

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση και τον
Χρηματοοικονομικό Σχεδιασμό για στελέχη του Δημοσίου και Ιδιωτικού
Τομέα**

Executive MBA in Financial Planning



Μεταπτυχιακή Διατριβή

**Η ικανοποίηση των ασφαλισμένων από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς
ασφάλισης**

Αυγεράκης Αντώνιος

Νικολόπουλος Σωτήριος

Διατριβή υποβληθείσα στο Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η παρούσα διατριβή αποτελεί μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος στη Διοίκηση και τον Χρηματοοικονομικό Σχεδιασμό για στελέχη του Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα

Καλαμάτα, Απρίλιος 2023

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση και τον
Χρηματοοικονομικό Σχεδιασμό για στελέχη του Δημοσίου και Ιδιωτικού
Τομέα**

Executive MBA in Financial Planning



Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Νικολόπουλος Σωτήριος

**Επίκουρος καθηγητής Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής, Σχολή
Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

Αγοράκη Μαρία Ελένη

**Επίκουρος καθηγήτρια, Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής, Σχολή
Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

Μαυριδόγλου Γεώργιος

**Επίκουρος καθηγητής, Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής, Σχολή
Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου**

UNIVERSITY OF PELOPONNESE
DEPARTMENT OF ACCOUNTING & FINANCE

**Postgraduate Master Program in Management and Financial Planning
for executives of the Public and Private Sector**

Executive MBA in Financial Planning



Master Thesis

The satisfaction of those insured by public and private insurance agencies

Avgerakis Antonios

Supervising Professor: Nikolopoulos Sotirios

Thesis submitted to the Department of Accounting & Finance of the University of Peloponnese.
This dissertation is part of the requirements for obtaining the Master's Degree in Management and
Financial Planning for executives of the Public and Private Sector

Kalamata, April 2023

UNIVERSITY OF PELOPONNESE
DEPARTMENT OF ACCOUNTING & FINANCE

**Postgraduate Master Program in Management and Financial Planning
for executives of the Public and Private Sector**

Executive MBA in Financial Planning



**The satisfaction of those insured by public and private insurance
agencies**

Nikolopoulos Sotirios

**Assistant professor, Department of Accounting and Finance, University of
Peloponnese**

Agoraki Maria Eleni

**Assistant professor, Department of Accounting and Finance, University of
Peloponnese**

Mavriithoglou Georgios

**Assistant professor, Department of Accounting and Finance, University of
Peloponnese**

Ο Αυγεράκης Αντώνιος

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- 1) Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.
- 2) Αποδέχομαι ότι το Τμήμα Λογιστικής & Χρηματοοικονομικής μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη του Ιδρύματος, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

Αφιέρωση

Στην οικογένεια μου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, Επίκουρο Καθηγητή, κ. Νικολόπουλο Σωτήριο, για τη σημαντική συμβολή του στην περάτωση της συγκεκριμένης εργασίας, ο οποίος με τις καίριες επισημάνσεις του με βοήθησε ουσιαστικά στη συγγραφή της παρούσας μελέτης.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ. 10	
1.1 Εισαγωγή.....	10
1.2 Η κοινωνική ασφάλιση	11
1.3 Η ιδιωτική ασφάλιση.....	17
1.4 Η ασφάλιση υγείας.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	24
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	24
2.2 Δομή και χρηματοδότηση της ασφάλισης στην Ελλάδα	32
2.2.1 Υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση	33
2.2.2 Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης.....	34
2.2.3 Ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης	37
2.3 Παροχές δημόσιου συστήματος ασφάλισης.....	38
2.4 Η χρηματοδότηση της υγείας	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	44
3.1 Εισαγωγή.....	44
3.2 Η ανάπτυξη και ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα	
45	
3.2.1 Προγράμματα που καλύπτουν νοσοκομειακά έξοδα.....	47
3.2.2 Παροχές σε χρήμα.....	48

3.2.3 Προγράμματα που καλύπτουν έξοδα περίθαλψης εξωτερικών ασθενών.....	48
3.2.4 Ασφάλιση εισοδήματος αναπηρίας.....	49
3.2.5 Διαχειριζόμενα προγράμματα φροντίδας	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΈΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	56
5.1 Σκοπός.....	56
5.2 Μεθοδολογία	56
5.3 Δείγμα	57
5.4 Ερωτηματολόγιο.....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	60
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ / ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	75
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	84

Περίληψη

Ένα ισχυρό κριτήριο απόδοσης του εθνικού μας συστήματος είναι η ικανοποίηση που απολαμβάνουν οι ασφαλισμένοι από τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στη μελέτη της ανταποκρισιμότητας του εθνικού μας συστήματος υγείας σχετικά με τις προσδοκίες των ασφαλισμένων. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων μπορεί να αξιοποιηθεί για τον εντοπισμό και την αντιμετώπιση πιθανών δυσχερειών στη λειτουργία της δημόσιας ασφάλισης.

Μεθοδολογία έρευνας: Η μέθοδος της έρευνας ήταν ποσοτική. Έγινε μέσω ερωτηματολογίου το οποίο περιλαμβάνει κλειστού τύπου ερωτήσεις εκφρασμένες σε πεντάβαθμη κλίμακα Likert, το οποίο συμπληρώθηκε από 121 ενήλικα άτομα κατά το διάστημα από 1^η έως 15^η Δεκεμβρίου 2022. Η επιλογή του δείγματος έγινε με την μέθοδο της αλυσοειδούς δειγματοληψίας (snowball sampling)..

Αποτελέσματα: Πολλές βασικές διαφορές αναδεικνύονται κατά την αξιολόγηση της ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα. Από τη μια πλευρά, η ιδιωτική ασφάλιση προσφέρει μεγαλύτερη ευελιξία, όμως με πιο υψηλό κόστος, γεγονός που την καθιστά προσιτή σε λίγους. Από την άλλη πλευρά, η δημόσια ασφάλιση είναι προσιτή σε πολλούς, αλλά δυσλειτουργεί με τις συνθήκες πίεσης που δημιουργούνται λόγω της αυξημένης ζήτησης υπηρεσιών, δημιουργώντας δυσαρέσκεια στους ασφαλισμένους.

Λέξεις κλειδιά: Δημόσια ασφάλιση, Ιδιωτική ασφάλιση, Κοινωνική ασφάλιση, Ταμεία ασφάλισης, e-ΕΦΚΑ

Abstract

The measurement of satisfaction among public and private insured people is a strong criterion for comparison and performance of our national system.

The purpose of this research is to study the responsiveness of our national health system to the expectations of the insured. The evaluation of the satisfaction of the insured citizens can be used to reveal possible difficulties in the operation of public insurance.

Research Methodology: The research method was quantitative. It was done through a questionnaire which includes closed-ended questions expressed on a five-point Likert scale, which was completed by 121 adults between December 1 and December 15, 2022. The sample was selected using the snowball sampling method in which individuals initially participating in the survey are invited to suggest other people to participate in completing the questionnaire.

Results: The evaluation of private and public insurance in Greece highlights several key differences between the two systems. Private insurance offers more flexibility at a higher cost, which makes it accessible to a limited part of the Greek society, while public insurance is affordable for many. The dissatisfaction created among Greek citizens is based on the malfunctions of the system which works under the pressure of augmented demand of services.

Keywords: Public insurance, Private insurance, Social insurance, Insurance funds, e-EFKA

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Εθνικά και Φιλελεύθερα συστήματα (Μητροσύλη, 1999)	15
Εικόνα 2. Το μοντέλο ασφάλειας υγείας (Conn & Walford, 1998)	21
Εικόνα 3 Νομοθεσία οργανισμών Κ.Α (Υπουργείο εργασίας, κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας (2014)).....	28
Εικόνα 4 Ιδιωτική και Κοινωνική ασφάλιση	33
Εικόνα 5. Η πορεία της κρατικής χρηματοδότησης (Petmesidou, 2019).....	42
Εικόνα 6 Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι περίπου το ήμισυ του μέσου όρου στην ΕΕ (OECD, 2021).....	43
Εικόνα 7. Η Ελλάδα ξοδεύει σημαντικά λιγότερα για εξωνοσοκομειακή και μακροχρόνια περίθαλψη από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ (OECD, 2021)	43
Εικόνα 8. Ιστορική εξέλιξη των αντιλήψεων (Alsaud et al., 2018).....	54
Εικόνα 9. Γραφική αναπαράσταση της αλυσοειδούς δειγματοληψίας (snowball sampling) (Statology, 2023)	58
Εικόνα 10. Φύλλο συμμετεχόντων	60
Εικόνα 11. Οικογενειακή κατάσταση	60
Εικόνα 12. Ηλικία συμμετεχόντων	61
Εικόνα 13. Εκπαιδευτικό υπόβαθρο.....	62
Εικόνα 14. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	62
Εικόνα 15. Ιδιότητα σε σχέση με το ΕΦΚΑ	63
Εικόνα 16. Μορφή ασφάλισης	63
Εικόνα 17. Προστατευόμενα μέλη	63
Εικόνα 18. Είδος ασφάλισης στα προστατευόμενα μέλη	64
Εικόνα 19. Παράγοντες που οδηγούν στην ιδιωτική ασφάλιση.....	64
Εικόνα 20. Επιθυμία ελεύθερης επιλογής ασφάλισης.....	66
Εικόνα 21. Η πρόσβαση και η διαδικασία ραντεβού	66
Εικόνα 22. Χρήση και ευκολία υπηρεσιών υγείας	67
Εικόνα 23. Χρόνος αναμονής (1)	67

Εικόνα 24. Χρόνος αναμονής (2)	68
Εικόνα 25. Χρόνος αναμονής (3)	68
Εικόνα 26. Χρήματα που ξοδεύτηκαν	69
Εικόνα 27. Χρησιμότητα ως προς τη μείωση των δαπανών	69
Εικόνα 28. Ικανοποίηση από την πρωτοβάθμια περίθαλψη	70
Εικόνα 29. Ικανοποίηση από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη	70
Εικόνα 30. Οι επιστρεφόμενες υπηρεσίες δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης εκπληρώνουν τις προσδοκίες μου	71
Εικόνα 31. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κρίνετε θετικά ως προς την γνώση και την εμπειρία τους.....	71
Εικόνα 32. Πιστεύετε ότι οι υποδομές και οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ικανοποιητικές.....	72
Εικόνα 33. Οι γιατροί ερεύνησαν διεξοδικά την ασθένειά μου	72
Εικόνα 34. Ο αριθμός των διαγνωστικών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν ήταν επαρκείς.....	73
Εικόνα 35. Οι γιατροί σχεδίασαν σωστά όλη την πορεία της θεραπείας μου	73
Εικόνα 36. Πιστεύετε ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι θα μπορούσαν να σας αποκλείσουν από προγράμματα υγείας λαμβάνοντας υπόψη διάφορους παράγοντες πχ την ηλικία σας,	74

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασφάλιση διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σύγχρονη κοινωνία καθώς παρέχει προστασία έναντι οικονομικών ζημιών λόγω απροσδόκητων γεγονότων και κινδύνων, όπως ατυχήματα, ασθένειες, φυσικές καταστροφές και αγωγές από τρίτους. Ο κύριος ρόλος της ασφάλισης είναι να καταναίμει τον κίνδυνο πιθανής ζημίας και ταυτόχρονα να μετριάσει δυσμενείς επιπτώσεις σε μια μεγάλη ομάδα ανθρώπων ή οντοτήτων που μοιράζονται παρόμοιους κινδύνους.

Ταυτόχρονα, αποτελεί μοχλό για την προώθηση της οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης και σταθερότητας. Την ίδια στιγμή, παρέχοντας προστασία από κινδύνους, συμβάλει στη μείωση της αβεβαιότητας, στην βελτίωση της υγείας και στην ενθάρρυνση της επιχειρηματικότητας. Ιδιαίτερα μετά την βιομηχανική επανάσταση και με την εξάπλωση της μισθωτής απασχόλησης και της μετάβασης από τις αγροτικές οικονομίες στις βιομηχανικές, εμφανίστηκε αποφευκτά η ανάγκη να υπάρξουν μέτρα που θα διασφάλιζαν την ελάχιστη κοινωνική προστασία των εργαζομένων και των οικογενειών τους.

Σήμερα παρόλη την οικονομική και τεχνολογική ανάπτυξη ο άνθρωπος εξακολουθεί να βιώνει, ίσως και περισσότερο, την αβεβαιότητα που βίωσε και στο παρελθόν για διάφορα θέματα υγείας, εργασίας, ιδιοκτησίας κτλ. Η ανθρώπινη φύση είναι εγγενώς ανασφαλής. Αισθάνεται ευάλωτη και προσπαθεί ασταμάτητα να μεριμνά για τον εαυτό της. Ως κοινωνικά όντα, οι άνθρωποι χτίζουν ιστούς προστασίας και λαμβάνουν ατομικά και συλλογικά μέτρα πρόνοιας. Η κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση έχουν την ίδια φιλοσοφία και εξυπηρετούν τον ίδιο σκοπό, δηλαδή να αποζημιώσουν ή να προσφέρουν υπηρεσίες στον ασφαλισμένο έναντι ενός εκ των προτέρων καταβαλλόμενου ποσού, όταν επέλθει ο ασφαλιστικός κίνδυνος.

Καθοριστικής σημασίας αποτελεί η παροχή ποιοτικών και αξιόπιστων ασφαλιστικών υπηρεσιών στο κοινό, συμβάλλοντας έτσι στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ του ασφαλιστικού οργανισμού και του ασφαλισμένου. Στους ασφαλισμένους θα πρέπει να δημιουργηθεί η πίστη ότι οι ασφαλιστικοί τους πάροχοι θα τηρήσουν τις

υποσχέσεις τους, και ότι θα προστατευθούν από τις συνέπειες απροσδόκητων κινδύνων όταν επέλθει ανάγκη.

Σήμερα παρατηρούμε, όλο και περισσότερα άτομα να στρέφονται προς την ιδιωτική ασφάλιση η οποία έρχεται να καλύψει τα κενά και τις αδυναμίες της κοινωνικής. Προσφέρει περισσότερες επιλογές στους ασφαλισμένους ως προς το επίπεδο και τον τύπο ασφάλισης ανάλογα με την οικονομική τους δυνατότητα, σε αντιδιαστολή με την κοινωνική, η οποία παρέχει ένα βασικό επίπεδο ασφάλισης για όλους τους πολίτες. Τα άτομα προτιμούν να πληρώνουν τους ιδιωτικούς φορείς ασφάλισης έστω και αν έχουν ήδη καταβάλλει εισφορές στους κοινωνικούς φορείς λόγω της έλλειψης εμπιστοσύνης στο κοινωνικό σύστημα υγείας.

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην ικανοποίηση των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, είτε έχουν ασφαλιστεί στον ιδιωτικό τομέα, είτε στον δημόσιο. Το είδος της ασφάλειας που εξετάζεται είναι αυτό της υγείας. Η εργασία βασίζεται σε έρευνα μέσω ερωτηματολογίων και αναλύεται με στατιστικές μεθόδους. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα συντελέσουν στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών και στις δύο αυτούς τομείς. Η δομή της εργασίας είναι η παρακάτω:

- Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται εννοιολογικός προσδιορισμός των βασικών εννοιών που θα μελετηθούν.
- Στο δεύτερο κεφάλαιο ακολουθεί περιγραφή της δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα.
- Στο τρίτο κεφάλαιο ακολουθεί η περιγραφή της κατάστασης του ιδιωτικού τομέα ασφάλισης.
- Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται αναλυτική παρουσίαση των βημάτων της μεθοδολογίας και υλοποίησης της έρευνας.
- Στο πέμπτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η ανάλυση των αποτελεσμάτων.
- Τέλος, ακολουθούν τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – Εννοιολογικός προσδιορισμός βασικών εννοιών

1.1 Εισαγωγή

Αρχικά, θα πρέπει να ορίσουμε την έννοια της ασφάλισης προκειμένου να προβούμε σε μία ομαλή περιγραφή της κατάστασης τόσο στον ιδιωτικό, όσο και στον δημόσιο τομέα στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα η ασφάλιση ορίζεται από τον Νεκτάριο (2003) ως «η συγκέντρωση τυχαίων και απρόβλεπτων κινδύνων με τη μεταφορά τους σε ασφαλιστές που συμφωνούν έναντι ασφαλιστρού να αποζημιώσουν μια μεγάλη ομάδα ή ένωση προσώπων για τις τυχαίες ζημιές ή να παρέχουν άλλες χρηματικές παροχές ή υπηρεσίες που συνδέονται με τον κίνδυνο». Η ασφάλιση, δηλαδή, είναι ένας τρόπος διαχείρισης του κινδύνου. Όταν αγοράζει κάποιος μία ασφάλεια, στην πραγματικότητα αγοράζει προστασία έναντι απροσδόκητων οικονομικών ζημιών.

Στο πλαίσιο των εννοιών που εντάσσονται στην εξέταση της παρούσας έρευνας είναι:

1. Ο κίνδυνος: ο κίνδυνος είναι υπαρκτός και στην πραγματικότητα ισοδυναμεί με πιθανότητα ζημίας και το απρόβλεπτο του μέλλοντος. Πιθανόν να προέρχεται από τρεις παράγοντες: τα φυσικά αίτια, τις ανθρώπινες πράξεις και την οικονομική δραστηριότητα (Χατζόπουλος, 2007).
2. Η μετάθεση κινδύνου: είναι η διαδικασία ασφάλισης κατά την οποία ένα άτομο μεταβιβάζει τον κίνδυνο σε μία κοινωνία ανθρώπων με σκοπό την διαμόρφωση ενός αισθήματος ηρεμίας. Ο ασφαλιστής θα πρέπει να είναι φερέγγυος προκειμένου να διασφαλιστεί η όλη διαδικασία.

Η ασφάλιση μπορεί να λάβει δύο διαστάσεις, δηλαδή να είναι είτε δημόσια, είτε ιδιωτική. Πιο συγκεκριμένα ο Χατζηγάγιος (2009) αναφέρει για την ιδιωτική ασφάλιση πως είναι η ασφάλιση που παρέχεται συνήθως από ιδιωτικούς φορείς και διέπεται από διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου. Στηρίζεται στην ασφαλιστική σύμβαση. Είναι κατά κανόνα προαιρετική και κατ' εξαίρεση υποχρεωτική. Όσον αφορά την κοινωνική ασφάλιση αναφέρει πως είναι η ασφάλιση που παρέχεται

αποκλειστικά από φορείς δημοσίου δικαίου και συνεπώς, διέπεται από διατάξεις του δημοσίου δικαίου. Στηρίζεται στο νόμο και έχει πάντοτε υποχρεωτικό χαρακτήρα.

1.2 Η κοινωνική ασφάλιση

Δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος ορισμός για την κοινωνική ασφάλιση. Στη βιβλιογραφία συναντώνται συχνά δύο ορισμοί — ένας στενότερος και ένας ευρύτερος. Σύμφωνα με τον στενότερο ορισμό, η κοινωνική ασφάλιση αποτελείται από κυβερνητικά προγράμματα στα οποία οι εργαζόμενοι ή/και οι εργοδότες τους, πληρώνουν εισφορές κατά τη διάρκεια των ετών που απασχολούνται. Με αυτό τον τρόπο, οι εργαζόμενοι πληρούν τις προϋποθέσεις για παροχές από τα προγράμματα στις εξής περιπτώσεις: α) όταν συμπληρώσουν την ηλικία συνταξιοδότησης, β) εάν αναγνωριστεί ότι έχουν κάποιο επίπεδο αναπηρίας, γ) εάν απολυθούν ή δ) βιώσουν άλλη ειδική εκδήλωση.

Ο ευρύτερος ορισμός της κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει οποιοδήποτε θεσπισμένο πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας με σκοπό την παροχή στα άτομα εισοδηματικής ασφάλειας εάν αντιμετωπίσουν τα εξής: α) ενδεχόμενα γήρατα, β) ανεργία, γ) ανικανότητα, δ) αναπηρία, ή ε) ανατροφή παιδιών. Επιπλέον, περιλαμβάνει πρόσβαση σε θεραπευτική ή προληπτική ιατρική περίθαλψη. Με αυτό τον τρόπο τα προγράμματα ενισχύουν τους πολίτες να εξασφαλίσουν μία υπηρεσία ή να αντέξουν οικονομικά. Οι ασφαλισμένοι θα πρέπει να εξασφαλίζουν τα απαραίτητα, όπως είναι το φαγητό, η στέγαση και η κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης, όταν επέλθει ο κίνδυνος.

Ακόμα, η κοινωνική ασφάλιση, όπως ορίζεται από τη Διεθνή Ένωση Κοινωνικής Ασφάλισης (DCOMM, 2009), μπορεί να περιλαμβάνει προγράμματα κοινωνικής ασφάλισης, προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, καθολικά προγράμματα, συστήματα αμοιβαίων παροχών, εθνικά ταμεία πρόνοιας και άλλες ρυθμίσεις. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται προσεγγίσεις οι οποίες είναι προσανατολισμένες στην αγορά, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία ή πρακτική και αποτελούν μέρος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης μιας χώρας.

Ο ΟΟΣΑ οριοθετεί ως κοινωνικές δαπάνες τις δαπάνες χορήγησης, από δημόσιους φορείς, χρηματικών παροχών σε νοικοκυριά και άτομα με σκοπό την υποστήριξη τους κατά τη διάρκεια καταστάσεων που επηρεάζουν αρνητικά την ευημερία τους, διακρίνοντας τις ακόλουθες κατηγορίες παροχών κοινωνικής προστασίας (Adema and Ladaique, 2009):

- Συντάξεις γήρατος (Oldage pensions)
- Συντάξεις επιζώντων (Survivor pensions)
- Παροχές συνδεδεμένες με την αναπηρία (Incapacity-related benefits)
- Δαπάνες για υγεία (Health Spending)
- Οικογενειακές παροχές (family benefits)
- Ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης (Active labour market policies)
- Επιδόματα ανεργίας και δαπάνες πρόωρης συνταξιοδότησης (Unemployment compensation and early retirement for labour market reasons)
- Στεγαστικές παροχές (Housing allowances and rents subsidies)
- Λοιπές κοινωνικές παροχές (Other social policy areas)

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, κυρίως τα ευρωπαϊκά κράτη, ξεκίνησαν να καθιερώνουν οργανωμένα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης αναδεικνύοντας το ως πρωταρχικό στόχο της πολιτικής τους. Έτσι παρά της ετερογένειας του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος των χωρών αυτών, γεννήθηκε ένα κοινό ανθρώπινο δικαίωμα, αυτό της κοινωνικής ασφάλισης. Στη γενική συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών την 10.12.48 αναγνωριστικέ διεθνώς το δικαίωμα κάθε ανθρώπου στην κοινωνική ασφάλιση. Στην συνέχεια το δικαίωμα αυτό διατυπώθηκε και σε άλλα διεθνή κείμενα όπως η Διεθνής σύμβαση Εργασίας του 1952 όπου διατυπώθηκαν τα ελάχιστα όρια κοινωνικής ασφάλισης (κυρώθηκε από την Χώρα μας με το Ν.3251/55), ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Κοινωνικής Ασφάλειας (κυρώθηκε από την Ελλάδα με το Ν.1136/81), ο Ευρωπαϊκός Κανονισμός 883/2004 της 29 ης Απριλίου 2004 για το συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας κτλ (DCOMM, 2009). Εδώ θα πρέπει να τονίσουμε ότι σε αντίθεση με τις ρυθμίσεις περί

συντονισμού των οικονομικών πολιτικών, το ενωσιακό δίκαιο (το δίκαιο της Ε.Ε.) δεν προωθεί δεσμευτικές παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οργάνωσης και τον συντονισμό των συστημάτων και των πολιτικών κοινωνικής ασφάλισης των κρατών μελών. Περιορίζεται μόνο σε ειδικές ρυθμίσεις για τους διακινούμενους πολίτες και εργαζόμενους καθώς και σε συστάσεις που δεν συνεπάγονται όμως δεσμεύσεις για τα κράτη μέλη.

Στα Ευρωπαϊκά κοινωνικά συστήματα ασφάλισης χαρακτηριστικά είναι η υποχρεωτική ασφάλιση, η συλλογικότητα, η καθολική κάλυψη και η έντονη κρατική παρέμβαση. Τα ανωτέρω βασίστηκαν βασικά σε δύο μοντέλα ασφάλισης, το μοντέλο Bismarck που εφαρμόστηκε στην Γερμανία και το μοντέλο Beveridge που εφαρμόστηκε στην Μεγάλη Βρετανία (DCOMM, 2009).

Στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, υιοθετήθηκε για πρώτη φορά, από τη Γερμανία, ένα πρόγραμμα κοινωνικής ασφάλισης γήρατος, σχεδιασμένο από τον Otto von Bismarck (DCOMM, 2009). Ο ίδιος είχε κίνητρο να εισαγάγει την κοινωνική ασφάλιση στη χώρα ώστε να προωθήσει την ευημερία των εργαζομένων, προκειμένου να διατηρήσει την αποτελεσματικότητα της γερμανικής οικονομίας. Το μοντέλο αυτό κυριαρχείται από πολλά ασφαλιστικά ταμεία που απευθύνονται σε ομοειδείς κοινωνικο-επαγγελματικές ομάδες πληθυσμού. Η αυτονομία των ταμείων περιορίζει την κρατική παρέμβαση και επιτρέπει διαφορετικές υγειονομικές παροχές. Διέπεται από την αρχή της κοινωνικής συναίνεσης, της συλλογικότητας και της αλληλεγγύης και χρηματοδοτείται κυρίως από την υποχρεωτική ασφάλιση εργαζομένων, εργοδοτών, αυτοαπασχολούμενων και συνταξιούχων. Το σύστημα αυτό εφαρμόζεται σε πολλές χώρες της Ευρώπης, όπως η Γαλλία, η Ιταλία, η Αυστρία και η Ολλανδία.

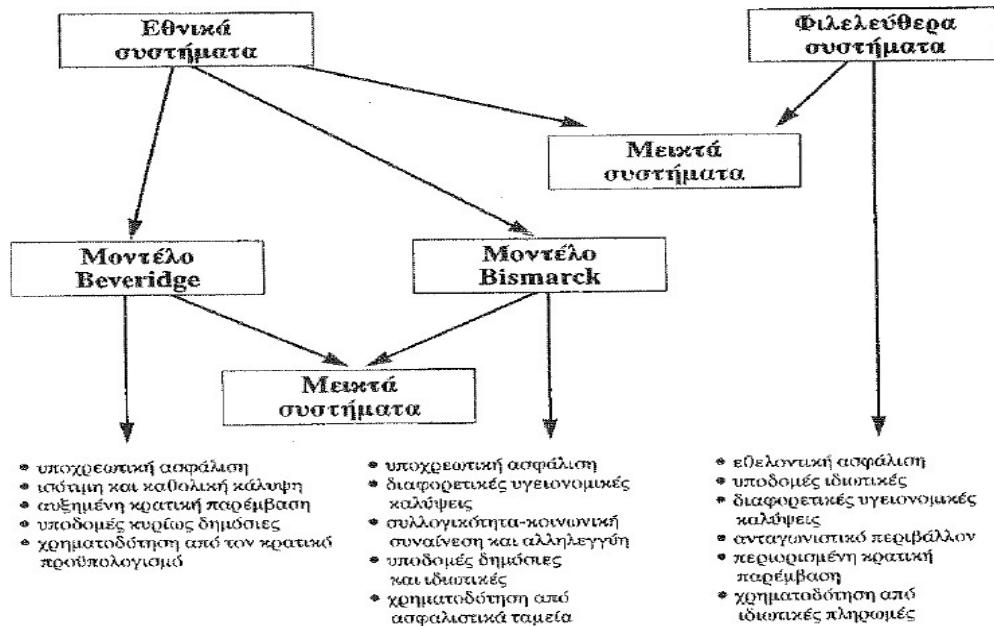
Στο τέλος του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου δημοσίευσε το σχέδιο Beveridge (Blair, 1999). Το σύστημα Beveridge βασίζεται στην αρχή της κρατικής παροχής υπηρεσιών κοινωνικής ασφάλισης, στην οποία οι πολίτες λαμβάνουν απευθείας τις υπηρεσίες από το κράτος, χωρίς να πρέπει να συνεισφέρουν επιπλέον χρήματα. Χρηματοδοτείται δηλαδή από τον κρατικό προϋπολογισμό χωρίς να υπάρχουν ασφαλιστικά ταμεία. Περιλαμβάνει κρατικά προγράμματα όπως η κοινωνική ασφάλιση, η υγειονομική περίθαλψη και η

παιδεία. Η κύρια διαφορά μεταξύ των δύο συστημάτων είναι η αρχή στην οποία βασίζονται. Ενώ το σύστημα Bismarck βασίζεται στην αρχή της ατομικής συνεισφοράς στην κοινωνική ασφάλιση, το σύστημα Beveridge βασίζεται στην αρχή της κρατικής παροχής υπηρεσιών.

Ένας τρίτο μοντέλο ασφάλισης που κυριάρχησε κυρίως στις χώρες του ανατολικού μπλοκ είναι το μοντέλο Semashko το οποίο έχει ονομαστεί έτσι προς τιμήν του Semashko, ενός Ρώσου ιατρού και πολιτικού (Sheiman, Shishkin, & Shevsky, 2018). Σε αυτό το μοντέλο, η ασφάλιση υγείας προσφέρεται από το κράτος, και χρηματοδοτείται από τους φόρους που καταβάλλουν οι πολίτες αλλά και από άλλες πηγές εσόδων. Το μοντέλο αυτό ήταν ασφυκτικά κρατικό και γραφειοκρατικό και κατάρρευσε μαζί με την κατάρρευση των πολιτικών συστημάτων των χωρών αυτών.

