



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ & ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

"ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΚΡΑΤΗ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΕ"

Φοιτητές: Καστρινάκης Ελευθέριος Α.Μ.:9984

Καρακεντή Χουσεΐν Α.Μ.:9817

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Γρηγοράκης Νικόλαος

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΜΑΪΟΣ 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ABSTRACT	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	6
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	8
1.1 ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	10
1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	11
1.2.1 ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	12
1.2.2 ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	13
1.2.3 ΜΙΚΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	14
1.3 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	15
1.3.1 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ	16
1.3.2 ΤΥΠΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	17
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΕΘΝΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ	18
2.1 ΚΡΑΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	19
2.1.1 ΓΕΝΙΚΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ	19
2.1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	20
2.1.3 ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	21
2.2 ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΠΥΛΩΝΑΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ	22
2.2.1 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	23
2.2.2 ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ	24
2.3 ΙΔΙΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ (OUT OF POCKET HEALTHCARE EXPENDITURES / PAYMENTS)	26
2.4 ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	30
3.1 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	30
3.1.1 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	30

3.1.2	ΙΔΙΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ.....	32
3.2	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ.....	33
3.2.1	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
3.2.2	ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....	35
3.2.3	ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ – ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ.....	36
3.3	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ.....	36
3.4	ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΛΛΑΝΔΙΑ.....	38
	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	40
	ΠΗΓΕΣ.....	42

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα εργασία θα ασχοληθεί με το ζήτημα της χρηματοδότησης της υγείας για τις ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας σε όλες τις χώρες που απαρτίζουν την Ευρωπαϊκή Ένωση, δίνοντας έμφαση σε κάποιες χώρες στις οποίες ο θεσμός της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας αποτελεί βασική χρηματοδοτική πηγή επί των συνολικών τρεχουσών δαπανών για την υγεία.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία βασίζεται σε τρεις άξονες: αρχικά θα επιχειρηθεί μια θεωρητική προσέγγιση αναφορικά με τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και τα συστήματα υγείας που χρησιμοποιούν, στη συνέχεια θα καταγραφούν όλοι οι τρόποι με τους οποίους χρηματοδοτούνται τα συστήματα αυτά και, τέλος, θα χρησιμοποιηθούν ως παράδειγμα για την ουσιαστική κατανόηση του όλου εγχειρήματος, οι τρόποι με τους οποίους βρίσκει εφαρμογή η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα, στη Γερμανία, στη Γαλλία και στην Ολλανδία.

ABSTRACT

This paper will deal with the issue of health funding for private health insurance in all the countries that make up the European Union, with emphasis on some countries in which Private Health Insurance is a prominent financial source as far as percentage of the total health spending is concerned.

The present work is based on three axes: Initially, a theoretical approach will be attempted for to the member states of the European Union and the health systems they use; following that, all the ways in which these systems are funded will be recorded and, finally, an example will be made of how the private health insurance in Greece, Germany, France and the Netherlands can be used for a meaningful understanding of the whole project.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<i>Γράφημα 1: Οι κατηγορίες των συστημάτων υγείας.</i>	11
<i>Γράφημα 2: Ποσοστά πληθυσμιακής κάλυψης για το κάθε είδος ασφάλισης ξεχωριστά. .</i>	29
<i>Γράφημα 3: Η εξέλιξη της πληθυσμιακής κάλυψης της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ το διάστημα 2005-2014.....</i>	31
<i>Γράφημα 4: Η χρηματοδότηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, το διάστημα 2008-2015.</i>	31
<i>Γράφημα 5: Οι απευθείας πληρωμές των χρηστών υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, το διάστημα 2008-2015.</i>	33

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

<i>Πίνακας 1: Τα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....</i>	<i>8</i>
<i>Πίνακας 2: Η εξέλιξη των δαπανών στο τομέα της υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης..</i>	<i>22</i>
<i>Πίνακας 3: Η εξέλιξη των δαπανών στα εθελοντικά συστήματα χρηματοδότησης της υγείας.....</i>	<i>24</i>
<i>Πίνακας 4: Η εξέλιξη των δαπανών στις ιδιωτικές πληρωμές νοικοκυριών.....</i>	<i>27</i>

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η Ευρωπαϊκή Ένωση συνιστά ουσιαστικά το τρέχον στάδιο μιας ανοιχτής διαδικασίας ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης, όπως επίσης και μία οικονομική και πολιτική ένωση μεταξύ κάποιων κρατών της Ευρώπης, η οποία με την τωρινή της μορφή υφίσταται από την 1^η Νοεμβρίου του 1993 και εντεύθεν. Τέθηκε σε ισχύ μέσω της **Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση** (γνωστότερη ως *Συνθήκη του Μάαστριχτ*), η οποία υπογράφηκε στις 7 Φεβρουαρίου του 1992 και βασιζόταν στις τότε Ευρωπαϊκές Κοινότητες (Ευρωπαϊκή Κοινότητα Άνθρακα και Χάλυβα, Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα, Ευρωπαϊκή Κοινότητα Ατομικής Ενέργειας) τις οποίες και αντικατέστησε. Στα πρώτα χρόνια λειτουργίας της αποτελείτο από δώδεκα κράτη – μέλη, αν και φυσικά από τότε νέες τροποποιητικές συνθήκες έχουν επεκτείνει τις αρμοδιότητές της και σταδιακές διευρύνσεις, ενώ έχει αυξηθεί και ο αριθμός των χωρών που την απαρτίζουν. Θεωρείται ως η ισχυρότερη ένωση κρατών μέχρι σήμερα στην παγκόσμια ιστορία, με επιδιώξεις οικονομικού, πολιτικού, κοινωνικού και πολιτιστικού περιεχομένου (Γιαλλούρου, 2015). Τα κράτη από τα οποία αποτελείται καταγράφονται στον παρακάτω πίνακα

Πίνακας 1: Τα κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

A/A	Κράτος - Μέλος	Πληθυσμός σε εκατ. (2015)	Έτος Ένταξης	Νόμισμα
	ΕΕ (28)		-	-
1	Αυστρία	8,1	1995	Ευρώ
2	Βέλγιο	10,2	Ιδρυτικό μέλος	Ευρώ
3	Βουλγαρία	7,9	2007	Λεβ
4	Γαλλία	60,4	Ιδρυτικό μέλος	Ευρώ
5	Γερμανία	82	Ιδρυτικό μέλος	Ευρώ
6	Δανία	5,3	1973	Κορόνα
7	Ελλάδα	10,5	1981	Ευρώ
8	Εσθονία	1,4	2004	Κορόνα

9	Ηνωμένο Βασίλειο	58,6	1973	Λίρα
10	Ιρλανδία	3,7	1973	Ευρώ
11	Ισπανία	39,4	1986	Ευρώ
12	Ιταλία	57,6	Ιδρυτικό μέλος	Ευρώ
13	Κροατία	4,4	2013	Κούνα
14	Κύπρος	0,8	2004	Λίρα
15	Λετονία	2,4	2004	Λατς
16	Λιθουανία	4,5	2004	Λίτας
17	Λουξεμβούργο	0,4	Ιδρυτικό μέλος	Ευρώ
18	Μάλτα	0,4	2004	Λίρα
19	Ολλανδία	15,8	Ιδρυτικό μέλος	Ευρώ
20	Ουγγαρία	10,2	2004	Φιορίνι
21	Πολωνία	38,6	2004	Ζλότι
22	Πορτογαλία	10,8	1986	Ευρώ
23	Ρουμανία	22,4	2007	Λέου
24	Σλοβακία	5,4	2004	Κορόνα
25	Σλοβενία	2	2004	Τόλαρ
26	Σουηδία	8,9	1995	Κορόνα
27	Τσεχία	10,3	2004	Κορόνα
28	Φινλανδία	5,1	1995	Ευρώ

Πηγή: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=proj_15npms&lang=en

1.1 ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι ποικίλα και αντικατοπτρίζουν τις διαφορετικές κοινωνικές επιλογές. Παρά τις διαφορές ως προς την οργάνωση και τη χρηματοδότηση, θεμελιώνονται σε κοινές αξίες, όπως αναγνωρίστηκε από το Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας το 2006, βάσει της καθολικότητας, της ισότιμης πρόσβασης σε περίθαλψη καλής ποιότητας, της ισότητας και της αλληλεγγύης.

Επίσης, είναι ευρέως αποδεκτό ότι υπάρχει ανάγκη τα συστήματα υγείας να καταστούν δημοσιονομικά βιώσιμα κατά τρόπο ώστε να διαφυλάσσονται οι εν λόγω αξίες για το μέλλον (Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 2016).

Κατά την τελευταία δεκαετία, τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν παρόμοιες αυξανόμενες κοινές προκλήσεις, όπως είναι οι ακόλουθες (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017):

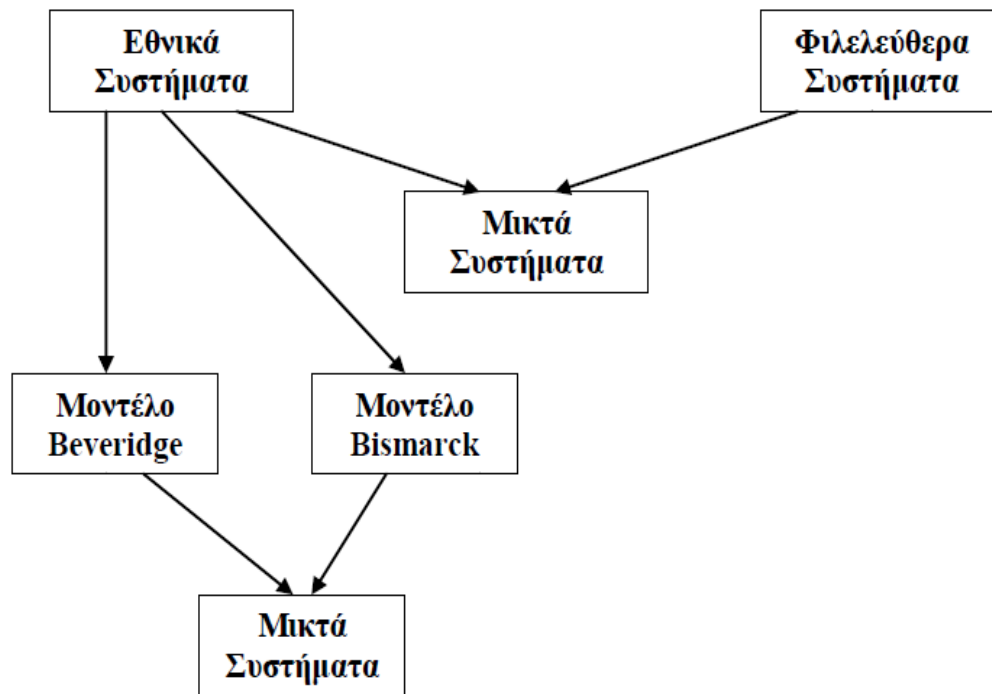
- Ο ευρωπαϊκός πληθυσμός γηράσκει και εκτίθεται περισσότερο σε πολλαπλές χρόνιες ασθένειες, γεγονός το οποίο έχει ως συνέπεια την αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και των δημοσιονομικών πιέσεων.
- Το κόστος των καινοτόμων τεχνολογιών και φαρμάκων αυξάνεται, επιβαρύνοντας τα δημόσια οικονομικά.
- Οι επαγγελματίες του τομέα υγείας δεν είναι ομοιόμορφα κατανομημένοι, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται ελλείψεις σε ορισμένους τομείς περίθαλψης.
- Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη δεν είναι ισότιμα κατανομημένη, με συνέπεια άνισα αποτελέσματα στον τομέα της υγείας μεταξύ των διαφόρων τμημάτων της κοινωνίας.

