



**ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ :
ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΧΡΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΟΜΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ**

Η εργασία υποβάλλεται για τη μερική κάλυψη των απαιτήσεων με στόχο την απόκτηση
του διπλώματος

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ»**

από

ΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Διπλωματική εργασία

**της
ΝΙΚΗΣ ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ**

**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ
ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2006**

Δεν πρέπει να εγκαταλείψουμε την ελπίδα ότι τα προβλήματα που προκλήθηκαν από τον άνθρωπο μπορούν, επίσης, να επιλυθούν από τον άνθρωπο.

Willy Brandt (1913 – 1992)

Νόμπελ Ειρήνης 1971

Η Ασφάλιση - σαν έννοια και θεωρία - είναι αποτέλεσμα επίπονης και πολυετής προσπάθειας ανθρώπων με νου και γνώση. Κάτω από αυτό το πρίσμα, είναι φυσικό κανείς να διατηρεί επιφυλάξεις, αν και σε τί βαθμό θα μπορέσει η παρούσα εργασία να προσθέσει κάτι παραπάνω στην Ασφαλιστική Επιστήμη.

Η διπλωματική εργασία ‘ Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας : Ανάλυση Δεδομένων Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας Ατομικών Συμβολαίων ’ έγινε κατά τη διάρκεια του Δ΄ εξάμηνο του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών ‘Οικονομική και Επιχειρησιακή Στρατηγική’ του τμήματος Οικονομική Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς (2006) και συνάπτεται της επαγγελματικής μου ενασχόλησης.

Η εργασία είναι πρωτότυπη και εκπονήθηκε αποκλειστικά και μόνο για την απόκτηση του προαναφερθέντος μεταπτυχιακού τίτλου.

Νίκη Λιακοπούλου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ.....	13
1.1 ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	13
1.2 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	17
1.3 ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ.....	19
1.3.1 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	19
1.3.2 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ.....	24
2.1 Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ.....	24
2.1.1 ΕΝΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ.....	25
2.2 ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ.....	26
2.3 Η ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΤΟΝ ΚΛΑΔΟ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	29
2.4 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ.....	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^Ο ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
3.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	34
3.1.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΕΞΟΔΩΝ.....	34
3.1.2 ΕΠΙΔΟΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΛΥΨΕΙΣ.....	37
3.1.3 ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	37
3.1.4 ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ.....	38

3.1.5. ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΡΟΙ ΚΑΛΥΨΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	43
3.2 ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ ΕΝΟΣ ΑΤΟΜΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ.....	47
3.3 UNDERWRITING.....	52
3.4 ΟΜΑΔΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	60
4.1 ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	60
4.2 ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	62
4.3 Η ΖΗΤΗΣΗ ΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	65
4.4 Η ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	66
4.5 Η ΑΓΟΡΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	71
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ – Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ.....	76
5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	76
5.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	77
5.3 ΕΠΙΛΟΓΗ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	77
5.4 ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	79
5.5 Ο ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ.....	80
5.6 ΕΓΚΡΙΣΗ ΕΙΣΑΓΩΓΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ.....	86
5.7 ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΤΙΣ ΔΑΠΑΝΕΣ.....	87
5.8 ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	90
5.9 ΕΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ.....	91

5.10 ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΛΙΝΗΣ.....	93
5.11 ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	96
5.12 ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ.....	98
5.12.1 ΑΜΟΙΒΕΣ ΙΑΤΡΩΝ.....	100
5.12.2 Η ΕΚΤΑΣΗ ΤΟΥ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟΥ ΤΩΝ ‘ΠΡΟΣΘΕΤΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ’ ΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ.....	102
5.12.3 ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΑΞΕΙΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	104
5.13 ΔΑΠΑΝΕΣ ΠΟΥ ΑΠΟΡΡΙΦΘΗΚΑΝ ΠΡΟΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗ.....	105
5.14 ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΔΙΑΙΤΗΣΙΑΣ.....	107
5.15 ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	108
5.15.1 ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ.....	109
5.15.2 ΚΟΣΤΟΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΑ ΚΑΙ ΟΜΑΔΙΚΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΑ.....	110
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	112
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	113
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	119

Σχεδιάγραμμα 1.1 : Ο κίνδυνος ως πιθανότητα ζημιάς.....	15
Σχεδιάγραμμα 1.1.2 : Η διαμόρφωση του ασφαλιστρού.....	16
Σχεδιάγραμμα 1.1.3 : Αμφίδρομη η σχέση ασφαλιστρών – αποζημιώσεων.....	16
Σχεδιάγραμμα 1.3.2 : Ιδιωτική και Κοινωνική Ασφάλιση.....	23
Σχεδιάγραμμα 2.1 : Η δομή της αγοράς.....	25
Πίνακας 1.2 : Σημαντικότητα κριτηρίων για την επιλογή ασφαλιστικής εταιρείας.....	18
Πίνακας 4.1 : Δείκτης κάλυψης νοσηλευτικών κλινών 1991 & 2001.....	62
Πίνακας 4.2 : Δαπάνες για υγεία και φάρμακα 1997 – 2003.....	64
Πίνακας 4.4 : Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή.....	69
Πίνακας 4.5 : Μέγεθος αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	71
Πίνακας 4.5.1 Μερίδια αγοράς εταιρειών του κλάδου (2004).....	74
Πίνακας 5.5 : Το είδος του περιστατικού στο δείγμα.....	84
Πίνακας 5.10 : Θέση νοσηλείας.....	95
Πίνακας 5.11 Ημέρες νοσηλείας - Ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια.....	98
Πίνακας 5.12 Τάξεις αμοιβών ιατρών.....	101
Πίνακας 5.12.1 ΕΑΕΕ & Αμοιβές ιατρών.....	102
Παράρτημα 1 : Διακύμανση τιμών κλινών 2003 – 2006.....	121

Διάγραμμα 2.2 : Ο αριθμός των ασφαλιστικών επιχειρήσεων.....	27
Διάγραμμα 2.4 : Η παραγωγή των ασφαλιστρών.....	30
Διάγραμμα 2.4.1 : Η εξέλιξη της παραγωγής των ασφαλιστρών 1997 - 2004.....	31
Διάγραμμα 2.4.2 : Η παραγωγή των ασφαλιστρών ζωής 1997 – 2004.....	32
Διάγραμμα 2.4.3 : Οι επενδύσεις των ασφαλιστικών επιχειρήσεων 1997 – 2004.....	33
Διάγραμμα 4.4 : Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή.....	69
Διάγραμμα 4.4.1 Γεωγραφική κατανομή κλινών ιδιωτικών θεραπευτηρίων.....	70
Διάγραμμα 5.4 : Η ηλικία των ασφαλισμένων του δείγματος.....	80
Διάγραμμα 5.4.1 : Η τάση των ζημιών των ασφαλισμένων του δείγματος βάσει ηλικίας..	80
Διάγραμμα 5.5 : Φύλο ασθενών – ασφαλισμένων.....	82
Διάγραμμα 5.5.1 : Το είδος του περιστατικού στο σύνολο του δείγματος.....	85
Διάγραμμα 5.5.2 : Συσχέτιση του είδους του περιστατικού και φύλου.....	85
Διάγραμμα 5.5.3 : Είδη CA στις γυναίκες.....	86
Διάγραμμα 5.6 : Αντιμετώπιση του περιστατικού.....	87
Διάγραμμα 5.7: Δήλωση κοινωνικής ασφάλισης.....	89
Διάγραμμα 5.7.1 : Χρήση βιβλιαρίου κοινωνικής ασφάλισης.....	89
Διάγραμμα 5.7.2 Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης.....	90
Διάγραμμα 5.8 : Κλινική νοσηλείας.....	91
Διάγραμμα 5.9 : Έγκριση κάλυψης από την ασφαλιστική εταιρεία.....	92
Διάγραμμα 5.10 : Θέση νοσηλείας.....	95
Διάγραμμα 5.11 : Ημέρες νοσηλείας - Ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια.....	98
Διάγραμμα 5.12 : Μέσος όρος κόστους νοσηλείας.....	99
Διάγραμμα 5.12.1 : Έξοδα νοσηλείας.....	100
Διάγραμμα 5.12.2 : Αμοιβές ιατρών.....	101
Διάγραμμα 5.12.3 : Η παραοικονομία στις αμοιβές των ιατρών.....	103
Διάγραμμα 5.12.4 : Κόστος νοσηλεία κατά τάξεις ηλικίας.....	104
Διάγραμμα 5.12.5 : Μέσο κόστος νοσηλεία κατά τάξεις ηλικιών.....	105
Διάγραμμα 5.13 : Ποσοστό απορριφθέντων εξόδων προς πληρωμή σε κάθε κλινική νοσηλείας.....	107
Διάγραμμα 5.14 : Ποσοστό νοσηλείων που παραπέμφθηκαν στην Επιτροπή Διαιτησίας.....	108
Διάγραμμα 5.15 : Σύγκριση ημερών ασθενών με ατομικά και ομαδικά συμβόλαια.....	110

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Αποτελεί, η υγεία, την κινητήρια δύναμη για κάθε άτομο να δημιουργήσει απρόσκοπτα έργο και να παρουσιάσει επιστημονική, τεχνολογική και πολιτιστική πρόοδο ; Η απάντηση στην παραπάνω ερώτηση είναι θετική. Υγεία κατά την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας είναι "όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά μια κατάσταση πλήρους φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας". Η υγεία αποτελεί ανεκτίμητο αγαθό όλων.

Καθώς το ασφαλιστικό πρόβλημα βρίσκεται στην πρώτη γραμμή της επικαιρότητας με το κράτος και τους κοινωνικούς εταίρους να προσπαθούν να βρουν μια κοινώς αποδεκτή λύση, το θέμα των κοινωνικών και ιδιωτικών παροχών ασφάλισης υγείας αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον και σημασία. Στα πλαίσια αυτής της πραγματικότητας, εκπονήθηκε η παρούσα διπλωματική εργασία, της οποίας το αντικείμενο περιληπτικά έγκειται στην αποσαφήνιση της έννοιας της ασφάλισης (Κεφάλαιο 1^ο), την παράθεση των βασικών διακρίσεων της ασφάλισης (Κεφάλαιο 1^ο), την παρουσίαση της δομής της ελληνικής ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς (Κεφάλαιο 2^ο), την πιο εκτενή περιγραφή του κλάδου της Ατομικής Ασφάλισης Υγείας (Κεφάλαιο 3^ο), την καταγραφή της οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα (Κεφάλαιο 4^ο) και τέλος την παράθεση της έρευνας σχετικά με τη χρήση υπηρεσιών Υγείας ασφαλισμένων με ατομικά συμβόλαια σε μεγάλη ιδιωτική νοσηλευτική κλινική της Αθήνας (Κεφάλαιο 5^ο). Από την στατιστική ανάλυση, εξάχθηκαν συμπεράσματα, τα οποία συμβάλλουν όχι μόνο στην κατανόηση της λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιρειών όσον αφορά το θέμα των αποζημιώσεων, αλλά και στην εν μέρει παρατήρηση της συμπεριφοράς των ασφαλισμένων.

Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι κύριος σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η

αφύπνιση των συνειδήσεων των αναγνωστών για τη σημαντικότητα της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία - σύμφωνα με τις επιταγές και τις ανάγκες της σύγχρονης εποχής - θα πρέπει να λειτουργεί συμπληρωματικά της κοινωνικής.

Σε αυτό το σημείο, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δρ. Αθανάσιο Βοζίκη, ο οποίος έχοντας πλήρη επίβλεψη των προσπαθειών μου, προσέφερε καθοδήγηση και έγκυρο επιστημονικό υλικό προς μελέτη και ενημέρωση μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο άνθρωπος, από την πρωτόγονη εποχή, αντιμετώπιζε καθημερινά άπειρους κινδύνους από θεομηνίες και άλλες φυσικές καταστροφές. Οι ζημιές και καταστροφές που προέρχονταν από τα περιστατικά αυτά είχαν σοβαρές συνέπειες στο άτομο και στην οικογένειά του, ενώ η κάλυψη των ζημιών αποτελούσε πολύ δύσκολη διαδικασία για να πραγματοποιηθεί σε ατομικό επίπεδο. Για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση αυτών των απρόσμενων δυσμενών γεγονότων, ο άνθρωπος συνέλαβε την ιδέα ότι θα μπορούσε να σχηματίσει μικρές κοινωνίες πλήθους ατόμων, τα οποία ως σύνολο θα επωμίζονταν όλο το βάρος των προβλημάτων και των συνεπειών αυτών.

Έτσι, ευαισθητοποιήθηκε η ανθρώπινη συνείδηση και αναπτύχθηκε το αίσθημα της αλληλεγγύης, το οποίο αποτέλεσε τη βάση για την ιδέα της αλληλοβοήθειας στους κοινωνικούς οργανισμούς.

Η τελειότερη μορφή της αλληλοβοήθειας είναι η δημιουργία και οργάνωση του θεσμού της ασφάλισης, ο οποίος αποτελεί ένα πολύ σημαντικό κατόρθωμα και πολύτιμο απόκτημα για την ανθρωπότητα.

Όπως προαναφέρθηκε παραπάνω, το άτομο για να αντιμετωπίσει τους κινδύνους αυτούς σκέφτηκε ότι πρέπει να συμμετέχουν σε αυτούς, άμεσα ή έμμεσα και άλλα πρόσωπα. Έτσι, οι κίνδυνοι μοιράζονταν σε πολλά πρόσωπα και η επιβάρυνση καθενός ήταν πολύ μικρότερη.

Με τον τρόπο αυτό αρχίζει να διαμορφώνεται η έννοια της ασφάλισης, η οποία υπήρξε η φυσική συνέπεια αναζήτησης ασφάλειας και αντιμετώπισης κινδύνων.

Η ασφάλιση διαφέρει από την ασφάλεια. *Ασφάλεια* είναι η εξασφάλιση που παρέχουν διάφορα μέτρα αποφυγής του κινδύνου, ενώ η *ασφάλιση* αφορά την κάλυψη των οικονομικών συνεπειών από την πραγματοποίηση του κινδύνου.

Με βάση τα παραπάνω η ασφάλιση στηρίζεται σε πέντε θεμελιώδεις έννοιες. Οι έννοιες αυτές είναι:

- 1) Η αμοιβαιότητα
- 2) Η θεμελίωση της αμοιβαιότητας αυτής στους αριθμητικούς νομούς, δηλαδή ο υπολογισμός των πιθανοτήτων.
- 3) Το αντικείμενο της αμοιβαιότητας, που είναι οι ασφαλιζόμενοι κίνδυνοι.
- 4) Ο σκοπός της αμοιβαιότητας, δηλαδή η κατανομή της ζημιάς, που γίνεται με την πληρωμή από τους ασφαλιζόμενους ασφαλίστρου ή εισφοράς.
- 5) Το αποτέλεσμα της αμοιβαιότητας, που είναι η ικανοποίηση της οικονομικής ανάγκης με επανόρθωση της ζημιάς και αποκαλείται 'αποζημίωση' ή 'ασφάλισμα'.

Με την πάροδο των χρόνων, στα πλαίσια της νέας οικονομικής πραγματικότητας, με την απελευθέρωση και διεθνοποίηση των αγορών και τη ραγδαία ανάπτυξη της βιομηχανίας, της τεχνολογίας και του παγκόσμιου εμπορίου, οι κίνδυνοι γίνονται συνεχώς πιο συχνοί, απειλητικοί και καταστροφικοί.

Τους κινδύνους αυτούς έρχεται να καλύψει η *ιδιωτική ασφάλιση*.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο **ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ**

1.1 : ΕΝΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ο άνθρωπος είναι στην οικονομική, κοινωνική και ατομική του δράση διαρκώς εκτεθειμένος σε κινδύνους από τυχαία περιστατικά, τα οποία είναι πιθανόν να συμβούν και να προκαλέσουν ζημιές, ενίοτε δε και μεγάλες καταστροφές. Οι κίνδυνοι είναι αναπόσπαστο μέρος της καθημερινής ζωής των ατόμων, των επιχειρήσεων και της ευρύτερης κοινωνίας και έτσι εξηγείται η αέναη προσπάθεια αντιμετώπισης τους. Οι κοινωνίες πασχίζουν συνεχώς να αναπτύξουν ολοένα και περισσότερο αποτελεσματικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης και διαχείρισης κινδύνου. Όσο και εάν προοδεύσει όμως η τεχνική και αυξηθεί το επίπεδο των μέτρων ασφάλειας δεν είναι δυνατόν να αποτραπούν όλοι οι κίνδυνοι και οι αβεβαιότητες. Η δυσμενής επίδραση των ζημιών έχει σοβαρές συνέπειες όχι μόνο για το άτομο και την οικογένειά του μεμονωμένα, αλλά έμμεσα και για όλη την κοινωνία.

Όπως θα προκύψει και παρακάτω, ο κίνδυνος βρίσκεται στο επίκεντρο της ασφάλισης και γι' αυτό είναι σκόπιμο, πριν προχωρήσουμε στην παρουσίαση των διαφόρων ασφαλίσεων, να αντιληφθούμε πλήρως την έννοια αυτού. Με τον κίνδυνο ασχολούνται πολλοί άνθρωποι προερχόμενοι από διάφορους επαγγελματικούς κλάδους: οικονομολόγοι, ιατροί, ψυχολόγοι, φιλόσοφοι, μηχανικοί, επιχειρηματίες, κ.τ.λ. Η ποικιλόμορφη φύση του ενδιαφέροντος για τον κίνδυνο αντιπροσωπεύεται από τους πολλούς ορισμούς που του έχουν αποδοθεί. Ο κίνδυνος λοιπόν μπορεί να οριστεί ως:

- η πιθανότητα να συμβεί μια ατυχία,
- η αντικειμενική αμφιβολία σε σχέση με το αποτέλεσμα μιας καθορισμένης

κατάστασης,

- το απρόβλεπτο,
- η τάση των πραγματικών αποτελεσμάτων να διαφέρουν από τα προβλεφθέντα,
- η αβεβαιότητα σε σχέση με την πραγματοποίηση ζημιάς.

