

# ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΜΒΑΣΕΙΣ

*Κωνσταντίνου Κρεμαλή, Δικηγόρου ΑΠ - Καθηγητή του Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλειας και  
Υγείας στο Πανεπιστήμιο Αθηνών*

1. Εννοιολογικοί προσδιορισμοί και κοινωνικοοικονομικοί κίνδυνοι
2. Βασικά νομικά προβλήματα
3. Νομική προστασία και αναγκαίες νομοθετικές παρεμβάσεις

-----

## *1.- Εννοιολογικοί προσδιορισμοί και κοινωνικοοικονομικοί κίνδυνοι*

Οι παραδοσιακές συμβάσεις ιατρικών φροντίδων μεταξύ μεμονωμένων ασθενών και ιατρών ή κλινικών σπάνια οδηγούσαν στην αναγνώριση επαγγελματικής ή επιχειρηματικής ευθύνης, επειδή επικρατούσε μια ιατροκεντρική αντίληψη των προβλημάτων. Σήμερα η πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια ιδιωτική περίθαλψη απορρέουν συχνά από νομικές μορφές, όπως οι ιατροασφαλιστικές συμβάσεις, που εκθέτουν -λόγω της ευρείας τυποποίησής τους- τους φορείς υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης σε υπέρογκες αποζημιώσεις από θιγόμενους ασθενείς ή τρίτους.

Ειδικότερα, έχουν εισαχθεί και διαδίδονται ταχύτατα οι συνεργασίες μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και προμηθευτών υπηρεσιών ή αγαθών υγείας με σκοπό την έναντι τυποποιημένου ασφαλιστρού παραγωγή και διανομή των αναγκαίων υγειονομικών φροντίδων και εξοπλισμού με συμπίεση κόστους μέσα από συνθήκες ελεύθερου ανταγωνισμού. Πρόκειται για την εφαρμογή και στη χώρα μας των αμερικανικής προέλευσης προγραμμάτων αυτοδιοικούμενης και κατά κεφαλή χρηματοδοτούμενης παροχής υγειονομικών και ασφαλιστικών υπηρεσιών (managed health care capitation programs), των λεγόμενων Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας (HMO's – Health Maintenance Organizations)<sup>1</sup>.

Στα πρώτα στάδια λειτουργίας ενός τέτοιου θεσμού, που προσφέρεται για συμπλήρωση (ή και μερική υποκατάσταση) των προβληματικών κλάδων κοινωνικής ασφάλισης ασθενείας, επικρατεί επαγγελματική και επιχειρηματική αισιοδοξία, καθώς προσελκύονται οι οικονομικά εύρωστες και ηλικιακά προνομιούχες κατηγορίες του πληθυσμού. Γρήγορα όμως δημιουργούνται επαγγελματικοί κίνδυνοι για τους ιατρούς και επιχειρηματικοί κίνδυνοι για τα ιατρικά κέντρα και τις ασφαλιστικές εταιρείες από αναπόφευκτους κοινωνικοοικονομικού παράγοντες. Σύμφωνα με την αλλοδαπή εμπειρία τα συστήματα αυτά ωριμάζουν σε συνθήκες μιας ανέλεγκτης αύξησης των υγειονομικών και διαφημιστικών δαπανών, μιας επιβεβλημένης από τον ελεύθερο ανταγωνισμό συμπίεσης κόστους και ενός αναποτελεσματικού κρατικού ελέγχου ως προς τη βιωσιμότητά τους. Σε όση μάλιστα έκταση δεν προβλέπεται νομοθετικά, όπως στη χώρα μας (και αντίθετα με την Αμερική), ή δεν νοείται επιχειρηματικά η ανασφάλιση των σχετικών κεφαλαίων, αρκεί μια γενικευμένη αξίωση των

---

<sup>1</sup> Στο 3<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Επιστημονικό Συνέδριο Management Υπηρεσιών Υγείας, που έγινε στη Θεσσαλονίκη (4-6.10.01), ανακοινώθηκε η λειτουργία ήδη στη χώρα μας 17 προγραμμάτων capitation με συμμετοχή των μεγαλύτερων ιατρικών κέντρων και ασφαλιστικών εταιρειών.