Στην ανακοίνωση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής (2014) για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας προσδιοριζόταν ένα στρατηγικό θεματολόγιο για τα συστήματα υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

1.2 ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα συστήματα υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν κυρίως σε **φιλελεύθερα**, **εθνικά** και **μικτά**, όπως φαίνεται και στο γράφημα που ακολουθεί. Οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους έγκεινται κυρίως σε παράγοντες όπως οι τύποι καλύψεων, οι υποδομές, οι φορείς χρηματοδότησης, ο τύπος ασφάλισης (υποχρεωτική ή εθελοντική) και ο βαθμός κρατικής παρέμβασης (Μπαρμπής, 2001).

Γράφημα 1: Οι κατηγορίες των συστημάτων υγείας.



Πηγή: (Θεοδώρου, 2000)

1.2.1 ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας λειτουργούν με βάση το σύστημα τιμών και τους μηχανισμούς της αγοράς, αλλά το κράτος δεν παραλείπει να ορίσει ένα αυστηρό πλαίσιο λειτουργίας όσον αφορά τους κανόνες ίδρυσης, λειτουργίας και ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα μέσα παραγωγής ανήκουν στην πλειονότητά τους σε ιδιώτες, αλλά τα κυβερνητικά προγράμματα (π.χ. όπως τα *Medicare* και *Medicaid* στις ΗΠΑ) καλύπτουν τους μισούς περίπου πόρους που εισρέουν στον χώρο της υγείας.

Στο φιλελεύθερο σύστημα υγείας ισχύει η εθελοντική ασφάλιση και οι υγειονομικές καλύψεις είναι ανάλογες με την οικονομική κατάσταση του καθενός, δημιουργώντας έτσι έντονες ανισότητες και ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού (43 εκατ. περίπου) χωρίς ασφαλιστική κάλυψη (Μπαρμπής, 2001).

Η κρίση του Κράτους Πρόνοιας, σύμβολο κοινωνικής προόδου και πρότυπο ερμηνείας μιας νέας κοινωνικής προγραμματικής, εξαιτίας της αυξανόμενης διόγκωσης του κόστους και των δαπανών υγείας, της αναποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας και της ιατρικής περίθαλψης, των ανισοτήτων απέναντι στη νόσο και στον θάνατο, της αμφισβήτησης και της κριτικής της ασκούμενης ιατρικής και η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών φροντίδας υγείας, αλλά κυρίως των διευρυνόμενων απαιτήσεων των πολιτών για επαρκείς και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, οδήγησαν κράτη που παραδοσιακά είχαν αναπτύξει Εθνικά Συστήματα Υγείας (Μοντέλο **Beveridge** - Μοντέλο **Bismarck**) να υιοθετήσουν τεχνικές και μεθόδους που ταιριάζουν στα φιλελεύθερα συστήματα (Μπουρσανίδης, 2000).

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα αυτού του συστήματος για τον ασθενή είναι η διασφάλιση του δικαιώματος να επιλέγει τον γιατρό και το νοσοκομείο που επιθυμεί. Το δικαίωμα αυτό υπάρχει μόνο για τους οικονομικά εύπορους ενώ οι οικονομικά αδύνατοι το έχουν όσο το επιτρέπει η οικονομική τους δυνατότητα.

Από την πλευρά του γιατρού το σύστημα αυτό παρέχει πλήρη ελευθερία εγκατάστασης, οργάνωσης και λειτουργίας. Ο γιατρός έχει την ελευθερία να εγκατασταθεί όπου θέλει, να καθορίσει το ωράριο λειτουργίας του ιατρείου του και να καθορίσει το ύψος της

αμοιβής του. Με την αύξηση του αριθμού των γιατρών μόνο λίγοι μπορούν να έχουν τέτοιου είδους ελευθερίες, ενώ οι υπόλοιποι αναγκάζονται να συμβληθούν με διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες ή με οργανωμένες μορφές όπως ο Οργανισμός Διατήρησης Υγείας (αγγλ.: *HMO / Health Maintenance Organization*), όπου ο ασθενής πρέπει να επιλέξει έναν συγκεκριμένο επιστήμονα υγείας, και ο Οργανισμός Προτεινόμενου Παρόχου (αγγλ.: *PPO / Preferred Provider Organization*), όπου ο ασθενής έχει την ελευθερία να απευθυνθεί στον γιατρό της επιλογής του (Γεωργαντίδου, et al., 2009).

Το κύριο μειονέκτημα του συστήματος αυτού είναι το γεγονός ότι οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες αφού η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Στο σύστημα αυτό απουσιάζει η καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού, κάτι το οποίο δεν προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη.

Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η αύξηση της προκλητής ζήτησης από την πλευρά των γιατρών, η οποία οδηγεί στην αύξηση άσκοπων επισκέψεων, εξετάσεων και εγχειρήσεων, με αποτέλεσμα ο τομέας υγείας να απορροφά πολλούς πολύτιμους πόρους χωρίς να έχει ανάλογα αποτελέσματα. Επιπλέον, επειδή το σύστημα αυτό βασίζεται στο κέρδος, εστιάζεται κυρίως στη θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση της νόσου και ελάχιστα στην πρόληψη και αποθεραπεία εκτός του νοσοκομείου (Θεοδώρου, et al., 2002).

1.2.2 ΕΘΝΙΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Στα εθνικά συστήματα υγείας, η παραγωγή και η διανομή των υπηρεσιών βρίσκεται υπό τον άμεσο έλεγχο του κράτους και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη και χωρίς επιβάρυνση για τους πολίτες. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται είτε άμεσα από τον κρατικό προϋπολογισμό είτε από τον προϋπολογισμό και άλλες πηγές όπως η κοινωνική ασφάλιση και η γενική (άμεση και έμμεση) φορολογία. Η κρατική παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας δίνει τη δυνατότητα για κεντρικό προγραμματισμό των υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την ευκολότερη και αποτελεσματικότερη επέμβαση για την υλοποίηση των στόχων (Δικαίος & Χλέτσος, 1999).

Ο προγραμματισμός των υπηρεσιών στηρίζεται στις υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού και τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την ικανοποίηση αυτών είναι η βέλτιστη οργάνωση, χρηματοδότηση και διανομή των οικονομικών πόρων του συστήματος. Στα περισσότερα εθνικά συστήματα η πρόσφορα των υπηρεσιών υγείας έχει προσδιοριστεί και διαχωριστεί σε τρία επίπεδα ανάλογα με τις ανάγκες του αστικού, ημιαστικού και αγροτικού χώρου, που συνδέονται ιεραρχικά μεταξύ τους:

- **Πρωτοβάθμια φροντίδα.** Αφορά το πρώτο σημείο επαφής του ατόμου με τις υπηρεσίες υγείας, την πρόληψη και την αγωγή υγείας.
- **Δευτεροβάθμια φροντίδα.** Αφορά την περίθαλψη του ατόμου σε νοσοκομεία που καλύπτουν τις βασικές ειδικότητες της ιατρικής και συνηθισμένα ιατρικά προβλήματα.
- **Τριτοβάθμια φροντίδα.** Αφορά σημαντικότερα ιατρικά προβλήματα τα οποία απαιτούν υψηλό επίπεδο προσφοράς, γνώσεων και δεξιοτήτων.

1.2.3 ΜΙΚΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.

Τα μικτά συστήματα υγείας στηρίζονται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων υγείας / ασθένειας και χαρακτηρίζουν τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα ταμεία, είτε αφορούν ομάδες εργαζομένων είτε λειτουργούν υπό την μορφή εθνικής ασφάλισης υγείας, βρίσκονται συνήθως υπό κυβερνητικό έλεγχο.

Το πρώτο σύστημα αυτού του τύπου θεσπίστηκε από το Γερμανό καγκελάριο **Bismarck** το 1880 και αναφέρει ότι η ασφάλιση υγείας είναι δικαίωμα για όλους και ότι οι εισφορές θα πρέπει να υπολογίζονται σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής και όχι τον κίνδυνο της ασθένειας. Στις ευρωπαϊκές χώρες συναντάται το υπόδειγμα του Bismarck, το οποίο προβλέπει την συμμετοχή και την αμοιβαία συνεισφορά των κοινωνικών εταίρων, ενώ ένα άλλο κυρίαρχο μοντέλο των μικτών συστημάτων υγείας είναι το μοντέλο **Beveridge**, του οποίου κύριες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2007).

1.3 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει συστήματα ασφάλισης που χρηματοδοτούνται από τις ιδιωτικές κερδοσκοπικές ασφαλιστικές εταιρείες, δηλαδή μέσω της πληρωμής ασφαλιστρού από τον λήπτη – ασφαλισμένο ο οποίος συμφωνεί να την καταβάλει για την υγειονομική κάλυψή του βάσει μίας συγκεκριμένης ασφαλιστικής πολιτικής, η οποία αποτελείται γενικά από ένα συμβόλαιο που εκδίδεται από ασφαλιστή στο καλυπτόμενο πρόσωπο. Η ανάληψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι συχνά, αλλά όχι πάντα, εθελοντική (ίσως επίσης υποχρεωτική για τους εργαζομένους ως μέρος των όρων εργασίας τους, σε κάποιες χώρες της Ε.Ε. Τα ασφαλιστρα είναι μη εισοδηματικά σε αντίθεση με την κοινωνική ασφάλιση υγείας, παρόλο που η αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας από μια συγκεκριμένη ομάδα πληθυσμού μπορεί να επιδοτηθεί από την κυβέρνηση. Το ύψος της χρηματοδότησης δεν διοχετεύεται μέσω της κυβέρνησης, ακόμη και όταν ο ασφαλιστής είναι κρατικός υπάλληλος (OECD, 2018).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει:

- ⇒ Αυτασφάλιστα εργοδοτικά οφέλη για την υγεία, όπου ένας εργοδότης αυτασφαλίζει την κάλυψη της υγείας αντί να την αγοράσει από ασφαλιστική εταιρεία. Ο εργοδότης ενεργεί ως ασφαλιστής υπό την έννοια ότι αναλαμβάνει ασφαλιστικό κίνδυνο και ως εκ τούτου συχνά υπόκειται στις ίδιες ρυθμιστικές απαιτήσεις με τους άλλους ασφαλιστές υγείας.
- ⇒ Ειδικά συστήματα για κυβερνητικούς υπαλλήλους, όπου η κυβέρνηση, ως εργοδότης, πληρώνει μέρος ή το σύνολο των ασφαλιστρού ιδιωτικής ασφάλισης υγείας που καλύπτουν τους υπαλλήλους της.

1.3.1 ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ

Πλεονεκτήματα

- ❖ **Επιλογή γιατρού:** Ανάλογα με τον τύπο της ασφάλισης, το ιδιωτικό σύστημα υγείας μπορεί να επιτρέψει την επιλογή ενός γιατρού εντός ή εκτός του δικτύου του ασφαλιζόμενου προσώπου.
- ❖ **Μικρότερη αναμονή:** Η πρόσβαση σε ιδιωτικούς συμβεβλημένους και μη παρόχους υγείας με τις ασφαλιστικές εταιρείες του κλάδου υγείας, οι οποίοι είναι λιγότερο απασχολημένοι σε αντίθεση με τις δημόσιες δομές υγείας. Ως εκ τούτου, η περίοδος αναμονής θα είναι μικρότερη σε σύγκριση με τις δημόσιες εγκαταστάσεις.
- ❖ **Καλύτερες εγκαταστάσεις:** Οι δομές φιλοξενίας για την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη υγείας σε ιδιωτικές δομές είναι σε καλύτερο επίπεδο σε σχέση με τις δημόσιες δομές υγείας (π.χ. φαγητό, ανέσεις όπως η τηλεόραση κλπ.) (Neeman, 2018).

