



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



Τ.Ε.Ι.
ΠΕΙΡΑΙΑ

Φοιτητής: Παρασκευόπουλος Βασίλειος

«Το Σύστημα Υγείας της Γερμανίας»

Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τ.Ε.Ι.
ΠΕΙΡΑΙΑ

Φοιτητής: Παρασκευόπουλος Βασίλειος

Επιβλέπων Καθηγητής : Σακελλαρόπουλος Θεόδωρος

Μελέτη για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

Πειραιάς, 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΑ

GRADUATE COURSE: MANAGEMENT OF
HEALTH



Τ.Ε.Ι.
ΠΕΙΡΑΙΑ

Thesis

«Health system of Germany»

Student: Paraskevopoulos Vasileios

Supervisor: Sakellaropoulos Theodoros

Piraeus, 2013

Ευχαριστίες

Η περάτωση της παρούσας διπλωματικής μου δίνει την ευκαιρία να ευχαριστήσω ένα πλήθος ανθρώπων οι οποίοι μου παρείχαν κάθε είδους υποστήριξη ώστε να ανταπεξέλθω στο δύσκολο αυτό έργο. Η ολοκλήρωση των προσπαθειών οφείλεται σε ανθρώπους που με στήριξαν σε όλα τα στάδια αυτής της πορείας.

Ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους ανθρώπους οι οποίοι συνέβαλλαν στην ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής με κάθε τρόπο. Αρχικά, ευχαριστώ τον επόπτη καθηγητή μου κ. Σακελλαρόπουλο για τις πολύτιμες συμβουλές και κατευθύνσεις τους για την πληρέστερη κάλυψη του υπό εξέταση θέματος, την οικογένειά μου και τους συναδέλφους μου για την αμέριστη συμπαράσταση που μου παρείχαν σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου, την καθηγήτριά μου στα γερμανικά Σοφία Μουρελάτου για τη βοήθειά της στις μεταφράσεις αλλά και τους εργαζομένους όλων των φορέων και βιβλιοθηκών στις οποίες απευθύνθηκα για τη συγκέντρωση του απαραίτητου βιβλιογραφικού υλικού.

Περίληψη

Η παρούσα διπλωματική με τίτλο «Το Σύστημα Υγείας της Γερμανίας» αποτελεί μια προσπάθεια καταγραφής των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του ασφαλιστικού συστήματος υγείας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο και των πολλαπλών μεταρρυθμίσεων που πραγματοποιήθηκαν επί σειρά ετών.

Η επίτευξη της ανάλυσης του θέματος επιτυγχάνεται μέσω της ανάλυσης στοιχείων και βιβλιογραφικών δεδομένων σε τρία (3) επιμέρους κεφάλαια. Την εισαγωγή σε έννοιες που αφορούν την κοινωνική ασφάλιση και υγεία, ακολουθεί το πρώτο κεφάλαιο στο οποίο αναλύονται δεδομένα της κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία. Ειδικότερα, αναλύονται λεπτομερώς οι τρεις πυλώνες του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στη Γερμανία, οι αρχές που διέπουν το σύστημα αλλά και τον τρόπο με τον οποίο οργανώνεται η κοινωνική ασφάλιση στη χώρα. Επίσης, αναλύονται οι παροχές του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας σε είδος και σε χρήμα όπως ασθένειας, μητρότητας, αναπηρίας, ανεργίας κλπ. Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζονται στοιχεία αναφορικά με το ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας όπως η ιστορική του πορεία σε ένα πλαίσιο μεταρρυθμίσεων ενώ αναλύονται οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας και ασφάλειας με σημαντικότερο τα ασφαλιστικά ταμεία. Ακόμα, περιγράφονται οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος αλλά και η επιλογή της ιδιωτικής ασφάλισης. Τέλος, παρουσιάζεται αναλυτικά ο τρόπος οργάνωσης του συστήματος υγείας με ποσοτική και ποιοτική προσέγγιση. Στο τρίτο κεφάλαιο, αξιολογείται συνολικά το ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας με παράθεση των όποιων θετικών και αρνητικών σημείων αλλά και των προοπτικών που διαφαίνονται για τα επόμενα χρόνια. Η εργασία ολοκληρώνεται με την παράθεση συμπερασμάτων που αναδεικνύουν την δυναμικής του ασφαλιστικού συστήματος της Γερμανίας.

Λέξεις Κλειδιά: Ασφάλιση, υγεία, παροχές, ιδιωτική, κοινωνική, χρηματοδότηση, Γερμανία.

Abstract

This thesis entitled "Health system of Germany" is an attempt to capture the specificity of the health insurance system at primary and secondary level and multiple reforms undertaken over a number of years.

The analysis of this subject is achieved through data analysis and bibliographic data in three (3) sections. The introduction to concepts related to social security and health, follows the first chapter which analyzes data of social security in Germany. Particular, we analyze in detail the three pillars of the social security system in Germany, the principles governing the system but also the way in which organized social insurance in the country. Also analyzed the benefits of the social security system of Germany in kind and in cash as sickness, maternity, disability, unemployment, etc. The second chapter presents data regarding the insurance system of Germany as the historical development in a context of reforms while analyzed the providers of health services and safety importantly the insurance funds. Still, describes the sources of finance system and the option of private insurance. Finally, we present in detail how the organization of the health system by quantitative and qualitative approach. The third chapter assessed total insurance system of Germany with quote any of the positive and negative points and perspectives that are emerging in the coming years. The thesis concludes by citing findings that highlight the dynamics of the social security system of Germany.

Keywords: Insurance, health, benefits, private, social, funding, Germany.

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	iv
Περίληψη.....	v
Abstract.....	vi
Κατάλογος Πινάκων - Γραφημάτων.....	x
Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 1. Η κοινωνική ασφάλιση στη Γερμανία.....	6
1.1. Κοινωνική ασφάλιση.....	6
1.1.1. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα.....	9
1.2. Η κοινωνική ασφάλιση στη Γερμανία.....	11
1.3. Πυλώνες κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στη Γερμανία.....	13
1.4. Θεμελιώδεις αρχές του γερμανικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.....	15
1.5. Η ιδιωτική ασφάλιση.....	17
1.5.1. Η ιδιωτική ασφάλιση στη Γερμανία.....	19
1.6. Οργάνωση της κοινωνικής προστασίας.....	21
1.7. Η χρηματοδότηση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης.....	22
1.7.1. Η χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία.....	29
1.8. Παροχές συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας.....	31
1.8.1. Οι παροχές ασθενείας σε χρήμα.....	31
1.8.2. Οι παροχές μητρότητας και πατρότητας.....	32
1.8.3. Οι παροχές σε περίπτωση αναπηρίας.....	33
1.8.4. Συντάξεις και παροχές γήρατος.....	34
1.8.5. Παροχές επιζώντων.....	35
1.8.6. Παροχές για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες.....	36
1.8.7. Οικογενειακά επιδόματα.....	38
1.8.8. Ανεργία.....	39
1.8.9. Παροχές κοινωνικής βοήθειας.....	40
1.8.10. Παροχές μακροχρόνιας φροντίδας.....	41

Κεφάλαιο 2. Γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας	43
2.1. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας	43
2.2. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας στη Γερμανία	44
2.3. Ιστορικό και βασικά χαρακτηριστικά γερμανικού συστήματος υγείας.....	46
2.4. Πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας	48
2.4.1. Η μεταρρυθμιστική πράξη του 1989.....	48
2.4.2. Η μεταρρύθμιση του 1993.....	49
2.4.3. Μεταρρυθμίσεις το διάστημα 1996 -1997	51
2.4.4. Η μεταρρύθμιση του 2009: Εισαγωγή του Κεντρικού Ταμείου Υγείας	52
2.4.4.1. Αξιολόγηση της μεταρρύθμισης του 2009 και επίτευξη των στόχων ..	53
2.5. Αρχές ασφαλιστικού συστήματος υγείας στη Γερμανία	55
2.5.1. Ασφαλιστικά ταμεία της Γερμανίας.....	57
2.5.2. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας.....	57
2.5.3. Οι συλλογικές συμβάσεις	58
2.5.4. Τα έσοδα από εισφορές	58
2.6. Η ασφάλιση ασθένειας στη Γερμανία	59
2.6.1. Η νόμιμη ασφάλιση ασθενείας (GKV)	60
2.6.2. Η ιδιωτική ασφάλιση ασθενείας (PKV).....	61
2.7. Εξέλιξη συστήματος των ταμείων υγείας στη Γερμανία	62
2.8. Πυλώνες ασφάλισης υγείας της Γερμανίας: Εξωνοσοκομειακή, ενδονοσοκομειακή και δημόσια περίθαλψη	63
2.8.1. Φαρμακευτική περίθαλψη ασφαλιστικού συστήματος Γερμανίας.....	64
2.9. Ο γερμανικός μηχανισμός προσαρμογής των κινδύνων.....	65
2.10. Καλύψεις και παροχές ασφαλιστικού συστήματος υγείας στη Γερμανία	66
2.10.1. Το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης ως πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.....	67
2.11. Ποιοτική προσέγγιση συστήματος ασφάλισης υγείας στη Γερμανία.....	67
2.12. Οργάνωση και χρηματοδότηση εθνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας.....	69
2.13. Πόροι δημόσιων ταμείων ασθενείας στη Γερμανία	71
2.14. Μεταστροφή χρηματοδοτικών πόρων γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος	72
2.15. Η συγκράτηση του κόστους στο γερμανικό σύστημα υγείας	73

Κεφάλαιο 3. Αξιολόγηση γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος: Προκλήσεις και προοπτικές.....	77
3.1. Αξιολόγηση γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος.....	78
3.1.1. Δυνατά σημεία γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος.....	79
3.2. Τα προβλήματα στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα.....	80
3.2.1. Η καθοδήγηση των συμφερόντων	81
3.2.2. Κατακερματισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών και έλλειψη ολοκληρωμένης φροντίδας.....	81
3.2.3. Έλλειψη επαρκούς μέτρησης του κόστους	82
3.2.4. Διαστρέβλωση κινήτρων από τη σχέση δημόσιας- ιδιωτικής ασφάλισης ...	83
3.2.5. Επιλογή υγείας από ασφαλισμένους βάσει κοστολογίου.....	84
3.3. Τρέχουσες προκλήσεις γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος.....	85
3.4. Μελλοντικές στρατηγικές βελτίωσης ασφαλιστικού συστήματος στη Γερμανία	86
Συμπεράσματα.....	87
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	89
Ελληνικές.....	89
Ξενόγλωσσες.....	94
Διαδίκτυο	102

Κατάλογος Πινάκων - Γραφημάτων

Πίνακας 1: Εξέλιξη των δαπανών συντάξεων στη Γερμανία	62
Πίνακας 2: Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία ως ποσοστού του Α.Ε.Π.	82
Πίνακας 3: Δαπάνες λειτουργιών της υγειονομικής περίθαλψης από τους παρόχους (σε εκ. €).....	84
Γράφημα 1: Εξέλιξη των δαπανών συντάξεων στη Γερμανία	63
Γράφημα 2: Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία ως ποσοστού του Α.Ε.Π.	83
Γράφημα 3: Δαπάνες λειτουργιών της υγειονομικής περίθαλψης από τους παρόχους (σε εκ. €).....	84

Εισαγωγή

Η κοινωνική ασφάλιση είναι η ασφάλιση εκείνη η οποία έχει σκοπό να αντιμετωπίσει τους κινδύνους που διατρέχει η ζωή των εργαζομένων κατά τη διάρκεια της εργασίας τους και οι οποίοι μπορούν να οδηγήσουν τον εργαζόμενο σε μείωση της ικανότητας του για εργασία ή να δημιουργήσουν πρόσθετες ανάγκες οι οποίες δεν είναι δυνατό να καλυφθούν με το κανονικό εισόδημα του ή σε αύξηση των δαπανών συντήρησης του (Liu et al, 1995). Ο όρος «κοινωνική ασφάλεια» συναντάται σε επίσημα κείμενα για πρώτη φορά στο νομοθέτημα των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής Social Security 1935 (Κιόχος, 2000). Η ασφάλιση θεωρείται σύμβαση που συνάπτεται με ελεύθερη βούληση ή υποχρεωτικά από το νόμο, κατά την οποία ο ένας των συμβαλλομένων (ασφαλιστικός φορέας) αναλαμβάνει, έναντι ορισμένης αντιπαροχής του άλλου (που καλείται ασφαλισμένος) την υποχρέωση να καταβάλει σ' αυτόν ορισμένη παροχή, ευθύς μόλις επέλθει το συμφωνημένο ή μη γεγονός. (Πετρόγλου, 1975). Αντίθετα, όταν η σύμβαση συνάπτεται υποχρεωτικά από το νόμο πρόκειται για κοινωνική ασφάλιση (Obermann et al, 2006).

Η κοινωνική ασφάλιση, λοιπόν, σαν δημόσιο δικαίωμα είναι συγχρόνως και υποχρέωση, με την έννοια ότι όσοι ανήκουν στις οριζόμενες από το νόμο κατηγορίες μισθωτών ή επαγγελματιών δεν μπορούν να απαλλαγούν ή τροποποιήσουν, παρά όταν και όπως ο νόμος ορίζει (Λεοντάρης, 2005). Η πρώτη μεγάλη ταξινόμηση των κοινωνικών ασφαλίσεων είναι εκείνη, η οποία τις διαιρεί σε δύο ομάδες (Κιόχος, 2000): κοινωνικές ασφαλίσεις, που δίνουν παροχές μακράς διάρκειας (συντάξεις, σύνταξη κ.λπ.) και κοινωνικές ασφαλίσεις, που δίνουν παροχές μικρής διάρκειας (βοήθημα κηδείας, ανεργίας, ασθενείας).

Η διάκριση ανάμεσα στους δύο τύπους ασφάλισης είναι σχετική. Ασφαλίσεις με παροχές μικρής διάρκειας είναι εκείνες στις οποίες η παροχή χορηγείται εφάπαξ, δηλαδή με μία μόνο καταβολή, ή εκείνες στις οποίες η παροχή δεν μπορεί να καταβάλλεται πέρα από ορισμένο χρονικό διάστημα (Ραφαήλ, 2001; Bloch et al, 2008).

Οι αρχές της κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν ουσιαστικά άγραφους κανόνες που συνάγονται από τη διατύπωση ή τους σκοπούς υφιστάμενων ρυθμίσεων (ΥΑΚΠ, 2010). Ο εργαζόμενος, όχι μόνο για τον εαυτό του αλλά και για το κοινωνικό σύνολο,

πρέπει να φροντίσει το μέλλον του, πρέπει να ασφαλιστεί τόσο για το δικό του συμφέρον, όσο και για το συμφέρον όλου του κοινωνικού συνόλου (Hong & Rios, 2007). Επίσης, η συμμετοχή του κράτους στα βάρη της κοινωνικής ασφάλισης είναι αναγκαία, γιατί το κράτος έχει υποχρέωση να εξασφαλίζει το ελάχιστο όριο συντήρησης των πολιτών, να ενδιαφέρεται για τη δημόσια υγεία και να συντελεί στην εξύψωση των όρων της κοινωνικής ζωής. Τα είδη της κοινωνικής ασφάλισης είναι (Ζερβού και συν., 2001; Κιόχος, 2000): υποχρεωτική ασφάλιση, προαιρετική ασφάλιση και επικουρική ασφάλιση.

Ο θεσμός της ασφάλισης αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις των σύγχρονων κοινωνιών. Εκτός από τις άμεσες ασφαλιστικές αποζημιώσεις, τα επιπλέον οφέλη της κοινωνίας από την ασφάλιση είναι πολλαπλά (Νεκτάριος, 1998). Η μεγαλύτερη κοινωνική προσφορά της ασφάλισης πηγάζει από την ικανότητα της για την μείωση του αντικειμενικού κινδύνου (Ανδριτσάκης, 2005; Hidrkins & De Donder, 2003; Cremer & Pestieau, 1998). Τέλος, η ύπαρξη και λειτουργία των ασφαλιστικών αγορών συντελεί στη μείωση της αβεβαιότητας των ατόμων και των επιχειρήσεων και επομένως συμβάλλει στην κοινωνική σταθερότητα (Ρόκας, 2003)

Η υγεία αποτελεί ένα από τα δικαιώματα κάθε πολίτη και μπορεί να ταυτιστεί με την κοινωνική και οικονομική πρόοδο μιας χώρας. Η υγεία είναι ένα κοινό αγαθό που ανήκει σε όλους τα άτομα εξίσου με κριτήριο την ανθρώπινη αξία και συνδυάζεται με τις έννοιες της ελευθερίας, της ανθρώπινης φύσης, της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Mann et al, 1996). Η υγεία θα μπορούσε να χαρακτηριστεί και ως πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο το οποίο επηρεάζεται από πολλές μεταβλητές όπως βιολογικές, οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές, πολιτιστικές, ηθικές, οικολογικές και πολλές άλλες (Υφαντόπουλος, 2005). Επίσης, η υγεία έχει αναφερθεί και ως «*προϊόν της αλληλεπίδρασης των φυσιολογικών – οργανικών και οικολογικών αναγκαιοτήτων και της υπάρχουσας κάθε φορά κοινωνικο – οικονομικής τάξης πραγμάτων*»; Πιερράκος, 2008, Ζηλίδης, 2005).

Το σύστημα υγείας ως ολότητα περιλαμβάνει την οργάνωση και τη λειτουργία της κάλυψης των αναγκών υγείας και τη δημιουργία προοπτικών στον τομέα της υγείας. Το σύστημα υγείας περιλαμβάνει ένα σύνολο ανθρώπινων και υλικών διαθέσιμων πόρων υγείας που οργανώνονται και διοικούνται μέσα από ένα σύνολο υπηρεσιών για την επίτευξη ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας με στόχο την αύξηση του επιπέδου υγείας του συνολικού πληθυσμού (Λιαρόπουλος, 1991; Σιγάλας, 1999). Τα συστήματα υγείας της Ευρώπης που είναι γνωστά σήμερα

διαμορφώθηκαν στη δεκαετία του 1950, όταν αναπτύχθηκε το κράτος πρόνοιας. (Νιάκας, 2003).

Ως Σύστημα Υγείας μπορεί να οριστεί «το σύνολο των επιμέρους στοιχείων - υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον (του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός ύπαρξης του, ο οποίος είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού» (ΚΕΠΕ, 1976). Συνήθως το σύστημα υγείας ταυτίζεται με το σύστημα παροχής ιατρικών φροντίδων. (Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, 2001).

Οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ συστήματος υγείας και περιβάλλοντος δεν είναι μονοσήμαντες. Αντίθετα χαρακτηρίζονται από μια πολύπλοκη σχέση αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης. Το επίπεδο υγείας και ευεξίας εξαρτάται από το βαθμό οικονομικής ανάπτυξης (βιοτικό επίπεδο, εισόδημα, ανεργία). Οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, ο τρόπος ζωής, κ.ά., επιδρούν σημαντικά στην υγεία και την αρρώστια (Τούντας, 2008).

Το σύστημα υγείας με τη σειρά του, με τις υπηρεσίες που παρέχει, διασφαλίζοντας το επίπεδο υγείας, συμβάλλει στην κοινωνική συνοχή με την επαναφορά στην εργασία του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας, ομαλοποιώντας την παραγωγική διαδικασία και ασκώντας σημαντικότατο ρόλο στην εμπέδωση του αισθήματος της κοινωνικής ασφάλειας και προστασίας (Μπουρσανίδης, 1991; Μωραΐτης, 1985).

Η αναγκαιότητα ύπαρξης και λειτουργίας ενός συστήματος υγείας προσδιορίζεται από τη ωφελιμότητα των σκοπών του και από την επιδεξιότητα επίτευξης των στόχων που θέτει. Οι σκοποί και στόχοι ενός συστήματος υγείας αποτελούν ένα μοντέλο διαφοροποίησης του κάθε συστήματος και εκτιμά το ίδιο το σύστημα αναφορικά με τη χρησιμότητα και την ωφελιμότητα που παρέχει (West, 1981). Σύμφωνα με τη σύγχρονη θεώρηση ο σκοπός ενός συστήματος υγείας είναι η διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού με απώτερη επιδίωξη τη συμβολή του συστήματος υγείας ως βασικού θεσμού του κοινωνικού κράτους, στη διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου ευημερίας και ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Money, 1984). Συνολικά θα μπορούσε κανείς να αναφέρει πως ένα σύγχρονο σύστημα υγείας πρέπει να θέτει στόχους όπως να διαμορφώσει όρους λειτουργίας στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα με τις σύγχρονες επιστημονικές προδιαγραφές, να απαλείψει τυχόν ανισότητες μεταξύ κεντρικών και περιφερειακών δομών υπηρεσιών υγείας και να διασφαλίσει την αξίωση για ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας για τον

κάθε πολίτη (Μαζαράκη, 2012). Τα βασικά χαρακτηριστικά των συστημάτων υγείας, χωρίς περιορισμό αναφορικά με την μορφή του, είναι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας χωρίς εμπόδια και χρονικούς περιορισμούς (24 ώρες το 24ωρο όλο το χρόνο). Η προσπελασιμότητα οποιουδήποτε ατόμου και οποιασδήποτε κοινωνικο-οικονομικής θέσης, πρέπει να έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας. Προϋποθέτει βέβαια την ισότιμη κατανομή των πόρων και υπηρεσιών υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Η συνέχεια στην προσφορά υπηρεσιών υγείας. Η προσφορά δεν περιορίζεται μόνο στο στάδιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης μιας αρρώστιας αλλά επίσης καλύπτει το στάδια πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου. Η ισότητα ή ίσες ευκαιρίες στη χρήση των υπηρεσιών. Το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος. Κάθε σύστημα υγείας στη διαδρομή του στο χώρο και το χρόνο δίνει ιδιαίτερο βάρος στην ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου τύπου υπηρεσιών υγείας, το οποίο λειτουργεί ως επίκεντρο, γύρω από το οποίο αναπτύσσεται το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Άλλα συστήματα έχουν ως επίκεντρο το νοσοκομείο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης (νοσοκομειοκεντρικό σύστημα) και άλλα οργανώνονται και διαρθρώνονται με επίκεντρο την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Κατά αντιστοιχία τα συστήματα με επίκεντρο το νοσοκομείο δίνουν έμφαση στη θεραπευτική αντιμετώπιση της αρρώστιας ενώ το σύστημα με επίκεντρο την πρωτοβάθμια περίθαλψη δίνουν ιδιαίτερο βάρος στην πρόληψη της αρρώστιας και στην αποκατάσταση μετά τη θεραπεία (Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, 2001).

Εξαιτίας του ιδιαίτερου χαρακτήρα του αγαθού υγεία επηρεάζονται και τα συστήματα υγείας τα οποία διαθέτουν μια περίπλοκη δομή αναφορικά με τα άλλα συστήματα της οικονομίας η οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για το σωστό σχεδιασμό και την αποτελεσματική τους οργάνωση (Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, 2001). Επιπροσθέτως, στη σύγχρονη εποχή τα συστήματα υγείας αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους πυλώνες της εθνικής οικονομίας, που μάλιστα σε ανεπτυγμένες χώρες φτάνουν να απασχολούν το 5% του ενεργού πληθυσμού και να αποδίδουν το 10% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος. Οπότε, οι ιδιαιτερότητες των συστημάτων υγείας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό, την συστηματοποίηση και τη διεύθυνσή τους (Γεωργούση & Κυριόπουλος, 2000, Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, 2001).

Το σύστημα υγείας πρέπει να εξετάζεται σε άμεση συνάρτηση με το κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον στο οποίο υφίσταται και δραστηριοποιείται. Καθώς το κάθε

σύστημα υγείας είναι αναπόσπαστο τμήμα της όλης κοινωνικής δομής και οργάνωσης (Kast & Rozenzweig, 1972; Μερκούρης & Μαριόλης, 2009). Εάν θεωρηθεί ότι οι βασικές αρχές και αξίες του συστήματος καθορίζονται από τις επικρατούσες αρχές και αξίες της κάθε κοινωνίας, τα επιμέρους χαρακτηριστικά του εξαρτώνται από τα δημογραφικά, επιδημιολογικά, πολιτισμικά, οικονομικά και πολιτικά δεδομένα κάθε χώρας. Γιατί αυτά καθορίζουν τον τρόπο οργάνωσης και διοίκησης του συστήματος, τις βασικές του κατευθύνσεις και προτεραιότητες, το εύρος, τον τρόπο και τις διαδικασίες κάλυψης και διανομής των παρεχόμενων φροντίδων, τον τρόπο χρηματοδότησης και μια σειρά άλλων λεπτομερειών που όλα μαζί συνθέτουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της «προσωπικότητας» του κάθε συστήματος υγείας (Katz et al, 1966). Για το λόγο αυτό οι υπηρεσίες υγείας δεν μπορούν να αποτελούν έτοιμα πακέτα και οι κυβερνήσεις δεν μπορούν να επιλέξουν για τη χώρα τους κάποιο σύστημα ή μοντέλο από έναν κατάλογο με επιτυχημένα διεθνώς πρότυπα (Λιαρόπουλος, 2007; Τούντας, 2008; Koontz & Donnell, 1976; Μαζαράκη, 2012; Levy, 1975).

Τα συστήματα υγείας έχουν σήμερα διαρκώς μεταβαλλόμενες και συχνά ανταγωνιστικές μεταξύ τους ανάγκες χρηματοδότησης. Είναι αυτονόητο ότι ένα σύστημα υγείας πρέπει να δαπανά οικονομικούς πόρους για επενδύσεις σε κτιριακές υποδομές και εξοπλισμό, για την εκπαίδευση και τη μισθοδοσία του προσωπικού, καθώς και για φάρμακα και άλλα αναλώσιμα. Ο τρόπος εύρεσης και «συνολοποίησης» αυτών των οικονομικών πόρων - η διαδικασία δηλαδή είσπραξης και διαχείρισης τους - αποτελεί σημαντικό θέμα με πολλές παραμέτρους για όλους εκείνους που καθορίζουν και σχεδιάζουν την πολιτική υγείας (Νιάκας, 2003; (Αδαμακίδου & Αναγνωστοπούλου - Καλοκαιρινού, 2009; Λιαρόπουλος, 2005; Θεοδώρου και συν., 2001) Κάθε χώρα της Ε.Ε. έχει το δικό της μείγμα πηγών άντλησης πόρων για το σύστημα υγειονομικής της περίθαλψης. Στις δυτικές ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία), το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται από κοινωνικές ή και υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές (Νιάκας, 2003; Μπούρμαλη, 2007).

Κεφάλαιο 1. Η κοινωνική ασφάλιση στη Γερμανία

1.1. Κοινωνική ασφάλιση

Οι κοινωνικές ασφαλίσεις είναι ένα θεμελιακό πρόβλημα για κάθε κοινωνικό και οικονομικό σύστημα και η λύση του πρέπει να εναρμονιστεί με το σύστημα ως σύνολο, όπως έχει διαμορφωθεί ή με τους ιδιαίτερους στόχους προς τους οποίους κατευθύνεται το κάθε σύστημα. Ο όγκος και η μορφή των κοινωνικών υπηρεσιών και συνεισφορών υπόκεινται παντού σε πολιτικές αποφάσεις. Τα κριτήρια που εφαρμόζονται για τη λήψη αυτών των αποφάσεων συνοψίζονται στα εξής (Σακελλαρόπουλος, 1999):

- 1) Στο βαθμό της ιδιωτικής πρόνοιας που απαιτείται σε σχέση με τη δημόσια βοήθεια.
- 2) Στο πεδίο εφαρμογής (πρόσωπα – κίνδυνοι - περιστάσεις).
- 3) Στον προσδιορισμό των παραγόντων που καθορίζουν την παροχή κοινωνικών υπηρεσιών.
- 4) Στο βαθμό της ιδιωτικής συμμετοχής στη χρηματοδότηση.

Το κράτος ιδρύει θεσμούς που είναι οργανωτικά και οικονομικά ανεξάρτητοι, και μέσω αυτών εξισώνονται τα προσωπικά εισοδήματα. Το κράτος αποφεύγει, στο μέτρο του δυνατού, κάθε άμεση επέμβαση και περιορίζεται να προσφέρει τις υπηρεσίες των ιδρυμάτων του κοινωνικής πρόνοιας ή και άλλες μορφές βοήθειας, σε περιπτώσεις που το ελάχιστο εισόδημα συντήρησης απειλείται (Αγγλία, Γαλλία, Δυτική Γερμανία).

Στη δεύτερη θεωρητική παραλλαγή, οι παροχές των κοινωνικών ασφαλίσεων είναι ανεξάρτητες από το προηγούμενο εισόδημα και από το αποτέλεσμα της ιδιωτικής πρόνοιας, αφού αποτελούν συνολική προστασία του πολίτη. Ο τρόπος διανομής του ατομικού εισοδήματος εξαρτάται από τη γενική οικονομική ικανότητα και αποσκοπεί στη διαφύλαξη της προσωπικής προθυμίας για εργασία. Οι λόγοι που συνεχώς αυξάνεται το ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος, που διατίθεται για την κοινωνική ασφάλιση εστιάζουν (Κιόχος, 2000; Σακελλαρόπουλος, 1999):

- 1) Το υψηλό και συνεχώς αυξανόμενο ποσοστό των μισθωτών, που είναι έκφραση τελικά, της μεταβαλλόμενης δομής του πληθυσμού και της απασχόλησης.
- 2) Η έκταση των κοινωνικών ασφαλίσεων.
- 3) Η βελτίωση των παροχών, που συνοδεύει την αυξανόμενη γενική ευημερία.

Για τη δημιουργία ενός συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων υπάρχει δυνατότητα επιλογής τριών μεθόδων, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν ξεχωριστά:

- 1) Κοινωνική πρόνοια (χρηματοδοτείται από τη φορολογία).
- 2) Παροχές ασφάλισης (χρηματοδοτείται από εισφορές και από κρατικές επιχορηγήσεις).
- 3) Συντάξεις (χρηματοδοτούνται από τη φορολογία).

Λόγω της τάσης προς επέκταση των προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης και του γεγονότος ότι το Εθνικό Προϊόν δεν είναι ανεξάντλητο, είναι ανάγκη να τίθενται ορισμένες προτεραιότητες. Διαφορετικά μπορεί να προκληθεί κοινωνική ένταση, που θα αναιρεί τον ίδιο στόχο της κοινωνικής ασφάλειας. Για να χορηγηθεί παροχή στον ασφαλισμένο πρέπει να συντρέχει, κατ' αρχήν, «ασφαλιστική περίπτωση» ή αλλιώς «κίνδυνος», δηλαδή διατάραξη της οικονομικής κατάστασης του ασφαλισμένου.

Η πρώτη μεγάλη ταξινόμηση των κοινωνικών ασφαλίσεων είναι εκείνη, η οποία τις διαιρεί σε δύο ομάδες: κοινωνικές ασφαλίσεις, που δίνουν παροχές μακράς διάρκειας (συντάξεις, ράντες κ.λπ.) και κοινωνικές ασφαλίσεις, που δίνουν παροχές μικρής διάρκειας (βοήθημα κηδεΐας, ανεργίας, ασθενείας). Η διάκριση ανάμεσα στους δύο τύπους ασφάλισης είναι σχετική. Ασφαλίσεις με παροχές μικρής διάρκειας είναι εκείνες στις οποίες η παροχή χορηγείται εφάπαξ, δηλαδή με μία μόνο καταβολή, ή εκείνες στις οποίες η παροχή δεν μπορεί να καταβάλλεται πέρα από ορισμένο χρονικό διάστημα (Κιώχος, 2000).

Από τα τέλη του 19^{ου} αιώνα ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης σε ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο διαμορφώνεται σταδιακά με μορφές προσαρμοσμένες στις ανάγκες κάθε χώρας. Το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εμφανίζεται στη Γερμανία, όπου με το νόμο του 1883 καθιερώνεται η υποχρεωτική ασφάλιση των μισθωτών κατά της ασφάλειας και του ατυχήματος. Αργότερα, το 1889, η ασφάλιση επεκτείνεται στο γήρας και την αναπηρία. Το σύστημα ασφάλισης της Γερμανίας αφορά στο γνωστό κλασικό σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης (Λεοντάρης, 2005).

Γενικά, από το 1885 μέχρι το 1935 αναπτύχθηκαν διάφορα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης σε ολόκληρη την Ευρώπη, τα οποία είχαν σαφώς επηρεασθεί από το

Γερμανικό σύστημα. Ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης σήμερα αφορά σχεδόν σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Αποτελεί μηχανισμό συλλογικής κάλυψης των αναγκών του ατόμου από τη γέννηση μέχρι το θάνατο του. Πρόκειται για ένα θεσμό με βαθειά ηθική, κοινωνική και ανθρωπιστική διάσταση και περιεχόμενο, που έχει σκοπό να απελευθερώσει τον άνθρωπο από την αγωνία για την τύχη του κατά την περίοδο των γηρατειών, ατυχήματος, αναπηρίας, αρρώστιας, θανάτου, ανεργίας κ.λπ. (Κιόχος, 2000).

Η κοινωνική ασφάλιση, ως κοινωνικό δικαίωμα που προστατεύεται από το Σύνταγμα, την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και άλλες διεθνείς Συμβάσεις της ΔΟΕ κ.λπ. είναι πρωταρχικά κοινωνικό και όχι οικονομικό μέγεθος. Καλύπτει κοινωνικές ανάγκες και προστατεύει τους εργαζόμενους από του κινδύνους γήρατος, αναπηρίας, θανάτου κ.λπ. Η ευρωπαϊκή συντηρητική και σοσιαλδημοκρατική παράδοση με την υιοθέτηση διανεμητικών συστημάτων, όπου οι σημερινοί εργαζόμενοι πληρώνουν με τις εισφορές τους τους σημερινούς συνταξιούχους, έθεσε την κοινωνική ασφάλιση εκτός του εμπορευματικού κυκλώματος και της οικονομίας της αγοράς και εντός ενός συστήματος αλληλεγγύης των γενεών, με την εγγύηση του κράτους. Η εγγύηση αυτή εκδηλώνεται με την εποπτεία, την οργάνωση και λειτουργία των φορέων ασφάλισης, την κάλυψη των ελλειμμάτων, τη διοικητική δικαιοσύνη και κυρίως με την πολιτική επί του ύψους των συντάξεων, που συνδέει τελικά το εισόδημα με των συνταξιούχων με την εθνική οικονομική ανάπτυξη, τη διανομή του εθνικού εισοδήματος και τη συμμετοχή των συνταξιούχων στη συνολική ευημερία. Είναι ευνόητο ότι σε αυτά τα πλαίσια προτεραιότητα έχει η πολιτική και όχι η οικονομία. Οι πολιτικές αποφάσεις καλές ή κακές διαμορφώνουν το σύστημα και του προσδίδουν τις ανάλογες προοπτικές.

Αντίθετα, στις αγγλοσαξονικές χώρες, όπου κυριαρχούν τα κεφαλαιοποιητικού χαρακτήρα συστήματα ασφάλισης, το μεγαλύτερο βάρος της κάλυψης των κοινωνικών κινδύνων φέρουν οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι, που επενδύουν την αποταμίευση-εισφορά τους ελεύθερα σε διάφορα επενδυτικά σχέδια. Η ατομική ευθύνη και η αγορά αναδεικνύονται σε αυτά τα συστήματα ως η βασική φιλοσοφία και το οργανωτικό πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης. Η κοινωνική συνοχή διασφαλίζεται από ένα επίπεδο προστασίας και ασφάλειας, που συνίσταται σε ένα ελάχιστο, προνομιακού χαρακτήρα, επίδομα, που δίδεται σε όλους τους πολίτες. Είναι όμως μια κοινωνική συνοχή σε μινιμαλιστικά επίπεδα, όπως δείχνουν τα υψηλά ποσοστά φτώχειας που συναντώνται σε αυτές τις χώρες.

1.1.1. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα

Η πολλαπλότητα των φορέων χαρακτηρίζει την κοινωνική ασφάλιση, δημόσιου χαρακτήρα, στην Ελλάδα. Οι φορείς της κοινωνικής ασφάλισης αναφέρονται είτε στην επαγγελματική ομάδα είτε στο είδος της παροχής. Όλοι αυτοί οι φορείς είναι νομικά πρόσωπα δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου. Υπάρχει και η ιδιωτική ασφάλιση που λειτουργεί συμπληρωματικά στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης. Οι φορείς της κοινωνικής ασφάλισης, δημόσιου χαρακτήρα, διακρίνονται ανάλογα με τις παροχές τους σε πέντε κατηγορίες (Μάρδας, 1993; Γετίμης & Γράβαρης, 1993; Σακελλαρόπουλος, 1999):

- 1) Κύριας ασφάλισης.
- 2) Επικουρικής ασφάλισης.
- 3) Ασθένειας.
- 4) Πρόνοιας.
- 5) Αλληλοβοήθειας.

Η πολυμορφία και η πολλαπλότητα των φορέων κοινωνικής ασφάλισης προκαλεί πολλές φορές το αίσθημα της άνισης μεταχείρισης των ασφαλισμένων σε φορείς μικρότερης κοινωνικό οικονομικής σημασίας από τα λεγόμενα ευγενή ταμεία. Το φαινόμενο αυτό δημιουργεί, επίσης, προβλήματα ενιαίου προγραμματισμού στο χώρο της κοινωνικής προστασίας και αυξάνει το κόστος λειτουργίας της διοίκησης των φορέων, με αποτέλεσμα να διογκώνεται και το συνολικό κόστος λειτουργίας αυτών.

