



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ
ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΘΕΟΦΙΛΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ
ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ**

**ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΘΕΟΦΙΛΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΟΛΓΑ ΣΙΣΚΟΥ**

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της διπλωματικής εργασίας μου, κα Όλγα Σίσκου για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της κατά τη διάρκεια της δουλειάς μου, καθώς και για την κατανόησή της, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της προσπάθειάς μου.

Πίνακας περιεχομένων

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
1. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	10
1.1. Έννοια της ασφάλισης.....	10
1.2. Η ιστορία της ασφάλισης	11
1.3 Η Ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά	13
1.4 Βασικές διακρίσεις της ασφάλισης	165
1.4.1 Κοινωνική ασφάλιση.....	16
1.4.2. Ιδιωτική ασφάλιση ασθενείας και πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.....	17
1.5 Ο οικονομικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης.....	20
1.6 Ο κοινωνικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης.....	222
2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΖΩΗ.	233
2.1 Παγκόσμια κρίση στα συστήματα υγείας.....	23
2.1.1. Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	24
2.1.2. Μεταρρυθμίσεις που απαιτούνται-Μνημόνια	266
2.3 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ Error! Bookmark not defined.	7
3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	32
3.1 Οργάνωση υπηρεσιών υγείας.....	32
3.1.1. Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.....	333
3.1.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας.....	35
3.2 Προσφορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	36
3.2.1 Η πορεία ανάπτυξης του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας.....	366
3.2.2. Ανταγωνιστικά χαρακτηριστικά.....	388
3.4 Παρεμβάσεις ελέγχου και συγκρατήσεις δαπανων για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα. 41	
4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	444
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	477

5.1	Σκοπός της έρευνας.....	48
5.2.	Ερευνητικά ερωτήματα	488
5.3.	Σχεδιασμός μελέτης	499
5.4	Περιγραφή του δείγματος και της δειγματοληπτικής μεθόδου.....	49
5.5	Το ερωτηματολόγιο.....	51
5.6	Πιλοτική εφαρμογή.....	52
5.7	Ηθικές προεκτάσεις και αδυναμίες της έρευνας.....	54
5.8	Στατιστική ανάλυση.....	54
6.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	555
6.1	Περιγραφή του δείγματος του υπο μελέτη πληθυσμού.....	56
6.2	Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	56
6.3	Επαγγελματικά χαρακτηριστικά του υπο μελέτη πληθυσμού.....	58
6.4	Ασφαλιστικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	59
6.5	Ανάλυση συσχέτισης-Πίνακες Συνάφειας.....	60
6.5.1.	Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Προτίμηση φροντίδας».....	61
6.5.2.	Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Συνολικά Ετήσια ασφάλιστρα».....	63
6.5.3.	Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Χρήση ιδιωτικής ασφάλισης»	65
6.5.4.	Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Φύλο»	66
6.5.5.	Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Ετήσιο εισόδημα».....	68
6.5.6.	Συσχέτιση: «Ενεργό Συμβόλαιο» - «Επάγγελμα»	69
6.5.7.	Συσχέτιση: «Ενεργό Συμβόλαιο» - «Μέγεθος Ασφαλιστικής».....	71
6.5.8.	Συσχέτιση: «Ενεργό Συμβόλαιο» - «Εισόδημα»	72
6.5.9.	Συσχέτιση: «Ενεργό Συμβόλαιο» - «Τόπος κατοικίας».....	73
6.5.10.	Διερεύνηση γραμμικού μοντέλου για τις «Καλύψεις»	75
6.5.11.	Διερεύνηση γραμμικού μοντέλου για το «Ενεργό συμβόλαιο».....	78
7.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	80
	<u>BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	84

Ξενόγλωσση	84
Ελληνική	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ.....	98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	110

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. <i>Οι 10 μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρίες στην Ευρώπη (2011)</i>	13
Πίνακας 2. Συμπληρωματικές Ασφαλίσεις και Ασφαλίσεις Υγείας-Κλάδος Γενικών Ασφαλίσεων.....	19
Πίνακας 3. <i>Αριθμός κλινών σε ιδιωτικά θεραπευτήρια (2000-2009)</i>	35
Πίνακας 4. <i>Εξέλιξη του ιατρικού νοσοκομειακού προσωπικού της χώρας (2000-2009)</i>	36
Πίνακας 5.1 <i>Δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού</i>	56
Πίνακας 5.2 <i>Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά Πληθυσμού</i>	57
Πίνακας 5.3 <i>Ασφαλιστικά Χαρακτηριστικά Πληθυσμού</i>	59
Πίνακας 5.4 <i>Crosstabulation: Καλύψεις - Προτίμηση φροντίδας</i>	61
Πίνακας 5.5 <i>Crosstabulation Καλύψεις - Ετήσια Ασφάλιστρα</i>	64
Πίνακας 5.6 <i>Crosstabulation Καλύψεις - Χρήση ιδιωτικής ασφάλισης</i>	65
Πίνακας 5.7 <i>Crosstabulation Καλύψεις – Φύλο</i>	66
Πίνακας 5.8 <i>Crosstabulation Καλύψεις – Εισόδημα</i>	68
Πίνακας 5.9 <i>Crosstabulation Ενεργό Συμβόλαιο - Επάγγελμα</i>	70
Πίνακας 5.10 <i>Crosstabulation Ενεργό Συμβόλαιο - Μέγεθος Ασφαλιστικής</i>	71
Πίνακας 5.11 <i>Crosstabulation Ενεργό Συμβόλαιο - Εισόδημα</i>	73
Πίνακας 5.12 <i>Crosstabulation Ενεργό Συμβόλαιο - Τόπος</i>	74
Πίνακας 5.13 <i>Λογιστική Παλινδρόμηση - Καλύψεις Συμβολαίου</i>	76
Πίνακας 5.14 <i>Λογιστική Παλινδρόμηση - Ενεργό συμβόλαιο</i>	79

Επεξηγήσεις Ακρωνυμίων

Ελληνικά

ΟΟΣΑ.....Οργανισμός οικονομικής συνεργασίας και ανάπτυξης

ΕΙΑΣ.....Ελληνικό Ινστιτούτο Ασφαλιστικό Σπουδών

ΕΑΕΕ.....Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος

Αγγλικά

WHO.....World Health Organisation

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Το ασφαλιστικό είναι ένα από τα βασικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν όλα τα κράτη και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας, με τις κυβερνήσεις να αναζητούν κατάλληλες λύσεις προκειμένου να υπάρχουν οι σωστές προδιαγραφές για την κάλυψη της υγείας των πολιτών. Αναλύοντας την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση υγείας καταγράφονται τα πλεονεκτήματα, τα μειονεκτήματα τους και οι διαφορές τους.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει την εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα. Ειδικότερα να εστιάσει στην διείσδυση, στην αναγκαιότητα και στην αποδοτικότητα ή μη αυτής, πριν και μετά την περίοδο της οικονομικής κρίσης (δηλαδή πριν και μετά το 2009) καθώς και τις κοινωνικοοικονομικές παραμέτρους που η οικονομική κρίση επέβαλε. Συγκεκριμένα στον τομέα της ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που είναι ο κεντρικός άξονας πάνω στον οποίο κινείται η μελέτη.

Για την μεθοδολογία της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που απευθύνθηκε σε πολίτες που έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Συνολικά απαντήθηκαν 159 ερωτηματολόγια επί συνόλου 260 από πολίτες που είχαν ιδιωτική ασφάλιση από όλη την Ελλάδα στο διάστημα Απριλίου-Μαΐου 2015. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 61%. Τα ερωτηματολόγια αποτελείται από δυο ενότητες. Ο υπό μελέτη πληθυσμός προέρχεται από κατόχους ασφαλιστικών συμβολαίων υγείας ο οποίοι θα αναζητηθούν μεταξύ των στελεχών μεγάλων ομίλων όπως τράπεζες, ασφαλιστικές εταιρίες και ιδιωτικά νοσηλευτήρια.

Συμπερασματικά, προκύπτει από την έρευνα ότι οι πολίτες αποφασίζουν να συνάψουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας βάσει του εισοδήματος που διαθέτουν, το ύψος του κόστους και την ποιότητα παροχής υπηρεσιών που τους προσφέρει.

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present the evolution of private health insurance in Greece. Particular, to focus on penetration, the necessity and efficiency of this or not, before and after the period of economic crisis (before and after 2009) and the social and economic parameters the economic crisis imposed. Specifically it's necessary to analyze private hospital care and primary health care.

The insurance is one of the problems that all countries face every day, governments search for solutions in order to have the best specifications for the insurance cover of the population.

In order to understand how the social and private health insurance works, it's important to analyze the advantages and the advantages and the disadvantages.

For the research methodology we used questionnaire that we have sent to people who have private insurance. It consists of two sections. The first section refers to the demographic characteristics and the second has questions to people to ask the reason that prompted them to private insurance, how please are from the covers that offer them.

The people who complete the questionnaire have health insurance contracts and most of them are working for the bank, for insurance companies and private hospitals.

In conclusion, the results from the research show that people's decision to have private health insurance depends of the disposable income they have, the amount of costs and the quality of services that offered to them.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία είναι ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά αγαθά και είναι υποχρέωση του κράτους η παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας. Επομένως κάθε μέτρο που εμποδίζει το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας έχει σοβαρές επιπτώσεις και λειτουργεί αρνητικά στους πολίτες.

Η ασθένεια πέρα από τα σωματικά προβλήματα που δημιουργεί στον άνθρωπο και στον κοινωνικό του περίγυρο, συχνά μπορεί να προκαλέσει και οικονομικά προβλήματα όσον αφορά τα έξοδα της θεραπείας . Κάποιες φορές ίσως τα έξοδα για την ίαση του ασθενούς να είναι τόσο δυσβάσταχτα που να μην έχει την δυνατότητα να ανταπεξέλθει. Ειδικά για τις μακροχρόνιες ασθένειες όπου ο ασθενής χρειάζεται συνεχώς θεραπείες οι οποίες πολλές φορές είναι πολυέξοδες, μπορεί να οδηγηθεί και στην οικονομική καταστροφή. Για τον λόγο αυτό οι κοινωνίες προσπάθησαν να βρουν τρόπους προκειμένου να βοηθήσουν τους πολίτες να ανταπεξέλθουν οικονομικά σε τυχόν προβλήματα υγείας που θα τους παρουσιαστούν, ώστε να μπορέσουν να θεραπευθούν και να έχουν καλύτερη περίθαλψη με το χαμηλότερο δυνατό κόστος (Κυριόπουλος ,2001).

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα είχε ως αποτέλεσμα μια σειρά από συνέπειες που ανέδειξαν τις ατέλειες του οικονομικού συστήματος. Οι ανατροπές που επήλθαν στη ζωή των πολιτών είχαν ως συνέπεια να μην προασπίζεται η υγεία τους. Πριν από μερικά χρόνια αυτό το φαινόμενο άγγιζε μόνο τα κατώτερα κοινωνικά στρώματα ενώ σήμερα επηρεάζει και άλλες κοινωνικές ομάδες που κάτω από άλλες συνθήκες θα έμεναν ανεπηρέαστες. Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία έχει γίνει επιτακτική ανάγκη να οδηγήσει πολλές κατηγορίες του πληθυσμού στον κοινωνικό αποκλεισμό. Λαμβάνοντας υπόψιν ότι το κράτος δεν μπορεί να ανταπεξέλθει πλήρως στα θέματα της Υγείας, μπορεί να γίνει αντιληπτό πως υπάρχουν καλές προοπτικές για την ανάπτυξη του κλάδου υγείας στην Ελλάδα μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης. Είναι γεγονός ότι υπάρχει ελλιπής ενημέρωση του κοινού για τον τρόπο που η ιδιωτική ασφάλιση υγείας λειτουργεί, με αποτέλεσμα ο πολίτης να έχει ενδοιασμούς για την αξιοπιστία της. Επίσης, είναι εύλογο ότι λόγω της οικονομικής ύφεσης των τελευταίων ετών, ο

καταναλωτής ζητάει πέρα από τις σωστές ασφαλιστικές καλύψεις και καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος.

Με τη σύνταξη της παρούσας εργασίας γίνεται προσπάθεια για την παρουσίαση τόσο της δομής, όσο και του θεσμικού πλαισίου του ασφαλιστικού κλάδου της Ελλάδας στον τομέα της υγείας, προκειμένου ο αναγνώστης να δύναται να κατανοήσει τις βασικές λειτουργίες και αρχές του πρώτο κεφαλαίου. Γίνεται λόγος για τη φερεγγυότητα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων διεθνώς αλλά και πιο συγκεκριμένα για τις Οδηγίες “Solvency I” και “Solvency II”, οι οποίες αφορούν όλα τα κράτη – μέλη της Ε.Ε.

Μέσα από την τρέχουσα εργασία γίνεται αναφορά στην σπουδαιότητα της εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης εν μέσω οικονομικής κρίσης και εξετάζονται οι κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους που επιβλήθηκαν στην ασφαλιστική αγορά. Μέσω των ερωτηματολογίων που απάντησαν καταναλωτές που είχαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας έγινε η στατιστική ανάλυση για να συσχετιστούν οι παράγοντες που παίζουν σημαντικό ρόλο για τους ίδιους, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η σύναψη και η διατήρηση ενός συμβολαίου υγείας. Επιπλέον, με τεχνικές παλινδρόμησης έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων.

Η δομή της εργασίας χωρίζεται σε 2 μέρη, το γενικό μέρος και το ειδικό.

Το πρώτο μέρος αποτελείται από 3 ενότητες. Στην πρώτη ενότητα αναλύεται η έννοια της ασφάλισης. Γίνεται αναφορά στο πως ξεκίνησε από τα πολύ παλιά χρόνια μέχρι και τις μέρες μας. Περιγράφονται οι βασικές διακρίσεις της ασφάλισης την κοινωνική και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Δίνεται λεπτομερής ανάλυση στην σημασία του οικονομικού και κοινωνικού ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης.

Στην δεύτερη ενότητα περιγράφεται η οικονομική κρίση στα συστήματα υγείας και οι επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή. Αναφέρονται οι μεγαλύτερες ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες στην Ευρώπη και κατόπιν αναλύεται η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, τα μνημόνια που χρειάστηκαν να εφαρμοστούν και οι επιπτώσεις που επέφεραν στον ελληνικό πληθυσμό.

Στην τρίτη ενότητα περιγράφονται οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και τα χαρακτηριστικά του κλάδου, οι δαπάνες υγείας. Επίσης γίνεται αναφορά στην προσφορά και η ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.

Στο ειδικό ερευνητικό μέρος δίνονται στοιχεία του δείγματος των πολιτών που απάντησαν το ερωτηματολόγιο, και γίνεται παράθεση του σκοπού της έρευνας, του τρόπου που επιλέχθηκε

το δείγμα, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν και η περιγραφή της δειγματοληπτικής μεθόδου και η στατιστική ανάλυση.

Τέλος γίνεται σύγκριση με άλλες βιβλιογραφίες και παρουσιάζονται προτάσεις για περαιτέρω διερεύνηση.

1 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

1.1 Έννοια της ασφάλισης

Ο ασφαλιστικός κλάδος στον τομέα της κοινωνίας και της οικονομίας είναι ένας τομέας με μεγάλη σημασία καθώς βοηθάει την σωματική και ψυχολογική υγεία των πολιτών στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι κίνδυνοι που παραμονεύουν για τους πολίτες και την περιουσία τους είναι πολλοί και θα ήταν πολύ δύσκολο να ανταπεξέλθουν χωρίς την βοήθεια της ιδιωτικής ασφάλισης. Οι κοινωνίες προσπαθούν με κάθε τρόπο να βρουν αποτελεσματικά μέτρα για να αντιμετωπίσουν τους κινδύνους. Είναι εξαιρετικά δύσκολο όμως να καταφέρουν να τους εξαλείψουν όλους παρόλα τα μέτρα που μπορεί να έχουν πάρει. Η έννοια της ασφάλισης συνθέτει τα ακόλουθα στοιχεία:

- Ο κίνδυνος ενός περιστατικού ο οποίος μπορεί να μια προκαλέσει μια οικονομική ανάγκη και κατ' επέκταση έλλειψη βεβαιότητας. Κανείς δεν μπορεί να γνωρίζει πότε θα συμβεί ένα περιστατικό, αν θα συμβεί και πώς θα αντιμετωπισθεί.
- Η κοινωνία των κινδύνων δηλαδή όλα τα πρόσωπα μαζί που εκτίθενται σε ίδιους ή παρόμοιους κινδύνους.
- Η δυνατότητα δημιουργίας μιας οικονομικής ανάγκης που θα προέλθει από τον κίνδυνο. Για παράδειγμα στις ασφαλίσσεις θανάτου δεν είναι σίγουρη ότι θα επέλθει ο κίνδυνος. Σε περίπτωση που συμβεί όμως δεν είναι απαραίτητο ότι θα προκαλέσει οικονομικά προβλήματα στην οικογένεια διότι θα είναι δικαιούχοι της ασφάλισης.
- Το αντίτιμο το οποίο θα πρέπει να καταβάλλουν οι πολίτες προκειμένου να έχουν ασφαλιστική κάλυψη.

- Η νομική αξίωση. Κάθε πολίτης που έχει ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να απαιτήσει νομικά απέναντι στον φορέα του να καταβληθεί το ασφάλισμα του. (Αντωνάκη ,2011)

1.2 Η ιστορία της ασφάλισης

Η ιδέα της ασφάλισης δεν είναι καινούργια. Ξεκινάει γύρω στην 2^η χιλιετία π.Χ. και έκανε την εμφάνιση της σαν "αλληλοβοήθεια" ανάμεσα στα άτομα που έκαναν παρόμοιες δουλειές. Πάπυρος στο μουσείο του Κάιρου δίνει πληροφορίες για τους εργάτες που δούλευαν στις πυραμίδες στην Αρχαία Αίγυπτο με πολύ άσχημες συνθήκες εργασίας Τα ατυχήματα κατά την διάρκεια της εργασίας και οι ασθένειες ήταν πολλές με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί το πρώτο ταμείο αλληλοβοήθειας

Οι εργάτες πληρωνόντουσαν σε τρόφιμα όπως σιτάρι και λάδι στις αρχές κάθε μήνα και από τα τρόφιμα αυτά ξεχώριζαν από κοινού κάποια προκειμένου να βοηθήσουν εκείνους που δεν ήταν σε θέση να δουλέψουν όπως επίσης και το συγκεκριμένο ταμείο βοηθούσε σε περιπτώσεις θανάτου προκειμένου να καλύψουν τα έξοδα για την κηδεία.

Στην αρχαία Ελλάδα υπήρχαν μορφές ασφάλισης με αναφορά στα "ναυτοδάνεια". Προκειμένου να γίνει μεταφορά αγαθών στην Μαύρη Θάλασσα και την Μεσόγειο έπρεπε να λάβουν υπόψιν τους κινδύνους των θαλάσσιων μεταφορών όπως ναυάγια, τρικυμίες και απώλεια φορτίου. Επιπλέον εκτός από τα ναυτοδάνεια ήταν ευρέως διαδεδομένη η κάλυψη των εξόδων κηδείας που όμως είχε αρχίσει να έχει κερδοσκοπική δράση(από τον 6^ο αιώνα π.Χ) οπότε με τον όρο των "ομοτάφων" νοούνταν η δημιουργία εταιριών που είχαν σαν σκοπό να καλύπτουν τα έξοδα κηδείας.

Στην Κύπρο τον 5^ο αιώνα π.Χ ξεκίνησαν τα πρώτα νοσοκομειακά προγράμματα με ένα συμβόλαιο του βασιλιά Ιδαλίου και του γιατρού Ονάσιλλου σύμφωνα με το οποίο ο Ονάσιλλος μαζί με την ομάδα του θα φρόντιζε την ιατρική περίθαλψη των στρατιωτών κατά την διάρκεια μαχών και ο Ιδάλιος θα του έδινε σαν ανταπόδοση εδαφικές εκτάσεις και χρηματικό ποσό.

Στην αρχαία Ρώμη η ασφάλιση έπαιξε σημαντικό ρόλο έχοντας λάβει επιδράσεις από τους αρχαίους Έλληνες με τους λεγεωνάριους να θεσπίζουν τα πρώτα συνταξιοδοτικά προγράμματα, τα οποία σε περίπτωση που δεν παρέμενε στην υπηρεσία του θα του καταβαλλόταν ένα χρηματικό ποσό ή σε περίπτωση θανάτου τα χρήματα θα τα εισέπραττε η

οικογένεια του. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι αναπτύσσοντας την επιστήμη και την τέχνη, οι Ρωμαίοι σχημάτισαν πίνακες ανάλογα με τις εισφορές που έδιναν οι εργαζόμενοι, στοιχείο που συμβαδίζει με τον τρόπο λειτουργίας στα τιμολόγια των σημερινών ασφαλιστικών εταιριών.

Το ασφαλιστικό δίκαιο άρχισε να δημιουργείται μεταξύ 14^{ου} και 17^{ου} αιώνα στην Ισπανία όπου ξεκίνησε η λειτουργία του ασφαλιστικού δικαίου με νόμο για την σύνταξη των ασφαλιστηρίων συμβολαίων. Οι ασφαλίσεις όμως είχαν να κάνουν και με τον παράγοντα τύχη κάτι που οδήγησε τους ασφαλιστές στην χρεωκοπία διότι δεν μπορούσαν να ανταπεξέλθουν οικονομικά στις αποζημιώσεις. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν η δημιουργία συνεταιρισμού βάσει των οποίων οι ασφαλιστές μοιραζόντουσαν τους κινδύνους με ποσοστά, το οποίο είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση του κινδύνου και την αποφυγή χρεωκοπίας των ασφαλιστών.

Ο νόμος των πιθανοτήτων διατυπώθηκε το 1654 από τον Pascal, ο οποίος κατάφερε να δημιουργήσει τα τιμολόγια για τις ασφαλιστικές εταιρίες, που βρίσκει εφαρμογή ακόμα και σήμερα. Ο πρώτος πίνακας θνησιμότητας έγινε το 1693 από τους αστρονόμους Halley και Dotson οι οποίοι συνέλαβαν την ιδέα να δημιουργήσουν για την κάθε ηλικία και ένα διαφορετικό ασφάλιστρο. Αυτό συνέβη διότι μια ασφαλιστική εταιρία αρνήθηκε να ασφαλίσει τον Dotson λόγω του γεγονότος ότι ήταν μεγάλος ηλικιακά. Η επιστήμη της αναλογιστικής δημιουργήθηκε σύμφωνα με τον νόμο των πιθανοτήτων του Pascal λαμβάνοντας υπόψιν και τον πίνακα θνησιμότητας των Halley και Dotson.

Το 1828 δημιουργήθηκε στην Σύρο η πρώτη ασφαλιστική εταιρία στην Ελλάδα η οποία ονομαζόταν 'Ασφαλιστικόν Κατάστημα' και στην συνέχεια πήρε την ονομασία 'Ελληνικό Ασφαλιστικόν Κατάστημα' στο οποίο ήταν μέτοχος και ο Ιωάννης Καποδίστριας με ποσοστό 8%.

Περίπου 60 ασφαλιστικές δημιουργήθηκαν μέχρι και το 1910 οι οποίες στην συνέχεια έκλεισαν. Ανάμεσα τους και η Εθνική ασφαλιστική που εκείνη την εποχή έκανε στην Ελλάδα ασφαλίσεις ζωής και παραμένει έως και σήμερα .

Η ιδιωτική ασφάλιση σήμερα έχει εξελιχθεί σε επιστήμη και καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα από υπηρεσίες και αγαθά. Οι ασφαλιστικοί σύμβουλοι μπορούν να προσφέρουν καλύψεις προκειμένου να αποτρέψουν ζημιές ή οικονομικές καταστροφές. (Κρεμαλής,2004)

1.3 Η Ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά

Η εκπροσώπηση του ασφαλιστικού κλάδου στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης γίνεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ασφαλίσεων και περιλαμβάνει συνολικά 34 ενώσεις ασφαλιστικών εταιριών που αντιστοιχούν στο 95% συνολικά των ασφαλιστικών εταιριών στην Ευρώπη.

Λόγω της οικονομική κρίσης που επικρατεί στη Ευρώπη με την αστάθεια των αγορών, τις δυσχερές επιπτώσεις στο επενδυτικό περιβάλλον και την ψήφιση νομοσχεδίων αναγκάζουν τις ασφαλιστικές εταιρίες να αλλάζουν τον τρόπο που λειτουργούν. Πλέον καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για μεγαλύτερη πελατοκεντρικότητα και καλύτερη προσέγγιση στις ανάγκες των πολιτών.

Επίσης οι μηχανισμοί ελέγχου και η αναβάθμιση των μηχανογραφικών συστημάτων που έχουν δημιουργηθεί προκειμένου να υπάρχει έλεγχος και διαφάνεια προς τους επόπτες. Έτσι επιτυγχάνεται ο σωστός τρόπος λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιριών και η διαφύλαξη του χαρτοφυλακίου τους.

Από το 2012 και μετά οι ασφαλιστικές εταιρίες προσπάθησαν να δημιουργήσουν προϊόντα υγείας τα οποία να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πελατών και να δημιουργήσουν ακόμα περισσότερα δίκτυα πωλήσεων για να αυξήσουν τα κέρδη τους.

Πίνακας1: Οι 10 μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρίες στην Ευρώπη (2011)

A/A	Εταιρία	Χώρα	Σύνολο ενεργητικού (σε \$δισ.)
1	Axa	Γαλλία	945,6
2	Allianz	Γερμανία	830,8
3	Generali	Ιταλία	547,9
4	Legal & General	Βρετανία	507,9
5	Aviva	Βρετανία	485,6
6	Aegon	Ολλανδία	447,6
7	ING Insurance	Ολλανδία	434,3
8	Prudential	Βρετανία	425,3
9	CNP Assurances	Γαλλία	415,8
10	Zurich Insurance Group	Ελβετία	385,9

Πηγή: *Insurance Europe* (ICAP 7/2013)

Στην Ελλάδα, εκτός από την έμφαση που έδωσε η ΕΑΕΕ για την αξιοπιστία και την προστασία του πολίτη, δόθηκε προτεραιότητα στην ενημέρωση όλων των πολιτών στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης όχι μόνο σε εθνικό αλλά και σε ευρωπαϊκό επίπεδο.

Είναι ευνόητο ότι οι εξελίξεις στην Ευρώπη παίζουν σημαντικό ρόλο στην ελληνική ασφαλιστική αγορά και η παραγωγή τω εταιριών επηρεάστηκε από την οικονομική κρίση όμως οι ασφαλιστικές εταιρίες πέτυχαν την αύξηση των κεφαλαίων τους. Το 2014 υπήρχαν 64 ασφαλιστικές εταιρίες εκ των οποίων οι 12 ήταν για ασφαλίσεις ζωής, οι 41 για ασφαλίσεις κατά ζημιών και 11 εταιρίες που ήταν μικτές. (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, 2014)

Εκείνο που διαφαίνεται είναι το γεγονός ότι παρόλο που υπήρξε μείωση στην σύναψη συμβολαίων υγείας στην Ελλάδα, εν τούτοις παρατηρήθηκε στροφή προς τον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα, απόρροια των οικονομικών δυσκολιών που υφίσταται ο δημόσιος τομέας υγείας

1.4 Βασικές διακρίσεις της ασφάλισης

Ο φορέας της ασφάλισης υπάρχει σε κάθε ασφαλιστική σχέση που στο σύνολο τους αποτελούν την κοινωνία των κινδύνων. Η νομική προέλευση της ασφαλιστικής σχέσης σε συνδυασμό με την ιδιότητα του φορέα της ασφάλισης, διακρίνουν την ασφάλιση σε κοινωνική και ιδιωτική. (Αντωνάκη, 2011)

1.4.1 Κοινωνική ασφάλιση

Είναι το εργαλείο εκείνο που έχει εφεύρει ο άνθρωπος από το διάστημα που άρχισε να οργανώνεται σε κοινωνικές ομάδες που βοηθάει στην διατήρηση του συνεκτικού ιστού που χαρακτηρίζει τις οργανωμένες ομάδες ανθρώπων. Δι' αυτού τα μέλη προστατεύονται όταν πλέον δεν είναι σε θέση να εργαστούν ή όταν ασθενήσουν, προασπίζοντας έτσι την υγεία και την επιβίωση των μελών της κοινωνικής ομάδας.

Οι κοινωνικές ασφαλίσεις θεωρούν ότι *«ασθένεια στον όρο του Δικαίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων είναι κάθε ανώμαλη κατάσταση του σώματος ή του πνεύματος που δημιουργεί ανάγκη θεραπείας, ανικανότητα για εργασία ή και τα δυο μαζί»*. (Κρεμάλης, 1985). Οι ιατρικές υπηρεσίες σύμφωνα με τις διεθνείς συμβάσεις θα πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες τέτοιες ώστε να βελτιώσουν την υγεία του ατόμου με απώτερο σκοπό να μπορέσει να εργάζεται.

Η κοινωνική ασφάλιση ασθενείας αποτελεί από οικονομικής πλευράς τον 2^ο τομέα της κοινωνικής ασφάλισης. Η γέννηση της κοινωνικής ασφάλισης ξεκίνησε από την Γερμανία από τον καγκελάριο Bismarck το 1881 σύμφωνα με το οποίο το κράτος ήταν υποχρεωμένο για την κοινωνική ευημερία των πολιτών του και ιδιαίτερα για αυτούς που ήταν άποροι. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργήθηκε η βάση για ένα σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων. (Αντωνάκη, 2011). Οι επιδημιολογικές και δημογραφικές τάσεις καθώς και η πρόοδος της ιατρικής τεχνολογίας έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην αύξηση των δαπανών υγείας τα τελευταία χρόνια.

Οι κοινωνικές καλύψεις σύμφωνα με τον διεθνή κώδικα εργασίας θα πρέπει να περιλαμβάνουν τους κινδύνους όπως είναι η ασθένεια (νοσοκομειακή περίθαλψη), γήρας, εργατικά ατυχήματα, ασθένεια, απώλεια εισοδήματος), οικογενειακά βάρη, θάνατος, μητρότητα και επαγγελματικές ασθένειες. Βασικά χαρακτηριστικά της είναι ότι κατά κανόνα είναι υποχρεωτική και καλύπτει κινδύνους προσώπων, η εισφορά καταβάλλεται από τον εργοδότη και τον ασφαλισμένο και αναλόγως από τις εισφορές του ασφαλισμένου εξαρτάται και το δικαίωμα στις παροχές.

Σαν στόχο, η κοινωνική ασφάλεια ασθένειας έχει την κοινωνική δικαιοσύνη, την κοινωνική γαλήνη, την παροχή εξασφάλισης και την ενίσχυση της ανάπτυξης της οικονομίας. (Τσιτσιώλης,2013)

Η κοινωνική ασφάλιση πρέπει να μεριμνά για την αντιμετώπιση των κινδύνων των μελών της σε περιπτώσεις αμέλειας ή αδιαφορίας. Καθ' όλη την διάρκεια της επαγγελματικής πορείας των ασφαλισμένων, οι ασφαλιστικές καλύψεις που τους παρέχονται συνεχίζονται και μετά που εκείνοι θα συνταξιοδοτηθούν και δεν υπάρχει περιορισμός όσον αφορά την κατάσταση της υγείας ή το εισόδημα που διαθέτουν.

Υπάρχουν δυο ειδών ασφαλιστικές παροχές προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι ασθένειες. Οι παροχές σε χρήμα μέσω των επιδομάτων έχουν σαν σκοπό να βοηθήσουν τον ασφαλισμένο οικονομικά όταν εκείνος λόγω ασθένειας δεν μπορεί να εργαστεί. Οι παροχές σε είδος είναι η ιατρική φροντίδα που παρέχεται στον ασφαλισμένο και την οικογένεια του όταν χρειαστεί. Οφείλεται να τονισθεί επίσης ότι όλοι οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, δίνουν παροχές στους ασφαλισμένους όπως είναι μονάδες προληπτικής ιατρικής και ιατρικής της εργασίας καθώς προληπτικοί εμβολιασμοί.

1.4.2. Ιδιωτική ασφάλιση ασθeneίας και πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας

Στην Ελλάδα η ασφαλιστική συνείδηση δεν είναι διαδεδομένη παρόλο που όλοι είναι σύμφωνοι ότι η ιδιωτική ασφάλιση είναι ένας θεσμός που έγινε προκειμένου οι άνθρωποι να είναι διασφαλισμένοι για την υγεία τους. Αυτό μπορεί να έχει συμβεί για δυο λόγους. Ο ένας είναι διότι το παρελθόν της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς δεν ήταν καλό λόγω των

κοινωνικών και πολιτικών εξελίξεων την τελευταία δεκαετία. Ο δεύτερος λόγος είναι ότι υπάρχει ελλιπής ενημέρωση του κόσμου για την αξιοπιστία που λειτουργεί ο μηχανισμός αυτός. Η αλήθεια είναι όμως ότι και η ασφαλιστική αγορά δεν έδωσε στους πολίτες σιγουριά για να μπορέσουν εκείνοι να την εμπιστευθούν. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε μετά το σκάνδαλο που ξέσπασε με την ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ αύξησε ακόμα περισσότερο την δυσπιστία τους και την έλλειψη εμπιστοσύνης. Όμως η πραγματικότητα είναι διαφορετική και με το καινούργιο πλαίσιο που λειτουργεί η Ε.Ε πλέον ο πολίτης που αγοράζει παροχές υγείας είναι διασφαλισμένος.(Κουτίνας, 2015)

Ο έλεγχος που γίνεται στις ασφαλιστικές εταιρίες και στους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές έχει σαν σκοπό την προστασία του ασφαλισμένου και ο οποίος πλέον γίνεται με τα πιο αυστηρά κριτήρια.

Οι προϋποθέσεις που πρέπει να υπάρχουν να υπάρχουν για να αγοράσει κάποιος ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι οι εξής: Μια από αυτές είναι η θετική ζήτηση στην αγορά υπηρεσιών υγείας και η ύπαρξη εταιριών που είναι πρόθυμες να αναλάβουν τους κινδύνους. Η δεύτερη προϋπόθεση είναι να υπάρχει τιμολόγηση τέτοια ώστε να είναι σε θέση ο πολίτης να την πληρώσει και από την άλλη η ασφαλιστική εταιρία να μπορεί να διαχειριστεί τις δαπάνες αλλά και το ανάλογο κέρδος που θα της αναλογεί από τον κάθε πελάτη. Η ζήτηση επίσης μιας ασφάλισης από τους πελάτες καθορίζεται από τις πιθανότητες που υπάρχουν να τους παρουσιαστεί μια ασθένεια, το μέγεθος της ζημιάς που καλούνται οι πολίτες να πληρώσουν εφόσον τους συμβεί κάτι, από την παιδεία που έχουν και την οικονομική τους άνεση. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης προκύπτει ότι στις περισσότερες χώρες οι πελάτες που έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας ανήκουν σε ομάδες με υψηλά εισοδηματικά κριτήρια. Σημαντικοί παράγοντες εκτός από το εισόδημα είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα μέχρι και το 1980 αφορούσε δαπάνες για τοκετό, απώλεια εισοδήματος από ασθένεια και νοσοκομειακή περίθαλψη. Τα επόμενα χρόνια όμως λόγω του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών άρχισαν να εμφανίζονται προγράμματα υγείας με κάρτα νοσηλείας με απεριόριστο όριο. Συνέπεια των προγραμμάτων αυτών ήταν το αυξημένο κόστος για τις εταιρίες λόγω της αλόγιστης χρήσης των καρτών από τους πελάτες. Δεν υπήρχε έλεγχος στις υπηρεσίες και οι πελάτες έκαναν πολλές φορές εισαγωγή στο νοσοκομείο χωρίς να χρειάζεται έστω και ένα απλό «check up» με αποτέλεσμα το κόστος των τιμολογίων για τις εξετάσεις, τους γιατρούς και την παραμονή τους να είναι

υπερβολικά υψηλό. (η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα σελ.203).Εκείνη την εποχή η ιδιωτική ασφαλιστική αγορά ήταν επιφυλακτική στην ανάπτυξη προϊόντων λόγω έλλειψης οργάνωσης νοσοκομειακών προγραμμάτων. (Κυριόπουλος,1992)

Οι καλύψεις ασθενείας γίνονται διότι οι άνθρωποι νιώθουν ανασφάλεια στην καθημερινότητα τους, ότι βρίσκονται αντιμέτωποι με κινδύνους, οι οποίοι ενδεχομένως να έχουν συνέπειες για τους ίδιους αλλά και το οικογενειακό τους περιβάλλον. Τα οφέλη που παρέχει η ιδιωτική ασφάλιση είναι πολλά διότι σε περίπτωση έκτακτων εξόδων για υγειονομική περίθαλψη βοηθάει οικονομικά τα άτομα αυτά και τα βοηθάει να μην έχουν άγχος για το μέλλον σε περίπτωση που τους τύχει κάτι απρόοπτο με την υγεία τους.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι προαιρετική για όσους εκείνους επιθυμούν να έχουν μια επιπλέον κάλυψη ή ακόμα και σε εκείνους που δεν έχουν κοινωνικό φορέα και θέλουν να έχουν κάλυψη σε περίπτωση ασθένειας.

Η κάλυψη αυτή είτε για τον ίδιο τον ασφαλισμένο είτε για την οικογένεια του μπορεί επίσης να καλύπτεται και από τον εργοδότη του με την μορφή ομαδικών συμβολαίων .

