

10
Σαράντ.

05 ΔΕΚ. 2011

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
“ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ”



“Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας:
Προκλήσεις και Προοπτικές”

Διπλωματική Εργασία

Σουσούνη Αθανασία
Κόρινθος 2010

009759

**[To generalize is to
be an idiot. (W. Blake)]**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ευρώπη	
1.1 Εισαγωγή	9
1.2 Μεταρρυθμίσεις στα Συστήματα Υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών	10
1.3 Η αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες	
1.3.1 Μέγεθος της αγοράς	13
1.3.2 Ζήτηση για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: τι καθορίζει τη ζήτηση;.....	17
1.3.3 Προσφορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας	21
1.3.4 Χαρακτηριστικά της αγοράς	23
1.3.5 Επιπτώσεις της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας	28
1.4 Ευρωπαϊκό Νομοθετικό πλαίσιο ρύθμισης της αγοράς Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας	30
1.5 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ολλανδία	
1.5.1 Ιστορική εξέλιξη.....	34
1.5.2 Βασικές συνισταμένες και σκοποί της μεταρρύθμισης	35
1.5.3 Η δομή της αγοράς Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας	37
1.5.4 Επιπτώσεις από την εφαρμογή του πλαισίου της Πράξης Ασφάλισης Υγείας	41
1.6 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στη Γερμανία	
1.6.1 Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία	46
1.6.2 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: η Μεταρρύθμιση του 2009	47
1.6.3 Αξιολόγηση του νέου ασφαλιστικού συστήματος	52
1.6.4 Εξελίξεις στην Πολιτική Υγείας και στο Δημόσιο Διάλογο	54
1.7 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο	
1.7.1 Η χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο	56
1.7.2 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο	57
1.7.3 Ζήτηση για Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση	64

1.7.4 Διάλογος – Συμπεράσματα	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα	
2.1 Το ελληνικό Σύστημα Υγείας	
2.1.1 Εισαγωγή	68
2.1.2 Χαρτογράφηση του Συστήματος Υγείας	70
2.2 Η ελληνική αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας	
2.2.1 Εισαγωγικά - Ατομική και ομαδική ασφάλιση - Underwriting	76
2.2.2 Φορείς Εποπτείας και Αρωγής	83
2.2.3 Η εικόνα της αγοράς	84
2.2.4 Τα προβλήματα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας	89
2.2.5 Αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος	92
 Κεφάλαιο 3: Προκλήσεις και προοπτικές	
3.1 Φθηνά “Πακέτα Υγείας” από τις τράπεζες	94
3.2 Οι εξελίξεις το Σεπτέμβριο του 2009 και η αναδιάρθρωση του ασφαλιστικού σκηνικού	96
3.3 Πρόσφατες νομοθετικές εξελίξεις	97
3.4 Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας	98
3.5 Οι ίδιες πληρωμές ως κυρίαρχη πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας	100
3.6 Η χρήση γενετικών δεδομένων στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας	105
 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	109
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	
Κεφάλαιο 1	111
Κεφάλαιο 2	120

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κίνδυνοι είναι αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ζωής των ατόμων. Ο κίνδυνος, ή αλλιώς η αβεβαιότητα σχετικά με την επέλευση ενός ζημιογόνου ενδεχομένου βρίσκεται στο επίκεντρο της ασφάλισης. Η δυσμενής επίδραση της ασθένειας έχει σοβαρές συνέπειες όχι μόνο για το άτομο και την οικογένειά του αλλά και για την ευρύτερη κοινωνία. Η Ασφάλιση Υγείας έχει ως στόχο να προστατεύσει τα άτομα από την ενδεχόμενη ή απρόβλεπτη οικονομική καταστροφή που προκαλείται από μια δυσάρεστη κατάσταση της υγείας. Τα άτομα, καταφεύγοντας στην ασφάλιση, επιδιώκουν την αποφυγή μιας αβέβαιης αλλά ενδεχομένως μεγάλης οικονομικής ζημιάς από μια ασθένεια, όπως πχ το κόστος μιας ακριβής επέμβασης. Έτσι λοιπόν τα άτομα προτιμούν μια σίγουρη αλλά μικρότερη ζημιά. Η χρησιμότητα της ασφάλισης προκύπτει από την αβεβαιότητα και από την αποστροφή των ατόμων προς τους κοινωνικούς κινδύνους.

Από την άλλη, οι κοινωνικοοικονομικές, πολιτικές και περιβαλλοντικές συνθήκες αποτελούν μείζονες προσδιοριστικούς παράγοντες του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Εκτός από τη βιολογική εκκίνηση κάθε ατόμου και τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες, η δημογραφική δομή, οι συνθήκες διαβίωσης και στέγασης, ο τρόπος ζωής, το καθεστώς απασχόλησης, το επίπεδο εκπαίδευσης και εισοδήματος επηρεάζουν την υγεία των πληθυσμών της Ευρώπης. Ως επιβαρυντικοί παράγοντες για την υγεία θεωρούνται: ο χαμηλός βαθμός οικονομικής ανάπτυξης, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι ψυχολογικές περιστάσεις που προκαλεί το άγχος, η ανεργία και οι άσχημες συνθήκες εργασίας, η απουσία κοινωνικής υποστήριξης, οι κακές συνθήκες στέγασης και διατροφής, οι ατομικές συνήθειες και ο τρόπος ζωής, οι δημογραφικές τάσεις, το πολιτικό και φυσικό περιβάλλον.

Γενικότερα η ασφάλιση υγείας και η φροντίδα υγείας αποσκοπούν στη διαχείριση της αβεβαιότητας και στην ενίσχυση της αίσθησης ασφάλειας των ατόμων. Η κοινωνική ασφάλιση έχει χαρακτήρα υποχρεωτικό και αναφέρεται ως προϊόν της Ευρωπαϊκής πολιτισμικής παράδοσης. Δεν έχει κερδοσκοπικό χαρακτήρα, αλλά προκαλεί αναδιανομή εισοδήματος μεταξύ διαφόρων κοινωνικών ή πληθυσμιακών ομάδων στο πλαίσιο μιας ευρύτερης κοινωνικοεπαγγελματικής κατηγορίας. Η ιδιωτική ασφάλιση χαρακτηρίζεται από την αρχή της ανταποδοτικότητας, βασίζεται στην ατομιστική φιλοσοφία και αποτελεί στοιχείο νεοφιλελεύθερων κοινωνιών, όπως της αμερικανικής. Έχει κερδοσκοπικό χαρακτήρα και προσφέρει συμβόλαια και υπηρεσίες με βάση την ατομική ανταποδοτικότητα. Δύο φαινόμενα εμποδίζουν την ομαλή λειτουργία της: το πρόβλημα της δυσμενούς επιλογής, δηλαδή η προσέλκυση από πλευράς εταιρειών πελατών χαμηλού κινδύνου και ο ηθικός κίνδυνος (*moral hazard*), που σημαίνει πως εξαιτίας της χαμηλής τιμής αγοράς της ασφάλισης, γίνεται αλόγιστη χρήση των υπηρεσιών από τους ασφαλισμένους.

Ευρήματα εμπειρικών μελετών σχετικά με τη ζήτηση ασφάλισης υγείας έχουν δείξει ότι:

α) η ασφάλιση είναι περισσότερο επωφελής όσο μεγαλύτερη είναι η αναμενόμενη ζημιά, πχ. από μια σοβαρή ασθένεια,

β) η ασφάλιση είναι πιο επικερδής όσο πιο ισορροπημένες είναι οι προτιμήσεις του ατόμου

γ) η ασφάλιση είναι πιο επικερδής όσο χαμηλότερες είναι οι δαπάνες διαχείρισης.

Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας δε μπορεί να ειπωθεί σε απομόνωση από τα κοινωνικά σχήματα ασφάλισης, αλλά κατέχει μόνο συμπληρωματικό ρόλο στην κάλυψη. Η κυριαρχία της κοινωνικής ασφάλισης συνεπάγεται πως η ασφαλιστική αγορά καθορίζεται και σχηματοποιείται από τους κανόνες που θέτει το δημόσια χρηματοδοτούμενο κομμάτι του συστήματος. Υπάρχει τεράστια διάκριση του ρόλου της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ανάμεσα στις χώρες, καθώς η Ευρωπαϊκή Ένωση δεν έχει επιβάλλει στα κράτη μέλη της κάποιο κοινό πλαίσιο άσκησης της κοινωνικής πολιτικής. Σχεδόν όλα τα κράτη-μέλη της Ε.Ε. παρέχουν καθολική κάλυψη του πληθυσμού τους μέσω κρατικών σχημάτων. Δεν υπάρχουν κράτη-μέλη όπου η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας να αποτελεί τη μόνη πηγή κάλυψης και λίγα μόνον όπου αποτελεί την κυρίαρχη πηγή. Υπάρχουν βέβαια προβλήματα συγκρισιμότητας μεταξύ των συστημάτων υγείας, τα οποία οφείλονται στους εξής παράγοντες:

- Ανομοιογένεια εθνικών στατιστικών δεδομένων
- Αδυναμία αξιολόγησης της απόδοσης των συστημάτων υγείας
- Δυσκολίες μέτρησης και προτυποποίησης δεδομένων
- Δυσκολίες μεταφοράς εμπειριών σχετικά με την πολιτική υγείας από χώρα σε χώρα.

Στην Ελλάδα, οι πολίτες δείχνουν σαφή προτίμηση στην ιδιωτική υγεία. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) δεν ξεκαθάρισε από την αρχή τους ρόλους της δημόσιας και ιδιωτικής υγείας, με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα και των ιδιωτικών άμεσων πληρωμών, αλλά όχι και της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας!

Παράγοντες που θεωρείται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στη μικρή ανάπτυξη της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στη χώρα μας είναι: η ανεργία, οι πιεσμένοι οικογενειακοί προϋπολογισμοί λόγω της οικονομικής κρίσης και του ολοένα και αυξανόμενου κόστους ζωής (σύμφωνα και με τον καθηγητή Σάββα Ρομπόλη “η γενιά των 700 ευρώ δεν μπορεί να αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση”), η φαινομενική πλήρης κάλυψη που προσφέρει η κοινωνική ασφάλιση, η πολιτική της δυσμενούς επιλογή που ακολουθούν οι ασφαλιστικές εταιρείες και οι οργανωτικές τους ανεπάρκειες, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με την ελληνική κουλτούρα (οικογενειακό “δίχτυ” προστασίας, μειωμένη ασφαλιστική συνείδηση, στάση παθητικότητας στα τρωτά του ΕΣΥ κλπ.) Οι ομαδικές ασφαλίσεις που αγοράζονται (αλλά δεν πληρώνονται αποκλειστικά) από μεγάλους εργοδότες προς τους υπαλλήλους των εταιρειών τους, κατέχει ένα ολοένα και αυξανόμενο κομμάτι των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας.

Η σταδιακή αύξηση του ΑΕΠ την τελευταία 20ετία οδήγησε στη δημιουργία αρνητικής σχέσης ως προς τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών του ΕΣΥ και του ΙΚΑ. Αναδεικνύεται λοιπόν ο νέος ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης ως συμπληρωματικός της κοινωνικής, η οποία βρίσκεται σε μεταβατική φάση αναδιαπραγμάτευσης του ρόλου της. Οι τελευταίες δεκαετίες ανέδειξαν την κρίση που διέρχεται το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, τους νέους παράγοντες που το επηρεάζουν, την ξαφνική αύξηση του κόστους λειτουργίας του και τη συνειδητοποιούμενη πραγματικότητα ότι δε μπορεί από μόνο του να καλύψει τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του σύγχρονου πολίτη.

Η αύξηση που παρουσιάζει ο ιδιωτικός τομέας υγείας έστρεψε το ενδιαφέρον πολλών επιχειρηματιών στο χώρο, οι οποίοι προχώρησαν σε επενδύσεις στο χώρο, είτε μέσω κοινοπραξιών είτε μεμονωμένα. Έχοντας ξεπεράσει το στάδιο της ανεξέλεγκτης δημιουργίας διαγνωστικών κέντρων, τα οποία από τα μέσα της δεκαετίας του 1980 είχαν δημιουργήσει υπερβάλλουσα προσφορά, οι επενδυτές προχώρησαν σε ανάπτυξη ιδιωτικών κλινικών και θεραπευτηρίων με προοπτική να αποσπάσουν μερίδια από το ΕΣΥ. Τα τελευταία χρόνια με την είσοδο μεγάλων επιχειρήσεων του τομέα υγείας στο Χρηματιστήριο, ο ανταγωνισμός δεν αφήνει περιθώρια εξέλιξης στις μικρές ιδιωτικές μονάδες υγείας για τον επιπρόσθετο λόγο ότι ο κλάδος είναι εντάσεως κεφαλαίου και απαιτεί μηχανολογικό εξοπλισμό, ο οποίος απαξιώνεται σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Με δεδομένη την τάση αυτή που διαμορφώνεται στην αγορά, τα τμήματα marketing των ασφαλιστικών εταιρειών αναζητούν συνεχώς νέα προϊόντα πιο ελκυστικά που να καλύπτουν με μεγαλύτερη επάρκεια τις ανάγκες των πολιτών. Ο περιορισμός όμως των εισοδημάτων επιτρέπει όλο και λιγότεροι να συνάπτουν ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής που να αναφέρονται σε συνταξιοδοτικά προγράμματα. Η απελευθέρωση των αγορών είχε ως αποτέλεσμα την όξυνση του ανταγωνισμού σε τέτοια επίπεδα που προκάλεσε σημαντική συρρίκνωση των περιθωρίων κέρδους αλλά και ώθησε πολλές ασφαλιστικές επιχειρήσεις στην εφαρμογή πολιτικών υπέρμετρης ανάληψης κινδύνων, κάτι που είχε αρνητικές επιδράσεις στα αποτελέσματα των εταιρειών. Οι εξελίξεις αυτές κατέστησαν προβληματική τη συνέχιση της λειτουργίας των ασθενέστερων μονάδων και παράλληλα έδωσαν το έναυσμα για ένα κύμα συγχωνεύσεων και εξαγορών, με λογική συνέπεια την αύξηση της συγκέντρωσης στον ασφαλιστικό κλάδο και τη διεύρυνση της επιρροής των μεγάλων ασφαλιστικών συγκροτημάτων πολυεθνικού χαρακτήρα. Ένα άλλο μεγάλο πρόβλημα που έχουν να αντιμετωπίσουν οι ασφαλιστικές εταιρείες αφορά το υψηλό κόστος του παραγόμενου προϊόντος. Κοινή συνισταμένη των εσωτερικών εξελίξεων σχεδόν όλων των εταιρειών αποτελεί η εκλογίκευση του λειτουργικού κόστους. Στην ελληνική ασφαλιστική αγορά το μέσο λειτουργικό κόστος των εταιρειών είναι το διπλάσιο του αντίστοιχου μέσου όρου που επικρατεί στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Το πλέον προσελκυστικό στοιχείο για σύναψη συμβολαίου από τους περισσότερους πελάτες των εταιρειών αποτελούν οι παροχές υγείας, οι οποίες είναι τμήμα των προγραμμάτων ασφάλισης ζωής. Υπολογίζεται ότι το 50% της παραγωγής αφορά συνταξιοδοτικά προγράμματα και το υπόλοιπο 50% προγράμματα υγείας (Θ.Ρούπας, 2006)

Αυτά τα προβλήματα, τις προκλήσεις που αντιμετωπίζει η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα, αλλά και τις προοπτικές ανάπτυξης που αναδύονται καθώς ο χάρτης της υγείας επαναδιαμορφώνεται στη χώρα, παρουσιάζονται στην παρούσα μελέτη.

Το **πρώτο κεφάλαιο** αναφέρεται στην κατάσταση που παρουσιάζει η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας γενικά στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), συνολικά, αλλά και συγκεκριμένα στην Ολλανδία, τη Γερμανία και το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι δύο πρώτες χώρες επιλέχθηκαν επειδή πρόσφατα επιχειρήθηκαν σημαντικές μεταρρυθμίσεις στα συστήματα ασφάλισης υγείας τους, ενώ το Ηνωμένο Βασίλειο διότι η αγορά του εμφανίζει ομοιότητες με την ελληνική.

Το **δεύτερο κεφάλαιο** παρουσιάζει την αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στην Ελλάδα, σήμερα και την τελευταία δεκαετία. Παράλληλα όμως επιχειρεί να την συνδέσει με την “αγορά” κοινωνικής ασφάλισης και το ΕΣΥ, καθώς είναι βέβαιο πως δε μπορεί να μελετηθεί αποκομμένα από αυτό. Τα προβλήματα που παρουσιάζει το κρατικό σχήμα ασφάλισης και περίθαλψης θα μπορούσαν να δώσουν ώθηση στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, ωστόσο αυτό δεν συμβαίνει καθώς κερδίζει πάντα ο “μεγάλος ανταγωνιστής”, οι ίδιες άμεσες πληρωμές που καταβάλλουν οι πολίτες τη στιγμή της ανάγκης.

Το **τρίτο κεφάλαιο** προσπαθεί να αποτυπώσει ορισμένες από τις προκλήσεις και προοπτικές που έχει να αντιμετωπίσει η αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας και που το μέλλον θα δείξει αν θα σταθούν τροχοπέδη ή σημείο εκκίνησης μιας νέας εποχής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ευρώπη

1.1 Εισαγωγή

Σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας αναπτύσσεται μέσα στο πλαίσιο που θέτουν τα θεσμοθετημένα συστήματα ασφάλισης υγείας και επομένως η αγορά για υπηρεσίες υγείας μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας σχηματίζεται από τους κανόνες που ρυθμίζει το εκάστοτε κρατικό σχήμα ασφάλισης.

Υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των αγορών Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η εννοιοποίηση του όρου “Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας”. Ένας ορισμός είναι: “η ασφάλιση υγείας που αναλαμβάνεται εθελοντικά, χρηματοδοτείται μέσω ιδιωτικών πόρων είτε από άτομα είτε από εργοδότες ως παροχή στους εργαζόμενους τους” (Mossialos & Thompson, 2002).

Στην Ένωση γενικότερα, ο ρόλος της εθελοντικής - Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένος. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη διαμόρφωση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Μοντέλου υγειονομικής περίθαλψης, που βασίζεται στην εγγύηση της καθολικής προστασίας των πολιτών έναντι του κινδύνου της ασθένειας, με τη μορφή της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης ή της κρατικής χρηματοδότησης, ανεξάρτητα από την ικανότητα πληρωμής του χρήστη. Επιπλέον, το κύριο χαρακτηριστικό της εθελοντικής ασφάλισης υγείας είναι το μικρό μερίδιο που καταλαμβάνει στην αγορά των κρατών-μελών, καθώς και η ποικιλομορφία που εμφανίζει ως προς τους καλυπτόμενους κινδύνους, το εύρος κάλυψης του πληθυσμού, το καθεστώς των φορέων, το ύψος των δαπανών που απορροφά, τον τρόπο προσδιορισμού των ασφαλιστρών, τις παροχές και άλλες παραμέτρους.

Διακρίνονται τρεις τύποι Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας:

Τύπος I: Επιπρόσθετη Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (Supplementary Private Health Insurance)

Πολλά κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης διαθέτουν αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας η οποία συμπληρώνει την κρατική ασφαλιστική κάλυψη, όπως Πολωνία, Ρουμανία, Ισπανία, Ηνωμένο Βασίλειο και Ελλάδα. Η αγορά συμπληρωματικής ασφάλισης Τύπου I είναι οικειοθελής και συνήθως προσφέρει πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας που ήδη καλύπτονται από το θεσπισμένο σύστημα υγείας, ωστόσο δίνει μεγαλύτερη ευχέρεια επιλογής - ιδιωτικού συνήθως - προμηθευτή (ιατρού, νοσοκομείου, κλπ.) καθώς και διευκολύνει την προσπέλαση της λίστας αναμονής για εξέταση ή θεραπεία, μειώνοντας το κόστος χρόνου του χρήστη.

Τύπος II : Συμπληρωματική Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (Complementary Private Health Insurance)

Σε άλλα κράτη - μέλη η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας κατέχει πιο σημαντικό ρόλο. Στην περίπτωση αυτού του τύπου συμπληρωματικής ασφάλισης, συναντώνται δύο μορφές κάλυψης:

Α) εκείνη που προσφέρει υπηρεσίες (*services*) οι οποίες εξαιρούνται από το δημόσιο σύστημα ασφάλισης, και υφίσταται σε κράτη όπως Δανία, Ολλανδία και Ουγγαρία και

Β) εκείνη που αποζημιώνει τα κόστη χρήσης (*user charges*) των υπηρεσιών υγείας και τις έξτρα χρεώσεις προς γιατρούς, νοσοκομεία κλπ. Συναντάται σε χώρες όπως Βέλγιο, Γαλλία, Λετονία, Σλοβενία κλπ.

Γενικότερα, η συμπληρωματική Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στοχεύει στη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας που δεν περιλαμβάνονται ή δεν καλύπτονται πλήρως από τα δημόσια ασφαλιστικά συστήματα.

Τύπος III: Υποκατάστατη Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (*Substitutive Private Health Insurance*)

Η τρίτη κατηγορία, υποκατάστατη Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας παρέχει πλήρη κάλυψη σε άτομα είτε μη επιλέξιμα για δημόσια ασφάλιση είτε σε άτομα τα οποία έχουν την επιλογή να αποχωρήσουν (*opt out*) από αυτήν, όπως συμβαίνει στη Γερμανία.

Η αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στα νεώτερα μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι κυρίως συμπληρωματική Τύπου I, εκτός από τη Σλοβενία που ανήκει στον Τύπο II και τις μικρές αγορές Τύπου III στην Τσεχία και την Εσθονία.

1.2 Μεταρρυθμίσεις στα Συστήματα Υγείας των Ευρωπαϊκών χωρών

Οι μεγαλύτερες αλλαγές στα συστήματα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας έχουν συντελεστεί στα παλαιότερα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τα οποία βιώνουν τις τελευταίες δεκαετίες την ανάγκη μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας τους.

Τα δημόσια συστήματα υγείας μπορούν να ταξινομηθούν σε τρία κυρίως υποδείγματα:

1. τα **ολοκληρωμένα συστήματα** (*integrated* - π.χ. Βρετανία), που χαρακτηρίζονται από κρατική χρηματοδότηση, κάθετη ιεραρχική δομή οργάνωσης και διοίκησης, διοικητικό μηχανισμό μεταφοράς και κατανομής των πόρων, δημόσιο χαρακτήρα των υγειονομικών μονάδων και αμοιβή των επαγγελματιών υγείας με μισθό
2. τα **συμβολαιακά συστήματα** (*contractual* - π.χ. Γερμανία), με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή/και τον κρατικό προϋπολογισμό, με αποκεντρωμένη και πλουραλιστική δομή, ύπαρξη ασφαλιστικών φορέων, παραγωγή φροντίδων με δημόσιο χαρακτήρα και αμοιβή των προμηθευτών σύμφωνα με συμβάσεις

3. τα **συστήματα αποζημίωσης** (*reimbursement* - π.χ. Γαλλία), με χρηματοδότηση από ασφαλιστικές εισφορές ή τον κρατικό προϋπολογισμό, αποκεντρωμένη δομή οργάνωσης και διοίκησης, ύπαρξη δημόσιου ασφαλιστικού φορέα και ιδιωτικού χαρακτήρα προμηθευτές που αμείβονται από τους χρήστες οι οποίοι με τη σειρά τους αποζημιώνονται από το ασφαλιστικό σύστημα.

Το πρώτο υπόδειγμα συναντάται κυρίως σε χώρες όπως η Δανία, Ελλάδα, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Φινλανδία και Σουηδία. Το Βέλγιο, η Γαλλία, το Λουξεμβούργο, έχουν υιοθετήσει το πρότυπο της αποζημίωσης, ενώ η Αυστρία, η Γερμανία και η Ολλανδία το συμβολιακό πρότυπο. Στην Ολλανδία η χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος γίνεται τόσο από την κοινωνική όσο και από την ιδιωτική ασφάλιση.

Κατά τις δεκαετίες του 1980 και 1990 πολλές χώρες της Ένωσης αντιμετώπισαν δομικά προβλήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση, την παροχή και την απόδοση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, που προκλήθηκαν τόσο από εξωγενείς όσο και από ενδογενείς των υγειονομικών συστημάτων εξελίξεις. Το μεταβαλλόμενο επιδημιολογικό πρότυπο, με τη διόγκωση των χρόνιων και καρδιαγγειακών παθήσεων, του καρκίνου και των εξωτερικών αιτιών, η γήρανση του πληθυσμού, η διαθεσιμότητα των νέων θεραπευτικών τεχνολογιών, και οι αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών σε σχέση με την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, οι ταχείς ρυθμοί της διεθνούς οικονομικής ολοκλήρωσης, η παγκοσμιοποίηση, οι δυσκολίες στη μακροοικονομική απόδοση των ευρωπαϊκών χωρών και οι πολιτικές και ιδεολογικές μετατοπίσεις, συνέβαλαν στην αύξηση της ζήτησης και της χρήσης των υπηρεσιών και κατ' επέκταση και των δαπανών υγείας. Επιπλέον, τέθηκαν ζητήματα σχετικά με τις ανισότητες στην πρόσβαση των υγειονομικών υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα και την ποιότητα των κλινικών διαδικασιών και της λειτουργίας των υγειονομικών ιδρυμάτων.

Επιδίωξη των μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων κατά τη δεκαετία του 1980 ήταν η επίτευξη της αποτελεσματικότητας, της μακρο-αποδοτικότητας και της συγκράτησης του κόστους, ενώ κατά τη δεκαετία του 1990, στόχοι αποτέλεσαν η μικρο-αποδοτικότητα, η ποιότητα και η ενδυνάμωση των επιλογών από τους ασθενείς.

Το δεύτερο μισό της δεκαετίας του 1980 χαρακτηρίστηκε από την εισαγωγή στοιχείων ανταγωνισμού και μηχανισμών αγοράς στα δημόσια συστήματα υγείας. Ο διευθυνόμενος ανταγωνισμός και οι οιονεί ή εσωτερικές αγορές αποτελούν όρους που σηματοδοτούν εννοιολογικά τη μετάβαση από τα ολοκληρωμένα συστήματα υγείας προς τα συμβολιακά πρότυπα. Στόχος ήταν η αποτελεσματικότερη κατανομή των πόρων, με συνδυασμό των αξιών του κοινωνικού κράτους με τα θετικά του ιδιωτικού τομέα. Τα ευρωπαϊκά κράτη θέσπισαν μέτρα συγκράτησης του κόστους, είτε στην πλευρά της ζήτησης είτε στην πλευρά της προσφοράς.

Τα μέτρα από την πλευρά της ζήτησης σκόπευαν να μετατοπίσουν την επιβάρυνση των δαπανών υγείας προς τους ασθενείς προκειμένου να μειωθεί η ζήτηση και περιλάμβαναν τη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών, με τη μορφή εκπιπτουσών δαπανών, συμπληρωμών (*co-payments*), συνασφάλισης (*co-insurance*), παροχής κινήτρων για περιορισμένη χρήση των υπηρεσιών, σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και ενίοτε εθελούσια έξοδο από το θεσμοθετημένο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και εφαρμογής μέτρων περιορισμού και προτεραιοποίησης στην πρόσβαση συγκεκριμένων θεραπειών και υπηρεσιών.

Τα μέτρα από την πλευρά της προσφοράς επιχειρούσαν να ελέγξουν τη συμπεριφορά των προμηθευτών και αναφέρονταν στην εισαγωγή προοπτικών μεθόδων πληρωμής, όπως οι σφαιρικοί προϋπολογισμοί (*global budgets*) και ομοιογενείς διαγνωστικές κατηγορίες (*DRGs*) για τα νοσοκομεία, στον έλεγχο της ιατρικής δημογραφίας και των αμοιβών του ανθρώπινου δυναμικού, στον περιορισμό των κλινών, στην υποκατάσταση των υπηρεσιών, στη ρύθμιση της χρήσης βιοϊατρικής τεχνολογίας, στον έλεγχο της χρήσης των πόρων που διαχειρίζονται οι ιατροί μέσω συστημάτων πληρωμής που βασίζονται στην απόδοση, όπως η διαχείριση προϋπολογισμών από γενικούς ιατρούς (*fund holders*) και η θέσπιση συστημάτων παραπομπής.

Στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης οι μεταρρυθμίσεις περιλάμβαναν τη διεύρυνση της χρηματοδότησης της υγείας μέσω της εισαγωγής και ενδυνάμωσης του ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης, τη δυνατότητα σύναψης επικουρικής και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και την αύξηση των ιδιωτικών άμεσων πληρωμών.

Γενικότερα, στα νεότερα κράτη-μέλη οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν πρωταρχικά άμεσες πληρωμές των χρηστών κατά τη στιγμή της συνδιαλλαγής. Αυτό δείχνει πως η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη στις χώρες αυτές. Εξάιρεση αποτελεί το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών για υγεία που απορροφάται από προπληρωμένα προγράμματα παροχής υπηρεσιών στη Σλοβενία, ποσοστό που πλησιάζει τα αντίστοιχα μεγέθη της Γερμανίας και Γαλλίας. Στη Σλοβενία λειτουργούν ιδιωτικά ασφαλιστικά σχήματα υγείας σε μεγαλύτερη έκταση από ότι σε άλλες χώρες από την ομάδα των νεώτερων κρατών-μελών.

Παρά την επίτευξη της καθολικής ή σχεδόν καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης για υπηρεσίες υγείας στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εξακολουθούν να υπάρχουν προβλήματα στην πρόσβαση, τα οποία σχετίζονται με τα κενά που παραμένουν ως προς την κάλυψη. Αυτά τα προβλήματα προκύπτουν με δύο τρόπους: ως συνέπεια του αποκλεισμού από τη δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών, συγκεκριμένων ή ολόκληρου φάσματος θεραπευτικών παρεμβάσεων ή ως συνέπεια μέτρων αυξανόμενης συμμετοχής στο κόστος παροχής των υπηρεσιών.

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δύο δεκαετιών, οι πιο συνηθισμένοι θεραπευτικοί τομείς οι οποίοι αποκλείστηκαν πλήρως ή μερικώς από τη δέσμη των ασφαλιστικά καλυπτόμενων

υπηρεσιών είναι η οδοντιατρική φροντίδα και τα φάρμακα. Σχεδόν σε όλα τα κράτη-μέλη της ΕΕ οι ασθενείς πρέπει να καταβάλλουν άμεσες πληρωμές (*out of pocket*) για αυτές τις υπηρεσίες ή να αγοράζουν συμπληρωματική ασφάλιση υγείας για να καλύψουν το κόστος αυτών και άλλων υγειονομικών υπηρεσιών.

Οι άμεσες πληρωμές αποτελούν παραδοσιακά ένα σημαντικό ποσοστό των δαπανών υγείας σε κράτη-μέλη όπως η Ελλάδα, η Ιταλία, η Πορτογαλία και η Ισπανία. Οι ιδιωτικές δαπάνες αυξήθηκαν σημαντικά ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στην Αυστρία, τη Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο κατά τη δεκαετία του 1980, και στη Φινλανδία, την Ιταλία το Λουξεμβούργο και την Ισπανία κατά τη δεκαετία του 1990. Πλέον, οι άμεσες πληρωμές αποτελούν την κυρίαρχη πηγή ιδιωτικών δαπανών για την υγεία σε κάθε κράτος-μέλος της ΕΕ εκτός από τη Γαλλία και την Ολλανδία. Οι ιδιωτικές δαπάνες παράγουν ανισότητες στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας επειδή μετατοπίζουν το βάρος της χρηματοδότησης από ένα καθεστώς “συνολοποίησης των κινδύνων” (*risk pooling*) σε επίπεδο πληθυσμού, σύμφωνα με το οποίο οι πολίτες συμβάλλουν μέσω της φορολογίας ή των εισφορών κοινωνικής ασφάλισης της υγείας ανάλογα με την οικονομική τους δυνατότητα, προς ένα σύστημα καταβολής άμεσων πληρωμών από άτομα και νοικοκυριά, με αποτέλεσμα την υπέρ των πλουσίων διανεμητική επίπτωση. Τα συστήματα υγείας που στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό στην ιδιωτική χρηματοδότηση είναι περισσότερο αντίστροφα προοδευτικά από εκείνα στα οποία η χρηματοδότηση είναι κυρίως δημόσια, με συνέπεια τον περιορισμό της αλληλεγγύης μεταξύ οικονομικά ισχυρών και αδύναμων, υγιών και ασθενών.

1.3 Η αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες

1.3.1 Μέγεθος της αγοράς

Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας δεν αποτελεί σημαντικό κομμάτι των συνολικών υγειονομικών δαπανών. Το 2006 οι δαπάνες Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας σε κανένα κράτος - μέλος δεν ξεπέρασαν το 10% (εκτός από τη Γαλλία και τη Σλοβενία), ενώ στα 2/3 των κρατών - μελών δεν ξεπέρασαν το 5%. Μεγάλη μείωση της συνολικής παραγωγής ασφαλιστρών κατέγραψε η ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά το 2008 κατά 10,4%, εκ των οποίων οι ασφαλίσεις ζωής είχαν μείωση κατά 15,9% ενώ οι ασφαλίσεις κατά ζημιών μειώθηκαν κατά 0,2%, ενώ μειώθηκαν και οι επενδύσεις έπειτα από πολλά χρόνια κατά 4,5% (ονομαστικές τιμές). Ο κλάδος των ατυχημάτων και ασθένειας κατείχε το 31% του χαρτοφυλακίου, στις 27 χώρες-μέλη της Ε.Ε. (πίνακας 9) Διαχρονικά η πορεία της δαπάνης θεωρείται σταθερή, εκτός από την περίπτωση του Ηνωμένο Βασίλειο και της Ολλανδίας όπου σημειώθηκαν οι μεγαλύτερες μειώσεις. Η δαπάνη για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας θεωρείται επίσης χαμηλή και ως ποσοστό της συνολικής ιδιωτικής δαπάνης, όπου λογαριάζεται κάτω από το 25% στα περισσότερα κράτη-μέλη.

Μεγάλη σημασία δίδεται στη μελέτη του ρόλου της αγοράς Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στα συστήματα υγείας, για τρεις λόγους:

(α) ο ρόλος της αγοράς Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας συσχετίζεται στενά με το μέγεθός της, καθώς επηρεάζει τη γενική δαπάνη υγείας

(β) καθορίζει το μέγεθος ρύθμισης και κρατικής παρέμβασης και επηρεάζει την πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον ανταγωνισμό και την εσωτερική αγορά

(γ) σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την επίδραση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στη χρηματοδότηση και τους στόχους της πολιτικής υγείας σε κάθε χώρα. (πίνακας 1, Επισκόπηση των αγορών Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, 2008)

Ο ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας σε ένα σύστημα υγείας καθορίζεται από τη δημόσια πολιτική, η οποία με τη σειρά της αντανακλά ιστορικούς παράγοντες, ιδεολογίες, ισορροπία δυνάμεων και συμφερόντων μεταξύ διαφόρων δρώντων στο σύστημα (π.χ. προμηθευτές, συνδικαλιστικά σωματεία, κλπ.) και την ευχέρεια της εκάστοτε κυβέρνησης να διαμορφώνει την αγορά. Φυσικά το μέγεθος της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης δε θα μπορούσε να μην καθορίζεται και από τη δυνατότητα και προθυμία του πληθυσμού να πληρώσει γι' αυτή.

Τρεις τρόποι υπολογισμού του μεγέθους της αγοράς

1. Συνεισφορά στη δαπάνη υγείας

Τα επίπεδα δαπάνης για υγειονομική φροντίδα ποικίλλουν ανάμεσα στα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ως ποσοστό του ΑΕΠ από 5% στην Εσθονία μέχρι και λίγο πάνω από το 10% στη Γαλλία και Γερμανία. Ενώ σε κάθε χώρα υπάρχουν διάφορα κανάλια χρηματοδότησης της υγείας, η δημόσια δαπάνη καταλαμβάνει πάνω από τα 2/3 της συνολικής, στα περισσότερα κράτη-μέλη. (γράφημα 1)

Κατά την τελευταία δεκαετία το ποσοστό της **δημόσιας δαπάνης** για υγεία έχει αυξηθεί σε κράτη όπου επεκτάθηκε το κράτος κοινωνικής προστασίας (π.χ. Κύπρος, Γαλλία, Ολλανδία), αλλά και σε άλλα κράτη όπου δε συνέβη κάτι τέτοιο (Αυστρία, Φινλανδία, Ιταλία, Λετονία, Μάλτα, Ρουμανία, Πορτογαλία). Μείωση του ποσοστού αυτού συναντάμε σε αρκετά νέα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Βουλγαρία, Εσθονία, Ουγγαρία, Πολωνία, Σλοβακία, Σλοβενία), όπου η μείωση των δημοσίων δαπανών πιθανώς οφείλεται στην ανάγκη μείωσης του ελλείμματός τους ως μέρος της δημοσιονομικής σύγκλισης που απαιτούσε η ένταξή τους στην ΟΝΕ, αλλά και σε κάποια παλαιότερα κράτη-μέλη, όπως η Ελλάδα, η Γερμανία και η Σουηδία.

Ο λόγος που η Γαλλία και η Σλοβενία παρουσιάζουν τόσο μεγάλο ποσοστό συμμετοχής της **δαπάνης για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στη συνολική δαπάνη υγείας**, 12,8% και 13,1% αντίστοιχα, είναι ότι η κοινωνική ασφάλιση επιβάλλει σε αρκετές περιπτώσεις συμμετοχή των χρηστών στο κόστος περίθαλψης (user charges), με αποτέλεσμα μεγάλα τμήματα του

πληθυσμού να στρέφονται στην ιδιωτική ασφάλιση για την κάλυψη τέτοιων χρεώσεων. Η τρίτη μεγαλύτερη αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας είναι η γερμανική, όπου καλύπτεται το 10% περίπου του πληθυσμού, επειδή η ιδιωτική ασφάλιση κυρίαρχα αναπληρώνει (και όχι συμπληρώνει) την κοινωνική, για τα πλουσιότερα κλιμάκια.

Γενικότερα, παρατηρείται πως η ιδιωτική ασφαλιστική δαπάνη είναι ευδιάκριτα χαμηλή στα νεώτερα κράτη-μέλη (πλην φυσικά της Σλοβενίας), αλλά και σε άλλα παλαιότερα κράτη-μέλη όπως η Ιταλία, Σουηδία και Μεγάλη Βρετανία. Κοινό χαρακτηριστικό αυτών των χωρών: η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας παίζει συμπληρωματικό ρόλο (Τύπου I) στην ασφάλιση υγείας του πληθυσμού και καλύπτει μικρό μέρος αυτού.

Οι τρεις τελευταίες όμως χώρες, όπως φαίνεται στο γράφημα 2, έχουν πολύ αναπτυγμένο δημόσιο σύστημα υγείας, σε αντίθεση με τα νεώτερα κράτη-μέλη.

Η Ελλάδα, αν και κατέχει αυτά τα κοινά χαρακτηριστικά, βρίσκεται κάπου στη μέση.

Μέσα σε μια δεκαετία, από το 1996 ως το 2006, το ποσοστό δαπάνης για **Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας** αυξήθηκε στις περισσότερες χώρες. Εξαιρέσεις αποτελούν: η Αυστρία, η Φινλανδία, η Ελλάδα, η Ιρλανδία, η Ιταλία, η Σλοβακία, η Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου στις δύο τελευταίες σημειώθηκε η μεγαλύτερη πτώση. Στην περίπτωση της Ολλανδίας, το 2006 καθιερώθηκε ως υποχρεωτική και καθολική η ασφάλιση υγείας, προκαλώντας τον εξοστρακισμό της αγοράς υποκατάστατης (Τύπου III) που υπήρχε στη χώρα. Όσον αφορά το Ηνωμένο Βασίλειο, η συμπίεση των ιδιωτικών δαπανών μάλλον αποδίδεται στην αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία (μετά από δύο δεκαετίες σφικτής πολιτικής και μεταρρυθμιστικών προσπαθειών στην υγεία) από το 2000, σε συνδυασμό με τη βελτίωση της πρόσβασης σε ότι αφορά τις λίστες αναμονής, το μεγάλο “βαρίδι” του *NHS* και της αύξησης του κόστους αγοράς Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, ιδίως για τα ατομικά συμβόλαια. **(γράφημα 4)**

Σχετικά με την πορεία της δαπάνης για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας **ως ποσοστό της ιδιωτικής υγειονομικής δαπάνης** παρατηρούνται τα εξής: στα περισσότερα κράτη-μέλη δεν ξεπερνά το 25%, κάτι που υποδεικνύει πως το υπόλοιπο αποτελείται από ίδιες πληρωμές (out of pocket payments). Οι ίδιες πληρωμές μπορεί να είναι είτε κάποιο ποσοστό συμμετοχής ή συνασφάλισης (co-payments) είτε άμεσες πληρωμές (direct payments) είτε άτυπες πληρωμές (παραοικονομία). Βλέπουμε όμως πως σε συστήματα όπως της Γαλλίας και της Σλοβενίας όπου η συμμετοχή του χρήστη (user charges) είναι θεσμοθετημένη, η χρήση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας για την κάλυψη αυτών των χρεώσεων είναι αυξημένη. Ως αποτέλεσμα, στη Γαλλία η ιδιωτική ασφαλιστική δαπάνη φθάνει το 63% και στη Σλοβενία αντίστοιχα το 48,6%. Επιπλέον, στη Γερμανία το ποσοστό αγγίζει το 39,9% και στην Ολλανδία το 32,3%. **(γράφημα 5)**

Σε χώρες όμως όπου υπάρχει αναπτυγμένος τομέας παραοικονομίας στην υγεία, όπως η Ελλάδα και κάποια από τα νεώτερα κράτη-μέλη, η ιδιωτική δαπάνη ασφάλισης υγείας δε μπορεί παρά να είναι μικρή. **(το λευκό στο γράφημα 2!)**

Γενικά φαίνεται πως σε κάποια κράτη οι πολιτικές τείνουν να ευνοούν τη διατήρηση του συστήματος ιδίων πληρωμών για τη χρηματοδότηση της υγείας παρά να ενθαρρύνουν ή και να προωθήσουν την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας ως μέσο χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. (γραφήματα 1-5)

2. Επίπεδο κάλυψης του πληθυσμού

Και πάλι υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση στην κάλυψη, ένα μέγεθος που ως γνωστόν είναι δύσκολο να υπολογιστεί λόγω της έλλειψης ασφαλών στοιχείων σε αρκετές χώρες. Παρατηρείται η τάση χώρες όπου επιβάλλονται από την κοινωνική ασφάλιση επιπλέον χρεώσεις (user charges) στους χρήστες υπηρεσιών υγείας καθώς και έξτρα χρεώσεις από γιατρούς, ολοένα και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού να τυγχάνει ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Αντίθετα, σε αγορές όπου κυριαρχεί η Τύπου Ι Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας το ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού είναι σαφώς μικρότερο. Στη μέση βρίσκεται η Ολλανδία, όπου το ποσοστό κάλυψης είναι ιδιαίτερα μεγάλο, καθώς διαθέτει αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας και Τύπου ΙΙ Α και Τύπου Ι. Η αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας Τύπου ΙΙ Α (υπηρεσίες) είναι ιδιαίτερα ευαίσθητη σε αλλαγές του πακέτου παροχών της κοινωνικής πολιτικής. Εν προκειμένω στην Ολλανδία, στις αρχές του 1990, όταν αποκλείστηκε η οδοντιατρική φροντίδα από το πακέτο κοινωνικών παροχών, το ίδιο το Υπουργείο Υγείας ενθάρρυνε τις ιδιωτικές ασφαλιστικές να την συμπεριλάβουν. Αντίθετα στη Γερμανία, όταν το 1990 άρθηκαν από το κράτος κάποιοι περιορισμοί πρόσβασης που είχαν επιβληθεί στην οδοντιατρική φροντίδα, η δαπάνη για ασφαλιστήρια συμβόλαια - ιδίως παιδιών- σχεδόν υποδιπλασιάστηκε.

Όσον αφορά την ασφαλιστική κάλυψη Τύπου ΙΙ, υπάρχουν κάποιες ενστάσεις.

Πρώτον, τα υψηλά επίπεδα κάλυψης του πληθυσμού δεν συνεπάγονται απαραίτητα ότι οι κάτοχοι τέτοιου είδους ασφάλισης καλύπτονται έναντι όλων των ειδών τις χρεώσεις. Η έκταση και η ποιότητα της κάλυψης διαφέρει μεταξύ των ασφαλιστικών συμβολαίων, οξύνοντας τις ανισότητες μεταξύ των πλουσιότερων, οι οποίοι έχουν τη δυνατότητα να αγοράσουν συμβόλαια πλήρους κάλυψης και των ασθενέστερων οικονομικά, εις βάρος της παροχής ποιοτικών υπηρεσιών προς τους δεύτερους. Γι' αυτό εξάλλου το 2000 η Γαλλική κυβέρνηση αναγκάστηκε να προσφέρει δωρεάν Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Τύπου ΙΙ Β στους πολίτες χαμηλότερων εισοδηματικών στρωμάτων, με τον περίφημο νόμο CMU-C (*Couverture Maladie Universelle Complémentaire* - Καθολική Συμπληρωματική Κάλυψη Ασθένειας).

Επιπλέον, καθαυτή η θέσπιση συμμετοχής των χρηστών στο κόστος από την κοινωνική ασφάλιση δε συνιστά από μόνη της παράγοντα ανάπτυξης της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας Τύπου ΙΙ Β σε μια χώρα. Σε νεώτερα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπου έχει αυξηθεί διαχρονικά το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος, αυτή η αύξηση δε συμπάρεσυρε -όπως θα αναμέναμε- την αντίστοιχη αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας που καλύπτει τέτοιες χρεώσεις. Το γεγονός μπορεί να αποδοθεί στο ότι παραδοσιακά σε χώρες

όπως η Γαλλία, Βέλγιο και το Λουξεμβούργο όπου παρατηρούνται υψηλά επίπεδα κάλυψης του πληθυσμού από την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Τύπου II B, στην αγορά αυτή δραστηριοποιούνται καθιερωμένα σωματεία αλληλεγγύης και πρόνοιας τα οποία χαίρουν εμπιστοσύνης και συνδέονται με διάφορες ομάδες εργαζομένων. Για αυτές τις ομάδες θεωρείται σχεδόν αυτονόητη η συμμετοχή τους σε κάποιο τέτοιο ασφαλιστικό σχήμα.

Ένα άλλο σημείο που πρέπει να επισημανθεί είναι πως στα νεώτερα κράτη-μέλη, η κυριαρχία των ίδιων δαπανών έναντι της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, η οποία καλύπτει πολύ μικρό τμήμα του πληθυσμού, μπορεί τελικά να υποκρύπτει απροθυμία των ατόμων να εμπιστευθούν τα χρήματά τους σε κάποιον τρίτο (third party) για την αγορά υπηρεσιών υγείας. Εφόσον οι χρήστες έχουν συνηθίσει να καταβάλλουν άμεσα πληρωμές στο γιατρό τους ή στο νοσοκομείο, όπως επίσης είναι εξοικειωμένοι και με την παραοικονομία, οπότε μια πιθανή μεταβίβαση του ρόλου του χρηματοδότη σε κάποιον τρίτο, π.χ. μια ασφαλιστική εταιρεία να τους δημιουργεί την εντύπωση πως χάνουν την επιρροή τους έναντι των προμηθευτών (Mossialos et al, 2002)

3. Ως ποσοστό εσόδων από ασφάλιστρα

Η μέτρηση του εισοδήματος από ασφάλιστρα αποτελεί έναν γενικό δείκτη της σχετικής νομισματικής αξίας (monetary value) διάφορων αγορών. Με δεδομένο ότι τέτοια στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα σε όλες τις χώρες, την πρωτοκαθεδρία έχει η Γερμανία. Αυτό είναι λογικό, εφόσον η υποκατάστατη Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Τύπου III που προσφέρεται στην αγορά είναι σαφώς πιο ακριβή από άλλες, όχι μόνο επειδή καλύπτει πλουσιότερα άτομα αλλά επειδή ακριβώς παρέχει ολοκληρωμένο πακέτο ασφάλισης, όπως η κοινωνική.

Ακολουθούν σε μέγεθος η Γαλλία, η Ισπανία και η Μεγάλη Βρετανία, όπου παρατηρείται το εξής οξύμωρο: ενώ οι τρεις αυτές χώρες έχουν περίπου τον ίδιο πληθυσμό (64, 40 και 60 εκατ. κατοίκους αντίστοιχα), οι αγορές Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας της Ισπανίας και της Μεγάλης Βρετανίας καλύπτουν το 10%-20% του πληθυσμού, το εισόδημα από ασφάλιστρα είναι περίπου ίδιο με αυτό της Γαλλίας, όπου η αγορά της καλύπτει το 90% του πληθυσμού!

Το γεγονός αυτό μπορεί να υποδεικνύει το πόσο ακριβή είναι η συμπληρωματική Ασφάλιση Υγείας Τύπου I σε σχέση με την Τύπου II B (user charges).

1.3.2 Ζήτηση για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: τι καθορίζει τη ζήτηση;

Η ζήτηση για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας επηρεάζεται κυρίως από την έκταση και την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και το εισόδημα, ενώ δευτερευόντως επηρεάζεται από το φύλο, το μορφωτικό και κοινωνικό status και την αστικότητα. Η ύπαρξη μιας αγοράς ασφάλισης υγείας υπάγεται σε τρεις προϋποθέσεις:

- i. να υπάρχει θετική ζήτηση (δηλ. τα άτομα να αποφεύγουν τον κίνδυνο- risk averse persons)
- ii. η ασφάλιση να προσφέρεται σε μια τιμή την οποία τα άτομα να είναι διατεθειμένα να πληρώσουν (δηλ. η αποτίμηση σε χρήμα του κινδύνου τον οποίο τα άτομα θέλουν να αποφύγουν να επαρκεί για την κάλυψη του διοικητικού κόστους και ενός λογικού περιθωρίου κέρδους για τις ασφαλιστικές εταιρείες) και
- iii. να υπάρχει η τεχνική υποδομή για την παροχή της ασφάλισης (Barr, 1992)

Εκτός από την αποφυγή κινδύνου, ως παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για ασφάλιση υγείας θεωρούνται επίσης:

- η πιθανότητα εμφάνισης μιας ασθένειας
- το μέγεθος σπουδαιότητας της απώλειας που προκύπτει από την ασθένεια
- η τιμή της ασφάλισης
- το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων.

Φυσικά κάποιιοι από αυτούς τους παράγοντες είναι δύσκολο να μετρηθούν και η επίδραση έκαστου διαφέρει από χώρα σε χώρα. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης πάντως, η τιμή, το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο ως παράγοντες θεωρούνται πιο σημαντικοί από τον κίνδυνο οικονομικής απώλειας εξαιτίας της ασθένειας, καθώς κατά κύριο λόγο στα περισσότερα κράτη-μέλη η κοινωνική ασφάλιση παρέχει υψηλό επίπεδο προστασίας σε αυτόν τον τομέα.

Επιπλέον, ορισμένοι αναλυτές προσθέτουν στους παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας το βαθμό και την κατανομή της ικανοποίησης των ατόμων από το σύστημα υγείας τους. Ότι δηλαδή τα κενά και οι δυσλειτουργίες του συστήματος υγείας, όπως η χαμηλή ποιότητα ή οι λίστες αναμονής, όπως επίσης και οι συνεχείς μειώσεις στα επιδόματα και τις παροχές είναι ικανές να στρέψουν τους ασθενείς προς την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

Ωστόσο, το παράδειγμα της Μεγάλης Βρετανίας, όπου η σχέση μεταξύ των περιόδων αναμονής και της ζήτησης για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας έχει μελετηθεί εκτεταμένα, δείχνει πως δεν έχει βρεθεί κάποια σαφής ένδειξη για την ύπαρξη μιας τέτοιας σχέσης.

Προφίλ αγοραστή Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Σύμφωνα με στοιχεία που αφορούν στην ασφαλιστική κάλυψη ανά την Ένωση, οι περισσότεροι χρήστες Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας προέρχονται από υψηλότερες εισοδηματικές ομάδες. Αυτό είναι αναμενόμενο στην υποκατάστατη Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Τύπου III όπου η επιλεξιμότητα γι' αυτή τη μορφή ασφάλισης καθορίζεται από εισοδηματικά και επαγγελματικά κριτήρια. Όμως και στους άλλους τύπους ασφάλισης παρατηρείται ισχυρή προτίμηση από τα υψηλά εισοδήματα. Επιπλέον, καθοριστικούς παράγοντες για τη ζήτηση Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση αποτελούν: η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση υγείας, το επαγγελματικό status, η κατηγορία εργασίας, η

οικογενειακή κατάσταση, η σύνθεση του νοικοκυριού, το μορφωτικό επίπεδο και η αστικότητα.

Ο τυπικός χρήστης στην **Ευρωπαϊκή Ένωση** είναι άνδρας, με ικανοποιητικά εισοδήματα, ηλικίας 40-50 ετών, υψηλής μόρφωσης, εργαζόμενος ως μεσαίο ή ανώτερο στέλεχος για μεγάλες εταιρείες ή ως ελεύθερος επαγγελματίας και ζει σε αστικές περιοχές. Το τυπικό δείγμα χρηστών Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στην **Ελλάδα** έχει τα εξής χαρακτηριστικά: άτομα ηλικίας 25-40 ετών, απόφοιτοι ανώτερης/ανώτατης εκπαίδευσης κατά ποσοστό 43%, μεσαίας και ανώτερης εισοδηματικής κλάσης, κυρίως εργοδότες, επαγγελματίες, δημόσιοι υπάλληλοι, διοικητικά και διευθυντικά στελέχη μεγάλων ιδιωτικών εταιρειών και τραπεζών, κάτοικοι αστικών περιοχών. Οι άντρες επικρατούν ως προς το φύλο με ισχνή πλειοψηφία 53% έναντι των γυναικών με 47%. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε το Σεπτέμβριο του 2006, από τους ιδιωτικά ασφαλισμένους, το 12,67% αυτών προέρχονταν από αστικές περιοχές, ενώ το 6,67% κατοικούσαν σε μη-αστικές/ αγροτικές περιοχές. (Hellas Health I)

Ατομικά και ομαδικά συμβόλαια

Τα τελευταία 25 χρόνια, η χαμηλή γενικά ζήτηση για ατομικά συμβόλαια υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες ώθησε τις ασφαλιστικές να δώσουν μεγαλύτερη έμφαση στην προώθηση ομαδικών προϊόντων ασφάλισης. Τη δεκαετία του 1980 παρατηρήθηκε ταχύτατη ανάπτυξη της εν λόγω αγοράς, που συνεχίστηκε και την επόμενη δεκαετία του 1990, η οποία χαρακτηρίστηκε από υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης και χαμηλή ανεργία. Σε μερικές χώρες, η ανάπτυξη της αγοράς ομαδικών συμβολαίων υγείας οφείλεται σε στρατηγικές εκπτώσεων στις τιμές αλλά και στην αυστηρότητα των όρων ατομικών συμβολαίων, που εφάρμοσαν οι ασφαλιστικές εταιρείες (ειδικά στη Μεγάλη Βρετανία, την Ιρλανδία και Πορτογαλία), αλλά και στην αλλαγή στάσης των εργοδοτών, οι οποίοι αναγνώρισαν τα οφέλη που προσφέρουν οι ομαδικές ασφαλίσεις έναντι των απωλειών που προκαλεί η μακρά απουσία από την εργασία λόγω ασθένειας ή ατυχήματος.

