
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Πολυξένη Παλαιολόγου

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

Πειραιάς, Έτος 2017

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Πολυξένη Παλαιολόγου, Α.Μ.: ΟΔΥ/1519

Επιβλέπων: Σωτήριος Καρκαλάκος / Αναπληρωτής Καθηγητής / Πανεπιστήμιο
Πειραιώς

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

Πειραιώς, Έτος 2017

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

PRIVATE INSURANCE: EMPIRICAL ASSESSMENT

Polyxeni Palaiologou

Supervisor: Sotirios Karkalakos/ Associate Professor / Piraeus University

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

Piraeus, Greece, Year 2017

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία δημιουργήθηκε στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας με θέμα «Ιδιωτική ασφάλιση: εμπειρική αξιολόγηση».

Οι ευχαριστίες δίδονται προς τον κύριο Σωτήριο Καρκαλάκο, Αναπληρωτή Καθηγητή στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς, για την υποστήριξή του και την βοήθειά του καθ' όλη την διάρκεια διεκπεραίωσης της παρούσας μελέτης αλλά και για τις γνώσεις που παρείχε και το αμείωτο ενδιαφέρον κατά την συγγραφή και διόρθωση της παρούσας μελέτης.

Ιδιωτική Ασφάλιση: Εμπειρική Αξιολόγηση

Σημαντικοί Όροι: ασφάλιση, ιδιωτική ασφάλιση, συστήματα υγείας, κίνδυνος, ασφαλιστήριο συμβόλαιο

Περίληψη

Η εν λόγω εργασία έχει δύο σκέλη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται ανάλυση της βιβλιογραφικής επισκόπησης της έρευνας και στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζονται και αναλύονται τα δεδομένα εμπειρικά. Αναλυτικά, στο κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται η εισαγωγή της διπλωματικής εργασίας. Στο πρώτο κεφάλαιο που είναι και το εισαγωγικό αναλύεται με αναγωγική μέθοδο και παρουσιάζονται εν συντομία τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και εν κατακλείδι το σύστημα υγείας των ΗΠΑ το οποίο προσδίδει εντόνως έμφαση στην ιδιωτική ασφάλιση έναντι της κοινωνικής. Στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζεται η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, στο συγκεκριμένο κεφάλαιο μελετώνται επιστημονικά άρθρα σχετιζόμενα με την ιδιωτική ασφάλιση. Η ιδιωτική ασφάλιση, αν και θεωρείται πολύ σημαντική, στα περισσότερα κράτη λειτουργεί ως συμπληρωματική και οι αρθρογράφοι με τη μελέτη τους στοχεύουν στην ενημέρωση περί της ιδιωτικής ασφάλισης. Τα επιλεγόμενα άρθρα σκοπεύουν να δώσουν μια γενική αλλά παράλληλα και στοχευμένη εικόνα για την ιδιωτική ασφάλιση.

Στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζονται ορισμοί για την ιδιωτική ασφάλιση, την ασφάλιση και τον κίνδυνο. Γίνεται αναλυτική και εμπειριστατωμένη εξέταση για το θέμα της διπλωματικής εργασίας «ιδιωτική ασφάλιση: εμπειρική αξιολόγηση». Γίνεται μία μικρή αναφορά στον κίνδυνο και στην ασφάλιση που συνδέονται άρρηκτα με την ιδιωτική ασφάλιση. Πιο συγκεκριμένα γίνεται μια παρουσίαση βασικών εννοιών σχετικών με την ιδιωτική ασφάλιση για την καλύτερη κατανόηση της εργασίας. Επίσης δίνεται ο ορισμός της ασφάλισης, του κινδύνου, της ιδιωτικής ασφάλισης. Εν συνεχεία καταγράφονται εντός του κεφαλαίου οι βασικές νομικές αρχές, τα κύρια χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης, καθώς επίσης παρατίθεται αναφορά στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Τα είδη ιδιωτικής ασφάλισης - ασφαλίσεις ζημιών και ασφαλίσεις ζωής απαριθμούνται λεπτομερώς, όπως και οι κατηγορίες ιδιωτικής ασφάλισης. Το κεφάλαιο κλείνει με την ανάλυση του περιεχομένου της οργάνωσης της ασφαλιστικής αγοράς, της διάκριση της ασφαλιστικής αγοράς, των οφελών της

ιδιωτικής ασφάλισης για την κοινωνία και των προοπτικών ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα.

Στο δεύτερο μέρος, στο κεφάλαιο 4 παρατίθενται τα εμπειρικά δεδομένα και η εμπειρική ανάλυση. Τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται είναι δευτερογενή και προέρχονται από την πηγή U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015 and 2016 Annual Social and Economic Supplements. Παρουσιάζονται μεταβλητές που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή όπως αυτές εκφράζονται σε απόλυτα νούμερα για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Επίσης παρουσιάζεται η κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Στη συνέχεια καταγράφεται η σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν μία άλλη οποιαδήποτε ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Επίσης γίνεται καταγραφή της σύγκρισης των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν κρατική ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Τέλος το κεφάλαιο των δεδομένων κλείνει με τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2013, 2014 και 2015 και την κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Η διπλωματική εργασία κλείνει με το κεφάλαιο 5, τα συμπεράσματα.

Private Insurance: Empirical Assessment

Keywords: insurance, private insurance, health systems, risk, insurance contract

Abstract

This project has two strands: the theoretical and the research. The theoretical part analyzes the bibliographic survey of the research and the research part presents and analyzes the data in an empirical way. In detail, chapter 1 presents the introduction of the diploma thesis. The first chapter, which is the introductory part, is analyzed by a reductive method and briefly presents the European health systems and, in conclusion, the US health care system, which emphasizes private social security. Chapter 2 presents a review of the literature, and in this chapter we study scientific articles related to private insurance. Although private insurance is considered to be very important, in most states it works as a supplement, and the journalists with their study aim at providing information about private insurance. The selected articles aim to give a general but also targeted image of private insurance.

The third chapter deals with definitions of private insurance, insurance and risk. There is a detailed and thorough examination of the thesis diploma thesis "Private Insurance: Empirical Assessment". There is a small reference to risk and insurance inseparably linked to private insurance. More specifically, there is a presentation of basic concepts of private insurance for a better understanding of the job. Also defined is the definition of insurance, risk, private insurance. The basic legal principles, the main features of private insurance, and a reference to the insurance policy are listed in the chapter. The types of private insurance - loss insurance and life insurance are listed in detail, as are the categories of private insurance. The chapter closes with the analysis of the contents of the insurance market organization, the distinction of the insurance market, the benefits of private insurance for society and the prospects of private insurance in Greece.

In the second part, chapter 4 presents empirical data and empirical analysis. The data used is secondary and comes from the U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015 and 2016 Annual Social and Economic Supplements. We present variables related to marital status, residence, origin and birthplace as expressed in absolute numbers for

the years 2013, 2014 and 2015. Also, the breakdown of the percentages of the variables relating to marital status, residence, births and births in relation to private insurance for the years 2013, 2014 and 2015. The comparison of the percentages of the variables relating to marital status, residence, origin and birthplace or between those with private insurance and those with another insurance for the years 2013, 2014 and 2015. The comparison of the percentages of the variables related to marital status, residence, origin and birthplace between those who have private insurance and those with state insurance for the years 2013, 2014 and 2015. Finally, the data chapter closes by comparing the percentages of the variables relating to marital status, residence, birth and birth between 2013 and 2014 for the years 2013, 2014 and 2015 and the breakdown of the percentages of insurance variables for the years 2013, 2014 and 2015. The diploma thesis closes with Chapter 5, the conclusions.

Περιεχόμενα	ix
Περίληψη	v
Abstract	vii
Κατάλογος Πινάκων	
Κατάλογος Διαγραμμάτων	

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Εισαγωγή

1.1 Εισαγωγικό Μέρος	1
1.2 Συστήματα Υγείας	1
1.3 Ανακεφαλαίωση	9

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας

2.1 Εισαγωγικό μέρος	11
2.2 Παρουσίαση των άρθρων	12
2.3 Ανακεφαλαίωση	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Ιδιωτική Ασφάλιση

3.1 Εισαγωγικό μέρος	33
3.2 Βασικές έννοιες	33
3.3 Ασφάλιση και Κίνδυνος	36
3.3.1 Κίνδυνοι	37
3.3.2 Ασφάλιση	38
3.4 Ανάπτυξη Ιδιωτικής Ασφάλισης	40
3.4.1 Ορισμός της Ιδιωτικής Ασφάλισης	40
3.4.2 Βασικές Νομικές Αρχές	41
3.4.3 Κύρια Χαρακτηριστικά Ασφάλισης	44
3.4.4 Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο	44
3.4.5 Είδη Ιδιωτικής Ασφάλισης-Ασφαλίσεις ζημιών και Ασφαλίσεις Ζωής	45
3.4.6 Κατηγορίες Ιδιωτικής Ασφάλισης	46
3.4.7 Οργάνωση της Ασφαλιστικής Αγοράς και Διάκριση της	47
3.5 Τα Οφέλη της Ιδιωτικής Ασφάλισης για την κοινωνία	50
3.6 Προοπτικές Ιδιωτικής Ασφάλισης στις Ελλάδα	51

3.7 Ανακεφαλαίωση	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Εμπειρικά δεδομένα και εμπειρική ανάλυση	
4.1 Εισαγωγικό μέρος	53
4.2 Παρουσίαση Δεδομένων	54
4.3 Ανακεφαλαίωση	82
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: Συμπεράσματα	83
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87

Κατάλογος Πινάκων

4.1:Οικογενειακή κατάσταση σε συνολικούς αριθμούς	54
4.2:Κατοικία στους συνολικούς αριθμούς	55
4.3:Φυλή και η ισπανόφωνη προέλευση σε συνολικά νούμερα	55
4.4:Γέννηση σε συνολικά νούμερα	56
4.5:Οικογενειακή κατάσταση ποσοστά των ετών 2013-2015	57
4.6:Κατοικία ποσοστά για τα έτη 2013-2015	58
4.6:Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση ποσοστά των ετών 2013-2015	59
4.7: Γέννηση ποσοστά των ετών 2013-2015	60
4.8:Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης	61
4.9:Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης	62
4.10:Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης	63
4.11:Γέννηση σύγκριση της ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης	64
4.12:Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης	65
4.13:Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης	66
4.14:Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης	67
4.15:Γέννηση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης	68
4.16:Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων	69
4.17:Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων	70
4.18:Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση σύγκριση μεταξύ ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων	71
4.19:Γέννηση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων	72
4.20: Ποσοστά ασφάλισης των ετών 2013-2015	73

Κατάλογος Διαγραμμάτων

4.1:Οικογενειακή κατάσταση σε συνολικούς αριθμούς	54
4.1:Κατοικία στους συνολικούς αριθμούς	55
4.2:Φυλή και ισπανόφωνη καταγωγή σε συνολικά νούμερα	56
4.3:Γέννηση σε συνολικά νούμερα	57
4.4: Οικογενειακή κατάσταση ποσοστά των ετών 2013-2015	58
4.5: Κατοικία ποσοστά για τα έτη 2013-2015	59
4.6: Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση ποσοστά των ετών 2013-2015	60
4.7: Γέννηση ποσοστά των ετών 2013-2015	61
4.8:Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης	62
4.9:Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης	63
4.10:Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης	64
4.11:Γέννηση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης	65
4.12:Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης	66
4.13:Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης	67
4.14:Φυλή και ισπανική προέλευση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης	68
4.15:Γέννηση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης	69
4.16:Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων	70
4.17:Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων	71
4.18:Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση σύγκριση μεταξύ ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων	72
4.19:Γέννηση σύγκριση της μεταξύ ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων	73
4.20:Ποσοστά ασφάλισης των ετών 2013-2015	74
4.21:Συνολικά ποσοστά ανά έτος	75
4.22:Συνολικά ποσοστά της κατηγορίας ιδιωτικής ασφάλισης	76
4.23:Συνολικά ποσοστά της κατηγορίας κάθε ασφάλισης	77
4.24:Συνολικά ποσοστά της κατηγορίας ασφάλιση της κυβέρνησης	77
4.25:Συνολικά ποσοστά της κατηγορίας ανασφάλιστων	78

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Εισαγωγικό μέρος

Η εν λόγω εργασία έχει δύο σκέλη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος γίνεται ανάλυση της βιβλιογραφικής επισκόπησης της έρευνας και στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζονται και αναλύονται τα δεδομένα εμπειρικά. Αναλυτικά, στο Κεφάλαιο 1 παρουσιάζεται η εισαγωγή της διπλωματικής εργασίας, στο κεφάλαιο 2 παρουσιάζεται η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, το κεφάλαιο 3 αναλύει την θεωρία της ιδιωτικής ασφάλισης. Στο δεύτερο μέρος, στο κεφάλαιο 4 παρατίθενται τα εμπειρικά δεδομένα και η εμπειρική ανάλυση. Η διπλωματική εργασία κλείνει με το κεφάλαιο 5, τα συμπεράσματα.

Ακολουθώντας την παραγωγική ή αλλιώς αναγωγική μέθοδο αναλύεται τοιουτοτρόπως η διπλωματική εργασία με θέμα «ιδιωτική ασφάλιση: εμπειρική αξιολόγηση». Στο πρώτο κεφάλαιο που είναι και το εισαγωγικό παρουσιάζονται εν συντομία τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και εν κατακλείδι το σύστημα υγείας των ΗΠΑ το οποίο προσδίδει εντόνως έμφαση στην ιδιωτική ασφάλιση έναντι της κοινωνικής.

1.2 Συστήματα Υγείας

Έως σήμερα, η υγεία στις ΗΠΑ δίνει έμφαση στην ιδιωτική ασφάλιση παρά στην κοινωνική, όταν από την άλλη, η Ευρώπη έχει να επιδείξει διαφορετικά συστήματα υγείας, ειδικά μεταξύ Ανατολής και Δύσης.

Το ιταλικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται κυρίως από την αποκέντρωση, όταν το γαλλικό κρατά ισχυρό τον κεντρικό κυβερνητικό έλεγχο και το σύστημα υγείας της Ολλανδίας στηρίζεται στην ισχυρή παρουσία της ιδιωτικής ασφάλισης. Επίσης στα συστήματα υγείας είναι και της Βρετανίας, με το βρετανικό μοντέλο το οποίο επέλεξαν και ακολουθούν και άλλες χώρες και στηρίζεται στις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές. Άλλο ένα σύστημα είναι και αυτό του Καναδά, όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από περιφερειακούς οργανισμούς, οι οποίοι λειτουργούν υπό την ευθύνη δώδεκα περιφερειακών αρχών. Ιδιαίτερη σημασία, εξάλλου, έχουν και οι πόροι, που διαφέρουν αρκετά έως καθοριστικά από μοντέλο σε μοντέλο. Χαρακτηριστικό είναι ότι από τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας το βρετανικό μοντέλο προβλέπει πως από τη

γενική φορολογία προέρχεται το 79% των δαπανών υγείας, ενώ το γερμανικό μοντέλο αντίστοιχα το 19%.

Τέσσερα είναι τα βασικότερα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας. 1) Το πρώτο αναφέρεται στο αγγλοσαξονικό μοντέλο, το οποίο αναπτύχθηκε στην Αγγλία από τον Sir William Beveridge. Οι πρωτανεύουσες αρχές είναι η διασφάλιση της ίσης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, η κοινωνική ισότητα, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση των πόρων και η γεωγραφική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας. Η Αγγλία αλλά και η Ιρλανδία αποτελούν τις πιο αντιπροσωπευτικές χώρες του αγγλοσαξονικού μοντέλου.

2) Το δεύτερο σύστημα ονομάζεται ηπειρωτικό μοντέλο και αναφέρεται στην πολιτική φιλοσοφία και τις μεταρρυθμίσεις που πρότεινε ο Bismark το 1883. Η βασική ιδέα του ήταν η δημιουργία ενός ασφαλιστικού συστήματος το οποίο θα βασίζεται στην αυτονομία και την αυτοδιαχείριση των επιμέρους εργατικών και επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων. Η Γερμανία και οι άλλες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης υιοθέτησαν αυτό το σύστημα.

3) Το τρίτο πρότυπο αναφέρεται στο σκανδιναβικό μοντέλο, όπου η κεντρική και κυρίως η τοπική αυτοδιοίκηση είναι επιφορτισμένες με την οικονομική διαχείριση και αξιολόγηση του συστήματος κοινωνικής και υγειονομικής φροντίδας. Η Σουηδία, με τη Δανία και τις άλλες σκανδιναβικές χώρες έχουν υιοθετήσει αυτή τη φιλοσοφία.

4) Τέλος, το νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο αποτελεί ένα αυτόνομο πρότυπο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας. Το μοντέλο αυτό έχει τις ρίζες του τόσο στη φιλοσοφία του Beveridge όσο και του Bismark. Όλες οι χώρες της Νότιας Ευρώπης έχουν την μεταπολεμική εμπειρία εξόδου από ολοκληρωτικά καθεστώτα και μετάβασης σε κοινοβουλευτικά δημοκρατικά συστήματα. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν στις χώρες της Νότιας Ευρώπης κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '70 και του '80 είχε ως στόχο την καθιέρωση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το πρότυπο οργάνωσης βασίστηκε στο αγγλοσαξονικό μοντέλο. Ωστόσο, πολιτικοί και ιστορικοί λόγοι συνέβαλαν στη μερική υιοθέτηση του μοντέλου αυτού με αποτέλεσμα την αναποτελεσματική διαχείριση των περιορισμένων πόρων.

Το σύστημα υγείας στις ΗΠΑ αποτελεί παραλλαγή του μοντέλου Bismark, με έμφαση όμως στην ιδιωτική ασφάλιση αντί για την κοινωνική. Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στις ΗΠΑ καλύπτει μόνο ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (ηλικιωμένοι, ανάπηροι, μητέρες με χαμηλό εισόδημα). Συγκεκριμένα καλύπτονται από τα

πρόγραμμα Medicare και Medicaid. Το 65% του πληθυσμού έχει ιδιωτική ασφάλιση, ενώ περίπου οι δύο στους δέκα είναι ανασφάλιστοι.

Οι δαπάνες υγείας στις ΗΠΑ, οι υψηλότερες στον κόσμο, καλύπτονται κατά 45% από κρατικούς πόρους, κυρίως για τη χρηματοδότηση των προγραμμάτων Medicare και Medicaid, και το υπόλοιπο 55% από ιδιωτικές δαπάνες (ιδιωτική ασφάλιση και άμεσες πληρωμές).

Χαρακτηριστικό των υπηρεσιών υγείας στις ΗΠΑ αποτελεί επίσης η ύπαρξη συστημάτων οργανωμένης (ή κατευθυνόμενης) φροντίδας υγείας (managed care), που αποτελούν συνδρομητικά ιατρικοασφαλιστικά συμπλέγματα. Τα συστήματα αυτά, που λειτουργούν με διάφορες οργανωτικές παραλλαγές, παρέχουν στους ασφαλισμένους πλήρη πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή κάλυψη έναντι προκαθορισμένης μηνιαίας ή ετήσιας συνδρομής.

Πηγή: Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, Μελέτη του κ. Γ. Τούντα _ Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας και Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Το σύστημα υγείας ορίζεται ως ένα σύνολο υποσυστημάτων, τα οποία είναι άρρηκτα δεμένα μεταξύ τους, σκοπεύοντας στη βελτίωση της υγείας της χώρας. (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας 2007), (Λιαρόπουλος Λ., 2007) Στόχος του συστήματος υγείας είναι οι όσο το δυνατόν περισσότερο μειωμένες δαπάνες και η μεγάλη αποδοτικότητα στον τομέα της παραγωγής των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας «το σύστημα υγείας ορίζεται ως οι ενσυνείδητες προσπάθειες των οποίων πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας» (Λιαρόπουλος Λ., 2007)

Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας βασίζεται στο αξίωμα του Laissez-Faire. Το σύστημα αυτό βασίζεται στη ζήτηση της αγοράς και της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Ο καταναλωτής προχωρά σε ζήτηση με την προϋπόθεση να είναι σε θέση να καταβάλει το ανάλογο χρηματικό ποσό για την αγορά των υπηρεσιών υγείας και ο παραγωγός τις προσφέρει. Η κρατική παρέμβαση είναι υπό περιορισμό. Το κράτος προχωρά στην αγορά και την πληρωμή των υπηρεσιών υγείας μόνο για όσους δεν είναι σε θέση να τις αγοράσουν λόγω οικονομικού κολλήματος.

Χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος:

- Η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνεται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών έχοντας υπόψη τις τιμές των σχετικών υπηρεσιών.

- Το φιλελεύθερο σύστημα βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης, έτσι μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού παραμένει μη ασφαλισμένο.
- Σημαντικό χαρακτηριστικό του συστήματος είναι οι μεγάλες υγειονομικές ανισότητες που προκύπτουν.
- Η χρηματοδότηση προέρχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς.
- Η ασύμμετρη πληροφόρηση ανοίγει το δρόμο στην προκλητή ζήτηση για τις υπηρεσίες υγείας. (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα 2007)

Το μεικτό σύστημα υγείας-σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίχθηκε στο πρότυπο του Bismark ο οποίος το 1880 θέσπισε στη Γερμανία το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Ως κυριότεροι εκπρόσωποι του συστήματος αυτού θεωρούνται η Γερμανία και η Γαλλία. Στη Γερμανία έλαβε τη μορφή της ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων, ενώ στη Γαλλία έλαβε τη μορφή ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης της υγείας.

Χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης:

- Η χρηματοδότηση προέρχεται από τις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων.
- Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος.
- Η ασφαλιστική κάλυψη είναι υποχρεωτική για όλους.
- Η κυριότητα των συντελεστών παραγωγής είναι είτε δημόσια είτε ιδιωτική.
(Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα 2007)

Το εθνικό σύστημα υγείας αναπτύχθηκε στα πρότυπα του σχεδίου Beveridge, το οποίο βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη. Η χρηματοδότηση του προέρχεται κατευθείαν από τον κρατικό προϋπολογισμό. Η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού είναι πλήρης και ισότιμη ανεξαρτήτως του κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του κάθε πολίτη. Σε αυτό το σύστημα γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο. (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα 2007), (Υφαντόπουλος 2006)

1.3 Συστήματα υγείας ευρωπαϊκών χωρών και Αμερικής

Το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο είναι σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, διαμορφώθηκε το 1885 από τον καγκελάριο Bismark ξεκινώντας με την ασφάλιση υγείας, τη σύνταξη γήρατος και αναπηρίας (European Observatory on Health care systems 2000). Συνυπάρχουν ο κρατικός έλεγχος, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζομένους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας. Όλοι οι πολίτες έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με αυξημένη την ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Στα δημόσιου χαρακτήρα, στα μη κερδοσκοπικά και στα κερδοσκοπικά. (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001, Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας 2007),(Wolper F.I., 2001)

Ο ασφαλισμένος πολίτης δεν αποζημιώνει απευθείας τον γιατρό. Οι ομοσπονδιακές ενώσεις των ταμείων υγείας έρχονται σε συνεννόηση με την ομοσπονδιακή ένωση των γιατρών των ταμείων ασθένειας με σκοπό τον καθορισμό του ύψους των αμοιβών των γιατρών. (European Observatory on Health care systems 2000) Για τις υπηρεσίες υγείας σε κεντρικό επίπεδο ευθύνη φέρει η ομοσπονδιακή κυβέρνηση. Τα ασφαλιστικά ταμεία ασφαλίζουν άτομα που ασκούν το ίδιο επάγγελμα, εργάζονται σε μεγάλες επιχειρήσεις ή ζουν σε μία συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή. Οι ασφαλιστικές εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων χρηματοδοτούν το σύστημα υγείας. Η συνολική εισφορά πληρώνεται 50% από εργοδότες και 50% από τους εργαζόμενους. (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας 2007, Θεοδώρου και συν. 2001),(Wolper F.L., 2001)

Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας ή National Health Service (NHS) ιδρύθηκε το 1947, είναι ένα δημόσιο εθνικό σύστημα. Όλοι οι πολίτες έχουν το δικαίωμα πρόσβασης στην περίθαλψη μέσω αυτού. Είναι ένα ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας με καθολική και δωρεάν κάλυψη, χωρίς η χρηματοδότηση του να προέρχεται από την κοινωνική ασφάλιση με 15% συνολικής χρηματοδότησης, αλλά απευθείας από την γενική φορολογία με 80% συνολικής χρηματοδότησης. Οι ιδιωτικοί πόροι συμβάλλουν με ένα 5% «Το Βρετανικό σύστημα στηρίζεται στις αρχές της κοινωνικής αλληλεγγύης, της πλήρους κάλυψης του πληθυσμού, της ισότητας και της επαγγελματικής αυτονομίας των γιατρών. Θεωρείται το πιο αποτελεσματικό σύστημα σε μακρο-οικονομικό επίπεδο και αποτελεί το δημοφιλέστερο τμήμα του κράτους πρόνοιας της Βρετανίας». (Θεοδώρου και συν. 2001) Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας διοικείται από το υπουργείο υγείας. Ο υπουργός με τη βοήθεια ενός ή περισσότερων υφυπουργών καθορίζουν την πολιτική που πρέπει να εφαρμοστεί.

Υπάρχουν επίσης οι υγειονομικές περιφέρειες που αποτελούν «προέκταση» του Υπουργείου Υγείας στην περιφέρεια. (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτας 2007, Θεοδώρου και συν. 2001)(Wolper F.L., 2001) Οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται κυρίως από τα έσοδα της γενικής φορολογίας. Παρέχονται κυρίως από τα νοσοκομεία και τους οικογενειακούς ιατρούς οι οποίοι αποτελούν την πύλη εισόδου του ασθενούς στο σύστημα υγείας.

Η Σουηδία ακολουθεί δημόσιο σύστημα το οποίο διαθέτει σημαντικούς πόρους σε εξοπλισμό, σε προσωπικό και σε επιστημονική γνώση. Η Σουηδία είναι διαιρεμένη σε περιφέρειες, σε νομούς και σε δήμους. Η τοπική εξουσία έχει την πλήρη σχεδόν ευθύνη της οργάνωσης και διοίκησης. Η αυτοδιοίκηση έχει μεγάλη παράδοση στις χώρες του ευρωπαϊκού βορρά, με αποτέλεσμα την αυξημένη εξουσία στα θέματα της οργάνωσης, παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος. Στους πολίτες παρέχεται δωρεάν κάλυψη ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση συμπεριλαμβανομένων των αλλοδαπών. Οι υπηρεσίες υγείας χρηματοδοτούνται από κεντρικές και τοπικές πηγές. (Θεοδώρου και συν. 2001, Καλογεροπούλου Μουρδουκούτας 2007)(Wolper F.L., 2001) «Το 80% της χρηματοδότησης συνδέεται με το δικαίωμα κάθε νομαρχιακού συμβουλίου να εισπράττει φόρους, ένα πολύ μικρό ποσοστό ανερχόμενο στο 1% καλύπτεται από τους ασθενείς και το υπόλοιπο από κυβερνητικές εισφορές που παραχωρούνται προς τα νομαρχιακά συμβούλια.» (European Observatory on Health Care Systems 2001)

Το Γαλλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας συνδυάζει το δημόσιο με τον ιδιωτικό τομέα της υγείας τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Στηρίζεται στη λογική της κοινωνικής ασφάλισης αλλά και στην ελευθερία που έχουν οι πολίτες να επιλέξουν, είναι επηρεασμένο από τις αρχές του Bismark και του Beveridge. Στη Γαλλία η δημόσια ασφάλιση είναι υποχρεωτική και υποβοηθείται από την εθελοντική κερδοσκοπική ή μη κερδοσκοπική ασφάλιση. «Υπάρχει το Εθνικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας για τους εργαζόμενους αλλά και η κάλυψη *couverture medicale universelle* με την οποία καλύπτονται οι φτωχοί, οι άνθρωποι χωρίς σταθερή εργασία και οι νόμιμοι μετανάστες». (Wolper F.L., 2001) Το κράτος ευθύνεται για τη δημόσια υγεία και την εξασφάλιση της κοινωνικής προστασίας, για την προστασία όλων των πολιτών, για τον έλεγχο της λειτουργίας των δημόσιων νοσοκομείων, τον έλεγχο των σχέσεων μεταξύ των φορέων χρηματοδότησης κλπ. Η χρηματοδότηση της ασφάλισης γίνεται από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους.

Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας έχει συσταθεί με γνώμονα το γερμανικό μοντέλο Bismark. Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει όλες τις υπηρεσίες του γενικού ιατρού νοσοκομείου. Ο γενικός ιατρός είναι ο πυλώνας του εθνικού συστήματος υγείας της Ολλανδίας. Ο ασφαλισμένος πολίτης επισκέπτεται πρώτα τον γενικό ιατρό ο οποίος είτε θα του δώσει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή είτε θα τον παραπέμψει σε κάποιον άλλο ιατρό. Η υποχρεωτική ασφάλιση καλύπτει ένα ποσοστό που ανέρχεται στο 70% για την επείγουσα βοήθεια και για την χρόνια φροντίδα η κάλυψη είναι για όλους. Η χρηματοδότηση των προγραμμάτων κοινωνικής ασφάλισης γίνεται από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα ανήκουν κατά κύριο λόγο σε θρησκευτικές οργανώσεις, χρηματοδοτούνται όμως και από το κράτος.

Το σύστημα υγείας στον Καναδά έχει ως πρότυπο το μοντέλο του εθνικού συστήματος υγείας (ή τύπου Beveridge). Η χρηματοδότηση του Εθνικού Συστήματος βασίζεται στη γενική φορολογία που ανέρχεται στο 90% της συνολικής χρηματοδότησης. Για το 10% συμβάλουν η ιδιωτική ασφάλιση και οι εργοδότες. Είναι από τις πρώτες χώρες που ανέπτυξε δίκτυα πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Τα νοσοκομεία, στην πλειοψηφία τους, είναι μη κερδοσκοπικά ιδρύματα και χρηματοδοτούνται από τις τοπικές αρχές. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κατά κύριο λόγο από τους οικογενειακούς και τους γενικούς ιατρούς που εργάζονται στο δημόσιο. Οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη από τις τοπικές αρχές. (Καλογεροπούλου Μουρδουκούτας 2007, Θεοδώρου και συν. 2001, Wolper F.L., 2001)

Το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας λειτουργεί με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς με αποτέλεσμα το δικαίωμα στην υγεία να εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του κάθε πολίτη. (Θεοδώρου και συν. 2001) Οι γιατροί είναι ελεύθεροι επαγγελματίες συμβεβλημένοι με διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες, συνεπώς δεν υπάρχει η έννοια του μόνιμου δημόσιου υπαλλήλου. Στις υπηρεσίες υγείας του εθνικού συστήματος δεν υφίσταται το κρατικό νοσοκομείο ή το κέντρο υγείας. Η παρέμβαση του κράτους περιορίζεται στο να θέτει τα πλαίσια αρχών και τους κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, που είναι στην πλειονότητά τους ιδιωτικοί φορείς κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα. (Θεοδώρου και συν. 2001) Το σύστημα υγείας αποτελείται από υγειονομικά προγράμματα που χρηματοδοτούνται κυρίως από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, από προγράμματα που χρηματοδοτούνται από το προσωπικό εισόδημα των ατόμων και από προγράμματα που χρηματοδοτούνται από εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών.

Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας από ιδιώτες ανέρχεται στο 55% και από κρατικούς πόρους στο 45%. Η υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι υποχρεωτική και επειδή το σύστημα υγείας έχει ιδιωτικό προφίλ το 15% του πληθυσμού είναι ανασφάλιστοι. «Το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών είναι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ ένα 10% που είναι φτωχοί και ηλικιωμένοι είναι ασφαλισμένοι μέσω των πολιτειακών προγραμμάτων Medicaid και Medicare που χρηματοδοτούνται από την ομοσπονδιακή και την πολιτειακή κυβέρνηση». (Καλογεροπούλου Μουρδουκούτας 2007, Θεοδώρου και συν. 2001, Wolper F.L., 2001) Το Medicare καλύπτει τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, χρηματοδοτείται μέσω ενός ειδικού φόρου για όλους τους εργαζόμενους και κατά ένα μικρό ποσοστό από τους ίδιους τους δικαιούχους. Παρέχει κυρίως νοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει ένα μέρος της δαπάνης για εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη. Το Medicaid καλύπτει τους φτωχούς, τους άνεργους και τους αναπήρους. Το μεγαλύτερο μέρος της χρηματοδότησης του προγράμματος προέρχεται από την εθνική φορολογία και ένα μέρος προέρχεται από την πολιτειακή χρηματοδότηση. Το πρόγραμμα αυτό καλύπτει όλο το φάσμα των υπηρεσιών υγείας μέσα από συμβάσεις που συνάπτει το πρόγραμμα σε πολιτειακό επίπεδο με νοσοκομεία και ιατρούς. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν προγράμματα εκ των οποίων τα πιο διαδεδομένα μοντέλα είναι τα Health Maintenance Organizations (HMOs) και τα Preferred Provider Organizations (PPOs). Οι HMOs αποτελούν ομάδες ιατρών που προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σ' ένα σύνολο εγγεγραμμένων ατόμων για συγκεκριμένη χρονική περίοδο και αμείβονται βάση ετήσιας συνδρομής. Οι PPOs είναι μηχανισμοί διαμεσολάβησης μεταξύ προμηθευτών και αγοραστών υπηρεσιών υγείας. Οι ιατροί είναι είτε υπάλληλοι της ασφαλιστικής εταιρείας, είτε ελεύθεροι επαγγελματίες συμβεβλημένοι με την εταιρεία. Υπάρχουν επίσης προγράμματα από ιδιωτικές ασφαλιστικές που απευθύνονται σε ομάδες ατόμων και οι τιμές τους καθορίζονται με βάση την ηλικία, το επάγγελμα κλπ. (Καλογεροπούλου Μουρδουκούτας 2007, Θεοδώρου και συν. 2001, Wolper F.L., 2001)

1.3 Ανακεφαλαίωση

Όπως έγινε αντιληπτό, στο πρώτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας με θέμα «ιδιωτική ασφάλιση: εμπειρική αξιολόγηση» που δομήθηκε με τη χρήση αναγωγικής μεθόδου, παρουσιάστηκαν τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και εν κατακλείδι το σύστημα υγείας των ΗΠΑ το οποίο προσδίδει εντόνως έμφαση στην ιδιωτική ασφάλιση έναντι της κοινωνικής.