Επιπλέον καταλαμβάνει μικρό τμήμα του πληθυσμού σε αντίθεση με την κοινωνική ασφάλιση όπου καλύπτει σε εθνικό επίπεδο όλον τον πληθυσμό με έναν ή και περισσότερους φορείς.

Για την σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας πρέπει να υπάρχει και σχέση με την ασφαλιστική αγορά. Πολλές φορές δημιουργούνται προβλήματα λόγω έλλειψης πληροφόρησης ανάμεσα στους υποψήφιους προς ασφάλιση πελάτες και τους ασφαλιστές. Λόγω της ελλιπούς πληροφόρησης επεκτείνεται ο ηθικός κίνδυνος και κατά συνέπεια η επιλογή των υποψηφίων ανάλογα με τον κίνδυνο που έχουν, με αποτέλεσμα να έχει αρνητική επίδραση στην ισοτιμία, την αποδοτικότητα και την προστασία του πολίτη. Γι' αυτόν τον λόγο ,για την προστασία του πολίτη και όταν επιτρέπεται η δραστηριοποίηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, μεσολαβεί το κράτος δημιουργώντας το κατάλληλο νομοθετικό ρυθμιστικό πλαίσιο προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι ελλείψεις της αγοράς

(Λιαρόπουλος, 2010).

Λόγω μεγάλου ανταγωνισμού οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες διαθέτουν πληθώρα ασφαλιστικών προγραμμάτων για τους υποψήφιους πελάτες τους και για κάθε ανάγκη τους.

Αυτό σημαίνει ότι τα προγράμματα τους απευθύνονται για όλα τα εισοδήματα από τα πιο χαμηλά έως και τα πολύ υψηλά.

Χαρακτηριστικό της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ότι οι εταιρίες επιλέγουν τους πελάτες τους εκτιμώντας την κάθε περίπτωση χωριστά και ότι η κάθε εταιρία έχει το δικαίωμα να αποκλείσει κάποιους από αυτούς ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους (Αντωνάκη,2011). Δεν είναι τυχαίο ότι υπάρχει όριο εισόδου ηλικίας, που σημαίνει ότι μεγάλης σε ηλικία άτομα δεν έχουν τη δυνατότητα να τους παρέχεται ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη λόγω αυξημένης νοσηρότητας και κατ' επέκταση μεγαλύτερο κόστος σε περίπτωση αποζημίωσης.

Στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας υπάρχουν πολλές εξαιρέσεις από τους όρους των συμβολαίων σε σχέση με τις προϋπάρχουσες ή τις συγγενείς παθήσεις κάτι που την διαφοροποιεί από την κοινωνική ασφάλιση. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η ιδιωτική ασφάλιση προστατεύει τους πελάτες της όχι μόνο για νοσηλεία αλλά και για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

1.5 Ο οικονομικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης

Ο οικονομικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι να χρηματοδοτεί τις δαπάνες υγείας είτε αυτόνομα είτε συμπληρωματικά με τον κοινωνικό φορέα. Επίσης να διασφαλίζει ένα επιθυμητό εγγυημένο εισόδημα τις περισσότερες φορές συμπληρωματικά με το συνταξιοδοτικό κρατικό πρόγραμμα. Η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να ξεδιπλωθεί στην χρηματοδότηση των δαπανών υγείας είτε αυτές αναφέρονται στην πρωτοβάθμια είτε στην δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας αυξάνοντας το επίπεδο περίθαλψης για αυτούς που συμμετέχουν.

Η δραστηριότητα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι εξ ορισμού κερδοσκοπική. Κάτω από αυτό το πρίσμα περιορισμένη είναι ίσως η συνεισφορά της στα οικονομικά βάρη του δημοσίου τομέα και μόνο όπου αυτό εξυπηρετεί τον αρχικό σκοπό της αυξημένης κερδοφορίας του ιδιωτικού τομέα. Μπορεί να βοηθήσει επικουρικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας απαλλάσσοντας το κράτος από ένα σημαντικό ποσό. Στην σχεδιαζόμενη σύμπραξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα(ΣΔΙΤ) στο κομμάτι της υγείας ενδεχομένως η ιδιωτική ασφάλιση να παίξει ένα ρόλο κλειδί στην εξοικονόμηση δαπανών χωρίς φυσικά να χάνεται ο αρχικός της σκοπός αυτός της κερδοφορίας. Αυτό όμως δεν έχει εφαρμοσθεί όμως στην πράξη και εξαρτάται από την τελική μορφή που θα πάρει εάν τελικά εφαρμοσθεί.

Τα οφέλη για την οικονομική ανάπτυξη είναι μεγάλα καθώς βοηθάει στην κοινωνική σταθερότητα και αποτρέπει την ανασφάλεια στους ανθρώπους. Επιπλέον συντελεί στην αύξηση της απασχόλησης καθώς πολλοί είναι εκείνοι που εργάζονται σε ασφαλιστικές εταιρίες. Συγχρόνως συμβάλλει στην οικονομική ενίσχυση της κοινωνίας συνεισφέροντας από πολλές πλευρές όπως είναι η αποκατάσταση ζημιών διότι προλαμβάνονται οι ισορροπίες μεταξύ των κοινωνικών δραστηριοτήτων. Επιπλέον, αναπτύσσεται η ιδέα της αποταμίευσης καθώς κάθε χρόνο από τα ασφάλιστρα που εισπράττονται, μαζεύονται αποταμιευτικά κεφάλαια τα οποία βοηθούν στην ισχυροποίηση της εθνικής χρηματαγοράς. Συγχρόνως ενισχύονται οι επενδύσεις και αυξάνεται το ΑΕΠ και η οικονομία γίνεται πιο ανταγωνιστική.

Ένα ακόμη όφελος για την οικονομική ανάπτυξη είναι ή οικονομική στήριξη που παρέχει η ασφαλιστική αγορά στις επιστημονικές έρευνες που σχετίζονται με την υγεία ενώ συγχρόνως προσπαθεί μέσω της διασφάλισης του κινδύνου να αναπτύσσει προϊόντα τελευταίας τεχνολογίας. Επίσης βοηθάει στην ενίσχυση της επιχειρηματικής πρωτοβουλίας. Αυτό συμβαίνει διότι λόγω της αύξησης του ανταγωνισμού, οι επιχειρηματίες δεν θα μπορούσαν να τολμήσουν ανοίγματα εάν δεν ήταν προστατευμένοι από τις ασφάλειες. Επιπρόσθετα συμβάλλει στην διάσωση εθνικών, προσωπικών και οικογενειακών πόρων αφού το Εθνικό Ακαθάριστο Προϊόν θα ήταν μικρότερο εάν δεν υπήρχε η ασφαλιστική κάλυψη.

(Ενωση Ασφαλιστικών Εταιρών Ελλάδος,2015).

Πίνακας 2: Συμπληρωματικές Ασφαλίσεις και Ασφαλίσεις Υγείας Κλάδος Γενικών Ασφαλίσεων II. Ασθένειες

	<u>ΑΤΟΜΙΚΑ</u>	<u>ΟΜΑΔΙΚΑ</u>
Ασφαλισμένοι	874.568	748.935
Συμβόλαια	726.475	2.984
Ασφάλιστρα	510.989.873 €	113.949.650 €
Αποζημιώσεις	310.870.853 €	102.301.368 €

Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, 2013

Είναι κατανοητό ότι μια ασφαλιστική αγορά η οποία είναι αναπτυγμένη στον χώρο της υγείας, αποτελεί δείγμα κοινωνικής σταθερότητας και οικονομικής ευμάρειας. Πρέπει λοιπόν η Πολιτεία να δίνει βάση στον θεσμό της ιδιωτικής ασφάλισης μέσω της παγίωσης εποπτικού μηχανισμού και της ενδυνάμωσης των φορολογικών κινήτρων στις ασφαλίσεις προσώπων. (Αντωνάκη, 2011)

Για την προστασία των καταναλωτών το 2002, θεσμοθετήθηκε το Solvency I για τις κεφαλαιακές απαιτήσεις στις ασφάλειες και οι εποπτικές αρχές είχαν δικαίωμα να επέμβουν όταν οι εταιρίες δεν τηρούσαν τις προϋποθέσεις που είχαν τεθεί.¹

Προκειμένου να υπάρχει κεφαλαιακή επάρκεια στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, υπάρχει η νέα κοινοτική οδηγία (Solvency II), που άρχισε να έχει ισχύ. Οι καταναλωτές θα είναι καλυμμένοι σε τυχόν αφερεγγυότητα των ασφαλιστικών εταιριών με τις οποίες έχουν συνάψει ασφαλιστήρια συμβόλαια.

Επιπλέον, η κοστολόγηση των καινούργιων προϊόντων θα είναι καλύτερη για τους πελάτες αφού θα λαμβάνονται υπόψη οι πιθανοί κίνδυνοι και θα γίνει αναπροσαρμογή των καλύψεων. Ένα ακόμα πλεονέκτημα είναι ο υπολογισμός του κινδύνου ρευστότητας και στην ικανότητα της εταιρίας να ελέγξει τα αποθέματα της. Από πλευράς «Underwriting»² θα γίνεται σωστότερη τιμολόγηση των συμβολαίων και καλύτερη αξιολόγηση των πελατών. (Καλτσής, 2015)

1.6 Ο κοινωνικός ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης

Η ιδιωτική ασφάλιση έχει και κοινωνικό χαρακτήρα διότι μέσω της συγκέντρωσης των ασφαλιστρών, ο κίνδυνος που ενδεχομένως να έχει μελλοντικά ένα άτομο μεταβιβάζεται σε μια κοινωνία ατόμων, με αποτέλεσμα να νιώθουν οι πολίτες ασφάλεια. Ο κοινωνικός της χαρακτήρας γίνεται πιο πολύ εμφανής όταν κάποιος ο οποίος δεν έχει κοινωνική

¹ Solvency: Κοινοτική οδηγία που προστατεύει τους ασφαλισμένους και ρυθμίζει τις απαιτήσεις της κεφαλαιακής επάρκειας των ασφαλιστικών εταιριών.

² Underwriting: Εκτίμηση διαχείρισης κινδύνου ζωής..

ασφάλιση, οπότε του προσφέρεται η δυνατότητα να καλύφθει μέσω της ιδιωτικής, εφόσον βέβαια διαθέτει την οικονομική δυνατότητα να πληρώσει για αυτή.

Πολλές φορές η ιδιωτική ασφάλιση συμπληρώνει την κοινωνική και αυτό γιατί παίζει σημαντικό ρόλο στην καλύτερευση του βιοτικού επιπέδου των πολιτών μέσω των προϊόντων που παρέχει όπως είναι οι παροχές νοσοκομειακής περίθαλψης και οι παροχές συντάξεων ή ασφάλισης σε περίπτωση θανάτου ή ανικανότητας (Χατζηγάγιος, 2009)

Είναι λογικό ότι η ποιότητα ζωής των πολιτών βελτιώνεται όταν ξέρουν ότι εκείνοι και οι οικογένειές τους είναι καλυμμένοι σε περίπτωση που επέλθει κάποιο μοιραίο γεγονός ή μείνουν ολικά ανίκανοι για εργασία. Είναι πρωτεύον ζήτημα για εκείνους και την οικογένειά τους να ξέρουν ότι έχουν εξασφαλίσει το οικογενειακό τους εισόδημα. Όλα αυτά συνηγορούν στην ηρεμία της οικογένειας και κατ' επέκταση στην καλύτερη και πιο ήρεμη ποιότητα ζωής.

Είναι λογικό οι πολίτες να νιώθουν ότι σε περιπτώσεις ασθένειας δεν χάνουν, στο μέτρο που αυτό είναι εφικτό το εισόδημα τους κάτι που θα είχε ως συνέπεια την αύξηση των κοινωνικών προβλημάτων.

Επιπρόσθετα, συμβάλλει στην ψυχική και πνευματική υγεία των μελών μιας κοινωνίας. Έχει αποδειχθεί ότι τα κοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζονται είναι λιγότερα όταν είναι αναπτυγμένος σε μια κοινωνία ο θεσμός της ασφάλισης (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, 2014)

Όταν οι πολίτες έχουν ασφάλιση υγείας διακατέχονται από λιγότερο άγχος, νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και έχουν την σιγουριά γνωρίζουν ότι σε περίπτωση που θα χρειαστούν υγειονομική περίθαλψη θα την έχουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

2. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΖΩΗ.

2.1 Παγκόσμιες προκλήσεις στον χώρο της υγείας

Ο τομέας της υγείας είναι από τους σημαντικούς τομείς σε παγκόσμιο επίπεδο ο οποίος εξελίσσεται με πολύ γρήγορους ρυθμούς. Οι λόγοι που συνετέλεσαν είναι η αύξηση του πληθυσμού καθώς και το προσδόκιμο επιβίωσης σε συνδυασμό με τις παγκόσμιες κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές. Είναι λογικό ότι λόγω της αύξησης των ορίων ηλικίας του

πληθυσμού, οι ανάγκες για ιατρική και φαρμακευτική περίθαλψη γίνονται όλο και μεγαλύτερες. Οι κακές διατροφικές συνήθειες και η έλλειψη άσκησης συντελούν σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat 2012 να αυξηθούν τα χρόνια νοσήματα κατά 17% την επόμενη δεκαετία. (Φίλιππος, 2014)

2.1.1 Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η Ελλάδα, λόγω της οικονομικής κρίσης που ξεκίνησε από το 2007 είχε ως συνέπεια να πληγεί περισσότερο από τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε.

Το 2010 η Ελλάδα αναγκάστηκε να εισέλθει στον Διεθνή Ευρωπαϊκό μηχανισμό στήριξης προκειμένου να αποφύγει την χρεωκοπία κάτι που είχε ως συνέπεια την εφαρμογή Μνημονίων. Λόγω των δυσκολιών που δημιουργήθηκαν από το ασταθές οικονομικό περιβάλλον στην συνέχεια, παρόλο που οι εξελίξεις άρχισαν να παίρνουν προσωρινά θετική τροπή, το δημόσιο χρέος άρχισε να αυξάνεται. Αυτό είχε ως συνέπεια η Ελλάδα να αναγκαστεί να ζητήσει εκ νέου βοήθεια από τον Μηχανισμό Στήριξης κάτι που συνεπάγονταν δυσβάσταχτους φόρους, μείωση μισθών και αύξηση της ανεργίας. (Ενωση Ασφαλιστικών Εταιριών, 2011)

Η οικονομική ανάπτυξη τόσο στη δημόσια όσο και στην ιδιωτική ζωή ανακόπηκε με αποτέλεσμα δυσμενείς επιπτώσεις. Γενικότερα οδήγησε σε ανεργία, μείωση του εισοδήματος και τελικά στη φτώχεια. Αυτό συμβαίνει διότι το επίπεδο υγείας του πληθυσμού σχετίζεται με το εισόδημά του με συνέπεια η οικονομική κρίση να έχει αντίκτυπο όχι μόνο στην υγεία των πολιτών αλλά και σε όλο τον τομέα της Υγείας. .

Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι διαφορετικές ανάμεσα στις χώρες και είναι ανάλογες με τον βαθμό οικονομικής ευημερίας. Οι χώρες με χαμηλή και μέση ανάπτυξη υφίστανται τις συνέπειες περισσότερο από τις αναπτυγμένες. Ακόμα και στο εσωτερικό μιας χώρας υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Οι εργάτες και αυτοί με στοιχειώδη εκπαίδευση πλήττονται περισσότερο από τα άτομα υψηλότερου εισοδηματικού επιπέδου και καλύτερης εκπαίδευσης.

Μια άλλη σημαντική παράμετρος είναι η πτώση του διεθνούς εμπορίου το οποίο αποτελεί δείκτη της οικονομικής ευημερίας. Η ραγδαία αύξηση των φτωχών εργαζομένων κατά τα

τελευταία χρόνια παγκοσμίως είναι φανερό ότι επιβαρύνει ακόμα περισσότερο τα ήδη ελλειμματικά συστήματα υγείας των αναπτυσσόμενων χωρών (Κυριόπουλος,2012).

Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης ο τομέας που πλήττεται περισσότερο είναι αυτός της ανεργίας με το ποσοστό των ανέργων να αυξάνεται με αλματώδη ταχύτητα. Η απώλεια εισοδήματος έχει σημαντική επίπτωση στην υγεία. Σύμφωνα με τον Τούντα (2004)η απώλεια εργασίας βρίσκεται στην 8^η θέση ανάμεσα στα 42 γεγονότα που θεωρούνται ότι αγχώνουν τους πολίτες. Βίαιες συμπεριφορές, έλλειψη στόχων και επιδιώξεων, σεβασμό απέναντι στους άλλους και έλλειψη αυτοεκτίμησης ήταν σύμφωνα με μελέτες απόρροια της απώλειας εργασίας. (Φίλιππος, 2015) .

Σε μια άλλη μελέτη , έγινε συσχέτιση με την ανάπτυξη της οικονομίας και την οικονομική κρίση με την υγεία, αύξηση της θνησιμότητας παρουσίασαν οι αυτοκτονίες ενώ άλλες αιτίες θανάτου όπως καρδιαγγειακά, παιδική θνησιμότητα και ανάπτυξη κακοηθειών κυμαινόντουσαν ανάλογα τις ηλικιακές ομάδες. Οι επιπτώσεις ήταν προσωρινές και η ανάρρωση πλήρης όταν η ανάπτυξη της οικονομίας ήταν μακροχρόνια. Επιπλέον, οι πολίτες δεν προσέχουν την υγεία τους και αυξάνονται οι ώρες υπερωριών .Εμφαση επίσης θα πρέπει να δοθεί στην προσέλευση μεταναστών οι οποίοι φέρνουν ασθένειες που μπορεί να είναι μεταδοτικές. .

Εργασία ίσον δημιουργία ενώ ανεργία ίσον ανασφάλεια και απώλεια εισοδήματος. Οι ψυχικές διαταραχές όπως ανησυχία ,άγχος, κατάθλιψη, ο εθισμός σε ουσίες, όπως καπνός, οινόπνευμα, ναρκωτικά, η μη υγιεινή διατροφή, η ελλιπής φροντίδα ήδη υφιστάμενων νοσημάτων, είναι παράμετροι που δεν πρέπει να αποσιωπηθούν. Επίσης η διασύνδεση της ανεργίας με την αύξηση του άγχους και των αυτοκτονιών είναι ένα άλλο κομμάτι που πρέπει προβληματίσει. Σε έρευνα που έγινε σε 26 χώρες της Ε.Ε έδειξε ότι κάθε φορά που αυξανόταν η ανεργία κατά 1% υπήρχε συγχρόνως αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79%. (Κυριόπουλος,2012) Επίσης έρευνες έχουν παρατηρήσει αύξηση του επιπολασμού της κατάθλιψης κατά 2,5% από το 2008 έως το 2011 και αύξηση των ατόμων που κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών κατά 11,6% για την ίδια χρονική περίοδο.

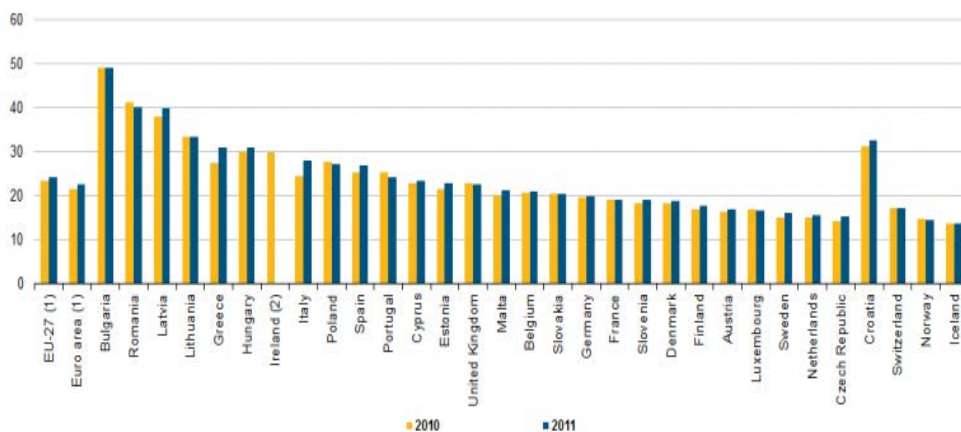
Για τους περισσότερους Έλληνες ο κοινωνικός αποκλεισμός, η επαγγελματική ανασφάλεια καθώς και οι κοινωνικές ανισότητες που αυξάνουν λόγω της οικονομικής κρίσης, έχουν σαν συνέπεια για αυτούς αρνητικές επιπτώσεις για την ψυχική τους ισορροπία. Η Ελλάδα είναι από τις χώρες που δείχνει να βάλλεται περισσότερο από την οικονομική κρίση στην Ευρώπη και αποτελέσματα ερευνών έχουν καταλήξει ότι στο μέλλον θα υπάρχει αύξηση των

επιδημιών και των λοιμώξεων όπως του ιού HIV λόγω των χρηστών που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών.(Simou, 2014)

Επιπρόσθετα, η κοινωνικο-οικονομική ανασφάλεια έχει άμεση σχέση με την εργασία, το εισόδημα και το επίπεδο ζωής του πολίτη. Περαιτέρω αύξηση της φτώχειας προβλέπεται στις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες όπως άνεργοι, ηλικιωμένοι, μη κατέχοντες εξειδικευμένα εφόδια καθώς και πολύτεκνες οικογένειες.

Στην Ελλάδα σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας υπάρχει αύξηση της ζήτησης 20% στα δημόσια νοσοκομεία ενώ ταυτόχρονα οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν μείωση της τάξεως του 15% της ζήτησης υπηρεσιών υγείας στα ιδιωτικά νοσοκομεία.

Στην παρακάτω Εικόνα της Eurostat στις χώρες της ΕΕ(27) η Ελλάδα είναι ανάμεσα στις χώρες με το μεγαλύτερο δείκτη ποσοστού φτώχειας (34,6% το 2012)



(1) Eurostat estimates in 2011
(2) Data not available for IE in 2011
Source: Eurostat (online data code:ilc_peps01)

Εικόνα 2.1 Δείκτης ποσοστού φτώχεια

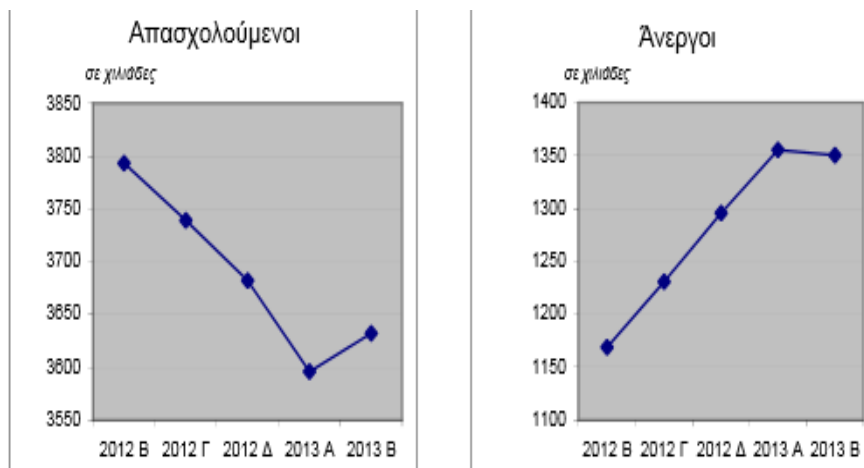
Πηγή: Elstat, 2012

2.1.2 Μεταρρυθμίσεις που απαιτούνται-Μνημόνια

Η καθιέρωση των τριών μνημονίων πέρα από τα θετικά σημεία που είχαν στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, στην λογιστικοποίηση των δαπανών και στην πτώση της τιμής των

φαρμάκων και των εμφυτεύσιμων υλικών είχαν σημαντικές επιδράσεις στα κοινωνικά δικαιώματα των ασθενών που σχετίζονται με την πρόσβαση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Η ενοποίηση των κλάδων υγείας των ασφαλιστικών ταμείων από 30 σε ένα η οποία πραγματοποιήθηκε χωρίς μελέτη και σχεδιασμό εξίσωσε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας προς τα κάτω σε σύγκριση με την προηγούμενη κατάσταση ευγενών ταμείων με υψηλότερες παροχές υπηρεσιών υγείας. Η σταδιακή κατεδάφιση του δικαιώματος στην εργασία, η κατάργηση των δώρων, η περιστολή των βοηθημάτων είναι άλλη μια επίπτωση της οικονομικής κρίσης. Άλλες αλλαγές όπως το ενιαίο μισθολόγιο, η μείωση του κατώτερου ημερομισθίου η ανασφάλιστη εργασία είχαν ως επακόλουθο την δυσκολία πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη. Άνθρωποι που είχαν πλήρη πρόσβαση σε πρωτοβάθμια και εξειδικευμένη παροχή υπηρεσιών υγείας διαμέσου των κοινωνικών φορέων τους, βρέθηκαν άνεργοι και χωρίς πρόσβαση στο σύστημα περίθαλψης.

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή το ποσοστό των ανέργων κατά το β' τρίμηνο του 2013 ήταν 27,1% έναντι 27,4 % του προηγούμενου εξαμήνου



Εικόνα2.2 Ποσοστό ανέργων β'τρίμηνο 2013

Πηγή: Elstat,2014

2.3 Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα συστήματα υγείας

Οι κυβερνήσεις λόγω της οικονομικής κρίσης δέχονται πιέσεις για μείωση των εξόδων. Λόγω της απώλειας του εισοδήματος των πολιτών(μερικής ή ολικής) παρατηρείται στροφή των πολιτών στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας κάτι που έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών. Η αύξηση της ζήτησης των δημόσιων υπηρεσιών έχει ως αποτέλεσμα να μειωθεί η ζήτηση στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό σημαίνει μείωση του προσωπικού, λιγότερες υπηρεσίες, συγχωνεύσεις και μείωση ιδιωτικών νοσηλευτηρίων και ασφαλιστικών εταιριών. Δεν είναι τυχαίο ότι λόγω της μείωσης του εισοδήματος οι πολίτες αναβάλλουν προγραμματισμένες εξετάσεις και δεν δίνουν προτεραιότητα στην κατάσταση της υγείας τους. Αυτό έχει ως συνέπεια να αυξάνονται οι επισκέψεις στα επείγοντα και να μειώνονται οι προγραμματισμένες εισαγωγές στα νοσοκομεία.

Οι επιλογές που υπάρχουν από τις κυβερνήσεις προκειμένου να εξασφαλίσουν ένα βιώσιμο σύστημα υγείας είναι η αύξηση της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας και η συγκράτηση του κόστους. Λόγω των ελλειμμάτων όμως στον δημόσιο τομέα σε συνδυασμό με την μείωση του εισοδήματος δημιουργούνται προβλήματα και στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας διότι έχουν πρόβλημα ρευστότητας. Σύμφωνα με τον WHO στην έκθεση που έγινε το2009, όταν το οικογενειακό εισόδημα μειώνεται αυξάνεται η ζήτηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Οι πολίτες αναγκάζονται να στραφούν λόγω οικονομικής δυσχέρειας στο δημόσιο τομέα ή όπου τους παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη.(WHO,2009)

Στις αναπτυσσόμενες χώρες τα συστήματα υγείας θα έρθουν αντιμέτωπα με μεγαλύτερα προβλήματα όσον αφορά την χρηματοδότηση διότι δεν θα έχουν την οικονομική βοήθεια που χρειάζονται από τις αναπτυγμένες χώρες προκειμένου να βελτιώσουν τις υπηρεσίες τους.

Ένα βιώσιμο σύστημα υγείας υφίσταται όταν υπάρχουν αναλώσιμοι πόροι και κεφάλαια. Μόνο όταν εξασφαλίζονται αυτά δίνεται η οικονομική δυνατότητα για να γίνουν επενδύσεις στην υγεία.

Όντας η παγκόσμια οικονομική κρίση σε έξαρση, οι επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας είναι κάθε άλλο παρά θετική. Αξιοσημείωτο είναι η δέσμευση, τρις δολαρίων για δανειοδοτήσεις, προκειμένου να επιβιώσουν οικονομικά οι οργανισμοί υγείας που βρίσκονται υπό καθεστώς πίεσης καθώς όσο η ανεργία είναι σε υψηλά επίπεδα, τόσο αυξάνεται το άγχος των πολιτών και ο λόγος είναι ότι δεν θα έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Ο προϋπολογισμός για την ασφάλιση υγείας λόγω των δημοσίων ελλειμμάτων, δημιουργεί μεγάλες πιέσεις. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα καθώς και οι επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στο χώρο της υγείας έχουν σοβαρά προβλήματα ρευστότητας και δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις οικονομικές τους

υποχρεώσεις. Δεν είναι τυχαίο ότι ειδικά στις χώρες με μέση ανάπτυξη σημαντικές παροχές κινδυνεύουν να εκλείψουν όπως είναι για παράδειγμα οι εμβολιασμοί.

Παράγοντες όπως είναι η εκπαίδευση, το εισόδημα και η απασχόληση παίζουν σημαντικό ρόλο στη μορφοποίηση της υγειονομικής πολιτικής και κατ' επέκταση στην ανάγκη να δοθεί προτεραιότητα σε αυτόν τον τομέα.

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης, όπου το άγχος κυριαρχεί και δημιουργεί σε βάθος χρόνου προβλήματα υγείας, οι υπηρεσίες υγείας χρησιμοποιούνται όλο και περισσότερο από τους πολίτες. Εξαιτίας όμως της ζήτησης αυτής, οι υπηρεσίες υγείας δυσκολεύονται να ανταποκριθούν με συνέπεια να μην γίνεται σωστή διαχείριση των ασθενών κυρίως αυτών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες.

Οι δημόσιες μονάδες υπηρεσίας υγείας επιδεινώνονται ακόμα περισσότερο από την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Σε περιόδους ανεργίας και μείωσης του εισοδήματος, οι πολίτες στρέφονται στην κοινωνική ασφαλιστική κάλυψη προκειμένου να έχουν δωρεάν νοσοκομειακή και πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Εκτός από το γεγονός ότι η οικονομική κρίση προκαλεί δυσκολίες στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, επιπλέον προκαλεί σοβαρά προβλήματα και στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες δεδομένου ότι οι πολίτες λόγω της μείωσης μισθού δεν έχουν την δυνατότητα να προβούν στην σύναψη νοσοκομειακών συμβολαίων. Αυτό έχει ως συνέπεια την αύξηση των εξόδων του δημόσιου συστήματος υγείας και συγχρόνως την μείωση των εσόδων των ασφαλιστικών εταιριών. (Κυριόπουλος, 2012)

Στην Ελλάδα το ΕΣΥ αντιμετωπίζει πολλά προβλήματα όπως είναι η αυξημένη ζήτηση των υπηρεσιών υγείας σε άτομα τρίτης ηλικίας, η μείωση του νοσηλευτικού προσωπικού που καθιστά όλο και πιο δύσκολη την φροντίδα των ασθενών και την μη ικανοποιητική ποιότητα των υπηρεσιών. Επιπλέον τα ελλείμματα στα δημόσια νοσοκομεία που έχουν ως συνέπεια την αδυναμία να καλυφθούν οι ανάγκες των πολιτών, καθιστούν όλο και πιο δύσκολη την εύρεση λύσης των προβλημάτων.

Η ελληνική οικονομία λόγω του εθνικού ελλείμματος αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα λόγω της οικονομικής κρίσης με αποτέλεσμα να υπάρχουν αρνητικές επιπτώσεις και στον προϋπολογισμό του ΕΣΥ. Οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας λόγω της μείωσης του εισοδήματος τους καταφεύγουν επιλεκτικά σε υπηρεσίες όπου τους παρέχεται παρέχεται ασφαλιστική κάλυψη. Αυτό συνεπάγεται μείωση των επισκέψεων σε ιδιωτικά ιατρεία. Ο

ιδιωτικός τομέας αρχίζει και αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες απειλούνται με μείωση του χαρτοφυλακίου τους καθώς η ζήτηση για αγορά νοσοκομειακών προγραμμάτων υγείας γίνεται ολοένα και μικρότερη.

Τίθεται λοιπόν το ερώτημα κατά πόσο το ΕΣΥ μπορεί να ανταποκριθεί στις προσδοκίες των πολιτών λόγω της εθνικής οικονομικής κρίσης. Υπάρχει όμως η αντίληψη ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας θα μπορούσε να εξελιχθεί εάν λαμβάνονταν μέτρα όπως η καλύτερη αξιοποίηση του προσωπικού, η έμφαση που θα πρέπει να δοθεί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η εύρεση καινοτόμων λύσεων με σκοπό την ανάπτυξη του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. .

Η “εξορθολογικοποίηση” του κόστους των υπηρεσιών υγείας που έγινε απότομα με αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στα φάρμακα και στην περίθαλψη, οδήγησε και αυτούς ακόμα που είχαν διατηρήσει την εργασία τους σε αδυναμία πληρωμής ακόμα και της στοιχειώδους φαρμακευτικής αγωγής. Η αλλαγή του τρόπου υπολογισμού συμμετοχής στα φάρμακα των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ γίνεται εξολοκλήρου με δική τους επιβάρυνση. Επιπλέον, η κατεύθυνση των ασφαλισμένων σε ιδιωτικά κέντρα με συμμετοχή στο κόστος και ιδιωτικά κρεβάτια στα δημόσια νοσοκομεία είναι μέτρα που δεν ευνοούν τους οικονομικά ασθενέστερους (ICAP,2013).

Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα βασικά προβλήματα στην ανάπτυξη και την οργάνωση στο σύστημα υγείας είναι τα εξής:

- Σε περιφερειακό επίπεδο παρόλο παρ’ όλο τις βελτιώσεις, συνεχίζουν να υπάρχουν διαφορές στον τρόπο που κατανέμονται οι πόροι και δεν υπάρχει καθολική κάλυψη του πληθυσμού για τις απομακρυσμένες περιοχές.
- Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ που είχε ως σκοπό την ισότιμη πρόσβαση στην ΠΦΥ ανέδειξε διαχειριστικά προβλήματα. Η έλλειψη συντονισμού στην λειτουργία της ΠΦΥ έχει ως συνέπεια να μην καλύπτει τις ανάγκες των πολιτών.
- Αποτυχία μέχρι τώρα για την θεσμοθέτηση του οικογενειακού γιατρού με αποτέλεσμα οι ασθενείς να παραπέμπονται για εξετάσεις χωρίς να υπόκεινται σε έλεγχο.

Είναι προφανές ότι όλες αυτές οι αλλαγές πέρα από τη θετική τους πλευρά, περιορισμός του κόστους, καλύτερη διαχείριση, έχουν και σημαντικές επιπτώσεις με αρνητικό αντίκτυπο στον πληθυσμό.

Στην καινούργια πραγματικότητα που δημιουργείται θα ήταν θεμιτό το κράτος να πρoσπίξεται το κοινωνικό δικαίωμα στη υγεία των πολιτών και να προστατεύει την υγεία τους .

Ο περιορισμός της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας συνέπεια του αυξημένου κόστους συμμετοχής των ασφαλισμένων, οι χαμηλές παροχές υγείας συνεπεία περιστολής των δαπανών και η εισχώρηση γενοσήμων φαρμάκων αμφιβόλου ποιότητας αφαιρούν την έννοια του κοινωνικού κεκτημένου στην υγεία. Το κλείσιμο νοσοκομείων σε αστικές και αγροτικές περιοχές, η αλόγιστη στροφή προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη μειώνοντας την πρόσβαση σε δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, όλα αυτά μαζί απογυμνώνουν το κοινωνικό δικαίωμα της ισότιμης πρόσβασης στην υγεία και στην περίθαλψη του πληθυσμού.

Σε περίπτωση κατάρρευσης των ασφαλιστικών ταμείων, οι πολίτες θα εξυπηρετούνται όχι βάσει των αναγκών τους αλλά βάσει των χρημάτων που μπορούν να διαθέσουν.

Η διαφαινόμενη εισχώρηση του ιδιωτικού τομέα στις δημόσιες δομές υγείας και περίθαλψης γέρνουν την πλάστιγγα προς την μεριά της κερδοφορίας που μοιραία περιορίζει την κοινωνική οπτική πρόσβασης σε υψηλές υπηρεσίες υγείας του πληθυσμού. Οι πολίτες που ήταν κάποτε οικονομικά άνετοι , στρέφονταν στον ιδιωτικό τομέα για αγορά υπηρεσιών υγείας, ενώ η αγορά υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα που μοιραία καλύπτει τα κενά του δημοσίου συστήματος καθίσταται συνεχώς πιο προβληματική λόγω του αυξημένου κόστους και αδυναμίας κάλυψης αυτού από τον ενεργό πληθυσμό .

Η εμφάνιση κοινωνικών ιατρείων, οδοντιατρείων, φαρμακείων αποτελεί μια προσπάθεια εξισορρόπησης της παροχής φροντίδας προς τους οικονομικά ασθενέστερους. Γίνονται προσπάθειες από ιατρούς και νοσηλευτικό προσωπικό να παρέχονται δωρεάν ιατρικές υπηρεσίες σε όλους τους ανασφάλιστους όχι μόνο στους Έλληνες αλλά και στους μετανάστες που δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν το δημόσιο σύστημα υγείας.

Σημαντικό επίσης είναι και το εισιτήριο ελεύθερης πρόσβασης (health voucher) όπου το Υπουργείο Υγείας φροντίζει για τους ανασφάλιστους πολίτες να έχουν δικαίωμα πρόσβασης στην ΠΦΥ.(health voutcher,2014)

Επιπρόσθετα, σημειώνεται ότι μεταξύ των ετών 2009-2013 οι δαπάνες υγείας παρουσίασαν μεγάλη υποχώρηση που είχε αντίκτυπο στους πολίτες οι οποίοι συχνά αναγκάζονταν να μην συνεχίσουν τις θεραπείες τους ενώ στα νοσοκομεία να υπάρχει πρόβλημα στην εξυπηρέτηση των πολιτών.