ασφαλισμένων-ασθενών για να εκτεθούν σε υψηλές αποζημιώσεις οι ιατροί και οι εμπλεκόμενοι υγειονομικοί ή ασφαλιστικοί φορείς<sup>2</sup>.

Στην αλλοδαπή εντοπίζονται περιπτώσεις ιατρικής ευθύνης και επιχειρηματικού κινδύνου, όταν για λόγους εξοικονόμησης πόρων προσβάλλονται θεμελιώδη δικαιώματα των ασθενών. Προτείνεται τότε, ιδιαίτερα έντονα, η ποινικοποίηση των ιατρικών πράξεων<sup>3</sup>. Ανάλογα αποτελέσματα όμως προκύπτουν και όταν συνθήκες ανταγωνισμού επιβάλλουν την προμήθεια ακριβού ανθρώπινου δυναμικού ή ιατρικού εξοπλισμού<sup>4</sup>, που δεν μπορούν μακροχρόνια να καλυφθούν από την εισφοροδοτική ικανότητα των ασφαλισμένων για φροντίδες υγείας.

## *2.- Βασικά νομικά προβλήματα*

Από την αμέσως προηγούμενη ενότητα συνάγεται ότι η παραγωγή και διανομή ιατρικών υπηρεσιών και αγαθών θα δικαιολογείται στο μέλλον λιγότερο από ιατρικές επιλογές, που δεν ελέγχονται νομικά ως εκδηλώσεις επιστημονικών-τεχνικών γνώσεων και περισσότερο από επιχειρηματικές επιλογές, που ελέγχονται -μεταξύ άλλων- από κανόνες του Εμπορικού (Ασφαλιστικού) Δικαίου και του ταχύτατα αναπτυσσόμενου Δικαίου της Υγείας. Στο πλαίσιο του τελευταίου η θεωρία και νομολογία εξειδικεύουν καθημερινά ένα πλέγμα κανόνων ιατρικής ευθύνης που αντιστοιχεί σε ένα κατάλογο δικαιωμάτων των ασθενών (bill of patients' rights). Περάσαμε, δηλαδή, ταχύτατα από την εποχή που η επιστήμη θεμελιώνει την αγωγιμότητα του δικαιώματος για την υγεία<sup>5</sup>, στην εποχή που η πρόληψη, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας συνιστούν αυτονόητα δικαιώματα τόσο των ιδιωτικά ασφαλισμένων, όσο και αυτών που προσφεύγουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας<sup>6</sup>. Επιστέγασμα της εξέλιξης υπήρξε η αναγνώριση αυτοτελούς δικαιώματος στην προστασία της υγείας με την τελευταία αναθεώρηση του Ελληνικού Συντάγματος (άρθρ. 5§5 Συντ. 1975/1986/2001).

Μπορεί σε αρκετά θέματα οι ιατροί και οι λοιποί επαγγελματίες υγείας να αποφασίζουν ακόμα με διακριτική ευχέρεια, αλλά βρισκόμαστε αναμφισβήτητα σε τροχιά «κανονιστικοποίηση» των υγειονομικών φροντίδων, ιδίως μετά τη ψήφιση υπεραναλυτικών

---

<sup>2</sup> Robinson, Physician Organization in California: Crisis and Opportunity, Health Affairs, July/August 2001.

<sup>3</sup> Hammer, Pegram v. Herdrich: On Peritoniti, Preemption, and the Elusive Goal of Managed Care Accountability, Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 26, No 4, Aug. 2001. Humbach, Criminal Prosecution for HMO Treatment Denial, Journal of Law-Medicine, vol. 11, No 1, winter 2001.

<sup>4</sup> Farasat, Managed Care and the Adoption of Hospital Technology: The Case of Cardiac Catherterization, SSRN Electronic Paper Collection, Oct. 2000.

<sup>5</sup> Κρεμαλής, Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, Από τις κοινωνικές ασφαλίσσεις ασθένειας στο ενιαίο σύστημα υπηρεσιών υγείας, Ανατύπωση, Αθήνα 1987, 169 επ.

