

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Μια εμπειρική ανάλυση**

**Γιαννάκη Αγγελική**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Μια εμπειρική ανάλυση**

**Γιαννάκη Αγγελική, Α.Μ.: ΟΔΥ/1409**

Επιβλέπων: Καρκαλάκος Σωτήριος, Αναπληρωτής Καθηγητής

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2017



---

**UNIVERSITY of  
PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**Private Health Insurance: An empirical analysis**

**Giannaki Aggeliki**

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

Piraeus, Greece, 2017



*Στην οικογένειά μου*





## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω θερμές ευχαριστίες σε όλους όσους βοήθησαν να πραγματοποιηθεί αυτή η εργασία και ιδιαίτερα στον επιβλέποντα καθηγητή, κύριο Καρκαλάκο Σωτήριο, αναπληρωτή καθηγητή του τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, ο οποίος με μεγάλη υπομονή με καθοδήγησε σε κάθε στάδιο εκπόνησης της διατριβής.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον πρώην διευθυντή του Κλάδου Ατομικών Ασφαλίσεων Ζωής και Υγείας της Εθνικής Ασφαλιστικής, κύριο Κουγιουμουτζή Κωνσταντίνο, για την παροχή εξειδικευμένων συγγραμμάτων στη διάθεσή μου, προς μελέτη και συλλογή πολύτιμων για την έρευνα στοιχείων.

Τέλος, δεν θα πρέπει να παραλείψω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την αμέριστη ψυχική συμπαράσταση που μου προσέφερε σε όλη τη διάρκεια συγγραφής της διατριβής μου.



## Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Μια εμπειρική ανάλυση

**Σημαντικοί Όροι:** υγεία, ασφάλιση, ανασφάλιστος, ιδιωτική ασφάλιση υγείας, κοινωνική ασφάλιση υγείας, ασφάλιστρο.

### Περίληψη

Από καταβολής κόσμου, ο άνθρωπος επιδιώκει να αισθάνεται ασφάλεια και να περιορίζει τους παράγοντες που του δημιουργούν αβεβαιότητα για το μέλλον. Η ιδιωτική ασφάλιση κάνει ακριβώς αυτό: παρέχει εξασφάλιση στην περίπτωση που θα συμβεί κάποιο τυχαίο δυσάρεστο γεγονός με αρνητικές οικονομικές συνέπειες στη ζωή του ατόμου και της οικογένειάς του.

Στην παρούσα εργασία θα επικεντρωθούμε στην ασφάλιση υγείας, τα είδη και τα χαρακτηριστικά της και στο ασφάλιστρο, εξετάζοντας κυρίως από ποια συστατικά αποτελείται αυτό και πώς επηρεάζεται το καθένα από αυτά από διάφορους οικονομικούς παράγοντες. Επίσης, θα ασχοληθούμε με την κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση, εξετάζοντας ποιες κατηγορίες του πληθυσμού προτιμούν την καθεμία από αυτές, στις Η.Π.Α., ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους, με τη φυλή, με την οικογενειακή κατάσταση και την υπηκοότητα.

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, ενώ στο δεύτερο παρουσιάζεται η εμπειρική μελέτη.

Πιο αναλυτικά, στο πρώτο μέρος της εργασίας, στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο κλάδος της ασφάλισης υγείας, με τα βασικά του χαρακτηριστικά και τα κυριότερα προϊόντα που διατίθενται στους καταναλωτές. Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται μια ανασκόπηση της ελληνικής, της ευρωπαϊκής και της παγκόσμιας ασφαλιστικής αγοράς και της πορείας της τα τελευταία έτη. Στο τρίτο κεφάλαιο, παρατίθενται τα βασικά συστατικά του ασφαλιστρού και αναλύεται το καθένα από αυτά.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, παρουσιάζονται τα στοιχεία που αφορούν την ασφάλιση υγείας, ιδιωτική και κοινωνική, στις Η.Π.Α. για τα έτη 2014-2015. Η εργασία κλείνει με την παρουσίαση των εμπειρικών αποτελεσμάτων και την εξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων.



# Private Health Insurance: An empirical analysis

**Keywords:** Health, insurance, uninsured, private health insurance, government health insurance, premium.

## Abstract

From the ancient times, people seek to feel safe and try to confine the factors that create uncertainty for the future. Private insurance does exactly that: it provides collateral in the event of a random, unpleasant event with negative economic consequences for the life of the individual and his / her family.

In this study we will focus on health insurance, its types and its characteristics and the premium, looking mainly at its components and how each one is affected by various economic factors. We will also deal with social and private insurance by looking at which categories of the population prefer private or government insurance or stay uninsured in the US.

The work is divided into two parts. The first part reviews the relevant literature, while the second part presents the empirical study.

More specifically, in the first part of the paper, the first chapter presents the health insurance sector, with its basic characteristics and the main products available to consumers, in Greece. The second chapter attempts a review of the Greek, European and Global insurance market and its course in recent years. In the third chapter, the main components of the health premium are listed and each of them is analyzed.

In the second part of the thesis, the data concerning health insurance, private and social, are presented for the USA, for the years 2014-2015. The study is closed by presenting the empirical results and drawing useful conclusions.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Περίληψη</b>	xi
<b>Abstract</b>	xii
<b>Κατάλογος Πινάκων</b>	xix
<b>Κατάλογος Διαγραμμάτων</b>	xxi
<b>Μέρος Α'</b>	1
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>	3
<b>1.1 Εισαγωγή</b>	3
<b>1.2 Ορισμός ασφάλισης</b>	3
<b>1.3 Σκοπός και χρησιμότητα ασφάλισης</b>	5
<b>1.4 Είδη ασφάλισης</b>	6
<b>1.5 Κατηγορίες ασφάλισης ζωής και υγείας</b>	8
<b>1.6 Οφέλη από την ασφάλιση ζωής και υγείας</b>	10
<b>1.7 Είδη ασφαλίσεων ζωής και υγείας</b>	11
1.7.1 Πρόσκαιρη ασφάλιση Θανάτου	12
1.7.2 Πρόσκαιρη ασφάλιση θανάτου με επιστροφή ασφαλίστρου	12
1.7.3 Πρόσκαιρη ανανεώσιμη/μετατρέψιμη προστασία	12
1.7.4 Πρόσκαιρη ασφάλιση μειούμενου κεφαλαίου	12
1.7.5 Ισόβια ασφάλιση	13
1.7.6 Ισόβια ασφάλιση περιορισμένων πληρωμών	13
1.7.7 Ασφάλιση επιβίωσης	13
1.7.8 Μικτή ασφάλιση	14
1.7.9 Μικτή με κεφάλαιο θανάτου διαφορετικό της εγγυημένης αξίας στη λήξη	14
1.7.10 Ασφάλιση Unit-Linked	14
1.7.11 Ασφάλιση σύνταξης	15
1.7.12 Συνταξιοδοτική πρόσοδος με περίοδο αναμονής (αναβαλλόμενη σύνταξη)	16
1.7.13 Άμεση σύνταξη με καταβολή ενιαίου ασφαλίστρου	16
1.7.14 Ασφάλιση Οικογενειακού Επιδόματος	16

1.7.15 Ασφάλιση Ανικανότητας	16
1.7.16 Απαλλαγή Ασφαλιστρών	16
1.7.17 Μόνιμη Ολική Ανικανότητα	17
1.7.18 Ασφάλιση προσωπικού ατυχήματος	18
1.7.19 Ασφάλιση υγείας ή νοσοκομειακής περίθαλψης	18
1.7.20 Ασφάλιση ιατροφαρμακευτικών εξόδων συνεπεία ατυχήματος	19
1.7.21 Ασφάλιση Εξονοσοκομειακών Διαγνωστικών Εξετάσεων	19
1.7.22 Ημερήσιο επίδομα συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας	19
1.7.23 Ημερήσιο επίδομα συνεπεία ασθένειας	19
1.7.24 Χειρουργικό επίδομα	19
1.7.25 Νοσοκομειακό επίδομα	20
1.7.26 Ασφάλιση σοβαρών ασθενειών	20
<b>1.8 Ορισμός βασικών εννοιών</b>	21
<b>1.9 Ανακεφαλαίωση</b>	22
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΕΛΛΗΝΙΚΗ, ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ</b>	23
<b>2.1. Εισαγωγή</b>	23
<b>2.2. Πλήθος ασφαλιστικών εταιρειών</b>	23
<b>2.3. Πλήθος ασφαλιστικών εταιρειών ζωής και υγείας</b>	24
<b>2.4. Καθαρή ετήσια παραγωγή ζωής και υγείας των τελευταίων ετών</b>	25
<b>2.5 Αποζημιώσεις κλάδου ζωής και υγείας</b>	26
<b>2.6 Τα κατά κεφαλήν ασφαλιστρα</b>	27
<b>2.7 Η ασφαλιστική αγορά της Ευρώπης</b>	28
<b>2.8 Πρόσφατες εξελίξεις στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα</b>	29
<b>2.9 Σύγκριση Ελλάδας-Ευρωπαϊκής Ένωσης</b>	30
<b>2.10 Οργανισμοί – Φορείς της ασφαλιστικής αγοράς</b>	31
<b>2.11 Κρατική εποπτεία της λειτουργίας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων</b>	32
<b>2.12 Το νομικό πλαίσιο των ασφαλίσεων ζωής και υγείας</b>	34



<b>2.13</b> Είσοδος νέων ανταγωνιστών	36
<b>2.14</b> Η ασφάλιση υγείας στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α.	38
<b>2.15</b> Το σύστημα υγείας και η ασφάλιση υγείας σε διάφορες χώρες	42
2.15.1 Η.Π.Α.	42
2.15.2 Μεγάλη Βρετανία	47
2.15.3 Ελλάδα	48
2.15.4 Γαλλία	52
2.15.5 Γερμανία και Ολλανδία	53
2.15.6 Χιλή	56
<b>2.16</b> Σύγκριση συστημάτων ασφάλισης διαφόρων χωρών	58
<b>2.17</b> Ανακεφαλαίωση	59
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b>	61
<b>3.1</b> Εισαγωγή	61
<b>3.2</b> Βασικές αρχές τιμολόγησης ασφαλιστρού ζωής και υγείας	61
3.2.1 Επαρκές ασφαλιστρο	62
3.2.2 Δίκαιο ασφαλιστρο	62
3.2.3 Μη-υπερβολικό ασφαλιστρο	65
<b>3.3</b> Συστατικά του ασφαλιστρού	65
<b>3.4</b> Παράγοντες που διαμορφώνουν το μικτό ασφαλιστρο στην ελληνική αγορά	66
3.4.1. Το καθαρό ασφαλιστρο	66
3.4.2. Οι φόροι	66
3.4.3. Η επιβάρυνση του τρόπου πληρωμής	66
3.4.4. Η επιβάρυνση/εισφορά για το εγγυητικό κεφάλαιο	67
3.4.5. Η προμήθεια ασφαλιστών/μεσιτών/πρακτόρων	67
3.4.6. Τα διαχειριστικά έξοδα	68
3.4.7. Το δικαίωμα συμβολαίου	68
3.4.8. Το κέρδος της εταιρίας	69
3.4.9. Οι ετήσιες αναπροσαρμογές λόγω ηλικίας	69

3.4.10. Οι ετήσιες αναπροσαρμογές λόγω οικονομίας	69
3.4.11. Το αντασφάλιστρο	70
<b>3.5 Ηθικός κίνδυνος και ασφάλιστρο</b>	71
<b>3.6 Ταξινόμηση των κινδύνων</b>	73
<b>3.7 Διαπραγματευτική δύναμη αντασφαλιστών / καταναλωτών / διαμεσολαβού- ντων</b>	74
<b>3.8 Παράγοντες μεταβολής του ασφαλίστρου</b>	75
<b>3.9 Ανακεφαλαίωση</b>	77
<b>ΜΕΡΟΣ Β: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ</b>	79
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	81
<b>4.1 Εισαγωγή</b>	81
<b>4.2 Τα δεδομένα της έρευνας</b>	81
<b>4.3 Οι υπό εξέταση κατηγορίες του πληθυσμού</b>	83
<b>4.4 Επιλογή είδους ασφάλισης ανάλογα με την κατηγορία πληθυσμού</b>	86
4.4.1 Ασφάλιση ατόμων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση	87
4.4.2 Ασφάλιση ανάλογα με τον τόπο κατοικίας (εντός και εκτός αστικών κέντρων)	93
4.4.3 Ασφάλιση ανάλογα με τη φυλετική καταγωγή	96
4.4.4 Ασφάλιση ανάλογα με την καταγωγή	100
<b>4.5 Ανακεφαλαίωση</b>	105
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	107
<b>5.1 Εισαγωγή</b>	107
<b>5.2 Βασικά συμπεράσματα</b>	107
<b>5.3 Μειονεκτήματα έρευνας</b>	108
<b>5.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα</b>	108
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1</b>	109
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2</b>	127
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	131

## **Κατάλογος Πινάκων**

**Πίνακας 1.1:** Τα βασικότερα προϊόντα ιδιωτικής ασφάλισης ζωής και υγείας στην Ελλάδα.

**Πίνακας 1.2:** Είδος και σοβαρότητα αναπηρίας και ποσοστό ανικανότητας.

**Πίνακας 2.1 :** Πλήθος ασφαλιστικών εταιριών Ελλάδας ανά κλάδο δραστηριότητας

**Πίνακας 2.2:** Η ασφαλιστική αγορά της Ευρώπης (κατά κεφαλήν ασφάλιστρο) 2014.

**Πίνακας 2.3:** Σύγκριση Ελληνικής και Ευρωπαϊκής ασφαλιστικής αγοράς.

**Πίνακας 2.4:** Μερίδια αγοράς στην ελληνική ασφαλιστική αγορά, 2015.

**Πίνακας 2.5:** Μερίδια αγοράς στην ελληνική ασφαλιστική αγορά υγείας, 2015.

**Πίνακας 4.1:** Ο πίνακας των δεδομένων



## Κατάλογος Διαγραμμάτων

**Διάγραμμα 2.1.:** Αριθμός ασφαλιστικών επιχειρήσεων στην Ελλάδα.

**Διάγραμμα 2.2:** Καθαρή παραγωγή ασφαλιστρων ανά κλάδο

**Διάγραμμα 2.3:** Αποζημιώσεις ανά κλάδο

**Διάγραμμα 2.4:** Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα 2006-2015, Ελλάδα.

**Διάγραμμα 2.5:** Παραγωγή ασφαλιστρων στην Ελλάδα

**Διάγραμμα 4.1:** Πληθυσμός Η.Π.Α. 2014-2015

**Διάγραμμα 4.2:** Σύνολο πληθυσμού ανά οικογενειακή κατάσταση στις Η.Π.Α., 2014 και 2015.

**Διάγραμμα 4.3:** Πληθυσμός ατόμων που ζουν σε μεγάλες πολιτείες και εκτός αυτών, Η.Π.Α.

**Διάγραμμα 4.4:** Πληθυσμός των Η.Π.Α. ανάλογα με τη φυλή στην οποία ανήκει ο καθένας.

**Διάγραμμα 4.5:** Πληθυσμός των Η.Π.Α. ανάλογα με την καταγωγή, 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.6:** Κατηγορίες ασφάλισης (ιδιωτική, κοινωνική, ανασφάλιστοι) στις Η.Π.Α.

**Διάγραμμα 4.7:** Ασφάλιση ατόμων που ανήκουν σε οικογένεια, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.8:** Ασφάλιση ατόμων που ανήκουν σε υπο-οικογένεια, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.9:** Ασφάλιση ατόμων που δεν ανήκουν σε οικογένεια, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.10:** Ασφάλιση ατόμων σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α..

**Διάγραμμα 4.11:** (Any) Ασφάλιση ατόμων σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α..

**Διάγραμμα 4.12:** Ιδιωτική ασφάλιση σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α..

**Διάγραμμα 4.13:** Κοινωνική ασφάλιση σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α..

**Διάγραμμα 4.14:** Ανασφάλιστοι σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α..

**Διάγραμμα 4.15:** Ασφάλιση κατοίκων αστικών κέντρων, Η.Π.Α., 2014-2015.

**Διάγραμμα 4.16:** Ασφάλιση κατοίκων εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α., 2014-2015.

**Διάγραμμα 4.17:** Ασφάλιση (any) κατοίκων εντός και εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α., 2014-2015.

**Διάγραμμα 4.18:** Ιδιωτική ασφάλιση κατοίκων εντός και εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α..

**Διάγραμμα 4.19:** Κοινωνική ασφάλιση κατοίκων εντός και εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α..

**Διάγραμμα 4.20:** Ανασφάλιστοι κάτοικοι εντός και εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α., 2014-2015.

**Διάγραμμα 4.21:** Ασφάλιση λευκής φυλής, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.22:** Ασφάλιση μαύρης φυλής, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.23:** Ασφάλιση ασιατικής φυλής, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.24:** Ασφάλιση ισπανικής φυλής, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.26:** Ιδιωτική ασφάλιση ανά φυλή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.27:** Κοινωνική ασφάλιση ανά φυλή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.28:** Ανασφάλιστοι ανά φυλή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.29:** Ασφάλιση κατοίκων που έχουν γεννηθεί στις Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.30:** Ασφάλιση κατοίκων που δεν έχουν γεννηθεί στις Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.31:** Ασφάλιση (any) ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.32:** Ιδιωτική ασφάλιση ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.33:** Κοινωνική ασφάλιση ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.34:** Ανασφάλιστοι, ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Διάγραμμα 4.35:** Ανασφάλιστοι, ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ**  
**ΜΕΛΕΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**





# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 Εισαγωγή

Η έννοια της ασφάλισης είναι πανάρχαια και δημιουργήθηκε από την ανάγκη των ανθρώπων να θωρακιστούν απέναντι στους κινδύνους που αντιμετώπιζαν, μέσω μιας συλλογικής προσπάθειας. Η ιδέα, σύμφωνα με τις πηγές, (Αντωνάκη, κ.ά., 2011) ξεκίνησε από τη Μεσοποταμία, περί τον 17ο αιώνα π.Χ., όπου οι έμποροι συμφωνούσαν την από κοινού αντιμετώπιση κινδύνων για τη μεταφορά των φορτίων τους. Στην αρχαία Ελλάδα, τα λεγόμενα "ναυτοδάνεια", αποτέλεσαν μια μορφή θαλάσσιας ασφάλισης.

Στη σημερινή εποχή, η έννοια της ασφάλισης και δη της ασφάλισης ζωής και υγείας είναι υψίστης σημασίας για την κοινωνία μας, καθώς το ασφαλιστικό πρόβλημα αποτελεί προτεραιότητα κάθε κυβέρνησης τα τελευταία έτη. Οι παγκόσμιες δημογραφικές έρευνες και οι μελέτες για τη γήρανση του πληθυσμού επισημαίνουν τα προβλήματα που καλείται να αντιμετωπίσει η κοινωνική ασφάλιση αλλά και την αναγκαιότητα για περαιτέρω ανάπτυξη του κλάδου της ιδιωτικής ασφάλισης. Αλλά και οι σχετικά πρόσφατες νομοθετικές ρυθμίσεις σχετικά με την επάρκεια των κεφαλαίων των ασφαλιστικών εταιρειών αναδεικνύουν ότι πρόκειται για έναν τομέα που θα απασχολήσει εκτενώς μελλοντικά τις εκάστοτε αρχές του τόπου αλλά και τους ιδιώτες, με σημαντικές συνέπειες στην οικονομία.

Στο κεφάλαιο αυτό λοιπόν, θα εξετάσουμε την έννοια της ασφάλισης, θα ορίσουμε την ασφάλιση ζωής και υγείας, θα εξετάσουμε τη μορφή και το είδος των καλυπτόμενων κινδύνων και θα δούμε τις βασικές έννοιες που περιλαμβάνει ένα ασφαλιστήριο ζωής και υγείας. Έτσι, θα μπορέσουμε σε επόμενο κεφάλαιο να αναλύσουμε πιο διεξοδικά την έννοια του ασφαλιστρού.

### 1.2 Ορισμός ασφάλισης

Σύμφωνα με τον Μάρτη, (Μάρτης 2006), ασφάλιση είναι "η ανάληψη μεγάλου αριθμού ομοειδών κινδύνων όπου το ζημιογόνο γεγονός πρέπει να είναι τυχαίο, να συμβεί σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο, (π.χ. σε ένα έτος), να προκαλεί οικονομική ζημιά καθορισμένου ύψους, το δε ασφαλιστρο να είναι εφικτό και ανάλογο της πιθανολογούμενης ζημιάς".

Η Βικιπαίδεια (2016) μας δίνει τον εξής ορισμό: "Η ασφάλιση ορίζεται ως η δίκαιη μεταφορά του κινδύνου πιθανής απώλειας από μια οντότητα σε άλλη, σε αντάλλαγμα μιας λογικής αμοιβής".

Η Μ. Αντωνάκη (Αντωνάκη κ.ά., 2011) δίνει τον εξής ορισμό για την ασφάλιση, λαμβάνοντας υπόψη και τη νομική της υπόσταση: "Ασφάλιση κατά τη νομική έννοια, είναι κοινωνία ομοίων κινδύνων που παρέχει στα μέλη της, με αντάλλαγμα (ασφαλιστρο ή εισφορά), αυτόνομη αξίωση για κάλυψη οικονομικής ανάγκης.

Από τους παραπάνω ορισμούς διαφαίνεται ότι οι βασικές έννοιες που συνθέτουν το θεσμό της ασφάλισης είναι ο κίνδυνος, η κοινωνία κινδύνων, η ομοιότητα κινδύνων, η μετάθεση κινδύνου, το αντίτιμο, η νομική αξίωση.

Με τον όρο κίνδυνος, εννοούμε τη δυνατότητα επέλευσης ενός περιστατικού που είναι σε θέση να δημιουργήσει μια οικονομική ανάγκη. Θα δούμε αναλυτικά στη συνέχεια της εργασίας περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τα χαρακτηριστικά, τα είδη και τους τρόπους αντιμετώπισης του κινδύνου.

Η κοινωνία κινδύνων αναφέρεται σε μια ένωση προσώπων, φυσικών ή νομικών, που αντιμετωπίζουν τον ίδιο τύπο κινδύνου. Όσο περισσότερα μέλη περιλαμβάνει, τόσο καλύτερη είναι η εφαρμογή του Νόμου των Μεγάλων Αριθμών, όπως θα δούμε και στο τρίτο κεφάλαιο όπου θα αναλύσουμε την έννοια του ασφαλιστρού.

Η ομοιότητα των κινδύνων είναι απαραίτητη προκειμένου να λειτουργήσει ορθά ο θεσμός της ασφάλισης και να έχουν ισχύ τα στατιστικά συμπεράσματα που χρησιμοποιούν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις για τον καθορισμό του ασφαλιστρού. Η ομοιότητα, ωστόσο, δεν σημαίνει πλήρη ταύτιση των κινδύνων, αλλά αναφέρεται σε μια συστηματική ταξινόμησή τους με βάση κοινά χαρακτηριστικά.

Το αντίτιμο αναφέρεται στο ασφαλιστρο που καλείται να συνεισφέρει κάθε μέλος της κοινωνίας κινδύνων, προκειμένου να απολαμβάνει των παροχών αυτής, σε περίπτωση πραγματοποίησης του καλυπτόμενου κινδύνου.

Η νομική αξίωση αναφέρεται στο δικαίωμα που έχει κάθε μέλος της κοινωνίας, εφόσον έχει εκπληρώσει τη δική του υποχρέωση (πληρωμή ασφαλιστρού) απέναντι στην κοινωνία κινδύνων, να διεκδικήσει νομικά έναντι του φορέα ασφάλισης, την εκπλήρωση της υποχρέωσής του για καταβολή της ασφαλιστικής παροχής, σε χρήμα ή σε είδος.

### 1.3 Σκοπός και χρησιμότητα ασφάλισης

Πρωταρχικός σκοπός της ασφάλισης είναι να προστατέψει τον άνθρωπο από κάποιον κίνδυνο. Καλό είναι λοιπόν να ορίσουμε την έννοια του κινδύνου και την έννοια του ασφαλίσιμου κινδύνου, διότι όπως θα δούμε στη συνέχεια, δεν είναι όλοι οι κίνδυνοι ασφαλίσιμοι.

Ο κίνδυνος μπορεί να οριστεί ως η πιθανότητα να συμβεί ένα ατυχές συμβάν, ή ως η αντικειμενική αμφιβολία σε σχέση με το αποτέλεσμα μιας καθορισμένης κατάστασης (Λιακοπούλου, 2006).

Από το σύνολο των κινδύνων, στον ασφαλιστικό τομέα μας ενδιαφέρουν μόνο εκείνοι που μπορούν να έχουν οικονομικές συνέπειες στους ανθρώπους, σε ατομικό ή ομαδικό ή κοινωνικό επίπεδο, εφόσον έχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με το ύψος της προκαλούμενης ζημίας και την πιθανότητα επέλευσής τους. Οι κίνδυνοι που δύνανται να προκαλέσουν οικονομικές επιπτώσεις μπορεί να είναι είτε κερδοσκοπικοί, είτε καθαροί κίνδυνοι (Μάρτης, 2006). Από αυτούς, η πρώτη κατηγορία δεν αποτελεί αντικείμενο της ασφάλισης, διότι εμπεριέχουν την έννοια της επιδίωξης κέρδους. Οι καθαροί κίνδυνοι, στους οποίους περιλαμβάνονται (α) οι προσωπικοί κίνδυνοι, (β) οι κίνδυνοι περιουσίας και (γ) οι κίνδυνοι αστικής ευθύνης, μπορούν, αν πληρούνται κάποια κριτήρια, να αποτελέσουν προϊόν ασφάλισης. Οι καθαροί κίνδυνοι είναι τυχαίοι και δεν επιφέρουν οικονομικό όφελος για αυτόν που τους υφίσταται, παρά μόνο οικονομική (και όχι μόνο) απώλεια. Υπάρχουν επίσης οι γενικοί κίνδυνοι που πλήττουν μεγάλες αριθμητικά ομάδες του πληθυσμού (π.χ. πόλεμος, πλημμύρα) και οι ειδικοί κίνδυνοι που επηρεάζουν μεμονωμένα άτομα (π.χ. κλοπή αυτοκινήτου, απώλεια όρασης, κτλ).

Η αντιμετώπιση του κινδύνου μπορεί να γίνει με έναν από τους παρακάτω τρόπους:

- Αποφυγή του κινδύνου
- Πρόληψη του κινδύνου
- Μείωση του κινδύνου
- Μέτρα προστασίας
- Κράτηση του κινδύνου (Αυτασφάλιση)
- Μεταφορά του κινδύνου (Ασφάλιση)

Σκοπός λοιπόν της ασφάλισης είναι η θωράκιση του ασφαλιζόμενου έναντι στους κινδύνους. Συνεπώς η δραστηριότητα της ασφάλισης, εκτός από γνήσια οικονομική συναλλαγή, εκπληρώνει μια σημαντική κοινωνική αποστολή που συνδέεται με την ανάγκη τόνωσης του αισθήματος ασφάλειας

των ατόμων. Κύρια λειτουργία της είναι να υποκαταστήσει την αβεβαιότητα με τη βεβαιότητα αποκατάστασης ή μείωσης του οικονομικού κόστους που συνεπάγεται η τυχαία επέλευση ζημιολόγων γεγονότων (Αντωνάκη, 2011).

#### 1.4 Είδη ασφάλισης

Υπάρχουν διάφορα είδη ασφάλισης:

- με κριτήριο την ιδιότητα του φορέα ασφάλισης (δημόσιου ή ιδιωτικού) σε συνδυασμό με τη νομική προέλευση της ασφαλιστικής σχέσης: ιδιωτική ασφάλιση (σύμβαση - ασφαλιστική επιχείρηση) και κοινωνική ασφάλιση (νόμος - δημόσιοι ασφαλιστικοί φορείς) (Αντωνάκη, 2011),
- με κριτήριο τον αριθμό των καλυπτόμενων ατόμων: ατομική (ο συμβαλλόμενος ασφαλίζει τον εαυτό του ή και μέλη της οικογένειάς του) ή ομαδική ασφάλιση (ασφαλίζεται το σύνολο του τακτικού ή και έκτακτου προσωπικού του συμβαλλόμενου εργοδότη), (Βοζίκης, 2006),
- με κριτήριο τον καλυπτόμενο κίνδυνο: ζωής και υγείας, γενικές ασφαλίσεις (περιλαμβάνει κάλυψη ζημιών που αφορούν στην περιουσία, αποζημίωση για αστική ευθύνη, αποζημιώσεις σε εργαζόμενους για ανικανότητα προς εργασία ή για λόγους υγείας σε κάποιες χώρες) (Νεκτάριος, 2005).
- ειδικές περιπτώσεις: αντασφάλιση (μία μεγάλη ασφαλιστική εταιρία ασφαλίζει άλλες ασφαλιστικές εταιρίες), αλληλασφάλιση, αυτασφάλιση (η κράτηση του κινδύνου από τον ίδιο τον ενδιαφερόμενο).

Στην παρούσα εργασία θα επικεντρωθούμε στις ιδιωτικές ατομικές και ομαδικές ασφαλίσεις ζωής και υγείας.

Η ιδιωτική και η κοινωνική ασφάλιση ομοιάζουν ως προς το σκοπό που εξυπηρετούν, την θωράκιση έναντι κάποιου κινδύνου, αλλά έχουν και βασικές διαφορές. Η αβεβαιότητα της κρατικής συνδρομής, η υποχώρηση των παροχών του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, το αίσθημα ικανοποίησης που προσφέρει στο άτομο η δυνατότητα αυτοπροστασίας αλλά και η ολοένα πιο σύνθετη δομή της σύγχρονης κοινωνικοοικονομικής ζωής, προκάλεσαν τα τελευταία ιδίως χρόνια, προσφυγή σε ιδιωτικά ασφαλιστικά σχήματα. Τα διακριτά όρια μεταξύ των δύο ειδών ασφάλισης τείνουν να υποχωρούν, γεγονός που εκδηλώνεται μέσα από την τάση διεύθυνσης της ιδιωτικής ασφάλισης σε περιοχές κινδύνων, στις οποίες παραδοσιακά κυριαρχούσε το κράτος. Το φαινόμενο

αυτό παρατηρείται εκτεταμένα στο χώρο των συντάξεων και της υγείας, όπου ασφαλιστικές εταιρίες ζωής καλύπτουν συνεχώς και με μεγαλύτερη ευρύτητα και ένταση, κινδύνους που παραδοσιακά ανάγονταν στον ευαίσθητο τομέα των κοινωνικών παροχών. Ωστόσο, η διευρυμένη αυτή παρέμβαση της ιδιωτικής ασφάλισης έχει συνήθως συμπληρωματικό χαρακτήρα και δεν αξιώνει να υποκαταστήσει εντελώς την Πολιτεία σε θεσμικές της αρμοδιότητες.

Ιδιωτική ασφάλιση είναι αυτή που ασκείται από ασφαλιστικές επιχειρήσεις (εμπορικές επιχειρήσεις μεγάλης κεφαλαιουχικής βάσης) και βασίζεται σε σύμβαση ιδιωτικού δικαίου (ασφαλιστική σύμβαση), με σκοπό την κάλυψη κινδύνων (Αντωνάκη, 2011).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης είναι τα παρακάτω:

- Φορέας της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ιδιωτική ασφαλιστική επιχείρηση που λειτουργεί σύμφωνα με τους εποπτικούς κανόνες που ορίζει το κράτος.
- Η ασφαλιστική σχέση που συνδέει το φορέα με τον ασφαλισμένο βασίζεται στην ασφαλιστική σύμβαση, δηλαδή στην προηγούμενη σύναψη συμφωνίας (ιδιωτικού δικαίου) μεταξύ των μερών, ασφαλιστικής επιχείρησης και ασφαλισμένου.
- Δεν είναι εκ του νόμου υποχρεωτική, αλλά βασίζεται στην ελεύθερη βούληση του ασφαλισμένου, πλην ορισμένων περιπτώσεων (π.χ. υποχρεωτική ασφάλιση αστικής ευθύνης αυτοκινήτου).
- Καλύπτει κινδύνους αγαθών, προσώπων και ευθύνης.
- Το ασφάλιστρο καταβάλλεται από τον αντισυμβαλλόμενο (λήπτη της ασφάλισης), ο οποίος μπορεί να ταυτίζεται με το πρόσωπο του ασφαλισμένου ή και από τον ίδιο τον ασφαλισμένο (π.χ. στις ομαδικές ασφαλίσσεις υπαλληλικού προσωπικού, αντισυμβαλλόμενος είναι ο εργοδότης, ασφαλισμένοι είναι οι εργαζόμενοι).
- Το ασφάλιστρο είναι συνήθως ανάλογο με τον κίνδυνο και το ύψος των παροχών, χωρίς πρακτικά να υπάρχει όριο στο ύψος της επιδιωκόμενης προστασίας.
- Στην ιδιωτική ασφάλιση εφαρμόζεται κυρίως το κεφαλαιοποιητικό σύστημα (π.χ. συντάξεις και αποταμιευτικά προγράμματα).

Στη συνέχεια, θα μας απασχολήσει μόνο ο κλάδος ζωής και υγείας, ο οποίος έχει ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, πλην αυτών που αναφέρθηκαν παραπάνω.

## 1.5 Κατηγορίες ασφάλισης ζωής και υγείας

Σύμφωνα με το Ν.Δ. 400/70, ο ασφαλιστικός κλάδος ζωής περιλαμβάνει (Μάρτης, 2006):

### I. Κλάδος Ζωής:

(α) τις ασφαλίσεις επιβίωσης, θανάτου, τις μικτές (θανάτου και επιβίωσης) και την ασφάλιση ζωής με επιστροφή του ασφαλιστρού,

(β) τις ασφαλίσεις προσόδων,

(γ) τις ασφαλίσεις σωματικών βλαβών και θανάτου ένεκα ατυχήματος, αναπηρίας ένεκα ατυχήματος, και ασθένειας.

### II. Κλάδος γάμου και γεννήσεως

### III. Κλάδος ασφάλισης ζωής προσόδων, γάμου και γεννήσεως που συνδέονται με επενδύσεις.

Οι παροχές που περιλαμβάνονται στο ασφαλιστήριο είναι συνδεδεμένες με την αξία μεριδίων (μονάδων) αμοιβαίου κεφαλαίου, ή και με μονάδες εσωτερικού μεταβλητού κεφαλαίου της ασφαλιστικής επιχείρησης (unit-linked).

### IV. Κλάδοι ασφάλισης υγείας (ατύχημα, ασθένεια)

(α) εργασίες διαρκούς ασφάλισης υγείας, οι οποίες είναι διαχειριζόμενες όπως οι ασφαλίσεις ζωής (τεχνικό επιτόκιο, πίνακες νοσηρότητας, μαθηματικά αποθέματα) και δεν υπόκεινται σε ακύρωση από τον ασφαλιστή.

(β) εργασίες των κλάδων "Ατυχήματα" και "Ασθένειες" των ασφαλίσεων κατά ζημιών.

### V. Κλάδος τοντίνας

Τοντίνα είναι ένα σχέδιο (ασφαλιστήριο συμβόλαιο) με βάση το οποίο ένας αριθμός ατόμων συνεισφέρει σε ένα λογαριασμό κεφαλαίου, το πιστωτικό υπόλοιπο του οποίου, στο τέλος μιας προκαθορισμένης από το σχέδιο περιόδου, κατανέμεται μεταξύ των επιζώντων υπό μορφή κεφαλαίου ή μιας προσόδου.

### VI. Κλάδος κεφαλαιοποίησης

Αφορά σε εργασίες κεφαλαιοποίησης, οι οποίες βασίζονται σε αναλογιστικούς υπολογισμούς με τους οποίους αναλαμβάνονται υποχρεώσεις για ορισμένο χρονικό διάστημα και για ορισμένο ποσό έναντι εφάπαξ ή περιοδικών, καθορισμένων από πριν, καταβολών.

### VII. Κλάδος ομαδικών συνταξιοδοτικών ταμείων (κεφαλαίων)

Διαχείριση των απαιτήσεων ή και των αποθεματικών ασφαλιστικών ταμείων, έργο των οποίων είναι η καταβολή παροχών υγείας ή παροχών σε περίπτωση θανάτου, ανικανότητας, επιβίωσης, διακοπής ή μείωσης της εργασίας σε εκείνους που έχουν συμβληθεί με αυτά. Τα τυχόν ελλείμματα ή πλεονάσματα στη διαχείριση χρεώνονται ή πιστώνονται αντίστοιχα στο ασφαλιστικό ταμείο. Η ασφαλιστική επιχείρηση στην περίπτωση αυτή εγγυάται επιτόκιο και άλλες παροχές (ασφαλισμένο ομαδικά συνταξιοδοτικά προγράμματα).

## VII. Κλάδος ομαδικών προγραμμάτων πρόνοιας

(α) Χωρίς επενδυτικό κίνδυνο και χωρίς άλλες εγγυημένες παροχές.

(β) Με επενδυτικό κίνδυνο (εγγυημένο επιτόκιο) και με άλλες εγγυημένες παροχές.

## IX. Κλάδος παρόμοιων εργασιών με την κοινωνική ασφάλιση

Περιλαμβάνει εργασίες, οι οποίες συνίστανται σε παροχές που εξαρτώνται από την διάρκεια της ανθρώπινης ζωής και ορίζονται ή προβλέπονται από τη νομοθεσία περί κοινωνικής ασφάλισης, εφόσον οι εργασίες αυτές βασίζονται σε ιδιωτική σύμβαση, γίνονται με ευθύνη της ασφαλιστικής επιχείρησης και δεν είναι αντίθετες με άλλες διατάξεις νόμων.

Στο σημείο αυτό, θα πρέπει να σημειώσουμε ότι το ασφαλιστικό δίκαιο στη χώρα μας, έχει, σε μεγάλο βαθμό, επηρεαστεί από το αντίστοιχο γαλλικό. Έτσι, κάποιοι από τους παραπάνω κλάδους δεν ασκούνται ευρέως στη χώρα μας, όπως ο κλάδος της τοντίνας ή ο κλάδος γάμου και γεννήσεως.

Γιατί όμως εξετάζουμε τις ασφαλίσεις υγείας μαζί με τις ασφαλίσεις ζωής; Γιατί σε πολλές περιπτώσεις τα ασφαλιστήρια καλύπτουν και τις δύο ταυτόχρονα και μάλιστα παλαιότερα, προϋπόθεση για την έκδοση ενός ασφαλιστηρίου που να καλύπτει την υγεία ήταν και η ταυτόχρονη αγορά κάλυψης θανάτου. Πλέον η τάση είναι να διαχωρίζονται η ασφάλιση υγείας από την ασφάλιση ζωής, όπου στην πρώτη κατηγορία, κυριαρχούν πλέον στην αγορά τα ετησίως ανανεούμενα ασφαλιστήρια, ενώ οι ισόβιες καλύψεις υγείας σιγά-σιγά εγκαταλείπονται από τις ασφαλιστικές εταιρίες, γιατί δεν είναι τόσο συμφέρουσες για εκείνες.

### 1.6 Οφέλη από την ασφάλιση ζωής και υγείας

Έτσι λοιπόν, τα οφέλη από την σύναψη μιας ασφαλιστικής σύμβασης ζωής ή/και υγείας είναι πολλαπλά, σύμφωνα με τον Νεκτάριο (2005) και την Αντωνάκη (2011). Η ασφάλιση υγείας:

- μειώνει τις οικονομικές συνέπειες από την απώλεια της υγείας ενός ατόμου που μπορεί να προέλθει από ασθένεια, από ατύχημα ή από φυσικά αίτια (γηρατεία).
- απαλώνει την οικονομική απώλεια που επέρχεται σε περίπτωση απώλειας της ζωής κάποιου

προσώπου, διότι η οικογένεια χάνει το στήριγμά της και τους οικονομικούς πόρους που προσέφερε με την εργασία ή τη σύνταξη του ή την περιουσία του.

- για την απώλεια υγείας που μπορεί να είναι μόνιμη ή προσωρινή, μειώνει την οικονομική δαπάνη για την αντιμετώπισή της ή για την εξασφάλιση αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης και επίσης μειώνει την οικονομική απώλεια από την απουσία από την εργασία για περιορισμένο χρονικό διάστημα ή για πάντα, κ.ά.
- καθιστά εφικτή την αποταμίευση,
- δημιουργεί μια ασφαλή και επικερδή επένδυση,
- περιορίζει το άγχος και αυξάνει την τάση για πρωτοβουλία,
- εξασφαλίζει ένα σταθερό εισόδημα με τη μορφή συνταξιοδοτικής κάλυψης,
- βοηθά στη διατήρηση της περιουσίας,
- ανακουφίζει οικονομικά τα άτομα στην αντιμετώπιση έκτακτων εξόδων,
- υποκαθιστά επάξια τα προγράμματα του κρατικού μηχανισμού,
- παρακινεί για αποταμίευση,
- καλλιεργεί την αποτελεσματικότερη κατανομή των κεφαλαίων,
- ενθαρρύνει την εισροή κεφαλαίων λειτουργώντας ως πηγή χρηματοδότησης της εγχώριας κεφαλαιαγοράς και κατ' επέκταση της εθνικής οικονομίας,
- συμβάλλει στην κοινωνική σταθερότητα και εμποδίζει τη δημιουργία και διάχυση κλίματος γενικής ανασφάλειας στους πολίτες,
- παρεμβαίνει συμπληρωματικά στα δημόσια συστήματα σύνταξης και υγείας, με αποτέλεσμα τη μερική ανακούφιση των ταμείων από πρόσθετα οικονομικά βάρη,
- ευνοεί το δανεισμό, προσφέροντας μια επιπλέον εγγύηση στους δανειστές για την εκπλήρωση των υποχρεώσεων των δανειοληπτών,
- αυξάνει την απασχόληση,

Όπως είναι φανερό, τα οφέλη από την ασφάλιση υγείας και ζωής είναι σημαντικά τόσο για το άτομο και την οικογένεια, όσο και για το κράτος και την κοινωνία.



## 1.7 Είδη ασφαλίσεων ζωής και υγείας

Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε συνοπτικά τα κυριότερα είδη ασφαλίσεων ζωής και υγείας που παρέχονται στην αγορά σήμερα και τα προηγούμενα χρόνια. Για το καθένα από αυτά θα αναφερθούμε στα βασικά του χαρακτηριστικά και τη χρησιμότητά του. Ακολουθεί συγκεντρωτικός πίνακας με τα βασικότερα προϊόντα ασφάλισης ζωής και υγείας που πωλούνται σήμερα στην ελληνική ασφαλιστική αγορά και στη συνέχεια μια μικρή περιγραφή του καθενός.

**Πίνακας 1.1: Τα βασικότερα προϊόντα ιδιωτικής ασφάλισης ζωής και υγείας στην Ελλάδα.**

Τα βασικότερα προϊόντα ασφάλισης ζωής και υγείας στην Ελλάδα
Πρόσκαιρη ασφάλιση Θανάτου
Πρόσκαιρη ασφάλιση θανάτου με επιστροφή ασφαλίστρου
Πρόσκαιρη ανανεώσιμη/μετατρέψιμη προστασία
Πρόσκαιρη ασφάλιση μειούμενου κεφαλαίου
Ισόβια ασφάλιση
Ισόβια ασφάλιση περιορισμένων πληρωμών
Ασφάλιση επιβίωσης
Μικτή ασφάλιση
Μικτή με κεφάλαιο θανάτου διαφορετικό της εγγυημένης αξίας στη λήξη
Ασφάλιση Unit-Linked
Ασφάλιση σύνταξης
Συνταξιοδοτική πρόσοδος με περίοδο αναμονής (αναβαλλόμενη σύνταξη)
Άμεση σύνταξη με καταβολή ενιαίου ασφαλίστρου
Ασφάλιση Οικογενειακού Επίδοματος
Ασφάλιση Ανικανότητας
Απαλλαγή Ασφαλίστρων
Μόνιμη Ολική Ανικανότητα
Ασφάλιση προσωπικού ατυχήματος
Ασφάλιση υγείας ή νοσοκομειακής περίθαλψης
Ασφάλιση ιατροφαρμακευτικών εξόδων συνεπεία ατυχήματος
Ημερήσιο επίδομα συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας
Ημερήσιο επίδομα συνεπεία ασθένειας
Χειρουργικό επίδομα
Νοσοκομειακό επίδομα
Ασφάλιση σοβαρών ασθενειών

Πηγή: Προσωπική έρευνα αγοράς.

### 1.7.1 Πρόσκαιρη ασφάλιση Θανάτου

Η διάρκεια αυτής της ασφάλισης είναι περιορισμένη και διαμορφώνεται ανάλογα με τις ανάγκες του ασφαλισμένου. Συνήθως κυμαίνεται από 10 ως 25 έτη. Το ασφάλισμα καταβάλλεται στους δικαιούχους μόνο σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος αποβιώσει πριν τη λήξη της ασφάλισης. Εάν ο θάνατος συμβεί μετά τη λήξη της ασφάλισης, ο ασφαλιστής δεν έχει καμία υποχρέωση καταβολής ποσού. Έτσι το ασφάλιστρο συγκρατείται σε αρκετά χαμηλό επίπεδο σε σχέση με άλλες μορφές ασφαλίσεων ζωής, όπως για παράδειγμα με την ισόβια ασφάλιση που θα αναλύσουμε

παρακάτω.

Η συγκεκριμένη μορφή ασφάλισης προστατεύει την οικογένεια από την οικονομική απώλεια που επιφέρει η απώλεια του οικογενειάρχη, ενισχύει την οικογένεια ενός επιχειρηματία σε περίπτωση απώλειας της ζωής του, εξασφαλίζει τον δανειζόμενο σε περίπτωση αδυναμίας αποπληρωμής του δανείου του, προστατεύει τον δανειοδότη από το ενδεχόμενο απώλειας της ζωής του ασφαλισμένου δανειζόμενου, κ.ά. Τα ασφαλιστήρια αυτά δεν έχουν αξία εξαγοράς και επιδέχονται την προσθήκη συμπληρωματικών καλύψεων υγείας.

### **1.7.2 Πρόσκαιρη ασφάλιση θανάτου με επιστροφή ασφαλιστρού**

Η κάλυψη αυτή ομοιάζει με την προηγούμενη, αλλά σε περίπτωση επιβίωσης στη λήξη της ασφάλισης, επιστρέφονται στον δικαιούχο τα καταβληθέντα ασφαλιστρα. Προφανώς, εφόσον ο ασφαλιστής έχει μεγαλύτερη υποχρέωση απέναντι στον ασφαλισμένο, το ασφαλιστρο θα είναι και ακριβότερο από αυτό της προηγούμενης κάλυψης.

### **1.7.3 Πρόσκαιρη ανανεώσιμη/μετατρέψιμη προστασία**

Η κάλυψη αυτή μπορεί να έχει μια αρχική διάρκεια, π.χ. δεκαετή, στη λήξη της οποίας υπάρχει η δυνατότητα ανανέωσης για ένα χρονικό διάστημα, π.χ. για άλλη μια δεκαετία και μέχρι τα 70 έτη του ασφαλισμένου. Το ασφαλιστρο της πρώτης δεκαετίας ασφαλώς διαφέρει από την επόμενη, κ.ο.κ. Το δικαίωμα μετατροπής παρέχεται συνήθως χωρίς επανέλεγχο ασφαλισιμότητας σε κάθε δεκαετία. Η κάλυψη αυτή παρεχόταν τα παλαιότερα χρόνια, ενώ τώρα δεν είναι αρκετά συχνή.

### **1.7.4 Πρόσκαιρη ασφάλιση μειούμενου κεφαλαίου**

Το ασφαλισμένο κεφάλαιο μειώνεται κάθε έτος κατά ένα προκαθορισμένο ποσό, ίδιο για κάθε έτος. Το ασφαλιστρο παραμένει σταθερό καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του συμβολαίου. Αν ο θάνατος του ασφαλισμένου επέλθει κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους, τότε καταβάλλεται ως ασφάλισμα όλο το ασφαλισμένο ποσό, εάν συμβεί κατά τη διάρκεια του δεύτερου έτους, καταβάλλεται το ποσό που αντιστοιχεί στο δεύτερο έτος κ.ο.κ. Όπως είναι αναμενόμενο, το ασφαλιστρο είναι μικρότερο από αυτό της απλής πρόσκαιρης ασφάλισης θανάτου.

Αυτή η μορφή ασφάλισης χρησιμοποιείται κυρίως σε περιπτώσεις δανεισμού, για προστασία της τράπεζας από το πιθανό ενδεχόμενο να αποβιώσει ο δανειζόμενος πριν τη λήξη της υποχρέωσής του προς αυτήν. Συνήθως συνδυάζεται με κάποιο προϊόν διαρκούς ολικής ανικανότητας για να προσφέρει πιο ολοκληρωμένη κάλυψη.

### **1.7.5 Ισόβια ασφάλιση**

Το ασφάλισμα καταβάλλεται στους δικαιούχους όταν θα αποβιώσει ο κυρίως ασφαλισμένος.

Πρόκειται για ευρέως πωλούμενη ασφάλιση, ακριβότερη από τις προηγούμενες που αναφέρθηκαν, ακριβώς επειδή είναι σίγουρο ότι ο ασφαλισμένος κάποια στιγμή θα αποβιώσει και θα καταβληθεί το ασφάλισμα (ενώ στην πρόσκαιρη, αν επιζήσει ως το τέλος της ασφάλισης, δεν καταβάλλεται το ασφάλισμα).

Τα ασφαλιστήρια αυτά αποκτούν αξία εξαγοράς μετά από μια περίοδο π.χ. τριών ετών λειτουργίας και συνήθως πληρώνουν και μέρος στους δικαιούχους. Χρησιμοποιούνται δε ως βάση για την προσθήκη συμπληρωματικών καλύψεων υγείας, όπως νοσοκομειακή περίθαλψη ή ασφάλιση σε περίπτωση ατυχήματος.

#### **1.7.6 Ισόβια ασφάλιση περιορισμένων πληρωμών**

Παρόμοια με την προηγούμενη, με τη διαφορά ότι, επειδή από κάποια ηλικία κι έπειτα, συνήθως μετά τη συνταξιοδότηση, τα έσοδα του ασφαλισμένου μειώνονται γενικά, και ενδέχεται να μην μπορεί να πληρώνει μέχρι τα βαθιά του γεράματα, οι ύστερες πληρωμές μεταφέρονται στην αρχή. Δηλαδή, η καταβολή του ασφαλιστρού γίνεται μέχρι μια συγκεκριμένη ηλικία π.χ. μέχρι τα 65 έτη του ασφαλισμένου κι έτσι το ασφάλιστρο που αντιστοιχεί στις μεγαλύτερες ηλικίες διαμοιράζεται στις πληρωμές που θα γίνουν μέχρι εκείνη τη χρονική στιγμή, με αποτέλεσμα οι δόσεις να είναι αρκετά μεγαλύτερες.

#### **1.7.7 Ασφάλιση επιβίωσης**

Εδώ συμβαίνει το αντίθετο από την πρόσκαιρη ασφάλιση θανάτου. Το ασφάλισμα καταβάλλεται μόνο εάν ο ασφαλισμένος επιβιώσει στο τέλος της ασφαλιζόμενης περιόδου. Η ασφάλιση αυτή έχει συνήθως αποταμιευτικό χαρακτήρα. Πολλές φορές οι γονείς συνάπτουν μια τέτοια ασφάλιση για τα νεογέννητα τέκνα τους, ώστε αυτά να εισπράξουν το ασφάλισμα όταν ενηλικιωθούν ή τελειώσουν τις σπουδές τους, ώστε να μπορέσουν να αρχίσουν με ευκολία την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Όσο μεγαλύτερος είναι σε ηλικία κάποιος όταν εισέρχεται στην ασφάλιση αυτή, τόσο μεγαλύτερο είναι και το ασφάλιστρο που καλείται να πληρώσει, διότι τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα αποβίωσής του, με βάση τους πίνακες θνησιμότητας.

Παραλλαγή αποτελεί η ασφάλιση επιβίωσης με επιστροφή ασφαλιστρού, η οποία σε περίπτωση θανάτου εξασφαλίζει την επιστροφή των καταβληθέντων ασφαλιστρών μέχρι εκείνη τη στιγμή, έναντι κάποιου επιπρόσθετου κόστους.

#### **1.7.8 Μικτή ασφάλιση**

Πρόκειται για συνδυασμό της ασφάλισης επιβίωσης και της πρόσκαιρης ασφάλισης θανάτου. Το ασφάλισμα καταβάλλεται στους δικαιούχους, αν ο ασφαλισμένος αποβιώσει πριν τη λήξη της ή αν επιβιώσει στη λήξη της. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους που επιθυμούν να

αποταμιεύουν τα χρήματα τους από σήμερα για να εξασφαλίσουν ένα ποσό σε μια συγκεκριμένη ηλικία για την κάλυψη των οικονομικών τους αναγκών, αλλά και που ανησυχούν ότι η απουσία τους από τη ζωή θα έχει ως συνέπεια τη δημιουργία έντονων οικονομικών αναγκών για τα αγαπημένα τους πρόσωπα.

### **1.7.9 Μικτή με κεφάλαιο θανάτου διαφορετικό της εγγυημένης αξίας στη λήξη**

Είναι παρόμοια με την προηγούμενη, με τη διαφορά ότι το κεφάλαιο θανάτου υπολογίζεται με διαφορετικό τρόπο στη λήξη. Παρέχει περισσότερα του ενός επίπεδα κάλυψης θανάτου. Το κεφάλαιο θανάτου είναι ίσο με πολλαπλάσιο του ασφαλιστρού σε σχέση με την ηλικία του ασφαλισμένου.

### **1.7.10 Ασφάλιση Unit-Linked**

Ο συνδυασμός ασφαλιστικών αναγκών και επενδυτικών απαιτήσεων του κοινού από την μια και η ανάγκη των ασφαλιστικών εταιριών σε μια παγκοσμιοποιημένη οικονομία να μειώσουν τους επενδυτικούς κινδύνους, τους οδήγησαν στον σχεδιασμό των ασφαλιστο-επενδυτικών προϊόντων, γνωστών και ως Unit Linked. Στην Ελλάδα, τα Unit Linked έγινε κατορθωτό να ξεκινήσουν, μετά το ΠΔ252/96, που τροποποίησε τον Ν400/70, και επέτρεψε την ύπαρξη των εσωτερικών μεταβλητών κεφαλαίων. Για να ενεργοποιήσουν τέτοια συμβόλαια, οι ασφαλιστικές εταιρίες:

1. Δημιουργούν ένα εσωτερικό ταμείο, με τα ασφάλιστρα των ασφ/νων.
2. Δημιουργούν ένα ΕΜΚ (Εσωτερικό Μεταβλητό Κεφάλαιο), με στοιχεία (α) μετοχές εισηγμένες, (β) ομόλογα κρατικά, (γ) μερίδια αμοιβαίων κεφαλαίων, (δ) πιστοποιητικά καταθέσεων, (ε) χρηματικά διαθέσιμα.
3. Οι πελάτες αγοράζοντας ασφαλιστήριο U/L, αγοράζουν μερίδια από το ΕΜΚ, στην τιμή διάθεσης μεριδίου (ΤΔΜ), και στη λήξη τα πουλάνε στην ασφαλιστική εταιρία.
4. Η ΤΔΜ περιλαμβάνει την καθαρή τιμή μεριδίου και την προμήθεια.

Ο νόμος ορίζει ότι μπορούν να συσταθούν ΕΜΚ, στα οποία ο ασφ/νος συμμετέχει είτε καταβάλλοντας χρήματα περιοδικά (UL περιοδικών καταβολών), είτε εφάπαξ καταβολής.

Στην ελληνική ασφαλιστική αγορά μέχρι πρότινος πωλούνταν ως Unit Linked, δύο κατηγορίες ασφαλιστικών-επενδυτικών προϊόντων: ασφαλιστήρια συνδεδεμένα με αμοιβαία κεφάλαια και ασφαλιστήρια υπό το καθεστώς ΕΜΚ (γνήσια Unit Linked). Τα συμβόλαια αυτά έχουν αυξημένο διαχειριστικό κόστος σε σχέση με τα προηγούμενα που έχουμε μελετήσει, το οποίο μεταφέρεται στον καταναλωτή ως ετήσιο ποσό διαχειριστικών εξόδων και το οποίο συνήθως είναι της τάξης των 20-25 ευρώ. Ο ασφαλισμένος επενδύει κάθε χρόνο ένα συγκεκριμένο ποσό. Σε

περίπτωση επιβίωσης στη λήξη του ασφαλιστηρίου, ο ασφαλισμένος λαμβάνει την αξία των μονάδων που έχουν συσσωρευτεί στο λογαριασμό επένδυσης του ασφαλιστηρίου, προσαυξημένη κατά το bonus λήξης που συνήθως παρέχεται ή μπορεί να επιλέξει την εξ αρχής συμφωνηθείσα εγγυημένη αξία λήξης, ανάλογα με το ποιο ποσό εκ των δύο είναι υψηλότερο. Σε περίπτωση αποβίωσής του στη διάρκεια του ασφαλιστηρίου, οι δικαιούχοι λαμβάνουν την αξία των μέχρι εκείνη τη στιγμή συσσωρευθέντων μεριδίων που βρίσκονται στο λογαριασμό επένδυσης του συμβολαίου.

### **1.7.11 Ασφάλιση σύνταξης**

Πολλές φορές, επειδή η σύνταξη που παρέχεται από το κράτος είναι αρκετά χαμηλή για να καλύψει τις ανάγκες του ασφαλισμένου και της οικογένειάς του, εκείνος αναζητά επιπλέον συνταξιοδοτική κάλυψη με τη μορφή μηνιαίου εισοδήματος. Αυτό το προπληρώνει εφάπαξ ή τμηματικά για κάποια χρόνια. Στην αγορά κυκλοφορούν διάφορα προγράμματα, περισσότερο ή λιγότερο ευέλικτα.

Για παράδειγμα, μπορεί ο ασφαλισμένος, στην έναρξη του προγράμματος να επιλέξει το ύψος του ασφαλιστρού που θα καταβάλλει κάθε χρόνο, προκειμένου να εξασφαλίσει το εγγυημένο από σήμερα ποσό της μηνιαίας σύνταξής του για 10, 15, 20 ή 25 χρόνια ή το εγγυημένο εφάπαξ ποσό που επιθυμεί να λάβει στην ηλικία που εκείνος θα ορίσει. Παράλληλα, και πάντα ανάλογα με τις ανάγκες του, επιλέγει εάν το ασφάλιστρο που θα καταβάλλει θα είναι σταθερό ή αναπροσαρμοζόμενο κάθε χρόνο. Κατά τη διάρκεια του προγράμματος, ανάλογα με τις συγκυρίες και τις οικονομικές του δυνατότητες, έχει το πλεονέκτημα να ενισχύσει τη μελλοντική εγγυημένη παροχή του μέσω των έκτακτων καταβολών. Στη λήξη του προγράμματος, έχει τη δυνατότητα να επιλέξει μεταξύ διαφορετικών παροχών ανάλογα με τις τότε ανάγκες του. Έτσι, μπορεί να επιλέξει να λάβει το εγγυημένο ποσό της μηνιαίας σύνταξής για τη χρονική διάρκεια που εκείνος επιθυμεί ή το εγγυημένο εφάπαξ ποσό. Εναλλακτικά, επειδή τα δεδομένα της ζωής του μπορεί να έχουν μεταβληθεί, το πρόγραμμα μπορεί να του δίνει την ευελιξία να επιλέξει στη λήξη, σύμφωνα με τις μελλοντικές επιθυμίες του και άλλη μορφή σύνταξης (ισόβια σύνταξη, ισόβια σύνταξη με εγγυημένη περίοδο καταβολής 5 ή 10 έτη, ισόβια σύνταξη μεταβιβαζόμενη κατά 100% σε τρίτο πρόσωπο, κ.α.).

Έτσι λοιπόν, το συνταξιοδοτικό πρόγραμμα προσφέρει τη δυνατότητα να αξιοποιήσει ο ασφαλισμένος με τον καλύτερο τρόπο ένα κεφάλαιο που έχει στη διάθεσή του μεριμνώντας από σήμερα για τη διατήρηση του βιοτικού του επιπέδου.

### **1.7.12 Συνταξιοδοτική πρόσοδος με περίοδο αναμονής (αναβαλλόμενη σύνταξη)**

Αυτή η μορφή σύνταξης, ξεκινά να κάνει ισόβιες μηνιαίες πληρωμές στον ασφαλισμένο, μετά από μια περίοδο μερικών ετών αναμονής από τη σύναψή της, π.χ. κάποιος μπορεί να συνάψει αυτήν

την ασφάλιση, που θα αρχίσει να τον πληρώνει στη συνταξιοδότηση και μέχρι το θάνατό του.

#### **1.7.13 Άμεση σύνταξη με καταβολή ενιαίου ασφαλιστρού**

Ο ασφαλισμένος πληρώνει εξ αρχής το εφάπαξ ασφαλιστρού και ταυτόχρονα ξεκινούν οι μηνιαίες συντάξεις που λαμβάνει για όλη τη διάρκεια της ζωής του. Συνήθως, την αγοράζουν άτομα που βρίσκονται κοντά στη συνταξιοδότηση, π.χ. κοντά στα 65 έτη τους ώστε να εξασφαλίσουν ένα σταθερό μηνιαίο εισόδημα για το υπόλοιπο της ζωής τους.

#### **1.7.14 Ασφάλιση Οικογενειακού Επιδόματος**

Χρησιμοποιείται για την προστασία της οικογένειας από τον πρόωρο ξαφνικό θάνατο του ασφαλισμένου. Στην περίπτωση αυτή, οι δικαιούχοι λαμβάνουν μηνιαίο εισόδημα σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου, μέχρι την προκαθορισμένη λήξη της ασφάλισης. Το εισόδημα αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τα έξοδα της οικογένειας, για την κάλυψη κάποιου δανείου, κτλ.