Η διαφοροποίηση μεταξύ ατομικών και ομαδικών ασφαλίσεων υγείας και η έκταση της ανάπτυξης των μεν έναντι των δε, παίζει ξεχωριστό ρόλο στο βαθμό και την κατανομή κάλυψης του πληθυσμού.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες δείχνουν μια προτίμηση προς τα ομαδικά ασφαλιστικά προγράμματα, γιατί αυτά συνεπάγονται μικρότερα διοικητικά κόστη και βοηθούν στην ανάπτυξη οικονομιών κλίμακας χωρίς αντίστοιχα να αυξάνεται η διαχειριστική δαπάνη.

Κυρίως όμως, η προσφορά μειωμένων ασφαλιστρών και η επιβολή ελκυστικότερων όρων γίνεται για να προσελκύσουν οι ασφαλιστικοί φορείς ένα νεώτερο, υγιέστερο και πιο ομοιογενές κομμάτι του πληθυσμού (νέοι, μορφωμένοι, υπάλληλοι σε μεγάλες εταιρείες) ως "οχύρωμα" στην αντίστροφη επιλογή. [Η αντίστροφη επιλογή (*adverse selection*) είναι μια στρέβλωση της αγοράς που οφείλεται στην ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ ασφαλιστικών φορέων και καταναλωτών. Δημιουργείται όταν κάποιος υποψήφιος

αποκρύπτει την πραγματική κατάσταση της υγείας του προκειμένου να αποφύγει να πληρώσει υψηλότερα ασφάλιστρα. Αυτό συνεπάγεται υψηλότερο ρίσκο και απώλειες για τον ασφαλιστή.]

Οφέλη που προκύπτουν από την αγορά ομαδικών συμβολαίων

Οι εργοδότες επωφελούνται από την ομαδική κάλυψη των εργαζομένων τους εφόσον η ταχύτερη πρόσβαση στην περίθαλψη μειώνει τη διάρκεια απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας.

Οι εργαζόμενοι επωφελούνται γιατί καλύπτονται από συμβόλαια χαμηλότερων ασφαλιστρών εξαιτίας της διαπραγματευτικής δύναμης που αποκτούν οι εργοδότες, ενώ αν αγόραζε κάθε εργαζόμενος δικό του ατομικό συμβόλαιο υγείας θα το πλήρωνε ομολογουμένως ακριβότερα. Επιπλέον, από τα ομαδικά συμβόλαια στα πλαίσια μιας εταιρείας επωφελούνται και εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας ή με προϋπάρχουσες ασθένειες, οι οποίοι και πάλι εάν τελικά οι αιτήσεις τους γίνονταν δεκτές, θα πλήρωναν πολύ ακριβότερα την ατομική ασφαλιστική τους κάλυψη. Ωστόσο, σε μερικές χώρες, όπου η αγορά κυριαρχείται από ομαδικές ασφαλίσεις, οι ατομικές ασφαλίσεις τείνουν να “επιδοτούν” τις ομαδικές με υψηλότερα ασφάλιστρα, θέτοντας ζήτημα ανισότητας στην πρόσβαση στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Η Λετονία αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα, όπου οι ασφαλιστικοί οργανισμοί δείχνουν απροθυμία στην πώληση ατομικών συμβολαίων.

Τα ομαδικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας από την δεκαετία του 1990 έχουν κερδίσει έδαφος σε χώρες όπως η Ισπανία, η Νορβηγία και η Σουηδία (στις δύο τελευταίες μάλιστα, οι τοπικές αυτοδιοικήσεις αγόρασαν πρόσφατα κάλυψη για τους υπαλλήλους τους) και σε νεώτερα κράτη-μέλη όπως η Βουλγαρία, η Λετονία, η Λιθουανία και η Πολωνία.

Την τελευταία δεκαετία όμως έχει παρατηρηθεί επιβράδυνση του ρυθμού ανάπτυξης ή ακόμη και μείωση του μεριδίου αγοράς των ομαδικών ασφαλίσεων σε χώρες όπως η Δανία και το Βέλγιο. Ένας πολύ καλός λόγος είναι πως οι πολίτες ενδιαφέρονται περισσότερο για την διατήρηση της κάλυψης **ακόμη και αν αλλάξει** το επαγγελματικό τους status (σύνταξη, απόλυση κλπ.) αλλά και για την κάλυψη εξαρτημένων μελών της οικογένειάς τους, κάτι που επουδενί δεν προσφέρουν τα ομαδικά συμβόλαια.

Όσον αφορά το ποιος καλύπτει το κόστος για τα ομαδικά συμβόλαια υγείας, δεν υπάρχουν ακριβή στοιχεία. Άλλοτε καλύπτεται εξ ολοκλήρου από τον εργοδότη, ως τμήμα των παροχών τους προς τους εργαζομένους είτε άλλοτε οι εργαζόμενοι καλύπτουν μέρος ή όλο το κόστος των ασφαλιστρών οι ίδιοι. Εξάλλου, τα ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια συνάπτονται εθελοντικά, ενώ σε μερικές περιπτώσεις στη Γαλλία αποτελούν υποχρεωτικό στοιχείο σε κάποιες συμβάσεις εργασίας.

Τέλος, σε ορισμένες χώρες όπως η Μεγάλη Βρετανία παρατηρήθηκαν διακρίσεις ανάλογα με τη θέση στην εταιρεία σε σχέση με το αν τα ασφάλιστρα θα καλύπτονταν από τον εργοδότη.

1.3.3 Προσφορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας προσφέρεται από ένα ευρύ φάσμα φορέων, δημόσιων και ιδιωτικών, που περιλαμβάνει:

- ☞ Θεσμοθετημένα ταμεία υγείας (ή ασθένειας)
- ☞ Μη κερδοσκοπικές ενώσεις αλληλοβοήθειας και πρόνοιας
- ☞ Ιδιωτικές κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρείες
- ☞ Εργοδότες

Τα σωματεία αλληλεγγύης και πρόνοιας κυριαρχούσαν μέχρι τη δεκαετία του 1990 στην αγορά της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, οπότε εισήλθαν στην αγορά οι ιδιωτικές εταιρείες. Οι τελευταίες αποτελούν τη μοναδική πηγή Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας σε κάποια κράτη. Ο αριθμός των ιδιωτικών εταιρειών στον κλάδο ποικίλλει από 50 ως 100 (εκτός από τη Γαλλία όπου υπάρχουν σχεδόν 1000), ενώ παρατηρείται υψηλού βαθμού συγκέντρωση (βλ. παρακάτω).

Οι **εμπορικές επιχειρήσεις** έχουν κερδοσκοπικό χαρακτήρα, σε αντίθεση με τα σωματεία αλληλεγγύης, ενώ τα κρατικά ταμεία που προσφέρουν Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας συνήθως έχουν μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα, χωρίς όμως αυτό να αποτελεί τον κανόνα.

Ο διαχωρισμός αυτός ανάμεσα σε κερδοσκοπικούς και μη φορείς είναι σημαντικός καθώς καθορίζει τους στόχους και τα κίνητρα αυτών όπως και τους όρους πολιτικής που θέτουν. Η Κοινοτική Νομοθεσία απαγορεύει στις κυβερνήσεις να λαμβάνουν μέτρα υπέρ της ενίσχυσης ενός φορέα ή ενός συνόλου φορέων σε βάρος άλλων.

Οι **ενώσεις αλληλοβοήθειας και πρόνοιας** ιστορικά έχουν διαδραματίσει μεγάλο ρόλο στην ασφάλιση υγείας. Οι *mutual provident associations* φορείς ιδιωτικού δικαίου με δημόσια αποστολή. Παραδοσιακά η λειτουργία τους διαπνέεται από την αρχή της αλληλεγγύης, η οποία υποδεικνύει την “συνεισφορά ανάλογα με τις δυνατότητες του καθενός και τη λήψη παροχών στη βάση της ανάγκης”. Κυριαρχούν στην αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας σε αρκετά κράτη της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης, όπως: Βέλγιο, Δανία (99%), Ιρλανδία (73%), Μάλτα, Ιταλία, Λουξεμβούργο, και Ολλανδία. Επίσης παίζουν σημαντικό ρόλο και σε νεώτερα μέλη της Ένωσης, όπως την Ουγγαρία και τη Σλοβενία. Ωστόσο, από τη δεκαετία του 1990 και έπειτα το μερίδιο αγοράς τους έχει μειωθεί σε χώρες όπως η Ιρλανδία, η Μάλτα και η Δανία, εξαιτίας της εισόδου νέων παικτών - ιδιωτικών εταιρειών- και της εξαγοράς κάποιων σωματείων από μεγάλους - κερδοσκοπικούς- οργανισμούς.

Οι ιδιωτικές εταιρείες εξάλλου, αποτελούν το μόνο παροχέα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας σε χώρες όπως η Ελλάδα, η Κύπρος, η Λετονία, η Λιθουανία, η Νορβηγία, η Ισπανία και η Σουηδία, ενώ κυριαρχούν στις αγορές άλλων χωρών όπως η Αυστρία, η Βουλγαρία, η Τσεχία, η Φινλανδία, η Πορτογαλία και το Ηνωμένο Βασίλειο.

Εργοδοτικά σχήματα ασφάλισης υγείας υπάρχουν σε διάφορες χώρες, ενώ τυπικό παράδειγμα αποτελεί η Πολωνία. Τα τελευταία χρόνια τέτοια σχήματα κερδίζουν έδαφος στο Ηνωμένο Βασίλειο, όπου ονομάζονται NIMES (*Non-Insurance Medical Expenses Schemes* - Σχήματα Κάλυψης Ιατρικών Εξόδων), συνήθως διοικούνται από έναν ιδιωτικό ασφαλιστικό φορέα και αποτελούν μια φθηνότερη εναλλακτική στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Τα **κρατικά ασφαλιστικά ταμεία** δρουν ως ανταγωνιστές των άλλων φορέων παροχής Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στις αγορές αρκετών νέων κρατών-μελών της Ένωσης, όπως της Βουλγαρίας, Τσεχίας, Σλοβακίας, Εσθονίας και Ρουμανίας. Στην τελευταία μάλιστα αποτελούν τον μεγαλύτερο παροχέα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας. Στην Ολλανδία από την άλλη, η συμμετοχή ταμείων στην ιδιωτική αγορά απαιτεί τη συγκρότηση ξεχωριστών φορέων παροχής εθελοντικής ασφάλισης.

Όσον αφορά την **εξειδίκευση των ασφαλιστικών φορέων σε προγράμματα υγείας**, παρατηρείται πως τα σωματεία αλληλοβοήθειας συνήθως έχουν εξειδικευμένη δραστηριότητα στην παροχή προγραμμάτων υγείας, ενώ σε χώρες όπως η Γαλλία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο, και την Ουγγαρία, τέτοια εξειδίκευση είναι επιβεβλημένη από το νόμο. Αντίθετα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες συνηθίζεται να δραστηριοποιούνται σε όλους τους τύπους ασφάλισης χωρίς να εξειδικεύονται σε προγράμματα υγείας.

Παρόλο που ο αριθμός των ασφαλιστικών φορέων που δρουν στην αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας δεν καθορίζει απαραίτητα και το μέγεθός της, αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες. Παραδείγματος χάριν, ενώ στις Εσθονία, Σλοβενία, Λιθουανία και Ιρλανδία δραστηριοποιούνται μόνο μέχρι 5 ασφαλιστικοί οργανισμοί, σε άλλες χώρες όπως η Γερμανία, η Ελλάδα, η Ιταλία, το Βέλγιο κ.α. οι ασφαλιστικοί φορείς ξεπερνούν τους 50, με ακραία περίπτωση αυτή της Γαλλίας, όπου φθάνουν τους 1000.

Συγκέντρωση της αγοράς και επίπτωση αυτής στις τιμές

Η αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας παρουσιάζει υψηλή συγκέντρωση σε πολλές χώρες. Το 2006, οι 3 μεγαλύτεροι ασφαλιστικοί φορείς κατείχαν πάνω από το 50% της αγοράς στις περισσότερες χώρες (στην Ελλάδα οι 5 μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρείες κατείχαν το 65% της αγοράς), με κύριες εξαιρέσεις της Γαλλίας, Γερμανίας, Ιταλίας, Ισπανίας και Ουγγαρίας.

Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, μια υψηλή συγκέντρωση αγοράς αντανακλά υψηλά επίπεδα ανταγωνισμού αλλά συνδέεται και με υψηλότερες τιμές. Μολαταύτα, όπου

υπάρχουν συγχωνεύσεις στην αγορά, οι αυξήσεις στην οικονομική αποδοτικότητα που προκαλεί η μείωση του κόστους διαχείρισης οδηγούν σε οφέλη όχι μόνο για τις ασφαλιστικές εταιρείες αλλά και για τους καταναλωτές, εφόσον ο ανταγωνισμός των τιμών διατηρηθεί.

Αν και δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων, υφίσταται μια ένδειξη πως υψηλά επίπεδα συγκέντρωσης στην αγορά μπορεί να συνδέονται με χαμηλότερες τιμές για διαγνωστικές εξετάσεις, λόγω της αυξημένης διαπραγματευτικής ισχύος από την πλευρά των ασφαλιστικών. Ωστόσο κάτι τέτοιο δε συνεπάγεται αξιωματικά μειωμένα ασφάλιστρα για τους ασφαλισμένους.

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες παρατηρήθηκε τάση συγκέντρωσης της αγοράς μέσω συγχωνεύσεων σε αρκετές χώρες (Γαλλία, Φινλανδία, Ελλάδα, Ιταλία, Αυστρία, κ.ά.), ενώ σε κάποιες άλλες σημειώθηκε υψηλή οριζόντια συγκέντρωση μεταξύ τραπεζικού και ασφαλιστικού τομέα, με κυριότερο παράδειγμα την Πορτογαλία. Η περίπτωση της Γαλλίας, όπου μέσα σε μία εξαετία (2000-2006) μειώθηκε κατά 40% ο αριθμός των δραστηριοποιούμενων ασφαλιστικών φορέων, υποδεικνύει κάποια σύνδεση μεταξύ της κορεσμένης από ασφαλιστικούς οργανισμούς αγοράς και των συγχωνεύσεων που επακολούθησαν.

Τουναντίον, σε χώρες όπως η Βουλγαρία, Ιρλανδία, Μάλτα, Σλοβενία και η Σουηδία, ο βαθμός συγκέντρωσης έχει μειωθεί καθώς εισήλθαν νέες εταιρείες στην ασφαλιστική αγορά.

1.3.4 Χαρακτηριστικά της αγοράς:

Προϋποθέσεις, παροχές, ασφάλιστρα

Η πρόσβαση στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας συνήθως περιορίζεται σε άτομα κάτω των 65 ετών και οριοθετείται συνήθως από βραχυπρόθεσμα συμβόλαια (π.χ. ετήσια). Οι προμηθευτές Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας έχουν την ευχέρεια να απορρίπτουν αιτήσεις, να αρνούνται ή να χρεώνουν μεγαλύτερα ασφάλιστρα για την κάλυψη προϋπαρχουσών ασθενειών, να αποτιμούν το ύψος των ασφαλίσεων βάση την πιθανότητα έλευσης του κινδύνου σε ατομικό επίπεδο (*risk rating*), να θέτουν όριο στις παροχές, να επιβάλλουν περίοδο αναμονής πριν την έναρξη της κάλυψης καθώς και συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος υπηρεσιών.

Σε κάποιες χώρες (όπως η Γερμανία) επιβλήθηκε αυστηρότερη ρύθμιση της αγοράς μέσω κανόνων που προωθούν την ελεύθερη εγγραφή (*open enrolment*), ισόβια κάλυψη και πιο λογικά ασφάλιστρα. Ο σκοπός μιας τέτοιας παρέμβασης από την πολιτεία στην αγορά της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας είναι η διεύρυνση της πρόσβασης σε υπηρεσίες Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, ιδίως για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, πιο ευαίσθητες ομάδες του

πληθυσμού, καθώς και σε άτομα με προϋπάρχουσες ασθένειες, τα οποία ειδικά δε θα είχαν τη δυνατότητα είτε να είναι επιλέξιμα για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας είτε να αντέξουν οικονομικά τα υψηλά ασφάλιστρα που θα προέκυπταν.

Όροι ασφαλιστηρίων συμβολαίων

- i. *όρια ηλικίας*: συνήθως τα ανώτατα όρια ηλικίας για την αγορά ασφαλιστικών συμβολαίων εκτείνονται μέχρι τα 60 - 75 έτη.
- ii. *τύποι συμβολαίων*: σε μερικές περιπτώσεις τα συμβόλαια πρέπει να ανανεώνονται ετησίως, ενώ σε άλλες όχι. Αρκετοί οργανισμοί, όπως οι ενώσεις αλληλοβοήθειας που παρέχουν Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Τύπου II ή άλλοι φορείς που παρέχουν Τύπου III, είναι αναγκασμένοι εκ του νόμου σε κάποιες χώρες να προσφέρουν μακροχρόνια συμβόλαια ισόβιας κάλυψης. Τα ετήσια συμβόλαια πάντως αποτελούν τον κανόνα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. **(πίνακας 3)**
- iii. *ανοικτή εγγραφή (open enrolment)*: η ανοικτή εγγραφή δίνει το δικαίωμα σε όλα τα άτομα να αποκτήσουν Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και συνεπάγεται ότι οι επιχειρήσεις δεν έχουν το δικαίωμα να απορρίπτουν αιτήσεις υποψηφίων λόγω ανικανότητας, ηλικίας ή ασθένειας. Αποτελεί φυσικά κοινή πρακτική για όλα τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης υγείας και σκοπός της είναι η διασφάλιση της ελεύθερης πρόσβασης των πολιτών σε υπηρεσίες ασφάλισης υγείας. Ωστόσο δεν συναντάται συχνά στα ευρωπαϊκά ασφαλιστικά σχήματα, ενώ ούτε στην Ελλάδα εφαρμόζεται η πρακτική αυτή
- iv. *αποκλεισμοί προϋπαρχουσών παθήσεων/καταστάσεων*: στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες οι ασφαλιστικοί φορείς επιτρέπεται να αποκλείουν από την κάλυψη παθήσεις προϋπάρχουσες της στιγμής που υπογράφηκε το συμβόλαιο ή να καλύπτουν αυτές αλλά είτε με υψηλό ασφάλιστρο είτε εφόσον παρέλθει κάποια περίοδος αναμονής κατά την οποία δε θα καλύπτονται. Σε ελάχιστες χώρες, όπως στη Γαλλία, υπάρχει κρατική ρύθμιση στοχεύει στον περιορισμό τέτοιων πρακτικών. **(πίνακας 3)**

Γενικότερα, από την κάλυψη της ιδιωτικής ασφάλισης αποκλείονται αρκετές υπηρεσίες υγείας. Στα περισσότερα κράτη-μέλη δεν καλύπτονται: περίθαλψη για τον ιό του AIDS/HIV, θεραπεία υπογονιμότητας, μεταμόσχευση οργάνων, αυτοτραυματισμοί, τραυματισμοί ως αποτέλεσμα πολέμου ή που προήλθαν από "επικίνδυνες" ενασχολήσεις. Εξόφθαλμο παράδειγμα αποτελεί το Ηνωμένο Βασίλειο όπου η λίστα εξαιρουμένων περιπτώσεων ασφαλιστικής κάλυψης είναι πολύ μεγάλη.

Ασφάλιστρα

Υπολογισμός: οι εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης και οι φόροι που χρηματοδοτούν τα συστήματα υγείας καθορίζονται ανάλογα με το εισόδημα των πολιτών-ασφαλισμένων, κάτι που δεν συμβαίνει στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, όπου το ασφάλιστρο υπολογίζεται με βάση άλλα κριτήρια **(πίνακας 4)** Στην Ελλάδα ως μεταβλητές για τον υπολογισμό των

ασφαλίστρων χρησιμοποιούνται: η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα και η κατάσταση της υγείας του υποψηφίου. Το ύψος των ασφαλίστρων προκύπτει έπειτα από την εκτίμηση κάποιων παραγόντων που συνδέονται με τον κίνδυνο εμφάνισης ασθένειας, ενώ η εκτίμηση αυτή ακολουθεί διάφορες μεθόδους, είτε σε ατομικό επίπεδο είτε σε επίπεδο μελών μιας επαγγελματικής ομάδας είτε σε επίπεδο μελών μιας κοινότητας είτε σε επίπεδο διαφόρων εμπειρικών δεδομένων.

Στην πρώτη περίπτωση, που είναι και η πιο συχνή, η **ατομική εκτίμηση κινδύνου** εξετάζει το τρέχον επίπεδο υγείας του υποψηφίου καθώς και τις πιθανότητες μελλοντικής εμφάνισης προβλήματος υγείας και λαμβάνει υπόψη παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα, το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό.

Τα ασφάλιστρα που υπολογίζονται στη **βάση μιας κοινότητας ή επαγγελματικής ομάδας** στηρίζονται στην εκτίμηση του μέσου κινδύνου της συγκεκριμένης επαγγελματικής ή άλλης ομάδας.

Η **εμπειρική εκτίμηση** ασφαλίστρων για ένα ομαδικό συμβόλαιο συνεπάγεται τον καθορισμό του ύψους αυτών με βάση τις παρελθούσες αποζημιώσεις που έχουν προκύψει μέσα στο προηγούμενο έτος σε αυτή ή σε παρόμοια επαγγελματική (ή άλλη) ομάδα που αφορά η ασφάλιση.

Φυσικά, το ύψος του ασφαλίστρου επηρεάζεται και από το επίπεδο των παροχών και όρων που θα προσφέρει το συμβόλαιο, συμπεριλαμβανομένης και της συμμετοχής στο κόστος. Οι μέθοδοι αυτές υπολογισμού των ασφαλίστρων και οι μεταβλητές που εξετάζονται στην πρώτη μέθοδο εκτίμησης κινδύνου έχουν επιπτώσεις στο κόστος και στην πρόσβαση.

Η κοινοτική νομοθεσία για την Κοινή Αγορά που εισήχθη το 1994, απαγορεύει στις κυβερνήσεις να παρεμβαίνουν στον τρόπο καθορισμού και στο ύψος των ασφαλίστρων, τουλάχιστον όσο αυτά δεν αφορούν Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Τύπου III, όπως συμβαίνει στη Γερμανία. Γενικότερα, η πιο συνήθης είναι η πρώτη μέθοδος υπολογισμού των ασφαλίστρων με βάση τον ατομικό κίνδυνο και αποτελεί κοινή πρακτική για τις κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Η μέθοδος υπολογισμού με βάση τον ομαδικό κίνδυνο μιας επαγγελματικής ομάδας χρησιμοποιείται κατά κόρον στη Δανία για τα περισσότερα συμβόλαια, στην Ελλάδα για τα ομαδικά συμβόλαια (δηλαδή στα πλαίσια μιας εταιρείας) και στην Ιταλία.

Η τρίτη μέθοδος, όπου το ασφάλιστρο υπολογίζεται από την εκτίμηση του μέσου κινδύνου στα πλαίσια μιας κοινότητας-κοινωνικής ομάδας, δεν χρησιμοποιείται συχνά στην Ευρωπαϊκή Ένωση και σίγουρα όχι από τις εμπορικές ασφαλιστικές εταιρείες. Συνήθως λαμβάνεται υπόψη σε κάποια συμβόλαια που προσφέρουν μη-κερδοσκοπικοί φορείς ασφάλισης και συναντάται σε χώρες όπως η Γαλλία, το Λουξεμβούργο, η Ιταλία και η Μάλτα. Στα μόνα κράτη-μέλη όπου η μέθοδος αυτή υποδεικνύεται από το νόμο σε όλους τους φορείς Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας είναι στην Ιρλανδία και τη Σλοβενία.

Έπειτα από την Κοινοτική Οδηγία EC 13/12/2004 για την ισότητα των δύο φύλων σε ότι αφορά στην πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες, κάποια κράτη-μέλη (όπως το Βέλγιο και η Γερμανία) εισήγαγαν νόμους για τον εκτοπισμό του παράγοντα “φύλο” από τη μέθοδο καθορισμού ασφαλιστρών που συνεπαγόταν υψηλότερα ασφάλιστρα για τις γυναίκες ασφαλισμένες.

Για τον καθορισμό του ύψους του ασφαλιστρού οι ασφαλιστικές εταιρείες, που χρησιμοποιούν τη μέθοδο εκτίμησης του ατομικού κινδύνου (*risk rating*), ζητούν από τους υποψηφίους κάποιες πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους. Απαιτείται κατά κανόνα η συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου με την προσκόμιση ενός ιατρικού ιστορικού, ατομικού ή/και οικογενειακού. Οικογενειακό ιατρικό ιστορικό ζητούν οι εταιρείες στην Ελλάδα, το Λουξεμβούργο, την Πορτογαλία, Πολωνία, Ρουμανία και στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σε κάποιες χώρες ζητούνται και ιατρικές εξετάσεις του υποψηφίου πριν την κατάθεση της αίτησης.

Στην **Ελλάδα** τα στοιχεία δείχνουν ότι οι παράγοντες που χρησιμοποιούνται ως μεταβλητές για τον υπολογισμό του κινδύνου ως μέθοδο καθορισμού του ύψους των ασφαλιστρών είναι: η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα, η κατάσταση της υγείας. Οι πληροφορίες που απαιτείται να προσκομίσουν οι υποψήφιοι είναι: ιατρικό ιστορικό (του υποψηφίου και της οικογένειάς του), ιατρικές εξετάσεις και ακτινογραφία, ενώ επιπλέον οι ασφαλιστικές συστήνουν στους υποψηφίους να προσκομίζουν το ιατρικό ιστορικό της κοινωνικής του ασφάλισης. Επιβάλλονται κατά κανόνα περίοδοι αναμονής ενώ δεν καλύπτονται εξαρτημένα μέλη του ασφαλισμένου παρά μόνο με επιπλέον χρέωση. Σε κάποιες περιπτώσεις οι ασφαλιστικοί φορείς δεν επιβάλλουν κάποια περίοδο αναμονής πριν την έναρξη ισχύος των παροχών ή επιλεκτική ανάληψη ασφάλισης (*moratorium underwriting*).

Επιλογές καταναλωτή

Οι καταναλωτές έχουν συνήθως την επιλογή να διαλέξουν μεταξύ διαφόρων εταιρειών, προγραμμάτων, επιπέδων κάλυψης και προμηθευτών (ιατροί, νοσοκομεία κλπ.). Ωστόσο οι επιλογές τους μειώνονται εάν είναι μεγάλοι σε ηλικία ή έχουν κάποια προϋπάρχουσα ασθένεια.

Ομοίως, η απουσία τυποποιημένων πακέτων παροχών και η εκτεταμένη διαφοροποίηση μεταξύ των προγραμμάτων που προσφέρουν οι εταιρείες υπονομεύουν τον τιμολογιακό ανταγωνισμό, σε βάρος των καταναλωτών. Το τελευταίο θα μπορούσε να αποφευχθεί εάν υπήρχε ένα ανεξάρτητο κέντρο πληροφόρησης όπου οι καταναλωτές να μπορούν να συγκρίνουν με αντικειμενικά κριτήρια τα προγράμματα μεταξύ τους. Το θέμα έχουν ερευνήσει αρχές προστασίας καταναλωτών σε διάφορες χώρες.

Εν τέλει, παράγοντες που περιορίζουν τις επιλογές καταναλωτή είναι:

α. κριτήρια επιλεξιμότητας (π.χ. απορρίπτονται αιτήσεις ατόμων άνω των 60 ετών),

β. **κατάσταση υγείας** (π.χ. απορρίπτονται αιτήσεις ατόμων υψηλού ρίσκου),

γ. **ικανότητα να πληρώσουν** το κόστος, δηλαδή τα ασφάλιστρα.

Επιπροσθέτως, η ελευθερία επιλογών έχει για τους δημόσια ασφαλισμένους έχει διευρυνθεί τα τελευταία χρόνια σε πολλές χώρες, με αποτέλεσμα το χάσμα μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών σχημάτων ασφάλισης όσον αφορά τις επιλογές καταναλωτή να έχει συρρικνωθεί, αν και αναμφισβήτητα η ιδιωτική ασφάλιση προσφέρει μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής.

Σχέση με προμηθευτές

Σε κάποιες χώρες οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς είναι και ταυτόχρονα προμηθευτές. Γενικότερα υπάρχει μια τάση καθετοποίησης της παραγωγής η οποία παρουσιάζει το πλεονέκτημα του ελέγχου της ποιότητας ή του κόστους. Ωστόσο, στις περισσότερες περιπτώσεις οι φορείς είναι επιφυλακτικοί προς την καθετοποίηση, επειδή τα πλεονεκτήματά της αντισταθμίζονται από τον περιορισμό των επιλογών του καταναλωτή ως προς τον παροχέα, του μεγαλύτερου δηλαδή πλεονεκτήματος της ιδιωτικής ασφάλισης που την καθιστά ελκυστικότερη από την κοινωνική.

Οι ασφαλιστικές συνήθως αποζημιώνουν τους προμηθευτές εκ των υστέρων και κατά πράξη και περίπτωση. Σε αρκετές χώρες κάνουν χρήση ιδιωτικών κλινών σε δημόσια νοσοκομεία. Στις περισσότερες, οι γιατροί επιτρέπεται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και στο δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα, ο οποίος τους αποζημιώνει πιο γενναιόδωρα. **(πίνακας 6)**

Κόστη και κέρδη

Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας αποτελεί κερδοφόρα δραστηριότητα σε αρκετές χώρες. Αν και τα διοικητικά κόστη που της αναλογούν είναι μεγαλύτερα από ότι στην κοινωνική ασφάλιση, τα περιθώρια κέρδους εξακολουθούν να είναι θετικά. Η δαπάνη για αποζημιώσεις βρίσκεται κάτω από το 75% ως ποσοστό των εσόδων από ασφάλιστρα στις περισσότερες χώρες.

Δημοσιονομική πολιτική

Κάποια κράτη-μέλη χρησιμοποιούν φορολογικά κίνητρα για την προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. **(πίνακας 7)** Σε χώρες όπως η Ουγγαρία και η Ιρλανδία τέτοιες πολιτικές είχαν αυξητική επίδραση στη ζήτηση για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Ωστόσο τα τελευταία 5-10 χρόνια οι επιδοτήσεις αυτές κόπηκαν σε αρκετές χώρες, χωρίς μάλιστα να σημειωθούν αρνητικές επιδράσεις στη ζήτηση. **Έχει αποδειχθεί πάντως πως η φορολογική ενίσχυση μέσω απαλλαγών δεν έχει θετική επίδραση στα δημοσιονομικά έσοδα, τουναντίον προκαλεί μείωση της ισότητας στη χρηματοδότηση της υγείας.** Γενικότερα, η Ευρωπαϊκή νομοθεσία θέτει εκτός νόμου τη χρήση δημοσιονομικών κινήτρων που στοχεύουν στην ενίσχυση κάποιων τύπων ασφάλισης έναντι άλλων.

1.3.5 Επιπτώσεις της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Η αποτίμηση της επίπτωσης της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας γενικότερα, είναι περίπλοκη. Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας συχνά υπονομεύει τους στόχους της πολιτικής υγείας μέσα στην αγορά, την οικονομική προστασία, την ισότητα στη χρηματοδότηση και στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Ανησυχία εμπνέεται κυρίως στα συστήματα υγείας όπου η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας κατέχει μεγαλύτερο μερίδιο συνεισφοράς στην οικονομική-κοινωνική προστασία των ατόμων μέσα στο ευρύτερο σύστημα υγείας. Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Τύπου III (υποκατάστατη) και Τύπου II β (συμπληρωματική κάλυψη κόστους χρήσης - user charges) παίζει ξεκάθαρα πιο σημαντικό ρόλο στην παροχή οικονομικής προστασίας στους ασφαλισμένους της, όμως υπονομεύονται οι στόχοι της πολιτικής υγείας, γι' αυτό και η κυβερνητική παρέμβαση συναντάται συχνότερα στα κράτη όπου απαντώνται αυτοί οι τύποι ασφάλισης.

Στην πρώτη περίπτωση έχουμε το παράδειγμα της Γερμανίας, όπου τα άτομα που προέρχονται από υψηλότερα εισοδηματικά κλιμάκια έχουν τη δυνατότητα να μεταπηδήσουν στην ιδιωτική ασφάλιση. Εκεί παρατηρείται κατάτμηση του ρίσκου (*risk segmentation*) και μείωση των εσόδων του κράτους από την κοινωνική ασφάλιση. Όπως είναι προφανές, αυτό οφείλεται σε δύο λόγους: από τη μια η κοινωνική ασφάλιση χάνει πόρους από τις εισφορές πλουσιότερων ατόμων, ενώ επιπλέον αναλαμβάνει την προστασία ομάδων του πληθυσμού με δυσανάλογα μεγαλύτερο ρίσκο. Έχει αποδεδειχθεί άλλωστε πως άτομα με υψηλότερα εισοδήματα τείνουν να έχουν και καλύτερη υγεία λόγω και των ευνοϊκότερων συνθηκών ζωής τους (διατροφή, στέγαση, ένδυση, μορφωτικό επίπεδο).

Σε χώρες όπως η Γαλλία, όπου κυριαρχεί η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας Τύπου II β, το χάσμα στην προστασία έχει διαχρονικά διευρυνθεί προξενώντας την ανησυχία πως άτομα που δεν καλύπτονται από την ιδιωτική τους ασφάλιση είναι πολύ πιθανόν να συναντούν μεγαλύτερα εμπόδια (οικονομικά ή μη) στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας.

Όπου τα όρια μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης δεν είναι ξεκάθαρα, αποδεικνύεται πως οι δημόσιοι πόροι μπορεί να επιδοτούν την ταχύτερη -και καλύτερη- πρόσβαση στην φροντίδα υγείας για τους κατόχους Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, οι οποίοι μάλιστα τείνουν να είναι άτομα καλύτερης οικονομικής κατάστασης. Η υπόνοια έστω ύπαρξης ενός τέτοιου φαινομένου ακυρώνει αυτόματα την ανταποδοτική φύση του δημόσιου ασφαλιστικού συστήματος.

Τα παραπάνω προβλήματα μπορεί να ειπωθεί πως πιο συχνά οφείλονται σε λανθασμένες κρατικές πολιτικές περισσότερο, παρά στην ίδια τη λειτουργία της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας μέσα στο κρατικό σχήμα. Φοροαπαλλαγές που θεσπίζονται προκειμένου για την ενδυνάμωση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας προκαλούν στρεβλώσεις στην ισότητα διότι αφαιρούν πόρους από το δημόσια χρηματοδοτούμενο σύστημα υγείας. Επιπλέον, η ανοχή

του κράτους στα φαινόμενα μεγαλύτερων χρεώσεων -για τις ίδιες υπηρεσίες- στους ιδιωτικά ασφαλισμένους δίνει κίνητρα στους γιατρούς να θέτουν σε προτεραιότητα αυτούς τους ασθενείς σε βάρος των υπολοίπων κατόχων κοινωνικής ασφάλισης.

Εν τέλει το επιχείρημα ότι η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας συνεισφέρει στην οικονομική σταθερότητα ενός δημόσιου συστήματος υγείας κάθε άλλο παρά αποδεικνύεται στην πράξη.

Ανάπτυξη αγοράς & Δημόσια Συζήτηση

Εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις, ο διαχωρισμός μεταξύ παλαιών και νεώτερων κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσον αφορά την ανάπτυξη της αγοράς Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας και του δημόσιου διαλόγου γύρω από αυτήν είναι ευδιάκριτος. Στα αρχαιότερα κράτη-μέλη οι αγορές τείνουν να είναι παγιωμένες και μεγαλύτερες, υπάρχει μεγάλη ποικιλία εν σχέσει με το ρόλο που διαδραματίζει κάθε τύπος ασφάλισης σε αυτές, ενώ επιπλέον διαχρονικά κυριαρχούνταν από σωματεία αλληλεγγύης. Αντίθετα, στα νεώτερα κράτη-μέλη οι αγορές Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας παλεύουν ακόμη να εδραιωθούν, κυριαρχεί η ασφάλιση σε συμπληρωματικό επίπεδο Τύπου Ι ενώ η παροχή γίνεται ως επί το πλείστον από κερδοσκοπικές ιδιωτικές εταιρείες.

Όσον αφορά το δημόσιο διάλογο στα παλαιά κράτη-μέλη, αυτός επικεντρώνεται στην πιθανή υπονόμηση της ισότητας στην πρόσβαση της υγειονομικής περίθαλψης που ενδέχεται να προκαλέσει η μείωση των δημόσιων παροχών συνδυαστικά με την σταθερή άνοδο της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας. Αντίθετα, στα νεώτερα κράτη-μέλη, η “γενναιοδωρία” του δημόσιου συστήματος υγείας κατηγορείται για την αργόσυρτη ανάπτυξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην ασφάλιση υγείας. Συνεπώς η συζήτηση επικεντρώνεται στην ανάγκη για σαφέστερη σκιαγράφηση του δημόσιου συστήματος παροχών. Το παράδοξο είναι πως στα νεώτερα μέλη της Ένωσης, ούτε η έκταση ούτε το εύρος της δημόσιας ασφαλιστικής κάλυψης υγείας φαίνεται να υπερέχει έναντι των παλαιότερων κρατών-μελών. Τουναντίον το κόστος συμμετοχής των ασθενών τείνει να αυξάνεται.

Επομένως, φαίνεται πως τα κενά του συστήματος υγείας **δε θεωρούνται ως προαπαιτούμενο** για την ανάπτυξη της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας. Η χαμηλή της ανάπτυξη στα κράτη αυτά μπορεί να αποδοθεί σε λόγους όπως η περιορισμένη οικονομική δυνατότητα των ατόμων να πληρώσουν για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, η αναπτυγμένη παραοικονομία (σύστημα ανεπίσημων πληρωμών), η έλλειψη εμπιστοσύνης στην ιδιωτική αγορά υγείας που δείχνουν καταναλωτές και εργοδότες, η έλλειψη υποδομών στον ιδιωτικό τομέα και η έλλειψη ασφαλιστικής τεχνογνωσίας.

Συμπερασματικά

Υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των αγορών Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και οι γενικεύσεις συμπερασμάτων είναι επικίνδυνες. Πιο σημαντική

είναι η κατανόηση κάθε συστήματος μέσα στα εθνικά πλαίσια όπου αναπτύσσεται. Μολαταύτα, υπάρχει κοινή σύνδεση μεταξύ των διαφόρων Τύπων Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας και των μέτρων πολιτικής που λαμβάνονται απέναντί τους, σε σχέση με την επίδραση που έχει ο συνδυασμός αυτός στο εκάστοτε εθνικό σύστημα υγείας της χώρας.

1.4 Ευρωπαϊκό Νομοθετικό πλαίσιο ρύθμισης της αγοράς Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Η κοινωνική πολιτική στα πλαίσια της Ε.Ε. μέχρι σήμερα έχει λάβει χαρακτήρα προσδιορισμού κάποιων ελάχιστων κοινά αποδεκτών κοινωνικών προδιαγραφών, λειτουργώντας συμπληρωματικά της οικονομικής ολοκλήρωσης, χωρίς να συγκροτεί ξεχωριστό πεδίο συλλογικών κοινωνικών σχέσεων, και διέπεται από την **αρχή της επικουρικότητας**, σύμφωνα με την οποία η Κοινότητα υποστηρίζει και συμπληρώνει τις δράσεις των κρατών-μελών. Συνεπώς η αρμοδιότητα της Κοινότητας στον υγειονομικό τομέα είναι περιορισμένη.

Ενώ το άρθρο 3 της Συνθήκης του Μάαστριχτ προβλέπει τη συμβολή της Κοινότητας στην επίτευξη υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, στο άρθρο 153 που αφορά στη δημόσια υγεία τονίζεται πως η δράση της Κοινότητας αναπτύσσεται χωρίς να θίγονται στο παραμικρό οι αρμοδιότητες των κρατών-μελών σε ό,τι αφορά την οργάνωση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας.

Δε διαμορφώθηκε ένα “Κοινοτικό Σύστημα Υγείας” αλλά διατηρήθηκαν οι διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών ως προς την ιστορική εξέλιξη, την οργάνωση, τις παροχές και τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας. Προκρίθηκε η λύση της προοδευτικής σύγκλισης, η οποία εκδηλώθηκε με την εφαρμογή της Ανοικτής Μεθόδου Συντονισμού (*Open Method of Coordination - OMC*). Η **Ανοικτή Μέθοδος Συντονισμού** εφαρμόστηκε από την Κοινότητα αρχικά στον τομέα της απασχόλησης και στη συνέχεια επεκτάθηκε και σε άλλα πεδία της κοινωνικής πολιτικής, όπως ο κοινωνικός αποκλεισμός, οι συντάξεις και η υγεία. Ως ένα ήπιο νομοθετικό όργανο, δεν επιφέρει νομικές κυρώσεις αλλά προσπαθεί να οδηγήσει σε συνεργασία και στην ανάληψη εθελοντικών δράσεων σύγκλισης στον υγειονομικό τομέα. Η εφαρμογή της *OMC* στον τομέα της υγείας είναι ακόμα σε εμβρυϊκό στάδιο, δεδομένου ότι συγκεκριμένες οδηγίες και δείκτες απόδοσης δεν έχουν αναπτυχθεί και μόνο γενικοί στόχοι έχουν τεθεί.

Η Ε.Ε. δραστηριοποιείται και σε άλλους χώρους που έχουν άμεση σχέση με την υγεία, όπως θέματα του τρόπου ζωής, της υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων, της προστασίας του καταναλωτή, της υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους εργασίας, καθώς και σε περιβαλλοντικά ζητήματα που αφορούν τα απόβλητα, την ποιότητα του νερού, τη χρήση της γης, την ποιότητα του αέρα, τις ενεργειακές πηγές, τις μεταφορές και τις περιβαλλοντικές αλλαγές. Γενικότερα όμως η υγεία, ως ένα σημαντικό συστατικό της κοινωνικής ασφάλισης και της κοινωνικής πολιτικής, αποκλείστηκε από την ημερήσια διάταξη της οικονομικής ολοκλήρωσης και εναρμόνισης.

Η Ευρωπαϊκή πολιτική υγείας λαμβάνει δύο διαστάσεις:

Η **πρώτη** αφορά στις σχέσεις μεταξύ του σχεδίου διαμόρφωσης ενιαίας εσωτερικής αγοράς και προστασίας των **τεσσάρων βασικών ελευθεριών** διακίνησης και της ανάγκης ρυθμιστικών παρεμβάσεων για την εξασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου κοινωνικής προστασίας, ως εγγύηση της απρόσκοπτης πορείας προς την ολοκλήρωση.

Η **δεύτερη** σχετίζεται με την **κατανομή των αρμοδιοτήτων** λήψης αποφάσεων και ανάληψης δράσεων μεταξύ της Ε.Ε. και των κρατών-μελών.

Η ελεύθερη διακίνηση των ατόμων, των αγαθών, των υπηρεσιών και των κεφαλαίων στον υγειονομικό τομέα μεταφράζεται σε ελεύθερη κυκλοφορία των επαγγελματιών υγείας, των ασθενών, των φαρμάκων, των ιατρικών συσκευών, των επενδύσεων και της ασφάλισης. Η σχέση μεταξύ των υπηρεσιών υγείας ως ενός σημαντικού παράγοντα των εθνικών οικονομιών και της ενιαίας ευρωπαϊκής αγοράς είναι ιδιαίτερα περίπλοκη.

Οι τέσσερις ελευθερίες θέτουν όρους και φέρουν σημαντικές επιπτώσεις στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας:

i) Η **ελεύθερη κυκλοφορία των προσώπων** περιλαμβάνει την αγορά εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού δυναμικού και των λοιπών επαγγελματιών υγείας, καθώς και την πιθανή ζήτηση υπηρεσιών από πρόσωπα που διαμένουν για μικρό ή μεγάλο χρονικό διάστημα σε άλλη χώρα

ii) Η **ελεύθερη κυκλοφορία των προϊόντων** αναφέρεται στην αγορά και την προμήθεια των φαρμακευτικών σκευασμάτων και των ιατρικών συσκευών

iii) Η **ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών** αναφέρεται στην παροχή ιδιωτικής και υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης. Αυτές οι ελευθερίες συνδέονται με τις διασυνοριακές ροές ασθενών που αποσκοπούν στην αναζήτηση υγειονομικής φροντίδας

iv) Τέλος, η **ελεύθερη κυκλοφορία των κεφαλαίων** αφορά τις επενδυτικές δραστηριότητες σε ιδιωτικές νοσηλευτικές μονάδες. Η αυξημένη κινητικότητα του πληθυσμού και η λειτουργία της Ενιαίας Εσωτερικής Αγοράς (ΕΕΑ) έθεσε μια σημαντική πρόκληση στα συστήματα υγείας. Είναι κρίσιμης σημασίας λοιπόν η εξέταση του βαθμού στον οποίο η οργάνωση των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών είναι συμβατή με το θεσμικό πλαίσιο που ρυθμίζει την Κοινή Αγορά.

Ένα από τα πεδία προώθησης της ενιαίας αγοράς στον κλάδο των ασφαλιστικών καλύψεων και της παροχής υπηρεσιών αποτέλεσε η **εθελοντική Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας**. Στην προσπάθειά της η Κοινότητα να εξασφαλίσει τη λειτουργία μιας ενιαίας, ανταγωνιστικής αγοράς εθελοντικής ασφάλισης υγείας, που να επιτρέπει στους ασφαλιστές να δραστηριοποιούνται σε όλα τα κράτη-μέλη, προσφέροντας ταυτόχρονα περισσότερες επιλογές στους καταναλωτές και υψηλότερη προστασία τους έναντι πιθανής οικονομικής ζημιάς, έχει εκδώσει **τρεις Οδηγίες**:

(α) την **Οδηγία 73/230/ΕΟΚ**, η οποία μέσα από το συντονισμό των νομοθετικών και διοικητικών διατάξεων που ισχύουν στα κράτη-μέλη, επιτρέπει στις ασφαλιστικές εταιρείες να ιδρύουν πρακτορεία ή υποκαταστήματα σε άλλο κράτος-μέλος και διευκολύνει τις διαδικασίες για την απόκτηση της άδειας λειτουργίας.

(β) την **Οδηγία 88/357/ΕΟΚ**, η οποία επέτρεψε στις ασφαλιστικές εταιρείες να καλύπτουν κινδύνους σε άλλο κράτος-μέλος χωρίς να υποχρεούνται να ιδρύσουν υποκατάστημα ή πρακτορείο στο κράτος αυτό. Η Οδηγία παρείχε πλήρη ελευθερία προσφυγής στην ευρύτερη δυνατή ασφαλιστική αγορά του κράτους-μέλους όπου βρισκόταν ο κίνδυνος, στους αντισυμβαλλόμενους για τους οποίους όμως, λόγω της ιδιότητάς τους, της σημασίας τους ή της φύσης του καλυπτόμενου κινδύνου, δεν απαιτούνταν ιδιαίτερη προστασία. Στο πλαίσιο αυτό, αποκλειόταν η ασφάλιση υγείας από το δικαίωμα ελεύθερης παροχής υπηρεσιών.

(γ) την **“Τρίτη Οδηγία Για Την Πρωτασφάλιση Εκτός Της Ασφάλειας Ζωής” (Third Non-Life Insurance Directive) 92/49/ΕΟΚ**, σύμφωνα με την οποία καταργήθηκαν οι περιορισμοί που έθετε η προηγούμενη και επεκτάθηκε η αρχή της ελεύθερης κυκλοφορίας των ασφαλιστικών υπηρεσιών για όλους τους κινδύνους και όλα τα αντισυμβαλλόμενα μέλη. Σκοπός της Ένωσης που προώθησε η Οδηγία αυτή ήταν η συγκρότηση μίας ενιαίας ασφαλιστικής αγοράς. Σύμφωνα με το άρθρο § 54.1 της Οδηγίας, η εθνική παρέμβαση επιτρέπεται μόνο όταν έχει σκοπό το γενικό καλό και μόνο όταν η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργεί “συμπληρωματικά ή μερικώς εναλλακτικά”. Λόγω όμως της ασάφειας της οδηγίας έχουν προκύψει ερμηνευτικά προβλήματα στις χώρες που εφαρμόστηκε.

Το θεσμικό πλαίσιο που προσδιορίστηκε από τις παραπάνω οδηγίες έδωσε τη δυνατότητα στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες:

- να ιδρύουν πρακτορεία ή υποκαταστήματα σε άλλο κράτος-μέλος χωρίς να απαιτείται έγκριση από τους αρμόδιους εθνικούς φορείς
- να παρέχουν υπηρεσίες σε άλλο κράτος-μέλος χωρίς να είναι αναγκαία η ίδρυση σε αυτό πρακτορείου ή υποκαταστήματος
- να ανταγωνίζονται μεταξύ τους ως προς τις τιμές και τα προϊόντα που προσφέρουν
- να μην υπόκεινται σε εθνικό έλεγχο όσον αφορά το ύψος των ασφαλίσεων και
- να μην υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση των όρων ασφάλισης.

Με άλλα λόγια επιχειρήθηκε η πλήρης απορρύθμιση της ασφαλιστικής αγοράς και η προστασία του καταναλωτή περιορίστηκε στη διασφάλιση έναντι πιθανών οικονομικών κινδύνων λόγω αφερεγγυότητας των εταιρειών. Στόχοι της πολιτικής της Ένωσης ήταν η αύξηση του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών φορέων, η διεύρυνση των επιλογών των καταναλωτών και η μείωση των τιμών, που όμως δεν πραγματοποιήθηκαν.

Αξιολόγηση

Αντί για μείωση των τιμών σημειώθηκε αύξηση αυτών, ιδιαίτερα στα ατομικά συμβόλαια, σε ποσοστό μάλιστα υψηλότερο από την αύξηση των δαπανών υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες απέκτησαν τη δυνατότητα να προσδιορίζουν ελεύθερα το ύψος των ασφαλίσεων, κυρίως με βάση τις πιθανότητες έλευσης του κινδύνου σε ατομικό επίπεδο (*risk rating*), εφαρμόζοντας πολιτικές επιλογής των κινδύνων και των ατόμων που ασφαλίζουν (*cream skimming*). Επιπλέον, προέβησαν σε υψηλή διαφοροποίηση της δέσμης των παρεχόμενων υπηρεσιών, με συνέπεια τη δημιουργία συνθηκών ασύμμετρης πληροφόρησης, όπου καθίσταται σχεδόν αδύνατη για τους πιθανούς αγοραστές η οποιαδήποτε σύγκριση μεταξύ των προγραμμάτων διαφορετικών εταιρειών. Η ασύμμετρη πληροφόρηση σε συνδυασμό με την αντίστροφη επιλογή, σε συνθήκες απουσίας ρυθμιστικού ελέγχου, οδηγούν σε ανισότητες πρόσβασης. Εξάλλου, ούτε η ελεύθερη κυκλοφορία των υπηρεσιών εθελοντικής ασφάλισης υγείας επετεύχθη στον επιθυμητό βαθμό, δεδομένου ότι η διασυννοριακή πώληση υπηρεσιών υπήρξε περιορισμένη.

Στις χώρες όπου κυριαρχεί η συμπληρωματική ασφάλιση Τύπου I (*supplementary*) και ιδίως όπου δρουν ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας εμπίπτει στους νόμους που ρυθμίζουν κάθε παροχή οικονομικών υπηρεσιών. Η νομοθετική παρέμβαση είναι αυξημένη σε χώρες όπου παραδοσιακά προσφέρουν υπηρεσίες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας από μη κερδοσκοπικούς φορείς αλληλεγγύης και πρόνοιας και όπου η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας έχει ρόλο υποκατάστασης της κοινωνικής (Τύπου III) ή συμπληρωματικό ρόλο (Τύπου II β) κάλυψης του κόστους χρήσης (*user charges*). Ο σκοπός αυτής της αυξανόμενης ρύθμισης είναι η διασφάλιση και βελτίωση της πρόσβασης στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας.

Η Τρίτη Οδηγία, καθώς απαγόρευε κάθε ρυθμιστική παρέμβαση που δεν σχετιζόταν με οικονομικά ζητήματα στα κράτη-μέλη όπου δεν υπάρχει υποκατάστατη Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (Τύπου III), έχει συναντήσει σοβαρές διαμάχες στα κράτη-μέλη, όπως Γαλλία, Βέλγιο, Ολλανδία, Γερμανία, Ιρλανδία, Σλοβενία, και συζήτηση σε Ευρωπαϊκό δικαστικό επίπεδο για το αν πλέον σήμερα ανταποκρίνεται στις περιστάσεις του σήμερα.

1.5 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ολλανδία

Έπειτα από δεκαπέντε και πλέον χρόνια πολιτικής διαβούλευσης, η νέα Πράξη Ασφάλισης Υγείας (Health Insurance Act - HIA) τέθηκε σε ισχύ τον Ιανουάριο του 2006, καθιερώνοντας ένα καθολικά υποχρεωτικό ενιαίο ασφαλιστικό σχήμα υγείας για όλους τους πολίτες. Έπαψε να υφίσταται ο διαχωρισμός μεταξύ κοινωνικής ασφάλισης (το επονομαζόμενο Καθεστώς Ταμείων Ασθένειας - Sickness Fund Scheme), που κάλυπτε το 63% του πληθυσμού και της ιδιωτικής, που κάλυπτε το 37%, ενώ η ασφάλιση υγείας χωρίστηκε σε 3 πυλώνες:

A) ο 1^{ος} (*Exceptional Medical Expenses Scheme* - Έκτακτες Ιατρικές Δαπάνες) υπάρχει από το 1966 και αφορά κυρίως μακροχρόνια φροντίδα υγείας, την φροντίδα ψυχικής υγείας, έχει χαρακτήρα δημόσιο και υποχρεωτικό για όλο τον πληθυσμό

B) ο 2^{ος}, που καθορίζεται από την HIA καλύπτει υποχρεωτικά όλους τους πολίτες για όλες σχεδόν τις φροντίδες υγείας (νοσοκομειακή, προνοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή, φάρμακα, τοκετός, κ.ά.), παρέχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία και τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, και έχει χαρακτήρα ημι-ιδιωτικό

Γ) ο 3^{ος} τομέας (*Complementary Health Insurance* - Εθελοντική Πρόσθετη Ασφάλιση Υγείας) αφορά όσες πρόσθετες υπηρεσίες υγείας δεν καλύπτονται από τους ανωτέρω, έχει χαρακτήρα αμιγώς ιδιωτικό και προαιρετικό, ωστόσο καλύπτει περίπου το 92% του πληθυσμού.