<sup>6</sup> Πρβλ. το Ν. 2619/98 (ΦΕΚ 132/Α/19.06.98) που κύρωσε τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής. Παράλληλα, κατά το άρθρο 1 Ν. 2071/92, το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Βλ. και άρθρο 47 Ν. 2071/92 για τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή, Ιατρ. & Δίκαιο τ. 10, 11-12/1991, 30.

κωδίκων δεοντολογίας<sup>7</sup> και άλλα μέτρα. Τελευταία, τα δικαστήριά μας -με κατάλληλες ερμηνευτικές μεθόδους- επεκτείνουν ουσιαστικά το περιεχόμενο της αστικής, διοικητικής, ποινικής και πειθαρχικής ιατρικής ευθύνης<sup>8</sup> με αφορμές την εξειδίκευση ιατρικών καθηκόντων και πειθαρχικών παραπτώματων<sup>9</sup>. Επιπλέον, με τις πρώτες ενδείξεις ωρίμανσης των ιατροασφαλιστικών προγραμμάτων, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις διακινδυνεύουν τα γνωστά στην πράξη ζητήματα ανεπάρκειας των τεχνικών αποθεμάτων<sup>10</sup>. Εφόσον, τέλος, η πολιτεία δεν εγγυάται την ανασφάλιση προβληματικών παροχών από ιατροασφαλιστικές συμβάσεις<sup>11</sup>, δεν απομένει παρά η καταγγελία τους ή ακόμα και η πτώχευση των φορέων που τα υλοποιούν<sup>12</sup>.

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης οι προβληματισμοί εντοπίζονται στη συμβατότητα και στα όρια μεταξύ των αρχών της κοινωνικής αλληλεγγύης και του ελεύθερου ανταγωνισμού μέσα σε μια ελεύθερη ασφαλιστική αγορά των υπηρεσιών υγείας<sup>13</sup>, ενώ παράλληλα η νομολογία του Δικαστηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων διευκολύνει τη διεύρυνση της ιατροασφαλιστικής αγοράς και πέραν των εθνικών ορίων<sup>14</sup>.

### *3.- Νομική προστασία και αναγκαίες νομοθετικές παρεμβάσεις*

Από την περιπτωσιολογία που προηγήθηκε, προκύπτει ένα αναγκαίο συμπέρασμα: Η νομική ευθύνη των ατόμων και φορέων που συμβάλλουν στον οργανωτικό σχεδιασμό, στη χρηματοδότηση και στις παροχές από ιατροασφαλιστικές συμβάσεις είναι πολλαπλά αυξημένη σε σύγκριση με τις κλασικές μορφές εξατομικευμένης ευθύνης από ιατρικές πράξεις και ασφαλιστικές καλύψεις. Παλαιότερα, οι αντισυμβαλλόμενοι ενεργούσαν συνήθως ανάλογα με τη συμβατική τους βούληση εξασφαλίζοντας την αναγκαία υγειονομική προστασία. Σήμερα, αναγκάζονται όλο και πιο συχνά να συμμορφωθούν σε επιγενόμενους εξωγενείς παράγοντες που υπονομεύουν το είδος και την έκταση των συμφωνημένων όρων. Ενδεικτικό παράδειγμα αποτελεί ο περιορισμός της συνταγογραφίας, που ανατρέπει υγειονομικές

<sup>7</sup> Βλ. τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας στο ΠΔ 216/2001 (ΦΕΚ 167/Α/25.07.01).

<sup>8</sup> Βλ. ενδεικτικά ΣτΕ 2463/98, ΕΔΚΑ 1998, 547, ΑΠ 534/98, ΕΔΚΑ 1998, 897, ΑΠ 195/90, Ιατρ. & Δίκαιο τ. 11/1992, 19, ΑΠ 1163/89, Ιατρ. & Δίκαιο τ. 11/1992, 18, Διοικ.Πρωτ.Αθην. 10933/97, ΔιΔικ 1997, 177.

