

ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ

***ΟΜΑΔΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ ΥΓΕΙΑΣ:
Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ***

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος
ΠΜΣ «Διοίκηση της Υγείας»
Πανεπιστήμιο Πειραιά – Τ.Ε.Ι. Πειραιά**

Πειραιάς 2006

ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΣ ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ

**ΟΜΑΔΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ ΥΓΕΙΑΣ:
Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΟΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

Επόπτης : Δρ. Αθανάσιος Βοζίκης

**Διπλωματική Εργασία για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος
ΠΜΣ «Διοίκηση της Υγείας»
Πανεπιστήμιο Πειραιά – Τ.Ε.Ι. Πειραιά**

Πειραιάς 2006

STAVROPOULOS NEKTARIOS

***GROUP HEALTH INSURANCE CONTRACTS:
THE GREEK EXPERIENCE AND THE PROSPECTS***

Supervisor: Dr Athanassios Vozikis

**Graduate Thesis Submitted
for the Degree
“Master in Health Management”
University Piraeus – TEI of Piraeus, Greece**

Piraeus 2006

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας σημαίνει και την ολοκλήρωση των σπουδών στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση της Υγείας. Επίσης είναι η στιγμή που μπορείς να κοιτάξεις πίσω στα δύο τελευταία χρόνια και να κάνεις την αυτοκριτική σου. Μπορείς να δεις όλα όσα πέρασες, όλα όσα έμαθες, τα νέα πρόσωπα που γνώρισες, τι κέρδισες και τι έχασες σ' αυτό το χρονικό διάστημα. Το πιο σημαντικό δικό μου εύρημα, είναι η δυσκολία στα 40 να ξανακαθίσεις στα θρανία, ειδικά όταν τρέχουν παράλληλα οι επαγγελματικές και οι οικογενειακές υποχρεώσεις. Για να τα καταφέρεις με τέτοιες συνθήκες θέλεις βοήθεια κι όταν τελειώνεις οφείλεις ένα δημόσιο ευχαριστώ σ' αυτούς που στάθηκαν δίπλα σου.

Ευχαριστώ λοιπόν θερμά τον κ. Θ. Παπαηλία που μου έδωσε τη δυνατότητα να παρακολουθήσω το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση της Υγείας.

Ευχαριστώ την κ. Θ.- Ε. Μοσχονά που μου έδωσε βοήθεια σε κρίσιμα σημεία, τις γνώσεις της όποτε τις ζήτησα και μου παρείχε επίσης το χρόνο που χρειαζόμουν για να αντεπεξέλθω στις υποχρεώσεις μου.

Ευχαριστώ τον κ. Κ. Πατσαντζή και την κ. Δ. Καριπίδου για τις διευκολύνσεις που μου παρείχαν αλλά και για την ψυχολογική στήριξη τους.

Ευχαριστώ την ομάδα μου, την παρέα μου στο μεταπτυχιακό, την Ελένη Ιμπριξή, τον Μπάμπη Μιχαλόπουλο και ιδιαίτερα τον Σπύρο Λαμπιδώνη, που με ξανάκαναν να αισθανθώ μαθητής και με βοήθησαν όσο δεν φαντάζονται να ολοκληρώσω τις σπουδές.

Ευχαριστώ τον κ. Α. Βοζίκη που για άλλη μια φορά στη ζωή μου εμφανίστηκε ξαφνικά μπροστά μου την πιο κρίσιμη στιγμή και με απεριόριστη συναδελφικότητα και φιλία, με βοήθησε περισσότερο κι από όσο θα περίμενα.

Τέλος ευχαριστώ την οικογένεια μου, τη σύζυγο μου Εύη και τα παιδιά μου Άγγελο-Σταύρο και Αλεξάνδρα, γιατί δύο χρόνια με στερήθηκαν, ανέχθηκαν τις εξάρσεις μου και υπέμεναν το κλείσιμο στο σπίτι όσο ο μπαμπάς διάβαζε. Τους αφιερώνω ολόψυχα το μεταπτυχιακό κι ελπίζω να αξιωθώ να τους δω κι εγώ μεταπτυχιακούς φοιτητές.

Πειραιάς, 2006.

Π Ε Ρ Ι Λ Η Ψ Η

Η συγκρότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα συνέβαλε καθοριστικά στη δημιουργία και εξέλιξη του ιδιωτικού τομέα των υγειονομικών και ασφαλιστικών υπηρεσιών. Το χαμηλό επίπεδο των κοινωνικών παροχών καθώς και η αδυναμία τους να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις – προσδοκίες των ασφαλισμένων και δευτερευόντως οι διαδικασίες απονομής τους, σε συνδυασμό με την αναζήτηση νέων πεδίων συσσώρευσης, αποτέλεσαν τους βασικούς παράγοντες ανάπτυξης των ιδιωτικών ιατρείων, ινστιτούτων, κλινικών και ασφαλιστικών εταιρειών. Τα τελευταία χρόνια και ειδικότερα από τη δεκαετία του '90 και ύστερα παρατηρείται μία ραγδαία διόγκωση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ολοένα και περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες προσανατολίζονται προς την παροχή ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας, ενώ παράλληλα και ο ασφαλιστικός πληθυσμός παρουσιάζει σαφέστατη στροφή προς τη χρήση ιδιωτικών ασφαλιστικών αγαθών και υπηρεσιών με φυσικό επακόλουθο τη σημαντική διεύρυνση των ιδιωτικών δαπανών υγείας.

Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί να παρουσιάσει συνοπτικά την έκταση της ελληνικής ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς και ειδικότερα το μέγεθος, τον χαρακτήρα καθώς και τις προοπτικές ανάπτυξης και εξέλιξης του κλάδου των ομαδικών ασφαλίσεων υγείας στη χώρα μας. Η εν λόγω μελέτη επικεντρώνεται κατά κύριο λόγο στα χαρακτηριστικά, στις κατηγοριοποιήσεις και τη σημασία των ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας, στην ανάλυση και διερεύνηση του ρόλου της ιδιωτικής ομαδικής ασφάλισης υγείας, τους τομείς που η τελευταία λαμβάνει χώρα και δραστηριοποιείται καθώς και τους αποδέκτες στους οποίους απευθύνεται. Το ειδικότερο αντικείμενο της συγκεκριμένης μελέτης είναι η διερεύνηση της λειτουργίας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη χώρα μας και της θέσης στο σύστημα υγείας και κοινωνικής προστασίας. Το κύριο ερώτημα είναι η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο η ιδιωτική ομαδική ασφάλιση υγείας αξιοποιείται για την αύξηση των επιλογών των ασφαλισμένων, που στο σύνολό τους, διαθέτουν και κάποια μορφή κοινωνικής ασφάλισης.

Για την επίτευξη των στόχων της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν πλήθος πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων και στοιχείων από τη Στατιστική Επετηρίδα της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.), την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.), το Υπουργείο Ανάπτυξης, το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και τους Κοινωνικούς Προϋπολογισμούς διαφόρων ετών της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α.). Τα δεδομένα αυτά επεξεργάστηκαν κατάλληλα και οδήγησαν στην εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων αναφορικά με την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη χώρα μας.

Ωστόσο, προκειμένου να υπάρξουν ακόμη πιο χρήσιμα ευρήματα που αφορούν τα ιδιωτικά ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας πραγματοποιήθηκε σχετική έρευνα μέσω της πραγματοποίησης ημιδομημένων συνεντεύξεων με υψηλά ιστάμενα στελέχη έξι (6) ασφαλιστικών εταιρειών που δραστηριοποιούνται στη χώρα μας. Κύριο ζητούμενο ήταν να διαπιστωθεί το κατά πόσο οι ελληνικές ασφαλιστικές εταιρείες έχουν διαμορφώσει με τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο τη στοχοθεσία και τη στρατηγική τους ώστε να ανταποκριθούν στην ποιότητα που ζητούν οι ασφαλισμένοι, αντιμετωπίζοντας παράλληλα την διαρκή αύξηση του κόστους των παραγόμενων και διατιθέμενων ασφαλιστικών υπηρεσιών.

Λέξεις – κλειδιά: Κοινωνική Ασφάλιση, Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, Ομαδικές Ασφαλίσεις, Ομαδικά Ασφαλιστήρια Συμβόλαια Υγείας

ABSTRACT

The development of health services in Greece contributed significantly in the establishment and progress of the private sector of health and insurance services. The low level of social provisions and their inefficiency in meeting the demands-expectations of the insured and, secondarily, the procedures for their realization, in combination with the investigation for new accumulation fields, were the major factors for the development of private clinics, institutes and insurance companies. During the last years and particularly since the 90's a dramatic expansion of the private health insurance has been observed. An increasing number of insurance companies are orienting in the provision of group health insurance contracts, while at the same time the population under insurance shows interest to the use of private insurance goods and services with a consequent significant expansion of private health cost.

The present study intends to present in brief the extent of the private insurance market in Greece and, in particular, the size, features as well as the prospects for the development and progress of the group health insurance in our country. The said study mainly focuses on the features, classifications and the significance of the grouped health insurance contracts, the evaluation and investigation of the role of the private grouped health insurance, the fields in which the latter is realized, as well as the recipients to which it is addressed. The particular object of the present study is the investigation of the operation of the private health insurance in our country and its position in the health/social security system. The major aim is the investigation of the extent to which the private grouped health insurance is exploited for increasing the choices available to the insured, who generally have also some form of social security.

For this study, we used primary and secondary data and facts from the Statistical List of the Union of Insurance Companies of Greece, the National Statistics Department of Greece, the Ministry of Development, the Ministry of Labour and Social Security and the Social Budgets of the Social Insurance General Secretariat regarding several years. These data were processed and resulted in the extraction of useful conclusions regarding the private health insurance in our country.

However, in order to have more useful findings regarding the private grouped health insurance contracts, a relevant research was performed by conducting semi-structured interviews with high-rank members of six (6) insurance companies active in our country. The major goal was to evaluate whether the Greek insurance companies have configured effectively their targeting and strategy, so as to respond to the quality level demanded by the insured, facing in the same time the continual increase in the cost of the produced and provided insurance services.

Keywords: Social Security, Private Health Insurance, Group Insurance, Group Health Insurance Contracts

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i>	σελ. 4
<i>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</i>	σελ. 5
<i>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ – ΕΙΚΟΝΩΝ – ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ</i>	σελ. 10
<i>ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ</i>	σελ. 11
<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i>	σελ. 12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Εννοιολογικές Προσεγγίσεις και Εισαγωγικές Παρατηρήσεις

1.1 Το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα (<i>διάθρωση</i>).....	σελ. 15
1.1.1 Τα συστήματα της κύριας και της επικουρικής υποχρεωτικής ασφάλισης.....	σελ. 18
1.1.2 Τα συστήματα συμπληρωματικής ασφάλισης και των επικουρικών ταμείων.....	σελ. 21
1.1.3 Η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος.....	σελ. 22
1.2 Η ιδιωτική ασφάλιση.....	σελ. 23
1.2.1 Οι διακρίσεις της ιδιωτικής ασφάλισης.....	σελ. 25
1.2.1.1 Ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση.....	σελ. 25
1.2.1.2 Ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση.....	σελ. 26
1.3 Οι λόγοι «στροφής» του πληθυσμού προς την ιδιωτική ασφάλιση.....	σελ. 26
1.4 Οι ιδιωτικές πληρωμές.....	σελ. 26
1.5 Η υφιστάμενη κατάσταση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα.....	σελ. 28
1.6 Η ιδιωτική χρηματοδότηση (ιδιωτική ασφάλιση υγείας).....	σελ. 30
1.7 Οι οργανισμοί – φορείς της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς.....	σελ. 31
1.7.1 Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.).....	σελ. 31
1.7.2 Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης.....	σελ. 32
1.7.3 Επικουρικό Κεφάλαιο.....	σελ. 32
1.7.4 Ελληνικό Ινστιτούτο Ασφαλιστικών Σπουδών (ΕΙΑΣ).....	σελ. 33
1.8 Κατηγορίες Ασφαλιστικών εταιρειών στην Ελλάδα.....	σελ. 33
1.9 Κρατική Εποπτεία Ασφαλίσεων.....	σελ. 34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας

2.1	Ο εννοιολογικός προσδιορισμός και ο ρόλος της σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση υγείας.....	σελ. 35
2.2	Οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.....	σελ. 39
2.3	Οι αποδέκτες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.....	σελ. 41
2.4	Η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.....	σελ. 45
2.5	Οι δομές των παροχών υπηρεσιών υγείας από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.....	σελ. 46
2.5.1	Προγράμματα Ελεγχόμενης Φροντίδας (Ολοκληρωμένα Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας).....	σελ. 46
2.5.2	Παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από τις λοιπές εταιρίες του κλάδου της ιδιωτικής ασφάλισης.....	σελ. 47
2.6	Η διαδικασία και οι προϋποθέσεις επιλογής ασφαλισμένων στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.....	σελ. 47
2.7	Η ελευθερία επιλογής του ασφαλισμένου ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	σελ. 48
2.8	Η προσπελασιμότητα και η λειτουργία μηχανισμών “gatekeeping” στην ΠΦΥ.....	σελ. 49
2.9	Η προσβασιμότητα των ασφαλισμένων.....	σελ. 49
2.10	Η διάσταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	σελ. 50
2.11	Οι προοπτικές της ελληνικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.....	σελ. 50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Τα Ομαδικά Ασφαλιστήρια Συμβόλαια Υγείας

3.1	Γενικά.....	σελ. 58
3.2	Η ιδιωτική ομαδική ασφάλιση και το ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο.....	σελ. 58
3.3	Χαρακτηριστικά των ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων.....	σελ. 60
3.4	Βασικές αρχές των ομαδικών ασφαλίσεων.....	σελ. 61
3.5	Βασικές προϋποθέσεις για συμμετοχή στην ομαδική ασφάλιση	σελ. 62
3.6	Τα ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής.....	σελ. 62
3.7	Ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας (ομαδικές ασφαλίσεις υγείας).....	σελ. 63
3.7.1	Τα είδη παροχών των ομαδικών συνταξιοδοτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων.....	σελ. 66
3.7.2	Δικαιώματα του ασφαλισμένου αν αποχωρήσει πριν από τη συνταξιοδότηση.....	σελ. 66
3.7.3	Διαχειριστής και διαχειριστικά σχήματα.....	σελ. 67
3.8	Η ευρωπαϊκή εμπειρία.....	σελ. 67
3.8.1	Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες στην Ευρώπη.....	σελ. 67
3.8.2	Αυστρία.....	σελ. 68
3.8.3	Βέλγιο.....	σελ. 68
3.8.4	Ελβετία.....	σελ. 68
3.8.5	Γερμανία.....	σελ. 68

3.8.6	Δανία	σελ. 69
3.8.7	Ισπανία.....	σελ. 69
3.8.8	Φιλανδία.....	σελ. 70
3.8.9	Γαλλία.....	σελ. 70
3.8.10	Μ. Βρετανία.....	σελ. 70
3.8.11	Ιταλία.....	σελ. 71
3.8.12	Ολλανδία.....	σελ. 71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Έρευνα της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς σχετικά με τη διαχείριση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας

4.1	Σκοπός και περιεχόμενο της έρευνας.....	σελ. 72
4.2	Μεθοδολογία της έρευνας.....	σελ. 73
4.3	Υποθέσεις της έρευνας.....	σελ. 75
4.4	Αποτελέσματα – ευρήματα της έρευνας.....	σελ. 76

ΕΠΙΛΟΓΟΣ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ..... σελ.78

ΠΗΓΕΣ & ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... σελ. 83

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ..... σελ. 86

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ-ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

I. ΠΙΝΑΚΕΣ

1. Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης κατά είδος παρεχόμενης προστασίας.....	σελ. 16
2. Συνολική Παραγωγή Ασφαλίσεων από Αντασφαλίσεις (Αναλήψεις).....	σελ. 40
3. Συνολική Παραγωγή Ασφαλίσεων από Πρωτασφαλίσεις.....	σελ. 40
4. Συνολική Παραγωγή Ασφαλίσεων από Πρωτασφαλίσεις (αποπληθωρισμένες τιμές έτους βάσης 1994).....	σελ. 41
5. Συνολική Παραγωγή Ασφαλίσεων από Αντασφαλίσεις (αποπληθωρισμένες τιμές έτους βάσης 1994).....	σελ. 41
6. Κάτοχοι ατομικής ασφάλειας Ζωής - Υγείας στην Ελλάδα, 1992 (Ποσοστό %).....	σελ. 42
7. Αριθμός Ασφαλιστικών Εταιρειών κατά έτος.....	σελ. 51
8. Μερίδια Αγοράς Ασφαλιστικών Εταιρειών.....	σελ. 52
9. Ασφαλίσεις Ζωής κατά έτος (ποσοστό %)......	σελ. 53
10. Ποσοστό Ασφαλίσεων επί του Α.Ε.Π.....	σελ. 54
11. Κατά κεφαλήν Ασφάλιστρα κατά έτος.....	σελ. 55
12. Κέρδη Χρήσεως Ασφαλιστικών Εταιρειών κατά έτος.....	σελ. 56
13. Διερευνητικά στοιχεία των (6) Ασφαλιστικών Εταιρειών της έρευνας.....	σελ. 73
14. Συγκριτικός πίνακας των (6) πρώτων Ασφαλιστικών Εταιρειών ζωής στην Ελλάδα.....	σελ. 74

II. ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

1. Η επίδραση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην αγορά υπηρεσιών υγείας.....	σελ. 38
2. Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων κατά ομάδα ηλικιών.....	σελ. 42
3. Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων σύμφωνα με την οικογενειακή τους κατάσταση.....	σελ. 43
4. Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων κατά οικονομική δραστηριότητα.....	σελ. 43
5. Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων κατά είδος επαγγελματικής δραστηριότητας.....	σελ. 44
6. Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων σύμφωνα με τα μέλη που καλύπτονται.....	σελ. 44
7. Αριθμός Ασφαλιστικών Εταιρειών κατά έτος.....	σελ. 51
8. Μερίδια Αγοράς Ασφαλιστικών Εταιρειών (κλάδος ασφαλίσεων ζωής).....	σελ. 52
9. Μερίδια Αγοράς Ασφαλιστικών Εταιρειών (κλάδος ασφαλίσεων ζημιών).....	σελ. 52
10. Ασφαλίσεις Ζωής κατά έτος.....	σελ. 53
11. Ποσοστό Ασφαλίσεων επί του Α.Ε.Π.....	σελ. 54
12. Κατά κεφαλήν Ασφάλιστρα κατά έτος.....	σελ. 56
13. Κέρδη Χρήσεως Ασφαλιστικών Εταιρειών κατά έτος.....	σελ. 57

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ

Α.Δ.Ε.Δ.Υ.	Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπάλληλων
Α.Ε.Π.	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
άρθρ.	Άρθρο
αρ. Ή αριθμ.	Αριθμός
βλ.	Βλέπε
Γ.Γ.Κ.Α.	Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Γ.Σ.Ε.Ε.	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
Ε.Α.Ε.Ε.	Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος
Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Ε. – 15	Ευρωπαϊκή Ένωση των 15 κρατών – μελών
Ε.Ε. – 25	Ευρωπαϊκή Ένωση των 25 κρατών – μελών
Ε.Ι.Α.Σ.	Ελληνικό Ινστιτούτο Ασφαλιστικών Σπουδών
Ε.Ι.Ε.	Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας
εκατομ. ή εκατ.	Εκατομμύριο / α
Ε.Κ.Κ.Ε.	Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών
ΕΛ.Γ.Α.	Ελληνικές Γεωργικές Ασφαλίσεις
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Σ.Υ.Ε.	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
επιμ.	Επιμέλεια
Ε.ΥΔ.Α.Π.	Εταιρεία Ύδρευσης Αθηνών – Πειραιώς
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ι.Ν.Ε.	Ινστιτούτο Εργασίας
κ.ά.	και άλλα
κλπ.	Και τα λοιπά
Ν.	Νόμος
ν.π.δ.δ.	νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου
ν.π.ι.δ.	νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου
Ν.Α.Τ.	Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο
Ν.Δ.	Νομοθετικό Διάταγμα
Ο.Α.Ε.Ε.	Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών
Ο.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Ο.Ε.Κ.	Οργανισμός Εργατικής Κατοικίας
ό.π.	όπως προηγουμένως ή όπως παραπάνω
π.χ.	παραδείγματος χάριν
Τ.Ε.Α.Μ.	Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών
Τ.Ε.Β.Ε.	Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδος
Τ.Ε.Ι.	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
σελ.	Σελίδα
Χ.Α.Α.	Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών
HMO's	Health Maintenance Organizations
NHS	National Health System
PPO's	Preferred Provider Organizations

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παγκόσμια ασφαλιστική αγορά αναπτύχθηκε ραγδαία ιδιαίτερα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, με πραγματικό μέσο ετήσιο ρυθμό ανόδου της παγκόσμιας παραγωγής ασφαλιστρών τουλάχιστον κατά μια ποσοστιαία μονάδα υψηλότερο από τον ρυθμό ανόδου του παγκόσμιου εθνικού εισοδήματος. Χαρακτηριστικά επισημαίνεται ότι ο θεσμός της ασφάλισης συνδέεται άμεσα με:

- τη διαμόρφωση της κρατικής πολιτικής στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης για σύνταξη και υγεία
- τη λειτουργία του πιστωτικού συστήματος
- την πολιτική αντιμετώπισης τεχνολογικών, βιομηχανικών και περιβαλλοντολογικών κινδύνων
- την αντιμετώπιση των φυσικών καταστροφών
- τη διαμόρφωση της πολιτικής στον τομέα της υγείας και της ιατρικής περίθαλψης
- την κάλυψη σημαντικών διαστάσεων του χρηματοοικονομικού κινδύνου των επιχειρήσεων.

Στα πλαίσια της νέας οικονομικής πραγματικότητας που τείνουν να δημιουργήσουν αφενός η απελευθέρωση και διεθνοποίηση των αγορών και αφετέρου η τεχνολογική πρόοδος, η διεύρυνση της ασφαλισιμότητας των κινδύνων, καθώς και η ανάπτυξη και ο εκσυγχρονισμός της ιδιωτικής ασφάλισης μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά στην επιτυχή αντιμετώπιση καιρίων μακροοικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων. Η ασφαλισιμότητα των κινδύνων μπορεί να αποτελέσει τη διαχωριστική γραμμή για μια νέα «κατανομή εργασίας» μεταξύ της ιδιωτικής ασφάλισης και της ιδιωτικής οικονομίας από τη μία πλευρά, και του κρατικού τομέα από την άλλη.

Δεδομένης της αλματώδους αύξησης του προσδόκιμου χρόνου επιβίωσης και της πίεσης που αυτή ασκεί στο ήδη προβληματικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, το βάρος πέφτει στην ιδιωτική και την ομαδική ασφάλιση.

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των Ηνωμένων Εθνών, το προσδόκιμο ζωής, για την Ευρώπη τουλάχιστον, αναμένεται από τα 74 έτη που είναι τώρα, να φτάσει τα 94 έτη έως το 2050. Το ποσοστό αύξησης του πληθυσμού ηλικίας άνω των 60 ετών αναμένεται να αυξηθεί κατά 35% περίπου έως το 2050. Στη χώρα μας, έως το 2050, η αναλογία πληθυσμού 65 και άνω με τον πληθυσμό ηλικίας μεταξύ 15 και 64 ετών θα είναι 53% και 25% αντιστοίχως. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Ελλάδα βρίσκεται ανάμεσα στις τρεις πρώτες θέσεις παγκοσμίως σε διάρκεια ζωής.

Στο σημερινό επιχειρησιακό περιβάλλον, καθοριστικό παράγοντα προσέλκυσης και διατήρησης του ανθρώπινου δυναμικού κάθε επιχείρησης αποτελούν πέραν των αμοιβών και οι πρόσθετες παροχές. Η Ομαδική Ασφάλιση του προσωπικού σε κάθε επιχείρηση ανεξαρτήτως μεγέθους αποτελεί ισχυρό κίνητρο για το μεγαλύτερο κεφάλαιο της επιχείρησης, τους ανθρώπους της, παρέχοντας τους προστασία και σιγουριά. Με την παροχή Ομαδικής Ασφάλισης στους εργαζόμενους η επιχείρηση αποκτά:

- Δημιουργία εταιρικής κουλτούρας
- Αύξηση της παραγωγικότητας
- Ικανοποίηση των εργαζομένων για την επιχείρηση και το έργο που επιτελούν
- Μεγαλύτερη αφοσίωση και εμπιστοσύνη στην επιχείρηση

- Ενίσχυση της εταιρικής εικόνας στο κοινωνικό σύνολο
- Σιγουριά και ασφάλεια για τα απρόβλεπτα γεγονότα στη ζωή των εργαζομένων και τις οικονομικές συνέπειες που συνεπάγονται

Ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα για να προωθήσουν οι επιχειρήσεις την ομαδική ασφάλιση είναι οι φορολογικές απαλλαγές. Τα ασφαλιστρα εκπίπτουν της φορολογίας με ανώτατο όριο έκπτωσης το ποσό των 1.000 € για κάθε ασφαλιζόμενο. Γενικότερα, η ομαδική ασφάλιση εκτιμάται ότι ενισχύει την αφοσίωση των εργαζομένων και δημιουργεί κίνητρα για αύξηση της παραγωγικότητας. Αξίζει να σημειωθεί ότι το πρώτο εξάμηνο του 2006 οι ομαδικές ασφαλίσσεις σημείωσαν αύξηση κατά 75%. Ύστερα από έρευνα αγοράς, διαπιστώθηκε ότι μόνο το 46% των εταιρειών παρέχουν ομαδικό συνταξιοδοτικό συμβόλαιο.

Στην σύγχρονη περίοδο του συστήματος κοινωνικής προστασίας, ο ιδιωτικός τομέας προβάλλει την αναβάθμιση του με τη μορφή ενεργότερης παρέμβασης του, με την έννοια της βαθμιαίας ανάληψης από μέρους του της αποκλειστικής διαχείρισης (ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, κλινικές) κατηγοριών ασφαλιστικών παροχών, με το επιχείρημα ότι οι όροι της δημόσιας διαχείρισης των κοινωνικό – υγειονομικών παροχών εξαντλούμενοι αποβαίνουν σε βάρος του επιπέδου των κοινωνικών παροχών.

Η ουσία όμως αυτής της επιδίωξης, που συμπυκνώνεται στη βαθμιαία εκτόπιση της δημόσιας συγκρότησης και διαχείρισης των κοινωνικό – υγειονομικών παροχών, εντοπίζεται (ιδιαίτερα σε συνθήκες κρίσης του συστήματος παραγωγής), στον τριτογενή προσανατολισμό των ιδιωτικών επενδύσεων, και κατά προτίμηση των λεγόμενων υπηρεσιών κοινής ωφέλειας, είτε αφορά τραπεζικές, είτε κοινωνικοασφαλιστικές, είτε μεταφορικές δραστηριότητες.

Με άξονα αυτή την προοπτική, διαμορφώνονται βαθμιαία οι σύγχρονες εξελίξεις αναφορικά με το περιεχόμενο της παρέμβασης του ιδιωτικού τομέα, το οποίο επικεντρώνεται στη χρησιμοποίηση του για παροχή, κατά κύριο λόγο, υπηρεσιών υγείας, που χρηματοδοτούνται στη βάση συμβάσεων από τα ασφαλιστικά ταμεία, ή από τους ίδιους τους ασφαλισμένους, όταν δεν υπάρχει σύμβαση. Παράλληλα, παρατηρούνται νέες εξελίξεις με τη διεύρυνση της παρέμβασης του ιδιωτικού τομέα από το σκέλος της παροχής υπηρεσιών υγείας και στο σκέλος της ασφάλισης.

Η συγκεκριμένη εργασία διαρθρώνεται σε τέσσερα (4) κεφάλαια:

Το 1^ο Κεφάλαιο αναφέρεται σε ορισμένες εισαγωγικές έννοιες και παρατηρήσεις αναφορικά με τη διάρθρωση και τη χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα. Γίνεται αναφορά στο χαρακτήρα, το ρόλο, τις διακρίσεις, τους φορείς και τις υφισταμένες εξελίξεις της ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα μας. Επίσης, επισημαίνονται οι λόγοι στροφής του ασφαλιστικού πληθυσμού και αντικατάστασης της κοινωνικής από την ιδιωτική ασφάλιση καθώς και το ύψος των εγχώριων ιδιωτικών δαπανών υγείας σε σύγκριση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στο 2^ο Κεφάλαιο παρέχεται μια σαφέστατη εικόνα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη χώρα μας. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται ιδιαίτερα στον εννοιολογικό προσδιορισμό της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και τη διάκριση της από την κοινωνική, στη χρηματοδότησή της και στη μέτρηση του πραγματικού μεγέθους των ιδιωτικών ασφαλιστικών δαπανών υγείας. Επιμέρους ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι ενότητες που αναφέρονται στις δομές των παροχών υπηρεσιών υγείας από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, τη διαδικασία και τις προϋποθέσεις επιλογής ασφαλισμένων στην ιδιωτική

ασφάλιση υγείας, τη προσβασιμότητα – προσπελασιμότητα των ασφαλισμένων στα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας καθώς και τις μακροχρόνιες προοπτικές εξέλιξης και ανάπτυξης της ελληνικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Στο 3^ο Κεφάλαιο η προσοχή εστιάζεται στην ιδιωτική ομαδική ασφάλιση υγείας και ειδικότερα στο ρόλο, τη σημασία και το περιεχόμενο των ιδιωτικών ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων. Παρουσιάζονται συνοπτικά οι βασικές αρχές των ομαδικών ασφαλίσεων, οι βασικές προϋποθέσεις συμμετοχής στην ομαδική ασφάλιση, τα χαρακτηριστικά των ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων, τα είδη και οι διακρίσεις των ομαδικών παροχών, ενώ τέλος παρατίθεται και η ευρωπαϊκή εμπειρία αναφορικά με την εξέλιξη του θεσμού της ομαδικής ιδιωτικής ασφάλισης.

Στο 4^ο Κεφάλαιο παρουσιάζονται εμπειριστατωμένα ο σκοπός, το περιεχόμενο, οι υποθέσεις, η μεθοδολογία, το υλικό και τα ευρήματα – αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2006 μεταξύ έξι (6) ασφαλιστικών εταιρειών που δραστηριοποιούνται στον ελλαδικό χώρο μέσω της διαδικασίας των ημιδομημένων συνεντεύξεων με υψηλά ιστάμενα στελέχη των συγκεκριμένων ασφαλιστικών εταιρειών.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 1^ο

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1.1 Το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα (διάρθρωση)

Η οργάνωση και εξέλιξη του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα δεν ακολούθησε ένα ενιαίο ασφαλιστικό καθεστώς για όλους τους εργαζομένους, αλλά πραγματοποιήθηκε αποσπασματικά κάτω από την πίεση συγκεκριμένων συντεχνιακών συμφερόντων και μέσω της ίδρυσης αυτοτελών φορέων ασφάλισης που κάλυπταν και εξυπηρετούσαν τα συμφέροντα συγκεκριμένων επαγγελματικών πληθυσμιακών ομάδων, με αποτέλεσμα το όλο σύστημα να αποτελεί μία σύνθεση ποικίλων συστημάτων κύριας, επικουρικής και συμπληρωματικής ασφάλισης. Το κύριο χαρακτηριστικό της οργανωτικής και λειτουργικής δομής του ασφαλιστικού συστήματος είναι ο κατακερματισμός των ταμείων, γεγονός που επιβεβαιώνεται από την ύπαρξη 175 δημόσιων φορέων ασφάλισης το 2006 (Πίνακας 1) υπό την εποπτεία πέντε τουλάχιστον διαφορετικών Υπουργείων, με φυσικό επακόλουθο την αύξηση των υποχρεώσεων όσον αφορά θέματα διοίκησης και εξυπηρέτησης των ασφαλισμένων.

Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας στην Ελλάδα αντιστοιχεί στον κύριο στόχο του εθνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας, ο οποίος εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων: του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια ¹.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης διαρθρώνεται σε τρία επίπεδα (τρεις πυλώνες): Το πρώτο επίπεδο (πρώτος πυλώνας) περιλαμβάνει το σύστημα κύριας και επικουρικής υποχρεωτικής ασφάλισης, το δεύτερο τα επαγγελματικά – συμπληρωματικά συστήματα, ενώ το τρίτο, τα προγράμματα ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης (ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια που συνάπτονται μεταξύ επιχειρήσεων και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών καθώς και τα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια).

Ειδικότερα, το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης είναι ένα σύστημα δημοσίου δικαίου, συνταγματικά κατοχυρωμένο², το οποίο λειτουργεί με αυτοδιοικούμενους ασφαλιστικούς οργανισμούς, οι οποίοι ιδρύονται βάσει νόμου κατά επαγγελματική κατηγορία εργαζομένων και καλύπτει το σύνολο των εργαζομένων στην ελληνική επικράτεια.

Πολύ ορθά έχει διατυπωθεί πως ο θεσμός της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί μια από τις κύριες παραμέτρους και κατ' επέκταση συστατικό στοιχείο του Κράτους-Πρόνοιας ³. Ωστόσο σε καμία περίπτωση δε θα πρέπει να θεωρήσουμε ή να εκλάβουμε

¹ Γενική Συνομοσπονδία Εργατοϋπαλλήλων Ελλάδος (ΓΣΕΕ – 2001), *Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης*, ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, Μηνιαίο Περιοδικό του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Τεύχος 69, Μάρτιος 2001.

² Παράγραφος 5 του άρθρου 22 του Συντάγματος

³ Πέτρουλας, Π., Ρομπόλης, Σ., Ξυδέας, Ε., Χλέτσος, Μ., (1993), *Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα: Η περίπτωση του Ι.Κ.Α.*, Μελέτες Νο 4, ΙΝΕ – ΓΣΕΕ (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ), Αθήνα 1993.

υπόψη μας την κοινωνική ασφάλιση ως αποτέλεσμα της ανάπτυξης του Κράτους-Πρόνοιας. Κάτι τέτοιο θα ήταν εσφαλμένο. Μπορούμε, όμως, να υποστηρίξουμε με σιγουριά πως η φιλοσοφία της Κοινωνικής ασφάλισης αποτέλεσε τις ιστορικές καταβολές της συγκρότησης του Κράτους Πρόνοιας και δημιούργησε τις ιδανικές προϋποθέσεις για την εξέλιξη και ανάπτυξη του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλειας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Φορείς κοινωνικής ασφάλισης κατά είδος παρεχόμενης προστασίας	
1. Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας	
Κύριας Ασφάλισης	22
Επικουρικής Ασφάλισης	35
Ασθένειας	16
Πρόνοιας	20
Λοιπών Παροχών (Ο.Α.Ε.Δ., Ο.Ε.Κ., Οργανισμού Εργατικής Εστίας)	3
Σύνολο	96
2. Υπουργείου Εθνικής Άμυνας	
Επικουρικής Ασφάλισης	3
Πρόνοιας	7
Σύνολο	10
3. Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών	
Επικουρικής Ασφάλισης	1
Σύνολο	1
4. Υπουργείου Εμπορικής Ναυτιλίας	
Κύριας Ασφάλισης	1
Επικουρικής Ασφάλισης	1
Ασθένειας	1
Πρόνοιας	4
Σύνολο	7
5. Υπουργείου Αγροτικής Ανάπτυξης και Τροφίμων	
Κοινής Ωφέλειας (Ε.Λ.Γ.Α.)	1
Σύνολο	1
6. Βουλής των Ελλήνων	
Πρόνοιας	1
Σύνολο	1
7. Υπηρεσίες Ασφάλισης	
Προσωπικού Ε.Υ.Δ.Α.Π (ασθένειας)	1
Σύνολο	1
8. Ταμεία Αλληλοβοήθειας	
Ταμεία Αλληλοβοήθειας	
Συμπληρωματικών Παροχών	54

Σύνολο	54
9. Επαγγελματικά Ταμεία	
Ταμεία Παροχών Συμπληρωματικής Προστασίας	4
Σύνολο	4
Γενικό Σύνολο Φορέων	175
<i>Πηγή: Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Γ.Γ.Κ.Α.), Εισηγητική Έκθεση Κοινωνικού Προϋπολογισμού 2006</i>	

Το Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί τον κύριο άξονα του Ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η λειτουργία του, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση. Πρόκειται για ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης, το οποίο λειτουργεί με βάση αυτόνομους ασφαλιστικούς φορείς. Οι φορείς αυτοί συγκροτούν τον πρώτο πυλώνα ασφάλισης στην Ελλάδα.

Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Προστασίας, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Ο δεύτερος και ο τρίτος πυλώνες ασφάλισης δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένοι σε σχέση με την εφαρμογή τους σε άλλα Κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πρόσφατα όμως η Ελληνική Κυβέρνηση προχώρησε στη θεσμική κατοχύρωση των επαγγελματικών ταμείων, τα οποία αναμένεται να συμβάλουν στη διεύρυνση του επιπέδου προστασίας του ασφαλιστικού συστήματος και στη βελτίωση των ασφαλιστικών παροχών, αποτελώντας ουσιαστικά το δεύτερο πυλώνα ασφάλισης.

Ο πρώτος πυλώνας καλύπτει το σύνολο των εργαζομένων στην ελληνική περιφέρεια, περιλαμβάνοντας εκ του νόμου συστήματα κύριας και επικουρικής κάλυψης. Προβλέπεται η κάλυψη ακόμα και εκείνων που απασχολούνται με τις νέες ή ευέλικτες μορφές εργασίας (μερική απασχόληση, κατ' οίκον απασχόληση κ.α.). Η κύρια κάλυψη εξασφαλίζεται μέσω νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, τα οποία σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία αποτελούν τους αποκλειστικούς φορείς κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα. Η επικουρική κάλυψη όμως δεν είναι ενιαία, καθώς ιδρύονται και λειτουργούν εκ του νόμου συστήματα υποχρεωτικής επικουρικής ασφάλισης μόνο για τους μισθωτούς και όχι για άλλες κατηγορίες πληθυσμού.

Ο δεύτερος πυλώνας στο ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζει ιδιαιτερότητες που δεν εντοπίζονται σε αντίστοιχη έκταση στο επίπεδο της ευρωπαϊκής περιφέρειας. Το κύριο χαρακτηριστικό μέχρι πρόσφατα ήταν η αδυναμία σύστασης επαγγελματικών ταμείων από τους κοινωνικούς εταίρους μέσω συλλογικών συμβάσεων εργασίας⁴. Η απουσία γνήσιων επαγγελματικών ταμείων αναπληρώνεται από την ίδρυση

⁴ Η δυνατότητα σύστασης επαγγελματικών ταμείων κατοχυρώθηκε το 2002 με τις ρυθμίσεις του Ν.3029/2002, που προβλέπουν τη δημιουργία ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης που θα λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου αποβλέποντας στην παροχή στους ασφαλισμένους και δικαιούχους των παροχών, επαγγελματικής προστασίας πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση για τους ασφαλιστικούς κινδύνους και ενδεικτικά τους κινδύνους γήρατος, θανάτου, αναπηρίας, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας και διακοπής της εργασίας.

καθεστώτων συμπληρωματικής ασφάλισης, που λειτουργούν με τη μορφή αλληλοβοηθητικών ταμείων και ταμείων προνοίας. Η οργάνωση των ταμείων αυτών στη χώρα μας δεν διέπεται από ένα ενιαίο θεσμικό και κανονιστικό πλαίσιο. Προβλέπονται διαφορετικές οργανωτικές και λειτουργικές ρυθμίσεις, που αναμένονται να αποτελέσουν αντικείμενο εκτεταμένης επεξεργασίας κατά τη διάρκεια της γενικότερης διαδικασίας μεταρρύθμισης του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης.

Ο τρίτος πυλώνας, λιγότερο αναπτυγμένος σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, αφορά τα προγράμματα της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης για τους εργαζόμενους και τα μέλη των οικογενειών τους (μέσω ομαδικών ασφαλιστικών συμβολαίων που συνάπτονται μεταξύ επιχειρήσεων και ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών), καθώς και τα προγράμματα ατομικής κάλυψης.

1.1.1 Τα συστήματα της κύριας και της επικουρικής υποχρεωτικής ασφάλισης

Η ασφαλιστική κάλυψη των μισθωτών – εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα επιτυγχάνεται μέσω φορέων κύριας και επικουρικής ασφάλισης, ταμείων αλληλοβοήθειας για τον κίνδυνο της ασθένειας και φορέων που χορηγούν εφάπαξ παροχές. Το 2002 λειτουργούσαν περισσότεροι από 50 αντίστοιχοι φορείς. Οι φορείς αυτοί αποτελούν νομικά πρόσωπα που διοικούνται από διοικητικά συμβούλια με υποχρεωτική συμμετοχή εκπροσώπων των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων.

Σύμφωνα με την οργάνωση και τη διαμόρφωση του κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος στη χώρα μας, παρατηρούμε ότι τρεις είναι οι βασικοί ασφαλιστικοί φορείς υποχρεωτικής ασφάλισης, οι οποίοι καλύπτουν τη μεγαλύτερη μάζα του ασφαλιστικού πληθυσμού. Πρόκειται για το Ι.Κ.Α., τον Ο.Γ.Α. και το Τ.Ε.Β.Ε.. Είναι ουσιαστικά τεκμηριωμένο ότι η πρώτη απόπειρα οργάνωσης και θεμελίωσης ενός κοινωνικο-ασφαλιστικού συστήματος στην πατρίδα μας επιχειρήθηκε το 1929 και ολοκληρώθηκε το 1932 με την ψήφιση του νόμου «Περί Κοινωνικής ασφάλισης» (Ν. 5733/32). Αργότερα το 1934 ιδρύθηκε το Ι.Κ.Α. (Ν. 6298/34), το οποίο ξεκίνησε επίσημα τη λειτουργία του το 1937.