Είναι φανερό ότι δεν μπορεί να υπάρξει ένας καθολικός και γενικά αποδεκτός ορισμός του κινδύνου. Σκόπιμο, όμως, είναι να μη χρησιμοποιούνται λέξεις και εκφράσεις που είναι ακαθόριστες και διφορούμενες ή που χρήζουν επεξήγησης, όπως "πιθανότητα", "αμφιβολία", "αντικειμενική", "απρόβλεπτο", κ.α. Επιλέγεται, λοιπόν, ο ακόλουθος ορισμός :

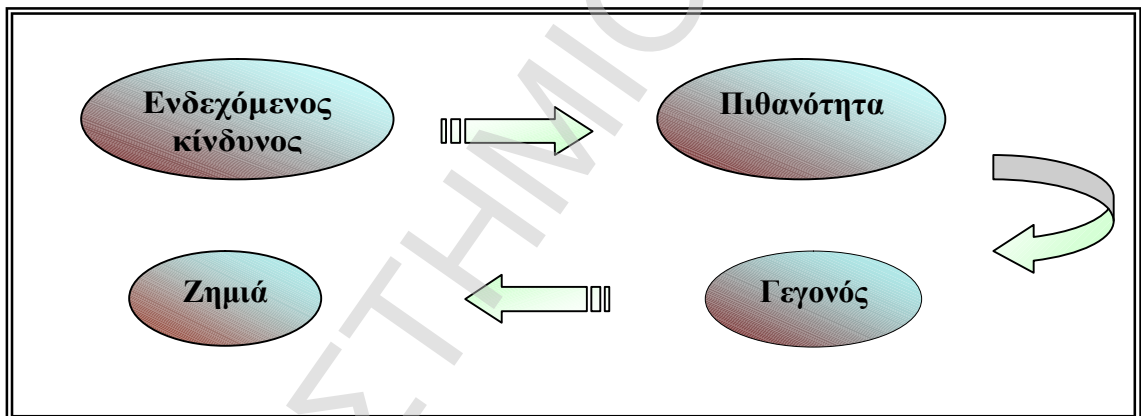
Ο κίνδυνος ορίζεται ως η αβεβαιότητα σχετικά με την επέλευση ενός ζημιογόνου ενδεχομένου.

Στον ορισμό αυτό συμπεριλαμβάνονται δύο βασικά χαρακτηριστικά *αβεβαιότητα* και *ζημιά*. Αναφέροντας την αβεβαιότητα αποκλείονται όλα εκείνα τα γεγονότα που είναι βέβαιο ότι θα συμβούν. Εάν η επέλευση του κινδύνου είναι βέβαιη, τότε μπορεί να αντιμετωπιστεί ως σίγουρη δαπάνη και να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα. Όταν, όμως, υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με την επέλευση της ζημιάς, τότε η αντιμετώπιση του κινδύνου απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή. Ο θάνατος ως κίνδυνος είναι μεν βέβαιο ότι θα επέλθει, αυτό όμως που δεν μπορούμε να γνωρίζουμε είναι τη χρονική στιγμή της επέλευσής του και αυτό το γεγονός αποτελεί μία αβεβαιότητα από την οποία μπορούν να προκύψουν σημαντικά έξοδα και επιβαρύνσεις για τις οικογένειες.

Όσον αφορά στη συσχέτιση της ζημιάς, του ζημιογόνου ενδεχομένου και της αβεβαιότητας, μπορούμε να αγνοήσουμε όλες εκείνες τις περιπτώσεις όπου δεν υπάρχει ως αποτέλεσμα η ζημιά. Η έμφαση που δίνεται στην έννοια ζημιά

αποσκοπεί στο να επικεντρώσουμε την προσοχή μας στους κινδύνους εκείνους, οι οποίοι έχουν την πιθανότητα να προκαλέσουν ζημιά, η οποία μπορεί να επιμετρηθεί οικονομικά, δηλαδή να αποτιμηθεί σε χρήμα (σχεδιάγραμμα 1).

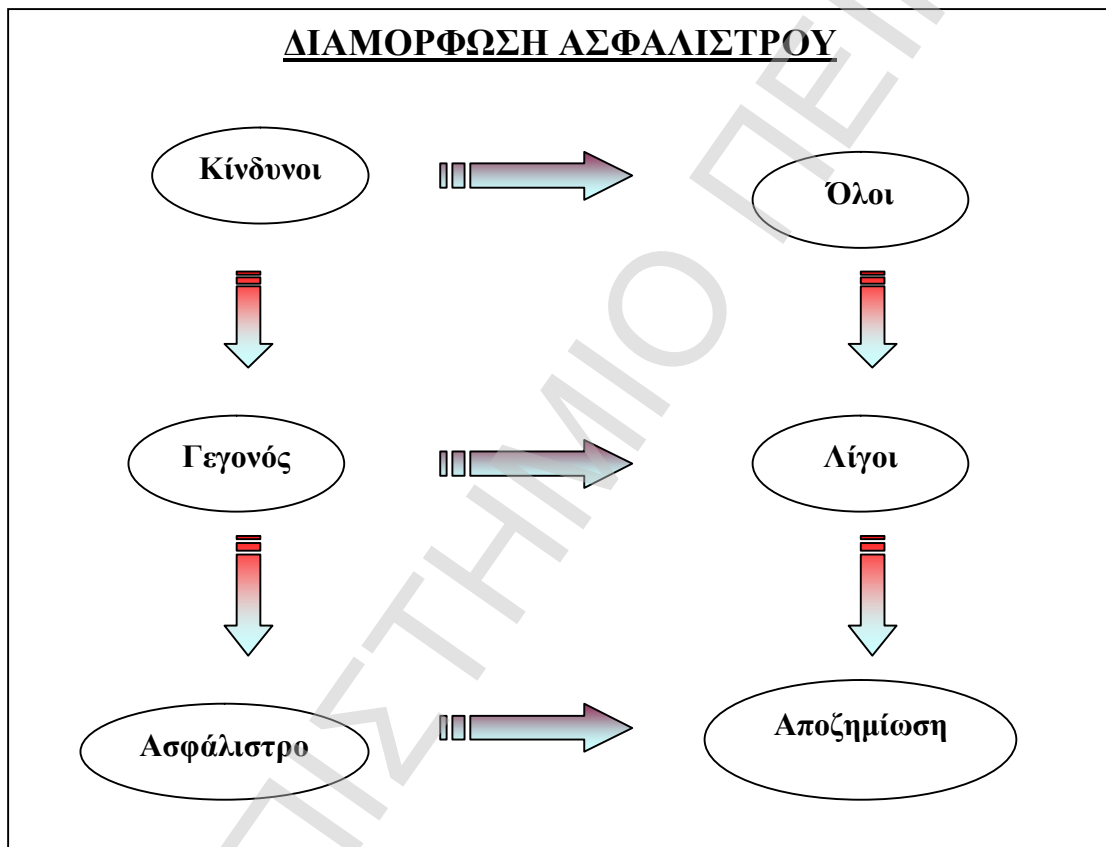
Ορίζουμε λοιπόν τον *κίνδυνο* ως τη πιθανότητα που υπάρχει να συμβεί κάποιο γεγονός το οποίο θα έχει ως συνέπεια τη μείωση της περιουσίας κάποιου ατόμου / μιας επιχείρησης / γενικότερα της κοινωνίας ή την ανάγκη αύξησης αυτής, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η έκτακτη οικονομική ανάγκη που προκλήθηκε από το τυχαίο γεγονός. Το παρακάτω σχεδιάγραμμα παρουσιάζει σχηματικά τον ορισμό του κινδύνου.



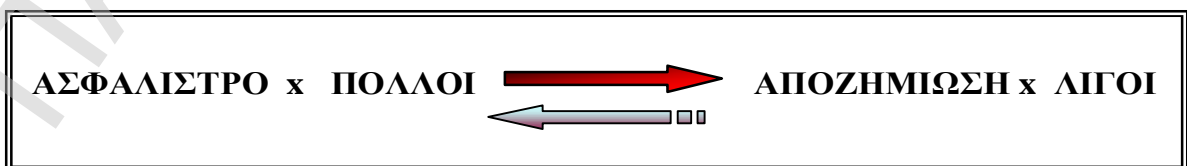
Σχεδιάγραμμα 1.1 : Ο κίνδυνος ως πιθανότητα ζημιάς

Δεδομένου ότι όλα τα άτομα είναι συνεχώς εκτεθειμένα σε πολλούς και μεγάλους κινδύνους από τυχαία περιστατικά, σχηματίζεται μία κοινωνία κινδύνων, η οποία βασίζεται στο αξίωμα του "μεγάλου αριθμού", δηλαδή των μελών της κοινωνίας των κινδύνων. Με τον τρόπο αυτό, οι κίνδυνοι μοιράζονται, και έτσι με βάση το νόμο των πιθανοτήτων, πραγματοποιούνται σε ένα πολύ μικρότερο αριθμό προσώπων σε σχέση με όσα πρόσωπα απειλούνται από αυτούς. Με το νόμο των πιθανοτήτων υπολογίζεται με σχεδόν

ακρίβεια το ποσό, το οποίο θα πληρώσει ο ασφαλιστής, αν πραγματοποιηθεί ο κίνδυνος. Η ασφαλιστική επιστήμη είναι ένας επιστημονικός κλάδος, ο οποίος - εκτός από την κοινωνικοπολιτική του διάσταση - οφείλει την ανάπτυξη του σε θετικές επιστήμες, όπως την αναλογιστική επιστήμη (Actuarial Science) και τα Μαθηματικά (στατιστική / πιθανότητες).



Σχεδιάγραμμα 1.1.2 : Η διαμόρφωση του ασφαλίστρου



Σχεδιάγραμμα 1.1.3 : Αμφίδρομη η σχέση ασφαλίστρων - αποζημιώσεων

1.2: ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Τα άτομα επενδύουν χρήματα στην ασφάλιση για να προφυλακτούν από τον κίνδυνο, όσον αφορά την αβεβαιότητα του. Ο ασφαλιστής προσφέρει την κάλυψη των εξόδων στην περίπτωση που επέλθουν γεγονότα, όπως μία πλημμύρα οικείας, ένας σεισμός, ένα τροχαίο ατύχημα, μία ασθένεια, κ.α. Κύρια χαρακτηριστικά των κινδύνων, οι οποίοι μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο ασφάλισης είναι ότι δε μπορούν να προβλεφθούν και ότι ο μέσος άνθρωπος δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να ανταποκριθεί στην αντιμετώπιση τους από μόνος του. Παράλληλα, το ξαφνικό διάφορων γεγονότων δυσκολεύει τον άνθρωπο να συμπεριλάβει τις απρόσμενες δαπάνες στον προϋπολογισμό του, ενώ στην περίπτωση που υποθέταμε ότι υπήρχε κάποιος τρόπος να προβλεφθούν τα γεγονότα αυτά, θεωρείται απίθανη η πραγματοποίηση αποταμίευσης μεγάλου όγκου χρημάτων για την κάλυψη τους από κάθε άτομο ξεχωριστά.

Επομένως, για να αναπτυχθεί μία ασφαλιστική αγορά, πρέπει να συναλλάσσονται δύο μέρη : κάποια άτομα, τα οποία θα επιθυμούν να "αγοράσουν" ασφάλιση και κάποια άλλα, τα οποία θα είναι διαθέσιμα να την "πουλήσουν". Από την πλευρά του "αγοραστή", οι καταναλωτές πρέπει να είναι πρόθυμοι να δαπανήσουν ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό για να ασφαλιστούν έναντι στην πιθανότητα πραγματοποίησης ενός μεγαλύτερου κόστους. Στον πίνακα 1.2, παρουσιάζεται ο βαθμός σημαντικότητας διάφορων κριτηρίων για την επιλογή της καταλληλότερης ασφαλιστικής εταιρείας από το καταναλωτικό κοινό.

Σημαντικότητα κριτηρίων για την επιλογή ασφαλιστικής εταιρείας	Ποσοστό %
Να δίνει τις αποζημιώσεις που έχουν συμφωνηθεί	100
Να έχει καλό επίπεδο εξυπηρέτησης	100
Να είναι αξιόπιστη / φερέγγυα εταιρία	99
Να έχει ασφαλιστικούς συμβούλους που να γνωρίζουν το αντικείμενο	99
Να έχει σταθερή συμπεριφορά σε όλα τα στάδια	98
Να είναι κερδοφόρα εταιρεία	94
Να έχει φθηνά προγράμματα	92
Να είναι μια μεγάλη εταιρεία	90
Να ανήκει σε γνωστό όμιλο	78
Να έχω γνωστό ασφαλιστή στην εταιρεία	74
Να συνεργάζεται με τράπεζα	73
Να είναι μια πολυεθνική εταιρία	71
Να λανσάρει συχνά νέα ασφαλιστικά προγράμματα	66
Να είναι κρατική εταιρεία	65
Να μου την έχουν συστήσει φίλοι / συγγενείς	64

Πίνακας 1.2 : Σημαντικότητα κριτηρίων για την επιλογή ασφαλιστικής εταιρείας

Πηγή : Έρευνα Ασφαλιστικής Εταιρείας

Από την άλλη πλευρά, ο ασφαλιστής, ο οποίος λειτουργεί σύμφωνα με το Νόμο των Μεγάλων Αριθμών συγκεντρώνει τους κινδύνους.

Με άλλα λόγια, μπορεί ο κίνδυνος από ένα γεγονός να είναι δύσκολο να προβλεφθεί και ιδιαίτερος δαπανηρός όταν πραγματοποιηθεί, ωστόσο το κόστος του μπορεί να είναι εν τέλει προβλέψιμο, εάν όλοι οι κίνδυνοι, που διατρέχει ένα μεγάλο πλήθος ατόμων συγκεντρωθούν και διαχειριστούν από ένα φορέα.

1.3 : ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

1.3.1 : Ιδιωτική ασφάλιση

Ιδιωτική είναι η ασφάλιση που παρέχεται κατά κανόνα από ιδιωτικούς φορείς. Για την ιδιωτική ασφάλιση ισχύουν οι διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου.

Ο φορέας, που παρέχει την ιδιωτική ασφάλιση είναι, συνήθως, εμπορική επιχείρηση και η ασφαλιστική σχέση που τον συνδέει με τον ασφαλισμένο είναι η ασφαλιστική σύμβαση. Η αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων για τις μη υποχρεωτικές ασφαλίσεις εφαρμόζεται, κατ' αρχήν και στην ιδιωτική ασφάλιση με διάφορες, όμως, αποκλίσεις που αποσκοπούν στην προστασία των ασφαλισμένων - καταναλωτών. Στις υποχρεωτικές, όμως, ασφαλίσεις (π.χ. ασφάλιση αστικής ευθύνης από αυτοκίνητα) δεν έχει εφαρμογή η αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων. Η άσκηση της ιδιωτικής ασφάλισης προϋποθέτει επιχείρηση, η οποία ιδρύεται ειδικά για την ανάληψη των κινδύνων τρίτων με αντάλλαγμα το ασφάλιστρο ή τις εισφορές μελών. Η ιδιωτική ασφάλιση και η ασφαλιστική επιχείρηση έχουν χαρακτήρα εμπορικό και αποσκοπούν κυρίως στο κέρδος. Η κοινωνία κινδύνων, στην οποία στηρίζεται η ιδιωτική ασφάλιση, απαιτεί οργάνωση από μέρους του ασφαλιστή, συστηματική ανάληψη των κινδύνων, στατιστικούς και μαθηματικούς υπολογισμούς κατά τέτοιο τρόπο, ώστε το κεφάλαιο που σχηματίζεται από το σύνολο των ασφαλιστρών και το αποτέλεσμα της παραπέρα επένδυσης σημαντικού μέρους του, να είναι ικανό για την πλήρη κάλυψη των ασφαλισμένων. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις ασχολούνται αποκλειστικά με ασφαλιστικές εργασίες και για την εκπλήρωση, όμως, του σκοπού αυτού, μπορούν να ιδρύουν και άλλες ανώνυμες εταιρίες, που δεν έχουν ως αντικείμενο ασφαλιστικές εργασίες.

Από τα παραπάνω, προκύπτει ότι τα ουσιώδη στοιχεία της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ο

ασφαλιστικός κίνδυνος, το ασφάλιστρο και η ασφαλιστική επιχείρηση. Ο συνδυασμός των στοιχείων αυτών αποτελεί την ειδοποιό διαφορά της ιδιωτικής ασφάλισης με άλλες συγγενικές έννοιες, όπως με τη σύμβαση ισόβιας προσόδου, με τη σύμβαση εγγύησης, με τη ρήτρα που συμφωνείται στις παραγγελίες, με το παίγνιο και το στοίχημα.

Ειδικότερα, η ιδιωτική ασφάλιση:

- Καλύπτει κινδύνους αγαθών και προσώπων
- Δεν είναι, κατά κανόνα, υποχρεωτική, με εξαίρεση τις περιπτώσεις που ο νόμος επιβάλλει υποχρεωτικά την κάλυψη ορισμένων κινδύνων.
- Οι φορείς που την ασκούν είναι ιδιωτικές επιχειρήσεις που λειτουργούν, όμως, σύμφωνα με αυστηρούς εποπτικούς κανόνες.
- Όλο το ασφάλιστρο καταβάλλεται από τον ίδιο τον ασφαλισμένο.
- Το ασφάλιστρο είναι ανάλογο με τον κίνδυνο και το ύψος των παροχών.

Η σωστή οργάνωση και ο εκσυγχρονισμός της ιδιωτικής ασφάλισης μπορούν να συμβάλλουν αποφασιστικά στην αντιμετώπιση πολλών και σοβαρών οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων.

Πραγματικά, ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης συνδέεται άμεσα με:

- τη διαμόρφωση της κρατικής πολιτικής στον τομέα της κοινωνικής ασφάλισης για σύνταξη και υγεία
- την λειτουργία του πιστωτικού συστήματος
- την πολιτική αντιμετώπισης τεχνολογικών, βιομηχανικών και περιβαλλοντολογικών κινδύνων
- την αντιμετώπιση των φυσικών καταστροφών
- την κάλυψη σημαντικών επιχειρήσεων από κινδύνους των επιχειρήσεων

1.3.2 : Κοινωνική ασφάλιση

Είναι η ασφάλιση που ασκείται από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης), όπως είναι π.χ. το ΙΚΑ, το ΝΑΤ, το Τ.Ε.Β.Ε., ο Ο.Γ.Α., τα διάφορα Ταμεία Επαγγελματιών.

Η κοινωνική ασφάλιση αφορά την κάλυψη κινδύνων που απειλούν άμεσα, κυρίως, τα πρόσωπα. Η ασφαλιστική σχέση που συνδέει φορείς και ασφαλισμένους στην κοινωνική ασφάλιση αυτή ρυθμίζεται από διατάξεις του δημοσίου δικαίου. Ο χαρακτήρας, δηλαδή, της κοινωνικής ασφάλισης είναι αναγκαστικός.

Η κοινωνική ασφάλιση εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον. Για το σκοπό αυτό για τις περιπτώσεις που υπάρχει σχέση εξαρτημένης εργασίας, (υπάλληλοι, εργάτες κ.α.), οι ασφαλιστικές εισφορές δεν καταβάλλονται μόνο από τους ασφαλισμένους, αλλά και από το Κράτος και από τρίτους (εργοδότες) καθώς και από διάφορους «κοινωνικούς πόρους», όπως αποκαλούνται.