Μειονεκτήματα

- ❖ **Υψηλότερα κόστη:** Οι ασφαλιζόμενοι πληρώνουν περισσότερα για την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης από ό, τι συνήθως πληρώνουν σε ένα δημόσιο σύστημα (π.χ. δαπάνες ποσοστών συνασφάλισης, συμβατικών συμμετοχών και απαλλαγών), ενώ όσοι δεν λαμβάνουν ιδιωτική ασφάλιση μέσω ενός εργοδότη θα δαπανήσουν ακόμη περισσότερα.
- ❖ **Ανισότητες:** Όταν ιδιωτικοποιείται η ασφάλιση υγείας, οι ασφαλιστικές εταιρείες και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης επικεντρώνονται στις ανάγκες τους, δίνοντας προτεραιότητα σε εκείνους που έχουν την οικονομική δυνατότητα να ανταπεξέλθουν.
- ❖ **Μειωμένη κάλυψη:** Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν καλύπτει όλες τις ιατρικές καταστάσεις, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι ο κάθε ασφαλιζόμενος θα χρειαστεί

να επιλέξει ένα σχέδιο ασφάλισης υγείας που ταιριάζει καλύτερα στις ατομικές του ανάγκες και δε θα είναι οικονομικά δυσβάσταχτο (Neeman, 2018).

1.3.2 ΤΥΠΟΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

➤ **Κύρια Υποχρεωτική Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (αγγλ.: *Obligatory Primary PHI*)**

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας που συμπληρώνει την κάλυψη των κυβερνητικά / κοινωνικά ασφαλισμένων υπηρεσιών, καλύπτοντας το σύνολο ή μέρος των υπολειπόμενων δαπανών που δεν έχουν επιστραφεί με άλλο τρόπο (π.χ. επιμερισμός κόστους).

➤ **Διπλή Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (αγγλ.: *Duplicate PHI*)**

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας που καλύπτει τις υπηρεσίες οι οποίες ήδη περιλαμβάνονται στην κρατική ασφάλιση υγείας, προσφέροντας ταυτόχρονα πρόσβαση σε διαφορετικούς παρόχους (π.χ. ιδιωτικά νοσοκομεία) ή επίπεδα υπηρεσιών (π.χ. ταχύτερη πρόσβαση στη φροντίδα). Δεν απαλλάσσει τα άτομα από τη συμβολή στα κυβερνητικά προγράμματα κάλυψης της υγείας (Kumar, et al., 2014).

➤ **Επικουρική / Πρόσθετη Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (αγγλ.: *Supplementary PHI*)**

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας που συμπληρώνει την κάλυψη των κυβερνητικά / κοινωνικά ασφαλισμένων υπηρεσιών, καλύπτοντας το σύνολο ή μέρος των υπολειπόμενων δαπανών που δεν έχουν επιστραφεί με άλλο τρόπο.

➤ **Συμπληρωματική Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας (αγγλ.: *Complementary PHI*)**

Ιδιωτική ασφάλιση υγείας που παρέχει κάλυψη για πρόσθετες υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτονται από το κυβερνητικό / κοινωνικό σύστημα (OECD, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΕΘΝΙΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΙΣ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ

Στην συντριπτική πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χωρών της υφηλίου το σύστημα υγείας αποτελεί δομικό συστατικό στοιχείο της κοινωνικής πολιτικής. Τα συστήματα υγείας ενσωματώνουν όχι μόνο τη συμβατική ιατρική περίθαλψη άλλα και τις υπηρεσίες εκείνες που σχετίζονται με την πρόληψη, αφού είναι δεδομένο πως η υγεία επηρεάζεται από πλειάδα παραγόντων, καθώς οι αρρώστιες αντιμετωπίζονται λυσιτελώς μόνο εφόσον υιοθετηθούν πολυεπίπεδες και πολυδιάστατες προσεγγίσεις.

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των υγειονομικών μονάδων οι όποιες βρίσκονται σε εναρμονισμένη λειτουργική συνεργασία με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο του πληθυσμού. Το εκάστοτε σύστημα υγείας απαρτίζεται λοιπόν από τρία κύρια υποσυστήματα (Πριαγγέλου, 2014):

- 1) Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού και την εξέλιξη του.
- 2) Την παραγωγή και παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- 3) Τους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών.

Ένα σύστημα υγείας για να μπορεί να λειτουργήσει και να έχει επιθυμητά αποτελέσματα θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτισμικές και επιδημιολογικές συνθήκες που επικρατούν στην εκάστοτε χώρα.

Τα συστήματα υγείας αποτελούν αντικείμενο συνεχούς εξέλιξης και προσαρμογών, όχι μόνο στο επίπεδο των διαφορετικών αναγκών που διαχρονικά προκύπτουν άλλα και λόγω της τεχνολογικής προόδου αλλά και των αλλαγών που συμβαίνουν σε πολιτικό, οικονομικό κοινωνικό και πολιτιστικό επίπεδο. Τα τελευταία χρόνια οι μόνιμες πολιτικές περικοπών της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας που έχουν επιβληθεί σε πολλές χώρες έχουν δημιουργήσει χαοτικά προβλήματα στον τομέα της υγείας.

Οι ασφυκτικές δημοσιονομικές πιέσεις για την περιστολή των δαπανών υγείας μετακυλούν το κόστος της περίθαλψης στον ίδιο τον ασθενή, είτε άμεσα είτε έμμεσα, με

την μετάθεση της ευθύνης στην οικογένεια για την φροντίδα των συγγενών τους και την συμπίεση της διαρκείας νοσηλείας τους. Δεδομένου ότι οι περιοριστικές δημοσιονομικές πολιτικές έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγειονομική περίθαλψη τα συστήματα θα πρέπει πλέον να εστιάζουν με μεγαλύτερη ευαισθησία στην αλληλεγγύη και την ισότητα της πρόσβασης στις υγειονομικές δομές διασφαλίζοντας ένα βιώσιμο σύστημα πιο προσιτό στους μη προνομιούχους ασθενείς (Πριαγγέλου, 2014).

Τα κύρια χαρακτηριστικά των κρατικών συστημάτων χρηματοδότησης της υγείας προκαθορίζονται από το νόμο ή από την κυβέρνηση. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων προκρίνεται ανεξάρτητος προϋπολογισμός για τα εν λόγω προγράμματα και συνήθως μια κρατική υπηρεσία αναλαμβάνει την γενική ευθύνη και διαχείριση των κρατικών συστημάτων υγείας. Ωστόσο σε κάποιες περιπτώσεις τη διαχείριση αναλαμβάνουν μη κερδοσκοπικά ιδρύματα (NPISH).

2.1 ΚΡΑΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Η κρατική χρηματοδότηση είναι ο βασικός πυλώνας χρηματοδότησης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στην μεγάλη πλειοψηφία των κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πιο συγκεκριμένα, υπερέχει εν συγκρίσει με τον ιδιωτικό πυλώνα χρηματοδότησης στην πλειοψηφία των ανεπτυγμένων κρατών. Η κύρια στόχευση του εν λόγω πυλώνα είναι να εξασφαλίσει σε μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες εγγυημένες ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (OECD, 2004).

2.1.1 ΓΕΝΙΚΗ ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ

Η φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση αποτελούν τις δύο καίριες πηγές της κρατικής χρηματοδότησης. Οι επιβαλλόμενοι φόροι διαχωρίζονται σε άμεσους και έμμεσους, ισχύουν σε εθνικό και περιφερειακό πλαίσιο. Στην κατηγορία της άμεσης φορολογίας περιλαμβάνονται: η φορολογία εισοδήματος των φυσικών προσώπων, η φορολογία των εταιρικών κερδών και ο φόρος ακίνητης περιουσίας. Στις περιπτώσεις όπου το

φορολογικό σύστημα είναι προοδευτικό τότε ο ατομικός φόρος εισοδήματος συμβάλλει στην αναδιανομή του πλούτου μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των εμπορικών συναλλαγών και χωρίζεται σε γενική και σε ειδική, ενώ η γενική φορολογία καλύπτει τις ανάγκες του κρατικού προϋπολογισμού, όπως στην περίπτωση του φόρου προστιθέμενης αξίας ενώ η ειδική εφαρμόζεται σε στοχευόμενες υπηρεσίες και αγαθά. Τα φορολογικά έσοδα απαρτίζουν την βασική πηγή χρηματοδότησης σε χώρες όπως η Δανία, η Ιταλία, η Ισπανία, η Ιρλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Φινλανδία (OECD, 2011).

2.1.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Εν συγκρίσει με την ιδιωτική, η κοινωνική ασφάλιση έχει πολύ μεγαλύτερο εύρος, το οποίο καλύπτει ενδελεχώς τον ασφαλιστικό κίνδυνο (αγγλ.: *risk pooling*). Πιο συγκεκριμένα, η ασφαλιστική δεξαμενή της κοινωνικής ασφάλισης ενσωματώνει ευρύτερες πληθυσμιακές ομάδες. Οι ασφαλιστικές εισφορές λογιστικοποιούνται βάσει του εισοδήματος του εκάστοτε ασφαλιζόμενου ανεξάρτητα από τον κίνδυνο ή την πιθανότητα εκδήλωσης ασθένειας. Οι εν λόγω εισφορές είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται στο πλαίσιο μιας κοινής χρηματοδοτικής πλατφόρμας, η οποία περιλαμβάνει τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, στόχος της οποίας είναι η διασφάλιση μιας ευρύτερης κοινωνικής συνοχής και δικαιοσύνης (OECD, 2004).

Παρ' όλα αυτά, το γεγονός ότι σε ορισμένα ασφαλιστικά συστήματα οι ασφαλισμένοι επιλέγονται βάσει της επαγγελματικής τους κατάστασης ή των καταβαλλόμενων εισφορών περιορίζει την πρόσβαση των μη εργαζόμενων στις υπηρεσίες υγείας. Το μειονέκτημα αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με πολιτικές προστασίας των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, και συγκεκριμένα μέσω φορολογικών εσόδων. Στις κατ' εξοχήν κεντροευρωπαϊκές χώρες, όπως η Γαλλία, η Γερμανία, η Ουγγαρία, η Ολλανδία, η Τσεχία, το Λουξεμβούργο και η Σλοβακία, η κοινωνική ασφάλιση αποτελεί τον κορμό χρηματοδότησης του υγειονομικού. Τα δε υγειονομικά συστήματα της Ελλάδας και της Αυστρίας προκρίνουν ισόποσο καταμερισμό χρηματοδότησης ανάμεσα στη φορολογία και στην κοινωνική ασφάλιση (αγγλ.: *mixed health insurance systems*).

2.1.3 ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η υποχρεωτική ιδιωτική ασφάλιση είναι μια χρηματοδοτική ρύθμιση βάσει της οποίας όλοι οι πολίτες υποχρεούνται να συνάπτουν ασφάλιση υγείας με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείας υγείας ή με ταμείο ασφάλισης υγείας. Η ασφάλιση καθορίζεται από το κάθε ασφαλιστήριο και πραγματοποιείται σύμφωνα με σύμβαση μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών.