Στους τομείς αυτούς δεν περιλαμβάνονται οι άμεσες πληρωμές και οι υπηρεσίες υγείας που χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.

1.5.1 Ιστορική εξέλιξη

Η θεσμοθέτηση της HIA αποτέλεσε σημαντικό βήμα στην εισαγωγή ελεγχόμενου ανταγωνισμού στο Ολλανδικό σύστημα υγείας. Χωρίς να αποτελεί αυτοσκοπό για τους διαμορφωτές πολιτικής, η εισαγωγή ελεγχόμενου ανταγωνισμού χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο ώστε να μεταστραφεί η κινητήριος δύναμη του Ολλανδικού Συστήματος Υγείας από την προσφορά στη ζήτηση. Σκοπό επίσης της μεταρρύθμισης του συστήματος ασφάλισης υγείας αποτέλεσε η διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ της ενίσχυσης της αποδοτικής παροχής ποιοτικών και οικονομικών φροντίδων και της περιφρούρησης των βασικών αρχών του συστήματος, όπως η αλληλεγγύη και η καθολικότητα.

Ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1970 υπήρχαν φωνές υπέρ της κατάργησης του διαχωρισμού μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, που αποτελούσε κακό κατάλοιπο του παρελθόντος και προκαλούσε ανισότητες στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας παράλληλα με τριγμούς στην κοινωνική συνοχή. Ωστόσο, σθεναρές

αντιδράσεις προκαλούνταν συνεχώς από την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά, εμποδίζοντας την ανάπτυξη ικανής πολιτικής πλειοψηφίας και βούλησης η οποία θα μπορούσε να οδηγήσει στην υλοποίηση μιας τέτοιας μεταρρύθμισης.

Έπειτα όμως από την έκθεση της Επιτροπής Dekker το 1987 με τίτλο “*Willingness to change*” ξεκίνησε η συζήτηση του θέματος σε πιο στέρεες βάσεις. Η Επιτροπή Dekker προέβαλε το επιχείρημα ότι η ολοκλήρωση μεταξύ ιδιωτικού και κοινωνικού τομέα ασφάλισης (*Sickness Fund Scheme*) ήταν βασικό προαπαιτούμενο για την εισαγωγή ελεγχόμενου ανταγωνισμού στην αγορά υγείας, κάτι που αποτελούσε και την κύρια ιδεολογική τάση στις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας.

Τελικά υιοθετήθηκε μια αρκετά πιο ήπια μεταρρύθμιση, λόγω και του φόβου αντίδρασης του ιδιωτικού τομέα. Ο 1^{ος} πυλώνας ασφάλισης (*Exceptional Medical Expenses Scheme*) δεν συνενώθηκε με τον 2^ο (πρώην Ταμεία Ασφάλισης Ασθένειας - *Sickness Fund Scheme*) όπως είχε προτείνει η Επιτροπή Dekker, αλλά και ο 2^{ος} τομέας αποφασίστηκε να λειτουργεί με ημι-ιδιωτικό καθεστώς. Τουτέστιν, η σχέση μεταξύ ασφαλισμένου και ασφαλιστικού φορέα καθορίζεται ετησίως μέσω συμβολαίου, το οποίο ο ασφαλισμένος μπορεί να ανανεώνει κατά βούληση και με όποιο φορέα επιθυμεί. Ωστόσο, όποιος πολίτης δεν δυνηθεί να αγοράσει το βασικό πακέτο ασφάλισης, παραμένει ανασφάλιστος, σε αντίθεση με ότι συνέβαινε πριν τη μεταρρύθμιση, όπου το καθεστώς των Ταμείων Ασφάλισης Ασθένειας κάλυπτε αυτόματα όλους τους δικαιούχους.

Η εξέλιξη αυτή αποτελεί το τίμημα για την εισαγωγή του πολυπόθητου ελεγχόμενου ανταγωνισμού στην ολλανδική αγορά ασφάλισης υγείας, παραγκωνίζοντας εν μέρει τον κοινωνικό χαρακτήρα αυτής. Η εφαρμογή όμως αυτή κανόνων της ιδιωτικής αγοράς υπαγορεύτηκε τόσο από ιδεολογικούς όσο και από πολιτικούς λόγους. Από τη μία πλευρά υπογραμμίστηκε η ανάγκη επαναπροσδιορισμού των ρόλων κράτους και ιδιωτικού τομέα, από την άλλη ο φόβος των ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων ότι η κρατική ρύθμιση θα οδηγούσε σε μεγαλύτερη παρέμβαση της κάθε κυβέρνησης στην αγορά ενισχυόταν και από το επιχείρημα πως *ανταγωνισμός* δεν νοείται δίχως την υιοθέτηση ενός ιδιωτικού μοντέλου.

1.5.2 Βασικές συνισταμένες και σκοποί της μεταρρύθμισης

Ακρογωνιαίος λίθος της υγειονομικής μεταρρύθμισης ήταν η **ενίσχυση της ελευθερίας επιλογών του καταναλωτή**. Το πιο σημαντικό δικαίωμα κάθε ασφαλισμένου ονομάζεται δικαίωμα εξόδου (*exit option*). Αν και σύμφωνα με την Πράξη Ασφάλισης Υγείας δεν επιτρέπεται σε κανέναν ασφαλιστικό οργανισμό να ακυρώσει το συμβόλαιο με τον ασφαλισμένο ή να μην το ανανεώσει στο τέλος του έτους, αντίθετα ο ασφαλισμένος δικαιούται κάθε έτος να επιλέξει σε ποιον φορέα (κρατικό ή ιδιωτικό) θέλει να ασφαλιστεί. Παρ’ όλα αυτά δεν υφίσταται για κανέναν πολίτη το δικαίωμα του *opting out*, δηλαδή να

επιλέξει να μην ασφαλιστεί καθόλου, κάτι που περιορίζει εν γένει την ελευθερία του καταναλωτή - ως νοείται σε μια καπιταλιστική αγορά, αν και ο περιορισμός αυτός οφείλει την ύπαρξή του στην ανάγκη προάσπισης της κοινωνικής αλληλεγγύης. Γενικότερα, περισσότερη ελευθερία δράσης και επιλογών για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και τους καταναλωτές αντίστοιχα συναντάμε στον 3^ο πυλώνα ασφάλισης, τα προγράμματα συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας.

Όσον αφορά τους ασφαλιστικούς φορείς, ο νέος νόμος έδωσε τρεις δυνατότητες δράσεις με σκοπό την **ενίσχυση του ανταγωνισμού**:

- Πρώτον, ελευθερία στην κατάρτιση των ονομαστικών ή σταθερών ασφαλιστρων
- Δεύτερον, ελευθερία στο σχεδιασμό της μορφής των βασικών προγραμμάτων υγείας (basic health plans). Μπορούν δηλαδή να προσφέρουν προγράμματα είτε παροχών σε είδος είτε αποζημιωτικά είτε και τα δύο.
- Επίσης μπορούν π.χ. να προσφέρουν προγράμματα περίθαλψης σε συνεργασία με συγκεκριμένο δίκτυο προμηθευτών, με όφελος για τους ασφαλισμένους ένα χαμηλότερο ασφάλιστρο.

Όμως, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί δεν έχουν λόγο στην συγκρότηση του βασικού πακέτου ασφάλισης υγείας, καθώς το πακέτο παροχών καθορίζεται από την κυβέρνηση για λόγους κοινωνικής αλληλεγγύης και προστασίας του καταναλωτικού κοινού από φθηνά προγράμματα που δεν θα παρείχαν την ουσιώδη κάλυψη.

Η ανάγκη προστασίας της κοινωνικής αλληλεγγύης και της ισότητας στην πρόσβαση από τον ανεξέλεγκτο ανταγωνισμό αποτυπώνεται στις εξής ρυθμίσεις που επιβάλλει το πλαίσιο της Πράξης Ασφάλισης Υγείας:

α) Για την προάσπιση της αλληλεγγύης έναντι στον κίνδυνο της δυσμενούς επιλογής, ο νόμος υποχρεώνει τους φορείς να κάνουν δεκτή οποιαδήποτε αίτηση για ασφάλιση. Επιπλέον απαγορεύει στις εταιρείες να ορίζουν το ασφάλιστρο με βάση τον ατομικό κίνδυνο (*risk rating*) ή τον εμπειρικό κίνδυνο (*experience rating*), παρά μόνον να χρησιμοποιούν τον κοινωνικό κίνδυνο (*community rating*) για τον υπολογισμό του ύψους των ασφαλιστρων. Όπως όμως αναφέρθηκε, το ονομαστικό ασφάλιστρο μπορεί να ποικίλλει ανάμεσα στα διάφορα προγράμματα, ανάλογα με τη φύση τους. Για παράδειγμα, ένα πρόγραμμα παροχών υγείας από συγκεκριμένο δίκτυο προμηθευτών ή ένα πρόγραμμα με υψηλές κρατήσεις (*deductibles*) δίδεται με μικρότερο ασφάλιστρο από άλλα.

β) Με σκοπό την προστασία της εισοδηματικής αλληλεγγύης, η κυβέρνηση αποδίδει με εισοδηματικά κριτήρια στα φτωχότερα στρώματα ένα επίδομα ασφάλισης υγείας ώστε να προστατεύσει από την απότομη αύξηση των ονομαστικών ασφαλιστρων που προκλήθηκε το 2006 από την εφαρμογή του νόμου για το νέο ασφαλιστικό σύστημα.

γ) Η αυτή καθαυτή ενιαιοποίηση του καθεστώτος ασφάλισης ενίσχυσε την κοινωνική αλληλεγγύη στο ασφαλιστικό σύστημα υγείας, με την άρση του διαχωρισμού ανάμεσα στα Ταμεία Ασθένειας και στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Πλέον όλοι οι πολίτες υποχρεούνται να ασφαλιζονται κάπου ωστόσο αξιώνουν το ίδιο βασικό πακέτο παροχών σε όποιον οργανισμό και αν ανήκουν.

δ) Τέλος, ο νόμος υποχρεώνει όλους τους ασφαλιστικούς φορείς να εγγυώνται τη σωστή πρόσβαση των ασφαλισμένων τους σε επαρκείς φροντίδες υγείας υψηλής ποιότητας.

Αξιολόγηση

Εντούτοις, παρόλη τη διάθεση του νομοθέτη για την περιφρούρηση του κοινού καλού, η πραγματικότητα είναι διαφορετική. Στο νέο ασφαλιστικό καθεστώς, η παρουσία της ιδιωτικής ρύθμισης είναι εκτεταμένη, υπάρχουν σαφείς διαφοροποιήσεις στα πακέτα παροχών, χρησιμοποιείται ως μέθοδος το *medical underwriting* και στην ουσία η ρυθμιστική παρέμβαση του κράτους είναι περιορισμένη. Επιπλέον, το γεγονός ότι δε χρησιμοποιούνται εισοδηματικά κριτήρια στον υπολογισμό των ασφαλιστρών καθιστά το σύστημα **άδικο** σε όρους αναδιανομής του εισοδήματος και ισότητας, όπως συμβαίνει σε ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Για αυτούς τους λόγους, το σύστημα ασφάλισης υγείας της Ολλανδίας καλείται **ημι-ιδιωτικό** (*quasi-private*) και ιδιωτικό-κοινωνικό ασφαλιστικό καθεστώς (*private social health insurance scheme*), ένα **υβριδικό** σύστημα που συνδυάζει τη δημόσια λειτουργία αλλά με ιδιωτική δομή.

1.5.3 Η δομή της αγοράς Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Η αγορά ασφάλισης υγείας διευθύνεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι μπορούν να είναι κερδοσκοπικοί, ωστόσο κυριαρχούν οργανισμοί που κατά κανόνα λειτουργούν σε μη-κερδοσκοπική βάση. Επιπλέον κάποιες εταιρείες αποτελούν τμήματα μεγάλων οργανισμών που ασχολούνται και με άλλους τύπους ασφάλισης. Υπάρχει υψηλή συγκέντρωση της αγοράς, ενώ οι 4 μεγάλοι “παίκτες” είναι οι: *Achmea*, *Uvit*, *Menzis* και *CZ*, που κατέχουν το 89% της αγοράς.

Σημαντικό στοιχείο της αγοράς αποτελούν τα ομαδικά συμβόλαια. Πριν την ασφαλιστική μεταρρύθμιση του 2006, έπαιζαν μικρότερο ρόλο και μόνο στην ιδιωτική αγορά. Πλέον, οι εταιρείες μπορούν να διαπραγματευτούν την κατάρτιση ασφαλιστήριων συμβολαίων για τους υπαλλήλους τους με έκπτωση που μπορεί να φθάσει ως το 10% (όριο κρατικά καθορισμένο). Στα συμβόλαια συμπληρωματικής ασφάλισης που ανήκουν στον 3^ο πυλώνα δεν έχει θεσπιστεί όριο έκπτωσης. Τα 2/3 των ομαδικών συμβολαίων αφορούν ομάδες εργαζομένων. Το υπόλοιπο ποσοστό καλύπτουν άλλες ομάδες πληθυσμού, όπως τοπικές

κοινότητες, ενώσεις καταναλωτών ή ηλικιωμένων. Αξίζει να σημειωθεί πως υπάρχουν και ενώσεις ασθενών με χρόνια νοσήματα που προσφέρουν ασφάλιση υγείας στα μέλη τους, καταρτίζοντας μάλιστα συμβόλαια συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας προσαρμοσμένα στις ανάγκες τους!

Διακυβέρνηση του νέου ασφαλιστικού συστήματος υγείας

Εκτός από την κυβέρνηση και το Υπουργείο Υγείας, καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση του συστήματος ασφάλισης υγείας παίζουν κάποιες ανεξάρτητες ρυθμιστικές αρχές (*Independent Regulatory Agencies*) όπως: η Ολλανδική Αρχή Υγείας, η Ολλανδική Αρχή Ανταγωνισμού, η Εθνική Τράπεζα Ολλανδίας και πολλές άλλες. Η φιλοσοφία πίσω από το μοντέλο αυτό ήταν η ενίσχυση της αξιοπιστίας και της αποτελεσματικότητας της διοίκησης. Το Υπουργείο Υγείας ορίζει κατευθυντήριες γραμμές στις ανεξάρτητες αρχές ωστόσο αρκετές φορές έχει συμβεί να μη μπορεί να παρέμβει υπέρ ή εναντίον κάποιων αποφάσεων των αρχών, π.χ. σε θέματα ανταγωνισμού.

Υπολογισμός ασφαλίσεων

Το νέο σύστημα ασφάλισης χρηματοδοτείται από ένα μείγμα εισφορών με βάση το εισόδημα και ασφαλίσεων που καταβάλλονται από τον ασφαλισμένο (50%). Κάθε ασφαλισμένος πληρώνει στον ασφαλιστικό του φορέα κάποιο ονομαστικό ή σταθερό ασφάλιστρο συν ένα ασφάλιστρο με βάση το εισόδημά του. Επειδή η εφαρμογή του είναι καθολική, το ποσοστό της δαπάνης υγείας που προέρχεται από την “κρατική” (πρώην κοινωνική) ασφάλιση φαίνεται να έχει αυξηθεί από το 2005. Η εισφορά που σχετίζεται με το εισόδημα καθορίζεται στο 6,5% και επιβάλλεται σε εισοδήματα μέχρι 30,000 ευρώ ανά έτος. Οι εργοδότες πρέπει να αποζημιώνουν τους υπαλλήλους τους για την εισφορά αυτή και η αποζημίωση είναι φορολογητέα. Το ποσοστό εισφοράς για τους μη-μισθωτούς που δεν λαμβάνουν επιδόματα ανεργίας είναι 4,4%. Οι εισφορές αυτές (το ποσοστιαίο ύψος των οποίων καθορίζεται από την κυβέρνηση) επιβάλλονται και εισπράττονται σε κεντρικό επίπεδο, εισρέουν δηλαδή στο Ταμείο Εξισορρόπησης Κινδύνου (*Risk Equalization Fund*) μαζί με τις εισφορές των αυτοαπασχολούμενων και με τα ασφάλιστρα που καταβάλλει το κράτος για κάθε παιδί-πολίτη έως τη συμπλήρωση του 18^{ου} έτους της ηλικίας του. (Η κυβέρνηση “πληρώνει” τα ασφάλιστρα των ατόμων ηλικίας κάτω των 18 ετών, ενώ προβλέπει για κάποιους ενήλικες ένα “επίδομα φροντίδας υγείας”, εάν το μέσο ασφάλιστρο υπερβαίνει το 5% του εισοδήματός τους. Το 2006 το μέσο ετήσιο ασφάλιστρο ήταν 1050 ευρώ. Το Ταμείο έπειτα πληρώνει τους ασφαλιστικούς φορείς με ένα σύστημα κατά κεφαλήν απόδοσης ενός ποσού που προσδιορίζεται με βάση κάποιους προσαρμοσμένους δείκτες: ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής, κοινωνική-οικονομική κατάσταση, παράγοντες νοσηρότητας. Το σύστημα αυτό δεικτών θεωρείται αρκετά εξεζητημένο.

Άμεσες πληρωμές

Με σκοπό να ενθαρρύνει τη συνειδητοποίηση του κοινού έναντι του κόστους και εναντίον της υπερβολικής χρήσης υπηρεσιών υγείας, η Πράξη Ασφάλισης Υγείας έθεσε μια ρύθμιση *no-claims*, κάτι σαν προ- ή συν- πληρωμή, η οποία αναθεωρήθηκε το 2008 ώστε να γίνει πιο δίκαιη. Πλέον, υφίσταται μια υποχρεωτική ελάχιστη ετήσια κράτηση της τάξης των 155ευρώ. Εφόσον δε γίνει χρήση υπηρεσιών υγείας αντίστοιχου ύψους μέσα στο έτος, τα χρήματα ή η διαφορά των χρημάτων επιστρέφεται στον ασφαλισμένο. Όμως η προ-επιβάρυνση αυτή δεν αφορά επισκέψεις σε γενικούς ιατρούς ή έξοδα μητρότητας. Εξαιτίας των πλείστων αντιδράσεων που προκάλεσαν οργανώσεις ασθενών με χρόνια νοσήματα, οι οποίοι διαμαρτύρονταν πως δεν επωφελούνται καθόλου από αυτό το μέτρο, η δική τους επιβάρυνση μειώθηκε στα 103ευρώ ετησίως. Εννοείται πως κάποιοι ασφαλισμένοι έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν ασφαλιστικό πρόγραμμα με μεγαλύτερες κρατήσεις (ως 500ευρώ *maximum*) το οποίο φυσικά ακολουθείται από χαμηλότερα ασφάλιστρα.

Γενικότερα, οι άμεσες ίδιες πληρωμές είναι πολύ χαμηλές για υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται από τον 2^ο πυλώνα ασφάλισης. Εάν κάποιος νοσηλευτεί σε νοσοκομείο μη-συμβεβλημένο με τον φορέα του θα πληρώσει κάποια διαφορά. Ωστόσο οι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι συμβεβλημένοι με όλα σχεδόν τα νοσοκομεία. Πιο αυξημένες οι άμεσες πληρωμές συναντώνται στο κομμάτι της χρήσης φαρμάκων, όπου οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν υιοθετήσει μια πολιτική αποζημίωσης μόνο των φθηνότερων, μεταξύ ομοούσιων σκευασμάτων.

Αγορά υπηρεσιών υγείας

Οι ασφαλιστές είναι υπεύθυνοι για την αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους τους και συμβάλλονται με ανεξάρτητους προμηθευτές και νοσοκομεία (που είναι κυρίως ιδιωτικοί αλλά μη-κερδοσκοπικοί οργανισμοί). Ενώ οι παρεχόμενες υπηρεσίες καθορίζονται από το νόμο, οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι ελεύθερες να αποφασίσουν με ποιο τρόπο και από ποιον προμηθευτή αυτές οι υπηρεσίες θα παρέχονται.

Πληρωμή των προμηθευτών

Οι γενικοί ιατροί αμείβονται μέσω κατά κεφαλήν αποζημίωσης (*capitation*) και με διαπραγματεύσιμα πρόσθετες αμοιβές για άλλες υπηρεσίες. Η πλειονότητα των ειδικευμένων ιατρών που εργάζονται στα νοσοκομεία και είναι κυρίως αυτοαπασχολούμενοι (περίπου τα δύο τρίτα), αμείβονται κατά πράξη και περίπτωση ή είναι μισθωτοί. Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων διαμορφώνονται με τη χρήση μιας μεθόδου που υπολογίζει ένα σταθερό ποσό ανάλογα με τις κλίνες, τον όγκο των ασθενών και τον αριθμό των ειδικευμένων ιατρών μεταξύ άλλων. Ένα νέο σύστημα πληρωμών που συνδέονται με την απόδοση έχει τεθεί σε εφαρμογή από το 2005. Πρόκειται για την ολλανδική εκδοχή των *DRGs*, γνωστή ως Συνδυασμοί Διαγνωστικών Θεραπειών (*Diagnosis Treatment Combinations - DTCs*). Ένα ποσοστό 10% του συνόλου των νοσοκομειακών υπηρεσιών αποζημιώνονται πλέον με βάση τους *DTCs* (σε ορισμένα νοσοκομεία φθάνει

μέχρι το 100%). Στο μέλλον αναμένεται ότι η μέθοδος αυτή θα επεκταθεί σε όλο τον νοσοκομειακό τομέα.

Το ευρύτερο πλαίσιο της Πράξης Ασφάλισης Υγείας

Η Πράξη Ασφάλισης Υγείας προκάλεσε μεγάλες αλλαγές στη δομή της αγοράς ασφάλισης υγείας, με επιπτώσεις τόσο στους ασφαλιστικούς οργανισμούς όσο και στους ασφαλισμένους. Ωστόσο κατά κάποιους αποτελεί την κορυφή του παγόβουνου. Σκοπός της μεταρρύθμισης, όπως ειπώθηκε, δεν αποτελεί η εισαγωγή ελεγχόμενου ανταγωνισμού μόνο στην αγορά ασφάλισης υγείας αλλά και στην παροχή φροντίδας υγείας με κύριο στόχο την ενίσχυση της ποιότητας, βιωσιμότητας, αποδοτικότητας και καινοτομίας του συστήματος, μέσω της ενδυνάμωσης της ζήτησης έναντι της προσφοράς. Σημαντικό ρόλο στο νέο σκηνικό κατέχουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, οι οποίοι καλούνται να ενσαρκώσουν το μεσάζοντα (*agency role*) ανάμεσα στους παροχείς υπηρεσιών υγείας και τους ασφαλισμένους, προς όφελος των τελευταίων.

Προς αυτή την κατεύθυνση έχουν ληφθεί ή δρομολογηθεί τα ακόλουθα μέτρα:

- Ασφαλιστικοί οργανισμοί και νοσοκομεία διαπραγματεύονται πλέον τις τιμές της νοσοκομειακής φροντίδας
- Για τη διευκόλυνση των διαπραγματεύσεων, το σύστημα χρηματοδότησης των νοσοκομείων μέσω σταθερών προϋπολογισμών (*fixed budgets*) τείνει να αντικατασταθεί από ένα νέο σύστημα κατάρτισης προϋπολογισμών με βάση την κοστολόγηση περιπτώσεων (*case based*) που ονομάζεται *Diagnosis Treatment Combinations (DBC)*. Επειδή μέχρι ώρα υπάρχουν περίπου 30.000 τέτοιες κατηγορίες (*DBC*), η κυβέρνηση προσανατολίζεται στην απλοποίηση του συστήματος
- Επιπλέον το σύστημα αυτό σταδιακά χρησιμοποιείται, εκτός από τη χρηματοδότηση λειτουργίας των νοσοκομείων, και στην επένδυση των κεφαλαίων τους
- Τέλος, ένα σχέδιο που δρομολογείται είναι η άρση της απαγόρευσης λειτουργίας νοσοκομείων κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Υπάρχουν σημαντικές ομάδες πίεσης που ζητούν να καταργηθεί αυτή η νομοθεσία, καθώς πιστεύουν πως αντιτίθεται στον ελεύθερο ανταγωνισμό.

Αν τελικά δοθεί η δυνατότητα στα νοσοκομεία να επιχειρούν κερδοσκοπικά, υπάρχουν σημάδια πως θα υιοθετηθεί ένα μοντέλο κοινωνικής επιχειρηματικότητας, όπου τα κέρδη κάθε νοσοκομείου θα πρέπει να επανεπενδύονται σε αυτό για ερευνητικούς και αναπτυξιακούς σκοπούς.

Η ευρωπαϊκή διάσταση

Στο Ολλανδικό Σύστημα Υγείας, προκειμένου να προστατευθεί το κοινό καλό, η κοινωνική αλληλεγγύη και η ισότητα στην πρόσβαση, υιοθετούνται πολιτικές περιορισμού και των

ασφαλιστών και των ασφαλισμένων. Το ημι-ιδιωτικό μοντέλο αυτό και η λειτουργία του έχει εγείρει ενστάσεις στους κόλπους της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το αν συμμορφώνεται με την Ευρωπαϊκή Νομοθεσία.

Η Ευρωπαϊκή Νομοθεσία δίδει στα κράτη-μέλη τη διακριτική ευχέρεια να σχηματοποιούν το δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας τους. Ωστόσο, οι συμφωνίες και διατάξεις ιδιωτικού δικαίου υπόκεινται στον έλεγχο της Κοινοτικής Νομοθεσίας και στην περίπτωση αυτή, στην *Τρίτη Κοινοτική Οδηγία για την Ασφάλιση Υγείας*. Η Οδηγία απαγορεύει ρητά στα κράτη-μέλη να ρυθμίζουν τιμές ή άλλες παραμέτρους των ασφαλιστικών προϊόντων στο βαθμό που τέτοιες παρεμβάσεις διαστρεβλώνουν τη λειτουργία της ελεύθερης αγοράς, του ανταγωνισμού και το ελεύθερο εμπόριο. Μόνο όταν πρόκειται για ζητήματα προάσπισης του κοινού συμφέροντος τέτοιες παρεμβάσεις είναι συμβατές με τη νομοθεσία, κάτι που η Ολλανδική κυβέρνηση υπερασπίζεται σθεναρά ότι ισχύει για τη χώρα της. Η τελική απόφαση θα ληφθεί από το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο, όπου θα συζητηθεί και η συμβατότητα με τη νομοθεσία της λειτουργίας του Ταμείου εξισορρόπησης του ρίσκου, καθότι συζητείται πως η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών μέσω του Ταμείου θεωρείται ως κρατική ενίσχυση σε αυτούς, πράγμα αντίθετο με τις αρχές της Κοινής Αγοράς.

1.5.4 Επιπτώσεις από την εφαρμογή του πλαισίου της Πράξης Ασφάλισης Υγείας

Αν και είναι σχετικά νωρίς για την εκτίμηση των καθαρών αποτελεσματικών από την εφαρμογή του νέου συστήματος ασφάλισης υγείας στην Ολλανδία, μερικές από αυτές είναι οι ακόλουθες:

Επίδραση στη συμπεριφορά των καταναλωτών

⇒ Εθελοντικές κρατήσεις (deductibles)

Το ποσοστό χρηστών που προτιμούν προγράμματα με υψηλές κρατήσεις εξακολουθεί να παραμένει χαμηλό. Αφενός αποτυπώνεται το γεγονός πως οι Ολλανδοί είναι ιδιαίτερα αντίθετοι στον κίνδυνο (risk averse) και αφετέρου ότι τα μειωμένα ασφάλιστρα που προσφέρονται ως αντάλλαγμα δεν αποτελούν ελκυστική πρόταση για τους καταναλωτές.

⇒ Συμπληρωματικά προγράμματα ασφάλισης

Εξακολουθούν να είναι ιδιαίτερα δημοφιλή μεταξύ των ασφαλισμένων. Η παροχή και μόνο οδοντιατρικής φροντίδας που παρέχουν τέτοια προγράμματα αποτελεί έναν πολύ καλό λόγο αγοράς τους. Ασθενείς με χρόνιες ασθένειες πάντως δεν επωφελούνται και δεν προτιμούν αυτή την έξτρα ασφάλιση.

⇒ Κινητικότητα των ασθενών

Με την εφαρμογή του νέου συστήματος ασφάλισης υγείας συνέβη το εξής παράδοξο: το 2006, πέρα από κάθε προσδοκία, σχεδόν το 1/5 των ασφαλισμένων, κυρίως άτομα νεαρότερης ηλικίας, υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου και καλύτερης υγείας, μετακινήθηκαν σε κάποιο άλλο ασφαλιστικό φορέα. Τα επόμενα χρόνια όμως οι μετακινήσεις ήταν ελάχιστες, παρά την πολυδιαφημισμένη ελευθερία των καταναλωτών και τις μεγάλες διαφοροποιήσεις των ασφαλιστικών προγραμμάτων ενόψει του ανταγωνισμού. Αν και δύσκολα μπορεί να ερμηνευτεί το φαινόμενο αυτό μέχρι στιγμής, υπάρχουν εικασίες πως ίσως οφείλεται στο φόβο των ασφαλισμένων είτε πως θα χάσουν προνόμια εξαιτίας του ηλικιακού παράγοντα είτε πως θα υπάρξουν γραφειοκρατικά κόστη μετάβασης.

➤ Ανασφάλιστοι και κακοπληρωτές (defaulters)

Αυξήθηκαν τόσο το ποσοστό των ανασφάλιστων, σε περίπου 1,4% το 2007 όσο και το ποσοστό αυτών που αποφεύγουν συστηματικά να πληρώσουν τα ασφάλιστρά τους για περίοδο άνω των 6 μηνών, σε 1,9% περίπου του πληθυσμού. Επειδή ο νέος νόμος απαγορεύει στις ασφαλιστικές εταιρείες να διακόπτουν συμβόλαια, η κυβέρνηση συμφώνησε να τρέξει προγράμματα παρακολούθησης του φαινομένου των ανασφάλιστων και πίεσης των defaulters να πληρώσουν.

Γενικότερα η ικανοποίηση των χρηστών από το νέο σύστημα κρίνεται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα, έπειτα από σχετικές έρευνες.

Επιπτώσεις στη συμπεριφορά των ασφαλιστών

➤ Συγχωνεύσεις

Με την αλλαγή καθεστώτος στην αγορά ασφάλισης υγείας που επέβαλε η Πράξη Ασφάλισης Υγείας το 2006, ακολούθησε μια αναμενόμενη αύξηση των συγχωνεύσεων μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών. Ο αριθμός τους μειώθηκε σε 33 από 57, ακολουθώντας μια πτωτική τάση που όμως προϋπήρχε της μεταρρύθμισης, για λόγους αύξησης της διοικητικής αποδοτικότητας, μείωσης του ρίσκου και ενίσχυσης της κυριαρχίας κάποιων παικτών της αγοράς, η οποία πλέον παρουσιάζει υψηλή συγκέντρωση.

➤ Εφαρμογή πολιτικών δυσμενούς επιλογής

Η Πράξη Ασφάλισης Υγείας απαγορεύει ρητά την εφαρμογή πολιτικών άρνησης της ασφάλισης λόγω υψηλού ρίσκου από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Ωστόσο, ίσως στην πράξη εφαρμόζονται παρεμφερείς πολιτικές με πιο διακριτικό και κρυμμένο τρόπο:

- ❖ Αν και δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις, υπάρχει η υπόνοια πως τα ομαδικά συμβόλαια για ομάδες υψηλού κινδύνου μπορεί να αποτελέσουν εργαλείο ώστε κάποιοι ασφαλιστικοί φορείς να εφαρμόσουν πολιτικές διάκρισης στο μέλλον.

- ☛ Μια ασφαλιστική εταιρεία το 2007 εισήγαγε ένα πρόγραμμα ασφάλισης υγείας σύμφωνα με το οποίο οι χρήστες αποδέχονταν τον περιορισμό να επισκέπτονται μόνο τα 11 συμβεβλημένα νοσοκομεία μη-οξείας νοσηλείας, με αντάλλαγμα χαμηλότερο ασφάλιστρο. Αυτό το πρόγραμμα αποδείχτηκε δημοφιλές μεταξύ νέων υγείων ατόμων, αλλά όχι π.χ. για νέους γονείς.
- ☛ Εκφράζονται ανησυχίες πως κάποιοι ασφαλιστικοί φορείς χρησιμοποιούν τα συμπληρωματικά προγράμματα ασφάλισης σαν έναν έμμεσο τρόπο για να επιβάλλουν ελέγχους και περιορισμούς στους ασφαλισμένους τους. Όλο και περισσότερες εταιρείες απαιτούν τη συμπλήρωση ενός ιατρικού ερωτηματολογίου πριν την κατάρτιση ενός τέτοιου συμβολαίου. Το νομοθετικό πλαίσιο δεν απαγορεύει τέτοιες πρακτικές για τα συμβόλαια συμπληρωματικής ασφάλισης, όμως οι πρακτικές αυτές έχουν δυσμενείς επιπτώσεις και στα βασικά προγράμματα. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις πως τα συμπληρωματικά προγράμματα περιορίζουν τις επιλογές των καταναλωτών, καθώς οι τελευταίοι αποφεύγουν να μετακινηθούν σε κάποια άλλη εταιρεία υπό το φόβο ότι η νέα εταιρεία ίσως απορρίψει την αίτηση για το συμπληρωματικό πρόγραμμα, εφόσον κάτι τέτοιο δεν απαγορεύεται από το νόμο.

➔ Αγορά υπηρεσιών - Σχέση με προμηθευτές

Όπως αναφέραμε, έναν κύριο στόχο της μεταρρύθμισης αποτελούσε ο επαναπροσδιορισμός του ρόλου των ασφαλιστών υγείας, ως αντιπροσώπους (*agents*) εξουσιοδοτημένους όχι μόνο να εξασφαλίζουν εγγυημένη πρόσβαση και κάλυψη σε υπηρεσίες υγείας για τους ασφαλισμένους τους, αλλά και να αγοράζουν ποιοτικές και οικονομικά συμφέρουσες υπηρεσίες για λογαριασμό τους.

Ωστόσο αυτός ο ρόλος των ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων δεν είναι αναπτυγμένος. Η επιλεκτική σύναψη συμβολαίων (*selective contracting*) βρίσκεται σε πολύ πρώιμο στάδιο. Δυστυχώς δεν υπάρχουν επαρκείς πληροφορίες για την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται ώστε να συγκριθούν μεταξύ τους. Επιπλέον, η μονοπωλιακή δύναμη που διαθέτουν κάποια νοσοκομεία σε ορισμένες περιοχές καθιστά αδύνατο τον αποκλεισμό τους από τη συνεργασία, ανεξάρτητα από το αν προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες ή όχι. Εξάλλου, οι ίδιες οι εταιρείες αποφεύγουν την επιλεκτική σύναψη συνεργασιών με προμηθευτές, αφενός γιατί φοβούνται πως μια τέτοια κίνηση θα έβλαπτε τη φήμη τους και αφετέρου γιατί δε θέλουν να περιορίζουν τις επιλογές των ασφαλισμένων τους όταν αυτοί βρίσκονται σε ανάγκη χρήσης υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα, προτιμούν την εφαρμογή θετικών κινήτρων προς τους καταναλωτές.

➔ Τιμές ασφαλιστρών

Ο σκληρός ανταγωνισμός τα τελευταία χρόνια μεταξύ των ιδιωτικών εταιρειών και η ανάγκη τους να προστατέψουν και να επεκτείνουν τα μερίδια αγοράς τους, έχει οδηγήσει

σε ανταγωνιστικές τιμές στα ασφάλιστρα, ιδίως στα ομαδικά συμβόλαια, οι εκπτώσεις στα οποία αυξάνονται συνεχώς. Στα εταιρικά φθάνουν ως το 10%, όμως σε άλλου τύπου ομαδικά συμβόλαια οι εκπτώσεις είναι μικρότερες. Για παράδειγμα οι οργανώσεις ασθενών δε μπορούν να διαπραγματευτούν μεγάλες εκπτώσεις, για προφανείς λόγους.

Βασικά τα έσοδα από ασφάλιστρα μειώθηκαν και στα βασικά προγράμματα (2^{ος} πυλώνας) αλλά και στα συμπληρωματικά (3^{ος} πυλώνας), μετά τη μεταρρύθμιση του συστήματος ασφάλισης το 2006. Η αγορά αντέδρασε προβαίνοντας σε αυξήσεις των ονομαστικών ασφαλίσεων και σε περικοπές των παρεχόμενων υπηρεσιών των συμπληρωματικών συμβολαίων.

➤ Διοικητική αποδοτικότητα

Μετά τη μεταρρύθμιση του 2006 η διοικητική αποδοτικότητα βελτιώθηκε και τα διαχειριστικά κόστη μειώθηκαν ως ποσοστό των συνολικών. Όπως είναι φυσικό, το διαχειριστικό κόστος για τα προγράμματα συμπληρωματικής ασφάλισης αν και μειώθηκε, παραμένει πάντα υψηλό εξαιτίας της πολυπλοκότητας ελέγχου-τιμολόγησης-σύναψης και διεκπεραίωσης τέτοιων συμβολαίων. Υπάρχουν επίσης στοιχεία πως οι ασφαλιστικοί φορείς μείωσαν τις δαπάνες τους για marketing και προβολή.

Άλλες επιπτώσεις

➤ Ελευθερία επιλογών καταναλωτή και διαφάνεια

Η Πράξη Ασφάλισης Υγείας είχε σκοπό την αύξηση της ελευθερίας των επιλογών του καταναλωτή. Ωστόσο η έκταση αυτής της ελευθερίας επηρεάζεται από άλλους παράγοντες όπως το εύρος των επιλογών που του προσφέρεται. Το εύρος αυτό παραμένει περιορισμένο. Η έντονη κρατική ρύθμιση έχει οδηγήσει σε αδυναμία διαφοροποίησης των βασικών προγραμμάτων υγείας μεταξύ των εταιρειών, ενώ αντίθετα στην αγορά συμπληρωματικών προγραμμάτων όπου οι επιλογές και διαφοροποιήσεις είναι περισσότερες, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί εισήγαγαν από μόνοι τους περιορισμούς, όπως αναφέραμε και ανωτέρω.

Επιπλέον, αρκετοί καταναλωτές διαμαρτύρονταν για την έλλειψη διαφάνειας, δηλαδή για τη δυσκολία που συναντούσαν στο να κατανοήσουν και να συγκρίνουν μεταξύ τους τα διάφορα ασφαλιστικά προγράμματα. Προς επίλυση αυτού του ζητήματος δημιουργήθηκε μια ιστοσελίδα (www.independer.nl), η οποία παραθέτει συγκρίσιμα στοιχεία για τα διάφορα προγράμματα υγείας με σκοπό την πληρέστερη ενημέρωση των καταναλωτών.

➤ Επιπτώσεις στην αναδιανομή εισοδήματος

Πριν τη μεταρρύθμιση του 2006, η δυϊκή δομή του συστήματος ασφάλισης υγείας με τα Ταμεία Ασθένειας και τα ιδιωτικά σχήματα είχε οδηγήσει σε σοβαρές ανωμαλίες και ανισότητες στη διανομή των βαρών για τη χρηματοδότησή του. Δυστυχώς δεν υπάρχουν

σαφή στοιχεία για την επίδραση της Πράξης Ασφάλισης Υγείας σε αυτόν τον τομέα. Πάντως είναι γεγονός πως τα ομαδικά συμβόλαια επωφελούνται εκπτώσεων που δεν ισχύουν στα ατομικά, με αποτέλεσμα οι χρήστες των δεύτερων να βάζουν πιο βαθιά το χέρι στην τσέπη σε σχέση με τους χρήστες των πρώτων.

➤ Επιπτώσεις στη δαπάνη υγείας

Αξιοσημείωτο είναι πως μετά την εισαγωγή της Πράξης Ασφάλισης Υγείας η δαπάνη υγείας για τους 3 πυλώνες ασφάλισης μειώθηκε. Ωστόσο υπάρχουν πολλοί επιδραστικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη δαπάνη αυτή και τις μεταβολές της, όπως: η γήρανση του πληθυσμού, το εκάστοτε πακέτο παροχών που καθορίζεται κεντρικά και η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας.

Μια θετική εξέλιξη αποτελεί το γεγονός ότι οι τιμές της νοσοκομειακής φροντίδας μειώθηκαν ως αποτέλεσμα του ανταγωνισμού. Ασφαλιστικοί φορείς που κατέχουν μεγάλα μερίδια αγοράς έχουν τη δυνατότητα να διαπραγματεύονται καλύτερες τιμές απ' ό,τι έχουν άλλοι φορείς με μικρό μερίδιο στην αγορά. Η σύναψη συμφωνιών με τα λεγόμενα Κέντρα Ανεξάρτητης Φροντίδας (*Independent Treatment Centers*) παίζει καθοριστικό ρόλο, καθώς ο αριθμός τους έχει αυξηθεί από 31 το 2000 σε 160 το 2006! Τα Κέντρα αυτά παρέχουν φροντίδες υγείας ρουτίνας, διαγνωστικές εξετάσεις και πολλές άλλες υπηρεσίες.

➤ Επιπτώσεις στην κάθετη ολοκλήρωση

Πρόσφατα, ένας μεγάλος ασφαλιστικός φορέας ανακοίνωσε την συμμετοχή του κατά 40% σε μία κοινοπραξία που είχε ως σκοπό την εξαγορά και τον έλεγχο ενός νοσοκομείου που αντιμετώπιζε οικονομικά προβλήματα. Αυτή η κίνηση κατακρίθηκε πολύ από την Κυβέρνηση, ότι δηλαδή υπονομεύει τον αντιπροσωπευτικό ρόλο των ασφαλιστικών και τις επιλογές των καταναλωτών. Ωστόσο, το Υπουργείο Υγείας δήλωσε πως η κάθετη ολοκλήρωση (δηλαδή η ένωση της ασφαλιστικής ιδιότητας με τη λειτουργία της παροχής υπηρεσιών) αποτελούν ενδιαφέρουσα καινοτομία στο Ολλανδικό σύστημα υγείας, τη στιγμή όπου οι ασφαλιστικοί φορείς ήδη προσανατολίζονται προς την επένδυση κεφαλαίων σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

1.6 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στη Γερμανία

1.6.1 Χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης στη Γερμανία

Η Γερμανία δαπανά περισσότερα για την υγεία (ως ποσοστό του ΑΕΠ) από οποιοδήποτε άλλο κράτος-μέλος της Ε.Ε. (10,6% το 2005). Μεταξύ του 1996 και του 2005 οι δημόσιες δαπάνες για υγεία μειώθηκαν από 82,2% των συνολικών υγειονομικών δαπανών σε 77,2%. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών μπορεί να αποδοθεί κυρίως σε υψηλότερα επίπεδα άμεσων πληρωμών, οι οποίες αυξήθηκαν από 9,5% το 1996 σε 13,8% το 2005.

Η υγειονομική περίθαλψη στη Γερμανία χρηματοδοτείται κυρίως από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης. Το σύστημα δημόσιας χρηματοδότησης λειτουργεί πάνω σε 200 και πλέον μη-κερδοσκοπικά ταμεία ασφάλισης υγείας, η λειτουργία των οποίων ρυθμίζεται από την κυβέρνηση. Από το 2009 όλα τα έσοδα των ταμείων συγκεντρώνονται σε κεντρικό επίπεδο και κατανέμονται στα Ταμεία με βάση μία σταθμισμένη κατά κεφαλήν χρηματοδότηση, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τους υγειονομικούς κίνδυνους των ασφαλισμένων τους.

Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (GKV) η οποία συντίθεται από 300 περίπου Ταμεία, παρεμβαίνει ως δομή στο εσωτερικό της αγοράς των υπηρεσιών υγείας, ενιαία και από κοινού με τη μορφή δημόσιου μονοψωνίου. Τα ταμεία ασφάλισης υγείας συνάπτουν συμβάσεις κυρίως με ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών σε περιφερειακή βάση. Τα τελευταία χρόνια η αγοραστική τους δύναμη έχει αυξηθεί. Τα άτομα διαθέτουν ελευθερία επιλογής προμηθευτή και άμεση πρόσβαση σε ειδικευμένους ιατρούς. Στα Ταμεία έχουν δοθεί οικονομικά κίνητρα ώστε να παρέχουν φροντίδα για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις μέσω Προγραμμάτων Διαχείρισης Ασθενειών (*Disease Management Programs - DMPs*).

Συμμετοχή των ασθενών στο κόστος παραδοσιακά επιβάλλεται στα συνταγογραφούμενα εξωνοσοκομειακά φαρμακευτικά και στην οδοντιατρική περίθαλψη, αλλά το 2004 επεκτάθηκε και στις ιατρικές επισκέψεις αλλά και σε άλλους τομείς. Τα παιδιά απαλλάσσονται από τον τη συμμετοχή αυτή, η οποία είναι περιορισμένη σε ένα ετήσιο ανώτατο όριο 2% του εισοδήματος των νοικοκυριών (ή 1% για τα άτομα με χρόνιες παθήσεις).

Οι ιατροί στο νοσοκομειακό τομέα αποζημιώνονται από ένα μείγμα αμοιβών ανά χρονική περίοδο και ανά ιατρική διαδικασία. Τα νοσοκομεία στελεχώνονται κυρίως από μισθωτούς ιατρούς, αν και οι υψηλόβαθμοι ιατροί μπορούν να παράσχουν τις υπηρεσίες τους σε ιδιωτικώς ασφαλισμένους ασθενείς αμειβόμενοι κατά πράξη (*FFS*). Η νοσοκομειακή περίθαλψη χρηματοδοτείται μέσω ενός συστήματος σφαιρικών προϋπολογισμών.

1.6.2 Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: η Μεταρρύθμιση του 2009

Η περίθαλψη υγείας στη Γερμανία στηρίζεται σε δύο τύπους ασφάλισης:

1. **Κοινωνική Ασφάλιση (GKV)**, η οποία το 2007 κάλυπτε περίπου το 88% του πληθυσμού και ήταν υποχρεωτική για το 74% περίπου
2. **Υποκατάστατη (Substitutive) Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (Τύπου III)**, η οποία καλύπτει το 10,3% περίπου του πληθυσμού.

Τον Ιανουάριο του 2009, οπότε και θεσμοθετήθηκε ως υποχρεωτική η ασφάλιση υγείας για όλους, ακόμη και ο μικρός αριθμός των ανασφάλιστων μέχρι τότε αναγκάστηκαν να ενταχθούν είτε στο κρατικό είτε σε ιδιωτικά ασφαλιστικά σχήματα.

3. Υπάρχει τέλος μια μικρή αγορά για **συμπληρωματική ασφάλιση (Τύπου II α - complementary)**, για υπηρεσίες (π.χ. οδοντιατρική φροντίδα, καλύτερες ξενοδοχειακές υπηρεσίες κλπ.) που δεν καλύπτονται από τους δύο άλλους βασικούς ασφαλιστικούς σχηματισμούς.

Η ασφάλιση υγείας ρυθμίζεται ισχυρά από τη νομοθεσία μέσω της 5^{ης} Βίβλου Κοινωνικού Κώδικα (Social Code Book 5 - SGB V) η οποία ρυθμίζει όλες τις όψεις της κοινωνικής ασφάλισης, που επηρεάζουν είτε άμεσα είτε έμμεσα την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Επιπλέον, η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας καθορίζεται από μία σειρά νόμων και κανονισμών που αφορούν γενικά την ασφαλιστική αγορά αλλά και ειδικά την ασφάλιση υγείας.

Η εποπτεία των ασφαλιστικών φορέων ασκείται από το "BaFin", την Ομοσπονδιακή Εποπτεύουσα Αρχή για Οικονομικές Υπηρεσίες, για λογαριασμό του Υπουργείου Οικονομικών, ενώ κάποια μορφή ελέγχου ασκεί και το Υπουργείο Υγείας.

Στην αγορά δραστηριοποιούνται 48 επιχειρήσεις, συνήθως μεικτές, με 20 από αυτές να εξειδικεύονται στην ασφάλιση υγείας. Όσον αφορά τη συγκέντρωση της αγοράς, οι 3 μεγαλύτερες εταιρείες κατέχουν μερίδιο αγοράς της τάξης του 43%. Επιπροσθέτως, δραστηριοποιούνται μερικές μικρές ιδιωτικές εταιρείες μόνο στην αγορά συμπληρωματικής ασφάλισης.

Η καθολική κάλυψη είναι σχετικά καινούργιο φαινόμενο, εφόσον μόλις τον Ιανουάριο του 2009 η ασφάλιση έγινε υποχρεωτική για όλους. Πρωτύτερα, οι χαμηλοεισοδηματίες έπρεπε να εγγραφούν σε κάποιο ταμείο ασθένειας, σε αντίθεση με τους πολύ εύρωστους οικονομικά, οι οποίοι είχαν την επιλογή να παραμείνουν ανασφάλιστοι εφόσον δεν επιθυμούσαν να ενταχθούν σε κάποιο προνοιακό ασφαλιστικό σχήμα.

Το δικαίωμα επιλογής (*opt-out*) μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής ασφάλισης για υψηλά αμειβόμενους ξεκίνησε να υφίσταται το 1970. Την ίδια χρονιά, η υποχρεωτική ασφάλιση στον GKV επεκτάθηκε, από τους εργάτες (*blue-collar workers*) στους υπαλλήλους γενικά (*white-collar workers*) με εισοδήματα κάτω από ένα συγκεκριμένο όριο. Όσοι από αυτούς

είχαν εισόδημα πάνω από το όριο είχαν το δικαίωμα επιλογής μεταξύ του GKV ή της ιδιωτικής ασφάλισης.

Το 1989 το δικαίωμα επιλογής ασφάλισης άρχισε να ισχύει για όλους τους μη-δημόσιους υπαλλήλους με υψηλά εισοδήματα, με σκοπό να πάψει η διάκριση μεταξύ εργατών και υπαλλήλων που υπήρχε τα προηγούμενα χρόνια.

Από το 2009, όποιος δεν είναι εγγεγραμμένος στο GKV πρέπει υποχρεωτικά να ασφαλιστεί στον ιδιωτικό τομέα ή να επανεισέλθει στον GKV, ανάλογα με το προηγούμενο ασφαλιστικό του status.

Τι ισχύει σήμερα

Η ασφάλιση στον GKV είναι υποχρεωτική για όλους τους μη-δημόσιους υπαλλήλους με εισόδημα κάτω των 48,150 ευρώ το χρόνο, κάποιους αυτο-απασχολούμενους (αγρότες, καλλιτέχνες, δημοσιογράφους κ.ά.), φοιτητές, άνεργους που λαμβάνουν επιδόματα, ΑμΕΑ και συνταξιούχους επαγγελματικών ταμείων ασθένειας.

Εργαζόμενοι οι οποίοι τα **3 τελευταία χρόνια** (παλιότερα 1 έτος) είχαν εισοδήματα άνω του ορίου, καθώς και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους (δηλαδή το 20% περίπου του πληθυσμού) διαθέτουν δύο επιλογές:

- > Να παραμείνουν στον GKV
- > Να λάβουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, χωρίς να συνεχίσουν να πληρώνουν εισφορές στον GKV

Το 75% περίπου αυτών των ανθρώπων προτιμούν να παραμείνουν στον GKV ως εθελοντικά εγγεγραμμένοι. Η νομοθεσία επιβάλλει κάποια κριτήρια επιλογής των εθελοντικά ασφαλισμένων. Για παράδειγμα, επιλέξιμοι κρίνονται όσοι: ήταν εγγεγραμμένοι ως προστατευόμενα μέλη αλλά έχασαν αυτή την ιδιότητα, όσοι είχαν αποχωρήσει από τον GKV αλλά επιθυμούν να επανενταχθούν, πολίτες πρώην μετανάστες από την Ανατολική Ευρώπη.

Οι δημόσιοι υπάλληλοι γενικά έχουν το δικαίωμα να επιλέξουν τον GKV ως φορέα ασφάλισης. Ωστόσο μια τέτοια επιλογή δεν είναι οικονομικά συμφέρουσα, καθώς έχουν την επιλογή να ενταχθούν στο πρόγραμμα ασφάλισης δημοσίων υπαλλήλων "*Beihilife*", στο οποίο ο εργοδότης (το Δημόσιο) καταβάλλει ένα ορισμένο ποσοστό από το κόστος της ιατρικής τους περίθαλψης. Η κάλυψη και οι παροχές του *Beihilife* διαφέρουν για τους ομοσπονδιακούς και για τους κρατικούς υπαλλήλους, καθώς οι εργασιακές και λοιπές σχέσεις αμφότερων διέπονται από διαφορετική νομοθεσία. Βέβαια, από τη δεκαετία του 1990 έχουν υπάρξει διάφορες αλλαγές στο *Beihilife* εξαιτίας του υψηλού κόστους του προγράμματος, της αύξησης των δαπανών για υγεία και άλλων παραγόντων όπως η δημογραφική γήρανση.

Χρηματοδότηση

Τα ασφάλιστρα στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας υπολογίζονται με βάση την εκτίμηση του ατομικού κινδύνου κατά τη στιγμή αγοράς του προγράμματος. Επομένως διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και το ιατρικό ιστορικό. Οι εισφορές των εργοδοτών στο ασφάλιστρο είναι ίδιες με αυτές που δίνουν και στον GKV και υπολογίζονται ως ένα ποσοστό του μισθού, που δε θα πρέπει όμως να υπερβαίνει το μισό του συνολικού πραγματικού ασφαλίστρου.

Φοροαπαλλαγές υπάρχουν, όμως δεν έχουν καμία επίδραση στη ζήτηση για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, καθώς εφαρμόζονται σε όλους τους τύπους ασφάλισης.

Τα **προστατευόμενα μέλη** δεν καλύπτονται αυτόματα, αλλά με επιπλέον χρέωση στο ασφάλιστρο του κύριου ασφαλισμένου.

