
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Η εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας τα χρόνια πριν την
κρίση και κατά την διάρκεια της
(2005-2016)**

ΤΣΙΑΜΑΛΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»

**Η εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας τα χρόνια πριν την
κρίση και κατά την διάρκεια της (2005-2016)**

ΤΣΙΑΜΑΛΟΥ ΕΥΓΕΝΙΑ, Α.Μ.: ΔΥ/1347

Επιβλέπων: κος Παντελίδης Παντελής/Αντιπρύτανης /Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης

του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017

UNIVERSITY of PIRAEUS



DEPARTMENT of ECONOMICS

M.Sc. in Health Management
The evolution of the health insurance market before the crisis
and the years during it (2005-2016)

TSIAMALOU EVGENIA

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2017

*Στην οικογένεια μου, το σύζυγο μου,
στα παιδιά μου και στους γονείς μου
που τόσο μου συμπαραστάθηκαν
όλα αυτά τα χρόνια.*

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ πολύ τον καθηγητή μου κο Παντελίδη Παντελή για τη στήριξη και τη βοήθεια του και κυρίως την υπομονή του καθώς και την οικογένεια μου για την αμέριστη υποστήριξη τους.

Δεκέμβριος 2017

Τσιάμαλου Ευγενία

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ 2005-2016

Σημαντικοί Όροι: Υγεία, ασφάλιση, ασφάλιστρα, αποζημιώσεις, ιδιωτική ασφάλιση υγείας, εποπτεία, Solvency II.

Περίληψη

Ο άνθρωπος από πάντα επιδίωκε να αισθάνεται ασφαλής και να περιορίζει κατά το δυνατόν τους παράγοντες αυτούς που δημιουργούν αβεβαιότητα για το μέλλον. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στον ασφαλισμένο ένα αίσθημα σιγουριάς και ασφάλειας στην περίπτωση που ασθενήσει ή συμβεί κάτι απρόβλεπτο στην υγεία του.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσει την πορεία της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας κατά τα χρόνια 2005-2016 θεωρώντας τα χρόνια 2005-2008 ως αυτά πριν την κρίση και τα έτη μετά το 2009 ως τα έτη της κρίσης.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο γίνεται αναφορά κυρίως σε θέματα ιστορικά και λειτουργικά της ιδιωτικής ασφάλισης καθώς και σε θέματα σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, την εποπτεία, την έννοια και τη δομή του κλάδου.

Στο δεύτερο μέρος αναλύονται διάφορα στατιστικά στοιχεία της ασφάλισης υγείας για την πορεία του κλάδου στην πάροδο των χρόνων, τις αποζημιώσεις, τα ασφάλιστρα, τα συμβόλαια και τους ασφαλισμένους καθώς και τις επενδύσεις των εταιρειών.

Η εργασία κλείνει με την εξαγωγή συμπερασμάτων γύρω από τον πορεία του τομέα όλα αυτά τα χρόνια καθώς και την μελλοντική τους εξέλιξη.

The evolution of health private insurance before and during economic crisis (2005-2016)

Keywords: Health, insurance, premium, compensation, private health insurance, Solvency II, supervision.

Abstract

Man has always sought to feel secure and to limit as far as possible these factors that create uncertainty for the future. Private health insurance provides to the insured a feeling of secure and confident in the case that he becomes sick or if something unpredictable happens to his health.

The purpose of this work is to study the course of private health insurance in the years 2005-2016 considering 2005-2008 as it was before the crisis and the years after 2009 as the years of the crisis.

The study is being separated in two parts. The first part deals mainly with historical and functional aspects of private insurance and issues related to the characteristics of private health insurance, the supervision, the concepts and the structure of the sector.

The second part t analyzes various statistics of health insurance for the course of the sector over the years, compensation, premiums, contracts and insured persons as well as the investments of the companies.

The diploma thesis closes with the export of conclusions about the direction of the sector over these years as well as their future development.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	XIX
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	XXI
1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1Ο.....	1
Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ.....	1
1.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ	1
1.1.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	1
1.1.2 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ	1
1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	3
1.2.1 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ.....	5
1.3 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	5
1.3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ Ή ΚΡΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	5
2 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο.....	7
ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	7
2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	7
3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	11
3.1 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ- ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	11
3.2 Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ	12
3.2.1 ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕ ΕΔΡΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	13
3.2.2 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΕ ΕΔΡΑ ΚΡΑΤΟΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ Ε.Ε.....	14
3.2.3 ΑΛΛΗΛΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ.....	14
3.3 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ.....	14
3.4 Η ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ	15
3.5 ΚΡΑΤΙΚΗ ΕΠΟΠΤΕΙΑ	17
3.5.1 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ	17
3.5.2 ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	18
3.6 ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΦΕΡΕΓΓΥΟΤΗΤΑΣ	21
3.6.1 ΕΓΓΥΗΤΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	21
3.7 Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	22
4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο.....	23
ΦΕΡΕΓΓΥΟΤΗΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ	23
4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΕΡΕΓΓΥΟΤΗΤΑΣ	23
4.2 SOLVENCY I.....	24
4.3 ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΟ SOLVENCY II	27
4.4 ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΥΛΩΝΕΣ ΤΟΥ SOLVENCY II.....	28
4.5 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΕΡΕΓΓΥΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΧΩΡΩΝ.....	31

4.6	Η ΤΡΑΠΕΖΙΚΗ ΑΡΓΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ.....	33
5	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο</u>	35
	<u>ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</u>	35
5.1	ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	35
5.1.1	ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ.....	36
5.1.2	ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ	37
5.1.3	ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	37
5.1.4	ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ.....	37
5.1.5	ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΡΟΙ ΚΑΛΥΨΕΩΝ.....	39
5.2	ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	42
5.3	UNDERWRITING.....	42
6	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο</u>	43
	<u>Ο ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</u>	43
6.1	ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	43
6.2	ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	43
6.3	Η ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	46
6.4	Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	46
6.5	Η ΑΓΟΡΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	48
7	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο</u>	49
	<u>ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ</u>	49
7.1	ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ	49
7.2	Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ	49
7.3	ΔΕΚΑ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	50
	<u>ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ</u>	53
8	<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο</u>	53
8.1	ΕΙΣΑΓΩΓΗ	53
8.2	ΔΕΙΓΜΑ	53
8.3	ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ.....	54
8.4	Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΥΠΟ	55
8.5	ΣΥΝΟΨΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ 2005-2008	58
8.6	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	63
8.7	ΠΛΗΘΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ 2009-2015	69
8.8	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ 2009-2015.....	72
8.9	ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ 2010-2015.....	75
8.9.1	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	78
8.10	ΠΟΣΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ 2010-2015.....	78
8.11	ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ	81

<u>8.13 ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ.....</u>	<u>83</u>
8.14 Ο ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟ 2016.....	84
<u>8.15 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....</u>	<u>86</u>
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</u>	<u>89</u>

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 2.1 : Πίνακας ασφαλιστικών εταιρειών 2015.....	9
Πίνακας 3.2 : Αριθμός ασφαλιστικών εταιρειών 2005-2016.....	13
Πίνακας 4.3 : Οι τρεις πυλώνες του Solvency.....	30
Πίνακας 4.4: Επισκόπηση συστημάτων Solvency.....	31
Πίνακας 5.5: Προγράμματα Υγείας.....	36
Πίνακας 8.6: Η εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας 2005-2014.....	55
Πίνακας 8.7: Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα Ζωής 2000-2009.....	62
Πίνακας 8.8 : Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέων 2009-2013.....	68

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 3,1 : Δομή της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς	12
Διάγραμμα 3.2 : αριθμός ασφαλιστικών εταιρειών 2005-2014.....	13
Διάγραμμα 3.3: Γενικές δαπάνες ανά υπάλληλο, Παραγωγή ασφαλιστρων ανά υπάλληλο.....	16
Διάγραμμα 6.4: Διαχρονική εξέλιξη της σύνθεσης της εγχώριας καταναλωτικής δαπάνης.....	42
Διάγραμμα 6.5: διαχρονική εξέλιξη εγχώριας καταναλωτικής δαπάνης.....	45
Διάγραμμα 6.6: Εξέλιξη δείκτη μεγέθους αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 2006-2014.....	47
Διάγραμμα 6.7: Αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	48
Διάγραμμα 8.8: Εξέλιξη της κάλυψης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας % στο σύνολο του πληθυσμού.....	54
Διάγραμμα 8.9: Ιδιωτική ασφάλιση υγείας κατά τύπο,2014.....	56
Διάγραμμα 8.10 : Είδος ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ.....	57
Διάγραμμα 8.11: Κ.κ. ασφάλιστρα στην Ε.Ε. 2005-2009.....	59
Διάγραμμα 8.12: Ετήσια μεταβολή ΑΕΠ και παραγωγής ασφαλιστρων.....	59
Διάγραμμα 8.13: Ποσοστό ασφαλιστρων επί του ΑΕΠ 2000-2009.....	60
Διάγραμμα 8.14: ΑΕΠ και παραγωγή ασφαλιστρων	61
Διάγραμμα 8.15: Μέσο κ.κ. ασφάλιστρο 2005-2009.....	61
Διάγραμμα 8.16: Συνολικό κ. κεφαλήν κόστος υγείας, δημόσιο και ιδιωτικό.....	62
Διάγραμμα 8.17: % συμμετοχή ανά φορέα στη συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας.....	64
Διάγραμμα 8.18: & συμμετοχή των φορέων στη χρηματοδότηση υγείας 2013.....	65
Διάγραμμα 8.19: Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά χώρα 2011.....	66
Διάγραμμα 8.20: Μεταβολή των ιδιωτικών πληρωμών ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας 2007-2012.....	67
Διάγραμμα 8.21:Ετήσια μεταβολή συμβολαίων υγείας 2009-2015.....	69
Διάγραμμα 8.22:Μεταβολή συμβολαίων και ασφαλισμένων 2009-2015.....	70
Διάγραμμα 8.23 : Ατομικά συμβόλαια : Κατανομή νοσοκομειακών κατά τύπο: συμμετοχικά ή πλήρους κάλυψης.....	71

Διάγραμμα 8.24: Ασφαλισμένοι στον τομέα υγείας ανά έτος 2009-2015.....	72
Διάγραμμα 8.25: Μεταβολή αποζημιώσεων και ασφαλισμένων 2009-2015.....	73
Διάγραμμα 8.26: Ενεργοί ασφαλισμένοι κλάδου υγείας (Ζωής και Ζημιών) 2012-2015.....	74
Διάγραμμα 8.27: Εγγεγραμμένα ασφάλιστρα ανά έτος 2009-2015.....	75
Διάγραμμα 8.28: Μεταβολή ασφαλίσεων και ασφαλισμένων 2009-2015.....	76
Διάγραμμα 8.29: Ονομαστική ανάπτυξη ασφαλίσεων 2012-2013.....	77
Διάγραμμα 8.30: Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα υγείας κατά κράτος 2015.....	78
Διάγραμμα 8.31: Αποζημιώσεις 2009-2015.....	79
Διάγραμμα 8.32: Μεταβολή αποζημιώσεων και εγγεγραμμένα ασφάλιστρα.....	79
Διάγραμμα 8.33: Μεταβολή σε εγγεγραμμένα ασφάλιστρα, αποζημιώσεις και ασφαλισμένους.....	80
Διάγραμμα 8.34: Ποσοστό ασφαλίσεων υγείας επί του ΑΕΠ 2011-2012.....	81
Διάγραμμα 8.35: ποσοστό ασφαλίσεων επί του ΑΕΠ.....	81
Διάγραμμα 8.36: Ποσοστό επενδύσεων επί του ΑΕΠ 2006-2015.....	83
Διάγραμμα 8.37: Κατανομή επενδύσεων 2015.....	84
Διάγραμμα 8.38: παραγωγή κλάδου ασφάλισης ζημιών 2016.....	86

1 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΚΛΑΔΟΣ

1.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΔΟΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Στο κεφάλαιο αυτό θα αναλύσουμε την έννοια της ασφάλισης και θα διαχωρίσουμε την ιδιωτική από κρατική ασφάλιση. Επίσης θα μελετήσουμε τη δομή της ιδιωτικής ασφάλισης, θα δούμε τα χαρακτηριστικά αυτής και τους τύπους (είδη ασφάλισης). Επιπλέον θα προσπαθήσουμε να περιγράψουμε την έννοια του κινδύνου και τον ρόλο αυτού στην ασφάλιση. Πρόκειται δηλαδή ουσιαστικά για ένα κεφάλαιο που θα μας εισάγει σε πολύ βασικές έννοιες τα ασφάλισης.

1.1.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Σύμφωνα με το νόμο , ιδιωτική ασφάλιση είναι η ασφάλιση που παρέχεται κατά κανόνα από ιδιωτικούς φορείς και διέπεται από διατάξεις ιδιωτικού δικαίου. Ο φορέας είναι κατά κανόνα εμπορική επιχείρηση και η ασφαλιστική σχέση που τον συνδέει με τον ασφαλισμένο είναι η ασφαλιστική σύμβαση. Η αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων που διέπει κάθε ιδιωτική ασφάλιση κάμπτεται μόνο στις υποχρεωτικές ασφαλίσεις και μόνο ως προς την υποχρέωση σύναψης ασφάλισης για την κάλυψη ορισμένων κινδύνων μέχρι κάποιου ανώτατου ορίου.

Η ιδιωτική ασφάλιση αφορά ασφαλιστική προστασία η οποία δεν παρέχεται από κυβερνητικές πηγές αλλά από ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Μπορεί επίσης να αναφέρεται σε μια πολιτική ή πακέτο παροχών που έχει αγοραστεί από ιδιώτη απευθείας από την ασφαλιστική εταιρεία και δεν είναι μέρος ενός ομαδικού ασφαλιστηρίου κάποιου εργοδότη ως πολιτική στήριξης.

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες είναι κερδοσκοπικοί οργανισμοί και η καθεμιά αναπτύσσει μέσα στα πλαίσια του νόμου λειτουργίας τους τις δικές της πολιτικές και κανονισμούς σχετικά με τις καλύψεις που προσφέρει.

1.1.2 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Το στοιχείο του κινδύνου με διάφορες μορφές συνόδευε τον άνθρωπο σε όλες τις εκδηλώσεις της κοινωνικής και οικονομικής ζωής του. Ακόμα και οι πιο απλές

ανθρώπινες πράξεις ενέχουν κάποιας μορφής κίνδυνο αριμείλειας και περιουσίας, τις συνέπειες των οποίων δεν μπορεί ο άνθρωπος πάντα να προβλέψει. Η εξασφάλιση όμως της σιγουριάς και της βεβαιότητας για το μέλλον παραμένει ένας από τους πιο υψηλούς στόχους της ανθρώπινης σκέψης. Ο επιστημονικός προγραμματισμός στις διάφορες δραστηριότητες αποσκοπεί στην σύμπτωση όλων εκείνων των ευνοϊκών προϋποθέσεων που έχουν ως συνισταμένη την επιτυχή έκβαση μιας δραστηριότητας. Υπάρχει όμως πάντα και η αβεβαιότητα πέρα από την οποία προκύπτει ο κίνδυνος. Κατά συνέπεια με την μελέτη και τον προγραμματισμό μπορεί μέχρι ενός σημείου να αποφευχθούν ορισμένοι κίνδυνοι.

Οι κίνδυνοι διακρίνονται σε κάποιες κατηγορίες οι βασικές των οποίων είναι οι καθαροί και κερδοσκοπικοί κίνδυνοι (pure and speculative risks), οι στατικοί και δυναμικοί κίνδυνοι (static and dynamic risks) και οι χρηματοοικονομικοί και μη χρηματοοικονομικοί κίνδυνοι (financial and non-financial risks). Κερδοσκοπικός κίνδυνος είναι μια κατάσταση από την οποία μπορεί να προκύψει κέρδος ή ζημία. Αντίθετα καθαρός κίνδυνος είναι η κατάσταση στην οποία υπάρχουν οι πιθανότητες μόνο ζημίας ή μη ζημίας αλλά όχι κέρδους. Οι καθαροί κίνδυνοι διακρίνονται σε προσωπικούς κινδύνους (πρόωρου θανάτου, κακής υγείας, ανεργίας, γηρατειών), κινδύνους περιουσίας, κινδύνους αστικής ευθύνης.

Ο στατικός κίνδυνος περιλαμβάνει τις ζημιές εκείνες οι οποίες μπορεί να συμβούν ακόμα και όταν η οικονομία δεν μεταβάλλεται. Αυτό σημαίνει ότι ο στατικός κίνδυνος συνδέεται με απώλειες από την μη ομαλή λειτουργία της φύσης. Αντίθετα ο δυναμικός κίνδυνος περιλαμβάνει τις ζημιές εκείνες οι οποίες προέρχονται από αλλαγές στην οικονομία.

Στην τρίτη και γενικότερη κατηγορία η έννοια του κινδύνου περιλαμβάνει όλες αυτές τις καταστάσεις στις οποίες υπάρχει έκθεση σε αντίξοες συνθήκες (Vaughan & Vaughan , 2003). Σε ορισμένες περιπτώσεις οι συνθήκες αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν τη χρηματοοικονομική απώλεια. Κατά συνέπεια μπορεί κάποιοι κίνδυνοι να μην έχουν από την φύση τους χρηματοοικονομικές συνέπειες και για αυτό ονομάζονται μη χρηματοοικονομικοί κίνδυνοι.

Ένα άλλο θέμα που αφορά τους κινδύνους είναι η μέτρηση τους. Κάποιες από τις έννοιες που σχετίζονται με την μέτρηση του κινδύνου είναι ο « υποκειμενικός κίνδυνος», ο «αντικειμενικός κίνδυνος», το ενδεχόμενο ζημίας και οι αιτίες και παράγοντες κινδύνου.

Οι τρόποι αντιμετώπισης ενός κινδύνου είναι η αποφυγή, η κράτηση, μεταφορά, έλεγχος ζημιών και ασφάλιση.

Ο κίνδυνος βρίσκεται στο επίκεντρο της ασφάλισης. Στην ασφαλιστική τεχνική ο όρος κίνδυνος δηλώνει την δυνατότητα που υπάρχει να συμβεί ένα ανεπιθύμητο γεγονός στη ζωή ενός ατόμου. Έχοντας λοιπόν ως δεδομένο ότι όλα τα άτομα είναι συνεχώς εκτεθειμένα σε πολλούς κινδύνους κύριο χαρακτηριστικό της ασφαλιστικής κατανομής κινδύνων είναι η απομόνωση του κινδύνου.

Με την ασφάλιση δηλαδή διαχωρίζεται ο κίνδυνος από την υπόλοιπη επιχειρηματική δραστηριότητα και ως χωριστό στοιχείο υποβάλλεται σε ασφαλιστική κατανομή. Με τον τρόπο αυτό οι οικονομικές συνέπειες του κινδύνου μετατοπίζονται από αυτόν που αρχικά τις έφερε σε ένα σύνολο ατόμων που βρίσκονται κάτω από την ίδια ασφαλιστική προστασία..

Βασικός σκοπός της ασφάλισης είναι λοιπόν η κατανομή των οικονομικών συνεπειών από τους λίγους στους πολλούς.

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Η σχέση η οποία συνδέει τον ασφαλισμένο με την ιδιωτική επιχείρηση/ ασφαλιστική εταιρία είναι μια εμπορική σχέση, η οποία οριστικοποιείται με την ασφαλιστική σύμβαση η οποία υπογράφεται και από τα δύο μέρη και η οποία υπάγεται στις μεθόδους ερμηνείας του Αστικού Κώδικα (άρθρα 173 και 200). Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ότι στην περίπτωση που η ιδιωτική ασφάλιση είναι μη υποχρεωτική, χαρακτηρίζεται από την αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων (σύμφωνα με τον 2496/1997), με κάποιες αποκλίσεις όμως, οι οποίες έχουν σα βασικό στόχο την προστασία των καταναλωτών των ασφαλιστικών προϊόντων. Στην αντίθετη περίπτωση, όταν δηλαδή η ιδιωτική ασφάλιση καθίσταται υποχρεωτική (σύμφωνα με τον 489/1796 και τα Π.Δ. 339/1996), όπως για παράδειγμα η ασφάλιση αστικής ευθύνης στα αυτοκίνητα, τότε δεν ισχύει η αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων.

Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ιδρύονται και αναλαμβάνουν την υποχρέωση της κάλυψης των κινδύνων τρίτων, δηλαδή των μελών τους σύμφωνα με τους νόμους 400/1970 και 1569/1985. Το αντάλλαγμα για την ανάληψη των κινδύνων είναι ένα ασφάλιστρο ή εισφορές των μελών για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. Ο υπολογισμός του ασφαλίστρου γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε και να καλύπτεται ο

κίνδυνος, αλλά και να αποφέρει κέρδος στις ασφαλιστικές εταιρίες, καθώς όπως αναφέρθηκε ήδη είναι κερδοσκοπικοί οργανισμοί με εμπορικό χαρακτήρα. Γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι για να μπορέσουν να λειτουργήσουν σωστά οι εταιρίες ιδιωτικής ασφάλισης, πρέπει οι κίνδυνοι να αναλαμβάνονται συστηματικά και να υπάρχουν αρκετά μαθηματικά μοντέλα τα οποία να υπολογίζουν σωστά ότι το κεφάλαιο το οποίο σχηματίζεται για την κάλυψη των κινδύνων επαρκεί. Ορισμένες ασφαλιστικές εταιρίες ιδρύουν και άλλες συγγενείς εταιρίες με μη ασφαλιστική δραστηριότητα με σκοπό να τους βοηθήσουν στην κάλυψη του κινδύνου, οι οποίες επίσης λειτουργούν με βάση το Ν. 1569/1985.

Άρα λοιπόν με βάση τα παραπάνω εξάγεται το συμπέρασμα ότι τα βασικά συστατικά στοιχεία της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η ασφαλιστική εταιρία, ο κίνδυνος που αυτή αναλαμβάνει και το ασφάλιστρο. Συνοπτικά μια ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να καλύψει τους κινδύνους τόσο των αγαθών όσο και των προσώπων, δεν είναι υποχρεωτική στις περισσότερες περιπτώσεις, με την εξαίρεση σε περιπτώσεις όπως η αστική ευθύνη από αυτοκίνητα που την επιβάλλει ο νόμος, ασκείται από ιδιωτικές κερδοσκοπικές επιχειρήσεις που λειτουργούν με αυστηρούς κανόνες, εισπράττουν ασφάλιστρο το οποίο καταβάλλεται εξ' ολοκλήρου από τον ασφαλισμένο και που είναι ανάλογο με το ύψος των κινδύνων που η ιδιωτική εταιρία αναλαμβάνει.

Άλλα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης θεωρούνται ότι αποτελεί ατομική επιλογή και είναι προσωπική ευθύνη του ασφαλιζόμενου, ο οποίος συμβάλλεται ελεύθερα με την ασφαλιστική εταιρία. Τα συμβόλαια διέπονται από τους εμπορικούς 17 νόμους, ενώ οι παροχές είναι ατομικές και το εύρος τους αντιστοιχεί στο ύψος των καταβαλλόμενων εισφορών. Επίσης, δεν υπάρχει δημόσια χρηματοδότηση και επομένως σε περίπτωση ελλειμμάτων υφίσταται οικονομική ζημιά. Ένα από τα πλέον σημαντικά χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης είναι το φαινόμενο της «αντίστροφης επιλογής», όπου η ασφαλιστική εταιρεία επιλέγει τα προς ασφάλιση άτομα, αποκλείοντας άτομα ή και ομάδες πληθυσμού από την αιτούμενη κάλυψη, λόγω αυξημένου κινδύνου νόσησης και άρα αυξημένου κόστους αποζημίωσης. Επιπλέον, στις παροχές της ιδιωτικής ασφάλισης υπάρχει, σε αντίθεση με την κοινωνική ασφάλιση, σημαντικός αριθμός εξαιρέσεων, όπως οι «προϋπάρχουσες παθήσεις», η ψυχοθεραπεία

1.2.1 ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Η ασφάλιση διακρίνεται ανάλογα με τον φορέα που αναλαμβάνει την ασφάλιση σε ιδιωτική και κρατική ή κοινωνική ασφάλιση. Θεωρητικά τα δύο είδη συγκλίνουν τόσο προς το σκοπό εξυπηρέτησης τους όσο και προς τους λόγους ύπαρξής τους (Αντωνάκη, Λόντου, Σαριδάκη, Χατζηδημητρίου &Κόκκινος, 2009).

1.3 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η ιδιωτική ασφάλιση σε αντίθεση με την κοινωνική δεν είναι υποχρεωτική. Ένα άτομο μπορεί παράλληλα με την όποια κοινωνική ασφάλιση να έχει και ιδιωτική ασφαλιστική προστασία έναντι ορισμένων κινδύνων.

Η ιδιωτική ασφάλιση ασκείται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Κύρια χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η κατάρτιση ιδιαίτερης σύμβασης μεταξύ κάθε ασφαλισμένου και εταιρείας.

Είναι γεγονός πως η πρόοδος και ανάπτυξη των ασφαλιστικών επιχειρήσεων που παρατηρήθηκε στο παρελθόν αλλά ακόμα και σήμερα οφείλεται στο ότι η προστασία που παρέχεται από τους φορείς της κοινωνικής ασφάλισης είναι ελλιπής.

Η κυρίαρχη τάση διεθνώς είναι η μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας τα λεγόμενα ΣΔΙΤ.

Στην Ελλάδα υπάρχει έντονος προβληματισμός γύρω από τα προβλήματα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας. Δυστυχώς όμως δεν υπάρχουν και αρκετές μελέτες οι οποίες να έχουν ασχοληθεί με την ελληνική ασφαλιστική αγορά. Μια από τις λίγες πηγές αποτελεί η ετήσια έκθεση της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος. Πάντως είναι γεγονός ότι ο χώρος δεν έχει τύχει της προσοχής των ερευνητών και αυτό εγκυμονεί κινδύνους καθώς τα τελευταία χρόνια διαφαίνονται σοβαρά προβλήματα στον κλάδο αλλά και παρενέργειες στη λειτουργία του συστήματος υγείας γενικότερα.

1.3.1 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ Ή ΚΡΑΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Η κοινωνική ασφάλιση έχει ως σκοπό της την εξυπηρέτηση γενικότερων κοινωνικών αναγκών και για αυτό η σχετική αρμοδιότητα έχει ανατεθεί σε διάφορους ορφανισμούς δημοσίου δικαίου που ασκούν κοινωνική ασφάλιση, όπως το Ι.Κ.Α. , Ο.Γ.Α. ταμείο δημοσίου και άλλα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία σήμερα έχουν όλα

ενοποιηθεί σε ένα κοινό φορέα ασφάλισης στον ΕΦΚΑ και πάροχο υπηρεσιών υγείας τον ΕΟΠΥΥ.

Κύριο χαρακτηριστικό της κοινωνικής ασφάλισης είναι ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της. Ο κάθε εργαζόμενος ή επαγγελματίας είναι υποχρεωμένος όταν ασκεί ένα επάγγελμα να ασφαλιστεί, χωρίς να μπορεί με κανένα τρόπο να το αποφύγει τουλάχιστον στην χώρα μας.

Οι όροι ασφαλίσεως είναι ίδιοι για όλους τους ασφαλισμένους που προστατεύονται έναντι των ίδιων κινδύνων χωρίς να υπάρχει κάποια ξεχωριστή συμφωνία μεταξύ ασφαλιζομένων και ασφαλιστικού φορέα.

Συνήθεις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης είναι η συνταξιοδότηση, η ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, τα επιδόματα ασθενείας, μητρότητας και ανεργίας.

Η κοινωνική ασφάλιση όμως όχι μόνο τώρα λόγω των ιδιαιτέρων συνθηκών κάτω από τις οποίες βρίσκεται η χώρα αλλά και παλιότερα ήταν και είναι ένας θεσμός που δέχεται πολλή κριτική συνήθως κακή. Η κοινωνική ασφάλιση κυρίως δέχεται επίκριση για τον τρόπο διαχείρισης και διάθεσης των εισπραττόμενων φόρων αλλά και για τον τρόπο διοίκησης τους.

Έτσι το ασφάλιστρο διαμορφώνεται σε ύψος δυσανάλογο σε σχέση με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας προς τους ασφαλισμένους. Αν σκεφτεί όμως κανείς πως στην κοινωνική ασφάλιση καλύπτονται συνήθως οι κατώτερες εισοδηματικές τάξεις, είναι αμφίβολο αν αυτές θα συνέχιζαν να ασφαλίζονται σε αυτή αν είχαν την δυνατότητα επιλογής και απαλλαγής από αυτή. Το πιθανότερο είναι πως θα σπαταλούσαν το επιπλέον εισόδημα που θα προέκυπτε σε πιο άμεσες ανάγκες. Έτσι όμως θα προκύπτανε σοβαρά κοινωνικά προβλήματα.

Θα πρέπει λοιπόν να δεχτούμε ότι η κοινωνική ασφάλιση παρά τα όποια προβλήματα της επιτελεί έργο κοινωνικής σημασίας χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι δεν χρειάζεται βελτιώσεις.

² ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2⁰ ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η έρευνα της ιστορικής εμφάνισης και εξέλιξης της ιδιωτικής ασφάλισης είναι δύσκολη καθώς δεν υπάρχουν ακριβή καταγεγραμμένα ιστορικά στοιχεία και πληροφορίες. Ο θεσμός πάντως της ιδιωτικής ασφάλισης όπως τον εννοούμε σήμερα διαμορφώθηκε το 15^ο περίπου αιώνα στα λιμάνια της Ισπανίας και της Ιταλίας της εποχής και αφορούσε τη θαλάσσια ασφάλιση. Δυστυχώς την εποχή εκείνη η Ελλάδα μετά την άλωση της Κωνσταντινούπολης το 1453 και την υποδούλωση στους Τούρκους είναι δύσκολο να δημιουργήσει συνθήκες ανάπτυξης της ασφάλισης. Ωστόσο οι Έλληνες ναυτικοί που κάνουν μεταφορές ασφαλιζονται σε εταιρείες του εξωτερικού.

Οι πρώτες ωστόσο ελληνικές ασφαλιστικές εταιρείες ιδρύθηκαν στο εξωτερικό πριν την Επανάσταση αρχής γενομένης το 1789 στην Τεργέστη με την ίδρυση της “Societa Greca d’ Assicurazione”(Μακρής Κώστας , Εθνική Ασφαλιστική 1996) .

Μετά την ίδρυση της Societa Greca ακολούθησαν και άλλες εταιρείες στις οποίες μετείχαν Έλληνες όπως η Campania d’ Assicuratori Particolari (1801) , η Stabilimento d’ assicurazioni (1804). Άλλες σημαντικές πόλεις στις οποίες ιδρύθηκαν ασφαλιστικές εταιρείες στις οποίες μετείχαν Έλληνες ήταν η Οδησός και λόγω της μεγάλης εμπορικής δραστηριότητας αλλά και η Κωνσταντινούπολη.

Στη συνέχεια και μετά την απελευθέρωση της Ελλάδας ακολούθησε η ίδρυση ασφαλιστικών εταιρειών στον ελληνικό χώρο. Οι πρώτες προσπάθειες ίδρυσης ασφαλιστικών εταιρειών γίνεται με επίκεντρο τα εμπορικά κέντρα της εποχής Σύρου και της Πάτρας και αφορούσε αποκλειστικά την ασφάλιση θαλάσσιων μεταφορών. Έχουμε λοιπόν μετά την απελευθέρωση και την σύσταση του ελληνικού κράτους την ίδρυση της ασφαλιστικής εταιρείας “ΕΛΛΗΝΙΚΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΝ ΚΑΤΑΣΤΗΜΑ” το 1829 στην Ερμούπολη της Σύρου. Στη συνέχεια ιδρύθηκαν και άλλες στη Σύρο και στην Πάτρα με σημαντικότερες την ΟΜΟΝΟΙΑ και την ΑΡΜΟΝΙΑ στη Σύρο και τις ΜΙΑΟΥΛΗΣ, ΣΩΤΗΡ και ΠΑΤΡΑΙ στην Πάτρα.

Από το 1850 ως το 1890 ιδρύονται στη χώρα πολλές εταιρείες οι οποίες όμως αργότερα ή πτώχευσαν ή διέκοψαν τις εργασίες τους. Η μόνη ασφαλιστική εταιρεία

της εποχής που ιδρύθηκε το 1891 και συνεχίζει μέχρι σήμερα τις εργασίες είναι η ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ.

Από το 1900 ως τις παραμονές του Β' παγκοσμίου πολέμου το 1940 ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης ακολούθησε σημαντική εξέλιξη τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική.

Στην Ελλάδα το πρώτο αυτοκίνητο εμφανίζεται στην Αθήνα το 1896 από τον Κωνσταντίνο Χριστομάνη το οποίο αχρηστεύεται το 1900 από σοβαρή βλάβη. Την ίδια χρονιά εμφανίζεται το πρώτο ηλεκτροκίνητο όχημα επτά θέσεων το οποίο εισήγαγε από την Γερμανία ο Κωνσταντίνος Νικολαΐδης. Το πρώτο αυτοκινητιστικό ατύχημα στην Αθήνα συμβαίνει το 1907 στη λεωφόρο Συγγρού σε μια Αθήνα που κυκλοφορούσαν μόνο 7 αυτοκίνητα. Τότε όλοι αναρωτιόνταν τι θα γίνει αν τα αυτοκίνητα αυξηθούν.