Σκοπός του συγκεκριμένου ασφαλιστικού φορέα υπήρξε η υποχρεωτική και καθολική ασφάλιση προσώπων, τα οποία, εντός των ορίων της χώρας, παρέχουν κατά κύριο επάγγελμα και έναντι αμοιβής εξαρτημένη εργασία, καθώς και των προς αυτά εξομοιωμένων⁵. Το Ι.Κ.Α. παρέχει πλήρη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, παροχές ασθένειας και μητρότητας σε χρήμα και συντάξεις (κύριες και επικουρικές) γήρατος, ασθένειας και θανάτου. Στο Ι.Κ.Α. είναι ασφαλισμένοι άμεσα όλοι οι μισθωτοί και έμμεσα τα μέλη των οικογενειών τους. Από το 1993 και μετά οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν οικονομική επιβάρυνση για τη συνταξιοδότησή τους, ενώ μέχρι τότε το κόστος αυτό ανήκε εξολοκλήρου στο Κράτος. Τα ειδικά ταμεία κύριας ασφάλισης καλύπτουν συγκεκριμένες κατηγορίες εργαζομένων που δεν υπάγονται στην ασφάλιση του ΙΚΑ. Βασική προϋπόθεση υπαγωγής στην ασφάλιση των ταμείων αυτών είναι η παροχή έμμεσης εξαρτημένης εργασίας ή η άσκηση συγκεκριμένης επαγγελματικής ειδικότητας. Η επικουρική κάλυψη των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα εξασφαλίζεται από ένα πλήθος φορέων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου, που χορηγούν πρόσθετες συνταξιοδοτικές παροχές με τη μορφή μηνιαίας σύνταξης ή εφάπαξ βοηθήματος. Ο γενικός φορέας επικουρικής συνταξιοδοτικής κάλυψης των μισθωτών είναι το ΙΚΑ και συγκεκριμένα ο κλάδος του με την ονομασία «Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων –

⁵ Σολωμός, Γ., (1999), *Η Κοινωνική Ασφάλιση σε μετάβαση (Απολογιστικά δεδομένα της πενταετίας 1994-1998)*, Εκδόσεις Λιβάνη, Α., Αθήνα 1999, σελ.26-27.

Τομέας Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ – TEAM)». Το ΙΚΑ-TEAM ιδρύθηκε το 1979 και εντάχθηκε στο ΙΚΑ το 1983.

Το Τ.Ε.Β.Ε. καλύπτει περίπου το 13% του ασφαλιστικού πληθυσμού. Σε αυτό το Ταμείο είναι ασφαλισμένοι οι βιοτέχνες και οι επαγγελματίες διαφόρων κατηγοριών ελεύθερων αυτοαπασχολούμενων επαγγελμάτων⁶. Σύμφωνα με το νόμο 1027/80 στο Τ.Ε.Β.Ε. ασφαλιζονται όλοι οι επαγγελματίες και βιοτέχνες οι οποίοι έχουν συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας τους και διαθέτουν επαγγελματική ή βιοτεχνική στέγη. Ωστόσο, η νομοθεσία δεν προσδιόριζε με σαφήνεια και ακρίβεια τις έννοιες «βιοτέχνης» και «επαγγελματίας» με αποτέλεσμα να επικρατεί σύγχυση και ασάφεια, αφού δεν προσδιοριζόταν επακριβώς ποιοι ασφαλισμένοι ανήκαν στις ανωτέρω κατηγορίες για να δικαιούνται παροχή ασφαλιστικής κάλυψης από το Τ.Ε.Β.Ε. Λύση έδωσε ο Ασφαλιστικός Νόμος Ν.2084/1992 και οι διευκρινίσεις του Υπουργείου Οικονομικών (1060739/408/0015/ ΠΟΛ1167/28-4-93), που καθόρισαν ποια επαγγέλματα και με ποιες προϋποθέσεις ασφαλιζονταν σε κάθε Ασφαλιστικό Ταμείο.

Η ασφαλιστική προστασία των αγροτών αποτελεί έναν από τους κύριους άξονες του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης λόγω της ιδιαίτερης ανάπτυξης του πρωτογενούς τομέα στη χώρα μας και της αυξημένης συμβολής των αγροτών στην οικονομία της Ελλάδας. Οι αγρότες καλύπτονται από έναν αυτοτελή ασφαλιστικό φορέα, τον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)⁷, που λειτουργεί με τη μορφή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου. Ο ΟΓΑ ιδρύθηκε το 1961 με το Ν. 4169/61, επιδιώκοντας την κάλυψη συγκεκριμένων ασφαλιστικών κινδύνων για τα άτομα που απασχολούνται προσωπικά και κατά κύριο επάγγελμα με την αγροτική οικονομία. Ο Οργανισμός καλύπτει επίσης ειδικές κατηγορίες αγροτών καθώς και πρόσωπα που εξομοιώνονται με αγρότες ως προς την ασφαλιστική τους προστασία. Ο Ο.Γ.Α. χορηγεί στους ασφαλισμένους του μια μικρή σύνταξη (για τους συνταξιούχους), καθώς και ιατροφαρμακευτική και υγειονομική περίθαλψη. Εκτός αυτών, ο Ο.Γ.Α. παρέχει αποζημίωση στους αγρότες ασφαλισμένους του σε περιπτώσεις καταστροφής της γεωργικής τους παραγωγής από δυσμενείς καιρικές συνθήκες (πάγο, χιόνι, πλημμύρες κ.ά.)⁸.

Για την προστασία από τον κίνδυνο της ανεργίας, ιδρύθηκε το 1954. ο Οργανισμός Απασχολήσεως, γνωστός σήμερα ως Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ)⁹. Ο Ο.Α.Ε.Δ. συμπεριλαμβάνεται στους ειδικούς φορείς ασφάλισης μισθωτών με χαρακτηριστικές προϋποθέσεις υπαγωγής. Οι προϋποθέσεις αυτές είναι οι εξής: α) Η παροχή έμμοισης εξαρτημένης εργασίας ως κύριο επάγγελμα, β) Η υπαγωγή σε κλάδο ασφάλισης ασθένειας του Ι.Κ.Α. ή άλλου οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης και γ) Η απασχόληση σε περιοχές που επεκτάθηκε η ασφάλιση ανεργίας. Ο Ο.Α.Ε.Δ. λειτουργεί ως ν.π.δ.δ. υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και χρηματοδοτείται άμεσα από τον Κρατικό Προϋπολογισμό και έμμεσα από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, οι οποίες αρχικά καταβάλλονται στο Ι.Κ.Α. και εν συνεχεία διαμέσου αυτού στον Ο.Α.Ε.Δ. Εκτός από την ασφαλιστική κάλυψη για την ανεργία, ο

⁶ Κρεμαλής, Κ., (1985), *Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1985, σελ.121-123.

⁷ Σταθόπουλος, Π., (1999), *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999, σελ. 191-194.

⁸ Υπολογίζεται ότι κάθε χρόνο καταστρέφεται περίπου το 7-8% της αγροτικής παραγωγής από τις δυσμενείς καιρικές συνθήκες. Η σχετική αποζημίωση καταβάλλεται ύστερα από πραγματογνωμοσύνη και αναφέρεται μόνο στο μέρος του εισοδήματος που χάθηκε από την κατεστραμμένη παραγωγή του συγκεκριμένου έτους.

⁹ Κρεμαλής, Κ., (1985), *Δίκαιο Κοινωνικών...*, ο.π., σελ.109-111 και Σταθόπουλος, Π., (1999), *Κοινωνική Πρόνοια...*, ο.π., σελ. 192-193.

Ο.Α.Ε.Δ. χορηγεί στους δικαιούχους οικογενειακά επιδόματα, με την προϋπόθεση να είναι άνεργοι χωρίς δική τους υπαιτιότητα, δηλαδή να επιθυμούν να εργαστούν αλλά να μη βρίσκουν εργασία ή να αδυνατούν ν' απασχοληθούν σε θέση αντίστοιχη με τα προσόντα τους. Επίσης έχει διευρύνει ιδιαίτερα τις δραστηριότητές του και συμβάλλει αποφασιστικά στην επαγγελματική κατάρτιση και επιμόρφωση του εργατικού δυναμικού της χώρας. Εξάλλου εκπονεί και οργανώνει προγράμματα που αποσκοπούν στον επαγγελματικό προσανατολισμό, στην παροχή κοινωνικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών από διαφόρους ειδικούς και επιστήμονες, προκειμένου να αντιμετωπισθεί προληπτικά ο κίνδυνος της ανεργίας.

Οι ασφαλιστικοί οργανισμοί παρέχουν τις υπηρεσίες κοινωνικής ασφάλισης, επιτελούν έργο κοινωνικού χαρακτήρα στηριζόμενοι στην αλληλεγγύη των γενεών και στερούνται οποιουδήποτε κερδοσκοπικού σκοπού. Κύρια γνωρίσματα του εθνικού συστήματος κύριας και επικουρικής συνταξιοδότησης είναι ο δημόσιος, καθολικός, υποχρεωτικός και αναδιανεμητικός του χαρακτήρας ενώ το οικονομικό σύστημα λειτουργίας του είναι το διανεμητικό.

Στην Ελλάδα η κύρια ασφάλιση παρέχεται από τους φορείς κύριας ασφάλισης οι οποίοι είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, τα οποία διέπονται από το δημόσιο δίκαιο, ασκούν εντός του κύκλου της δραστηριότητάς τους δημόσια εξουσία και σκοπός τους είναι η κάλυψη των εργαζομένων για τους ασφαλιστικούς κινδύνους του γήρατος, της αναπηρίας, του θανάτου, ασθένειας και μητρότητας, του εργατικού ατυχήματος, της επαγγελματικής ασθένειας κ.ά.

Η επικουρική κάλυψη των εργαζομένων παρέχεται από πλήθος φορέων επικουρικής ασφάλισης, οι οποίοι είναι κατά κανόνα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ν.π.δ.δ.), και σε ένα πολύ μικρό αριθμό, νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (ν.π.ι.δ.), αλληλοβοηθητικά σωματεία, τα οποία αποτελούν ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς επικουρικής ασφάλισης ιδρυόμενους από τα επαγγελματικά σωματεία εργαζομένων. Το είδος προστασίας που προσφέρουν οι φορείς επικουρικής ασφάλισης είναι, κατά βάση, η παροχή σύνταξης στις περιπτώσεις γήρατος, αναπηρίας και θανάτου.

Η υπαγωγή των εργαζομένων στους ασφαλιστικούς οργανισμούς κύριας και επικουρικής ασφάλισης είναι υποχρεωτική. Οι ασφαλιστικοί φορείς κύριας και επικουρικής ασφάλισης χορηγούν στους ασφαλισμένους και τους δικαιούχους παροχές σε είδος ή σε χρήμα που καταβάλλονται περιοδικά (μηνιαία) ή εφάπαξ.

Ο σχεδιασμός των δημόσιων πολιτικών ασφάλισης γίνεται από την κεντρική διοίκηση και συγκεκριμένα από το Υπουργείο Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας, το οποίο συντονίζει και εποπτεύει κατά κύριο λόγο το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Τόσο οι φορείς της κύριας όσο και εκείνοι της επικουρικής ασφάλισης διοικούνται από συλλογικό όργανο, που είναι το Διοικητικό Συμβούλιο, στο οποίο συμμετέχουν εκπρόσωποι των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων, εκπρόσωποι των εργοδοτών, εκπρόσωποι του Κράτους (ειδικός επιστήμονας στα ασφαλιστικά), εκπρόσωπος των εργαζομένων του φορέα (αιρετός) και ο Κυβερνητικός Επίτροπος. Ο τρόπος διοίκησης του κάθε φορέα προβλέπεται από γενικές αλλά και επιμέρους διατάξεις των Καταστατικών τους. Οι φορείς διαθέτουν λογιστική και οικονομική αυτοτέλεια.

Οι φορείς κύριας ασφάλισης χρηματοδοτούνται από εισφορές εργαζομένων, εισφορές εργοδοτών, τακτική συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού, έκτακτη κρατική επιχορήγηση και πόρους από την αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης, ενώ οι φορείς επικουρικής ασφάλισης χρηματοδοτούνται από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών και πόρους από την αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των οργανισμών αυτών. Το

σύστημα κύριας και επικουρικής ασφάλισης λειτουργεί με βάση το διανεμητικό σύστημα (pay-as-you-go).

1.1.2 Τα συστήματα συμπληρωματικής ασφάλισης και των επικουρικών ταμείων

Στην Ελλάδα εισάγεται, για πρώτη φορά, ο θεσμός της επαγγελματικής ασφάλισης με το Ν.3029/2002, σύμφωνα με τις διατάξεις του οποίου παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία τελούν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και τον έλεγχο της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής.

Το όλο θεσμικό πλαίσιο διαπνέεται και διέπεται από τις ρυθμίσεις της οδηγίας 2003/41/ΕΚ για τις δραστηριότητες και την εποπτεία των ιδρυμάτων επαγγελματικών συνταξιοδοτικών παροχών.

Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης έχουν ως σκοπό την παροχή συμπληρωματικής ασφαλιστικής προστασίας, πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση (κύρια και επικουρική), για τους ασφαλιστικούς κινδύνους γήρατος, αναπηρίας, θανάτου, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας και διακοπής της εργασίας. Οι παροχές που χορηγούν στους ασφαλισμένους και τους δικαιούχους μπορεί να είναι σε είδος ή σε χρήμα και καταβάλλονται περιοδικά (μηνιαία) ή εφάπαξ.

Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης ιδρύονται προαιρετικά ανά επιχείρηση, κλάδο ή κλάδους εργαζομένων, με πρωτοβουλία των εργαζομένων ή των εργοδοτών ή με συμφωνία των εργοδοτών και των εργαζομένων ή με πρωτοβουλία των αυτοτελών απασχολούμενων ή των ελεύθερων επαγγελματιών ή των αγροτών ή των συνδικαλιστικών τους οργανώσεων, υπό την προϋπόθεση ότι ο αριθμός των ασφαλιζόμενων υπερβαίνει τους εκατό. Η υπαγωγή των εργαζομένων στην ασφάλιση των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης είναι προαιρετική.

Κάθε εργαζόμενος στην επιχείρηση ή τον κλάδο ή τους κλάδους που λειτουργεί ταμείο επαγγελματικής ασφάλισης έχει δικαίωμα να ασφαλιζεται σε ταμείο που λειτουργεί στον επαγγελματικό του χώρο, χωρίς να απαιτείται η συμμετοχή του σε συνδικαλιστική οργάνωση. Κάθε αυτοτελώς απασχολούμενος, κάθε ελεύθερος επαγγελματίας και κάθε αγρότης έχει δικαίωμα να ασφαλιζεται σε ταμείο επαγγελματικής ασφάλισης που λειτουργεί στον επαγγελματικό του χώρο χωρίς να απαιτείται η συμμετοχή του σε επαγγελματική οργάνωση. Τα καταστατικά των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης δεν επιτρέπεται να αποκλείουν την ασφάλιση των προσώπων που έχουν δικαίωμα να υπαχθούν σε αυτά ή να θέτουν προϋποθέσεις που εισάγουν διακρίσεις μεταξύ των προσώπων που έχουν δικαίωμα υπαγωγής. Ο ασφαλισμένος έχει δικαίωμα να επιλέξει σε ποια ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης θα υπαχθεί στην περίπτωση που έχει δικαίωμα υπαγωγής σε περισσότερα ταμεία.

Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης που χρηματοδοτούνται και από εργοδότες διοικούνται από Διοικητικό Συμβούλιο, στο οποίο μετέχουν οι ασφαλισμένοι – συνταξιούχοι και οι εργοδότες, όπως ειδικότερα το καταστατικό ορίζει. Τα υπόλοιπα ταμεία διοικούνται όπως το καταστατικό ορίζει.

Οι πόροι των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης είναι οι τακτικές και έκτακτες εισφορές των ασφαλισμένων, οι τακτικές και έκτακτες εισφορές των εργοδοτών, οι πρόσοδοι περιουσίας, η απόδοση των κεφαλαίων και αποθεματικών και κάθε άλλο έσοδο (π.χ. δωρεές, κληροδοτήματα).

Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης που χορηγούν συνταξιοδοτικές παροχές λειτουργούν με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα.

1.1.3 Η χρηματοδότηση του ασφαλιστικού συστήματος

Οι Οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης (Ταμεία υγείας και κλάδοι υγείας) αποτελούν μία από τις βασικές πηγές χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, καλύπτοντας το μεγαλύτερο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και σημαντικό μέρος του κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων τους. Ειδικότερα για την κάλυψη των παροχών ασθένειας των ασφαλισμένων τους, πληρώνουν τους μισθούς των γιατρών και του λοιπού προσωπικού που απασχολούν, καλύπτουν τα έξοδα των νοσοκομείων και των πολυϊατρείων ιδιοκτησίας τους και αποζημιώνουν τους συμβεβλημένους με αυτούς ιδιώτες γιατρούς καθώς και τα ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές (όπως επίσης και τα δημόσια νοσοκομεία) για τις υπηρεσίες που παρέχουν στους ασφαλισμένους τους.

Η κύρια πηγή εσόδων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης προέρχεται από τις εισφορές των εργαζομένων και φθάνει το 65 % των συνολικών εσόδων. Στις εισφορές των εργοδοτών περιλαμβάνονται επίσης και οι εισφορές των αυτοαπασχολούμενων. Γενικότερη διαπίστωση είναι ότι υφίστανται μεγάλες ανισότητες μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης όσον αφορά την αναλογία της εισφοράς ή τις εισφορές από διάφορες πηγές προς τα Ταμεία. Ενώ οι πηγές χρηματοδότησης του ΙΚΑ, του ΤΕΒΕ και των Ταμείων των υπαλλήλων των τραπεζών προέρχονται κυρίως από τις εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων, οι πηγές άλλων ταμείων προέρχονται από τη γενική φορολογία (όπως ο ΟΓΑ και το ΝΑΤ) ή από κοινωνικούς πόρους. Η επιχορήγηση από τον κρατικό προϋπολογισμό, ως έσοδο της κοινωνικής ασφάλισης, συνεχώς αυξάνεται εξαιτίας του σταθερά διευρυνόμενου ελλείμματος των ασφαλιστικών ταμείων, ιδιαίτερα στον κλάδο των συντάξεων. Το μεγαλύτερο τμήμα των χρηματοδοτήσεων προς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς κατανέμεται στο ΙΚΑ, τον ΟΓΑ, το ΝΑΤ και το ΤΕΒΕ.

Ειδικότερα για τα ταμεία υγείας και τους κλάδους υγείας, την κύρια πηγή εσόδων αποτελούν οι εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων, η οποία αντιπροσωπεύει το 77,5% των συνολικών εσόδων για το 1990. Οι κρατικές επιχορηγήσεις παρουσιάζουν αυξητικές τάσεις, αλλά αποτελούν τη σχετικά μικρότερη πηγή εσόδων για τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, διότι οι κλάδοι υγείας εμφανίζουν πλεονασματικούς προϋπολογισμούς, λόγω της πολιτικής χαμηλών αμοιβών προς τους παραγωγούς (γιατροί, νοσοκομεία). Η κατάσταση όμως αυτή φαίνεται να αλλάζει μετά το 1992, εξαιτίας των αυξήσεων στα νοσήλια που πληρώνουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα από το 1993 και μετά, σύμφωνα με τα στοιχεία των Κοινωνικών Προϋπολογισμών, τη δημιουργία ελλειμμάτων στους κλάδους της ασθένειας, ιδιαίτερα του ΙΚΑ, του ΤΕΒΕ και άλλων μεγάλων ταμείων¹⁰.

Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλισης περιλαμβάνει διαφορετικούς μηχανισμούς για τους δύο πυλώνες. Έτσι ο πρώτος πυλώνας του δημόσιου συστήματος ασφάλισης στηρίζεται κατά βάση σε ένα τριμερές μοντέλο χρηματοδότησης (κράτος – εργοδότες – εργαζόμενοι), ενώ ο δεύτερος πυλώνας των επαγγελματικών ταμείων χρηματοδοτείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

Οι φορείς και οι παροχές του πρώτου πυλώνα χρηματοδοτούνται από σύνθετους μηχανισμούς που περιλαμβάνουν:

- εισφορές εργαζομένων
- εισφορές εργοδοτών

¹⁰ Μωραϊτης, Ε., (2004), *Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» του ΤΕΙ Πειραιά και Πανεπιστημίου Πειραιά, Αθήνα 2004

- τακτική συμμετοχή του κρατικού προϋπολογισμού
- κοινωνικούς πόρους (έμμεσοι φόροι)
- έκτακτη κρατική επιχορήγηση
- πόρους από την αξιοποίηση της κινητής και ακίνητης περιουσίας των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης.

Οι δαπάνες για την ανάπτυξη του πρώτου πυλώνα ασφάλισης αντιστοιχούν στη βασική κοινωνική δαπάνη του ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η εξέλιξή τους χαρακτηρίζεται από ραγδαία αύξηση κατά τη διάρκεια της περιόδου 1970-2000 ¹¹.

Η χρηματοδότηση του δεύτερου πυλώνα που εισάγεται θεσμικά το 2002 μέσω των ρυθμίσεων για τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης καλύπτεται αποκλειστικά από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης που χορηγούν συνταξιοδοτικές παροχές λειτουργούν μάλιστα με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα. Πόροι των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης αποτελούν οι:

- τακτικές και έκτακτες εισφορές των ασφαλισμένων
- οι τακτικές και έκτακτες εισφορές των εργοδοτών
- οι πρόσοδοι περιουσίας και η απόδοση των κεφαλαίων και αποθεματικών τους.

Τα ταμεία υποχρεούνται στη δημιουργία αποθεματικών που καλύπτουν τις υποχρεώσεις οι οποίες αναλαμβάνονται έναντι των ασφαλισμένων και των δικαιούχων παροχών. Επιτρέπεται η αξιοποίηση των αποθεματικών υπό τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- ποσοστό μέχρι 10% των τεχνικών αποθεματικών επενδύεται σε ακίνητα
- ποσοστό μέχρι 70% των τεχνικών αποθεματικών επενδύεται σε μετοχές και ομολογίες εταιρειών
- ποσοστό μέχρι 20% των τεχνικών αποθεματικών τους επενδύεται σε έντοκα γραμμάτια και τραπεζικές καταθέσεις.

Επίσης, επιτρέπεται μέχρι ποσοστού 5% των τεχνικών αποθεματικών του ταμείου η επένδυση σε χρηματοοικονομικά μέσα που εκδίδει η ίδια η επιχείρηση που έχει συστήσει το ταμείο ¹².

1.2 Η ιδιωτική ασφάλιση

Ως ασφάλιση (ιδιωτική) ορίζεται η συγκέντρωση τυχαίων και απρόβλεπτων κινδύνων με τη μεταφορά τους στους ασφαλιστές (φυσικά πρόσωπα – ιδιώτες ή ν.π.ι.δ.), που συμφωνούν, έναντι ασφαλιστρού να αποζημιώσουν τους ασφαλισμένους για τις τυχαίες ζημιές ή να παρέχουν άλλες χρηματικές παροχές ή υπηρεσίες, που συνδέονται με τον κίνδυνο ¹³.

¹¹ Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Διεύθυνση Οικονομικού), *Εισηγητική Έκθεση Κοινωνικού Προϋπολογισμού 2002*, σελ.28.

¹² Γενική Συνομοσπονδία Εργατοϋπαλλήλων Ελλάδος (ΓΣΕΕ – 2001), *Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης*, ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, Μηνιαίο Περιοδικό του Ινστιτούτου Εργασίας της ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Τεύχος 69, Μάρτιος 2001.

¹³ Νεκτάριος, Μ., (1998), *Εισαγωγή στην ιδιωτική ασφάλιση* (Γ' Έκδοση), Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα 1998, σελ. 48.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας, η οποία συνοδεύεται από την επένδυση σημαντικών κεφαλαίων, που κατά κύριο λόγο επενδύονται στη ραγδαία αναπτυσσόμενη ιατρική τεχνολογία. Η εμπλοκή αυτή του ιδιωτικού επιχειρηματικού τομέα στο χώρο της υγείας, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία κάλυψης των αναγκών των ατόμων για υπηρεσίες υγείας από το δημόσιο σύστημα, η οποία οδήγησε στην αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες και συνεπώς στη δημιουργία προοπτικών για σημαντικά κέρδη.

Χωρίς μάλιστα κεντρικά σχεδιασμένη πολιτική ιδιωτικοποιήσεων, η αύξηση του ρόλου του ιδιωτικού τομέα, οφείλεται στο γεγονός ότι η ζήτηση που δεν καλύπτεται από το δημόσιο τομέα, καλύπτεται όλο και περισσότερο, από τον ιδιωτικό. Δεν παρατηρείται δηλαδή υποκατάσταση της δημόσιας από την ιδιωτική παροχή, αλλά απλώς σταδιακή είσοδος περισσότερων ιδιωτικών φορέων στο χώρο ¹⁴.

Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλει και η ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια του κλάδου υγείας στα πλαίσια της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία αποτελεί μια πρόσθετη πηγή χρηματοδότησης για τους συμβεβλημένους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Συγχρόνως, διαφαίνεται η τάση εισόδου ορισμένων ασφαλιστικών εταιρειών στο χώρο της περίθαλψης, η οποία εκτιμάται ότι θα επιφέρει σημαντικές ανακατατάξεις στον κλάδο, με την δημιουργία κλειστών αγορών (προσφορά και ζήτηση).

Η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει τους κινδύνους που η κοινωνική ασφάλιση είτε αφήνει στην πρωτοβουλία του ατόμου, είτε η ίδια αδυνατεί να τους καλύψει ικανοποιητικά ή επαρκώς. Άλλες φορές πάλι ορισμένα φυσικά ή νομικά πρόσωπα εξαιρούνται από τους όρους υπαγωγής στην κοινωνική ασφάλιση και επομένως αναγκάζονται να προσφύγουν στην ιδιωτική ασφάλιση. Έτσι, μπορούμε να πούμε πως η ιδιωτική ασφάλιση αναλαμβάνει κατά κάποιον τρόπο να συμπληρώσει και να καλύψει τα κενά της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης.

Η παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης γίνεται διαρκώς ολοένα και περισσότερο απαραίτητη προκειμένου η τελευταία να καλύψει την αδυναμία των συστημάτων πρόνοιας που βασίζονται στις εισφορές, να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του ασφαλιστικού πληθυσμού μέσω της κάλυψης των κοινωνικών κινδύνων. Παράγοντες όπως, οι αρνητικές δημογραφικές εξελίξεις, η ανεργία, το υψηλό κόστος περίθαλψης κ.ά. έχουν σαν αποτέλεσμα τη διόγκωση των εισφορών για τον ενεργό εργασιακό πληθυσμό και τη μείωση των κοινωνικών παροχών. Έτσι, λοιπόν, σύμφωνα με τον Καθηγητή Δικαίου Κ. Κρεμαλή, *παρατηρείται ένας περιορισμός του πεδίου εφαρμογής των δημόσιων συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και μία αύξηση των προϋποθέσεων υπαγωγής στην κοινωνική ασφάλιση, ενώ παράλληλα ενθαρρύνεται με διάφορα μέτρα η προσφυγή στην ιδιωτική ασφάλιση, που λειτουργεί με τους κανόνες της οικονομίας της αγοράς* ¹⁵.

Μολονότι, η στροφή του ασφαλιστικού κοινού προς την ιδιωτική ασφάλιση προσδίδει σημαντικά συγκριτικά πλεονεκτήματα σε σχέση με την κοινωνική, όπως ο κεφαλαιοποιητικός και αναδιανεμητικός της χαρακτήρας που την καθιστούν περισσότερο φερέγγυα και αποτελεσματική, η απαλοιφή των υποχρεωτικών εισφορών, η επίλυση μέσω της ιδιωτικοποίησης των οικονομικών προβλημάτων της κοινωνικής προστασίας δίχως αύξηση των φόρων, η καλλιέργεια μεγαλύτερης υπευθυνότητας και ασφαλιστικής συνείδησης από τους πολίτες, η αποτελεσματικότερη, ορθολογικότερη και πιο ευέλικτη οργάνωση των ασφαλιστικών φορέων μέσω της εισαγωγής στοιχείων αγοράς και

¹⁴ Σουλιώτης, Κ., (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση (Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία), Αθήνα 2000, σελ. 155.

¹⁵ Κρεμαλής, Κ., (1996), *Προβλήματα οριοθέτησης της ιδιωτικής από την κοινωνική ασφάλιση (περιθώρια συμπλήρωση ή και μερικής υποκατάστασης της κοινωνικής από την ιδιωτική ασφάλιση)*, Εκδόσεις Αντ.Ν.Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1996, σελ. 104.

ανταγωνισμού, ωστόσο όμως ορισμένες ιδιαιτερότητες¹⁶ που χαρακτηρίζουν την ιδιωτική ασφάλιση, θέτουν σε αμφισβήτηση τη δυνατότητα της τελευταίας να υποκαταστήσει επαρκώς ή μερικώς την κοινωνική ασφάλιση, εξαιτίας του γεγονότος πως η ιδιωτική ασφάλιση λόγω αυτών των ιδιαιτεροτήτων δεν διέπεται από την καθολικότητα και υποχρεωτικότητα που χαρακτηρίζουν την κοινωνική ασφάλιση.

Στους ιδιωτικούς φορείς υπό την ευρεία έννοια του όρου εντάσσονται, εκτός από τις ασφαλιστικές εταιρείες, οι ενώσεις των εργοδοτών, οι συνεταιρισμοί, τα συνδικάτα, τα σωματεία αλληλοβοήθειας, οι ενώσεις κοινωφελών σκοπών κ.ά. Η δράση όλων αυτών των κοινωνικών ομάδων διέπεται από τους κανόνες ιδιωτικού δικαίου. Δηλαδή, δεν υπόκεινται σε κανέναν άλλον πολιτικό έλεγχο, παρά μόνο στη γενική νομολογία του κράτους. Οι παροχές τους προέρχονται από αυτοχρηματοδότηση και ειδικότερα είτε από εσωτερικά αυτόνομες ρυθμιζόμενες πηγές (π.χ. οι συνδρομές των μελών τους), είτε από εξωτερικές άλλες ενισχύσεις¹⁷.

1.2.1 Οι διακρίσεις της ιδιωτικής ασφάλισης

Η ιδιωτική ασφάλιση, η οποία διακρίνεται για τον κεφαλαιοποιητικό και ανταποδοτικό της χαρακτήρα περιλαμβάνει δύο (2) μεγάλες κατηγορίες, την *ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση* και την *ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση*.

1.2.1.1 Ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση

Η ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση, μέρος της οποίας αποτελεί η *επικουρική ασφάλιση*, παρέχεται από Ταμεία ν.π.ι.δ. ή από Ειδικούς Λογαριασμούς, που η δημιουργία τους απορρέει από συλλογικές συμβάσεις εργασίας.

Στόχος της είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των κοινωνικοασφαλιστικών αναγκών των ασφαλισμένων και όχι η επίτευξη – μεγιστοποίηση του κέρδους.

Αποτελεί κατά κάποιον τρόπο συνθετικό μείγμα δύο χαρακτηριστικών συστημάτων ασφάλισης, του μοντέλου Bismarck που επικράτησε στη Γερμανία βασιζόμενο στην κοινωνική ασφάλιση (εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων) και του μοντέλου Beveridge που επικράτησε στη Μ. Βρετανία βασιζόμενο στον κρατικό προϋπολογισμό.

Η επικουρική ασφάλιση (που παρέχεται από την ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση) αναπτύχθηκε στη βάση των εξής δύο αρχών: α). από τη μία αναπτύχθηκε σε επίπεδο επαγγελματικών κλάδων ή σε επίπεδο επιχειρήσεων μέσω των συλλογικών συμβάσεων και β). σε επίπεδο μεμονωμένων ασφαλιστικών ταμείων αποτελώντας συμπληρωματική ασφάλιση στην ήδη υπάρχουσα κύρια υποχρεωτική ασφάλιση του πρώτου πυλώνα του ασφαλιστικού μας συστήματος¹⁸.

¹⁶ Τέτοιες ιδιαιτερότητες που διέπουν την οργάνωση και λειτουργία της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η επιλογή των κινδύνων που θα καλυφθούν, η μη ανανέωση του ασφαλιστήριου συμβολαίου κατά τη συμβατική του λήξη, η επιδείνωση του καλυπτόμενου κινδύνου κατά τη διάρκεια ισχύος του συμβολαίου, η ακύρωση του ασφαλιστήριου συμβολαίου μετά το ατύχημα, η ατομική κοστολόγηση των ασφαλιστικών κινδύνων, η εξασθένιση της έννοιας της κοινωνικής αλληλεγγύης, η όξυνση των ανισοτήτων σε επίπεδο παροχών (λιγότερο και περισσότερο αμειβόμενοι ασφαλισμένοι), ο κίνδυνος πτώχευσης της ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας, η συμμετοχή στο κόστος ασφάλισης ορισμένων διοικητικών δαπανών κλπ.

¹⁷ Κρεμαλής, Κ., (1996), *Προβλήματα οριοθέτησης της...ό.π.*, σελ. 90.

¹⁸ Ρομπόλης, Σ. – Χλέτσος, Μ., (εισήγηση), *Τα οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα. Η περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα*, Ε' Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα (Θέμα: Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού), Αθήνα 23 – 26 Νοεμβρίου 1994.

1.2.1.2 Ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση

Η ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση παρέχεται από ιδιωτικές επιχειρήσεις.

Στόχος της είναι η κάλυψη διαφόρων ασφαλιστικών κινδύνων και προσφέρεται από ασφαλιστικές εταιρείες ιδιωτικού δικαίου.

Σε αντίθεση με την ιδιωτική μη κερδοσκοπική ασφάλιση, κύριο μέλημα της δεν είναι η ικανοποίηση των απαιτήσεων και προσδοκιών των ασφαλισμένων μέσω της κάλυψης των κοινωνικοασφαλιστικών τους κινδύνων, αλλά η κάλυψη των ασφαλιστικών κινδύνων με απώτερο στόχο επίτευξη του μέγιστου δυνατού κέρδους, αφού δρα με καθαρά ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια.

1.3 Οι λόγοι «στροφής» του πληθυσμού προς την ιδιωτική ασφάλιση

Οι κυριότεροι λόγοι για τους οποίους το ασφαλιστικό κοινό, προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και να καλύψει τους ασφαλιστικούς του κινδύνους, στρέφεται προς την κατανάλωση υπηρεσιών και αγαθών που διατίθενται από τον ιδιωτικό τομέα μπορούν να συγκεντρωθούν στα εξής έξι (6) βασικά σημεία ¹⁹:

- ο πολυκερματισμός και η υπανάπτυξη του εθνικού υγειονομικού συστήματος, καθώς και η αδυναμία αναβάθμισής του μέσω κατάλληλων και ορθολογικών μεταρρυθμιστικών πολιτικών – πρακτικών
- η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη, ο κατακερματισμός και η πολυμορφία του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος, που οδηγούν πολλές φορές στη μη χρήση της ασφάλισης ασθένειας από τους ασφαλισμένους
- η χαμηλή ποιότητα και η έλλειψη αξιοπιστίας στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας
- η ελεύθερη επιλογή ιατρού, θεραπευτηρίου ή διαγνωστικού κέντρου, ξενοδοχειακού επιπέδου νοσηλείας, φαγητού, ωρών επισκέψεων, χρόνου λήψης υπηρεσιών υγείας κλπ.
- η πολιτική περιορισμού – καθήλωσης των τιμών στις υπηρεσίες υγείας, η οποία σε συνδυασμό με την ελλιπή πολλές φορές ασφαλιστική κάλυψη, δημιουργήσε τις προϋποθέσεις για "πρόσθετες πληρωμές"
- η αύξηση των ατομικών - οικογενειακών εισοδημάτων, η αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων και η διαμορφωθείσα κουλτούρα των Ελλήνων ασθενών, οι οποίοι συνηθίζουν πολλές φορές να εξαντλούν τα περιθώρια διάγνωσης και θεραπείας, καταφεύγοντας σε διαφορετικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας (ιατρούς, διαγνωστικά εργαστήρια κλπ.)
- η εμφάνιση φαινομένων ιατρικού πληθωρισμού και η ραγδαία ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, που συνθέτουν έναν ιδιαίτερα διευρυμένο ιδιωτικό τομέα, ο οποίος βασισμένος στις αδυναμίες του δημόσιου συστήματος, χρησιμοποιεί διάφορες μεθόδους για την αύξηση των κερδών του.

1.4 Οι ιδιωτικές πληρωμές

Η εξασφάλιση μία όσο το δυνατόν καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης του πολίτη είναι βασικό καθήκον μίας ευνομούμενης και συντεταγμένης πολιτείας. Όλα τα προηγμένα κράτη του κόσμου, δίνουν σημαντική έμφαση στον τομέα αυτό μέσω κυρίως

¹⁹ Σουλιώτης, Κ., (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα...*, ό.π., σελ. 125-127

της ανάπτυξης σύγχρονων δημοσίου χαρακτήρα συστημάτων υγείας. Παράλληλα όμως βασική συνιστώσα αυτών των συστημάτων είναι η ελευθερία επιλογής του ασθενή, του πολίτη, να επιλέξει το γιατρό του. Στο πλαίσιο αυτό σε όλες τις χώρες του κόσμου συνυπάρχουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας υγείας, όπως επίσης οι δημόσιες και ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας²⁰.

Και στη χώρα μας η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος οι Έλληνες πολίτες δείχνουν χρόνο με το χρόνο αυξημένη εμπιστοσύνη στις ασφαλιστικές εταιρείες και τις καλύψεις που αυτές προσφέρουν. Υπολογίζεται ότι στα τέλη του 2002 περίπου 963.690 άνθρωποι καλύπτονται από παροχές Νοσοκομειακής Περίθαλψης μέσω ατομικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων και 745.907 άνθρωποι καλύπτονται από παροχές Νοσοκομειακής Περίθαλψης μέσω ομαδικών ασφαλιστηρίων. Επειδή πολλοί από τους καλυπτόμενους από ομαδικό ασφαλιστήριο έχουν συνάψει και ατομική ασφαλιστική σύμβαση, το σύνολο των ατόμων που καλύπτονται από ομαδικό ή ατομικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο κάλυψης εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης, υπολογίζεται περίπου σε 1.300.000.

Είναι χαρακτηριστικό ότι από τους ανωτέρω ασφαλισμένους, κατά το έτος 2002, αποζημιώθηκαν 280.706 άτομα, που έτυχαν αξιοπρεπούς περίθαλψης χωρίς να επιβαρυνθούν οι ίδιοι το κόστος, το οποίο ανέρχεται σε 332 εκατομ. €. Δηλαδή κάθε ημέρα η ασφαλιστική αγορά κατέβαλλε ένα εκατομ. € σε αποζημιώσεις. Από τους ανωτέρω αποζημιωθέντες, 183 νοσηλεύτηκαν στο εξωτερικό με συνολικό κόστος 3,14 εκατ. € ενώ σε 557 περιπτώσεις το ύψος της αποζημίωσης ξεπέρασε τα 30.000 €. Θα πρέπει δε να τονιστεί, ότι το σύνολο σχεδόν των προαναφερθέντων ποσών κατεβλήθη σε ιδιωτικούς φορείς υγείας. Τα παραπάνω μεγέθη έχουν τεράστια σημασία για δύο λόγους: Πρώτον, γιατί αποδεικνύουν ότι η ιδιωτική ασφάλιση καταβάλλει τεράστια ποσά για την προστασία ή/και την αποκατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων της και δεύτερον, γιατί αποδεικνύουν ότι η ιδιωτική ασφάλιση – στο βαθμό που αναλογεί στις καλύψεις υγείας που παρέχει – μειώνει την επιβάρυνση των κρατικών φορέων (ταμεία υγείας και δημόσια νοσοκομεία) ενώ, παράλληλα, τροφοδοτεί την ιδιωτική πρωτοβουλία στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, με προφανείς θετικές επιπτώσεις στις ιδιωτικές επενδύσεις, την απασχόληση, τα φορολογικά έσοδα του κράτους κλπ.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι πλέον αναπόσπαστο τμήμα του συνολικού συστήματος εξασφάλισης μιας αξιοπρεπούς υγειονομικής περίθαλψης των Ελλήνων πολιτών. Βέβαια, κάτι τέτοιο δε σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και «τριβές» στις σχέσεις ασφαλιστικών εταιρειών και ασφαλισμένων. Άλλωστε ο βασικότερος λόγος για τον οποίο οι μη κάτοχοι ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας δεν έχουν συνάψει ασφαλιστήριο συμβόλαιο είναι το κόστος αυτού. Το κόστος των παροχών υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί όχι μόνο πρόβλημα των ασφαλιστικών εταιρειών αλλά και των δημοσίων συστημάτων ασφάλισης υγείας. Ο ιατρικός λεγόμενος πληθωρισμός είναι ιστορικά πολύ υψηλότερος του μέσου πληθωρισμού μίας οικονομίας λόγω των ιδιομορφιών που παρουσιάζει η αγορά υγείας, αλλά και του αυξημένου κόστους που συνεπάγεται η έρευνα και οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, ενώ δεν πρέπει να μην λάβουμε υπόψη τον παράγοντα «ιατρός» και της σημαντικής θέσης που κατέχει αυτός στο όλο σύστημα τεχνολογικά επιτεύγματα για πολλούς και διαφόρους λόγους²¹.

Δεν είναι λοιπόν τυχαίο που διεθνώς οι συζητήσεις είναι πολλές για την ανάγκη τιθάσευσης των δαπανών δημοσίων και ιδιωτικών στο τομέα της υγείας. Και οι

²⁰ Δημητρίου, Π., (άρθρο), *Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας συμπληρωματική δύναμη του δημοσίου συστήματος υγείας*, Αθήνα 2003.

²¹ Δημητρίου, Π., (άρθρο), *Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας...*, ό.π.