Η **κάλυψη** πάντως είναι εφόρου ζωής και χρηματοδοτείται σε κεφαλαιοποιητική βάση. Από το 2001 οι ασφαλιστικοί φορείς χρεώνουν ένα 10% επιπλέον του ασφαλίστρου, ως “καταπίστευμα γήρατος” που έχει ως σκοπό τη συγκέντρωση κεφαλαίων για την κάλυψη της περίθαλψης των ασφαλισμένων όταν συνταξιοδοτηθούν.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν να **απορρίπτουν αιτήσεις** ή να **εξαιρούν** από την κάλυψη προϋπάρχουσες παθήσεις, εκτός αν μεταφέρουν το κόστος κάλυψής τους με αυξημένο ασφάλιστρο. Με τη μεταρρύθμιση του 2009 όμως, είναι υποχρεωμένοι να κάνουν δεκτές **όλες** τις αιτήσεις που αφορούν σε βασικά προγράμματα υγείας ανεξαρτήτως προϋπαρχουσών παθήσεων (*open enrolment*). Τα βασικά αυτά ασφαλιστικά προγράμματα (*basic tariff*) καλύπτουν τις ίδιες παροχές με τον GKV και για ασφάλιστρο που δεν ξεπερνά τη μέγιστη εισφορά των εθελοντικά ασφαλισμένων στον GKV (περίπου 530 ευρώ) και που επιπλέον υπολογίζεται με βάση μόνο την ηλικία και το φύλο. Το βασικό πρόγραμμα ως επιλογή αφορά μόνον: άτομα που είχαν ήδη ιδιωτική ασφάλιση υγείας ή άτομα άνω των 55 ετών ή άτομα που δεν είναι επιλέξιμα για τον GKV, αλλά δεν έχουν τα χρήματα να πληρώνουν το κανονικό ιδιωτικό ασφάλιστρο.

Ομαδικά συμβόλαια υπάρχουν και αγοράζονται από τους εργοδότες. Προσφέρουν αρκετά πλεονεκτήματα όπως χαμηλότερα ασφάλιστρα, μικρότερες περιόδους αναμονής πριν την έναρξη ισχύος της κάλυψης και ευνοϊκότερη αντιμετώπιση στην εκτίμηση του κινδύνου (καθώς δεν εκτιμάται ο ατομικός κίνδυνος).

Παροχές

Τα συμβόλαια υποκατάστατης ασφάλισης (Τύπου III) καλύπτουν το ίδιο εύρος παροχών με τον GKV, εκτός από μερικές περιπτώσεις όπου κάποιες υπηρεσίες υγείας εξαιρούνται. Από το 2009 και έπειτα, τα συμβόλαια αυτά πρέπει να καλύπτουν εξωνοσοκομειακή περίθαλψη καθώς και νοσοκομειακή βραχείας νοσηλείας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες επιβάλλουν

περιόδους αναμονής πριν την έναρξη ισχύος της κάλυψης. Συνήθως μιλάμε για 3 μήνες, που ωστόσο αυξάνονται στους 8 όταν πρόκειται για έξοδα τοκετού, ψυχοθεραπεία ή οδοντιατρική φροντίδα. Η ρύθμιση αυτή δεν ισχύει όταν πρόκειται για νέα μέλη- πρώην ασφαλισμένους του GKV.

Το σύστημα αποζημίωσης που συνηθίζεται συνεπάγεται πως οι ασφαλισμένοι πληρώνουν για τη λήψη ιατρικών υπηρεσιών και ακολούθως αποζημιώνονται από την ασφαλιστική τους εταιρεία. Κάποιες φορές τα προγράμματα περιλαμβάνουν συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος, όπως συμβαίνει με την οδοντιατρική φροντίδα.

Τέλος, οι ασφαλιστικοί φορείς συνήθως επιβάλλουν κάποιες κρατήσεις (*excesses*), μέχρι 5000 ευρώ το χρόνο.

Η ιδιωτική ασφάλιση στη Γερμανία προσφέρει μεγάλη ποικιλία προγραμμάτων που καλύπτουν υπηρεσίες οι οποίες μερικώς ή ολικώς εξαιρούνται από τον GKV: γυαλιά, τσεκ-απ, διαγνωστικές εξετάσεις, συν-πληρωμές για οδοντιατρική φροντίδα, καθώς και εξαιρετικής ποιότητας ξενοδοχειακές υπηρεσίες στο νοσοκομείο και φροντίδα από τους καλύτερους επαγγελματίες του χώρου.

Ελευθερία επιλογών

Τα συμβόλαια υποκατάστατης ασφάλισης υγείας (Τύπου III) δίνουν μεγαλύτερη ελευθερία στους καταναλωτές όσον αφορά την επιλογή του ύψους συμμετοχής στο κόστος ή την επιλογή του προμηθευτή. Υπάρχουν μάλιστα ιστοσελίδες στο διαδίκτυο όπου μπορεί κάποιος να ενημερωθεί για τα διάφορα προγράμματα και να τα συγκρίνει (πράγμα βέβαια δύσκολο στην πράξη).

Σύμφωνα με την Ένωση των Ιδιωτικών Ασφαλιστικών, το ιδανικό θα ήταν να μπορεί ο κάθε ασφαλισμένος να επισκέπτεται όποιο γιατρό ή νοσοκομείο θέλει (όπως συμβαίνει στην κοινωνική ασφάλιση). Πρόσφατα όμως, πολλές εταιρείες άρχισαν να συνεργάζονται με τα Δίκτυα Προτιμώμενων Προμηθευτών (*Preferred Provider Networks*), μια κίνηση που δίνει την ευχέρεια στον καταναλωτή να έχει κάποια έκπτωση ή αποφυγή της συμμετοχής του στο κόστος. Ο αριθμός αυτών των δικτύων είναι ακόμη μικρός, ωστόσο αναμένεται να αυξηθούν καθώς επιβεβαιώνεται συνεχώς η σημασία τους στην μείωση του κόστους.

Θεωρητικά, όλοι οι ασφαλισμένοι έχουν την ελευθερία να αλλάζουν ασφαλιστικό οργανισμό όποτε το επιθυμούν. Στην πράξη όμως δεν τους συμφέρει οικονομικά μια τέτοια κίνηση, καθώς στον καινούργιο οργανισμό θα πρέπει να περάσουν από νέα διαδικασία εκτίμησης κινδύνου η οποία θα οδηγήσει σε πιο ακριβό ασφάλιστρο (όσο αυξάνεται η ηλικία). Επιπλέον μέχρι πρόσφατα, το “καταπίστευμα γήρατος” δε μπορούσε να μεταφερθεί στον καινούργιο οργανισμό. Επομένως υπήρχε μικρή κινητικότητα ασφαλισμένων στην ιδιωτική αγορά υποκατάστατης ασφάλισης. Οι ασφαλιστικές εταιρείες επικεντρώνονταν στην προσέλκυση νέων ασφαλισμένων και κυρίως αυτών που πρότερα ήταν εθελοντικά ασφαλισμένοι στον GKV.

Σχέσεις με προμηθευτές

Οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι καθηλωμένοι μέσω συλλογικών συμβάσεων με τα ταμεία ασθένειας και τις ενώσεις προμηθευτών, παρόλο που μπορούν να προβούν σε ειδικές τιμολογιακές συμφωνίες με προμηθευτές που αναλαμβάνουν μόνο ιδιωτικά ασφαλισμένους ασθενείς.

Η κάθετη ολοκλήρωση συναντάται σπάνια καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις απαγορεύεται από το νόμο. Παραδείγματος χάριν, δεν επιτρέπεται ασφαλιστές να είναι και ιδιοκτήτες πολυκλινικών.

Γενικότερα, οι ασφαλιστικές έχουν πολύ μικρή επιρροή στους προμηθευτές, πολλοί εκ των οποίων χρεώνουν ακριβότερα τους ιδιωτικά ασφαλισμένους. Επιπλέον, η ανάγκη των ασφαλιστικών να κρατούν χαμηλά το κόστος εναντιώνεται στην άλλη ανάγκη τους να προσελκύσουν νέους πελάτες. Το μεγάλο τους πλεονέκτημα να προσφέρουν υπηρεσίες - όπως καλύτερη πρόσβαση- που δεν προσφέρει το GKV αναιρείται εάν αποφασίσουν να συνάψουν επιλεκτικές συμφωνίες με συγκεκριμένους προμηθευτές με σκοπό τον έλεγχο του κόστους.

Οι ασφαλιστικοί φορείς συνάπτουν συμβόλαια με τους πελάτες-ασθενείς τους, όχι με τους γιατρούς-προμηθευτές. Επομένως η δυνατότητά τους να ελέγξουν την τιμολογιακή πολιτική των δεύτερων ή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους είναι εξαιρετικά περιορισμένη. Αυτό που μπορούν να ελέγξουν είναι μήπως υπάρχουν υπερβολικά φουσκωμένες χρεώσεις στους λογαριασμούς των ασθενών ή μήπως οι ασθενείς καταπατούν τους όρους του συμβολαίου τους χρησιμοποιώντας την ασφάλιση για την κάλυψη προϋπαρχουσών παθήσεων, που είχαν αρχικά εξαιρεθεί από το συμβόλαιο.

Δημόσια πολιτική και ρύθμιση της αγοράς

Η αγορά υποκατάστατης ασφάλισης υγείας (Τύπου III) διέπεται από αυστηρή κρατική ρύθμιση, που κύριο σκοπό έχει να προστατεύει τους πολίτες και το σύστημα από 3 παράγοντες κινδύνου:

- i. Να αποτρέπει όσους έφυγαν από το GKV και προτίμησαν την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας να επιστρέψουν σε αυτόν όταν θα είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία, με πτωχότερη υγεία και θα χρήζουν μεγαλύτερης φροντίδας, επιβαρύνοντας το σύστημα
- ii. Να εξασφαλίζει επαρκή και οικονομικά συμφέρουσα πρόσβαση σε φροντίδες υγείας για τους ιδιωτικά ασφαλισμένους
- iii. Να ενισχύσει τον ανταγωνισμό και την ελευθερία των ασφαλισμένων διευκολύνοντας την κινητικότητα μεταξύ ασφαλιστικών φορέων του ιδιωτικού τομέα.

Για το σκοπό αυτό, το 2007 πραγματοποιήθηκε μία μεταρρύθμιση που άρχισε να ισχύει το 2009, όπως έχει ήδη αναφερθεί. Ο νόμος που ψηφίστηκε (*Reform Act / GKV- WSG*) ήρθε ως αποτέλεσμα μακράς περιόδου έντονου διαλόγου στη χώρα σχετικά με το ρόλο της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στο Γερμανικό Σύστημα Υγείας αλλά και στην εξέλιξη της ασφάλισης υγείας γενικότερα.

Με τη μεταρρύθμιση αυτή λύθηκε το πρόβλημα όσων παρέμεναν ανασφάλιστοι ή είχαν χάσει το ασφαλιστικό τους δικαίωμα που είχαν ως προστατευόμενα μέλη (π.χ. έπειτα από διαζύγιο). Επιπλέον, έγινε πιο δύσκολο για τους ασφαλισμένους να εγκαταλείψουν το GKV μέσω θέσπισης πιο αυστηρών οικονομικών κριτηρίων επιλογής για την ιδιωτική ασφάλιση. Επιβλήθηκε στους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς να προσφέρουν το δικαίωμα ανοικτής εγγραφής (*open enrolment*) και οριοθετημένα ασφάλιστρα για συγκεκριμένες ομάδες πολιτών. Τέλος, το δικαίωμα μεταφοράς του καταπιστεύματος γήρατος που θεσπίστηκε από τον *Reform Act* διευκόλυνε την κινητικότητα των ασφαλισμένων μεταξύ ιδιωτικών φορέων.

1.6.3 Αξιολόγηση του νέου ασφαλιστικού συστήματος

Κατάτμηση του κινδύνου (*Risk Segmentation*)

Η κατάτμηση του κινδύνου στο Γερμανικό Σύστημα Υγείας προκαλείται κυρίως από δύο παράγοντες:

- Πρώτον, από τους κανόνες επιλεξιμότητας που διέπουν το σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, και
- Δεύτερον, από το ρυθμιστικό πλαίσιο που δίνει κίνητρα στον ιδιωτικό τομέα να προσελκύει συγκεκριμένους τύπους ατόμων.

Για παράδειγμα, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες έχουν το δικαίωμα να απορρίπτουν αιτήσεις, να επιβάλλουν υψηλά ασφάλιστρα (λόγω ατομικής εκτίμησης κινδύνου), να εξαιρούν της κάλυψης προϋπάρχουσες παθήσεις, να χρεώνουν επιπλέον ασφάλιστρα για τα προστατευόμενα μέλη και να προσφέρουν μειωμένα ασφάλιστρα σε αντάλλαγμα για υψηλές απαλλαγές (*deductibles*). Ως αποτέλεσμα, η ιδιωτική αγορά χαρακτηρίζεται από υψηλή συγκέντρωση “χαμηλών ρίσκων” (*low risks*), δηλαδή άτομα χαμηλότερου κινδύνου, σε αντίθεση με τον GKV που συγκεντρώνει ένα δυσανάλογα μεγάλο ποσό ατόμων “υψηλού ρίσκου” (*high risks*), δηλαδή γυναίκες, παιδιά, γηραιότερους, και πολυμελείς οικογένειες. Αυτό μεταφράζεται σε μεγαλύτερη επιβάρυνση για τον GKV, από άτομα που κατά κανόνα χρησιμοποιούν περισσότερες υπηρεσίες υγείας, σε αντίθεση με τον ιδιωτικό τομέα, όπου οι χρήστες είναι κατά κανόνα νεαρότερα άτομα, με υψηλότερο εισόδημα, καλύτερη υγεία και επομένως καταναλώνουν λιγότερες υπηρεσίες υγείας.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα: το ποσοστό ηλικιωμένων (άνω των 65 ετών) ασφαλισμένων του GKV είναι διπλάσιο (22%) σε σχέση με τους αντίστοιχους χρήστες του ιδιωτικού τομέα (11%).

Το πρόβλημα αυτό οξύνθηκε μετά το 1989, όταν ο νόμος επέκτεινε το δικαίωμα επιλογής φορέα (δημόσιου-ιδιωτικού) για όλα τα υψηλά εισοδήματα. Κατά τη δεκαετία του 1990, τα ασφάλιστρα του ιδιωτικού τομέα αυξήθηκαν υπερβολικά για τους γηραιότερους ασφαλισμένους, καθώς οι ασφαλιστικές εκμεταλλεύθηκαν κάποια κενά στη νομοθεσία. Επιπλέον, ενώ οι νέοι ασφαλιζόμενοι, οι οποίοι μειώνουν το συνολικό ρίσκο κάθε εταιρείας είχαν την ευχέρεια να απολαμβάνουν χαμηλότερα ασφάλιστρα λόγω και του ανταγωνισμού, οι ηλικιωμένοι δεν επωφελήθηκαν από την είσοδο νέων ασφαλισμένων, εξακολουθώντας να πληρώνουν υψηλά ασφάλιστρα.

Συνεπώς, το GKV αντιμετώπισε ένα κύμα εισόδου ασφαλισμένων του ιδιωτικού τομέα, οι οποίοι δε μπορούσαν πλέον να ανταποκριθούν στις αυξημένες οικονομικά απαιτήσεις της ιδιωτικής ασφάλισης. Αυτές οι εξελίξεις είχαν ως αποτέλεσμα σοβαρή οικονομική επιβάρυνση για το GKV που μαζί με άλλους παράγοντες ενέτειναν τα ελλείμματά του και οδήγησαν ακολούθως σε αυξήσεις των εισφορών. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε μεταξύ 2000 και 2004, το GKV “έχανε” περίπου 750 εκατομμύρια ευρώ το χρόνο ως αποτέλεσμα μετακινήσεων: της εξόδου νέων ανθρώπων, αδέσμευτων, καλύτερης υγείας και οικονομικής κατάστασης που μεταπηδούσαν στον ιδιωτικό τομέα εξαιτίας των ελκυστικών ασφαλίσεων, και από την άλλη της εισόδου ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, χειρότερης οικονομικής κατάστασης (εφόσον δεν άντεχαν να πληρώνουν το ιδιωτικό ασφάλιστρο) και προφανώς υψηλότερου ρίσκου.

Ζητήματα ισότητας

Οι κριτικοί του γερμανικού ασφαλιστικού δυϊσμού υποστηρίζουν πως το σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας υποβαθμίζει την ισότητα του συνολικού συστήματος υγείας. Συγκεκριμένα, διότι άτομα νεαρότερα, υγιέστερα και πλουσιότερα έχουν τη δυνατότητα να πληρώνουν λιγότερα για υγεία (μέσω του ιδιωτικού τομέα) απ’ ότι άλλα άτομα (που ασφαλιζονται στον GKV) τα οποία έχουν μεγαλύτερη ανάγκη τις υπηρεσίες υγείας.

Εις απάντησιν, η Ένωση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών (PKV) υποστηρίζει πως οι ιδιωτικά ασφαλισμένοι ανταποδίδουν έμμεσα το κόστος για ιατρική φροντίδα στους ασφαλισμένους του GKV, καθώς οι γιατροί χρεώνουν τις υπηρεσίες τους ακριβότερα στους πρώτους. Αυτό όμως δεν αποτελεί βάσιμο επιχείρημα, διότι αφενός τα κεφάλαια που προκύπτουν από τις έξτρα χρεώσεις δεν φθάνουν στους ασφαλισμένους του GKV και αφετέρου, το γεγονός αυτό όχι μόνο επιδεινώνει ακόμη περισσότερο τις ανισότητες πρόσβασης μεταξύ των ασφαλισμένων (οι γιατροί προτιμούν τους πρώτους, από τους οποίους κερδίζουν περισσότερο) αλλά επιπλέον συνεισφέρει στην άνοδο του πληθωρισμού κόστους που ταλανίζει το σύστημα υγείας.

Επιπροσθέτως, η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας καλύπτει τις ίδιες υπηρεσίες υγείας με αυτές του GKV, συν κάποιες πρόσθετες, των οποίων όμως η αποτελεσματικότητα δεν είναι επιβεβαιωμένη (εναλλακτικές θεραπείες, πρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις κλπ). Σύμφωνα με έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τη διετία 2006-07, ο χρόνος αναμονής για ραντεβού με γιατρούς είναι μεγαλύτερος για τους ασφαλισμένους του GKV, ενώ οι ιδιωτικά ασφαλισμένοι απολαμβάνουν ταχύτερη πρόσβαση όχι μόνο σε επίπεδο γιατρών αλλά και σε καινοτόμες και αποτελεσματικές φαρμακευτικές αγωγές. Τέλος, αν και τα αποτελέσματα μεταξύ ερευνών διέφεραν σχετικά, οι ασφαλισμένοι του ιδιωτικού τομέα τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες υγείας.

Ανταγωνισμός

Όσον αφορά τον ανταγωνισμό μεταξύ ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, όπως ήδη αναφέραμε, μέχρι πρόσφατα αυτός περιοριζόταν στην προσέλκυση νέων μελών. Αυτό συνέβαινε εξαιτίας της πολιτικής των εν λόγω φορέων να καθορίζουν το ύψος των ασφαλίσεων με βάση τον ατομικό κίνδυνο (οπότε τα άτομα όσο γηράσκουν τόσο αποθαρρύνονται από το να αλλάξουν ασφαλιστική εταιρεία), εξαιτίας της πολιτικής εξαίρεσης προϋπαρχουσών παθήσεων και εξαιτίας της άρνησης των εταιρειών να μεταφέρουν το “καταπίστευμα γήρατος”. Πιστεύεται όμως πως από το 2009, οπότε και επετράπη η μεταφορά των εν λόγω καταπιστευμάτων, θα ενισχυθεί ο ανταγωνισμός και η ελευθερία επιλογής των καταναλωτών.

Όσον αφορά τον ανταγωνισμό μεταξύ του GKV και των ιδιωτικών ασφαλιστικών οργανισμών, λήφθηκαν κάποια μέτρα ώστε ο GKV να γίνει πιο ελκυστικός. Συγκεκριμένα, τα ταμεία ασθένειας μπορούν πλέον -και ενίοτε υποχρεώνονται- να προσφέρουν στα μέλη τους κίνητρα που δίνει και ο ιδιωτικός τομέας. Δηλαδή, προσφέρουν την επιλογή απαλλαγής ασφαλίσεων (deductibles) ή no-claims εκπτώσεων καθώς και έξτρα πακέτα κάλυψης υπηρεσιών που εξαιρούνται από τον GKV. Αυτή η κίνηση προκάλεσε την έντονη αντίδραση του ιδιωτικού τομέα.

1.6.4 Εξελίξεις στην Πολιτική Υγείας και στο Δημόσιο Διάλογο

Η υποκατάστατη Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (Τύπου III) έχει αποτελέσει πηγή αντιπαράθεσης στη Γερμανία από τη δεκαετία του 1990. Ο δημόσιος διάλογος εντατικοποιήθηκε το 2003, οπότε η Επιτροπή Ruyrup έριξε στο τραπέζι την πρόταση να καταργηθεί η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και να εισαχθεί ένα καθολικό σύστημα ασφάλισης με βάση τον πολίτη (*citizens' insurance*). Διαφορετικά, προτάθηκε τα ιδιωτικά ασφαλίστρα να υπολογίζονται με τον ίδιο τρόπο που υπολογίζονται και οι εισφορές στα ταμεία ασθένειας, δηλαδή κατά κάποιο τρόπο σύμφωνα με το εθνικό σύστημα εκτίμησης κινδύνου (*national system of risk adjustment*). Οι δύο προτάσεις υποστηρίχθηκαν από την πλειοψηφία των Σοσιαλδημοκρατικών και των Πρασίνων -που τότε αποτελούσαν

Κυβέρνηση- ωστόσο δεν συγκέντρωσαν την απαραίτητη πολιτική υποστήριξη ώστε να περάσουν τα δύο Κοινοβούλια και έτσι εγκαταλείφθηκαν.

Το Σεπτέμβριο του 2005, όταν σχηματίστηκε Κυβέρνηση Συνεργασίας μεταξύ Συντηρητικών Χριστιανοδημοκρατών και Σοσιαλδημοκρατών, ξεκίνησε νέος γύρος διαλόγου που κατέληξε, το Φεβρουάριο του 2007, στις μεταρρυθμιστικές προτάσεις που ήδη συζητήσαμε. Ενώ οι περισσότερες αλλαγές αφορούσαν τον GKV, ο αντίκτυπός τους στη λειτουργία και της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ήταν σημαντικός.

Η μεταρρύθμιση του 2007 (ουσιαστικά 2009) αναδεικνύει δύο δυναμικές στη σύγχρονη πολιτική υγείας της Γερμανίας. Παρόλο που έχει επανειλημμένα συζητηθεί η ύπαρξη και ο ρόλος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας Τύπου III, ποτέ δεν βρέθηκε ικανή πολιτική πλειοψηφία για να προχωρήσει η κατάργηση του διττού ασφαλιστικού συστήματος. Επιπροσθέτως, παρ' όλα τα προβλήματά της, η υποκατάστατη Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας είναι το μοντέλο που χαίρει όχι μόνο της προτίμησης των συντηρητικών και φιλελεύθερων κομμάτων, αλλά και της ισχυρής υποστήριξης της ιατρικής κοινότητας (εφόσον έχουν να λαμβάνουν περισσότερα!). Συνεπώς, το πολιτικό κόστος μιας αλλαγής του *status quo* και μετάβασης σε ένα ενιαίο ασφαλιστικό σχήμα -και όχι ιατρικής δύο κλάσεων, όπως αποκαλούν το ισχύον σύστημα οι επικριτές του- είναι μεγάλο και δύσκολα αναλαμβάνεται από τις κυβερνήσεις.

Διάφοροι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς κατέθεσαν κοινή έκκληση στο Ομοσπονδιακό Συνταγματικό Δικαστήριο της Γερμανίας, ζητώντας αναθεώρηση του Μεταρρυθμιστικού Νόμου του 2007 στη βάση ότι αποδυναμώνει τους ιδιωτικά ασφαλισμένους και ότι εμποδίζει την επιχειρηματική ελευθερία των ασφαλιστικών οργανισμών. Η απόφαση του Δικαστηρίου εκκρεμεί ενώ δεν αποκλείεται η υπόθεση να προκαλέσει νομικές διαμάχες στους κόλπους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Γενικότερα, οι διαμορφωτές πολιτικής υγείας της χώρας πρέπει να εξετάζουν τα προβλήματα του GKV (κυρίως τον περιορισμό των ελλειμμάτων και του κόστους) καθώς και τα προβλήματα του ιδιωτικού τομέα (κυρίως τον έλεγχο του κόστους και των αυξήσεων στα ασφάλιστρα) έχοντας στο νου τους πως στο δυϊκό αυτό σύστημα, οι αποφάσεις που αφορούν ένα τομέα επηρεάζουν βαθιά και τον άλλον. Οι λύσεις λοιπόν θα πρέπει να έχουν επιπλέον στόχο τη διατήρηση της ισορροπίας μεταξύ των δύο τομέων ασφάλισης, μιας ισορροπίας δύσκολης και ευαίσθητης.

1.7 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

1.7.1 Η χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης στο Ηνωμένο Βασίλειο

Μεταξύ του 2000 και του 2005, οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ αυξήθηκαν από 7,3% σε 8,4%. Οι δημόσιες δαπάνες μειώθηκαν ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας μεταξύ των ετών 1980 και 2000 (από 89% σε 81%), αλλά έκτοτε αυξήθηκαν σε 87%.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (*National Health Service - NHS*) παρέχει προληπτική και πρωτοβάθμια φροντίδα, καθώς και νοσοκομειακές υπηρεσίες, προς όλους όσους διαμένουν στην Αγγλία. Δεν υπάρχει καθορισμένη "λίστα" παροχών, αλλά το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας (*National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE*), έθεσε δεσμευτικές κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με το αν το *NHS* πρέπει ή δεν πρέπει να παρέχει συγκεκριμένες υπηρεσίες. Με την πάροδο του χρόνου, η κάλυψη του *NHS* για οδοντιατρική φροντίδα έχει μειωθεί. Η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Τύπου I) καλύπτει περίπου το 12% του πληθυσμού, κυρίως την παροχή πρόσβασης σε προαιρετική οξεία νοσηλεία στον ιδιωτικό τομέα και μερική κάλυψη για οδοντιατρική φροντίδα καθώς και σε συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες.

Οι υπηρεσίες υγείας στην Αγγλία χρηματοδοτούνται κυρίως μέσω της γενικής φορολογίας (συμπεριλαμβανομένων και ορισμένων εθνικών ασφαλιστικών εισφορών) και διατίθενται ελεύθερα στο σημείο της χρήσης. Τα γενικά φορολογικά έσοδα συγκεντρώνονται από το Υπουργείο Οικονομικών, το οποίο διαπραγματεύεται με το Υπουργείο Υγείας κάθε τρία χρόνια για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του. Οι εθνικές ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλουν οι εργοδότες και οι εργαζόμενοι υπολογίζονται ως έσοδα του Δημοσίου στους Εθνικούς Λογαριασμούς Υγείας. Οι ασθενείς πληρώνουν μία *fixed* συν-πληρωμή ανά συνταγή για εξωνοσοκομειακά φαρμακευτικά προϊόντα, αν και πολλές κατηγορίες ασθενών απαλλάσσονται (π.χ., παιδιά, άτομα με χαμηλό εισόδημα, έγκυες γυναίκες, άτομα ηλικίας 60 και πάνω και ασθενείς με ειδικές χρόνιες παθήσεις). Οι ασθενείς επίσης συμμετέχουν και στο κόστος της οδοντιατρικής περίθαλψης του *NHS* (μέχρι ένα ετήσιο ανώτατο όριο 200 λιρών) όπως και της οφθαλμολογικής. Δεν υπάρχουν χρεώσεις για την επίσκεψη στους γενικούς ιατρούς ή τυπικές νοσοκομειακές υπηρεσίες. Τα έξοδα μεταφοράς από και προς κάποιες δομές φροντίδας καλύπτονται για ορισμένους ανθρώπους με χαμηλό εισόδημα. Το ποσοστό του πληθυσμού που καλύπτεται από συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας (12%) έχει παραμείνει σχετικά σταθερό με την πάροδο του χρόνου. Οι ιδιωτικές άμεσες πληρωμές (*OOP*) για ιδιωτική περίθαλψη υπολογίζονται σε πάνω από το 90% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία.

Τα νοσοκομεία παραδοσιακά χρηματοδοτούνται μέσω του συστήματος των σφαιρικών προϋπολογισμών, βασισμένων σε συμβάσεις που υπόκεινται σε ετήσια διαπραγμάτευση. Το 2003, η κυβέρνηση εισήγαγε ένα νέο σύστημα πληρωμών γνωστό ως "πληρωμή μέσω αποτελεσμάτων" (*PbR*), το οποίο χρησιμοποιεί ένα ενιαίο εθνικό τιμολόγιο για κάθε

"ομάδα υγειονομικών πόρων" (HRG). Το 2006, το P_bR αντιπροσώπευε περίπου το 30% του προϋπολογισμού. Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα νοσοκομεία είναι κυρίως μισθωτοί. Οι περισσότεροι γενικοί ιατροί (GPs) είναι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες που αμείβονται μέσω ενός συνδυασμού κατά κεφαλήν αμοιβής και αμοιβών κατά πράξη και περίπτωση (FFS) που σχετίζονται με την απόδοση. Περίπου το ένα τρίτο των γενικών ιατρών επιλέγουν να εργαστούν ως μισθωτοί.

1.7.2 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

Στο Ηνωμένο Βασίλειο ο κύριος τύπος ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι η συμπληρωματική Τύπου I και αναφέρεται ως Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση (*Private Medical Insurance - PMI*). Γενικότερα υπάρχει η άποψη πως η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας μπορεί να αναπτυχθεί όπου οι χρήστες ενός δημόσιου συστήματος υγείας δεν ικανοποιούνται από το επίπεδο της ιατρικής φροντίδας που τους παρέχει. Στη Βρετανία όμως δεν ισχύει αυτή η ερμηνεία.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την χρήση υπηρεσιών ιδιωτικής ασφάλισης υγείας συνοψίζονται στους εξής:

- i. εξασφάλιση γρήγορης πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα τη στιγμή που τη χρειάζεται ο χρήστης και σε ώρα που να τον εξυπηρετεί
- ii. ελευθερία επιλογής ιατρού και παροχέα ιατρικών υπηρεσιών (ανάλογα πάντα με το πρόγραμμα)
- iii. περισσότερος και καλύτερος ποιοτικά χρόνος επαφής με τον ιατρό
- iv. νοσοκομειακή φροντίδα σε καλύτερες συνθήκες (ξενοδοχειακές υπηρεσίες)
- v. πρόσβαση σε υπηρεσίες ή εναλλακτικές θεραπείες τις οποίες δεν περιλαμβάνει το NHS (Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας)

Το μεγαλύτερο ποσοστό συμβολαίων αποτελούν τα ομαδικά, ως κομμάτι ενός ευρύτερου προγράμματος που σχετίζεται με την υγεία σε σχέση με την απασχόληση.

Ιστορική εξέλιξη

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας προϋπήρχε της ιδρύσεως του NHS κατά 100 χρόνια και πλέον. Μάλιστα, μέχρι το 1911 οπότε και εγκαθιδρύθηκε το NHI - Εθνική Ασφάλιση Υγείας, η ιδιωτική ασφάλιση αποτελούσε τη μόνη επιλογή. Η ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας (NHS) το 1948 οδήγησε σχεδόν σε εξαφάνιση την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, είτε αυτή αφορούσε γενικούς ιατρούς είτε νοσοκομειακή φροντίδα. Μερικά όμως παραθυράκια στη νομοθεσία απέτρεψαν αυτή την εξέλιξη. Επετράπη στους νοσοκομειακούς ιατρούς να λειτουργούν και ιδιωτικά εφόσον το επιθυμούσαν, ενώ οι ασθενείς εξακολουθούσαν να μπορούν να πληρώνουν επιπλέον χρήματα για καλύτερες ξενοδοχειακές υπηρεσίες στα νοσοκομεία.

Εξάλλου, τα σωματεία αλληλοβοήθειας (τα οποία παρείχαν ασφάλιση στα μέλη τους έναντι εισφορών) επέζησαν και ενώθηκαν μάλιστα σε ένα ενιαίο μεγάλο όργανο, τη **BUPA** (*British United Provident Association*). Η BUPA, μαζί με την PPP και την WPA ήταν οι 3 ασφαλιστικοί φορείς που δραστηριοποιήθηκαν στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, προσφέροντας υπηρεσίες όχι πολύ εξειδικευμένες, με διάθεση να τις διαφοροποιήσουν από τις τυποποιημένες υπηρεσίες του *NHS*.

Η αύξηση των χρηστών ιδιωτικής ασφάλισης υγείας τις δεκαετίες του 1950 και 1960 ακολουθήθηκε από μείωση τα επόμενα χρόνια. Η μεγάλη ανάπτυξη ήλθε με την εμφάνιση των ομαδικών σχημάτων ιδιωτικής ασφάλισης ενώ η άνοδος στην εξουσία των Συντηρητικών στα 1979, με τις πολιτικές τους υπέρ της ιδιωτικής ιατρικής έδωσε στην αγορά μια ώθηση ικανή, αλλά σύντομη. Το 1982 οι ασφαλιστικές εταιρείες αύξησαν ως και 40% τα ασφάλιστρα για να καλύψουν τις αυξανόμενες δαπάνες λόγω αποζημιώσεων. Τα τελευταία 25 περίπου χρόνια παρατηρείται αύξηση των χρηστών, η οποία όμως κινείται με αργούς και κάθε άλλο παρά σταθερούς ρυθμούς.

Παρουσίαση της αγοράς

Η αγορά της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης χωρίζεται σε δύο υπο-αγορές: για ατομικά και εταιρικά συμβόλαια. Τα ατομικά συμβόλαια έχουν διάρκεια ενός έτους και καλύπτουν το χρήστη, ο οποίος τα πληρώνει, και τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειάς του, εφόσον το επιθυμεί. Στην αγορά ομαδικών προγραμμάτων, τα εταιρικά συμβόλαια αγοράζονται από τον εργοδότη, ανανεώνονται κάθε 1, 6 ή 12 μήνες και ο εργαζόμενος πληρώνει ένα μέρος του ασφάλιστρου, ενώ καλύπτουν τον ίδιο ή και τα προστατευόμενα μέλη της οικογένειάς του, εφόσον ακολουθήσει αυτή την επιλογή.

Η δαπάνη για Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση συνεισφέρει κατά λίγο στη συνολική δαπάνη υγείας. Το 2002 η δαπάνη για Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση ανήρχετο στα 2,8 δις λίρες, σε ποσοστό 3,55% της συνολικής δαπάνης υγείας. Το 2006, η δαπάνη για Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση αυξήθηκε στα 3,258 δις λίρες, ωστόσο το ποσοστό της έναντι της συνολικής δαπάνης υγείας μειώθηκε στο 2,98%. Την ίδια χρονιά η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας έφθανε τα 13,891 δις λίρες. Η κάλυψη του πληθυσμού έχει μειωθεί από 11,7% το 2000 σε 10,6% (6,4 εκατομμύρια χρήστες και προστατευόμενα μέλη) το 2006.

Διαδικασία χρήσης της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης

Οι χρήστες της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης εξακολουθούν να έχουν πρόσβαση στις δομές του *NHS*, ενός καθολικού συστήματος υγείας, όπως γνωρίζουμε. Επομένως, εάν κάποιος χρήζει ιατρικής φροντίδας δύναται να επιλέξει ανάμεσα στο *NHS* και την ιδιωτική του ασφάλιση. Ακόμη όμως και αν επιλέξει να κάνει χρήση της ιδιωτικής του ασφάλισης, κάποιος θα ακολουθήσει την ίδια διαδικασία που ακολουθούν και οι χρήστες του *NHS*: θα επισκεφθεί τον οικογενειακό του ιατρό, ο οποίος θα τον κατευθύνει σε κάποιον εξειδικευμένο (μάλλον ιδιώτη). Θα καθορίσουν κάποιο ραντεβού που θα εξυπηρετεί τον

χρήστη, ο οποίος θα πρέπει να ενημερωθεί από την ασφαλιστική του εταιρεία για το αν συνεργάζεται με τον συγκεκριμένο ειδικευμένο ιατρό ή με το νοσοκομείο όπου θα παρασχεθεί η θεραπεία και φυσικά για το αν η θεραπεία ή εξέταση ή οτιδήποτε άλλο καλύπτεται από το συμβόλαιό του.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί διαπραγματεύονται με τους παροχείς ιατρικών υπηρεσιών για της τιμές χρέωσης των πελατών τους. Μετά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ο οργανισμός είτε πληρώνει τον παροχέα είτε αποζημιώνει τον ασφαλισμένο. Ενδέχεται να υπάρξουν κάποιες πρόσθετες χρεώσεις κατά την παροχή, οι οποίες συνήθως επιβαρύνουν τον ασφαλισμένο.

Παροχές της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης

Σύμφωνα με την επίσημη ανακοίνωση της Βρετανικής Ένωσης Ασφαλιστών το 2005, η Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση καλύπτει το “κόστος ιδιωτικής περίθαλψης για οξείες ιατρικές περιπτώσεις”. Η ορολογία αυτή είναι σκόπιμα ασαφής ώστε να επιτρέπει τη διαφοροποίηση καλυπτόμενων υπηρεσιών μεταξύ των ασφαλιστικών προγραμμάτων, ενώ επιπλέον δεικνύει πως η κάλυψη είναι σαφώς πιο περιορισμένη σε σχέση με το γενναιόδωρο *NHS*. Σίγουρα καλύπτονται υπηρεσίες όπως: διαγνωστικές εξετάσεις, ξενοδοχειακές υπηρεσίες, νοσηλευτική και εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Ωστόσο υπάρχουν πλείστες εξαιρέσεις (*standard exclusions*) από την κάλυψη της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης, οι οποίες χωρίζονται σε 3 κατηγορίες:

- i. εξαιρέσεις που αποσκοπούν στην αποφυγή του φαινομένου του ηθικού κινδύνου ή της δυσμενούς επιλογής. Δεν καλύπτονται λοιπόν υπηρεσίες που σχετίζονται με τους γενικούς ιατρούς (*GPs*), την εγκυμοσύνη ή την προληπτική ιατρική, ούτε καλύπτονται προϋπάρχουσες παθήσεις
- ii. εξαιρέσεις που προστατεύουν τους ασφαλιστές από σοβαρές οικονομικές ζημιές. Δεν καλύπτονται περιπτώσεις πολέμων και μαζικών καταστροφών (όπως και στην Ελλάδα). Επιπλέον δεν καλύπτονται ατυχήματα ή επείγοντα περιστατικά καθώς αυτά καλύπτονται ούτως ή άλλως από το *NHS*, ενώ η κάλυψη τέτοιων υπηρεσιών είναι εξαιρετικά επιζήμια για τον ιδιωτικό τομέα.
- iii. Εξαιρέσεις - περιορισμοί κάλυψης χρόνιων παθήσεων. Οι ασφαλιστικές εταιρείες είτε -συνήθως- δεν καλύπτουν τέτοιες παθήσεις είτε θέτουν ανώτατο όριο (χρονικό ή χρηματικό) κάλυψης τέτοιων περιπτώσεων.

Τα ασφαλιστικά προϊόντα χωρίζονται σε 3 ομάδες, αναλόγως με το ύψος των ασφαλιστρών και το πακέτο παροχών: α) οικονομικά, β) στάνταρ, γ) εκτεταμένα. Τα προγράμματα εκτεταμένης κάλυψης είναι τα πιο ακριβά και προσφέρουν κάλυψη για πιο εξεζητημένες καταστάσεις: ψυχικές ασθένειες, επιπλοκές στην εγκυμοσύνη ή στον τοκετό, πρόσβαση σε εναλλακτικές θεραπείες, μερική οδοντιατρική ή οφθαλμολογική φροντίδα, κατ’ οίκον νοσηλευτική υποστήριξη κ.ά.

Στο άλλο άκρο, τα οικονομικά προγράμματα καλύπτουν μόνο θεραπείες βαρέων περιπτώσεων, ή εξωνοσοκομειακές φροντίδες μόνο σε συγκεκριμένα κέντρα. Επιπλέον ενσωματώνουν περιορισμούς - και όχι μόνο όσον αφορά στον παροχέα της φροντίδας. Για παράδειγμα, κάποια προγράμματα επιτρέπουν την κάλυψη θεραπειών μόνον εφόσον οι αντίστοιχες λίστες αναμονής για θεραπεία στο *NHS* ξεπερνούν τους 6 μήνες.

Ασφάλιστρα

Η τιμή για το ασφάλιστρο στην Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση λαμβάνει 4 διαστάσεις:

- A) την έκταση της κάλυψης και των υπηρεσιών που έχουν επιλεχθεί
- B) την εκτίμηση κάποιων επιλογών που μπορεί να οδηγήσουν σε διαφοροποίηση των τιμών, π.χ. συμμετοχή του χρήστη στο κόστος
- Γ) έξτρα χρεώσεις που περιλαμβάνουν: κέρδη, διαχειριστικά κόστη, κόστη αντασφάλισης και το φόρο ασφαλιστρων (*Insurance Premium Tax*) που ορίζεται στο 5%
- Δ) τη φύση και έκταση του κινδύνου που ο ασφαλιστής είναι διατεθειμένος να καλύψει.

Το *Underwriting* αναφέρεται στη διαδικασία σύμφωνα με την οποία ο ασφαλιστής ελέγχει τη φύση και ποσοτικοποιεί τον κίνδυνο τον οποίο είναι διατεθειμένος να αναλάβει. Οι ασφαλιστές της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης χρησιμοποιούν δύο τύπους: το ιατρικό *Underwriting (full medical Underwriting)* και το *moratorium underwriting*.

Όσον αφορά τον πρώτο τρόπο ποσοτικοποίησης του κινδύνου, ο υποψήφιος υποχρεούται να συμπληρώσει ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με το ιατρικό ιστορικό του, την παρούσα κατάσταση της υγείας του καθώς και τον τρόπο ζωής του. Ενδεχομένως ζητείται και γνωμάτευση του αρμόδιου γενικού ιατρού του υποψηφίου. Προϋπάρχουσες νόσοι εξαιρούνται αυτόματα ούτως ή άλλως. Ενδέχεται όμως να εξαιρεθούν της κάλυψης παθήσεις από τις οποίες ανάρρωσε ο υποψήφιος στο παρελθόν αλλά υπάρχει πιθανότητα επανεμφάνισης ή άλλες παθήσεις που πιθανολογείται πως θα προκύψουν μελλοντικά ως αποτέλεσμα παρελθουσών. Γενικότερα με αυτή τη μέθοδο δίδεται έμφαση στο παρελθόν του υποψηφίου.

Στο *moratorium underwriting* αντίθετα, η στιγμή σύναψης του συμβολαίου είναι πιο καθοριστική. Παθήσεις από τις οποίες προσβλήθηκε ο υποψήφιος στα 5 τελευταία έτη πριν τη σύναψη του συμβολαίου, εξαιρούνται της κάλυψης για τα 2 πρώτα έτη της ασφάλισης. Η εξαίρεση μπορεί να επεκταθεί και σε παθήσεις που συνδέονται με αυτές που έχουν παρουσιαστεί στα 5 τελευταία έτη, εφόσον όμως αυτές εκδηλώσουν συμπτώματα μέσα στα 2 πρώτα έτη της κάλυψης. Εάν εκδηλωθούν συμπτώματα ή απαιτηθούν εξετάσεις ή θεραπείες για τις παθήσεις που εξαιρούνται μέσα σε αυτά τα 2 πρώτα έτη, η ανασταλτική αυτή περίοδος μηδενίζεται και ξεκινά από την αρχή.

Γενικότερα η δεύτερη μέθοδος της ανασταλτικής περιόδου προτιμάται περισσότερο και από τους ασφαλιστές, λόγω μικρότερου διαχειριστικού κόστους, αλλά και από τους υποψήφιους ασφαλιζόμενους. Ενώ με την πρώτη μέθοδο κάποιες παθήσεις ενδέχεται να εξαιρεθούν της κάλυψης διά παντός, με τη δεύτερη μέθοδο υπάρχει η δυνατότητα να καλυφθούν, απλώς με μια πίστωση χρόνου. Εδώ όμως ελλοχεύει και ο εξής κίνδυνος: ασφαλισμένοι να έχουν υπόνοιες πως πάσχουν από μια πάθηση αλλά να αποφεύγουν τη διάγνωση προκειμένου να μη χάσουν την κάλυψη από την ασφαλιστική εταιρεία.

Τη φάση του *Underwriting* διαδέχεται η διαδικασία προσδιορισμού του ύψους του ασφαλιστρού, με βάση τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύει για την εταιρεία ο υποψήφιος ασφαλιζόμενος. Στα ατομικά συμβόλαια εκτιμάται ο ατομικός κίνδυνος (*risk rating*), ενώ ο κύριος παράγοντας κινδύνου είναι η ηλικία. Επομένως, μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα πληρώνουν και ποσοστιαία υψηλότερο ασφάλιστρο, σε σχέση με νεαρότερα άτομα, ενώ τίθεται και ανώτατο ηλικιακό όριο επιλεξιμότητας, συνήθως στα 65, 74 ή 75 έτη. Άλλοι παράγοντες εκτίμησης κινδύνου είναι το φύλο, η επαγγελματική κατάσταση και το αν είναι κάποιος καπνιστής.

Στα ομαδικά συμβόλαια από την άλλη, δεν υπάρχει ούτε *underwriting* αλλά ούτε και χρησιμοποιείται η ατομική εκτίμηση κινδύνου για τον υπολογισμό του ομαδικού ασφαλιστρού (εκτός βέβαια τρανσαχτών εξαιρέσεων). Αντίθετα, ο υπολογισμός του κινδύνου γίνεται με βάση την εμπειρία του προηγούμενου έτους (*experience rating*), δηλαδή μελετάται το ύψος των αποζημιώσεων που απαιτήθηκαν. Επιπλέον, στα ομαδικά συμβόλαια απαιτείται συνήθως να ασφαλιζονται όλοι οι υπάλληλοι μιας εταιρείας, ώστε να αποφευχθεί μια ενδεχόμενη πρακτική των εργοδοτών να ασφαλίζουν μάλλον κυρίως υπαλλήλους που ανήκουν σε ηλικιακές ή άλλες ομάδες υψηλότερου κινδύνου. Η πρακτική του ατομικού *underwriting* ακολουθείται σε μικρές εταιρείες με αριθμό υπαλλήλων κάτω των πενήντα.

Ανανέωση συμβολαίων

Στην αγορά ατομικών συμβολαίων, η ανανέωση σε ετήσια βάση είναι δεδομένη. Η αναπροσαρμογή του ασφαλιστρού γίνεται με βάση το ύψος του περσινού, τις έξτρα χρεώσεις (φόροι, διοικητικά κόστη κλπ.) καθώς και τις αλλαγές στη συνολική δαπάνη για αποζημιώσεις που καταβλήθηκαν μέσα στο έτος. Εάν ο ασφαλισμένος ανέβει κλίμακα ηλικίας, αυξάνεται και το ασφάλιστρο. Ωστόσο, ακόμη και σε αυτή την περίπτωση, δεν επανεκτιμάται ο ατομικός κίνδυνος του ασφαλισμένου.

Στην αγορά των εταιρικών συμβολαίων η ετήσια αναθεώρηση δε γίνεται αυτόματα. Οι ασφαλιστικοί φορείς μπορεί να αλλάξουν τους όρους του συμβολαίου ή ακόμη και να αρνηθούν την ανανέωση, εάν μέσα στο έτος οι αποζημιώσεις που καταβλήθηκαν αποδείχθηκαν εξαιρετικά ζημιογόνες.

Επιπλέον, οι ασφαλιστικοί φορείς μπορεί να διαφοροποιήσουν το πακέτο παροχών, χωρίς αντίστοιχη επίδραση στην τιμή του ασφαλιστρού. Για παράδειγμα, μπορεί να αναστείλουν την κάλυψη για μια πάθηση η οποία τείνει να γίνει χρόνια, δηλαδή απαιτεί συνεχώς υπηρεσίες υγείας για τη θεραπεία της, την κάλυψη των οποίων οι φορείς βρίσκουν ασύμφορη.

Υπάρχουν δύο επιλογές για τους ασφαλισμένους προκειμένου να μειωθεί το ύψος των ασφαλίσεων που πληρώνουν:

α) περιορισμός των επιλογών καταναλωτή

Πρόκειται για μια πολύ δημοφιλή επιλογή και στα ατομικά αλλά και στα ομαδικά συμβόλαια. Αρκετοί καταναλωτές δέχονται, με αντάλλαγμα σαφώς χαμηλότερα ασφάλιστρα, να περιορίσουν τις επιλογές τους -για τη λήψη φροντίδας- από ένα συγκεκριμένο δίκτυο ιατρών - νοσοκομείων, με τους οποίους η ασφαλιστική εταιρεία έχει πετύχει καλύτερες τιμές.

β) συμμετοχή στο κόστος

Σύμφωνα με αυτή τη δυνατότητα, ο ασφαλισμένος πληρώνει προκαταβολικά ένα ποσό στην αρχή του συμβολαίου (π.χ. 100 λίρες) το οποίο αφαιρείται από το ποσό των αποζημιώσεων που θα δώσει ο ασφαλιστικός φορέας μέσα στο έτος για τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Παρότι το ποσό αυτό έχει αυξηθεί με τα χρόνια (μπορεί να φτάσει και τις 5000 λίρες), η δυνατότητα αυτή συμμετοχής στο κόστος προτιμάται όλο και περισσότερο (σε ατομικά και ομαδικά προγράμματα) καθώς αντιπροσφέρει γενναιόδωρες εκπτώσεις στα ασφάλιστρα.

Δημόσια Πολιτική - Ρύθμιση της αγοράς (Regulation)

Σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει σε άλλες αγορές Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στα κράτη-μέλη, στη Βρετανική αγορά δεν υπάρχει ρύθμιση σχετικά με τη μορφή των ασφαλιστικών προϊόντων ή τις τιμές. Η κρατική ρύθμιση περιορίζεται στον έλεγχο της οικονομικής φερεγγυότητας των δραστηριοποιούμενων επιχειρήσεων και της πολιτικής διοίκησης και πωλήσεων που ακολουθούν. Η αγορά ατομικών συμβολαίων δέχεται τον μεγαλύτερο έλεγχο, εξαιτίας της σύγχυσης που προκαλεί στους καταναλωτές η παρουσία πολλών προϊόντων και οι αδιαφανείς διαδικασίες σύγκρισής τους.

Φοροαπαλλαγές

Δεν υπάρχουν φορολογικά κίνητρα για να στρέψουν τους καταναλωτές προς την ιδιωτική ασφάλιση. Αντίθετα, αντικίνητρα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν τα εξής φορολογικά μέτρα:

- > όπως αναφέραμε, όλα τα συμβόλαια Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης υπόκεινται σε φορολόγηση (5% επί του ασφαλιστρού). Ο φόρος αποδίδεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, ωστόσο έπειτα μετακυλιέται στους ασφαλισμένους μέσω υψηλότερων ασφαλιστρών
- > από το 1999 όλες οι εταιρικές παροχές σε είδος (όπως η ασφάλιση που προσφέρουν οι εργοδότες στους υπαλλήλους τους) υπόκεινται στις εργοδοτικές εισφορές Εθνικής Ασφάλισης
- > οι εργαζόμενοι (εκτός από τους χαμηλά αμειβόμενους) φορολογούνται για την παροχή σε είδος- ιδιωτική ασφάλιση που τους προσφέρουν οι εργοδότες τους.

Σύνθεση και αποτελέσματα της αγοράς

Δραστηριοποιούνται 27 ασφαλιστικοί φορείς (διεθνείς ή εγχώριοι) καθώς και διάφοροι “διεκπεραιωτές” (*carriers*), οι οποίοι δεν έχουν δικαίωμα να πραγματοποιούν διαδικασίες *underwriting* (ή ασφάλισης). Η αγορά συνδυάζει προνοιακά σωματεία με εμπορικές επιχειρήσεις. Ο διαχωρισμός μεταξύ τους όμως δεν έχει κάποια σημασία σε ότι έχει να κάνει με την εμπορική ή κερδοσκοπική τους πολιτική ή με τη λειτουργία των εποπτικών οργάνων προς αυτές.

Τρεις σημαντικές εξελίξεις έχουν συμβεί τα τελευταία χρόνια: η είσοδος στην αγορά εταιρειών που προσφέρουν μόνο υπηρεσίες ελέγχου- *underwriting*, καθώς και των εταιρειών διεκπεραιωτών που συνεργάζονται με τις πρώτες. Δεύτερον, η ανάπτυξη κοινοπραξιών (*joint ventures*), οι οποίες έχουν μοιράσει τις διάφορες λειτουργίες (όπως *underwriting*, διαχείρισης αποζημιώσεων, σχεδιασμό των προγραμμάτων) σε διάφορες εταιρείες του ομίλου ακόμη και σε άλλες χώρες. Τέλος, η είσοδος στην αγορά μεγάλων τραπεζών αλλά και ομίλων *supermarket* που δραστηριοποιούνται ως διεκπεραιωτές.

Από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, στην ασφαλιστική αγορά έχει εμφανιστεί μεγάλος αριθμός εισόδων-εξόδων. Αυτό συνεπάγεται αφενός ότι το κόστος εισόδου δεν είναι πολύ υψηλό, δηλαδή είναι εύκολο (θεσμικά-οικονομικά) για επιχειρήσεις να εισέλθουν στην αγορά, αφετέρου όμως είναι δύσκολο να καταφέρουν να αποσπάσουν μερίδια αγοράς από τους 4 μεγάλους παίκτες (*BUPA, AXA, PPP Norwich Union, Standard Life*), οι οποίοι σταθερά κατέχουν σχεδόν το 80% της αγοράς. Τα περιθώρια κέρδους των εταιρειών (η διαφορά δηλαδή μεταξύ εσόδων από ασφάλιστρα και εξόδων για αποζημιώσεις) βρίσκονται σταθερά γύρω στο 22-23% τα τελευταία χρόνια, στα πιο υψηλά επίπεδα σε σχέση με άλλες δεκαετίες. Οι μεγάλες αυξήσεις στις τιμές των ασφαλιστρών έχουν αντισταθμιστεί από αντίστοιχες αυξήσεις στα ποσά των αποζημιώσεων. Ένα υψηλό περιθώριο κερδοφορίας δίνει τη δυνατότητα στις ασφαλιστικές εταιρείες να κάνουν επενδύσεις, να αναλαμβάνουν όλο και περισσότερα ασφαλιστικά ρίσκα, αλλά και να μειώνουν τις τιμές κάποιων συμβολαίων ώστε να “χτυπήσουν” τον ανταγωνισμό. Μεγαλύτερα περιθώρια κέρδους συναντώνται στην αγορά ατομικών συμβολαίων αλλά και στην αγορά ομαδικών. Ο ανταγωνισμός των τιμών είναι έντονος. Επιπλέον οι εταιρείες έχουν τη δυνατότητα να

μετακυλίου τα όποια κόστη τους στους χρήστες ατομικής ασφάλισης, όπου έχουν και το περιθώριο.