Το 1907 οι καταγεγραμμένες εταιρείες οι οποίες δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα είναι οι εξής 14(Πάνος Ρούσσης, 2002) :

1. RIUNIONE ADRIATICA DI SICURTA
2. ALLIANZ VERSICHERUNG A/G
3. NORTH BRITISH AND MERCANTILE INSURANCE CO LTD
4. ASSICURAZIONI GENERALI DI TRIESTE
5. ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ
6. COMMERSIAL UNION ASSURANCE CO LTD
7. SUN FIRE OFFICE
8. LA BALOISE
9. ROYAL EXCHANGE ASSURANCE
10. ROSSIA
11. PHOENIX AUTRICHIEN
12. GUARDIAN ASSURANCE CO LTD
13. NORWICH UNION FIRE INSURANCE CO LTD
14. PHOENIX FRANCAIS

Από τότε μέχρι σήμερα ο ασφαλιστικός κλάδος έχει εξελιχθεί νέα προϊόντα έχουν προστεθεί και οι εταιρείες άλλες άντεξαν στο χρόνο άλλες συγχωνεύθηκαν ή πτώχευσαν ή απλά έκλεισαν. Σήμερα στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται οι εξής εταιρείες:

Πίνακας 2.1
Πίνακας Ασφαλιστικών Εταιρειών 2015

ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΤΑΙΡΙΕΣ

ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.	ALLIANZ ΕΛΛΑΣ Α.Α.Ε.
ΑΙΓΑΙΟΝ Α.Α.Ε.	ALPHALIFE Α.Α.Ε.Ζ.
ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ Α.Ε.Γ.Α.	ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.
ΔΥΝΑΜΙΣ Α.Ε.Γ.Α.	CNP ΖΩΗΣ Α.Α.Ε.
Η ΕΘΝΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α.	CREDIT AGRICOLE Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ Α.Ε.Ε.Γ.Α.	DAS HELLAS Α.Α.Ε. ΓΕΝ. ΝΟΜ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Α.Ε.Γ.Α.	EUROLIFE ERB Α.Ε.Γ.Α.
ΕΥΡΩΠΗ Α.Ε.Γ.Α.	EUROLIFE ERB Α.Ε.Α. ΖΩΗΣ
ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ Ε.Α.Ε. ΖΩΗΣ Α.Ε.	ERGO Α.Α.Ε. ΖΗΜΙΩΝ
ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ Ε.Ε.Α. ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.	ERGO Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ
ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΒΟΗΘΕΙΑΣ Α.Ε.Γ.Α.	EULER HERMES Α.Α.Ε. ΠΙΣΤΩΣΕΩΝ Α.Ε.
ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Α.Ε.Α.Ε.	GENERALI HELLAS Α.Α.Ε.
ΟΡΙΖΩΝ Α.Ε.Γ.Α.	GROUPAMA ΦΟΙΝΙΣ Α.Ε.Α.Ε.
ΣΙΔΕΡΗΣ Γ. ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ Α.Ε.Γ.Α.	INTERASCO Α.Ε.Γ.Α.
ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α.	INTERLIFE Α.Α.Ε.Γ.Α.
ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ Α.Α.Α.Ε.	INTERNATIONAL LIFE Α.Ε.Γ.Α.
	INTERNATIONAL LIFE Α.Ε.Α.ΖΩΗΣ
	METLIFE Α.Ε.Α.Ζ.
	NN Ε.Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ
	PERSONAL INSURANCE Α.Ε.Γ.Α.

Πηγή : ΕΑΕΕ Ετήσια έκθεση 2016

Ενώ πάντως οι κλάδοι πυρός, αυτοκινήτου και μεταφορών είχαν μια σχετικά πιο ραγδαία ανάπτυξη ωστόσο η κλάδος ζωής δεν παρουσίασε την ανάλογη ανάπτυξη από το 1945 ως το 1968 βασικά λόγω του βιοτικού επιπέδου του μέσου Έλληνα αλλά και της μεταπολεμικής νομισματικής αστάθειας. Χρειάστηκε να φτάσουμε στο 1970 οπότε και δημοσιεύεται ο Νόμος 400/70 περί « Ιδιωτικής Επιχειρήσεως Ασφαλίσεως» και δημιουργείται η πρώτη αυτοτελής ασφαλιστική εταιρεία Ζωής με την επωνυμία INTERAMERICAN.

3 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ – ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

3.1 ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ- ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Το νομοθετικό διάταγμα (ΝΔ) 400/1970 «Περί Ιδιωτικής Επιχειρήσεως Ασφαλίσεως» ρυθμίζει τη σύσταση και λειτουργία των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών στην Ελλάδα. Να σημειωθεί ότι το ΝΔ έχει διαμορφωθεί από τις μεταγενέστερες προσθήκες εθνικής και κοινοτικής νομοθεσίας. Η ιδιωτική ασφάλιση ασκείται μόνο από ανώνυμες εταιρίες, αλληλασφαλιστικούς συνεταιρισμούς, δημόσιες εταιρίες, εταιρίες που εδρεύουν σε κράτος μέλος της ΕΕ και του Ενιαίου Ευρωπαϊκού Χώρου (ΕΟΧ) υπό καθεστώς εγκατάστασης ή υπό καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών και από αλλοδαπές ασφαλιστικές εταιρίες τρίτων κρατών αποκλειστικά υπό καθεστώς εγκατάστασης. Ο αποκλειστικός σκοπός τους είναι η παροχή ασφάλισης.

Ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης καλύπτεται από τα παρακάτω νομοθετήματα:

- Ν.Δ. 400/1970 (Φ.Ε.Κ. Α' 10) "Περί Ιδιωτικής Επιχειρήσεως Ασφαλίσεως"
- Π.Δ. 190/2006 (Φ.Ε.Κ. Α' 196) "Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην οδηγία 2002/92/Ε.Κ. του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με την ασφαλιστική
- Solvency II: Ο καθοριστικός παράγοντας για τη μελλοντική πορεία του κλάδου της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η ανάπτυξη του Ενιαίου Ευρωπαϊκού Συστήματος Φερεγγυότητας, γνωστού ως Solvency II που θα αναλύσουμε όμως εντατικά στη συνέχεια.



Πηγή : ΕΑΕΕ

Διάγραμμα 3.1
Δομή της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς

3.2 Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ

Στην ελληνική ασφαλιστική αγορά δραστηριοποιούνται :

- Υποκαταστήματα ασφαλιστικών εταιρειών με έδρα Τρίτη χώρα (εκτός ΕΕ ή ΕΟΧ).
- Ασφαλιστικές επιχειρήσεις με έδρα κράτος μέλος της ΕΕ ή του ΕΟΧ υπό καθεστώς εγκατάστασης (μέσω υποκαταστήματος) ή υπό καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών .
- Ανώνυμες ασφαλιστικές με έδρα στην Ελλάδα.
- Αλληλασφαλιστικοί συνεταιρισμοί.

Στα επόμενα κεφάλαια θα γίνει ανάλυση των παραπάνω επιχειρήσεων.

3.2.1 ΑΝΩΝΥΜΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΜΕ ΕΔΡΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Για να μπορέσει μια ασφαλιστική εταιρεία δραστηριότητες πρωτασφάλισης ή και αντασφάλισης σε ανώνυμη εταιρεία με έδρα στην Ελλάδα απαιτείται άδεια από την Τράπεζα της Ελλάδας (ΕΑΕΕ, νομοθετικό πλαίσιο). Η άδεια αυτή ισχύει σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ και του ΕΟΧ αν η επιχείρηση θέλει να ασκήσει δραστηριότητες σε άλλο κράτος- μέλος υπό καθεστώς εγκατάστασης ή ελεύθερης παροχής υπηρεσιών.

Ασφαλιστικές επιχειρήσεις με έδρα την Ελλάδα οι οποίες συνιστώνται μετά την έναρξη ισχύος του ν. 4363/2016 η άδεια λειτουργίας τους χορηγείται αποκλειστικά για την άσκηση ή ασφάλιση ζημιών ή ασφαλίσεων ζωής. Κατά παρέκκλιση αυτού και υπό την προϋπόθεση ότι κάθε δραστηριότητα τελεί υπό χωριστή διαχείριση:

- Επιχειρήσεις που έχουν λάβει άδεια λειτουργίας για να ασκήσουν δραστηριότητες ασφάλισης έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν άδεια και για δραστηριότητες ασφάλισης κατά ζημιών για τους κινδύνους εμπίπτουν μόνο στους κλάδους για ατυχήματα και ασθένειες.
- Επιχειρήσεις οι οποίες έχουν λάβει άδεια λειτουργίας αποκλειστικά για κινδύνους που εμπίπτουν στους κλάδους ατυχήματα και ασθένειες δικαιούνται να λάβουν άδεια και για δραστηριότητες ασφάλισης ζωής.

Στην Ελλάδα σήμερα δραστηριοποιούνται (ΕΑΕΕ):

- 4 ασφαλιστικές εταιρείες ζωής
- 19 ζημιών
- 17 μικτής δραστηριότητας

Για άσκηση πρωτασφαλιστικών εργασιών η άδεια λειτουργίας χορηγείται κατά κλάδο ασφάλισης καθώς και κατά ομάδα δυο ή περισσότερων κλάδων ασφάλισης, σύμφωνα με την κατάταξη που προβλέπεται από τα 4 και 5 του ν. 4364/2016.

Η άδεια λειτουργίας για άσκηση αντασφαλιστών εργασιών χορηγείται μόνο για αντασφαλιστικές εργασίες κατά ζημιών ή μόνο για αντασφαλιστικές εργασίες ζωής ή ενιαία για όλα τα είδη αντασφαλιστών εργασιών.

Η Τράπεζα της Ελλάδος ασκεί χρηματοοικονομική εποπτεία επί των ασφαλιστικών και αντασφαλιστών εταιρειών με έδρα τη χώρα μας καθώς και των δραστηριοτήτων που αυτές ασκούν μέσω υποκαταστημάτων ή υπό καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στην αλλοδαπή.

ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΑ ΜΕ ΕΔΡΑ ΤΡΙΤΩΝ ΧΩΡΩΝ

Η Τράπεζα της Ελλάδος ασκεί εποπτεία σε υποκαταστήματα ασφαλιστικών και αντασφαλιστών εταιρειών που έχουν έδρα τρίτες χώρες.

3.2.2 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ ΜΕ ΕΔΡΑ ΚΡΑΤΟΣ ΜΕΛΟΣ ΤΗΣ Ε.Ε.

Ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις με έδρα κράτος μέλος της Ε.Ε. ή του Ε.Ο.Χ. έχουν τη δυνατότητα να δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα ή ως υποκαταστήματα ή με καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών και η χρηματοοικονομική εποπτεία τους εμπίπτει στην αρμοδιότητα των οικείων εποπτικών αρχών των κρατών μελών της έδρας τους.

3.2.3 ΑΛΛΗΛΑΣΦΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΜΟΙ

Στην εγχώρια αγορά ιδιωτικής ασφάλισης δραστηριοποιούνται ένας μεγάλος αριθμός αλληλασφαλιστικών συνεταιρισμών με έμφαση στην ασφάλιση αστικής ευθύνης αυτοκινήτων (μαζικής μεταφοράς, όπως λεωφορεία). Από αυτές μόνο τέσσερις υπάγονται στο σύνολο των διατάξεων της ασφαλιστικής νομοθεσίας. Οι υπόλοιποι, υπάγονται σε συγκεκριμένες μόνο διατάξεις λόγω μεγέθους, είδους και τρόπου δραστηριότητας.

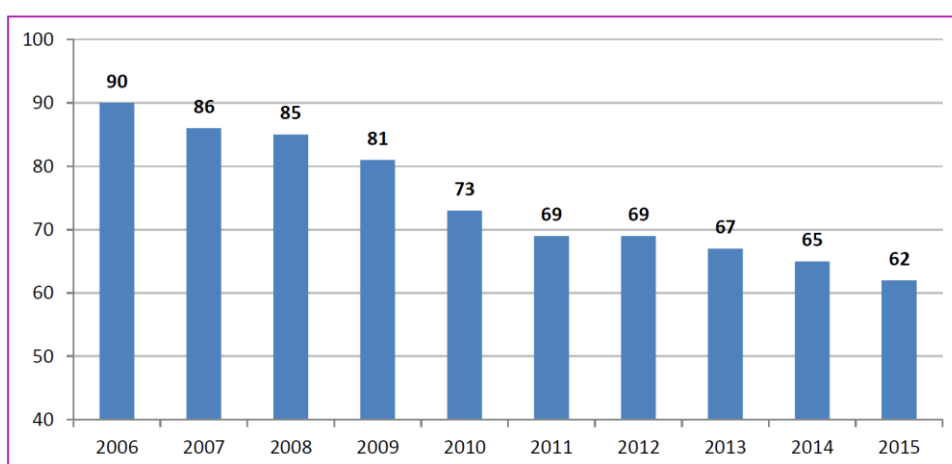
3.3 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ

Πίνακας 3.2
Αριθμός ασφαλιστικών εταιριών 2005-2016

ΕΤΗ	ΖΩΗ Σ	ΖΗΜΙ ΩΝ	ΜΙΚΤ ΕΣ	ΣΥΝΟ ΛΟ
2005	18	64	13	95
2006	17	60	13	90
2007	16	57	13	86
2008	16	58	12	85
2009	15	51	13	81
2010	17	48	11	73

2011	14	45	11	69
2012	13	45	11	69
2013	13	43	11	67
2014	13	41	11	65
2015	12	39	11	62
2016	11	34	11	56

Πηγή : ΕΑΕΕ



Πηγή : ΕΑΕΕ Ετήσια έκθεση 2016

Διάγραμμα 3.2

Αριθμός ασφαλιστικών εταιριών 2005-2014

Στον Πίνακα 3.2 παρουσιάζεται πώς έχει διαμορφωθεί η ασφαλιστική αγορά γενικότερα από το 2005 έως και το 2016. Παρατηρείται ότι ο αριθμός των ασφαλιστικών εταιριών ανωνύμων αλλά και παραρτήματα αλλοδαπών έχουν μειωθεί σημαντικά μέσα σε αυτά τα χρόνια.

Επίσης στο Διάγραμμα 3.2 φαίνεται πιο καθαρά πόσο μεγάλη ήταν η μείωση των ασφαλιστικών εταιριών την τελευταία δεκαετία. Μάλιστα μετά το 2014 ως το 2016 φαίνεται να έχουν διακόψει τις εργασίες τους άλλες 9 εταιρίες.

3.4 Η ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ

Ο αριθμός του απασχολούμενου προσωπικού και το κόστος μισθοδοσίας είναι σημαντικός παράγοντας διαχείρισης στους περισσότερους κλάδους

επιχειρηματικότητας. Στον ασφαλιστικό κλάδο, αν και δεν κατατάσσεται ως εντάσεως εργασίας, έχει ενδιαφέρον η ανάλυση των βασικών οικονομικών στοιχείων μιας εταιρείας, όπως είναι το επίπεδο της παραγωγής (εγγεγραμμένα ασφαλιστρα και δικαίωμα), καθώς και του έμμεσου λειτουργικού κόστους ανά υπάλληλο. Ο μέσος όρος παραγωγής ασφαλιστρων ανά υπάλληλο, αναμένεται να αυξηθεί τα επόμενα έτη, λόγω κυρίως της αναδιοργάνωσης που συντελείται σε μεγάλο αριθμό επιχειρήσεων, της βελτιστοποίησης των πληροφοριακών συστημάτων, αλλά και τυχόν αύξησης των ασφαλιστρων. Ωστόσο, ανάλογα με το ύψος της συνεχιζόμενης μείωσης της παραγωγής μπορεί να υπάρξει σταθεροποίηση ή και αντίθετο αποτέλεσμα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης και το ύψος των γενικών δαπανών ανά υπάλληλο Διάγραμμα 3.3, το οποίο ανέρχεται σε ΕΥΡΩ 104 000, ως μέσος όρος Γενικές Δαπάνες ανά υπάλληλο (Average General Expenses per employee) Παραγωγή ασφαλιστρων ανά υπάλληλο (Average Premiums per employee) διετίας που αποδεικνύει και την αποτελεσματικότητα των διοικήσεων στη συγκράτηση του κόστους λειτουργίας.



Πηγή :Ετήσια έκθεση KPMG για την ασφαλιστική αγορά, 2015

Διάγραμμα 3.3

Γενικές δαπάνες ανά υπάλληλο, Παραγωγή ασφαλιστρων ανά υπάλληλο

Για την απεικόνιση των Δεικτών αυτών χρησιμοποιήθηκε από την KPMG ο μέσος όρος παραγωγής και αριθμού υπαλλήλων ανά διετία, λόγω της ανομοιομορφίας στη δημοσίευση στοιχείων για τον αριθμό εργαζομένων.

3.5 ΚΡΑΤΙΚΗ ΕΠΟΠΤΕΙΑ

Η κρατική εποπτεία στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι απαραίτητη μιας και οι ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζονται σαν σημαντικές οικονομικές μονάδες. Ειδικότερα όμως σήμερα στην εποχή της κρίσης η κρατική εποπτεία αποτέλεσε επιτακτική ανάγκη.

Η πρώτη προσπάθεια να θεσπιστεί νομοθεσία για την κρατική εποπτεία λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιρειών έγινε το 1909 με τον Ν. ΓΥΣΓ/22/12/1909 ο οποίος όμως προέβλεπε τη λειτουργία μόνο των ελληνικών επιχειρήσεων. Ωστόσο αργότερα με τον Ν. ΓΧΜΣΤ/1/3/1910 επετράπη η λειτουργία και αλλοδαπών ασφαλιστικών εταιρειών ώστε να ενισχυθεί ο θεσμός. Το 1917 με τον Ν. 1023/1917 μπαίνουν για πρώτη φορά οι κανόνες και αρχές για την ίδρυση και λειτουργία των ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Το όργανο που είχε αναλάβει την εποπτεία από το 1926-1976 ήταν το Υπουργείο Εμπορίου. Το 1976 δημιουργήθηκε ξεχωριστή διεύθυνση του Υπουργείου Εμπορίου « Διεύθυνση Ασφαλιστικών επιχειρήσεων και Αναλογιστικής» η οποία μέχρι σήμερα ανήκει στη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης.

3.5.1 ΤΡΟΠΟΙ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ

Η εποπτεία της ασφαλιστικής αγοράς πραγματοποιείται με την εποπτική αρχή και τη νομοθεσία. Το βασικό νομοθέτημα «περί Ιδιωτικής Επιχείρησης Ασφάλισης» Ν.Δ. 400/70 ισχύει μέχρι σήμερα στη χώρα μας με μια σειρά από νόμους και προεδρικά διατάγματα τα οποία τροποποίησαν πολλές από τις αρχικές διατάξεις για λόγους εσωτερικής νομοθεσίας αλλά και λόγω της ανάγκης προσαρμογής στο ευρωπαϊκό δίκαιο (Νεκτάριος, 2003).

Ο ρόλος της εποπτικής αρχής στο παρελθόν περιοριζόταν κυρίως στον προληπτικό έλεγχο, την έγκριση δηλαδή τιμολογίων και γενικών όρων. Αυτό βέβαια άλλαξε με το Π.Δ. 252/96 το οποίο ορίζει ότι ρόλος της εποπτείας είναι η διατήρηση της φερεγγυότητας των ασφαλιστικών εταιρειών (Αντωνάκης, 2009). Μέχρι 1/12/2010 η εποπτεία ασκείτο από την Επιτροπή Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης

ωστόσο μετά η εποπτεία ανατέθηκε στην Τράπεζα της Ελλάδος από την Διεύθυνση Εποπτείας ιδιωτικής Ασφάλισης.

3.5.2 ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ο ρόλος των εποπτικών αρχών θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός για τη σωστή λειτουργία της ασφαλιστικής αγοράς. Σύμφωνα με τον Νεκτάριο (2003), η εποπτεία επικεντρώνεται και πραγματοποιεί ελέγχους στις εξής βασικές περιοχές:

- Χρηματοοικονομική εποπτεία κατά τη διάρκεια λειτουργίας της ασφαλιστικής επιχείρησης.
- Χορήγηση άδειας λειτουργίας της επιχείρησης και διακοπή εργασιών της.
- Προστασία του καταναλωτή.

3.5.2.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η πρώτη προσπάθεια να θεσπισθεί νομοθετικά κρατική εποπτεία επί της λειτουργίας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων έγινε το 1909, οπότε θεσπίστηκε ο Νόμος ΓΥΣΓ/22.12.1909, με τον οποίο όμως επετράπη η λειτουργία μόνο ελληνικών εταιριών. Τις αλλοδαπές εταιρίες για πρώτη φορά επέτρεψε ο μεταγενέστερος Νόμος ΓΧΜΣΤ/1.3.1910, που αποσκοπούσε περαιτέρω στην ενίσχυση της θέσης των ασφαλιστικών Εταιριών. Το 1917 ψηφίστηκε ο Νόμος 1023/1917 «Περί ιδιωτικής επιχειρήσεως ασφάλισης», οι διατάξεις του οποίου ήταν ένα σημαντικό βήμα, καθώς για πρώτη φορά ρυθμίζονται κανόνες και αρχές για την ίδρυση και τη λειτουργία των ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Κατά το έτος 1926 οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις τίθενται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εμπορίου και μέχρι το 1976 ο έλεγχος επί των ασφαλιστικών επιχειρήσεων και η αναλογιστική υπηρεσία ασκούσαν από τη Δ/ση Πίστεως και Ασφάλισης του Υπουργείου Εμπορίου. Το 1976 δημιουργήθηκε ξεχωριστή Δ/ση στο Υπουργείο Εμπορίου με την ονομασία Δ/ση Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων και Αναλογιστικής, η οποία μέχρι σήμερα υπάγεται στη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης.

3.5.2.2 Η ΕΠ.Ε.Ι.Α.

Η Επιτροπή Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (ΕΠ.Ε.Ι.Α.) συστήθηκε για την κάλυψη των επιτακτικών αναγκών αναδιάρθρωσης της εποπτείας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, σε συμμόρφωση και προσαρμογή με τις αντίστοιχες ρυθμίσεις της

Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ως αυτοτελής εποπτική αρχή κρίθηκε ότι μπορεί να εξοπλισθεί με περισσότερη ευελιξία και λειτουργικότητα συγκριτικά με τη δημόσια διοίκηση, υποκαθιστώντας, ως επί το πλείστον, στις αρμοδιότητες της, τη Διεύθυνση Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων και Αναλογιστικής του Υπουργείου Ανάπτυξης.

3.5.2.3 ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η ΕΠ.Ε.Ι.Α. συστήθηκε ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) δυνάμει του Νόμου 3229/2004 (ΦΕΚ Α 38), «*Εποπτεία της ιδιωτικής ασφάλισης, εποπτεία και έλεγχος τυχερών παιχνιδιών, εφαρμογή των Διεθνών Λογιστικών Προτύπων και άλλες διατάξεις*». Η οργανωτική δομή της ΕΠ.Ε.Ι.Α. ρυθμίστηκε στο Π.Δ. 20/2006 (ΦΕΚ Α 17), «*Οργανισμός Επιτροπής Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης*». Περαιτέρω, με την υπ' αρ. 65/2-10-2006 Προκήρυξη 38 θέσεων Ειδικού Επιστημονικού Προσωπικού και 5 θέσεων Δικηγόρων με έμμισθη εντολή και την επακόλουθη υπ' αρ. 19400/2301/9-5-2007 απόφαση Υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών, αλλά και με περαιτέρω αποσπάσεις προσωπικού, σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 20/2006 (ΦΕΚ Α 17), η ΕΠ.Ε.Ι.Α. στελεχώθηκε με το απαραίτητο προσωπικό.

3.5.2.4 ΣΤΟΧΟΙ ΚΑΙ ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΗΣ ΕΠ.Ε.Ι.Α.

Η αποστολή της Επιτροπής Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (ΕΠ.Ε.Ι.Α.) συνίστατο στην άσκηση εποπτείας επί των ασφαλιστικών επιχειρήσεων με έδρα την Ελλάδα και των υποκαταστημάτων τους στο εξωτερικό, καθώς και των ασφαλιστικών επιχειρήσεων που εδρεύουν σε αλλοδαπή χώρα (κράτος- μέλος ΕΕ ή ΕΟΧ και μη) και δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα, είτε υπό καθεστώς εγκατάστασης, είτε υπό καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών.

Στόχοι της Επιτροπής ήταν:

- η διασφάλιση των συμφερόντων των ασφαλισμένων και δικαιούχων αποζημίωσης από ασφάλιση,
- η εμπέδωση κλίματος εμπιστοσύνης του καταναλωτή και η ανάπτυξη του θεσμού της ιδιωτικής ασφάλισης,
- ο έλεγχος της τήρησης των διατάξεων της νομοθεσίας περί τεχνικών αποθεμάτων και περιθωρίου φερεγγυότητας,

- η αξιολόγηση της οικονομικής κατάστασης, συστημάτων εσωτερικού ελέγχου, διαχείρισης κινδύνων και προοπτικών βιωσιμότητας των εποπτευόμενων ασφαλιστικών επιχειρήσεων,
- ο έλεγχος εφαρμογής των διατάξεων περί πρόληψης και καταστολής της νομιμοποίησης εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης.

Παράλληλα η σύσταση της ΕΠ.Ε.Ι.Α. αποσκοπούσε και στην άσκηση εποπτείας επί των διαμεσολαβητών στις ασφαλίσσεις και των αντασφαλιστών επιχειρήσεων.

3.5.2.5 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΠΟΠΤΕΙΑΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΗΣ ΤΡΑΠΕΖΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ

Η Τράπεζα της Ελλάδας ανέλαβε την εποπτεία του συστήματος ιδιωτικής ασφάλισης από 1-1-2010, μετά από την κατάργηση της Επιτροπής Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης σύμφωνα με τον νόμο 3867/2010(Τράπεζα Της Ελλάδος, εποπτεία ιδιωτικής ασφάλισης).

Σύμφωνα με τον νόμο 4364 το εποπτικό έργο ασκείται από τη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης της Τράπεζας της Ελλάδος.

Σε αυτό το πλαίσιο των αρμοδιοτήτων ασκεί:

- Προληπτική εποπτεία πάνω στις (αντ)ασφαλιστικές επιχειρήσεις με έδρα την Ελλάδα για το σύνολο των ασφαλίσεων στην Ελλάδα και στα κράτη μέλη της ΕΕ ή και του ΕΟΧ, είτε μέσω υποκαταστημάτων ή με καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών καθώς και πάνω στις αλλοδαπές (αντ)ασφαλιστικές επιχειρήσεις με έδρα τρίτες χώρες που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα μέσω υποκαταστήματος.
- Ασκεί εποπτεία επί των (αντ)ασφαλιστικών διαμεσολαβητών και των δικτύων διανομής προϊόντων ιδιωτικής ασφάλισης.
- Παρακολουθεί την συμμόρφωση των υποκαταστημάτων και των ελεύθερης παροχής υπηρεσιών των ευρωπαϊκών επιχειρήσεων προς τους ελληνικούς κανόνες δημοσίου συμφέροντος σχετικά με την διεξαγωγή των εργασιών τους στην Ελλάδα, σε συνεργασία με τις οικείες εποπτικές αρχές των χωρών καταγωγής τους.
- Συμμετέχει στο Συμβούλιο Εποπτών της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων και μεριμνά για την ενσωμάτωση στο ελληνικό νομικό πλαίσιο των κατευθυντήριων γραμμών που εκδίδονται σύμφωνα με τον

κανονισμό 1094/2010 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου και ελέγχει την εφαρμογή τους.

Στόχοι της Τράπεζας της Ελλάδος ως εποπτική αρχή είναι:

- Η προστασία των ληπτών ασφάλισης, των ασφαλισμένων και των δικαιούχων απαιτήσεων από ασφάλιση.
- Η ομαλή λειτουργία της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης και στην εμπέδωση της εμπιστοσύνης των καταναλωτών σε αυτή.
- Η διασφάλιση της χρηματοπιστωτικής σταθερότητας στη χώρα καθώς και στις χώρες που τυχόν δραστηριοποιούνται οι ελληνικές ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις.

3.6 ΠΕΡΙΘΩΡΙΟ ΦΕΡΕΓΓΥΟΤΗΤΑΣ

Διαθέσιμο περιθώριο φερεγγυότητας είναι το απαιτούμενο απόθεμα που οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι υποχρεωμένες να διαθέτουν για την κάλυψη των κινδύνων που έχουν αναλάβει και ισοδυναμεί με την ελεύθερη βάρους περιουσία τους.

Αποτελείται δε από το καταβεβλημένο μετοχικό κεφάλαιο, το μισό του μη καταβεβλημένου μετοχικού κεφαλαίου, τα αποθέματα που δεν αντιστοιχούν σε ασφαλιστικές υποχρεώσεις, τα κέρδη της ασφαλιστικής που μεταφέρονται στο επόμενο οικονομικό έτος, τις υπεραξίες που προέρχονται από υποεκτίμηση στοιχείων του ενεργητικού, το σωρευτικό κεφάλαιο και τα δάνεια μειωμένης διασφάλισης μείον τα άυλα περιουσιακά στοιχεία

Η Διεθνής Ένωση Ασφαλιστικών Εποπτών (IAIS) αναφέρει σχετικά με την φερεγγυότητα τα εξής:

Μια ασφαλιστική εταιρεία θεωρείται πως είναι φερέγγυα όταν έχει την ικανότητα να ικανοποιήσει όλες τις υποχρεώσεις της, κάτω από όλες τις συνθήκες και για όλα τα συμβόλαια της (IAIS 2002).

3.6.1 ΕΓΓΥΗΤΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Σύμφωνα με το Π.Δ. 23/05 άρθ. 5 του Ν.Δ. 400/70(ΕΑΕΕ) « κάθε ασφαλιστική επιχείρηση με έδρα την Ελλάδα, υποχρεούται να διαθέτει εγγυητικό κεφάλαιο. Το εγγυητικό κεφάλαιο αποτελεί το 1/3 του απαιτούμενου περιθωρίου φερεγγυότητας». Το ελάχιστο εγγυητικό κεφάλαιο είναι το ελάχιστο ποσό που πρέπει να διαθέτει μια

ασφαλιστική εταιρεία ανά πάσα στιγμή και σύμφωνα με το Ν.Δ. 400/70 το ποσό είναι διαφορετικό για κάθε κλάδο ασφάλισης .

3.7 Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Αντασφάλιση είναι η συναλλαγή όπου ο αντασφαλιστής με αντάλλαγμα ασφάλιστρο αναλαμβάνει να αποζημιώσει το άλλο μέρος, τον πρωτασφαλιστή για μέρος ή όλο της ασφαλιστικής ευθύνης που έχει αναλάβει το δεύτερο μέρος εξαιτίας ασφαλιστηρίου συμβολαίου που έχει εκδώσει.

Η εισαγωγή της Οδηγίας « περί Αντασφαλίσεως» (2005/68/EK) στην εσωτερική έννομη τάξη έγινε με τον Νόμο 3746/2009 και τροποποιήθηκε με τον Ν. 4364.2016 προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία 2009/138/EK σχετικά με την ανάληψη και άσκηση δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης.

4 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΦΕΡΕΓΓΥΟΤΗΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

4.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΦΕΡΕΓΓΥΟΤΗΤΑΣ

Ως φερεγγυότητα ορίζεται η δυνατότητα ενός οφειλέτη να αποπληρώνει τις υποχρεώσεις του όταν αυτές λήγουν. Οι βασικές υποχρεώσεις μιας ασφαλιστικής εταιρίας είναι οι δαπάνες της και οι αναμενόμενες ασφαλιστικές της απαιτήσεις οι οποίες υπολογίζονται συνήθως με αναλογιστικές μεθόδους οι οποίοι έχουν κάποια πιθανότητα λάθους. Για την προστασία των αντισυμβαλλόμενων ενός ασφαλιστικού συμβολαίου και προκειμένου να διασφαλιστεί η σταθερότητα της χρηματοπιστωτικής αγοράς, οι ασφαλιστικές εταιρίες απαιτείται να διαθέτουν ως εφεδρεία ένα ορισμένο ποσό επιπρόσθετων περιουσιακών στοιχείων που ονομάζεται «Περιθώριο Φερεγγυότητας».

Ο ασφαλιστικός κλάδος καθώς κινείται από ένα σύστημα άμεσου εποπτικού ελέγχου σε ένα περισσότερο απελευθερωμένο περιβάλλον, γεγονός που απαιτεί εύρεση νέων συστημάτων ελέγχου και διαχείρισης των κινδύνων. Οι εποπτικές αρχές χρειάζεται επίσης να χρησιμοποιήσουν νέες και πιο βελτιωμένες τεχνικές για τον έλεγχο των ασφαλιστικών εταιριών η αξιοπιστία των οποίων έχει σαφή και σίγουρη επίπτωση στη χρηματοοικονομική αγορά, δεδομένου ότι αυτά τα ιδρύματα είναι συγχρόνως μεγάλοι και κύριοι επενδυτές. Το σημαντικότερο σημείο αναφοράς μιας ασφαλιστικής επιχείρησης είναι η φερεγγυότητα της ή διαφορετικά η οικονομική της ευρωστία (Sandström, 2006).