#### **1.7.15 Ασφάλιση Ανικανότητας**

Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος, εξ' αιτίας κάποιου ατυχήματος ή κάποιας σοβαρής ασθένειας καταστεί ανίκανος να εκτελέσει την εργασία του, αυτή η μορφή ασφάλισης του παρέχει ένα ημερήσιο ποσό, για κάθε ημέρα που απέχει από την εργασία του, μέχρι να αποκατασταθεί το πρόβλημα στην υγεία του.

#### **1.7.16 Απαλλαγή Ασφαλιστρού**

Όπως και παραπάνω, αν ο ασφαλισμένος καταστεί ανίκανος να διεκπεραιώνει τις εργασίες του εξ' αιτίας κάποιου προβλήματος υγείας, η κάλυψη αυτή τον απαλλάσσει από την υποχρέωση να καταβάλλει ασφαλιστρού για τις λοιπές παροχές του ασφαλιστηρίου του, κατά τη διάρκεια της περιόδου ανικανότητας.

#### **1.7.17 Μόνιμη Ολική Ανικανότητα**

Παρέχεται ένα προκαθορισμένο ποσό στον ασφαλισμένο, σε περίπτωση που αυτός μείνει ολικά ανίκανος για εργασία, αποδεδειγμένα. Η κάλυψη αυτή, πολλές φορές ζητείται από τις τράπεζες, ώστε οι δανειζόμενοι από αυτές, εάν μείνουν ανίκανοι προς εργασία, να είναι σε θέση μέσω αυτού του προγράμματος, να αποπληρώσουν το χρέος τους προς αυτές. Εάν ο ασφαλισμένος μείνει διαρκώς ολικά ανίκανος για εργασία ή πάθει μία εκ των σοβαρών ασθενειών που ορίζει το πρόγραμμα, πριν συμπληρωθεί το 65ο έτος της ηλικίας του, τότε καταβάλλεται σε αυτόν το ασφαλισμένο κεφάλαιο εφάπαξ ή σε λίγες δόσεις.

Ο ορισμός της ανικανότητας δύναται να διαφέρει από εταιρία σε εταιρία, για παράδειγμα

άλλος ασφαλιστής ορίζει την ανικανότητα ως αδυναμία εκτέλεσης οποιασδήποτε εργασίας, άλλος ως αδυναμία εκτέλεσης της εργασίας του ασφαλισμένου και των παραπλήσιων εργασιών, άλλος χρησιμοποιεί τους κρατικούς πίνακες ανικανότητας, άλλος την ορίζει ως “την ολική απώλεια της λειτουργίας δύο ματιών, δύο χεριών, δύο βραχιόνων ή δύο χεριών, δύο κνημών ή δύο ποδιών, ενός ματιού και ενός μέλους, ενός πάνω και ενός κάτω μέλους.

Επίσης, υπάρχει και η παραλλαγή της, η κάλυψη της Διαρκούς Μερικής Ανικανότητας. Διαρκής μερική ανικανότητα θεωρείται εκείνη που μειώνει την ικανότητα του ασφαλισμένου για εργασία κατά τρόπο ουσιώδη και για όλη τη διάρκεια της ζωής του. Ανάλογα με το είδος και τη σοβαρότητα της αναπηρίας, έχουν καταρτιστεί πίνακες, όπως αυτός που ακολουθεί:

**Πίνακας 1.2: Είδος και σοβαρότητα αναπηρίας και ποσοστό ανικανότητας.**

<b>ΕΙΔΟΣ ΚΑΙ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ</b>	<b>ΔΕΞΙΟΥ</b>	<b>ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ</b>
Πλήρης απώλεια του βραχίονα ή του χεριού	60,00%	50,00%
Πλήρης απώλεια της κίνησης του ώμου	25,00%	20,00%
Πλήρης απώλεια της κίνησης του αγκώνα ή του καρπού	20,00%	15,00%
Πλήρης απώλεια της κίνησης του αντίχειρα και του δείκτη	30,00%	25,00%
Πλήρης απώλεια τριών δακτύλων εκτός του αντίχειρα ή του δείκτη	25,00%	20,00%
Πλήρης απώλεια του αντίχειρα και ενός δακτύλου εκτός δείκτη	25,00%	20,00%
Πλήρης απώλεια του δείκτη και ενός δακτύλου εκτός του αντίχειρα	20,00%	15,00%
Πλήρης απώλεια του αντίχειρα	20,00%	15,00%
Πλήρης απώλεια του δείκτη	15,00%	10,00%
Πλήρης απώλεια του μέσου ή του παράμεσου ή του μικρού δακτύλου	10,00%	8,00%
Πλήρης απώλεια των δύο από τους τελευταίους τρεις δακτύλους	15,00%	12,00%
Μερικός ακρωτηριασμός ποδιού συμπεριλαμβανομένων όλων των δακτύλων	30,00%	
Πλήρης απώλεια κνήμης ή ποδιού	50,00%	
Κάταγμα κνήμης ή ποδιού μη-πορωμένο	25,00%	
Κάταγμα της επιγονατίδας μη-πορωμένο	20,00%	
Κάταγμα του ταρσού μη-πορωμένο	15,00%	
Πλήρης απώλεια του μεγάλου δακτύλου του ποδιού	5,00%	
Πλήρης απώλεια δακτύλου του ποδιού	3,00%	
Βράχυνση του ποδιού κατά 5 τουλάχιστον cm	15,00%	
Πλήρης απώλεια ενός οφθαλμού ή ελάττωση στο μισό της όρασης των δύο οφθαλμών	25,00%	
Ολική ανίατη κωφότητα ενός αυτιού	15,00%	
Ολική ανίατη κωφότητα και των δύο αυτιών	40,00%	
Κάταγμα της κάτω γνάθου μη-πορωμένο	25,00%	
Αγκύλωση τμήματος της σπονδυλικής στήλης με παραμόρφωση	40,00%	
Κάταγμα πλευρών με παραμόρφωση του θώρακα και οργανικές ανωμαλίες	20,00%	

Πηγή: Μάρτης (2006)

### 1.7.18 Ασφάλιση προσωπικού ατυχήματος

Καταβάλλεται ένα ποσό, σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος πάθει κάποιο ατύχημα που θα του στερήσει την υγεία ή τη ζωή. Με τον όρο ατύχημα, εννοούμε “σωματική βλάβη από αιτία βίαιη, εξωτερική, ορατή, αιφνίδια και απόλυτα ανεξάρτητη από τη βούληση του ασφαλισμένου”, σύμφωνα με τον Μάρτη (2006).

Συνήθως συνοδεύεται από την κάλυψη ασφάλισης θανάτου από τροχαίο ατύχημα, όπου αν ο ασφαλισμένος αποβιώσει εξ' αιτίας κάποιου τροχαίου ατυχήματος, καταβάλλεται στους δικαιούχους το διπλάσιο του ασφαλισμένου ποσού, ή ολόκληρο, ανάλογα με τους εκάστοτε όρους.

### **1.7.19 Ασφάλιση υγείας ή νοσοκομειακής περίθαλψης**

Καλύπτει συνήθως τα έξοδα νοσηλείας σε νοσοκομείο, συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας, μέχρι συγκεκριμένου συνήθως ποσού και με ορισμένες προϋποθέσεις. Το κόστος αυτής της ασφάλισης εξαρτάται από παράγοντες όπως η ηλικία του ασφαλισμένου, η κατάσταση της υγείας του, η απαλλαγή που επιλέγει να πληρώνει ανά νοσηλεία, το ανώτατο όριο ευθύνης της εταιρίας.

Πολλές φορές παρέχονται επιπλέον παροχές εάν ο ασφαλισμένος επιλέξει να χρησιμοποιήσει κάποια συμβεβλημένα με την ασφαλιστική εταιρία νοσοκομεία, διότι η εταιρία συνεργαζόμενη με αυτούς τους παρόχους πετυχαίνει καλύτερες τιμές για νοσηλεία, επεμβάσεις και υλικά απ' ότι στους υπόλοιπους παρόχους κι έτσι κερδίζει. Επίσης, η ασφαλιστική εταιρία μπορεί να έχει αποκλειστική συνεργασία σε κάποιες καλύψεις με ορισμένους παρόχους. Για παράδειγμα, μπορεί να αγοράσει κάποιος νοσοκομειακή περίθαλψη που θα τον υποχρεώνει να χρησιμοποιεί συγκεκριμένο πάροχο και όχι οποιονδήποτε άλλον. Στα συμβόλαια αυτά, ο πάροχος υγείας καθίσταται συνασφαλιστής και απολαμβάνει μέρος του ασφαλιστρού (capitation), ο δε προασφαλιστικός έλεγχος για την παροχή του προγράμματος είναι συνήθως αυστηρότερος.

Η αποζημίωση μπορεί να καταβάλλεται είτε στον ασφαλισμένο, δηλαδή να πληρώσει εκείνος το κόστος νοσηλείας και στη συνέχεια να του αποδοθεί από την ασφαλιστική εταιρία το ποσό που του αναλογεί αφαιρώντας την απαλλαγή και τη συμμετοχή του, είτε στον πάροχο, δηλαδή να πληρώσει απ' ευθείας η εταιρία τον πάροχο υγείας, μειώνοντας τα διαχειριστικά κόστη και την ταλαιπωρία του πελάτη.

Συνήθως στα προγράμματα υγείας ο ασφαλισμένος έχει τη δυνατότητα να επιλέξει την απαλλαγή που κρατά για τον εαυτό του και για στην οποία θα αναφερθούμε πιο αναλυτικά στο τρίτο κεφάλαιο, αλλά και τη θέση νοσηλείας (π.χ lux, μονόκλινο, δίκλινο, κτλ), με ανάλογη επίπτωση και στο κόστος. Πολλές φορές, όταν ασφαλιζείται μια οικογένεια, η ασφαλιστική εταιρία παρέχει εκπτώσεις όσο περισσότερα είναι τα ασφαλιζόμενα μέλη, π.χ. 20% έκπτωση για τον/την σύζυγο, 30% έκπτωση για το πρώτο παιδί ή 20% για όλους, κ.ο.κ. ανάλογα με το πρόγραμμα.

### **1.7.20 Ασφάλιση ιατροφαρμακευτικών εξόδων συνεπεία ατυχήματος**

Καλύπτονται τα ιατροφαρμακευτικά έξοδα που θα γίνουν στην περίπτωση ατυχήματος, μέχρι ενός ορισμένου ανώτατου ποσού.

### **1.7.21 Ασφάλιση Εξονοσοκομειακών Διαγνωστικών Εξετάσεων**

Καλύπτονται τα έξοδα που θα γίνουν για την πραγματοποίηση διαγνωστικών εξετάσεων, χωρίς νοσηλεία, σε συγκεκριμένα διαγνωστικά κέντρα, συμβεβλημένα με τον ασφαλιστή.



### **1.7.22 Ημερήσιο επίδομα συνεπεία ατυχήματος ή ασθένειας**

Ο ασφαλισμένος παίρνει ένα συγκεκριμένο ημερήσιο ποσό για κάθε ημέρα που απείχε από την εργασία του λόγω ασθένειας ή ατυχήματος.

### **1.7.23 Ημερήσιο επίδομα συνεπεία ασθένειας**

Ο ασφαλισμένος παίρνει ένα συγκεκριμένο ημερήσιο ποσό για κάθε ημέρα που απείχε από την εργασία του λόγω ασθένειας.

### **1.7.24 Χειρουργικό επίδομα**

Ο ασφαλισμένος παίρνει ένα ημερήσιο προκαθορισμένο ποσό, σε περίπτωση που υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Το επίδομα καταβάλλεται είτε υπάρξει νοσηλεία είτε όχι (one day clinic). Υπάρχει ένα ανώτατο όριο ημερών που καλύπτει η συγκεκριμένη κάλυψη. Επίσης, συχνά παρέχεται μαζί με την κάλυψη αυτή και ημερήσιο επίδομα ανάρρωσης στο σπίτι, μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο, ίσο με το 50% του αρχικού επιδόματος. Το ποσό του χειρουργικού επιδόματος εξαρτάται από την κατηγορία της επέμβασης, η οποία μπορεί να είναι:

- ειδική,
- εξαιρετικά βαριά,
- βαριά,
- μεγάλη,
- μεσαία,
- μικρή,
- πολύ μικρή,

βάσει προκαθορισμένου πίνακα που αναφέρει το ποσό για την κάθε κατηγορία, αλλά και ποιες επεμβάσεις ανήκουν στην κάθε κατηγορία, π.χ. ο τοκετός με καισαρική τομή, ανήκει στην κατηγορία “μεγάλη επέμβαση”.

### **1.7.25 Νοσοκομειακό επίδομα**

Σε περίπτωση νοσηλείας του ασφαλισμένου σε οποιοδήποτε νοσοκομείο από ασθένεια ή ατύχημα, καταβάλλεται ημερήσιο επίδομα. Συνήθως υπάρχει ένα ανώτατο όριο ημερών νοσηλείας μέχρι το οποίο καλύπτεται ο ασφαλισμένος. Η αποζημίωση αυτή καταβάλλεται και σε περίπτωση τοκετού, ενώ η νοσηλεία σε μονάδα εντατικής θεραπείας αποζημιώνεται με διπλάσιο ημερήσιο ποσό. Τα ασφάλιστρα αναπροσαρμόζονται συνήθως κάθε χρόνο ώστε να καλύψουν αυξήσεις στα έξοδα

νοσηλείας.

### **1.7.26 Ασφάλιση σοβαρών ασθενειών**

Ο ασφαλισμένος παίρνει ένα προκαθορισμένο ποσό, σε περίπτωση που του συμβεί μία από τις σαφώς καθορισμένες στο ασφαλιστήριο σοβαρές ασθένειες, οι οποίες συνήθως είναι:

- έμφραγμα του μυοκαρδίου,
- εγκεφαλικό επεισόδιο,
- καρκίνος,
- εγχείριση στεφανιαίας αρτηρίας (by pass),
- νεφρική ανεπάρκεια,
- παράλυση/παραπληγία,
- απώλεια όρασης,
- απώλεια ενός άκρου.

Η πληρωμή της αποζημίωσης γίνεται σε δόσεις, με την προϋπόθεση ότι ο ασφαλισμένος εξακολουθεί να βρίσκεται στη ζωή κατά την καταβολή τους.

### **1.8 Ορισμός βασικών εννοιών**

Ας εξετάσουμε τώρα κάποιες βασικές έννοιες που χρησιμοποιούνται συνέχεια στο χώρο της ασφάλισης.

Ασφαλιστής είναι η ασφαλιστική επιχείρηση που καλύπτει τον κίνδυνο. Μπορεί να είναι επιχείρηση με έδρα την Ελλάδα, με έδρα σε οποιοδήποτε κράτος της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά να ασκεί δραστηριότητα στην Ελλάδα με καθεστώς εγκατάστασης ή με καθεστώς ελεύθερη παροχής υπηρεσιών ή με έδρα σε οποιοδήποτε κράτος και να ασκεί δραστηριότητα στην Ελλάδα με καθεστώς εγκατάστασης. Οι μορφές που μπορεί να λαμβάνει είναι: ανώνυμη εταιρία, αλληλασφαλιστικός οργανισμός, επιχείρηση δημοσίου δικαίου ή η Ένωση Αλοϋδς Λονδίνου.

Διαμεσολαβούντα πρόσωπα στην ασφάλιση μπορεί να είναι οι ασφαλιστικοί πράκτορες, οι μεσίτες ασφαλίσεων, οι ασφαλιστικοί σύμβουλοι, οι συντονιστές ασφαλιστικών συμβούλων και οι ασφαλιστικοί υπάλληλοι.

Ασφαλιστική σύμβαση είναι, σύμφωνα με την Αντωνάκη (2011), “η σύμβαση με την οποία η ασφαλιστική επιχείρηση αναλαμβάνει την υποχρέωση να καταβάλει, έναντι ασφαλίστρου, στον

συμβαλλόμενό της (λήπτη της ασφάλισης) ή σε τρίτον, παροχή (ασφάλισμα) σε χρήμα ή εφόσον υπάρχει ειδική συμφωνία, άλλη παροχή σε είδος, όταν επέλθει το περιστατικό από το οποίο συμφωνήθηκε να εξαρτάται η υποχρέωσή του (ασφαλιστική περίπτωση)”.

Ο λήπτης της ασφάλισης είναι εκείνος ο οποίος έχει την υποχρέωση να πληρώσει το ασφαλιστρο, αλλά δεν ταυτίζεται σε όλες τις ασφαλίσεις με τον ασφαλισμένο.

Ο δικαιούχος είναι το πρόσωπο που έχει το δικαίωμα να εισπράξει το ασφάλισμα και μπορεί να αναφέρεται ρητά και ονομαστικά στο ασφαλιστήριο ή να αναφέρεται η ιδιότητά του σε σχέση με τον ασφαλισμένο, π.χ. τα τέκνα του ασφαλισμένου σε ίσα μερίδια, ή μπορεί απλώς να είναι οι νόμιμοι κληρονόμοι του ασφαλισμένου.

Το δικαίωμα εναντίωσης είναι το δικαίωμα του λήπτη της ασφάλισης να μη δεχθεί τη σύμβαση, λόγω του ότι παρέκκλινε από την αίτηση που κατέθεσε προς ασφάλιση. Το δικαίωμα αυτό μπορεί να ασκηθεί εντός συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος από τη σύναψη της ασφάλισης (συνήθως 30 ημέρες).

Ασφαλισίμο συμφέρον: ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο πρέπει βάσει νόμου να έχει ένα ασφαλισίμο συμφέρον (Νεκτάριος, 2006), δηλαδή να προκύπτει κάποιο οικονομικό συμφέρον για ένα άτομο για να ασφαλίσει ένα άλλο πρόσωπο.

Πρόσθετη πράξη είναι το έγγραφο που εκδίδεται σε κάθε περίπτωση τροποποίησης ή λύσης της ασφαλιστικής σύμβασης.

Ειδικοί όροι είναι κάποιες πρόσθετες ειδικές συμφωνίες που γίνονται μεταξύ του ασφαλιστή και του λήπτη της ασφάλισης και αφορούν αποκλειστικά τη συγκεκριμένη σύμβαση. Παραδείγματος χάριν, μπορεί κάποιος να εξαιρεθεί με ειδικό όρο από την ασφάλιση υγείας για παθήσεις καρδιάς, λόγω του ιατρικού του ιστορικού, ενώ στους γενικούς όρους της σύμβασης που ισχύουν για το σύνολο των ασφαλισμένων με το ίδιο πρόγραμμα, να αναφέρεται ότι οι παθήσεις αυτές καλύπτονται.

Εξαγορά του ασφαλιστηρίου είναι η καταβολή ενός ποσού σε περίπτωση διακοπής της σύμβασης σε χρόνο προγενέστερο από την κανονική προσυμφωνημένη λήξη του ασφαλιστηρίου. Το δικαίωμα αυτό του ασφαλισμένου να ζητήσει τη διακοπή της σύμβασης και να πάρει το ποσό εξαγοράς, συνήθως ενεργοποιείται τρία χρόνια μετά την έναρξη του ασφαλιστηρίου ή σε κάποια είδη συμβολαίων μετά το πέρας του πρώτου έτους και αφορά μόνο αποταμιευτικά και ισόβια συμβόλαια, αλλά όχι π.χ. την πρόσκαιρη ασφάλιση θανάτου και κάποιες άλλες συμβάσεις. Το ποσό της εξαγοράς είναι πάντα μικρότερο του μαθηματικού αποθέματος. Η “ποινή” αυτή τίθεται επειδή κατά κύριο λόγο αποσύρονται οι υγιείς και παραμένουν οι ασθενείς, με αποτέλεσμα να ασκείται αντεπιλογή κατά της

εταιρίας. Επίσης, διότι ο πελάτης μπορεί αποσύροντας τα χρήματά του από τη εταιρία μπορεί να τα επενδύσει με τυχόν ευνοϊκότερους όρους στην αγορά και άρα να βγει κερδισμένος σπάζοντας το συμβολαίο του νωρίτερα από την προκαθορισμένη ημερομηνία. Το ύψος του ποσού εξαγοράς εξαρτάται από το χρόνο ακύρωσης του συμβολαίου, π.χ. στο τρίτο έτος το ποσό εξαγοράς θα είναι πολύ μικρό, ενώ στο εικοστό έτος θα είναι πολύ μεγαλύτερο.

## **1.9 Ανακεφαλαίωση**

Στο κεφάλαιο αυτό γνωρίσαμε την έννοια της ασφάλισης, με ιδιαίτερη αναφορά στην ασφάλιση ζωής και υγείας. Μελετήσαμε τα είδη της ασφάλισης αυτής, τους σκοπούς που εξυπηρετεί, τους λόγους για τους οποίους είναι ολοένα και πιο απαραίτητη και τις βασικές μορφές της. Διαπιστώσαμε ότι στην ελληνική αγορά διατίθεται πλήθος ασφαλιστικών προϊόντων ζωής και υγείας που χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά με τις παροχές κοινωνικής ασφάλισης, προκειμένου να παρέχουν τα μέγιστα οφέλη στους καταναλωτές. Αναλύσαμε τα οφέλη της ασφάλισης ζωής και υγείας, για τους καταναλωτές, για τη χώρα και για την κοινωνία και είδαμε πόσο σημαντική είναι για μεμονωμένα άτομα, για την οικογένεια, για την επιχείρηση. Στο επόμενο κεφάλαιο θα εστιάσουμε περισσότερο στα μεγέθη της ελληνικής και παγκόσμιας ασφαλιστικής αγοράς.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ, ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ**

### **ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **2.1. Εισαγωγή**

Μέχρι στιγμής έχουμε έρθει σε επαφή με τις βασικότερες έννοιες γύρω από τις οποίες περιστρέφεται η ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Έχουμε κατανοήσει την επίδρασή της στην ευημερία του ατόμου και της κοινωνίας και έχουν γίνει αντιληπτά τα οφέλη της.

Στο κεφάλαιο αυτό, θα εξετάσουμε την δομή της ασφαλιστικής αγοράς στην Ελλάδα. Θα δούμε πόσες εταιρίες δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα και σε ποιους τομείς (ζωής και υγείας, γενικοί κλάδοι). Είναι απαραίτητο να έχουμε την εικόνα του κλάδου, προκειμένου να μπορέσουμε να εξάγουμε πολύτιμα συμπεράσματα για το ποσοστό ασφαλισμένων και ανασφάλιστων σε επόμενο κεφάλαιο. Επίσης, θα αναφερθούμε στους βασικότερους φορείς της ασφάλισης στην Ελλάδα. Εν συνεχεία, για τις εταιρίες που δραστηριοποιούνται στον κλάδο ζωής και υγείας, θα εξετάσουμε τα βασικά τους χαρακτηριστικά, ώστε να δούμε, μεταξύ άλλων, τι μερίδιο της αγοράς καταλαμβάνει η καθεμία από αυτές. Επίσης, θα ρίξουμε μια γενική ματιά στα ασφάλιστρα και τις αποζημιώσεις και θα δούμε πώς αυτά έχουν διαμορφωθεί τα τελευταία χρόνια, ούτως ώστε στο επόμενο κεφάλαιο να ασχοληθούμε εκτενέστερα με αυτά. Τέλος, θα εξετάσουμε την Ευρωπαϊκή αγορά στην ασφάλιση υγείας και την παγκόσμια, διότι θα χρειαστούμε τις γνώσεις αυτές σε μεταγενέστερο κεφάλαιο.

Ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά την ασφαλιστική αγορά παγκοσμίως, θα γίνει ιδιαίτερη μνεία στα συστήματα υγείας διαφόρων χωρών και στις διάφορες πολιτικές που έχουν εισαχθεί τις τελευταίες δεκαετίες και οι οποίες έχουν άμεσο αντίκτυπο και στο σύστημα ασφάλισης υγείας (κοινωνικό) της κάθε χώρας και κατ' επέκταση και στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης. Οι χώρες στις οποίες θα επικεντρωθούμε είναι οι Η.Π.Α., η Μεγάλη Βρετανία, η Ελλάδα, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ολλανδία, όπου από τη μελέτη και ανάλυση της πλούσιας αρθρογραφίας, θα εντοπίσουμε τις κύριες διαφορές μεταξύ τους.

#### **2.2. Πλήθος ασφαλιστικών εταιρειών**

Ας ξεκινήσουμε τη μελέτη της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς, ρίχνοντας μια ματιά στο σύνολο των ασφαλιστικών επιχειρήσεων στην Ευρώπη, οι οποίες το 2013 ήταν 5.357 (ICAP, 2014). Το 2014, συνέχισε η επί χρόνια μείωση του πλήθους των ασφαλιστικών επιχειρήσεων που λειτουργούσαν στην Ευρώπη φθάνοντας στις 4.860 (ICAP, 2015), ενώ το 2015 έφθασε τις 3.600 σύμφωνα με στοιχεία από την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας.

Γενικά, ο αριθμός των ασφαλιστικών επιχειρήσεων στην Ελλάδα έχει μειωθεί πολύ τα προηγούμενα χρόνια. Το 1994 υπήρχαν 149 ασφαλιστικές επιχειρήσεις, το 2003 ήταν 100 και είχαν

απομείνει μόνο 65 εταιρίες το 2014, ενώ το 2015 ήταν 62 και το 2016 μειώθηκαν σε 61.



Πηγή: Ε.Α.Ε.Ε., 2014, 2015, 2016.

**Διάγραμμα 2.1.: Αριθμός ασφαλιστικών επιχειρήσεων στην Ελλάδα.**

Η μείωση αυτή οφείλεται σε πολλούς λόγους (Λιακοπούλου, 2006). Κατ' αρχάς, στην κρατική εποπτεία που τα τελευταία χρόνια έχει γίνει πιο ουσιαστική και πιο αυστηρή και έχει εισάγει αρκετές κεφαλαιακές απαιτήσεις για τη λειτουργία των εταιριών, καθώς και στην εφαρμογή των ευρωπαϊκών οδηγιών. Επίσης, στο γεγονός ότι πολλές εταιρίες συγχωνεύτηκαν προκειμένου να δημιουργηθούν μεγαλύτεροι και ισχυρότεροι όμιλοι, με σκοπό την εκμετάλλευση του δικτύου πωλήσεων της μιας εταιρίας από την άλλη και την αύξηση της παραγωγής. Ένας άλλος λόγος που οδήγησε στη μείωση του αριθμού των ασφαλιστικών επιχειρήσεων στην Ελλάδα είναι ο μεταξύ τους ανταγωνισμός, ο οποίος ώθησε κάποιες μικρότερες εταιρίες σε σημαντική μείωση των ασφαλιστρών προκειμένου να προσελκύσουν περισσότερους πελάτες. Όμως, η τακτική αυτή είχε ως αποτέλεσμα τα ασφάλιστρα να μην αρκούν για να καλύψουν τις ανάγκες της εταιρίας και να την οδηγήσουν σε πτώχευση. Η οικονομική κρίση επιδείνωσε περισσότερο το πρόβλημα αυτό.

### **2.3. Πλήθος ασφαλιστικών εταιρειών ζωής και υγείας**

Από τις 65 ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιήθηκαν στην Ελλάδα το 2014, οι 41 δραστηριοποιήθηκαν μόνο στις ασφαλίσεις κατά ζημιών, οι 13 μόνο στις ασφαλίσεις ζωής και υγείας και 11 ήταν μικτές (Ε.Α.Ε.Ε., 2014), ενώ για το 2016 τα αντίστοιχα νούμερα είναι 38 εταιρίες στις ασφαλίσεις κατά ζημιών, 12 μόνο στις ασφαλίσεις ζωής και υγείας και 11 μικτές (και γενικοί κλάδοι και ζωή/υγεία)(Ε.Α.Ε.Ε., 2016).

Ως προς το καθεστώς εγκατάστασης, διακρίνουμε, για το 2016, 40 Ανώνυμες Ασφαλιστικές Εταιρίες, 18 υποκαταστήματα Αλλοδαπών Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων και 3 Πανελλαδικούς Αλληλασφαλιστικούς Συνεταιρισμούς (Ε.Α.Ε.Ε., 2016).

**Πίνακας 2.1: Πλήθος ασφαλιστικών εταιριών Ελλάδας ανά κλάδο δραστηριότητας**

Πλήθος ασφαλιστικών εταιριών Ελλάδας 2016					
	Ζωής	Ζημιών	Μικτές	Σύνολο 2016	Σύνολο 2013
Ανώνυμες ασφαλιστικές επιχειρήσεις	10	19	11	40	45
Υποκαταστήματα αλλοδαπών ασφ. επιχειρήσεων	2	16	0	18	19
Αλληλασφαλιστικοί Συνεταιρισμοί	0	3	0	3	3
<b>Σύνολο</b>	<b>12</b>	<b>38</b>	<b>11</b>	<b>61</b>	<b>67</b>

Πηγή: Ε.Α.Ε.Ε., Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2014 και 2016.

#### 2.4. Καθαρή ετήσια παραγωγή ζωής και υγείας των τελευταίων ετών

Τα ασφάλιστρα από πρωτασφαλιστικές εργασίες (εγγεγραμμένα ασφάλιστρα και δικαιώματα συμβολαίων) έφθασαν το 2016 τα 3,9 δις. €, αυξημένα σε σχέση με το 2015 (ήταν 3,7 δις. €) κατά 4% περίπου. Αντίστοιχα, τα ασφάλιστρα από πρωτασφαλιστικές εργασίες ήταν 4,0 δις € για το 2014, μειωμένα κατά 1,2% σε σχέση με το 2013. Η μείωση της παραγωγής ασφαλιστρών για το 2014 ήταν παρόμοια με τη μείωση του ΑΕΠ (-1,6% σε τρέχουσες τιμές). Για το 2015 έφθασαν τα 3,7 δις €. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη σταθεροποίηση του ποσοστού συμμετοχής της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελληνική Οικονομία (2,23% του ΑΕΠ το 2014 και 2,3% το 2016).

Από αυτά τα ασφάλιστρα, περίπου τα 2 δις. € αφορούν στις ασφαλίσεις κατά ζημιών (51% του συνόλου) και 1,9 δις. € στις ασφαλίσεις ζωής (49% του συνόλου), για το 2016. Το ποσοστό αύξησης των ασφαλίσεων κατά ζημιών εκτιμάται στο 2,5%, ενώ το ποσοστό αύξησης των ασφαλίσεων ζωής εκτιμάται στο 5,5% αντίστοιχα. Για το 2015, το ποσοστό μείωσης των ασφαλίσεων ζωής ήταν περίπου ίσο με -3,9%.

Για το 2016, από τους κλάδους ασφάλισης ζωής, μεγάλη αύξηση σε σχέση με το 2015 καταγράφουν οι παραδοσιακές ασφαλίσεις ζωής και η διαχείριση συλλογικών συνταξιοδοτικών κεφαλαίων (άνω του 20%), ενώ η παραγωγή των ασφαλίσεων ζωής συνδεδεμένων με επενδύσεις παρουσιάζει μεγάλη κάμψη λόγω της επιβολής των capital controls. Για το 2015, μεγάλη μείωση σε σχέση με το 2014 καταγράφουν οι ασφαλίσεις ζωής συνδεδεμένες με επενδύσεις (άνω του 10%), ενώ η παραγωγή των παραδοσιακών ασφαλίσεων ζωής παρουσιάζει μικρότερη κάμψη. Για το 2015, στις ασφαλίσεις ζωής, ο κλάδος ζωής (ατομικά και ομαδικά ασφαλιστήρια ζωής και συμπληρωματικές καλύψεις υγείας) συγκεντρώνει το μεγαλύτερο όγκο των ασφαλιστρών (1,2 δις €) και είναι αυξημένος κατά 1,4%. Ακολουθείται από τον κλάδο ασφαλίσεων ζωής συνδεδεμένων με επενδύσεις (398 εκ. €), ο οποίος αυξήθηκε κατά 61%.



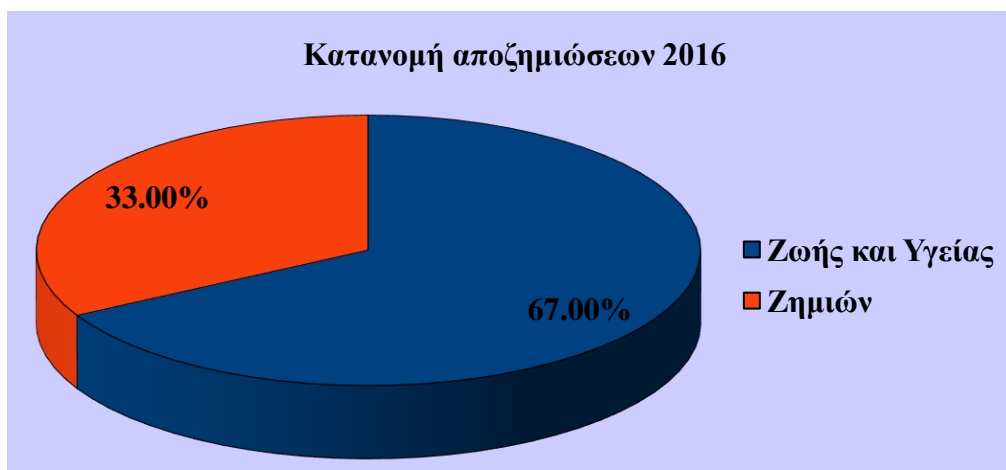
Πηγή: Ετήσια στατιστική έκθεση Ε.Α.Ε.Ε., 2016.

**Διάγραμμα 2.2: Καθαρή παραγωγή ασφαλίσεων ανά κλάδο, 2016.**

Με βάση το παραπάνω διάγραμμα, διαπιστώνουμε ότι στην Ελληνική ασφαλιστική αγορά το μεγαλύτερο μερίδιο ασφαλίσεων προέρχεται από τις ασφαλίσεις ζημιών (51,6%) και το 48,4% από τις ασφαλίσεις ζωής και υγείας και αυτό εν μέρει οφείλεται στον υποχρεωτικό χαρακτήρα της ασφάλισης αστικής ευθύνης του κλάδου αυτοκινήτων.

### 2.5 Αποζημιώσεις κλάδου ζωής και υγείας

Οι αποζημιώσεις που καταβάλλονται από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις στους ζημιωθέντες κυμαίνονται ετησίως περί τα 2,5 έως 3 δισ. € τα τελευταία χρόνια. Ειδικότερα, για το 2014, έφτασαν συνολικά τα 2,4 δισ €.



Πηγή: Ετήσια στατιστική έκθεση Ε.Α.Ε.Ε., 2016.

**Διάγραμμα 2.3: Αποζημιώσεις ανά κλάδο, 2016.**

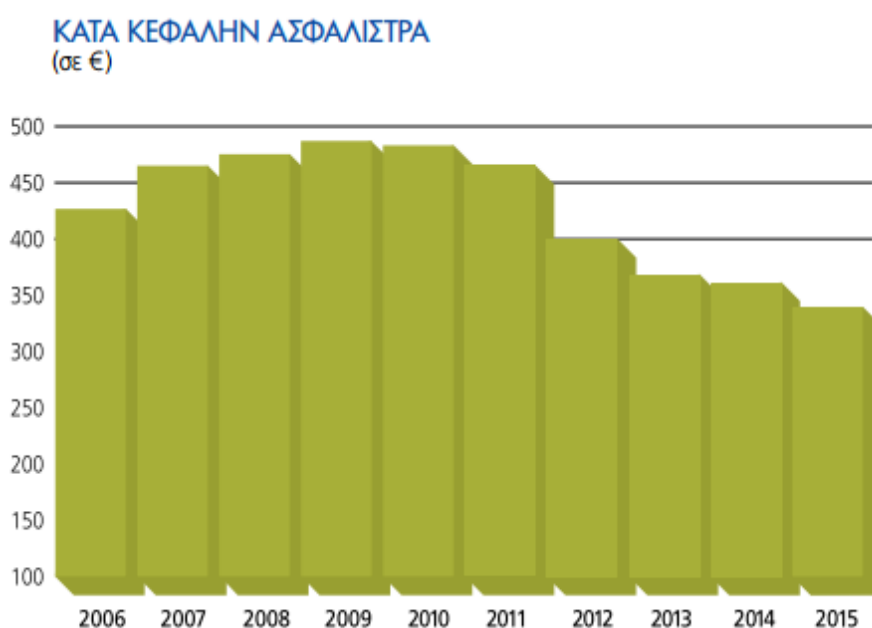
Από αυτές 850 εκ € περίπου κατευθύνονται σε αποζημιώσεις ασφαλίσεων κατά ζημιών (περίπου 36% του συνόλου των αποζημιώσεων) και 1,5 δισ. € σε αποζημιώσεις ασφαλίσεων ζωής (64% του συνόλου). Για το 2016, τα αντίστοιχα ποσά είναι σε ό,τι αφορά τις αποζημιώσεις



ασφαλίσεων κατά ζημιών, 0,8 δισ. € περίπου (33% του συνόλου των αποζημιώσεων) και 1,6 δισ. € οι αποζημιώσεις ασφαλίσεων ζωής (67% του συνόλου), όπως διαπιστώνουμε και από το παραπάνω διάγραμμα.

## 2.6 Τα κατά κεφαλήν ασφαλίστρα

Ο λόγος της παραγωγής ασφαλίστρων από πρωτασφαλίσεις προς το σύνολο του πληθυσμού παρουσίασε μείωση, το 2015, για έκτη συνεχή χρονιά. Ο δείκτης των συνολικών κατά κεφαλήν ασφαλίστρων αντιστοιχούσε σε 253€ το 2000 και αυξανόταν ως το 2009 όπου έφθασε τα 487€ ανά κάτοικο. Έκτοτε μειώνεται διαρκώς κάθε χρόνο κι έφτασε τα 343€ για το 2015. Ο αντίστοιχος δείκτης κατά κεφαλήν εγγεγραμμένων ασφαλίστρων για τις ασφαλίσεις Ζωής μειώνεται σχεδόν συνεχώς από το 2009 και μετά, αγγίζοντας τα 172€ ανά κάτοικο το 2014 και τα 166€ ανά κάτοικο το 2015.



Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας, Στατιστική Έκθεση 2015.

### Διάγραμμα 2.4: Κατά κεφαλήν ασφαλίστρα 2006-2015, Ελλάδα.

Παρομοίως ο δείκτης των κατά κεφαλήν εγγεγραμμένων ασφαλίστρων και δικαιωμάτων συμβολαίου για τις ασφαλίσεις κατά ζημιών υποχωρεί διαρκώς από το 2010 κι έπειτα, φθάνοντας τα 191€ ανά κάτοικο το 2014 και το 177€ ανά κάτοικο το 2015.

## 2.7 Η ασφαλιστική αγορά της Ευρώπης

Η Ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά είναι η μεγαλύτερη στον κόσμο, με μερίδιο αγοράς 36% για το 2015. Στη δεκαετία 2005-2014, η παραγωγή ασφαλίστρων αυξήθηκε κατά 19%, ενώ οι συνολικές αποζημιώσεις σημείωσαν πτώση κατά 1,7%. Παρά τα χαμηλά επιτόκια, οι ασφαλίσεις ζωής και

υγείας σημείωσαν άνοδο. Οι μεγαλύτερες αγορές είναι αυτές του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γαλλίας, της Ιταλίας και της Γερμανίας, που όλες μαζί συνιστούν το 71% της Ευρωπαϊκής παραγωγής. Στις ασφαλίσεις υγείας, η παραγωγή ασφαλιστρών ήταν στα 120δισ ευρώ για το 2014, αυξημένη σε σχέση με το προηγούμενο έτος κατά 2,2%. Οι πληρωθείσες αποζημιώσεις μειώθηκαν κατά 1,8%, στα 95δισ ευρώ.

Το μακροοικονομικό περιβάλλον για τις ευρωπαϊκές ασφαλιστικές εταιρείες βελτιώθηκε κατά τη διάρκεια του 2015. Η ευρωπαϊκή οικονομία συνέχισε να αναπτύσσεται ήπια, με αποτέλεσμα το πραγματικό Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π.) των 28 κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) να αυξηθεί κατά 2,2%, μετά από μία αύξηση κατά 1,6% το 2014. Οι επιδόσεις των σημαντικότερων χρηματιστηρίων ήταν μικτές, με ήπια κέρδη στην Ευρώπη. Συνολικά, ο συνδυασμός της οικονομικής ανάπτυξης, των εξαιρετικά χαμηλών επιτοκίων και οι σταθερές χρηματοπιστωτικές αγορές, οδήγησαν σε βελτίωση του οικονομικού περιβάλλοντος που παρέμεινε, όμως, μάλλον δυσμενές για τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

Η συνολική παραγωγή ασφαλιστρών στην Ευρώπη συνέχισε να αυξάνεται το 2015, αν και με χαμηλότερο ρυθμό από ό, τι το προηγούμενο έτος: αυξήθηκαν κατά 2%, φθάνοντας τα 1.2 τρις € σε σύγκριση με την αύξηση 4% που καταγράφηκε το 2014. Συνολικά, τα ασφάλιστρα αυξήθηκαν κατά 11,7% μεταξύ των ετών 2006 και 2015. Οι ασφαλίσεις ζωής επέδειξαν αντοχή το 2015, σημειώνοντας αύξηση ασφαλιστρών της τάξης του 1,5% για να φτάσουν τα 733 δισ. €. Ωστόσο, αυτή η αύξηση ήταν πολύ πιο αργή από την ισχυρή ανάπτυξη 6,3% το 2014. Οι πληρωθείσες αποζημιώσεις για ασφαλίσεις ζωής στην Ευρώπη αυξήθηκαν κατά 0,2%, φθάνοντας στα 640 δισ. € το 2015, ενώ οι αποζημιώσεις στις ασφαλίσεις υγείας έφθασαν τα 103 δισ. €, αυξημένες κατά 4,4% έναντι του 2014 (Ζύγουρας, 2015).

**Πίνακας 2.2: Η ασφαλιστική αγορά της Ευρώπης (κατά κεφαλήν ασφάλιστρο), 2014.**

	2014	2013
Παραγωγή ασφαλιστρών προς ΑΕΠ	0,74%	0,75%
Ενεδύσεις προς ΑΕΠ	62,00%	59,00%
Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα	1.964,00 €	1.910,00 €
Ζωής	1.200,00 €	1.141,00 €
Υγείας	204,00 €	202,00 €
κατά Ζημιών	560,00 €	567,00 €

Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδα, Στατιστική μελέτη 2014.

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα, όπως αυτά διαμορφώθηκαν για το μέσο όρο των 32 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για το έτος 2013 και 2014. Για την Ελλάδα ήταν 179€ για το 2014, ενώ ο μέσος όρος της Ευρώπης 204€.

## **2.8 Πρόσφατες εξελίξεις στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα**

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

Επίσης εκτεταμένες ήταν οι προσαρμογές που εφάρμοσαν στα συστήματα πληροφορικής που διαθέτουν. Η επάρκεια κεφαλαίων της ασφαλιστικής αγοράς παραμένει σταθερή παρά το δυσμενές οικονομικό περιβάλλον, γεγονός που οφείλεται στις ενέργειες στις οποίες προβαίνουν οι διοικήσεις των ασφαλιστικών επιχειρήσεων για την προσαρμογή και συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του νομοθετικού πλαισίου του Solvency II. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Τράπεζας της Ελλάδος (Έκθεση του Διοικητή τον 2/2016), τα διαθέσιμα εποπτικά κεφάλαια των ασφαλιστικών επιχειρήσεων στις 30.9.2015 ανέρχονταν σε 2,51 δις €, έναντι απαιτούμενων 0,8 δις € για το σύνολο της αγοράς.

Στην ίδια έκθεση επίσης αναφέρεται ότι κατά την τελευταία διετία, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις στην Ελλάδα:

1. εστίασαν στη βελτίωση του τεχνικού αποτελέσματος, ανεξαρτήτως του κλάδου δραστηριότητάς τους, καθώς τα έσοδα επενδύσεων συνεχίζουν να αποτελούν μικρό μέρος των εσόδων τους
2. επέλεξαν την προώθηση ασφαλιστικών προϊόντων χωρίς μακροχρόνιες δεσμεύσεις και υψηλές εγγυήσεις, τάση που παρατηρείται σε ολόκληρη την ευρωπαϊκή αγορά ασφαλίσσεων
3. κατέβαλαν σημαντική προσπάθεια για τον εκσυγχρονισμό των συστημάτων και των διαδικασιών τους ώστε να βελτιώσουν την εταιρική διακυβέρνηση και να συμμορφωθούν με τις απαιτήσεις του Solvency II
4. επιδίωξαν τη μείωση των επενδυτικών κινδύνων μέσω της επενδυτικής τους πολιτικής.

## **2.9 Σύγκριση Ελλάδας-Ευρωπαϊκής Ένωσης**

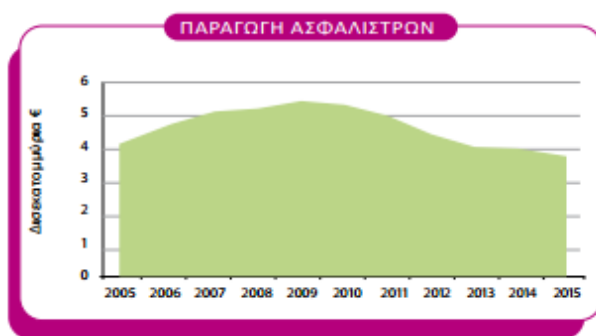
Η μέση Ευρωπαϊκή εταιρεία απασχολεί 136 υπαλλήλους ενώ η μέση ελληνική εταιρεία 116, με βάση τα στοιχεία του 2012. Η παραγωγή ασφαλιστρών ανά υπάλληλο ανέρχεται στο μέσο όρο των 33 χωρών σε 1,44 εκ. ευρώ, ενώ στην Ελλάδα σε 0,62 εκ. ευρώ. Επομένως, η παραγωγικότητα των Ελλήνων υπαλλήλων ασφαλιστικών εταιρειών είναι λιγότερη από τη μισή της αντίστοιχης των

Ευρωπαίων, που είναι ένδειξη ότι απαιτείται η εισαγωγή πιο σύγχρονων μεθόδων και διαδικασιών παραγωγής στην ελληνική ασφαλιστική αγορά.

Οι παράγοντες εκείνοι που οδηγούν στο γεγονός ότι η κατά κεφαλήν ασφαλιστική δαπάνη στην Ελλάδα φτάνει μόλις το ένα τέταρτο περίπου της αντίστοιχης των 33 χωρών της Ευρώπης, σύμφωνα με το Νεκτάριο (2003):

- Το μικρότερο κατά κεφαλήν εισόδημα.
- Η έλλειψη ασφαλιστικής συνείδησης.
- Η αντίληψη ότι το κράτος είναι αποκλειστικά υπεύθυνο για όλα όσα χρειάζονται οι πολίτες.
- Η έλλειψη θέσπισης αντικειμενικής ευθύνης προς τρίτους, καθώς και λόγω επαγγελματικής ευθύνης.

Τέλος, συγκρίνοντας την παραγωγή ασφαλιστρών και τις επενδύσεις επί του ΑΕΠ, εύκολα διαπιστώνει κανείς ότι τα αντίστοιχα ποσά στην Ελλάδα είναι σημαντικά χαμηλότερα από το μέσο όρο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.



Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας, Στατιστική ανάλυση 2016.

#### **Διάγραμμα 2.5: Παραγωγή ασφαλιστρών στην Ευρώπη (2005-2015).**

Στην Ελλάδα, η παραγωγή ασφαλιστρών και οι επενδύσεις ανέρχονταν σε 2,4% και 5% επί του ΑΕΠ αντίστοιχα, ενώ ο μέσος όρος ήταν 7,6% και 55,1% επί του ΑΕΠ αντίστοιχα το 2012, ενώ για το 2014 τα συγκριτικά στοιχεία αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 2.3: Σύγκριση Ελληνικής και Ευρωπαϊκής ασφαλιστικής αγοράς.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΚΑΙ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ 2014			
	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	INSURANCE EUROPE (32)
Ασφάλιστρα από πρωτασφαλίσεις	3.966	0,34%	1.167.057
Εκ των οποίων:			
Παραγωγή ασφαλίσεων Ζωής	1.880	0,26%	713.021
Παραγωγή ασφαλίσεων Ζημιών	2.085	0,46%	454.036
Σύνολο Επενδύσεων	12.024	0,13%	9.573.718
Αριθμός Εταιριών	65	1,7%	3.800
Αριθμός Απασχολημένων	6.500	0,65%	995.000
Τα ποσά είναι σε εκατ. €			
ΒΑΣΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ (2014)	ΕΛΛΑΔΑ	ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	INSURANCE EUROPE (32)
Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα (€)	363	18,5%	1.964
Εκ των οποίων:			
Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα Ζωής	172	14,3%	1.200
Κατά κεφαλήν ασφαλίσεων κατά Ζημιών	191	25,0%	764
Παραγωγή ασφαλίσεων επί του Α.Ε.Π.	2,23%		7,4%
Επενδύσεις επί του Α.Ε.Π.	6,77%		62%
<b>Παρατήρηση:</b> Τα μεγέθη της Insurance Europe για το 2014 προέρχονται από την πλέον πρόσφατη έκδοση "European Insurance in figures – 2014 data"			

Πηγή: Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, Στατιστική Ανάλυση 2015.

Είναι φανερό ότι στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλη δυνατότητα επέκτασης της ασφαλιστικής αγοράς, εφόσον οι οικονομικές συγκυρίες και η σχετική νομοθεσία το επιτρέψει. Ή αν το δει κανείς διαφορετικά, η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα μάλλον διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο απ' ότι στο σύνολο των 32 Ευρωπαϊκών χωρών.

## 2.10 Οργανισμοί – Φορείς της ασφαλιστικής αγοράς

Η Εποπτεύουσα Αρχή της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα είναι η Τράπεζα της Ελλάδος (Επιτροπή Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης) και το Υπουργείο Οικονομίας, Ανάπτυξης και Τουρισμού (Διεύθυνση Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων και Αναλογιστικής).

Άλλοι βασικοί φορείς της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς είναι οι εξής:

- Ελληνικό Ινστιτούτο Ασφαλιστικών Σπουδών (Ε.Ι.Α.Σ.)
- Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας (Ε.Α.Ε.Ε.)
- Επικουρικό Κεφάλαιο
- Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης (Γ.Δ.Α.)
- Σύνδεσμος Εκπροσώπων & Στελεχών Ασφαλιστικών Εταιριών
- Ένωση Αναλογιστών Ελλάδος
- Ομοσπονδία Ασφαλιστικών Συλλόγων Ελλάδος (Ο.Α.Σ.Ε.)

- Πανελλήνια Ομοσπονδία Ασφαλιστικών Πρακτόρων (Π.Ο.Α.Π.)
- Πανελλήνιος Σύνδεσμος Ασφαλιστικών Συμβούλων (Π.Σ.Α.Σ.)
- Σύνδεσμος Ελλήνων Μεσιτών Ασφαλίσεων (Σ.Ε.Μ.Α.)
- Πανελλήνιος Σύνδεσμος Συντονιστών Ασφαλιστικών Συμβούλων
- Ένωση Επαγγελματιών Ασφαλιστών Ελλάδος

Οι διεθνείς ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι οι:

- Insurance Europe,
- Council of Bureaux και
- International Union of Marine Insurance (IUMI).

καθώς και άλλοι μικρότερης εμβέλειας.

## **2.11 Κρατική εποπτεία της λειτουργίας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων**

Η κρατική εποπτεία έχει σκοπό την προληπτική προστασία των ασφαλισμένων και των δικαιούχων, τόσο όσον αφορά την ασφαλιστική τους προσδοκία όσο και κατά την πραγματοποίηση των κινδύνων. Δεν είναι παρεμβατισμός και σε καμία περίπτωση δεν έχει σκοπό να παραβιάσει τις αρχές του ελεύθερου ανταγωνισμού αλλά παίζει τον ρόλο της πρόσθετης κρατικής εγγύησης ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες θα εκπληρώνουν τις κάθε λογής υποχρεώσεις τους.

Η εποπτεία που ασκείται στις Ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι επιπρόσθετη από την εποπτεία που ασκείται σε όλες τις ανώνυμες εταιρείες που λειτουργούν στην χώρα μας και άρα είναι αυστηρότερη. Διεθνώς υπάρχουν τρία συστήματα εποπτείας:

- Το σύστημα της δημοσιότητας της φερεγγυότητας της Ασφαλιστικής Επιχείρησης (Αγγλοσαξονικό σύστημα)
- Το κανονιστικό σύστημα όπου οι κανόνες λειτουργίας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων τίθενται με εγκυκλίους κ.λ.π. και
- Το σύστημα ουσιαστικής εποπτείας που χρησιμοποιείται και στην χώρα μας όπου η κρατική εποπτεία υπεισέρχεται σε ολόκληρο το νομικό περιβάλλον της ασφαλιστικής επιχείρησης.

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε λίγο πιο αναλυτικά το ρόλο της Επιτροπής Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης. Η Επιτροπή Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης:

- Εποπτεύει την τήρηση της νομοθεσίας, καθώς και τη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιριών έως και την εκκαθάρισή τους.
- Ρυθμίζει με κανονιστικές πράξεις κάθε ειδικότερο αντικείμενο για την εκπλήρωση του σκοπού της και εν γένει για την εφαρμογή της νομοθεσίας.

- Επεξεργάζεται και εισηγείται προς τον εποπτεύοντα Υπουργό και τον Υπουργό Ανάπτυξης και γνωμοδοτεί για την τροποποίηση και συμπλήρωση του θεσμικού πλαισίου της ιδιωτικής ασφάλισης.
- Καθορίζει το περιεχόμενο της εποπτείας των διαμεσολαβούντων προσώπων στις ασφαλίσεις, ιδίως όσον αφορά την τήρηση και το περιεχόμενο του οικείου μητρώου κατά κατηγορία διαμεσολαβούντος, την υποβολή και το περιεχόμενο οικονομικών καταστάσεων ή άλλων οικονομικών και λοιπών στοιχείων αναγκαίων για την άσκηση της εποπτείας.
- Καθορίζει με αποφάσεις της τις περιπτώσεις επιβολής τακτικών ή έκτακτων ελέγχων, τη διαδικασία και τα όργανα διεξαγωγής των ελέγχων αυτών και δύναται να υποχρεώνει τις ελεγχόμενες ασφαλιστικές εταιρίες και τους διαμεσολαβούντες να υποβάλλουν, περιοδικά ή κατά περίπτωση, σε αυτήν ή στα όργανα ελέγχου, όλα τα στοιχεία που είναι αναγκαία για την άσκηση του ελέγχου.
- Επιβάλλει πρόστιμα, πειθαρχικές ποινές και λοιπές διοικητικές κυρώσεις.
- Συνεργάζεται με άλλες αρχές για την άσκηση εποπτείας και ελέγχου στον ευρύτερο χρηματοοικονομικό τομέα, καθώς και με την Επιτροπή Ανταγωνισμού σε ό,τι αφορά ζητήματα εντοπισμού κατάχρησης δεσπόζουσας θέσης ή εναρμονισμένων πρακτικών. Συνεργάζεται επίσης με τις αρμόδιες εποπτικές αρχές άλλων κρατών-μελών της Ε.Ε. και του Ε.Ο.Χ. και ανταλλάσσει με αυτές κάθε έγγραφο και κάθε πληροφορία χρήσιμη για την άσκηση της εποπτείας.
- Αποφασίζει περί της καταλληλότητας των μετόχων ή προσώπων τα οποία σκοπεύουν να αποκτήσουν ειδική συμμετοχή σε ασφαλιστική επιχείρηση που ιδρύθηκε και λειτουργεί στην Ελλάδα.
- Μπορεί να επιβάλλει στις εποπτευόμενες ασφαλιστικές επιχειρήσεις τη λήψη μέτρων εξυγίανσης, περιλαμβανομένου και του μέτρου υπαγωγής της επιχείρησης υπό καθεστώς αναγκαστικής διαχείρισης και της ανάκλησης της άδειας λειτουργίας.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η παρέμβαση της στις ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις ασκείται σε όλο το φάσμα των εργασιών τους και διασφαλίζει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο την τήρηση της σχετικής νομοθεσίας, προστατεύοντας τον καταναλωτή.

## 2.12 Το νομικό πλαίσιο των ασφαλίσεων ζωής και υγείας

Ο χώρος της ιδιωτικής ασφάλισης καλύπτεται νομικά, κατά κύριο λόγο, από το Ν.Δ. 400/1970 "Περί ιδιωτικής επιχειρήσεως ασφαλίσεως", τον Ν.489/1976 και τον Ν. 1569/1985 "Διαμεσολάβηση στις συμβάσεις ιδιωτικής ασφάλισης", όπως έχουν κατά καιρούς τροποποιηθεί και ισχύουν σήμερα.

Η σχετική νομοθεσία είναι σε σημαντικό βαθμό εναρμονισμένη με την αντίστοιχη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μεταξύ των τελευταίων πράξεων στη διαδικασία εναρμόνισης της ελληνικής νομοθεσίας τα τελευταία χρόνια, ήταν κατ' αρχάς η έκδοση του Π.Δ. 23/14-02-2005, που αφορά τροποποιήσεις επί του υπολογισμού του περιθωρίου φερεγγυότητας που είναι υποχρεωμένη να συγκροτεί κάθε ασφαλιστική επιχείρηση με έδρα στην Ελλάδα, καθώς και αυξήσεις των κατωτάτων ορίων των μετοχικών και εγγυητικών κεφαλαίων που υποχρεούνται να κατέχουν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Επιπλέον, δημοσιεύτηκε στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως το Π.Δ. 190/14-09-2006, που προσαρμόζει την ελληνική νομοθεσία στην Οδηγία 2002/92/Ε.Κ., σχετικά με τις δραστηριότητες της ασφαλιστικής διαμεσολάβησης και βέβαια δεν θα πρέπει να ξεχάσουμε το νόμο για το Solvency II .

Συνολικά ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης καλύπτεται από τα παρακάτω νομοθετήματα:

- Ν.Δ. 400/1970 "Περί ιδιωτικής επιχείρησης ασφαλίσεως".
- Π.Δ. 148/1984 (ΦΕΚ 47Α) "Κλαδικό λογιστικό σχέδιο".
- Ν. 2170/1993 (ΦΕΚ 150Α) " Τροποποίηση του Ν.Δ. 400/1970".
- Π.Δ. 252/1996 (ΦΕΚ 186Α) "Συμμόρφωση με 2η και 3η οδηγία Ε.Ε."
- Ν. 2496/1997 (ΦΕΚ 87Α) "Ασφαλιστική σύμβαση, τροποποιήσεις νομοθεσίας για ιδιωτική ασφάλιση".
- Π.Δ. 159/1998 (ΦΕΚ 121Α) "Τροποποίηση του Ν.Δ. 400/1970".
- Π.Δ. 169/2000 (ΦΕΚ 156Α) "Προσαρμογή Ν.Δ. 400/1970 στην οδηγία 91/674/ΕΟΚ".
- Π.Δ. 288/2002 (ΦΕΚ 258Α) "Προσαρμογή Ν.Δ. 400/1970 στις οδηγίες 98/78/ΕΚ, 73/239/ΕΟΚ, 79/267/ΕΟΚ".
- Π.Δ. 23/2005 (ΦΕΚ 31Α) "Προσαρμογή Ν.Δ. 400/1970 στις οδηγίες 2000/64/ΕΚ, 2002/12/ΕΚ, 2002/83/ΕΚ, 2002/13/ΕΚ".
- Π.Δ. 190/2006 (ΦΕΚ 196Α) "Προσαρμογή Ν.1569/1985) στην Οδηγία 2002/92/ΕΚ".
- Υ.Α. Κ3-1965/5-3-1998 (ΦΕΚ 13330/11-3-1998).



- Υ.Α. Κ3-3974/11-10-1999 (ΦΕΚ 8334/18-10-1999): "Ρύθμιση θεμάτων ασφαλίσεων ζωής".
- Υ.Α. Κ3-6282/29-05-2000: "Καθορισμός περιεχομένου ετήσιας έκθεσης περιθωρίου φερεγγυότητας".
- Υ.Α. Κ3-4382/7-06-2001: "Κωδικοποίηση και συμπλήρωση της Υ.Α. Κ3-3974/11-10-1999 "Ρύθμιση θεμάτων ασφαλίσεων ζωής".
- Υ.Α. 3/9124/30-11-2001: "Αναπροσαρμογή ανωτάτων εγγυημένων τεχνικών επιτοκίων".
- Υ.Α. Κ3/3200/17-04-2002: "Καθορισμός ενιαίου τρόπου υποβολής στοιχείων ετησίων εργασιών ασφαλιστικών επιχειρήσεων".
- Υ.Α. Ζ1/629/2005 (ΦΕΚ 720Β): "Εξ' αποστάσεως εμπορία χρηματοοικονομικών υπηρεσιών προς τους καταναλωτές -προσαρμογή του Ν.2251/1994 για την προστασία των καταναλωτών προς τις διατάξεις της οδηγίας 2002/65/ΕΚ.
- Υ.Α. Κ3/8010/8-08/2007 "Καθορισμός απαιτούμενων προϋποθέσεων εξετάσεων των διαμεσολαβητών στην ασφάλιση".
- Ν. 2190/1920 "Περί Ανωνύμων Εταιρειών".
- Ν. 1569/1985 "Διαμεσολάβηση στις συμβάσεις ιδιωτικής ασφάλισης".
- Ν. 3229/2004 (ΦΕΚ 38Α) "Εποπτεία της ιδιωτικής ασφάλισης".
- Ν. 3301/2004 (ΦΕΚ 263Α) "Συμφωνίες παροχής χρηματοοικονομικής ασφάλειας και εφαρμογή των διεθνών λογιστικών προτύπων".
- Ν. 3487/2006 (ΦΕΚ 190Α) "Ενσωμάτωση στο εθνικό δίκτυο της οδηγίας 2003/51/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 18/6/2003για "τροποποίηση των οδηγιών του συμβουλίου 78/660/ΕΟΚ, 83/349/ΕΟΚ, 86/635/ΕΟΚ και 91/674/ΕΟΚ σχετικά με τους ετήσιους και ενοποιημένους λογαριασμούς εταιρειών ορισμένων μορφών τραπεζών και άλλων χρηματοπιστωτικών ιδρυμάτων και ασφαλιστικών επιχειρήσεων".
- Ν. 3492/2006 (ΦΕΚ 210Α) "Φορολογικές ρυθμίσεις (Φόρος ασφαλιστρων κ.ά.)".
- Ν.3522/2006 (ΦΕΚ 276Α) "Μεταβολές στη φορολογία εισοδήματος, απλουστεύσεις στον Κ.Β.Σ. κ.ά."
- 1934 Απόφαση Ε.Π.Ε.Ι.Α. (ΦΕΚ 516Β 24-03/2008) "Πρόληψη της χρησιμοποίησης του χρηματοπιστωτικού συστήματος για τη νομιμοποίηση εσόδων από εγκληματικές δραστηριότητες και τη χρηματοδότηση της τρομοκρατίας".