Σχέσεις ασφαλιστών και παροχών υπηρεσιών υγείας

Οι οικονομικές ροές από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις κατευθύνονται προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία, προς ιδιωτικές μονάδες δημόσιων νοσοκομείων (και τα λεγόμενα “*ray beds*”), και προς προμηθευτές εναλλακτικών θεραπειών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών. Οι πληρωμές προς ιδιωτικά νοσοκομεία περιλαμβάνουν την κάλυψη ξενοδοχειακών υπηρεσιών και των αμοιβών των γιατρών. Συνήθως η κάλυψη των πρώτων γίνεται απευθείας προς τα νοσοκομεία ενώ οι αμοιβές των ιατρών συνήθως καταβάλλονται από τους ασφαλισμένους και η αποζημίωση αποδίδεται σε αυτούς μετά το πέρας της χρήσης των υπηρεσιών.

Οι χρεώσεις που επιβάλλονται από τα νοσοκομεία στους ιδιωτικά ασφαλισμένους αποφασίζονται έπειτα από διμερείς διαπραγματεύσεις μεταξύ ασφαλιστών και προμηθευτών. Αυτό σημαίνει πως οι μεγάλες ασφαλιστικές μπορούν και καταφέρνουν να πετυχαίνουν πιο καλές συμφωνίες απ’ ότι άλλες εταιρείες. Η *BUPA* για παράδειγμα εκτός από ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός όμιλος, είναι και η ίδια παροχέας ιδιωτικών υπηρεσιών.

Όσον αφορά στις αποζημιώσεις των ιατρών, τώρα οι ασφαλιστικοί φορείς αποζημιώνουν με βάση μια δημοσιευμένη λίστα αμοιβών, ενώ η όποια διαφορά επιβαρύνει τον ασφαλισμένο. Σύμφωνα με μια πρόσφατη έρευνα, οι Βρετανοί ιδιωτικά ασφαλισμένοι πληρώνουν τα πιο υψηλά ποσά στους συμβεβλημένους ιατρούς τους από κάθε άλλο Ευρωπαίο. Η *BUPA* καταβάλλει έντονες προσπάθειες για να εισάγει στοιχεία διαχείρισης φροντίδας (*managed care*) στις σχέσεις της με τους προμηθευτές. Τουτέστιν, να χρησιμοποιούνται τιμολογιακές συμφωνίες με βάση την ομαδοποίηση περιπτώσεων (*case-based*), να ακολουθούνται τυποποιημένες διαδικασίες διάγνωσης και θεραπείες ανάλογα με την πάθηση, εκπτώσεις και κίνητρα για πιο αποδοτική και ποιοτική παροχή υπηρεσιών. Εντούτοις, σύμφωνα με έρευνες, αυτές οι προσπάθειες της *BUPA* συναντούν συνεχώς την έντονη κριτική από τους επαγγελματίες υγείας.

1.7.3 Ζήτηση για Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση

Η ζήτηση για Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση έχει παραμείνει στάσιμη για πάρα πολλά χρόνια. Η σταθερά αρνητική πορεία της αγοράς ατομικών συμβολαίων (σε αριθμό ασφαλισμένων) από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, αντισταθμίστηκε από την εξίσου σταθερά αυξητική πορεία των χρηστών ομαδικών συμβολαίων.

Το 2003 παρατηρήθηκε συρρίκνωση του αριθμού χρηστών ομαδικών συμβολαίων, που αποδόθηκε σε δύο παράγοντες. Πρώτον, υπήρχε μια γενική επιβράδυνση της οικονομίας την περίοδο αυτή. Δεύτερον, εμφανίστηκαν στο προσκήνιο οι *NIMES*, κερδίζοντας την

προτίμηση εργοδοτών και εργαζομένων. Τα Non-Insured Medical Expenses Schemes - σχήματα κάλυψης ιατρικών εξόδων αποτελούν μια μορφή εταιρικής ανασφάλισης μέσα από ένα κοινό ταμείο. Για τους εργοδότες, αυτά τα σχήματα ασφάλισης είναι ελκυστικότερα έναντι της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης διότι: εξαιρούνται του φόρου επί ασφαλιστρού, δεν υπόκεινται σε ελέγχους φερεγγυότητας, αποφεύγουν την κάλυψη του περιθωρίου κέρδους της ασφαλιστικής, επομένως έχουν πιο μικρό ασφαλιστρο και επιτρέπουν στους υπαλλήλους της εταιρείας τους να ελέγχουν περισσότερο το σχεδιασμό και τη λειτουργία του σχήματος. Οι εγγεγραμμένοι στα *NIMES*, μέσα σε μια 10ετία (1993-2004) σχεδόν δεκαπλασιάστηκαν!

Η μείωση χρηστών ατομικών συμβολαίων μπορεί αντίστοιχα να αποδοθεί σε παράγοντες όπως:

- > την ανάπτυξη της αγοράς ομαδικών συμβολαίων, καθώς εργαζόμενοι που ασφαλίζονται ομαδικά, ταυτόχρονα διέκοπταν τα ατομικά συμβόλαια ασφάλισης υγείας τους
- > την άρση της φοροελάφρυνσης για τους ηλικίας άνω των 60 ετών χρήστες της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης (παρόλο που κάτι τέτοιο αμφισβητείται έντονα)
- > τις υπέρογκες αυξήσεις τιμών που εισήχθησαν ως απάντηση στη ζημιά που είχε προκληθεί από τις μεγάλες αποζημιώσεις που είχαν δοθεί την περίοδο 1996-2006.

Ως κυρίαρχοι καθοριστικοί παράγοντες της ζήτησης για Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση θεωρούνται:

α) οι μακρές λίστες αναμονής του *NHS*

Παρόλο που η ταχεία πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αποτελεί δομικό συστατικό της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης, οι μελέτες γύρω από τη σχέση λιστών του *NHS* και ζήτησης για Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση δεν δίνουν ασφαλή συμπεράσματα. Αυτό που σίγουρα προκύπτει είναι πως οι προσδοκίες σχετικά με το σύστημα και τις λίστες αναμονής επηρεάζουν τη ζήτηση. Για παράδειγμα, ένα αρνητικό δημοσίευμα στον Τύπο μπορεί να επηρεάζει περισσότερο τους καταναλωτές σε σχέση με τις πραγματικές δικές τους εμπειρίες του *NHS*.

β) η ελαστικότητα ζήτησης της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης

Η ζήτηση για Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας είναι ανελαστική. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως αν οι τιμές των ασφαλιστρον αυξηθούν κατά 10%, η ζήτηση θα αυξηθεί κατά μικρότερο ποσοστό. Επομένως υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα: το 1990 η Κυβέρνηση των Συντηρητικών εισήγαγε με νόμο μια φοροελάφρυνση για την αγορά συμβολαίων σε άτομα άνω των 60 ετών. Ο νόμος αυτός αποσύρθηκε το 1997 με την άνοδο των Εργατικών, όμως η ζήτηση για Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση στο ηλικιακό αυτό γκρουπ μειώθηκε ελάχιστα, παρά τη μεγάλη (29,9%) αύξηση

της τιμής των ασφαλιστρών (λόγω κατάργησης της εν λόγω φοροαπαλλαγής). Επομένως, τα άτομα αυτά θα αγόραζαν την ασφάλιση ούτως ή άλλως. Πάντως οι συνεχείς αυξήσεις των τιμών σε ρυθμούς πάνω από τον πληθωρισμό σίγουρα εξηγούν τη συνεχή συρρίκνωση της αγοραστικής βάσης των ατομικών συμβολαίων και εξηγούν εν μέρει το μικρό ρόλο της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης στη Βρετανία.

γ) τα χαρακτηριστικά των χρηστών

Διάφορες έρευνες γύρω από τα χαρακτηριστικά των χρηστών της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης έχουν ρίξει κάποιο φως στη μελέτη των προσδιοριστικών παραγόντων της ζήτησης. Σύμφωνα με αυτές τις έρευνες, οι χρήστες τείνουν να είναι ηλικίας 55 ως 64 ετών, άνδρες, τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, να ανήκουν σε ανώτερα εισοδηματικά στρώματα, να κατοικούν στην περιοχή του Λονδίνου, να είναι ανώτεροι υπάλληλοι και να ψηφίζουν περισσότερο το κόμμα των Συντηρητικών. Τα στοιχεία αυτά αφορούν την αγορά στο σύνολο, περιλαμβάνουν δηλαδή και χρήστες ατομικών αλλά κυρίως ομαδικών συμβολαίων, που αποτελούν και την πλειοψηφία.

1.7.4 Διάλογος - Συμπεράσματα

Πριν από την εισαγωγή του *NHS*, η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο έπαιζε πολύ σημαντικό ρόλο στο σύστημα υγείας, διευκόλυνε την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για άτομα που δεν είχαν τη δυνατότητα να πληρώσουν μεμονωμένα. Όταν όμως θεσπίστηκε το *NHS*, η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας έχασε το λόγο ύπαρξής της. Ανταποκρινόμενη στις αλλαγές του σκηνικού, η αγορά προσπάθησε να προσαρμοστεί προσφέροντας προϊόντα που δε μπορούσε να δώσει το *NHS*, επικεντρωμένα σε μη-κλινικές πτυχές της ποιότητας.

Μέχρι στιγμής η Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση παίζει πολύ μικρό ρόλο στο σύστημα υγείας της Βρετανίας. Προσφέρει κάλυψη για περιορισμένη γκάμα προϊόντων και υπηρεσιών, οι οποίες άλλωστε προσφέρονται και χωρίς χρέωση από το *NHS*. Η κριτική που έχει κατά καιρούς ασκηθεί στην ιδιωτική αγορά επισημαίνει πως η δυνατότητα που έχει δοθεί στους γιατρούς του *NHS* να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους και στον δημόσιο και στον ιδιωτικό τομέα έχουν βλάψει το σύστημα. Συγκεκριμένα, υποστηρίζουν πως -ποσοτικά- αν οι γιατροί διέθεταν το χρόνο τους μόνο για το *NHS*, δε θα υπήρχαν τόσο μεγάλες λίστες αναμονής. Επίσης, στο ποιοτικό σκέλος, πιστεύεται πως οι γιατροί στο *NHS* θα χρησιμοποιούσαν πιο αποδοτικά το χρόνο που διαθέτουν στους ασθενείς τους εάν δεν εργάζονταν και στον ιδιωτικό τομέα.

Γενικότερα, κριτική ασκείται κυρίως στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας για θέματα ισότητας στην πρόσβαση, αξίες που θεωρούνται ύψιστης σημασίας. Επισημαίνεται πως η Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση σαφώς υποσκάπτει την ισότητα στην πρόσβαση και πως η ικανότητα

κάποιου να πληρώσει αντικαθιστά την ανάγκη ως καθοριστικό παράγοντα πρόσβασης σε φροντίδες υγείας. Αυτό σημαίνει πως αυτοί που έχουν την οικονομική δυνατότητα φθάνουν πιο εύκολα και γρήγορα σε φροντίδες υγείας απ' ότι άλλοι που δεν έχουν, ακόμη και αν οι δεύτεροι βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη.

Υποστηρικτές της Ιδιωτικής Ιατρικής Ασφάλισης και γενικότερα της ιδιωτικής χρηματοδότησης τονίζουν πως οι άνθρωποι που προτιμούν τον ιδιωτικό τομέα ενόσω πληρώνουν τους φόρους τους -που χρηματοδοτούν το *NHS*- απελευθερώνουν πίεση από το σύστημα καθώς πληρώνουν για υπηρεσίες που δεν αξιώνουν, επομένως βελτιώνουν την πρόσβαση για τους υπόλοιπους. Αυτό το επιχείρημα μοιάζει ελκυστικό, ωστόσο δεν είναι βάσιμο καθώς οι ανθρωπίνι πόροι που λείπουν από το *NHS* και οφείλονται για τις λίστες αναμονής, χρησιμοποιούνται από τον ιδιωτικό τομέα.

Η ισότητα στην πρόσβαση είναι άλλη μια από τις ουσιώδεις αρχές που διέπει το αξιακό πρότυπο του Βρετανικού Συστήματος Υγείας. Αναμφίβολα το *NHS* χαρακτηρίζεται από αυτή την αρχή, ωστόσο αν προσθέσουμε τον ιδιωτικό τομέα, το σκηνικό γίνεται πιο θολό. Κατά μία άποψη, η Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση ενίσχυσε την προοδευτικότητα του συστήματος, καθώς "οι πλούσιοι πληρώνουν περισσότερο" για υγεία (και φόρους για το *NHS* αλλά και ασφάλιστρα για την Ιδιωτική Ιατρική Ασφάλιση). Αυτή η άποψη όμως δεν λαμβάνει υπόψη πως "οι πλούσιοι πληρώνουν περισσότερο", αλλά **όχι για τα ίδια!** Πληρώνουν κάτι παραπάνω για να λάβουν -**οι ίδιοι και όχι το κοινωνικό σύνολο**- φροντίδα σε πιο σύντομο χρόνο, σε χώρο και χρόνο της αρεσκείας τους και από επαγγελματίες υγείας της προτίμησής τους. Επομένως, αυτή η εικαζόμενη προοδευτικότητα μάλλον δεν υπάρχει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα

2.1 Το ελληνικό Σύστημα Υγείας

2.1.1 Εισαγωγή

Παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας

Η καταναλωτική συμπεριφορά του πληθυσμού μιας χώρας προσδιορίζεται από τα ιδιαίτερα κοινωνικά, οικονομικά, πολιτισμικά και πολιτικά χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου κοινωνικού σχηματισμού (Καραποστόλης, 1984). Το καταναλωτικό πρότυπο του πληθυσμού για για υπηρεσίες υγείας διαμορφώνεται από την επίδραση επιδημιολογικών, δημογραφικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων. Συγκεκριμένα, παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας μπορούν να ταξινομηθούν ως εξής: επιδημιολογικοί παράγοντες καθώς και η αυτοαξιολόγηση της υγείας του καθενός, δημογραφικοί παράγοντες (όπως ηλικία, φύλο κλπ), κοινωνικοί παράγοντες (εργασιακό status, μορφωτικό επίπεδο), οικονομικοί παράγοντες (επίπεδο εισοδήματος, ασφαλιστική κατάσταση και παράγοντες που σχετίζονται με δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας (όπως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης).

Σύμφωνα με μελέτες που είχαν ως αντικείμενο το επίπεδο υγείας και τη νοσολογική εικόνα του πληθυσμού, το επίπεδο υγείας θεωρείται ως ο πιο σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας για τη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας. Το επίπεδο υγείας όπως το αντιλαμβάνεται το ίδιο το άτομο βασίζεται μεν στην πραγματική κατάσταση της υγείας του, όμως δεν συμπίπτει πάντα με αυτήν. Η αντίληψη της υγείας και της ευημερίας αλλά και οι προσδοκίες και απαιτήσεις σχετικά με το επίπεδο υγείας του καθενός διαφέρουν ανάμεσα στα άτομα. Οι αντιλήψεις αυτές των ατόμων επηρεάζονται ανάλογα με την ταυτότητα, την κουλτούρα, τα πολιτισμικά στοιχεία, την κατοχή ειδικών γνώσεων ή πληροφοριών και άλλα γενικά χαρακτηριστικά που τις διαμορφώνουν.

Επιπλέον όμως, εξίσου σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας της ζήτησης υπηρεσιών υγείας είναι η οργάνωση του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος (Γείτονα και συν. 1992). Οι μεταβολές στην κοινωνικοοικονομική δομή της ελληνικής κοινωνίας συνέβαλαν στην αύξηση της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Το υψηλό ποσοστό των αυτοαπασχολούμενων και των μικροαστικών στρωμάτων που μορφοποίησαν το καταναλωτικό πρότυπο (Μοσχονάς, 1986, Λύτρας, 1993), η μεταβολή του παραδοσιακού ρόλου της οικογένειας και η προσαρμογή της στο δυτικό ευρωπαϊκό πρότυπο (Μαράντου-Αλιμπράντη, 1995), η δημογραφική γήρανση (Ρουμελιώτου και συν. 1995), η αστικοποίηση (Κυριαζή-Άλλισον, 1998), η αλλαγή του επιδημιολογικού προφίλ του πληθυσμού με την επικράτηση των λεγόμενων "ασθενειών του πολιτισμού" (Κυριόπουλος-Τριχόπουλος και συν. 1992) και η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, συντελούν σε σημαντικό βαθμό στην υπερβάλλουσα ζήτηση για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα.

Το υψηλό κόστος χρόνου και η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων δημόσιων υπηρεσιών υγείας οδηγούν στην τάση όσο αυξάνεται το εισόδημα να αυξάνεται η ιδιωτική κατανάλωση και να μειώνεται η χρήση των υπηρεσιών των ασφαλιστικών ταμείων, ιδίως στις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ενώ η μεσαία κοινωνική τάξη δαπανά υψηλότερα ποσά για γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης, γιατρούς νοσοκομείων του ΕΣΥ και φάρμακα, η ανώτερη κοινωνική τάξη κατευθύνεται πιο πολύ προς τις ιδιωτικές κλινικές και την κλειστή περίθαλψη. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας προτιμάται περισσότερο από άτομα των δύο προαναφερθεισών τάξεων σε αντίθεση με τα άτομα της κατώτερης κοινωνικής ομάδας τα οποία μοιάζουν εγκλωβισμένα στην κοινωνική ασφάλιση υγείας, καθώς δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να στραφούν σε εναλλακτικές μορφές ασφάλισης.

Δαπάνες για υπηρεσίες υγείας

Οι δαπάνες για υπηρεσίες υγείας αντιπροσωπεύουν πλέον ένα ολοένα και αυξανόμενο ποσοστό του ΑΕΠ των χωρών-μελών του ΟΑΣΑ. Το 2005 οι δαπάνες υγείας των 30 μελών του ΟΑΣΑ, οι οποίες βρίσκονται αντιμέτωπες με το πρόβλημα της δημογραφικής γήρανσης, αντιπροσώπευαν κατά μέσο όρο το 9% του ΑΕΠ έναντι 8% το 2003 και 7,8% με 8,5% του ΑΕΠ την πενταετία 1997-2002 (ΟΑΣΑ, 2007).

Η Ελλάδα πριν τη διεύρυνση παρουσίαζε τις υψηλότερες δαπάνες μεταξύ των 15 κρατών-μελών της Ένωσης, με ποσοστό 9,5% του ΑΕΠ ενώ ο μέσος όρος στην Ένωση ήταν 9,1%. Το 2007 οι συνολικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ήταν 10,1% ως ποσοστό του ΑΕΠ. Την πρώτη θέση κατείχαν οι ΗΠΑ με ποσοστό 15,3% του ΑΕΠ, η Ελβετία με 11,6%, η Γαλλία με 11,1% και η Γερμανία με 10,7%.

Η δημόσια κατά κεφαλήν δαπάνη (συμπεριλαμβανομένης και αυτής των ασφαλιστικών ταμείων) ανέρχεται στα 884 ευρώ (42,8% επί των συνολικών δαπανών υγείας), κατατάσσοντας την Ελλάδα στην τελευταία θέση των χωρών του ΟΑΣΑ, ενώ η ιδιωτική δαπάνη κινείται διαχρονικά σε επίπεδα υπερδιπλάσια του μέσου όρου των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρά το γεγονός ότι στην Ελλάδα υπάρχει το Εθνικό Σύστημα Υγείας, η αναλογία ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης πλησιάζει τις αναλογίες που υπάρχουν σε ιδιωτικά συστήματα υγείας, όπως αυτό των ΗΠΑ (το οποίο και μεταρρυθμίζεται), όπου η δαπάνη υγείας κατανέμεται με ποσοστά 55,1% για τον ιδιωτικό και 44,9% για το δημόσιο τομέα (2002). Το 2007 κατέλαβε την πρώτη θέση ανάμεσα στις χώρες του ΟΑΣΑ με ποσοστό ιδιωτικών δαπανών 57,2% (!) επί των συνολικών δαπανών για την υγεία, ενώ ακολουθούν οι ΗΠΑ και το Μεξικό με 55%.

Τέλος, η φαρμακευτική δαπάνη στην Ελλάδα αυξάνεται με ρυθμούς χαμηλότερους του ρυθμού αύξησης τόσο του ΑΕΠ όσο και της δαπάνης υγείας. Συγκεκριμένα, το ΑΕΠ της χώρας αυξάνεται με ρυθμό κατά μέσο όρο 3,6% ετησίως, η δαπάνη υγείας αυξάνεται με ρυθμό 3,4%, ενώ η φαρμακευτική δαπάνη αυξάνεται με ρυθμό 3%. Ο ρυθμός αυτός είναι χαμηλός σε σχέση με τις άλλες χώρες της Ένωσης.

Η συζήτηση επικεντρώνεται τα τελευταία χρόνια γύρω από τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες, διότι έχει προκύψει το μείζον ζήτημα του προσδιορισμού του πραγματικού ποσού που ξοδεύεται στην Ελλάδα για από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (κοινωνική ασφάλιση) και τους ιδιώτες για τις υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης, 2002).

Εξετάζοντας τις δαπάνες υγείας κατά το διάστημα της δεκαετίας του 1990, διαπιστώνεται μια σημαντική αύξηση των συνολικών δαπανών, ωστόσο η σύνθεσή τους αποτυπώνει σε μεγάλο βαθμό τον τρόπο δόμησης του συστήματος υγείας, καθώς και τις χωρίς συνέχεια και μακρόπνοο σχεδιασμό παρεμβάσεις της πολιτικής υγείας. Συγκεκριμένα, κατά τη δεκαετία του 1980 οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σημαντικά, παράλληλα με την αύξηση της δημόσιας (και κυρίως της νοσοκομειακής) υποδομής σε πόρους υγείας. Την ίδια στιγμή, ο ιδιωτικός τομέας παρουσίασε κάμψη, ενώ επανήλθε στα μέσα της ίδιας και στις αρχές της δεκαετίας του 1990, αρχικά με την ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων και έπειτα με τη δημιουργία μεγάλων επιχειρηματικών σχημάτων.

Παράλληλα, μια σειρά από παράγοντες όπως η αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων, η αύξηση των υγειονομικών πόρων, οδήγησαν σε αύξηση της ζήτησης και σε ολοένα και μεγαλύτερη επιβάρυνση των ατομικών και οικογενειακών εισοδημάτων για υπηρεσίες υγείας. Με αυτά τα δεδομένα, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας έφθασαν σε πολύ υψηλά επίπεδα, σε σχέση με άλλες χώρες που υιοθέτησαν εθνικά συστήματα υγείας (Σουλιώτης, 2000).

Σύμφωνα και με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, το 2005 οι ιδιωτικές δαπάνες ανήλθαν σε 57,2% των συνολικών δαπανών υγείας, ενώ καταγράφηκε και μία τάση των πολιτών να προτιμούν να νοσηλευθούν σε κάποια ιδιωτική κλινική, ακόμη και αν πρόκειται να καλύψουν όλα τα έξοδα μόνοι τους.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε αισθητή μείωση του δημόσιου τομέα και μεταβολή του χρηματοδοτικού χάρτη στον τομέα της υγείας.

2.1.2 Χαρτογράφηση του Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ένα δημόσιο-ιδιωτικό μείγμα τόσο στη χρηματοδότηση όσο και στην παροχή των υπηρεσιών. Οι τρεις κύριοι τύποι κάλυψης είναι: το Εθνικό Σύστημα Υγείας, τα Ταμεία Ασφάλισης Υγείας και η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Θεωρητικά το ΕΣΥ παρέχει καθολική κάλυψη.

Παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα το 2000 είχε ένα από τα χαμηλότερα κατά κεφαλήν ΑΕΠ στην Ε.Ε., δαπάνησε το 9,4% αυτού για υπηρεσίες υγείας, ένα ποσοστό που την κατέτασσε πάνω από το μέσο όρο της Ένωσης. Το μερίδιο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ανερχόταν στο 2,3% ενώ το 41,4% αποτελούνταν από άμεσες πληρωμές.

Στης αρχές της δεκαετίας του 2000, περίπου το 5-8% του πληθυσμού είχε ιδιωτική ασφάλιση. Η κάλυψη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας παραμένει ακόμη χαμηλή, παρόλο που οι ασφαλισμένοι συχνά καταβάλλουν υψηλές άμεσες πληρωμές στους προμηθευτές. Πιθανή εξήγηση είναι η απροθυμία για καταβολή ενός ποσού σε τρίτους πληρωτές. Η πληρωμή του γιατρού ή του νοσοκομείου άμεσα είναι ενσωματωμένη στην κουλτούρα του Έλληνα και η μεταφορά των χρημάτων σε έναν τρίτο πληρωτή μπορεί να θεωρηθεί περιττή διάβρωση της σχέσης ασθενούς-ιατρού (Mossialos, 2003). Σύμφωνα με άλλους, οι πολιτικές των ασφαλιστικών εταιρειών τείνουν να είναι εκλεκτικής φύσεως, απευθύνονται στα νέα και υγιή άτομα και δεν είναι αναλυτικές.

Κάλυψη και Παροχές

Από οργανωτικής απόψεως το ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα "μεικτό σύστημα", δεδομένου ότι η παροχή και η χρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών συνδυάζουν στοιχεία τόσο των εθνικών συστημάτων τύπου Beveridge, όσο και των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark, ενώ εμφανίζει και έναν ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα.

Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται από το ΕΣΥ και τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Το ΕΣΥ προσφέρει σε όλους τους πολίτες: πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσω των Κέντρων Υγείας, των εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων, των περιφερειακών ιατρείων, επείγουσα προνοσοκομειακή περίθαλψη μέσω του ΕΚΑΒ, και νοσοκομειακή περίθαλψη μέσω των δημόσιων νοσοκομείων. Η κάλυψη των δαπανών γίνεται μέσω της γενικής φορολογίας.

Το ΕΣΥ που δημιουργήθηκε το 1983 καλύπτει όλους τους κατοίκους για τις υπηρεσίες που παρέχονται στις εγκαταστάσεις του, ωστόσο, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη εξαρτάται επίσης από την ιδιότητα του μέλους στα 35 επαγγελματικά ταμεία ασφάλισης υγείας, που χρηματοδοτούνται από εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και καλύπτουν το 97% του πληθυσμού. Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) καλύπτει περίπου το ήμισυ του πληθυσμού, με τρία άλλα ταμεία (ΟΓΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ), που καλύπτουν ένα επιπλέον 40%. Η ασφάλιση είναι υποχρεωτική και γίνεται με βάση το επάγγελμα. Η έκταση της κάλυψης και το εύρος των παροχών διαφέρουν μεταξύ των επιμέρους φορέων. Τα ταμεία προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους κυρίως πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω των πολυϊατρείων τους ή μέσω συμβεβλημένων ιατρών και διαγνωστικών κέντρων. Η χρηματοδότηση βασίζεται στις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και στις κρατικές επιδοτήσεις. Κάθε Ταμείο προσφέρει το δικό του πακέτο παροχών. Συμμετοχή του ασθενούς στο κόστος ισχύει κυρίως για τα εξωνοσοκομειακά συνταγογραφούμενα φαρμακευτικά σκευάσματα, τα οδοντικά πρόσθετα και την οφθαλμολογική φροντίδα, με εξαίρεση από τη συμμετοχή στα φάρμακα των εγκύων, των ασθενών με χρόνιες παθήσεις ή συγκεκριμένες ασθένειες και των χαμηλοσυνταξιούχων.

Ο ιδιωτικός τομέας υγείας περιλαμβάνει ιδιώτες γιατρούς, συμβεβλημένους ή μη με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών.

Οι άμεσες πληρωμές (οορ) είναι εκτεταμένες και συγκεκριμένα οι άτυπες πληρωμές (παραοικονομία) αποτελούν ίσως το πιο σοβαρό πρόβλημα στο ελληνικό σύστημα υγείας. Αυτές οι πληρωμές στοχεύουν στην παράκαμψη των λιστών αναμονής και την εγγύηση καλύτερης ποιότητας στην περίθαλψη. Η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει πολύ μικρό ρόλο.

Χρηματοδότηση

Οι ιδιωτικές άμεσες πληρωμές (οορ) αποτελούν το μεγαλύτερο μηχανισμό συνεισφοράς στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Οι δημόσιοι πόροι προέρχονται σχεδόν εξίσου από την κεντρική φορολογία και από τις εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης (εργοδοτών και εργαζομένων). Ωστόσο, ορισμένα Ταμεία χρηματοδοτούνται πλήρως από μεταβιβάσεις του κρατικού προϋπολογισμού (συμπεριλαμβανομένου του ΟΓΑ και του ΟΠΑΔ - τα Ταμεία για τους αγρότες και τους δημοσίους υπαλλήλους, αντίστοιχα). Οι εισφορές για τους ασφαλισμένους και τους εργοδότες ποικίλλουν ανάλογα με το Ταμείο. Οι δημόσιοι υπάλληλοι, οι εργαζόμενοι στις δημόσιες επιχειρήσεις και στον τραπεζικό τομέα, καθώς επίσης και οι ελεύθεροι επαγγελματίες συμβάλλουν πολύ λιγότερο στη χρηματοδότηση του ΕΣΥ ή των ασφαλιστικών ταμείων. Ενώ οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες καταβάλλουν μαζί πάνω από το 44% των ακαθάριστων αποδοχών στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, οι μικροί επιχειρηματίες και οι έμποροι καταβάλλουν μηνιαίες κατ' αποκοπή πληρωμές ποσών που κυμαίνονται μεταξύ 17% και 37% των ακαθάριστων αποδοχών του εργάτη παραγωγής, οι αγρότες δεν καταβάλλουν τίποτε και τέλος, οι εισφορές άλλων επαγγελματιών συμπληρώνονται (εάν όχι αντικαθίστανται) από φόρους τρίτων πληρωτών (Bronchi, 2001). Επομένως, το οικονομικό βάρος της χρηματοδότησης της υγείας δεν κατανέμεται ισότιμα μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων.

Τα φορολογικά έσοδα συγκεντρώνονται από το Υπουργείο Οικονομικών. Οι εισφορές της κοινωνικής ασφάλισης συγκεντρώνονται από κάθε Ταμείο. Δεν υπάρχει καμία ανακατανομή πόρων μεταξύ των φορέων.

Προσφορά και αγορά υπηρεσιών υγείας

Η προσφορά υπηρεσιών υγείας αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσοκομεία κλπ.). Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά υπηρεσιών υγείας είναι: α) η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων, β) η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων, γ) η κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη (Κυριόπουλος, 1999).

Οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιατροί, Κέντρα Υγείας, Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων, Πολυϊατρεία, Δημοτικά Ιατρεία) και σε

νοσοκομειακές. Οι πρώτες συνιστούν την “ανοικτή περίθαλψη” (εξωνοσοκομειακή), που σκοπό έχει την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας στα πλαίσια μιας κοινότητας ώστε να περιορίζεται η προσφυγή στη νοσοκομειακή περίθαλψη.

Το Υπουργείο Υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας είναι οι κύριοι αγοραστές της υγειονομικής περίθαλψης από το ΕΣΥ και ιδιωτικούς παροχείς. Το Υπουργείο Υγείας κατανέμει τους πόρους προς τους παροχείς σύμφωνα με τον προϋπολογισμό του (που καθορίζεται από το Υπουργείο Οικονομικών) και σε μεγάλο βαθμό με βάση ιστορικά στοιχεία προηγούμενων ετών.

Πληρωμή των προμηθευτών

Η αμοιβή των συμβεβλημένων με τα ταμεία προμηθευτών βασίζεται στην κατά πράξη και περίπτωση αποζημίωση σε προκαθορισμένες από το κράτος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι υπόλοιποι αμείβονται είτε με άμεση καταβολή των χρηστών (ως επί το πλείστον) είτε από την ιδιωτική ασφάλιση. Τα ελληνικά νοσοκομεία αποζημιώνονται με βάση ένα μείγμα προϋπολογισμών, αποζημίωσης ανά ημέρα ή/και ανά περιστατικό (ανάλογα με το φορέα).

Εξέλιξη του ιδιωτικού κλάδου υποδομής και παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο κλάδος των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα γνώρισε μεγάλη ανάπτυξη μετά το 1985, με την ίδρυση πολλών νέων μονάδων. Βασικός παράγοντας ήταν η αδυναμία του δημόσιου τομέα να ακολουθήσει τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις στο διαγνωστικό εξοπλισμό. Η ιδιωτική πρωτοβουλία έμεινε ουσιαστικά ελεύθερη να επενδύσει στην τελευταία λέξη της διαγνωστικής τεχνολογίας, ιδρύοντας σύγχρονες πολυδύναμες μονάδες, οι οποίες προσφέρουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Παράλληλα, η κρατική πολιτική κατά τη διάρκεια του 1980, η οποία έβαλε φραγμό στην ίδρυση στην ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών ή την επέκταση των ήδη υπαρχουσών, οδήγησε αρκετούς επιχειρηματίες που ήθελαν να επενδύσουν στην ιδιωτική υγεία, στην ίδρυση μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τη δεκαετία 1985-95 η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων ξεπέρασε το 30%.

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ αποτέλεσε αναμφισβήτητα τη σοβαρότερη και ουσιαστικότερη προσπάθεια εφαρμογής ενός πλαισίου αρχών και ενιαίων κανόνων λειτουργίας σε ένα κατακερματισμένο σύνολο υπηρεσιών υγείας, που κάθε άλλο παρά ως σύστημα θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν. Διαπνεόταν από μια συγκεκριμένη θεώρηση για το ρόλο του αγαθού υγεία στη σύγχρονη κοινωνία και βασιζόταν στο ευρωπαϊκό παράδειγμα των κοινωνικών συστημάτων υγείας άλλων χωρών. Συνέβαλε στην επέκταση της προστασίας του πληθυσμού και στην αύξηση των διατιθέμενων χρηματοδοτικών και ανθρωπίνων πόρων.

Ωστόσο δεν μπόρεσε να αντιμετωπίσει ζητήματα μακροοικονομικής και μικροοικονομικής αποδοτικότητας, ισότητας στη χρηματοδότηση, διαχείρισης-διοίκησης και περιφερειακής

αποκέντρωσης. Αυτό συνέβη παρά τις προθέσεις των νομοθετών-δημιουργών του Ν 1397/83, είτε γιατί κάποιες ρυθμίσεις του δεν εφαρμόστηκαν, είτε γιατί κάποιες συνέπειες εφαρμογής του νόμου δεν προβλέφθηκαν είτε γιατί δεν έγινε καμία μνεία, ειδικά στο κομμάτι της χρηματοδότησης και της κατανομής των πόρων.

Το 1992, λόγω της νέας πολιτικής κατάστασης, ο Ν 2071 προέβλεπε μεταξύ άλλων τη δυνατότητα επιλογής των ιατρών του ΕΣΥ ανάμεσα στην πλήρη και αποκλειστική απασχόληση (που είχε καθιερώσει ο Ν 1397) και στην μερική τους απασχόληση με παράλληλη άσκηση ιδιωτικής πρακτικής, την απελευθέρωση του ιδιωτικού τομέα και τη δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών, την ελευθερία επιλογής γιατρού ή νοσηλευτηρίου από τους πολίτες, αλλά και τη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα.

Μπορεί το πολιτικό σκηνικό να άλλαξε και πάλι, ωστόσο ο νόμος 2194/1994, ενώ επανέφερε τις διατάξεις του Ν 1397, δεν κατάργησε τις προβλέψεις του προηγούμενου νόμου όσον αφορά στη δυνατότητα σύμβασης των ασφαλιστικών ταμείων με ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, τις ελευθερίες που είχαν παραχωρηθεί στον ιδιωτικό τομέα και τα μέτρα συμμετοχής του ασθενούς στο κόστος περίθαλψης.

Κατά την περίοδο 1986-91 ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης των διαγνωστικών κέντρων ήταν 25,8%. Το 1991 ο αριθμός τους ανερχόταν σε 192, ενώ το 1999 σε πάνω από 400.

Παρά τη σημαντική επέκταση του δημόσιου τομέα και τους σοβαρούς περιορισμούς που επέβαλε στην ανάπτυξη του ο νόμος του ΕΣΥ, ο ιδιωτικός τομέας παρουσίασε τεράστια ανάπτυξη στο χώρο των νέων τεχνολογιών και της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Η ανάπτυξη αυτή διογκώθηκε στη δεκαετία του 1990 και επικεντρώθηκε στη δραστηριοποίηση των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, την ίδρυση διαγνωστικών κέντρων κατά πρώτο λόγο και ιδιωτικών κλινικών κατά δεύτερο, αλλά και στη δραστηριοποίηση ιδιωτών ειδικευμένων ιατρών. Υπηρεσίες αποκατάστασης όπως φυσιοθεραπείες ή υπηρεσίες για ηλικιωμένους, όπως τα γηροκομεία, προσφέρονται κυρίως από τον ιδιωτικό τομέα.

Η μειωμένη ικανοποίηση από μέρους του πληθυσμού από τις δημόσια παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τα διαρθρωτικά και οργανωτικά προβλήματα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως και ο μεγάλος αριθμός γιατρών στην Ελλάδα, οδήγησαν στην αύξηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Ο αυξημένος αριθμός των διαγνωστικών κέντρων, το σύστημα αποζημίωσής τους κατά πράξη και περίπτωση, ο έντονος ανταγωνισμός μεταξύ τους οδήγησαν στην υπερκατανάλωση των υπηρεσιών τους. Η απουσία μηχανισμού παραπομπής και ελέγχου έχει ως αποτέλεσμα τα ασφαλιστικά ταμεία να καλούνται να καταβάλλουν στα διαγνωστικά κέντρα σημαντικά ποσά τα οποία δεν αιτιολογούνται πλήρως.

Έρευνες μάλιστα που έγιναν το 1994 έδειξαν ότι η ικανοποίηση των χρηστών από τις μονάδες ανοικτής φροντίδας υγείας ήταν μέτρια όσον αφορά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και μικρή όσον αφορά το διοικητικό κομμάτι των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, το ποσοστό των πολιτών που αξιολογεί την εμπειρία του από τις υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης

του ιδιωτικού τομέα ως καλή ή πολύ καλή ήταν υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό για τις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα (Γεωργούση, Γεννηματά, Δρίζη, Κυριόπουλος, 1994).

Επιβαρυντική συνθήκη αυτής της κατάστασης είναι το γεγονός ότι η επέκταση των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα έλαβε χώρα σε ένα περιβάλλον το οποίο χαρακτηρίζεται από την απουσία ρυθμιστικού πλαισίου και προγραμματισμού για τη διάχυση της βιοϊατρικής τεχνολογίας και τη μη διεξαγωγή αξιολογήσεων του κόστους και του οφέλους και της ιατρικής αποτελεσματικότητας, που να πιστοποιεί την αναγκαιότητα για την έγκριση εγκατάστασης νέων μηχανημάτων. Συνέπεια αυτού είναι η μεγάλη επέκταση της απεικονιστικής διαγνωστικής όπου κυριαρχεί ο ιδιωτικός τομέας. Οι φραγμοί που έθεσε η κεντρική διοίκηση στον ιδιωτικό τομέα της δευτεροβάθμιας περίθαλψης στη δεκαετία του 1980 οδήγησαν στη στροφή του προς την υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία, η οποία απορρόφησε περίπου το 90% των ιδιωτικών επενδύσεων στην υγεία, με επικέντρωση στα μεγάλα αστικά κέντρα. Το Υπουργείο Υγείας αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα στην προσπάθεια παρακολούθησης και ελέγχου του συστήματος, δεδομένης της απουσίας κατάλληλων μηχανισμών αλλά και του νομοθετικού κενού σχετικά με τους όρους λειτουργίας των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο παρατηρείται την τελευταία σχεδόν 20ετία.

Συμπερασματικά

Όντας μέρος ενός ιδιότυπου κράτους πρόνοιας, το ελληνικό σύστημα υγείας αντανάκλα τις ίδιες ιδιαιτερότητες και σχέσεις με την ελληνική κοινωνία, δηλαδή τις πελατειακές σχέσεις, τη λιγότερο αναπτυγμένη επίσημη και την υπεραναπτυγμένη άτυπη οικονομία, την έλλειψη ισχυρής διοικητικής οργάνωσης και τα ισχυρά οργανωμένα συμφέροντα. Το ΕΣΥ δεν απέκτησε ποτέ τα χαρακτηριστικά ενός συστήματος καθολικής κάλυψης. Το σύστημα στηρίζεται υπερβολικά σε δαπανηρές εισροές, στην ιστορικά βασισμένη κατανομή των πόρων και στην απουσία ισχυρών κινήτρων για τους προμηθευτές. Συνεπώς δε μπορεί να είναι αποτελεσματικό.

Η εκτενής άτυπη αγορά μέσα στο σύστημα οδηγεί σε αντίστροφα κίνητρα, με τα οποία αρκετοί ιατροί χρηματοδοτούν τις ιδιωτικές δραστηριότητές τους μέσω άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς και ταυτόχρονα χρησιμοποιούν της δημόσιες εγκαταστάσεις.

2.2 Η ελληνική αγορά Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

2.2.1 Επίδραση της ασφάλισης - Εισαγωγικά - Ατομική και ομαδική ασφάλιση - Underwriting

Επίδραση της ασφάλισης στη ζήτηση υπηρεσιών υγείας

Η άνοδος της ασφάλισης υγείας τις τελευταίες δεκαετίες είχε μεγάλη επίδραση στη ζήτηση για ιατρική περίθαλψη. Μεγάλος αριθμός εμπειρικών μελετών επιβεβαίωσαν την υπόθεση ότι κάτω από διαφορετικές συνθήκες ασφαλιστικής κάλυψης, η συμπεριφορά των ατόμων και η ζήτηση για ιατρικές υπηρεσίες διαφοροποιείται, μια διαπίστωση η οποία συναρτάται με την αποδοτική χρήση των πόρων, την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών, την ποιότητα της φροντίδας, τον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών.

Από τις εμπειρικές έρευνες προέκυψε ότι η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης επιδρά σημαντικά στη ζήτηση και κατανάλωση ιατρικών φροντίδων, την οποία επηρεάζουν και οι εξής παράγοντες: τιμές (περίθαλψης και ασφάλισης), υποκατάσταση (μεταξύ υπηρεσιών, πχ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης), και το κόστος χρόνου.

Η ασφάλιση υγείας σε μηδενικές τιμές συνασφάλισης δημιουργεί κίνητρα για υπερκατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών. Πρόκειται για το φαινόμενο του ηθικού κινδύνου (*moral hazard*), που προκαλεί σημαντικές οικονομικές απώλειες στα κοινωνικά και ιδιωτικά ασφαλιστικά σχήματα και περιγράφει την αλλαγή συμπεριφοράς του ασθενή όταν απόκτησει ασφάλιση υγείας. Έχει επιβεβαιωθεί ότι η ασφάλιση υγείας ενδέχεται να επηρεάσει τον καταναλωτή ώστε να λαμβάνει λιγότερες προφυλάξεις για να προστατεύσει την υγεία του προκαταβολικά και να αποφύγει την ασθένεια ή επίσης να κάνει χρήση σε περιττές ιατρικές υπηρεσίες ανεξαρτήτου τιμής.

Ο χρήστης καταναλώνει την ιατρική περίθαλψη ως ελεύθερο αγαθό, επειδή θεωρεί πως η τιμή της είναι μηδενική. Κάτι που όμως σαφώς και δεν ισχύει, τουναντίον η φιλοσοφία αυτή έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της κατανάλωσης περίθαλψης και επομένως και της δαπάνης, με αυξητικές επιδράσεις στις τιμές των υπηρεσιών περίθαλψης αλλά και με δυσμενείς επιδράσεις στην κατανομή των πόρων.

Ως εργαλεία για την άσκηση ελέγχου στο πρόβλημα του ηθικού κινδύνου και τη συγκράτηση των υγειονομικών δαπανών θεωρούνται: α) η εισαγωγή ποσοστού συνασφάλισης, β) η ασφάλιση αποζημίωσης και γ) οι ασφαλιστικές απαλλαγές.

(α) πολλά ασφαλιστικά σχήματα, κυρίως ιδιωτικά, εμπεριέχουν τον όρο της **συνασφάλισης**, όπου ο καταναλωτής πληρώνει ένα καθορισμένο ποσοστό (και όχι ποσό, οπότε μιλάμε για συν-πληρωμή) του κόστους περίθαλψης και ο ασφαλιστικός φορέας το υπόλοιπο. Επιπλέον, σε πολλά προγράμματα, οι ασφαλιστικές ενθαρρύνουν τους ασφαλισμένους να κάνουν χρήση του Ταμείου τους (κοινωνικής ασφάλισης) για την κάλυψη του 80% του κόστους μιας επέμβασης ώστε εκείνες να καλύψουν το υπόλοιπο 20% και ο καταναλωτής να μην επιβαρυνθεί καθόλου. Έχει αποδειχτεί πως η συνασφάλιση επιδρά σημαντικά στη

ζήτηση μεγάλου αριθμού φροντίδων της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, της παιδιατρικής φροντίδας, των ψυχιατρικών υπηρεσιών, της οδοντιατρικής και της επείγουσας περίθαλψης καθώς και στην κατανάλωση φαρμάκων.

(β) η **ασφάλιση αποζημίωσης** ως τεχνική μείωσης του ηθικού κινδύνου, συνεπάγεται πως ο ασφαλιστικός φορέας πληρώνει ένα καθορισμένο ποσό για διάφορα είδη ιατρικών υπηρεσιών τα οποία έχουν αγοραστεί π.χ. Ένα σταθερό ποσό κάθε ημέρας νοσηλείας στο νοσοκομείο. Αν ο λογαριασμός υπερβεί το ποσό αυτό, ο καταναλωτής αναλαμβάνει να καταβάλει τη διαφορά με τη μορφή άμεσης πληρωμής. Η τεχνική αυτή μπορεί να φαίνεται ότι αρχικά ίσως αυξάνει τη ζήτηση, λειτουργεί ως “φρένο” στην περιττή δαπάνη.

(γ) μερικά ασφαλιστικά συμβόλαια περιέχουν **απαλλαγές ή συνεισφορές (deductibles)**, με τις οποίες ο ασφαλισμένος πρέπει να πληρώσει ένα συγκεκριμένο ποσό του κόστους για την περίθαλψη ανά ημερολογιακό έτος πριν αρχίσει η κάλυψη, π.χ. οι πρώτες 100 μονάδες δαπάνης για περίθαλψη να επιβαρύνουν τον καταναλωτή.

Με αυτόν τον τρόπο οι ασφαλιστικές επιχειρούν να μειώσουν το κόστος με 2 τρόπους :

- i. οι απαλλαγές μπορεί να μειώσουν το διοικητικό κόστος επειδή θα χρειαστεί να αρχειοθετήσουν λιγότερες και μικρότερες διεκδικήσεις μέσα σε ένα έτος
- ii. οι απαλλαγές μπορεί να έχουν μια αρνητική επίδραση στη ζήτηση ιατρικής περίθαλψης

Η αρνητική αυτή επίδραση πιθανώς να είναι μεγαλύτερη όσο το κόστος του ιατρικού περιστατικού είναι χαμηλό, η ανάγκη για περίθαλψη είναι χρονικά καθυστερημένη μέσα στο έτος και η πιθανότητα να απαιτηθεί μελλοντική περίθαλψη είναι μικρή, επειδή το άτομο έχει καλή υγεία. Αντίθετα, η ζήτηση δε φαίνεται να επηρεάζεται όταν το πρόβλημα υγείας είναι σοβαρό, απαιτεί άμεση και δαπανηρή διαγνωστική και θεραπευτική αντιμετώπιση και συχνή χρήση υπηρεσιών παρακολούθησης μέσα στο έτος.

Οι τρεις μέθοδοι ελέγχου του ηθικού κινδύνου και περιορισμού των δαπανών που αναφέραμε, χρησιμοποιούνται κυρίως από την ιδιωτική ασφάλιση σε υγειονομικά συστήματα με διαφορετικό βαθμό ανταγωνισμού.

Η κοινωνική ασφάλιση, καθώς και τα συστήματα υγείας που βασίζονται στη γενική φορολογία, χρησιμοποιούν άλλου τύπου τεχνικές, δηλαδή κανόνες στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών οι οποίοι έχουν επίπτωση στο κόστος χρόνου για τους ασφαλισμένους. Αυτό συμβαίνει επειδή στόχοι της κοινωνικής πολιτικής υγείας όπως η ισότητα στην φροντίδα και η κοινωνική δικαιοσύνη στη χρηματοδότηση δεν μπορούν να συμβαδίσουν με το στόχο της αποδοτικότητας όταν αυτός εξυπηρετείται από τεχνικές όπως η εισαγωγή συνασφάλισης, καθώς η συνασφάλιση διαφοροποιείται κατά το είδος της φροντίδας και είναι αντιστρόφως ανάλογη της ανάγκης. Επομένως η συνασφάλιση δε μπορεί να αφορά ομάδες πληθυσμού με χαμηλά εισοδήματα, γιατί καταστρατηγεί την αρχή της ισότητας.

Εισαγωγικά

Η κοινωνική ασφάλιση έχει σαν σκοπό την εξυπηρέτηση γενικότερων κοινωνικών αναγκών που εμπíπτουν στα πλαίσια της κρατικής κοινωνικής πολιτικής, γι' αυτό και η αρμοδιότητα έχει ανατεθεί σε Οργανισμούς Δημοσίου Δικαίου. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι ο υποχρεωτικός της χαρακτήρας. Ο εργαζόμενος ή ο επαγγελματίας είναι υποχρεωμένος από το νόμο να ασφαλιστεί όταν ασκεί επάγγελμα που εμπíπτει στην ασφαλιστική αρμοδιότητα του αντίστοιχου οργανισμού. Οι όροι ασφάλισης είναι ίδιοι για όλους τους ασφαλισμένους, δεν υπάρχει καμία ιδιαίτερη σύμβαση, αλλά μια κοινή σύμβαση όλων των ασφαλισμένων με το φορέα τους, που τους προστατεύει έναντι των βασικών κινδύνων (ασθένεια, ατύχημα, ανεργία, θάνατος, γήρας κλπ). Οι συνήθεις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης είναι η ιατροφαρμακευτική, η νοσοκομειακή περίθαλψη, τα επιδόματα ασθενείας, μητρότητας κλπ.

Αντίθετα η ιδιωτική ασφάλιση υγείας πραγματοποιείται με την ελεύθερη βούληση όσων επιθυμούν να λάβουν ασφαλιστική κάλυψη και προστασία έναντι ορισμένων κινδύνων που απειλούν την υγεία, την αρτιμέλεια, την περιουσία ή ακόμη και τη ζωή τους. Η ιδιωτική ασφάλιση έρχεται να συμπληρώσει σε πολλές περιπτώσεις το έλλειμμα της κοινωνικής ασφάλισης κατά το οποίο υστερεί σε ποιότητα και προστασία. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η οικειοθελής σύναψη ελεύθερης σύμβασης μεταξύ της εταιρείας και του ασφαλισμένου και η ελευθερία που έχουν για την κατάρτιση, την τροποποίηση, τη συνέχιση ή την ακύρωση των συμβάσεων αυτών, καθώς και την επιλογή των κινδύνων, έναντι των οποίων ο καταναλωτής επιθυμεί να τύχει ασφαλιστικής προστασίας (Μ.Πριναράκης, 1987). Η σύμβαση υποχρεώνει τον ασφαλιστικό οργανισμό να αποζημιώσει κάποια ζημιά του ασφαλισμένου, η οποία είναι πιθανό να συμβεί υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας έχει χαρακτήρα προαιρετικό και συμπληρωματικό, δηλαδή εν ολίγοις, είναι μιας μορφής ατομική πρόνοια και προστασία από κινδύνους (που απειλούν την υγεία - ακεραιότητα του ατόμου) χωρίς την παρέμβαση της Πολιτείας.

Ρυθμίζεται νομικά κυρίως από τον εμπορικό νόμο (Εμπορικός Κώδικας του 1853 και Ν.400/1970), από τους γενικούς και ειδικούς όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, τον Αστικό Κώδικα και άλλους ειδικούς νόμους. Η ασφαλιστική κάλυψη παρέχεται από επιχειρήσεις που έχουν νομική μορφή Ανώνυμης Εταιρείας, και δεν περιέχει τους ίδιους κανόνες και παροχές για όλους τους ασφαλισμένους (όπως στην Κοινωνική Ασφάλιση) αλλά καθορίζεται από τους όρους κάθε συμβολαίου.

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι οργανισμοί που παρέχουν ασφαλιστική κάλυψη έναντι κινδύνων που σχετίζονται με την υγεία του ατόμου και επηρεάζουν την σωματική, ψυχική, κοινωνική και οικονομική του δραστηριότητα καθώς και υπηρεσίες που έχουν ως σκοπό να μειώσουν τις οικονομικές συνέπειες από την πραγματοποίηση αυτών των κινδύνων. Προσφέρουν προγράμματα υγείας προσαρμοσμένα σε κάθε ανάγκη και επίπεδο εισοδήματος, με διαφοροποιημένες καλύψεις σε σχέση με: διαγνωστικές εξετάσεις, ελεύθερη πρόσβαση σε ιδιωτικά θεραπευτήρια, συμπληρωματικές παροχές πριν και μετά

την εισαγωγή ασφαλισμένων σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Συνήθως προσφέρονται παροχές που είτε είναι συμπληρωματικές ως προς τις παροχές του ΕΣΥ είτε ανεξάρτητες προς αυτές.

Τα ασφάλιστρα υπολογίζονται με βάση τον ατομικό κίνδυνο (*risk rating*) και τρεις παράγοντες: α) τη διάρκεια της ασφάλισης, β) το ύψος του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου, γ) την ηλικία του ασφαλισμένου. Η μεταβολή τους, όπως και η επέκταση ή μείωση της κάλυψης (με αφαίρεση ή προσθήκη νέων κινδύνων) αποτελεί αντικείμενο αμοιβαίας (σχεδόν) συμφωνίας μεταξύ του ασφαλισμένου και της ασφαλιστικής εταιρείας του.

Το ποσοστό κάλυψης των δαπανών νοσηλείας λόγω ασθένειας ή ατυχήματος κυμαίνεται από 60% ως 100%, ενώ καλύπτονται: χειρουργικές επεμβάσεις, μαγνητικές-αξονικές τομογραφίες, έξοδα επείγουσας μεταφοράς και εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων, σε προσυμφωνημένα ποσοστά ανάλογα με το πρόγραμμα υγείας.

Η νοσηλεία των ασφαλισμένων γίνεται σε συμβεβλημένα νοσοκομεία, ενώ οι διαγνωστικές εξετάσεις πραγματοποιούνται σε συμβεβλημένα κέντρα κατόπιν παραπομπής από ιατρό της ασφαλιστικής εταιρείας. Οι δαπάνες των εν λόγω εξετάσεων δε μπορούν να ξεπερνούν σε ετήσια βάση ένα προκαθορισμένο ποσό, γιατί διαφορετικά βαρύνουν τον ασφαλισμένο.