Συνολική χρηματοδότηση για δαπάνες υγείας

(σε εκατ. ευρώ)

	2009	2010	2011	2012	2013
Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (HF) (1) έως (5)	23.176,9	22.269,3	19.598,7	17.105,9	15.776,5
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.115,4	6.475,4	4.202,2	5.046,4	4.603,1
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.982,8	9.106,1	8.986,1	6.361,3	5.417,8
Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση για Δαπάνες (1)+ (2)	16.098,2	15.581,5	13.188,3	11.407,8	10.020,9
Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση για Δαπάνες (3)+ (4)	7.026,1	6.614,6	6.358,0	5.644,6	5.616,3
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.1) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.3.1) (4)	6.592,3	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.2, HF.2.3, HF.4, HF.0) (5)	52,6	73,2	52,4	53,5	139,3

Εικόνα 2.3: Δαπάνες υγείας 2009-20013

Πηγή : *Elstat, 2015*

3. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1 Η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας

Το ελληνικό υγειονομικό σύστημα αποτελείται από:

α) Υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι οποίες αφορούν στην πρόληψη και στην διάγνωση της νόσου χωρίς να απαιτείται νοσηλεία για τον ασθενή . Η κάλυψη των πολιτών παρέχεται όχι μόνο από το δημόσιο τομέα αλλά και από τον ιδιωτικό όπως είναι οι ιδιώτες ιατροί, τα διαγνωστικά κέντρα αλλά και τα μικροβιολογικά εργαστήρια. Η κάλυψη του πληθυσμού γίνεται από περίπου 1350 Περιφερειακά Ιατρεία και 190 Κέντρα Υγείας για τις μη αστικές περιοχές και για τις υπόλοιπες περιοχές η εξυπηρέτηση γίνεται από τα Πολυιατρεία το ΕΟΠΥΥ, από άλλους ασφαλιστικούς φορείς καθώς και ιδιώτες ιατρούς.

β) Υπηρεσίες Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι οποίες προσφέρονται μέσω των δημόσιων νοσοκομείων και των ιδιωτικών κλινικών.

γ) Υπηρεσίες επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής Φροντίδας την οποία προσφέρει σε όλη την Ελλάδα το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

δ) Ψυχιατρική βοήθεια την οποία παρέχουν τα αρμόδια ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων καθώς και οι κοινοτικές δομές σε όλη την Ελλάδα.

3.1.1 Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα

Με την έννοια δαπάνες υγείας εννοείται κάθε τύπος δαπάνης που έχει ως απώτερο σκοπό την πρόληψη ή τη βελτίωση της ομάδας υγείας του πληθυσμού. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία οι δαπάνες υγείας μπορούν να κατηγοριοποιηθούν στις εξής κατηγορίες:

- ✓ Ιατρικές δαπάνες που αναφέρονται σε αμοιβές ιατρών και θεραπείες.
- ✓ Φαρμακευτικές δαπάνες που αφορούν δαπάνες για φάρμακα για περιπατητικούς ασθενείς.
- ✓ Νοσοκομειακές δαπάνες που αφορούν έξοδα για επεμβάσεις, νοσηλείες και παρακλινικές εξετάσεις.

Διακρίνονται τρεις βασικές μορφές των συστημάτων υγείας έχοντας σαν βάση τον τρόπο παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης: Το κρατικό ή δημόσιο σύστημα, το ιδιωτικό και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Το κρατικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τον έντονο ρόλο τους κράτους κατά τον σχεδιασμό και προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας. Στόχος είναι η ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας για όλο τον πληθυσμό. Η χρηματοδότηση του συστήματος αποτελεί μέρος του κρατικού προϋπολογισμού από την άμεση και έμμεση φορολογία των πολιτών.

Γενικά είναι αποδεκτό ότι οι χώρες που είναι εύρωστες οικονομικά είναι και πιο υγιείς αφού διαθέτουν πολλά χρήματα για την υγειονομική τους φροντίδα. Επιπλέον η αύξηση του εισοδήματος, το προωθούμενο καταναλωτικό πρότυπο για καλύτερευση των συνθηκών διαβίωσης, η αλλαγή του επιδημιολογικού προτύπου με αύξηση των ασθενειών και των χρόνιων νοσημάτων λόγω συνθηκών διαβίωσης είναι παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες είναι η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού, η εξάπλωση της κοινωνικής ασφάλισης με συνέπεια την αύξηση των δημόσιων και ιδιωτικών δαπανών.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, τις ΗΠΑ και την Ελβετία, φαίνονται να είναι από τις υψηλότερες. Στην Ελλάδα το ποσοστό που καταβάλλεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες είναι 2,3% ενώ στις ΗΠΑ από το 54,4% από τις δαπάνες που έχουν καταβληθεί για την υγεία οι ιδιωτικές ασφαλιστικές είχαν ποσοστό συμμετοχής 37%. (Ρεκλείτη, 2012)

Οι δαπάνες υγείας διακρίνονται σε δημόσιες και ιδιωτικές. Δημόσιες δαπάνες είναι το σύνολο των δημόσιων επενδύσεων και της δημόσιας κατανάλωσης για την υγεία. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία αφορούν τις δαπάνες του κράτους για νοσοκομειακή φροντίδα των πολιτών καθώς επίσης τις επιχορηγήσεις στα δημόσια ιδρύματα.

Οι ιδιωτικές δαπάνες είναι οι δαπάνες για τις ιδιωτικές επενδύσεις και την ιδιωτική κατανάλωση στο χώρο της υγείας. Αφορούν τις δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί, τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα από νοσήλια (ή και από ανάβάθμιση κατηγορίας θέσης νοσηλείας), φάρμακα και ιδιωτικές επενδύσεις (Χλέτσος, 2011). Επιπλέον, με ψηλές ιδιωτικές δαπάνες επιβαρύνονται οι ανασφάλιστοι οι οποίοι συνηθως καταβάλουν το σύνολο των εξόδων περίθαλψης εκτός και αν εμπίπτουν σε συγκεκριμένες ευνοϊκές ρυθμίσεις. Σημαντικές ιδιωτικές δαπάνες θεωρούνται και αυτές που καταβάλλονται από ιατρικές πράξεις και νοσηλείες στο εξωτερικό όπου ο κοινωνικός φορέας δεν τις καλύπτει καθόλου ή τις καλύπτει μόνο μερικώς. (ICAP 2013)

Οι διαφορές στις δαπάνες που καταβάλλονται και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας σχετίζονται και με παράγοντες όπως είναι οι δημογραφικοί, τα δομικά χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας και οι κοινωνικοοικονομικοί.

Esspros social protection expenditures (in million euros)													
Δαπάνες Κοινωνικής Προστασίας με το Σύστημα Esspros (σε εκατομμύρια €)													
Λειτουργίες	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Functions
Ασθένεια	8.931	9.596	10.380	11.254	12.971	14.408	15.150	17.190	18.426	18.271	15.557	12.415	Sickness
Αναπηρία	1.724	1.907	1.994	2.124	2.291	2.379	2.645	2.774	2.998	2.932	2.928	2.603	Disability
Γήρας	16.629	17.267	18.588	20.085	22.291	21.741	23.474	25.121	26.156	26.473	26.474	29.721	Old age
Χηρεία	1.129	1.242	1.303	1.503	1.604	4.075	4.513	4.932	5.199	4.848	4.892	4.653	Survivors
Οικογένεια	2.314	2.559	2.864	2.925	2.997	3.095	3.324	3.710	4.240	3.990	3.726	3.176	Family

Εικόνα 3 Δαπάνες κοινωνικής προστασία με το σύστημα Espross

Πηγή: Elstat, 2014

Στις δαπάνες κοινωνικής προστασίας που αφορά τις ασθένειες παρατηρείται μείωση από το 2007 έως το 2012 σε ποσοστό 14,8% λόγω της πρόσφατης δημοσιονομικής κρίσης και των επιπτώσεων στην κοινωνική και οικονομική ζωή.

3.1.2 Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το ΕΣΥ δημιουργήθηκε το 1983 με σκοπό να παρέχει για όλους τους πολίτες υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας με τη λιγότερη δυνατή οικονομική επιβάρυνση. Περνώντας όμως τα χρόνια αυτό δεν κατέστη εφικτό λόγω της ελλιπούς λειτουργίας του συστήματος με αποτέλεσμα ο πληθυσμός να αναγκάζεται να στρέφεται προς τον ιδιωτικό τομέα για ζήτηση υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του. Το ίδιο συμβαίνει και στον τρόπο χρηματοδότησης με αποτέλεσμα η αναλογία μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα να είναι περίπου ίδια. Συνέπεια όλων αυτών είναι η δημιουργία ανισοτήτων και κατώτερης ποιότητας παροχής φροντίδας στο σύστημα υγείας.

Η κακή διαχείριση της χρηματοδότησης του ΕΣΥ είχε ως αποτέλεσμα να παρουσιαστούν προβλήματα όπως η μη ορθολογική κατανομή των πόρων και η αύξηση της προκλητής ζήτησης για παροχές υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, ο ιδιωτικός τομέας παίζει σημαντικό ρόλο στο ελληνικό σύστημα υγείας αντικαθιστώντας την αρχική ιδέα για δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. (Σουλιώτης, 2000)

Από το 1970 και μετά η γενική φορολογία έπαιξε σημαντικό ρόλο στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών για την υγεία. Με το κλειστό ενοποιημένο νοσήλιο όμως και με το χαμηλό κόστος που παρέμεινε, είχε σαν αποτέλεσμα να δημιουργηθούν ελλείμματα στα νοσοκομεία και το κράτος να χρειάζεται να καταβάλλει μεγαλύτερο ποσοστό χρηματοδότησης. Μέσω της γενικής φορολογίας καλύπτονται οι ετήσιοι προϋπολογισμοί αλλά επίσης καλύπτονται δαπάνες για την δημόσια υγεία αλλά γίνονται επενδύσεις για την εκπαίδευση στην δημόσια υγεία, σε εξοπλισμό και κτίρια καθώς και για τα ταμεία που έχουν ελλείμματα.

Τα τελευταία χρόνια έντονη αντίδραση προκάλεσε η απόφαση του υπουργείου υγείας να παραχωρήσει 556 κλίνες του ΕΣΥ σε πολίτες που έχουν ιδιωτικά συμβόλαια υγείας με απώτερο σκοπό την αύξηση των εσόδων. Επιπλέον οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες θα είχαν μεγάλο κέρδος αφού το κόστος που θα πλήρωναν στα δημόσια νοσοκομεία θα ήταν μικρότερο από το κόστος που θα καλούνταν να πληρώσουν στις ιδιωτικές κλινικές. Η απόφαση αυτή όμως του Υπουργείου Υγείας δεν υλοποιήθηκε ποτέ.

3.2 Προσφορά για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

3.2.1 Η πορεία ανάπτυξης του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας

Στον δημόσιο τομέα από το 1983 και μετά άρχισαν να γίνονται επενδύσεις στον χώρο της υγείας με απώτερο σκοπό να μειωθούν τα προβλήματα που υπήρχαν στο ελληνικό σύστημα υγείας και αφορούσαν την ύπαρξη ανισοτήτων στις περιφέρειες.

Οι επενδύσεις αυτές αφορούσαν την αναβάθμιση της λειτουργίας των νοσοκομείων με καινούργιες υποδομές, καινούργιο ιατρικό εξοπλισμό και πρόσληψη νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού. Επιπλέον μεταρρυθμίσεις στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας με την δημιουργία δομών που είχαν ως στόχο την πρόληψη. Συγχρόνως κατασκευάστηκαν 3 καινούργιων περιφερειακά νοσοκομεία σε Ιωάννινα, Πάτρα και Ηράκλειο και αναπτύχθηκαν κέντρα υγείας στις περιφέρειες.

Οι νέες τεχνολογίες εισήλθαν με πολύ γρήγορο ρυθμό και κατάφεραν σε μεγάλο βαθμό να προσαρμοσθούν ικανοποιητικά με τα δεδομένα των χωρών της Ευρώπης, δεν συνέβη το ίδιο όμως για τα πληροφοριακά συστήματα υγείας. (ICAP, 2013)

Με την πάροδο των ετών οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας άρχισαν να αναπτύσσονται και η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη άρχισε να καλύπτεται σε ένα μεγάλο ποσοστό από τον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον η δευτεροβάθμια περίθαλψη καλύπτεται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια ενώ μεγάλο ποσοστό καταλαμβάνει η ιδιωτική μαιευτική περίθαλψη. Δεν είναι τυχαίο ότι οι κλάδοι ζωής και υγείας την τελευταία δεκαετία αρχίζουν και καταλαμβάνουν σημαντικό ρόλο στον τομέα παροχής ιατρικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την ΕΛ.ΣΤΑΤ, το 2009 σε όλη την Ελλάδα καταγράφηκαν 313 νοσηλευτήρια και 54.704 κλίνες. Από αυτά, τα 166 είναι ιδιωτικά και τα 142 ανήκουν στο δημόσιο.

Πίνακας 3: Αριθμός κλινών σε ιδιωτικά θεραπευτήρια (2000-2009)

Έτος	Σύνολο κλινών	Κλίνες ιδιωτικά θεραπευτήρια	σε Μερίδιο συμμετοχής
2000	51.500	15.141	29,4%

2001	52.276	15.038	28,8%
2002	51.781	14.460	27,9%
2003	51.762	14.528	28,1%
2004	51.871	14.515	28,0%
2005	52.511	14.389	27,4%
2006	53.701	15.082	28,1%
2007	53.888	14.707	27,3%
2008	53.652	15.028	28,0%
2009	54.704	15.124	27,6%

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ, 2012

Επίσης με στοιχεία πάλι την ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2009 το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων της Ελλάδος ήταν 27.386 άτομα ενώ συνολικά οι ιατροί το 2011 ανέρχονταν σε 69.345.

Πίνακας 4: Εξέλιξη του ιατρικού νοσοκομειακού προσωπικού της χώρας (2000-2009)

Έτος	Αριθμός προσωπικού
2000	23.486
2001	24.424
2002	23.597
2003	24.227

2004	24.728
2005	25.573
2006	25.495
2007	25.695
2008	26.063
2009	27.386

Πηγή ΕΛΣΤΑΤ,2012

Την ίδια χρονιά, τα νοσηλευτήρια της Ελλάδος είχαν 8.158 ιατρικά μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας από τα οποία το 28,6% ανήκαν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια.

3.2.2. Ανταγωνιστικά χαρακτηριστικά

Λόγω του μεγάλου ανταγωνισμού τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια και τα διαγνωστικά κέντρα ξοδεύουν μεγάλα ποσά για τον ποιο σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό προκειμένου να βρίσκονται στην πρώτη θέση στην αγορά. Τα μεγάλα κέντρα τα οποία είναι σε θέση να ξοδέψουν υπέρογκα ποσά για να επενδύσουν σε μηχανήματα τελευταίας τεχνολογίας, υπερέχουν συγκριτικά με κάποια άλλα που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα αντικατάστασης των ιατρικών μηχανημάτων σύμφωνα με την τελευταία λέξη της τεχνολογίας. Οι κλινικές που έχουν μικρότερες νοσηλευτικές μονάδες δυσκολεύονται να παρέχουν ποιοτικές αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας και έχουν άμεση εξάρτηση από τις συμβάσεις που κάνουν με τα δημόσια ταμεία διότι οι χαρακτηριζόμενες από τα ταμεία τιμές είναι χαμηλότερες από τις πραγματικές.

Σημαντικό ρόλο παίζει και η ανανέωση των διαγνωστικών και ιατρικών μηχανημάτων με την επένδυση του ιδιωτικού τομέα σε τεχνολογία αιχμής, προκειμένου να παρέχει την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών.

Καταλυτικό παράγοντα για τον ανταγωνισμό στον ιδιωτικό τομέα παίζει επίσης και η εκπαίδευση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού μέσα από σεμινάρια και

εκπαιδεύσεις στο εξωτερικό. Η εκπαίδευση ιατρών και νοσηλευτών παίζει σημαντικό ρόλο στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας του σύγχρονου νοσοκομείου και στη στάση των ασθενών απέναντι τους.

Ο ιδιωτικός τομέας στην πρόσληψη του προσωπικού του δίνει έμφαση στην εκπαίδευση τους ώστε να είναι άρτια. Με αυτόν τον τρόπο η αξιολόγηση και η πρόσληψη τους γίνεται με συγκεκριμένα κριτήρια ώστε να μπορεί να ελεγχθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν. Σημαντικό στοιχείο για την επιλογή τους στον ιδιωτικό τομέα αποτελεί επίσης η επιμόρφωση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που γίνεται πάνω σε θέματα management υγείας κάτι το οποίο στο εξωτερικό έχει γίνει θεσμός προκειμένου να λάβουν διευθυντικές θέσεις.

Ένα πλεονέκτημα του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι η ταχύτητα με την οποία παρέχει τις υπηρεσίες. Λαμβάνοντας υπόψιν την εκπαίδευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε συνδυασμό με την επάρκεια των ιατρικών μηχανημάτων, συντελούν στην βελτίωση του χρόνου διεξαγωγής των εξετάσεων και στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων. Συν τοις άλλοις, χάρη στην γρήγορη εξαγωγή των αποτελεσμάτων, η παραμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο καθίσταται όλο και μικρότερη σε σχέση με τα δημόσια νοσηλευτήρια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην χρειάζονται επιπλέον κλίνες και να μειώνονται οι ημέρες νοσηλείας τους .

Σχεδόν όλα τα διαγνωστικά κέντρα και τα ιδιωτικά θεραπευτήρια έχουν συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρίες. Με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται το πελατολόγιο τους και πληρώνονται από τις ασφαλιστικές εταιρίες για τις παροχές που προσφέρουν στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη. Δεν είναι τυχαίο ότι οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρίες διαθέτουν υποκαταστήματα σε όλη την Ελλάδα ώστε να μπορέσουν να καλύψουν όσο τον δυνατόν περισσότερο τις ανάγκες του πληθυσμού.

Λόγω όμως της τρέχουσας οικονομικής κρίσης οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρίες αναγκάστηκαν να κάνουν περικοπές με αποτέλεσμα τα υποκαταστήματα που υπάρχουν να βρίσκονται κυρίως στις τέσσερις μεγαλύτερες πόλεις της Ελλάδος (Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Πάτρα, Ηράκλειο). Ειδικά όταν πρόκειται για μεγάλους ομίλους Εταιριών που μπορούν να προσφέρουν πολλών ειδών υπηρεσίες υγείας πετυχαίνοντας τις καλύτερες δυνατές τιμές για τους πελάτες τους. Επιπλέον, προσφέρουν ευκολίες πληρωμής σε περίπτωση αποζημίωσης μέσα από άτοκες μηνιαίες δόσεις. Μια άλλη προσέγγιση προς τους πελάτες τους είναι οι εκπτώσεις που τους παρέχουν σε περίπτωση διαγνωστικών εξετάσεων σε μεγάλους Ομίλους.(ICAP 2013)

3.3 Ζήτηση για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν είναι υποχρεωτική και μπορούν να την έχουν όσοι θέλουν να προστατευθούν από κινδύνους που στο μέλλον θα μπορούσαν να αποβούν επιζήμιοι για την υγεία τους.

Η ζήτηση για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας καθορίζεται από την νομική υποχρέωση για ασφάλιση και από τις ανάγκες των ανθρώπων να έχουν καλύτερη περίθαλψη σε περίπτωση που την χρειαστούν πέρα από την κοινωνική τους ασφάλιση. Οι χώρες που είναι εύρωστες κοινωνικά και οικονομικά έχουν μεγαλύτερη αίσθηση σιγουριάς με την ιδιωτική ασφάλιση.

Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες) επηρεάζονται από παράγοντες όπως είναι οι οικονομικοί, οι δημογραφικοί, οι κοινωνικοί, τα γραφειοκρατικά εμπόδια και την τεχνολογία.

Ένας από τους κυριότερους παράγοντες που παίζει ρόλο στη ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας είναι ο οικονομικός παράγοντας. Το κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με το εισόδημα των καταναλωτών συμβάλλουν στην κατεύθυνση προς τον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα.

Οι δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες όπως είναι το βιοτικό επίπεδο, ο τρόπος διαμονής, η ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και η ηλικία των πολιτών, επηρεάζουν σημαντικά την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας. Τα ελλείμματα στα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης σε συνδυασμό με την αύξηση των ορίων συνταξιοδότησης ωθούν τους πολίτες στην εύρεση αποτελεσματικής λύσης προκειμένου να νιώθουν σιγουριά σε περίπτωση που τους συμβεί σοβαρό πρόβλημα υγείας. Η ταχύτερη εξυπηρέτηση ακόμα και μετά την σύναψη ασφάλισης για νοσοκομειακή περίθαλψη, θα έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση των πελατών και κατ' επέκταση τη διαφήμιση των ασφαλιστικών εταιρών. Επίσης οι δημόσιες νοσηλευτικές υπηρεσίες με τις ελλείψεις που παρουσιάζουν, αναγκάζουν τους πολίτες να στραφούν προς τον ιδιωτικό τομέα προκειμένου να εξασφαλίσουν την καλύτερη δυνατή περίθαλψη.

Ένας σημαντικός παράγοντας επίσης που συμβάλλει στην αποφυγή ζήτησης της ιδιωτικής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι η γραφειοκρατία. Προκειμένου οι πολίτες να μην ταλαιπωρούνται από τις μεγάλες λίστες αναμονής και για την αποφυγή χρονοβόρων διαδικασιών προτιμούν να απευθυνθούν στον ιδιωτικό τομέα.

Αξιοσημείωτο είναι ότι τα τελευταία 15 έτη ο ιδιωτικός τομέας έχει κάνει μεγάλα άλματα στις επενδύσεις της τεχνολογίας που αφορούν διαγνωστικές εξετάσεις και την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, με αποτέλεσμα την αξιόπιστη, έγκυρη και γρηγορότερη εξυπηρέτηση των πολιτών. Επιπρόσθετα, η έλλειψη προσωπικού στα δημόσια θεραπευτήρια, ιατρικού εξοπλισμού και η ανεπάρκεια κλινών, οδηγούν στη αύξηση του των εσόδων του ιδιωτικού τομέα στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη.(ICAP 2013)

3.4 Παρεμβάσεις ελέγχου και συγκρατήσεις δαπανων για το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Η Ελλάδα έχει επιτελέσει μεγάλη πρόοδο σε σύγκριση με την προηγούμενη δεκαετία στον περιορισμό των δαπανών υγείας. Λόγω της Δημοσιονομικής κρίσης και της ύφεσης υποχρεούται να μειώσει το ποσοστό του ΑΕΠ κάτω από 6% τα επόμενα χρόνια. Μερικά από τα μέτρα που λήφθηκαν πριν από τρία έτη ήταν:

- ✓ -Η περαιτέρω μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης(από 5,5 δις το 2009 σε 2,88 δις για το 2012 και σε 2,4 δις το 2013),
- ✓ -Η μείωση του ποσοστού κερδών των φαρμακοποιών .
- ✓ -Η μείωση του αριθμού των μη γενόσημων φαρμακευτικών σκευασμάτων που αποζημιώνονται από τα ασφαλιστικά ταμεία.
- ✓ -Η επιβολή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης .
- ✓ -Στις υπηρεσίες υγείας επιβάρυνση των πολιτών με 5 ευρώ συμμετοχή στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.
- ✓ -Ο περιορισμός του πακέτου παροχών προς τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ.
- ✓ -Το πάγωμα των προσλήψεων γιατρών και νοσηλευτών.
- ✓ -Η διαπραγμάτευση με τους συμβεβλημένους παρόχους υγείας για μείωση των τιμολογίων τους.

Τα ανωτέρω μέτρα έχουν συμπίεσει θεαματικά τις δαπάνες αλλά από την άλλη έχουν εγείρει και σοβαρά ερωτηματικά σχετικά με τις συνέπειες τους στην υγεία των πολιτών. Ενδεικτικά είναι τα επεισόδια εμφράγματος του μυοκαρδίου που από το 2008 έχουν διπλασιαστεί. Επίσης αυξήθηκαν οι αυτοκτονίες σε ποσοστό 37% από το 2009 έως το 2011 και τα καταθλιπτικά επεισόδια μεταξύ 2009 και 2011 κατά 15%. (ICAP,2013)

Σε μία πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 31% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι το 17.5% δυσκολευόταν να προσεγγίσει τις υπηρεσίες υγείας λόγω οικονομικών προβλημάτων.

Τελικά το κόστος όλων αυτών των περικοπών και των ξενόφερτων μνημονίων φαίνεται να είναι δυσβάστακτο για την χώρα μας. Μπορεί κάποτε να αποκτήσουμε ισοσκελισμένους προϋπολογισμούς για την υγεία αλλά προς το παρόν τα πράγματα δείχνουν ότι το κόστος μπορεί να αποβεί μοιραίο για την ελληνική κοινωνία.

Στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης υπάρχει μείγμα παροχών υπηρεσιών υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και ιατρούς που λειτουργούν σαν ελεύθεροι επαγγελματίες. (Λιαρόπουλος, 2007). Οι ασφαλιστικοί κίνδυνοι που καλύπτουν είναι πολλοί ενώ τα κύρια έσοδα των οργανισμών προέρχεται από συνδυασμό εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων. Τα ελλείμματα στα ασφαλιστικά ταμεία από το 1993 και μετά δημιουργήθηκαν από την αύξηση του ημερήσιου νοσηλίου που είχε ως σκοπό να ελαχιστοποιηθεί η συμμετοχή του κράτους στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων.

Στο ιδιωτικό σύστημα αντιθέτως επικρατούν οι δυνάμεις της αγοράς. Οι γιατροί και οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζονται από ελευθερία ενώ ο ρόλος του κράτους είναι περιορισμένος. Οι τιμές της αγοράς καθορίζονται από την προσφορά και την ζήτηση των υπηρεσιών υγείας και η χρηματοδότηση αφορά τις ιδιωτικές δαπάνες των καταναλωτών.

Πριν από πολλά έτη κανείς δεν θα σκεφτόταν ότι ο περιορισμός του κόστους της υγείας θα ήταν ένα σημείο κλειδί για την ανάπτυξη των κρατών και την ευημερία τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το σύστημα υγείας να αρχίσει να γίνεται όλο και περισσότερο αδηφάγο και συγχρόνως λιγότερο αποτελεσματικό.

Πριν από μια δεκαετία κάποιες φωνές άρχισαν δειλά να αναδεικνύουν το πρόβλημα αλλά παρόλα αυτά ποτέ δεν εισακούστηκαν καθώς η παραοικονομία στον χώρο της υγείας είχε θεριέψει και οι υπερτιμολογήσεις υλικών και φαρμάκων αποτελούσαν πάγια και προσφιλή τακτική μιας ομάδας που μετείχε στο χώρο της υγείας.

Σήμερα ο περιορισμός της δαπάνης έχει αναδειχθεί σαν το Α και το Ω της βιωσιμότητας του συστήματος και αρχίζουν να ανακαλύπτουν την εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών, ανάπτυξη βιοϊατρικών μεθόδων, διαγωνισμούς για υλικά και φάρμακα και διαφοροποιήσεις στις αποζημιώσεις των προμηθευτών.

Διαχρονικά έχουν γίνει διάφορες προτάσεις για παρεμβάσεις και στρατηγικές που έχουν ως σκοπό τον έλεγχο των δαπανών υγείας.

Στην Ελλάδα το πρόβλημα θα μπορούσε να ελεγχθεί μόνο με διαρθρωτικές αλλαγές με στόχο τον έλεγχο της προσφοράς στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα. Η στροφή προς την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα μπορούσε να συντελέσει στη μείωση των δαπανών υγείας λαμβάνοντας μέτρα όπως η θέσπιση οικονομικών κινήτρων για τους χρήστες.

Ενδεικτικά, παρεμβάσεις της Ελληνικής Κυβέρνησης για τον περιορισμό των δαπανών υγείας μπορούν να αποτελέσουν η ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με έναν φορέα κοινωνικής ασφάλισης και δημοσίου ελέγχου ο οποίος όμως θα διέπεται με τους κανόνες της επιλογής από μέρους των ασθενών και της αποζημίωσης των προμηθευτών. Επιπρόσθετα μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών ανά νομό και δήμο υπό την εποπτεία της ιατρικής έκφρασης του ιατρικού προσωπικού μπορεί να επιτευχθεί η συγκράτηση της δαπάνης (Ρεκλείτη,2012)

Στην δομή του συστήματος θα πρέπει να υπάρχει περιορισμός του πακέτου παροχών προς τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ και επιπλέον μείωση του αριθμού των συμβεβλημένων ιατρών μέχρι το τέλος του 2013. Σε συνδυασμό με την μείωση του αριθμού των νοσοκομείων και το πάγωμα των προσλήψεων ιατρών και νοσηλευτών μπορεί να περιοριστεί το κόστος των δαπανών για την υγεία. Στις τιμές των υπηρεσιών και αγαθών υγείας η διαπραγμάτευση με τους συμβεβλημένους παρόχους για μείωση των τιμολογίων τους και η μείωση των δαπανών για διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπείες θα συμβάλει στην ανεξέλεγκτη σπατάλη που γίνεται.

Μια αλλαγή επίσης που θα μπορούσε να προταθεί είναι να δοθεί η δυνατότητα στους γιατρούς εκτός Ε.Σ.Υ να φροντίζουν ασθενείς εντός των δημοσίων νοσοκομείων με παράλληλη θεσμοθέτηση του δικαιώματος άσκησης ιδιωτικής ιατρικής για τους γιατρούς του Ε.Σ.Υ.(Κυριόπουλος,2012)

Ο περιορισμός των εισακτέων στις ιατρικές σχολές και η αποσύνδεση των σπουδών με την άσκηση του επαγγέλματος με την θεσμοθέτηση αυστηρών εξετάσεων μπορεί να βοηθήσει στην συγκράτηση των δαπανών. Υπάρχουν ειδικότητες υπερκορεσμένες γι' αυτό και έχει προταθεί φραγμός στην άσκησή τους. (Σουλιώτης,2000)

Επιπρόσθετα μια αξιοσημείωτη πρόταση είναι η προώθηση εναλλακτικών μεθόδων παροχής υπηρεσιών όπως για παράδειγμα η κατ'οίκον νοσηλεία με αποτέλεσμα την μείωση του χρόνου νοσηλείας στα νοσοκομεία και κατά συνέπεια την μείωση του κόστους.

4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η παγκόσμια οικονομική κρίση, ξεκινώντας από τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το 2007 προκάλεσε μεγάλες αλλαγές στις οικονομίες τόσο σε εθνικό όσο και σε τοπικό επίπεδο (Taylor 2009). Αποτέλεσμα των οικονομικών αυτών αλλαγών ήταν, μεταξύ άλλων οικονομικών και εμπορικών δραστηριοτήτων, να πληγεί και ο κλάδος των ασφαλίσεων υγείας αφενός μεν από την επιδείνωση της υγείας των ασφαλισμένων, η οποία μπορεί να αποδοθεί είτε σε ψυχολογικούς λόγους είτε στο γενικότερο αποσυντονισμό που επήλθε στα δημόσια συστήματα υγείας, αλλά και από την μείωση των καλύψεων ή διακοπές συμβολαίων ασφάλισης υγείας λόγω οικονομικών δυσκολιών.

Εξετάζοντας τις επιπτώσεις ενός οικονομικού κλυδωνισμού στα ιατροφαρμακευτικά ασφαλιστικά προγράμματα οι Lusardi, Schneider, & Tufano, (2011) διαχώρισαν τις επιμέρους παραμέτρους που επιδρούν και επηρεάζονται από τα μακροοικονομικά μεγέθη. Η μέθοδος έρευνάς τους βασίστηκε στην ικανότητα Αμερικάνικων νοικοκυριών να συγκεντρώσουν ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό, προσομοιώνοντας μια έκτακτη ιατρική δαπάνη. Τα αποτελέσματά τους δείχνουν ότι παρόλο που οι οικονομικές δυσκολίες είναι πιο έντονες σε οικογένειες χαμηλότερων εισοδημάτων, στην πραγματικότητα ένα μεγάλο μέρος της μεσαίας τάξης είναι επίσης σε κίνδυνο. Επιπροσθέτως, προέκυψε ότι η βασική πηγή χρηματοδότησης παρόμοιων αναγκών για τα νοικοκυριά είναι οι αποταμιεύσεις τους, οι συγγενείς και οι φίλοι και μόνο δευτερευόντως ο τραπεζικός δανεισμός ή η ασφάλιση υγείας. Κατέληξαν πως η ύφεση, πέρα από την αύξηση της ανεργίας και τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος, θα μπορούσε να καταστρέψει και άλλους δυνητικούς οικονομικούς πόρους όπως η δυνατότητα δανεισμού ή η κοινωνική στήριξη οδηγώντας τα άτομα να αναζητούν λιγότερη ιατρική φροντίδα.

Εκτεταμένες μελέτες έχουν δείξει πως οι ραγδαίες οικονομικές αλλαγές επηρεάζουν αρνητικά την υγεία σε ατομικό επίπεδο. Η απώλεια εισοδήματος ή εργασίας ολοκληρωτικά μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία αυξάνοντας την κατανάλωση αλκοόλ και την πιθανότητα εμφάνισης αυτοκτονικών τάσεων (Eliason & Storrie 2009). Οι παραπάνω εξέτασαν με ποιο τρόπο μεταβάλλεται η πιθανότητα θανάτου λόγω αυτοκτονίας στην περίπτωση απώλειας της θέσης εργασίας του ατόμου. Χρησιμοποιώντας δεδομένα εργαζομένων και εργοδοτών που αφορούσαν το σύνολο του Σουηδικού εργατικού δυναμικού, έδειξαν ότι στους άντρες η

συνολική πιθανότητα θανάτου αυξανόταν ως και 44% στα πρώτα τέσσερα χρόνια μετά την απόλυση. Όμως και στα δυο φύλα, διπλασιάζεται βραχυπρόθεσμα η πιθανότητα θανάτου λόγω αυτοκτονιών ή λόγω κατανάλωσης αλκοόλ.

Οι Sullivan & Wachter (2009) χρησιμοποιώντας στοιχεία κοινωνικής ασφάλισης και θνησιμότητας από την Πολιτεία της Pennsylvania ακολούθησαν παρόμοια μεθοδολογία και κατέληξαν ότι ιδιαίτερα σε μεσήλικες εργαζομένους η πιθανότητα θανάτου μετά από απώλεια εργασίας ανεβαίνει από 50% μέχρι και 100%. Η αύξηση αυτή μειώνεται δραστικά τα επόμενα έτη, εντούτοις ακόμα και είκοσι χρόνια μετά την απόλυση παρατηρήθηκαν αυξήσεις 10%-15% στην ετήσια θνησιμότητα σε σχέση με άτομα που δεν είχαν χάσει τη δουλειά τους.

Στον αντίποδα, έρευνες έχουν δείξει ότι σε βραχυχρόνιο ορίζοντα μια αρνητική οικονομική εξέλιξη έχει και θετικές επιπτώσεις μειώνοντας το δείκτη θνησιμότητας καθώς επίσης και τον αριθμό των θυμάτων από τροχαία δυστυχήματα (Ruhn, 2000).

Ωστόσο, ενώ οι τυχόν θετικές επιπτώσεις μπορούν να καταγραφούν σε βραχυχρόνια περίοδο, μακροπρόθεσμα οι αρνητικές επιδράσεις είναι μεγαλύτερες αν αναλογιστεί κανείς πως οι ασφαλισμένοι δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά στις απαιτήσεις του ασφαλιστικού τους πακέτου. Οι Williams and Collins (1995) αναδεικνύουν την αρνητική σχέση ανάμεσα στο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και την ιατροφαρμακευτική κάλυψη ενώ οι Waters, Saadah, and Pradhan (2003) απέδειξαν πως έπειτα από μια οικονομική κρίση ακολουθεί μείωση της ατομικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Αξίζει βέβαια να τονιστεί πως σε κάθε περίπτωση ο ρόλος του κοινωνικής ασφάλισης και του κράτους πρόνοιας σχετίζεται στενά με τη συμπεριφορά των ασφαλισμένων. Χώρες με ανεπτυγμένες κοινωνικές παροχές και με λιγότερους εισοδηματικούς περιορισμούς ενδέχεται να μην επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό. Για παράδειγμα, οι ασφαλισμένοι στη Μεγάλη Βρετανία ή τον Καναδά απολαμβάνουν εθνική ασφάλιση υγείας αλλά μόνο το 80% των ατόμων ηλικίας 18 με 65 έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ωστόσο, ακόμα και σε αυτές τις χώρες το εθνικό σύστημα υγείας προϋποθέτει κάποια συμμετοχή στο κόστος. Τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2009) πληροφορούν πως οι μεταφορές αυτές άγγιζαν το 1% του ΑΕΠ στη Μεγάλη Βρετανία, το 1.5% στον Καναδά και το 2% στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Τα παραπάνω στοιχεία μας δείχνουν μια αδρή εικόνα διότι είναι δύσκολο να συγκριθεί το κόστος συμμετοχής ανάμεσα στις προαναφερθείσες χώρες ακόμα και αν παρουσιάζουν πολλές ομοιότητες ως προς την ασφαλιστική τους δομή (Lundy and Finder, 2009). Επιπλέον, σε ορισμένες χώρες όπως η Γερμανία υπάρχουν

επιπλέον χρεώσεις (Commonwealth Fund, 2008) ενώ σε άλλες όχι. Με άλλα λόγια, ακόμα και στις χώρες του προσφέρουν πλήρη ιατρική κάλυψη ενδέχεται να παρατηρηθούν μειώσεις στην καθημερινή ιατρική φροντίδα ειδικά μετά την οικονομική κρίση. Επίσης, υπάρχει σχέση ανάμεσα στις οικονομικές μεταβολές και την ανεργία, την οικονομική αστάθεια και την απώλεια εισοδήματος.