Η περαιτέρω ανάλυσή τους ξεφεύγει από τα όρια της παρούσας εργασίας, είναι απαραίτητη όμως η μικρή αυτή παρουσίαση, διότι θα γίνουν σε επόμενη ενότητα αναφορές σε κάποιες από αυτές.

### **2.13 Είσοδος νέων ανταγωνιστών**

Η είσοδος μιας νέας επιχείρησης στον κλάδο των υπηρεσιών ιδιωτικής ασφάλισης ζωής και υγείας από τεχνικό-οικονομικής πλευράς, δεν είναι εύκολη υπόθεση. Η ίδρυση μιας ασφαλιστικής εταιρίας απαιτεί σημαντικές επενδύσεις και ενέχει αρκετές δυσκολίες.

Απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός ως προς τη σκοπιμότητα και την βιωσιμότητα της επένδυσης, ιδιαιτέρως σε ένα πολύπαθο οικονομικό περιβάλλον. Σημαντικό μέρος της επένδυσης αφορά στη δέσμευση σημαντικού ύψους κεφαλαίων για το αντίκρισμα των αναλαμβανόμενων προς ασφάλιση κινδύνων, οι οποίοι μάλιστα, εάν δεν υπάρχει προηγούμενη εμπειρία είναι πιο δύσκολο να προβλεφθούν με ακρίβεια, με βάση αναλογιστικές μελέτες. Επιπροσθέτως, μια εταιρία πρέπει να στελεχωθεί με εξειδικευμένο προσωπικό που να γνωρίζει τις ιδιαιτερότητες της ασφαλιστικής αγοράς. Η καθιέρωση και εδραίωση της φήμης μιας ασφαλιστικής εταιρίας στην αγορά, είναι μια μακρόχρονη διαδικασία που δυσχεραίνει την είσοδο νέων ανταγωνιστών, καθώς η δημιουργία "καλής φήμης" αποτελεί και την εγγύηση για το μέλλον αυτής και το οποίο απαιτεί χρόνο για να λειτουργήσει και να αποδώσει καρπούς. Επίσης, αρκετά δαπανηρή και επίπονη είναι και η διαδικασία δημιουργίας δικτύων πώλησης ή συμφωνιών προώθησης των ασφαλιστικών προϊόντων, τόσο ως προς τη δυσκολία εξεύρεσης των κατάλληλων ατόμων, όσο και της εκπαίδευσής τους και διατήρησής τους στην εταιρία μέσα από τη συνεχή προσφορά κινήτρων, ώστε να μην προσεγγίσουν τους ανταγωνιστές.

Δυσχέρειες όμως στην ίδρυση νέων εταιρειών στον κλάδο, θέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο. Οι προϋποθέσεις και ιδιαίτερα οι οικονομικές (κεφαλαιακές) απαιτήσεις που ισχύουν πλέον και στην Ελλάδα κρίνονται ως ιδιαίτερα αυστηρές και καθίστανται ακόμα αυστηρότερες στα πλαίσια εφαρμογής του νέου πλαισίου φερεγγυότητας Solvency II. (ICAP 2014).

Στους δύο παρακάτω πίνακες έχουμε το μερίδιο αγοράς στην ελληνική ασφαλιστική αγορά, για το 2015 και 2014, για όλους τους κλάδους και στη συνέχεια για τον κλάδο ζωής. Τα στοιχεία προέρχονται από έρευνες μεγάλης ασφαλιστικής εταιρίας.

Πίνακας 2.4: Μερίδια αγοράς στην ελληνική ασφαλιστική αγορά, 2015.

ΟΛΟΙ ΟΙ ΚΛΑΔΟΙ	2015 – GWP	2014-GWP	GROWTH	MARKET SHARE
ΕΘΝΙΚΗ	613.398.071	741.226.882	-17,25	16,64
INTERAMERICAN	359.015.911	383.771.264	-6,45	9,74
ING (ΖΩΗΣ)	333.516.864	238.191.446	40,02	9,05
EUROLIFE (ERB)	291.236.911	382.340.761	-23,83	7,90
ALLIANZ	195.931.801	195.800.103	0,07	5,31
GENERALLI	168.219.476	162.394.327	3,59	4,56
AXA	153.367.891	166.915.390	-8,12	4,16
METLIFE ALICO (ΖΩΗΣ)	144.991.799	217.443.928	-33,32	3,93
ERGO	140.982.082	138.553.463	1,75	3,82
GROUPAMA	139.382.751	147.314.830	-5,38	3,78
ATE INS	124.710.097	134.550.094	-7,31	3,38
ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ	107.720.432	117.877.415	-8,62	2,92
ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ	79.535.200	93.981.022	-15,37	2,16
INTERNATIONAL LIFE	69.993.492	79.897.951	-12,4	1,90
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ (ΜΙΝΕΤΤΑ)	51.648.119	60.571.652	-14,73	1,40
ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ	41.718.206	41.312.753	0,98	1,13
ΑΙΓΑΙΟΝ	31.440.293	35.019.183	-10,22	0,85
INTERASCO	26.798.112	24.791.136	8,1	0,73
ΣΥΝΑΙΤΕΡΙΣΤΙΚΗ	24.778.830	27.981.305	-11,45	0,67
ΕΥΡΩΠΗ	18.795.772	19.611.632	-4,16	0,51
CREDIT AGRICOLE (ΖΩΗΣ)	18.005.049	20.556.197	-12,41	0,49
ΔΥΝΑΜΙΣ	10.215.559	14.047.775	-27,28	0,28
ΟΡΙΖΩΝ	7.744.657	9.185.050	-15,68	0,21
CNP (ΖΩΗΣ)	2.177.751	2.508.343	-13,18	0,06
ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΠΙΣΤΙΣ	N/A	168.587.270		
ΣΥΝΟΛΟ	<b>3.155.325.126</b>	<b>3.624.431.172</b>	<b>-12,94</b>	
ΣΥΝΟΛΟ ΕΑΕΕ	<b>3.579.166.944</b>	<b>3.800.875.419</b>	<b>-5,83</b>	
ΣΥΝΟΛΟ ΤΕΛΙΚΟ	<b>3.686.887.376</b>	<b>3.918.752.834</b>	<b>-5,92</b>	

Πηγή: Αρχείο “ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΑΕΕΓΑ”, 2016.

Πίνακας 2.5: Μερίδια αγοράς στην ελληνική ασφαλιστική αγορά υγείας, 2015.

ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ	2015 – GWP	2014-GWP	GROWTH	MARKET SHARE
ΕΘΝΙΚΗ	413.851.920	513.570.706	-19,42	23,48
ING (ΖΩΗΣ)	333.516.864	238.191.446	40,02	18,92
EUROLIFE (ERB)	232.258.831	308.819.964	-24,79	13,18
INTERAMERICAN	152.003.274	166.287.514	-8,59	8,62
METLIFE ALICO (ΖΩΗΣ)	144.991.799	217.443.928	-33,32	8,23
ALLIANZ	87.449.743	80.519.415	8,61	4,96
GENERALLI	66.375.726	60.051.727	10,53	3,77
AXA	56.523.925	57.303.481	-1,36	3,21
GROUPAMA	53.422.257	57.613.966	-7,28	3,03
ATE INS	33.902.585	34.655.615	-2,17	1,92
INTERNATIONAL LIFE	23.411.656	25.600.058	-8,55	1,33
CREDIT AGRICOLE (ΖΩΗΣ)	18.005.049	20.556.197	-12,41	1,02
ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ	3.771.173	3.624.684	4,04	0,21
ΣΥΝΑΙΤΕΡΙΣΤΙΚΗ	3.166.984	3.094.096	2,36	0,18
ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ (ΜΙΝΕΤΤΑ)	3.127.054	28.286.910	-88,95	0,18
ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ	2.878.318	2.001.245	43,83	0,16
CNP (ΖΩΗΣ)	2.177.751	2.508.343	-13,18	0,12
ERGO	1.161.298	1.222.516	-5,01	0,07
ΟΡΙΖΩΝ	83.145	59.542	39,64	0,00
ΕΥΡΩΠΑΙΚΗ ΠΙΣΤΙΣ	N/A	38.613.128		
ΣΥΝΟΛΟ	<b>1.632.079.352</b>	<b>1.860.024.481</b>	<b>-12,25</b>	
ΣΥΝΟΛΟ ΕΑΕΕ	<b>1.759.551.274</b>	<b>1.831.466.008</b>	<b>-3,93</b>	
ΣΥΝΟΛΟ ΤΕΛΙΚΟ	<b>1.762.429.592</b>	<b>1.833.467.253</b>	<b>-3,87</b>	

Πηγή: Αρχείο “ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΑΕΕΓΑ”, 2016.

Ιδιαίτερα για τον κλάδο ζωής και υγείας, παρατηρούμε ότι οι πρώτες τρεις εταιρίες καταλαμβάνουν ποσοστό μεγαλύτερο του 55%, ενώ το υπόλοιπο διαμοιράζεται σε μικρά ποσοστά στις υπόλοιπες εταιρίες. Αξίζει μάλιστα να σημειωθεί ότι η πρώτη εταιρία, που κατέχει σχεδόν το 24% του κλάδου ζωής και υγείας, πρόσφατα (6/2017) πωλήθηκε κατά ποσοστό 75% σε πολυεθνική εταιρία. Είναι λοιπόν αντιληπτό ότι η είσοδος νέων ασφαλιστικών εταιρειών στον ελληνικό χώρο είναι πολύ δύσκολη, ιδιαίτερα εάν δεν έχει την οικονομική στήριξη κάποιας μεγάλης τράπεζας ή κάποιου πολυεθνικού ομίλου.

#### **2.14 Η ασφάλιση υγείας στις χώρες του Ο.Α.Σ.Α.**

Στο σημείο αυτό, για να μπορέσουμε να προχωρήσουμε στην ανάλυση των εμπειρικών δεδομένων σε μεταγενέστερο κεφάλαιο, είναι σκόπιμο να αναφερθούμε έστω και εν τάχει, στο τι περιλαμβάνει συνήθως μια ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε διάφορες χώρες. Με βάση μια μελέτη του Ο.Ο.Σ.Α. (Ο.Ε.Κ.Δ., 2016), θα εξετάσουμε πώς ορίζεται παγκοσμίως η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, τι περιλαμβάνει και σε ποιες μορφές διατίθεται σε διάφορα κράτη.

Σύμφωνα λοιπόν με τον Ο.Ο.Σ.Α., η ιδιωτική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει ασφαλιστικά πλάνα τα οποία χρηματοδοτούνται από ιδιωτικούς πόρους, δηλαδή πληρωμές που πραγματοποιούνται από τον λήπτη της ασφάλισης για την αγορά ασφαλιστικής κάλυψης, για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, μέσω μιας ασφαλιστικής σύμβασης. Η αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας είναι σε κάποιες περιπτώσεις υποχρεωτική και σε άλλες προαιρετική. Συνήθως είναι υποχρεωτική στην περίπτωση ασφάλισης εργαζόμενου από τον εργοδότη. Το ασφάλιστρο δεν διαφοροποιείται ανάλογα με το εισόδημα του πελάτη, αν και σε κάποια κράτη επιδοτείται εν μέρει από το κράτος.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει την εργοδοτική εισφορά υγείας, όπου ο εργοδότης παρέχει την κάλυψη υγείας, ενεργώντας ως ασφαλιστής και αναλαμβάνοντας τον κίνδυνο χωρίς να τον μεταφέρει σε ασφαλιστική εταιρία. Ειδική περίπτωση θεωρείται η ασφάλιση των δημόσιων υπαλλήλων από το κράτος.

Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν περιλαμβάνει την ασφάλιση ταξιδιού που καλύπτει τον κίνδυνο ασθένειας ή ατυχημάτων που πραγματοποιούνται στο εξωτερικό, προγράμματα εταιρικής υγείας για υπαλλήλους εταιρειών, τα οποία δεν συνεπάγονται ασφαλιστική κάλυψη (π.χ. επιστροφή δαπανών που αφορούν την υγεία, κτλ), ιατρικούς λογαριασμούς ταμειωτηρίου, λογαριασμούς ταμείων υγείας ή παρόμοια συστήματα που προσφέρουν προπληρωμή αλλά δεν συνεπάγονται την κατανομή ή συγκέντρωση του κινδύνου μεταξύ των ατόμων, συστήματα ασφάλισης ζωής και μακροχρόνιας περιθάλψης που περιλαμβάνουν ένα στοιχείο υγείας, όπως ειδική ασθένεια, εφάπαξ ποσό, κρίσιμη ασθένεια, αντικατάσταση εισοδήματος, προσωρινή ή μόνιμη αναπηρία.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία θα συμβολίζεται με PHI – private health insurance, θα μετρηθεί ως εξής: είναι ο αριθμός των ατόμων που καλύπτονται από μία τουλάχιστον σύμβαση ασφάλισης υγείας με τους περιορισμούς που περιγράψαμε παραπάνω, συμπεριλαμβανομένων και των καλυπτόμενων εξαρτώμενων ατόμων. Για να αποφευχθούν οι επικαλύψεις, δεν θα προσμετρηθούν όλες οι ασφαλιστικές συμβάσεις που έχουν γίνει σε ένα κράτος, καθώς το κάθε άτομο μπορεί να καλύπτεται από περισσότερα του ενός προϊόντα, αλλά θα μετρηθούν άτομα.

Η PHI στην πραγματικότητα διακρίνεται σε Primary PHI (βασική), Duplicate PHI (διπλή), Complementary PHI (συμπληρωματική) και Supplementary PHI (επιπρόσθετη).

**Η βασική κάλυψη (Primary PHI)** αναφέρεται σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας που γίνεται είτε επειδή δεν υπάρχει αντίστοιχη κοινωνική παροχή, είτε επειδή τα άτομα δεν είναι ασφαλισμένα από την κοινωνική ασφάλιση, είτε τέλος, επειδή τα άτομα που εξετάζονται έχουν επιλέξει να μην καλυφθούν από την κοινωνική ασφάλιση.

**Η διπλή κάλυψη (Duplicate PHI)** αναφέρεται σε ιδιωτική ασφάλιση υγείας που παρέχει κάλυψη για υπηρεσίες που ήδη περιλαμβάνονται στην κρατική ασφάλιση υγείας, προσφέροντας ταυτόχρονα πρόσβαση σε διαφορετικούς παρόχους (π.χ ιδιωτικά νοσοκομεία) ή σε διαφορετικά επίπεδα υπηρεσιών (π.χ. ταχύτερη πρόσβαση στη φροντίδα). Δεν απαλλάσσει τους καταναλωτές από την πληρωμή των κοινωνικών προγραμμάτων υγείας.

**Η συμπληρωματική κάλυψη υγείας (Complementary PHI)** αναφέρεται στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας που συμπληρώνει την κάλυψη των κοινωνικών υπηρεσιών, καλύπτοντας το σύνολο ή μέρος των υπολειπόμενων δαπανών που δεν έχουν επιστραφεί με άλλο τρόπο (π.χ. χρέωση δαπανών, συμμετοχές).

**Η επιπρόσθετη κάλυψη υγείας (Supplementary PHI)** αναφέρεται στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας που παρέχει κάλυψη για πρόσθετες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες δεν καλύπτονται καθόλου από την κοινωνική ασφάλιση.

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τις κατηγορίες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας που διατίθενται σε κάθε χώρα.

**Πίνακας 2.6: Ιδιωτική ασφάλιση υγείας σε διάφορες χώρες.**

country	Type of coverage available	Number of covered lives or number of policyholders	Voluntary or mandatory insurance	Individual or group policies (% of market if both policy types exist)	Life insurance products including health elements	Longterm care insurance (LTC)
<b>Australia</b>	Duplicate and supplementary.	Covered lives	Voluntary	Individual	Yes. Lump sums for medical conditions, serious illness, injury or permanent disability. Monthly benefits if unable to work due to illness or injury.	No
<b>Austria</b>	Complementary	Covered lives	Voluntary	-	-	-
<b>Belgium</b>	Complementary (primary smallrisks coverage for self-employed)	Covered lives	-Voluntary (private companies and mutuelles) - Mandatory (long-term care in Flanders)	-100% individual (mutuelles) - 25% individual and 75% group (private companies)	N.a. (private companies). No mutuelles.	Yes (for zorgverzekering in Flanders)
Private insurers	-	-	Voluntary	-	-	-
Mutuelles	-	-	Voluntary	Individual	No	Only if LTC treatment in hospitals, in framework of inpatient treatment
Hospitalisation Zorgverzekering (Flanders only)	-	All population in Flanders	Mandatory	Individual	No	Only if LTC treatment in hospitals, in framework of inpatient treatment
<b>Canada</b>	Supplementary	Covered lives	Voluntary	10% individual and 90% group	Yes (e.g. Critical illness insurance, disability insurance)	Yes
<b>Chile</b>	Primary PHI	3.196.477 (number of covered lives) in 2013	Mandatory plus a part voluntary to upgrade services	18.2% in 2013 (both groups)	-	-
	Complementary PHI	3.781.135 (number of covered lives) in 2013	Voluntary	21.7% in 2013 (both groups)	-	-
<b>Czech Republic</b>	Supplementary. Primary: for foreigners who are not eligible for public health insurance coverage.	-	Voluntary	Individual	Life insurance products do not generally comprise coverage for health care services. - Disease specific and critical illness products, - Income replacement and cash products, - Temporary or permanent disability.	No
		Policyholders (number of policies taken out. Information on covered lives is n.a.).			No. Life insurance products generally do not include health elements.	
<b>Denmark</b>	Complementary, supplementary	-	Voluntary	Group and individual (% is n.a.)	-	No
<b>Estonia</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Finland</b>	Supplementary	-	Voluntary	-	-	-
<b>France</b>	Complementary	Covered lives	Voluntary	Individual and group	-	-
<b>Germany</b>	Primary, complementary and supplementary	Covered lives	Voluntary and mandatory	Individual and group (% of n.a.)	Yes (e.g. permanent disability)	Yes
<b>Greece</b>	Duplicate	-	Voluntary	-	Yes	-
<b>Hungary</b>	Supplementary	-	Voluntary	-	Yes	No
<b>Iceland</b>	Primary	Covered lives	Voluntary	Individual	Yes	Yes, but just recently offered
					Yes. Life companies offer products (critical illness, hospital cash, income replacement etc).	Yes. Life companies may offer long term care insurance.
<b>Ireland</b>	Duplicate	2 million covered lives (including children)	Voluntary	Individual and group policies combined	-	Yes, in addition to the health insurance.
<b>Israel</b>	Complementary, Duplicate and Supplementary	Covered lives	Voluntary	Both	-	-
<b>Italy</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Japan</b>	Complementary and supplementary	-	Voluntary (except the compulsory automobile liability insurance).	Individual and group	Yes (e.g. Cancer insurance, specified disease insurance, etc.)	Yes
<b>Korea</b>	Complementary and supplementary	-	Voluntary	Individual	Yes	Yes
<b>Luxemburg</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Mexico</b>	Duplicate	-	Voluntary	-	-	No
<b>Netherlands</b>	-	-	-	-	-	-
		5.834 million, of which: - Policies entirely pertaining to private law (4.130 million) - Standardised policies regulated under the WTZ scheme (0.817 million) - Policies for civil servants (0.888 million)				
up to 2005	Primary and supplementary	-	Voluntary	48% individual, 52% group	No	No
					Individual and group (group max. 44%, but from the total insured population of 16.5 million)	
2006 onwards	Supplementary	Covered lives: approximate	Voluntary	-	No	No
<b>New Zealand</b>	Complementary and Supplementary	Covered lives	Voluntary	Individual and group	Yes	No
<b>Norway</b>	Duplicate	-	Voluntary	-	-	No
<b>Poland</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Portugal</b>	-	-	Voluntary	-	-	-
<b>Slovak Republic</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Slovenia</b>	Complementary	Insured persons and dependents	Voluntary	-	Yes	No
<b>Spain</b>	Primary, duplicate	Covered lives	Voluntary	Individual	-	Yes
<b>Sweden</b>	-	-	-	-	-	-
<b>Switzerland</b>	Supplementary	Covered lives	Voluntary	-	-	-
<b>Turkey</b>	Complementary and supplementary	Policy holders	Voluntary	-	Critical illness	-
<b>United Kingdom</b>	Duplicate	Covered lives	Voluntary	Individual and group (% is n.a.)	Critical illness	-
<b>United States</b>	Primary and complementary	Covered lives	Voluntary	-	No	Yes

Πηγή: OECD Health Statistics 2016 Definitions, Sources and Method.

Σημαντικές σημειώσεις αναφορικά με τον παραπάνω πίνακα:

- Αριθμός καλυπτόμενων ζωνών ή αριθμός ασφαλισμένων: Υπάρχει διαφορά εάν τα παρεχόμενα δεδομένα αφορούν τις καλυπτόμενες ζώνες ή τον αριθμό των αντισυμβαλλομένων. Τα δεδομένα θα πρέπει, όπου είναι δυνατόν, να αναφέρουν τον αριθμό των ατόμων που καλύπτονται από ένα ιδιωτικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας. Αυτό περιλαμβάνει τόσο τα άτομα που καλύπτονται από το ασφαλιστήριο ως κυρίως ασφαλισμένοι, όσο και τα εξαρτώμενα από τον ασφαλισμένο (ή άλλα πρόσωπα) που καλύπτονται μέσω της ασφάλισης του ασφαλισμένου. Ο αριθμός των αντισυμβαλλομένων αναφέρεται αντιστρόφως στον αριθμό των ατόμων που αγόρασαν (ή έλαβαν, για παράδειγμα μέσω ενός εργοδότη) ένα ΡΗΙ συμβόλαιο.
- Εθελοντική ή υποχρεωτική ασφάλιση: Για κάθε χώρα, ο πίνακας αναφέρει εάν το ΡΗΙ είναι υποχρεωτικό ή εθελοντικό. Συχνά, η ανάληψη της ασφάλισης είναι εθελοντική, μολονότι η συμμετοχή μπορεί να ενθαρρυνθεί, για παράδειγμα μέσω φορολογικών ελαφρύνσεων ή άλλων φορολογικών πλεονεκτημάτων, ή όταν αυτή αναλαμβάνεται από τους εργαζομένους ως προϋπόθεση απασχόλησης. Η ανάληψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας μπορεί επίσης να επιβληθεί με νόμο. Η ασφαλιστική κάλυψη που χορηγείται από εργοδότες για τους υπαλλήλους τους είναι εθελοντική, ακόμη και αν οι εργαζόμενοι καλύπτονται από όρο στη σύμβασή τους.
- Μεμονωμένα συμβόλαια: Ο πίνακας, για κάθε χώρα αναφέρει εάν το ΡΗΙ προσφέρεται ως ατομικό ή ομαδικό συμβόλαιο (ή και τα δύο). Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια μπορούν να αγοραστούν από ιδιώτες ή από εργοδότες για λογαριασμό των υπαλλήλων τους. Τα ομαδικά συμβόλαια μπορούν να πληρωθούν από τον εργοδότη, να αφαιρεθούν από τους μισθούς ή να συνδυαστούν οι δύο μέθοδοι. Εάν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία, αναφέρεται το ποσοστό της αγοράς και των δύο τύπων συμβολαίων.
- Προϊόντα ασφάλισης ζωής, συμπεριλαμβανομένων καλύψεων υγείας: Ο πίνακας αναφέρει αν οι ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν προϊόντα ζωής που περιλαμβάνουν και κάλυψη υγείας. Εάν υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες, προσδιορίζονται ποια προϊόντα υπάρχουν (π.χ. ειδικές ασθένειες, εφάπαξ ποσό, κρίσιμη ασθένεια, αντικατάσταση εισοδήματος, προϊόντα μετρητών, προσωρινή ή μόνιμη ασφάλιση αναπηρίας).
- Ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης: Στον πίνακα αναφέρεται αν οι ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης.

## 2.15 Το σύστημα υγείας και η ασφάλιση υγείας σε διάφορες χώρες

Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε το σύστημα υγείας και ασφάλισης υγείας σε ορισμένες χώρες, μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία, διότι θα μας φανεί χρήσιμο στη συνέχεια της διατριβής. Θα δούμε τι ποσοστό καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση και τι ποσοστό η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

### 2.15.1 Η.Π.Α.

Ξεκινάμε με τις Η.Π.Α. όπου, σύμφωνα με τον Ξένο Π. et al. (2013), παρατηρείται η ανάπτυξη του συστήματος **managed care**, που προοριζόταν για τη μείωση των περιττών δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης μέσω διαφόρων μηχανισμών, περιλαμβανομένων των εξής:

- οικονομικά κίνητρα για τους ιατρούς και τους ασθενείς προκειμένου να επιλέξουν τις λιγότερο δαπανηρές μορφές φροντίδας,
- προγράμματα για τον έλεγχο της ιατρικής αναγκαιότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών,
- αύξηση του επιμερισμού του κόστους του δικαιούχου της ασφάλισης,
- έλεγχος των εισαγωγών των ασθενών και της διάρκειας νοσηλείας,
- δημιουργία κινήτρων για επιμερισμό του κόστους για ιατρικές πράξεις στα εξωτερικά ιατρεία,
- επιλεκτική διαδικασία σύναψης συμβάσεων με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και
- εντατική διαχείριση των περιπτώσεων υψηλού ιατρικού κόστους.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι οι **Health Maintenance Organizations** και οι **Preferred Provider Organizations**.

Στις ΗΠΑ, το σύστημα managed care ήταν σύμφωνα με τους μελετητές, επιτυχές στη μείωση του κόστους κατά το χρονικό διάστημα μεταξύ 1993 και 1999, όπου οι ιατρικές δαπάνες παρέμειναν σταθερές ως ποσοστό του ΑΕΠ, ενώ αυξάνονταν συνεχώς από το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο.

Συνεχίζοντας τη μελέτη του αμερικανικού συστήματος υγείας, ένας σύγχρονος μηχανισμός αποζημίωσης και ελέγχου του νοσοκομειακού κόστους, που χρησιμοποιείται πλέον στα σύγχρονα συστήματα υγείας με επί μέρους παραλλαγές, είναι η χρηματοδότηση βάσει ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (**diagnosis-related groups, DRGs**). Η μέθοδος αυτή υιοθετήθηκε για πρώτη φορά από το Αμερικανικό Κογκρέσο το 1983 και αφορούσε στην πληρωμή των νοσοκομείων που εξυπηρετούσαν ασθενείς οι οποίοι καλύπτονταν από το ομοσπονδιακό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης ηλικιωμένων και αναπήρων Medicare.



Η βασική ιδέα των Fetter και Thompson, του Πανεπιστημίου Yale των ΗΠΑ, ήταν η ταξινόμηση του εξαιρετικά μεγάλου αριθμού ιατρικών περιστατικών-περιπτώσεων σε ομάδες με κοινά χαρακτηριστικά. Το βασικό πλεονέκτημα είναι η ικανότητα ανάλυσης, όπως για παράδειγμα η σύγκριση του κόστους, της αποδοτικότητας και της ποιότητας, που διαφορετικά δεν θα ήταν εφικτή. Επίσης, τα παραπάνω συνέδραμαν στην αύξηση του βαθμού διαφάνειας σχετικά με την απόδοση των προμηθευτών και την κατανάλωση των πόρων, σε έναν τομέα όπου η άσκηση πολιτικής και διοίκησης ήταν συνδεδεμένη με προβλήματα ελλιπούς πληροφόρησης καθώς οι διευθύνσεις και οι «τρίτοι» πληρωτές γνώριζαν λίγα για την εσωτερική διαδικασία των νοσοκομείων και είχαν περιορισμένα μέσα για να προβούν σε ουσιαστικές συγκρίσεις. Η μέθοδος DRG είναι ένας μηχανισμός κατανομής των οικονομικών πόρων των νοσοκομείων βάσει των υπηρεσιών που αυτά παρέχουν, ο οποίος παράλληλα αποθαρρύνει την παροχή της περιττής ιατρικής περίθαλψης και ενθαρρύνει, αντίστοιχα, την οικονομικά αποδοτική παροχή της κατάλληλης ιατρικής περίθαλψης.

Η μέθοδος αυτή, με ορισμένες παραλλαγές, κατέστη πολύ ελκυστική για τους έχοντες την ευθύνη χάραξης πολιτικής στον τομέα των οικονομικών της υγείας τόσο στις ΗΠΑ όσο και σε ορισμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, εφ' όσον με αυτή επιτυγχάνεται συγκράτηση των δαπανών των νοσοκομείων, ενώ αποφεύγονται οι πολιτικές διαμάχες όπως στις περιπτώσεις του συστήματος των σφαιρικών προϋπολογισμών που θα δούμε παρακάτω.

Η «πληρωμή σύμφωνα με την απόδοση» ή η «αγορά υπηρεσιών υγείας βάσει της αξίας τους» (**pay for performance**, P4P/valued-based purchasing) είναι ένα αναδυόμενο κίνημα στην ασφάλιση υγείας το οποίο άρχισε να εφαρμόζεται από τις ΗΠΑ και τη Μ. Βρετανία τόσο για την πρωτοβάθμια όσο και για τη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας.

Η μέθοδος της «αμοιβής κατά κεφαλή» ορίζεται ως η εκ των προτέρων καθορισμένη πληρωμή (prospective payment) των προμηθευτών υγείας για ένα συγκεκριμένο πληθυσμό και για μια χρονική περίοδο για την οποία αντιστοιχεί ένα πακέτο υπηρεσιών. Οι τιμές του πακέτου υπηρεσιών σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο ισοδυναμούν με το συνολικό ποσό που δίνεται στον προμηθευτή προς τον αριθμό των ασφαλισμένων, για συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Εάν οι τιμές αυτές είναι κάτω από τα αναμενόμενα κόστη, τότε οι προμηθευτές αναμένεται να διορθώσουν τα ελλείμματά τους μειώνοντας τα αναμενόμενα κόστη μέσω της μείωσης του χρόνου παρακολούθησης των ασθενών, της επιλογής ασθενών «χαμηλού κινδύνου» κ.ά. Δηλαδή, μεταφέρεται ο οικονομικός κίνδυνος (financial risk) από τον «τρίτο πληρωτή» στους προμηθευτές υγείας. Υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις όπου η αμοιβή δεν είναι καθορισμένη αλλά διαμορφώνεται, ενσωματώνοντας κάποιους παράγοντες σχετικού κινδύνου του εγγεγραμμένου πληθυσμού, όπως το φύλο των ασθενών, η ηλικία κ.ά. Η μέθοδος αυτή έχει αποδειχθεί ότι παρέχει ισχυρά κίνητρα για έλεγχο του όγκου και του κόστους των υπηρεσιών, αλλά την ίδια στιγμή υπάρχει ο κίνδυνος της υπολειτουργίας (under-

provision) των προμηθευτών και της παροχής υπηρεσιών χαμηλής ποιότητας.

Οι **σφαιρικοί ή οι «ανά κατηγορία» προϋπολογισμοί** είναι εκ των προτέρων καθορισμένες συνολικές πληρωμές για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Το ύψος των πληρωμών ως επί το πλείστον βασίζεται σε προηγούμενες πληρωμές, οι οποίες ενδέχεται να είναι προσαρμοσμένες στον πληθωριστικό παράγοντα. Οι ανά κατηγορία προϋπολογισμοί, σε αντίθεση με τους σφαιρικούς, δεν παρέχουν τη δυνατότητα στις διοικήσεις των νοσοκομειακών μονάδων της ανακατανομής των πόρων ανάμεσα στις διάφορες κατηγορίες των κονδυλίων (μισθοί, φάρμακα, εξοπλισμός, συντήρηση κ.ά.). Ως συνέπεια αυτού του γεγονότος ενδέχεται να παρατηρηθεί ελλιπής παροχή σημαντικών υπηρεσιών υγείας, το μέγεθος των οποίων θα βασίζεται σε ιστορικά επίπεδα χρησιμοποίησης των πόρων. Η μέθοδος αυτή είναι περισσότερο διαδεδομένη σε χώρες με χαμηλό και μέσο εισόδημα, και η κύρια αιτία είναι η έλλειψη συστημάτων πληροφόρησης η οποία αποτρέπει τη χρήση περισσότερο αναπτυγμένων συστημάτων αποζημίωσης.

Ανταποκρινόμενα στις διάφορες δημόσιες αντιδράσεις που είχαν οι μέθοδοι managed care στη δεκαετία του 1990, τα προγράμματα ιατρικής περίθαλψης (health care plans) και οι οργανωμένες ομάδες ιατρών (physicians groups) στην πολιτεία της California των ΗΠΑ ανέπτυξαν μια σειρά δεικτών ποιότητας (quality performance measures) και τις κάρτες δημόσιας λογοδοσίας/αναφοράς (public report cards), τα οποία, το 2001, είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία του προγράμματος “California pay for performance program”, το οποίο είναι το μεγαλύτερο πρόγραμμα του είδους σε όλες τις ΗΠΑ. Τα οικονομικά κίνητρα που στηρίζονταν στη διαχείριση της χρησιμότητας (utilization management) αντικαταστάθηκαν από αυτά που βασίζονται σε δείκτες ποιότητας, σύμφωνα με τους Ξένος et al (2013).

Με την ομοσπονδιακή νομοθεσία στις ΗΠΑ που θεσπίστηκε το 2003 ιδρύθηκε ο ανεξάρτητος μη κυβερνητικός και μη κερδοσκοπικός, συμβουλευτικός οργανισμός Institute of Medicine, ο οποίος προτείνει ένα πλαίσιο οικονομικών κινήτρων, έτσι ώστε ο τομέας του Υπουργείου Υγείας που είναι υπεύθυνος για τα προγράμματα Medicare και Medicaid “Centers for Medicare and Medicaid services” να είναι σε θέση να επιβραβεύει τους ιατρούς, τα νοσοκομεία, τα προγράμματα ιατρικής περίθαλψης (health care plans) και άλλους προμηθευτές με υψηλή ποιότητα. Επί πλέον, νομοθεσία που θεσπίστηκε ωρύτερα κατά τον ίδιο χρόνο απαίτησε από τον Υπουργό Υγείας των ΗΠΑ να δημιουργήσει ένα σχέδιο πληρωμών βάσει της αξίας των υπηρεσιών (value based) του νοσοκομειακού προγράμματος Medicare, το οποίο θα είχε ημερομηνία έναρξης της υλοποίησής του το οικονομικό έτος 2009. Το 2004, το νομοσχέδιο για τον εκσυγχρονισμό του προγράμματος Medicare καθιέρωσε ένα σχετικά μικρό οικονομικό κίνητρο, το οποίο ισοδυναμούσε με το 0,4% των συνολικών πληρωμών, για να ενθαρρύνει τα νοσοκομεία να δημοσιοποιήσουν 10 ποιοτικούς δείκτες σχετικά με τα κλινικά αποτελέσματά τους στις νόσους του εμφράγματος του μυοκαρδίου, της

καρδιακής ανεπάρκειας και της πνευμονίας. Για την ανάπτυξη και την εφαρμογή των παραπάνω πολιτικών το Υπουργείο Υγείας των ΗΠΑ συνεργάζεται με πολλούς φορείς που έχουν ως κοινό στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και την αποφυγή του περιττού ιατρικού κόστους, όπως οι National Quality Forum (NQF), Joint Commission of the Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), National Committee for Quality Assurance (NCQA), Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ), American Medical Association (AMA) και άλλους. Το Υπουργείο Υγείας, επί πλέον, παρέχει τεχνική βοήθεια σε ένα μεγάλο εύρος προμηθευτών υγείας, μέσω των Quality Improvement Organizations.

Τα νοσοκομειακά προγράμματα P4P του προγράμματος Medicare είναι τα εξής δύο:

(α) Το “Hospital Quality Initiative”, το οποίο εστιάζει σε μια αρχική ομάδα 10 δεικτών ποιότητας και συνδέει τη δημοσιοποίηση αυτών των μετρήσεων με τις πληρωμές των νοσοκομείων που λαμβάνουν για κάθε εξιτήριο ασθενούς από το νοσοκομείο. Τα νοσοκομεία που παρέχουν τις απαιτούμενες μετρήσεις λαμβάνουν την πλήρη επικαιροποιημένη πληρωμή μέσω της μεθόδου αποζημίωσης των ομοειδών διαγνωστικών ομάδων (DRG) που χρησιμοποιείται από το πρόγραμμα Medicare. Περίπου όλα (98,3%) τα νοσοκομεία τα οποία συμμετέχουν στο πρόγραμμα έχουν τηρήσει τους παραπάνω απολογιστικούς όρους που απαιτούνται για αυτή τη χρηματική προμήθεια.

(β) Το “Premier Hospital Quality Incentive Demonstration” (PHQID),<sup>34</sup> το οποίο έχει ως σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης στους δικαιούχους ασφαλισμένους του προγράμματος Medicare, παρέχοντας οικονομικά κίνητρα σε περίπου 300 νοσοκομεία για τις υψηλής ποιότητας υπηρεσίες τους. Υπό αυτή την έννοια, η υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας που είναι υπεύθυνη για το πρόγραμμα Medicare συλλέγει δεδομένα από 34 δείκτες ποιότητας βασισμένους στην τεκμηρίωση (evidence-based clinical quality measures) σχετικά με πέντε κλινικές καταστάσεις (έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, αορτοστεφανιαία παράκαμψη με μόσχευμα, αντικατάσταση γόνατος και ισχίου, πνευμονία) και η συγκεκριμένη απόδοση του κάθε νοσοκομείου σε αυτούς τους δείκτες δημοσιοποιείται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας. Τα νοσοκομεία που βρίσκονται στο καλύτερο 10% των θέσεων ανάλογα με τους δείκτες ποιότητας λαμβάνουν μια πρόσθετη αμοιβή (bonus) 2% στο σύνολο των καθιερωμένων πληρωμών μέσω DRG για τα σχετικά εξιτήρια ασθενών. Μετά τον τρίτο χρόνο από την έναρξη της νομοθετικής πρωτοβουλίας, όποια νοσοκομεία δεν πληρούν κάποια κατώτατα προκαθορισμένα όρια στις ποιοτικές μετρήσεις θα αντιμετωπίζουν μειώσεις στις πληρωμές τους.

Το πρόγραμμα “PHQID” λειτούργησε ως πεδίο δοκιμής για την επερχόμενη πολιτική μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης και συγκεκριμένα την υιοθέτηση κριτηρίων ποιότητας στον τρόπο αποζημίωσης των προμηθευτών υγείας σε εθνικό επίπεδο, αρχής γενομένης από το οικονομικό έτος

2013. Για τα 6 χρόνια λειτουργίας του “RHQID” (2003–2009) οι συμμετέχοντες

1. αύξησαν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών κατά μέσον όρο 18,6 ποσοστιαίες μονάδες βάσει της απόδοσής τους στους 34 δείκτες ποιότητας, όπως η κατάλληλη χορήγηση φαρμάκων (π.χ. αντιβιοτικά, β-αναστολείς) σε ασθενείς σε πέντε κλινικές καταστάσεις,
2. έλαβαν οικονομικά κίνητρα ύψους 60 εκατομμυρίων δολαρίων για τη βελτίωση της απόδοσης και την επίτευξη των στόχων,
3. βελτίωσαν την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης για κάθε κατηγορία κλινικής κατάστασης για όλη τη χρονική περίοδο του δείγματος (2003–2006), ενώ
4. σώθηκε η ζωή περίπου 8.500 ασθενών με καρδιακή προσβολή.

Ένας κίνδυνος που ελλοχεύει σχετικά με τα προγράμματα P4P είναι ο εξής: Οι ασθενείς είναι πιθανό να μην είναι τυχαία κατανομημένοι σε όλους τους προμηθευτές ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. Έτσι, ορισμένοι προμηθευτές με μεγάλη επιτυχία στις «δύσκολες περιπτώσεις νοσηλείας» ενδέχεται να γίνονται πόλος έλξης για παρόμοια περιστατικά. Αυτό το γεγονός θα έχει ως συνέπεια να βαθμολογηθούν χειρότερα στις ποιοτικές μετρήσεις. Η λύση σε αυτό το γεγονός βρίσκεται στη χρήση στατιστικών μεθόδων προσαρμογής κινδύνου (risk-adjust methods) στις μετρήσεις της απόδοσης των προμηθευτών ανάλογα με τη σοβαρότητα των ασθενών. Ωστόσο, οι εν λόγω τεχνικές προσαρμογής κινδύνου προϋποθέτουν υψηλή τεχνογνωσία, είναι δύσκολο να εφαρμοστούν και ενδέχεται να μην είναι απόλυτα επιτυχείς.

Έχοντας δει το σύστημα υγείας, θα εξετάσουμε τώρα λίγο το σύστημα ασφάλισης υγείας, το οποίο βασίζεται κυρίως στην ιδιωτική ασφάλιση. Ουσιαστικά η κοινωνική ασφάλιση αφορά τους άπορους (medicaid) και αυτούς που δεν γίνονται δεκτοί από τις ιδιωτικές εταιρίες λόγω βεβαρυμένου ιστορικού υγείας ή λόγω μεγάλης ηλικίας (medicare). Υπάρχει επίσης μέριμνα και για την κάλυψη των παιδιών. Το ποσοστό της ιδιωτικής ασφάλισης βάσει των ερευνών είναι αρκετά υψηλό έναντι του ποσοστού κοινωνικής ασφάλισης.

Ο τύπος της ιδιωτικής ασφάλισης που παρέχεται είναι, σύμφωνα με τον πίνακα που παραθέσαμε παραπάνω, η βασική και η συμπληρωματική. Ο χαρακτήρας της είναι προαιρετικός. Δεν υπάρχουν μικτά προϊόντα ζωής και υγείας, όπως στην Ελλάδα, οι δύο κλάδοι είναι ξεχωριστοί. Διατίθενται στην αγορά καλύψεις μακροχρόνιας φροντίδας.

### **2.15.2 Μεγάλη Βρετανία**

Περνώντας στη Μ. Βρετανία και το σύστημα υγείας της, αξίζει να αναφερθεί ότι, βασίζεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS). Η εισαγωγή της «πληρωμής των προμηθευτών υγείας ανάλογα με τα

αποτελέσματά τους» (payment by results, PbR) το 2005 εφαρμόστηκε με σκοπό την παραγωγή ενός διαφανούς, βάσει κανόνων, συστήματος για την πληρωμή των νοσοκομείων (trusts), μέσω της επιβράβευσης της αποδοτικότητας, της υποστήριξης της δυνατότητας επιλογής του κάθε ασθενούς και της ενθάρρυνσης της δραστηριότητας για τη βιώσιμη μείωση του χρόνου αναμονής. Η πληρωμή συνδέεται με τα αποτελέσματα του κάθε νοσοκομείου, προσαρμοσμένη ανάλογα με την ομοειδή διαγνωστική ομάδα (case mix). Το πλέον σημαντικό είναι ότι αυτό το σύστημα διασφαλίζει μια δίκαιη και συνεπή βάση για την αποζημίωση των νοσοκομείων, η οποία δεν στηρίζεται κατά το μεγαλύτερο τμήμα στους ιστορικούς προϋπολογισμούς και στις διαπραγματευτικές ικανότητες των εκάστοτε διοικητών.

Συγκεκριμένα, η δραστηριότητα των νοσοκομείων, κατηγοριοποιημένη σύμφωνα με ομοειδείς διαγνωστικές ομάδες που απαιτούν περίπου το ίδιο επίπεδο ιατρικών πόρων (healthcare resource groups, HRGs), θα αποζημιώνεται με ένα σταθερό ποσό για όλη τη χώρα (national tariff). Το ποσό αυτό υπολογίζεται σύμφωνα με το μέσο όρο παροχής της περίθαλψης ή της θεραπείας από το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας, προσαρμοσμένο στον πληθωρισμό, στις αλλαγές στην τεχνολογία, στις κλινικές πρακτικές και σε τοπικούς παράγοντες. Ενώ το σταθερό αυτό ποσό σε επίπεδο χώρας θα καθορίζει την τιμή, οι αγοραστές και οι προμηθευτές θα διαπραγματεύονται τον όγκο των υπηρεσιών, εστιάζοντας στην ποιότητα παρά στην τιμή. Ο κίνδυνος ο οποίος συνδέεται με αυτή τη μέθοδο χρηματοδότησης για τα νοσοκομεία είναι η συγκράτηση του κόστους τους στο πλαίσιο του επιπέδου της σταθερής τιμής (tariff) που θα λαμβάνουν. Η μέθοδος PbR έχει ως σκοπό να αυξήσει τη δραστηριότητα (να μειώσει το χρόνο αναμονής), την παραγωγικότητα και τη διαφάνεια, να διευκολύνει τη δυνατότητα επιλογής από τον ασθενή, καθώς και να δημιουργήσει πλουραλισμό στην παροχή των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τη μέθοδο χρηματοδότησης PbR και βάσει της έρευνας των Ξένου et al. (2013), ο αγοραστής υπηρεσιών υγείας πληρώνει ένα σταθερό ποσό (tariff) για κάθε ασθενή που περιθάλπει, δημιουργώντας έτσι μια άμεση (γραμμική) σχέση μεταξύ του επιπέδου δραστηριότητας (activity) του νοσοκομείου και του πληρωτέου ποσού. Σε αντίθεση με το προηγούμενο καθεστώς χρηματοδότησης των συμβολαίων (block contracts), η μέθοδος PbR εισάγει κίνητρα για τα νοσοκομεία ώστε να αυξήσουν τη δραστηριότητά τους, επειδή έτσι θα μπορούν να αυξήσουν τα έσοδά τους κατ' αναλογία με την αύξηση της δραστηριότητας. Ενώ προηγουμένως η τοπική τιμή (local price) ανά μονάδα δραστηριότητας ήταν προϊόν διαπραγμάτευσης γύρω από το συνολικό συμβόλαιο, τώρα τα σταθερά ποσά (tariffs) ορίζονται σύμφωνα με το μέσο κόστος για το σύνολο της χώρας. Αυτό σημαίνει ότι τα νοσοκομεία γνωρίζουν εκ των προτέρων το ποσό που θα λάβουν όσο θα αυξάνεται η δραστηριότητά τους.

Σε ό,τι αφορά το σύστημα ασφάλισης υγείας, αξίζει να σημειώσουμε ότι είναι διπλό σύστημα,

δηλαδή ο καταναλωτής διπλοπληρώνει για ιδιωτική και κοινωνική ασφάλιση, με άλλα λόγια, αν μια κάλυψη παρέχεται από το κράτος και από το ιδιωτικό πρόγραμμα που αγοράζει, δεν έχει κάποια απαλλαγή. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική, σύμφωνα με τον πίνακα που έχουμε παραθέσει, ενώ στην αγορά διατίθενται και ατομικά και ομαδικά ασφαλιστήρια. Προϊόντα ζωής που καλύπτουν και υγεία είναι τα προγράμματα σοβαρών ασθενειών (critical illness).

### **2.15.3 Ελλάδα**

Στην Ελλάδα, το σύνολο της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας εκδηλώνεται πρωτίστως από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας (συμπεριλαμβανομένων και των κρατικών ενισχύσεων για την κάλυψη των ελλειμμάτων) και δευτερευόντως από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες και τους ανασφάλιστους πολίτες. Για τα δημόσια νοσοκομεία υπάρχει ένα καθεστώς μικτής χρηματοδότησης, το οποίο περιλαμβάνει πληρωμές από τον κρατικό προϋπολογισμό, τους ασφαλιστικούς φορείς και ένα ποσοστό ιδιωτικής συμμετοχής. Θεσμοθετημένα κίνητρα παραγωγικότητας δεν υπάρχουν και οι ποινές που επιβάλλουν τα πειθαρχικά συμβούλια είναι σπάνιες. Το ίδιο εμφανής είναι και η έλλειψη ελέγχου διασφάλισης της ποιότητας εργασίας και του παραγόμενου έργου., σύμφωνα με την έρευνα των Ξένου et al. (2013).

Μέχρι το 2009, το Υπουργείο Υγείας δεν διέθετε την κατάλληλη υποδομή για τη συλλογή αξιόπιστων και ολοκληρωμένων δεδομένων σχετικά με την κοστολόγηση και τη λειτουργία των νοσοκομείων. Προφανώς, αυτό το γεγονός προσέδιδε μια περιορισμένη ικανότητα παρακολούθησης της οικονομικής λειτουργίας των νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ), καθώς και σύγκρισης των επί μέρους επιδόσεων. Για να ξεπεραστεί αυτός ο περιορισμός, από πλευράς υπουργείου, αναπτύχθηκε και εφαρμόστηκε μια διαδικτυακή πλατφόρμα δεδομένων, με την ονομασία “ESY. net”, για τη συλλογή αξιόπιστων και ενημερωμένων δεδομένων. Κάθε νοσοκομείο πρέπει να παρουσιάζει σε αυτή την πλατφόρμα τα στατιστικά δεδομένα τα οποία αφορούν στην είσπραξη των εσόδων, στους μισθούς του προσωπικού, στα λοιπά ιατρικά έξοδα, καθώς και σε στοιχεία του αναφορικά με το φόρτο εργασίας (όπως ο αριθμός εισαγωγών και ο αριθμός εξωτερικών ασθενών) σε μηνιαία βάση.

Σύμφωνα με τη διεθνή εμπειρία (π.χ. περίπτωση του βρετανικού ΕΣΥ), κρίθηκε απαραίτητος ο διαχωρισμός των λειτουργιών της «προσφοράς» και της «ζήτησης» υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με το Νόμο «διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» του 2011, ο συντονισμός της αγοράς των μεγάλων ασφαλιστικών ταμείων (ΟΠΑΔ, ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ) και όποιων άλλων ταμείων πραγματοποιείται από ένα ενιαίο συντονιστικό όργανο (με τη μορφή ΝΠΙΔ), το οποίο διαπραγματεύεται εκ μέρους όλων των ταμείων τις τιμές και τις συμβάσεις, με ιατρούς,

νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. Τα ταμεία, μέσω του συντονιστικού οργανισμού (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, ΕΟΠΥΥ), έχουν ενιαία μηχανογράφηση και μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη. Τα νοσοκομεία που ανήκαν στο ταμείο του ΙΚΑ μεταφέρονται οργανικά πλέον στο ΕΣΥ.

Το σύστημα υγείας έως τώρα ήταν ανοικτό ως προς τη χρηματοδότησή του, με συνέπεια το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία να πληρώνουν αναδρομικά οποιαδήποτε ιατρική πράξη. Ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ είναι από τη μια πλευρά η συλλογή εσόδων από τις εισφορές κοινωνικής ασφάλισης υγείας και κρατικής συμμετοχής (επιχορηγήσεις) κι από την άλλη πλευρά η σύναψη συμβάσεων με δημόσιους ή ιδιωτικούς προμηθευτές νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Κύριος σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι η δημιουργία μηχανισμού αγοράς και ελέγχου της ποιότητας και της ποσότητας, καθώς και της οικονομικής αποδοτικότητας, των υπηρεσιών υγείας, εισάγοντας σημεία benchmarking (χωρίς yardstick) στο ΕΣΥ και μονοψωνίου στην κοινωνική ασφάλιση (ΕΟΠΥΥ) και το φάρμακο (Υπουργείο Υγείας).

Όσον αφορά στην οικονομική λειτουργία των νοσοκομειακών μονάδων, από τις αρχές του 2012 οι πληρωμές από τους αγοραστές υπηρεσιών υγείας γίνονται με βάση το σύστημα DRG (καθιέρωση «πακέτου νοσηλείας» ανά διαγνωστική κατηγορία) και καταργήθηκαν, αντίστοιχα, τα κρατικά τιμολόγια για τα ημερήσια νοσήλια και οι πρόσθετες ιατρικές πράξεις στις νοσηλείες. Για τη δόμηση του ελληνικού μηχανισμού αποζημίωσης των DRGs-KEN (κλειστά ενοποιημένα νοσήλια) αξιοποιήθηκε η εμπειρία από άλλες χώρες κατά τη διάρκεια των αντίστοιχων προσπαθειών υιοθέτησης του εν λόγω μηχανισμού. Έμφαση δόθηκε σε χώρες με συστήματα υγείας παρόμοια με το ελληνικό όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών και στους μηχανισμούς χρηματοδότησης. Η επιλογή του Υπουργείου Υγείας, καθώς και εξειδικευμένων επιστημόνων στα θέματα των Οικονομικών της Υγείας ήταν η εστίαση και η προσαρμογή στα ελληνικά δεδομένα του αυστραλιανού (version 6.0, 2008–2009) και του γερμανικού (version 2011) συστήματος ταξινόμησης DRG. Η ταξινόμηση με βάση το γερμανικό μοντέλο, το οποίο βασίστηκε στη δημιουργία του από το αυστραλιανό, επιλέχθηκε γιατί η Ελλάδα αντιμετωπίζει παρόμοια προβλήματα πλεονάζουσας δυναμικής παραγωγικότητας και έλλειψης ορθής κατανομής πόρων βάσει κριτηρίων ζήτησης. Η ταξινόμηση, σε περίπου 700 ομοειδείς ομάδες, επιλέχθηκε με βάση την αρχική διάγνωση και τη θεραπευτική διαδικασία. Μετά από την πρώτη χρήση του νέου συστήματος αποζημίωσης και τη συστηματική και αναλυτική λογιστική καταγραφή του κόστους, η οποία προέκυπτε από τα DRGs-KEN που εφαρμόστηκαν στα μεγάλα νοσοκομεία, έγινε μια προσαρμογή των τιμών στο πραγματικό νοσοκομειακό κόστος. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα μια μέση μείωση 10% στις αρχικές τιμές ανά κατηγορία (δεύτερη υπουργική απόφαση για τα KEN). Επί πλέον, ένας αριθμός κατηγοριών DRGs-KEN, ο οποίος δεν είχε τιμολογηθεί ορθά, διασπάστηκε σε περισσότερες κατηγορίες, αυξάνοντας το

συνολικό αριθμό των κατηγοριών σε 760.

Σε ό,τι αφορά τα έσοδα που δημιουργήθηκαν κατά τους πρώτους τρεις μήνες (Οκτώβριος–Δεκέμβριος 2011) της εφαρμογής του συστήματος των DRGs-KEN, για το 33,1% των νοσηλειών, η διάρκεια νοσηλείας υπερέβαινε την προτεινόμενη τιμή της (ακραίες τιμές), υποδηλώνοντας την ανάγκη για περαιτέρω αποζημίωση. Σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε, για το συνολικό δείγμα των νοσοκομείων (n=133), τα συνολικά έσοδα ήταν περίπου 175 εκατομμύρια €.

Μια σημαντική έλλειψη του ΕΣΥ ήταν η απουσία ενός επίσημου συστήματος πληροφόρησης των ασθενών για τις επιδόσεις των μονάδων υγείας. Κατά συνέπεια, δεν μπορεί να γίνει ούτε σύγκριση ούτε αξιολόγηση του κινδύνου. Αντίθετα, η πληροφόρηση γίνεται με το στόμα (world of mouth) και δεν είναι τεκμηριωμένη. Κατά συνέπεια, ο χρήστης δεν διευκολύνεται στις επιλογές του και οι προμηθευτές δεν έχουν κίνητρο βελτίωσης της απόδοσής τους. Υποχρεωτική θα πρέπει να είναι και η χρήση διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων.

Η σημερινή οικονομική συγκυρία που διέρχεται η Ελλάδα δεν αφήνει ανεπηρέαστο το σύστημα υγείας, καθώς απαιτούνται πλέον περικοπές και συμπίεσεις του συνόλου των σχετικών δαπανών. Αυτό το γεγονός μπορεί να χαρακτηριστεί ως ευκαιρία για να υλοποιηθούν οι απαραίτητες μεταρρυθμίσεις για την αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας και του επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, οι οποίες δεν επιτεύχθηκαν τα προηγούμενα χρόνια στο βαθμό που έπρεπε.

**Αλλά αποτελεί και ευκαιρία για την ιδιωτική ασφάλιση, για την παραγωγή νέων ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, τα οποία θα ανταποκρίνονται στις ανάγκες των καταναλωτών και θα λειτουργούν όχι ως διπλή ασφάλιση, όπως γίνεται μέχρι τώρα, αλλά συμπληρωματικά με την κοινωνική ασφάλιση.**

Τώρα, σχετικά με τους **ανασφάλιστους στην Ελλάδα**, σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας, με τον ν. 4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 θεσπίζεται για πρώτη φορά το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η πλέον θεμελιώδης αλλαγή που εισάγει το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο είναι η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστου ως προς την πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Η υγειονομική κάλυψη που εγγυάται το νέο πλαίσιο είναι πλήρης και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψή τους.

Τι δικαιούνται:



- Ότι ακριβώς δικαιούνται και οι ασφαλισμένοι από τις δημόσιες δομές παροχής υγείας.
- Ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση σε πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες δημόσιες δομές υγείας, μονάδες ψυχικής υγείας, δομές απεξάρτησης και πανεπιστημιακά νοσοκομεία.
- Το σύνολο των νοσηλευτικών και διαγνωστικών πράξεων χωρίς καμία χρέωση
- Προγραμματισμένα χειρουργεία χωρίς καμία χρέωση
- Πρόληψη και προαγωγή υγείας (π.χ. εμβολιασμοί) χωρίς καμία χρέωση
- Δωρεάν οδοντιατρική περίθαλψη
- Δωρεάν παροχές μαιευτικής περίθαλψης και προγραμματισμού τοκετών από τα Δημόσια Νοσοκομεία
- Χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής από τα ιδιωτικά και τα δημόσια φαρμακεία. Σημαντικό τμήμα του ανασφάλιστου πληθυσμού δικαιούται μηδενική συμμετοχή στη φαρμακευτική αγωγή.
- Κατάργηση του 1€ ανά συνταγή για τους ανασφάλιστους που δικαιούνται μηδενική συμμετοχή στη φαρμακευτική αγωγή.
- Φυσικοθεραπείες, λογοθεραπείες, εργοθεραπείες, ψυχοθεραπείες και πράξεις ειδικής αγωγής.
- Χορήγηση ιατρικών βοηθημάτων και αναλωσίμων υλικών.

Σύμφωνα με παλαιότερη έρευνα του Νεκτάριου Μ. (2014), από τις δημόσιες δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα (60%), ο κρατικός προϋπολογισμός χρηματοδοτούσε το 30% και ο ΕΟΠΥΥ το υπόλοιπο 30%. Οι ιδιωτικές δαπάνες (40%) προέρχονταν κατά 34% από out-of-pocket πηγές και κατά 6% από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Αντίθετα, στις Η.Π.Α. οι ιδιωτικές δαπάνες έφθαναν το 54%, με ποσοστό μόλις 17% out-of-pocket και 37% ιδιωτική ασφάλιση. Βλέπουμε λοιπόν ότι από το 6% της Ελλάδας ως το 37% των Η.Π.Α. η διαφορά είναι πολύ μεγάλη. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, κυριαρχεί η διπλή ασφάλιση όπου η ιδιωτική και η δημόσια ασφάλιση καλύπτουν την ίδια γκάμα ζημιολόγων ενδεχομένων. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αγοράζεται από το 10% του πληθυσμού και κυρίως από τις υψηλότερες εισοδηματικές ομάδες. Οι έχοντες ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν εξαιρούνται από την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας στο δημόσιο σύστημα (διπλό κόστος).

Γιατί οι Έλληνες αγοράζουν την ιδιωτική ασφάλιση;

- Για να έχουν πρόσβαση σε Ιδιωτικούς Προμηθευτές Υπηρεσιών Υγείας (Διαγνωστικά Κέντρα / Νοσοκομεία), οι οποίοι δεν είναι προσβάσιμοι μέσω του δημόσιου συστήματος υγείας.

- Ελεύθερη επιλογή γιατρού / Διαγνωστικού Κέντρου / Ιδιωτικού Νοσοκομείου.
- Αποφυγή χρόνου αναμονής σε «ουρές» ή σε συστήματα «εγκρίσεων».
- Υψηλότερη ποιότητα υπηρεσιών τόσο σε «ξενοδοχειακές» υπηρεσίες όσο και σε καθαρά ιατρικές υπηρεσίες.
- Προβλήματα στην οργάνωση της ζήτησης-ΕΟΠΠΥ
- Ανεπάρκεια πόρων ΕΟΠΠΥ και Κρατικού Προϋπολογισμού.
- Έλεγχος ποιότητας υπηρεσιών προμηθευτών--δημόσιων και ιδιωτικών.
- Οργάνωση πρόσβασης ασθενών στους προμηθευτές υγείας.
- Έλεγχος προκλητής ζήτησης προμηθευτών.
- Εκκαθάριση και πληρωμή προμηθευτών.

Τα προβλήματα που καλείται να λύσει η εκάστοτε διοίκηση του Υπουργείου Υγείας είναι πολλαπλά και οι πολιτικές ασφάλισης υγείας θα πρέπει να βοηθούν στην ορθότερη αντιμετώπισή τους.

#### **2.15.4 Γαλλία**

Ας δούμε τώρα ενδεικτικά και πώς έχει η κατάσταση στο σύστημα υγείας και στην ασφάλιση υγείας στη Γαλλία, μέσα από την ίδια έρευνα (Νεκτάριος, 2014).

Στη Γαλλία, υπάρχει σύμπραξη Δημόσιων Ταμείων Υγείας με την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά. Η ασφαλιστική αγορά αναλαμβάνει τα *deductibles* (απαλλαγές) και *coinsurance* (συμμετοχές) του δημόσιου συστήματος.