Τα φιλελεύθερα συστήματα όπως αυτό των ΗΠΑ διαφέρουν ριζικά με το ασφαλιστικό σύστημα της Ευρώπης. Τα ασφαλιστικά προγράμματα προσφέρονται από ιδιωτικές εταιρείες και λειτουργούν με βάση το σύστημα προσφοράς-ζήτησης τιμών, σε έντονα ανταγωνιστικό περιβάλλον (Myles, 1998). Το κόστος των προγραμμάτων σχετίζεται άμεσα με τους καλυπτόμενους κινδύνους και διαμορφώνονται σύμφωνα με την οικονομική δυνατότητα των ασφαλισμένων. Μπορεί να ανέρχεται σε μεγάλα ποσά ή απολύτως τίποτα, μιας και η ασφάλιση υγείας δεν είναι υποχρεωτική. Η κρατική παρέμβαση είναι σχεδόν ανύπαρκτη. Στο σχήμα που ακολουθεί παρατηρούμε τα μοντέλα που ακολουθήθηκαν στα εθνικά συστήματα, καθώς και τα χαρακτηριστικά των φιλελεύθερων.

Σχήμα 1
Εθνικά και φιλελεύθερα συστήματα



Εικόνα 1. Εθνικά και Φιλελεύθερα συστήματα (Μητροσύλη, 1999)

Σημαντικές διαφορές με ποικίλα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα υπάρχουν μεταξύ του εθνικού και φιλελεύθερου μοντέλου ασφάλισης, αλλά το ίδιο και πολλές ενδιάμεσες μορφές. Στην πραγματικότητα σήμερα παρατηρούμε ότι σε όλες της χώρες τα συστήματα υγείας είναι μικτά και κανένα δεν λειτουργεί στην αμιγή του μορφή (Μητροσύλη, 1999). Κατά την μακρά πορεία της ανάπτυξή τους, παρατηρούμε ότι επήλθαν σημαντικές αλλαγές που οδηγούν σε σύγκλιση των ανωτέρω μοντέλων. Έτσι βλέπουμε στην Ευρώπη ότι επιχειρείται σταδιακά η μεταφορά μέρους της εθνικής ασφάλισης στην ιδιωτική, ενώ στις ΗΠΑ μέσω προγραμμάτων όπως τα Medicaid και Medicare να ενισχύεται ο κοινωνικός χαρακτήρας του κράτους υιοθετώντας μέτρα που εξασφαλίζουν μια ελάχιστη δέσμη υπηρεσιών υγείας για τους πολίτες της (Alber, 2010).

Το ίδιο παρατηρούμε και με τα μοντέλα ασφάλισης Beveridge και Bismarck. Οι χώρες της Ευρώπης έχουν υιοθετήσει ένα μικτό σύστημα ασφάλισης που περιλαμβάνει στοιχεία των ανωτέρω μοντέλων. Αποτελούν συνδυασμό των δύο αρχών και διαφέρουν ανάλογα με το πολιτικό και οικονομικό σύστημα της χώρας. Αυτό μπορούμε να το παρατηρήσουμε και στην χώρα μας με τον διφυή χαρακτήρα της συνταξιοδοτικής παροχής που χωρίζεται στην εθνική σύνταξη, η οποία

χρηματοδοτείτε απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την ανταποδοτική σύνταξη, η οποία βασίζεται στις καταβληθείσες αποδοχές των εργαζομένων (Ν.4387/2016).

Στο Ελληνικό δίκαιο έχει υιοθετηθεί η έννοια του Ενιαίου Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας, που ρυθμίζεται στην παρ.1 του άρθρου 1 του Ν.4387/2016: (Νόμος 4387/2016: Μεταρρύθμιση Ασφαλιστικού Συνταξιοδοτικού Συστήματος, 2016)

«Οι κοινωνικές παροχές της Πολιτείας χορηγούνται στο πλαίσιο Ενιαίου Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας, με σκοπό την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και κοινωνικής προστασίας, με όρους ισότητας, κοινωνικής δικαιοσύνης, αναδιανομής και αλληλεγγύης των γενεών. Το Ενιαίο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλειας περιλαμβάνει το Εθνικό Σύστημα Υγείας για τις παροχές υγείας, το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τις προνοιακές παροχές και το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης για τις ασφαλιστικές παροχές, όπως ρυθμίζεται από το νόμο αυτόν».

Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Προστασίας περιλαμβάνει τις παροχές και υπηρεσίες που χορηγούνται από (Νόμος 4387/2016: Μεταρρύθμιση Ασφαλιστικού Συνταξιοδοτικού Συστήματος, 2016):

1. Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης
2. Το Σύστημα Κοινωνικής Πρόνοιας
3. Το Σύστημα Κοινωνικής Ένταξης
4. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας
5. Το Σύστημα Απασχόλησης
6. Το Σύστημα Στέγασης

Συμπερασματικά, η κοινωνική ασφάλιση υλοποιείται από δημόσιους φορείς και η σχέση μεταξύ ασφαλισμένων και φορέων κινείται κάτω από ένα προκαθορισμένο νομικό πλαίσιο. Η σχέση αυτή στην χώρα μας είναι υποχρεωτική, καθώς εξυπηρετεί το κοινωνικό συμφέρον. Στοχεύει μέσω της αναπλήρωσης του χαμένου εισοδήματος, και της προστασίας της υγείας, λόγω επέλευσης του επαγγελματικού κινδύνου, στην χορήγηση ενός αποδεκτού κεκτημένου βιοτικού επιπέδου των

εργαζομένων. Αμβλύνει τις οικονομικές ανισότητες λειτουργώντας αναδιανεμητικά στο εισόδημα. Συμβάλει στην πρόληψη της φτώχειας και στην πραγμάτωση της κοινωνικής αλληλεγγύης. Αυξάνει την παραγωγικότητα των εργαζομένων και εγγυάται την αγοραστική τους δύναμη (Μητροσύλη, 1999).

1.3 Η ιδιωτική ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση παρέχεται από φορείς μη δημόσιου τομέα και καθορίζεται από το αντίστοιχο νομοθετικό πλαίσιο. Στην Ελλάδα, η ιδιωτική ασφάλιση διέπεται από τον Ν.Δ. 400/1970 (Φ.Ε.Κ. Α' 10) "Περί Ιδιωτικής Επιχειρήσεως Ασφάλισης", καταργηθέν από 1.1.2016 (άρθρο 278 παρ.1 Ν. 4364/2016), όπως είχε τροποποιηθεί έως και το Νόμο 4261/2014 (ΦΕΚ Α' 107) (*Νόμος 4261/2014 , κωδικοποιημένος με τον 5036/2023 ΦΕΚ Α' 107/05-05-2014, 2014*). , που καθορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις για τη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιρειών και την προστασία των καταναλωτών.

Ο ασφαλισμένος συνάπτει σύμβαση με μία ιδιωτική επιχείρηση που έχει εμπορικό χαρακτήρα, η οποία προσδοκά στο κέρδος. Ένας ασφαλιστής πρέπει να έχει μια υγιή στρατηγική αναφορικά με τη διαχείριση των κινδύνων. Η κοινωνία κινδύνων, στην οποία στηρίζεται η ιδιωτική ασφάλιση, απαιτεί οργάνωση από μέρους του ασφαλιστή, συστηματική ανάληψη των κινδύνων, στατιστικούς και μαθηματικούς υπολογισμούς κατά τέτοιο τρόπο, ώστε το κεφάλαιο που σχηματίζεται από το σύνολο των ασφαλιστρών και το αποτέλεσμα της παραπέρα επένδυσης σημαντικού μέρους του, να είναι ικανό για την πλήρη κάλυψη των ασφαλισμένων (Νεκτάριος, 2003).

Ο ασφαλιστής θα πρέπει να καθορίσει αρχικά την ανοχή κινδύνου, δηλαδή το επίπεδο κινδύνου που είναι σε θέση να αναλάβει, λαμβάνοντας υπόψη τους επιχειρηματικούς του στόχους και τους διαθέσιμους πόρους του. Κατά τη διαμόρφωση της στρατηγικής διαχείρισης κινδύνου, ο ασφαλιστής θα πρέπει να λάβει υπόψη τις επικρατούσες οικονομικές συνθήκες και τους κινδύνους που μπορούν να οδηγήσουν σε αστάθεια την κερδοφορία. Θα πρέπει να επανεξετάζει περιοδικά τη στρατηγική διαχείρισης κινδύνου λαμβάνοντας υπόψη τις δικές του οικονομικές επιδόσεις και τις εξελίξεις της αγοράς (Abraham, 1985). Οι ορθές

πρακτικές για τη διαχείριση των αναδυόμενων κινδύνων περιλαμβάνουν (Monetary authority of Singapore, 2013):

1. τον εντοπισμό αναδυόμενων κινδύνων μέσω ενός συστήματος έγκαιρης προειδοποίησης, όπου θα μπορούσαν να συλλεχθούν πληροφορίες είτε μέσω εσωτερικών πηγών, είτε εξωτερικών,
2. την αξιολόγηση της σημασίας των αναδυόμενων κινδύνων, προσδιορίζοντας ποιες επιχειρηματικές κατηγορίες και ασφαλιστήρια είναι πιθανό να επηρεαστούν από την υλοποίηση του κινδύνου. Κατά την αξιολόγηση των πιθανών οικονομικών επιπτώσεων, ο ασφαλιστής πρέπει να λάβει υπόψη τον βαθμό συγκέντρωσης και την πιθανή συσχέτιση με άλλους κινδύνους που υπάρχουν ήδη στο χαρτοφυλάκιο και τέλος,
3. τον καθορισμό κατάλληλων αντιδράσεων σε αναδυόμενους κινδύνους. Για παράδειγμα, μια απάντηση θα μπορούσε να είναι ο μετριασμός του κινδύνου με ένα κατάλληλο πρόγραμμα αντασφάλισης.

Τα βασικά και ειδοποιά χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης συγκριτικά με την κοινωνική είναι τα εξής σύμφωνα με τον Γιαννάκη (2017):

1. Δεν είναι υποχρεωτική, εκτός αν υφίστανται ειδικές συνθήκες, όπως είναι η ασφάλιση αυτοκινήτου ή αποτελεί προϋπόθεση για την ολοκλήρωση λήψης δανείου π.χ. κατοικίας.
2. Ασκείται και υπόκειται στην ιδιωτική σφαίρα, η οποία εποπτεύεται από το κράτος.
3. Καλύπτει ζημιές σε πρόσωπα και αγαθά.
4. Η σχέση στηρίζεται σε σύμβαση ιδιωτικού δικαίου
5. Το αντίτιμο της σύμβασης καταβάλλεται από τον ασφαλιζόμενο είτε για τον ίδιο, είτε για λογαριασμό κάποιου άλλου.
6. Το πακέτο κάλυψης αποφασίζεται από τον ασφαλιζόμενο σύμφωνα με τις οικονομικές του δυνατότητες και τις ανάγκες του.

Η ιδιωτική ασφάλιση παρουσιάζει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα έναντι της κοινωνικής. Ο ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών οδηγούν στην αναβάθμιση των υπηρεσιών που προσφέρουν επιτυγχάνοντας το καλύτερο δυνατό

αποτέλεσμα. Συγχρονίζονται και προσαρμόζονται χωρίς καθυστέρηση στις ανάγκες των ασφαλισμένων, προσφέροντας ασφαλιστικά προγράμματα σε ανταγωνιστικές τιμές. Επιτυγχάνεται διοχέτευση των πόρων που αντλούνται σε επενδύσεις και παραγωγικά περιουσιακά στοιχεία, ώστε να επιτευχθεί η αύξηση του κέρδους και της συνολικής αποταμίευσης. Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες μπορεί να θέτουν περιορισμούς στους όρους και τις προϋποθέσεις της κάλυψης, συμπεριλαμβανομένων των αποκλεισμών και των περιορισμών καλυπτόμενων περιστατικών (Μητροσύλη, 1999). Μπορούν να απορρίπτουν αιτήσεις ασφάλισης όταν διαπιστώνουν προβλήματα υγείας του αιτούντα καθώς και ατόμων που διαμένουν σε άγονες περιοχές. Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος μη αποζημίωσης στην ιδιωτική ασφάλιση, ειδικά όταν οι όροι και οι προϋποθέσεις δεν έχουν διαβαθμιστεί σωστά ή δεν έχουν ανακοινωθεί σαφώς στους ασφαλισμένους. Όταν επέλθει ο κίνδυνος συχνά εμφανίζουν προσκόμματα ώστε να καταβάλουν την λιγότερη δυνατή αποζημίωση σε σχέση με αυτή που είχαν υποσχεθεί. Είναι κατανοητό λοιπόν, ότι η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να καλύψει αδυναμίες της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά από τη στιγμή που η διαμόρφωση και παροχή των προϊόντων γίνεται στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς, μεταφέρονται σε αυτό το πλαίσιο και οι αντίστοιχες αδυναμίες.

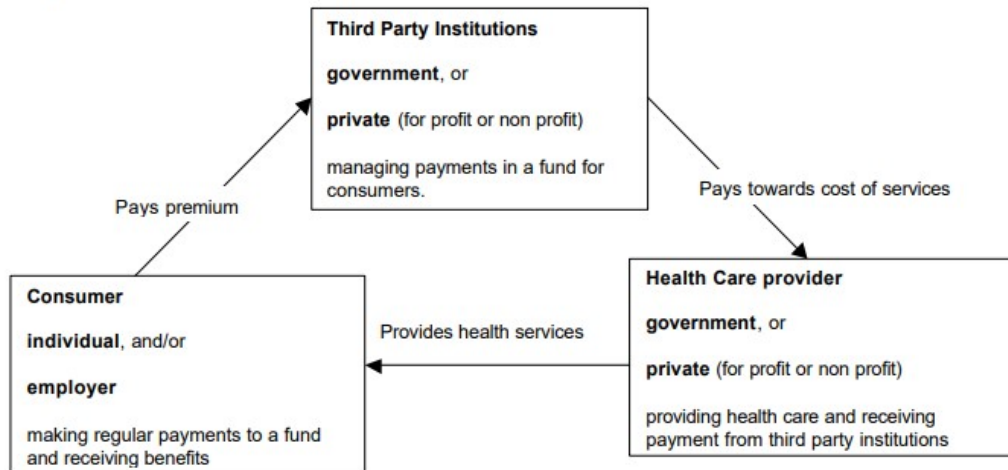
1.4 Η ασφάλιση υγείας

Η ασφάλιση της ζωής και της υγείας είναι υψίστης σημασίας ζητήματα για την κοινωνία μας. Η προστασία της υγείας αναφέρεται σε μία δέσμη μέτρων που έχει στόχο να παρέχει οικονομική κάλυψη για την διατήρηση και αποκατάστασή της, ώστε να μην υποβαθμιστεί. Παρέχει προστασία σε περίπτωση ασθένειας του ατόμου η οποία ορίζεται ως μία ανώμαλη κατάσταση του πνεύματος ή του σώματος η οποία συνεπάγεται ανάγκη για θεραπεία και αποκατάσταση. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) (WHO, 20223): *"Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθενείας ή αναπηρίας. Η κατοχύρωση και η διατήρηση της καλύτερης δυνατής κατάστασης υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου,*

οποιαδήποτε και αν είναι η φυλή, η θρησκεία, η πολιτική ιδεολογία, η οικονομική και κοινωνική του κατάσταση'' .

Η ασφάλιση υγείας παρέχει κάλυψη με παροχές σε είδος, όπως διάφορα είδη ιατρικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων των επισκέψεων στο γιατρό, των νοσηλείων, των χειρουργείων, παρακλινικών και ειδικών εξετάσεων, των φαρμάκων και πολλών άλλων, καθώς και παροχές σε χρήμα αναπληρώνοντας την απώλεια εισοδήματος από πιθανή ασθένεια και της συνακόλουθης εργασιακής ανικανότητας. Η κάλυψη μπορεί να διαφέρει ανάλογα με τον τύπο της ασφάλισης και τις ανάγκες του ασφαλισμένου. Επίσης ο ίδιος τύπος ασφάλισης μπορεί να περιλαμβάνει επίσης την πρόληψη των ασθενειών, όπως οι ετήσιες εξετάσεις, οι εμβολιασμοί και η ενημέρωση για τον τρόπο ζωής που μπορεί να επηρεάσει την υγεία.

Η ασφάλιση υγείας αποτελεί έναν τρόπο κάλυψης μέρους του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, προστατεύει τους ασφαλισμένους από την καταβολή υψηλού κόστους θεραπείας σε περίπτωση ασθένειας. Η διαδικασία βασικής ασφάλισης υγείας έχει ως εξής: ένας καταναλωτής πραγματοποιεί μια τακτική πληρωμή σε ένα ασφαλιστικό φορέα. Αυτός ο φορέας είναι υπεύθυνος για την κάλυψη του κόστους περίθαλψης του καταναλωτή καταβάλλοντας στον πάροχο υγειονομικής περίθαλψης μέρος ή το σύνολο της αξίας του κόστους των υπηρεσιών υγείας. Το αποτέλεσμα της διαδικασίας είναι πως καλύπτεται το κόστος των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης ενός καταναλωτή (Conn & Walford, 1998). Στο σχήμα που ακολουθεί παρατηρούμε το πλέγμα των κύριων οντοτήτων που λαμβάνουν χώρα στον τομέα της ασφάλισης υγείας. Στην ουσία μιλάμε για τους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και τους φορείς ασφάλισης που μπορεί να είναι το δημόσιο ή οι ιδιωτικοί φορείς.



Εικόνα 2. Το μοντέλο ασφάλειας υγείας (Conn and Walford, 1998)

Η κατηγοριοποίηση της ασφάλισης υγείας είναι δύσκολη αφενός επειδή υπάρχουν πολλά διαφορετικά μοντέλα ασφάλισης, αφετέρου επειδή η ασφάλιση μπορεί να μοιραστεί σε μια σειρά από χαρακτηριστικά με άλλα είδη χρηματοδότησης της υγείας. Τα κύρια χαρακτηριστικά σύμφωνα με τους Conn & Walford (1998) είναι:

- ο επιμεριζόμενος ή όχι του κινδύνου,
- οι προσδιοριζόμενες παροχές υγειονομικής περίθαλψης
- ο τρόπος διαχείρισης της χρηματοδότησης, δηλαδή εάν γίνεται από κερδοσκοπικά ή μη κερδοσκοπικά (κυβερνητικά ή μη) ιδρύματα.
- ο υπολογισμός του ασφάλιστρου, το οποίο καταβάλλεται από τα άτομα, είτε σε «προοδευτική» βάση (έτσι ώστε τα πιο πλούσια μέλη να πληρώνουν περισσότερα ως ποσοστό του εισοδήματός τους από τα πιο φτωχά), είτε με βάση την κατάσταση κινδύνου ενός ατόμου και τα οφέλη που επιλέγονται.
- η ιδιότητα μέλους (εθελοντική ή υποχρεωτική).

Ο χώρος της ασφάλισης υγείας είναι ελκυστικός επειδή θεωρείται ως πρόσθετη πηγή χρημάτων, κυρίως για τις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Πρόσθετοι πόροι ενδέχεται να είναι διαθέσιμοι στον χώρο αυτό επειδή:

- Οι καταναλωτές είναι πιο ενθουσιώδεις για την πληρωμή της ασφάλισης υγείας παρά για τη γενική φορολογία, καθώς τα οφέλη είναι συγκεκριμένα και ορατά.

- Οι καταναλωτές προτιμούν να πληρώνουν τακτικά, ασφάλιστρα αντί να πληρώνουν το κόστος για θεραπεία όταν είναι άρρωστοι.

Η ασφάλιση υποστηρίζεται ότι είναι ένας τρόπος να αποκτήσει κανείς καλύτερη σχέση ποιότητας των υπηρεσιών ασφάλισης υγείας /τιμής. Όταν κάποιος ασφαρίζεται περιμένει να λάβει τις κατάλληλες υπηρεσίες με την καλύτερη δυνατή ποιότητα όταν τις χρειαστεί. Οι εισφορές οι οποίες καταβάλλονται στους παρόχους υγείας πρέπει να επενδύονται στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών τους και στην βελτίωση των διαδικασιών και των συστημάτων τους.

Είναι όμως αυτό δυνατό στην πραγματικότητα; Θεωρούν οι ασφαλισμένοι ότι λαμβάνουν ποιοτικές υπηρεσίες από τους κοινωνικούς φορείς; Μήπως αν είχαν ασφαλιστεί στον ιδιωτικό τομέα να ήταν καλύτερα τα πράγματα για τις υπηρεσίες που απολαμβάνουν; Αυτά είναι ερωτήματα που εμφανίζονται όλο και πιο τακτικά στη δημόσια συζήτηση, καθώς πολλές φορές οι ασφαλισμένοι θεωρούν ότι το σύστημα ασφάλισης το οποίο ακολουθούν δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους. Ανησυχίες έχουν εκφραστεί σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες τα τελευταία χρόνια σχετικά με περικοπές στους προϋπολογισμούς για τη δημόσια υγεία στον απόηχο των πολιτικών λιτότητας, όπως στη Βουλγαρία (Aluttis *et al.*, 2012)την Αγγλία (Limb, 2016), την Εσθονία (Habicht *et al.*, 2018), την Ελλάδα (Kentikelenis *et al.*, 2014) και την Λετονία (Aluttis *et al.*, 2012).

Οι περικοπές στη δημόσια υγεία αναφέρονται σε μείωση του προϋπολογισμού ή των πόρων που διατίθενται για τη λειτουργία του δημόσιου συστήματος υγείας έχοντας αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία των πολιτών, καθώς μειώνεται η δυνατότητα του, να παρέχει αποτελεσματική περίθαλψη (Aluttis *et al.*, 2012). Το φαινόμενο του περιορισμού των οικονομικών πόρων που είναι διαθέσιμοι για την διασφάλιση της υγείας των πολιτών, έχει ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση των εγκαταστάσεων, του εξοπλισμού και του προσωπικού του δημόσιου συστήματος υγείας, καθώς και τη μείωση των επιλογών θεραπείας που είναι διαθέσιμες για τους ασθενείς. Βραχυπρόθεσμα μπορεί να επιφέρουν εξοικονόμηση δαπανών, μακροπρόθεσμα, όμως, το κόστος θα βαίνει αυξανόμενο. Ιδιαίτερα η ενίσχυση της πρόληψης και της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της ανάγκης για ειδικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις και νοσηλεία σε

νοσοκομεία καταφέροντας την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη χρήση των πόρων.

Οι υπηρεσίες που ενδεχομένως να επηρεαστούν λόγω των μέτρων μείωσης του κόστους περιλαμβάνουν τον προ συμπτωματικό έλεγχο του καρκίνου (Martin-Moreno *et al.*, 2012) καθώς επίσης, τον έλεγχο των μεταδοτικών ασθενειών (O’Riordan and Fitzpatrick, 2015). Στην Ελλάδα, η οποία αποτελεί μια από τις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την οικονομική κρίση, οι περικοπές στον προϋπολογισμό επιτρέπουν, μεταξύ άλλων, τη μείωση των δραστηριοτήτων πρόληψης του HIV/AIDS, με επακόλουθη αύξηση των νέων λοιμώξεων (Ifanti *et al.*, 2013). Στην Αγγλία, η επιτροπή υγείας κατέληξε το 2016 στο συμπέρασμα ότι οι περικοπές στη δημόσια υγεία θα αυξήσουν το μελλοντικό κόστος της υγείας και της κοινωνικής περίθαλψης, πιέζοντας με αυτό τον τρόπο την εθνική υπηρεσία υγείας (NHS) (House of Commons, 2017). Παράπλευρο αποτέλεσμα θα ήταν η αύξηση των κοινωνικών ανισοτήτων αναφορικά με την υγεία (House of Commons, 2017). Ακολούθως, σε έρευνα που κάλυψε 47 από τις 53 χώρες της ευρωπαϊκής περιοχής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το 2013, αναφέρθηκαν πέντε χώρες με περικοπές στους προϋπολογισμούς για τη δημόσια υγεία (Τσεχία, Δανία, Εσθονία, Ολλανδία και ΠΓΔΜ) και πέντε άλλες που έκλεισαν ή συγχώνευσαν υγειονομικούς φορείς (Βουλγαρία, Ισλανδία, Λετονία, Λιθουανία, Ουκρανία) (Thomson *et al.*, 2015). Μια ανασκόπηση του ΟΟΣΑ αναφορικά με τις δαπάνες για την υγεία κατά τη φάση της οικονομικής κρίσης, διαπίστωσε ότι η δημόσια υγεία και τα φαρμακευτικά προϊόντα ήταν οι δύο τομείς των δαπανών στον τομέα που γνώρισαν το μεγαλύτερο μέρος των περικοπών μετά το 2007 (Rechel, 2019). Αυτό αντικατοπτρίζεται και στις εξελίξεις στις Ηνωμένες Πολιτείες, όπου οι δαπάνες για τη δημόσια υγεία μειώθηκαν από 3,2% το 2002 σε 2,7% το 2014 (Erwin, Shah and Mays, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - Η δημόσια ασφάλιση στην Ελλάδα

2.1 Ιστορική αναδρομή

Σύμφωνα με το ελληνικό Σύνταγμα, η κοινωνική προστασία των πολιτών αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα. Το κράτος πρέπει να διασφαλίσει την παροχή επαρκών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών στον πληθυσμό, εξασφαλίζοντας υπηρεσίες υγείας, πόρους διαβίωσης προς τους ανέργους (επιδόματα ανεργίας), χορήγηση συντάξεων κτλ. Επομένως κάθε κυβέρνηση, άμεσα ή μέσω του ελέγχου της στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης, είναι υπεύθυνη αφενός για τη χρηματοδότηση, αφετέρου για την παροχή κοινωνικών ασφαλιστικών παροχών.

Το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα θεσπίστηκε πρώτη φορά με τον α.ν. 1846/1951 (Νόμος 1846/1951, κωδικοποιημένος με τον 4488/2017 ΦΕΚ Α' 179/21.06.1951, 1951). Στόχος του ήταν η κοινωνική προστασία των πολιτών της Ελλάδας, μέσω ενός συστήματος παροχών υγείας και απονομής συντάξεων. Πριν από το 1980, η παροχή και η χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης χαρακτηρίζονταν από την υψηλή συμμετοχή των παρόχων του ιδιωτικού τομέα τόσο στην πρωτοβάθμια, όσο και στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Οι πληρωμές σε ιδιωτικούς φορείς αποτελούσαν το 40% περίπου των συνολικών δαπανών υγειονομικής περίθαλψης (Liaropoulos and Tragakes, 1998)

Κατά τα πρώτα χρόνια της διακυβέρνησης του Πανελληνίου Σοσιαλιστικού Κόμματος (ΠΑΣΟΚ) στις αρχές της δεκαετίας του 1980, η πολιτική βούληση στην Ελλάδα ήταν σταθερά υπέρ της αναδόμησης και της διεύρυνσης των υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες. Αυτή η στάση αντανάκλασε, την έως τότε ευρεία δυσαρέσκεια του κοινού αναφορικά με αυτό τον τομέα (Liaropoulos and Tragakes, 1998). Τα κύρια ζητήματα που αντιμετωπίστηκαν ήταν, η ισότητα, η πρόσβαση, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η προσπάθεια τερματισμού της πρακτικής των ιδιωτικών πληρωμών "κάτω από το τραπέζι". Τη συγκεκριμένη περίοδο θεωρήθηκε ότι ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης παρόμοιο με το ΕΣΥ

(Εθνικό Σύστημα Υγείας) θα διορθώσει όλα αυτά τα προβλήματα, παρέχοντας προσιτές ποιοτικές υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες που το έχουν ανάγκη.

Το 1983, η Ελλάδα θέσπισε σημαντική νομοθεσία περί υγειονομικής περίθαλψης με σκοπό την επίτευξη αυτών των στόχων. Οι μεταρρυθμίσεις υιοθέτησαν τις αρχές της καθολικής κάλυψης και της ισότητας στη διανομή των υπηρεσιών. Η κατευθυντήρια ηθική αρχή ήταν η «αποεμπορευματοποίηση της υγείας». Η συγκράτηση του κόστους δεν ήταν η κύρια ανησυχία, διότι ο κύριος στόχος ήταν η επέκταση του τομέα της υγείας μέσω της αύξησης των δημοσίων δαπανών στο 4,5–5% του ΑΕΠ (Tountas, Karnaki and Pavi, 2002). Το άρθρο 1 του νόμου 1397/1983 όρισε τις ακόλουθες κατευθυντήριες αρχές και βασικούς στόχους των μεταρρυθμίσεων:

- Την ευθύνη του κράτους για την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας και επαρκής κάλυψη όλων των αναγκών υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή ικανότητας πληρωμής.
- Αποκέντρωση των υπηρεσιών και συμμετοχή της κοινότητας στη λήψη αποφάσεων.
- Ανάπτυξη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω δικτύου κέντρων υγείας και θεσμοθέτησης συστήματος οικογενειακού γιατρού.
- Βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και καλύτερη οργάνωση της παροχής από τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης.