Έχοντας παρουσιάσει μια γενική εικόνα της παγκόσμιας ασφαλιστικής αγοράς καθώς και των επιρροών της από τις οικονομικές διακυμάνσεις ακολουθεί η παρουσίαση της Ελληνικής αγοράς και των ιδιαιτεροτήτων της .

Η Ελλάδα επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την παγκόσμια οικονομική κρίση, οδηγώντας σε μεγάλες οικονομικές, κοινωνικές και πολιτικές αλλαγές. Το πρόγραμμα δημοσιονομικής προσαρμογής που εφαρμόστηκε έρχονταν σε πλήρη αντίθεση με οποιεσδήποτε αλλαγές είχαν επιχειρηθεί στο παρελθόν συμπεριλαμβανομένου του τομέα της υγείας (Economou 2010). Έκτος όμως από την επίδραση των οικονομικών αλλαγών η ίδια η δομή της ασφαλιστικής αγοράς επηρέασε καταλυτικά την υπόλοιπη οικονομική δραστηριότητα. Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα ήδη από τη δεκαετία του 1970 παίζει σημαντικό ρόλο στην εγχώρια οικονομία με τις ιδιωτικές πληρωμές να υπερβαίνουν τις δημόσιες δαπάνες. Το μεγάλο όμως πρόβλημα που ανακύπτει είναι η έλλειψη συνεργασίας στο επίπεδο της χρηματοδότησης και της παροχής υπηρεσιών ανάμεσα στα ασφαλιστικά ταμεία και την κυβέρνηση οδηγώντας σε ανισότητες και αναποτελεσματικότητα (Siskou, et al. 2009). Ειδικότερα, οι μεγάλες γεωγραφικές ανισότητες στην κατανομή των πόρων και των υπηρεσιών καθώς και η έλλειψη υποδομών στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν δύο χαρακτηριστικά παραδείγματα. Τα προβλήματα αυτά δημιούργησαν -ήδη από τη δεκαετία του 1980- συνεχή αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης ταυτόχρονα με μία πολύ μικρή αύξηση της δημόσιας χρηματοδότησης, από 4.4% του ΑΕΠ το 1987 σε 5.3% το 2004 (Kaitelidou et al. 2013). Η υποφαινόμενη διαφορά ανάμεσα στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα, η ανεπιτυχής εφαρμογή διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων και η μειωμένη χρηματοδότηση οδήγησαν σε έναν μην αποδοτικό τομέα για την οικονομία και ειδικότερα για τον κλάδο των υπηρεσιών υγείας. (Siskou et al. 2009)

Η ραγδαία αύξηση της ιδιωτικής κάλυψης στην Ελλάδα θα μπορούσε να εξηγηθεί από τον κατακερματισμό του δημόσιου τομέα στον τομέα της περίθαλψης. Όπως τονίζουν οι Theodorou et al. (2013) τα 185 περιφερειακά ιατρικά κέντρα είναι υποστελεχωμένα και δεν συνεργάζονται αποτελεσματικά με τα τοπικά νοσοκομεία οδηγώντας στη μεταφορά πάνω

από 1500 ασθενών ετησίως από την περιφέρεια στα μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας. Επίσης, η γενική υποστελέχωση των μονάδων οδηγεί σε μετακινήσεις ασθενών ανά την επικράτεια προκειμένου να βρουν εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα. Όλα τα παραπάνω μπορούν να αιτιολογήσουν επαρκώς στην ραγδαία αύξηση της ιδιωτικής δαπάνης για ιατροφαρμακευτικά ασφαλιστήρια. Ενδεικτικά αναφέρουμε πως τα μεγάλα ιδιωτικά θεραπευτήρια εξυπηρετούν περί το 20% των ασθενών στους τομείς των διαγνωστικών εξετάσεων (Tountas et al. 2005). Τέλος, οι πολιτικές συγκυρίες της τελευταίας δεκαετίας οδήγησαν σε ενδυνάμωση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας με προοπτικές συνεργασίας ιδιωτικού και δημόσιου φορέα επιλύοντας μερικώς και το πρόβλημα χρηματοδότησης των δημόσιων νοσοκομείων.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται αναλυτικά όλες οι πληροφορίες που συνθέτουν τον κορμό της μεθοδολογίας που ακολουθεί η εργασία. Βασική επιδίωξη της ερευνητικής αυτής προσπάθειας είναι η ανάδειξη του βαθμού στον οποίο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει των κλάδο τον Ασφαλίσεων Υγείας στην Ελλάδα. Για το σκοπό αυτό πραγματοποιήθηκε έρευνα ερωτηματολογίου, το οποίο απευθύνθηκε σε καταναλωτές-ασφαλισμένους σε ιδιωτική εταιρεία που έχουν στην κατοχή τους συμβόλαιο ασφάλισης υγείας. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων παραγόντων που επηρεάζουν τη συμπεριφορά και τις απαιτήσεις των ασφαλισμένων όσον αφορά τα προγράμματα ασφάλισης υγείας. Τέλος έγινε χρήση τεχνικών παλινδρόμησης, ώστε να διερευνηθεί ο βαθμός στον οποίο αλληλεπιδρούν οι παράγοντες αυτοί μεταξύ τους, καθώς και το πρόσημο τις αλληλεπίδρασης τους. Η σημασία των αποτελεσμάτων έγκειται στη δυνατότητα που δίνεται να διερευνηθούν οι αιτίες για τις οποίες οι καταναλωτές αποχωρούν από την ιδιωτική ασφάλιση καθώς επίσης και τα κίνητρα που εντοπίζουν ώστε να εισέλθουν σε αυτή.

5.1 Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στην εκτίμηση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων από την ασφαλιστική τους κάλυψη, όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων καλύψεων αλλά και την αναγκαιότητά της πριν και μετά την οικονομική κρίση.

Η ανάλυση των απαντήσεων των ασφαλισμένων για την ανταποδοτικότητα των ασφαλίσεών τους αποσκοπεί στη σύγκριση των απόψεών τους.

Η αποτύπωση των λόγων που οδήγησαν στη σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, των λόγων που αυτή ενδεχομένως να διακόπηκε, του συνολικού κόστους της ασφάλισης καθώς και των παραγόντων που συνεισφέρουν στην θετική αξιολόγηση ενός ασφαλιστικού προγράμματος από τους καταναλωτές, παρουσιάζει ιδιαίτερη σημασία διότι γίνεται ουσιαστική αξιολόγηση των προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας από τους χρήστες τους. Επιπρόσθετα, τα παραπάνω στοιχεία εμφανίζουν χρησιμότητα και για τους λήπτες αποφάσεων που αφορούν στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Δηλαδή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη χάραξη εταιρικής πολιτικής με βάση τις απαντήσεις των καταναλωτών. Οι απόψεις των ασφαλισμένων μπορούν να χρησιμοποιηθούν ώστε να εξακριβωθούν οι απαιτήσεις τους και να εντοπιστούν, στη συνέχεια, τα σημεία εκείνα στα οποία οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι επαρκείς καθώς και τα σημεία στα οποία πρέπει να βελτιωθούν ώστε να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες του καταναλωτή. Η βελτιστοποίηση των διαδικασιών αλλά και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι δυνατόν να οδηγήσει σε μικρότερο λειτουργικό κόστος αλλά και αυξημένες πωλήσεις ασφαλειών υγείας. Η έρευνα θα αποτελέσει εργαλείο για να κριθεί εάν η ιδιωτική ασφάλιση στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα θα μπορεί να λειτουργήσει συμπληρωματικά στην δημόσια περίθαλψη ή και ενδεχομένως να την υποκαταστήσει μερικώς.

5.2. Ερευνητικά ερωτήματα

1. Πώς κρίνουν οι ασφαλισμένοι την παρεχόμενη ασφάλεια συναρτήσει των προσδοκιών τους και των κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών τους;

2. Πώς αυτές οι απόψεις έχουν αλλάξει ή διατηρηθεί πριν και μετά την οικονομική κρίση;
3. Ποιες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού απευθύνονται πλέον σε ασφαλιστικές εταιρείες για να συνάψουν συμβόλαια ασφάλισης υγείας;
4. Σε ποιο βαθμό καλύπτει η ασφάλεια υγείας τις βασικές παραμέτρους υγειονομικής φροντίδας, όπως η πρόληψη, η πρωτοβάθμια περίθαλψη και η μετανοσοκομειακή μέριμνα;
5. Τι θεωρούν σημαντικό οι ασφαλισμένοι στην παροχή αυτών των υπηρεσιών και ποια είναι η άποψη τους για την αναγκαιότητα ή μη του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας;

5.3. Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα εργασία κάνει χρήση περιγραφικών μέτρων και συσχετίσεων καθώς και μοντέλων παλινδρόμησης. Αφορά καταναλωτές από όλη την Ελληνική επικράτεια οι οποίοι είχαν ή έχουν ενεργό ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας με κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία. Ο υπό μελέτη πληθυσμός αποτελείται από άτομα και των δυο φύλων καθώς και όλων των κοινωνικών ομάδων, ανεξαρτήτως απολαβών, οικογενειακής και εργασιακής κατάστασης. Διενεργήθηκε διαμοιρασμός ερωτηματολογίων σε μεγάλα ασφαλιστικά πρακτορεία μέσω ταχυδρομείου σε πόλεις εκτός Αθηνών. Στην Αθήνα μοιράστηκαν από την ίδια την ερευνήτρια σε μεγάλο ασφαλιστικό πρακτορείο έχοντας γίνει πρώτα ανάλυση του σκοπού της έρευνας. Τα άτομα που ανταποκρίθηκαν στο ερωτηματολόγιο είναι κάτοχοι ασφαλιστηρίων συμβολαίων και αναζητήθηκαν μεταξύ στελεχών μεγάλων ομίλων όπως τράπεζες ασφαλιστικές εταιρείες και ιδιωτικά νοσηλευτήρια.

5.4 Περιγραφή του δείγματος και της δειγματοληπτικής μεθόδου

Το στάδιο της δειγματοληψίας είναι ένα από τα σημαντικότερα της ερευνητικής διαδικασίας, αφού η μέθοδος που επιλέγεται για τη διεξαγωγή της επηρεάζει καθοριστικά την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος προς τον πληθυσμό και ως εκ τούτου, τη δυνατότητα του ερευνητή να εξάγει έγκυρα αποτελέσματα μέσω των οποίων θα καταλήξει γενικεύοντας σε ασφαλή συμπεράσματα για τον υπό μελέτη πληθυσμό. Το δείγμα είναι μια συλλογή δειγματοληπτικών μονάδων (ατόμων) οι οποίες επιλέγονται ώστε να αποτελούν ένα αντιπροσωπευτικό μικρόκοσμο από τον οποίο μπορούν να εξαχθούν επαγωγικά

συμπεράσματα για τον πληθυσμό (Μπένος, 1991). Κατά τη δειγματοληψία ιδιαίτερο ρόλο παίζει η εκλογή του κατάλληλου πληθυσμού αναφοράς, η οποία συνήθως επιτυγχάνεται με τη διαστρωμάτωση (stratification) του δείγματος.

Κάθε έρευνα για να μπορέσει να πραγματοποιήσει τους στόχους και τον σκοπό της σχεδιάζεται σύμφωνα με ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω είδη έρευνας (Παναγιωτάκος, 2011).

- Ποιοτική

Διερευνά στάσεις, αξίες και απόψεις.

- Ποσοτική

Σε αυτού του είδους έρευνα εξάγονται ποσοτικά δεδομένα.

- Κοινής γνώμης

Αφορά τις απόψεις που έχει το κοινό για ένα θέμα.

- Παρώθησης κοινού

Αναφέρει τα κίνητρα του κοινού για μία πράξη.

- Ανταπόκρισης

Αφορά τον βαθμό ανταπόκρισης του κοινού σε προϊόντα, θέματα κοινού ενδιαφέροντος

Η παρούσα έρευνα, που συγκαταλέγεται στην ποιοτική και ποσοτική κατηγορία, συμπεριέλαβε, όπως ήδη αναφέρθηκε, ασφαλισμένους που έχουν στην κατοχή τους συμβόλαια ασφάλισης υγείας από κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία. Η έρευνα συμπεριλαμβάνει ασφαλισμένους από όλη την Ελλάδα. Το μέγεθος του υπό μελέτη πληθυσμού ανέρχεται σε 159 άτομα, ενώ τα στοιχεία της έρευνας συλλέχθηκαν εντός χρονικού διαστήματος δύο μηνών (Απρίλιος 2015 έως Μάιος 2015). Η μέθοδος επιλογής του δείγματος ήταν η απλή δειγματοληψία, διασφαλίζοντας έτσι την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και μικρών στατιστικών σφαλμάτων. Τα κριτήρια που τηρήθηκαν για την επιλογή του δείγματος παρατίθενται κάτωθι:

- Συναίνεση του ερωτώμενου για συμμετοχή στην έρευνα κατόπιν πληροφόρησής του για τον ακαδημαϊκό σκοπό διεξαγωγής της έρευνας, τη διατήρηση της ανωνυμίας του και την ενημέρωσή του ότι τα τελικά συμπεράσματα θα έχουν συλλογικό και όχι ατομικό χαρακτήρα.
- Κατοχή ασφαλιστηρίου συμβολαίου υγείας που είναι σε ισχύ ή που έχει διακοπεί τους τελευταίους 60 μήνες από την ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας

- Προέλευση των ασφαλισμένων από όλες τις ηλικιακές, επαγγελματικές και κοινωνικές ομάδες.

5.5 Το ερωτηματολόγιο

Η μέθοδος του ερωτηματολογίου, αποτελεί ένα από τα πιο ευέλικτα εργαλεία για τη διεξαγωγή δειγματοληπτικής έρευνας. Μέσω αυτού, ο ερευνητής μπορεί να αποκτήσει πρόσβαση σε πληροφορίες που αφορούν τη συμπεριφορά των ερωτώμενων καθώς επίσης και τα πιστεύω τους και τις πεποιθήσεις τους, τα οποία υπό άλλες συνθήκες δεν θα μπορούσε να απομονώσει. (Παναγιωτάκος, 2011). Το ερωτηματολόγιο συμβάλει στη συλλογή μεγάλου όγκου δεδομένων, σε μορφή κατάλληλη για στατιστική επεξεργασία, συνδυάζοντας ταυτόχρονα τη μικρότερη δυνατή ενόχληση του συμμετέχοντα με το μικρότερο δυνατό στατιστικό σφάλμα. Εξέχοντα ρόλο στην επίτευξη του στόχου του ερωτηματολογίου παίζει η σύνταξή του. Είναι σημαντικό οι ερωτήσεις να ανταποκρίνονται στα ερευνητικά ενδιαφέροντα της έρευνας με ακρίβεια, να είναι συγκεκριμένες, σαφείς και να μην απαιτούν πολύ χρόνο για να απαντηθούν, ώστε οι απαντήσεις να είναι αυθόρμητες. Με αυτό τον τρόπο ελαχιστοποιείται σημαντικά η πιθανότητα ανθρώπινου λάθους κατά την καταγραφή της πληροφορίας.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα έρευνα είναι δομημένο, ανώνυμο και σταθμισμένο και διανεμήθηκε σε πελάτες ασφαλιστικών εταιρειών. Ο σχεδιασμός του ερωτηματολογίου έγινε σύμφωνα με τους ερευνητικούς στόχους και σκοπούς. Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια στην Αθήνα και από κατά τόπους ασφαλιστικούς πράκτορες στους ασφαλισμένους άλλων περιοχών της Ελλάδας. Κατά την παράδοση έγινε μια σύντομη ανάλυση του σκοπού της έρευνας και δίνονταν επιπρόσθετες διευκρινήσεις σε όσους τις ζητούσαν, τόσο για τις ερωτήσεις όσο και για την ίδια την έρευνα. Οι ασφαλιστικοί πράκτορες που συμφώνησαν να συνδράμουν στη διεξαγωγή της έρευνας ενημερώθηκαν εκτενώς για όσα έπρεπε να ξέρουν οι ερωτώμενοι πριν απαντήσουν, από την ερευνήτρια. Ορισμένα από τα ερωτηματολόγια ελήφθησαν συμπληρωμένα την ίδια μέρα με την παράδοση, ενώ τα περισσότερα συλλέχθηκαν συμπληρωμένα μετά από την πάροδο μερικών ημερών, ώστε να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος στους συνεργαζόμενους ασφαλιστικούς πράκτορες να διανείμουν όσο το δυνατόν περισσότερα ερωτηματολόγια. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από τους ασφαλιστικούς πράκτορες, τοποθετήθηκαν σε φάκελο όπου αναγραφόταν ο τίτλος έρευνας και το ονοματεπώνυμο της ερευνήτριας και εστάλησαν στην τελευταία.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δυο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις, οι οποίες διαπραγματεύονται το κύριο αντικείμενο της έρευνας, δηλαδή το βαθμό με τον οποίο επηρεάστηκαν οι απόψεις των ερωτώμενων για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας από την οικονομική κρίση.

Ειδικότερα διερευνάται ποιοι λόγοι ωθούν τους καταναλωτές σε σύναψη συμβολαίου ασφάλειας υγείας, αν έχουν ενεργό συμβόλαιο τη στιγμή διεξαγωγής της έρευνας, πόσο ικανοποιημένοι είναι από την ασφαλιστική τους κάλυψη αν και εφόσον τη χρησιμοποίησαν, καθώς και τον τύπο της ασφάλισης που έχουν επιλέξει και τα ετήσια ασφάλιστρά τους.

Επίσης μελετώνται οι λόγοι που συνετέλεσαν σε τυχόν διακοπή του συμβολαίου ασφάλισης υγείας, η άποψη των ασθενών σχετικά με την κυριότερη χρησιμότητα του ιδιωτικού συμβολαίου υγείας ως υπηρεσία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή νοσοκομειακής περίθαλψης. Υπάρχουν ακόμη ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την ταυτότητα της ασφάλισης, τυχόν πρόσθετες υπηρεσίες που θα επιθυμούσαν οι ασφαλισμένοι να περιλαμβάνει η ασφάλισή τους.

Οι τελευταίες ερωτήσεις αφορούν την άποψη των ερωτώμενων σχετικά με την επιλογή Ελληνικής ή αλλοδαπής ασφαλιστικής εταιρείας για την ασφάλιση υγείας τους, τα σημεία στα οποία θεωρούν ότι η ασφάλιση σε Ελληνική εταιρεία υπολείπεται έναντι των ξένων εταιρειών καθώς και τους παράγοντες που εμπλέκονται στην επιλογή μεταξύ Ελληνικής και ξένης εταιρείας.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου εξετάζονται τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του υπό έρευνα πληθυσμού, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, ειδικότητα εργασίας, ετήσιο εισόδημα, τόπος κατοικίας, φορέας κοινωνικής ασφάλισης και ασφαλιστική εταιρεία με την οποία συνεργάζονται.

5.6 Πιλοτική εφαρμογή

Για να ελεγχθεί η ισχύς και οι περιγραφικές δυνατότητες του ερωτηματολογίου διενεργήθηκε πιλοτική εφαρμογή του σε ασφαλισμένους. Μέσω της εφαρμογής του ερωτηματολογίου σε πιλοτική βάση, ο ερευνητής δύναται να εντοπίσει τα σημεία στα οποία το ερωτηματολόγιο ανταποκρίνεται στους στόχους της έρευνας ικανοποιητικά καθώς και εκείνα που δεν καταφέρνει να απαντήσει αξιόπιστα. Ειδικότερα εντοπίζονται σημεία στα οποία οι ερωτήσεις δεν είναι πλήρως κατανοητές ή δημιουργούν παρερμηνείες μέσω διαφορετικών εκφράσεων.

Συνεπώς γνωρίζοντας τα σημεία αυτά πριν την τελική εφαρμογή, δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή να πραγματοποιήσει αλλαγές ούτως ώστε να τελειοποιήσει το ερωτηματολόγιο. Δευτερευόντως, ο ερευνητής λαμβάνει μια πρώτη εικόνα σχετικά με το πλήθος των απαντήσεων σε σχέση με το χρόνο εφαρμογής του ερωτηματολογίου, του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου καθώς και της μορφής στην οποία λαμβάνονται τα δεδομένα (Σαχίνη – Καρδάση, 2000).

Η διενέργεια της πιλοτικής εφαρμογής έλαβε χώρα τη χρονική περίοδο 13/3/2015 με 30/3/2015 και σε αυτή έλαβαν μέρος 20 ασφαλισμένοι. Η στατιστική ανάλυση μεταξύ των δυο κυμάτων της πιλοτικής εφαρμογής έγινε χρησιμοποιώντας έλεγχο συσχετίσεων. Χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο οι συντελεστές χ^2 του Pearson και V του Cramér. Ο έλεγχος έδειξε ότι οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνταν ήταν ξεκάθαρες και κατανοητές σε επίπεδο εμπιστοσύνης 5% και έγιναν μικρές συντακτικές διορθώσεις, βασισμένες σε σχόλια των ερωτώμενων. Επίσης, για να διερευνηθεί η αξιοπιστία κλίμακας του ερωτηματολογίου έγινε έλεγχος συνοχής των αντίστοιχων απαντήσεων. Για τον έλεγχο αυτό υπολογίστηκε ο δείκτης Alpha του Cronbach, ο οποίος υπολογίστηκε ίσος με $\alpha = 0,792$ και κρίνεται ως ικανοποιητικός.

Σε συνέχεια των αποτελεσμάτων της πιλοτικής εφαρμογής της έρευνας ερωτηματολογίου, ξεκίνησε η κύρια έρευνα μέσω ασφαλιστικών πρακτόρων σε όλη την Ελληνική επικράτεια. Η έρευνα διεξήχθη μεταξύ Απριλίου 2015 και Μαΐου 2015. Η ερευνήτρια ήρθε σε επαφή με τους κατά τόπους πράκτορες που επέλεξαν να συνεργαστούν και τους ενημέρωσε για όλα όσα έπρεπε να γνωρίζουν για τη διαμοίραση των ερωτηματολογίων, ώστε να καταγραφούν τυχόν λάθη στη συμπλήρωσή τους και στην κατανόησή τους. Μέρος των ερωτηματολογίων διαμοιράστηκε από την ερευνήτρια, στην Αθήνα. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε σε ειδικούς φακέλους με τον τίτλο της παρούσας εργασίας και το ονοματεπώνυμο της ερευνήτριας. Οι φάκελοι αυτοί στη συνέχεια εστάλησαν στην ερευνήτρια μέσω υπηρεσίας ταχυμεταφοράς (courier).

5.7 Ηθικές προεκτάσεις και αδυναμίες της έρευνας

Πριν την έναρξη της έρευνας υποβλήθηκε αίτημα σε περισσότερους ασφαλιστικούς πράκτορες από όσους συνεργάστηκαν εν τέλει, ώστε να εξασφαλιστεί μεγαλύτερος αριθμός απαντήσεων αλλά και ευρύτερη γεωγραφική κάλυψη. Είναι σημαντικό ότι η πιλοτική έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω προφορικής αίτησης προς τους ασφαλιστικούς πράκτορες που επέλεξαν να συμμετάσχουν. Κατά τη διάρκεια της διανομής του ερωτηματολογίου στην κύρια φάση της έρευνας γινόταν ενημέρωση του ασφαλισμένου από τον πράκτορα για τους σκοπούς της έρευνας, συμβάλλοντας έτσι στην σωστή εφαρμογή του.

Παρά τα παραπάνω, δηλαδή τις προσπάθειες της ερευνήτριας να ενημερώσει τους συνεργαζόμενους για τους σκοπούς, τους στόχους και τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, η μεγαλύτερη αδυναμία της έρευνας θεωρείται η εφαρμογή του ερωτηματολογίου από τρίτους, δηλαδή η εξάρτηση της έρευνας από ασφαλιστικούς πράκτορες ώστε να επιτευχθεί ικανός αριθμός ερωτηματολογίων και ικανοποιητική γεωγραφική κάλυψη.

5.8 Στατιστική ανάλυση

Όταν ολοκληρώθηκε η συλλογή των ερωτηματολογίων, τα δεδομένα των απαντήσεων κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν στο λογισμικό IBM SPSS Statistics V.20 το οποίο θεωρείται διεθνώς ένα από τα χρησιμότερα και ισχυρότερα εργαλεία ανάλυσης και διαχείρισης μεταβλητών για έρευνες τέτοιου τύπου. Πραγματοποιήθηκαν αρχικά έλεγχοι καλής προσαρμογής, ώστε να διερευνηθεί τυχόν προσαρμογή των δεδομένων σε γνωστή κατανομή, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα παραμετρικής ανάλυσης. Χρησιμοποιήθηκε για αυτό το σκοπό το στατιστικό τεστ των Kolmogorov-Smirnov για την τυπική κανονική κατανομή. Εντούτοις, μετά τα αρνητικά αποτελέσματα αυτού του ελέγχου η ανάλυση συνεχίστηκε με μη-παραμετρικές μεθόδους. Χρησιμοποιήθηκαν πίνακες συνάφειας (crosstabs), ώστε να ελεγχθούν οι συσχετίσεις δυο μεταβλητών. Επίσης χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών. Επίσης για τη συσχέτιση μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν οι συντελεστές ϕ του Pearson και V του Cramér. Αντιστοίχως για μεταβλητές κλίμακας χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής tau του Kendall. Τέλος για την ανάλυση παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκε η δίτιμη λογιστική παλινδρόμηση (binary logistic regression) η οποία εκτελέστηκε με τη μέθοδο backward. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (significance) σε όλες τις αναλύσεις ορίστηκε το 5%, δηλαδή οι συντελεστές p-value των ελέγχων να είναι $p < 0,05$. Τα

αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται μέσα από περιγραφικούς πίνακες, διαγράμματα και πίνακες συνάφειας.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται αναλυτικά τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας με τη μορφή πινάκων και γραφημάτων. Παράλληλα επεξηγούνται και σχολιάζονται τα πιο ενδιαφέροντα σημεία, καθώς και η σημασία τους για την έρευνα. Για να αποφευχθούν λάθη, όλα τα ποσοστά αφορούν τις έγκυρες απαντήσεις ανά ερώτηση (valid answers), καθώς υπάρχουν περιπτώσεις στις οποίες κάποιος ερωτώμενος αμέλησε ή επέλεξε να μην απαντήσει σε κάποια ερώτηση. Αναλυτικότερα, σε πρώτο στάδιο γίνεται περιγραφική αναφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού, και κατόπιν των υπολοίπων μεταβλητών του. Γίνεται χρήση στατιστικών μέτρων θέσης και κύμανσης, όπως ο στατιστικός μέσος και η τυπική απόκλιση, και ακολουθούν έλεγχοι συσχετίσεων, οι οποίοι υπολογίζονται με βάση το επίπεδο σημαντικότητας 5%. Τέλος παρουσιάζονται οι λογιστικές παλινδρομήσεις που αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο, με σκοπό την εξέταση των σχέσεων που αναπτύσσουν μεταξύ τους οι σημαντικότεροι παράγοντες όπως αυτοί προέκυψαν από τις συσχετίσεις.

6.1 Περιγραφή του δείγματος του υπο μελέτη πληθυσμού

Ο πληθυσμός που ενδιαφέρει την παρούσα έρευνα αποτελείται από άτομα τα οποία επέλεξαν να συνάψουν συμβόλαιο ασφάλειας υγείας με κάποια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία. Το συμβόλαιο δεν χρειάζεται απαραίτητα να είναι ενεργό, αρκεί, στην περίπτωση που δεν έχει ανανεωθεί, να έχει λήξει εντός των τελευταίων 5 ετών από την ημερομηνία διεξαγωγής της έρευνας. Ο παραπάνω περιορισμός τέθηκε ώστε οι διακοπές συμβολαίων να αφορούν την περίοδο της οικονομικής κρίσης και να μην είναι παλαιότερες. Συνολικά απαντήθηκαν 159 ερωτηματολόγια από σύνολο 200 διανεμημένων, δηλαδή η ανταπόκριση ως ποσοστό διαμορφώθηκε στο 79,5%. Ο υπό μελέτη πληθυσμός περιλαμβάνει άτομα και των δυο φύλων, όλων των ηλικιακών και κοινωνικών ομάδων καθώς και όλων των επαγγελματικών επιλογών,

από ανέργους και υπαλλήλους μέχρι ελεύθερους επαγγελματίες και αγρότες, όλων των εισοδηματικών στοιβάδων.

Παρακάτω παρατίθενται συνοπτικά τα σημαντικότερα από τα στοιχεία που αφορούν τα δημογραφικά, επαγγελματικά και ασφαλιστικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού. Τα πλήρη περιγραφικά στοιχεία παρατίθενται εκτενώς στο Παράρτημα 1.

6.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τις 158 έγκυρες απαντήσεις στην ερώτηση «Φύλο» οι 99 ήταν άνδρες και οι 59 γυναίκες, τα αντίστοιχα ποσοστά, όπως διαμορφώνονται και στον Πίνακα 6.1, είναι 63% για τους άνδρες και 37% για τις γυναίκες.

Ακόμη παρουσιάζεται ο τόπος μόνιμης κατοικίας των ερωτηθέντων, κωδικοποιημένος σε κατηγορίες περιοχών. Από τους 159 οι 34 ήταν από την Αθήνα και οι 20 από τη Θεσσαλονίκη, με ποσοστά 21% και 13% αντιστοίχως. Μεγάλος όγκος των απαντήσεων, δηλαδή 33 άτομα, αντιστοιχεί στην Πελοπόννησο με ποσοστό που φτάνει στο 21%. Από τη βόρεια Ελλάδα, δηλαδή τη Μακεδονία και τη Θράκη ήταν 24 άτομα ενώ από την ηπειρωτική, δηλαδή από Ήπειρο, Θεσσαλία και Στερεά Ελλάδα ήταν 28 άτομα. Τα αντίστοιχα ποσοστά κυμάνθηκαν γύρω από 15,5% και 18% αντίστοιχα. Τέλος από τα Νησιά προερχόταν το 16% των παρατηρήσεων, ήτοι 20 απαντήσεις.

Τέλος στον Πίνακα 5.1 φαίνεται ο αριθμός μελών ανά οικογένεια τα οποία αφορά η ασφάλεια υγείας. Στην περίπτωση του ενός (1) ασφαλισμένου ανήκουν 12 περιπτώσεις, δηλαδή 8% του συνόλου. Δυο (2) ασφαλισμένα μέλη έχουν 45 νοικοκυριά, ποσοστό ίσο με 31% ενώ τρία (3) άτομα απάντησαν το 27% των παρατηρήσεων, δηλαδή 37 άτομα. Σε νοικοκυριά με τέσσερις (4) και πέντε (5) ασφαλισμένους απάντησαν ότι ανήκουν 23 άτομα και στις δυο περιπτώσεις, ήτοι ποσοστό 16% καθ' εκάστη κατηγορία. Τέλος, άνω των πέντε (>5) ασφαλισμένων έχουν στις οικογένειές τους 4 από τους ερωτηθέντες, ποσοστό ίσο με 3%. Το σύνολο των παρατηρήσεων που απάντησαν στην ερώτηση αυτή ήταν 144 άτομα.

Πίνακας 5.1: *Δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού*

Χαρακτηριστικό	Πλήθος έγκυρων	Ποσοστό
Φύλο	N=158	

<i>Ανδρας</i>	99	62,7%
<i>Γυναίκα</i>	59	37,3%
Ηλικιακή ομάδα	N=159	
<i>κάτω των 30</i>	17	10,7%
<i>31-40</i>	50	31,4%
<i>41-50</i>	57	35,8%
<i>51-60</i>	23	14,5%
<i>61-70</i>	6	3,8%
<i>άνω των 70</i>	6	3,8%
Τόπος κατοικίας	N=159	
<i>Αθήνα</i>	34	21,4%
<i>Θεσσαλονίκη</i>	20	12,6%
<i>Μακεδονία-Θράκη</i>	24	15,1%
<i>Πελοπόννησος</i>	33	20,8%
<i>Ήπειρος-Θεσσαλία-Στερεά</i>	28	17,6%
<i>Ελλάδα</i>	28	17,6%
<i>Νήσοι</i>	20	12,6%
Μέλη οικογένειας που καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας	N=144	
<i>1</i>	12	8,3%
<i>2</i>	45	31,3%
<i>3</i>	37	25,7%
<i>4</i>	23	16,0%
<i>5</i>	23	16,0%
<i>Άνω των 5</i>	4	2,8%

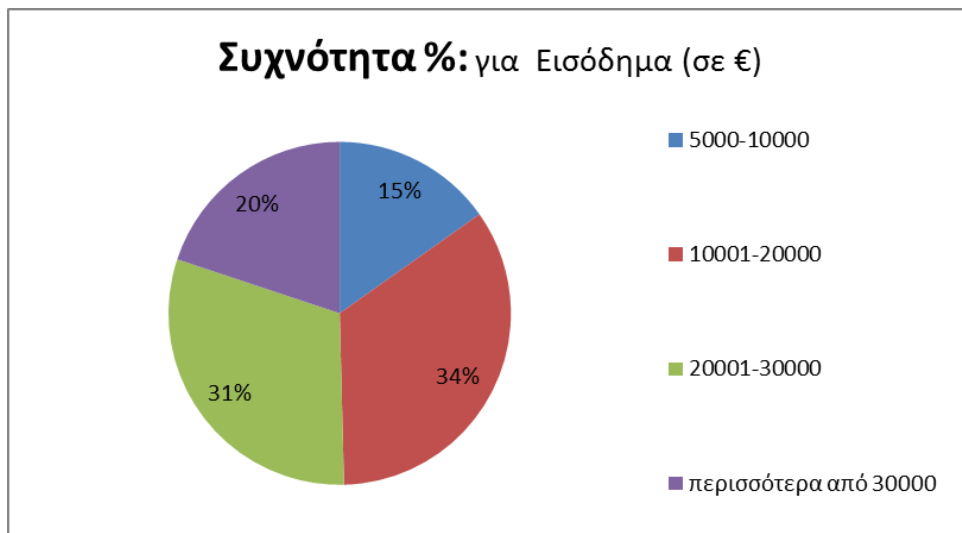
6.3 Επαγγελματικά χαρακτηριστικά του υπο μελέτη πληθυσμού

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5.2, το μεγαλύτερο ποσοστό το οποίο αγγίζει το 49% και έλαβε μέρος στην έρευνα είναι Ιδιωτικοί Υπάλληλοι, και μόνο ένα μικρό ποσοστό περίπου στο 4% έχει την ιδιότητα του Ανέργου, δηλαδή 6 άτομα. Επίσης, απάντησαν το ερωτηματολόγιο 13 Συνταξιούχοι, δηλαδή ποσοστό 8% και 15 δημόσιοι υπάλληλοι, ποσοστό 9,5%. Τέλος, μεγάλος σχετικά όγκος των ερωτηθέντων ακολουθούσε ελεύθερο επάγγελμα. Πιο αναλυτικά Ελεύθεροι Επαγγελματίες και Αγρότες δήλωσαν 33 άτομα, δηλαδή 21% του συνόλου, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 9% αντιστοιχεί σε 14 άτομα τα οποία δήλωσαν ότι ακολουθούν «Άλλο» επάγγελμα.

Πίνακας 5.2: Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά του Υπό Μελέτη Πληθυσμού

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά	Πλήθος Έγκυρων	Ποσοστό
Εισόδημα σε €	N=151	
>10000	23	15,2%
10001-20000	52	34,4%
20001-30000	46	30,5%
Επάγγελμα	N=158	
Άνεργος	6	3,8%
Συνταξιούχος	13	8,2%
Ιδιωτικός υπάλληλος	77	48,7%
Δημόσιος Υπάλληλος	15	9,5%
Ελεύθερος Επαγγελματίας	33	20,9%
Άλλο	14	8,9%

Επιπροσθέτως, ο παραπάνω Πίνακας 5.2 εμπεριέχει στοιχεία για την εισοδηματική διαστρωμάτωση των 151 ερωτηθέντων, τα οποία παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον γιατί είναι από τους σημαντικότερους λόγους που θα περίμενε κανείς να διακόψει ή να συνεχίσει την ασφάλεια υγείας του.



Εικόνα 6.1: Κατανομή Εισοδήματος

6.4 Ασφαλιστικά χαρακτηριστικά δείγματος

Παρακάτω, στον Πίνακα 5.3 παρατίθενται τα στοιχεία που αφορούν την ασφαλιστική κάλυψη των ερωτηθέντων αναφορικά με τη υγειονομική τους περίθαλψη, είτε από πλευρά κοινωνικής ασφάλισης είτε ιδιωτικής.

Η μεγάλη πλειοψηφία των απαντήσεων, στην ερώτηση που αφορά τον φορέα κοινωνικής ασφάλισης, συγκεντρώνεται στην επιλογή του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.). Συγκεκριμένα τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. επέλεξαν 126 άτομα, τα οποία αντιστοιχούν σε ποσοστό 79%, ενώ το Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων - Τομέας Υγειονομικών (Ε.Τ.Α.Α.-Υγειονομικών, Πρώην Τ.Σ.Α.Υ.) συγκέντρωσε μόλις 4 παρατηρήσεις ήτοι ποσοστό 2,5%. Επίσης 21 άτομα επέλεξαν «Άλλο» ταμείο, συγκεντρώνοντας συνολικά 13% του συνόλου των παρατηρήσεων.