Μία ασφαλιστική επιχείρηση έχει βασικές υποχρεώσεις που είναι οι αναμενόμενες ασφαλιστικές της απαιτήσεις και οι συναφείς της δαπάνες. Αυτές συνήθως υπολογίζονται με αναλογιστικές μεθόδους. Βέβαια, αυτοί οι υπολογισμοί δεν είναι τίποτα άλλο από εκτιμήσεις με κάποια πιθανότητα λάθους. Προκειμένου να προστατευτούν οι αντισυμβαλλόμενοι ενός ασφαλιστικού προϊόντος ή συμβολαίου και να διασφαλιστεί η σταθερότητα της χρηματοπιστωτικής αγοράς, απαιτείται οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις να διαθέτουν ένα ορισμένο ποσό επιπρόσθετων περιουσιακών στοιχείων ως εφεδρεία, το οποίο ονομάζεται «Περιθώριο Φερεγγυότητας».

Ως εκ τούτου γύρω από την έννοια της φερεγγυότητας δημιουργούνται πολλά ερωτήματα όπως:

- Πόσο μεγάλο πρέπει να είναι αυτό το ποσό;
- Για πόσο χρονικό διάστημα πρέπει να υπολογίζεται;
- Ποια είδη περιουσιακών στοιχείων πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε αυτό το ποσό που χρησιμοποιείται σαν εφεδρεία;

Στην περαιτέρω ανάλυση μας θα προσπαθήσουμε να απαντήσουμε σε αυτά τα ερωτήματα.

4.2 SOLVENCY I

Η ανάπτυξη του αναγκαίου νομοθετικού καθεστώτος για την ασφαλιστική αγορά ξεκίνησε το 1970 με την πρώτη γενιά ασφαλιστικών οδηγιών και ολοκληρώθηκε με την Τρίτη γενιά στις αρχές του 1990 (ΕΑΕΕ). Οι οδηγίες ωστόσο αυτές αποδείχθηκαν ανεπαρκείς και έτσι η Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων προχώρησε σε επανεξέταση των απαιτήσεων φερεγγυότητας.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση οδηγήθηκε σταδιακά στην θέσπιση της οδηγίας Solvency I τον Φεβρουάριο του 2002 και τέθηκε σε πλήρη εφαρμογή στα τέλη του 2004. Αυτή η οδηγία δεν άλλαξε τον βασικό υπολογισμό του περιθωρίου φερεγγυότητας αλλά τροποποίησε ορισμένα στοιχεία της ήδη υπάρχουσας νομοθεσίας. Επιπλέον αύξησε την εποπτεία δίνοντας στις εποπτικές αρχές το δικαίωμα να επεμβαίνουν στις περιπτώσεις όπου το κεφάλαιο περιθώριο φερεγγυότητας δεν κυμαινόταν στα επιθυμητά επίπεδα. Το Solvency I παρείχε μια σχετική ομοιομορφία στον υπολογισμό της φερεγγυότητας των ασφαλιστικών εταιρειών ο οποίος βασίζεται σε χρηματοοικονομικούς παράγοντες, χωρίς να είναι ιδιαίτερα πολύπλοκος και χωρίς να δίνεται έμφαση στους επιμέρους κινδύνους.

Το Solvency I κρίθηκε πως δεν εξυπηρετούσε επαρκώς τις ανάγκες εναρμόνισης της Ευρωπαϊκής ασφαλιστικής αγοράς γεγονός που οδήγησε στον ανασχεδιασμό της οδηγίας και στη μελέτη και δημιουργία του Solvency II.

Ένα από τα βασικότερα μειονεκτήματα της Οδηγίας “Solvency I”, σχετίζεται με τον τρόπο υπολογισμού του Περιθωρίου Φερεγγυότητας, ο οποίος βασίζεται κυρίως σε χρηματοοικονομικούς παράγοντες, παρουσιάζει μια σχετική ομοιομορφία (μεταξύ των διαφόρων τύπων ασφαλιστικών επιχειρήσεων) και δεν δίνει έμφαση στους επιμέρους κινδύνους που μπορεί να επηρεάσουν άμεσα τη φερεγγυότητα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Επιπλέον, λόγω του γεγονότος ότι οι μέθοδοι αποτίμησης των στοιχείων του Ενεργητικού και του Παθητικού και των τεχνικών

προβλέψεων (κυρίως) και οι προϋποθέσεις υπολογισμού των μαθηματικών αποθεμάτων, διαφέρουν ουσιαστικά από χώρα σε χώρα, το πλαίσιο του “Solvency I” κρίθηκε ανεπαρκές, όσον αφορά την αξιολόγηση των κινδύνων, που αντιμετωπίζουν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις σε σχέση με την «ενιαία αγορά».

Ένα άλλο μειονέκτημα του “Solvency I” είναι ότι σε πολλές περιπτώσεις, οι κανόνες του έρχονται σε αντιπαράθεση με την ορθή διαχείριση των κινδύνων. Αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, ότι στο πλαίσιο του δεν λαμβάνονται υπόψη κάποιοι επιμέρους κίνδυνοι, ενώ πολλές εταιρίες είχαν αναγκαστεί να υιοθετήσουν αρκετά αυστηρούς κανόνες διαχείρισης κινδύνων, που ενδεχομένως να είναι αυστηρότεροι από ότι χρειαζόταν.

Συνοπτικά, οι κανόνες του πλαισίου της «Φερεγγυότητας I» είναι οι εξής (Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, 2007):

- **Περιορισμοί στην Ορθή Λειτουργία της Ενιαίας Αγοράς:** το ισχύον κοινοτικό πλαίσιο διαθέτει ελάχιστους κανόνες, οι οποίοι μπορούν να συμπληρωθούν από πρόσθετους κανόνες σε εθνικό επίπεδο. Ωστόσο, αυτοί οι πρόσθετοι κανόνες υπονομεύουν και στρεβλώνουν την ορθή λειτουργία της ενιαίας ασφαλιστικής αγοράς. Ως αποτέλεσμα, αυξάνεται το κόστος για τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις και τους αντισυμβαλλομένους τους και παρακωλύεται ο ανταγωνισμός εντός της Ε.Ε.. Επιπλέον, η λειτουργία της ενιαίας ασφαλιστικής αγοράς γίνεται ακόμη πιο δυσχερής, καθώς ο ρόλος της εποπτείας παρουσιάζει σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον τρόπο που ασκείται.

- **Έλλειψη Διεθνούς και Δια τομεακής Σύγκλισης:** το γεγονός αυτό υπονομεύει την ανταγωνιστικότητα των ευρωπαϊκών ασφαλιστικών επιχειρήσεων, αλλά και αυξάνει την πιθανότητα ρυθμιστικού αρμπιτράζ, δηλαδή αυθαίρετων ρυθμίσεων. Ως εκ τούτου, δύο οργανισμοί – η Διεθνής Ένωση Εποπτικών Αρχών Ασφαλίσεων (I.A.S.) και το Συμβούλιο Διεθνών Λογιστικών Προτύπων (I.A.S.B.) – πραγματοποιούν εργασίες, τόσο για την εύρεση και την ανάπτυξη νέων προτύπων φερεγγυότητας, όσο και για την αποτίμηση των τεχνικών προβλέψεων, βασισμένοι σε μία προσέγγιση που θα λαμβάνει υπόψη τον οικονομικό κίνδυνο, πράγμα που δεν συμπεριλαμβανόταν στο πλαίσιο του “Solvency I”. Επιπλέον, οι Οδηγίες 2006/48/ΕΚ και 2006/49/ΕΚ για τις κεφαλαιακές απαιτήσεις έχει καθιερώσει και για τις τράπεζες ένα καθεστώς φερεγγυότητας με βάση τον κίνδυνο.

- **Έλλειψη Ευαισθησίας στον Κίνδυνο:** όπως προαναφέρθηκε, το νομοθετικό καθεστώς τους “Solvency I” δεν λαμβάνει υπόψη κάποιους κινδύνους (π.χ.

πιστωτικό, λειτουργικό κ.ά.), περιλαμβάνει πολύ λίγες ποιοτικές απαιτήσεις σχετικά με τη διαχείριση του κινδύνου και τη διακυβέρνηση, δεν επιβάλλει τακτικούς, επαρκείς και έγκαιρους ελέγχους στις εποπτικές αρχές, δε διευκολύνει τη βέλτιστη κατανομή κεφαλαίου και δεν προσδίδει ορθή διαχείριση των κινδύνων. Ως αποτέλεσμα, ένας από τους κύριους στόχους της Ε.Ε. – η προστασία των καταναλωτών ασφαλίσεων – να υπονομεύεται και να μην είναι αποτελεσματική.

• **Μη Βέλτιστες Ρυθμίσεις για την Εποπτεία του Ομίλου:** η εποπτεία των ομίλων με βάση το πλαίσιο του “Solvency I” εστιάζεται σε νομικές οντότητες και ως εκ τούτου δε συμβαδίζει με τη διάρθρωση και την οργάνωσή τους.

Στην πραγματικότητα, η οργάνωση των ομίλων είναι όλο και περισσότερο συγκεντρωτική, καθώς έχουν εισαχθεί συστήματα διαχείρισης του κινδύνου σε επίπεδο επιχείρησης και οι βασικές λειτουργίες πραγματοποιούνται σε ενοποιημένη βάση. Αποτέλεσμα αυτής της διαφοράς, μεταξύ του τρόπου διοίκησης των ομίλων και της εποπτείας, είναι η αύξηση του κόστους για τους ασφαλιστικούς ομίλους και μια πιθανή άγνοια κάποιων βασικών κινδύνων που αφορούν όλο τον όμιλο.

Σύμφωνα με τη Χαμπάκη Μ. (2006) και την Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (2007), οι λόγοι που οδήγησαν στην αναθεώρηση του πλαισίου του “Solvency I” και στην αναζήτηση νέου νομοθετικού καθεστώτος και κατ’ επέκταση του “Solvency II” ήταν οι εξής:

- η ανάγκη για αποτελεσματικότερη εποπτεία των ασφαλιστικών επιχειρήσεων,
- η ανάγκη για εναρμόνιση των ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων,
- η ανάγκη για την προστασία των καταναλωτών ασφαλίσεων,
- η ανάγκη για πληρέστερο υπολογισμό του περιθωρίου φερεγγυότητας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, συμπεριλαμβάνοντας και τους κινδύνους ρευστότητας, αγοράς, λειτουργικό, πιστωτικό και underwriting,
- η ανάγκη για εμβάθυνση της ολοκλήρωσης της ασφαλιστικής αγοράς στην Ε.Ε.,
- η ανάγκη της βελτίωσης της ανταγωνιστικότητας των κοινοτικών ασφαλιστών και αντασφαλιστών, και τέλος,
- η ανάγκη για προώθηση μιας καλύτερης ρύθμισης.

4.3 ΜΕΤΑΒΑΣΗ ΣΤΟ SOLVENCY II

Το 2015 υπήρξε για την ασφαλιστική αγορά η χρονιά κορύφωσης των διεργασιών και διαδικασιών προκειμένου να ανταποκριθούν με επάρκεια στις απαιτήσεις της οδηγίας 2009/138/EK για τη φερεγγυότητα II. Στις 31 Δεκεμβρίου 2015 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή δημοσίευσε στην εφημερίδα της Ε.Ε. τα Εκτελεστικά Τεχνικά Πρότυπα που αφορούν στην εξειδίκευση θεμάτων του 3^{ου} πυλώνα της οδηγίας.

Το Solvency II αποτελεί τη νέα κοινοτική οδηγία η οποία ρυθμίζει απαιτήσεις κεφαλαιακής επάρκειας των ασφαλιστικών εταιρειών και τέθηκε σε πλήρη εφαρμογή από 1.1.2016 και βασίστηκε στο πλαίσιο του Basel II (κοινοτική οδηγία για την κεφαλαιακή επάρκεια τραπεζικών ιδρυμάτων) το οποίο είχε ως στόχο την εδραίωση ενός ενιαίου και σταθερού πλαισίου διαχείρισης κινδύνου στο τραπεζικό χώρο μέσα σε πλαίσια διαφάνειας και ολοκληρωμένης χαρτογράφησης των διαδικασιών.

Η φερεγγυότητα II θέσπισε λοιπόν ένα ενιαίο σύστημα υπολογισμού των κεφαλαιακών απαιτήσεων σε όλα τα κράτη μέλη της Ε.Ε. υιοθετώντας τεχνικές διαχείρισης κινδύνων, εταιρικής διακυβέρνησης και διαφάνειας .

Από την οδηγία εξαιρούνται οι ασφαλιστικές των οποίων τα ακαθάριστα ετήσια έσοδα από ασφάλιστρα δεν υπερβαίνουν τα 5 εκατ. Ευρώ, οι επιχειρήσεις των οποίων οι συνολικές τεχνικές προβλέψεις συμπεριλαμβανομένων των ανακτήσιμων ποσών από αντασφαλιστικές συμβάσεις και Φορείς Ειδικού Σκοπού δεν υπερβαίνουν τα 25 εκατ. ευρώ και οι επιχειρήσεις που ανήκουν σε όμιλο και οι συνολικές τεχνικές προβλέψεις δεν υπερβαίνουν τα 25 εκατ. Ευρώ (Άρθρο 4) (Solvency II Οδηγίες Εφαρμογής Μ. Χαμπάκη ΕΑΕΕ Φεβρουάριος 2010).

Το Solvency II έχει τους εξής βασικούς στόχους:

- Προστασία ευρωπαϊκών πολιτών – κατόχων ασφαλιστήριων συμβολαίων.
- Θέσπιση υπολογισμού περιθωρίου φερεγγυότητας με μέθοδο προσαρμοσμένη στους πραγματικούς κινδύνους που αντιμετωπίζουν οι ασφαλιστικές.
- Αποφυγή πολυπλοκότητας στον υπολογισμό του περιθωρίου φερεγγυότητας.
- Προσαρμογή περιθωρίου φερεγγυότητας σύμφωνα με τις αυξανόμενες ανάγκες και εξελίξεις της ασφαλιστικής αγοράς.
- Αποφυγή υπερκεφαλαιοποίησης.

Το πρόγραμμα που ακολουθείται για την τελική έκδοση της οδηγίας Solvency II γίνεται με βάση το μοντέλο Λαμφαλούσι σύμφωνα με το οποίο ακολουθούνται οι εξής διαδικασίες σε τέσσερα επίπεδα:

Επίπεδο 1: περιλαμβάνει την συγκέντρωση υφιστάμενων οδηγιών και κανονισμών και προτάσεις για μελλοντικές οδηγίες, οι οποίες παρουσιάζονται στο Συμβούλιο Υπουργών της Ε.Ε. καθώς και στο Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο.

Επίπεδο 2: Λαμβάνονται μέτρα για τις τεχνικές προδιαγραφές που αφορούν την υιοθέτηση νομοθετικών μέτρων που συγκεντρώθηκαν στο πρώτο επίπεδο. Στη συνέχεια η Κομισιόν με τη σειρά της ετοιμάζει λεπτομερείς τεχνικές προδιαγραφές βασισμένη στις απόψεις του CEIOPS και τις οριστικοποιεί αφού λάβει και τις απόψεις του EIOPC (EUROPEAN INSURANCE AND OCCUPATIONAL PENSIONS COMITTEE).

Επίπεδο 3: Σε αυτό το επίπεδο ο CEIOPS σε συνεννόηση με την συμβουλευτική επιτροπή που απαρτίζεται από ειδικούς της ασφαλιστικής αγοράς και από καταναλωτές, παρέχει συνεχή επίβλεψη και αξιολόγηση για τα νομοθετικά μέτρα από αποφασίστηκαν στο δεύτερο επίπεδο μέχρι την έκδοση της τελικής οδηγίας.

Επίπεδο 4: Η Κομισιόν προχωρεί στην ομοιόμορφη και αποτελεσματική υιοθέτηση της καινούργιας Ευρωπαϊκής νομοθεσίας.

Οι προετοιμασίες για το πρόγραμμα ξεκίνησαν τον Μάιο του 2001 σε δυο βασικά στάδια. Το πρώτο στάδιο αφορούσε τον συνολικό σχεδιασμό και τους στόχους του προγράμματος και ολοκληρώθηκε το 2003. Τον Σεπτέμβριο του 2003 δημοσιεύτηκε έγγραφο της Κομισιόν με τίτλο “Solvency II- reflections on the general outline of a framework directive and mandates for further technical work ” το οποίο περιλάμβανε προτάσεις για την βελτίωση του συστήματος υπολογισμού της φερεγγυότητας μέσα από την δημιουργία της οδηγίας Solvency II.

Ακολούθησαν επίσης τον Φεβρουάριο 2003 και τον Απρίλιο 2004 οι αναφορές Markt/2543/03 και Markt/2502/04 αντίστοιχα οι οποίες αφορούσαν τον σχεδιασμό του Solvency II και με την μέθοδο των «τριών πυλώνων».

4.4 ΟΙ ΤΡΕΙΣ ΠΥΛΩΝΕΣ ΤΟΥ SOLVENCY II

1. Πρώτος Πυλώνας – ποσοτικές προδιαγραφές (Quantitative requirements)
- Υπολογισμός εγγυητικού κεφαλαίου, τεχνικών προβλέψεων, κεφαλαιακών απαιτήσεων.

- Αποτίμηση στοιχείων ενεργητικού – παθητικού. (Assets Liabilities Management – ALM).
- Καθορισμός των κινδύνων προς αξιολόγηση, παράμετροι κινδύνων και τρόποι επιμέτρησης τους (εσωτερικά μοντέλα risk management).
- Τύπος υπολογισμού του ελάχιστου επιθυμητού κεφαλαίου που πρέπει να διατηρεί μια ασφαλιστική εταιρεία για να διασφαλίζει την φερεγγυότητα της (MCR)¹.
 2. Δεύτερος Πυλώνας – Ποιοτικές Προδιαγραφές (Qualitative requirements)
 - Καθορισμός αρχών εσωτερικού ελέγχου πάνω στις οποίες θα βασίζεται η αξιολόγηση και διαχείριση του ασφαλιστικού κινδύνου (governance).
 - Ανασκόπηση της εποπτικής διαδικασίας ελέγχου εσωτερικών μοντέλων και συνολικού ελέγχου εταιρικής φερεγγυότητας.
 3. Τρίτος Πυλώνας – Εφαρμογή (Market discipline)
 - Τρέχουσες απαιτήσεις δημοσίευσης και παρουσίασης σύμφωνα με τις κρατικές διατάξεις σε συνδυασμό με τα IAS και τα IFRS.
 - Μελλοντικές απαιτήσεις δημοσίευσης και παρουσίασης σύμφωνα με την εξέλιξη της Β΄ Φάσης του IFRS7 και την Ευρωπαϊκή Νομοθεσία.

¹ MCR = είναι το ελάχιστο επιθυμητό κεφάλαιο που πρέπει να διατηρεί μια ασφαλιστική εταιρεία για να διασφαλίζει την φερεγγυότητα τη. Οποιοδήποτε κεφάλαιο κάτω από το ελάχιστο δίνει την δυνατότητα στην Εποπτική Αρχή να επέμβει και να ανακαλέσει την άδεια της ασφαλιστικής εταιρείας μεταφέροντας το σύνολο των συμβολαίων της σε άλλη ασφαλιστική.

Πίνακας 4.3
Οι τρεις πυλώνες

Υπολογισμοί ενεργητικού Παθητικού και κεφαλαίου	Ανασκόπηση εποπτικής Διαδικασίας	Απαιτήσεις παρουσίας και δημοσίευσης
Εγγυητικό κεφάλαιο Τεχνικές προβλέψεις Κεφαλαιακές απαιτήσεις Αποτίμηση ενεργητικού Κίνδυνοι προς αξιολόγηση Επιμέτρηση κινδύνου Παράμετροι κινδύνου Τύπος υπολογισμού Μοντέλα εσωτερικής προσέγγισης	Εσωτερικός έλεγχος Διαχείριση κινδύνων Εταιρική διακυβέρνησης Stress testing Continuity testing	Τρέχουσες απαιτήσεις δημοσίευσης: • Κρατικές διατάξεις • IFRS4 • IFRS7 Μελλοντικές απαιτήσεις δημοσίευσης: • IFRS • IAIS • Ευρωπαϊκή ή νομοθεσία
ΠΥΛΩΝΑΣ I	ΠΥΛΩΝΑΣ II	ΠΥΛΩΝΑΣ III

Πηγή : Towers Perrin

Σε γενικές γραμμές η Οδηγία ήρθε να αναθεωρήσει τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούσαν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και σε ολόκληρη την Ευρώπη, διασφαλίζοντας την προστασία των ασφαλισμένων μέσω της επιθυμητής φερεγγυότητας των ασφαλιστικών αλλά και των αντασφαλιστών

εταιρειών. Η εφαρμογή της αποτέλεσε και αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση για τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

4.5 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΦΕΡΕΓΓΥΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΧΩΡΩΝ

Ανά τον κόσμο υπάρχει μια ποικιλία καθεστώτων φερεγγυότητας και σκόπιμο θα ήταν να την συγκρίνουμε με το Ευρωπαϊκό αντίστοιχο πλαίσιο. Σύμφωνα με σχετική μελέτη των Eling, Schmeiser Schmit (2006) τα σύστημα που υπάρχουν παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα. Όπως όμως αναφέρεται στο άρθρο τους, αν και υπάρχουν αρκετά στοιχεία σχετικά με τα οφέλη και το κόστος αυτών των συστημάτων δεν είναι πλήρης η αξιολόγηση γιατί δεν υπάρχει επαρκείς αριθμός μελετών στις οποίες να αναλύονται τα ευρωπαϊκά δεδομένα.

Πίνακας 4.4
Επισκόπηση συστημάτων Solvency

TABLE 1
Overview of Solvency Systems

Model Typology		Model Name	Introduced	
			By	In
No model		Fair Insurance Code, Insurance Companies Act	New Zealand	2001
Static factor models	Not risk-based	Solvency I	EU	2004
		Insurance Reform Act	Australia	1973
	Risk-based	General Insurance Reform Act	Australia	2001
		Risk-based capital standards	USA	1994
		Solvency margin standard	Japan	1996
		Financial analysis solvency tools	(Proposal of) NAIC	1994
		Capital adequacy ratio	(Proposal of) AM Best	1994
		German Insurance Assoc.-Model	(Proposal of) German Insurance Assoc.	2005
Dynamic cash- flow- based models	Scenario- based	Stress testing	Germany (BaFin)	2002
		Financial assessment framework	Netherlands	2006
	Principles- based	Cash-flow model	(Proposal of) Cummins, Grace, and Phillips	1999
		Cash-flow model	(Proposal of) Schmeiser	2004
Combination of static factor models and dynamic cash-flow- based Models		Enhanced capital requirement, Individual capital assessment	UK	2004
		Swiss solvency test	Switzerland (BPV)	2006

Πηγή : Eling, Schmeiser, Schitt: The solvency II Process: Overview and critical analysis (2007)

Η πρώτη ομάδα συστημάτων δεν είναι μοντέλο καθώς δεν απαιτεί κανένα συγκεκριμένο επίπεδο κεφαλαίου. Τέτοιο σύστημα εφαρμόζεται στη Νέα Ζηλανδία όπου οι ασφαλιστικές εταιρείες οφείλουν μόνο να συμμορφώνονται με τον Κώδικα Δίκαιης Ασφάλισης.

Στη δεύτερη ομάδα διακρίνουμε μοντέλα στατικών παραγόντων τα οποία διακρίνονται σε μοντέλα με βάση τον κίνδυνο και σε μοντέλα τα οποία δεν βασίζονται στον κίνδυνο. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι πολλές χώρες πριν την δεκαετία του 90 υιοθετούσαν την κατηγορία των μοντέλων που δεν βασίζόταν στον κίνδυνο. Τα τελευταία χρόνια βέβαια οι περισσότερες από αυτές στράφηκαν σε μοντέλα με βάση τον κίνδυνο. Στην κατηγορία των στατικών μοντέλων με βάση τον κίνδυνο περιλαμβάνεται το σύστημα Κεφαλαιουχικών Προτύπων Βάση Κινδύνου των ΗΠΑ, τα Ιαπωνικά Πρότυπα Περιθωρίου Φερεγγυότητας αλλά και διάφορες προτάσεις για την πρόβλεψη της φερεγγυότητας ιδιωτικών και δημοσίων ασφαλιστικών φορέων.

Στην Τρίτη ομάδα περιλαμβάνονται μοντέλα δυναμικών ταμειακών ροών τα οποία διακρίνονται σε αυτά που βασίζονται σε σενάρια και σε αυτά που βασίζονται σε αρχές. Αυτά που βασίζονται σε σενάρια αναλύουν τις επιπτώσεις από κάποια δυσμενή σενάρια. Παράδειγμα τέτοιου μοντέλου αποτελούν τα stress testing που διεξάγει η Γερμανική εποπτική αρχή. Από την άλλη μεριά τα μοντέλα που χρησιμοποιούν υποθέσεις έχουν μια πιο γενική προσέγγιση αφού κάνουν χρήση μοντέλων σχετικών με οικονομικές συνθήκες και τις αντιδράσεις των ασφαλιστών σε αυτές, ώστε να προσομοιάσουν ενδεχόμενες οικονομικές συνθήκες.

Στην τέταρτη ομάδα παρατηρούμε ένα συνδυασμό μοντέλων στατικών παραγόντων και δυναμικών ταμειακών ροών όπως είναι το μοντέλο Αξιολόγησης των Μεμονωμένων Κεφαλαίων του Ηνωμένου Βασιλείου και το μοντέλο Ελβετικού Ελέγχου Φερεγγυότητας στο οποίο οι ασφαλιστικοί πιστωτικοί κίνδυνοι και οι κίνδυνοι αγοράς υπολογίζονται βάση τυποποιημένων μοντέλων παραγόντων ενώ οι άλλες κατηγορίες κινδύνων βασίζονται στην ανάλυση σεναρίων.

Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των μοντέλων αυτών αναφέρονται από τους Eling, Schmeiser και Schmit σε σχετικές τους έρευνες. Οι Cummins, Harrington και Klein κάνοντας χρήση δεδομένων από τις ΗΠΑ για τα έτη 1989-1993 διαπίστωσαν ότι η προγνωστική ακρίβεια των RBC είναι πολύ χαμηλή όταν η μοναδική ανεξάρτητη μεταβλητή σε μια ανάλυση logit είναι η αναλογία αυτών προς το πραγματικό κεφάλαιο.

4.6 Η ΤΡΑΠΕΖΙΚΗ ΑΡΓΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΛΕΓΧΟΙ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ

Στις 28.6.2015 εκδόθηκε Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου με την οποία επιβλήθηκε τραπεζική αργία βραχείας διάρκειας από 28/6 ως 6/7/2015 και με μεταγενέστερες αποφάσεις παρατάθηκε μέχρι 20/7/2015 (Τράπεζα της Ελλάδος). Με την ίδια Π.Ν.Π. συστάθηκε στο Γενικό Λογιστήριο του Κράτους Επιτροπή Έγκρισης Τραπεζικών Συναλλαγών, ενώ με απόφαση της Επιτροπής Κεφαλαιαγοράς ανεστάλη η εξαγορά μεριδίων αμοιβαίων κεφαλαίων.

Αυτό ουσιαστικά σήμαινε ότι μέχρι 20/7/2015 τράπεζες και χρηματιστήριο ήταν κλειστά. Οι συναλλαγές στο εσωτερικό ήταν δυνατές με πιστωτικές και χρεωστικές κάρτες απεριόριστα αλλά οι αναλήψεις μετρητών πολύ περιορισμένα και οι πληρωμές στο εξωτερικό αδύνατες .

Ωστόσο η επαναλειτουργία των τραπεζών και του χρηματιστηρίου δεν οδήγησε σε ουσιαστικές διαφοροποιήσεις στις συναλλαγές αφού εξακολούθησαν να ισχύουν μέχρι και σήμερα περιορισμοί στην κίνηση κεφαλαίου στο εσωτερικό και στο εξωτερικό με μια σχετική χαλάρωση των ποσοτικών περιορισμών.

Οι συνέπειες της τραπεζικής αργίας και των ελέγχων κίνησης κεφαλαίων ήταν για την ασφαλιστική αγορά δυσμενείς (ΕΑΕΕ, 2015) καθώς στην πράξη σταμάτησε οποιαδήποτε συναλλαγή σχετική με τα ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής συνδεδεμένα με επενδύσεις εξωτερικού ή εσωτερικού μια και δεν υπήρχε διαπραγμάτευση μεριδίων αμοιβαίων κεφαλαίων εσωτερικού ούτε δυνατότητα αρχικά εξαγωγής χρήματος εκτός Ελλάδος για την αγορά μεριδίων αμοιβαίων κεφαλαίων εξωτερικού.

Οι έλεγχοι της κίνησης κεφαλαίων δημιούργησαν επιπλέον προβλήματα στις καταβολές αντασφαλιστρών στο εξωτερικό, στις καταβολές αποζημιώσεων ή ασφαλισμάτων σε κατοίκους του εξωτερικού καθώς και στην άσκηση επενδυτικής πολιτικής των ασφαλιστικών εταιρειών στο πλαίσιο επενδύσεων στο εξωτερικό.

Στο τέλος του 2015 μετά από πιέσεις επήλθαν βελτιώσεις χωρίς ωστόσο να εξαλειφθούν οι περιορισμοί. Έτσι , μπορούν πλέον να εξυπηρετούν τα υφιστάμενα στις 28-6-2015 συμβόλαια ζωής συνδεδεμένα με επενδύσεις εσωτερικού και εξωτερικού, μπορούν να εκδίδουν νέα συμβόλαια ζωής συνδεδεμένα με επενδύσεις εσωτερικού, ασκούν την επενδυτική τους πολιτική εκτός Ελλάδας με την προϋπόθεση πως η επενδυμένη στο εξωτερικό αξία του χαρτοφυλακίου δεν θα υπερβαίνει την αξία που είχε στις 31-7-15. Μπορούν επίσης να εκπληρωθούν συμβατικές υποχρεώσεις εκτός χώρας , μετά από την έγκριση των συνεργαζόμενων πιστωτικών ιδρυμάτων.

5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας σχεδιάστηκε για να καλύψει τα έκτακτα έξοδα τα οποία αφορούν την υγεία μεμονωμένων ατόμων ή ομάδων. Οι ιδιωτικοί ιατρικοί ασφαλιστές πληρώνουν στον ασφαλισμένο παροχές για ιατρικά έξοδα που προκύπτουν ως αποτέλεσμα ασθένειας ή ατυχήματος που καλύπτεται από την πολιτική ασφάλισης.

Τα προγράμματα υγείας χωρίζονται στις εξής κατηγορίες (ΕΑΕΕ):

- Νοσοκομειακά προγράμματα
- Επιδόματα
- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
- Προγράμματα ανικανότητας.

Στον Πίνακα 5.5 δίνεται μια εικόνα για τα προγράμματα υγείας των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών.

Πίνακας 5.5 Προγράμματα υγείας

Τα περισσότερα Προγράμματα Υγείας που παρέχουν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες στην Ελλάδα περιλαμβάνουν ενδεικτικά τα παρακάτω:

Νοσοκομειακά Προγράμματα

- Ανώτατο ετήσιο όριο κάλυψης εξόδων νοσηλείας σε Ελλάδα και εξωτερικό
- Ανώτατο όριο νοσηλείας μέχρι 365 ημέρες
Κάλυψης των εξόδων νοσηλείας στην Ελλάδα
- Κάλυψης των εξόδων νοσηλείας στο εξωτερικό
- Ετήσια συμμετοχή του ασφαλισμένου (απαλλασσόμενο ποσό) στα έξοδα νοσηλείας (Δωμάτιο, Τροφή, ΜΕΘ & ΜΑΘ, Εξετάσεις, Φάρμακα, Υλικά, Αμοιβές Ιατρού)
- Επιλογή νοσοκομείου
- Συμμετοχή του κοινωνικού ασφαλιστικού φορέα στα έξοδα νοσηλείας
- Επιλογή θέσης νοσηλείας LUX, A ή B
- Ημερήσιο επίδομα νοσηλείας σε κρατικό νοσοκομείο, εφόσον δεν ζητηθεί αποζημίωση
- Ημερήσιο επίδομα νοσηλείας ή Χειρουργικό Επίδομα σε κρατικό νοσοκομείο, σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης, εφόσον δεν ζητηθεί αποζημίωση
- Καλύψεις μητρότητας
- Επίδομα Τοκετού
- Κάλυψη εντατικής
- Αμοιβή χειρουργού & αναισθησιολόγου
- Αποκλειστική νοσοκόμα
- Χειρουργικές επεμβάσεις χωρίς νοσηλεία
- Χημειοθεραπείες και ακτινοθεραπείες χωρίς νοσηλεία
- Μικροεπεμβάσεις χωρίς νοσηλεία
- Ιατροφαρμακευτικά έξοδα ατυχήματος χωρίς νοσηλεία

Πρόγραμμα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας της Υγείας

- Απεριόριστες Ιατρικές επισκέψεις (σε ιατρούς όλων των ειδικοτήτων)
- Απεριόριστες ιατρικές πράξεις χωρίς επιπλέον επιβάρυνση
- Απεριόριστες διαγνωστικές εξετάσεις με 100% κάλυψη
- Ιατρικές συμβουλές και οδηγίες 24 ώρες το 24ωρο, 365 μέρες το χρόνο

Προγράμματα με Επίδομα

- Έκτακτη οικονομική βοήθεια με τη μορφή επιδόματος σε περίπτωση νοσηλείας ή χειρουργικής επέμβασης
- Ανακούφιση από τα ιατρικά έξοδα μίας πιθανής χρόνιας και σοβαρής ασθένειας
- Οικονομική βοήθεια ακόμα και στην περίπτωση ιδιωτικής ασφάλισης με νοσοκομειακή κάλυψη ή ομαδικής ασφάλιση από την εργασία

Πηγή : IOBE Ο Δείκτης τιμών υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (Φεβρουάριος 2017)

Στον Πίνακα γίνεται αναφορά σε ενδεικτικά προγράμματα καθώς οι δυνατότητες σχεδιασμού ενός προγράμματος ενός μεγάλης ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες του εκάστοτε ασφαλισμένου.