Καταγράφηκε ο ορισμός του συστήματος υγείας. αναλύθηκε το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το εθνικό σύστημα υγείας που αναπτύχθηκε στα πρότυπα του σχεδίου Beveridge.

Εν συνεχεία παρουσιάστηκαν τα συστήματα υγείας των χωρών Γερμανία, Βρετανία, Σουηδία, Γαλλία, Ολλανδία, Καναδάς και Αμερική (ΗΠΑ). Το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, διαμορφώθηκε το 1885 από τον καγκελάριο Bismark. Όλοι οι πολίτες έχουν ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας με αυξημένη την ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου. Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας ή National Health Service (NHS) ιδρύθηκε το 1947, είναι ένα δημόσιο εθνικό σύστημα. Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση. Είναι ένα ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα υγείας με καθολική και δωρεάν κάλυψη. Η Σουηδία ακολουθεί δημόσιο σύστημα και στους πολίτες παρέχεται δωρεάν κάλυψη. Είναι διαιρεμένη σε περιφέρειες, σε νομούς και σε δήμους. Η τοπική εξουσία έχει την πλήρη σχεδόν ευθύνη της οργάνωσης και διοίκησης. Το Γαλλικό Εθνικό Σύστημα Υγείας συνδυάζει το δημόσιο με τον ιδιωτικό τομέα της υγείας τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας βασίζεται στο γερμανικό μοντέλο Bismark. Το σύστημα υγείας στον Καναδά ακολουθεί τον τύπο Beveridge. Το Αμερικάνικο Σύστημα Υγείας λειτουργεί με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς. Η παρέμβαση του κράτους περιορίζεται στο να θέτει τα πλαίσια αρχών και τους κανόνες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, που είναι στην πλειονότητά τους ιδιωτικοί φορείς κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών είναι ασφαλισμένοι σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ ένα 10% που είναι φτωχοί και ηλικιωμένοι είναι ασφαλισμένοι μέσω των πολιτειακών προγραμμάτων Medicaid και Medicare.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

2.1 Εισαγωγικό μέρος

Μετά την παρουσίαση της εισαγωγής του θέματος «ιδιωτική ασφάλιση: εμπειρική αξιολόγηση» εν συνεχεία ακολουθεί η βιβλιογραφική ανασκόπηση του θέματος της διπλωματικής εργασίας. Στο συγκεκριμένο κεφάλαιο μελετώνται επιστημονικά άρθρα σχετιζόμενα με την ιδιωτική ασφάλιση.

Θέλοντας να γίνει μια εκτεταμένη μελέτη για το τι εστί ιδιωτική ασφάλιση και το τι συμβαίνει παγκοσμίως, αλλά και πόσο σημαντική μπορεί να θεωρηθεί η ιδιωτική ασφάλιση, καταγράφονται άρθρα επιστημόνων μελετητών που ασχολήθηκαν με τον κόσμο την ιδιωτικής ασφάλισης. Η ιδιωτική ασφάλιση, αν και θεωρείται πολύ σημαντική, στα περισσότερα κράτη λειτουργεί ως συμπληρωματική και οι αρθρογράφοι με τη μελέτη τους στοχεύουν στην ενημέρωση περί της ιδιωτικής ασφάλισης.

Τα άρθρα που επιλέχτηκαν, σκοπό έχουν να δώσουν μια γενική αλλά παράλληλα και στοχευμένη εικόνα για την ιδιωτική ασφάλιση. Το περιεχόμενο των άρθρων είναι το εξής:

- Μελετώντας το ρόλο και την υιοθέτηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε διάφορα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με το δίλημμα αν υπάρχουν μαθήματα για τις αναπτυσσόμενες χώρες.
- Εξετάζοντας το ιδιωτικό σύστημα της Νοτιάς Κορέας.
- Ανασκοπώντας το ιδιωτικό σύστημα υγείας στο Ισραήλ.
- Σε επόμενο βήμα τίθεται στο στόχαστρο την απόφαση ενός νεαρού ενήλικα να καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας.
- Εν συνεχεία εξετάζεται ο μελλοντικός ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην υγεία.
- Τέλος ερευνάται το γεγονός πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το μέτρο της ασφάλισης υγείας (HILM) στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

2.2 Παρουσίαση των άρθρων

«Μελετώντας το ρόλο και την υιοθέτηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε διάφορα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης με το δίλημμα αν υπάρχουν μαθήματα για τις αναπτυσσόμενες χώρες»

Πολλές αναπτυσσόμενες χώρες εισάγουν (McIntyre D, Garshong B, Mtei G, et al. 2008) (The World Health Organization 2010) τα συστήματα κοινωνικής και εθνικής ασφάλισης υγείας (SHI), ανταποκρινόμενες στην έκκληση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) να προχωρήσουν προς την καθολική υγειονομική περίθαλψη. (nhis.gov.gh [homepage on the Internet] 2012) Οι αναπτυσσόμενες χώρες που πρόσφατα εισήγαγαν ή επέκτειναν το SHI περιλαμβάνουν την Κίνα, το Βιετνάμ, την Κολομβία, το Μεξικό, τη Νιγηρία, τη Γκάνα, τη Νότια Αφρική και την Τανζανία. (Wagstaff A. 2010)

Ωστόσο η κάλυψη των κενών της υγειονομικής περίθαλψης, μπορεί να επιτευχθεί μόνο με ένα ή ένα συνδυασμό από τα ακόλουθα: (1) πληρωμές OOP(out of pocket), (2) τη γενική φορολογία, ή (3)ιδιωτική ασφάλιση υγείας (PHI). (Metiboba S 2011) (Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, et al. 19999)

Ενώ τα συστήματα SHI ενδεχομένως να προσφέρουν τα πιο δίκαια μέσα χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης, το PHI αναγνωρίζεται ως σημαντική επιλογή για τις αναπτυσσόμενες χώρες.

Το PHI μπορεί να ταξινομηθεί σε τρεις γενικές κατηγορίες: (1) ασφάλιση της υγείας της ελεύθερης αγοράς, (2) ασφάλιση ελεγχόμενης αγοράς, και (3) λογαριασμοί ταμειυτηρίου υγείας (MSAs). (Folland S, Goodman AC, Stano M. 2010) (Organisation for Economic Co-operation and Development 2012) (Thomson S, Foubister T, Mossialos E. 2009)

1 Στην ελεύθερη αγορά το PHI αν και ως επί το πλείστον ρυθμίζεται μέσω της νομοθεσίας, τα άτομα υψηλού κινδύνου πληρώνουν υψηλότερα ασφάλιστρα από εκείνα με χαμηλό κίνδυνο.

2. Σε ελεγχόμενη αγορά PHI, η κυβέρνηση επιβάλλει κανόνες και τους μηχανισμούς για την εξίσωση των κινδύνων σε ολόκληρη την κοινότητα (McLeod H, Grobler P. 2009)

3 MSAs, εναλλακτικά οι γνωστοί λογαριασμοί ταμειυτηρίου υγείας (HSAs) προσφέρουν ένα μέσο για την παροχή κάλυψης PHI για καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και ένα ξεχωριστό ταμείο για την εκλεκτική θεραπεία και τις δαπάνες OOP μέσω της τακτικής αποταμίευσης. (Folland S, Goodman AC, Stano M. 2010)

Για τις αναπτυσσόμενες χώρες που εξετάζουν τις δυνατότητες του PHI (Organisation for Economic Co-operation and Development.2011) στη βελτίωση της ισότητας στη χρηματοδότηση και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και στην αντιμετώπιση των κενών στην πρόβλεψη, θα ήταν ωφέλιμο να εξεταστεί ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα χωρών (Ηνωμένες Πολιτείες, Ηνωμένο Βασίλειο, Κάτω Χώρες, Γαλλία, Αυστραλία και Λετονία) που χρησιμοποιούν τις κύριες κατηγορίες συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης σύμφωνα με τις μεθόδους χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης. Το δείγμα αυτό απεικονίζει τις κύριες μορφές και τους ρόλους του PHI. (Organisation for Economic Co-operation and Development. 2012) (Health Systems in Transition 2012)

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, το PHI αποτελεί πρωταρχική πηγή χρηματοδότησης σε συνδυασμό με φορολογικά προγράμματα για την υποστήριξη ευάλωτων ομάδων. (Folland S, Goodman AC, Stano M. 2010) Δηλαδή οι ΗΠΑ κατηγοριοποιούνται ως «μεικτό σύστημα», καθώς έχουν ένα σύστημα large free market PHI (VHI) ως κύρια πηγή financing, η οποία λειτουργεί σε συνδυασμό με δημόσια προγράμματα χρηματοδοτούμενα από φορολογικά έσοδα για συγκεκριμένες ομάδες. Χρηματοδοτούνται με δημόσιους πόρους υγειονομικής περίθαλψης μέσω των προγραμμάτων Medicare και Medicaid. Η επίτευξη καθολικής υγειονομικής περίθαλψης αντιμετωπίζεται με την ACA στις ΗΠΑ, αλλά παραμένουν σημαντικές προκλήσεις. (Thomson S, Osborn R, Squires D, Reed SJ.2012) (Squires DA. The US health system in perspective 2011) (Schoen C, Doty MM, Robertson RH, Collins SR. 2011) (Schoen C, Doty MM, Robertson RH, Collins SR. 2011) (Oberlander J. 2011)

Στο Ηνωμένο Βασίλειο το PHI χρησιμοποιείται σε συμπληρωματικό ρόλο στα καθολικά φορολογικά συστήματα. Το Ηνωμένο Βασίλειο παρέχει καθολική κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης μέσω των εθνικών της Υπηρεσίας Υγείας (NHS) με συμπληρωματική της ελεύθερης αγοράς PHI (VHI). Οι υπηρεσίες υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι σε μεγάλο βαθμό δωρεάν εντός του ΕΣΥ και καλύπτουν τους κατοίκους που πληρούν τις προϋποθέσεις από την έναρξη έως τη λήξη της ζωής τους. Οι πηγές χρηματοδότησης περιλαμβάνουν άμεσους και έμμεσους φόρους καθώς και τις εθνικές ασφαλιστικές εισφορές. Ωστόσο, ορισμένες υπηρεσίες που δεν καλύπτονται χρηματοδοτούνται από τέλη χρήσης, άμεσες πληρωμές Out Of Pocket, ή μέσω PHI. (Boyle S. 2011) (Wales. Williams B, Whatmough P, McGill J, Rushton L. 2000) (King D, Mossialos E. 2005)

Το PHI χρησιμοποιείται κυρίως για την αποφυγή κάποιων από τους περιορισμούς του NHS (ΕΣΥ). Π.χ. σχετικά μεγάλες νοσοκομειακές λίστες αναμονής, περιορισμένη επιλογή των εξειδικευμένων παρόχων, και ενδεχομένως χαμηλότερες προδιαγραφές των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου σε σύγκριση με παροχές από PHI. (Folland S, Goodman AC, Stano M. 2010) Χρησιμοποιείται επίσης για την κάλυψη της περίθαλψης που δεν παρέχεται πλέον από το NHS, όπως οι υπηρεσίες οπτικών και η κατανομή του κόστους στο πλαίσιο της οδοντιατρικής περίθαλψης (Boyle S. 2011)

Στη Γαλλία το PHI χρησιμοποιείται συμπληρωματικά για την κάλυψη κενών στη δημόσια χρηματοδότηση. Η κάλυψη της υγειονομικής περίθαλψης στη Γαλλία είναι πλέον σχεδόν καθολική σε 99,9% ως αποτέλεσμα της εισαγωγής της "couverture maladie universelle- παγκοσμία κάλυψη υγείας" (CMU) το 2000.

Ενώ η κοινωνική ασφάλιση υγείας καλύπτει ολόκληρο τον πληθυσμό, δεν καλύπτει το 100% των δαπανών που καταβάλλονται με τη χρήση υπηρεσιών αμοιβής για υπηρεσία. Για να καλυφθεί αυτό το κενό, η συντριπτική πλειοψηφία (92%) του πληθυσμού έχει PHI (VHI) είτε μέσω των εργοδοτών τους είτε μέσω κουπονιών. Η Γαλλία δαπανά περίπου το 12% του ΑΕΠ της για την υγειονομική περίθαλψη, η οποία είναι ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ). Για να βοηθήσει τους φτωχότερους της κοινωνίας, τα άτομα με φορολογητέο εισόδημα μικρότερο των € 9.020 ετησίως απαλλάσσονται από paying εισφορές SHI, ενώ άτομα με εισοδήματα πάνω από αυτό το όριο αποδοχών εισφέρουν 8% του φορολογητέου εισοδήματός τους. Επιπλέον, η δωρεάν κάλυψη PHI προσφέρεται σε άτομα με εισόδημα κάτω από ένα καθορισμένο ανώτατο όριο (€ 7.521). (Chevreul K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. 2010) (Rapport d'activité 2009.)

Στην Ολλανδία, το PHI είναι συμπληρωματικό της υποχρεωτικής ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Είναι νόμιμο και ελεγχόμενο PHI που λειτουργεί σε συνδυασμό με SHI για την παροχή ολοκληρωμένης κάλυψης. Οι Κάτω Χώρες δαπανούν περίπου το 12% του ΑΕΠ τους για την υγειονομική περίθαλψη και έχουν τη δεύτερη υψηλότερη κατά κεφαλήν δαπάνη πίσω από τις ΗΠΑ.

- 75% των δαπανών για την υγεία είναι δημόσια.
- Παρατηρείται πολύ χαμηλό ποσοστό συνεισφορών OOP - το χαμηλότερο στο δείγμα στο 6%.
- Το PHI (VHI) αντιπροσωπεύει μόλις το 6,2% των συνολικών δαπανών για την υγεία.

Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται από ένα "διαμερισμένο" σύστημα με δύο βασικά συστατικά στοιχεία. Το πρώτο είναι η μακροχρόνια φροντίδα και η περίθαλψη αναπηρίας, η οποία χρηματοδοτείται από το νόμιμο SHI και ρυθμίζεται από τον νόμο για τις ειδικές ιατρικές δαπάνες (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ). Το δεύτερο στοιχείο αποτελείται από βασική ασφάλιση υγείας για βραχυπρόθεσμη ιατρική περίθαλψη, η οποία χρηματοδοτείται από υποχρεωτική και ελεγχόμενη PHI. Τα άτομα καταβάλλουν μια ονομαστική πριμοδότηση με βάση την κοινότητα και μια εργοδοτική εισφορά εξαρτώμενη από το εισόδημα, η οποία αφαιρείται απευθείας από τους μισθούς. Ένα επίδομα υγειονομικής περίθαλψης είναι διαθέσιμο για ομάδες χαμηλότερου εισοδήματος. Το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού αγοράζει PHI (VHI) από τους ίδιους ασφαλιστές υγείας που παρέχουν νόμιμη κάλυψη.

Επομένως, το σύστημα των Κάτω Χωρών απεικονίζει έναν δευτερεύοντα ρόλο για το PHI (VHI) με μια δραματική αλλαγή από το προηγούμενο σύστημα SHI σε μια εξάρτηση από το υποχρεωτικό και εξαιρετικά ελεγχόμενο PHI για βραχυχρόνια περίθαλψη. Όπως και η Γαλλία, χρησιμοποιείται ένα περίπλοκο σύνολο ρυθμίσεων για την παροχή σχεδόν καθολικής κάλυψης του πληθυσμού. (Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, et al. 2010)

Η Λετονία προσφέρει ένα ιδιαίτερα χρήσιμο παράδειγμα PHI (VHI) σε ένα συμπληρωματικό ρόλο παράλληλα με ένα φορολογικά χρηματοδοτούμενο νόμιμο σύστημα SHI σε μια πρώην χώρα ανατολικού μπλοκ. Μετά από την ένταξή της στην ΕΕ το 2004, σημειώθηκαν αρκετά ριζικές αλλαγές.

Η κεντρική κυβέρνηση είναι υπεύθυνη για τη χρηματοδότηση του συστήματος SHI μέσω των φορολογικών εσόδων και η πρόσθετη χρηματοδότηση προέρχεται απευθείας από τις πληρωμές των out of pocket και από το PHI (VHI). Το στοιχείο των δημοσίων δαπανών αντιπροσωπεύει περίπου τα δύο τρίτα των συνολικών δαπανών για την υγεία. Το ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας για το PHI υπολογίζεται σε 5%. Το ενδιαφέρον για το PHI (VHI) παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 1996, μετά την εισαγωγή των τελών χρήσης και η αγορά αυξήθηκε ταχέως έκτοτε. Τα ασφαλιστρα αυξήθηκαν από περίπου 3 εκατ. Ls το 1997 σε περίπου 18 εκατ. Ls το 2008. Τα στοιχεία για τις δαπάνες των OOP ως ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών παρουσιάζουν πολύ υψηλό ποσοστό (97,3%) χρησιμοποιώντας στοιχεία του 2010. Η παρατηρούμενη αύξηση των συμπληρωματικών δαπανών PHI (VHI) και OOP στη Λετονία αντικατοπτρίζει την αδυναμία δημόσιας χρηματοδότησης για την κάλυψη της

αυξανόμενης ζήτησης υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.(Tragakes E, Brigis G, Karaskevica J, et al. 2008)

Στην Αυστραλία, η κυβέρνηση ενθαρρύνει την υιοθέτηση συμπληρωματικών PHI μέσω φορολογικών εκπτώσεων και κυρώσεων. Η Αυστραλία προσφέρει ένα παράδειγμα του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιούνται κίνητρα για την ενθάρρυνση της υιοθέτησης ελεγχόμενου PHI για ορισμένες πτυχές της φροντίδας (νοσοκομείο) ως εναλλακτική λύση σε ένα καθολικό φορολογικό σύστημα. Πρόκειται για μια μορφή συμπληρωματικού PHI, δεδομένου ότι οι χρήστες δεν επιτρέπεται να αποχωρήσουν από τις φορολογικές τους δεσμεύσεις για τη χρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος η Αυστραλία ξοδεύει ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό ΑΕΠ στην υγεία κάτω από 9%, αλλά επιτυγχάνει κατά κεφαλήν δαπάνη πάνω από άλλες χώρες που ξοδεύουν λιγότερο ως μερίδιο του ΑΕΠ. Αυτό το χαρακτηριστικό αντικατοπτρίζει μια σχετικά ισχυρή οικονομία. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης χρηματοδοτείται κυρίως από τη γενική φορολογία, δεδομένου ότι οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία είναι 67%, ενώ οι δαπάνες για τα OOP είναι οι υψηλότερες στο δείγμα σε σχεδόν 20%. Η χρηματοδότηση περιλαμβάνει επίσης μια μικρή νόμιμη εισφορά ασφάλισης και λογαριασμούς PHI για ένα σχετικά χαμηλό ποσοστό 8,2%. (Thomson S, Osborn R, Squires D, Reed SJ 2012) (Glover J, Tennant S, Duckett S. 2009) (Banks E, Jorm L, Lujic S, Rogers K. 2009) (Moorin R, Holman CD. 2006)

Το δημόσιο σύστημα ασφάλισης ασθενείας που χρηματοδοτείται από το δημόσιο, το Medicare, παρέχει καθολική πρόσβαση σε επιδοτούμενες ιατρικές υπηρεσίες, επιδοτούμενα φάρμακα και δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη σε κάποιον που είναι δημόσιος ασθενής. Οι άνθρωποι μπορούν επίσης να βγάλουν ελεγχόμενο PHI για να καλύψουν ή να καλύψουν εν μέρει το οικονομικό κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης ως ιδιωτικοί ασθενείς για να διευκολύνουν την ταχύτερη πρόσβαση σε εκλεκτική χειρουργική επέμβαση με καθεστώς ιδιωτικού ασθενούς ή να καλύψουν ολοκληρωτικά ή μερικώς τις οδοντικές και άλλες υπηρεσίες. (Healy J, Sharman E, Lokuge B. 2006)

Το 2000, η κυβέρνηση εισήγαγε τη Lifetime Health Cover (LHC), μια πρωτοβουλία που αποσκοπούσε στο να ενθαρρύνει τους ανθρώπους να πάρουν PHI από νεαρή ηλικία και να διατηρούν την κάλυψη τους καθ 'όλη τη διάρκεια της ζωής τους. (Lifetime health cover [webpage on the Internet] 2012) Στο πλαίσιο της LHC, η έγκαιρη πρόσληψη του PHI επιβραβεύεται με χαμηλότερα ασφάλιστρα (σε αναγνώριση του γεγονότος ότι οι νεότεροι είναι λιγότερο πιθανό να απαιτούν νοσοκομειακή περίθαλψη από τους

ηλικιωμένους). (Lifetime health cover [webpage on the Internet]. 2012) (Econtech Pty Ltd, Harper Associates, Hagan P. 2004) Επομένως:

- Σε χώρες όπου το σύστημα δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης παρέχει καθολική πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών, η ελεύθερη αγορά PHI έχει κυρίως συμπληρωματικό ρόλο στη διευκόλυνση της ταχύτερης πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη ή στην κάλυψη των κενών στις υπηρεσίες.
- Σε άλλες χώρες, το PHI είναι συμπληρωματικό του δημόσιου συστήματος, καλύπτοντας υπηρεσίες ή επιστροφές που χρηματοδοτούνται μερικώς από το δημόσιο σύστημα.
- Σε άλλες χώρες, το PHI ελεγχόμενης αγοράς είναι υποχρεωτικό, αλλά απαιτεί μηχανισμούς εξισορρόπησης των κινδύνων και υψηλό βαθμό κυβερνητικής παρέμβασης για την εξασφάλιση ισότητας, με θετικά και αρνητικά κίνητρα αποτελεσματικά για την ενθάρρυνση της απορρόφησής του.
- Οι επιπτώσεις του PHI στην ισότητα στη χρηματοδότηση και την πρόσβαση μπορεί να είναι θετικές ή αρνητικές ανάλογα με τη μορφή και τον ρόλο του PHI. (Sekhri N, Savedoff W. Private 2005)
- Ενώ οι αναπτυσσόμενες χώρες αντιμετωπίζουν μείζονες προκλήσεις για την επίτευξη του στόχου της καθολικής υγειονομικής περίθαλψης, το PHI παίζει ρόλο σε πολλά αναδυόμενα συστήματα και είναι πιθανό να εξελιχθεί περαιτέρω στο μέλλον με ένα συνδυασμό χρηματοοικονομικών ρυθμίσεων. (Onwujekwe O, Onoka C, Uzochukwu B, Hanson K. 2006)

«Εξετάζοντας το ιδιωτικό σύστημα της Νοτίας Κορέας»

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στη Νότια Κορέα έχει συμπληρωματικό ρόλο αντισταθμίζοντας την ανεπαρκή κάλυψη από την Εθνική Ασφάλιση Υγείας. Η συγκεκριμένη μελέτη προχώρησε σε ανάλυση της επίδρασης της κατανομής του κόστους στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην αξιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης. Για τη διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης χρησιμοποιήθηκε δείγμα 803 αγοραστών με ασφάλιση υγείας αποζημίωσης και 7023 μη αγοραστών που δεν έλαβαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η ολοκλήρωση της έρευνας παρουσίασε σημαντικά διδάγματα για τους υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων και τις μελλοντικές πολιτικές ασφάλισης υγείας στην Κορέα και σε άλλες χώρες όσον αφορά τον επιμερισμό του κόστους στην ιατρική περίθαλψη. Όταν οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής σκοπεύουν να εφαρμόσουν τον επιμερισμό του κόστους, χρειάζεται ένα διαφορετικό

σχέδιο αντιστάθμισης ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή τη σοβαρότητα της νόσου.

Ιστορικό

Το νοτιοκορεατικό σύστημα ασφάλισης υγείας ακολουθεί το πρόγραμμα Εθνικής Ασφάλισης Υγείας (NHI). Το πρόγραμμα NHI τέθηκε σε εφαρμογή το 1963 με τον νόμο για την ιατρική ασφάλιση για την παροχή ενός δικτύου κοινωνικής προστασίας για τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης όλων των κορεατών πολιτών. Μέχρι το 1989, σχεδόν όλοι οι πολίτες των νοτιοκορεατικών εδαφών υποβλήθηκαν σε υποχρεωτική εγγραφή στο πρόγραμμα NHI (Shin J. 2012).

Η Κορέα πέτυχε καθολική κάλυψη μέσω αυτού του υποχρεωτικού προγράμματος NHI. Ο δημόσιος τομέας όμως αντιπροσωπεύει μόνο το 55,3% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Από το 2011, ο αριθμός αυτός ήταν πολύ χαμηλότερος από τον μέσο όρο των 72,2% για τις χώρες του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) (OECD health data 2013). Λόγω της χαμηλής κάλυψης και των υψηλών δαπανών των νοικοκυριών, οι Κορεάτες είχαν την τάση να λύσουν τις ανεπαρκείς ανάγκες κάλυψης χρησιμοποιώντας ιδιωτική ασφάλιση υγείας (Kim KH 2011) (Huh SI, Lee SY 2007).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας διακρίνεται ως πρωταρχική και συμπληρωματική ασφάλιση υγείας με βάση το ρόλο της στο σύστημα υγείας και την αλληλεπίδρασή της με την δημόσια κάλυψη (Colombo F, Taray N. 2004).Στη Νότιο Κορέα, το PHI λειτουργεί κυρίως ως και συμπληρωματική ασφάλιση υγείας στο πλαίσιο του προγράμματος NHI (Yun HS 2008).

Υπάρχουν δύο τύποι PHI στην Κορέα. Ένας τύπος είναι η σταθερή ασφάλιση παροχών, η οποία καταβάλλει ένα σταθερό ποσό που ορίζεται σύμφωνα με τη σύμβαση PHI. Ο άλλος τύπος είναι η ασφάλιση ασθενείας, η οποία καλύπτει πλήρως τις υπηρεσίες των ανασφάλιστων με το πρόγραμμα NHI και τις πληρωμές εκτός τσέπης για υπηρεσίες που καλύπτονται από το πρόγραμμα NHI(Shin J. 2012), (Huh SI, Lee SY 2007). Το συνολικό ποσοστό των νοικοκυριών με PHI αυξήθηκε από 70,6% το 2008-76,8% το 2011(Korea Institute for Health and Social Affairs, Korea National Health Insurance Corporation. 2013). Με αυτό τον αυξανόμενο αριθμό αγοραστών PHI, δημιουργείται ανησυχία για τις ενδεχόμενες αρνητικές επιπτώσεις του PHI στο NHI. 1)Εάν ο αγοραστής του PHI χρησιμοποιεί περισσότερη υγειονομική περίθαλψη, τότε το PHI έχει δημοσιονομική επίπτωση στο NHI (δηλαδή, το PHI μπορεί να οδηγήσει σε υψηλότερη χρήση και δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης) και υπάρχει μια ανισότητα

μεταξύ των αγοραστών και των μη αγοραστών του PHI. (Yun HS 2008), (Lee C. 2010), (Jeon B, Kwon S. 2013) Επιπλέον, έγινε αντιληπτό ότι 2) τα άτομα με ασφάλιση υγείας αποζημιώσεων χρησιμοποιούν περισσότερη υγειονομική περίθαλψη από εκείνους που αγοράζουν PHI με σταθερά οφέλη (Kang S, You CH, Kwon YD, Oh EH. 2009) Συνεπώς, η συμπληρωματική PHI ενδέχεται να συμβάλει στην ταχεία αύξηση των δαπανών για την υγεία, προκαλώντας κατακερματισμό του συστήματος υγείας.(Huh SI, Lee SY 2007) Ως αποτέλεσμα πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή του ελαχίστου καταμερισμού κόστους για την ασφάλιση ασθένειας για να περιορίσει τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης μειώνοντας τον ηθικό κίνδυνο στην χρήση υπηρεσιών υγείας.(Phelps CE. 1997), (Wagstaff A. 1986), (Zweifel P, Manning WG. 2000)

Ποιος ο σκοπός της μελέτης; Να αναλύσει την επίδραση της κατανομής του κόστους στο PHI (αποζημίωση) στην αξιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης εξετάζοντας τον αριθμό επισκέψεων σε εξωτερικούς ασθενείς, τον αριθμό επισκέψεων σε νοσοκομεία και τη διάρκεια διαμονής.(Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH 1992), (Kupor SA, Liu YC, Lee J, Yoshikawa A. 1995)

Η κατανομή του κόστους περιλάμβανε μόνο τους δικαιούχους ασφάλισης ασθένειας αποζημίωσης. Έτσι, η μελέτη αυτή συνέκρινε τη διαφορά μεταξύ των ατόμων με ασφάλιση ασφάλισης ασθένειας και αυτών χωρίς PHI και αποσκοπούσε στο να αποκαλύψει την καθαρή επίδραση της πολιτικής δαπανών σε άτομα με ασφάλιση ασθένειας. Τα στοιχεία αποκτήθηκαν από την Κορεάτικη Έρευνα της Επιτροπής για την Υγεία, η οποία συλλέχθηκε από τον Οκτώβριο του 2008 έως τον Δεκέμβριο του 2011. [31]

Τα αρχικά στοιχεία αναφοράς για το 2008 αποτελούνταν από πληροφορίες από 21.283 άτομα σε 7009 νοικοκυριά. Η ομάδα ελέγχου περιλάμβανε όσους αγόραζαν PHI και η ομάδα παρέμβασης (δηλαδή η ομάδα δικαιούχων) δεν περιλάμβανε ούτε αυτούς που αγόραζαν PHI με σταθερά οφέλη ούτε όσους αγόραζαν PHI σταθερού οφέλους και αποζημίωσης, προκειμένου να μειωθεί η ετερογένεια της ομάδας παρέμβασης.

Στη συνέχεια περιορίστηκε ο πληθυσμός της μελέτης σε άτομα που αγόραζαν ασφάλιση υγείας αποζημίωσης ή δεν αγόραζαν PHI. Συνολικά, το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση περιορίστηκε σε 7021 μη αγοραστές και 803 αγοραστές.

Μεταβλητές

Η κύρια ανεξάρτητη μεταβλητή ήταν ο όρος αλληλεπίδρασης (εκτιμητής διαφοράς στη διαφορά) μεταξύ του ομίλου (αγοραστή ή μη αγοραστή) και του χρόνου (2008-2011). Οι εξαρτώμενες μεταβλητές μετρούσαν την ποσότητα της χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης (δηλ. Τον συνολικό αριθμό επισκέψεων εξωτερικού ασθενούς ανά άτομο, τον συνολικό αριθμό ημερών εισόδου ανά άτομο και τη διάρκεια διαμονής ανά άτομο). Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν:

- I. Δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και περιοχή).
- II. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα νοικοκυριού, χρηματοδότηση της δημόσιας υγείας).
- III. Σχετικοί με την υγεία παράγοντες (αριθμός των χρόνιων ασθενειών (0, 1, 2 ή ≥ 3 ασθένειες).

Αποτελέσματα

Υπήρχαν 7824 συνολικά συμμετέχοντες (7021 μη αγοραστές και 803 αγοραστές). Παρουσιάστηκαν αλλαγές στη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ μη αγοραστών και αγοραστών από το 2008 έως το 2011.

- ✓ Ενώ ο μέσος αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών στην ομάδα των μη-αγοραστών αυξήθηκε σταδιακά (13,80 το 2008, 16,10 το 2009, 18,70 το 2010 και 20,86 το 2011),
- ✓ Ο μέσος αριθμός επισκέψεων εξωτερικών ασθενών στην ομάδα των αγοραστών αυξήθηκε βραδεία (11,78 το 2008, 11,86 Το 2009, 12,24 το 2010 και 12,32 το 2011).
- ✓ Η τάση χρησιμοποίησης εσωτερικών ασθενών τόσο για τους αγοραστές όσο και για τους μη αγοραστές αυξήθηκε μέχρι το 2010.