Στην Ελλάδα, ο νόμος 6298/346 με σύσταση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Ι.Κ.Α.), ως ενιαίου για ολόκληρη την χώρα φορέα κοινωνικής ασφάλισης, δεν περιόρισε την τάση ίδρυσης κλασικών ασφαλιστικών ταμείων. Απεναντίας, μάλλον πολλαπλασιάστηκαν οι προσπάθειες των εργαζομένων για εξασφάλιση είτε ιδιαίτερης κυρίας ασφάλισης είτε παράλληλης επικουρικής ασφαλίσεως. Αυτό συνέβη επειδή το Ι.Κ.Α. υστερούσε, γενικά, στις παροχές του έναντι ορισμένων κλαδικών ταμείων και επιπλέον δεν υπήρχε επικουρική ασφάλιση για όλους. Υπήρχαν, ακόμα, και οι τάξεις των επαγγελματιών, που δεν είχαν, από τον νόμο, την ευχέρεια να υπαχθούν στο Ι.Κ.Α. και έπρεπε να αποκτήσουν δική τους ασφαλιστική στέγη. Έτσι, πραγματοποιήθηκε το 1934 η ίδρυση του Ασφαλιστικού Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος (πρώην Τ.Ε.Β.Ε, νυν Ο.Α.Ε.Ε.), το

1936 του Ταμείου Ασφαλίσεως Εμπόρων (T.A.E.), των Χρηματιστών, των Ναυτικών Πρακτόρων και πλείστων άλλων. Παράλληλα πλήθαιναν τα επικουρικά ταμεία, οι ασφαλιστικοί εκείνοι οργανισμοί, οι οποίοι εξασφαλίζουν στους ασφαλισμένους τους δεύτερη σύνταξη και άλλες παροχές (Εφημερίδα της Κυβέρνησης, 1934; Arts & Gelissen, 2002).

Η κατάσταση αυτή, όπως ήταν φυσικό, δημιούργησε μια πρωτοφανή διάσπαση στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης και σκόρπισε πολλή σύγχυση προς κάθε κατεύθυνση. Ακόμα, έθεσε την πολιτεία, συχνά, μπροστά σε πλήθος δυσεπίλυτων προβλημάτων, επειδή πολλοί από τους ασφαλιστικούς αυτούς φορείς δεν ήταν σε θέση να παράσχουν ικανοποιητική περίθαλψη στα μέλη τους ή και δήλωναν αδυναμία συνεχίσεως του έργου τους (Προβόπουλος, 1985; Σακελλαρόπουλος, 2006).

Η πολιτεία εκδήλωσε την πρόθεσή της για λήψη ριζικών μέτρων αναμόρφωσης της ασφαλιστικής νομοθεσίας προς την κατεύθυνση της ενοποίησης και του εκσυγχρονισμού. Πάντως ένα πρώτο βήμα έγινε με την ίδρυση (νόμος 997/79) του Ταμείου Επικουρικής Ασφαλίσεως Μισθωτών (T.E.A.M.), στο οποίο ωθούνται για συγχώνευση τα πλείστα κλαδικά ταμεία επικουρικής ασφάλισης. Σταθμό στο Δίκαιο των Κοινωνικών Ασφαλίσεων αποτέλεσε ο Ν. 2084/92 σε συνδυασμό με τους προηγθέντες αυτού νόμους 1902/90, 1976/91 κ.α.

Από άποψη προσφερομένων παροχών, οι οργανισμοί ασφάλισης στην Ελλάδα διακρίνονται σε εκείνους της κύριας ασφάλισης και σε αυτούς της επικουρικής. Το ισχύον ασφαλιστικό καθεστώς σήμερα στην Ελλάδα είναι πολύπλοκο και οπωσδήποτε δεν υπάρχει ούτε ομοιομορφία ούτε ταξινόμηση ή ιεράρχηση των δρώντων ασφαλιστικών φορέων. Με αποτέλεσμα τις συχνές αλλαγές και αναμορφώσεις αλλά και συγχωνεύσεις των ταμείων μέσα σε μια προσπάθεια εξυγίανσης και καλύτερης οικονομικής διαχείρισης (Ρωμανιάς, 2007).

1.2. Η κοινωνική ασφάλιση στη Γερμανία



Ο αυξανόμενος κρατικός παρεμβατισμός οδήγησε αρκετά κράτη στο τέλος του 19^{ου} αιώνα και στο πρώτο μισό του 20^{ου} αιώνα να οργανώσουν δημόσια συστήματα κοινωνικής ασφάλισης. Σταθμός στην πορεία αυτή αποτέλεσε η πρωτοβουλία το 1881 του καγκελάριου Μπίσμαρκ στη Γερμανία για τη δημιουργία του πρώτου ολοκληρωμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, που μέχρι σήμερα λειτουργεί ως πρότυπο (μοντέλο Bismarck). Η υποχρεωτική ασφάλιση στον κλάδο υγείας (ασθένεια, εργατικό ατύχημα), θεσπίστηκε το 1883 - 1884 στη Γερμανία και αποτέλεσε την πρώτη μορφή δημόσιας ασφάλισης υγείας μεικτού χαρακτήρα, δηλαδή με χρηματοδότηση των ασφαλισμένων και των εργοδοτών. Εν συνεχεία, ακολούθησαν η γέννηση αντίστοιχων θεσμών στη Σουηδία το 1916 για τα εργατικά ατυχήματα και το 1918 για την ασφάλιση ασθενείας, ο νόμος της κοινωνικής ασφάλισης του προέδρου Ρούσβελτ στις Η.Π.Α. το 1937, και λίγα χρόνια μετά, το 1942, η έκθεση του άγγλου οικονομολόγου Μπέβεριτζ για την κοινωνική προστασία των εργαζομένων, η οποία αποτέλεσε τη βάση των εθνικών συστημάτων υγείας (μοντέλο Beveridge) και την απαρχή της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (National Health Service, NHS) της Μεγ. Βρετανίας, που λειτούργησε το 1955 (Δουμουλάκης, 1998).

Η κοινωνική ασφάλιση στη Γερμανία βασίζεται σε ένα σύστημα υποστήριξης νομικά κατοχυρωμένης σε επίπεδο υγείας στους πολίτες της χώρας. Ουσιαστικά αποτελεί τη βάση παροχής οικονομικής και κοινωνικής προστασίας κατά της ανεργίας, της ασθενείας καθώς και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Στο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης της χώρας εντάσσεται και η καταβολή των συντάξεων.

Η υποχρεωτικότητα της κοινωνικής ασφάλισης είναι δεδομένη και σε αυτή περιλαμβάνεται κάθε είδους απασχόληση των εργαζομένων. Για την παροχή της, η συμμετοχή του εργαζόμενου και του εργοδότη είναι ισοκατανεμημένη (50% για τον καθένα με τις κρατήσεις να πραγματοποιούνται αυτόματα από τον αντίστοιχο μισθό ή το καταβληθέν εισόδημα. Εξάιρεση αποτελεί η επίσης κατοχυρωμένη από το νόμο περίπτωση εργατικού ατυχήματος την οποία καλύπτει μέσω πληρωμής εισφορών ο εργοδότης κατ' αποκλειστικότητα (Bauhoff, 2012; Lengwiler, 2003).

Η κοινωνική ασφάλιση υγείας αποτελεί το κύριο ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας, που καλύπτει περίπου το 90% του πληθυσμού. Το υπόλοιπο, κυρίως

υψηλά εισοδήματα και δημόσιοι υπάλληλοι, μπορούν να «υποκαταστήσουν» την κοινωνική τους ασφάλιση ιδιωτικά. Σχετικά με τις καλύψεις υγείας, τα λεγόμενα ταμεία υγείας, παρέχουν ένα μεγάλο βαθμό υπηρεσιών που ρυθμίζονται από το ανάλογο νομοθετικό πλαίσιο.

Ιστορικά, η συμμετοχή στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας ήταν γενικά περιορισμένη στα πρώτα χρόνια δημιουργίας της και υπόκειντο σε ενιαία χρηματοδότηση. Από την εισαγωγή του ανταγωνισμού το 1996, ο αριθμός των ταμείων έχει μειωθεί σημαντικά ως αποτέλεσμα των αναγκαίων συγχωνεύσεων (McGuire & Bauhoff, 2007; Bauhoff, 2012).

Το κρατικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία πληρώνει το 85% των συντάξεων. Οι εθελοντικές επαγγελματικές συντάξεις αντιπροσωπεύουν μόνο το 5% των συνολικών συντάξεων, ενώ ασφαλισμένοι στα επαγγελματικά ταμεία είναι περίπου το 50% των απασχολούμενων. Το υπόλοιπο 10% καλύπτεται από τις ιδιωτικές ασφαλίσεις ζωής. Η κρατική κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική για τους εργαζόμενους του ιδιωτικού τομέα και προαιρετική για τους αυτοαπασχολούμενους. Οι συντάξεις των δημοσίων υπαλλήλων καλύπτονται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Οι εισφορές ανέρχονταν το 2001 στο 19,1% του ακαθάριστου μισθού, ενώ συνολικά ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει το 25% των συνολικών πληρωμών για συντάξεις.

Τον Ιανουάριο του 2008, υπήρχαν στη χώρα 221 ταμεία υγείας που λειτουργούσαν στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης και ήταν διαθέσιμα σε εθνικό επίπεδο. Με τα συγκεκριμένα ταμεία μπορούσαν να συμβληθούν σχεδόν όλοι οι πάροχοι υγείας με ελάχιστες εξαιρέσεις. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα να παρέχεται όχι μόνο πληθώρα αλλά και γενικά ένα υψηλό επίπεδο παρεχόμενων υπηρεσιών καλύπτοντας ακόμη και περιπτώσεις ομοιοπαθητικής θεραπείας. Από τον Απρίλιο του 2007 παρέχονται στο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης μοντέλα περίθαλψης που θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως υπερσύγχρονα. Από το 2009, τα ασφάλιστρα συνδέονται με το κατά περίπτωση εισόδημα του ασφαλισμένου με ένα ενιαίο συντελεστή 15,5% για τις μηνιαίες αποδοχές των μισθών έως 3.675 € με μέγιστη πριμοδότηση τα 570 €. Τα εξαρτημένα μέλη χωρίς επιπλέον κόστος ανέρχονται σε τρία (3) ενώ υπάρχει η δυνατότητα της πριμοδότησης παροχών υγείας στα ταμεία ασθένειας κάθε 18 μήνες ή σε κάθε περίπτωση που ένα ταμείο ενισχύει την πριμοδότησή του (Cutler & Zeckhauser, 2000).

Η γερμανική κοινωνική ασφάλιση υγείας χαρακτηρίζεται από οφέλη τόσο για τον ασφαλιζόμενο όσο και για τον τρόπο λειτουργίας του συστήματος. Σε αυτές τις συνθήκες τα ταμεία που εντάσσονται στο σύστημα έχουν κάθε κίνητρο να βελτιώσουν την κοινωνική και οικονομική τους απόδοση. Είναι σημαντικό ότι τα ταμεία μπορούν να παρατηρήσουν εύκολα τη γεωγραφική ζήτηση των αιτούντων για ασφάλιση η οποία συσχετίζεται με τις διακυμάνσεις του κόστους δημιουργώντας έναν σύστημα αντιμετώπισης όλων των κινδύνων. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, στη Γερμανία, ακόμη και εκείνοι με αδυναμία πρόσβασης στην υγεία μπορούν να αναζητήσουν τη βασική κοινωνική τους ασφάλιση σε εναλλακτικά προγράμματα που καθορίζονται από το ίδιο το σύστημα (Glazer και McGuire, 2009; Bauhoff, 2012).

1.3. Πυλώνες κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στη Γερμανία

Η Γερμανία είναι η χώρα όπου διαμορφώθηκε για πρώτη φορά το κρατικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης PAYG. Η σημερινή ωστόσο δομή του δεν οφείλεται μόνο στις μεγάλες μεταρρυθμίσεις του καγκελάρου Μπίσμαρκ στα τέλη του προηγούμενου αιώνα, αλλά και στην πολιτική του χριστιανοδημοκρατικού κόμματος και του καγκελάρου Αντενάουερ κατά τις δεκαετίες του '50 και '60. Και στις δυο αυτές περιόδους η ιθύνουσα πολιτική και οικονομική τάξη ανέπτυξε κοινωνικοπολιτικές πρωτοβουλίες και παρεμβάσεις προκειμένου να αντεπεξέλθει στην πίεση των σοσιαλδημοκρατών και του εργατικού κινήματος στα τέλη του 19ου αιώνα, και στον ανταγωνισμό μιας διαφορετικής μορφής κοινωνικής συγκρότησης, αλλά ίδιας εθνικής προέλευσης, της Λαϊκής Δημοκρατίας της Γερμανίας αμέσως μετά τον 2^ο Παγκόσμιο Πόλεμο. Έτσι, το συντηρητικό χριστιανοδημοκρατικό μοντέλο κοινωνικού κράτους που αναπτύχθηκε και υπάρχει στη Γερμανία φέρει πολύ έντονα τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού ανταγωνισμού. Εκφράζει την προσαρμογή του κεφαλαίου και του συντηρητικού κατεστημένου στην αμφισβήτηση της σοσιαλδημοκρατίας, με σκοπό τη διατήρηση της κοινωνικής συνοχής και ειρήνης. Έτσι, το κρατικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης εμπεριέχει εξαρχής στους γενεσιουργούς τους όρους τους παράγοντες της πολιτικής αφενός και του συμβιβασμού αφετέρου.

Το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας διαρθρώνεται σε τρεις (3) βασικούς πυλώνες: κύρια σύνταξη μισθωτών και ελευθέρων επαγγελματιών, συμπληρωματικές ανά επιχείρηση συντάξεις και ατομική σύνταξη από ιδιωτική ασφάλιση.

Ο πρώτος πυλώνας (Α') διαρθρώνεται βάσει του συστήματος Bismark, στηριζόμενο σε μια αναδιανεμητική βάση (Pay As You Go) με βασική του αρχή την υποχρεωτικότητα και την καθολικότητα εφαρμογής από όλους τους εργαζόμενους με εξαρτημένη σχέση εργασίας, ορισμένες ομάδες εργαζομένων που απασχολούνται αυτοαπασχολούμενα χωρίς κάποιο προσωπικό, επαγγελματίες χειρωνακτικών εργασιών, καλλιτέχνες, συγγραφείς, δημοσιογράφους κ.λπ. Ο πρώτος πυλώνας ασφάλισης στη Γερμανία περιλαμβάνει και τα ταμεία όλων των ελεύθερων επαγγελματιών που έχουν τη μορφή σωματίου με εισοδήματα συγκεκριμένου ορίου.

Οι καλυπτόμενοι του Α' πυλώνα ανέρχονται στο 82% περίπου των απασχολούμενων της χώρας με καλύψεις που αφορούν το γήρας, την αναπηρία, το θάνατο, την ασθένεια, τη μακροχρόνια φροντίδα υγείας, πιθανό εργατικό ατύχημα και επαγγελματικές νόσους και την ανεργία. Τα κυριότερα ταμεία συντάξεων στο συγκεκριμένο πυλώνα είναι εκείνα των μισθωτών, των εργατών, των ναυτεργατών, των εργαζομένων στους σιδηροδρόμους, των μεταλλωρύχων, των αγροτών, των καλλιτεχνών και των απασχολούμενων στον τύπο (ΓΓΚΑ, 2013; Kamke, 1998).

Ως προς τον τομέα της χρηματοδότησης, από 9,55% καταβάλουν οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες ενώ ο κρατικός προϋπολογισμός συνεισφέρει σε ποσοστό που ανέρχεται σε περίπου 36% αναφορικά με τις δαπάνες συντάξεων παρέχοντας έτσι κάλυψη σε πιθανά ελλείμματα ασκούμενης κοινωνικής πολιτικής. Η καταβολή των εισφορών δεν ξεπερνά τα 3.750 € ανά περίπτωση εισοδήματος ενώ υπάρχει και η δυνατότητα αναπροσαρμογής μέσω υπουργικών αποφάσεων.

Για τις περιπτώσεις των ανέργων, οι εισφορές καταβάλλονται από διαθέσιμα κεφάλαια του ομοσπονδιακού Γραφείου Εργασίας από το οποίο προέρχονται και οι αντίστοιχες εισφορές. Οι κατηγορίες συντάξεων στο συγκεκριμένο πυλώνα είναι εκείνες του γήρατος (πρόωρη με όριο πριν τα 65 έτη με μείωση της σύνταξης κατά 0,3% για κάθε μήνα που υπολείπεται) και σύνταξη λόγω ανεργίας και μερικής απασχόλησης (partial) (ΓΓΚΑ, 2013).

Στο δεύτερο πυλώνα (Β') εντάσσονται όλες οι συμπληρωματικές συντάξεις ανά επιχείρηση. Οι μεγάλες επιχειρήσεις ή οι κλάδοι επιχειρήσεων ασφαλίζουν περίπου το 90% των ασφαλισμένων σε ένα πενταπλό σύστημα ασφάλισης επιλεγόμενο από

τον εργοδότη. Τα συγκεκριμένα συστήματα είναι: direct guarantee (direct entitlement) απευθυνόμενο κυρίως σε εταιρείες, pension funds όπου πραγματοποιείται συγκέντρωση αποθεματικών υπό κρατική εποπτεία με τις εισφορές να καταβάλλονται από τον εργοδότη και σε ορισμένες περιπτώσεις και από τους εργαζόμενους, direct insurance που αφορά κυρίως εταιρείες μικρού μεγέθους με δυνατότητα καταβολής πρόσθετου ασφάλιστρου από τους εργαζόμενους, benevolent funds (support funds) χωρίς νομική κατοχύρωση των εργαζομένων με τη διαχείριση των αποθεματικών από την ίδια την εταιρεία και pension investment funds με τη συγκέντρωση αποθεματικών από έναν ή περισσότερους εργοδότες (Kamke, 1998).

Τέλος στον τρίτο πυλώνα (Γ'), εντάσσονται όλα τα συνταξιοδοτικά προγράμματα σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες με τους όρους και τους κανόνες που διέπει κάθε πρόγραμμα ασφάλισης ξεχωριστά. Η εποπτεία του κράτους στην προκειμένη περίπτωση αφορά στην εκτέλεση των όρων των προγραμμάτων χωρίς να παρεμβαίνει σε άλλους τομείς (ΓΓΚΑ, 2013).

1.4. Θεμελιώδεις αρχές του γερμανικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης



Οι θεμελιώδεις αρχές του γερμανικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης βασίζονται στην «αλληλεγγύη» και την «επικουρικότητα». Υπάρχει μια κοινή αντίληψη στις βιομηχανικές χώρες ότι, ως κοινότητα, όλα τα μέλη της κοινωνίας θα έχουν την ευθύνη να προβλέπουν ένα επαρκές επίπεδο ευημερίας μέσω της συλλογικής δράσης (αρχή της αλληλεγγύης). Όσον αφορά στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι υπό εξέταση, η «αλληλεγγύη» αν μπορεί να γίνει κατανοητή υπό την έννοια ότι υπάρχει μια κατανομή των κινδύνων για την υγεία μεταξύ των ασφαλισμένων πληθυσμών. «Αλληλεγγύη» σημαίνει επίσης ότι οι εισφορές θα πρέπει να αυξάνονται σε βαθμό που θα μπορούν να καταβληθούν από τους εργαζόμενους (Lengwiler, 2003).

Εκ του νόμου, η ασφάλιση υγείας είναι μια έκφραση της κρατικά ρυθμιζόμενης φροντίδας ζωής για το άτομο που λαμβάνει τις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας σε περίπτωση ασθένειας, συνεισφέροντας στο κόστος εκείνο ανάλογα με την οικονομική του δυνατότητα, δηλαδή το εισόδημα. Ωστόσο, η ρυθμιζόμενη από το κράτος φροντίδα ζωής περιορίζει την ατομική ελευθερία της λήψης αποφάσεων και της δράσης, περιορίζοντας ταυτόχρονα την αυτοευθύνη. Αυτό εγείρει το ζήτημα του κατά πόσον και σε ποιο βαθμό η κοινωνική αρχή μπορεί και πρέπει να αναγνωρίζει την αρχή της επιλογής του ατόμου (Kamke, 1998).

Ένα κριτήριο που συχνά γίνεται αποδεκτό για αυτές τις περιπτώσεις είναι η «αρχή της επικουρικότητας», σύμφωνα με την οποία το κράτος δεν θα πρέπει να αναλαμβάνει όλες τις λειτουργίες που το άτομο, η οικογένεια ή ιδιωτικές αυτοοργανώσεις θα μπορούσαν να λύσουν καλύτερα ή τουλάχιστον εξίσου καλά με τις δικές του. Οι βασικές αρχές της ασφάλισης του γερμανικού συστήματος είναι οι εξής (Kamke, 1997; Henke, 1992):

- 1) Διοικητική αυτονομία και αυτοδιοίκηση. Ένα εγγενές χαρακτηριστικό της γερμανικής υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας είναι η αρχή της διοικητικής αυτονομίας και αυτοδιοίκησης. Η κυβέρνηση θεσπίζει νόμους, εκδίδει κατευθυντήριες οδηγίες για την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης και στη συνέχεια αφήνει σε μη κυβερνητικούς οργανισμούς τη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας. Σε γενικές γραμμές, η κυβέρνηση παίζει το ρόλο του ρυθμιστή των ανεξάρτητων, εκ του νόμου και ημιθεσμοθετημένων υπηρεσιών υγείας.
- 2) Ασφαλιστικά ταμεία. Στη Γερμανία, η χρηματοδότηση και η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι δύο διαφορετικές διαδικασίες. Σχεδόν το 90% του γερμανικού πληθυσμού είναι ασφαλισμένο. Τα ταμεία υγείας είναι αυτοδιοικούμενα, αυτόνομα και αυτοχρηματοδοτούμενα. Το εκλεγμένο Διοικητικό Συμβούλιο καθορίζει το ποσοστό συνεισφοράς και αποτελείται από εκπροσώπους των ασφαλισμένων και των εργοδοτών τους, δηλαδή οι εκπρόσωποι όσων καταβάλλουν τις εισφορές. Ο ασφαλισμένος λαμβάνει υγειονομική περίθαλψη, σύμφωνα με την αρχή «παροχή σε είδος», η οποία είναι ενιαία για όλα τα μέλη του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος (Von Der Schulenburg, 1994).
- 3) Πάροχοι υγείας. Στη Γερμανία, τα ταμεία υγείας δεν διαθέτουν δικά τους νοσοκομεία ή γιατρούς ή νοσηλευτές. Υπάρχουν ανεξάρτητοι φορείς παροχής

υπηρεσιών με τις δικές τους ενώσεις, αυτοδιοικούμενοι και αυτοχρηματοδοτούμενοι. Οι πάροχοι τηρούν μητρώα των παρεχόμενων υπηρεσιών και λαμβάνουν τριμηνιαία επιστροφή από τους οργανισμούς παροχής (ιατρός, ενώσεις)

- 4) Υπογραφή συμβάσεων. Στη Γερμανία, η χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε συμβάσεις μεταξύ των ταμείων υγείας και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών. Οι συμβάσεις προβλέπουν το γενικό πλαίσιο, χωρίς την άμεση συμμετοχή της κυβέρνησης για την σχέση μεταξύ των ταμείων υγείας και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών. Οι συμβάσεις είναι συλλογικού χαρακτήρα, δηλαδή ότι ισχύει για τους παρόχους ως ομάδα είναι ενιαίο σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το ταμείο ασθένειας που είναι εγγεγραμμένοι (Iglehart, 1991).
- 5) Ασφάλειες (έσοδα από τις εισφορές). Όλοι οι εργαζόμενοι ή συνταξιούχοι που κερδίζουν λιγότερο από ένα ορισμένο ανώτατο όριο το οποίο ορίζεται από το νόμο και αναπροσαρμόζεται κάθε χρόνο πρέπει να ενταχθούν σε ένα δημόσιο ταμείο ασφάλισης υγείας. Οι εισφορές που καταβάλλονται από τον μισθό του εργαζομένου και του εργοδότη κατανέμονται εξίσου μεταξύ των δύο και καταβάλλονται απευθείας στα ασφαλιστικά ταμεία από τον ακαθάριστο μισθό. Το ποσοστό έκπτωσης είναι ίδιο για όλα τα μέλη του ταμείου ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, τον ατομικό κίνδυνο για την υγεία και τον αριθμό των εξαρτώμενων ατόμων (Schneider, 1991).

1.5. Η ιδιωτική ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί σε αναλογία με τον ίδιο τρόπο της κοινωνικής ασφάλισης με ορισμένες ωστόσο διαφοροποιήσεις. Ειδικότερα, οι διαφορές αυτές αφορούν (Λιαρόπουλος, 1989):

- 1) Συμπληρωματικότητα. Η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί συμπληρωματικά στην κοινωνική ασφάλιση.
- 2) Προνοιακός χαρακτήρας. Καλύπτει κενά της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης με συμπλήρωση τόσο των κενών αυτών, όσο και την εξάλειψη των έντονων

ανισοτήτων που παρατηρούνται στην ασφαλιστική προστασία διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.

- 3) Προαιρετικός χαρακτήρας. Ο προαιρετικός χαρακτήρας δημιουργεί συνθήκες ανταγωνισμού που δεν υφίσταται στη δημόσια κοινωνική ασφάλιση δίνοντας της έναν έντονα επενδυτικό χαρακτήρα.

Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί μηχανισμό παρέμβασης της ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Πρωτίστως αποβλέπει στη διευρυμένη κάλυψη του κόστους από την κατανάλωση υπηρεσιών, ως συμπληρωματικός θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης, ή ως υποκατάστατος όταν αυτή δεν υφίσταται. Οι ασφαλίσεις από ιδιωτική πρωτοβουλία πρωτοεμφανίστηκαν τον 14^ο αιώνα στην Ιταλία με τη δημιουργία αλληλασφαλιστικών ενώσεων, οι οποίες οδήγησαν αργότερα, τον 17^ο αιώνα, στη δημιουργία του πρώτου συνεταιρισμού με ετήσιες εισφορές των μελών και απόδοση ετήσιων τόκων στα επιζώντα μέλη του (Ανδριτσάκης, 2005).

Οι πρώτες ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας εμφανίστηκαν στην Αγγλία τον 18^ο αιώνα, αρχικά για την κάλυψη των κινδύνων προσωπικών ατυχημάτων (σιδηροδρομικών και βιομηχανικών). Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, και ιδιαίτερα εκεί όπου δεν υπάρχει κοινωνική ασφάλιση. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση η ιδιωτική ασφάλιση δεν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση του συστήματος.

Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί μορφή ατομικής κάλυψης στην οποία η ένταξη του ασφαλισμένου είναι προαιρετική. Η ασφαλιστική εισφορά (ασφάλιστρα) καταβάλλεται από τον ίδιο τον ασφαλισμένο για ατομική ή οικογενειακή κάλυψη (ατομικά συμβόλαια), ή από τον εργοδότη για το σύνολο των εργαζομένων ως εργασιακή παροχή (ομαδικά συμβόλαια). Η υπηρεσία αυτή παρέχεται από ιδιωτικές κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρείες (Ολλανδία, Λουξεμβούργο, Γερμανία) ή από αλληλοβοηθητικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς (Γαλλία, Βέλγιο, Ιρλανδία) (Ανδριτσάκης, 2005).

Άλλο ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό της ιδιωτικής ασφάλισης θεωρείται η ατομική επιλογή και η προσωπική ευθύνη του ασφαλιζόμενου, ο οποίος συμβάλλεται ελεύθερα με την ασφαλιστική εταιρεία. Τα συμβόλαια διέπονται από τους εμπορικούς νόμους, ενώ οι παροχές είναι ατομικές και το εύρος τους αντιστοιχεί στο ύψος των καταβαλλόμενων εισφορών.

Επίσης, δεν υπάρχει δημόσια χρηματοδότηση, και επομένως σε περίπτωση ελλειμμάτων υφίσταται οικονομική ζημιά. Ένα από τα πλέον σημαντικά

χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι το φαινόμενο της «αντίστροφης επιλογής», όπου η ασφαλιστική εταιρεία επιλέγει τα προς ασφάλιση άτομα, αποκλείοντας άτομα ή και ομάδες πληθυσμού από την αιτούμενη κάλυψη, λόγω αυξημένου κινδύνου νόσησης, και άρα αυξημένου κόστους αποζημίωσης. Επιπλέον, στις παροχές της ιδιωτικής ασφάλισης υπάρχει, σε αντίθεση με την κοινωνική ασφάλιση, σημαντικός αριθμός εξαιρέσεων, όπως οι «προϋπάρχουσες παθήσεις», η ψυχοθεραπεία, η οδοντιατρική φροντίδα, η αποκατάσταση, κ.ά. (Ανδριτσάκης, 2005).

1.5.1. Η ιδιωτική ασφάλιση στη Γερμανία



Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες είναι επιχειρήσεις ιδιωτικού δικαίου, που λειτουργούν σε κερδοσκοπική βάση. Λίγο πάνω από το ήμισυ, είναι μέλη της Ένωσης Ιδιωτικών Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων (Verband der privaten Krankenversicherungen). Οι ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας στη Γερμανία προσφέρουν δύο τύπους ασφάλισης: κύρια ασφαλιστική κάλυψη και επικουρική ασφάλιση, ως επιπλέον ασφάλιση. Το βασικό ιδιωτικό πρόγραμμα καλύπτει έναν κατάλογο υπηρεσιών υγείας πέρα από την κάλυψη του υποχρεωτικού συστήματος. Η μεταρρύθμιση του 2007 επέφερε σημαντικές αλλαγές όχι μόνο στο εκ του νόμου σύστημα ασφάλισης αλλά και στο ιδιωτικό σύστημα. Το πιο σημαντικό ήταν η απαίτηση για τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες να προσφέρουν ένα πρότυπο χαμηλού κόστους για τους ασφαλισμένους. Η τελευταία πτυχή της μεταρρύθμισης του 2007 αφορούσε στη μεταφορά των αποταμιεύσεων μεταξύ των ιδιωτικών σχεδίων για την υγεία. Μέχρι τη μεταρρύθμιση αυτή, η οποιαδήποτε αξιοποίηση των αποταμιεύσεων δεν ήταν εφικτή (Doring & Friedemann, 2012; Simon, 2010).

Το 2010 υπήρχαν σαράντα έξι (46) ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας στη Γερμανία, προσφέροντας πρωτοβάθμια ασφαλιστική κάλυψη υγείας σε 10% του συνόλου των γερμανών πολιτών. Το ιδιωτικό σύστημα για την υγεία αναπτύσσεται παράλληλα με το νομικό σύστημα. Το 1883, ήταν η πρώτη φορά εκ νόμου όπου δημιουργήθηκαν ιδιωτικές ασφαλίσεις (Porter & Guth, 2012). Τα ιδιωτικά προγράμματα υγείας αναπτύχθηκαν για να καλύψουν το κενό της δημόσιας ασφάλισης. Σήμερα, τα δύο συστήματα είναι σαφώς διαφορετικά. Το 2010, η πρόσβαση προς το ιδιωτικό σύστημα περιοριζόταν σε άτομα υψηλότερου εισοδήματος, κυβερνητικούς υπαλλήλους και αυτοαπασχολούμενους, ενώ το δημόσιο σύστημα ήταν ανοιχτό σε όλους. Στο ιδιωτικό σύστημα, τα ασφαλιστρα είναι σταθμισμένα. Τα ουσιώδη χαρακτηριστικά του ιδιωτικού συστήματος ασφάλισης στη Γερμανία είναι τα ακόλουθα (Doring & Friedemann, 2012):

- 1) Περιορισμένη πρόσβαση. Το ιδιωτικό σύστημα είναι ανοιχτό μόνο σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων. Οι εργαζόμενοι που αμείβονται πάνω από € 4.125 το μήνα (Pflichtversicherungsgrenze) μπορούν εθελοντικά να συμμετάσχουν σε μια ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι δημόσιοι υπάλληλοι μπορούν να αποκτήσουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας για την κάλυψη των υπόλοιπων αναγκών τους. Το 2007, το 49% των ιδιωτικών ασφαλίσεων προέρχονταν από δημοσίους υπαλλήλους. Η τρίτη επιλέξιμη ομάδα για την ιδιωτική ασφάλιση είναι οι αυτοαπασχολούμενοι (Porter & Guth, 2012).
- 2) Επιμερισμός του κόστους με τους εργαζόμενους. Όπως και στο υποχρεωτικό σύστημα, ο εργοδότης καλύπτει το 50% της πριμοδότησης.
- 3) Δεν υπάρχει κάλυψη των εξαρτημένων ατόμων. Σε αντίθεση με το δημόσιο σύστημα, τα εξαρτώμενα μέλη δεν καλύπτονται. Ξεχωριστή ασφάλιση πρέπει να διαθέτει κάθε εξαρτώμενο μέλος (Szabados, 2009).
- 4) Διαχείριση κινδύνων που σχετίζονται με τα ασφαλιστρα. Τα ασφαλιστρα για τα ιδιωτικά προγράμματα υγείας βαραίνουν τον ίδιο τον ασφαλισμένο. Υπολογίζονται με χρήση αναλογιστικών αρχών, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, το φύλο, το ιατρικό ιστορικό και την ημερομηνία έναρξης της ιδιωτικής ασφάλισης.
- 5) Δεν υπάρχει υποχρέωση ασφάλισης σε κάθε αιτούντα. Στα ιδιωτικά προγράμματα υγείας οι εταιρείες δεν υποχρεούνται να δεχτούν όλους τους υποψηφίους και συνήθως αποκλείουν ασθενείς υψηλού κινδύνου.

- 6) Χρηματοδότηση συνεισφοράς. Τα ιδιωτικά προγράμματα υγείας για να λειτουργήσουν βασίζονται σε ένα μοντέλο εισφοράς κεφαλαίου και όχι σε ένα μοντέλο «pay as you go». Μέρος των ασφαλιστρών χρησιμοποιείται για την κατασκευή ενός λογαριασμού κεφαλαίων για κάθε μέλος για την κάλυψη των μελλοντικών δαπανών (Porter & Guth, 2012).
- 7) Δεν υπάρχει κίνδυνος συγκέντρωσης. Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος μεταξύ των ιδιωτικών προγραμμάτων για την υγεία, σε αντίθεση με το δημόσιο σύστημα (Igl & Welti, 2006).

1.6. Οργάνωση της κοινωνικής προστασίας

Η υποχρεωτική ασφάλιση για την παροχή της κοινωνικής ασφάλισης (Gesetzliche Rentenversicherung) οργανώνεται από το Ομοσπονδιακό ίδρυμα γερμανικής ασφάλισης σύνταξης (Deutsche Rentenversicherung Bund), ιδρύματα περιφερειακού χαρακτήρα (Regionalträger der Deutschen Rentenversicherung), τη γερμανική ασφάλιση σύνταξης για μεταλλωρύχους, σιδηροδρομικούς υπαλλήλους και άλλους εργαζομένους (Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn- See) καθώς και από τα ταμεία σύνταξης γήρατος για τους αγρότες (Landwirtschaftliche Alterskassen) (E.E., 2012).

Η κοινωνική προστασία οργανώνεται από την υποχρεωτικότητα της ασφάλισης σε ένα εκ των 145 ασφαλιστικών ταμείων περίπου με τοπικό και περιφερειακό χαρακτήρα λειτουργίας. Η επιλογή του ταμείου είναι ελεύθερη για το σύνολο των εργαζομένων ανεξάρτητα από το επάγγελμα ή τη θέση εργασίας τους με μοναδική εξαίρεση τα γεωργικά ταμεία που αφορούν τους αγρότες. Επίσης, υποχρεωτικότητα κοινωνικής προστασίας μέσω της ασφάλισης υπάρχει για όλους τους εργαζόμενους εκτός των δημοσίων υπαλλήλων, των δικαστών, των στρατιωτικών οι οποίοι υπάγονται σε ξεχωριστό καθεστώς ενώ και για τα ανήλικα μέλη ισχύουν οι ίδιοι ασφαλιστικοί κανόνες. Η συγκέντρωση των εισφορών κοινωνικής προστασίας και ασφάλισης είναι ευθύνη του εκάστοτε ταμείου ασφάλισης (Kamke, 1998).

Κάθε ασφαλιστικό ταμείο στη Γερμανία διαθέτει επίσης και ένα ταμείο μακροχρόνιας φροντίδας μέσω του οποίου καθορίζονται οι όποιες παροχές στους δικαιούχους. Η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται από το εκάστοτε ταμείο ασφάλισης

που έχει επιλέξει ο ασφαλισμένος ενώ στον ιδιωτικό τομέα η μακροχρόνια φροντίδα παρέχεται με τη σύναψη επιπλέον συμβάσεων παροχών τέτοιου είδους.

Η ασφάλιση για τα ατυχήματα πραγματοποιείται από τους ανάλογους φορείς που έχουν συσταθεί από το γερμανικό κράτος (Gesetzliche Unfallversicherung) και αφορούν το βιομηχανικό και αγροτικό κλάδο (Berufsgenossenschaften) και τους φορείς του δημοσίου. Στην περίπτωση της ανεργίας, η υποχρεωτικότητα της ασφάλισης (Gesetzliche Arbeitslosenversicherung) ενάγεται στην Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Απασχόλησης (Bundesagentur für Arbeit, BA). Η Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Απασχόλησης περιλαμβάνει την κεντρική διοίκηση, τις περιφερειακές διευθύνσεις και τα τοπικά γραφεία.

Η κοινωνική ασφάλιση όπως έχει δομηθεί ασκείται από τους ανάλογους ασφαλιστικούς φορείς που έχουν συσταθεί σε πλαίσιο αυτοδιοίκησης. Για την άσκηση των συγκεκριμένων καθηκόντων, συστήνονται συμβούλια στα οποία συμμετέχουν τόσο εργαζόμενοι όσο και εργοδότες. Η συμμετοχή του δημοσίου, κυρίως ως προς την ανεργία, είναι μέσω του ρόλου άσκησης επιτήρησης.