5.1.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ

Τα προγράμματα αυτά αφορούν την κάλυψη εξόδων νοσηλείας σε νοσοκομείο και περιλαμβάνουν τα έξοδα νοσηλείας, χειρουργείου, γιατρών, αποκλειστικής νοσοκόμας, έξοδα ΜΕΘ, διακομιδής και άλλα ανάλογα με το εκάστοτε συμβόλαιο.

Γενικά υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία όσον αφορά το κάθε συμβόλαιο με τις διαφορές μεταξύ τους να συνίσταται στη συμμετοχή ή όχι του ασφαλισμένου στα έξοδα νοσηλείας, την ύπαρξη ανώτερου ορίου κάλυψης, τον χρόνο αναμονής για την κάλυψη, την εξαίρεση από την κάλυψη κάποιων περιπτώσεων για κάποιο χρονικό διάστημα και άλλα.

5.1.2 ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ

Αφορά την παροχή επιδόματος στον ασθενή κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις. Τα κυριότερα τέτοια επιδόματα είναι το χειρουργικό και το ημερήσιο νοσοκομειακό επίδομα.

Το χειρουργικό επίδομα αφορά την καταβολή ενός συγκεκριμένου εφάπαξ ποσού σε περίπτωση επέμβασης ανεξαρτήτως πραγματικών εξόδων.

Το ημερήσιο νοσοκομειακό επίδομα αφορά την καταβολή κάποιου επιδόματος συνήθως όταν ο ασθενής δεν κάνει χρήση των ιδιωτικών αλλά του δημόσιου νοσοκομείου για την περίθαλψη του.

5.1.3 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αφορά αμοιβές γιατρών, διαγνωστικές εξετάσεις και γενικά διάφορες πράξεις που δεν απαιτούν εισαγωγή στο νοσοκομείο. Σε αυτή προβλέπεται σχεδόν πάντα συμμετοχή ασφαλισμένου αλλά σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να είναι και μέρος της νοσοκομειακής κάλυψης και να παρέχεται δωρεάν ως μέρος αυτής.

5.1.4 ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

Οι περισσότεροι άνθρωποι σπάνια σκέφτονται την ύπαρξη κινδύνου μακροχρόνιας ανικανότητας για εργασία εξαιτίας κάποιας ασθένειας. Ωστόσο η πιθανότητα αυτή πριν την ηλικία των 65 χρόνων είναι πολύ μεγαλύτερη από ότι φανταζόμαστε και κυρίως στις νεαρές ηλικίες. Στατιστικά ένας στους επτά φαίνεται ότι μέχρι τα 65 του χρόνια θα παραμείνει ανίκανος για εργασία για τουλάχιστον πέντε χρόνια ενώ ένας στους τρεις για τουλάχιστον έξι μήνες. Αυτό είναι ένα μεγάλο κόστος αν κανείς σκεφτεί και τα τυχόν ιατρικά έξοδα συν τα πάγια βέβαια έξοδα που τρέχουν.

Σημαντικό είναι επίσης το κόστος από μόνιμη ολική ανικανότητα το οποίο είναι μεγαλύτερο από ότι σε πρόωρο θάνατο. Στη μόνιμη ολική ανικανότητα η οικογένεια καλείται να καλύψει τα έξοδα νοσηλείας, φροντίδας και αποκατάστασης, αποθεραπείας αλλά τα έξοδα από την απώλεια εισοδήματος. Από την άλλη μεριά

στον πρόωρο θάνατο το μόνο κόστος είναι τα έξοδα κηδείας και η απώλεια εισοδήματος από την οικογένεια αν το μέλος της οικογένειας που απεβίωσε εργαζόταν.

Η ασφάλιση απώλειας εισοδήματος λόγω ανικανότητας εργασίας καλύπτει μέρος ή το σύνολο των εσόδων από την εργασία. Οι καλύψεις αυτές έχουν συνήθως τα εξής χαρακτηριστικά:

- **Περιοδικές καταβολές:** Οι παροχές από την ασφαλιστική σε περίπτωση απώλειας εισοδήματος λόγω ατυχήματος ή ασθένειας είναι μηνιαίες ή εβδομαδιαίες. Το ποσό συνδέεται με το εισόδημα αλλά γενικά περιορίζεται από τις ασφαλιστικές στην παροχή του 60% - 70% του εισοδήματος από την εργασία. Ανάλογα με το συμβόλαιο μπορεί να υπάρχει μία μέγιστη περίοδος κάλυψης ή η κάλυψη να είναι ισόβια. Συνήθως βέβαια και επειδή η ασθένεια εμφανίζεται συχνότερα από το ατύχημα στην ασθένεια επιβάλλονται περισσότεροι περιορισμοί στην καλυπτόμενη περίοδο από ασθένεια. Τέλος εκτός από τις περιοδικές καταβολές υπάρχουν και οι εφάπαξ καταβολές σε περίπτωση μόνιμης ολικής ανικανότητας, μόνιμης μερικής ανικανότητας ή ακόμα και θανάτου οπότε σε αυτή την περίπτωση την αποζημίωση λαμβάνει η οικογένεια ή το άτομο που έχει οριστεί από τον ασφαλιζόμενο. Η τελευταία αυτή περίπτωση αποζημίωση λόγω θανάτου δεν είναι τόσο διαδεδομένη στην χώρα μας όσο σε άλλες χώρες του εξωτερικού και κυρίως την Αμερική.

- **Περίοδος αναμονής**

Οι περισσότερες καλύψεις ανικανότητας αλλά και γενικότερα αποζημίωσης προβλέπουν μια περίοδο αναμονής. Ο χρόνος αυτός κυμαίνεται ανάλογα από ασφαλιστική σε ασφαλιστική και μπορεί να είναι από μερικές μέρες μέχρι και ένα χρόνο. Ο σκοπός αυτής της αναμονής είναι να μειώσει τον κίνδυνο για την εταιρεία.

- **Απαλλαγή καταβολής ασφαλίσεων κατά την περίοδο ανικανότητας.**

Αρκετές καλύψεις ανικανότητας φέρουν τον όρο απαλλαγής καταβολής ασφαλίσεων κατά την περίοδο ανικανότητας και συνήθως προβλέπεται πως αν ο ασφαλισμένος είναι για 90 συνεχόμενες μέρες ανίκανος τότε απαλλάσσεται από την καταβολή των ασφαλίσεων κατά την περίοδο αυτή.

5.1.5 ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΡΟΙ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

Στην επόμενη ενότητα θα δούμε πιο αναλυτικά τους πιο βασικούς όρους καλύψεων ενός ασφαλιστικού προγράμματος. Τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια υγείας σε αντίθεση με την κοινωνική ασφάλιση υπόκεινται σε κάποιους όρους τους οποίους θα πρέπει να τηρεί ο ασφαλισμένος προκειμένου να είναι σε ισχύ η κάλυψη του.

Παρακάτω θα αναλύσουμε τα βασικά σημεία όπως η διάρκεια κάλυψης, οι περίοδοι αναμονής, τα όρια κάλυψης –αμοιβής γιατρών ή νοσηλείας, το όριο και το ποσοστό κάλυψης, η απαλλαγή ή το εκπιπτόμενο ποσό, οι εξαιρέσεις, η ανάγκη προέγκρισης νοσηλείας, ο τρόπος ανανέωσης του συμβολαίου και οι καλύψεις σε εξωτερικά ιατρεία και νοσηλεία.

5.1.5.1 Διάρκεια κάλυψης

Με τον όρο διάρκεια νοείται ο χρόνος που θα είναι σε ισχύ η κάλυψη.

Υπάρχουν πέντε περιπτώσεις:

1. **Ανανεώσιμη με επιλογή του ασφαλιστή:** σε αυτή την περίπτωση η εταιρεία κατέχει το δικαίωμα μη ανανέωσης του συμβολαίου όταν αυτό λήξει.
2. **Εγγυημένα ανανεώσιμη :** Στην περίπτωση αυτή η ασφαλιστική εταιρεία εγγυάται την συνεχή ανανέωση του συμβολαίου μέχρι μια ορισμένη ηλικία η οποία αναγράφεται στο συμβόλαιο. Μετά το πέρας αυτής της περιόδου ο ασφαλιζόμενος μπορεί να επιλέξει τη συνέχιση ή όχι της ασφάλισης. Η εταιρεία δεν έχει το δικαίωμα κύρωσης της κάλυψης ανεξαρτήτως ζημιών ή χειροτέρευσης της κατάστασης της υγείας.
3. **Μη ακυρώσιμη:** συνήθως αφορά την ασφάλιση παιδιών μέχρι την ενηλικίωση τους. Στην περίπτωση αυτή τα ασφάλιστρα είναι σταθερά καθόλη τη διάρκεια της κάλυψης ή αυξάνουν με μια προβλεπόμενη κλίμακα.
4. **Ακυρώσιμη:** είναι η πιο σπάνια περίπτωση αλλά και λιγότερο επιθυμητή για τον καταναλωτή αφού ο ασφαλιστής είναι σε θέση να ακυρώσει το συμβόλαιο με έγγραφη προειδοποίηση λίγων ημερών.
5. **Ανανεώσιμη υπό προϋποθέσεις:** Η εταιρεία έχει το δικαίωμα να μην ανανεώσει το συμβόλαιο όταν συντρέχουν κάποιες προϋποθέσεις οι οποίες όμως αναγράφονται στο συμβόλαιο.

5.1.5.2 **ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ**

Τα βασικά σημεία που θα πρέπει κάποιος να προσέξει όταν πρόκειται να επιλέξει ένα συμβόλαιο υγείας είναι τα εξής :

- **Εξαιρέσεις**

Αποτελεί ίσως το κυριότερο μέρος ενός συμβολαίου ασφάλισης υγείας γιατί αφορά τις ασθένειες και παθήσεις για τις οποίες το ασφαλιζόμενο άτομο δεν πρόκειται να αποζημιωθεί. Οι εξαιρέσεις μπορεί να αφορούν συγγενείς παθήσεις, μέθη αλκοολική ηπατοπάθεια κλπ.

- **Περίοδοι αναμονής**

Αφορά ασθένειες που αποζημιώνονται μετά την πάροδο κάποιου χρονικού διαστήματος από την ημέρα έναρξης της ασφάλισης και αναφέρονται ξεκάθαρα μέσα στους όρους του συμβολαίου υγείας. Κατά κανόνα τα συμβόλαια μετά από ένα χρόνο καλύπτουν τις περισσότερες ασθένειες.

- **Όρια κάλυψης αμοιβών γιατρών, δωματίου και τροφής.**

Τα περισσότερα νοσοκομειακά προγράμματα έχουν πίνακα με τις αμοιβές των χειρουργών και αναισθησιολόγων ανάλογα με την επέμβαση και τον βαθμό του γιατρού. Το ίδιο ισχύει και για τα όρια κόστους δωματίου και τροφής ανάλογα με την ασφαλιστική εταιρεία και το είδος του συμβολαίου.

- **Όριο και ποσοστό κάλυψης**

Κάθε ασφαλιστήριο υγείας έχει ένα όριο κάλυψης ανά έτος πέρα από το οποίο ο ασφαλισμένος καλύπτει να καλύψει μόνος του το κόστος νοσηλείας. Το όριο αυτό ποικίλει και καθορίζεται στο συμβόλαιο. Όσο μικρότερο το όριο τόσο πιο οικονομικό το συμβόλαιο. Το ποσοστό κάλυψης αφορά το ποσοστό που καλύπτει η εταιρεία ανά περιστατικό νοσηλείας και είναι συνήθως διαφορετικό για νοσηλεία στη Ελλάδα και διαφορετικό για νοσηλεία στο εξωτερικό.

- **Απαλλαγή ή εκπιπτόμενο ποσό**

Η απαλλαγή ή εκπιπτόμενο ποσό αφορά το ποσό που μπορεί να έχει οριστεί στο συμβόλαιο ότι θα καλυφθεί είτε από τον ασφαλισμένο είτε από τον ασφαλιστικό του φορέα και αφορά είτε κάθε νοσηλεία μέσα στο χρόνο ή ένα ποσό το χρόνο.

- **Τρόπος ανανέωσης και διάρκεια συμβολαίου.**

Τα ασφαλιστήρια υγείας χωρίζονται σε δυο μεγάλες κατηγορίες όσον αφορά τον τρόπο ανανέωσης:

Ισόβια , δηλαδή ισχύει για όσο ζει ο ασφαλισμένος χωρίς η εταιρεία να μπορεί να αλλάξει τους όρους του συμβολαίου.

Ετησίως ανανεωμένα τα οποία η εταιρεία στέλνει κάθε χρόνο τους όρους και μπορεί να αναθεωρεί το κόστος και τις καλύψεις.

- **Ανάγκη προέγκρισης νοσηλείας.**

Υπάρχουν κάποια νοσοκομειακά προγράμματα τα οποία για να καλυφθεί ο ασφαλισμένος θα πρέπει να έχει ενημερωθεί η εταιρεία και να έχει πάρει έγκριση. Ωστόσο σήμερα οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες έχουν στα συμβεβλημένα νοσοκομεία ελεγκτή γιατρό ο οποίος με την εισαγωγή του ασφαλισμένου παίρνει το ιστορικό και δίνει έγκριση νοσηλείας.

- **Έξοδα πριν και μετά την νοσηλεία.**

Αφορά έξοδα πριν και μετά την νοσηλεία όπως επανεξέταση, διαγνωστικές εξετάσεις, χημειοθεραπείες τα οποία ανάλογα με το συμβόλαιο μπορεί να μην καλύπτονται καθόλου.

- **Κάλυψη στα εξωτερικά ιατρεία, επείγοντα περιστατικά.**

Και εδώ επίσης αναφέρεται στους όρους του συμβολαίου αν καλύπτει επισκέψεις στα τακτικά ιατρεία ή επείγοντα περιστατικά. Τα περισσότερα ωστόσο νοσοκομειακά συμβόλαια παρέχουν δωρεάν την επίσκεψη στα επείγοντα σε ορισμένες βασικές ειδικότητες και κάποια προνομιακή τιμή για επίσκεψη σε τακτικά ιατρεία καθώς και για τη διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων. Υπάρχουν βέβαια και συμβόλαια υγείας τα οποία αφορούν όχι μόνο τη δευτεροβάθμια αλλά και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Όλα εξαρτώνται από το ποσό που ο κάθε ασφαλισμένος είναι διατεθειμένος να πληρώσει για την ασφάλεια του.

- **Καλύψεις νοσηλείας**

Για μια νοσηλεία καλύπτονται έξοδα όπως:

- Έξοδα δωματίου και τροφής.
- Αμοιβές γιατρών, χειρουργών και αναισθησιολόγων.
- Εξετάσεις μέσα στο νοσοκομείο και σχετικές με τη νοσηλεία.
- Χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες.
- Φάρμακα και υλικά νοσηλείας.
- Αποκλειστική νοσοκόμα.
- Μεταφορά με ασθενοφόρο ή και επείγουσα αερομεταφορά.

Επιπλέον παροχές μπορεί να είναι κάποιο νοσοκομειακό επίδομα για κάθε μέρα νοσηλείας

5.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

Η ομαδική ασφάλιση υγείας αφορά ομαδικά ασφαλιστήρια και γίνονται κυρίως από εταιρείες προς τους εργαζόμενους ως επιπλέον κάλυψη αλλά και από επαγγελματικούς συλλόγους. Ο λόγος που επιλέγεται η ομαδική ασφάλιση είναι συνήθως η επίτευξη καλύτερου συνδυασμού κόστους- παροχών αλλά και διάφορες φοροαπαλλαγές κυρίως για τις επιχειρήσεις.

Ανάλογα με το είδος του καλυπτόμενου κινδύνου υπάρχουν ομαδικά συμβόλαια πυρός, προσωπικού ατυχήματος, αστικής ευθύνης, σύνταξης και υγείας. Στην ασφάλιση υγείας βέβαια σε κάθε περίπτωση εξετάζεται το ατομικό ιστορικό και η κατάσταση της υγείας του κάθε μελλοντικού ασφαλιζόμενου.

5.3 UNDERWRITING

Το Underwriting είναι η ανάληψη του κινδύνου και στόχο έχει την προστασία της εταιρείας από την ανάληψη κινδύνων κακών ή κινδύνων οι οποίοι εκτιμάται βάση στατιστικών στοιχείων ότι θα επέλθουν νωρίτερα. Σκοπός του επίσης είναι η σωστή και δίκαιη τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ούτως ώστε ο κάθε ασφαλισμένος να πληρώνει αυτό που πρέπει. Παρακολουθεί επίσης στατιστικά την εξέλιξη των κινδύνων που έχει αναλάβει ώστε σε περίπτωση που καταστεί ανάγκη να ζητηθεί επαναπροσδιορισμός κανόνων, προϋποθέσεων και διαδικασιών του underwriting. Τέλος κατατάσσει τις αιτήσεις ασφάλισής σε κατηγορίες κινδύνων : επαυξημένους κινδύνους, κανονικούς και απορριπτέους.

6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

Ο ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

6.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Στη χώρα μας τα βασικά επίπεδα φροντίδας του υγειονομικού συστήματος είναι τα εξής:

- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας : αφορά την πρόληψη και διάγνωση νόσου χωρίς να χρειάζεται ο ασθενής να παραμείνει στο νοσοκομείο. Η ΠΦΥ καλύπτεται από τον ιδιωτικό και το δημόσιο τομέα από ιδιωτικά ιατρεία αλλά και τακτικά ιατρεία ιδιωτικών και δημόσιων νοσοκομείων αλλά και κέντρων υγείας, διαγνωστικά κέντρα και μικροβιολογικά εργαστήρια.

Δυστυχώς όμως σήμερα μετά την κατάργηση των γνωστών ιατρείων ΙΚΑ και την μετατροπή τους σε ΠΕΔΥ υπήρξε μια γενικότερη υποβάθμιση και υποστελέχωση των ιατρείων με αποτέλεσμα η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να στηριχτεί κατά κύριο λόγο στην ιδιωτική πρωτοβουλία .

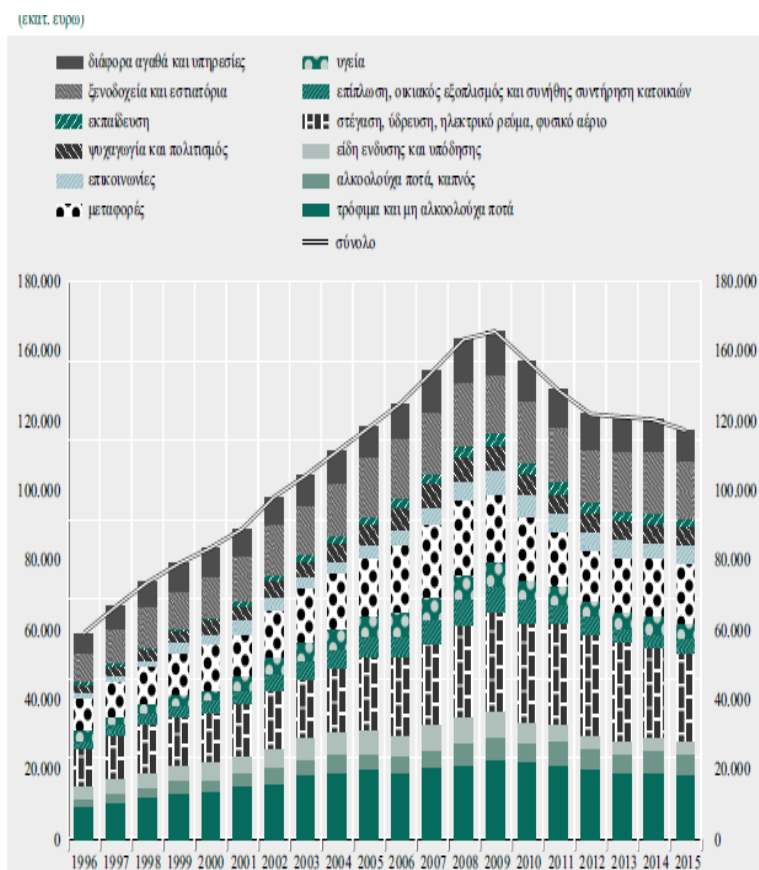
- Δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια: αφορά παροχή φροντίδας υγείας σε κλινικές ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία.
- Επείγουσα προ νοσοκομειακή φροντίδα: καλύπτεται πανελλαδικά από το ΕΚΑΒ.
- Ψυχιατρική περίθαλψη: αφορά τα καθαρά δημόσια και ιδιωτικά ψυχιατρικά θεραπευτήρια αλλά και τα ψυχιατρικά τμήματα δημόσιων κυρίως νοσοκομείων αλλά τις ψυχιατρικές δομές ΨΥΧΑΡΓΩ.

6.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Τις δαπάνες υγείας θα πρέπει να τις διαχωρίσουμε σε δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες. Οι δημόσιες δαπάνες αφορούν δαπάνες που πραγματοποιούνται από το Δημόσιο προς τους ασφαλισμένους. Η ιδιωτική δαπάνη υγείας αφορά τις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη και γενικά για θέματα υγείας.

Μερικές από τις πηγές των ιδιωτικών δαπανών είναι:

- Δαπάνες για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα.
- Νομοθετημένη συμμετοχή ασφαλισμένων σε έξοδα διαγνωστικών εξετάσεων, φάρμακα κλπ.
- Δαπάνες ανασφάλιστων

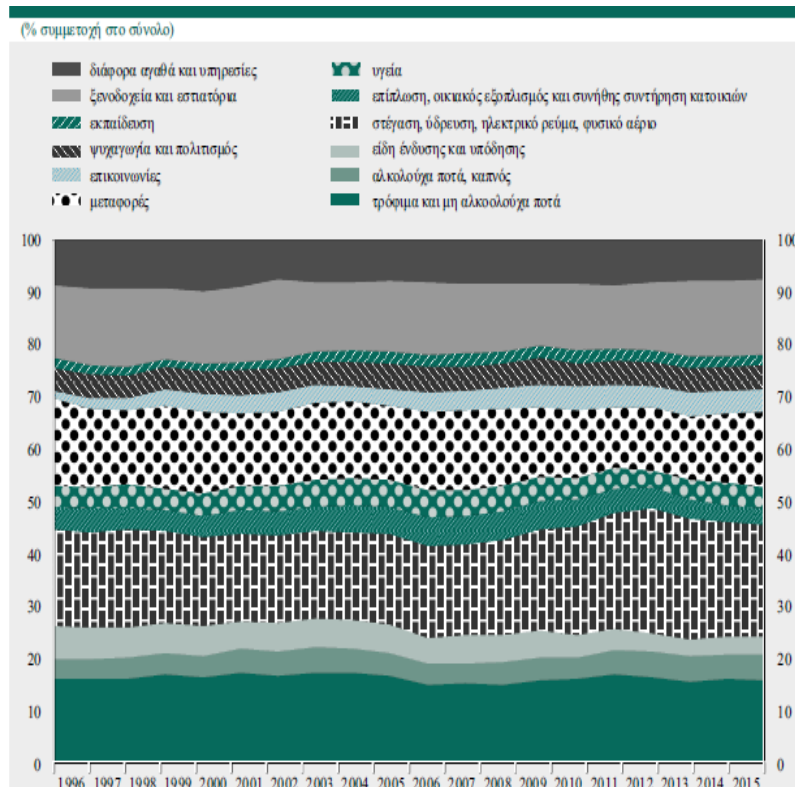


Διάγραμμα 6.4

Διαχρονική εξέλιξη της σύνθεσης της εγχώριας καταναλωτικής δαπάνης

Πηγή: Οικονομικό Δελτίο της Τράπεζας της Ελλάδος (2016) Τεύχος 44 (σελ. 31)

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6.4 για τη διαχρονική εξέλιξη της σύνθεσης της εγχώριας καταναλωτικής δαπάνης στον τομέα της υγείας που μας ενδιαφέρει παρατηρούμε πως η δαπάνη παρουσιάζει μια σταθερή άνοδο από το 1996 ως και το 2009 οπότε και βρίσκεται στο μέγιστο σημείο ενώ από το 2009 ως και το 2015 παρατηρείται μια σταθερή μείωση από τα 70εκατ. περίπου στα 60 εκατ.



Διάγραμμα 6.5

Διαχρονική εξέλιξη εγχώριας καταναλωτικής δαπάνης

Πηγή : Οικονομικό δελτίο της Τράπεζας της Ελλάδος (2016)

Στο Διάγραμμα 6.5 παρουσιάζεται η ποσοστιαία κατανομή της ετήσιας δαπάνης των νοικοκυριών στις 12 βασικές κατηγορίες αγαθών και υπηρεσιών (και υπηρεσιών υγείας) κατά την περίοδο 1996-2015. Παρατηρούμε ότι από το 1996 ως το 2004 υπάρχει μια αύξηση στο ποσοστό συμμετοχής της δαπάνης υγείας ενώ από το 2005 ως το 2009 μείωση και στη συνέχεια μια σταδιακή αύξηση ως το 2013. Από το 2013 και μετά όμως παρατηρείται πάλι μια μικρή πτώση.

Σύμφωνα δε με το Οικονομικό Δελτίο της Τράπεζας της Ελλάδος την περίοδο 2009-2015 το μερίδιο παροχής υπηρεσιών υγείας μειώνεται από 4,6% σε 4,2%, ενώ παρατηρείται αναδιάρθρωση των επιμέρους κατηγοριών που συνθέτουν αυτές τις δαπάνες. Έχουμε δηλαδή μείωση των δαπανών για υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων κατά 58,1% ενώ οι δαπάνες για φαρμακευτικά προϊόντα, θεραπευτικές συσκευές και εξοπλισμό υπερδιπλασιάζονται κατά 117%. Επιπλέον παρατηρείται μείωση στη δαπάνη για κοινωνική προστασία κατά 66,1% ενώ παρουσιάζεται σημαντική αύξηση κατά 45,3% για ασφαλιστικά συμβόλαια υγείας αλλά και αποταμιευτικά. Η αυξητική τάση αντανακλά την αβεβαιότητα που κυριαρχεί και την ανάγκη για ασφάλεια των

νοικοκυριών σχετικά με τα μελλοντικά τους εισοδήματα αλλά και τη δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας.

6.3 Η ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για ιδιωτική ασφάλιση υγείας κυρίως όμως σήμερα που το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει δεχθεί τόσο μεγάλη υποβάθμιση και απαξίωση από το ίδιο του το σύστημα. Εδώ θα παραθέσουμε κάποιους από τους παράγοντες αυτούς:

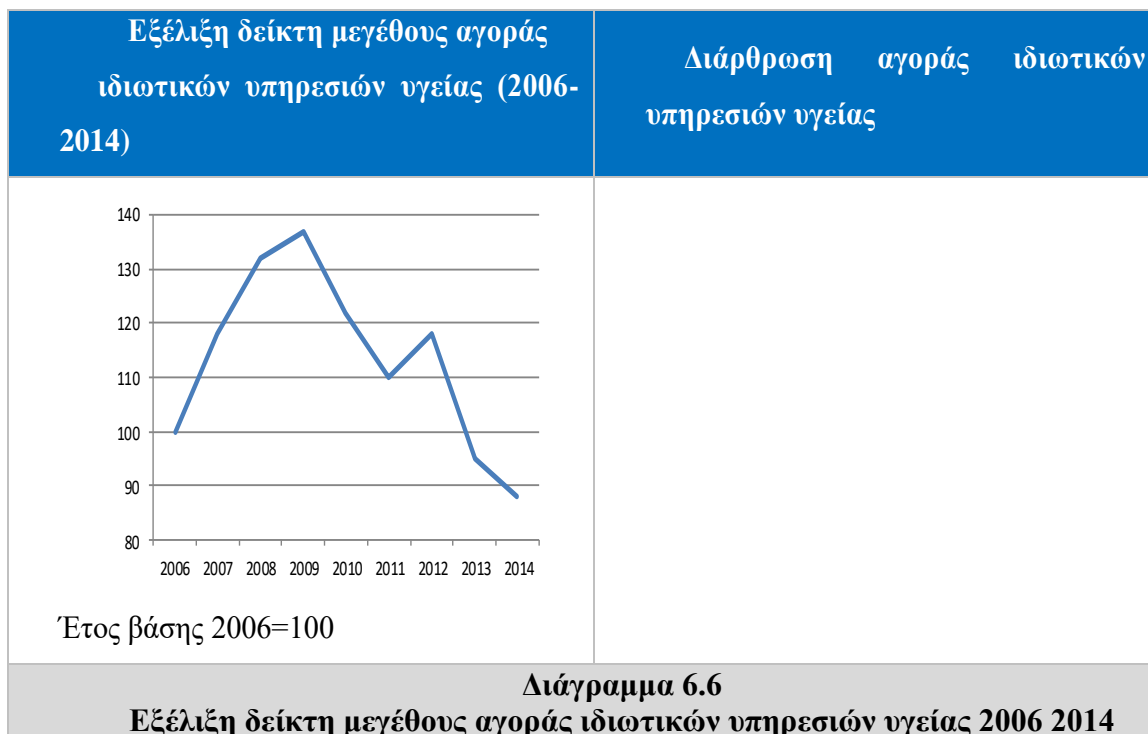
- Οικονομικοί παράγοντες.
- Το επίπεδο των δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων
- Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες όπως ηλικία, βιοτικό επίπεδο κλπ.
- Γραφειοκρατία και λίστες αναμονής από τον δημόσιο ασφαλιστικό φορέα.
- Τεχνολογία και ιατροφαρμακευτικός εξοπλισμός.

Δυστυχώς σήμερα τα δημόσια νοσοκομεία λόγο και της παρατεταμένης κρίσης αλλά και της μείωσης του προϋπολογισμού τους και στα πλαίσια των γενικότερων περικοπών στο δημόσιο παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις όχι μόνο σε ανθρώπινο δυναμικό αλλά και σε ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό. Υπάρχει μια γενικότερη εγκατάλειψη και απαξίωση των εγκαταστάσεων και μάλλον γενικότερα του θεσμού της δημόσιας υγείας. Όλα αυτά δυστυχώς οδηγούν τους πολίτες προς την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

6.4 Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας ακόμα και μέσα στα χρόνια της κρίσης παρουσίασαν μια αύξηση υπό την έννοια της παροχής υπηρεσιών. Και ενώ όλα αυτά τα χρόνια της συνεχιζόμενης κρίσης πολλές επιχειρήσεις διέκοψαν τον κύκλο των εργασιών τους αντίθετα οι ιδιωτικές εταιρείες παροχής υπηρεσιών υγείας (διαγνωστικά εργαστήρια, ιδιωτικά ιατρεία και πολυιατρεία κλπ.) όχι μόνο δεν μειώθηκαν αλλά μάλλον αυξήθηκαν σε αριθμό. Δεδομένου ότι και η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ουσιαστικά διαλύθηκε με την κατάργηση των πολυιατρείων του ΙΚΑ και τη δημιουργία των ΠΕΔΥ που για χρόνια υπολειτουργούν αυτό από μόνο του έδωσε χώρο στην ιδιωτική πρωτοβουλία να καλύψει το κενό. Επίσης η αναμονή για διαγνωστικές εξετάσεις στα νοσοκομεία και τα μακρινά ραντεβού για κάποια ιατρική ειδικότητα οδηγούν τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα. Η οδοντιατρική

επίσης περίθαλψη υπολείπεται κατά πολύ στη δημόσια περίθαλψη και ο ασθενής καταφεύγει σχεδόν πάντα στον ιδιώτη γιατρό.