Συμπέρασμα

Ο αντίκτυπος του επιμερισμού του κόστους στην αξιοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης έχει εδραιωθεί. Η συνολική χρήση των εξωτερικών ασθενών μειώθηκε μετά την εισαγωγή της κατανομής του κόστους στην ασφάλιση υγείας αποζημίωσης. Ωστόσο, αυτό το μέγεθος των αποτελεσμάτων ήταν ισχυρότερο για τους φτωχούς και οι ασθενείς με τρεις ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες δεν άλλαξαν τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Παρόλο που η καθιέρωση της κατανομής του κόστους στην

ασφάλιση ασθενείας αποζημίωσης σχεδιάστηκε για να περιορίσει τις δαπάνες για την υγειονομική περίθαλψη μειώνοντας τον ηθικό κίνδυνο στην ιατρική χρήση, η κατανομή του κόστους οδηγεί σε μειωμένη πρόσβαση στη χρήση ιατρικών υπηρεσιών για τους φτωχούς. Όταν οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής σκοπεύουν να εφαρμόσουν τον επιμερισμό του κόστους, χρειάζεται ένα διαφορετικό σχέδιο αντιστάθμισης ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση ή τη σοβαρότητα της νόσου. Τα άτομα που ανήκουν σε ευάλωτες ομάδες είναι πιο επιρρεπή σε μειωμένη πρόσβαση κατά την εφαρμογή της κατανομής των δαπανών. Ως εκ τούτου, κατά τον σχεδιασμό του συστήματος κατανομής των δαπανών τίθεται η πρόταση να εφαρμόζεται χαμηλός συντελεστής κάλυψης των δαπανών για την ασφάλιση ασθενείας στους φτωχούς ή στα άτομα που χρειάζονται υγειονομική περίθαλψη ή εκείνων που ουσιαστικά χρειάζονται χρήση υγειονομικής περίθαλψης δεν παρεμποδίζονται από ιατρική πρόσβαση (Schreyögg J, Grabka MM. 2010).

«Ανασκοπώντας το ιδιωτικό σύστημα υγείας στο Ισραήλ»

Ο νόμος περί εθνικής υγειονομικής περίθαλψης που ψηφίστηκε το 1995 επέτρεπε την πώληση συμπληρωματικών ασφαλιστικών σχεδίων και τα σχέδια αυτά λειτούργησαν απευθείας από την Kupot Holim (τα «Sick Funds») και όχι από εμπορικές ασφαλιστικές εταιρείες (Brammli-Greenberg S, Keidar N 2013). Την περίοδο αυτή (1998-2011), το Ισραήλ έγινε μία από τις ηγετικές χώρες των ιδιωτικών σχεδίων υγειονομικής περίθαλψης - κατέλαβε την τέταρτη θέση μετά τις ΗΠΑ, τη Γαλλία και τον Καναδά (Brammli-Greenberg S, Keidar N 2013), (Brammli-Greenberg S, Gross R, Yair Y, Akiva A 2011)

Στα τέλη του 2012 η κατάσταση του ιδιωτικού (συμπληρωματικού και εμπορικού) τομέα ασφάλισης υγείας αντικατοπτρίζει την επανάσταση που επηρέασε τη βιομηχανία τόσο από την άποψη του αριθμού των ατόμων που καλύπτονται από ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα όσο και από την άποψη του οικονομικού πεδίου εφαρμογής των σχεδίων αυτών. Πιο συγκεκριμένα:

- Τα ιδιωτικά (συμπληρωματικά και εμπορικά) σχέδια ασφάλισης υγείας ανήκουν σε αυξανόμενο αριθμό ατόμων, οι οποίοι τείνουν να αγοράζουν όλο και μεγαλύτερη κάλυψη με το πέρασμα του χρόνου.
- Τα ασφάλιστρα και τα έσοδα των ιδιωτικών προγραμμάτων ασφάλισης υγείας αυξάνονται.
- Επίσης αντιπροσωπεύουν πλέον το ένα τρίτο των συνολικών δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη των νοικοκυριών.

Η τάση αυτή μπορεί να οφείλεται:

- Στη μειωμένη χρηματοδότηση και το περιεχόμενο του καλαθίου ωφέλειας για τη δημόσια υγεία.
- Στη συνεχή μείωση της διαθεσιμότητας και της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών, οι οποίες έχουν διαβρώσει την εμπιστοσύνη στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και έχουν προωθήσει την αναζήτηση εναλλακτικών επιλογών ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης.
- Στην αυξανόμενη συνειδητοποίηση της ασφάλισης υγείας εν γένει (μετά τη θέσπιση του νόμου για την ασφάλιση της δημόσιας υγείας).
- Στις εξελίξεις στον τομέα της συλλογικής ασφάλισης, η οποία λειτουργεί μέσω των εργοδοτών.
- Σε μια γενική αύξηση του βιοτικού επιπέδου.
- Στις επιθετικών εκστρατειών μάρκετινγκ των ασφαλιστικών εταιρειών υγείας. Καθώς και σε μια εσφαλμένη πίστη ότι η δυνατότητα ενός ατόμου να αποκτήσει πλήρη πρόσβαση στις υπηρεσίες στο βασικό καλάθι κοινωνικής ασφάλισης εξαρτάται από το αν Το άτομο διαθέτει συμπληρωματική ή εμπορική ασφάλιση. (Ministry of Health, Division of Supervision and Control of Kupot Holim and Supplemental Health Services 2012)

Η πραγματική εξήγηση αυτής της τάσης είναι πιθανώς ένας συνδυασμός αυτών των παραγόντων. Στη συνέχεια ακολουθούν προτάσεις σχετικές με:

Τη συμμετοχή του κράτους στη ρύθμιση των ιδιωτικών ασφαλιστικών αγορών

1 Δημιουργία συγκριτικής τράπεζας δεδομένων για την ιδιωτική ασφάλιση (για θέματα όπως συγκεκριμένες χρήσεις, διανομή πολιτικών κ.λπ.) για τη στήριξη του προγραμματισμού πολιτικής και της λήψης αποφάσεων.

2 Στον τομέα της ρύθμισης των τιμών, προτείνεται:

- Εξέταση διαφόρων επιλογών για τη ρύθμιση των τιμών των εισροών ιδιωτικών ιατρικών υπηρεσιών για να αποτρέψουν τους ασφαλιστές από την προσέλκυση πελατών χρησιμοποιώντας τιμολόγια κάτω του κόστους και στη συνέχεια αύξηση των ασφαλιστρών.
- Παρέμβαση στον καθορισμό τιμών σε περιπτώσεις μη ανταγωνιστικών αγορών.

3 Στον τομέα της ρύθμισης των προϊόντων, προτείνεται καθιέρωση ενός μηχανισμού προαγωγής προϊόντων σε προγράμματα εθελοντικής ασφάλισης και

η διασφάλιση ότι ο κανονισμός δεν θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στις καινοτομίες ή στον ανταγωνισμό.

Τις επιπτώσεις των εξελίξεων στον ιδιωτικό (συμπληρωματικό και εμπορικό) τομέα ασφάλισης υγείας στους καταναλωτές

1 Για να μειωθεί η πρακτική της διπλής ασφάλισης, προτείνεται αύξηση της ευαισθητοποίησης των καταναλωτών σχετικά με πιθανές διπλές ασφάλειες πριν από την αγορά, μέσω:

- Μιας εκστρατείας μέσω ενημέρωσης σχετικά με τα δικαιώματα που διατίθενται στη βασική υγεία.
- Απαγόρευση εμπορίας ασφαλιστικών προϊόντων που δημιουργούν διπλή κάλυψη.
- Περιορισμοί στη σύνθεση / περιεχόμενο / όρους ασφαλιστηρίων συμβολαίων

2 Για την μεγιστοποίηση της απόδοσης της επένδυσης του καταναλωτή στην ασφάλιση υγείας, προτείνεται αναθεώρηση των μέτρων που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της απόδοσης των καταναλωτών στην ασφάλιση υγείας, αναπτύσσοντας πρόσθετους δείκτες που αντανακλούν την ικανοποίηση των καταναλωτών (κατά την αγορά και κατά την άσκηση των δικαιωμάτων) και την ποιότητα των υπηρεσιών (οι κλινικές και ασφαλιστικές πτυχές της ποιότητας των υπηρεσιών)

3 Τέλος, για να βοηθήσουν τους καταναλωτές να διασφαλίσουν ότι οι ισχυρισμοί τους δεν απορρίπτονται, προτείνεται ο Επίτροπος Ασφαλείας να δημοσιεύει πληροφορίες σχετικά με απορριφθείσες αξιώσεις καθώς και δικαστικές αποφάσεις που ανακάλεσαν τις απορρίψεις των ασφαλιστικών εταιρειών.

«Ο νεανικός ανασφάλιστος πληθυσμός των ΗΠΑ»

Μια πρόσφατη έκθεση του Γραφείου απογραφής των ΗΠΑ ανέφερε ότι 42 εκατομμύρια Αμερικανοί ανασφάλιστοι ζουν στις Ηνωμένες Πολιτείες το 2013 (Health Insurance Coverage in the United States 2013).

Οι νέοι ενήλικες αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό Αμερικανών που δεν καλύπτονται από σχέδιο ασφάλισης υγείας (Short P. 2004) Οι νέοι ενήλικες ηλικίας μεταξύ 18 και 24 ετών είναι περίπου 30% λιγότερο πιθανό να είναι ασφαλισμένοι από ό, τι ο υπόλοιπος πληθυσμός (Joint Economic Committee 2004). Οι πιθανότητες να ασφαλιστούν αυξάνονται καθώς ένα άτομο μεγαλώνει. Περίπου το 25% των ατόμων ηλικίας μεταξύ 25 και 34 ετών είναι ανασφάλιστοι σε σύγκριση με 18% μεταξύ 35 και 44 ετών και 13% μεταξύ 45 και 65 ετών.

Το τοπίο του κλάδου της ασφάλισης υγείας άλλαξε με το πέρασμα του νόμου για την προσιτή φροντίδα (ACA) τον Μάρτιο του 2010 και με την απόφαση του Ανώτατου Δικαστηρίου του Ιουνίου 2012 να τηρήσει την ατομική εντολή για ασφαλιστική κάλυψη υγείας που συνδέεται με αυτό. Το ACA επιτρέπει πλέον στους νέους φοιτητές να παραμείνουν στα ασφαλιστικά τους σχέδια μέχρι να είναι ηλικίας 26 ετών, γεγονός που θα επιτρέψει σε νέους ενήλικες να έχουν πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Για πολλούς λόγους, πολλοί νέοι ενήλικες επιλέγουν αυτή τη στιγμή να μην αγοράσουν ασφάλιση υγείας όταν γίνουν 18 ή όταν αποφοιτήσουν από το κολλέγιο. Επιπλέον, το 2014 η ACA επέτρεψε την επέκταση του Medicaid. Αυτό επέτρεψε στους ενήλικες κάτω του 133% του ομοσπονδιακού επιπέδου φτώχειας να ασφαλιστούν από τη Medicaid, καλύπτοντας περίπου 7,1 εκατομμύρια περισσότερους ενήλικες από ό, τι παλαιότερα καλύπτονταν από την ασφάλιση υγείας. Οι επιχορηγήσεις αμοιβών θα καλύψουν ενδεχομένως άλλα 6 εκατομμύρια νεαρούς ενήλικες. Οι νέοι ενήλικες άνω του 133% του επιπέδου φτώχειας θα είναι επιλέξιμοι για επιδοτούμενη κάλυψη ασφάλισης υγείας. Το πέρασμα του ACA δημιουργεί κυρώσεις για τα άτομα που δεν αγοράζουν ασφάλιση υγείας, εάν πληρούν τις προϋποθέσεις. Οι νέοι ενήλικες θα αναγκαστούν να πληρώσουν αυτήν την ποινή εάν αρνούνται την κάλυψη και είναι κατάλληλοι για ένα σχέδιο ασφάλισης υγείας που προσφέρει ασφαλιστήρα κάλυψης για λιγότερο από το 8% του εισοδήματός τους. Θεωρείται ότι οι διάφορες επιδοτήσεις θα μειώσουν το κόστος ασφάλισης πολλών νέων, εξαλείφοντας έτσι ένα εμπόδιο στην ασφάλιση. Θεωρείται επίσης ότι οι επιδοτήσεις θα αυξήσουν σημαντικά το ποσοστό των ασφαλισμένων νέων ενηλίκων (Voelker R. 2010).

Στη Μασαχουσέτη, όπου η ασφάλιση υγείας έχει ήδη επιβληθεί με φορολογικές κυρώσεις για εκείνους που δεν την αγοράζουν, η πλειοψηφία των νέων ενηλίκων έχουν αγοράσει ένα σχέδιο. Παρά ταύτα, οι νέοι ενήλικες εξακολουθούν να είναι η δημογραφική ομάδα αριθ. 1 που είναι λιγότερο πιθανό να ασφαλιστούν στο κράτος. Η εντολή για την ασφάλιση υγείας στη Μασαχουσέτη έδειξε ότι συμπεριλαμβάνοντας περισσότερους ανθρώπους στην ομάδα κινδύνου, ενώ με τη σειρά της μείωσης των ασφαλιστών ασφάλισης υγείας αυξάνεται η πιθανότητα ένας νεαρός ενήλικας να αγοράσει ασφάλιση υγείας (Kenney G, Pelletier J, Blumberg L. 2010).

Η ανειλημμένη κατάσταση υγείας, η αντιληπτή ανάγκη, η αντιληπτή αξία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και άλλα δημογραφικά στοιχεία έχουν αναγνωριστεί ως καθοριστικοί παράγοντες της κατάστασης ασφάλισης υγείας τόσο για τους νέους ενήλικες όσο και για τον αμερικανικό πληθυσμό εν γενει.

Υπάρχει μια γενική πεποίθηση ότι οι νέοι ενήλικες δεν αγοράζουν ασφάλιση υγείας επειδή γενικά έχουν πολύ καλή υγεία. Παρόλο που πολλοί νέοι ενήλικες είναι πράγματι υγιείς, οι ασθενείς με αναπηρίες και χρόνιες ασθένειες χρειάζονται σημαντική ιατρική περίθαλψη. Εάν τα άτομα αυτά δεν έχουν ασφάλιση υγείας, οι συνέπειες μπορεί να είναι θανατηφόρες.

Οι νέοι Αμερικανοί με αναπηρίες και μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας έχουν συνήθως ιδιωτική ή δημόσια κάλυψη ασφάλισης υγείας μέσω των γονέων τους. Μόλις οι νέοι ενταχθούν δεκαεννέα, αντιμετωπίζουν τεράστιες προκλήσεις όταν πρόκειται για την αγορά ασφάλισης υγείας, εκτός αν είναι φοιτητές και εξακολουθούν να καλύπτονται από τα ασφαλιστικά τους σχέδια των γονέων τους. Πολλοί πιστεύουν ότι το Medicaid λειτουργεί ως δίκτυ ασφαλείας για όλα τα άτομα με αναπηρίες. Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει πάντα. Υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός νεαρών ενηλίκων με μακροχρόνια προβλήματα υγείας που δεν μπορούν να λάβουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας και δεν μπορούν να καλυφθούν από το Medicaid επειδή δεν κατηγοριοποιούνται ως λειτουργικά αναπηρικά. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν ασθενείς (νέοι και ηλικιωμένοι) που δεν μπορούν να εργαστούν και έχουν περιορισμένες ή καθόλου επιλογές για την αγορά ασφάλισης υγείας.

Η πιθανότητα αγοράς ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας είναι κατά 50% χαμηλότερη για τα άτομα που έχουν κακή υγεία σε σύγκριση με τα άτομα που θεωρούν ότι βρίσκονται σε εξαιρετική κατάσταση υγείας. Οι ερευνητές διαπίστωσαν επίσης ότι τα ασφαλιστρα είναι στην πραγματικότητα 13 έως 16% υψηλότερα για τα άτομα που αντιμετωπίζουν μέτριες δυσκολίες στην υγεία και 43 έως 50% υψηλότερα για τα άτομα που αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στην υγεία σε σύγκριση με άτομα που βρίσκονται σε εξαιρετική κατάσταση υγείας. Οι έχοντες καλή υγεία είχαν ασφάλιση υγείας σε υψηλότερα ποσοστά από εκείνους με φτωχότερη υγεία.

Ένας λόγος για τον οποίο ορισμένοι ενήλικοι πείνας δεν αγοράζουν ασφάλιση υγείας μπορεί να είναι ότι αισθάνονται αθάνατοι ή ανίκητοι σε σοβαρές ασθένειες ή τραυματισμούς, ιδίως νεαρά ενήλικα αρσενικά. Ασφαλώς δεν είναι δύσκολο να καταλάβουμε ότι αυτό το αίσθημα της αήττητης μπορεί να συνεισφέρει στην έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης υγείας μεταξύ των νέων ενηλίκων. Πολλοί νέοι ενήλικες απλά δεν αναζητούν τακτική φροντίδα, δεν εκτιμούν πλήρως την ασφάλιση υγείας και αποφασίζουν να ξοδέψουν το εισόδημά τους για ενοίκια, τρόφιμα και μεταφορές (Chordas L. 2004).

Γενικά, οι νέοι ενήλικες είναι πιο υγιείς και σε καλύτερη κατάσταση από ό, τι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και επουλώνονται ταχύτερα από τους τραυματισμούς σε σχέση με τους ηλικιωμένους. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι δεν δίνουν αξία στην ασφάλιση υγείας (Wellner A. 1999).

Ορισμένοι νεαροί ενήλικες μπορεί να μην αναγνωρίσουν τη σημασία της ασφάλισης ή να μην το δουν ως όφελος. Πολλοί νέοι ενήλικες δεν είχαν ακόμη σοβαρό ιατρικό πρόβλημα και δεν βλέπουν το ενδεχόμενο σοβαρού τραυματισμού στο εγγύς μέλλον τους. Ενώ ορισμένοι νέοι ενήλικες μπορεί να συνειδητοποιήσουν ότι υπάρχουν κίνδυνοι με την ανασφάλισή τους, είναι συνήθως πρόθυμοι να δεχθούν τους κινδύνους. Αντίθετα όμως με τη γενική πεποίθηση, πολλοί νέοι ενήλικοι θεωρούν ότι η ασφάλιση υγείας είναι σημαντική (Collins S, Schoen C, Tenney K, Doty M, 2006).

Ωστόσο, μόνο το 42% των νεαρών ενηλίκων που απασχολούνται καλύπτονται από σχέδιο υγείας που χορηγείται από τον εργοδότη τους, σε σύγκριση με το 62% των ηλικιωμένων ενηλίκων που εργάζονται. Μία πιθανή εξήγηση αυτού του χαμηλού ποσοστού ασφαλιστικής πρόσληψης μεταξύ των νέων ενηλίκων είναι ότι είναι πιο πιθανό να απασχολούνται σε μερική ή προσωρινή βάση από έναν εργοδότη που προσφέρει απλά οφέλη για την υγεία (Quinn K, Schoen C, Buatti L) (Monheit AC 2008).

Αυτές οι μελέτες εγείρουν ερωτήματα σχετικά με τη συμβατική σοφία που οι νέοι ενήλικες αισθάνονται ότι δεν χρειάζονται ή επιθυμούν την ασφάλιση υγείας. Ο κύριος λόγος τους για να μην αγοράσουν ασφάλιση υγείας είναι το υψηλό κόστος της ασφάλισης υγείας στις Ηνωμένες Πολιτείες και ότι δεν μπορούν να το αντέξουν οικονομικά (Markowitz M, Gold M, Rice T. 1991). Η τιμή της ασφάλισης υγείας είναι ο νούμερο ένα στον κατάλογο των εξηγήσεων γιατί οι νέοι ενήλικες επιλέγουν να είναι ανασφάλιστοι (Employee Health Benefits: 2007).

Το χαμηλό εισόδημα είναι ένας λόγος για τον οποίο τα άτομα δεν είναι πρόθυμα να αγοράσουν σχέδια ασφάλισης υγείας. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση μπορεί να μετρηθεί με πολλαπλές μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένου του μορφωτικού επιπέδου. Εκείνοι που έχουν τη λιγότερη εκπαίδευση είναι σχεδόν πέντε φορές λιγότερο πιθανό να έχουν ασφάλιση υγείας από τους πιο μορφωμένους συμμαθητές. Τα άτομα με εισοδήματα κάτω από το επίπεδο φτώχειας είναι δύο φορές λιγότερο πιθανό να ασφαλιστούν (Peterson C. 2001)

Συνολικά το 38% των χαμηλού εισοδήματος ανασφάλιστων ενηλίκων δεν ήταν σε θέση να παρέχουν ασφάλιση υγείας επειδή αγωνίζονται να πληρώνουν για φαγητό και

στέγαση. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση φαίνεται να διαδραματίζει αναπόσπαστο ρόλο στο εάν ένα άτομο οποιασδήποτε ηλικίας αγοράζει ασφάλιση υγείας

Τα μέλη μειονοτικών ομάδων έχουν υψηλότερη πιθανότητα να είναι ανασφάλιστα, και αυτό ισχύει ιδιαίτερα εάν έχουν εισοδήματα που βρίσκονται κάτω ή κάτω από το ομοσπονδιακό επίπεδο φτώχειας[26]. Οι νέοι άνδρες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχουν ασφάλεια υγείας παρά οι νέες γυναίκες. Συνολικά, οι νέοι άνδρες έχουν το χαμηλότερο ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης υγείας[14.28.29]. Συνοπτικά, οι προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι η πραγματική κατάσταση υγείας, η αντιληπτή ανάγκη, η εκτιμώμενη αξία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με την κατάσταση της ασφάλισης υγείας ενός ατόμου.

Συμπεράσματα για τις μεταβλητές:

1. Κατάσταση υγείας: έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την κάλυψη της ασφάλισης υγείας. Ενώ υπάρχουν πολλές μελέτες που επικεντρώνονται στη σχέση μεταξύ της κατάστασης υγείας και της κάλυψης της ασφάλισης υγείας, απαιτείται περαιτέρω μελέτη προκειμένου να καθοριστεί η ακριβής σχέση μεταξύ της κατάστασης της υγείας και της κάλυψης της ασφάλισης υγείας.
2. Αντιληπτή ανάγκη: επηρέασε σημαντικά την κάλυψη της ασφάλισης υγείας των νέων ενηλίκων.
3. Αντιληπτή αξία: Αν ένα άτομο δεν μπορεί να αντέξει την ασφάλιση υγείας, δεν μπορεί να το αγοράσει. Το κόστος της ασφάλισης υγείας είναι ο πρωταρχικός λόγος για τον οποίο οι νέοι ενήλικες δεν καλύπτονται από την ασφάλιση υγείας. ο κύριος λόγος που οι άνθρωποι δεν αγοράζουν ασφάλιση υγείας είναι το κόστος.
4. Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Καθώς αυξάνεται η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αυξάνεται η πιθανότητα αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης. Τα χαμηλότερα ποσοστά ασφάλισης βρίσκονται μεταξύ ατόμων με χαμηλότερα εισοδήματα και μεταξύ των αφροαμερικανών
5. Δημογραφικά στοιχεία: α (Φυλή): Οι μειονότητες αποτελούν την πλειοψηφία του ανασφάλιστου πληθυσμού. Αυτή η μεταβλητή, μαζί με τη μεταβλητή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, ήταν οι μόνες μεταβλητές που βρέθηκαν να έχουν μια στατικά σημαντική σχέση με τη μεταβλητή ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. β) Φύλο: Το υπουργείο Εργασίας των ΗΠΑ ανέφερε ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αγοράσουν ασφάλιση υγείας από τους άνδρες. Ομοίως, μια μελέτη διαπίστωσε ότι οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό να έχουν ιδιωτική ασφάλιση

υγείας. Επίσης ίσως νεαρές γυναίκες ενήλικες διαφέρουν από τον υπόλοιπο ενήλικο πληθυσμό όσον αφορά τις αποφάσεις τους για την αγορά ασφάλισης υγείας. Οι γυναίκες μπορεί να γίνουν πιο συνειδητές στην υγεία καθώς μεγαλώνουν (Tomarken AJ, Waller NG. 2005), (Ullman JB. 2007), (Hays RD, Revicki D, Coyne KS. 2005) 34.(Byrne BM. 2004), (Schumacker RE, Lomax RG. 2010).

Καταλήγοντας:

1. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει κανένας μεμονωμένος παράγοντας που να οδηγεί τους νέους ενήλικες στο δείγμα μας να αγοράζουν ασφάλιση υγείας. Ήταν ένας συνδυασμός πολλών παραγόντων.
2. Οι νέοι ενήλικες ηλικίας 18 έως 24 ετών δεν αντιπροσωπεύουν ένα μοναδικό τμήμα του πληθυσμού που συμπεριφέρεται διαφορετικά από τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι νέοι ενήλικες συμπεριφέρονται παρόμοια με τους μεγαλύτερους ενήλικες όσον αφορά την κάλυψη της ασφάλισης υγείας.
3. Οι λόγοι για τους οποίους οι νέοι ενήλικες δεν εγγράφονται στα προγράμματα ασφάλισης υγείας μπορεί να μην διαφέρουν σημαντικά από τους λόγους που επιλέγει ο υπόλοιπος πληθυσμός
4. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ότι οι νεαροί ενήλικες στο θα μπορούσαν να έχουν πράγματι δει αξία στην ασφάλιση υγείας.

«Τέλος ερευνάται το γεγονός πώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί το μέτρο της ασφάλισης υγείας (HILM) στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας»

Η κατανόηση της ασφάλισης υγείας έχει κεντρική σημασία για την παροχή και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στις Ηνωμένες Πολιτείες. Οι προσπάθειες για τη στήριξη των καταναλωτών στη λήψη σοφών αποφάσεων αγοράς και στη χρήση της ασφάλισης υγείας προς όφελός τους θα ωφεληθούν από την ανάπτυξη ενός έγκυρου και αξιόπιστου μέτρου για την αξιολόγηση του γραμματισμού της ασφάλισης υγείας.

Η ασφάλιση υγείας είναι ένα από τα πιο σύνθετα και δαπανηρά προϊόντα που αγοράζουν και χρησιμοποιούν οι καταναλωτές κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι κρατικές και ομοσπονδιακές αγορές ασφάλισης υγείας σχεδιάστηκαν για να βελτιώσουν την πρόσβαση στην ασφάλιση για τους ανασφάλιστους και να απλοποιήσουν την επιλογή και την αγορά ασφάλισης υγείας στην ιδιωτική αγορά (PwC Health Research Institute, 2012), (Rosenbaum S., 2011).

Η ευκολία επιλογής ενός κατάλληλου σχεδίου ασφάλισης υγείας και η βέλτιστη χρήση των παροχών ασφάλισης υγείας επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες: 1) κρατικές ρυθμίσεις που περιορίζουν τα προϊόντα ασφάλισης υγείας και πρακτικές μάρκετινγκ 2) την πολυπλοκότητα των οφελών του 3) την ποιότητα της υποστήριξης που λαμβάνεται κατά την επιλογή ή τη χρησιμοποίηση της ασφάλισης υγείας και 4) τις γνώσεις και τις δεξιότητες που σχετίζονται με την ασφάλιση υγείας. Κατά τη θέσπιση του νόμου για την προσιτή φροντίδα (ACA), οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής έλαβαν μέτρα για την αντιμετώπιση των τριών πρώτων παραγόντων. (Patient Protection and Affordable Care Act, 2010), (Dash, Lucia, Keith & Monahan, 2013). Καθώς οι ομοσπονδιακές και κρατικές κυβερνήσεις προώθησαν την εφαρμογή του ACA, δόθηκε λιγότερη προσοχή στον τέταρτο παράγοντα διευκόλυνσης της επιλογής της ασφάλισης υγείας και των γνώσεων και δεξιοτήτων που σχετίζονται με την ασφάλιση υγείας. Ο αλφαριθμητισμός για την ασφάλιση υγείας ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν τη γνώση, την ικανότητα και την εμπιστοσύνη να βρίσκουν και να αξιολογούν πληροφορίες σχετικά με τα σχέδια υγείας, να επιλέγουν το καλύτερο σχέδιο για το δικό τους (ή οικογενειακό) (Quincy, 2012), (Dorn, 2011, Morgan et al., 2008), (Berkman, 2011), (McCormack, 2009, Morgan et al., 2008).

Ενώ η υγειονομική παιδεία έχει μελετηθεί και μετρηθεί ευρέως, ο αλφαριθμητισμός για την ασφάλιση υγείας δεν έχει. Αν και η κατανόηση της ασφάλισης υγείας είναι κεντρική για την παροχή και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη στις Ηνωμένες Πολιτείες, οι μελέτες των καταναλωτών και της ασφάλισης υγείας δεν έχουν σαφή ορισμό του αλφαριθμητισμού για την ασφάλιση υγείας ή ενός εννοιολογικού πλαισίου. Η ανάγκη για το μέτρο είναι προφανής. Η επιτυχία των ομοσπονδιακών και κρατικών ασφαλιστικών αγορών εξαρτάται εν μέρει από την ικανότητα των καταναλωτών να κατανοούν την ασφάλιση υγείας και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις. (Quincy, 2012) (Lowenstein et al., 2013) (Kutner et al., 2006, Malbon, 2010, Quincy, 2011a) Ο αλφαριθμητισμός για την ασφάλιση υγείας είναι ένας παράγοντας που μπορεί να καθορίσει εάν οι καταναλωτές επιλέγουν ένα κατάλληλο σχέδιο υγείας και χρησιμοποιούν την ασφάλιση υγείας προς όφελός τους και σε αυτό μπορεί να συμβάλει το HILM.

1. Το HILM ένα μέτρο για την αξιολόγηση του αλφαριθμητισμού για την ασφάλιση υγείας, με στόχο να ρίξουμε φως στην εμπιστοσύνη των καταναλωτών και στην πρακτική τους όσον αφορά τις ασφαλιστικές συμβουλές υγείας κατά την επιλογή και τη χρήση της ασφάλισης υγείας. Τα στοιχεία που προκύπτουν από

τη χρήση του μέτρου της ευελιξίας της ασφάλισης υγείας (HILM) αποσκοπούν στην παροχή εμπειρικών δεδομένων που θα βοηθήσουν στην απάντηση τέτοιων ερωτημάτων όπως ποιες ομάδες χρειάζονται πρόσθετη υποστήριξη για την εξωστρέφεια όταν εγγράφονται στην ασφάλιση ασθενείας και χρησιμοποιούν οφέλη για υπηρεσίες μετά την εγγραφή τους; Ποια θέματα και δεξιότητες θα πρέπει οι σύμβουλοι καταναλωτών και οι εμπειρογνώμονες στον τομέα της υγειονομικής παιδείας να επικεντρώσουν τις προσπάθειές τους ώστε να βοηθήσουν καλύτερα τους καταναλωτές στην επιλογή και τη χρήση της ασφάλισης υγείας.

2. Τα στοιχεία που παράγονται από το HILM μπορούν να βοηθήσουν στον προσδιορισμό των πτυχών της ασφάλισης υγείας που προκαλούν τη μεγαλύτερη σύγχυση στους καταναλωτές και των χαρακτηριστικών των ομάδων που θα επωφεληθούν από την πρόσθετη στήριξη καθώς λαμβάνουν αποφάσεις ασφάλισης υγείας για την αγορά και τη χρήση. Το μέτρο μπορεί επίσης να είναι χρήσιμο ως εργαλείο αξιολόγησης για την ανάπτυξη και εφαρμογή εργαλείων και υλικών ενημέρωσης των καταναλωτών και για παρεμβάσεις που βασίζονται σε τεκμήρια για την ενίσχυση των προσπαθειών προβολής.
3. Το HILM θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο που βασίζεται στον πληθυσμό για να προσδιορίσει πού πρέπει να διατεθούν οι πόροι βοήθειας για τους καταναλωτές και να καθοδηγήσει την ανάπτυξη περιεχομένου για προγράμματα πλοήγησης, προγράμματα προσωπικής βοήθειας και καταναλωτικά υλικά και εργαλεία. Καθώς το μέτρο προορίζεται και σε μελλοντικές έρευνες και οι γνώσεις μας για την ασφάλειά του στην ασφάλειά του αυξάνονται, αναμένουμε ότι τα δεδομένα από το HILM μπορεί να διαδραματίσουν ένα ρόλο στην αύξηση της προσοχής της αναδιάρθρωσης των παροχών ασφάλισης υγείας ώστε να είναι πιο φιλική προς τον καταναλωτή.

2.3 Ανακεφαλαίωση

Κλείνοντας το δεύτερο κεφάλαιο, μετά την παρουσίαση των συγκεκριμένων άρθρων, γίνεται αντιληπτός ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης. Στα περισσότερα κράτη από τα αναφερόμενα ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι συμπληρωματικός επί του δημοσίου συστήματος. Όμως το γεγονός ότι είναι συμπληρωματικός δεν απορρίπτει τη σημαντικότητα και την αναγκαιότητα της ιδιωτικής ασφάλισης λόγω των θετικών και των οφελών που προσδίδει.