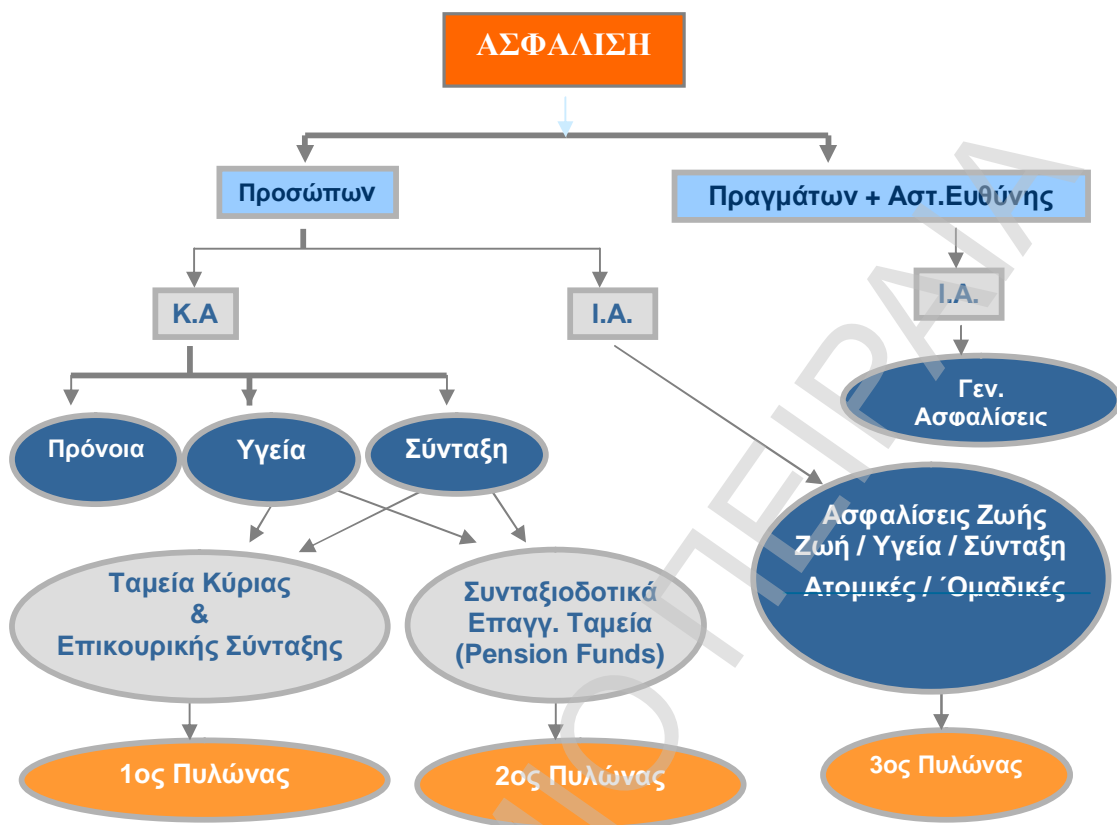
Η ασφαλιστική σχέση γεννιέται από το νόμο όταν συντρέξουν ορισμένες προϋποθέσεις στο πρόσωπο του άμεσα ασφαλισμένου (κυρίως σχέση εξαρτημένης εργασίας) ή, σ' ορισμένες περιπτώσεις, με εγγραφή στο σχετικό Ταμείο (π.χ. έμποροι, επαγγελματίες, βιοτέχνες κ.α.). Η ασφαλιστική παροχή ενεργοποιείται όταν επέλθει ο κίνδυνος, οι οικονομικές συνέπειες του οποίου καλύπτονται (λ.χ. ασθένεια, ατύχημα, αναπηρία, θάνατος, ανεργία, σύνταξη) σε συνδυασμό με τη συνδρομή χρονικών και οικονομικών προϋποθέσεων, (π.χ. όριο ηλικίας, ελάχιστο όριο ασφαλιστικών εισφορών κ.α.).

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

όλων των ατόμων που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

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

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



Σχεδιάγραμμα 1.3.2 : Ιδιωτική και Κοινωνική Ασφάλιση

Σημείωση

Κ.Α. ⇒ Κοινωνική Ασφάλιση

Ι.Α. ⇒ Ιδιωτική Ασφάλιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο **Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ**

Με την αλλαγή του κοινωνικό – οικονομικού περιβάλλοντος της χώρας ο ρόλος που διαδραματίζει η ιδιωτική ασφάλιση στην ελληνική οικονομία και κοινωνία αλλάζει. Η ιδιωτική ασφάλιση αποκτά θεσμικό χαρακτήρα και συμμετέχει ενεργά στην κάλυψη των αναγκών του ελληνικού λαού.

2.1 : Η ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ

Το εποπτικό πλαίσιο που γίνεται σταδιακά αυστηρότερο και οι τελευταίες κινήσεις του Υπουργείου Ανάπτυξης για εξυγίανση της αγοράς τόσο στον κλάδο Ζωής όσο και στις Γενικές Ασφάλειες, καθιστούν τα πρώτα εχέγγυα για να αυξηθεί η αξιοπιστία, η διαφάνεια του κλάδου και η εμπιστοσύνη του κοινού. Η εποπτεία μετασχηματίζεται μέσω της συγκρότησης της νέας Επιτροπής Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης, η οποία τελεί υπό την εποπτεία του υπουργού Οικονομίας και Οικονομικών και συμβάλλει στη διασφάλιση της φερεγγυότητας των ασφαλιστικών εταιρειών, στην καλύτερη και ταχύτερη εναρμόνιση του κλάδου στις αποφάσεις και τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αλλά και στον εκσυγχρονισμό των ασφαλιστικών εταιρειών. Επιπλέον, οι αυστηρότεροι κανόνες για την επαγγελματική δράση των ασφαλιστικών συμβούλων που θέτει το Υπουργείο Ανάπτυξης, αλλά και η θέσπιση του Κώδικα Δεοντολογίας που προωθείται από την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ), συμβάλουν στην αποφυγή αθέμιτων πρακτικών, στην προστασία της αξιοπιστίας των ασφαλιστικών εταιρειών και θα οδηγήσει αυτούς που εργάζονται στον χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης στο να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των καταναλωτών. Η ΕΑΕΕ

έχει ήδη προχωρήσει σε μια σειρά ενεργειών (Συνέδρια, Ημερίδες) για να τονίσει στο καταναλωτικό κοινό τα οφέλη του "αγαθού" που λέγεται ασφάλιση.

Η δομή της αγοράς



Σχεδιάγραμμα 2.1 : Η δομή της αγοράς

2.1.1 : Ένωση ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος

Η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος λειτουργεί με τη σημερινή της δομή από το 1992 μετά τη συνένωση των τότε Ενώσεων με στόχο την εκπροσώπηση της Ελληνικής Ασφαλιστικής Αγοράς από ένα και μοναδικό φορέα, η φωνή του οποίου θα είναι συλλογική. Η Ένωση έχει σήμερα ως μέλη της, ασφαλιστικές εταιρίες που αντιπροσωπεύουν πάνω από το 95% της παραγωγής ασφαλιστρών στην ελληνική

αγορά. Κάτω από ένα ευέλικτο πλαίσιο ενιαίας δράσης που εξασφαλίζεται μέσω της ΕΑΕΕ, οι ελληνικές ασφαλιστικές εταιρίες εργάζονται για τη στήριξη και τον εκσυγχρονισμό του θεσμού της ιδιωτικής ασφάλισης. Ο σκοπός της Ένωσης είναι:

- Η, με κάθε νόμιμο μέσο, ανάπτυξη του θεσμού της Ιδιωτικής Ασφάλισης.
- Η αντιμετώπιση και προώθηση όλων των θεμάτων που απασχολούν την Ιδιωτική Ασφάλιση, μέσα στο πλαίσιο της νομοθεσίας του Ελληνικού Κράτους και της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Η προστασία και προαγωγή ηθικών, επαγγελματικών και οικονομικών συμφερόντων των μελών της.

Τον θεσμικό ρόλο της Ένωσης έχει αναγνωρίσει επίσημα η Πολιτεία κυρίως με τις διατάξεις του άρθρου 4α του ν.δ. 400/1970 καθώς και του άρθρου 5 του ν.3229/2004, στις οποίες προβλέπεται η συμμετοχή εκπροσώπου της στην υφιστάμενη Επιτροπή Ιδιωτικής Ασφάλισης και αντίστοιχα στην νεοσυσταθείσα εποπτική αρχή με την επωνυμία "Επιτροπή Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης" (ΕΠ.Ε.Ι.Α.).

2.2 : Αριθμός ασφαλιστικών επιχειρήσεων

Στο διάγραμμα 2.2, παρουσιάζεται πώς έχει διακυμανθεί το πλήθος των ασφαλιστικών εταιρειών κατά τη δεκαετία 1994 – 2004. Παρατηρείται ότι ο αριθμός των ασφαλιστικών εταιρειών έχει μειωθεί σημαντικά, ενώ το σύνολο των εν λόγω επιχειρήσεων αφορά και μικρές και μεγάλες εταιρείες, οι οποίες αντιμετωπίζουν πολλές δυσκολίες.

Αυτό το γεγονός οφείλεται στο ότι η νομοθεσία που εφαρμόστηκε βάσει των ευρωπαϊκών οδηγιών έχει γίνει αυστηρότερη και ότι η κρατική εποπτεία του Υπουργείου Ανάπτυξης στις ασφαλιστικές επιχειρήσεις έχει γίνει πιο σχολαστική.

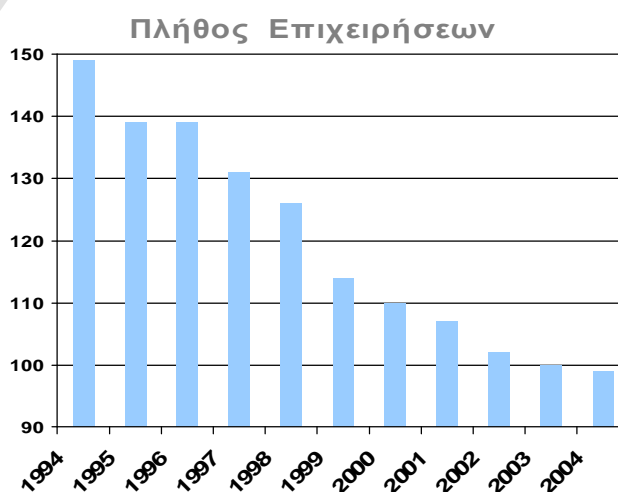
Επίσης, ο συνεχής αυξανόμενος ανταγωνισμός έχει οδηγήσει πολλές μικρές επιχειρήσεις να μειώνουν τα ασφάλιστρα τους με την προοπτική να αποκτήσουν μεγαλύτερο μέρος της αγοράς χάνοντας όμως ταυτόχρονα και τη φερρεγγυότητα τους, εφόσον αποδεικνύεται ότι με αυτή τη πολιτική δε μπορούν εν τέλει να αντεπεξέρχονται στις υποχρεώσεις τους προς τους ασφαλισμένους τους και να πληρώνουν τις αποζημιώσεις που θα όφειλαν βάσει των όρων των συναπτόμενων ασφαλιστηρίων συμβολαίων. Κατά συνέπεια, οι μικρές ασφαλιστικές εταιρείες οδηγούνται σε πτώχευση, ενώ οι υποχρεώσεις τους μεταφέρονται στο Επικουρικό Κεφάλαιο. Αυτό σημαίνει ότι, στο τέλος, οι υποχρεώσεις επιβαρύνουν τις μεγάλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις, των οποίων οι εισφορές στο Επικουρικό Κεφάλαιο λόγω εσόδων είναι υψηλότερες.

Επιπρόσθετα, αρκετές εταιρείες συγχωνεύτηκαν ενώνοντας το χαρτοφυλάκιο τους για να αποκτήσουν μεγαλύτερη δύναμη, καλύτερη πρόσκτηση εργασιών (αποτελεσματικότητα καναλιών διανομής – διαμεσολαβούντες, διαδικτυακή πώληση, bancassurance) και πιο δυναμική πορεία στην αγορά.

**Αριθμός
Ασφαλιστικών
Επιχειρήσεων**

2004 : 99

1994 : 149



Διάγραμμα 2.2 : Ο αριθμός των ασφαλιστικών επιχειρήσεων
Πηγή : ICAP

Κατά το έτος του 2004, το σύνολο των εγκατεστημένων στην Ελλάδα Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων που παρουσίασαν δραστηριότητα έφθασε τις 99:

§ 70 Ανώνυμες Ασφαλιστικές Εταιρίες με έδρα την Ελλάδα

§ 29 Υποκαταστήματα Αλλοδαπών Ασφαλιστικών.

Αναλυτικότερα, αν ομαδοποιήσουμε ανά εθνικότητα της έδρας των Υποκ/των των Αλλοδαπών Ασφαλιστικών Εταιριών, θα συμπεράνουμε ότι 21 Υποκαταστήματα προέρχονται από χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και 6 από τρίτες χώρες :

§ 2 Αμερικανικές

§ 11 Βρετανικές

§ 5 Γερμανικές

§ 2 Κυπριακές

§ 1 Ισπανική

§ 3 Βελγικές

§ 1 Γαλλική

§ 2 Δανική

§ 1 Ελβετική

§ 1 Φιλιπινέζικη

Ο διαχωρισμός των 99 Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων με βάση το αντικείμενο δραστηριοτήτων μας είναι :

§ 19 Εταιρίες Ζωής

§ 67 Γενικών Ασφαλίσεων (κατά ζημιών)

§ 13 Μικτές (ζωής και ζημιών)

Σκοπός της εταιρείας είναι αποκλειστικά η διενέργεια ασφαλιστικών εργασιών, δηλαδή εργασιών επαγγελματικής άσκησης ασφαλίσεων με ανάληψη του ασφαλιστικού κινδύνου.

Οι ασφαλίσεις αυτές μπορούν να είναι, είτε ασφαλίσεις *ζημιών*, είτε ασφαλίσεις *ζωής* ή όπως ορθότερα λέγονται προσώπων και να αφορούν ένα ή περισσότερους ασφαλιστικούς κλάδους. Δεν επιτρέπεται η άσκηση ασφαλίσεων και των δύο κατηγοριών από την ίδια επιχείρηση (με βάση την αρχή της εξειδίκευσης). Δεν επιτρέπονται, δηλαδή, "μικτές" ασφαλιστικές επιχειρήσεις που ασκούν υπό την ίδια επωνυμία τόσο ασφαλίσεις ζημιών, όσο και ασφαλίσεις προσώπων. Κατ' εξαίρεση μπορούν να είναι "μικτές" μόνο οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που είχαν συσταθεί πριν το 1985.

2.3 : Η απασχόληση στον κλάδο της Ιδιωτικής Ασφάλισης

Το αντικείμενο του ασφαλιστικής επιστήμης είναι τόσο ευρύ, που μπορούν να εργαστούν σε αυτό πολλά άτομα και από αρκετές ειδικότητες. Οι απασχολούμενοι στον ασφαλιστικό κλάδο είναι :

§ Εργαζόμενοι στις Ασφαλιστικές Επιχειρήσεις: 9.500 άτομα

§ Διαμεσολαβούντες (κατά προσέγγιση):

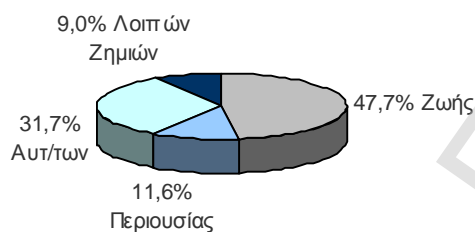
- Ασφαλιστικοί Σύμβουλοι: 20.000 άτομα
- Ασφαλιστικά Πρακτορεία: 10.000 άτομα
- Μεσίτες Ασφαλίσεων: 500 άτομα

§ Συνεργάτες (πραγματογνώμονες, δικηγόροι, ιατροί, μηχανικοί κ.ά.)
(κατά προσέγγιση): 10.000 άτομα

2.4 ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΝΔΥΣΕΙΣ

Σύμφωνα με τον υπολογισμό των μεριδίων αγοράς, οι πρώτες 10 Ασφαλιστικές Επιχειρήσεις συγκέντρωσαν το 2004 :

- § 88,9% των ασφαλιστρών ζωής
- § 56,1% των ασφαλιστρών ζημιών



*Διάγραμμα 2.4: Η παραγωγή των ασφαλιστρών
Πηγή : ICAP*

Σύνολο παραγωγής ασφαλιστρών: €3,62 δις

- § ασφάλισεις ζωής: €1,73 δις ή ποσοστό 47,7%
- § ασφάλισεις κατά ζημιών: €1,89 δις ή ποσοστό 52,3%
- § ασφάλισεις αυτοκινήτων: €1,15 δις
- § ασφάλισεις περιουσίας: €422 εκατ.
- § λοιπές ασφάλισεις κατά ζημιών: €326 εκ.

Η συνολική παραγωγή ασφαλιστρών αυξήθηκε στο διάστημα των ετών 1997 – 2004 και μάλιστα η αποπληθωρισμένη θετική αυτή μεταβολή αγγίζει το ποσοστό του 70%.