Είναι προφανές από τα παραπάνω ότι στόχος των μεταρρυθμίσεων του 1983 ήταν να καταστήσουν δυνατή την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους (Tountas, Karnaki and Pavi, 2002). Η ισότητα στην πρόσβαση, επρόκειτο να επιτευχθεί μέσω της αυξημένης δημόσιας παροχής περίθαλψης. Αυτό συνεπάγεται την επέκταση των νοσοκομειακών υπηρεσιών που παρέχονται από το δημόσιο, καθώς και τη δημιουργία ενός δικτύου αστικών και αγροτικών κέντρων υγείας. Ταυτόχρονα, υπήρξε πάγωμα της ίδρυσης και ανάπτυξης ιδιωτικών νοσοκομείων, καθώς και γενική απαγόρευση του ιδιωτικού ιατρείου από όλους τους γιατρούς που απασχολούνται στο ΕΣΥ: όλοι οι γιατροί του συστήματος επρόκειτο να απασχολούνται με πλήρη απασχόληση και αποκλειστικά από αυτό, έχοντας ταυτόχρονα σημαντικές αυξήσεις στους μισθούς. Ως εκ τούτου, η ισότητα στην

πρόσβαση επρόκειτο να επιτευχθεί μέσω μιας σημαντικής επέκτασης των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από το δημόσιο, συνοδευόμενη από μείωση των ιδιωτικών παροχών. Αυτή η μετατόπιση επρόκειτο να καταστεί δυνατή μέσω πολύ σημαντικών αυξήσεων στις δημόσιες δαπάνες για την υγεία (Tountas, Karnaki and Pavi, 2002).

Η χρηματοδότηση του νέου συστήματος, ωστόσο, ήταν ένα από τα αδύναμα σημεία στις μεταρρυθμίσεις του 1983, καθώς δεν υπήρχαν ρητές διατάξεις που να καθορίζουν την οικονομική σχέση μεταξύ του χρηματοδοτούμενου από φόρους ΕΣΥ και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Τελικά, η χρηματοδότηση των υπηρεσιών του ΕΣΥ έγινε μέσω φόρων. Χρηματοδοτήθηκαν οι αυξημένες κρατικές δαπάνες για τον νοσοκομειακό τομέα, που περιλάμβανε επέκταση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, την ανέγερση νέων νοσοκομείων και την ίδρυση και λειτουργία κέντρων υγείας για τον αγροτικό πληθυσμό. Συνεπώς, η δημόσια χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης επεκτάθηκε σημαντικά μετά τις μεταρρυθμίσεις του 1983 (Tountas, Karnaki and Pavi, 2002). Ο στόχος της πολιτικής για τη μείωση της παροχής του ιδιωτικού τομέα υποστηρίχθηκε επιπλέον από την πρακτική διατήρησης τεχνητά χαμηλών ποσοστών αποζημίωσης που καταβάλλονται από τα ασφαλιστικά ταμεία τόσο για τα νοσοκομεία, όσο και για τους παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα ποσοστά αποζημίωσης για τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία καθορίστηκαν από το Υπουργείο Υγείας, είχαν διατηρηθεί από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 (ακόμη και πριν από τις μεταρρυθμίσεις) κάτω από τις τιμές της αγοράς τόσο για τους γιατρούς όσο και για τα δημόσια νοσοκομεία (Organisation for Economic Co-operation and Development., 1994). Ενώ τα δημόσια νοσοκομεία απολάμβαναν την κρατική επιδότηση που τους αποζημίωνε για τις δαπάνες που δεν επαρκούσαν να καλυφθούν από τους κοινωνικούς φορείς ασφάλισης, τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι κλινικές δεν μπορούσαν να καλύψουν το κόστος τους με αποτέλεσμα την συρρίκνωσή τους. Ως επακόλουθο, όλων των παραπάνω, οι υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης που παρέχονται στο κοινό επεκτάθηκαν σημαντικά (Tountas, Karnaki and Pavi, 2002).

Η διαδρομή που ακολουθήθηκε από τότε έως σήμερα συνέβαλε στο να γίνει το σύστημα κοινωνικής προστασίας μέρος της πελατειακής λειτουργίας του πολιτικού

συστήματος. Ο σχεδιασμός της κοινωνικής πολιτικής έγινε με τρόπο άναρχο, αναποτελεσματικό και κοινωνικά άδικο. Έτσι η κοινωνική ασφάλιση χαρακτηριζόταν από εκτεταμένη πολυνομία με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζονται όμοιες περιπτώσεις ασφαλισμένων με διαφορετικό τρόπο. Οι εισφορές, οι παροχές αλλά και οι συντάξεις διέφεραν σημαντικά τόσο μεταξύ των ταμείων που υπήρχαν αλλά και μεταξύ των ασφαλισμένων μέσα στο ίδιο ταμείο. Ταμεία τα οποία κατέρρεαν τα εντάσσανε στο τ. ΙΚΑ με τις καταστατικές τους διατάξεις, δημιουργώντας ασφαλισμένους “δύο και τριών ταχυτήτων” μέσα στο ίδιο ταμείο.

Εξαρχής το κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα δε στηρίχθηκε σε αναλογιστικές μελέτες και ενθάρρυνε να αναπτυχθούν στους κόλπους του πελατειακές σχέσεις μεταβιβάζοντας προβλήματα που αναπτύσσονταν σε μελλοντικές γενεές. (Βουλή των Ελλήνων, 2016). Η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος γίνεται από εισφορές εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων, εργαζομένων αλλά και από κρατικές επιχορηγήσεις (τριμερής χρηματοδότηση). Ενδεικτικά, η κρατική επιχορήγηση που δινόταν πριν την ένταξη στον ΕΦΚΑ στο τ. Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. αποτελούσε το 39% των εσόδων του ταμείου, στο τ.Ν.Α.Τ. το 92% και στον τ. Ο.Γ.Α. το 90%. Η κρατική αυτή χρηματοδότηση προερχόταν από φορολογία ή δανεισμό, στερώντας ένα σημαντικό κομμάτι πόρων από την ελληνική κοινωνία που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για παράδειγμα στην καταπολέμηση της ανεργίας και της φτώχειας ή σε αναπτυξιακούς τομείς (Βουλή των Ελλήνων, 2016).

Στη συνέχεια το κράτος αναγκάζεται να λάβει σημαντικά μέτρα προκειμένου να ανασχέσει την κατάρρευση του ασφαλιστικού συστήματος και γι’ αυτό τον λόγο θεσμοθετούνται περικοπές συντάξεων και παροχών, έχοντας ως αποτέλεσμα την υπονόμηση της αξιοπιστίας του ασφαλιστικού συστήματος. Άρχισε έτσι σε μία διαδικασία απαξίωσης του κοινωνικού συστήματος, όπου οι βίαιες προσαρμογές των συντάξεων υποτιμούσαν ακόμη περισσότερο το κοινωνικό συμβόλαιο μεταξύ των γενεών δημιουργώντας δυσπιστία και τάσεις απεμπλοκής, ιδιαίτερα μεταξύ των νεότερων ατόμων.

Ακόμα και σήμερα, που σχεδόν το σύνολο των ασφαλιστικών ταμείων είναι κάτω από κοινή ομπρέλα (e-ΕΦΚΑ), παρατηρείται ότι δεν έχει εξασφαλισθεί η απλούστευση της ασφαλιστικής νομοθεσίας, αφού και μετά την ενοποίηση τα

ασφαλιστικά ταμεία διαθέτουν τη δική τους οικονομική και λειτουργική αυτοτέλεια. Χαρακτηριστικό είναι, όσον αφορά την ασφαλιστική κάλυψη της μισθωτής εργασίας το τ. Ι.Κ.Α. έχει 930 διαφορετικούς τύπους πακέτων κάλυψης με αντίστοιχα διαφοροποιούμενες παροχές. Η δαιδαλώδης πολυνομία σκιαγραφείται ενδεικτικά στον παρακάτω πίνακα για τους αναφερόμενους σε αυτόν, φορείς ασφάλισης, με μια σειρά διαφορετικών νόμων, διαταγμάτων, υπουργικών αποφάσεων και εγκυκλίων.

Φ.Κ.Α	Πλήθος Νόμων	Πλήθος Διαταγμάτων	Υπουρ. Αποφάσεις	Εγκύκλια/Αποφάσεις Διοίκησης	Σύνολο
Οριζόντιες Διατάξεις	138	9	201	0	348
ΙΚΑ ΕΤΑΜ	149	24	205	844	1.222
ΟΑΕΕ	72	52	289	1.279	1.692
ΕΤΑΑ	43	29	29	2	103
ΕΤΑΠ-ΜΜΕ	152	118	199	19	488
ΟΓΑ	66	17	110	70	263
ΕΤΕΑ	180	123	572	146	1.021
ΤΑΠΠ	7	7	18	0	32
ΤΠΔΥ	61	45	23	2	131
ΤΑΥΤΕΚΩ	16	64	55	1	136
ΣΥΝΟΛΟ	884	488	1.701	2.363	5.436

Εικόνα 3 Νομοθεσία οργανισμών Κ.Α (Υπουργείο εργασίας, κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας (2014)

Το δημόσιο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα αποτελεί ένα μεγάλο οργανισμό που λειτουργεί αναδιανεμητικά στις εισφορές των εργαζομένων και των αυτοαπασχολούμενων προσφέροντας παροχές συντάξεων, υγείας και λοιπές παροχές που αφορούν στην κοινωνική προστασία. Η ανάπτυξη του ελληνικού συστήματος ήρθε καθυστερημένα στα πρότυπα του υποδείγματος Beveridge (σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία) σε σχέση με τον κλάδο παροχών υπηρεσιών υγείας και το υπόδειγμα Bismark (Γερμανικό σύστημα υγείας) σε σχέση με την ασφάλιση. Η δαιδαλώδης ανάπτυξη, ο κατακερματισμός της κοινωνικής ασφάλισης, οι πολύπλοκες γραφειοκρατικές διαδικασίες αποτελούν χαρακτηριστικά γνωρίσματα του δημόσιου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης της χώρας μας.

Η απαρχή της συγκρότησης του δημοσίου συστήματος ασφάλισης στην χώρα έγινε το 1861 με την ίδρυση του Ναυτικού Απομαχικού Ταμείου (NAT). Το ταμείο είχε σαν στόχο την ασφάλιση των Ελλήνων ναυτικών και των οικογενειών τους έναντι κινδύνων και την εξασφάλιση τους μετά την αποχώρηση λόγω γήρατος από το επάγγελμα. Στο ταμείο τα έσοδα προέρχονταν από τις εισφορές πλοιοκτητών και ναυτικών, ενώ η διαχείριση και επένδυση τους επέτρεψε επιπλέον έσοδα μέσω της μίσθωσης ακινήτων και της ωρίμανσης καταθέσεων.

Λίγο αργότερα, το 1867 δημιουργήθηκε το Μετοχικό Ταμείο Πολιτικών Υπαλλήλων (Μ.Τ.Π.Υ.) που μπορεί και να θεωρηθεί ως το πιο οργανωμένο όλων των ταμείων στην χώρα. Σε αυτό εντάχθηκαν δημόσιοι υπάλληλοι, διδακτικό προσωπικό και δικαστικό προσωπικό. Παράλληλα ιδρύθηκαν τα Μετοχικά Ταμεία Στρατού και Πολεμικού Ναυτικού που αφορούσαν αντίστοιχα σε παροχές για τους ένστολους.

Η υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα θεσπίστηκε με τον Ν. 2868/1922 (*Νόμος. 2868/1922 - Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων, 1922*), κυρίως λόγω της πίεσης στις υπηρεσίες και τα οικονομικά δεδομένα του κράτους που απέρρεαν από τα προβλήματα που προέκυψαν από τους Βαλκανικούς πολέμους και την συμμετοχή στον Α΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, καθώς και την εισροή προσφυγών λόγω της μικρασιατικής καταστροφής (Κρεμάλης, 1985). Με τον Ν. 2868/1922 θεσμοθετήθηκε το απαραίτητο πλαίσιο με τις αντίστοιχες κανονιστικές διατάξεις όσον αφορά στην σύσταση των ταμείων ασφάλισης και παρέχοντας τις κατάλληλες ρυθμίσεις που αφορούσαν στην λειτουργία και οργάνωση τους. Βασικό σημείο των ρυθμίσεων αποτελούσε η αναδιανεμητική φύση της λειτουργίας των ταμείων, τα οποία συγκέντρωναν κεφάλαιο από τις εισφορές των εργαζομένων, αποδίδοντας το στο μέλλον ως συντάξιμες αποδοχές. Παράλληλα, μέσω του καθορισμού των διατάξεων σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας, επιτράπη η οργάνωση σε αυτοδιοικούμενες ομάδες ασφαλισμένων, καθώς και η δυνατότητα της χορήγησης των κατάλληλων παροχών σε αυτούς ώστε να εξασφαλίζονται αντί κινδύνου, χωρίς να υπάρχει εξάρτηση των παροχών από την οικονομική τους κατάσταση. Παράλληλα, στον νόμο καθοριζόταν ρητά η επιτακτική ανάγκη της υποχρεωτικής κρατικής ασφάλισης εργαζομένων τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα (Κρεμάλης, 1985).

Ακολουθώντας, με την πλήρη εφαρμογή της νομοθεσίας, από το έτος 1924 και έπειτα έλαβε χώρα η ίδρυση σημαντικού αριθμού ασφαλιστικών ταμείων διαμορφώνοντας το τοπίο στην δημόσια ασφάλιση και θέτοντας τις βάσεις για την ολοκλήρωση της Κοινωνικής ασφάλισης ως θεσμού στην Ελλάδα. Κυριότερα εξ αυτών, αναφερόμενα χρονολογικά με βάση το έτος σύστασης και δημιουργίας ήταν: το Ταμείο Σύνταξης των Σιδηροδρομικών Υπαλλήλων (έτος ίδρυσης 1928), το Ταμείο Συντάξεων Ασφάλισης Υγειονομικών (ΤΣΑΥ) (έτος ίδρυσης 1929), τα Ταμεία ασφάλισης Αρτεργατών και Νομικών και Εφημεριδοπωλών (έτος ίδρυσης 1931), τα Ταμεία Τυπογράφων και Εκτελωνιστών, (έτος ίδρυσης 1932) το Ταμείο Σύνταξης Αυτοκινητιστών (ΤΣΑ), (έτος ίδρυσης 1934) το ΤΕΒΕ, και τα ταμεία Σύνταξης Μηχανικών Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ), και Εργατών Τύπου (έτος ίδρυσης 1935), το Ταμείο των Χρηματιστών (έτος ίδρυσης 1937) το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) καθώς και το Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων (ΤΑΕ) (έτος ίδρυσης 1940). Περαιτέρω, προέκυψε η καθιέρωση της ασφάλισης ανέργων το έτος 1945 όπως και η έναρξη της καταβολής σειράς επιδομάτων για την στήριξη οικογενειών το 1958. Λίγο αργότερα, ιδρύθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ, 1961) (Αλεξιάδου, 2012). Η θέσπιση και ενσωμάτωση του Ι.ΚΑ-Τ.Ε.Α.Μ έλαβε χώρα το 1979 με στόχο την παροχή επικουρικής σύνταξης συμπεριλαμβάνοντας στην αρχή λίγα επαγγέλματα, με την καθολική υποχρεωτική εφαρμογή του σε όλη την επικράτεια από τον Φεβρουάριο του 1983 και μετά.

Αρκετά αργότερα, το 1992, εισήχθη ο νόμος 2084 μέσω του οποίου έλαβε για πρώτη φορά χώρα η διαφοροποίηση των ασφαλισμένων σε δύο μεγάλες κατηγορίες. Αυτές αφορούσαν στους «παλιούς ασφαλισμένους» δηλαδή σε εκείνους που είχαν ασφαλιστεί σε οποιοδήποτε καθεστώς έως και την 31/12/1992, και οι οποίοι θα συνέχιζαν να υπάγονται στις προ ισχύουσες ασφαλιστικές διατάξεις. Η δεύτερη κατηγορία αφορούσε σε «νέους ασφαλισμένους» με έναρξη ασφάλισης από 1/1/1993 και μετά, για τους οποίους δημιουργήθηκε ένα νέο ασφαλιστικό καθεστώς, προσπαθώντας να γίνει εναρμόνιση και εφαρμογή όμοιας αντιμετώπισης σε όλα τα τότε ασφαλιστικά ταμεία, σε θέματα ασφάλισης και παροχών, και ταυτόχρονα έθεταν πιο αυστηρές προϋποθέσεις σε σχέση με τις χορηγήσεις διαφόρων παροχών όπως και του ύψους αυτών.

Η ίδρυση του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), έλαβε χώρα αργότερα, το 1999 με την εισαγωγή του νόμου 2676/1999 (Νόμος 2676/1999 - Οργανωτική και λειτουργική αναδιάρθρωση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και άλλες διατάξεις., 1999). Με τον εν λόγω νόμο επιχειρήθηκε η συγχώνευση των τριών μεγάλων ταμείων αυτοαπασχολούμενων του ΤΕΒΕ, ΤΑΕ, και ΤΣΑ και παράλληλα ρυθμίστηκε η λειτουργία του οργανισμού ως Ν.Π.Δ.Δ. Επιπλέον, δημιουργήθηκε ένας επιπλέον οργανισμός (Τ.Ε.Α.Δ.Υ.) ο οποίος με παρόμοιο τρόπο απορρόφησε όλα τα ταμεία που είχαν σχέση με την επικουρική ασφάλιση και αφορούσαν σε δημόσιους υπαλλήλους. Περαιτέρω, θεσπίστηκε η δημιουργία μηχανισμών ελέγχου για την παρακολούθηση των καταβολών των ασφαλιστικών εισφορών ενώ σαν συμπληρωματικό μέσο στήριξης των χαμηλοσυνταξιούχων θεσπίστηκε και το Ε.Κ.ΑΣ (Επίδομα Κοινωνικής Αλληλεγγύης).

Ακολούθως με την εισαγωγή το Ν. 3029/2002 (*Νόμος 3029/2002 Μεταρρύθμιση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, 2002*) το καθεστώς ασφάλισης μισθωτών εμφάνισε δραματικές αλλαγές που είχαν ως στόχο να αναδιαρθρωθεί και να εξορθολογιστεί το ασφαλιστικό σύστημα ώστε να υπάρξει βελτίωση σε σχέση με την κατάσταση ασφάλισης των εργαζομένων. Αρχικά και σε σχέση με τον μεγαλύτερο φορέα, το Ι.Κ.Α., υπήρξε η μετονομασία τους πλέον επισήμως σε Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ – ΕΤΑΜ), και αργότερα υπήρξε η ίδρυση του Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΕΤΕΑΜ).

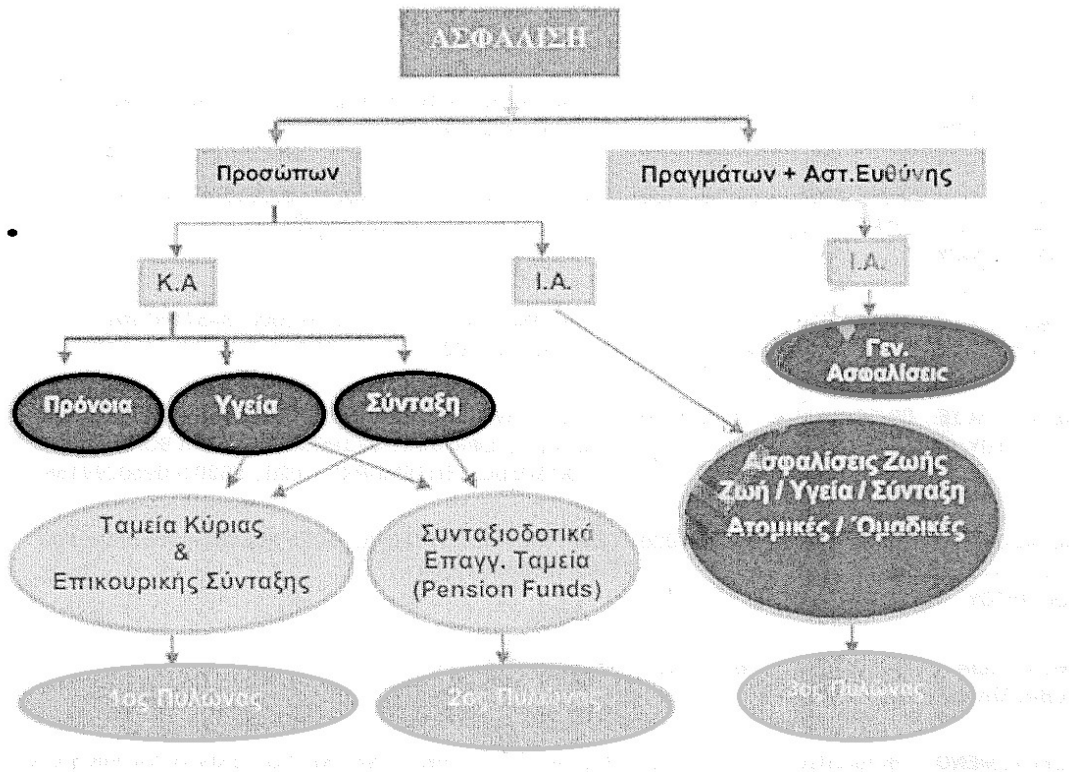
Επόμενο σταθμό της ασφαλιστικής μεταρρύθμισης αποτέλεσε το 2008 όπου πλέον έγινε προσπάθεια για την παύση του κατακερματισμού των διάφορων ταμείων επικουρικής και κύριας ασφάλισης και επιχειρήθηκε η συγχώνευση και ενοποίηση τους. Αυτό έλαβε χώρα με την ψήφιση του Ν. 3655/2008 (*Νόμος 3655/2008 - Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και λοιπές ασφαλιστικές διατάξεις, 2008*), ο οποίος ενοποιούσε τους συνολικά 133 υφιστάμενους φορείς σε 21, με αντιστοιχία 5 σε σχέση με την κύρια ασφάλιση, 8 σε σχέση με την επικουρική, 5 σε σχέση με την κοινωνική πρόνοια και 3 σε σχέση με την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Η ίδρυση του Ενιαίου Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α) έλαβε χώρα με τον Ν.4387/2016 με κύρια αρμοδιότητα την παροχή της κύριας σύνταξης, ενώ σε σχέση με την παροχή επικουρικής σύνταξης ιδρύθηκε το Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Εφάπαξ Παροχών (Ε.Τ.Ε.Α.Ε.Π). Η εφαρμογή του νόμου άρχισε την 01/01/2017 με την ενσωμάτωση στον πρώτο φορέα όλων των φορέων τομέων και κλάδων όπως και των λογαριασμών που αφορούσαν τόσο στην κύρια ασφάλιση αλλά και στις χρηματικές παροχές ενοποιώντας την κοινωνική ασφάλιση κάτω από την ομπρέλα του Ε.Φ.Κ.Α και δημιουργώντας ομοιογένεια σε σχέση με τις κανονιστικές διατάξεις που αφορούσαν τους υπαγόμενους σε αυτόν ασφαλισμένους. Εντός του πλαισίου αυτού, καθορίστηκε ότι όλες οι χρηματικές παροχές των ενσωματωμένων τομέων και φορέων θα καταβάλλονται από τον νέο συνολικό φορέα. Οι βασικοί στόχοι του νέου φορέα και της μεταρρύθμισης που οδήγησε στην δημιουργία του, αφορούν στην παροχή κοινών κανόνων παροχών και ασφάλισης. Επιπλέον στόχο αποτελούσε η ενοποίηση των μηχανισμών είσπραξης και παρακολούθησης των καταβαλλόμενων εισφορών.

2.2 Δομή και χρηματοδότηση της ασφάλισης στην Ελλάδα

Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην βάση του, ως πρωταρχικό άξονα έχει η παροχή των συντάξιμων αποδοχών καθώς και την εν γένει χορήγηση παροχών που αφορούν στην κοινωνική προστασία (παροχές σε είδος, χρήμα, επίδομα ανεργίας κτλ). Ο άξονας αυτός περιλαμβάνει τρεις βασικούς πυλώνες πάνω στους οποίους στηρίζεται το ασφαλιστικό σύστημα της χώρας, με πρώτο και βασικό πυλώνα το δημόσιο σύστημα ασφάλισης. Η χρηματοδότησή του δημόσιου συστήματος ασφάλισης, γίνεται από τις υποχρεωτικές καταβολές ασφαλιστικών εισφορών από εργαζομένους-εργοδότες, αυτοαπασχολούμενους και από τις κρατικές επιχορηγήσεις.

Ο δεύτερος πυλώνας συνίσταται από επαγγελματικά ταμεία, τα οποία ως κύρια πηγή εσόδων και χρηματοδότησης έχουν τις εισφορές εργαζομένων-εργοδοτών και αυτοαπασχολούμενων. Η ασφάλιση στα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης είναι κατεξοχήν προαιρετική. Ο τρίτος πυλώνας αφορά την ιδιωτική ασφάλιση και έχει προαιρετικό χαρακτήρα.



Εικόνα 4 Ιδιωτική και Κοινωνική ασφάλιση

2.2.1 Υποχρεωτική δημόσια ασφάλιση

Ο πρώτος πυλώνας ασφάλισης αποτελεί ένα σύστημα δημοσίου δικαίου, το οποίο κατοχυρώνεται με το άρθρο 22 παρ.5. του Συντάγματος και αποτελεί επέκταση του κράτους πρόνοιας. Έχει χαρακτήρα δημόσιο και υποχρεωτικό. Είναι καθολικό, αυτεπάγγελτο και έχει αναδιανεμητικό χαρακτήρα. Αποτελεί τον κύριο άξονα του μοντέλου κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα. Η λειτουργία του, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση. Καλύπτει κινδύνους με παροχές σε είδος και χρήμα αλλά και την χορήγηση συνταξιοδοτικών παροχών και πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο λειτουργεί με βάση αυτόνομους ασφαλιστικούς φορείς που εποπτεύονται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι φορείς αυτοί συγκροτούν τον πρώτο πυλώνα ασφάλισης στην Ελλάδα.

Η χρηματοδότηση των φορέων καθώς και των παροχών του πρώτου αυτού πυλώνα πραγματοποιείται από διάφορες πηγές οι οποίες είναι οι κάτωθι:

- εργοδοτικές εισφορές
- εισφορές των εργαζομένων
- κρατικός προϋπολογισμός
- είσπραξη έμμεσων φόρων
- τυχόν έκτακτες επιχορηγήσεις της κεντρικής διοίκησης
- πόρους που εν γένει προέρχονται από την επενδυτική δραστηριότητα των ασφαλιστικών οργανισμών κατά την διαχείριση των πόρων τους

Το ελληνικό κοινωνικό σύστημα ασφάλισης σήμερα, λειτουργεί σχεδόν εξολοκλήρου υπό την ομπρέλα του e-ΕΦΚΑ, στον οποίον έχουν ενταχθεί σχεδόν όλοι οι πρώην φορείς κοινωνικής ασφάλισης, και καλύπτει το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων και αυτοαπασχολούμενων στην ελληνική επικράτεια.

2.2.2 Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης

Ο νόμος 3029/02 (ΦΕΚ Α' 160) καθιέρωσε τον δεύτερο πυλώνα κοινωνικής ασφάλισης ο οποίος περιλαμβάνει τα Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης (Τ.Ε.Α). Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 7 του Ν. 3029/02 *«Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης έχουν ως σκοπό την παροχή στους ασφαλισμένους και δικαιούχους των παροχών, επαγγελματικής ασφαλιστικής προστασίας πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση για τους ασφαλιστικούς κινδύνους και ενδεικτικά τους κινδύνους γήρατος, θανάτου, αναπηρίας, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας, διακοπής της εργασίας. Χορηγούν παροχές σε είδος ή σε χρήμα που καταβάλλονται περιοδικώς ή εφάπαξ.»*

Τα εν λόγω ταμεία λειτουργούν ως ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που σκοπό έχουν να συμπληρώνουν την ασφαλιστική κάλυψη των υπαγομένων σε αυτά ασφαλισμένων. Έχουν προαιρετικό χαρακτήρα ασφάλισης και συστήνονται μετά από απόφαση εργαζομένων, εργοδοτών ή αυτοαπασχολούμενων σε εθνικό, κλαδικό ή και σε επίπεδο επιχείρησης. Σήμερα στην χώρα μας λειτουργούν 27 Τ.Ε.Α, τα οποία κυοφορήθηκαν κυρίως από τον χώρο των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, της

ναυτιλίας, του τραπεζικού-χρηματοπιστηριακού τομέα, τον κλάδο των οικονομολόγων, των σωμάτων ασφαλείας, των εργαζομένων στις αστικές συγκοινωνίες κ.λπ. Τα ίδια αφορούν συνταξιοδοτικά σχήματα, στα οποία μετέχουν επαγγελματικές ομάδες ασφαλισμένων που διαθέτουν κοινά χαρακτηριστικά, όπως είναι η απασχόληση εντός του ίδιου φορέα ή ο κοινός κλάδος απασχόλησης κτλ.. Προϋπόθεση για την σύσταση ταμείων αυτής της μορφής αποτελεί η απαραίτητη ασφάλιση σε αυτά άνω των 100 εργαζομένων. Το σύστημα λειτουργίας τους βάσει νόμου είναι κεφαλαιοποιητικό. Σκοπός τους είναι η καταβολή πρόσθετων συνταξιοδοτικών παροχών είτε εφάπαξ είτε με την μορφή περιοδικών συντάξιμων αποδοχών, το ύψος των οποίων συνήθως δεν είναι εγγυημένο και εξαρτάται κυρίως από την απόδοση των κεφαλαίων που έχουν επενδυθεί. Ο νόμος επιτρέπει μέχρι 10% των τεχνικών αποθεμάτων να επενδυθεί σε ακίνητα, μέχρι το 70% σε αξιόγραφα (μετοχές, ομόλογα) και μέχρι 20% σε έντοκα γραμμάτια και τραπεζικές καταθέσεις. Η πρόσβαση στην ασφάλιση των εργαζόμενων ή αυτοαπασχολούμενων σε ταμείο που λειτουργεί στον επαγγελματικό τους χώρο είναι ελεύθερη και δεν επιτρέπεται ο αποκλεισμός τους από την ασφάλιση, καθώς και η εισαγωγή από τα ΤΕΑ διακρίσεων μεταξύ των προσώπων που έχουν δικαίωμα υπαγωγής.