Υπάρχει επίσημος κοινός κατάλογος τιμών για υπηρεσίες υγείας και ιατρικά υλικά. Στα νοσοκομεία, οι πολίτες πληρώνουν *Per Diem* 10€ και χρέωση για δωμάτιο. Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, οι πολίτες πληρώνουν 30% συμμετοχή στην αμοιβή του γιατρού, και κάθε επιπλέον χρέωση. Στα φάρμακα, οι πολίτες πληρώνουν κλιμακωτή συμμετοχή από 0% μέχρι 65%. Στα ιατρικά είδη/οδοντιατρικά, υπάρχει πολύ μεγάλη επιβάρυνση των πολιτών. Υπάρχει λοιπόν ιδιωτική ασφάλιση του 92% του πληθυσμού, για το παραπάνω πακέτο ιδιωτικών δαπανών υγείας (*Deductibles and Coinsurance*). Επιπλέον, υπάρχει ασφάλιση φτωχών και ανέργων, όπου την προβλεπόμενη «ιδιωτική συμμετοχή» αναλαμβάνει το δημόσιο. Η τιμολόγηση ασφαλιστρών από ιδιωτικές ασφαλιστικές είναι σχετικά ελεύθερη, με βάση την ηλικία. Τέλος, τα άτομα άνω των 65 αντιμετωπίζουν υψηλά ασφάλιστρα και δυσκολία εξεύρεσης κάλυψης (υπάρχουν *Mutuals*), ενώ οι μακροχρόνιες ασθένειες υψηλού κόστους που αφορούν περίπου το 7% του πληθυσμού, εξαιρούνται από την «ιδιωτική συμμετοχή».

### 2.15.5 Γερμανία και Ολλανδία

Σύμφωνα με τους Thomson et al. (2006), που διεξήγαγαν μια έρευνα για τη Γερμανία και την Ολλανδία, σχετικά με τη δυνατότητα των καταναλωτών να επιλέξουν μόνοι τους με ποιο πρόγραμμα θα ασφαλιστούν, οι υποστηρικτές της άποψης αυτής υποστηρίζουν ότι η ενθάρρυνση των ατόμων, ιδιαίτερα των πλουσίων, να επιλέξουν την ιδιωτική κάλυψη (το γερμανικό μοντέλο) θα μειώσει την πίεση στους κρατικούς προϋπολογισμούς και θα επιτρέψει τη χρήση των δημόσιων οικονομικών για τη βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας σε φτωχότερους ανθρώπους. Εάν ο περιορισμός των δημόσιων δαπανών έχει πολιτική προτεραιότητα έναντι της ενίσχυσης των επιλογών των καταναλωτών, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής μπορούν ακόμη και να ευνοήσουν τον οριστικό αποκλεισμό ορισμένων ομάδων από δημόσια κάλυψη (το ολλανδικό μοντέλο).

Το συμπέρασμα είναι ότι κάθε μοντέλο θα ενισχύσει την ισότητα στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, εάν αυτοί που αποχωρούν ή αποκλείονται από τη δημόσια κάλυψη εξακολουθούν να συμβάλλουν στους δημόσιους πόρους - για παράδειγμα μέσω της φορολογίας. Επίσης, με βάση την οικονομική θεωρία σχετικά με την επιλογή των καταναλωτών, ένα βασικό επιχείρημα υπέρ της επιλογής αυτής προϋποθέτει ότι η απειλή εθελουσίας εξόδου από το δημόσιο σύστημα θα είναι επαρκής για την τόνωση του ανταγωνισμού μεταξύ δημόσιων και ιδιωτικών ασφαλιστών, οδηγώντας σε μεγαλύτερη ανταπόκριση και αυξημένη αποτελεσματικότητα.

Όμως το πρόβλημα που ανακύπτει αφορά κυρίως την αρνητική επιλογή που προκύπτει επειδή οι ασφαλισμένοι μπορούν να αποκρύψουν πληροφορίες από τους ασφαλιστές σχετικά με τον κίνδυνο ασθένειάς τους. Όταν υπάρχει επιλογή περισσότερων από ένα τύπων σχεδίων ασφάλισης υγείας, τα σχέδια που προσφέρουν ένα πιο γενναιόδωρο επίπεδο παροχών ή / και χαμηλότερο επίπεδο κατανομής του κόστους θα προσελκύσουν άτομα με υψηλότερο κίνδυνο κακής υγείας.

Η παροχή στους καταναλωτές επιλογής δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, όπως στη Γερμανία και στην Ολλανδία πριν από το 1986, είναι παρόμοια με την προσφορά επιλογής περισσότερων από ένα σχεδίων. Είναι πιθανό να οδηγήσει σε δύο βασικά αποτελέσματα:

- (α) μια αγορά που θα κατανεμηθεί ανάλογα με τον βαθμό κινδύνου, και
- (β) οικονομικά εμπόδια στην ιδιωτική κάλυψη για υψηλούς κινδύνους.

Οι αρνητικές επιπτώσεις μπορούν να αποφευχθούν, σε κάποιο βαθμό, με προσεκτικό σχεδιασμό πολιτικής ή μπορούν να αντιμετωπιστούν με κανονισμούς. Παραδείγματα είναι: η κατάργηση της επιλογής και η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για ολόκληρο τον πληθυσμό. Η απαγόρευση της εθελουσίας εξόδου από το δημόσιο σύστημα, ο αποκλεισμός ορισμένων ομάδων

από δημόσια κάλυψη, όπως συνέβη στην Ολλανδία το 1986 · και η εισαγωγή περισσότερων πρόσθετων μέτρων για την αντιμετώπιση της επιλογής κινδύνου και την αύξηση της πρόσβασης στην κάλυψη, όπως οι διασυννοριακές μεταφορές από ιδιωτικές σε δημόσιες ασφαλίσεις ή η αυστηρότερη ρύθμιση των ασφαλιστών, συμπεριλαμβανομένης της προσαρμογής του κινδύνου.

Η Γερμανία είναι, σύμφωνα με τους δύο ερευνητές, επί του παρόντος η μόνη χώρα στην Ευρώπη που προσφέρει σε ιδιώτες την επιλογή δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Η εγγραφή στο δημόσιο σύστημα (Gesetzliche Krankenversicherung, GKV) είναι υποχρεωτική για όλους τους μισθωτούς του μη δημόσιου τομέα που κερδίζουν λιγότερα από 46.344 ευρώ ετησίως (το 2004). Όσοι έχουν κέρδη πάνω από αυτό το όριο και τα εξαρτώμενα από αυτούς (περίπου το 20% του πληθυσμού) έχουν τρεις επιλογές:

(α) μπορούν να παραμείνουν στο GKV,

(β) μπορούν να επιλέξουν υποκατάστατη ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η οποία τους απαλλάσσει από τη συνεισφορά στην GKV

γ) μπορούν να απέχουν από την ασφάλιση υγείας συνολικά.

Η πλειοψηφία (76%) επιλέγει να παραμείνει στο GKV ως εθελοντικά μέλη, τα περισσότερα από τα υπόλοιπα αγοράζουν ιδιωτική κάλυψη και μόνο το 0,1% του γερμανικού πληθυσμού δεν έχει ασφάλιση υγείας.

Στην Ολλανδία, η δημόσια ή ιδιωτική ασφάλιση ασθενείας ήταν διαθέσιμη μεταξύ του 1941 και του 1986. Η ασφάλιση υγείας ήταν εθελοντική για το σύνολο του πληθυσμού μέχρις ότου οι γερμανικές δυνάμεις κατέλαβαν την Ολλανδία κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου και εισήγαγαν ένα δημόσιο σύστημα υποχρεωτικό για τους εργαζόμενους. Ο υπόλοιπος πληθυσμός βασιζόταν σε ιδιωτική κάλυψη. Το 1966, η ολλανδική κυβέρνηση αναμόρφωσε το σύστημα, θεσπίζοντας τρία δημόσια προγράμματα (Ziekenfondswet, ZFW): δύο υποχρεωτικά συστήματα για τους εργαζόμενους και τους ηλικιωμένους και ένα εθελοντικό πρόγραμμα για όλους τους άλλους. Η επιλεξιμότητα για κάθε πρόγραμμα υπόκειται σε κατώτατο όριο κερδών. Αυτοί που δεν καλύπτονται από τα υποχρεωτικά συστήματα, κυρίως αυτοαπασχολούμενους, θα μπορούσαν να επιλέξουν μία από τις τρεις επιλογές: δημόσια κάλυψη μέσω του εθελοντικού συστήματος, υποκατάστατη ιδιωτική κάλυψη, ή καθόλου κάλυψη.

Και στη Γερμανία και στην Ολλανδία, τα μέτρα που ελήφθησαν για τον περιορισμό της εθελούσιας εξόδου με σκοπό την προστασία των οικονομικών πόρων του δημόσιου συστήματος είχαν το ανεπιθύμητο αποτέλεσμα της μείωσης της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη για συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων. Ορισμένοι από αυτούς που δεν ήταν πλέον επιλέξιμοι για δημόσια

κάλυψη αντιμετωπίζουν οικονομικούς φραγμούς στην ιδιωτική κάλυψη για τον εαυτό τους και τους εξαρτώμενους από αυτούς, όπως για παράδειγμα, οι ηλικιωμένοι ασφαλισμένοι στη Γερμανία και οι ηλικιωμένοι και οι νεότεροι αυτοαπασχολούμενοι με προϋπάρχουσες ασθένειες στην Ολλανδία. Το πρόβλημα αυτό προκάλεσε περαιτέρω μεταρρυθμίσεις που περιελάμβαναν την υποχρεωτική συγκέντρωση, τον έλεγχο των προϊόντων και των τιμών και τις αλλαγές στο κατώτατο όριο της δημόσιας κάλυψης.

Προκειμένου να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα πληροφόρησης στην ιδιωτική αγορά, η κυβέρνηση απαιτεί επίσης από τους ιδιωτικούς ασφαλιστές να ενημερώνουν τους αντισυμβαλλόμενους για τη μη αναστρέψιμη απόφαση να αποχωρήσουν από το GKV, την πιθανότητα αύξησης των ασφαλιστρών με την ηλικία και τη δυνατότητα αλλαγής σε μια τυποποιημένη σύμβαση.

Κατά συνέπεια, σύμφωνα με τους δύο ερευνητές, η κίνηση μεταξύ των ιδιωτικών εταιρειών είναι ελάχιστη στις δύο χώρες. Και στις δύο χώρες, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες υιοθέτησαν αργά στρατηγικές για τη συγκράτηση του κόστους, όπως κάθετη ολοκλήρωση, επιλεκτική σύναψη συμβάσεων ή παρακολούθηση της συμπεριφοράς των παρόχων.

Αυτή η ανασκόπηση των αποτελεσμάτων στη Γερμανία και την Ολλανδία παρέχει κάποια εμπειρική υποστήριξη για την ανισότητα και την αναποτελεσματικότητα στις αγορές όπου υπάρχει επιλογή δημόσιας ή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, όπως προβλέπεται από την οικονομική θεωρία. Δείχνει ότι η επιλογή δημόσιας ή ιδιωτικής κάλυψης παραβιάζει την οριζόντια και κάθετη ισότητα στη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, αυξάνει τον βαθμό χρηματοοικονομικού κινδύνου που βαρύνει το δημόσιο σύστημα και μειώνει τα κίνητρα για αποτελεσματική λειτουργία των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών.

### **2.15.6 Χιλή**

Στην ενότητα αυτή θα μελετήσουμε την περίπτωση της Χιλής, μέσα από ένα άρθρο του Henriquez Ricardo. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, από την ίδρυση ιδιωτικών προπληρωμένων ασφαλιστικών σχεδίων υγείας (γνωστών στη Χιλή ως Isapres, Instituciones de Salud Previsional) στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ο αριθμός που καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση έχει αυξηθεί ριζικά, σχεδόν στο 20% του πληθυσμού σήμερα. Σχεδόν το 67% των Χιλιανών απολαμβάνει οφέλη υγείας μέσω του δημόσιου ασφαλιστή, του Εθνικού Ταμείου Υγείας, γνωστού ως Fonasa. Η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική, αλλά τα άτομα μπορούν ελεύθερα να επιλέξουν το Fonasa ή ένα από τα Isapres. Όποια και αν είναι η επιλογή, το άτομο πρέπει να συμβάλει στη χρηματοδότηση του κόστους ασφάλισης.

Αυτή η συνεισφορά ανέρχεται σήμερα στο 7% του φορολογητέου εισοδήματος, αν και ο ασφαλισμένος με ιδιωτικό πρόγραμμα μπορεί να συμπληρώσει αυτό το ποσοστό για να αγοράσει ένα πιο ολοκληρωμένο σχέδιο υγείας.

Η ασφάλιση ασθενείας δεν αποτελεί, επομένως, όφελος που παρέχουν οι εργοδότες (εταιρική ασφάλιση), αλλά νομική ευθύνη που επιβάλλει το κράτος σε όλους τους εργαζομένους. Προσφέρεται πλήρης κάλυψη (σε τυπική βάση ποιότητας) και δεν εφαρμόζεται καμία κατηγορία αποκλεισμών ή επιλογή κινδύνου. Οι κακοποιοί και τα άτομα με χαμηλό εισόδημα καλύπτονται αυτόματα από τη δημόσια ασφάλιση. Από την άλλη πλευρά, η ιδιωτική ασφάλιση προσφέρει κάλυψη υψηλότερης ποιότητας, αλλά επιβάλλει ρήτρες αποκλεισμού και περιορισμούς στις προϋπάρχουσες συνθήκες, οι οποίες περιορίζουν την πρόσβαση. Η απόφαση για την ασφάλιση υγείας δεν είναι απλή λόγω ασύμμετρης πληροφόρησης, προφανώς στην ιδιωτική αγορά. Η ιδιωτική ασφάλιση δεν αποτελεί συμπλήρωμα για τα οφέλη που παρέχει το κράτος, όπως στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία ή την Ελβετία, αλλά μια ανεξάρτητη εναλλακτική λύση που παρέχει και χρηματοδοτεί την υγεία και τις υπηρεσίες φροντίδας. Σήμερα το ιδιωτικό σύστημα ασφάλισης υγείας αποτελείται από 18 Isapres και παρέχει ασφάλεια σε περίπου 2,8 εκατομμύρια άτομα, εκ των οποίων 1,25 εκατομμύρια είναι ασφαλισμένοι. Ο δημόσιος ασφαλιστής, η Fonasa, προσφέρει μια προκαθορισμένη κάλυψη σε μια ενιαία τιμή; το 7% του φορολογητέου εισοδήματος. Δεν απαιτούνται πρόσθετες συνεισφορές. Τα οφέλη είναι ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, την κατάσταση υγείας ή τον αριθμό των ατόμων που καλύπτονται. Η κάλυψη για τους ηλικιωμένους, των οποίων το κόστος ιατρικής περίθαλψης τείνει να είναι τέσσερις ή πέντε φορές υψηλότερο από αυτές των νεότερων ηλικιακών ομάδων, περιορίζεται επίσης στο ιδιωτικό σύστημα. Άτομα άνω των 64 ετών που δεν είχαν συνδεθεί προηγουμένως με Isapre δυσκολεύονται να γίνουν δεκτά ως νέοι συνδρομητές. Ως αποτέλεσμα, σχεδόν το 70% των ατόμων της Isapres είναι κάτω των 50 ετών και μόνο το 4,3% είναι 65 ετών και άνω.

Αν χρειάζεται ακριβή θεραπεία, οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιστρέψουν στο δημόσιο σύστημα. Στην πράξη, αυτό επιτρέπει κάποια στρατηγική συμπεριφορά από ιδιώτες, καθώς αγοράζουν ιδιωτική ασφάλιση για εξωτερικές ιατρικές υπηρεσίες, ενώ παράλληλα κατέχουν έμμεση δωρεάν δημόσια ασφάλιση για ακριβά νοσηλεία. Κατά συνέπεια, μειώνεται η ζήτηση (και η προσφορά) καταστροφικής κάλυψης στην ιδιωτική αγορά. Αυτή η συμπεριφορά μπορεί να ερμηνευθεί ως η ορθολογική απάντηση στο γεγονός ότι οι περισσότερες πολιτικές Isapre θέτουν ανώτατα όρια κάλυψης τόσο για μεμονωμένα οφέλη όσο και για συνολικά οφέλη ανά έτος, γεγονός που συχνά οδηγεί σε περιπτώσεις χαμηλής ιδιωτικής κάλυψης δαπανηρών θεραπειών.

Στη Χιλή, οι περισσότεροι ιδιωτικοί πάροχοι που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο πλαίσιο του συστήματος Isapre συγκεντρώνονται σε αστικές περιοχές, οπότε οι κάτοικοι των αστικών

περιοχών είναι πιθανότερο να επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση.

Είναι ενδιαφέρον ότι τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, έδειξαν ότι τα άτομα που καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερες εξωτερικές υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν περνούν περισσότερο χρόνο στο νοσοκομείο. Το πρώτο από αυτά τα αποτελέσματα φαίνεται να προέρχεται από το γεγονός ότι η ιδιωτική ασφάλιση παρέχει καλύτερες υπηρεσίες υγείας εξωτερικών ασθενών (συνήθως λιγότερο δαπανηρές σε σύγκριση με τη νοσηλεία), ενώ η δημόσια επιλογή προσφέρει ικανοποιητική νοσοκομειακή περίθαλψη. Πιθανώς οι περιοριστικές πολιτικές που εφαρμόζονται από ιδιωτικούς ασφαλιστές εμποδίζουν άτομα που προβλέπουν τη χρήση δαπανηρών υπηρεσιών υγείας (όπως αυτές που παράγονται από υπηρεσίες νοσοκομείων) να αγοράζουν ιδιωτική ασφάλιση, καθώς είναι απίθανο να γίνουν δεκτοί ως νέοι πελάτες. Τα άτομα που προσδοκούν μεγαλύτερη αξιοποίηση πιθανώς αναμένουν επίσης υψηλές δαπάνες out-of-pocket και αν δεν μπορούν να αντέξουν οικονομικά το υψηλότερο κόστος κάλυψης που προσφέρεται από ιδιωτικούς παρόχους, θα επιλέξουν πιθανώς τη λιγότερο δαπανηρή επιλογή δημόσιας ασφάλισης. Το κατά πόσο η υπερχρησιμοποίηση των υπηρεσιών εξωτερικών ασθενών από τον ιδιωτικό ασφαλισμένο οφείλεται στον καθαρό ηθικό κίνδυνο, στην προκαλούμενη ζήτηση από τους γιατρούς ή στο αποτέλεσμα της διανομής των υπηρεσιών που επικρατούν στον δημόσιο τομέα, είναι άγνωστο. Αυτό που είναι σαφές, ωστόσο, είναι ότι η υπερχρησιμοποίηση έχει τουλάχιστον δύο σημαντικές οικονομικές επιπτώσεις. Πρώτον, οι ιδιωτικοί ασφαλιστές συνήθως ανταποκρίνονται στην υπερκατανάλωση αυξάνοντας τα ασφάλιστρα. Δεύτερον, η υπερκατανάλωση συνεπάγεται συνήθως υπερβολικές δαπάνες σε μη οικονομικά αποδοτικές υπηρεσίες υγείας.

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος του ηθικού κινδύνου, ορισμένοι ισχυρίστηκαν ότι οι ιδιωτικοί ασφαλιστές θα πρέπει να συμπληρώσουν τις πληρωμές με εκπτώσεις. Φυσικά, τα πιθανά οφέλη μιας τέτοιας πολιτικής εξαρτώνται από την αποτελεσματικότητα των εκπιπόμενων ποσών στη μείωση της υπερβολικής χρησιμοποίησης. Εάν ο ηθικός κίνδυνος είναι ένα σημαντικό χαρακτηριστικό των δαπανών για την υγεία, τότε όχι μόνο οι εκπτώσεις είναι κοινωνικά αποδεκτές, αλλά βελτιώνουν την ευημερία. Ωστόσο, η επιβολή σε όλους της ελάχιστης έκπτωσης, είναι αναποτελεσματική, διότι μειώνει το πεδίο των αμοιβαία επωφελών ασφαλιστικών συμβάσεων, χωρίς κέρδος όσον αφορά τον συνολικό κίνδυνο. Η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα της ιδιωτικής αγοράς εξαρτάται σαφώς από τη δυνατότητα τόσο ελέγχου της ευκαιριακής συμπεριφοράς όσο και απόκτησης της αγοράς. Το τελευταίο, ωστόσο, θα είναι όλο και πιο δύσκολο, όπως η Superintendencia de Isapres (η ρυθμιστική αρχή) εισάγει επί του παρόντος πολλές τροποποιήσεις στο νομικό πλαίσιο που διέπει την ιδιωτική ασφάλιση, γεγονός που θα εμποδίσει την Isapres να διακρίνει τα άτομα με βάση παράγοντες διαφορετικούς από την ηλικία και το φύλο.

## 2.16 Σύγκριση συστημάτων ασφάλισης διαφόρων χωρών

Με βάση το μικρό δείγμα χωρών στις οποίες αναφερθήκαμε παραπάνω, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι τα βασικά συστήματα ασφάλισης υγείας είναι τρία, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα: το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (Bismark), το εθνικό σύστημα υγείας (Beveridge) και το σύστημα ασφάλισης υγείας. Τα χαρακτηριστικά τους συνοψίζονται στον πίνακα που ακολουθεί:

**Πίνακας 2.7: Συστήματα Υγείας και Ασφάλισης Υγείας**

	Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismark)	Εθνικό ή Δημόσιο Σύστημα Υγείας (Beveridge)	Σύστημα Ασφάλισης Υγείας
Έλεγχος παραγωγικών συντελεστών	Δημόσιος-κοινωνικός, ιδιωτικός (μη-κερδοσκοπικός)	Δημόσιος	Ιδιωτικός (κερδοσκοπικός)
Κάλυψη	Πλήρης, κατά ατηγορία επαγγέλματος	Πλήρης και καθολική	Ελεύθερη επιλογή
Χρηματοδότηση του συστήματος	Εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών, Κοινωνικοί πόροι, Τριμερής χρηματοδότηση	Γενική φορολογία (άμεση, έμμεση)	Ατομικές ή εργοδοτικές ιδιωτικές εισφορές
Προσφορά υπηρεσιών υγείας	Συμβεβλημένοι γιατροί πάγιο ή με αντιμισθία, Μονάδες δημόσιες ή των ασφαλιστικών φορέων	Γιατροί με πλήρη με αποκλειστική απασχόληση, Μονάδες Υγείας του Δημοσίου	Συμβεβλημένοι ιδιώτες γιατροί, συμβεβλημένες μονάδες υγείας
Δικαίωμα πρόσβασης	Οι ασφαλισμένοι και τα προστατευόμενα μέλη κάθε ασφαλιστικού φορέα	Όλοι οι πολίτες	Ασφαλισμένοι, Συμβεβλημένα μέλη
Αντιπροσωπευτική χώρα	Γαλλία, Γερμανία	Μεγάλη Βρετανία	Ηνωμένες Πολιτείες

Πηγή: Βοζίκης (2015).

Η Ελλάδα έχει μικτό σύστημα, όπου ο κάθε πολίτης ασφαρίζεται ανάλογα με το επάγγελμά του από το κράτος, αλλά έχει και τη δυνατότητα να επιλέξει να αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Δυστυχώς όμως έτσι διπλοπληρώνει (φόρους για την κοινωνική και ασφαλιστρο για την ιδιωτική) για τις ίδιες σχεδόν καλύψεις.

Τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της καθεμίας από τις τρεις πολιτικές έχουν σχολιαστεί στις προηγούμενες ενότητες, όπου εξετάστηκαν τα συστήματα υγείας και ασφάλισης υγείας σε διάφορες χώρες και δεν θα επεκταθούμε περισσότερο σε αυτά.

## 2.17 Ανακεφαλαίωση

Στο κεφάλαιο αυτό είδαμε τα βασικά μεγέθη που αφορούν την ασφάλιση ζωής και υγείας στην



Ελλάδα και την Ευρώπη, για τα τελευταία έτη. Μελετήσαμε τη διάρθρωση της αγοράς, από πόσες εταιρίες αποτελείται, σε ποιο ύψος κυμαίνεται η συνολική παραγωγή και πώς έχει κυμανθεί, πώς έχουν κινηθεί οι συνολικές αποζημιώσεις και συγκρίναμε τα στοιχεία με τα αντίστοιχα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Είδαμε πώς επηρέασε το νέο πλαίσιο του Solvency II τον κλάδο και στη συνέχεια αναφερθήκαμε εν τάχει στους κύριους φορείς της ασφαλιστικής αγοράς και τα κύρια νομοθετήματα από τα οποία διέπεται. Επίσης, διαπιστώσαμε πόσο δύσκολη είναι η ένταξη νέας εταιρίας στην ελληνική αγορά. Τέλος, αναφερθήκαμε με συντομία στην ασφαλιστική αγορά υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ, προκειμένου να διαπιστώσουμε σε ποιες χώρες η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική και σε ποιες προαιρετική, με ιδιαίτερη μνεία στο σύστημα υγείας και ασφάλισης υγείας στις Η.Π.Α., συγκριτικά με την Ελλάδα, για την οποία διαπιστώσαμε ότι υπάρχει μεγάλο περιθώριο ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 3.1 Εισαγωγή

Έχοντας εξετάσει την ελληνική και παγκόσμια ασφαλιστική αγορά κι έχοντας συγκρίνει τα διάφορα μεγέθη, αναρωτιέται κανείς, από ποιους παράγοντες επηρεάζεται το ασφάλιστρο και γιατί διαφέρει τόσο από χώρα σε χώρα. Στο κεφάλαιο αυτό θα εξετάσουμε το ασφάλιστρο ζωής και υγείας, ποια είναι τα βασικά συστατικά του και ποιες αρχές το διέπουν.

Θα δούμε ποιες είναι οι βασικές μεταβλητές που χρησιμοποιούνται από τους underwriters κατά την ανάληψη του κινδύνου και θα αναφερθούμε στον ηθικό κίνδυνο που δημιουργείται όταν ο ασφαλισμένος δεν δηλώνει ορθά, ή αποκρύπτει στοιχεία της υγείας του ουσιώδη για την αξιολόγηση του κινδύνου. Ποιο είναι το αντίκτυπο στο ασφάλιστρο, τι ενέργειες γίνονται για την αντιμετώπιση του φαινομένου; Θα δούμε επίσης πώς διαμορφώνονται οι κατηγορίες κινδύνου και βάσει ποιων κριτηρίων. Τι ρόλο παίζει η κάθε ομάδα (καταναλωτές, διαμεσολαβούντες, κτλ) με την πίεση που ασκεί στην εταιρία, στη διαμόρφωση της τελικής τιμής του προϊόντος;

Τα στοιχεία αυτά είναι πολύ σημαντικά για να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της ασφαλιστικής αγοράς και για να κατανοήσουμε ποιοι είναι οι λόγοι που το ασφάλιστρο διαφέρει στον ιδιωτικό από τον δημόσιο τομέα, με αποτέλεσμα να διαμορφώνεται η ζήτηση για τα δύο προϊόντα διαφορετικά.

#### 3.2 Βασικές αρχές τιμολόγησης ασφαλίστρου ζωής και υγείας

Το ασφάλιστρο, σύμφωνα με τον Νεκτάριο (2005) θα πρέπει να διέπεται από τρεις βασικές αρχές: θα πρέπει να είναι επαρκές, να είναι δίκαιο και να μην είναι υπερβολικό. Επίσης θα πρέπει να είναι απλό ώστε να είναι εύκολα κατανοητό από τον μέσο ασφαλισμένο, σχετικά σταθερό για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, προσαρμόσιμο στις διαχρονικές μεταβολές των κινδύνων και τις μεταβαλλόμενες οικονομικές συνθήκες και να ενθαρρύνει την πρόληψη (Νεκτάριος 1999). Στη συνέχεια θα αναλύσουμε περαιτέρω για ποιούς λόγους θα πρέπει να ισχύουν όλα τα παραπάνω.

Στην πράξη, οι περισσότερες εταιρίες, για την τιμολόγηση ενός νέου προϊόντος καταφεύγουν στην εξής μέθοδο: η εταιρία επιλέγει το μικτό ασφάλιστρο που προκύπτει βάσει της αγοράς και των συνθηκών ανταγωνισμού και στη συνέχεια δοκιμάζει κατά πόσο αυτό ανταποκρίνεται στους στόχους και τις προσδοκίες της, με γνώμονα την εμπειρία της ως προς τη διαμόρφωση των μελλοντικών συνθηκών. Εάν το μικτό ασφάλιστρο που προκύπτει με αυτή τη διαδικασία δεν αποφέρει τα αναμενόμενα κέρδη ή κάποια άλλα επιθυμητά αποτελέσματα, θα μεταβληθεί σε μεταγενέστερη χρονική περίοδο.

### 3.2.1 Επαρκές ασφάλιστρο

Κατ' αρχάς, το ασφάλιστρο που ζητείται από τον πελάτη θα πρέπει να επαρκεί για να καλύψει τις μελλοντικές υποχρεώσεις της εταιρίας προς αυτόν. Η εταιρία ουσιαστικά συγκεντρώνει τα ασφάλιστρα από όλους τους ασφαλισμένους της και τα χρησιμοποιεί για να καλύψει τις μελλοντικές αποζημιώσεις όταν αυτές θα συμβούν και στο βαθμό που αυτές θα συμβούν. Πρέπει λοιπόν να κάνει σωστές εκτιμήσεις των μελλοντικών κινδύνων, που να ανταποκρίνονται όσο το δυνατόν καλύτερα στην πραγματικότητα, ώστε τα ασφάλιστρα που θα συγκεντρώσει να ξεπερνούν αυτούς τους κινδύνους. Φυσικά, αν υπολογίσουμε και τα λοιπά κόστη που οφείλει να καλύψει, όπως προμήθειες μεσιτών και λειτουργικά κόστη, είναι φανερό ότι το ασφάλιστρο για να επαρκεί θα πρέπει να είναι μεγαλύτερο από τις αναμενόμενες αποζημιώσεις.

Για να εκτιμήσει η εταιρία ποιες θα είναι οι μελλοντικές της αποζημιώσεις, το σώμα των αναλογιστών της χρησιμοποιεί τα παρελθοντικά στοιχεία που έχει στη διάθεσή του σχετικά με τη συχνότητα και το ύψος των αποζημιώσεων, ώστε να παράγει όσο το δυνατόν πιο καλές εκτιμήσεις για την επόμενη χρονική περίοδο. Με τον τρόπο αυτό υπολογίζει το καθαρό ασφάλιστρο, το οποίο προκύπτει αν μοιραστούν οι μελλοντικές αποζημιώσεις ως ποσό οφειλής στους ασφαλισμένους.

### 3.2.2 Δίκαιο ασφάλιστρο

Όμως, το να πληρώσουν όλοι οι ασφαλισμένοι το ίδιο μερίδιο στις μελλοντικές υποχρεώσεις δεν είναι δίκαιο για αυτούς. Γιατί ο καθένας έχει διαφορετική κάλυψη, η κατάσταση της υγείας του διαφοροποιείται από τους λοιπούς, η θνησιμότητά του μπορεί να επηρεάζεται αρνητικά από παράγοντες όπως το κάπνισμα ή η παχυσαρκία. Δημιουργούνται με αυτόν τον τρόπο διάφορες κατηγορίες κινδύνου στις οποίες μπορούμε να κατατάξουμε τους ασφαλισμένους. Έτσι λοιπόν, προκειμένου το ασφάλιστρο να χρεωθεί με δίκαιο τρόπο, η εταιρία χρησιμοποιεί πίνακες θνησιμότητας και νοσηρότητας που παρέχουν πληροφόρηση για το κόστος που επιφέρει η κάθε κατηγορία κινδύνου. Και για να αποφασίσει σε ποια κατηγορία κινδύνου ανήκει ο κάθε ασφαλισμένος, χρησιμοποιεί ειδικά ερωτηματολόγια κατά την συμπλήρωση της αίτησης ασφάλισης, στα οποία περιλαμβάνονται ερωτήσεις σχετικά με την παρελθοντική και παρούσα κατάσταση της υγείας του ασφαλισμένου και των καλυπτόμενων μελών εάν υπάρχουν. Παράδειγμα ενός τέτοιου ερωτηματολογίου υπάρχει στον Πίνακα 3.1. Οι παράγοντες που εξετάζονται στην τιμολόγηση ασφαλιστρών ζωής είναι:

- ηλικία
- φύλο
- φυσική κατάσταση
- ιατρικό προσωπικό ιστορικό

- ιστορικό οικογένειας
- οικονομική κατάσταση
- τρόπος ζωής π.χ. κάπνισμα, ποτό
- επάγγελμα
- ενασχόληση με επικίνδυνα αθλήματα-δραστηριότητες
- συχνότητα και απόσταση μετακινήσεων
- στρατιωτική θητεία
- διαμονή
- οικογενειακή κατάσταση
- αριθμός παιδιών.

Οι εξειδικευμένοι υπάλληλοι της εταιρίας (underwriters) που παραλαμβάνουν τα ερωτηματολόγια, είναι σε θέση, συχνά με τη βοήθεια διαφόρων ιατρών, να εκτιμήσουν σε ποια κατηγορία κινδύνου ανήκει ο κάθε ασφαλισμένος και να τιμολογήσουν ανάλογα την κάλυψη που θα του παρέχουν.

Ενδέχεται λοιπόν κάποιος ασφαλισμένος να έχει επιβαρυνμένο ιστορικό σχετικά με κάποια ή κάποιες παθήσεις, οπότε στην περίπτωση αυτή ο underwriter μπορεί να αποφασίσει την επιβολή ενός ποσοστιαίου επασφαλίστρου επί του βασικού ασφαλίστρου που πληρώνει για την ίδια κάλυψη κάποιος υγιής. Εναλλακτικά, μπορεί να αποφασίσει να θέσει κάποια εξαίρεση στη κάλυψη για κάποια πάθηση. Για παράδειγμα, αν ο ασφαλισμένος έχει καρδιολογικά προβλήματα που αποδεικνύονται από το ερωτηματολόγιο και τις εξετάσεις που πιθανόν να του ζητηθούν να υποβληθεί, μπορεί να τεθεί στην κάλυψή του εξαίρεση για καρδιολογικές παθήσεις. Αν δεν γίνει κάτι τέτοιο, το αποτέλεσμα θα είναι ο ασφαλισμένος αυτός να επιφέρει στην εταιρία μελλοντικές υποχρεώσεις μεγαλύτερες από τις αναμενόμενες κι έτσι σε επόμενη χρονική περίοδο θα χρειαστεί το ασφάλιστρο να αυξηθεί για όλους τους ασφαλισμένους που έχουν αγοράσει την ίδια κάλυψη. Εφόσον θα είναι πιο ακριβό, όλο και λιγότεροι υποψήφιοι ασφαλισμένοι θα το επιλέγουν. Μάλιστα, αποδεικνύεται ότι θα το επιλέγουν όσοι το χρειάζονται περισσότερο, δηλαδή αυτοί που δεν είναι υγιείς και ο φαύλος κύκλος θα συνεχίζεται επιδεινώνοντας το πρόβλημα. Με τον τρόπο αυτό δημιουργείται το φαινόμενο της αντεπιλογής. Είναι λοιπόν σημαντικό το τμήμα ανάληψης κινδύνου να κάνει σωστό έλεγχο πριν την παροχή μιας κάλυψης ζωής ή υγείας, προκειμένου το ασφάλιστρο να μην αυξάνεται υπερβολικά για τους υγιείς, εξαιτίας των λιγότερο υγιών.

### Πίνακας 3.1: Ερωτηματολόγιο υγείας ασφάλισης ζωής και υγείας

<p>Έχετε υποβάλλει αίτηση ασφάλισης ζωής στην εταιρία μας ή σε άλλη εταιρία, η οποία βρίσκεται σε εκκρεμότητα, απορρίφθηκε, αναβλήθηκε ή έγινε δεκτή με επασφάλιστρα, εξαιρέσεις ή περιορισμούς;</p> <p>Έχετε ή είχατε ομαδικό ασφαλιστήριο ζωής στην εταιρία μας ή σε άλλη ασφαλιστική εταιρία; Δηλώστε το ταμείο κοινωνικής ασφάλισής σας. Έχετε βιβλιάριο ασθένειας;</p> <p>Έχετε λάβει αποζημίωση ανικανότητας για εργασία από ατύχημα ή ασθένεια από οποιοδήποτε φορέα κοινωνικής ασφάλισης ή ασφαλιστική εταιρία;</p> <p>Έχετε απαλλαγή ή έχετε πάρει αναβολή από τη στρατιωτική σας θητεία για λόγους υγείας; Συμμετέχετε σε σπορ, επικίνδυνες ενασχολήσεις, αγώνες ταχύτητας ή πτήσεις (αεραθλητισμό); Μήπως είστε αριστερόχειρας;</p> <p>Τα τελευταία χρόνια έχετε εξεταστεί, συμβουλευτεί ή υποβληθεί σε θεραπεία από γιατρο;</p> <p>Έχετε κάνει εξετάσεις όπως ηλεκτροκαρδιογράφημα, δοκιμασία κοπώσεως, εξετάσεις αίματος, αξονική ή μαγνητική τομογραφία, εξέταση για τον ιό του AIDS (HIV TEST), της ηπατίτιδας, ή άλλες εξετάσεις που έγιναν εξαιτίας κάποιων ενοχλημάτων ή προληπτικά;</p> <p>Έχετε κάνει ή κάνετε τα τελευταία χρόνια καθημερινή χρήση φαρμάκων και ποιων;</p> <p>Είστε καπνιστής; Πόσο καιρό; Πόσα τσιγάρα την ημέρα;</p> <p>Πίνετε αλκοολούχα ποτά; Σε τι ποσότητα την ημέρα;</p> <p>Έχετε κάνει ή κάνετε χρήση ναρκωτικών, αναβολικών, ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών;</p> <p>Στην οικογένειά σας (γονείς, αδέρφια) είχατε ή έχετε περιπτώσεις υψηλής τιμής σακχάρου αίματος, παθήσεων καρδιάς ή νεφρών, αυξημένης αρτηριακής πίεσης, αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, διανοητικών ή ψυχιατρικών διαταραχών ή καρκίνου οποιασδήποτε μορφής;</p> <p>Δηλώστε το ύψος και το βάρος όλων των υποψηφίων μελών προς ασφάλιση.</p> <p>Δηλώστε εάν διαμένετε στη διάρκεια του έτους εκτός Ελλάδας.</p> <p>Έχετε θεραπευτεί ή διαγνωσθεί για κάποιο από τα παρακάτω;</p> <p>Συγγενή καρδιοπάθεια, φύσημα στην καρδιά, μυοκαρδιοπάθεια, αρρυθμίες, πόνους στο στήθος, έμφραγμα, στηθάγχη, αυξημένη αρτηριακή πίεση ή άλλο καρδιολογικό πρόβλημα</p> <p>Κιρσούς, θρομβοφλεβίτιδα, ή προβλήματα των αρτηριών ή και φλεβών</p> <p>Δύσπνοια, άσθμα, βρογχίτιδα ή ασθένεια του πνεύμονα.</p> <p>Νοσήματα του πεπτικού συστήματος (στομάχι, ήπαρ, χοληφόρα, πάγκρεας, έντερο, ελκώδης κολίτιδα, νοσος Crohn).</p> <p>Νοσήματα των νεφρών, ουρητήρων, ουροδόχου κύστης, προστάτη (για άνδρες)</p> <p>Τον εγκέφαλο, το νευρικό σύστημα ή την ψυχική σφαίρα</p> <p>Τους μύες, τα οστά, τις αρθρώσεις</p> <p>Διαταραχές από το δέρμα</p> <p>Υψηλή χοληστερίνη, υψηλή τιμή σακχάρου αίματος, διαβήτη κύησης, ουρική αρθρίτιδα, παθήσεις θυρεοειδούς, υπόφυσης, διαταραχή ορμονών</p> <p>Διαταραχές από τα μάτια, τα αυτιά, τη μύτη, το λαιμό.</p> <p>Μεταβολές στο αίμα, τους λεμφαδένες και το σπλήνα.</p> <p>Νεοπλάσματα (όγκο, καρκίνο) οποιασδήποτε μορφής</p> <p>Νοσήματα των μαστών ή γυναικολογικής φύσεως</p> <p>Είστε έγκυος; Σε ποιο μήνα;</p> <p>Έχετε περάσει κάποια άλλη πάθηση;</p> <p>Έχετε νοσηλευτεί ή χειρουργηθεί;</p>
--

Πηγή: Προσωπική έρευνα σε ασφαλιστικές εταιρίες.

Στα πλαίσια διαμόρφωσης δίκαιου ασφαλιστρού, προκειμένου να εξαλειφθούν οι διακρίσεις με βάση το φύλο, από τον Δεκέμβριο του 2012 έχει καθιερωθεί με οδηγία από την Ευρωπαϊκή Ένωση ότι το ασφάλιστρο για άνδρες και γυναίκες θα πρέπει να είναι κοινό. Παλαιότερα το ασφάλιστρο ήταν διαφορετικό ανάλογα με το φύλο του ασφαλισμένου, διότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη νοσηρότητα από κάποια ηλικία και πάνω, ενώ οι άνδρες μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας, όπως μπορούμε να δούμε και στον πίνακα του ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ 2.

### 3.2.3 Μη-υπερβολικό ασφάλιστρο

Τέλος το ασφάλιστρο ζωής και υγείας δεν θα πρέπει να είναι υπερβολικό γιατί σε διαφορετική περίπτωση η ζήτηση για τις καλύψεις αυτές θα πέσει σημαντικά, με ζημιογόνα αποτελέσματα για την εταιρία και τα έσοδά της. Εάν το ασφάλιστρο είναι αρκετά ακριβό σε σχέση με τις ανταγωνιστικές εταιρίες, οι πελάτες θα προτιμήσουν κάποια άλλη εταιρία και οι πωλήσεις της θα μειωθούν κατακόρυφα. Θα πρέπει λοιπόν η εταιρία να λαμβάνει υπόψη και τον ανταγωνισμό, προκειμένου να ισορροπήσει το ασφάλιστρο σε ένα επίπεδο που θα είναι δελεαστικό για τους υποψήφιους ασφαλισμένους. Χρειάζεται λοιπόν να κάνει συχνά έρευνες αγοράς και να παρακολουθεί πώς κινούνται οι λοιπές ασφαλιστικές εταιρίες σε ό,τι αφορά το ασφάλιστρο, αλλά και να είναι σε θέση να αναπροσαρμόσει προς τα πάνω ή προς τα κάτω το ασφάλιστρο κάποιας κάλυψης εάν κριθεί υπερβολικό είτε μέσω ετήσιων αναπροσαρμογών, όπως θα δούμε και παρακάτω είτε με οριστική απόσυρση κάποιου ασύμφορου προϊόντος.

### 3.3 Συστατικά του ασφαλίστρου

Σύμφωνα με τον Βοζίκη (2005), οι βασικοί όροι που συναντά κανείς σε σχέση με το ασφάλιστρο είναι οι εξής:

- Τεχνικό ασφάλιστρο ή ασφάλιστρο κινδύνου: το ποσό που απαιτείται για την κάλυψη των αποζημιώσεων και των σχετικών εξόδων της αποζημίωσης.
- Εμπορικό ασφάλιστρο: προκύπτει εάν στο τεχνικό ασφάλιστρο προστεθούν οι απαραίτητες επιβαρύνσεις για τα διαχειριστικά έξοδα, έξοδα πρόσκτησης ασφαλιστικών εργασιών και το περιθώριο κέρδους.
- Συνολικό ασφάλιστρο: προκύπτει αν στο εμπορικό ασφάλιστρο προστεθούν οι επιβαρύνσεις που αφορούν εισφορές κοινωνικού χαρακτήρα (φόροι, τέλη, δικαιώματα, κτλ).

Σύμφωνα με τον Newsom et al. (2011), τα βασικά συστατικά του ασφαλίστρου είναι τρία:

- (α) το αναμενόμενο κόστος των αποζημιώσεων,
- (β) τα διαχειριστικά και λειτουργικά έξοδα του προϊόντος,
- (γ) το κέρδος της εταιρίας.

Φυσικά το ασφάλιστρο που προκύπτει από αυτά τα τρία συστατικά διαμορφώνεται σε μια υψηλότερη ή χαμηλότερη τιμή προκειμένου να ενσωματώσει διάφορους άλλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα μια γενικευμένη ζημιά προηγούμενου έτους.

### **3.4 Παράγοντες που διαμορφώνουν το μικτό ασφάλιστρο στην ελληνική αγορά**

Το μικτό ασφάλιστρο που καλείται να πληρώσει ο πελάτης περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

- το καθαρό ασφάλιστρο
- τους φόρους
- την επιβάρυνση του τρόπου πληρωμής
- την επιβάρυνση για το εγγυητικό κεφάλαιο
- την προμήθεια ασφαλιστών/μεσιτών/πρακτόρων
- τα διαχειριστικά έξοδα
- το δικαίωμα συμβολαίου
- το κέρδος της εταιρίας
- οι ετήσιες αναπροσαρμογές λόγω ηλικίας
- οι ετήσιες αναπροσαρμογές λόγω οικονομίας/τεχνολογίας
- το αντασφάλιστρο

Στη συνέχεια θα αναλύσουμε καθένα από τα τμήματα αυτά.

#### **3.4.1. Το καθαρό ασφάλιστρο**

Το καθαρό ασφάλιστρο είναι το ποσό εκείνο που όταν εισπραχθεί δύναται να καλύψει όλες τις μελλοντικές αποζημιώσεις της εταιρίας για το συγκεκριμένο προϊόν. Υπολογίζεται με αναλογιστικές μελέτες, οι οποίες βασίζονται (α) στα παρελθοντικά στοιχεία που έχει συγκεντρώσει η εταιρία για την πορεία των αποζημιώσεων (το ύψος και τη συχνότητά τους) αλλά και (β) στις προβλέψεις για την μελλοντική πορεία των τιμών των ιατρικών παροχών. Ανάλογα με το προϊόν, μπορεί να αλλάζει κάθε χρόνο, αντανακλώντας την αύξηση ή μείωση των μελλοντικών παροχών (π.χ. μια αύξηση στις τιμές των παροχών των συμβεβλημένων νοσοκομείων) ή μπορεί να παραμένει σταθερό σε όλη τη διάρκεια ζωής του συμβολαίου (π.χ. σε μια ισόβια ασφάλιση ζωής, το καθαρό ασφάλιστρο καθορίζεται στην έναρξη και είναι ισοβίως το ίδιο).

#### **3.4.2. Οι φόροι**

Ο φόρος που αναλογεί σε κάθε ασφαλιστήριο είναι ίσος περίπου με το 15% του καθαρού ασφαλιστρού. Παλαιότερα, μέχρι το 2015, το ποσοστό αυτό ήταν αρκετά μικρότερο, γύρω στο 10%. Αυτή την αύξηση στο φόρο, κάποιες εταιρίες την απορρόφησαν οι ίδιες, ενώ οι περισσότερες την μετέφεραν ως αύξηση του ασφαλιστρού στους ασφαλισμένους.

#### **3.4.3. Η επιβάρυνση του τρόπου πληρωμής**

Ο ασφαλισμένος, στις περισσότερες εταιρίες, έχει το δικαίωμα να επιλέξει αν θα εξοφλεί το ασφάλιστρό του σε ετήσια βάση, σε εξάμηνη, σε τρίμηνη ή σε μηνιαία βάση. Όπως είναι αναμενόμενο, όταν επιλέγεται η ετήσια εξόφληση δεν υπάρχει κάποια επιβάρυνση τρόπου πληρωμής, διότι η εταιρία προεισπράττει όλο το ασφάλιστρο της χρονιάς και μπορεί να το επενδύσει αναλόγως.



Αντίθετα, οι υπόλοιπες επιλογές συνεπάγονται μια μικρή επιβάρυνση, με μεγαλύτερη αυτήν που αφορά το μηνιαίο τρόπο πληρωμής. Εξάλλου, όσο περισσότερες οι δόσεις, τόσο μεγαλύτερο και το διαχειριστικό κόστος για την εταιρία, αφού θα πρέπει να τυπώσει και να αποστείλει περισσότερες αποδείξεις και ειδοποιητήρια πληρωμής στους ασφαλισμένους, και να ελέγχει σε περισσότερα χρονικά διαστήματα την έγκαιρη εξόφλησή τους, να κάνει περισσότερες υπενθυμίσεις οφειλών, κτλ.

Επίσης, ο ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει αν θα εξοφλεί μέσω ταχυπληρωμής, μέσω internet banking, μέσω πιστωτικής κάρτας, μέσω σύνδεσης με τραπεζικό λογαριασμό ή μέσω πληρωμής σε εισπράκτορα της εταιρίας (αυτή η τελευταία επιλογή τείνει να εξαλειφθεί τα τελευταία χρόνια). Προφανώς, καθεμία από τις επιλογές αυτές συνεπάγεται διαφορετικές επιβαρύνσεις και όπως είναι φυσικό, οι επιλογές όπου για παράδειγμα η εξόφληση γίνεται αυτοματοποιημένα μέσω σύνδεσης με τραπεζικό λογαριασμό του ασφαλισμένου, έχουν μικρότερη επιβάρυνση από τις επιλογές που συνεπάγονται αυξημένο διαχειριστικό κόστος για την εταιρία.

#### **3.4.4. Η επιβάρυνση/εισφορά για το εγγυητικό κεφάλαιο**

Το εγγυητικό κεφάλαιο είναι “ένα νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με στόχο την προστασία των ασφαλισμένων στον κλάδο ζωής σε περίπτωση πτώχευσης ή ανάκλησης άδειας λειτουργίας της ασφαλιστικής τους επιχείρησης”, όπως αναφέρει το καταστατικό του. Εδρεύει στην Αθήνα και τελεί υπό την εποπτεία και τον έλεγχο της Τράπεζας της Ελλάδος.

“Σκοπός του είναι η διατήρηση και μεταβίβαση του συνόλου ή μέρους του χαρτοφυλακίου ζωής υπό εκκαθάριση ασφαλιστικής εταιρίας σε άλλη ασφαλιστική ή σε άλλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Σε περίπτωση που αυτό καταστεί ανέφικτο, καταβάλλεται αποζημίωση έναντι της αξίας των συμβολαίων αυτών αλλά και έναντι εκκρεμών ζημιών και πληρωτέων παροχών (εξαιρούνται οι συμπληρωματικές καλύψεις νοσοκομειακής περίθαλψης), με βάση τα ανώτατα όρια αποζημίωσης που αναφέρονται στο αρ.7 του ν.3867/2010”.

Το απαραίτητο, για την εκπλήρωση του σκοπού του Εγγυητικού κεφαλαίου συγκεντρώνεται αποκλειστικά από τακτική εισφορά υπέρ αυτού, η οποία ορίζεται μετά από απόφαση της Τράπεζας της Ελλάδος, σε ποσοστό έως 1,5% της συνολικής ετήσιας παραγωγής ακαθάριστων εγγεγραμμένων ασφαλιστρών του κλάδου ζωής. Η εισφορά αυτή βαρύνει κατά το ήμισυ τις ασφαλιστικές εταιρίες, μέλη του Εγγυητικού, και κατά το ήμισυ τους ασφαλισμένους με συμβόλαια ζωής. Η εισφορά εμφανίζεται στο ασφαλιστήριο και απαλλάσσεται παντός φόρου ή τέλους.

#### **3.4.5. Η προμήθεια ασφαλιστών/μεσιτών/πρακτόρων**

Η προμήθεια που λαμβάνουν οι διαμεσολαβητές της ασφάλισης διαφέρει από εταιρία σε εταιρία, από το ένα είδος διαμεσολαβητή στο άλλο, από προϊόν σε προϊόν, από το ασφαλιστικό έτος στο οποίο βρίσκεται το ασφαλιστήριο και από άλλους πωλησιακούς παράγοντες.

Για παράδειγμα, άλλη είναι η προμήθεια που λαμβάνει για το ίδιο προϊόν ένας ασφαλιστής

που συνεργάζεται μόνο με μια συγκεκριμένη εταιρία και άλλη αυτή που λαμβάνει ένα ασφαλιστικός πράκτορας ο οποίος συνεργάζεται με πλήθος εταιρειών. Προφανώς η προμήθεια του δεύτερου είναι μεγαλύτερη, προκειμένου να προτιμήσει και να προτείνει στους πελάτες του τη μία εταιρία έναντι των άλλων.

Επίσης, άλλο ποσοστό προμήθειας μπορεί να δοθεί από μια εταιρία και διαφορετικό από άλλη εταιρία, ακόμα και όταν πρόκειται για προϊόντα που ομοιάζουν πάρα πολύ. Αυτό εξαρτάται από την πολιτική της κάθε εταιρίας και τις συμβάσεις που έχει κάνει η καθεμία με τους διαμεσολαβητές. Αλλά και κάθε προϊόν έχει διαφορετική προμήθεια από τα υπόλοιπα. Μπορεί για παράδειγμα ένα νοσοκομειακό προϊόν να έχει προμήθεια 20% κάθε έτος, ενώ ένα προϊόν ασφάλισης ζωής να έχει μια προμήθεια της τάξης του 40% για το πρώτο έτος.

Η προμήθεια μπορεί είτε να παραμένει σταθερή σε όλη τη διάρκεια ζωής ενός προϊόντος, π.χ. 20% για όλη τη διάρκεια ζωής μιας νοσοκομειακής περίθαλψης είτε να μεταβάλλεται ανάλογα με το ασφαλιστικό έτος στο οποίο βρίσκεται το ασφαλιστήριο, για παράδειγμα να ακολουθεί μια φθίνουσα πορεία, π.χ. 40% για το πρώτο έτος για μια ισόβια ασφάλιση ζωής, 20% για το δεύτερο, 10% από το τρίτο ως το έκτο έτος και μηδενική στη συνέχεια.

Τέλος, η προμήθεια μπορεί να επηρεάζεται και από πωλησιακές προωθητικές ενέργειες της εκάστοτε εταιρίας, π.χ. μπορεί μια εταιρία προκειμένου να προωθήσει ένα νέο προϊόν και να πείσει τους διαμεσολαβούντες να εργαστούν πιο μεθοδικά για την πώλησή του, να δώσει για τα πρώτα έτη μια αρκετά μεγάλη προμήθεια που αργότερα θα μειωθεί, είτε όταν το προϊόν εγκαθιδρυθεί επιτυχώς στην αγορά είτε όταν αντικατασταθεί από άλλο νεότερο προϊόν. Ή μπορεί να αυξάνεται όταν ο διαμεσολαβητής πωλήσει κάποιο συνδυασμό προϊόντων και πετύχει κάποιους στόχους, ως bonus για την παραγωγή του, ή όταν φέρει στην εταιρία μαζική παραγωγή, πολλούς νέους πελάτες ταυτόχρονα, π.χ. όλους τους εργαζόμενους σε κάποια μεγάλη εταιρία.

#### **3.4.6. Τα διαχειριστικά έξοδα**

Τα διαχειριστικά έξοδα τα οποία βαρύνουν το ασφαλιστρο έχουν σκοπό να καλύψουν τα επιπλέον έξοδα που συνεπάγεται η διαχείριση ενός συμβολαίου unit-linked συνήθως, μέσω της διαχείρισης ενός αμοιβαίου κεφαλαίου. Εξεταζόμενα υπό το γενικότερο πρίσμα, τα διαχειριστικά έξοδα αφορούν την κάλυψη των εξόδων της εταιρίας για την αμοιβή των εργαζόμενων σε αυτήν υπαλλήλων και στελεχών και τα λοιπά λειτουργικά κόστη που καλείται να αναλάβει για την εύρυθμη λειτουργία της, πάγια και μεταβλητά.

#### **3.4.7. Το δικαίωμα συμβολαίου**

Πρόκειται για ένα σταθερό ποσό το οποίο χρεώνεται εφάπαξ, στην πρώτη απόδειξη σε όλα τα ασφαλιστήρια, σε ορισμένες εταιρίες, ενώ σε άλλες υπολογίζεται ως ποσοστό επί του ασφαλιστρού της νοσοκομειακής κάλυψης. Το ύψος του δύναται να διαφέρει από εταιρία σε εταιρία, μπορεί για παράδειγμα σε μία εταιρία να είναι 7,50€ ενώ σε άλλη 3,00€ και σε άλλη ποσοστό επί του

ασφαλιστρού. Το δικαίωμα καλύπτει συνήθως τα έξοδα έκδοσης και εκτύπωσης του ασφαλιστηρίου.

#### **3.4.8. Το κέρδος της εταιρίας**

Ασφαλώς, η ασφαλιστική επιχείρηση όπως κάθε επιχείρηση, έχει ως σκοπό το κέρδος και το ασφάλιστρο θα πρέπει να είναι τέτοιο που να επιφέρει κέρδος σε αυτήν. Το ποσοστό κέρδους που επιφέρει το κάθε προϊόν είναι διαφορετικό, π.χ. από ένα νοσοκομειακό προϊόν η εταιρία μπορεί να έχει μικρότερο κέρδος απ' ό,τι από ένα προϊόν ανικανότητας.

#### **3.4.9. Οι ετήσιες αναπροσαρμογές λόγω ηλικίας**

Σε αρκετές καλύψεις, κυρίως υγείας, το ασφάλιστρο αναπροσαρμόζεται κάθε χρόνο βάσει της ηλικίας του ασφαλισμένου. Όπως είναι λογικό, όσο αυξάνεται η ηλικία του ασφαλισμένου, αυξάνεται η θνησιμότητα και η νοσηρότητά του. Αυτό πρέπει να αντανακλάται στο ασφάλιστρο προκειμένου να είναι δίκαιο προς όλους. Οι αναπροσαρμογές αυτές είναι εξ' αρχής δηλωμένες στο ασφαλιστήριο που υπογράφεται και παραλαμβάνεται από τον ασφαλισμένο. Μέσα στο ασφαλιστήριο υπάρχει δηλαδή ένας πίνακας όπου αναφέρεται η αναπροσαρμογή που αντιστοιχεί σε κάθε ηλικία. Οι αναπροσαρμογές είναι κοινές για όλους τους ασφαλισμένους που έχουν καλυφθεί με το ίδιο προϊόν και είναι υποχρεωτικές για όλους. Τα παλαιότερα προϊόντα περιείχαν ηλικιακές κλάσεις, δηλαδή το ασφάλιστρο άλλαζε κάθε π.χ. πενταετία, ενώ τα προϊόντα που διατίθενται σήμερα στην αγορά έχουν κάθε χρόνο τέτοια αναπροσαρμογή.

#### **3.4.10. Οι ετήσιες αναπροσαρμογές λόγω οικονομίας**

Εκτός από τις αναπροσαρμογές λόγω ηλικίας, στα περισσότερα προϊόντα προβλέπεται και μια ετήσια αναπροσαρμογή, η οποία παρότι αναφέρεται εξαρχής στο ασφαλιστήριο, το ακριβές ποσοστό αυτής ανακοινώνεται κάθε χρόνο και δεν είναι από πριν γνωστό. Η αναπροσαρμογή αυτή, η οποία δεν μπορεί να υπερβαίνει κάποια όρια, έχει ως σκοπό να προστατέψει την εταιρία από πιθανή αύξηση των εξόδων της λόγω αύξησης του πληθωρισμού. Δηλαδή, τη χρονιά που συνήφθη μια σύμβαση μπορεί οι τιμές για νοσοκομειακή περίθαλψη να είναι σε ένα επίπεδο α, όμως σίγουρα 50 χρόνια μετά, μιας και ασχολούμαστε και με μεγάλης διάρκειας ή και με ισόβια προϊόντα, οι τιμές αυτές θα έχουν αυξηθεί σημαντικά. Όπως είναι λογικό, τα τελευταία χρόνια της κρίσης στη χώρα μας έχουν συκρατήσει τις αναπροσαρμογές αυτές σε μηδενικό ή πολύ χαμηλό επίπεδο. Γενικά, θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας τη χρονική αξία του χρήματος, διότι τα ασφαλιστήρια συνήθως εκτείνονται είτε ισοβίως είτε σε μεγάλη χρονική διάρκεια.

Η ακόμη, μπορεί να έχουν ανακαλυφθεί νέες μέθοδοι θεραπείας ή νέες χειρουργικές επεμβάσεις, αρκετά πιο ακριβές, οι οποίες δεν μπορούσαν να προβλεφθούν κατά την έναρξη του ασφαλιστηρίου. Με τις ετήσιες αυτές αναπροσαρμογές, η εταιρία ενσωματώνει στο ασφάλιστρο τέτοιες αυξήσεις στα έξοδά της από την πρόοδο της τεχνολογίας, αλλά και ο πελάτης μπορεί να είναι σίγουρος ότι τα μελλοντικά επιτεύγματα της ιατρικής τεχνολογίας και επιστήμης θα είναι στη διάθεσή του όταν και αν τα χρειαστεί.

Η αναγκαιότητα ύπαρξη αναπροσαρμογών είναι κάτι το οποίο επισημαίνεται και στην διεθνή αρθρογραφία. Ενδεικτικά αναφέρουμε τους Ross et al. (1984), που συγκρίνουν στοιχεία της δεκαετίας του 70 και της δεκαετίας του 80, σχετικά με τις αποζημιώσεις και τα ασφάλιστρα. Οι ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι εφόσον στο διάστημα αυτό σημειώθηκαν σημαντικές αλλαγές τόσο στις ανάγκες για υπηρεσίες υγείας, όσο και στις ίδιες τις υπηρεσίες υγείας (στο είδος και στο κόστος τους), ο τρόπος μέτρησής τους δεν θα πρέπει να παραμένει σταθερός, αλλά να αναπροσαρμόζεται με τον κατάλληλο τρόπο και με κατάλληλες μεθόδους, για να παραγάγει αποτελέσματα που θα ανταποκρίνονται στην τρέχουσα πραγματικότητα και στις τρέχουσες ανάγκες. Το άρθρο αφορά τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, αλλά οι προεκτάσεις των συμπερασμάτων είναι γενικεύσιμες. Η βιομηχανία και η τεχνολογία στον τομέα της υγείας υπέστησαν μεγάλη πρόοδο για το εξεταζόμενο διάστημα, νέα ασφαλιστικά προϊόντα έκαναν την εμφάνισή τους, οι ασφαλιστικές ανάγκες άλλαξαν, το κόστος των υπηρεσιών υγείας αυξήθηκε αρκετά, τα διαχειριστικά κόστη μεταβλήθηκαν, οι νομοθετικές ρυθμίσεις άλλαξαν σε κάποια σημεία την προϋπάρχουσα τακτική, νέοι περιορισμοί τέθηκαν ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και ως προς τη χρήση συγκεκριμένων αποκλειστικών παρόχων υγείας, με αποτέλεσμα να καθίσταται σαφές και να αποδεικνύεται περίτρανα ότι ήταν αναγκαίο να γίνουν προς τα πάνω αναπροσαρμογές και στα ασφάλιστρα. Επίσης, στο υπό εξέταση διάστημα, παρατηρήθηκαν και δημογραφικές αλλαγές στον πληθυσμό, διαφοροποιώντας περαιτέρω τις ασφαλιστικές του ανάγκες.