Επιπρόσθετα τα άρθρα που αναφέρονται α) στην απόφαση ενός νεαρού ενήλικα να καλύπτεται από ιδιωτική ασφάλιση υγείας, β) στον μελλοντικό ρόλο του ιδιωτικού τομέα στην υγεία αλλά και γ) στο μέτρο της ασφάλισης υγείας (HILM) συντελούν σε μια αξιόλογη προσέγγιση για το τι συμβαίνει στην ιδιωτική ασφάλιση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

3.1 Εισαγωγικό μέρος

Αφού μελετήθηκαν στο δεύτερο κεφάλαιο τα επιστημονικά άρθρα με αναλυτικό περιεχόμενο για την εφαρμογή μορφών της ιδιωτικής ασφάλισης σε διάφορες χώρες, στο τρίτο κεφάλαιο εξετάζονται ορισμοί για την ιδιωτική ασφάλιση, την ασφάλιση και τον κίνδυνο.

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο παραθέτει μια αναλυτική και εμπειριστατωμένη εξέταση για το θέμα της διπλωματικής εργασίας «ιδιωτική ασφάλιση: εμπειρική αξιολόγηση». Γίνεται μία μικρή αναφορά στον κίνδυνο και στην ασφάλιση που συνδέονται άρρηκτα με την ιδιωτική ασφάλιση.

Πιο συγκεκριμένα γίνεται μια παρουσίαση βασικών εννοιών σχετικών με την ιδιωτική ασφάλιση για την καλύτερη κατανόηση της εργασίας. Επίσης δίνεται ο ορισμός της ασφάλισης, του κινδύνου, της ιδιωτικής ασφάλισης. Εν συνεχεία καταγράφονται εντός του κεφαλαίου οι βασικές νομικές αρχές, τα κύρια χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης, καθώς επίσης παρατίθεται αναφορά στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Τα είδη ιδιωτικής ασφάλισης - ασφαλίσεις ζημιών και ασφαλίσεις ζωής απαριθμούνται λεπτομερώς, όπως και οι κατηγορίες ιδιωτικής ασφάλισης. Το κεφάλαιο κλείνει με την ανάλυση του περιεχομένου της οργάνωσης της ασφαλιστικής αγοράς, της διάκριση της ασφαλιστικής αγοράς, των οφελών της ιδιωτικής ασφάλισης για την κοινωνία και των προοπτικών ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα.

3.2 Βασικές έννοιες

Δίδονται ορισμοί στοχευμένα με σκοπό την καλύτερη κατανόηση. Αυτοί οι ορισμοί είναι: αντικείμενο ασφάλισης, ασφάλιση, ασφαλισμένος, ασφαλιστική αξία, ασφαλιστικός κίνδυνος, ασφάλιστρο (Νεκτάριος Μ. 2003)

Ασφάλιση-Εισαγωγή:

Οι άνθρωποι ανέκαθεν επιζητούσαν την ασφάλεια και αναζητούσαν τρόπους για να περιορίσουν τους παράγοντες αβεβαιότητας. Η ομαδική συμβίωση ήταν το πρώτο δείγμα της προσπάθειας και επιθυμίας των ατόμων τόσο για σωματική και συναισθηματική διασφάλιση όσο και για προστασία των αγαθών. Ενώ οι πρώτες κοινωνίες στηρίζονταν στην οικογένεια και τη φυλή για την ασφάλειά τους, στη σύγχρονη εποχή, η βασική τεχνική αντιμετώπισης του κινδύνου είναι η ασφάλιση.

Ο ρόλος της ασφάλισης είναι να διαφυλάττει από τους τυχαίους και αιφνίδιους κινδύνους που αντιμετωπίζουν τα άτομα, όπως είναι η καταστροφή της περιουσίας τους, ή και σε προσωπικό επίπεδο από ασθένεια, ανικανότητα ή θάνατο, χρησιμοποιώντας τις εισφορές που πληρώνουν οι πολλοί για να καλύψει τις ζημιές που θα επέλθουν σε λίγους. Η ουσία, δηλαδή, της ασφάλισης είναι να κατανέμει τον κίνδυνο στους πολλούς και να υποκαθιστά τη βεβαιότητα μιας μικρής οικονομικής επιβάρυνσης (ασφάλιστρο) για να καλύψει την αβεβαιότητα που επιφυλάσσει ένας πολύ μεγαλύτερος κίνδυνος (Νεκτάριος Μ. 2005)

Ασφάλιση

Η ασφάλιση κατά τη βιβλιογραφία ορίζεται ως «η συγκέντρωση τυχαίων και απρόβλεπτων κινδύνων με τη μεταφορά τους σε ασφαλιστές που συμφωνούν έναντι ασφαλιστρού να αποζημιώσουν μια μεγάλη ομάδα ή ένωση προσώπων για τις τυχαίες ζημιές ή να παρέχουν άλλες χρηματικές παροχές ή υπηρεσίες που συνδέονται με τον κίνδυνο» (Νεκτάριος Μ., 2003).

Από Οικονομική σκοπιά:

Ασφάλιση καλείται η ανακατανομή του κόστους των απρόβλεπτων οικονομικών απωλειών (Χατζόπουλος Φ.Π., 2007).

Από Νομική σκοπιά:

Η ασφάλιση είναι μια σύμβαση μεταξύ δύο μερών, μια συμφωνία, μέσω του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, με το οποίο η μια πλευρά, ο συμβαλλόμενος – ο κύριος του ασφαλιστηρίου λοιπόν, υποχρεούται στην καταβολή του ασφαλιστρού, ενώ ο αντισυμβαλλόμενος - η ασφαλιστική εταιρεία, είναι υποχρεωμένη για την καταβολή του ασφαλίματος, δηλαδή αποκαθιστά την οικονομική απώλεια που θα προκύψει σε περίπτωση επερχόμενου κινδύνου (Χατζόπουλος Φ/Π., 2007).

Ασφαλισμένος:

Είναι το πρόσωπο (φυσικό ή νομικό), το οποίο απειλείται από τον ασφαλιστικό κίνδυνο και υπέρ του οποίου παρέχεται η ασφαλιστική κάλυψη, σύμφωνα με το παρόν ασφαλιστήριο. Ο Ασφαλισμένος έχει τις ίδιες υποχρεώσεις με τον συμβαλλόμενο, εφόσον έχει λάβει γνώση της σύμβασης και έχει τη δυνατότητα να τις εκπληρώσει, καθώς και τις εκ του νόμου και του ασφαλιστηρίου υποχρεώσεις που εκ της φύσεώς τους μπορούν να εκπληρωθούν μόνον από τον ίδιο. Σε περίπτωση αμφιβολίας η σύμβαση θεωρείται ότι καταρτίστηκε για λογαριασμό του συμβαλλόμενου. Σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος είναι επιχείρηση οποιασδήποτε νομικής μορφής, περιλαμβάνονται σε αυτόν, αλλά μόνον στο πλαίσιο της δραστηριότητας της

επιχείρησης, οι διευθυντές, τα στελέχη της, οι υπάλληλοί της και γενικώς οι προστιθέμενοι της, μόνον όμως όταν πράττουν στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων τους και προσφέρουν υπηρεσίες στον ασφαλισμένο.

Συμβαλλόμενος:

Συμβαλλόμενος ή Λήπτης της Ασφάλισης είναι το νομικό ή φυσικό πρόσωπο το οποίο υποχρεούται να πληρώνει το ασφάλιστρο, με το να έχει παράλληλα τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που απορρέουν από την ασφαλιστική σύμβαση.

Αντικείμενο Της Ασφάλισης:

Αντικείμενο της ασφάλισης θεωρείται οποιοδήποτε περιουσιακό στοιχείο, πραγματικής, οικονομικής αξίας, ή οποιοδήποτε περιστατικό, η πραγματοποίηση του οποίου ενδέχεται να προκαλέσει την απώλεια κάποιου νομικού δικαιώματος ή την δημιουργία κάποιας νομικής ευθύνης.

Ασφαλιστική Αξία:

Ασφαλιστική αξία καλείται η αντικειμενική, πραγματική αξία, ενός πραγματικού αντικειμένου, μια δεδομένη «στιγμή». Κατά τον ορισμό η ασφαλιστική αξία αφορά μόνο σε ασφαλίσεις ζημιών πραγμάτων, που υπάρχει η δυνατότητα αντικειμενικού προσδιορισμού της αξίας τους σε χρήμα, προς αντικατάσταση. Σε μια σύμβαση, η ασφαλιστική αξία πιθανόν να παρουσιάζει αυξομειώσεις σε δεδομένες «στιγμές», λόγω παλαιότητας, υποτίμησης ή διαφοροποίησης.

Ασφάλιστρο:

Το ποσό που καταβάλλεται στην εταιρία για την επικείμενη κάλυψη. Το ασφάλιστρο εξαρτάται από το φύλο, την ηλικία και το ασφαλισμένο κεφάλαιο του δανειολήπτη .

Ασφαλιστικός κίνδυνος :

Κίνδυνος στην ασφαλιστική τεχνική ορίζεται η δυνατότητα που υπάρχει να συμβεί κάποιο γεγονός, που σαν συνέπεια του θα έχει ή τη μείωση της περιουσίας κάποιου προσώπου ή την ανάγκη αυξήσεώς της, προκειμένου να αντιμετωπιστεί μια έκτακτη ανάγκη.

Η Ασφαλιστική Επιχείρηση:

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, «ασφαλιστική επιχείρηση νοείται μια ιδιωτική κεφαλαιουχική επιχείρηση, η οποία ασκεί ασφάλιση δηλαδή η αποκλειστική της λειτουργία είναι οι ασφαλιστικές δραστηριότητες/εργασίες (ή πρωτασφαλίσεις) της» (Αντωνάκη et al., 2009).

Underwriting:

Μια ασφαλιστική εταιρία αποφασίζει αν θα αναλάβει ή όχι μια αίτηση ασφάλισης και αν θα αποφασίσει να καλύψει τον κίνδυνο. Αποφασίζει ακόμη για το κόστος του ασφαλιστρού, για τις περιόδους της ασφαλιστικής σύμβασης και τις περιπτώσεις τις οποίες η ασφαλιστική εταιρία θα καλύψει τον κίνδυνο.

Underwriters:

Επιλέγουν τους ασφαλισμένους. Είναι υπεύθυνοι για την εκτίμηση της απώλειας κάθε προτεινόμενου ασφαλισμένου. Συμπερασματικά, έχουν ευθύνη για το πώς προσδιορίζεται η χρέωση του ασφαλιστρού.

Ασφαλισίμο συμφέρον:

Ασφαλιστικό συμφέρον ορίζεται το οικονομικό ενδιαφέρον που προκύπτει για τον ασφαλιζόμενο. Για να είναι ισχυρά τα ασφαλιστήρια συμβόλαια πρέπει να υπάρχει ασφαλιστικό συμφέρον

3.3 Ασφάλιση και κίνδυνος

Ο όρος ασφάλιση συνδέεται στενά με την έννοια των κινδύνων και στη βιβλιογραφία αναφέρεται ως «η συγκέντρωση τυχαίων και απρόβλεπτων κινδύνων με τη μεταφορά τους σε ασφαλιστές που συμφωνούν, έναντι ασφαλιστρού, να αποζημιώσουν τους ασφαλισμένους για τις τυχαίες ζημιές ή να παρέχουν άλλες χρηματικές παροχές ή υπηρεσίες που συνδέονται με τον κίνδυνο» (Νεκτάριος Μ. 2003).

Ο κίνδυνος αντιπροσωπεύει την αβεβαιότητα της επέλευσης ενός ζημιογόνου ενδεχόμενου και την πιθανότητα που υπάρχει το ενδεχόμενο αυτό να μην είναι ευνοϊκό. Ο κίνδυνος υφίσταται σε διάφορες καταστάσεις που αφορούν άτομα, επιχειρήσεις αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της. Ο ορισμός του κινδύνου μπορεί να είναι διαφορετικός όταν χρησιμοποιείται ως αναλυτικό εργαλείο για τους οικονομικούς αναλυτές, στατιστικούς αναλυτές, αναλυτές λήψης αποφάσεων ή αναλυτές ασφαλίσεων. Στα πλαίσια του κλάδου της ασφάλισης, ο κίνδυνος αντιπροσωπεύει είτε ένα ρίσκο του ασφαλισμένου έναντι κάποιου ενδεχομένου (πχ φωτιά) είτε μια περιουσία που καλύπτεται από την ασφάλιση (Vaughan & Vaughan, 2003).

Διαχωρίζοντας την έννοια του κινδύνου από αυτή της αβεβαιότητας. «Αβεβαιότητα είναι η κατάσταση στην οποία κάποιος αντιμετωπίζει δυσκολία στον καθορισμό της πιθανότητας των αποτελεσμάτων μιας απόφασης είτε λόγω έλλειψης πληροφόρησης, είτε έλλειψη γνώσης σχετικά με τα αναμενόμενα αποτελέσματα» ενώ «κίνδυνος είναι η κατάσταση στην οποία κάποιος δεν γνωρίζει τα ακριβή αποτελέσματα μιας απόφασης αλλά πιθανολογείται ότι θα κυμαίνονται σε ένα συγκεκριμένο εύρος αποτελεσμάτων» (Λαζαρίδης & Παπαδόπουλος, 2002)

3.3.1 Κίνδυνοι

Βασικές Κατηγορίες Κινδύνων

Οι κίνδυνοι μπορούν να ταξινομηθούν σε:

- Αμιγείς και επιχειρηματικοί κίνδυνοι
- Ο κερδοσκοπικός ή επιχειρηματικός ή εμπορικός κίνδυνος
- Σταθεροί και Μεταβλητοί κίνδυνοι .
- Οι δυναμικοί – μεταβλητοί κίνδυνοι
- Γενικευμένοι και Μεμονωμένοι κίνδυνοι
- Μεμονωμένος ή ειδικός
- Τακτικοί και έκτακτοι
- Τακτικοί
- Ασφαλίσιμοι και μη ασφαλίσιμοι

Προσωπικοί Κίνδυνοι

Προσωπικοί κίνδυνοι είναι οι κίνδυνοι που επηρεάζουν άμεσα τα άτομα και τις οικογένειές τους και διακρίνονται σε:

- Κινδύνους που επιφέρουν απώλεια ή μείωση του εισοδήματος (κίνδυνος πρόωρου θανάτου, γηρατειών, αρρώστιας, ανικανότητας για εργασία, ανεργίας).
- Κινδύνους αστικής ευθύνης, όπως ακούσια ή σκόπιμη πρόκληση σωματικών βλαβών ή υλικών ζημιών σε ιδιοκτησία άλλων για τις οποίες κάποιος μπορεί να κριθεί νομικά υπεύθυνος και να κληθεί να αποζημιώσει τον ζημιωθέντα.
- Κινδύνους περιουσίας που συνδέονται με την καταστροφή (σεισμοί, πλημμύρες, πυρκαγιές κ.α.) ή την κλοπή περιουσίας, με άμεσες ή έμμεσες οικονομικές συνέπειες.
- Κινδύνους από διακυμάνσεις στις αξίες των χρηματοοικονομικών κεφαλαίων εξαιτίας αλλαγών στον πληθωρισμό και στις τρέχουσες αξίες των μετοχών και των ομολόγων.
- Κινδύνους μακροζωίας που συνδέονται με την πιθανότητα τα άτομα να ζήσουν πολλά χρόνια και να μην αρκούν οι οικονομικοί τους πόροι.

Μέτρηση Κινδύνων

Κάποιες από τις έννοιες που σχετίζονται με τον υπολογισμό (μέτρηση) του κινδύνου είναι ο «υποκειμενικός κίνδυνος» (subjective risk), ο «αντικειμενικός κίνδυνος» (objective risk), το ενδεχόμενο ζημίας (chance of loss) και οι αιτίες και παράγοντες κινδύνων (perils and hazards). (Νεκτάριος Μ. 2003) Ο υποκειμενικός κίνδυνος

σχετίζεται με τη διαφορετική αντίληψη του κινδύνου που έχουν διαφορετικά άτομα και η οποία επηρεάζει τη συμπεριφορά τους ανάλογα. Αντίθετα, «αντικειμενικός κίνδυνος είναι η σχετική απόκλιση της πραγματικής ζημιάς από την αναμενόμενη» (Νεκτάριος Μ. 2003).

Πρέπει να τονιστεί ότι ο αντικειμενικός κίνδυνος δεν πρέπει να μπλέκεται με το ενδεχόμενο ζημιάς, το οποίο είναι η πιθανότητα να εμφανιστεί ένα ζημιογόνο ενδεχόμενο. Δύο διαφορετικές ομάδες μπορεί να έχουν το ίδιο ενδεχόμενο ζημιάς αλλά διαφορετικό «αντικειμενικό κίνδυνο».

Τρόποι Αντιμετώπισης Ενός Κινδύνου Είναι Πέντε:

- Αποφυγή του κινδύνου
- Ίδια κράτηση του κινδύνου (Ενεργητική και Παθητική)
- Μεταφορά του κινδύνου
- Αντιστάθμιση
- Έλεγχος Ζημιών
- Ασφάλιση

Ο πρακτικότερος λοιπόν τρόπος της αντιμετώπισης των κινδύνων είναι η ασφάλιση. Η ασφάλιση προσφέρει ένα μηχανισμό μεταβίβασης του κινδύνου, μέσω ενός κοινού ταμείου, στο οποίο ο κάθε ασφαλισμένος πληρώνει ένα δίκαιο και λογικό ασφάλιστρο, σύμφωνα με τον εκάστοτε κίνδυνο της ζημιάς που φέρνει στο ταμείο. (Νεκτάριος Μ. 2003)

3.3.2 Ασφάλιση

Ιστορία Της Ασφάλισης

Θα μπορούσε ευκόλως να εννοηθεί πως η ασφάλιση είναι τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος. Από την εποχή που πρωτοεμφανίστηκε ο σύγχρονος άνθρωπος, οργάνωνε την ζωή του σε κοινωνίες, επειδή διαπίστωσε ότι από μόνος του δεν μπορούσε να αντεπεξέλθει στους κινδύνους της προϊστορικής εποχής. Η ασφάλιση στα πρώτα της στάδια, εμφανίστηκε με την μορφή «περκαλεσιάζ», μεταξύ ατόμων που εκτελούσαν παρεμφερείς εργασίες εκείνης της εποχής.

Η Ασφάλιση Στην Αρχαία Ελλάδα

Στην αρχαία Ελλάδα, ήταν διαδεδομένη η ασφαλιστική κάλυψη των εξόδων κηδείας, σύστημα που αναπτύχθηκε μέσω θρησκευτικών, μη κερδοσκοπικών οργανώσεων. Αργότερα, με νόμο του Σόλωνα, τον 6ο π.Χ. αιώνα, θεσπίστηκε ο όρος των «ομοτάφων», ο πρώτος ασφαλιστικός νόμος που καθόριζε την λειτουργία εταιριών που

είχαν σαν αντικείμενο την κάλυψη των εξόδων κηδείας. Τα διάφορα σωματεία και ενώσεις της εποχής διευρύναν την έννοια της ασφάλισης δημιουργώντας εταιρίες που είχαν σαν αντικείμενο την αλληλοβοήθεια, την αμοιβαιότητα και τον καταμερισμό των κινδύνων, πέρα από τα έξοδα κηδείας και είχαν πλέον κερδοσκοπικό χαρακτήρα.

Τον 4ο π.Χ. αιώνα, συναντάμε αναφορά στον θεσμό της ασφάλισης, σε λόγους του Δημοσθένη, «Περί θαλασσίων πιστώσεων». Εδώ, περιγράφονται τα «θαλασσοδάνεια». Το εμπόριο, από αρχαιοτάτων χρόνων, είχε μεγάλα περιθώρια κέρδους, αλλά και πολύ υψηλό ρίσκο. Η πειρατεία και τα ναυτικά ατυχήματα ήταν σύνηθες φαινόμενο στην αρχαία Ελλάδα. Έτσι, αντί κάποιος έμπορος ή επενδυτής να δανείσει (επενδύσει) τα χρήματά του σε ένα πλοίο, με ορατό τον κίνδυνο της οικονομικής καταστροφής σε περίπτωση που το πλοίο δεν επέστρεφε, απευθυνόταν σε ναυλομεσιτικό γραφείο, μέσο του οποίου μπορούσε να δανείσει χρήματα σε διάφορα πλοία, διασπείροντας έτσι τον κίνδυνο. Από τα κέρδη των πλοίων που επέστρεφαν, μπορούσε να αποσβέσει την ζημιά των πλοίων που δεν επέστρεφαν.

Η Ασφάλιση στη Σύγχρονη Ελλάδα

Μετά τον Α' Παγκόσμιο πόλεμο, ένα έντονο κύμα του πληθυσμού της χώρας συγκεντρώθηκε στα μεγάλα αστικά κέντρα και οδήγησε στην συγκέντρωση μεγάλων περιουσιών σε μικρή γεωγραφική έκταση. Ως αποτέλεσμα, η ασφάλιση πυρός σημείωσε μεγάλη άνοδο. Παράλληλα, η ασφάλιση ζωής άρχισε να αναπτύσσεται ραγδαία και εντόνως.

Η Ασφάλιση Σήμερα

Σήμερα, μπορεί να εξακριβώσει με βεβαιότητα κανείς ότι η ασφάλιση έχει εξελιχθεί σε επιστήμη. Με την ασφαλιστική μελέτη της οικογένειας ή της επιχείρησης, ο επαγγελματίας ασφαλιστικός σύμβουλος δύναται να προσφέρει τέτοια ασφαλιστική κάλυψη που είναι ικανή να αποτρέψει οποιαδήποτε οικονομική ζημιά ή καταστροφή.

Διακρίσεις Της Ασφάλισης

Η ασφάλιση διαφοροποιείται στην ιδιωτική και την κρατική ή κοινωνική ασφάλιση, αντίστοιχα με το ποιος φορέας αναλαμβάνει την ασφάλιση. Σχετικά με την πρώτη ο φορέας είναι ασφαλιστική επιχείρηση, ενώ σχετικά με την δεύτερη, το κράτος ορίζεται ως φορέας. Θεωρητικά τα δύο είδη ασφάλισης συγκλίνουν τόσο ως προς τους λόγους ύπαρξης τους όσο και προς το σκοπό που εξυπηρετούν (Αντωνάκη, Λόντου, Σαριδάκη, Χατζηδημητρίου & Κόκκινος, 2009). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το τελευταίο χρονικό διάστημα σημειώνεται μια αλληλοεπικάλυψη των δύο ειδών ασφάλισης, γεγονός που εκδηλώνεται μέσω της συνεχούς ένταξης της ιδιωτικής ασφάλισης στα

κοινωνικά συστήματα συντάξεων και υγείας. Άξιον προσοχής βέβαια είναι ότι η παρέμβαση αυτή της Ιδιωτικής Ασφάλισης είναι συμπληρωματική και δεν έχει σκοπό να υποκαταστήσει τις αρμοδιότητες της Πολιτείας, οι οποίες παραδοσιακά συνδέονται με τον τομέα των κοινωνικών παροχών (Αντωνάκη Μ., 2009).

3.4 Ανάπτυξη Ιδιωτικής ασφάλισης

3.4.1 ορισμός της ιδιωτικής ασφάλισης

Η ιδιωτική ασφάλιση είναι η ασφάλιση που παρέχεται κυρίως από ιδιωτικούς φορείς και ισχύουν οι διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου. Η ασφαλιστική σύμβαση είναι η ασφαλιστική σχέση σύνδεσης του φορέα, ο οποίος παρέχει την ιδιωτική ασφάλιση (εμπορική επιχείρηση), με τον ασφαλισμένο.

Η ενασχόληση των ασφαλιστικών με ασφαλιστικές εργασίες και την πραγματοποίηση αυτών, μπορούν να συμβάλλουν στη δημιουργία και άλλων εταιρειών με στόχο την κάλυψη της προηγούμενης υποχρέωσης, δηλαδή την εκπλήρωση των ασφαλιστικών υποχρεώσεων προς τους ασφαλισμένους και γενικά εργασιών σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη. Έτσι συμπεραίνεται ότι τα σημαντικά στοιχεία της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ο ασφαλιστικός κίνδυνος, το ασφάλιστρο και η ασφαλιστική επιχείρηση. Ο συνδυασμός των παραπάνω στοιχείων αποτελεί την διαφορά της ιδιωτικής ασφάλισης με άλλες παρόμοιες έννοιες, όπως με τη σύμβαση ισόβιας προσόδου, με τη σύμβαση εγγύησης, με τη ρήτρα που συμφωνείται στις παραγγελίες, με το παίγνιο και το στοίχημα.

Αναλυτικότερα, η ιδιωτική ασφάλιση (Νεκτάριος Μ. 2003) (Μακρή et.al 2005):

- Προσφέρει κάλυψη για κινδύνους αγαθών και προσώπων
- Είναι προαιρετική, καθώς δεν υποχρεούται κανείς να ασφαλιστεί σε μια ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία, εκτός από ορισμένες περιπτώσεις που ο νόμος επιβάλλει υποχρεωτικά την κάλυψη ορισμένων κινδύνων.
- Ασκείται από τους εμπλεκόμενους στην ιδιωτική ασφάλιση φορείς, οι οποίοι ελέγχονται και λειτουργούν υπό την επίβλεψη αυστηρών κανόνων.

Σύμφωνα με την Τράπεζα της Ελλάδος (<http://www.bankofgreece.gr>), η ιδιωτική ασφάλιση ασκείται στην Ελλάδα από:

- 1) Ανώνυμες ασφαλιστικές εταιρίες που έχουν έδρα την Ελλάδα.
- 2) Ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα σε τρίτη χώρα εκτός της ΕΕ και του ΕΟΧ και δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα υπό καθεστώς εγκατάστασης (μέσω υποκαταστήματος).

3) Ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα σε κράτος – μέλος της ΕΕ ή του ΕΟΧ και δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα υπό καθεστώς εγκατάστασης ή ελεύθερης παροχής υπηρεσιών.

4) Αλληλασφαλιστικούς συνεταιρισμούς.

- Το ασφάλιστρο καταβάλλεται από τον ίδιο τον ασφαλισμένο και είναι ανάλογο με τον κίνδυνο και το ύψος των παροχών.

- Ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης διαχωρίζεται μεταξύ των εταιρειών που ασχολούνται με την ασφάλιση του ατόμου και τις αποκαλούμε ασφαλίσεις ζωής και σε εκείνες που προστατεύουν την περιουσία και τις ονομάζουμε γενικές ασφαλίσεις.

3.4.2 Βασικές νομικές αρχές

Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια αποτελούν νομικά κείμενα, άρα υπάρχουν κάποιες νομικές αρχές σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο, οι οποίες ρυθμίζουν την ασφαλιστική σύμβαση και γενικότερα την ιδιωτική ασφάλιση. Οι βασικότερες νομικές αρχές είναι οι εξής (Ανδριτσάκης Α., 2005):

- Αρχή της Αποζημίωσης
- Αρχή του Ασφαλίσιμου Συμφέροντος
- Αρχή της Υποκατάστασης.
- Αρχή της Μέγιστης Καλής Πίστης
- Αρχή της Νομιμότητας
- Αρχή της Συνεισφοράς
- Αρχή της Πλησιέστερης Αξίας.

Αρχή της Αποζημίωσης. Σύμφωνα με αυτή την αρχή, ο ασφαλισμένος δεν μπορεί να εισπράττει περισσότερα από αυτά που του αντιστοιχούν λόγω ζημίας. Βασικός σκοπός αυτής της αρχής είναι να μην έχει κέρδος ο ασφαλισμένος από την ζημιά, αλλά να ξαναβρεθεί στην ίδια οικονομική κατάσταση που ήταν και πριν την ζημιά, ώστε να μειωθεί ο ηθικός κίνδυνος, δηλαδή να μην προσπαθήσει να προκαλέσει ζημιά, για να επωφεληθεί από αυτή.

Αρχή του Ασφαλίσιμου Συμφέροντος. Σύμφωνα με αυτή την αρχή, ο ασφαλισμένος πρέπει να βλάπτεται οικονομικά, ή με κάποιο άλλο τρόπο, πριν επέλθει η ζημιά. Με αυτή την αρχή παρεμποδίζεται η κερδοσκοπία, η μείωση του ηθικού κινδύνου, καθώς και ο προσδιορισμός της ζημίας, γιατί η αποζημίωση είναι το μέτρο ασφαλίσιμου συμφέροντος του ασφαλισμένου.

Αρχή της Υποκατάστασης. Σύμφωνα με αυτή, ο ασφαλιστής υποκαθιστά τον

ασφαλισμένο, στην διεκδίκηση της αποζημίωσης του από τρίτο, για τη ζημιά που καλύπτει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο. Ο ασφαλιστής έτσι, δικαιούται να επανεισπράξει από τον τρίτο, τα χρήματα που κατέβαλλε στον ασφαλισμένο (Νεκτάριος Μ., 2003). Οι πιο βασικοί σκοποί αυτής της αρχής είναι η παρεμπόδιση του ασφαλισμένου να εισπράξει τα διπλά από την ζημιά, καθώς και η απόδοση ευθυνών στον τρίτο, ώστε να είναι πιο προσεκτικοί στο μέλλον και η κράτηση των ασφαλιστρών σε χαμηλά επίπεδα.

Αρχή της Μέγιστης Καλής Πίστης. Σύμφωνα με αυτή, στα δυο αντισυμβαλλόμενα μέρη επιβάλλεται υψηλός βαθμός ειλικρίνειας και εντιμότητας. Η αρχή αυτή βασίζεται στις δηλώσεις, δηλαδή ο ασφαλιστής, αν διαπιστώσει ότι η δήλωση είναι εσφαλμένη δεν υποβάλλει την αποζημίωση, ακόμη αν διαπιστωθεί ότι ο ασφαλισμένος είχε σκοπό να αποκρύψει κάποιο γεγονός ή είχε σκοπό να εξαπατήσει τον ασφαλιστή και τέλος στις δεσμεύσεις³⁴, δηλαδή, η ζημιά δεν αποζημιώνεται αν το ασφαλιστήριο συμβόλαιο έχει ακυρωθεί πριν αυτή επέλθει. Διαφορετικά, ο ασφαλιστής είναι υποχρεωμένος να αποδείξει ότι η παράλειψη ήταν σημαντική και αυξάνει τον κίνδυνο μόνιμα και όχι προσωρινά.

Αρχή της Νομιμότητας. Σύμφωνα με αυτή την αρχή, παρεμποδίζεται η ασφάλιση παράνομων αντικειμένων ή καταστάσεων. Για παράδειγμα, η μεταφορά ναρκωτικών ή αντικείμενα κλεπταποδοχής.

Αρχή της Συνεισφοράς. Σύμφωνα με την αρχή αυτή, ο ασφαλιστής έχει δικαίωμα να εισπράξει από άλλους ασφαλιστές το ποσοστό αποζημίωσης, που αντιστοιχεί σε αυτόν. Η αρχή αυτή εφαρμόζεται σε περιπτώσεις πολλαπλής ασφάλισης, δηλαδή, όταν ένας κίνδυνος καλύπτεται από περισσότερα από ένα συμβόλαια, όπως η μικτή και αστική ευθύνη για τα αυτοκίνητα.

Αρχή της Πλησιέστερης Αξίας. Η αρχή αυτή θεωρείται από τις βασικότερες για όλες τις μορφές ασφαλίσεων. Ως πλησιέστερη αξία ορίζεται αυτή στην οποία οφείλεται στο μεγαλύτερο μέρος της η επέλευση του κινδύνου. Ο καθορισμός για την πλησιέστερη αξία είναι ένα πολύ δύσκολο έργο, γι' αυτό συχνά η απόφαση γι' αυτή οριστικοποιείται από τα Δικαστήρια. (Χατζόπουλος Φ.Π., 2007) (Νεκτάριος Μ., 2003).

3.4.3 Κύρια χαρακτηριστικά ασφάλισης

Ως βασικότερα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης προσδιορίζονται η συγκέντρωση κινδύνων, η μεταφορά κινδύνου, η μείωση της αβεβαιότητας και η αποζημίωση (Νεκτάριος Μ., 2003). Συγκεκριμένα, το σημαντικότερο χαρακτηριστικό των ασφαλιστικών επιχειρήσεων θεωρείται η συγκέντρωση κινδύνων, όντας το πρώτο

βήμα για να επεκτείνουν τις δραστηριότητες και τελικά να παρέχουν την κάλυψη στους ενδιαφερόμενους.

Απαραίτητη προϋπόθεση είναι η συγκέντρωση ενός μεγάλου αριθμού ομοιογενών κινδύνων, που θα βασίζεται στο Νόμο των Μεγάλων Αριθμών (είναι ένα από τα πιο γνωστά αποτελέσματα της Θεωρίας Πιθανοτήτων). Σύμφωνα με το θεώρημα κάτω από κατάλληλες υποθέσεις, ο δειγματικός μέσος μιας ακολουθίας ανεξάρτητων τυχαίων μεταβλητών που ακολουθούν μία κοινή κατανομή συγκλίνει σχεδόν βεβαίως προς τον θεωρητικό μέσο (η μέση τιμή) της κατανομής.) , όπου θα προβλέπει με ακρίβεια τις μελλοντικές ζημιές. Μέσα από τη συγκέντρωση αυτή θα πραγματοποιούνται κατανομές των απωλειών σε όλους τους ασφαλισμένους και πρόβλεψη για μελλοντικές ζημιές με ακρίβεια. Παρόλα αυτά, εν τω γίνεσθαι των καταστάσεων ο αναλογιστής δεν γνωρίζει την πραγματική πιθανότητα ζημίας και ως εκ τούτου οι εκτιμήσεις για τη μέση συχνότητα και σχετικά με τη σοβαρότητα των ζημιών είναι σκόπιμο να βασίζονται σε προηγούμενες εμπειρίες. Εφόσον, ο αριθμός των ομοιογενών περιπτώσεων είναι ευμεγέθιστος, τότε δίνεται μια αρκετά καλή προσέγγιση αναφορικά με το μέλλον. Ο υπολογισμός του ασφαλιστρού αποτελεί πολύ σημαντική υπόθεση κατά την οποία το ασφάλιστρο θα πρέπει να καλύπτει τις ζημιές και τα έξοδα του ασφαλιστή αφενός και αφετέρου να αφήνει κάποιο περιθώριο κέρδους για την ασφαλιστική επιχείρηση (Τσιλικοπούλου Θ., 2011).

