις ΙΝΕ-ΓΣΕΕ: Αθήνα.
- Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας* (Τόμος Α εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.
- Κιάντου, Β. (2005). *Ασφαλιστικό Δίκαιο*. Κομοτηνή: Σάκκουλας.
- Λιανός, Σ., & Πλατής, Χ. (2022). Η δυσμενής επιλογή στη ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ανάλυση της διάρθρωσης και εξέλιξης των δαπανών υγείας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 21(2), 132-147.

- Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π., Καραθανάση, Κ., & Σωτηριάδου, Κ. (2011). Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 3(2), 38-43.
- Μενή, Α., Αποστολάκης, Ι., & Σαράφης, Π. (2021). Η ύπαρξη κράτους πρόνοιας στο πλαίσιο της μακροχρόνιας φροντίδας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 20(4), 437-449.
- Μιλτιάδης, Ν. (2021). *Υγεία: Αναδόμηση και σχεδιασμός λειτουργίας*. Αθήνα: Κέντρο Φιλελεύθερων Μελετών «Μάρκος Δραγούμης».
- Μπακόλα, Ε. Φ. (2018). Μεταρρυθμίσεις και εξέλιξη των δαπανών για την υγεία σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(4), 549-557.
- Μπαλούρδος, Δ., & Χρυσάκης, Μ. (2006). *Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα: αδρά στοιχεία κατά νόμο και περιφέρεια :Το Κοινωνικό Πορτρέτο της Ελλάδας*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Μπιτσιώρη, Ζ., & Μπαλάσκα, Δ. (2016). Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 5(2), 113-124.
- Νιάκας, Δ. (2014). Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής*, 5(1), 3-7.
- Ξένος, Π., Νεκτάριος, Μ., Πολύζος, Ν., & Υφαντόπουλος, Ι. (2014). Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(2), 172-185.
- Παπαγεωργίου, Γ., & Μπίζας, Λ. (2013). Αλληλεξάρτηση Υγείας και Κοινωνίας. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1), 12-20.
- Πετρέλης, Μ. (2019). Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας και μέτρα αντιμετώπισης: Παραδείγματα από την Ελλάδα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 18(4), 346-356.
- Προβόπουλος, Γ., & Καπόπουλος, Π. (2001). *Το Δίλλημα των Γενεών: Σχεδιάζοντας μια παραμετρική μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος*. Αθήνα: Ι.Ο.Β.Ε.
- Σακελλαρόπουλος, Θ. (1999). *Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

- Σαρρής, Μ., Χρυσάκης, Μ., & Σούλης, Σ. (2002). Ανισότητες στην υγεία: Μια κριτική προσέγγιση. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 19(6), 672-687.
- Σούλης, Σ. (1999). *Οικονομική της υγείας* (εκδ.). Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Σπυρόπουλος, Β. (2015). *Το σύγχρονο νοσοκομείο* (εκδ.). Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών.
- Φέτση, Α. (1990). Η διανεμητική επίπτωση του δημόσιου τομέα στην κατανομή του εισοδήματος των νοικοκυριών. *The Greek Review of Social Research*, 73, 182-198.

Ξενόγλωσση

- Akerlof, G. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500.
- Belli, P. (2001). *How adverse selection affects the health insurance market. Policy Research Working Paper No.2574*. Washington DC: World Bank.
- Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42(2), 189-214.
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Costa-Font, J., & Zigarette, V. (2014). *Long Term Care Coverage in Europe: A Case for Implicit Insurance Partnerships*. LSE Health, The London School of Economics and Political Science.
- Costa-Font, J., & Zigarette, V. (2016). The choice agenda in European health systems: the role of middle-class demands. *Public Money & Management*, 36(6), 409-416.
- Courbage, C., & Roudaut, N. (2011). Long-term care insurance: The French example. *European Geriatric Medicine*, 2(1), 22-25.
- Cutler, D., & Zeckhauser, R. (1998). Adverse Selection in Health Insurance. *Frontiers in Health Policy Research*, 1, 1-32.

- Cylus, J., & Irwin, R. (2010). *The challenges of hospital payment systems*. . : Euro Observer.
- Dedopoulou, A., Malavazos, T., M., M., & Sarafis, P. (2019). The social security system in Greece and social justice in the field of health. *Interdisciplinary Health Care, 11*(1), 29-42.
- Eling, M., & Ghavibazzo, O. (2019). Research on long-term care insurance: status quo and directions for future research. *The Geneva Papers on Risk and Insurance - Issues and Practice, 44*, 303-356.
- Esping- Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., & Myles, J. (2006). *Γιατί χρειαζόμαστε ένα νέο κοινωνικό κράτος*. Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.
- Gentili, E., Masiero, G., & Mazzonna, F. (2017). The role of culture in long-term care arrangement decisions. *Journal of Economic Behavior & Organization, 143*, 186-200.
- Goyder, E., McNally, G., & Botha, J. (2000). Inequalities in access to diabetes care: evidence from a historical cohort study. *Quality Health Care, 9*(2), 85-89.
- Hammig, O., Gutzwiller, F., & Kawachi, I. (2014). The contribution of life style and work factors to social inequalities in self-rated health among the employed population in Switzerland . *Social Science & Medicine, 121*(), 74-84.
- Joel, M., Dufour-Kippelen, S., & Samitca, S. (2010). The long-term care system for the elderly in Portugal. *ENERPI Research Report, 84*.
- Kastanioti, C., Karakolias, S., Karanikas, H., Zilidis, C., & Polyzos, N. (2016). Economic evaluation based on KEN-DRGs in a NHS hospital. *Galenus, 57*(1), 16-30.
- Klein, T., Lambertz, C., & Stahl, K. (2013). *Adverse Selection and Moral Hazard in Anonymous Markets*. CEPR Discussion Paper No. DP9501.
- Minogiannis, P. (2012). Tomorrow's public hospital in Greece: Managing health care in the post crisis era. *Social Cohesion and Development, 7*(1), 69-80.
- Mosialos, E., Dixon, A., Figueras, J., & Kutzin, J. (2002). Funding health care: options for Europe. *European Observatory on Health Care System, Policy brief, 4*(), 1-17.

Tumlinson, A., Aguiar, C., & O'Malley Watts, M. (2009). *Closing the Long-Term Care Funding Gap: The Challenge of Private Long-Term Care Insurance*. The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured.

White, L., Matheson, I., Moineddin, R., Dunn, R., & Glazier, H. (2011). Neighbourhood deprivation and regional inequalities in self-reported health among Canadians: Are we equally at risk? *Health and Place*, 17(), 361-369.