Εξέλιξη συνολικής παραγωγής ασφαλιστρών

Σύνολο παραγωγής ασφαλιστρών

2004 : 3.623,9

1997 : 1.685,0

(ποσά σε εκατ. €)

1997-2004 μεταβολή

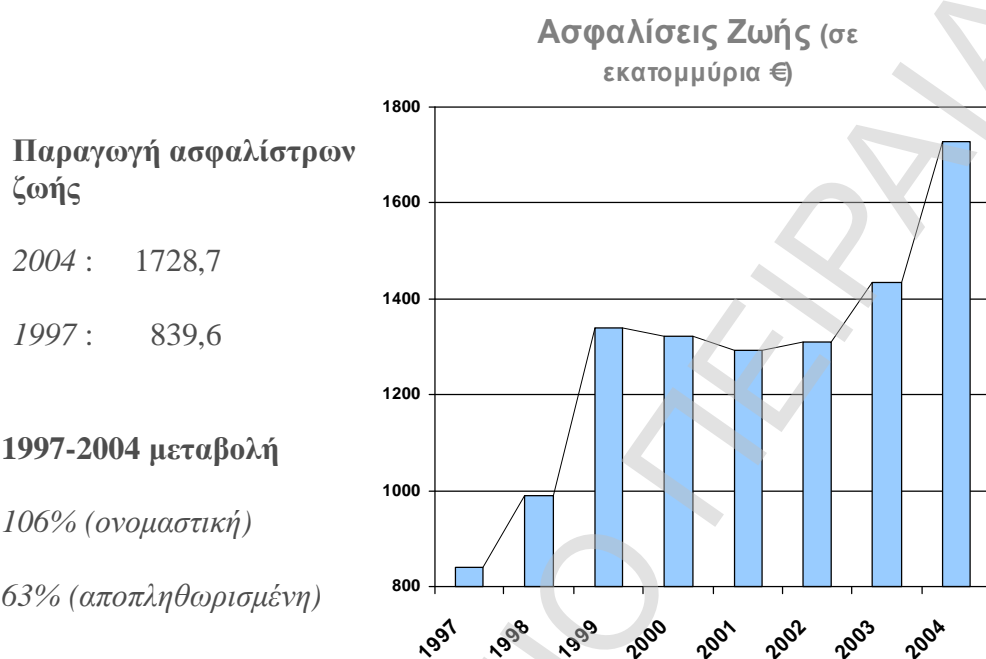
115% (ονομαστική)

70% (αποπληθωρισμένη)



Διάγραμμα 2.4.1: Η εξέλιξη της παραγωγής των ασφαλιστρών 1997-2004
Πηγή : ICAP

Ασφαλίσεις ζωής



Διάγραμμα 2.4.2: Η παραγωγή των ασφαλίσεων ζωής 1997-2004
Πηγή : ICAP

Ασφαλιστικές αποζημιώσεις και παροχές

§ Η Ελληνική Ασφαλιστική Αγορά εκταμίευσε 2,54 δισ € το έτος 2004, ως αποζημιώσεις και παροχές προς τους ασφαλισμένους όλων των κλάδων (ζωής και ζημιών)

§ Με άλλα λόγια, οι Ασφαλιστικές Επιχειρήσεις πλήρωναν, κατά μέσο όρο, 6,95 εκ. € την ημέρα, για κάθε μια από τις 365 ημέρες του χρόνου

Οι επενδύσεις των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων

Σύνολο επενδύσεων

2004 : 7.962,7

1997 : 2.955,1

(ποσά σε εκατ. €)

Σύνθεση επενδύσεων (2004)

Ακίνητα: 10,4%

Μετοχές, μερίδια: 29,9%

Ομόλογα: 42,1%

Λοιπές επενδύσεις: 17,6%



Διάγραμμα 2.4.3: Οι επενδύσεις των ασφαλιστικών επιχειρήσεων 1997 – 2004

Πηγή : ICAP

Οι επενδύσεις που πραγματοποίησαν οι ασφαλιστικές εταιρείες κατά τη διάρκεια των ετών 1997 – 2004 παρουσίασαν ανοδική πορεία, ωστόσο δεν μπορούν να θεωρηθούν ως ιδιαίτερος σημαντικές για την ανάπτυξη του ασφαλιστικού κλάδου. Επίσης, κανένας νέος ξένος επενδυτής δεν έδειξε ενδιαφέρον για την ελληνική ασφαλιστική αγορά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

3.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ **(INDIVIDUAL HEALTH INSURANCE)**

ΜΟΡΦΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τα προγράμματα υγείας μπορούν να ταξινομηθούν στις εξής κατηγορίες:

- Προγράμματα ασφάλισης νοσοκομειακών εξόδων
- Επιδοματικές καλύψεις
- Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη
- Προγράμματα ανικανότητας

3.1.1 Προγράμματα ασφάλισης νοσοκομειακών εξόδων

Τα προγράμματα αυτά αποζημιώνουν τα έξοδα νοσηλείας σε νοσοκομείο. Τέτοια έξοδα είναι συνήθως:

- τα έξοδα για την πληρωμή δωματίου και τροφής
- τα έξοδα για τις εργαστηριακές εξετάσεις και τα φάρμακα
- τα έξοδα χειρουργείου
- τα έξοδα των γιατρών (χειρουργών και λοιπών ειδικοτήτων)
- τα έξοδα αποκλειστικής νοσοκόμας κ.λπ.

Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκε μεγάλος ανταγωνισμός μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών στον τομέα της υγείας, που είχε σαν αποτέλεσμα να εμφανισθεί μία μεγάλη ποικιλία τέτοιων προγραμμάτων. Μερικά από τα βασικά στοιχεία διάκρισης αυτών των προγραμμάτων είναι:

- η ύπαρξη ή μη ανώτατου ορίου κάλυψης εξόδων

- η συμμετοχή ή μη του ασφαλισμένου στα έξοδα νοσηλείας
- η αντιμετώπιση του τοκετού

Η ύπαρξη ανώτατου ορίου κάλυψης νοσοκομειακών εξόδων συναντάται στα παλιότερα προγράμματα που συνήθως περιείχαν ανώτατο όριο συνολικών καλυπτόμενων εξόδων. Μάλιστα, πολλές φορές υπήρχε και όριο κατά περίπτωση, για παράδειγμα, για το καταβαλλόμενο ποσό ημερησίως για δωμάτιο και τροφή. Τα πλέον πρόσφατα προγράμματα καλύπτουν τα νοσοκομειακά έξοδα "απεριόριστα", χωρίς δηλαδή κανέναν περιορισμό στο ύψος των καταβολών, τόσο στο σύνολο όσο και στις επιμέρους κατηγορίες.

Ακόμη, παρατηρεί κανείς ότι στα παλαιότερα προγράμματα δεν προβλεπόταν η συμμετοχή του ασφαλισμένου στα νοσοκομειακά έξοδα, όπως συνηθίζεται τώρα στα πιο σύγχρονα προγράμματα (συμμετοχή 20% - 25 %).

Ο λόγος ύπαρξης αυτής της συμμετοχής ήταν διπλός:

- αφενός να μειώσει τα ασφάλιστρα, δια της πληρωμής μέρους των εξόδων
- αφετέρου να παρακινήσει τον ασφαλισμένο να ενδιαφερθεί για τον περιορισμό του κόστους από μη απαραίτητες εξετάσεις ή "φουσκωμένες" αμοιβές ιατρών ⇒ αυξάνεται η υπευθυνότητα του ασφαλισμένου

Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι ο έντονος ανταγωνισμός των τελευταίων χρόνων, οδήγησε τις ασφαλιστικές εταιρείες σε προγράμματα με απεριόριστη κάλυψη εξόδων και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, σε συνδυασμό με την εισαγωγή της «κάρτας νοσηλείας», η οποία αποτελεί έναν αυτόματο τρόπο πληρωμής νοσοκομειακών εξόδων, έφερε σε δύσκολη θέση τις ασφαλιστικές εταιρείες. Τα έξοδα νοσηλείας αυξάνουν συνεχώς, με ρυθμούς πολύ υψηλού πληθωρισμού, και συχνά οι ασφαλιστές παραπονούνται για μη απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις στα νοσοκομεία, υπερβολικές αμοιβές ιατρών και αδιαφορία των ασφαλισμένων για τις χρεώσεις.

Δεδομένου ότι σε περιόδους λιτότητας αποδεικνύεται πολύ δύσκολο να αναπροσαρμόζονται τα ασφάλιστρα σε επίπεδα ανάλογα με την αύξηση του κόστους, οι ασφαλιστικές εταιρίες αναφέρουν σημαντικές ζημίες και προβληματίζονται για τους τρόπους εξορθολογισμού του κόστους (για παράδειγμα, επαναφορά συμμετοχής ασφαλισμένου).

Τέλος, ένα ακόμη ακανθώδες θέμα είναι η αντιμετώπιση του τοκετού.

Αν και είναι γνωστό ότι ο τοκετός δεν πληροί τα χαρακτηριστικά ενός ασφαλισμού κινδύνου, δηλαδή δεν είναι πάντα τυχαίος και απρόβλεπτος, και γενικά στο εξωτερικό δεν καλύπτεται (παρά μόνο οι επιπλοκές του), στην Ελλάδα πολλά προγράμματα υγείας τον αντιμετωπίζουν ως ασθένεια, δηλαδή καλύπτουν τα πάσης φύσεως σχετικά έξοδα.

Έχει, μάλιστα, παρατηρηθεί το φαινόμενο ορισμένοι να αγοράζουν ένα τέτοιο πρόγραμμα και μετά τον τοκετό και την πληρωμή των εξόδων να ακυρώνουν την κάλυψη. Αυτό το φαινόμενο, σε συνδυασμό με τις συχνά πολύ υψηλές αμοιβές που ζητούν οι μαιευτήρες, όταν εμπλέκεται ασφαλιστική εταιρία, ενισχύει τα ζημιογόνα αποτέλεσμα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Σαν μέτρα αντιμετώπισης του προβλήματος, οι ασφαλιστικές Εταιρείες στα πιο πρόσφατα προγράμματα:

- ορίζουν μία περίοδο αναμονής 12 έως 24 μήνες, πριν αρχίσουν να καλύπτουν τον τοκετό
- βάζουν κάποια όρια στο ανώτατο ύψος καλυπτόμενων εξόδων ή
- προχωρούν στην αποζημίωση του τοκετού με συγκεκριμένο επίδομα

3.1.2 Επιδοματικές καλύψεις

Στην αγορά προσφέρονται ακόμη διάφορα προγράμματα που αποζημιώνουν σε επιδοματική βάση και όχι βάσει εξόδων. Τα κυριότερα σχετικά προγράμματα είναι:

Χειρουργικό επίδομα (Surgical Benefit)

Η κάλυψη αυτή προβλέπει την καταβολή ενός συγκεκριμένου εφάπαξ ποσού για κάθε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης, ανεξάρτητα από τα πραγματικά έξοδα. Συνήθως προβλέπεται το ανώτατο καλυπτόμενο ποσό (που αντιστοιχεί στη βαρύτερη εγχείρηση) και ακολουθεί μία διαβάθμιση όλων των συνήθων εγχειρήσεων που αποζημιώνονται με ποσοστό του ανώτατου αυτού ορίου.

Ημερήσιο νοσοκομειακό επίδομα (Hospital Daily Allowance)

Η κάλυψη αυτή προβλέπει την καταβολή ενός συγκεκριμένου επιδόματος για κάθε ημέρα παραμονής στο νοσοκομείο ανεξάρτητα από τα πραγματικά έξοδα της νοσηλείας. Παρέχεται ως αυτοτελής συμπληρωματική κάλυψη αλλά και ως παρεπόμενη παροχή σε πλήρη νοσοκομειακά προγράμματα κάλυψης εξόδων ως κίνητρο για την επιλογή νοσηλείας σε κρατικά νοσοκομεία, όπου τα έξοδα συνήθως καλύπτονται από τον φορέα κοινωνικής ασφάλισης.

3.1.3 Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (Outpatient Cover)

Η συγκεκριμένη κάλυψη αποζημιώνει για τα έξοδα περίθαλψης (αμοιβές γιατρών, φάρμακα, διαγνωστικές εξετάσεις κ.λπ.), όταν δε μεσολαβεί εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Προβλέπει σχεδόν πάντα συμμετοχή του ασφαλισμένου στα έξοδα (20% ή 25%) και ορισμένες φορές και "απαλλαγή", δηλαδή ποσό σχετικών εξόδων που πληρώνει ο ασφαλισμένος πριν αρχίσει να αποζημιώνει η ασφαλιστική εταιρία.

Λόγω του διαχειριστικού φόρτου και των ζημιογόνων συχνά αποτελεσμάτων της

προσφέρεται από μικρό αριθμό ασφαλιστικών εταιρειών.

Τα προαναφερθέντα προγράμματα έχουν συγκεκριμένες εξαιρέσεις, οι κυριότερες των οποίων είναι:

- 1.Εξαιρούνται οι πόλεμοι και οι πολεμικές συγκρούσεις
- 2.Εξαιρούνται οι πλαστικές εγχειρήσεις
- 3.Εξαιρείται η οδοντιατρική περίθαλψη (εκτός αν προέκυψε από ατύχημα)
- 4.Εξαιρούνται οι οφθαλμολογικές εξετάσεις, τοποθετήσεις γυαλιών κ.τ.λ.
- 5.Εξαιρούνται περιπτώσεις που καλύπτονται από εργατικές αποζημιώσεις

3.1.4 Ασφάλιση εισοδήματος σε περίπτωση ανικανότητας (DISABILITY - INCOME INSURANCE)

Μία σοβαρή ανικανότητα συνεπάγεται συνήθως σημαντική απώλεια εσόδων από εργασία. Αν δεν έχετε εισόδημα από άλλες πηγές, η ασφάλιση ανικανότητας θα σας βοηθήσει να αντιμετωπίσετε την οικονομική ανασφάλεια. Βέβαια, οι περισσότεροι άνθρωποι σπάνια σκέπτονται μία μακροχρόνια ανικανότητα. Και, όμως, η πιθανότητα ανικανότητας πριν τα 65 είναι πολύ υψηλότερη από ότι φανταζόμαστε, ιδιαίτερα στις νεαρές ηλικίες. Για παράδειγμα, περίπου ένας στους τρεις θα μείνει ανάικος πριν 65 χρόνια του για τουλάχιστον 6 μήνες, ενώ ένας στους επτά θα μείνει ανάικος για τουλάχιστον πέντε χρόνια πριν τα 65 του.

Επίσης, είναι σημαντικό ότι η οικονομική ζημία από Μόνιμη Ολική Ανικανότητα είναι μεγαλύτερη από ότι από τον πρόωρο θάνατο. Στον πρόωρο θάνατο, η οικογένεια χάνει τα έσοδα από την εργασία του θανόντος, ενώ επιβαρύνεται μόνο με τα έξοδα κηδείας.

Στην Μόνιμη Ολική Ανικανότητα, πέρα από την απώλεια εισοδήματος, η οικογένεια πρέπει να καλύψει έξοδα περίθαλψης του ασθενούς, καθώς και άλλα, όπως, για παράδειγμα την αμοιβή κάποιου ατόμου που χρειάζεται να τον προσέχει.

Συμπερασματικά, στην περίπτωση της Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας η οικονομική ζημία είναι πολύ μεγαλύτερη από ό,τι στον πρόωρο θάνατο.

Είναι σαφές ότι πολλοί δεν είναι κατάλληλα προστατευμένοι έναντι της απώλειας εισοδήματος από ανικανότητα. Για παράδειγμα, στην Αμερική μετρήθηκε για μία χρονιά, το 1983, ότι οι Αμερικανοί εργαζόμενοι έχασαν περίπου 45,6 δισεκατομμύρια δολάρια από σύντομη ανικανότητα, εκ των οποίων πήραν πίσω συνολικά από ατομικά και ομαδικά προγράμματα ασφάλισης και από την Κοινωνική Ασφάλιση περίπου το 36%. Το ποσοστό αυτό είναι αναμφίβολα σημαντικά χαμηλότερο όταν μιλάμε για μακροχρόνια ανικανότητα.

Η ασφάλιση εισοδήματος από ανικανότητα χορηγεί περιοδικές καταβολές στη διάρκεια της περιόδου που ο ασφαλισμένος είναι ανίκανος για εργασία από ασθένεια ή ατύχημα. Οι καταβολές αυτές καλύπτουν μέρος ή το σύνολο των εσόδων από εργασία. Οι καλύψεις απώλειας εισοδήματος λόγω ανικανότητας έχουν συνήθως τα εξής χαρακτηριστικά:

- περιοδικές καταβολές (αν και υπάρχουν και εφάπαξ)
- περίοδο αναμονής
- απαλλαγή πληρωμής ασφαλιστρών κατά την περίοδο ανικανότητας

Περιοδικές καταβολές (Periodic Income Payments)

Είναι γνωστή η κάλυψη της απώλειας εισοδήματος, με την οποία και καταβάλλονται παροχές (μηνιαίες ή εβδομαδιαίες) στον ασφαλισμένο που καθίσταται ανίκανος από ατύχημα ή ασθένεια. Συνήθως, καλύπτονται και το ατύχημα και η ασθένεια, αλλά μπορεί κανείς να αγοράσει και μεμονωμένα την κάλυψη από ατύχημα. Η τελευταία είναι πιο περιοριστική και παρέχει ατελή προστασία, αφού οι πιο πολλές ανικανότητες έχουν αιτία την ασθένεια.

Το ποσό της παροχής λόγω ανικανότητας συνδέεται με το εισόδημα του

ασφαλισμένου από την εργασία του. Για να αποφευχθεί ο ηθικός κίνδυνος και ο ενδεχόμενος δόλος (υπερασφάλιση), οι περισσότερες εταιρείες περιορίζουν το ποσό της παροχής στο 60% - 70% των εσόδων από εργασία.

Οι μέγιστες περίοδοι λήψης της παροχής επιλέγονται από τον ασφαλισμένο κατά την αγορά της κάλυψης. Μετά την περίοδο αναμονής, οι παροχές καταβάλλονται συνήθως για:

- 13 - 52 εβδομάδες,
- 2,5, 10 ή 20 χρόνια,
- έως τα 65 ή και ισόβια.

Η περίοδος καταβολής παροχών μπορεί να είναι ίδια για ατύχημα ή ασθένεια ή μικρότερη για την ασθένεια. Η περίοδος παροχών για την ασθένεια μπορεί να είναι μικρότερη, διότι η ασθένεια είναι υποκειμενική και εξακριβώνεται δύσκολα, ενώ η ανικανότητα από ατύχημα εξακριβώνεται ευκολότερα και σπάνια ο ασφαλισμένος προκαλεί ατύχημα για να επωφεληθεί. Επίσης, η ασθένεια εμφανίζεται συχνότερα από το ατύχημα. Γι' αυτό, συνήθως, επιβάλλονται περισσότεροι περιορισμοί στην καλυπτόμενη περίοδο από ασθένεια.

Εκτός από την κάλυψη απώλειας εισοδήματος με τις περιοδικές καταβολές υπάρχουν και οι καλύψεις με εφάπαξ (ή σε 2 δόσεις) καταβολές σε περίπτωση Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας ή Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας.

Περίοδος αναμονής (Waiting Period)

Οι περισσότερες καλύψεις ανικανότητας προβλέπουν μία περίοδο αναμονής κατά τη διάρκεια της οποίας οι παροχές δεν καταβάλλονται. Οι περίοδοι αναμονής συνήθως κυμαίνονται από 7 - 90 ημέρες, 6 μήνες ή έως ένα χρόνο. Ο σκοπός της περιόδου

αναμονής είναι να μειώσει τον ηθικό κίνδυνο και τα ασφάλιστρα. Ορισμένοι μπορεί να θέλουν να προφασισθούν ασθένεια για να επωφεληθούν. Η πιθανότητα αυτή μειώνεται με την περίοδο αναμονής. Τα ασφάλιστρα μειώνονται σημαντικά με την περίοδο αναμονής, αφού πολλές μικρές ζημιές δεν αποζημιώνονται.

Απαλλαγή πληρωμής ασφαλίσεων (Waiver of Premium)

Πολλές καλύψεις ανικανότητας συνοδεύονται από όρο απαλλαγής πληρωμής ασφαλίσεων, με τον οποίο ο ασφαλισμένος απαλλάσσεται από την πληρωμή ασφαλίσεων, όσο καιρό είναι ολικά ανίκανος. Ο όρος συνήθως προβλέπει ότι αν ο ασφαλισμένος είναι ανίκανος για 90 συνεχείς ημέρες, απαλλάσσεται από τα ασφάλιστρα κατά την περίοδο ανικανότητας.

Έννοια Ολικής Ανικανότητας (Meaning of Total Disability)

Ο ορισμός της Ολικής Ανικανότητας περιλαμβάνεται στο ασφαλιστήριο. Υπάρχουν πολλοί ορισμοί της Ολικής Ανικανότητας με κυριότερους τους εξής:

- αδυναμία άσκησης του επαγγέλματος του ασφαλισμένου
- αδυναμία άσκησης οποιουδήποτε επαγγέλματος για το οποίο ο ασφαλισμένος είναι κατάλληλος, με βάση τις σπουδές, τη μόρφωση και την εμπειρία του
- αδυναμία άσκησης οποιουδήποτε κερδοφόρου επαγγέλματος

Η Ολική Ανικανότητα μπορεί να ορισθεί με βάση το επάγγελμα του ασφαλισμένου.