Κύριο χαρακτηριστικό της ελληνικής ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς είναι η ολιγοπωλιακή της δομή. Παρά το μεγάλο αριθμό εταιρειών, η αγορά είναι συγκεντρωτική. Το τελευταίο διάστημα μάλιστα διανύει μια φάση εξυγίανσης, με κύριο χαρακτηριστικό την αποχώρηση, το "κλείσιμο" ή την εξαγορά των μικρών ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

Η επίτευξη της αναδιάρθρωσης των ρόλων ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης και η προώθηση του ιδιωτικού τομέα διέρχεται αποκλειστικά μέσα από ένα μηχανισμό κινήτρων, όπως οι φοροαπαλλαγές. Σε όλες τις χώρες έχουν θεσπιστεί τέτοιες απαλλαγές φορολογητέου εισοδήματος με βασικό στόχο την πρόκληση ενδιαφέροντος των πολιτών στην ιδιωτική ασφάλιση ή ακόμη και τη μετάθεση μέρους του κόστους της ασφάλισης από το κράτος στον ίδιο τον ασφαλισμένο (απαλλαγές που σταδιακά αποσύρονται λόγω μείωσης των δημόσιων εσόδων). Στην Ελλάδα η φορολογική απαλλαγή που απολαμβάνουν οι ασφαλισμένοι είναι ίση με τα ασφάλιστρα που πληρώνουν, αρκεί αυτά να μην ξεπερνούν το 4% του εισοδήματος που δηλώνουν και με ανώτερο ποσό τα 1,000 ευρώ. Το μικρότερο από τα τρία αυτά ποσά (ασφάλιστρα, το 4% του εισοδήματος ή τα 1,000 ευρώ) αφαιρείται από το φορολογητέο εισόδημα και ο ασφαλισμένος ωφελείται από τη διαφορά του φόρου που προκύπτει από τη μείωση του φορολογητέου εισοδήματος.

Χαρακτηριστικό της ελληνικής ιδιωτικής πραγματικότητας είναι η στενή συνεργασία της ιδιωτικής ασφάλισης με τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η μεγάλη ανάπτυξη του δεύτερου κατά τις δύο τελευταίες δεκαετίες οφείλεται στην αδυναμία του ΕΣΥ να παίξει το ρόλο που του είχαν αναθέσει οι σχεδιαστές του, ως ένα φορέα αλληλεγγύης, ισότητας και προαγωγής της υγείας. Η συμπληρωματική σχέση μεταξύ ιδιωτικής ασφάλισης και ιδιωτικού τομέα υγείας συνεπάγεται πως η πρώτη χρειάζεται τον

δεύτερο ως παροχέα (provider) των υπηρεσιών που προσφέρει στους πελάτες της, ενώ η ίδια αποτελεί σημαντική πηγή εσόδων για αυτόν. Η σχέση αυτή βέβαια προϋποθέτει την αμοιβαία κατανόηση των προβλημάτων και την σύμπλευση στην επιδίωξη κοινών στόχων, υπό αυστηρούς όρους και εκατέρωθεν δεσμεύσεις.

Σύμφωνα με στοιχεία της Ε.Α.Ε.Ε., το 2004 ένα εκατομμύριο περίπου πολίτες καλύφθηκαν για παροχές νοσοκομειακής περίθαλψης μέσω ατομικών συμβολαίων και 800 χιλιάδες περίπου μέσω ομαδικών. Εάν συνυπολογίσουμε της επικαλύψεις, περίπου 1,3 εκατομμύρια άτομα ήταν οι συνολικοί αποδέκτες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Ατομική ασφάλιση υγείας

Μια σοβαρή ασθένεια ή ένας τραυματισμός μπορεί να επιφέρουν μεγάλη οικονομική επιβάρυνση για δύο λόγους:

- (α) ο παθών χάνει εισοδήματα εξαιτίας της απόχης του από την εργασία
- (β) χρειάζονται επιπλέον χρήματα για την κάλυψη εξόδων νοσηλείας-περίθαλψης

Στη χώρα μας, αν και οι περισσότεροι καλύπτουν τις βασικές ανάγκες περίθαλψης μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, τα προβλήματα που αυτή παρουσιάζει (καθυστερήσεις, λίστες αναμονής, χαμηλή ποιότητα, περιορισμοί) ευνοούν την ανάπτυξη των πωλήσεων ιδιωτικών προγραμμάτων υγείας. Για παράδειγμα, παρατηρούνται τεράστιες λίστες αναμονής στα παιδιατρικά νοσοκομεία περίπου 2-6 μήνες για εξέταση από καρδιολόγο, οφθαλμίατρο, ή οδοντίατρο.

Τα ατομικά προγράμματα υγείας μπορούν εν ολίγοις να ταξινομηθούν ως εξής:

- ☞ Προγράμματα ασφάλισης νοσοκομειακών εξόδων
- ☞ Επιδοματικές καλύψεις
- ☞ Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
- ☞ Προγράμματα ανικανότητας

Για παράδειγμα, τα προγράμματα ασφάλισης νοσοκομειακών εξόδων καλύπτουν έξοδα που σχετίζονται με νοσηλεία στο νοσοκομείο, όπως: έξοδα για την πληρωμή δωματίου και διατροφής, για εργαστηριακές εξετάσεις και φάρμακα, έξοδα χειρουργείου, αμοιβές ιατρών και λοιπών ειδικοτήτων, καθώς και αποκλειστικών νοσοκόμων.

Ο τεράστιος ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών για την κυριαρχία στο κομμάτι της υγείας, οδήγησε στη δημιουργία μιας μεγάλης ποικιλίας προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, τα οποία διακρίνονται μεταξύ τους από:

- Την ύπαρξη ή μη ανώτατου ορίου κάλυψης εξόδων
- Τη συμμετοχή ή μη του ασφαλισμένου στα έξοδα νοσηλείας
- Την κάλυψη ή μη των εξόδων νοσηλείας του τοκετού

Ομαδική ασφάλιση

Αφορά στην κάλυψη των μελών μιας ορισμένης ομάδας έναντι διαφόρων κινδύνων, που ταυτίζονται συνήθως με αυτούς που καλύπτει και η ατομική ασφάλιση. Η διαφορά της με την ατομική δεν έγκειται αποκλειστικά στις παροχές, αλλά κυρίως στην οργάνωση, την οικονομική διαχείριση, την πώληση των προϊόντων και του τρόπου υπολογισμού του κινδύνου.

Η ασφάλιση συνάπτεται μέσω μιας συλλογικής σύμβασης, η οποία περιέχει κοινούς όρους για όλους όσους αφορά, όπως π.χ. τα μέλη ενός σωματείου ή συλλόγου, στους εργαζόμενους σε μία εταιρεία, κλπ. Το ομαδικό συμβόλαιο καταρτίζεται λαμβάνοντας υπόψη τα χαρακτηριστικά των ατόμων της ασφαλιζόμενης ομάδας, όπως: τον αριθμό τους, την ηλικία τους, το είδος της απασχόλησης, το ύψος των αποδοχών τους και το είδος των καλύψεων που περιλαμβάνει το πρόγραμμα. Γενικά, το κατά άτομο κόστος μιας ομαδικής ασφάλισης είναι μικρότερο από μιας ατομικής, ακόμη και αν περιλαμβάνει τις ίδιες καλύψεις και παροχές.

Οι διαφορές μεταξύ ατομικής και ομαδικής ασφάλισης είναι οι εξής:

- τα ασφάλιστρα των ομαδικών ασφαλίσεων εκπίπτουν από το φορολογητέο εισόδημα ανεξαρτήτως ποσού, ενώ στην περίπτωση της ατομικής ασφάλισης υπάρχει ανώτατο όριο
- το ασφάλιστρο καταβάλλεται κάθε 6 ή 12 μήνες στην περίπτωση των ατομικών συμβολαίων, ενώ στα ομαδικά συνήθως καταβάλλεται κάθε μήνα
- το κόστος της ομαδικής ασφάλισης είναι μικρότερο, επειδή περιορίζονται οι διαχειριστικές δαπάνες. Εν ολίγοις, επειδή δε γίνεται ατομική αξιολόγηση αλλά ομαδική, χρησιμοποιούνται λιγότεροι πόροι
- οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι γενικά πιο ελαστικές στην αποδοχή των κινδύνων στα ομαδικά συμβόλαια, επειδή υπάρχει διασπορά κινδύνου
- συνεπώς, η έκταση και το είδος της κάλυψης και των παροχών είναι πιο ευνοϊκές για τους ασφαλισμένους σε ένα ομαδικό πρόγραμμα σε σχέση με ένα πρόγραμμα ατομικής ασφάλισης

Underwriting

Η στάθμιση των οικονομικών κινδύνων (*financial underwriting*) αποτελεί αναμφίβολα μια από τις πιο σημαντικές και παράλληλα πολύπλοκες έννοιες του *underwriting* ζωής. Πρόκειται για την διαδικασία αξιολόγησης των αιτούμενων κεφαλαίων με βάση το οικονομικό επίπεδο του αιτούντος.

Ο σκοπός του οικονομικού *underwriting* είναι:

- ☞ Να εξασφαλίζει την ύπαρξη πραγματικής οικονομικής ανάγκης σε περίπτωση επέλευσης του κινδύνου

- ⊖ Να ελαχιστοποιεί τους ηθικούς κινδύνους και τον κίνδυνο της αντεπιλογής.
- ⊖ Να διασφαλίζει τη διατήρηση της ασφάλισης μέσω της ισορροπημένης σχέσης εισοδήματος - ασφαλιστρού
- ⊖ Να εξασφαλίζει ότι ο σκοπός της ασφάλισης δεν είναι ο πλουτισμός

Με το οικονομικό *underwriting* δεν ελέγχεται μόνο το ύψος του ασφαλισμένου κεφαλαίου αλλά και το είδος της ασφάλισης, η διάρκεια, οι όροι και οι δικαιούχοι. Υπάρχουν λοιπόν τα παρακάτω ενδεχόμενα :

- Αποδοχή της αίτησης όπως την αιτείται ο υποψήφιος προς ασφάλιση
- Αποδοχή του κεφαλαίου με μείωση της διάρκειας ασφάλισης
- Μείωση του ασφαλισμένου κεφαλαίου ή και της διάρκειας
- Αλλαγή στο είδος της ασφάλισης
- Αλλαγή στους δικαιούχους
- Αναζήτηση συμπληρωματικών στοιχείων και διευκρινήσεων
- Απόρριψη της αίτησης

Βασικές αρχές του Underwriting:

Η παροχή της προσωπικής ασφάλισης για την κάλυψη του ασφαλισμένου και των εξαρτώμενων μελών σε περίπτωση θανάτου, σοβαρής πάθησης, ή μόνιμης ολικής ανικανότητας είναι η βασική αιτία της ύπαρξης των ασφαλιστικών εταιρειών.

Ο ρόλος του *underwriter* είναι να εξασφαλίσει ότι:

1. Υπάρχει η ανάγκη για κάλυψη
2. Ο συνολικός κίνδυνος είναι λογικός
3. Δεν υπάρχει ηθικός κίνδυνος

Πρέπει να είναι κατανοητό ότι η ασφάλιση προορίζεται για να προστατεύσει από μια απρόβλεπτη περίπτωση και όχι για να παρέχει κέρδος.

Πηγές πληροφοριών

(α) Έκθεση ασφαλιστή - πράκτορα

Συνήθως από τον ασφαλιστή - πράκτορα εκπονείται μια έκθεση, στην οποία δηλώνεται ο σκοπός της ασφάλισης, τα οικονομικά δεδομένα του υποψηφίου προς ασφάλιση και με ποιο τρόπο έχει υπολογιστεί το ασφαλισμένο κεφάλαιο.

(β) Αίτηση Ασφάλισης

Η αίτηση ασφάλισης είναι η βάση των πληροφοριών του *underwriter* και παρέχει τις λεπτομέρειες του υποψηφίου, του συμβαλλόμενου, του δικαιούχου και τη φύση της οικονομικής σχέσης μεταξύ τους, για παράδειγμα ποιο είναι το ασφαλιστικό ενδιαφέρον και το ασφαλιζόμενο κεφάλαιο. Η αίτηση επίσης παρέχει πληροφορίες όπως το επάγγελμα

του υποψηφίου, το εισόδημα, τη διεύθυνση κατοικίας, στοιχεία που αποτελούν δείκτες πιθανού τρόπου ζωής.

2.2.2 Φορείς Εποπτείας και Αρωγής

Οι οργανισμοί - φορείς που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην Ελληνική Ασφαλιστική Αγορά είναι:

- I. **Η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.):** το συλλογικό όργανο έκφρασης των ασφαλιστικών εταιρειών που λειτουργούν στην Ελλάδα. Συμβάλλει ενεργά στην οργάνωση και ανάπτυξη της αγοράς, αποτελώντας το μοναδικό φορέα εκπροσώπησης των συμφερόντων και επιδιώξεων των ασφαλιστικών εταιρειών. Έχει 69 μέλη.

Βασικοί στόχοι της Ε.Α.Ε.Ε. είναι:

- Η μελέτη, προστασία, κατοχύρωση και προαγωγή των ηθικών, οικονομικών και επαγγελματικών συμφερόντων των ασφαλιστικών εταιρειών - μελών της
- Η προαγωγή της ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα
- Η συγκέντρωση, επεξεργασία και αξιοποίηση στατιστικών στοιχείων της ασφαλιστικής αγοράς
- Η παρακολούθηση της τήρησης της ασφαλιστικής νομοθεσίας
- Η προώθηση του έργου των ασφαλιστικών εταιρειών και η διαφώτιση του κοινού για το κοινωνικό και οικονομικό έργο της Ιδιωτικής Ασφάλισης
- Η εκπόνηση προγραμμάτων ανάπτυξης και εκσυγχρονισμού του θεσμού της Ιδιωτικής Ασφάλισης και ο συντονισμός της δράσης της ασφαλιστικής δραστηριότητας στη χώρα μας
- Η προβολή της ασφαλιστικής δραστηριότητας της χώρας μας στον ευρωπαϊκό και διεθνή χώρο, μέσω επαφών με διεθνείς ασφαλιστικές οργανώσεις

Συνεργάζεται τόσο με τις αντίστοιχες ενώσεις άλλων ευρωπαϊκών χωρών όσο και με την CEA (Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ασφαλίσεων), τον ευρωπαϊκό φορέα εκπροσώπησης του κλάδου. Η Ε.Α.Ε.Ε. λειτουργεί με εξειδικευμένες επιτροπές ασφαλίσεων κατά κλάδο (Ζωής, Πυρός, Υγείας κλπ).

II. Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης

Πρόκειται για Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου εποπτευόμενο από τον Υπουργό Ανάπτυξης και έχει ως μέλη όλες τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον κλάδο του αυτοκινήτου.

III. Επικουρικό Κεφάλαιο

Τυχόν ζημιές ή ελλείμματα των ασφαλιστικών εταιρειών επιβαρύνουν τις ίδιες με κίνδυνο αυτές να οδηγηθούν σε πτώχευση και οι ασφαλισμένοι σε σοβαρές οικονομικές απώλειες. Για το λόγο αυτό, το 1994 ιδρύθηκε μια εταιρεία του Δημοσίου με τίτλο “Επικουρικό Κεφάλαιο”, η οποία καλύπτει τους ασφαλισμένους σε περίπτωση που η ασφαλιστική τους εταιρεία αδυνατεί να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις της. Η χρηματοδότηση για το Επικουρικό Κεφάλαιο βαρύνει τους ασφαλισμένους, μέσω ενός ασφαλιστικού τέλους 1% που επιβάλλεται σε κάθε ασφαλιστήριο συμβόλαιο και το οποίο καλύπτεται κατά 70% από τον ασφαλισμένο και 30% από την εταιρεία.

IV. Ελληνικό Ινστιτούτο Ασφαλιστικών Σπουδών

Εκπαιδευτικός οργανισμός που παρέχει ασφαλιστική εκπαίδευση προς τους εργαζόμενους στην ασφαλιστική βιομηχανία (ασφαλιστικοί υπάλληλοι, διαμεσολαβούντες κλπ). Παρέχει σεμινάρια, διαλέξεις και εκδίδει βοηθητικά έντυπα.

Παράγοντες που διακρίνουν τα ασφαλιστικά συμβόλαια μεταξύ τους και επηρεάζουν την καταναλωτική γνώμη είναι τα εξής:

- Η έκταση κινδύνων - ζημιών που ασφαλίζουν
- Οι περιορισμοί και εξαιρέσεις τις οποίες θέτουν
- Οι “απαλλαγές” (από την ασφάλιση μικρών κινδύνων) και οι περίοδοι αναμονής που θέτουν ως όρους στα ασφαλιστήρια συμβόλαια
- Η σοβαρότητα και φερεγγυότητα μιας εταιρείας
- Η καταλληλότητα της εκάστοτε εταιρείας και των προγραμμάτων της για τις ανάγκες του καταναλωτή

2.2.3 Η εικόνα της αγοράς

Η Ελληνική ασφαλιστική αγορά, παρά τη σημαντική πρόοδό της τα τελευταία χρόνια υστερεί σε οικονομικά μεγέθη εν σχέσει με τα αντίστοιχα της Ευρωπαϊκής.

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις στην Ελλάδα σήμερα έχουν ετήσια παραγωγή ασφαλίσεων άνω των 5 δισ. ευρώ, απασχολούν περίπου 9,000 μισθωτούς εργαζόμενους και άλλους 30,000 συνεργάτες και διατηρούν επενδύσεις της τάξης των 12 δισ. ευρώ στην οικονομία. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι από τους σημαντικότερους επενδυτές και τα κεφάλαια που επενδύουν αποτελούν κινητήριο μοχλό για την οικονομία.

Βασικά μεγέθη της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς το 2008

Το σύνολο των ασφαλιστικών επιχειρήσεων που δραστηριοποιήθηκαν το 2008 στην ελληνική αγορά έφθασε τις 85 συνολικά, καταγράφοντας παραγωγή ασφαλίσεων από

πρωτασφαλίσσεις σε όλους τους κλάδους ύψους 4,75 δισ. ευρώ. Το 52,12% της συνολικής παραγωγής ασφαλίσεων προήλθε από τις ασφαλίσεις ζωής (53,37% το 2007). Συγκεκριμένα, οι ασφαλίσεις ζωής έφθασαν τα 2,48 δισ. ευρώ έναντι 2,5 δισ. ευρώ το 2007, παρουσιάζοντας μείωση κατά 1%. Αντίστοιχα το 2007 υπήρξε αύξηση της παραγωγής κατά 8,22% έναντι του 2006.

Αν και η μικρή αύξηση της συνολικής παραγωγής ασφαλίσεων σε ονομαστικές τιμές είχε σαν αποτέλεσμα την ελαφρά μείωση της συμμετοχής του κλάδου στο ΑΕΠ στο 2,18% το 2008 έναντι 2,26% το 2007, παρατηρήθηκε μικρή αύξηση των κατά κεφαλήν ασφαλίσεων, τα οποία έφθασαν στα 463,87 ευρώ συνολικά το 2008, έναντι 457,63 ευρώ το 2007.

Στον κλάδο ασφαλίσεων ζωής, τα ποσά που δόθηκαν ως παροχές και αποζημιώσεις, άγγιξαν τα 1.423,6 εκατ. ευρώ, έναντι 1.232,6 εκατ. ευρώ το 2007, παρουσιάζοντας αύξηση 15,5% (έναντι της αύξησης 9,13% που σημείωσαν οι συνολικές αποζημιώσεις της ιδιωτικής ασφάλισης).

Η ανάλυση παραγωγής ασφαλίσεων συνολικά και ανά κλάδο το 2008, όπως και η μεταβολή της παραγωγής μεταξύ των ετών 2000 και 2008 παρουσιάζεται στους πίνακες 11-13.

Οικονομικά αποτελέσματα ασφαλιστικών επιχειρήσεων 2008

Μετά από τη μελέτη των οικονομικών καταστάσεων των 85 Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων οι οποίες ήταν ενεργές στην Ελλάδα στη διάρκεια της οικονομικής χρήσης 2008 και εξέδωσαν τις αντίστοιχες καταστάσεις, η δραστηριοποίησή τους και η μορφή της εγκατάστασής τους είχε ως εξής:

Δραστηριοποίηση Εταιρειών	Ζωής	Ζημιών	Μικτές	Σύνολο
Ανώνυμες Εταιρείες	13	35	12	60
Υποκαταστήματα Αλλοδαπών Επιχειρήσεων	2	20	0	22
Συνεταιρισμοί	0	3	0	3
Σύνολο	15	58	12	85

Ασφαλιστικές επιχειρήσεις ανά κλάδο δραστηριότητας

Χώρες εγκατάστασης	2008	2007
Βρετανία	6	7
Γερμανία	4	4

Βέλγιο	2	3
Κύπρος	3	2
Γαλλία	1	1
Ισπανία	1	1
Ολλανδία	1	1
Σύνολο εντός ΕΕ	18	19
ΗΠΑ	2	2
Ελβετία	1	1
Φιλιππίνες	1	1
Σύνολο εκτός ΕΕ	4	4

Χώρα προέλευσης αλλοδαπών ασφαλιστικών επιχειρήσεων

Η παραγωγή ασφαλιστρων από πρωτασφαλίσεις έφτασε τα 4,75 δισ. ευρώ, αυξημένη κατά 1,39% σε σχέση με το 2007. Δεν περιλαμβάνονται τα δικαιώματα συμβολαίων ύψους 461,9 εκατομμύρια ευρώ για το 2008. Το σύνολο του ενεργητικού ανήλθε στα 14,7 δισ. ευρώ ενώ οι επενδύσεις έφτασαν τα 11,33 δισ. ευρώ, αν και ελαφρώς μειωμένες (62,71% επί του συνόλου του ενεργητικού). Οι επενδύσεις για λογαριασμό των ασφαλισμένων στον κλάδο ζωής κατείχαν το 14,42%, σημειώνοντας μεγάλη μείωση ως μέγεθος, της τάξης του -15,88%. Οι καταβολές αποζημιώσεων έφτασαν τα 2,77 δισ. ευρώ, από τις οποίες 1,43 δισ. ευρώ ήταν για ασφαλίσεις ζωής (έναντι 1,34 δισ. ευρώ για ασφαλίσεις ζημιών). Οι ζημιές χρήσεως προ φόρων έφθασαν τα 491,7 εκατομ. ευρώ το 2008. Οι άμεσοι φόροι που καταβλήθηκαν ήταν 89,44 εκατομ. ευρώ, δηλαδή αυξήθηκαν κατά 36,14 %, σε σχέση με το 2007.

Από τις καταστάσεις λογαριασμών εκμετάλλευσης στον κλάδο ζωής προέκυψε πως η εκμετάλλευση του κλάδου ζωής ήταν κερδοφόρα για την οικονομική χρήση 2008, καθώς τα έσοδα διαμορφώθηκαν στα 2,5 δισ. ευρώ ενώ τα έξοδα στα 2 δισ. ευρώ. Σε σχέση με το 2007, τα έσοδα αυξήθηκαν κατά 12,17% ενώ τα έξοδα κατά 28,06%. Το 87,77% των εσόδων προήλθε από την ίδια κράτηση των δεδουλευμένων ασφαλιστρων*, η οποία ανήλθε στα 2,2 δισ. ευρώ. Μικρότερα μέρη των εσόδων αποτελούν οι μη ρευστοποιηθείσες υπεραξίες (5,95%), τα έσοδα επενδύσεων (5,55%) και τα δικαιώματα συμβολαίου (0,72%). Μεγάλη ποσοστιαία αύξηση σημείωσε η ίδια κράτηση των δεδουλευμένων ασφαλιστρων (+44,78%) και οι μη ρευστοποιηθείσες υπεραξίες (27,36%) σε σχέση με το 2007. Αντιθέτως, τα Έσοδα επενδύσεων μειώθηκαν πάρα πολύ (-75,96%). Μικρή μείωση παρατηρήθηκε και στα Δικαιώματα συμβολαίου (-3,1%). Από την ανάλυση της ίδιας κράτησης των ασφαλιστρων, φαίνεται ότι ενώ υπήρξε μικρή μείωση στα Μικτά εγγεγραμμένα ασφάλιστρα (-1,36%), υπήρξε αύξηση στα αντασφάλιστρα κατά 12,51%.

* (Ιδία Κράτηση δεδουλευμένων ασφαλιστρών = Μικτά εγγεγραμμένα ασφάλιστρα μείον εκχωρηθέντα αντασφάλιστρα μείον Προβλέψεις μη δεδουλευμένων ασφαλιστρών κλειομένης χρήσεως συν Προβλέψεις μη δεδουλευμένων ασφαλιστρών προηγούμενης χρήσεως μείον την αντίστοιχη συμμετοχή των αντασφαλιστών επί των προβλέψεων).

Από την ανάλυση εξόδων ασφαλίσεων Ζωής προέκυψε πως η ίδια κράτηση των ασφαλιστικών αποζημιώσεων αποτέλεσε το κύριο έξοδο του κλάδου. Συνολικά, 1,4 δισ. ευρώ κόστισαν οι αποζημιώσεις αντιπροσωπεύοντας το 72,47% των εξόδων. Άλλα έξοδα αποτελούν οι προμήθειες παραγωγής και τα συναφή έξοδα (27,87%). Η μεταβολή των μεγεθών σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά δείχνει ότι υπήρξε πολύ μεγάλη αύξηση στις προμήθειες παραγωγής (+73,98%), ενώ αύξηση είχαν και οι Ασφαλιστικές αποζημιώσεις (+16,24%).

Καταβολές Αποζημιώσεων ασφαλίσεων ζωής

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Μεταβολή '03-'04	Μεταβολή '05-'06	Μεταβολή '07-'08	Σύνθεση 2006	Σύνθεση 2008
Συνολικές αποζημιώσεις	1.238	1.352	985	1.134	1.262	1.467	9,28%	15,2%	16,27%	46,7%	46,6%
Γενικό σύνολο αποζημιώσεων	2.378	2.536	2.296	2.427	2.719	3.147	6,65%	5,74%	15,73%	100%	100%

(ποσά σε εκατ. ευρώ - έρευνα επί ισολογισμών στο σύνολο των ασφαλιστικών εταιρειών)

Συμπερασματικά, το τεχνικό αποτέλεσμα των κλάδων ασφάλισης παρουσιάστηκε μειωμένο για το 2008. Αιτία ήταν η μεταστροφή του τεχνικού αποτελέσματος του κλάδου αστικής ευθύνης οχημάτων από θετικό σε αρνητικό, αλλά και η μείωση κατά 24,14% του θετικού τεχνικού αποτελέσματος των ασφαλίσεων ζωής. Τα γενικά έξοδα αυξήθηκαν κατά 22,32% έναντι του 2007. Τέλος, το καθαρό αποτέλεσμα χρήσης, μετά την ενσωμάτωση της άμεσης φορολογίας, διαμορφώθηκε επίσης αρνητικά, καθώς η χειροτέρευση των αποτελεσμάτων χρήσεως συνοδεύτηκε από την αύξηση της φορολογίας κατά 36,14%.

Σύμφωνα με τους αναλυτές, η παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση το 2008, ανέδειξε τις μακροοικονομικές ανισορροπίες και τις διαρθρωτικές αδυναμίες της ελληνικής οικονομίας. Η κρίση επιδείνωσε τις προοπτικές για την παραγωγή, την απασχόληση και τις διεθνείς εμπορικές συναλλαγές σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Κατά τη διάρκεια του 2009, οι αρνητικές εξελίξεις στο χρηματοπιστωτικό και τον πραγματικό τομέα αλληλοτροφοδοτούνταν.

Συγκεντρωτικά στοιχεία για τη δραστηριότητα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων την περίοδο 2000-2008

Σύμφωνα με συγκεντρωτικά στοιχεία της ΕΑΕΕ για τις ασφαλιστικές εταιρείες, την εννεαετία 2000-2008, ο αριθμός των δραστηριοποιούμενων ασφαλιστικών εταιρειών μειώθηκε από 110 σε 85, η παραγωγή ασφαλιστρών (από πρωτασφάλισεις) στον κλάδο ζωής παρουσίασε αρκετές αυξομειώσεις, από -2,03% (2001) σε 20,2% (2004), ενώ το 2008

έκλεισε με μείωση της τάξης του -1%. Στο σύνολο των ασφαλίσεων σημειώθηκαν μόνο θετικά πρόσημα, από 1,39% (2008) ως 12,03% (2004). (πίνακες 10-18, γραφήματα 6-8)

Η συμμετοχή των ασφαλιστρών στο ΑΕΠ παραμένει διαχρονικά σταθερή γύρω στο 2%, όπως και το ποσοστό των επενδύσεων, γύρω στο 4,8%, ωστόσο και τα δύο μεγέθη παρουσίασαν μείωση το 2008 σε σχέση με το 2007. Γενικά η συμμετοχή των επενδύσεων του ασφαλιστικού κλάδου στο ΑΕΠ αποτελεί διεθνώς έναν δείκτη ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς, ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύει τη δυναμικότητα και το βαθμό ωριμότητας, ιδιαιτέρως του κλάδου ζωής. (πίνακες 19-20, γραφήματα 9-10)

Τα συνολικά κατά κεφαλήν αυξήθηκαν κατά πολύ την περίοδο 2000-2008, από 235,64 εκατ. ευρώ σε 422,76 εκατ. ευρώ το 2008. (πίνακας 21, γράφημα 11)

Τα οικονομικά στοιχεία των ασφαλιστικών επιχειρήσεων (ίδια κεφάλαια, επενδύσεις, σύνολο ενεργητικού) παρουσίασαν σημαντικές αρνητικές μεταβολές τη διετία 2007-08, μετά από μία ανοδική τάση που είχαν παρουσιάσει τα προηγούμενα έτη. (πίνακες 22-25, γραφήματα 12-16).

Από το σύνολο των 90 Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων, υπήρξαν 13 Υποκαταστήματα που παρουσίασαν μηδενική παραγωγή ασφαλιστρών εντός του 2006. Συνεπώς το σύνολο των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων που ασκούσαν ουσιαστικά ανάληψη ασφαλιστικών εργασιών στο τέλος του 2006 ανήλθε στις 77 (εκ των οποίων 63 ήταν Ανώνυμες Ασφαλιστικές Εταιρείες και 14 Υποκαταστήματα) οι οποίες ανά δραστηριότητα διακρίνονται σε 16 επιχειρήσεις ζωής, 48 ζημιών και 13 μικτές. Για την οικονομική χρήση του 2007, από το σύνολο των 86 Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων, υπήρξαν μία Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία και 9 Υποκαταστήματα που παρουσίασαν μηδενική παραγωγή ασφαλιστρών εντός του 2007. Συνεπώς το σύνολο των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων που ασκούσαν ουσιαστικά ανάληψη ασφαλιστικών εργασιών στο τέλος του 2007 ανήλθε στις 76 (εκ των οποίων 59 Ανώνυμες Ασφαλιστικές Εταιρείες, 3 Πανελλαδικοί Αλληλασφαλιστικοί Συνεταιρισμοί και 14 Υποκαταστήματα Αλλοδαπών Ασφαλιστικών), οι οποίες ανά δραστηριότητες διακρίνονται σε 15 επιχειρήσεις ασφαλίσεων ζωής, 48 ζημιών και 13 μικτές.

Διαχρονικά - ιστορικά στοιχεία

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είχε μικρή συμμετοχή στις ιδιωτικές δαπάνες, αντιπροσωπεύοντας το 1997 μόλις το 0,86% του ΑΕΠ. Στις ΗΠΑ και την Ελβετία, χώρες με εξίσου υψηλές ιδιωτικές δαπάνες, το 62,5% και το 42,4% αντίστοιχα των ιδιωτικών δαπανών αναλογούσαν σε δαπάνες για ιδιωτική ασφάλιση. Το μικρό μερίδιο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα τις δεκαετίες του 1980 και 1990 μπορεί να ερμηνευθεί τόσο με βάση μια σειρά οικονομικών, κοινωνικών και πολιτισμικών παραμέτρων, όπως: το διαθέσιμο εισόδημα, η οικογενειακή δομή, οι κοινωνικές αντιλήψεις για την υγεία, όσο και με βάση την ίδια την πολιτική των ασφαλιστικών εταιρειών, που δεν διέθεταν την απαιτούμενη οργανωτική ωρίμανση και δεν προσέφεραν τα κατάλληλα ασφαλιστικά προγράμματα (2001).

Διαχρονικά υπάρχει αύξηση της δαπάνης για ιδιωτική ασφάλιση υγείας, ωστόσο και απόσταση από τα ευρωπαϊκά δεδομένα, κάτι που δεν εξηγείται απλώς από τη διαφορά μεταξύ του εισοδήματος των πολιτών της χώρας μας και των Ευρωπαίων εταίρων (που το 2001 ανερχόταν στο 65% του μέσου όρου της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 15). Πρέπει να αναζητηθούν οι παράγοντες που οδηγούν στο γεγονός ότι η ασφαλιστική δαπάνη στην Ελλάδα υπολείπεται της αντίστοιχης στο μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης πέραν του μικρού κατά κεφαλήν εισοδήματος. Αυτό διότι σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες με παρόμοιο κατά κεφαλήν εισόδημα η αντίστοιχη δαπάνη είναι πολύ υψηλότερη.

Βασικούς λόγους εκτιμάται ότι αποτελούν:

- Η έλλειψη ασφαλιστικής συνείδησης, αφού πολύ λίγα βήματα ακολουθεί η πολιτεία προκειμένου να αναπτυχθεί από νωρίς η συνείδηση αυτή, σε όλους τους τομείς της ασφάλισης, όχι μόνο στον τομέα της υγείας (αυτοκινήτου, περιουσίας)
- Υπάρχει η αντίληψη ότι το κράτος είναι αποκλειστικά υπεύθυνο για ότι χρειάζεται ο πολίτης (όπως: νοσοκομειακή περίθαλψη, συνταξιοδότηση, σεισμούς, πλημμύρες κλπ). Σίγουρα η αντίληψη αυτή υποχωρεί καθώς γίνεται σταδιακά αντιληπτό πως το κράτος δε μπορεί να φέρει όλα αυτά τα βάρη, κάτι που προφανώς οδηγεί στη σχετική αύξηση των ιδιωτικών προγραμμάτων υγείας και συνταξιοδότησης
- Λείπει η θέσπιση αντικειμενικής ευθύνης προς τρίτους καθώς και των υποχρεώσεων λόγω επαγγελματικής ευθύνης (γιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κλπ)

Γενικότερα, η θέση και η οικονομική λειτουργία της ασφάλισης υγείας στη χώρα μας δεν έχει συζητηθεί επαρκώς εξαιτίας της μικρής ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης και του συμπληρωματικού της ρόλου (Τύπου Ι), του παθητικού ρόλου της κοινωνικής ασφάλισης της υγείας η οποία είναι στενά εξαρτημένη από την κεντρική διοίκηση και της κυριαρχίας του ιατροτεχνολογικού συμπλέγματος που συνετέλεσε στο να δίνει έμφαση κυρίαρχα στην πλευρά της προσφοράς.

2.2.4 Τα προβλήματα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας

Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σειρά σημαντικών προβλημάτων:

- α) η χρηματοδοτική εμπλοκή θέτει το ζήτημα της βιωσιμότητας του συστήματος
- β) οι μεγάλες ανισότητες στην παροχή των υπηρεσιών και η όχι δίκαιη κατανομή των βαρών καταστρατηγούν την αρχή της ισότητας
- γ) η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών και το υψηλό επίπεδο ίδιων πληρωμών ευθύνονται για τη δυσαρέσκεια που εκφράζουν οι πολίτες.

Εξαιτίας πολιτικών επιλογών, αντικρουόμενων νομοθετικών παρεμβάσεων αλλά και της αδυναμίας εφαρμογής του θεσμικού πλαισίου, φαίνεται πως ο ρόλος και η θέση της

κοινωνικής ασφάλισης υγείας στο υγειονομικό σύστημα της χώρας δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί. Σχεδόν τρεις δεκαετίες μετά την εφαρμογή του ΕΣΥ, ο υγειονομικός τομέας δεν έχει εναρμονιστεί στη λογική της ενιαίας λειτουργίας, καθώς η **δομική ασυμβατότητα** οργάνωσης και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας μέσω του κρατικά χρηματοδοτούμενου ΕΣΥ και των Ταμείων ασφάλισης υγείας δεν έχει ξεπεραστεί. Είναι πρωτίστως πρόβλημα πολιτικών αποφάσεων και επιλογών να επιτευχθεί μια σύγκλιση μεταξύ του εφικτού και του κοινωνικά επιθυμητού συστήματος οργάνωσης της παροχής υπηρεσιών υγείας.

Από τη γενικότερη άποψη κοινωνικής πολιτικής, το ασφαλιστικό πρόβλημα σχετίζεται κυρίως με το ιστορικό “δημοκρατικό έλλειμμα” της χώρας, το οποίο εξυπηρετεί τους “έχοντες και κατέχοντες” σε κάθε έκφανση του κράτους: στη θέσπιση ή μη θέσπιση νόμων, στην εφαρμογή ή μη της νομοθεσίας, στην άσκηση ή μη της δικαιοσύνης. Από αυτή τη διαχρονική έλλειψη “κοινωνικού κράτους” πηγάζουν τα επιμέρους προβλήματα της ασφάλισης: οι ανισότητες μεταξύ ταμείων και ομάδων ασφαλισμένων, ο “νόμιμος σφετερισμός” ασφαλιστικών αποθεμάτων από το κράτος, και η χρόνια ανοχή της εισφοροδιαφυγής εργοδοτών, συμπεριλαμβανομένου και του δημοσίου (στα προγράμματα *STAGE*).

Η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης που διέπει τη φιλοσοφία των ασφαλιστικών Ταμείων βρίσκει έκφανση σε τέσσερις μορφές δευτερογενούς αναδιανομής εισοδημάτων που συντελούνται μεταξύ των ασφαλισμένων τους:

- μεταξύ των υψηλόμισθων και χαμηλόμισθων άμεσα ασφαλισμένων
- μεταξύ των μονομελών και των πολυμελών οικογενειών των ασφαλισμένων (λειτουργία εξισορρόπησης οικογενειακών βαρών της οικογενειακής κοινωνικής πολιτικής)
- μεταξύ των δεύτερης γενιάς του οικονομικά ενεργού πληθυσμού και των άλλων δύο γενεών (αλληλεγγύη των γενεών)
- μεταξύ των ασφαλισμένων διαφορετικού νοσολογικού προφίλ.

Θεωρητικά η κοινωνική ασφάλιση, σε αντιδιαστολή με την ιδιωτική, δε στηρίζεται στην ατομική αλλά στην αρχή της συλλογικής ανταποδοτικότητας.

Μια συστηματική και κριτική προσέγγιση της υφιστάμενης κατάστασης του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας οδηγεί στη διαπίστωση ενός ελληνικού κοινωνικοασφαλιστικού παράδοξου που συνίσταται αφενός σε μια *de jure* επεκτατική δυναμική της τάσης κοινωνικοασφαλιστικής ενσωμάτωσης του πληθυσμού, η οποία με όρους δεικτών ασφαλιστικής κάλυψης εμφανίζει την Ελλάδα στις υψηλότερες θέσεις σε ευρωπαϊκό επίπεδο, και αφετέρου σε μια παράλληλη *de facto* τάση κοινωνικού αποκλεισμού από τη χρήση των δημόσιων αγαθών υγείας και, κατά συνέπεια, ιδιωτικοποίησης του κοινωνικού κινδύνου υγείας - ασθένειας που αποτυπώνεται στο γεγονός συμμετοχής των πολιτών στις συνολικές δαπάνες υγείας με ένα ποσοστό ίδιων-

ιδιωτικών πληρωμών περίπου 35% και καταλαμβάνει απ' αυτή τη σκοπιά μια από τις τελευταίες θέσεις κοινωνικές προστασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση (Mossialos, 2004).

Είναι εμπειρικά γνωστό ότι οι καταναλωτές υπηρεσιών υγείας **πληρώνουν** είτε *άμεσα* με τη μορφή ίδιων πληρωμών τη στιγμή της παροχής είτε *έμμεσα* με ασφαλιστικές κρατήσεις ή από τη γενική φορολογία, για τη χρήση όλων των υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας.

Ο τρόπος καταβολής δεν είναι ουδέτερος ως προς το είδος και την ποσότητα των υπηρεσιών που χρησιμοποιούνται, και έχει επιπτώσεις στην αποδοτική χρήση των πόρων και στην ισότιμη διανομή της φροντίδας υγείας.

Η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης από το κράτος, την κοινωνική ασφάλιση ή από ιδιωτικά ασφαλιστικά σχήματα καθώς και ο τρόπος χρηματοδότησης αυτής της κάλυψης συνδέονται με κατ' εξοχήν ιστορικούς, κοινωνικούς και πολιτικούς παράγοντες. Η κοινωνική ασφάλιση έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα επειδή θεωρείται δεδομένο πως μια οργανωμένη σύγχρονη κοινωνία δε μπορεί να παραβλέπει την τυχόν αμέλεια ή αδιαφορία των μελών της για την αντιμετώπιση των κινδύνων.

Στη χώρα μας, έχει δοθεί έμφαση στην πλευρά της προσφοράς (παραγωγή - διανομή φροντίδων υγείας) ενώ έχει υποτιμηθεί σε θεωρητικό, πρακτικό και πολιτικό επίπεδο η επίδραση της ασφάλισης υγείας στο υγειονομικό σύστημα και τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας. Η εγκαθίδρυση μιας υγειονομικής αγοράς με κάλυψη όλων των αναγκών, υπό καθεστώς πλήρους και καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης και σε μηδενικές τιμές κατά τη στιγμή της χρήσης, οδήγησε σε μεγάλη ανισορροπία μεταξύ προσφοράς και ζήτησης και κατά συνέπεια στη ανάπτυξη παρακαμπτήριων μηχανισμών εισαγωγής τιμών με εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές (Μπεαζόγλου - Κυριόπουλος 2001).

Ο στόχος της μεταρρυθμιστικής πολιτικής υγείας στη χώρα μας κατά τις τρεις τελευταίες δεκαετίες θεωρητικά είναι η επίτευξη της "χρυσής τομής" μεταξύ τεσσάρων επιμέρους στόχων: της **ισότητας** (στην πρόσβαση), της (ιατρικής) **αποτελεσματικότητας**, της (οικονομικής) **αποδοτικότητας** και της (συνολικής) **ποιότητας** της φροντίδας στην υγεία (**Equity-Effectiveness-Efficiency-Quality**). Όμως στην πράξη, οι πολιτικές τείνουν να δίνουν έμφαση στο στόχο της αποδοτικότητας του τομέα υγείας, στόχος που προσδιορίζεται εξωγενώς από την εκάστοτε δημοσιονομική εμπειρία και όχι από την ανάλυση - ως οφείλει - των ιδιαιτεροτήτων, αναγκών και των συνισταμένων του υγειονομικού τομέα της χώρας.

Όσον αφορά το κριτήριο της αποδοτικότητας, η επίδοση της χώρας μας είναι ικανοποιητική, αυτό όμως επιτυγχάνεται στις πλάτες των πολιτών οι οποίοι στηρίζουν αυτή την "εύθραυστη ισορροπία" μέσω των ιδιωτικών πληρωμών και παραπληρωμών.

Η υποχρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (από φόρους και ασφαλιστικές εισφορές) οδηγεί στη μεγάλη ιδιωτική δαπάνη, δηλαδή στα υψηλά ποσοστά "άτυπης συνασφάλισης" που καταβάλλουν τα νοικοκυριά τη στιγμή της χρήσης των υπηρεσιών. Αυτές οι άτυπες πληρωμές εξασφαλίζουν την μακροοικονομική αποδοτικότητα του τομέα υγείας, ενώ

επίσης δρουν αποτρεπτικά από μεγαλύτερη κατανάλωση. Ωστόσο, ακυρώνουν την ασφαλιστική κάλυψη του δημόσιου συστήματος υγείας, προκαλούν σημαντική χρηματική επιβάρυνση σε κάποια άτομα, ενώ κυρίως πλήττουν το κριτήριο της ισότητας στην πρόσβαση για όσα άτομα δεν δύνανται οικονομικά να πληρώσουν επιπλέον χρήματα για τις υπηρεσίες υγείας που κανονικά υποχρεούται να τους παρέχει το κράτος.

Παρόλο λοιπόν που η Ελλάδα ήταν από τις πρώτες Ευρωπαϊκές χώρες που θεωρητικά αποδέχθηκαν τη στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας “Υγεία για όλους” (WHO, 1981), στην πράξη ουδέποτε υπήρξε εθνική στρατηγική για τους στόχους αυτούς.

Εν τέλει, ενώ η χώρα μας έχει ικανοποιητική επίδοση σε σχέση με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και την αποδοτικότητα της υγειονομικής πολιτικής, η ανταποκρισιμότητα του τομέα υγείας και η κατανομή των ασφαλιστικών βαρών δεν είναι σε επιθυμητό επίπεδο, σε αντίθεση με ότι προστάζει το κριτήριο της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η ασφαλιστική κάλυψη των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπαρκής σε σύγκριση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, δίνοντάς της μια από τις τελευταίες θέσεις στην κατάταξη, αλλά και μία από τις πρώτες σε ότι αφορά τις ίδιες δαπάνες για υγεία.

2.2.5 Αξιολόγηση του υπάρχοντος συστήματος Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Το υπάρχον σύστημα διαχείρισης των ασφαλίσεων υγείας στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες μπορεί να χαρακτηριστεί ως “συμβολαιοκεντρικό” (*contract-oriented*), επειδή οι λειτουργίες του συστήματος εξυπηρετούν, καταγράφουν, αναλύουν και παρακολουθούν τα συμβόλαια και όχι τους ασφαλισμένους. (Βοζίκης, 2003)

Η ετήσια παραγωγή αναφέρεται σε αριθμό συμβολαίων, η αποδοτικότητα μετράται ανά συμβόλαιο, οι αποδόσεις και τα κόστη υπολογίζονται σε συμβόλαια κλπ. Όμως, ο σκοπός της ασφαλιστικής εταιρείας δεν είναι η εξυπηρέτηση των συμβολαίων αλλά των ασφαλισμένων ατόμων σε αυτή. Η υπάρχουσα αυτή φιλοσοφία οδηγεί το σύστημα σε ορισμένες αδυναμίες:

- ❖ Απουσία οράματος, στόχων και αρχών λειτουργίας σχετικών με τις ασφαλίσεις υγείας, εγκλωβίζοντας τις σε οικονομικές-λογιστικές σκοπιμότητες και απομακρύνοντάς τις από την κοινωνική αποστολή τους
- ❖ Μορφή της διαχείρισης των διαδικασιών: το σύστημα της κατά πράξη αποζημίωσης (*fee for service*) αποδίδει ιδιαίτερο βάρος στη διαχείριση της οικονομικής και λογιστικής πλευράς της ασφάλισης υγείας και στη συγκράτηση του κόστους αλλά όχι στην εξασφάλιση προϋποθέσεων για την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας στους ασφαλισμένους
- ❖ Συντονισμός των ενεργειών: στα στάδια ελέγχου, εξυπηρέτησης και αποζημίωσης ενός συμβολαίου εμπλέκονται διάφορα τμήματα μιας ασφαλιστικής εταιρείας, με

αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσλειτουργιών που οδηγούν σε καθυστερήσεις και ως εκ τούτου στην μη-ικανοποιητική πολλές φορές εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων

- ☞ Ελλιπής συλλογή, καταγραφή και τυποποίηση αναγκαίων δεδομένων (ιατρικών και μη), δεδομένων που πρωτίστως θα εξυπηρετούσαν τις ίδιες τις εταιρείες στην αποφυγή του τεράστιου διοικητικού κόστους που προκύπτει από την εξέταση κάθε προκύπτουσας κατάστασης από την αρχή
- ☞ Μειωμένη ενημέρωση και καθοδήγηση (*navigation*) των ασφαλισμένων στο σύστημα υγείας
- ☞ Μονομερής αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών: εξετάζεται μόνον η οικονομική πλευρά και όχι η ποιοτική, ενώ δίδεται μεγάλο βάρος στην αύξηση των κερδών και όχι αντίστοιχα της ποιότητας

Στην Ελλάδα οι ασφαλιστικές εταιρείες εμφανίζονται να μην έχουν ουσιαστική παρέμβαση και ακόμη λιγότερο έλεγχο στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας. Δεν έχουν τη δυνατότητα:

(α) να δημιουργούν νέα προϊόντα-προγράμματα ασφάλισης υγείας προσαρμοσμένα στην ελληνική πραγματικότητα

(β) να προσδιορίζουν τα κέντρα κόστους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και συνεπώς να κοστολογούν και να τιμολογούν δίκαια και με επιστημονικά κριτήρια τα προγράμματα ασφάλισης υγείας

(γ) να ασκούν έλεγχο στην αναγκαιότητα και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από τους φορείς υγείας

(δ) να χαράξουν μια στρατηγική στον τομέα ασφάλισης.

Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν αναπτύξει σύγχρονα συστήματα διαχείρισης της φροντίδας υγείας, που παρέχουν μέσω των ασφαλιστικών τους προγραμμάτων, τα οποία να έχουν τη δυνατότητα να συγκεντρώνουν, να καταγράφουν και να παρακολουθούν-ελέγχουν δεδομένα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους τους. Επομένως, η αγορά της συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας αν και έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια με την εισαγωγή προγραμμάτων ελεγχόμενης φροντίδας παραμένει μικρή, αντιπροσωπεύοντας κάτω από το 2% της συνολικής υγειονομικής δαπάνης της χώρας, με αρνητικούς ρυθμούς αύξησης.

Ο όρος υπηρεσίες υγείας είναι μια σύνθετη έννοια που περιλαμβάνει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας (*healthcare*) όσο και της περίθαλψης (*treatment*), δύο έννοιες με ιδιαίτερη σημασία για τον προσδιορισμό του πεδίου εφαρμογής της ασφάλισης υγείας

Κεφάλαιο 3: Προκλήσεις και προοπτικές

3.1 Φθηνά “Πακέτα Υγείας” από τις τράπεζες

Εξαιτίας του μεγάλου ανταγωνισμού τα τελευταία χρόνια μεταξύ των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, αυτές αναγκάστηκαν να επεκταθούν και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, προσφέροντας και την κάλυψη περιοδικών προληπτικών εξετάσεων (check up). Ένα παράδειγμα αποτελεί ο όμιλος Generali, ο οποίος σε συνεργασία με την Κεντρική Κλινική Αθηνών προσφέρει ένα νέο νοσοκομειακό προϊόν, το “Medical Guarantee”, που υπόσχεται να δώσει μια ολοκληρωμένη ασφαλιστική πρόταση που θα παρέχει: πλήρη κάλυψη για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας, πρόσβαση σε αναβαθμισμένες φροντίδες, με απεριόριστες διαγνωστικές επισκέψεις και εξετάσεις, χωρίς εξαιρέσεις, αποκλεισμούς προϋπαρχουσών ασθενειών, περιορισμούς και όρια κάλυψης. Απευθύνεται σε όλες τις ηλικίες από 14 ετών έως 70 και έχει ισόβια διάρκεια, με κόστος που ξεκινά από τα 25 ευρώ ανά μήνα.

Εξαιτίας όμως και της οικονομικής κρίσης, μπήκαν στο παιχνίδι της Ασφάλισης Υγείας και οι τράπεζες, αποτελώντας συχνά πολύ υπολογίσιμους αντιπάλους.

Η Τραπεζοασφάλιση (*Bancassurance*) προκύπτει από τη συνεργασία τραπεζών και ασφαλιστικών εταιρειών στην προώθηση των προϊόντων τους. Αυτό σημαίνει πως οι τράπεζες διαθέτουν στους πελάτες τους ασφαλιστικά προγράμματα Ζωής και Υγείας, αλλά και οι ασφαλιστικές πωλούν επενδυτικά προγράμματα. Κατά κύριο λόγο όμως, ο όρος “Bancassurance” περιγράφει τη διείσδυση των τραπεζικών ομίλων στο χώρο των ασφαλίσεων. Παράγοντες που οδήγησαν σε αυτή την εξέλιξη ήταν οι αλλαγές στο νομοθετικό πλαίσιο, οι συνθήκες που διαμορφώθηκαν στην αγορά αποταμιευτικών και επενδυτικών προϊόντων, καθώς και τα συγκριτικά πλεονεκτήματα των τραπεζικών ομίλων έναντι των ασφαλιστικών (πιο οργανωμένη πελατειακή βάση, εκτεταμένο τμήμα πωλήσεων και ελάχιστο επιπλέον κόστος επέκτασης στην ασφάλιση). Η διείσδυση αυτή σίγουρα αποτελεί απειλή για τις παραδοσιακές ασφαλιστικές εταιρείες, καθώς οι τράπεζες, αναζητώντας νέες πηγές εσόδων, ξεκινούν από πολύ απλά ασφαλιστικά προϊόντα (ασφάλειες ζωής, προγράμματα υγείας κλπ.) και σταδιακά επεκτείνονται σε πιο σύνθετες μορφές προϊόντων. Ωστόσο υπάρχουν και δίοδοι συνεργασίας μεταξύ των δύο δρώντων. Κάποιες τράπεζες λειτουργούν ως ενδιάμεσοι ασφαλιστικών εταιρειών ώστε να προωθήσουν ασφαλιστικά τους προϊόντα μέσω των καταστημάτων τους. Από την άλλη, υπάρχουν τράπεζες που είναι κύριοι μέτοχοι σε ασφαλιστικές εταιρείες, όπως η Εθνική Ασφαλιστική είναι θυγατρική της Ε.Τ.Ε. Τέλος, συναντάμε και το φαινόμενο συγχωνεύσεων τραπεζών με ασφαλιστικές εταιρείες.

Προγράμματα υγείας με ασφάλιστρο που ξεκινά από τα 36 ευρώ το χρόνο έχουν κυκλοφορήσει στην αγορά οι περισσότερες τράπεζες. Οι συγκεκριμένες υπηρεσίες, προσφέρονται σε συνεργασία των τραπεζών με μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες και

ιατρικούς ομίλους. Απαραίτητη προϋπόθεση για να έχει ο πελάτης πρόσβαση στο “φθηνό” πακέτο υγείας είναι το άνοιγμα καταθετικού λογαριασμού ή η έκδοση πιστωτικής κάρτας.