Όσο αφορά τώρα με τη μεταφορά κινδύνου και τη μείωση της αβεβαιότητας, ο κίνδυνος μεταφέρεται από τον ασφαλιζόμενο στον ασφαλιστή μέσω των ασφαλιστικών συμβολαίων. Ο ασφαλιστής δύναται να αναλάβει το σύνολο των κινδύνων και να εκτιμήσει με σχετική ακρίβεια τις αναμενόμενες ζημιές, με συνέπεια τη μείωση του κινδύνου για τον ασφαλιστή, αλλά και τη μείωση της αβεβαιότητας για τους ασφαλισμένους, σαν σύνολο, μεταβιβάζοντας τον ατομικό τους κίνδυνο έναντι ενός ασφαλιστρού. Τοιούτοτρόπως, παρέχεται η δυνατότητα στον ασφαλισμένο, μέσω του ασφαλιστικού μηχανισμού, να ανταλλάξει μια δυνητικά μεγάλη και αβέβαιη ζημία με μια σχετική μικρή και άμεση επιβάρυνση, το ασφάλιστρο (Νεκτάριος Μ., 2003).

Τέλος, ένα ακόμη σημαντικό χαρακτηριστικό της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η αποζημίωση των ζημιών, δηλαδή, ο ασφαλισμένος αποζημιώνεται μερικώς ή και ολικώς για πιθανές απώλειες. Η αποζημίωση πραγματοποιείται είτε με την περίπτωση μετρητών, είτε με την περίπτωση επισκευής ή με αντικατάσταση.

3.4.4 Ασφαλιστήριο συμβόλαιο

Κατά τον ορισμό το ασφαλιστήριο συμβόλαιο «είναι μια σύμβαση μεταξύ συμβαλλόμενων μερών (δύο ή και περισσότερων) και αποτελεί ένα περίπλοκο νομικό κείμενο, καθώς συντάσσεται σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία». Επιπρόσθετα, το ασφαλιστήριο συμβόλαιο «είναι ενοχική σύμβαση, εφόσον ο ασφαλιστής έχει ενοχική αξίωση να εισπράξει τα καθορισμένα ασφάλιστρα, ενώ ο ασφαλισμένος έχει ενοχική αξίωση να λάβει την αποζημίωση από τον ασφαλιστή και εν γένει την ασφαλιστική εταιρεία». Ρόλος της ασφαλιστικής σύμβασης είναι να επιβαρύνει όλα τα συμβαλλόμενα μέρη, καθώς ο ασφαλιστής υποχρεούται να παρέχει κάλυψη κινδύνου κατά τη διάρκεια της ασφάλισης και να παρέχει αποζημίωση εάν επέλθει ο κίνδυνος, ενώ το μόνο χρέος του ασφαλισμένου είναι το ασφάλιστρο ανεξάρτητα με την πραγματοποίηση ή όχι τυχόν ζημίας.

Όσον αφορά, τα βασικά μέρη του ασφαλιστηρίου συμβολαίου αυτά είναι (Νεκτάριος Μ., 2003).

- οι δηλώσεις (declarations),
- η συμφωνία ασφάλισης (insuring agreement),
- οι εξαιρέσεις (exclusions),
- οι όροι (conditions) και
- οι διάφορες προβλέψεις (miscellaneous provisions).

3.4.5 Είδη Ιδιωτικής Ασφάλισης - Ασφαλίσεις Ζημιών Και Ασφαλίσεις Ζωής

Τα είδη της ιδιωτικής ασφάλισης χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, στις ασφαλίσεις ζημιών και στις ασφαλίσεις ζωής.

Οι ασφαλίσεις ζημιών χωρίζονται σε:

- Ατυχήματα (εργατικά ατυχήματα).
- Ασθένειες.
- Χερσαία οχήματα
- Σιδηροδρομικά οχήματα
- Αεροσκάφη
- Πλοία
- Μεταφερόμενα εμπορεύματα
- Πυρκαγιά και στοιχεία της φύσεως
- Λοιπές ζημιές αγαθών

- Αστική ευθύνη χερσαίων οχημάτων.
- Αστική ευθύνη πλοίων
- Γενική αστική ευθύνη
- Πιστώσεις
- Εγγυήσεις
- Διάφορες χρηματικές απώλειες
- Νομική προστασία

Στις ασφαλίσεις κατά ζημιών ο ασφαλιστής καταβάλει αποζημίωση σε περίπτωση ζημιάς σε περιουσιακά στοιχεία ή σε τρίτους, λόγω επέλευσης γεγονότος για το οποίο έχει αναλάβει ευθύνη.

Οι ασφαλίσεις ζωής χωρίζονται σε κλάδους: (Νεκτάριος Μ., 2005):

- Κλάδος ζωής, περιλαμβάνει τις ασφαλίσεις επιβίωσης, θανάτου, μικτές, συντάξεων και σωματικών βλαβών.
- Κλάδος ασφάλισης υγείας, περιλαμβάνει τις ασφαλίσεις ατυχήματος και ασθένειας.
- Κλάδος κεφαλαιοποίησης.
- Κλάδος διαχείρισης ομαδικών & συνταξιοδοτικών κεφαλαίων.
- Κλάδος ασφαλίσεων ζωής συνδεδεμένων με επενδύσεις.
- Κλάδος ομαδικών προγραμμάτων πρόνοιας.

Οι ασφαλίσεις Ζωής καταβάλλουν στους δικαιούχους (Νεκτάριος Μ., 2003):

- παροχές σε περίπτωση θανάτου
- τα έξοδα κηδείας
- εφάπαξ ή περιοδικά καταβαλλόμενα ποσά
- συντάξεις
- προγράμματα υγείας, που καλύπτουν νοσοκομειακά έξοδα σε περίπτωση ασθένειας ή τραυματισμού
- κάλυψης εξόδων ή της απώλειας εισοδήματος από ανικανότητα από ατύχημα ή ασθένεια.
- Καλυπτόμενοι Κίνδυνοι : Πυρκαγιά, Κεραυνός, Έκρηξη, Ζημιές από καπνό, Πτώση αεροσκάφους, Πρόσκρουση οχήματος, Σεισμός ή και πυρκαγιά από σεισμό. Έξοδα πυρόσβεσης και περιορισμού της ζημιάς. Έξοδα έκδοσης αδειών, αν τυχόν χρειαστούν μετά τη ζημιά, Ασφάλιση σε αξία καινούργιου.

3.4.6 Κατηγορίες Ιδιωτικής Ασφάλισης

Την ιδιωτική ασφάλιση την εξασκούν ασφαλιστικές εταιρίες οι οποίες εποπτεύονται με ειδική νομοθεσία από την Τράπεζα της Ελλάδος. Την ιδιωτική ασφάλιση την κάνει το φυσικό ή νομικό πρόσωπο για διάφορους τομείς και κινδύνους από τους οποίους θέλει να προστατευθεί. Ανάλογα με είδος των ασφαλιζομένων προσώπων ή πραγμάτων τις ασφαλίσεις τις κατατάσσουμε σε τρεις κατηγορίες.

- I. Ασφαλίσεις προσώπων: Είναι εκείνες οι οποίες καλύπτουν φυσικά πρόσωπα μεμονωμένα ή και ομαδικά και είναι οι:
 - Ασφαλίσεις ζωής
 - Ασφαλίσεις θανάτου
 - Ασφαλίσεις γήρατος
 - Ασφαλίσεις ατυχημάτων
 - Ασφαλίσεις ασθενείας
 - Μικτές ασφαλίσεις
- II. Ασφαλίσεις πραγμάτων (εμπράγματα ασφαλίσεις) δηλαδή εκείνες που
 - καλύπτουν πράγματα ή ζώα και ειδικότερα:
 - Εμπορεύματα
 - Πλοία και αεροσκάφη
 - Περιουσία
 - Προϊόντα
 - Ζώα
- III. Ασφαλίσεις ευθυνών που καλύπτουν τις αστικές ευθύνες σε ότι αφορά:
 - α) Επιχειρήσεις
 - β) Αυτοκίνητα
 - γ) Ιδιοκτήτες ακινήτων

3.4.7 Οργάνωση Της Ασφαλιστικής Αγοράς και Διάκριση Της

Σύμφωνα με τον Ιωάννη Κ. Ρόκα (όπως αναφέρεται στο βιβλίο των (Αντωνάκη et al., 2009), «ασφαλιστική αγορά είναι ο εξειδικευμένος χώρος όπου οι ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις και οι υποψήφιοι προς ασφάλιση ή αντασφάλιση, είτε μόνιμοι είτε μέσω οργανωμένων επαγγελματιών που ασχολούνται με την ασφαλιστική διαμεσολάβηση ανταλλάσσουν το οικονομικό αγαθό της ιδιωτικής ασφάλισης έναντι ενός αντιτίμου, το οποίο είναι κατά περίπτωση ασφάλιστρο, αντασφάλιστρο, προμήθεια ή εισφορά».

Ο χώρος αυτός απαρτίζεται από πολλά μέλη αλλά και από πολλούς φορείς και ενώσεις, οι οποίοι λειτουργούν επιβοηθητικά η υποστηρικτικά προς το θεσμό της ιδιωτικής ασφάλισης, τα οποία είναι (Αντωνάκη et al., 2009):

Φορείς Της Ασφαλιστικής Αγοράς:

- Ένωση ασφαλιστικών εταιρειών Ελλάδος (ε.α.ε.ε.)
- Ελληνικό ινστιτούτο ασφαλιστικών σπουδών (ε.ι.α.ς.)
- Γραφείο διεθνούς ασφάλισης 4
- Σύνδεσμος εκπροσώπων και στελεχών ασφαλιστικών εταιρειών
- Επικουρικό κεφάλαιο
- Ένωση αναλογιστών Ελλάδος
- Σωματεία διαμεσολαβούντων προσωπών
- Το ασφαλιστικό κοινό
- Η Υπηρεσία Στατιστικής Ασφαλιστικών Εταιριών
- Το Εγγυητικό Κεφάλαιο Ιδιωτικής Ασφάλισης Ζωής
- Τα Επαγγελματικά Σωματεία
- Ο κλαδικός Τύπος

Επιχειρήσεις Που Ασκούν Την Ιδιωτική Ασφάλιση:

- Η εποπτική αρχή των ασφαλιστικών επιχειρήσεων – Η Τράπεζα της Ελλάδος
- Ανώνυμες ασφαλιστικές εταιρίες που έχουν έδρα την Ελλάδα.
- Ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα σε τρίτη χώρα εκτός της ΕΕ και του ΕΟΧ και δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα υπό καθεστώς εγκατάστασης (μέσω υποκαταστήματος).

- Ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα σε κράτος-μέλος της ΕΕ ή του ΕΟΧ και δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα υπό καθεστώς εγκατάστασης ή ελεύθερης παροχής υπηρεσιών.
- Αλληλασφαλιστικοί συνεταιρισμοί
- Ανώνυμες ασφαλιστικές εταιρίες που έχουν έδρα την Ελλάδα
- Η λειτουργία ασφαλιστικής επιχείρησης με έδρα την Ελλάδα προϋποθέτει άδεια που χορηγείται με απόφαση της Εποπτικής Αρχής. Η άδεια ισχύει για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (ενιαία άδεια) σε περίπτωση που η μέλος, είτε με καθεστώς εγκατάστασης, δηλαδή υποκατάστημα, είτε με καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 400/1970.
- Για ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα την Ελλάδα και συνιστώνται μετά την έναρξη ισχύος του Π.Δ. 118/85 (ΦΕΚ Α' 35), η άδεια λειτουργίας τους χορηγείται αποκλειστικά για την άσκηση είτε ασφαλίσεων κατά ζημιών είτε ασφαλίσεων ζωής. Ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα την Ελλάδα και οι οποίες κατά τη δημοσίευση του Π.Δ. 118/85 ασκούσαν ασφαλίσεις κατά ζημιών μαζί με ασφαλίσεις ζωής μπορούν να εξακολουθήσουν την ταυτόχρονη άσκηση των δύο δραστηριοτήτων, υπό τον όρο ότι κάθε δραστηριότητα θα τελεί υπό χωριστή διαχείριση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 52β του Ν.Δ. 400/1970.

Στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται:

- Ασφαλιστικές εταιρίες ζωής, εκ των οποίων κάποιες είναι:
- AlphaLife Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής
- Eurolife ERB Ανώνυμος Εταιρία Ασφαλίσεων Ζωής
- ING Ελληνική Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία Ζωής
- ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία Ζωής
- ERGO Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία Ζωής
- Ασφαλιστικές εταιρίες ζημιών, εκ των οποίων κάποιες είναι:
- Inchcape Ασφάλειες Ανώνυμη Εταιρεία Ασφαλίσεων Κατά Ζημιών
- INTERNATIONAL LIFE Ανώνυμος Εταιρία Γενικών Ασφαλίσεων
- NP INSURANCE - ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ Ανώνυμη Ελληνική Ασφαλιστική Εταιρία
- ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ Ελληνική Εταιρία Ασφαλίσεων Ζημιών Ανώνυμη Εταιρία
- ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ Ανώνυμος Ασφαλιστική Και Αντασφαλιστική Εταιρία

Ασφαλιστικές μεικτής δραστηριότητας:

- AXA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Ανώνυμος Εταιρία
- GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ Ανώνυμη Ελληνική Ασφαλιστική Εταιρία
- ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ Ανώνυμος Ελληνική Εταιρία Γενικών Ασφαλειών
- Ανώνυμος Ελληνική Εταιρία Γενικών Ασφαλειών, Η ΕΘΝΙΚΗ
- ALLIANZ Ελλάς Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρία
- Επίσης, στην εποπτεία της Τράπεζας της Ελλάδος υπάγονται και οι δραστηριότητες των ελληνικών ασφαλιστικών επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στον ευρωπαϊκό οικονομικό χώρο, σύμφωνα με τις διατάξεις που διέπουν την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών.
- Ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα σε τρίτη χώρα (εκτός της ΕΕ και του ΕΟΧ)
- Στην εποπτεία της Τράπεζας της Ελλάδος υπάγονται επίσης οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα σε τρίτη χώρα (εκτός της ΕΕ και του ΕΟΧ) και ασκούν ασφάλιση στην Ελλάδα υπό καθεστώς εγκατάστασης σύμφωνα με τα άρθρα 3α και 20 του Ν.Δ. 400/1970.
- Ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα σε κράτος-μέλος της ΕΕ και του ΕΟΧ
- Ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν έδρα σε κράτος-μέλος της ΕΕ και του ΕΟΧ, μπορούν να ασκούν ασφάλιση στην Ελλάδα, είτε υπό καθεστώς εγκατάστασης, δηλαδή υποκατάστημα, είτε υπό καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, σύμφωνα με τις διατάξεις του 7ου Κεφαλαίου του Ν.Δ.400/1970.
- Η εποπτεία της δραστηριότητας αυτών των ασφαλιστικών επιχειρήσεων πραγματοποιείται από τις εποπτικές αρχές των κρατών-μελών όπου έχουν την έδρα τους οι εν λόγω ασφαλιστικές επιχειρήσεις.
- Αλληλασφαλιστικοί συνεταιρισμοί
- Στην εποπτεία της Τράπεζας της Ελλάδος υπάγονται οι οργανισμοί που ασκούν την αμοιβαία ασφάλιση ή αλληλασφάλιση, με αποκλειστικό σκοπό την αλληλασφάλιση των μελών τους. Οι αλληλασφαλιστικοί συνεταιρισμοί λειτουργούν σύμφωνα τα άρθρα 35, 36 και 37 του Ν.Δ. 400/1970 και μπορούν να ασκούν αποκλειστικά ασφαλιστικές εργασίες που κατατάσσονται και ταξινομούνται στις ασφαλίσσεις κατά ζημιών.

Ασφαλιστικοί Διαμεσολαβητές:

- Ασφαλιστικός Σύμβουλος
- Ασφαλιστικός Πράκτορας
- Μεσίτης Ασφαλίσεων και Αντασφαλίσεων
- Ασφαλιστικών Συμβούλων
- Συντονιστής
- Συνδεδεμένος Ασφαλιστικός Διαμεσολαβητής
- Υπάλληλος Ασφαλιστικής Επιχείρησης
- Υπάλληλος ασφαλιστικής επιχείρησης μπορεί
- Διαμεσολαβούντες - Εργασία στην Ευρωπαϊκή Ένωση

Η ασφαλιστική αγορά διακρίνεται σε καταναλωτική ασφαλιστική αγορά, με ασφαλίσεις που υπογράφονται για ιδιωτικούς λόγους, όπως συνήθως είναι η ασφάλιση ζωής, κατοικίας, οικοσκευής. Σε επαγγελματική ασφαλιστική αγορά, η οποία περιλαμβάνει την πραγματοποίηση ασφαλίσεων για επαγγελματικούς λόγους, όπως η ασφάλιση των βιομηχανικών κινδύνων κατά πυρκαγιάς, πλημμύρας, βλάβης των μηχανών, απώλειας κερδών, επαγγελματικής αστικής ευθύνης. (Δραγώνα, 2007)

3.5 Τα οφέλη της ιδιωτικής ασφάλισης για την κοινωνία

Ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης διεκδικεί μια από τις σημαντικότερες και κορυφαίες θέσεις στα κύρια επιτεύγματα της σύγχρονης κοινωνίας. Παράλληλα, με τις καλύψεις και τις αποζημιώσεις που προσφέρει στους ασφαλισμένους η ιδιωτική ασφάλιση, απαριθμεί πάμπολλες θετικές επιδράσεις για την κοινωνία, οι οποίες, σύμφωνα με τον (Νεκτάριος Μ., 2003). είναι:

- Μειωμένη ανάγκη πρόσθετων αποθεματικών
- Πηγή επενδυτικών κεφαλαίων
- Μειωμένος πιστωτικός κίνδυνος
- Πρόληψη ζημιών
- Βελτίωση κοινωνικής και επιχειρηματικής σταθερότητας

Η ιδιωτική ασφάλιση έχει ως κύριο σκοπό την αντιμετώπιση του κινδύνου. Έτσι, οι ασφαλισμένοι δεν έχουν τόσο έντονη την ανάγκη να αποθηκεύσουν για να αντιμετωπίσουν μελλοντικές πιθανές ζημίες. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις θεωρούμενες ως διορατικές, προβλέπουν τις συγκεκριμένες ανάγκες σε αποθεματικά

και αποθηκεύουν εκείνοι τα επίπεδα αποθεματικών που κρίνουν κατάλληλα. Ως φυσικό επακόλουθο βελτιώνεται η κατανομή των παραγωγικών πόρων της οικονομίας.

Η ανάπτυξη της οικονομίας, το επίπεδο ανάπτυξης και οι αγορές κεφαλαίων είναι μερικοί κλάδοι της οικονομίας που ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης επιδρά θετικά πάνω τους. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι από τους κορυφαίους θεσμικούς επενδυτές παγκόσμια. Ακόμη, η λειτουργία των ασφαλιστικών αγορών αποδεσμεύει τα άτομα και τις επιχειρήσεις από την αβεβαιότητα των μελλοντικών ζημιολόγων ενδεχομένων. Τοιούτοτρόπως σημειώνεται ύφεση της κατανομής των πόρων μεταξύ κατανάλωσης και αποταμίευσης.

Η ασφάλιση αποτελεί το θεμέλιο στήριγμα της αποτελεσματικής και πετυχημένης λειτουργίας του πιστωτικού συστήματος. Το άτομο ή η επιχείρηση που έχουν ικανή ασφαλιστική κάλυψη αποτελούν καλύτερο πιστωτικό κίνδυνο για το τραπεζικό σύστημα. Σήμερα, η συντριπτική πλειοψηφία των δανειοδοτήσεων δεν θα ήταν εφικτή, εάν δεν υπήρχε η παράλληλη αποτελεσματική ασφαλιστική κάλυψη των αντίστοιχων δραστηριοτήτων .

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις επεκτείνουν τα προγράμματα πρόληψης ζημιών, έτσι ώστε να περιορίσουν την έκταση και την συχνότητα μιας ζημιάς. Αυτή είναι μια σημαντικά στοχευμένη ασφαλιστική λειτουργία, για τον περιορισμό των συνολικών ζημιών. Το κοινωνικό όφελος προσγίνεται από τον περιορισμό τόσο των άμεσων όσο και των έμμεσων ζημιών. Συχνές περιπτώσεις κάλυψης ζημιών είναι η οδική ασφάλεια, προγράμματα για εργατικά ατυχήματα, προγράμματα για πρόληψη πυρκαγιών, κλοπών αυτοκινήτων, ελαττωματικών προϊόντων κ.α.

Οι ασφαλιστικές αγορές, μέσω της λειτουργίας τους, συμβάλλουν μειώνοντας την αβεβαιότητα τόσο των ατόμων όσο και των επιχειρήσεων που θα επιφέρουν με τη σειρά τους κοινωνική σταθερότητα.

3.6 Προοπτικές ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα

Έρευνες και στατιστικές μελέτες δείχνουν ότι η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα έχει σημαντικές προοπτικές ανάπτυξης. Ένας από τους κυριότερους λόγους ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης είναι το οικονομικό σκέλος, όπως διαπιστώθηκε από μια σημαντική μελέτη, η συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου οικονομικής ανάπτυξης και της διείσδυσης της ιδιωτικής ασφάλισης είναι θετική και εντόνως ισχυρή. Ως επακόλουθο, στο βαθμό που η ελληνική οικονομία θα συγκλίνει με τις περισσότερο ανεπτυγμένες οικονομίες, αναμένεται ότι η ιδιωτική ασφάλιση θα αναπτυχθεί ακόμη περισσότερο.

Επίσης, χρήζει ιδιαίτερης αναφοράς το γεγονός ότι οι προοπτικές της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα, παραμένουν θετικές αν συνυπολογιστεί μια σειρά δεικτών ανάπτυξης της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς συσχετιζόμενη με τις αντίστοιχες σε ευρωπαϊκά πλαίσια.

Άλλοι παράγοντες που αναμένεται να συμβάλουν θετικά στον θεσμό της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα στο άμεσο μέλλον είναι:

1. Το ασφαλιστικό σύστημα με τις μεταρρυθμίσεις του.
2. Η πληθώρα των υπηρεσιών που προσφέρονται στο χώρο του συνταξιοδοτικού συστήματος.
3. Τα παρεχόμενα από την πολιτεία φορολογικά κίνητρα.
4. Η αύξηση της ασφαλιστικής κατοικίας.
5. Οι συγχωνεύσεις, οι απορροφήσεις και οι αποχωρήσεις εταιριών που θα διαμορφώσουν ισχυρότερα επιχειρηματικά σχήματα στην αγορά
6. Η εποπτεία με τους ισχυρότερους και αποτελεσματικότερους μηχανισμούς της και η θεσμοθέτηση όρων και προϋποθέσεων για την απόκτηση άδειας ασκήσεως επαγγέλματος και διαμεσολαβητή ασφαλίσεων.

Ανακεφαλαίωση

Συμπερασματικά η ιδιωτική ασφάλιση έχει ως κύριο σκοπό την αντιμετώπιση του κινδύνου και απαριθμεί πάμπολλες θετικές επιδράσεις για την κοινωνία. συγκεκριμένα η ιδιωτική ασφάλιση εξασφαλίζει τη μειωμένη ανάγκη πρόσθετων αποθεματικών, αποτελεί πηγή επενδυτικών κεφαλαίων, εξασφαλίζει μειωμένο πιστωτικό κίνδυνο, πρόληψη ζημιών, βελτίωση κοινωνικής και επιχειρηματικής σταθερότητας. Οι ασφαλιστικές αγορές, μέσω της λειτουργίας τους, συμβάλλουν μειώνοντας την αβεβαιότητα τόσο των ατόμων όσο και των επιχειρήσεων που θα επιφέρουν με τη σειρά τους κοινωνική σταθερότητα.

Στην Ελλάδα ειδικότερα η ιδιωτική ασφάλιση έχει σημαντικές προοπτικές ανάπτυξης. Στο βαθμό που η ελληνική οικονομία θα συγκλίνει με τις περισσότερο ανεπτυγμένες οικονομίες, αναμένεται ότι η ιδιωτική ασφάλιση θα αναπτυχθεί ακόμη περισσότερο.

Επομένως Ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης διεκδικεί μια από τις σημαντικότερες και κορυφαίες θέσεις στα κύρια επιτεύγματα της σύγχρονης κοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΕΜΠΕΙΡΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

4.1 Εισαγωγικό μέρος

Σήμερα, αν και έχοντας συμπληρωματικό ρόλο στις περισσότερες χώρες, λόγω της σημαντικότητας και των οφελών που παρέχει η ιδιωτική ασφάλιση γίνονται πάμπολλες μελέτες γύρω από το όνομά της. Η παρούσα εργασία μελετά την επίδραση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Αμερική, σε αμερικάνους πολίτες.

Τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται είναι δευτερογενή και προέρχονται από την πηγή U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015 and 2016 Annual Social and Economic Supplements. Εξετάστηκε μια χώρα, συγκεκριμένα η Αμερική για 3 έτη από το 2013 έως το 2015. Τα δεδομένα παρουσιάζουν τέλεια ισορροπία (strongly balanced), καθώς και οι κατηγορίες οικογενειακή κατάσταση, διαμονή, καταγωγή, γενέτειρα περιοχή έχουν δεδομένα για όλα τα έτη (ετήσια δεδομένα).

Στο πρώτο μέρος του κεφαλαίου αυτού παρουσιάζονται μεταβλητές που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή όπως αυτές εκφράζονται σε απόλυτα νούμερα για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Επίσης παρουσιάζεται η κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Στη συνέχεια καταγράφεται η σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν μία άλλη οποιαδήποτε ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Επίσης γίνεται καταγραφή της σύγκρισης των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν κρατική ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Τέλος το κεφάλαιο των δεδομένων κλείνει με τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2013, 2014 και 2015 και την κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

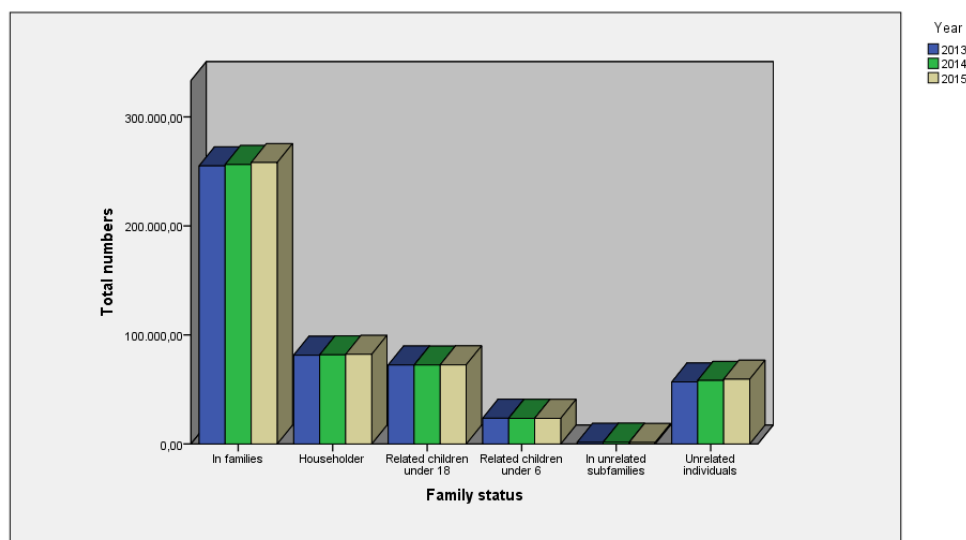
4.2 Παρουσίαση δεδομένων

Ο πίνακας που ακολουθεί περιέχει τις μεταβλητές που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση όπως αυτές εκφράζονται σε απόλυτα νούμερα για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.21
Οικογενειακή κατάσταση σε συνολικούς αριθμούς

Οικογενειακή κατάσταση	Συνολικοί αριθμοί		
	2013	2014	2015
Οικογένειες	255.079	256.308	258.121
Σπιτονοικοκύρης	81.381	81.730	82.199
Παιδιά κάτω των 18 ετών	72.454	72.383	72.558
Παιδιά κάτω των 6 ετών	23.586	23.470	23.459
Μη συγγενικές υποοικογένειες	1.465	1.558	1.344
Μη συγγενείς	56.857	58.301	59.403

Από τις 6 συνολικά μεταβλητές που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, οι τέσσερις παρουσιάζουν αυξητική τάση ενώ δύο εξ αυτών, οι μεταβλητές «Παιδιά κάτω των 6 ετών» και «Μη συγγενικές υποοικογένειες» παρουσιάζουν μείωση. Σε κάθε περίπτωση επειδή η όποια διακύμανση, θετική ή αρνητική είναι μικρή από χρονιά σε χρονιά, οι διαφορές δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές από το γράφημα που ακολουθεί και συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



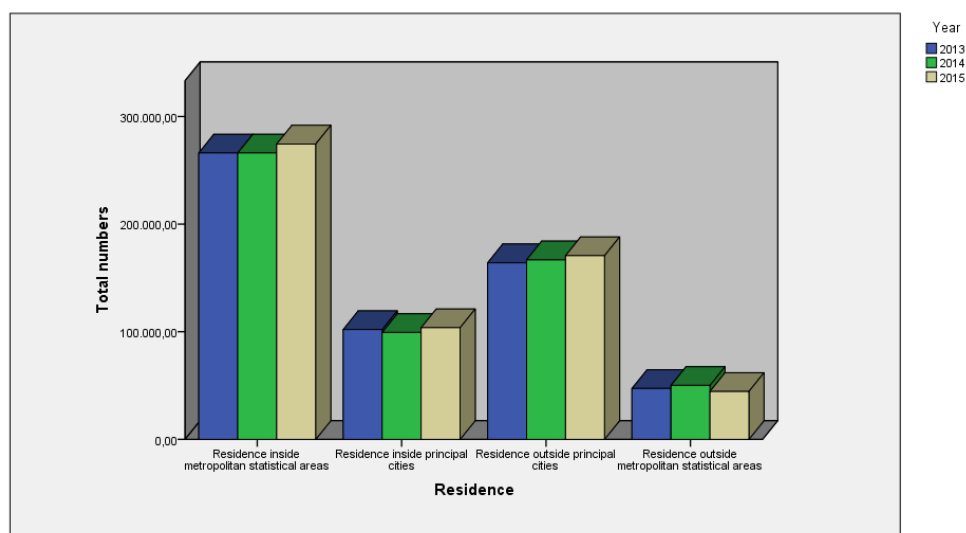
Διάγραμμα 4.26
Οικογενειακή κατάσταση σε συνολικούς αριθμούς

Ο επόμενος πίνακας περιέχει τις μεταβλητές που αφορούν την διαμόνη όπως αυτές εκφράζονται σε απόλυτα νούμερα για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.22
Κατοικία στους συνολικούς αριθμούς

Κατοικία	Συνολικοί αριθμοί		
	2013	2014	2015
Κατοικία στις μητροπολιτικές στατιστικές περιοχές	266.117	266.071	274.392
Κατοικία στις κύριες πόλεις	102.026	99.298	103.740
Κατοικία εκτός πόλεων	164.091	166.773	170.652
Κατοικία εκτός των μητροπολιτικών στατιστικών περιοχών	47.284	50.097	44.477

Από τον πίνακα προκύπτει πως μόνο η μεταβλητή «Κατοικία εκτός των μητροπολιτικών στατιστικών περιοχών» παρουσιάζει πτωτική τάση ενώ όλες οι υπόλοιπες αυξάνονται με την πάροδο των χρόνων. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



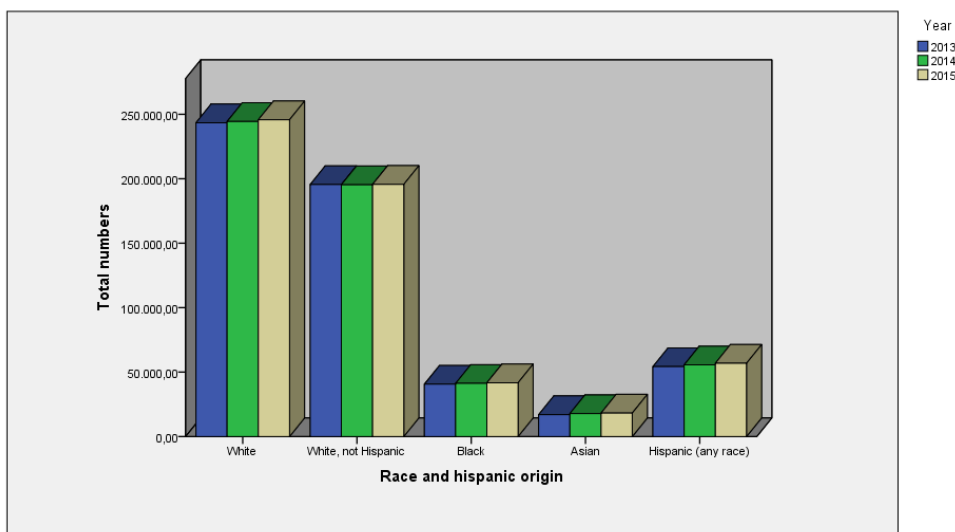
Διάγραμμα 4.27
Κατοικία στους συνολικούς αριθμούς

Ο παρακάτω πίνακας περιέχει τις μεταβλητές που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή όπως αυτές εκφράζονται σε απόλυτα νούμερα για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.23
Φυλή και η ισπανόφωνη προέλευση σε συνολικά νούμερα

Φυλή και η ισπανόφωνη προέλευση	Συνολικοί αριθμοί		
	2013	2014	2015
Λευκοί	243.446	244.468	245.805
Λευκοί (όχι Ισπανοί)	195.489	195.352	195.646
Μαύροι	40.647	41.226	41.703
Ασιάτες	17.008	17.796	18.249
Ισπανοί (οποιαδήποτε φυλή)	54.268	55.614	56.873

Σε ότι αφορά τώρα τη φυλή και την καταγωγή όλες οι μεταβλητές εμφανίζουν σταθερή αυξητική τάση, όπως φαίνεται και από το γράφημα που ακολουθεί.