Η επιτυχία της άσκησης του κοινωνικού έργου της προστασίας είναι αποκλειστική ευθύνη του κάθε ασφαλιστικού φορέα. Ο έλεγχος που ασκείται από την κρατική εποπτεία αφορά κυρίως στην τήρηση της νομοθεσίας ενώ οι οργανισμοί που λειτουργούν ομοσπονδιακά (περισσότερα του ενός κράτους) ο έλεγχος ασκείται από την Ομοσπονδιακή Υπηρεσία Ασφαλίσεων (Bundesversicherungsamt) (Kamke,1998).

1.7. Η χρηματοδότηση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης

Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εξεύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, η έννοια λαμβάνει σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης – αποζημίωσης, τους τρόπους διαχείρισης και τέλος τα κριτήρια κατανομής τους (Αμακίδου & Αναγνωστοπούλου - Καλοκαιρινού, 2009).

Τα αναγκαία μέσα για να υλοποιηθεί ο βασικός σκοπός της κοινωνικής ασφάλισης, που είναι οι παροχές, είναι η χρηματοδότηση και οι μηχανισμοί της. Τα συστήματα της κοινωνικής και εισοδηματικής πολιτικής προσδιορίζουν σε ένα μεγάλο βαθμό τον χαρακτήρα του ασφαλιστικού συστήματος και συνακόλουθα και τις πηγές χρηματοδότησης του. Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, ανάλογα από τη φιλοσοφική οπτική τους, διακρίνονται στα συστήματα στα οποία οι παροχές συνδέονται με την απασχόληση, στα γενικά ή καθολικής κάλυψης συστήματα και στα συστήματα που αποσκοπούν στην εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης. Όταν στο σύστημα οι παροχές αναλογούν με τις καταβαλλόμενες εισφορές, το σύστημα λέγεται ανταποδοτικό, όταν δεν υπάρχει η αναλογία εισφορών - παροχών, λέγεται διανεμητικό. Στις περιπτώσεις που στο σύστημα υπάρχει αναδιανομή μεταξύ των ασφαλισμένων, το σύστημα λέγεται αναπληρωματικό του εισοδήματος, στην περίπτωση που αναπληρώνει ικανοποιητικά το εισόδημα του ασφαλισμένου που χάθηκε και συμπληρωματικό όταν συμπληρώνει απλά το εισόδημα (Στεργίου, 2010).

Κυριότεροι πόροι των κοινωνικών ασφαλίσεων είναι οι εισφορές των ασφαλισμένων και των εργοδοτών, οι κοινωνικοί πόροι και οι πρόσοδοι των περιουσιακών στοιχείων των φορέων. Οι εισφορές είτε είναι σταθερές του ίδιου ύψους για όλους, οπότε ομοιόμορφες είναι και οι παροχές, είτε συνδέονται με το ύψος του μισθού, οπότε ορίζονται ή ως ποσοστό του μισθού ή κατά κλίμακες μισθών.

Γενικά το ύψος των εισφορών καθορίζεται από στατιστικές - αναλογιστικές μελέτες των σχετικών φαινομένων - κινδύνων, στα οποία επιδρούν, μεταξύ των άλλων, οι δημογραφικοί παράγοντες που επικρατούν σε κάθε χώρα. Ειδικά στο ύψος των εισφορών παίζει ρόλο ο χρόνος της απασχόλησης σε ένα κλάδο και το ύψος του εισοδήματος του ασφαλιζομένου. Η ύπαρξη των εισφορών σκοπεύει να εξισορροπήσει το κόστος των χορηγούμενων παροχών και να προστατεύσει το σύστημα από καταδολιεύσεις. Η εισφορά αποτελεί ένα ορατό και συνειδητό δεσμό μεταξύ ασφαλισμένου και ασφαλιστικού φορέα, του οποίου η χρησιμότητα ξεπερνάει τα στενά πλαίσια της οικονομικής σκοπιμότητας (Ρωμανιάς, 2007).

Ο ρόλος των ατομικών εισφορών στην κοινωνική ασφάλιση εξομοιώνεται, σε γενικές γραμμές, με το ρόλο των ασφαλιστρών στην ιδιωτική ασφάλιση. Η σχέση όμως αυτή συνεχώς αποδυναμώνεται, δεδομένου ότι οι παροχές του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης τείνουν να αποσυσχετίζονται από τις καταβληθείσες εισφορές. Στην ιδιωτική ασφάλιση, η λειτουργία του θεσμού στηρίζεται στον άξονα ασφάλιστρο - αποζημίωση. Πάνω στο ασφάλιστρο σταθμίζεται κάθε εξατομικευμένη

περίπτωση ανάληψης κινδύνων. Στην κοινωνική ασφάλιση δεν χωρεί ατομική στάθμιση των κινδύνων. Το ασφάλιστρο και η αποζημίωση δεν προκαθορίζονται ούτε μπορεί να γίνουν αντικείμενο χωριστής συμφωνίας.

Η ορθή επιλογή του προσφορότερου συστήματος χρηματοδότησης, σε κάθε συγκεκριμένη περίπτωση, καθορίζεται σημαντικά από τους στόχους των προγραμμάτων, από τη φύση των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης, από την εν γένει οικονομική κατάσταση και από τις τάσεις της πληθυσμιακής εξέλιξης. Από οικονομικής πλευράς, η πρόκριση του ενός ή του άλλου συστήματος χρηματοδότησης, εξαρτάται, τελικά, από την επάρκεια ή όχι διαθέσιμων κεφαλαίων στην οικονομία (Ρωμανιάς, 2007; Στεργίου, 2010; Λιαρόπουλος, 2005).

Εάν η αποδοτικότητα των επενδύσεων είναι μεγάλη και υπάρχει έλλειψη επαρκών κεφαλαίων, προτιμάται η εφαρμογή του κεφαλαιοποιητικού συστήματος, ώστε να εξασφαλισθούν η κανονικότητα των παροχών, η ευδοκίμηση του συστήματος στο μέλλον και η δυνατότητα επενδύσεων. Εάν όμως ο εφοδιασμός της οικονομίας με κεφάλαια είναι άριστος, η αποδοτικότητα των κεφαλαίων χαμηλή και το επιτόκιο επίσης χαμηλό, τότε προτιμάται το διανεμητικό σύστημα.

Τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης έχουν σήμερα διαρκώς μεταβαλλόμενες και συχνά ανταγωνιστικές μεταξύ τους ανάγκες χρηματοδότησης. Ο τρόπος εύρεσης και «συνολοποίησης» αυτών των οικονομικών πόρων, η διαδικασία δηλαδή είσπραξης και διαχείρισης τους, αποτελεί σημαντικό θέμα με πολλές παραμέτρους για όλους εκείνους που καθορίζουν και σχεδιάζουν την πολιτική ασφάλισης (Νιάκας, 2003). Το πρόβλημα της χρηματοδότησης και της οικονομικής αποτελεσματικότητας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης οφείλεται στην έλλειψη οικονομικών πόρων, στην άνιση κατανομή αυτών στο συνεχώς αυξανόμενο κόστος υπηρεσιών και στην έλλειψη συντονισμού (Λιαρόπουλος, 2005).

Ο διαχωρισμός των προερχόμενων πόρων σε ιδιωτικούς και δημόσιους δεν επιφέρουν και την ανάλογη διάκριση στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Το σημαντικότερο στοιχείο που αφορά τους δημόσιους πόρους είναι ότι οι πηγές προέλευσής τους είναι (Augurzky et al, 2006; Landskroner & Paroush, 1994):

- 1) Εθελοντική ασφάλιση υγείας. Υποκατάσταση, συμπληρωματική ή υποστηρικτική, κερδοσκοπικοί ή μη ασφαλιστικοί φορείς, ασφαλιστικά συμβόλαια που αγοράζονται είτε από τον ιδιώτη είτε από τον εργοδότη και ασφάλιστρα που διαμορφώνονται με βάση το μέγεθος του ασφαλιστικού κινδύνου του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας

- 2) Εξωτερική βοήθεια. Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, Παγκόσμια Τράπεζα, Ο.Ο.Σ.Α. κ.ά.
- 3) Κοινωνική ασφάλιση. Εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και αυτοαπασχολουμένων.
- 4) Πληρωμές από τον ασθενή (out of pocket). Επίσημες και άτυπες πληρωμές, συν - πληρωμές, πληρωμές συνασφάλισης, αφαιρετέες πληρωμές, σχέδια φορολογικών εξαιρέσεων, διαφοροποίηση δεικτών σε ορισμένες χώρες κα ετήσιο όριο πληρωμών από τον ασθενή
- 5) Φορολογία: άμεση ή έμμεση, γενική ή προορισμένη για ειδικό σκοπό, εθνική ή τοπική (Νιάκας, 2003).

Πιο αναλυτικά (Γείτονα & Κυριόπουλος, 1991; Σισσούρας και συν., 1995; Θεοδώρου και συν., 2001):

- 1) Χρηματοδότηση από κρατικό προϋπολογισμό. Ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης στα εθνικά συστήματα υγείας αλλά συνεισφέρει λιγότερο ή περισσότερο και σε άλλες μορφές συστημάτων. Για παράδειγμα, στα περισσότερα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, το κράτος μέσω του κρατικού προϋπολογισμού επιδοτεί τα ελλείμματα των ασφαλιστικών ταμείων ή των νοσοκομείων, ενώ καλύπτει τις δαπάνες για εκπαίδευση, έρευνα, δημόσια υγεία κ.λπ.. Η χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό (άμεση, έμμεση και ειδική φορολογία) καλύπτει κυρίως τις δαπάνες για τη δημόσια υγεία και τις ανάγκες για άπορους, άνεργους και ανάπηρους. Η χρηματοδότηση γίνεται κυρίως μέσω του Υπουργείου Υγείας και δευτερευόντως μέσω άλλων υπουργείων. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει καταγράψει μια σειρά από πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των συστημάτων υγείας που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Πολύ επιγραμματικά αναφέρονται ως πλεονεκτήματα τα εξής:

- i. Έχουν μικρό διοικητικό κόστος, αφού δεν απαιτείται η δημιουργία επιπλέον μηχανισμών συλλογής των πόρων υγείας. Οι αναλογούντες πόροι για την υγεία συλλέγονται μέσω του υπάρχοντος μηχανισμού συλλογής των φόρων, σε αντίθεση με τα συστήματα υγείας που βασίζονται χρηματοδοτικά στην κοινωνική ασφάλιση. Σ' αυτές τις περιπτώσεις το διοικητικό κόστος επιβαρύνεται σημαντικά από τις απαιτούμενες διαδικασίες συλλογής των εισφορών και χρηματοδότησης

των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όταν ο αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων είναι πολύ μεγάλος.

- ii. Κοστίζουν λιγότερο και οι πολιτικές ελέγχου των δαπανών είναι πιο αποτελεσματικές, σε αντίθεση με τα συστήματα στα οποία υπάρχουν πολλοί ασφαλιστικοί οργανισμοί.
- iii. Είναι κοινωνικά πιο δίκαια αφού ο φορολογικός συντελεστής είναι προοδευτικός, δηλαδή τα οικονομικά βάρη κατανέμονται με βάση το εισόδημα, σε αντίθεση με τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης, όπου η προοδευτικότητα τους είναι περιορισμένη.

Μειονεκτούν όμως σε σχέση με συστήματα που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση γιατί (Γείτονα & Κυριόπουλος, 1991; Σισσούρας και συν., 1995; Θεοδώρου και συν., 2001):

- i. Οι ασθενείς έχουν περιορισμένη ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, σε αντίθεση με τα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία συνήθως παρέχεται στον ασθενή δυνατότητα να επιλέξει, έστω και αν αυτό σημαίνει ότι θα επιβαρυνθεί οικονομικά. Επιπλέον υποστηρίζεται ότι υπάρχουν μεγαλύτερες δυσκολίες πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών υγείας, (λίστες αναμονής, ουρές κ.λπ.).
- ii. Βρίσκονται κάτω από τη συνεχή απειλή περικοπών στη χρηματοδότηση, γιατί εξαρτώνται άμεσα από τα δημόσια έσοδα και γιατί έχουν να ανταγωνιστούν με άλλα υπουργεία στη διεκδίκηση της χρηματοδότησης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες ο προγραμματισμός και η ανάπτυξη του συστήματος γίνεται δύσκολος.
- iii. Ο ασθενής δε γνωρίζει τι τελικά πληρώνει για την υγεία του, με αποτέλεσμα να μην ενδιαφέρεται να περιορίσει την υψηλή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας. Στα συστήματα που βασίζονται στην κοινωνική ασφάλιση, ο κάθε ασθενής γνωρίζει τι πληρώνει κάθε μήνα για υγεία, με αποτέλεσμα θεωρητικά να περιορίζει τη ζήτηση.

2) Χρηματοδότηση από κοινωνική ασφάλιση. Οι πόροι προέρχονται κυρίως από τις υποχρεωτικές εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών που καθορίζονται από το ίδιο το ασφαλιστικό ταμείο ή από την κυβέρνηση και υπολογίζεται επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού του εργαζόμενου.

3) Χρηματοδότηση από ιδιωτική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας πήρε μεγάλες διαστάσεις ιδιαίτερα μετά το 1960 και σήμερα αποτελεί στα ελεύθερα

συστήματα υγείας την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ενώ έχει επικουρικό - συμπληρωματικό ρόλο στα υπόλοιπα. Οι πόροι της προέρχονται είτε από τους ίδιους τους ασφαλισμένους είτε από τους εργοδότες, οι οποίοι προσφέρουν στους εργαζόμενους κάλυψη υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δε θεωρείται ως μια σοβαρή εναλλακτική πρόταση απέναντι στην κοινωνική ασφάλιση, αφού βασίζεται στην προσωπική ευθύνη αλλά και οικονομική δυνατότητα του ατόμου. Η ιδιωτική ασφάλιση, που αποτελεί μια μορφή ατομικής κάλυψης, παρέχεται μέσα από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που δρουν ανταγωνιστικά στην ελεύθερη αγορά και επιδιώκουν το κέρδος. Οι εταιρείες αυτές προσφέρουν στην αγορά μια μεγάλη ποικιλία ασφαλιστικών καλύψεων, που συνήθως απευθύνονται σε όλες τις κοινωνικές ομάδες και εισοδήματα. Στα εθνικά συστήματα υγείας, είτε αυτά στηρίζονται χρηματοδοτικά στην κοινωνική ασφάλιση είτε στον κρατικό προϋπολογισμό, η ιδιωτική ασφάλιση παίζει ρόλο συμπληρωματικό μεν, αλλά συνεχώς αυξανόμενο. Σε τέτοιες περιπτώσεις η ιδιωτική ασφάλιση υγείας προσφέρει συμπληρωματικές καλύψεις, που δεν προσφέρονται από το εθνικό σύστημα υγείας και συνήθως περιορίζονται σε εξασφάλιση καλύτερων ξενοδοχειακού τύπου υπηρεσιών (μονόκλινα δωμάτια, τηλεόραση κλπ.) και κάλυψη του κινδύνου απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας. Γι' αυτό το λόγο απευθύνεται σε υψηλά εισοδηματικά στρώματα του πληθυσμού ή σε μεγάλες εταιρείες με πολλούς εργαζόμενους, που μπορούν και επιθυμούν να προσφέρουν συμπληρωματική ομαδική ασφάλιση υγείας στους εργαζόμενους τους.

Σε τέσσερις δυτικές ευρωπαϊκές χώρες (Γαλλία, Γερμανία, Λουξεμβούργο, Ολλανδία), το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτείται από κοινωνικές ή και υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές. Επίσης, το Βέλγιο και η Ελβετία διαθέτουν συστήματα υγείας βασισμένα στην κοινωνική ασφάλιση ενώ η Ελλάδα χρηματοδοτεί το σύστημα κατά κύριο λόγο από τον κρατικό προϋπολογισμό (μέσω φόρων). Βέβαια, στις χώρες αυτές η χρηματοδότηση έχει ένα συνδυαστικό χαρακτήρα κοινωνικών ασφαλιστικών εισφορών και φορολογίας. Στη Δυτική Ευρώπη, μόνο η Ελλάδα, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Ελβετία αντλούν το 30% ή και περισσότερο των συνολικών δαπανών για την υγεία από ιδιωτικούς πόρους. Ακόμη, εννέα είναι οι χώρες που στηρίζονται στη φορολογία όπως η Δανία, η Φινλανδία, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Νορβηγία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Σουηδία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Στην Ανατολική Ευρώπη υπάρχουν επτά χώρες, το σύστημα των οποίων στηρίζεται στη φορολογία, όπως η Αλβανία, το Καζακστάν, η Μολδαβία, η Πολωνία, η Ρουμανία, η Λετονία και η Ρωσία. Οι έξι χώρες που βασίζονται σε ασφαλιστικές εισφορές είναι η Τσεχία, η Κροατία, η Εσθονία, η Ουγγαρία, η Σλοβακία και η Σλοβενία. Στην Αρμενία, το Αζερμπαϊτζάν, τη Γεωργία και το Τατζικιστάν, το σύστημα χρηματοδότησης από δημόσιους πόρους έχει καταρρεύσει και η χρηματοδότηση προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές (Νιάκας, 2003; Carrera et al, 2010; Immegut et al, 2007).

Πιο συγκεκριμένα, ο τρόπος χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος ασφάλισης είναι αποτέλεσμα της επίδρασης βασικών παραγόντων, οι οποίοι προσδιορίζουν τον όγκο, την ποιότητα, την τιμή και το συνολικό κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Παρά τις συνεχείς προσπάθειες εκσυγχρονισμού του συστήματος υπάρχουν ατέλειες και προβλήματα που αποτελούν εμπόδια στην ωρίμανση του και στην επίτευξη των αρχικών στόχων του (Χειλίδης, 2009). Η μεγαλύτερη ίσως αδυναμία του συστήματος είναι ο μεγάλος αριθμός ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Τα περισσότερα από αυτά έχουν μικρό αριθμό ασφαλισμένων, γεγονός που κάνει δύσκολη την επιβίωση τους, αφού για τη βιωσιμότητα τους απαιτείται μεγάλη πληθυσμιακή βάση ώστε να εξασφαλιστούν τα απαραίτητα έσοδα (Μπούρμαλη, 2007).

Άλλα προβλήματα στην χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι η έλλειψη οικονομικών πόρων, η κατανομή πόρων, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η έλλειψη συντονισμού και οι αντιπαραγωγικές δαπάνες όπως είναι η κακή «εκμετάλλευση» του ανθρώπινου δυναμικού. Επιπλέον, οι παράγοντες που σχετίζονται με τη ζήτηση μπορούν να επηρεάσουν τη χρηματοδότηση. Η αύξηση της ζήτησης προκαλεί και αύξηση δαπανών δεδομένου ότι δεν υπάρχει χρόνος για στοιχειώδη κεντρικό σχεδιασμό και προγραμματισμό. Για παράδειγμα, δημογραφικές αλλαγές του πληθυσμού, επιδημιολογικοί παράγοντες, οικονομικοί παράγοντες, αύξηση της διαθεσιμότητας κλπ. Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στη σύγχρονη Ελλάδα κάθε άλλο παρά υγιής και οικονομικά βιώσιμος μπορεί να είναι. Σύμφωνα με την οικονομική προσέγγιση δεν είναι δυνατόν να λεχθεί με επιστημονική ακρίβεια πιο είναι το άριστο επίπεδο οικονομικών πόρων που πρέπει να δαπανώνται. Η απάντηση στο ερώτημα αυτό πρέπει να αναζητηθεί στις ωφέλειες του πληθυσμού από τη χρήση των υπηρεσιών

αλλά και τις διαδικασίες που επιλέγονται για να μεγιστοποιήσουν την ωφέλεια (Αμακίδου & Αναγνωστοπούλου - Καλοκαιρινού, 2009).

Το πρόβλημα λοιπόν της χρηματοδότησης είναι πολύπλοκο, καθόσον υπάρχει μια έντονη συσχέτιση μεταξύ των στόχων που επιδιώκονται από τα προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης και των κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών δεδομένων της κάθε χώρας. Το στήριγμα της χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης είναι ο συντελεστής της παραγωγής «εργασία». Συνεπώς η χρηματοδότηση από τις εισφορές των εργαζομένων και εργοδοτών επηρεάζουν άμεσα και μονόπλευρα το κόστος παραγωγής των προϊόντων, την ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων, τα κέρδη τους και το επίπεδο της απασχόλησης. Με άλλα λόγια οι εισφορές πλήττουν τις επιχειρήσεις έντασης εργασίας και ευνοούν τις επιχειρήσεις έντασης κεφαλαίου. Μερικές φορές, οι εισφορές μπορούν να αποτελούν κίνητρο για τον εκσυγχρονισμό των επιχειρήσεων. Οποσδήποτε όμως, το χρηματοδοτικό σύστημα, στο χώρο των κοινωνικών ασφαλίσεων, που στηρίζεται στις εισφορές, βοηθήσει στην ανακατανομή του εισοδήματος, η ένταση της οποίας εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

1.7.1. Η χρηματοδότηση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία

Αν και η ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης αρχίζει από το 16^ο αιώνα, το πρώτο μεγάλο πρόγραμμα υποχρεωτικής ασφάλισης υγείας εμφανίστηκε στη Γερμανία του Bismark το 1883. Το 1911 ο Lloyd George προσάρμοσε το πρόγραμμα αυτό στα δεδομένα της Μ. Βρετανίας και στη συνέχεια ακολούθησαν οι άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Το μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης στηρίζεται στις βασικές αρχές της ισότητας και της κοινωνικής αλληλεγγύης αφού οι υποχρεωτικές εισφορές των υψηλόμισθων, επιδοτούν στην ουσία τις μικρές εισφορές των χαμηλόμισθων και όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν ίση πρόσβαση στην ίδια δέσμη υπηρεσιών υγείας (Schubert & Schnabel, 2009; E.E., 2012).

Σήμερα η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων τύπου Bismark. Παρά τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν από χώρα σε χώρα σχετικά με τον αριθμό των ασφαλιστικών ταμείων, το ύψος των εισφορών, τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και το εύρος κάλυψης των ασφαλιστικών κινδύνων, η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί μια κλασσική μέθοδο χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, που στηρίζεται στους εργοδότες και εργαζόμενους (Augurzky & Tauchmanna, 2011).

Κάθε χώρα της Ε.Ε. έχει το δικό της μείγμα πηγών άντλησης πόρων για το σύστημα υγειονομικής της περίθαλψης. Στη Γερμανία το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης χρηματοδοτείται από κοινωνικές ή και υποχρεωτικές ασφαλιστικές εισφορές (Νιάκας, 2003). Οι εργαζόμενοι που ξεπερνούν ένα συγκεκριμένο όριο εισοδήματος καλούνται να καταβάλλουν εισφορές για την ασφάλιση ασθένειας, μακροχρόνιας φροντίδας, ανεργίας και σύνταξης. Το ποσοστό επιβάρυνσης στον εργαζόμενο ανέρχεται στο 57% των εισφορών του ενώ το 43% καταβάλλεται από τον εργοδότη. Οι αυτοαπασχολούμενοι αντίθετα καλούνται να καταβάλλουν το σύνολο των εισφορών τους κατά περίπτωση με την ασφάλιση ατυχήματος να βαραινεί αποκλειστικά τον εργοδότη (Ε.Ε., 2012).

Ο εργοδότης επίσης είναι αρμόδιος στον υπολογισμό και καταβολή των αντίστοιχων εισφορών παρακρατώντας το προσωπικό του ποσοστό και καταβάλλοντας το υπόλοιπο στα ταμεία ασθενείας. Οι συνολικές εισφορές ασφάλισης ασθένειας καλύπτουν περίπου το 15,5% των ετήσιων αποδοχών με ανώτατο όριο που καθορίζεται κατ' έτος. Στην περίπτωση που τα ταμεία δεν μπορούν να ανταποκριθούν από την καταβολή της εισφοράς έχουν τη δυνατότητα επιβολής πρόσθετης εισφοράς η οποία είναι αποσυνδεδεμένη από το εισόδημα. Στην περίπτωση που η συμπληρωματική εισφορά ξεπερνά το 2% των αποδοχών, ο εργαζόμενος δικαιούται να ζητήσει κοινωνική αποζημίωση (Sozialausgleich) (Ε.Ε., 2012).

Το ποσοστό εισφοράς για την ασφάλιση μακροχρόνιας φροντίδας (Pflegeversicherung) ανέρχεται σε 1,95% ενώ και όσοι ασφαλισμένοι γεννήθηκαν μετά το 1940 και είναι άτεκνοι καταβάλλουν από τα 23 έτη ηλικίας τους πρόσθετη εισφορά που ανέρχεται στο 0,25%. Το ανώτατο όριο της υποχρεωτικής ασφάλισης ασθένειας και της υποχρεωτικής ασφάλισης μακροχρόνιας φροντίδας ανερχόταν το 2012 στη Γερμανία σε 50.850 € κατ' έτος.

Στην ασφάλιση συντάξεων, το ποσοστό εισφορών ανέρχεται σε 19,6% των αποδοχών μέχρι του ορίου των 67.200 € με τις μισές εισφορές να βαραινουν τον εργοδότη. Στο θέμα της ανεργίας με τις ανάλογες εισφορές το ποσοστό ανέρχεται σε 3,0% των αποδοχών μέχρι το ανώτατο όριο υπολογισμού των εισφορών που ισχύει για την ασφάλιση ανεργίας ενώ και σε αυτήν την περίπτωση οι επιβαρύνσεις είναι ισοκαταναμημένες μεταξύ εργοδότη και εργαζόμενου. Τέλος, η καταβολή οποιουδήποτε οικογενειακού επιδόματος είναι αποσυνδεδεμένο από οποιεσδήποτε εισφορές και τα οποία χρηματοδοτούνται από το γερμανικό κρατικό προϋπολογισμό (Ε.Ε., 2012).

1.8. Παροχές συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας

1.8.1. Οι παροχές ασθενείας σε χρήμα

Οι παροχές ασθενείας σε χρήμα στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα εξαρτώνται από το είδος της κοινωνικής ανάγκης που ανακύπτει. Μια περίπτωση αποτελεί η ανικανότητα εργασίας λόγω ασθένειας όπου ο εργοδότης συνεχίζει να καταβάλλει στον εργαζόμενο το μηνιαίο ή εβδομαδιαίο μισθό (Entgeltfortzahlung) με βασικό κανόνα εφαρμογής την ύπαρξη εργασιακής σχέσης πέραν των τεσσάρων (4) εβδομάδων. Η ανικανότητα εργασίας λόγω ευθύνης τρίτων χρηματοδοτείται για έως έξι (6) εβδομάδες ενώ για τους ασθενείς τους οποίους δεν καταβλήθηκε μισθός ή σταμάτησε να καταβάλλεται από τον εργοδότη τους, έχουν το δικαίωμα παροχών σε χρήμα (Krankengeld) από το ταμείο ασθενείας. Σ' αυτήν την περίπτωση η παροχή σε χρήμα ανέρχεται στο 70% των αποδοχών (Regelentgelt) χωρίς να μπορεί να ξεπεράσει το 90% (Guth, 2012; E.E., 2012).

Η καταβολή παροχών σε χρήμα ολοκληρώνεται με την έκδοση του ιατρικού πιστοποιητικού ικανότητας επιστροφής στην εργασία ενώ θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι παροχές ασθενείας σε χρήμα δεν δύναται να καταβάλλονται για την ίδια ασθένεια για περισσότερες από εβδομήντα (78) εβδομάδες εντός μιας τριετίας. Η καταβολή επιπλέον χρηματικών παροχών επανεξετάζεται για επαναχορήγηση μιας τριετίας υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο εργαζόμενος που εισπράττει οποιοσδήποτε παροχές σε χρήμα από άλλες χώρες δεν δικαιούται οποιαδήποτε καταβολή από το γερμανικό σύστημα (Augurzky et al, 2006).

Η πρόσβαση στις παροχές σε χρήμα είναι εφικτή κατόπιν ενημέρωσης του εργοδότη για την ανικανότητα σε εργασία ενώ όταν ξεπερνάει τις τρεις (3) ημερολογιακές ημέρες πρέπει ο εργαζόμενος να προσκομίζει ιατρικό πιστοποιητικό εντός τεσσάρων(4) ημερών. Η οποιαδήποτε παροχή σε χρήμα ανακύπτει από την επόμενη της ημέρας καταγραφής από τον ιατρό της ανικανότητας ενώ θα πρέπει κατά προσέγγιση να αναφέρεται και το πιθανό διάστημα της ανικανότητας προς εργασία.

Ο εργαζόμενος για να λάβει οποιοσδήποτε παροχές σε χρήμα θα πρέπει να είναι διατεθειμένος να υπόκεινται σε ιατρικές εξετάσεις οποτεδήποτε του ζητηθεί καθώς σε

αντίθετη περίπτωση μπορεί να διακοπεί η οποιαδήποτε χρηματική παροχή. Η λήψη άλλων παροχών ή ασθένεια οφειλόμενη σε εργατικό ατύχημα καθιστά τον εργαζόμενο υπόχρεο σε ενημέρωση του ταμείου ασθενοείας. Στην περίπτωση των τέκνων, η υποχρεωτική ασφάλιση ασθενοείας και έως την ηλικία των 12 ετών, ο εργαζόμενος δικαιούται χρηματικό επίδομα ίσο με έως δέκα (10) ημέρες εργασίας με ανώτατο όριο τις είκοσι πέντε (25) συνολικά από τη στιγμή που κανένα άλλο μέλος της οικογένειας δεν είναι σε θέση να παράσχει φροντίδα. (E.E., 2012; ΓΓΚΑ, 2013).

1.8.2. Οι παροχές μητρότητας και πατρότητας

Οι παροχές μητρότητας και πατρότητας είναι αναγνωρισμένες στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα. Οι γυναίκες που δικαιούνται οποιοσδήποτε παροχές κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, έχουν τη δυνατότητα λήψης παροχών και μετά απ' αυτή. Η κάλυψη της υποχρεωτικής ασφάλισης δίνει τη δυνατότητα στις γυναίκες να λαμβάνουν επίδομα μητρότητας ύψους 13 €/ημέρα για όλο το διάστημα της άδειας μητρότητας, από τη στιγμή που δικαιούνται παροχές ασθενοείας λόγω ανικανότητας εργασίας ή εφόσον δεν λαμβάνουν κάποια άλλο επίδομα. Για τις περιπτώσεις εκείνες των γυναικών που δεν καλύπτονται από την υποχρεωτική ασφάλιση ή αποτελούν πρόσθετα μέλη ασφάλισης (familienversichert) καταβάλλεται εφάπαξ παροχή ύψους 210 €. Οι παροχές μητρότητας σε είδος περιλαμβάνουν τα εξής (Henke et al, 1994; Augurzky & Tauchmanna, 2011):

- 1) Ιατρική περίθαλψη και βοήθεια μαίας στην εγκυμοσύνη και τον τοκετό.
- 2) Συμβολή μαίας και ιατρού κατά τον τοκετό.
- 3) Φάρμακα και γενικά ιατρικά βοηθήματα και αγωγές.
- 4) Κάλυψη εξόδων τοκετού σε νοσηλευτικό ίδρυμα.
- 5) Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα.
- 6) Οικογενειακή βοήθεια.

Η καταβολή του επιδόματος μητρότητας χρονικά τοποθετείται έξι (6) εβδομάδες πριν τον τοκετό και οκτώ (8) εβδομάδες μετά (12 εβδομάδες σε περίπτωση πρόωρης γέννησης ή γέννησης πολυδύμων). Όταν προκύψει πρόωρος τοκετός στη συνολική άδεια μητρότητας προστίθενται και οι ημέρες αδειας που είχαν ληφθεί ενώ το συνολικό ποσό εξαρτάται από το υπόλοιπο ημερών χωρίς να μπορεί να ξεπεράσει το 13 € ημερησίως. Τέλος, η πρόσβαση στις συγκεκριμένες παροχές πραγματοποιείται με την έκδοση της κάρτας μητρότητας (mutterschaftspass) (E.E., 2012; Augurzky et al, 2006; ΓΓΚΑ, 2013).

1.8.3. Οι παροχές σε περίπτωση αναπηρίας

Οι παροχές σε περίπτωση αναπηρίας είναι εφικτές για τους ασφαλισμένους που βρίσκονται στην υποχρεωτική ασφάλιση συντάξεων (μισθωτοί και ορισμένες κατηγορίες αυτοαπασχολούμενων). Η σύνταξη λόγω γενικής ανικανότητας βιοπορισμού (*erwerbsminderung*) χορηγείται σε περιπτώσεις όπου η υγεία του ασφαλισμένου δεν επιτρέπει τη συνέχιση της εργασίας για έξι τουλάχιστον ώρες (σύνταξη λόγω μερικής αναπηρίας) ή για τρεις ώρες τουλάχιστον (σύνταξη λόγω ολικής αναπηρίας). Η καταβολή της συγκεκριμένης σύνταξης είναι εφικτή μετά την καταβολή εισφορών για τουλάχιστον εξήντα (60) μήνες ενώ θα πρέπει να έχουν καταβληθεί υποχρεωτικές εισφορές για τρία (3) από τα τελευταία πέντε (5) έτη πριν την έναρξη της αναπηρίας. Η παράταση του συγκεκριμένου χρόνου είναι εφικτή και για περιπτώσεις ανεργίας, εκπαίδευσης και ανατροφής παιδιών. Στις περιπτώσεις που η ολική ανικανότητα προκύψει σε χρόνο μικρότερο των εξήντα (60) μηνών, οι χρόνοι ασφάλισης παρουσιάζουν μια σχετική ελαστικότητα (Guth, 2012; E.E., 2012).

Η παροχή σύνταξης λόγω μερικής αναπηρίας (*erwerbsminderung*), είναι δυνατή σε πλαίσια σαφώς ορισμένα από το ασφαλιστικό δίκαιο, αφορά δικαιούχους που γεννήθηκαν πριν από τη 2^η Ιανουαρίου 1961 και η ανικανότητα εργασίας τους ξεπερνά τη δυνατότητα απασχόλησης για έξι (6) τουλάχιστον ώρες ημερησίως στο επάγγελμά τους ή σε παρεμφερές αποδεκτό. Σε περιπτώσεις άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας που εξασφαλίζει συμπληρωματικό εισόδημα οδηγεί σε διακοπή οποιασδήποτε σύνταξης (Kamke, 1998).

Ειδικά για τους εργάτες ορυχείων, στη Γερμανία προβλέπεται μειωμένη ικανότητα εργασίας αν ο εργαζόμενος δεν είναι σε θέση να ασκήσει τις προκαθορισμένες αρμοδιότητές του λόγω ασθένειας ή αναπηρίας ενώ εισοδήματα από πρόσθετη οικονομική δραστηριότητα μη ισοδύναμη με την προηγούμενη εργασία δεν έχουν επιπτώσεις στην παροχή σύνταξης. Η ηλικία συνταξιοδότησης στα 50 έτη είναι εφικτή μέσω της συμπλήρωσης 25ετίας εργασίας (E.E., 2012).

Γενικά, η ασφαλιστική νομοθεσία στη Γερμανία προωθεί την επανένταξη στην εργασία και όχι την πρόωρη συνταξιοδότηση. Σε περιπτώσεις που είναι εφικτή η βελτίωση των ικανοτήτων του εργαζομένου, ο οργανισμός ασφάλισης χορηγεί αρχικά ιατρικά βοηθήματα για άσκηση επαγγελματικής δραστηριότητας παρά προωθεί τη

συνταξιοδότηση. Το ύψος της παρεχόμενης σύνταξης εξαρτάται από το διαχρονικά καταβεβλημένο όγκο εισφορών καθ' όλη τη διάρκεια της ασφαλιστικής ζωής (Schubert & Schnabel, 2009; ΓΓΚΑ, 2013).

1.8.4. Συντάξεις και παροχές γήρατος

Η σύνταξη γήρατος και οι ανάλογες παροχές είναι διαθέσιμες για όλους τους ασφαλισμένους που υπάγονται στο νόμιμο καθεστώς ασφάλισης. Η σύνταξη γήρατος χορηγείται ως «ανταπόδοση» της ενεργούς εργασιακής ζωής. Η χορήγησή τους υπάγεται σε συγκεκριμένες ηλικιακές προϋποθέσεις και ελάχιστου χρόνου ασφάλισης ώστε να προκύπτουν και οι σαφώς καθορισμένες καταβεβλημένες εισφορές. Ως περίοδος καταβολής εισφορών λαμβάνεται υπόψη όλα τα χρονικά διαστήματα 5, 15 και 25 ετών (E.E., 2012).

Στο ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας, αν ο εργαζόμενος απλώς επιθυμεί να μειώσει την επαγγελματική του δραστηριότητα χωρίς τη διακοπή του επαγγέλματος, μπορεί να αιτηθεί τη μερική συνταξιοδότηση, λαμβάνοντας ποσοστιαίο τμήμα της σύνταξης που δικαιούται. Με τη συμπλήρωση των 65 ετών, ο εργαζόμενος μπορεί να αιτηθεί τη συνταξιοδότηση που όμως αν δεν πραγματοποιήσει προσαυξάνει τη σύνταξή του κατά 0,5% μηνιαίως (6% ετησίως) του ποσού της σύνταξης που δικαιούνταν (Augurzky et al, 2006).

Η κανονική σύνταξη γήρατος (regelaltersrente) αυξάνεται σταδιακά στα 67 έτη ξεκινώντας από όσους γεννήθηκαν το 1947. Οι γεννηθέντες μετά το 1963 έχουν ως όριο τα 67 έτη ενώ όσοι έχουν συμπληρώσει 45 έτη υποχρεωτικής ασφάλισης διατηρούν το δικαίωμα συνταξιοδότησης στα 65 έτη χωρίς κάποια μείωση στο ποσό της σύνταξης (ΓΓΚΑ, 2013).