Τα υποχρεωτικά συστήματα ιδιωτικής ασφάλισης έχουν τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (Μαντάλη & Κουτσούμπα, 2018):

- ✓ **Τρόπος συμμετοχής:** Υποχρεωτικός για όλους τους πολίτες ή για μια στοχευόμενη πληθυσμιακή ομάδα που υποχρεούται δια νόμου να αγοράσει ένα ιδιωτικό συμβόλαιο υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ **Δικαίωμα παροχών:** Με βάση την αγορά ασφαλιστηρίου συμβολαίου από επιλεγμένη ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία υγείας.
- ✓ **Βασική μέθοδος εξασφάλισης πόρων:** Υποχρεωτικά ασφαλιστρα ασθενείας, μερικώς ή πλήρως επιδοτούμενα από τον κρατικό προϋπολογισμό συμπεριλαμβανομένης της παράλληλης χρήσης φορολογικών εσόδων.
- ✓ **Μηχανισμός άντλησης κεφαλαίων:** Εθνική, περιφερειακή ή ανά καθεστώς, η έκταση της συγκέντρωσης θα εξαρτηθεί από τους μηχανισμούς εξισορρόπησης των κινδύνων ανά σύστημα. Αυτό εξαρτάται επίσης από την έκταση της προκαθορισμένης προμοδότησης και την τυποποίηση των παροχών.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑΤΑ ΧΩΡΩΝ

Στο ολλανδικό μοντέλο που υιοθετήθηκε από την 1^η Ιανουαρίου του 2006, η κυβέρνηση ρυθμίζει σε μεγάλο βαθμό την αγορά υποχρεωτικής ασφάλισης: οι ασφαλιστές υποχρεούνται να αποδέχονται οποιονδήποτε κάτοικο της χώρας για το βασικό πακέτο παροχών και το ασφαλιστρο δεν σχετίζεται με τους μεμονωμένους κινδύνους. Ταυτόχρονα, η καθημερινή λειτουργία της ασφάλισης είναι οργανωμένη βάσει του ολλανδικού ιδιωτικού δικαίου. Το δικαίωμα για υπηρεσίες βασίζεται σε σύμβαση μεταξύ του ατόμου και της κάθε εταιρείας. Όποιος δεν εκπληρώνει την υποχρέωση να αγοράσει

ασφάλιση καθίσταται αυτόματα ανασφάλιστος και απομακρύνεται από τον κατάλογό των ασφαλιστών. Για παράδειγμα, για το έτος 2013, στην Ολλανδία η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας χρηματοδοτεί περίπου το 51% των συνολικών τρεχουσών δαπανών για την υγεία ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο αυτό το ποσοστό εκφράζεται με το αμελητέο 0,2%.

Πίνακας 2: Η εξέλιξη των δαπανών στο τομέα της υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης.

Ρύθμιση	Τρέχουσες δαπάνες υγείας (Όλες οι ρυθμίσεις)									
Χρημ/της	Σχέδια υποχρεωτικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας									
Πάροχος	Όλοι οι πάροχοι									
Μέτρο	Μερίδιο τρεχουσών δαπανών υγείας									
Έτος	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Χώρα										
Ολλανδία	48,4	51,5	52,3	52,4	52,0	50,4	50,9	50,5	52,0	52,9
Πολωνία	..	..	..	..	..	..	0,4	0,4	0,4	..
Ηνωμένο Βασίλειο	..	..	..	..	..	..	0,2	0,2	0,1	..

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

2.2 ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΠΥΛΩΝΑΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ

Η ιδιωτική χρηματοδότηση είναι ο δεύτερος καίριος πυλώνας χρηματοδότησης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έχει επικουρικό και συμπληρωματικό χαρακτήρα, εξασφαλίζει την πρόσβαση σε εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης, που λειτουργούν πολλαπλασιαστικά και ενισχύουν την χρηματοπιστωτική σταθερότητα του δημοσίου τομέα.

2.2.1 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας (αγγλ.: *PHI / Private Health Insurance*) μπορεί να διαδραματίσει διαφορετικούς ρόλους στα συστήματα υγείας ανά χώρα. Ενώ η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και κάλυψη σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού ορισμένων άλλων κρατών, λειτουργεί συμπληρωματικά και επικουρικά για τη συντριπτική πλειοψηφία του πληθυσμού σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (OECD, 2004).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας εμπεριέχει ποικίλα συστήματα εθελούσιας πληρωμής υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει όλα τα προπληρωμένα συστήματα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας των εν λόγω συστημάτων καθορίζεται από τον εκάστοτε ιδιωτικό πάροχο, αν και συχνά επηρεάζεται από κυβερνητικούς νόμους και κανονισμούς.

Στα προαναφερθέντα συστήματα περιλαμβάνονται:

- Η προαιρετική ασφάλιση υγείας.
- Τα προγράμματα χρηματοδότησης NPISH.
- Τα προγράμματα χρηματοδότησης επιχειρήσεων (OECD, 2004).

Ο όρος «υποχρεωτικό σύστημα» αναφέρεται σε συστήματα όπου η συμμετοχή επιβάλλεται από το νόμο, ενώ όλα τα άλλα συστήματα θεωρούνται προαιρετικά. Για παράδειγμα, ένας εργοδότης μπορεί να επιλέξει να έχει ομαδική ασφάλιση για το σύνολο των υπαλλήλων του: αυτό θεωρείται προαιρετική ασφάλιση, αν και για κάθε εργαζόμενο η συμμετοχή στην ασφάλιση μπορεί να είναι υποχρεωτική στο πλαίσιο της επιχείρησης.

2.2.2 ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Εδώ παρατηρούνται σχετικά φτωχά ποσοστά επί των συνολικών δαπανών υγείας σε σύγκριση με άλλους τύπους ασφάλισης σε κράτη όπως π.χ. η Ολλανδία, όπου η ιδιωτική ασφάλιση κάλυπτε σταθερά περίπου τις μισές συνολικές δαπάνες. Εδώ βλέπουμε μόνο τρεις χώρες να φτάνουν σε διψήφια νούμερα για το διάστημα που μελετάται, με τη μία μάλιστα (Ιρλανδία) να μην ξεπερνάει αυτό το όριο τόσο συχνά όσο οι άλλες δύο (Γαλλία – Σλοβενία), οι οποίες κινούνται σταθερά σε αυτά τα επίπεδα.

Πίνακας 3: Η εξέλιξη των δαπανών στα εθελοντικά συστήματα χρηματοδότησης της υγείας.

Ρύθμιση	Τρέχουσες δαπάνες υγείας (Όλες οι ρυθμίσεις)									
Χρημ/τηση	Σχέδια εθελοντικών πληρωμών υγείας (Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας)									
Πάροχος	Όλοι οι πάροχοι									
Μέτρο	Μερίδιο τρεχουσών δαπανών υγείας									
Έτος	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Χώρα										
Αυστρία	6,1	6,0	6,1	6,1	6,1	6,2	6,4	6,4	6,5	..
Βέλγιο	5,5	4,6	4,2	4,3	4,5	4,4	4,5	4,6	5,0	..
Τσεχία	1,7	1,8	1,7	1,4	1,1	1,0	2,8	3,2	2,8	..
Δανία	1,7	1,9	1,9	1,7	1,8	1,9	1,9	2,0	2,1	..
Εσθονία	1,4	2,3	1,8	1,7	1,7	1,8	1,7	1,6	1,6	1,5
Φινλανδία	5,4	5,7	5,8	5,8	5,8	6,0	5,9	6,2	5,7	5,6
Γαλλία	13,9	14,0	13,9	14,1	14,4	14,4	14,4	14,3	14,3	..
Γερμανία	9,6	9,8	2,6	2,6	2,8	2,9	3,1	3,0	3,0	3,1

Ελλάδα	..	2,3	2,2	2,8	2,9	3,3	3,4	3,9	3,9	..
Ουγγαρία	4,8	4,7	5,4	5,5	5,3	5,1	5,0	4,6	4,2	..
Ιρλανδία	9,2	8,8	10,2	10,0	12,0	12,8	15,2	15,3	14,8	..
Ιταλία	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3
Λετονία	2,2	2,3	1,1	2,6	2,2	1,8	1,5	1,2	0,9	..
Λουξεμβούργο	5,5	2,6	4,4	4,9	6,0	6,7	7,3	7,1	7,4	6,8
Ολλανδία	8,3	7,6	7,9	7,6	7,9	7,6	7,2	7,1	7,0	7,0
Πολωνία	3,6	3,9	4,0	4,6	5,2	5,7	5,7	6,2	6,8	7,6
Πορτογαλία	5,6	5,8	5,5	5,7	6,0	6,3	6,1	6,2	6,1	6,4
Σλοβακία	3,3	3,6	4,1	5,3	2,6	4,6	2,5	1,8	1,8	..
Σλοβενία	14,8	13,8	14,1	14,0	14,4	15,7	16,4	16,0	15,8	15,7
Ισπανία	6,2	5,3	5,1	4,5	5,1	5,0	5,0	5,4	4,7	..
Σουηδία	1,2	1,2	1,1	1,2	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,2
Ηνωμένο Βασίλειο	7,8	7,7	7,1	7,1	7,5	7,5	5,6	5,7	5,5	..

Πηγή: OECD (2018) Health Expenditure and Financing Database (<http://stats.oecd.org/#>).

2.3 ΙΔΙΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ (OUT OF POCKET HEALTHCARE EXPENDITURES / PAYMENTS)

Υπάρχει μια σημαντική διαφορά μεταξύ των συστημάτων ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγείας (αγγλ.: *private health financing*) και των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών υγείας των ατόμων / νοικοκυριών (αγγλ.: *out of pocket (OOP) healthcare payments / expenditures*) που είναι κρίσιμης σημασίας για τον στρατηγικό πολιτικό σχεδιασμό. Στην περίπτωση των ιδιωτικών πληρωμών (OOP), τα νοικοκυριά πρέπει να πληρώσουν το σύνολο ή μέρος του κόστους περίθαλψης την στιγμή που θα χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες της παρεχομένης περίθαλψης. Οι ίδιες δαπάνες (OOP) καταγράφουν την άμεση οικονομική επιβάρυνση των ιδιωτών, η οποία σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να έχει καταστροφικό αντίκτυπο στην οικονομική κατάσταση των νοικοκυριών, με τις δαπάνες τους να θεωρούνται ως ένα αυτόνομο ολοκληρωμένο σύστημα χρηματοδότησης (Μαντάλη & Κουτσούμπα, 2018).

Το ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του είναι ότι πρόκειται για άμεση πληρωμή για υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης από το πρωτογενές εισόδημα των νοικοκυριών. Η πληρωμή γίνεται από τον χρήστη κατά την αγορά ή κατά τη χρήση των υπηρεσιών, ενώ το μέγεθος των πληρωμών που καλούνται να καλύψουν τα νοικοκυριά, στα πλαίσια του εν λόγω συστήματος, δικαιολογεί την ύπαρξη μιας ξεχωριστής κατηγορίας για τα εθελοντικά ιδιωτικά συστήματα (εκτός από τις απευθείας ίδιες πληρωμές).

Στον ακόλουθο πίνακα απεικονίζονται τα ποσοστά ιδίων πληρωμών νοικοκυριών για τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με χώρες όπως π.χ. η Λετονία να κινείται σταθερά κοντά στο 40% για το χρονικό διάστημα που μελετάται, σε ευθεία αντίθεση με χώρες όπως η Γαλλία, η οποία είναι η μόνη που κινείται σταθερά σε μονοψήφια επίπεδα σε αυτό το κομμάτι. Παρατηρείται στη σύγκριση μεταξύ κρατών (π.χ. Ελλάδα – Γαλλία) ότι οι χώρες που υπερτερούν σε αυτό το κομμάτι μειονεκτούν συγκριτικά στο κομμάτι των εθελοντικών πληρωμών.