Οι αναπροσαρμογές λοιπόν είναι απαραίτητο να γίνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, συνήθως ανά έτος, αξιοποιώντας όλα τα νέα στοιχεία που έχουμε στη διάθεσή μας.

#### **3.4.11. Το αντασφάλιστρο**

Το αντασφάλιστρο είναι το τίμημα που πληρώνει η ασφαλιστική εταιρία για την αντασφάλισή της, δηλαδή για να μεταφέρει τμήμα του κινδύνου που αναλαμβάνει σε άλλη (συνήθως μεγαλύτερη) ασφαλιστική εταιρία. Πολλές φορές, ο κίνδυνος που αναλαμβάνει η εταιρία μπορεί να είναι αρκετά υψηλός είτε λογιζόμενος ως μεμονωμένο περιστατικό (π.χ. ένας μεγάλος πελάτης με μεγάλα κεφάλαια κινδύνου) είτε ως σύνολο χαρτοφυλακίου (δηλαδή ο συνολικός κίνδυνος από μια κατηγορία κινδύνων να υπερβαίνει ένα ανώτατο όριο). Στις περιπτώσεις αυτές, η εταιρία, με ειδικές συμβάσεις μεταφέρει τον κίνδυνο σε άλλη εταιρία του εξωτερικού, την αντασφαλίστρια, η οποία θα κληθεί να πληρώσει αποζημίωση αν ξεπεραστεί ένα ανώτατο όριο είτε ανά ασφαλιστήριο είτε ανά χαρτοφυλάκιο κινδύνων και για τη μεταφορά αυτή πληρώνει το αντασφάλιστρο. Οι πιο συνήθεις μορφές αντασφάλισης είναι η quota share, η surplus, η excess of loss, η stop loss και η catastrophe excess of loss. Οι δύο πρώτες μορφές είναι αναλογικές, δηλαδή η αντασφαλίστρια εταιρία αναλαμβάνει ένα ποσοστό του κινδύνου και το ίδιο ποσοστό στο ασφάλιστρο και στην αποζημίωση, ενώ οι υπόλοιπες είναι μη-αναλογικές, δηλαδή αντί για ποσοστό έχουμε συγκεκριμένα ποσά που συμφωνούνται μεταξύ των δύο εταιριών και τα οποία καταβάλλονται από την αντασφαλίστρια όταν

ξεπεραστεί ένα ανώτατο όριο αποζημίωσης είτε ανά ασφαλισμένο κίνδυνο είτε συνολικά για όλο το χαρτοφυλάκιο κινδύνων. Με τον τρόπο αυτό η εταιρία διασφαλίζεται ότι π.χ. σε περίπτωση που συμβεί ένας μεγάλος καταστροφικός κίνδυνος που επηρεάζει ταυτόχρονα πολλούς ασφαλισμένους όπως ένας σεισμός, μια εκτεταμένη πυρκαγιά, θα είναι σε θέση, με τη συμμετοχή της αντασφαλίστριας να αποζημιώσει με επιτυχία όλους τους κινδύνους που έχει αναλάβει και δεν θα βρεθεί προ απροόπτων.

### **3.5 Ηθικός κίνδυνος και ασφάλιστρο**

Όπως αναφέραμε ήδη παραπάνω, εάν το ασφάλιστρο δεν είναι δίκαιο και δεν αντανακλά μια σωστή κατηγοριοποίηση του κινδύνου, δύναται να προκαλέσει ένα φαύλο κύκλο όπου οι μη υγιείς αναζητούν κάλυψη, ενώ οι υγιείς την αποφεύγουν λόγω αυξημένου κόστους.

Αυτή η παρατήρηση είχε ως αποτέλεσμα ο Shavell (1979) να διατυπώσει την αναγκαιότητα ύπαρξης αφαιρετέου ποσού ή αλλιώς απαλλαγής (deductible) στις νοσοκομειακές καλύψεις. Δηλαδή εισήγαγε την έννοια της απαλλαγής, όπου ουσιαστικά πρόκειται για μια συμμετοχή του ασφαλισμένου στην κάλυψη, όπου τα πρώτα π.χ. 1000€ ή 1.500€ ή 5.000€ σε κάθε περιστατικό τα καλύπτει μόνος του και από εκεί και πάνω καλύπτει η εταιρία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, όσο μεγαλύτερη είναι η απαλλαγή σε μια κάλυψη, τόσο μικρότερο να είναι το ασφάλιστρο, γιατί με την απαλλαγή η εταιρία δεν επωμίζεται πλέον τους μικρούς και συχνούς κινδύνους που έχουν συνήθως και μεγάλο διαχειριστικό κόστος για αυτήν και έτσι έχει το περιθώριο να μειώσει το ασφάλιστρο αρκετά. Συνήθως λοιπόν οι εταιρίες προσφέρουν π.χ. ένα βασικό νοσοκομειακό προϊόν, με τη δυνατότητα επιλογής της απαλλαγής που ο ασφαλισμένος επιθυμεί, μεταξύ 5 ή 6 διαφορετικών επιλογών. Έτσι, αν ο ασφαλισμένος επιλέξει μικρή απαλλαγή, θα πληρώσει μεγαλύτερο ασφάλιστρο γιατί η εταιρία θα αποζημιώνει πιο συχνά ακόμα και τις μικρές ζημιές, ενώ αν επιλέξει μεγαλύτερη απαλλαγή, το ασφάλιστρο μειώνεται σημαντικά.

Ομοίως και η χρήση ποσοστού συμμετοχής στα έξοδα νοσηλείας έχει ως σκοπό να αποτρέψει τους ασφαλισμένους από συχνή και άσκοπη χρήση των παροχών του συμβολαίου τους και να προστατέψει με τον τρόπο αυτόν την εταιρία από τον ηθικό κίνδυνο της αλόγιστης χρήσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο ασφαλισμένος έτσι γίνεται πιο υπεύθυνος και χρησιμοποιεί το συμβόλαιό του μόνο όταν πραγματικά το χρειάζεται, αλλά και το ασφάλιστρο μειώνεται σημαντικά. Ανάμεσα σε δύο ίδια προγράμματα που το ένα περιλαμβάνει συμμετοχή του ασφαλισμένου 10% και το άλλο καθόλου ή μικρότερη, είναι εμφανές ότι το πρώτο θα έχει χαμηλότερο ασφάλιστρο.

Όπως απέδειξαν οι Alary και Bien (2008) όσο χειρότερη είναι η κατάσταση της υγείας ενός υποψήφιου ασφαλισμένου τόσο μεγαλύτερο κίνητρο έχει να αγοράσει ένα προϊόν που θα εξασφαλίζει την υγεία του. Μάλιστα, το προϊόν αυτό θα είναι καλύτερο από το μέσο προϊόν υγείας. Με λίγα λόγια, αυτοί που πραγματικά έχουν ανάγκη την κάλυψη υγείας, λόγω βεβαρυμένου ιατρικού ιστορικού που

εκείνοι γνωρίζουν, αλλά η εταιρία μπορεί και να μην γνωρίζει, θα αγοράσουν και καλύτερη κάλυψη.

Οι δύο ερευνητές χρησιμοποίησαν ως βάση τον “αντιπροσωπευτικό καταναλωτή” και τη χρησιμότητά του (τη χρησιμότητα που απολαμβάνει από τη χρήση ασφαλιστικών προϊόντων υγείας), η οποία θεωρήθηκε ως συνάρτηση του αρχικού τους πλούτου και της αρχικής κατάστασης της υγείας τους, κατά τη χρονική στιγμή που κάνουν την επιλογή του ασφαλιστικού προϊόντος. Η απώλεια της υγείας τους μπορεί είτε να αυξήσει, είτε να μειώσει, είτε να αφήσει ανεπηρέαστη την περιθωριακή χρησιμότητα του πλούτου τους. Όταν υπάρχει τέλεια πληροφόρηση και ο πελάτης δεν μπορεί να αποκρύψει κανένα στοιχείο για την υγεία του, το βέλτιστο προϊόν θα μεγιστοποιεί την χρησιμότητά του, χωρίς να συνεπάγεται κέρδος για τον πελάτη, ή απαλλαγή ή συμμετοχή του. Όταν όμως υπάρχει ασυμμετρία πληροφόρησης, δηλαδή ο πελάτης γνωρίζει το ιατρικό του ιστορικό ενώ η εταιρία όχι, τότε η βέλτιστη παροχή μεγιστοποιεί την χρησιμότητα με δέσμευση στο ενδεχόμενο μηδενικού κέρδους για τον πελάτη και δίνει διαφορετικό αποτέλεσμα, αποδεικνύοντας την αναγκαιότητα ύπαρξης απαλλαγής, ή συμμετοχής ή εξαιρέσεων στο συμβόλαιο.

Έτσι διαπιστώνουμε ότι η εταιρία πρέπει να διαχειριστεί με ορθό τρόπο τις γνώσεις για το ιατρικό ιστορικό του ασφαλισμένου ή του υποψήφιου προς ασφάλιση, να κάνει σωστό *underwriting*, να ζητά όταν θεωρεί ότι υπάρχει κίνδυνος αντεπιλογής περισσότερα ιατρικά στοιχεία ή να υποβάλλει τους υποψήφιους προς ασφάλιση στον κατάλληλο προασφαλιστικό έλεγχο, προκειμένου να αποφύγει ή έστω να ελαττώσει τον ηθικό κίνδυνο που δημιουργείται από την ασύμμετρη πληροφόρηση σχετικά με την υγεία τους. Η ανάληψη κινδύνου είναι από τις σημαντικότερες εργασίες που εκτελούνται σε μια ασφαλιστική εταιρία και η ομάδα ατόμων που αναλαμβάνει την εξέταση των υποψηφίων ασφαλισμένων θα πρέπει να είναι σωστά καταρτισμένη ώστε να μπορεί να εντοπίσει κάθε προσπάθεια δόλου του ασφαλισμένου, κάθε πιθανή απόκρυψη στοιχείων που θα μπορούσε να οδηγήσει σε ένταξη στο χαρτοφυλάκιο της κάποιου ανεπιθύμητου κινδύνου. Οι υπάλληλοι αυτοί, θα πρέπει να έχουν πολλές ιατρικές γνώσεις και μεγάλη εμπειρία στον εντοπισμό περιπτώσεων ηθικού κινδύνου και σε συνεργασία με τους συνεργαζόμενους ιατρούς να είναι σε θέση να κρίνουν ορθά τους όρους με τους οποίους μπορεί κάποιος να γίνει δεκτός προς ασφάλιση.

Επίσης, θα πρέπει η εταιρία να διασφαλίζεται έναντι του ηθικού κινδύνου και με άλλους τρόπους, σε περίπτωση που ο ανωτέρω ανθρώπινος έλεγχος δεν καταστεί αποτελεσματικός. Μια συνήθης πρακτική είναι να υπάρχει στο ερωτηματολόγιο της αίτησης που συμπληρώνει ο υποψήφιος προς ασφάλιση, να υπάρχει μια τυποποιημένη δήλωση την οποία υπογράφει και στην οποία αναφέρει ότι “δηλώνω ότι τα στοιχεία που έχω δηλώσει είναι αληθή και ότι δεν έχω αποκρύψει στοιχεία ουσιώδη για την ασφάλισή μου”. Με τον τρόπο αυτό, αλλά και με αντίστοιχο όρο στο συμβόλαιο, η εταιρία κατοχυρώνεται, ώστε σε περίπτωση αποδεδειγμένου δόλου να καταγγείλει τη σύμβαση και να μην καταβάλλει αποζημίωση στον ασφαλισμένο ο οποίος με δόλο απέκρυψε το ιατρικό του ιστορικό.

### 3.6 Ταξινόμηση των κινδύνων

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η ανάληψη του κινδύνου, όπως περιγράφηκε και αμέσως παραπάνω, περιλαμβάνει και την πολύ σημαντική διαδικασία της ταξινόμησης των κινδύνων (risk classification). Σύμφωνα με τον Βοζίκη (2005) “η ταξινόμηση των κινδύνων αναφέρεται στην διαδικασία σχηματισμού διαφορετικών ασφαλιστρών, για την ίδια κάλυψη, βασιζόμενη σε ομαδικά χαρακτηριστικά κινδύνου”.

Τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη σε αυτήν την διαδικασία είναι πολλαπλά: αναλογιστικά, επιχειρησιακά, κοινωνικά, νομικά.

Τα αναλογιστικά κριτήρια χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση των κινδύνων σε ομάδες που να είναι σχετικά ομοιογενείς (homogeneous), δηλαδή το αναμενόμενο κόστος κάθε κινδύνου να είναι παρόμοιο με αυτό των υπολοίπων της ίδιας ομάδας, να έχουν αξιοπιστία (credibility), να έχουν κοινό μέσο κόστος, να έχουν σταθερότητα στο χρόνο ώστε να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για μακροχρόνιες προβλέψεις (reliability).

Τα επιχειρησιακά κριτήρια αφορούν θέματα που άπτονται αντικειμενικών περιορισμών, διοικητικά έξοδα και αναγνωρισιμότητα των κινδύνων.

Τα κοινωνικά κριτήρια αφορούν την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, την αποδοχή και διαχείριση του συνεπαγόμενου κόστους, σύμφωνα πάντα με τον Βοζίκη (2005).

Για παράδειγμα, ας εξετάσουμε την κάλυψη του προσωπικού ατυχήματος. Εκτός από το ερωτηματολόγιο υγείας, ο underwriter θα πρέπει να λάβει υπόψη του και άλλους παράγοντες, όπως αν ο ασφαλισμένος συμμετέχει σε κάποιο επικίνδυνο άθλημα ή δραστηριότητα, εάν έχει κάποιο χόμπι που συνεπάγεται αυξημένη έκθεση σε κίνδυνο, ποιό είναι το επάγγελμά του κτλ., διότι είναι προφανές ότι άλλον κίνδυνο συνεπάγεται π.χ. ένας υπάλληλος γραφείου και άλλον ένας οικοδόμος ο οποίος ανεβαίνει συχνά σε επικίνδυνες και αμφιβόλου ποιότητας σκαλωσιές και επιπλέον κουβαλά βάρη. Για τον λόγο αυτό η εταιρία μπορεί να καταρτίσει έναν πίνακα κατάταξης επαγγελμάτων και χόμπι, όπου το κάθε επάγγελμα ή χόμπι να ανήκει σε μία κατηγορία κινδύνου από τις τέσσερις: χαμηλός κίνδυνος, μέτριος κίνδυνος, υψηλός κίνδυνος, πολύ υψηλός κίνδυνος. Σε κάθε κατηγορία κινδύνου αντιστοιχεί και διαφορετικό ασφάλιστρο και όπως είναι φυσικό, όσο πιο “επικίνδυνο” από ασφαλιστικής σκοπιάς είναι το επάγγελμα ή η δραστηριότητα, τόσο το ασφάλιστρο θα αυξάνεται. Ενίοτε μάλιστα, κάποια επικίνδυνα χόμπι δεν ασφαλιζονται ή ασφαλιζονται με πολύ αυστηρούς και περιοριστικούς όρους.

Ένα άλλο παράδειγμα αποτελεί η ασφάλιση βρεφών έως ενός έτους. Ενώ τα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας ασφαλιζονται με πιο χαλαρό underwriting, αντίθετα για τα βρέφη, ο έλεγχος underwriting δύναται να είναι αυξημένος, λόγω της μεγάλης θνησιμότητας και νοσηρότητας που παρατηρείται παγκοσμίως στο πρώτο έτος ζωής του ατόμου, π.χ. συνηθίζεται να ελέγχεται το παιδικό

βιβλιάριο και όλες του οι εγγραφές, να εξετάζεται το κατά περιόδους ύψος και βάρος του ώστε να διαπιστωθεί η ομαλή ανάπτυξή του και άλλα στοιχεία για την υγεία του.

Παρομοίως, μια άλλη ομάδα “υψηλού” από ασφαλιστικής άποψης κινδύνου είναι τα άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών. Κάποιες εταιρίες προσφέρουν κάλυψη σε υποψήφιους πελάτες που κατά την έναρξη της ασφάλισης είναι ως 65 έτη, αλλά από εκεί και πάνω, πολύ δύσκολα ένας υποψήφιος θα μπορέσει να βρει κάποιο πρόγραμμα που να τον καλύπτει, λόγω της αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας που έχει παρατηρηθεί στις ηλικίες αυτές. Ακόμα, στους ήδη υπάρχοντες ασφαλισμένους που με την πάροδο των ετών έχουν φθάσει σε μια προχωρημένη ηλικία, το ασφάλιστρο διαμορφώνεται σε αρκετά υψηλά επίπεδα, συγκρινόμενο πάντα με το ασφάλιστρο μικρότερων ηλικιών για τους ίδιους λόγους.

Ένα τελευταίο παράδειγμα κατάταξης κινδύνων είναι οι καπνιστές και οι μη-καπνιστές. Οι καπνιστές, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν πολλαπλά προβλήματα υγείας μελλοντικά και συνεπώς να επιφέρουν πολλές αποζημιώσεις στην εταιρία. Για το λόγο αυτό, συνήθως οι εταιρίες κάνουν αυξημένο έλεγχο *underwriting* στους καπνιστές, τους υποβάλλουν σε περισσότερες ιατρικές εξετάσεις προασφαλιστικού ελέγχου, προκειμένου να γίνουν δεκτοί προς ασφάλιση. Στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 βλέπουμε τις διαφορές στη θνησιμότητα καπνιστών και μη-καπνιστών, ανδρών και γυναικών, σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα της Society of Actuaries, για το έτος 2015, με πρόβλεψη για τα επόμενα 10 έτη.

### **3.7 Διαπραγματευτική δύναμη των αντασφαλιστών/καταναλωτών/διαμεσολαβούντων**

Μεταξύ των ιδιαιτεροτήτων του κλάδου θα πρέπει να αναφέρουμε την διαπραγματευτική δύναμη δύο διαφορετικών “ομάδων” που στηρίζουν τη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιρειών.

Η μία, σύμφωνα με τον Νεκτάριο (2006), είναι η ομάδα των αντασφαλιστικών εταιρειών, οι οποίες λαμβάνουν μέρος του κινδύνου που έχουν επωμιστεί οι ασφαλιστικές εταιρίες, έναντι ασφαλίστρου. Λόγω χαμηλού “βάθους” (από την άποψη της κάλυψης των ασφαλισμένων κεφαλαίων της ελληνικής αγοράς) η διαπραγματευτική πίεση των αντασφαλιστών επηρεάζει ένα μέρος του ασφαλίστρου άρα και τη λειτουργία της ασφαλιστικής εταιρίας.

Η άλλη ομάδα είναι αυτή των διαμεσολαβούντων στην ασφάλιση προσώπων (ασφαλιστικοί πράκτορες, μεσιτες ασφαλίσεων και ασφαλιστικοί σύμβουλοι). Όσο πιο μεγάλη είναι η εξάρτηση μιας ασφαλιστικής εταιρίας από ένα μη-ιδιόκτητο δίκτυο συνεργατών για την πρόσκτηση νέων εργασιών, τόσο πιο μεγάλη πίεση δέχεται για τις προμήθειες που χορηγεί με άμεση επίδραση στο κόστος λειτουργίας της. Αλλά και σε περίπτωση που το δίκτυο συνεργατών είναι ιδιόκτητο, πάλι υπάρχουν πιέσεις για αύξηση της προμήθειας, ιδιαιτέρως από εκείνους τους διαμεσολαβητές που επιφέρουν μεγάλη παραγωγή στην εταιρία.



Αυτές οι δύο “ομάδες” που με τη δύναμή τους δρουν επάνω στη διαμόρφωση του ασφαλιστρού, έρχονται αντιμέτωπες με την ομάδα των καταναλωτών, που έχει το αντίθετο συμφέρον, τη μείωση του ασφαλιστρού.

Αγοραστές των ασφαλιστικών προϊόντων-υπηρεσιών ζωής και υγείας είναι τα μεμονωμένα άτομα - ιδιώτες και οι επιχειρήσεις. Η διαπραγματευτική δύναμη των μεμονωμένων "καταναλωτών" θεωρείται περιορισμένη.

Παρόλα αυτά, η γνώμη του καταναλωτή, σε συνδυασμό πάντα με την καθοδήγηση του ασφαλιστικού του συμβούλου, (όταν αυτός υπάρχει) και βέβαια την καλή του γνώση και ενημέρωση γύρω από την αγορά είναι δυνατόν να τον οδηγήσει στην επιλογή της πλέον συμφέρουσας οικονομικά λύσης, στα πλαίσια πάντα των δικών του αναγκών και απαιτήσεων.

### **3.8 Παράγοντες μεταβολής του ασφαλιστρού**

Από τους παραπάνω παράγοντες που μελετήσαμε, κάποιοι δεν μεταβάλλονται ουσιαστικά από έτος σε έτος ή από εταιρία σε εταιρία, ενώ άλλοι μεταβάλλονται σημαντικά συμπαρασύροντας στην πορεία τους το ασφάλιστρο προς τα πάνω ή προς τα κάτω. Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε πώς επηρεάζει ο καθένας από αυτούς το ασφάλιστρο βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, αλλά και βάσει προσωπικής εμπειρίας.

Το καθαρό ασφάλιστρο που είναι η πρόβλεψη για τις μελλοντικές αποζημιώσεις, με τη σειρά του εξαρτάται από το πώς θα κυμανθούν μελλοντικά τόσο η συχνότητα των αποζημιώσεων όσο και το ύψος τους. Η συχνότητα των αποζημιώσεων για να προβλεφθεί, χρησιμοποιούνται οι πίνακες θνησιμότητας και νοσηρότητας, καθώς και ο μεμονωμένος έλεγχος *underwriting* που γίνεται για κάθε ασφαλισμένο, προκειμένου να καταταχθεί στη σωστή κατηγορία κινδύνου και αν η υγεία του προβλέπουμε ότι θα επιδεινωθεί να τεθούν σε αυτόν επασφάλιστρα ή εξαιρέσεις ή να γίνει άρνηση κάλυψης. Το ύψος των αποζημιώσεων επηρεάζεται και από το πώς θα κυμανθεί το κόστος των ιατρικών υπηρεσιών στο μέλλον. Για το λόγο αυτό, συνήθως οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις προβαίνουν στη σύναψη ειδικών συμφωνιών με μεμονωμένους παρόχους υγείας, οι οποίες εξασφαλίζουν τη συνεργασία της με αυτούς για αρκετά χρόνια, ώστε να μπορούν να υπολογίσουν με σχετική ακρίβεια το κόστος των μελλοντικών ιατρικών υπηρεσιών που θα κληθούν να αποζημιώσουν. Οι συμφωνίες αυτές έχουν πολλαπλά οφέλη, διότι εξασφαλίζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας σε σταθερά πολύ καλό επίπεδο, κάτι το οποίο ωφελεί τον ασφαλισμένο αφού γνωρίζει την υψηλή ποιότητα του προϊόντος που αγοράζει. Επίσης, εάν ο ασφαλισμένος επιλέξει τους συγκεκριμένους συμβεβλημένους με την εταιρία παρόχους έναντι άλλων, απολαμβάνει προνόμια τόσο στην τιμή όσο και στις παροχές. Βοηθούν λοιπόν οι συμφωνίες αυτές στη μείωση του ασφαλιστρού. Αρκετά

σύνηθες στις μέρες μας είναι να δημιουργούνται προϊόντα capitation όπου ο πάροχος υπηρεσιών υγείας είναι μοναδικός και ουσιαστικά καθίσταται συνασφαλιστής, μειώνοντας κατά πολύ το ασφάλιστρο. Δηλαδή κάποια προϊόντα υγείας έχουν τη χαρακτηριστική ιδιότητα ότι ο ασφαλισμένος είναι υποχρεωμένος να καταφύγει σε έναν αποκλειστικό πάροχο υγείας, ο οποίος μοιράζεται το ασφάλιστρο, τον κίνδυνο και την αποζημίωση με την εταιρία. Κάποιες έρευνες έχουν δείξει ότι τα τελευταία χρόνια στην Αγγλία, ενώ το ασφάλιστρο ακολουθεί ανοδική πορεία, η αξία των παροχών προς τους ασφαλισμένους μειώνεται (Newsom et al., 2011). Μάλιστα, όπως επισημαίνουν οι συγγραφείς, η χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν έχει αυξηθεί, έχει αυξηθεί όμως το κόστος τους κι έτσι οι παροχές που οι ασφαλιστικές εταιρίες προσφέρουν στους ασφαλισμένους έχουν μειωθεί. Έτσι δημιουργείται το ερώτημα αν το κράτος θα πρέπει να παρέμβει με επιπλέον νομοθετικές ρυθμίσεις ώστε να προστατευτούν οι καταναλωτές. Βέβαια, στην Αμερική το σύστημα υγείας διαφέρει ριζικά από αυτό της Ελλάδας και το σύστημα ασφάλισης υγείας επίσης, με τα ποσοστά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας να είναι κατά πολύ υψηλότερα από την Ελλάδα. Θα ήταν ενδιαφέρον να μελετηθούν οι αντίστοιχες τάσεις στην Ελλάδα.

Η επιβάρυνση του τρόπου πληρωμής κυμαίνεται σε σχετικά χαμηλά επίπεδα, της τάξης του 1%-4% ετησίως επί του καθαρού ασφαλιστρού και δεν μεταβάλλεται με το χρόνο.

Η επιβάρυνση για το εγγυητικό κεφάλαιο παραμένει σταθερή από την επιβολή του το 2010 ως σήμερα.

Η προμήθεια διαμεσολαβούντων εξαρτάται, όπως είδαμε από την πολιτική της εταιρίας, το μέγεθος της παραγωγής του καθενός, και από άλλες παραμέτρους, αλλά δεν διαφοροποιείται σημαντικά αν εξεταστεί σε βάθος χρόνου. Είναι αξιοσημείωτο ότι όταν τα ασφαλιστικά προϊόντα διατίθενται μέσω του δικτύου μιας τράπεζας, όπως είναι αρκετά διαδεδομένο στη χώρα μας τα τελευταία έτη με το λεγόμενο “bancassurance”, το προμηθειακό κόστος μειώνεται αισθητά κι έτσι και το ασφάλιστρο μπορεί να υποστεί μείωση και το κέρδος της εταιρίας αύξηση. Ομοίως για την διάθεση προϊόντων μέσω διαδικτύου που εκμηδενίζει ουσιαστικά την προμήθεια και απλουστεύει τις διαδικασίες μειώνοντας και το διαχειριστικό κόστος.

Τα διαχειριστικά έξοδα έχουν μειωθεί την τελευταία δεκαετία από την ενσωμάτωση νέας τεχνολογίας στη διαχείριση των ασφαλίσεων ζωής και υγείας. Κάποιες διαδικασίες έχουν αυτοματοποιηθεί και η ανάπτυξη της τεχνολογίας βοηθά στην επεξεργασία δεδομένων και εξαγωγή συμπερασμάτων πολύ πιο εύκολα από ότι στο παρελθόν.

Το δικαίωμα συμβολαίου παραμένει σταθερό σε κάποιες εταιρίες ενώ σε άλλες μεταβάλλεται συναρτήσει των ασφαλιστρών των καλύψεων.

Το κέρδος της εταιρίας είναι κάτι που δεν μπορεί να προβλεφθεί, αφού είναι διαφορετικό για κάθε εταιρία και για κάθε κλάδο.

Η ηλικιακή αναπροσαρμογή είναι κοινή για όλους τους ασφαλισμένους, συμφωνημένη από

την έναρξη του συμβολαίου και δεν τροποποιείται με το πέρασμα του χρόνου για κάθε συγκεκριμένο προϊόν.

Η ετήσια αναπροσαρμογή των νοσοκομειακών καλύψεων εξαρτάται από το δείκτη τιμών καταναλωτή και από τις προβλέψεις για το ύψος των μελλοντικών αποζημιώσεων της εταιρίας, με ό,τι αυτό συνεπάγεται όπως είδαμε και παραπάνω.

Το αντασφάλιστρο εξαρτάται από την τιμολογιακή πολιτική της/των αντασφαλιστικών επιχειρήσεων, που είναι συνήθως εταιρίες του εξωτερικού και από τις συμβάσεις που η κάθε πρωτασφαλίστρια εταιρία έχει συνάψει με αυτές.

### **3.9 Ανακεφαλαίωση**

Στο κεφάλαιο αυτό διαπιστώσαμε γιατί το ασφάλιστρο ζωής και υγείας πρέπει να είναι επαρκές, δίκαιο και μη-υπερβολικό. Αναλύσαμε τα βασικά συστατικά του και παρατηρήσαμε ότι στο ασφάλιστρο και τις μεταβολές του, αντικατοπτρίζονται τόσο προβλέψεις για την οικονομική κατάσταση της χώρας όσο και για τον κίνδυνο που προέρχεται από μεμονωμένο άτομο, αλλά και για πιθανή μελλοντική αποζημίωση που ξεπερνά ένα ανώτατο όριο, κτλ. Διαπιστώσαμε ότι οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν το ασφάλιστρο είναι οι μελλοντικές τιμές των παροχών υπηρεσιών υγείας, οι συμφωνίες με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, οι απαλλαγές, οι φόροι, οι διάφορες επιβαρύνσεις ηλικιακές και μη, τα διαχειριστικά έξοδα, το αντασφάλιστρο, οι προμήθειες των διαμεσολαβούντων, οι φόροι, κτλ. και είδαμε πώς επηρεάζει ο καθένας από αυτούς την αύξηση ή μείωση του ασφαλιστρού. Τέλος είδαμε την αναγκαιότητα ύπαρξης μιας δυνατής και καταρτισμένης ομάδας *underwriting* σε κάθε εταιρία, που να είναι σε θέση να αναλάβει τους κινδύνους με τον πλέον ενδεδειγμένο τρόπο, ώστε να εξαλείψει περιπτώσεις εξαπάτησης και δόλου, αλλά και να κατατάξει με το σωστό τρόπο τους κινδύνους.



**ΜΕΡΟΣ Β'**  
**ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

#### 4.1 Εισαγωγή

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας θα ασχοληθούμε με την ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων της ασφαλιστικής αγοράς στις Η.Π.Α. προκειμένου να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα για το ποσοστό του πληθυσμού που χρησιμοποιεί την ιδιωτική και τη δημόσια ασφάλιση υγείας στη χώρα αυτή και να κάνουμε συγκρίσεις με την Ελλάδα. Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για το σκοπό αυτό και θα μελετήσουμε τα βασικά τους χαρακτηριστικά με τη βοήθεια περιγραφικών στατιστικών μέτρων, ούτως ώστε σε επόμενο κεφάλαιο να καταλήξουμε σε σημαντικά συμπεράσματα.

#### 4.2 Τα δεδομένα της έρευνας

Τα δεδομένα που συλλέξαμε για το σκοπό της έρευνας προέρχονται από το U.S. Census Bureau, δηλαδή από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία των Ηνωμένων Πολιτειών και συγκεκριμένα από την “Current Population Survey”, είναι επομένως έγκυρα και αξιόπιστα. Πρόκειται για το “2015 and 2016 Annual Social and Economic Supplements” το οποίο περιλαμβάνει πληροφορίες για το συνολικό πληθυσμό της χώρας για τα έτη 2014 και 2015, τον καταμερισμό τους ανά οικογενειακή κατάσταση (οικογένειες, άνθρωποι χωρίς οικογένεια), όπως θα δούμε αναλυτικά στη συνέχεια, ανά τόπο κατοικίας (σε αυτούς που ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα και αυτούς που ζουν εκτός αστικών κέντρων), ανά φυλή (λευκή, μαύρη, ασιατική, ισπανική) και ανά εθνικότητα (σε αυτούς που έχουν γεννηθεί στις Η.Π.Α. και όσους έχουν μεταναστεύσει εκεί).

Για τις παραπάνω κατηγορίες του πληθυσμού έχουμε στη διάθεσή μας ενδιαφέροντα στοιχεία σχετικά με την ασφάλιση υγείας τους, όπως για παράδειγμα, πόσοι έχουν ιδιωτική ασφάλιση, πόσοι έχουν κοινωνική ασφάλιση, πόσοι έναν συνδυασμό και των δύο και πόσοι είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2014 και 2015.

Ο πίνακας 4.1 μας δείχνει μια πρώτη κατηγοριοποίηση των δεδομένων για τους περίπου 318.868.000 πολίτες των Η.Π.Α. για τα έτη 2014 και 2015. Όπου στον πίνακα υπάρχει η ένδειξη “N”, τα στοιχεία δεν ήταν διαθέσιμα και ακριβή, γι' αυτό και δεν παρουσιάζονται. Ας σημειωθεί ότι ως ασφαλισμένος θεωρείται κάποιος όταν έχει ασφαλιστική κάλυψη σε όλη τη διάρκεια του υπό εξέταση έτους, διαφορετικά θεωρείται ανασφάλιστος.

## Πίνακας 4.1: Ο πίνακας των δεδομένων

**Table 5. Percentage of People by Type of Health Insurance Coverage by Selected Demographic Characteristics: 2014 and 2015**

(Numbers in thousands, margins of errors in percentage points. Population as of March of the following year. For information on confidentiality protection, sampling error, nonsampling error, and definitions, see [www2.census.gov/programs-surveys/cps/techdocs/cpsmar16.pdf](http://www2.census.gov/programs-surveys/cps/techdocs/cpsmar16.pdf))

	Total		Any health insurance <sup>1</sup>				Private health insurance <sup>2</sup>				Government health insurance <sup>3</sup>				Uninsured <sup>4</sup>							
	2015		2014		2015		2014		2015		2014		2015		2014		2015					
	Number	Percent	MOE <sup>5</sup> (±)	Percent	MOE <sup>5</sup> (±)	Percent	MOE <sup>5</sup> (±)	Percent	MOE <sup>5</sup> (±)	Percent	MOE <sup>5</sup> (±)	Percent	MOE <sup>5</sup> (±)	Percent	MOE <sup>5</sup> (±)	Percent	MOE <sup>5</sup> (±)	Percent	MOE <sup>5</sup> (±)	Change (2015 less 2014) <sup>6</sup>		
<b>Total</b> .....	<b>316,168</b>	<b>318,868</b>	<b>89.6</b>	<b>0.2</b>	<b>90.9</b>	<b>0.2</b>	<b>1.3</b>	<b>66.0</b>	<b>0.4</b>	<b>67.2</b>	<b>0.4</b>	<b>1.2</b>	<b>36.5</b>	<b>0.3</b>	<b>37.1</b>	<b>0.3</b>	<b>10.4</b>	<b>0.2</b>	<b>9.1</b>	<b>0.2</b>	<b>-1.3</b>	
<b>Family Status</b>																						
In families.....	256,308	258,121	90.5	0.2	91.7	0.2	1.2	67.3	0.5	68.3	0.4	1.0	35.9	0.4	36.6	0.4	9.5	0.2	8.3	0.2	-1.2	
Householder.....	81,730	82,199	90.0	0.3	91.3	0.3	1.3	69.8	0.5	70.5	0.5	1.7	35.3	0.4	36.2	0.4	10.0	0.3	8.7	0.3	-1.3	
Related children under 18.....	72,383	72,558	94.0	0.3	94.8	0.3	0.8	61.0	0.7	62.7	0.6	1.7	42.7	0.7	42.7	0.7	6.0	0.3	5.2	0.3	-0.8	
Related children under 6.....	23,470	23,459	93.5	0.4	93.9	0.5	0.5	55.8	1.0	58.4	1.0	2.7	47.4	0.9	45.8	1.1	6.5	0.4	6.1	0.5	-0.5	
In unrelated subfamilies.....	1,568	1,344	85.6	2.9	87.9	2.7	2.3	51.3	4.6	52.0	5.0	0.6	47.2	4.2	47.1	4.5	-0.1	14.4	2.9	12.1	2.7	-2.3
Unrelated individuals.....	58,301	59,403	85.8	0.4	87.8	0.4	2.0	60.5	0.7	62.7	0.6	2.1	39.2	0.6	39.4	0.6	14.2	0.4	12.2	0.4	2.0	
<b>Residence<sup>7</sup></b>																						
Inside metropolitan statistical areas.....	266,071	274,392	89.6	0.2	91.0	0.2	N	66.6	0.4	68.0	0.4	N	35.4	0.4	35.9	0.4	N	10.4	0.2	9.0	0.2	N
Inside principal cities.....	99,298	103,740	87.9	0.4	89.5	0.4	N	60.9	0.7	63.6	0.7	N	38.1	0.6	37.6	0.6	N	12.1	0.4	10.5	0.4	N
Outside principal cities.....	166,773	170,652	90.7	0.3	91.9	0.3	N	70.0	0.5	70.7	0.5	N	33.7	0.4	34.9	0.4	N	9.3	0.3	8.1	0.3	N
Outside metropolitan statistical areas <sup>8</sup> .....	50,097	44,477	89.3	0.5	90.4	0.6	N	62.6	1.1	62.1	1.1	N	42.7	0.8	44.4	1.0	N	10.7	0.5	9.6	0.6	N
<b>Race<sup>9</sup> and Hispanic Origin</b>																						
White.....	244,468	245,805	89.9	0.2	91.3	0.2	1.4	68.0	0.4	69.0	0.4	1.0	35.7	0.4	36.5	0.4	10.8	0.2	8.7	0.2	-1.4	
White, not Hispanic.....	195,352	195,646	92.4	0.2	93.3	0.2	0.9	72.9	0.5	73.6	0.4	0.6	34.7	0.4	35.3	0.4	10.6	0.2	6.7	0.2	-0.9	
Black.....	41,226	41,703	88.2	0.5	88.9	0.5	0.7	54.1	1.0	55.9	1.0	1.9	44.2	0.9	44.1	0.9	11.8	0.5	11.1	0.5	-0.7	
Asian.....	17,796	18,249	90.7	0.8	92.5	0.6	1.9	72.1	1.2	75.5	1.1	3.4	28.2	1.1	27.1	1.1	11.1	0.8	7.5	0.6	-1.9	
Hispanic (any race).....	55,614	56,873	80.1	0.5	83.8	0.5	3.6	48.7	0.9	51.6	1.0	3.0	39.5	0.7	41.2	0.8	17.7	0.5	16.2	0.5	-3.6	
<b>Nativity</b>																						
Native born.....	273,984	275,798	91.3	0.2	92.3	0.2	1.1	67.4	0.4	68.4	0.3	1.0	37.5	0.3	38.0	0.3	10.5	0.2	7.7	0.2	-1.1	
Foreign born.....	42,184	43,070	78.6	0.6	81.9	0.6	3.2	56.7	0.8	59.4	0.9	2.8	30.4	0.7	31.8	0.8	11.3	0.6	18.1	0.6	-3.2	
Naturalized citizen.....	19,733	20,086	89.8	0.6	91.3	0.5	1.5	65.5	1.1	66.5	1.0	1.0	35.3	1.0	36.9	1.0	11.6	1.0	8.7	0.5	-1.5	
Not a citizen.....	22,451	22,984	68.8	1.0	73.6	1.0	4.8	48.9	1.1	53.2	1.3	4.3	26.2	0.9	27.3	1.0	11.1	1.0	26.4	1.0	-4.8	

<sup>1</sup>Changes between the estimates are statistically different from zero at the 90 percent confidence level.

N Not comparable.

<sup>2</sup>Details may not sum to totals because of rounding.

<sup>3</sup>A margin of error (MOE) is a measure of an estimate's variability. The larger the MOE in relation to the size of the estimate, the less reliable the estimate. This number, when added to and subtracted from the estimate, forms the 90 percent confidence interval. MOEs shown in this table are based on standard errors calculated using replicate weights. For more information, see "Standard Errors and Their Use" at [www2.census.gov/library/publications/2016/demo/p60-257sa.pdf](http://www2.census.gov/library/publications/2016/demo/p60-257sa.pdf).

<sup>4</sup>Private health insurance includes coverage provided through an employer or union, coverage purchased directly by an individual from an insurance company, or coverage through someone outside the household.

<sup>5</sup>Government health insurance coverage includes Medicaid, Medicare, TRICARE, CHAMPVA (Civilian Health and Medical Program of the Department of Veterans Affairs) and care provided by the Department of Veterans Affairs and the military.

<sup>6</sup>Individuals are considered to be uninsured if they do not have health insurance coverage for the entire calendar year.

<sup>7</sup>Once a decade, the CPS ASEC transitions to a new sample design and updates all metropolitan statistical area delineations. As a result, the metropolitan/nonmetropolitan estimates for 2014 and 2015 are not comparable. Users may want to use the American Community Survey estimates for metropolitan/nonmetropolitan comparisons.

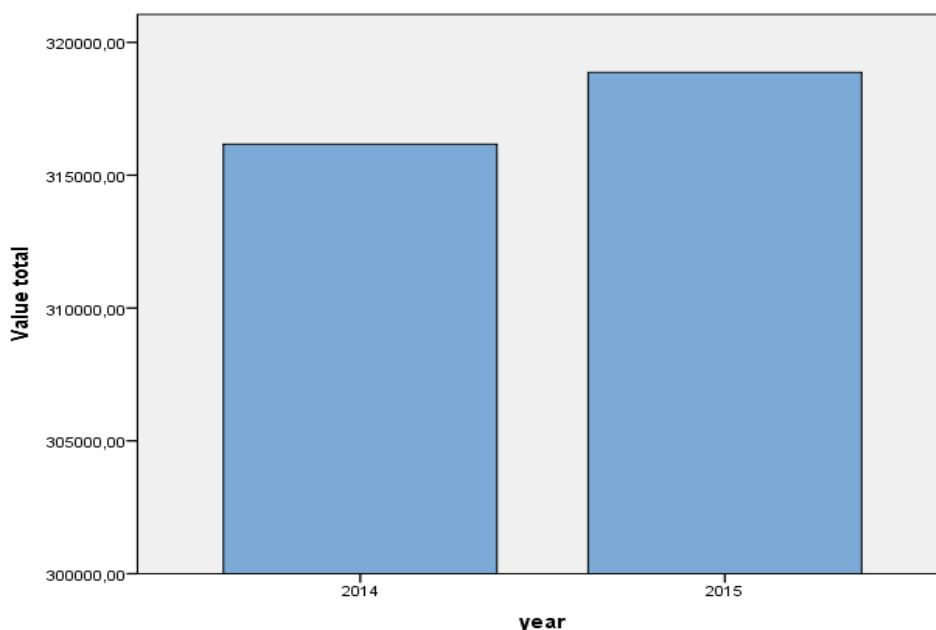
<sup>8</sup>The "Outside metropolitan statistical areas" category includes both micropolitan statistical areas and territory outside of metropolitan and micropolitan statistical areas. For more information, see "About Metropolitan and Micropolitan Statistical Areas" at [www.census.gov/population/metro/about/](http://www.census.gov/population/metro/about/).

<sup>9</sup>Federal surveys now give respondents the option of reporting more than one race. Therefore, two basic ways of defining a race group are possible. A group such as Asian may be defined as those who reported Asian and no other race (the race-alone or single-race concept) or as those who reported Asian regardless of whether they also reported another race (the race-along-or-in-combination concept). This table shows data using the first approach (race alone). The use of the single-race population does not imply that it is the preferred method of presenting or analyzing data. The Census Bureau uses a variety of approaches. Information on people who reported more than one race, such as White and American Indian and Alaska Native or Asian and Black or African American, is available from Census 2010 through American FactFinder. About 2.9 percent of people reported more than one race in Census 2010. Data for American Indians and Alaska Natives, Native Hawaiians and Other Pacific Islanders, and those reporting two or more races are not shown separately.

Note: The estimates by type of coverage are not mutually exclusive; people can be covered by more than one type of health insurance during the year.

Source: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015 and 2016 Annual Social and Economic Supplements.



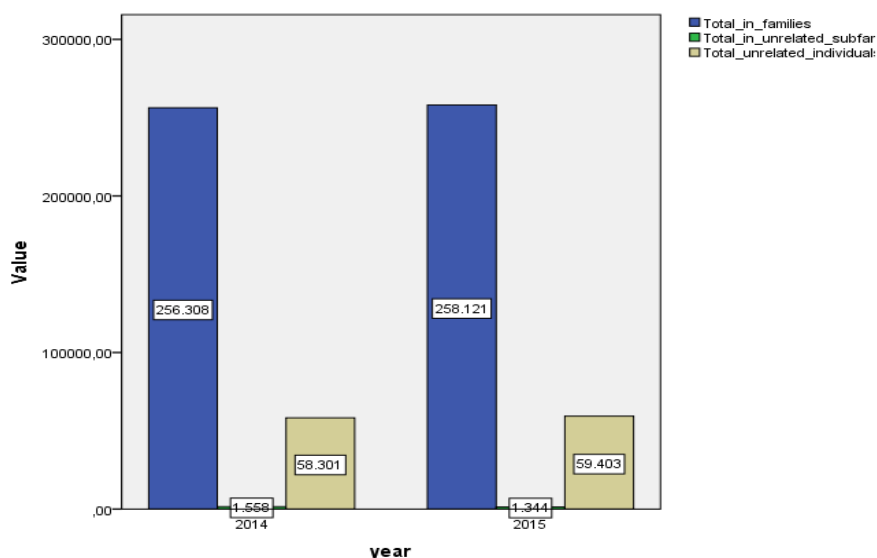


Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.1: Πληθυσμός Η.Π.Α. 2014-2015**

Ο υπό εξέταση πληθυσμός των Η.Π.Α. αυξήθηκε κατά 2.700.000 κατοίκους περίπου, όπως φαίνεται από το διάγραμμα 4.1 μεταξύ των ετών 2014 και 2015 και συγκεκριμένα από 316.168.000 κατοίκους περίπου το 2014 ανήλθε σε 318.868.000 κατοίκους το 2015.

#### 4.3 Οι υπό εξέταση κατηγορίες του πληθυσμού



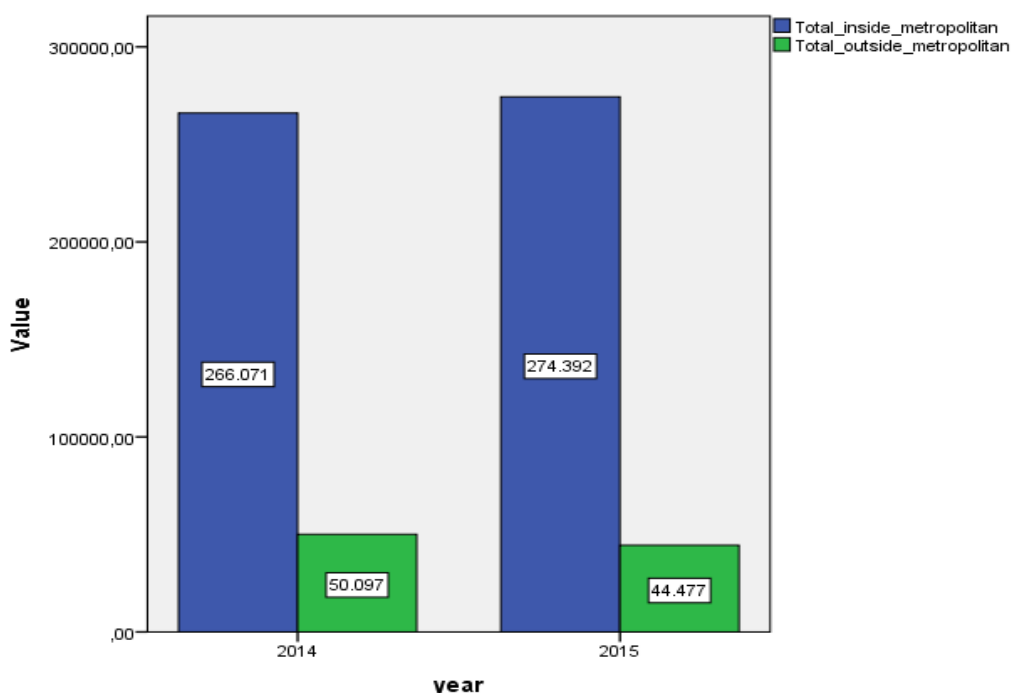
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.2: Σύνολο πληθυσμού ανά οικογενειακή κατάσταση στις Η.Π.Α., 2014 και 2015.**

Στο προηγούμενο διάγραμμα έχουμε το σύνολο του πληθυσμού που ανήκει σε οικογένειες, σε υπο-οικογένειες και ανεξάρτητα άτομα που δεν ανήκουν σε οικογένεια. Είναι ενδιαφέρον να δούμε

στη συνέχεια της εργασίας, τι επιλέγει για την ασφάλισή της η κάθε μία από αυτές τις κατηγορίες. Π.χ. Οι οικογένειες προτιμούν την κοινωνική ή την ιδιωτική ασφάλιση; τα άτομα που δεν έχουν/ανήκουν σε κάποια οικογένεια προτιμούν την κοινωνική ή την ιδιωτική ασφάλιση; Σε ποια από τις τρεις κατηγορίες εντάσσονται οι περισσότεροι ανασφάλιστοι;

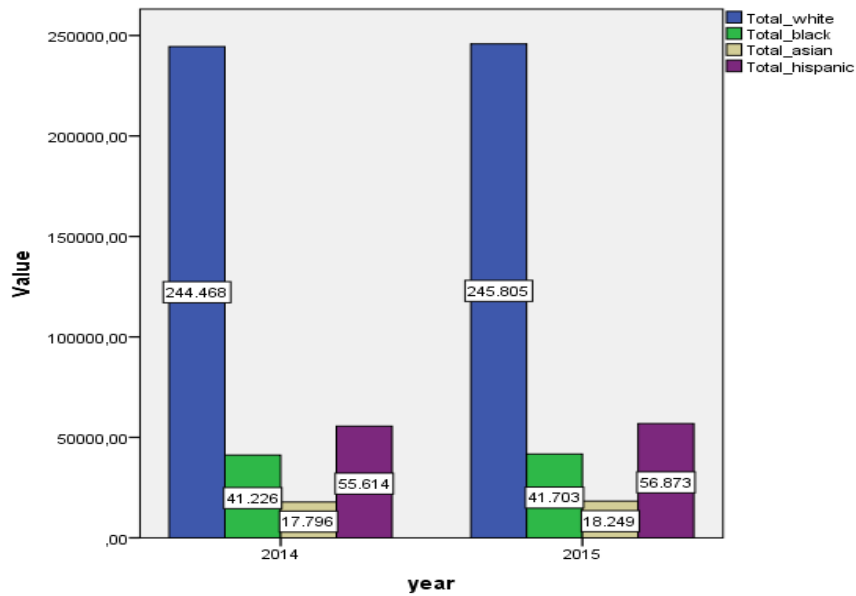
Στο Διάγραμμα 4.2 παρατηρούμε ότι ο αριθμός των ατόμων που ανήκουν σε οικογένειες αυξήθηκε από το 2014 στο 2015, ενώ τα άτομα που ανήκουν σε υπο-οικογένειες μειώθηκαν. Επίσης φαίνεται ότι ο αριθμός των ατόμων που δεν ανήκουν σε καμία οικογένεια αυξήθηκε ελάχιστα στο υπό εξέταση διάστημα.



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

#### **Διάγραμμα 4.3: Πληθυσμός ατόμων που ζουν σε μεγάλες πολιτείες και εκτός αυτών, Η.Π.Α.**

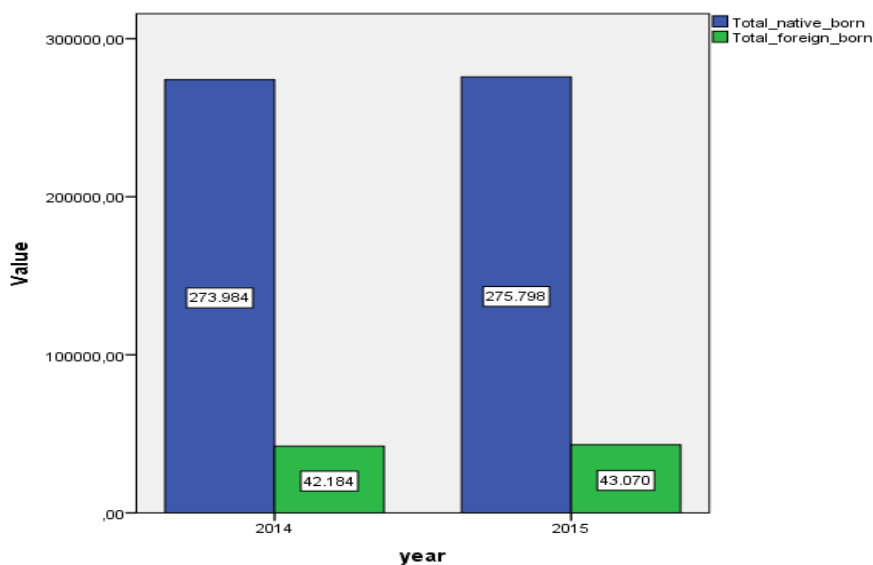
Στο Διάγραμμα 4.3 έχουμε τον αριθμό των ατόμων που ζουν σε μεγάλες αστικές πόλεις και αυτούς που ζουν εκτός αυτών. Παρατηρούμε ότι ο πληθυσμός στις μεγάλες πόλεις αυξήθηκε από 266.071.000 κατοίκους περίπου το 2014 σε 274.392.000 κατοίκους το 2015 περίπου. Αντίθετα, ο πληθυσμός εκτός των μεγάλων πόλεων παρουσίασε μικρή μείωση από 50.097.000 κατοίκους περίπου το 2014 σε 44.477.000 κατοίκους περίπου το 2015.



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.4:** Πληθυσμός των Η.Π.Α. ανάλογα με τη φυλή στην οποία ανήκει ο καθένας.

Στο διάγραμμα αυτό φαίνεται η κατηγοριοποίηση του πληθυσμού ανάλογα με τη φυλή στην οποία ανήκει: άσπρη φυλή, μαύρη, ασιατική, ισπανική. Ο πληθυσμός που ανήκει στη λευκή, τη μαύρη και την ισπανική φυλή αυξήθηκε το 2015 σε σχέση με το 2014, ενώ ο πληθυσμός που κατατάσσεται στην ασιατική φυλή μειώθηκε λίγο στο ίδιο διάστημα. Θα είναι ενδιαφέρον να εξετάσουμε εάν η φυλή στην οποία ανήκει κάποιος σχετίζεται με την επιλογή ιδιωτικής ή δημόσιας ασφάλισης.



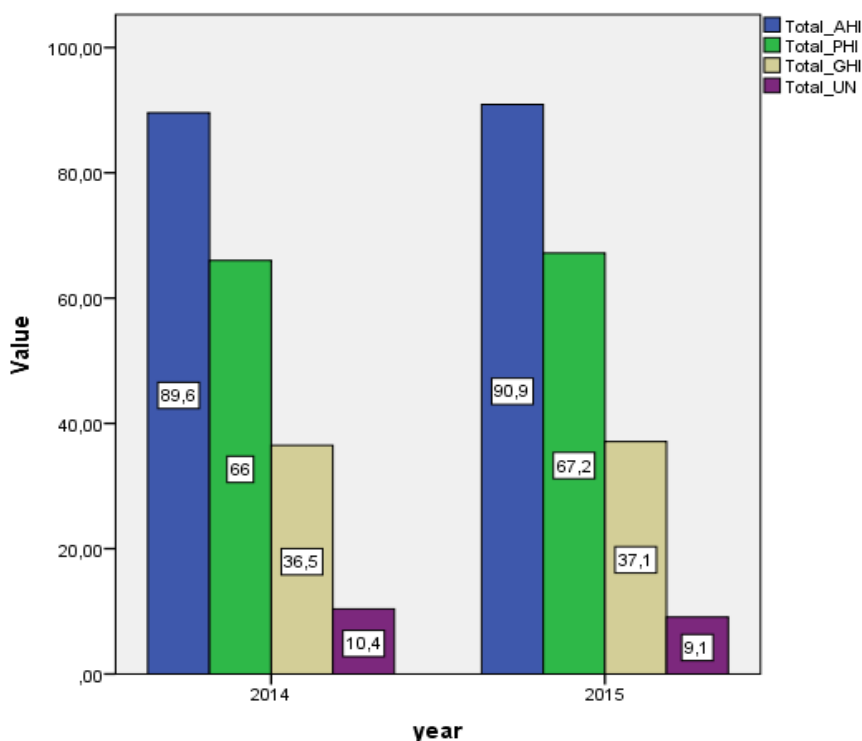
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.5:** Πληθυσμός των Η.Π.Α. ανάλογα με την καταγωγή, 2014 – 2015.

Στο παραπάνω διάγραμμα έχουμε την κατηγοριοποίηση του πληθυσμού σε αυτούς που έχουν γεννηθεί στις Η.Π.Α. και σε αυτούς που έχουν γεννηθεί εκτός χώρας. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τόσο αυτούς που έχουν αποκτήσει την αμερικανική υπηκοότητα όσο και αυτούς που δεν την έχουν. Από τα δεδομένα παρατηρείται μικρή αύξηση και στις δύο αυτές κατηγορίες του πληθυσμού για το 2015 σε σχέση με το 2014.

#### 4.4 Επιλογή είδους ασφάλισης ανάλογα με την κατηγορία πληθυσμού

Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε ποιο είδος ασφάλισης έχει επιλέξει κάθε μία από τις υποκατηγορίες του πληθυσμού που έχουμε αναφέρει παραπάνω. Θα δούμε ποιο ποσοστό του πληθυσμού έχει επιλέξει την ιδιωτική ασφάλιση (PHI) και ποιο την κοινωνική (GHI) και πού ανήκουν οι περισσότεροι ανασφάλιστοι κάτοικοι (UN) και οι ασφαλισμένοι σε οποιαδήποτε κατηγορία (ANY).



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

#### Διάγραμμα 4.6: Κατηγορίες ασφάλισης (ιδιωτική, κοινωνική, ανασφάλιστοι) στις Η.Π.Α.

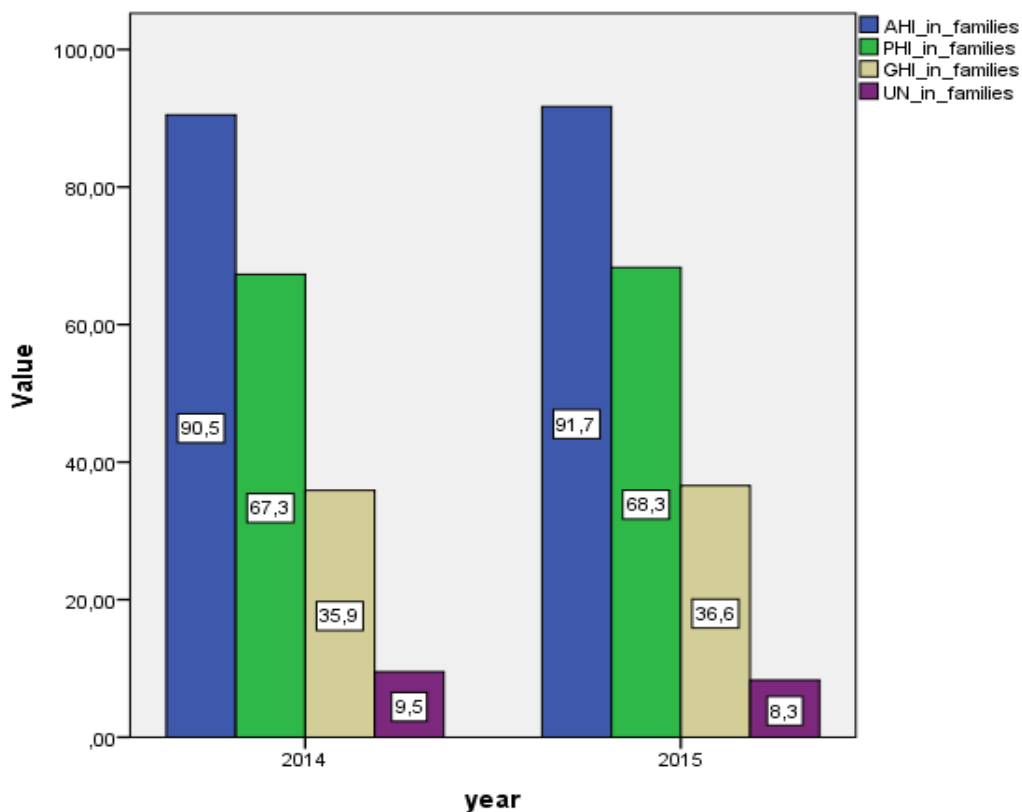
Στο διάγραμμα 4.6 παίρνουμε μια πρώτη εικόνα για το πώς είναι η εικόνα της ασφάλισης υγείας στις Η.Π.Α.. Παρατηρούμε ότι ένα ποσοστό γύρω στο 90% είναι ασφαλισμένο είτε στον ιδιωτικό είτε στον δημόσιο τομέα (μπλε στήλη), ενώ το περίπου 9%-10% (μωβ στήλη) είναι ανασφάλιστο. Το 66% περίπου του πληθυσμού έχει στραφεί στην ιδιωτική ασφάλιση (πράσινη στήλη) και το 36% στην κοινωνική (γκρι στήλη). Τα ποσοστά δεν αθροίζουν στο 100% διότι κάποιος μπορεί

να έχουν συνδυάσει κάποιο κοινωνικό πακέτο παράλληλα με την αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

Το διάγραμμα αυτό φανερώνει πολλά για τις επιλογές ασφάλισης στις Η.Π.Α. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού έχει στραφεί στην ιδιωτική ασφάλιση, όπως είναι αναμενόμενο από τις πολιτικές που ακολουθούνται στο συγκεκριμένο κράτος. Το ποσοστό των ανασφάλιστων είναι αρκετά υψηλό, σε σχέση με άλλες χώρες που δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην κοινωνική ασφάλιση.