Για τη χορήγηση πρόωρης συνταξιοδότησης, υπάρχει αναπροσαρμογή στη νέα κανονική ηλικία συνταξιοδότησης. Ωστόσο, και για τα επίπεδα της πρόωρης συνταξιοδότησης το όριο των 65 ετών παραμένει ως η κανονική ηλικία συνταξιοδότησης. Αίτηση για τη χορήγηση πρόωρης (μειωμένης) σύνταξης μπορεί να υποβληθεί από την ηλικία των 63 ετών, βάσει των 35 ετών ασφάλισης. Ιδιαίτερα, για περιπτώσεις ατόμων με αναπηρία τα έτη κατάθεσης αιτήματος χορήγησης σύνταξης γήρατος μπορεί να πραγματοποιηθεί στα 62 έτη με 35 έτη ασφάλισης. Η μειωμένη

σύνταξη γήρατος χορηγείται σε εργαζόμενους που έχουν γεννηθεί πριν από την 1^η Ιανουαρίου 1952 σε ηλικία 63 ετών εάν (E.E., 2012):

- 1) Υπάρχει συμπληρωμένη ασφάλιση 15 ετών.
- 2) Καταβολή υποχρεωτικών εισφορών για οκτώ (8) έτη την τελευταία δεκαετία συνταξιοδότησης.
- 3) Ανεργία κατά τη συνταξιοδότηση.
- 4) Συνολική ανεργία πενήντα δύο (52) εβδομάδων μετά τα 58 ½ έτη ή αν προκύπτει εργασία μερικής απασχόλησης για δύο (2) έτη (altersteilzeitarbeit).

Η καταβολή σύνταξης σε πρότερο χρόνο συνεπάγεται επίπεδα μείωσης κατά 0,3% μηνιαία πριν την ηλικία κανονικής συνταξιοδότησης. Οι ειδικές περιπτώσεις αφορούν στους εργαζόμενους των ορυχείων οι οποίοι μπορούν να λάβουν σύνταξη στην ηλικία των 60 ετών με ασφάλιση 25 ετών και τις γυναίκες οι οποίες θα πρέπει να έχουν καταβάλλει υποχρεωτικές εισφορές για περισσότερα από δέκα (10) χρόνια από τη συμπλήρωση της ηλικίας των 40 ετών και ελάχιστα τα 15 χρόνια ασφάλισης. Ωστόσο, οι ασφαλισμένες που γεννήθηκαν μετά το 1952 και μετά δεν μπορούν πλέον να αξιώσουν τη συγκεκριμένη σύνταξη γήρατος (E.E., 2012; ΓΓΚΑ, 2013)

1.8.5. Παροχές επιζώντων

Μεταξύ των παροχών του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος είναι και οι παροχές σε επιζώντες που αφορούν τις συντάξεις χηρείας, ορφανού, διάσπασης της σύνταξης κλπ. Η σύνταξη χηρείας καταβάλλεται στον ζώντα σύζυγο ο οποίος δηλωμένα συμβιώνει με το θανόντα και σε ορισμένες περιπτώσεις με το διαζευγμένο σύζυγο. Το δικαίωμα στη σύνταξη χηρείας κατοχυρώνεται με 5ετή ασφάλιση ενώ ως ελάχιστος ασφαλιζόμενος χρόνος θεωρείται όταν ο θάνατος προέλθει από εργατικό δυστύχημα ή έπειτα από την ολοκλήρωση οποιασδήποτε επαγγελματικής εκπαίδευσης. Δικαίωμα σύνταξης χηρείας προκύπτει και σε περιπτώσεις όπου ο έγγαμος βίος διήρκησε τουλάχιστον ένα (1) έτος.

Ως προς τη σύνταξη ορφανού μπορεί να χορηγηθεί σε παιδιά μέχρι 18 ετών με το όριο να ανέρχεται στα είκοσι επτά (27) έτη όταν πραγματοποιείται σχολική ή επαγγελματική εκπαίδευση ή αν από την άσκηση κοινωνικής εργασίας δεν προκύπτει επαρκές προ το ζην εισόδημα. Σε περίπτωση διακοπής της εκπαίδευσης, το δικαίωμα παρατείνεται στα 27 έτη ενώ αν ένας εκ των γονέων είναι εν ζωή η σύνταξη που

δικαιούται ανέρχεται στο μισό ποσό. Η σύνταξη ορφανού (waisenrente) στο 10% της σύνταξης του θανόντα γονέα με ένα επιπλέον συμπλήρωμα. Για τα ορφανά τέκνα και από τους δύο γονείς το ποσοστό ανέρχεται στο 20% ενώ οι μειώσεις αγγίζουν κατ' ανώτατο όριο το 10,8% εάν ο ασφαλισμένος απεβίωσε πριν από την ηλικία των 63 ετών (E.E., 2012; ΓΓΚΑ, 2013).

Ως προς τον τομέα των καλύψεων, η σύνταξη χηρείας (witwenund witwerrenten) καλύπτει το 25% της πλήρους σύνταξης αναπηρίας (rente wegen voller erwerbsminderung) του αποθανόντος. Η συγκεκριμένη παροχή ανέρχεται χρονικά στα δύο έτη ενώ η προσαύξηση του δικαιούχου είναι δεδομένη με προστατευόμενο τέκνο, όταν έχει φθάσει την ηλικία των 45 ετών με σταδιακή αύξηση του ορίου από το 2012 έως το 2029 στα 47 έτη ή όταν η ικανότητα βιοπορισμού έχει μειωθεί σε 55% (σύνταξη χηρείας). Συμπληρωματικό ποσό καταβάλλεται στην περίπτωση ανατροφής τέκνων ενώ όταν υπάρχει διαζευκτήριο τα δικαιώματα επιμερίζονται μεταξύ των δικαιούχων.

Μια ιδιαίτερη δυνατότητα του ασφαλιστικού συστήματος είναι η μέσω κοινής δήλωσης διάσπαση της σύνταξης με βασική προϋπόθεση τη συμπλήρωση 25 ετών ασφάλισης για τον καθένα και με το γάμο να έχει τελεστεί πριν την 31^η Δεκεμβρίου του 2001 ή και οι δύο σύζυγοι στη συγκεκριμένη ημερομηνία δεν πρέπει να ξεπερνούν ηλικιακά τα 40 έτη (E.E., 2012).

Σε κάθε περίπτωση, οι συντάξεις λόγω θανάτου, προηγουμένως συνεκτιμούν πιθανό εισόδημα από επαγγελματική δραστηριότητα ή άλλο εισόδημα του δικαιούχου. Η μηνιαία παροχή ανέρχεται στα 637,03 € με προσαύξηση για κάθε τέκνο. Για τις συντάξεις ορφανών, η προσαύξηση εισοδήματος λαμβάνεται υπόψη μόνο εάν ξεπερνά τα 18 έτη. Η μηνιαία κατ' αποκοπή σύνταξη ορφανού ανέρχεται σε 424,69 € (E.E., 2012).

1.8.6. Παροχές για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες

Στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στις παροχές για εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές ασθένειες. Η ασφάλιση έναντι ατυχήματος είναι υποχρεωτική, ιδιαίτερα για τις περιπτώσεις εργαζομένων με αυξημένο κίνδυνο αλλά και τους καταρτιζόμενους. Ασφάλιση για ατυχήματα και ασθένειες προβλέπονται για τα παιδιά που φυλάσσονται σε παιδικό σταθμό, μαθητές για το

διάστημα παραμονής τους στα εκπαιδευτικά ιδρύματα ενώ για τους αυτοαπασχολούμενους δεν υπάρχει υποχρεωτικότητα εκτός και αν ο φορέας απασχόλησης τους αναφέρει ρητά τη συγκεκριμένη περίπτωση. Σε κάθε περίπτωση, η ασφάλεια ατυχήματος των αυτοαπασχολουμένων είναι εθελοντική. Οι παροχές των ατυχημάτων επέρχονται κατόπιν εργατικού ατυχήματος ή ασθένειας και αφορούν (Henke et al, 1994):

- 1) Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (πρώτες βοήθειες, ιατρική φροντίδα, θεραπείες αποκατάστασης κλπ.).
- 2) Παροχές διατήρησης της θέσης εργασίας.
- 3) Παροχές για τη συμμετοχή στην κοινωνική ζωή.
- 4) Συμπληρωματικές παροχές (άθληση αποκατάστασης, έξοδα μεταφοράς, φύλαξη τέκνων κλπ).

Η καταβολή παροχής συνέπεια ατυχήματος χορηγείται για όλο το διάστημα της ανικανότητας ανερχόμενο στο 80% των ακαθάριστων αποδοχών πριν από το ατύχημα. Η ανώτατη διάρκεια χορήγησης ανέρχεται στις εβδομήντα οκτώ (78) εβδομάδες ενώ διακοπή της παροχής μπορεί να επέλθει λόγω της χορήγησης σύνταξης από εργατικό ατύχημα (E.E., 2012; ΓΓΚΑ, 2013).

Η χορήγηση σύνταξης έπειτα από εργατικό ατύχημα ή επαγγελματική ασθένεια προβλέπεται σε μείωση της βιοποριστικής ικανότητας κατά 20% για περισσότερες των 26 εβδομάδων από την εκδήλωση της ασθένειας ή του ατυχήματος ενώ και το ύψος της χορήγησης εξαρτάται και από το ετήσιο εισόδημά από την άσκηση επαγγελματικής δραστηριότητας (Guth, 2012).

Σε περίπτωση θανάτου λόγω ατυχήματος ή επαγγελματικής ασθένειας, καταβάλλεται σύνταξη επιζώντος (hinterbliebenenrenten) με το ποσό της να ανέρχεται στο 40% των ετήσιων αποδοχών του αποθανόντος. Η συγκεκριμένη περίπτωση αφορά στους δικαιούχους άνω των 47 ετών με αδυναμία άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας. Στις μικρότερες ηλικίες, η χορηγούμενη σύνταξη ανέρχεται στο 30% των ετήσιων αποδοχών του θανόντα για διάστημα δύο (2) ετών ενώ το συγκεκριμένο διάστημα μπορεί να είναι μεγαλύτερο εφόσον ο θάνατος επήλθε μετά την 1^η Ιανουαρίου του 2002 ή ένας εκ των συζύγων γεννήθηκε πριν την 2^η Ιανουαρίου του 1962 (E.E., 2012).

Για τα τέκνα μικρότερα της ηλικίας των 18 ετών καταβάλλεται σύνταξη ορφανού (waisenrente) με αποδοχές στο 20% των ετήσιων αποδοχών του ασφαλισμένου

(περίπτωση θανάτου ενός γονέα), ενώ ορφανό και από τους δύο γονείς λαμβάνουν το 30%. Πιθανά εισοδήματα μειώνουν ισόποσα την καταβαλλόμενη σύνταξη.

Στις περιπτώσεις θανάτου, μεταξύ των παροχών περιλαμβάνεται το επίδομα θανάτου (sterbegeld) σε εκείνον που θα εκτελέσει την κηδεία. Το ανερχόμενο καταβληθέν ποσό αντιστοιχεί στο 1/7 του ποσού αναφοράς (περίπου 3.840 €). Η πρόσβαση για τη λήψη των ανωτέρω παροχών εξαρτάται από τον αρμόδιο φορέα ασφάλισης για τα εργατικά ατυχήματα, ο οποίος ορίζει και τα παρεχόμενα δικαιώματα. Ο εργαζόμενος θα πρέπει να επισκεφτεί τον ειδικό ιατρό (durchgangsarzt) ο οποίος έχει οριστεί από τον ασφαλιστικό φορέα για τα ατυχήματα και καθορίζει την ολοκλήρωση της σχετικής διαδικασίας (E.E., 2012).

1.8.7. Οικογενειακά επιδόματα

Κάθε εργαζόμενος στη Γερμανία ο οποίος υπάγεται στην υποχρεωτική ασφάλιση δικαιούται επίδομα τέκνου (kindergeld) και γονικό επίδομα (elterngeld) για δικά του ή θετά τέκνα. Η θεμελίωση του συγκεκριμένου δικαιώματος εξετάζει και την ύπαρξη εγγονιών ή τέκνων υπό αναδοχή. Η χορήγηση του συγκεκριμένου επιδόματος θέτει ως όριο την ηλικία έως τα 18 έτη ενώ το δικαίωμα παρατείνεται σε περιπτώσεις (Guth, 2012):

- 1) Δεν έχει συμπληρώσει τα 21 έτη και δεν υπάρχει σύμβαση εργασίας δηλώνοντας αναζήτησή της σε σχετικά γραφεία στη Γερμανία ή σε άλλο κράτος μέλος της Ε.Ε.
- 2) Δεν βρίσκεται στην ηλικία των 25 ετών και πραγματοποιεί σχολική ή επαγγελματική εκπαίδευση.
- 3) Υπάρχει αδυναμία αυτοεξυπηρέτησης λόγω ύπαρξης αναπηρίας κάποιας μορφής προερχόμενη σε ηλικία μικρότερη των 25 ετών.

Το γονικό επίδομα (elterngeld) καταβάλλεται στους γονείς με βασικό όρο την κοινή διαβίωσή τους στο χώρο που ανατρέφεται το τέκνο. Η καταβολή του επιδόματος συνδέεται με τις εβδομαδιαίες ώρες απασχόλησης που δεν πρέπει να ξεπερνούν τις τριάντα (30) ώρες σε εβδομαδιαία βάση ενώ διαρκεί μέχρι την ηλικία των 14 μηνών. Σε περίπτωση αδυναμίας φροντίδας του τέκνου από τους γονείς, δικαιούχοι ορίζονται οι συγγενείς έως τρίτου βαθμού (ΓΓΚΑ, 2013).

Ελάχιστος χρόνος καταβολής του γονικού επιδόματος ορίζονται οι δύο μήνες ενώ οι δόσεις καταβολής είναι μηνιαίες, μια για κάθε μήνα ζωής του τέκνου με τους δώδεκα μήνες να είναι οι μέγιστοι. Οι επιπλέον δύο μήνες προκύπτουν σε περιπτώσεις μειωμένων εισοδημάτων των γονέων το συγκεκριμένο διάστημα ή σε περιπτώσεις μονογονεϊκών οικογενειών. Το γονικό επίδομα (elterngeld) λειτουργεί αντισταθμιστικά στο 67% του καθαρού εισοδήματος. Το εισόδημα άλλωστε καθορίζει και την καταβολή ή όχι του επιδόματος. Το γονικό επίδομα κατ' ελάχιστον ανέρχεται στα 300 € ενώ σε μέγιστα επίπεδα μπορεί να φθάσει τα 1.800 € το μήνα. Σε περιπτώσεις πολύτεκνων οικογενειών, καταβάλλεται επίδομα ύψους 75 € το μήνα (E.E., 2012).

1.8.8. Ανεργία

Η παροχή επιδόματος ανεργίας στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα προβλέπεται σε περίπτωση απώλειας της εργασίας. Οι δικαιούχοι του συγκεκριμένου επιδόματος θα πρέπει να έχουν υποβάλλει σχετικό αίτημα στο ανάλογο γραφείο απασχόλησης σε περιπτώσεις πλήρους απώλειας της εργασίας, σε περιπτώσεις εργασίας μικρότερης των δεκαπέντε (15) ωρών ή σε περίπτωση αναζήτησης εργασίας ενεργά. Το δικαίωμα επιδόματος προκύπτει βάσει συγκεκριμένου ελάχιστου χρόνου ασφάλισης ενώ σε όλο το διάστημα της ανεργίας θα πρέπει να καταβάλλονται προσπάθειες εξεύρεσης εργασίας με ταυτόχρονη ανταπόκριση σε αιτήματα της υπηρεσίας απασχόλησης. Η χορήγηση του επιδόματος πραγματοποιείται δώδεκα (12) εβδομάδες από την αποχώρηση του εργαζόμενου, από την άρνηση απασχόλησης της αντίστοιχης υπηρεσίας ή άρνησης σε οποιαδήποτε δράση επαγγελματικής ένταξης. Η λήψη επιπλέον επιδόματος ανεργίας είναι εφικτή σε περιπτώσεις ικανών για εργασία, λόγω απορίας, για ηλικίες 15 – 65 ετών ενώ ο εργαζόμενος διαμένει το μεγαλύτερο διάστημα στη Γερμανία. Το ύψος του επιδόματος εξαρτάται από την εισοδηματική κλίμακα του εργαζόμενου, τη φορολογική κλίμακα αλλά και την ύπαρξη ή όχι τέκνων. Ο υπολογισμός της παροχής λαμβάνει υπόψη το μέσο ετήσιο ημερομίσθιο κατά τον τελευταίο χρόνο με ανώτατο όριο τα 4.800 € το μήνα. Η χρονική διάρκεια του επιδόματος εξαρτάται από την περίοδο καταβολής εισφορών και την ηλικία με μέγιστη διάρκεια τους είκοσι (24) μήνες.

Ως ελάχιστη παροχή για τους αναζητούντες εργασία αποτελεί το επίδομα κοινωνικής πρόνοιας και το οποίο βρίσκεται σε άμεση εξάρτηση με τους πόρους του δικαιούχου. Η κοινωνική πρόνοια καθορίζει τα όρια της παροχής βασισμένα σε κριτήρια συνθηκών διαβίωσης με κάλυψη αναγκών στέγασης, θέρμανσης και σίτισης. Από την 1^η Ιανουαρίου του 2011 έχει πραγματοποιηθεί πλήρης αναδιοργάνωση και ανακαθορισμός των ορίων ελάχιστης διαβίωσης για παιδιά, νεαρά άτομα και νέους ενήλικες. Κατά τη διάρκεια της χορήγησης επιδόματος ανεργίας, ο φορέας ασφάλισης καταβάλλει τις ανάλογες εισφορές για ασθένεια, για την μακροχρόνια φροντίδα αλλά και τις συνταξιοδοτικές εισφορές. Το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα δεν προβλέπει παροχές στο διάστημα πριν τη σύνταξη. Ωστόσο, σε αρκετούς κλάδους εργασίας προβλέπεται μέσω ρυθμίσεων η συγκεκριμένη δυνατότητα (E.E., 2012; ΓΓΚΑ, 2013).

1.8.9. Παροχές κοινωνικής βοήθειας

Η αδυναμία εξασφάλισης των στοιχειωδών ορίων διαβίωσης στη Γερμανία καλύπτεται από παρεχόμενη κοινωνική βοήθεια εφόσον υπάρχει μόνιμη διαμονή στη χώρα. Η κοινωνική βοήθεια οργανώνεται βάσει διαφορετικών κριτηρίων ενώ η χρηματοδότηση των συγκεκριμένων παροχών εξασφαλίζεται με φορολογία βάσει εισοδήματος ενεργών ασφαλισμένων ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής διαβίωση των ατόμων που χρήζουν βοήθειας, με αποδεδειγμένη ανικανότητα εργασίας ή όσων δεν μπορούν να στηριχθούν από τρίτους. Ιδιαίτερη φροντίδα παρέχεται σε άτομα κάτω των 65 ετών που είναι προσωρινά ανίκανα να εξασφαλίσουν ένα επίπεδο διαβίωσης. Στις περιπτώσεις που έχει συμπληρωθεί το 65^ο έτος ή το άτομο είναι μικρότερο των 18 ετών, μπορεί να προκύψει καταβολή σύνταξης κατά περίπτωση λόγω αναγκών ή σε περίπτωση μειωμένων αποδοχών (Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung). Άνεργοι με ικανότητα εργασίας αλλά χωρίς κάποιο οικονομικό πόρο μπορούν να αιτηθούν επίδομα ανεργίας ή επίδομα κοινωνικής πρόνοιας. Η θεμελίωση της συγκεκριμένης παροχής και το δικαίωμα αίτησης εξαρτάται και από το μέγεθος της οικογένειας το οποίο αυξάνει ανάλογα και το μέγεθος ή όχι της παροχής (Anja et al, 2007).

Επιπλέον κοινωνική παροχή από το ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας αποτελεί το επίδομα τυφλότητας και το επίδομα φροντίδας. Το δικαίωμα είσπραξης του

συγκεκριμένου επιδόματος καθορίζεται από την ύπαρξη της αναπηρίας με υποχρέωση μόνιμης κατοικίας στη χώρα. Το ύψος των παροχών (regelsätze) καθορίζεται από βάσει ασφαλιστικών αποφάσεων ενώ στο σύνολο των παροχών μπορούν να προστεθούν ποσά που αφορούν ειδικές ανάγκες που αφορούν ορισμένες κατηγορίες ατόμων, εφάπαξ παροχές, εκπαιδευτικές παροχές κλπ. (E.E., 2012).

1.8.10. Παροχές μακροχρόνιας φροντίδας

Στη Γερμανία, οι παροχές μακροχρόνιας φροντίδας εντάσσονται σε ένα πλαίσιο αναγκών και εξάρτησης απ' αυτές του εργαζόμενου. Οι παροχές μακροχρόνιας φροντίδας αποτελούν ξεχωριστό κλάδο του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος ο οποίος λειτουργεί με παρόμοιο τρόπο με τους κλάδους ασθένειας, γήρατος και ατυχήματος. Στις συγκεκριμένες παροχές εντάσσονται εκείνες οι παροχές οι οποίες λειτουργούν ως μέσο ελάττωσης ή περιορισμού των όποιων βαρών αισθάνεται το άτομο ή η οικογένειά του ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής διαβίωση (Schubert & Schnabel, 2009; E.E., 2012).

Οι καλυπτόμενοι από υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση ασθένειας έχουν ταυτόχρονα και κάλυψη μακροχρόνιας φροντίδας. Ο ελάχιστος χρόνος ασφάλισης για τη λήψη των συγκεκριμένων παροχών είναι τα δύο (2) έτη. Για την παροχή μακροχρόνιας φροντίδας πρέπει να συντρέχουν προϋποθέσεις που αφορούν σε σωματική, ψυχική ασθένεια ή αναπηρία οι οποίες δεν καθιστούν εφικτή την πραγματοποίηση καθημερινών αναγκών για διάστημα τουλάχιστο έξι (6) μηνών. Το ύψος της παροχής εξαρτάται από τις ανάγκες του ατόμου και οι οποίες καθορίζονται από τους γιατρούς του αντίστοιχου ταμείου ασφάλισης. Στις περιπτώσεις εκείνες που δεν προκύπτει ανάγκη φροντίδας για μακροχρόνια φροντίδα, υπάρχει η δυνατότητα ένταξης σε παροχές κοινωνικής βοήθειας. Οι παροχές μακροχρόνιας φροντίδας πέραν των όποιων συμβουλευτικού χαρακτήρα υπηρεσιών, περιλαμβάνουν (Anja et al, 2007; Augurzky & Tauchmanna, 2011):

- 1) Κατ' οίκον φροντίδα και εξωτερική βοήθεια.
- 2) Εφάπαξ καταβολή ποσού για κάλυψη δαπανών υγείας.
- 3) Παροχές προσωρινής φροντίδας.
- 4) Παροχές μακροχρόνιας φροντίδας.
- 5) Χορήγηση βοηθημάτων.

- 6) Χορήγηση ιατρικών συσκευών για βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης.
- 7) Πρόσθετες παροχές φροντίδας για άτομα με άνοια, νοητική αναπηρία, νοητικές ασθένειες κλπ.
- 8) Παροχές σε χρήμα που εξαρτώνται από το ύψος της ανάγκης.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Κεφάλαιο 2. Γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας

2.1. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας

Τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα υγείας της Ευρώπης διαμορφώθηκαν στη δεκαετία του 1950, όταν αναπτύχθηκε το κράτος πρόνοιας. Ο κύριος στόχος ήταν η καθολική κάλυψη του πληθυσμού. Ο εν λόγω στόχος επιτεύχθηκε με τη συμμετοχή του δημοσίου στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Νιάκας, 2003; Katrougalos, 1996; Sotiropoulos, 2004).

Η αναγκαιότητα ύπαρξης και λειτουργίας ενός κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας προσδιορίζεται από τη ωφελιμότητα των σκοπών του και από την επιδεξιότητα επίτευξης των στόχων που θέτει. Οι σκοποί και στόχοι του αποτελούν ένα μοντέλο διαφοροποίησης του κάθε συστήματος και εκτιμά το ίδιο το σύστημα αναφορικά με τη χρησιμότητα και την ωφελιμότητα που παρέχει. Οι σκοποί είναι πάντοτε γενικότεροι των στόχων, διακρίνονται από τα ποιοτικά τους χαρακτηριστικά και δεν έχουν συγκεκριμένους χρονικούς ορίζοντες. Αντίθετα οι στόχοι είναι συγκεκριμένοι, μετρήσιμοι, με ποσοτικά χαρακτηριστικά και διαθέτουν ορισμένο χρονικό ορίζοντα επίτευξης (West, 1981).

Εξαιτίας του ιδιαίτερου χαρακτήρα του αγαθού της υγείας επηρεάζονται και τα ασφαλιστικά συστήματα υγείας τα οποία διαθέτουν μια περίπλοκη δομή αναφορικά με τα άλλα συστήματα της οικονομίας η οποία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για το σωστό σχεδιασμό και την αποτελεσματική τους οργάνωση. Οι ιδιαιτερότητες των κοινωνικών ασφαλιστικών συστημάτων υγείας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τον σχεδιασμό, την συστηματοποίηση και τη διεύθυνσή τους (Abel – Smith, 1976; Butler et al, 1984; Harrison et al, 1993; Σακελλαρόπουλος & Οικονόμου, 2006):

Στην περίπτωση του μοντέλου Bismarck το κοινωνικό σύστημα υγείας κυριαρχείται από την κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από τα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία (sickness funds), τα οποία μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων χρηματοδοτούν το σύστημα, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας να εξασφαλίζεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το μοντέλο αυτό δίδει έμφαση στο δικαίωμα του κάθε ασθενή να αναζητήσει από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης τους τρόπους για να καλύψει τις ανάγκες του αναφορικά με την υγεία,

καταβάλλοντας ταυτόχρονα και ένα σημαντικό ποσό υπό μορφή εισφορών. Βέβαια, η παρουσία πολλών και αυτοτελών ταμείων ασφάλισης οδηγεί σε αλληλεπικαλύψεις ομοειδών επαγγελματικών κατηγοριών εργαζομένων με διαφορετικό ύψος εισφορών με αποτέλεσμα να δημιουργεί προϋποθέσεις για διαφοροποιημένες ασφαλιστικές παροχές ανά ταμείο. Κύριοι αντιπρόσωποι του μοντέλου Bismarck είναι της Γαλλίας και της Γερμανίας, η εμπειρία των οποίων έχει αποδείξει ότι τα συστήματα αυτά έχουν υψηλά οικονομικά κόστη (Evans, 1981).

2.2. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας στη Γερμανία



Η ικανότητα της Γερμανίας να ελέγχει την κατά κεφαλήν δαπάνη έχει ενεργοποιηθεί από τα παλαιότερα χρόνια με συνέπεια να αφιερώνει ένα μικρότερο ποσοστό του Α.Ε.Π. της για την υγειονομική περίθαλψη. Το 1970, η Γερμανία δαπάνησε μόλις το 5,9% του Α.Ε.Π. της για την υγεία με το ποσοστό να ανέρχεται σε 8,1% το 1990. Επιπλέον, η Γερμανία έχει καταφέρει να συνδυάσει συγκράτηση του κόστους με σχεδόν καθολική κάλυψη. Το γερμανικό σύστημα, που ιδρύθηκε από τον Otto von Bismarck το 1883, τροποποιείται συνεχώς καθώς οι ανάγκες της κοινωνίας, των πολιτών και των πόρων της τεχνολογίας έχουν αλλάξει. Σε απάντηση στην άνοδο του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, διάφορες μεταρρυθμίσεις θεσπίστηκαν κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και '80, εστιάζοντας κυρίως σχετικά σε στρατηγικές περιορισμού του κόστους τόσο για την προμήθεια όσο και τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας (Clarke et al, 2013; Herr, 2008).

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας είναι βασισμένο σε ένα μοντέλο πρόνοιας του πληθυσμού καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό ασφαρίζεται σε ένα από τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας, ανεξάρτητα από τη μορφή που λαμβάνει (δημόσιο ή ιδιωτικό), αν και το 1995 παρατηρήθηκε το φαινόμενο εκατοντάδες χιλιάδες πολίτες να είναι ανασφάλιστοι. Οι παροχές ασφάλισης εξασφαλίζονται διαμέσου ενός συστήματος καταβολής εισφορών το οποίο καλύπτει ένα περιεκτικό πλήθος υπηρεσιών. Χαρακτηριστικό στοιχείο του συστήματος ο συνδυασμός δημοσίων, ιδιωτικών και μη κερδοσκοπικών οργανισμών (Göpffartha & Henke, 2012).

Στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της χώρας εντάσσονται νοσοκομεία και γιατροί ενώ ολόκληρη η δομή είναι βασισμένη σ' ένα βασικό και अपαράβατο κανόνα αυτοδιοίκησης. Περίπου το 90% του συνολικού πληθυσμού ασφαρίζεται στο Θεσμικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας (Statutory Health Insurance Programm – GKV). Το GKV αποτελεί ένα γενικό ασφαλιστικό πρόγραμμα εθνικής υπόστασης με καλύψεις που περιλαμβάνουν νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή και περίθαλψη, οδοντιατρική φροντίδα, συνταγολόγηση φαρμάκων, πραγματοποίηση θεραπειών, ιατρικές επισκέψεις κατ' οίκον, αποζημιώσεις σε εγκύους κλπ. Επίσης, μέσω των εισφορών μπορούν να χρηματοδοτηθούν και ανίατες ασθένειες όπως το AIDS, ο καρκίνος κλπ. (Henke & Ade, 1994).

Στην πλειονότητά τους, οι παρεχόμενες υπηρεσίες στο κοινωνικό σύστημα ασφάλισης είναι υποχρεωτικού χαρακτήρα ενώ όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν μια μικρή συμμετοχή κατά περίπτωση στις δαπάνες. Οι ασθενείς με παθήσεις που χρονίζουν, συμμετέχουν στις δαπάνες μέχρι του ορίου του 1% του ετήσιου εισοδήματος του ασθενούς για τον πρώτο χρόνο με τα επόμενα χρόνια να εξαιρούνται των δαπανών. Για όσους ασφαλισμένους ακολουθούν την οδό της ιδιωτικής ασφάλισης, οι καταβολές εξαρτώνται από το προφίλ κινδύνου του κάθε ασφαλισμένου ενώ χαρακτηριστικό του συστήματος είναι λόγω των αυξημένων ασφαλιστρών στον ιδιωτικό χώρο, η ασφάλιση σ' αυτό ατόμων με συνήθως χαμηλότερα εισοδήματα σε ετήσια βάση (Göpffarth, 2005; Hindriks, 2003).

Στο σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας, υπάρχει ανεξαρτησία μεταξύ νοσοκομειακού και εξωνοσοκομειακού τομέα με τον καθένα να λειτουργεί με το δικό του τρόπο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Στον εξωνοσοκομειακό τομέα, οι ιδιώτες γενικοί και εξειδικευμένοι γιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι με το μεγαλύτερο τμήμα εξ αυτών να διαθέτει προσωπικό ιατρείο. Οι αμοιβές τους καθορίζονται ελεύθερα ενώ και οι ασθενείς έχουν ελεύθερη επιλογή. Επίσης, στο πλαίσιο τω αμοιβών, υπάρχει ένα ανώτατο όριο που καθορίζεται από το κράτος ενώ για όσους συμβληθούν με το κράτος προβλέπεται συγκεκριμένη κατά περίπτωση αποζημίωση. Στο νοσοκομειακό τομέα, υπάρχει σαφές διάγραμμα οργάνωσης, προγραμματισμού, προϋπολογισμού αλλά και καθορισμού των δαπανών. Οι αποπληρωμή των δαπανών βασίζεται σε ένα πλέγμα τετραπλής χρηματοδότησης του συστήματος με αμοιβές ανά ασθενή και επιδόματα (Lisac et al, 2010; Iglehart, 1991).

2.3. Ιστορικό και βασικά χαρακτηριστικά γερμανικού συστήματος υγείας

Το γερμανικό σύστημα υγείας καθιερώνεται το 1883 όταν το Κοινοβούλιο, υπό την ηγεσία του καγκελάριου Μπίσμαρκ, αποφασίζει σε εθνικό επίπεδο την εκ του νόμου υποχρεωτική ασφάλιση υγείας. Το 1883, ο Μπίσμαρκ επεκτείνει την εμβέλεια των κοινωνικών ασφαλιστικών παροχών στον πληθυσμό σηματοδοτώντας την έναρξη ενός νέου συστήματος υγείας που συχνά αποκαλείται το σύστημα Bismarck.

Κατά τα επόμενα έτη, άλλα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης δημιουργούνται. Η ασφαλιστική αποζημίωση των εργαζομένων ιδρύθηκε το 1884, η ασφάλιση σύνταξης το 1889, και η ασφάλιση ανεργίας το 1927. Το 1994 δημιουργείται η νοσηλευτική περίθαλψη ακολουθώντας τις ίδιες αρχές. Το ιδιωτικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας που αναπτύχθηκε παράλληλα παρουσίασε και αυτό μετάλλαξη στην είσοδο του 21ου αιώνα ακολουθώντας τα πρότυπα των δημοσίων ασφαλίσεων (McGuire & Bauhoff, 2007).

Η πρόσφατη ιστορία του γερμανικού συστήματος υγείας μπορεί να περιγραφεί σε δύο φάσεις. Υπήρξε μια αρχική περίοδος επέκτασης το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο και διαρκή τη δεκαετία του 1970, ακολουθούμενη από μια δεύτερη φάση ολοένα και συχνότερα με στόχο τη συγκράτηση του κόστους, η οποία συνεχίζεται μέχρι σήμερα (Andersen & Schwarze, 1999; Lengwiler, 2003).

Μετά το τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου το 1945 το γερμανικό σύστημα υγείας υποβλήθηκε σε μια σημαντική επέκταση. Τροφοδοτήθηκε από αύξηση της ευημερίας, ενώ και ο αριθμός των παροχών αυξήθηκε σημαντικά, προσφέροντας ένα αυξανόμενο φάσμα υπηρεσιών. Το 1955, υπήρχαν 85.000 γιατροί (832 πολίτες ανά ιατρό), σε σύγκριση με 238.000 το 1990 και 315.000 το 2007 (335 και 261 πολίτες ανά ιατρό αντίστοιχα). Κατά την ίδια περίοδο, η συνεχώς αυξανόμενη ιατρική γνώση και η συνεχής εισαγωγή νέων τεχνολογιών οδήγησε σε αυξανόμενη εξειδίκευση της φροντίδας (Buchner et al, 2013; Bauer, 2006).

Το ασφαλιστικό σύστημα υγείας στη Γερμανία χωρίζεται σε δύο κύρια μέρη, την κοινωνική ασφάλιση υγείας και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας (GKV) παρέχει την υγεία και ασφάλιση για περίπου 90% του γερμανικού πληθυσμού. Υποχρεωτική είναι η ασφάλιση κυρίως για τους εργαζόμενους, ανέργους, συνταξιούχους, φοιτητές και παιδιά. Υπάρχει μια δυναμική (όριο εισοδήματος) πάνω από την οποία οι εργαζόμενοι δεν ασφαλιζονται υποχρεωτικά. Υπάρχει η δυνατότητα για προαιρετική ασφάλιση στο πλαίσιο του

συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας για εκείνους των οποίων το εισόδημα ξεπερνά συγκεκριμένο όριο. Υπάρχουν περίπου 350 - 400 δημόσια αυτοδιοικούμενα ιδρύματα ασφάλισης υγείας που ονομάζονται ταμεία. Η παραδοσιακή δομή του συστήματος υγείας στη Γερμανία αποτελείται από περιφερειακά ταμεία. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PKV), παρέχει τρεις τύπους πολιτικών: πλήρη υποκατάσταση υγείας για περίπου 7% του πληθυσμού της Γερμανίας (κυρίως εργαζόμενοι υψηλού εισοδήματος και αυτοαπασχολούμενοι), υποκαθιστούν την ασφάλιση υγείας για τους δημοσίους υπαλλήλους (περίπου το 5% του πληθυσμού), για τους οποίους η κυβέρνηση πληρώνει μεταξύ 50 και 70% των λογαριασμών της υγειονομικής περίθαλψής τους και οι οποίοι ασφαλιζονται για το υπόλοιπο κόστος σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, και παρέχουν συμπληρωματική ασφάλιση υγείας για περίπου 10% των ασφαλισμένων οι οποίοι αναζητούν πρόσθετη κάλυψη (Alber, 1990).

Υπάρχει ένας ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων υγείας της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και των ιδιωτών σχετικά με τα πρόσωπα εκείνα των οποίων το εισόδημα υπερβαίνει το όριο εισοδήματος και μπορούν να επιλέξουν μεταξύ της κοινωνικής και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Οι διαφορετικές μορφές πληρωμής μέσα σε αυτά τα δύο συστήματα προκαλεί μια ειδική μορφή επιλογής. Έτσι, οι άνθρωποι με οικογένεια συνήθως έχουν την τάση να επιλέγουν το δημόσιο σύστημα ενώ όσοι δεν έχουν παιδιά ή δεν σχεδιάζουν αποκτήσουν επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση (Buchner & Wasem, 2003).

Η ασφάλιση υγείας στη Γερμανία είναι υποχρεωτική για όλους τους εργαζόμενους, άνεργους κλπ. με χαμηλό όριο εισοδημάτων. Το 1992, ο Γερμανός νομοθέτης επέκτεινε την ελεύθερη επιλογή σε ταμείο ασθενοείας σε σχεδόν όλους εκείνους που καλύπτονταν από υποχρεωτική ασφάλιση, με ισχύ από το 1996. Ήταν αναμενόμενο ότι η ελεύθερη επιλογή θα οδηγούσε σε σύγκλιση στα ποσοστά εισφορών. Η αλλαγή στη νομοθεσία κατέστησε υποχρεωτική την ασφάλιση υγείας για όλους τους μόνιμους κατοίκους το 2009 (Thomsona et al, 2013).