Πίνακας 4: Η εξέλιξη των δαπανών στις ιδιωτικές πληρωμές νοικοκυριών.

Ρύθμιση	Τρέχουσες δαπάνες υγείας (Όλες οι ρυθμίσεις)									
Χρημ/τηση	Ίδιες πληρωμές νοικοκυριών – Out of pocket healthcare payments									
Πάροχος	Όλοι οι πάροχοι									
Μέτρο	Μερίδιο τρεχουσών δαπανών υγείας (%)									
Έτος	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Χώρα										
Αυστρία	18,2	17,5	17,4	17,7	17,8	17,8	18,2	18,1	17,9	..
Βέλγιο	19,2	18,5	18,3	18,3	18,3	18,0	18,1	18,2	17,6	..
Τσεχία	13,6	16,1	15,1	15,3	15,0	15,3	13,6	14,1	14,8	..
Δανία	14,6	14,1	13,7	13,7	14,5	14,1	13,8	14,0	13,7	..
Εσθονία	22,2	20,7	20,3	21,9	21,6	21,5	22,6	22,6	22,8	22,4
Φινλανδία	19,8	19,6	19,4	20,0	19,4	18,7	19,0	19,0	19,9	19,6
Γαλλία	7,4	7,8	7,6	7,5	7,5	7,3	7,1	6,9	6,8	..
Γερμανία	14,2	14,0	13,8	13,9	13,9	13,9	13,2	12,7	12,5	12,4
Ελλάδα	..	39,4	29,3	28,1	30,9	30,5	34,0	36,8	35,5	..
Ουγγαρία	26,3	26,3	26,2	27,4	28,2	29,4	28,4	28,3	29,0	..
Ιρλανδία	11,6	11,9	12,7	13,8	12,1	11,4	14,9	16,4	16,2	..
Ιταλία	21,5	21,3	20,7	20,5	22,0	21,7	21,8	22,1	22,8	22,7
Λετονία	39,3	37,3	38,8	37,2	34,3	37,8	38,5	38,9	41,6	..

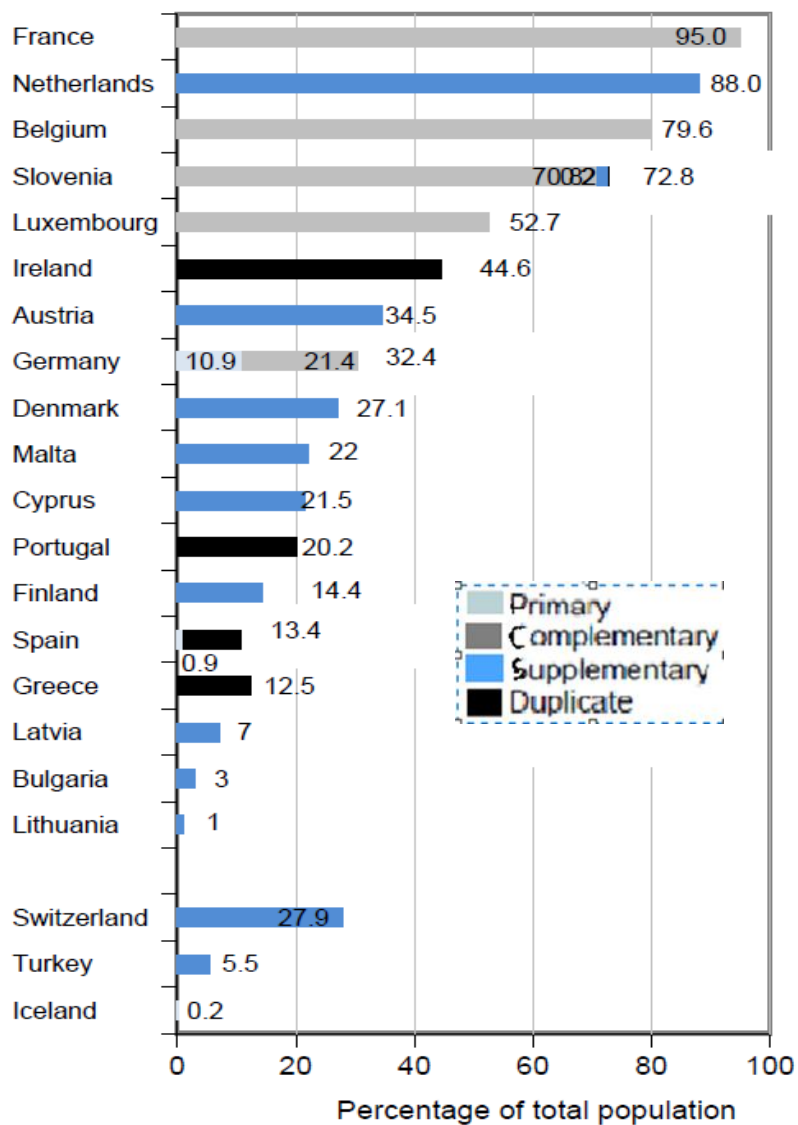
Λουξεμβούργο	10,3	10,1	9,9	10,2	10,9	10,4	10,3	10,5	10,6	10,2
Ολλανδία	8,7	10,7	9,7	9,8	9,9	10,4	11,7	12,2	12,3	12,2
Πολωνία	26,3	24,4	24,4	23,7	24,0	24,3	23,6	23,1	23,2	23,4
Πορτογαλία	25,7	25,8	24,6	24,6	26,3	28,2	27,0	27,7	27,7	27,4
Σλοβακία	27,4	21,0	22,4	22,8	23,6	23,2	23,3	18,0	18,4	..
Σλοβενία	13,6	12,6	12,8	12,7	12,2	12,5	12,6	13,0	12,5	12,5
Ισπανία	21,0	21,0	19,5	20,7	21,1	22,8	23,9	24,6	24,2	..
Σουηδία	16,9	16,9	16,9	16,9	15,0	15,4	15,5	15,5	15,2	14,9
Ηνωμένο Βασίλειο	10,8	9,7	9,3	9,7	9,9	10,6	14,8	14,7	14,8	..

Πηγές: OECD, 2019; Eurostat, 2019

2.4 ΠΛΗΘΥΣΜΙΑΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις στα ποσοστά κάλυψης, τα οποία ωστόσο έχουν να κάνουν όχι μόνο με την παροχή ασφαλιστικών λύσεων αλλά και με το μέγεθος του πληθυσμού της κάθε χώρας. Αυτό βέβαια ισχύει σε γενικές γραμμές και όχι απόλυτα, καθώς βλέπουμε στην κορυφή της λίστας τη Γαλλία, η οποία αποτελεί μία από τις πολυπληθέστερες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Γράφημα 2: Ποσοστά πληθυσμιακής κάλυψης για το κάθε είδος ασφάλισης ξεχωριστά.



Πηγή: OECD Health Statistics 2014; European Observatory Health Systems in Transition (HiT) Series for non-OECD countries

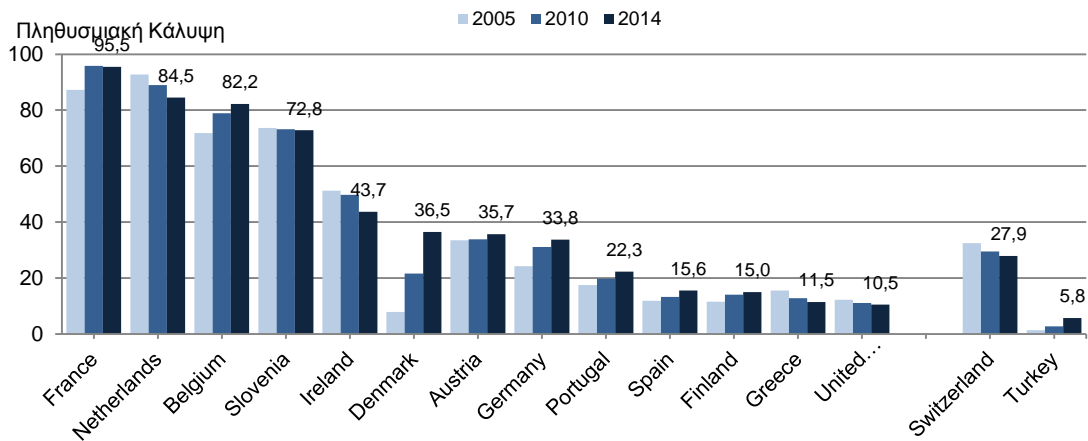
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

3.1 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1.1 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καθώς και οι πληρωμές των χρηστών αποτελούν τους δύο πυλώνες της ιδιωτικής χρηματοδότησης. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέχει νοσοκομειακή περίθαλψη και πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, είναι συμπληρωματική και για αυτό την επιλέγουν πολίτες μεσαίας ή ανώτερης κοινωνικής οικονομικής τάξης. Το καίριο προνόμιο της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η ανταποδοτικότητα που παρέχει, καθώς αποζημιώνει τους ασφαλιζόμενους. Ορόσημο στην εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα αποτέλεσε η εισαγωγή της κάρτας νοσηλείας το 1990, που είχε ως αποτέλεσμα την πρόσβαση των πολιτών στα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία και τη δραματική αύξηση του κόστους των αποζημιώσεων. Για την αποφυγή του φαινομένου κρίθηκε αναγκαία η συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα. Παρά την εφαρμογή της οικονομικής συμμετοχής των πολιτών, όλο και περισσότεροι προτιμούν την ιδιωτική ασφάλιση. Οι αιτίες προτίμησης της ιδιωτικής ασφάλισης είναι εύλογες, καθώς ολοένα και περισσότεροι είναι οι φανερά δυσαρεστημένοι από τις παροχές του δημοσίου συστήματος υγείας. Χαρακτηριστικά είναι τα ευρήματα, που αποδεικνύουν την εν λόγω διαπίστωση, καθώς το 1980 μόλις το 2% του πληθυσμού είχαν επιλέξει την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ το 2002 το ποσοστό αυξήθηκε σε 1,5 εκατομμύριο και στις μέρες μας τείνει να ξεπεράσει το 10% (Μαντάλη & Κουτσούμπα, 2018).

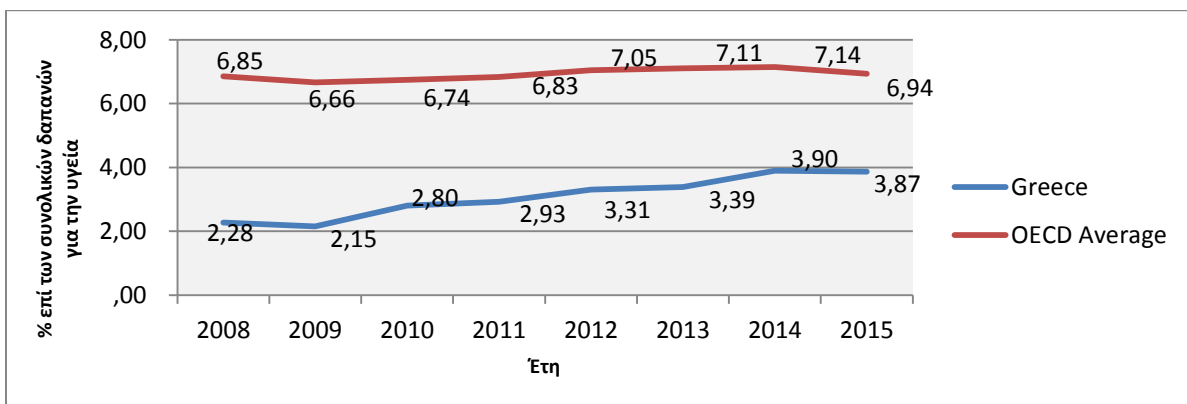
Στο παρακάτω γράφημα βλέπουμε το πώς καθρεφτίζεται η οικονομική δυνατότητα των χωρών του Ο.Ο.Σ.Α. βάσει του ποσοστού των κατοίκων τους που επιλέγει την ιδιωτική ασφάλιση. Παρατηρείται ότι στην πλειοψηφία τους δεν εμφανίζουν τεράστιες αυξομειώσεις στα ποσοστά πληθυσμιακής κάλυψης (αν και αυτό είναι ανάλογο του συνολικού πληθυσμού του εκάστοτε κράτους) στο χρονικό διάστημα με το οποίο ασχολούμαστε, με φωτεινή εξαίρεση την Ελβετία, της οποίας η κάλυψη εκτοξεύεται κατά το 2014 σχεδόν σε πενταπλάσιο επίπεδο από αυτό του 2005.