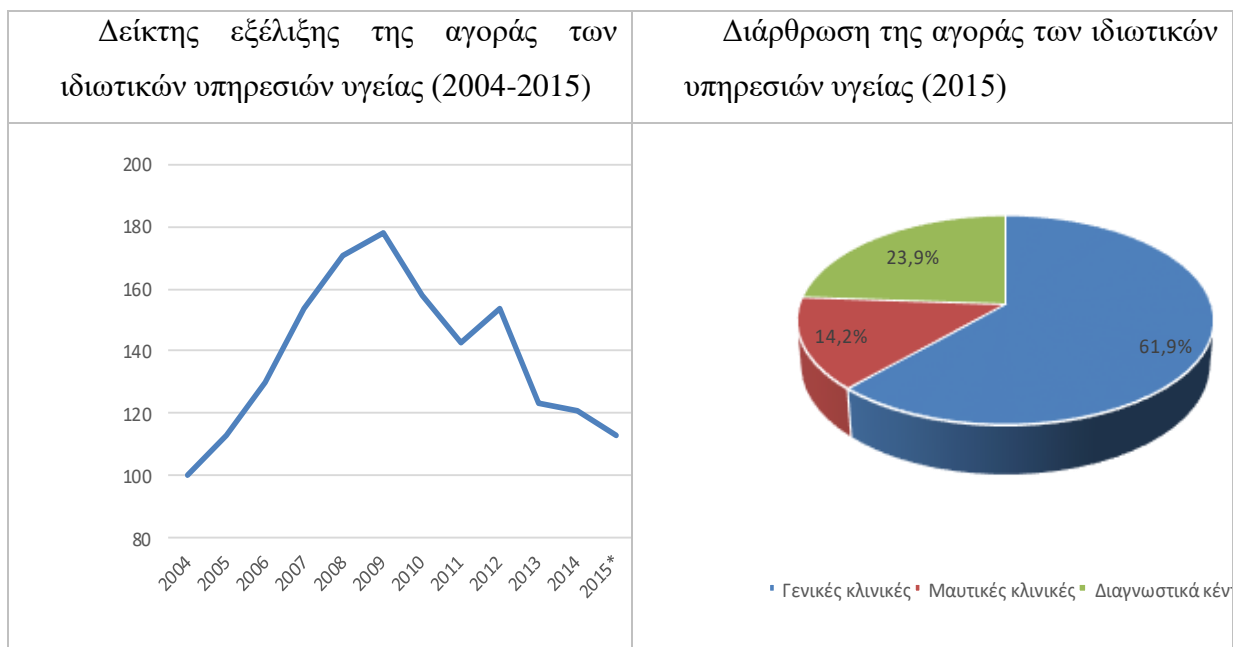


Παρά βέβαια την αύξηση στον αριθμό τους ωστόσο παρατηρείται μείωση εσόδων από το 2012 και μετά και αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην επιβολή του νόμου 4172/2013 (μηχανισμός claw back/rebate). Η Διευθύντρια Οικονομικών και Κλαδικών Μελετών της ICAP GROUP, Σταματίνα Παντελαίου σχετικά με την εξέλιξη του κλάδου επισημαίνει τα εξής: «Η συνολική αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από το 2012 και μετά παρουσιάζει συνεχή μείωση, με μέσο ετήσιο ρυθμό της τάξεως του 13,5%. Αν και η συνεργασία των ιδιωτικών μονάδων υγείας με τον ΕΟΠΥΥ οδήγησε σε μια τάση αύξησης της ροής ασθενών προς αρκετές μονάδες του κλάδου, ωστόσο η συνεχιζόμενη μείωση των τιμών των ιατρικών υπηρεσιών από αρκετές ιδιωτικές κλινικές και διαγνωστικά κέντρα, σε μια προσπάθεια διατήρησης ή ακόμη και αύξησης της «πελατειακής» τους βάσης, η περαιτέρω μείωση των τιμών των φαρμάκων και κυρίως η επιβολή του νόμου περί claw back και rebate αποτέλεσαν τους κύριους λόγους μείωσης της συνολικής αξίας της αγοράς.».

6.5 Η ΑΓΟΡΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα τελευταία χρόνια και κυρίως μετά την κατάργηση των πολυιατρείων του Ι.Κ.Α. φαίνεται να υπάρχει μια άνθηση των ιδιωτικών πολυιατρείων τα οποία ουσιαστικά ήρθαν να καλύψουν το κενό του δημόσιου τομέα.

Σύμφωνα με μελέτη της ICAP Group, τη μεγαλύτερη μείωση εμφανίζουν τα έσοδα των διαγνωστικών κέντρων (ποσοστό περίπου 8,5%) και ακολουθούν οι αγορές των μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών με ποσοστό μείωσης περίπου 7%, καθώς και των γενικών κλινικών με ποσοστό περίπου 6%. Απώλειες καταγράφονται και για την υποκατηγορία των νευροψυχιατρικών κλινικών, το μέγεθος αγοράς των οποίων μειώθηκε κατά 15% περίπου την περίοδο 2015/14.



Διάγραμμα 6.7

Αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Πηγή : ICAP Group Κλαδική μελέτη Δελτίο τύπου (5 Απριλίου 2016)

Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6,7 η αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μια ραγδαία αύξηση από το 2004 ως το 2009 περίπου όπου και κορυφώνεται και στη συνέχεια πτώση μέχρι το 2011. Από το 2011 ως το 2012 έχουμε άνοδο για να πέσει πάλι απότομα ως το 2013 ενώ στη συνέχεια φαίνεται να παρατηρείται μια πιο σταθερή πορεία.

Όσον δε αφορά τη διάρθρωση της αγοράς το 61,9% αφορά τις γενικές κλινικές, ακολουθούν τα διαγνωστικά κέντρα με μερίδιο αγοράς 23,9% και τέλος οι μαιευτικές κλινικές με 14,2%.

7 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 70

ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΚΑΙ ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

7.1 ΔΙΕΘΝΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ

Μέσα από μια αναφορά που έδωσε η ευρωπαϊκή ασφαλιστική εταιρία, EUROPEAN INSURANCE, μας βοηθά να κατανοήσουμε πολλά στοιχεία για τον κλάδο αυτό στην Ευρώπη. Σύμφωνα με την αναφορά αυτή προκύπτουν:

Η ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά αποτελεί το 36% της παγκόσμιας ασφαλιστικής αγοράς και είναι η μεγαλύτερη του κόσμου ενώ ακολουθεί η ασφαλιστική αγορά της Βορείου Αμερικής (29%) και στη συνέχεια της Ασίας (28%). Επίσης το 25% των ευρωπαϊών καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας ενώ οι επενδύσεις των ευρωπαϊκών ασφαλιστικών εταιρειών ανέρχονται σε **7,7** τρις. ευρώ ή όσο το 55% του Α.Ε.Π. της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Οι ευρωπαϊκές ασφαλιστικές εταιρίες απασχολούν άμεσα περίπου 950.000 άτομα ενώ εμμέσως (διαμεσολαβούντες κ.ά.) επιπλέον 1 εκατ. άτομα και η συνολική παραγωγή ασφαλιστρών ανέρχεται πάνω από 1,074 τρις. ευρώ εκ των οποίων το 59% αφορά στην παραγωγή ασφαλιστρών ζωής, το 30% στις γενικές ασφαλίσεις και το 11% στις ασφαλίσεις υγείας.

Με τον όρο Ευρωπαϊκή Ασφαλιστική Αγορά, η Insurance Europe, εννοεί την δυτική, κεντρική και ανατολική Ευρώπη περιλαμβανομένων των Ρωσία και την Ουκρανία που από κοινού αντιπροσωπεύουν το 1% των παγκόσμιων ασφαλιστρών.

7.2 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΡΗΜΑΤΟΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΚΛΑΔΟ

Η χρηματοπιστωτική κρίση η οποία ξεκίνησε από τις ΗΠΑ και γρήγορα διαδόθηκε στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο είχε ως αφορμή τη ραγδαία μείωση των τιμών των ακινήτων στις ΗΠΑ. Αναφορικά με τα αίτια, θα πρέπει να αναφερθεί ότι πριν την κρίση, είχε προηγηθεί περίοδος ταχείας πιστωτικής επέκτασης και χαμηλών επιτοκίων δανεισμού. Επίσης, κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου παρατηρήθηκε η χρήση χρηματοοικονομικών προϊόντων των οποίων η σύνθεση χαρακτηριζόταν από αδιαφάνεια και κακή αξιολόγηση, ενώ συνέτεινε και το γεγονός ότι οι τράπεζες μεγάλωσαν σε μέγεθος και αλληλεξάρτηση. Η κρίση επηρέασε αρνητικά τις τιμές των περιουσιακών στοιχείων και την πιστωτική επέκταση κυρίως σε χώρες με

ανεπτυγμένους τους τομείς των χρηματοοικονομικών υπηρεσιών, των κατασκευών και των εξαγωγικών δραστηριοτήτων. Μετά την εκδήλωση της κρίσης, εκδηλώθηκαν ύφεση, ανεργία και προβλήματα ρευστότητας με αποτέλεσμα πολλές επιχειρήσεις του χρηματοπιστωτικού τομέα να αντιμετωπίσουν έντονα προβλήματα και κάποιες από αυτές να χρεοκοπήσουν. Η συντονισμένη δράση διεθνών οργανισμών, κρατών και κεντρικών τραπεζών περιόρισε τις επιπτώσεις της κρίσης αλλά η ύφεση η οποία ακολούθησε υποχρέωσε τις Ευρωπαϊκές χώρες να υιοθετήσουν προγράμματα δημοσιονομικής λιτότητας.

Στην Ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά, παρατηρήθηκε μεγάλη πτώση στην παραγωγή ασφαλιστρών το 2008 και στη συνέχεια σταθεροποίηση το 2009. Οι ασφαλίσεις Ζωής εμφάνισαν μεγάλη μείωση το 2008 ενώ οι ασφαλίσεις κατά Ζημιών μειώθηκαν το 2009. Ειδικότερα στον κλάδο αυτοκινήτου, παρατηρήθηκε μείωση επί δύο συναπτά έτη, 2008 και 2009. Τα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα Ζωής με αφετηρία το 2008 επέστρεψαν στο επίπεδο του 2005 ενώ η αντίστοιχη δαπάνη για ασφαλίσεις κατά Ζημιών δεν εμφάνισε αξιοσημείωτη μεταβολή.

Παρόλο ότι η Ευρωπαϊκή οικονομία βίωσε τις συνέπειες της κρίσης από το 2008 και την ύφεση που ακολούθησε, οι Ευρωπαϊκές ασφαλιστικές επιχειρήσεις κατάφεραν να αντισταθούν και να σταθεροποιήσουν την πορεία τους πολύ σύντομα, εξακολουθώντας να συνεισφέρουν στην ανάπτυξη της οικονομίας. Έτσι τη μεγάλη μείωση των εργασιών του 2008, ακολούθησε μία σταθεροποιητική πορεία το 2009 ιδίως στις ασφαλίσεις Ζωής. Αντιθέτως, οι ασφαλίσεις κατά Ζημιών (μεταξύ των οποίων και οι ασφαλίσεις αυτοκινήτων) εξακολουθούν και αντιμετωπίζουν τη συνδυασμένη επίδραση τόσο του έντονου ανταγωνισμού όσο και της ύφεσης. Αυτή την πορεία αντικατοπτρίζουν και οι δείκτες της ασφαλιστικής διείσδυσης της Ευρωπαϊκής ασφαλιστικής αγοράς, οι οποίοι μετά την κάμψη που κατέγραψαν το 2008, ακολουθούν μία ομαλή πορεία το 2009.

7.3 ΔΕΚΑ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η αλληλεπίδραση διαφόρων ελλείψεων, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία (Eling και Schmeiser, 2010), οδήγησαν στη χρηματοπιστωτική κρίση που ξεκίνησε το 2009 κάνοντας δύσκολη των αναγνώριση μεμονωμένων παραγόντων που συνέβαλαν σε αυτή. Παρόλα αυτά μπορούν να διακριθούν δέκα συνέπειες της κρίσης που οδηγούν σε μια καλύτερη διαχείριση της εποπτείας και του κινδύνου:

1. Απαιτείται η υιοθέτηση αρχών και όχι κανόνων

2. Απαιτείται να ληφθεί υπόψη η θεωρία χαρτοφυλακίου.
3. Απαιτείται ενδυνάμωση της διαχείρισης της εποπτείας και του κινδύνου.
4. Απαιτείται να ληφθεί ιδιαίτερα υπόψη η θεωρία της αντιπροσώπευσης και τα κατάλληλα κίνητρα.
5. Απαιτείται διαχείριση κινδύνου που να είναι κατανοητή και εύκολη στη χρήση.
6. Απαιτείται προσοχή στους κινδύνους οι οποίοι προέρχονται από τις γραμμικότητες και τα μοντέλα.
7. Οι χρηματοπιστωτικοί όμιλοι θα πρέπει να εποπτεύονται σε επίπεδο ομάδας.
8. Απαιτείται διαφάνεια, πειθαρχία και υπευθυνότητα της αγοράς.
9. Αποφυγή ρυθμιστικού αρμπιτράζ στις χρηματοπιστωτικές αγορές υπηρεσιών.
10. Απαιτείται σε περίπτωση έλλειψης φερεγγυότητας μιας ασφαλιστικής επιχείρησης ελεγχόμενη εγκατάλειψη αυτής από τον κλάδο ώστε να μην επηρεαστούν οι ασφαλιζόμενοι.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

8 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8^ο

8.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός του παρόντος κεφαλαίου είναι η διερεύνηση των ασφαλιστικών εταιριών ζωής κλάδου υγείας με έδρα την Ελλάδα αλλά και με υποκαταστήματα στη χώρα για τα έτη 2005-2015. Σκοπός της έρευνας είναι η ανάλυση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας κατά τα έτη 2005-2008 και 2009-2016 θεωρώντας τα πρώτα ως τα έτη πριν την κρίση και την αρχή αυτής και τα επόμενα τα χρόνια που διανύουμε δηλαδή τα χρόνια της κρίσης. Αναφορικά με το έτος 2016 αυτό θα εξεταστεί ξεχωριστά καθώς λόγω υπαγωγής του κλάδου υγείας στον κλάδο Ζημιών δεν μπορεί να γίνει σύγκριση μεγεθών. Θα προσπαθήσουμε να δούμε την πορεία του κλάδου κατά τη διάρκεια αυτών των ετών τόσο μέσα από καθαρά οικονομικά μεγέθη όσο και τη συμμετοχή του κλάδου ως ποσοστό του ΑΕΠ της χώρας. Απώτερος στόχος είναι να δούμε αν ο κλάδος παρά την περίοδο κρίσης που διανύει η χώρα ακολουθεί ανοδική ή καθοδική πορεία.

Επειδή όμως τα στοιχεία που υπάρχουν για τα έτη 2005-2009 είναι πιο περιορισμένα η ανάλυση για τα έτη αυτά δεν θα είναι τόσο αναλυτική αλλά θα προσπαθήσουμε μέσα από διάφορους πίνακες και σχεδιαγράμματα να αναλύσουμε την περίοδο αυτή.

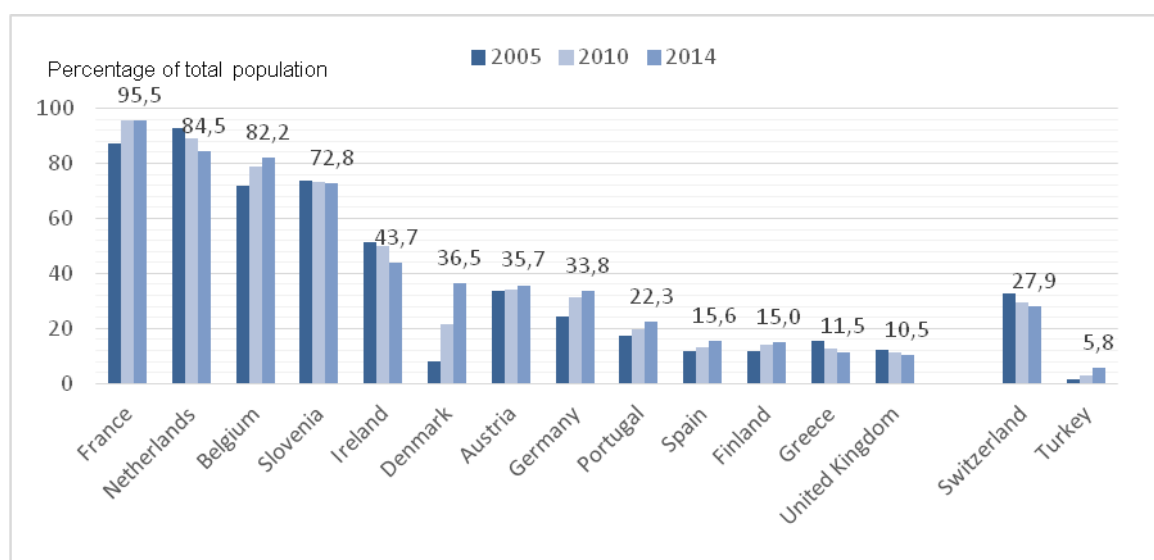
8.2 ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα προήλθε για τα πρώτα έτη 2005-2008 από τις οικονομικές καταστάσεις των ασφαλιστικών επιχειρήσεων δελτία ιδιωτικής Ασφάλισης , Οικονομικά αποτελέσματα χρήσης της ΕΠ.Ε.Ι.Α. στην επίσημη ιστοσελίδα της καθώς και διάφοροι πίνακες και σχεδιαγράμματα από άλλες αναλύσεις καθώς όπως έχει ήδη αναφερθεί τα επίσημα στοιχεία για την περίοδο αυτή είναι πολύ περιορισμένα.

Για τα έτη 2009-2015 το δείγμα προήλθε από τις οικονομικές καταστάσεις επίσης των ασφαλιστικών εταιριών (Δελτία ιδιωτικής ασφάλισης της Τράπεζας της Ελλάδος) και αφορά αριθμό εταιριών κατά έτος, αριθμό συμβολαίων και ασφαλιζομένων, ποσό ασφαλίσεων και αποζημιώσεων .

8.3 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ

Σχετικά με τη διαχρονική εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης στην χώρα το 1979 μόλις το 0,6% του πληθυσμού είχε συνάψει κάποιου είδους ιδιωτικού ασφαλιστηρίου υγείας, ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1980 το ποσοστό έφτανε μόλις το 2% παραμένοντας το χαμηλότερο στην Ευρώπη(Schneider and Poulhier, 1991, Poulhier, 1991). Η περιορισμένη σε σύγκριση με άλλες χώρες ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα οφείλεται κυρίως σε οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Οι οικονομικοί παράγοντες αφορούν κυρίως στο διαθέσιμο εισόδημα το οποίο τα τελευταία χρόνια έχει συρρικνωθεί σημαντικά λόγω κυρίως της οικονομικής κρίσης, της υψηλής ανεργίας καθώς και εξαιτίας της ύπαρξης της κοινωνικής ασφάλισης η οποία θεωρείται δωρεάν. Επιπλέον, οι δημογραφικές εξελίξεις και οι κοινωνικές αντιλήψεις για την αρρώστια και την υγεία καθιστούν σε ένα βαθμό εμπόδιο για την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ουσιαστικά πρόκειται για την απροθυμία των πολιτών να πληρώσουν μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία (Οικονόμου, 2001). Τη στιγμή που οι πολίτες έχουν συνηθίσει να πληρώνουν άμεσα το γιατρό ή το νοσοκομείο τους, η μεταβίβαση χρημάτων σε έναν ενδιαμέσο φορέα ίσως να εκλαμβάνεται ως μια αναγκαία διάρρηξη της προσωπικής σχέσης ιατρού- ασθενή (Mossialos and Thomson, 2004).



Πηγή : OECD, Health statistics, 2016

Διάγραμμα 8.8

Εξέλιξη στην κάλυψη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας % στο σύνολο του πληθυσμού

Στο Διάγραμμα 8.8 φαίνεται πως το ποσοστό του πληθυσμού που καλύπτεται από μια ιδιωτική ασφάλιση υγείας ακολουθεί καθοδική πορεία από το 2005 ως το 2014 (

το ποσοστό κάλυψης το 2005 ήταν 15,6% ενώ το 2014 έπεσε στο 11,5%). Καθοδική βέβαια φαίνεται να είναι και η πορεία στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης με εξαίρεση τη Γαλλία, την Ελβετία, τη Δανία η οποία και πήγε από το 7,9% το 2005 στο 36,55 το 2014 και τη Γερμανία. Ωστόσο αναμένεται ο ρυθμός αύξησης των δαπανών για την ιδιωτική ασφάλιση στη χώρα να αυξηθεί τα επόμενα χρόνια, εξαιτίας κυρίως των περικοπών στην κρατική περίθαλψη.

Πίνακας 8.6
Η εξέλιξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας 2005-2014

	2005	2010	2014
France	87,3	95,8	95,5
Netherlands	92,8	89	84,5
Belgium	71,8	78,9	82,2
Slovenia	73,6	73,2	72,8
Ireland	51,2	49,8	43,7
Denmark	7,9	21,6	36,5
Austria	33,5	33,9	35,7
Germany	24,3	31,1	33,8
Portugal	17,5	19,8	22,3
Spain	11,9	13,3	15,6
Finland	11,6	14,1	15
Greece	15,6	12,8	11,5
United Kingdom	12,3	11,1	10,5
Switzerland	32,5	29,5	27,9
Turkey	1,4	2,8	5,8

Πηγή: OECD Health Statistics 2016, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Στον Πίνακα 8.6 μπορούμε επίσης να δούμε το ποσοστό κάλυψης του πληθυσμού από ιδιωτική ασφάλιση υγείας τα έτη 2005, 2010 και 2014.

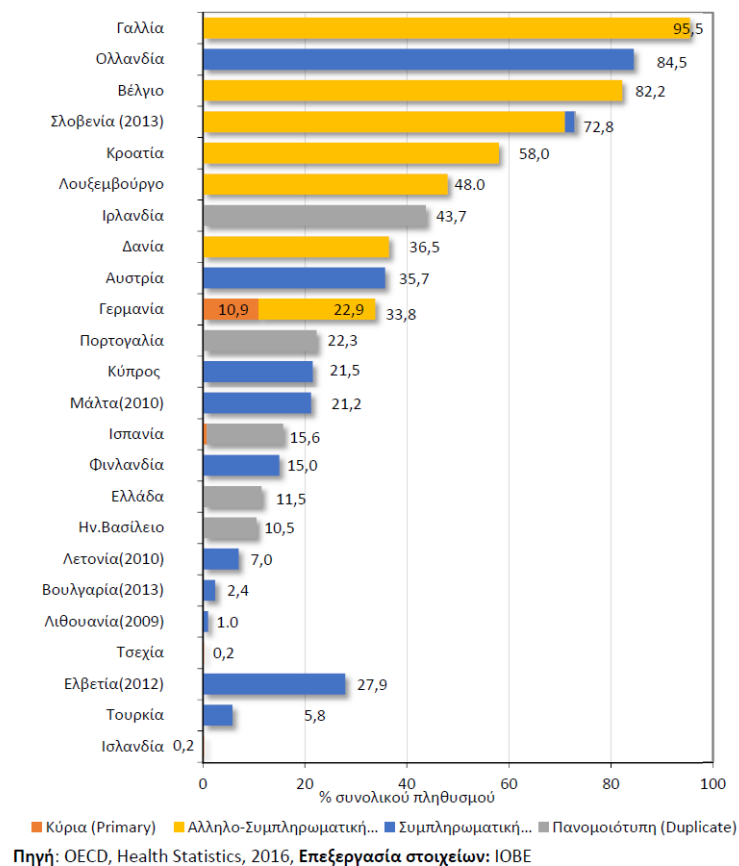
8.4 Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΤΥΠΟ

Η ιδιωτική ασφάλιση έχει διάφορες μορφές κάλυψης ιατρικών αγαθών και υπηρεσιών ανάλογα με τον τρόπο υπολογισμού των ασφαλιστρών, τις παρεχόμενες καλύψεις, τον τύπο των συμβολαίων καθώς και τον σκοπό των εταιριών.

Συγκεκριμένα διακρίνονται τέσσερις τύποι ιδιωτικής ασφάλισης :

- Κύρια ασφάλιση (primary insurance)
- Αλληλο-συμπληρωματική (complementary insurance)
- Συμπληρωματική (supplementary insurance)
- Πανομοιότυπη (duplicate insurance)

Η βασική κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης (primary insurance), παρέχεται είτε από δημόσια είτε από ιδιωτική ασφάλιση, και αφορά ένα συγκεκριμένο πακέτο παροχών που σε πολλές περιπτώσεις το κόστος καλύπτεται και από τις δύο μεριές δηλαδή ασθενείς και φορέας ασφάλισης. Υπάρχουν περιπτώσεις χωρών, όπου η επιπλέον κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να «αγοραστεί» από ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης, προκειμένου να εξυπηρετηθεί το οποιοδήποτε επιπλέον κόστος απομένει από την κύρια κάλυψη (αλληλο-συμπληρωματική – complementary Insurance). Σε άλλες περιπτώσεις, οι ασθενείς μπορούν να «αγοράσουν» και να απολαμβάνουν από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και επιπλέον υπηρεσίες (συμπληρωματική– supplementary Insurance) ή να έχουν γρηγορότερη πρόσβαση και μεγαλύτερη επιλογή σε παρόχους υγείας (πανομοιότυπη – duplicate Insurance) (Οικονόμου, 2010) .

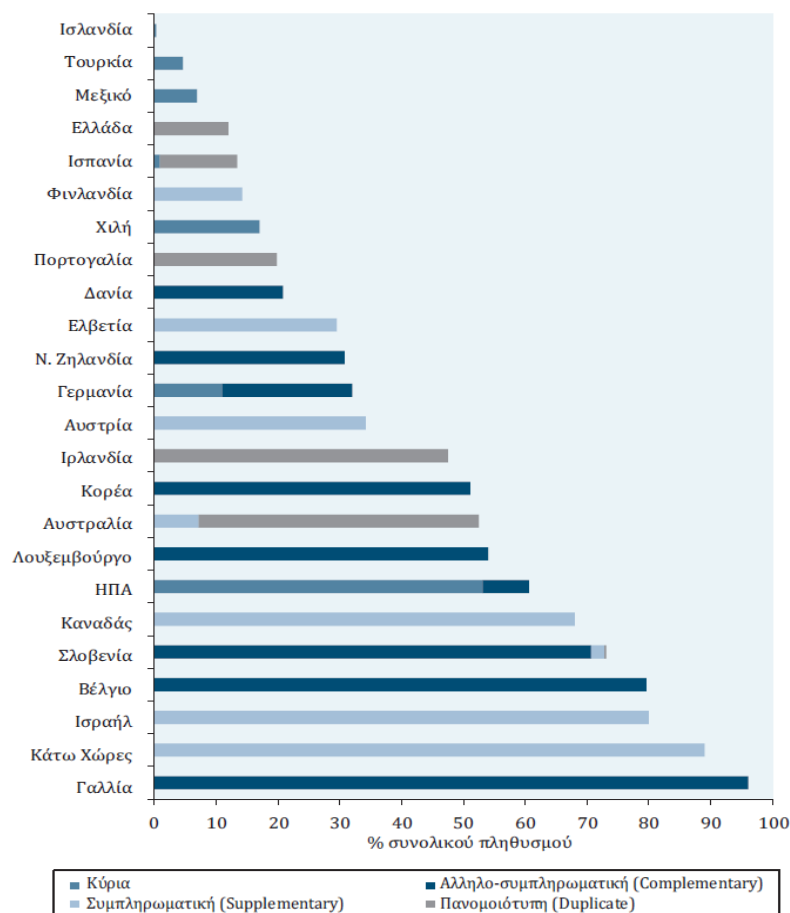


Πηγή: IOBE Ο Δείκτης τιμών υγείας της ΕΛΣΤΑΤ και το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης Φεβρουάριος 2017

Διάγραμμα 8.9 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας κατά τύπο, 2014

Στην Ελλάδα το 2014 κυριαρχεί με 11,5% η πανομοιότυπη ιδιωτική ασφάλιση γρηγορότερη δηλαδή πρόσβαση και μεγαλύτερη επιλογή σε παρόχους υγείας(

Οικονόμου, 2010). Αυτό συμβαίνει γιατί ο χρόνος αναμονής στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι μεγάλος. Το προφίλ του πληθυσμού στην Ελλάδα που καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση διαφέρει από το προφίλ του γενικού πληθυσμού ως προς τη χρήση και για δαπάνες για ιατρικές υπηρεσίες. Το 95,5% του πληθυσμού της Γαλλίας το 2014 συνάπτει αλληλο-συμπληρωματικά συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ η Ολλανδία χαρακτηρίζεται ως η μεγαλύτερη αγορά ιδιωτικής συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας (84,5%). Οι μεγαλύτερες πανομοιότυπες αγορές ιδιωτικής ασφάλισης έχουν αναπτυχθεί στην Ιρλανδία (43,7%) και στην Πορτογαλία (22,3%),



Πηγή :OECD (<http://www.oecd.org>)

Διάγραμμα 8.10

Είδος ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ 2011

Και στο Διάγραμμα 8.10 το οποίο αφορά το είδος της ασφάλισης σε χώρες του ΟΟΣΑ το 2011 φαίνεται ότι το κυρίαρχο είδος ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα είναι η πανομοιότυπη με ποσοστό περίπου 20% μεγαλύτερο δηλαδή σε σχέση με το 2014.

8.5 ΣΥΝΟΨΗ ΒΑΣΙΚΩΝ ΣΗΜΕΙΩΝ 2005-2008

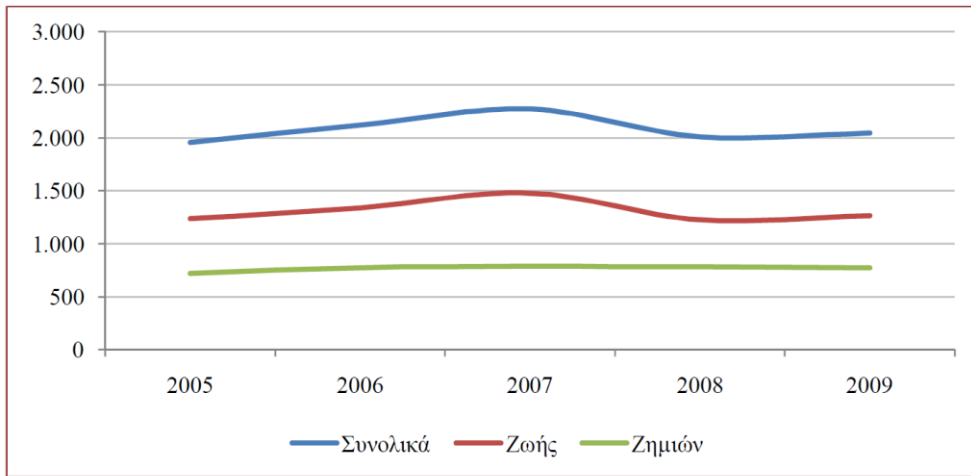
Η χρηματοπιστωτική κρίση επηρέασε άμεσα την οικονομία της χώρας και αυτή με τη σειρά της είχε επιπτώσεις στην αγορά χρήματος και κεφαλαίων. Κατά τη διάρκεια του 2009 η Ελληνική Οικονομία μετά από μια δεκαετία θετικών επιδόσεων, κατέγραψε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης. Σύμφωνα με έκθεση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος, το Α.Ε.Π. της χώρας μειώθηκε κατά 2% το 2009, σε αντίθεση με το 2008 οπότε και είχε καταγραφεί αύξηση 2,9%. Η ύφεση στην Ελλάδα επεκτάθηκε σε όλους τους παραγωγικούς τομείς, επηρέασε αρνητικά την απασχόληση και διεύρυνε την ανεργία η οποία αυξήθηκε στο 9,5%.

Μέσα σε αυτό το κλίμα η Ελλάδα σταμάτησε να παρουσιάζει στην παραγωγή ασφαλιστρών τις σημαντικές αυξήσεις που παρουσίαζε μέχρι και το 2007. Ειδικότερα οι ασφαλίσεις Ζωής μειώθηκαν το 2008 και παρέμειναν σταθερές το 2009. Το μέσο κατά κεφαλήν ασφαλιστρο από το 2005 ως το 2007 είχε ανοδική πορεία ενώ στη συνέχεια παρουσιάζει πτώση.

Συνέπειες που καταγράφηκαν παγκοσμίως ήταν η αυστηροποίηση της εποπτείας των χρηματοπιστωτικών οργανισμών, τα αυστηρά μέτρα δημοσιονομικής προσαρμογής και η ενίσχυση των μηχανισμών στήριξης.

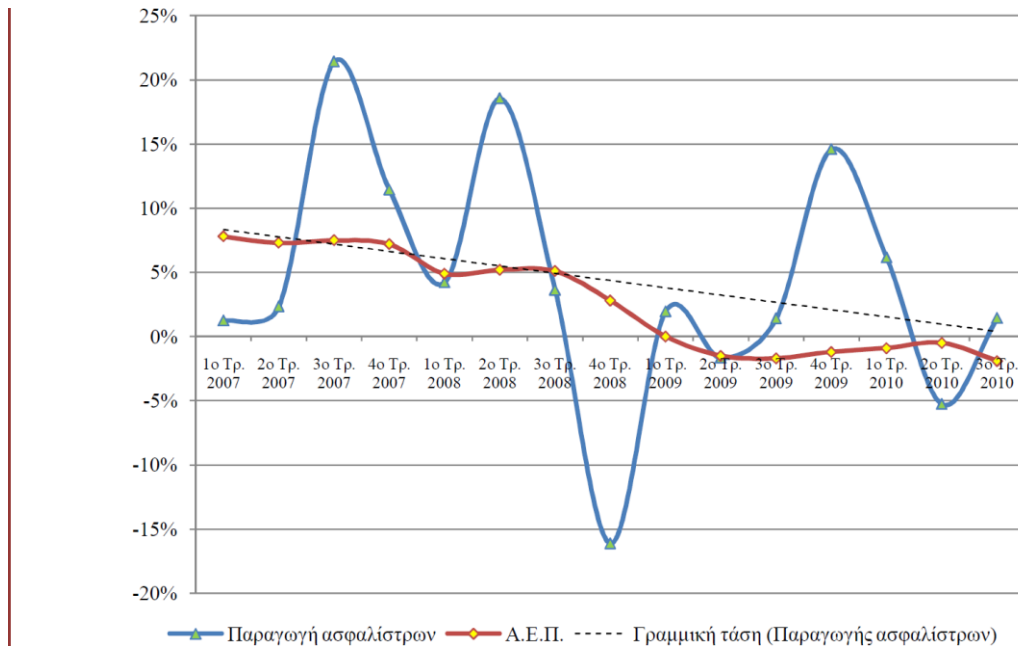
Μετά την εκδήλωση της κρίσης, εκδηλώθηκαν ύφεση, ανεργία και προβλήματα ρευστότητας με αποτέλεσμα πολλές εταιρείες του χρηματοπιστωτικού τομέα να αντιμετωπίσουν έντονα προβλήματα και κάποιες από αυτές να χρεοκοπήσουν.

Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα, ΕΕ-27



Πηγή : ΕΑΕΕ , Η ασφαλιστική κρίση 2005-2009

Διάγραμμα 8.11
Κ.κ. ασφάλιστρα στην Ε.Ε. 2005-2009



Πηγή : ΕΑΕΕ, η ασφαλιστική κρίση έρευνα 2005-2009

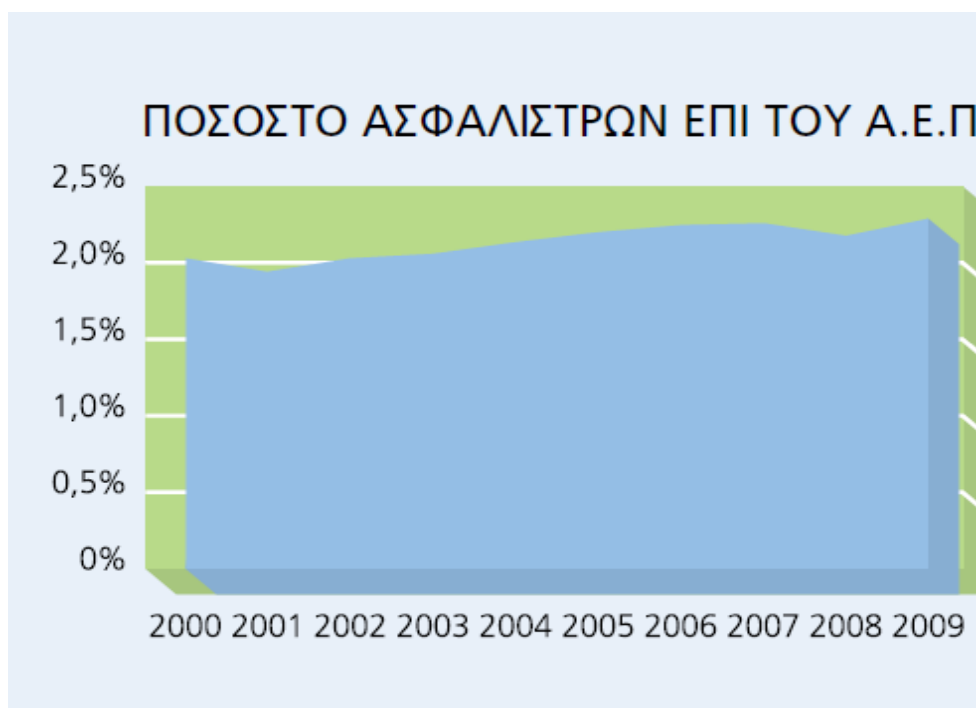
Διάγραμμα 8.12
Ετήσια μεταβολή ΑΕΠ και παραγωγής ασφαλίσεων

Από την εξέταση των ρυθμών μεταβολής του ΑΕΠ στο Διάγραμμα 8.12 φαίνεται ότι από το 1^ο τρίμηνο του 2008 η ελληνική οικονομία μπήκε σε τροχιά ύφεσης η οποία κατ' αρχήν εκδηλώνεται με κάμψη της ανάπτυξης στο τρίτο και τέταρτο τρίμηνο του 2008 και 1^ο του 2009 και στη συνέχεια με ύφεση από το 2^ο τρίμηνο του

2009. Επίσης από το Διάγραμμα 8.12 είναι φανερή η άνοδος που παρουσίαζε το ποσοστό ασφαλιστρών από το 2001 ως το 2007, ενώ υπάρχει πτώση το 2008 και επαναφορά στα ποσοστά του 2007 το 2009.

Η επίδραση στην ασφαλιστική αγορά ήταν άμεση με μείωση του ρυθμού ανάπτυξης εργασιών στο 3^ο τρίμηνο του 2008 και αρνητικό ρυθμό στη συνέχεια. Οι ρυθμοί ανάπτυξης εναλλάσσονται όμως η γραμμή τάσης των μεταβολών των ασφαλιστρών έχει πλέον αρνητική κλίση .

Πρακτικά αυτό σημαίνει ότι όσο οι ρυθμοί μεταβολής του ΑΕΠ παραμένουν αρνητικοί και η χώρα παραμένει σε φάση ύφεσης τόσο και οι ρυθμοί ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς θα παραμένουν χαμηλοί ή ακόμη και αρνητικοί.

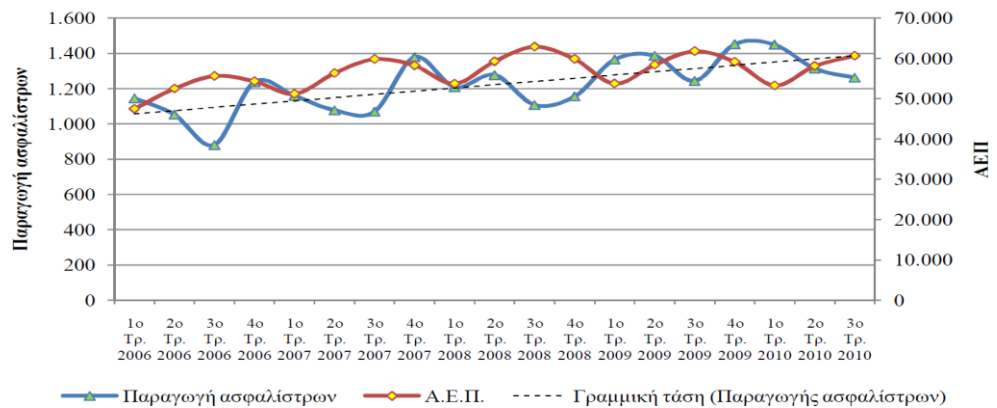


Πηγή : ΕΑΕΕ, Ετήσια Έκθεση 2009

Διάγραμμα 8.13
Ποσοστό ασφαλιστρών επί του ΑΕΠ 2000-2009

Το ίδιο συμπέρασμα προκύπτει και από το επόμενο Διάγραμμα 8.14 της διαχρονικής εξέλιξης των μεγεθών των ασφαλιστρών και του ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές. Είναι προφανές ότι η παραγωγή ασφαλιστρών ακολούθησε τον ετήσιο κύκλο του ΑΕΠ τουλάχιστον για τα χρόνια 2005-2009 με μια χρονική καθυστέρηση δυο τριμήνων στην άνοδο και ενός στην πτώση. Η αλληλουχία αυτή διαταράσσεται από το 2^ο τρίμηνο του 2009.

Η θετική κλίση όμως της γραμμής τάσης της εξέλιξης της παραγωγής ασφαλίσεων υποδηλώνει πως υπάρχει η δυναμική για αντιστροφή του κύκλου της παραγωγής ασφαλίσεων.

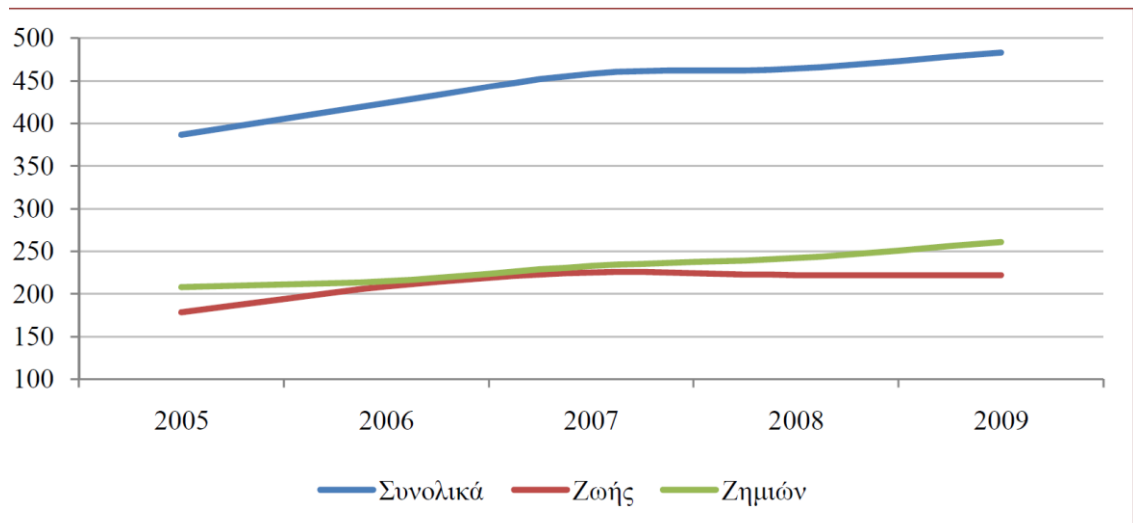


Πηγή :ΕΑΕΕ, Η ασφαλιστική κρίση έρευνα 2005-2009

Διάγραμμα 8.14

ΑΕΠ και παραγωγή ασφαλίσεων (εκατ. Ευρώ)

Μέσο κατά κεφαλήν ασφάλιστρο (€), Ελλάδα



Πηγή : ΕΑΕΕ, Η Ασφαλιστική κρίση , 2005-2009

Διάγραμμα 8.15

Μέσο κατά κεφαλήν ασφάλιστρο 2005-2009

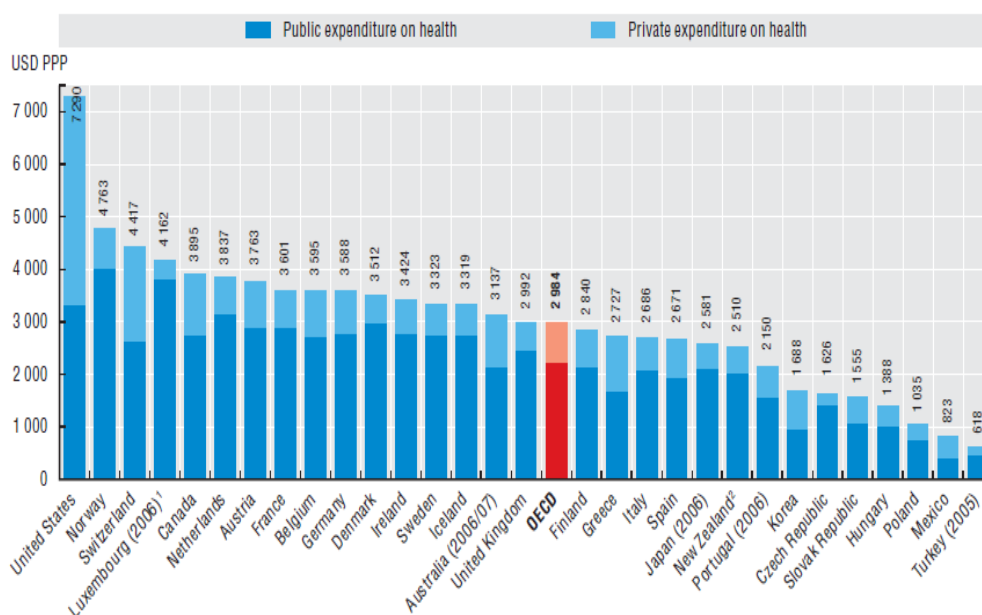
Πίνακας 8.7
Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα Ζωής 2000-2009

ΕΤΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ	ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ
2000	1.346,6	10.917.457	123,34
2001	1.318,0	10.949.953	120,37
2002	1.342,8	10.987.559	122,21
2003	1.475,4	11.023.532	133,84
2004	1.772,8	11.061.735	160,27
2005	1.981,3	11.103.929	178,44
2006	2.327,5	11.148.533	208,77
2007	2.520,1	11.171.740	225,58
2008	2.496,1	11.221.533	222,44
2009	2.509,4	11.269.827	222,67

(ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΕΥΡΩ)

Πηγή: ΕΑΕΕ Η ασφαλιστική κρίση 2005-2009

Όσον αφορά το μέσο κατά κεφαλήν ασφάλιστρο για τον κλάδο ζωής στον οποίο περιλαμβάνεται και ο τομέας της υγείας φαίνεται και από τον Διάγραμμα 8.15 ότι από το 2005 ως το 2007 ακολούθησε ανοδική πορεία φτάνοντας στο μέγιστο σημείο το 2007 και στη συνέχεια ακολούθησε ελάχιστα καθοδική πορεία μέχρι το 2009 οπότε και έφτασε στα 222,67 ευρώ κ.κ. Παρατηρούμε επίσης από τον Πίνακα 8.7 ότι τα ασφάλιστρα Ζωής στα οποία περιλαμβάνονται και της Υγείας παρουσιάζουν αύξηση από το 2000 μέχρι και το 2007 και στη συνέχεια μεγάλη μείωση το 2008 από 2.520 εκατ. το 2007 στα 2.496 εκατ. για να αυξηθούν ξανά ελάχιστα στα 2.509 εκατ.



1. Health expenditure is for the insured population rather than resident population. 2. Current health expenditure.

Πηγή: ΟΟΣΑ Health at a glance 2007

Διάγραμμα 8.16

Συνολικό κ. κεφαλήν κόστος υγείας, δημόσιο και ιδιωτικό 2007

Οι διαφορές που παρατηρούνται στο επίπεδο του κ. κεφαλήν κόστους υγείας αντανακλά κατά βάση τις διαφορετικότητες των χωρών του ΟΟΣΑ. Οι Η.Π.Α.

εξακολουθούν να βρίσκονται στην κορυφή όλων των άλλων χωρών με κ. κεφαλήν κόστος για το 2007 7.290\$ σχεδόν δυόμισια φορές περισσότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ. Το μεγαλύτερο δε μέρος της δαπάνης αποτελεί η ιδιωτική. Η Ελλάδα βρίσκεται μόλις 2 θέσεις κάτω από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ έχοντας κ. κεφαλήν κόστος υγείας 2.727\$ το οποίο όμως φαίνεται να καλύπτεται από ένα μεγάλο μέρος και από ιδιωτική δαπάνη (ιδιωτική ασφάλιση και out-of pocket άμεση ιδιωτική δαπάνη).

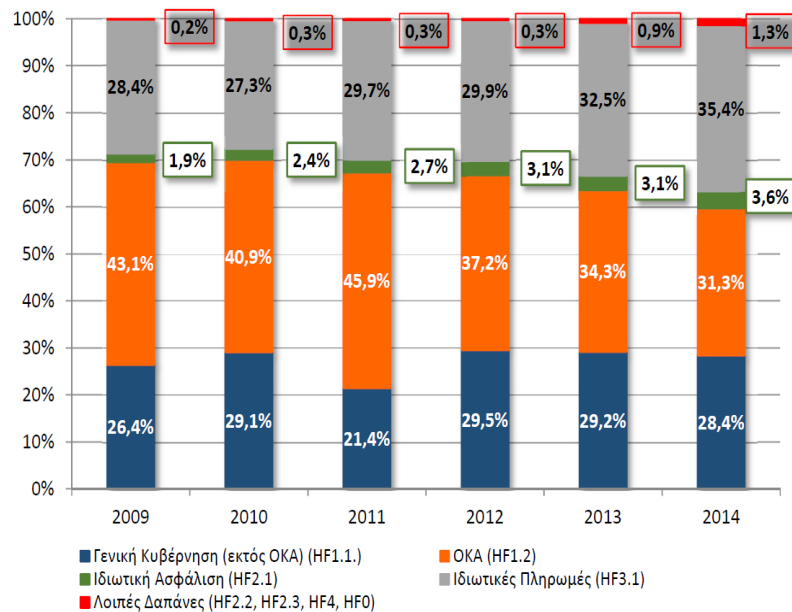
8.6 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΦΟΡΕΩΝ ΣΤΗ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η δημοσιονομική προσαρμογή, και κυρίως η μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψης, καθώς και οι διαρκείς μεταρρυθμίσεις στους τομείς της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας οδήγησαν σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Συγκεκριμένα, παρατηρείται αύξηση της ιδιωτικής χρηματοδότησης (+30%) έναντι μείωσης της δημόσιας (-13%) την περίοδο 2010-2015. Κομβικό σημείο για την ιδιωτική χρηματοδότηση υγείας, φαίνεται να αποτελεί το 2009, όπου ο περιορισμός των δημοσίων δαπανών είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση της συμμετοχής του ιδιωτικού τομέα στην υγεία, παραμένοντας ωστόσο σε χαμηλά επίπεδα (1988-2008: μ.ό. 43%), λόγω κυρίως του περιορισμού των εισοδημάτων των νοικοκυριών. Ένα μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατευθύνεται στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας η οποία συμβάλλει στα έντονα χρηματοδοτικά προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης

Αναλυτικότερα και όσον αφορά στην κατανομή των δαπανών υγείας, η εξασθένιση της δημόσιας χρηματοδότησης φαίνεται να οφείλεται κυρίως στη μείωση των δαπανών από τους Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ), ενώ οριακή είναι και η μείωση των δαπανών της Γενικής Κυβέρνησης. Αξίζει να σημειωθεί πως η χρηματοδότηση από τους ΟΚΑ το 2014 αποτελούσε το 31,3% της συνολικής χρηματοδότησης, όταν το 2009 ξεπερνούσε το 43,1%. Το έλλειμμα αυτό καλύφθηκε από την συμμετοχή των νοικοκυριών, είτε με τη μορφή των ιδιωτικών πληρωμών, είτε έμμεσα με την ιδιωτική ασφάλιση. Οι ιδιωτικές πληρωμές κατέγραψαν αύξηση από 28,4% το 2009, σε 35,4% το 2014, ενώ η χρηματοδότηση από την ιδιωτική ασφάλιση από 1,9% το 2009 σε 3,6% το 2014 (Διάγραμμα 8.17).

Αξιοσημείωτο επίσης είναι ότι και στις ιδιωτικές πληρωμές όπως θα δούμε και αργότερα παρατηρείται αύξηση των ποσοστών συμμετοχής. Τα άτομα δηλαδή

προκειμένου να έχουν πιο γρήγορη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ίσως καλύτερου επιπέδου είναι διατεθειμένα να πληρώσουν κάποια χρήματα από την τσέπη τους. ένας άλλος λόγος επίσης αύξησης αυτού του ποσοστού μπορεί να είναι και ότι μετά την κατάργηση των παλαιών δομών του ΙΚΑ οι ασφαλισμένοι για ένα πλήθος εξετάσεων καλούνται να πληρώσουν ένα ποσοστό από την τσέπη τους. το ίδιο ισχύει και ραντεβού με κάποιο γιατρό συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΠΥ.



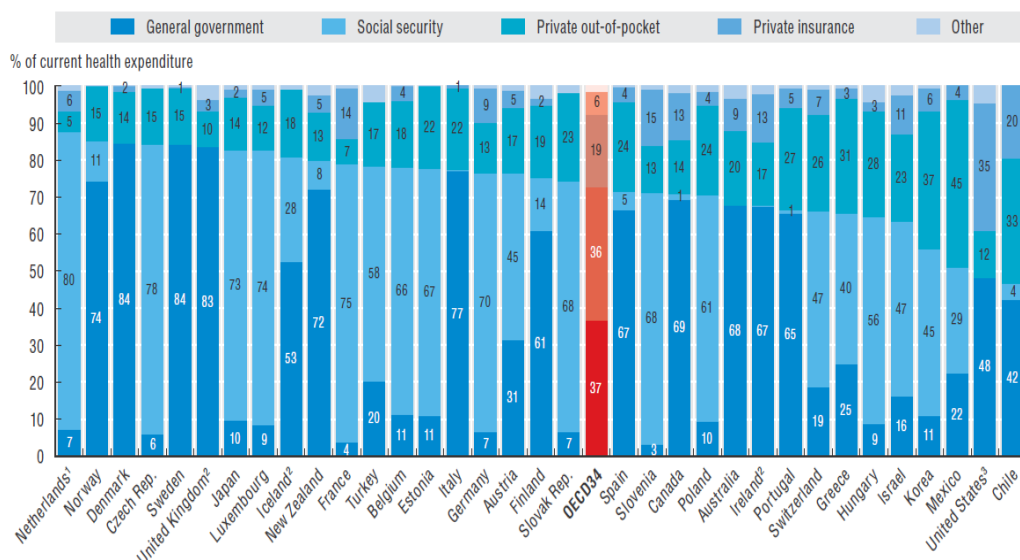
Πηγή: OECD, Health Statistics, 2016. **Επεξεργασία στοιχείων:** IOBE

*Σημ: Όπου ΟΚΑ αφορά Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης. Σύμφωνα με το Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ), οι Λοιπές Δαπάνες αφορούν (i) Φιλανθρωπικά ιδρύματα, Εκκλησία ΜΚΟ, (ii) Διάφορες εταιρείες παραγωγής εμπορεύσιμων αγαθών και υπηρεσιών υγείας (εκτός ασφαλιστικών εταιρειών), (iii) Δαπάνες υγείας υπόλοιπου κόσμου και (iv) Λοιποί φορείς

Πηγή : OECD, Health Statistics, 2016. IOBE (Φεβρουάριος 2017)

Διάγραμμα 8.17

% συμμετοχή ανά φορέα στη συνολική χρηματοδότηση δαπάνης υγείας



1. The Netherlands report compulsory cost-sharing in health care insurance and in Exceptional Medical Expenses Act under social security rather than under private out-of-pocket, resulting in an underestimation of the out-of-pocket share.
 2. Data refer to total health expenditure (= current health expenditure plus capital formation).
 3. Social security reported together with general government.
- Source: OECD Health Statistics 2015, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

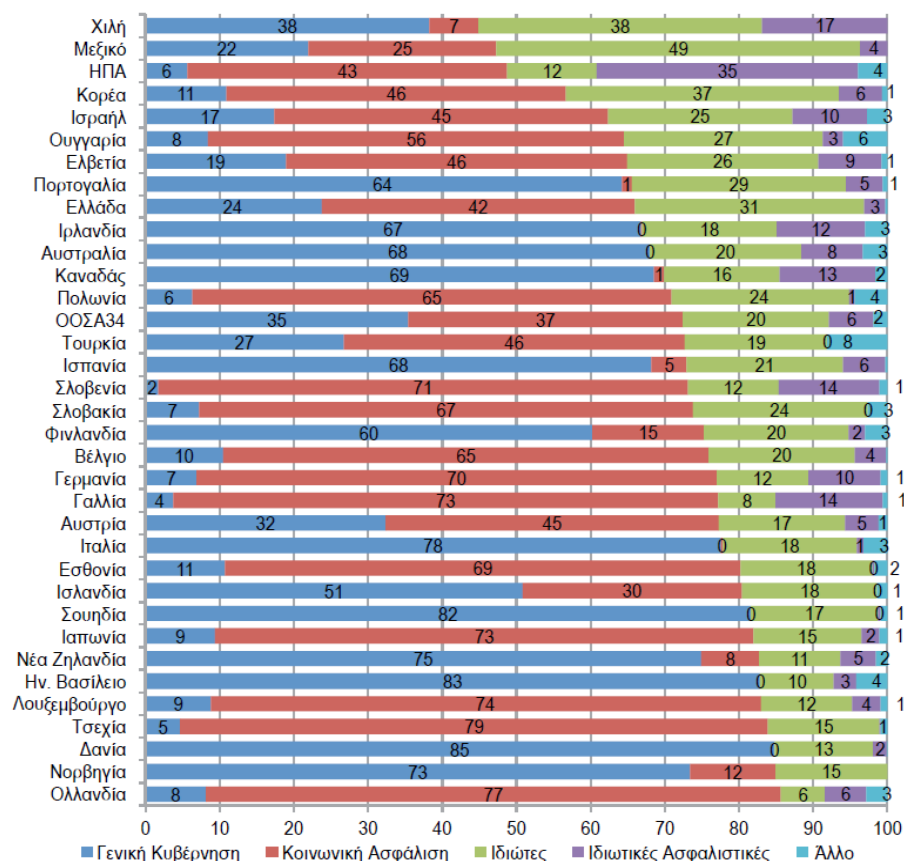
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281280>

Πηγή : Health at a Glance 2015 OECD

Διάγραμμα 8.18

% συμμετοχή των φορέων στη χρηματοδότηση υγεία 2013(ή πλησιέστερο έτος)

Στο Διάγραμμα 8.18 το οποίο αφορά τη συμμετοχή των φορέων στην χρηματοδότηση μόνο για το έτος 2013 σε χώρες του ΟΟΣΑ βλέπουμε πως μόλις 3% χρηματοδοτείται από την ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα τη στιγμή που ο μέσος όρος στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 19%. Από την άλλη το κράτος μαζί με την κοινωνική ασφάλιση καλύπτουν περίπου το 70% ποσοστό σχεδόν ίδιο με τον μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ. Αυτό που είναι όμως αξιοσημείωτο είναι η ιδιωτική χρηματοδότηση, το ποσό δηλαδή που πληρώνει ο ίδιος ο ασθενής για την υγεία. Το ποσοστό αυτό στη χώρα μας είναι 31% και μόλις 19% στις χώρες του ΟΟΣΑ, ενώ μόνο στο Μεξικό, την Κορέα και τη Χιλή το ποσοστό αυτό είναι μεγαλύτερο από την Ελλάδα. Αυτό δείχνει πως ο Έλληνας προτιμά να πληρώνει ένα μικρό ή μεγάλο μέρος της δαπάνης υγείας από την τσέπη του παρά να δεχθεί να πληρώσει ένα ποσό για να έχει μια ιδιωτική ασφάλιση υγείας



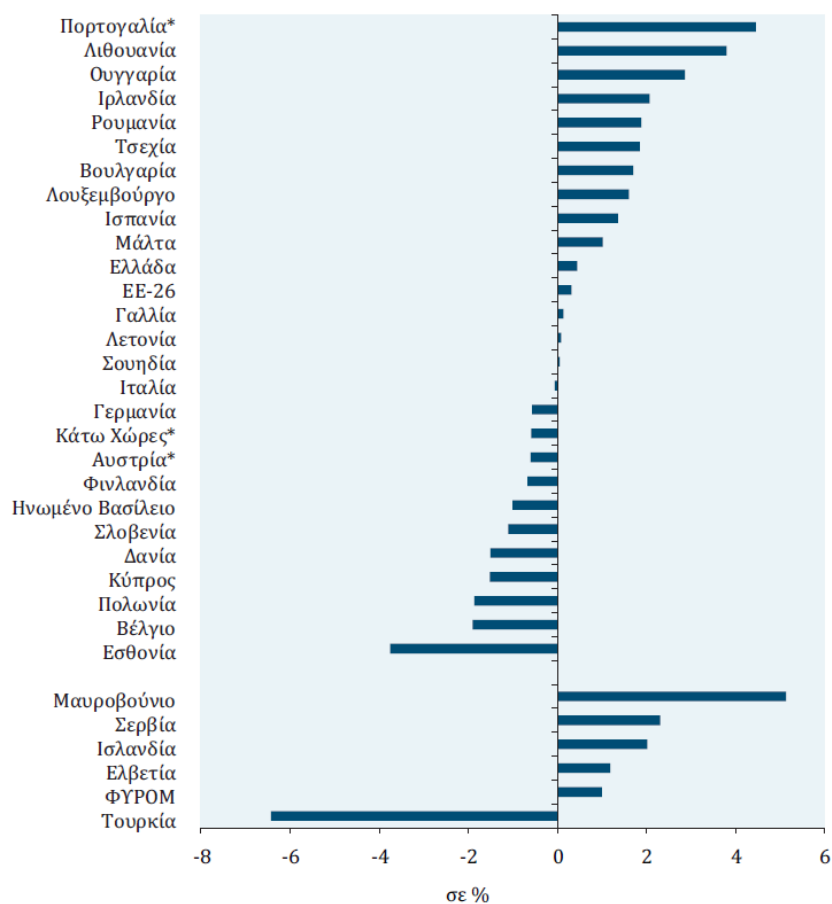
Πηγή: OECD, Health at a Glance 2013

Πηγή : OECD Health at a glance 2013

Διάγραμμα 8.19

Χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανά χώρα 2011

Στο Διάγραμμα 8.19 αποτυπώνεται επίσης ο τρόπος χρηματοδότησης των δαπανών ανά φορέα σε κάθε χώρα. Όσον αφορά την Ελλάδα το 24% των δαπανών χρηματοδοτείται από τη γενική κυβέρνηση, ενώ αν προστεθούν και οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης, το ποσοστό φτάνει το 66%, ενώ ο μέσος όρος του ΟΟΣΑ φτάνει το 72%. Επιπροσθέτως το 31% της χρηματοδότησης καλύπτεται από ιδιώτες (ιδιωτικές πληρωμές out-of pocket) ενώ μόνο το 3% των συνολικών δαπανών υγείας καλύπτεται από ιδιωτικές ασφαλιστικές κάτι το οποίο μας επιβεβαιώνει για μια ακόμη φορά πως ο Έλληνας εξακολουθεί να πληρώνει ένα μεγάλο ποσό για την υγεία του από την τσέπη χωρίς να σκέφτεται να καταφύγει σε ιδιωτική ασφάλεια υγείας.



Πηγή: OECD (<http://www.oecd.org>, πρόσβαση: 1/9/2015)
 Σημείωση: * Τα στοιχεία αφορούν τρέχουσες δαπάνες υγείας.

Πηγή: INE, IOBE : Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα , 2015

Διάγραμμα 8.20

Μεταβολή των ιδιωτικών πληρωμών (out of pocket) ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας 2007-2012

Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ όσον αφορά το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών στη συνολική δαπάνη υγείας μεταξύ 2007-2012 δείχνουν αύξηση κατά 0,4% στην Ελλάδα όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 8.20. Το 2013 παρατηρείται ότι το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία στη χώρα ανέρχεται στο 86,6% ως προς τη δαπάνη υγείας για τον ιδιωτικό τομέα, ενώ ως προς τη συνολική δαπάνη στο 26,4%. Το ίδιο έτος, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας ως ποσοστό της ιδιωτικής δαπάνης ανέρχονται στο 8,9%, σημειώνοντας σε σχέση με το 2005 μια αύξηση 78% (INE , Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα, 2015).

Πίνακας 8.8

Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέων 2009-2013

6. Συνολική χρηματοδότηση δαπανών υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή των φορέων, 2009 - 2013					
Εκατομμύρια 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 Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης) (HF.1.1) (1)	6.115,4	6.475,4	4.202,2	5.046,4	4.603,1
(% της συνολικής)	26,4	29,1	21,4	29,5	29,2
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.982,8	9.106,1	8.986,1	6.361,3	5.417,8
(% της συνολικής)	43,1	40,9	45,9	37,2	34,3
Συνολική δημόσια χρηματοδότηση δαπανών υγείας (1) + (2)	16.098,2	15.581,5	13.188,3	11.407,8	10.020,9
(% της συνολικής)	69,5	70,0	67,3	66,7	63,5
Συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση δαπανών υγείας (3) + (4)	7.026,1	6.614,6	6.358,0	5.644,6	5.616,3
(% της συνολικής)	30,3	29,7	32,4	33,0	35,6
Ιδιωτική ασφάλιση (HF.2.1) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7	495,1
(% της συνολικής)	1,9	2,4	2,7	3,1	3,1
Ιδιωτικές πληρωμές (HF.3.1) (4)	6.592,3	6.078,0	5.823,8	5.118,9	5.121,2
(% της συνολικής)	28,4	27,3	29,7	29,9	32,5
Λοιπές δαπάνες (HF.2.2 έως HF.0) (5)	52,6	73,2	52,4	53,5	139,3
(% της συνολικής)	0,2	0,3	0,3	0,3	0,9

Πηγή: Η Ελλάδα με αριθμούς ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Στον Πίνακα 8.8 βλέπουμε επίσης όσα αναφέραμε παραπάνω σχετικά με τη συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης στη συνολική χρηματοδότηση των δαπανών υγείας και την αύξηση που παρατηρήθηκε από 1,9% το 2009 στο 3,1% το 2013. Ωστόσο η χρηματοδότηση ενώ το 2005 ήταν 433,8 , το 2013 έφτασε μόλις το 495,1. Η αύξηση δηλαδή που παρατηρείται στην ποσοστιαία συμμετοχή του φορέα στη δαπάνη δεν ακολουθείται αναλογικά από το ποσό της δαπάνης.