<sup>9</sup> Βλ. τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας στο ΒΔ 25/5-6/6/1955 και τη σχετική εξουσιοδοτική διάταξη στο άρθρο 62 Ν. 2071/92, καθώς και λεπτομερειακή απαρίθμηση πειθαρχικών παραπτώματων στο άρθρο 35§2 Ν. 1397/83.

<sup>10</sup> Πρβλ. άρθρο 7§1Κωδ. ΝΔ 400/70 και Κρεμαλή, Γνωμοδοτήσεις Κοινωνικού Δικαίου, (1989-1999), Εκδ. Παπαζήση, 2000, 415 επ.

<sup>11</sup> Αντίθετα, στην Αμερική από το 1973 το διαπολιτειακό πρόγραμμα ERISA (Employee Retirement Income Security Act - 1974) εγγυάται μέρος των υγειονομικών παροχών, αλλά μόνο για πιστοποιημένους ιατροασφαλιστικούς φορείς που ικανοποιούν ορισμένα ποιοτικά και ποσοτικά standards: Βλ. Farrow, Greaney, Johnson, Jost, Schwartz, Health Law - Cases, Materials and Problems, 3<sup>rd</sup> ed., West Group, 1997, 298, 800, με παραπομπές σε αμερικανική νομολογία.

<sup>12</sup> Χαρακτηριστική είναι η πτώχευση του Maxicare, δεύτερου στη χώρα ιατροασφαλιστικού φορέα, με δύο εκατομμύρια μέλη.

<sup>13</sup> Van de Ven, How to achieve solidarity in a competitive health insurance market?, in: Pronk, The future of health insurance in Europe: between competition and solidarity, 2001, 14 επ.

<sup>14</sup> Απόφαση ΔΕΚ της 12.07.2001, Υπόθ. C-157/99, Smits, Peerbooms, ΕΔΚΑ 2001, 661.

προσδοκίες, αλλά όχι πάντα σε βαθμό επίκλησης της προστασίας από απρόβλεπτη μεταβολή των συνθηκών<sup>15</sup>.

Επιβάλλεται, λοιπόν, να αναζητηθούν οι νομικές εκείνες εγγυήσεις που θα ενίσχυαν την αποτελεσματικότητα των επιλογών ιατρών, ασθενών-ασφαλισμένων και επιχειρηματιών κατά την υλοποίηση των ιατροασφαλιστικών συμβάσεων.

A) Πρωταρχικά, πρέπει να δοθεί έμφαση στην πρόληψη από επαγγελματικούς ή επιχειρηματικούς κινδύνους των ιατρικών και ασφαλιστικών εταιρειών.

Πρόληψη, αρχικά, σημαίνει την κατάλληλη διατύπωση της ιατροασφαλιστικής σύμβασης και των συμβάσεων απασχόλησης ιατρών και λοιπών επαγγελματιών υγείας, καθώς και τη νομική επεξεργασία των τιμολογίων υγειονομικής περίθαλψης για να αποφεύγονται παραβιάσεις δικαιωμάτων των ασφαλισμένων ασθενών. Πρόληψη, επίσης, σημαίνει τη νομικά επιβεβλημένη ασφαλή αναλογιστική βάση και τοποθέτηση των κεφαλαίων από προγράμματα *capitation*, το σχεδιασμό ασφαλιστικών συμβάσεων σύμφωνα με τα διαθέσιμα ιατροοικονομικά δεδομένα, τη διαρκή νομική -όχι μόνο οικονομική και λογιστική- αξιολόγηση της εκτέλεσης των ιατροασφαλιστικών συμβάσεων. Πρόληψη, τέλος, σημαίνει αξιοποίηση ξένων μοντέλων υγειονομικής προστασίας με συνειδηση των αρνητικών παραμέτρων λειτουργίας τους, όπως αποκαλύπτονται από την εθνική και διεθνή επιστήμη και νομολογία.