ασφαλιστικές εταιρείες παρακολουθούν στενά τις εξελίξεις και προσαρμόζουν ανάλογα την πολιτική τους. Πάντως βασικό κριτήριο στη διαμόρφωση των ασφαλιστικών τους προγραμμάτων είναι να παρέχονται όσο το δυνατόν πληρέστερες καλύψεις με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Στο πλαίσιο αυτό η ασφαλιστική αγορά βρίσκεται σε συνεχείς συζητήσεις με τους εκπροσώπους των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και γιατρούς προκειμένου να συγκρατηθεί το κόστος σε όσο το δυνατόν χαμηλότερα επίπεδα χωρίς να μειωθεί από την άλλη πλευρά η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Οι ιδιωτικές πληρωμές για υπηρεσίες υγείας, αφορούν ²²:

- τις αμοιβές των ιδιωτών ιατρών και των διαγνωστικών κέντρων, που δεν έχουν σύμβαση με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή
- τη θεσμοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχει το ΕΣΥ
- τη διαφορά που πολλές φορές προκύπτει μεταξύ του κόστους που πληρώνουν οι ασθενείς στους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και στα ποσά που εγκρίνονται από τους ασφαλιστικούς τους φορείς
- στα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για ασφάλιση υγείας

Οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας αφορούν περισσότερο την εξωνοσοκομειακή (68%) και λιγότερο στη φαρμακευτική (17%) και νοσοκομειακή περίθαλψη (15%), ενώ σχετικά με την περιφερειακή κατανομή τους, φαίνεται να συσχετίζονται με τους δείκτες διαθεσιμότητας και πιο συγκεκριμένα με την αναλογία των γιατρών και των νοσοκομειακών κλινών με τον πληθυσμό ²³.

Συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, η Ελλάδα παρουσιάζει ένα πολύ υψηλό ποσοστό ιδιωτικών δαπανών υγείας (40% σε σχέση με τις συνολικές δαπάνες υγείας), με τη σύγκριση να γίνεται ακόμη δυσμενέστερη αν υπολογίσουμε και την υψηλή παραοικονομία που προκύπτει από τις αθέμιτες και μη καταχωρημένες οικονομικές συναλλαγές στο χώρο της υγείας. Το μέγεθος της παραοικονομίας αυτής είναι δύσκολο να υπολογιστεί, ενώ δυσχεραίνεται ακόμη περισσότερο ο υπολογισμός του λόγω της γενικότερης παραοικονομικής δραστηριότητας που παρουσιάζεται στην χώρα μας, η οποία οδηγεί πολλές φορές σε υποεκτίμηση του ΑΕΠ και κατά συνέπεια σε διόγκωση του ποσοστού των δαπανών υγείας σε αυτό.

1.5 Η υφιστάμενη κατάσταση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα

Ένα από τα σπουδαιότερα θέματα που απασχολεί τη χώρα μας τον τελευταίο καιρό καθώς και τις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης είναι ο ρόλος της ασφάλισης, κοινωνικής ή ιδιωτικής και ο βαθμός αποτελεσματικότητάς της. Το βασικό πρόβλημα που προκύπτει μέσα από τις διάφορες συζητήσεις σχετικά με την κοινωνική ασφάλιση είναι το δημοσιονομικό, δηλαδή το γεγονός ότι οι δαπάνες αυξάνονται με ρυθμό ταχύτερο από τα έσοδα, με αποτέλεσμα την εμφάνιση ελλείμματος. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το δημοσιονομικό πρόβλημα της κοινωνικής ασφάλισης, εφαρμόζονται πολιτικές και στρατηγικές, οι οποίες αποσκοπούν στην εξεύρεση οικονομικών πόρων, μέσω της μείωσης των δαπανών και της αύξησης των εσόδων.

²² Σουλιώτης, Κ., (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα...*, ό.π., σελ. 127

²³ Κυριόπουλος, Γ. – Σουλιώτης, Κ., (2002), *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για την πολιτική υγείας)*, Εκδόσεις Παπαζήση (Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία), Αθήνα 2002, σελ. 65-77.

Ταυτόχρονα όμως με την κρίση της κοινωνικής ασφάλισης παρατηρείται και η εισαγωγή στο χώρο της ασφάλισης του ιδιωτικού τομέα με καθαρά κερδοσκοπικό χαρακτήρα. Στις μέρες μας, ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση προβάλλεται ως εναλλακτική λύση απέναντι στην κρίση της κοινωνικής ασφάλισης. Το φαινόμενο που εμφανίζεται ολοένα και εντονότερα ύστερα από τη θέσπιση του ΕΣΥ, είναι η σταδιακή υποχώρηση της χρηματοδοτικής παρέμβασης της κοινωνικής ασφάλισης και η υποκατάστασή της μερικώς από τον κρατικό προϋπολογισμό και τις ιδιωτικές πληρωμές. Οι ιδιωτικές πληρωμές με τη σειρά τους αποτελούν μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ως φυσικό επακόλουθο του κατακερματισμού και της χαμηλής στάθμης υγειονομικών υπηρεσιών που προσφέρονται από το ΕΣΥ, καθώς και της ελλιπούς ασφαλιστικής κάλυψης και δημιουργίας προϋποθέσεων που ευνοούν την καταβολή πρόσθετων ή άτυπων πληρωμών.

Όσον αφορά τον τρόπο δραστηριοποίησης του ιδιωτικού τομέα στο χώρο της υγείας και ειδικότερα των ασφαλίσεων, δύο είναι τα βασικά γνωρίσματα που τον χαρακτηρίζουν, η υψηλή επενδυτική δραστηριότητα και η απουσία ρυθμίσεων από την πλευρά του κράτους, που έχουν σαν αποτέλεσμα τη διόγκωση της ιδιωτικής αγοράς υπηρεσιών υγείας και την ανάπτυξη ολιγοπωλιακών τάσεων από ισχυρά επιχειρηματικά σχήματα, που ανταγωνίζονται για τη συγχώνευση και την εξαγορά μικρών μονάδων του κλάδου. Αυτά, σε συνδυασμό με την απουσία ενός ενιαίου χωρίς κενά και κατάλληλου δίχως επικαλύψεις νομικού πλαισίου σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, έχουν ως φυσική απόρροια την ανεξέλεγκτη ανάπτυξη του κλάδου των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών και των διαγνωστικών κέντρων, χωρίς την ύπαρξη συγκεκριμένου πλαισίου ρύθμισης του ιδιοκτησιακού καθεστώτος και τη θέσπιση κανόνων ποιοτικού και ποσοτικού ελέγχου των παρεχόμενων υπηρεσιών, καθώς και την έξαρση των αγοραπωλησιών, των εξαγορών ή των συγχωνεύσεων μικρών ιδιωτικών κλινικών και ιδιωτικο-ασφαλιστικών επιχειρήσεων, οι οποίες αντιμετωπίζουν οξύτατα οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υποδομής, στελέχωσης και εξοπλισμού.

Ανεξάρτητα πάντως από την ύπαρξη των συγκεκριμένων προβλημάτων, εκείνο που έχει σημασία και αποτελεί μία αναμφισβήτητη πραγματικότητα είναι πως ο ιδιωτικός κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας εμφανίζει σήμερα μεγάλη κινητικότητα, παρουσιάζοντας, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη του κλάδου της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, κινήσεις καθετοποίησης των υπηρεσιών²⁴. Χαρακτηριστικό της νέας εποχής είναι η δημιουργία πολυδύναμων μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, που έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν κάτω από ανταγωνιστικές τιμές, μια υψηλής ποιότητας ευρεία δέσμη υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Ενισχυτικό παράγοντα για την ανάπτυξη και παγίωση του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα, αποτελεί η ολοένα και διευρυνόμενη ροπή προς την ιδιωτική κατανάλωση, η οποία βέβαια δημιουργεί προσδοκίες για υψηλή κερδοφορία.

Αυτό που συνιστά πάντως κοινό τόπο, είναι το γεγονός πως την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση των ιδιωτικών κερδοσκοπικών ή μη εταιρειών – επιχειρήσεων και ταυτόχρονα εμφανίζονται τάσεις εγκατάλειψης της κοινωνικής ασφάλισης με σαφείς ενδείξεις «στροφής» του πληθυσμού προς την ιδιωτική ασφάλιση. Με άλλα λόγια, παρατηρείται μια μακροχρόνια κρίση στο χώρο της κοινωνικής ασφάλισης και παράλληλα μια ραγδαία ανάπτυξη της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης που έχει έναν έντονο ανταγωνιστικό χαρακτήρα. Η εμφάνιση της τελευταίας δεν είναι μόνο αποτέλεσμα του δημοσιονομικού προβλήματος της κοινωνικής ασφάλισης, αλλά και του γεγονότος ότι ο ιδιωτικός τομέας τείνει να

²⁴ Σουλιώτης, Κ., (2000), *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα...*, ό.π., σελ. 259.

αντικαταστήσει σε μεγάλο βαθμό τον κοινωνικό ²⁵. Όμως η ολοένα μεγαλύτερη διεύρυνση της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης έχει ως αποτέλεσμα το χρηματοοικονομικό περιορισμό της δραστηριότητας της κοινωνικής ασφάλισης. Από την άλλη μεριά η νομοθεσία δεν ευνοεί την ανάπτυξη της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης, η οποία θα μπορούσε να διαδραματίσει ανταγωνιστικό ρόλο απέναντι στην ιδιωτική κερδοσκοπική ασφάλιση. Ωστόσο, ύστερα από μια προσεκτική ματιά στα οικονομικά αποτελέσματα της δραστηριότητας ορισμένων ασφαλιστικών εταιρειών είναι αρκετή για να κατανοήσουμε ότι υπάρχουν αρκετά εμπόδια στην ομαλή ανάπτυξη της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης, ιδιαίτερα με τις σημερινές συνθήκες (σχεδόν μηδενικός ή και αρνητικός σε πολλές περιπτώσεις ρυθμός ανάπτυξης του ΑΕΠ, γήρανση του πληθυσμού, αύξηση των ορίων συνταξιοδοτικής ηλικίας, αύξηση των εισφορών και μείωση των παροχών, αυξημένη οικογενειακή αλληλεγγύη στην κάλυψη ορισμένων βασικών αναγκών κλπ). Αντιθέτως ευνοείται η ανάπτυξη της ιδιωτικής μη κερδοσκοπικής ασφάλισης τόσο στην Ελλάδα όσο και στις υπόλοιπες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, επειδή ασκεί θετικές επιδράσεις στις πληθυσμιακές ασφαλιστικές ανάγκες και συμπληρώνει κατά κάποιο τρόπο την κοινωνική ασφάλιση. Αν μάλιστα η τελευταία αποδεσμευτεί από τα δημοσιονομικά προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης, τότε μπορεί να ενισχύσει και τον κοινωνικό ρόλο στην αναπαραγωγή της εργατικής δύναμης ²⁶.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί πως κάτω από το πρίσμα των διαρκώς μεταβαλλόμενων οικονομικών, πολιτικών και κοινωνικών συνθηκών που επικρατούν στις σύγχρονες κοινωνίες, αναπτύσσονται οι κατάλληλες προοπτικές για την ανάπτυξη, θεμελίωση και παγίωση της ιδιωτικής ασφάλισης. Σε όλο τούτο το ευνοϊκό διαμορφούμενο κλίμα υπέρ της ενίσχυσης της ιδιωτικής ασφάλισης έναντι της δημόσιας, έρχονται να προστεθούν και τρεις (3) ακόμη σημαντικοί λόγοι, όπως:

- η υψηλή ικανοποίηση των χρηστών από την προσφορά ιδιωτικών υγειονομικών υπηρεσιών και στα τρία επίπεδα περίθαλψης (πρωτοβάθμιο – δευτεροβάθμιο – τριτοβάθμιο)
- η μεγαλύτερη παραγωγικότητα και αποδοτικότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, καθώς και των ιδιωτικών μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, σε σύγκριση με τους αντίστοιχους δημόσιους φορείς και
- το γεγονός πως η ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα στο υγειονομικό χώρο και ιδιαίτερα στο χώρο των ασφαλίσεων απορροφά ένα σημαντικό ποσοστό της ζήτησης για τέτοιου είδους υπηρεσίες, συμβάλλοντας παράλληλα στη μείωση του κόστους του δημόσιου συστήματος και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων από το τελευταίο δεσμών φροντίδας.

1.6 Η ιδιωτική χρηματοδότηση (ιδιωτική ασφάλιση υγείας)

Στα πλαίσια του συστήματος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, οι πόροι αντλούνται από τις εισφορές των ίδιων των ατόμων καθώς και των εργοδοτών και χρησιμοποιείται άλλοτε ως κύριο και άλλοτε ως συμπληρωματικό σχήμα χρηματοδότησης των υπηρεσιών ²⁷. Οι ασφαλιστικές εταιρείες που συνθέτουν το ανταγωνιστικό πλαίσιο του

²⁵ Ρομπόλης, Σ. – Χλέτσος, Μ., (εισήγηση), *Τα οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια λειτουργίας...*, ό.π., σελ. 399-414.

²⁶ Στο ίδιο, ό.π., σελ. 399-414.

²⁷ Λιαρόπουλος, Λ., (1993), *Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Ο Ρόλος της, Προβλήματα και Προοπτική στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα 1993, σελ. 21.

συστήματος αυτού, λειτουργούν συνάπτοντας ειδικές συμφωνίες με τους προμηθευτές και εξασφαλίζουν ενός βαθμού ελευθερία στα άτομα, που μπορούν να επιλέξουν μεταξύ διαφορετικών επιπέδων κάλυψης, ανάλογα με τις εισοδηματικές τους δυνατότητες.

Αυτό το τελευταίο όμως στοιχείο που μπορεί για κάποιες ομάδες πληθυσμού να φαίνεται ικανοποιητικό μια και εξασφαλίζει την ελευθερία της επιλογής, ταυτόχρονα, οδηγεί άλλες πληθυσμιακές ομάδες στον αποκλεισμό από την ασφαλιστική κάλυψη, επειδή αδυνατούν να την αγοράσουν²⁸.

Ένα άλλο στοιχείο αποκλεισμού που χαρακτηρίζει την ιδιωτική ασφάλιση, συνίσταται στην τακτική των διακρίσεων των ασφαλιστρών με κριτήριο τον βαθμό επικινδυνότητας των ατόμων, που φτάνει στο σημείο να θέτει εκτός συστήματος κάποιες ομάδες υψηλού κινδύνου, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο ζήτημα ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης²⁹.

Υπό τις συνθήκες αυτές, γίνεται αντιληπτό πως η ιδιωτική ασφάλιση και ο τρόπος χρηματοδότησης που υιοθετεί, δεν μπορεί να διαδραματίσει κυρίαρχο ρόλο στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, αλλά αντίθετα, είναι προτιμότερο να λειτουργεί ως συμπληρωματική πηγή.

1.7 Οι οργανισμοί – φορείς της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφέρουμε ορισμένους οργανισμούς που υπάρχουν στην Ελλάδα και παίζουν σημαντικό ρόλο στην λειτουργία της ασφαλιστικής αγοράς. Οι οργανισμοί αυτοί είναι:

1.7.1 Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.)

Οι ασφαλιστικές εταιρίες αισθάνθηκαν την ανάγκη να ιδρύσουν μία ένωση, την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (*Association of Insurance Companies Greece*). Αυτό είναι το αναγνωρισμένο επαγγελματικό τους σωματείο στην Ελλάδα. Σήμερα αριθμεί 102 εταιρίες, 72 μέλη με την νομική μορφή της ανωνύμου ασφαλιστικής εταιρίας και 30 μέλη υποκαταστήματα αλλοδαπών ασφαλιστικών εταιριών.

Η ιστορία της αρχίζει το 1907. Πριν το 1907 υπήρχαν λίγες ασφαλιστικές εταιρίες και εκπροσωπούσαν από έναν σύνδεσμο με περιορισμένες αρμοδιότητες. Αυτή τη χρονιά ιδρύθηκε η «Ένωσις των εν Ελλάδι εργαζομένων ασφαλιστικών κατά πυρός Εταιριών». Στα επόμενα χρόνια η εξέλιξη της αγοράς, όσο και η ανάγκη για διασφάλιση των συμφερόντων της ασφαλιστικής τάξης ανέπτυξαν καινούργια φορείς που εξελίχθηκαν σε επαγγελματικά σωματεία με κυριότερα την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών, την Ένωση Ασφαλιστών Ελλάδος και την Ένωση Ελληνικών Ασφαλιστικών Εταιριών. Πλέον το 1992 με την παγκοσμιοποίηση της αγοράς και με την δημιουργία μιας ενιαίας Ευρωπαϊκής ασφαλιστικής αγοράς δημιουργήθηκε η ανάγκη ενός ενιαίου επαγγελματικού σωματίου των ασφαλιστικών επιχειρήσεων Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος όπως τη γνωρίζουμε με την σημερινή της μορφή.

Σύμφωνα με το καταστατικό της ένωσης, οι σκοποί της είναι :

²⁸ Ρομπόλης, Σ., (1995), *Κοινωνική ή Ιδιωτική Ασφάλιση στην Υγεία*., στο Κυριόπουλος, Γ., (1995), *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 1995, σελ. 78-81.

²⁹ Λιαρόπουλος, Λ., (1993), *Η Ιδιωτική Ασφάλιση...*, ό.π., σελ. 22-26.

- ✓ η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης με κάθε νόμιμο μέσο
- ✓ η αντιμετώπιση και προώθηση όλων των θεμάτων που απασχολούν την ιδιωτική ασφάλιση στα πλαίσια της ελληνικής νομοθεσίας και κοινοτικής νομοθεσίας
- ✓ η προστασία και προώθηση των ηθικών, επαγγελματικών και οικονομικών συμφερόντων των μελών της
- ✓ η ανάπτυξη της ιδιωτικής επιχείρησης

Πέραν αυτών των σκοπών η ένωση επιδιώκει:

- ✓ να ενημερώνει τα μέλη της για θέματα που τα αφορούν
- ✓ να εκφράζει, η Ένωση, την άποψή της στις δημόσιες αρχές, στους διεθνείς ασφαλιστικούς οργανισμούς και στα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε θέματα που την αφορούν
- ✓ να επιβλέπει ότι τηρείται η ισχύουσα νομοθεσία από όλα τα μέλη
- ✓ να δημιουργεί συνθήκες υγιούς συναγωνισμού.
- ✓ να δημιουργεί ένα πλαίσιο επιστημονικής μελέτης και εκπαίδευσης σε θέματα ιδιωτικής ασφάλισης (δημιουργία βιβλιοθήκης, επιστημονικών διαλέξεων, εκθέσεων, διοργάνωση σεμιναρίων, χορήγηση υποτροφιών κλπ.)

1.7.2 Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης

Πρόκειται για ένα ν.π.ι.δ., το οποίο εποπτεύεται από τον Υπουργό Ανάπτυξης και έχει μέλη όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες που ασκούν τον κλάδο αυτοκινήτων. Τα έξοδα λειτουργίας του γραφείου και οι δαπάνες για την κάλυψη των υποχρεώσεων του καλύπτονται με εισφορές από τις ασφαλιστικές εταιρείες ανάλογες με την παραγωγή τους. Οι σκοποί λειτουργίας του Γραφείου Διεθνούς Ασφάλισης είναι:

- ✓ η έκδοση «πρασίνων καρτών» για τους κατόχους οχημάτων που θέλουν να ταξιδέψουν στο εξωτερικό. Την έκδοση δηλαδή του εγγράφου που δείχνει ότι το όχημα είναι ασφαλισμένο
- ✓ ο διακανονισμός και η πληρωμή αποζημίωσης για λογαριασμό ξένων Γραφείων Διεθνούς Ασφάλισης, για ατυχήματα που προκαλούν στην Ελλάδα οχήματα από χώρα, της οποίας το Γραφείο Διεθνούς ασφάλισης έχει συνάψει σύμβαση με το δικό μας
- ✓ η πληρωμή αποζημιώσεων για ατυχήματα που προκαλούν Ελληνικά αυτοκίνητα στο εξωτερικό. Το Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης διατηρεί το δικαίωμα αναγωγής για το ποσό που κατέβαλε, κατά της ασφαλιστικής εταιρείας και του κατόχου του οχήματος.

1.7.3 Επικουρικό Κεφάλαιο

Πρόκειται για ένα ακόμη ν.π.ι.δ., εποπτευόμενο από τον Υπουργό Ανάπτυξης και έχει υποχρεωτικά μέλη όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες που ασκούν τον κλάδο αυτοκινήτου.

Πρόκειται για ένα ταμείο αποζημίωσης των παθόντων από τροχαία, που δεν μπορούν να αποζημιωθούν δια της φυσιολογικής οδού. Το Επικουρικό Κεφάλαιο αποζημιώνει για σωματικές βλάβες, θάνατο, υλικές ζημιές και θύματα τροχαίων που έγιναν από:

- ✓ αυτοκίνητα αγνώστων στοιχείων (μόνο για σωματικές βλάβες)

- ✓ ανασφάλιστα αυτοκίνητα
- ✓ αυτοκίνητα, που οι οδηγοί τους προκάλεσαν σκόπιμα ατύχημα
- ✓ αυτοκίνητα που είναι ασφαλισμένα σε εταιρείες, των οποίων η άδεια λειτουργίας τους ανακλήθηκε ή πτώχευσαν

Πρέπει να αναφέρουμε ότι η τελευταία περίπτωση είναι αρκετά συχνή και δημιουργεί συχνά προβλήματα στο Επικουρικό Κεφάλαιο, σε συνδυασμό με τον μεγάλο αριθμό ανασφάλιστων οχημάτων που κυκλοφορούν. Οι εισφορές του επικουρικού κεφαλαίου βαρύνουν κατά 70 % τις ασφαλιστικές εταιρείες και κατά 30% τον ασφαλισμένο. Στην πραγματικότητα όμως ο καταναλωτής είναι αυτός που πληρώνει για τα ανασφάλιστα οχήματα και τις εταιρείες που κλείνουν. Είναι λοιπόν σημαντικό το κράτος να προχωρήσει στην επίλυση αυτού του προβλήματος, διότι το Επικουρικό Κεφάλαιο θα είναι αυτό που θα αντιμετωπίζει συνεχώς προβλήματα χρηματοδότησης.

1.7.4 Ελληνικό Ινστιτούτο Ασφαλιστικών Σπουδών (ΕΙΑΣ)

Είναι το αρμόδιο όργανο για την εκπαίδευση πρακτόρων, μεσιτών και ασφαλιστικών συμβούλων. Επίσης οργανώνει σεμινάρια και διαλέξεις και εκδίδει ασφαλιστικά βοηθήματα.

1.8 Κατηγορίες Ασφαλιστικών Εταιρειών στην Ελλάδα

Οι ασφαλιστικές εταιρείες με έδρα στην Ελλάδα, με κριτήριο την προέλευση του κεφαλαίου τους χωρίζονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες :

1. *Ασφαλιστικές Εταιρείες υπό τον έλεγχο κρατικών τραπεζών.* Κρατικές τράπεζες είναι κύριοι ιδιοκτήτες ασφαλιστικών εταιρειών:

- Στον όμιλο της Εθνικής Τράπεζας ανήκουν η Εθνική Ασφαλιστική, η Αστήρ, η Πανελλήνιος και η ΕΤΕΒΑ ασφαλιστική. Από το 1997 οι τρεις τελευταίες έχουν απορροφηθεί στην Εθνική Ασφαλιστική.
- Στον όμιλο της Εμπορικής Τράπεζας ανήκει η Φοίνιξ και η Metrolife οι οποίες συγχωνεύτηκαν το 2002.
- Στον όμιλο της Αγροτικής Τράπεζας ανήκουν η Αγροτική Ασφαλιστική και η Αγροτική Ζωής.

2. *Ασφαλιστικές εταιρείες θυγατρικές ξένων ασφαλιστικών επιχειρήσεων.* Είναι ασφαλιστικές εταιρείες θυγατρικές μεγάλων ευρωπαϊκών συγκροτημάτων. Ενδεικτικά αναφέρονται η Allianz, η Commercial Union, η Nationale Nederlanden και η Generali. Οι μητρικές τους εταιρείες αποσκοπούν στο να αποκτήσουν σημαντικό μερίδιο σε μία αγορά με μεγάλες δυνατότητες ανάπτυξης, την ελληνική ασφαλιστική αγορά .

3. *Ασφαλιστικές εταιρείες ιδιωτικών συμφερόντων.* Εδώ μπορούν να αναφερθούν η Interamerican, η Ασπίς Πρόνοια και η Ευρωπαϊκή Πίστη, οι οποίες μάλιστα είναι εισηγμένες στο Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών (ΧΑΑ). Υπάρχουν ωστόσο και κάποιες ελληνικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις που προγραμματίζουν να εισαχθούν στο ΧΑΑ ώστε να αυξήσουν τους πόρους χρηματοδότησής τους που είναι απαραίτητοι για μια ραγδαία αναπτυξιακή πολιτική στον τομέα της ασφάλισης.

4. *Αλλοδαπές ασφαλιστικές εταιρείες.* Αυτές οι εταιρείες λειτουργούν στην Ελλάδα με τη μορφή υποκαταστήματος. Εδώ δε μπορούν να συμπεριληφθούν πληθώρα αλλοδαπών εταιρειών που έχουν άδεια να εργασθούν με το καθεστώς της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών.

1.9 Κρατική Εποπτεία Ασφαλίσεων

Είναι φανερό πώς οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις πρέπει να ελέγχονται από το κράτος. Δεν είναι δυνατό μία επιχείρηση πίστης, που εισπράττει προκαταβολικά τα ασφάλιστρα για την πιθανή επέλευση ενός κινδύνου στο μακρινό και αβέβαιο μέλλον να μην υπόκειται σε κρατική εποπτεία για την θωράκιση των συμφερόντων των ασφαλισμένων και δικαιούχων και για μια ακλόνητη οικονομία. Η κρατική εποπτεία επιβάλλεται :

- *Για την διατήρηση της φερεγγυότητας της ασφαλιστικής εταιρίας.* Η εποπτεία στοχεύει ώστε να διατηρείται και να ενισχύεται η οικονομική δύναμη της εταιρείας. Τα ασφάλιστρα συνήθως δίνονται προκαταβολικά ωστόσο καλύπτουν τον κίνδυνο σε μεγάλο χρονικό ορίζοντα. Αν μία εταιρεία πτωχεύσει, δεν θα μπορούν να καταβληθούν οι αποζημιώσεις. Αρκετοί καταναλωτές θα έχουν αγοράσει μία ασφαλιστική κάλυψη χωρίς αντίκρισμα. Πράγμα που δημιουργεί αίσθημα αδικίας. Εκεί επεμβαίνει το κράτος για να προστατέψει τον καταναλωτή.
- *Λόγω των ανεπαρκών γνώσεων του καταναλωτή.* Ο καταναλωτής αρκετές φορές δεν έχει επαρκή γνώση των σύνθετων και εξειδικευμένων όρων που χρησιμοποιούνται στα ασφαλίστρια συμβόλαια. Θα μπορούσε ένας ασφαλιστής να κατασκευάσει ένα συμβόλαιο τόσο περιοριστικό που να μην έχει αξία η ασφάλιση, γιατί πλέον οι όροι των ασφαλιστηρίων ζωής δεν προεγκρίνονται. Η νομοθεσία βέβαια θέτει μία σειρά από κανόνες για καλή διατύπωση των όρων, σωστή ενημέρωση, δικαίωμα εναντίωσης ή και υπαναχώρησης για να προστατέψει τον καταναλωτή.
- *Υπάρχει ανάγκη για λογικά ασφάλιστρα.* Τα ασφάλιστρα δεν θα έπρεπε να είναι ούτε πολύ υψηλά, ούτε πολύ χαμηλά. Πλέον έχει καταργηθεί ο προληπτικός έλεγχος των ασφαλιστρών. Παρόλα αυτά η εποπτική αρχή οφείλει να εξασφαλίζει μια αγορά υγιούς ανταγωνισμού. Αυτόματα δηλαδή να τίθενται εκτός αγοράς τα υπερβολικά υψηλά ασφάλιστρα. Πρέπει να εντοπίζει της εταιρείες που χρησιμοποιούν υπερβολικά χαμηλά ασφάλιστρα για να προσελκύουν κόσμο γιατί τις περισσότερες φορές δεν μπορούν να δημιουργήσουν επαρκή τεχνικά αποθέματα και έτσι θέτουν σε κίνδυνο την φερεγγυότητά τους.
- *Δυνατή η πρόσβαση στην ασφαλιστική κάλυψη.* Όλα τα άτομα που επιθυμούν ασφάλιση πρέπει να έχουν πρόσβαση σε αυτή. Συχνά οι ασφαλιστές δεν είναι πρόθυμοι να ασφαλίσουν κάποιον, είτε λόγω αυξημένης πιθανότητας να επέλθει ο κίνδυνος, είτε λόγω αντεπιλογής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ο εννοιολογικός προσδιορισμός και ο ρόλος της σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση υγείας

Ως ασφάλιση υγείας ορίζεται ο θεσμός μέσω του οποίου παρέχονται σε ομάδες του πληθυσμού τα μέσα και οι προϋποθέσεις προστασίας της υγείας τους, συμπεριλαμβανομένης και της όσο το δυνατόν ανεμπόδιστης πρόσβασης τους στις κατάλληλες, κατά περίπτωση, υπηρεσίες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους³⁰.

Με βάση την παραπάνω εννοιολογική προσέγγιση της ασφάλισης υγείας, μπορούμε να επισημάνουμε ότι τα μέσα και οι προϋποθέσεις προστασίας της υγείας των ασφαλισμένων έχουν κατά βάση οικονομική υπόσταση, με την έννοια ότι πρέπει να διασφαλίζονται οι οικονομικοί πόροι που είναι απαραίτητοι για την κάλυψη των δαπανών που επιφέρουν οι προσφερόμενες ασφαλιστικές παροχές. Και αυτή η οικονομική δυνατότητα εξασφάλισης ενός αποδεκτού επιπέδου ασφαλιστικών καλύψεων από κάποιον ασφαλιστικό φορέα πρέπει να έχει μόνιμο και μακροπρόθεσμο χαρακτήρα, λαμβανομένων υπόψη όλων εκείνων των στοιχείων που καθορίζουν την εξέλιξη του κόστους της περίθαλψης. Πρέπει επίσης να επισημανθεί, ότι τα μέσα και οι προϋποθέσεις που προσφέρει η ασφάλιση υγείας σχετίζονται με τις διαδικασίες παροχής περίθαλψης, διαδικασίες που έχουν να κάνουν τόσο με το ιατρικό όσο και με το οικονομικό περιεχόμενο των ασφαλιστικών καλύψεων. Αναφέρονται στην ευκολία πρόσβασης σε ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας, στην ελαχιστοποίηση της οικονομικής επιβάρυνσης των ασφαλισμένων, στην πιστοποίηση της ποιότητας των ιατρικών παροχών, στην εξασφάλιση δυνατοτήτων επιλογής για τους ασφαλισμένους καθώς και σε αποτελεσματικές διαδικασίες διαχείρισης και ελέγχου των ασφαλιστικών παροχών.

Οι υπηρεσίες των οργανισμών ασφάλισης, όπως και σε όλους τους τομείς παροχής υπηρεσιών, πρέπει να αποσκοπούν στην ικανοποίηση του ασφαλισμένου, είτε αυτός έχει όλα τα χαρακτηριστικά του πελάτη, όπως στην περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης, είτε απολαμβάνει συγκεκριμένων παροχών υπό το καθεστώς της υποχρεωτικής ασφάλισης. Η ικανοποίηση του χρήστη, ως βασικού στοιχείου σε κάθε διαδικασία βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, λαμβάνει ιδιαίτερο περιεχόμενο στην περίπτωση της ασφάλισης υγείας. Αυτό όμως που γίνεται γενικά αποδεκτό, είναι ότι οι ανάγκες και προσδοκίες των ασφαλισμένων σχετίζονται άμεσα με τη δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας της επιλογής τους. Και αυτό είναι το στοιχείο που προσφέρει στις περισσότερες χώρες το έδαφος για την ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης εκεί όπου ο κοινωνικός τομέας αδυνατεί να ανταποκριθεί στην ανάγκη αυτή των καταναλωτών.

Με δεδομένη την ύπαρξη στη χώρα μας ευρύτατου φάσματος κοινωνικής προστασίας, έκφανση του οποίου αποτελεί η κοινωνική ασφάλιση υγείας, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας διαδραματίζει κατά κύριο λόγο έναν συμπληρωματικό προς αυτήν ρόλο, που συναρτάται άμεσα και με τον προαιρετικό χαρακτήρα αυτής. Ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας καλύπτει σε μεγάλο βαθμό ανάγκες ανάλογες με αυτές που καλύπτονται και από την κοινωνική ασφάλιση υγείας. Ωστόσο, ο ρόλος της

³⁰ Κυριόπουλος, Γ. – Λιόνης, Χ. – Σουλιώτης, Κ. – Τσάκος, Γ. (2003), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2003.

επικεντρώνεται συνήθως στην πλήρη ή μερική κάλυψη των υπηρεσιών υγείας, που εξαιρούνται ή δεν καλύπτονται πλήρως από το δημόσιο σύστημα υγείας³¹. Μπορεί όμως επίσης να επιτελεί και την υποστηρικτική λειτουργία της αύξησης των δυνατοτήτων του ασφαλισμένου ως προς την επιλογή προμηθευτών υγείας και της ταχύτερης πρόσβασης στις υπηρεσίες αυτές³². Η ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα - ειδικά τα τελευταία έτη όπου παρουσιάζεται και ιδιαίτερα αυξημένη - συνδέεται κυρίως με τη χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών από την λειτουργία της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την ΕΕ, οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα δέχονται αυξημένη κριτική από τους πολίτες. Οι τελευταίοι αναφέρουν χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης σε σχέση με τους πολίτες άλλων κρατών – μελών της ΕΕ³³. Κατά συνέπεια, οι επιλεγόμενες από τους ασφαλιζόμενους στην ιδιωτική ασφάλιση παροχές υγείας συνδέονται άμεσα με το εύρος, την έκταση, αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, που δικαιούνται και λαμβάνουν οι ασφαλισμένοι από τα ασφαλιστικά τους ταμεία.

Το κύριο χαρακτηριστικό της αγοράς της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι η ολιγοπωλιακή δομή της. Παρά την έλλειψη επίσημων και αξιόπιστων στατιστικών, υπολογίζεται ότι πάνω από 10% του πληθυσμού έχουν κάποιας μορφής ιδιωτική ασφάλιση υγείας και ότι οι συνολικές διανομές ήδη φτάνουν το 10% του συνόλου των διανομών της Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε μεγάλο βαθμό καλύπτει ανάγκες ανάλογες με αυτές που καλύπτονται από τις δαπάνες της Κοινωνικής Ασφάλισης. Υπάρχουν όμως αρκετές ουσιαστικές διαφορές μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης που πρέπει να τονιστούν³⁴:

- *Η έννοια της συμπληρωματικότητας.* Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει συμπληρωματικό χαρακτήρα προς την Κοινωνική Ασφάλιση. Με κανένα τρόπο δεν μπορεί να λειτουργήσει ανταγωνιστικά γιατί τότε, κάτω από το καθεστώς ίσων δικαιωμάτων αλλά και υποχρεώσεων, θα πρέπει να επωμιστεί αναλογικά και το βάρος των όποιων προνοιακών παροχών της Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες, στην Ελλάδα τουλάχιστον, είναι εκτεταμένες.

- *Ο προνοιακός χαρακτήρας της Κοινωνικής Ασφάλισης.* Η Κοινωνική Ασφάλιση σήμερα έχει ένα έντονα προνοιακό χαρακτήρα, που αποσκοπεί τόσο στη συμπλήρωση των κενών του Ελληνικού ασφαλιστικού καθεστώτος, όσο και στην εξάλειψη των έντονων ανισοτήτων της ασφαλιστικής προστασίας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού. Η ιδιωτική ασφάλιση αντίθετα, λειτουργεί με αυστηρά οικονομικά κριτήρια και με στόχο το κέρδος, γεγονός που απορρέει από τη φύση των εταιριών, που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές ανώνυμες εταιρίες. Είναι λοιπόν φυσικό οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ασφάλισης υγείας να επιλέγουν τόσο τα ασφαλιστικά τους προγράμματα, όσο και τους πελάτες (ασφαλισμένους) τους, με τρόπο που να διασφαλίζει την οικονομική τους βιωσιμότητα και ευρωστία.

- *Ο διανεμητικός (καταναλωτικός) χαρακτήρας της Κοινωνικής Ασφάλισης.* Οι διάφοροι φορείς της Κοινωνικής Ασφάλισης και ιδιαίτερα το Ι.Κ.Α., λειτουργούν με βάση το διανεμητικό σύστημα, όπου οι σημερινές εισφορές, διατίθενται για την κάλυψη

³¹ Λιαρόπουλος, Λ, (1993), *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Ο ρόλος της, προβλήματα και προοπτική στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα 1993, σελ.44.

³² Μόσιαλος, Ηλ. – Θεοδώρου, Μ., (μελέτη), *Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη*.

³³ EC, Citizens & Health Systems: Main Results from a Eurobarometer survey, Luxembourg,

³⁴ Βοζίκης, Αθ., *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Πρότυπο Σύστημα Διοίκησης των Απαιτούμενων Διαδικασιών και Διαχείρισης Ατομικών Συμβολαίων*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα...

των σημερινών αναγκών. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, αντίθετα, εργάζονται με το κεφαλαιοποιητικό σύστημα, γεγονός που επιβάλλει την επένδυση των αποθεματικών τους με τρόπο, ώστε να καλύπτουν τυχόν απώλειες των επενδύσεων από τους ασφαλιζόμενους κεφαλαίων. Ταυτόχρονα, η υπεραπόδοση των επενδύσεων μακροχρόνια επιτρέπει στις σημερινές γενεές να απολαύσουν μέρος της αύξησης του εθνικού εισοδήματος που δημιουργούν οι επόμενες γενεές.

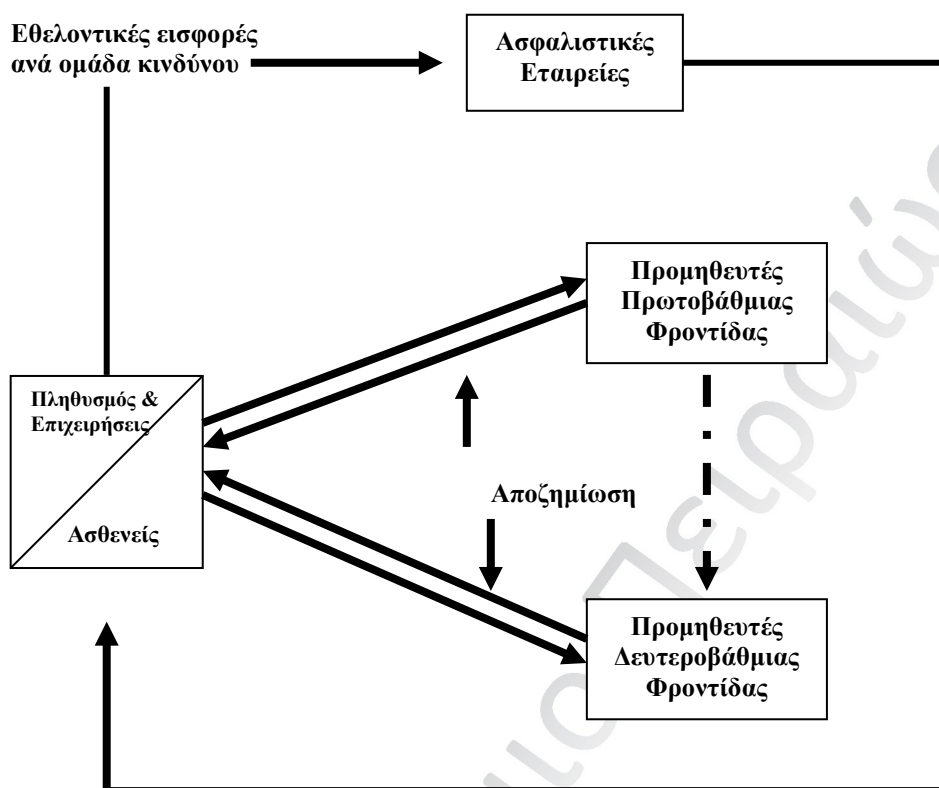
- *Ο προαιρετικός χαρακτήρας της Ιδιωτικής Ασφάλισης.* Ο προαιρετικός χαρακτήρας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επιβάλλει στις ασφαλιστικές εταιρίες έναν έντονο ανταγωνισμό, ο οποίος αναγκαστικά εκφράζεται μέσα από την πολιτική για την άντληση κεφαλαίων και την όσο το δυνατόν αποδοτικότερη αξιοποίησή τους.

Μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχε έρευνα για τη φύση και τις προοπτικές της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα.. Πρόσφατη έρευνα το 1995 έδειξε ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα απέτυχε να λειτουργήσει μέχρι σήμερα συμπληρωματικά στη Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρίες κυρίως κατευθύνθηκαν στη κάλυψη του οικονομικού κινδύνου από ασθένεια, χωρίς να προσφέρουν νέες εναλλακτικές λύσεις στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Η διαφοροποίηση του προϊόντος τους επιτυγχάνεται μέσω της διαφήμισης και της υπόσχεσης συγκεκριμένων ανέσεων σε περίπτωση εισόδου τους σε νοσοκομείο. Δεν προκαλούν λοιπόν έκπληξη τα χαμηλά ποσοστά χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στους ασφαλισμένους. Η απουσία παρέμβασης για αύξηση της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, ουσιαστικά περιορίζει το συμπληρωματικό ρόλο που μπορεί να παίξει η ιδιωτική ασφάλιση, ενώ συντελεί και σε αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας, μέσω της αύξησης της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών.