Ολική ανικανότητα είναι η πλήρης αδυναμία του ασφαλισμένου να εκτελέσει τα καθήκοντα του επαγγέλματος του. Για παράδειγμα, ένας χειρουργός χάνει το χέρι του σε αυτοκινητιστικό δυστύχημα. Ο χειρουργός δεν μπορεί πλέον να χειρουργήσει και με τον ορισμό αυτόν είναι Ολικά Ανίκανος. Ο δεύτερος ορισμός είναι πιο

περιοριστικός. Ολική ανικανότητα ορίζεται, στην περίπτωση αυτή, ως η πλήρης αδυναμία άσκησης των καθηκόντων οποιουδήποτε επαγγέλματος, για το οποίο έχει κάποιος την κατάλληλη μόρφωση και εμπειρία.

Έτσι, αν ο χειρουργός του προηγούμενου παραδείγματος μπορεί να βρει δουλειά σαν καθηγητής ή ερευνητής, δε θα θεωρείται πλέον ολικά ανίκανος, αφού αυτά τα επαγγέλματα είναι σχετικά με τη μόρφωση, την εκπαίδευση και την εμπειρία του.

Ο τρίτος ορισμός είναι ο πλέον περιοριστικός. Η ολική ανικανότητα ορίζεται ως η πλήρης αδυναμία άσκησης οποιουδήποτε κερδοφόρου επαγγέλματος. Η αυστηρή εφαρμογή αυτού του ορισμού θα έκανε την κάλυψη της ανικανότητας άνευ αξίας, αφού θεωρητικά ο ασφαλισμένος, ακόμη και από την αναπηρική καρέκλα, μπορεί να πουλά μολύβια. Τα δικαστήρια πράττοντας σοφά έχουν ερμηνεύσει ότι η αληθής έννοιά του είναι: αν ο ασφαλισμένος δεν μπορεί να εργασθεί σε οποιοδήποτε κερδοφόρο επάγγελμα, ανάλογο με την μόρφωση, την εκπαίδευση και την εμπειρία του. Ορισμένα ασφαλιστήρια, ιδιαίτερα στο εξωτερικό, συνδυάζουν τους πρώτους δύο ορισμούς. Για μία αρχική περίοδο ανικανότητας - μεταξύ 1 και 5 ετών - η ολική ανικανότητα ορίζεται σε σχέση με το επάγγελμα του ασφαλισμένου και στη συνέχεια βάσει του δεύτερου ορισμού. Για παράδειγμα, ο Α είναι οδοντίατρος που δεν μπορεί πλέον να ασκήσει το επάγγελμά του λόγω αρθρίτιδας στα χέρια του. Για τα πρώτα δύο χρόνια θεωρείται ολικά ανίκανος. Αν έπειτα από δύο χρόνια μπορεί να εργασθεί σαν πωλητής οδοντιατρικού υλικού ή καθηγητής σε οδοντιατρική σχολή, δεν θεωρείται πλέον ολικά ανίκανος, αφού το επάγγελμα αυτό αρμόζει στις σπουδές, τη μόρφωση και την εμπειρία του.

Τέλος, ορισμένες εταιρείες θεωρούν ότι υφίσταται αυτόματα ολική ανικανότητα, αν ο ασφαλισμένος πάσχει από:

-ολική ανίατη απώλεια όρασης των δύο ματιών

-ολική απώλεια χρήσης δύο χεριών ή δύο ποδιών ή ενός χεριού και ενός ποδιού
Για παράδειγμα, αν η Α χάσει την όρασή της από μία ασθένεια, και από τα δύο μάτια, θεωρείται ολικά ανίκανη με αυτόν τον ορισμό.

Μερική ανικανότητα (Partial Disability)

Μερικά ασφαλιστήρια ανικανότητας καταβάλλουν παροχές μερικής ανικανότητας. Η μερική ανικανότητα ορίζεται ως η αδυναμία του ασφαλισμένου να εκτελέσει ένα ή περισσότερα σημαντικά καθήκοντα του επαγγέλματός του. Οι παροχές μερικής ανικανότητας είναι μειωμένες και για μικρότερη περίοδο. Για παράδειγμα, κάποιος μπορεί να είναι ολικά ανίκανος μετά από τροχαίο. Αν αρχίσει να αναλαμβάνει και επιστρέψει στην εργασία του με μερική απασχόληση, καταβάλλονται παροχές μερικής ανικανότητας. Επιπρόσθετα, υπάρχουν καλύψεις μερικής ανικανότητας με εφάπαξ καταβολή ασφαλίματος, που προβλέπουν - συνήθως σε περίπτωση ατυχήματος - καταβολή ποσοστού του βασικού ποσού που θα κατεβάλετο σε περίπτωση ολικής ανικανότητας, βάσει κλίμακας διαβάθμισης της απώλειας. Για παράδειγμα, απώλεια δακτύλου 5% του βασικού ποσού αποζημίωσης σε περίπτωση ολικής ανικανότητας.

3.1.5 ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΟΡΟΙ ΚΑΛΥΨΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Θα εξετάσουμε ορισμένους συνήθεις όρους των ατομικών καλύψεων υγείας :

Διάρκεια της κάλυψης

Η διάρκεια της κάλυψης αναφέρεται στον χρόνο που η κάλυψη θα είναι σε ισχύ.

Υπάρχουν πέντε περιπτώσεις για την κάλυψη:

- ακυρώσιμη
- ανανεώσιμη με επιλογή του ασφαλιστή

- ανανεώσιμη υπό προϋποθέσεις
- εγγυημένα ανανεώσιμη
- μη ακυρώσιμη

Ακυρώσιμη (cancelable) είναι η λιγότερο επιθυμητή για τον καταναλωτή περίπτωση, αφού ο ασφαλιστής μπορεί να ακυρώσει με έγγραφη προειδοποίηση ολίγων ημερών. Εμφανίζεται σπάνια.

Ανανεώσιμη με επιλογή του ασφαλιστή (renewable at the insurers option): η εταιρεία δεν μπορεί να ακυρώσει στη διάρκεια της κάλυψης, αλλά έχει το δικαίωμα στη λήξη της να μην την ανανεώσει. Η εκδοχή αυτή δε θεωρείται ιδιαίτερα καλύτερη από την προηγούμενη για τον ασφαλισμένο.

Ανανεώσιμη υπό προϋποθέσεις (conditionally renewable): η εταιρεία μπορεί να μην ανανεώσει την κάλυψη, εάν συντρέχουν προϋποθέσεις που αναγράφονται στο ασφαλιστήριο. Για παράδειγμα :

- αν δεν πληρώνονται τα ασφάλιστρα
- αν η εταιρία αποσύρει τη συγκεκριμένη κάλυψη από όλους
- αν ο ασφαλισμένος έφθασε τα 65 κ.λπ.

Εγγυημένα ανανεώσιμη (guaranteed renewable): εδώ η εταιρεία εγγυάται τη συνεχή ανανέωση της κάλυψης μέχρι κάποια ηλικία, για παράδειγμα, τα 65. Η ανανέωση εγγυτά στην αποκλειστική διάκριση του ασφαλισμένου. Η εταιρία διατηρεί το δικαίωμα αύξησης του ασφαλιστρού για ολόκληρη κλάση ασφαλισμένων, αλλά όχι για ένα μεμονωμένο άτομο. Αυτή η περίπτωση προσφέρει σημαντική προστασία. Η κάλυψη δεν μπορεί να ακυρωθεί, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ζημιών και τη χειροτέρευση της υγείας του ασφαλισμένου.

Μη ακυρώσιμη (non cancelable): είναι η πλεονεκτικότερη περίπτωση για τον ασφαλισμένο, αφού ο ασφαλιστής εγγυάται την ανανέωση μέχρι κάποια ηλικία και

σταθερά ασφάλιστρα. Τα ασφάλιστρα μπορεί να είναι σταθερά από την έκδοση του ασφαλιστηρίου ή να αυξάνουν σύμφωνα με κλίμακα που προβλέπεται στο ασφαλιστήριο.

Η τελευταία περίπτωση δεν είναι πολύ συνηθισμένη, διότι η διαρκής αύξηση κόστους επιβάλλει αύξηση ασφαλιστρών. Χωρίς τη δυνατότητα αύξησης ασφαλιστρών, τα σταθερά ασφάλιστρα θα έπρεπε εξαρχής να τεθούν πολύ υψηλά.

Όρος προϋπαρχουσών ασθενειών (Preexisting Conditions Clause) Για να αντιμετωπίσουν την αντεπιλογή, τα ασφαλιστήρια υγείας συνήθως περιέχουν όρο για τις προϋπάρχουσες ασθένειες ή καταστάσεις. Μία προϋπάρχουσα ασθένεια ή κατάσταση είναι μία σωματική ή πνευματική ασθένεια ή κατάσταση του ασφαλισμένου, που προϋπήρχε της ασφάλισης. Ο όρος προβλέπει ότι οι προϋπάρχουσες ασθένειες δεν καλύπτονται καθόλου (απορρίπτεται η ασφάλιση) ή μόνο καλύπτονται μετά την πάροδο ενός ή δύο χρόνων από την έκδοση του συμβολαίου. Για παράδειγμα, ο Α μπορεί να έχει κάνει αντιαλκοολική θεραπεία έξι μήνες πριν από την έκδοση του συμβολαίου. Εάν αυτή η περίπτωση δεν εξαιρείται, καλύπτεται μόνο μετά από συγκεκριμένη περίοδο, για παράδειγμα δύο ετών.

Περίοδος αναμονής (Probationary Period)

Συχνά τα ασφαλιστήρια περιέχουν μία περίοδο αναμονής, που εφαρμόζεται μόνο στην έναρξη του συμβολαίου. Η περίοδος αναμονής είναι συγκεκριμένος αριθμός ημερών μετά την έκδοση του ασφαλιστηρίου, για παράδειγμα 14 ημέρες, κατά τη διάρκεια των οποίων η ασθένεια δεν καλύπτεται. Τα ατυχήματα καλύπτονται αμέσως, αλλά η ασθένεια εξαιρείται για σύντομη περίοδο. Ο σκοπός ύπαρξης της περιόδου αναμονής είναι να μειώσει την αντεπιλογή εξαιρώντας ασθένεια που προϋπήρχε της κάλυψης. Η

περίοδος αναμονής εφαρμόζεται και στις καλύψεις τοκετού και συνήθως ανέρχεται από 10 μήνες έως 2 χρόνια. Και εδώ, σκοπός είναι η μείωση της αντεπιλογής.

Διαδοχικές ανικανότητες (Recurrent Disability)

Στην ασφάλιση ανικανότητας παρουσιάζεται πρόβλημα, αν ο ασφαλισμένος μείνει ανίκανος, συνέλθει και μετά ξαναπάθει ανικανότητα. Η δεύτερη ανικανότητα είναι συνέχεια της πρώτης ή καινούργιας ; Η ερώτηση είναι σημαντική, γιατί, αν η δεύτερη ανικανότητα είναι απλά συνέχεια της πρώτης, εφαρμόζεται το υπόλοιπο της αρχικής περιόδου παροχών χωρίς περίοδο αναμονής. Αν, όμως, η δεύτερη ανικανότητα είναι νέα ανικανότητα, τότε ξεκινά νέα περίοδος παροχών και περίοδος αναμονής.

Τα περισσότερα ασφαλιστήρια ανικανότητας περιέχουν όρο για διαδοχικές ανικανότητες. Γενικά, η δεύτερη ανικανότητα θεωρείται συνέχεια της πρώτης, εκτός αν ο ασφαλισμένος ανέλαβε ενδιάμεσα πλήρως την εργασία του για τουλάχιστον έξι μήνες. Για παράδειγμα, έστω ότι ο Α έχει κάλυψη ανικανότητας από ασθένεια ή ατύχημα, με περίοδο αναμονής 30 ημέρες και ετήσια περίοδο παροχών. Έστω ότι παθαίνει καρδιακή προσβολή και μένει τέσσερις μήνες ολικά ανίκανος. Θα λάβει παροχές για τρεις μήνες. Έστω ότι επανέρχεται στην εργασία του και έξι μήνες μετά παθαίνει δεύτερη καρδιακή προσβολή. Η προσβολή αυτή είναι συνέχεια της πρώτης. Δεν υπάρχει νέα περίοδος αναμονής και οι παροχές θα δοθούν το πολύ για άλλους εννέα μήνες. Αν όμως η δεύτερη καρδιακή προσβολή συνέβαινε λίγα χρόνια μετά, θα επρόκειτο για νέα ανικανότητα, με νέα περίοδο παροχών και περίοδο αναμονής.

Όρος αδιαφιλονίκητου (Incontestable Clause)

Μετά από τα πρώτα δύο χρόνια ισχύος της κάλυψης, η εταιρεία δεν μπορεί να ακυρώσει την κάλυψη ή να αρνηθεί αποζημίωση, επικαλούμενη προϋπάρχουσα

ασθένεια ή εσφαλμένη δήλωση στην αίτηση ασφάλισης, παρά μόνο λόγω δόλου. Για να αρνηθεί την αποζημίωση η εταιρεία θα πρέπει να αποδείξει ότι ο ασφαλισμένος σκόπιμα προέβη σε δόλια και παραπλανητική δήλωση.

Αλλαγή επαγγέλματος

Τα ασφάλιστρα για ανικανότητα βασίζονται στην ηλικία και το επάγγελμα του ασφαλισμένου. Αν ο ασφαλισμένος αλλάξει επάγγελμα και το νέο είναι πιο επικίνδυνο, η εταιρεία αναλαμβάνει μεγαλύτερο κίνδυνο χωρίς αυξημένα ασφάλιστρα.

Οι συνήθεις όροι αναφέρουν ότι ο ασφαλισμένος οφείλει να δηλώνει κάθε αλλαγή επαγγέλματος (αν είναι περισσότερο ή λιγότερο επικίνδυνο), για να μεταβάλλεται και το ασφάλιστρο. Αν δεν το κάνει και μείνει ανίκανος, οι παροχές του ασφαλιστηρίου μεταβάλλονται αντίστοιχα, δηλαδή, αν η μετάβαση είναι σε πιο επικίνδυνο επάγγελμα, που θα απαιτούσε μεγαλύτερο ασφάλιστρο, οι παροχές μειώνονται.

3.2 Βασικά σημεία ενός ατομικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου

α) Βασικές αρχές

Τα είδη των ασφαλίσεων που αναφέρθηκαν και κατατάσσονται στους κλάδους Ζωής, Υγείας και Ασφαλίσεων Ζωής που συνδέονται με Επενδύσεις, απευθύνονται είτε σε μεμονωμένα άτομα είτε σε ομάδες ατόμων. Στην περίπτωση της ατομικής ασφάλισης, ο ασφαλιζόμενος είναι ένα άτομο. Για διαχειριστικούς λόγους συνήθως, όταν πρόκειται για τα μέλη μιας οικογένειας, οι ασφαλιστικές εταιρείες καλύπτουν με το ίδιο ασφαλιστήριο συμβόλαιο και περισσότερα του ενός πρόσωπα, εντούτοις κατά την εκτίμηση του κινδύνου τα πρόσωπα αυτά αντιμετωπίζονται ως μεμονωμένα άτομα και όχι ως ομάδα. Το ασφαλιστήριο

συμβόλαιο συνάπτεται μεταξύ του λήπτη της ασφάλισης και της ασφαλιστικής εταιρείας. Στις ατομικές ασφαλίσεις ζωής, λήπτης της ασφάλισης μπορεί να είναι είτε ο ασφαλισμένος είτε ακόμη και τρίτος, με την προϋπόθεση όμως ότι ο ασφαλισμένος έχει συναινέσει σ' αυτό εγγράφως. Η διάρκεια της ασφαλιστικής σύμβασης, ανάλογα με τις καλύψεις που παρέχονται, μπορεί να είναι ετήσια ή μακράς διάρκειας, που είναι και η πιο συνηθισμένη στην ελληνική αγορά.

β) Ανάλυση του κινδύνου (underwriting)

Στις ατομικές ασφαλίσεις η ανάλυση του κινδύνου ακολουθεί τις γενικές παραδοχές που έχουν αναφερθεί και γίνεται βάσει των στοιχείων που έχουν δηλωθεί στην αίτηση ασφάλισης για κάθε ένα ασφαλιζόμενο άτομο ξεχωριστά. Στις ατομικές ασφαλίσεις τα σημαντικότερα στοιχεία για την εκτίμηση του κινδύνου είναι η ηλικία του ασφαλισμένου, το φύλο, η κατάσταση της υγείας του, οι επαγγελματικές ή άλλες δραστηριότητές του και η διάρκεια της ασφάλισης. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται να δίνεται σε υψηλά κεφάλαια ασφάλισης, όπου ο κίνδυνος είναι αυξημένος. Σε πολλές περιπτώσεις, πέραν των στοιχείων που ζητούνται στην αίτηση ασφάλισης σύμφωνα με τους κανόνες που εφαρμόζει η ασφαλιστική εταιρία, ζητούνται και επιπλέον στοιχεία όπως ιατρικές εξετάσεις, το ύψος των εισοδημάτων του ασφαλισμένου Κ.ά.

Το underwriting στις ατομικές ασφαλίσεις θεωρείται πολύπλοκη εργασία και απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και γνώση, μιας και συνήθως πρόκειται για μακροχρόνιες ασφαλίσεις και έτσι η απόφαση του underwriter ακολουθεί την εταιρία όχι μόνο για ένα έτος αλλά για μια σειρά ετών.

Εκτενέστερη αναφορά για την ανάλυση του κινδύνου γίνεται στην παράγραφο 3.3.

γ) Προϊόντα

Τα προϊόντα στις ατομικές ασφαλίσεις δημιουργούνται σύμφωνα με τις ανάγκες της αγοράς και την πολιτική που ακολουθεί η κάθε ασφαλιστική εταιρεία, αποτελούν δε συνδυασμούς των παροχών που αναφέρθηκαν στους κλάδους Ζωής, Υγείας και Ασφαλίσεων Ζωής που συνδέονται με Επενδύσεις

δ) Εξαιρέσεις

Σύμφωνα με τα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια, εκτός από τις εκ του νόμου προβλεπόμενες εξαιρέσεις ορίζονται σε συνάφεια, όπως αναφέρθηκε, με την ύπαρξη δικαιολογημένων τεχνικών αναγκών και επιπλέον εξαιρέσεις. Για παράδειγμα, εξαιρούνται νευροφυτικές ασθένειες, επιδημικές ασθένειες κ.ά., αφού θεωρούνται μη μετρήσιμες.