Εποπτεύων φορέας είναι το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων που ελέγχει την νομιμότητα και φερεγγυότητά τους, καθώς και την προστασία των συμφερόντων των ασφαλισμένων. Το Υπουργείο μπορεί να παρέμβει, λαμβάνοντας όλα τα κατάλληλα μέτρα (διοικητικές κυρώσεις, πρόστιμα, κτλ), ώστε να αποφευχθεί κάθε δυσλειτουργία η οποία είναι επιζήμια για τα συμφέροντα των ασφαλισμένων, ενώ ελέγχονται από την Ελληνική Αναλογιστική Αρχή ως προς την βιωσιμότητά και την οικονομική τους λειτουργία σχετικά με τα προγράμματα παροχών και επενδύσεων. Όσον αφορά στην τήρηση των προβλεπόμενων ορίων επενδύσεων ελέγχονται από την Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς. Το θεσμικό πλαίσιο των ΤΕΑ επιτρέπει την θέσπιση ευέλικτων λύσεων και τους επιτρέπει να ρυθμίζουν την οργάνωση και λειτουργία τους ελεύθερα, στηριζόμενα στον κανόνα της συμβατικής ελευθερίας μιας και ο νόμος καθορίζει το ελάχιστο περιεχόμενο του καταστατικού, εφόσον βέβαια δεν παραβιάζουν διατάξεις νόμου.

Τα ΤΕΑ έχουν διφυή χαρακτήρα και συνδυάζουν την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση. Από την μία, οι πόροι τους στηρίζονται στην καταβολή εργοδοτικής και εργατικής εισφοράς. Το γεγονός ότι πρωταρχικός στόχος δεν είναι η επίτευξη του κέρδους ώστε να τα κατατάσσει στους κερδοσκοπικούς οργανισμούς και το γεγονός ότι τελούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας, τα κατατάσσει στους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης. Από την άλλη αποτελούν ΝΠΙΔ των οποίων τα χαρακτηριστικά προσμοιάζουν με αυτά των συνεταιρισμών του άρθρ.12, παρ. 5 του Συντάγματος.

Τα ΤΕΑ εν κατακλείδι απηχούν στις ευρωπαϊκές αντιλήψεις σχετικά με τον ρόλο και την νομική φύση της επικουρικής ασφάλισης. Βοηθούν στην απόσβεση των κραδασμών της κρατικής ασφάλισης από δυσμενείς οικονομικές και δημογραφικές εξελίξεις. Απολαμβάνουν ουσιαστική αυτοδιοίκηση και η ασκούμενη εποπτεία και ο έλεγχος από τους κρατικούς φορείς περιορίζονται στον έλεγχο της νομιμότητας, της ασφάλειας των επενδύσεων και της διαφύλαξης αποθεματικών ώστε να εκπληρώσουν την αποστολή για την οποία συστάθηκαν (Παπαρρηγόπουλου - Πεχλιβανίδη, 2021)

Στην χώρα μας, εκτός των ανωτέρω σχημάτων, λειτουργούν τέσσερα Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης, όπου η ασφάλιση των εργαζομένων είναι υποχρεωτική και αυτοδίκαιη εφαρμόζοντας διατάξεις αναγκαστικού δικαίου. Με το άρθρο 36 του ν 4052/2012 (Α' 41) (Νόμος 4052/2012 - Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων... [Σύσταση Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης (Ε.Τ.Ε.Α.) - Ιδιωτικά Γραφεία Ευρέσεως Εργασίας (Ι.Γ.Ε.Ε.) - Επιχειρήσεις Προσωρινής Απασχόλησης (Ε.Π.Α.)], 2012) δινόταν η δυνατότητα υπό συγκεκριμένες προϋποθέσεις στα ταμεία Επικουρικής Ασφάλισης ή να ενταχθούν στο Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης (Ε.Τ.Ε.Α.) που συστάθηκε με τον ανωτέρω νόμο ή να μετατραπούν σε Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) υποχρεωτικής ασφάλισης, σύμφωνα με τις διατάξεις ν.3029/2002 (άρθρα 7 και 8). Έτσι διατηρήσαν την αυτοτέλειά τους και μετατραπήκαν σε Τ.Ε.Α. τα:

1. Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης Επικούρησης Ασφαλιστών και Προσωπικού Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων (Τ.Ε.Α.-Ε.Α.Π.Α.Ε.-Ν.Π.Ι.Δ.)
2. Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης Υπαλλήλων Φαρμακευτικών Εργασιών (Τ.Ε.Α.Υ.Φ.Ε.-Ν.Π.Ι.Δ.)
3. Ταμείο Επαγγελματικής Ασφάλισης Υπαλλήλων Εμπορίου Τροφίμων Ν.Π.Ι.Δ. (Τ.Ε.Α.Υ.Ε.Τ.-Ν.Π.Ι.Δ.)
4. Επαγγελματικό Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Εταιρειών Πετρελαιοειδών (Ε.Τ.Ε.Α.Π.Ε.Π.-Ν.Π.Ι.Δ.)

Αντικειμενικός σκοπός ήταν η χορήγηση μηνιαίας σύνταξης για την κάλυψη των κινδύνων του γήρατος, του θανάτου και της αναπηρίας.

2.2.3 Ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης

Ο τρίτος πυλώνα ασφάλισης στηρίζεται στην αποταμιευτική πρωτοβουλία και ατομική πρόνοια του ανθρώπου, όπου εκεί περιλαμβάνονται τα ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης που παρέχονται από ιδιωτικούς φορείς και απουσιάζει το στοιχείο τις αλληλεγγύης. Ο χαρακτήρας τους είναι καθαρά προαιρετικός πλην κάποιων περιπτώσεων που ο νόμος επιβάλλει (πχ κλάδος αυτοκινήτου). Στον τρίτο πυλώνα εφαρμόζεται η αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων και υπόκειται στις διατάξεις του εμπορικού δικαίου και προσφέρει κάλυψη για κινδύνους προσώπων και αγαθών από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που λειτουργούν σε ανταγωνισμό μεταξύ τους.

Σύμφωνα με την 'Insurance' Encyclopedia Britannica, Macropedia (Greene, 2023) «Η ασφάλιση είναι μια μέθοδος αντιμετώπισης κινδύνων. Η κύρια λειτουργία της είναι να υποκαταστήσει την αβεβαιότητα με την βεβαιότητα καλύψεως του οικονομικού κόστους από ζημιογόνα γεγονότα . Πιο τυπικά η ασφάλιση μπορεί να ορισθεί εάν ένα σύστημα κατά το οποίο ο ασφαλιστής , έναντι μιας συνήθως εκ των προτέρων οριζόμενης εισφοράς, υπόσχεται να αποζημιώσει τον ασφαλιζόμενο, ή να του προσφέρει υπηρεσίες, στην περίπτωση που ορισμένα τυχαία περιστατικά έχουν σαν αποτέλεσμα την επέλευση ζημιών κατά τη διάρκεια μιας ορισμένης περιόδου.»

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές καλύψεις μπορούν να περιλαμβάνουν ασφάλιση αυτοκινήτου, ζωής, κατοικίας, υγείας και άλλες καλύψεις ανάλογα με τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασφαλισμένου. Η ιδιωτική ασφάλιση συνήθως παρέχει μεγαλύτερη ευελιξία και επιλογές για τους ασφαλισμένους σε σχέση με το δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα (Greene, 2023). Οι ασφαλιστικές καλύψεις μπορούν να προσαρμοστούν στις ανάγκες του ασφαλισμένου και μπορούν να περιλαμβάνουν επιπλέον πρόσθετες καλύψεις που δεν προσφέρονται από το δημόσιο σύστημα. Για όσο το κράτος χορηγεί ικανοποιητικές παροχές δεν δημιουργείται το αίσθημα για πρόσθετη ιδιωτική ασφάλιση. Όταν όμως η μέριμνα του κράτους περιορίζεται σε βασικές παροχές τότε τα άτομα προκειμένου να ικανοποιήσουν το αίσθημα της ασφάλειας, στρέφονται στον ιδιωτικό τομέα. Είναι προφανές ότι όσο ακάλυπτο χώρο δημιουργεί το εθνικό κοινωνικό σύστημα τόσο δημιουργείται ελεύθερος χώρος για να εισχωρήσουν τα ιδιωτικά σχήματα.

Ουσιαστικά, ο τρίτος αυτός πυλώνας αντιστοιχεί στην ατομική, ιδιωτική υγειονομική και συνταξιοδοτική κάλυψη, χρησιμοποιώντας διάφορα προγράμματα. Η καταβολή των εισφορών πραγματοποιείται αποκλειστικά από τον ασφαλισμένο και είναι ανάλογες με το κίνδυνο και το ύψος των παροχών που επιλέγει. Ο τρίτος πυλώνας βρίσκεται σε νηπιακή θέση στην χώρα μας σε σχέση με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες αν και τα τελευταία χρόνια παρουσιάζει ανοδική πορεία. Το ποσοστό των ασφαλισμένων σε ιδιωτικές εταιρείες στην χώρα μας είναι περίπου 10% έναντι του 60% στις υπόλοιπες Ευρωπαϊκές χώρες. Όλο και περισσότερα άτομα τα οποία θεωρούν ότι η δημόσια κοινωνική ασφάλιση δεν καλύπτει ποιοτικά τις ανάγκες τους, οι οποίοι διαθέτουν πλεονάζοντα εισοδήματά καταφεύγουν στην ιδιωτική ασφάλιση.

2.3 Παροχές δημόσιου συστήματος ασφάλισης

Συνοπτικά οι παροχές του δημόσιου συστήματος ασφάλισης είναι:

- Παροχές σύνταξης. Εργαζόμενοι και αυτοαπασχολούμενοι καταβάλλουν περιοδικές/μηνιαίες εισφορές με σκοπό στο μέλλον να τύχουν συνταξιοδοτικών παροχών. Σήμερα η μηνιαία σύνταξη αποτελείται από δύο μέρη:

- Α) Την Βασική (κατ' αποκοπή) σύνταξη χορηγούμενη σε δωδεκάμηνη βάση.
 - Β) Την ανταποδοτική σύνταξη χορηγούμενη σε δωδεκάμηνη βάση η οποία υπολογίζεται σύμφωνα με την αρχή των δια βίου αποδοχών.
- Παροχές υγείας. Οι ιατρικές επισκέψεις πραγματοποιούνται είτε σε κέντρα του ΕΟΠΥΥ είτε σε συμβεβλημένους με γιατρούς του ΕΟΠΥΥ. Μόνο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, μόνο η επίσκεψη ιατρού μπορεί να γίνει στο σπίτι του ασθενούς από συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ γιατρούς.
 - Διάφορες εξετάσεις καλύπτονται πλήρως εάν γίνονται σε κέντρα ΕΟΠΥΥ ή καταβάλλονται τυπικές τιμές σε ιδιωτικά διαγνωστικά εξεταστικά κέντρα που είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ. Οι ασθενείς συμμετέχουν στην πληρωμή του κόστους των διαγνωστικών εξετάσεων κατά 15% και στο κόστος των φαρμάκων κατά 25%.

Μεγάλες αλλαγές και μεταρρυθμίσεις έγιναν το 2012 στις Ιατρικές Παροχές σχεδόν όλων των ασφαλισμένων. Η σημαντικότερη μεταρρύθμιση είναι η υιοθέτηση της τιμολόγησης DRG (Diagnosis Related Group) για όλες τις νοσηλείες σε κρατικά νοσοκομεία ή σε συμβεβλημένα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Το Diagnosis Related Group (DRG) είναι ένα σύστημα κατηγοριοποίησης και αποζημίωσης νοσοκομειακών υπηρεσιών στον τομέα της υγείας. Το σύστημα DRG χρησιμοποιείται για την κατανομή των ασθενών σε ομάδες βάσει των κλινικών τους χαρακτηριστικών και των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν. Η κατηγοριοποίηση γίνεται βάσει διαφόρων παραγόντων, όπως η διάγνωση, οι διαγνωστικές δοκιμές, η θεραπεία και ο χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο. Κάθε ομάδα ασθενών αντιστοιχεί σε έναν συγκεκριμένο κωδικό DRG, ο οποίος χρησιμοποιείται για να καθοριστεί η αποζημίωση που θα πληρωθεί στο νοσοκομείο από τους ασφαλιστικούς φορείς ή άλλους πληρωτές.

Το σύστημα DRG χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες για τη ρύθμιση του κόστους της νοσηλείας και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Η χρήση

του συστήματος DRG έχει συμβάλλει στη μείωση των δαπανών του συστήματος υγείας.

- Νοσοκομειακές παροχές. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται δωρεάν στα δημόσια νοσοκομεία. Τα χειρουργικά έξοδα είναι επίσης δωρεάν, αλλά αντιστοιχούν σε υπηρεσίες επιπέδου θαλάμου. Ο ασφαλισμένος μπορεί να υποβάλει αίτηση για νοσηλεία σε υψηλότερο επίπεδο, εφόσον είναι διατεθειμένος να πληρώσει τη διαφορά. Η διαφορά αυτή δεν αφορά μόνο τα έξοδα δωματίου και διατροφής, αλλά και όλες τις άλλες νοσοκομειακές υπηρεσίες (συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων). Επιπλέον, ο ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει ιδιωτικό νοσοκομείο που είναι συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ και να πληρώσει το 30% επί της τιμής του DRG (70% πληρώνεται από τον ΕΟΠΥΥ) συν τη διαφορά μεταξύ της τιμής DRG και της τιμής του νοσοκομείου. Σε αυτή την περίπτωση τα χειρουργικά έξοδα δεν καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ.
- Μητρότητα. Για τις εργαζόμενες γυναίκες καταβάλλεται επίδομα μητρότητας εφόσον έχουν πραγματοποιηθεί 200 ημέρες εργασίας τα δύο προηγούμενα χρόνια. Το όφελος είναι η χρηματική αποζημίωση για 56 ημέρες πριν και 63 ημέρες μετά τον τοκετό.
- Παροχές ασθένειας:
 1. Αποζημιώσεις ατυχήματος και ασθένειας (βραχυπρόθεσμη αναπηρία). Είναι αποζημίωση σε χρήμα που παρέχεται κατά τη διάρκεια ασθένειας ή αναπηρίας ενός ατόμου, υπό την προϋπόθεση ότι έχουν πραγματοποιηθεί 120 ημέρες εργασίας το έτος που προηγείται της ασθένειας ή τους τελευταίους 15 μήνες. Το επίδομα αυτό ανέρχεται περίπου στο 50% του μισθού με μέγιστο ποσό, και εξαρτάται από τα έτη υπηρεσίας, καταβλητέο από την 4η ημέρα ασθένειας έως 180 ημέρες για κάθε ασθένεια. Το επίδομα μπορεί να παραταθεί έως και 360 ημέρες εάν έχουν καταβληθεί εισφορές 2 ετών. Επιπλέον, για τον πρώτο μήνα ασθένειας, ο εργοδότης υποχρεούται να καταβάλει τη διαφορά μεταξύ

του επιδόματος ασθενείας σε χρήμα και των αποδοχών του ασφαλισμένου.

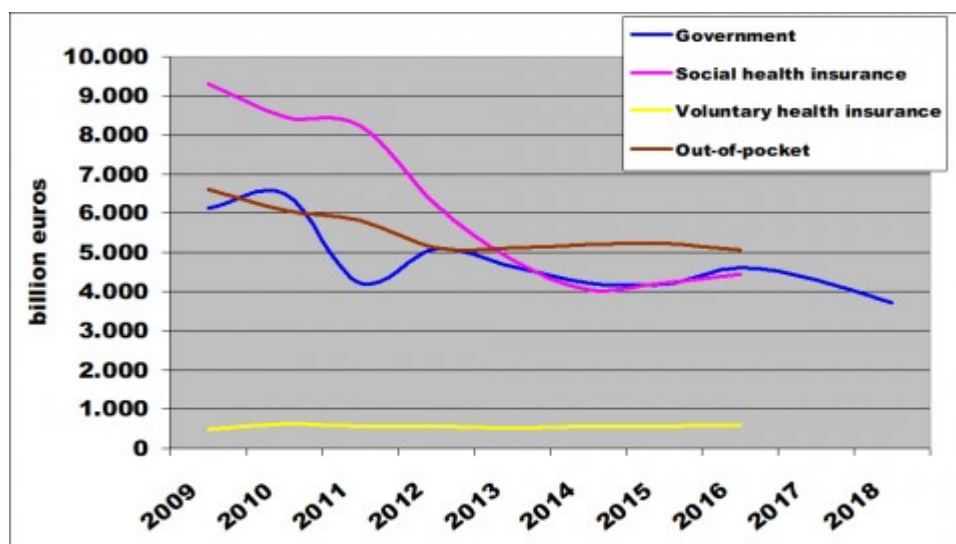
2. Αναπηρικές συντάξεις. Οι ασφαλισμένοι στα δημόσια ταμεία μπορούν να τύχουν παροχών αναπηρικών συντάξεων έστω με μία ημέρα εργασίας σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος καθώς και με μειωμένο εργασιακό βίο σε περίπτωση βαριάς ασθένειας.

2.4 Η χρηματοδότηση της υγείας

Με τον όρο χρηματοδότηση της υγείας αναφερόμαστε στην ανάγκη εξεύρεσης πηγών, πόρων, και στον τρόπο διαχείρισης και κατανομής αυτών (Mossialos and Dixon, 2002). Ο δημόσιος τομέας υγείας, χρηματοδοτείται από το κράτος, την Ευρωπαϊκή Ένωση και τους ασφαλιστικούς φορείς. Η κυβέρνηση χρηματοδοτεί το δημόσιο σύστημα υγείας μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και των φόρων που εισπράττει, ενώ η Ευρωπαϊκή Ένωση συνεισφέρει με κονδύλια για τη βελτίωση των δομών του συστήματος υγείας και τη στήριξη της πρόληψης των ασθενειών. Οι ασφαλιστικοί φορείς συνεισφέρουν με τις εισφορές που εισπράττουν από τους ασφαλισμένους τους. Ο ιδιωτικός τομέας χρηματοδοτείται από τους ιδιώτες που πληρώνουν για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, καθώς και από τις ασφαλιστικές εταιρείες που προσφέρουν ιδιωτικές ασφαλίσσεις υγείας. Συνολικά, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα είναι ένας συνδυασμός των πόρων από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα, με το δημόσιο να αποτελεί τον κύριο χρηματοδοτικό φορέα.

Τα τελευταία είκοσι χρόνια το σύστημα υγείας και ο τρόπος χρηματοδότησής του έχουν τεθεί στο επίκεντρο της οικονομικής και πολιτικής ατζέντας σε πολλές χώρες παγκοσμίως, καθώς η παροχή επαρκούς ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού και ο ρυθμός εξέλιξης των συστημάτων υγείας, απαιτεί σημαντικούς πόρους. Αποτέλεσμα αυτού ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, ήταν μεταρρυθμίσεις που άλλαξαν τον τρόπο χρηματοδότησης και ενέτειναν τις προσπάθειες συγκράτησης των δαπανών και τον έλεγχο των πόρων του συστήματος υγείας. Η χώρα μας σύντομα συνέπλευσε με αυτή την διεθνή πρακτική (Petmesidou, 2019).

Η είσοδος της Ελλάδας στη ζοφερή περίοδο της οικονομικής κρίσης δεν άφησε ανεπηρέαστη την υγειονομική περίθαλψη. Στην εικόνα που ακολουθεί παρατηρούμε μία σημαντική μεταβολή στο χρηματοδοτικό πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, μία σημαντική πτώση 11 μονάδων από το 40% στο 29% (περίοδος 2009-2016) και την μετατόπιση της κάλυψης των εξόδων στον ίδιο τον ασθενή (Petmesidou, 2019).

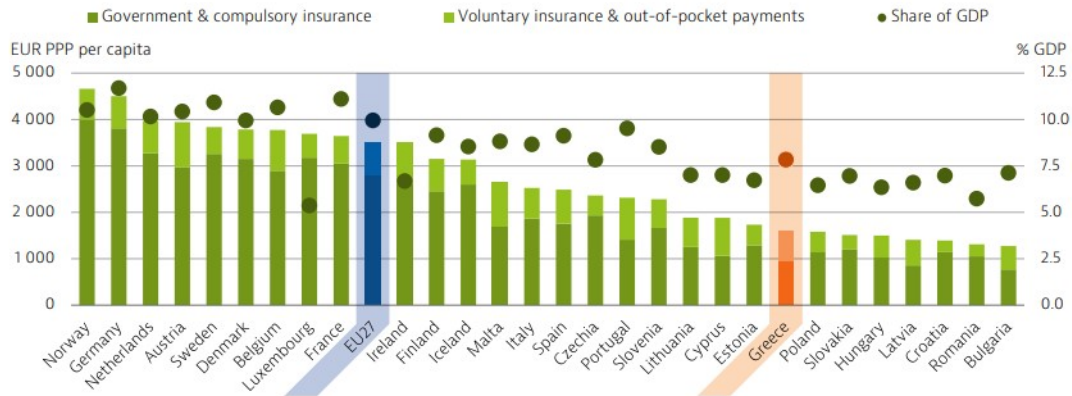


Εικόνα 5. Η πορεία της κρατικής χρηματοδότησης (Petmesidou, 2019)

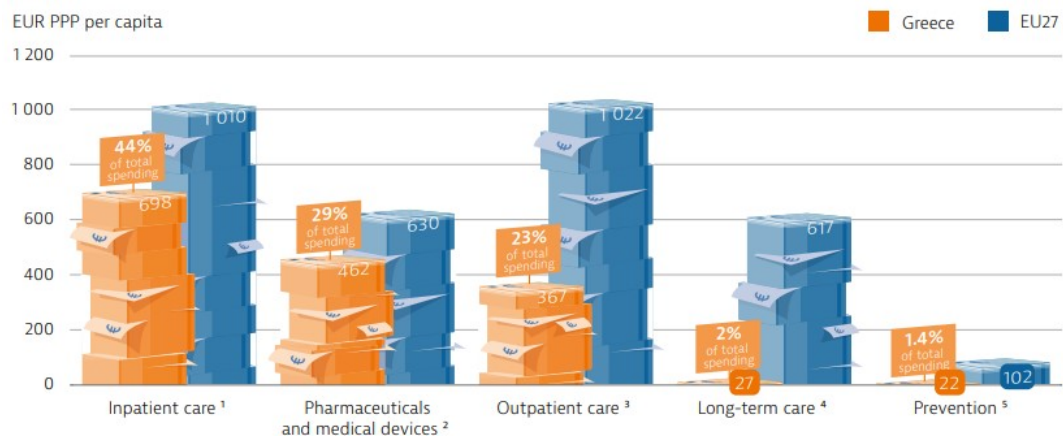
Η σημαντική αύξηση της ανεργίας, ο οικονομικός μαρασμός και η αδυναμία από τους ελεύθερους επαγγελματίες και εργοδότες να είναι συνεπείς στην καταβολή των εισφορών τους, συρρίκνωσε τα έσοδα του συστήματος. Η αδυναμία μη επαρκούς ελέγχου του κράτους στην διάθεση των πόρων, οδήγησε τον χώρο της δημόσιας υγείας στην εποπτεία από ξένους φορείς επιτήρησης. Το γεγονός αυτό οδήγησε στον περαιτέρω περιορισμό των δαπανών του κράτους για τις υπηρεσίες υγείας, αλλά και στη μετατόπιση του κόστους στον ίδιο τον ασθενή.

Είναι χαρακτηριστικό ότι οι δαπάνες της Ελλάδας για τον χώρο της υγείας το 2019 ήταν 2,2 μονάδες κάτω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Η δαπάνη ανά ασθενή έφτασε τα 1.603, ενώ αντίστοιχα ο μέσος όρος στην Ε.Ε. ήταν 3.523 ευρώ (Εικόνα 6). Η διαφορά αυτή δεν είναι τωρινό φαινόμενο, αλλά σίγουρα έχει γίνει πιο έντονο. Η έλευση της πανδημίας δημιούργησε την ανάγκη για μεγαλύτερες επενδύσεις (OECD, 2021). Οι επενδύσεις είχαν να κάνουν όχι μόνο με τη δημιουργία μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ), αλλά και με την αυξημένη ανάγκη για ανθρώπινο

δυναμικό. Είναι, επομένως λογικό, το χάσμα που προκύπτει μεταξύ της κρατικής δαπάνης και της πραγματικής ανάγκης της κοινωνίας για περίθαλψη, να καλύπτεται από τον ίδιο τον πολίτη. Το ζήτημα όμως που προκύπτει δεν είναι μόνο ζήτημα ποσότητας υπηρεσιών, αλλά και ποιότητας υπηρεσιών που απολαμβάνει ο Έλληνας ασφαλισμένος.



Εικόνα 6 Οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι περίπου το ήμισυ του μέσου όρου στην ΕΕ (OECD, 2021)



Εικόνα 7. Η Ελλάδα ξοδεύει σημαντικά λιγότερα για εξωνοσοκομειακή και μακροχρόνια περίθαλψη από τις περισσότερες χώρες της ΕΕ (OECD, 2021)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα

3.1 Εισαγωγή

Στην Ελλάδα, ο ιδιωτικός τομέας υγείας, ιστορικά, ήταν ισχυρός, ενώ ήδη από τη δεκαετία του 1970, οι ιδιωτικές πληρωμές υπερέβαιναν τις δημόσιες δαπάνες. Τα κύρια προβλήματα τότε ήταν η έλλειψη συντονισμού στη χρηματοδότηση και στην παροχή υπηρεσιών υγείας μεταξύ της κυβέρνησης και των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, που οδήγησε σε ανισότητα και αναποτελεσματικότητα, σε μεγάλες γεωγραφικές διαφορές στην κατανομή των πόρων και των υπηρεσιών και σε έλλειψη ανάπτυξης υποδομών στον νοσοκομειακό τομέα (ΚΕΡΕ, 2021).

Η ίδρυση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 έγινε με στόχο την καθολική κάλυψη, την ισότητα στη διανομή των υπηρεσιών και την ανάπτυξη της δημόσιας ασφάλισης (Liaropoulos, 2006). Ωστόσο, μετά από χρόνια, η μεταρρύθμιση της υγείας του 1983 φαίνεται να απέτυχε να μειώσει τις ιδιωτικές πληρωμές, καθώς ο τομέας της υγείας παρέμεινε σε μεγάλο βαθμό ιδιωτικοποιημένος, παρά τον συνταγματικά κατοχυρωμένο κυρίαρχο ρόλο του κράτους. Η αποτυχία στη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας αποδίδεται στην ανεπαρκή απόδοση της δημόσιας διοίκησης, η οποία παρά τις πολυάριθμες προσπάθειες για μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας το 1992, το 1997, το 2001 και το 2005, δεν κατόρθωσε να ενισχύσει τον ρόλο του ΕΣΥ για να εξασφαλίσει αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα υγείας. Η φροντίδα στην Ελλάδα εξακολουθεί να υποφέρει από χαμηλή αξιοπιστία και δυσαρέσκεια των καταναλωτών (Mossialos, 1997).

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης στις μέρες μας παραμένει αποσπασματική με τα νοσοκομεία να υποστελεχώνονται. Υπάρχουν προβλήματα αναμονής, κυρίως στην Αθήνα, όπου σχεδόν το 40% των ασθενών από άλλες περιοχές αναζητούν εκεί εξειδικευμένη φροντίδα. Ταυτόχρονα υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις σε μονάδες εντατικής θεραπείας, κρεβάτια αποκατάστασης και άλλες εξειδικευμένες κλινικές εγκαταστάσεις. Οι Έλληνες προκειμένου να έχουν αξιοπρεπή περίθαλψη

καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα και συνήθως όσοι δεν μπορούν να πληρώσουν απευθύνονται στα δημόσια νοσοκομεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η πρόληψη είναι υποβαθμισμένη καθώς τα κέντρα υγείας εστιάζουν κυρίως στην συνταγογράφηση φαρμάκων για τους ηλικιωμένους. Ως αντίδραση των ανωτέρω την τελευταία δεκαετία, η Ελλάδα γνώρισε ταχεία ανάπτυξη στην ιδιωτική ασφάλιση. Δημιουργήθηκαν μεγάλες κυρίως ιδιωτικές νοσοκομειακές μονάδες που αντικατέστησαν τα μικρά ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές. Υπήρξε έξαρση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων αλλά και των ιδιωτών γιατρών καθώς και εμφάνιση νέων προϊόντων υγείας που πρόσφεραν οι ιδιωτικοί πάροχοι.