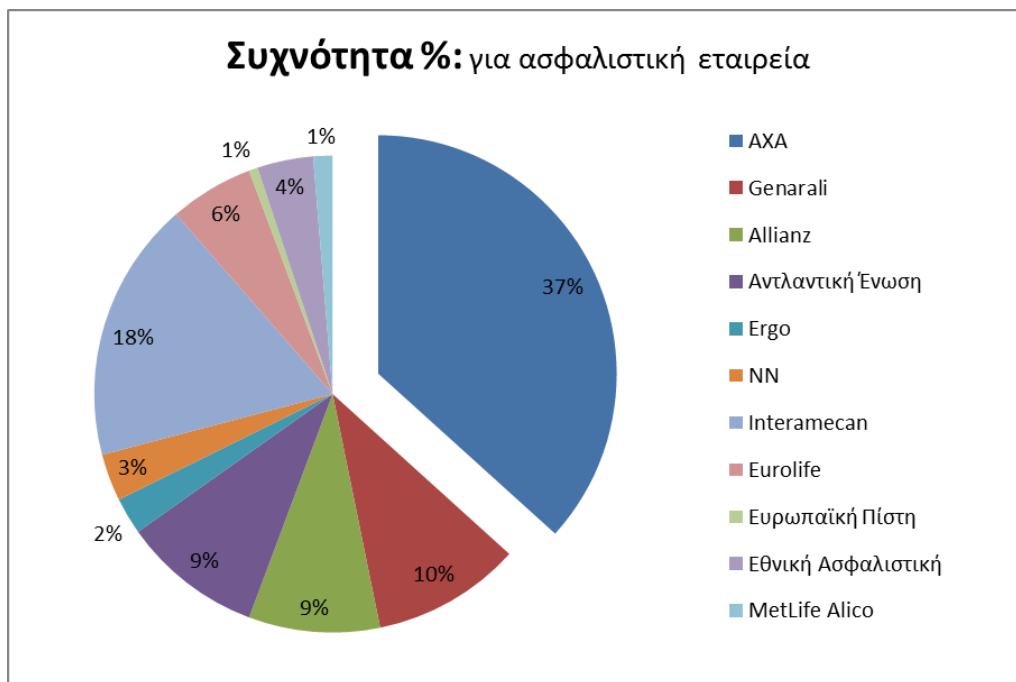
Όσον αφορά την ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία που επέλεξε ο κάθε ασφαλισμένος για να συνάψει συμβόλαιο ασφάλισης υγείας, το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στην AXA Ασφαλιστική, στην οποία είναι ασφαλισμένοι 58 από τους ερωτηθέντες, ποσοστό που αντιστοιχεί σε 37% του συνόλου των 151 που απάντησαν στην ερώτηση. Επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνουν οι ασφαλισμένοι της Interamerican, οι οποίοι αριθμούν 28 άτομα και ποσοστό 18 %.

Ακολουθούν με μικρές αποκλίσεις οι Generali με 16 άτομα, Ατλαντική Ένωση με 15 άτομα και Allianz με 14 άτομα και αντίστοιχα ποσοστά 10%, 9,5% και 9%.

Πίνακας 5.3: Ασφαλιστικά Χαρακτηριστικά Πληθυσμού

Ασφαλιστικά χαρακτηριστικά	Πλήθος Έγκυρων	Ποσοστό
Φορέας κοινωνικής ασφάλισης	N=151	
<i>Ε.Ο.Π.Υ.Υ.</i>	126	79,2%
<i>Ε.Τ.Α.Α.-Υγειονομικών</i>	4	2,5%
<i>Άλλο</i>	21	13,2%

Έπειτα με μονοψήφιο πλήθος ατόμων η Eurolife με 9 άτομα και ποσοστό 6%, η Εθνική Ασφαλιστική με 6 άτομα και 4%, η NN (πρώην ING) με 5 άτομα και αντίστοιχο ποσοστό 3%. Τέλος, μικρότερο ποσοστό συγκεντρώνουν, με 2 και 1 παρατηρήσεις αντιστοίχως οι εταιρείες MetLife Alico με 1% και η Ευρωπαϊκή Πίστη με 0,6%.



Γράφημα 6.2: Συχνότητα ασφαλιστικών εταιρειών

6.5 Ανάλυση συσχέτισεως-Πίνακες Συνάφειας

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται το επόμενο στάδιο της αναλυτικής διαδικασίας που ακολουθήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας. Αφού εξετάστηκαν τα μέτρα θέσης και διασποράς καθώς και οι συχνότητες των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση-μεταβλητή, κρίθηκε σκόπιμο να διερευνηθεί η σχέση και η πιθανή συσχέτιση κάθε μεταβλητής του πρώτου μέρους του ερωτηματολογίου, με τις δημογραφικές μεταβλητές του δεύτερου μέρους. Μέσω αυτής της διαδικασίας διερευνάται ο πιθανή αλληλεπίδραση που μπορεί να δημιουργείται μεταξύ των μεταβλητών, αποκαλύπτοντας τελικά τους παράγοντες που επιδρούν σημαντικά στις αποφάσεις των ασφαλισμένων.

Το πρώτο στάδιο ήταν ο έλεγχος καλής προσαρμογής (goodness-of-fit), μέσω του οποίου εξετάζεται η προσαρμογή των δεδομένων σε κάποια γνωστή κατανομή. Οι κατανομές που εξετάστηκαν ήταν η Κανονική (Normal), Εκθετική (Exponential) και η Ομοιόμορφη (Uniform), χρησιμοποιώντας το στατιστικό έλεγχο των Kolmogorov και Smirnov. Τα αποτελέσματα των παραπάνω ελέγχων ήταν αρνητικά, δηλαδή δεν μπόρεσε να αποδειχθεί προσαρμογή των δεδομένων σε κάποια γνωστή κατανομή. Ως εκ τούτου για τον έλεγχο των συσχέτισεων επιλέχθηκε η μέθοδος των πινάκων συνάφειας (contingency tables) και το στατιστικό test ϕ (phi) του Pearson για τις δίτιμες μεταβλητές ενώ ο συντελεστής V του

Cramér χρησιμοποιήθηκε για τις υπόλοιπες περιπτώσεις. Στις κατηγορικές μεταβλητές έγινε χρήση του συντελεστή τ (tau) του Kendall. Βάσει των παραπάνω ελέγχων αλλά και του επιπέδου σημαντικότητας (significance level), το οποίο έχει οριστεί ίσο με 5%, κρίθηκαν οι συσχετίσεις ως στατιστικά σημαντικές ή μη στατιστικά σημαντικές. Επιπροσθέτως, ένα ακόμα test που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο έλεγχος ανεξαρτησίας του Pearson, που γίνεται χρησιμοποιώντας την κατανομή χ^2 -τετράγωνο (Pearson's chi-squared independence test), ώστε να είναι βέβαιη η συσχέτιση που τυχόν θα προκύψει.

Παρακάτω παρατίθενται οι σημαντικότερες από αυτές τις συσχετίσεις, ώστε να σχολιαστούν αναλυτικά τα αποτελέσματά τους. Παρατηρήθηκε ότι οι περισσότερες από αυτές εμπεριέχουν ως εξαρτημένη μεταβλητή τις «Καλύψεις» που περιλαμβάνει το συμβόλαιο των ερωτώμενων, συγκεκριμένα αν περιλαμβάνει νοσοκομειακή, έξω-νοσοκομειακή ή συνδυασμένη φροντίδα, καθώς και τη μεταβλητή «Ενεργό συμβόλαιο», η οποία αφορά την ισχύ ή μη του συμβολαίου κατά τη στιγμή της διενέργειας της έρευνας.

6.5.1. Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Προτίμηση φροντίδας»

Πιο αναλυτικά, παρακάτω, παρουσιάζεται ο πίνακας συνάφειας των μεταβλητών «Καλύψεις υπάρχοντος συμβολαίου» και «Προτίμηση φροντίδας». Η τελευταία διερευνά την προτίμηση των ασφαλισμένων ανάμεσα στις επιλογές της έξω-νοσοκομειακής φροντίδας, της νοσοκομειακής κάλυψης και του συνδυασμού των δυο.

Στο Πίνακα 5.4 όσον αφορά τη μεταβλητή «Προτίμηση φροντίδας» παρατηρείται ότι το 70% όσων επέλεξαν ότι θεωρούν κυριότερη την πρωτοβάθμια φροντίδα δήλωσαν ότι οι καλύψεις του συμβολαίου τους περιλαμβάνουν μόνο αυτού του είδους τη φροντίδα. Ακολουθούν με ποσοστό 20% όλοι όσοι θεωρούν κυρίαρχη την πρωτοβάθμια φροντίδα αλλά τα συμβόλαιά τους είναι μικτά, ενώ μόνο το 10% όσων θεωρούν σημαντικότερη την πρωτοβάθμια φροντίδα δεν την περιλαμβάνει στο συμβόλαιό του.

Πίνακας 5.4: Crosstabulation: Καλύψεις - Προτίμηση φροντίδας

		Υπάρχουσες Καλύψεις			Σύνολο	
		Νοσοκομειακή φροντίδα	Πρωτοβάθμια φροντίδα	Μικτή		
Προτίμηση φροντίδας	Πρωτοβάθμια	Πλήθος	1	7	2	10
		%Προτίμηση φροντίδας	10	70	20	100
		% Συνόλου	0.7%	5.1%	1.4%	7.2%
	Νοσοκομειακή	Πλήθος	47	1	7	55
		%Προτίμηση φροντίδας	85,5	1,8	12,7	100.0%
		% Συνόλου	34.1%	0.7%	5.1%	39.9%
	Μικτή	Πλήθος	22	3	48	73
		% Προτίμηση φροντίδας	30,1	4,1	65,8	100.0%
		% Συνόλου	15.9%	2.2%	34.8%	52.9%
Σύνολα	Πλήθος	70	11	57	138	
	%Προτίμηση φροντίδας	50.7%	8.0%	41.3%	100.0%	
	% Συνόλου	50.7%	8.0%	41.3%	100.0%	

Ομοίως, στο δεύτερο επίπεδο της ίδιας μεταβλητής, το οποίο αφορά όσους θεωρούν σημαντικότερες τις ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες, το υψηλότερο ποσοστό, 85,5% έχει απαντήσει πως η ασφάλεια του περιλαμβάνει μόνο τέτοιου είδους υπηρεσίες. Η ίδια κατηγορία αποτελεί και ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά συνολικά 34%. Ένα σημαντικό ποσοστό, αν και πολύ μικρότερο και ίσο με 13% απάντησε ότι το συμβόλαιό του καλύπτει και τις δυο κατηγορίες υπηρεσιών, (ένδο- και έξω- νοσοκομειακή φροντίδα) ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό όσων πιστεύουν ότι κυρίαρχο ρόλο παίζει η ενδονοσοκομειακή μέριμνα, δεν την περιλαμβάνει στις ασφαλιστικές καλύψεις του.

Τέλος, στο τελευταίο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής, το οποίο επιλέγουν όσοι θεωρούν εξίσου σημαντική την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και την νοσοκομειακή φροντίδα, υψηλότερο ποσοστό 66% παρουσιάζουν όσοι όντως καλύπτονται απέναντι σε αυτές τις καλύψεις. Οι ίδιοι αποτελούν και το μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό του πίνακα, 35%. Ακολουθούν όσοι επιλέγουν να έχουν μόνο νοσοκομειακή κάλυψη ενώ θεωρούν και την πρωτοβάθμια σημαντική με 30% και ένα πολύ μικρό ποσοστό, της τάξης του 4% συγκεντρώνουν όσοι καλύπτονται μόνο για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες.

Όπως φαίνεται ο πίνακας επιβεβαιώνει αυτό που ήταν αναμενόμενο και εμπειρικά, ότι δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό κάθε κατηγορίας της ανεξάρτητης μεταβλητής θα είχε ήδη καλυφθεί απέναντι στον κίνδυνο που θεωρούσε πιο σημαντικό. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας του Pearson έχει $p\text{-value} < 0,001$, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών και εκτελείται έλεγχος V του Cramér για να εντοπιστεί το πρόσημο και ο βαθμός της συσχέτισης. Ο συντελεστής $V=0,594$ δείχνει ότι η συσχέτιση είναι μέτρια σε ισχύ αλλά στατιστικά σημαντική, αφού το $p\text{-value}$ του ελέγχου αυτού είναι το ίδιο με τον έλεγχο χ^2 του Pearson που εκτελέστηκε παραπάνω, άρα ισχύει έχει $p\text{-value} < 0,001$.

6.5.2. Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Συνολικά Ετήσια ασφάλιστρα»

Ο επόμενος πίνακας συνάφειας αφορά τις μεταβλητές «Καλύψεις υπάρχοντος συμβολαίου» ως ανεξάρτητη και «Συνολικά ετήσια ασφάλιστρα» ως εξαρτημένη. Η τελευταία μεταβλητή μετρά και κατηγοριοποιεί τους ασφαλισμένους ανάλογα με τα ετήσια καθαρά ασφάλιστρα που καταβάλουν στην εταιρεία τους.

Στον Πίνακα 5.5 παρατηρείται ότι το 45% όσων απάντησαν, στη μεταβλητή «Ετήσια Ασφάλιστρα», ότι πληρώνουν από €1 έως €500, έχουν συμβόλαια ασφάλισης υγείας που αφορούν την νοσοκομειακή φροντίδα. Έπειτα ακολουθούν με ποσοστό 27% όλοι όσων τα συμβόλαια περιλαμβάνουν εξωνοσοκομειακή φροντίδα μόνο και με ίδιο ακριβώς ποσοστό, δηλαδή 28%, όλοι όσοι επιλέγουν να καλύπτονται πλήρως και από τις δυο κατηγορίες φροντίδας.

Συνεχίζοντας, το δεύτερο επίπεδο της ίδιας μεταβλητής, στο οποίο ανήκουν όσοι πληρώνουν ετησίως €501 έως €1.000 για ασφάλιση υγείας, παρουσιάζει το υψηλότερο ποσοστό του, 61% στην κατηγορία της νοσοκομειακής κάλυψης. Αυτό σημαίνει πως σχεδόν 3 στους 5 ασφαλισμένους που πληρώνουν €501- €1.000 έχει ασφάλεια νοσοκομειακής φροντίδας. Η κατηγορία αυτή έχει και ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά συνολικά, 20%. Ένα σημαντικό ποσοστό, αν και μικρότερο και ίσο με 39% απάντησε ότι το συμβόλαιό του καλύπτει και τις δυο κατηγορίες υπηρεσιών, (ένδο- και έξω- νοσοκομειακή φροντίδα) ενώ κανένας από όσους ανήκουν σε αυτή την κατηγορία ασφαλιστρών δεν δήλωσε ότι έχει μόνο εξωνοσοκομειακή κάλυψη στο συμβόλαιο ασφάλισης υγείας του.

Πίνακας 5.5: *Crosstabulation Καλύψεις - Ετήσια Ασφάλιστρα*

		Καλύψεις				
		Νοσοκομειακή φροντίδα	Πρωτοβάθμια φροντίδα	Μικτή	Σύνολο	
Ετήσια Ασφάλιστρα	€ - €500	Πλήθος	13	8	8	29
		% Ετησίων Ασφαλιστρών	44,8	27,6	27,6	100.%
		% Συνόλου	10.2%	6.3%	6.3%	22,8
	€501 - €1.000	Πλήθος	25	0	16	41
		% Ετησίων Ασφαλιστρών	61	0	39	100.0%
		% Συνόλου	19.7%	0.0%	12.6%	32,3
	€1.001 - €1.500	Πλήθος	24	1	13	38
		% Ετησίων Ασφαλιστρών	63,2	2,6	34,2	100.0%
		% Συνόλου	18.9%	0.8%	10.2%	29,9
	περισσότερα από €1.500	Πλήθος	2	2	15	19
		% Ετησίων Ασφαλιστρών	10,5	10,5	78,9	100.0%
		% Συνόλου	1.6%	1.6%	11.8%	15
Σύνολα	Πλήθος	64	11	52	127	
	% Ετησίων Ασφαλιστρών	50.4%	8.7%	40.9%	100.0%	
	% Συνόλου	50.4%	8.7%	40.9%	100.0%	

Τα επόμενα δυο επίπεδα της ανεξάρτητης μεταβλητής, τα επιλέγουν όσοι ετησίως καταβάλουν για ασφάλεια υγείας €1.001 έως €1.500 και περισσότερα από €1.500 αντιστοίχως. Υψηλό ποσοστό 63,2% παρουσιάζουν όσοι ανήκουν στην πρώτη περίπτωση των €1.001- €1.500 και ασφαλίζονται απέναντι στα έξοδα της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Ακόμα σημαντικότερο ποσοστό, 78,9% συγκεντρώνουν όσοι πληρώνουν άνω των €1.500 και έχουν μικτή ασφάλιση. Κάτι που φαίνεται λογικό, αφού περιλαμβάνει περισσότερες υπηρεσίες.

Ο Πίνακας 5.5 φαίνεται να δείχνει ότι οι περισσότεροι όσων επιλέγουν εξωνοσοκομειακή φροντίδα βρίσκονται σε χαμηλή βαθμίδα κόστους, ενώ οι κατηγορίες της νοσοκομειακής

φροντίδας και των μικτών υπηρεσιών έχουν ομαλές διαβαθμίσεις σε όλες τις κατηγορίες κόστους. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας του Pearson έχει $p\text{-value} < 0,001$, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών. Ο έλεγχος V του Cramér δίνει συντελεστή $V=0,366$ ο οποίος δείχνει ότι η συσχέτιση είναι μικρή αλλά ξεκάθαρα θετική. Το $p\text{-value}$ του ελέγχου αυτού είναι $p\text{-value} < 0,001$ συνεπώς κρίνεται ως στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

6.5.3. Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Χρήση ιδιωτικής ασφάλισης»

Ακολούθως ο Πίνακας 5.6 είναι ο πίνακας συνάφειας των μεταβλητών «Καλύψεις υπάρχοντος συμβολαίου» και «Χρήση ιδιωτικής ασφάλισης». Η τελευταία μεταβλητή, η οποία είναι και η ανεξάρτητη εκ των δυο, αφορά την ερώτηση «Έχετε κάνει χρήση της ιδιωτικής σας ασφάλειας υγείας;» και είναι δίτιμη, δηλαδή έχει μόνο δυο επίπεδα, «Ναι» και «Όχι».

Πίνακας5.6: Crosstabulation Καλύψεις - Χρήση ιδιωτικής ασφάλισης

		Καλύψεις			Σύνολο
		Νοσοκομειακή φροντίδα	Πρωτοβάθμια φροντίδα	Μικτή	
Χρήση ιδιωτικής ασφάλισης	Πλήθος	49	4	21	74
	Όχι % Χρήση Ιδιωτικής	66,2	5,4	28,4	100.%
	% Συνόλου	36.3%	3.0%	15.6%	54.8%
	Ναι % Χρήση Ιδιωτικής	33%	11,5	55,7	100.0%
	% Συνόλου	14.8%	5.2%	25.2%	45.2%
	Σύνολα	Πλήθος	69	11	55
	% Χρήση Ιδιωτικής	51,1	8,1	40,7	100.0%
	% Συνόλου	51.1%	8.1%	40.7%	100.0%

Αναφορικά με τη μεταβλητή «Χρήση Ιδιωτικής Ασφάλισης» παρατηρείται στον Πίνακα 6.6 ότι ένα πολύ σημαντικό ποσοστό, ίσο με 66% αντιστοιχεί σε όσους έχουν ασφάλιση απέναντι στη νοσοκομειακή φροντίδα αλλά δεν έχουν κάνει χρήση της. Επίσης ένα ποσοστό ίσο με 28% όσων δήλωσαν ότι δεν έχουν κάνει χρήση της ασφάλισής τους δήλωσαν επίσης

ότι η ασφάλιση αυτή αφορούσε ενδο- και έξω - νοσοκομειακές καλύψεις. Το χαμηλότερο ποσοστό αντιστοιχεί σε όσους είχαν εξωνοσοκομειακή κάλυψη και δεν την χρησιμοποίησαν.

Επιπρόσθετα, στο δεύτερο επίπεδο της ίδιας μεταβλητής, το οποίο αφορά όσους έχουν κάνει χρήση της ασφάλισής τους, το υψηλότερο ποσοστό, 56% παρατηρείται στην κατηγορία που περιλαμβάνει όσους έχουν μικτή ασφάλιση. Δηλαδή, από όσους έκαναν χρήση της ασφάλισής τους, οι μισοί είχαν μικτή ασφάλιση για πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα. Ακολουθούν με 33% όσοι είχαν νοσοκομειακή κάλυψη, ενώ στην κατηγορία της πρωτοβάθμιας φροντίδας κατατάσσονται 11,5% των περιπτώσεων.

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας του Pearson έχει $p\text{-value} = 0,001$, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών σε επίπεδο εμπιστοσύνης 5% και εκτελείται, στη συνέχεια, ο έλεγχος ϕ (phi) του Pearson για να εντοπιστεί το πρόσημο και ο βαθμός της συσχέτισης. Επιλέγεται ο συντελεστής V επειδή είναι πιο κατάλληλος για δίτιμες μεταβλητές. Ο συντελεστής $V=0,333$ δείχνει ότι η συσχέτιση είναι μικρή σε ισχύ αλλά στατιστικά σημαντική, αφού το $p\text{-value}$ του ελέγχου αυτού είναι το ίδιο με τον έλεγχο χ^2 του Pearson που εκτελέστηκε παραπάνω, άρα ισχύει έχει $p\text{-value} = 0,001$.

6.5.4. Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Φύλο»

Ο παραπάνω έλεγχος έγινε και μεταξύ των μεταβλητών «Καλύψεις υπάρχοντος συμβολαίου» και «Φύλο». Ο αντίστοιχος πίνακας συνάφειας παρατίθεται παρακάτω. Επειδή η μεταβλητή «Φύλο» είναι δίτιμη για την εξαγωγή αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής ϕ (phi) του Pearson για να εντοπιστεί και ο βαθμός της συσχέτισης μεταξύ των δυο μεταβλητών, καθώς και το πρόσημό του.

Πίνακας 5.7: Crosstabulation Καλύψεις - Φύλο

		Καλύψεις				
		Νοσοκομειακή φροντίδα	Πρωτοβάθμια φροντίδα	Μικτή	Σύνολο	
Φύλο	Άνδρας	Πλήθος	51	3	36	90
		% Φύλου	56,7	3,3	40	100.0%
		% Συνόλου	37.0%	2.2%	26.1%	65.2%
	Γυναίκα	Πλήθος	19	8	21	48
		% Φύλου	39,6%	16,7	43,8	100.0%
		% Συνόλου	13.8%	5.8%	15.2%	34.8%
Σύνολα	Πλήθος	70	11	57	138	
	% Φύλου	50.7%	8.0%	41.3%	100.0%	
	% Συνόλου	50.7%	8.0%	41.3%	100.0%	

Στον Πίνακα 5.7 όσον αφορά τη μεταβλητή «Φύλο» παρατηρείται ότι το 57% των ανδρών επιλέγουν συμβόλαια τα οποία καλύπτουν τις δαπάνες που προκύπτουν από τη νοσοκομειακή φροντίδα. Η ίδια κατηγορία αποτελεί και ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά συνολικά 37%. Δηλαδή περίπου ένας στους δυο άντρες προτιμάει τη νοσοκομειακή φροντίδα έναντι των άλλων επιλογών καλύψεων Ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό 40% των ανδρών επιλέγουν να συμπεριλαμβάνουν στα συμβόλαιά τους και τους δυο τύπους ασφάλισης. Σύμφωνα με τα δεδομένα της έρευνας, μόνο ένα μικρό ποσοστό των ανδρών επιλέγει αποκλειστικά την πρωτοβάθμια φροντίδα.

Ομοίως, στο δεύτερο επίπεδο της μεταβλητής «Φύλο», τις γυναίκες, είναι μεγαλύτερο το ποσοστό που επιλέγει τη μικτή κάλυψη 44%. Η νοσοκομειακή φροντίδα έρχεται δεύτερη με ποσοστό 40% μεταξύ των γυναικών και 14% επί του συνόλου. Όπως και στους άνδρες, το μικρότερο ποσοστό, προτιμάει αποκλειστικά την πρωτοβάθμια φροντίδα στις καλύψεις του συμβολαίου του. Εντούτοις, το ποσοστό αυτό στις γυναίκες είναι πιο σημαντικό σε μέγεθος, καθώς συγκεντρώνει 17% των γυναικών.

Ο Πίνακας 5.7 δείχνει ότι οι άντρες έχουν διαφορετικό προσανατολισμό από τις γυναίκες σχετικά με τις επιλογές τους στις καλύψεις της ασφάλειας υγείας τους. Οι άντρες προτιμούν ξεκάθαρα τη νοσοκομειακή φροντίδα, ενώ οι γυναίκες τη μικτή ασφάλιση με δεύτερη επιλογή τη νοσοκομειακή φροντίδα. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 του Pearson έχει p-value < 0,012, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και εκτελείται έλεγχος ϕ (phi) του Pearson για να το πρόσημο και την ισχύ της συσχέτισης. Ο συντελεστής $V=0,254$ δείχνει ότι η συσχέτιση είναι μικρή σε ισχύ αλλά στατιστικά σημαντική, αφού έχει p-value = 0,012.

6.5.5. Συσχέτιση: «Καλύψεις Συμβολαίου» - «Ετήσιο εισόδημα»

Η τελευταία συσχέτιση που παρουσιάζεται στο παρόν τμήμα της έρευνας και συμπεριλαμβάνει ως ανεξάρτητη μεταβλητή τις «Καλύψεις», περιλαμβάνει ως ανεξάρτητη το «Ετήσιο Εισόδημα». Πιο συγκεκριμένα, παραπάνω, παρουσιάζεται ο αντίστοιχος πίνακας συνάφειας. Η μεταβλητή του εισοδήματος έχει τρία στρώματα, το πρώτο από €5.000 έως €10.000, το δεύτερο από €10.001 έως €20.000 και το τρίτο με ετήσιες απολαβές άνω των €20.001

Στον Πίνακα 5.8 φαίνεται ότι το 50% όσων ανήκουν στην πρώτη κατηγορία εισοδήματος, δηλαδή €5.000-10.000 ασφαρίζονται ενάντια στα έξοδα της νοσοκομειακής φροντίδας. Ένα εξίσου σημαντικό αλλά μικρότερο ποσοστό 39% προτιμάει την ενδο- και εξω- νοσοκομειακή φροντίδα ενώ μόλις 11% αυτών που ανήκουν σε αυτή την εισοδηματική κατηγορία επιλέγουν εξωνοσοκομειακές καλύψεις στα συμβόλαια υγείας τους.

Πίνακας 5.8: Crosstabulation Καλύψεις - Εισόδημα

			Καλύψεις			Σύνολο
			Νοσοκομειακή φροντίδα	Πρωτοβάθμια φροντίδα	Μικτή	
Εισόδημα	€5.000-€10.000	Πλήθος	9	2	7	18
		% Εισόδημα	50	11,1	38,9	100.0%
		% Συνόλου	6.8%	1.5%	5.3%	13.0%
	€10.001-€20.000	Πλήθος	17	8	18	43
		% Εισόδημα	39,5	18,6	41,9	100.0%
		% Συνόλου	12.9%	6.1%	13.6%	32.0%
	Περισσότερα από 20.001	Πλήθος	40	1	30	71
		% Εισόδημα	56,3	1,4	42,3	100.0%
		% Συνόλου	30.3%	0.8%	22.7%	53.0%
Σύνολα	Πλήθος	66	11	55	132	
	% Εισόδημα	50.0%	8.3%	41.7%	100.0%	
	% Συνόλου	50.0%	8.3%	41.7%	100.0%	

Στο δεύτερο επίπεδο της ίδιας μεταβλητής, τη στοιβάδα με ετήσιο εισόδημα €10.001-€20.000, η πλειοψηφία των παρατηρήσεων, 42% επιλέγει τη μικτή φροντίδα, δηλαδή εντός και εκτός νοσοκομείου, αντιστρέφοντας την εικόνα της προηγούμενης κατηγορίας. Την

αντιστροφή αυτή ενισχύει το ποσοστό της νοσοκομειακής φροντίδας, το οποίο είναι 39,5%. Τέλος, ένα σημαντικό ποσοστό, αν και πολύ μικρότερο και ίσο με 19% απάντησε ότι το συμβόλαιό του καλύπτει μόνο την πρωτοβάθμια περίθαλψη, παρατηρείται ότι οι δυο πρώτες εισοδηματικές κατηγορίες δίνουν μικρότερη σημασία στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Τέλος, στο τελευταίο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής, στο οποίο συγκεντρώνονται όσοι έχουν υψηλές ετήσιες απολαβές, άνω των €20.001 υψηλότερο ποσοστό 56% παρουσιάζουν όσοι όντως καλύπτονται απέναντι στον κίνδυνο των ενδονοσοκομειακών εξόδων. Οι ίδιοι αποτελούν και το μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό του πίνακα, 30%. Ακολουθούν όσοι επιλέγουν να έχουν μικτή κάλυψη, νοσοκομειακή και πρωτοβάθμια με ποσοστό 42% και ένα πολύ μικρό ποσοστό, της τάξης του 1% συγκεντρώνουν όσοι καλύπτονται μόνο για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες.

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας του Pearson έχει $p\text{-value} < 0,024$, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών και εκτελείται έλεγχος V του Cramér. Ο συντελεστής $V=0,206$ δείχνει ότι η συσχέτιση είναι μικρή. Το $p\text{-value}$ του ελέγχου είναι ίσο με $p\text{-value} = 0,024$ όπως και στον έλεγχο χ^2 παραπάνω.

Παρακάτω παρατίθενται οι σημαντικότερες συσχετίσεις που εντοπίστηκαν μέσω της ανάλυσης των δεδομένων και περιλαμβάνουν την μεταβλητή «Ενεργό Συμβόλαιο» ως εξαρτημένη.

6.5.6. Συσχέτιση: «Ενεργό Συμβόλαιο» - «Επάγγελμα»

Πιο αναλυτικά, παρουσιάζεται ο πίνακας συνάφειας των μεταβλητών «Επάγγελμα» και «Ενεργό συμβόλαιο». Η πρώτη, όπως περιγράφηκε σε προηγούμενη ενότητα διερευνά την επαγγελματική απασχόληση των ασφαλισμένων και τους κατηγοριοποιεί σε μη ενεργούς, δηλαδή ανέργους ή συνταξιούχους, μισθωτούς, δηλαδή υπαλλήλους του ιδιωτικού ή δημοσίου τομέα, και ελευθέρους επαγγελματίες, όπως επιχειρηματίες, αγρότες και προσωπικές επιχειρήσεις (ιατρεία, δικηγορικά γραφεία κ.α.).

Στο Πίνακα 5.9 όσον στη μεταβλητή «Επάγγελμα» παρατηρείται ότι το 68% όσων επέλεξαν ότι είναι μη ενεργοί επαγγελματίες δήλωσαν επίσης ότι δεν έχουν ενεργά συμβόλαια

ασφάλισης υγείας. Το ποσοστό αυτό είναι κατά πολύ μεγαλύτερο όσων ανήκουν στην ίδια κατηγορία και έχουν ενεργά συμβόλαια 32%.

Αντιστρόφως οι μισθωτοί έχουν κατά πλειοψηφία ενεργά συμβόλαια με ποσοστό 70%. Η ίδια κατηγορία αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό συνολικά με 40,5%. Αντιθέτως οι μισθωτοί με ανενεργά συμβόλαια είναι μόλις 30% του συνόλου.

Τέλος, στο τελευταίο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής, το οποίο επιλέγουν όσοι εξασκούν κάποιο ελεύθερο επάγγελμα, υψηλότερο ποσοστό 74,5% αυτοί που έχουν ενεργά συμβόλαια.

Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο συγκριτικά από το αντίστοιχο των μισθωτών, και συμπληρώνεται από το κατά πολύ μικρότερο ποσοστό όσων ελεύθερων επαγγελματιών δεν έχουν ενεργό συμβόλαιο.

Πίνακας 5.9 Crosstabulation Ενεργό Συμβόλαιο-Επάγγελμα

			Ενεργό συμβόλαιο		
			Ναι	Όχι	Σύνολο
Επάγγελμα	Μη ενεργός	Πλήθος	6	13	19
		% Επάγγελμα	31,6%	68,4%	100,0%
		% Συνόλου	3,8%	8,2%	12,0%
	Μισθωτός	Πλήθος	64	46	92
		% Επάγγελμα	69,6%	30,4%	100,0%
		% Συνόλου	40,5%	17,7%	58,2%
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	Πλήθος	35	12	47
		% Επάγγελμα	75,5%	25,5%	100,0%
		% Συνόλου	22,2%	7,6%	29,7%
Σύνολα	Πλήθος	105	53	158	
	% Επάγγελμα	66,5%	33,5%	100,0%	
	% Συνόλου	66,5%	33,5%	100,0%	

Η ανάλυση επιβεβαιώνει κάτι που ήταν αναμενόμενο και διαισθητικά, ότι δηλαδή τα οικονομικά ενεργά μέλη του υπό μελέτη πληθυσμού διατηρούν σε μεγάλο βαθμό τη

δυνατότητα να έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε σύγκριση με τα μη ενεργά. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας του Pearson για το δίδυμο των μεταβλητών δίνει p-value =0,002, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και έλεγχος χ^2 του Pearson δίνει συντελεστή $\chi^2=0,277$. Αυτό δείχνει ότι η συσχέτιση είναι μικρή αλλά στατιστικά σημαντική, αφού το p-value = 0,002<0,05.

6.5.7. Συσχέτιση: «Ενεργό Συμβόλαιο» - «Μέγεθος Ασφαλιστικής»

Ακολουθώντας, εξετάζεται η σχέση των μεταβλητών «Μέγεθος ασφαλιστικής» και «Ενεργό συμβόλαιο» και παρουσιάζεται ο πίνακας συνάφειας τους. Η πρώτη, όπως αποτελεί κατηγοριοποίηση της μεταβλητής «Ασφαλιστική Εταιρεία» με βάση τα αποτελέσματα χρήσης των εταιρειών του 2014. Έτσι οι εταιρείες που παρουσιάστηκαν σε προηγούμενη ενότητα χωρίζονται σε μικρές, μεσαίες και μεγάλες, ανάλογα με το τζίρο τους.

Πίνακας 5.10: Crosstabulation Ενεργό Συμβόλαιο - Μέγεθος Ασφαλιστικής

		Ενεργό συμβόλαιο			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
Μέγεθος ασφαλιστικής	Μικρή	Πλήθος	19	4	23
		%Μέγεθος ασφαλιστικής	82.6%	17.4%	100.0%
		%Συνόλου	11.9%	2.5%	14.5%
	Μεσαία	Πλήθος	70	46	116
		% Μέγεθος ασφαλιστικής	60.3%	39.7%	100.0%
		% Συνόλου	44.0%	28.9%	73.0%
	Μεγάλη	Πλήθος	17	3	20
		% Μέγεθος ασφαλιστικής	85.0%	15.0%	100.0%
		% Συνόλου	10.7%	1.9%	12.6%
Σύνολα	Πλήθος	106	53	159	
	% Μέγεθος ασφαλιστικής	66.7%	33.3%	100.0%	
	% Συνόλου	66.7%	33.3%	100.0%	

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 5.10 το 83% όσων συνεργάζονται με μικρή ασφαλιστική εταιρεία για την ασφάλιση υγείας τους, δήλωσαν ότι έχουν ενεργά συμβόλαια. Το ποσοστό

αυτό είναι κατά πολύ μεγαλύτερο (υπερ-τετραπλάσιο) όσων ανήκουν στην ίδια κατηγορία και δεν έχουν ενεργά συμβόλαια 17%.

Το ίδιο μοτίβο αν και πιο ισορροπημένα ποσοστά παρουσιάζουν οι πελάτες των μεσαίων ασφαλιστικών εταιρειών. Τα ενεργά συμβόλαια σε αυτή την κατηγορία είναι 60% σε αντίθεση με τα ανενεργά που αγγίζουν το 39 %, κατά πολύ μεγαλύτερο ποσοστό αναλογικά με την προηγούμενη κατηγορία ασφαλιστικής εταιρείας.

Ομοίως, στο τελευταίο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής, στο οποίο συγκαταλέγονται όσοι ασφαλιζονται σε μεγάλη ασφαλιστική εταιρεία, υψηλότερο ποσοστό 85% αυτοί που έχουν ενεργά συμβόλαια. Το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο συγκριτικά από το αντίστοιχο των δυο άλλων κατηγοριών. Το αντίστοιχο ποσοστό ανενεργών συμβολαίων είναι μόλις 15%

Ο έλεγχος ανεξαρτησίας χι-τετράγωνο του Pearson για αυτές τις μεταβλητές δίνει p-value =0,021. Η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται σε επίπεδο εμπιστοσύνης 5%, συνεπώς οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες. Ο έλεγχος χ^2 του Pearson δίνει συντελεστή $\chi^2=0,221$.

6.5.8. Συσχέτιση: «Ενεργό Συμβόλαιο» - «Εισόδημα»

Πιο αναλυτικά, παρουσιάζεται ο πίνακας συνάφειας των μεταβλητών «Εισόδημα» και «Ενεργό συμβόλαιο». Η πρώτη, παρουσίασε ενδιαφέρον και σε προηγούμενη παράγραφο όταν ελέγχτηκε η συσχέτισή της με την μεταβλητή «Καλύψεις Συμβολαίου».