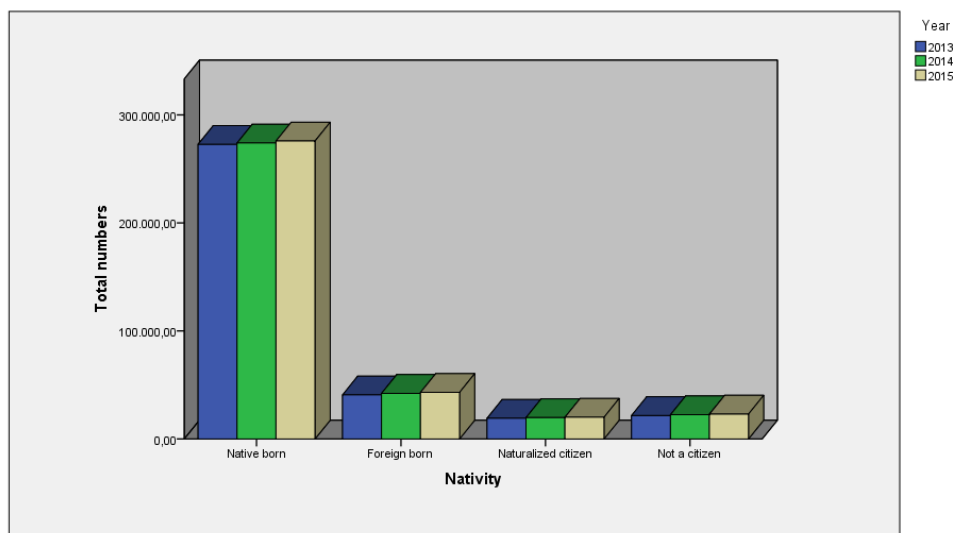
Διάγραμμα 4.28
Φυλή και η ισπανόφωνη προέλευση σε συνολικά νούμερα

Ο πίνακας που ακολουθεί περιέχει τις μεταβλητές που αφορούν τη γενέτειρα περιοχή όπως αυτές εκφράζονται σε απόλυτα νούμερα για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.24
Γέννηση σε συνολικά νούμερα

Γέννηση	Συνολικοί αριθμοί		
	2013	2014	2015
Ιθαγενείς γεννημένοι	272.658	273.984	275.798
Ξένοι γεννημένοι	40.743	42.184	43.070
Πολιτογραφημένοι πολίτες	19.134	19.733	20.086
Δεν είναι πολίτες	21.609	22.451	22.984

Και στην περίπτωση που αφορά τη γενέτειρα περιοχή υπάρχει αυξητική τάση για όλες της κατηγορίες της μεταβλητής, όπως φαίνεται και από το γράφημα που ακολουθεί.



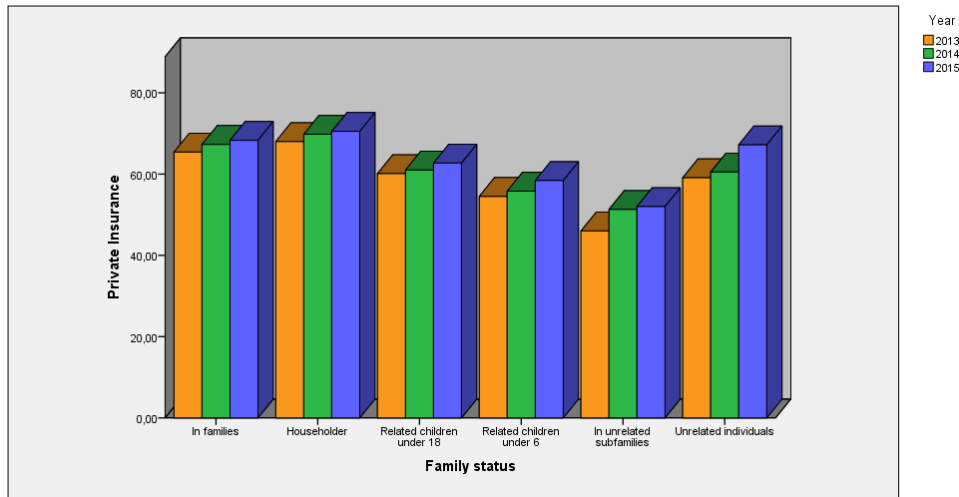
Διάγραμμα 4.29
Γέννηση σε συνολικά νούμερα

Ο επόμενος πίνακας περιέχει την κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.25
Οικογενειακή κατάσταση ποσοστά των ετών 2013-2015

Οικογενειακή κατάσταση	Ιδιωτική ασφάλιση		
	2013	2014	2015
Οικογένειες	65,4%	67,3%	68,3%
Σπιτονοικοκύρης	68,0%	69,8%	70,5%
Παιδιά κάτω των 18 ετών	60,1%	61,0%	62,7%
Παιδιά κάτω των 6 ετών	54,5%	55,8%	58,4%
Μη συγγενικές υποοικογένειες	46,0%	51,3%	52,0%
Μη συγγενείς	59,1%	60,5%	67,2%

Σε όλες τις κατηγορίες που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση υπάρχει αύξηση καθώς κινούμαστε από το 2013 στο 2015. Η αύξηση αυτή εμφανίζεται γραμμική και κατά περιπτώσεις είναι και αρκετά μεγάλη, όπως στην περίπτωση της μεταβλητής «Μη συγγενείς» όπου η αύξηση από το 2013 στο 2015 είναι περίπου 8%. Το γράφημα που ακολουθεί απεικονίζει ξεκάθαρα τις αυξήσεις αυτές.



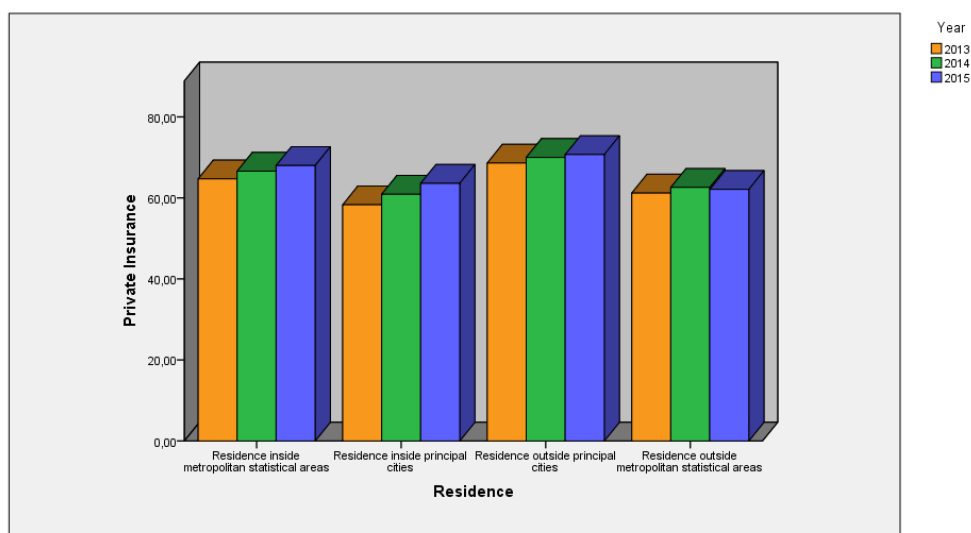
Διάγραμμα 4.30
Οικογενειακή κατάσταση ποσοστά των ετών 2013-2015

Ο παρακάτω πίνακας περιέχει την κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την διαμονή σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.26
Κατοικία ποσοστά για τα έτη 2013-2015

Κατοικία	Ιδιωτική ασφάλιση		
	2013	2014	2015
Κατοικία στις μητροπολιτικές στατιστικές περιοχές	64,7%	66,6%	68,0%
Κατοικία στις κύριες πόλεις	58,3%	60,9%	63,6%
Κατοικία εκτός πόλεων	68,6%	70,0%	70,7%
Κατοικία εκτός των μητροπολιτικών στατιστικών περιοχών	61,2%	62,6%	62,1%

Και στην περίπτωση που αφορά τη διαμονή υπάρχει για όλες τις κατηγορίες αυξητική τάση. Η μικρότερη αύξηση παρατηρείται στη μεταβλητή «Κατοικία εκτός των μητροπολιτικών στατιστικών περιοχών», η οποία συνολικά για τα δύο χρόνια είναι 0,9%. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



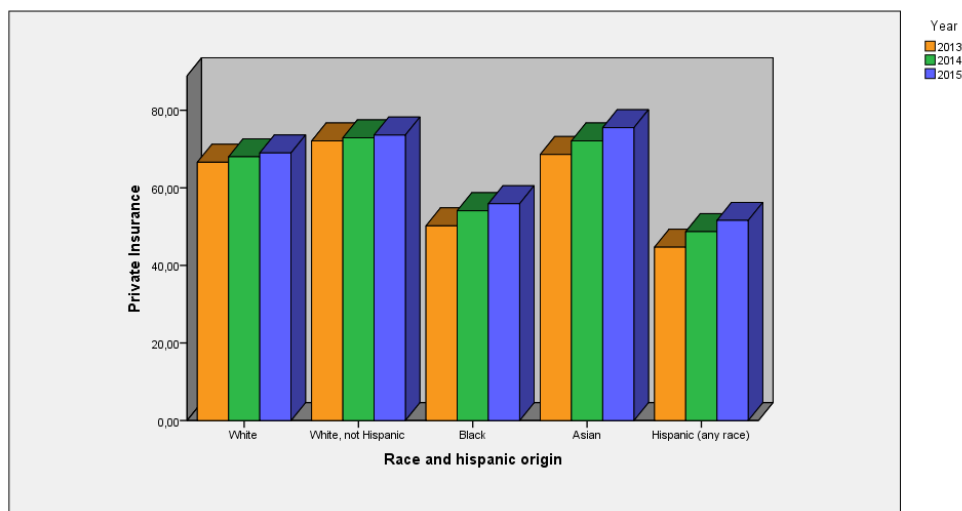
Διάγραμμα 4.31
Κατοικία ποσοστά για τα έτη 2013-2015

Ο πίνακας που ακολουθεί περιέχει την κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.27
Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση ποσοστά των ετών 2013-2015

Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση	Ιδιωτική ασφάλιση		
	2013	2014	2015
Λευκοί	66,6%	68,0%	69,0%
Λευκοί (όχι Ισπανοί)	72,1%	72,9%	73,6%
Μαύροι	50,2%	54,1%	55,9%
Ασιάτες	68,6%	72,1%	75,5%
Ισπανοί (οποιαδήποτε φυλή)	44,7%	48,7%	51,6%

Αύξηση των ποσοστών όλων των κατηγοριών που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή, όπως αυτή αποτυπώνεται στον παραπάνω πίνακα. Το γράφημα που ακολουθεί δείχνει ξεκάθαρα τις αυξήσεις αυτές.



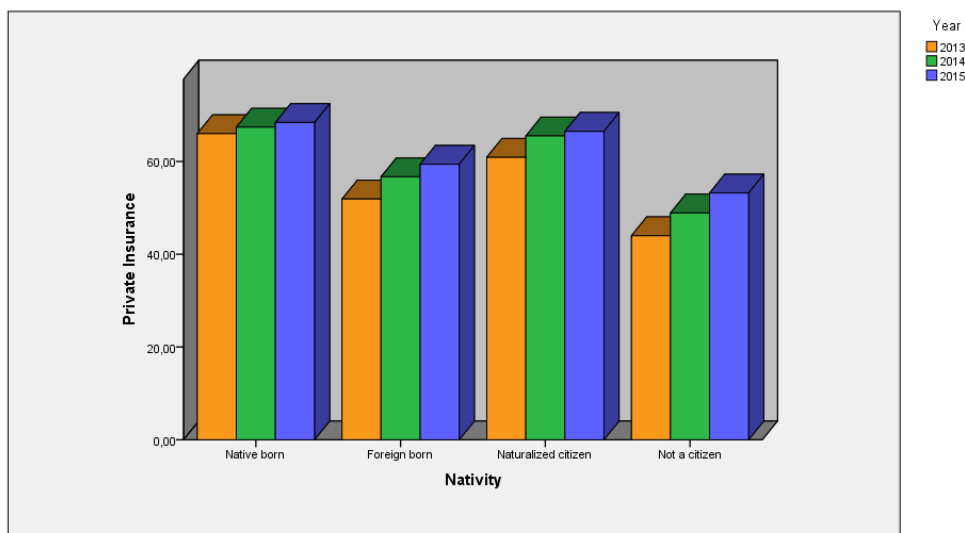
Διάγραμμα 4.32
Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση ποσοστά των ετών 2013-2015

Ο επόμενος πίνακας περιέχει την κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη γενέτειρα περιοχή σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.28
Γέννηση ποσοστά των ετών 2013-2015

Γέννηση	Ιδιωτική ασφάλιση		
	2013	2014	2015
Ιθαγενείς γεννημένοι	66,0%	67,4%	68,4%
Ξένοι γεννημένοι	51,9%	56,7%	59,4%
Πολιτογραφημένοι πολίτες	60,9%	65,5%	66,5%
Δεν είναι πολίτες	44,0%	48,9%	53,2%

Αυξητικές τάσεις έχουν και οι μεταβλητές που αφορούν τη γενέτειρα περιοχή με σημαντικότερη στο σύνολό της αυτή της «Δεν είναι πολίτες» η οποία και έφτασε το 9,2%. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



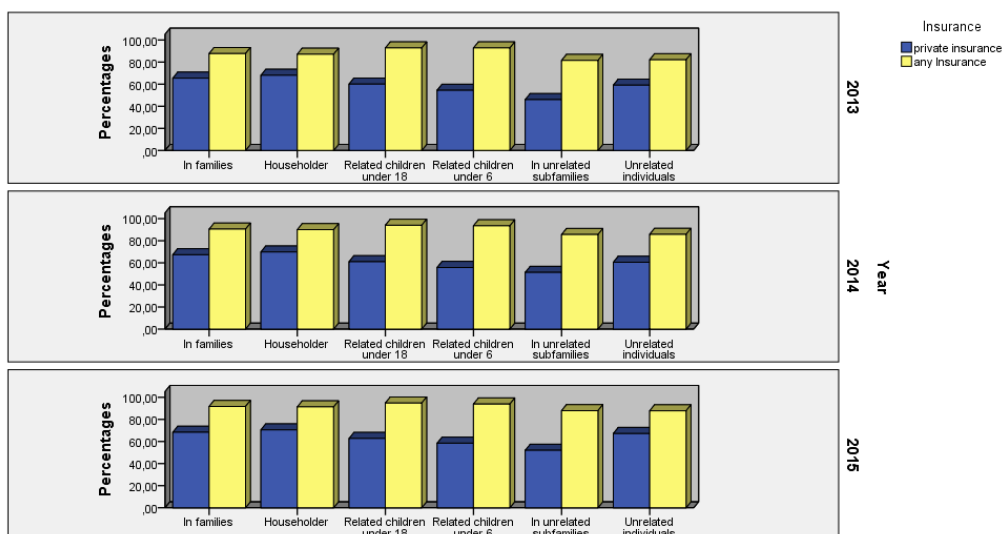
Διάγραμμα 4.33
Γέννηση ποσοστά των ετών 2013-2015

Ο ακόλουθος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν μία άλλη οποιαδήποτε ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.29
Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης

Οικογενειακή κατάσταση	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση
Οικογένειες	65,4%	87,7%	67,3%	90,5%	68,3%	91,7%
Σπιτονοικοκύρης	68,0%	87,1%	69,8%	90,0%	70,5%	91,3%
Παιδιά κάτω των 18 ετών	60,1%	92,8%	61,0%	94,0%	62,7%	94,8%
Παιδιά κάτω των 6 ετών	54,5%	92,8%	55,8%	93,5%	58,4%	93,9%
Μη συγγενικές υποοικογένειες	46,0%	81,5%	51,3%	85,6%	52,0%	87,9%
Μη συγγενείς	59,1%	82,1%	60,5%	85,8%	67,2%	87,8%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει πως για κάθε χρονιά από το 2013 έως το 2015 τα ποσοστά αυτών που έχουν μία οποιαδήποτε άλλη ασφάλιση είναι σε κάθε περίπτωση πολύ υψηλότερα από αυτούς που έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Παρόλα αυτά αξίζει να σημειωθεί πως σε κάθε κατηγορία της οικογενειακής κατάστασης τα ποσοστά για την ιδιωτική ασφάλιση είναι υψηλά, φτάνοντας μέχρι και το 70,5% για την περίπτωση των «Σπιτονοικοκύρης» το 2015. Το γράφημα που ακολουθεί δείχνει ξεκάθαρα την υστέρηση αυτή της ιδιωτικής ασφάλισης.



Διάγραμμα 4.34

Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης

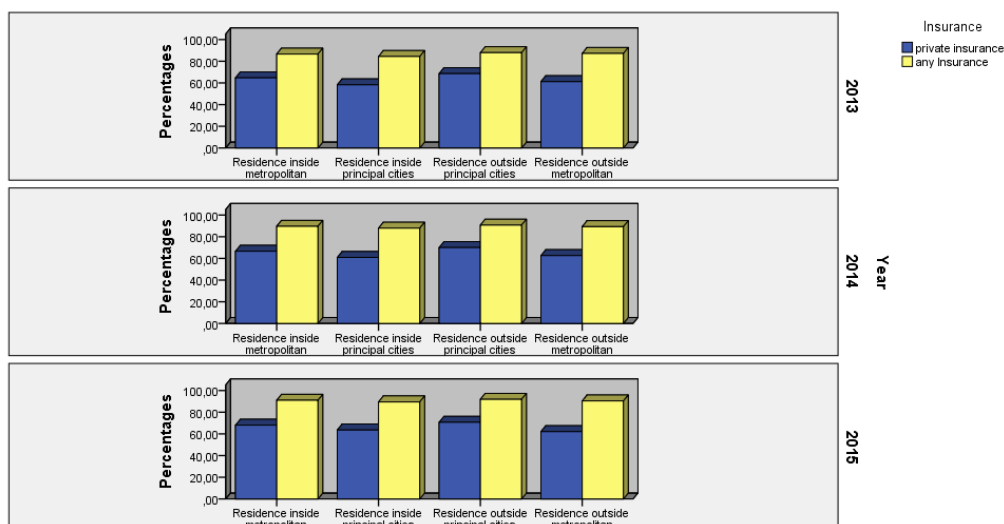
Ο ακόλουθος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη διαμονή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν μία άλλη οποιαδήποτε ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.30

Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης

Κατοικία	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση
Κατοικία στις μητροπολιτικές στατιστικές περιοχές	64,7%	86,6%	66,6%	89,6%	68,0%	91,0%
Κατοικία στις κύριες πόλεις	58,3%	84,4%	60,9%	87,9%	63,6%	89,5%
Κατοικία εκτός πόλεων	68,6%	87,9%	70,0%	90,7%	70,7%	91,9%
Κατοικία εκτός των μητροπολιτικών στατιστικών περιοχών	61,2%	87,2%	62,6%	89,3%	62,1%	90,4%

Και στη περίπτωση της διαμονής τα συμπεράσματα είναι αντίστοιχα με αυτά που αναφέρθηκαν παραπάνω και αφορούν την οικογενειακή κατάσταση. Σε κάθε περίπτωση η ιδιωτική ασφάλιση υστερεί, παρόλο που έχει υψηλά ποσοστά. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



Διάγραμμα 4.35

Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης

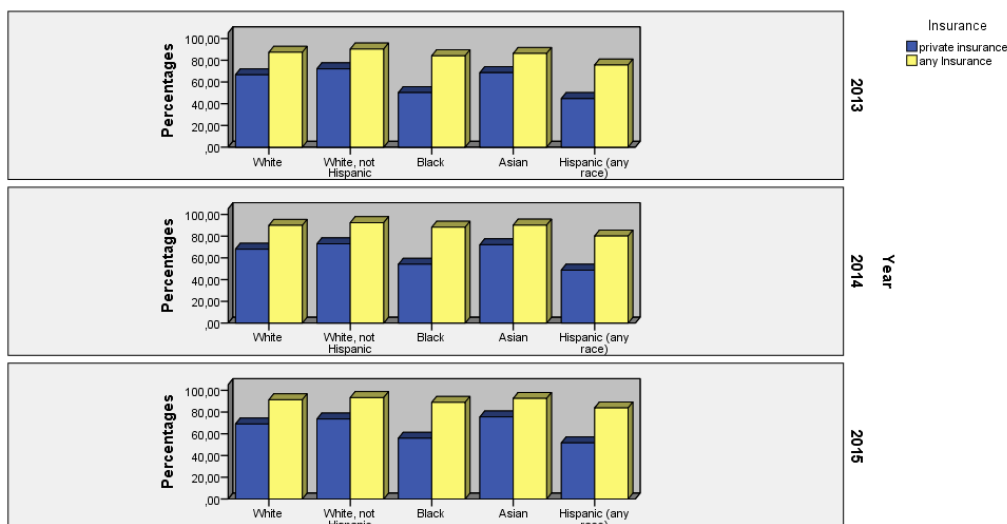
Ο ακόλουθος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν μία άλλη οποιαδήποτε ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.31

Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης

Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση
Λευκοί	66,6%	87,3%	68,0%	89,9%	69,0%	91,3%
Λευκοί (όχι Ισπανοί)	72,1%	90,3%	72,9%	92,4%	73,6%	93,3%
Μαύροι	50,2%	84,1%	54,1%	88,2%	55,9%	88,9%
Ασιάτες	68,6%	86,2%	72,1%	90,1%	75,5%	92,5%
Ισπανοί (οποιαδήποτε φυλή)	44,7%	75,6%	48,7%	80,1%	51,6%	83,8%

Ανάλογα και τα συμπεράσματα και για την περίπτωση της φυλής και της καταγωγής. Υψηλά ποσοστά για την ιδιωτική ασφάλιση, αλλά σε κάθε περίπτωση χαμηλότερα από την κατηγορία της οποιασδήποτε άλλης ασφάλισης. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



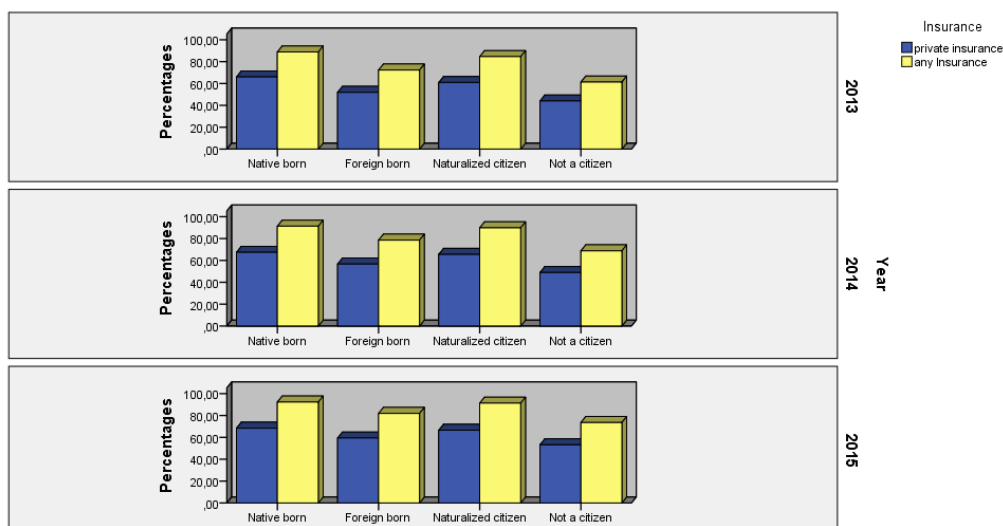
Διάγραμμα 4.36
Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης

Ο ακόλουθος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν μία άλλη οποιαδήποτε ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.32
Γέννηση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης

Γέννηση	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Οποιαδήποτε ασφάλιση
Ιθαγενείς γεννημένοι	66,0%	88,8%	67,4%	91,3%	68,4%	92,3%
Ξένοι γεννημένοι	51,9%	72,3%	56,7%	78,6%	59,4%	81,9%
Πολιτογραφημένοι πολίτες	60,9%	84,6%	65,5%	89,8%	66,5%	91,3%
Δεν είναι πολίτες	44,0%	61,3%	48,9%	68,8%	53,2%	73,6%

Καμία διαφοροποίηση και για την περίπτωση της γενέτειρας περιοχής. Το γράφημα που ακολουθεί απεικονίζει τα υψηλά ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης που όμως υστερούν.



Διάγραμμα 4.37

Γέννηση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης

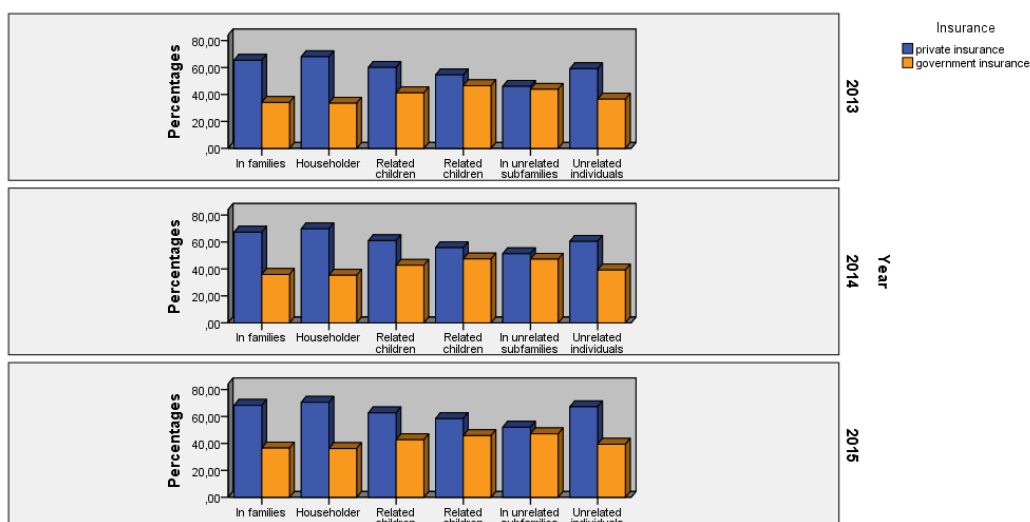
Ο επόμενος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν κρατική ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.33

Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης

Οικογενειακή κατάσταση	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση
Οικογένειες	65,4%	34,1%	67,3%	35,9%	68,3%	36,6%
Σπιτονοικοκύρης	68,0%	33,5%	69,8%	35,3%	70,5%	36,2%
Παιδιά κάτω των 18 ετών	60,1%	41,2%	61,0%	42,7%	62,7%	42,7%
Παιδιά κάτω των 6 ετών	54,5%	46,5%	55,8%	47,4%	58,4%	45,8%
Μη συγγενικές υποοικογένειες	46,0%	43,8%	51,3%	47,2%	52,0%	47,1%
Μη συγγενείς	59,1%	36,5%	60,5%	39,2%	67,2%	39,4%

Στον παραπάνω πίνακα, για την περίπτωση της οικογενειακής κατάστασης, η ιδιωτική ασφάλιση εμφανίζει, σε κάθε περίπτωση και για τα τρία υπό εξέταση χρόνια, υψηλότερα ποσοστά από ότι η κρατική ασφάλιση. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα απεικονίζοντας ξεκάθαρα το παραπάνω συμπέρασμα.