Η μεταβολή της κοινωνικοοικονομικής δομής της ελληνικής κοινωνίας συνέβαλε στην αύξηση των υπηρεσιών υγείας και στην στροφή σε ιδιωτικούς φορείς. Υπήρξε αστικοποίηση του πληθυσμού με ταυτόχρονη δημογραφική γήρανση. Στην μορφοποίηση του καταναλωτικού προτύπου συνέβαλε το υψηλό ποσοστό αυτοαπασχολούμενων και η αύξηση του μέσου εισοδήματος. Το υψηλό κόστος χρόνου, οι αναμονές και η χαμηλή ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας αύξησε την ιδιωτική κατανάλωση κυρίως για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα λαμβάνει πρωτίστως τη μορφή συμπληρωματικών προγραμμάτων που παρέχουν κάλυψη για ταχύτερη πρόσβαση, καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και αυξημένες επιλογές των καταναλωτών, με βάση το εισόδημα και την ικανότητα πληρωμής. Κάθε πολίτης είναι ελεύθερος να αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση ανεξάρτητα από το γεγονός ότι είναι ασφαλισμένος και σε δημόσιο φορέα. Επιπλέον, τα ομαδικά συμβόλαια ασφάλισης υγείας παρουσιάζουν σταθερή επέκταση καθώς διευρύνεται ο ιδιωτικός τομέας της οικονομίας.

3.2 Η ανάπτυξη και ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα

Η ιδιωτική ασφάλιση αναπτύχθηκε στην Ελλάδα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, καθώς η ανάγκη για ασφάλιση των ιδιωτικών και επαγγελματικών κινδύνων αυξήθηκε σημαντικά. Είναι ρυθμιζόμενη από τον Σύλλογο Ελληνικών Ασφαλιστικών

Εταιρειών (ΣΕΑΑ), που είναι ο κεντρικός φορέας ελέγχου και εποπτείας των ασφαλιστικών εταιρειών στη χώρα. Επιπλέον, η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα υπόκειται σε νομοθεσία που διέπει τη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιρειών και προστατεύει τους καταναλωτές από απάτες και καταχρήσεις. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η ιδιωτική ασφάλιση συμβάλλει καθοριστικά στην οικονομική ανάπτυξη της χώρας και ταυτόχρονα βοηθά στην προστασία των περιουσιακών στοιχείων σε ιδιώτες και επιχειρήσεις από αναπάντεχους κινδύνους, συμβάλλοντας στη διατήρηση και την ενίσχυση της οικονομικής δραστηριότητας των επιχειρήσεων και των καταναλωτών.

Παράλληλα, οι εισερχόμενοι πόροι των ασφαλιστικών εταιρειών συνδέονται άμεσα με την ανάπτυξη του χρηματοπιστωτικού τομέα, μέσω συνεργασιών με τράπεζες και άλλες χρηματοπιστωτικές εταιρείες. Οι ασφαλιστικές εταιρείες επενδύουν τα κεφάλαιά τους σε μετοχές, ομόλογα, ακίνητα και άλλα χρηματοοικονομικά προϊόντα, διαδραματίζοντας έτσι σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της χρηματοοικονομικής αγοράς της χώρας.

Ιστορικά η χώρα μας έχει χαμηλά ποσοστά στην ιδιωτική ασφάλιση. Κατά τη δεκαετία του 1980, μόνο το 2% του πληθυσμού καλύπτονταν από ιδιωτικούς παρόχους. Το ποσοστό αυτό αυξήθηκε στο 10% έως το 2005, αλλά εξακολουθεί να είναι χαμηλότερο από αυτό σε ορισμένες άλλες χώρες της ΕΕ (Siskou *et al.*, 2009). Για παράδειγμα, στη Γαλλία, όπου η δημόσια ασφάλιση είναι σημαντική, το 87,2% του πληθυσμού ήταν ασφαλισμένοι στον ιδιωτικό τομέα το 2004. Στην Ολλανδία και τη Γερμανία, ο πληθυσμός που καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση ήταν 92,8 και 24,3%, αντίστοιχα, το 2005.

Σύμφωνα με στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος, περισσότερα από 1,5 εκατομμύρια άτομα είχαν ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη το 2002 (Siskou *et al.*, 2009). Αναλύοντας αυτό το ποσοστό παρατηρούμε άτομα ηλικίας περίπου 45-60 ετών, είναι κυρίως εργοδότες, επαγγελματίες, δημόσιοι υπάλληλοι, εργαζόμενοι στο γραφείο και διευθυντές που εργάζονται για μεγάλες ιδιωτικές εταιρείες και τράπεζες, που ζουν σε αστικές περιοχές. Από τις εταιρείες με περισσότερους από 20 υπαλλήλους, το 23% προσφέρουν ομαδικά συμβόλαια ασφάλισης ζωής και υγείας στο προσωπικό τους (Siskou και συν., 2009).

Μια προσπάθεια εκτίμησης του μεγέθους της αγοράς της ιδιωτικής ασφάλισης χρησιμοποίησε ένα τυχαιοποιημένο δείγμα 1.616 νοικοκυριών σε όλη τη χώρα και διαπίστωσε ότι το 9% του πληθυσμού είχε κάποιο είδος κάλυψης από τον ιδιωτικό τομέα. Η πλειονότητα είχε κάλυψη μόνο για βασική νοσοκομειακή περίθαλψη, με ετήσια ασφάλιστρα έως 900 € για το 52% των ασφαλισμένων (Σίσκου, 2006).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι η κύρια οικονομική πηγή για τον ιδιωτικό νοσοκομειακό τομέα, με σχεδόν το 50% των εσόδων του κλάδου το 2001. (Siskou *et al.*, 2009), καθώς το 68% των δαπανών για την υγεία των νοικοκυριών πηγαίνει σε εξωτερικά ιατρεία, οι πληρωμές από την τσέπη για τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι αξιοσημείωτα χαμηλός. Σύμφωνα με την Σίσκου (2006) οι οικογένειες που καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση έχουν 120% μεγαλύτερη πιθανότητα να νοσηλευτούν σε ιδιωτικό νοσοκομείο σε σύγκριση με εκείνες χωρίς.

3.2.1 Προγράμματα που καλύπτουν νοσοκομειακά έξοδα

Τα προγράμματα που καλύπτουν νοσοκομειακά έξοδα αποζημιώνουν (Λούκου, 2015):

- Έξοδα διαμονής και διατροφής
- Έξοδα ολοκλήρωσης χειρουργείου που διαρκεί μία ημέρα ή έξοδα χειρουργείου ρομποτικής φύσης
- Έξοδα παραμονής σε ΜΑΦ ή ΜΕΘ
- Κόστος απασχόλησης αναισθησιολόγου ή χειρουργού
- Κόστος απασχόλησης αποκλειστικού νοσηλευτή
- Κόστος προ εγχειρητικών εξετάσεων και μετεγχειρητικής παρακολούθησης
- Φυσικοθεραπείες, ακτινοθεραπείες, χημειοθεραπείες, ραδιοθεραπείες
- Φάρμακα
- Κάλυψη μεταφοράς στο νοσοκομείο
- Κάλυψη κόστους αγοράς πρόσθετων μελών
- Αιμοκάθαρση
- Δαπάνες σε κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας
- Κόστος εξωτερικών ιατρείων

Προκειμένου να προσελκύσουν περισσότερους πελάτες, οι ασφαλιστικές εταιρείες μετά τα μέσα της δεκαετίας του 1980 ανέπτυξαν ένα προϊόν απεριόριστης κάλυψης, προσφέροντας «κάρτα νοσηλείας». Σύμφωνα με αυτό το πρόγραμμα, οι ασφαλιστικές εταιρείες υπέγραψαν συμβάσεις με προτιμώμενα ιδιωτικά νοσοκομεία και πρόσφεραν στους πελάτες απεριόριστη νοσηλεία, αναλαμβάνοντας άμεσα και εξ ολοκλήρου την πληρωμή των εξόδων στα συμβεβλημένα νοσοκομεία. Αποτέλεσμα ήταν η αύξηση των εισαγωγών, των εργαστηριακών εξετάσεων και όλων των νοσοκομειακών δαπανών. Η συγκεκριμένη πρακτική οδήγησε της ασφαλιστικές εταιρείες να εφαρμόσουν αυστηρότερους ελέγχους και να επαναξιολογήσουν τις συνεργασίες τους με τα ιδιωτικά νοσοκομεία με έλεγχο των τιμολογίων και των εργαστηριακών εξετάσεων. Παράλληλα εισήγαγαν ανώτατα όρια για τις δαπάνες, τις συμπληρωματικές πληρωμές και τις εκπτώσεις (Δημητροπούλου, 2017)

3.2.2 Παροχές σε χρήμα

Οι παροχές σε χρήμα αφορούν συνήθως στην πληρωμή ενός προκαθορισμένου ποσού που αντικαθιστά την απώλεια εισοδήματος λόγω ασθένειας ή ατυχήματος. Περιλαμβάνουν: (1) χειρουργικό επίδομα, (2) νοσοκομειακό ημερήσιο επίδομα, (3) επίδομα ανάρρωσης και (4) ασφάλιση έναντι καταστροφικής ασθένειας. Συνήθως οι ασφαλιστικές εταιρείες για κάθε κίνδυνο καταβάλουν εφάπαξ αποζημίωση ανεξαρτήτως των πραγματικών εξόδων του ασφαλισμένου. (Δημητροπούλου, 2017).

3.2.3 Προγράμματα που καλύπτουν έξοδα περίθαλψης εξωτερικών ασθενών

Οι συγκεκριμένες παροχές αφορούν σε προγράμματα που καλύπτουν έξοδα περίθαλψης εξωτερικών ασθενών παρέχουν αποζημίωση για αμοιβές ιατρών, φαρμακευτικά προϊόντα και διαγνωστικές εξετάσεις, με ελεύθερη επιλογή παρόχου. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι δεν καλύπτονται δαπάνες για προληπτικές υπηρεσίες, υγειονομική αγωγή, εμβολιασμό κ.λπ., με εξαίρεση τις εξετάσεις που παρέχονται ως συμπλήρωμα της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Συνήθως, οι πελάτες υποχρεούνται να συμμετέχουν στον επιμερισμό του κόστους

(συμπληρωμές και εκπτώσεις), και πολλές ασφαλιστικές εταιρείες έχουν θεσπίσει ανώτατα όρια στις δαπάνες. Οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες (με σπάνιες εξαιρέσεις) δεν προσφέρουν ειδικά προγράμματα που να καλύπτουν τη φροντίδα των εξωτερικών ασθενών, καθώς σχετίζεται με υψηλό διοικητικό κόστος, που προκύπτει από την αναγκαιότητα άσκησης ελέγχου στις πραγματοποιηθείσες δαπάνες και τη βεβαιότητα ότι οι πελάτες θα εξαντλήσουν το όριο της παρεχόμενης κάλυψης (Σταυρακάκης, 2017).

3.2.4 Ασφάλιση εισοδήματος αναπηρίας

Η ασφάλιση εισοδήματος αναπηρίας παρέχει περιοδικές (συνήθως σε εβδομαδιαία ή μηνιαία βάση) πληρωμές για την αντικατάσταση της απώλειας εισοδήματος λόγω αναπηρίας που προκαλείται από ατύχημα ή ασθένεια. Το ποσό που καταβάλλεται είναι περίπου το 60-70% του εισοδήματος. Εκτός από τις περιοδικές πληρωμές, υπάρχει και η δυνατότητα καταβολής εφάπαξ σε περίπτωση μόνιμης ολικής ή μερικής ανικανότητας, καθώς και η παραίτηση από ασφάλιστρα (Σταυρακάκης, 2017).

3.2.5 Διαχειριζόμενα προγράμματα φροντίδας

Από το 1998, έχουν δημιουργηθεί δύο ιδιωτικά σχήματα διαχειριζόμενης υγειονομικής περίθαλψης: το ένα που βασίζεται στις αρχές των Οργανισμών Συντήρησης Υγείας και το άλλο στις αρχές των Οργανισμών Προτιμώμενων Παρόχων. Τα προγράμματα αυτά παρέχουν ολοκληρωμένα πακέτα υπηρεσιών εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών. Τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι: (1) ο καθορισμένος πληθυσμός εγγεγραμμένων μελών, (2) τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται από τα μέλη που καθορίζονται εκ των προτέρων για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και γίνονται περιοδικά, (3) οι ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται σε βάση άμεσης υπηρεσίας, (4) η σύναψη συμβάσεων με προτιμώμενους παρόχους, (5) το σύστημα παραπομπής, (6) τα οικονομικά κίνητρα στα μέλη προκειμένου να χρησιμοποιούν αποκλειστικά τις υπηρεσίες του συστήματος (Λούκου, 2015). Οι περισσότεροι ασφαλιστές δεν καλύπτουν την οδοντιατρική περίθαλψη, πιθανώς επειδή θεωρείται δαπανηρή υπηρεσία.

Εξαιρούνται επίσης η πλαστική χειρουργική, η εναλλακτική ιατρική και οι οφθαλμολογικές υπηρεσίες.

Οι προϋπάρχουσες παθήσεις και οι χρόνιες ασθένειες όπως ο διαβήτης εξαιρούνται από μια ρήτρα για προϋπάρχουσες παθήσεις. Επιπλέον, οι ασφαλιστές δεν υποχρεούνται να προσφέρουν ένα τυποποιημένο πακέτο παροχών και είναι ελεύθεροι να καθορίσουν το είδος, το μέγεθος και το εύρος των υπηρεσιών που παρέχουν. Η αξιολόγηση premium για μεμονωμένα συμβόλαια βασίζεται σε ατομική αξιολόγηση κινδύνου, ενώ τα ομαδικά συμβόλαια βασίζονται σε ομαδική αξιολόγηση. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση κινδύνου είναι η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και το ατομικό ιστορικό ασθένειας. Οι μηχανισμοί αξιολόγησης κινδύνου μειώνουν την πρόσβαση σε ιδιωτική ασφάλιση για ηλικιωμένους ή σε περιπτώσεις προϋπάρχουσας νόσου. Οι δυνητικοί συνδρομητές υποχρεούνται να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με το οικογενειακό και το προσωπικό ιστορικό ασθένειας και απαιτείται να υποβληθούν σε ιατρικές εξετάσεις και ακτινογραφίες, αλλά όχι γενετικές εξετάσεις (Λούκου, 2015).

Οι ιδιωτικοί ασφαλιστές υγείας στην Ελλάδα μπορούν να απορρίψουν αιτήσεις, να αποκλείσουν προϋπάρχουσες συνθήκες ή να θέσουν όρια ηλικίας, υπονοώντας ότι το skimming (ξεκαθάρισμα) στην ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα είναι πολύ πιθανό να συμβεί. Σε αυτό το πλαίσιο, τα άτομα με χαμηλό εισόδημα, οι ηλικιωμένοι και τα άτομα με χρόνιες παθήσεις έχουν πολύ περιορισμένη πρόσβαση στην κάλυψη. Επιπλέον, το γεγονός ότι τα ασφάλιστρα ιδιωτικής ασφάλισης δεν συνδέονται άμεσα με τα κέρδη και είναι προσαρμοσμένα στον κίνδυνο, σημαίνει ότι η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί μια οπισθοδρομική μορφή χρηματοδότησης υπηρεσιών υγείας και μπορεί να σχετίζεται αρνητικά με το εισόδημα, καθώς τα άτομα χαμηλού εισοδήματος τείνουν να είναι πιο επιρρεπή σε ασθένειες (Σταυρακάκης, 2017).

Η ποικιλία των ασφαλιστικών προϊόντων, τα επίπεδα κάλυψης, οι τιμές και οι μηχανισμοί πληρωμής καθιστούν δύσκολη την επιλογή του ασφαλιστικού πακέτου που ταιριάζει στις ανάγκες τους για τους καταναλωτές. Οι ασφαλιστές δεν έχουν θεσπίσει βασικά πακέτα παροχών για να διευκολύνουν τις συγκρίσεις και να επιτρέπουν στους καταναλωτές να κάνουν ενημερωμένες επιλογές. Τέλος, οι ελλείψεις στις πληροφορίες που μπορούν να λάβουν για τις υπηρεσίες και η

έλλειψη τεχνικών γνώσεων που απαιτούνται για τη σύγκριση υπηρεσιών και πακέτων που παρέχονται από διάφορες εταιρείες, αναγκάζουν τους καταναλωτές να καταφύγουν σε ασφαλιστικούς πράκτορες, μεσίτες και συμβούλους (Δημητροπούλου, 2017).

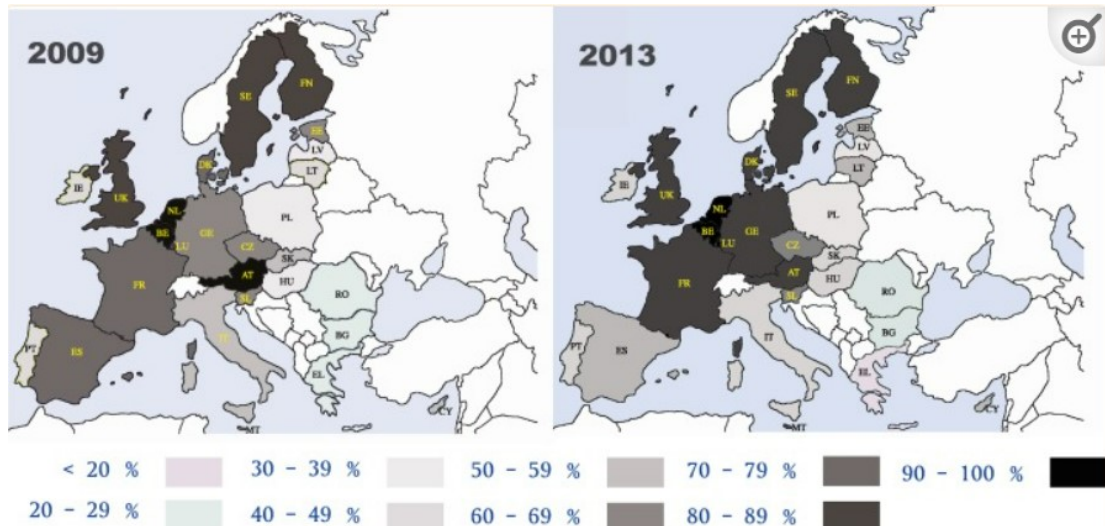
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – Έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση των ασφαλισμένων

Το ζήτημα της ικανοποίησης των ασφαλισμένων από τα συστήματα ασφάλισης είτε αυτά είναι ιδιωτικά είτε αυτά είναι δημόσια, έχει απασχολήσει την ερευνητική κοινότητα έντονα. Στόχος της μελέτης των Alsaud, Taddese, & Filippidis (2018) ήταν να αξιολογήσουν τις αντιλήψεις των ασφαλισμένων για τα συστήματα υγείας των 27 κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) μετά την οικονομική κρίση (2009–2013), προκειμένου να συζητηθούν οι παρατηρούμενες αλλαγές στο πλαίσιο της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Η μελέτη χρησιμοποίησε κυρίως τα στατιστικά της έρευνας της Έρευνας Κοινωνικού Κλίματος του Ευρωβαρόμετρου, για την περίοδο 2009-2013. Το δείγμα πάνω στο οποίο βασίστηκε η έρευνα ήταν 116.706 ασφαλισμένοι. Η έρευνα έδειξε ότι οι Ευρωπαίοι κατά 64% έχουν γενικά θετική αντίληψη για τα εθνικά τους συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, παρατηρήθηκε σημαντική πτώση στις θετικές αντιλήψεις τα χρόνια που ακολούθησαν την κρίση, ιδίως στις χώρες που επλήγησαν περισσότερο από την κρίση. Δηλαδή η αντίληψη των συμμετεχόντων που προέρχονταν από χώρες που αντιμετώπισαν έντονο χρηματοπιστωτικό πρόβλημα υπήρξαν αλλαγμένες προς το χειρότερο, αφού αντιλήφθηκαν μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η χρηματοπιστωτική κρίση επηρέασε την ικανοποίηση των ασφαλισμένων από τις υπηρεσίες που απολάμβαναν, αφού προφανώς οι χρηματοδοτικές περικοπές επηρέασαν και την ποιότητα των υπηρεσιών.

Όσον αφορά στα δημοσιονομικά χαρακτηριστικά, οι πιο πλούσιες χώρες και εκείνες που αφιερώνουν μεγαλύτερο ποσοστό του εθνικού τους εισοδήματος στην υγεία έδειξαν ότι ικανοποιούν ποιοτικά τους ασφαλισμένους πολίτες τους. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα θεωρούν ότι οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που λαμβάνουν αντικατοπτρίζουν την κοινωνική τους θέση, δηλαδή όσο πιο χαμηλή είναι η οικονομική θέση των συμμετεχόντων τόσο πιο χαμηλή ήταν η ικανοποίηση που δήλωσαν. Οι ασφαλισμένοι με χαμηλό εισόδημα δήλωσαν λιγότερη ικανοποίηση σε σχέση με αυτούς που είχαν αυξημένο εισόδημα. Επίσης στις χώρες

με αυξημένες επενδύσεις στον χώρο της υγείας φάνηκε μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης.

Οι ίδιοι ερευνητές (Alsaud, Taddese and Filippidis, 2018) διαπίστωσαν ότι υπήρξε μείωση των θετικών αντιλήψεων για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης τα τελευταία χρόνια μετά την οικονομική κρίση στην Ευρώπη. Η ανάλυσή έδειξε επίσης ότι το υψηλότερο εθνικό κατά κεφαλήν εισόδημα και οι υψηλότερες δαπάνες για την υγεία συνδέθηκαν με καλύτερες αντιλήψεις καθ' όλη τη διάρκεια της χρηματοπιστωτικής κρίσης. Αυτό σημαίνει ότι τόσο η ικανότητα για κάλυψη των ατομικών δαπανών υγείας όσο και η αύξηση της δυνατότητας επενδύσεων σε εθνικό επίπεδο, επηρεάζουν την ικανοποίηση των ευρωπαίων πολιτών. Επομένως οι χώρες που έχουν επενδύσει στον χώρο της υγείας, αλλά και που διαθέτουν πολίτες με υψηλό εισόδημα παρουσιάζουν αυξημένη ικανοποίηση. Σε εθνικό επίπεδο μπορούμε να ισχυριστούμε ότι υπήρξαν έντονες διαφορές ανάμεσα στους πολίτες των κρατών μελών. Σύμφωνα με του Alsaud et al., (2018), η άποψη των πολιτών της Ισπανίας και της Ελλάδας άλλαξε έντονα κατά τη διάρκεια των ετών της χρηματοπιστωτικής κρίσης, ενώ υπήρξαν και χώρες που ακολούθησαν αντίθετη πολιτική και αυτό επηρέασε και την αντίληψη των πολιτών. Χώρες όπως η Γερμανία και η Δανία, οι οποίες είτε επέλεξαν να επενδύσουν σε περαιτέρω κοινωνική προστασία ή αποφάσισαν να προστατεύσουν τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία φαίνεται ότι έχουν δει βελτίωση στην αντίληψη του κοινού για τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Από την άλλη πλευρά, οι χώρες του νότου, όπως η Ελλάδα και η Ισπανία, είδαν να επηρεάζεται η άποψη των πολιτών, αφού χρειάστηκε να κάνουν περικοπές.



Εικόνα 8. Ιστορική εξέλιξη των αντιλήψεων (Alsaud, Taddese and Filippidis, 2018)

Η ικανοποίηση των ασφαλισμένων από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης είναι μια σημαντική διάσταση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Η εργασία των Roots, Ainsaar, & Nahkur, (2019) ανέλυσε πως η ικανοποίηση από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης εξαρτιόταν από την οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων κατά τη διάρκεια και μετά την οικονομική ύφεση στις χώρες της Βαλτικής. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπήρχαν διαφορές στην ικανοποίηση του κοινού από την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των ανθρώπων σε καλύτερη και χειρότερη κατάσταση στην Εσθονία (εκτός από το 2009). Στην πραγματικότητα η συγκεκριμένη έρευνα επιβεβαιώνει τα ευρήματα αυτής των Alsaud et al., (2018). Στη Λιθουανία η ικανοποίηση από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ήταν μεγαλύτερη στους κατοίκους με υψηλότερο εισόδημα, όπως και στη Λετονία. Επομένως η ικανοποίηση των πολιτών από το σύστημα είναι ανάλογη με την οικονομική τους κατάσταση και από την οικονομική κατάσταση της χώρας.

Οι Booysen & Gordon (2020) αξιολόγησαν τις τάσεις και την ανισότητα στις αντιλήψεις του κοινού για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους κατοίκους της Νότιας Αφρικής. Οι ερευνητές βασίστηκαν σε εθνικά αντιπροσωπευτικό σταθμισμένο δείγμα νοικοκυριών της Νότιας Αφρικής σε δείγμα 28.326 νοικοκυριών την περίοδο 2007–16. Η έρευνα έδειξε ότι συνολικά, μόνο το 68,2% των νοικοκυριών ανέφερε ότι οι ανάγκες τους σε υγειονομική περίθαλψη ικανοποιούνταν επαρκώς, ενώ μόνο το 54,3% ήταν ικανοποιημένο με την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Οι αντιλήψεις του κοινού για την παροχή υγειονομικής

περίθαλψης βελτιώθηκαν με τον πλούτο των νοικοκυριών. Είναι προφανές ότι όλες οι έρευνες που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα εργασία κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα. Η κοινωνικοοικονομική ανισότητα ως προς την επάρκεια και την ικανοποίηση είναι έντονη. Αν και οι αντιλήψεις του κοινού για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης βελτιώθηκαν, οι ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης πολλών φτωχών Νοτιοαφρικανών εξακολουθούν να μην καλύπτονται επαρκώς. Επιπλέον, πολλοί Νοτιοαφρικανοί δεν είναι ικανοποιημένοι με τις προσπάθειες της κυβέρνησης για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά των φτωχών (Booyesen and Gordon, 2020).

Μεταξύ 1998 και 2019, η δομή και η διαδικασία των υπηρεσιών γενικού ιατρού στη Βρετανία υπέστη μια σειρά μεταρρυθμίσεων. Το μοντέλο μάλιστα γνώρισε μεγάλες αυξομειώσεις στο πέρασμα του χρόνου, αναφορικά με την χρηματοδότηση που λάμβανε. Η έρευνα των Aljohani, Donnelly, & O'Neill, (2022) μελέτησε τις αλλαγές στην ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας στη Μ. Βρετανία με την πάροδο του χρόνου σε αυτό το πλαίσιο. Τα δεδομένα εξήχθησαν από τη Βρετανική Έρευνα Κοινωνικών Στάσεων για την περίοδο 1998–2019. Η ανάλυση και εδώ έδειξε ότι η ικανοποίηση φάνηκε να μειώνεται πιο έντονα κατά τη διάρκεια της λιτότητας για ομάδες χαμηλού εισοδήματος, ηλικιωμένους και άτομα που είχαν λιγότερα τυπικά προσόντα/χρόνια εκπαίδευσης. Ενώ μια σειρά από πολιτικές πρωτοβουλίες που υιοθετήθηκαν δεν έφεραν την επιθυμητή επίδραση στην κοινωνία. Καθώς οι υπηρεσίες ανακάμπτουν από την πανδημία, θα είναι απαραίτητο να επενδύσουν οι χώρες με σημαντικό και διαρκή τρόπο για την ανοικοδόμηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων (Aljohani, Donnelly and O'Neill, 2022).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Σχεδιασμός και μεθοδολογία έρευνας

5.1 Σκοπός

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην αποτίμηση των υπηρεσιών ασφάλισης από τον δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης από το δημόσιο σύστημα υγείας πολλές φορές μοιάζει να είναι δυσλειτουργική, όμως είναι στα αλήθεια; Από την άλλη πλευρά η παροχή ασφάλισης από τον ιδιωτικό τομέα ανταποκρίνεται στο κόστος για τον ιδιώτη; Η εργασία αποσκοπεί:

- Στη διερεύνηση της ποιότητας των υπηρεσιών ασφάλισης που προσφέρει τόσο ο ιδιωτικός όσο και ο δημόσιος τομέας
- Στην διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης από πλευρά ασφαλισμένου

5.2 Μεθοδολογία

Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας επιλέχθηκε η ποσοτική μέθοδος μέσω ερωτηματολογίου, η οποία αποτελεί συνήθη διαδικασία για την μέτρηση της ικανοποίησης στον ασφαλιστικό τομέα γιατί προσδίδει (Heale and Twycross, 2015):

1. Αντικειμενικότητα: Οι ποσοτικές μέθοδοι βασίζονται σε αριθμητικά δεδομένα, τα οποία επιτρέπουν την αντικειμενική μέτρηση της ικανοποίησης. Αυτό εξαλείφει την πιθανότητα μεροληψίας ή υποκειμενικής ερμηνείας δεδομένων.
2. Αξιοπιστία: Οι ποσοτικές μέθοδοι είναι ιδιαίτερα αξιόπιστες καθώς βασίζονται σε τυποποιημένα και επικυρωμένα εργαλεία μέτρησης. Αυτό σημαίνει ότι τα αποτελέσματα που λαμβάνονται από διαφορετικές μελέτες ή έρευνες μπορούν να συγκριθούν και να αναλυθούν με συνεπή τρόπο.
3. Γενικευσιμότητα: Οι ποσοτικές μέθοδοι επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων σε μεγαλύτερο πληθυσμό. Έρευνες και ερωτηματολόγια μπορούν να χορηγηθούν σε ένα μεγάλο δείγμα ασφαλισμένων, γεγονός που

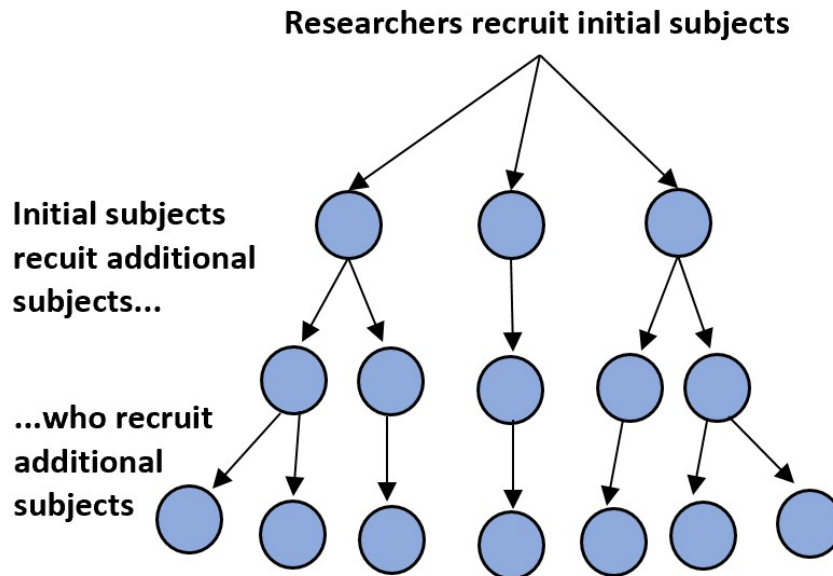
επιτρέπει τον εντοπισμό τάσεων και προτύπων ικανοποίησης σε διαφορετικές ομάδες ανθρώπων.