2.4. Πρόγραμμα μεταρρυθμίσεων στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα υγείας



Σε γενικές γραμμές, οι κυβερνητικές πρωτοβουλίες στη Γερμανία κατά τα τελευταία 20 χρόνια μπορούν να περιγραφούν ως μια αλυσίδα μέτρων συγκράτησης του κόστους υγείας. Η συγκράτηση του κόστους έχει εκφραστεί μέσω ανησυχιών που διατυπώθηκαν αλλά και μεθόδων που αναζητήθηκαν ώστε να μην υπάρχει, όπως και στη Γερμανία, σχεδόν καμία χώρα στην Ευρώπη χωρίς κάποιου είδους συστηματική παρέμβαση του κράτους (Wild & Gibis, 2003). Ωστόσο, ο βαθμός της παρέμβασης και οι μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την απουσία της κρατικής παρέμβασης διαφέρουν από χώρα σε χώρα (Lengwiler, 2003). Από το 1970 – 1996, στη Γερμανία κάθε μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης ήταν επιτυχής ως προς το κόστος που περιείχε σχετικά με την πρωτοβουλία που λαμβανόταν σε σύντομο χρονικό διάστημα. Το αποτέλεσμα ήταν η ανακοίνωση της υγειονομικής πράξης μεταρρύθμισης της υγείας που ξεκίνησε με αύξηση της αξιοποίησης των αποταμιεύσεων και τη μείωση των δαπανών (McGuire & Bauhoff, 2007). Ωστόσο, η συγκράτηση του κόστους μέσω απλών μέτρων δεν ήταν σε θέση να σταθεροποιήσει τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης σε μακροπρόθεσμη βάση. Κάθε σημαντική μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης σύντομα συνοδεύτηκε από σημαντική αύξηση των δαπανών. Όσον αφορά στο ποσοστό συνεισφοράς, οι πρωτοβουλίες περιορισμού του κόστους δεν ήταν σε θέση να επιτύχουν με αποτέλεσμα να πραγματοποιούνται, όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια, μια σειρά μεταρρυθμίσεων (Kamke, 1998; Cremer & Pestieau, 1998).

2.4.1. Η μεταρρυθμιστική πράξη του 1989

Το σύστημα ασφάλισης της Γερμανίας παρέχει καλύψεις και παροχές στους πολίτες μέσω των αντίστοιχων ασφαλιστικών νόμων. Γενικά, το ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας ανεξάρτητα από τον αριθμό των μεταρρυθμίσεων στις οποίες έχει υποβληθεί, πριν το 1988 δεν γνώρισε καμία που να είναι ουσιαστική. Η μεταρρυθμιστική πράξη του 1989 μπορεί να θεωρηθεί ως η πιο σημαντική βάση του νόμου του 1911 που έθετε τα βασικά θεμέλια του συστήματος ασφάλισης. Ένα νέο σύστημα τιμών αναφοράς εισήχθη στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα που

αντιπροσωπεύει τα ανώτατα όρια τιμών πώλησης των φαρμακευτικών προϊόντων. Ο νομοθέτης έθεσε ειδικά κριτήρια για τον καθορισμό των τιμών αναφοράς που περιλάμβαναν (Kamke, 1998; Schneider, 1991; Iglehart, 1991):

- 1) Φάρμακα με τα ίδια ενεργά συστατικά.
- 2) Φάρμακα με συγκρίσιμες δραστικές ουσίες.
- 3) Φάρμακα με συγκρίσιμη φαρμακολογική θεραπευτική δράση.

Με τη συγκεκριμένη μεταρρύθμιση περιορίστηκε ουσιαστικά η φαρμακευτική δαπάνη που καταβαλλόταν ενώ εντός της επόμενης τριετίας το 80% της φαρμακευτικής αγοράς καλύφθηκε ως προς τη λειτουργία του με το συγκεκριμένο τρόπο. Την 1^η Ιανουαρίου του 1997 υπήρχαν περίπου 339 ουσίες και 27 συνδυασμοί ουσιών για τις οποίες είχαν τεθεί τιμές αναφοράς. Όσον αφορά στις δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης, το 60% του πληθυσμού καλυπτόταν. Η πολιτική που ακολουθήθηκε γενικά στη Γερμανία το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα ήταν μια πολιτική συγκράτησης των τιμών και του κόστους υγείας. Το σύστημα των τιμών αναφοράς ανάγκασε τις φαρμακευτικές εταιρείες να μειώσουν τις τιμές τους, ιδίως για τα επώνυμα φαρμακευτικά προϊόντα (BKK, 1997).

2.4.2. Η μεταρρύθμιση του 1993

Η μεταρρύθμιση πράξη του 1993, που είναι γνωστή ως δεύτερο στάδιο των σημερινών πρωτοβουλιών μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία, εισάγει στο συνολικό προϋπολογισμό τις καλύψεις από διάφορους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης. Οι δαπάνες για νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, ιατρική, εξωνοσοκομειακή οδοντιατρική περίθαλψη, οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα που προβλέπονταν από την κοινωνική ασφάλιση και διοικητικές δαπάνες επιτρέπεται να αυξηθούν ανάλογα με την αύξηση των εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων βάσει των καταβληθέντων εισφορών. Τα πιο σημαντικά μέτρα της μεταρρύθμισης του 1993 περιλαμβάνουν τομές σε φορείς και παροχές που κατά το παρελθόν παρουσίαζαν στρεβλώσεις (Gotthardt, 1994).

Στον εξωνοσοκομειακό τομέα, τέθηκε από την 1^η Ιανουαρίου του 1993 μια αυστηρή δημοσιονομική περίοδο για 3 έτη για την κοινωνική ασφάλιση. Οι δαπάνες που προβλέπονταν να ξεπεράσουν τον προϋπολογισμό, προέρχονταν αποκλειστικά από εισφορές που εισέπρατταν τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι μόνες εξαιρέσεις που

προβλέπονται ήταν για πρόσθετη αποζημίωση σε χειρουργική επέμβαση (10% ετησίως) και για ορισμένες θεραπείες (6%) (McGuire & Bauhoff, 2007).

Επίσης, σημαντικός ήταν ο καθορισμός του αριθμού των ιατρών οι οποίοι αντιστοιχούσαν ανά κάτοικο ώστε να αποκλειστεί η υπερπροσφορά γιατρών και να υπάρχει σαφής έλεγχος τόσο του αριθμού τους όσο και των υπηρεσιών που παρείχαν. Παραδόξως, το 1993 η Γερμανία βρέθηκε αντιμέτωπη με περισσότερες από 10.000 περιπτώσεις γιατρών που επιθυμούσαν να ενταχθούν στο σύστημα (Kamke, 1998).

Σημαντική μεταρρύθμιση αποτέλεσε η καθιέρωση του αυτοδιοίκητου των ασφαλιστικών δομών. Οι εταίροι της αυτοδιοίκησης δεν είχαν πλέον το δικαίωμα να συνάπτουν συμβάσεις χωρίς εξωτερικές παρεμβάσεις. Στην πραγματικότητα, η σύναψη των συμβάσεων ήταν αντικείμενο λεπτομερούς νομικής αναθεώρησης. Η κυβερνητική παρέμβαση στην αυτοδιοίκηση προκάλεσε την επιβολή μιας σειράς γραφειοκρατικών μέτρων (Von Der Schulenburg, 1994).

Στη νοσοκομειακή περίθαλψη, εισάγεται κατ' ουσιαστική εφαρμογή το σύστημα τιμών. Πριν από το 1993 η επιστροφή των δαπανών στα νοσοκομεία συνήθως εκτελούνταν από αμετάβλητες τιμές ανά νοσοκομείο, ημέρα και νοσοκομειακή κλίνη το μέγεθος της οποίας καθοριζόταν από τα κύρια έξοδα που υπολογίζονταν εκ των προτέρων. Το κόστος κεφαλαίου των νοσοκομείων, ωστόσο συνήθως χρηματοδοτούνταν από φόρους (αρχή της διπλής χρηματοδότησης). Η μεταρρύθμιση πράξη του 1993 αντικατέστησε τις συγκεκριμένες πρακτικές. Το πρώτο βήμα, το οποίο άρχισε να ισχύει αμέσως, ήταν ένα όριο προϋπολογισμού για νοσοκομειακές δαπάνες το 1993, 1994 και 1995. Η υπέρβαση του προϋπολογισμού περιορίστηκε στο βαθμό του ρυθμού αύξησης των εισφορών που εισπράττονταν από την ασφάλιση υγείας. Το δεύτερο βήμα τέθηκε σε ισχύ το 1995 σε εθελοντική βάση και το 1996 σε υποχρεωτική βάση με την εισαγωγή των κατ' αποκοπή ποσών ανά περίπτωση για 76 χειρουργικές επεμβάσεις καθώς και αντίστοιχες νοσηλευτικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες με εφάπαξ πληρωμές (Sonderentgelte) για 152 χειρουργικές επεμβάσεις (Kamke, 1998; Henke et al, 1994).

Ο συνδυαστικός κρίκος μεταξύ της εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης ήταν πλέον γεγονός. Στη Γερμανία, μέχρι τότε υπήρχε σαφής διαχωρισμός μεταξύ των δύο ανωτέρω περιθάλψεων ενώ με τη διασύνδεσή τους αποφεύγονταν οι ελλείψεις στην παροχή της υγειονομικής περίθαλψης. Η μεταρρύθμιση πράξη του 1993 δημιούργησε συνθήκες για μια καλύτερη σύνδεση μεταξύ των δύο τομέων. Νοσοκομεία είχαν το δικαίωμα να παρέχουν

εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη πριν και μετά την εισαγωγή σε νοσοκομείο. Επιπλέον, προωθήθηκαν οι χειρουργικές επεμβάσεις σε εξωνοσοκομειακή βάση, οι οποίες, με τη σειρά του, οδήγησαν σε αύξηση του αριθμού των χειρουργικών επεμβάσεων γιατρούς της κοινωνικής ασφάλισης στον εξωνοσοκομειακό τομέα. Στον τομέα των φαρμάκων το 1993 και το 1994, η φαρμακευτική βιομηχανία ήταν υποχρεωμένη να μειώσει τις τιμές του φαρμάκου κατά 5% για όποια δεν υπήρχαν τιμές αναφοράς που είχαν καθοριστεί. Η καθιέρωση ενός μορατόριουμ τιμών αποτέλεσε την πρώτη προσπάθεια αξιοποίησης κυβερνητικών αποφάσεων στην τιμολόγηση των φαρμακευτικών επιχειρήσεων (Kamke, 1998; BKK, 1997; Gotthardt, 1994).

2.4.3. Μεταρρυθμίσεις το διάστημα 1996 -1997

Η ουσιαστική μεταρρύθμιση του συστήματος πραγματοποιήθηκε το 1996 με την ελευθερία επιλογής της κοινωνικής ασφάλισης σε ένα πλαίσιο ωστόσο υποχρεωτικότητας της ασφάλισης. Η μεταρρύθμιση το 1996 έφερε την αλλαγή για τον ασφαλισμένο πληθυσμό η οποία τέθηκε σε ισχύ την 1^η Ιανουαρίου 1996 για τους προαιρετικά ασφαλισμένους και ένα (1) χρόνο μετά για κάθε κοινωνικά ασφαλισμένο. Πριν το 1996 υπήρχε μόνο περιορισμένος ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων υγείας (Busse, 2004). Τα μέλη του υποχρεωτικού συστήματος ασφάλισης υγείας θα μπορούσαν να χωριστούν σε τρεις ομάδες: εκείνους οι οποίοι έπρεπε να εγγραφούν με μια συγκεκριμένη ασθένεια σε ένα ταμείο, εκείνους, οι οποίοι είχαν τη δυνατότητα επιλογής μεταξύ των διαφόρων ταμείων κοινωνικής ασφάλισης και εκείνους, οι οποίοι είχαν τη δυνατότητα επιλογής, μεταξύ ιδιωτικού και δημόσιου ταμείου. Το εισόδημα του καθενός ήταν εκείνο που καθόριζε την επιλογή του ταμείου ασφάλισης. Από το 1997, η κατάσταση άλλαξε ριζικά. Το άτομο ήταν ελεύθερο να επιλέξει το δημόσιο ταμείο ασθενείας του ανεξάρτητα από το επάγγελμά του ενώ είχε τη δυνατότητα να αλλάξει ασφαλιστικό ταμείο μετά από έναν χρόνο (Kamke, 1997, 1998; Buchner & Wasem, 2003).

Η αρχικά προγραμματισμένη τρέχουσα μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης απέτυχε λόγω του γεγονότος ότι η αντιπολίτευση αρνήθηκε τη συγκατάθεσή της στην τότε κυβέρνηση. Στις αρχές του 1997, παρουσιάστηκε λοιπόν η ακόλουθη κατάσταση: πρώτον, υπήρχε συγκράτηση του κόστους και δεύτερον,

υπήρχαν σχέδια νομοθετικών πράξεων για τα οποία δεν χρειαζόταν η τελική «συγκατάβαση» του γερμανικού κοινοβουλίου. Με νομοθετική πράξη, την 1^η Ιουλίου 1997 τέθηκε η αρχή της αναδιοργάνωσης με στόχους (Kamke, 1997; McGuire & Bauhoff, 2007):

- 1) Να σταθεροποιηθεί το ποσοστό συνεισφοράς.
- 2) Να ενισχυθεί η προσωπική ευθύνη του ασφαλισμένου.
- 3) Να επιτευχθεί διοικητική αυτονομία.

2.4.4. Η μεταρρύθμιση του 2009: Εισαγωγή του Κεντρικού Ταμείου Υγείας

Η μεταρρύθμιση του 2009 περιελάμβανε την εισαγωγή του Κεντρικού Ταμείου Υγείας (CHF). Ένα ενιαίο ποσοστό εισφοράς για όλα τα ταμεία υγείας αρχικά καθορίστηκε από το κυβερνητικό διάταγμα της 1^{ης} Ιανουαρίου του 2009. Αρχικά, το ποσοστό έπρεπε να καθορίζεται σε επίπεδο που εγγυάται την κάλυψη όλων των δαπανών κοινωνικής ασφάλισης. Ωστόσο, οι μελλοντικές αυξήσεις στις δαπάνες δεν πρέπει να οδηγούν σε αυξήσεις του ποσοστού συμμετοχής. Το ποσοστό συνεισφοράς καθορίστηκε το 2011 σε 15,5% και το οποίο μοιράζεται μεταξύ εργοδοτών και των εργαζομένων. Οι εργαζόμενοι πληρώνουν σήμερα το 8,2% και οι εργοδότες το 7,3%, με κάθε πιθανή απόκλιση (Buchner et al, 2013; Göpfartha & Henke, 2012).

Παραδοσιακά, μέχρι το 2009 η κοινωνική ασφάλιση δεν είχε καμία στήριξη από το γενικό προϋπολογισμό. Το 2009, προβλέφθηκε ομοσπονδιακή επιχορήγηση 4 δισ. ενώ αποφασίστηκε προσαύξηση κατά 1,5 δισ. μέχρι την επίτευξη 14 δισ. το 2016. Η επιδότηση αυτή δικαιολογείται ως αποζημίωση για την υπηρεσία στην κοινωνία που ασκήθηκε από την παροχή δωρεάν ασφάλισης για εξαρτώμενα μέλη της οικογένειας. Ο όγκος των 14 δισ. αντιστοιχεί περίπου στο κόστος που προκύπτουν από τα παιδιά και τους νέους έως την ηλικία των 18. Έτσι, η συγκεκριμένη μεταρρύθμιση έθεσε τις βάσεις για κοινωνικά βιώσιμη ασφάλιση μέχρι το 2016 (Göpfartha & Henke, 2012).

Τα ταμεία ασθενείας αρχικά ήταν υπεύθυνα για την είσπραξη των εισφορών μεταβιβάζοντας τα έσοδα στο CHF (Κεντρικό Ταμείο Υγείας) το οποίο στη συνέχεια πραγματοποιούσε τις οποιεσδήποτε πληρωμές στα ασφαλιστικά ταμεία. Για το σκοπό αυτό, το CHF καθόριζε το συνολικό ύψος των πιστώσεων πληρωμών σε όλα τα ταμεία και τον υπολογισμό της ατομικής υγείας. Η εισαγωγή του CHF έδωσε τη

δυνατότητα ελέγχου και οργάνωσης των πιστώσεων βάσει ασφαλίσεων που καθορίζονταν από το αρμόδιο υπουργείο. Ο επίσημος υπολογισμός πιστώσεων ήταν συγκεκριμένος ανεξαρτήτως των πραγματικών εσόδων με τα επιμέρους ασφαλιστικά ταμεία να λαμβάνουν πληρωμές τεσσάρων ειδών (Buchner et al, 2013; Görffartha & Henke, 2012):

- 1) Πληρωμές για την κάλυψη του βασικού πακέτου παροχών (92% του συνόλου των πληρωμών).
- 2) Πληρωμές για την κάλυψη των εξόδων διοίκησης (5,2% του συνόλου των πληρωμών).
- 3) Μια κατ' αποκοπή ενίσχυση ανά κάτοικο για την κάλυψη οικειοθελούς ασφάλισης.
- 4) Πληρωμές βάσει κινήτρων συμμετοχής σε προγράμματα αντιμετώπισης νόσων.

2.4.4.1. Αξιολόγηση της μεταρρύθμισης του 2009 και επίτευξη των στόχων

Κατά το έτος της μεταρρύθμισης του 2009 στη Γερμανία παρουσιάστηκε σοβαρή ύφεση. Το Α.Ε.Π. μειώθηκε κατά 5,1% με την απασχόληση και επομένως τις αμοιβές ως βάση των εσόδων της κοινωνικής ασφάλισης να επηρεάζονται, σε μικρότερο ωστόσο βαθμό. Παρόλα αυτά, τα πραγματικά έσοδα του CHF υπολείπονταν των προβλέψεων κατά 2,5 δις €. Δεδομένου ότι οι πληρωμές ασθενείας ήταν εγγυημένες, το CHF έπρεπε να επωμιστεί την οικονομική απώλεια κατά το πρώτο έτος του. Την ίδια στιγμή αυτό έδειξε την ικανότητα του CHF να προστατεύσει τα ταμεία υγείας από τους κινδύνους από την πλευρά των εσόδων (Gerlinger & Schmucker, 2009).

Το 2009, ως μέρος μιας δέσμης κινήτρων, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση αποφάσισε να μειώσει το ενιαίο ποσοστό εισφοράς σε 14,9%. Αυτό θεωρήθηκε ως πιο αποτελεσματικό στη σταθεροποίηση της κατανάλωσης από μια μείωση φόρων, δεδομένου ότι το ποσοστό συμμετοχής ίσχυε από το πρώτο ευρώ του εισοδήματος. Η κρατική επιδότηση αυξήθηκε σε 7,2 δις, προκειμένου να αντισταθμίσει την απώλεια εσόδων από το μειωμένο συντελεστής εισφοράς. Το 2010, ένα δεύτερο πακέτο περιείχε μια εφάπαξ αύξηση της επιδότησης κατά 15,7 δις, περισσότερο από ό, τι αρχικά προβλεφθεί για το 2016. Το ποσοστό συμμετοχής αυξήθηκε πάλι στο 15,5% το 2011. Το σύστημα της προηγούμενης ρύθμισης κινδύνου προσαρμοζόταν με βάση

την ηλικία, το φύλο, την αναπηρία, το καθεστώς συντάξεων και τη συμμετοχή σε ένα πρόγραμμα υγείας Στο νέο σύστημα, η εγγραφή έχει αντικατασταθεί από ένα ευρύ «ρυθμιστή νοσηρότητας», βάσει των καταγεγραμμένων διαγνώσεων και συνταγών για ογδόντα (80) σοβαρές ή δαπανηρές χρόνιες ασθένειες (Göppfartha & Henke, 2012; McGuire & Bauhoff, 2007; Gerlinger, 2010).

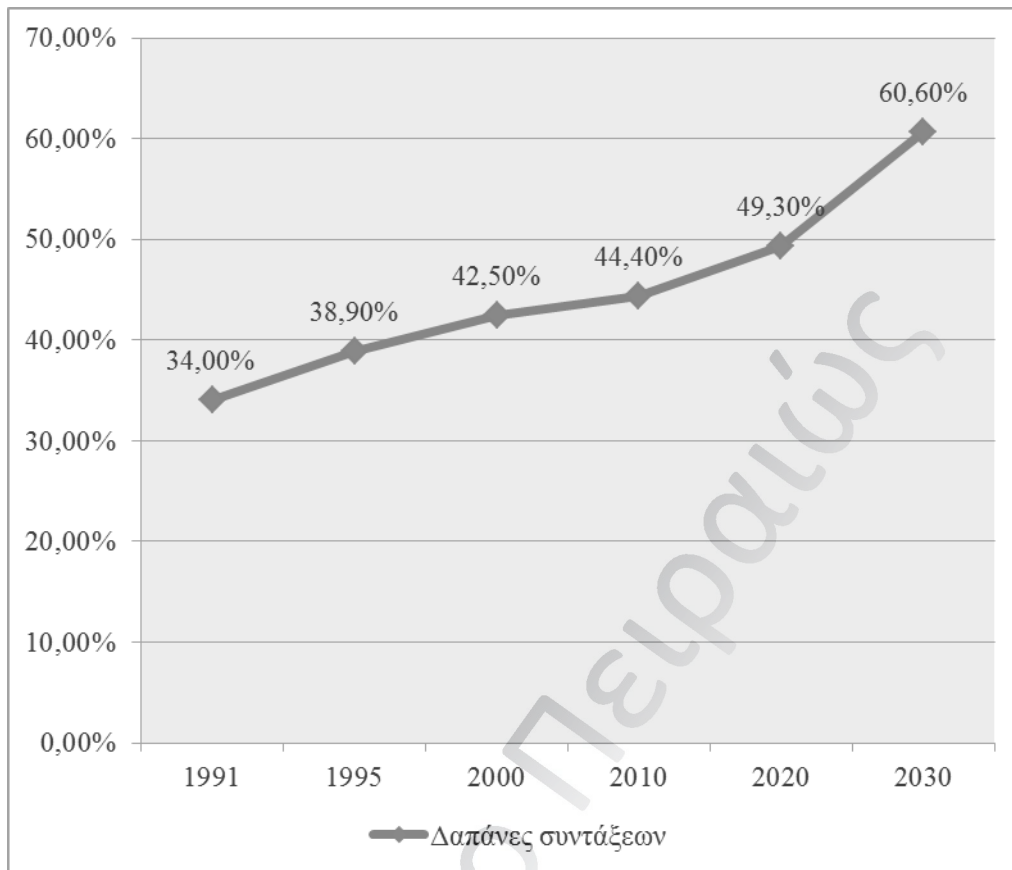
Γενικά, η κατεύθυνση της μεταρρύθμισης του 2009 έθεσε σε σταθερή τροχιά το ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας παρά τα όποια προβλήματα παρουσιάστηκαν. Οι στόχοι αν και παρέκκλιναν των αρχικών προϋπολογισμών επιτεύχθηκαν στο κομμάτι των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών ενώ οι όποιες αποκλίσεις καλύφθηκαν μέσω των πριμοδοτήσεων. Δεδομένου ότι το συνολικό επίπεδο των πληρωμών του CHF βασίστηκε σε προβλέψεις, το συνολικό επίπεδο αυτών ήταν ζωτικής σημασίας. Η συνολική οικονομική κατάσταση των ταμείων υγείας εξαρτάται πλέον από το επίπεδο των πληρωμών σε σχέση με τις δαπάνες τους (Müller & Maaz, 2010) (πίνακας 1, γράφημα 1) (Göppfartha & Henke, 2012).

Πίνακας 1: Εξέλιξη των δαπανών συντάξεων στη Γερμανία

Έτος	Δαπάνες συντάξεων (%)
1991	34,00%
1995	38,90%
2000	42,50%
2010	44,40%
2020	49,30%
2030	60,60%

Πηγή: Eurostat, 2013; OECD, 2012

Γράφημα 1: Εξέλιξη των δαπανών συντάξεων στη Γερμανία



Πηγή: Eurostat, 2013; OECD, 2012

2.5. Αρχές ασφαλιστικού συστήματος υγείας στη Γερμανία

Το γερμανικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης καθιερώθηκε για πρώτη φορά σε εθνικό επίπεδο το 1883 από τον Otto von Bismarck. Οι θεμελιώδεις αρχές του συστήματος υγείας στη Γερμανία συνήθως περιλαμβάνουν την αλληλεγγύη, την επικουρικότητα και τον κορπορατισμό. Το σύστημα υγείας της Γερμανίας είναι δομημένο με βάση το κοινωνικό μοντέλο ασφάλισης. Κατά κύριο λόγο χρηματοδοτείται από το δημόσιο τομέα ενώ τα εισπραττόμενα από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα υγείας, χρησιμοποιούνται για τις άμεσες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως αμοιβές των φορέων παροχής υπηρεσιών (π.χ. γιατροί, νοσηλευτές), των θεραπειών της ιατρικής, των ιατρικών βοηθημάτων κλπ. (Clarke et al, 2013)

Όταν οι Γερμανοί μιλούν για αλληλεγγύη, σημαίνει ότι η κυβέρνηση αναλαμβάνει την ευθύνη για τη διασφάλιση της καθολικής πρόσβασης στην υγεία, βοηθώντας όσους δεν μπορούν να συμμετάσχουν στον ιδιωτικό τομέα ασφάλισης της υγείας.

Έτσι, ο καθένας συνεισφέρει ανάλογα με τις δυνατότητές τους χωρίς να υπάρχει μονοπώλιο του δημοσίου. Η ιδέα της κοινωνικής σχέσης είναι επίσης δεκτή και αντικατοπτρίζεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων (Doring & Friedemann, 2012; Ulrich, 1996).

Η επικουρικότητα προτείνει ένα αποκεντρωμένο σύστημα βάσει του οποίου η πολιτική εφαρμόζεται από τα μικρότερες μονάδες. Το δόγμα αυτό εγκρίθηκε από τα πολιτικά κόμματα όλων των πολιτικών κατευθύνσεων και είναι ενσωματωμένο στο γερμανικό Σύνταγμα του βασικού νόμου του 1949. Στον τομέα της υγείας, η επικουρικότητα σημαίνει ότι η κυβέρνηση είναι υπεύθυνη μόνο για τον καθορισμό του νομοθετικού πλαισίου και τη θέσπιση της διαδικασίας διαπραγμάτευσης (Kirchberger, 1994; McGuire & Bauhoff, 2007).

Κορπορατισμός παρατηρείται στη δημοκρατικά εκλεγμένη εκπροσώπηση των εργαζομένων και των εργοδοτών σχετικά με τα διοικητικά συμβούλια των ταμείων υγείας και στη σημασία των εθνικών και περιφερειακών οργάνων λήψης αποφάσεων. Οι φορείς διαπραγματεύονται τους όρους της ιατρικής περίθαλψης αντικατοπτρίζοντας τα συμφέροντα ομάδων όπως γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φαρμακευτική βιομηχανία κλπ. Το αποτέλεσμα που προκύπτει σημαίνει ότι είναι δύσκολο για οποιαδήποτε ομάδα να αλλάξει τους κανόνες ή να αυξήσει τα τέλη ή τα ποσοστά εισφορών, χωρίς τη συγκατάθεση του άλλου μέρους. Αυτό όμως οδηγεί σε προβλήματα καθώς όπου απαιτούνται αλλαγές υπάρχουν συγκρούσεις με κατεστημένα συμφέροντα. Επιπλέον, η γερμανική υγειονομική περίθαλψη, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, πάσχει σε ορισμένες περιπτώσεις, ως αποτέλεσμα των διαφορετικών ιδεολογιών σε πολιτικές φροντίδας υγείας. Αποτέλεσμα των πρακτικών αυτών είναι συχνά να προκύπτουν εύθραυστοι κυβερνητικοί σχηματισμοί οι οποίοι καθιστούν δυσκολότερη τη λήψη αποφάσεων επί ζητημάτων ασφάλισης και υγείας (Doring & Friedemann, 2012; Clarke et al, 2013).

2.5.1. Ασφαλιστικά ταμεία της Γερμανίας

Στη Γερμανία υπάρχουν περίπου πεντακόσια σαράντα (540) ασφαλιστικά ταμεία υγείας με εθνική και περιφερειακή εμβέλεια. Αναφορικά με τους μισθωτούς, έχουν το στοιχείο της αυτοδιοίκησης από τους κοινωνικούς εταίρους. Στα διοικητικά συμβούλια των συγκεκριμένων ταμείων υπάρχει ισοκατανομή εκπροσώπων μεταξύ εργοδοτών και εργαζομένων οι οποίοι εκλέγονται από τους ίδιους ανά πενταετία.

Οι αλλαγές που συντελέστηκαν στα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας περιλαμβάνουν αρχικά την εποπτεία τους. Από το 2002 αυτή ασκείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας το οποίο ταυτόχρονα ελέγχει όλους τους φορείς συντάξεων, ατυχημάτων, ταμείων υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας. Αντίθετα, ο έλεγχος των επαγγελματικών ταμείων και των ταμείων των επιχειρήσεων ασκείται από το Υπουργείο Οικονομικών και Εργασίας (Göppfartha & Henke, 2012).

Τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν τοπικό και ομοσπονδιακό χαρακτήρα. Ο τοπικός χαρακτήρας εντάσσεται στα στενά όρια ενός κρατιδίου ενώ αντίθετα όταν οι αρμοδιότητες ξεπερνούν τα στενά όρια ενός τόπου ή μιας περιοχής, αλλά όχι πέραν των ορίων τριών κρατιδίων θεωρείται επίσης τοπικού χαρακτήρα αρκεί τα εν λόγω κρατίδια να καθορίζουν τον εποπτικό φορέα. Οι περιπτώσεις αυτές αποτελούν αντικείμενο ελέγχου και εποπτείας από ανώτερο συμβούλιο το οποίο καθορίζεται από τη νομοθεσία. Όλες οι άλλες περιπτώσεις του έχουν ομοσπονδιακό χαρακτήρα, η εποπτεία ασκείται σε ομοσπονδιακό επίπεδο με χαρακτηριστικές περιπτώσεις τα ταμεία των ναυτικών και των μεταλλωρύχων (Göppfartha & Henke, 2012).

Στοιχείο που χαρακτηρίζει τα ασφαλιστικά ταμεία στη Γερμανία είναι η απουσία ύπαρξης οποιονδήποτε αποθεματικών καθώς οι ανάγκες τους καλύπτονται από τακτές και έκτακτες εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Οι επενδυτικοί περιορισμοί αφορούν στην τοποθέτηση έως 10% των κεφαλαίων. Τα ταμεία υγείας είναι αυτοδιοικούμενα, αυτόρρηκα και αυτοχρηματοδοτούμενα (Kamke, 1997).

2.5.2. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας

Στη Γερμανία, τα ταμεία υγείας δεν διαθέτουν δικές τους νοσοκομειακές μονάδες, γιατρούς ή νοσηλευτές. Υπάρχουν ανεξάρτητοι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας με τις δικές τους ενώσεις, που είναι αυτοδιοικούμενες και αυτοτροφοδοτούμενες από

κεφάλαια των ασθενών και των εργοδοτών. Οι ενώσεις των γιατρών υπογράφουν συμβάσεις και λαμβάνουν αμοιβές βάσει των όρων που έχουν υπογράψει με βασικό όρο να παρέχουν συγκεκριμένα επίπεδα ιατρικών υπηρεσιών. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας τηρούν μητρώα των παρεχόμενων υπηρεσιών και λαμβάνουν τριμηνιαία επιστροφή τους από τους οργανισμούς παροχής που προέρχονται αρχικά από το ταμείο ασθενείας στο οποίο οι ασθενείς ανήκουν. Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, κάθε μονάδα διαπραγματεύεται ελεύθερα τους όρους συνεργασίας παροχής ιατρικών υπηρεσιών βασισμένη στους ετήσιους προϋπολογισμούς (Görffartha & Henke, 2012).

2.5.3. Οι συλλογικές συμβάσεις

Στη Γερμανία, η χρηματοδότηση και η παροχή των υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε συμβάσεις μεταξύ των ταμείων υγείας και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών. Οι συμβάσεις προβλέπουν το γενικό πλαίσιο, χωρίς την άμεση συμμετοχή της κυβέρνησης στη σχέση μεταξύ ταμείων υγείας και οργανισμών παροχής υπηρεσιών. Οι συμβάσεις είναι συλλογικού χαρακτήρα, δηλαδή ότι ισχύει για τους παρόχους ως ομάδα είναι το ίδιο σε όλους τους ασθενείς, ανεξάρτητα από το ταμείο ασθενείας που είναι εγγεγραμμένοι (Görffartha & Henke, 2012).

2.5.4. Τα έσοδα από εισφορές

Όλοι οι εργαζόμενοι ή συνταξιούχοι που κερδίζουν λιγότερα χρήματα από ένα ορισμένο ανώτατο όριο το οποίο ορίζεται κατ' έτος από το νόμο και αναπροσαρμόζεται, πρέπει να ενταχθούν σε ένα δημόσιο ταμείο ασφάλισης υγείας. Τα εξαρτώμενα άτομα έως 18 ετών καλύπτονται αυτόματα εάν κερδίζουν λιγότερο από ένα ελάχιστο όριο ενώ εκείνοι που συνήθως ξεπερνούν το συγκεκριμένο όριο είναι οι αυτοαπασχολούμενοι ή οι επαγγελματίες. Οι εισφορές καταβάλλονται από τον μισθό του εργαζομένου και του εργοδότη ενώ εκπώσεις κατανέμονται εξίσου μεταξύ των δύο και καταβάλλονται απευθείας στα ασφαλιστικά ταμεία από το ακαθάριστο μισθό. Το ποσοστό έκπτωσης είναι το ίδιο για όλα τα μέλη του ταμείου ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, τον ατομικό κίνδυνο για την υγεία και τον

αριθμό των εξαρτώμενων ατόμων. Το 1996 το μέσο ποσοστό συμμετοχής ήταν 13,5% για τη Δυτική Γερμανία. Η συνεισφορά δίνεται από το ποσοστό συνεισφοράς που πολλαπλασιάζεται με το εισόδημα του εργαζόμενου (Görffartha & Henke, 2012).

Η Γερμανία έχει ένα ειδικό σύστημα για να ανταποκριθεί στις οικονομικές υποχρεώσεις της παροχής ασφάλισης υγείας για τους συνταξιούχους. Ανακατανέμονται οι δαπάνες υγείας για τους συνταξιούχους και ισορροπούνται μέσω οικονομικής προσαρμογής μεταξύ των ταμείων υγείας. Ο κάθε ασφαλισμένος κατά περίπτωση πληρώνει μέσω έκτακτης εισφοράς την αντιστάθμιση επιπλέον δαπανών των συνταξιούχων. Σύμφωνα με την αρχή της αλληλεγγύης, οι υψηλότερα αμειβόμενοι καταβάλλουν και υψηλότερα επίπεδα εισφορών στα ταμεία ασφάλισης στηρίζοντας τους οικονομικά ασθενέστερους ή εκείνους που δεν έχουν ακόμη τη δυνατότητα εργασίας. Το ποσό των εισφορών που πρέπει να καταβάλλονται αντιστοιχούν στη συνολική ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών από τους εγγεγραμμένους στο εκάστοτε ταμείο (Görffartha & Henke, 2012).

2.6. Η ασφάλιση ασθένειας στη Γερμανία



Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας εισήχθη για όλους τους κατοίκους της Γερμανίας την 1^η Ιανουαρίου του 2009. Περίπου το 90% των πολιτών που ζουν στη Γερμανία βρίσκονται στην εκ του νόμου ασφάλιση υγείας του συστήματος. Ένα επιπλέον 9% έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας ενώ το 2% ασφαλίζεται σε επαγγελματικό ταμείο ενώ οι ανασφάλιστοι αποτελούν μόλις το 1% του πληθυσμού. Η δημόσια ασφάλιση ασθένειας είναι υποχρεωτική για τα άτομα των οποίων το εισόδημα είναι κάτω από ένα νομικά καθορισμένο ποσό (όριο εισοδήματος για το 2009: 4.050 €, όριο εκτίμησης: 3.675 €), εκτός εάν ανήκουν σε μια υποχρεωτική ασφάλιση άλλου είδους (McGuire & Bauhoff, 2007).

Στο πλαίσιο του συστήματος ασφάλισης ασθένειας στη Γερμανία, ο ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει μεταξύ των διαφόρων φορέων υγείας και έχει επίσης δικαίωμα για δωρεάν εναλλαγή ασφαλιστικών κεφαλαίων από το 1996. Την ίδια στιγμή, τα δημόσια ταμεία ασφάλισης υγείας έχουν τη συμβατική υποχρέωση να αποδέχονται κάθε αιτούντα, ανεξάρτητα από το προφίλ κινδύνου του για την υγεία. Η ελάχιστη υγειονομική περίθαλψη που πρέπει να παρέχεται από όλα τα ταμεία ορίζεται ως

κατάλογος στο γερμανικό κώδικα κοινωνικής ασφάλισης (Sozialgesetzbuch, SGB), και περιλαμβάνει τη διατήρηση των προτύπων για την υγεία, θεραπεία, εκπαίδευση σε θέματα υγείας, την παροχή συμβουλών και τα μέτρα για υγιεινές συνθήκες διαβίωσης (Doring & Friedemann, 2012).

2.6.1. Η νόμιμη ασφάλιση ασθενείας /Gestzliche Krankenversicherung (GKV)



Όλοι οι εργαζόμενοι στη Γερμανία υπάγονται σε νόμιμη ασφάλιση σε ένα εκ των βασικών ταμείων ασφάλισης ασθενείας (AOK, BKK, DAK, IKK). Οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν σε μηνιαία βάση συγκεκριμένη εισφορά στο εκάστοτε ταμείο ασθενείας άμεσα εξαρτημένη από το ύψος του συνολικού εισοδήματος. Συμμετοχή προβλέπεται και για τον εργοδότη ενώ σε περίπτωση ατυχήματος ή ασθένειας το ταμείο ασθενείας αναλαμβάνει τα έξοδα της θεραπείας εκτός των όποιων συμπληρωματικών πληρωμών.