#### 4.4.1 Ασφάλιση ατόμων ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση

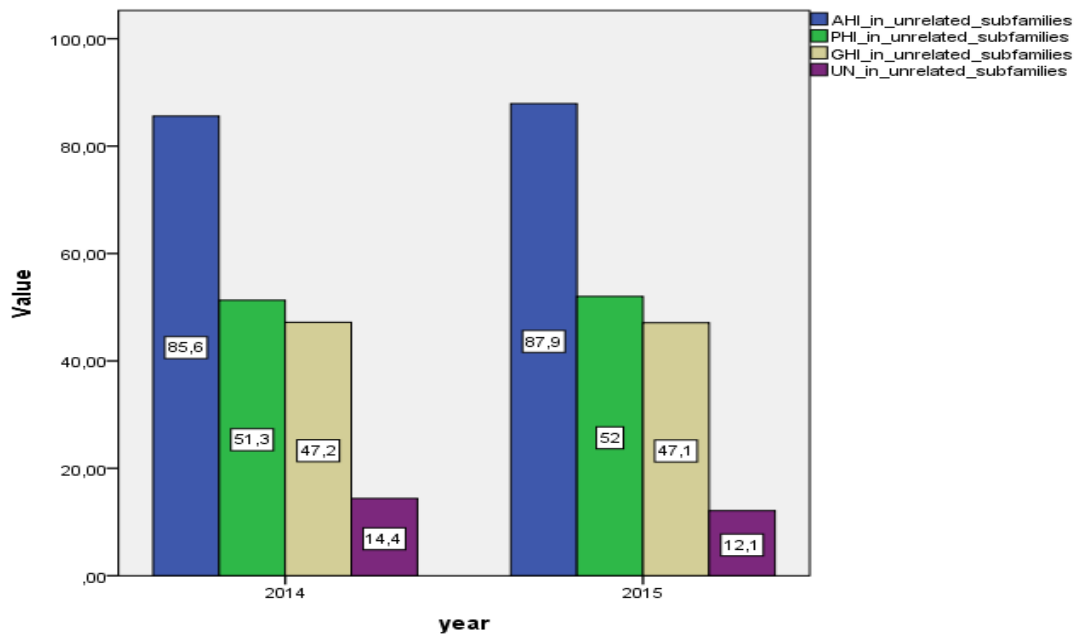
Στην ενότητα αυτή εξετάζουμε το είδος της ασφάλισης (ιδιωτική, κοινωνική, ανασφάλιστοι) που έχουν επιλέξει οι κάτοικοι, ανάλογα με την οικογενειακή τους κατάσταση (αν ανήκουν σε οικογένεια, σε υπο-οικογένεια, αν δεν ανήκουν σε κάποια οικογένεια, τέκνα κάτω των 18 ετών, τέκνα κάτω των 6 ετών).



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

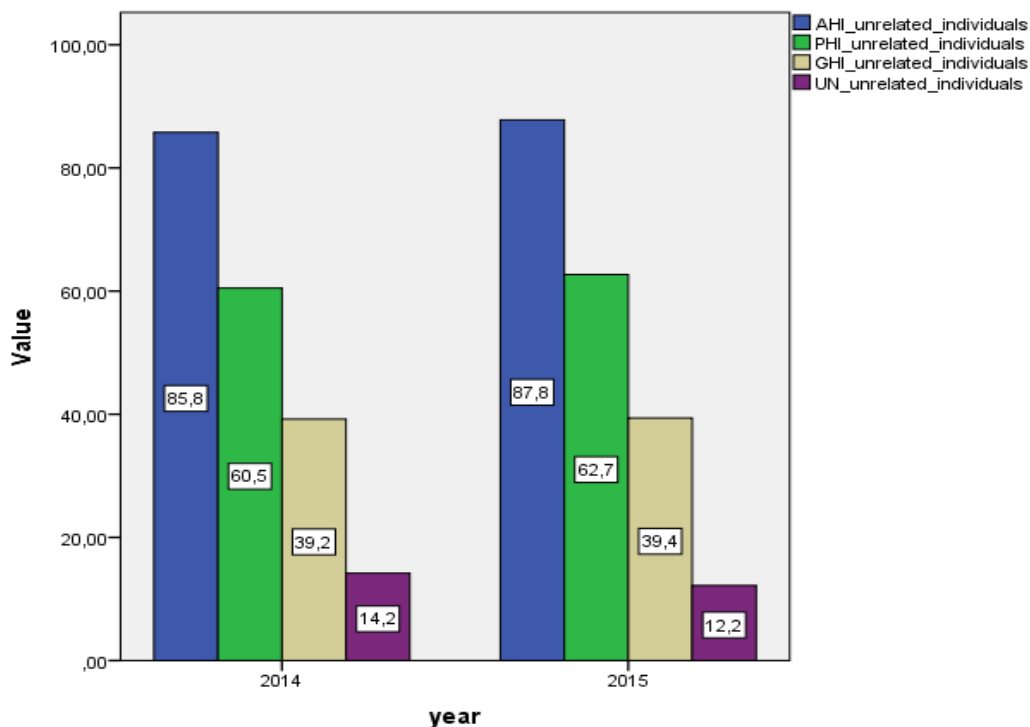
**Διάγραμμα 4.7: Ασφάλιση ατόμων που ανήκουν σε οικογένεια, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**

Στο Διάγραμμα 4.7 παρατηρούμε ότι τα άτομα που ανήκουν σε οικογένεια έχουν στραφεί κυρίως στην ιδιωτική ασφάλιση, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό, κάτω από 10% εξ' αυτών είναι ανασφάλιστοι. Μάλιστα, οι ανασφάλιστοι που ανήκουν σε οικογένειες μειώθηκαν στο χρονικό διάστημα που εξετάζουμε. Μικρή αύξηση παρουσιάζεται στα μέλη οικογένειας που καλύφθηκαν από την κοινωνική ασφάλιση.



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.8: Ασφάλιση ατόμων που ανήκουν σε υπο-οικογένεια, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.9: Ασφάλιση ατόμων που δεν ανήκουν σε οικογένεια, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**

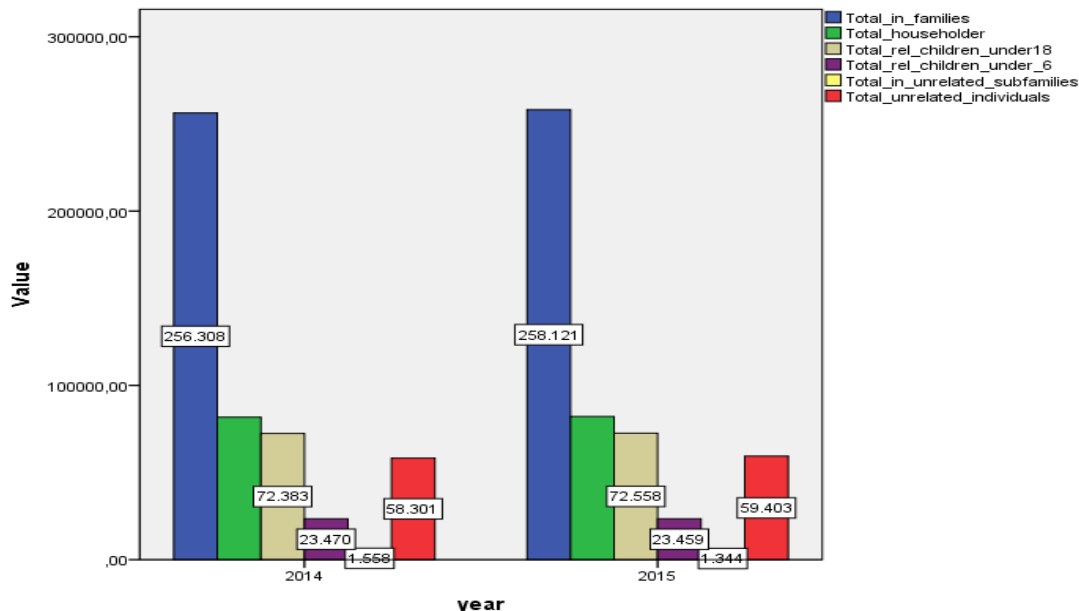
Στα Διαγράμματα 4.8 και 4.9 έχουμε τα στοιχεία που αφορούν τα άτομα που ανήκουν σε υπο-οικογένειες και τα άτομα τα οποία είναι αυτόνομα και δεν ανήκουν σε κάποια οικογένεια. Η πρώτη κατηγορία φαίνεται ότι σε ποσοστό γύρω στο 85-87% επιλέγει να ασφαλιστεί, ενώ αυξημένα είναι

τα ποσοστά των ανασφάλιστων σε σύγκριση με το Διάγραμμα 4.6. Επίσης, αξίζει να σημειώσουμε ότι η ιδιωτική ασφάλιση είναι ελαφρώς σε μεγαλύτερο επίπεδο από την κοινωνική, αλλά πολύ χαμηλότερα σε σχέση με τους κατοίκους που ανήκουν σε οικογένειες. Στο Διάγραμμα 4.8, βλέπουμε ότι τα άτομα που δεν ανήκουν σε κάποια οικογένεια παρουσιάζουν παρόμοια εικόνα σε ό,τι αφορά τους ανασφάλιστους, αλλά το ποσοστό αυτών που επιλέγουν την κοινωνική ασφάλιση είναι πολύ μειωμένο και αντίστοιχα αυξημένο για την ιδιωτική ασφάλιση.

Στα πέντε διαγράμματα που ακολουθούν, βλέπουμε υπό διαφορετικό πρίσμα πώς συσχετίζεται η οικογενειακή κατάσταση με την επιλογή ασφάλισης. Συγκεκριμένα, έχουμε για κάθε κατηγορία ασφάλισης (ιδιωτική, κοινωνική, οποιαδήποτε, ανασφάλιστοι) την επιλογή των ατόμων ανάλογα με το αν ανήκουν σε οικογένεια ή όχι.

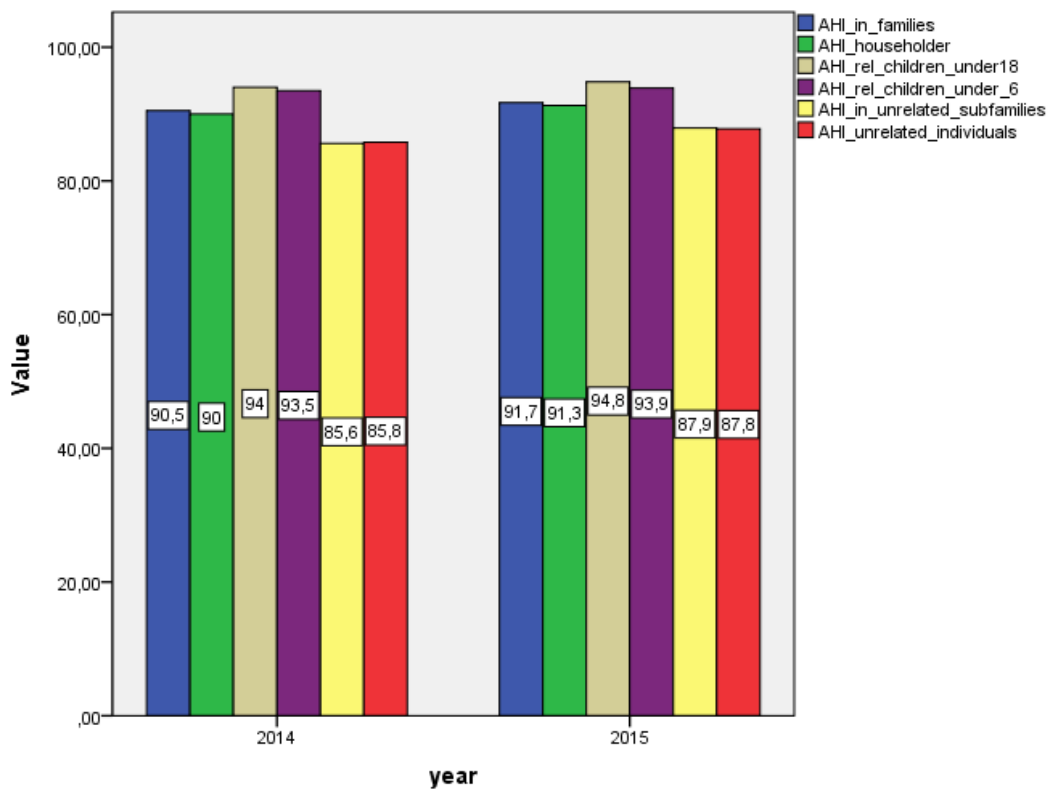
Αυτοί που ανήκουν σε οικογένειες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό ασφάλισης από αυτούς που δεν ανήκουν σε οικογένειες (90,5% και 91,7% έναντι 85,8% και 87,8% αντίστοιχα, για το 2014 και το 2015). Βλ. Διάγραμμα 4.11.

Από τα Διαγράμματα 4.12 και 4.13 ενδιαφέρον παρουσιάζουν αυτοί που δεν ανήκουν σε κάποια οικογένεια, οι οποίοι φαίνεται να δείχνουν αρκετά μεγαλύτερη προτίμηση στην ιδιωτική ασφάλιση έναντι της κοινωνικής. Η κοινωνική ασφάλιση συγκεντρώνει μεγαλύτερα ποσοστά στην κατηγορία των τέκνων κάτω των 18 ετών και στην κατηγορία των τέκνων κάτω των 6 ετών.



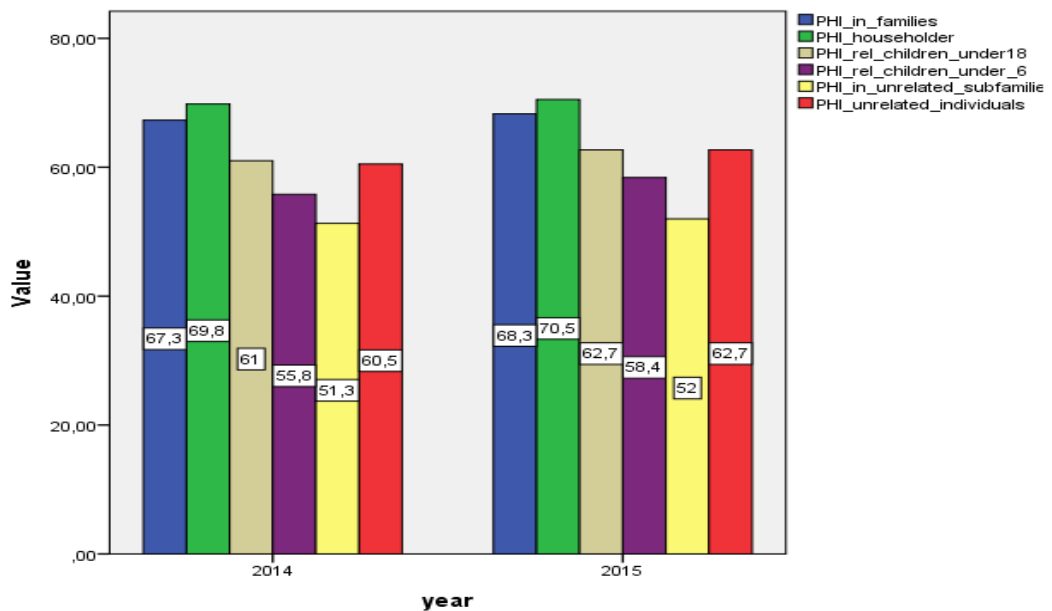
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.10: Ασφάλιση ατόμων σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α..**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

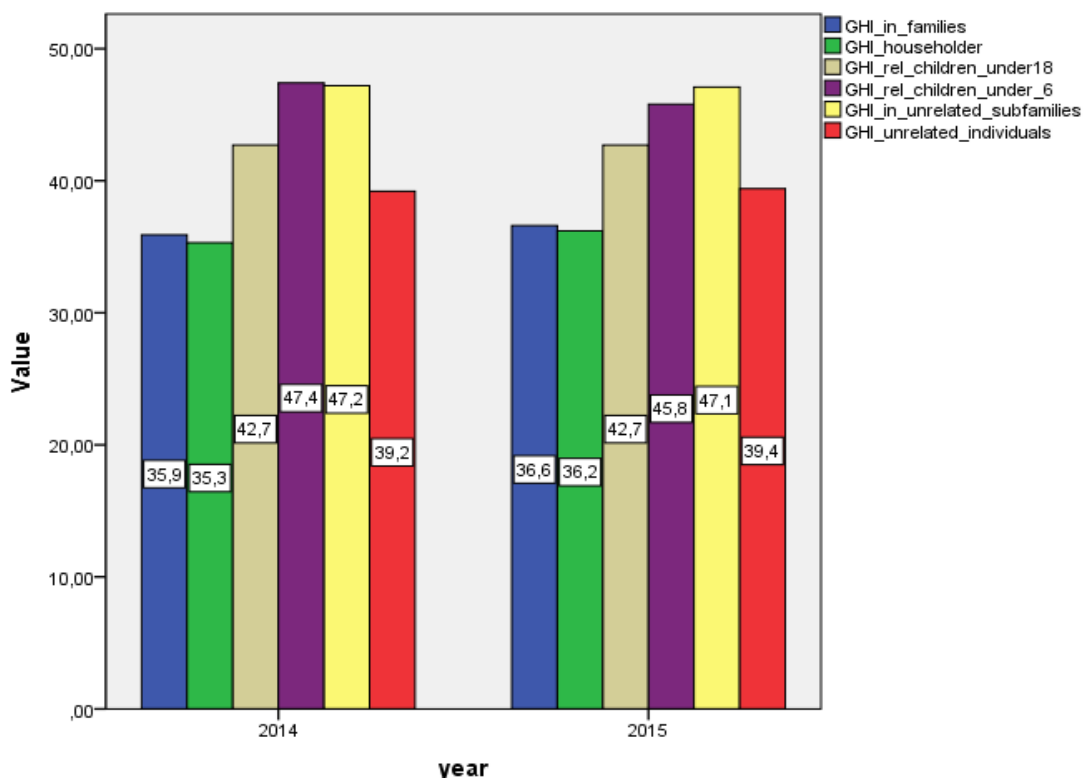
**Διάγραμμα 4.11: (Any) Ασφάλιση ατόμων σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α..**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

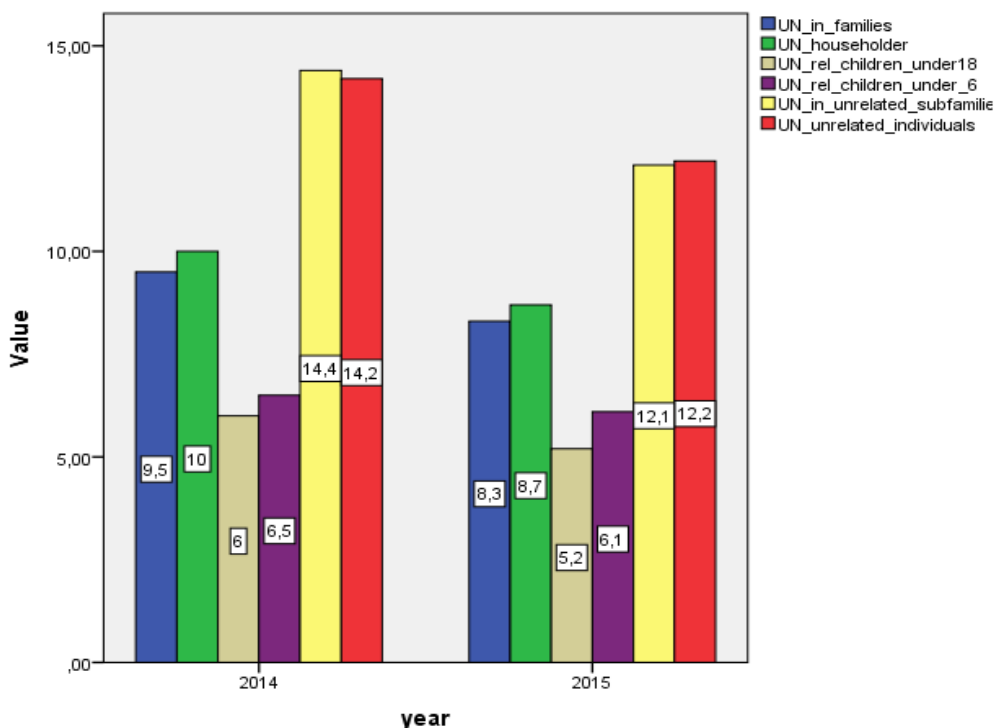
**Διάγραμμα 4.12: Ιδιωτική ασφάλιση σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α.**





Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.13: Κοινωνική ασφάλιση σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α..**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.14: Ανασφάλιστοι σε συσχέτιση με την οικογενειακή κατάσταση, Η.Π.Α..**

Τέλος από το Διάγραμμα 4.14 είναι εμφανές ότι οι περισσότεροι ανασφάλιστοι ανήκουν στην κατηγορία των ανεξάρτητων κατοίκων που δεν ανήκουν σε κάποια οικογένεια καθώς και στην κατηγορία των κατοίκων που ανήκουν σε κάποια υπο-οικογένεια, όπως αυτή έχει οριστεί παραπάνω. Τα ποσοστά ήταν πάνω από 14% για το 2014, ενώ μειώθηκαν κοντά στο 12% για το 2015. Ιδιαίτερα χαμηλό είναι το ποσοστό των ανασφάλιστων παιδιών κάτω των 18 ετών και κάτω των 6 ετών, αλλά παρόλο που είναι χαμηλότερο από αυτό των λοιπών κατηγοριών, πάλι θα πρέπει να μας προβληματίζει.

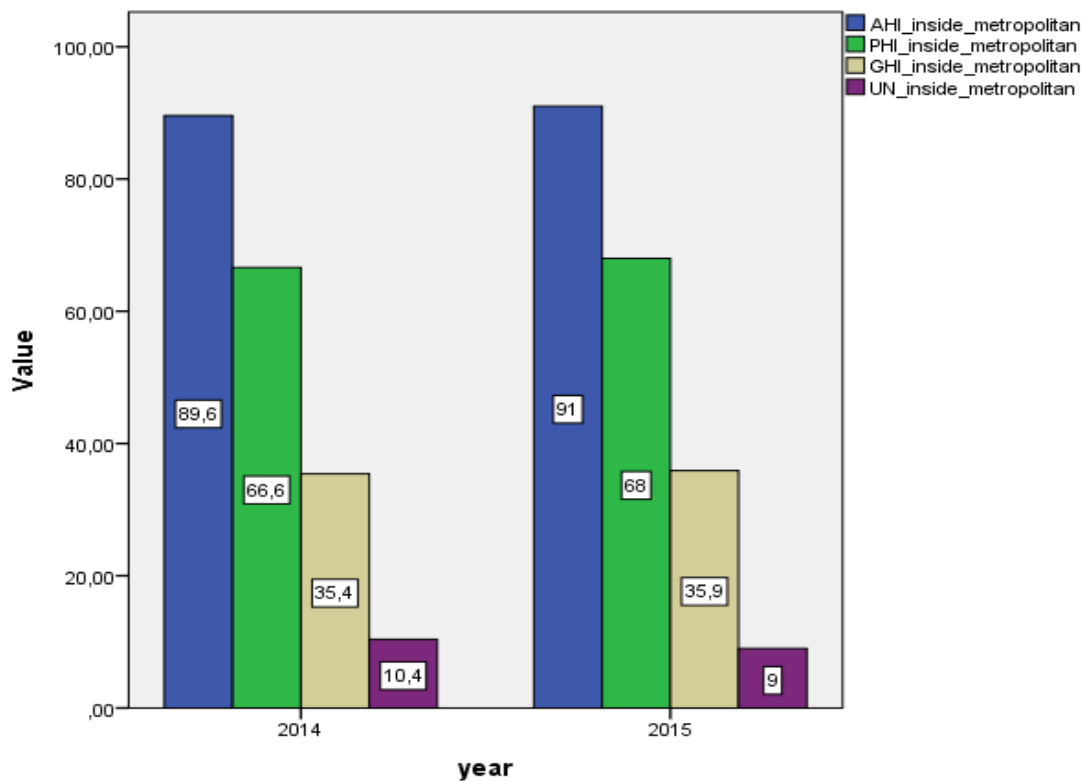
Θα είχε ενδιαφέρον να γνωρίζουμε και την οικονομική κατάσταση των υπό μελέτη ατόμων, προκειμένου να εξάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα. Για παράδειγμα, τα ανασφάλιστα παιδιά είναι από πλούσιες οικογένειες που έχουν την οικονομική δυνατότητα να προσφέρουν υπηρεσίες υγείας στα παιδιά τους χωρίς να προσφύγουν στην ασφάλιση ή μήπως είναι από άπορες οικογένειες και άρα, παρόλο που είναι μικρό το ποσοστό, σημαίνει αστοχία του κράτους στη στήριξη αυτών που έχουν πραγματική ανάγκη; Επίσης, θα ήταν ενδιαφέρον να γνωρίζουμε τις οικονομικές δυνατότητες αυτών που δεν ανήκουν σε κάποια οικογένεια, ώστε να δούμε για ποιο λόγο το ποσοστό των ανασφάλιστων ανάμεσά τους παραμένει υψηλό και ποιες ήταν οι ενέργειες και πολιτικές του κράτους που οδήγησαν στην μείωση των ανασφάλιστων κατά το 2015.

Τέλος, θα ήταν καλό να γνωρίζουμε πόσοι έχουν επιλέξει μόνο την ιδιωτική ασφάλιση και πόσοι μόνο την κοινωνική και ποιο είναι το προφίλ τους, γιατί όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω, για τη συγκεκριμένη έρευνα, τα στοιχεία π.χ. για την ιδιωτική ασφάλιση αφορούν και αυτούς που έχουν ταυτόχρονα και κοινωνική ασφάλιση.

#### **4.4.2 Ασφάλιση ανάλογα με τον τόπο κατοικίας (εντός και εκτός αστικών κέντρων)**

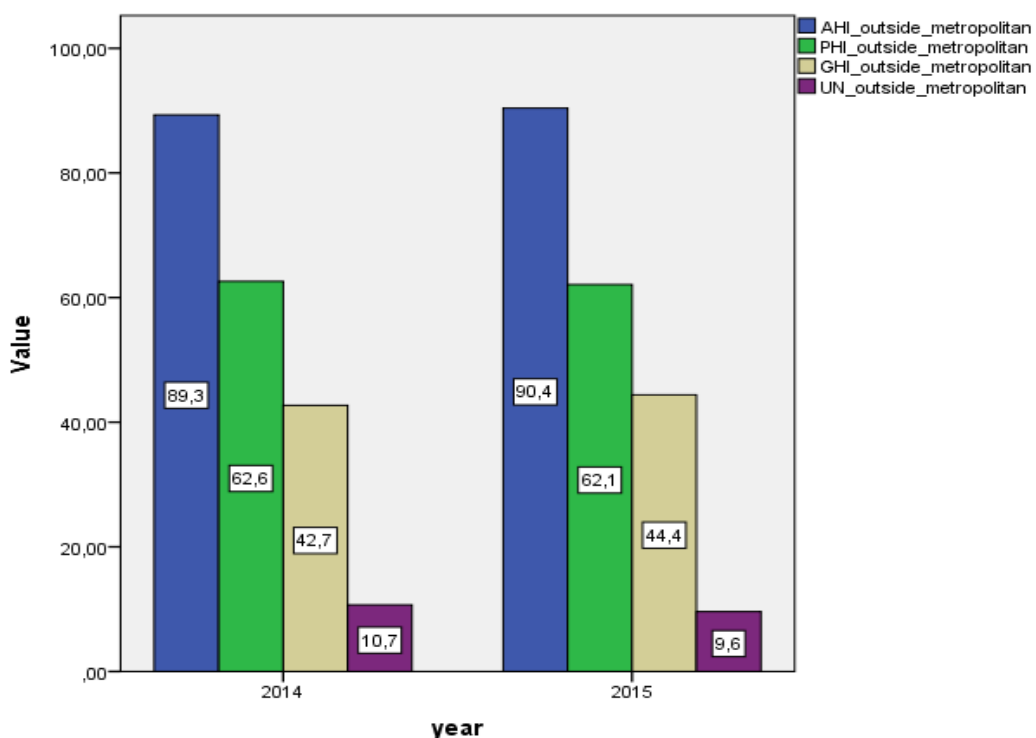
Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε το είδος της ασφάλισης που έχει επιλέξει κάθε κατηγορία του πληθυσμού ανάλογα με τον τόπο κατοικίας. Ο πληθυσμός έχει διαχωριστεί σε άτομα που ζουν εντός μεγάλων αστικών κέντρων και εκτός αυτών (inside metropolitan – outside metropolitan). Στη συνέχεια, η πρώτη κατηγορία, τα άτομα που ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα έχει διαχωριστεί σε αυτούς που ζουν στις πρωτεύουσες των πολιτειών και σε αυτούς που ζουν σε άλλα μεγάλα αστικά κέντρα (inside principal cities – outside principal cities).

Από το Διάγραμμα 4.15 παρατηρούμε ότι τα 2/3 περίπου των κατοίκων που ζουν σε μεγάλα αστικά κέντρα έχουν στραφεί στην ιδιωτική ασφάλιση και λίγο περισσότεροι από το 1/3 στην κοινωνική ασφάλιση (τα ποσοστά δεν αθροίζουν στο 100% γιατί μπορεί κάποιος να έχει ταυτόχρονα και τις δύο). Γύρω στο 10,4% είναι ανασφάλιστοι με τάση μείωσης (9% το 2015). Το ποσοστό αυτών που έχουν επιλέξει την κοινωνική ασφάλιση είναι αυξημένο για αυτούς που ζουν εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων, σε σχέση με αυτούς που ζουν στα αστικά κέντρα (Διάγραμμα 4.16). Το ποσοστό αυτό φθάνει το 42,7% για το 2014 και 44,4% για το 2015.



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

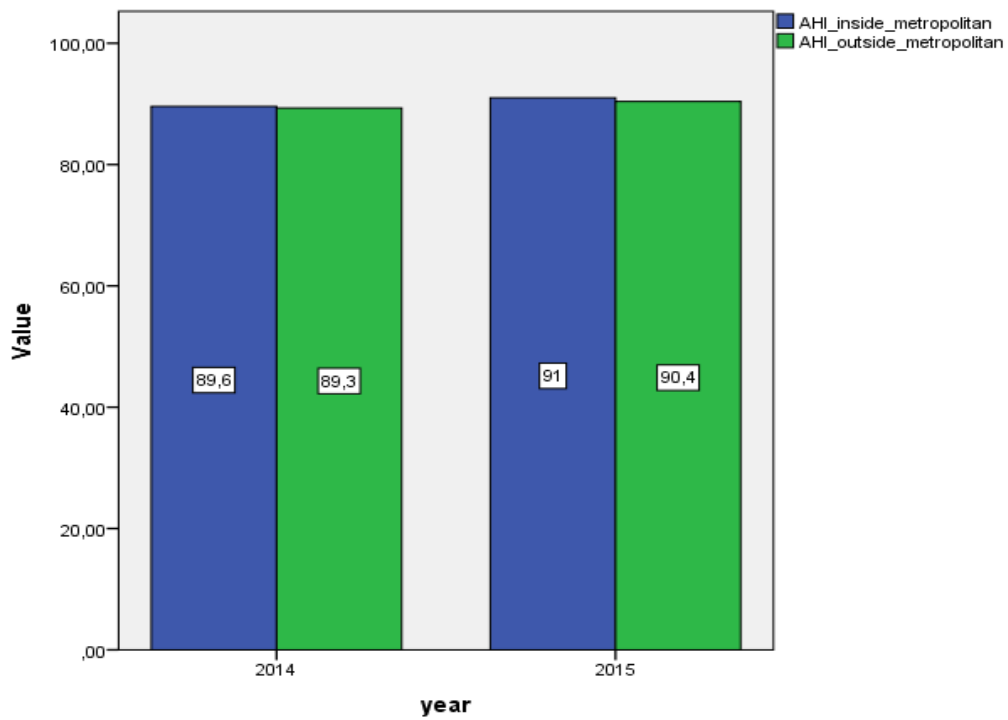
**Διάγραμμα 4.15: Ασφάλιση κατοίκων αστικών κέντρων, Η.Π.Α., 2014-2015.**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

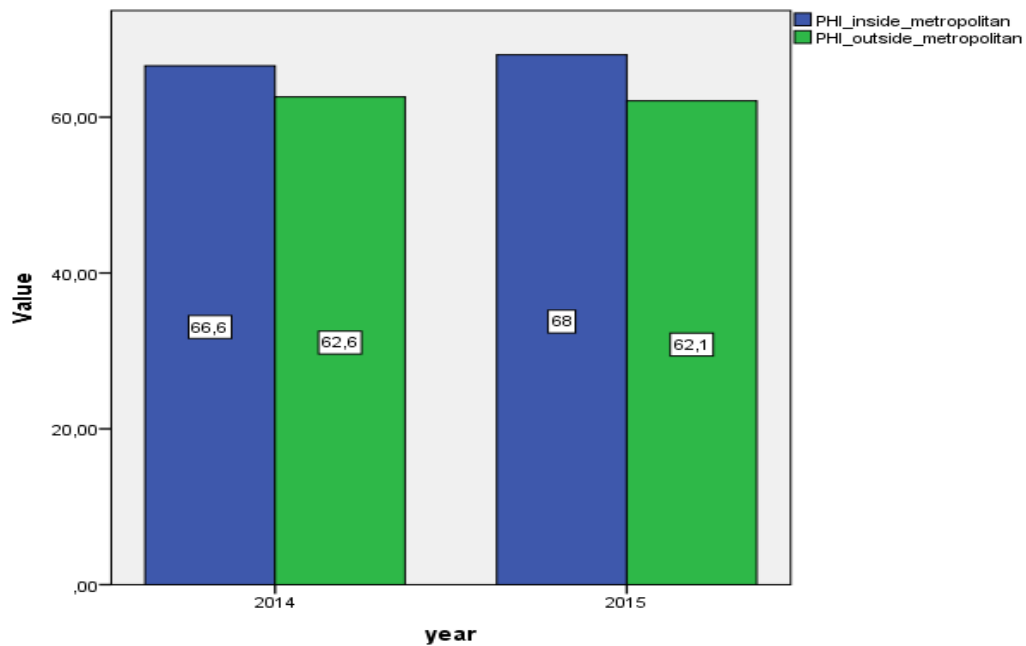
**Διάγραμμα 4.16: Ασφάλιση κατοίκων εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α., 2014-2015.**

Ας δούμε στα επόμενα διαγράμματα πιο αναλυτικά, πώς διαμορφώνεται η κατάσταση:



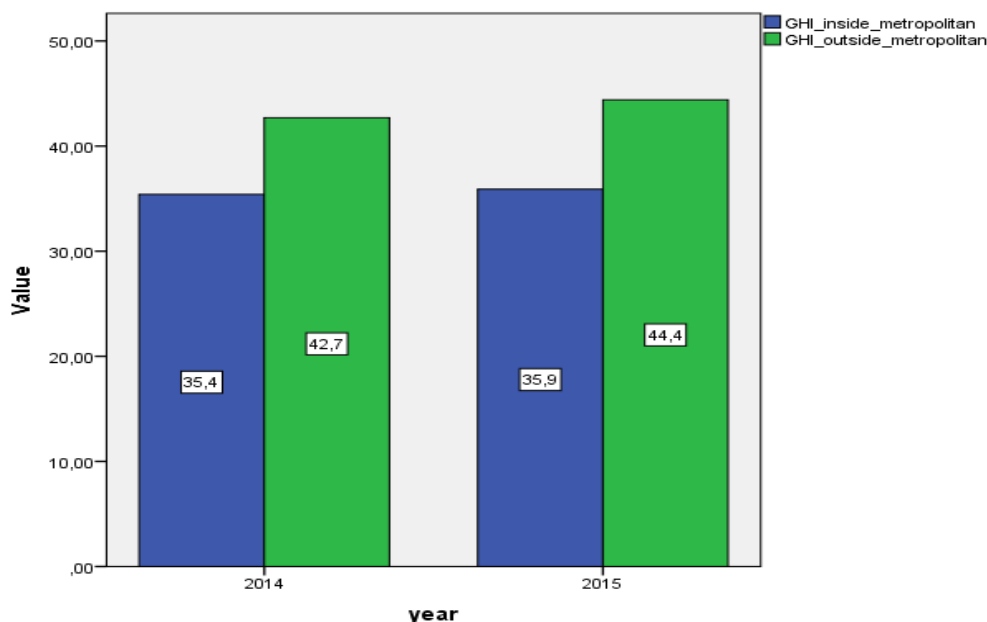
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.17: Ασφάλιση (any) κατοίκων εντός και εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α.**



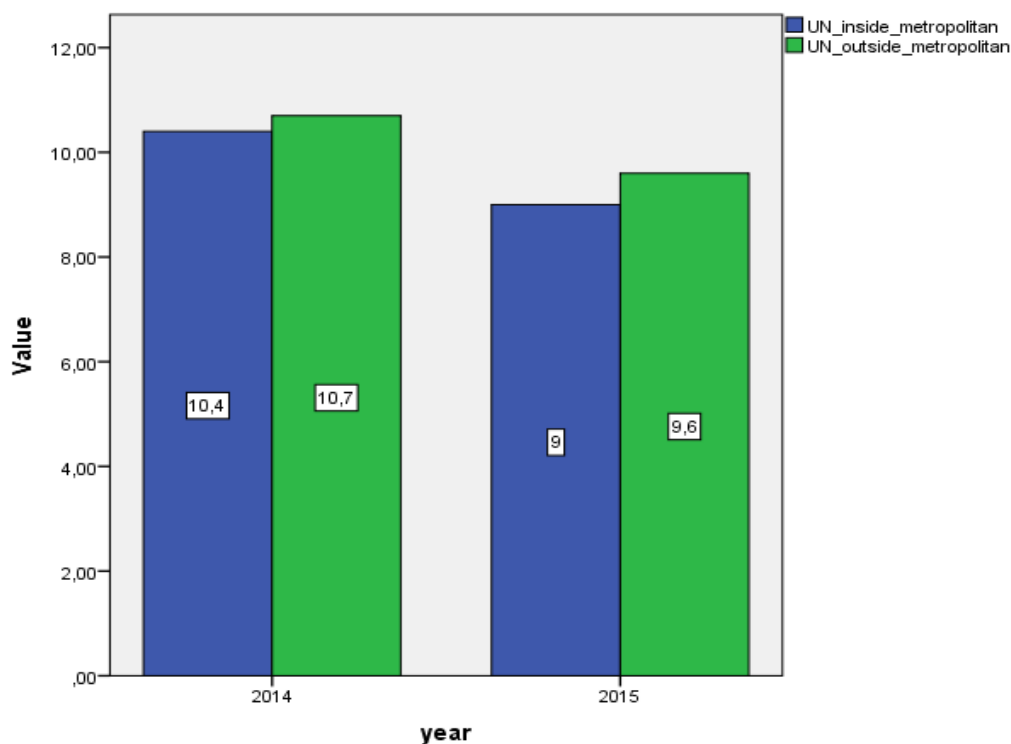
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.18: Ιδιωτική ασφάλιση κατοίκων εντός και εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α.**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.19: Κοινωνική ασφάλιση κατοίκων εντός και εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α.**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.20: Ανασφάλιστοι κάτοικοι εντός και εκτός αστικών κέντρων, Η.Π.Α.**

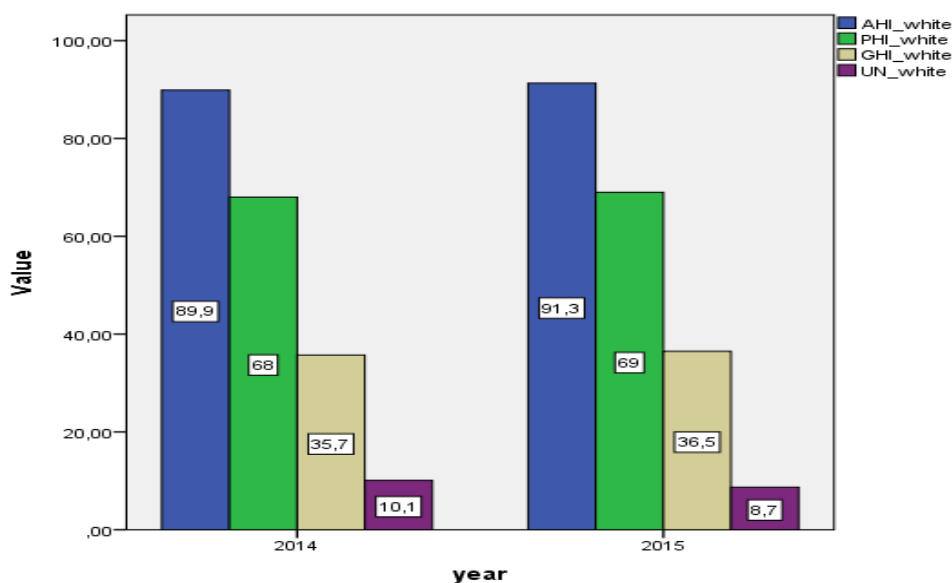
Από τα τέσσερα προηγούμενα διαγράμματα ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το 4.19 και το 4.20. Στο πρώτο παρατηρούμε ότι η κοινωνική ασφάλιση είναι λιγότερο δημοφιλής στους κατοίκους εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων (35,4% για το 2014 και 35,9% για το 2015) σε σχέση με τους κατοίκους εκτός μεγάλων αστικών κέντρων που την εμπιστεύονται περισσότερο (42,7% για το 2014 και 44,4% για το 2015). Αυτό το φαινόμενο δεν μπορούμε να υποθέσουμε πού οφείλεται, με βάση τα στοιχεία που έχουμε στη διάθεσή μας. Ίσως για παράδειγμα, οι πάροχοι υγείας (νοσοκομεία,

διαγνωστικά κέντρα) με τους οποίους συμβάλλονται οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν επαρκή παραρτήματα εκτός των μεγάλων αστικών κέντρων και έτσι δεν εξυπηρετούνται επαρκώς κάποιες περιοχές από τον ιδιωτικό τομέα, αλλά και πάλι μόνο υποθέσεις μπορούμε να κάνουμε αφού δεν έχουμε στοιχεία που να το τεκμηριώνουν.

#### 4.4.3 Ασφάλιση ανάλογα με τη φυλετική καταγωγή

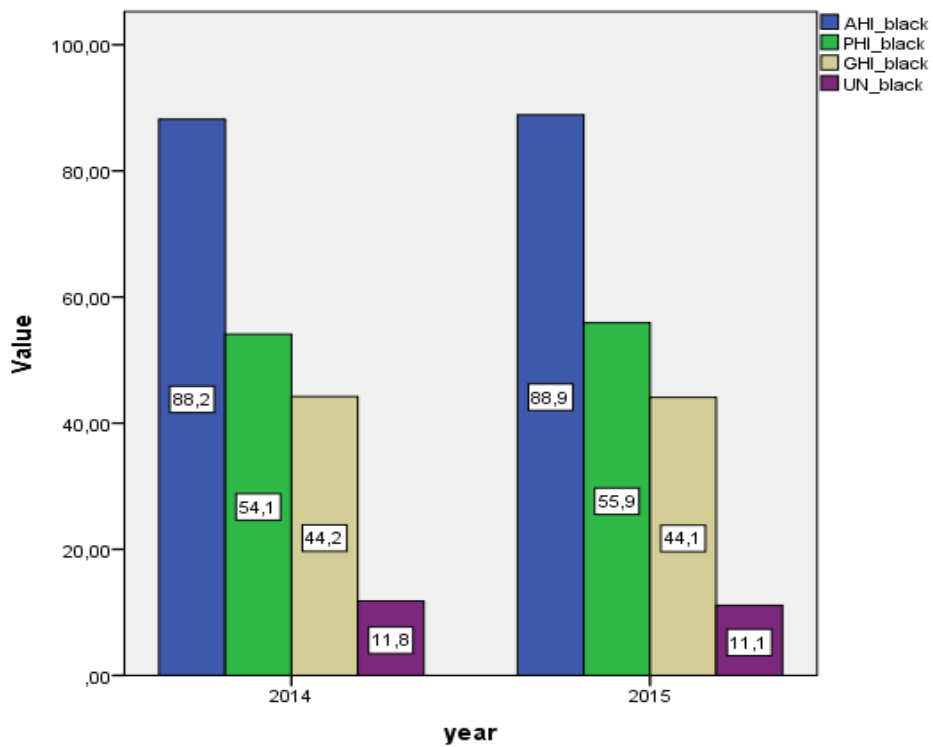
Στην ενότητα αυτή θα εξετάσουμε τις τέσσερις φυλές στις οποίες έχει διαχωριστεί ο πληθυσμός βάσει της έρευνας του U.S. Census Bureau: λευκή, μαύρη, ασιατική, ισπανική. Θα δούμε ποια “φυλή” προτιμά την ιδιωτική και ποια την κοινωνική ασφάλιση, καθώς και ποια συγκεντρώνει το μεγαλύτερο ποσοστό ανασφάλιστων.

Ξεκινώντας με τη λευκή φυλή, διαπιστώνουμε ότι το ποσοστό των ασφαλισμένων σε ιδιωτική ή κοινωνική ασφάλιση (μπλε στήλη) αγγίζει το 89,9% για το 2014 και το 91,3% για το 2015, με τα αντίστοιχα ποσοστά ανασφάλιστων να είναι αρκετά χαμηλά (10,1% για το 2014 και 8,7% για το 2015). Ένα πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού της λευκής φυλής προτιμά την ιδιωτική ασφάλιση (69% περίπου), ενώ μόνο το 36% περίπου την κοινωνική.



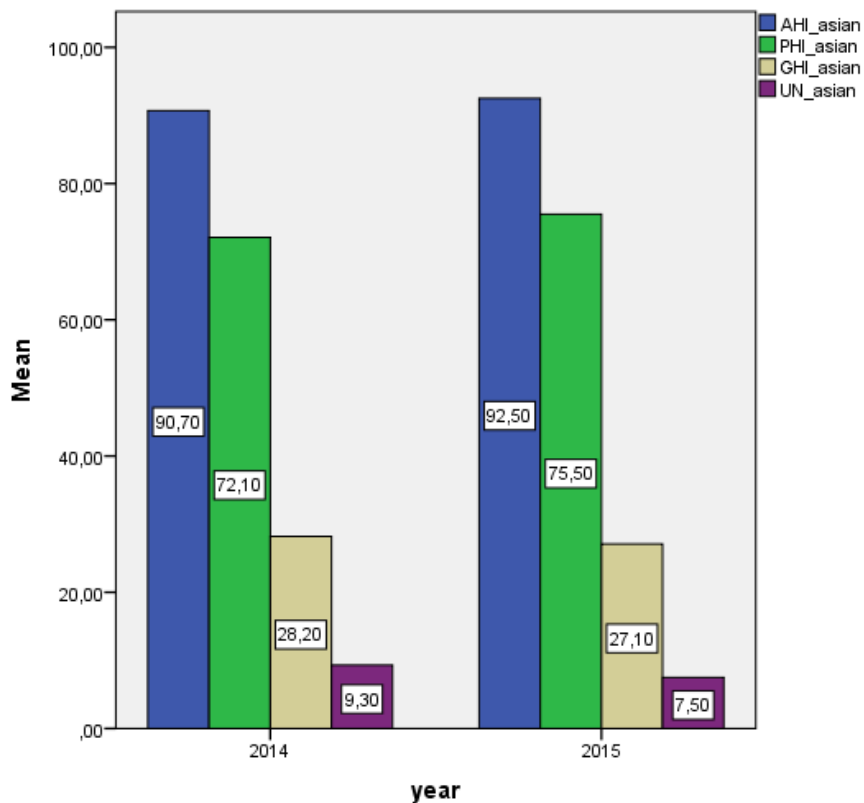
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.21: Ασφάλιση λευκής φυλής, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



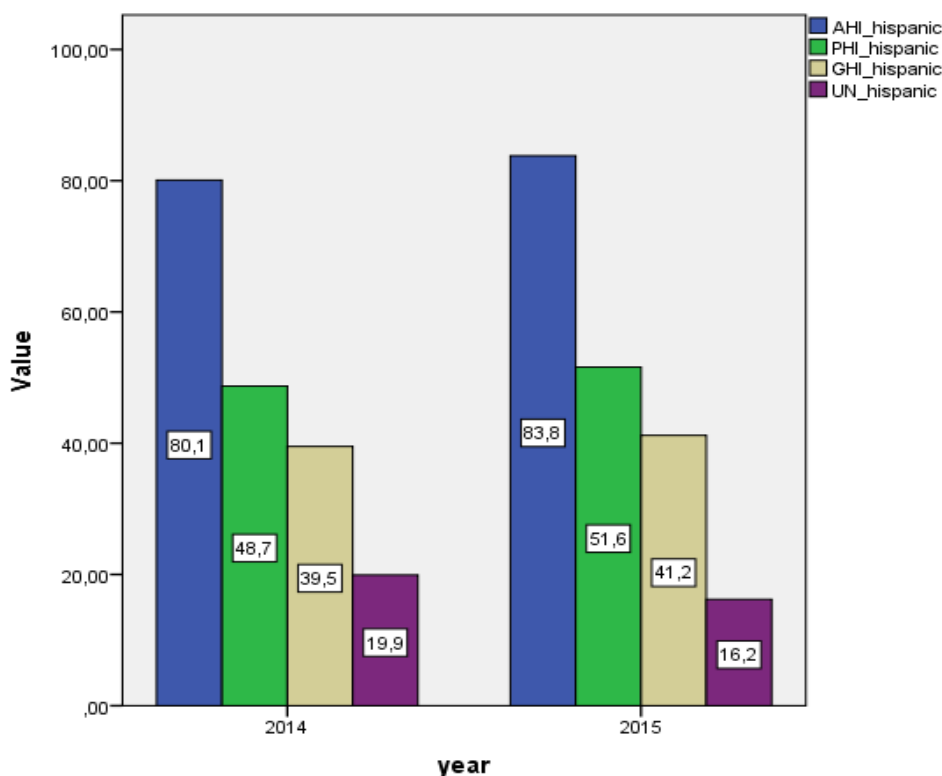
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.22: Ασφάλιση μαύρης φυλής, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.23: Ασφάλιση ασιατικής φυλής, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.24: Ασφάλιση ισπανικής φυλής, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**

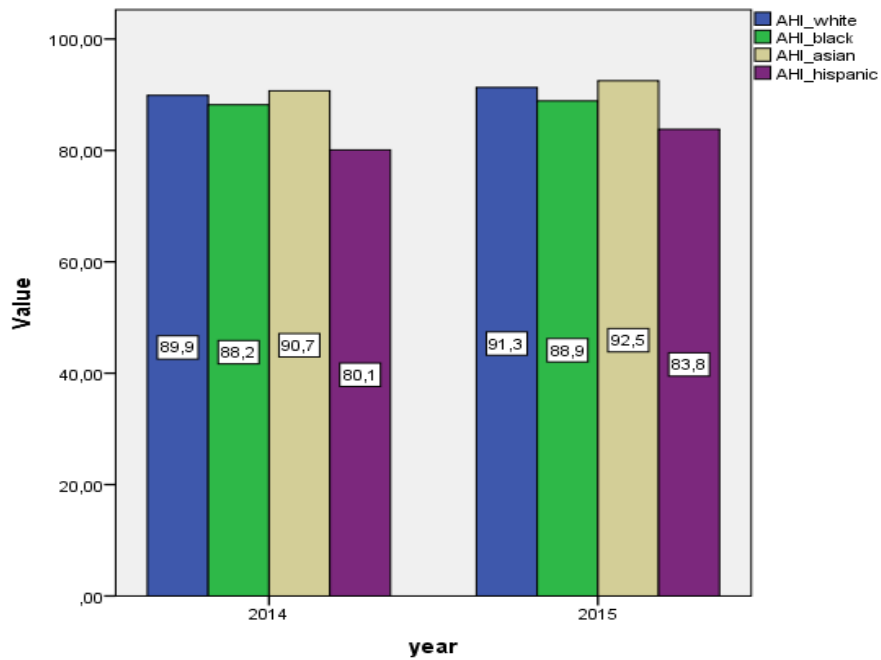
Για τη μαύρη φυλή το ποσοστό των ασφαλισμένων με οποιαδήποτε μορφή ασφάλισης υγείας (ιδιωτική, κοινωνική) είναι μικρότερο, όπως μικρότερο είναι και το ποσοστό αυτών που επέλεξαν την ιδιωτική ασφάλιση, κάτι το οποίο πιθανόν να συνδέεται με χαμηλότερα εισοδήματα στη φυλή αυτή και μικρότερη αγοραστική δύναμη.

Για την ασιατική φυλή αξίζει να σχολιάσουμε το μεγάλο ποσοστό των ασφαλισμένων ή αλλιώς το χαμηλό ποσοστό των ανασφάλιστων (κάτω από 10%, μάλιστα το 2015 έφτασε στο 7,5%).

Αντίθετα, για την ισπανική φυλή, το ποσοστό των ανασφάλιστων είναι αρκετά υψηλό (19,9% για το 2014 και 16,2% για το 2015).

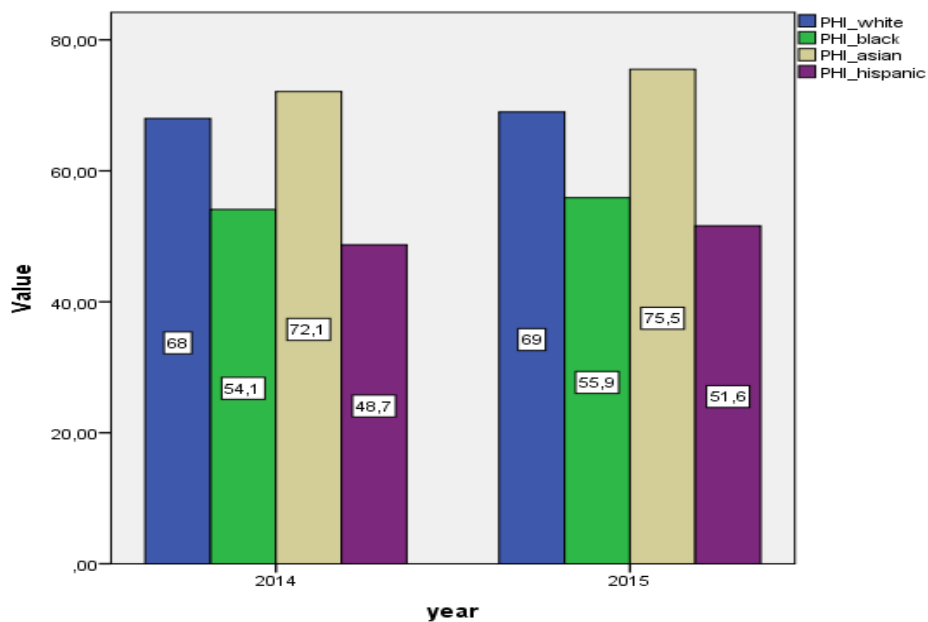
Ας δούμε συγκριτικά τις τέσσερις φυλές και την ασφάλισή τους, στα παρακάτω διαγράμματα. Από το διάγραμμα 4.24 προκύπτει ότι το χαμηλότερο ποσοστό ασφάλισης υγείας έχει η ισπανική φυλή και το υψηλότερο η ασιατική. Η ιδιωτική ασφάλιση προτιμάται από τη λευκή και την ασιατική φυλή, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 4.25, ενώ οι άλλες δύο φυλές έχουν ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό στην ιδιωτική ασφάλιση. Αντίθετη είναι η εικόνα σε ό,τι αφορά την κοινωνική ασφάλιση όπου, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 4.26, συγκεντρώνει χαμηλό ποσοστό για την λευκή και ασιατική φυλή. Τέλος, στο διάγραμμα 4.28 είναι εμφανής η υπεροχή της ισπανικής φυλής στους ανασφάλιστους, δυστυχώς, όπως αναφέραμε και παραπάνω.





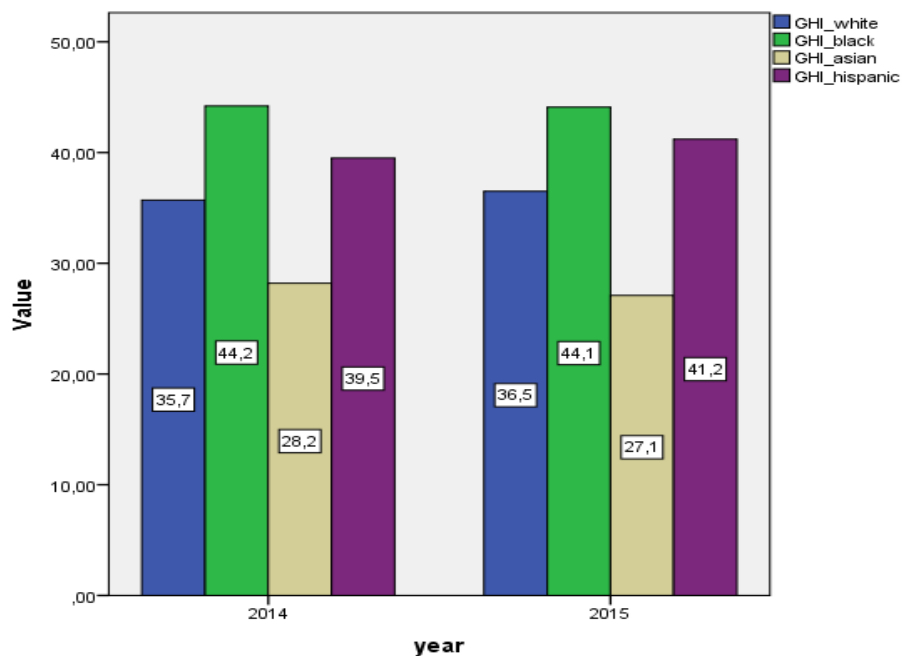
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.25: Ασφαλισμένοι (any) ανά φυλή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



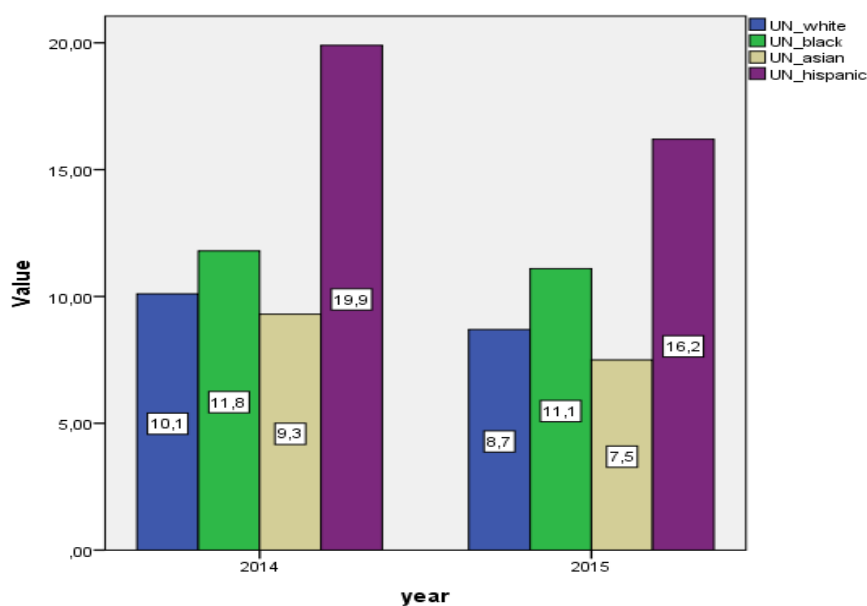
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.26: Ιδιωτική ασφάλιση ανά φυλή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.27: Κοινωνική ασφάλιση ανά φυλή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**

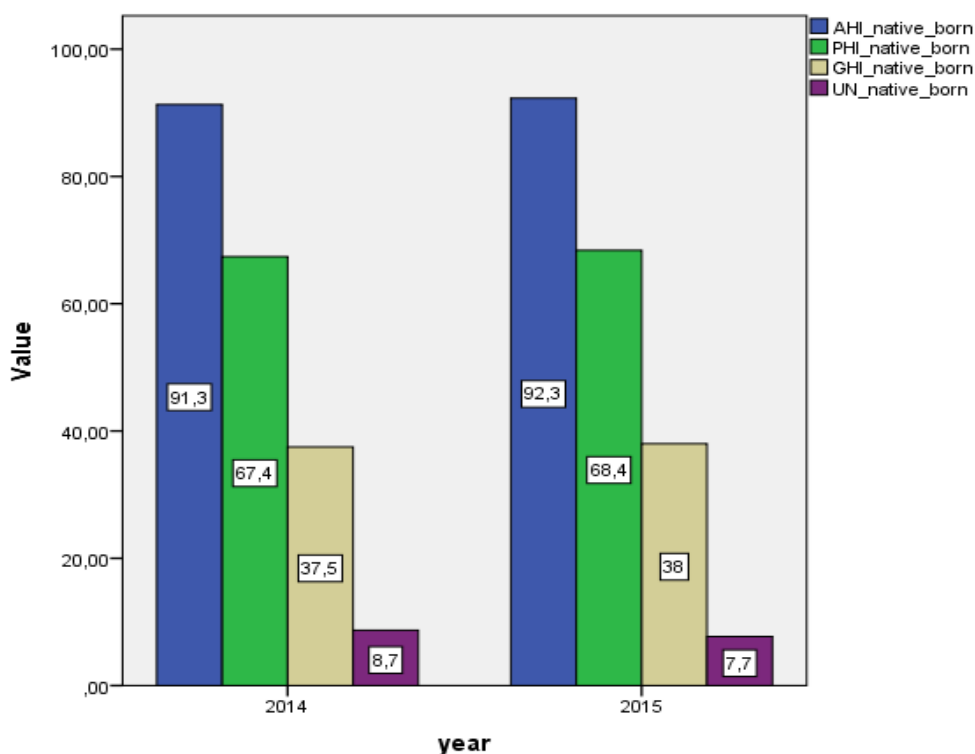


Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.28: Ανασφάλιστοι ανά φυλή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**

#### 4.4.4 Ασφάλιση ανάλογα με την καταγωγή

Στην ενότητα αυτή, θα εξετάσουμε τι επιλέγουν για την ασφάλιση υγείας τους οι κάτοικοι των Η.Π.Α., ανάλογα με το αν έχουν γεννηθεί εκεί ή όχι (native born, foreign born).