8.7 ΠΛΗΘΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ 2009-2015

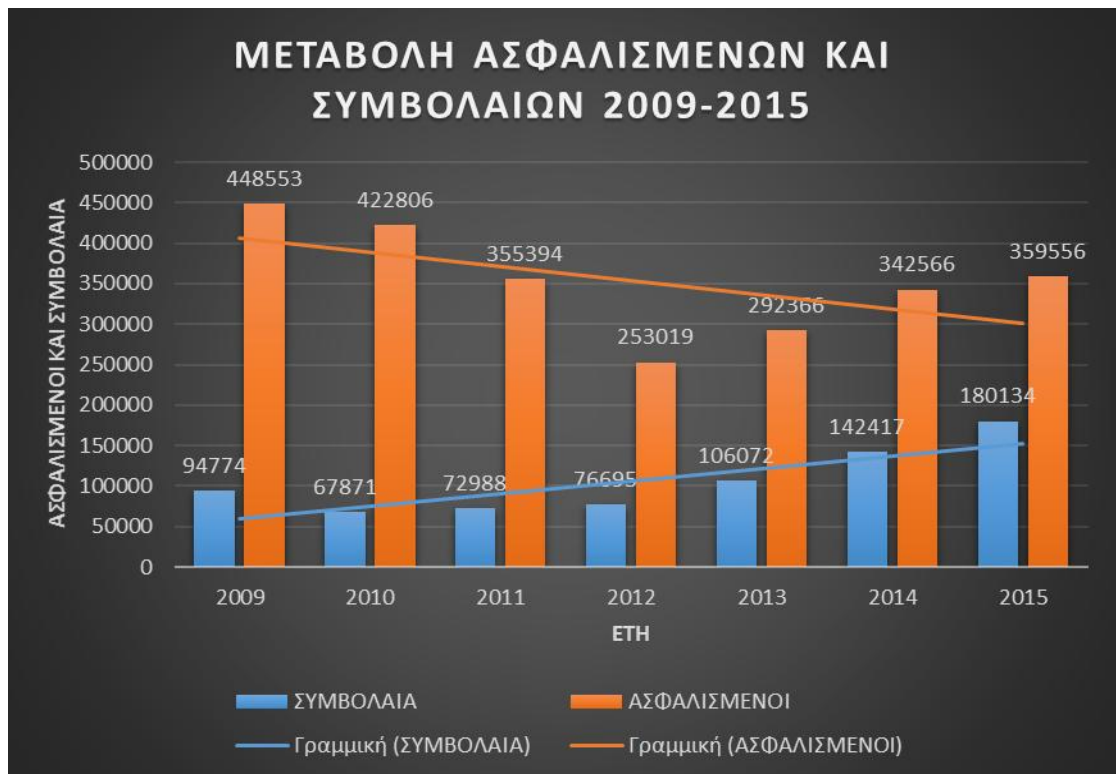
Από το 2009 και μετά μεγάλες ήταν και οι διακυμάνσεις που παρατηρήθηκαν στο πλήθος των συμβολαίων. Έτσι ενώ αρχικά παρατηρείται μεγάλη πτώση μετά το 2009, ωστόσο από το 2012 και μετά ο κλάδος φαίνεται να ανακάμπτει.



Διάγραμμα 8.21
Ετήσια μεταβολή συμβολαίων υγείας 2009-2015

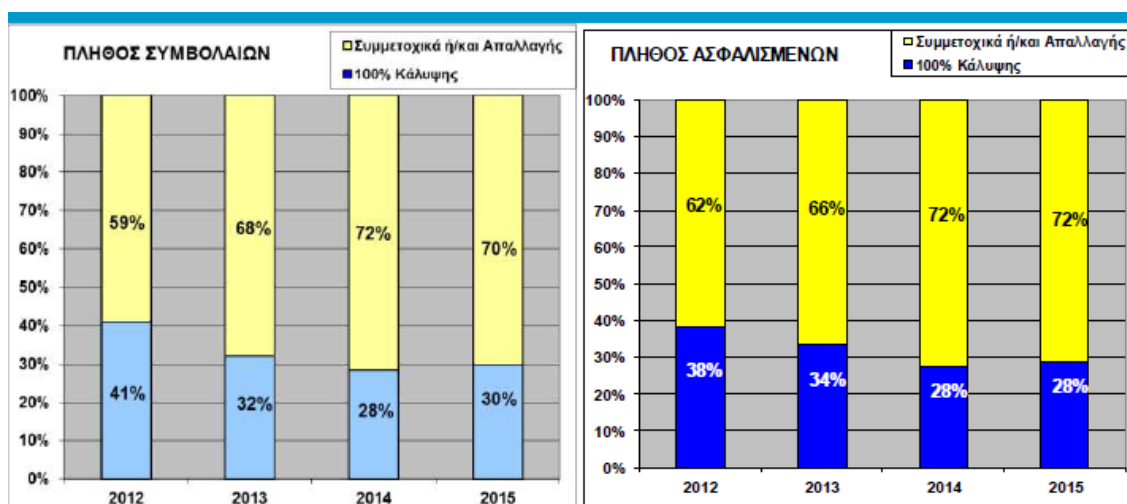
Πιο συγκεκριμένα όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 8.21 ο αριθμός των συμβολαίων υγείας παρουσιάζει μεγάλη αύξηση από το 2010 και μετά φτάνοντας το 2015 σε τριπλάσιο αριθμό συμβολαίων. Η πτώση βέβαια που υπήρξε τα έτη 2009-2010 ήταν τόσο μεγάλη που δε καλύφθηκε πριν το 2013 (αριθμός συμβολαίων 2009 94.774 και το 2013 106.072). Η μεγαλύτερη δε άνοδος φαίνεται να συμβαίνει μετά το 2012 οπότε και έχουμε αύξηση των συμβολαίων κατά περίπου 30,000. Η ανοδική αυτή τάση εξακολουθεί και τα επόμενα χρόνια κάτι που φαίνεται και από τη γραμμική τάση η οποία έχει ανοδική κλίση.

Συγκρίνοντας δε κάποιος τον αριθμό συμβολαίων και ασφαλισμένων μπορεί να παρατηρήσει ότι παρόλο που υπάρχει αύξηση των συμβολαίων ωστόσο έχουμε μείωση των ασφαλισμένων. Αυτό συμβαίνει διότι έχουμε από το 2012 αύξηση των ατομικών συμβολαίων κατά 9% (ΕΑΕΕ) ενώ τα ομαδικά συμβόλαια παραμένουν σχεδόν σταθερά με μικρή πτώση.



Διάγραμμα 8.22
Αριθμός συμβολαίων και ασφαλισμένων

Στο Διάγραμμα 8.22 βλέπουμε τις παραπάνω παρατηρήσεις καθώς και τις γραμμές τάσεις αναφορικά με τα συμβόλαια και τον αριθμό ασφαλισμένων. Όπως αναφέραμε και πρωτύτερα η γραμμή τάσης για τα συμβόλαια είναι ανοδική ενώ σχετικά τον αριθμό ασφαλισμένων παρατηρούμε ότι είναι πτωτική με τάση ανόδου μετά το 2014.



Πηγή : ΕΑΕΕ www.eaee.gr/cms/sites/default/files/health-stats-2015.pdf

Διάγραμμα 8.23

Ατομικά συμβόλαια: Κατανομή νοσοκομειακών κατά τύπο κάλυψης: συμμετοχικά ή πλήρους κάλυψης

Σε πρόσφατη μελέτη η οποία διεξήχθη από την ΕΑΕΕ για τα έτη 2012-2015 σχετικά με την κατανομή των ατομικών συμβολαίων (διάγραμμα 8.23) το μεγαλύτερο ποσοστό των συμβολαίων αφορά συμμετοχικά ή και απαλλαγής. Με τον τρόπο αυτό μειώνεται το κόστος για τον πελάτη ωστόσο καλείται να καλύψει από την τσέπη του το ποσό που έχει συμφωνηθεί. Παρατηρούμε επίσης ότι ενώ το 2012 το ποσοστό ανάμεσα στους δυο τύπους κάλυψης είναι σχεδόν το ίδιο το 2013 έχουμε μείωση κατά 10% στα συμβόλαια πλήρους κάλυψης και επιπλέον μείωση το 2014, ενώ το 2015 φαίνεται να παρουσιάζουν μια ελάχιστη άνοδο κατά 2%. Επιπλέον οι ίδιες διακυμάνσεις φαίνεται να υφίστανται και στο πλήθος των ασφαλισμένων σχετικά με το είδος της κάλυψης. Αυτό όμως που είναι αξιοσημείωτο είναι πως το 2012 μόλις το 38% των ασφαλισμένων είχε συμβόλαιο πλήρους κάλυψης ενώ το 68% συμμετοχικό. Το 2014 72% των ασφαλισμένων καλύπτονται με συμμετοχικό συμβόλαιο και μόλις το 28% προτιμά 100% κάλυψη. Η διαφοροποίηση αυτή έχει να κάνει τόσο με την αύξηση των ατομικών συμβολαίων όσο και από την συνεχόμενη οικονομική κρίση.

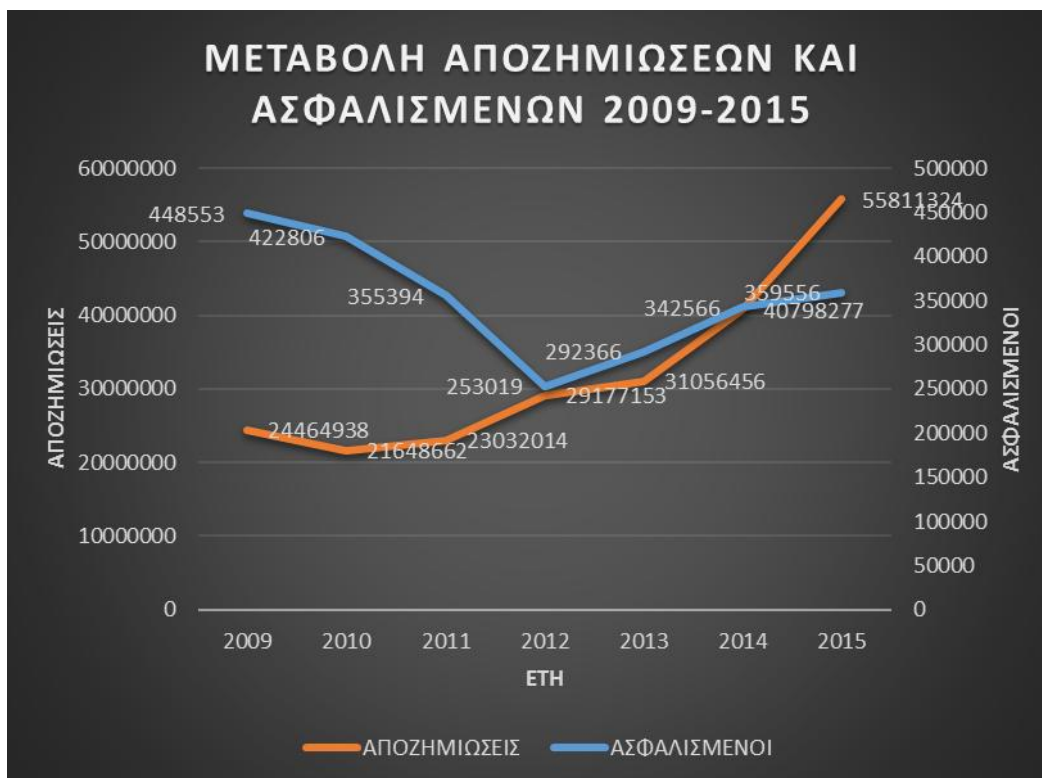
8.8 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ 2009-2015

Στο Διάγραμμα 8.24 φαίνεται ότι ο αριθμός των ασφαλισμένων στον τομέα της υγείας παρουσίασε από το 2009 ως το 2013 πτώση όπου παρατηρείται σχεδόν 50% μείωση. Το 2013 ο κλάδος φαίνεται να ανακάμπτει και παρατηρείται μια σχετικά μικρή άνοδος κατά 40,000 άτομα περίπου για να συνεχιστεί η ανοδική πορεία και κατά τα επόμενα έτη φτάνοντας το 2015 στους 359,556 ασφαλισμένους μειωμένο βέβαια από το 2010 κατά 70,000 περίπου ασφαλισμένους. Από το διάγραμμα είναι φανερό ότι παρόλο που ο κλάδος παρουσίασε μια σημαντική κάμψη μετά το 2010 ως και το 2012 ωστόσο δείχνει μια ανοδική πορεία αν και δεν έχει φτάσει ακόμα στα ίδια επίπεδα που βρισκόταν το 2010 και πριν.



Διάγραμμα 8.24

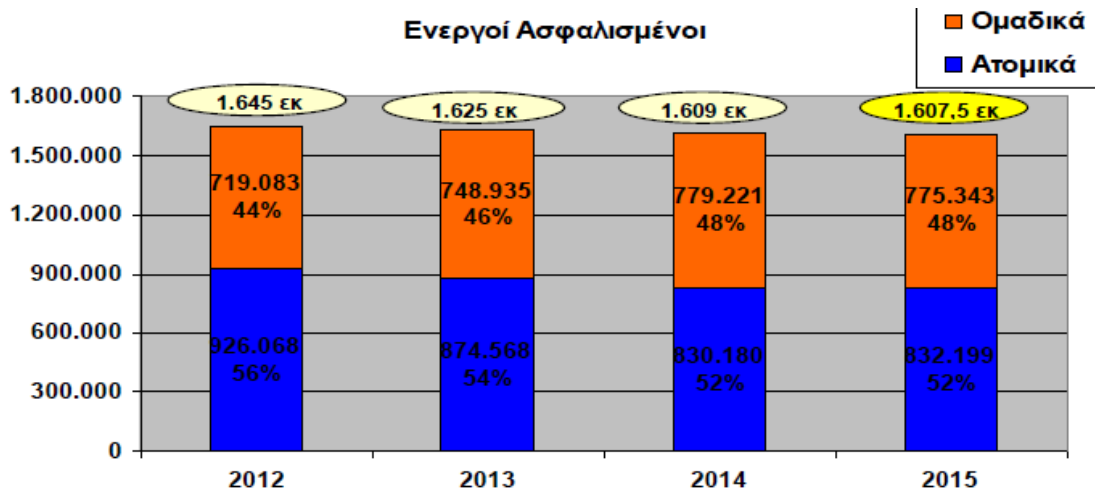
Ασφαλισμένοι στον τομέα υγείας ανά έτος 2009-2015



Διάγραμμα 8.25

Μεταβολή αποζημιώσεων και ασφαλισμένων 2009-2015

Μελετώντας το Διάγραμμα 8.25 μπορούμε να συγκρίνουμε τη σχέση μεταξύ ασφαλισμένων και αποζημιώσεων. Από το 2009 ως το 2011 και τα δυο νούμερα είναι πτωτικά ενώ στη συνέχεια παρατηρείται μικρή άνοδος στις αποζημιώσεις ενώ ο αριθμός των ασφαλισμένων εξακολουθεί να είναι πτωτικός. Ωστόσο από το 2012 και μετά φαίνεται πως και τα δυο μεγέθη παρουσιάζουν άνοδο με τις αποζημιώσεις να εκτοξεύονται στα ύψη μετά το 2013 φτάνοντας το 2015 στα 55811324 εκατ. Ευρώ. Φαίνεται λοιπόν πως υπάρχει σχέση μεταξύ των δύο μεγεθών.



Πηγή :ΕΑΕΕ, Οικονομική κρίση και ύφεση: οι επιπτώσεις στις ασφαλιστικές επιχειρήσεις, 2011

Διάγραμμα 8.26

Ενεργοί ασφαλισμένοι κλάδου υγείας ζωής και ζημιών

Σύμφωνα με έρευνα της ΕΑΕΕ σχετικά τους ενεργούς ασφαλισμένους από τον κλάδο υγείας Ζημιών και Ζωής (διάγραμμα 8.26) βλέπουμε ότι επίσης ότι έχουμε μείωση των συνολικών ασφαλισμένων από το 2012 ως το 2014 και στη συνέχεια παρατηρείται μια μικρή άνοδος από το 2015 χωρίς όμως να φτάσει σε τιμές του 2012 (ο κλάδος είναι μειωμένος κατά περίπου 50.000 ασφαλισμένους). Όσον αφορά δε τη σχέση ατομικών και ομαδικών ασφαλιστηρίων βλέπουμε σταθερή υπερισχύς των ομαδικών συμβολαίων έναντι των ατομικών τα οποία καλύπτουν σχεδόν σταθερά κάτι περισσότερο από 50% του συνόλου των ασφαλισμένων. Ωστόσο είναι φανερό πως σε απόλυτα μεγέθη έχουμε μείωση των ομαδικά ασφαλιζομένων από το 2012 ως το 2015 κατά 100.000 άτομα ενώ αντίθετα οι έχοντες ατομικά συμβόλαια αυξήθηκαν κατά περίπου 50.000 άτομα. Η τάση αυτή ανόδου των ατομικών συμβολαίων οφείλεται πιθανότατα στην απαξίωση του δημόσιου συστήματος υγείας αλλά και στην αναγνώριση της χρησιμότητας της ιδιωτικής ασφάλισης.

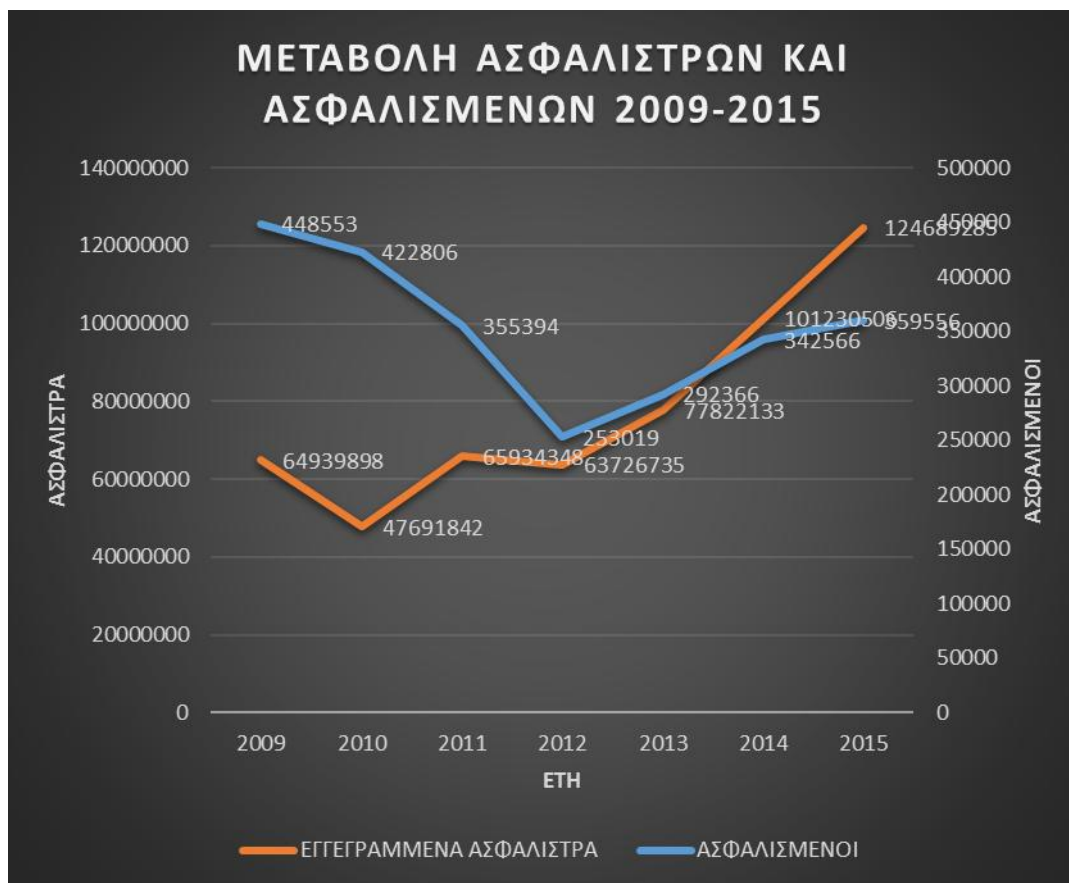
8.9 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ 2010-2015

Από το 2009 ως το 2013 και μετά η τάση που κυριάρχησε στα ασφάλιστρα είναι ανοδική με μόνη ίσως εξαίρεση την πτώση που παρατηρούμε από το 2011 στο 2012. Στη συνέχεια βέβαια ακολούθησε πάλι άνοδος φτάνοντας το 2015 σχεδόν στον τριπλασιασμό των ασφαλιστρών από το 2010 στο 2015 (διάγραμμα 8.27).



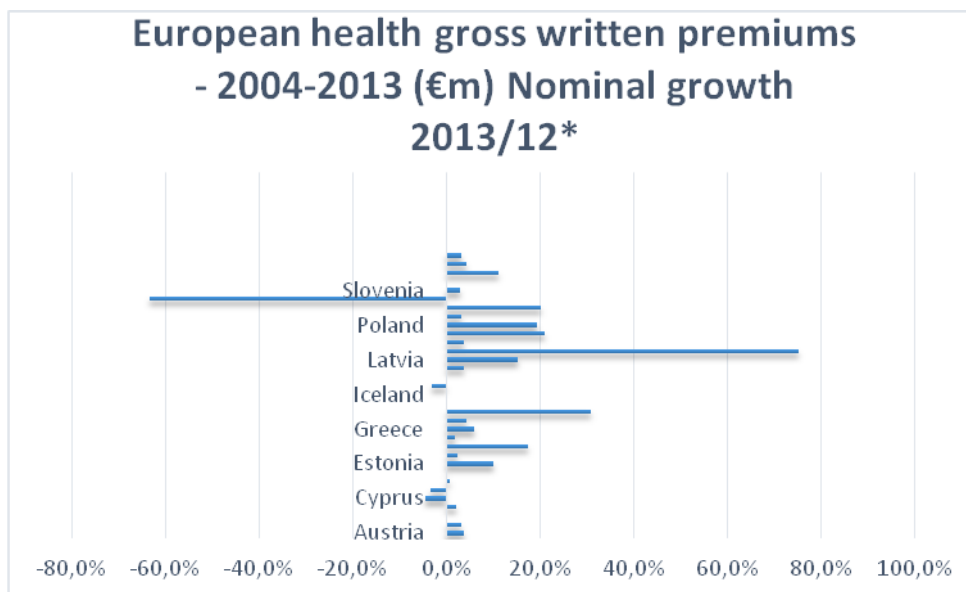
Διάγραμμα 8.27
Εγγεγραμμένα ασφάλιστρα ανά έτος 2009-2015

Η αύξηση αυτή ωστόσο που παρατηρήθηκε στα ασφάλιστρα δεν είναι αποκλειστικά αποτέλεσμα της αύξησης των ασφαλισμένων και των συμβολαίων αλλά και της αύξησης της φορολογίας, παρόλο που οι περισσότερες εταιρείες σε μια προσπάθεια να μην έχουν απώλειες απορρόφησαν μεγάλο μέρος της φορολογίας.



Διάγραμμα 8.28
Μεταβολή ασφαλιστρών και ασφαλισμένων

Συγκρίνοντας τη μεταβολή ασφαλιστρών και ασφαλισμένων στη διάρκεια των ετών 2009-2015 παρατηρούμε πως ακολουθούν σχεδόν παράλληλη πορεία. Τα ασφάλιστρα μειώθηκαν από 64.939.898 εκατ. Ευρώ το 2009 σε 47.691.842 εκατ. Ευρώ το 2010 ενώ πτώση παρατηρείται κατά το ίδιο χρονικό διάστημα και στον αριθμό των ασφαλισμένων. Ωστόσο ενώ μέχρι το 2012 συνεχίζεται η μείωση στους ασφαλισμένους, τα ασφάλιστρα παρουσιάζουν αυξομείωση από το 2009 ως και το 2012. Από το 2012 και μετά έχουμε συνεχή άνοδο και στα ασφάλιστρα αλλά και στους ασφαλισμένους.



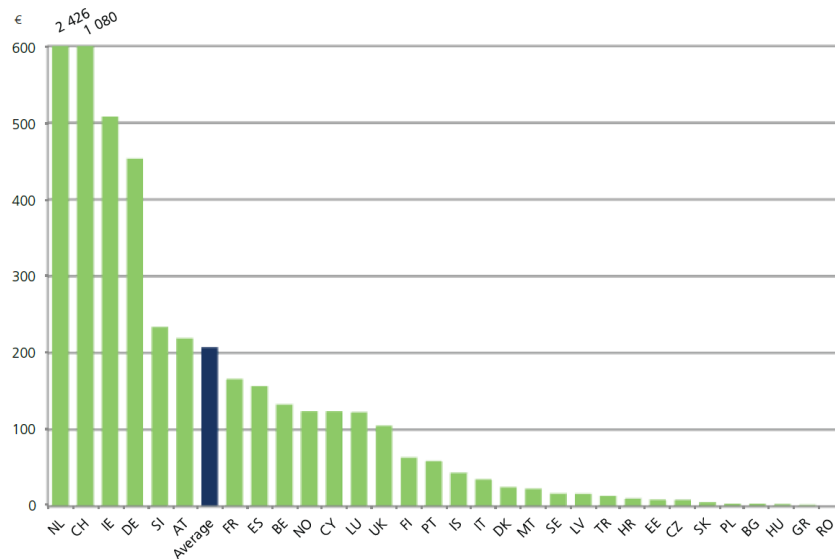
Πηγή : Insurance Europe ,2015

Διάγραμμα 8.29
Ονομαστική ανάπτυξη ασφαλίσεων 2012-2013

Η ονομαστική αύξηση των ασφαλίσεων για την Ελλάδα 2012-2013 σύμφωνα με το Διάγραμμα 8.29 είναι 5,8% τη στιγμή που για τη Μάλτα είναι περίπου 80% και το Ηνωμένο Βασίλειο 4.8%. Γενικά φαίνεται πως η χώρα μας βρίσκεται περίπου στο μέσο και προς τα κάτω σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. διατηρώντας σε σχέση με τις άλλες χώρες τα ασφαλιστρα ιδιαίτερα χαμηλά σε μια προσπάθεια να γίνουν πιο ελκυστικά για τους πελάτες.

8.9.1 ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ

Health premiums per capita by country — 2015 (€)



Πηγή : European insurance Key facts August 2016 www.insuranceeurope.eu

Διάγραμμα 8.30

Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα υγείας κατά κράτος-2015(€)

Η Ελλάδα το 2015 βρίσκεται στην προτελευταία θέση της Ευρώπης με κατά κεφαλήν ασφάλιστρο λιγότερο από 3 ευρώ ενώ ο μέσος όρος της Ευρώπης είναι περίπου 200 ευρώ με το υψηλότερο ποσοστό να κατέχει η Ολλανδία και η Ελβετία με κατά κεφαλήν ασφάλιστρο περισσότερο από 1000 ευρώ το 2015.

8.10 ΠΟΣΟ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΩΝ 2010-2015

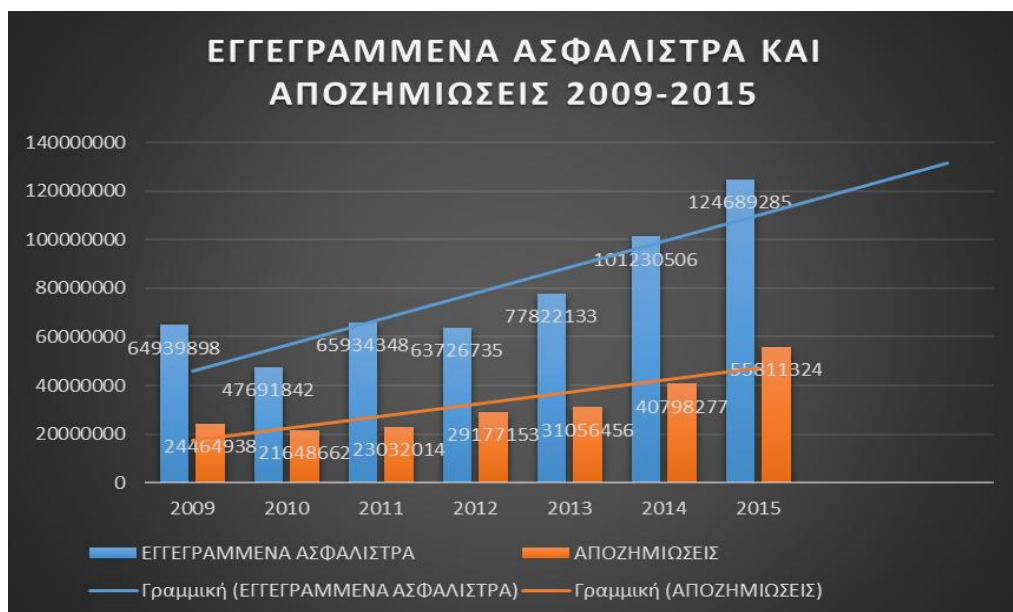
Οι καταβληθείσες αποζημιώσεις ακολούθησαν την πορεία ουσιαστικά των ασφαλισμένων και των ασφαλιστρών. Έτσι λοιπόν έχουμε μείωση από το 2009 ως το 2011 από 24.464.938 εκατ. Ευρώ σε 23.032.014 εκατ. ευρώ. Ωστόσο όπως φαίνεται και στο Διάγραμμα 8.31 από το 2012 και μετά παρατηρείται ραγδαία αύξηση στα ποσά των καταβληθέντων αποζημιώσεων φτάνοντας το 2015 στα 55.811.324 εκατ. ευρώ. Ουσιαστικά πρόκειται για διπλασιασμό των πληρωθέντων ποσών. Το φαινόμενο αυτό βέβαια αφενός βέβαια οφείλεται στην αύξηση των ασφαλισμένων αλλά αφετέρου στο γεγονός ότι όλο και περισσότεροι ασφαλισμένοι κάνουν πλέον χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε σχέση με το παρελθόν. Το γεγονός αυτό οφείλεται όπως έχουμε κιόλας αναλύσει στην κατάσταση στην οποία

οφείλεται το δημόσιο σύστημα υγείας η οποία καλλιεργεί ένα κλίμα απαξίωσης και ανάπτυξης της ιδιωτικής πρωτοβουλίας.



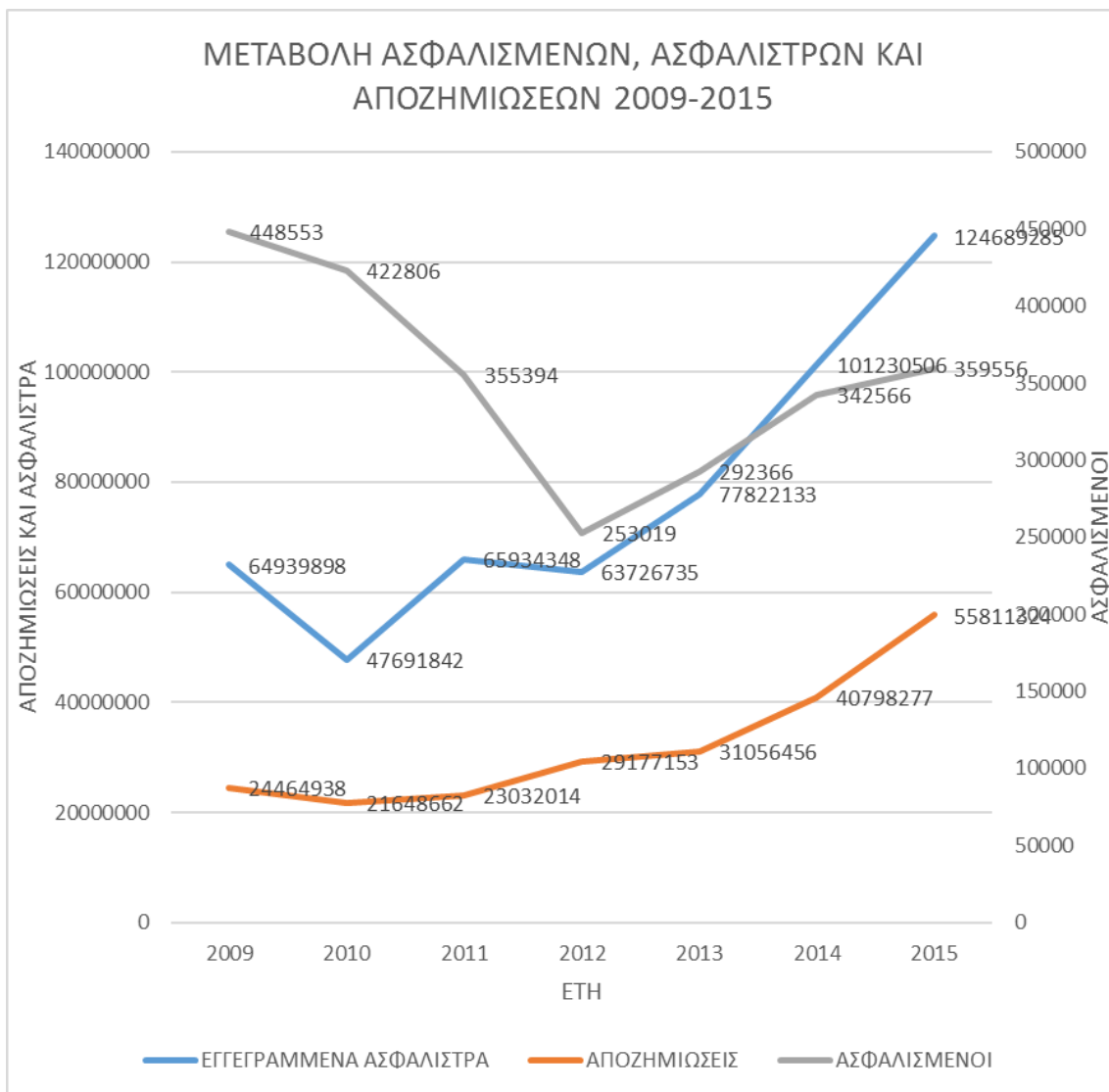
Διάγραμμα 8.31
Αποζημιώσεις 2009-2015

Παρατηρώντας δε την σχέση ανάμεσα στις αποζημιώσεις και τα ασφάλιστρα στο Διάγραμμα 8.32 φαίνεται να ακολουθούν την ίδια διαχρονική πορεία με αποτέλεσμα το 2015 να παρουσιάζουν διπλασιασμό των παραμέτρων τους σε σχέση πάντα με τις αντίστοιχες τιμές του 2009. Ωστόσο αξιοσημείωτο είναι ότι κατά το έτος 2011 υπάρχει μεγάλη αύξηση των ασφαλιστρών σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά (από 47.691.842 το 2010 σε 65.934.348 το 2011) η οποία δεν ακολουθείται και από την ίδια αύξηση στις αποζημιώσεις οι οποίες παρέμειναν σε χαμηλά συγκριτικά επίπεδα αυξημένα βέβαια σε σχέση με το 2010 κατά 2 εκατ. ευρώ.