Στον Πίνακα 5.11 φαίνεται ότι το 43,5% όσων ανήκουν στην πρώτη κατηγορία εισοδήματος, δηλαδή €5.000-10.000 έχουν ενεργά συμβόλαια. Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο από αυτό των μη ενεργών 56,5% αλλά η διαφορά δεν κρίνεται ιδιαίτερα μεγάλη.

Στο δεύτερο επίπεδο της ίδιας μεταβλητής, τη στοιβάδα με ετήσιο εισόδημα €10.001-€20.000, η πλειοψηφία των παρατηρήσεων, 67% διατηρεί ενεργό συμβόλαιο. Σε αυτή την κατηγορία η διαφορά μεταξύ των ενεργών και ανενεργών συμβολαίων είναι πιο εμφανής, αφού τα τελευταία αντιπροσωπεύουν ποσοστό 33%.

Στο τελευταίο επίπεδο της ανεξάρτητης μεταβλητής, στο οποίο ανήκουν όσοι έχουν ετήσιες απολαβές άνω των €20.001 υψηλότερο ποσοστό 76%, παρουσιάζουν όσοι έχουν ενεργά

συμβόλαια. Οι ίδιοι αποτελούν και το μεγαλύτερο συνολικό ποσοστό του πίνακα, 38%. Αντίθετα, τα ανενεργά συμβόλαια απαρτίζουν μόλις το 24% των υψηλών εισοδημάτων.

Πίνακας 5.11: *Crosstabulation* Ενεργό Συμβόλαιο - Εισόδημα

		Ενεργό συμβόλαιο			
		Ναι	Όχι	Σύνολο	
Εισόδημα	€5.000-€10.000	Πλήθος	10	13	23
		% Εισόδημα	43,5	56,5	100.0%
		%Συνόλου	6.6%	8.6%	15.2%
	€10.001-€20.000	Πλήθος	35	17	52
		% Εισόδημα	67,30	32,7	100.0%
		%Συνόλου	23.2%	11.3%	23.4%
	Περισσότερα από 20.001	Πλήθος	58	18	76
		% Εισόδημα	76,3	23,7	100.0%
		%Συνόλου	38.4%	11.9%	50.3%
Σύνολο	Πλήθος	103	48	151	
	% Εισόδημα	68.2%	31.8%	100.0%	
	%Συνόλου	68.2%	31.8%	100.0%	

Όπως είναι φανερό μέσω των στοιχείων που παρουσιάζει ο Πίνακας, όσο ανεβαίνει κανείς εισοδηματική στοιβάδα, τόσο μεγαλώνει η απόλυτη πιθανότητα να έχει στην κατοχή του ενεργό συμβόλαιο ασφάλισης υγείας. Ο έλεγχος ανεξαρτησίας του Pearson για το δίδυμο των μεταβλητών δίνει $p\text{-value} = 0,012$, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας των δυο μεταβλητών σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Ο συντελεστής ϕ του Pearson είναι ίσος με $\phi = 0,242$.

6.5.9. Συσχέτιση: «Ενεργό Συμβόλαιο» - «Τόπος κατοικίας»

Ο τελευταίος πίνακας συνάφειας που εξετάζεται αφορά τις μεταβλητές «Τόπος κατοικίας» και «Ενεργό συμβόλαιο». Ο τόπος κατοικίας αποτελεί κατηγοριοποίηση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου στην ερώτηση «Σε ποια πόλη κατοικείτε;». Οι πόλεις έχουν συμπυκνωθεί σε γεωγραφικές κατηγορίες: Αθήνα, Θεσσαλονίκη, Μακεδονία-Θράκη, Πελοπόννησος, Ήπειρος/Θεσσαλία/Στερεά Ελλάδα και Νήσοι.

Στο Πίνακα 5.12 σχεδόν σε κάθε επίπεδο της μεταβλητής «Τόπος κατοικίας» τα ποσοστά των ενεργών συμβολαίων ασφάλισης υγείας υπερτερούν των μη ενεργών. Εντούτοις, αξίζει να γίνει αναφορά στα μεγαλύτερα από αυτά.

Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό ενεργών συμβολαίων ασφάλισης υγείας εντοπίζεται στις Νήσους με 90,5%. Αντιστρόφως, η μεγαλύτερη αναλογία ανενεργών συμβολαίων παρατηρείται στην Πελοπόννησο, με ποσοστό 57%. Το μεγαλύτερο απόλυτο ποσοστό του πίνακα αντιστοιχεί σε Αθηναίους με ενεργό συμβόλαιο, 18%, κάτι αναμενόμενο μιας και ο μισός περίπου Ελληνικός πληθυσμός διαμένει στην πρωτεύουσα.

Πίνακας 5.12: *Crosstabulation* Ενεργό Συμβόλαιο - Τόπος

			Ενεργό συμβόλαιο		
			Ναι	Όχι	Σύνολο
Τόπος	Αθήνα	Πλήθος	28	9	37
		% Τόπος	75.7%	24.3%	100.0%
		%Συνόλου	17.6%	5.7%	23.3%
	Θεσσαλονίκη	Πλήθος	10	8	18
		% Τόπος	55.6%	44.4%	100.0%
		%Συνόλου	6.3%	5.0%	11.3%
	Μακεδονία/Θράκη	Πλήθος	15	10	25
		% Τόπος	60.0%	40.0%	100.0%
		%Συνόλου	9.4%	6.3%	15.7%
	Πελοπόννησος	Πλήθος	13	17	30
		% Τόπος	43.3%	56.7%	100.0%
		%Συνόλου	8.2%	10.7%	100.0%
	Ήπειρος/ Θεσσαλία/ Στερεά	Πλήθος	21	7	28
		% Τόπος	75.0%	25.0%	100.0%
		%Συνόλου	13.2%	4.4%	17.6%
	Νήσοι	Πλήθος	19	2	21
		% Τόπος	90.5%	9.5%	100.0%
		%Συνόλου	11.9%	1.3%	13.2%
Σύνολο	Πλήθος	106	53	159	
	% Τόπος	66.7%	33.3%	100.0%	

%Συνόλου	66.7%	33.3%	100.0%
----------	-------	-------	--------

Ο έλεγχος χι-τετράγωνο για το δίδυμο των μεταβλητών δίνει p-value =0,006, το οποίο σε επίπεδο σημαντικότητας 5% θεωρείται στατιστικά σημαντικό. Αντίστοιχα ο έλεγχος συσχέτισης φ του Pearson δίνει συντελεστή $\phi=0,321$ με p-value = 0,006<0,05.

Παραπάνω παρουσιάζονται οι συσχετίσεις εκείνες που ήταν στατιστικά σημαντικές για την παρούσα έρευνα. Μέσω αυτών λαμβάνουμε πληροφορία σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν τους ασφαλισμένους όσον αφορά την ισχύ ή μη του συμβολαίου ασφάλισης υγείας καθώς και των περιεχόμενων καλύψεων του.

Στη συνέχεια γίνεται προσπάθεια διερεύνησης της γραμμικής σχέσης των μεταβλητών με τις οποίες προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, ώστε να επιτευχθεί η ενσωμάτωσή τους σε ένα ενιαίο μοντέλο παλινδρόμησης.

6.5.10. Διερεύνηση γραμμικού μοντέλου για τις «Καλύψεις»

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί η γραμμική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Καλύψεις και των ανεξάρτητων Προτίμηση φροντίδας, Ετήσια Ασφάλιστρα, Εισόδημα και Φύλο, είναι αυτή της Λογιστικής Παλινδρόμησης για κατηγορικές μεταβλητές (Multinomial Logistic Regression). Η διαδικασία εκτελείται με τη μέθοδο backwards, δηλαδή ξεκινώντας με όλες τις μεταβλητές εντός του μοντέλου και αφαιρώντας όσες τυχόν δεν συνεισφέρουν σε αυτό.

Στην περίπτωση του μοντέλου των Καλύψεων, όπως αυτό παρουσιάζεται στον Πίνακα 6.13 η τιμή αναφοράς είναι η μικτή ασφάλιση, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας. Η μέθοδος backward απέρριψε την μεταβλητή «Εισόδημα» ως μη απαραίτητη για το μοντέλο, με αυτό τον τρόπο το Pseudo R-squared κατά Nagelkerke του μοντέλου είναι ίσο με $R^2=0,641$, και κρίνεται ως ικανοποιητικό.

Παρατηρούμε ότι στην περίπτωση της νοσοκομειακής φροντίδας, η μεταβλητή Φύλο έχει πολύ υψηλές τιμές στη στήλη που αφορά τα p-values. Δεδομένου ότι η τιμή τους είναι υψηλότερη του 0,05 που έχει οριστεί ως επίπεδο σημαντικότητας, αυτό σημαίνει πως δεν

υπάρχουν αρκετά στοιχεία για να απορριφθεί η μηδενική υπόθεση ότι η επίδραση της μεταβλητής αυτής στο μοντέλο είναι μηδενική, δηλαδή ότι η παράμετρος B τους είναι ίση με τη μονάδα, διατηρώντας όλες τις υπόλοιπες παραμέτρους του μοντέλου σταθερές.

Ομοίως, στην περίπτωση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας, το p-value που αντιστοιχεί στα Ετήσια Ασφάλιστρα είναι μεγαλύτερο του 0,05. Συνεπώς, και σε αυτή την περίπτωση, η μηδενική υπόθεση, ότι η επίδραση των Ετησίων Ασφαλίσεων στην περίπτωση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας δεν μπορεί να απορριφθεί, διατηρώντας τις υπόλοιπες παραμέτρους σταθερές.

Πίνακας 5.13: Λογιστική Παλινδρόμηση - Καλύψεις Συμβολαίου

	Όνομα Ανεξάρτητης	Τιμές ανεξάρτητης	B	Τυπικό Σφάλμα	Wald	β.ε .	p-value	Exp(B)
Νοσοκομειακή Φροντίδα		Σταθερά	-3,156	1,029	9,415	1	,002	
	Προτίμηση Φροντίδας	Πρωτοβάθμια	-18,943	0,000		1		<0,000 1
		Νοσοκομειακή Μικτή	2,358	,556	17,982	1	,000	10,568
	Ετήσια ασφάλιστρα	€1 - €500	2,148	1,043	4,240	1	,039	8,568
		€501 - €1.000	2,286	,946	5,837	1	,016	9,838
		€1.001 - €1.500	2,491	,943	6,980	1	,008	12,076
		Περισσότερα από €1.500						
	Εισόδημα	€5.000 - €10.000	,138	,829	,028	1	,867	1,148
		€10.001 - €20.000 Περισσότερα από €20.000	,020	,620	,001	1	,975	1,020
	Φύλο	Άνδρας Γυναίκα	,659	,581	1,287	1	,257	1,932
Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα		Σταθερά	-3,948	2,728	2,095	1	,148	
	Προτίμηση Φροντίδας	Πρωτοβάθμια	3,691	1,490	6,138	1	,013	40,079
		Νοσοκομειακή Μικτή	2,283	1,583	2,079	1	,149	9,802
	Ετήσια ασφάλιστρα	€1 - €500	1,802	2,310	,609	1	,435	6,062
		€501 - €1.000	-14,912	87,420	,000	1	,986	<0,000 1
		€1.001 - €1.500	-,803	2,459	,107	1	,744	,448
		Περισσότερα από €1.500						
	Εισόδημα	€5.000 - €10.000	1,370	2,090	,429	1	,512	3,934
		€10.001 - €20.000 Περισσότερα από €20.000	3,043	2,018	2,275	1	,131	20,972
	Φύλο	Άνδρας	-2,689	1,275	4,448	1	,035	,068

Η στήλη $\text{Exp}(B)$, επειδή περιέχει τους συντελεστές B ως εκθέτες του e (της σταθεράς του Napier) παρουσιάζει ουσιαστικά τα Odds Ratios για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή ανά επίπεδο της εξαρτημένης μεταβλητής.

Πρακτικά αυτό σημαίνει, στην περίπτωση των Ετησίων Ασφαλιστρών, πως οι ασφαλισμένοι που ανήκουν στην τρίτη κατηγορία ασφαλιστρών €1.001 - €1.500, διατηρώντας όλα τα υπόλοιπα σταθερά, δώδεκα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να επιλέξουν νοσοκομειακή κάλυψη έναντι της μικτής (κατηγορία αναφοράς εξαρτημένης μεταβλητής), συγκρινόμενοι με όσους πληρώνουν ετησίως άνω των €1500 (κατηγορία αναφοράς ανεξάρτητης μεταβλητής). Επίσης, όσοι ανήκουν στην πρώτη κατηγορία ασφαλιστρών €1 έως €500 έχουν οκτώ φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να επιλέξουν νοσοκομειακή έναντι μικτής ασφάλισης, σε σχέση με αυτούς που πληρώνουν άνω των €1500 ετησίως. Η πιθανότητα αυτή αυξάνει στην περίπτωση αυτών που πληρώνουν μεταξύ €500 και €1000 και φτάνει στο Odds Ratio 9,788.

Αντιστοίχως, είναι αναμενόμενο το γεγονός ότι όσοι θεωρούν ως σημαντικότερη τη νοσοκομειακή φροντίδα έχουν δεκαπλάσια πιθανότητα να την επιλέξουν έναντι της μικτής, σε σχέση με αυτούς που προτιμούν τη μικτή. Ενώ όσοι θεωρούν σημαντική μόνο την πρωτοβάθμια φροντίδα έχουν ελάχιστη πιθανότητα να επιλέξουν την νοσοκομειακή ασφάλιση υγείας σε σχέση με αυτούς που προτιμούν τη μικτή.

Όσον αφορά τη διαφορά μεταξύ των φύλων, φαίνεται πως οι άντρες έχουν σχεδόν διπλάσια πιθανότητα από τις γυναίκες να επιλέξουν τη νοσοκομειακή κάλυψη έναντι της μικτής.

Στην περίπτωση της εξωνοσοκομειακής φροντίδας οι ασφαλισμένοι που ανήκουν στην τρίτη κατηγορία ασφαλιστρών €1.001 - €1.500, διατηρώντας όλες τις άλλες παραμέτρους σταθερές, παρουσιάζουν 0,861 φορές μικρότερη πιθανότητα να επιλέξουν εξωνοσοκομειακή κάλυψη έναντι της μικτής, συγκρινόμενοι με όσους πληρώνουν ετησίως άνω των €1500. Επίσης, όσοι ανήκουν στην πρώτη κατηγορία ασφαλιστρών €1 έως €500 έχουν σχεδόν δέκα φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να επιλέξουν πρωτοβάθμια φροντίδα στα συμβόλαιά τους έναντι της μικτής ασφάλισης, σε σχέση με αυτούς που πληρώνουν άνω των €1500 ετησίως. Η πιθανότητα αυτή μειώνεται απότομα στην περίπτωση αυτών που πληρώνουν μεταξύ €500 και €1000 και φτάνει πολύ κοντά σε μηδενικές τιμές.

Παρόλο που είναι αναμενόμενο όσοι θεωρούν ως σημαντικότερη την εξωνοσοκομειακή φροντίδα να την επιλέξουν έναντι της μικτής σε σχέση με αυτούς που προτιμούν τη μικτή,

είναι εντυπωσιακό το Odds Ratio του πίνακα το οποίο φτάνει στο 45,87. Παράλληλα αυτοί που θεωρούν σημαντική μόνο την δευτεροβάθμια φροντίδα έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να επιλέξουν την πρωτοβάθμια ασφάλιση υγείας σε σχέση με αυτούς που προτιμούν τη μικτή.

Τέλος παρατηρείται ότι οι άντρες έχουν 0,47 φορές μικρότερη πιθανότητα να επιλέξουν να ασφαλιστούν έναντι εξόδων πρωτοβάθμιας φροντίδας έναντι της μικτής, σε σχέση με τις γυναίκες.

6.5.11. Διερεύνηση γραμμικού μοντέλου για το «Ενεργό συμβόλαιο»

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί η γραμμική σχέση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής Ενεργό Συμβόλαιο και των ανεξάρτητων Τόπος, Μέγεθος Ασφαλιστικής, Επάγγελμα και Εισόδημα, είναι αυτή της Δίτιμης Λογιστικής Παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression). Η διαδικασία εκτελείται με τη μέθοδο backwards, δηλαδή ξεκινώντας με όλες τις μεταβλητές εντός του μοντέλου και αφαιρώντας όσες τυχόν δεν συνεισφέρουν σε αυτό.

Στην περίπτωση του μοντέλου του Ενεργού Συμβολαίου, όπως αυτό παρουσιάζεται στον Πίνακα 5.14 η τιμή αναφοράς είναι η περίπτωση το συμβόλαιο που δε βρίσκεται σε ισχύ. Η μέθοδος backward απέρριψε την μεταβλητή «Επάγγελμα» ως μη απαραίτητη για το μοντέλο, με αυτό τον τρόπο το Pseudo R-squared κατά Nagelkerke του μοντέλου είναι ίσο με $R^2=0,307$, αλλά κρίνεται ως μη ικανοποιητικό όσον αφορά την επεξηγηματική αξία του μοντέλου, εντούτοις, δεδομένου ότι η τιμή του pseudo- R^2 δεν έχει την ίδια σημασία στην ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης όσο το R^2 στην κανονική γραμμική παλινδρόμηση (Κούτρας & Ευαγγελάρας 2010), η ανάλυση συνεχίζεται προκειμένου να μελετηθούν τα Odds Ratios.

Στην περίπτωση του Μεγέθους Ασφαλιστικής, κατηγορία αναφοράς είναι η πρώτη, δηλαδή οι μικρές ασφαλιστικές εταιρείες. Παρατηρείται ότι η πιθανότητα ένας ασφαλισμένος που συνεργάζεται με μια μεσαίου μεγέθους ασφαλιστική εταιρεία, διατηρώντας όλα τα υπόλοιπα μεγέθη σταθερά, έχει δύομισή φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχει ενεργό συμβόλαιο, έναντι αυτών που ασφαλίζονται σε μικρή εταιρεία. Αντιθέτως, ένας ασφαλισμένος που συνεργάζεται με μια από τις μεγάλες εταιρείες είναι σχεδόν μιάμιση φορά πιο πιθανό να έχει

ενεργό συμβόλαιο σε σχέση με έναν που συνεργάζεται με μικρή(το Odds Ratio στην περίπτωση αυτή είναι 1,323).

Αντιστοίχως, είναι μεν αναμενόμενο, αλλά επιβεβαιώνεται το γεγονός ότι όσοι ανήκουν στη δεύτερη εισοδηματική κατηγορία και λαμβάνουν ετήσια εισοδήματα €10.001 έως €20.000 έχουν 3,37 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να κατέχουν ενεργά συμβόλαια, σε σχέση με αυτούς που λαμβάνουν από €5.000 έως €10.000 ετησίως. Ενώ αυτοί που ανήκουν στην υψηλή εισοδηματική κατηγορία και κερδίζουν άνω των €20.001 ετησίως έχουν τέσσερις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν ενεργά συμβόλαια έναντι των πιο χαμηλόμισθων.

Πίνακας 5.14: Λογιστική Παλινδρόμηση - Ενεργό συμβόλαιο

Μεταβλητή	Τιμή	B	Τυπικό Σφάλμα	Wald	β.ε.	P-value	Exp(B)
Μέγεθος ασφαλιστικής	Μικρή			7,617	2	,022	
	Μεσαία	,968	,675	2,056	1	,152	2,631
	Μεγάλη	-1,129	1,013	1,244	1	,265	1,323
Εισόδημα	€5.000 έως €10.000			9,330	2	,009	
	€10.001 έως €20.000	-1,002	,611	2,685	1	,101	3,367
	Περισσότερα από €20.000	-1,804	,607	8,839	1	,003	4,165
Τόπος	Αθήνα			14,371	5	,013	
	Θεσσαλονίκη	,643	,654	,968	1	,325	,902
	Μακεδονία Θράκη	,713	,646	1,218	1	,270	,839
	Πελοπόννησος	1,739	,604	8,282	1	,004	,689
	Ήπειρος/Θεσσαλία/Στερεά Ελλάδα	-,344	,690	,249	1	,618	,809
	Νήσοι	-,721	,881	,670	1	,413	1,486
	Σταθερά	-,657	,890	,545	1	,460	,518

Τέλος, σχετικά με τον Τόπο Κατοικίας, στον οποίο κατηγορία αναφοράς είναι η Αθήνα, παρατηρείται ότι αν κάποιος διαμένει στην Θεσσαλονίκη είναι 0,9 φορές μικρότερη η πιθανότητα να έχει ενεργό συμβόλαιο σε σύγκριση με όσους διαμένουν στην Πόλη αναφοράς. Όμως, μεγάλα Odds Ratio και ίσα με 2,04 και 2,7 παρουσιάζουν και η Μακεδονία Θράκη και η κατηγορία Ήπειρος/Θεσσαλία/Στερεά Ελλάδα αντιστοίχως, έναντι της Αθήνας, καταδεικνύοντας ότι οι περιοχές αυτές στηρίζονται περισσότερο στην ιδιωτική ασφάλιση. Στην Πελοπόννησο παρουσιάζεται το μικρότερο Odds Ratio, το οποίο αν ερμηνευτεί αντίστροφα σημαίνει πως ένας κάτοικος Αθηνών έχει σχεδόν 2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να έχει ενεργό συμβόλαιο σε σχέση με έναν κάτοικο Πελοποννήσου, αν όλες οι άλλες παράμετροι παραμένουν σταθερές. Ωστόσο, στην περίπτωση των Νησιών, φαίνεται

πως οι ασφαλισμένοι που διαμένουν σε αυτά έχουν σχεδόν μιάμιση φορά μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν ενεργά συμβόλαια εν αντιθέσει με τους Αθηναίους.

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υγεία είναι ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικά αγαθά και αποτελεί υποχρέωση κάθε σύγχρονου κράτους η παροχή ικανοποιητικών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες του. Κατά συνέπεια κάθε γεγονός που παρεμβάλλεται στο δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των πολιτών έχει σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις και μπορεί να επιδράσει σημαντικά στην συνολική υγεία των πολιτών.

Η παρούσα διπλωματική εργασία ασχολείται με το θεσμό της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας και με τις απόψεις των ασφαλισμένων για την αναγκαιότητά της καθώς και την ανταποδοτικότητα των παροχών της, πριν και μετά την οικονομική κρίση

Καθώς οι αγορές παγκοσμίως αναπτύσσονται και δικτυώνονται και κυριότερα μετά την απελευθέρωση αλλά και τη διεθνοποίηση αυτών, κρίνεται μείζονος σημασίας η συνακόλουθη πρόοδος των ασφαλιστικών κλάδων προκειμένου να μπορέσουν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις να ανταπεξέλθουν τόσο στον εγχώριο όσο και στο διεθνή ανταγωνισμό. Επιπρόσθετα και σημαντικότερα, λόγω της παγκόσμιας χρηματοπιστωτικής κρίσης που ξεκίνησε το 2007 θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η γνώση για το θεσμό της ασφάλισης γενικότερα καθώς και οι μελέτη των απόψεων των ασφαλισμένων, για τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή ασφαλιστικού προγράμματος υγείας. Με τον τρόπο αυτό, μελετώντας τις απόψεις του ασφαλισμένου και μη ασφαλισμένου καταναλωτικού κοινού μπορεί κανείς να ανακαλύψει τις αιτίες στις οποίες βασίζεται ο καταναλωτής ώστε να αποφασίσει αν θα συνάψει ιδιωτικό ασφαλιστήριο υγείας με κάποια εταιρεία ή αν θα αρκεστεί στην κοινωνική ασφάλιση, καθώς επίσης και τους παράγοντες που επηρεάζουν τις συγκεκριμένες καλύψεις του συμβολαίου αυτού.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιάσει την εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα, κατά τη διάρκεια της κρίσης. Ειδικότερα προσδοκεί να εξετάσει αποτελεσματικά τη διεύθυνση, την αναγκαιότητα και την αποδοτικότητα ή μη αυτής, πριν και μετά την περίοδο της οικονομικής κρίσης . Παράλληλα αποσκοπεί να εξετάσει όλες τις

κοινωνικές και οικονομικές παραμέτρους που η οικονομική κρίση επέβαλε στην ασφαλιστική αγορά και επηρεάζουν τις αποφάσεις των ασφαλισμένων.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει παρουσιάσει τα τελευταία έτη μεγάλη ανάπτυξη όχι μόνο στην νοσοκομειακή περίθαλψη αλλά και στην εξωνοσοκομειακή φροντίδα. Επομένως τα βασικά ερωτήματα που τίθενται αφορούν τη διερεύνηση των στρωμάτων του πληθυσμού που έχουν στραφεί προς την ιδιωτική ασφάλιση. Μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1990 μόνο τα ανώτερα κοινωνικά στρώματα είχαν την οικονομική δυνατότητα να συνάπτουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Ωστόσο, παρά την μείωση των δεικτών απασχόλησης ένα ποσοστό πολιτών προκειμένου να εξασφαλίσει υγειονομική περίθαλψη στρέφεται και εκείνο προς την ιδιωτική ασφάλιση. Αυτό το γεγονός καταδεικνύουν οι Theodorou et al. (2013) ως οφειλόμενο στο αποδιοργανωμένο πλέον σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και την υποστελέχωση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας της χώρας.

Η αρχική επεξεργασία των δεδομένων παρήγαγε πληθώρα περιγραφικών μέτρων για τον υπό μελέτη πληθυσμό και τα χαρακτηριστικά του γνωρίσματα, είτε αυτά ήταν δημογραφικά είτε αποτελούσαν την άποψη των ερωτηθέντων επί ζητημάτων που αφορούσαν την ασφάλεια υγείας τους.

Η ανάλυση περιορίστηκε σε δυο ανεξάρτητες μεταβλητές, το «Ενεργό Συμβόλαιο», η οποία μετρά αν υπάρχει ασφαλιστικό συμβόλαιο σε ισχύ ή όχι και οι «Καλύψεις συμβολαίου» η οποία κατηγοριοποιεί τις απαντήσεις σε τρεις κατηγορίες καλύψεων, τη νοσοκομειακή, την πρωτοβάθμια ή εξωνοσοκομειακή και τη μικτή η οποία αποτελείται από συνδυασμό των δυο προηγούμενων.

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων θεωρεί ότι οι υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται εντός του νοσοκομείου είναι μείζονος σημασίας. Εντούτοις, όπως φαίνεται ιδίως στα μικρότερα εισοδήματα, επιλέγεται συχνότερα να συμπεριλαμβάνεται στην ασφάλιση υγείας μόνο η πρωτοβάθμια φροντίδα, λόγω χαμηλότερου κόστους.

Διαπιστώνεται ότι οι πολίτες με υψηλότερες ετήσιες απολαβές είναι πιθανότερο να έχουν διατηρήσει εν ενεργεία τα συμβόλαιά ασφαλίσης υγείας τους σε αντίθεση με αυτούς των χαμηλών εισοδημάτων, ενώ στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγουν και οι Καραίσκου και συν. (2012).

Επίσης, όπως ήταν αναμενόμενο, λόγω φερεγγυότητας, όσο μεγαλύτερη είναι μια ασφαλιστική επιχείρηση τόσο πιθανότερο είναι να έχει διατηρήσει μεγαλύτερο ποσοστό ενεργών συμβολαίων από τις μικρότερες.

Όσα παρατηρούν οι Theodorou et al. (2013) για την υποστελέχωση των περιφερειακών κέντρων υγείας συνάδουν με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Οι περιοχές που βρίσκονται μακριά από τα μεγάλα αστικά κέντρα της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης επιλέγουν με μεγαλύτερη συχνότητα την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι κάτοικοι αυτών των περιοχών βασίζονται περισσότερο στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης, καθώς παρά τις προσπάθειες εκσυγχρονισμού του ΕΣΥ, οι περικοπές έχουν μειώσει το προσωπικό των μικρών επαρχιακών νοσοκομείων.

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποίησε ο Καραϊσκος Δ.,(2010), σχετικά με τον θεσμό της ιδιωτικής ασφάλισης και το προφίλ του Έλληνα ασφαλισμένου και η στάση του σε αυτήν συμπεραίνει κανείς ότι η ιδιωτική ασφάλιση αντιμετωπίζεται ως αναγκαία υπηρεσία και δεν αποτελεί ένδειξη πλούτου. Επιπλέον, τα προγράμματα για νοσοκομειακή περίθαλψη μπορούν να συνδυαστούν και με πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κάτι που έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη προστασία του πολίτη όχι μόνο για τον εαυτό του αλλά και για την προστασία της οικογένειάς του. Επιπρόσθετα είναι αναγκαίο να ενημερώνονται για τα καινούργια προϊόντα που κυκλοφορούν από τους ασφαλιστικούς τους συμβούλους ώστε να μπορέσουν να κάνουν τροποποιήσεις εάν χρειαστεί. Από την άλλη πλευρά, οι ασφαλιστικές εταιρίες θα πρέπει να είναι δίπλα στους πελάτες τους με καινούργια προγράμματα προσαρμοσμένα στις ανάγκες τους.

Αναφορικά με τις αιτίες που επηρεάζουν την επιλογή ασφαλιστικών καλύψεων παρατηρήθηκε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των φύλων, καθώς οι άντρες εμφανίζονται ως πιο πιθανό να επιλέξουν τη νοσοκομειακή φροντίδα έναντι των γυναικών, που φαίνεται να προτιμούν την πρωτοβάθμια ή τη μικτή.

Σημαντική, αν και αναμενόμενη επίδραση στην επιλογή φροντίδας αποτελεί η προσωπική άποψη των πολιτών σχετικά με την σημασία κάθε κάλυψης. Έτσι, όσοι φαίνεται να θεωρούν κυριότερη την πρωτοβάθμια φροντίδα την επιλέγουν για τα συμβόλαιά τους, ενώ αποφεύγουν όσες καλύψεις δεν θεωρούν σημαντικές.

Τελευταία αλλά όχι λιγότερο σημαντική είναι η επίδραση που έχουν στην επιλογή ασφαλιστικού προγράμματος τα αντίστοιχα ασφάλιστρα. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πως αν οι πολίτες είναι διατεθειμένοι να καταβάλουν υψηλά ασφάλιστρα, τότε προτιμούν να καλύπτονται από περισσότερους κινδύνους και επιλέγουν τη μικτή ασφάλιση. Αντιθέτως, όσοι περιορίζονται σε μικρά ποσά ετησίως προτιμούν να ασφαλιζονται ενάντια στα έξοδα που προκύπτουν από την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Εν κατακλείδι, τα σημαντικότερα αποτελέσματα της έρευνας καταδεικνύουν ότι η απόφαση των πολιτών να ασφαλιστούν μέσω ιδιωτικής ασφαλιστικής επιχείρησης ώστε να διατηρήσουν το δικαίωμά τους στην πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, συνδέεται κυρίως με το εισόδημά τους, το ύψος του κόστους της ασφάλισης αλλά και την ποιότητα υπηρεσιών υγείας που προσφέρει το Ε.Σ.Υ. ως πάροχος υγειονομικών υπηρεσιών μέσω της κοινωνικής ασφάλισης.

Η πλειοψηφία των ανέργων και συνταξιούχων διέκοψε τα ιδιωτικά προγράμματα υγείας στα χρόνια της οικονομικής κρίσης, καθώς φαίνεται πως λόγω των μειώσεων του εισοδήματος αδυνατούσαν πλέον να τα εξυπηρετήσουν. Πιο συγκεκριμένα, αποχώρησαν από τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια άτομα με ετήσιες καθαρές απολαβές λιγότερες από €10.000. Παράλληλα φαίνεται ότι οι κλάδοι των μισθωτών και ελεύθερων επαγγελματιών διατηρούν μεν μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένων, έχοντας ωστόσο χάσει περίπου 30% των παλαιών ασφαλισμένων τους. Το ποσοστό αυτό στους μισθωτούς προσεγγίζει το 40%. Η πλειοψηφία αυτών των ασφαλισμένων αποχώρησε εντελώς από την ιδιωτική ασφάλιση. Μια μερίδα του πληθυσμού όμως, απλώς άλλαξε την εταιρεία στην οποία ασφαλιζόταν, προτιμώντας είτε μικρές εταιρείες λόγω χαμηλού κόστους, είτε μεγάλες ξένες ασφαλιστικές λόγω ασφάλειας.

Για τη διεξαγωγή περισσότερο ακριβών και αξιόπιστων αποτελεσμάτων απαιτείται περαιτέρω ανάλυση του θέματος της άποψης των πολιτών για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η παρούσα εργασία δεν ήταν δυνατό να συμπεριλάβει ανάλυση της ικανοποίησης των πολιτών από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Επίσης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε μια έρευνα σε βάθος χρόνου, ώστε να δοθεί σημασία στην επίδραση του χρονικού παράγοντα όσον αφορά την εξέλιξη των ασφαλίσεων υγείας. Αυτό θα ήταν δυνατό να μελετηθεί με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις ώστε να δημιουργηθεί dataset με τα ίδια ερωτήματα και βάθος τεσσάρων ή πέντε ετών. Τέλος, είναι άξιο περαιτέρω διαλεύκανσης αν οι παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των πολιτών είναι ενδογενείς, δηλαδή έχουν να κάνουν με το συμβόλαιο και

τους όρους του, ή εξωγενείς, δηλαδή αν οφείλονται σε δημογραφικά ή άλλα χαρακτηριστικά από το περιβάλλον των ασφαλισμένων.

Είναι λογικό ότι αξίζει στους πολίτες να έχουν την καλύτερη πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη και όλες οι χώρες εστιάζονται στον τομέα της υγείας ώστε να έχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Η ιδιωτική ασφάλιση πλέον παίζει σημαντικό ρόλο στις ζωές των πολιτών και με την πάροδο των ετών όλο και περισσότεροι πολίτες θα ενημερώνονται όλο και περισσότερο για τα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ήδη οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες βγάζουν στην αγορά καινούργια προγράμματα υγείας που αφορούν πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη σε σχετικά προσιτές τιμές. Παρόλο το κόστος που θα κληθούν να πληρώσουν εν μέσω οικονομικής κρίσης, στο μέλλον θα αρχίσουν οι πολίτες να βλέπουν πιο θετικά της σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Γιατί η πρόσβαση στην υγεία είναι δικαίωμα όλων και αποτελεί το μεγαλύτερο κοινωνικό αγαθό για όλους τους ανθρώπους.

8.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Economou C (2010). Greece: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(7): 1–180

Economou M et al. (2011). Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet*, 378(9801): 1459.

Kaitelidou, Daphne Ch, et al. "Informal payments for maternity health services in public hospitals in Greece." *Health policy* 109.1 (2013): 23-30.