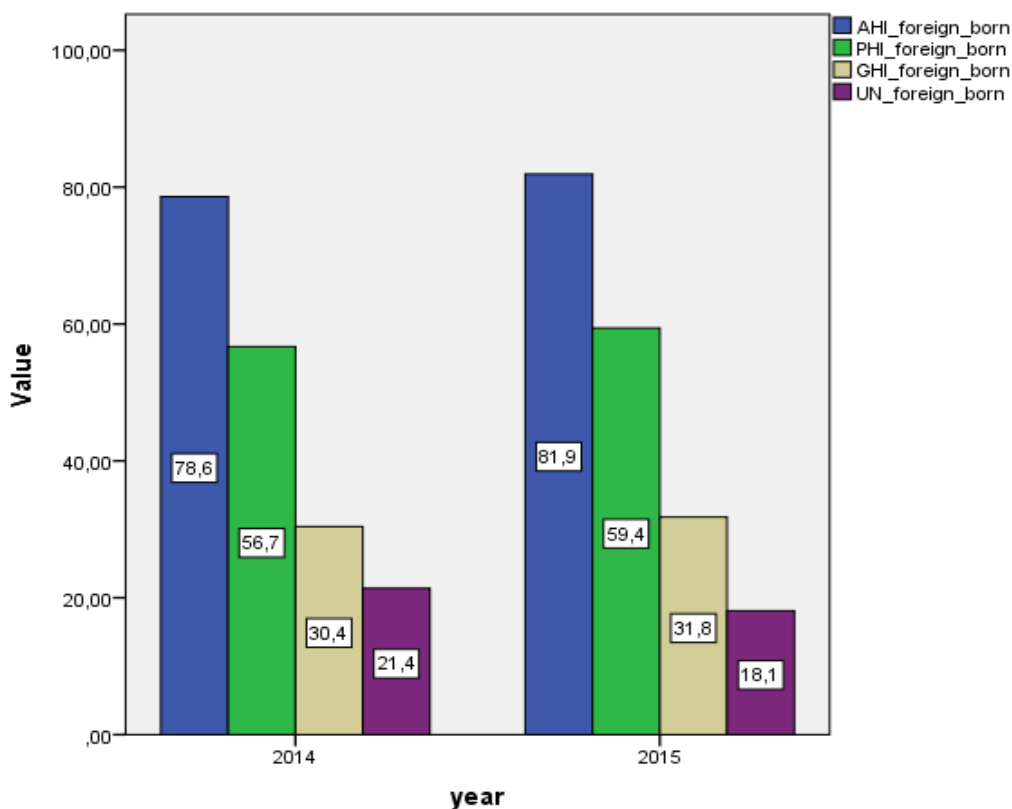


Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

#### **Διάγραμμα 4.29: Ασφάλιση κατοίκων που έχουν γεννηθεί στις Η.Π.Α., 2014 – 2015.**

Στο διάγραμμα αυτό παρατηρούμε ότι οι κάτοικοι που έχουν γεννηθεί στις Η.Π.Α. είναι ασφαλισμένοι σε ποσοστό άνω του 90%, ενώ το ποσοστό των ανασφάλιστων κυμαίνεται σε αρκετά χαμηλό επίπεδο (8,7% για το 2014 και 7,7% για το 2015). Από τους ασφαλισμένους, οι περισσότεροι (67,4% για το 2014 και 68,4% για το 2015) προτιμούν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και ένα αρκετά μικρότερο ποσοστό την κοινωνική ασφάλιση.

Διαφορετική είναι η εικόνα που μας δίνει το διάγραμμα 4.30, στο οποίο παρατηρούμε ότι οι κάτοικοι που δεν έχουν γεννηθεί στις Η.Π.Α., αλλά έχουν μεταναστεύσει εκεί αργότερα, είναι σε μεγάλο βαθμό ανασφάλιστοι (21,4% για το 2014 και 18,1% για το 2015). Αυτό σίγουρα σημαίνει ότι θα πρέπει η εκάστοτε κυβέρνηση να λαμβάνει μέτρα για την ασφάλιση αυτής της ομάδας του πληθυσμού.



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

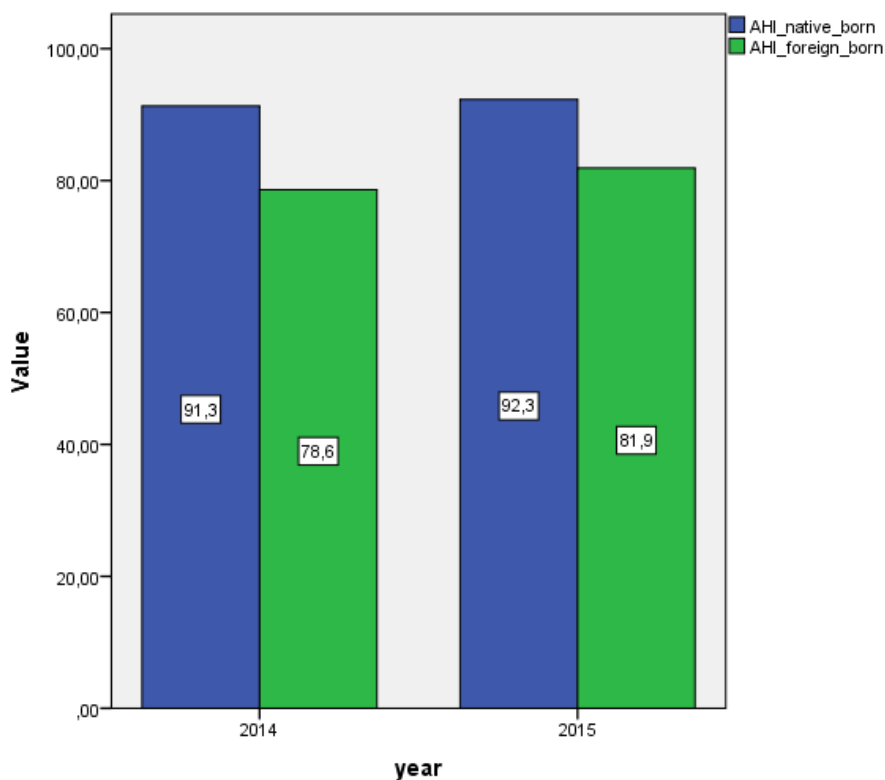
**Διάγραμμα 4.30: Ασφάλιση κατοίκων που δεν έχουν γεννηθεί στις Η.Π.Α., 2014 – 2015.**

Στη συνέχεια θα δούμε πιο αναλυτικά τις δύο αυτές υποκατηγορίες του πληθυσμού και τις επιλογές τους ως προς την ασφάλιση υγείας.

Στο Διάγραμμα 4.31 φαίνεται ξεκάθαρα ότι οι κάτοικοι που έχουν γεννηθεί στις Η.Π.Α. έχουν υψηλότερο ποσοστό ασφάλισης από τους λοιπούς. Για τους κατοίκους που έχουν γεννηθεί εκτός χώρας, το ποσοστό ασφάλισης αυξήθηκε από 78,6% το 2014 σε 81,9% το 2015. Η ιδιωτική ασφάλιση, όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 4.32 συγκεντρώνει μεγαλύτερο ποσοστό σε αυτούς που έχουν γεννηθεί εντός συνόρων, όπως και η κοινωνική (Διάγραμμα 4.33), η οποία όμως είναι χαμηλότερα από την ιδιωτική.

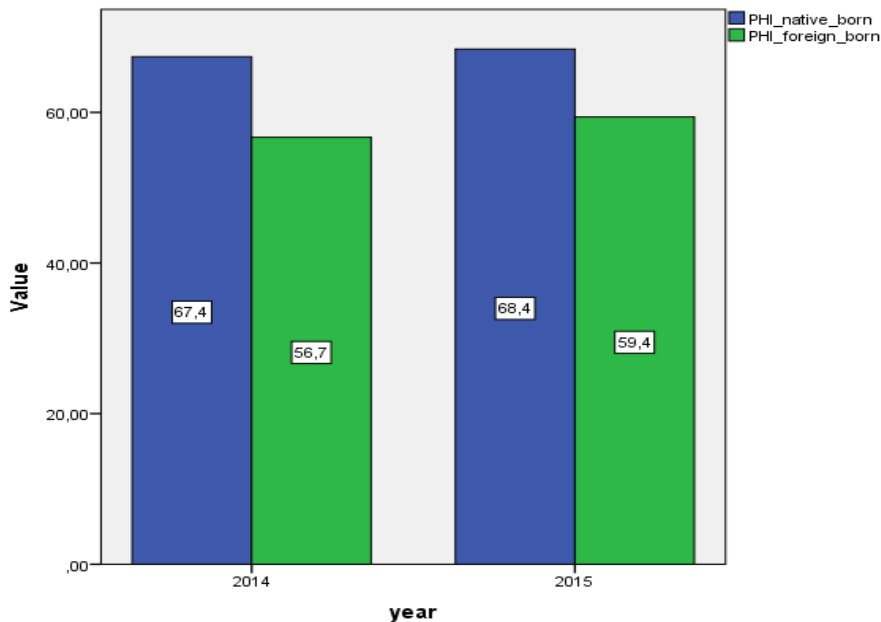
Το σημαντικό εύρημα είναι αυτό του Διαγράμματος 4.34, όπου διαπιστώνουμε πόσο αυξημένο είναι το ποσοστό των ανασφάλιστων μεταξύ αυτών που έχουν γεννηθεί εκτός της χώρας. Το ποσοστό αυτό είναι 21,4% για το 2014 και μειώθηκε σε 18,1% για το 2015.

Τέλος, από αυτούς που έχουν γεννηθεί εκτός της χώρας, κάποιοι έχουν λάβει την υπηκοότητα και κάποιοι όχι. Ας δούμε την εικόνα για τους ανασφάλιστους των δύο αυτών κατηγοριών, στο διάγραμμα 4.35. Φαίνεται ξεκάθαρα ότι η ομάδα που ανεβάζει το ποσοστό των ανασφάλιστων, είναι οι κάτοικοι που έχουν γεννηθεί εκτός χώρας και δεν έχουν λάβει ακόμα την αμερικανική υπηκοότητα, όπως ήταν αναμενόμενο.



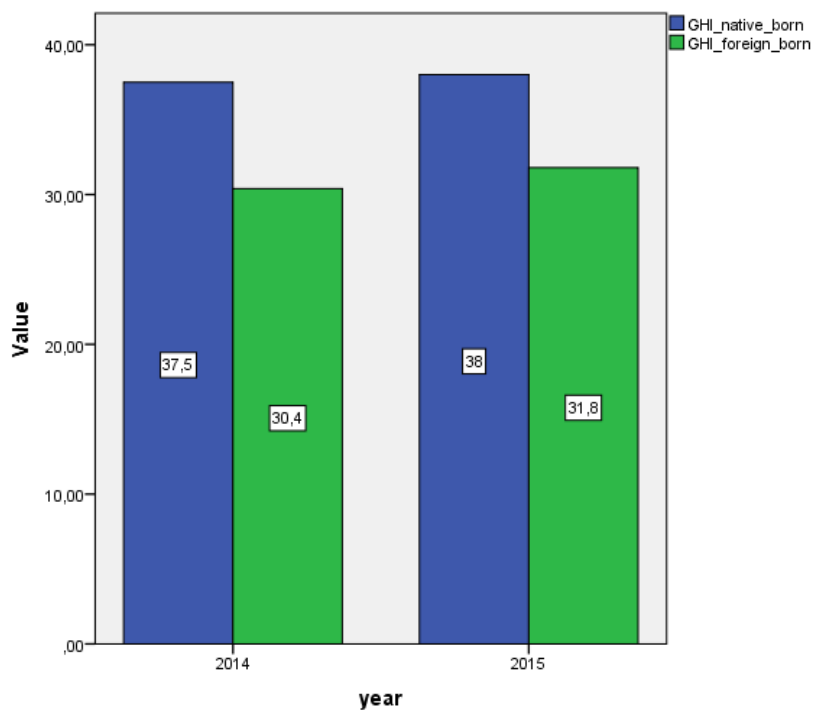
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.31: Ασφάλιση (any) ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



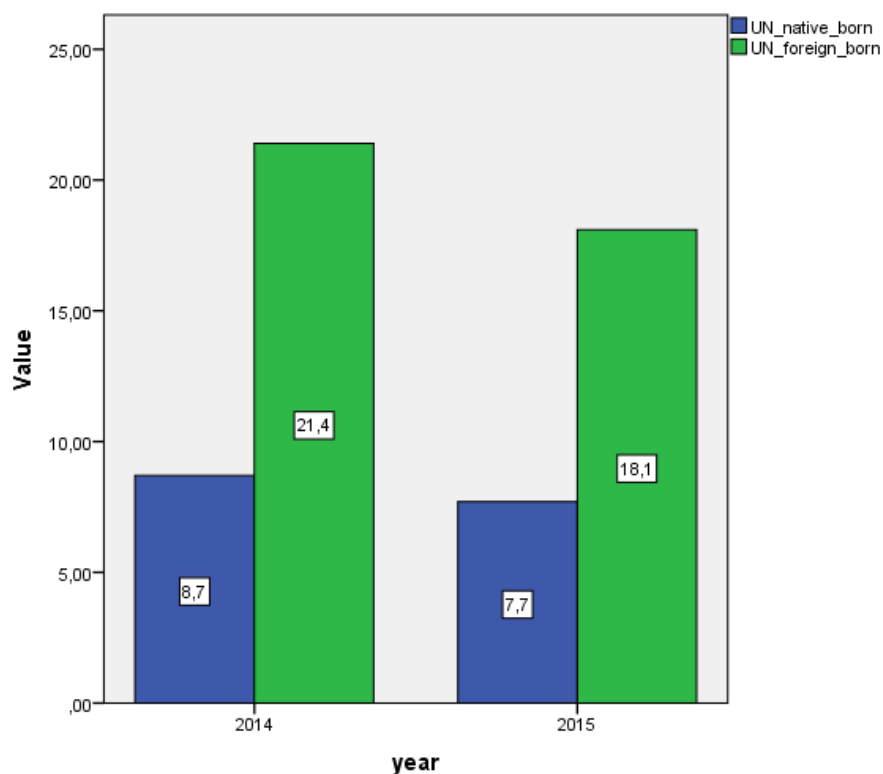
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.32: Ιδιωτική ασφάλιση ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



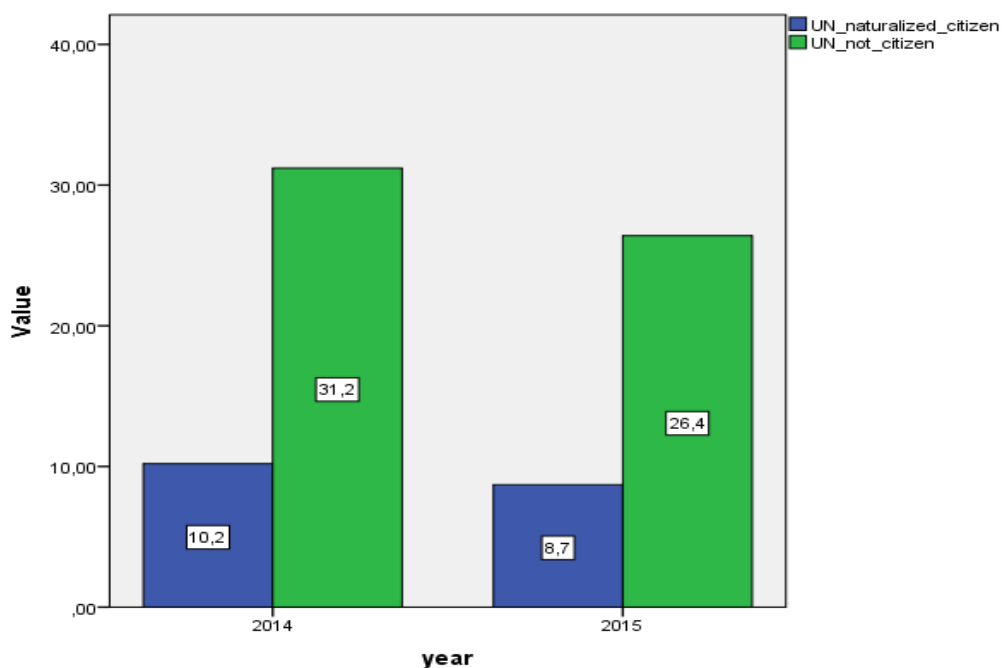
Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.33: Κοινωνική ασφάλιση ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



Πηγή: U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

**Διάγραμμα 4.34: Ανασφάλιστοι, ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.**



**Διάγραμμα 4.35:** Ανασφάλιστοι, ανάλογα με την καταγωγή, Η.Π.Α., 2014 – 2015.

**Πηγή:** U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, επεξεργασία με SPSS.

#### 4.5 Ανακεφαλαίωση

Με βάση τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από το U.S.Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, ο πληθυσμός των Η.Π.Α. κατατάχθηκε σε κατηγορίες ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση (έχοντες οικογένεια και μη-έχοντες οικογένεια), τον τόπο διαμονής (εντός και εκτός αστικών κέντρων), τη φυλή καταγωγής (λευκή, μαύρη, ασιατική, ισπανική), την καταγωγή (γεννηθέντες στις Η.Π.Α. και γεννηθέντες εκτός χώρας), προκειμένου να μελετηθεί κατά πόσο είναι ασφαλισμένοι ή όχι. Επίσης, για να μελετηθεί εάν προτιμούν την ιδιωτική ή την κοινωνική ασφάλιση.

Η περιγραφική στατιστική ανάλυση οδήγησε σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα, όπως ότι φαίνεται να υπάρχει η τάση όσοι έχουν γεννηθεί εκτός χώρας να παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά ανασφάλιστων. Επίσης, ότι οι εκπρόσωποι της ασιατικής φυλής είναι σε μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένοι και μάλιστα με ιδιωτικό πρόγραμμα υγείας, ενώ αντίθετα, αυτοί που ανήκουν στην ισπανική φυλή είναι σε μεγάλο βαθμό ανασφάλιστοι. Αυξημένο ποσοστό ανασφάλιστων παρατηρήθηκε και στους κατοίκους που δεν ανήκουν σε κάποια οικογένεια, ενώ για τους κατοίκους εκτός αστικών περιοχών, παρατηρήσαμε ότι το ποσοστό ιδιωτικής ασφάλισης είναι μειωμένο και το ποσοστό κοινωνικής ασφάλισης υγείας αυξημένο, σε αντίθεση με τους κατοίκους αστικών κέντρων.





## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

#### 5.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό θα συνοψίσουμε τα βασικότερα συμπεράσματα που προέκυψαν από τη μελέτη της βιβλιογραφίας στο πρώτο μέρος της εργασίας και από την εμπειρική ανάλυση των δεδομένων για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στις Η.Π.Α. που πραγματοποιήθηκε στο δεύτερο μέρος.

#### 5.2 Βασικά συμπεράσματα

Έχοντας διαπιστώσει την αναγκαιότητα ασφάλισης υγείας και έχοντας εξετάσει τα συστήματα ασφάλισης υγείας σε διάφορες χώρες, διαπιστώσαμε ότι στην Ελλάδα υπάρχει μεγάλο περιθώριο ανάπτυξης στον ιδιωτικό τομέα ασφάλισης υγείας. Το ποσοστό των ανασφάλιστων, καθώς και το πολύ μικρό ποσοστό των ατόμων που έχουν επιλέξει την ιδιωτική ασφάλιση (περίπου 10%, έναντι ποσοστού άνω του 90% στην Αμερική και σε άλλες χώρες), σημαίνει ότι οι ασφαλιστικές εταιρίες στην Ελλάδα έχουν τη δυνατότητα να προσελκύσουν πολλούς πελάτες ακόμα και ο κλάδος αυτός να αναπτυχθεί πολύ στο μέλλον. Οι σύγχρονες κρατικές πολιτικές με τους τρεις πυλώνες ασφάλισης δρουν επιβοηθητικά στην ανάπτυξη αυτή, αν και θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη μέριμνα στο σχεδιασμό των νέων ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των καταναλωτών και να είναι βιώσιμα στο μέλλον.

Οι ιδιαιτερότητες της ελληνικής οικονομίας τα τελευταία έτη και οι ελλείψεις του κρατικού συστήματος υγείας και συνταξιοδότησης, που διαιωνίζονται ανεξαρτήτως κυβέρνησης, ωθούν πολλές φορές τον καταναλωτή να αναζητήσει ιδιωτική κάλυψη για την εξασφάλιση της ευημερίας του στο μέλλον, μέσα από συνταξιοδοτικά προγράμματα ζωής, αλλά και μέσα από νοσοκομειακά και άλλα προγράμματα υγείας. Ένα από τα πλέον σημαντικά προβλήματα του ελληνικού συστήματος ασφάλισης υγείας σε σύγκριση με αυτό άλλων χωρών είναι η ύπαρξη διπλής ασφάλισης. Ο καταναλωτής που θα αγοράσει ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι αναγκασμένος να πληρώνει για τις ίδιες σχεδόν καλύψεις που του παρέχει το κράτος, ενώ θα μπορούσαν οι δύο τομείς να λειτουργούν συμπληρωματικά, όπως σε άλλες χώρες, ώστε να μην διπλοπληρώνει.

Τώρα σε ό,τι αφορά τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από το U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015-2016, για τον πληθυσμό των Η.Π.Α., φαίνεται να υπάρχει η τάση όσοι έχουν γεννηθεί εκτός χώρας να παρουσιάζουν μεγάλα ποσοστά ανασφάλιστων. Επίσης, οι εκπρόσωποι της ασιατικής φυλής είναι σε μεγάλο ποσοστό ασφαλισμένοι και μάλιστα με ιδιωτικό πρόγραμμα υγείας, ενώ αντίθετα, αυτοί που ανήκουν στην ισπανική φυλή είναι σε μεγάλο βαθμό ανασφάλιστοι. Αυτό είναι κάτι που οι ασκούντες πολιτική υγείας στη συγκεκριμένη χώρα θα κληθούν κάποια στιγμή να αντιμετωπίσουν, διαμορφώνοντας τα κατάλληλα προγράμματα υγείας για τις ομάδες αυτές του

πληθυσμού. Αυξημένο ποσοστό ανασφάλιστων παρατηρήθηκε και στους κατοίκους που δεν ανήκουν σε κάποια οικογένεια, ενώ για τους κατοίκους εκτός αστικών περιοχών, παρατηρήσαμε ότι το ποσοστό ιδιωτικής ασφάλισης είναι μειωμένο και το ποσοστό κοινωνικής ασφάλισης υγείας αυξημένο, σε αντίθεση με τους κατοίκους αστικών κέντρων. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι υπάρχει περιθώριο επέκτασης των εργασιών των ασφαλιστικών εταιρειών, στις περιοχές αυτές.

### **5.3 Μειονεκτήματα έρευνας**

Το βασικότερο μειονέκτημα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε είναι ότι τα στοιχεία που συλλέχθηκαν αφορούν μόνο δύο έτη και έτσι δεν είναι εφικτή η περαιτέρω στατιστική επεξεργασία τους. Επίσης, ένα άλλο μειονέκτημα είναι ότι η σύγκριση της Ελλάδας με τις Η.Π.Α. είναι κάπως δύσκολο να αποδώσει ισχυρά συμπεράσματα, δεδομένης της διαφορετικότητας των δύο χωρών, σε πολλά σημεία: τόσο στην έκταση και τον πληθυσμό, όσο και στις πολιτικές υγείας που έχουν εφαρμοστεί σε αυτές, στη νοοτροπία των ανθρώπων, κ.ο.κ.

### **5.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Ενδιαφέροντα ερωτήματα που θα πρέπει να απαντηθούν σε μελλοντικές έρευνες είναι και τα εξής:

- Ποιο είναι το οικονομικό προφίλ των ανασφάλιστων στην Αμερική; Τι ισχύει αντίστοιχα στην Ελλάδα;
- Ποια προϊόντα ασφάλισης υγείας θα μπορούσαν να σχεδιαστούν στην ελληνική αγορά, ώστε να καλύπτουν τις ανάγκες των καταναλωτών, αλλά να είναι και ελκυστικά σε μεγαλύτερη μερίδα του πληθυσμού και ταυτόχρονα ποια η σωστή τιμολόγησή τους ώστε να είναι βιώσιμα στο μέλλον;
- Πώς έχει επηρεάσει η κρίση στην Ελλάδα τις τιμές στην ασφαλιστική αγορά και πώς τη ζήτηση των προϊόντων;
- Τι ρόλο παίζει η ασφαλιστική απάτη (από την πλευρά του καταναλωτή, του παρόχου υγείας, του διαμεσολαβητή, του διακανονιστή) στην ελληνική ιδιωτική αγορά και πώς μπορεί να μετρηθεί και να μειωθεί;
- Ποια η επίδραση του Solvency II στην τσέπη του καταναλωτή και ποια στα λογιστικά αποτελέσματα των εταιρειών;
- Ποιο είδος συμφωνιών/συμβάσεων ασφαλιστικών εταιρειών με τους παρόχους υγείας είναι περισσότερο αποτελεσματικό στην ελληνική πραγματικότητα; Αποτελεί λύση το capitation;

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΟΥ Ο.Ο.Σ.Α.**

Σε συνέχεια του πίνακα 2.2 με τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, έχουμε συγκεντρώσει για κάθε χώρα, κάποιες επιπλέον πληροφορίες, οι οποίες παρατίθενται στο παράρτημα αυτό.

### **1.1 Αυστραλία**

Πηγή: Τα στοιχεία κάλυψης αναφέρονται τακτικά από το Συμβούλιο Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας (ΡΗΙΑC). Βλ. Συμβούλιο Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας, Τριμηνιαία Στατιστική Ιουνίου, ΡΗΙΑC, Καμπέρα.

Μεθοδολογία:

- Στοιχεία στις 30 Ιουνίου.

- Τα συνολικά και τα διπλάσια ΡΗΙ προέρχονται από τους πίνακες ασφαλιστικών περιστατικών ΡΗΙΑC. Αυτά καταγράφουν τον αριθμό των ατόμων με νοσοκομειακή περίθαλψη, τα οποία προβλέπουν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη από γιατρό επιλογής και άλλα έξοδα που δεν καλύπτονται από το Medicare, συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων. Το συμπληρωματικό ΡΗΙ προέρχεται από τον Πίνακα Γενικής Θεραπείας ΡΗΙΑC. Καταγράφει τον αριθμό των ατόμων με γενική κάλυψη (ή επιπλέον) κάλυψη, η οποία παρέχει οφέλη για υπηρεσίες όπως φυσικοθεραπεία, οδοντιατρική περίθαλψη και οπτική θεραπεία.

- Από την 1η Ιουλίου 2000, εισήχθη ποινή για άτομα που συμμετέχουν σε οργανισμό παροχών υγείας για νοσοκομειακή κάλυψη μετά την ηλικία των 30 ετών. Η ποινή αυτή είναι 2% πάνω από το βασικό επιτόκιο για κάθε έτος άνω των 30 ετών, κατά το οποίο ο αντισυμβαλλόμενος δεν ήταν μέλος του ταμείου παροχών για την υγεία. Μεταξύ του 1999 και του 2000 σημειώθηκε αξιοσημείωτη αύξηση του αριθμού των ατόμων με ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Διάλειμμα στις χρονολογικές σειρές το 2007: Από την 1η Απριλίου 2007, οι γενικές πολιτικές θεραπείας αντικατέστησαν τις επικουρικές πολιτικές. Οι γενικές πολιτικές θεραπείας καλύπτουν μια θεραπεία παρόμοια με εκείνη που ήταν γνωστή ως βοηθητική, αλλά μπορεί επίσης να καλύψει τη θεραπεία των νοσοκομείων και τα προγράμματα διαχείρισης χρόνιων ασθενειών. Πολλές συμβάσεις για νοσοκομειακή περίθαλψη αναταξινομήθηκαν ως συνδυασμένες πολιτικές νοσοκομειακής και γενικής θεραπείας, προκαλώντας τεχνητή αύξηση της σειράς συμπληρωματικών ΡΗΙ.

### **1.2 Αυστρία**

Πηγή: Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs.

Κάλυψη:

- Περίπου το ένα τρίτο του αυστριακού πληθυσμού καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι ως επί το πλείστον συμπληρωματική ή επιπρόσθετη. Υπάρχει επίσης ένα στοιχείο αλληλεπικάλυψης με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, καθώς η ιδιωτική ασφάλιση

υγείας μπορεί να οδηγήσει σε μικρότερους χρόνους αναμονής για πράξεις και θεραπεία γενικά. Οι περισσότερες συμβάσεις που συνάπτονται με ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας αφορούν ασφαλίσεις που καλύπτουν δαπάνες για νοσοκομειακή περίθαλψη.

- Η συμπληρωματική ασφάλιση υγείας καλύπτει τις υπηρεσίες που δεν επιστρέφονται από την κοινωνική ασφάλιση υγείας. Παραδείγματα πρόσθετων παροχών που καλύπτονται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την εναλλακτική ιατρική, την οδοντιατρική περίθαλψη, τις παροχές ασθενείας (σε ορισμένες περιπτώσεις), την ψυχοθεραπεία ή ορισμένα φάρμακα. Η συμπληρωματική ασφάλιση υγείας καλύπτει επίσης τη θεραπεία ιδιωτών ιατρών (οι οποίοι δεν έχουν υπογράψει συμβόλαιο με την κοινωνική ασφάλιση) ή / και νοσοκομειακής περίθαλψης στο ιδιωτικό ιατρείο δημόσιων νοσοκομείων ή σε ιδιωτικά νοσοκομεία (Αυστριακός ασφαλιστικός οργανισμός, ασφάλιση υγείας), προσφέροντας έτσι πρόσθετη επιλογή παροχών και πιο ευαίσθητες θεραπευτικές επιλογές.

- Η συμπληρωματική ασφάλιση υγείας καλύπτει το κόστος που επιβαρύνει έναν ασφαλισμένο που συμβουλευέται έναν ιδιωτικό ιατρό ο οποίος δεν έχει υπογράψει σύμβαση με κοινωνική ασφάλιση (μέχρι το 80% του τιμολογίου που θα είχε καταβάλει το ταμείο κοινωνικής ασφάλισης). Η συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας που καλύπτει μόνο τα τέλη χρήσης δεν υπάρχει. Στην Αυστρία, η ασφάλιση που παρέχει ημερήσια παροχή μετρητών για νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την κάλυψη τελών χρήστη που προκύπτουν από νοσοκομειακή περίθαλψη, αλλά ο ασφαλισμένος μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει τα χρήματα για να πληρώσει για άλλα έξοδα, π.χ. έξοδα που σχετίζονται με τη φροντίδα των παιδιών, τη βοήθεια των νοικοκυριών κλπ. Άλλο είδος συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας αφορά μια μικρή ομάδα ατόμων (συμπεριλαμβανομένων εκείνων που επέλεξαν την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση ασθενείας βάσει του § 5 του GSVG.) (Gewerbliches Sozialversicherungsgesetz) (17.000 άτομα που καλύπτονται το 2003, Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και Γυναικών, 2003, Ποσοτική και ποιοτική αξιολόγηση και ανάλυση ατόμων που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση υγείας στην Αυστρία, Τελική έκθεση, Βιέννη),

- Υπάρχουν επίσης άλλες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας όπως : i) άτομα που δεν έχουν ασφαλιστεί με νόμιμη κοινωνική ασφάλιση ασθενείας ή δεν έχουν εγγραφεί σε προαιρετική ασφάλιση με κοινωνική ασφάλιση υγείας θα μπορούσαν να εγγραφούν στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας , ii) στα ανεξάρτητα μέλη σε επιμελητήρια δόθηκε η δυνατότητα να αποχωρήσουν από την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση το έτος 2000. §5 Η GSVG αποτελεί τη νομική βάση της μη συμμετοχής. Στο τέλος του τρίτου τριμήνου του 2005, οι ελεύθεροι επαγγελματίες αποτελούσαν περίπου το 8,6% όλων των ασφαλισμένων (Αυστριακή Ασφαλιστική Υπηρεσία για τις Επιχειρήσεις, SVA, στατιστικές).

### 1.3 Βέλγιο

Πηγή: Τα στοιχεία έχουν ληφθεί από το "Office de contrôle des mutualités et des unions nationales

de mutualité" σχετικά με τις συμπληρωματικές ασφάλειες που διατίθενται από τα ταμεία ασθενοείας και από τη Βελγική Ένωση "Professionnelle des entreprises d'assurance" για εκείνες που διατίθενται από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.

Κάλυψη:

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας προσφέρεται από τους εταίρους και τους ιδιωτικούς ασφαλιστές. Η Mutuelles παρέχει συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

- Ιδιωτική ασφάλιση: καλύπτονται πρόσωπα (ατομικές και ομαδικές συμβάσεις).

- Mutuelles: Ατομικές συμβάσεις, προϊόντα ασφάλισης ζωής, συμπεριλαμβανομένων στοιχείων υγείας.

-Ασφαλιστήρια συμβόλαια νοσηλείας: θεραπεία σε νοσοκομεία και σπίτια για ηλικιωμένους.

#### 1.4 Καναδάς

Πηγή: Καναδική Ένωση Ζωής και Ασφάλισης Υγείας Α.Ε., Τμήμα Στατιστικών Υπηρεσιών: ειδικοί πίνακες.

Κάλυψη:

- Εκτιμώμενος αριθμός Καναδών που καλύπτονται από ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση ασθενοείας μετά την κατάργηση της διπλής καταμέτρησης (για παράδειγμα, η διπλή καταμέτρηση προκύπτει όταν τα μέλη της οικογένειας καλύπτονται από ξεχωριστά προγράμματα παροχών για κάθε σύζυγο - συνεπώς, κάθε σύζυγος θεωρείται κάτοχος πιστοποιητικού, άρα το δικό τους συμβόλαιο και ως εξαρτώμενο από το συμβόλαιο του συζύγου τους, ενώ τα συντηρούμενα τέκνα τους θα υπολογίζονται δύο φορές).

- Η ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας καλύπτει το κόστος των συνταγογραφούμενων φαρμάκων, της οδοντιατρικής περίθαλψης, της οφθαλμιατρικής φροντίδας, της ειδικής νοσηλείας και άλλων παραϊατρικών υπηρεσιών, των ημι-ιδιωτικών ή ιδιωτικών νοσοκομειακών χώρων, των υπηρεσιών ασθενοφόρων και άλλων αγαθών και υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης που δεν καλύπτονται από το κοινό σύστημα.

- Οι εκτιμήσεις περιλαμβάνουν την κάλυψη που παρέχεται βάσει ατομικών και ομαδικών ασφαλιστικών συμβολαίων καθώς και συμφωνιών εργοδότη ανασφάλιστων. Ορισμένες συμφωνίες για τους ανασφάλιστους, βάσει των οποίων οι εργοδότες παρέχουν παροχές στους υπαλλήλους που δεν υπάγονται σε ασφαλιστήριο συμβόλαιο, τις διαχειρίζονται επίσης κάποιες ασφαλιστικές εταιρείες και μη κερδοσκοπικοί παροχείς υγειονομικής περίθαλψης, όπως οι επαρχιακοί οργανισμοί Blue Cross.

- Περιλαμβάνει κάλυψη από όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες ζωής και υγείας που λειτουργούν στον Καναδά καθώς και ασφαλιστές μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα όπως οι επαρχιακοί οργανισμοί Blue Cross.

## 1.5 Χιλή

Πηγές: Ιδιωτική Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας (ISAPRES) μέσω της Superintendencia of Health (SuperSalud), Ένωση Ασφαλιστών της Χιλής (AACH). Συμπληρωματικό PHI από το 2014: Εποπτεία ασφάλισης και τίτλων (Superintendencia de valores y seguros).

Κάλυψη:

- Η κάλυψη των δεδομένων είναι εθνική.
- Δεν περιλαμβάνονται τα στοιχεία της υποχρεωτικής ασφάλισης των τροχαίων ατυχημάτων. - Δεν περιλαμβάνονται τα δεδομένα της εθελοντικής ασφάλισης προσωπικών ατυχημάτων. Μεθοδολογία:
  - Τα δεδομένα συλλέγονται ετησίως. - Πρωτοβάθμια PHI: η ιδιωτική κοινωνική ασφάλιση υγείας (ISAPRES) έχει τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται παραπάνω. Το σύστημα υγείας της Χιλής είναι πολύ ξεχωριστό, καθώς οι ISAPRES προορίζονται για κερδοσκοπικούς ιδιωτικούς οργανισμούς που διαχειρίζονται υποχρεωτικές κοινωνικές εισφορές και εθελοντικά ασφάλιστρα. Αυτή η ασφάλιση αφορά τους εργαζόμενους και τους συγγενείς τους, οι οποίοι επιλέγουν οικειοθελώς αυτό το είδος ασφάλισης αντί της Δημόσιας Κοινωνικής Ασφάλισης Υγείας (FONASA). Και τα δύο συστήματα προσφέρουν ένα ελάχιστο πακέτο υπηρεσιών υγείας, αλλά οι δικαιούχοι του ISAPRES μπορούν να αναβαθμίσουν τις υπηρεσίες υγείας (περισσότερη κάλυψη υπηρεσιών ή / και πρόσβαση σε εγκαταστάσεις ποιότητας) μέσω πρόσθετης προαιρετικής ασφάλισης. Με αυτή την έννοια, οι περισσότεροι αποδέχονται ενισχυμένες υπηρεσίες υγείας (κάλυψη και ποιότητα). Οι πληροφορίες διατίθενται στην ιστοσελίδα του Υπεύθυνου Υγείας.
  - Συμπληρωματικό PHI: εξετάζονται οι ασφαλιστικές παροχές που προβλέπονται για τις ασφαλιστικές εταιρείες. Η κάλυψη περιλαμβάνει την επιστροφή της νοσηλείας, των διαβουλεύσεων, των εξετάσεων και των φαρμάκων. Οι πληροφορίες δημοσιεύονται στην ιστοσελίδα της Ένωσης Ασφαλιστών της Χιλής. Υπάρχει μια διακοπή στη σειρά των δεδομένων το 2014: Από το 2014 και εξής, η κάλυψη της συμπληρωματικής ιδιωτικής ασφάλισης περιλαμβάνει επίσης κάθε ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση που παρέχει κάποιο βαθμό προστασίας της υγείας. Στην πράξη, η αλλαγή αυτή επιτρέπει την ενσωμάτωση των ασφαλίσεων ζωής που καλύπτουν ορισμένες (όχι όλες) παροχές που σχετίζονται με την υγεία. Ως εκ τούτου, η αλλαγή αυτή αυξάνει τον αριθμό των ατόμων με ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση υγείας.

## 1.6 Τσέχικη Δημοκρατία

Από το 2006 και εξής.

Πηγές: Τσέχικη Εθνική Τράπεζα, Τμήμα Ρύθμισης και Εποπτείας Ασφαλιστικών Εταιρειών. Εκτίμηση από το Ινστιτούτο Πληροφόρησης και Στατιστικής για την Υγεία της Τσεχικής Δημοκρατίας.

Κάλυψη:

- Μόνο αμελητέα εμφάνιση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Τσεχική Δημοκρατία (μόνο για τους αλλοδαπούς που δεν είναι επιλέξιμοι για δημόσια ασφαλιστική κάλυψη - πρωτοβάθμια ΡΗΙ - και για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από τη δημόσια ασφάλιση υγείας - συμπληρωματική ΡΗΙ).
- Λιγότερο από 1% του πληθυσμού καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Πηγή: Υπουργείο Οικονομικών, Γραφείο Κρατικής Εποπτείας Ασφαλίσεων και Ταμείων Συντάξεων.

### **1.7 Δανία**

Πηγή: Δανέζικη Υπηρεσία Πληροφοριών Ασφαλίσεων.

Κάλυψη: Δεδομένα διαθέσιμα από το 2001, μετρώντας τα μέλη πληρωμών των 10 μεγαλύτερων ασφαλιστικών εταιρειών υγείας στη χώρα. Επομένως, η κάλυψη δεν είναι πλήρης και τα στοιχεία θα πρέπει να θεωρούνται ως ένας ελάχιστος αριθμός ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας.

Διακοπή στα δεδομένα υπάρχει για το 2003: Τα δεδομένα περιλαμβάνουν επίσης τα παιδιά που καλύπτονται έμμεσα από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας των γονέων τους.

Μεθοδολογία: Ο ορισμός δεν είναι διαθέσιμος.

### **1.8 Εσθονία**

Τα δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα. Μόνο μία ασφαλιστική εταιρεία παρέχει προϊόντα ασφάλισης υγείας στην Εσθονία.

### **1.9 Φιλανδία**

Πηγές: Από το 2009: Ομοσπονδία Φινλανδικών Χρηματοπιστωτικών Υπηρεσιών. Μέχρι το 2006: ιδιωτικές υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και υγείας. Επίσημη Στατιστική της Φινλανδίας. Κοινωνική προστασία. Χελσίνκι. Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας.

Κάλυψη: Οι συνολικοί αριθμοί περιλαμβάνουν τον αριθμό των ιδιωτικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων ασφάλισης υγείας που αγοράζονται για παιδιά και ενήλικες (που καταβάλλονται από τους ίδιους) και εκείνων που καταβάλλουν οι εργοδότες. Τα στοιχεία συλλέγονται από διαφορετικές ασφαλιστικές εταιρείες και θεωρείται ότι ένα άτομο δεν έχει περισσότερα από ένα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια κατά τη διάρκεια ενός έτους.

Μεθοδολογία:

- Τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια είναι duplicate (στις δημόσιες υπηρεσίες που παρέχονται από τις δημοτικές και κεντρικές νοσοκομειακές περιοχές) και συμπληρωματικά (στην εθνική ασφάλιση ασθενείας που καταβάλλεται από την KEELA, το ίδρυμα κοινωνικής ασφάλισης).
- Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για την περίοδο 2007-2008.

### 1.10 Γαλλία

Πηγή: Το Institut de Recherche et Documentation en économie de la sante (Irdes) διενεργεί ανά διετία έρευνα για την υγεία και την κοινωνική προστασία («Enquête sur la santé et la protection sociale, ESPS»), η οποία περιλαμβάνει στοιχεία σχετικά με την κάλυψη του ΡΗΙ .

Κάλυψη:

- Τύπος διαθέσιμης κάλυψης: Συμπληρωματικό. Στη Γαλλία, συμπληρωματικές και επιπρόσθετες ασφάλειες συγκεντρώνονται σε συμπληρωματικές συμβάσεις κάλυψης, οι οποίες παρέχουν επίσης επιστροφές για υπηρεσίες που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ασθενείας (όπως χειρουργική επέμβαση οφθαλμού, παρεγκεφαλιδική περίθαλψη, ατομική αίθουσα στο νοσοκομείο κ.λπ.).

-Απώλεια στοιχείων για το 2006: Τα άτομα που καλύπτονται από το CMUC περιλαμβάνονται στο ποσό των ατόμων που καλύπτονται από συμπληρωματική ασφάλιση ασθενείας, συνεπώς τα στοιχεία έχουν συγκεντρωθεί από τρεις πηγές: 1) Irdes, ESPS survey, για άτομα που καλύπτονται από συμπληρωματική ασφάλιση ασθενείας, εξαιρουμένου του CMUC. 2) τα ταμεία CMUC για άτομα που καλύπτονται από συμπληρωματική ασφάλιση υγείας μέσω του CMUC. 3) έρευνα Irdes, ESPS, για άτομα που καλύπτονται από συμπληρωματική ασφάλιση υγείας, συμπεριλαμβανομένου του CMUC.

-Απώλεια δεδομένων για το 2008 λόγω αλλαγής του υπολογισμού. Από το 2008, τα δεδομένα του ESPS περιλαμβάνουν άτομα που καλύπτονται από το CMUC και το ποσοστό που υπολογίζεται δεν περιλαμβάνει τα άτομα που απάντησαν "δεν γνωρίζω" στην ερώτηση της έρευνας "απολαμβάνετε ιδιωτική συμπληρωματική ασφάλιση ή / και CMUC".

### 1.11 Γερμανία

Πηγή: Ένωση ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, πλήρης ιδιωτική ασφάλιση υγείας και συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση υγείας ("Krankheits-Vollversicherte" & "Zusatzversicherte"). Verband der Privaten Krankenversicherung 2015, Zahlenbericht der privaten Krankenversicherung 2014, Köln, σελ. 25, 34. Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία, Στατιστικές πληθυσμού (συνολικός πληθυσμός: μέσος όρος του έτους). Statistisches Bundesamt, Fachserie 1, Reihe 1.3, πίνακας 2.1.

Κάλυψη: Ο αριθμός των ατόμων με πρωτοβάθμια ιδιωτική ασφάλιση υγείας αναφέρεται σε αυτούς που καλύπτονται πλήρως από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Krankheits-Vollversicherte). - Δεν είναι δυνατή η διάκριση μεταξύ των ατόμων που λαμβάνουν συμπληρωματικά και επιπρόσθετα ΡΗΙ. Συμπληρωματικά και επιπρόσθετα ΡΗΙ λαμβάνονται συνήθως από άτομα που καλύπτονται από το Σχέδιο Νομοθετικής Υγειονομικής Ασφάλισης.

Μεθοδολογία:

- Η συμπληρωματική ΡΗΙ μπορεί να περιλαμβάνει τη διπλή καταμέτρηση.

- Το 1996, υιοθετήθηκε μια νέα μέθοδος υπολογισμού από τις ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας.



- Οι εκτιμήσεις της καλυπτόμενης ζωής στο συμπληρωματικό ΡΗΙ διατίθενται μόνο από το 2005 και μετά.

- Διακοπή στις χρονολογικές σειρές το 2011: - Ο αριθμός του πληθυσμού πριν από το 2011 προέρχεται από την ενημέρωση του πληθυσμού βάσει προηγούμενων απογραφών (πρώην Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας 1987, Λαϊκή Δημοκρατία της Γερμανίας 1990).

- Από το 2011 ο αριθμός των κατοίκων βασίζεται στην Ομοσπονδιακή Απογραφή 2011 (στοιχεία απογραφής από 27 Νοεμβρίου 2015). Ως εκ τούτου, για τα έτη από το 2011 και μετά, είναι δυνατόν να υπάρχουν διαφορές σε προηγούμενες δημοσιεύσεις σχετικά με τους πληθυσμούς.

Περισσότερες πληροφορίες: <http://www.pkv.de>; <Http://www.destatis.de>; <Http://www.gbe-bund.de>.

### **1.12 Ελλάδα**

Πηγές: Υπουργείο Ανάπτυξης, Διεύθυνση Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων και Αναλογιστών. Ελληνική Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών

Κάλυψη:

- Σχεδόν ολόκληρος ο πληθυσμός καλύπτεται. Η έρευνα του Ελληνικού Συνδέσμου Ασφαλιστικών Εταιρειών περιλαμβάνει δείγμα εταιρειών που αντιπροσωπεύουν πάνω από το 80% του συνόλου των ασφαλισμένων.

- Το ποσοστό του καλυπτόμενου πληθυσμού εκτιμήθηκε με βάση την αναθεωρημένη απογραφή της ELSTAT το 2014.

Περιοδικότητα: Τα στοιχεία αφορούν το 2002 και το 2010-2014.

Παρεκκλίσεις από τον ορισμό:

- Τα δεδομένα αναφέρονται τόσο στα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής όσο και στην υγεία, δεδομένου ότι δεν μπορούν να διαχωριστούν. Για την περίοδο 2010 έως 2014, τα δεδομένα αναφέρονται σε συμβάσεις και όχι στον καλυπτόμενο πληθυσμό (δηλαδή αν κάποιος είναι κάτοχος τόσο προσωπικής όσο και ομαδικής σύμβασης, αυτός υπολογίζεται δύο φορές).

### **1.13 Ουγγαρία**

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ουγγαρία είναι αμελητέα. Η κάλυψη είναι ως επί το πλείστον συμπληρωματική και με ασφάλιση παρέχονται ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής ή ατυχήματος (π.χ. επιλεξιμότητα για υψηλότερο επίπεδο ξενοδοχειακής υπηρεσίας ή συμπληρωματικό μισθό ανά είδος κατά τη διάρκεια της νοσοκομειακής περίθαλψης). Υπάρχει ένας μικρός αριθμός λογαριασμών ταμειωτηρίου που δεν είναι ασφάλειες με βάση τον κίνδυνο.

### **1.14 Ισλανδία**

Πηγή: Αρχή Χρηματοπιστωτικής Εποπτείας.

Κάλυψη: Τα στοιχεία αναφέρονται στον αριθμό των ζωνών που καλύπτονται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας της Ισλανδίας, η οποία στην περίπτωση αυτή καλύπτει το κόστος της γενικής υγειονομικής περίθαλψης κατά την περίοδο κατά την οποία οι άνθρωποι δεν είναι επιλέξιμοι για δημόσια ασφάλιση υγείας. Πρόκειται για τους αλλοδαπούς που έρχονται στην Ισλανδία τόσο για μακροχρόνιες όσο και για σύντομες διαμονές, καθώς και για τους Ισλανδούς που έχουν αλλοδαπή διεύθυνση αλλά επιστρέφουν στην Ισλανδία. Χρειάζονται έξι μήνες για να γίνουν επιλέξιμοι για τη δημόσια ασφάλιση υγείας, εκτός αν οι διακυβερνητικές συνθήκες ορίζουν διαφορετικά. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας που αγοράζεται από το εξωτερικό δεν περιλαμβάνεται. Άλλοι τύποι ιδιωτικής ασφάλισης υγείας υπάρχουν, αλλά δεν σχετίζονται με αυτή τη συλλογή δεδομένων.

### **1.15 Ιρλανδία**

Πηγές: Υπουργείο Υγείας, Διευθύνσεις Δημόσιας / Ιδιωτικής Υγείας και Μονάδα Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας. Τα στοιχεία κάλυψης συλλέγονται από την Αρχή Ασφάλισης Υγείας. Η έρευνα για τις δαπάνες ευρωπαϊκών κοινοτικών δαπανών (EPES), μια έρευνα σχετικά με το εισόδημα των νοικοκυριών και τις συνθήκες διαβίωσης, την υγεία, τη στέγαση και την εργασία, η οποία διεξάγεται περιοδικά από την Eurostat, περιλαμβάνει στοιχεία για το PHI για την Ιρλανδία.

Κάλυψη:

- Όλα τα στοιχεία του PHI είναι το καταλληλότερο εργαλείο για την κατηγορία του duplicate PHI, δεδομένου ότι ένα άτομο που έχει PHI δεν παρακρατεί μόνιμα το δικαίωμά του να επωφεληθεί από το δημόσιο σύστημα και η κάλυψη που παρέχεται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας αντανακλά σε μεγάλο βαθμό ότι διατίθεται στους δημόσιους ασθενείς σε δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, σε περίπτωση περίθαλψης, εάν ένα άτομο επιλέξει να κάνει χρήση του PHI, αυτός θα χάσει το δικαίωμά του να επωφεληθεί από το δημόσιο σύστημα για τη διάρκεια της θεραπείας για τη συγκεκριμένη περίπτωση περίθαλψης. Οι στατιστικές πληθυσμού λήφθηκαν από τον ιστότοπο της Κεντρικής Στατιστικής Υπηρεσίας.

- Συνολική κάλυψη PHI: Ορισμένα ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας έχουν κάλυψη πρωτοβάθμιας περίθαλψης (π.χ. κάλυψη γενικού ιατρού). Επιπλέον, υπάρχουν πολλοί άνθρωποι που εγγράφονται σε ασφαλιστήρια μετρητών. Αυτές είναι συμβάσεις που πληρώνουν μετρητά για επισκέψεις γενικού ιατρού και ορισμένες νοσοκομειακές επισκέψεις σε εξωτερικούς ασθενείς. Δεν είναι συμβάσεις αποζημίωσης.

- Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη στην Ιρλανδία αναφέρεται στην πρώτη διαθέσιμη περίθαλψη - δηλαδή τη συμμετοχή σε ιατρό γενικής ιατρικής και σε ορισμένες θεραπείες / επισκέψεις ασθενών και σχετικών θεραπειών.

- Συμπληρωματικό PHI: Όλα τα άτομα στην Ιρλανδία έχουν κάποιο επίπεδο κάλυψης στο πλαίσιο του συστήματος δημόσιας υγείας, αν και υπάρχουν διαφορές επιλεξιμότητας σε σχέση με το επίπεδο

θεραπείας και την ανάγκη πληρωμής. Ως εκ τούτου, όλες οι ιδιωτικές ασφάλειες υγείας περιέχουν ένα στοιχείο αλληλοεπικάλυψης.

Μεθοδολογία: Οι πληροφορίες αφορούν την κατάσταση στις 31 Δεκεμβρίου.

### **1.16 Ισραήλ**

Πηγή: Έρευνες για τις δαπάνες νοικοκυριών που πραγματοποίησε το Κεντρικό Γραφείο Στατιστικής.

Κάλυψη:

- Από το 1997, η έρευνα είναι ετήσια και ο πληθυσμός περιλαμβάνει ολόκληρο τον αστικό και μη αστικό πληθυσμό εκτός από τους συλλογικούς οικισμούς και τους νομάδες στη νότια περιοχή.

- Η ασφάλιση υγείας περιλαμβάνει μόνο τις πληρωμές για συμπληρωματική ασφάλιση ασθενείας που προσφέρονται από τα τέσσερα επίσημα ταμεία υγείας και τις συμβάσεις που πωλούνται από ασφαλιστικές εταιρείες.

- Η συμπληρωματική ασφάλιση στο Ισραήλ περιλαμβάνει στοιχεία τόσο από διπλό (duplicate) όσο και από συμπληρωματικό ΡΗΙ (σύμφωνα με τους ορισμούς του ΟΟΣΑ). Το ΡΗΙ που παρέχεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες περιλαμβάνει στοιχεία από duplicate, συμπληρωματικό και επιπρόσθετη ασφάλιση. Ως εκ τούτου, στο duplicate και συμπληρωματικό ΡΗΙ περιλαμβάνονται τόσο η συμπληρωματική ασφάλιση από τα ταμεία ασθενείας όσο και η ασφάλιση που παρέχουν οι ασφαλιστικές εταιρείες. Στην επιπρόσθετη ασφάλιση περιλαμβάνονται μόνο οι ασφάλειες που παρέχονται από τις ασφαλιστικές εταιρείες.

- Τα δεδομένα αναφέρονται σε καλυπτόμενα άτομα.

Σημείωση: Τα στατιστικά στοιχεία για το Ισραήλ παρέχονται από τις αρμόδιες ισραηλινές αρχές και υπ'ευθύνη τους. Η χρήση τέτοιων δεδομένων από τον ΟΟΣΑ δεν θίγει την κατάσταση των υψών του Γκολάν, των ανατολικών Ιερουσαλήμ και των ισραηλινών οικισμών στη Δυτική Όχθη υπό τους όρους του διεθνούς δικαίου.

### **1.17 Ιταλία**

Τα δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα.

### **1.18 Ιαπωνία**

Τα δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα.

### **1.19 Κορέα**

Πηγή: Κορεατικό Ινστιτούτο Ανάπτυξης Ασφαλίσεων, μη δημοσιευμένα δεδομένα.

Μεθοδολογία:

- Όλες οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες πρέπει να συνεργάζονται για την παροχή πληροφοριών,

σύμφωνα με τον νόμο περί ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Έχουν συγκεντρωθεί στοιχεία από αυτές τις υποχρεωτικές εκθέσεις σχετικά με τα ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια.

- Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Κορέα είναι συμπληρωματική και επιπρόσθετη. Ωστόσο, δεν είναι δυνατόν να ταξινομηθεί με λεπτομερή τρόπο. Δεν υπάρχει σύστημα πρωτοβάθμιας ασφάλισης υγείας ούτε duplicate σύστημα ασφάλισης υγείας στην Κορέα. Δεδομένου ότι η εθνική ασφάλιση υγείας καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό της Κορέας από το 1989, κανείς δεν καλύπτεται από πρωτασφάλιση υγείας και διπλή (duplicate) ασφάλιση υγείας.

- Τα στοιχεία περιλαμβάνουν ασφαλιστικές παροχές ιατρικής ασφάλισης και οιονεί ασφάλειες, όπως ενώσεις αμοιβαίων κεφαλαίων.

### **1.20 Λουξεμβούργο**

Πηγή: Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Luxembourg (CMCM), αρχεία σχετικά με το κοινό καθεστώς.

Μεθοδολογία: Στοιχεία της 31ης Δεκεμβρίου. Πηγή του παρονομαστή για το ποσοστό ατόμων που καλύπτονται από συμπληρωματική ασφάλιση: STATEC.

Κάλυψη:

- Το ΡΗΙ είναι διαθέσιμο για: - κάθε πρόσωπο που ασφαρίζεται από Luxembourg caisse de maladie. - ή ασφαλισμένο από φορέα ασφάλισης ασθένειας από κοντινή χώρα. - ή ασφαλισμένοι από ένα κοινό καθεστώς στο πλαίσιο του Assurance Maladie des Communautés Européennes ή παρόμοιου οργανισμού, του οποίου η έδρα θα είναι στο Grand-Duché του Λουξεμβούργου ή σε κοντινές περιοχές (Provinces de Liège και de Luxembourg στην περίπτωση του Βελγίου · Départements de Meurthe-et -Moselle et Moselle στην περίπτωση της Γαλλίας, και Rhénanie-Palatinat και Sarre στην περίπτωση της Γερμανίας).

- Η εγγραφή στο ΡΗΙ μπορεί να διατηρηθεί ακόμα και όταν μεταβεί το άτομο στο εξωτερικό. - Η CMCM παρέχει κάλυψη για πρόσθετες υπηρεσίες υγείας, για παράδειγμα για χειρουργικές παρεμβάσεις και νοσηλεία στο Λουξεμβούργο και στο εξωτερικό, για οδοντιατρικές θεραπείες κ.λπ.

- Στο Λουξεμβούργο υπάρχουν και άλλοι συμπληρωματικοί ασφαλιστές υγείας, ωστόσο δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σχετικά με το ποσοστό κάλυψης.

### **1.21 Μεξικό**

Πηγές: - Στοιχεία που κοινοποιήθηκαν από την Επιτροπή των Εθνών για την Ασφάλεια και τη Γεωργία (CNSF), τον ρυθμιστικό φορέα για τις ασφαλιστικές εταιρείες. - Proyecciones de la población 1990-2030, Consejo Nacional de la Población (CONAPO) που χρησιμοποιείται για τον υπολογισμό του ποσοστού του συνολικού πληθυσμού.

Κάλυψη:

- Ο αριθμός των ατόμων που καλύπτονται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας παρατηρείται, δηλαδή έχουμε δεδομένα και όχι εκτιμήσεις.

- Όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες αναφέρουν τις πληροφορίες απευθείας στο CNSF. Ορισμένα άτομα που καλύπτουν την κοινωνική ασφάλιση και την κρατική κάλυψη υγείας έχουν επίσης ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Τα στοιχεία δεν περιέχουν πληροφορίες για τις ασφαλιστικές εταιρείες υγείας.

Μεθοδολογία:

- Στοιχεία για την περίοδο 2000-2014.

- Διαθέσιμα στοιχεία για τον αριθμό των προσώπων που καλύπτονται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αλλά όχι για τον αριθμό των πολιτικών που πωλήθηκαν.

Σημείωση: Μεταξύ 2000-2006, οι ασφαλιστικές εταιρείες ανέφεραν πληροφορίες ιατρικών δαπανών για τρία είδη ομάδων: "ατομική", "ομαδική" και "συλλογική". Από το 2007, οι πληροφορίες σχετικά με τα ιατρικά έξοδα για την υγεία αναφέρονται μόνο για δύο είδη ομάδων: "ατομική" και "ομαδική". Οι πληροφορίες για την "ομαδική" περιλαμβάνουν τώρα και τη "συλλογική". Ως αποτέλεσμα, οι πρόσφατες τροποποιήσεις στον κανονισμό ενδέχεται να εξηγούν την κορυφή που παρατηρήθηκε το 2007 στον αριθμό και το ποσοστό του πληθυσμού που καλύπτεται από το PHI.

Περισσότερες πληροφορίες: Οι πηγές του CNSF είναι δημόσιες: Anuarios estadísticos de la CNSF 2000-2013 και το Sistema estadístico de Accidentes y Enfermedades de la CNSF.

## **1.22 Ολλανδία**

Πηγές: Στοιχεία κάλυψης διαθέσιμα από τον Vektis (Κέντρο πληροφόρησης για τους ασφαλιστές περίθαλψης) και το Ολλανδικό Κεντρικό Στατιστικό Γραφείο.

Κάλυψη: Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στις Κάτω Χώρες είναι κατά κύριο λόγο συμπληρωματική, ωστόσο, μπορεί να καλύπτονται και ορισμένα επιπρόσθετα στοιχεία, π.χ. συνδρομές για φαρμακευτικά προϊόντα (η κάλυψη της υποχρεωτικής δαπάνης είναι απαγορευμένη από το νόμο).

Διακοπή στα δεδομένα το 2006: Από το 2006, ο νέος νόμος περί ασφάλισης υγείας (Zorgverzekeringswet) απαιτεί από όλους τους κατοίκους να συνάψουν ασφάλιση υγείας. Το σύστημα λειτουργεί από ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης υγείας. Οι ασφαλιστές είναι υποχρεωμένοι να δέχονται κάθε κάτοικο στον τομέα δραστηριότητάς τους. Μέχρι το 2006, το τρίτο επίπεδο είναι ιδιωτική ασφάλιση για όσους έχουν εισόδημα πάνω από το δηλωμένο επίπεδο εισοδήματος και για συμπληρωματική ασφάλιση. Από το 2006, το τρίτο επίπεδο είναι μόνο για συμπληρωματική ασφάλιση.