ε) Δικαιώματα του λήπτη της ασφάλισης

Στις ατομικές ασφαλίσεις ζωής (συμπεριλαμβάνονται και οι ασφαλίσεις υγείας μακράς διάρκειας), ανάλογα με το πρόγραμμα ασφάλισης, ο λήπτης της ασφάλισης έχει τα παρακάτω αναφερόμενα δικαιώματα, τα οποία αποτελούν γενικούς όρους της ασφαλιστικής σύμβασης.

• Δικαίωμα εξαγοράς

Εάν δεν έχει επέλθει ο κίνδυνος και ο λήπτης της ασφάλισης αποφασίσει να διακόψει τη σύμβαση πριν από τη λήξη της, ο ασφαλιστής είναι υποχρεωμένος να επιστρέψει στον πρώτο ένα ποσό που ονομάζεται αξία εξαγοράς του ασφαλιστηρίου. Η αξία της εξαγοράς υπολογίζεται ως ένα συγκεκριμένο ποσοστό του αντίστοιχου μαθηματικού αποθέματος, αφού προηγουμένως μειωθεί κατά τα αναπόσβεστα έξοδα πρόσκτησης.

Το δικαίωμα αυτό παρέχεται σε όλα τα είδη ασφάλισης ζωής εκτός της πρόσκαιρης ασφάλισης θανάτου και συνήθως μετά τα δύο (2) ή τρία (3) χρόνια ασφάλισης, ανάλογα με το είδος της ασφάλισης.

Ο ασφαλιστής είναι υποχρεωμένος από το νόμο να παραδίδει στο λήπτη της ασφάλισης πίνακες που αναγράφουν το ποσό της αξίας εξαγοράς που δικαιούται σε κάθε χρόνο της ασφάλισης. Αυτοί οι πίνακες παραδίδονται, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, με το Ενημερωτικό Έντυπο Πληροφοριών, ενώ παράλληλα αποτελούν και μέρος της Ασφαλιστικής Σύμβασης.

- Δάνειο

Το Δάνειο είναι ένα επιπρόσθετο δικαίωμα του λήπτη της ασφάλισης που παρέχεται, όταν το ασφαλιστήριο έχει αποκτήσει δικαίωμα εξαγοράς. Αφορά στην καταβολή μέρους του ποσού της αξίας εξαγοράς υπό μορφή δανείου. Σε αυτήν την περίπτωση η ασφάλιση συνεχίζει κανονικά και για όσο διαρκεί το δάνειο, τα ασφαλιστρα επιβαρύνονται με τους τόκους του δανείου.

Το δάνειο επιστρέφεται ολικά ή μερικά οποιαδήποτε στιγμή αποφασίσει ο συμβαλλόμενος. Εάν επέλθει ο κίνδυνος, καταβάλλεται το ασφαλισμένο ποσό μείον το ποσό του δανείου.

- Αυτόματος Δανεισμός- Αυτόματη εξαγορά

Σε περίπτωση μη καταβολής της οποιασδήποτε οφειλόμενης δόσης ασφαλιστρου εντός του προβλεπομένου χρονικού διαστήματος, εάν αυτή αφορά σε χρόνο που έπεται του χρόνου κατά τον οποίο το ασφαλιστήριο έχει αποκτήσει αξία εξαγοράς, ενεργοποιείται ο αυτόματος δανεισμός κατά το ποσό της οφειλόμενης δόσης. Εάν ο λήπτης της ασφάλισης συνεχίσει να μην καταβάλει τα ασφαλιστρα, τότε ο ασφαλιστής συνεχίζει τον αυτόματο δανεισμό στο ύψος των επομένων δόσεων των ασφαλιστρων.

Με τους αλληπάληλους δανεισμούς υπάρχει όμως πιθανότητα να εξαντληθεί το ποσό της εξαγοράς πριν από τη λήξη του ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Στην περίπτωση λοιπόν που η αξία εξαγοράς φθάσει να είναι μικρότερη από το ποσό της τρέχουσας οφειλόμενης δόσης ασφαλιστρών, γίνεται αυτόματη εξαγορά, καταβάλλεται στο λήπτη της ασφάλισης το ποσό της αξίας εξαγοράς και παύει η ισχύς του ασφαλιστηρίου.

Κατά το χρονικό διάστημα που το ασφαλιστήριο βρίσκεται σε αυτόματο δανεισμό θεωρείται ισχυρό.

- Ελεύθερο περαιτέρω καταβολής ασφαλιστρών

Στην περίπτωση μη καταβολής της οποιασδήποτε οφειλόμενης δόσης ασφαλιστρου εντός του προβλεπομένου χρονικού διαστήματος, εάν αυτή αφορά σε χρόνο που έπεται του χρόνου κατά τον οποίο το ασφαλιστήριο έχει αποκτήσει αξία εξαγοράς και εάν δεν υφίσταται ο όρος του αυτόματου δανεισμού, το ασφαλιστήριο μετατρέπεται σε ελεύθερο περαιτέρω καταβολής ασφαλιστρών.

Σε αυτήν την περίπτωση η σύμβαση εξακολουθεί να ισχύει με τους αρχικούς όρους για μειωμένο κεφάλαιο.

3.3 UNDERWRITING

Το Underwriting (ή αλλιώς η ανάληψη του κινδύνου) των ασφαλίσεων ζωής και των συμπληρωματικών καλύψεων είναι τόσο ευρύ, ώστε καθίσταται σχεδόν αδύνατο να περιγραφούν μέσα σε αυτή την εργασία όλες οι λεπτομέρειες και οι διαδικασίες του.

Το τμήμα του Underwriting έχει ως στόχο:

1. να προστατεύει την Εταιρεία από την ανάληψη κακών κινδύνων ή κινδύνων των οποίων ο χρόνος επέλευσης θα γίνει πολύ νωρίτερα απ' ό,τι αρχικά εκτιμάται βάσει των στατιστικών δεδομένων.
2. να τιμολογεί τους αναλαμβανομένους κινδύνους με σωστό αλλά και δίκαιο τρόπο, έτσι ώστε κάθε ασφαλισμένος να πληρώνει το ασφάλιστρο που πραγματικά αντιστοιχεί στο κίνδυνο που διατρέχει.
3. να κατατάσσει τις αιτήσεις ασφάλισης σε μία από τις τρεις κατηγορίες κινδύνου:
 - τους κανονικούς κινδύνους \Rightarrow η κατηγορία αυτή απαντάται με ποσοστό 90% του συνολικού αριθμού των αιτήσεων ασφάλισης και η διεκπεραίωση τους γίνεται από τους underwriters.
 - τους επαυξημένους κινδύνους \Rightarrow η κατηγορία αυτή συναντάται με ποσοστό 8% του συνολικού αριθμού των αιτήσεων ασφάλισης και η διεκπεραίωση τους γίνεται από τους underwriters.
 - τους μη αποδεκτούς κινδύνους (απορριπτέους) \Rightarrow η κατηγορία αυτή τείνει να εξαλειφθεί, διότι ακόμα και πολύ σοβαρές βλάβες της υγείας του ασφαλιζόμενου προσώπου σήμερα είναι δυνατόν να τιμολογηθούν.
4. να παρακολουθεί στατιστικά την εξέλιξη των αναλαμβανομένων κινδύνων, ώστε,

αν χρειασθεί, να ζητήσει τον επαναπροσδιορισμό των διαδικασιών, των κανόνων και των προϋποθέσεων του Underwriting.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα

Ο underwriter για να πάρει τις αποφάσεις του παίρνει αποτελέσματα για το βαθμό ορισμένων παραγόντων που έχει εξετάσει η ασφαλιστική εταιρεία. Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν την θνησιμότητα - νοσηρότητα του προτεινόμενου ασφαλισμένου. Σκοπός της παραπάνω διαδικασίας είναι :

1. Να εξασφαλιστεί ότι οι ασφαλισμένοι δίνουν αληθή στοιχεία και,
2. Να εξασφαλίσουν ότι οι ασφαλισμένοι δεν χρεώνονται ούτε παραπάνω ασφάλιστρο ούτε παρακάτω από το κανονικό και το δίκαιο, το οποίο είναι σύμφωνο με την αναλογιστική αρχή.

Οι παράγοντες που εξετάζονται στην τιμολόγηση των ασφαλιστρών των ασφαλίσεων ζωής είναι οι ακόλουθοι και παρουσιάζονται ονομαστικά δεδομένου ότι δεν υπόκεινται στο άμεσο αντικείμενο της παρούσας εργασίας, :

1. Ηλικία
2. Φύλο
3. Φυσική κατάσταση
4. Ιατρικό προσωπικό ιστορικό
5. Ιστορικό οικογένειας
6. Οικονομική κατάσταση
7. Τρόπος ζωής
8. Επάγγελμα
9. Ενασχόληση με επικίνδυνα αθλήματα - δραστηριότητες

10. Συχνότητα και απόσταση μετακινήσεων
11. Στρατιωτική θητεία
12. Διαμονή
13. Χαρακτήρας
14. Οικογενειακή κατάσταση και αριθμός παιδιών

Παράδειγμα ιατρικού Underwriting. Η αρτηριακή πίεση είναι γνωστό ότι προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση της υγείας του ανθρώπου όταν ξεπερνά τα φυσιολογικά όρια, οπότε και χαρακτηρίζεται ως υπέρταση.

Βάσει εξειδικευμένων πινάκων, που έχουν στη διάθεση τους οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις, η υπέρταση κατατάσσεται, όπως και η παχυσαρκία, σε 6 κατηγορίες (Normal, Borderline, Mild, Moderate, Marked και Severe) ανάλογα με το ύψος της συστολικής πίεσης (μεγάλη) και της διαστολικής (μικρή).

Η υπερθνησιμότητα που προκύπτει από την υπέρταση προσδιορίζεται σε ειδικούς πίνακες.

Παράδειγμα : άνδρας 50 ετών με αρτηριακή πίεση 165 / 100 κατατάσσεται στην κατηγορία Moderate.

Η βασική υπερθνησιμότητα της Moderate είναι 70% (age at entry 45 - 54 => 70).

Πρέπει, φυσικά να αξιολογηθούν οι παράγοντες ελάφρυνσης και επιβάρυνσης της υπερθνησιμότητας (Factors).

Για την ασφάλιση ατυχήματος δεν υπάρχει επιβάρυνση, ενώ για την ανικανότητα η

επιβάρυνση είναι 50% έως 150%.

3.4 Ομαδική Ασφάλιση Υγείας

Η ομαδική ασφάλιση είναι ένα μέσον με το οποίο μια ομάδα ατόμων, που έχει συνήθως μια επαγγελματική σχέση με το συμβαλλόμενο αποκτά ασφαλιστική κάλυψη με ένα μόνο ασφαλιστήριο συμβόλαιο.

Η αποδεκτή έννοια της ομαδικής ασφάλισης δεν είναι τόσο στοιχειώδης όσο φαίνεται σ' αυτό τον ορισμό. Αυτό που θεωρείται ομαδική ασφάλιση σήμερα δεν αποτελούσε ίσως ομαδική ασφάλιση πριν μερικές δεκαετίες. Με το πέρασμα του χρόνου, οι καινοτόμες τεχνικές underwriting των ασφαλιστών και οι φιλελεύθερες ρυθμίσεις συνέβαλαν στο να αποκτήσει ο ορισμός μεγαλύτερο εύρος.

Μια υγιής κατανόηση της ομαδικής ασφάλισης και του πεδίου των ομαδικών προϊόντων μπορεί να επιτευχθεί μόνο μέσα από τη παρουσίαση των βασικών της χαρακτηριστικών, των διαφορών και των ομοιοτήτων της με άλλες μορφές ασφάλισης και ακολούθως με μια πιο λεπτομερή εξέταση των χαρακτηριστικών από τα οποία απαρτίζεται η ίδια.

Σε μια σύγκριση της ομαδικής ασφάλισης με άλλες μορφές ασφάλισης ζωής είναι εμφανή αρκετά διακριτικά χαρακτηριστικά :

- (1) η αντικατάσταση του ατομικού underwriting με το ομαδικό
- (2) η χρήση ενός συμβολαίου
- (3) το χαμηλότερο διαχειριστικό κόστος
- (4) η ευελιξία στο σχεδιασμό του συμβολαίου και
- (5) η χρήση της τιμολόγησης βάσει εμπειρίας

(1) Ομαδικό underwriting

Ίσως το πιο διακριτικό χαρακτηριστικό της ομαδικής ασφάλισης είναι η αντικατάσταση του ατομικού underwriting με το ομαδικό. Στην ομαδική ασφάλιση συνήθως δεν απαιτείται η απόδειξη της ασφαλισιμότητας του κάθε ατόμου και το επίπεδο των παροχών είναι ουσιαστικό με ελάχιστους - εάν υπάρχουν - σημαντικούς περιορισμούς.

Το ομαδικό underwriting συνήθως δεν ασχολείται με την υγεία ή άλλες πλευρές της ασφαλισιμότητας του κάθε ατόμου. Αντίθετα, στοχεύει να προσφέρει κάλυψη σε μία ομάδα ατόμων, ή ακόμα καλύτερα, σε ένα πλήθος από τέτοιες ομάδες, η οποία θα οδηγήσει σε ένα προβλέψιμο ασφάλιστρο θνησιμότητας ή νοσηρότητας. Έναν ένας επαρκής αριθμός ομάδων ασφαλιστεί και οι ομάδες αυτές είναι σχετικά ομοιογενείς, τότε το ασφάλιστρο θνησιμότητας ή νοσηρότητας θα είναι προβλέψιμο. Επομένως, η ομάδα γίνεται η μονάδα του underwriting και οι αρχές της ασφάλισης εφαρμόζονται σε αυτή, ακριβώς όπως στην περίπτωση και του ατόμου. Προκειμένου να επιτευχθεί η σχετική ομοιογένεια των ομάδων, η διαδικασία του underwriting στην ομαδική ασφάλιση στοχεύει στον έλεγχο της αντεπιλογής από ορισμένα άτομα μέσα σε μία ομάδα.

Έτσι, στο underwriting των ομαδικών ασφαλίσεων θα πρέπει να υπάρχουν ορισμένα σημαντικά χαρακτηριστικά, τα οποία είτε βρίσκονται στη φύση της ίδιας της ομάδας, είτε μπορούν να εφαρμοστούν με ένα αποτελεσματικό τρόπο, προκειμένου να αποφευχθεί η αντεπιλογή. Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι τα εξής :

- Συμπτωματική Ασφάλιση για την Ομάδα
- Ηλικιακή Κινητικότητα της Ομάδας ⇒ σταθερή ροή των ατόμων μέσα στην ομάδα, που σημαίνει ότι θα πρέπει να εισέρχονται νέα άτομα στην ομάδα και να εξέρχονται οι πιο ηλικιωμένοι.
- Αυτόματος Καθορισμός των παροχών

- **Ελάχιστη Συμμετοχή της Ομάδας** \Rightarrow Με την κάλυψη ενός μεγάλου ποσοστού της ομάδας, η ασφαλιστική εταιρεία προφυλάσσεται από τη μεγάλη αναλογία μη υγιών ατόμων. Στα προγράμματα χωρίς τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα ασφάλιστρα, απαιτείται να καλύπτεται το 100 % των εργαζομένων. Ενώ, στα προγράμματα που ο εργαζόμενος καταβάλλει τμήμα του ασφαλιστρού προκειμένου να ενεργοποιηθεί η κάλυψη, τουλάχιστον το 75% των εργαζομένων θα πρέπει να συμμετέχει στο ομαδικό συμβόλαιο.
- Το κόστος μοιράζεται με κάποιον τρίτο (εργοδότης, εργατική ομοσπονδία ή μια εμπορική ένωση)

(2) Ομαδικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο

Το δεύτερο χαρακτηριστικό της ομαδικής ασφάλισης είναι η έκδοση ενός ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου, το οποίο δίνεται στον κάτοχο του συμβολαίου, ενώ στους ασφαλισμένους δίδονται μικρά βιβλιάρια – πιστοποιητικά ή άλλα έντυπα. Τα πιστοποιητικά παρέχουν πληροφορίες για τους όρους του προγράμματος και τα βήματα που απαιτούνται σε περίπτωση ζημιάς. Η χρήση πιστοποιητικών και ενός συμβολαίου συνιστά μία από τις πηγές οικονομίας της ομαδικής προσέγγισης.

(3) Χαμηλότερο κόστος

Ένα τρίτο χαρακτηριστικό της ομαδικής ασφάλισης είναι ότι συνήθως παρέχει κάλυψη χαμηλότερου κόστους από αυτήν που προσφέρει η ατομική ασφάλιση. Η φύση της ομαδικής προσέγγισης επιτρέπει τη χρήση μεθόδων μαζικής κατανομής και διαχείρισης και έτσι προσφέρει οικονομία στη λειτουργία, κάτι που δεν συναντάται στην ατομική ασφάλιση. Αυτή η οικονομία είναι πιο σημαντική στα μεγαλύτερα συμβόλαια, ενώ σε ορισμένα μικρότερα το διαχειριστικό κόστος μπορεί ακόμη και να

ξεπεράσει αυτό της ατομικής ασφάλισης. Ακόμη, καθώς στην ομαδική ασφάλιση συνήθως δεν γίνεται underwriting σε ατομική βάση, τα ασφαλιστρα βασίζονται σε μια αναλογιστική εκτίμηση της ομάδας ως σύνολο και έτσι ένα υγιές άτομο θα μπορούσε ίσως να αγοράσει ατομική ασφάλιση με χαμηλότερο κόστος. Η επιδότηση του κόστους από τον εργοδότη αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα στο σχεδιασμό προγραμμάτων ομαδικής ασφάλισης.

Ίσως η πιο σημαντική μείωση του κόστους marketing της ομαδικής ασφάλισης προέρχεται από το γεγονός ότι οι προμήθειες απορροφούν ένα πολύ μικρότερο ποσοστό των ασφαλιστρών από ό,τι οι προμήθειες στα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια.

(4) Ευελιξία

Σε αντίθεση με τα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια, τα οποία αγοράζονται όπως έχουν σχεδιαστεί, ο εργοδότης μια μεγάλης ομάδας συνήθως έχει τη δυνατότητα επιλογής κατά το σχεδιασμό και την προετοιμασία του ομαδικού ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Αν και τα συμβόλαια ακολουθούν ένα βασικό σχέδιο και περιλαμβάνουν ορισμένους σταθερούς όρους, υπάρχει εδώ μια σημαντικά μεγαλύτερη ευελιξία από ό,τι στα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια. Ο βαθμός ευελιξίας εξαρτάται με το μέγεθος της προς ασφάλιση ομάδας. Το πρόγραμμα ομαδικής ασφάλισης συνήθως αποτελεί ένα ολόκληρο τμήμα ενός προγράμματος παροχών του εργοδότη και, στις περισσότερες περιπτώσεις, το συμβόλαιο μπορεί να διαμορφωθεί έτσι ώστε να καλύπτει τους στόχους του συμβαλλόμενου, εφόσον βέβαια οι απαιτήσεις του δεν οδηγούν σε περίπλοκες διαχειριστικές διαδικασίες, δεν ανοίγουν το δρόμο στην αντεπιλογή και δεν εναντιώνονται στις απαιτήσεις του νόμου.