Τα “πακέτα υγείας” προσφέρουν δωρεάν πρωτοβάθμιες ιατρικές υπηρεσίες, σημαντικές εκπτώσεις σε εξετάσεις και ιατρικές εργασίες, καθώς και συμβουλές από το τηλέφωνο. Πρώτη η **Marfin Egnatia Bank**, σε συνεργασία με τον όμιλο **Υγεία**, διέθεσε στην αγορά το προϊόν “*Marfin: Ταμειυτήριο και Υγεία*”. Είναι λογαριασμός ταμειυτηρίου, που επιτρέπει στους πελάτες της τράπεζας να πραγματοποιούν δωρεάν επισκέψεις σε ιατρούς 32 ειδικοτήτων, παρέχει σημαντικές εκπτώσεις σε διαγνωστικές εξετάσεις, δωρεάν ετήσια μαστογραφία (για τις γυναίκες) και ετήσιο τεστ κοπώσεως (για τους άνδρες) καθώς και δωρεάν χρήση τηλεφωνικού κέντρου όλο το 24ωρο για ιατρικές συμβουλές. Το ετήσιο κόστος ανέρχεται στα 60 ευρώ για κάθε ενήλικα και 40 ευρώ για κάθε παιδί, ενώ το ποσό επιστρέφεται στην περίπτωση που το μέσο υπόλοιπο του λογαριασμού ξεπερνά τα 2.500 ευρώ.

Η **Εθνική Τράπεζα** εισήγαγε το πρόγραμμα υγείας “*go-health*”, για τους κατόχους των πιστωτικών καρτών “*go*”. Το πρόγραμμα χωρίς καμία οικονομική επιβάρυνση παρέχει δωρεάν προγραμματισμένες ιατρικές εξετάσεις καθώς και εκπτώσεις που φτάνουν στο 40% στην Ευρωκλινική, την Ευρωκλινική Παιδών, το Metropolitan και Euromedica. Το πρόγραμμα λειτουργεί με επιστροφή μετρητών, που ξεκινά από το 10% και φτάνει μέχρι το 40%. Προϋπόθεση για να ισχύσει η υπηρεσία “*go-health*”, είναι να μην γίνει χρήση ιδιωτικής ασφάλισης ή δημόσιου ταμείου, ενώ από τις παροχές του προγράμματος εξαιρούνται οι αμοιβές των γιατρών, τα φάρμακα, υλικά και ιατρικές πράξεις.

Η **Alpha Bank**, κυκλοφόρησε το “*Alpha Smart Health*” -που δημιουργήθηκε σε συνεργασία με την **ΑΧΑ Ασφαλιστική**- και επιτρέπει στους κατόχους πιστωτικών καρτών της να πραγματοποιήσουν ιατρικές επισκέψεις με κόστος από 30 ευρώ, να κάνουν οδοντιατρικές εργασίες με έκπτωση 50% και παράλληλα καλύπτει το 70% του κόστους διαγνωστικών εξετάσεων. Το κόστος του προγράμματος είναι 36 ευρώ το χρόνο.

Επίσης η **Eurobank** σε συνεργασία με τους Ομίλους του Ιατρικού Αθηνών και της Βιοϊατρικής διαθέτει το πρόγραμμα “*Ζωή και Υγεία*”, σε συνεργασία με την **EFG Eurolife Ασφαλιστική**. Ειδικότερα όσοι έχουν λογαριασμό στην τράπεζα μπορούν να πραγματοποιήσουν δωρεάν απεριόριστες επισκέψεις σε ιατρούς (παθολόγους, καρδιολόγους, χειρουργούς, ορθοπεδικούς, παιδίατρους). Επίσης, έχουν δωρεάν διαγνωστικές εξετάσεις, έως 200 ευρώ το χρόνο, με εκπτώσεις έως 40% για περαιτέρω εξετάσεις, δωρεάν *check up* και εκπτώσεις έως 40% σε νοσηλεία και οδοντιατρικές εργασίες. Το κόστος του προγράμματος είναι 100 ευρώ ανά έτος.

“*Υγεία και Οικογένεια*” είναι η πρόταση της **Τράπεζας Πειραιώς** σε συνεργασία με τους Ομίλους Ιατρικού Αθηνών και Euromedica. Καλύπτει ιατρικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις, ετήσιο *check up*, εκπτώσεις σε περίπτωση νοσηλείας ή σε ιατρικές πράξεις

καθώς και τηλεφωνική εξυπηρέτηση όλο το 24ωρο. Το κόστος εξαρτάται από το «πακέτο» των καλύψεων και το ύψος του μισθού του ασφαλιζόμενου.

Η **Εμπορική Τράπεζα** διαθέτει τις πιστωτικές κάρτες “*Emporiki Bank Προνόμιο Υγείας*”, οι οποίες μεταξύ άλλων παρέχουν δωρεάν *check-up* κάθε χρόνο, σημαντικές εκπτώσεις σε διαγνωστικές εξετάσεις και επεμβάσεις καθώς και 24ωρη τηλεφωνική υποστήριξη.

Η **Attica Bank** κυκλοφόρησε το ασφαλιστικό πρόγραμμα “*Φροντίδα*” με ασφάλιστρο 8 ευρώ το μήνα, σε συνεργασία με την ασφαλιστική εταιρεία Generali και τον όμιλο Euromedica. Το πρόγραμμα καλύπτει διαγνωστικές εξετάσεις στα κέντρα της Euromedica με ετήσιο όριο 2.000 ευρώ. Και παράλληλα προσφέρει εκπτώσεις που φτάνουν το 50% για οδοντιατρικές εξετάσεις σε συνεργαζόμενα ιατρεία, κλπ.

3.2 Οι εξελίξεις το Σεπτέμβριο του 2009 και η αναδιάρθρωση του ασφαλιστικού σκηνικού

Το Σεπτέμβριο του 2009 η Επιτροπή Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (ΕΠΕΙΑ) αποφάσισε την οριστική ανάκληση της άδειας λειτουργίας πέντε ασφαλιστικών εταιρειών (Ασπίς Πρόνοια ΑΕΓΑ, Ασπίς Πρόνοια ΑΕΑΖ, Γενική Ένωση ΑΕΕΓΑ (General Union), Γενική Πίστη ΑΕΕΓΑ (General Trust) και Γ.Η. Σκούρτης ΑΕΕΓΑ), αφήνοντας “στον αέρα” πάνω από 1,5 εκατομμύριο ασφαλισμένους. Σύμφωνα με ανακοίνωση της ΕΠΕΙΑ, οι εν λόγω εταιρείες δεν ανταποκρίθηκαν στις υποχρεώσεις τους προκειμένου να καλύψουν τα απαιτούμενα περιθώρια φερεγγυότητας (solvency). Η απόφαση της Επιτροπής λήφθηκε “με γνώμονα τη διασφάλιση των συμφερόντων των χιλιάδων ασφαλισμένων, των εργαζομένων και της αξιοπιστίας του θεσμού της Ιδιωτικής Ασφάλισης”, καθώς “οι εν λόγω εταιρείες παρουσίαζαν αδυναμία να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους έναντι των ασφαλισμένων τους, αλλά και των εργαζομένων τους”.

Τι συμβαίνει όμως όταν κλείνει μια ασφαλιστική εταιρεία; Σε ποιο βαθμό προστατεύει το νομοθετικό πλαίσιο έναν ιδιώτη όταν η εταιρεία στην οποία καταβάλλει κάθε μήνα χρήματα για ασφάλεια ζωής, αυτοκινήτου ή προγράμματα υγείας σταματήσει τη λειτουργία της; Σύμφωνα με το ισχύον θεσμικό πλαίσιο, π.χ. για τον κλάδο του αυτοκινήτου, σε περίπτωση που η εταιρεία του ασφαλισμένου κηρύξει πτώχευση, ενεργοποιείται ο φορέας του Επικουρικού Κεφαλαίου και καλύπτει τους ασφαλισμένους μόνο για τον κίνδυνο αστικής ευθύνης έναντι τρίτων από αυτοκινητιστικά ατυχήματα.

Το Επικουρικό κεφάλαιο ελέγχεται από το Υπουργείο Εμπορίου και έχει μέλη του όλες τις Ασφαλιστικές Επιχειρήσεις, που ασκούν στην Ελλάδα τη δραστηριότητα ασφαλίσεως του αυτοκινήτου (άρθρο 18 του Ν.Δ. 489/76). Οι εταιρείες-μέλη υποχρεούνται να καταβάλλουν σε αυτό το 5% των καθαρών ασφαλιστρών αστικής ευθύνης αυτοκινήτων που πληρώνονται στη χώρα, για τον σχηματισμό ενός κεντρικού κεφαλαίου, από το οποίο θα αποζημιωθούν, οι θάνατοι, οι σωματικές βλάβες και οι υλικές ζημιές τρίτων.

Σε περίπτωση όμως που πτωχεύσει εταιρεία η οποία δραστηριοποιείται και σε άλλους κλάδους, τότε οι ασφαλισμένοι “χάνουν” τα χρήματα τους και σε αρκετές περιπτώσεις έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην μελλοντική δυνατότητά τους να ασφαλιστούν. Στο παράδειγμα ασθενούς με χρόνια πάθηση ο οποίος διαθέτει νοσηλευτικό πρόγραμμα σε εταιρεία υπό πτώχευση, σύμφωνα με στελέχη της ασφαλιστικής αγοράς, όχι μόνο θα χάσει τα χρήματα και τις παροχές που του διέθετε το συμβόλαιο αλλά και τη δυνατότητα ασφάλισής του από άλλη εταιρεία, εφόσον ο κίνδυνος αποζημίωσης είναι διαπιστωμένος. Επίσης, οι καταναλωτές που διαθέτουν συνταξιοδοτικό πρόγραμμα σε ασφαλιστική εταιρεία που σταματά τη λειτουργία της, χάνουν όλα τα ασφάλιστρα και τα δικαιώματα που προκύπτουν από την υπογραφή της σύμβασης. Ασφαλώς, το θεσμικό πλαίσιο της χώρας προβλέπει την αποζημίωση των ασφαλισμένων, εάν διεκδικήσουν με τη νομική οδό τα δικαιώματά τους, από την εκκαθάριση της εταιρείας, της οποίας δεσμεύονται τα περιουσιακά στοιχεία. Στην πράξη όμως κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, εφόσον από την εκκαθάριση -η οποία είναι και χρονοβόρα διαδικασία- θα πρέπει να αποζημιωθούν πρώτα οι απολυμένοι εργαζόμενοι και οι προμηθευτές.

Στελέχη της αγοράς πάντως, διαπιστώνουν πως πλήττεται το κύρος και η φερεγγυότητα του θεσμού της ιδιωτικής ασφάλισης δημιουργώντας πανικό στους καταναλωτές-ασφαλισμένους, αφού δεν προβλέπεται μέριμνα γι’ αυτούς εάν οι ασφαλιστικές τους σταματήσουν τη λειτουργία τους.

Αυτή τη στιγμή συζητείται η δημιουργία ενός κεφαλαίου, στη φιλοσοφία του Επικουρικού, το οποίο θα χρηματοδοτείται από κάποιο ποσοστό των ασφαλιστρών (θα το πληρώνουν δηλαδή οι καταναλωτές και πάλι) και θα έχει ως σκοπό αποκλειστικά την οικονομική προστασία ασφαλισμένων στο χώρο της υγείας, σε περίπτωση που η εταιρεία τους διακόψει τη λειτουργία της. Η πρόταση έχει ήδη προκαλέσει μεγάλες αντιδράσεις από τη μεριά των ασφαλιστικών εταιρειών.

3.3 Πρόσφατες νομοθετικές εξελίξεις

Ήδη βρίσκεται σε στάδιο επεξεργασίας σχέδιο νόμου που αφορά τη διαφάνεια στην παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών, με σκοπό την αποτελεσματικότερη ενημέρωση των ασφαλισμένων, μετά και τις τελευταίες εξελίξεις με την πτώχευση εταιρειών που άφησαν στον αέρα χιλιάδες ασφαλισμένους. Το σχέδιο νόμου, το οποίο εκτιμάται πως θα είναι έτοιμο έως τον Ιούνιο του 2010, ώστε να τεθεί σε δημόσια διαβούλευση, θα περιλαμβάνει μέτρα για:

- **Αναλυτικούς λογαριασμούς κόστους στα ασφαλιστήρια συμβόλαια, ώστε οι καταναλωτές να γνωρίζουν το ποσό που αφορά το ασφάλιστρο, τους φόρους, τις προμήθειες κλπ.**
- **Περιγραφή των λόγων που οδηγούν στις ετήσιες αναπροσαρμογές των ασφαλιστρών**

- **Προσυμβατική ενημέρωση** (πριν την υπογραφή κάθε ασφαλιστηρίου συμβολαίου) των καταναλωτών από πιστοποιημένους ασφαλιστές
- **Απλοποίηση** στην παρουσίαση των παροχών των ασφαλιστικών προϊόντων, αλλά και των αποδόσεών τους (όταν πρόκειται για επενδυτικά), ώστε οι καταναλωτές να μπορούν να επιλέγουν με βάση το συμφέρον τους.

Συγκεκριμένα, στόχος του νόμου θα είναι ο έλεγχος του πραγματικού κόστους ασφάλισης, καθώς σήμερα οι ασφαλισμένοι (κυρίως στον κλάδο ζωής) πληρώνουν ασφάλιστρα δίχως στην πραγματικότητα να ενημερώνονται αναλυτικά για το πραγματικό κόστος της ασφάλισής τους, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να επιλέξουν το πιο ανταγωνιστικό πρόγραμμα σε σχέση και με τις άλλες ανταγωνίστριες εταιρείες. Συνολικά το κόστος ασφάλισης στη χώρα μας παραμένει υψηλό. Για παράδειγμα, τα τελευταία χρόνια πωλούνται επενδυτικά ασφαλιστικά προϊόντα χωρίς να ισχύουν οι αυστηρές υποχρεώσεις ενημέρωσης πελατών που ισχύουν για άλλες εταιρείες παροχής επενδυτικών υπηρεσιών ή για τις τράπεζες όταν πωλούν επενδυτικά προϊόντα, κάτι που απαγορεύεται από την Κοινοτική Οδηγία *MiFID*.

Προβλέπεται λοιπόν να υπάρξει νομοθετική ρύθμιση η οποία θα επιβάλλει στις ασφαλιστικές εταιρείες την παροχή αναλυτικών λογαριασμών προς τους πελάτες τους, κάτι που ήδη ισχύει στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, στους οποίους να αναγράφονται στοιχεία όπως το κόστος πραγματικής ασφάλισης, η προμήθεια της ασφαλιστικής, τα έξοδα υπέρ τρίτων, οι φόροι κλπ.

Στις προθέσεις του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας είναι να σταματήσουν και οι ανεξέλεγκτες αυξήσεις με τις οποίες επιβαρύνονται οι ασφαλιζόμενοι με συμβόλαια υγείας, αλλά και να βρεθεί τρόπος ώστε να διασφαλίζονται τα δικαιώματα των καταναλωτών στον κλάδο υγείας, σε περίπτωση όπου η ασφαλιστική εταιρεία τους κλείσει. Όσον αφορά στις αυξήσεις των ασφαλιστρών, οι δυνατότητες του Υπουργείου είναι περιορισμένες για παρεμβάσεις στις τιμές, ωστόσο μπορούν να γίνουν παρεμβάσεις στον τρόπο αναπροσαρμογής τους, ώστε να γίνονται με βάση τις αυξήσεις στις οποίες προβαίνουν τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

3.4 Ο νοσοκομειοκεντρικός χαρακτήρας του ελληνικού συστήματος υγείας

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό. Σε αυτό συμβάλλουν η απουσία κανόνων ρύθμισης της πρόσβασης και η ελευθερία του ασθενούς να απευθυνθεί σε οποιονδήποτε τύπο υπηρεσιών, καθώς και η πολλαπλότητα των φορέων, που προσφέρουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα και έχουν ως αποτέλεσμα η διαχωριστική γραμμή μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης να γίνει ιδιαίτερα δυσδιάκριτη.

Οι δικαιούχοι κάλυψης από τους ασφαλιστικούς φορείς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία καθώς και στις συμβεβλημένες με το ασφαλιστικό τους ταμείο ιδιωτικές κλινικές. Τα ανασφάλιστα και φτωχά στρώματα του πληθυσμού έχουν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία. Όλοι οι πολίτες της χώρας έχουν το δικαίωμα επιλογής της χρήσης ιδιωτικών νοσοκομείων, αλλά στην περίπτωση αυτή υφίστανται το κόστος της νοσηλείας.

Η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από:

α) τα δημόσια νοσοκομεία, που λειτουργούν στο πλαίσιο του ΕΣΥ, την ευθύνη της οργάνωσης, διοίκησης, λειτουργίας και χρηματοδότησης των οποίων έχει το κράτος,

β) τα δημόσια νοσοκομεία εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, νοσοκομεία του ΙΚΑ, νοσοκομεία του Υπ. Δικαιοσύνης) και

γ) τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές, που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές μονάδες.

Κατά την εικοσαετία 1980-1999 παρατηρήθηκε μείωση των ιδιωτικών και αύξηση των δημόσιων νοσοκομείων, ως αποτέλεσμα της περιοριστικής πολιτικής του ΕΣΥ σε σχέση με την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών, αλλά και της πολιτικής χρηματοδότησης μέσω του κλειστού νοσηλίου.

Τα προβλήματα του νοσοκομειακού τομέα είναι:

α) η άνιση περιφερειακή κατανομή των νοσοκομειακών πόρων, με αποτέλεσμα ανισότητες πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών, καθώς και διαπεριφερειακές ροές των ασθενών,

β) οι αδυναμίες στην οργάνωση και διοίκηση των νοσοκομείων που σχετίζονται την ύπαρξη εξειδικευμένων στελεχών, τη διαμόρφωση δομών και την εφαρμογή σύγχρονων τεχνικών διοίκησης. Συνέπεια αυτού του προβλήματος ήταν η εμφάνιση γραφειοκρατικών αγκυλώσεων, η αδυναμία σχεδιασμού και προγραμματισμού, η απουσία συντονισμού μεταξύ των επιμέρους τμημάτων και κλάδων των νοσοκομείων, η έλλειψη δικτύου πληροφορικής και μηχανοργάνωσης, η απουσία μηχανισμών διασφάλισης ποιότητας και η έλλειψη κινήτρων παραγωγικότητας των εργαζομένων,

γ) η ανεπαρκής κτιριακή και τεχνολογική υποδομή και η γεωγραφική ανισοκατανομή του εξοπλισμού υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας που συντέλεσε στην χαμηλή ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας,

δ) η ασύνητη οικονομική διαχείριση, με αποτέλεσμα τα ανυπέβλητα ελλείμματα των νοσοκομείων που σχετίζονται με τη μη-ορθολογική οργάνωση και διαχείρισή τους, την απουσία σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων που θα επέτρεπαν την αξιολόγηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητάς τους, η μη εφαρμογή των αρχών της γενικής και αναλυτικής λογιστικής και του διπλογραφικού συστήματος, η απουσία μεθόδων κοστολόγησης κλπ.

Το ότι ο δημόσιος υγειονομικός τομέας είναι νοσοκομειοκεντρικά προσανατολισμένος αποδεικνύει ότι δεν επιτεύχθηκε η στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα, προς την προαγωγή της υγείας και την πρόληψη. Επιπλέον, το σχεδόν μηδαμινό ποσοστό των δημοσίων δαπανών που διατίθενται για οδοντιατρική περίθαλψη σημαίνει ότι ο ελληνικό πληθυσμός παραμένει ανασφάλιστος έναντι των κινδύνων της στοματικής υγείας. Πάνω από το 60% των ιδιωτικών δαπανών χρηματοδοτεί την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη καλύπτοντας αυτές τις ανεπάρκειες του δημόσιου τομέα. Βέβαια, το υψηλό αυτό ποσοστό οφείλεται εκτός των άλλων και στην αλόγιστη παραπομπή των πολιτών σε ιδιώτες ιατρούς και διαγνωστικά κέντρα, τα οποία λειτουργούν χωρίς ουσιαστικό έλεγχο. Αντίθετα, οι καταγεγραμμένες ιδιωτικές δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη είναι χαμηλές λόγω των υψηλών τιμών που κυριαρχούν στα ιδιωτικά νοσοκομεία και του εκτεταμένου δημόσιου νοσοκομειακού τομέα.

3.5 Ίδιες πληρωμές: ο μεγάλος ανταγωνιστής της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

Η υγειονομική μεταρρύθμιση της δεκαετίας του 1980 στην Ελλάδα αποσκοπούσε πρωταρχικά στην παροχή ίσης, δωρεάν και υψηλής ποιότητας περίθαλψης στον ελληνικό λαό. Η ασυμβατότητα μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, οι μηδενικές τιμές σε συνδυασμό με την έλλειψη συστήματος παραπομπής και προσανατολισμού των χρηστών και την ελεύθερη επιλογή χωρίς κανόνες, δημιούργησε “συνωστισμό” σε συγκεκριμένες περιοχές του συστήματος και συνεπώς και σε δυσκολίες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες όπως αυτές του χειρουργικού τομέα, των επειγόντων περιστατικών και της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας. Το αποτέλεσμα ήταν ή εμφάνιση φραγμών στην πρόσβαση και η προσφυγή σε εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές, σημαντικό τμήμα των οποίων καταλαμβάνουν οι αντιδεδοντολογικές συναλλαγές (Κυριόπουλος-Καραλής, 1997).

Η περιοριστική οικονομική πολιτική της δεκαετίας του 1990 δεν επέτρεψε την ανάληψη μιας σοβαρής εκσυγχρονιστικής προσπάθειας για την υποδομή του νοσοκομειακού τομέα και την επέκτασή της στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δημιουργώντας σοβαρά προβλήματα στην ποιότητα της ξενοδοχειακής υποδομής του συστήματος, με αποτέλεσμα την αύξηση των ιδιωτικών πληρωμών (και τη στροφή στον ιδιωτικό τομέα υγείας, αλλά από άτομα κυρίως των οικονομικά ανώτερων και μεσαίων τάξεων).

Οι ίδιες πληρωμές για υπηρεσίες υγείας προέρχονται από το εισόδημα των νοικοκυριών και περιλαμβάνουν τις επίσημες πληρωμές για την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών και αγαθών, την αγορά υπηρεσιών που δεν καλύπτονται από την κοινωνική ασφάλιση, τη συμμετοχή των χρηστών στο κόστος των υπηρεσιών, όπως και τις αντιδεδοντολογικές συναλλαγές οι οποίες συνιστούν τη μη καταγραφόμενη “υπόγεια” οικονομία στον υγειονομικό τομέα της χώρας. (Κυριόπουλος-Οικονόμου-Γεωργούση)

Σε συνθήκες πλήρους και καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης, η ιδιωτική δαπάνη και η παραοικονομία αποτελούν ουσιαστικά μια άτυπη μορφή συνασφάλισης, σύμφωνα με την

οποία ακυρώνεται η αρχή της ισότητας και της μηδενικής τιμής κατά τη χρήση των υπηρεσιών, αίρεται η έννοια της ασφάλισης και μετακυλίεται σημαντικό μέρος του κόστους περίθαλψης στα νοικοκυριά (Κυριόπουλος 1993, Μπεαζόγλου 1995).

Οι ιδιωτικές δαπάνες και οι ίδιες πληρωμές κατείχαν το 2000 από 42,9% ως 44,5% των συνολικών δαπανών υγείας, τη στιγμή όπου στις ΗΠΑ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 55,8% και στην Ελβετία 44,4%. Η υψηλή ιδιωτική δαπάνη στη χώρα μας ερμηνεύεται με βάση τις οργανωτικές ανεπάρκειες της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, με την υπερβολική παρακλινική συνταγογραφία και την παραπομπή των πολιτών σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και ιδιώτες γιατρούς (Κυριόπουλος, 1996). Το γεγονός αυτό θέτει σε αμφισβήτηση την κοινωνική νομιμοποίηση του δημόσιου χαρακτήρα του ελληνικού συστήματος υγείας και αναδεικνύει την αναποτελεσματικότητα και τις σημαντικές ανεπάρκειες του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών, ενώ επιπλέον καταδεικνύει την ύπαρξη ανισοτήτων στην οικονομική επιβάρυνση του πληθυσμού για τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Η παραοικονομία που παρατηρείται στον υγειονομικό τομέα της χώρας αφορά δραστηριότητες που εκφεύγουν της επίσημης καταμέτρησης. Μέσω αυτού του μηχανισμού χρηματοδοτείται το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής κατανάλωσης, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, καθώς και σημαντικό μέρος των ιατρικών αμοιβών. Στο νοσοκομειακό τομέα, αποσκοπούν στην παράκαμψη της λίστας ή στην εξασφάλιση καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και μεγαλύτερης προσοχής από μέρους του γιατρού. Το 1994, η παραοικονομία στην υγεία έφθανε το 1,13% του ΑΕΠ ή το 16,9% του συνόλου των δαπανών υγείας. Η εκτεταμένη αυτή ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα μέσω των παραπληρωμών και της παραοικονομίας οδηγεί σε απώλεια εσόδων για το κράτος και σε ηθική και οικονομική βλάβη για τους πολίτες, θέτοντας υπο αμφισβήτηση την κοινωνική νομιμοποίηση του δημόσιου χαρακτήρα της υγειονομικής προστασίας.

Ο περιορισμός των πρόσθετων πληρωμών προϋποθέτει ουσιαστικές παρεμβάσεις στην οργάνωση και χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα της χώρας, με σκοπό την ορθολογικότερη χρήση των πόρων, και την ικανοποίηση των αναγκών των πολιτών με βάση τα κριτήρια της ισότητας, της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας. Προς αυτή την κατεύθυνση κρίνεται κάτι παραπάνω από αναγκαία η ανασυγκρότηση της κοινωνικής ασφάλισης υγείας αλλά και η αναθεώρηση του ρόλου που μπορεί να διαδραματίσει η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη μεταρρυθμιστική αυτή πορεία.

Τα οικονομικά και κοινωνικά ελλείμματα που εμφανίζει η κοινωνική ασφάλιση, τα διαρθρωτικά προβλήματα του ΕΣΥ και η αδυναμία του στην προώθηση ξεκάθαρων στόχων και βιώσιμων λύσεων είναι πιθανό να στρέψουν τα μεσαία στρώματα προς εναλλακτικά προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης, με κίνδυνο -κατά ορισμένους- να δημιουργηθεί ένας υγειονομικός τομέας δύο ταχυτήτων. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται από το επιχείρημα ότι η ιδιωτική ασφάλιση και οι άμεσες πληρωμές συνδέουν την κάλυψη και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας με το ύψος του εισοδήματος. Από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην

Ελλάδα το 2003, τα νοικοκυριά των οποίων η συμβολή στη χρηματοδότηση του υγειονομικού τομέα της χώρας εμφανίζει σημαντική απόκλιση από το μέσο όρο είναι αυτά τα οποία προβαίνουν στις υψηλότερες ιδιωτικές δαπάνες για υγεία. Το 2,44% των νοικοκυριών αντιμετώπιζαν την ανάγκη καταβολής δαπανών οι οποίες υπερέβαιναν το 40% του διαθέσιμου εισοδήματός τους και το 67% αυτών επρόκειτο για νοικοκυριά που κατέβαλαν άμεσες πληρωμές, δηλαδή δαπάνες που πληρώθηκαν τη στιγμή της χρήσης και δεν καλύπτονταν από την κοινωνική ή την ιδιωτική ασφάλιση. Άλλωστε στη συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Τύπου I), και στην επικουρική κοινωνική ασφάλιση, οι εκροές (παροχές, συντάξεις) είναι ανταποδοτικές και σχετίζονται ευθέως με τις εισφορές (ασφάλιστρα, κοινωνικοί πόροι), και συνεπώς δεν υπηρετούν την κοινωνική αλληλεγγύη, ενώ οι άμεσες αμοιβές δεν εξυπηρετούν καμία κοινωνική συνιστώσα.

Συμπεράσματα του Ελληνικού Forum Υγείας, 2009 και άλλων ερευνών

Πενήντα χιλιάδες οικογένειες στην Ελλάδα απειλούνται με πτώχευση εξαιτίας κάποιου προβλήματος υγείας! Αυτό υποστηρίχθηκε στη διάρκεια του Ελληνικού Forum Υγείας που πραγματοποιήθηκε τον Οκτώβριο του 2009 όπου παρουσιάστηκαν πολύ δυσάρεστα στοιχεία για την κατάσταση του ελληνικού συστήματος υγείας.

Συγκεκριμένα, παρά την ύπαρξη του κρατικά χρηματοδοτούμενου ΕΣΥ και της κοινωνικής ασφάλισης, χιλιάδες οικογένειες αντιμετωπίζουν στην κυριολεξία πρόβλημα επιβίωσης εάν παρουσιαστεί μια σοβαρή ασθένεια, αφού αιφνιδίως θα πρέπει να διαθέσουν πάνω από 40% του εισοδήματός τους για υπηρεσίες υγείας. Πρόκειται για τις λεγόμενες “καταστροφικές δαπάνες”, που πλήττουν το 2,7% των ελληνικών οικογενειών.

Την ίδια στιγμή, έκρηξη παρουσιάζουν οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας. Οι Έλληνες (4 στους 10) όχι μόνο πληρώνουν από την τσέπη τους για υπηρεσίες υγείας, αλλά τις πληρώνουν ακριβότερα από κάθε άλλο Ευρωπαίο, διαθέτοντας τουλάχιστον το 10% του οικογενειακού τους προϋπολογισμού. Συγκεκριμένα, κάθε Έλληνας δαπανά περίπου 1,100 ευρώ το χρόνο για υγεία, όταν η αντίστοιχη ιδιωτική κατά κεφαλήν δαπάνη στην ευρωζώνη δεν ξεπερνά τα 770 ευρώ. Επιπλέον, 1 στους 4 κάνει χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με δικές του δαπάνες (*out of pocket*).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν πάσχει τόσο από χρηματοδότηση όσο από εξυγίανση και έλεγχο. Οι δημόσιες δαπάνες δεν αξιοποιούνται σωστά, με αποτέλεσμα οι πολίτες να παραμένουν δυσαρεστημένοι από τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες υγείας. Το ποσοστό των πολιτών που δηλώνουν ικανοποιημένοι από το σύστημα υγείας δεν ξεπερνά το 15%. Το πρόβλημα αυτό είναι σημαντικό, ιδιαίτερα όταν ο ΟΑΣΑ προβλέπει πως μέχρι το 2050 οι δαπάνες για υγεία θα έχουν διπλασιαστεί.

Οι Έλληνες βρίσκονται σε μία από τις χειρότερες θέσεις σε ότι αφορά τις ίδιες πληρωμές. Σύμφωνα με την έρευνα που παρουσιάστηκε, το 56% του δείγματος δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας εξαιτίας

οικονομικών λόγων. Και όλα αυτά τη στιγμή όπου το 20% των Ελλήνων βρίσκονται κάτω από το όριο της φτώχειας.

Όσον αφορά τον κλάδο των ασφαλιστικών ταμείων, εκεί τα προβλήματα είναι αυξημένα, όπως και τα ελλείμματά τους. Έρευνα στο ΙΚΑ έδειξε πως ο μέσος χρόνος εξέτασης ανά ασφαλισμένο είναι μόλις 3 λεπτά! Επομένως, οι ασφαλισμένοι πληρώνουν υπερβολικά ποσά για την ασφαλιστική κάλυψη και τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχουν τα ταμεία τους. Επιπλέον, οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων χρωστούν 3 δισεκατομμύρια ευρώ, ενώ τα χρέη του ΕΣΥ ξεπερνούν τα 6 δισεκατομμύρια. Τα σκάνδαλα για τις τεράστιες ατασθαλίες στα δημόσια νοσοκομεία σε σχέση με τις παραγγελίες φαρμάκων έρχονται τον τελευταίο καιρό στην επιφάνεια. Η “στενή”-παράνομη συνεργασία υψηλόβαθμων στελεχών των νοσοκομείων με μεγάλες φαρμακευτικές εταιρείες, που προϋποθέτει υπέρογκες παραγγελίες καθώς και πλαστές συνταγογραφήσεις φαρμάκων αποφέρει τεράστια κέρδη και στις δύο πλευρές αλλά από την άλλη επιβαρύνει υπέρμετρα τα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία χρηματοδοτούν εν αγνοία τους τον παράνομο πλουτισμό των δύο πρώτων. Το πρόβλημα αυτό θα ήταν πολύ μικρότερο αν υπήρχε μηχανοργάνωση στα ασφαλιστικά ταμεία που να ελέγχει το σύστημα προμηθειών, ωστόσο υπό το πρόσχημα των δημόσιων διαγωνισμών, επικρατεί μια ανεκδιήγητη αδράνεια σε αυτό τον τομέα.

Η Ελλάδα είναι μια από τις πρώτες χώρες στον κόσμο σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας, ξεπερνώντας ακόμη και τις ΗΠΑ. Η δραστηριότητα του ιδιωτικού τομέα αγγίζει το 1% του ΑΕΠ, ωστόσο ο ρόλος του ποτέ δεν αναγνωρίστηκε ή υποστηρίχθηκε θεσμικά, κάτι που θα μπορούσε να είχε αποτρέψει την τόσο εκτεταμένη παραοικονομία στη χώρα μας.

Η σχέση των οικονομικών ανισοτήτων με την υγεία και την κοινωνική πολιτική είναι σαφής και διαχρονική. Η επίδραση του οικονομικού περιβάλλοντος και κυρίως της κατανομής του πλούτου και του εισοδήματος τόσο στις κοινωνικές ανάγκες όσο και στις κοινωνικές παροχές κατέστησε την αρχή της ισότητας ως ένα θεμελιώδη στόχο στην ατζέντα της πολιτικής υγείας, τόσο σε επίπεδο κρατών όσο και σε επίπεδο διεθνών οργανισμών.

Στην Ελλάδα, η θεμελίωση ενός συστήματος υγείας εθνικού τύπου κατά τα βρετανικά πρότυπα στις αρχές της δεκαετίας του 1980, συνδέθηκε με την ανάδειξη του στόχου της ισότητας σε βασική προτεραιότητα της πολιτικής υγείας. Ισότητα η οποία κατά βάση επιδιώχθηκε με τη διαμόρφωση σε όλη την επικράτεια δομών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης που λειτουργούν υπό κρατική ευθύνη και προσφέρουν φροντίδες υγείας σε όλους ανεξαιρέτως και χωρίς να απαιτείται αποζημίωση απευθείας από τους χρήστες.

Ωστόσο, ο στόχος της “δωρεάν” ή της “δημόσιας” υγείας, δεν εξαρτάται από την κατοχή των μέσων παραγωγής από το δημόσιο, αλλά από την απαλλαγή των πολιτών από την καταβολή χρημάτων προκειμένου να καταναλώσουν τις υπηρεσίες υγείας που έχουν ανάγκη. Απαλλαγή που όπως φαίνεται δεν έχει επιτευχθεί.

Συγκεκριμένα, οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα υπερβαίνουν σταθερά τις τελευταίες δεκαετίες το 40% των συνολικών δαπανών υγείας (38,4% το 2006), διαμορφώνουν το εξής παράδοξο: η διόγκωση των δομών του ΕΣΥ δεν περιορίζει την επιβάρυνση των νοικοκυριών για υπηρεσίες υγείας (Σουλιώτης, 2007). Μάλιστα το σύστημα χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα καθίσταται ιδιαίτερα άδικο, καθώς η επιβάρυνση του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών είναι μεγαλύτερη στα χαμηλά εισοδηματικά στρώματα.

Σύμφωνα με μία άλλη έρευνα που έγινε σε 1.021 νοικοκυριά της Κρήτης το Νοέμβριο του 2008, το 65,6% των ερωτηθέντων έχει αρνητική γνώμη για την παροχή υπηρεσιών του δημόσιου συστήματος Υγείας, ενώ το 63,7% θεωρεί πως και στα ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα η οικονομική επιβάρυνση είναι δυσανάλογη προς την ποιότητα της περίθαλψης.

Το 75,2% των πολιτών εκτιμά ότι υπάρχει άμεση εξάρτηση της ποιοτικής εξυπηρέτησης και του πολιτικού ή διοικητικού “μέσου”.

Στις χειρουργικές επεμβάσεις, οι πολίτες στη συντριπτική τους πλειονότητα κρίνουν ότι η ποιότητα των υπηρεσιών και το επίπεδο εξυπηρέτησης εξαρτώνται από το φιλοδώρημα-φακελάκι.

Οι 2 στους 3 πολίτες (66,7%) πιστεύουν πως τα χρήματα που πληρώνουν στο ασφαλιστικό τους ταμείο για την υγειονομική τους περίθαλψη δεν αντιστοιχούν στο επίπεδο παροχών υγείας που τους εξασφαλίζεται.

Στο ερώτημα πού θα επέλεγαν να πραγματοποιήσουν μια δύσκολη επέμβαση αν ήταν δωρεάν, 4 στους 10 θα επέλεγαν σε δημόσιο ελληνικό νοσοκομείο, δηλαδή 46,2%. Το 30,3% θα επέλεγε ιδιωτικό ελληνικό θεραπευτήριο, ενώ το 19% των ερωτηθέντων θα επιδίωκε να μεταβεί σε χώρα του εξωτερικού. Οριακά θετική εμφανίζεται η άποψη των πολιτών για τον εξοπλισμό των δημόσιων νοσοκομείων (44,5%) σε σύγκριση με τα ιδιωτικά (39%). Παρά ταύτα, το 61,6% -ενδεχομένως και για οικονομικούς λόγους- επισκέπτεται δημόσια νοσοκομεία για βαριά περιστατικά και το 38,4% τα ιδιωτικά.

Μόλις το 55,9% δηλώνουν ότι αντιμετωπίστηκαν με αξιοπρέπεια στο δημόσιο νοσοκομείο. Το 34,1% χαρακτηρίζει μέτρια την εμπειρία αυτή από πλευράς αξιοπρέπειας και το 10% του δείγματος υποστηρίζει ότι δεν αντιμετωπίστηκε με σεβασμό και εχεμύθεια στα αποτελέσματα των εξετάσεων μέσα στο νοσοκομείο.

3.6 Η χρήση γενετικών δεδομένων στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

Σοβαρά ηθικά ζητήματα εγείρονται σχετικά με τη χρήση γενετικών δεδομένων στην ιδιωτική ασφάλιση, που σχετίζονται με την προστασία της προσωπικότητας και της οικονομικής ελευθερίας των ατόμων αλλά και τον κίνδυνο εμφάνισης του λεγόμενου “γενετικού ντετερμινισμού”.

Το ερώτημα εάν ένας ασφαλιστής επιτρέπεται να ζητεί από τον αιτούντα ασφάλιση, εκτός των συμβατικών πληροφοριών που σχετίζονται με το ιατρικό του ιστορικό, και τα αποτελέσματα γενετικών εξετάσεων, απασχολεί τα τελευταία χρόνια έντονα τις επιτροπές βιοηθικής, αλλά και τη νομοθετική πολιτική σε πολλές χώρες. Ο λόγος είναι ότι οι γενετικές πληροφορίες, ενώ αποκαλύπτουν απλώς προδιάθεση για την εκδήλωση ορισμένων σοβαρών ασθενειών, μπορούν ενδεχομένως να οδηγήσουν σε διακρίσεις εις βάρος των προσώπων που επιθυμούν να ασφαλισθούν.

Σήμερα, παρατηρεί κανείς τρεις τάσεις ως προς τη νομοθετική αντιμετώπιση του ζητήματος. Ορισμένα κράτη έχουν απαγορεύσει με ειδικές διατάξεις αυτή τη χρήση γενετικών πληροφοριών, άλλα έχουν αποφασίσει να μην επέμβουν νομοθετικά, ενώ πολλά έχουν υιοθετήσει μια διαδικασία σχετικού διαλόγου με τους ασφαλιστές, κατά τη διάρκεια του οποίου οι τελευταίοι δεσμεύονται να μην ζητούν ούτε να κάνουν χρήση γενετικών δεδομένων (moratorium). Στη χώρα μας, το θέμα δεν έχει ακόμη αντιμετωπισθεί, ενώ και η σχετική με τις ασφαλίσεις ζωής και ασθενειών νομοθεσία παραμένει ελλιπής.

Το ιατρικό ιστορικό θεωρείται ένα θεμιτό κριτήριο διάκρισης των ασφαλισμένων σε ομάδες ασφαλιστικού κινδύνου, καθώς και για τον αντίστοιχο καθορισμό των ασφαλιστρών. Με βάση την τρέχουσα πολιτική των ασφαλιστικών εταιρειών, οι ασφαλισμένοι καλύπτονται για παθήσεις που δεν έχουν εκδηλωθεί πριν από τη σύναψη του συμβολαίου, σύμφωνα με τον ιατρικό τους φάκελο.

Τα γενετικά δεδομένα, και συγκεκριμένα όσα προέρχονται από αναλύσεις προδιάθεσης, όπως και κάποια ιατρικά, αποκαλύπτουν πιθανό κίνδυνο αλλά -στις περισσότερες περιπτώσεις- όχι βεβαιότητα, μελλοντικής νόσησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στο πλαίσιο του ΕΣΥ

Το παράδοξο μέχρι σήμερα της ελληνικής περίπτωσης ήταν η συνύπαρξη ενός συστήματος υγείας με σημαντικά προβλήματα, ταυτόχρονα με έναν πληθυσμό ο οποίος εμφάνιζε ιδιαίτερα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας, δίνοντας μια συνολική εικόνα υψηλής αποτελεσματικότητας του υγειονομικού τομέα. Το παράδοξο αυτό μπορεί να ερμηνευτεί εν μέρει από το γεγονός ότι μέσα στο σύστημα υγείας υπάρχουν θύλακοι που λειτουργούν και ανταποκρίνονται στις ανάγκες του πληθυσμού. Κυρίως όμως μπορεί να ερμηνευτεί με βάση τον τρόπο ζωής και το ευρύτερο κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο που ρυθμίζει συμπεριφορές, διαμορφώνει πρότυπα και συνθήκες διαβίωσης. Από τη στιγμή όμως που το πλαίσιο αυτό μετατρέπεται, ανατρέπεται η εικόνα της αποτελεσματικότητας και εμφανίζονται ανησυχητικά σημάδια προσδοκώμενης επιδείνωσης. Η διαπίστωση αυτή τεκμηριώνεται από το ότι η χώρα μας κατέχει πλέον υψηλή θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ στους θανάτους από νοσήματα του κυκλοφορικού. Οι μελλοντικές τάσεις γίνονται ακόμη πιο ανησυχητικές, αν αναλογιστεί κανείς ότι δεν έχει δοθεί η αναγκαία βαρύτητα στην πολιτική πρόληψης, αγωγής και προαγωγής της υγείας. Προς την ίδια κατεύθυνση συμβάλλει και η απουσία συνέχειας στην φροντίδα υγείας, δεδομένου ότι αυτή παρέχεται ευκαιριακά και αποσπασματικά. Τέλος, δεν έχουν αναπτυχθεί επαρκώς συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, γεγονός που αποδεικνύεται και από τις μετρήσεις ικανοποίησης των πολιτών, οι οποίες καταγράφουν τη δυσαρέσκεια του πληθυσμού σε σχέση με τις προσφερόμενες ξενοδοχειακές υποδομές και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών στις προσδοκίες τους.

Η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και η έντονη δυσαρέσκεια των Ελλήνων για το σύστημα υγείας της χώρας τους, όπως εκφράζεται από έρευνες της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (1998) συνίσταται στο υψηλό κόστος χρόνου λόγω της δυσχέρειας πρόσβασης, στη χαμηλή ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, καθώς και στην αναγκαιότητα καταβολής

Στην έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO 2000), οι Έλληνες δήλωσαν δυσαρεστημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, παρά το γεγονός ότι η χώρα βρισκόταν αρκετά ψηλά στους διάφορους δείκτες υγείας.

Η αυξημένη δυσαρέσκεια πιθανώς να συνδέεται με τις εξής συνισταμένες:

- την έλλειψη ενός ολοκληρωμένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας
- την απουσία μονάδων αποκατάστασης και νοσηλείας στο σπίτι
- την πεπαλαιωμένη ξενοδοχειακή υποδομή
- την ελλειμματική νοσηλευτική υπηρεσία στα νοσηλευτικά ιδρύματα του δημόσιου τομέα
- τον υψηλό χρόνο αναμονής
- την ανάγκη διαμεσολάβησης
- την ύπαρξη υψηλών ιδιωτικών δαπανών

- την πτώση του ποσοστού των δημοσίων δαπανών σε σχέση με το σύνολο των δαπανών για την υγεία τα τελευταία 20 χρόνια σχεδόν, μια πτώση που καταβάρθρωσε την Ελλάδα στην τελευταία θέση της Ε.Ε. των 27 το 2006!!

Ο προσδιορισμός των λόγων δυσαρέσκειας έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί θα μπορούσε να καθοδηγήσει τους λήπτες των αποφάσεων πολιτικής για την υγεία γύρω από τα τρωτά σημεία του συστήματος τα οποία θα πρέπει να διορθωθούν. Επιπλέον όμως θα μπορούσε να βοηθήσει στη σύνδεση με τους λόγους για τους οποίους τα άτομα στρέφονται στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Μετά το 2000 η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα υγείας στην Ελλάδα φαίνεται να συμβαδίζει με την επικράτηση της νεοφιλελεύθερης ιδεολογίας στην οποία αναγνωρίζεται η κυριαρχία της αγοράς. Καθώς η μεσαία τάξη έβλεπε τα εισοδήματά της να αυξάνουν, στράφηκε στην “αγορά” ελευθεριών επιλογής από τον ιδιωτικό τομέα καλύπτοντας το κενό που δημιουργούσε η υποχώρηση του δημόσιου τομέα. Ο τομέας της υγείας υφίσταται έτσι μια μετάλλαξη που δεν γίνεται αντιληπτή, ίσως επειδή συντελείται σταδιακά. Ο κύριος χαρακτήρας των εξελίξεων είναι η αλλαγή στο μείγμα δημόσιου και ιδιωτικού, τόσο στην προσφορά υπηρεσιών όσο και στην πλευρά της ζήτησης. Η νοσοκομειακή περίθαλψη είναι ήδη κατά 35% ιδιωτική, ο διαγνωστικός τομέας πολύ περισσότερο και οι ιδιωτικές δαπάνες καλύπτουν ήδη το μισό από το συνολικό κόστος της υγείας στην Ελλάδα. Ο δημόσιος τομέας, με ανεπαρκή πολιτική διοίκηση, βρίσκεται σε σύγχυση και ο ιδιωτικός τομέας αναπληρώνει το κενό, αλλά με τρόπο άδικο για την πλειοψηφία των πολιτών.

Την ίδια ώρα, η Αμερική βιώνει με τον χειρότερο τρόπο την ιδιωτικοποίηση της υγείας. Η General Motors και άλλες μεγάλες βιομηχανίες γονατίζουν από το βάρος της ασφάλισης υγείας και τα έξοδα νοσηλείας. Η απάντηση του νέου δημοκρατικού προέδρου Μπαράκ Ομπάμα είναι η κοινωνικοποίηση του βάρους με την ενίσχυση της κοινωνικής ασφάλισης, έστω και *à l'americaïn*. Ζούμε έτσι το παράδοξο το ελληνικό σύστημα υγείας να “αμερικανοποιείται” την ώρα που εξευρωπαϊάζεται το αμερικανικό σύστημα. Στις νέες συνθήκες που διαμορφώνονται, όμως, σε καθεστώς οικονομικής κρίσης, η πορεία στην Ελλάδα πρέπει να αλλάξει ριζικά, όπως αλλάζει και στην άλλη άκρη του Ατλαντικού.

Το δημόσιο σύστημα υγείας είναι ακραία σπάταλο, αναποτελεσματικό και κοινωνικά άδικο. Αποτελείται από δύο σχεδόν ισοδύναμα μέρη, το ασφαλιστικό και το κρατικό. Το πρώτο χρηματοδοτείται από εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων. Το 42% των δαπανών καλύπτει φάρμακα, το 27% τη νοσοκομειακή περίθαλψη και μόνο το 13% διατίθεται για ιατρική φροντίδα. Οι κρατικές δαπάνες από φορολογικά έσοδα καλύπτουν τη μισθοδοσία των νοσοκομείων του ΕΣΥ και των κέντρων υγείας. Οι λειτουργικές δαπάνες των νοσοκομείων θεωρητικά καλύπτονται από νοσήλια που καταβάλλουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, αλλά στην πραγματικότητα στο μεγαλύτερο μέρος τους καλύπτονται από το κράτος με τις ανά τριετία ρυθμίσεις χρεών προς τους προμηθευτές. Τα 35 περίπου ταμεία υγείας απορροφούν από την κοινωνία περίπου 7 δισ. ευρώ, από τα οποία μόνο το 66% πηγαίνει για υπηρεσίες υγείας και 900 εκατ. ευρώ για διοικητικές δαπάνες. Ο έλληνας εργαζόμενος, μόνος στην Ευρώπη και στον

ΟΟΣΑ, πληρώνει για ένα συνεχώς απαξιούμενο εθνικό (!) σύστημα υγείας δύο φορές, μία μέσω της φορολογίας και των ταμείων και άλλη μία από την τσέπη του. Το αναποτελεσματικό αυτό σύστημα ασφαλιστικής κάλυψης απορροφά το 22% των δαπανών της κοινωνικής ασφάλισης και απειλεί τις παροχές συντάξεων περισσότερο από οτιδήποτε άλλο.

Ο δημόσιος τομέας πρέπει να ανακαθορίσει το πεδίο δραστηριότητάς του και να γίνει πιο αποτελεσματικός. Ταυτόχρονα, πρέπει να αναγνωρίσει τον ρόλο του ιδιωτικού τομέα και να συνεργασθεί μαζί του για τη βελτίωση της συνολικής αποδοτικότητας του τομέα της υγείας. Τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να γίνουν λιγότερα και μεγαλύτερα, με επαγγελματική διοίκηση. Πρέπει να αναβαθμισθούν με εξοπλισμό και προσωπικό και να επικεντρωθούν στα σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το τραύμα, τον καρκίνο και άλλες σοβαρές και καταστροφικές παθήσεις. Άλλοι τομείς, όπως η αποκατάσταση, η εξωνοσοκομειακή και διαγνωστική ιατρική, μπορούν να καλυφθούν σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα που έχει ήδη αναπτύξει ισχυρή παρουσία. Ταυτόχρονα, ο δημόσιος τομέας πρέπει να αναπτύξει τον εποπτικό και σχεδιαστικό του ρόλο και να ελέγξει την ποιότητα των υπηρεσιών. Τέλος, νέα σχήματα, όπως η οργανωμένη φροντίδα υγείας και η διαχείριση της αρρώστιας, μπορούν να αξιοποιήσουν τεχνογνωσία που έχουν αναπτύξει ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς.

Όλα τα παραπάνω πρέπει να στοχεύουν στον περιορισμό της παραοικονομίας με την ένταξη της ιδιωτικής δαπάνης σε μια νέα θεώρηση της ασφάλισης υγείας και της διαχείρισης της ζήτησης. Από τα προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης επηρεάζεται το ΕΣΥ, γι' αυτό οι περισσότερες λύσεις που έχουν προταθεί διαχρονικά συγκλίνουν στη συνέργεια με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, με προϋπόθεση τον εκσυγχρονισμό του νομικού πλαισίου. Αυτό θα μπορούσε να γίνει με την κατάργηση των ταμείων υγείας και των ασφαλιστικών εισφορών, με ευεργετικά αποτελέσματα για μια οικονομία σε ύφεση, και την καθιέρωση Εθνικής Ασφάλισης Υγείας με κάλυψη από τα αυξημένα φορολογικά έσοδα. Ο ενιαίος φορέας ασφάλισης, που εγκαταλείφθηκε στο παρελθόν, με κανονισμό παροχών πάνω από το μέσο σημερινό επίπεδο, ίσως διευκόλυνε τη διαχείριση της ζήτησης με την απεμπλοκή από τον απλά διαμεσολαβητικό και καθόλου παραγωγικό ρόλο των δεκάδων ταμείων υγείας. Εάν οι ασφαλιστικές εταιρείες ενεργούσαν όπως οι Οργανισμοί Διατήρησης της Υγείας (*HMOs*), τότε θα είχαν τη δυνατότητα να ελέγχουν τη χρήση των παροχών, αλλά και να ελέγχουν τους προμηθευτές υγείας, οι οποίοι θα όφειλαν να εναρμονίζονται με το ρυθμιστικό πλαίσιο της εταιρείας. Είναι κριτικής σημασίας ο συντονισμός μεταξύ των τριών αυτόνομων και ενίοτε αλληλοαναιρούμενων δομών (ΕΣΥ, κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτικός τομέας) και η δημιουργία ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας.