Γράφημα 3: Η εξέλιξη της πληθυσμιακής κάλυψης της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ το διάστημα 2005-2014. **Πηγή:** OECD Health Statistics 2016.

Αντίστοιχα, στο επόμενο γράφημα βλέπουμε ότι, παρά το γεγονός ότι η Ελλάδα βρίσκεται αρκετά κάτω από το μέσο όρο αναφορικά με το ποσοστό χρηματοδότησης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επί των συνολικών δαπανών υγείας, είναι μία από τις χώρες που έχουν καταλυτική επίδραση στις αυξομειώσεις του, κάτι που φαίνεται από το γεγονός ότι σε κάθε έτος ακολουθούν την ίδια πορεία, είτε πρόκειται για αύξηση είτε για μείωση του ποσοστού.

Γράφημα 4: Η χρηματοδότηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, το διάστημα 2008-2015.



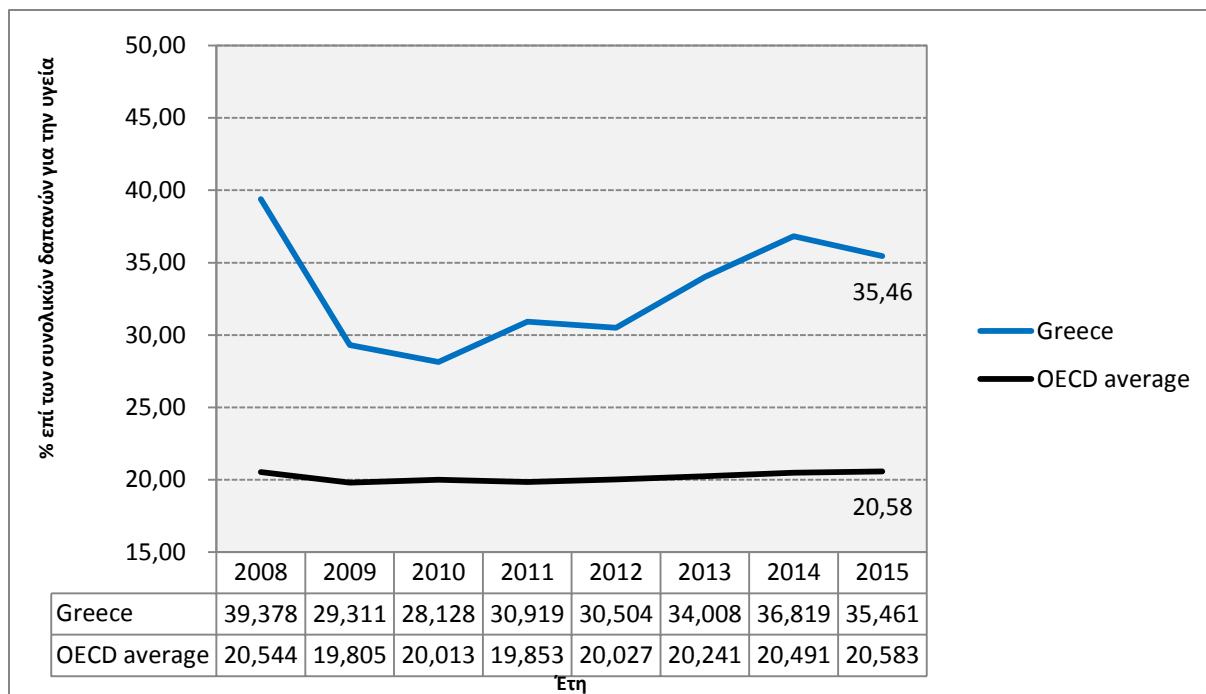
Πηγή: OECD Health Statistics, 2017.

3.1.2 ΙΔΙΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ

Οι απευθείας ή ίδιες πληρωμές των χρηστών υγείας (νοικοκυριών) αποτελούν βαρυσήμαντο παράγοντα της ιδιωτικής χρηματοδότησης, όπως έχει ήδη προαναφερθεί. Σε αυτόν τον τομέα συμπεριλαμβάνονται οι άμεσες και οι άτυπες πληρωμές των χρηστών ιατροφαρμακευτικής περιθάλψεως. Σημειώνεται ότι το κόστος συμμετοχής στην Ελλάδα είναι μειωμένο εν συγκρίσει με τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Βάσει του Εθνικού Συστήματος Υγείας όλοι οι πολίτες, ανεξαιρέτως, έχουν δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και όλοι οι ασφαλισμένοι οφείλουν να τις λαμβάνουν δωρεάν. Πάραυτα, υπάρχει ένα χαμηλό κόστος συμμετοχής κατά την πρόσβαση σε ορισμένες υπηρεσίες. Παλαιότερα, το εν λόγω κόστος διαφοροποιούταν ανά ασφαλιστικό ταμείο/φορέα αναφορικά με το επίπεδο κάλυψης, τη δυνατότητα επιλογής προμηθευτή υγείας, και το ύψος της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος. Από την δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και μετά η θεσμοθετημένες ποσοστιαίες συμμετοχές είναι όμοιες για όλους τους ασφαλιστικούς φορείς οι οποίοι εντάχθηκαν στο νέο Οργανισμό (π.χ. Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ., Ο.Α.Ε.Ε., Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω. κτλ). Τα στατιστικά στοιχεία, όμως, καταδεικνύουν πως οι ιδιωτικές δαπάνες συμμετοχής στη χρηματοδότηση του υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα είναι διπλάσιες σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Συμπερασματικά, τονίζεται το χαμηλό κόστος συμμετοχής των υπηρεσιών σε συνάρτηση με την επιλογή των πολιτών να πληρώνουν επιπροσθέτως, είτε ιδιωτικά, είτε δημόσια, με άτυπα μέσα, όπως οι ανεπίσημες και αφορολόγητες ανεπίσημες πληρωμές (Grigorakis et al., 2016; Souliotis et al., 2016; Stepurko et al., 2013; Liaropoulos et al., 2008)

Η Ελλάδα παρουσιάζει με το πέρασμα των χρόνων, μία από τις μεγαλύτερες αναλογίες δαπανών ιδίων πληρωμών μεταξύ των ανεπτυγμένων οικονομιών (Νιάκας, 2014). Συγκεκριμένα, για το έτος 2015 κατέγραψε δαπάνες ιδίων πληρωμών περί το 35,5% επί των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό πολύ υψηλότερο του μέσου όρου του Ο.Ο.Σ.Α. και συγκρίσιμο μόνο με αυτά του Μεξικού, της Κορέας, της Λετονίας και της Χιλής μεταξύ των κρατών του.

Γράφημα 5: Οι απευθείας πληρωμές των χρηστών υγείας ως ποσοστό επί των συνολικών δαπανών για την υγεία στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ, το διάστημα 2008-2015.



Πηγή: OECD Health Statistics, 2017.

3.2 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Η Γερμανία ακολουθεί το ηπειρωτικό σύστημα υγείας, βασική ιδέα του οποίου ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων (Τσεκούρα, 2012).

Η Γερμανία έχει υποστηρίξει το σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας και ο ρόλος της κεντρικής κυβέρνησης αλλάζει σύμφωνα με το ποσοστό αποκέντρωσης του συστήματος λήψης αποφάσεων. Γίνεται αντιληπτό ότι ο βαθμός αποκέντρωσης της λήψης αποφάσεων ακολουθεί την ίδια λογική με το βαθμό εξάρτησης από την κεντρική κυβέρνηση.

Παρατηρείται ότι στην Γερμανία παρά το γεγονός ότι η ομοσπονδιακή κυβέρνηση θέτει τους γενικούς κανόνες για την πολιτική της δημόσιας υγείας, οι αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί έχουν την υπευθυνότητα για την οργάνωση, τη χρηματοδότηση, την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Στη Γερμανία η κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού είναι συνολική, δηλαδή όλοι οι κάτοικοι των χωρών έχουν εξασφαλίσει την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Τσεκούρα, 2012).

Το Γερμανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι άκρως αποκεντρωμένο με συνταγματική διαίρεση των ευθυνών μετά των ομοσπονδιακών και επαρχιακών αρχών. Το σύστημα χαρακτηρίζεται από την ομόσπονδη δομή της χώρας, τη διανομή των αρμοδιοτήτων στους διάφορους συμμετέχοντες στο σύστημα κοινωνικής ασφάλειας, καθώς και από άλλου τύπου δομές σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Ομόσπονδων Κρατών που κατέχουν τις αρμοδιότητες στο συγκεκριμένο δομημένο μοντέλο προγραμματισμού, συντονισμού και χρηματοδότησης από τη πλευρά του Υπουργείου. Ο ρόλος του περιορίζεται στη διατύπωση πολιτικών πλαισίων βάσει του οποίου παρέχονται οι υπηρεσίες.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται περισσότερες προσπάθειες να εισαχθούν μηχανισμοί λήψης αποφάσεων και ροές χρηματοδότησης που είναι αποτελεσματικές. Το Γερμανικό σύστημα βασίζεται σε αποκεντρωμένες συμβάσεις με όλους τους προμηθευτές υπηρεσιών (Τσεκούρα, 2012).

3.2.1 ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ιδιωτική ασφάλιση έχει μικρότερη δυναμική στους πολίτες και ευρύτερα στο κράτος. Η περίθαλψη παρέχεται από τα γραφεία των ιδιωτικών και γενικών ιατρών, η οποία είναι η πιο ουσιαστική συμβολή του ιδιωτικού τομέα.

Το Βρετανικό μοντέλο PFI, ενέπνευσε τους Γερμανούς για να αναπτύξουν το δικό τους μοντέλο, το **Betreibermodel**. Στο μοντέλο αυτό η αμοιβή του ιδιωτικού τομέα πληρώνεται με τη μορφή τέλους υποστήριξης της δημόσιας υγείας και γενικότερα του δημόσιου τομέα. Οι πληρωμές αυτές είναι άλλοτε σταθερές και υπολογίζονται με

μεταβλητό τρόπο και άλλοτε με βάση τη διαθεσιμότητα του σχετικού έργου ή των σχετικών υπηρεσιών ή ακόμη ανάλογα με τη συχνότητα χρήσης του έργου (Grosse & Figueras, 2004).