4. Συγκρισιμότητα: Οι ποσοτικές μέθοδοι επιτρέπουν τη σύγκριση των επιπέδων ικανοποίησης μεταξύ διαφορετικών τομέων. Αυτό μπορεί να βοηθήσει τις ασφαλιστικές εταιρείες/ οργανισμούς να εντοπίσουν τομείς βελτίωσης και να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με το πώς να βελτιώσουν την εμπειρία των πελατών.

Συνολικά, οι ποσοτικές μέθοδοι παρέχουν στις ασφαλιστικές εταιρείες/ οργανισμούς έναν αξιόπιστο και αντικειμενικό τρόπο μέτρησης της ικανοποίησης, επιτρέποντάς τους να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με το πώς να βελτιώσουν την εμπειρία των πελατών.

5.3 Δείγμα

Για την διαμόρφωση του δείγματος ακολουθήθηκε η μέθοδος της αλυσοειδούς δειγματοληψίας (snowball sampling) η οποία χρησιμοποιείται ευρέως ένεκα της ευκολίας της. Αρχικά επιλέχτηκε ένα μικρό δείγμα πληθυσμού. Τα άτομα του πληθυσμού με την σειρά τους επέλεξαν και απέστειλαν το ερωτηματολόγιο, με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, σε k άτομα τα οποία γνωρίζουν και συναναστρέφεται πιο συχνά. Η μέθοδος snowball sampling βασίζεται, στο να ζητάει ο ερευνητής από τα ήδη συμμετέχοντα άτομα να προωθήσουν το ερωτηματολόγιο σε άλλα άτομα που ίσως πληρούν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα. Με αυτόν τον τρόπο, η έρευνα μπορεί να φτάσει σε δείγμα που δεν θα ήταν δυνατόν να βρεθούν με άλλους τρόπους δειγματοληψίας (Question pro, 2023).



Εικόνα 9. Γραφική αναπαράσταση της αλυσοειδούς δειγματοληψίας (snowball sampling) (Statology, 2023)

Η snowball sampling είναι μια μέθοδος δειγματοληψίας που χρησιμοποιείται συχνά σε κοινωνιολογικές και ανθρωπολογικές έρευνες, καθώς και σε μελέτες που ασχολούνται με θέματα υγείας καθώς θεωρείται ως μία ιδιαίτερα γρήγορη και ικανοποιητική δειγματοληπτική μέθοδος. Παρόλα αυτά υπάρχουν και αρνητικά που συνοδεύουν τη συγκεκριμένη μέθοδο (Question pro, 2023) . Για παράδειγμα η συγκεκριμένη μέθοδος δεν διασφαλίζει την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Ακόμα και αν συγκεντρωθεί ένα μεγάλο πλήθος απαντήσεων δείγματος, αυτό δεν ισοδυναμεί και με τη συγκέντρωση αντιπροσωπευτικού δείγματος. Παράλληλα υπάρχει η πιθανότητα το δείγμα να είναι μεροληπτικό, αφού το δείγμα έχει την ιδιότητα ή τάση να προσελκύει άλλους συμμετέχοντες που έχουν την ίδια συμπεριφορά. Επομένως οι ιδιότητες του αρχικού δείγματος είναι πιθανόν να μεγιστοποιηθεί. Στο σύνολο της παρούσας έρευνας συλλέχθηκαν 121 απαντήσεις.

5.4 Ερωτηματολόγιο

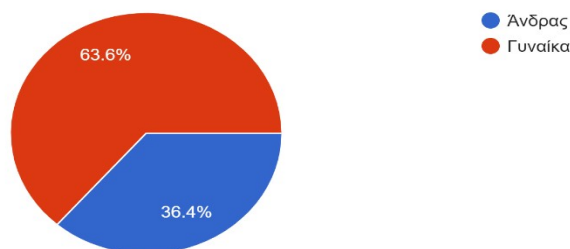
Η έρευνα βασίστηκε στη δημιουργία ερωτηματολογίου το οποίο παρατίθεται στο παράρτημα της εργασίας. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δύο τμήματα: το ένα αφορά τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος και το δεύτερο τις μεταβλητές του ενδιαφέροντος της παρούσας εργασίας. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με βάση τη θεωρία πάνω στην οποία βασίστηκε η παρούσα εργασία. Η υλοποίηση του

ερωτηματολογίου έγινε στην εφαρμογή Google Forms (Zablotska, 2022) και αποστάθηκε ηλεκτρονικός στους αποδέκτες

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – Ανάλυση αποτελεσμάτων

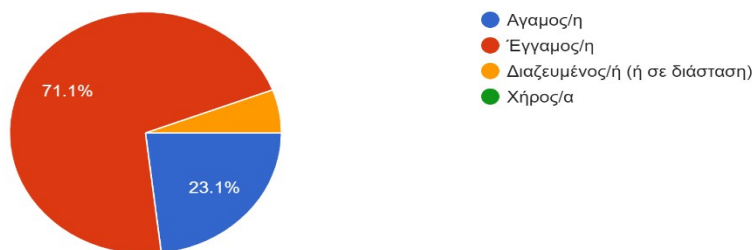
Στην έρευνα, όπως προαναφέρθηκε, έλαβαν μέρος 121 άτομα, από τα οποία το 63,65% ήταν γυναίκες και το 36,4% ήταν άντρες. Αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση έχουμε να παρατηρήσουμε ότι η συντριπτική πλειοψηφία ήταν έγγαμοι 71,1% ενώ το 23,1% ήταν άγαμοι. Μόλις το 5,8% υπήρξε σε διάσταση ή διαζευγμένο. Ταυτόχρονα παρατηρούμε ότι η ηλικία της πλειοψηφίας των συμμετεχόντων φαίνεται να κινείται επί το πλείστον στην ηλικιακή ομάδα 46-59 ετών με ποσοστό 51,2%, ενώ ακολοθεί η ηλικιακή ομάδα των 30-45 με ποσοστό 42,1%. Οι ακραίες ηλικιακές ομάδες δηλαδή αυτές των άνω των 60 και κάτω των 30 ετών είχαν περιορισμένη συμμετοχή στην έρευνα.

Φύλλο
121 responses



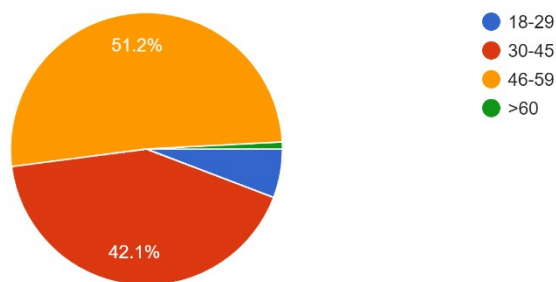
Εικόνα 10. Φύλλο συμμετεχόντων

Οικογενειακή κατάσταση
121 responses



Εικόνα 11. Οικογενειακή κατάσταση

Ηλικία
121 responses



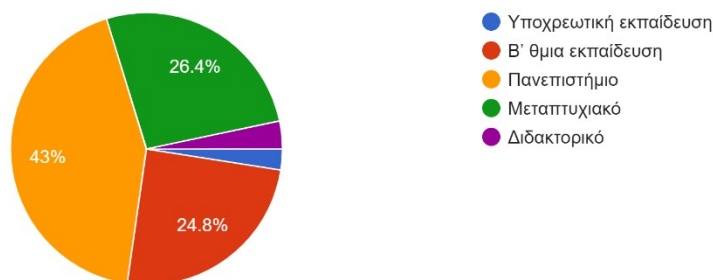
Εικόνα 12. Ηλικία συμμετεχόντων

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των συμμετεχόντων παρατηρούμε ότι ελάχιστοι ήταν οι συμμετέχοντες που είχαν παραμείνει στην υποχρεωτική εκπαίδευση, ενώ παράλληλα ελάχιστοι ήταν και εκείνοι που ολοκλήρωσαν τις σπουδές τους σε διδακτορικό επίπεδο. Παρατηρείται επομένως μία συγκέντρωση στις ενδιάμεσες επιλογές με κυρίαρχη αυτή της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης σε επίπεδο προπτυχιακού με ποσοστό 43%, ενώ ακολουθεί το επίπεδο μεταπτυχιακού με ποσοστό 26,4%. Τέλος το 24,8% έχει ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

Ανάλογη είναι και η εικόνα σε επίπεδο ετήσιων οικονομικών αποδοχών με τις ακραίες επιλογές των απαντήσεων να συγκεντρώνουν περιορισμένες επιλογές από τους συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, μόλις το 7,4% δηλώνει ως ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μέχρι 10.000 ευρώ, ενώ το 41,3% δήλωσε ότι έχει ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 10.001-20.000 ευρώ, το οποίο είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό στη συγκεκριμένη ερώτηση. Από την άλλη πλευρά το 30,6% δήλωσε ως οικογενειακό εισόδημα ποσό μεταξύ 20.001-30.000 ευρώ. Το ποσοστό των συμμετεχόντων που δήλωσε οικογενειακό εισόδημα μεταξύ 30.001-50.000 ευρώ άγγιξε το 19%. Ποσά άνω των 50.000 ευρώ φαίνεται να είναι περιορισμένα.

Εκπαιδευτικό υπόβαθρο

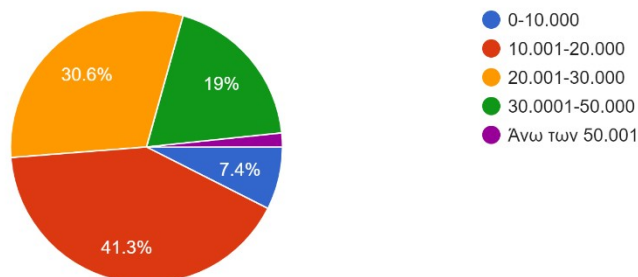
121 responses



Εικόνα 13. Εκπαιδευτικό υπόβαθρο

Ετήσιο Οικογενειακό εισόδημα

121 responses



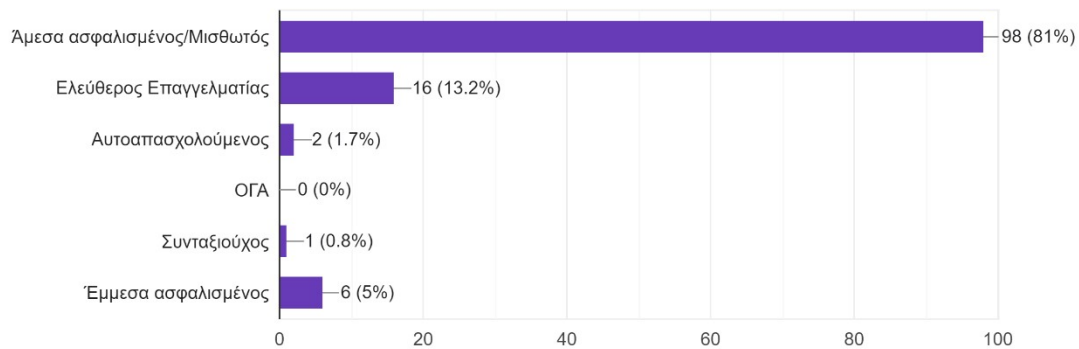
Εικόνα 14. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλισμένων που έχει ασφαλιστική ικανότητα στον e-ΕΦΚΑ προέρχεται από μισθωτή απασχόληση. Συγκεκριμένα το 81% δήλωσαν μισθωτοί και ότι είναι άμεσα ασφαλισμένοι και το 13,2% ότι είναι ελεύθεροι επαγγελματίες. Το 5% δήλωσε ότι είναι έμμεσα ασφαλισμένοι και το 1,7% ότι είναι αυτοαπασχολούμενοι. Επίσης το 98,5% δήλωσε ότι έχει δημόσια ασφάλιση και το 13,3% δήλωσε ότι έχει ιδιωτική ασφάλιση.

Στην ερώτηση σχετικά με το αν υπάρχουν προστατευόμενα μέλη το 52,9% δήλωσε ότι έχει ενώ το 47,1, ότι δεν έχει. Ταυτόχρονα φαίνεται από τις απαντήσεις που δόθηκαν ότι εξίσου τα προστατευόμενα μέλη κατά ένα σημαντικό ποσοστό απολαμβάνουν δημόσιας ασφάλισης.

Ποια είναι η ιδιότητά σας σε σχέση με τον ΕΦΚΑ

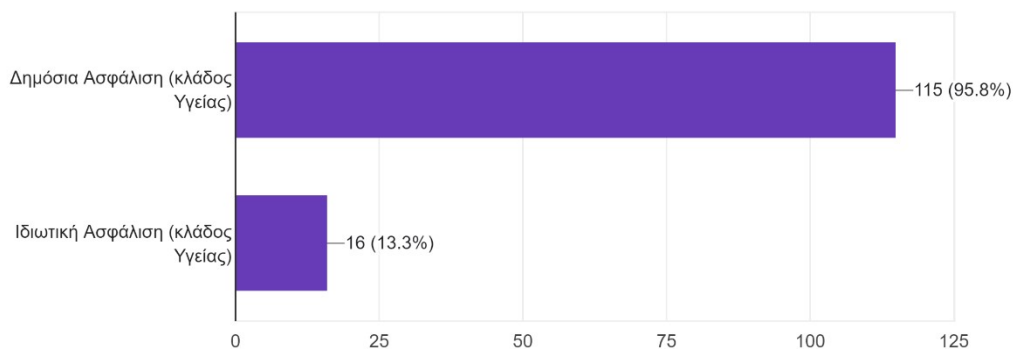
121 responses



Εικόνα 15. Ιδιότητα σε σχέση με το ΕΦΚΑ

Τι μορφή ασφάλισης έχετε

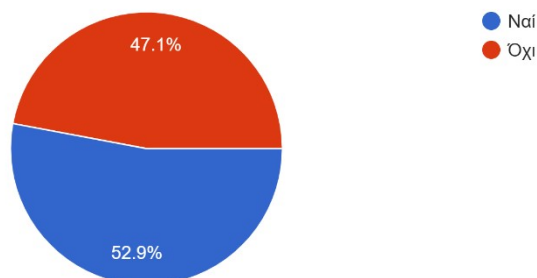
120 responses



Εικόνα 16. Μορφή ασφάλισης

Υπάρχουν προστατευόμενα μέλη που ασφαρίζετε εσείς

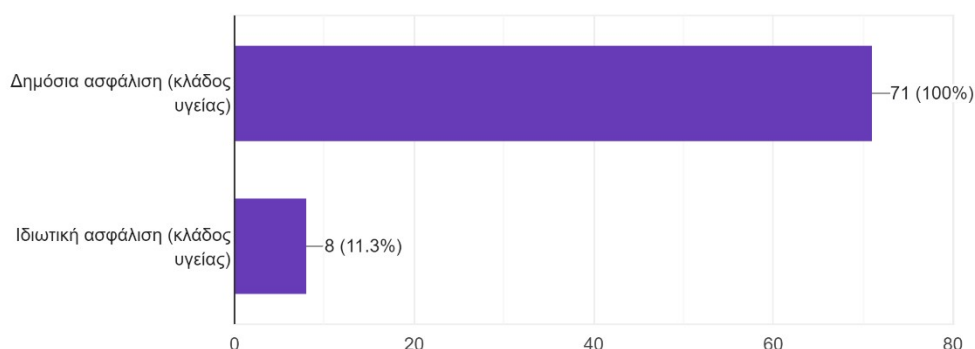
119 responses



Εικόνα 17. Προστατευόμενα μέλη

Αν απαντήσατε θετικά στην παραπάνω ερώτηση, παρακαλώ σημειώστε το είδος της ασφάλισης που παρέχετε στα προστατευόμενα μέλη

71 responses

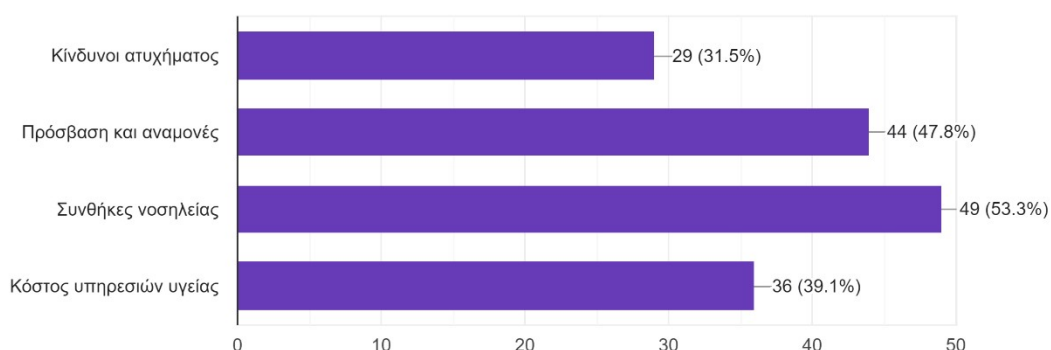


Εικόνα 18. Είδος ασφάλισης στα προστατευόμενα μέλη

Όμως ποιοι είναι εκείνοι οι παράγοντες που οδήγησαν ή οδηγούν τους πολίτες στην ιδιωτική ασφάλιση; Κυρίαρχος παράγοντας που οδηγεί στην ιδιωτική ασφάλιση είναι οι συνθήκες νοσηλείας (53,3%), ενώ δεύτερη πιο δημοφιλή απάντηση ήταν η πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες και η αναμονή για την παροχή υπηρεσιών υγείας (47,8%). Η τρίτη πιο δημοφιλή επιλογή ήταν το κόστος υπηρεσιών υγείας (39,1%) Οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι αν προκύψει κάτι σχετικά με την υγεία τους θα μπορέσουν να καλυφθούν χωρίς παραπάνω έξοδα μέσα από την ασφάλιση που ήδη έχουν. Στην τελευταία θέση των επιλογών βρέθηκε η επιλογή σχετικά με τον κίνδυνο ατυχήματος με ποσοστό 31,5%.

Ποιοι από τους παρακάτω παράγοντες σας οδηγούν στην ιδιωτική ασφάλιση?

92 responses



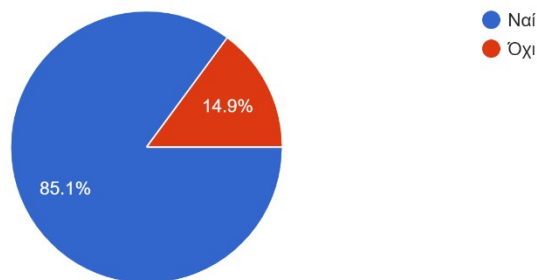
Εικόνα 19. Παράγοντες που οδηγούν στην ιδιωτική ασφάλιση

Παρόλο που φαίνεται ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είναι ασφαλισμένοι στην δημόσια ασφάλιση, το 85,1% θα ήθελε να έχει την ευκαιρία να μπορεί να ασφαλιστεί στον ιδιωτικό τομέα. Αναφορικά με τη χρήση και την ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας έχουμε να παρατηρήσουμε ότι είναι δύσκολη για τα άτομα που έχουν δημόσια ασφάλιση. Το γεγονός αυτό μπορεί να θεωρηθεί και ως αναμενόμενο, αφού το πλήθος των ασφαλισμένων στο δημόσιο τομέα είναι πολλαπλάσιος σε σχέση με αυτού του ιδιωτικού. Επομένως το αυξημένο βάρος των δημοσίων ταμείων δεν μπορεί να το σηκώσει αποτελεσματικά ο μηχανισμός υγειονομικής περίθαλψης. Στον αντίποδα οι ασφαλισμένοι στον ιδιωτικό τομέα φαίνεται να μην αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα. Βέβαια η χρήση των υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί και εποχιακή ή συγκυριακή, καθώς δεν γίνεται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και δεν υπάρχει μία νόρμα που ακολουθείται. Για παράδειγμα το Φθινόπωρο αυξάνονται οι ιώσεις και είναι λογικό να κάνει χρήση κάποιος μίας υπηρεσίας υγείας.

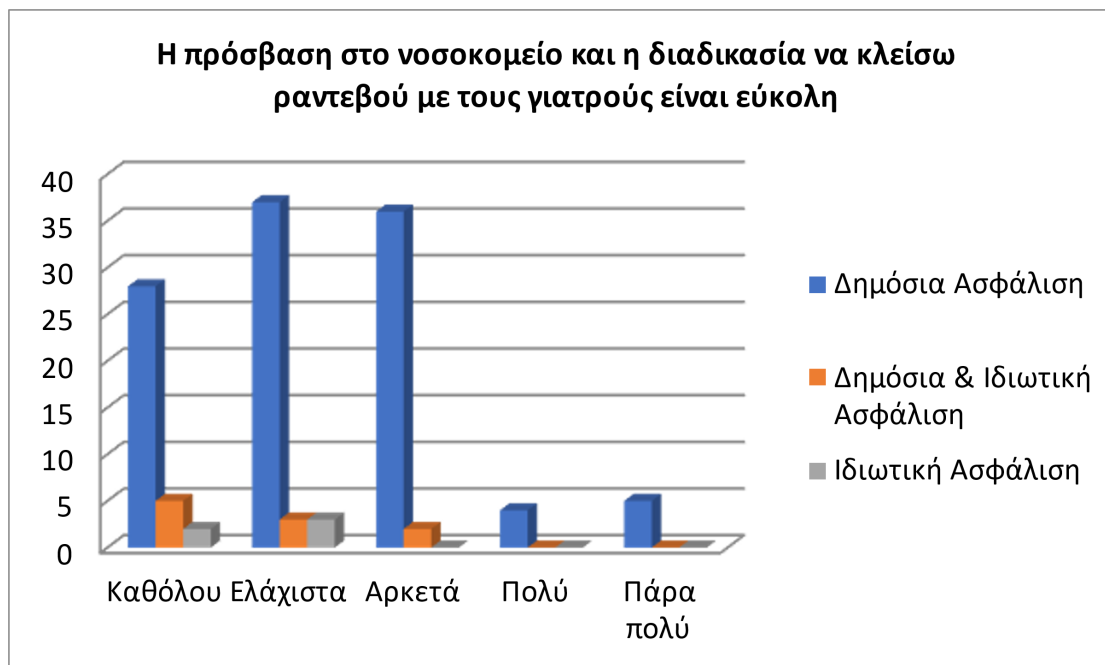
Μπορούμε να κατανοήσουμε ότι μιλάμε για μία παροχή υπηρεσιών δύο ταχυτήτων όταν παρατηρήσουμε και το γράφημα που παρουσιάζει το χρονικό διάστημα που περιμένουν για να κάνουν χρήση των υπηρεσιών. Οι ασφαλισμένοι στον δημόσιο τομέα φαίνεται να ταλαιπωρούνται περισσότερο από αυτούς του ιδιωτικού τομέα. Είναι προφανές από το γράφημα ότι αυτοί είναι που είναι πιθανόν να περιμένουν μεγάλο χρονικό διάστημα για να καλύψουν τις υγειονομικές τους ανάγκες. Τα ποσοστά μεγάλης μακροχρόνιας αναμονής γι' αυτούς που έχουν ιδιωτική ασφάλιση είναι εξαιρετικά χαμηλά.

Θα επιθυμούσατε να έχετε ελεύθερη επιλογή μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας?

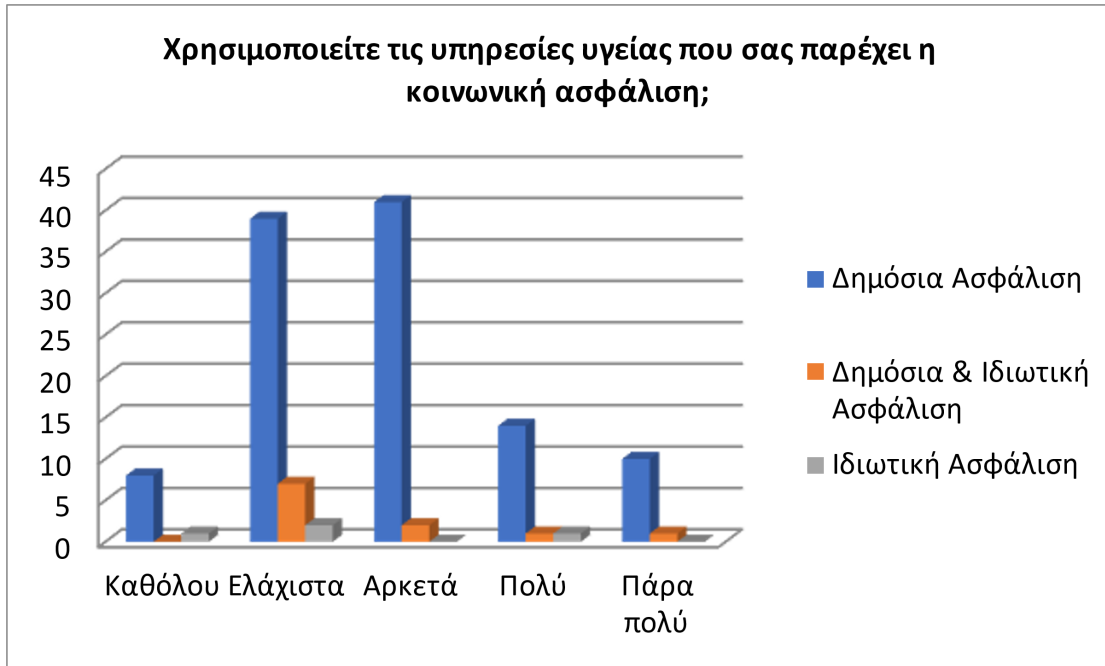
121 responses



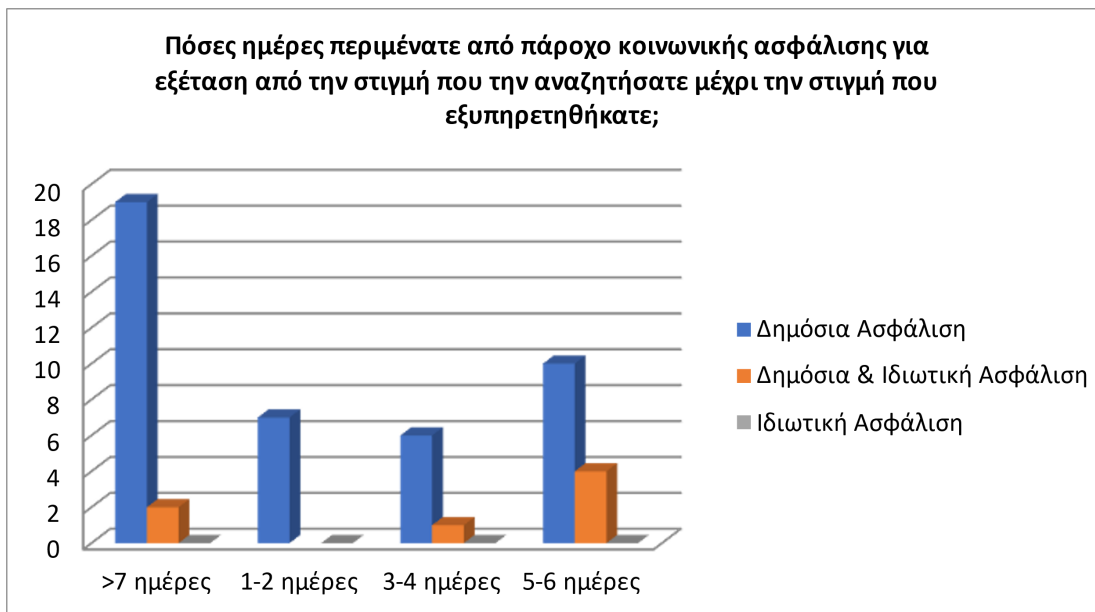
Εικόνα 20. Επιθυμία ελεύθερης επιλογής ασφάλισης