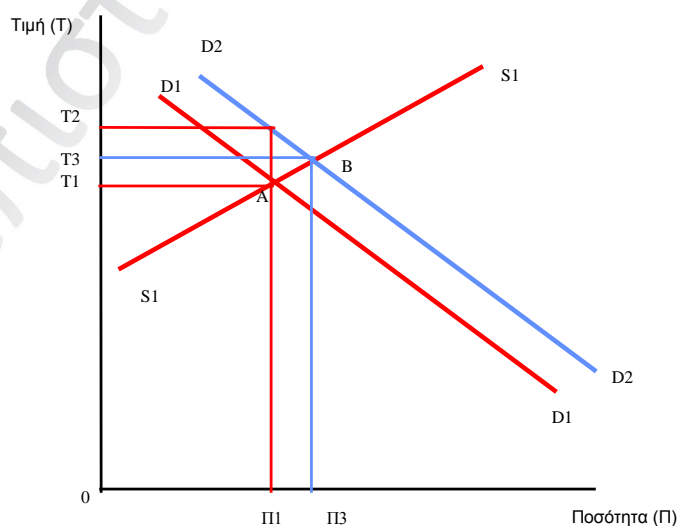
Η κυρίαρχη τάση διεθνώς είναι η ολοένα και αυξανόμενη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή αυτή έχει ουσιαστικά τη μορφή της «προσθήκης» του μοντέλου που παρουσιάζεται σχηματικά στο Διάγραμμα 1 στη λειτουργία του συστήματος υγείας. Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζεται η «τριγωνική σχέση» μεταξύ ασθενών, προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων, σε καθεστώς εθελοντικής (προαιρετικής) ασφάλισης. Το σημαντικότερο σημείο που μπορούμε να διακρίνουμε στο Διάγραμμα 1 είναι η απουσία οποιασδήποτε σύνδεσης μεταξύ παροχής υπηρεσιών και της ασφαλιστικής διαδικασίας. Είναι σαφές ότι η σχέση ασθενών και προμηθευτών, στη βάση της κατά πράξη αμοιβής, καθορίζει το ύψος των δαπανών και ο ρόλος του ασφαλιστικού τομέα είναι απλώς η αποζημίωση του ασθενή, ανεξάρτητα από το κόστος των υπηρεσιών. Η λειτουργία του μοντέλου αυτού, συνεπώς, είναι σαφώς πληθωριστική και δε συμβάλλει στην μακροοικονομική αποτελεσματικότητα του γενικότερου συστήματος υγείας³⁵.

³⁵ Λιαρόπουλος, Λ., *Η λειτουργία της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και η σχέση της με την κοινωνική ασφάλιση*, στο Κρεμαλής, Κ., *Προβλήματα οριοθέτησης της ιδιωτικής από την κοινωνική ασφάλιση (περιθώρια συμπλήρωσης ή και μερικής υποκατάστασης της κοινωνικής από την ιδιωτική ασφάλιση)*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1996, σελ. 145 – 166.

Διάγραμμα 1: Προαιρετική Ασφάλιση με Αποζημίωση του Ασθενή



Διάγραμμα 2: Η επίδραση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην αγορά υπηρεσιών υγείας



Στο Διάγραμμα 2 φαίνονται οι καμπύλες ζήτησης (D1D2) και προσφοράς (S1S2) υπηρεσιών υγείας. Η αρχική θέση ισορροπίας είναι το σημείο Α, όπου παράγεται ποσότητα Π1 στην τιμή T1. Η αύξηση της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών, μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης ισοδυναμεί με αύξηση του εισοδήματος των καταναλωτών, που οδηγεί σε μετατόπιση προς τα δεξιά της καμπύλης ζήτησης στη θέση

D2D2 (income effect). Όσο η προσφορά μένει σταθερή στην ποσότητα Π1, το μόνο αποτέλεσμα είναι η αύξηση της τιμής στη θέση T2. Αν, όμως, η προσφορά δείξει ανταπόκριση, τότε η αυξημένη ζήτηση Π3 θα ικανοποιηθεί με μία πολύ μικρότερη αύξηση τιμών στη θέση Β και σε τιμές T3. Κατά τον τρόπο αυτό θα λειτουργούσε ικανοποιητικά η έννοια της συμπληρωματικότητας της Ιδιωτικής Ασφάλισης.

2.2 Οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Οι δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών υγείας από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελούν τμήμα των συνολικών ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, που τα τελευταία χρόνια παρουσιάζουν αυξητική τάση, καταλαμβάνοντας σημαντικό ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας στη χώρα μας. Η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών επιφέρει κάποιας μορφής ανισότητα στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, καθώς το βάρος της χρηματοδότησης μετατίθεται από συλλογικούς μηχανισμούς κάλυψης ασφαλιστικών κινδύνων σε ιδιωτικές πληρωμές ατόμων ή νοικοκυριών³⁶. Την τελευταία δεκαετία, η εξέλιξη των ασφαλιστρών της ιδιωτικής ασφάλισης Ζωής-Υγείας καθώς και το ποσοστό του ΑΕΠ, που αυτές καταλαμβάνουν, παρουσιάζουν σταθερά αυξητική τάση³⁷. Παρόλα αυτά, το ποσοστό που δαπανάται στην Ελλάδα ετησίως για ιδιωτική ασφάλιση υγείας υπολείπεται σημαντικά πολλών ευρωπαϊκών χωρών και εκτιμάται, ότι είναι μικρότερο του 5%. Αυτό οφείλεται κυρίως στο ευρύ πλαίσιο κοινωνικής προστασίας στη χώρα μας, έκφανση του οποίου αποτελεί η ύπαρξη ενός εκτεταμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, που καλύπτει σχεδόν καθολικά τον πληθυσμό. Από την άλλη πλευρά, αποδίδεται και στην μη αυτόνομη κατά κανόνα προσφορά ασφαλιστικών προϊόντων υγείας εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιριών. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρέχεται συχνά ως συμπληρωματική κάλυψη («προσάρτημα») των βασικών ασφαλιστηρίων ζωής (είτε ατομικών, είτε ομαδικών)³⁸, αν και τα τελευταία χρόνια έχει σε μεγάλο μέρος αυτονομηθεί.

Σύμφωνα με έρευνα της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, το 2003 η εγγεγραμμένη παραγωγή ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις όλων των κλάδων ανήλθε στο ποσό των 3,23 δις € έναντι 2,89 δις € το 2002, παρουσιάζοντας αύξηση 11,72 %, έναντι αντίστοιχης αύξησης 9,42 % το 2002 (Πίνακας 2). Σε αποπληθωρισμένες τιμές (Πίνακας 3), η παραγωγή ασφαλιστρών το 2003 παρουσιάζεται αυξημένη κατά 7,91 % έναντι του 2002. Ειδικότερα, οι ασφαλίσεις κατά ζημιών παρουσίασαν αύξηση παραγωγής ασφαλιστρών κατά 13,54 %, φθάνοντας τα 1,8 δις € έναντι 1,58 δις € το 2002 (η αντίστοιχη αύξηση του 2002 ήταν 17,01 %), που σημαίνει πως σε αποπληθωρισμένες τιμές (Πίνακας 3) η παραγωγή των ασφαλίσεων κατά ζημιών το 2003 εμφανίζεται αυξημένη κατά 9,66 % έναντι του 2002, ενώ οι ασφαλίσεις ζωής έφθασαν τα 1,43 δις € έναντι 1,31 δις € το 2002 παρουσιάζοντας αύξηση κατά 9,53 % (η αντίστοιχη αύξηση της παραγωγής για το 2002 ήταν 1,47 % σε σχέση με το 2001), που σημαίνει πως σε αποπληθωρισμένες τιμές (Πίνακας 3) η παραγωγή των ασφαλίσεων ζωής το 2003 εμφανίζεται αυξημένη κατά 5,79 % έναντι του 2002. Συγκεντρωτικά λοιπόν, η παραγωγή των ασφαλίσεων ζωής συμμετείχε στο σύνολο παραγωγής ασφαλιστρών για το έτος 2003

³⁶ Μόσιαλος, Ηλ. – Θεοδώρου, Μ., (μελέτη), *Η χρηματοδότηση...ό.π.,σελ.3*

³⁷ Economou, Ch., (2001), *Voluntary Health Insurance in the European Union: a study for the European Commission, Country Report: Voluntary health insurance in Greece*, September 2001.

³⁸ Μωραϊτης, Ε., (2001), *Οι διαφορές μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης στη διαχείριση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Η περίπτωση της Ελλάδας*, στο Κυριόπουλος, Γ. – Λιαρόπουλος, Λ. – Μπουρσανίδης, Χ. – Οικονόμου, Χ., (επιμ.), *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2001.

κατά 44,37 % (έναντι 45,26 % το 2002), ενώ η παραγωγή των ασφαλίσεων κατά ζημιών συμμετείχε στο σύνολο παραγωγής ασφαλιστρών για το έτος 2003 κατά 55,63 % (έναντι 54,74 % το 2002).

Πίνακας 3: Συνολική Παραγωγή Ασφαλιστρών από Αντασφαλίσεις (Αναλήψεις)

ΕΤΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΗΜΙΩΝ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ %	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΩΗΣ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ %	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦ/ΣΤΡΩΝ	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ
1997	30,6	97,48%	-25,86%	0,8	2,52%	31,07%	31,4	-25,04%
1998	36,7	97,02%	19,79%	1,1	2,98%	42,22%	37,8	20,36%
1999	30,7	94,78%	-16,19%	1,7	5,22%	50,26%	32,4	-14,21%
2000	20,6	88,63%	-33,09%	2,6	11,37%	55,81%	23,2	-28,45%
2001	34,6	92,62%	68,39%	2,8	7,38%	4,58%	37,4	61,14%
2002	41,8	92,85%	20,62%	3,2	7,15%	16,64%	45	20,32%
2003	46,2	93,74%	10,54%	3,1	6,26%	-4,23%	49,3	9,48%

* Τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ (€)
 Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2004)

Πίνακας 2: Συνολική Παραγωγή Ασφαλιστρών από Προτασφαλίσεις

ΕΤΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΗΜΙΩΝ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ %	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΩΗΣ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ %	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦ/ΣΤΡΩΝ	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ
1997	845,4	50,17%	8,53%	839,6	49,83%	15,36%	1.685,00	11,83%
1998	943,7	48,81%	11,62%	989,8	51,19%	17,89%	1.933,50	14,75%
1999	1.069,60	44,40%	13,34%	1.339,40	55,60%	35,32%	2.409,00	24,59%
2000	1.251,70	48,66%	17,03%	1.320,80	51,34%	-1,39%	2.572,50	6,79%
2001	1.354,50	51,19%	8,21%	1.291,50	48,81%	-2,22%	2.646,00	2,85%
2002	1.584,80	54,74%	17,01%	1.310,40	45,26%	1,47%	2.895,30	9,42%
2003	1.799,40	55,63%	13,54%	1.435,30	44,37%	9,53%	3.234,70	11,72%

* Τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ (€)
 Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2004)

Από την άλλη πλευρά, η συνολική παραγωγή ασφαλιστρών από αντασφαλίσεις (αναλήψεις) αυξήθηκε το 2003 κατά 9,48 % (έναντι αύξησης κατά 20,32 % το 2002), φθάνοντας τα 49,3 εκατομ. € (Πίνακας 4). Το σύνολο λοιπόν των εκχωρούμενων αντασφαλιστρών έφθασε το 2003 τα 530,5 εκατομ. €, έναντι 472,7 εκατομ. € το 2002, αυξημένα κατά 12,23 %. Σε αποπληθωρισμένες τιμές (Πίνακας 5), η παραγωγή ασφαλιστρών το 2003 παρουσιάζεται αυξημένη κατά 5,75 % έναντι του 2002. Ειδικότερα, οι αντασφαλίσεις κατά ζημιών παρουσίασαν αύξηση παραγωγής ασφαλιστρών κατά 10,54 %, φθάνοντας τα 46,2 εκατομ. € έναντι 41,8 εκατομ. € το 2002 (η αντίστοιχη αύξηση του 2002 ήταν 20,62 %), που σημαίνει πως σε αποπληθωρισμένες τιμές (Πίνακας 3) η παραγωγή των αντασφαλίσεων κατά ζημιών το 2003 εμφανίζεται αυξημένη κατά 6,77 % έναντι του 2002, ενώ οι ασφαλίσεις ζωής έφθασαν τα 3,1 εκατομ. € έναντι 3,2 εκατομ. € το 2002 παρουσιάζοντας μείωση κατά 4,23 % (η αντίστοιχη αύξηση της παραγωγής για το 2002 ήταν 16,64 % σε σχέση με το 2001), που σημαίνει πως σε αποπληθωρισμένες τιμές (Πίνακας 3) η παραγωγή των ασφαλίσεων ζωής το 2003 εμφανίζεται μειωμένη κατά 7,49 % έναντι του 2002. Συγκεντρωτικά λοιπόν, η παραγωγή των ασφαλίσεων ζωής συμμετείχε στο σύνολο παραγωγής αντασφαλιστρών για το έτος 2003 κατά 6,26 % (έναντι 7,15 % το 2002), ενώ η παραγωγή των ασφαλίσεων κατά ζημιών συμμετείχε στο σύνολο παραγωγής αντασφαλιστρών για το έτος 2003 κατά 93,74

% (έναντι 92,85 % το 2002) ³⁹.

Πίνακας 4: Συνολική Παραγωγή Ασφαλίσεων από Πρωτασφαλίσεις (αποπληθωρισμένες τιμές έτους βάσης 1994)

ΕΤΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΗΜΙΩΝ	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΩΗΣ	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ
1997	680,2	2,85%	675,5	9,32%	1.355,60	5,97%
1998	724,2	6,48%	759,7	12,47%	1.483,90	9,46%
1999	800	10,46%	1.001,80	31,88%	1.801,80	21,42%
2000	907,7	13,47%	957,8	-4,39%	1.865,50	3,54%
2001	949,9	4,65%	905,8	-5,44%	1.855,60	-0,53%
2002	1.072,80	12,94%	887,1	-2,06%	1.959,90	5,62%
2003	1.176,50	9,66%	938,5	5,79%	2.115,00	7,91%

* Τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ (€)
Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2004)

Πίνακας 5: Συνολική Παραγωγή Ασφαλίσεων Από Αντασφαλίσεις (αποπληθωρισμένες τιμές έτους βάσης 1994)

ΕΤΟΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΗΜΙΩΝ	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ	ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΩΗΣ	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ
1997	24,6	-29,74%	0,6	24,21%	25,3	- 28,96%
1998	28,1	14,28%	0,9	35,67%	29	14,82%
1999	23	-18,33%	1,3	46,44%	24,3	- 16,40%
2000	14,9	-35,13%	1,9	51,06%	16,8	- 30,63%
2001	24,3	62,85%	1,9	1,14%	26,2	55,84%
2002	28,3	16,43%	2,2	12,58%	30,5	16,14%
2003	30,2	6,77%	2	-7,49%	32,2	5,75%

* Τα ποσά είναι σε εκατομμύρια ευρώ (€)
Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2004)

2.3 Οι αποδέκτες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Λόγω του χαρακτήρα της ως προαιρετικής στο ελληνικό σύστημα υγείας, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καλύπτει μόνο μέρος του πληθυσμού. Αναφορικά με τα ποσοστά ή τον αριθμό των ασφαλισμένων στα διάφορα ασφαλιστικά σχήματα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας δεν υπάρχουν διαθέσιμα ακριβή στοιχεία. Ένας από τους λόγους που συμβαίνει αυτό είναι το γεγονός, ότι οι εταιρίες εκτιμούν την παραγωγή τους σε αριθμό ασφαλιστηρίων συμβολαίων και όχι σε αριθμούς ασφαλισμένων, καθώς επιδιώκουν να εμφανίζουν υψηλούς αριθμούς παραγωγικότητας ⁴⁰. Σύμφωνα με εκτιμήσεις που έχουν γίνει, στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι ασφαλισμένο ένα ποσοστό 5 – 10% του ελληνικού πληθυσμού. Το έτος 2000, περίπου 750.000 άτομα

³⁹ Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος – Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2004, *Η Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα το 2003*, Αθήνα 2004.

⁴⁰ Μωραϊτης, Ε., (2001), *Οι διαφορές μεταξύ κοινωνικής...*, ό.π., σελ. 166.

(περίπου 7% του συνολικού πληθυσμού) ήταν ασφαλισμένα σε προγράμματα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας των επτά (7) μεγαλύτερων ασφαλιστικών εταιριών του χώρου ⁴¹.

Μία σοβαρή αδυναμία της μελέτης του θέματος της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι η ανυπαρξία δημοσιευμένων στοιχείων. Τα διαθέσιμα στοιχεία αναφέρονται στο σύνολο της παραγωγής ασφαλειών Ζωής – Υγείας, που περιέχουν και την ασφάλιση για σύνταξη, πληρωμές αποζημιώσεων σε περίπτωση θανάτου ή αναπηρίας, επιδόματα σπουδών και άλλα αποταμιευτικά προγράμματα. Για τους λόγους αυτούς τα στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω είναι ενδεικτικά, και θα πρέπει με κάποια επιφύλαξη να γίνει αποδεκτό ότι απεικονίζουν τη σημερινή πραγματική κατάσταση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα.

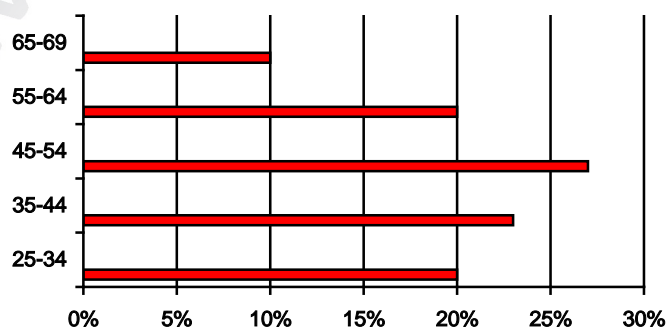
Πίνακας 6: Κάτοχοι ατομικής ασφάλειας Ζωής - Υγείας στην Ελλάδα, 1992 (Ποσοστό %)

ΦΥΛΟ		ΗΛΙΚΙΑ			ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ			ΕΙΣΟΔΗΜΑ	
Ανδρας	Γυναίκα	25 - 34	35 - 44	45 - 60	Βασική	Μέση	Ανώτερη / Ανώτατη	Πολύ υψηλό / Υψηλό	Μέσο / Χαμηλό
57%	43%	24%	29%	16%	16%	45%	39%	60%	40%

Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 1992)

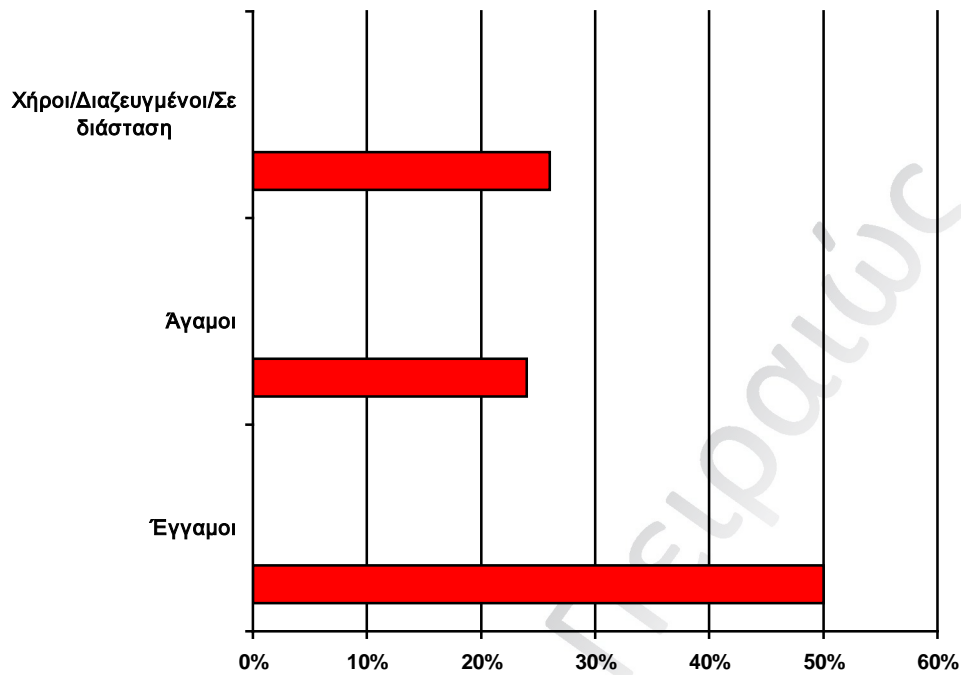
Ενδιαφέρον παρουσιάζει ως προς την σύνθεση του ασφαλισμένου και μη πληθυσμού, έγκυρη έρευνα ξένου Πανεπιστημίου {Propper & Eastwood 1989}. Σύμφωνα με ανάλυση τυχαίου δείγματος πληθυσμού της Μεγάλης Βρετανίας, εξετάστηκε η σύνθεση των ήδη ασφαλισμένων και η πρόθεση (ή και απόφαση) για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 2.125 άτομα (ασφαλισμένα και μη), ηλικίας μεταξύ 25 και 70 ετών και απαντήσεις συλλέγησαν από 1.360 άτομα (64% response rate). Η έρευνα, που πραγματοποιήθηκε το 1987, είχε σχεδιαστεί να διαπιστώσει σε βάθος τη στάση των ατόμων σε σχέση με την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Συγκεκριμένα, η έρευνα συνέλεξε δεδομένα για τη σύνθεση του νοικοκυριού, χαρακτηριστικά οικονομικοκοινωνικού χαρακτήρα, τρέχουσας κατάστασης της υγείας, πρόσφατης χρήσης υπηρεσιών υγείας, ύπαρξης κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης, με σκοπό να διαγνώσει και την πρόθεση για την κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας, παρατίθενται τα σημαντικότερα στατιστικά στοιχεία που συλλέγησαν για τους ήδη ασφαλισμένους:

Διάγραμμα 2: Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων κατά ομάδα ηλικιών

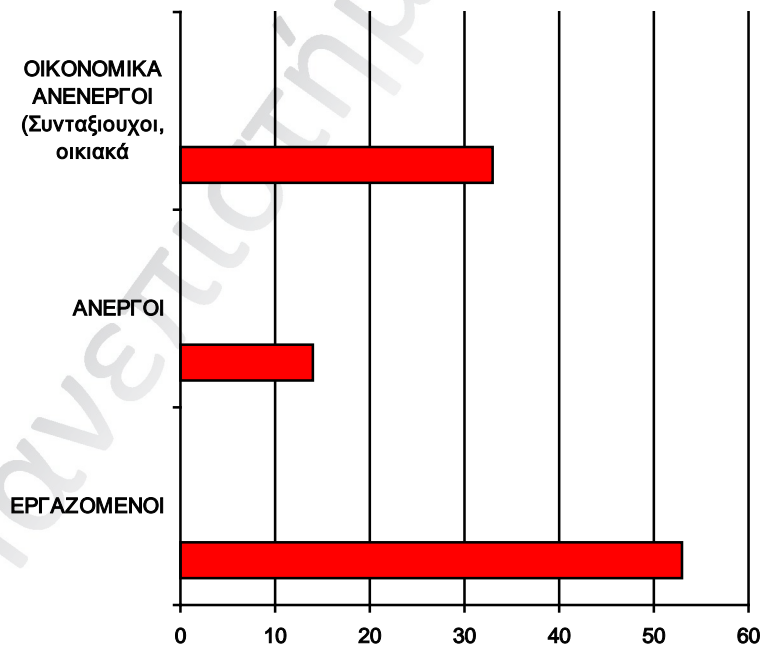


⁴¹ Περιοδικό Ασφαλιστικής Αγοράς, τεύχος 286, Δεκέμβρ. 2000, σελ. 10.

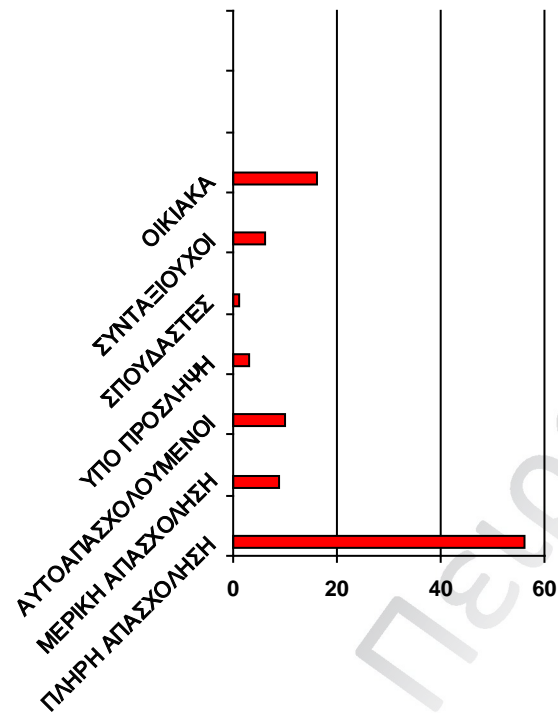
Διάγραμμα 3: Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων σύμφωνα με την οικογενειακή τους κατάσταση



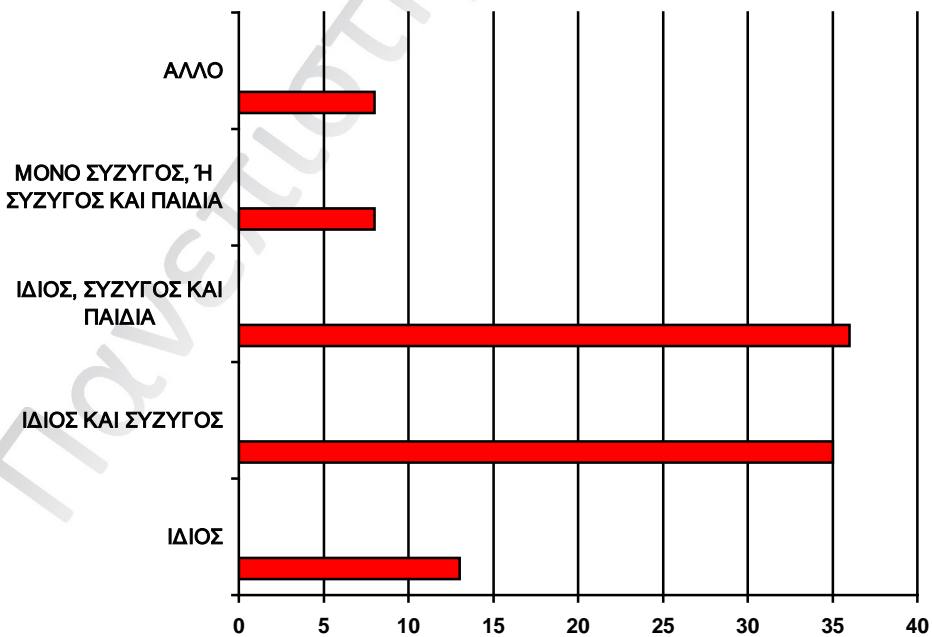
Διάγραμμα 4: Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων κατά οικονομική δραστηριότητα



Διάγραμμα 5: Κατανομή ασφαλισμένων κατά είδος επαγγελματικής δραστηριότητας



Διάγραμμα 6: Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων σύμφωνα με τα μέλη που καλύπτονται



Τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας γι' αυτό το θέμα, μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω ⁴²:

- το εισόδημα, σαν μέτρηση της δυνατότητας για πληρωμή, είναι καθοριστικός παράγοντας της απόφασης για ασφαλιστική κάλυψη. Όμως, δεν εμφανίζεται να έχει σημασία, αν το εισόδημα είναι μόνο ατομικό ή του συνόλου της οικογένειας.
- η επίδραση της ηλικίας είναι σημαντική, καθώς οι νέοι και οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πιθανόν να επιζητούν την ασφάλιση. Παρόλα αυτά, εμφανίζονται ευνοϊκά διακείμενοι σε συμπληρωματική ασφάλιση, υπό όρους.
- η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, από μόνη της δεν εμφανίζεται να έχει επίδραση στην απόφαση. Όμως, συνδυαζόμενη με την κατάσταση υγείας, επιδρά θετικά προς την κατεύθυνση της ασφάλισης. Η παρουσία άλλου ατόμου (στο νοικοκυριό) με προβλήματα υγείας, δεν εμφανίζεται να έχει επίδραση στην απόφαση.
- το υψηλό επίπεδο μόρφωσης και η θετική στάση προς τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, επιδρούν θετικά στην απόφαση.
- η κατηγορία των υπαλλήλων, που απολαμβάνουν προνομιακής κοινωνικής ασφάλισης υγείας, έχουν αρνητική πρόθεση.
- οι περιοχές με υψηλούς δείκτες οικονομικής ανάπτυξης, εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης.
- οι περιοχές με προβλήματα στην κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση και στη παροχή υπηρεσιών υγείας, εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί, ότι τα παραπάνω συμπεράσματα πρέπει να ληφθούν υπόψη, με την επιφύλαξη ότι η Αγγλική αγορά είναι διαφορετική από την αντίστοιχη Ελληνική. Και αυτό γιατί το NHS φαίνεται να λειτουργεί πιο οργανωμένα από το ΕΣΥ. Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε, ότι έρευνα σχετικά με την πρόθεση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και τη στάση των ατόμων απέναντι της στην Ελλάδα δεν υπάρχει, τουλάχιστον τέτοια που να θεωρείται έγκυρη και αξιόπιστη. Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει έρευνα που περιγράφει τους προσδιοριστικούς παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, τουλάχιστον στο βαθμό που συγχρόνως διαφαίνονται και οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για κάλυψη από ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

2.4 Η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας αποτελεί ο προαιρετικός της χαρακτήρας. Έτσι, η επιλογή από τον ασφαλισμένο ενός ιδιωτικού ασφαλιστικού προγράμματος εξαρτάται αποκλειστικά από την ατομική του βούληση καθώς και τη δυνατότητά του να ανταποκριθεί στο αντίστοιχο κόστος. Επομένως, η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας βασίζεται εξ' ολοκλήρου σε ιδιωτικές πληρωμές. Αυτές προέρχονται είτε α) από τους ίδιους τους ασφαλισμένους και αφορούν προσωπική ή και οικογενειακή τους κάλυψη (ατομικά συμβόλαια), είτε β) από τους εργοδότες, που προσφέρουν την κάλυψη αυτή στο σύνολο των εργαζομένων της επιχείρησής τους στο πλαίσιο ενός πακέτου εργασιακών παροχών, που περιέχουν και κάλυψη κατά της ασθένειας (ομαδικά συμβόλαια) ⁴³, είτε γιατί τα ασφαλιστρα εκπίπτουν φορολογικά.

⁴² Βοζίκης, Αθ., *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Πρότυπο Σύστημα...*, ό.π.

⁴³ Μωραϊτίης, Ε., (2001), *Οι διαφορές μεταξύ κοινωνικής...*, ό.π., σελ. 58.

2.5 Οι δομές των παροχών υπηρεσιών υγείας από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Η απώλεια της υγείας συνιστά ένα κίνδυνο απρόβλεπτο, που δημιουργεί στο άτομο την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία έναντι αυτού. Επομένως, καθίσταται ιδιαίτερα σημαντικό για το άτομο να εξασφαλίσει, ότι στην περίπτωση εμφάνισης κάποιου προβλήματος υγείας, οι παροχές υγείας που θα χρειαστεί θα είναι, ανεξάρτητα από το οικονομικό κόστος, διαθέσιμες την κατάλληλη στιγμή, τόσο ποσοτικά, όσο και ποιοτικά. Την ανάγκη αυτή δεν μπορούσε να καλύψει πλήρως η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μέχρι και τα τέλη της προηγούμενης δεκαετίας, καθώς κατά κανόνα περιοριζόταν στην κάλυψη του οικονομικού κινδύνου της ασθένειας. Η ανάπτυξη έντονου ανταγωνισμού μεταξύ των εταιριών ασφάλισης υγείας, καθώς και η καταγραφή νέων τάσεων στο χώρο σε διεθνές επίπεδο, συνέβαλε στην εγκατάλειψη από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας του παραδοσιακού της ρόλου και στην μεγαλύτερη δραστηριοποίησή της για άμεση προσφορά υπηρεσιών υγείας. Οι περισσότερες εταιρίες επεκτάθηκαν στην προσφορά ολοκληρωμένων πακέτων υγείας, ενώ κάποιες άλλες προχώρησαν στη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας.

2.5.1 Προγράμματα Ελεγχόμενης Φροντίδας (Ολοκληρωμένα Συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας)

Το 1998 εμφανίζονται για πρώτη φορά στην ελληνική ασφαλιστική αγορά τα Προγράμματα Ελεγχόμενης Φροντίδας (τύπου managed care)⁴⁴. Η πρώτη προσπάθεια αφορά τη δημιουργία από την Interamerican του Medisystem (1998), που αποτελεί ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, που συνδυάζει την ασφάλιση με την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ένα σύστημα τύπου Οργανισμού επιλεγμένων προμηθευτών (PPO's - «Preferred Provider Organizations»). Ένα δεύτερο πρόγραμμα ελεγχόμενης φροντίδας αποτελεί το δίκτυο “La Vie Health” του Ομίλου Ιατρικού Κέντρου. Τα προγράμματα αυτά έχουν ως κύριο χαρακτηριστικό την επέκταση των παροχών τους και στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διαμορφώνοντας κατ’ αυτόν τον τρόπο ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών υγείας⁴⁵.

1. Το “**Medisystem**” εμφανίζει τα χαρακτηριστικά Οργανισμού Επιλεγμένων Προμηθευτών, αποτελούμενο από δίκτυο συμβαλλομένων γιατρών, διαγνωστικών κέντρων και νοσηλευτικών ιδρυμάτων με πολύ καλή γεωγραφική διασπορά. Η Interamerican διαθέτει επιπλέον μία πρωτοποριακή ιατρική μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας (τύπου πολυιατρείου), το “**Medifirst**”, που παρέχει υπηρεσίες υγείας σε 24ωρη βάση καθ’ όλη τη διάρκεια του χρόνου. Οι γιατροί του **Medisystem** καλύπτουν όλες τις ειδικότητες, αποζημιώνονται σύμφωνα με εκ των προτέρων καθορισμένη τιμή και αποφασίζουν τις απαραίτητες για τον ασφαλισμένο εξετάσεις, την παραπομπή του σε γιατρό άλλης ειδικότητας ή τη νοσηλεία του σε κλινική. Με τον τρόπο αυτό, επιτυγχάνεται και η λειτουργία ενός μηχανισμού “**gatekeeping**”, που παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου της

⁴⁴ Αξίζει να σημειωθεί, ότι έχουν γίνει προσπάθειες για την εισαγωγή προγραμμάτων ελεγχόμενης φροντίδας στο δημόσιο τομέα υγείας με τη «Δημιουργία Δικτύων ΠΦΥ», βασισμένα στο Γαλλικό μοντέλο των “Reseaux de Soins Coordonnes”. Η θεσμοθέτησή τους έγινε με το ν. 2519/1997, που όμως δεν εφαρμόστηκε ποτέ.

⁴⁵ Οικονόμου, Χ. – Καραλής, Γ. – Κυριόπουλος, Γ. – Μπουρσανίδης, Χ. (2001), *Συμπληρωματική ασφάλιση και προγράμματα ελεγχόμενης φροντίδας για την υγεία στην Ελλάδα. Μία απόπειρα ανίχνευσης του πεδίου*, στο Κυριόπουλος, Γ. – Λιαρόπουλος, Λ. – Μπουρσανίδης, Χ. – Οικονόμου, Χ., (επιμ.), *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2001, σελ. 204.

- κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας και την ενδεχόμενη «προκλητή ζήτηση».
2. Το “*La Vie Health*” (Όμιλος Ιατρικού Κέντρου) προσιδιάζει περισσότερο σε Οργανισμό Διατήρησης Υγείας (Health Maintenance Organizations, HMO’s). Οι ασφαλισμένοι υποχρεούνται να χρησιμοποιούν μόνο τις υπηρεσίες του δικτύου και οι ιατρικές και διαγνωστικές τους εξετάσεις πραγματοποιούνται στις μονάδες ιδιοκτησίας του δικτύου, με πλήρη κάλυψη της δαπάνης ⁴⁶.

2.5.2 Παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. από τις λοιπές εταιρίες του κλάδου της ιδιωτικής ασφάλισης

Οι υπόλοιπες εταιρείες του κλάδου υγείας - με σπάνιες εξαιρέσεις - δεν προσφέρουν αυτοτελείς υπηρεσίες ΠΦΥ. Αυτό σημαίνει, ότι η παροχή από αυτές «δέσμης υπηρεσιών» ΠΦΥ αποτελεί παρακολούθημα («προσάρτημα») του βασικού ασφαλιστικού συμβολαίου που αφορά πρωτίστως νοσοκομειακή κάλυψη. Αυτό συμβαίνει, προκειμένου να αποφευχθεί το υψηλό διοικητικό κόστος που απαιτεί ο έλεγχος των σχετικών με την ΠΦΥ δαπανών, αλλά και λόγω της βεβαιότητας εκ μέρους των εταιριών, ότι οι ασφαλισμένοι θα εξαντλήσουν το ασφαλιστικό όριο των παρεχόμενων καλύψεων ⁴⁷.

Ωστόσο, μερικές εταιρείες παρέχουν αυτόνομα κάποια προγράμματα ΠΦΥ, όπως για παράδειγμα τα Προγράμματα της Ασπίς Πρόνοια: οδοντιατρικής περίθαλψης «Ιπποκράτης Οδοντίατρος» και «Ιπποκράτης Πρόληψη», που περιλαμβάνει πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, φυσιοθεραπείες και οδοντιατρική κάλυψη ⁴⁸.

Σε ορισμένες εταιρίες, η ποσότητα και η έκταση των παροχών ΠΦΥ διαφοροποιείται ανάλογα με τον τύπο συμβολαίου νοσοκομειακής κάλυψης που έχει επιλεγεί ⁴⁹ θα πρέπει επίσης να αναφερθεί, ότι εκτός της *Interamerican* και της *La Vie Assurance*, που έχουν προχωρήσει στη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας, οι υπόλοιπες εταιρείες του κλάδου δεν διαθέτουν την αναγκαία υποδομή για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ προς τους ασφαλισμένους τους.

Κατά συνέπεια, οι παροχές ΠΦΥ σε είδος, που προβλέπονται στα ασφαλιστικά συμβόλαια, διασφαλίζονται με τη σύναψη εκ μέρους των εταιριών συμβάσεων με γιατρούς ελεύθερους επαγγελματίες και διαγνωστικά κέντρα. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργείται στην πράξη ένα εικονικό σύστημα υγείας (*Virtual Health System*) ⁵⁰.

2.6 Η διαδικασία και οι προϋποθέσεις επιλογής ασφαλισμένων στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Η σύναψη ενός ασφαλιστικού συμβολαίου υγείας επαφίεται στην ατομική πρωτοβουλία του υποψηφίου ασφαλιζόμενου. Ωστόσο, σε κάποιες περιπτώσεις η δυνατότητα αυτή του ατόμου ενδέχεται να περιοριστεί ή και να αποκλειστεί εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρίας. Όπως προαναφέρθηκε, η τιμολόγηση ασφαλιστρών των

⁴⁶ Οικονόμου, Χ. – Καραλής, Γ. – Κυριόπουλος, Γ. – Μπουρσανίδης, Χ. (2001), *Συμπληρωματική ασφάλιση και...*, ό.π., σελ. 205.

⁴⁷ Μωραϊτης, Ε., (2001), *Οι διαφορές μεταξύ κοινωνικής...*, ό.π., σελ. 171.

⁴⁸ Πηγή: Ασπίς Πρόνοια

⁴⁹ Η Allianz διαθέτει δύο βασικούς συνδυασμούς: το “*All Iasis 80*” και το “*All Iasis 100*”, που καλύπτουν αντίστοιχα ποσοστά εξόδων 80% και 100% στο νοσοκομείο. Τα προγράμματα αυτά συνοδεύονται από αντίστοιχα προσάρτηματα διαγνωστικών εξετάσεων, με διαφοροποιημένη συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος (Πηγή: Ασφαλιστική Εταιρία “Allianz”).

⁵⁰ Μωραϊτης, Ε., (2001), *Οι διαφορές μεταξύ κοινωνικής...*, ό.π., σελ. 169.

ατομικών συμβολαίων βασίζεται στην ταξινόμηση του ατομικού κινδύνου, ενώ στα ομαδικά σε ομαδική ταξινόμηση. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση των κινδύνων είναι η ηλικία, το φύλο κλπ. Είναι επομένως πιθανό, οι μηχανισμοί ταξινόμησης κινδύνων των εταιριών να περιορίσουν την πρόσβαση στην ιδιωτική ασφάλιση σε περιπτώσεις ηλικιωμένων ατόμων ή σε περιπτώσεις προϋφιστάμενων παθήσεων⁵¹. Οι ασφαλιστικές εταιρίες στην Ελλάδα έχουν τη δυνατότητα να απορρίψουν αιτήσεις για ασφάλιση, να εξαιρέσουν προϋπάρχουσες παθήσεις από την κάλυψη ή να θέσουν στα συμβόλαιά τους ηλικιακά όρια.

Κάτω απ' αυτές τις συνθήκες, είναι πιθανόν η επιλογή των ασφαλισμένων να γίνεται με βάση την προσδοκώμενη χρήση από αυτούς υπηρεσιών υγείας (cream skimming). Το φαινόμενο αυτό έχει επίσης την ονομασία «αντίστροφη επιλογή» (adverse selection), επειδή το δικαίωμα επιλογής των υποψηφίων ασφαλισμένων μετατίθεται από το άτομο στην ασφαλιστική εταιρία.

Έκφραση του φαινομένου της «αντίστροφης επιλογής» αποτελεί και η απαίτηση καταβολής αυξημένων ασφαλίσεων σε κάποιες πληθυσμιακές ομάδες (π.χ. ηλικιωμένοι, καπνιστές, γυναίκες σε παραγωγική ηλικία κλπ)⁵². Κατά κανόνα, οι ασφαλιστικές εταιρίες ζητούν από τους υποψήφιους ασφαλισμένους την παροχή πληροφοριών σχετικά με το ατομικό και οικογενειακό ιατρικό τους ιστορικό και επιβαρύνουν τους καπνιστές με αυξημένα ασφάλιστρα κατά 10% -15%. Επιπλέον, τα ασφάλιστρα για τις γυναίκες όλων των ηλικιών είναι ελαφρώς αυξημένα σε σχέση με τα αντίστοιχα των ανδρών, καθώς κρίνεται ότι οι γυναίκες σε παραγωγική ηλικία δυνητικά καταναλώνουν περισσότερες υπηρεσίες υγείας από τους άνδρες.

Ως προς την λήξη των προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας («προσαρτήματα»), παρατηρούμε ότι συνήθως τίθεται ένα ηλικιακό όριο, το οποίο ποικίλλει ανά εταιρεία⁵³.

Ένας άλλος δυσμενής όρος που συχνά τίθεται στα προσαρτήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι η δυνατότητα διακοπής του προγράμματος εκ μέρους της εταιρίας μονομερώς ή ακόμα η δυνατότητα ετήσιας αναπροσαρμογής των ασφαλίσεων του χωρίς περιορισμό. Το γεγονός αυτό ενέχει τον κίνδυνο υπέρμετρης αύξησης των ασφαλίσεων.