Πρακτικά, οι συγκεκριμένες προϋποθέσεις εξασφαλίζουν όλους τους πολίτες ώστε να μη βρεθεί κανείς σε έσχατη ανάγκη βοήθειας. Σε περιπτώσεις που προκύψει ανάγκη παρατεταμένης αποχής από την εργασία ο εργοδότης καταβάλλει το εισόδημα του ασφαλισμένου για έξι (6) εβδομάδες ενώ το ταμείο αναλαμβάνει τη δαπάνη ιατρών και φαρμάκων. Η GKV αποτελεί μια αξιόπιστη εξασφάλιση για τις περιπτώσεις ασθενείας ενώ και οι παρεχόμενες υπηρεσίες καθορίζονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Στην ασφάλιση GKV ισχύει η αρχή της αλληλεγγύης όπου οι εισφορές καθορίζονται από το εισόδημα εργασίας και όχι από παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η συχνότητα ασθενειών κ.ά. Μ' αυτόν τον τρόπο οι υψηλότερα αμειβόμενοι καταβάλλουν μεγαλύτερες εισφορές στηρίζοντας τους οικονομικά ασθενέστερους με ίσα δικαιώματα παροχών (Salman et al, 2008).

Νόμιμη ασφάλιση ασθενείας (GKV) παρέχεται σε υποχρεωτικά και εκούσια ασφαλισμένους. Στην υποχρεωτική ασφάλιση υπάγονται όλοι εκείνοι των οποίων το εισόδημα δεν ξεπερνά συγκεκριμένα όρια με επικαιροποίηση κατ' έτος, οι μαθητευόμενοι, οι άνεργοι, οι φοιτητές, οι συνταξιούχοι και οι απασχολούμενοι στον τύπο. Δυνατότητα ασφάλισης πρόσθετων μελών της οικογένειας είναι εφικτή χωρίς επιβαρύνσεις. Οι γονείς ωστόσο ασφαλίζουν τα τέκνα μέχρι μια ορισμένη ηλικία η

οποία καθορίζεται από το παρεχόμενο επίπεδο εκπαίδευσης στο οποίο βρίσκεται. Μεταξύ των νόμιμων παροχών της GKV περιλαμβάνονται (Salman et al, 2008):

- 1) Ιατρική περίθαλψη
- 2) Συνταγογραφούμενα φάρμακα
- 3) Νοσοκομειακή περίθαλψη
- 4) Παροχές νοσοκομειακής περίθαλψης και θεραπείας
- 5) Εξετάσεις πρόληψης, διάγνωσης, εμβολιασμοί, προληπτική οδοντιατρική, οδοντιατρική περίθαλψη.
- 6) Επίδομα ασθενείας.
- 7) Φυσικοθεραπεία και κοινωνιοθεραπεία
- 8) Ειδικευμένη εξωνοσοκομειακή περίθαλψη κ.ά.

2.6.2. Η ιδιωτική ασφάλιση ασθενείας/Private Krankenversicherung (PKV)



Η ιδιωτική ασφάλιση ασθενείας (PKV) παρέχεται με την εκπλήρωση βασικών προϋποθέσεων όπως η συνεχής επί τρία (3) χρόνια εργασία με υπέρβαση των ορίων εισοδήματος που τίθενται ανεξάρτητα αν πρόκειται για δημόσιο υπάλληλο ή ελεύθερο επαγγελματία. Από την 01.01.2009, πρόσβαση στην ιδιωτική ασφάλιση έχουν και όλα τα άτομα που δεν έχουν τη δυνατότητα υπαγωγής σε κάποια άλλη τουλάχιστον ως προς το κομμάτι της ασθένειας (PKV, 2000; PKV, 2009; Salman et al, 2008).

Σε αντίθεση με την νόμιμη ασφάλιση ασθενείας (GKV), οι εισφορές στην προκειμένη περίπτωση είναι άμεσα σχετιζόμενες με το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση υγείας ενώ και εδώ το εισόδημα δεν έχει καμία επίπτωση. Οι παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες καθορίζονται από το υπογραφέν συμβόλαιο όπου σαφώς καθορίζεται για παράδειγμα η νοσοκομειακή ή όχι περίθαλψη. Οι δαπάνες ασφάλισης βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με τους παραπάνω παράγοντες ώστε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με ελαφρά προβλήματα υγείας, γυναίκες ή αυξημένου εργασιακού κινδύνου να καταβάλλουν υψηλότερα επίπεδα εισφορών. Εξαιρέση αποτελεί η καθιέρωση συγκεκριμένου ασφαλιστικού κομίστρου από 01.01.2009 όπου άτομα χαμηλού εισοδήματος να μπορούν να ασφαλιζονται με μοναδικό κριτήριο το φύλο ή την ηλικία (PKV, 2009). Τα συνασφαλιζόμενα μέλη της οικογένειας καταβάλλουν πρόσθετες εισφορές ενώ τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης

καταβάλλονται από τον ασφαλιζόμενο για να του επιστραφούν στη συνέχεια, ολικά ή μερικά βάσει της συμφωνίας που έχει υπογραφεί (PKV, 2001; Salman et al, 2008).

2.7. Εξέλιξη συστήματος των ταμείων υγείας στη Γερμανία

Τα ταμεία ανεργίας διαχρονικά στη Γερμανία διήλθαν περιόδους αναδιαρθρώσεων, εξελίξεων και αναδόμησης. Το γερμανικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι χωρισμένο σε μια σειρά από ξεχωριστά ταμεία ασθευείας. Μέσα σε ένα ταμείο ασθευείας, η κάθετη ισότητα επιτυγχάνεται μέσω εισφορών ανάλογα με την ικανότητα κάθε ασφαλισμένου να πληρώσει ενώ η οριζόντια ισότητα πραγματοποιείται με την εγγύηση πρόσβασης στην περίθαλψη με βάση την ανάγκη (Henke, 1988). Η διαπροσωπική ανακατανομή αποτελεί τη βασική έκφραση της αρχής της αλληλεγγύης στο γερμανικό σύστημα ασφάλισης υγείας (Honga & Rios – Rull, 2007). Η οριζόντια ισότητα όσον αφορά στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας δομήθηκε από τις καταβολές δημιουργίας των ταμείων ασθευείας.

Η αρχική δομή των ταμείων υγείας με την πάροδο των χρόνων άλλαξαν ριζικά τον χαρακτήρα τους. Πλέον, ως μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, δημόσιοι οργανισμοί είναι υποχρεωμένα από το νόμο να μεταφέρουν οποιοδήποτε κέρδη ή ζημίες που έχουν εμφανιστεί στη λειτουργία των λογαριασμών τους σε ανάλογη μείωση ή αύξηση του ποσοστού της εισφοράς, έτσι ώστε οι λογαριασμοί να ισορροπούν (Iglehart, 1991). Το 1993, η υψηλότερη και η χαμηλότερη συμμετοχή κυμαινόταν κατά εννέα ποσοστιαίες μονάδες μεταξύ του 7,8% και 16,8% (Barnighausen & Sauborn, 2002; Jessen, 2000).

Στην αρχή, τα ταμεία υγείας ήταν μάλλον μικρά σε μέγεθος με τη συμμετοχή των ασφαλισμένων να κυμαίνεται κατά μέσο όρο σε ορισμένες εκατοντάδες. Τα μεγέθη με τα χρόνια άλλαξαν καθώς αυξήθηκε και ο συνολικός αριθμός των ασφαλισμένων και αφετέρου προκλήθηκε αλλαγή των ασφαλιστικών ταμείων μέσω συγχωνεύσεων (Abel - Smith, 1992). Η αύξηση συνολικά του αριθμού των ασφαλισμένων προέκυψε από την αύξηση του πληθυσμού και την επέκταση της κάλυψης. Εκτός από μια στιγμιαία μεγάλη αύξηση το 1989, λόγω της επανένωσης, ο αριθμός των ασφαλισμένων αυξήθηκε με σχεδόν σταθερό ρυθμό (Barnighausen & Sauborn, 2002).

Ο αριθμός των κεφαλαίων τους μειώθηκε απότομα μετά τον Πρώτο Παγκόσμιο Πόλεμο και ως αποτέλεσμα των δύο μεγάλων μεταρρυθμιστικών νόμων. Το πρώτο

κύμα των συγχωνεύσεων προκλήθηκε το 1911. Μέσα σε ένα χρόνο ο αριθμός των κεφαλαίων μειώθηκε πέραν του μισού. Η ταυτόχρονη επέκταση του αριθμού των ασφαλισμένων και η ενοποίηση των ταμείων υγείας, αύξησε και τον κίνδυνο. Από το 1970, ο ρυθμός ανάπτυξης των ασφαλιστικών ταμείων επιταχύνθηκε. Το 1991, κατά μέσο όρο περίπου 40.000 άτομα ήταν ασφαλισμένα σε κάποιο νόμιμο ταμείο ασθενείας ενώ το 1997 ο αριθμός ανήλθε σε περισσότερα από 91.000 (Barnighausen & Sauborn, 2002).

2.8. Πυλώνες ασφάλισης υγείας της Γερμανίας: Εξωνοσοκομειακή, ενδονοσοκομειακή και δημόσια περίθαλψη

Ο εξωνοσοκομειακός και ο νοσοκομειακός τομέας λειτουργούν σχεδόν ανεξάρτητα μεταξύ τους ως προ το θέμα της παροχής υπηρεσιών προσφορά υπηρεσιών υγείας. Στην εξωνοσοκομειακή ιατρική περίθαλψη οι γενικοί γιατροί είναι αυτοαπασχολούμενοι στην πλειοψηφία τους ενώ και οι εξειδικευμένοι έχουν δικά τους ιδιωτικά ιατρεία (Busee et al, 1997). Οι ασθενείς στην προκειμένη περίπτωση έχουν την ελευθερία επιλογής με άμεση πρόσβαση σε αυτούς. Το εύρος των αμοιβών τους καθορίζεται ελεύθερα με έναν σαφώς ωστόσο περιορισμό στα επίπεδα των δαπανών. Η αρχή της αυτοδιοίκησης ρυθμίζει και τους όρους των συμβάσεων που υπογράφονται μεταξύ οργανισμών χρηματοδότησης και ενώσεων γιατρών (Salman et al, 2008).

Στην ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, οι υποδομές ορίζονται από τα ομόσπονδα κρατίδια της Γερμανίας σε ένα γενικό πλαίσιο ανάπτυξης. Οι οργανισμοί χρηματοδότησης σε συνεννόηση με τα νοσοκομεία καθορίζουν τους ετήσιους υπολογισμούς (Busse, 1999). Το φάσμα των υπηρεσιών που παρέχονται στον νοσοκομειακό τομέα καθορίζεται από δύο παράγοντες: κατάλογος νοσοκομείων του κράτους και διαπραγματεύσεις μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και ασφαλισμένων. Αυτό συμβαίνει επειδή τα νοσοκομεία δεν έχουν ένα συλλογικό όργανο εκπροσώπησης. Αν και η απόφαση του κράτους καθορίζει τη ροή των κεφαλαίων για επενδύσεις, οι διαπραγματεύσεις καθορίζουν τα έξοδα λειτουργίας των υπηρεσιών που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία (Busse, 1998).

Πέραν των δύο προαναφερθέντων πυλώνων του συστήματος υγείας της Γερμανίας υπάρχει και ένας τρίτος πυλώνας ο οποίος καλείται Δημόσια Υγειονομική Υπηρεσία

ευρισκόμενη στην επαρχία ή μεγάλες πόλεις και εντασσόμενη στο υγειονομικό τομέας ή σε άλλες υπηρεσίες του δημοσίου συστήματος υγείας. Ο προϊστάμενος της περιοχής καθορίζει τα τελικά καθήκοντα της Δημόσιας Υγειονομικής Υπηρεσίας με σημαντικότερα εξ αυτών (Salman et al, 2008):

- 1) Ιατρικές εξετάσεις σχολικής καταλληλότητας.
- 2) Έλεγχος σωματικών και πνευματικών διαταραχών.
- 3) Παροχή εμβολιασμών.
- 4) Έκδοση πιστοποιητικών υγείας.
- 5) Βοήθεια σε περιόδους εγκυμοσύνης.
- 6) Βελτίωση των συνθηκών υγείας και παροχής υπηρεσιών υγείας σε μειονεκτούντα άτομα.
- 7) Πληροφορίες για το γερμανικό σύστημα υγείας και για πολλά θέματα υγείας.

2.8.1. Φαρμακευτική περίθαλψη ασφαλιστικού συστήματος Γερμανίας

Η φαρμακευτική περίθαλψη του ασφαλιστικού συστήματος της Γερμανίας περιλαμβάνει την πώληση φαρμάκων μέσω των φαρμακείων. Τα φαρμακεία είναι υπεύθυνα στη χορήγηση φαρμάκων με ή χωρίς κατά περίπτωση ιατρική συνταγή. Για τις περιπτώσεις εκείνων των φαρμάκων που απαιτούνται ιατρικές συνταγές ο γιατρός είναι υπεύθυνος και μόνο για τη χορήγηση της. Το ταμείο ασθένειας καταβάλλει τη δαπάνη αποκλειστικά για το συνταγογραφούμενο φάρμακο και για τα φάρμακα παιδιών έως 12 ετών ή με ύπαρξη αναπτυξιακών διαταραχών καθώς και για περιπτώσεις φαρμάκων αναγκαίων για την αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών. Οι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικό φορέα θα πρέπει πρώτα οι ίδιοι να καταβάλλουν τη δαπάνη και στη συνέχεια να τους αναγνωριστεί από την ασφάλιση ασθένειας. Για τις περιπτώσεις ασφαλισμένων στη νόμιμη ασφάλιση ασθένειας, η διαδικασία της εκκαθάρισης πραγματοποιείται απευθείας από το φαρμακείο χωρίς τη συμμετοχή του ασφαλισμένου. Η μοναδική συμμετοχή του ασφαλισμένου περιλαμβάνει τη συμπληρωματική πληρωμή της δαπάνης (Salman et al, 2008).

2.9. Ο γερμανικός μηχανισμός προσαρμογής των κινδύνων

Τα κεντρικά στοιχεία της προσαρμογής κινδύνου στο γερμανικό σύστημα καθορίζεται από συγκριμένους «ρυθμιστές». Ειδικότερα:

- 1) Εισόδημα. Στο γερμανικό σύστημα, τα ταμεία υγείας εισπράττουν τις εισφορές τους απευθείας από τους ασφαλισμένους. Συνεπώς, οι διαφορές στο εισόδημα του ασφαλισμένου θα έχουν ισχυρό αντίκτυπο στην οικονομική κατάσταση των ταμείων υγείας. Ως εκ τούτου το εισόδημα είναι ένας πολύς σημαντικός ρυθμιστής κινδύνου, όχι ως μεσολάβηση για τη νοσηρότητα, αλλά, προκειμένου να εξισωθεί η οικονομική δύναμη των ταμείων υγείας.
- 2) Ηλικία. Για κάθε ηλικιακή ομάδα, υπολογίζονται ξεχωριστά τυποποιημένες δαπάνες (Alber, 1990).
- 3) Φύλο. Υπολογίζονται ξεχωριστά τυποποιημένες δαπάνες για τους άνδρες και τις γυναίκες.
- 4) Δικαιούχοι σύνταξης αναπηρίας. Επειδή οι δικαιούχοι σύνταξης αναπηρίας είναι άμεσα διαθέσιμοι για νοσηρότητα, υπολογίζονται χωριστά τυποποιημένες δαπάνες (Buchner & Wassem, 2002).
- 5) Το δικαίωμα για αποζημιώσεις ασθενείας. Υπάρχουν τρία επίπεδα του δικαιώματος για παροχές ασθένειας: απουσία του όποιου δικαιώματος, το δικαίωμα μετά από έξι (6) εβδομάδες και το δικαίωμα από την πρώτη ημέρα της απουσίας από την εργασία (Wassem, 2000).
- 6) Αναδρομικότητα. Μετά το τέλος κάθε ημερολογιακού έτους, οι τυποποιημένες δαπάνες (καθώς και η σχετικές με το εισόδημα του ασφαλισμένου) υπολογίζονται ξεχωριστά. Κατά τη διάρκεια του έτους υπάρχει μια προκαταρκτική μηνιαία προσαρμογή κινδύνου στο σύστημα, το οποίο βασίζεται σε ένα μίγμα των τελευταίων ετών και των σημερινών δεδομένων.
- 7) Βάση δεδομένων. Όσον αφορά τις ιατρικές υπηρεσίες, στην αρχή μόνο δεδομένα δείγματος χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό των τυποποιημένων δαπανών. Πλέον στοιχεία όπως η ημερομηνία γέννησης, η ύπαρξη ασθενειών καθορίζουν τον τελικό κίνδυνο (Buchner & Wassem, 2002).

2.10. Καλύψεις και παροχές ασφαλιστικού συστήματος υγείας στη Γερμανία

Οι καλύψεις και οι παροχές του ασφαλιστικού συστήματος υγείας στη Γερμανία που καλύπτονται από το νόμο για την υγεία είναι βασισμένες σε διεθνή πρότυπα, αν και μετά από μεταρρυθμίσεις κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχουν εισαχθεί ορισμένοι περιορισμοί και εξαιρέσεις. Όλα οι ασφαλισμένοι στη νόμιμη ασφάλιση δικαιούνται τις ίδιες παροχές, καλύψεις ανεξάρτητα από το ύψος της εισφοράς που καταβλήθηκε, τα χρόνια συμμετοχής ή τον τύπο ένταξης (Porter & Guth, 2012).

Το τακτικό προγράμματα υγείας παρέχει κάλυψη για τα περισσότερα εξωτερικά ιατρεία, νοσηλεία και φροντίδα αποκατάστασης. Οι ασφαλισμένοι είναι ελεύθεροι να επιλέξουν απ' όλα τα νοσοκομεία οξείας φροντίδας και παροχής εξωτερικών υπηρεσιών που αποτελούν μέρος του νοσοκομείου ή γιατρούς στα εξωτερικά ιατρεία που έχουν συμβληθεί. Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσοκομείων και στα εξωτερικά ιατρεία εντάσσει γιατρούς. Μόνο σε περιπτώσεις που απαιτείται κάποια έγκριση δαπάνης ή κάλυψης ακολουθείται έγκριση πέραν του γιατρού (Porter & Guth, 2012; Laing & Buisson, 2012).

Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και προϊόντα είναι ενταγμένα σε ένα πλαίσιο παροχών ενώ και οι βοηθητικές υπηρεσίες (φυσικοθεραπεία, ιατρικά λουτρά, λογοθεραπεία κλπ) καλύπτονται από το ασφαλιστικό σύστημα. Παραδείγματα φαρμακευτικών προϊόντων αποτελούν τα αναπηρικά αμαξίδια, τα βοηθήματα ακοής κ.ά. Επίσης, όλες οι μεταφορές έκτακτης ανάγκης σε νοσοκομεία καλύπτονται καθώς και ταξίδια για περίθαλψη σε νοσοκομεία ή ιατρεία του εξωτερικού, ειδικά για αιμοκάθαρση. Με κάποιους περιορισμούς, εκ του νόμου, προγράμματα υγείας καλύπτουν τη νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι αν δεν είναι αναγκαία η παραμονή στο νοσοκομείο (Simon, 2010).

Τακτικές παροχές και καλύψεις παρέχονται σε περιπτώσεις υγείας που είναι υπεύθυνες για την κάλυψη μακροχρόνιων ασθενειών. Σύμφωνα με τη γερμανική νομοθεσία, ο εργοδότης καταβάλλει το 100% του μισθού για τις πρώτες έξι (6) εβδομάδες απουσίας. Μετά τις έξι (6) εβδομάδες, η ευθύνη για την παροχή μετατοπίζεται προς το ταμείο υγείας. Οι ασθενείς είναι υποχρεωμένοι να συμβάλουν κατά δέκα (10) ευρώ ανά τρίμηνο για το γιατρό που επισκέπτονται και κατά το ίδιο ποσό για συμμετοχή ανά ημέρα στο νοσοκομείο. Οι συμμετοχές του ασφαλισμένου προβλέπονται επίσης για ορισμένα φάρμακα με ελάχιστη επιβάρυνση τα πέντε (5)

ευρώ με ανώτατο όριο τα δέκα (10) ευρώ. Για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, η μέγιστη συμμετοχή ορίζεται στο 1% του ακαθάριστου εισοδήματος (Porter & Guth, 2012).

2.10.1. Το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης ως πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης

Η υγειονομική περίθαλψη ως πλαίσιο του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης εντάχθηκε στο πλαίσιο γενικής καθιέρωσης του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος από τον Otto von Bismarck, πρώτο καγκελάριος του γερμανικού κράτους με πρότασή του για κοινωνική ασφάλιση στη δεκαετία του 1880 ως ενός τρόπου για να «εξαγοράσει» την πολιτική στήριξη των εργαζομένων με αντάλλαγμα την οικονομική προστασία και υλικά οφέλη. Στις 15, Ιουνίου του 1883 η Ασφάλιση Υγείας με νόμο τέθηκε αρχικά για τους εργάτες και αργότερα για την πλειοψηφία του πληθυσμού. Κατά συνέπεια, η εκ του νόμου υγειονομική περίθαλψη αποτελεί το παλαιότερο τμήμα του γερμανικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, που ακολουθείται από τις πράξεις σχετικά με την ασφάλιση ατυχημάτων το 1884, την ασφάλιση σύνταξης το 1889 και την ασφάλιση ανεργίας το 1927. Από το 1995 η υποχρεωτική ασφάλιση νοσηλευτικής φροντίδας (ασφάλιση εξάρτησης) έχει εισαχθεί ως προαπαιτούμενη στο ασφαλιστικό σύστημα. Η αρχή της αυτονομίας που ακολουθήθηκε και στην υγειονομική περίθαλψη εξασφάλισε την αποφυγή διόγκωσης των δαπανών και δημιουργίας ελλειμμάτων (Buchner & Wassem, 2002).

2.11. Ποιοτική προσέγγιση συστήματος ασφάλισης υγείας στη Γερμανία

Από τις αρχές κιόλας της δεκαετίας του 1970, κατεβλήθησαν προσπάθειες ώστε να αναβαθμιστεί η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και να κατοχυρωθεί ένα υψηλό επίπεδο ιατρικών υπηρεσιών. Οι δεκαετίες που ακολούθησαν ωστόσο δεν χαρακτηρίστηκαν από επίτευξη των συγκεκριμένων στόχων. Η μεταρρύθμιση του συστήματος ασφάλισης στη Γερμανία που ξεκίνησε με ένταση το 1989 εισήγαγε τα καθοριζόμενα όρια ποιότητας. Ωστόσο, η αδυναμία εφαρμογής των συγκεκριμένων αποφάσεων περιόρισε σημαντικά την αποτελεσματικότητα για επίτευξη ποιότητας.

Σε εξωνοσοκομειακό επίπεδο, θεσπίστηκαν μέτρα ώστε να διασφαλιστεί η ποιότητα σε συνεργασία με την Εθνική Ένωση Γιατρών της χώρας.

Σε επίπεδα νοσοκομειακής περίθαλψης, όλες οι μονάδες είναι υποχρεωμένες να ακολουθούν συγκεκριμένα μέτρα ποιότητας. Ουσιαστικά, αποτελεί την πρακτική εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας από την πλευρά των ιατρών ώστε να προκύψει η τελική πιστοποίηση ποιότητας από εξωτερικούς οργανισμούς. Η κατεύθυνση επίτευξης ποιότητας ενισχύεται από το Υπουργείο Υγείας μέσω πιλοτικών προγραμμάτων τα οποία χρηματοδοτούν την ποιότητα (Tamm et al, 2007).

Η καλύτερη διασφάλιση της ποιότητας επιτυγχάνεται με τη συμβολή της German Medical Society η οποία σε συνεργασία με τους φορείς υγείας ανιχνεύει τις ανάγκες, βοηθά στον συντονισμό των αναγκαίων ενεργειών ενώ δοκιμάζει την τελική αποτελεσματικότητα. Παράλληλα με την German Medical Society υπάρχουν και άλλοι οργανισμοί που στοχεύουν σε ποιότητα. Από τη δεκαετία του 1990 έχουν εκδοθεί πολυάριθμες οδηγίες για την επίτευξη ποιότητας με ταυτόχρονη αξιολόγηση αποτελεσμάτων. Ωστόσο, οι συγκεκριμένες οδηγίες συναντούν την επιφυλακτικότητα των ιατρών της χώρας οι οποίοι εντοπίζουν ένα είδος παρέμβασης στην αξιολόγηση του έργου τους (Doring & Friedemann, 2012).

Η κωδικοποίηση των δικαιωμάτων των ασθενών δεν έχει επιτευχθεί στη Γερμανία με το Σύνταγμα, τον Κοινωνικό Κώδικα και τη Βασική Νομοθεσία να επιτελούν το συγκεκριμένο έργο. Από τη μια πλευρά, οι ασθενείς επιλέγουν τον τρόπο ασφάλισης και λήψης υπηρεσιών υγείας και από την άλλη έχουν τη δυνατότητα να αποδεχθούν την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα με αποτέλεσμα να επηρεάζουν αρνητικά την τελική ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Η τυπική νομοθεσία διασφαλίζει τους ασθενείς στη Γερμανία από την άλλη πλευρά όμως δεν θεσπίζει όρια προστασίας για τη διασφάλιση ποιότητας. Γενικά, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να απαιτήσουν υψηλής ποιότητας ιατρικής φροντίδας βασισμένη στις σύγχρονες πρακτικές. Ο τρόπος με τον οποίο ασκείται η προστασία στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα συχνά δεν ικανοποιεί τους ασθενείς οι οποίοι θα πρέπει να αναλαμβάνουν μερίδια ευθύνης αποφάσεων τα οποία θα έπρεπε να αναλαμβάνει ο θεράπων ιατρός. Οι μεταρρυθμίσεις που έχουν πραγματοποιηθεί στο ασφαλιστικό σύστημα από το 2000 και μετά στοχεύουν στη βελτίωση των όποιων ατελειών εμφανίζει το σύστημα υγείας της χώρας με εξασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών από τη μια πλευρά και παροχή ποιοτικής εξωνοσοκομειακής και ενδονοσοκομειακής φροντίδας (Buchner & Wassem, 2002).

2.12. Οργάνωση και χρηματοδότηση εθνικού ασφαλιστικού συστήματος υγείας

Η δομή και οργάνωση του συστήματος βασίζεται στην ομόσπονδη δομή της χώρας και της κυβέρνησης. Υπάρχει σε κεντρικό επίπεδο η ομοσπονδιακή και σε περιφερειακό οι τοπικές κυβερνήσεις, οι περιφερειακές και τοπικές αρχές. Η κεντρική κυβέρνηση νομοθετεί για ιδιαίτερα σημαντικά θέματα κοινωνικής προστασίας όπως νόμους για τα ασφαλιστικά ταμεία, για τη χρηματοδότηση των νοσοκομείων, τα ναρκωτικά και τις μεταδοτικές ασθένειες, για τον ομοσπονδιακό κώδικα άσκησης της ιατρικής από τους γιατρούς κλπ. Το βάρος και η ευθύνη της τήρησης αυτών των νόμων σε περιφερειακό επίπεδο έχουν οι κυβερνήσεις των ομόσπονδων κρατιδίων.

Οι γιατροί της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης εργάζονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία, οι δε ασθενείς είναι ελεύθεροι να προσφύγουν σε όποιο γιατρό ή οδοντίατρο επιθυμούν, από εκείνους όμως που είναι συμβεβλημένοι με το ασφαλιστικό τους ταμείο. Συνήθως οι γιατροί εργάζονται μόνοι τους και έχουν επαγγελματική αυτονομία.

Οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη και με προσυμφωνημένες τιμές σε περιφερειακό επίπεδο. Όταν το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρουν αυξάνεται, τότε με κάποια φόρμουλα οι τιμές ανά υπηρεσία μειώνονται, έτσι ώστε το συνολικό κόστος να μην αυξάνεται ταχύτερα από την αύξηση των εισφορών. Οι γιατροί που προσφέρουν κατά 25% περισσότερες υπηρεσίες και συνταγογραφία από το μέσο όρο, μπορεί να υποστούν κυρώσεις εάν δε δώσουν επαρκείς δικαιολογίες γι' αυτό.

Οι ασθενείς προμηθεύονται από το γενικό τους γιατρό τους ένα κουπόνι κάθε τρεις μήνες, το οποίο δίνουν στη γραμματεία του ιατρείου σε κάθε τους επίσκεψη, πάνω στο οποίο ο γιατρός σημειώνει τις υπηρεσίες που προσέφερε στον ασθενή. Κάθε τρίμηνο οι γιατροί αποστέλλουν στην ένωσή τους μια λίστα με τις υπηρεσίες που προσέφεραν και πληρώνονται, μετά από έλεγχο και ύστερα από κάποιο ειδικό υπολογισμό. Ο έλεγχος μπορεί να απαιτήσει από το γιατρό εξηγήσεις και κάποιες υπηρεσίες που προσέφερε. Εάν οι εξηγήσεις δεν είναι ικανοποιητικές οι απαιτήσεις αυτές δεν ικανοποιούνται.

Οι ενώσεις της εκάστοτε περίπτωσης που υπάγονται στο νομικό καθεστώς του κράτους παρά την ανεξαρτησία τους, υπόκεινται σε έλεγχο και εποπτεία από την κεντρική κυβέρνηση. Οι ιδιώτες ασφαλισμένοι μέσω της ελευθερίας επιλογής ταμείου έχουν δημιουργήσει ένα ιδιότυπο καθεστώς ανταγωνισμού στο οποίο τα

ταμεία ενδιαφέρονται για κάθε ασφαλισμένο ξεχωριστά καθώς η βιωσιμότητά τους είναι σε άμεση εξάρτηση με τις εισφορές που εκείνοι καταβάλλουν. Οι ασφαλιστικοί φορείς επιπλέον δεν μπορούν να απορρίψουν κανένα άτομο που αιτείται ασφάλειας, σε οποιαδήποτε κατάσταση υγείας και αν βρίσκεται λόγω της νομοθεσίας που υφίσταται και υποχρεώνει σε τουλάχιστον βασική ασφάλιση. Οι οποιοσδήποτε στρεβλώσεις προκύπτουν στα όρια του ανταγωνισμού, ρυθμίζονται νομοθετικά μέσω της θέσπισης των ασφαλειών κινδύνου που σχετίζονται με την ηλικία, το φύλο, το εισόδημα και γενικά των χαρακτηριστικών του ασφαλισμένου (Clarke et al, 2013).

Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ταμείων ασφάλισης περιορίζεται στα στενά πλαίσια των παρεχόμενων υπηρεσιών αν και συχνά προκύπτουν διαφορές στις καταβαλλόμενες ανά ταμείο ασφάλισης εισφορές. Η ενδυνάμωση της χρηματοδότησης και της ανάγκης οργάνωσης των ασφαλιστικών ταμείων επετεύχθη με νόμο του 1999 όπου εκπτώσεις από εισφορές στο εισόδημα του ασφαλισμένου καταργήθηκαν. Επίσης, είναι στη διακριτική ευχέρεια των ασφαλιστικών ταμείων να επιλέξουν τον προμηθευτή υπηρεσιών με τον οποίο θα υπογράψουν σύμβαση. Γενικά, η χρηματοδότηση εξασφαλίζεται από τη μια πλευρά από τις εισφορές και από την άλλη βάσει των συμβολαίων που υπογράφουν με τις ενώσεις γιατρών. Η νόμιμη ασφάλιση ασθενείας (GKV) είναι αρμόδια για την καταβολή σχεδόν του 50% των δαπανών υγείας που πραγματοποιούνται στη Γερμανία μέσω των εισφορών που καθορίζονται με εισοδηματικά κριτήρια που ορίζονται κάθε έτος. Εάν κάποιος ασφαλισμένος επιλέξει κάποιο ιδιωτικό πρόγραμμα είναι σχεδόν αδύνατο να επανέλθει στη νόμιμη ασφάλιση (Clarke et al, 2013).

Ως προς την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στη Γερμανία, η πρωτοβάθμια (ambulatory) φροντίδα παρέχεται από γενικούς και εξειδικευμένους γιατρούς με ιδιωτικά ιατρεία. Οι μισοί εξ αυτών έχουν συμβάσεις με νοσοκομεία λόγω του ότι δεν λειτουργούν ως «gatekeepers». Η επιλογή από την πλευρά του ασθενή είναι ελεύθερη δημιουργώντας συνθήκες ώστε να αποφεύγονται γραφειοκρατικές διαδικασίες και επικαλύψεις υπηρεσιών. Οι γιατροί από την πλευρά τους, μέσω των ενώσεών τους, καταρτίζουν συμβάσεις συνεργασίας σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο ενώ είναι υπεύθυνοι και για την κατάρτιση των σχετικών προγραμμάτων παρεχόμενης υγείας. Η αποζημίωσή τους διαδικαστικά αρχικά περνά από έλεγχο του προϋπολογισμού υπηρεσιών και στη συνέχεια βάσει του συγκεκριμένου προϋπολογισμού κατανέμονται οι εκάστοτε αμοιβές. Η συγκεκριμένη πολιτική

δημιουργεί κίνητρο στους γιατρούς να στοχεύσουν σε αύξηση μεριδίων μέσω της αύξησης των παρεχόμενων υπηρεσιών (Doring & Friedemann, 2012).

2.13. Πόροι δημόσιων ταμείων ασθενείας στη Γερμανία

Τα δημόσια ταμεία ασθενείας χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω των εισφορών μισθωτών υπηρεσιών που έχουν νομίμως καθοριστεί σε 15,5% των ακαθάριστων αποδοχών (αύξηση από 14,9% το 2010). Ο ασφαλισμένος καταβάλλει το 8,2% του εισοδήματός τους, ενώ το υπόλοιπο 7,3% καταβάλλεται από τους εργοδότες. Οι άνεργοι μπορούν επίσης να έχουν πρόσβαση στα ασφαλιστικά ταμεία ενώ συμβάλλουν στην αναλογία των δικαιωμάτων της ανεργίας τους ή, εάν δεν έχουν εργαστεί ποτέ, καλύπτονται από ένα κοινωνικό ταμείο (Sozialamt). Το ταμείο αυτό φροντίζει να καλύπτει άμεσα τις δαπάνες των γιατρών. Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης των παιδιών καλύπτεται από φορολογικά έσοδα, τα οποία προκύπτουν από τη μισθοδοσία (Clarke et al, 2013; Göppfarth, 2012).

Η σταθερή εισφορά σηματοδότησε μια αλλαγή από το προηγούμενο σύστημα, όπου τα ασφαλιστικά ταμεία είχαν ένα βαθμό αυτονομίας στη διαμόρφωση των δικών τους ασφαλιστρών (που εμφανίζεται ως ποσοστό του εισοδήματος). Μια άλλη καινοτομία, που επίσημα ιδρύθηκε το 2009, ήταν το Κεντρικό Ταμείο Υγείας, που συγκεντρώνει όλες τις ασφαλιστικές εισφορές σε συνδυασμό με τα ομοσπονδιακά δημόσια έσοδα. Τα χρήματα αυτά στη συνέχεια ανακατανέμεται σε κάθε ασφαλιστικό ταμείο σε μια λογική εξισορρόπησης του κινδύνου (νοσηρότητα, προσανατολισμένη αποζημίωση, η οποία λαμβάνει υπόψη την ηλικία, το φύλο και τα ποσοστά νοσηρότητας των τελευταίων 80 ετών ή/και σοβαρές ασθένειες υπόψη. Η ίδρυση του Κεντρικού Ταμείου Υγείας αντιπροσωπεύει επίσης ένα σχετικά καλό συμβιβασμό ανάμεσα σε δύο αντικρουόμενες προσεγγίσεις για το πώς θα χρηματοδοτούνται τα ασφαλιστικά ταμεία υπό το πρίσμα της αύξησης των εισφορών βάσει του προηγούμενου συστήματος. Το Κεντρικό Ταμείο έχει στοιχεία και των δύο προσεγγίσεων: από τη μια πλευρά διεύρυνση της βάσης εσόδων, περιλαμβάνοντας ορισμένα φορολογικά έσοδα του δημοσίου για τη συμπλήρωση των εισφορών, και από την άλλη οι εργοδοτικές εισφορές να δημιουργούν συνθήκες αντιμετώπισης μελλοντικής αύξησης των δαπανών υγείας (Clarke et al, 2013; Hopkins, 2012).

Αξίζει να σημειωθεί ότι, σε μια εποχή που κάποιες άλλες υπηρεσίες υγείας εξακολουθούν να δίνουν μάχη με τα ελλείμματα, οι μεταρρυθμίσεις αυτές οδήγησαν σε συζητήσεις στη Γερμανία το 2012 για το πώς θα περνούσε ένα πλεόνασμα στο σύστημα ασφάλισης. Αυτό οφείλεται στις αποφασιστικές ενέργειες που έλαβε η κυβέρνηση το 2011 για να ασχοληθεί με τα ελλείμματα και την αστάθεια μεταξύ των ταμείων υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης του φόρου μισθωτών υπηρεσιών, την επιβολή περικοπών στις δαπάνες και την κατανομή των επιπλέον 2 δις € στις ομοσπονδιακές επιδοτήσεις. Τα όποια πλεονάσματα δεν απελευθερώθηκαν για οποιαδήποτε χρήση, καθώς η Κεντρική Διοίκηση Υγείας υποχρεώθηκε να τηρεί 3 δις € σε αποθεματικό με ένα έλλειμμα 2,5 δις € το 2009, ενώ τα διαρθρωτικά ταμεία έπρεπε να κατέχουν αποθεματικά των 4 δις €. Σε κάθε περίπτωση, η εξασφάλιση των πόρων των ταμείων σε συνδυασμό με τις όποιες κρατικές ενισχύσεις, μικρού μεγέθους και υπό προϋποθέσεις, εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητα των ταμείων υγείας (Clarke et al, 2013; Göppfarth, 2012).