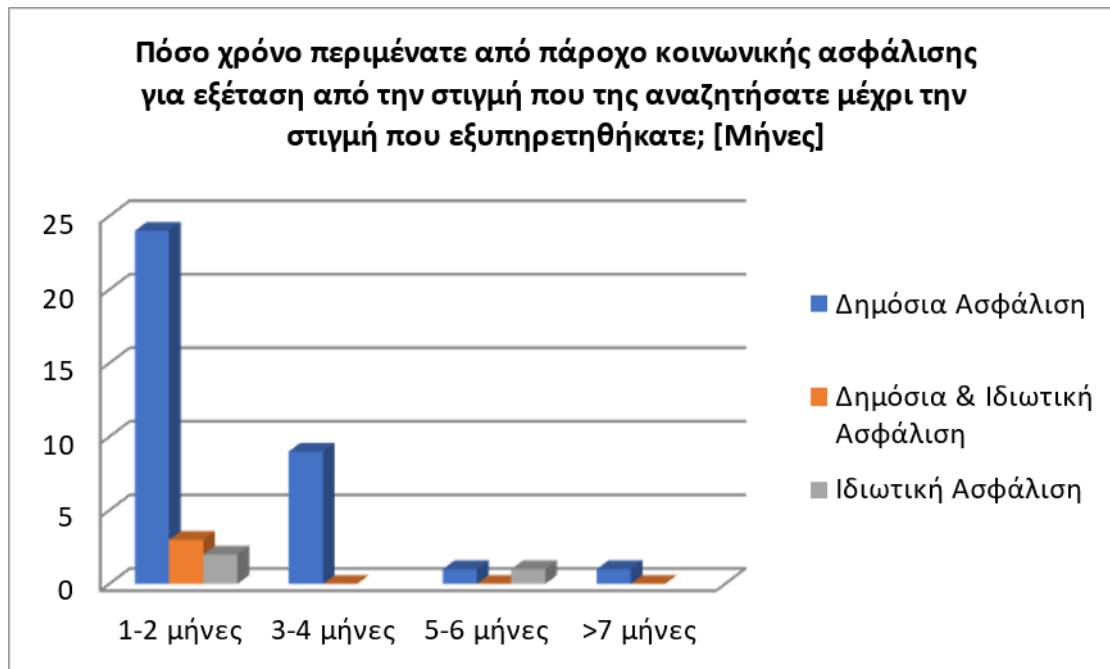
Εικόνα 21. Η πρόσβαση και η διαδικασία ραντεβού



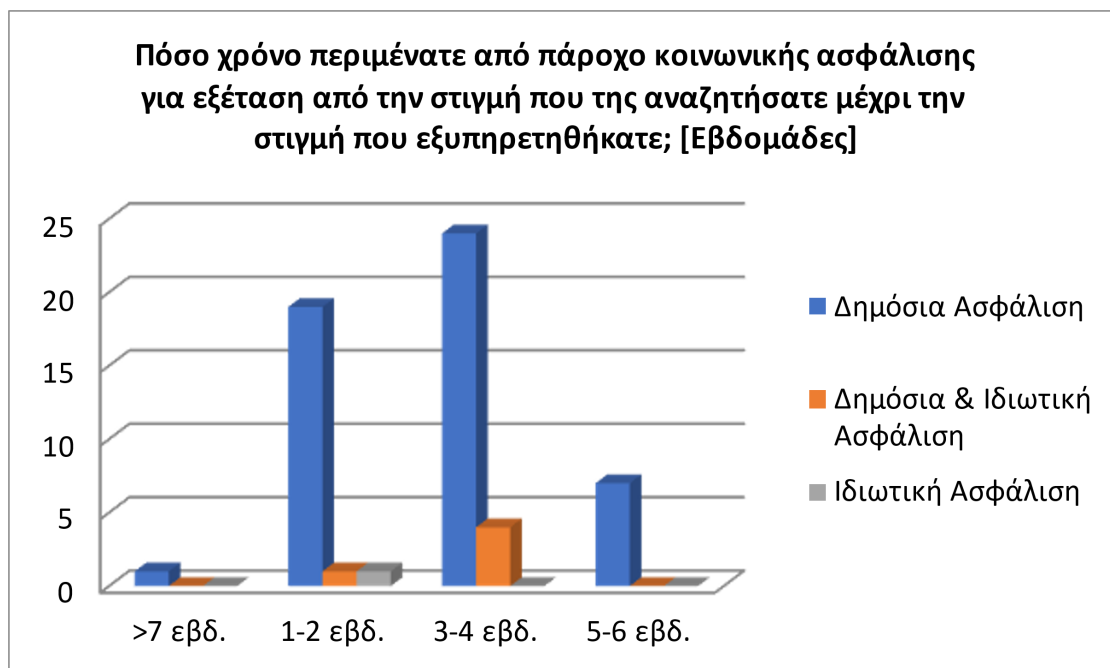
Εικόνα 22. Χρήση και ευκολία υπηρεσιών υγείας



Εικόνα 23. Χρόνος αναμονής (1)

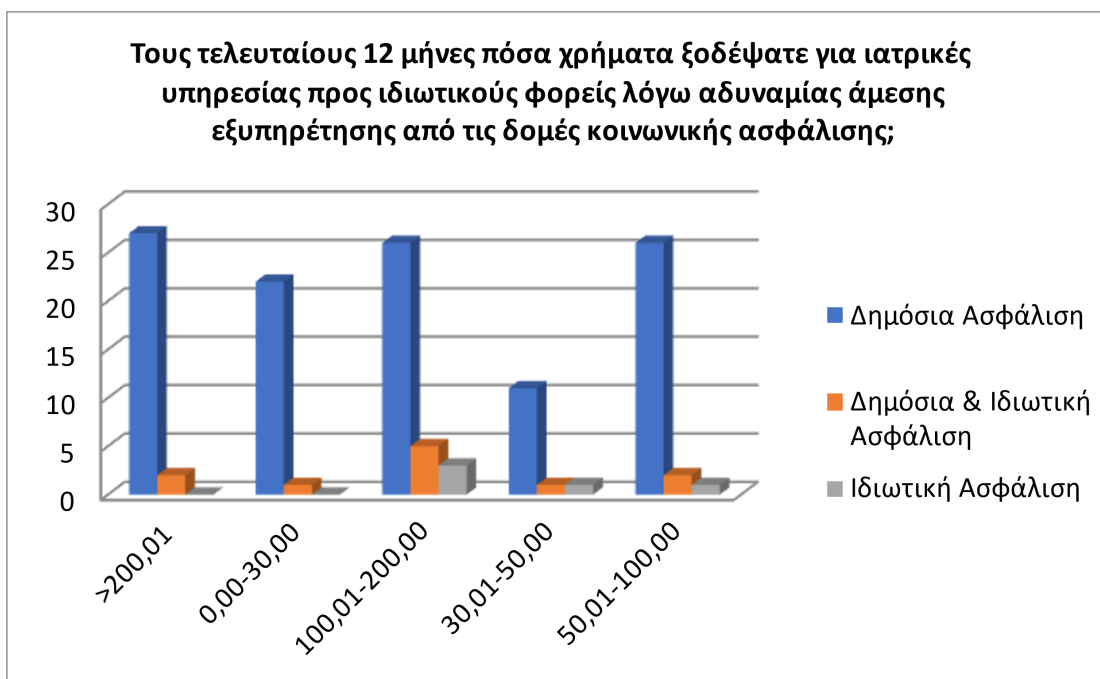


Εικόνα 24. Χρόνος αναμονής (2)

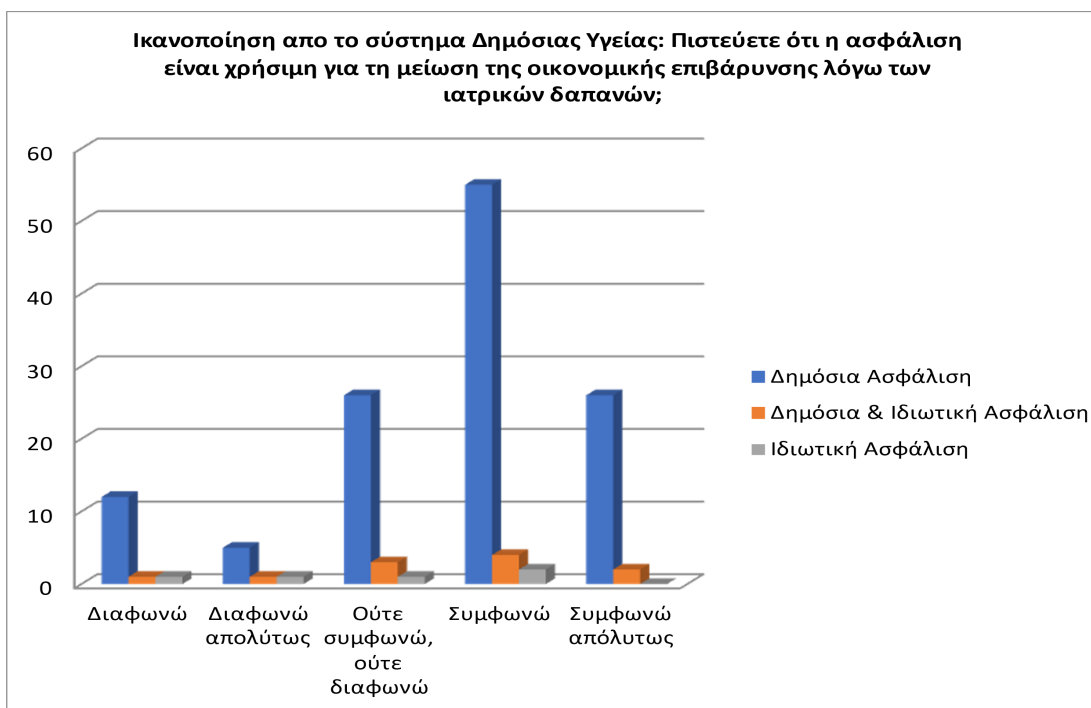


Εικόνα 25. Χρόνος αναμονής (3)

Ενδεικτικό της δυσλειτουργίας των υπηρεσιών που απολαμβάνουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα που είναι ασφαλισμένοι στον δημόσιο τομέα είναι το γεγονός ότι ξοδεύουν χρήματα για ιατρικές δαπάνες σε ιδιώτες παρόχους υγείας. Η πολύωρη αναμονή και η ταλαιπωρία που υφίστανται από τις δημόσιες δομές, για να μπορέσουν να εξεταστούν από γιατρό όταν τον έχουν πραγματικά ανάγκη, τους αναγκάζει να ξοδεύουν χρήματα για την υγεία τους σε ιδιωτικούς φορείς.



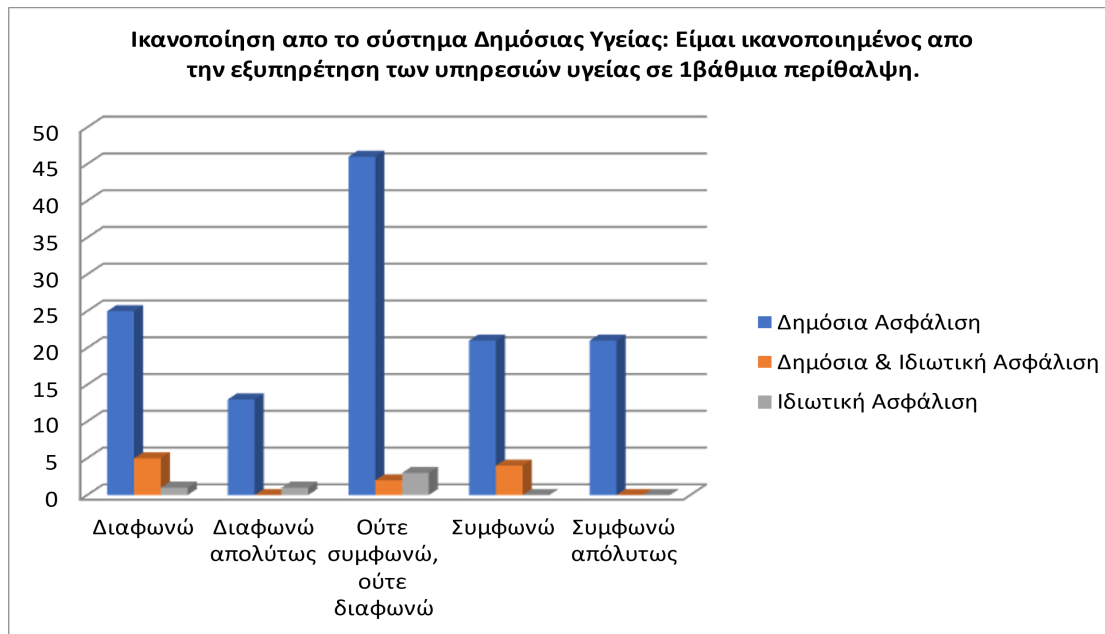
Εικόνα 26. Χρήματα που ξοδεύτηκαν



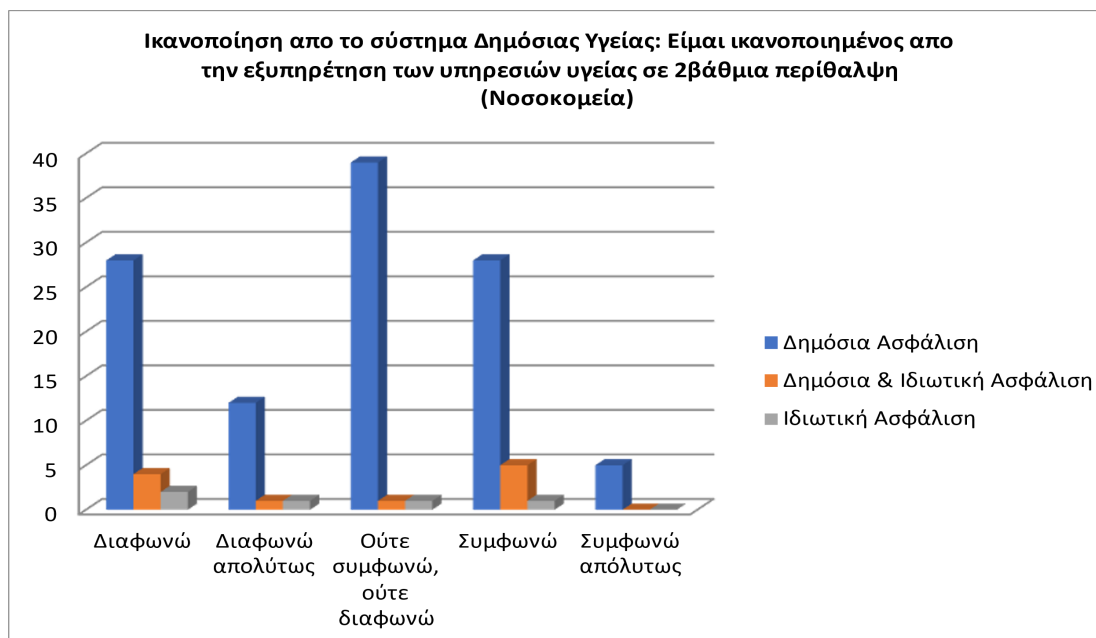
Εικόνα 27. Χρησιμότητα ως προς τη μείωση των δαπανών

Αναφορικά με την ικανοποίηση που έτυχαν οι συμμετέχοντες από την πρωτοβάθμια περίθαλψη φαίνεται να υπάρχει μία τάση για ικανοποίηση από τους ασφαλισμένους στο δημόσιο. Η αντίθετη ακριβώς τάση φαίνεται να εμφανίζεται στις υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Οι συμμετέχοντες με ιδιωτική

ασφάλιση φαίνεται να έχουν την ίδια σταθερή συμπεριφορά και στις δύο περιπτώσεις. Γιατί όμως να υπάρχει αυτή η διαφορά στην ικανοποίηση; Το ζήτημα αυτό μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο μελέτης μέσα από την διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας.



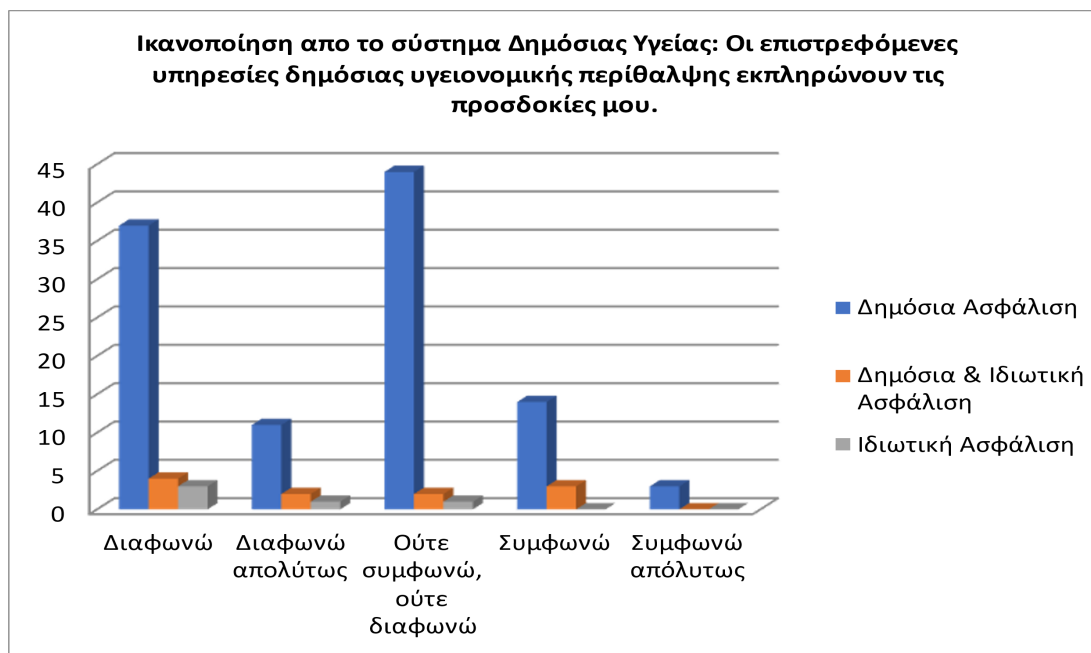
Εικόνα 28. Ικανοποίηση από την πρωτοβάθμια περίθαλψη



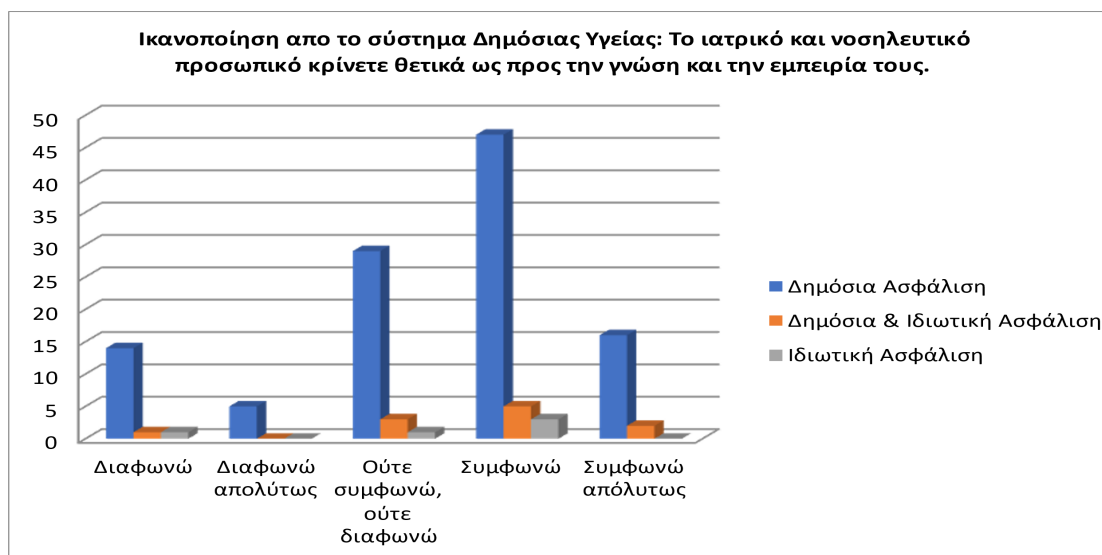
Εικόνα 29. Ικανοποίηση από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη

Οι ασφαλισμένοι όμως στο δημόσιο φαίνεται να είχαν περισσότερες προσδοκίες για τις υπηρεσίες που απολαμβάνουν. Πολύ μικρό είναι το ποσοστό των συμμετεχόντων που απάντησε ότι αντικατοπτρίζουν τις προσδοκίες τους. Αυτό

υποδηλώνει ότι η επένδυση που κάνουν δεν αποδίδει τα αναμενόμενα. Από την άλλη πλευρά, μπορεί οι υπηρεσίες να είναι κατώτερες του αναμενομένου, αλλά η ικανοποίηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό παραμένει υψηλή. Αυτό σηματοδοτεί ότι ο ανθρώπινος παράγοντας δεν είναι το πρόβλημα στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, αλλά οι διαδικασίες και οι υποδομές.



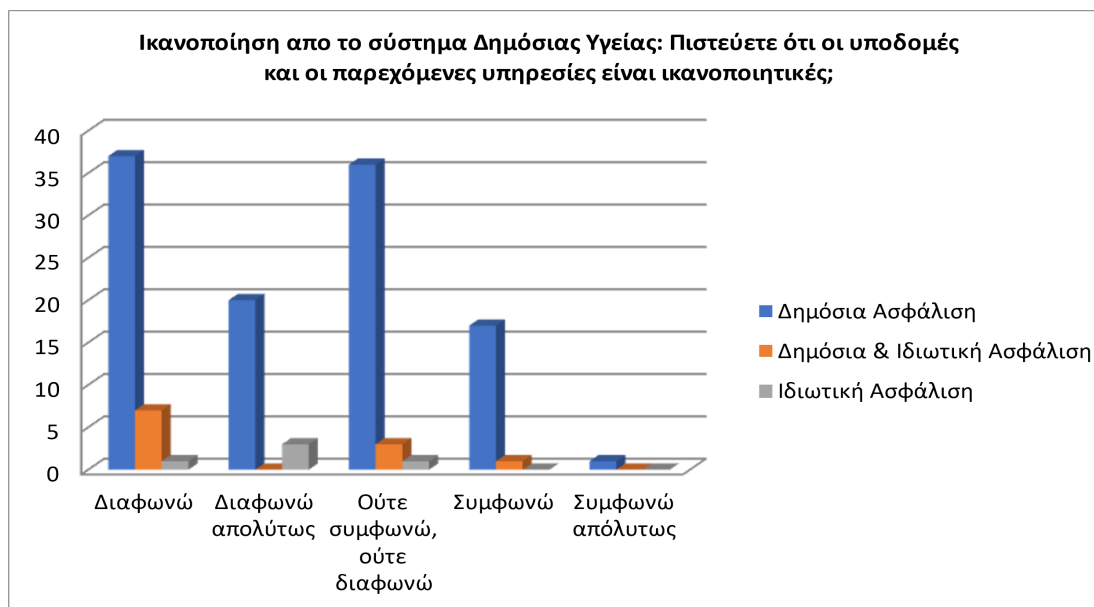
Εικόνα 30 Οι επιστρεφόμενες υπηρεσίες δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης εκπληρώνουν τις προσδοκίες μου



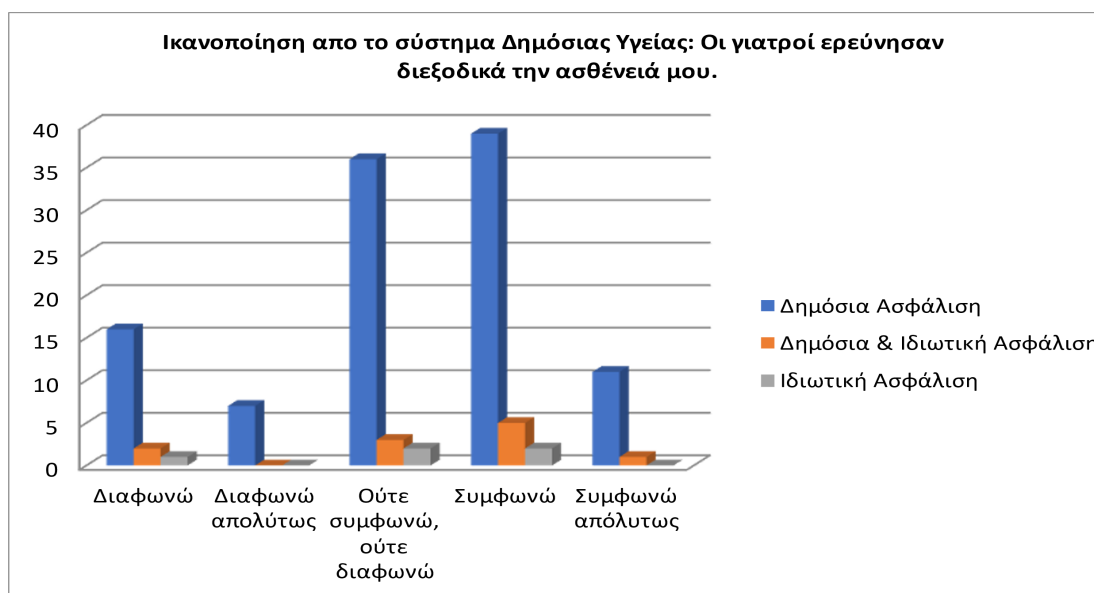
Εικόνα 31. Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κρίνετε θετικά ως προς την γνώση και την εμπειρία τους

Αυτό αποδεικνύεται από την επόμενη ερώτηση (Πιστεύετε ότι οι υποδομές και οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ικανοποιητικές). Είναι προφανές από το παρακάτω γράφημα ότι οι υποδομές είναι προβληματικές, αφού δεν είναι ικανές να

ικανοποιήσουν τη μεγάλη ζήτηση. Επομένως, η πολιτεία οφείλει να εστιάσει σε περιφερειακά ζητήματα τα οποία πλαισιώνουν τον ανθρώπινο παράγοντα στις υπηρεσίες υγείας. Οι γιατροί ενσκήπτουν πάνω στα προβλήματα των ασθενών, αλλά οι υποδομές είναι εκείνες που περιορίζουν το έργο τους. Το γράφημα 30 και το γράφημα 32 αποδεικνύουν του λόγου το αληθές.



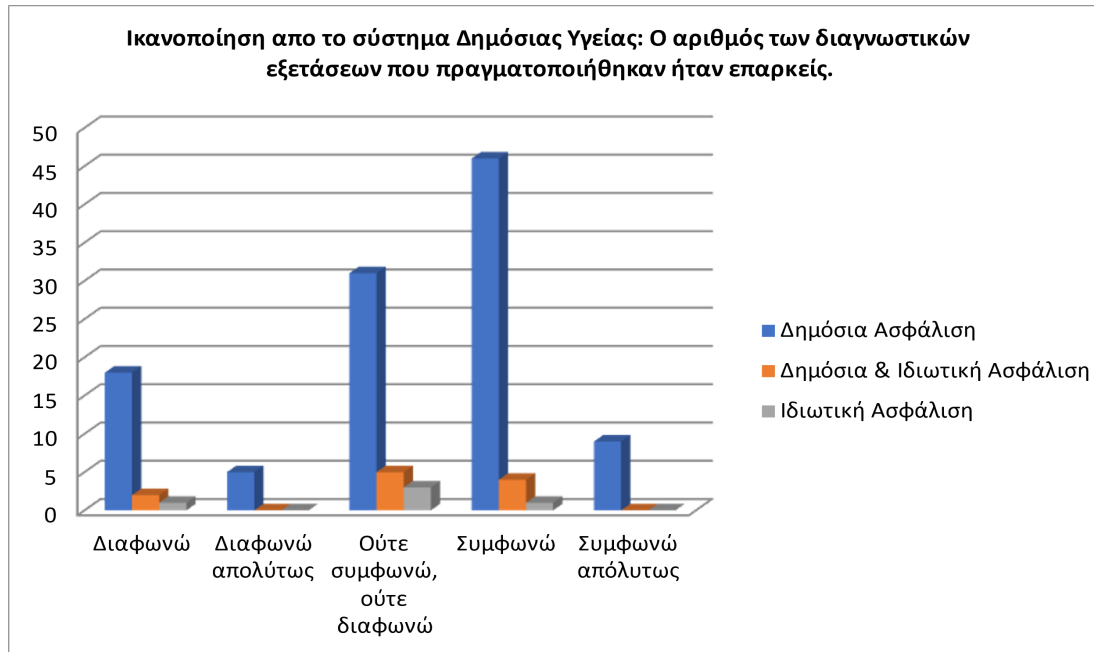
Εικόνα 32. Πιστεύετε ότι οι υποδομές και οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι ικανοποιητικές?