Karanikolos M. et al.(2013) Financial crisis, austerity, and health in Europe, *The Lancet* , Volume 381 , Issue 9874 , 1323 - 1331

Kentikelenis, Alexander et al., (2011), Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *The Lancet* , Volume 378 , Issue 9801 , 1457 - 1458

- Lundy, J., & Finder, B. D. (2009). *Cost sharing for health care: France, Germany, and Switzerland*. Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Lusardi, A., Schneider, D. J., & Tufano, P. (2011). *Financially fragile households: Evidence and implications* (No. w17072). National Bureau of Economic Research.
- Musgrove, P. (1987). The economic crisis and its impact on health and health care in Latin America and the Caribbean. *International Journal of Health Services*, 17(3), 411-441.
- Simou E., Koutsogeorgou E.,(2014), *Effects of Economic Crisis on health and healthcare in Greece in the Literature form 2009 to 2013:A systematic review*,2-4
- Siskou, O., Kaitelidou, D., Economou, C., Kostagiolas, P., & Liaropoulos, L. (2009). Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends. *The European Journal of Health Economics*,10(4), 467-474.
- Sullivan, D., & Von Wachter, T. (2009). Job displacement and mortality: An analysis using administrative data. *The Quarterly Journal of Economics*,124(3), 1265-1306
- Taylor, J. B. (2009). *The financial crisis and the policy responses: An empirical analysis of what went wrong* (No. w14631). National Bureau of Economic Research.
- Theodorou, M., Siskou, O., Kaitelidou, D., Farasteli, O., Liaropoulos, L.: Management and administration of primary health services in Greece (in Greek). Third Regional Health System of Attica, theory and practice of primary health care, Athens, 2005
- Waters, H., Saadah, F., & Pradhan, M. (2003). The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy and Planning*, 18(2), 172-181.
- Williams, D. R., & Collins, C. (1995). US socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. *Annual review of sociology*, 349-386.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E., Souliotis, K.: The unexpected growth of the private health sector in Greece. *Health Policy* 74(2), 167–180 (2005)

Ελληνική

Αντωνάκη Μ.,Χατζηδημητρίου Κ., *Η ιδιωτική ασφάλιση*, Ε.Ι.Α.Σ, Αθήνα,2011
(σελ.17-32)

Γναρδέλης, Χ. (2006), *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS for Windows*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, Η συμβολή του κλάδου Ιδιωτικής Ασφάλισης

στις σύγχρονες κοινωνίες,(από τον διαδικτυακό τόπο της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος)

Καλτσής Δ.,(2015), *Solvency II και ιδιωτική ασφάλιση : Έννοια,πλεονεκτήματα, προκλήσεις*

Καραϊσκού Α., Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., (2012), *Οικονομική κρίση-Επίδραση στην υγεία των πολιτών και επιπτώσεις, στα συστήματα Υγείας Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας,Τεύχος 4,Τόμος 2 (σε.49-52)*

Κλαδική Μελέτη, Μάιος 2013, *Ιδιωτική Ασφάλιση, ICAP group,(σελ.19-26,33-35)*

Κλαδική Μελέτη, Ιούλιος 2013, *Ιδιωτική Ασφάλιση, ICAP, Ιούλιος 2013 (σελ.25-44)*

Κουτίνας Γ.,*Επαγγελματική Αστική Ευθύνη.*

Κούτρας Μ. & Ευαγγελάρας Χ. (2010), *Ανάλυση Παλινδρόμησης: Θεωρία και εφαρμογές,* Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα

Κρέμαλης Κ., (1985), *Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων,* Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ.,Μπουρσανίδης, Λιαρόπουλος Λ., (2001), *Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα,*Εκδόσεις Θεμέλιο,(σελ.154-164)

Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Παβή Ε. (2012),*Οικονομική κρίση και Υγεία,* Εκδόσεις Καστανιώτη (σε.24-35)

Λιαρόπουλος Λ., (2010),*Διεθνή Συστήματα Υγείας,* Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα,(σελ.102)

Μπένος Β, (1991), *Μέθοδοι και τεχνικές δειγματοληψίας,* Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα

Νεκτάριος Μ, (2005), *Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας,* Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα

Οικονόμου Χ.,(2012),*Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα,* ΙΝΕ Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ

Παναγιωτάκος Δ. (2011), *Μεθοδολογία της έρευνας και της ανάλυσης δεδομένων για τις επιστήμες της υγείας,* Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα

Ρεκλείτη Μ.,(2012), *Οι δαπάνες υγείας στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα σε σχέση με την διεθνή εμπειρία,*Τόμος 1,Τεύχος 1

Σαχίνη – Καρδάση, (2000), *Μεθοδολογία έρευνας,* Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα

Σουλιώτης Κ.,(2000),*Ο ρόλος του Ιδιωτικού Τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας,* Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα,(σελ.2)

Χλέτσος Μ(2011),*Οικονομικά της υγείας,*Εκδόσεις Πατάκη (σελ.79)

Rice T., (2006),*Τα οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση,* Εκδόσεις Κριτική ΑΕ, Αθήνα (σελ.318)

Τσιτσιόλης Β., Κοινωνική και Ιδιωτική Ασφάλιση Ασθενείας,
http://www.enap.gr/attachments/article/7260/asfagora_ipc.pdf (ημερ. Πρόσβασης
22/8/2015)

<http://asfalistis.tripod.com/istoria.htm> (ημερομ. Πρόσβασης 15/5/2015)

Κουτίνας Γ., (2015), Ο θεσμός της Ιδιωτικής Ασφάλισης., <http://www.professional-liability.gr/search/node/%CE%91%CE%A3%CE%A0%CE%99%CE%A3%20%CE%A0%CE%A1%CE%9F%CE%9D%CE%9F%CE%99%CE%91> (ημερ. πρόσβασης
2/10/2015)

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (2014) <http://www.eaee.gr/cms/article/4/i-symvoli-toy-kladoy-idiotikis-asfalisis-stis-syghrones-koinonies>) (ημερομ. πρόσβασης
5/1/2015)

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, (2013) <http://www.eaee.gr/cms/basic-page/184/statistika-stoiheia-asfalistikon-kladon> (ημερομ. πρόσβασης 10/6/2015)

Χατζηγιάγος Θ., (20019), Ιδιωτικό Ασφαλιστικό Δίκαιο),
http://www.copycity.gr/myfiles/copy/476_pages1.pdf1 (ημερομ. πρόσβασης
12/5/2015)

Φίλιππας Ν., Ιούλιος 2014, *Μελλοντικές τάσεις και προκλήσεις στον χώρο της Υγείας*,
Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών

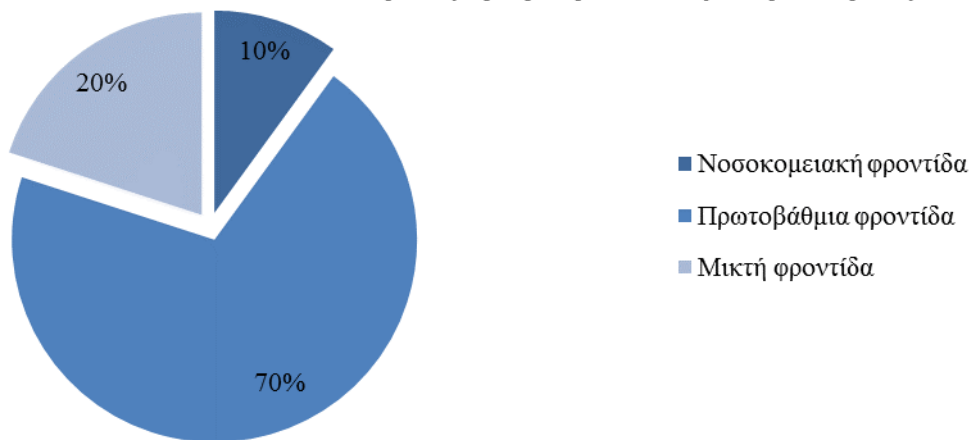
<http://www.insurancedaily.gr/wp-content/uploads/2014/12/%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%83%CE%AF%CE%B1%CF%83%CE%B7%CE%9C%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%BF%CE%BD%CF%84%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82%CE%A4%CE%AC%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1.pdf>

(ημερ. πρόσβασης 14/5/2015)

World Health Organization (WHO), (2009),
http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en.pdf
(ημερομ. πρόσβασης 2/5/2015)
http://195.251.240.254:8080/bitstream/handle/10184/2229/Karaiskos_Dimitrios.pdf?sequence=6

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

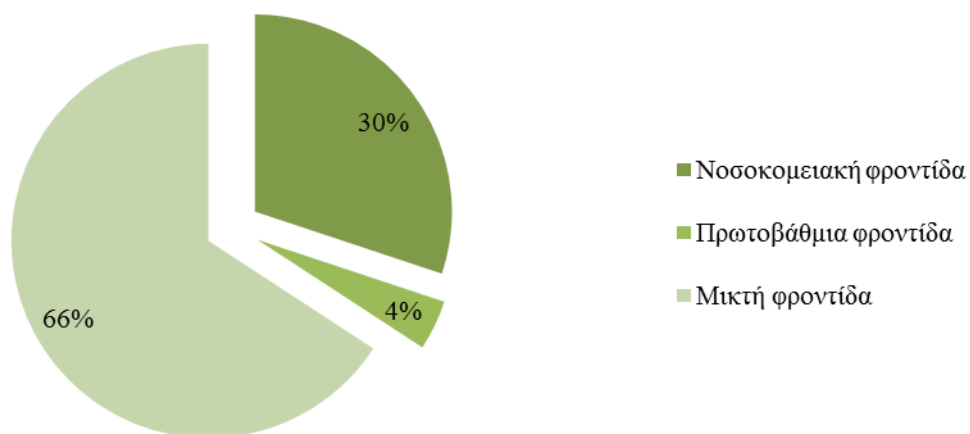
**Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στην
Προτίμηση Φροντίδας: Πρωτοβάθμια**



**Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στην
Προτίμηση Φροντίδας: Νοσοκομειακή**



**Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στην
Προτίμηση Φροντίδας: Μικτή**



**Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στα Ετήσια
Ασφάλιστρα: €1 - €500**



**Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στα Ετήσια
Ασφάλιστρα: €501 - €1.000**



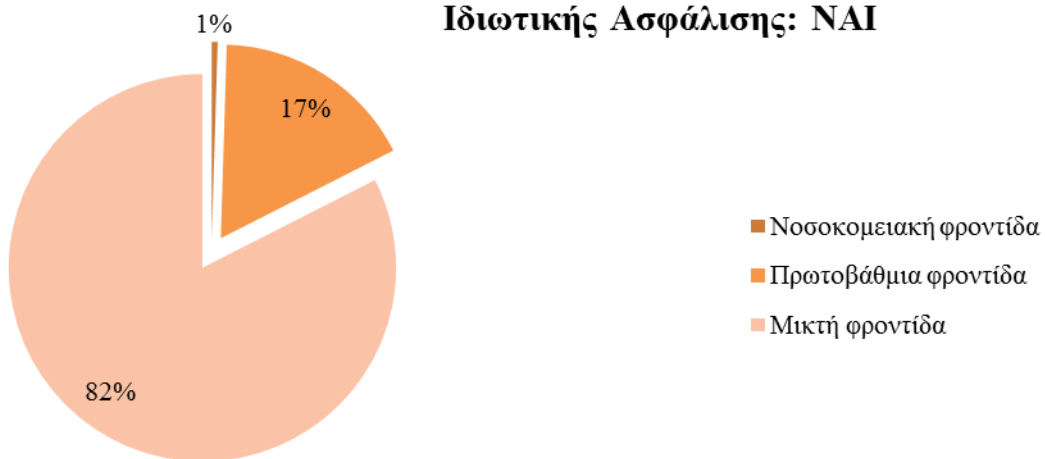
**Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στα Ετήσια
Ασφάλιστρα: €1.001 - €1.500**



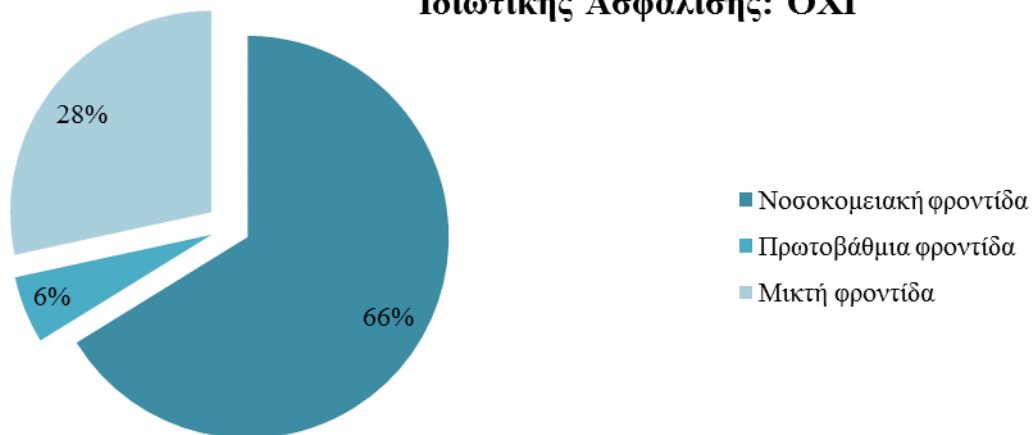
Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στα Ετήσια Ασφάλιστρα: Περισσότερα από €1.500



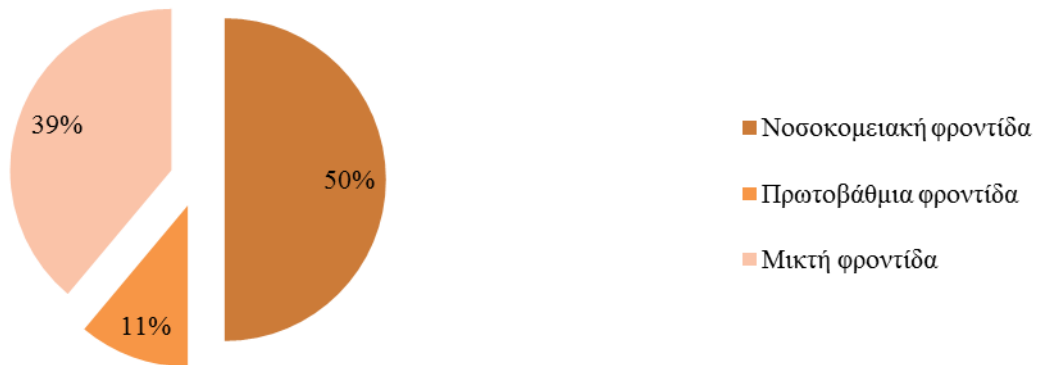
Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στη Χρήση Ιδιωτικής Ασφάλισης: ΝΑΙ



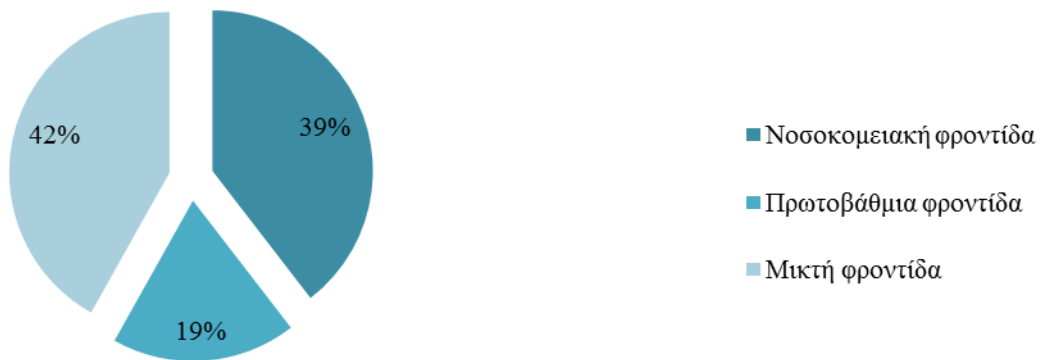
Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στη Χρήση Ιδιωτικής Ασφάλισης: ΟΧΙ



**Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στο Ετήσιο
Εισόδημα: €5.000 - €10.000**



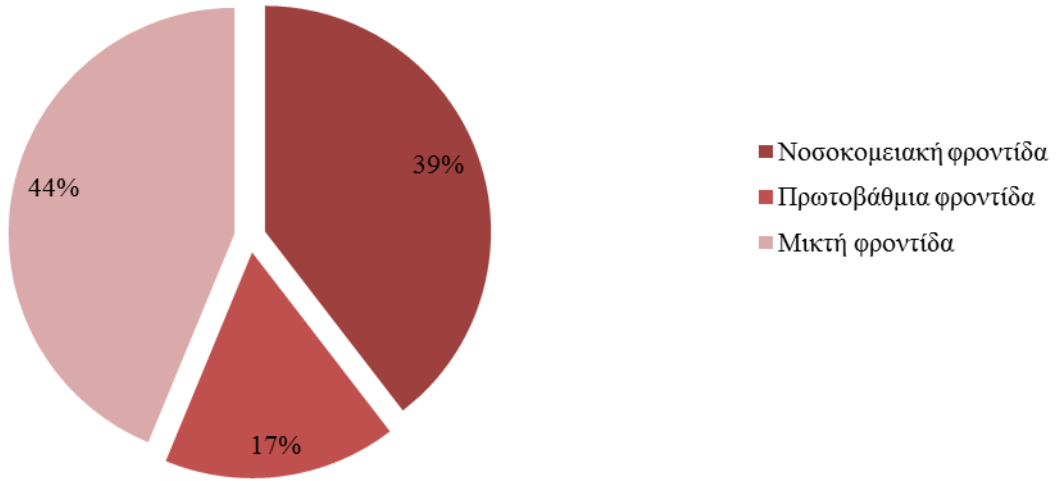
**Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στο Ετήσιο
Εισόδημα: €10.001 - €20.000**



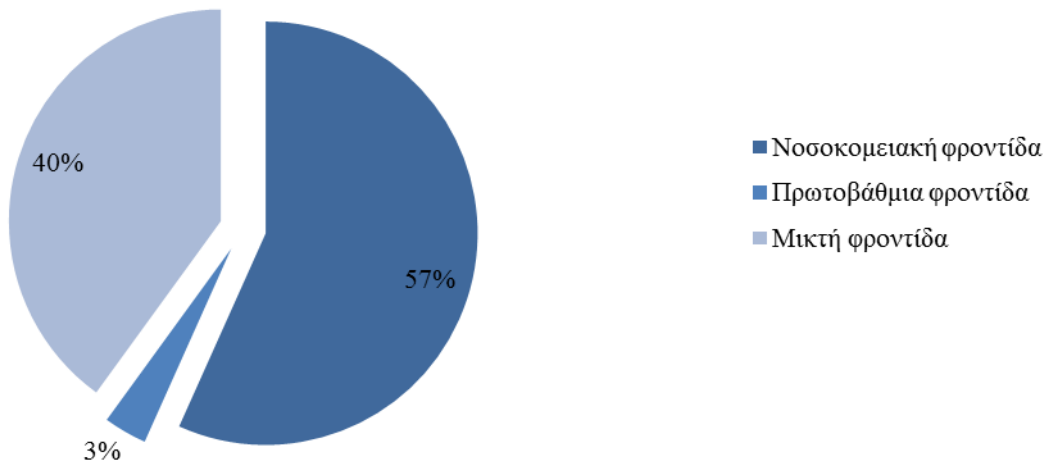
**Υπάρχουσα κάλυψη για όσους δήλωσαν στο Ετήσιο
Εισόδημα: Περισσότερα από €20.000**



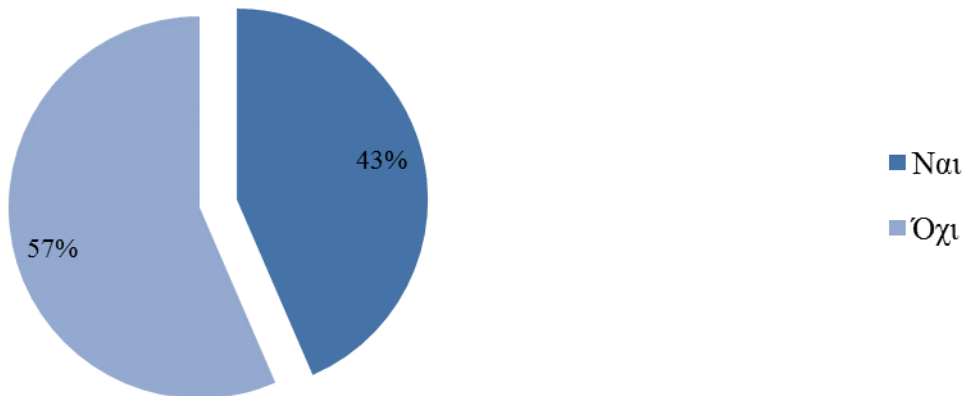
Υπάρχουσα κάλυψη για τις Γυναίκες



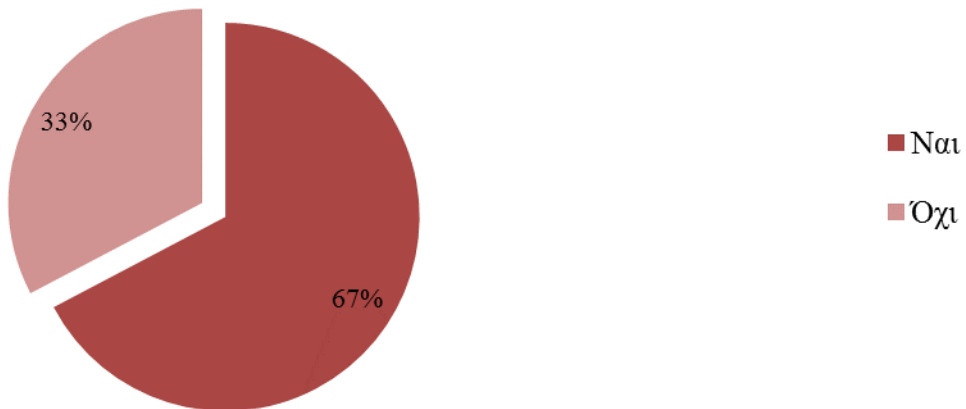
Υπάρχουσα κάλυψη για τους Άνδρες



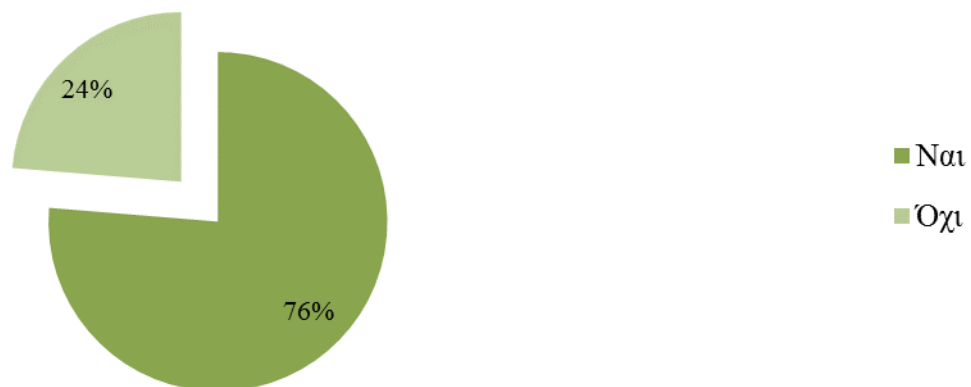
**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν στο Ετήσιο
Εισόδημα: €5.000 - €10.000**



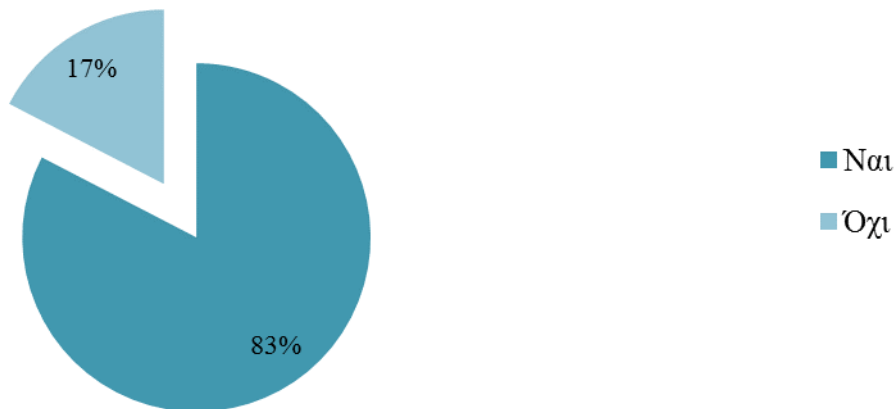
**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν στο Ετήσιο
Εισόδημα: €10.001 - €20.000**



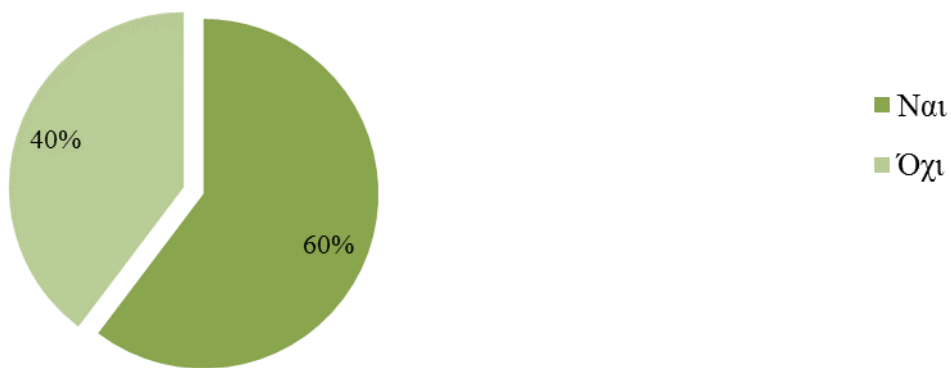
**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν στο Ετήσιο
Εισόδημα: Περισσότερα από €20.000**



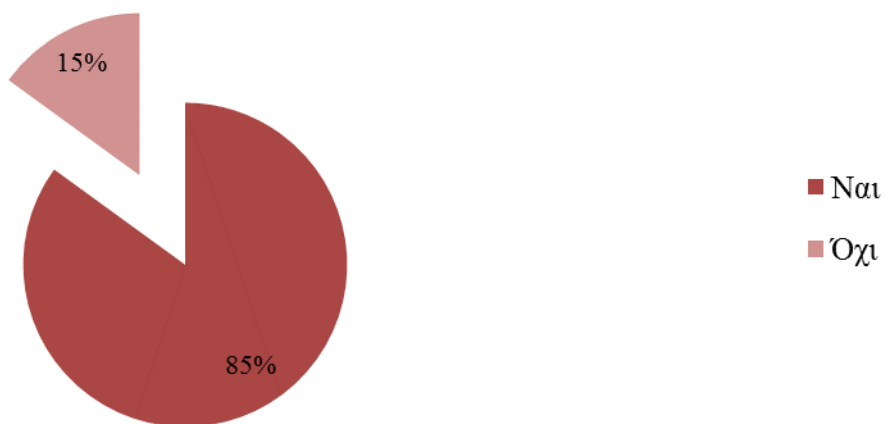
**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν ότι
ασφαλιζονται σε Μικρή εταιρεία**



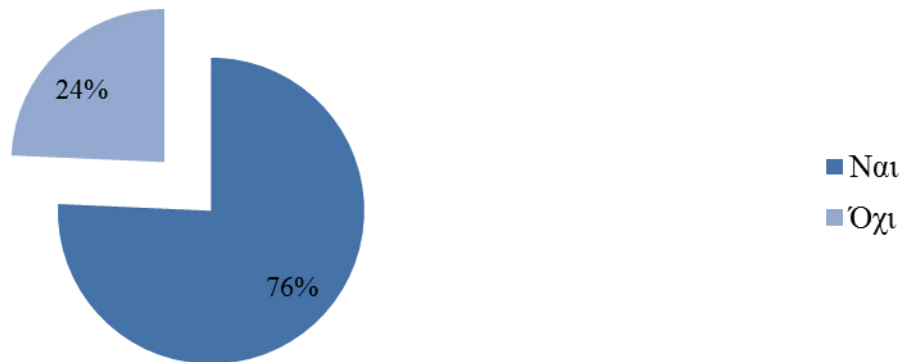
**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν ότι
ασφαλιζονται σε Μεσαία εταιρεία**



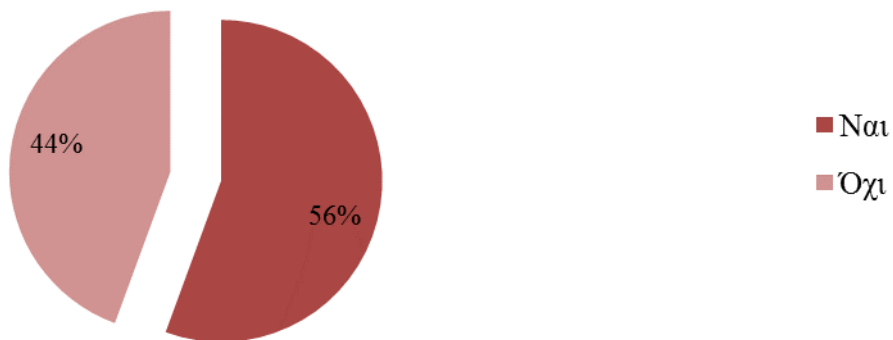
**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν ότι
ασφαλιζονται σε Μεγάλη εταιρεία**



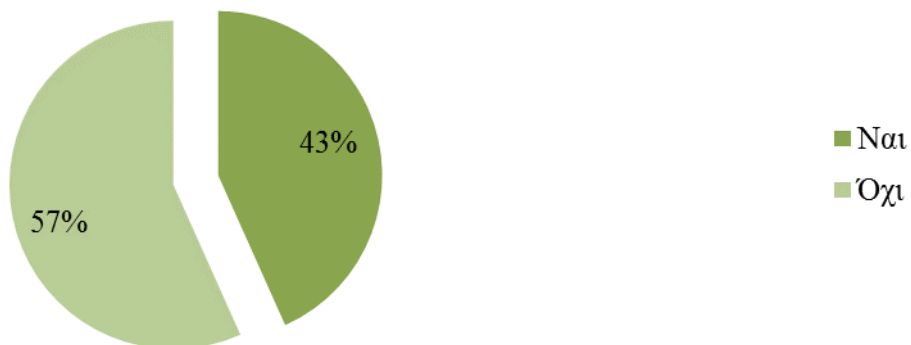
**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν ότι
διαμένουν: Αθήνα**



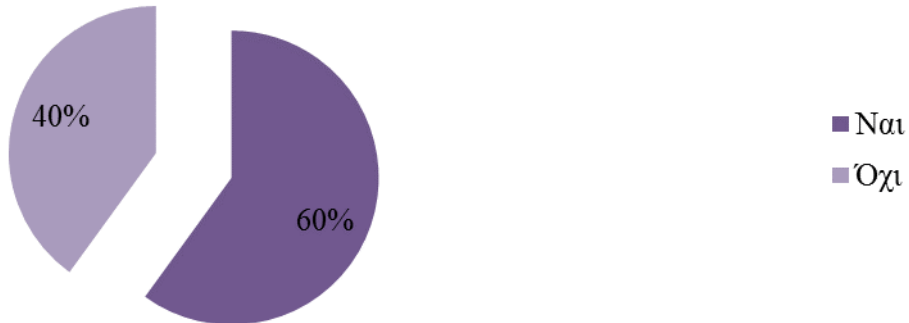
**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν ότι
διαμένουν: Θεσσαλονίκη**



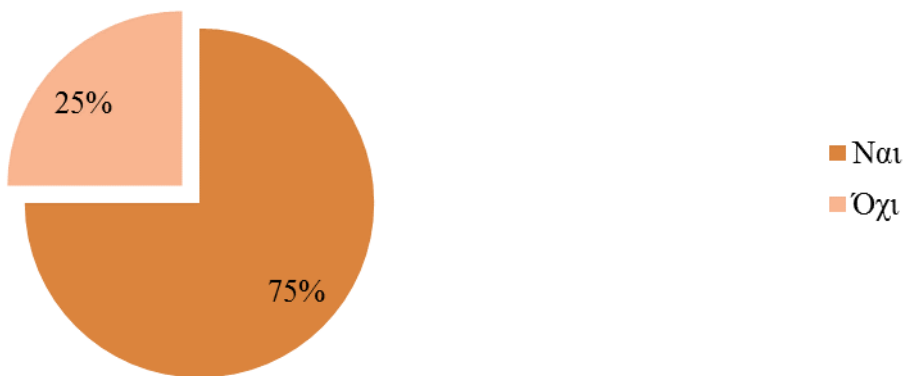
**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν ότι
διαμένουν: Πελοπόννησο**



**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν ότι
διαμένουν: Μακεδονία/Θράκη**



**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν ότι
διαμένουν: Ήπειρο/Θεσσαλία/Στερεά Ελλάδα**



**Ενεργό Συμβόλαιο για όσους δήλωσαν ότι
διαμένουν: Νήσους**



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

		Απόλυτη Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστική συχνότητα %
Λόγοι σύναψης ιδιωτικής ασφάλισης	Συμπληρωματικές καλύψεις	34	23,9%	23,9
	Ανεπάρκεια κοινωνικής	80	56,3%	80,3
	Μικρό κόστος	12	8,5%	88,7
	Προβολή ασφαλιστικών	2	1,4%	90,1
	Ανασφάλιστος	11	7,7%	97,9
	Άλλο	3	2,1%	100
	Σύνολο	142	100,0%	
Ενεργό Συμβόλαιο	Ναι	117	73,6%	73,6
	Όχι	42	26,4%	100
	Σύνολο	159	100,0%	
Λόγοι διακοπής ιδιωτικής ασφάλισης	Οικονομικοί	34	81,0%	81
	Απόρριψη από ασφαλιστική	2	4,8%	85,7
	Δυσαρέσκεια από αποζημίωση	5	11,9%	97,6
	Άλλο	1	2,4%	100
	Σύνολο	42	100,0%	
Προτίμηση τύπου φροντίδας	Πρωτοβάθμια	10	6,9%	6,9
	Νοσοκομειακή	57	39,6%	46,5
	Μικτή	77	53,5%	100
	Σύνολο	144	100,0%	
Υπάρχουσες καλύψεις συμβολαίου	Νοσοκομειακή φροντίδα	71	51,1%	51,1
	Πρωτοβάθμια	11	7,9%	59
	Μικτή	57	41,0%	100
	Σύνολο	139	100,0%	
Ικανοποίηση από την ιδιωτική ασφάλιση	Καθόλου	7	5,6%	5,6
	Λίγο	8	6,3%	11,9
	Πολύ	42	33,3%	45,2
	Μέτρια	14	11,1%	56,3
	Αρκετά	55	43,7%	100
	Σύνολο	126	100,0%	
Ετήσια Ασφάλιστρα	€1 - €500	29	22,5%	22,5
	€501 - €1.000	43	33,3%	55,8
	€1.001 - €1.500	38	29,5%	85,3
	Περισσότερα από €1.500	19	14,7%	100
	Σύνολο	129	100,0%	
Χρήση ιδιωτικής ασφάλισης	Όχι	79	56,4%	56,4
	Ναι	61	43,6%	100
	Σύνολο	140	100,0%	

Απόλυτη Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστική συχνότητα %
-------------------	-------------	------------------------

Υπαρξη απαλασσομένου ποσού	Όχι	36	27,3%	27,3
	Ναι	96	72,7%	100
	Σύνολο	132	100%	
Αντικατάσταση κοινωνικής από ιδιωτική	Όχι	61	42,1%	42,1
	Ναι	45	31,0%	73,1
	ΔΞ/ΔΑ	39	26,9%	100
	Σύνολο	145	100%	
Λόγοι μη αντικατάστασης	Στέρηση εσόδων στην κοινωνική ασφάλιση	24	43,6%	43,6
	Ασφαλισμένοι 2 ταχυτήτων	21	38,2%	81,8
	Αύξηση ιδιωτικών ασφαλιστρων	7	12,7%	94,5
	Συνδυασμός: Ασφαλισμένοι 2 ταχυτήτων - Αύξηση ιδιωτικών ασφαλιστρων	1	1,8%	96,4
	Συνδυασμός: Στέρηση εσόδων στην κοινωνική ασφάλιση - Ασφαλισμένοι 2 ταχυτήτων	2	3,6%	100
Σύνολο	55	100%		
Επιπλέον επιλογές ιδιωτικών συμβολαίων	Μεγαλύτερη ευελιξία στις καλύψεις	88	61,5%	61,5
	Μεγαλύτερη ταχύτητα αποζημίωσης	11	7,7%	69,2
	Λιγότερη γραφειοκρατία	43	30,1%	99,3
	Συνδυασμός: Μεγαλύτερη ταχύτητα αποζημίωσης- Λιγότερη γραφειοκρατία	1	0,7%	100
	Σύνολο	143	100%	
Εθνικότητα ασφαλιστικής	Ελληνική	19	13,2%	13,2
	Ξένη	36	25,0%	38,2
	Αδιάφορο	89	61,8%	100
	Σύνολο	144	100%	
Υστέρηση ιδιωτικής ασφάλισης	Έλλειψη εμπιστοσύνης	23	16,1%	16,1
	Μη εξοικείωση	50	35,0%	51
	Περιορισμένο εισόδημα	59	41,3%	92,3
	Ανεπάρκεια προγραμμάτων	5	3,5%	95,8
	Άλλο	3	2,1%	97,9
	Συνδυασμός των παραπάνω	3	2,1%	100
Σύνολο	143	100%		
Φύλο	Άνδρας	99	62,7%	62,7
	Γυναίκα	59	37,3%	100
	Σύνολο	158	100%	

Απόλυτη
Συχνότητα

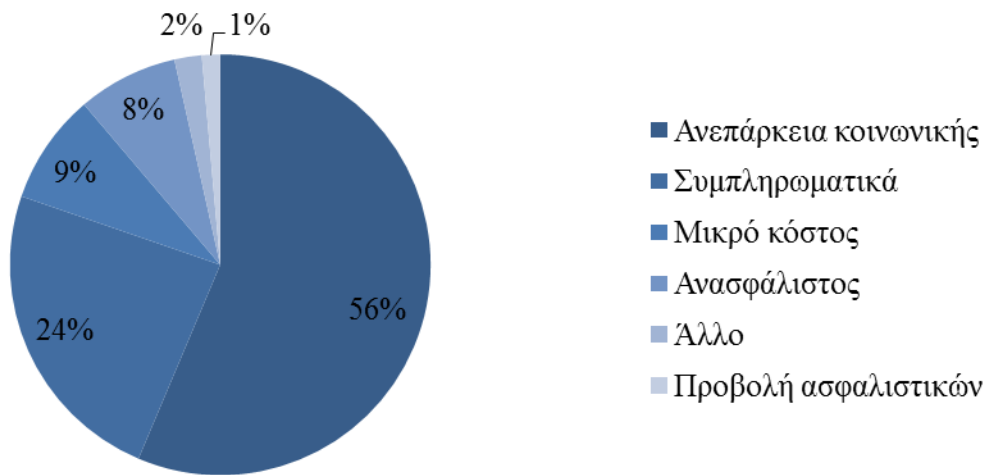
Συχνότητα %

Αθροιστική
συχνότητα %

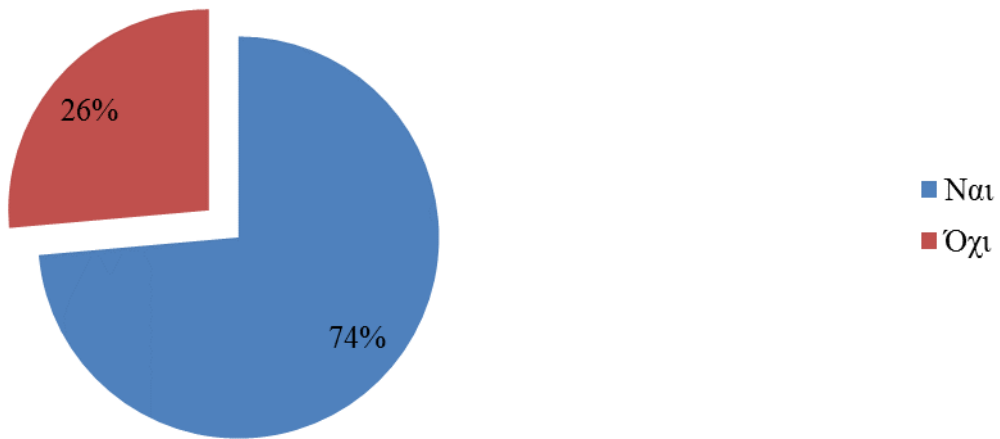
Εισόδημα	€5.000 - €1.0000	23	15,2%	15,2
	€10.001 - €20.000	52	34,4%	49,7
	€20.001 - €30.000	46	30,5%	80,1
	Περισσότερα από €30.000	30	19,9%	100
	Σύνολο	151	100,0%	
Φορέας κοινωνικής ασφάλισης	ΕΟΠΥ	126	0,0%	
	ΤΣΑΥ	4	83,4%	83,4
	Άλλο	21	2,6%	86,1
	Σύνολο	151	13,9%	100
Ασφαλιστική εταιρεία	ΑΧΑ	58	36,7%	36,7
	Genarali	16	10,1%	46,8
	Allianz	14	8,9%	55,7
	Ατλαντική Ένωση	15	9,5%	65,2
	ERGO	4	2,5%	67,7
	NN	5	3,2%	70,9
	Interamecan	28	17,7%	88,6
	Eurolife	9	5,7%	94,3
	Ευρωπαϊκή Πίστη	1	0,6%	94,9
	Εθνική Ασφαλιστική	6	3,8%	98,7
	MetLife Alico	2	1,3%	100
Σύνολο	158	100,0%		
Μέλη οικογένειας με ιδιωτική	1	12	8,3%	8,3
	2	45	31,3%	39,6
	3	37	25,7%	65,3
	4	23	16,0%	81,3
	5	23	16,0%	97,2
	6	4	2,8%	100
	Σύνολο	144	100,0%	
Επάγγελμα	Άνεργος	6	3,8%	3,8
	Συνταξιούχος	13	8,2%	12
	Ιδιωτικός	77	48,7%	60,8
	Δημόσιος	15	9,5%	70,3
	Ελεύθερος	33	20,9%	91,1
	Άλλο	14	8,9%	100
	Σύνολο	158	100,0%	