(5) Τιμολόγηση βάσει εμπειρίας

Ένα ακόμη ειδικό χαρακτηριστικό της ομαδικής ασφάλισης είναι ότι τα ασφάλιστρα υπόκεινται συχνά σε τιμολόγηση βάσει εμπειρίας. Η εμπειρία σε μια συγκεκριμένη ομάδα μπορεί να επηρεάζει σημαντικά τις ρυθμίσεις στα μερίσματα ή τα ασφάλιστρα. Όσο μεγαλύτερη και άρα πιο αξιόπιστη είναι η εμπειρία μιας συγκεκριμένης ομάδας, τόσο μεγαλύτερο είναι το βάρος της εμπειρίας της κάθε χρόνο. Η επίγνωση ότι τα ασφάλιστρα χωρίς μερίσματα ή οι ρυθμίσεις των ασφαλιστρών θα βασίζονται στην εμπειρία του εργοδότη του δίνει ίδιο συμφέρον να διατηρήσει ένα ευνοϊκό ιστορικό ζημιών και εξόδων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΚΛΑΔΟΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η παρούσα μελέτη έχει ως αντικείμενο τη διερεύνηση της ελληνικής αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα των Διαγνωστικών Κέντρων, τα οποία εντάσσονται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και των Γενικών Θεραπευτηρίων και Μαιευτικών Κλινικών, που εντάσσονται στη Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σύμφωνα πάντα με τη διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος.

4.1 Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Η διάρθρωση του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στα βασικά επίπεδα φροντίδας υγείας διαμορφώνεται ως εξής :

† Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ) : Ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και καλύπτει υπηρεσίες που αφορούν την πρόληψη και τη διάγνωση της νόσου χωρίς να απαιτείται η παραμονή του ασθενούς σε νοσοκομείο.

Το συγκεκριμένο επίπεδο περίθαλψης καλύπτεται τόσο από το δημόσιο (κέντρα υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικών ταμείων), όσο και από τον ιδιωτικό τομέα από τους εξής φορείς :

- Ιατροί, οι οποίοι ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στα ιδιωτικά ιατρεία τους
- Μικροβιολογικά εργαστήρια
- Διαγνωστικά κέντρα
- Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στις μη αστικές περιοχές παρέχεται κυρίως από 190 Κέντρα Υγείας και περίπου 1.350 Περιφερειακά Ιατρεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στις υπόλοιπες περιοχές, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται

κυρίως από τα Πολυϊατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών ταμείων, από ιδιώτες ιατρούς, από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα και εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

† Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας : Καλύπτει τις υπηρεσίες υγείας προς ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχεται από 144 δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ και εκτός ΕΣΥ (στρατιωτικά, ΙΚΑ) και 196 ιδιωτικές κλινικές (στοιχεία Υπουργείου Υγείας, 2004).

† Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική Φροντίδα : Καλύπτεται από το Εθνικό Κέντρο άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) σε πανελλαδικό επίπεδο.

† Ψυχιατρική Περίθαλψη : Πέρα από τα ψυχιατρικά νοσοκομεία του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, η ψυχιατρικά περίθαλψη υποστηρίζεται επίσης από τα ψυχιατρικά τμήματα των Γενικών Νοσοκομείων, καθώς και από ένα δίκτυο εξωνοσοκομειακών και κοινοτικών δομών του δημοσίου τομέα που λειτουργεί στο σύνολο της χώρας.

Ο πίνακας 4.1 παρουσιάζει τον αριθμό των νοσηλευτικών κλινών που αναλογεί ανά 1.000 κατοίκους βάσει των απογραφών του πληθυσμού κατά τα έτη 1991 και 2001 ανά γεωγραφική περιφέρεια. Σύμφωνα με τα στοιχεία του εν λόγω πίνακα, βελτιωμένος εμφανίζεται ο εν λόγω δείκτης για τις περιφέρειες της Ηπείρου, της Θεσσαλίας, της Θράκης, της Κρήτης και της Στερεάς Ελλάδας.

Δείκτης κάλυψης νοσηλευτικών κλινών (1991 & 2001)		
Περιφέρεια	1991	2001
Αιγαίο	5	4,1
Αττική	7	6,1
Ήπειρος	3,7	4,3
Θεσσαλία	3,2	4
Θράκη	2,5	2,8
Ιόνιο	4,9	4,5
Κρήτη	4,8	5
Μακεδονία	5,1	5
Πελοπόννησος	3	3
Στερεά Ελλάδα	1,9	2,6
Σύνολο χώρας	5	4,8

Πίνακας 4.1 : Δείκτης κάλυψης νοσηλευτικών κλινών 1991 & 2001
Πηγή : Επεξεργασία στοιχείων ΕΣΥΕ

4.2 Δαπάνες Υγείας

Ο όρος *Δημόσια Δαπάνη Υγείας* αναφέρεται στις δαπάνες που πραγματοποιούνται από το Δημόσιο για την παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης υπέρ των ασφαλισμένων και γενικότερα του κοινωνικού συνόλου, είτε σε κρατικά νοσοκομεία είτε σε ιδιωτικά θεραπευτήρια. Αντίστοιχα, η *Ιδιωτική Δαπάνη Υγείας* αναφέρεται στις δαπάνες των νοικοκυριών για περίθαλψη σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, συμπεριλαμβανομένων και των δαπανών που δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων ομάδων του πληθυσμού, καθώς και στις δαπάνες των ατόμων εκείνων που είναι ανασφάλιστα.

Η διαχρονική εξέλιξη της συνολικής δαπάνης για υγεία και για φάρμακα, καθώς επίσης και η διάρθρωση αυτής μεταξύ δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης για την περίοδο 1997 – 2003, παρουσιάζονται στον πίνακα 4.2. Με βάση τα στοιχεία του εν λόγω πίνακα, η συνολική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό του Α.Ε.Π. ανέρχεται σταθερά πάνω από το 9% για την εξεταζόμενη περίοδο. Σχετικά με το μερίδιο της ιδιωτικής δαπάνης στο σύνολο

των δαπανών υγείας, αυτό ανήλθε στο 47,55 το έτος 2003 έναντι 47,1% το έτος 2002 και 44,6% το έτος 2001. Σε μικρότερο ποσοστό κυμαίνεται το μερίδιο της ιδιωτικής δαπάνης στο σύνολο της φαρμακευτικής δαπάνης για ολόκληρη την εξεταζόμενη περίοδο (από 25,4% σε 30,1%).

Ορισμένες από τις κυριότερες πηγές των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι οι παρακάτω :

- οι δαπάνες των ανασφάλιστων
- οι δαπάνες για υπηρεσίες οι οποίες δεν καλύπτονται από την ασφάλιση ορισμένων πληθυσμιακών και επαγγελματικών ομάδων
- η νομοθετημένη συμμετοχή των ασφαλισμένων στα έξοδα περίθαλψης (διαφέρει ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα)
- η διαφορά μεταξύ της δαπάνης που αποδίδουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί για ιατρικές πράξεις και της πραγματικής αμοιβής του ιατρού
- οι επιπλέον δαπάνες των ασφαλισμένων για διαφορά θέσεως στα νοσοκομεία
- οι δαπάνες που καταβάλλονται για ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη στο εξωτερικό

ΔΑΠΑΝΕΣ ΓΙΑ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΑ (1997 - 2003)							
	1997	1998	1999	2000*	2001*	2002*	2003*
Α.Ε.Π.	97.235	105.773	112.686	121.701	131.341	141.502	153.045
Συνολική δαπάνη για την Υγεία	9.188	9.910	10.871	11.780	13.052	13.471	14.831
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη	1.489	1.374	1.566	1.812	2.068	2.200	2.426
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για την Υγεία	16,20%	13,90%	14,40%	15,40%	15,80%	16,30%	16,40%
Συνολική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό του ΑΕΠ	1,50%	1,30%	1,40%	1,50%	1,60%	1,60%	1,60%
Δημόσια δαπάνη για την Υγεία	4.855	5.159	5.807	6.353	7.237	7.121	7.782
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη	1.111	961	1.098	1.278	1.502	1.613	1.798
Δημόσια δαπάνη για υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για Υγεία	52,80%	52,10%	53,40%	53,90%	55,40%	52,90%	52,50%
Δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης	74,60%	69,90%	70,10%	70,50%	72,60%	73,30%	74,10%
Ιδιωτική δαπάνη για την υγεία	4.333	4.751	5.064	5.427	5.815	6.350	7.049
Ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη	378	413	468	534	566	587	628
Ιδιωτική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης για Υγεία	47,20%	47,90%	46,60%	46,10%	44,60%	47,10%	47,50%
Ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη ως ποσοστό της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης	25,40%	30,10%	29,90%	29,50%	27,40%	26,70%	25,90%
Συνολική δαπάνη για υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ	9,40%	9,40%	9,60%	9,70%	9,90%	9,50%	9,70%
Ρυθμός μεταβολής της συνολικής δαπάνης για την Υγεία	9,20%	7,90%	9,70%	8,40%	10,8	3,20%	10,10%
Ρυθμός μεταβολής της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης	9,90%	-7,70%	14,00%	15,70%	14,1	6,40%	10,30%

σε Ε εκατ. και τρέχουσες τιμές

• προσωρινά στοιχεία

Πηγή: Ε.Σ. Υ.Ε.Ι Εθνικοί
Λογ.Ρ.Πισ.Ποί

Πίνακας 4.2 : Δαπάνες για υγεία και φάρμακα 1997 - 2003

4.3 Η Ζήτηση για Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί παρουσιάζονται οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση.

Παράγοντες που επηρεάζουν τη Ζήτηση για Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας

Οι πιο σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (πρωτοβάθμιες και δευτεροβάθμιες) συνοψίζονται στους παρακάτω :

[Δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες (ηλικία, βιοτικό επίπεδο, τόπος διαβίωσης – πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας, κ.τ.λ.)

[Οικονομικοί παράγοντες (εισόδημα, τιμές υπηρεσιών, επίπεδο ασφάλισης)

[Το επίπεδο των δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Τυχόν ελλείψεις στη διάρθρωση, οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημοσίου (ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, συνθήκες νοσηλείας, ξενοδοχειακή υποδομή, επάρκεια ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κ.τ.λ.) στρέφουν συχνά το κοινό προς τις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα.

[Τα γραφειοκρατικά εμπόδια και οι μακρές λίστες αναμονής που παρατηρούνται κατά τις διαδικασίες έγκρισης και πραγματοποίησης σημαντικών εξετάσεων και παροχής διαγνωστικών υπηρεσιών από τα δημόσια ταμεία προς τους ασφαλισμένους τους, αναγκάζουν πολλούς ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα.

[Ο παράγοντας της τεχνολογίας είναι βαρύνουσας σημασίας, δεδομένου ότι η προηγμένη τεχνολογία σε ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό αυξάνει τα ποσοστά θετικού αποτελέσματος στη διάγνωση και στη θεραπεία.

Σημαντικές είναι τα τελευταία χρόνια οι επενδύσεις από πλευράς του ιδιωτικού τομέα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία,

καθιστώντας με τον τρόπο αυτό την παροχή πολλών υπηρεσιών ταχύτερη, ευκολότερη και το σπουδαιότερο περισσότερο έγκυρη και αξιόπιστη.

Επιπλέον, οι ελλείψεις μερικών δημοσίων θεραπευτηρίων – ιδιαίτερα της επαρχίας – σε σύγχρονο διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό, σε κτιριακή υποδομή και σε επάρκεια κλινών και ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού, λειτουργούν συχνά προς όφελος του ιδιωτικού κλάδου πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

4.4 Η Προσφορά των Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας

Ύστερα από την παρουσίαση των βασικών προσδιοριστικών παραγόντων της ζήτησης για τις εξεταζόμενες υπηρεσίες, αναφέρονται στοιχεία σχετικά με την προσφορά του κλάδου.

Εξέλιξη της Υποδομής και Διάρθρωση του Κλάδου - Απογραφικά Στοιχεία

Η εισαγωγή του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) με το νόμο 1397/83 σηματοδότησε την απαρχή σημαντικών διαρθρωτικών αλλαγών στην παροχή και στην κατανομή των υπηρεσιών υγείας στη χώρα.

Οι επενδύσεις που πραγματοποιήθηκαν στον τομέα της υγείας για μια σειρά ετών μετά το 1983 αποσκοπούσαν στην άμβλυνση ενός εκ των σημαντικότερων χρόνιων διαρθρωτικών προβλημάτων του ελληνικού υγειονομικού συστήματος, την ύπαρξη δηλαδή μεγάλων περιφερειακών ανισοτήτων σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα σε βάρος του αγροτικού πληθυσμού. Οι επενδύσεις αυτές αφορούσαν τα εξής:

| δημιουργία πανελλαδικού δικτύου παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις μη αστικές περιοχές, για την κάλυψη των αναγκών του μόνιμου

πληθυσμού, αλλά και των αναγκών που παρουσιάζονται κατά την τουριστική περίοδο,

- | αναβάθμιση των υποδομών των δευτεροβάθμιων και τριτοβάθμιων νοσηλευτικών μονάδων,
- | κατασκευή και λειτουργία τριών Περιφερειακών Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων (Ιωαννίνων, Πάτρας, Ηρακλείου),
- | υλοποίηση του προγράμματος «μεταρρύθμισης» των υπηρεσιών ψυχικής υγείας με την αντικατάσταση του ιδρυματικού συστήματος από ένα δίκτυο προληπτικών και θεραπευτικών εξωνοσοκομειακών δομών,
- | βελτίωση της λειτουργίας των νοσοκομείων με την αναβάθμιση των υποδομών και την ανανέωση και συμπλήρωση του ιατρικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, με μικρής κλίμακας παρεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν κυρίως μέσω των ΜΟΠ και του Α' ΚΠΣ σε διάφορους νομούς και περιφέρειες της χώρας, με εξαίρεση τα μεγάλα αστικά κέντρα των νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης.

Όπως προκύπτει από στοιχεία του Υπουργείου Υγείας για το 2004 (πίνακας Π3.10 του παραρτήματος του κεφαλαίου), στο σύνολο της χώρας λειτουργούν 196 ιδιωτικές κλινικές με 15.068 κλίνες συνολικά. Ειδικότερα, ο μεγαλύτερος αριθμός κλινών είναι συγκεντρωμένος στο Α', Β' και Γ' Δ.Υ.ΠΕ Αττικής (8.318 κλίνες), και ακολουθούν το Α' και Β' Δ.Υ.ΠΕ Κεντρικής Μακεδονίας (2.790 κλίνες) και το Δ.Υ.ΠΕ Θεσσαλίας (1.687 κλίνες).

Σύμφωνα με πηγές του εξεταζόμενου κλάδου, οι διεθνείς τεχνολογικές εξελίξεις στους τομείς της βιοϊατρικής τεχνολογίας, της πληροφορικής και των τηλεπικοινωνιών, σε στενή, ανοικτή και αμφίδρομη σχέση με την πρόοδο της ιατρικής και των βασικών επιστημών που την υποστηρίζουν, έχουν ήδη μεταβάλλει ριζικά ολόκληρο το φάσμα παροχής των υπηρεσιών υγείας τόσο στην Ελλάδα, όσο και σε όλες σχεδόν τις αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. Σύμφωνα με τις ίδιες πηγές, ο ρυθμός

διείσδυσης των νέων τεχνολογιών και προσαρμογής της χώρας στις διεθνείς εξελίξεις και τάσεις, υπήρξε ασυνήθιστα υψηλός για τις διαγνωστικές υπηρεσίες, σχετικά ικανοποιητικός για τις επεμβατικές και τριτοβάθμιες εφαρμογές της βιοϊατρικής τεχνολογίας, βραδύς όμως για τα πληροφοριακά συστήματα. Την τελευταία δεκαετία, οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν σημαντική ανάπτυξη αξιοποιώντας τη γρήγορη προσαρμογή των μονάδων του κλάδου στις τεχνολογικές εξελίξεις.

Σήμερα, ένα μεγάλο τμήμα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα καλύπτεται από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Επίσης, ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει σημαντικό μέρος της νοσοκομειακής φροντίδας παρουσιάζοντας ολιγοπωλιακή σχεδόν δραστηριότητα στη γυναικολογική και μαιευτική περίθαλψη. Επιπλέον, ο ιδιωτικός τομέας προχώρησε σε ευρεία ανάπτυξη της βιοϊατρικής και ακτινολογίας πραγματοποιώντας παράλληλα σημαντικές επενδύσεις προηγμένης ιατρικής τεχνολογίας.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ότι ο ιδιωτικός τομέας ασφάλισης οργανώνεται στο χώρο παροχής ιατρικών υπηρεσιών προκειμένου να ισχυροποιήσει τους κλάδους ασφάλισης ζωής και πάσης φύσεως ιατρικής / υγειονομικής περίθαλψης.