Η εκπλήρωση των ιατροασφαλιστικών συμβάσεων στη χώρα μας, δεν πρόλαβε να καταδείξει όλες τις πτυχές της επαγγελματικής και επιχειρηματικής διακινδύνευσης των ενδιαφερόμενων μερών. Άλλωστε, η επίμονη αναζήτηση και σε άλλες χώρες<sup>16</sup> εναλλακτικών μορφών συνεργασίας μεταξύ προμηθευτών και καταναλωτών υπηρεσιών ή αγαθών υγείας υποδηλώνει τη δυσχέρεια να δαμαστεί με ασφάλεια δικαίου το νέο αυτό οικονομικό και επιστημονικό φαινόμενο. Εργοδότες, κράτος και άλλοι φορείς χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, επιδιώκοντας συμπίεση των σχετικών δαπανών, έχουν την τάση να επιρρίπτουν ευθύνες και κινδύνους στους παραγωγούς υπηρεσιών και αγαθών υγείας, οι οποίοι με τη σειρά τους αναζητούν μετακύλιση ευθυνών και κινδύνων στους ασθενείς. Στα σημεία αυτά υπάρχει ανάγκη νομικής προστασίας κατά την κατάρτιση των συμβατικών και κανονιστικών ρυθμίσεων που εξισορροπούν τα συγκρουόμενα έννομα συμφέροντα.

B) Ακολούθως, πρέπει να προσδιορισθούν τα δικαιώματα των ατόμων ως ασθενών και ως καταναλωτών υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

Αναφορικά με την προστασία των ατόμων ως ασθενών κρίνονται ανεπαρκείς οι αφηρημένες διακηρύξεις σε κώδικες δεοντολογίας ή σε (δημοσιουπάλληλικής έμπνευσης) απεριθμήσεις ιατρικών καθηκόντων και πειθαρχικών παραπτωμάτων. Συνιστάται, αντίθετα, ένας σαφής συμβατικού ή κανονιστικού περιεχομένου κατάλογος δικαιωμάτων των ασθενών απέναντι σε βλαπτικές πράξεις ή παραλείψεις ιατρών και γενικότερα ιδιωτικών φορέων υγειονομικών φροντίδων. Αυτός είναι ουσιαστικά θα αποτυπώνει την προστασία της ανθρώπινης αξίας και προσωπικότητας, καθώς και την εξάλειψη των αδικαιολόγητων διακρίσεων. Εμπειρικές έρευνες απέδειξαν ότι με τις ιατροασφαλιστικές συμβάσεις

<sup>15</sup> Άρθρο 388 ΑΚ.

<sup>16</sup> Furrow, Greaney, Johnson, Jost, Schwartz, *Health Law*, Hornbook Series, West Group, 1995, 160, 220 επ.

δημιουργούνται διακρίσεις σε βάρος των οικονομικά ασθενέστερων και των πιο ηλικιωμένων τμημάτων του πληθυσμού<sup>17</sup>. Συνεπώς, κρίνεται σκόπιμη η δημιουργία κινήτρων για να μην υπολείπεται η υγειονομική προστασία από ιατροασφαλιστικές συμβάσεις σε σύγκριση με τα εθνικά (δημόσια) επίπεδα υγειονομικών φροντίδων. Η αλληλοσυμπλήρωση, εξάλλου, μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων φορέων υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού είναι έργο σε διαχρονική εξέλιξη.

Αναφορικά με την προστασία των ατόμων ως καταναλωτών βαρύνουσα σημασία έχει εξειδίκευση της ρήτηρας για την καλόπιστη εκπλήρωση των ενοχών στο άρθρο 2 Ν. 2251/94, όπως συμπληρώθηκε με το άρθρο 10§24 εδ. ε' Ν. 2741/99, για τους γενικούς όρους των συναλλαγών, όπου ανήκουν και οι συμβάσεις μεταξύ καταναλωτών και προμηθευτών προϊόντων ή υπηρεσιών<sup>18</sup>, άρα και οι ιατροασφαλιστικές συμβάσεις.