2.14. Μεταστροφή χρηματοδοτικών πόρων γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος

Σχεδόν το 90% του πληθυσμού έχει πρωταρχική κάλυψη σε ένα από τα διαθέσιμα ασφαλιστικά ταμεία που έχουν συσταθεί βάσει του δημόσιου δικαίου. Από το 1996, σχεδόν κάθε ασφαλισμένος έχει δικαίωμα της ελεύθερης μετάβασης από ταμείο σε ταμείο με ανάλογη μεταφορά κεφαλαίων. Περίπου το 95% του πακέτου παροχών των ταμείων υγείας καλύπτει, μεταξύ άλλων, συνταγογραφούμενα φάρμακα, νοσοκομειακή περίθαλψη, επίδομα ασθενείας, προληπτική θεραπεία, έγκαιρη διάγνωση, κλπ. (Göppfarth, 2005). Οι κεφαλαιουχικές δαπάνες για τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται χωριστά μέσω των φόρων ενώ η μακροχρόνια φροντίδα καλύπτεται από ξεχωριστό κλάδο κοινωνικής ασφάλισης. Τα περισσότερα οφέλη παρέχονται σε είδος και με περιορισμένη συμμετοχή, παρόλο που τα ταμεία υγείας (Busse, 2003).

Μέχρι το 2008, κάθε ταμείο ασθενείας υπολόγιζε ξεχωριστά το ποσοστό συνεισφοράς των ασφαλισμένων σε συνδυασμό με τις εισφορές που κατέβαλλαν οι εργοδότες. Η μεταρρύθμιση του 1993 – 1994, αναπροσάρμοσε τα όρια κινδύνου ισοφαρίζοντας από τη μια πλευρά το 92% των διαφορών των μισθών και από την

άλλη καθόρισε σαφώς τους παράγοντες κινδύνου ώστε να εξασφαλίζονται οι αναγκαίοι πόροι. Μερικά χρόνια αργότερα, οι παθογένειες του συγκεκριμένου τρόπου προσαρμογής των κινδύνων έκαναν την εμφάνισή τους. Ο αθέμιτος ανταγωνισμός οδήγησε σε μια απόκλιση των δομών του κινδύνου (Knaus & Nuscheler, 2005). Το 2001, ως εκ τούτου, το γερμανικό κοινοβούλιο (Bundestag) θέσπισε την προσαρμογή στον κίνδυνο. Ένα κεντρικό στοιχείο της μεταρρύθμισης αυτής ήταν η εισαγωγή των Gesundheitsfonds (Κεντρικό Ταμείο) στην υγεία. Τα ποσοστά συμμετοχής ανά ταμείο αντικαταστάθηκαν από το γενικό ποσοστό του 15,5% ανά ασφαλισμένο. Το σύνολο των χορηγήσεων για όλα τα ταμεία ασθένειας καθοριζόταν εκ των προτέρων. Για ένα έτος, το 2010, ορίστηκε στο επίπεδο του 98%. Η εισαγωγή του CHF σήμανε ουσιαστικά τη μεταστροφή της κατανομής των χρηματοδοτικών πόρων του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος σε μια βάση δικαιότερη και αρτιότερη ώστε να εξασφαλίζεται με κάθε τρόπο η παροχή επαρκών και ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας (Göpffarth & Henke, 2013).

2.15. Η συγκράτηση του κόστους στο γερμανικό σύστημα υγείας

Από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 και σε όλη τη δεκαετία του 1980, η Γερμανία ήταν η πιο επιτυχημένη χώρα απ' ότι οι περισσότερες άλλες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. αναφορικά με τον περιορισμό της αύξησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Οι συνολικές δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη ως ποσοστό του Α.Ε.Π. αυξήθηκαν ελαφρά από 8,0% το 1975 σε 8,2% το 1990. Οι δαπάνες των ταμείων ασφάλισης ασθενείας δείχνουν μια παράλληλη αύξηση μόνο 0,1% κατά την ίδια περίοδο (από 5,2% σε 5,3%) (OECD, 1998) Το γεγονός ότι το σύνολο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης αυξήθηκε από 5,7% του ΑΕΠ το 1970 σε 8% το 1975 ήταν κατά κύριο λόγο αποτέλεσμα, πρώτον, της μετατόπισης του κόστους με νόμο από το ασφαλιστικό σύστημα στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Wiesenthal, 1981), δεύτερον ανέκυψαν ανάγκες χρηματοδότησης των νοσοκομείων (Kuhn, 1980) και τρίτον παρουσιάστηκαν σημαντικές βελτιώσεις στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η αύξηση από 8,2% σε 10,4% του Α.Ε.Π. μεταξύ 1990 και 1997 από την άλλη πλευρά, κατά κύριο λόγο προκλήθηκε από την επανένωση και από την εισαγωγή του νόμου ασφάλισης για μακροχρόνια φροντίδα το 1995 (Reinhardt, 1999). Έτσι, η συνολική συγκράτηση του κόστους στο γερμανικό σύστημα υγείας μπορούσε εύλογα

να θεωρηθεί επιτυχής. Αλλά το κόστος δεν έχει ελεγχθεί εξίσου καλά σε όλους τους τομείς. Ενώ οι δαπάνες στον εξωνοσοκομειακό τομέα παρέμειναν σταθερές, οι δαπάνες στον τομέα των νοσοκομείων αρχίσει να αυξάνεται απότομα από το 1975. Η επιτυχία του ελέγχου του κόστους στον εξωνοσοκομειακό τομέα ήταν οικονομικά αντιφατική. Οι ιδιώτες γιατροί είχαν μειώσει τις δαπάνες τη στιγμή που τα νοσοκομεία ήταν ελλειμματικά. (Bauer, 2006).

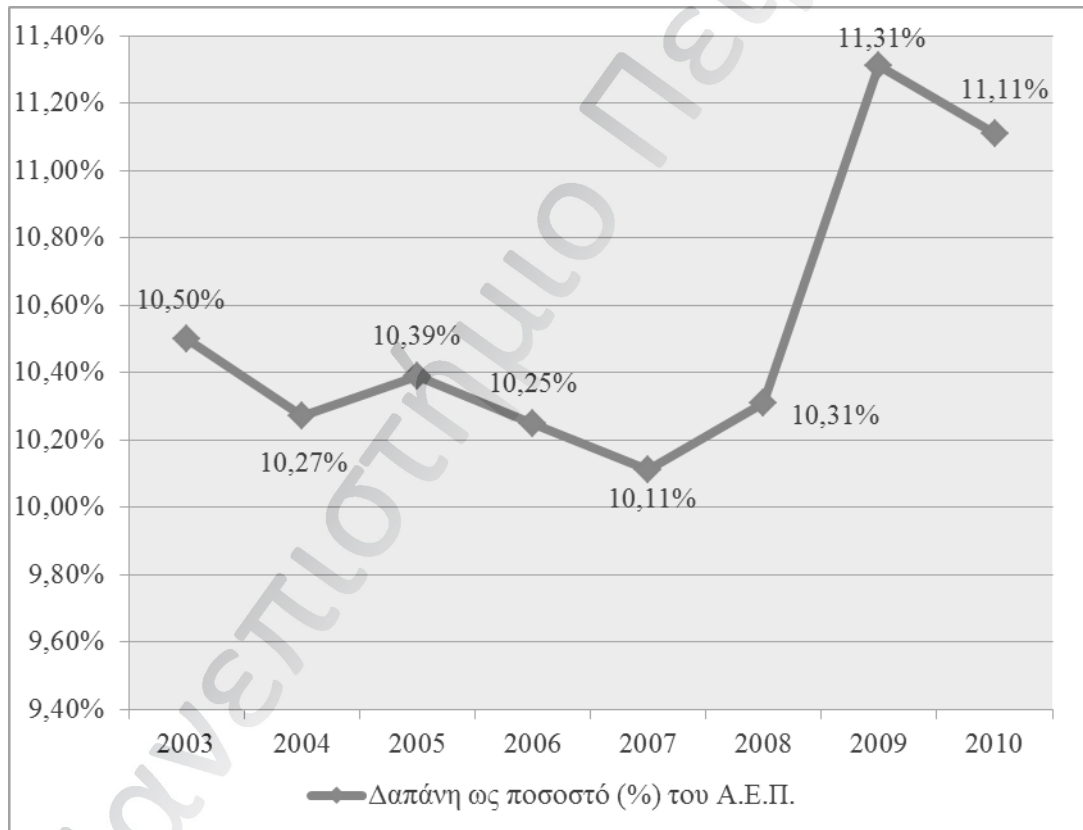
Η επιτυχία της Γερμανίας στη συγκράτηση του κόστους στο σύστημα υγείας, βασίστηκε στον έλεγχο που ασκήθηκε σε δαπάνες ενδονοσοκομειακά κατ' αντιστοιχία με την περίπτωση των εξωνοσοκομειακών δαπανών (Von der Schulenburg, 1994). Οι εξωνοσοκομειακές δαπάνες ελέγχονταν καλά κατά τη διάρκεια τεσσάρων περιόδων: πριν από το 1932, 1933 - 1955, 1975-1997 και μετά το 1997. Από το 1883 μέχρι το 1931, τα ταμεία υγείας ενεργούσαν ολιγοπωλιακά. Στη συνέχεια, από το 1933 μέχρι το 1955, η μεγάλη ύφεση του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου και τη μεταπολεμική περίοδο αποκατάστασης περιέστειλε τις δαπάνες αλλάζοντας ταυτόχρονα την πολιτική τους. Από το 1975 μέχρι το 1997, οι αμοιβές περιορίζονταν σε κάλυψη δαπανών υγείας βασισμένες σε έναν προκαθορισμένο προϋπολογισμό. Μετά το 1997, η αρμοδιότητα της αυτοδιακυβέρνησης των ταμείων, έθεσε τις βάσεις περιορισμού του γενικού κόστους καθώς κάθε ταμείο ήταν υπεύθυνο να καταρτίζει και να ισοσκελίζει τον προϋπολογισμό του (Galas, 1997). Η σχετική επιτυχία της συγκράτησης του κόστους σε εξωτερικά ιατρεία σε αντίθεση με τον τομέα των νοσοκομείων έχει αποδοθεί στις ισχυρότερες δομές της διυπηρεσιακής αυτοδιακυβέρνησης στην πρώην Δ. Γερμανία (Alber, 1992). Στο πλαίσιο του ελέγχου της αυτοδιακυβέρνησης των ταμείων, το κόστος μειώθηκε όταν τα ταμεία ασθενείας ήρθαν σε μια πιο ισχυρή θέση σε σχέση με τους γιατρούς (Brenner et al, 1994). Από το 1992 έως το 1996, η ομοσπονδιακή κυβέρνηση παρενέβαινε ακόμη πιο άμεσα στη λειτουργία του συστήματος της αυτοδιακυβέρνησης των ταμείων μόνο ως προς το κομμάτι των ανώτερων επιπέδων καταβαλλόμενων αμοιβών στους γιατρούς, βάσει εισφορών. Όσον αφορά την συγκράτηση του κόστους γενικά, η Γερμανία απέδειξε διαχρονικά ότι μέσω των κατάλληλων επιλογών όχι μόνο συγκράτησε τις δαπάνες αλλά ουσιαστικά έθεσε όλες εκείνες τις αναγκαίες βάσεις ώστε τα ταμεία να είναι αυτοχρηματοδοτούμενα, αυτοδιοικούμενα και οικονομικά ανεξάρτητα (Bauer, 2006;) (πίνακες 2&3, γραφήματα 2&3).

Πίνακας 2: Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία ως ποσοστού του Α.Ε.Π.

Έτος	Δαπάνη ως ποσοστό (%) του Α.Ε.Π.
2003	10,50%
2004	10,27%
2005	10,39%
2006	10,25%
2007	10,11%
2008	10,31%
2009	11,31%
2010	11,11%

Πηγή: Eurostat, 2013

Γράφημα 2: Δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία ως ποσοστού του Α.Ε.Π.



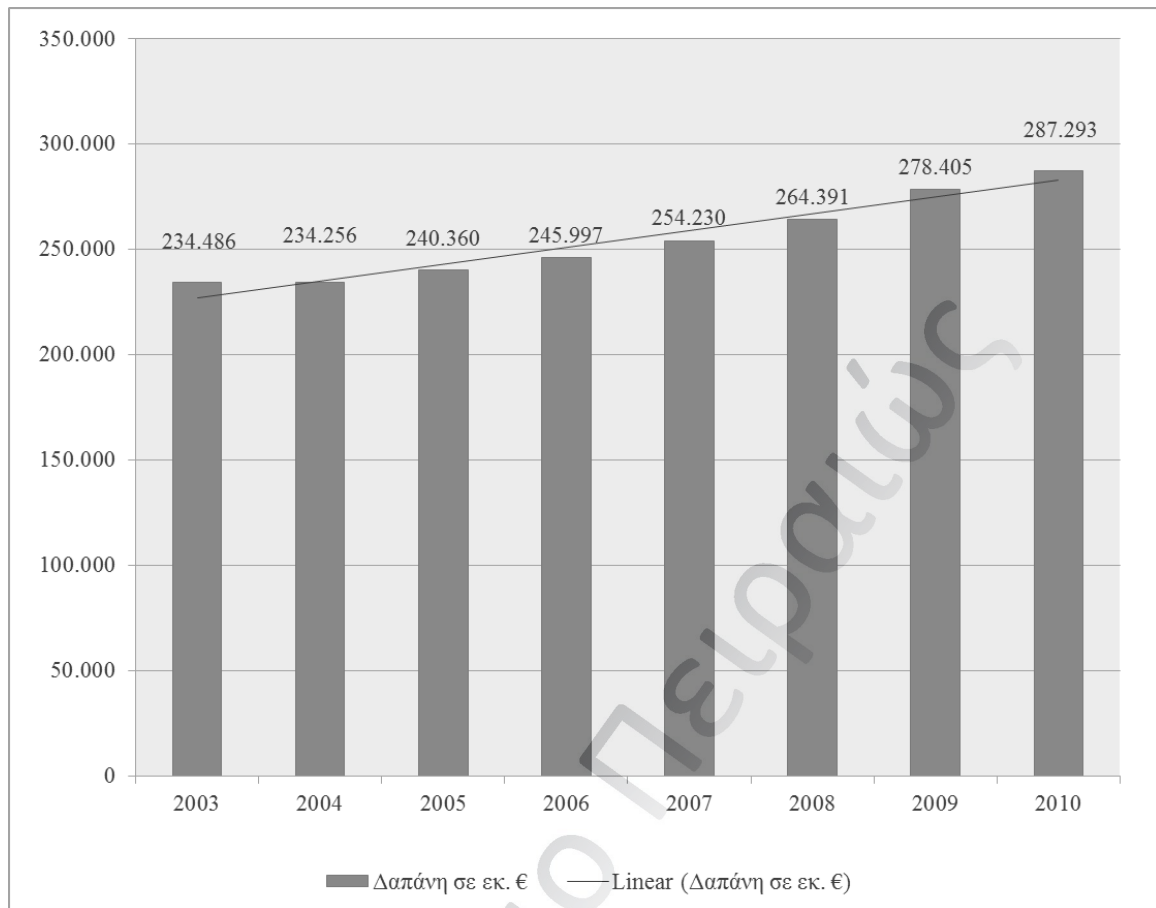
Πηγή: Eurostat, 2013

Πίνακας 3: Δαπάνες λειτουργιών της υγειονομικής περίθαλψης από τους παρόχους (σε εκ. €)

Έτος	Δαπάνη σε εκ. €
2003	234.486
2004	234.256
2005	240.360
2006	245.997
2007	254.230
2008	264.391
2009	278.405
2010	287.293

Πηγή: Eurostat, 2013

Γράφημα 3: Δαπάνες λειτουργιών της υγειονομικής περίθαλψης από τους παρόχους (σε εκ. €)



Πηγή: Eurostat, 2013

Κεφάλαιο 3. Αξιολόγηση γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος: Προκλήσεις και προοπτικές

3.1. Αξιολόγηση γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος

Η Γερμανία έχει γενικά περιγραφεί ως μια ιδανική - τυπική περίπτωση κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος που διαρθρώνεται από μη κερδοσκοπικούς φορείς ασφάλισης οι οποίοι χρηματοδοτούνται από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και η οποία παροχή υγειονομικής περίθαλψης είναι σε δημόσια και ιδιωτική ιδιοκτησία. Ωστόσο, ένα σημαντικό χαρακτηριστικό του γερμανικού συστήματος υγείας είναι πιο διακριτή η παροχή υπηρεσίας υγείας κατά περίπτωση είτε αφορά του γιατρούς είτε τα νοσοκομεία (Moran, 2000). Αυτό που είναι κυρίαρχα ορατό, όσον αφορά τη διακυβέρνηση, δεν είναι η παροχή των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Ήδη από τη δεκαετία του 1950, οι ενώσεις ιατρών είχαν αναλάβει το έργο της και τον έλεγχο της καταλληλότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας των ιατρικών υπηρεσιών (Wendt et al, 2013)

Σύμφωνα με τους Freeman & Moran (2000), το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα ήταν για πολλά χρόνια επιτυχές όσον αφορά την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και στις αρχές του 1990, φαίνεται να είναι καλά εξοπλισμένο για να ανταποκριθεί στις οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές. Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες, με ισχυρότερο ανταγωνισμό και την ίδια στιγμή, ισχυρότερη κυβερνητική παρέμβαση, έχουν σημειωθεί σημαντικές βελτιώσεις εισαχθεί (Rothgang et al., 2010; Σακελλαρόπουλος & Οικονόμου, 2006).

Οι κυριότερες αλλαγές έχουν λάβει χώρα στην χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης. Μέχρι τις αρχές του 1990, οι περισσότεροι εργαζόμενοι είχαν συγκεκριμένο ταμείο με δυνατότητα να επιλέξουν ανάμεσα σε ένα αριθμό κεφαλαίων υποκατάστασης. Το 1993, η ελεύθερη επιλογή στα ασφαλιστικά ταμεία εισήχθη για το σύνολο του πληθυσμού με την εισαγωγή μιας δομής συστήματος αντιστάθμισης κινδύνου (RCS). Το αποτέλεσμα της ανακατανομής μέσω του RCS ήταν μια ισχυρή σύγκλιση των ποσοστών εισφοράς που καταβάλλονταν, από τους εργοδότες και εργαζόμενους μεταξύ των διαφόρων ταμείων ασθένειας. Ωστόσο, τα ταμεία υγείας είχαν ακόμη ένα ισχυρό κίνητρο για να ανταγωνίζονται μεταξύ τους για παρά για την πιο αποτελεσματική χρήση των πόρων (Ettelt et al, 2012).

Τέλος, ιδιαίτερο στοιχείο της περίπτωσης του ασφαλιστικού συστήματος της Γερμανίας είναι το αυτοδιοίκητο υπό την κρατική εποπτεία. Τα ασφαλιστικά ταμεία με την περιφερειακή επιτροπή ένωση των γιατρών διαπραγματεύονται τη συνολική

απόδοση ενώ στη συνέχεια πραγματοποιείται δίκαιη κατανομή των πόρων. Περιοχή με ισχυρή επιρροή των εταιρικών φορέων είναι και ο ορισμός του πακέτου παροχών. Των ταμείων Στη Γερμανία, το περιεχόμενο του πακέτου προσδιορίζεται σε ένα δύο στάδια διεργασίας. Σε ένα πρώτο βήμα το συνολικό περιεχόμενο της παροχής υπηρεσιών περιγράφεται με πολύ γενικούς όρους στον κοινωνικό κώδικα βιβλίων ενώ σε ένα δεύτερο στάδιο προσδιορίζονται τα εργαλεία διάγνωσης και θεραπείας. Στον τομέα των εξωτερικών ασθενών, η Ομοσπονδιακή Επιτροπή Ιατρών και των Ταμείων Ασθενείας, με τη μέγιστη οργάνωση της Γερμανίας έδωσαν τη δυνατότητα να αξιολογούνται οι συγκεκριμένες μέθοδοι. Αναλυτικά, τα θετικά και αρνητικά σημεία του ασφαλιστικού συστήματος της Γερμανίας παρουσιάζονται στην ενότητα που θα ακολουθήσει (Wendt et al, 2013).

3.1.1. Δυνατά σημεία γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος

Από την ίδρυσή του, το γερμανικό νομικό σύστημα ασφάλισης υγείας έχει ενσωματώσει σημαντικές δυνάμεις και αδυναμίες που μπορούν να χρησιμεύσουν ως βάσεις για μελλοντικές βελτιώσεις ή τροποποιήσεις στο μέλλον. Σε κάθε περίπτωση, το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα διακατέχεται τόσο από δυνατά όσο και από αδύνατα σημεία. Ως προς τα δυνατά του σημεία αξίζει να σημειωθεί ότι με βάση το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, η ασφάλιση υγείας είναι καθολική και από το 1996, οι Γερμανοί έχουν ελεύθερη επιλογή σε πάνω από 160 σχέδια για την υγεία. Η επιλογή των σχεδίων δεν περιορίζεται από το εισόδημα, το είδος της απασχόλησης ή της κατάστασης της νόσου. Επιπλέον, δεν είναι σχέδια για την υγεία που συνδέονται με μεμονωμένους εργοδότες ή ακόμη και την κατάσταση της απασχόλησης, και μπορούν να καλύπτουν τα άτομα σε όλα τα στάδια της ζωής, ακόμα και σε περιόδους ανεργίας ή ασθένειας (Beck, 2002). Με βάση τα διεθνή πρότυπα, η υγεία σε τιμές και δαπάνες στη Γερμανία κινείται χαμηλά, καθιστώντας πιο μακροπρόθεσμες τις όποιες επενδύσεις υγείας. Τα έσοδα εξαρτώνται από τα ασφάλιστρα ενώ το νομικό σύστημα συνδέει μέσα τα οποία διασφαλίζουν την πρόσβαση στην υγεία σχεδόν ολόκληρου του πληθυσμού, παρέχοντας πρόσβαση σε άτομα από όλες τις κοινωνικές τάξεις με ισοδύναμη κάλυψη. Με βάση το εισόδημα καθορίζονται οι εισφορές επιμερίζοντας δίκαια το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η ιδιωτική ασφάλιση στην παρούσα μορφή της, παραβιάζει την αρχή της αλληλεγγύης, ωστόσο με τις όποιες στρεβλώσεις

της λειτουργεί θετικά σε ολόκληρο το ασφαλιστικό σύστημα τις χώρες παρέχοντας συμπληρωματικές υπηρεσίες. Σημαντικό στοιχείο του ασφαλιστικού συστήματος είναι η λήψη των μέτρων αποφυγής του κινδύνου της συγκέντρωσης (Ettelt et al, 2012). Καμία άλλη χώρα δεν έχει αναπτύξει μια τόσο εκτενή προσέγγιση του θέματος ώστε ανεξάρτητα εισοδήματος να διασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ασφαλιστική κάλυψη στη Γερμανία δίνει απεριόριστη πρόσβαση σε ένα από τα πιο οργανωμένα συστήματα παροχής με εύρος που την ξεχωρίζουν παγκόσμια. Η επιλογή του παρόχου υγείας δεν περιορίζεται όπως σε άλλες χώρες δημιουργώντας προϋποθέσεις υγιούς ανταγωνισμού σε όφελος των ασφαλισμένων. Με βάση τα διεθνή πρότυπα, τα χαρακτηριστικά του υποχρεωτικού συστήματος ασφάλισης αντιμετωπίζουν την πιθανότητα ανασφάλιστων πολιτών και εξασφαλίζουν την ελεύθερη επιλογή του ασφαλισμένου (Muller & Uedelhofen, 1997).

3.2. Τα προβλήματα στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα

Παρά όμως τα όποια θετικά στοιχεία του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος, υπάρχουν και σημεία που εμφανίζουν προβλήματα. Η Γερμανία έχει ένα από τα πιο ακριβά συστήματα στον κόσμο με εργοδότες και πολιτικούς να κατηγορούν συχνά τις κυβερνήσεις για την αποτυχία ελέγχου σε ορισμένες περιπτώσεις των δαπανών. Τα ασφάλιστρα κινδύνων συχνά αποτελούν πεδίο αντιπαραθέσεων με τις όποιες μεταρρυθμίσεις πραγματοποιούνται να επιδρούν σε γενικό βαθμό αρνητικά σ' αυτά αυξάνοντας το ποσοστό τους. Οι εργοδότες ισχυρίζονται ότι δημιουργούν προβλήματα απειλώντας την ανταγωνιστική θέση της γερμανικής βιομηχανίας. Το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα έχει κάποια χρόνια δημοσιονομικά ελλείμματα ενώ δεν διαθέτει αποθεματικά κεφάλαια.

Επίσης, συχνά η βαρύτητα δίνεται στη συγκράτηση του κόστους παραμερίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την ποιότητα παραβλέποντας ότι και αυτή επιδρά μακροχρόνια στο κόστος. Αντί οι προσπάθειες συγκράτησης να ενεργούν ως δυνάμεις για την αναδιάρθρωση των υπηρεσιών, έχουν επικεντρωθεί στη βραχυπρόθεσμη ελαχιστοποίηση του κόστους. Υπάρχουν συχνές αναφορές γερμανών πολιτών, βάσει ερευνών, οι οποίοι θεωρούν ότι η πορεία που έχει χαραχθεί στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα θα δημιουργήσει προβλήματα στο επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, το συγκεκριμένο στοιχείο δεν είναι τίποτε άλλο

παρά μια εκτίμηση η οποία δεν ακυρώνει την οργανωτικότητα και αρτιότητα ολόκληρου του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος. Ειδικότερα, η ανάλυση των προβληματικών σημείων του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος θα παρουσιαστεί σε κάθε ενότητα ξεχωριστά (Ettelt et al, 2012; Clarke et al, 2013).

3.2.1. Η καθοδήγηση των συμφερόντων

Το σημερινό σύστημα που έχει προκύψει στοχεύει στην εξισορρόπηση των συμφερόντων των ενδιαφερομένων μερών. Αυτό που λείπει είναι ο κεντρικός στόχος της βελτίωσης της αξίας για τους ασφαλισμένους. Η έλλειψη αυτή του πρωταρχικού στόχου οδηγεί τους ενδιαφερόμενους να ασχοληθούν με το κομμάτι της «παραγωγής» του συστήματος. Τα σχέδια επικεντρώνονται στην αύξηση του μεριδίου στην αγορά των ασφαλισμένων προσφέροντας χαμηλότερο κόστος και πρόσθετες παροχές όπως επιδόματα, πρόσβαση σε εναλλακτική φροντίδα κλπ. Τα ασφάλιστρα σε ορισμένες περιπτώσεις, κυρίως στον ιδιωτικό τομέα, καθορίζονται βάσει του εισοδήματος και όχι βάσει των ασφαλιστικών αναγκών. Η ασφάλιση στρέφεται περισσότερο στη διασφάλιση των όποιων συμφερόντων αφήνοντας σε δεύτερη μοίρα την ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Τα νοσοκομεία και οι πάροχοι εξωτερικών υπηρεσιών λειτουργούν σε τέτοια πλαίσια συνεργασίας με βασικό άξονα τη διασφάλιση των ωφελημάτων για κάθε πλευρά με τον ασφαλισμένο να έχει περιορισμένο διαπραγματευτικό ρόλο. Ο στόχος είναι περισσότεροι ασφαλισμένοι για περισσότερα έσοδα μέσω των εισφορών. Οι παροχή υπηρεσιών κυρίως επιθυμούν τη διεύρυνση της ασφαλιστικής βάσης. Ο ανταγωνισμός δεν βασίζεται σε μετρήσιμα αποτελέσματα, αλλά σε θεωρητικούς υπολογισμούς ενώ και ορισμένοι γιατροί στα νοσοκομεία μοιχοτάρουν τη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων. Οι πάροχοι υπηρεσιών ιδιωτικού χαρακτήρα έχουν πέσει στην παγίδα της προστασίας των συμφερόντων και όχι στην αναδιάρθρωση ολόκληρου του συστήματος (Porter & Guth, 2012).

3.2.2. Κατακερματισμός των παρεχόμενων υπηρεσιών και έλλειψη ολοκληρωμένης φροντίδας

Η σημερινή δομή και οργάνωση βασίζεται σε ειδικότητες και παροχή υπηρεσιών και όχι στις ανάγκες των ασφαλισμένων. Ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να αποδοθεί

γύρω από την ιατρική του ασθενούς κατά τη διάρκεια του πλήρους κύκλου της περίθαλψης. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, την αποκατάσταση κλπ. Στη Γερμανία, οι πάροχοι οργανώνονται και λειτουργούν ανά ειδικότητα ή ανά περιοχή χωρίς να υπάρχει ολοκληρωμένη ένωση όλων των ειδικοτήτων. Την ευθύνη των επιλογών και της εξεύρεσης κάθε ειδικότητας έχουν αποκλειστικά οι ασφαλισμένοι. Τα νοσοκομεία διαιρούνται σε ξεχωριστά τμήματα ειδικότητας και λειτουργίες, καθένα με τις δικές του κλινικές και θαλάμους και συχνά ανταγωνίζονται σε βάρος των ασφαλισμένων. Γιατροί διαφορετικών ειδικοτήτων συνεργάζονται μόνο σε περιπτώσεις διαδοχικής θεραπείας μιας ασθένειας. Πολύ συχνά κάθε γιατρός θα προσπαθήσει από μόνος του να αντιμετωπίσει το όλο πρόβλημα ενός ασφαλισμένου, με πολλές φορές χωρίς καμία πρόσβαση σε εξωτερική βοήθεια (Kamke, 1998).

Ο συντονισμός και η βελτιστοποίηση της διαδικασίας περίθαλψης είναι περιορισμένη. Η αντίσταση στην αλλαγή λόγω της έλλειψης μετρήσιμων αποτελεσμάτων καθώς και ένα σύστημα επιστροφής που επιβραβεύει τις υπηρεσίες και όχι τα αποτελέσματα, συμβάλλουν στον κατακερματισμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην έλλειψη ολοκληρωμένης φροντίδας. Αν και υπάρχουν κάποιες ελπιδοφόρες εξαιρέσεις, όπως τα κέντρα μαστού ή εγκεφαλικών επεισοδίων, αποτελούν την εξαίρεση και όχι τον κανόνα. Η κατάσταση στα εξωτερικά ιατρεία δεν είναι διαφορετική. Πάνω από 120.000 εξωτερικά ιατρεία ιατρών υπάρχουν στη Γερμανία με πολλές ειδικότητες που συχνά περιπλέκουν τον ασφαλισμένο σε ποια ειδικότητα πρέπει να απευθυνθεί για κάποιο σύνθετο πρόβλημα υγείας. Οι ασθενείς συχνά αφήνονται να έχουν πρόσβαση σε πολλούς γιατρούς τους ανεξάρτητα από το ότι πρέπει να οργανώσουν και τη δική τους φροντίδα. Με τον τρόπο αυτό, η επιθυμία για ανεξαρτησία υπερισχύει πάνω από τη δημιουργία αξίας για τους ασθενείς. Η σημερινή οργάνωση αποτυγχάνει να επωφεληθούν ολόκληρες ομάδες ασφαλισμένων με βέλτιστη ροή της διαδικασίας, αλλά αντίθετα εξαρτάται από την καλή θέληση και εξαιρετική προσπάθεια από μεμονωμένα μέλη του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού (Porter & Guth, 2012).

3.2.3. Έλλειψη επαρκούς μέτρησης του κόστους

Η γερμανική κοινωνική παροχή, όπως και σε πολλές άλλες χώρες, παρεμποδίζεται σοβαρά από την έλλειψη ακριβών αποτελεσμάτων μέτρησης του κόστους. Η έλλειψη μέτρησης είναι ίσως το πιο σημαντικό μεμονωμένο εμπόδιο για τη μετακίνηση προς

μια υψηλή αξία του συστήματος. Είναι δύσκολο να βελτιωθεί η φροντίδα αν τα αποτελέσματα της φροντίδας δεν είναι γνωστά, δεν παρακολουθούνται με την πάροδο του χρόνου και τελικά δεν συγκρίνονται.

Η επιτυχία βασίζεται στην ποιότητα και την αποδοτικότητα και όχι στην ποσότητα. Είναι δύσκολο να καθοριστεί μια κουλτούρα συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, αν και το κόστος δεν παρακολουθείται συνεχώς. Η σημερινή νοοτροπία στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα είναι η ελαχιστοποίηση της μέτρησης. Στα νοσοκομεία, η συγκεκριμένη κατάσταση συχνά επιδεινώνεται από θεωρητικούς υπολογισμούς αντί να βασίζεται σε αποδεικτικά στοιχεία. Ευτυχώς, η γερμανική ιατρική κουλτούρα έχει αρχίσει να μετατοπίζεται σε μια πιο θετική κατεύθυνση. Η σημερινή συζήτηση της υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία έχει υπογραμμίσει τη σημασία της ποιότητας, η οποία αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς τα εμπρός.

Ωστόσο, λίγοι πάροχοι έχουν πραγματικά αποδεχθεί την ποιότητα και ακόμη λιγότεροι έχουν αποδεχθεί τη μέτρηση των αποτελεσμάτων. Για πολλούς παρόχους, η διαχείριση ποιότητας σημαίνει ικανοποίηση των ασθενών και τίποτα περισσότερο από τη συμμόρφωση με υποχρεωτική υποβολή εκθέσεων ότι η ποιότητά τους είναι ήδη υψηλή. Αντί για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων, ως διαρθρωτικά μέτρα χρησιμοποιούνται οι δείκτες της καλής φροντίδας. Η τρέχουσα γερμανική διαχείριση της ποιότητας στο σύστημα υγείας επικεντρώνεται σε δείκτες στελέχωσης, διαθεσιμότητας του εξοπλισμού καθώς και στοιχεία για τον όγκο των υπηρεσιών. Δεδομένου ότι η Γερμανία έχει πρόσβαση σε μεγάλο αριθμό παρόχων υγείας με ελάχιστη αναμονή και εύκολη πρόσβαση στην περίθαλψη, οι δείκτες αυτοί είναι συνήθως ευνοϊκοί. Ωστόσο, ο επακριβής υπολογισμός του κόστους παραμένει πρόβλημα για το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας (Porter & Guth, 2012).

3.2.4. Διαστρέβλωση κινήτρων από τη σχέση δημόσιας- ιδιωτικής ασφάλισης

Η συνύπαρξη ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης έχει οδηγήσει σε επικίνδυνα κίνητρα σχετικά με τις επιλογές των παρόχων. Κατ' αρχήν, η παρουσία των δύο συστημάτων θα μπορούσε να ενθαρρύνει τον ανταγωνισμό. Ωστόσο, ο τρέχων ανταγωνισμός αντί να προσθέτει αξία διαβρώνει την υπάρχουσα. Στο σημερινό

σύστημα, το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα των ιδιωτικών σχεδίων βασίζεται κατά κύριο λόγο στην επιλογή των κινδύνων. Η ιδιωτική ασφάλιση στη Γερμανία είναι ανοικτή μόνο για μια περιορισμένη ομάδα ανθρώπων: υψηλό εισόδημα, αυτοαπασχολούμενοι και δημόσιοι υπάλληλοι. Οι ιδιωτικές εταιρείες μπορούν να απορρίψουν μια αίτηση βάσει αυξημένων παραγόντων κινδύνου. Έτσι τα ιδιωτικά προγράμματα μπορούν να προσφέρουν χαμηλότερο κόστος σε χαμηλότερου κινδύνου ασφαλισμένους χωρίς ουσιαστικά να προστίθεται κάποια αξία. Το 2007 η ασφαλιστική μεταρρύθμιση, η οποία τέθηκε σε ισχύ το 2009, απέτυχε να λύσει αυτό το πρόβλημα. Ο ανταγωνισμός για υγιείς και πλούσιους ασφαλισμένους έχει επίσης στρεβλωθεί από το σύνολο των προσφορών που είναι διαθέσιμες (Porter & Guth, 2012).

Η σχέση που έχει δημιουργηθεί μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού ασφαλιστικού συστήματος δημιουργεί στρεβλώσεις. Ενώ θα έπρεπε ο τελικά επωφελούμενος να είναι ο ασφαλισμένος, υπάρχει ένας ακήρυχτος ανταγωνισμός του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας ώστε ο ασφαλισμένος να επιλέγει κάθε φορά βάσει ανταγωνιστικών κριτηρίων και όχι βάσει της συνολικά παρεχόμενης ποιοτικής υπηρεσίας υγείας. Η συνδυασμένη ασφάλιση δεν θα έπρεπε από την πλευρά των ιδιωτών παρόχων να σχετίζεται μόνο με το κέρδος αλλά με την ποιοτική και αποτελεσματική εξυπηρέτηση του ασφαλισμένου (Bloch et al, 2008).

3.2.5. Επιλογή υγείας από ασφαλισμένους βάσει κοστολογίου

Οι ασφαλισμένοι στη Γερμανία, έχουν αποτύχει να ασκήσουν σημαντική επιρροή στο σύστημα υγείας. Σε ένα σύστημα που βασίζεται στην ελεύθερη επιλογή της υγείας, οι ασφαλισμένοι θα έπρεπε να έχουν σημαντικές δυνατότητες κατεύθυνσης του συστήματος σε προστιθέμενη αξία. Για πάρα πολύ καιρό, όμως, οι Γερμανοί ασφαλισμένοι έχουν μετατραπεί σε παθητικούς καταναλωτές με κάποιες βελτιώσεις να σημειώνονται. Είναι παράδοξο το γεγονός ότι σ' ένα σύστημα που βασίζεται στην ελεύθερη επιλογή παρόχου εξακολουθούν να υφίστανται μεγάλες διαφορές στην ποιότητα. Η βασική αιτία του προβλήματος είναι τα περιορισμένα αποτελέσματα πληροφοριών. Οι Γερμανοί ασφαλισμένοι συχνά οδηγούνται στην επιλογή ασφάλισης βάσει του καθοριζόμενου κοστολογίου και όχι βάσει του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ενώ ο στόχος θα έπρεπε να είναι η επιλογή παρόχου με τις καλύτερες

υπηρεσίες και όχι μόνο τιμές συχνά η παραπληροφόρηση οδηγεί τους ασφαλισμένους σε λανθασμένες επιλογές. Ωστόσο, στη Γερμανία αναπτύσσεται όλο και περισσότερο ένα σύστημα πληροφόρησης το οποίο παρέχει επαρκή ενημέρωση για την κατάλληλη επιλογή παρόχου υγείας (Porter & Guth, 2012).