## **1.23 Νέα Ζηλανδία**

Πηγή: Σύνδεσμος Ταμείων Υγείας της Νέας Ζηλανδίας Inc (HFANZ).

Κάλυψη:

- Τα στοιχεία καλύπτονται από το HFANZ από το 1998 έως το 2015 στις 31 Δεκεμβρίου. - Η HFANZ εξέτασε ποια ταξινόμηση του τύπου ασφάλισης αντιπροσωπεύει καλύτερα το PHI στη Νέα Ζηλανδία σύμφωνα με τους ορισμούς του ΟΟΣΑ. Το 68% των καλυπτόμενων ζώνων είναι μέσω εκλεκτικών συμβάσεων χειρουργικής και εξειδικευμένης φροντίδας, οι οποίες γενικά καλύπτουν χειρουργικές επεμβάσεις και εξειδικευμένα έξοδα που χρηματοδοτούνται επίσης μέσω του δημόσιου συστήματος. Αυτά μπορούν να οριστούν αυστηρά ως διπλή ασφάλιση υγείας. Περαιτέρω το 32% των καλυπτόμενων ζώνων είναι μέσω ολοκληρωμένων συμβάσεων, οι οποίες είναι σε γενικές γραμμές συνδυασμός διπλής, συμπληρωματικής και επιπρόσθετης κάλυψης. Η HFANZ ανέφερε ότι σε βάση αξίας αξιών, ο κυρίαρχος παράγοντας για απαιτήσεις βάσει ολοκληρωμένων συμβάσεων είναι τα χειρουργικά και εξειδικευμένα έξοδα παρόμοια με εκείνα που χρηματοδοτούνται δημοσίως. Σε αυτή τη βάση, οι συνολικές συμβάσεις έχουν επίσης ταξινομηθεί ως διπλή ασφάλιση.

- Σημειώνεται ότι στη μετάβαση από την ολοκληρωμένη σε διπλή ασφάλιση υπήρξε μια σταδιακή διαδικασία, όπου κατά την τελευταία δεκαετία το PHI μετακινήθηκε από συμπληρωματικό προς διπλό (duplicate). Επειδή οι συνολικές απαιτήσεις που καταβλήθηκαν βάσει των μεγάλων ιατρικών συμβάσεων υπερέβησαν για πρώτη φορά τις συνολικές απαιτήσεις σύμβασης το 2005, τα στοιχεία από εκείνο το έτος και μετά έχουν αναδιατυπωθεί ως διπλή ασφάλιση.

Μεθοδολογία:

- Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι προαιρετική στη Νέα Ζηλανδία.

- Ποσοστό πληθυσμού υπολογιζόμενο βάσει πληθυσμού 4.650.000 ως εκτίμηση για την 31η Δεκεμβρίου 2015.

#### **1.24 Νορβηγία**

Τα δεδομένα δεν είναι διαθέσιμα. Στη Νορβηγία, η κυβέρνηση προσφέρει πλήρη κάλυψη της ασφάλισης υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι διπλή ασφάλιση του δημόσιου συστήματος. Στατιστικές: Η Νορβηγία δεν διαθέτει στοιχεία σχετικά με την διπλή ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

#### **1.25 Πολωνία**

Τα στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα.

#### **1.26 Πορτογαλία**

Πηγή: Εποπτική αρχή ασφαλιστικών και συνταξιοδοτικών ταμείων: Ετήσια έκθεση: "Γενικές στατιστικές".

Κάλυψη:

- Μετά το 2007, ο τομέας αυτός συνεχίζει να αναπτύσσεται σταδιακά. Αυτή η τάση μπορεί να παρατηρηθεί στις ατομικές ασφάλειες υγείας και στις εργοδοτικές. 2006: Μείωση της συνολικής και

διπλής κάλυψης, καθώς περίπου 45.000 άνθρωποι ακύρωσαν την ασφάλιση υγείας τους και ορισμένοι από αυτούς έλαβαν νέα ασφάλιση υγείας το 2007 λόγω των διαφορετικών επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης που παρέχονται / προσφέρονται από κάθε ασφαλιστική εταιρεία, καθώς και διαφορές στις επιβαρύνσεις. Αυτή η κατάσταση οδήγησε στην ακύρωση πολλών ατομικών ασφαλίσεων και στην επιλογή άλλων. - Το 2005, περισσότερο από το ήμισυ του αριθμού των ατόμων που καλύπτονται είναι διπλό PHI (52,2%). Στο άλλο 47,8%, ένα σημαντικό ποσοστό είναι επίσης διπλό PHI, και το υπόλοιπο είναι συμπληρωματικό και επιπρόσθετο PHI. Ωστόσο, δεν μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ των μεριδίων κάθε κατηγορίας κάλυψης.

### **1.27 Σλοβακία**

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι αμελητέα στη Σλοβακική Δημοκρατία. - "Το νομοθετικό πλαίσιο για τις ασφαλιστικές εταιρείες υγείας ορίζεται από την 1η Ιανουαρίου 2005 με τον νόμο Νο. 581/2005. Για τις ασφαλιστικές εταιρείες υγείας, την εποπτεία της υγειονομικής περίθαλψης και την τροποποίηση και συμπλήρωση ορισμένων νόμων διατυπώθηκε αργότερα ο νόμος. Νο. 580/2004. Για την ασφάλιση ασθενείας και την τροποποίηση και συμπλήρωση ο νόμος αριθ. 95/2002. Για την ασφάλιση και την τροποποίηση και συμπλήρωση ορισμένων νόμων στη διατύπωση της μεταγενέστερης νομοθεσίας, είναι ο νόμος αριθ. 576/2004. Για την υγειονομική περίθαλψη, τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και την τροποποίηση και συμπλήρωση Ορισμένων νόμων στη διατύπωση της μεταγενέστερης νομοθεσίας είναι ο νόμος αριθ. 577/2004 . Τμήμα από τη δημοσίευση της Στατιστικής Υπηρεσίας της Σλοβακικής Δημοκρατίας: Επιλεγμένοι δείκτες για τις ασφαλιστικές εταιρείες υγείας, τον Οργανισμό Κοινωνικής Ασφάλισης και τα Κέντρα Εργασίας, Κοινωνικών Υποθέσεων και Οικογένειας.

### **1.28 Σλοβενία**

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία της Δημοκρατίας της Σλοβενίας (SURs), συγκέντρωση και προετοιμασία κοινών στοιχείων από διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες.

Κάλυψη: Τα δεδομένα περιλαμβάνουν τους ασφαλισμένους και τα εξαρτώμενα πρόσωπα.

Μεθοδολογία:

- Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι προαιρετική ασφάλιση. Δεν υπάρχουν φορολογικές ελαφρύνσεις ή άλλα φορολογικά πλεονεκτήματα και δεν υπάρχει προϋπόθεση απασχόλησης όσον αφορά το PHI.
- Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας προσφέρεται τόσο ως ατομική (συμπληρωματική ασφάλιση) όσο και ως ομαδική ασφάλιση (δυνατότητα συμπληρωματικής, παράλληλης και άλλης ασφάλισης).
- Οι ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν προϊόντα ζωής με κρίσιμες ασθένειες και ασφάλιση ατυχήματος με εφάπαξ πληρωμές και ημερήσια αποζημίωση ή ημερήσιο επίδομα. Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν προσφέρουν ιδιωτική ασφάλιση μακροχρόνιας περίθαλψης στο πλαίσιο του PHI.

### **1.29 Ισπανία**

Πηγές: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Υπουργείο Υγείας, Κοινωνικών Υπηρεσιών και Ισότητας) και Εθνικό Ίδρυμα Στατιστικής (INE): 2014: Encuesta Europea de Salud en España, EESE (EHIS). 1995-2006 και 2011: Encuesta Nacional de Salud de España ENSE (Εθνική Έρευνα για την Παρέμβαση για την Υγεία).

Κάλυψη:

- Μερίδιο του πληθυσμού που έχει προσλάβει ιδιωτικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας.
- Για το 2014, πληθυσμός ηλικίας 15 ετών και άνω. Οι διαφορές μεταξύ του συνολικού πληθυσμού και του πληθυσμού 15 και άνω είναι μικρές για αυτόν τον δείκτη, π.χ. κάτω από 0,2% το 2011.

Μεθοδολογία: Σταθμισμένα αποτελέσματα. Το 2003, 2006, 2011 και 2014: πιθανολογικό δείγμα.

### **1.30 Σουηδία**

Πηγή: Ασφάλειες Σουηδίας (Svensk Försäkring) και Στατιστική Σουηδίας (στατιστικές πληθυσμού).

Κάλυψη:

- Σύμφωνα με την σουηδική ασφάλιση, ένας Σουηδός δεν έχει περισσότερες από μία ιδιωτικές ασφάλειες υγείας, δηλαδή ο αριθμός των εγγεγραμμένων ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας είναι σύμφωνος με τον αριθμό των ατόμων που έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Κατά το 2014, περίπου 622.000 Σουηδοί είχαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, από τους οποίους οι περισσότερες πληρώθηκαν από τον εργοδότη τους. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας συμπληρώνει το σύστημα δημόσιας πρόνοιας και κοινωνικής προστασίας. Η ασφάλιση υγείας παρέχει πιο γρήγορη πρόσβαση στη φροντίδα και μπορεί επίσης να βοηθήσει στην κάλυψη ορισμένων δαπανών που προκύπτουν σε σχέση με την υγειονομική περίθαλψη. Ο αριθμός των ιδιωτικών ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια.

Μεθοδολογία: Πληθυσμός από 1ης Νοεμβρίου. Περισσότερες πληροφορίες: Ασφαλιστική Σουηδία.

### **1.31 Ελβετία**

Πηγή: Ομοσπονδιακή Στατιστική Υπηρεσία, Neuchâtel, Ελβετική Έρευνα Υγείας 1997, 2002, 2007 και 2012.

Κάλυψη: Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω που καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση για νοσηλευτική περίθαλψη σε ιδιωτικά και ημι-ιδιωτικά τμήματα (επιλογή ιατρού και υψηλότερο επίπεδο διαμονής).



### 1.32 Τουρκία

Πηγή: Στοιχεία που συλλέγονται από τα στατιστικά στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών, Αντασφαλιστικών και Συνταξιοδοτικών Εταιρειών της Τουρκίας.

Κάλυψη:

- Ιδιωτική υγεία Οι ασφαλιστικές εταιρείες στην Τουρκία περιλαμβάνουν δύο βασικούς τύπους κάλυψης: «κάλυψη ασθενών» και «κάλυψη εξωτερικών ασθενών»:
- Η κάλυψη ασθενών περιλαμβάνει χειρουργικές ή μη χειρουργικές θεραπείες από νοσοκομείο, γιατρό, χειρουργείο, βοηθό, αναισθησιολόγο και άλλες αμοιβές ιατρικών υπηρεσιών ή άλλες δαπάνες που θα προκύψουν κατά τη διάρκεια της θεραπείας του ασφαλισμένου σε νοσοκομείο, καθώς και τα έξοδα εντατικής θεραπείας και ασθενοφόρων.
- Η εξωτερική κάλυψη περιλαμβάνει την εξέταση του ιατρού, τις διαγνωστικές διαδικασίες (μαγνητική τομογραφία, αξονική τομογραφία και εργαστηριακές εξετάσεις, κ.λπ.), μικρές επεμβάσεις στην εξωτερική περίθαλψη και κόστος φαρμάκων.
- Εκτός από αυτούς τους δύο κύριους τύπους κάλυψης, τα γυαλιά καλύπτονται με επιπλέον ασφάλιστρα και υπάρχει επίσης μια τρίτη κάλυψη που περιλαμβάνει δαπάνες οδοντιατρικής.

Μεθοδολογία:

- Η ασφάλιση υγείας είναι ασφάλιση έναντι του κινδύνου να υποστούν ιατρικά έξοδα τα άτομα. Με την έγκριση των ιατρικών συμβούλων των ασφαλιστικών εταιρειών, όλα τα ιατρικά έξοδα του ασφαλισμένου, τα χειρουργικά έξοδα, οι μακροχρόνιες ή βραχυπρόθεσμες θεραπείες, οι χειρουργικές επεμβάσεις ή τα έξοδα θεραπείας επιστρέφονται πλήρως εντός των μέγιστων ορίων ή θεωρούνται ως απαλλαγή. Παρόλο που υπάρχουν διαφορές μεταξύ των πρακτικών των ασφαλιστικών εταιρειών, δεν καλύπτονται γενικά οι περιοδικοί υγειονομικοί έλεγχοι, οι δαπάνες χωρίς ιατρικό λόγο και άλλες παρόμοιες δαπάνες.
- Στο πλαίσιο του Νόμου περί Ασφαλιστικής Εποπτείας αριθ. 5684, άρθρο 24, η Ένωση Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εταιρειών της Τουρκίας είναι νομική οντότητα που έχει συσταθεί για την ανάπτυξη του ασφαλιστικού επαγγέλματος, την ενίσχυση της αλληλεγγύης μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και την εξάλειψη αθέμιτου ανταγωνισμού μεταξύ των μελών. Όλες οι ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές εταιρείες που εργάζονται στην Τουρκία πρέπει να γίνουν μέλη του Συλλόγου εντός του μήνα που ακολουθεί την χορήγηση της άδειας.

### 1.33 Ηνωμένο Βασίλειο

Πηγές: το 2003: Liang & Buisson.

1995-2002: Ένωση Βρετανών Ασφαλιστών.

Κάλυψη: από το 2003 και εξής: Αριθμός ατόμων που καλύπτονται από ασφαλιστήρια συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης στο Ηνωμένο Βασίλειο (ασφαλισμένοι και αυτοσφαλισμένοι) στο τέλος του

ημερολογιακού έτους. Ο αριθμός στρογγυλοποιείται στις πλησιέστερες εκατό χιλιάδες. 1995-2002: Τα στοιχεία αποκλείουν τις υπηρεσίες τρίτων μερών (TPA) και των υπηρεσιών διαχείρισης μόνο (ASO).

- Ιδιωτική ιατρική ασφάλιση: οι οικογένειες εγγράφονται στον ασφαλιστή (αν και ο οργανισμός δεν χρειάζεται να είναι ασφαλιστική εταιρεία) για την κάλυψη της υγείας. Αυτό επιτρέπει στον συνδρομητή να λαμβάνει παροχή στο νοσοκομείο ή να υποβάλλεται σε επέμβαση σε ιδιωτικά νοσοκομεία σε χρόνο που είναι πιο κατάλληλος ή νωρίτερα από ό, τι θα ήταν διαθέσιμος στο πλαίσιο του NHS.

- Ο συνδρομητής ορίζεται ως το άτομο που εγγράφεται στο σύστημα όπου η συνδρομή πληρώνεται για τον εαυτό του ή περιλαμβάνει εξαρτώμενα πρόσωπα.

### **1.34 Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής**

Πηγή: Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων / Εθνικό Κέντρο Στατιστικών Υγείας / Εθνική Έρευνα για την Υγεία (NHIS). Μη δημοσιευμένα δεδομένα από το αρχείο δεδομένων δημόσιας χρήσης NHIS, διάφορα έτη.

Κάλυψη: Εθνικό αντιπροσωπευτικό δείγμα του αμερικανικού πολιτικού μη θεσμοθετημένου πληθυσμού. Συμπεριλαμβάνει όλες τις ηλικίες. Απόκλιση από τον ορισμό: Τα δεδομένα ταιριάζουν με τον ορισμό του ΟΟΣΑ. Οι μέθοδοι υπολογισμού αντιστοιχούν στον ορισμό του ΟΟΣΑ.

- Η κατηγορία σχεδίων υγείας των ΗΠΑ "συμπληρωματική ιδιωτική κάλυψη ασφάλισης υγείας" περιλαμβάνει όλη την ιδιωτική κάλυψη και τα άτομα που λαμβάνουν επίσης κάθε είδους κάλυψη δημόσιας υγείας. -Η τελική έρευνα είναι το αποτέλεσμα μιας έρευνας για οικογένειες που συλλέγει πληροφορίες σχετικά με την κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης.

- Ο ορισμός για την κατηγορία συμβάσεων υγείας των ΗΠΑ "κάλυψη του σχεδίου δημόσιας υγείας" περιλαμβάνει το Medicaid, το κρατικό πρόγραμμα ασφάλισης υγείας για τα παιδιά (SCHIP), κρατικά χορηγούμενα ή άλλα κυβερνητικά σχέδια υγείας, συμπεριλαμβανομένου του Medicare, αναπηρίας, στρατιωτικών σχεδίων και άλλα πολύ μικρά προγράμματα κάλυψης της δημόσιας υγείας.

- Η έρευνα δεν περιλαμβάνει κυβερνητικούς υπαλλήλους, οι οποίοι θεωρούνται ότι έχουν «κάλυψη από τον εργοδότη» για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

- Το NHIS είναι μια διεξαγόμενη σε εθνικό επίπεδο δειγματοληπτική έρευνα, στην οποία συλλέγονται δεδομένα μέσω προσωπικών συνεντεύξεων στο σπίτι. Λαμβάνονται πληροφορίες σχετικά με τα προσωπικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένης της φυλής και της εθνικότητας, με αυτοαναφορά. Παρέχονται επίσης πληροφορίες σχετικά με τις ασθένειες, τους τραυματισμούς, τις βλάβες, τις χρόνιες καταστάσεις, τη χρήση των πόρων υγείας και άλλα θέματα υγείας.

- Το NIHS ακολουθεί ένα σχεδιασμό πολλαπλών πιθανοτήτων που επιτρέπει μια συνεχή έρευνα του μη θεσμοθετημένου πληθυσμού που κατοικεί στις Ηνωμένες Πολιτείες. Εκτίμηση: Οι εκατοστιαίες

εκτιμήσεις σταθμίστηκαν για να αντιπροσωπεύουν τον πληθυσμό των ΗΠΑ χωρίς αμερικανική υπηκοότητα για κάθε χρονική περίοδο.

Περισσότερες πληροφορίες: Δικτυακός τόπος NHIS, <http://www.cdc.gov/nchs/nhis.htm>.

Σύνολο δημόσιας και πρωτοβάθμιας ιδιωτικής ασφάλισης υγείας:

Κάλυψη:

- 2015: Εκτιμήσεις μόνο για τον Ιανουάριο έως τον Σεπτέμβριο του 2015, από την Εθνική Έρευνα Υγείας. Τα δεδομένα καλύπτουν όλες τις ηλικίες.

- Αυτή η έκθεση του Εθνικού Κέντρου Στατιστικών για την Υγεία (NCHS) παρουσιάζει επιλεγμένες εκτιμήσεις για την κάλυψη της ασφάλισης υγείας για τον μη θεσμοθετημένο πληθυσμό των Η.Π.Α με βάση τα στοιχεία της Εθνικής Έρευνας Συνέντευξη για την Υγεία (NHIS) του Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 2015.

- Κατά τους πρώτους 9 μήνες του 2015, το 9,1% του πληθυσμού (28,8 εκατομμύρια άτομα όλων των ηλικιών) ήταν ανασφάλιστοι κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, δηλαδή το 90,9% του πληθυσμού ήταν ασφαλισμένο.

Συνεχίζουμε με τις χώρες εκτός ΟΟΣΑ.

### **1.35 Βραζιλία**

Πηγή: Ministério da Saúde / Agência Nacional de Saúde - Σύστημα πληροφόρησης για τους δικαιούχους και IBGE - Βάση της δημογραφίας.

### **1.36 Κίνα**

Τα στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα.

### **1.37 Κολομβία**

Πηγή δεδομένων: Έρευνα ποιότητας ζωής της DANE.

Κάλυψη: Εθνική. Απόκλιση από τον ορισμό: Τα αναφερόμενα δεδομένα αντιστοιχούν σε άτομα που έχουν προαιρετικά ασφαλιστήρια υγείας. Αυτά τα ασφαλιστήρια χρηματοδοτούνται εξ ολοκλήρου από τις θυγατρικές ή τις εταιρείες τους και μπορούν να αποκτηθούν μόνο εάν οι άνθρωποι συνδέονται με το συνταξιοδοτικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στον τομέα της υγείας.

### **1.38 Ινδία**

Τα στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα.

### **1.39 Ινδονησία**

Τα στοιχεία δεν είναι διαθέσιμα.

#### **1.40 Ρωσική Ομοσπονδία**

Πηγή: BusinesStat, Έρευνα "Ανάλυση της αγοράς των ιατρικών υπηρεσιών στη Ρωσική Ομοσπονδία το 2011-2015, Προβλέψεις για το 2016-2020". Πίνακας "Ποσότητα ασθενών εθελοντικής / ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, Ρωσική Ομοσπονδία, 2011-2015".

#### **1.41 Νότια Αφρική**

Πηγές: Οι ετήσιες εκθέσεις του Συμβουλίου για τα ιατρικά σχήματα. Πρετόρια: Συμβούλιο για τα ιατρικά προγράμματα. Από το 2003 έως το 2015. <http://www.medicalschemes.com/>.

Μεθοδολογία: Υπολογίζεται από τους δικαιούχους ιατρικών ασφαλιστηρίων ανά πληθυσμό από τις εκτιμήσεις της Στατιστικής Α.Ε. για κάθε έτος.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ

Πίνακας Π2.1: Θνησιμότητα ανδρών μη-καπνιστών

2015 VBT Male Nonsmoker RR100 ANB Mortality Rates per 1000

Iss. Age	Duration									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	0,69	0,72	0,74	0,77	0,75	0,72	0,71	0,71	0,61	0,58
19	0,64	0,67	0,68	0,65	0,64	0,65	0,65	0,61	0,53	0,46
20	0,55	0,57	0,63	0,61	0,59	0,57	0,56	0,51	0,46	0,46
21	0,46	0,57	0,51	0,49	0,47	0,47	0,46	0,43	0,40	0,42
22	0,45	0,47	0,42	0,40	0,39	0,39	0,38	0,37	0,36	0,41
23	0,38	0,39	0,35	0,34	0,33	0,33	0,33	0,33	0,34	0,40
24	0,32	0,33	0,30	0,29	0,29	0,28	0,29	0,32	0,34	0,40
25	0,27	0,29	0,26	0,25	0,26	0,26	0,28	0,32	0,34	0,41
26	0,24	0,25	0,24	0,24	0,24	0,25	0,29	0,33	0,36	0,43
27	0,21	0,23	0,22	0,23	0,25	0,26	0,30	0,34	0,37	0,46
28	0,18	0,20	0,21	0,24	0,26	0,28	0,32	0,36	0,40	0,50
29	0,17	0,19	0,22	0,25	0,28	0,31	0,34	0,39	0,44	0,55
30	0,16	0,17	0,22	0,26	0,28	0,31	0,34	0,39	0,45	0,56
31	0,13	0,15	0,22	0,26	0,28	0,31	0,34	0,41	0,49	0,59
32	0,14	0,15	0,23	0,27	0,30	0,32	0,38	0,44	0,54	0,64
33	0,14	0,16	0,24	0,29	0,31	0,35	0,41	0,49	0,59	0,68
34	0,15	0,17	0,26	0,30	0,34	0,40	0,46	0,54	0,64	0,72
35	0,15	0,17	0,28	0,33	0,38	0,43	0,48	0,59	0,68	0,75
36	0,15	0,19	0,30	0,36	0,42	0,48	0,54	0,64	0,72	0,78
37	0,15	0,20	0,32	0,40	0,46	0,51	0,60	0,69	0,75	0,84
38	0,15	0,23	0,36	0,42	0,49	0,57	0,66	0,73	0,81	0,92
39	0,16	0,26	0,39	0,46	0,53	0,63	0,71	0,79	0,89	1,01
40	0,17	0,30	0,43	0,51	0,59	0,68	0,76	0,85	0,97	1,12
41	0,19	0,35	0,47	0,55	0,64	0,73	0,81	0,92	1,06	1,22
42	0,22	0,39	0,51	0,59	0,69	0,77	0,86	0,99	1,16	1,32
43	0,26	0,43	0,54	0,65	0,74	0,82	0,92	1,08	1,26	1,43
44	0,31	0,46	0,58	0,71	0,79	0,87	1,00	1,18	1,36	1,53
45	0,35	0,49	0,63	0,77	0,84	0,94	1,10	1,29	1,47	1,65
46	0,41	0,51	0,68	0,83	0,91	1,03	1,22	1,42	1,59	1,80
47	0,45	0,53	0,73	0,90	1,00	1,16	1,37	1,55	1,73	1,99
48	0,49	0,56	0,80	0,97	1,11	1,32	1,52	1,69	1,90	2,21
49	0,51	0,61	0,87	1,06	1,25	1,48	1,67	1,84	2,10	2,48
50	0,52	0,68	0,96	1,16	1,40	1,64	1,81	2,01	2,34	2,78
51	0,53	0,77	1,06	1,28	1,55	1,77	1,93	2,18	2,61	3,10
52	0,53	0,88	1,18	1,42	1,70	1,88	2,06	2,39	2,91	3,43
53	0,53	0,99	1,31	1,60	1,85	2,00	2,24	2,65	3,24	3,77
54	0,54	1,09	1,46	1,81	1,99	2,17	2,47	2,96	3,60	4,14
55	0,55	1,17	1,63	1,96	2,14	2,32	2,69	3,34	4,00	4,55
56	0,63	1,22	1,80	2,11	2,29	2,56	3,06	3,77	4,43	5,02
57	0,77	1,26	1,97	2,27	2,51	2,84	3,50	4,25	4,91	5,59
58	0,94	1,31	2,11	2,47	2,76	3,22	4,00	4,75	5,43	6,25
59	1,15	1,39	2,23	2,68	2,98	3,67	4,50	5,24	6,00	7,01
60	1,36	1,53	2,32	2,76	3,28	4,13	4,98	5,74	6,62	7,84
61	1,51	1,72	2,43	2,88	3,63	4,57	5,43	6,25	7,31	8,73
62	1,60	1,97	2,57	3,08	4,02	5,00	5,86	6,79	8,05	9,65
63	1,66	2,27	2,79	3,41	4,46	5,44	6,33	7,41	8,88	10,63
64	1,72	2,56	3,10	3,84	4,97	5,91	6,87	8,13	9,79	11,71
65	1,79	2,89	3,49	4,34	5,55	6,45	7,52	8,97	10,83	12,93
66	1,88	3,21	3,94	4,90	6,22	7,11	8,31	9,96	12,04	14,38
67	1,99	3,49	4,44	5,54	6,98	7,89	9,24	11,09	13,45	16,15
68	2,14	3,77	4,98	6,26	7,61	8,81	10,31	12,42	15,16	18,35
69	2,33	4,07	5,57	7,07	8,53	9,83	11,52	13,95	17,50	21,02
70	2,50	4,31	6,12	7,84	9,34	10,73	12,72	16,13	19,61	23,76
71	2,68	4,51	6,64	8,59	10,05	11,75	14,50	18,04	21,89	26,71
72	2,88	4,74	7,21	9,40	10,96	13,38	16,33	20,07	24,82	31,10
73	3,13	5,06	7,90	10,39	12,56	15,19	18,49	22,67	28,79	36,16
74	3,48	5,57	8,84	11,74	14,23	17,35	21,33	26,27	33,44	42,33
75	3,82	6,16	9,91	13,27	16,22	19,99	24,68	30,47	39,10	49,29
76	4,16	6,70	10,98	15,08	18,65	23,09	28,57	35,58	45,51	56,93
77	4,32	6,96	11,54	16,21	20,54	25,49	31,84	41,39	52,59	64,94
78	4,53	7,31	12,29	17,62	22,40	28,65	35,73	47,86	60,10	74,00
79	4,70	7,62	13,05	18,96	24,49	31,33	39,90	52,90	66,60	84,26
80	4,87	7,97	13,86	20,54	26,58	33,91	44,14	57,83	73,82	95,86
81	5,28	8,72	15,59	23,29	30,13	38,63	50,93	65,81	86,76	113,39
82	5,81	9,71	17,78	26,79	34,78	44,28	59,39	79,21	103,71	138,82
83	6,68	11,30	21,17	31,90	41,78	53,53	72,39	98,07	131,92	168,28
84	7,86	13,71	26,52	40,24	52,82	68,98	92,98	129,72	168,28	183,74
85	9,29	16,54	32,64	49,60	66,24	87,96	119,90	153,78	183,74	198,22
86	11,21	20,34	41,06	63,08	85,73	115,25	149,84	183,74	198,22	211,08
87	13,43	24,96	51,42	80,59	110,70	146,02	183,74	198,22	211,08	227,79
88	15,68	30,11	63,26	100,74	139,60	183,74	198,22	211,08	227,79	245,59
89	18,01	35,21	76,25	123,29	170,18	198,22	211,08	227,79	245,59	264,95
90	20,69	41,16	91,34	150,97	198,22	211,08	227,79	245,59	264,95	285,46
91	26,11	64,28	137,80	198,22	211,08	227,79	245,59	264,95	285,46	306,70
92	37,21	96,57	198,22	211,08	227,79	245,59	264,95	285,46	306,70	328,25
93	55,33	139,86	211,08	227,79	245,59	264,95	285,46	306,70	328,25	350,02
94	81,49	163,70	227,79	245,59	264,95	285,46	306,70	328,25	350,02	371,65
95	116,33	227,79	245,59	264,95	285,46	306,70	328,25	350,02	371,65	392,79

## Πίνακας Π2.2: Θνησιμότητα γυναικών μη-καπνιστριών

2015 VBT Female Nonsmoker RR100 ANB Mortality Rates per 1000

Iss. Age	Duration									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,28	0,28	0,28	0,29
19	0,27	0,27	0,26	0,26	0,26	0,26	0,25	0,25	0,26	0,28
20	0,24	0,23	0,24	0,25	0,25	0,24	0,23	0,23	0,25	0,28
21	0,19	0,21	0,23	0,23	0,22	0,21	0,21	0,23	0,26	0,29
22	0,16	0,20	0,21	0,20	0,19	0,19	0,21	0,23	0,27	0,29
23	0,15	0,19	0,19	0,18	0,18	0,19	0,21	0,24	0,27	0,29
24	0,13	0,16	0,16	0,16	0,17	0,19	0,22	0,25	0,28	0,30
25	0,11	0,14	0,15	0,15	0,17	0,20	0,22	0,26	0,29	0,31
26	0,09	0,13	0,14	0,15	0,17	0,20	0,23	0,26	0,30	0,33
27	0,08	0,12	0,14	0,16	0,18	0,20	0,23	0,28	0,32	0,36
28	0,07	0,12	0,14	0,16	0,18	0,21	0,25	0,30	0,35	0,40
29	0,07	0,12	0,15	0,16	0,18	0,22	0,26	0,32	0,38	0,43
30	0,07	0,13	0,15	0,16	0,19	0,23	0,29	0,35	0,41	0,46
31	0,07	0,13	0,16	0,18	0,21	0,26	0,32	0,38	0,43	0,49
32	0,08	0,14	0,17	0,19	0,24	0,30	0,35	0,41	0,46	0,51
33	0,08	0,15	0,18	0,22	0,28	0,33	0,38	0,44	0,47	0,52
34	0,08	0,15	0,21	0,25	0,31	0,36	0,42	0,46	0,49	0,54
35	0,09	0,16	0,23	0,30	0,35	0,39	0,45	0,49	0,51	0,56
36	0,10	0,17	0,26	0,32	0,37	0,43	0,48	0,51	0,54	0,59
37	0,11	0,18	0,28	0,37	0,42	0,48	0,51	0,53	0,57	0,65
38	0,12	0,19	0,30	0,40	0,46	0,50	0,53	0,56	0,62	0,72
39	0,13	0,20	0,32	0,41	0,49	0,53	0,56	0,61	0,68	0,80
40	0,13	0,21	0,32	0,42	0,51	0,55	0,61	0,67	0,75	0,89
41	0,14	0,22	0,33	0,44	0,54	0,60	0,66	0,73	0,83	0,99
42	0,15	0,24	0,34	0,46	0,59	0,66	0,71	0,79	0,92	1,08
43	0,16	0,25	0,35	0,51	0,63	0,71	0,76	0,86	1,00	1,17
44	0,18	0,26	0,38	0,58	0,68	0,75	0,82	0,93	1,09	1,25
45	0,21	0,27	0,42	0,65	0,74	0,81	0,88	1,02	1,18	1,34
46	0,22	0,27	0,47	0,69	0,79	0,87	0,96	1,11	1,27	1,44
47	0,24	0,28	0,55	0,75	0,85	0,95	1,06	1,21	1,37	1,56
48	0,25	0,31	0,65	0,81	0,94	1,04	1,16	1,32	1,48	1,69
49	0,26	0,36	0,76	0,91	1,03	1,14	1,28	1,44	1,61	1,84
50	0,27	0,47	0,89	1,03	1,14	1,26	1,42	1,56	1,75	2,01
51	0,28	0,61	1,00	1,13	1,26	1,40	1,54	1,70	1,92	2,22
52	0,29	0,75	1,07	1,21	1,36	1,52	1,68	1,87	2,12	2,46
53	0,30	0,84	1,12	1,31	1,48	1,66	1,84	2,07	2,37	2,73
54	0,31	0,87	1,17	1,38	1,62	1,82	2,05	2,31	2,65	3,03
55	0,32	0,88	1,20	1,43	1,78	2,02	2,29	2,59	2,95	3,33
56	0,33	0,89	1,22	1,52	1,98	2,27	2,58	2,90	3,26	3,61
57	0,34	0,90	1,23	1,66	2,23	2,56	2,89	3,21	3,56	3,86
58	0,35	0,92	1,27	1,87	2,52	2,88	3,20	3,49	3,79	4,10
59	0,37	0,95	1,34	2,15	2,84	3,19	3,48	3,73	4,01	4,36
60	0,43	0,99	1,53	2,44	3,15	3,47	3,70	3,93	4,22	4,68
61	0,51	1,03	1,80	2,70	3,43	3,68	3,89	4,13	4,51	5,13
62	0,61	1,15	2,14	2,87	3,63	3,85	4,06	4,39	4,92	5,78
63	0,73	1,31	2,50	3,19	3,78	4,04	4,35	4,85	5,58	6,65
64	0,84	1,63	2,81	3,41	3,87	4,27	4,85	5,54	6,40	7,78
65	0,94	2,00	3,05	3,54	4,06	4,75	5,50	6,30	7,45	9,15
66	1,04	2,11	3,23	3,66	4,30	5,26	6,19	7,25	8,74	10,78
67	1,15	2,20	3,37	3,79	4,66	5,86	7,03	8,39	10,24	12,61
68	1,28	2,29	3,49	4,06	5,17	6,59	8,02	9,73	11,95	14,69
69	1,42	2,38	3,64	4,48	5,82	7,44	9,13	11,19	13,85	17,01
70	1,57	2,49	3,81	4,90	6,58	8,38	10,33	12,78	15,95	19,58
71	1,74	2,63	4,03	5,47	7,44	9,37	11,60	14,53	18,28	22,43
72	1,93	2,82	4,31	6,25	8,33	10,40	12,96	16,44	20,86	25,72
73	2,14	3,06	4,69	7,10	9,26	11,48	14,42	18,52	23,82	29,33
74	2,46	3,37	5,18	8,00	10,23	12,63	16,03	20,95	27,13	33,30
75	2,83	3,71	5,81	8,98	11,25	13,88	17,91	23,71	30,85	37,77
76	3,25	4,15	6,58	10,02	12,33	15,35	20,06	26,84	35,10	42,76
77	3,68	4,65	7,53	11,13	13,59	17,02	22,54	30,52	39,99	48,36
78	4,15	5,30	8,65	12,38	14,99	18,95	25,49	34,86	45,65	55,60
79	4,63	6,07	10,02	13,75	16,56	21,27	29,07	40,06	52,17	65,09
80	4,80	7,02	11,59	15,21	18,41	24,08	33,46	46,30	61,10	77,13
81	5,24	8,12	13,35	16,84	20,59	27,85	38,88	53,94	70,62	88,92
82	5,79	9,38	15,28	18,63	24,43	33,02	45,74	63,59	84,24	106,85
83	6,64	10,85	17,67	22,47	28,97	39,18	55,44	78,29	104,02	126,41
84	7,79	12,55	20,43	27,10	34,96	47,59	71,41	99,94	126,41	140,96
85	8,86	14,75	24,63	32,70	42,19	60,18	91,00	119,08	140,96	155,80
86	9,80	17,78	29,72	39,46	53,03	82,86	112,18	140,96	155,80	171,79
87	10,83	21,46	35,87	47,62	71,26	108,43	140,96	155,80	171,79	191,55
88	11,98	25,89	43,29	62,40	99,94	140,96	155,80	171,79	191,55	213,29
89	13,26	30,73	52,19	83,03	130,65	155,80	171,79	191,55	213,29	237,02
90	14,66	36,43	68,64	114,50	155,80	171,79	191,55	213,29	237,02	262,44
91	18,74	47,97	105,72	155,80	171,79	191,55	213,29	237,02	262,44	289,19
92	27,30	73,72	155,80	171,79	191,55	213,29	237,02	262,44	289,19	313,30
93	41,72	109,52	171,79	191,55	213,29	237,02	262,44	289,19	313,30	337,47
94	63,25	132,79	191,55	213,29	237,02	262,44	289,19	313,30	337,47	361,33
95	93,79	191,55	213,29	237,02	262,44	289,19	313,30	337,47	361,33	384,50

Πηγή: Society of actuaries, 2015 Valuation Basic Tables.

### Πίνακας Π2.3: Θνησιμότητα ανδρών καπνιστών

2015 VBT Male Smoker RR100 ANB Mortality Rates per 1000

Iss. Age	Duration									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	0,69	0,72	0,75	0,77	0,80	0,83	0,86	0,88	0,88	0,87
19	0,65	0,67	0,70	0,73	0,75	0,78	0,81	0,81	0,81	0,80
20	0,63	0,65	0,67	0,69	0,71	0,74	0,75	0,76	0,75	0,75
21	0,58	0,60	0,62	0,64	0,66	0,69	0,70	0,70	0,71	0,72
22	0,54	0,56	0,57	0,59	0,63	0,65	0,66	0,66	0,68	0,72
23	0,50	0,50	0,51	0,56	0,59	0,61	0,62	0,64	0,69	0,75
24	0,46	0,48	0,50	0,54	0,56	0,58	0,61	0,65	0,71	0,78
25	0,42	0,46	0,48	0,51	0,54	0,57	0,61	0,67	0,74	0,82
26	0,39	0,44	0,46	0,49	0,53	0,58	0,64	0,71	0,79	0,87
27	0,36	0,42	0,45	0,49	0,54	0,60	0,68	0,75	0,83	0,93
28	0,33	0,40	0,45	0,50	0,56	0,64	0,72	0,80	0,90	1,00
29	0,32	0,41	0,48	0,55	0,63	0,70	0,78	0,87	0,96	1,09
30	0,31	0,43	0,53	0,61	0,70	0,77	0,85	0,93	1,05	1,21
31	0,32	0,46	0,59	0,68	0,77	0,84	0,91	1,01	1,16	1,35
32	0,32	0,48	0,64	0,74	0,84	0,90	0,99	1,12	1,29	1,49
33	0,33	0,51	0,68	0,80	0,89	0,98	1,08	1,24	1,43	1,64
34	0,34	0,53	0,71	0,83	0,94	1,06	1,18	1,37	1,57	1,77
35	0,34	0,55	0,76	0,86	1,00	1,14	1,31	1,50	1,69	1,82
36	0,36	0,58	0,81	0,91	1,06	1,24	1,43	1,62	1,75	1,88
37	0,38	0,61	0,87	1,01	1,17	1,35	1,54	1,69	1,78	2,06
38	0,41	0,67	0,95	1,11	1,28	1,46	1,62	1,70	1,96	2,27
39	0,44	0,73	1,04	1,21	1,38	1,54	1,64	1,89	2,18	2,50
40	0,49	0,81	1,13	1,30	1,47	1,59	1,83	2,11	2,42	2,76
41	0,54	0,89	1,22	1,39	1,54	1,77	2,05	2,36	2,68	3,06
42	0,59	0,97	1,29	1,48	1,70	1,99	2,30	2,63	2,98	3,40
43	0,64	1,04	1,36	1,61	1,89	2,22	2,57	2,93	3,31	3,77
44	0,68	1,11	1,47	1,77	2,11	2,49	2,87	3,25	3,68	4,20
45	0,72	1,20	1,59	1,95	2,35	2,78	3,19	3,61	4,09	4,68
46	0,78	1,31	1,74	2,16	2,63	3,09	3,54	4,00	4,55	5,22
47	0,85	1,42	1,91	2,41	2,94	3,44	3,92	4,44	5,07	5,85
48	0,93	1,54	2,11	2,71	3,29	3,82	4,34	4,93	5,66	6,56
49	1,01	1,68	2,36	3,05	3,68	4,24	4,81	5,48	6,33	7,24
50	1,11	1,84	2,64	3,46	4,13	4,71	5,34	6,11	7,73	8,70
51	1,21	2,02	2,98	3,93	4,63	5,24	6,05	7,59	8,70	9,70
52	1,33	2,23	3,38	4,48	5,20	5,98	7,41	8,55	9,67	10,90
53	1,47	2,46	3,85	5,11	5,90	7,20	8,37	9,63	10,87	12,23
54	1,62	2,73	4,39	5,83	6,94	8,14	9,44	10,85	12,21	13,68
55	1,79	3,03	5,01	6,65	7,87	9,19	10,63	12,18	13,66	15,19
56	1,98	3,38	5,70	7,56	8,90	10,35	11,94	13,64	15,18	16,79
57	2,19	3,78	6,47	8,56	10,02	11,61	13,34	15,17	16,77	18,81
58	2,43	4,23	7,30	9,64	11,22	12,95	14,80	16,75	18,80	20,56
59	2,69	4,73	8,17	10,79	12,50	14,34	16,31	18,35	20,51	22,78
60	2,99	5,29	9,06	11,99	13,81	15,75	17,81	19,98	22,30	23,82
61	3,31	5,91	9,97	13,21	15,12	17,16	18,96	21,24	23,70	26,62
62	3,67	6,57	10,87	14,42	16,42	18,20	19,90	22,23	24,86	28,05
63	4,05	7,27	11,77	15,59	17,73	19,67	20,94	23,01	25,84	29,21
64	4,45	7,99	12,63	16,75	19,09	20,61	22,35	24,98	28,35	31,02
65	4,87	8,70	13,49	17,97	20,29	22,20	24,52	27,49	30,21	34,04
66	5,29	9,42	14,38	19,30	22,02	24,31	26,97	29,89	33,16	37,12
67	5,74	10,17	15,35	20,86	24,07	26,73	29,66	32,81	36,17	39,50
68	6,21	10,97	16,45	22,75	26,45	29,42	32,60	35,85	39,21	43,26
69	6,72	11,87	17,75	24,96	29,10	32,34	35,62	38,88	42,23	46,36
70	7,31	12,90	19,25	27,46	31,98	35,35	38,62	42,08	46,29	50,33
71	7,99	14,06	20,93	30,18	34,96	38,33	41,93	46,19	50,26	55,41
72	8,78	15,35	22,76	33,01	37,93	41,74	46,08	50,17	55,29	60,48
73	9,66	16,74	24,67	35,82	40,84	45,17	49,69	54,04	58,91	64,49
74	10,62	18,19	26,64	38,60	44,64	49,22	52,94	57,58	62,81	69,54
75	11,66	19,68	28,65	41,38	47,66	51,90	54,59	59,35	67,70	76,64
76	12,75	21,22	30,75	44,19	49,77	54,14	58,18	65,86	75,10	83,47
77	13,89	22,83	32,96	47,11	53,03	57,69	63,56	73,04	81,85	93,91
78	15,12	24,53	35,35	50,18	56,48	62,06	70,46	79,68	91,98	106,83
79	16,45	26,39	37,97	53,43	61,93	67,38	76,98	89,40	103,30	116,79
80	17,91	28,44	40,83	57,33	66,61	73,73	86,19	99,38	112,70	127,47
81	19,56	30,70	44,33	61,48	71,62	82,33	95,08	108,15	122,12	146,72
82	21,41	33,49	48,15	65,87	77,03	89,51	103,15	116,12	140,26	168,52
83	23,69	36,59	52,30	70,43	82,77	96,37	109,44	132,51	163,82	186,37
84	26,26	40,01	56,74	75,18	88,63	102,15	123,46	157,54	186,37	199,00
85	29,16	43,75	61,47	79,91	93,82	113,13	149,71	182,34	199,00	210,50
86	32,37	47,83	66,32	84,45	101,50	140,30	174,28	199,00	210,50	220,36
87	35,97	52,17	71,14	88,58	129,33	162,18	199,00	210,50	220,36	234,43
88	39,87	56,64	75,74	105,46	146,06	199,00	210,50	220,36	234,43	249,87
89	44,02	62,03	80,13	126,45	175,37	210,50	220,36	234,43	249,87	267,25
90	48,31	67,74	93,28	151,74	210,50	220,36	234,43	249,87	267,25	286,29
91	54,15	78,56	149,25	210,50	220,36	234,43	249,87	267,25	286,29	306,70
92	63,85	113,69	210,50	220,36	234,43	249,87	267,25	286,29	306,70	328,25
93	78,13	153,94	220,36	234,43	249,87	267,25	286,29	306,70	328,25	350,02
94	97,38	171,07	234,43	249,87	267,25	286,29	306,70	328,25	350,02	371,65
95	121,77	234,43	249,87	267,25	286,29	306,70	328,25	350,02	371,65	392,79

Πηγή: Society of actuaries, 2015 Valuation Basic Tables.

## Πίνακας Π2.4: Θνησιμότητα γυναικών καπνιστριών

**2015 VBT Female Smoker RR100 ANB Mortality Rates per 1000**

Iss. Age	Duration									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18	0,27	0,27	0,27	0,27	0,27	0,29	0,33	0,34	0,34	0,34
19	0,27	0,27	0,26	0,26	0,27	0,31	0,33	0,33	0,33	0,35
20	0,24	0,23	0,24	0,25	0,29	0,31	0,32	0,32	0,34	0,37
21	0,19	0,21	0,23	0,26	0,29	0,30	0,31	0,33	0,37	0,39
22	0,17	0,20	0,24	0,27	0,28	0,30	0,32	0,35	0,39	0,42
23	0,19	0,21	0,24	0,26	0,28	0,30	0,34	0,38	0,42	0,45
24	0,20	0,21	0,23	0,25	0,28	0,32	0,37	0,41	0,45	0,49
25	0,19	0,21	0,23	0,26	0,30	0,35	0,39	0,44	0,49	0,59
26	0,18	0,20	0,23	0,28	0,32	0,37	0,42	0,48	0,56	0,67
27	0,18	0,20	0,25	0,30	0,35	0,40	0,46	0,54	0,63	0,76
28	0,18	0,21	0,27	0,32	0,37	0,43	0,51	0,60	0,72	0,87
29	0,18	0,23	0,29	0,35	0,41	0,48	0,57	0,68	0,82	0,97
30	0,20	0,25	0,31	0,38	0,45	0,54	0,65	0,78	0,92	1,07
31	0,21	0,26	0,34	0,42	0,51	0,61	0,73	0,87	1,01	1,16
32	0,22	0,28	0,37	0,47	0,58	0,69	0,82	0,96	1,10	1,24
33	0,23	0,31	0,42	0,53	0,65	0,78	0,91	1,04	1,17	1,32
34	0,25	0,35	0,48	0,61	0,73	0,86	0,98	1,11	1,24	1,39
35	0,27	0,39	0,54	0,68	0,81	0,93	1,05	1,18	1,31	1,47
36	0,30	0,44	0,60	0,75	0,88	1,00	1,12	1,25	1,38	1,55
37	0,34	0,49	0,66	0,82	0,95	1,07	1,19	1,32	1,46	1,85
38	0,37	0,53	0,72	0,88	1,01	1,13	1,26	1,40	1,78	2,04
39	0,39	0,57	0,77	0,94	1,08	1,21	1,34	1,70	1,96	2,25
40	0,42	0,60	0,82	1,00	1,15	1,29	1,60	1,87	2,16	2,48
41	0,43	0,64	0,87	1,07	1,23	1,48	1,76	2,06	2,39	2,74
42	0,45	0,67	0,92	1,14	1,35	1,63	1,94	2,27	2,64	3,03
43	0,46	0,70	0,98	1,26	1,49	1,80	2,14	2,51	2,91	3,35
44	0,48	0,73	1,07	1,39	1,64	1,99	2,37	2,78	3,23	3,71
45	0,50	0,79	1,18	1,53	1,82	2,20	2,62	3,08	3,57	4,10
46	0,53	0,86	1,29	1,69	2,01	2,44	2,90	3,41	3,96	4,54
47	0,56	0,93	1,41	1,87	2,23	2,70	3,22	3,78	4,38	4,92
48	0,60	1,01	1,55	2,07	2,48	3,00	3,57	4,19	4,75	5,46
49	0,65	1,10	1,71	2,29	2,76	3,34	3,97	4,55	5,28	6,07
50	0,69	1,19	1,88	2,53	3,07	3,71	4,33	5,06	5,86	6,74
51	0,75	1,30	2,07	2,81	3,42	4,08	4,82	5,63	6,52	7,50
52	0,80	1,42	2,28	3,11	3,81	4,55	5,37	6,27	7,26	8,35
53	0,87	1,56	2,51	3,45	4,25	5,07	5,99	6,98	8,09	9,30
54	0,94	1,71	2,77	3,83	4,74	5,66	6,68	7,80	9,03	10,36
55	1,01	1,88	3,06	4,25	5,30	6,33	7,47	8,71	10,07	11,53
56	1,10	2,06	3,38	4,73	5,94	7,10	8,37	9,74	11,22	12,81
57	1,19	2,27	3,74	5,27	6,68	7,97	9,37	10,87	12,49	14,19
58	1,30	2,51	4,15	5,89	7,51	8,94	10,48	12,11	13,86	15,68
59	1,41	2,77	4,62	6,60	8,46	10,02	11,70	13,47	15,33	17,25
60	1,55	3,08	5,15	7,40	9,52	11,22	13,04	14,93	16,89	18,89
61	1,70	3,42	5,76	8,30	10,71	12,55	14,49	16,49	18,53	20,58
62	1,86	3,82	6,45	9,33	12,02	13,98	16,04	18,12	20,23	22,52
63	2,05	4,25	7,23	10,48	13,46	15,54	17,69	19,83	22,17	24,11
64	2,26	4,74	8,11	11,76	15,01	17,20	19,41	21,75	23,75	26,02
65	2,49	5,28	9,09	13,20	16,67	18,92	21,30	23,36	25,60	28,46
66	2,74	5,87	10,20	14,79	18,40	20,76	22,95	25,15	28,06	31,13
67	3,02	6,52	11,45	16,55	20,17	22,49	24,67	27,61	30,73	33,84
68	3,31	7,21	12,85	18,50	22,02	24,15	27,19	30,35	33,48	36,20
69	3,64	7,96	14,43	20,63	23,60	26,68	29,93	33,05	35,65	38,24
70	3,99	8,76	16,20	22,97	26,13	29,44	32,59	35,02	38,05	42,64
71	4,37	9,62	18,18	25,52	28,89	32,04	34,32	37,19	41,83	47,81
72	4,79	10,55	20,36	28,29	31,44	33,53	36,24	40,93	46,87	53,97
73	5,25	11,57	22,77	30,76	32,64	35,14	39,86	45,72	52,76	61,55
74	5,76	12,70	25,40	31,69	33,97	38,71	44,48	51,41	60,12	69,10
75	6,34	13,98	28,27	32,72	37,48	43,12	49,92	58,47	64,80	76,15
76	6,99	15,42	30,34	36,17	41,67	48,30	56,63	63,33	71,88	82,94
77	7,74	17,04	32,52	40,11	46,55	54,57	61,87	70,23	78,34	93,31
78	8,58	18,85	34,88	44,66	52,32	61,55	68,58	76,63	88,04	106,15
79	9,54	20,88	37,46	49,85	60,25	66,82	74,92	85,96	98,88	116,05
80	10,63	23,28	40,29	56,40	66,53	73,12	83,89	97,91	107,87	126,62
81	11,93	25,98	43,74	60,48	71,54	81,65	92,54	106,55	116,89	136,92
82	13,41	28,98	47,51	64,80	76,94	88,78	100,40	114,39	133,10	152,42
83	15,09	32,37	51,61	69,28	82,67	95,58	106,52	128,52	147,91	169,63
84	17,01	36,16	55,98	73,95	88,52	101,31	120,99	141,91	169,63	182,59
85	19,21	40,40	60,65	78,61	93,71	112,20	134,41	165,78	182,59	194,74
86	21,71	45,04	65,44	83,07	101,38	122,89	158,09	182,59	194,74	207,13
87	24,52	50,15	70,19	87,14	109,76	146,54	182,59	194,74	207,13	222,69
88	27,69	55,65	74,73	95,92	131,15	182,59	194,74	207,13	222,69	238,98
89	31,20	61,47	79,06	111,91	165,55	194,74	207,13	222,69	238,98	255,83
90	35,02	67,47	88,82	131,49	194,74	207,13	222,69	238,98	255,83	272,73
91	41,15	70,04	116,51	194,74	207,13	222,69	238,98	255,83	272,73	289,19
92	51,27	101,54	194,74	207,13	222,69	238,98	255,83	272,73	289,19	313,30
93	66,14	140,43	207,13	222,69	238,98	255,83	272,73	289,19	313,30	337,47
94	86,12	159,72	222,69	238,98	255,83	272,73	289,19	313,30	337,47	361,33
95	112,32	222,69	238,98	255,83	272,73	289,19	313,30	337,47	361,33	384,50

Πηγή: Society of actuaries, 2015 Valuation Basic Tables.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνική βιβλιογραφία

- 📖 Βοζίκης Α., 2006, Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: πρότυπο σύστημα διοίκησης των απαιτούμενων διαδικασιών και διαχείρισης ατομικών συμβολαίων, Πειραιάς.
- 📖 Γεωργιακόδης Φ., Τσίμπος Κ., (2000), Περιγραφική και Διερευνητική Στατιστική Ανάλυση Δεδομένων, τόμος 1 και 2, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.
- 📖 Δαμιανού Χ., Κούτρας Μ., (2000), Εισαγωγή στη Στατιστική, μέρος 1, Εκδόσεις Συμμετρία, Αθήνα.
- 📖 ΕΙΑΣ 2008 Η ιδιωτική ασφάλιση, εκπαιδευτική έκδοση του ΕΙΑΣ.
- 📖 Ελληνική Ένωση Τραπεζών, (2008), Βασικές γνώσεις ιδιωτικής ασφάλισης.
- 📖 Εμμανουήλ Δ., (1998), Underwriting ασφαλειών Ζωής - Θεωρία και εφαρμογή , Αθήνα, Εθνική Ασφαλιστική.
- 📖 Ζύγουρας Γ., 2012, Ασφάλιση κινδύνων και εμπειρική διερεύνηση της ιδιωτικής δαπάνης υγείας, Πειραιάς.
- 📖 Καρλή Δ., (2005), Πολυμεταβλητή Στατιστική Ανάλυση, Εκδόσεις Σταμούλη, Πειραιάς.
- 📖 Κλαδική μελέτη ICAP, Ιδιωτική ασφάλιση υγείας, 2013, 2014, 2015.
- 📖 Λιακοπούλου Ν., 2006, Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: ανάλυση δεδομένων χρήσης υπηρεσιών υγείας ατομικών συμβολαίων, Πειραιάς.
- 📖 Λιαρόπουλος Λ., (1993), Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας, εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα.
- 📖 Μακρή, Κ., Τζανετή, Μ., Γεωργίου, Ρ., Δραγώνα, Μ., Κορδοπάτη, Χ., Βρεττού, Χ., Νικολάου, Δ., Κουσκούνα, Ε. (2005). Σημειώσεις για το διαγωνισμό της Εθνικής Ασφαλιστικής, Αθήνα.
- 📖 Νεκτάριος Μ., 2003, Εισαγωγή στην Ασφάλιση, Εκδόσεις FORUM, 4η Έκδοση.
- 📖 Νεκτάριου Μ., 2003, Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας, Εκδόσεις Σταμούλη.
- 📖 Νεκτάριου Μ., 2010, Διοικητική Κινδύνων και Ασφαλίσεις Επιχειρήσεων, Εκδόσεις Σταμούλη.

- 📖 Νεκτάριου Μ., 2014, Σύμπραξη δημόσιου-ιδιωτικού τομέα στην ασφάλιση υγείας Νεκτάριου Μ., Συνέδριο HILA-AIDA, Αθήνα.
- 📖 Ξένος Π., Νεκτάριος Μ., Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι. (2013), Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα, Αθήνα.
- 📖 Πριναράκη Μ., (1999), Γενικές αρχές της ιδιωτικής ασφαλίσεως, εκδόσεις Financial Forum.
- 📖 Ρόκα Ι. , (2006), Ιδιωτική ασφάλιση, εκδ. Σάκκουλα, 11η έκδοση.
- 📖 Ρόκας, Ι. Κ. (2002). Ιδιωτική Ασφάλιση: Δίκαιο της Ασφαλιστικής Σύμβασης, της Ασφαλιστικής Επιχείρησης και των Διαμεσολαβούντων στην Ιδιωτική Ασφάλιση, Εκδόσεις Σακκουλά, Κομοτηνή.
- 📖 Σκουλούδη Ζ. (1999), Δίκαιο Ιδιωτικής Ασφάλισης, Εκδόσεις Δίκαιο και Οικονομία, Π.Ν. , Σάκκουλας, Αθήνα.
- 📖 Σταυρόπουλος Ν., 2006, Ομαδικά ασφαλιστικά συμβόλαια υγείας : η ελληνική εμπειρία και οι προοπτικές ανάπτυξης, Πειραιάς.
- 📖 Τήνιος Π. και Πουπάκης Σ., 2013, Η ασφαλιστική μεταρρύθμιση και η ιδιωτική ασφάλιση στις απόψεις της κοινής γνώμης: Πολυμεταβλητή ανάλυση, Κοινωνική Πολιτική, τεύχος 1.
- 📖 Τήνιος Π., 2010, Ασφαλιστικό: Μια μέθοδος ανάγνωσης, με πρόλογο του Γιάννη Σπράου, Κριτική 2.
- 📖 Χατζόπουλος, Φ. Π. (2007), Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας, Εκδόσεις Συμμετρία, Αθήνα.

## Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- & Besley T., 1989, The demand for health care and health insurance, Oxford Economic Policy, Vol.5, No 1.
- & Black, K. and Skipper, H.D. (2000). Life & health insurance. Prentice Hall, New Jersey.
- & Dague Laura, DeLeire Thomas, 2011, Estimates of crowd-out from a public health insurance expansion using administrative data, Nber Working paper series.
- & David Alary, Franck Bien, 2008, “Optimal health insurance contract : can moral hazard increase indemnity ?”, Revue économique 2008/4 (Vol. 59).
- & European Insurance in figures, No 50, January 2015 “European Insurance – Key facts, August 2015”.
- & Gianni De Fraja, 2000. Journal of Health Economics 19 2000 663677 Contracts for health care and asymmetric information. Department of Economics and Related Studies, University of York, Heslington, York, YO1 5DD, UK C.E.P.R., 90-98 Goswell Road, London, EC1V 7DB, UK
- & Grosios K., Gahan P., Burbidge J., 2010, Overview of healthcare in the UK, Epma Journal, p.529-534 DOI10.
- & Lyberaki,A and P.Tinios, 2010, The social and economic effects of deterioration in health: ‘Nakedeye’ evidence from a European panel survey, Hygeia Internationalis 9 (1):327-351.
- & McGuire A., Fenn P., Mayhew K., 2014, The assessment: The economics of healthcare, Oxford Review of Economic Policy, Vol.5, No 1.
- & Mossialos E., Sara Allin and Konstantina Davaki , Analysing the Greek health system: A tale of fragmentation and inertia, HEALTH ECONOMICS Health Econ. 14: S151–S168 (2005)

- & Newsom Mark, Fernandez Bernadette, 2011. Private Health insurance premiums and rate reviews , Federal Publications.
- & OECD Health Statistics 2016 Definitions, Sources and Method.
- & Proper Carol, 1987, An econometric estimation on the demand for private health insurance in the UK, Centre for Health Economics, University of York.
- & Public/Private Boundary, Journal of European Social Policy Volume 21 Issue 2, May 2011, pp164-177
- & Ricardo Henriquez Hofter, 2010, Private health insurance and utilization of health services in Chile, School of Public Health, University of Chile, Independencia 939.
- & Ross H. Arnett, III, and Gordon R. Trapnell, Private health insurance: New measures of a complex and changing industry, Health Care Financing Review/winter 1984/Volume 6.
- & Shavell S. (1979) On moral hazard and insurance, Quaterly Journal of Economics 93, 541-562.
- & Thomson S., Mossialos E., 2006, Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands, Journal of European Social Policy, 16.
- & Tinios, P, 2011, Accounting Standards as Catalysts for Pension Reform: Greek Pensions and the
- & Tinios, P. 2012, Greece: Extreme crisis in a monolithic unreformed pension system, Global Social Policy, 12 (3) pp 332-334.

## Διαδικτυακοί τόποι (ημερομηνία τελευταίας προσπέλασης 14/7/2017)

- [http://www.actuar.aegean.gr/notes/asfaliseis\\_zois.pdf](http://www.actuar.aegean.gr/notes/asfaliseis_zois.pdf)
- <https://www.soa.org/experience-studies/2015/2015-valuation-basic-tables/>
- <https://el.wikipedia.org/wiki>
- <https://www.ethniki-asfalistiki.gr/default.aspx?page=home>
- <http://www.moh.gov.gr/articles/health/anapyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>
- <http://www.pligf.gr/el/definition.aspx?mid=0>
- <http://www.actuaries.org.gr>
- <http://www.eaee.gr/cms/>
- <http://www.iac.org.cy/easyconsole.cfm/id/1/lang/el>
- <http://www.bankofgreece.gr/Pages/default.aspx>
- <http://www.nextdeal.gr/>
- <http://www.asfalistikonai.gr/>
- <http://www.privateinsurance.gr/>
- <http://aagora.gr/>
- <https://www.hhs.gov/>