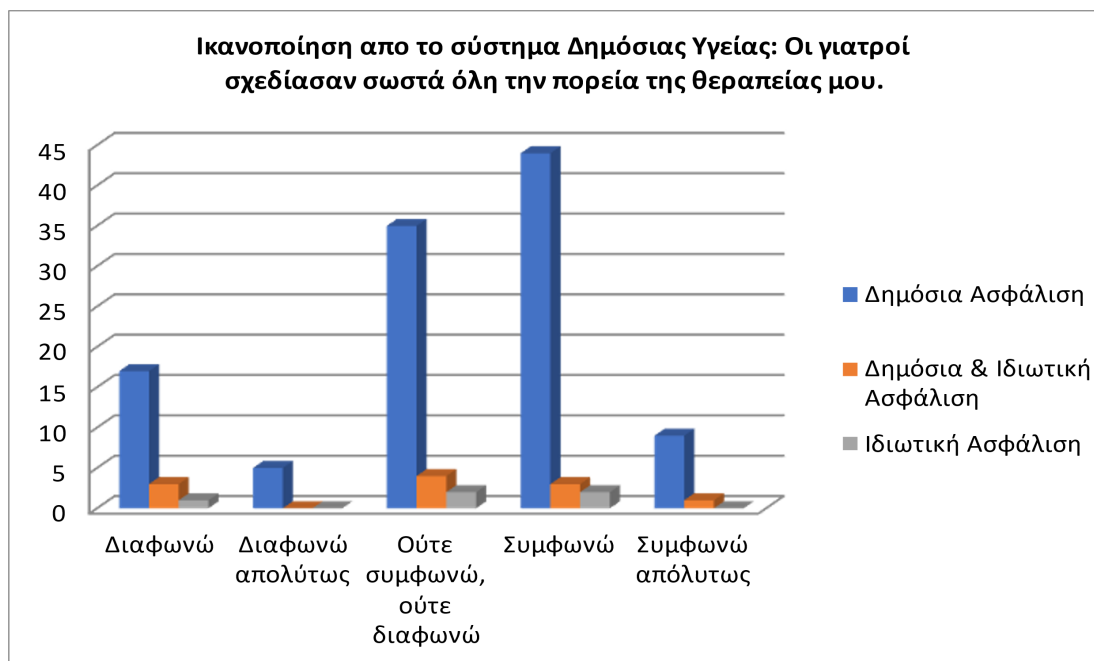
Εικόνα 33. Οι γιατροί ερεύνησαν διεξοδικά την ασθένειά μου

Οι συμμετέχοντες που ήταν ασφαλισμένοι στο δημόσιο δεν στερούνται διαγνωστικών εξετάσεων. Καθ' όλη τη διαδικασία νοσηλείας ή των προληπτικών εξετάσεων δεν υπάρχουν προσπάθειες περιορισμού. Επομένως το ελληνικό

δημόσιο δεν προβαίνει στον περιορισμό των εξετάσεων για λόγους περιορισμού κόστους. Οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η ιδιωτική ασφάλιση θα μπορούσε να περικόψει υπηρεσίες βασιζόμενοι σε προσωπικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου.

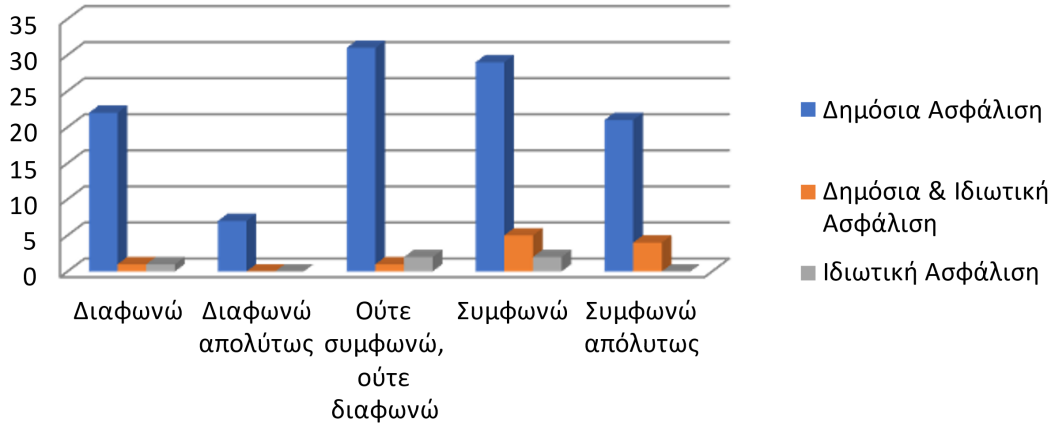


Εικόνα 34. Ο αριθμός των διαγνωστικών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν ήταν επαρκείς



Εικόνα 35. Οι γιατροί σχεδίασαν σωστά όλη την πορεία της θεραπείας μου

Ικανοποίηση απο το σύστημα Δημόσιας Υγείας: Πιστεύετε ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι θα μπορούσαν να σας αποκλείσουν από προγράμματα υγείας λαμβάνοντας υπόψη διάφορους παράγοντες πχ την ηλικία σας, προδιάθεση στην ασθένεια κτλ.;



Εικόνα 36. Πιστεύετε ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι θα μπορούσαν να σας αποκλείσουν από προγράμματα υγείας λαμβάνοντας υπόψη διάφορους παράγοντες πχ την ηλικία σας,

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ / ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η παρούσα εργασία απετέλεσε μία προσπάθεια προσδιορισμού της ικανοποίησης των υπηρεσιών που απολαμβάνουν οι ασφαλισμένοι. Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι το βασικό πρόβλημα του συστήματος παροχής υγείας είναι η οργάνωση και η αξιοποίηση των υποδομών. Η αυξημένη ροή ασφαλισμένων διαμορφώνει συνθήκες πίεσης, με τους ανθρώπους που υπηρετούν το συγκεκριμένο σύστημα να καταβάλουν κάθε δυνατή προσπάθεια να ανταπεξέλθουν ικανοποιητικά στην εργασία τους. Παρόλο που οι πολίτες αναγνωρίζουν την προσπάθεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού να τους παρέχουν ικανοποιητικές υπηρεσίες, εντούτοις διατηρούν αρνητική γνώμη για το δημόσιο σύστημα υγείας. Ο μεγάλος χρόνος αναμονής οδηγεί σημαντικό ποσοστό των ασφαλισμένων ιδιαίτερα στην πρωτοβάθμια περίθαλψη να απευθύνεται σε ιδιώτες γιατρούς δείχνοντας την αποτυχία του συστήματος, να μην έχει καταφέρει να δημιουργήσει ένα αξιόπιστο δίκτυο πρώτης επαφής με τις υγειονομικές υπηρεσίες. Έτσι παρατηρείται αλλαγή στο μείγμα προσφοράς υπηρεσιών τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα με τους ιδιωτικούς φορείς να αναπληρώνουν το κενό που αφήνει η δημόσια υγεία κατά τρόπο άδικο για τους ασφαλισμένους.

Συμπερασματικά, η αξιολόγηση της ιδιωτικής και δημόσιας ασφάλισης στην Ελλάδα αναδεικνύει αρκετές διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων. Η ιδιωτική ασφάλιση, η οποία παρέχεται από ιδιωτικές εταιρείες, προσφέρει μεγαλύτερη ευελιξία και ευρύτερο φάσμα επιλογών στους ασφαλισμένους. Ωστόσο, είναι πιο ακριβή και μπορεί ανάλογα με το καταβαλλόμενο κόστος, να μην καλύπτει τόσες υπηρεσίες όπως η δημόσια ασφάλιση. Αναπτύσσεται όσο αυξάνεται το εισόδημα των καταναλωτών. Αδυνατεί να παρεμβεί κοινωνικά λόγω του ότι προσελκύει τα υψηλά εισοδήματα και οξύνει τις ανισότητες.

Η δημόσια ασφάλιση, από την άλλη πλευρά, είναι γενικά πιο προσιτή. Ιδιαίτερα προτιμάται από άτομα με χαμηλά εισοδήματα. Συνήθως λόγω του κόστους

εγκλωβίζονται στην κοινωνική ασφάλιση υγείας και δεν μπορούν να στραφούν σε εναλλακτικές μορφές ασφάλισης. Έχει μεγαλύτερους χρόνους αναμονής αλλά καλύπτει σχεδόν όλες τις θεραπείες που μπορεί να χρειαστεί κάποιος ασθενής.

Συνολικά, τόσο η ιδιωτική όσο και η δημόσια ασφάλιση έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Η απόφαση για την επιλογή ιδιωτικής ή δημόσιας ασφάλισης εξαρτάται τελικά από τις συγκεκριμένες ανάγκες και την οικονομική κατάσταση ενός ατόμου. Για όσους έχουν την οικονομική δυνατότητα, η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να είναι μια καλή επιλογή, καθώς ανάλογα με τα χρήματα που διαθέτει ο ασφαλισμένος, του παρέχονται περισσότερες επιλογές και ευελιξία. Ωστόσο, για όσους έχουν μειωμένο προϋπολογισμό, η δημόσια ασφάλιση είναι μια πιο οικονομική επιλογή.

Το ελληνικό δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα έχει αντιμετωπίσει πολλές προκλήσεις τα τελευταία χρόνια, μεταξύ των οποίων οικονομικές δυσκολίες και αυξανόμενη ζήτηση για υπηρεσίες. Ακολουθούν ορισμένες συστάσεις για τη βελτίωση του συστήματος που πιθανότατα θα οδηγήσουν και στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών:

- Αύξηση της χρηματοδότησης: Μία από τις κύριες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το ελληνικό δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα είναι η χρηματοδότηση. Η αύξηση της χρηματοδότησης θα επιτρέψει καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών και πιο προσιτή φροντίδα για όλους τους πολίτες. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας έδειξε ότι οι χώρες με υψηλό ποσοστό επενδύσεων στην υγεία είχαν και ικανοποιημένους ασφαλισμένους. Η έλευση της οικονομικής κρίσης ενίσχυσε τις αδυναμίες όπου υπήρχαν ενώ δημιούργησε και νέες.
- Βελτίωση των διοικητικών διαδικασιών: Το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας είναι γνωστό για τις γραφειοκρατικές και αργές διοικητικές διαδικασίες του. Για τη βελτίωση του συστήματος, θα πρέπει να απλοποιηθεί και να εξορθολογιστούν οι διοικητικές διαδικασίες, οι οποίες θα βελτιώσουν την αποτελεσματικότητα του συστήματος και θα μειώσουν το κόστος.

- Βελτίωση του χρόνου πρόσβασης στην περίθαλψη: Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι πολίτες δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση στην περίθαλψη που χρειάζονται λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής και περιορισμένης διαθεσιμότητας υπηρεσιών. Η βελτίωση της γρήγορης πρόσβασης στην περίθαλψη όταν το άτομο έχει ανάγκη να απολαύσει μια υπηρεσία υγείας θα αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αναποκρισιμότητα του εθνικού συστήματος υγείας. Η υγεία είναι ένα αγαθό που χρήζει άμεσης προσοχής. Οτιδήποτε δημιουργεί περαιτέρω προβλήματα είναι επόμενο να μειώνει την ικανοποίηση του ασθενούς.
- Βελτίωση της διαφάνειας και της διαχείρισης των πόρων: Το ελληνικό δημόσιο σύστημα υγείας έχει αντιμετωπίσει επικρίσεις για έλλειψη διαφάνειας στις λειτουργίες του. Η βελτίωση της διαφάνειας θα βοηθήσει σημαντικά στην ορθολογική διαχείριση και εξοικονόμηση πόρων.

Η παρούσα εργασία προσπάθησε να αναδείξει διαφορές στην ικανοποίηση των ασφαλισμένων από τους ιδιωτικούς και κοινωνικούς φορείς ασφάλισης παρουσιάζοντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα που υπάρχουν μεταξύ τους.

Μέσα στον παγκόσμιο χρηματοπιστωτικό καπιταλισμό το κράτος τείνει όλο και περισσότερο στην εξάρθρωση του κράτους πρόνοιας. Η ασφάλεια των ατόμων ως κεκτημένο δικαίωμα παύει ολοένα και περισσότερο να αποτελεί δημόσιο αγαθό και να γίνεται αντικείμενο διαφοροποιήσεων και ανισοτήτων της ελεύθερης αγοράς. Είναι κοινά αποδεκτό ότι η ιδιωτική ασφάλιση από μόνη της δεν μπορεί να αποτελέσει κοινωνικά αποδεκτή λύση στα προβλήματα υγείας των ατόμων. Η υγεία δεν μπορεί να αφεθεί στους νόμους της αγοράς και του ανταγωνισμού έχοντας ως πηγή χρηματοδότησης τους ιδιωτικούς παρόχους. Από την άλλη, η διεθνή εμπειρία έχει δείξει ότι τα δημόσιου χαρακτήρα συστήματα υγείας δύσκολα επιτυγχάνουν τους στόχους της μακρο-οικονομικής και μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας. Είναι σημαντικό να διατηρηθεί ένα ισορροπημένο σύστημα ασφάλισης υγείας, στο οποίο ο κύριος φορέας θα είναι το κράτος και επικουρικά ο ιδιωτικός, το οποίο θα εξασφαλίζει σε όλους τους πολίτες βασική πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Ο ρόλος της κοινωνικής ασφάλισης θα πρέπει να συνεχίσει να είναι ενεργός ως σύγχρονος

παράγοντας κοινωνικής συνοχής στηρίζοντας τον άνθρωπο, διασφαλίζοντας την συνεχή βελτίωση των υπηρεσιών υγείας για όλους τους πολίτες.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abraham, K. S. (1985) 'Efficiency and fairness in insurance risk classification', *Virginia Law Review*. JSTOR, pp. 403–451.
- Adema, W. and Ladaïque, M. (2009) 'How expensive is the welfare state?: Gross and net indicators in the OECD Social Expenditure Database (SOCX)'. OECD.
- Alber, J. (2010) 'What the European and American welfare states have in common and where they differ: facts and fiction in comparisons of the European Social Model and the United States', *Journal of European Social Policy*. SAGE Publications Sage UK: London, England, 20(2), pp. 102–125.
- Aljohani, M., Donnelly, M. and O'Neill, C. (2022) 'Changes in public satisfaction with GP services in Britain between 1998 and 2019: a repeated cross-sectional analysis of attitudinal data', *BMC Primary Care*. BioMed Central, 23(1), pp. 1–9.
- Alsaud, A. M., Taddese, H. B. and Filippidis, F. T. (2018) 'Trends and correlates of the public's perception of healthcare systems in the European Union: a multilevel analysis of Eurobarometer survey data from 2009 to 2013', *BMJ Open*. BMJ Publishing Group, 8(1), p. 18178. doi: 10.1136/BMJOPEN-2017-018178.
- Aluttis, C. *et al.* (2012) *Review of public health capacities and services in the European Region*. Available at: <http://www.euro.who.int> (Accessed: 10 April 2023).
- Blair, T. (1999) 'Beveridge revisited: a welfare state for the 21st century', in *Ending child poverty*. Policy Press, pp. 3–18.
- Booyesen, F. and Gordon, T. (2020) 'Trends and socio-economic inequality in public perceptions of healthcare delivery in South Africa', *International Journal for Quality in Health Care*. Oxford Academic, 32(2), pp. 135–139. doi: 10.1093/INTQHC/MZZ122.
- Conn, C. P. and Walford, V. (1998) 'An introduction to Health Insurance for Low Income Countries'.
- DCOMM (2009) *From Bismarck to Beveridge: Social security for all*, ILO. Available at: https://www.ilo.org/global/publications/world-of-work-magazine/articles/ilo-in-history/WCMS_120043/lang--en/index.htm (Accessed: 4 July 2022).

- Erwin, P. C., Shah, G. H. and Mays, G. P. (2014) 'Local health departments and the 2008 recession: characteristics of resiliency', *American journal of preventive medicine*. Elsevier, 46(6), pp. 559–568.
- Greene, M. R. (2023) *Insurance*, *Insurance' Encyclopedia Britannica, Macropedia*. Available at: <https://www.britannica.com/topic/insurance> (Accessed: 10 April 2023).
- Habicht, T. *et al.* (2018) 'Estonia: health system review'. World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Heale, R. and Twycross, A. (2015) 'Validity and reliability in quantitative studies', *Evidence-based nursing*. Royal College of Nursing, 18(3), pp. 66–67.
- House of Commons (2017) *Public health post-2013 Second Report of Session 2016-17*.
- Ifanti, A. A. *et al.* (2013) 'Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care', *Health policy*. Elsevier, 113(1–2), pp. 8–12.
- Kentikelenis, A. *et al.* (2014) 'Greece's health crisis: from austerity to denialism', *The Lancet*. Elsevier, 383(9918), pp. 748–753.
- KEPE (2021) *Greece - KEPE, Centre of Planning and Economic Research*. Available at: https://economy-finance.ec.europa.eu/economic-and-fiscal-governance/national-productivity-boards/greece-kepe-centre-planning-and-economic-research_en (Accessed: 25 July 2022).
- Liaropoulos, L. (2006) 'Ethics and the management of health care in Greece: A health economist's perspective', in *Ethics and values in health care management*. Routledge, pp. 148–173.
- Liaropoulos, L. and Tragakes, E. (1998) 'Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity', *Health Policy*. Elsevier, 43(2), pp. 153–169. doi: 10.1016/S0168-8510(97)00093-6.
- Limb, M. (2016) 'Government's response to inquiry on public health raises fears of more cuts', *BMJ: British Medical Journal*. JSTOR, 355.
- Martin-Moreno, J. M. *et al.* (2012) 'Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis', *European Journal of Cancer*. Elsevier, 48(14), pp. 2212–2218.
- Monetary authority of Singapore (2013) *Guidelines on risk management practices for insurance business*.

Mossialos, E. (1997) 'Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union', *Health economics*. Wiley Online Library, 6(2), pp. 109–116.

Mossialos, E. and Dixon, A. (2002) 'Funding health care: an introduction', *Funding health care: options for Europe*. Open University Press Buckingham, 1, p. 30.

Myles, J. (1998) 'How to design a " Liberal" welfare state: A comparison of Canada and the United States', *Social Policy & Administration*. Wiley Online Library, 32(4), pp. 341–364.

O'Riordan, M. and Fitzpatrick, F. (2015) 'The impact of economic recession on infection prevention and control', *Journal of Hospital Infection*. Elsevier, 89(4), pp. 340–345.

OECD (2021) *State of Health in the EU Greece Country Health Profile 2021*, OECD. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4ab8ea73-en.pdf?expires=1656929439&id=id&accname=guest&checksum=7A71FBCE8345828E0A7740B83BBFC2F4> (Accessed: 4 July 2022).

Organisation for Economic Co-operation and Development. (1994) *The reform of health care systems : a review of seventeen OECD countries*. Organisation for Economic Co-operation and Development.

Petmesidou, M. (2019) 'Challenges to healthcare reform in crisis-hit Greece', *e-cadernos CES*. Centro de Estudos Sociais, (31).

Question pro (2023) *Snowball Sampling: Definition, Method, Pros & Cons*, Question pro. Available at: <https://www.questionpro.com/blog/snowball-sampling/> (Accessed: 22 March 2023).

Rechel, B. (2019) 'Funding for public health in Europe in decline?', *Health Policy*. Elsevier, 123(1), pp. 21–26. doi: 10.1016/J.HEALTHPOL.2018.11.014.

Roots, A., Ainsaar, M. and Nahkur, O. (2019) 'Economic inequality in satisfaction with healthcare in the Baltic countries during and after the economic crisis (2008--2014)', *Journal of Baltic studies*. Taylor & Francis, 50(1), pp. 21–37.

Sheiman, I., Shishkin, S. and Shevsky, V. (2018) 'The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation', *Risk management and healthcare policy*. Taylor & Francis, pp. 209–220.

Siskou, O. *et al.* (2009) 'Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends', *The European Journal of health economics*. Springer, 10(4), pp. 467–474.

- Statology (2023) *Snowball Sampling: Definition + Examples - Statology*. Available at: <https://www.statology.org/snowball-sampling/> (Accessed: 22 March 2023).
- Thomson, S. et al. (2015) *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy*. McGraw-Hill Education (UK).
- Tountas, Y., Karnaki, P. and Pavi, E. (2002) 'Reforming the reform: the greek national health system in transition', *Health Policy*. Elsevier, 62(1), pp. 15–29. doi: 10.1016/S0168-8510(01)00217-2.
- WHO (20223) *Health and Well-Being, World Health Organisation*. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being> (Accessed: 10 April 2023).
- Zablotska, Y. (2022) *General characteristics of Google Forms | Who need it, ApixDrive*. Available at: <https://apix-drive.com/en/blog/useful/what-is-google-forms> (Accessed: 23 December 2022).
- Αλεξιάδου, Α. Σ. (2012) *Η ιστορική και φιλοσοφική θεμελίωση της κοινωνικής ασφάλισης*. Αθήνα: University Studio Press.
- Βουλή των Ελλήνων (2016) *Αιτιολογική έκθεση του Ν4387/16*.
- Γιαννάκη, Α. (2017) *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Μια εμπειρική ανάλυση*. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Δημητροπούλου, Γ. (2017) *Πρώτωση ασφαλιστικών προγραμμάτων ζωής και υγείας στη γενιά Υ*. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- Κρεμάλης, Κ. (1985) *Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαίσεων*. Σάκκουλας.
- Λούκου, Γ. (2015) *Ασφάλειες ζωής στην Ελλάδα-Αξιολόγηση και σύγκριση ασφαλιστικών προγραμμάτων ζωής*. Τεχνολογικό Ίδρυμα Πελοποννήσου.
- Μητροσύλη, Μ. (1999) *ΕΑΠ δομή και λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας*. ΕΑΠ.
- Νεκτάριος, Μ. (2003) *Εισαγωγή στην Ασφάλιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Forum.
- Νόμος. 2868/1922 - *Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων* (1922). Available at: <https://www.elinyae.gr/ethniki-nomothesia/n-28681922-fek-119a-2071922> (Accessed: 10 April 2023).
- Νόμος 1846/1951 , *κωδικοποιημένος με τον 4488/2017 ΦΕΚ Α' 179/21.06.1951* (1951). Available at: <https://www.taxheaven.gr/law/1846/1951> (Accessed: 10 April 2023).

Νόμος 2676/1999 (Κωδικοποιημένος) - Οργανωτική και λειτουργική αναδιάρθρωση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και άλλες διατάξεις. (1999). Available at:

<https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/196581/nomos-2676-1999> (Accessed: 10 April 2023).

Νόμος 3029/2002 Μεταρρύθμιση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (2002). Available at:

<https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/179003/nomos-3029-2002> (Accessed: 10 April 2023).

Νόμος 3655/2008 - Διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης και λοιπές ασφαλιστικές διατάξεις (2008). Available at:

<https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/144448/nomos-3655-2008> (Accessed: 10 April 2023).

Νόμος 4052/2012 - Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων... [Σύσταση Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης (Ε.Τ.Ε.Α.) - Ιδιωτικά Γραφεία Ευρέσεως Εργασίας (Ι.Γ.Ε.Ε.) - Επιχειρήσεις Προσωρινής Απασχόλησης (Ε.Π.Α.)]

(2012). Available at: <https://www.taxheaven.gr/law/4052/2012> (Accessed: 10 April 2023).

Νόμος 4261/2014 , κωδικοποιημένος με τον 5036/2023 ΦΕΚ Α' 107/05-05-2014 (2014).

Available at: <https://www.taxheaven.gr/law/4261/2014> (Accessed: 10 April 2023).

Νόμος 4387/2016: Μεταρρύθμιση Ασφαλιστικού Συνταξιοδοτικού Συστήματος (2016).

Παπαρηγόπουλου - Πεχλιβανίδη, Π. (2021) Δίκαιο κοινωνικής ασφάλισης. Αθήνα: Σάκκουλας.

Σίσκου, Ό. (2006) Εκτίμηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ).

Σταυρακάκης, Μ. (2017) Η ανταγωνιστικότητα μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών για την προώθηση καινοτόμων προϊόντων και υπηρεσιών. Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.

Χατζηγάγιος, Θ. (2009) Ιδιωτικό ασφαλιστικό δίκαιο. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ανίκουλα.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασφαλισμένων από Ιδιωτική και Δημόσια Ασφάλιση

1. Φύλλο

Άνδρας

Γυναίκα

2. Οικογενειακή κατάσταση

Αγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευμένος/ή (ή σε διάσταση)

Χήρος/α

3. Ηλικία

18-29

30-45

46-59

<60

4. Εκπαιδευτικό υπόβαθρο

Υποχρεωτική εκπαίδευση

Β' θμια εκπαίδευση

Πανεπιστημιακή εκπαίδευση

Ανωτέρα εκπαίδευση

5. Ετήσιο Οικογενειακό εισόδημα

0-10.000

10.001-20.000

20.001-30.000

30.0001-50.000

Άνω των 50.001

6. Ποια είναι η ιδιότητά σας σε σχέση με τον ΕΦΚΑ

Άμεσα ασφαλισμένος/Μισθωτός

Ελεύθερος Επαγγελματίας

Αυτοαπασχολούμενος

ΟΓΑ

Συνταξιούχος

Έμμεσα ασφαλισμένος

7. Τι μορφή ασφάλισης έχετε

Κοινωνική (δημόσια) Ασφάλιση

Ιδιωτική Ασφάλιση (κλάδος υγείας)

Ιδιωτική Ασφάλιση (σύνταξη)

8. Υπάρχουν προστατευόμενα μέλη που ασφαρίζετε εσείς"

Ναι Αρ. μελών

Όχι

9. Αν απατήσατε θετικά στο ερώτημα 6 παρακαλώ σημειώστε το είδος της ασφάλισης που παρέχετε στα προστατευόμενα μέλη

Δημόσια ασφάλιση (κλάδος υγείας)

Ιδιωτική ασφάλιση (κλάδος υγείας)

10. Αν γνωρίζετε σημειώστε το μηνιαίο κόστος των ασφαλιστικών εισφορών που καταβάλετε για τον κλάδο υγείας (6,67% επι του μισθού) για την δημόσια ασφάλιση

Για		Το κόστος	
Μισθό		δημοσίας	
		ασφάλισης είναι	
100,00	300,00	6,67	20,01
301,00	500,00	20,08	33,35
501,00	731,00	33,42	48,76
731,01	1.000,00	48,76	66,70
1.001,00	1.500,00	66,77	100,05
1.501,00	2.500,00	100,12	166,75

11. Παρακαλώ σημειώστε το μηνιαίο κόστος των ασφαλιστικών εισφορών για τον κλάδο υγείας για την ιδιωτική ασφάλιση

Κόστος ιδιωτικής ασφάλισης	
6,67	20,01
20,08	33,35
33,42	48,76
48,76	66,70
66,77	100,05
100,12	166,75

12. Ποια από τα θέματα που αφορούν στην υγεία της οικογένειά σας είναι πιθανή πηγή ανησυχίας για εσάς σήμερα ή ενδεχομένως να είναι στο μέλλον που σας οδηγούν στην ιδιωτική ασφάλιση?

Προσωπικοί παράγοντες

Κίνδυνοι ατυχήματος

Πρόσβαση και αναμονές

Συνθήκες νοσηλείας

Κόστος υπηρεσιών υγείας

13. Θα επιθυμούσατε να έχετε ελεύθερη επιλογή μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας?

Ναι Όχι

14. Προσδιορίστε το ποσό που είστε διατεθειμένος να δαπανήσετε για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας μηνιαίως.

6,67 20,01
20,08 33,35
33,42 48,76
48,76 66,70
66,77 100,05
100,12 166,75

15. Πόσο χρόνο περιμένετε από πάροχο κοινωνικής ασφάλισης για εξέταση από την στιγμή που της αναζητήσατε μέχρι την στιγμή που εξυπηρετηθήκατε?

Ημέρες

Εβδομάδες

Μήνες

16. Τους τελευταίους 12 μήνες θυμόσατε πόσα χρήματα ξοδέψατε για ιατρικές υπηρεσίες προς ιδιωτικούς φορείς λόγω αδυναμίας άμεσης εξυπηρέτησης από τις δομές κοινωνικής ασφάλισης?

5,00-30,00 30,01-50,00 50,01-100,00 100,01-200,00 <200,01

		καθόλου	Ελάχιστα	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
Η ασφάλιση είναι χρήσιμη για τη μείωση της οικονομικής επιβάρυνσης	Δημόσια Ασφάλιση					
	Ιδιωτική					

λόγω των Ιατρικών δαπανών	Ασφάλιση					
Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας από την εξυπηρέτηση των υπηρεσιών υγείας σε 1βάθμια περίθαλψη	Δημόσια Ασφάλιση					
	Ιδιωτική Ασφάλιση					
Πως θα βαθμολογούσατε την εμπειρία σας από την εξυπηρέτηση των υπηρεσιών υγείας σε 2βάθμια περίθαλψη (νοσοκομία)	Δημόσια Ασφάλιση					
	Ιδιωτική Ασφάλιση					
Το εύρος των επιστρεφόμενων υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης εκπληρώνει τις προσδοκίες μου	Δημόσια Ασφάλιση					
	Ιδιωτική Ασφάλιση					
Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό κρίνετε θετικά ως προς την γνώση και την εμπειρία τους	Δημόσια Ασφάλιση					
	Ιδιωτική Ασφάλιση					
Ποιος ο βαθμός εμπιστοσύνης σας, έστω και σε βασικές υποδομές ή παροχές, θα υπάρχουν όταν θα τις έχετε ανάγκη	Δημόσια Ασφάλιση					
	Ιδιωτική Ασφάλιση					
Έχω εμπιστοσύνη στους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό. Το νοσοκομείο παρείχε υπηρεσίες όπως τις είχε υποσχεθεί.	Δημόσια Ασφάλιση					
	Ιδιωτική Ασφάλιση					
Η πρόσβαση στο νοσοκομείο και η	Δημόσια Ασφάλιση					

διαδικασία να κλείσω ραντεβού με τους γιατρούς ήταν εύκολη.	Ιδιωτική Ασφάλιση					
Οι γιατροί ερεύνησαν διεξοδικά την ασθένειά μου. Ο αριθμός των διαγνωστικών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν ήταν επαρκείς. Οι γιατροί σχεδίασαν σωστά όλη την πορεία της θεραπείας μου	Δημόσια Ασφάλιση					
	Ιδιωτική Ασφάλιση					
Πιστεύετε ότι αν καταργούταν η υποχρεωτικότητα της δημόσιας ασφάλισης θα υπήρχε αύξηση των ιδιωτικών ασφαλίσεων						
Πιστεύετε ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι θα μπορούσαν να σας αποκλείσουν από προγράμματα υγείας λαμβάνοντας υπόψη διάφορους παράγοντες πχ την ηλικία σας, προδιάθεση στην ασθένεια κτλ.						