2.7 Η ελευθερία επιλογής του ασφαλισμένου ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η ελευθερία επιλογής γιατρού εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τη συγκεκριμένη πολιτική που ακολουθεί η κάθε ασφαλιστική εταιρία. Η μελέτη των διάφορων ασφαλιστικών προγραμμάτων καταδεικνύει διαφορετικές και αποκλίνουσες ρυθμίσεις ανά εταιρία. Έτσι παρατηρείται ότι, σε εταιρίες που έχουν αναπτύξει ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας με ευρύ δίκτυο συμβαλλόμενων γιατρών (όπως π.χ. η Interamerican), η ελευθερία επιλογής του ασφαλισμένου είναι σαφώς αρκετά μεγάλη και μπορεί να επιλέξει μεταξύ ενός σημαντικού αριθμού γιατρών όλων των ειδικοτήτων. Η Interamerican έχει δε ιδρύσει μία πρωτοποριακή ιατρική μονάδα πρωτοβάθμιας υγείας, το “Medifirst”, όπου παρέχονται υπηρεσίες στους ασφαλισμένους της σε όλες τις ιατρικές ειδικότητες και καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας και του χρόνου.

⁵¹ Economou, Ch., (2001), *Voluntary Health Insurance...*, ό.π., σελ. 10.

⁵² Μωραϊτής, Ε., (2001), *Οι διαφορές μεταξύ κοινωνικής...*, ό.π., σελ. 169.

⁵³ Ενδεικτικά, σε άλλες εταιρίες είναι το 60ο έτος (N – N), σε άλλες το 65ο (Alico, Allianz), ενώ σε κάποιες άλλες η κάλυψη είναι ισόβια (99 έτη – Intetamerican) ή υπάρχει η δυνατότητα μετατροπής σε ισόβια με την πληρωμή επασφαλίστρου.

Στις περισσότερες πάντως εταιρίες, η επιλογή γιατρού από τον ασφαλισμένο κατευθύνεται από την ίδια την εταιρία μετά από επικοινωνία και σε μερικές περιπτώσεις έγκριση του συντονιστικού της κέντρου, γεγονός που συνιστά έναν *de facto* περιορισμό του ασφαλιστικού δικαιώματος. Επίσης, σε κάποιες περιπτώσεις, οι εταιρίες δεν δίνουν καθόλου στον ασφαλισμένο λίστα των συμβαλλομένων με αυτές γιατρών. Έναν ακόμη περιορισμό της ελευθερίας επιλογής δύναται να αποτελεί η συνεργασία της ασφαλιστικής εταιρείας με μικρό αριθμό συμβαλλομένων γιατρών ή μ' ένα μόνο διαγνωστικό κέντρο.

2.8 Η προσπελασιμότητα και η λειτουργία μηχανισμών “gatekeeping” στην ΠΦΥ

Η τάση των ασφαλιστικών εταιρειών για την παροχή ελκυστικών ασφαλιστικών «πακέτων» και η αδυναμία τους να προβλέψουν και κυρίως να ελέγξουν την *προκλητή ζήτηση* είχε ως συνέπεια την εκτίναξη των εξόδων τους και την υπερχρέωσή τους. Το γεγονός αυτό τις οδήγησε σε μία προσπάθεια ελέγχου της συχνότητας χρήσης των διαφόρων υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους τους. Στην κατεύθυνση αυτή, καθιέρωσαν κάποιους μηχανισμούς τύπου «gatekeeping», που βέβαια ποικίλλουν ανά εταιρεία. Από μία απλή ομαδοποίηση αυτών προκύπτει, ότι οι σημαντικότεροι είναι οι εξής:

- η επικοινωνία με το συντονιστικό κέντρο της εταιρίας πριν την χρήση οποιασδήποτε ιατρικής ή διαγνωστικής υπηρεσίας. Τη ρύθμιση αυτή έχουν καθιερώσει όλες σχεδόν οι ασφαλιστικές εταιρίες. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις, υπόκειται στην κρίση και έγκριση του συντονιστικού κέντρου το αν ο ασφαλισμένος θα επισκεφτεί κάποιον γιατρό και ποιόν.
- για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων χρειάζεται κατά κανόνα παραπεμπτικό εξειδικευμένου γιατρού. Οι εξετάσεις αυτές πραγματοποιούνται κυρίως για τη διάγνωση πιθανολογούμενης ασθένειας ή εξαιτίας ατυχήματος και δεν μπορούν να έχουν προληπτικό χαρακτήρα.
- ο καθορισμός συμμετοχής του ασφαλισμένου στο κόστος κάποιων ιατρικών επισκέψεων / εξετάσεων. Εμπειρικές μελέτες έχουν καταδείξει, ότι το μέτρο αυτό λειτουργεί στην κατεύθυνση αποτροπής της υπερβάλλουσας ζήτησης και κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας, αλλά μπορεί να οδηγήσει επίσης και σε περιορισμό της αναγκαίας ή απαραίτητης χρήσης των υπηρεσιών. Υπό αυτήν την έννοια, μπορεί να υποστηριχθεί ότι συντελεί σε υποβάθμιση του τομέα της πρόληψης⁵⁴.

2.9 Η προσβασιμότητα των ασφαλισμένων

Αναφορικά με το ζήτημα της προσβασιμότητας των ασφαλισμένων στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας και της γεωγραφικής διασποράς των δομών, που χρησιμοποιούνται για την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους, δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία⁵⁵. Γεγονός πάντως είναι ότι, οι υπηρεσίες ΠΦΥ παρέχονται οπωσδήποτε σε μεγάλα αστικά κέντρα, με αποκλίσεις βέβαια ανά εταιρεία.

⁵⁴ Μόσιαλος, Ηλ. – Θεοδώρου, Μ., (μελέτη), *Η χρηματοδότηση...*, ό.π., σελ. 12.

⁵⁵ Σχετικά στοιχεία, που αφορούν περιορισμένη γεωγραφική διασπορά έχουν βρεθεί μόνο για τις παροχές των φυσιοθεραπειών και της οδοντιατρικής φροντίδας και αφορούν συγκεκριμένη ασφαλιστική εταιρεία.

2.10 Η διάσταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

Η διάσταση της ποιότητας των προσφερόμενων από την ιδιωτική ασφάλιση υπηρεσιών αποτελεί ιδιαίτερα σημαντικό παράγοντα για τις διάφορες εταιρίες, δεδομένου ότι ενδιαφέρονται για την προσέλκυση όσο το δυνατόν περισσότερων ασφαλισμένων. Ωστόσο, η ποιότητα των υπηρεσιών αποτελεί μία παράμετρο που είναι δύσκολο να μετρηθεί, αλλά και να ελεγχθεί, καθώς δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία και δείκτες ικανοποίησης των χρηστών. Λαμβάνοντας υπόψη, ότι οι γιατροί στην ιδιωτική ασφάλιση είναι ελεύθεροι επαγγελματίες συμβεβλημένοι με τις διάφορες ασφαλιστικές εταιρίες και όχι δημόσιοι υπάλληλοι, όπως συμβαίνει σε ορισμένα ασφαλιστικά ταμεία, μπορούμε κατά τεκμήριο να συμπεράνουμε, ότι η παροχή των υπηρεσιών είναι περισσότερο ποιοτική σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση, δεδομένου ότι υπάρχει και το κίνητρο της διατήρησης των συμβάσεων τους με τις ασφαλιστικές εταιρίες. Το ίδιο ισχύει και για τα διαγνωστικά κέντρα.

Πάντως, η ποιότητα των υπηρεσιών συνδέεται άμεσα και με τον τρόπο παροχής αυτών. Έτσι εταιρίες, όπως η *Interamerican* και η *La Vie Assurance*, που έχουν προχωρήσει στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας και χρησιμοποιούν δικό τους δίκτυο γιατρών και διαγνωστικών κέντρων είναι σε θέση να ελέγξουν αποτελεσματικότερα και να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων απ' αυτές υπηρεσιών.

Σε άλλες εταιρίες του χώρου, που παρέχουν τις υπηρεσίες ΠΦΥ μέσω συμβεβλημένων διαγνωστικών κέντρων ή και ιατρικών εταιριών, τα οποία μπορεί με τη σειρά τους να έχουν μία χαλαρή ή πρόσκαιρη συνεργασία με κάποιους γιατρούς, που δεν τους γνωρίζουν καν οι ασφαλιστικές εταιρίες, είναι δυσκολότερο να ελεγχθεί η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών από την ίδια την ασφαλιστική εταιρεία και δεν μπορεί επίσης να εξασφαλιστεί συνέχεια στην ιατρική πρακτική.

2.11 Οι προοπτικές της ελληνικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

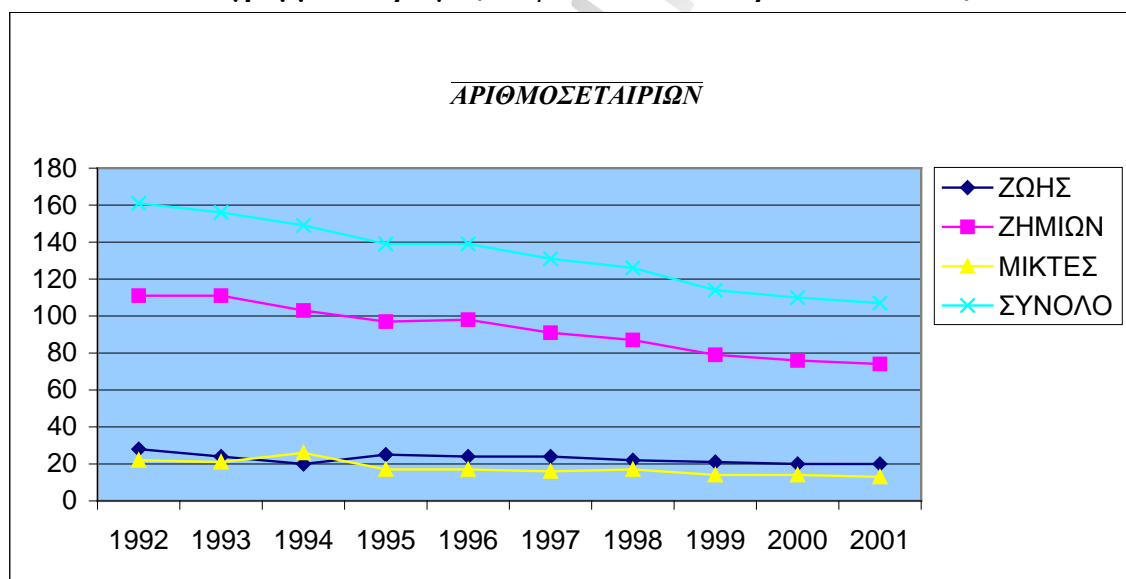
Οι προοπτικές που ανοίγονται με την ευρωπαϊκή ενοποίηση στον τομέα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά στον τομέα της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας παρουσιάζονται ιδιαίτερα ευοίωνες. Λαμβάνοντας υπόψη τις σύγχρονες διαμορφούμενες κοινωνικές, οικονομικές, δημογραφικές και πολιτικές εξελίξεις – συνθήκες, οι τάσεις που φαίνεται να διαμορφώνονται είναι:

- ο αριθμός των ασφαλιστικών εταιριών μειώθηκε δραστικά τα τελευταία χρόνια (Πίνακας 7). Αυτό οφείλεται στο ότι πλέον η νομοθεσία (που εναρμονίστηκε με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες) έχει γίνει αυστηρότερη. Ακόμα ο συνεχώς αυξανόμενος ανταγωνισμός και οι δύσκολες οικονομικά περίοδοι δεν έχουν αφήσει περιθώρια για ερασιτεχνισμούς. Αρκετές εταιρίες συγχωνεύτηκαν για να έχουν μια πιο δυναμική πορεία. Εδώ πρέπει να διευκρινίσουμε πως οι μικτές εταιρίες ασφαλίσεως ζωής είναι οι εταιρίες που ασκούν και ασφαλίσεις ζωής αλλά και ασφαλίσεις ζημιών. Αυτές οι εταιρίες πρέπει βέβαια να πάρουν την άδεια λειτουργίας και για ασφαλίσεις ζωής και για ασφαλίσεις ζημιών.

Πίνακας 7: Αριθμός Ασφαλιστικών Εταιριών κατά έτος				
ΕΤΟΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ			
	Ζωής	Ζημιών	Μικτές	Σύνολο
2005	18	64	13	95
2004	19	67	13	99
2003	19	68	13	100
2002	20	69	13	102
2001	20	74	13	107
2000	20	76	14	110
1999	21	79	14	114
1998	22	87	17	126
1997	24	91	16	131
1996	24	98	17	139
1995	25	97	17	139

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2006)

Διάγραμμα 7: Αριθμός Ασφαλιστικών Εταιριών κατά έτος



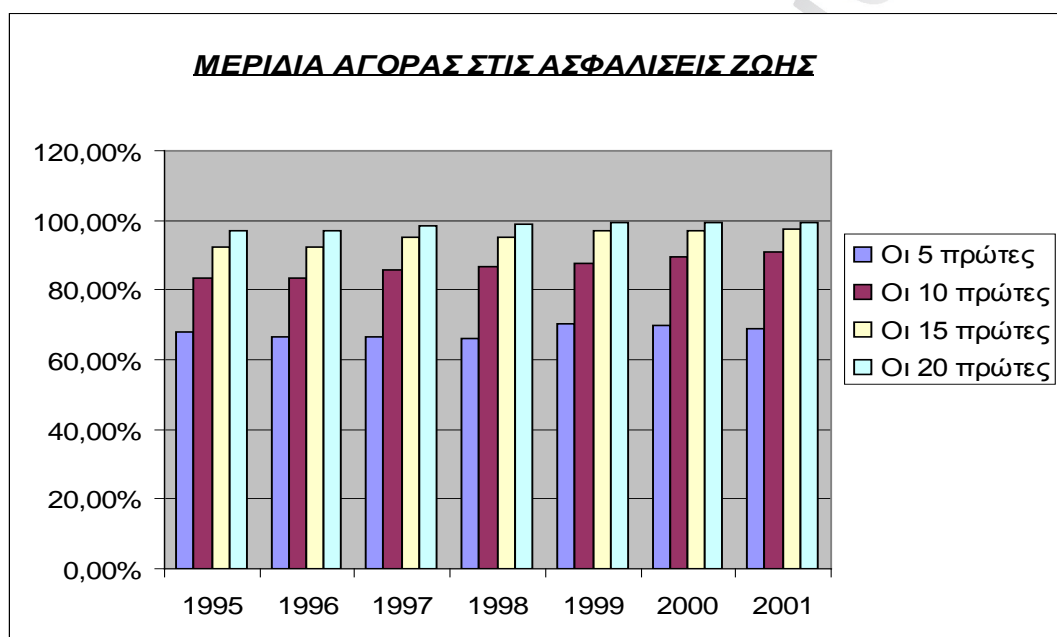
Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

- Το γεγονός αυτό, συνδυαζόμενο με την απαιτούμενη εξυγίανση των ασφαλιστικών εταιριών, περιορίζει τη δυνατότητα επιβίωσης των προβληματικών και μικρών εταιριών και επιταχύνεται ο ρυθμός μείωσης του πλήθους των ασφαλιστικών εταιριών, αλλά και επιβάλλει την ανάγκη συγχώνευσης και ενοποίησης των μικρών μονάδων, ώστε να καταστούν βιώσιμες. Κάτω από αυτή τη προοπτική, εμφανίζεται αυξημένος ο βαθμός συγκέντρωσης του μεριδίου της ασφαλιστικής αγοράς (Πίνακας 8), στα χέρια λίγων ασφαλιστικών εταιριών :

Πίνακας 8: Μερίδια Αγοράς Ασφαλιστικών Εταιρειών		
ΈΤΟΣ (2001)	Ασφαλίσεις Ζωής	Ασφαλίσεις Ζημιών
Οι 5 πρώτες	67,78%	37,20%
Οι 10 πρώτες	88,81%	56,00%
Οι 15 πρώτες	97,55%	69,00%
Οι 20 πρώτες	99,48%	77,21%

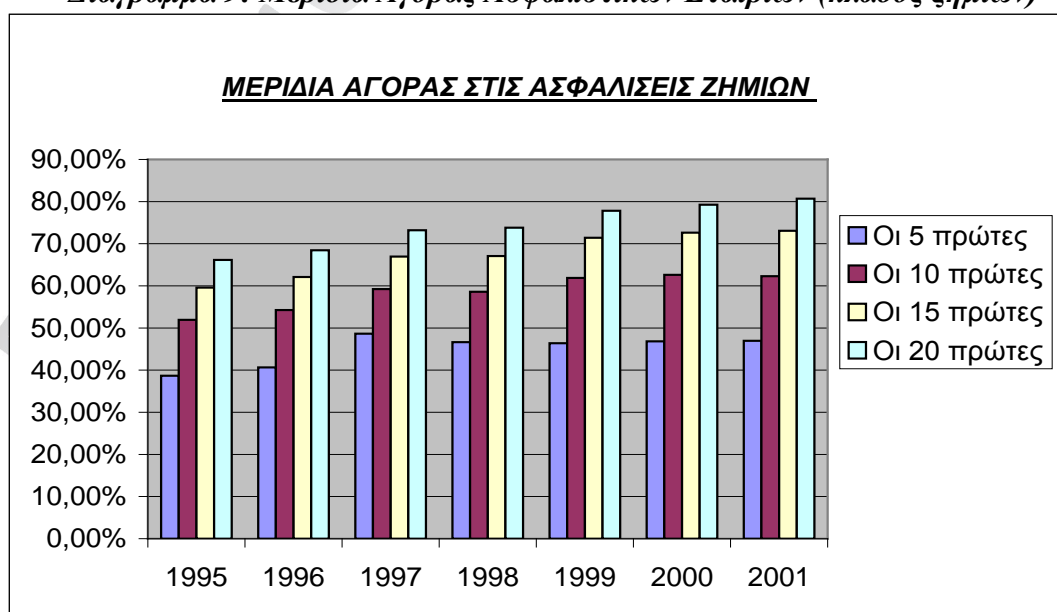
Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2005)

Διάγραμμα 8: Μερίδια Αγοράς Ασφαλιστικών Εταιριών (κλάδος ασφαλίσεων ζωής)



Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

Διάγραμμα 9: Μερίδια Αγοράς Ασφαλιστικών Εταιριών (κλάδος ζημιών)



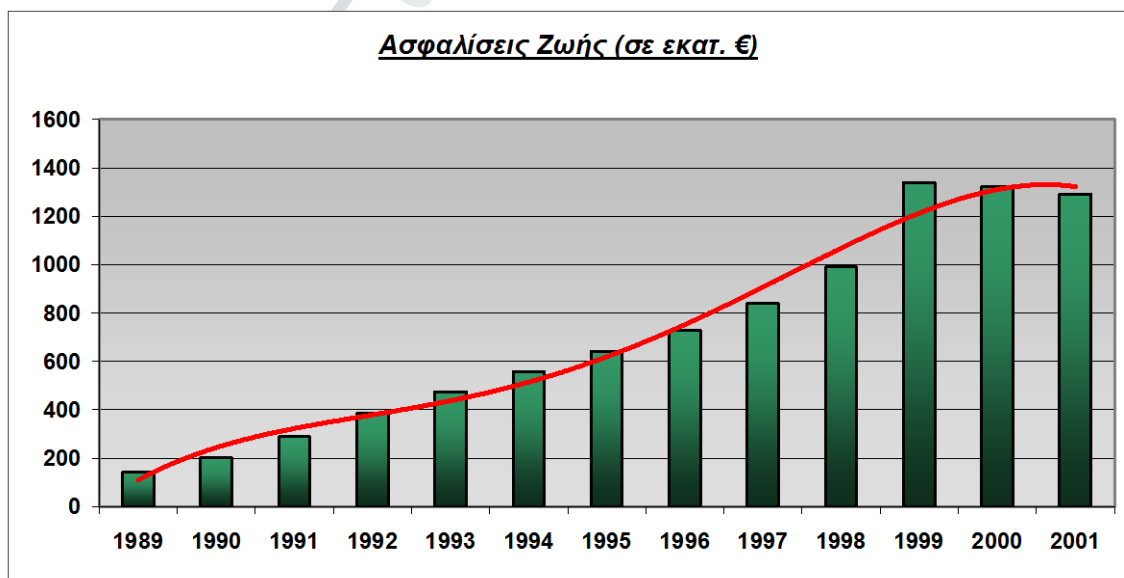
Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

- ο εκσυγχρονισμός, η καλύτερη οργάνωση των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, η ανάπτυξη των εργασιών και στο εξωτερικό, καθώς και η πραγματοποίηση επενδύσεων είναι προτεραιότητες για κάθε ελληνική ασφαλιστική επιχείρηση, με δεδομένη και την παρουσία των ευρωπαϊκών ασφαλιστικών επιχειρήσεων και με την μορφή ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στο σύντομο μέλλον.
- η πλήρης απελευθέρωση των τιμολογίων αναμένεται ότι θα ενεργήσει ευεργετικά για την αύξηση των εργασιών αλλά και τη βελτίωση των τεχνικών αποτελεσμάτων.
- τα ασφαλιστικά προγράμματα Ζωής και Υγείας αναπτύσσονται με πολύ έντονους ρυθμούς λόγω και των προβλημάτων της κοινωνικής ασφάλισης :

Πίνακας 9: Ασφαλίσεις Ζωής κατά έτος (ποσοστό %)			
Έτος	Ασφάλιστρα από Πρωτασφαλίσεις	Ετήσια Αύξηση	Σε ευρώ (€)
1989	48.572,00		142,5444
1990	68.291,00	40,60%	200,4138
1991	98.996,00	44,96%	288,4549
1992	131.147,00	32,48%	384,8775
1993	161.490,00	23,14%	473,9252
1994	190.078,00	17,70%	557,8225
1995	218.047,00	14,71%	639,9032
1996	248.011,00	13,74%	727,8386
1997	286.095,00	15,36%	839,6038
1998	337.289,00	17,89%	989,8430
1999	456.413,00	35,32%	1.339,4365
2000	450.078,00	-1,39%	1.320,8452
2001	440.082,00	-2,22%	1.291,5099

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

Διάγραμμα 10: Ασφαλίσεις Ζωής κατά έτος



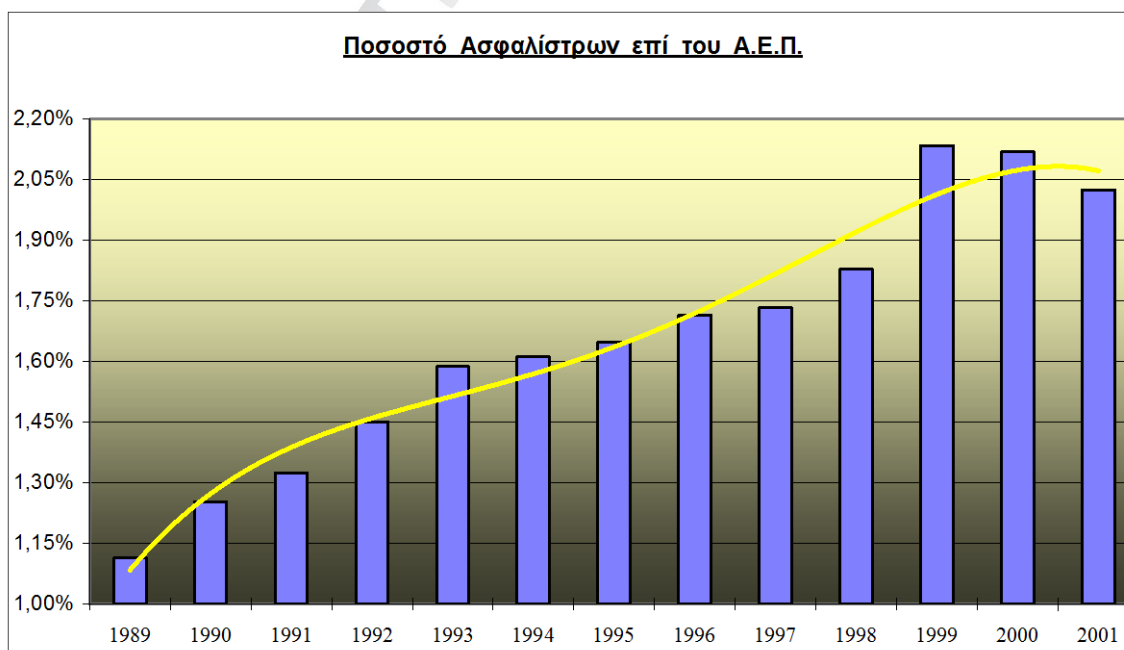
Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

Αλλά και τα συνολικά ασφαλίστρα έχουν έντονα ανοδική πορεία. Όπως βλέπουμε (Πίνακας 10) το ποσοστό των ασφαλίστρων επί του Α.Ε.Π. είναι αρκετά επηρεασμένο από το αντίστοιχο διάγραμμα της παραγωγής των ασφαλίστρων ζωής. Αυτό γιατί και η συνολική παραγωγή είναι επηρεασμένη από την παραγωγή των ασφαλίσεων ζωής. Η συνολική παραγωγή είναι το άθροισμα της παραγωγής των ασφαλίσεων ζωής και ζημιών. Και ενώ η παραγωγή των ασφαλίσεων ζημιών είναι μία σχεδόν ευθεία γραμμή, η συνολική παραγωγή είναι λίγο πιο ομαλοποιημένη.

Έτος	Παραγωγή Ασφαλίστρων	Σε ευρώ (€)	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	Ποσοστό (%)
1989	120.494,00	353,6141	10.826.700,00	1,11%
1990	162.565,00	477,0800	12.973.398,00	1,25%
1991	209.681,00	615,3514	15.848.243,00	1,32%
1992	272.124,00	798,6031	18.766.104,00	1,45%
1993	335.469,00	984,5811	21.135.716,00	1,59%
1994	386.447,00	1.134,1071	23.983.636,00	1,61%
1995	443.044,00	1.300,2025	26.883.500,00	1,65%
1996	513.445,00	1.506,8085	29.697.712,00	1,73%
1997	574.177,00	1.685,0389	32.721.812,00	1,75%
1998	658.841,00	1.933,5026	35.586.200,00	1,85%
1999	820.865,00	2.408,9949	38.319.600,00	2,14%
2000	876.596,00	2.572,5488	41.371.372,00	2,12%
2001	900.246,00	353,6141	44.446.092,00	2,03%

* το Α.Ε.Π. σε τρέχουσες τιμές
 Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

Διάγραμμα 11: Ποσοστό Ασφαλίστρων επί του Α.Ε.Π.



Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

Αν υπολογιστεί ο λόγος των ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις προς το σύνολο του πληθυσμού (η εκτίμηση γίνεται περίπου στα μέσα του έτους), τότε έχουμε το δείκτη των κατά κεφαλήν ασφαλιστρών (Πίνακας 11). Παρατηρούμε, ότι ενώ το 1989 τα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα αντιστοιχούσαν σε € 353,6141 ασφάλιστρα ανά κάτοικο το 2001 έφτασαν στα € 2641,9545. Έτσι συμπεραίνουμε ότι η εμπιστοσύνη των Ελλήνων στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης αυξάνεται διαρκώς. Παρόλα αυτά η ασφαλιστική δαπάνη στην Ελλάδα βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερο επίπεδο από αυτό της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες με παρόμοιο κατά κεφαλήν εισόδημα η αντίστοιχη δαπάνη για ασφάλιση είναι υψηλότερη. Οι βασικοί λόγοι που συμβαίνει αυτό είναι:

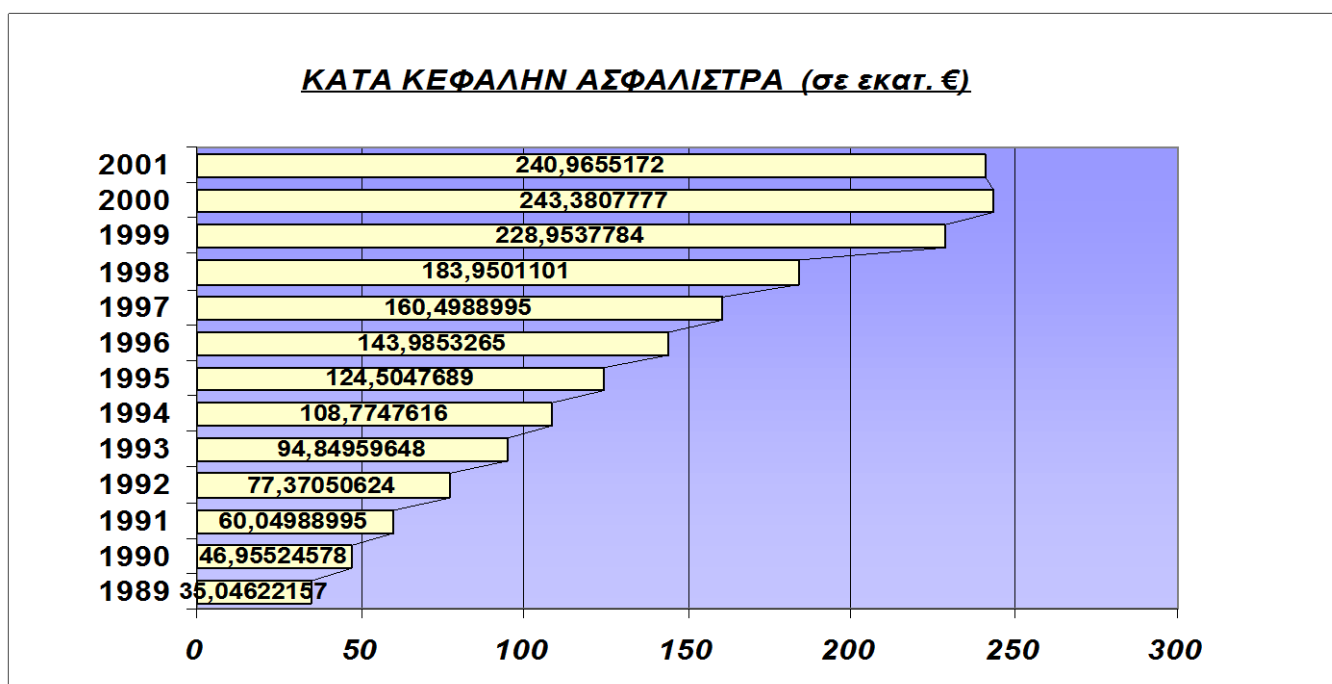
1. Η έλλειψη ασφαλιστικής συνείδησης του Έλληνα πολίτη. Το κράτος δεν προσπαθεί να αναπτύξει από νωρίς αυτή την ασφαλιστική συνείδηση. Στην Ελλάδα είναι χαρακτηριστικό ότι: α) Πάνω από 300.000 αυτοκίνητα κυκλοφορούν ανασφάλιστα, παρόλο που η κάλυψη έναντι τρίτων αστικής ευθύνης είναι υποχρεωτική, β) στους γενικούς κλάδους το 60 % των ασφαλιστρών αφορά την εκ του νόμου υποχρεωτική κάλυψη της αστικής ευθύνης αυτοκινήτου και γ) περίπου μόνο το 8 % των κτισμάτων είναι ασφαλισμένο και από αυτά μόνο το 30 % είναι ασφαλισμένο για πλημμύρα ή σεισμό.
2. Στην Ελλάδα επικρατεί η αντίληψη ότι το κράτος είναι αποκλειστικά υπεύθυνο για ότι χρειάζεται ο πολίτης. Βέβαια η αντίληψη αυτή σταδιακά υποχωρεί, αφού γίνεται κατανοητό ότι δεν είναι δυνατόν το κράτος να φέρει όλα αυτά τα βάρη. Αυτό φαίνεται από την σημαντικά σταδιακή αύξηση της συμμετοχής σε ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας και συνταξιοδότησης.
3. Τέλος ελλείπει η θέσπιση της αντικειμενικής ευθύνης προς τρίτους καθώς και των υποχρεώσεων λόγω επαγγελματικής ευθύνης (π.χ. ιατροί, δικηγόροι, μηχανικοί κλπ.).

Συνέπεια των παραπάνω είναι να εμφανίζεται την τελευταία δεκαετία μια θεαματική αύξηση των κατά κεφαλήν ασφαλιστρών (Πίνακας 11).

Πίνακας 11: Κατά κεφαλήν Ασφάλιστρα κατά έτος				
Έτος	Σύνολο Ασφαλιστρών	Πληθυσμός	Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα	
			Δραχμές	EURO
1989	120.494,00	10.089.550	11.942,00	35,0462
1990	162.565,00	10.160.551	16.000,00	46,9552
1991	209.681,00	10.247.341	20.462,00	60,0499
1992	272.124,00	10.321.883	26.364,00	77,3705
1993	335.469,00	10.379.453	32.320,00	94,8496
1994	386.447,00	10.426.289	37.065,00	108,7748
1995	443.044,00	10.442.900	42.425,00	124,5048
1996	513.445,00	10.465.058	49.063,00	143,9853
1997	574.177,00	10.498.800	54.690,00	160,4989
1998	658.841,00	10.511.000	62.681,00	183,9501
1999	820.865,00	10.521.700	78.016,00	228,9538
2000	10,570,000	82.932,00	10,964,080	243,3808
2001	82.109,00	876.596,00	900.246,00	240,9655

* σύνολο ασφαλιστρών σε εκατομμύρια δραχμές
 Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

Διάγραμμα 12: Κατά κεφαλήν Ασφάλιστρα κατά έτος



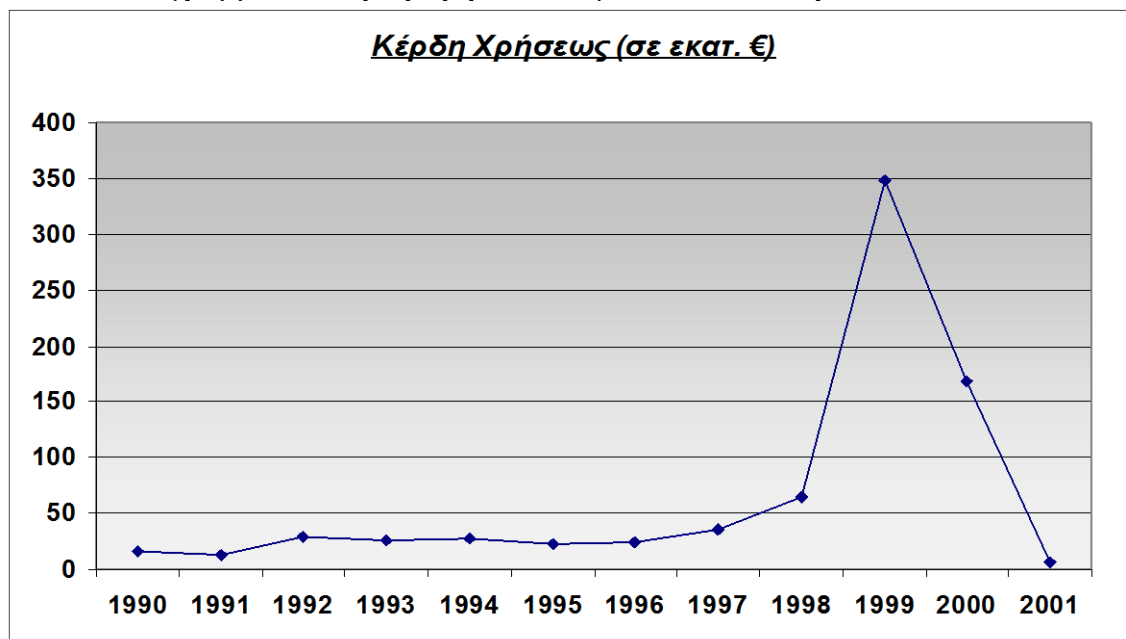
Εξίσου εντυπωσιακή εμφανίζεται και η εξέλιξη της κερδοφορίας των ασφαλιστικών εταιριών (Πίνακας 12), την περίοδο 1990 – 2001. Κέρδη χρήσεως είναι αυτά που προκύπτουν από την συσχέτιση του μικτού αποτελέσματος και των οργανικών και ομαλών εσόδων-εξόδων, που αφορούν την εκμετάλλευση. Στον παραπάνω ορισμό, με την έννοια του μικτού αποτελέσματος εκμεταλλεύσεως εννοούμε αυτό που προκύπτει από τη συσχέτιση των καθαρών πωλήσεων με το κόστος αγοράς ή παραγωγής των πωλήσεων (αγαθών ή υπηρεσιών). Επίσης, πρέπει να σημειωθεί πως η απότομη αύξηση στα κέρδη χρήσεως το 1998 οφείλετε κυρίως στην πορεία του χρηματιστηρίου.

Πίνακας 12: Κέρδη Χρήσεως Ασφαλιστικών Εταιρειών κατά έτος

Έτος	Κέρδη Χρήσεως	Σε ευρώ (€)	Ετήσια Αύξηση
1990	5.633,00	16,5312	
1991	4.369,00	12,8217	-22,44%
1992	9.686,00	28,4255	121,70%
1993	8.944,00	26,2480	-7,66%
1994	9.341,00	27,4131	4,44%
1995	7.642,00	22,4270	-18,19%
1996	8.443,00	24,7777	10,48%
1997	12.041,00	35,3368	42,62%
1998	21.996,00	64,5517	82,68%
1999	118.393,00	347,4483	438,25%
2000	57.117,00	167,6214	-51,76%
2001	1.946,00	5,7109	-96,59%

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

Διάγραμμα 13: Κέρδη Χρήσεως Ασφαλιστικών Εταιρειών κατά έτος



Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

Βέβαια, προϋπόθεση για τη συνέχιση της επιτυχούς δραστηριοποίησης των ασφαλιστικών εταιριών στην Ελλάδα, θα πρέπει να αποτελέσουν :

- η έντονη δραστηριοποίηση στην ανάπτυξη του δικτύου πωλήσεων
- οι επενδύσεις σε προγράμματα εισαγωγής και ανάπτυξης της πληροφορικής
- προγράμματα για την συντόμευση του χρόνου εξυπηρέτησης των εργασιών
- επέκταση και συμμετοχή σε νέες δραστηριότητες
- επέκταση των δραστηριοτήτων σε χώρες εκτός της Ελλάδος
- συγχώνευση – ενοποίηση εταιριών για την δημιουργία εταιριών με ικανοποιητικό μέγεθος για την αντιμετώπιση των συνεπειών της παγκοσμιοποίησης των αγορών
- εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού
- επινόηση και προσφορά σύγχρονων ασφαλιστικών προγραμμάτων
- αντιμετώπιση με επιτυχία του ανταγωνισμού, μέσα από ορθολογική κοστολόγηση των προσφερομένων προγραμμάτων της και
- διαρκής βελτίωση της εικόνας (image) και της θέσης στην ελληνική αγορά

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΑ ΟΜΑΔΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Γενικά

Για ιδιώτες που ανήκουν σε μεγάλες κοινωνικές ομάδες (όπως είναι σύλλογοι – σωματεία) καθώς επίσης και ομάδα ατόμων που συγκεντρώνει κοινά χαρακτηριστικά (π.χ. εργαζόμενοι στην ίδια επιχείρηση), οι ασφαλιστικές εταιρείες συνάπτουν ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια με σημαντική έκπτωση στα ασφάλιστρα.

Ο θεσμός των ομαδικών ασφαλίσεων είναι ευρύτερα διαδεδομένος σε όλες τις ανεπτυγμένες οικονομικά χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και της Αμερικής. Στη χώρα μας αναπτύσσεται με γοργούς ρυθμούς τις τελευταίες δεκαετίες και γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής.

Όταν μιλάμε για ομαδικές ασφαλίσεις αναφερόμαστε σε ασφαλίσεις μελών ομάδων που συνήθως βρίσκονται κάτω από τις ίδιες συνθήκες εργασίας και κάτω από την απειλή παρόμοιων κινδύνων που προέρχονται από τυχαία γεγονότα. Τα ομαδικά προγράμματα της ιδιωτικής ασφάλισης απευθύνονται σε μέλη συλλόγων ή σωματείων, καθώς και σε προσωπικό επιχειρήσεων. Έχουν σκοπό την οικονομική ενίσχυση και την προστασία του ασφαλισμένου και της οικογένειάς του μετά από κάποιο απρόβλεπτο και δυσάρεστο γεγονός.

3.2 Η ιδιωτική ομαδική ασφάλιση και το ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο

Ιδιωτική ομαδική ασφάλιση έχουμε όταν μέσω μιας ασφαλιστικής σύμβασης ιδρύονται περισσότερες ασφαλιστικές σχέσεις, έτσι ώστε απέναντι στον ασφαλιστή να υπάρχει ένας αντισυμβαλλόμενος (π.χ. εργοδότης) και πολλοί ασφαλισμένοι (π.χ. εργαζόμενοι – προσωπικό του εργοδότη)⁵⁶.

Δηλαδή, με άλλα λόγια, μεταξύ του ασφαλιστή και του εργοδότη συνεπάγεται μία ασφαλιστική σύμβαση στο όνομα του εργοδότη, αλλά υπέρ τρίτου και συγκεκριμένα υπέρ καθενός από τα άτομα που συγκαταλέγονται στο προσωπικό του, με σκοπό να συμπληρωθεί και να βελτιωθεί η ήδη υπάρχουσα κοινωνική ασφάλισή τους, σε περίπτωση θανάτου τους, του επιζώντος συζύγου και των τέκνων τους⁵⁷.

Στην ουσία πρόκειται για μια γνήσια μορφή ασφάλισης. Η εν λόγω σύμβαση καλύπτει κινδύνους οι οποίοι αφορούν στην ανθρώπινη ζωή και προϋποθέτουν την ύπαρξη αβεβαιότητας ως προς την επέλευσή τους, δηλαδή η δυνατότητα επέλευσης αυτών των κινδύνων είναι ανεξάρτητη από τη θέληση των αντισυμβαλλομένων. Στη σύμβαση ομαδικής ασφάλισης ο εργοδότης συμβάλλεται με τον ασφαλιστή. Ο ασφαλιστής έναντι ασφαλιστρού, το οποίο του καταβάλλει ο εργοδότης, αναλαμβάνει απέναντι στον εργοδότη την υποχρέωση να επιδώσει τη συμφωνημένη παροχή στον τρίτο, δηλαδή στον εργαζόμενο και σε περίπτωση θανάτου του τελευταίου να την επιδώσει στον επιζώντα σύζυγο και στα τέκνα του.