Διάγραμμα 8.32
Μεταβολή αποζημιώσεων και εγγεγραμμένα ασφάλιστρα

Συγκρίνοντας μεταξύ ασφαλιστρών, αποζημιώσεων και ασφαλισμένων (διάγραμμα 8.33) μπορούμε να βγάλουμε πολλά συμπεράσματα για τη μεταξύ τους σχέση και την διαχρονική τους πορεία. Έτσι ενώ οι ασφαλισμένοι όπως αναφέραμε και πιο πάνω παρουσιάζουν μεγάλη μείωση από το 2009 ως το 2012 οπότε και έχουμε ανάκαμψη του κλάδου και αύξηση των ασφαλισμένων ωστόσο οι αποζημιώσεις και τα ασφάλιστρα παρουσιάζουν αυξομειώσεις από το 2009 ως το 2012 και στη συνέχεια μεγάλη άνοδο στις τιμές τους. Πιο συγκεκριμένα οι αποζημιώσεις το 2009 ανερχόταν σε 24,5 περίπου εκατ. ευρώ ενώ το 2010 μειώθηκαν κατά περίπου 5 εκατ. ευρώ και στη συνέχεια αυξήθηκαν το 2011 κατά 3 εκατ. ευρώ σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά για να συνεχίσουν την ανοδική τους πορεία. Από την άλλη τα ασφάλιστρα παρουσιάζουν μια αυξομείωση από το 2009 ως το 2012 και στη συνέχεια αυξάνονται ραγδαία.



Διάγραμμα 8.33
Μεταβολή σε εγγεγραμμένα ασφάλιστρα, αποζημιώσεις και ασφαλισμένους

Αυτό που ουσιαστικά παρατηρεί κάποιος μέσα από την διαχρονική πορεία των εξεταζόμενων παραμέτρων είναι πως ο κλάδος ουσιαστικά πέρασε μέσα από μεγάλες διακυμάνσεις για να σταθεροποιηθεί από το 2012- 2013 και μετά μέχρι το 2015 χρονιά η οποία ουσιαστικά σημάδεψε την οικονομία της χώρας με τα capital controls. Σχετικά με το 2016 λόγω αλλαγών στον κλάδο οι μεταβολές θα μελετηθούν σε ξεχωριστό κεφάλαιο καθώς δεν είναι δυνατό να γίνει σύγκριση με τα προηγούμενα έτη.

8.11 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ



Πηγή: Insurance Europe (2014) και προσωπικοί υπολογισμοί
 Σημείωση: Οι υπολογισμοί πραγματοποιήθηκαν σε σταθερές ισοτιμίες.

Πηγή : Insurance Europe,2014

Διάγραμμα 8. 34 Ποσοστό ασφαλιστρών υγείας επί του ΑΕΠ 2011-2012

Μελετώντας το ποσοστό των ασφαλιστρών υγείας επί του ΑΕΠ Διάγραμμα 8.34 η Ελλάδα βρίσκεται στην προτελευταία θέση, μια θέση πριν την Ρουμανία, με το ποσοστό των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση στο ΑΕΠ να είναι αυξημένο το 2012 σε σχέση με το 2011 από 0,19% σε 0,27%. Ανοδική φαίνεται να είναι γενικά η τάση στις εξεταζόμενες χώρες για το 2012 με τη Γερμανία, Ελβετία και Σλοβακία να βρίσκονται πάνω από το μέσο όρο. Στη χώρα μας δεδομένης της μειωμένης κάλυψης των αναγκών από το δημόσιο σύστημα υγείας καθώς και της μείωσης των δαπανών για την υγεία, παρατηρείται τα τελευταία χρόνια μια αύξηση των δαπανών για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.



Πηγή : Ετήσια στατιστική έκθεση. Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα 2015 ([www. Eaee.gr](http://www.Eaee.gr))

Διάγραμμα 8.35

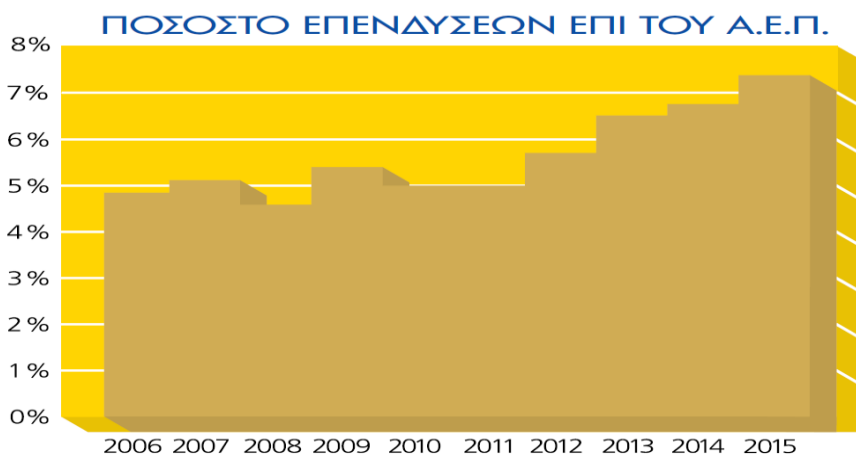
Ποσοστό ασφαλιστρών επί του Α.Ε.Π. 2006-2015

Κατά τα έτη 2006 - 2008 το ποσοστό ασφαλιστρών (γενικά ζωής και ζημιών) επί του Α.Ε.Π. παρέμενε περίπου σταθερό με μικρές διακυμάνσεις γύρω στο 2,2% ενώ από το 2009 έως το 2011 παρατηρείται συνεχής άνοδος των ποσοστών φτάνοντας το μέγιστο το 2011 περίπου στο 2,5%. Από το 2012 και μετά παρατηρείται συνεχιζόμενη πτώση μέχρι το 2015.

Κατά το 2015, το ποσοστό της συμμετοχής της συνολικής παραγωγής εγγεγραμμένων ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις και δικαιωμάτων συμβολαίων επί του Α.Ε.Π. μειώθηκε κατά 2,12% του Α.Ε.Π. από 2,23% το 2014 επανερχόμενο σε ποσοστά χαμηλότερα σχεδόν από το 2006. Αυτό ουσιαστικά συνέβη διότι η παραγωγή ασφαλιστρών γενικά σημείωσε κάμψη μεγαλύτερη του ρυθμού μείωσης του Α.Ε.Π. ενώ η συνολική παραγωγή ασφαλιστρών υγείας κατά το ίδιο διάστημα παρουσιάζει αύξηση.

8.13 ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΑΕΠ

Για να μπορέσουμε να μελετήσουμε το ποσοστό επενδύσεων των εταιρειών επί του Α.Ε.Π. αυτό θα γίνει αναφορικά με ολόκληρο τον τομέα υγείας και ζημιών.

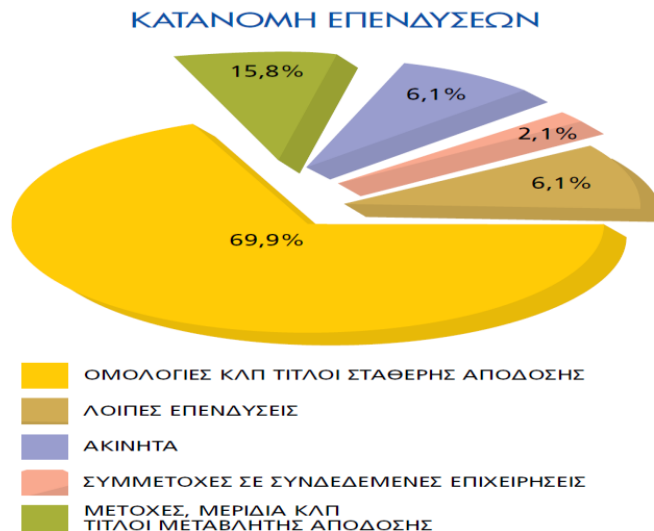


Πηγή : ετήσια στατιστική έκθεση 2016. Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα.

Διάγραμμα 8.36
Ποσοστό επενδύσεων επί του Α.Ε.Π.(2006-2015)

Στο Διάγραμμα 8.36 παρατηρούμε ότι το ποσοστό επενδύσεων της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς επί του Α.Ε.Π. παρουσίασε σημαντική αύξηση από το 2006 ως το 2015. Έτσι λοιπόν βλέπουμε ότι ενώ το 2006 το ποσοστό των επενδύσεων ήταν περίπου 5% ακολούθησε μια μικρή άνοδος κατά περίπου 0,2% το 2007 και στη συνέχεια το 2008 πτώση κάτω και από τα ποσοστά του 2006 για να ακολουθήσει μια συνεχή και σχετικά σταθερή άνοδος ως το 2015 όπου το ποσοστό των επενδύσεων έφτασε το 7,3%.

Η τιμή αυτή είναι και η μεγαλύτερη τιμή που έχει λάβει ποτέ διαχρονικά. Παράλυτά ο δείκτης αυτός τιμών αν και υψηλός απέχει σημαντικά από το αντίστοιχο μέσο ποσοστό των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών.



Πηγή : [www. Eaee.gr](http://www.Eaee.gr) , 2016

Διάγραμμα 8.37 Κατανομή επενδύσεων 2015

Σχετικά με την κατανομή των επενδύσεων των ασφαλιστικών εταιρειών το 2015 βλέπουμε ότι αυτές χωρίστηκαν κατά 69,9 % σε ομολογίες σταθερής απόδοσης και ακολουθούν σε ποσοστό 15,8% μετοχές, μερίδια κλπ. και τέλος σε μικρό ποσοστό ακίνητα άλλες επενδύσεις καθώς και συμμετοχές σε συνδεδεμένες επιχειρήσεις.

8.14 Ο ΚΛΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟ 2016

Το 2016 ήταν μία χρονιά σταθεροποίησης της ασφαλιστικής αγοράς μετά από έξι συνεχόμενα χρόνια μείωσης του κύκλου εργασιών. Εντούτοις, οι περιορισμοί στην κίνηση κεφαλαίων στις τραπεζικές συναλλαγές και η ύφεση της οικονομίας στο πρώτο εξάμηνο του έτους δεν της επέτρεψαν να αναπτυχθεί απρόσκοπτα. Το 2016, με τον Νόμο 4364/5.2.2016 κατ' εφαρμογή της Οδηγίας 2009/138/EK, τέθηκε σε ισχύ το νέο πλαίσιο λειτουργίας και εποπτείας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, γνωστού ως Solvency II (Φερεγγυότητα II). Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις προέβησαν σε ευρείες και βαθιές παρεμβάσεις για την αναδιαμόρφωση του συστήματος διακυβέρνησής τους, την αναβάθμιση και τον εκσυγχρονισμό των υποδομών τους, με στόχο τον περιορισμό των κινδύνων που αντιμετωπίζουν και τη βελτίωση της φερεγγυότητάς τους.

Η επάρκεια κεφαλαίων της ασφαλιστικής αγοράς παραμένει σταθερή παρά το δυσμενές οικονομικό περιβάλλον, γεγονός που οφείλεται στις ενέργειες στις οποίες προβαίνουν οι διοικήσεις των ασφαλιστικών επιχειρήσεων για την προσαρμογή και συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του νομοθετικού πλαισίου του Solvency II. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Τράπεζας της Ελλάδος (Εκθεση του Διοικητή τον 2/2016), τα

διαθέσιμα εποπτικά κεφάλαια των ασφαλιστικών επιχειρήσεων στις 30.9.2015 ανέρχονταν σε 2,51 δισ. ευρώ, έναντι απαιτούμενων 0,8 δισ. ευρώ για το σύνολο της αγοράς.

Μέσα σε αυτό το γενικό κλίμα για μία ακόμη χρονιά, διαπιστώθηκε ότι οι ασφαλίσεις υγείας αποτελούν κλάδο με μεγάλη ζήτηση καθώς η παραγωγή ασφαλιστρών εμφάνισε μικρή αύξηση της τάξης του 2%, προερχόμενη κυρίως από τη γραμμή των ομαδικών ασφαλίσεων, αλλά και ανάλογη, περίπου, αύξηση των πληρωθεισών αποζημιώσεων, προερχόμενη, επίσης από τις ομαδικές ασφαλίσεις υγείας.

Το 2016 συστήθηκε ειδική ομάδα εργασίας η οποία εργάστηκε για τη διαμόρφωση θέσεων και προτάσεων του κλάδου για το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η ιδιωτική ασφάλιση στο σύστημα ασφάλισης υγείας στη χώρα μας. Η ομάδα εργασίας διερεύνησε τη διεθνή πρακτική και τους πλέον αποτελεσματικούς τρόπους λειτουργίας των φορέων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε διαφορετικά κράτη-ευρωπαϊκά και μη - και κατέγραψε τα βασικά χαρακτηριστικά της επιτυχίας τους που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν, προσαρμοζόμενα αναλόγως, στο ελληνικό περιβάλλον. Στο πλαίσιο αυτό, τυποποίησε τους διαφορετικούς ρόλους της ιδιωτικής ασφάλισης παγκοσμίως σε τρία μοντέλα: της ολικής υποκατάστασης, της μερικής υποκατάστασης και της ουσιαστικής συμπληρωματικότητας προς την κοινωνική ασφάλιση και κατέληξε στην πρόκριση του τρίτου από τα ανωτέρω. Το προτεινόμενο μοντέλο συνεργασίας, θα αποτελέσει αντικείμενο εργασιών της ΕΑΕΕ και την τρέχουσα χρονιά.

Παραγωγή σημαντικότερων κλάδων ασφάλισης κατά Ζημιών

€	2016	Μεταβολή
1. Ατυχήματα	39.755.381,80	+20,2%
2. Ασθένειες	175.047.222,57	+581,2%
3. Χερσαία οχήματα	174.166.851,42	-6,8%
8. Πυρκαϊά και στοιχεία της φύσεως	344.657.871,43	-2,8%
9. Λοιπές ζημιές αγαθών	102.334.423,93	-1,9%
10. Αστική ευθύνη χερσαίων οχημάτων	727.551.546,79	-9,7%
13. Γενική αστική ευθύνη	77.793.904,31	-0,9%
18. Βοήθεια	97.519.332,88	+10,3%

Πηγή : ΕΑΕΕ www.eaee.gr, 2017

Διάγραμμα 8. 38

Παραγωγή κλάδου ασφάλισης Ζημιών 2016

Σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΑΕΕ ο κλάδος ασφάλισης της υγείας (ατυχήματα και ασθένειες) παρουσίασε τεράστια αύξηση περίπου 600% σύμφωνα με το Διάγραμμα 8.38. Όσον αφορά την συγκρισιμότητα των στοιχείων της παρούσας έρευνας από τον Ιανουάριο του 2016 κι εφεξής, σε σχέση με τα στοιχεία των προηγούμενων περιόδων (μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2015), πρέπει να επισημανθεί η αλλαγή στην ταξινόμηση των κλάδων ασφάλισης που επήλθε με την εφαρμογή του Νόμου 4364/5.2.2016 (ΦΕΚ 13 τ.Α) –«Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία Φερεγγυότητα 2». Συγκεκριμένα, οι εργασίες του κλάδου **IV.2.«Ασφάλιση υγείας»** των ασφαλίσεων Ζωής (όπως είχε καταγραφεί στο Ν.Δ. 400/1970), κατατάσσονται πλέον στους κλάδους **1.«Ατυχήματα»** και **2.«Ασθένειες»** των ασφαλίσεων κατά Ζημιών. Συνεπώς για την ερμηνεία των μεταβολών της παραγωγής ασφαλιστρών που καταγράφεται , θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η επίδραση από την ανακατάταξη των εργασιών, όπως περιγράφηκε ανωτέρω.

8.15 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως είναι η πολιτική, κυρίως σε θέματα τιμολόγησης και αποζημιώσεων, που ακολουθούν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, καθώς και η διαθεσιμότητα προϊόντων και υπηρεσιών υγείας. Στην Ελλάδα, ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των πολιτών από τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης και του

δημοσίου συστήματος υγείας, καθώς και ο κίνδυνος των υπέρογκων δαπανών υγείας με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι πολίτες σε περίπτωση ασθένειας, μπορούν να αποτελέσουν εφιαλτήρια για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους οι πολίτες επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση και τους ιδιώτες προμηθευτές υγείας είναι η υψηλής ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες (το εξαιρετικό επίπεδο υποδομών, η διεθνής διαπίστευση και πιστοποίηση για τις υπηρεσίες που παρέχουν), η έγκαιρη διάγνωση, η άμεση και χωρίς αναμονή παροχή υπηρεσιών, η καλύτερη και γρηγορότερη εξυπηρέτηση σε περίπτωση νοσηλείας και οι εξειδικευμένες ιατρικές εξετάσεις.

Οι ιδιώτες προμηθευτές υγείας επενδύουν συνεχώς σε νέες ιατρικές τεχνολογίες αλλά και στην υιοθέτηση νέων τεχνικών και μεθόδων, βασισμένες σε διεθνείς αναγνωρισμένες πρακτικές με σκοπό την όσο το δυνατόν πληρέστερη και καλύτερη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Στόχος τους είναι ο διαρκής εμπλουτισμός και η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η ιδιωτική ασφάλιση Υγείας μέσω των ιδιωτικών προμηθευτών (ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών) παρέχει υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και κάλυψη απρόβλεπτων και υψηλών δαπανών υγείας και νοσηλείας μέσα από προγράμματα προσαρμοσμένα στις εξειδικευμένες ανάγκες και τις οικονομικές δυνατότητες κάθε πελάτη-ασφαλισμένου. Λόγω του σημαντικού αριθμού των ασφαλιστικών εταιριών που υπάρχουν η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί μία ανταγωνιστική αγορά αλλά και λόγω των πολλών των προγραμμάτων υγείας που οι εταιρείες προσφέρουν. Αναφορικά με το είδος των παρεχόμενων καλύψεων από τις ασφαλιστικές εταιρίες αυτές επικεντρώνονται κυρίως στη νοσοκομειακή περίθαλψη και δευτερευόντως σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με τα ασφαλιστήρια συμβόλαια παρέχεται στον ασφαλισμένο η δυνατότητα επιλογής διαγνωστικού ή νοσηλευτικού κέντρου μέσα από λίστα συμβεβλημένων σύγχρονων ιδιωτικών θεραπευτηρίων με εξειδικευμένους γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων όλο το 24ωρο παρέχοντας έτσι στον ασφαλισμένο γρήγορη πρόσβαση και υψηλής ποιότητας παροχές.

Φαίνεται λοιπόν πως ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας αν και δεν βρίσκεται στα επίπεδα κάποιων άλλων χωρών ωστόσο έχει τις δυνατότητες να παρουσιάσει σημαντική άνοδο. Όλο και περισσότεροι είναι αυτοί που κατανοούν την ανάγκη περισσότερων καλύψεων και προτιμούν να αποκτήσουν ένα ιδιωτικό συμβόλαιο υγείας. Ανασταλτικός παράγοντας της δυνατότητας αυτής παραμένει

δυστυχώς η οικονομική αστάθεια που επικρατεί στη χώρα και τα μεγάλα ποσοστά ανεργίας καθώς και τα χαμηλά εισοδήματα.

Μένει να δούμε στο μέλλον αν ο καθόλα πολλά υποσχόμενος κλάδος θα εξακολουθήσει την ανοδική του πορεία έστω κάνοντας μικρά και σταθερά βήματα ή θα βουλιάξει στην αβεβαιότητα των ημερών μας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Eling, M. Schmeiser, H., Schmitt, J. T. (2010). Insurance and the Credit Crisis: Impact and Ten Consequences for Risk Management and Supervision. The Geneva Papers (35), 9-34.
2. Eling, M., & Luhmen, M. (2009). Efficiency in the international insurance industry: A cross- country comparison. Journal of Banking and Finance.
3. Eling, M., & Luhmen, M. (2009). Frontier Efficiency Methodologies to Measure Performance in the Insurance Industry. OVERVIEW, Systematization, and Recent Developments. The Geneva Papers (35), 217-265.
4. Eling, M., Schmeiser, H., Schmitt, J. T. (2006, May), The Solvency II process: Overview and critical analysis. Risk Management and Insurance (20).
<http://pisc.bankofgreece.gr/Files/AnnualReport/AnnualReport2009.pdf>
<http://pisc.bankofgreece.gr/Files/AnnualReport/AnnualReport2010pdf>
<http://pisc.bankofgreece.gr/Files/AnnualReport/AnnualReport2011.pdf>
<http://pisc.bankofgreece.gr/Files/AnnualReport/AnnualReport2012.pdf>
<http://pisc.bankofgreece.gr/Files/AnnualReport/AnnualReport2013.pdf>
<http://pisc.bankofgreece.gr/Files/AnnualReport/AnnualReport2014.pdf>
<http://pisc.bankofgreece.gr/Files/AnnualReport/AnnualReport2015.pdf>
5. IAIS, (2016). 2015 Global Insurance Market Report
6. ICAP GROUP (2017), Εξέλιξη της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας 2012-2016.
7. Insurance Europe (2012). European insurance in figures, Statistics No 49, March, 2014. Ανάκτηση από τοποθεσία web Απρίλιος 2017 <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/publications>.
8. Insurance Europe (2014). European insurance in figures, Statistics No 48, February. Ανάκτηση από τοποθεσία web Απρίλιος 2017 <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/publications/european-insurance-in-figures-2.pdf>.
9. Insurance Europe (2015). European insurance: Key facts, August. Ανάκτηση από τοποθεσία web Απρίλιος 2017 <http://www.insuranceeurope.eu>

10. Insurance Europe, (2017), European insurance key facts 2016 www.insuranceeurope.com, statistics
11. Mossialos, E and Thomson, S. (2002), “Voluntary health insurance in the E.U.: a critical assessment”, International Journal of Health services 32, 19-88.
12. Mossialos, E and Thomson, S. (2002), Private health insurance and the internal market.
13. Mossialos, E and Thomson, S. (2004). Voluntary health insurance in the European Union, Copenhagen: observatory on health economics, 13,347-368.
14. Mossialos, E and Thomson, S. (2006). Regulating private health insurance in the E.U.: The implications of single market legislation and competition policy. LSE Health, Working paper N: 4/2006
15. OECD (2017), Health Statistics 2016
16. OECD (2006), “Projecting OECD Health and long –term care expenditures: What are the main drivers?”, Economics Department Working Papers No. 477
17. OECD (2008). The Looming Crisis in the Health Workforce. How can OECD countries respond? Ανάκτηση από τοποθεσία web Μάιος 2017. www.oecd.com
18. OECD (2009), Health at a glance 2009: OECD indicators.
19. OECD (2015), Health at a glance 2015: OECD Indicators.
20. OECD (2015). Insurance statistics 2014. Ανάκτηση από τοποθεσία web Δεκέμβριος, 2016. www.oecd.com
21. Oikonomou, Ch., (2008). Country report: Private health insurance in Greece. Athens.
22. Sandstrom, A. (2006). Solvency: Models, Assessment and Regulation. United States of America: Chapman & Hall/CRC :Taylor & Francis Group, LLC
23. Sandstrom, A. (2011). Handbook of Solvency actuaries and risk managers: Theory and practice. United States of America: Chapman & Hall/CRC: Taylor & Francis Group, LLC.
24. Schneider and Paulier (1991), Διαχρονική εξέλιξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

25. Vaughan, E. J., & Vaughan, T. M. (2003). Fundamentals of risk and insurance (9th edition). United States of America: John Wiley and Sons Inc.
26. www.eaee.gr ,Νομοθεσία , εθνικό Δίκαιο, Νομοθεσία ιδιωτικής ασφάλισης
27. Αθανασιάδης, Α., Σταυράκη, Μ. (2017), Ο δείκτης τιμών υγείας της ΕΛΣΤΑΤ και το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης, IOBE.
28. Αθανασιάδης, Α., Σταυράκη, Σ., (2017). Ο δείκτης τιμών υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Εκδόσεις Ίδρυμα οικονομικών και Βιομηχανικών ερευνών. Αθήνα 2017.
29. Αντωνάκη, Μ., Λόντου, Κ., Σαριδάκη, Π., Χατζηδημητρίου, Κ. & κόκκινος, Ν. (2009). Εισαγωγή στην ιδιωτική ασφάλιση: Εγχειρίδιο Βασικών Γνώσεων για τους υπαλλήλους επιχειρήσεων διαμεσολάβησης στην ασφάλιση, Αθήνα.
30. Διανέοσις (2016). Η Υγεία των Ελλήνων στην Κρίση. Μια χαρτογράφηση της κατάστασης της υγείας των Ελλήνων και των δομών υγείας της χώρας. Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, Μάρτιος 2016.
31. Δούκας, Σ. (1998). Ιδιωτική ασφάλιση. Β έκδοση. Αθήνα.
32. Ε.Α.Ε.Ε. (2016), Επιτροπή Ζωής, Συντάξεων &Υγείας, Ασφαλίσεις Υγείας 2015. Ανάκτηση από τοποθεσία web Οκτώβριος , 2017. www.eaee.gr
33. Ε.Α.Ε.Ε. , Νομοθεσία ιδιωτικής ασφάλισης, Ανάκτηση από τοποθεσία web Ιούλιος, 2016, www.eaee.gr/cms/basic-pages/76/nomothetic
34. ΕΑΕΕ (2011), Οικονομική μελέτη 2010. Ανάκτηση από τοποθεσία Web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
35. ΕΑΕΕ, (2009), Οικονομική μελέτη 2008. Ανάκτηση από τοποθεσία web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
36. ΕΑΕΕ, (2006), Οικονομική μελέτη 2005. Ανάκτηση από τοποθεσία web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
37. ΕΑΕΕ, (2007), Οικονομική μελέτη 2006. Ανάκτηση από τοποθεσία web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
38. ΕΑΕΕ, (2008), Οικονομική μελέτη 2007. Ανάκτηση από τοποθεσία web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
39. ΕΑΕΕ, (2010), Οικονομική μελέτη 2009. Ανάκτηση από τοποθεσία web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
40. ΕΑΕΕ, (2012), Οικονομική μελέτη 2011. Ανάκτηση από τοποθεσία Web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr

41. ΕΑΕΕ, (2013), Οικονομική μελέτη 2012. Ανάκτηση από τοποθεσία Web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
42. ΕΑΕΕ, (2014), Οικονομική μελέτη 2013. Ανάκτηση από τοποθεσία Web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
43. ΕΑΕΕ, (2015), Οικονομική μελέτη 2014. Ανάκτηση από τοποθεσία Web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
44. ΕΑΕΕ, (2016), Οικονομική μελέτη 2015. Ανάκτηση από τοποθεσία Web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
45. ΕΑΕΕ, (2017), Οικονομική μελέτη 2016. Ανάκτηση από τοποθεσία Web Ιούνιος 2016, www.eaee.gr
46. Ελληνική στατιστική αρχή, (2014), Δελτίο τύπου Δαπάνες υγείας- Σύστημα Λογαριασμών Υγείας.
47. ΕΛΣΤΑΤ (2013^α). Δελτίο Τύπου: Δαπάνες Υγείας- Σύστημα λογαριασμών Υγείας 2009-2011.
48. ΕΝΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ (2007), «Περί ιδιωτικής Επιχειρήσεως Ασφαλίσεως». Ν.Δ. 400/1970, Αθήνα.
49. Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.)(2010). Κωδικοποίηση Νομοθετικού Διατάγματος 400/1970 (Φ.Ε.Κ. 10/Α/17.1.1970) «Περί ιδιωτικής επιχειρήσεως ασφαλίσεως» Ανάκτηση Αύγουστος , 2017 από τοποθεσία web της ένωσης ασφαλιστικών εταιριών Ελλάδος: <http://www.eaee.gr/cms/upload/nd400-70.pdf>.
50. Επιτροπή Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης- ΕΠΕΙΑ (2009). Ετήσια έκθεση 2008,2009, 2010, 2011, 2012, 2013,2014,2015. Ανάκτηση Σεπτέμβριος 2017, από τοποθεσία web <http://pisc.bankofgreece.gr/Files/AnnualReport/AnnualReport2008.pdf>
51. Εποπτεία ιδιωτικής ασφάλισης, Ιστορικά στοιχεία, Τράπεζα της Ελλάδος, Ανάκτηση από τοποθεσία web Δεκέμβριος, 2015, www.bankofgreece.gr/Pages/el/deia/history/default.aspx
52. ΙΟΒΕ, (2011). Δαπάνες υγείας και πολιτικές υγείας στην Ελλάδα την περίοδο του μνημονίου.
53. Ιωακείμογλου, Ι., (2010). Υπηρεσίες υγείας. Από το Δημόσιο Αγαθό στο Εμπόρευμα. Αθήνα 2010: Εκδόσεις Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Μελέτες.

54. Κλαδικές μελέτες (2015). Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα : ICAP ΑΕ Ερευνών& επενδύσεων, σύμβουλοι Επιχειρήσεων.
55. Κοντοζαμάνης, Β., Κουσουλάκου, Χ., (2004). Η ιδιωτική δαπάνη υγείας και φαρμάκων σύμφωνα με τις έρευνες οικογενειακών προϋπολογισμών. Αθήνα 2004: IOBE.
56. Κυριόπουλος, Γ. , Γκρεγκορυ, Σ., Οικονόμου, Χ., (2003). Υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αθήνα 2003: Εκδόσεις Παπαζήση.
57. Λιαρόπουρος, Λ., (1996). Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα. Forum, Αθήνα, 1996.
58. Μακρής, Κ., (1996), Η ιστορία της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα, Αθήνα : Εθνική Ασφαλιστική.
59. Μιλτιάδης, Ν. (2005). Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε.
60. Νεκτάριος, Μ. (1998). Εισαγωγή στην ιδιωτική ασφάλιση 9 3^η έκδοση0, Αθήνα: Financial Forum.
61. Νεκτάριος, Μ. (2005). Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας. Αθήνα : Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε.
62. Νεκτάριος,(2003). Εισαγωγή στην ιδιωτική ασφάλιση (4^η εκδ). Μαρούσι: Financial Forum.
63. Οικονόμου, Χ., (2010). Health systems in transition: Greece, Health system review. European Observatory (Vol.12 No 7 2010).
64. Πετμετζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πετμετζογλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., & Πολυζωίδης, Π., (2015). Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα. Αθήνα 2015:Εκδόσεις Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Μελέτες.
65. Ρόκας, Ι.Κ. (2006). Ιδιωτική ασφάλιση: Δίκαιο της Ασφαλιστικής Σύμβασης και της Ασφαλιστικής Επιχείρησης (11^η εκ δ.) Αθήνα-Κομοτηνή: Αντ. Ν. Σακκουλά.
66. Σίσκου, Ο. (2006), Εκτίμηση των Ιδιωτικών Δαπανών υγείας στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα : Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
67. Σουλιώτης, Κ. (2002), η κατανάλωση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα και τη Μεγάλη Βρετανία. Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, Τεύχος 32.

68. Σουλιώτης, Κ. (2002). Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές διευκρινίσεις και διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας. Εκδόσεις : Παπαζήση.
69. Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος ,(2013). Η Φαρμακευτική Αγορά στην Ελλάδα: Γεγονότα και Στοιχεία. IOBE, 2013
70. Τράπεζα της Ελλάδος (2014), Το χρονικό της μεγάλης κρίσης.
71. Χαμπάκη, Μ. (2006). Ιστορική Αναδρομή της Εποπτείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ανάκτηση από Solvency II [HTTP://www.eaee.gr/cms/uploads/SolvencyII.pdf](http://www.eaee.gr/cms/uploads/SolvencyII.pdf).
72. Χαμπάκη, Μ. (2010), SolvencyII οδηγίες εφαρμογής. Ανάκτηση από τοποθεσία web της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, Νοέμβριος 2016, http://www.eaee.gr/cms/uploads/SolvencyII-road_map_2010-3-23.pdf
73. Χατζηβασίλογλου, Ι., (2016). Εισαγωγή στη Φερεγγυότητα II των (αντ.) ασφαλιστικών επιχειρήσεων . Οικονομικό Δελτίο Νο 44. Τράπεζα της Ελλάδος