Γ) Τέλος, πρέπει να ενισχυθούν οι εγγυήσεις για την -κατά το δυνατόν- απρόσκοπτη εκτέλεση των ιατροασφαλιστικών συμβάσεων και για τη αντίσταση των σχετικών φορέων σε εξωγενείς κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Με την έκφραση *managed care problem* αποδίδεται στην Αμερική η ανάγκη νομικής προστασίας των ιδιωτών απέναντι στις μεγάλες εταιρείες που ενδιαφέρονται περισσότερο για τις στατιστικές τους παρά για τις ανθρώπινες ανάγκες. Γίνεται λόγος για σύγκρουση αξιών κατά τη μετάβαση από την υγειονομική κάλυψη του ασθενή στην υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού<sup>19</sup>. Στη χώρα μας, όπου επικρατεί μεικτό σύστημα (δημόσιων και ιδιωτικών) υγειονομικών φροντίδων, παρατηρείται νομοθετικό κενό -με δυσκολία αναλογικής κάλυψης- ως προς τη θεσμική εγγύηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, σε αντίθεση με την αντίστοιχη εγγύηση για τους κλάδους κοινωνικής ασφάλισης ασθένειας (άρθρ. 22§5 Συντ. 1975/1986/2001).

Κρίνεται σκόπιμη, συνεπώς, η λήψη μέτρων για την εξασφάλιση της καλόπιστης εφαρμογής των προγραμμάτων *capitation* και των συναφών ιατρικών και ασφαλιστικών πράξεων. Δεν πρέπει, επίσης, να αποκλειστεί η εισαγωγή μιας κρατικά ελεγχόμενης αντασφαλιστικής κάλυψης του συνόλου ή μέρους των παροχών από ιατροασφαλιστικές συμβάσεις. Έτσι θα μετριάζονται για τους ιδιώτες τα δυσμενή αποτελέσματα σε περιπτώσεις ιατρικής ή ασφαλιστικής ευθύνης ή σε περιπτώσεις ωρίμανσης των προγραμμάτων με αναπόφευκτη υποβάθμιση των υγειονομικών παροχών. Τέλος, φορολογικές ελαφρύνσεις και δικλείδες υγιούς ανταγωνισμού υπέρ των φορέων εκπλήρωσης ιατροασφαλιστικών συμβάσεων θα ενίσχυε την οικονομική αντοχή τους, ενώ οι ασθενείς, οι χρηματοδότες και οι προμηθευτές αυτών των φορέων φαίνεται ότι έχουν ανάγκη βελτίωσης της θέσης που κατατάσσονται σε σχέση με άλλους πτωχευτικούς δανειστές.

---

<sup>17</sup> Hashimoto, *The Proposed Patients' Bill of Rights: The Case of the Missing Equal Protection Clause*, *Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, vol. 1 No 1, 2001.

<sup>18</sup> Βλ. Γεωργιάδη, *Γεν. Αρχές*, 1997, § 33 αρ. 15 επ., *Καράκωστα*, *Προστασία του καταναλωτή*, 1997, 37, 64, *Δωρή*, *Η εξειδίκευση της καλής πίστης στο άρθρο 2 ν. 2251/1994 για την προστασία των καταναλωτών και η σημασία της στο κοινό αστικό δίκαιο*, ΝοΒ 48, 738 επ., καθώς και Havighurst, *Consumers Versus Managed Care: The New Class Actions*, *Health Affairs*, July/August 2001.

<sup>19</sup> Randel, *How Managed Care Can Be Ethical*, *Health Affairs*, July/August 2001.

Μένει στην πράξη να αποδειχθεί, αν οι επαγγελματικοί και επιχειρηματικοί κίνδυνοι από τις ιατροασφαλιστικές συμβάσεις θα επηρεάσουν την επάρκεια της αναγκαίας κάθε φορά υγειονομικής προστασίας. Ένα είναι βέβαιο, ότι η έγκαιρη διάγνωσή τους συμβάλλει στην ελαχιστοποίηση τυχόν δυσμενών επιπτώσεων και αναδεικνύει τα ευεργετικά για τους ασθενείς αποτελέσματα που μπορεί να έχει η συνεργασία μεταξύ ιατρών και ασφαλιστών.