Στη Γερμανία συνάφθηκε συμβόλαιο εκχώρησης δημόσιου νοσοκομείου χιλίων εκατό κλινών στο Βερολίνο. Συγχρόνως δε υλοποιήθηκε ένας πλήρης εκσυγχρονισμός κτιρίων και εξοπλισμών νοσοκομείων με ιδιωτικά κεφάλαια τα οποία ξεπέρασαν τα διακόσια δεκαπέντε εκατομμύρια ευρώ. Μια από τις βασικές δεσμεύσεις σύμπραξης ήταν η διατήρηση όλων των θέσεων του προσωπικού για τουλάχιστον τέσσερα χρόνια, με μείωση του κόστους του προσωπικού, το οποίο έφτανε το 10%, λόγω αποδοτικότερου σχεδιασμού. Συγχρόνως διατηρήθηκε η ακαδημαϊκή-διδακτική δραστηριότητα στους χώρους του νέου Νοσοκομείου (οι δραστηριότητες αυτές συνέχισαν να εποπτεύονται και να χρηματοδοτούνται από το Δημόσιο). Σε όλες τις άνωθεν περιπτώσεις η ιδιωτική πρωτοβουλία πρωτοστάτησε με την παροχή παρακλινικών, κλινικών και ιατρικών υπηρεσιών με επιτυχία, με στόχο τη βελτίωση των διαφόρων χαρακτηριστικών σε ποιοτικό και οικονομικό επίπεδο στην υγεία, χωρίς η συνεργασία αυτή να πλήξει τη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες ή να επιβαρυνθεί ο δημόσιος προϋπολογισμός ή το ιδιωτικό εισόδημα (Τσεκούρα, 2012).

3.2.2 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Στο Γερμανικό σύστημα υγείας κυριαρχεί η κοινωνική ασφάλιση, μέσω των ταμείων υγείας και συνυπάρχουν αποτελεσματικά ο κρατικός έλεγχος, οι χρηματοδοτικές εισφορές από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο συνεχής έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας.

Το σύστημα είναι αποκεντρωμένο και παρουσιάζει στον τομέα αυτό ομοιότητες με το Καναδικό και το Σουηδικό σύστημα. Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε διάφορες υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται δωρεάν και έχουν αυξημένη ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, ενώ οι γιατροί είναι επαγγελματικά αυτόνομοι (Τούντας, 2000).

3.2.3 ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΗΜΟΣΙΟΥ – ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Η συνεργασία του ιδιωτικού με το δημόσιο τομέα βοήθησε στην αύξηση της αποδοτικότητας ενώ επέφεραν και την ισότητα στην υγεία. Οι Γερμανοί χρησιμοποίησαν την ιδιωτική πρωτοβουλία προκειμένου να βελτιωθεί η συνολική αποδοτικότητα αλλά και να έχουν όφελος οι ιδιωτικές εταιρίες με τη μορφή κερδών, μειωμένου κόστους για τους πολίτες και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το εκάστοτε νομικό και συμβατικό πλαίσιο αλλά και οι νοοτροπίες και πρακτικές Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα στην Γερμανία έπαιξε κρίσιμο ρόλο και καθόρισαν την επιτυχία ή την αποτυχία, μη επιτρέποντας προβλήματα για τους πολίτες και προήγαγαν την ισότητα και ενίσχυσαν την αποδοτικότητα. Με βάση τη παραπάνω ανάλυση διαπιστώνεται ότι το Γερμανικό σύστημα προσφέρει ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών στους πολίτες. Η συμβολή του ιδιωτικού τομέα δεν επιβαρύνει τους πολίτες, αντίθετα τους παρέχει πρόσθετες ποιοτικές υπηρεσίες οι οποίες βοηθούν το πολίτη να βιώνει ένα πολύ καλύτερες υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου (Τσεκούρα, 2012).

3.3 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΓΑΛΛΙΑ

Η Γαλλία χαρακτηρίζεται κυρίως από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, παραθέτοντας ωστόσο παράλληλα κάποια παραδείγματα συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας προκειμένου να καλυφθούν τα κενά στις επιστροφές κοινωνικής ασφάλισης. Η κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης στη Γαλλία είναι τώρα σχεδόν παγκόσμια (99,9%), ως αποτέλεσμα της θέσπισης του "**Couverture Maladie Universelle**" (ελλ.: *Παγκόσμια Κάλυψη Υγείας*) το 2000 (Chevreul, et al., 2010).

Ενώ η κοινωνική ασφάλιση υγείας επιδιώκει να καλύψει ολόκληρο τον πληθυσμό, δεν καλύπτει το 100% των δαπανών που καταβάλλονται με τη χρήση συμφωνιών υπηρεσίας - αμοιβής. Για να καλύψει αυτό το χάσμα, η συντριπτική πλειοψηφία (92%) του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας (εθελοντική) είτε μέσω του εργοδοτών ή μέσω κουπονιών που διανέμονται βάσει εισοδήματος. Μόνο το 6,8% των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας χρησιμοποιείται από ιδιώτες (Thomson, et al., 2011).

Η Γαλλία δαπανά περίπου 12% του Ακαθάριστου Εγχωρίου Προϊόντος της για την υγειονομική περίθαλψη, το οποίο είναι ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρωπαϊκή Ένωση (European Commission, 2012). Τα περισσότερα από αυτά (73,2%) ταξινομούνται ως δαπάνες κοινωνικής ασφάλισης, ενώ το υπόλοιπο είναι γενική φορολογία. Οι ίδιες πληρωμές νοικοκυριών είναι χαμηλές στη Γαλλία (7,2%) και η κατά κεφαλήν δαπάνη είναι σχετικά υψηλή (4.691 δολάρια). Εκτός από την κατανομή του κόστους μέσω της συνασφάλισης, η οποία μπορεί να επιστραφεί πλήρως από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, μερικές συν-πληρωμές που συνδέονται με επισκέψεις γιατρών, συνταγογραφούμενα φάρμακα και νοσοκομείο δεν επιστρέφονται μέχρι το ετήσιο ανώτατο όριο των 50 ευρώ για να αποφευχθούν πληρωμές καταστροφικές για την υγειονομική περίθαλψη και τον ηθικό κίνδυνο (Thomson, et al., 2011).

Για να βοηθήσουν τους φτωχότερους της κοινωνίας, οι άνθρωποι με φορολογητέο εισόδημα μικρότερο από 9.020 ευρώ ετησίως απαλλάσσονται από την πληρωμή κοινωνικής ασφάλισης υγείας, ενώ εκείνοι που έχουν φορολογητέο εισόδημα πάνω από αυτό το κατώτατο όριο καταβάλλουν το 8% αυτού. Επιπλέον, δωρεάν κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας προσφέρεται σε άτομα με εισοδήματα κάτω από ένα συγκεκριμένο ποσό (7.521 ευρώ τον Ιανουάριο του 2010), το οποίο καλύπτει το 8% του πληθυσμού (Chevreul, et al., 2010).

Για να διευκολυνθεί η πρόσβαση στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας από άτομα που βρίσκονται στο όριο της Παγκόσμιας Κάλυψης Υγείας, ένα σύστημα κουπονιών με την ονομασία "**aide pour une complémentaire santé**" (ελλ.: *βοήθεια για μια συμπληρωματική υγεία*) ιδρύθηκε το 2004 για τους ανθρώπους των οποίων το εισόδημα είναι κάτω από το 120% του ορίου της CMU. Το 2010, τα διαθέσιμα ποσά στο πλαίσιο αυτού του καθεστώτος κυμαίνονταν από 100 ευρώ ανά έτος για άτομα ηλικίας κάτω των 25 ετών έως 400 ευρώ για άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Το σύστημα αυτό καλύπτει περίπου το 5,3% του συνολικού πληθυσμού (Rapport d'activité, 2009).

Η περίπτωση της Γαλλίας δείχνει την επιπλέον πολυπλοκότητα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας σε σύγκριση με τα παγκόσμια φορολογικά συστήματα από την άποψη ότι τα άτομα και η κυβέρνηση κάνουν πολλά επιπλέον βήματα για την επίτευξη

οικονομικής προστασίας στην υγειονομική περίθαλψη και στη σχεδόν παγκόσμια κάλυψη που παρέχεται (Odeyemi & Nixon, 2013).

3.4 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Η Ολλανδία ήταν παλαιότερα μια χώρα που χαρακτηριζόταν επίσης από το θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης υγείας, αλλά χρησιμοποιούσε παράλληλα υποκατάστατα ιδιωτικής ασφάλισης υγείας για τα άτομα με υψηλό εισόδημα. Από τότε όμως που μεταρρυθμίστηκε το 2006, η υποκατάστατη ασφάλιση υγείας έχει καταργηθεί (Thomson, et al., 2011). Το μεταρρυθμισμένο σύστημα προσφέρει τώρα ένα καλό παράδειγμα επικουρικής και συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (εθελοντικής).

Η Ολλανδία δαπανά περίπου το 12% του Ακαθάριστου Εγχωρίου Προϊόντος της για την υγειονομική περίθαλψη και έχει τις δεύτερες υψηλότερες κατά κεφαλήν δαπάνες πίσω από τις ΗΠΑ. Το 75% των δαπανών υγείας είναι δημόσιες, με πολύ χαμηλό ποσοστό ιδίων πληρωμών νοικοκυριών (6%). Οι ιδιωτικές (εθελοντική) ασφαλίσεις υγείας αντιπροσωπεύουν μόνο το 6,2% των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από ένα «διαχωρισμένο» σύστημα με δύο κύριες συνιστώσες (Schäfer, et al., 2010). Η πρώτη έχει να κάνει με τη μακροχρόνια φροντίδα και φροντίδα αναπηρίας, η οποία χρηματοδοτείται από τη νόμιμη κοινωνική ασφάλιση υγείας και ρυθμίζεται μέσω του νόμου περί έκτακτων ιατρικών δαπανών (ολλ.: *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten / AWBZ*). Η δεύτερη συνιστώσα αποτελείται από τη βασική ασφάλιση υγείας για την βραχυπρόθεσμη ιατρική περίθαλψη, η οποία χρηματοδοτείται από υποχρεωτική και ελεγχόμενη ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι ιδιώτες πληρώνουν ονομαστική αξία ανάλογη της πιστοληπτικής τους ικανότητας και εργοδοτική εισφορά ανάλογη με το εισόδημά τους, που αφαιρείται απευθείας από τους μισθούς τους. Επιπλέον, υπάρχει υγειονομική περίθαλψη για τις ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος.

Στην Ολλανδία επικρατεί μεγάλος ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτικών ασφαλιστών υγείας, οι οποίοι μπορούν να διαπραγματευτούν σε ορισμένο βαθμό με τους παρόχους

υγειονομικής περίθαλψης σχετικά με την τιμή, τον όγκο και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Συν τοις άλλοις, επιτρέπεται να καταβάλλουν μερίσματα στους μετόχους, σε αντίθεση με τα παραδοσιακά σχέδια κοινωνικής ασφάλισης υγείας που δεν είναι κερδοσκοπικά (Folland, et al., 2010).

Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού αγοράζει ιδιωτικές (εθελοντικές) ασφαλίσεις υγείας από τους ίδιους ασφαλιστές υγείας που παρέχουν νομική κάλυψη. Τα ασφάλιστρα και τα προϊόντα αυτής της ασφαλιστικής κάλυψης δεν είναι ρυθμιζόμενη. Αυτή η μορφή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας καλύπτει, για παράδειγμα, την οδοντιατρική και επιπλέον επισκέψεις σε φυσιοθεραπευτή. Το 2009, το 91% των ανθρώπων οι οποίοι ήταν ασφαλισμένοι σύμφωνα με τα προβλεπόμενα από το νόμο συστήματα είχαν επίσης ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι εκείνοι που είχαν εθελοντική ασφάλιση υγείας δεν λαμβάνουν ταχύτερη πρόσβαση σε κάθε είδος φροντίδας, ούτε έχουν περισσότερες επιλογές του ειδικού ή του νοσοκομείου.