Επιπλέον, η ηλεκτρονική διαχείριση της προσφοράς και των πληρωμών, με τη βοήθεια και εξειδικευμένων φορέων από τον ιδιωτικό τομέα, σίγουρα θα μπορούσε να μειώσει το τεράστιο διαχειριστικό κόστος, αυξάνοντας έτσι και το επίπεδο των παροχών. Μόνο έτσι η ήδη υψηλή συνολική δαπάνη υγείας που φθάνει στο 10% του ΑΕΠ θα μπορούσε να φύγει από τη σφαίρα της παραοικονομίας και να αποκτήσει την οικονομική αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα που απαιτεί ένα σύγχρονο σύστημα υγείας. (Λ. Λιαρόπουλος)

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία:

Private health insurance in the European Union: Final report prepared for the European Commission, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Sarah Thomson and Elias Mossialos, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, 24th June 2009

Financing health care in the European Union: Challenges and policy responses, Sarah Thomson-Thomas Foubister-Elias Mossialos, European Observatory on Health Systems and Policies (World Health Organization) 2009

Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece, Charalampos Economou, Claude Giorno, ECONOMICS DEPARTMENT WORKING PAPER No. 722, OECD, 21-Sep-2009

National Health Survey Hellas Health I: Differences Between Urban And Rural Population, Yannis Tountas, National and Kapodistrian University Of Athensmedical Schoolcenter For Health Services Research, Izmir, September 2007

Citizens and health systems: main results from a Eurobarometer survey, European Commission, Directorate General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, Luxembourg, 1998

Ελληνική Βιβλιογραφία:

Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα, Γ.Κυριόπουλος- Λ.Λιαρόπουλος- Χ.Μπουρσανίδης- Χ.Οικονόμου(Επιμ.), Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα 2001

Πολιτικές Υγείας στην Ελλάδα & τις Ευρωπαϊκές Κοινωνίες, Χ. Οικονόμου, Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα 2004

Ιδιωτική Ασφάλιση και Υπηρεσίες Υγείας, Θ. Ρούπας, στο Πολιτική και Οικονομία της Υγείας: Στρατηγικός Σχεδιασμός - Οργάνωση και Διοίκηση - Οικονομική Λειτουργία - Τομεακές Πολιτικές (επιμ. Κ. Σουλιώτης), Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2006

Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση, Μιλτιάδης Νεκτάριος, Δ΄Έκδοση, Financial Forum, Μαρούσι 2003

Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτικές στην Ελλάδα, Λ. Λιαρόπουλος, Financial Forum, Αθήνα 1993

Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα: Ετήσιες Στατιστικές Εκθέσεις 2006-2008, Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος

Ο Ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Κ. Σουλιώτης, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2000

Οι Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά Προβλήματα στη Μέτρηση και Συνέπειες για τις Πολιτικές Υγείας, Γ. Κυριόπουλος-Κ. Σουλιώτης, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα 2002

Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Πρότυπο σύστημα διοίκησης των απαιτούμενων διαδικασιών και διαχείρισης ατομικών συμβολαίων, Διδακτορική Διατριβή Αθανάσιου Βοζίκη, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ, Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης, 2003

Ο κλάδος των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα και η ανάπτυξη των μεγαλύτερων Ιδιωτικών Κλινικών, Γεώργιος Σχοινάς, ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ, ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΑΤΡΩΝ, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Φαρμακευτικής, ΠΑΤΡΑ 2005

Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Ανάλυση δεδομένων χρήσης υπηρεσιών υγείας ατομικών συμβολαίων, Ν. Λιακοπούλου, Διπλωματική Εργασία για το Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Οικονομική και Επιχειρησιακή Στρατηγική», Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, 2006

Όψεις (Αν)ισότητας και Διάκρισης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.): Δομική ατέλεια του συστήματος ή απόρροια ατομικών συμπεριφορών;, Σταμάτης Βαρδαρός, ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ, Μ.Π.Σ. Μεθοδολογία Και Εφαρμογές Κοινωνικής Πολιτικής, Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Πάντειο Πανεπιστήμιο 2008

Οι Υπηρεσίες Υγείας στη Ελλάδα: 1996-2006, Γ. Τούντας και συν., Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα 2008

Γνώμη για τη χρήση γενετικών δεδομένων στην Ιδιωτική Ασφάλιση, Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, Αθήνα, 11 Ιανουαρίου 2008

Άλλες πηγές:

Το «φακελάκι» ζει, η Υγεία σε κώμα, (άρθρο), Άννα Στεργίου, Εφημερίδα ΕΛΕΥΘΕΡΟΤΥΠΙΑ | Αθήνα, 09/01/2009

Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ

Το νέο «μείγμα» για τον μεγάλο ασθενή, (άρθρο), Λυκούργος Λιαρόπουλος, Εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ | Αθήνα - Δευτέρα 24 Νοεμβρίου 2008

www.eaee.gr

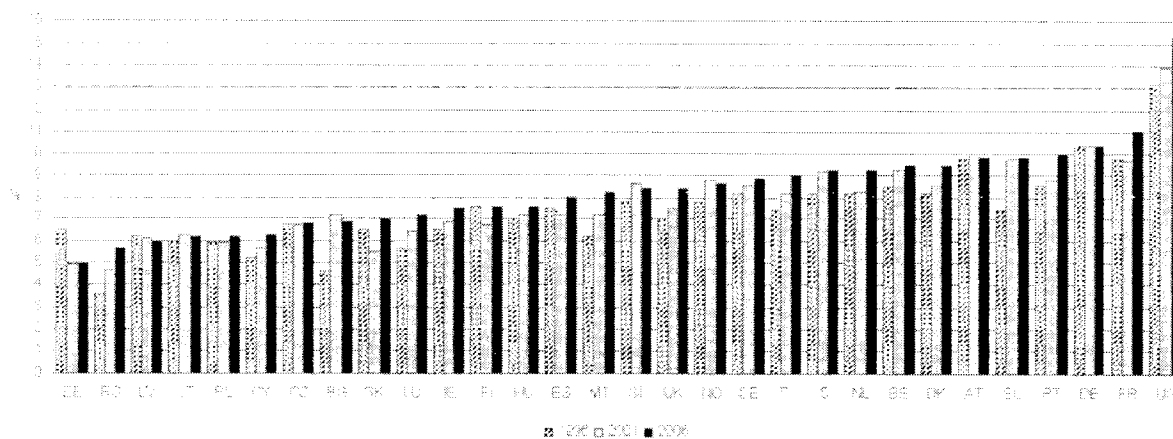
<http://www.imerisia.gr/article.asp?catid=15454&subid=2&pubid=16119148#>

<http://www.capital.gr/news.asp?id=713998>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Κεφάλαιο 1

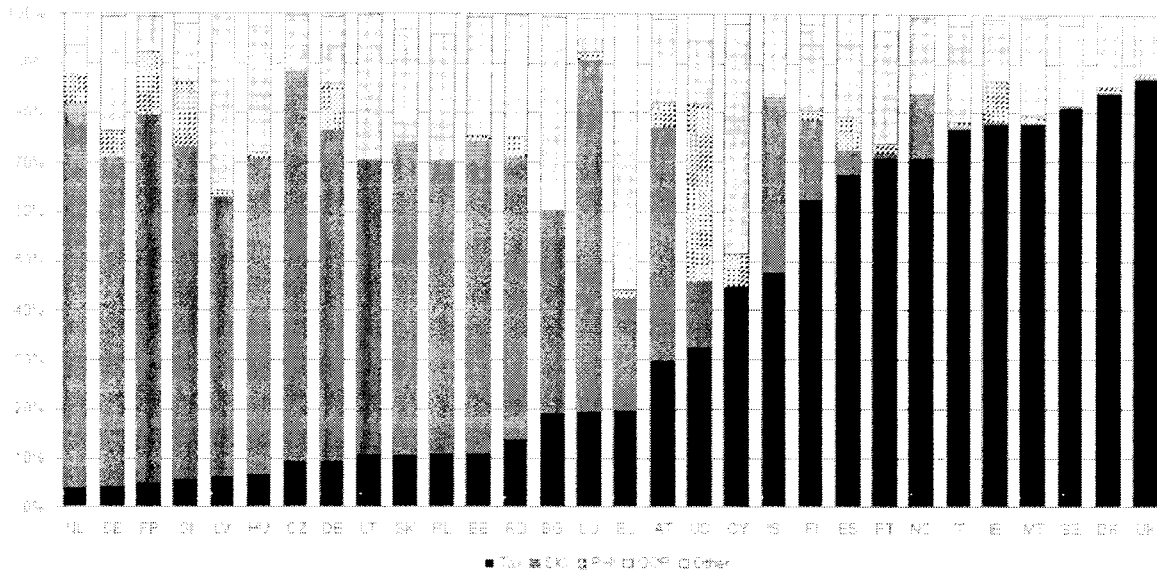
Γράφημα 1: Συνολική δαπάνη υγείας στις Ευρωπαϊκές χώρες, ως ποσοστό του ΑΕΠ, 1996-2006 (%)



Source: WHO (2009)

Γράφημα 2: Ανάλυση των καναλιών χρηματοδότησης της υγείας ανά χώρα, 2006

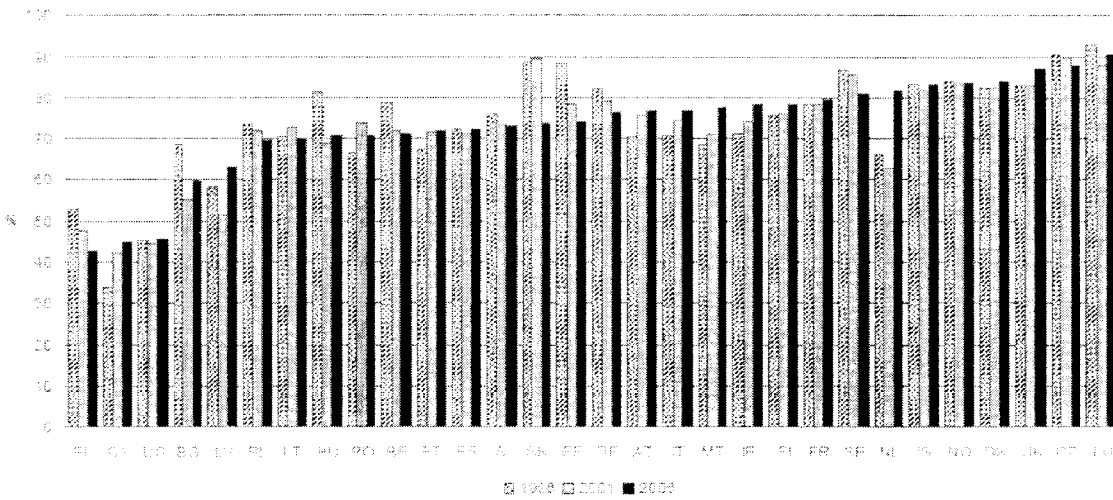
(Tax= Φόροι, SIC= Εισφορές Κοινωνικής Ασφάλισης, PHI= Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, OOP= Ίδιες Άμεσες Πληρωμές, Other= Άλλο)



Source: WHO (2009)

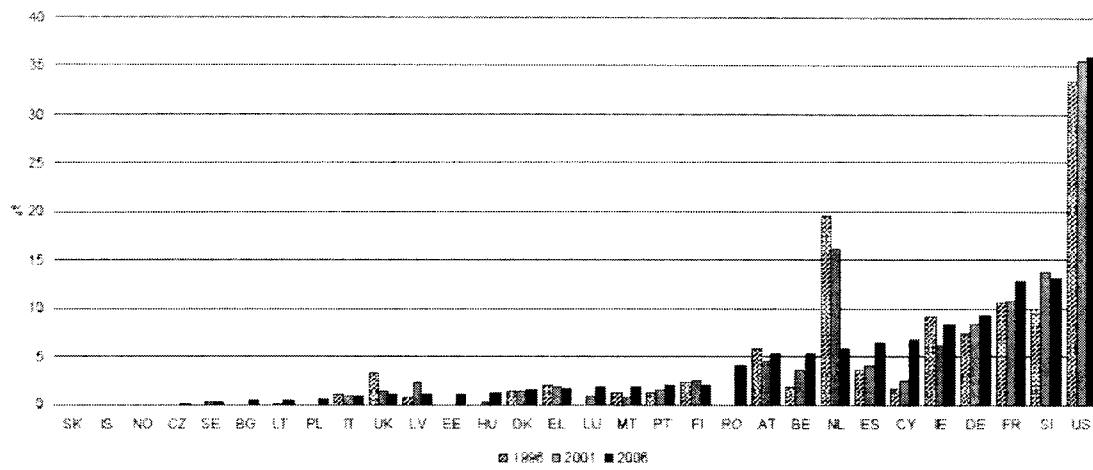
Note: SIC = social insurance contribution; PHI = private health insurance; OOP = out of pocket payments; SIC refers to all funds channelled through health insurance funds, which may include substantial amounts of tax revenue.

Γράφημα 3: Δημόσιες δαπάνες υγείας ως ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας, 1996-2006 (%)



Source: WHO (2009)

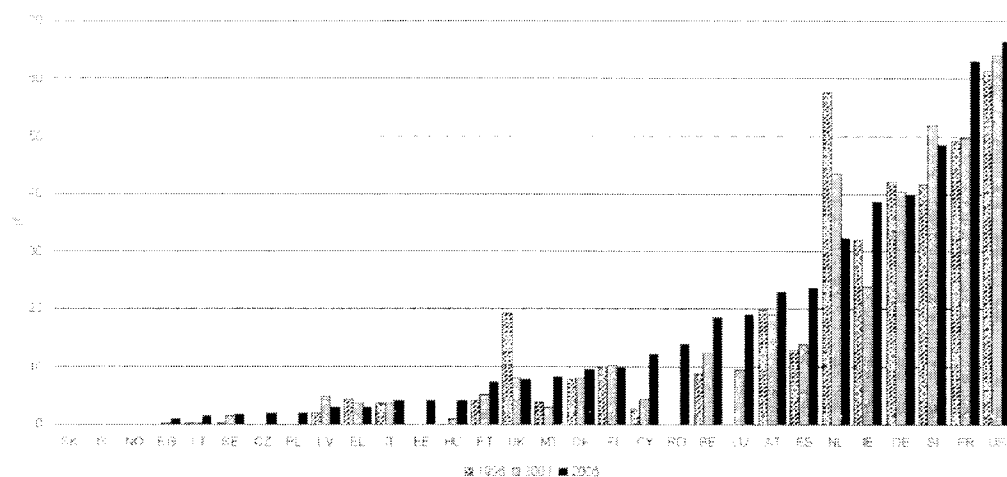
Γράφημα 4: Δαπάνη για ΙΑΥ ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, 1996-2006 (%)



Source: WHO (2009)

Note: Values for Slovakia, Iceland and Norway are equal to zero in all three years.

Γράφημα 5: Δαπάνη για ΙΑΥ ως ποσοστό της συνολικής ιδιωτικής υγειονομικής δαπάνης, 1996-2006 (%)



Source: WHO (2009)
 Note: Values for Slovakia, Iceland and Norway are equal to zero in all three years.

Πίνακας 9: Ποσοστιαία αναλογία των μεγεθών της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς στην ΕΕ των 27, 2008

Ποσοστιαία Αναλογία των Μεγεθών της Ελληνικής Ασφαλιστικής Αγοράς στην Ευρωπαϊκή Ένωση (27) το 2008

ΜΕΓΕΘΟΣ	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ (27)
Ασφάλιστρα από πρωτασφαλίσεις (σύνολο αγοράς, εκατομμύρια €)	4.750,6	0,47%	1.001.810,5
Εκ των οποίων:			
Ασφάλιστρα Κλάδου Ζωής	2.476,0	0,40%	611.499,5
Ασφάλιστρα Κλάδων Ζημιών	2.274,6	0,58%	390.311,0
Σύνολο Επενδύσεων (σύνολο αγοράς, εκατομμύρια €)	11.330,2	0,17%	6.497.632,4
Αριθμός Εταιριών	85	1,78%	4.783
Αριθμός Απασκοιούμενων	9.000	0,99%	912.473
ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ (2007)			
Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα (σε ευρώ)	457,63	20,15%	2.271
Εκ των οποίων:			
Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα Κλάδου Ζωής	225,15	15,20%	1.481
Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα Κλάδων Ζημιών	232,48	29,42%	790
Ποσοστό Ασφαλιστρών επί του Α.Ε.Π.	2,26%		9,1%
Ποσοστό Επενδύσεων επί του Α.Ε.Π.	5,23%		55,9%

Πίνακας 1: Επισκόπηση των αγορών Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, 2008

Χώρα	Διάκριση ΙΑΥ	Επιλεξιμότητα	Παροχές	Κάλυψη πληθυσμού (2006)	Ποσοστό συνολικής δαπάνης για υγεία (2006)
Γερμανία	Υποκατάστατη (Τύπου III)	Νοικοκυριά με υψηλά εισοδήματα, αυτοαπασχολούμενοι που αποκλείονται από την κοινωνική ασφάλιση, δημόσιοι υπάλληλοι που επιλέγουν ΙΑΥ	Παρόμοιες παροχές με την κοινωνική ασφάλιση	≈10.0	9.3
	Συμπληρωματική (Τύπου II α)		Αποζημίωση πρόσθετων χρεώσεων της κοινωνικής ασφάλισης και του κράτους για εξωνοσοκομειακή φροντίδα		
	Συμπληρωματική (Τύπου II β)		Οδοντιατρική φροντίδα	≈20.0	
	Επιπρόσθετη (Τύπου I)	Όλος ο πληθυσμός	Ιδιωτικά νοσοκομεία, επιλογή ιατρού, ημερήσια αποζημίωση νοσηλείας		
Ελλάδα	Επιπρόσθετη (Τύπου I)	Όλος ο πληθυσμός	Καλύτερη ποιότητα, ταχύτερη πρόσβαση, περισσότερες επιλογές	(2002) 12.0	1.6
Ολλανδία	Συμπληρωματική (Τύπου II β)	Όλος ο πληθυσμός	Οδοντιατρική και οφθαλμολογική φροντίδα, φυσιοθεραπείες, λογοθεραπεία, προληπτική ιατρική, ορισμένες αισθητικές επεμβάσεις	92.0	5.9
	Επιπρόσθετη (Τύπου I)		Μονόκλινα δωμάτια		
Ηνωμένο Βασίλειο	Επιπρόσθετη (Τύπου I)	Όλος ο πληθυσμός	Οξεία νοσηλεία, <i>screening</i> , παροχές σε εργαζομένους μέσω ομαδικών επαγγελματικών συμβάσεων	10.6	1.0

Πίνακας 2: Χαρακτηριστικά ασφαλισμένων στην ΙΑΥ (διάφορα έτη)

Χώρα	Ηλικία	Εκπαίδευση	Εισόδημα	Απασχόληση	Τόπος διαμονής	Φύλο
Γερμανία	Όλες	Ανώτερο επίπεδο	Υψηλό	Υψηλά αμειβόμενοι εργαζόμενοι, αυτό-απασχολούμενοι, δημόσιοι υπάλληλοι και συνταξιούχοι που στο παρελθόν είχαν ΙΑΥ	n/a	Περισσότεροι άνδρες, λιγότερες γυναίκες, ελάχιστα παιδιά
Ελλάδα	25-45	Ανώτερο επίπεδο, το 43% τριτοβάθμιας	Μεσαίο - υψηλό: το 68% των ατόμων ανήκουν στη μεσαία ή ανώτερη τάξη	Κυρίως εργοδότες, επαγγελματίες, δημόσιοι υπάλληλοι, ανώτεροι υπάλληλοι και υψηλόβαθμα στελέχη ιδιωτικών εταιρειών και τραπεζών	Μεγάλα αστικά κέντρα	Σχετικά περισσότεροι άνδρες από γυναίκες (53% έναντι 47%)
Ολλανδία	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
Ηνωμένο Βασίλειο	40-65	Υψηλό επίπεδο: άτομα με μετά-δευτεροβάθμια εκπαίδευση είναι 6 φορές πιο πιθανό να αποκτήσουν ΙΑΥ	Τα υψηλότερα εισοδήματα αγοράζουν ατομική ασφάλιση κατά 4 φορές περισσότερο ΙΑΥ σε σχέση με τα χαμηλά εισοδήματα. Το 51% των πρώτων έχουν ομαδική ασφάλιση σε σχέση με ένα 25% που ανήκουν στα χαμηλά εισοδήματα	Ανώτεροι υπάλληλοι και στελέχη έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αποκτήσουν ατομική ασφάλιση και εννεαπλάσιες για ομαδική, από ανειδίκευτους εργάτες	Νοτιοανατολική και ανατολική Αγγλία, Λονδίνο	Οι άνδρες είναι 3 φορές πιο πιθανό να αγοράσουν ατομικό συμβόλαιο και 2 φορές πιο πιθανό να καλυφθούν από ομαδικό συμβόλαιο στην εργασία τους από ότι οι γυναίκες

Πίνακας 3: Χαρακτηριστικά αγοράς και συμβολαίων, 2008

Χώρα	Ποιος αγοράζει ΙΑΥ?	Ανοικτή εγγραφή (open enrolment)	Εξαιρέση προϋπαρχουσών παθήσεων	Ανανέωση συμβολαίων	Λήξη ομαδικών συμβολαίων στη συνταξιοδότηση
Γερμανία	Υποκατάστατη: άτομα με υψηλά εισοδήματα τα 3 τελευταία έτη Άλλα είδη: όλος ο πληθυσμός	Εξαρτάται: στην υποκατάστατη ΙΑΥ οι ασφαλιστές δεν επιτρέπεται να απορρίπτουν αιτήσεις για τα βασικά προγράμματα	Ναι	Ισόβια	Όχι
Ελλάδα	Άτομα κάτω των 65 ετών	Όχι	Ναι	Ισόβια	Ναι
Ολλανδία	Όλος ο πληθυσμός	Συνήθως, αν και δεν είναι υποχρεωτικό από το νόμο	Ναι	Ετήσια	n/a
Ηνωμένο Βασίλειο	Άτομα κάτω των 65 ετών ή των 74/75, για νέα συμβόλαια	Όχι	Ναι	Ετήσια	Ναι (ίσως υπάρχουν εξαιρέσεις)

Πίνακας 4: Καθορισμός ασφαλιστρών, 2008

Χώρα	Μεταβλητές που λαμβάνονται υπόψη στον καθορισμό ασφαλιστρών	Ιατρικές πληροφορίες που απαιτούνται	Περίοδοι αναμονής	Κάλυψη προστατευόμενων μελών
Γερμανία	Ηλικία, φύλο, κατάσταση υγείας	Ιατρικό ιστορικό	Συνήθως 3 με 8 μήνες	Όχι
Ελλάδα	Ηλικία, φύλο, κατάσταση υγείας, επάγγελμα	Ιατρικό ιστορικό (και οικογενειακό), ιατρικές εξετάσεις, ακτινογραφία	Ναι	Όχι
Ολλανδία	Ηλικία, κατάσταση υγείας,	Ιατρικό ιστορικό	n/a	No
Ηνωμένο Βασίλειο	Ηλικία, παράγοντες όπως το κάπνισμα, επάγγελμα, τόπος κατοικίας	Ιατρικό ιστορικό (και οικογενειακό), ιατρικές εξετάσεις (σπανίως)	Όχι	Όχι

Πίνακας 5: Συμμετοχή στο κόστος, όρια καλύψεων, μηχανισμοί προστασίας, 2008

Χώρα	Συμμετοχή στο κόστος	"Ταβάνι" παροχών	Μηχανισμοί προστασίας
Γερμανία	Συνασφάλιση (οδοντιατρική φροντίδα), εθελοντικές κρατήσεις (<i>deductibles</i>)	Όχι	Όριο στις εθελοντικές κρατήσεις για την υποκατάστατη ΙΑΥ
Ελλάδα	Συνασφάλιση, συν-πληρωμές, εθελοντικές κρατήσεις (<i>deductibles</i>), bonus για μη-ανάληψη αποζημιώσεων	Ναι	Όχι
Ολλανδία	Εθελοντικές κρατήσεις (<i>deductibles</i>)	Όχι	n/a
Ηνωμένο Βασίλειο	Εθελοντικές κρατήσεις (<i>deductibles</i>)	Όχι	Όχι

Πίνακας 6: Σχέσεις με προμηθευτές, 2008

Χώρα	Αγορά από τους προμηθευτές ή αποζημίωση των ασφαλισμένων;	Οι ασφαλιστές είναι ελεύθεροι να συνάπτουν επιλεκτικά συμβόλαια;	Κάθετη ολοκλήρωση	Πληρωμή προμηθευτών	Ποιος καθορίζει τις χρεώσεις;	Διαφορές στις επιβαλλόμενες χρεώσεις
Γερμανία	Αποζημίωση	Ναι, αλλά μόνο για τους ιδιωτικά ασφαλισμένους	Δε συνηθίζεται. Επιπλέον, οι ασφαλιστικές δεν επιτρέπεται να κατέχουν πολυκλινικές	Σύστημα κατά πράξη (<i>FFS</i>), σύστημα <i>DRGs</i> στα νοσοκομεία	Οι προμηθευτές επιτρέπεται να χρεώνουν υψηλότερα από το κράτος	Ναι, υψηλότερες
Ελλάδα	Υπάρχει μια τάση προς την αγορά υπηρεσιών, ωστόσο δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις, καθώς υπάρχει υψηλή συγκέντρωση στην αγορά	Ναι, συμβαίνει συνήθως	Ενθαρρύνεται η χρήση δικτύων προτιμώμενων προμηθευτών (<i>PPNs</i>). Ένας φορέας έχει δικές του εγκαταστάσεις	Κατά κεφαλήν (<i>CAP</i>), κατά πράξη, μισθός (για συστήματα <i>managed care</i>)	Οι ασφαλιστές διαπραγματεύονται τις χρεώσεις με τους προμηθευτές	Ναι, υψηλότερες
Ολλανδία	Αποζημίωση, αλλά η αγορά υπηρεσιών βρίσκεται σε αρχικά στάδια	Ναι, αλλά συμβαίνει σε περιορισμένη έκταση	Αμελητέα, ωστόσο ένας φορέας διαθέτει δικά του κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας	Κατά κεφαλήν, κατά πράξη, ωρομίσθιο	n/a	n/a

Ηνωμένο Βασίλειο	Αγορά	Συνηθίζεται με τα νοσοκομεία, αλλά όχι με τους ιατρούς	Απαγορεύεται αυστηρά η καθετοποίηση	Σύστημα κατά πράξη (FFS)	Ασφαλιστές και προμηθευτές διαπραγματεύονται για τις χρεώσεις των νοσοκομείων και καθορίζουν ανώτατο όριο στις χρεώσεις των ιατρών	Ναι, υψηλότερες
------------------	-------	--	-------------------------------------	--------------------------	--	-----------------

Πίνακας 7: Νομοθεσία και ρύθμιση της αγοράς ΙΑΥ, 2008

Χώρα	Κύριες παράμετροι που υπόκεινται σε νομοθετική ρύθμιση	Συγκεκριμένη Νομοθεσία που αφορά την ΙΑΥ
Γερμανία	Υποκατάστατη: καθορισμός ασφαλιστών, τιμολόγηση/ αποζημίωση υπηρεσιών, καλυπτόμενες παροχές, "καταπίστευμα γήρατος" (<i>ageing reserves</i>), πληροφόρηση καταναλωτών, κριτήρια επιλεξιμότητας για ιδιωτική ή κοινωνική ασφάλιση, καθορισμός εργοδοτικών εισφορών, όροι που αφορούν το καθεστώς των δημοσίων υπαλλήλων, καθορισμός του βασικού πακέτου παροχών που προσφέρεται σε όλους όσοι είναι επιλέξιμοι, χωρίς διακρίσεις (από το 2007)	Βίβλος Κοινωνικής Ασφάλισης (<i>The Social Code Book - SGB V</i>)
Ελλάδα	Καμία	Καμία
Ολλανδία	Οι ασφαλιστές απαγορεύεται να διακόπτουν ένα συμβόλαιο εφόσον ο ασφαλισμένος αλλάζει φορέα (για υποχρεωτική κάλυψη)	Πράξη Ασφάλισης Υγείας (<i>Health Insurance Act - 2006</i>) περιέχει μόνο μία συγκεκριμένη διάταξη
Ηνωμένο Βασίλειο	Υποχρεωτικές παροχές, ασφαλιστρα, οικονομικές πτυχές των ασφαλιστικών εταιρειών: οικονομικές συμφωνίες με προμηθευτές, συγχωνεύσεις, κλπ.	ERISA, HIPAA

Πίνακας 8: Φορολογικά κίνητρα και αντικίνητρα, 2008

Χώρα	Κίνητρα για ανάληψη ΙΑΥ	Αντικίνητρα για ανάληψη ΙΑΥ
Γερμανία	Όλα τα ασφαλιστρα (όχι μόνο της ΙΑΥ) υπόκεινται σε φοροαπαλλαγές (μπορεί να αλλάξει)	
Ελλάδα	Ατομικά: μέχρι 1200 ευρώ το χρόνο Ομαδικά: μέχρι 1500 ευρώ το χρόνο ανά εργαζόμενο	Κανένα
Ολλανδία	n/a	n/a
Ηνωμένο Βασίλειο	Κανένα: φοροαπαλλαγές για άτομα άνω των 60 ετών είχαν εισαχθεί το 1990 αλλά καταργήθηκαν το 1997	Επιβάλλεται ένας φόρος 5% επί των ασφαλιστών, η ΙΑΥ που προσφέρουν οι εργοδότες φορολογείται ως παροχή σε είδος, η ΙΑΥ που παρέχεται σε συνταξιούχους φορολογείται ως συνταξιοδοτικό εισόδημα

Κεφάλαιο 2

Πίνακας 10: Κατά κεφαλήν ασφαλιστρα ασφαλίσεων ζωής (σε ευρώ) , 2000-2008

ΕΤΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
2000	1.346,6	10.917.457	123,34
2001	1.318,0	10.949.953	120,37
2002	1.342,8	10.987.559	122,21
2003	1.475,4	11.023.532	133,84
2004	1.772,8	11.061.735	160,27
2005	1.981,3	11.103.929	178,44
2006	2.327,5	11.148.533	208,77
2007	2.520,1	11.192.849	225,15
2008	2.496,1	11.237.068	222,13

(ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΕΥΡΩ)

Πίνακας 11: Ανάλυση παραγωγής ασφαλιστρών 2008

ΚΛΑΔΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ		
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ	ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΕ ΖΩΗΣ	2.174.844.884,78	17.828.846,26	5.426.264,08
ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΟΧΗΜΑΤΩΝ	1.004.045.347,50	232.148.300,94	2.422.810,11
ΛΟΙΠΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΖΗΜΙΩΝ	1.160.763.443,52	196.910.153,35	52.848.908,52
ΣΥΝΟΛΟ	4.339.653.675,80	446.887.300,55	60.697.982,71
ΚΛΑΔΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ		
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ	ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΕ ΖΩΗΣ	301.130.714,24	2.330.428,80	9.983,88
ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΟΧΗΜΑΤΩΝ	20.781.585,64	4.684.707,43	0,00
ΛΟΙΠΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΖΗΜΙΩΝ	87.041.329,25	8.001.503,83	35.815.234,45
ΣΥΝΟΛΟ	408.953.629,13	15.016.640,06	35.825.218,33
ΚΛΑΔΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΛΛΗΛΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ		
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ	ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΕ ΖΩΗΣ	0,00	0,00	0,00
ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΟΧΗΜΑΤΩΝ	2.007.595,59	0,00	1.763.008,22
ΛΟΙΠΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΖΗΜΙΩΝ	0,00	0,00	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	2.007.595,59	0,00	1.763.008,22
ΚΛΑΔΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ		
	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ	ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΕ ΖΩΗΣ	2.475.975.599,02	20.159.275,06	5.436.247,96
ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΟΧΗΜΑΤΩΝ	1.026.834.528,73	236.833.008,37	4.185.818,33
ΛΟΙΠΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΖΗΜΙΩΝ	1.247.804.772,77	204.911.657,18	88.664.142,97
ΣΥΝΟΛΟ	4.750.614.900,52	461.903.940,61	98.286.209,26

(ποσά σε ευρώ)

Πίνακας 12: Ανάλυση παραγωγής ασφαλίσεων κατά κλάδο έτους 2008

ΚΛΑΔΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ	% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΔΕΥΤΕΡΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ (ΑΝΑΛΗΨΕΙΣ)	% ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ
A. ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΖΗΜΙΩΝ				
1. Ατυχήματα	53.992.734,81	2,37%	4.329.931,91	4,66%
2. Ασθένειες	8.288.915,58	0,36%	2.497.006,75	2,69%
3. Χερσαία ατυχήματα	344.506.132,38	15,15%	49.951,24	0,05%
5. Αεροσκάφη	457.959,77	0,02%	0,00	0,00%
6. Πλοία (βαπόρτσα, λιμνοπλοία, ποταμόπλοια)	23.150.842,63	1,02%	845.484,67	0,91%
7. Μεταφερόμενα εμπόρευματα	44.108.720,86	1,94%	1.020.833,14	1,10%
8. Πυρκαϊά και σεισμοί στα φυσίσεια	383.115.184,41	16,84%	13.061.926,70	14,07%
9. Λοιπές ζημιές αναδών	131.574.025,88	5,78%	6.754.507,45	7,27%
10. Αστική ευθύνη χερσαίων αχημάτων	1.026.834.528,73	45,14%	4.185.818,33	4,51%
11. Αστική ευθύνη από αεροσκάφη	1.786.514,17	0,08%	60.908,07	0,07%
12. Αστική ευθύνη πλοίων	6.511.548,17	0,29%	140.126,19	0,15%
13. Γενική αστική ευθύνη	71.977.455,66	3,16%	3.102.179,65	3,34%
14. Πιστώσεις	33.226.316,77	1,46%	6.225.301,20	6,70%
15. Εγγυήσεις	5.979.990,77	0,26%	40.538,41	0,04%
16. Διάφορες χρηματικές απώλειες	20.215.276,61	0,89%	3.729.479,78	4,02%
17. Νομική προστασία	49.266.086,34	2,17%	2.643.800,43	2,85%
18. Βοήθεια	69.647.067,96	3,06%	44.162.167,38	47,56%
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΚΑΤΑ ΖΗΜΙΩΝ	2.274.639.301,50	100,00%	92.849.961,30	100,00%
B. ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΩΗΣ				
I. Κλάδος Ζωής	1.628.613.667,34	65,78%	5.206.259,98	95,77%
III. Κλάδος Ασφάλισης Ζωής Συνδ. με Επενδύσεις	558.420.269,24	27,55%	220.004,10	4,05%
IV. Κλάδος Ασφάλισης Υγείας	52.290.964,15	2,11%	9.983,88	0,18%
VI. Κλάδος Κεφαλαιοποίησης	171.738,68	0,01%	0,00	0,00%
VII. Κλάδος Διαχείρισης Ομαδικών Συνταξιοδ. Ταμείων	236.478.959,61	9,55%	0,00	0,00%
VIII. Κλάδος Ομαδικών Προγραμμάτων Πρόνοιας	0,00	0,00%	0,00	0,00%
ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΖΩΗΣ	2.475.975.599,02	100,00%	5.436.247,96	100,00%

(ποσά σε ευρώ - ετήσια έρευνα με ερωτηματολόγιο)

Πίνακας 13: Παραγωγή ασφαλίσεων κλάδων ζωής έτους 2008

Ανάλυση Κλάδου Ζωής	Ασφάλιστρα από Πρωτασφαλίσεις	Ποσοστό (%)
Κλάδος Ζωής	1,628,613,667,34	65,78%
Κλάδος Ασφάλισης Ζωής Συνδ. με Επενδύσεις	558,420,269,24	22,55%
Κλάδος Ασφάλισης Υγείας	52,290,964,15	2,11%
Κλάδος Κεφαλαιοποίησης	171,738,68	0,01%
Κλάδος Διαχείρισης Ομαδικών Συνταξιοδ. Κεφαλαίων	236,478,959,61	9,55%
Κλάδος Ομαδικών Προγραμμάτων Πρόνοιας	0	0,00%
Σύνολο Ασφαλίσεων Ζωής	2,475,975,599,02	100,00%

(ποσά σε ευρώ)

Πίνακας 14: Μεταβολή παραγωγής ασφαλιστρών κατά κλάδο (2007-2008)

ΚΛΑΔΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΣ 2008	2007	ΜΕΤΑΒΟΛΗ %
A. ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΖΗΜΙΩΝ			
1. Ασκήματα	53.992.734,81	51.858.525,48	4,12%
2. Ασθένειες	8.288.915,58	6.118.232,38	35,48%
3. Χερσαία οχήματα	344.506.132,38	319.571.481,99	7,80%
5. Αεροσκάφη	457.959,77	436.254,17	4,98%
6. Πλοία (βαθύσσια, λιμένα, ποτάμια)	23.150.842,63	23.323.812,21	-0,74%
7. Μεταφερόμενα εμπορεύματα	44.108.720,86	42.104.982,61	4,76%
8. Πυρκαϊά και στοιχεία της φύσεως	283.115.184,41	369.957.803,12	3,56%
9. Ασπίες (ημιές αναθών)	131.574.025,88	121.302.230,62	8,47%
10. Αστική ευθύνη χερσαίων οχημάτων	1.026.834.528,73	1.011.463.950,86	1,52%
11. Αστική ευθύνη από αεροσκάφη	1.786.514,17	2.479.607,85	-27,95%
12. Αστική ευθύνη πλοίων	6.511.548,17	6.268.304,07	3,88%
13. Γενική αστική ευθύνη	71.977.455,66	70.926.625,76	1,48%
14. Πιστώσεις	33.226.316,77	27.249.290,88	21,93%
15. Εγγυήσεις	5.979.990,77	6.580.482,96	-9,13%
16. Διαφορές χρηματικές απαίσεις	20.215.276,61	18.252.509,91	10,75%
17. Νομική προστασία	49.266.086,34	44.769.034,86	10,05%
18. Βοήθεια	69.647.967,96	61.953.731,87	12,42%
B. ΑΣΦΑΛΙΣΕΕ ΖΩΗΣ			
I. Κλάδος Ζωής	1.628.613.667,34	1.314.307.981,82	23,91%
III. Κλάδος Ασφάλισης Ζωής Συνδ. με Επενδύσεις	558.420.269,24	726.360.797,72	-23,12%
IV. Κλάδος Ασφάλισης Υγείας	52.290.964,15	62.572.286,66	-16,43%
VI. Κλάδος Κεφαλαιοποίησης	171.738,68	314.329,74	-45,36%
VII. Κλάδος Διακρίσις Ομαδικών Συνταξ. Ταμείων	236.478.959,61	218.003.717,96	8,47%
VIII. Κλάδος Ομαδικών Προγραμμάτων Πένονιας	0,00	179.307.658,83	-100,00%

(ποσά σε ευρώ - ετήσια έρευνα με ερωτηματολόγιο)

Πίνακας 15: Αριθμός Εταιρειών στην ελληνική ασφαλιστική αγορά (2000-2008)

Έτη	Ζωής	Ζημιών	Μικτές	Σύνολο
2000	20	76	14	110
2001	20	74	13	107
2002	20	69	13	102
2003	19	68	13	100
2004	19	67	13	99
2005	18	64	13	95
2006	17	60	13	90
2007	16	57	13	86
2008	15	58	12	85

Πίνακας 16: Μεριδία Αγοράς των Ασφαλιστικών Εταιρειών στην ελληνική αγορά (2007-2008)

2007	Ασφαλίσεις Ζωής	Ασφαλίσεις Ζημιών
Οι 5 πρώτες	65,36%	36,23%
Οι 20 πρώτες	87,84%	58,27%
Οι 15 πρώτες	96,99%	73,14%
Οι 10 πρώτες	99,53%	82,04%

2008	Ασφαλίσεις Ζωής	Ασφαλίσεις Ζημιών
Οι 5 πρώτες	66,18%	34,99%
Οι 20 πρώτες	88,91%	56,27%
Οι 15 πρώτες	97,50%	72,16%
Οι 10 πρώτες	99,58%	81,90%

Πίνακας 17: Η εξέλιξη της παραγωγής ασφαλιστρών στον κλάδο ζωής, 2000-2008

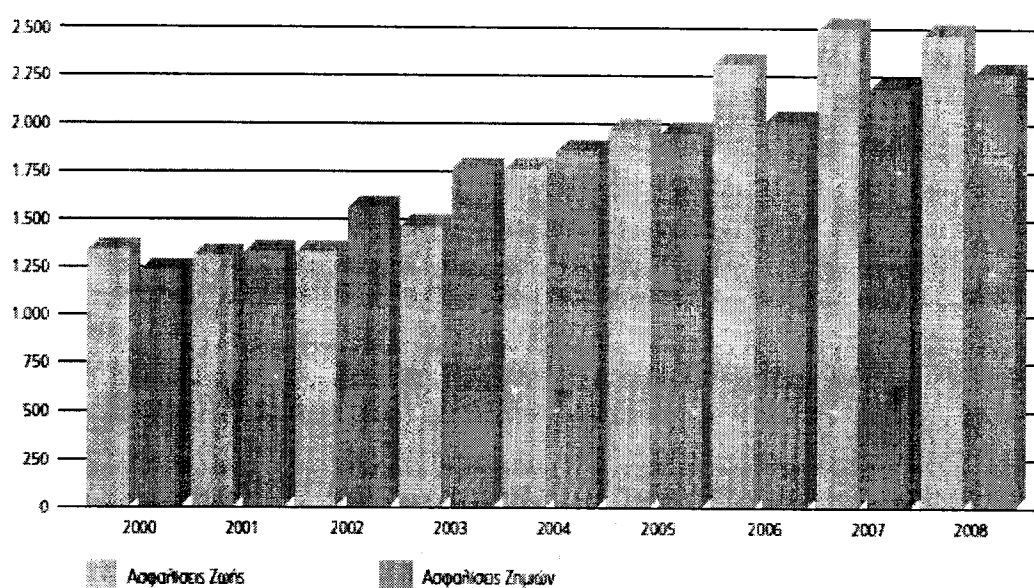
Ασφαλίστρα από Πρωτασφαλίσεις	Ετήσια Αύξηση
2000	-1,39%
2001	-2,03%
2002	1,68%
2003	9,83%
2004	20,20%
2005	11,86%
2006	17,35%
2007	8,22%
2008	-1,00%

(τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ)

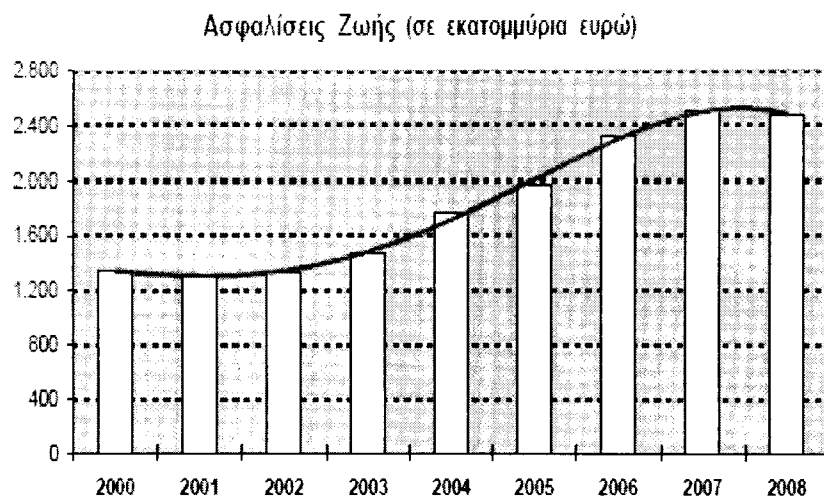
Γράφημα 6: Παραγωγή ασφαλιστρών ασφαλίσεων ζωής και ζημιών, 2000-2008

Παραγωγή Ασφαλιστρών Ασφαλίσεων Ζωής & Ζημιών

(ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΕΥΡΩ)



Γράφημα 7: Η εξέλιξη της παραγωγής ασφάλιστρων στον κλάδο ζωής, 2000-2008

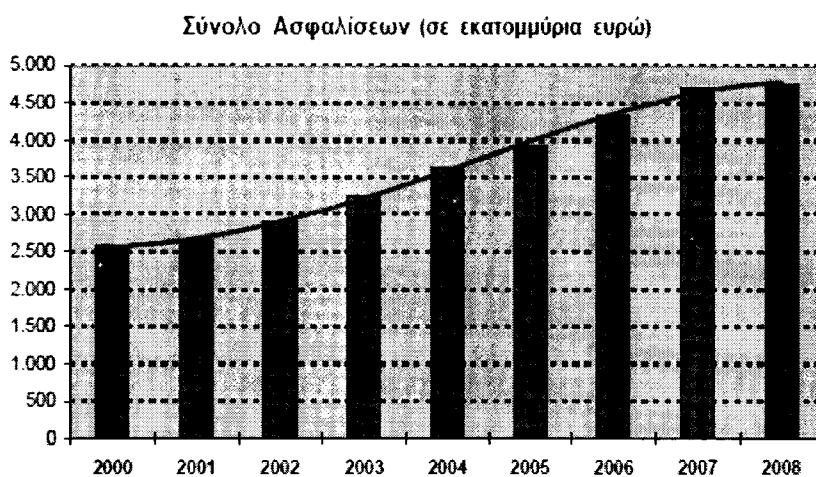


Πίνακας 18: Η εξέλιξη της παραγωγής ασφάλιστρων στο σύνολο των ασφαλίσεων, 2000-2008

Έτη	Ασφάλιστρα από Πρωτασφαλίσεις	Ετήσια Αύξηση
2000	2.572,5	6,79%
2001	2.646,0	2,85%
2002	2.895,3	9,42%
2003	3.234,7	11,72%
2004	3.623,9	12,03%
2005	3.923,5	8,27%
2006	4.333,5	10,45%
2007	4.685,5	8,12%
2008	4.750,6	1,39%

(τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ)

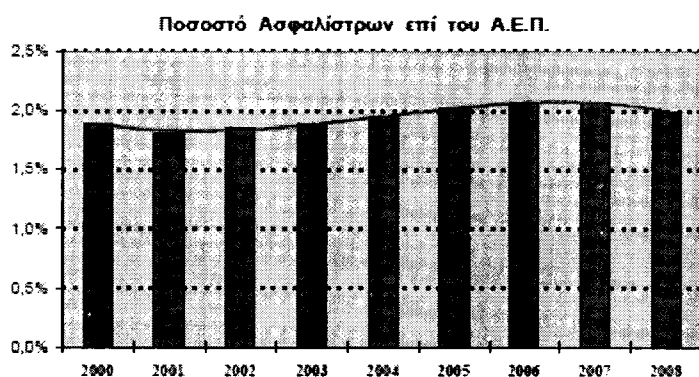
Γράφημα 8: Η εξέλιξη της παραγωγής ασφάλιστρων στο σύνολο των ασφαλίσεων, 2000-2008



Πίνακας 19: Ποσοστό Ασφαλίσεων επί του Α.Ε.Π. , 2000-2008

Έτη	Παραγωγή Ασφαλίσεων	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	%
2000	2,572,5	136,281	1,89%
2001	2,646,0	146,428	1,81%
2002	2,895,3	156,615	1,85%
2003	3,234,7	172,431	1,88%
2004	3,623,9	185,813	1,95%
2005	3,923,5	195,366	2,01%
2006	4,333,5	210,459	2,06%
2007	4,685,5	226,437	2,07%
2008	4,750,6	239,141	1,99%

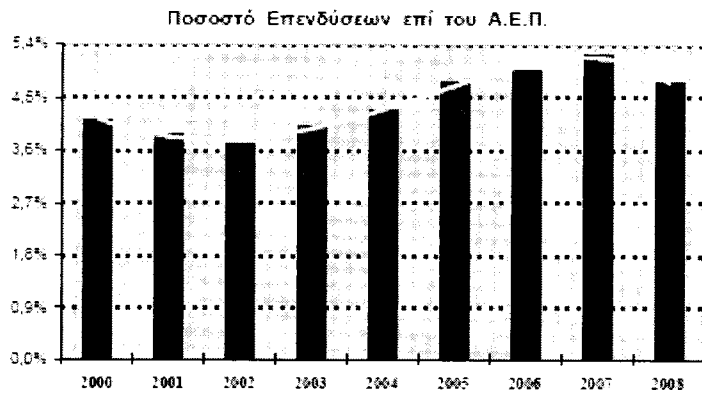
(τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ)
(αναθεωρημένο Α.Ε.Π. σε τρέχουσες τιμές)

Γράφημα 9: Ποσοστό Ασφαλίσεων επί του Α.Ε.Π, 2000-2008**Πίνακας 20:** Ποσοστό Επενδύσεων επί του Α.Ε.Π. , 2000-2008

Έτη	Παραγωγή Επενδύσεων	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	%
2000	5,627,0	136,281	4,13%
2001	5,695,5	146,428	3,89%
2002	5,820,1	156,615	3,72%
2003	6,928,3	172,431	4,02%
2004	7,962,7	185,813	4,29%
2005	9,267,2	195,366	4,74%
2006	10,460,3	210,459	4,97%
2007	11,843,1	226,437	5,23%
2008	11,330,2	239,141	4,74%

(τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ)
(αναθεωρημένο Α.Ε.Π. σε τρέχουσες τιμές)

Γράφημα 10: Ποσοστό Ασφαλίσεων επί του Α.Ε.Π, 2000-2008

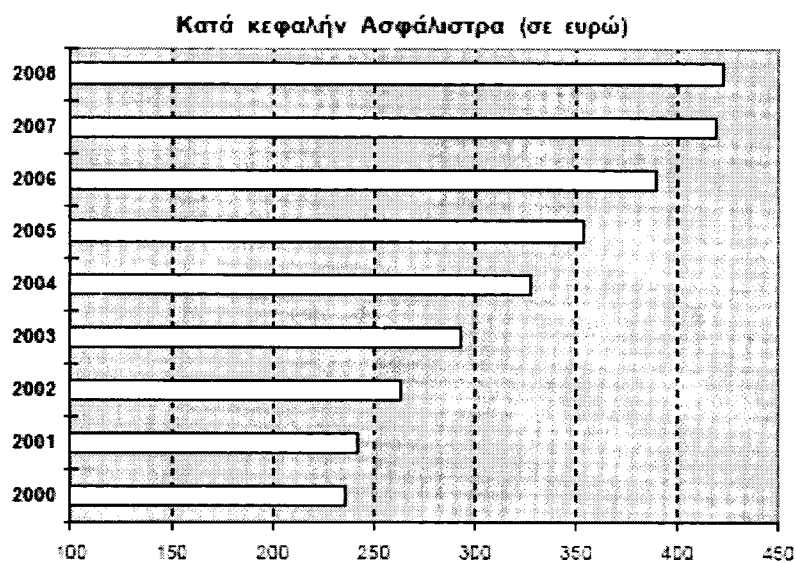


Πίνακας 21: Συνολικά κατά κεφαλήν ασφάλιστρα, 2000-2008

Έτη	Σύνολο Κατά Κεφαλήν Ασφαλίσεων	Πληθυσμός	Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα	Μεταβολή (%)
2000	2,572,5	10,917,457	235,64	
2001	2,646,0	10,949,953	241,64	2,483
2002	2,895,3	10,987,559	263,50	8,296
2003	3,234,7	11,023,532	293,43	10,200
2004	3,623,9	11,061,735	327,61	10,433
2005	3,923,5	11,103,929	353,34	7,282
2006	4,333,5	11,148,533	388,70	9,097
2007	4,685,5	11,192,849	418,61	7,145
2008	4,750,6	11,237,068	422,76	0,982

(σύνολο ασφαλίσεων σε εκατομμύρια ευρώ)
(εκτίμηση πληθυσμού στα μέσα κάθε έτους από Ε.Σ.Υ.Ε.)

Γράφημα 11: Συνολικά κατά κεφαλήν ασφάλιστρα, 2000-2008

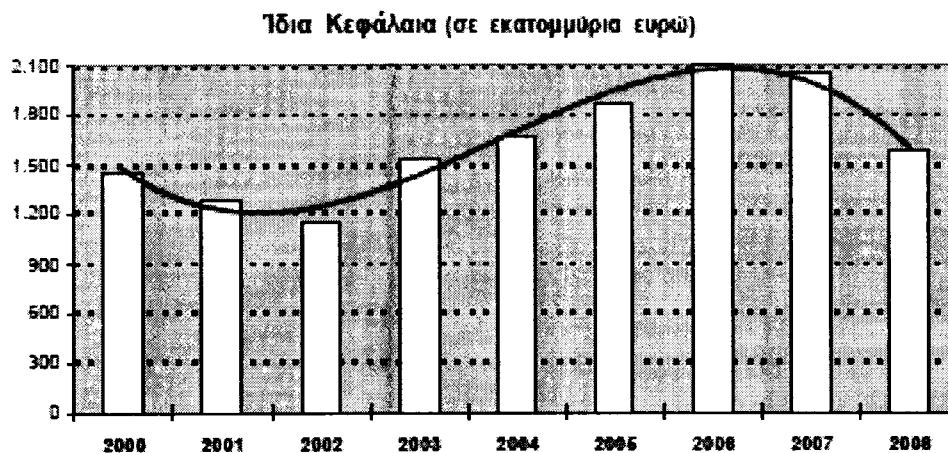


Πίνακας 22: Οικονομικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών: Ίδια Κεφάλαια, 2000-2008

Έτη	Ίδια Κεφάλαια	Ετήσια Αύξηση
2000	1,447,6	20,28%
2001	1,281,3	-11,49%
2002	1,153,0	-10,01%
2003	1,538,4	33,42%
2004	1,675,6	8,92%
2005	1,873,7	11,82%
2006	2,095,4	11,83%
2007	2,048,4	-2,24%
2008	1,573,9	-23,16%

(τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ)

Γράφημα 12: Οικονομικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών: Ίδια Κεφάλαια, 2000-2008

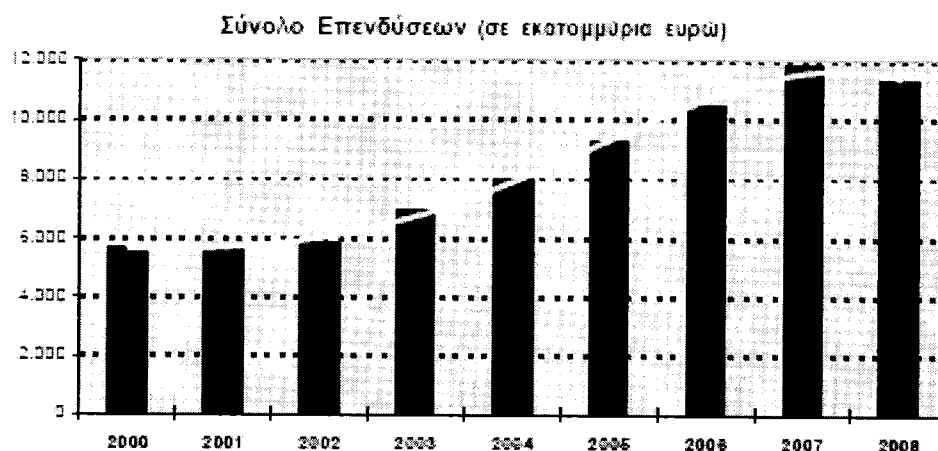


Πίνακας 23: Οικονομικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών: Επενδύσεις, 2000-2008

Έτη	Σύνολο Επενδύσεων	Ετήσια Αύξηση
2000	5,627,0	9,68%
2001	5,695,5	1,22%
2002	5,820,1	2,19%
2003	6,928,3	19,04%
2004	7,962,7	14,93%
2005	9,267,2	16,38%
2006	10,460,3	12,87%
2007	11,843,1	13,22%
2008	11,330,2	-4,33%

(τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ)

Γράφημα 13: Οικονομικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών: Επενδύσεις, 2000-2008



Πίνακας 24: Οικονομικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών: Σύνολο Ενεργητικού, 2000-2008

Έτη	Σύνολο Ενεργητικού	Ετήσια Αύξηση
2000	7,839,4	8,30%
2001	7,939,0	1,27%
2002	8,377,0	5,52%
2003	9,577,1	14,33%
2004	10,600,3	10,68%
2005	11,926,8	12,51%
2006	13,445,6	12,74%
2007	14,937,6	11,10%
2008	14,689,8	-1,66%

(τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ)

Γράφημα 14: Οικονομικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών: Σύνολο Ενεργητικού, 2000-2008



Πίνακας 25: Οικονομικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών: Κέρδη / Ζημίες Χρήσεως (προ φόρων), 2000-2008

Έτη	Κέρδη / Ζημίες Χρήσεως
2000	167,6
2001	5,7
2002	-202
2003	104,5
2004	-62,9
2005	124,3
2006	179,1
2007	103,1
2008	-491,7

(τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ)

Γράφημα 15: Οικονομικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών: Κέρδη / Ζημίες Χρήσεως (προ φόρων), 2000-2008



Γράφημα 16: Οικονομικά στοιχεία ασφαλιστικών εταιρειών, 2000-2008

Οικονομικά Στοιχεία Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων

(ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΕΥΡΩ)