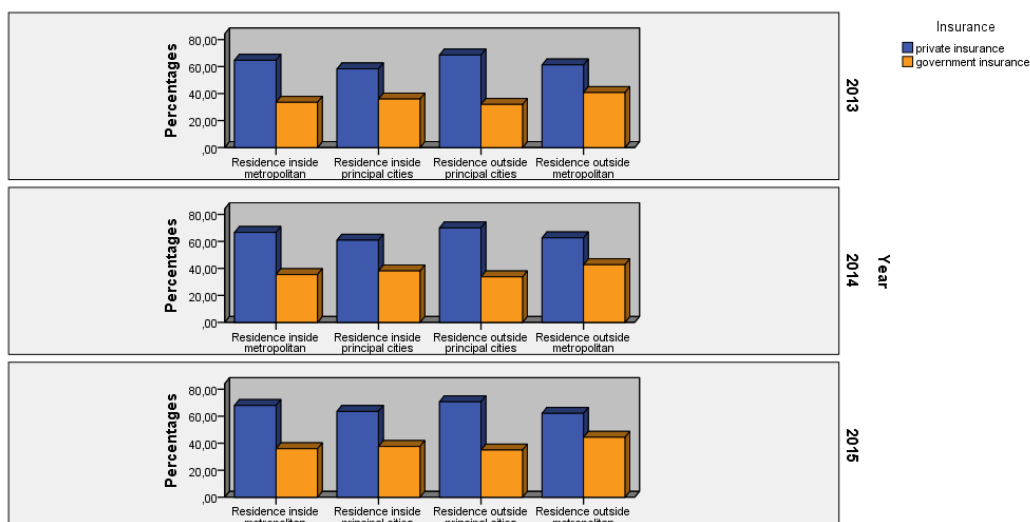
Διάγραμμα 4.38
Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης

Ο ακόλουθος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη διαμονή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν κρατική ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.34
Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης

Κατοικία	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση
Κατοικία στις μητροπολιτικές στατιστικές περιοχές	64,7%	33,5%	66,6%	35,4%	68,0%	35,9%
Κατοικία στις κύριες πόλεις	58,3%	35,9%	60,9%	38,1%	63,6%	37,6%
Κατοικία εκτός πόλεων	68,6%	31,9%	70,0%	33,7%	70,7%	34,9%
Κατοικία εκτός των μητροπολιτικών στατιστικών περιοχών	61,2%	40,7%	62,6%	42,7%	62,1%	44,4%

Και σε αυτή την περίπτωση της διαμονής, ισχύει ότι προέκυψε και για την οικογενειακή κατάσταση. Σε κάθε περίπτωση η ιδιωτική ασφάλιση υπερτερεί της κρατικής ασφάλισης. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



Διάγραμμα 4.39
Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης

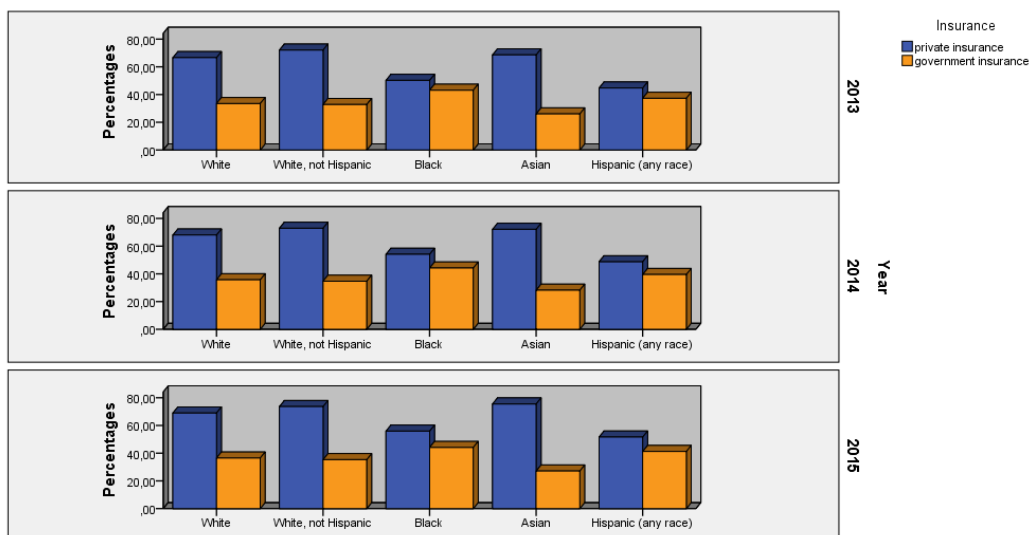
Ο πίνακας που ακολουθεί περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν κρατική ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.35

Φυλή και ισπανική προέλευση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης

Φυλή και ισπανική προέλευση	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση
Λευκοί	66,6%	33,5%	68,0%	35,7%	69,0%	36,5%
Λευκοί (όχι Ισπανοί)	72,1%	32,8%	72,9%	34,7%	73,6%	35,3%
Μαύροι	50,2%	43,1%	54,1%	44,2%	55,9%	44,1%
Ασιάτες	68,6%	26,0%	72,1%	28,2%	75,5%	27,1%
Ισπανοί (οποιαδήποτε φυλή)	44,7%	37,3%	48,7%	39,5%	51,6%	41,2%

Ανάλογα τα συμπεράσματα και για την περίπτωση της φυλής και της καταγωγής. Η ιδιωτική ασφάλιση έχει σε κάθε περίπτωση, σε κάθε χρονιά υψηλότερα ποσοστά από την κρατική ασφάλιση. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



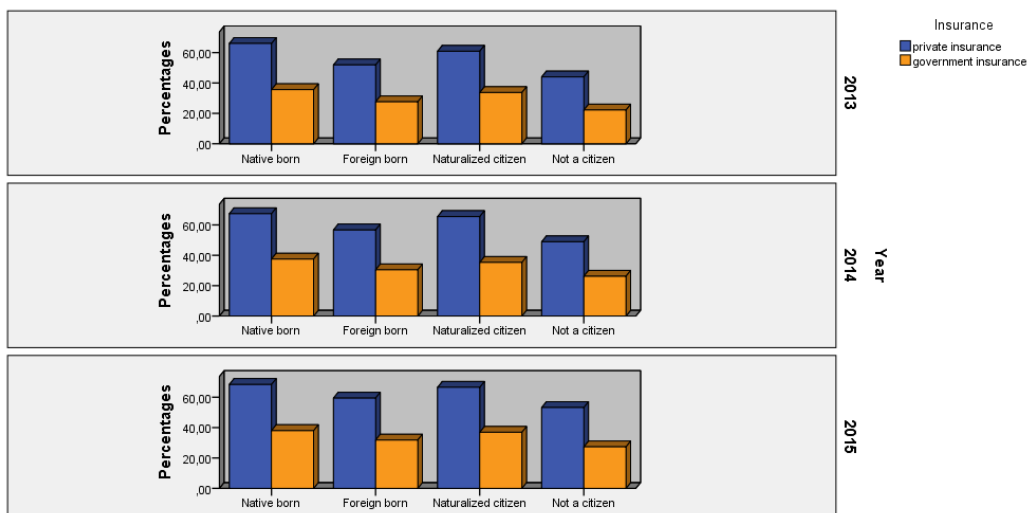
Διάγραμμα 4.40
Φυλή και ισπανική προέλευση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης

Ο επόμενος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν κρατική ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.36
Γέννηση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης

Γέννηση	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση	Ιδιωτική ασφάλιση	Κρατική ασφάλιση
Ιθαγενείς γεννημένοι	66,0%	35,6%	67,4%	37,5%	68,4%	38,0%
Ξένοι γεννημένοι	51,9%	27,6%	56,7%	30,4%	59,4%	31,8%
Πολιτογραφημένοι πολίτες	60,9%	33,7%	65,5%	35,3%	66,5%	36,9%
Δεν είναι πολίτες	44,0%	22,2%	48,9%	26,2%	53,2%	27,3%

Και στην περίπτωση της γενέτειρας περιοχής, η ιδιωτική ασφάλιση έχει υψηλότερα ποσοστά από την κρατική ασφάλιση. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



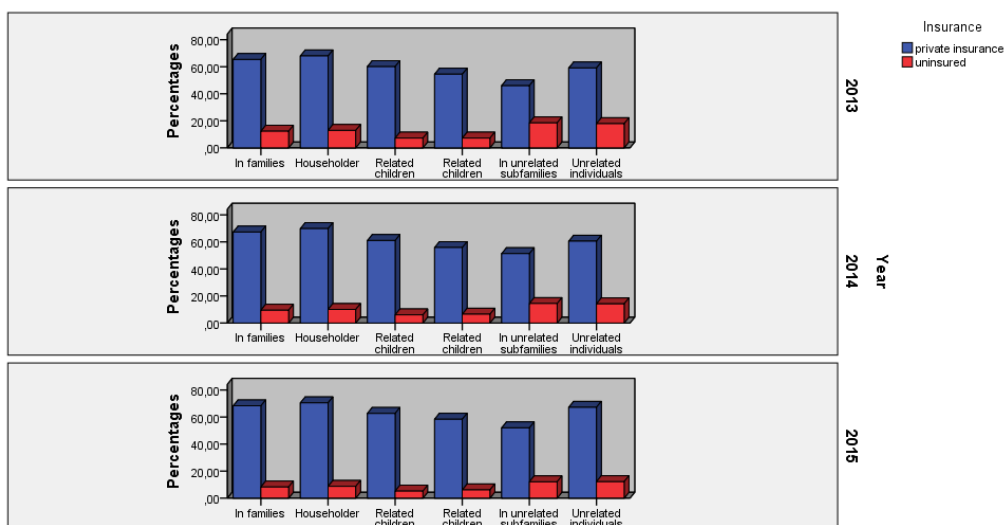
Διάγραμμα 4.41
Γέννηση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και κρατικής ασφάλισης

Ο επόμενος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.37
Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων

Οικογενειακή κατάσταση	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι
Οικογένειες	65,4%	12,3%	67,3%	9,5%	68,3%	8,3%
Σπιτονοικοκύρης	68,0%	12,9%	69,8%	10,0%	70,5%	8,7%
Παιδιά κάτω των 18 ετών	60,1%	7,2%	61,0%	6,0%	62,7%	5,2%
Παιδιά κάτω των 6 ετών	54,5%	7,2%	55,8%	6,5%	58,4%	6,1%
Μη συγγενικές υποοικογένειες	46,0%	18,5%	51,3%	14,4%	52,0%	12,1%
Μη συγγενείς	59,1%	17,9%	60,5%	14,2%	67,2%	12,2%

Για την περίπτωση της οικογενειακής κατάστασης σε ότι αφορά τη σύγκριση των ποσοστών της ιδιωτικής ασφάλισης έναντι όσων δεν έχουν καμία ασφάλιση, τα ποσοστά είναι υπέρ της πρώτης και μάλιστα με μεγάλη διαφορά. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι από το 2013 έως το 2015 τα ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης αυξάνονται ενώ αντίθετα τα ποσοστά όσων δεν έχουν καμία ασφάλιση μειώνονται και αυτό ισχύει για κάθε κατηγορία. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



Διάγραμμα 4.42

Οικογενειακή κατάσταση σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων

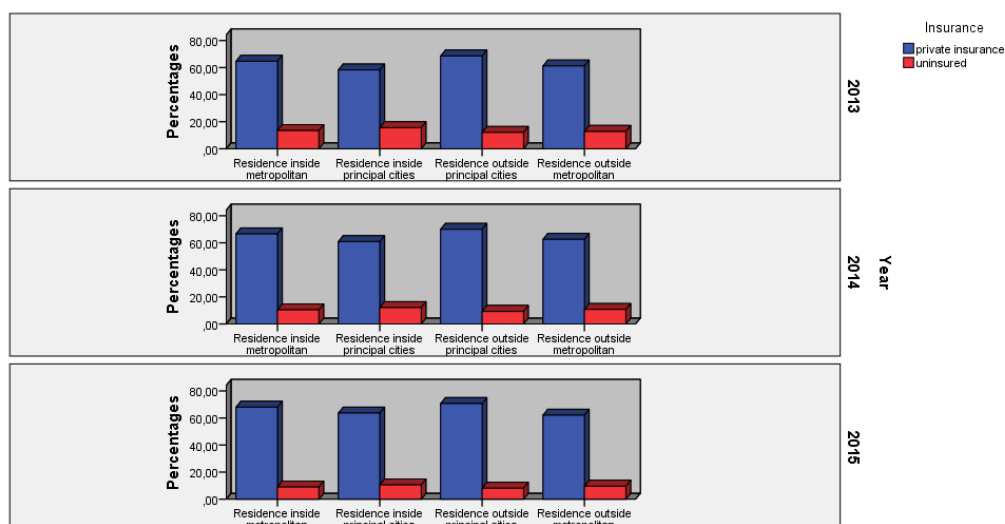
Ο πίνακας που ακολουθεί περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη διαμογή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.38

Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων

Κατοικία	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι
Κατοικία στις μητροπολιτικές στατιστικές περιοχές	64,7%	13,4%	66,6%	10,4%	68,0%	9,0%
Κατοικία στις κύριες πόλεις	58,3%	15,6%	60,9%	12,1%	63,6%	10,5%
Κατοικία εκτός πόλεων	68,6%	12,1%	70,0%	9,3%	70,7%	8,1%
Κατοικία εκτός των μητροπολιτικών στατιστικών περιοχών	61,2%	12,8%	62,6%	10,7%	62,1%	9,6%

Και στην περίπτωση της διαμοής τα ποσοστά που αφορούν την ιδιωτική ασφάλιση είναι συντριπτικά έναντι όσων δεν έχουν καμία ασφάλιση. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



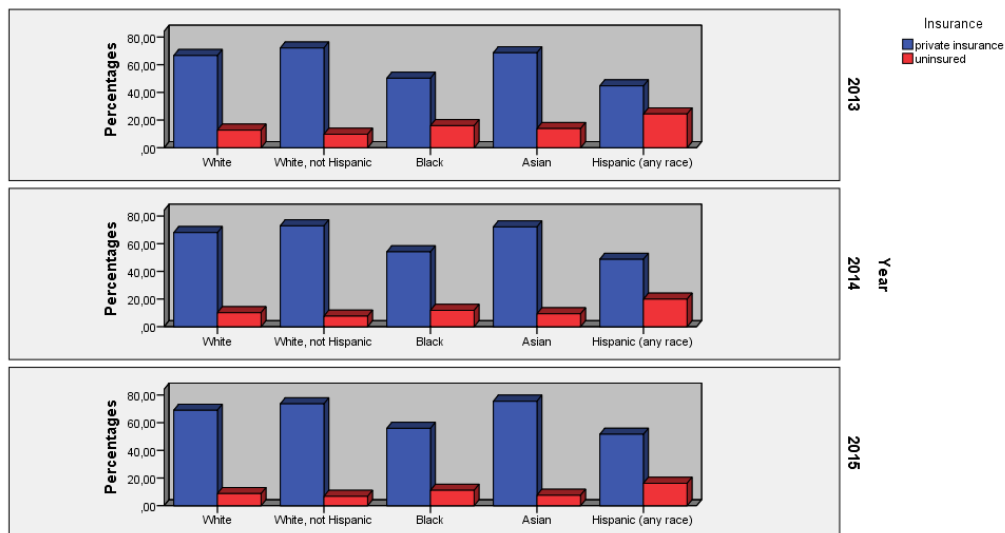
Διάγραμμα 4.43
Κατοικία σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων

Ο ακόλουθος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.39
Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση σύγκριση μεταξύ ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων

Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι
Λευκοί	66,6%	12,7%	68,0%	10,1%	69,0%	8,7%
Λευκοί (όχι Ισπανοί)	72,1%	9,7%	72,9%	7,6%	73,6%	6,7%
Μαύροι	50,2%	15,9%	54,1%	11,8%	55,9%	11,1%
Ασιάτες	68,6%	13,8%	72,1%	9,3%	75,5%	7,5%
Ισπανοί (οποιαδήποτε φυλή)	44,7%	24,4%	48,7%	19,9%	51,6%	16,2%

Ανάλογα είναι και τα συμπεράσματα του παραπάνω πίνακα για τη φυλή και την καταγωγή. Σε κάθε περίπτωση τα ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης είναι πολύ υψηλότερα από την περίπτωση αυτών που δεν έχουν καμία ασφάλιση. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



Διάγραμμα 4.44

Φυλή και ισπανόφωνη προέλευση σύγκριση μεταξύ ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων

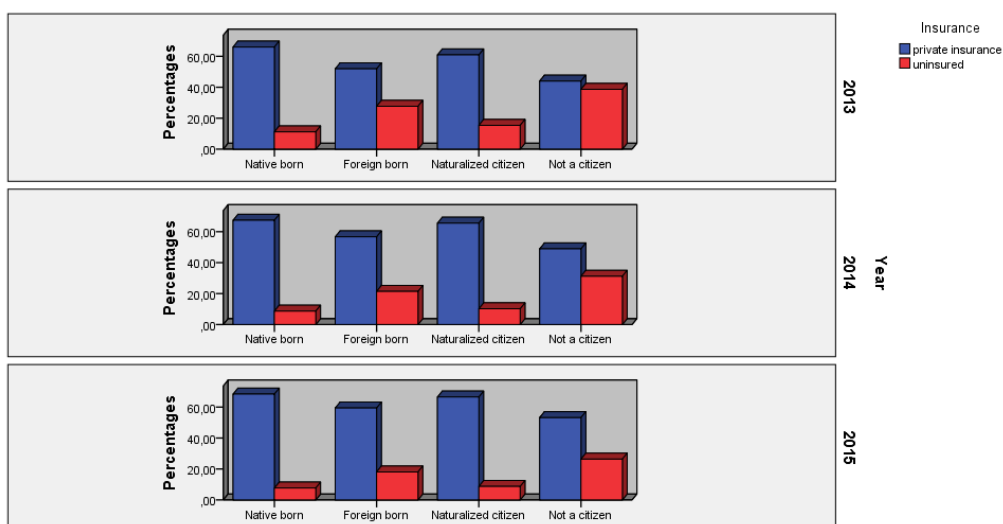
Ο επόμενος πίνακας περιέχει τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.40

Γέννηση σύγκριση της μεταξύ ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων

Γέννηση	2013		2014		2015	
	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι	Ιδιωτική ασφάλιση	Ανασφάλιστοι
Ιθαγενείς γεννημένοι	66,0%	11,2%	67,4%	8,7%	68,4%	7,7%
Ξένοι γεννημένοι	51,9%	27,7%	56,7%	21,4%	59,4%	18,1%
Πολιτογραφημένοι πολίτες	60,9%	15,4%	65,5%	10,2%	66,5%	8,7%
Δεν είναι πολίτες	44,0%	38,7%	48,9%	31,2%	53,2%	26,4%

Και την περίπτωση της γενέτειρας περιοχής τα ποσοστά είναι σαφώς μεγαλύτερα για όσους έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Παρόλα αυτά πρέπει να σημειωθεί πως για η μεταβλητή «Δεν είναι πολίτες» παρουσιάζει τα υψηλότερα ποσοστά στην κατηγορία των ατόμων χωρίς καμία ασφάλιση. Το γράφημα που ακολουθεί συνοδεύει τον παραπάνω πίνακα.



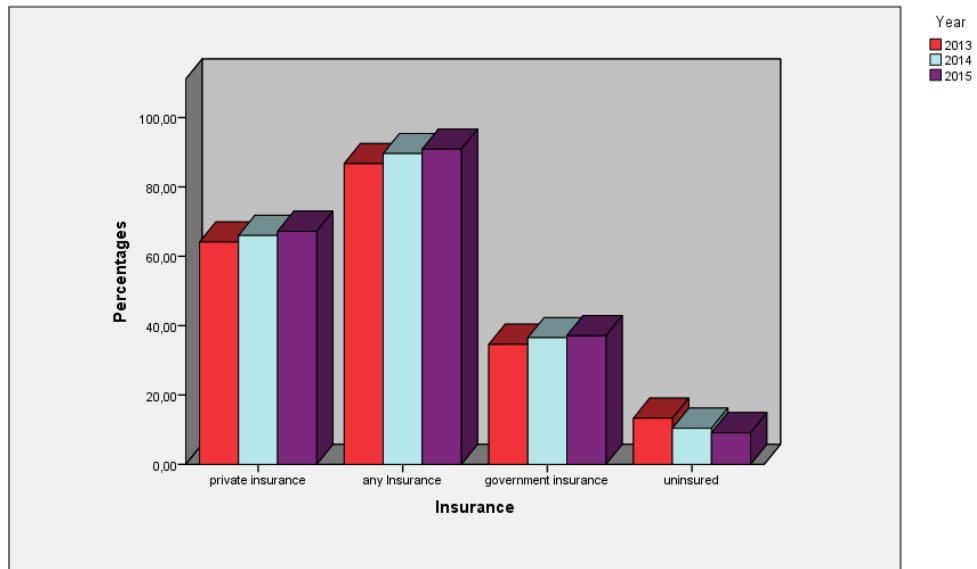
Διάγραμμα 4.45
Γέννηση σύγκριση της μεταξύ ιδιωτικής ασφάλισης και ανασφάλιστων

Ο επόμενος πίνακας περιέχει τη κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν την ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Πίνακας 4.41
Ποσοστά ασφάλισης των ετών 2013-2015

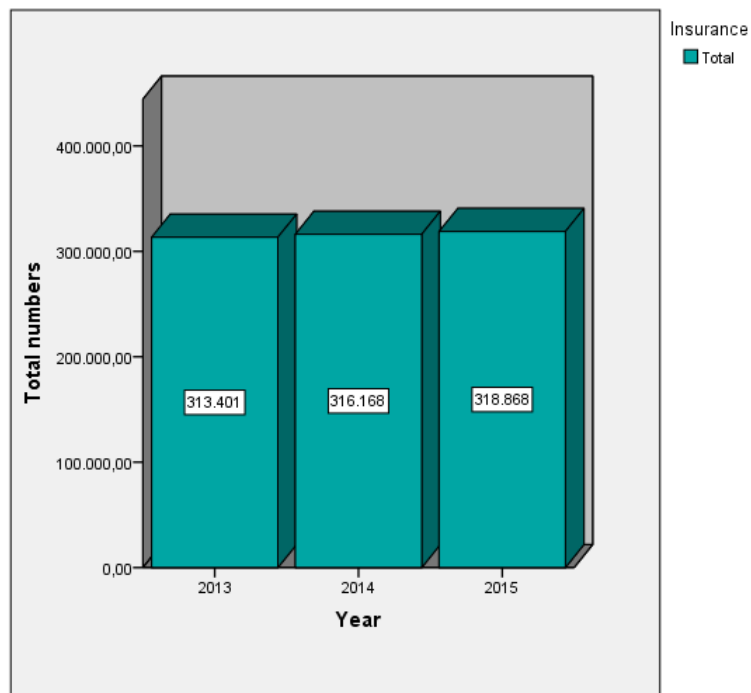
Ασφάλιση	2013	2014	2015
Ιδιωτική ασφάλιση	64,1%	66,0%	67,2%
Οποιαδήποτε ασφάλιση	86,7%	89,6%	90,9%
Κυβερνητική ασφάλιση	34,6%	36,5%	37,1%
Ανασφάλιστοι	13,3%	10,4%	9,1%

Αυτό που παρατηρείται τόσο από τον παραπάνω πίνακα όσο και από το γράφημα που ακολουθεί είναι πως από το 2013 έως το 2015 όλα τα είδη των ασφαλίσεων, ιδιωτική, κρατική ή άλλη ασφάλιση εμφανίζουν αύξηση, ενώ όσοι δεν έχουν καμία ασφάλιση παρουσιάζουν μείωση. Τόσο η αύξηση στις περιπτώσεις που υπάρχει ασφάλιση κάποιου είδους, αλλά όσο και η μείωση στην περίπτωση που δεν υπάρχει ασφάλιση είναι περίπου 3%.

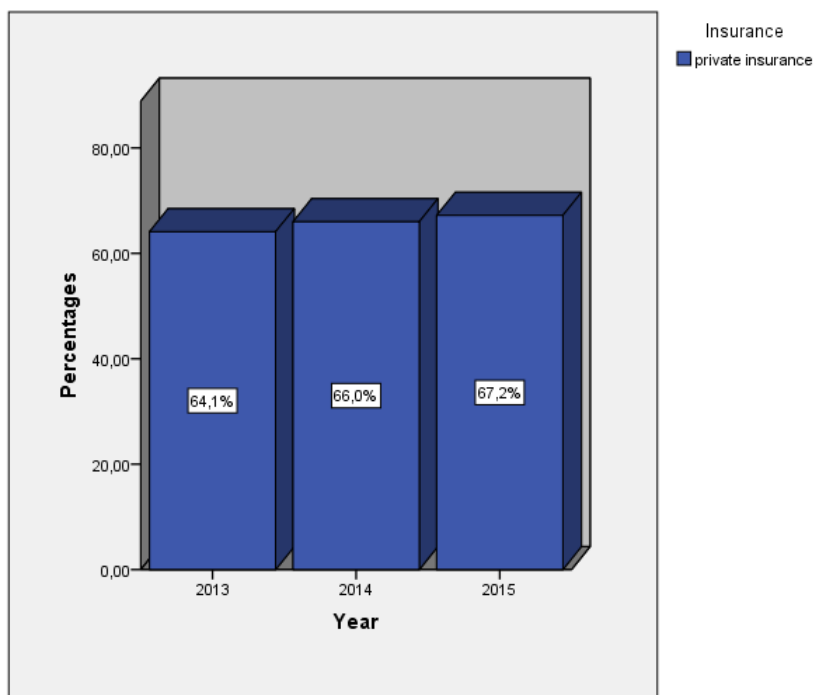


Διάγραμμα 4.46
Ποσοστά ασφάλισης των ετών 2013-2015

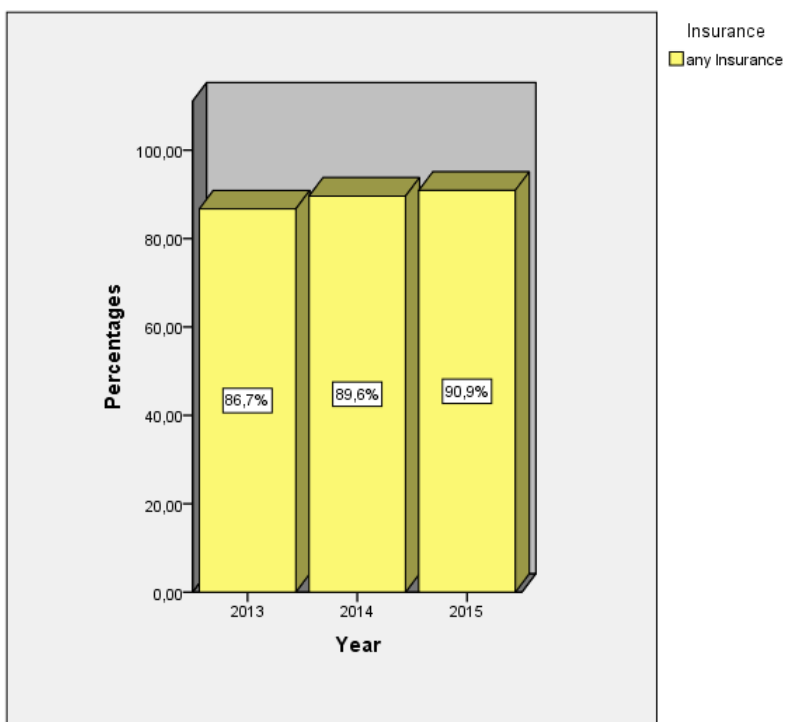
Τα επόμενα πέντε Διαγράμματα απεικονίζουν ακριβώς ότι υπάρχει στο διάγραμμα 21 και στον πίνακα 21, απλά χωριστά για κάθε κατηγορία ασφάλισης για την καλύτερη εποπτεία των αντίστοιχων ποσοστών.



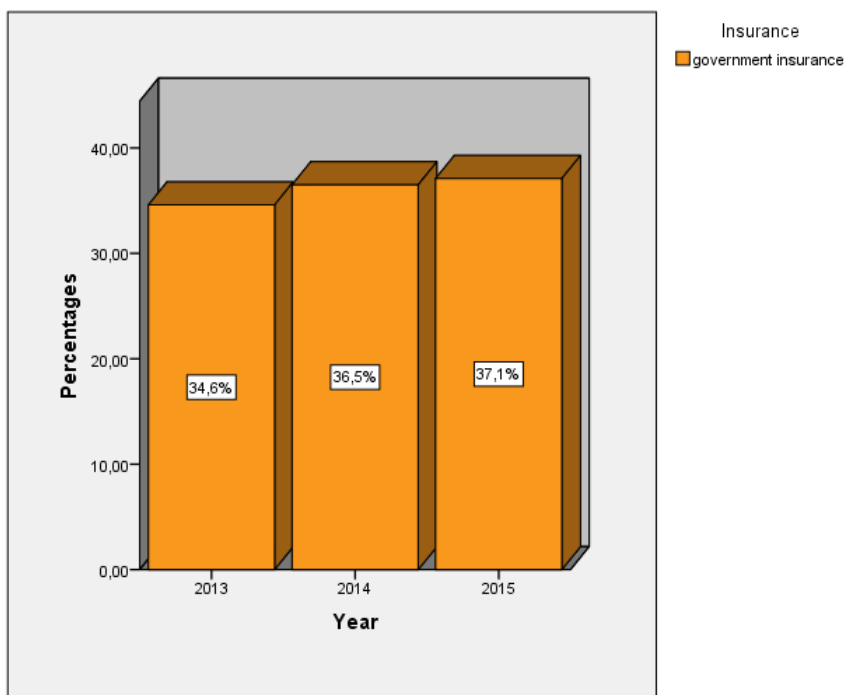
Διάγραμμα 4.22
Συνολικά ποσοστά ανά έτος



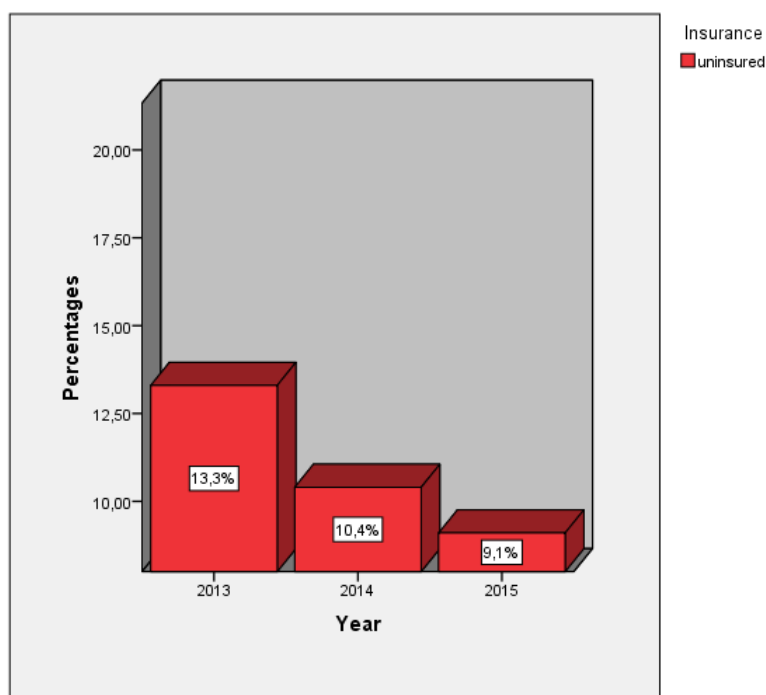
Διάγραμμα 4.47
Συνολικά ποσοστά της κατηγορίας ιδιωτικής ασφάλισης



Διάγραμμα 4.24
Συνολικά ποσοστά της κατηγορίας οποιασδήποτε ασφάλισης



Διάγραμμα 4.25
Συνολικά ποσοστά της κατηγορίας κυβερνητικής ασφάλισης



Διάγραμμα 4.26
Συνολικά ποσοστά της κατηγορίας ανασφάλιστοι

Η παρουσίαση ξεκίνησε με τη χρήση πινάκων και διαγραμμάτων για τις κατηγορίες οικογενειακή κατάσταση, κατοικία, φυλή και καταγωγή και γέννηση όπως αυτές εκφράζονται σε απόλυτα νούμερα για τα έτη 2013, 2014 και 2015.

Όπως παρατηρήθηκε στην οικογενειακή κατάσταση κατά κύριο λόγο υπήρξε αυξητική τάση ενώ δύο μόνο μεταβλητές παρουσίασαν μείωση. Στην κατηγορία διαμονή σύμφωνα με τον πίνακα και με τη παρουσίαση διαγράμματος παρατηρήθηκε πτωτική τάση μόνο από μία μεταβλητή. Στην κατηγορία φυλή και καταγωγή οι μεταβλητές όπως έγινε αντιληπτό εμφανίζουν σταθερή αυξητική τάση. Αλλά και η κατηγορία γέννηση (γενέτειρα περιοχή) με τις μεταβλητές της όπως αυτές εκφράζονται σε απόλυτα νούμερα για τα έτη 2013, 2014 και 2015 αναδεικνύουν αυξητική τάση. Όπως έγινε δηλαδή αντιληπτό η αυξητική τάση για τα έτη 2013, 2014 και 2015 είναι έντονα αντιληπτή.

Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε μια πιο συγκεκριμένη παρουσίαση των κατηγοριών οικογενειακή κατάσταση, κατοικία, φυλή και καταγωγή και γέννηση σχετικά με την ιδιωτική ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Για την κατηγορία οικογενειακή κατάσταση υπήρξε αύξηση. Η αύξηση αυτή εμφανίζεται γραμμική και κατά περιπτώσεις όπως ήδη περιγράφηκε και παρατηρήθηκε είναι και αρκετά μεγάλη, όπως

στην περίπτωση της μεταβλητής «μη συγγενείς» όπου η αύξηση από το 2013 στο 2015 είναι περίπου 8%. Στη διαμονή σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση υπάρχει επίσης αυξητική τάση. Μικρότερη αύξηση παρατηρήθηκε σε μια μόνο εξ αυτών μεταβλητή, η οποία συνολικά για τα δύο χρόνια έφτασε το 0,9%. Και κατά την κατανομή των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015 παρατηρήθηκε αύξηση των ποσοστών όλων των μεταβλητών που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή. Το ίδιο όπως συνέβη και στην κατηγορία γέννηση (γενέτειρα περιοχή) σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση για τα έτη 2013, 2014 και 2015 με σημαντικότερη αύξηση στην μεταβλητή «μη πολίτης» με 9,2%. Και εδώ το αυξητικό στοιχείο είναι έντονο.

Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε σύγκριση της ιδιωτικής ασφάλισης και αυτών που έχουν μία άλλη οποιαδήποτε ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015 πάνω στις κατηγορίες οικογενειακή κατάσταση, κατοικία, φυλή και καταγωγή και γέννηση. Παρατηρήθηκε ότι η οποιαδήποτε άλλη ασφάλιση είχε αύξηση και μάλιστα υψηλότερη από αυτούς που έχουν ιδιωτική ασφάλιση. Όμως όπως περιγράφηκε ήδη η ιδιωτική ασφάλιση παρουσίασε τα έτη 2013, 2014 και 2015 αύξηση αλλά όχι στον ίδιο βαθμό με τη συγκρινόμενη ασφάλιση. Στην οικογενειακή κατάσταση τα ποσοστά για την ιδιωτική ασφάλιση είναι αρκετά υψηλά.

Κατά τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη διαμονή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν μία άλλη οποιαδήποτε ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015, η ιδιωτική ασφάλιση παρουσίασε υστέρηση, παρόλο που έχει υψηλά ποσοστά. Στη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν μία άλλη οποιαδήποτε ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015, τα ποσοστά για την ιδιωτική ασφάλιση όπως παρατηρήθηκε ήταν ψηλά, αλλά σε κάθε περίπτωση χαμηλότερα από την κατηγορία της οποιασδήποτε άλλης ασφάλισης. Για την κατηγορία γέννηση (γενέτειρα περιοχή) συμπεραίνεται ότι ισχύουν τα ίδια που ισχύουν και στις άλλες κατηγορίες. Υπάρχει οπωσδήποτε αυξητική τάση και στην ιδιωτική ασφάλιση και στην οποιαδήποτε ασφάλιση με την τελευταία να έχει όπως αναλύθηκε υψηλότερα ποσοστά έναντι της ιδιωτικής ασφάλισης.