		Απόλυτη Συχνότητα	Συχνότητα %	Αθροιστική συχνότητα %
Αποξήμωση Τελευταίου Έτους	€1 έως €500	21	13,2%	13,2
	€501 έως €1.000	124	78,0%	91,2
	€1.001 έως €1.500	3	1,9%	93,1
	€1.501 έως €2.000	3	1,9%	95
	Άνω των €2.000	8	5,0%	100
	Σύνολο	159	100,0%	
Ηλικιακή Ομάδα	Κάτω των 30 ετών	17	10,7%	21,4
	31-40 ετών	50	31,4%	34
	41-50 ετών	57	35,8%	49,1
	51-60 ετών	23	14,5%	69,8
	61-70 ετών	6	3,8%	87,4
	άνω των 70 ετών	6	3,8%	100
	Σύνολο	159	100,0%	
Τόπος Διαμονής	Αθήνα	34	21,4%	21,4
	Θεσσαλονίκη	20	12,6%	34
	Μακεδονία/Θράκη	24	15,1%	49,1
	Πελοπόννησος	33	20,8%	69,8
	Ήπειρος/Θεσσαλία/Στερεά	28	17,6%	87,4
	Ελλάδα			
	Νήσοι	20	12,6%	100
	Σύνολο	159	100,0%	

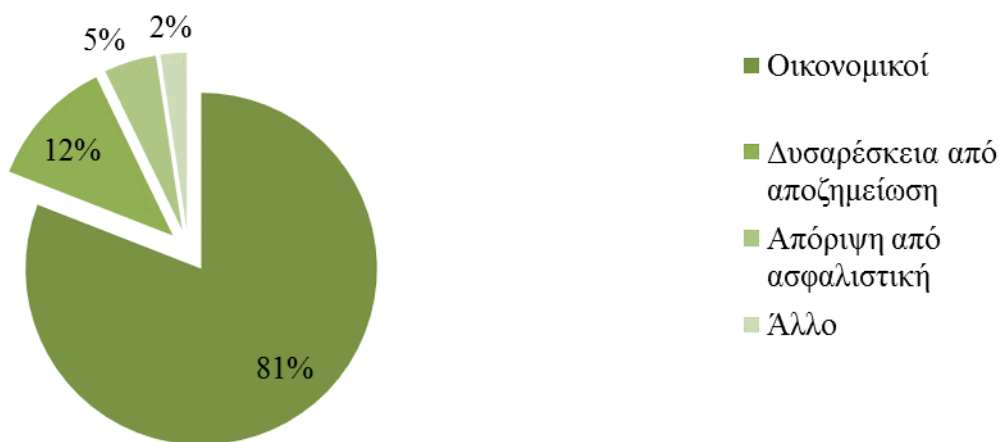
Λόγοι σύναψης ιδιωτικής ασφάλισης



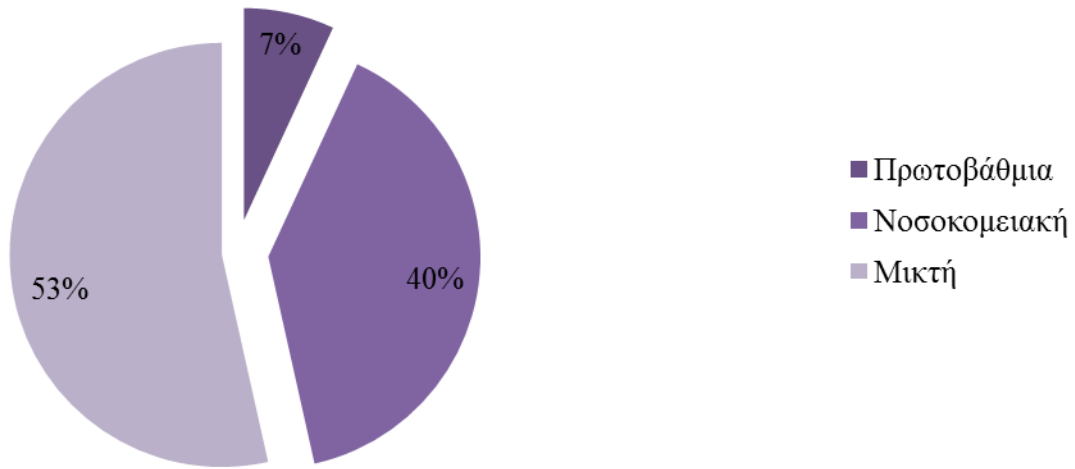
Ενεργό Συμβόλαιο



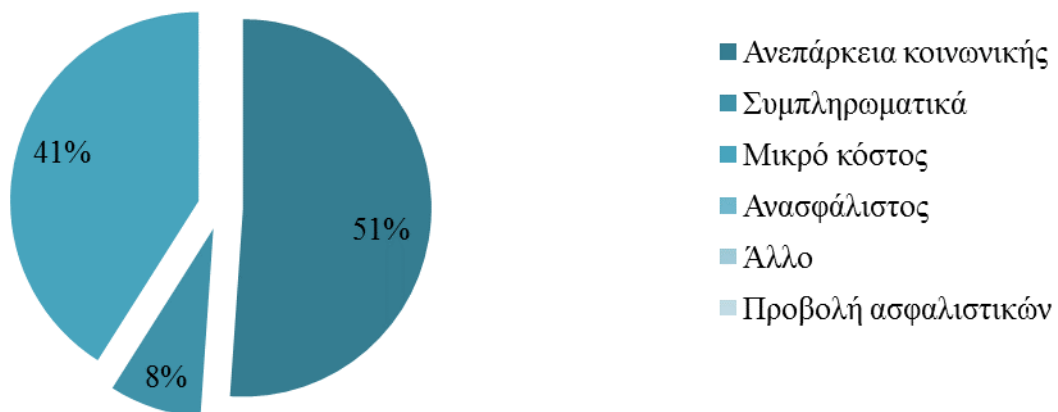
Λόγοι διακοπής ιδιωτικής ασφάλισης



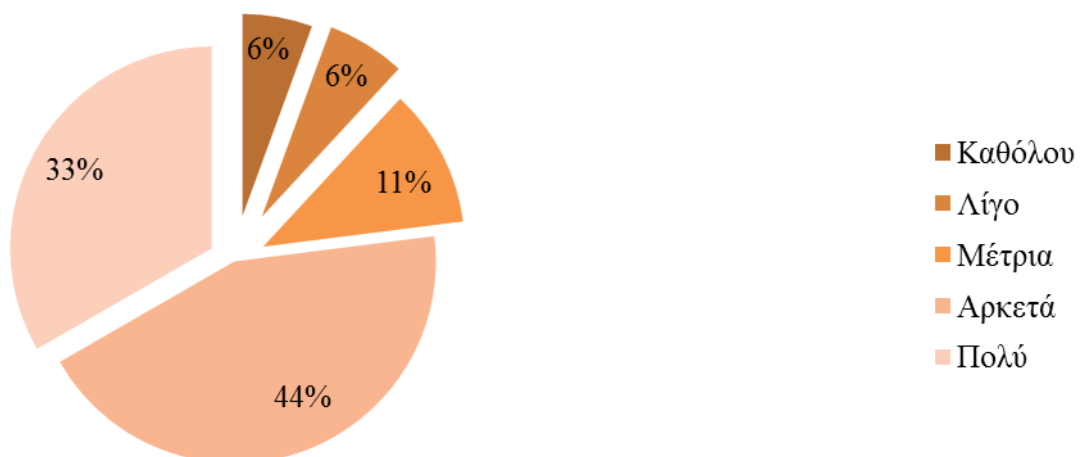
Προτίμηση τύπου φροντίδας



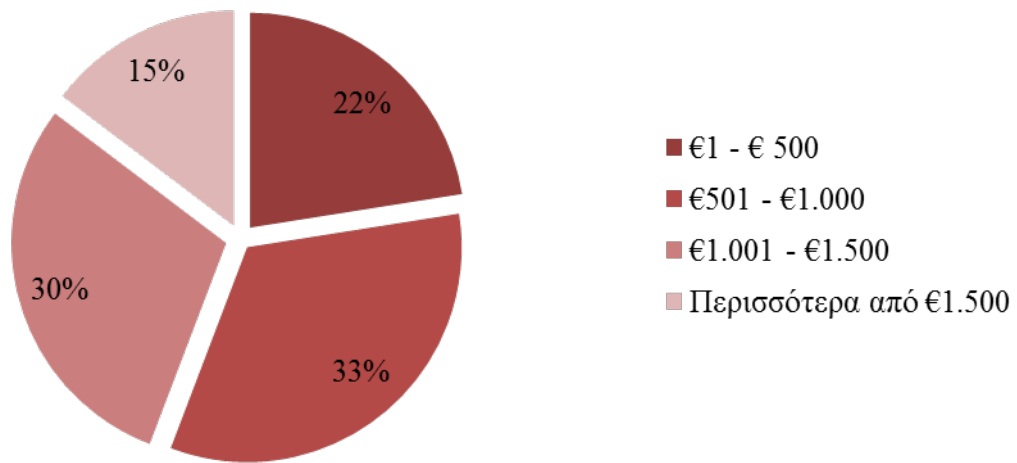
Υπάρχουσες καλύψεις συμβολαίου



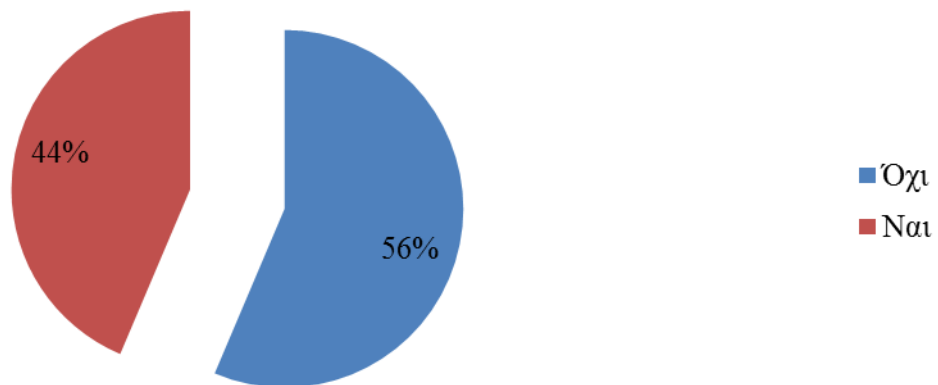
Ικανοποίηση από την ιδιωτική ασφάλιση



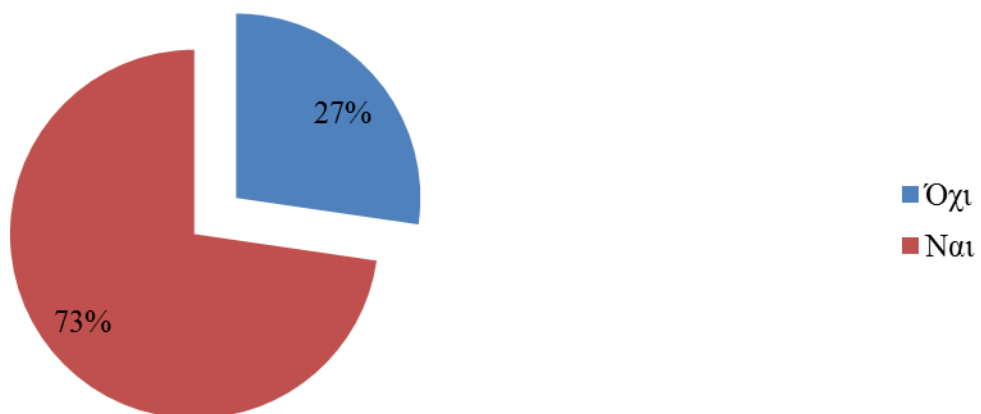
Ετήσια Ασφάλιστρα



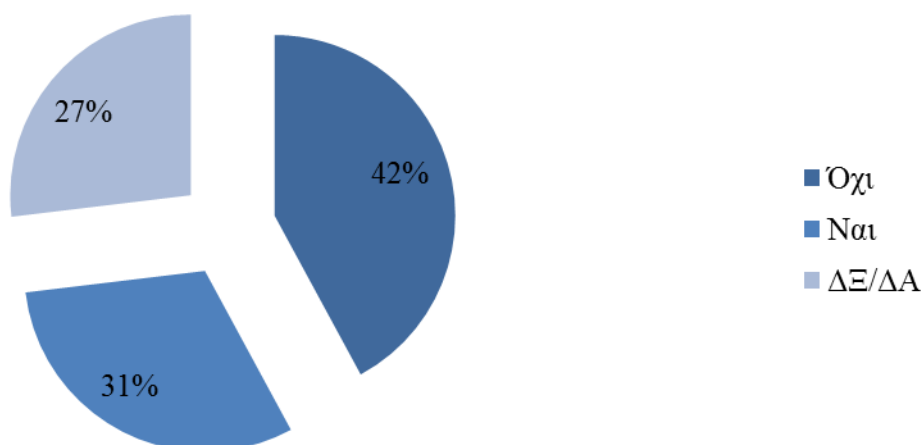
Χρήση ιδιωτικής ασφάλισης



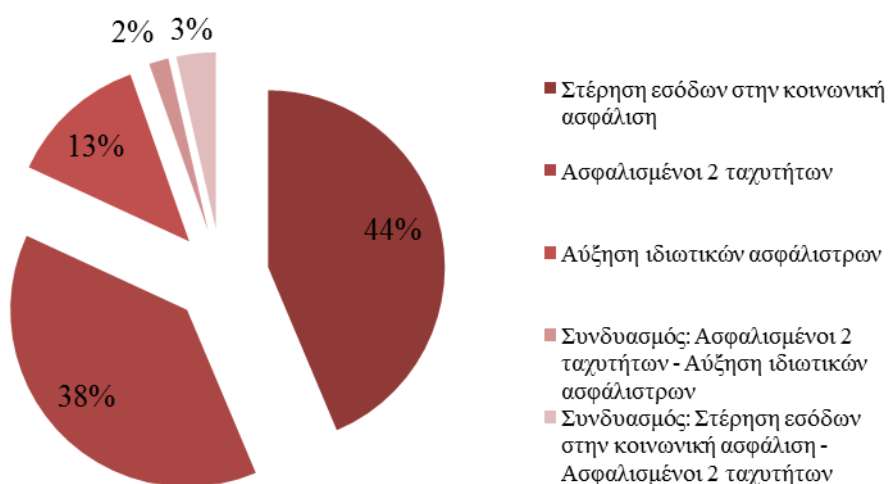
Υπαρξη απαλασσύμενου ποσού



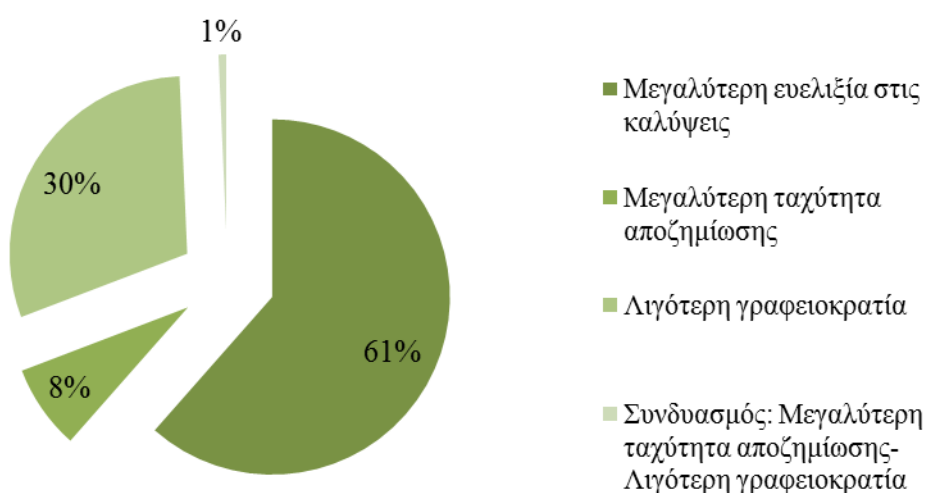
Αντικατάσταση κοινωνικής από ιδιωτική



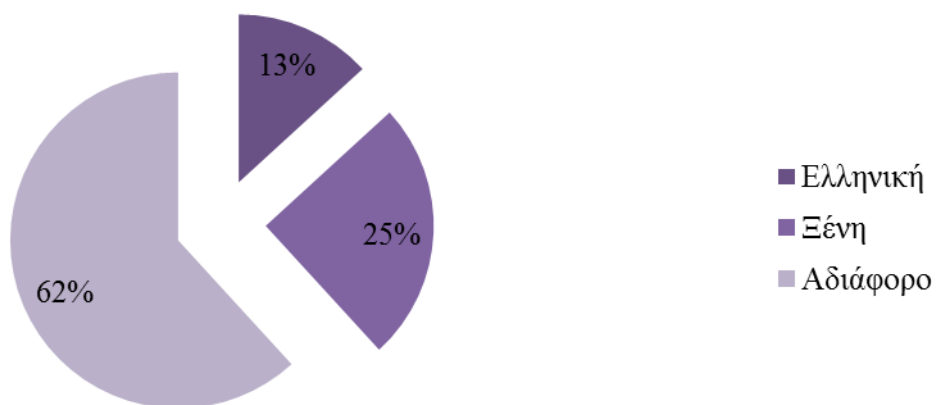
Λόγοι μη αντικατάστασης



Επιπλέον επιλογές ιδιωτικών συμβολαίων



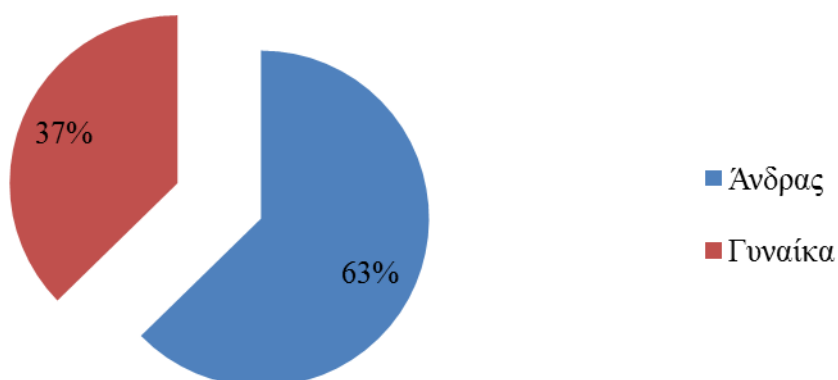
Εθνικότητα ασφαλιστικής



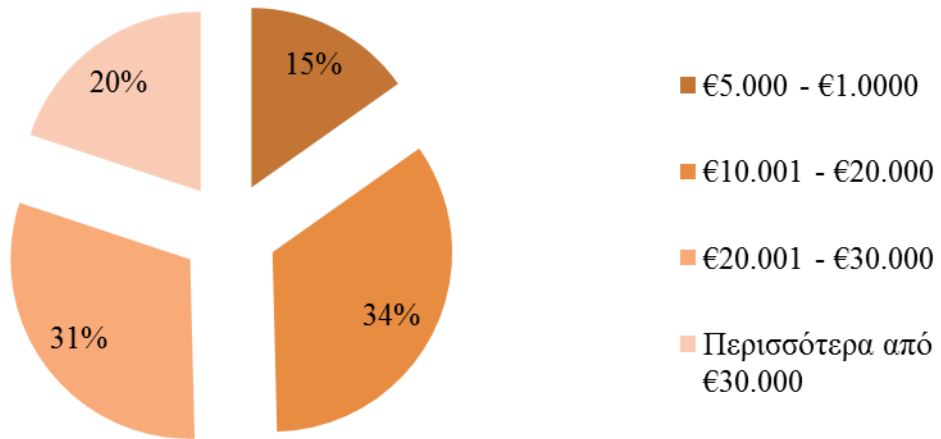
Υστέρηση ιδιωτικής ασφάλισης



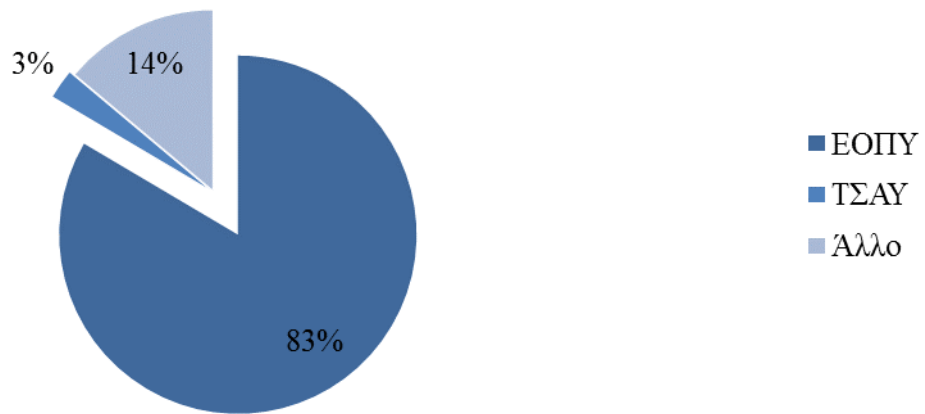
Φύλο



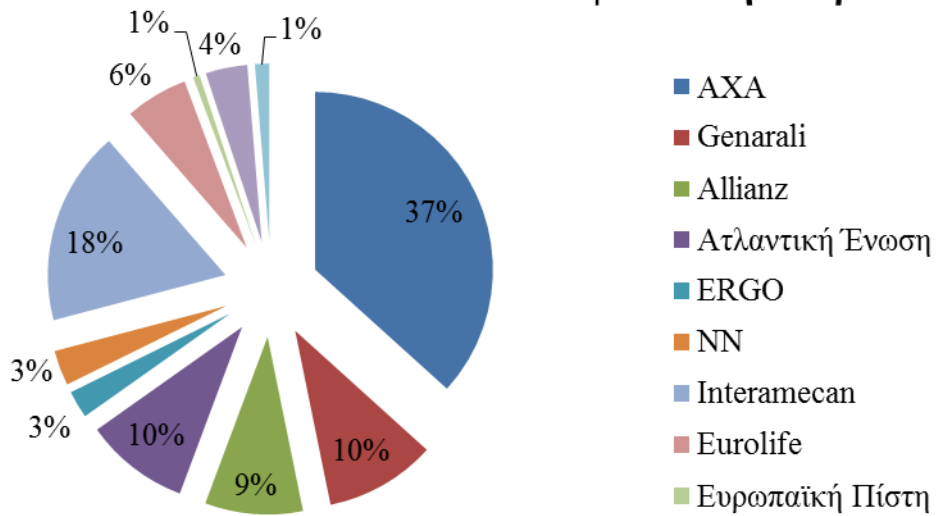
Εισόδημα



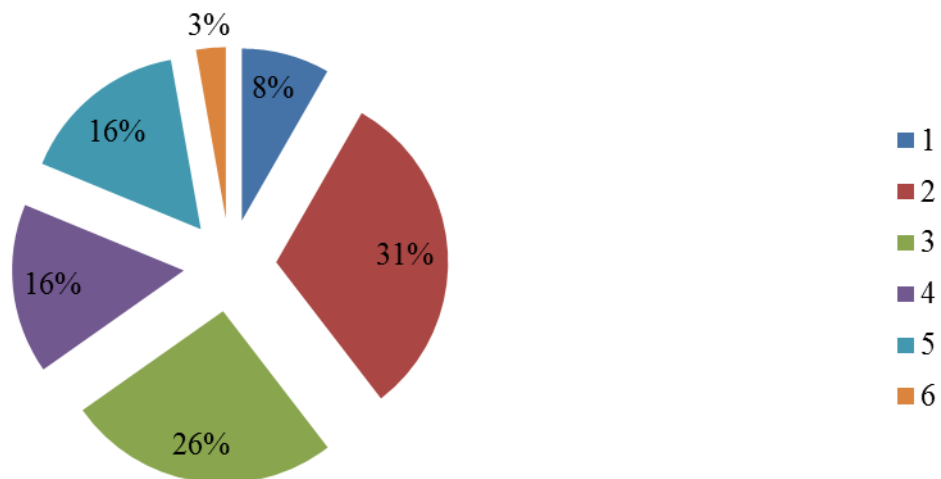
Φορέας κοινωνικής ασφάλισης



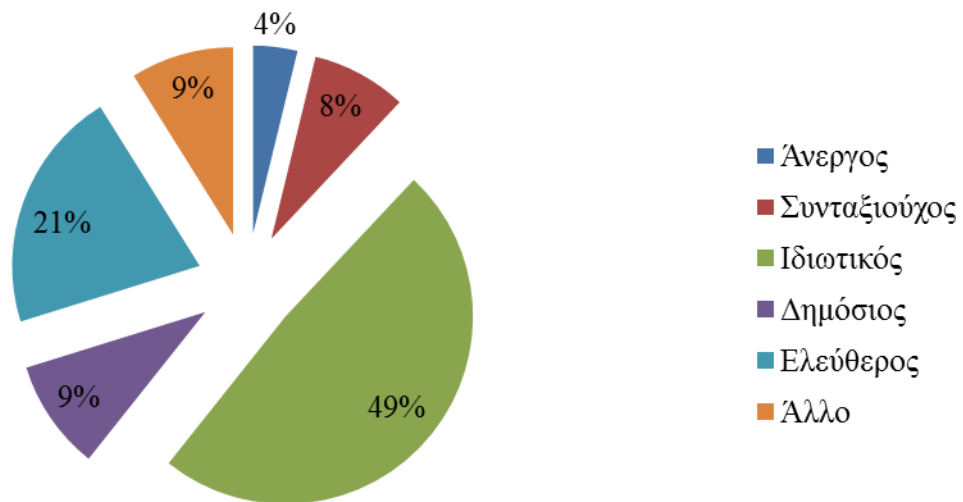
Ασφαλιστική εταιρεία



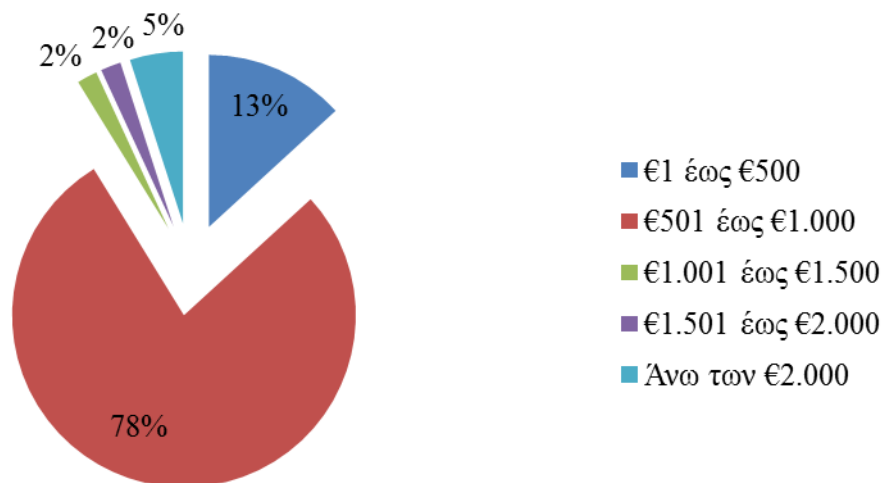
Μέλη οικογένειας με ιδιωτική



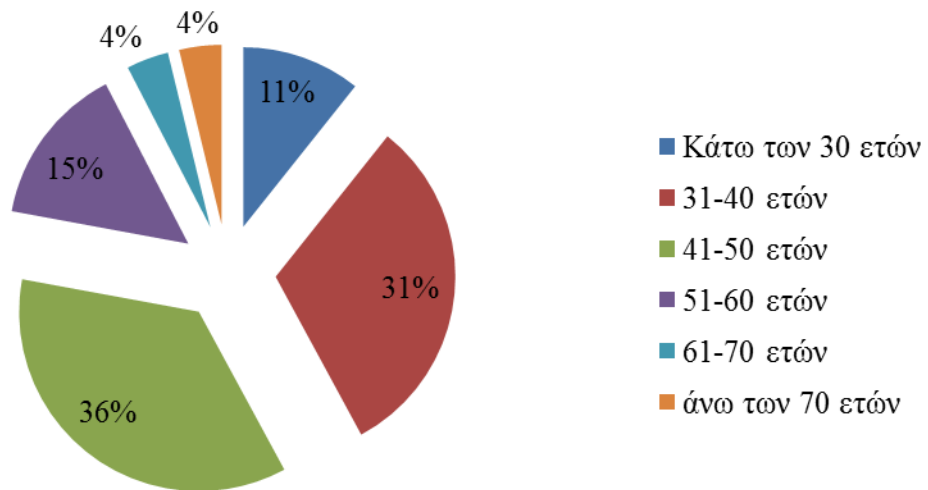
Επάγγελμα



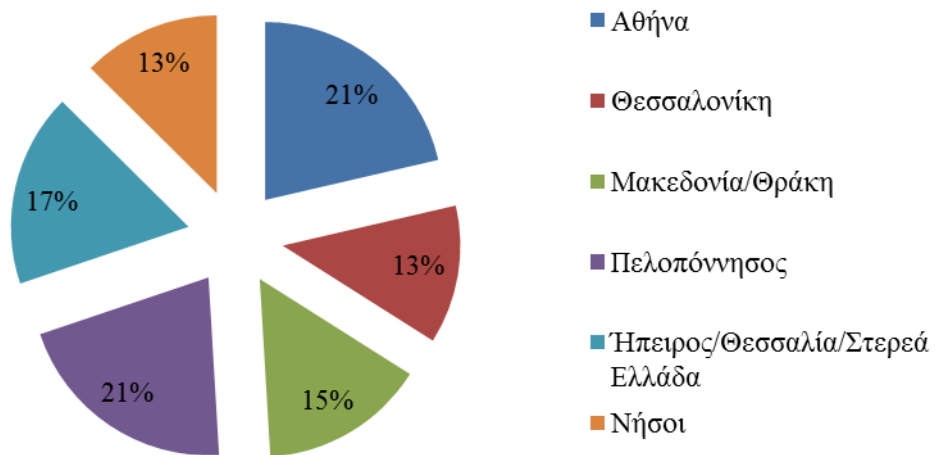
Αποζημίωση Τελευταίου Έτους



Ηλικιακή Ομάδα



Τόπος Διαμονής



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΘΕΜΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΤΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

A. Συμπληρωματική υγειονομική περίθαλψη πέρα του κοινωνικού φορέα

1) Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν στη σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας;

- α) Συμπληρωματική ασφάλιση για την κάλυψη παροχών που δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση
- β) Ποιοτική ανεπάρκεια του δημόσιου συστήματος υγείας
- γ) Χαμηλό οικονομικό κόστος
- δ) Μεγάλη προβολή μέσω των ασφαλιστικών εταιριών
- ε) Μη ύπαρξη κοινωνικής ασφάλισης
- στ) Άλλο (προσδιορίστε)

2) Το ιδιωτικό συμβόλαιο υγείας:

- α) είναι ενεργό επί του παρόντος
- β) το διέκοψα πριν από

3) Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας ώθησαν να διακόψετε το ιδιωτικό συμβόλαιο υγείας. (Μπορείτε να δώσετε παραπάνω από μια απάντηση)

- α) Οικονομικοί λόγοι
- β) Απόρριψη από την ασφαλιστική εταιρία
- γ) Δυσaráσκεια από τον τρόπο που σας αντιμετώπισαν σε περίπτωση αποζημίωσης.
- δ) Άλλο (προσδιορίστε)

4) Θεωρείτε ότι στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας κυρίαρχο ρόλο για εσάς παίζει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ή η νοσοκομειακή περίθαλψη;

- α) ΠΦΥ
- β) Νοσοκομειακή κάλυψη
- γ) Και τα δυο

5) Το ιδιωτικό συμβόλαιο υγείας με το οποίο καλύπτεστε αφορά σε

- α) Νοσοκομειακή περίθαλψη
- β) Εξωνοσοκομειακή φροντίδα
- γ) Νοσοκομειακή περίθαλψη και εξωνοσοκομειακή φροντίδα

6) Εάν έχετε απαντήσει θετικά στην ερώτηση 5, πόσο ικανοποιημένος/η ήσασταν από αυτήν;

- α) Καθόλου
- β) Λίγο

- γ) Μέτρια
- δ) Αρκετά
- ε) Πολύ

7) Ποιο είναι το χρηματικό ποσό ετησίως που δίνετε για το ιδιωτικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας;

- α) 0-500€
- β) 500-1000€
- γ) 1000-1500€
- δ) >1500€

8) Έχετε κάνει χρήση της ιδιωτικής σας ασφάλισης υγείας;

- α) Ναι
- β) Όχι

9) Εάν έχετε κάνει χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας τον τελευταίο χρόνο, ποιο ποσό εισπράζατε ως αποζημίωση ή ποια η αξία των υπηρεσιών που λάβατε μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας;.....

10) Υπάρχει απαλλασσόμενο ποσό στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας που διαθέτετε;

- α) Ναι
- β) Όχι

11) Πιστεύετε πως στα άτομα με υψηλό εισόδημα θα ήταν δόκιμο να δοθεί η δυνατότητα εξαίρεσης από την κοινωνική ασφάλιση (μη καταβολή εισφορών για τον κλάδο υγείας και συνακόλουθα μη υγειονομική κάλυψη) με την υποχρέωση σύναψης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας?

- α) Ναι
- β) Όχι
- γ) Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

12) Σε περίπτωση αρνητικής απάντησης εξηγήστε τους λόγους

- α) Θα στερούνταν η κοινωνική ασφάλιση τις εισφορές τους
- β) Θα δημιουργούνταν «ασφαλισμένοι δύο ταχυτήτων»
- γ) Θα εκμεταλλεύονταν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες την αυξημένη ζήτηση και να αύξαναν σημαντικά τα ασφάλιστρα
- ε) Άλλο

13) Ποιες επιπλέον δυνατότητες θα θέλατε να σας προσφέρει η ιδιωτική ασφάλιση υγείας;

- α) Μεγαλύτερη ευελιξία στη διαμόρφωση των παρεχόμενων καλύψεων σε σχέση με τις ανάγκες
- β) Μεγαλύτερη ταχύτητα κατά την απόδοση της αποζημίωσης
- γ) Λιγότερες γραφειοκρατικές διαδικασίες

14) Σε περίπτωση που επιθυμείτε να συνάψετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα θα επιθυμούσατε ελληνική ή ξένη ασφαλιστική εταιρία?

- α) Ελληνική
- β) Ξένη
- γ) Αδιάφορο

Αιτιολογείστε την απάντησή σας.

15) Πού θεωρείτε ότι οφείλεται η υστέρηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα έναντι των μέσων ευρωπαϊκών δεικτών ανάπτυξης?

- α) Έλλειψη εμπιστοσύνης στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- β) Μη εξοικείωση των Ελλήνων με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- γ) Περιορισμένο εισόδημα των πολιτών που δεν επαρκεί για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- δ) Ανεπαρκή προγράμματα που δεν ανταποκρίνονται στις ανάγκες των πολιτών.
- ε) Άλλο (Προσδιορίστε)

B Δημογραφικά στοιχεία

1) Ημερομηνία γέννησης.....

2) Φύλο

- α) Άνδρας
- β) Γυναίκα

3) Επάγγελμα.....

4) Ετήσιο εισόδημα

- α) 5.000-10.000€
- β) 10.000-20.000€
- γ) 20.000-30.000€
- δ) >30.000€

5) Φορέας κοινωνικής ασφάλισης

- α) Ε.Ο.Π.Υ.Υ
- β) ΤΣΑΥ
- γ) ΑΛΛΟ (Προσδιορίστε)

6) Τύπος μόνιμης κατοικίας.....

7) Ασφαλιστική εταιρία που είστε ασφαλισμένος.....

8) Αριθμός μελών στην οικογένεια που έχουν ιδιωτική ασφάλιση.....