Παρόλο που η ασφάλιση υγείας έχει επίσημα θεσπιστεί, περίπου το 1% του πληθυσμού (περίπου 171.000 άτομα) είναι ανασφάλιστοι, κυρίως λόγω των αντιρρήσεων για την ασφάλιση για θρησκευτικούς λόγους ή για άλλους λόγους. Αυτά τα άτομα μπορούν να αγοράσουν ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο όταν χρειάζονται φροντίδα, αλλά κινδυνεύουν με ποινή του 130% των συνολικών ονομαστικών πριμοδοτήσεων για το χρόνο που ήταν ανασφάλιστα (Schäfer, et al., 2010).

Επομένως, το σύστημα της Ολλανδίας απεικονίζει έναν δευτερεύοντα ρόλο για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας με μια δραματική αλλαγή από το παλιό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υγείας σε μια εξάρτηση από την υποχρεωτική και άριστα ελεγχόμενη ιδιωτική ασφάλιση υγείας για βραχυχρόνια περίθαλψη. Όπως ισχύει και για τη Γαλλία, ένα πολύπλοκο σύστημα κανονισμών χρησιμοποιείται για την παροχή σχεδόν παγκόσμιας πληθυσμιακής κάλυψης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αυτή η εργασία απεικόνισε τις κοινές εφαρμογές της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα χωρών και πώς αυτή έχει τη δυνατότητα να λειτουργήσει ως κύρια πηγή χρηματοδότησης ή να καλύψει τα κενά στην κοινωνική ασφάλιση υγείας, του εκ νόμου συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης ή τα φορολογικά συστήματα. Η ελεύθερη (δηλαδή η εθελοντική) ιδιωτική ασφάλιση ως πρωτεύουσα πηγή συνδέεται με μεγάλα κενά μεταξύ πρόσληψης και υψηλού συνολικού κόστους. Σε χώρες όπου το σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης παρέχει καθολική πρόσβαση σε ευρύ φάσμα υπηρεσιών, η ελεύθερη αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας έχει κατά κύριο λόγο συμπληρωματικό ρόλο στη διευκόλυνση της ταχύτερης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη ή στην κάλυψη κενών στις υπηρεσίες.

Σε άλλες χώρες, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι συμπληρωματική του δημόσιου συστήματος, καλύπτοντας υπηρεσίες ή επιστροφές που χρηματοδοτούνται μερικώς από το δημόσιο σύστημα. Επιπλέον, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας της ελεγχόμενης αγοράς είναι υποχρεωτική αλλά απαιτεί μηχανισμούς αντιστάθμισης κινδύνου και υψηλό βαθμό κυβερνητικής παρέμβασης για την εξασφάλιση ισότητας, με θετικά και αρνητικά κίνητρα να φέρνουν αποτέλεσμα στην ενθάρρυνση της πρόσληψής του.

Η πρόσληψη της ιδιωτικής ασφάλισης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που περιλαμβάνουν τη σύνθεση και την απόδοση του συστήματος δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης, κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση, η ηλικία και τα κυβερνητικά κίνητρα. Τα αποτελέσματα της ιδιωτικής ασφάλισης σχετικά με τα ίδια κεφάλαια στη χρηματοδότηση και στην πρόσβαση μπορεί να είναι είτε θετική είτε αρνητική ανάλογα με τη μορφή και το ρόλο της ασφάλισης. Ενώ οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν μείζονες προκλήσεις για την επίτευξη του στόχου της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει ρόλο σε πολλά ανερχόμενα συστήματα και είναι πιθανό να εξελιχθεί περαιτέρω στο πλαίσιο ενός συνδυασμού ρυθμίσεων χρηματοδότησης.

Για παράδειγμα, παρατηρώντας τις συνθήκες που επικρατούν στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι οι περισσότερες χώρες ρίχνουν το βάρος σε ένα συγκεκριμένο κομμάτι της ασφάλισης ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν μέσα σε αυτές. Βλέποντας δηλαδή χώρες όπως η Λετονία και η Πορτογαλία να βασίζονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό στις πληρωμές ιδίων νοικοκυριών συγκριτικά με χώρες όπως η Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, και αντίστοιχα να επικρατεί η αντίστροφη κατάσταση στις εθελοντικές πληρωμές (όχι απαραίτητα βάσει ύψους ποσοστού αλλά βάσει αναλογίας ποσοστών μεταξύ κρατών), απεικονίζεται μια κατάσταση σύμφωνα με την οποία δεν υπάρχει ο βέλτιστος τρόπος εκμετάλλευσης του εκάστοτε συστήματος που μπορεί να λειτουργήσει για όλες τις χώρες, αλλά υπάρχουν προσαρμογές ανάλογα με την περιρρέουσα οικονομική και υγειονομική ατμόσφαιρα.

Δίνοντας τώρα έμφαση στην κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα, παρατηρείται ότι κινείται αρκετά κάτω από τους μέσους όρους της Ευρώπης αναφορικά με την ιδιωτική χρηματοδότηση εν γένει, ωστόσο παρουσιάζει μία από τις υψηλότερες τιμές σε πανευρωπαϊκό επίπεδο στο κομμάτι του ποσοστού των ιδίων πληρωμών των νοικοκυριών επί των συνολικών δαπανών υγείας. Το οικονομικό καθεστώς που επικρατεί έχει αναμφίβολα συμβάλει σε αυτή την κατάσταση, καθώς οι πολίτες δεν διαθέτουν ούτε την οικονομική δυνατότητα ούτε την εμπιστοσύνη στους κρατικούς θεσμούς ώστε να δεσμεύσουν μακροπρόθεσμα ένα συγκεκριμένο (πιθανώς και μεγάλο) κεφάλαιο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας, επιλέγοντας αντ' αυτού το να έχουν τον έλεγχο και την ελευθερία της επιλογής του τόπου και του χρόνου της ιατροφαρμακευτικής δαπάνης.

ΠΗΓΕΣ

- ✚ Chevreur, K. και συν., 2010. France: health system review. *Health Syst Transit*, Issue 12, p. 291.
- ✚ European Commission, 2012. *Healthcare statistics*. [Ηλεκτρονικό] Available at: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Healthcare_statistics [Πρόσβαση 20 April 2019].
- ✚ Folland, S., Goodman, A. C. & Stano, M., 2010. *The Economics of Health and Health Care*. 6th ed. επιμ. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- ✚ Grigorakis, N., Floros, C., Tsangari, H. & Tsoukatos, E., 2016. Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: Evidence from Greece. *Health Policy*, Issue 120, pp. 948-959.
- ✚ Grosse, S. & Figueras, J., 2004. *Snapshots of Health Systems – 16 Countries*. [Ηλεκτρονικό] Available at: www.euro.who.int [Πρόσβαση 20 April 2019].
- ✚ Kumar, A., de Lagasnerie, G., Maiorano, F. & Forti, A., 2014. Pricing and competition in Specialist Medical Services: An Overview for South Africa. *OECD Health Working Papers*.
- ✚ Liaropoulos, L. και συν., 2008. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, Issue 87, pp. 72-81.
- ✚ Neeman, E., 2018. *Pros and Cons of Private Health Insurance Plans*. [Ηλεκτρονικό] Available at: <https://www.firstquotehealth.com/health-insurance-news/private-health-pros-cons>

- ✚ Odeyemi, I. & Nixon, J., 2013. The role and uptake of private health insurance in different health care systems: are there lessons for developing countries?. *ClinicoEconomics and Outcomes*, Issue 5, pp. 109-118.
- ✚ OECD, 2004. *The Role of Private Health Insurance in Mixed Systems of Health Care Funding*, Paris: OECD Publishing.
- ✚ OECD, 2011. *Classification of Health Care Financing Schemes (ICHA-HF)*, Paris: OECD Publishing.
- ✚ OECD, 2018. *OECD Health Statistics 2018*, Paris: OECD Publishing.
- ✚ Rapport d'activité, 2009. *Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risqué maladie*. [Ηλεκτρονικό]
Available at: <http://www.cmu.fr/rapports-activite.php>
[Πρόσβαση 20 April 2019].
- ✚ Schäfer, W. και συν., 2010. The Netherlands: Health system review. *Health Syst Transit*, Issue 12, p. 229.
- ✚ Souliotis, K. και συν., 2016. Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: Old habits die last.... *The European Journal of Health Economics*, Issue 17, pp. 159-170.
- ✚ Stepurko, T. και συν., 2013. Informal patient payments in maternity hospitals in Kiev, Ukraine. *The International journal of health planning and management*, Issue 28, pp. 169-187.
- ✚ Thomson, S., Osbor, R., Squires, D. & Reed, S. J., 2011. *International Profiles of Health Care Systems*. New York: The Commonwealth Fund.
- ✚ Γεωργαντίδου, Γ., Δαλαβούρα, Ν. & Κιτριώτη, Χ., 2009. *Αξιολόγηση του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας - Πειραιά*, Αθήνα: ΤΕΙ Αθήνας.

- ✚ Γιαλλούρου, Α., 2015. *Η εσωτερική αγορά της Ευρωπαϊκής Ένωσης – Ελεύθερη κυκλοφορία προσώπων, εμπορευμάτων, υπηρεσιών και κεφαλαίων*, Πάφος: Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου.
- ✚ Δικαίος, Κ. & Χλέτσος, Μ., 1999. *Υπηρεσίες Υγείας Νοσοκομείου: Ιδιοτυπίες και προκλήσεις*. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- ✚ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2014. *Ανακοίνωση της Επιτροπής: Για αποτελεσματικά, προσβάσιμα και ανθεκτικά συστήματα υγείας*, Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκή Επιτροπή.
- ✚ Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017. *Θεματικό Ενημερωτικό Δελτίο Ευρωπαϊκού Εξαμήνου: Συστήματα Υγείας*, Βρυξέλλες: Ευρωπαϊκή Επιτροπή.
- ✚ Θεοδώρου, Μ., 2000. *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο. Διεθνής Εμπειρία & Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- ✚ Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. & Σούλης, Σ., 2002. *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- ✚ Λιαρόπουλος, Λ., 2007. *Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας: Πανεπιστημιακές Παραδόσεις*. Αθήνα: Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- ✚ Μαντάλη, Μ. & Κουτσούμπα, Ε., 2018. *Εξέλιξη των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ (Πτυχιακή εργασία)*, Ηράκλειο: ΤΕΙ Κρήτης.
- ✚ Μπαρμπής, Δ., 2001. *Δομές και Εργαλεία Managed Care στις ΗΠΑ*, Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης: Αθήνα.
- ✚ Μπουρσανίδης, Χ., 2000. *Ανάλυση Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: ΕΣΔΔ.
- ✚ Νιάκας, Δ., 2014. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας. *Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής 2014*, Issue 5, pp. 3-7.
- ✚ Πριαγγέλου, Μ., 2014. *Η υγεία στις χώρες του ΟΟΣΑ: Συστήματα υγείας και δαπάνες*, Τρίπολη: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

- ✚ Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 2006. *Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τις κοινές αξίες και αρχές στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2006/C 146/01)*, s.l.: Official Journal of the European Union.
- ✚ Συμβούλιο των Υπουργών Υγείας, 2016. *Συμπεράσματα του Συμβουλίου για τα συστήματα υγείας και τη δημοσιονομική βιωσιμότητα (8.11.2016)*, s.l.: Official Journal of the European Union.
- ✚ Τούντας, Γ., 2000. Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Issue 20.
- ✚ Τσεκούρα, Κ., 2012. *Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας και μελέτη των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών*, Πειραιάς: Πανεπιστήμιο Πειραιώς.