Σε επόμενο βήμα πραγματοποιήθηκε σύγκριση της ιδιωτικής ασφάλισης και αυτών που έχουν κρατική ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015 πάνω στις κατηγορίες οικογενειακή κατάσταση, κατοικία, φυλή και καταγωγή και γέννηση. Στην περίπτωση της οικογενειακής κατάστασης, η ιδιωτική ασφάλιση εμφάνισε, και για τα τρία υπό

εξέταση χρόνια, υψηλότερα ποσοστά από ότι η κρατική ασφάλιση. Στη κατηγορία διαμονή πάλι η ιδιωτική ασφάλιση όπως ήδη παρουσιάστηκε στον πίνακα και στο διάγραμμα υπερτερεί της κρατικής ασφάλισης. Για την τη σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη φυλή και την καταγωγή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν κρατική ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015, η ιδιωτική ασφάλιση παρουσίασε σε κάθε περίπτωση, σε κάθε χρονιά υψηλότερα ποσοστά από την κρατική ασφάλιση. Η σύγκριση των ποσοστών των μεταβλητών που αφορούν τη γενέτειρα περιοχή μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που έχουν κρατική ασφάλιση, για τα έτη 2013, 2014 και 2015, έδειξε ότι η ιδιωτική ασφάλιση παρουσίασε υψηλότερα ποσοστά από την κρατική ασφάλιση. Το στοιχείο της αυξητικής τάσης είναι ξεκάθαρο και στην ιδιωτική ασφάλιση και στην κρατική ασφάλιση με την τελευταία να έχει όπως αναλύθηκε χαμηλότερα ποσοστά έναντι της ιδιωτικής ασφάλισης. Παρατηρήθηκε δηλαδή αντίθεση σε σχέση με τη σύγκριση ιδιωτικής ασφάλισης και οποιασδήποτε ασφάλισης που και οι δύο είχαν αυξητική τάση αλλά η οποιαδήποτε ασφάλιση είχε υψηλότερα ποσοστά αύξησης σε σχέση με την ιδιωτική ασφάλιση.

Η ανάλυση των στοιχείων συνεχίστηκε με τη σύγκριση της ιδιωτικής ασφάλισης και αυτών που είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2013, 2014 και 2015 πάνω στις κατηγορίες οικογενειακή κατάσταση, κατοικία, φυλή και καταγωγή και γέννηση. Στην κατηγορία οικογενειακή κατάσταση μεταξύ αυτών που έχουν ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2013, 2014 και 2015 τα ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης παρουσίασαν αύξηση όπως έχει ήδη περιγραφεί και αναλυθεί ενώ αντίθετα τα ποσοστά όσων δεν έχουν καμία ασφάλιση σε αυτά τα τρία έτη μειώθηκαν. Όσο αφορά την κατηγορία διαμονή, η σύγκριση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ της ιδιωτικής ασφάλισης και των ανασφάλιστων, τα ποσοστά που αφορούν την ιδιωτική ασφάλιση είναι πολύ υψηλότερα έναντι όσων δεν έχουν καμία ασφάλιση και επιπρόσθετα από το 2013 έως το 2015 στην κατηγορία ανασφάλιστοι υπάρχει πτώση. Στη κατηγορία φυλή και καταγωγή τα συγκρινόμενα ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης με τα ποσοστά των ανασφάλιστων όπως παρατηρήθηκε είναι πολύ υψηλότερα από την περίπτωση αυτών που δεν έχουν καμία ασφάλιση κατά τα έτη 2013, 2014 και 2015. Στη κατηγορία γέννηση (γενέτειρα περιοχή) η σύγκριση των εχόντων ιδιωτική ασφάλιση και αυτών που είναι ανασφάλιστοι, για τα έτη 2013, 2014 και 2015 είναι εμφανής. Και σε αυτή τη κατηγορία όπως και στις προαναφερόμενες τα ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης για τα έτη 2013, 2014 και 2015 παρουσίασαν αυξητική τάση εν αντιθέσει με

τους ανασφάλιστους που τα ποσοστά τους τα οποία παρουσίασαν πτώση. Συμπερασματικά όλα τα είδη των ασφαλίσεων, ιδιωτική, κρατική ή άλλη ασφάλιση εμφανίζουν αύξηση, ενώ όσοι δεν έχουν καμία ασφάλιση παρουσιάζουν μείωση.

Το διάγραμμα 23, το διάγραμμα 24, το διάγραμμα 25 και το διάγραμμα 26 παρουσιάζουν με τη σειρά τους την αυξητική τάση αλλά και τη μείωση για τα έτη 2013, 2014 και 2015. Συγκεκριμένα το διάγραμμα 23 αφορά την ιδιωτική ασφάλιση που και τα τρία χρόνια, από το 2013 έως το 2015, παρουσίασε αυξητική τάση σε όλες τις κατηγορίες. Στο διάγραμμα 24 όπως ήδη σχολιάστηκε αναλυτικά, παρουσιάστηκαν τα συνολικά ποσοστά για την οποιαδήποτε ασφάλιση τα οποία έδειξαν αυξητική τάση και μάλιστα πολύ μεγαλύτερη σε σχέση με τα ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης. Εν συνεχεία στο διάγραμμα 25 παρουσιάστηκαν τα συνολικά ποσοστά για την κρατική ασφάλιση τα οποία όπως φαίνεται να μην είχαν αυξητική τάση αλλά σε σύγκριση με την ιδιωτική ασφάλιση, χαμηλότερη. Τέλος στο διάγραμμα 26 παρουσιάστηκαν τα συνολικά ποσοστά για τους ανασφάλιστους. Από το 2013 έως το 2015 τα ποσοστά της ιδιωτικής ασφάλισης αυξάνονται ενώ αντίθετα τα ποσοστά όσων δεν έχουν καμία ασφάλιση παρουσιάζουν πτωτική τάση και αυτό όπως φαίνεται ισχύει για κάθε κατηγορία.

4.3 Ανακεφαλαίωση

Το κεφάλαιο αυτό σχεδιάστηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος spss. Τα δεδομένα αξιοποιήθηκαν από την πηγή U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015 and 2016 Annual Social and Economic Supplements για την Αμερική για 3 έτη από το 2013 έως το 2015.

Χρησιμοποιώντας πίνακες για την ανάδειξη των δεδομένων αλλά και διαγράμματα (ιστογράμματα και ραβδογράμματα), μελετήθηκε η επίδραση της ιδιωτικής ασφάλισης σε μεταβλητές που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή τα έτη 2013, 2014 και 2015. Επιπρόσθετα έγιναν κάποιες συγκρίσεις μεταξύ της ιδιωτικής ασφάλισης και άλλων ασφαλίσεων.

Αυτό που παρατηρήθηκε είναι πως από το 2013 έως το 2015 όλα τα είδη των ασφαλίσεων, ιδιωτική, κρατική ή άλλη ασφάλιση εμφανίζουν αύξηση, ενώ όσοι δεν έχουν καμία ασφάλιση παρουσιάζουν μείωση. Τόσο η αύξηση αλλά όσο και η μείωση αγγίζει περίπου 3%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο πρώτο κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας παρουσιάστηκαν τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας και το σύστημα υγείας των ΗΠΑ το οποίο είναι φιλελεύθερο σύστημα και κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση. Καταγράφηκε ο ορισμός του συστήματος υγείας, αναλύθηκε το φιλελεύθερο σύστημα υγείας, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το εθνικό σύστημα υγείας που αναπτύχθηκε στα πρότυπα του σχεδίου Beveridge. Εν συνεχεία παρουσιάστηκαν τα συστήματα υγείας των χωρών Γερμανία, Βρετανία, Σουηδία, Γαλλία, Ολλανδία, Καναδάς και Αμερική (ΗΠΑ).

Κλείνοντας το δεύτερο κεφάλαιο, μετά την παρουσίαση των συγκεκριμένων άρθρων, γίνεται αντιληπτός ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης. Στα περισσότερα κράτη από τα αναφερόμενα ο ρόλος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι συμπληρωματικός επί του δημοσίου συστήματος. Όμως το γεγονός ότι είναι συμπληρωματικός δεν απορρίπτει τη σημαντικότητα και την αναγκαιότητα της ιδιωτικής ασφάλισης λόγω των θετικών και των οφελών που προσδίδει.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύθηκε με εκτενή τρόπο η ιδιωτική ασφάλιση η οποία έχει ως κύριο σκοπό την αντιμετώπιση του κινδύνου και απαριθμεί πάμπολλες θετικές επιδράσεις για την κοινωνία. Οι ασφαλιστικές αγορές, μέσω της λειτουργίας τους, συμβάλλουν μειώνοντας την αβεβαιότητα τόσο των ατόμων όσο και των επιχειρήσεων που θα επιφέρουν με τη σειρά τους κοινωνική σταθερότητα. Στην Ελλάδα ειδικότερα η ιδιωτική ασφάλιση έχει σημαντικές προοπτικές ανάπτυξης. Στο βαθμό που η ελληνική οικονομία θα συγκλίνει με τις περισσότερες ανεπτυγμένες οικονομίες, αναμένεται ότι η ιδιωτική ασφάλιση θα αναπτυχθεί ακόμη περισσότερο. Επομένως Ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης διεκδικεί μια από τις σημαντικότερες και κορυφαίες θέσεις στα κύρια επιτεύγματα της σύγχρονης κοινωνίας.

Το τέταρτο κεφάλαιο σχεδιάστηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος spss. Τα δεδομένα αξιοποιήθηκαν από την πηγή U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015 and 2016 Annual Social and Economic Supplements για την Αμερική για 3 έτη από το 2013 έως το 2015. Χρησιμοποιώντας πίνακες για την ανάδειξη των δεδομένων αλλά και γραφήματα (ιστογράμματα και ραβδογράμματα), μελετήθηκε η επίδραση της ιδιωτικής ασφάλισης σε μεταβλητές που αφορούν την οικογενειακή κατάσταση, τη διαμονή, την καταγωγή και τη γενέτειρα περιοχή τα έτη 2013, 2014 και 2015. Επιπρόσθετα έγιναν κάποιες συγκρίσεις μεταξύ της ιδιωτικής ασφάλισης και άλλων ασφαλίσεων.

Μετά την παρουσίαση άρθρων για την ιδιωτική ασφάλιση, μετά την ανάλυση της ιδιωτικής ασφάλισης με την χρήση επιστημονικών οικονομικών ορισμών και μετά την παρουσίαση των δεδομένων που επιλέχθηκαν από την πηγή U.S. Census Bureau, Current Population Survey, 2015 and 2016 Annual Social and Economic Supplements, γίνεται χρήση υλικού από δύο αντιπροσωπευτικά δημοσιεύματα «Ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας στο Ισραήλ: έκθεση στη διάσκεψη για τη Νεκρά Θάλασσα του 2012», «Συζήτηση στρογγυλής τραπέζης: Ποιος είναι ο μελλοντικός ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην υγεία;» έχοντας ως σκοπό την παρουσίαση γνώμων υπέρ αλλά και κατά της ιδιωτικής ασφάλισης.

Το δημοσίευμα «Ιδιωτικά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας στο Ισραήλ: έκθεση στη διάσκεψη για τη Νεκρά Θάλασσα του 2012» του Gabi Bin Nun μετά από ανάπτυξη σχετικών θεμάτων δείχνει ότι το φθίνων δημόσιο σύστημα διαδραμάτισε σημαντικό ρόλο που συνέβαλε στην ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και ότι πρέπει να ενισχυθεί το καλάθι παροχών δημόσιας υγείας.

Σύμφωνα με το δημοσίευμα «Συζήτηση στρογγυλής τραπέζης: Ποιος είναι ο μελλοντικός ρόλος του ιδιωτικού τομέα στην υγεία;» των Guy Stallworthy, Kwasi Boahene, Kelechi Ohiri, Allan Pamba and Jeffrey Knezovich, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στον τομέα της υγείας εξακολουθεί να υπόκειται σε μεγάλο βαθμό συζήτησης, ιδίως στο πλαίσιο της καθολικής κάλυψης της υγείας (UHC).

Όπως τονίζει ο Mills (2002), ο ιδιωτικός τομέας στον τομέα της υγείας αποτελείται από «όλους τους παρόχους που βρίσκονται εκτός του δημόσιου τομέα, είτε έχουν φιλανθρωπικούς ή εμπορικούς σκοπούς και έχουν ως στόχο τη θεραπεία ασθενειών ή την πρόληψη ασθενειών». Ο ιδιωτικός τομέας σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα κυμαίνεται από άτυπους ιατρούς και φαρμακοποιούς σε εθνικές και πολυεθνικές εταιρείες καθώς και μη κυβερνητικές οργανώσεις (ΜΚΟ). Κάποιοι από αυτούς τους φορείς είναι περισσότερο παρακινημένοι από την εξυπηρέτηση του δημόσιου συμφέροντος, ενώ άλλοι κερδίζουν και αποδίδουν σταθερά στο προσκήνιο τους. Αν και τα ζητήματα αυτά δεν είναι απαραίτητως αμιγώς αποκλειστικά, επηρεάζουν έντονα τα είδη των παρεχόμενων προϊόντων και υπηρεσιών, τους πληθυσμούς-στόχους τους και την ποιότητά τους. Οι ασθενείς και οι πολίτες είναι επίσης πράκτορες ή καταναλωτές που ασκούν επιλογές μεταξύ πηγών και τύπων υγειονομικής περίθαλψης, ότι όλοι οι δημόσιοι και ιδιωτικοί πάροχοι υποκινούνται από μια σειρά οικονομικών και μη οικονομικών κινήτρων που είναι εγγενή σε όλους τους παρόχους. Τα οφέλη τόσο των συστημάτων όσο και της σκέψης της αγοράς μπορούν να

συνδυαστούν όταν σκεφτόμαστε την υγειονομική περίθαλψη ως συνάρτηση σύνθετων προσαρμοστικών συστημάτων της αγοράς. Το Ίδρυμα Bill & Melinda Gates μιλάει για αρκετό καιρό για τις παγκόσμιες αγορές σε σχέση με συγκεκριμένες τεχνολογίες (εμβόλια, φάρμακα, διαγνωστικά, συσκευές, προϊόντα διανυσματικού ελέγχου) και εργάζεται για τη διαμόρφωση των αγορών υγείας για αυτές τις τεχνολογίες στην παγκόσμια αγορά επίπεδο. Δεν υπάρχει τίποτα ασυμβίβαστο όσον αφορά την προβολή της παράδοσης της υγειονομικής περίθαλψης ως μικτής δημόσιας / ιδιωτικής αγοράς στην οποία οι μη κρατικοί φορείς είναι σε καλύτερη θέση να παρέχουν ορισμένες υπηρεσίες και ταυτόχρονα να υποστηρίζουν την τελική ευθύνη του κράτους για την υγεία του οι πολίτες.

Είναι φυσικό βέβαια να υπάρχουν κάποια προβλήματα στην ιδιωτική παροχή υπηρεσιών με βάση την αγορά, αλλά τα πλεονεκτήματα των ιδιωτικών φορέων και αγορών είναι αναγνωρισμένα όπως και ο δυναμισμός που παρουσιάζουν οι ιδιωτικές αγορές. Από την άλλη πλευρά:

- Η υγειονομική περίθαλψη είναι δημόσιο αγαθό και οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη να εξασφαλίσουν την ισότιμη παροχή τους
- Η συλλογική, δημόσια ή υποχρεωτική χρηματοδότηση είναι ο πλέον δίκαιος και αποτελεσματικός τρόπος χρηματοδότησης της υγειονομικής περίθαλψης.
- Για να υπάρχει άνεση χρησιμοποιώντας ιδέες, πλαίσια και αναλυτικά εργαλεία από τις αγορές, δεν χρειάζεται να εξιδανικεύονται τα αποτελέσματα της αγοράς. Ο πολίτης είθισται να σέβεται τις δυνάμεις της αγοράς και να τις χρησιμοποιεί όπως και όταν κρίνεται σκόπιμο για την επίτευξη στόχων δημόσιας πολιτικής.

Η επανεξέταση των θεμάτων όπως η έλλειψη προστασίας από τον χρηματοοικονομικό κίνδυνο, η ελάχιστη κάλυψη της ασφάλισης υγείας, και οι περισσότερες πληρωμές που σε διάφορες περιπτώσεις ήταν εκτός τσέπης, διαπίστωσε ότι ήρθε η ώρα να σταματήσει να θεωρείται η αγορά υγείας ως καθαρά και αποκλειστικά «δημόσιο τομέα» και να αναγνωριστεί από τους αρμόδιους και από τους πολίτες το μίγμα της δημόσιας και ιδιωτικής παροχής.

Τι συμβαίνει όμως με τους φορείς του ιδιωτικού τομέα; Ο ακριβής χαρακτήρας του ρόλου που μπορούν να διαδραματίσουν οι φορείς του ιδιωτικού τομέα δεν είναι καθόλου βέβαιος.

1. Ορισμένοι ενδιαφέρονται να δουν τον ρόλο του ιδιωτικού τομέα να μεγαλώνει.

2. Άλλοι θεωρούν ότι εργάζονται με τον ιδιωτικό τομέα ως ρεαλιστική αναγκαιότητα σε ένα κυβερνητικό σύστημα.
3. Ορισμένοι βλέπουν το ρόλο του ιδιωτικού τομέα ως εστιασμένο στην παροχή υπηρεσιών.
4. Άλλοι βλέπουν έναν ξεχωριστό ρόλο για την ιδιωτική χρηματοδότηση.

Πρέπει να υπάρξει συνεργασία να εντοπιστούν τα βασικά ζητήματα και κενά που θα μπορούσαν να καλυφθούν αποτελεσματικότερα τόσο από τον δημόσιο όσο και από τον ιδιωτικό τομέα, προκειμένου να επιτευχθεί η παγκόσμια κάλυψη για την υγεία. Συμπερασματικά ο ιδιωτικός τομέας θα διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στα μελλοντικά συστήματα υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

- Ανδριτσάκης, Α. (2005), *Οι Ιδιωτικές Ασφαλίσεις*, εκδόσεις Interbooks, Αθήνα.
- Αντωνάκη, Μ., Λόντου, Κ., Σαριδάκη, Π., Χατζηδημητρίου, Κ., & Κόκκινος, Ν. (2009). *Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση: Εγχειρίδιο Βασικών Γνώσεων για τους Υπαλλήλους Επιχειρήσεων Διαμεσολάβησης στην Ασφάλιση*. Αθήνα.
- Γεωργούση Ε., Κυριακόπουλος Γ., 1996, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 8(3): 137-140
- Δούκας, Σ. (1988). *Ιδιωτική Ασφάλιση*. Αθήνα: Προμηθευτής, Δ. Λ. (2002). *Χρηματοοικονομική Διοίκηση: Μακροχρόνιος Χρηματοοικονομικός Σχεδιασμός και Χρηματοοικονομική Ανάλυση Επενδύσεων Παγίου Κεφαλαίου της Επιχείρησης (Τόμ. ΙΙ)*. Θεσσαλονίκη.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., 2001, *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα
- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα
- Κυριακόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ., Οικονόμου Χ., Νεκτάριος Μ. (1998), *Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση (3η έκδοση)*, Αθήνα: Financial Forum.
- Λαζαρίδης, Γ.Τ. & Παπαδόπουλος, Δ.Λ. (2002), *Χρηματοοικονομική Διοίκηση: Μακροχρόνιος Χρηματοοικονομικός Σχεδιασμός και Χρηματοοικονομική Ανάλυση Παγίου Κεφαλαίου της Επιχείρησης (Τομ .ΙΙ)*, Θεσσαλονίκη.
- Λιαρόπουλος, Λ. Λ., 2007. *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα
- Νεκτάριος, Μ. (2003). *Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση*, Εκδόσεις Forum, Αθήνα.
- Νεκτάριος, Μ. (2005). *Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας*, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.
- Νεκτάριος, Μ. (2010). *Διοικητική Κινδύνων και Ασφαλίσεις Επιχειρήσεων*, Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.
- Τσάκος Γ., Φιλαλήθης Γ., 2000, *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*. 12(4): 169-188
- Τσιλικοπούλου Θ. (2011), *Ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης και η αποδοτικότητα του ασφαλιστικού κλάδου της Ελλάδας*, Πανεπιστήμιο Μακεδονία, Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Λογιστική και Χρηματοοικονομική, Θεσσαλονίκη

Χατζόπουλος, Φ. Π. (2007). Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας, Εκδόσεις Συμμετρία, Αθήνα

Ξενόγλωσση

Banks E, Jorm L, Lujic S, Rogers K. Health, ageing and private health insurance: baseline results from the 45 and Up Study cohort. *Aust New Zealand Health Policy*. 2009;6:16.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health insurance literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155, 97–107.

Boyle S. United Kingdom (England): health system review. *Health Syst Transit*. 2011;13(1):1–483, xix–xx.

Brammli-Greenberg S, Gross R, Yair Y, Akiva A: Public opinion on the standard of service and performance of the healthcare system in 2009 and a comparison to previous years. Jerusalem: Myers-JDC-Brookdale Institute; 2011. Hebrew.

Brammli-Greenberg S, Keidar N: Private health insurance, a review of the situation in Israel – Background paper for the Dead Sea Conference discussions, Proceedings of the Thirteenth Dead Sea Conference. Tel Hashomer: National Institute for Health Policy; 2013. Hebrew.

Byrne BM. Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2004.

Cherkin DC, Grothaus L, Wagner EH. Is magnitude of co-payment effect related to income? Using census data for health services research. *Soc SciMed*. 1992;34(1):3341.

Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C, Mladovsky P. France: health system review. *Health Syst Transit*. 2010; 12:1–291.

Chordas L. Lost in translation. *Best's Review*. 2004;105:80–4.

Econtech Pty Ltd, Harper Associates, Hagan P. Easing the pressure: the Intergenerational Report and private health insurance. Melbourne: Econtech Pty Ltd; 2004.

Folland S, Goodman AC, Stano M. *The Economics of Health and Health Care*, 6th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2010.

Glover J, Tennant S, Duckett S. The geographic distribution of private health insurance in Australia in 2001. *Aust New Zealand Health Policy*. 2009;6:19.

Hays RD, Revicki D, Coyne KS. Application of structural equation modeling to health outcomes research. *Eval Health Prof*. 2005;28:295–309.

Healy J, Sharman E, Lokuge B. Australia: health system review. *Health Syst Transit*. 2006;8:1–158.

Huh SI, Lee SY. Impact of complementary private health insurance on public health spending in Korea. *Kor J Health Policy and Admin*. 2007;17(2):1–17.

Jeon B, Kwon S. Effect of private health insurance on health care utilization in a universal public insurance system: a case of South Korea. *Health Policy*. 2013;113(1):69–76

Kang S, You CH, Kwon YD, Oh EH. Effects of supplementary private health insurance on physician visits in Korea. *J Formosan Med Assoc*. 2009;108(12):91220.

Keenan PS, Cutler DM, Chernew M. The ‘graying’ of group health insurance. *Health Aff (Millwood)*. 2006;25:1497–1506.

Kim KH. On the Effect of Banning the Coverage of Patient’s Responsibility Payment on Ex-Post Moral Hazard. The Economic Institute Yonsei University. 2011;18(2):319–38.

King D, Mossialos E. The determinants of private medical insurance prevalence in England, 1997–2000. *Health Serv Res*. 2005;40: 195–212.

Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y., & Paulson, C. (2006). The health literacy of America’s adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy (NCES 2006–483). U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

Kupor SA, Liu YC, Lee J, Yoshikawa A. The effect of copayments and income on the utilization of medical care by subscribers to Japan’s National Health Insurance System. *Int J Health Serv*. 1995;25(2):295–312

Lowenstein, G., Friedman, J. Y., McGill, B., Ahmad, S., Linck, S., Sinkula, S., Volpp, K. G. (2013). Consumer’s misunderstanding of health insurance. *Journal of Health Economics*, 32, 850–862.

Markowitz M, Gold M, Rice T. Determinants of health insurance status among young adults. *Med Care*. 1991;29:6–19.

McCormack, L., Bann, C., Uhrig, J., Berkman, N., & Rudd, R. (2009). Health insurance literacy of older adults. *The Journal of Consumer Affairs*, 43, 223–248.

McIntyre D, Garshong B, Mtei G, et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*. 2008;86(11): 871–876.

McLeod H, Grobler P. The role of risk equalization in moving from voluntary private health insurance to mandatory coverage: the experience in South Africa. *Adv Health Econ Health Serv Res*. 2009;21:159–196.

Metiboba S. Nigeria's National Health Insurance Scheme: the need for beneficiary participation. *Res J Int Stud*. 2011;22:51–56.

Ministry of Health, Division of Supervision and Control of Kupot Holim and Supplemental Health Services: Summary reports on supplemental health service (SHABAN) plans of kupot holim for the years 2000–2011. Jerusalem: Ministry of Health; 2012. Hebrew.

Monheit AC. The rehabilitation of health insurance mandates. *Inquiry*. 2008;45:36.

Moorin R, Holman CD. The influence of federal health care policy reforms on the use of private health insurance in disadvantaged groups. *Aust Health Rev*. 2006;30:241–251.

Oberlander J. Health care policy in an age of austerity. *N Engl J Med*. 2011;365:1075–1077.

Patient Protection and Affordable Care Act. (2010). Pub. L. No. 111–148, 124 Stat. 119.

Phelps CE. *Health Economics*. USA: Addison-Wesley; 1997.

Rosenbaum, S. (2011). The Patient Protection and Affordable Care Act: Implications for public health policy and practice. *Public Health Reports*, 126, 130–135.

Schoen C, Doty MM, Robertson RH, Collins SR. Affordable Care Act reforms could reduce the number of underinsured US adults by 70 percent. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30:1762–1771.

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, et al. The Netherlands: health system review. *Health Syst Transit*. 2010;12:1–229.

Schreyögg J, Grabka MM. Copayments for ambulatory care in Germany: a natural experiment using a difference-in-difference approach. *Eur J Health Econ*. 2010;11(3):331–41.

Shin J. Private health insurance in South Korea: An international comparison. *Health Policy*. 2012;108(1):76–85.

Schumacker RE, Lomax RG. *A Beginner's guide to structural equation modeling*. 3rd ed. New York, NY: Routledge; 2010.

Sekhri N, Savedoff W. Private health insurance: implications for developing countries. *Bull World Health Organ*. 2005;83:127–134.

Short P. Counting and characterizing the uninsured. In: McGlaughlin C, editor. *Health policy and the uninsured*. Washington DC: The Urban Institute Press; 2004. 60.

Economic Committee: The Complex Challenge of the Uninsured. Washington, DC; 2004.

Squires DA. The US health system in perspective: a comparison of twelve industrialized nations. *Issue Brief (Commonw Fund)*. 2011;16: 1–14.

The World Health Organization. The world health report – Health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010.

Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization; 2009.

Tomarken AJ, Waller NG. Structural equation modeling: strengths, limitations, and misconceptions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:31–65.

Tragakes E, Brigis G, Karaskevica J, et al. Latvia: health system review. *Health Syst Transit*. 2008;10:1–253.

Voelker R. Health reforms called a “graduation gift” for young adults who lack insurance. *JAMA*. 2010;304:147–8.

Ullman JB. Structural equation modeling. In BG Tabachnick & LSFidell (Eds.), *Using Multivariate Statistics*. New York, NY: HarperCollins; 2007.

Wagstaff A. The demand for health: theory and applications. *J Epidemiol Community Health*. 1986;40(1):1–11.

Wagstaff A, van Doorslaer E, van der Burg H, et al. Equity in the finance of health care: some further international comparisons. *J Health Econ*. 1999;18:263–290.

Wagstaff A. Social health insurance reexamined. *Health Econ*. 2010;19(5):503–517.

Wellner A. The young & the uninsured. *Am Demogr*. 1999;21:72–7.

WHO Regional office for Europe, European Observatory on Health care systems, 2000, Health care systems in transition, Germany

WHO Regional office for Europe, European Observatory on Health care systems, 2001, Health Care systems in transition Sweden

Williams B, Whatmough P, McGill J, Rushton L. Patients and procedures in short-stay independent hospitals in England and Wales, 1997–1998. *J Public Health Med*. 2000;22:68–734.

Yun HS. Effect of private insurance on medical expenditure. Korea Development Institute. 2008;30(2):99–128.

Wolper F. Lawrence, 2001, Διοίκηση υπηρεσιών υγείας, μετάφραση Μ. Καραμαλής, Εκδόσεις Mediforce

Zweifel P, Manning WG. Moral hazard and consumer incentives in health care. *Handb Health Econ*. 2000;1:409–59.

<http://www.bankofgreece.gr/Pages/default.aspx>

Collins S, Schoen C, Tenney K, Doty M, Ho A: (2006). Rite of Passage Why Young Adults Become Uninsured and How New Policies Can Help: http://www.commonwealthfund.org/annreprt/2004/pdf/AR2004_03_prg_access.pdf

Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in OECD Countries. OECD Publishing;2004.<http://www.oecd.org/health/private-health-insurance-in-oecd-countries-the-oecd-health-project.html>.

Dash, S., Lucia, K. W., Keith, K., & Monahan, C. M. (2013). Implementing the Affordable Care Act: Key design decisions for state-based exchanges. Washington, DC: The Commonwealth Fund. Retrieved from <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2013/Jul/Design-Decisions-for-Exchanges.aspx>

Dorn, S. (2011). Implementing national health reform: A five-part strategy for reaching the eligible uninsured. Washington, DC: Urban Institute. Retrieved from <http://www.urban.org/publications/412335.html>

Employee Health Benefits: 2007 Annual Survey: <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/04/76723.pdf>

Health Insurance Coverage in the United States: 2013: <https://www.census.gov/library/publications/2014/demo/p60-250.html>

Health Systems in Transition (HiT) series [webpage on the Internet]. London: European Observatory on Health Systems and Policies. Available from: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series>. Accessed December 26, 2012.

Kenney G, Pelletier J, Blumberg L. How Will the Patient Protection and affordable act of 2010 affect Young Adults <https://www.urban.org/research/publication/how-will-patient-protection-and-affordable-care-act-2010-affect-young-adults>

Korea Institute for Health and Social Affairs, Korea National Health Insurance Corporation. A report on the Korea Health Panel Survey (2008 ~ 2011). 2013. <https://www.kihasa.re.kr/html/jsp/english/public/view.jsp?bid=30&ano=732>.

Lee C. The effect of private health insurance on hospitalization. Health and Social Welfare Review. 2010;30(2):463–83.

Lifetime health cover [webpage on the Internet]. Canberra: Department of Health and Ageing; 2010 [updated October 24, 2012]. Available from:

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/health-privatehealth-lhc-providers-general.htm>. Accessed Oct 2012.

Mills A, Brugha R, Hanson K, McPake B: What can be done about the private health sector in low-income countries? Bull World Health Organ 2002, 80(4). <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862002000400012>. [Accessed 31 January 2013].

nhis.gov.gh [homepage on the Internet]. National Health Insurance Scheme; 2012. Available from: <http://www.nhis.gov.gh>. Accessed December 26, 2012.

Peterson C. Health Insurance Coverage: Characteristics of the Insured and Uninsured Populations in 2001: <https://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metacrs3132/>

PwC Health Research Institute. (2012). Health insurance exchanges: Long on options, short on time. Retrieved from <http://pwchealth.com/cgi-local/hregister.cgi/reg/pwc-healthinsurance> exchanges-impact-and-options.pdf

OECD: Total expenditure on health per capita. Health: Key Tables from OECD 2013, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-per-capita-2013-1_hlthxp-cap-table-2013-1-en

Organisation for Economic Co-operation and Development. OECD Health Data. <http://www.oecd.org/health/healthdata>. Accessed Sep 2011.

Organisation for Economic Co-operation and Development. Private health insurance in OECD countries. Policy brief: OECD; 2004. Available from: <http://www.oecd.org/dataoecd/42/6/33820355.pdf>. Accessed September 20, 2012.

Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2013.2013. <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-healthstatisticshealth-data-en>.

Quincy, L. (2010). Early consumer testing of new health insurance disclosure forms: Washington D.C. Consumer Union & People Talk Research. Retrieved from <http://yourhealthsecurity.org/document/report-early-consumer-testing-of-new-health-insurancedisclosure> forms-consumers-union-and-people-talk-research

Quincy, L. (2011a). Early consumer testing of the coverage facts label: A new way of comparing health insurance. Washington, DC: Consumer Union & Kleinman Communication Group. Retrieved from http://consumersunion.org/wp-content/uploads/2013/03/CU_CFL_Report_FINAL.pdf

Quincy, L. (2012). Measuring health insurance literacy: A call to action. Retrieved from <http://consumersunion.org/research/measuring-health-insurance-literacy-a-call-to-action>

Quincy, L. (2011b). Early consumer testing of actuarial value concepts. Washington, DC. Consumer Union & Kleinman Communication Group. Retrieved from <http://yourhealthsecurity.org/document/report> early consume resting of actuarial value-concepts

Quinn K, Schoen C, Buatti L: On Their Own: Young Adults Living Without Health Insurance: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/quinn_ya_391.pdf

Rapport d'activité 2009. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risqué maladie, CMU, Paris. <http://www.cmu.fr/rapports-activite.php>. Accessed December 26, 2012.

Thomson S, Osborn R, Squires D, Reed SJ. *International Profiles of Health Care Systems*, 2011. New York: The Commonwealth Fund; 2011. Available from: <http://www.commonwealthfund.org/media/Files/Publications/Fund%20Report/20112St>

aton T: Top Pharma Companies by 2012 Revenues. FiercePharma, 26 March 2013. Available at: <http://www.fiercepharma.com/special-reports/toppharma> companies-2012-revenues. [Accessed 13 September 2013].

World Bank/IFC Joint team: Private health sector rapid diagnostic in Nigeria: Growing the good and capturing partnership opportunities. Washington, D.C: World Bank; 2012.

World Bank: Sub-Saharan Africa (developing only). Available at: <http://data.worldbank.org/region/subsaharanafrica> [Accessed 13 September 2013]./Nov/1562_Squires_Intl_Profiles_2011_11_10.pdf. Accessed December 26, 2012.