3.3. Τρέχουσες προκλήσεις γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος

Παρά τις όποιες δυσχέρειες και δυσλειτουργίες εντοπίζονται στο ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας υπάρχει μια σειρά προκλήσεων που αν αξιοποιηθούν θα μπορεί μελλοντικά το σύστημα της χώρας να αποτελέσει το πρότυπο και για άλλες χώρες του κόσμου. Μια βασική πρόκληση είναι η επιστροφή χρημάτων στη βάση της εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων. Η Γερμανία βιώνει σήμερα μια από τις πιο επαναστατικές αλλαγές στο σύστημα ασφάλισης. Ο νόμος για τη μεταρρύθμιση του 2000 που εισήγαγε ένα νέο σύστημα πληρωμών αποτέλεσε ουσιαστικά εφαρμογή του προτύπου που εφαρμόζεται στην Αυστραλία. Ο βασικός στόχος είναι τα νοσοκομεία να λαμβάνουν τα ποσά των δαπανών βάσει της πραγματοποίησης ενός συγκεκριμένου αριθμού ιατρικών διαδικασιών. Από το 2003 και μετά οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις εντάσσονται σε ένα πρόγραμμα καταβολής των δαπανών στο αντίστοιχο ταμείο αποζημιώσεων. Όπως συμβαίνει σε όλα τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, το γερμανικό είναι σε διαρκή αναδιοργάνωση. Λόγοι όπως δαπανηρές ιατρικές καινοτομίες, η γήρανση του πληθυσμού και η έλλειψη της ευρύτερης οικονομικής ανάπτυξης αποτελούν αντικείμενο μελέτης (Graf von der Schulenburg, 2005)

Οι προοπτικές που διαφαίνονται για το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα, αν και αναφέρονται δυσκολίες σε πανευρωπαϊκό επίπεδο, είναι θετικές. Υπάρχει η δυνατότητα αξιοποίησης τεχνολογικών ανακαλύψεων, συλλογή δεδομένων οικονομικού και ιατρικού χαρακτήρα καθώς και αξιοποίησης των προγραμμάτων αξιολόγησης της ποιότητας. Η προσπάθεια διαχωρισμού από τις κρατικές επιχορηγήσεις είχε σίγουρα θετικές επιδράσεις στη δομή και τη λειτουργία των ασφαλιστικών ταμείων ωστόσο ο συγκεκριμένος διαχωρισμός προβλέπεται να επανεξεταστεί μελλοντικά ώστε στο μέλλον ένα μικρό τμήμα του κρατικού προϋπολογισμού να κατευθύνεται στον τομέα της ασφάλισης προς όφελος τόσο του συστήματος όσο και των ασφαλισμένων.

Η προσπάθεια παροχής ολοκληρωμένων και ποιοτικών υπηρεσιών στο γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα παρ' όλες τις εκτιμήσεις που κατά καιρούς αναφέρονται από εκτιμητές και ασφαλισμένους, είναι σε σωστή κατεύθυνση. Οι μεταρρυθμιστικές προσπάθειες του παρελθόντος έχουν αποφέρει κάποια αποτελέσματα με σημαντικές τομές στο σύστημα, ωστόσο υπάρχουν ακόμα δυνατότητες που αξιοποιούνται και αναμένεται μέχρι το 2016 να αποφέρουν αποτελέσματα. Το συγκεκριμένο στοιχείο σε συνδυασμό με τα λαμβανόμενα μέτρα ποιότητας που αναμένονται στοχεύουν να καταστήσουν το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα ως ένα εκ των σημαντικότερων σε παγκόσμιο επίπεδο. Το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα, αν και είναι από τα πιο δαπανηρά του κόσμου, έχει ευοίωνες προοπτικές στη βάση της αξιοποίησης όλων των διαθέσιμων πόρων και λήψης όλων των αναγκαίων κυβερνητικών μέτρων. Η Γερμανία έχει λάβει αποφάσεις ασφαλιστικού χαρακτήρα που θέτουν το ασφαλιστικό σύστημα σε προτεραιότητα εξασφαλίζοντας την ασφάλιση στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού σκοπεύοντας ταυτόχρονα σε μια παράλληλη ποιοτική παροχή υπηρεσιών (Wendt et al, 2013).

3.4. Μελλοντικές στρατηγικές βελτίωσης ασφαλιστικού συστήματος στη Γερμανία

Οι μεταρρυθμίσεις που έχουν συντελεστεί διαχρονικά στο ασφαλιστικό σύστημα της χώρας στόχευαν σε συγκράτηση των δαπανών, την πλήρη ασφάλιση του συνόλου του πληθυσμού, του αυτοδιοίκητου των ασφαλιστικών ταμείων αλλά και της οργάνωσης του τρόπου με τον οποίο πρέπει να παρέχονται οι υπηρεσίες. Για το μέλλον υπάρχουν μια σειρά στρατηγικών που μπορούν να εφαρμοστούν ως πλαίσιο βελτίωσης του ασφαλιστικού συστήματος στη Γερμανία. Ειδικότερα, οι στρατηγικές αυτές μπορούν να εστιάζουν (Salman et al, 2008; Clarke et al, 2013; Doring & Friedemann, 2012):

- 1) Δημιουργία υψηλής αξίας υγειονομικής περίθαλψης στο σύστημα παροχής. Ο ασφαλισμένος θα πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο για το σχεδιασμό όλων των πολιτικών πρακτικών και αποφάσεων. Ο εγγενής σκοπός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι η εξυπηρέτηση των ασθενών και η προαγωγή της υγείας. Οι ασφαλισμένοι και οι θεράποντες ιατροί να επιλέγουν

- από κοινού τους καταλληλότερους παρόχους υγείας. Η επιλογή των καταλλήλων παρόχων θα βελτιώσει ολόκληρο το ασφαλιστικό σύστημα.
- 2) Συγκράτηση κόστους μέσω ποιότητας. Η Γερμανία θα πρέπει να αντιληφθεί πλήρως ότι ο μόνος τρόπος για να διαχειριστεί το κόστος της ασφάλισης σε μακροπρόθεσμη βάση είναι μια αδιάκοπη εστίαση στη βελτίωση της ποιότητας.
 - 3) Χάραξη καινοτομιών. Η επιλογή πρακτικών και εφαρμογών από άλλα ασφαλιστικά συστήματα χωρών με συγκεκριμένα αποτελέσματα θα μπορούσαν να αποφέρουν μόνο οφέλη για το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας.
 - 4) Μετρήσεις και αξιολογήσεις όλων των παρόχων και φορέων. Η μέτρηση των αποτελεσμάτων είναι το πιο σημαντικό βήμα για τη δημιουργία ενός συστήματος με αξία. Μόνο όταν τα αποτελέσματα είναι γνωστά μπορούν οι πάροχοι να βελτιώσουν τα προγράμματα ασφάλισης και οι ασφαλισμένοι να επιλέξουν τον καταλληλότερο πάροχο. Τα αποτελέσματα και οι μετρήσεις θα πρέπει να είναι υποχρεωτικά και να εποπτεύονται από ένα σχετικό φορέα χωρίς συγκρούσεις συμφερόντων.
 - 5) Δημιουργία μετρήσεων έκβασης. Τα αποτελέσματα πρέπει να μετρώνται σε ολόκληρο τον κύκλο ασφάλισης και όχι μόνο για επιμέρους διαδικασίες ή υπηρεσίες.
 - 6) Παροχή κοινωνικής φροντίδας μέσω λιγότερων διαδικασιών και απεριόριστη πρόσβαση για όλους τους πολίτες της χώρας.

Συμπεράσματα

Η παρούσα διπλωματική εργασία προσπάθησε να αναδείξει την δυναμική, τη λειτουργία, την οργάνωση, τις μεταρρυθμίσεις αλλά και τις προοπτικές που διαφαίνονται για το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα. Μάλιστα, η Γερμανία

φημίζεται για την αρτιότητα του συστήματος υγείας της και αποτελεί πρότυπο για πολλές άλλες χώρες. Φυσικά, οι άνθρωποι που διοικούν το οικοδόμημα της υγείας δεν εφησυχάζουν και προσπαθούν να εντοπίσουν τα προβλήματα του συστήματος ασφάλισης και μέσα από μεταρρυθμίσεις να διαφοροποιούν τα αρνητικά σημεία. Έτσι, δημιουργούν ένα μηχανισμό ανατροφοδότησης για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Εν μέσω διεθνούς οικονομικής κρίσης και παραγόντων όπως η αύξηση του ανταγωνισμού, οι πιέσεις για μειώσεις στην χρηματοδότηση της υγείας, η αναγκαιότητα της ορθής δημοσιονομικής διαχείρισης που θα εξασφαλίσει τη μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος, οι δημογραφικές αλλαγές, η ανεργία, η αυξημένη ζήτηση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας κ.ά. αποτελούν μοχλούς πίεσης συρρίκνωσης των παροχών από το σύστημα της χώρας στους ασφαλισμένους. Έτσι, το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα έρχεται αντιμέτωπο με τις προκλήσεις αυτές με αποτέλεσμα να απαιτούνται συνεχείς σκέψεις και πράξεις ως προς την αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Η κρατική παρέμβαση είναι πολύ μικρή αναδεικνύοντας και τηρώντας την αρχή της αυτοδιοίκησης ενώ και τα πλαίσια αλληλεγγύης κινούνται σε υψηλά επίπεδα.

Το γερμανικό σύστημα υγείας αναγνωρίζεται παγκοσμίως από την παροχή ποιοτικής περίθαλψη, σύντομες λίστες αναμονής και προσεγμένων ιατρικών υπηρεσιών. Πολλά από αυτά βασίζονται στο σημαντικό ποσό των χρημάτων που δαπανώνται για την υγειονομική περίθαλψη στη Γερμανία. Ένα ποσοστό περίπου στο 11% του Α.Ε.Π. αποτελεί δαπάνη για την υγειονομική περίθαλψη και ασφάλεια. Αυτό δείχνει ότι το ασφαλιστικό σύστημα της Γερμανίας δεν είναι φθηνό και αποτελεί αναμφισβήτητα οικονομική επιβάρυνση για την κυβέρνηση. Έχει, επίσης, υποβληθεί σε αρκετά σημαντικές μεταρρυθμίσεις την τελευταία εικοσαετία ποσότητα, μερικές φορές αφαιρώντας πολιτικές που είχαν εφαρμοστεί μόλις λίγα χρόνια πριν, δαπανώντας χρόνο, ενέργεια και χρήμα. Ωστόσο, παρά τα προβλήματα αυτά, είναι αναμφισβήτητο ότι η κατεύθυνση του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος βασισμένο σε ένα κοινωνικό μοντέλο που προσθέτει αξία στον ασφαλισμένο. Στο σύστημα έχει προβλεφθεί η προστασία των πλέον ευάλωτων στην κοινωνία ατόμων μέσω της δημιουργίας τρόπου υπολογισμού των εισφορών. Αναμφισβήτητα, το σύστημα εισφορών μισθοδοσίας είναι πιο δίκαιο, ακόμη και από τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές, οι οποίες είναι λανθασμένες διότι τα επίπεδα συμμετοχής κυμαίνονται βάσει του εισοδήματος αποκλειστικά.

Κάποιοι υποστηρίζουν ότι το δυαδικό σύστημα της ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης υγείας στη Γερμανία μπορεί να είναι διχαστικό και να οδηγήσει σε μια πολύ υψηλότερη ποιότητα φροντίδας μόνο για τους οικονομικά εύρωστους. Ωστόσο, το γεγονός ότι τόσοι πολλοί πολίτες αποκομίζουν οφέλη πάνω από το όριο της βασικής νόμιμης ασφάλισης καθιστούν αναγκαία και την παρουσία ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα. Ωστόσο, το πακέτο των παρεχόμενων υπηρεσιών θα πρέπει να είναι στραμμένο σε πιο ποιοτικές υπηρεσίες. Πράγματι, θα μπορούσε να είναι προς το συμφέρον του γερμανικού ασφαλιστικού συστήματος η αλλαγή των χρονοδιαγραμμάτων πληρωμών ώστε οι περισσότεροι ασφαλισμένοι να στρέφονται στη δημόσια ασφάλιση. Αυτό θα βελτιώνει την ισορροπία μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα ασφάλισης. Η ισόρροπη κατανομή των ειδικοτήτων σε όλη τη χώρα είναι ένα εντυπωσιακό επίτευγμα και ένα χαρακτηριστικό το οποίο σηματοδοτεί τη Γερμανία εκτός από τη Γαλλία, αν και αυτό θα μπορούσε να επηρεάσει την αρχή της ελευθερίας του συστήματος. Η διαφορά ότι η Γερμανία πρέπει να καταβάλλει προσπάθειες ευκολίας πρόσβασης σε φαρμακευτικά προϊόντα καθώς μόλις το 12% των ασφαλισμένων στη νόμιμη ασφάλιση έχουν πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνικές

1. Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α. (2008) Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 47(3):320-333.
2. Ανδριτσάκης, Α. (2005) Οι ιδιωτικές ασφαλίσεις. Αθήνα: Interbooks, 22-39.
3. Γεωργακόπουλος, Θ. (1997) Εισαγωγή στη Δημόσια Οικονομική, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 17.
4. Γεωργούση, Ε. & Κυριόπουλος Γ. (2000) Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία: Συγκλίσεις προς μία ενιαία υγειονομική αγορά. Στο: Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 63-78.
5. Γεωργούση, Ε., Ανδριώτη, Δ., Κυριόπουλος, Γ., Boerma, W. (1999) Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών των γενικών γιατρών στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 11(4):193-202.
6. Δουμουλάκης, Γ. (1998) Κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση υγείας στο: Σούλης, Σ., Οικονομική της Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 128.
7. Ευρωπαϊκή Επιτροπή (Ε.Ε) (2012) Απασχόληση, κοινωνικές υποθέσεις και ισότητα ευκαιριών: Τα δικαιώματά σας κοινωνικής ασφάλισης στη Γερμανία διαθέσιμο στο <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=858&langId=el>, ημερ. ανάκτησης 29/07/2013, Αθήνα.
8. Ζερβού, Φ. (2001) Social insurance system of Greece: A comparison with British, American and Spanish social security systems: an econometric model. Athens: ΚΕΠΕ, 11-24.
9. Ζηλίδης, Χ. (2005) Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η Μεταρρύθμιση 2000-4. Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα, 17.
10. Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001) Συστήματα υγείας. Αθήνα: Παπαζήσης, 64-78 130-177, 343-354.
11. Κιόχος, Π. (2000) Κοινωνική ασφάλιση. Αθήνα: Interbooks, 11 – 45.
12. Λεοντάρης, Μ. (2005) Ασφαλιστικό δίκαιο, Εκδόσεις Πάμισος, Αθήνα, 48 – 75.
13. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως , (1934) Περί κοινωνικών ασφαλίσεων, Ν. 6298/1934 (ΦΕΚ 346 Α'), Αθήνα, 4 – 9.

14. Λιαρόπουλος, Λ. (1989) Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Ο ρόλος της, προβλήματα και προοπτική στην Ελλάδα, Ινστιτούτο Μελέτης και Οργάνωσης Συστημάτων Υγείας Αθήνα, 21 – 22.
15. Λιαρόπουλος, Λ. (1991) Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, 1-80.
16. Λιαρόπουλος, Λ. (2005) Οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 151-153
17. Λιαρόπουλος, Λ. (2007) Οργάνωση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας. Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, 135-149, 183-190.
18. Μαζαράκη, Η. (2012) Υγεία: Δημόσιο ή Ιδιωτικό Αγαθό. Αχαϊκή Ιατρική, 31 (1): 62-70.
19. Μάρδας, Γ. (1993) Οργανωτική και οικονομική του συστήματος κοινωνικής διοίκησης: Ανθρώπινοι πόροι, υγεία, κοινωνική πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση, εκπαίδευση, έρευνα, δημογραφικοί δείκτες. Αθήνα: Οικονομικό, 11-85.
20. Μερκούρης, Μ.Π. & Μαριόλης Α. (2009) Προτάσεις για την οργάνωση και λειτουργία του Γενικού Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 21(1):9-11.
21. Μπούρμαλη, Μ. (2007) Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα: παρελθόν, παρόν και μέλλον, Εκδόσεις Λιβάνης, Αθήνα, 117.
22. Μωραΐτης, Ε. (1985) Συστήματα υγείας. Αθήνα, 7-54.
23. Νεκτάριος, Μ. (1998) Εισαγωγή στην ιδιωτική ασφάλιση. Αθήνα: Forum, Γ΄ Έκδοση, 63 - 64.
24. Νιάκας, Δ. (2003) Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας: επιλεγμένα κείμενα εργασιών του 4ου Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης, 24-26 Οκτωβρίου 2002.
25. Πετρόγλου, Α. (1975) Δίκαιον κοινωνικής ασφάλισης. Τόμος Α΄, Αθήνα: Σταμούλης, 35-45.
26. Πιερράκος, Γ. (2008) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 13-23, 28-41, 49-61.
27. Προβόπουλος, Γ. (1985) Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση: το πρόβλημα του ΙΚΑ, Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ), Αθήνα, 1985, 98.

28. Ραφαήλ, Μ. (2001) Κοινωνική προστασία και κοινωνική διοίκηση. Αθήνα: Σάκκουλας, 6-32.
29. Ρόκας, Ι. (2003) Ιδιωτική ασφάλιση: Δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης, της ασφαλιστικής επιχείρησης και των διαμεσολαβούντων στην ιδιωτική ασφάλιση: με βάση τον ΑσφΝ και τα νεώτερα εθνικά και κοινοτικά νομοθετήματα. Αθήνα: Σάκκουλας, 1-39.
30. Ρομπόλης, Σ. (1990) Κοινωνική ασφάλιση: Η διαρκής κρίση και οι προοπτικές. Θεσσαλονίκη: Παρατηρητής, 6-55.
31. Ρομπόλης, Σ. (1991) Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης και οι εναλλακτικές πολιτικές υπέρβασής της, στο: Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα, Ίδρυμα Σ. Καράγιωργα, Αθήνα, 159 - 161.
32. Ρωμανιάς, Γ. (2007) Ελληνικοί και ευρωπαϊκοί μύθοι για το ασφαλιστικό, Εκδόσεις Βλάσση, Αθήνα, σελ. 15-99.
33. Σακελλαρόπουλος, Θ. (1999) Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους, Τόμος Α', Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα, 145-183.
34. Σακελλαρόπουλος, Θ. (2006) Ζητήματα κοινωνικής πολιτικής, Τόμος Α' Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 19-103, 162-168, 271-272.
35. Σακελλαρόπουλος, Θ. (2006) Ζητήματα κοινωνικής πολιτικής, Τόμος Β' Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 159-163, 271-277.
36. Σακελλαρόπουλος, Θ. & Οικονόμου, Χ. (2006) Εθνικές και ευρωπαϊκές προκλήσεις στη μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής προστασίας και απασχόλησης στην Ελλάδα, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 1(1):5-36.
37. Θ. Σακελλαρόπουλος (επιμ.) Η Κοινωνική Πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 303-329.
38. Θ. Σακελλαρόπουλος – Α. Στεργίου (επιμ.) Η Ασφαλιστική Μεταρρύθμιση. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα, 203-206, 381-384.
39. Σιγάλας, Ι., (1999) Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας, στο: Δίκαιος, Κ. και συν. Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 57-112.
40. Σισσούρας, Α., Καρόκης Α., Πολύζος Ν., Θεοδώρου Μ. (1995) Ενιαίος Φορέας Υγείας: η Οργάνωση του Συστήματος Χρηματοδότησης και η Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 1-19.
41. Σκουτέλης, Γ., Κυριόπουλος, Γ. (1990) Κοινωνικές ασφαλίσεις :Ανάπτυξη και κρίση. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών και Υγείας, 6-21.

42. Σούλης, Σ. (1987) Εισαγωγή στην Οικονομική της Υγείας. Προσυνεδριακό Σεμινάριο, 1ο Πανελλήνιο Συνέδριο Οικονομικών της Υγείας, Αθήνα, 1-10.
43. Σουλιώτης, Κ. (2002) Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές διευκρινήσεις και διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας. Στο: Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 65-77.
44. Στεργίου, Α. (2010) Για μια κοινωνικά δίκαιη διεύρυνση της χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης, Εισήγηση.
45. Τούντας, Ι., (2008) Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας, σ. 39-535.
46. Τσιότρας, Γ., Μποχώρης, Γ., Σκορδή, Α. (1998) Ποιότητα και υγεία. Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα. Συνέδριο Η ποιότητα στο χώρο της υγείας, Αθήνα, 8-14.
47. Υφαντόπουλος, Ι. (2005) Τα Οικονομικά της Υγείας. Εκδόσεις Δαρδάνος, Αθήνα, 238.
48. Χειλίδης, Η. (2009) Η πρόκληση των συστημάτων υγείας απέναντι στην παγκόσμια κοινωνικοοικονομική κρίση. Επιθεώρηση Υγείας, 20 (119): 1-10.

Ξενόγλωσσες

49. Abel – Smith, B. (1976) Value for money in health services. London: Heinemann, 24-36.
50. Alber, J. (1992) Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Frankfurt: Campus.
51. Altenstetter, C. (1987) An end to a consensus on health care in the Federal Republic of Germany? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 12:505 – 536.
52. Andersen, H., Schwarze, J. (1999) Kassenwahlentscheidungen in der GKV. Eine empirische analyse. *Arbeit und Sozialpolitik*, 53:10 - 28.
53. Anja, S., Stock, K., Redaelli, M., Lauterbach, K. (2007) Disease management and health care reforms in Germany - Does more competition lead to less solidarity? *Health Policy*, 80:86 – 96.
54. Arts, W. & Gelissen, J. (2002) Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of - the - art report, *Journal of European Social Policy*, 12(2):137-158.
55. Augurzky, A., Bauer, T.K., Schaffner, S. (2006) Copayments in the German health system – Do they work? *RWI: Discussion Papers*, 43.
56. Augurzky, B., Tauchmann, H. (2011) Less social health insurance, more private supplementary insurance? Empirical evidence from Germany. *Journal of Policy Modeling*, 33:470 – 480.
57. Barnighausen, T., Sauerborn, R. (2002) One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low - income countries? *Social Science & Medicine*, 54:1559 – 1587.
58. Bauer, U. (2006) Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 8-9:17–24.
59. Bauhoff, S. (2012) Do health plans risk-select? An audit study on Germany's Social Health Insurance. *Journal of Public Economics*, 96: 750 – 759.
60. Beck, T. (2002) Deposit insurance as private club: is Germany a model? *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 42:701 – 719.
61. BKK (1997) Festbetragefur Arzneimittel: Preisinformation zum 1. Bundesverband, [Leading organization of company sickness funds, Reference prices for pharmaceuticals: Price information as of 1 January 1997].

62. Bloch, F., Genicot, G., Ray, D. (2008) Informal insurance in social networks. *Journal of Economic Theory*, 143(1), 36-58.
63. Brenner, G., Heuer, J., Pfeiffer, A. (1994) *Innovation und Strukturwandel in der vertrags arztlichen Versorgung*. Koln: Deutscher Ärzteverlag.
64. Buchner, F., Goepffarth, D., Wasem, J. (2013) The new risk adjustment formula in Germany: implementation and first experiences. *Health Policy*, 109(3): 253 - 262.
65. Buchner, F., Wasem, J. (2003) Needs for further improvement: risk adjustment in the German health insurance system. *Health Policy*, 65:21 - 35.
66. Burda, M. (1993) The determinants of East - West German migration: some first results, Discussion Paper, Wissenschafts-zentrum Berlin für Sozialforschung.
67. Busse, R. (1998) The German Lander - Health care and public health. *Eurohealth*, 4(1):20 - 22.
68. Busse, R. (1999) Priority - setting and rationing in German health care. *Health Policy* 50: 71 – 90.
69. Busse, R. (2003) Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs*, 23:56 - 67.
70. Busse, R. (2004) Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs*, 23(3):56 - 67.
71. Busse, R., Howorth, C., Schwartz, F. (1997) The future development of a rights based approach to health care in Germany: more rights or fewer? In: Lenaghan, J. *Hard choices in health care - Rationing and rights in Europe*. London: BMJ Publishing Group, p. 21 - 47.
72. Butler, J., Vaile, M. (1984) *Health and health services. An Introduction to Health Care in Britain*. London: Routledge & Kegan Paul, 66-88.
73. Carrera, L., Angelaki, M., Carolo, D. (2010) Political competition and societal veto players. The politics of pension reform in Southern Europe, *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche*, 1:5-31.
74. Clarke, E., Bidgood, E. (2013) *Healthcare systems. Civitas Report by Green, D. and Irvine, B.*, p. 1-16.
75. Cutler, D.M., Zeckhauser, R.J. (2000) The anatomy of health insurance. In: Culyer, A.J., Newhouse, J.P. (Eds.), *Handbook of Health Economics*, 1(1):563 – 643.

76. Doring, A., Friedemann, P. (2012) The German healthcare system. Costigliola: New Perspectives, Media Dordrecht, p. 45-67.
77. Ettelt, S., Fazekas, M., Maysa, N., Nolte, E. (2012) Assessing health care planning – A framework - led comparison of Germany and New Zealand. *Health Policy*, 106: 50 – 59.
78. Evans, R., (1981). Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health-care industry. In: van der Gaag J. & Perlman M. (eds.) *Health, Economics, and Health Economics*. Amsterdam: North-Holland, p.89-96.
79. Galas, E. (1997) GKV - Neuordnungsgesetz: Zur Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. *Die Ersatzkasse*, 9:317 - 321.
80. Gerlinger, T. (2010) Health care reform in Germany. *German Policy Studies*, 6:107 -142.
81. Gerlinger, T., Schmucker, R. (2009) A long farewell to the Bismarck system: incremental change in the German health insurance system. *German Policy Studies* 5:3 - 20.
82. Glazer, J., McGuire, T. (2009) Optimal risk adjustment. In: Jones, A.M. (Ed.), *The Elgar Companion to Health Economics*. Edward Elgar.
83. Göppfarth, D. (2005) Reforming Germany's risk structure equalization scheme – taking stock at the halfway point. *Journal of Public Health*, 13(5): 248 - 256.
84. Göppfarth, D., Henke, K.D. (2013) The German central health fund - recent developments in health care financing in Germany. *Health Policy*, 109(3): 246 - 252.
85. Gotthardt, M. (1994) Revolution in the German health care system. *J. Clin. Anesth.*, 6.
86. Graf von der Schulenburg, J.M. (1994) Forming and reforming the market for third -party purchasing of health care: a German perspective. *Social Science and Medicine*, 39:1473 - 1481.
87. Graf von der Schulenburg, J.M. (1994) The German health care system at the cross roads. *Health Economics*, 3:301 - 303.
88. Graf von der Schulenburg, J.M. (2005) German health care system in transition: The difficult way to balance cost containment and solidarity. *Eur. J. Health Econom.*, 6:183 – 187.

89. Harrison, J., Nutley, S. (1993) Whither Health Service Management? In the Managerial Issues in the Reformed NHS. England: John Wiley & Son Ltd., 45-59.
90. Henke K.D. (1992) Financing a national health insurance. Health Policy, 20: 253 - 268.
91. Henke, K.D. (1989) Symposium: International comparison of health care systems: What can Americans learn from Europeans? Respondent to a presentation by Jonsson, B. In Symposium: Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) (ed.), Health care systems in transition, pp. 101 - 104.
92. Henke, K.D., Ade, C., Murray, M.A. (1994) The German health care system: Structure and changes. J. Clin. Anesth. 6(3): 252 - 262.
93. Herr, A. (2008) Cost and technical efficiency of German hospitals: Does ownership matter. Health Economics, 17:1057 – 1071.
94. Hindriks, J., De Donder, P. (2003) The politics of redistributive social insurance. Journal of Public Economics, 87(12), 2639-2660.
95. Hinrichs, K. (1995). The impact of German health insurance reforms on redistribution and the culture of solidarity. Journal of Health Politics, Policy and Law, 20:653 - 687.
96. Hong, J., Ríos – Rull, J. (2007) Social security, life insurance and annuities for families. Journal of Monetary Economics, 54(1), 118-140.
97. Hurst, J. (1991) Reforming health care in seven European nations. Health Affairs, 10:7 - 21.
98. Igl, G, Welti, F. (2006) Sozialrecht. Ein Studienbuch. Werner, Neuwied.
99. Iglehart, J.K. (1991) Germany's health care system I. The New England Journal of Medicine, 324:503 - 508.
100. Immergut, E., Anderson, K., Schulze, I. (2007) The handbook of West European pension politics, Oxford University Press, Oxford, 1-149.
101. Jessen, J. (2000) Gesundheitspolitik mit Gudrun Schaich - Walch Pragmatische Vision. Der Hausarzt, 20:14 – 15
102. Kamke, K. (1991) The German health care system and health care reform. Health Policy, 43: 171 – 194.
103. Kamke, K. (1998) The German health care system and health care reform. Health Policy, 43(2):171 - 194.

- 104.Kast, F., Rozenzweig, J., 1972. General system theory: Applications for organization and management. *Academy of Management Journal*, vol. 15, No. 4, p. 9 - 12.
- 105.Katrougalos, G. (1996) The south European welfare model: the Greek welfare state in search of an identity, *Journal of European Social Policy*, 6(1):39-60.
- 106.Katz, D., Kahn R., (1966). *The social psychology of organization*. New York: J. Willey & Sons Inc., New York, p. 24-29.
- 107.Kirchberger, S. (1994) Health care technology in the Federal Republic of Germany. *Health Policy*, 30:163-205.
- 108.Knaus, T, Nuscheler, R. (2005) Risk selection in the German public health insurance system. *Health Economics*, 14(12):1253 - 1271.
- 109.Koontz, H., Donnell, C. (1976) Οργάνωση και διοίκηση. Μία συστημική και ενδεχομενική ανάλυση των διοικητικών λειτουργιών. Αθήνα: Παπαζήσης, 12-75.
- 110.Kuhn, H. (1980) *Politischökonomische Entwicklungsbedingungen des Gesundheitswesens*. Schriften des Wissenschaftszentrums Berlin. Königstein: Verlag Anton Hain Meisenheim.
- 111.Landskroner, Y., Paroush, J. (1994) Deposit insurance pricing and socialwelfare. *Journal of Banking and Finance*, 18: 531-552.
- 112.Lengwiler, M. (2003) Technologies of trust: actuarial theory, insurance sciences, and the establishment of the welfare state in Germany and Switzerland around 1900. *Information and Organization*, 13(2):131 - 150.
- 113.Levy, E., 1975. *L' Economie du Systeme de Sante*. Paris: Dunod, p. 23-33.
- 114.Lisac, M., Blum, K., Schlette, S. (2008) Health systems and health reform in Europe: Changing long – established structures for more competition and stronger coordination – Health care reform in Germany in the new millennium. *Intereconomics*, July/August.
- 115.Lisac, M., Reimers, L., Henke, K.D., Schlette, S. (2010) Access and choice – competition under the roof of solidarity in German health care: An analysis of health policy reforms since 2004. *Health Economics, Policy and Law*, 5:31 - 52.
- 116.Liu, X., Hsiao W. (1995) The cost escalation of social health insurance plans in China: Its implication for public policy. *Social Science & Medicine*, 41(8), 1095-1101.

- 117.Mann, J., Gostin, L., Gruskin, S., Brennan, T., Lazzarini, Z., Fineberg, H. (1994) Health and Human Rights. *Health Hum Rights*, 1:6-23.
- 118.Manow, P. (1999) Der historische Weg der sozialen Krankenversicherung: Von der Behebung sozialer Not zur umfassenden Daseinsfürsorge. Fein umgekehrter Weg? In Hafner, H. *Gesundheit, unser höchstes Gut?*, p. 145 – 164, Heidelberg.
- 119.McGuire, T.G., Bauhoff, S. (2007) A decade of choice: tracking the German national experience with consumer choice of sickness fund. In: Oberender, P., Straub, C. (Eds.), *Auf der Suche Nach der Besseren Loesung*. Baden - Baden, p. 145 - 159.
- 120.Minn, N., Pfeiffer, D. (1995) Der Risikostrukturausgleich Solidarität in einer wettbewerblich orientierten Krankenversicherung. *Die Ersatzkasse*, 5:121 - 126.
- 121.Müller, J., Maaz, W. (2010) Der Schätzerkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung. *Gesundheits - und Sozialpolitik* 64(6):20 - 25.
- 122.Muller, M., Uedelhofen, K. (1997) New directions for an organised health care system in Germany: The concept of managed care. *European Management Journal* 15(6): 670-676.
- 123.Obermann, K., Jowett, M., Ofelia, M., Alcantara, O., Banzon, E., Bodart, C. (2006) Social health insurance in a developing country: The case of the Philippines *Social Science & Medicine*, 62(12), 3177-3185.
- 124.Oppl, H., Von Kardorff, E. (1990) The national health care system in the welfare state. *Sot. Si. Med.* 31(I):43-50.
- 125.Organisation for Economic Development and Cooperation (OECD) (1998) *Data on health: A comparative analysis of twenty - nine countries*. Paris:OECD.
- 126.PKV (2000) *Verband der privaten Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung – Zahlenbericht*, Köln.
- 127.PKV (2001) *Verband der privaten Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung – Zahlenbericht*, Köln
- 128.PKV (2009) *Verband der privaten Krankenversicherung. Die private Krankenversicherung – Zahlenbericht*, Köln
- 129.Porter, M., Guth, C. (2012) *Redefining German health care. Chapter 10: Creating a high – value German health care system: Overall assessment and recommendations*. Springer - Verlag Berlin Heidelberg.

- 130.Reinhardt, U.E. (1999) Mangled competition and managed whatever. *Health Affairs*, 18:92 - 94.
- 131.Salman, R., Ngassa Djomo, K., Knostmann, S., Müller, M., Schwarz, E. (2008) Das deutsche Gesundheitssystem: Ein Wegweiser für Migrantinnen und Migranten. *Gesundheit Hand in Hand*. BKK Bundesverband, p. 1-52.
- 132.Schneider M. (1991) Health care cost containment in the Federal Republic of Germany. *Health Care Financing Review*, 12:87 - 101.
- 133.Schubert, S., Schnabel, R. (2009) Curing Germany's health care system by mandatory health premia? *Journal of Health Economics*, 28: 911–923.
- 134.Schwartz, F., Busse, R. (1996) Fixed budgets in the German ambulatory care sector. In: Schwartz, F., Glennerster, H., Saltman, R. *Fixing health budgets - Experience from Europe and North America*. Chichester: Wiley and Sons, p. 87 - 108.
- 135.Simon, M. (2010) *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Huber, Bern.
- 136.Sotiropoulos, D. (2004) The EU's impact on the Greek welfare state: Europeanisation on paper? *Journal of European Social Policy*, 14(3):267-284.
- 137.Szabados, T. (2009) *Krankenhauser als Leistungserbringer in der gesetzlichen Krankenversicherung*. Springer, Regensburg.
- 138.Tamm, M., Tauchmann, H., Wasem, J., Greb, S. (2007) Elasticities of market shares and social health insurance choice in Germany: A dynamic panel data approach. *Health Economics*, 18(3): 243 - 256.
- 139.Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L. Van de Vend, W., Van de Voorde, C. (2013) Statutory health insurance competition in Europe: A four – country comparison. *Health Policy*, 109: 209 – 225.
- 140.Ulrich, V. (1996) Health Care in Germany: Structure, expenditure and prospects. In McArthur, W., Ramsay, C., Walker, M. (eds.), *Healthy incentives: Canadian health reform in an international context*, The Fraser Institute.
- 141.Von der Schulenburg, J.M. (1994) Forming and reforming the market for third - party purchasing of health care: A German perspective. *Social Science & Medicine*, 39:1473 - 1481.
- 142.Wasem, J. (2000) Die private Pflegepflichtversicherung. In: Schmahl, W. *Zwischen Markt und Staat*. Berlin: Duncker and Humblot, p. 110 - 128.

143. Wendt, C., Agartan, T., Kaminska, M. (2013) Social health insurance without corporate actors: Changes in self - regulation in Germany, Poland and Turkey. *Social Science & Medicine*, 86:88 – 95
144. West, P. (1981) Theoretical and practical equity in the national health service in England. *Soc Sci Med*, 15 (3): 117.
145. Wiesenthal, H. (1981) *Die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Ein Beispiel für Theorie und Praxis des modernen Korporatismus*. Frankfurt: Campus.
146. Wild, C., Gibis, B. (2003) Evaluations of health interventions in social insurance – based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. *Health Policy*, 63:187 – 196

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διαδίκτυο

- 147.Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης (ΓΓΚΑ) (2013) Διακρατική κοινωνική ασφάλιση: Το συνταξιοδοτικό σύστημα της Γερμανίας σε γενικές γραμμές διαθέσιμο στο www.ggka.gr/sseu_ge.doc, ημερ. ανάκτησης 22/08/2013, Αθήνα.
- 148.Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (2010) Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, διαθέσιμο στο http://www.ggka.gr/asfalistiko_main.htm, ημερ. ανάκτησης 17/06/2013, Αθήνα.
- 149.Bundesministerium für Gesundheit, available at <http://www.bmg.bund.de>, day access 05/06/2013.
- 150.Göpffarth, D., (2012) The €20 Billion Problem in Germany's Statutory health insurance. American Institute for Contemporary German Studies, Johns Hopkins University, available at <http://www.aicgs.org/publication/the-e20-billion-problem-in-germanys-statutory-health-insurance/>, day access 19/08/2013.