⁵⁶ Κρεμαλής, Κ., (1996), *Προβλήματα οριοθέτησης της ιδιωτικής...*, ό.π., σελ. 168.

⁵⁷ Στο ίδιο, σελ. 168-169.

Η σύμβαση που περιέχεται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο συνάπτεται μεταξύ της ασφαλιστικής εταιρείας και του εργοδότη – επιχειρηματία ή του νόμιμου εκπροσώπου του μαζικού φορέα (π.χ. προέδρου, γραμματέα συλλόγου κλπ.). Για την έκδοση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου απαιτείται έγγραφη εντολή (επιστολή, telex κλπ.) του συμβαλλόμενου που να αναφέρει ότι αποδέχεται (ο συμβαλλόμενος) όσα συνομολογηθεί με βάση την προσφορά ή άλλες προφορικές συζητήσεις που πραγματοποιήθηκαν. Η έγγραφη εντολή συνήθως συνοδεύεται από τα πλήρη στοιχεία της ασφαλιζόμενης ομάδας (π.χ. ονοματεπώνυμο, πατρώνυμο, ηλικία, φύλο, διεύθυνση κατοικίας, μισθός κλπ.), έστω και αν τα εν λόγω στοιχεία είχαν δοθεί για την προετοιμασία της προσφοράς, διότι στο μεταξύ είναι πολύ πιθανόν να έχουν μεταβληθεί. Απαραίτητο στοιχείο της έγγραφης εντολής είναι η ημερομηνία έναρξης της ασφάλισης. Η έγγραφη εντολή και τα στοιχεία που τη συνοδεύουν αποτελούν τη βάση για την κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης μεταξύ των δύο μερών. Οι ασφαλιζόμενοι δεν παίρνουν μέρος στην κατάρτιση της σύμβασης, παρά μόνο έμμεσα όταν συμμετέχουν στο κόστος με την αίτηση υπαγωγής στην ασφάλιση ⁵⁸.

Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο έχει συνήθως ετήσια διάρκεια και ανανεώνεται αυτόματα εφόσον, ρητά ή σιωπηρά, το αποδεχθούν και τα δύο μέρη. Σε κάθε ανανέωσή του παρέχεται η δυνατότητα καταγγελίας της σύμβασης, υπό την προϋπόθεση ότι πριν από ορισμένο χρονικό διάστημα (που ορίζεται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο) ένα από τα συμβληθέντα μέρη εκδηλώσει ρητά προς το έτερο μέρος την επιθυμία του για η μη ανανέωση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Ένας από τους βασικούς λόγους καταγγελίας της ασφαλιστικής σύμβασης είναι η μη καταβολή των ασφαλίσεων. Η ακύρωσή του τότε επέρχεται σύμφωνα με τα όσα ορίζει το Ν.Δ. 400/70. Οι όροι του συμβολαίου κατά τη διάρκεια ισχύος αυτού είναι δυνατόν ανά πάσα στιγμή να τροποποιηθούν ύστερα από κοινή συμφωνία των συμβαλλόμενων μερών.

Από τεχνικής πλευράς η δομή του ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι παρόμοια με εκείνη του συμβολαίου των ατομικών ασφαλίσεων. Προηγούνται οι ειδικοί όροι που αναφέρονται σε όλες τις συμβάσεις. Η σειρά ανάλυσης των γενικών όρων ακολουθεί τη σειρά καλύψεων – παροχών, όπως εμπεριέχονται στον πίνακα παροχών των ειδικών όρων. Κατά τ' άλλα δεν υπάρχουν ουσιώδεις διαφορές μεταξύ των όρων στα ομαδικά και ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια, πλην ορισμένων που πηγάζουν από το είδος της ασφαλιστικής σύμβασης, η οποία στις ομαδικές ασφαλίσεις είναι πάντα σύμβαση υπέρ τρίτου. Άλλος δηλαδή είναι ο συμβαλλόμενος και άλλοι οι ασφαλισμένοι.

Βάσει αυτού του λόγου προέρχεται και μια αντικειμενική αδυναμία των ασφαλισμένων να λάβουν γνώση των όρων του συμβολαίου, αφού αυτό (το συμβόλαιο) είναι αδύνατον να εκδοθεί σε τόσα αντίγραφα όσοι είναι οι ασφαλισμένοι. Η αδυναμία όμως αυτή ισοσταθμίζεται από την εκτύπωση και διανομή στους ασφαλισμένους ενός μικρού βιβλαριού (booklet), το οποίο σε απλή γλώσσα περιέχει τους βασικότερους γενικούς και ειδικούς όρους του συμβολαίου ⁵⁹.

Για το ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο ισχύει ότι ισχύει για κάθε ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Με την πληρότητα και σαφήνεια των όρων και διατάξεών του πρέπει να επιδιώκεται η ακριβής αποτύπωση της ασφαλιστικής σύμβασης με τέτοιο τρόπο ώστε να γίνεται απολύτως κατανοητή ακόμη και από τους μη ειδικούς. Άλλωστε, από τη σαφήνεια και την πληρότητα του συμβολαίου εξαρτάται και ο ακριβής καθορισμός των

⁵⁸ Μαρινάκης, Ιωσ., *Ομαδικές Ασφαλίσεις Προσωπικού: Πολυτέλεια ή αναγκαιότητα.*, Πτυχιακή Εργασία, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας (Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων) – Τ.Ε.Ι. Πειραιά, Πειραιάς 2005, σελ.60-61.

⁵⁹ Βέβαια, το συγκεκριμένο βιβλιάρειο σε καμία περίπτωση δεν υποκαθιστά πλήρως το συμβόλαιο και μάλιστα σε περίπτωση (λόγω λάθους συνήθως) που υπάρχει αντίφαση αυτού και του συμβολαίου οπωσδήποτε μεγαλύτερη ισχύ παρουσιάζει το δεύτερο.

δικαιωμάτων αλλά και των υποχρεώσεων τόσο των συμβαλλομένων όσο και των ασφαλισμένων.

3.3 Χαρακτηριστικά των ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων

Οι περισσότερες μεγάλες επιχειρήσεις προσφέρουν μια μεγάλη ποικιλία ομαδικών προγραμμάτων, στόχος των οποίων είναι η οικονομική εξασφάλιση τόσο των εργαζομένων όσο και των οικογενειών τους. Τα ομαδικά ασφαλιστήρια χρηματοδοτούνται συνήθως από τους εργοδότες, οι οποίοι καταβάλλουν παροχές σε περίπτωση που οι εργαζόμενοι τους χάσουν τη ζωή τους, αρρωστήσουν ή σε περίπτωση που πάθουν κάποιο ατύχημα με αποτέλεσμα να χάσουν το εισόδημά τους. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο κ. Μιλτιάδης Νεκτάριος, *...η ομαδική ασφάλιση είναι μιας μορφής ασφάλιση η οποία προσφέρει παροχές σε έναν αριθμό ατόμων μέσω ενός συμβολαίου. Συνήθως προ της ασφάλισης δεν απαιτούνται ούτε ιατρικές εξετάσεις ενώ τα πιστοποιητικά ασφάλισης εκδίδονται σε απόδειξη της ασφάλισης*⁶⁰...

Τα βασικά χαρακτηριστικά για τα οποία διακρίνονται τα ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια είναι τα εξής:

- είναι ευέλικτα και προσαρμόζονται σε διαφορετικές και στις εκάστοτε κάθε φορά ανάγκες και οικονομικές δυνατότητες
- κοστίζουν λιγότερο σε σχέση με τα ατομικά συμβόλαια
- μπορούν να προσφέρουν ευρύτερες καλύψεις – παροχές σε ορισμένες κατηγορίες υπαλλήλων
- προσφέρουν οικογενειακή προστασία σε περίπτωση θανάτου ή μόνιμης ανικανότητας για εργασία
- παρέχουν ασφαλιστική κάλυψη στις περιπτώσεις που η κοινωνική ασφάλιση είναι ανεπαρκής και το πρόβλημα υγείας που παρουσιάστηκε πρέπει να αντιμετωπιστεί άμεσα

Οι βασικές διαφορές ανάμεσα στα ατομικά συμβόλαια και στα ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια είναι τέσσερις:

- 1) Στις ομαδικές ασφάλειες έχουμε ένα συμβόλαιο. Αυτό συνάπτεται μεταξύ της ασφαλιστικής εταιρείας και συνήθως του εργοδότη, ο οποίος λειτουργεί ως εκπρόσωπος της ομάδας.
- 2) Στις ομαδικές ασφάλειες έχουμε χαμηλότερο κόστος. Το κόστος πληρώνεται, είτε ολόκληρο, είτε κάποιο μέρος του, από τους εργοδότες. Επίσης η μαζική διανομή μειώνει τα έξοδα διαχείρισης.
- 3) Στα ομαδικά ασφαλιστήρια η ασφαλιστική εταιρεία ενδιαφέρεται για την ασφαλισσιμότητα της ομάδας και όχι για την ασφαλισσιμότητα καθενός μέλους της.
- 4) Η εμπειρία καθορίζει την τιμολόγηση, αρκεί βέβαια να έχει η ομάδα τέτοιο μέγεθος που να επιτρέπει την τιμολόγηση με την εμπειρία.

⁶⁰ Νεκτάριος, Μ., (1998), *Εισαγωγή στην ιδιωτική ασφάλιση* (Γ' Έκδοση), Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα 1998, σελ. 230-232.

Η πιο συνηθισμένη περίπτωση ομαδικής ασφάλισης είναι η ετησίως ανανεούμενη ομαδική ασφάλιση ζωής. Διαρκεί όσο ο εργαζόμενος είναι μέλος της «ομάδας», αν παραιτηθεί ή απολυθεί έχει το δικαίωμα να μετατρέψει σε ατομικό το ασφαλιστικό πρόγραμμα εντός 31 ημερών χωρίς αποδεικτικά ασφαλισιμότητας, το κόστος είναι χαμηλό, η παρεχόμενη προστασία είναι σε ετήσια βάση και το ποσό της ασφάλισης ισούται με 12 ή 24 μισθούς σε περίπτωση θανάτου ή μόνιμης ολικής ή μερικής ανικανότητας ενώ διπλασιάζεται στην περίπτωση της έλευσης του κινδύνου από ατύχημα. Αρκετά συχνά μαζί με την ομαδική ασφάλιση ζωής προσφέρεται και κάλυψη υγείας, με σκοπό την αντιμετώπιση των εξόδων νοσηλείας και την εξασφάλιση ενός μέρους των αποδοχών που χάνεται κατά την περίοδο της ασθένειας⁶¹.

3.4 Βασικές αρχές των ομαδικών ασφαλίσεων

Οι βασικές αρχές *underwriting* που διέπουν τη λειτουργία των ιδιωτικών ομαδικών ασφαλίσεων είναι οι εξής:

- ✓ Η ασφάλιση προϋποθέτει την ύπαρξη ομάδας
- ✓ Κινητικότητα της ομάδας
- ✓ Αυτόματος καθορισμός παροχών
- ✓ Ελάχιστο όριο συμμετοχής
- ✓ Συμμετοχή τρίτου στο κόστος
- ✓ Απλή και αποτελεσματική διαχείριση

1. Η ύπαρξη της ομάδας πριν την ασφάλιση είναι επιτακτική. Δεν πρέπει να σχηματιστεί η ομάδα μόνο για την ασφάλιση, γιατί τότε θα ήταν συχνό φαινόμενο να σχηματίζονται ομάδες μη υγιών ατόμων για να ασφαλισθούν με χαμηλό κόστος.

2. Θα πρέπει να υπάρχει κινητικότητα στην ομάδα, δηλαδή είσοδος νέων μελών κι έξοδος ηλικιωμένων. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται η διατήρηση του μέσου όρου ηλικίας και κατά συνέπεια του ασφαλιστρού σε λογικά επίπεδα. Μια αύξηση του ασφαλιστρού οδηγεί υγιή άτομα εκτός προγράμματος, τα άτομα που παραμένουν είναι υψηλού κινδύνου άρα ανεβαίνει το ασφαλιστρο και οδηγούμαστε έτσι σε ένα φαύλο κύκλο.

3. Οι παροχές θα πρέπει να καθορίζονται αυτόματα με την εφαρμογή κάποιων τύπων, ώστε να αποκλείεται η ατομική επιλογή των ποσών. Οι τύποι υπολογισμού μπορούν να βασίζονται στο μισθό, στην προϋπηρεσία, στη θέση ή σε συνδυασμό αυτών. Διαφορετικά θα μπορούσαν οι ομάδες υψηλού κινδύνου να επιλέξουν μεγαλύτερα ασφαλιστικά ποσά, οι υγιείς ομάδες μικρότερα και θα αυξανόταν η αντεπιλογή κατά του ασφαλιστή. Βέβαια σε κάποια ασφαλιστικά προγράμματα επιτρέπεται να επιλεγούν οι παροχές σε μεγαλύτερα όρια, με την προϋπόθεση προσκόμισης αποδεικτικών ασφαλισιμότητας.

4. Θα πρέπει επίσης να συμμετέχει στο ασφαλιστικό πρόγραμμα ένας ελάχιστος αριθμός ατόμων, που εξαρτάται από τη συμμετοχή ή μη των εργαζομένων στο κόστος. Αν το πρόγραμμα καλύπτεται αποκλειστικά από τον εργοδότη τότε πρέπει να συμμετέχει το 100%, αν πάλι συμμετέχουν και οι εργαζόμενοι στο κόστος θα πρέπει να συμμετέχει ένα ποσοστό πάνω από το 50% των εργαζομένων. Με το μεγάλο ποσοστό συμμετοχής αφενός μειώνεται η αντεπιλογή και αφετέρου μειώνεται το ποσοστό των γενικών εξόδων.

⁶¹Στο ίδιο., σελ. 234-235.

5. Η συμμετοχή κάποιου τρίτου στο κόστος, συνήθως του εργοδότη, εξισορροπεί την κατάσταση ανάμεσα στους ηλικιωμένους και στους νέους. Διαφορετικά η αυξημένη πληρωμή από τους νέους σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά τους σε σχέση με τους ηλικιωμένους και τα δικά τους χαρακτηριστικά, θα οδηγούσε σε αποχώρηση των νέων από το πρόγραμμα, με το γνωστό φαύλο κύκλο που είδαμε και προηγουμένως. Η πληρωμή μέρους του κόστους από τον εργοδότη απορροφά κάθε αύξηση στα ασφάλιστρα κι έτσι αυτά παραμένουν σχετικά σταθερά για τους εργαζόμενους.

6. Η απλή και αποτελεσματική διαχείριση έχει να κάνει με τη μείωση των διαχειριστικών εξόδων που προέρχεται από τη μεγάλη συμμετοχή στο πρόγραμμα. Αυτόματη κράτηση από τη μισθοδοσία, απλούστερη διαδικασία που οδηγούν στη διατήρηση της συμμετοχής σε υψηλό επίπεδο.

3.5 Βασικές προϋποθέσεις για συμμετοχή στην ομαδική ασφάλιση

Για να συναφθεί ένα ομαδικό ιδιωτικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο, θα πρέπει να συντρέχουν ορισμένες προϋποθέσεις, εκ των οποίων πιο βασικές είναι οι ακόλουθες:

1. Πρέπει να υπάρχουν κατάλληλες ομάδες. Η σύσταση των ομάδων για ομαδική ασφάλιση καθορίζεται είτε από την πολιτική της εταιρίας, είτε από το νόμο. Αποτελούνται από εργαζόμενους, στελέχη, ομάδες συνεργατών, συλλόγους κλπ. Σπάνια υπάρχουν μη κατάλληλες ομάδες για ομαδική ασφάλιση. Οι ασφαλιστές ζητούν κάθε υπό ασφάλιση ομάδα να έχει έναν ελάχιστο αριθμό μελών (συνήθως όχι λιγότερα από δέκα άτομα). Αυτό γίνεται αφενός για να αποκλεισθεί όσο είναι δυνατόν η ασφάλιση μιας ομάδας με πολλά μη υγιή μέλη κι αφετέρου για να επιμεριστούν σε όσο το δυνατόν περισσότερα μέλη τα γενικά έξοδα που υπάρχουν και είναι ανεξάρτητα από τον αριθμό των μελών, ώστε να έχουμε μικρότερο κόστος ανά μέλος.

2. Πρέπει να υπάρχουν προϋποθέσεις εισόδου. Για να μπορούν οι εργαζόμενοι να συμμετέχουν σε ένα ομαδικό ασφαλιστικό πρόγραμμα θα πρέπει να πληρούν κάποιες προϋποθέσεις: α) να εργάζονται ως πλήρως απασχολούμενοι, δηλαδή για όλο το προβλεπόμενο ανά εβδομάδα ωράριο, β) να έχει παρέλθει η περίοδος αναμονής, δηλαδή ένα χρονικό διάστημα (συνήθως έξι μηνών) από την πρόσληψη τους, ώστε να αποκλείεται η είσοδος κι έξοδος στο ασφαλιστικό πρόγραμμα των περιστασιακώς απασχολούμενων στην επιχείρηση, γ) να κάνει αίτηση για να ενταχθεί στο πρόγραμμα μέσα στο χρονικό όριο που έχει καθοριστεί. Με αυτόν τον τρόπο δεν χρειάζεται να προσκομίσει πιστοποιητικά καλής υγείας (ασφαλισιμότητας), αν παρέλθει όμως η προθεσμία κάθε αίτηση θα πρέπει να συνοδεύεται από τα πιστοποιητικά που καθορίζονται από την ασφαλιστική εταιρία, δ) να εργάζονται κατά την ημερομηνία εισόδου τους στο πρόγραμμα. Αυτό σημαίνει αφενός ότι είναι μέλη της ομάδας κι αφετέρου ότι είναι υγιείς εκείνη τη χρονική στιγμή.

3.6 Τα ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής

Σημαντική αύξηση γνωρίζουν τα ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια στη χώρα μας τη τελευταία πενταετία. Ο αριθμός των επιχειρήσεων που αποφασίζουν να καλύψουν συμπληρωματικά τις ανάγκες του προσωπικού τους για συντάξεις και παροχές υγείας αυξάνεται αλματωδώς. Ενδεικτικό είναι ότι μέσα σε δύο χρόνια οι πωλήσεις ομαδικών

συνταξιοδοτικών ασφαλιστηρίων υπερτριπλασιάστηκαν. Από 73 εκατομ. € που ήταν το πρώτο εξάμηνο του 2002, έφτασαν τα 142 εκατομ. € στο πρώτο εξάμηνο του 2003 ενώ στο πρώτο εξάμηνο του 2004 εκτιμάται ότι ξεπέρασαν τα 250 εκατομ. €.

Τη μεγαλύτερη ζήτηση γνωρίζουν τα προγράμματα εκείνα που είναι άμεσα συνυφασμένα στις ανάγκες της κάθε επιχείρησης. Πρόκειται για πακέτα που προσφέρονται με ειδικούς όρους και προνομιακά ασφάλιστρα (π.χ. 130 € το χρόνο ανά εργαζόμενο) και απευθύνονται ακόμη και σε ειδικές κατηγορίες επαγγελματιών, προκειμένου να καλύψουν το 100% των αναγκών τους σε σύνταξη και νοσοκομειακή κάλυψη. Σημαντικό όμως κίνητρο είναι και τα φορολογικά πλεονεκτήματα που παρέχουν τα εν λόγω προγράμματα. Υπολογίζεται πως ομαδικά προγράμματα συνολικά έχουν κοντά στο ένα εκατομμύριο εργαζόμενοι. Ειδικότερα, μόνο τα ομαδικά υγείας καλύπτουν πάνω από 746.000 άτομα ενώ περισσότερους από 120.000 καλύπτουν τα συνταξιοδοτικά.

Δύο είναι οι κατηγορίες των ομαδικών συμβολαίων: Τα συνταξιοδοτικά, που δίνουν τη δυνατότητα στον εργαζόμενο να ενισχύσει το εισόδημά του ή να πάρει ένα εφάπαξ ποσό, κάποια στιγμή στο μέλλον, που θα συμπίπτει με τον χρόνο συνταξιοδότησής του και τα προγράμματα ζωής και υγείας, που παρέχουν νοσοκομειακές καλύψεις και εξασφαλίζουν ότι ο εργαζόμενος ή οι συγγενείς του θα εισπράξουν ένα σημαντικό ποσό σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος ή σοβαρής ασθένειας.

Τα ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής περιλαμβάνουν:

α) Ομαδική ασφάλιση ζωής που ανανεώνεται ετησίως. Πρόκειται για τη πιο σημαντική μορφή ομαδικής ασφάλισης σήμερα. Παρέχεται προστασία σε ετήσια βάση και το κόστος είναι χαμηλό για τους εργαζόμενους. Το ποσό της ασφάλισης ζωής είναι δώδεκα (12) ή είκοσι τέσσερις (24) μισθοί. Η ασφάλιση ζωής ισχύει όσο ο εργαζόμενος εργάζεται στην επιχείρηση. Αν αποχωρήσει, είτε απολυόμενος, είτε παραιτούμενος, μπορεί να ζητήσει τη μετατροπή της ασφάλισης του σε ατομική χωρίς να προσκομίσει αποδεικτικά ασφαλισιμότητας μέσα σε διάστημα 31 ημερών. Επίσης υπάρχει συνήθως η δυνατότητα κάλυψης των εξαρτωμένων μελών του εργαζόμενου, με δικό του κόστος. Αυτή η μορφή ομαδικής ασφάλισης έχει το πλεονέκτημα του χαμηλού κόστους, και λειτουργεί συμπληρωματικά με την ατομική ασφάλιση ζωής. Τα μειονεκτήματα της είναι η πρόσκαιρη κάλυψη που σταματά μόλις ο ασφαλισμένος αποχωρήσει από την επιχείρηση, αλλά και η ακριβή μετατροπή της κάλυψης σε ατομική για έναν μεγάλης ηλικίας εργαζόμενο που αποχωρεί.

β) Ομαδική κάλυψη Θανάτου από ατύχημα, μόνιμης ολικής ανικανότητας, και μόνιμης μερικής ανικανότητας. Μια άλλη παροχή των ομαδικών ασφαλίσεων είναι η κάλυψη θανάτου από ατύχημα, καθώς και μόνιμη ολική ή μερική ανικανότητα κυρίως από ατύχημα. Το ασφαλισμένο ποσό είναι συνήθως ίσο ή διπλάσιο από αυτό της ασφάλισης ζωής και καταβάλλεται όλο σε περίπτωση θανάτου ή μόνιμης ολικής ανικανότητας από ατύχημα. Σε περίπτωση μερικής ανικανότητας από ατύχημα, καταβάλλεται αντίστοιχο ποσοστό του συνολικού κεφαλαίου, ανάλογα με το βαθμό της μερικής ανικανότητας.

3.7 Ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας (ομαδικές ασφαλίσεις υγείας)

Είναι συχνή η παροχή ομαδικής κάλυψης υγείας μαζί με την ασφάλιση ζωής από πολλούς εργοδότες, προκειμένου το προσωπικό τους να αντιμετωπίσει τα έξοδα από μη εργατικά ατυχήματα ή νοσήματα. Επίσης συχνή είναι η κάλυψη ανικανότητας προς

εργασία που εξασφαλίζει ένα μέρος των αποδοχών κατά τη διάρκεια της ανικανότητας. Αυτές οι καλύψεις αναλύονται ως εξής:

α) *Ομαδικές νοσοκομειακές καλύψεις.* Μ' αυτές καλύπτονται τα έξοδα περίθαλψης στην περίπτωση νοσηλείας σε νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα καλύπτονται:

- ✓ Νοσήλια και φαγητό
- ✓ χειρουργικές επεμβάσεις
- ✓ αμοιβές ιατρών
- ✓ εξετάσεις διαγνωστικές
- ✓ φαρμακευτικές αγωγές

Σε πολλές περιπτώσεις καταβάλλεται ένα σταθερό ποσό ημερήσιας αποζημίωσης για δωμάτιο και τροφή ανεξάρτητα από το πραγματικό κόστος.

Το ίδιο μπορεί να συμβαίνει και για την αποζημίωση των χειρουργών και των λοιπών, η οποία μπορεί να είναι ένα ποσό προκαθορισμένο ανάλογα με το είδος της επέμβασης ή της εξέτασης, είτε η πραγματική αμοιβή, αρκεί αυτή να βρίσκεται στα λογικά και συνήθη επίπεδα. Τα φάρμακα και οι διαγνωστικές εξετάσεις καλύπτονται τόσο εντός του νοσοκομείου όσο κι εκτός του νοσοκομείου, πριν αλλά και μετά τη νοσηλεία. Στα παραπάνω προγράμματα συνήθως μπαίνουν οι όροι:

- ✓ της συνασφάλισης και
- ✓ της απαλλαγής

Συνασφάλιση σημαίνει ότι ο ασφαλισμένος θα καταβάλλει ένα μέρος των εξόδων, για παράδειγμα το 30%, ώστε να είναι πιο προσεκτικός στις δαπάνες αφού συμμετέχει κι αυτός, ενώ *απαλλαγή* σημαίνει ότι ο ασφαλισμένος πληρώνει ένα ποσό, είτε ετησίως είτε κατά περίπτωση, πριν αρχίσει να καταβάλλει ποσά η ασφαλιστική εταιρία. Με αυτόν τον τρόπο πάλι γίνεται πιο προσεκτικός στις δαπάνες του και χρησιμοποιεί την ασφαλιστική εταιρία μόνο στις πραγματικά δύσκολες καταστάσεις.

Αξίζει να επισημάνουμε ότι, αν κάποιος είναι ασφαλισμένος σε περισσότερα από ένα ασφαλιστικά προγράμματα, το σύνολο των αποζημιώσεων που θα λάβει για κάθε περίπτωση από όλους τους ασφαλιστικούς φορείς, δεν μπορεί να υπερβαίνει το σύνολο των πραγματικών εξόδων που έχει καταβάλλει.

β) *Ομαδική ασφάλιση ανικανότητας.* Με τις ομαδικές καλύψεις ανικανότητας έχουμε καταβολή περιοδικών ή εφάπαξ παροχών στους ασφαλισμένους μετά από ατύχημα ή ασθένεια που προκάλεσε ανικανότητα εργασίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις καλύπτουν τον ασφαλισμένο για διάστημα ως δύο έτη, ενώ έχουν μια περίοδο αναμονής όταν πρόκειται για ανικανότητα από ασθένεια (συνήθως μια εβδομάδα). Στην περίπτωση ατυχήματος η κάλυψη είναι άμεση. Αυτή η περίοδος αναμονής μειώνει το κόστος λόγω της αποφυγής των *ύποπτων περιπτώσεων*. Ως ολική ανικανότητα συνήθως ορίζεται η αδυναμία εκτέλεσης του μέχρι τότε επαγγέλματος του ασφαλισμένου. Τέλος το ποσό της παροχής είναι περίπου ο 50% ως 70% του μισθού του ασφαλισμένου.

γ) *Ομαδικά ασφαλιστικά προγράμματα συνταξιοδότησης.* Έχουν μεγάλη ανάπτυξη διεθνώς τα τελευταία χρόνια. Το 56 % των υπαλλήλων στην Αμερική καλύπτεται από ιδιωτικά συνταξιοδοτικά προγράμματα, ενώ και στην Ευρωπαϊκή Ένωση συνεχώς αυξάνεται ο αριθμός των εργαζομένων που ασφαρίζεται με τέτοιου είδους προγράμματα. Η κοινωνική

και οικονομική σημασία των προγραμμάτων αυτών είναι τεράστια. Τα ποσά των παροχών που καταβάλλονται στους δικαιούχους και στα εξαρτώμενα μέλη τους, τους δημιουργούν ένα αίσθημα ασφάλειας. Επίσης τα ιδιωτικά συνταξιοδοτικά προγράμματα αποτελούν σημαντική πηγή κεφαλαίων για τις χρηματαγορές. Οι ασφαλιστικές εταιρίες τα επενδύουν σε ακίνητα και άλλες επενδύσεις. Τα συγκεκριμένα προγράμματα έχουν άμεση εξάρτηση από την φορολογική αντιμετώπιση τους από το κράτος. Τα τελευταία χρόνια έκαναν την εμφάνιση τους και στην Ελλάδα. Συνήθως τα συνταξιοδοτικά προγράμματα ορίζουν ως ηλικία αποχώρησης από την ενεργό δράση και λήψης της παροχής τα 65 χρόνια. Μπορεί όμως να επιτρέπεται και η πρόωρη αποχώρηση με λήψη αντίστοιχα μειωμένης παροχής. Αυτή η μείωση είναι επιβεβλημένη για τρεις λόγους:

- δεν θα έχει ωριμάσει η συνταξιοδοτική παροχή κατά την ηλικία συνταξιοδότησης,
- θα καταβάλλεται για μακρύτερο χρονικό διάστημα η συνταξιοδοτική παροχή και
- οι εργαζόμενοι που παίρνουν πρόωρες συνταξιοδοτικές παροχές, δεν θα είναι στη ζωή την κανονική ημερομηνία συνταξιοδότησης.

Οι τύποι των συνταξιοδοτικών προγραμμάτων είναι δύο:

- τα προγράμματα με «καθορισμένες εισφορές» και
- τα προγράμματα με «καθορισμένες παροχές».

Στο πρόγραμμα με «καθορισμένες εισφορές» είναι καθορισμένο το ποσό των εισφορών αλλά μεταβλητή η συνταξιοδοτική παροχή⁶². Τα προγράμματα με «καθορισμένες εισφορές» χρησιμοποιούνται κυρίως από τις επιχειρήσεις και οργανισμούς που θέλουν να αντιμετωπίζουν τη σχετική δαπάνη ως ποσοστό της μισθοδοσίας. Τα μειονεκτήματα για την πλευρά των εργαζομένων είναι: α) μπορούν να υπολογίσουν τη ακριβή συνταξιοδοτική παροχή λίγο πριν από τη συνταξιοδότηση, β) για τους εισερχόμενους στο πρόγραμμα σε μεγάλη ηλικία η παροχή θα είναι κατά πάσα πιθανότητα μικρή και ανεπαρκής και γ) οι εισφορές των νεαρών που εισέρχονται στο πρόγραμμα, έστω κι αν είναι χαμηλές έχουν μεγάλη σημασία λόγω του ανατοκισμού.

Στο πρόγραμμα με «καθορισμένες παροχές» η συνταξιοδοτική παροχή είναι γνωστή από την αρχή, αλλά οι εισφορές είναι διαφορετικές ανάλογα με τα ποσά που χρειάζονται για να χρηματοδοτηθεί η επιθυμητή παροχή⁶³. Από αυτά τα προγράμματα ευνοούνται οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας, που εισέρχονται καθυστερημένα σ' αυτά, αφού ο εργοδότης θα συνεισφέρει σχετικά περισσότερα για να λάβουν τις ίδιες παροχές με τους νεότερους. Οι συνταξιοδοτικές παροχές συνήθως βασίζονται:

- ✓ στο μέσο όρο αμοιβών του εργαζομένου το χρόνο που συμμετείχε στο πρόγραμμα
- ✓ στο μέσο όρο αμοιβών του εργαζομένου, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών (τριών ή πέντε) πριν από τη συνταξιοδότηση
- ✓ ή τέλος στον τελευταίο μισθό.

⁶² Για παράδειγμα, έστω ότι εργοδότης και εργαζόμενος συνεισφέρουν 10 % του μισθού στο πρόγραμμα. Αν και η εισφορά είναι δεδομένη, η συνταξιοδοτική παροχή εξαρτάται από την ηλικία του εργαζομένου, τις αποδοχές του, την απόδοση των επενδύσεων και την κανονική ηλικία αποχώρησης.

⁶³ Για παράδειγμα, ένας υπάλληλος 40 ετών δικαιούται να συνταξιοδοτηθεί στα 65 και να λάβει το 70 % των 3 υψηλότερων μισθολογικά ετών. Ο αναλογιστής θα υπολογίσει την αναγκαία εισφορά για τη λήψη αυτής της παροχής.

Για να αντιμετωπισθεί στην ακραία του περίπτωση αυτό που αναφέραμε παραπάνω για τους μεγάλης ηλικίας εργαζομένους που εισέρχονται στο πρόγραμμα, υπάρχουν για όσους είναι κοντά στη συνταξιοδότηση όταν ξεκινά το πρόγραμμα οι «παροχές λόγω προϋπηρεσίας», δηλαδή οι παροχές που βασίζονται στην υπηρεσία της επιχείρησης πριν από την έναρξη του προγράμματος. Η συνταξιοδοτική παροχή σ' αυτή την περίπτωση θα εξαρτηθεί από τον τύπο παροχών που θα χρησιμοποιηθεί.

3.7.1 Τα είδη παροχών των ομαδικών συνταξιοδοτικών ασφαλιστικών προγραμμάτων

Στην περίπτωση του προγράμματος με «καθορισμένες εισφορές» καταβάλλεται, τόσο από τον εργοδότη όσο κι από τον εργαζόμενο, ένα ποσοστό του μισθού (συνήθως 5%-6%). Στο λογαριασμό που υπάρχει για κάθε εργαζόμενο συσσωρεύονται οι εισφορές και το ποσό που έχει προκύψει κατά τη συνταξιοδότηση, καθορίζει και τη συνταξιοδοτική παροχή που θα δοθεί.

Στην περίπτωση του προγράμματος με «καθορισμένες παροχές», η συνταξιοδοτική παροχή υπολογίζεται συνήθως με τους παρακάτω τρόπους:

- ✓ ίδιο ποσό για όλους του εργαζόμενους, για παράδειγμα 500,00 € για όλους τους εργαζομένους, ανεξάρτητα από τη συνολική υπηρεσία τους ή τις αποδοχές τους.
- ✓ Ένα σταθερό ποσοστό επί των ετήσιων αποδοχών, δηλαδή ένα ποσοστό του μέσου όρου η των τελικών αποδοχών τους⁶⁴.
- ✓ Ένα σταθερό ποσό για κάθε έτος υπηρεσίας, δηλαδή η παροχή βρίσκεται με πολλαπλασιασμό των ετών υπηρεσίας με το σταθερό ποσό ανά έτος⁶⁵.
- ✓ Με ένα γενικευμένο τύπο, που είναι συνδυασμός τόσο των αποδοχών, όσο και των ετών υπηρεσίας του εργαζομένου⁶⁶.

Λιγότερο συνηθισμένος είναι ο υπολογισμός της συνταξιοδοτικής παροχής σε σχέση με αυτήν της κοινωνικής ασφάλισης.

3.7.2 Δικαιώματα του ασφαλισμένου αν αποχωρήσει πριν από τη συνταξιοδότηση

Στην περίπτωση που ο εργαζόμενος αποχωρήσει πριν τη συνταξιοδότηση, δικαιούται να πάρει τις εισφορές του μαζί με την απόδοση της επένδυσης τους. Στο κομμάτι όμως που αφορά τις εισφορές του εργοδότη στο πρόγραμμα, τα δικαιώματα του καθορίζονται στους όρους του προγράμματος κι εξαρτώνται από το λόγο της αποχώρησης του και την πολιτική της επιχείρησης. Συνήθως οι εισφορές που έχουν ήδη καταβληθεί από τον εργοδότη, μειώνουν τις μελλοντικές εισφορές ή μοιράζονται στους λογαριασμούς των υπολοίπων εργαζομένων.

⁶⁴ Για παράδειγμα, αν ο μέσος όρος μηνιαίων αποδοχών τα τελευταία τρία (5) χρόνια είναι 1.000,00 € και το ποσοστό 45 %, η μηνιαία σύνταξη θα είναι 450,00 €

⁶⁵ Για παράδειγμα, αν το πρόγραμμα καταβάλει 20 € για κάθε έτος υπηρεσίας, ο εργαζόμενος που έχει είκοσι έτη υπηρεσία, θα πάρει 400,00 € μηνιαία σύνταξη.

⁶⁶ Για παράδειγμα, αν το πρόγραμμα καταβάλλει 2 % των τελικών αποδοχών του εργαζομένου για κάθε έτος υπηρεσίας, ο εργαζόμενος με τελικό μηνιαίο μισθό 1.500,00 € και εικοσιπέντε έτη υπηρεσίας, θα πάρει μηνιαία σύνταξη 750,00 €

3.7.3 Διαχειριστής και διαχειριστικά σχήματα

Ο διαχειριστής του προγράμματος επιλέγεται από τον εργοδότη και είναι συνήθως ένας οικονομικός οργανισμός, είτε ασφαλιστικός είτε άλλος, που φροντίζει να συγκεντρώνει και να διαχειρίζεται τα κεφάλαια, που χρησιμοποιούνται για την καταβολή των παροχών. Επιλογή του εργοδότη είναι και το διαχειριστικό σχήμα που θα χρησιμοποιηθεί για την χρηματοδότηση του προγράμματος, δηλαδή τους όρους με τους οποίους ο διαχειριστής θα εισπράττει, θα διαχειρίζεται και θα διαθέτει τα κεφάλαια. Πιο συνηθισμένα σχήματα είναι το ομαδικό συνταξιοδοτικό πρόγραμμα με αναβαλλόμενες παροχές και το ομαδικό πρόγραμμα διαχείρισης.

3.8 Η ευρωπαϊκή εμπειρία

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια σύντομη αναφορά στην παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, έτσι όπως η τελευταία οριοθετείται και διαμορφώνεται στα περισσότερα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Είναι βέβαιο, πως παρουσιάζονται σημαντικές διαφοροποιήσεις στην έκταση και τη μορφή της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας (ατομικής ή ομαδικής), τόσο σε επίπεδο παροχών, όσο και σε επίπεδο χρηματοδότησης. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια σημειώνεται σημαντική στροφή των ευρωπαίων πολιτών προς τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα με φυσικό επακόλουθο την ραγδαία εμφάνιση, ανάπτυξη και παγίωση ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών.

3.8.1 Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες στην Ευρώπη

Ο αριθμός των ασφαλιστικών εταιρειών που προτείνουν συμβόλαια που καλύπτουν έξοδα για ιατρική φροντίδα ποικίλλει έντονα από χώρα σε χώρα, αλλά σε καμία περίπτωση δεν είναι απολύτως ανάλογος με τον αριθμό των κατοίκων ανά χώρα. Για παράδειγμα υπάρχουν 138 ασφαλιστικές εταιρείες στη Γαλλία και μόνο 21 στη Βρετανία. Σε τρεις χώρες ο αριθμός των εταιρειών υπερβαίνει τις 100 (Γαλλία, Ιταλία και Ισπανία), ενώ σε δύο δεν ξεπερνά τις 10 (Αυστρία και Δανία).

Η Γερμανία είναι η μοναδική χώρα όπου όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες που ασχολούνται με αυτό το είδος επιχειρήσεων είναι ειδικευμένες ΣΕ αυτό. Στην Αυστρία, στη Φινλανδία, στην Ιταλία και στην Πορτογαλία οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι αποκλειστικά σύνθετες, αφού παρέχουν συνδυασμό και άλλων υπηρεσιών. Σε άλλες χώρες, τα δύο είδη των εταιρειών συνυπάρχουν, με σαφή, όμως, πλειοψηφία των σύνθετων ασφαλιστικών, οι οποίες και έχουν την υποχρέωση να διατηρούν ξεχωριστές Διευθύνσεις / Τμήματα για τον κλάδο Υγείας.

Η Επιτροπή Υγείας της Ευρωπαϊκής Επιτροπής Ασφαλίσεων (CEA) επισημαίνει ότι κάθε μελέτη σχετική με τον αριθμό των ατόμων που καλύπτονται από ασφάλιση υγείας στην Ευρώπη απαιτεί σαφή διαχωρισμό μεταξύ της μερίδας του πληθυσμού που δικαιούται βασικής ιατρικής κάλυψης και της μερίδας που έχει δικαίωμα συμπληρωματικής μόνο κάλυψης, η οποία προσφέρεται επιπρόσθετα στα βασικά κρατικά συστήματα υγείας.

Έτσι, στη Βρετανία και στην Ισπανία οι ιδιωτικοί ασφαλιστές προτείνουν συμβόλαια που αφορούν μόνο τις βασικές καλύψεις, ενώ στο Βέλγιο, στην Ελβετία και στη Γαλλία προσφέρονται στους ασφαλισμένους κατ' εξοχήν συμπληρωματικές καλύψεις. Τέλος, στη Γερμανία και στην Ολλανδία οι ασφαλισμένοι καλύπτονται με βασικές και συμπληρωματικές παροχές, με τις πρώτες να αγγίζουν στη Γερμανία το 53% και τις δεύτερες να φτάνουν στην Ολλανδία το 68%.

3.8.2 Αυστρία

Στην Αυστρία η ιδιωτική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει κυρίως συμβόλαια που λειτουργούν συμπληρωματικά στην ήδη υπάρχουσα κρατική ασφάλιση. Εξαιρέση αποτελούν οι περιπτώσεις ατόμων που δεν δικαιούνται ή δεν έχουν σε κάποια δεδομένη στιγμή δικαίωμα στη δημόσια ασφάλιση. Το 2000, τα ασφαλιστρα υγείας αυξήθηκαν κατά 2,8% σε σχέση με το 1999 και ανήλθαν στα 16 δις σελίνια. Παράλληλα, το ύψος των απαιτήσεων διαμορφώθηκε στα 12,3 δις σελίνια, καταγράφοντας αύξηση της τάξεως του 4,3% σε σχέση με το 1999. Όσον αφορά το 2001, τα ασφαλιστρα σημείωσαν αύξηση της τάξεως του 4% και ανήλθαν σε 1,2 δις € (16,6 δις σελίνια) λόγω των απαραίτητων αναπροσαρμογών. Επίσης, εντός του 2001 ο όγκος των απαιτήσεων σημείωσε αύξηση 2,2% και ανήλθε σε 914 εκατομ. € (12,6 δις σελίνια). Τέλος, το 2002 αναμένεται περαιτέρω αύξηση της τάξεως του 2,9%, η οποία οφείλεται κυρίως στα χαμηλά επίπεδα στα οποία κινήθηκαν οι αναπροσαρμογές των συμβολαίων συμπληρωματικής ασφάλισης.

3.8.3 Βέλγιο

Εξαιτίας μιας αύξησης της τάξεως του 15% και πλέον στα έσοδα από τα ασφαλιστρα εντός του 2000, η ασφάλιση της υγείας κατέχει πλέον στο Βέλγιο την τέταρτη θέση στον κλάδο των γενικών ασφαλειών. Τα ασφαλιστρα ανά νοικοκυριό ανέρχονται σε 160 € περίπου το χρόνο. Παρά την πρόσφατη θέσπιση συμπληρωματικών περιοριστικών όρων στα συμβόλαια υγείας, υπήρξαν παράγοντες οι οποίοι οδήγησαν σε σημαντική βελτίωση των οικονομικών αποτελεσμάτων των ασφαλιστικών εταιρειών.

3.8.4 Ελβετία

Στην Ελβετία η υπό εξέταση περίοδος (1992-2000) σηματοδοτήθηκε από δύο σημαντικές εξελίξεις: α) την εφαρμογή της ρύθμισης LAMal (Health Insurance Act) και β) μια δραματική αύξηση των ασφαλιστρών υγείας. Η ρύθμιση LAMal ουσιαστικά διόρθωσε τις ανισότητες που ίσχυαν ως τότε για τους ασφαλισμένους, εισάγοντας κοινά μέτρα και όρους ασφάλισης για όλους, γεγονός που είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση των ασφαλιστρών για τη βασική ασφάλιση (η οποία περιλαμβάνει πλέον περισσότερες παροχές). Αυτό με τη σειρά του οδήγησε αρκετούς από αυτούς που είχαν συνάψει ασφαλιστικά συμβόλαια παλαιότερα στο να μειώσουν ή ακόμη και να ακυρώσουν τα συμβόλαια που αφορούσαν τις συμπληρωματικές καλύψεις. Όσον αφορά την εξέλιξη των ασφαλιστρών υγείας κατά την περίοδο 1992 – 2000, αυτά αυξήθηκαν από 31,7 σε 43,7 δις ελβετικά φράγκα. Αντίστοιχα, το μερίδιό τους στο ελβετικό ΑΕΠ αυξήθηκε από 9,4% σε 10,8%, γεγονός που συνεπάγεται ότι ο κατά κεφαλήν ρυθμός αύξησης είναι μεγαλύτερος του 3% ανά έτος. Αυτό το ποσοστό υπερβαίνει το ποσοστό αύξησης του δείκτη τιμών (1%) και εισοδήματος (0,7%).

3.8.5 Γερμανία

Η ασφαλιστική κάλυψη υγείας του πληθυσμού είναι εγγυημένη από το «σαφώς δομημένο σχέδιο για την ασφάλιση της υγείας». Η κρατική και η ιδιωτική ασφάλιση λειτουργούν συμπληρωματικά, διαδραματίζοντας η καθεμιά ανεξάρτητο ρόλο στην προστασία του πληθυσμού από τις οικονομικές συνέπειες των προβλημάτων υγείας. Σημαντική ένδειξη της λειτουργικότητας και της αποτελεσματικότητας της γερμανικής

κρατικής ασφάλισης αποτελεί το γεγονός ότι στο τέλος του 2001 λίγο περισσότερο από το 9% του πληθυσμού (ποσοστό που αντιστοιχεί σε περίπου 7,5 εκατομ. κατοίκους) διέθετε ιδιωτική ασφάλιση και κάλυψη για ιατρικά έξοδα, ενώ το υπόλοιπο 90% του πληθυσμού ήταν ασφαλισμένο μόνο στο Δημόσιο. Από το 90% τα 60,5 εκατομ. ήταν υποχρεωτικά ασφαλισμένοι, ενώ τα 11,1 εκατομ. ήταν ασφαλισμένοι εθελοντικά στην κρατική ασφάλιση, παρά το γεγονός ότι θα μπορούσαν να είχαν επιλέξει ασφάλιση στον ιδιωτικό τομέα. Τέλος, ο αριθμός των ασφαλισμένων σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες στη Γερμανία αυξάνεται κατά περίπου 150.000 άτομα ετησίως. Το πιο σημαντικό χαρακτηριστικό της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη Γερμανία είναι ότι τα ασφάλιστρα υπολογίζονται λαμβάνοντας υπόψη στατιστικά δεδομένα που αφορούν τη συχνότητα της ασθένειας, της θνησιμότητας και των ωφελειών σε μια ορισμένη ηλικία. Η γήρανση του ασφαλισμένου προσώπου ή μια επιδείνωση στην κατάσταση της υγείας του δεν συνεπάγεται αναγκαστικά υψηλότερα ασφάλιστρα, από τη στιγμή που το σύστημα υπολογισμού διανέμει τα σχετικά με την ηλικία αυξημένα έξοδα για την υγεία στη συνολική περίοδο του συμβολαίου. Γι' αυτό όταν ο ασφαλισμένος είναι νεότερος, τα ασφάλιστρα είναι υψηλότερα από τα πιθανά έξοδα για ιατρική περίθαλψη και το πλεονάζον ποσό κρατείται ως απόθεμα, που θα χρησιμοποιηθεί για να καλύψει τα υψηλότερα έξοδα υγείας που προκύπτουν προς τη λήξη του συμβολαίου. Εξαιτίας αυτού του τρόπου υπολογισμού, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας εξαρτάται σε πολύ μικρό βαθμό από τις δημογραφικές αλλαγές του πληθυσμού.

3.8.6 Δανία

Στη Δανία, όλοι οι κάτοικοι καλύπτονται από την κρατική ασφάλιση, η οποία και χρηματοδοτείται από φορολογήσεις, ενώ δεν υπάρχει καμιά διαφοροποίηση ανάμεσα σε μισθωτούς και αυτοαπασχολούμενους. Επίσης, από τον Ιούλιο του 2000 οι Δανοί αποζημιώνονται από το Κράτος, όταν λαμβάνουν συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης σε κάποιο άλλο κράτος-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παράλληλα, οι εργοδότες έχουν αρχίσει να στρέφονται εναλλακτικά προς την ιδιωτική ασφάλιση, έτσι ώστε να εξασφαλίζουν στους υπαλλήλους τους πρόσβαση σε ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα (καθώς στα κρατικά νοσοκομεία υπάρχουν μεγάλες λίστες αναμονής, ιδίως για σοβαρές εγχειρήσεις). Τα ασφάλιστρα που αφορούν αυτές ακριβώς τις ιδιωτικές ασφαλίσεις εκπίπτουν για τους εργοδότες, αλλά οι υπάλληλοι καλούνται να καταβάλλουν φόρο εισοδήματος στο ασφάλιστρο. Τέλος, από τον Ιανουάριο του 2000 δεν ισχύει το χαρτόσημο για ασφάλειες ζωής, ενώ το χαρτόσημο για τις γενικές ασφάλειες αυξήθηκε στο 16%.

3.8.7 Ισπανία

Τα στατιστικά που είναι διαθέσιμα για το 2000 αποτελούν εκτιμήσεις. Όμως από τα στοιχεία εξάγονται τα ακόλουθα συμπεράσματα: Ο όγκος των ασφαλιστρών αγγίζει περίπου τα 447.000 εκατομ. πεσέτες, γεγονός που σε σχέση με το 1999 απεικονίζει αύξηση της τάξεως του 7,5%. Επίσης, το νομικό καθεστώς παραμένει σε γενικές γραμμές αναλλοίωτο σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια. Ο αριθμός των ασφαλισμένων στην ιδιωτική ασφάλιση ανέρχεται σε 6 εκατομ., χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι επεκτάσεις συμβολαίων και οι συμπληρωματικές καλύψεις. Οι γενικές καλύψεις που προσφέρει η Δημόσια Κοινωνική Ασφάλιση αφορούν το 98% του πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι οι ασφαλισμένοι στην ιδιωτική ασφάλιση καλύπτονται και από την κρατική ασφάλιση. Τέλος, η αύξηση του όγκου των ασφαλιστρών οφείλεται περισσότερο στις ετήσιες αναπροσαρμογές τους, παρά στην αύξηση των συμβολαίων.

3.8.8 Φινλανδία

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ανήλθαν σε 42,7 δις φινλανδικά μάρκα το 1999 (5,9% του ΑΕΠ), ενώ εκτιμάται ότι το 2000 το αντίστοιχο ποσό θα ανέλθει σε περίπου 45,2 δις φινλανδικά μάρκα. Το 1999 τα έσοδα της φινλανδικής κοινωνικής ασφάλισης ήταν 12.991 δις φινλανδικά μάρκα. Από αυτά, το 35% περίπου αντιπροσώπευε εισφορές εργοδοτών, το 55% εισφορές εργαζομένων, ενώ το υπόλοιπο χρηματοδοτήθηκε από το κράτος. Το 1999 οι μισθωτοί συμμετείχαν με ποσοστό 1,5% των εισοδημάτων τους και οι συνταξιούχοι με 3,9%, ποσοστό που το 2000 μειώθηκε σε 3,2%. Όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση, το 1999 τα ασφαλιστρα υγείας που εισπράχθηκαν από τις εταιρείες γενικών ασφαλειών ανήλθαν σε 350 εκατομ. φινλανδικά μάρκα. Οι εταιρείες Ζωής δεν παρέχουν ξεχωριστή πληροφόρηση για τα έσοδα που προέρχονται από συμβόλαια υγείας, γι' αυτό και δεν υπάρχουν στοιχεία για αυτές. Στη Φινλανδία λειτουργούν 155 εταιρείες χορήγησης επιδομάτων ασθενείας, οι οποίες το 1999 κατέβαλαν επιδόματα ύψους 360 εκατομ. φινλανδικών μάρκων. Αντίστοιχα, τα εισπραχθέντα ασφαλιστρα ανήλθαν σε 192 εκατομ. φινλανδικά μάρκα.

3.8.9 Γαλλία

Η γαλλική κοινωνική ασφάλιση συστάθηκε το 1945 και έκτοτε έχει αναπροσαρμοστεί στα δεδομένα και στις ανάγκες της κάθε εποχής και της κάθε δημογραφικής ομάδας του πληθυσμού. Οι διαφορές που κάποτε υπήρχαν ανάμεσα στις κατηγορίες κοινωνικής ασφάλισης, σήμερα τείνουν να εξαφανιστούν. Το γαλλικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης καλύπτει το 100% του πληθυσμού. Το 2000 η δαπάνη για την υγεία ανήλθε σε 122,2 δις €, σημειώνοντας δηλαδή αύξηση της τάξεως του 5% σε σύγκριση με την περασμένη χρονιά. Επίσης, ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης για το 2000 ήταν μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο των προηγούμενων ετών. Η εν λόγω δαπάνη καλύφθηκε κατά 76% από την κρατική κοινωνική ασφάλιση, κατά 12% από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και φορείς, κατά 11% απευθείας από τα νοικοκυριά και το υπόλοιπο 1% από το Κράτος και τις κατά τόπους κοινότητες.

3.8.10 Μ.Βρετανία

Στο τέλος του 2000, ο αριθμός των ασφαλισμένων στην ιδιωτική ασφάλιση ανήλθε σε 6,9 εκατομ., σημειώνοντας αύξηση της τάξεως του 5%, που είναι η μεγαλύτερη των τελευταίων ετών. Το αντίστοιχο ποσοστό για το 1999 ήταν -4%. Παράγοντες όπως η ενίσχυση της οικονομικής δραστηριότητας, η διεύρυνση της αγοράς εργασίας και η άσκηση αποτελεσματικότερου μάρκετινγκ οδήγησαν στη δυναμική αύξηση της ομαδικής ασφάλισης. Αντίθετα, η ζήτηση για ατομική ασφάλιση μειώθηκε, εν μέρει λόγω των μεγάλων αυξήσεων στα ασφαλιστρα. Το 2000 τα έσοδα των ασφαλιστικών εταιρειών αυξήθηκαν κατά 10,6% και ανήλθαν σε 2,4 δις λίρες. Η αντίστοιχη αύξηση για το 1999 ήταν 6,9%. Επίσης, το 2000 τα καταβληθέντα ασφαλιστρα αυξήθηκαν κατά 5,9% και ανήλθαν σε 1,9 δις λίρες. Αντίστοιχα, η αύξηση για το 1999 ήταν 7,3%. Η αύξηση στα έσοδα των ασφαλιστικών προήλθε κυρίως από τις ατομικές ασφαλίσεις, ενώ η αύξηση στις απαιτήσεις προήλθε από τα συμβόλαια ομαδικής ασφάλισης.

3.8.11 Ιταλία

Η αρχή που ισχύει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ιταλίας ήδη από το 1978 επιτρέπει σε κάθε πολίτη να έχει πρόσβαση σε όλες τις υπηρεσίες υγείας και με τους ίδιους όρους. Ωστόσο, από το 1992 έχει ξεκινήσει μια διαδικασία αναδιοργάνωσης του ιταλικού συστήματος υγείας. Οι τροποποιήσεις που έχουν προταθεί από πρόσφατους νόμους αφορούν την παροχή ουσιωδών και ομοιόμορφων επιπέδων βοήθειας για όλους τους πολίτες όλων των ηλικιών.

3.8.12 Ολλανδία

Η αύξηση στα έξοδα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών το 2000 ήταν χαμηλότερη από αυτή των περασμένων χρόνων. Αυτό οφείλεται στη μείωση κατά 300.000 των κατόχων ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Αιτία του γεγονότος αυτού υπήρξε η νέα κυβερνητική ρύθμιση που υποχρεώνει τους επιχειρηματίες με φορολογητέο εισόδημα χαμηλότερο από 41.200 ολλανδικές πεσέτες να ασφαλίζουν τους υπαλλήλους τους στην κρατική ασφάλιση. Παρά το γεγονός ότι ο αριθμός των ατόμων που είχαν ιδιωτική ασφάλιση μειωνόταν, ο μέσος όρος της ηλικίας τους ωστόσο αυξανόταν. Αυτό επηρέασε τα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα των πελατών των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, με αποτέλεσμα να αυξηθούν οι κατά κεφαλήν εισφορές κατά 5,3%.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο 4^ο

ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 Σκοπός και περιεχόμενο της έρευνας

Μετά από αρκετά έτη διψήφιου ποσοστού αύξησης του κόστους της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, οι ασφαλιστικές εταιρείες αναγκάστηκαν να υιοθετήσουν στρατηγικές και να αναζητήσουν μέσα στην προσπάθεια τους για :

1. να συγκρατήσουν την ραγδαία άνοδο του κόστους της ασφάλισης υγείας και συγχρόνως
2. να διατηρήσουν την ποιότητα των παροχών προς τους ασφαλισμένους

Προκειμένου να μελετηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι ελληνικές ασφαλιστικές εταιρείες αντιμετωπίζουν τις παραπάνω προκλήσεις, πραγματοποιήθηκε η παρούσα έρευνα. Διερευνήθηκαν οι απόψεις έξι (6) μεγάλων ασφαλιστικών εταιρειών, μέσω της πραγματοποίησης ημιδομημένων συνεντεύξεων με υψηλά ιστάμενα στελέχη τους. Κύριο ζητούμενο ήταν να διαπιστωθεί το κατά πόσο οι ελληνικές ασφαλιστικές εταιρείες έχουν αναμορφώσει τη στρατηγική τους ώστε να ανταποκριθούν στην ποιότητα που ζητούν οι ασφαλισμένοι, αντιμετωπίζοντας παράλληλα την διαρκή αύξηση του κόστους των παραγόμενων και παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το έναυσμα για την πραγματοποίηση της έρευνας, δόθηκε κυρίως από :

- δημοσιεύματα στον ημερήσιο, αλλά και ειδικό τύπο σχετικά με τα προβλήματα του κλάδου ασφαλίσσεων υγείας των ασφαλιστικών εταιρειών, στην Ελλάδα και στο εξωτερικό
- τα ευρήματα, τα στοιχεία και τις αποτυπώσεις – απεικονίσεις προηγούμενων μελετών ή ερευνών εγχώριας ή διεθνούς σχετικά με την κατάσταση του κλάδου ασφαλίσσεων υγείας στη χώρα μας
- τον ευρύτερο κοινωνικό προβληματισμό που έχει εκφραστεί, για το ρόλο που μπορεί να διαδραματίσουν μελλοντικά οι ασφαλιστικές εταιρείες στον τομέα αυτό στην Ελλάδα, σε σχέση με τη χάραξη της κυβερνητικής πολιτικής στον τομέα της ασφάλισης υγείας

Η κατανόηση των στρατηγικών και μέσων των ασφαλιστικών εταιρειών, θα βοηθήσει σημαντικά, σε πρώτο στάδιο, στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους, στη διαπίστωση και επισήμανση των δυσλειτουργιών και σε δεύτερο στάδιο, στην υποβολή προτάσεων για αντιμετώπισή τους.

4.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Οι ασφαλιστικές εταιρείες, επελέγησαν με βασικό κριτήριο τον αριθμό των ασφαλισμένων που καλύπτουν με ασφάλιση υγείας, λαμβάνοντας συγχρόνως υπόψη μας το ύψος των ακαθαρίστων πωλήσεων των εταιρειών, την γεωγραφική κάλυψη των εργασιών τους, τα είδη των ασφαλιστηρίων συμβολαίων που προσφέρουν και φυσικά την προθυμία τους να μας παρέχουν τις πληροφορίες που ζητήσαμε. Ο αριθμός των έξι (6) εταιρειών, οι οποίες τελικά συμμετείχαν στην έρευνά μας, θεωρήθηκε ικανοποιητικός, με δεδομένο ότι ο συνολικός αριθμός των ασφαλισμένων που καλύπτουν με ιδιωτική ασφάλιση υγείας, υπερβαίνει το 70% του συνολικού ασφαλισμένου πληθυσμού με τέτοια ασφάλιση.

Πίνακας 13: Διερευνητικά στοιχεία των (6) Ασφαλιστικών Εταιρειών της έρευνας

Εταιρεία	Ασφαλισμένοι	Συμβόλαια	Προγράμματα	Δραστηριότητα
A	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	4	Σε όλη τη χώρα
B	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	3	Σε όλη τη χώρα
Γ	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	4	Σε όλη τη χώρα
Δ	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	3	Σε όλη τη χώρα
E	>100.000	Ατομικά-ομαδικά	3	Σε όλη τη χώρα
ΣΤ	50.000 – 100.000	Ατομικά-ομαδικά	2	Σε όλη τη χώρα

Πηγή: Ίδια έρευνα

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί, ότι το περιεχόμενο των συνεντεύξεων (με ταυτόχρονη αναφορά στην εταιρεία) συμφωνήθηκε για ευνόητους λόγους να θεωρηθεί εμπιστευτικό, γι' αυτό το λόγο και δεν αναφέρονται οι επωνυμίες των ασφαλιστικών εταιρειών. Οι συνεντεύξεις με τα διοικητικά στελέχη των ασφαλιστικών εταιρειών δεν περιελάμβαναν τη συμπλήρωση ερωτηματολογίου, αλλά ακολουθήθηκε η τακτική της δομημένης συνέντευξης πάνω σε καθορισμένα θέματα, σχετικά με:

- τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της αγοράς της ομαδικής ασφάλισης υγείας
- τη στρατηγική σχεδιασμού, προώθησης και τιμολόγησης των προγραμμάτων ασφαλίσεων υγείας
- την επίδραση των κοινωνικών κυρίως φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας στις επιλογές και την ακολουθούμενη στρατηγική της εταιρείας
- τους μηχανισμούς ελέγχου, συγκράτησης ή διατήρησης σε σταθερά επίπεδα ή και περιορισμού ακόμη του κόστους των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
- τις προσπάθειες για διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, ώστε η τελευταία να μην επηρεάζεται από την οποιαδήποτε ενέργεια περιορισμού του κόστους

- τις μεθόδους - κίνητρα ενθάρρυνσης και καθοδήγησης των ασφαλισμένων αναφορικά με τη χρησιμοποίηση λιγότερο ή περισσότερο αποτελεσματικών και αποδοτικών υγειονομικών υπηρεσιών
- την ανάπτυξη πληροφοριακών συστημάτων, για την υποστήριξη του συστήματος ασφάλισης υγείας

Παρακάτω, παρατίθενται στοιχεία των έξι εταιριών, με τις οποίες πραγματοποιήθηκε συνάντηση, προκειμένου να συλλεχθούν στοιχεία για την έρευνά μας:

Πίνακας14: Συγκριτικός πίνακας των (6) πρώτων Ασφαλιστικών Εταιρειών ζωής στην Ελλάδα

	ALICO	AIG	ΕΘΝΙΚΗ	INTERAMERICAN	ALLIANZ	ING	ΑΣΠΗΣ-ΠΡΟΝΟΙΑ
	Life						
I. ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ / ΚΕΦΑΛΑΙΑ							
ΣΥΝΟΛΟ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΥ/ΠΕΡΙΟΥΣΙΑΣ	213.069,50	299.834,07	425.953,80	66.942,30	195.111,50	116.420,86	
ΣΥΝΟΛΟ ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΑΠΟΘΕΜΑΤΟΣ	165.919,10	228.147,20	293.925,50	54.817,50	160.879,60	79.043,40	
ΣΥΝΟΛΟ ΙΔΙΩΝ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	\$ 5.902,53	36.337,89	86.590,20	1.161,50	17.259,70	25.813,94	
II. ΕΞΟΔΑ							
ΑΠΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ	42.472,60	72.152,60	102.045,60	24.966,00	65.726,70	39.120,50	
ΑΠΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ (χωρίς κέρδη από ρευστοποίηση επενδύσεων)	12.528,10	11.809,50	17.692,50	1.492,70	12.801,50	3.483,00	
ΑΠΟ ΚΕΡΔΗ ΑΠΟ ΡΕΥΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ	1.163,60	14.702,60	38.478,90	4.222,90	544,3	148,3	
ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	56.614,30	98.664,70	158.217,00	30.681,60	79.072,50	42.751,80	
ΖΗΜΙΕΣ ΑΠΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ	-1.746,70	-22.990,80	-57.737,20	-3.801,90	-16.162,70	-10.699,00	
III. ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ							
ΑΠΟΘΕΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ	12.075,90	11.033,40	31.685,90	3.408,30	-6.130,30	-176	
ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ	26.775,70	44.916,80	47.635,60	16.962,40	39.161,20	14.392,90	
ΣΥΝΟΛΟ ΠΑΡΟΧΩΝ ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ	38.851,60	55.950,20	79.321,50	20.370,70	33.030,90	14.216,90	
ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΝΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ	3.348,90	11.136,05	24.141,90	3.610,30	10.746,60	7.291,37	
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ	7.271,30	14.351,30	22.686,60	7.431,30	16.287,70	7.546,40	
ΣΥΝΟΛΟ ΕΞΟΔΩΝ & ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗΣ-ΠΟΣΟΣΤΟ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	10.620,20	25.487,35	46.828,50	11.041,60	27.034,30	14.837,77	
IV. ΚΕΡΔΗ (ΖΗΜΙΕΣ) ΠΡΟ ΦΟΡΩΝ	8.084,90	2.822,10	17.390,30	-3.367,30	5.792,20	2.638,31	
V. ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ:							
α. ΤΙΣ ΠΑΡΟΧΕΣ ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ - % ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ	1	4	3	2	5	6	
β. ΤΗΝ ΑΠΟΔΟΤΙΚΟΤΗΤΑ (Κέρδη/Ασφάλιστρα)	1	5	2	6	3	4	
γ. ΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΙΚΟΤΗΤΑ	1	3	6	2	4	5	
δ. ΤΑ ΙΔΙΑ ΚΕΦΑΛΑΙΑ	1	3	2	6	5	4	
ε. ΤΗ ΔΙΕΘΝΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ (Rating)	1	2	6	6	6	6	

Πηγή: Ιδία έρευνα

4.3 Υποθέσεις της έρευνας

- Η κατάταξη των εταιριών στον πίνακα έγινε με βάση τα πέντε κριτήρια που καθορίζουν αποφασιστικά την ποιότητα μιας ασφαλιστικής εταιρίας: Παροχές υπέρ των ασφαλισμένων, Αποδοτικότητα, Παραγωγικότητα, Ίδια Κεφάλαια, Διεθνής Αξιολόγηση.
- Για τις εταιρίες ΕΘΝΙΚΗ και ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ, τα ποσά που αναφέρονται στο Σύνολο Ενεργητικού στη κατηγορία Ι. ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ έχουν υπολογισθεί αναλογικά προς τα αποθέματα του κλάδου Ζωής σε σχέση με το σύνολο των αποθεμάτων. Το ίδιο έχει γίνει και για τον υπολογισμό των Ιδίων Κεφαλαίων. Για τον υπολογισμό των κερδών των δύο αυτών εταιριών έχει ληφθεί υπόψη η αναλογία των ασφαλιστρών Ζωής σε σχέση με το σύνολο των ασφαλιστρών.
- Για την εταιρία ALICO AIG Life, που στην Ελλάδα λειτουργεί ως Υποκατάστημα, τα Ίδια Κεφάλαια εμφανίζονται σε εκατομμύρια δολάρια και είναι αυτά τα οποία είχε η εταιρία στις 30/11/2000.
- Στην κατηγορία ΙΙ τα ασφάλιστρα είναι αυτά που εμφανίζονται στους Ισολογισμούς των Εταιριών και είναι τα ασφάλιστρα από πρωτασφαλίσεις και αντασφαλίσεις.
- Στην κατηγορία ΖΗΜΙΕΣ ΑΠΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ συμπεριλαμβάνονται τα ποσά από τις Προβλέψεις Υποτίμησης Επενδύσεων, οι Ζημιές από ρευστοποίηση Επενδύσεων, και οι διαφορές αποτιμήσεως στην τρέχουσα αξία επενδύσεων ασφαλίσεων Ζωής που οι ασφαλισμένοι φέρουν σε επενδυτικό κίνδυνο.
- Στη κατηγορία ΙΙΙ τα ποσά αναφέρονται σε σχέση με τα ασφάλιστρα, όπως αυτά εμφανίζονται στους Ισολογισμούς
- Στη κατηγορία ΣΥΝΟΛΟ ΓΕΝΙΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ περιλαμβάνονται τα έξοδα διοικητικής λειτουργίας, τα έξοδα λειτουργίας διαθέσεως και οι αμοιβές και τα έξοδα προσωπικού, διάφορα έξοδα, φόροι-τέλη, αποσβέσεις και λοιπές προβλέψεις, όπως αναφέρονται στους κλάδους εκμεταλλεύσεως. Για τις εταιρίες ΕΘΝΙΚΗ και ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ τα έξοδα διοικήσεως και λειτουργίας διαθέσεως έχουν υπολογιστεί αναλογικά προς τα ασφάλιστρα του κλάδου Ζωής σε σχέση με το σύνολο ασφαλιστρών.
- Στην κατηγορία Π.Υ.Μ.Α./ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΑ ΚΕΡΔΗ το ερωτηματικό υποδηλώνει είτε ότι δεν έχει ανακοινωθεί από τις εταιρίες είτε ότι δεν είναι ευρέως γνωστό.

4.4 Αποτελέσματα – ευρήματα της έρευνας

Πολλά και σημαντικά θέματα προέκυψαν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις παραπάνω ασφαλιστικές εταιρείες σχετικά με τις στρατηγικές τους σε θέματα ομαδικών ασφαλίσεων υγείας :

1. Διαπιστώθηκε η έλλειψη στρατηγικού σχεδιασμού και αντικειμενικών στόχων, ειδικά για τον κλάδο των ομαδικών ασφαλίσεων υγείας. Οι όποιοι σχεδιασμοί υπήρχαν, είτε αφορούσαν τον συνολικό επιχειρηματικό σχεδιασμό των εταιρειών, είτε περιελάμβαναν την ασφάλιση υγείας στον ευρύτερο κλάδο των ασφαλίσεων ζωής
2. Συνέπεια των παραπάνω, είναι ότι καθώς δεν υπήρχε ένταξη των όποιων ειδικών δράσεων – ενεργειών του κλάδου των ομαδικών ασφαλίσεων υγείας σε ένα ευρύτερο σχεδιασμό, παρατηρείται η υλοποίηση περιορισμένων (κατά περίπτωση) και αποσπασματικών στόχων, αποκομμένων από τις υπόλοιπες λειτουργίες της επιχείρησης.
3. Εμφανέστερη ήταν η έλλειψη ένταξης και εναρμόνισης των στόχων του τομέα πληροφορικής της επιχείρησης, προς την κατεύθυνση της εξυπηρέτησης των επιχειρηματικών στόχων και ενεργειών του κλάδου της ομαδικής ασφάλισης υγείας.
4. Σε ότι αφορά τον σχεδιασμό, την προώθηση και τιμολόγηση των προγραμμάτων (ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας), παρατηρείται:
 - έμφαση στην προσπάθεια για παροχή υπηρεσιών υγείας μέσω του σχεδιασμού ολοκληρωμένων προγραμμάτων
 - εστίαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται μέσω των προγραμμάτων
 - τάση για συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος, μέσω της ενημέρωσης τους και ανάληψης ευθυνών
 - μεγαλύτερη προσαρμογή στους όρους που διαμορφώνονται στην ελεύθερη αγορά
5. Οι μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες χρησιμοποιούν, στις συνεργασίες τους με τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, το μέγεθός τους και τη δύναμη του ονόματός τους, ώστε να απαιτήσουν όρους που ανταποκρίνονται στις ανάγκες τους.
6. Η οργανωτική δομή που διευθύνει τα θέματα ασφάλισης υγείας δεν είναι ευέλικτη, με τρόπο ώστε, σε συνδυασμό με την επιλογή του κατάλληλου χρόνου, να έχει τη δυνατότητα υιοθέτησης ριζικών και ταχύτερων αλλαγών, αλλά επιλέγει σταδιακές και χρονοβόρες μεταβάσεις.
7. Όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες θεωρούν ότι τα δικά τους ομαδικά προγράμματα ασφάλισης υγείας, έχουν δίκαια και λογικά ασφάλιστρα, ικανοποιούν με το περιεχόμενο των όρων τους και ταυτόχρονα τους εξασφαλίζουν αύξηση της

πελατειακής τους βάσης, χωρίς όμως να αιτιολογούν επαρκώς τις απόψεις αυτές (π.χ. καμία ασφαλιστική εταιρία δεν είχε τη δυνατότητα να προσδιορίσει το πραγματικό κόστος, κατά φορείς κόστους, των ομαδικών προγραμμάτων ασφάλισης υγείας).

8. Οι ασφαλιστικές εταιρείες εφαρμόζουν τις όποιες στρατηγικές τους σε θέματα ομαδικών ασφαλίσεων υγείας με διάφορα μέσα, που μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις κατηγορίες:
 - κριτήρια αξιολόγησης των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας
 - στρατηγικές marketing για τον επηρεασμό των ατόμων στην επιλογή συγκεκριμένων προγραμμάτων και παροχών
 - μέθοδοι κατεύθυνσης της συμπεριφοράς του ασφαλισμένου
9. Όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες αναγνώρισαν την έλλειψη της κατάλληλης οργανωτικής υποδομής και των μέσων για τον ορθό προσδιορισμό του κόστους και την παρακολούθηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, τα οποία όμως και θεωρούν ιδιαίτερα σημαντικά.
10. Όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι πεπεισμένες, ότι η συμμετοχή του ασφαλισμένου είναι σημαντική στην προσπάθεια για την συνειδητοποίηση και τον περιορισμό του κόστους, είτε στην επιλογή, είτε στην χρήση των παροχών ενός ομαδικού ασφαλιστικού προγράμματος υγείας.
11. Επίσης, παραδέχονται ότι τα ομαδικά προγράμματα ασφάλισης υγείας με απεριόριστα ή υψηλά ποσά παροχών υπηρεσιών υγείας, αποδείχτηκαν ανεπαρκές και ακριβό μέσο προσέλκυσης αυξημένου αριθμού καταναλωτών.
12. Καμία ασφαλιστική εταιρία δεν είχε σχεδιάσει, αναπτύξει ή προμηθευτεί πληροφοριακό σύστημα, το οποίο να έχει τη δυνατότητα ολοκληρωμένης εξυπηρέτησης των ενεργειών και διαδικασιών, που απαιτούνται για τη διαχείριση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας.
13. Τέλος, όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες αναγνώρισαν την έλλειψη παροχής πληροφόρησης σε πολλά επίπεδα από την εφαρμογή των ομαδικών ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας, με αποτέλεσμα πιθανά λανθασμένο σχεδιασμό τους, ανεπαρκή αξιολόγησή τους και ελλιπή στρατηγική στον σημαντικό αυτό τομέα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ασφαλιστική βιομηχανία βρίσκεται πλέον ενώπιον σημαντικών εξελίξεων. Το ενδεχόμενο συμμετοχής της στα επαγγελματικά ταμεία, η ισχυροποίηση της στο τρίτο και ίσως και στο δεύτερο πυλώνα ασφάλισης, η διάθεση από τα ασφαλιστικά δίκτυα τραπεζικών προϊόντων και αντίστροφα, αλλά και η γενικότερη προσπάθεια την οποία καταβάλει η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.) για τη βελτίωση της εικόνας και του προφίλ του ασφαλιστών στην κοινή γνώμη και ειδικότερα στον ασφαλιστικό πληθυσμό, προδιαγράφουν ως ευοίωνο το μέλλον του κλάδου.

Μπροστά σε μια νέα πραγματικότητα βρίσκεται η ιδιωτική ασφάλιση, διεκδικώντας ισχυρότερη θέση στο χρηματοπιστωτικό σύστημα της χώρας. Τα φορολογικά κίνητρα που δόθηκαν τελευταία, οι έλεγχοι του υπουργείου Ανάπτυξης που σταδιακά βάζουν σε τάξη τα οικονομικά του κλάδου, τα νέα προγράμματα των ίδιων των εταιρειών, αλλά και η στενή σχέση που πλέον έχουν αποκτήσει με την τραπεζική αγορά μέσω του *bancassurance*, δημιουργούν ένα μεγάλο πεδίο δράσης με προοπτικές ανάπτυξης, που θα διογκώσει τη συμμετοχή της ασφαλιστικής βιομηχανίας στο Α.Ε.Π. και θα ισχυροποιήσει τη σχέση της με το πελατειακό της κοινό.

Εξάλλου, όπως συμβαίνει και με άλλους τομείς της εθνικής μας οικονομίας, η ασφαλιστική αγορά θα ακολουθήσει τα βήματα πορείας της ευρωπαϊκής και γιατί όχι της παγκόσμιας αγοράς, όπου η ασφαλιστική βιομηχανία εξελίσσεται και αναπτύσσεται με ταχύτατους ρυθμούς.

Στη χώρα μας με τη σημερινή κοινωνικοοικονομική δομή οι Ομαδικές Ασφαλίσεις μπορούν να διαδραματίσουν ένα σημαντικό κοινωνικό ρόλο. Ο ρόλος αυτός συνδέεται άμεσα με τους εργαζόμενους και έχει σχέση με την ασφάλεια που η Κοινωνική Ασφάλιση είναι σε θέση να του προσφέρει.

Στην περίοδο που διανύουμε, όπου η κρίση είναι εμφανής σε όλους τους τομείς της κοινωνικής και οικονομικής ζωής, κυρίαρχο στοιχείο στη ζωή του ίδιου του εργαζόμενου είναι η ανασφάλεια από την οποία διακατέχεται. Η ανασφάλεια αυτή, που οφείλεται είτε σε αίτια σχετικά με την εκτέλεση της εργασίας στους χώρους εργασίας, είτε σε αίτια άσχετα με την εκτέλεση της εργασίας αλλά σχετικά με τον τρόπο ζωής στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις, έχει επηρεάσει άμεσα την ψυχολογία και την κοινωνική συμπεριφορά του εργαζόμενου. Και φυσικά εκείνο που ενισχύει αυτή την ανασφάλεια είναι ο κίνδυνος της ανεργίας, ο κίνδυνος δηλαδή να βρεθεί ο εργαζόμενος ανά πάσα στιγμή χωρίς εργασία, με όλες τις καταστρεπτικές συνέπειες για τον ίδιο και το περιβάλλον του.

Για την εξάλειψη ή τον περιορισμό έστω του αισθήματος της ανασφάλειας των εργαζομένων η Κοινωνική Ασφάλιση, τουλάχιστον με τον τρόπο που λειτουργήσε μέχρι σήμερα δεν έχει να προτείνει αποτελεσματικά μέτρα. Ακριβώς, ένας από τους ρόλους που καλούνται να διαδραματίσουν οι Ομαδικές Ασφαλίσεις είναι αυτός, να καλύψουν δηλαδή τα κενά που αφήνει η Κοινωνική Ασφάλιση στην περίθαλψη των εργαζομένων, να αποκαταστήσουν την αξιοπρέπεια τους και να ανυψώσουν το ηθικό τους, όταν αυτά πλήττονται από άστοχους χειρισμούς ή παραλείψεις της πολιτείας.

Η πράξη έχει δείξει ότι οι συνέπειες από την εφαρμογή των Προγραμμάτων των Ομαδικών Ασφαλίσεων επιδρούν θετικά στην ψυχολογική κατάσταση των εργαζομένων. Και ο λόγος είναι εμφανής. Με την εφαρμογή και τη λειτουργία ενός Προγράμματος Ομαδικής Ασφάλισης ο εργαζόμενος διαπιστώνει πως του παρέχεται η δυνατότητα να νοσηλευτεί σε μια θέση νοσοκομείου ή κλινικής καλύτερη από εκείνη που του παρέχει η Κοινωνική Ασφάλιση ή να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο ή κλινική της αρεσκείας του (όταν αυτά δεν είναι συμβεβλημένα με τους οργανισμούς της Κοινωνικής Ασφάλισης), να επισκεφθεί ή να καλέσει στο σπίτι του, σε περίπτωση

ανάγκης, τον προσωπικό του γιατρό, να αγοράσει φάρμακα ή να υποβληθεί σε παρακλινικές εξετάσεις σε εργαστήρια ή ιατρεία της δικής του επιλογής.

Επιπλέον, δε θα μείνει χωρίς εισόδημα αν εξαιτίας κάποιας ασθένειας ή λόγω ατυχήματος, δεν είναι σε θέση να εργαστεί για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (πρόσκαιρη ανικανότητα για εργασία) ή, τέλος, ότι η οικογένεια του ή ο ίδιος θα εισπράξουν ένα σημαντικό ποσό μετά τον θάνατο του ή την μόνιμη ολική ανικανότητα του για εργασία (ισόβια αναπηρία). Ασφαλώς μέσα σε ένα τέτοιο κλίμα ο εργαζόμενος αισθάνεται ασφαλέστερος, αποβάλλει σε μεγάλο βαθμό το καθημερινό του άγχος, εργάζεται απρόσκοπτα, κεντρίζεται το φιλότιμο του, αρχίζει να βλέπει την επιχείρηση όχι με την οπτική και την ψυχολογία του εκμεταλλευομένου, όχι ως τον χώρο όπου αναγκαστικά προσέρχεται για να εξασφαλίσει την επιβίωση του. Αρχίζει να εξοικειώνεται με την ιδέα ότι η επιχείρηση είναι κομμάτι από το δικό του εαυτό και όπως είναι ευνόητο όλα αυτά σημαίνουν εργασία με μεγαλύτερη απόδοση ή, χρησιμοποιώντας επίκαιρη ορολογία, εργασία με αυξημένη παραγωγικότητα, κάτι που είναι το ζητούμενο στη σημερινή συγκυρία.

Η ασφαλιστική παραγωγή στον κλάδο των ομαδικών ασφαλίσεων δεν ξεπερνά τα 200 εκατομμύρια € και θεωρείται πως υπάρχουν ακόμη σημαντικά περιθώρια για αύξηση της παραγωγής, σε σημείο που η τελευταία να μπορέσει να αγγίξει ακόμη και το 1δις € μέσα στην επόμενη πενταετία, εφόσον βέβαια κάτι τέτοιο το επιτρέψουν οι κοινωνικές, επιχειρηματικές και οικονομικές συνθήκες.

Οι προσπάθειες που γίνονται για την απελευθέρωση της ασφαλιστικής αγοράς στον κλάδο των ομαδικών ασφαλίσεων, αλλά και τα υψηλά περιθώρια ανάπτυξης που ο συγκεκριμένος ασφαλιστικός κλάδος παρουσιάζει, τόσο στους τομείς Ζωής και Υγείας, όσο και κυρίως στον Συνταξιοδοτικό τομέα, τον καθιστούν ως το νέο πεδίο διεύρυνσης, εξάπλωσης και παγίωσης των ασφαλιστικών εταιρειών. Για τις επιχειρήσεις οι Ομαδικές Ασφαλίσεις αποτελούν εργαλεία έκπτωσης φορολογικών δαπανών, αλλά κυρίως μέσο στήριξης και ενίσχυσης της εμπιστοσύνης των εργαζομένων προς την εταιρεία.

Οι μελλοντικές και αναγκαίες αλλαγές στο ασφαλιστικό θα επιφέρουν σίγουρα και αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις. Κομμάτι των νέων συνθηκών που αναμένεται να ευνοήσουν την ανάπτυξη της Ιδιωτικής Ομαδικής Ασφάλισης είναι οι αλλαγές – μεταρρυθμίσεις στο ασφαλιστικό και ειδικά στους κλάδους Υγείας. Η διεύρυνση του δεύτερου πυλώνα ασφάλισης, δηλαδή εκείνου που θα κατευθύνεται ως επί το πλείστον από τις ίδιες τις επιχειρήσεις θα παράσχει μεγαλύτερα περιθώρια επέκτασης των Ομαδικών Ασφαλίσεων όχι μόνο σε τομείς Υγείας αλλά και Συνταξιοδότησης.

Η παρούσα έρευνα μέσω της διεξοδικής ανάλυσης και της εμπειριστατωμένης μελέτης των συνολικών ευρημάτων οδηγεί σε ορισμένα ειδικά και γενικά συμπεράσματα αναφορικά με το μέλλον των Ιδιωτικών Ομαδικών Ασφαλιστικών Προγραμμάτων Υγείας στη χώρα μας. Πιο συγκεκριμένα:

- Η επιλογή της Ομαδικής Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας οφείλεται, όχι τόσο στα προτερήματα της όσο στα μειονεκτήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης. Άλλο αξιοπρόσεκτο σημείο είναι ότι οι πολίτες δεν εκδηλώνουν έλλειψη εμπιστοσύνης στις παρεχόμενες από την Κοινωνική Ασφάλιση υπηρεσίες υγείας, αλλά στις έχοντες σχέση με την ελευθερία επιλογής γιατρού, θεραπευτηρίου και του χρόνου που θα κάνει χρήση τους. Δηλαδή, προσδιορίζει τα υπάρχοντα προβλήματα του κοινωνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης.

- Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα απέτυχε να λειτουργήσει μέχρι σήμερα συμπληρωματικά στη Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες κυρίως κατευθύνθηκαν στη κάλυψη του οικονομικού κινδύνου από ασθένεια, χωρίς να προσφέρουν νέες εναλλακτικές λύσεις στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Η διαφοροποίηση του προϊόντος τους επιτυγχάνεται μέσω της διαφήμισης και της υπόσχησης συγκεκριμένων ανέσεων σε περίπτωση εισόδου τους σε νοσοκομείο. Δεν προκαλούν λοιπόν έκπληξη τα χαμηλά ποσοστά χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στους ασφαλισμένους. Η απουσία παρέμβασης για αύξηση της ποιότητας και της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, ουσιαστικά περιορίζει το συμπληρωματικό ρόλο που μπορεί να παίξει η ιδιωτική ασφάλιση, ενώ συντελεί και σε αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας, μέσω της αύξησης της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών.
- Σε όλο τον κόσμο, στην Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα διογκώνεται διαρκώς το κόστος των παροχών υπηρεσιών υγείας, ώστε τα Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης να αντιμετωπίζουν πλέον οξύτατα προβλήματα χρηματοδότησης. Ιδιαίτερα στη χώρα μας οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης, χωρίς να είναι συχνά σε θέση να παράσχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, περιορίζονται σε παροχές με τη μορφή επιδομάτων.
- Η Κοινωνική Ασφάλιση θα ασκείται πλέον από λιγότερα ασφαλιστικά ταμεία και ο στόχος της μείωσης των ελλειμμάτων θα πραγματοποιηθεί μετά το 2001. Ιδιαίτερα τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια διαπιστώνεται, τόσο στον Ευρωπαϊκό χώρο όσο και στην Ελλάδα, έντονο ενδιαφέρον για συμπληρωματικές καλύψεις υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, αν και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν - αλλά και ούτε είναι επιθυμητό από πολιτικής και κοινωνικής πλευράς - να υποκαταστήσουν την Κοινωνική Ασφάλιση, σίγουρα μπορούν με βάση τα παραπάνω να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας συμπληρώνοντας την Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας.
- Είναι εντυπωσιακό, ότι το έτος 2000, από τα 1,363 τρις € που δαπανήθηκαν συνολικά για την υγεία στην Ελλάδα, το 43,8% αφορούν ιδιωτικές δαπάνες, δηλαδή χρήματα που κατέβαλαν οι πολίτες από την τσέπη τους. Και όμως, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες καλύπτουν σήμερα, μόνο το 5% από αυτές τις δαπάνες. Το γεγονός, ότι η ανασφάλιστη αυτή ζήτηση δεν καλύπτεται, δεν οφείλεται μόνο στην συμπεριφορά των πολιτών, αλλά κυρίως στην έλλειψη ολοκληρωμένων και φθηνών προγραμμάτων κάλυψης του πληθυσμού. Το παραπάνω γεγονός, καταδεικνύει τις τεράστιες ευκαιρίες για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αφού η ανασφάλιστη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας ανέρχονται σε περίπου 613,35 δις €.
- Η ενιαία ευρωπαϊκή αγορά, έστω και καθυστερημένα από ελληνικής πλευράς, θεσπίστηκε πλέον και στον τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων. Έτσι, ο οποιοσδήποτε Έλληνας πολίτης θα μπορεί να συνάψει ότι ασφαλιστικό συμβόλαιο επιθυμεί σε οποιοδήποτε κράτος - μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έστω και αν η ασφαλιστική εταιρεία δεν διαθέτει θυγατρική στην Ελλάδα. Έτσι, κάθε ασφαλιστική επιχείρηση, με ενιαία διοικητική άδεια που θα της χορηγείται από το κράτος - μέλος, θα μπορεί να δραστηριοποιείται στον Ευρωπαϊκό οικονομικό χώρο, είτε με την ίδρυση υποκαταστημάτων είτε με το καθεστώς της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, ενώ παράλληλα θεσπίζεται αυστηρότερο καθεστώς ελέγχου και εποπτείας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

- Η εισοδηματική πολιτική εξακολουθεί να είναι σφικτή μέχρι και σήμερα και θα επηρεάσει έτσι το διαθέσιμο εισόδημα και την κατανάλωση των παραγόμενων και διατιθέμενων ασφαλιστικών αγαθών και υπηρεσιών.
- Προϋπόθεση για τη συνέχιση της επιτυχούς δραστηριοποίησης των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών στην Ελλάδα, θα πρέπει να αποτελέσουν η έντονη δραστηριοποίηση στην ανάπτυξη του δικτύου πωλήσεων, οι επενδύσεις σε προγράμματα εισαγωγής και ανάπτυξης της πληροφορικής, τα προγράμματα για την συντόμευση του χρόνου εξυπηρέτησης των εργασιών, η επέκταση και συμμετοχή σε νέες δραστηριότητες, η επέκταση των δραστηριοτήτων σε χώρες εκτός της Ελλάδος, η συγχώνευση – ενοποίηση εταιρειών για την δημιουργία εταιρειών με ικανοποιητικό μέγεθος για την αντιμετώπιση των συνεπειών της παγκοσμιοποίησης των αγορών, η αποτελεσματική εκπαίδευση, επιμόρφωση, κατάρτιση και εξειδίκευση του ανθρώπινου δυναμικού, η επινόηση και προσφορά σύγχρονων ασφαλιστικών προγραμμάτων, η αντιμετώπιση με επιτυχία του ανταγωνισμού, μέσα από ορθολογική κοστολόγηση των προσφερομένων προγραμμάτων της και η διαρκής βελτίωση της εικόνας (image) και της θέσης στην ελληνική αγορά.
- Επίσης κρίνεται απαραίτητη η δημιουργία ενιαίου στρατηγικού στόχου από όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον τομέα των ομαδικών ασφαλίσεων και παρέχουν αντίστοιχα προγράμματα στους ασφαλισμένους τους. Ο στρατηγικός στόχος θα πρέπει να είναι εναρμονισμένος στις σύγχρονες απαιτήσεις και να ανταποκρίνεται στις ιδιομορφίες της εγχώριας ασφαλιστικής μας αγοράς, ενώ ταυτόχρονα θα πρέπει να επιτευχθεί και η εναρμόνιση των αρμοδίων κάθε φορά τμημάτων των ασφαλιστικών επιχειρήσεων στις συγκεκριμένες ιδιομορφίες προκειμένου να εκμεταλλευθούν με τον πλέον αποδοτικό τρόπο τις αυξημένες ευκαιρίες που τους παρουσιάζονται και να εμφανιστούν οι τελευταίες συνεπείς στην κάλυψη των απαιτήσεων του ασφαλιστικού πληθυσμού.
- Ιδιαίτερα σημαντική υπόθεση για το μέλλον των Ομαδικών Ασφαλίσεων αποτελεί η δημιουργία στρατηγικού στόχου όσον αφορά την ανάπτυξη των πωλήσεων. Η ανάπτυξη των πωλήσεων των Ομαδικών Ασφαλίσεων είναι μια σύνθετη διαδικασία που απαιτεί εις βάθος και σφαιρική γνώση όχι μόνο της πώλησης αυτής καθεαυτής (πράγμα άλλωστε αυτονόητο), αλλά και των γενικών και ειδικών συνθηκών που επικρατούν τόσο στο σύνολο της οικονομίας (γενική οικονομική εξέλιξη) όσο και των επί μέρους τομέων αυτής. Κυρίως όμως προϋποθέτει ολοκληρωμένη άποψη για τις συνθήκες που επικρατούν στο χώρο όπου οι Ομαδικές Ασφαλίσεις γίνονται πράξη, το χώρο δηλαδή της αγοράς. Αξιοσημείωτο είναι ότι η συγκεκριμένη αγορά δεν προσδιορίζεται αποκλειστικά και μόνο από το γενικό επίπεδο των οικονομικών μεγεθών (δεικτών), όπως διαμορφώνονται σε κάθε τομέα της οικονομικής δραστηριότητας, αλλά και από έναν μεγάλο αριθμό, φαινομενικά τουλάχιστον, μη οικονομικών παραμέτρων. Έτσι, στα πλαίσια της χάραξης μιας ρεαλιστικής στρατηγικής που να εγγυάται την επιτυχία ενός αναπτυξιακού σχεδίου των πωλήσεων των Ομαδικών Ασφαλίσεων επιβάλλεται, όλα αυτά τα στοιχεία να μελετηθούν και να συνεκτιμηθούν, ώστε να αποτελέσουν πολύτιμο υλικό μιας αναπτυξιακής πολιτικής που μαζί με τη σύλληψη και ιεράρχηση των βραχυπρόθεσμων, μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων στόχων που θα τεθούν, θα αποτελέσουν υποθήκη για όλη τη μετέπειτα εξέλιξη της πορείας των πωλήσεων.

- Δίνοντας έμφαση στη δυναμική που έχει ο κλάδος της ιδιωτικής ομαδικής ασφάλισης στο πλαίσιο και των αλλαγών που προωθούνται στα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης, η επιτυχία τους συνδέεται άμεσα με τη διασφάλιση τριών προϋποθέσεων. Η πρώτη αφορά στην ύπαρξη φορολογικών κινήτρων ώστε να γίνουν πιο προσιτά τα οφέλη της ιδιωτικής ομαδικής ασφάλισης, ενώ η δεύτερη αφορά στο αντισταθμιστικό πλαίσιο, που πρέπει να ρυθμίσει το πώς θα λειτουργήσει συμψηφιστικά ο κύριος ασφαλιστικός φορέας με τον ιδιωτικό. Εάν από επιτευχθεί, κατά τα ευρωπαϊκά πρότυπα, μέσα από τα προγράμματα της ομαδικής ασφάλισης, ανοίγονται νέες προοπτικές για τον κλάδο και ήδη οι περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες επικεντρώνουν ένα μέρος της πολιτικής τους στα ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια. Το τρίτο στοιχείο που πρέπει να διασφαλιστεί είναι η ύπαρξη ελεγκτικών μηχανισμών, τόσο σε επίπεδο Υπουργείου όσο και σε επίπεδο κλαδικών οργάνων, έτσι ώστε το νέο σύστημα να λειτουργήσει αξιόπιστα. Η διασφάλιση όρων αξιοπιστίας θα πρέπει να επεκτείνεται και στο επίπεδο των παρεχόμενων προγραμμάτων, μέσα από ελέγχους για το είδος των προγραμμάτων, τα ποσοστά αποταμίευσης, την υπεύθυνη και συνετή διαχείριση των κεφαλαίων.
- Οι παράγοντες της ασφαλιστικής αγοράς θεωρούν απαραίτητες ακόμη μεγαλύτερες φορολογικές ελαφρύνσεις στις επιχειρήσεις προκειμένου να επιτευχθεί η ποιοτική και ποσοτική ανάπτυξη των ομαδικών ασφαλίσεων. Θετικό θεωρείται το γεγονός της μείωσης των φορολογικών συντελεστών που επιτρέπει την κατεύθυνση διαθέσιμων σε άλλες πιο παραγωγικές κατευθύνσεις ανάμεσα στις οποίες θα είναι και η ιδιωτική ασφάλιση. Σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα στοιχεία που δίνουν στελέχη των ασφαλιστικών εταιρειών τα φορολογικά πλεονεκτήματα για τις επιχειρήσεις που έχουν ομαδικά ασφαλιστήρια ανέρχονται σε 1.500 € ανά εργαζόμενο ετησίως.

Η ραγδαία αύξηση του κλάδου των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας, ιδίως μετά τη δεκαετία του '90, γεννά ενδιαφέροντα, αλλά ακόμη αναπάντητα ερωτήματα ως προς το ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην κοινωνική προστασία και στην υγεία ειδικότερα. Η ανάλυση έχει ιδιαίτερη σημασία για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, εφόσον κατά την τελευταία δεκαετία ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης έχει αναγνωρισθεί διεθνώς και αποτελεί μία εναλλακτική ή/και συμπληρωματική λύση στα έντονα χρηματοδοτικά προβλήματα της κοινωνικής ασφάλισης (π.χ. Αγγλία, Ολλανδία).

Για να διαδραματίσει η ιδιωτική ασφάλιση εποικοδομητικό ρόλο, είναι απαραίτητη η ένταξη της στο γενικότερο σχεδιασμό του συστήματος υγείας. Για το λόγο αυτό, η συγκέντρωση και ανάλυση των απαραίτητων δεδομένων αποτελεί ερευνητικό αντικείμενο πρώτης προτεραιότητας, ιδιαίτερα στη χώρα μας, όπου η απουσία σχετικών στοιχείων και μελετών είναι παντελής.

Αυτό που πρέπει τώρα να γίνει συνείδηση των υγιών και συγκροτημένων εταιρειών ασφάλισης υγείας είναι ότι επιβάλλεται η επιστημονική τους οργάνωση και η ενημέρωση τους σχετικά με τις ιδιομορφίες της συγκεκριμένης αγοράς. Κάτι τέτοιο συνεπάγεται σωστά τιμολογημένα συμβόλαια, με δικλίδες ασφαλείας στην κατάχρηση και στην υπερχρέωση εκ μέρους των προμηθευτών. Σημαίνει, δηλαδή, γνώση της αγοράς υγείας και συμμετοχή στην παροχή υπηρεσιών για τη μεγιστοποίηση του κοινωνικού οφέλους. Σημαίνει, τέλος, παρέμβαση στην προσφορά με νέα σχήματα, όπως γίνεται σε ορισμένες χώρες, όπου η επιλογή φορέα ιδιωτικής ασφάλισης εμπεριέχει και την επιλογή φορέα περιθαλψης (π.χ. HMO στις ΗΠΑ και BUPA Plan στη Μ. Βρετανία).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A) Ελληνική

Βοζίκης, Αθ., *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Πρότυπο Σύστημα Διοίκησης των Απαιτούμενων Διαδικασιών και Διαχείρισης Ατομικών Συμβολαίων*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα...

Γενική Συνομοσπονδία Εργατοϋπαλλήλων Ελλάδος (Γ.Σ.Ε.Ε.), *Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης*, ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ, Μηνιαίο Περιοδικό του Ινστιτούτο Εργασίας της ΓΣΕΕ-ΑΔΕΔΥ, Τεύχος 69, Μάρτιος 2001.

Δημητρίου, Π., (άρθρο), *Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας συμπληρωματική δύναμη του δημόσιου συστήματος υγείας*, Αθήνα 2003.

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος – Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2004, *Η Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ελλάδα το 2003*, Αθήνα 2004.

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.), *Η Ασφαλιστική Αγορά με αριθμούς το 2004*, Αθήνα 2004.

Κρεμαλής, Κ., (1996), *Προβλήματα οριοθέτησης της ιδιωτικής από την κοινωνική ασφάλιση (περιθώρια συμπλήρωση ή και μερικής υποκατάστασης της κοινωνικής από την ιδιωτική ασφάλιση)*, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα – Κομοτηνή 1996.

Κρεμαλής, Κ., *Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων*, Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή 1985.

Κυριόπουλος, Γ. – Λιόνης, Χ. – Σουλιώτης, Κ. – Τσάκος, Γ., *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2003.

Κυριόπουλος, Γ. – Σουλιώτης, Κ., *Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα (μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για την πολιτική υγείας)*, Εκδόσεις Παπαζήση (Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία), Αθήνα 2002.

Κυριόπουλος, Γ. – Λιαρόπουλος, Λ. – Μπουρσανίδης, Χ. – Οικονόμου, Χ., (επιμ.), *Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 2001.

Κυριόπουλος, Γ., *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα : στο σταυροδρόμι των επιλογών*, Εκδόσεις Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα 1995.

Λιαρόπουλος, Λ., *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Ο ρόλος της, προβλήματα και προοπτική στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα 1993.

Μαρινάκης, Ιωσ., *Ομαδικές Ασφαλίσεις Προσωπικού: Πολυτέλεια ή αναγκαιότητα;*, Πτυχιακή Εργασία, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας (Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων) – Τ.Ε.Ι. Πειραιά, Πειραιάς 2005.

Μόσιαλος, Ηλ. – Θεοδώρου, Μ., (μελέτη), *Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη*.

Μωραϊτης, Ε., *Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Σημειώσεις για τους Σπουδαστές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διοίκηση της Υγείας» του ΤΕΙ Πειραιά και Πανεπιστημίου Πειραιά, Αθήνα 2004.

Νεκτάριος, Μ., *Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας*, Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα 2005.

Νεκτάριος, Μ., *Εισαγωγή στην ιδιωτική ασφάλιση* (Γ' Έκδοση), Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα 1998.

Πέτρουλας, Π., Ρομπόλης, Σ., Ξυδέας, Ε., Χλέτσος, Μ., *Η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα: Η περίπτωση του Ι.Κ.Α.*, Μελέτες Νο 4, ΙΝΕ – ΓΣΕΕ (Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ), Αθήνα 1993.

Ρομπόλης, Σ. – Χλέτσος, Μ., (εισήγηση), *Τα οικονομικά και κοινωνικά κριτήρια λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα. Η περίπτωση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα*, Ε' Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα (Θέμα: Όρια και Σχέσεις Δημόσιου και Ιδιωτικού), Αθήνα 23 – 26 Νοεμβρίου 1994.

Σολωμός, Γ., *Η Κοινωνική Ασφάλιση σε μετάβαση (Απολογιστικά δεδομένα της πενταετίας 1994-1998)*, Εκδόσεις Λιβάνη, Α., Αθήνα 1999.

Σουλιώτης, Κ., *Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση (Σειρά: Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία), Αθήνα 2000.

Σταθόπουλος, Π., *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*, Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα 1999.

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Διεύθυνση Οικονομικού), *Εισηγητική Έκθεση Κοινωνικού Προϋπολογισμού 2002*.

Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων (Διεύθυνση Οικονομικού), *Εισηγητική Έκθεση Κοινωνικού Προϋπολογισμού 2006*.

B) Ξενόγλωσση

Batten W. Robert – Hider M. George and others, *Group Life and Health Insurance Life Office Management Association*, 1979.

Economou, Ch., *Voluntary Health Insurance in the European Union: a study for the European Commission, Country Report: Voluntary health insurance in Greece*, September 2001.

EC, *Citizens & Health Systems: Main Results from a Euro barometer survey*, Luxembourg.

Γ) Διαδίκτυο

www.eaee.gr

www.asfalisinet.gr

<http://www.statistics.gr>

<http://www.gsee.gr>

<http://www.inegsee.gr>

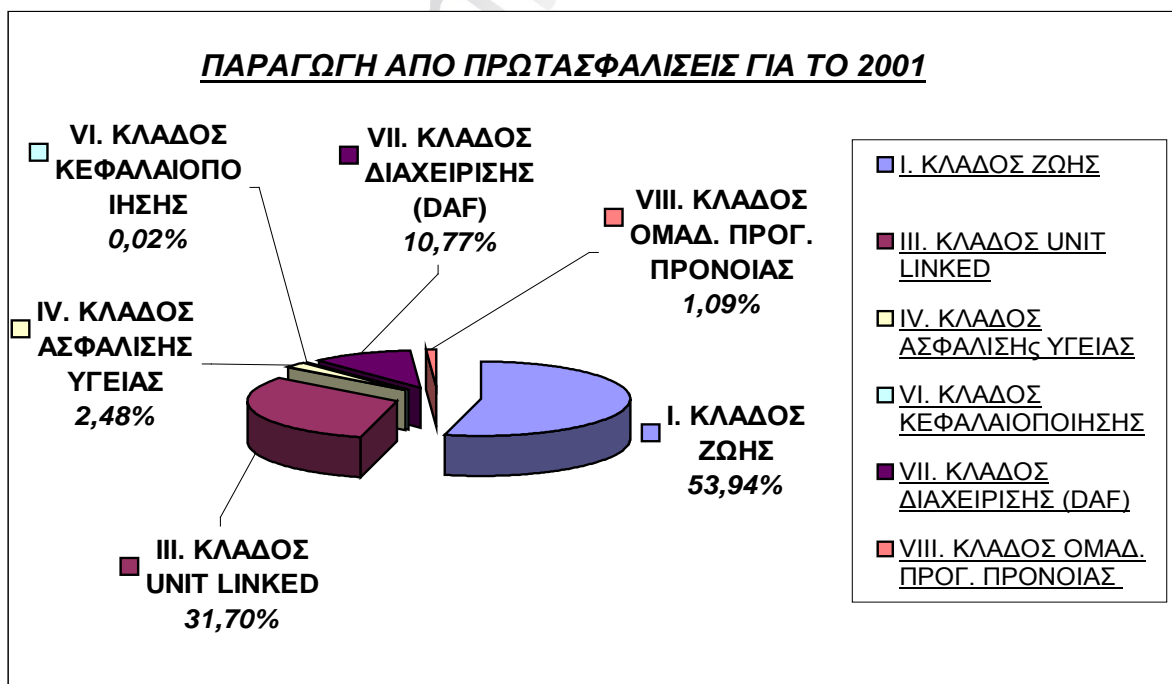
Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 1: Παραγωγή Ασφαλίσεων ανά κλάδο έτους 2005

ΚΛΑΔΟΙ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ ΠΡΩΤΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ
I. ΚΛΑΔΟΣ ΖΩΗΣ	1.157.600.631,12	59,82%
III. ΚΛΑΔΟΣ UNIT LINKED	528.896.147,13	27,33%
IV. ΚΛΑΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	5.832.984,16	20,30%
VI. ΚΛΑΔΟΣ ΚΕΦΑΛΑΙΟΠΟΙΗΣΗΣ	407.773,51	0,02%
VII. ΚΛΑΔΟΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ (DAF)	216.893.294,40	11,21%
VIII. ΚΛΑΔΟΣ ΟΜΑΔΙΚΩΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	25.486.933,17	1,32%
ΣΥΝΟΛΟ	1.935.207.763,79	100,00%

Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2005)

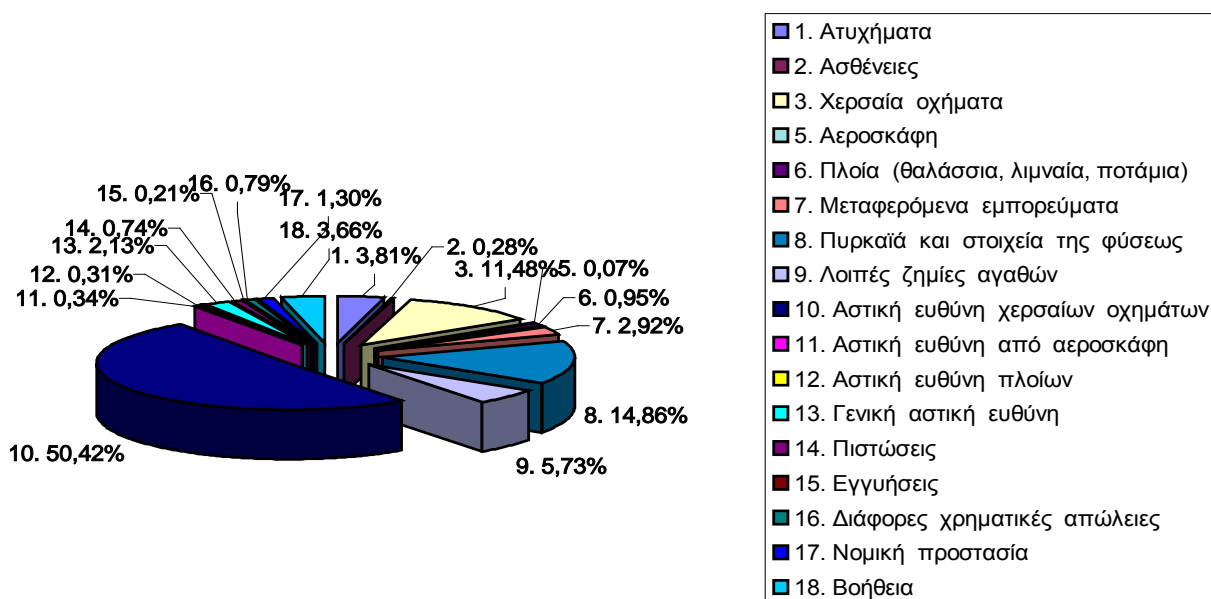


ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Παραγωγή ασφαλίσεων κλάδων ζημιών έτους 2005

Κατηγορία	Ασφάλιστρα από Πρωτασφαλίσεις (σε €)	Ποσοστό (%)
1. Ατυχήματα	85.627.618,68	4,31%
2. Ασθένειες	5.232.018,99	0,26%
3. Χερσαία οχήματα	271.574.109,66	13,66%
5. Αεροσκάφη	994.853,01	0,05%
6. Πλοία (θαλάσσια, λιμναία, ποτάμια)	19.513.529,91	0,98%
7. Μεταφερόμενα εμπορεύματα	38.557.354,82	1,94%
8. Πυρκαϊά και στοιχεία της φύσεως	315.248.420,29	15,86%
9. Λοιπές ζημιές αγαθών	115.172.000,54	5,79%
10. Αστική ευθύνη χερσαίων οχημάτων	946.202.740,03	47,59%
11. Αστική ευθύνη από αεροσκάφη	1.844.553,08	0,09%
12. Αστική ευθύνη πλοίων	5.932.206,74	0,27%
13. Γενική αστική ευθύνη	50.674.015,16	2,55%
14. Πιστώσεις	20.451.391,34	1,03%
15. Εγγυήσεις	7.923.497,96	0,40%
16. Διάφορες χρηματικές απώλειες	17.166.285,26	0,86%
17. Νομική προστασία	36.719.470,22	1,85%
18. Βοήθεια	49.968.634,24	2,51%
Σύνολο Ασφαλίσεων Ζημιών	1.988.262.699,93	100,00%

Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2005)

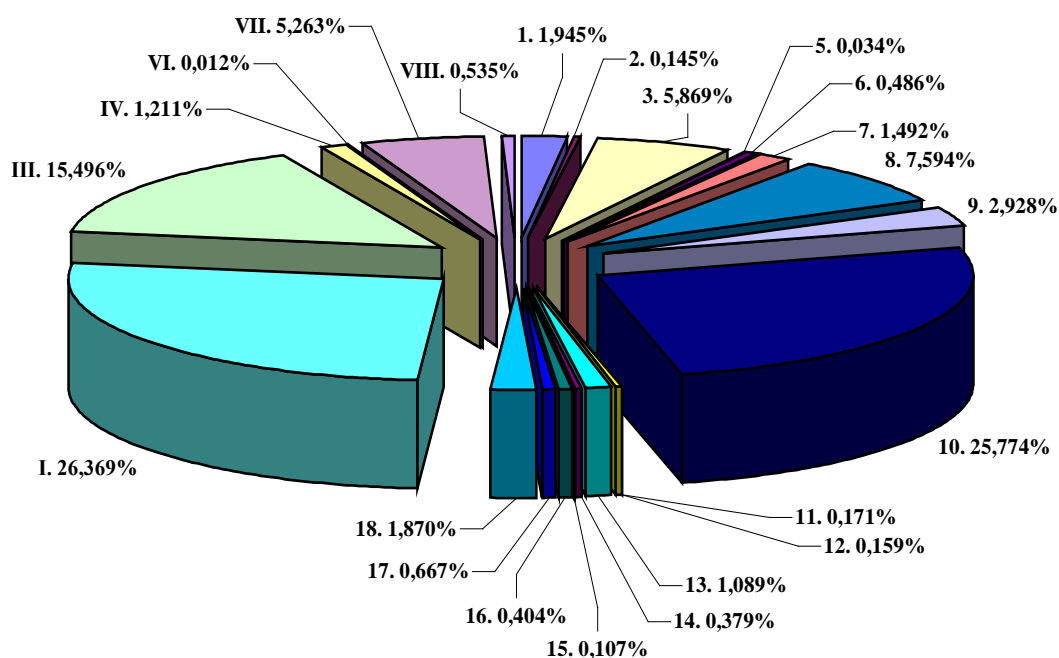
Παραγωγή ασφαλίσεων κλάδου ζημιών έτους 2001



Συνολική παραγωγή ασφαλίσεων για το 2001

Στο συγκεκριμένο γράφημα βλέπουμε τη συνολική παραγωγή ασφαλίσεων για το έτος 2001. Το μεγαλύτερο ποσοστό της συνολικής παραγωγής ασφαλίσεων το έχουν:

- Ο κλάδος ζωής
- Ο κλάδος ασφαλίσεων ζωής συνδεδεμένων με επενδύσεις (Unit Linked)
- Η αστική ευθύνη χερσαίων οχημάτων



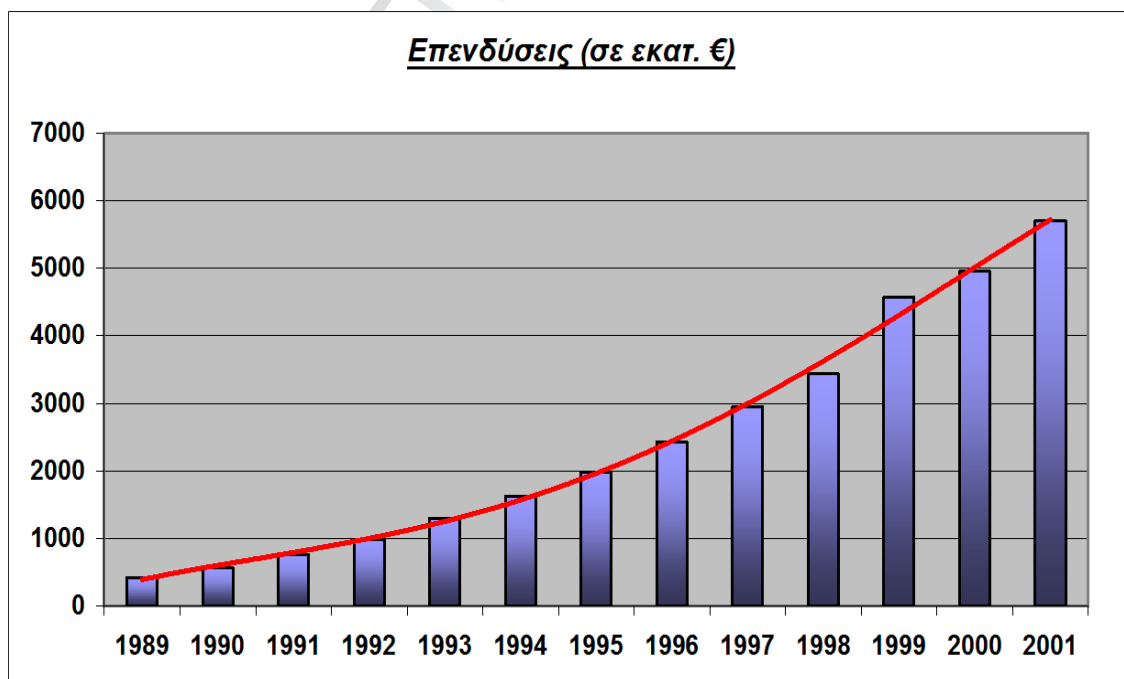
- | | | |
|---|---|---------------------------------------|
| ■ 1. Ατυχήματα | ■ 2. Ασθένειες | ■ 3. Χερσαία οχήματα |
| ■ 5. Αεροσκάφη | ■ 6. Πλοία (θαλάσσια, λιμναία, ποτάμια) | ■ 7. Μεταφερόμενα εμπορεύματα |
| ■ 8. Πυρκαϊά και στοιχεία της φύσεως | ■ 9. Λοιπές ζημιές αγαθών | ■ 10. Αστική ευθύνη χερσαίων οχημάτων |
| ■ 11. Αστική ευθύνη από αεροσκάφη | ■ 12. Αστική ευθύνη πλοίων | ■ 13. Γενική αστική ευθύνη |
| ■ 14. Πιστώσεις | ■ 15. Εγγυήσεις | ■ 16. Διάφορες χρηματικές απώλειες |
| ■ 17. Νομική προστασία | ■ 18. Βοήθεια | ■ I. Κλάδος Ζωής |
| ■ III. Κλάδος Ασφ. Ζωής Συνδ. με Επενδύσεις | ■ IV. Κλάδος Ασφάλισης Υγείας | ■ VI. Κλάδος Κεφαλαιοποίησης |
| ■ VII. Κλάδος Διαχείρισης Ομαδ. Συνταξ. Ταμείων | ■ VIII. Κλάδος Ομαδ. Προγρ. Πρόνοιας | |

Επενδύσεις Ασφαλιστικών Εταιρειών

Οι ασφαλιστικές εταιρείες είναι από του σημαντικότερους επενδυτές και τα κεφάλαια που επενδύουν παίζουν σημαντικό ρόλο στην εθνική μας οικονομία. Στον Πίνακα 3 παρατηρείται διαρκής αύξηση των επενδύομένων κεφαλαίων των ασφαλιστικών εταιριών από το 1989 έως το 2001.

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 3: Οι επενδύσεις των ασφαλιστικών εταιριών κατά έτος			
ΕΤΟΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ	ΣΕ ΕΥΡΩ (€)	ΕΤΗΣΙΑ ΑΥΞΗΣΗ
1989	146.189,00	429,0213	
1990	195.986,00	575,1607	34,06%
1991	258.848,00	759,6420	32,07%
1992	338.037,00	992,0382	30,59%
1993	445.118,00	1.306,2891	31,68%
1994	556.230,00	1.632,3698	24,96%
1995	676.366,00	1.984,9332	21,60%
1996	828.503,00	2.431,4101	22,49%
1997	1.006.950,00	2.945,2502	21,13%
1998	1.232.240,00	3.438,2421	16,74%
1999	1.748.244,00	4.574,2362	33,04%
2000	1.917.416,00	4.954,9024	8,23%
2001	1.940.749,00	5.695,5216	1,22%

Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)



Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ 2002)

Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Γενικά στοιχεία

Η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα εμφανίζει σταθερά ανοδική πορεία. Η συνολική παραγωγή ασφαλιστρών το 2005 ανήλθε σε 3.871 εκ. € περίπου, αντιπροσωπεύοντας ποσοστό 2,26% επί του Α.Ε.Π., έναντι 2,19 % του προηγούμενου έτους. Συγκεκριμένα από τα στοιχεία του Υπουργείου Ανάπτυξης, προκύπτει για το 2005 ότι συνεχίζεται η ανοδική πορεία της παραγωγής ασφαλιστρών, αν και με μειωμένο ρυθμό, όπως φαίνεται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1: Παραγωγή Ασφαλιστρών 2001–2005 (σε εκατ. €)

Έτος	Συνολική παραγωγή Ασφαλιστρών	Ετήσια Μεταβολή (%)
2001	2.636	2,7%
2002	2.895	9,5%
2003	3.235	11,7%
2004	3.624	12,0%
2005	3.871	6,8%

Πηγή: Υπουργείο Ανάπτυξης

Οι Γενικοί Κλάδοι το έτος 2005 παρουσίασαν αύξηση παραγωγής 3,9% φθάνοντας τα 1.968,8 εκατομμύρια €, έναντι 1.895,2 εκατομμύρια € το 2004. Ο Κλάδος Ζωής έφθασε τα 1.901,9 εκατομμύρια € το 2005, έναντι 1.728,7 εκατομμύρια € το 2004, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 10,01%. Το ποσοστό συμμετοχής των δύο Κλάδων στη συνολική εγχώρια παραγωγή, για το έτος 2005 διαμορφώνεται σε 50,86% για τις ασφαλίσεις κατά ζημιών και 49,14% για τις ασφαλίσεις ζωής. Η Ελληνική αγορά έχει σημαντικές περαιτέρω δυνατότητες ανάπτυξης λόγω της χαμηλής αλλά ενισχυμένης ασφαλιστικής διείσδυσης, του ευνοϊκού μακροοικονομικού περιβάλλοντος και των χαμηλών κατά κεφαλήν ασφαλιστρών. Τα κατά κεφαλή ασφαλίστρα για το 2005 εκτιμώνται σε 350 € ανά κάτοικο, έναντι 328 € το 2004.

Διάρθρωση Ελληνικής Ασφαλιστικής Αγοράς

Από τις 97 Ασφαλιστικές Επιχειρήσεις που δραστηριοποιήθηκαν στην Ελλάδα οι 18 παρουσίασαν παραγωγή μόνο στις ασφαλίσεις ζωής, οι 66 στις ασφαλίσεις ζημιών και οι 13 παρουσίασαν παραγωγή και στις ασφαλίσεις ζωής και στις ασφαλίσεις ζημιών (μικτές Ασφαλιστικές Εταιρίες). Από τις 97 Ασφαλιστικές Εταιρίες οι 68 είχαν την νομική μορφή της Ανώνυμης Ασφαλιστικής Εταιρίας εγκατεστημένης στην Ελλάδα και 29 του Υποκαταστήματος Αλλοδαπής Ασφαλιστικής Επιχείρησης. Παρά τον μεγάλο αριθμό εταιριών, γεγονός είναι ότι ο κλάδος χαρακτηρίζεται από υψηλό βαθμό συγκέντρωσης αφού οι δέκα πρώτες εταιρίες μοιράζονται το 61,76 % της συνολικής παραγωγής ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις, όπως φαίνεται στον Πίνακα 2.

Πίνακας 2: Παραγωγή ασφαλίσεων από πρωτασφαλίσεις, 2005

Εταιρίες	Συνολική παραγωγή 2005(σε εκατ. €)	Μερίδιο Αγοράς
1. ΕΘΝΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α.	577,76	14,93%
2. ΕΦΓ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΖΩΗΣ	364,87	9,43%
3. ALICO	266,11	6,88%
4. INTERAMERICAN ΖΩΗΣ.	262,67	6,79%
5. ΦΟΙΝΙΞ-METROLIFE.	208,85	5,40%
6. ING Ε.Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ .	179,04	4,63%
7. ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ	162,77	4,21%
8. ALPHA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.	148,67	3,84%
9. ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ Α.Ε.Γ.Α..	110,85	2,86%
10. INTERAMERICAN ΖΗΜΙΩΝ.	108,84	2,81%
Συνολική παραγωγή 10 πρώτων εταιριών	2.390,46	61,76%
Υπόλοιπες Εταιρίες	1.480,22	38,24%
Σύνολο Αγοράς	3.870,68	100,0%

Πηγή: Υπουργείο Ανάπτυξης

Στον κλάδο των ασφαλίσεων Ζωής οι εταιρίες με την μεγαλύτερη παραγωγή πρωτασφαλίσεων παρουσιάζονται στον ακόλουθο πίνακα, και αξίζει να σημειωθεί ότι στον κλάδο αυτό παρατηρείται μεγάλη συγκέντρωση στις δέκα πρώτες εταιρίες, οι οποίες έχουν μερίδιο αγοράς που φτάνει το 90,15 % επί του συνόλου.

Πίνακας 3: Στοιχεία παραγωγής κλάδου Ζωής, 2005

Εταιρίες	Ασφαλίσεις Ζωής (σε εκατ. €)	Μερίδιο Αγοράς
1. ΕΦΓ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΖΩΗΣ	364,88	19,18%
2.ΕΘΝΙΚΗ ΑΕΕΓΑ	273,08	14,35%
3.ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΕΑΕ ΖΩΗΣ	262,67	13,81%
4. ALICO AIG LIFE INS. CO.	232,08	12,02%
5. ING Ε.Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ	179,04	9,41%
6. ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ Α.Ε.Γ.Α.	106,22	5,58%
7. ALLIANZ Α.Ε.Α. ΖΩΗΣ	91,41	4,80%
8. ΦΟΙΝΙΞ-METROLIFE ΕΜΠΟΡΙΚΗ Α.Ε.Α.Ε .	73,89	3,88%
9. ALPHA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε..	73,50	3,86%
10. ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.	61,77	3,24%
Σύνολο 10 πρώτων εταιριών	1.718,54	90,15%
Γενικό σύνολο	1.901,92	100,0%

Πηγή: Υπουργείο Ανάπτυξης

Στον κλάδο των ασφαλίσεων κατά Ζημιών, οι εταιρίες που πέτυχαν τη μεγαλύτερη παραγωγή πρωτασφαλιστρών το 2005 είναι οι ακόλουθες:

Πίνακας 4: Στοιχεία παραγωγής κλάδου Ζημιών, 2005

Εταιρίες	Γενικές Ασφαλίσεις (σε εκατ. €)	Μερίδιο Αγοράς
1. ΕΘΝΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α.	304,68	15,47%
2. ΦΟΙΝΙΣ-ΜΕΤΡΟΛΙΦΕ ΕΜΠΟΡΙΚΗ Α.Ε.Α.Ε.	134,95	6,85%
3. ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ Ε.Ε.Α. ΖΗΜΙΩΝ .	108,84	5,52%
4. ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.	100,99	5,13%
5. ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΝΩΣΙΣ Α.Α.Ε.	77,55	3,94%
6. ΓΕΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΑΕΕΓΑ.	75,53	3,83%
7. ΑΛΦΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.	75,16	3,82%
8. ALLIANZ Α.Ε.Γ.Α .	60,88	3,09%
9. ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ ΑΕΑΖ	51,92	2,64%
10. COMMERCIAL VALUE ΑΑΕ.	50,13	2,54%
Σύνολο 10 πρώτων εταιριών	1.040,63	52,85%
Γενικό σύνολο	1.968,88	100,0%

Πηγή: Υπουργείο Ανάπτυξης

Π Ι Ν Α Κ Α Σ 5: Ποσοστιαία αναλογία των μεγεθών της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς σε σύγκριση με τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (έτος 2001)

ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ (%)	ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
Αριθμός εταιριών	107	2,28 %	4693
Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα	240,96	11,45 %	2105
Εκ των οποίων:			
Ασφάλιστρα κλάδου Ζωής:	117,79	8,59 %	1372
Ασφάλιστρα κλάδου Ζημιών:	123,17	16,8 %	733
Ποσοστό ασφαλιστρών επί του ΑΕΠ	2,03 %		9,1 %
Ποσοστό επενδύσεων επί του ΑΕΠ	4,37 %		54,5 %

Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε. - 2001)