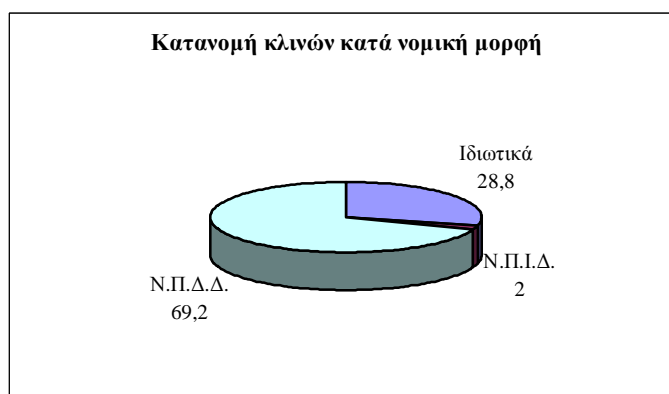
Α) Το δυναμικό των θεραπευτηρίων της χώρας

Σύμφωνα με τα επίσημα στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε., το 2001 λειτούργησαν συνολικά σε ολόκληρη τη χώρα 336 θεραπευτήρια με συνολικό αριθμό 52.276 κλινών (156 κλίνες ανά θεραπευτήριο κατά μέσο όρο), εκ των οποίων 36.186 κλίνες (μερίδιο 69,2%) αντιστοιχούν σε 139 θεραπευτήρια του δημοσίου και 15.038 κλίνες (μερίδιο 28,8%) σε 191 ιδιωτικά θεραπευτήρια, ενώ είναι καταγεγραμμένες και 1.052 κλίνες σε 6 θεραπευτήρια τα οποία λειτουργούν ως Ν.Π.Ι.Δ. (διάγραμμα 3.1α). Σχετικά με τη γεωγραφική κατανομή του συνόλου των κλινών, η περιφέρεια της πρωτεύουσας παρουσιάζει την μεγαλύτερη συγκέντρωση καθώς σ' αυτήν λειτουργούσαν συνολικά

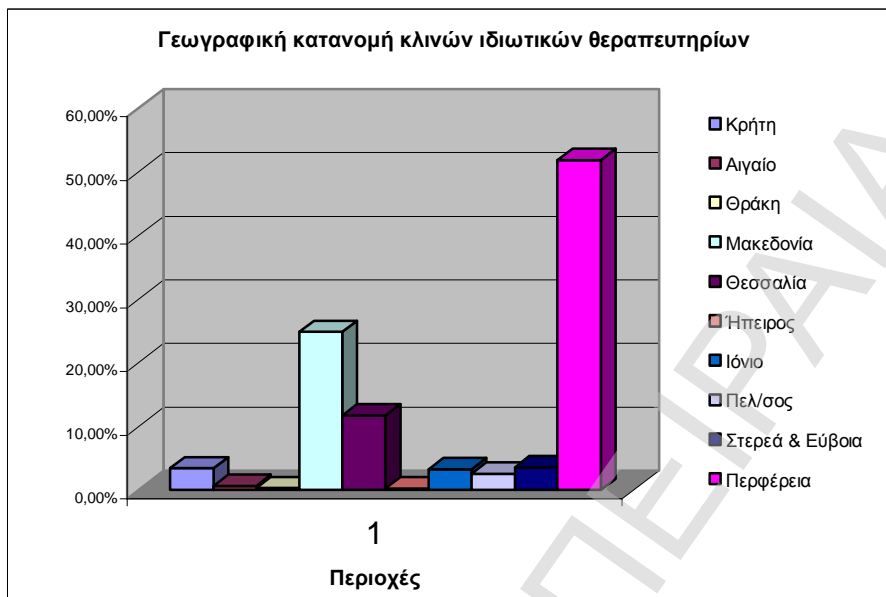
23.003 κλίνες το 2001 (μερίδιο 44%) και ακολουθεί η περιφέρεια της Μακεδονίας με 12.119 κλίνες και μερίδιο 23,2% στο σύνολο των κλινών της χώρας. «Φτωχότερη» περιφέρεια σε συνολικό αριθμό θεραπευτικών κλινών, αναδεικνύεται και για το 2001 αυτή των Ιονίων Νήσων (μόλις 968 κλίνες).

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΚΛΙΝΩΝ ΚΑΤΑ ΝΟΜΙΚΗ ΜΟΡΦΗ					
Έτος	Σύνολο Θεραπευτηρίων	Σύνολο Κλινών	Κλίνες σε Δημόσια Νοσοκομεία	Κλίνες σε Ιδιωτικά Νοσοκομεία	Κλίνες σε Νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ.
1996	356	52.586	37.016	15.286	284
1997	350	52.474	37.047	15.134	293
1998	341	52.495	37.457	14.745	293
1999	339	51.404	36.438	14.673	293
2000	337	51.500	35.730	15.141	629
2001	336	52.276	36.186	15.038	1.052

Πίνακας 4.4 : Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή
Πηγή : Επεξεργασία στοιχείων ΕΣΥΕ



Διάγραμμα 4.4 : Κατανομή κλινών κατά νομική μορφή



Διάγραμμα 4.4.1 : Γεωγραφική κατανομή κλινών ιδιωτικών θεραπευτηρίων
Πηγή : Επεξεργασία στοιχείων ΕΣΥΕ

Όσον αφορά ειδικά τις κλίνες των ιδιωτικών θεραπευτηρίων (διάγραμμα 4.4.1) το 2001, στην περιφέρεια της πρωτεύουσας ήταν συγκεντρωμένο το 51,8% (7.798 κλίνες) του συνόλου των ιδιωτικών κλινών και στην περιφέρεια Μακεδονίας το 24,9% (3.743 κλίνες).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η κατηγοριοποίηση των θεραπευτηρίων για το 2001, σύμφωνα με την οποία, επί συνόλου 52.276 κλινών, στα Γενικά Νοσοκομεία αντιστοιχούν 34.381 κλίνες (μερίδιο 65,8% επί του συνόλου των κλινών), στα Ειδικά Νοσοκομεία 16.525 (μερίδιο 31,6%) και στα Μικτά Νοσοκομεία 1.370 κλίνες (μερίδιο 2,6%). Ειδικότερα, όσον αφορά στα θεραπευτήρια του ιδιωτικού τομέα, στα Γενικά θεραπευτήρια αντιστοιχούν 7.492 κλίνες (μερίδιο 49,8% επί του συνόλου των ιδιωτικών κλινών), στα Ειδικά θεραπευτήρια αντιστοιχούν 6.176 κλίνες (μερίδιο 41,1%), ενώ 1.370 κλίνες αντιστοιχούν στα Μικτά θεραπευτήρια (μερίδιο 9,1 %).

Σχετικά με την ειδικότητα των θεραπευτηρίων για το 2001 (πίνακας Π3.9), το 66,6% του συνόλου των κλινών της χώρας αντιστοιχεί σε Γενικά θεραπευτήρια (34.831 κλίνες) και ακολουθούν τα Νευροψυχιατρικά θεραπευτήρια στα οποία αντιστοιχεί το

19,5% των κλινών (10.218 κλίνες).

Όσον αφορά στην κατανομή των κλινών κατά κλιμάκια για το 2001 (πίνακας Π3.15), το 45,1% του συνόλου των κλινών (23.591) αντιστοιχεί σε θεραπευτήρια δυναμικότητας από 301 έως 1.000 κλίνες, ενώ το 32,8% (17.130 κλίνες) αντιστοιχεί σε θεραπευτήρια μεταξύ 101 και 300 κλινών.

4.5 Η ΑΓΟΡΑ ΤΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Μέγεθος Εγχώριας Αγοράς

Στον πίνακα 4.5 παρουσιάζεται το μέγεθος της εγχώριας αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (σε αξία) για την περίοδο 1997-2004. Σημειώνεται ότι το εκτιμώμενο μέγεθος της αγοράς αναφέρεται στο συνολικό κύκλο εργασιών των επιχειρήσεων του κλάδου και δεν συμπεριλαμβάνονται οι αμοιβές των ιατρών.

Με βάση τα στοιχεία του εν λόγω πίνακα, διαχρονική άνοδο παρουσιάζει το συνολικό μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με μέσο ετήσιο ρυθμό 12,9% την περίοδο 1997-2004. Ειδικότερα, η συνολική αξία εκτιμάται σε €1.189.800 χιλ. το 2004 έναντι €1.049.000 χιλ. το 2003 (αύξηση 13,4% την περίοδο 2004/03) και €944.800 χιλ. το 2002 (αύξηση 11% την περίοδο 2003/02).

Κατηγορία	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Κλινικές	265.600	293.500	343.700	395.000	455.800	539.300	620.700	730.000
Μαιευτήρια	88.600	110.300	120.900	140.600	150.000	164.000	173.000	184.800
Διαγνωστικά κέντρα	153.800	170.200	183.100	203.100	227.700	241.500	255.300	275.000
Σύνολο	508.000	574.000	647.700	738.700	833.500	944.800	1.049.000	1.189.800

σε €000

Πίνακας 4.5, Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Σχετικά με την διάρθρωση της αξίας της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ανά κατηγορία, σημειώνονται τα εξής:

α) Κλινικές

Η αγορά των ιδιωτικών κλινικών εμφανίζει τη μεγαλύτερη αύξηση κατά την περίοδο 1997-2004 με μέσο ετήσιο ρυθμό 15,5%. Ειδικότερα, το 2004 η αξία της συγκεκριμένης αγοράς εκτιμάται στο ύψος των €730.000 χιλ. έναντι €20.700 χιλ. το 2003 (αύξηση 17,6% την περίοδο 2004/03) και €39.300 χιλ. το 2002 (αύξηση 15,1% την περίοδο 2003/02). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2004, εκτιμάται ότι το 90% περίπου του συνολικού μεγέθους της αγοράς ιδιωτικών κλινικών προέρχεται από τους εσωτερικούς - νοσηλεύόμενους ασθενείς. Σχετικά με το μερίδιο των κλινικών στο σύνολο της αγοράς, αυτό εκτιμάται στο 61,4% για το 2004.

β) Μαιευτικές - γυναικολογικές κλινικές

Διαχρονική αύξηση με μέσο ετήσιο ρυθμό 11~1% καταγράφει το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών μαιευτικών - γυναικολογικών κλινικών κατά την περίοδο 1997-2004. Συγκεκριμένα, το 2004 εκτιμάται σε €184.800 χιλ. έναντι €173.000 χιλ. το 2003 (αύξηση 6,8% το διάστημα 2004/03) και €164.000 χιλ. το 2002 (αύξηση 5,5% το διάστημα 2003/02). Σημειώνεται ότι οι μαιευτικές κλινικές κάλυψαν το 15,5% του συνόλου της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας το 2004.

γ) Διαγνωστικά κέντρα

Η αγορά των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων παρουσιάζει επίσης διαχρονική αύξηση κατά την περίοδο 1997-2004, με μέσο ετήσιο ρυθμό 8,7%, ο οποίος είναι χαμηλότερος σε σύγκριση με τις κλινικές και τα μαιευτήρια. Αναλυτικότερα, για το 2004 η συγκεκριμένη αγορά εκτιμάται σε €275.000 χιλ. έναντι €255.300 χιλ. το 2003 (αύξηση 7,7% την περίοδο 2004/03) και €241.500 χιλ. το 2002 (αύξηση 5,7% το διάστημα 2003/02). Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2004, εκτιμάται ότι το μεγαλύτερο μέρος του

συνολικού μεγέθους της υπό εξέταση αγοράς (περίπου 70%) καλύπτεται από τους ασφαλισμένους στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία του ευρύτερου δημοσίου τομέα. Τέλος, το μερίδιο των διαγνωστικών κέντρων στο σύνολο της αγοράς για το 2004 εκτιμάται στο 23,1%.

Μερίδια Αγοράς Εταιρειών και Ομίλων - Δείκτες Συγκέντρωσης

Στον πίνακα 4.5.1 παρουσιάζονται τα μερίδια αγοράς ορισμένων εκ των μεγαλύτερων ιδιωτικών κλινικών, μαιευτικών κλινικών και διαγνωστικών κέντρων για το 2004. Τονίζεται στο σημείο αυτό ότι τα αναγραφόμενα μερίδια προκύπτουν βάσει των αντίστοιχων δημοσιευμένων πωλήσεων των παρουσιαζόμενων εταιρειών, ενώ σε δύο περιπτώσεις έχουν διαχωριστεί τα έσοδα ανά υπηρεσία.

Με βάση τα στοιχεία του πίνακα 4.5.1, μεταξύ των **ιδιωτικών κλινικών** για το 2004, η εταιρεία Ιατρικό Αθηνών ΑΕ (6 κλινικές) καταλαμβάνει το μεγαλύτερο μερίδιο (24,9%) και ακολουθεί στη δεύτερη θέση το Υγεία με μερίδιο 9,8%. Η Περσεύς με το Metropolitan βρίσκεται στην τρίτη θέση με μερίδιο 7,6%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ο δείκτης συγκέντρωσης των μεριδίων αγοράς των ιδιωτικών κλινικών, ο οποίος ανέρχεται στο 70% περίπου για τις εννέα μεγαλύτερες εταιρείες όπως αυτές παρουσιάζονται στον πίνακα 4.5.1.

Μεταξύ των **ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών**, το Ιασώ κατέχει την πρώτη θέση για το 2004 με μερίδιο 40%. Ακολουθούν το Μητέρα (μερίδιο 31 %) και το Λητώ (μερίδιο 9,2%). Ο δείκτης συγκέντρωσης για τις συγκεκριμένες τρεις επιχειρήσεις το 2004 διαμορφώνεται στο 80% περίπου της αγοράς που προκύπτει από τα ιδιωτικά μαιευτήρια.

Τέλος, από την πλευρά των **ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων**, η Βιοϊατρική

κατατάσσεται στην πρώτη θέση με μερίδιο 20%. Ακολουθεί η Euromedica (τομέας διαγνωστικών κέντρων) με μερίδιο 7,9% και η Ιατρόπολις Μαγνητική Τομογραφία με μερίδιο 4%. Μικρότερη, σε σχέση με τις προηγούμενες δύο κατηγορίες, είναι η συγκέντρωση των 11 εταιρειών του πίνακα 4.5.1, με αντίστοιχο δείκτη της τάξης του 49% για το 2004. Ο υψηλότερος βαθμός διασποράς των μεριδίων που παρατηρείται στη συγκεκριμένη αγορά σε σύγκριση με αυτήν των κλινικών και των μαιευτηρίων, αποδίδεται στο μεγάλο αριθμό διαγνωστικών κέντρων, τα περισσότερα από τα οποία αποτελούν μικρού μεγέθους επιχειρήσεις, που λειτουργούν σε ολόκληρη τη χώρα.

Πίνακας 4.5.1 Μερίδια αγοράς εταιρειών του κλάδου (2004)			
Ιδιωτικές Κλινικές	Μερίδιο	Διαγνωστικά Κέντρα	Μερίδιο
Ιατρικό Αθηνών	24,90%	Βιοϊατρική ΑΕ	20,00%
Υγεία διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΑΕ	9,80%	Euromedica ΑΕ	7,90%
Περσεύς ΑΕ (Metropolitan)	7,60%	Ιατρόπολις Μαγνητική Τομογραφία ΑΕ	4,00%
Euromedica ΑΕ	6,60%	Διάγνωση ΑΕ	2,70%
Ευρωκλινική Αθηνών ΑΕ	5,40%	Ευρωδιάγνωση ΑΕ	2,30%
Νοσηλευτική ΑΕ	5,00%	Συνεταιρισμός Εργαστηρίων Ιατρών ΣΥΝ.ΠΕ	1,80%
Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης ΑΕ	4%	Ιατρικό Κρήτης ΑΕ	1,60%
Ιασώ General ΑΕ	3,30%	Βιοφόρμα Ι. ΑΕ	1,60%
Κεντρική Κλινική Αθηνών ΑΕ	3,10%	Euromedica Κρήτης ΑΕ	1,50%
Μαιευτικές Κλινικές	Μερίδιο	Παπανδρέου Δ. ΕΠΕ	1,50%
Ιασώ ΑΕ	40,00%	ΔΗΙ Ιδιωτικό Πολυιατρείο Ιατρική ΕΠΕΜ	1,50%
Μητέρα Ιδιωτική Μαιευτική & Χειρουργική Κλινική ΑΕ	31,00%	Μικροανάλυση ΑΕΒΕ	1,40%

Πίνακας 4.5.1 Μερίδια αγοράς εταιρειών του κλάδου (2004)

Πηγή: ICAP, εκτιμήσεις αγοράς

Σχετικά με τη διαμόρφωση ορισμένων μεριδίων αγοράς, εάν ληφθούν υπόψη θυγατρικές και συγγενείς εταιρείες, σημειώνονται τα εξής: Παρουσία στον τομέα των διαγνωστικών κέντρων έχει και το Ιατρικό Αθηνών το οποίο διαμέσου των θυγατρικών του εταιρειών Αξονική Έρευνα ΑΕ και Έρευνα ΑΕ κατέχει μερίδιο 1,8% (συγκεντρωτικά) στη συγκεκριμένη αγορά για το 2004. Εάν στο μερίδιο του

Υγεία συνυπολογισθεί και η Βαλής Νεφρολογικό Ινστιτούτο, τότε το αναγραφόμενο μερίδιο στον πίνακα 4.2 αυξάνεται σε 10% επί της συνολικής αγοράς των ιδιωτικών κλινικών για το 2004. Ο όμιλος της ασφαλιστικής εταιρείας Interamerican, έχει εισέλθει στον χώρο των ιδιωτικών θεραπευτηρίων μέσω της Ευρωκλινικής Αθηνών, της Ευρωκλινικής Παίδων και της Αθηναϊκής Γενικής Κλινικής, με συνολικό μερίδιο αγοράς 7,6% γα/ το 2004. Ο όμιλος Ιασώ εκτός από τη μαιευτική κλινική ελέγχει πλέον και τη γενική κλινική Ιασώ General, κατέχοντας το 2004 το 1 0,7% της συνολικής αγοράς των γενικών και μαιευτικών κλινικών. Στον όμιλο της Βιοϊατρικής συμπεριλαμβάνεται και η Ευρωδιάγνωση ΑΕ, κατέχοντας από κοινού το 22,3% του συνόλου της αγοράς των διαγνωστικών κέντρων για το 2004, ενώ μέσω της Λευκός Σταυρός ο συγκεκριμένος όμιλος έχει παρουσία και στον τομέα των κλινικών (μερίδιο 0,7%). Τέλος, το μερίδιο του ομίλου Euromedica στο σύνολο της αγοράς των γενικών και μαιευτικών κλινικών γα/ το 2004 ανέρχεται σε 8,9% στο δε σύνολο της αγοράς των διαγνωστικών κέντρων στο 11,3% (σύμφωνα με τα στοιχεία του 7ου ενοποιημένου δημοσιευμένου ισολογισμού της 31.12.2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας – Η χρήση των υπηρεσιών υγείας από ασφαλισμένους με ατομικά συμβόλαια

5.1 Σκοπός της έρευνας

Όπως αναφέρθηκε και στον Πρόλογο, ο σκοπός εκπόνησης της παρούσας εργασίας είναι η ανάδειξη της συμβολής της ιδιωτικής ασφάλισης στη ζωή των ατόμων, καθώς και η παρουσίαση ενός προτύπου χρησιμοποίησης υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης από ασφαλισμένους με ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια.

Βασικό έναυσμα για την ενασχόληση με αυτό το αντικείμενο υπήρξε η σαφής έλλειψη επαρκούς επιστημονικής βιβλιογραφίας, προηγούμενων μελετών και γενικότερα πληροφοριών για τα πρότυπα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης. Γεγονός είναι ότι αναφορές σχετικές με την Ασφαλιστική Επιστήμη γίνονται περισσότερο σε θεωρητικό επίπεδο, χωρίς όμως να υπάρχει ουσιαστική πρόσβαση σε εμπειρικά στοιχεία και έρευνες.

Κάτω από αυτό το πρίσμα, ζητήθηκε η συνεργασία μιας ασφαλιστικής εταιρίας, η οποία έχοντας δραστηριοποιηθεί πολλά χρόνια στην ελληνική αγορά, διαθέτει μεγάλο χαρτοφυλάκιο και προσφέρει διάφορα προγράμματα - προϊόντα (ατομικής και ομαδικής) ασφάλισης υγείας.

Η πραγματοποίηση μιας τέτοιου είδους έρευνας δεν γίνεται μόνο για την απλή ικανοποίηση του επιστημονικού ερευνητικού ενδιαφέροντος, αλλά μπορεί να έχει και πρακτική εφαρμογή. Οι πληροφορίες που πηγάζουν από αυτή μπορεί να αποδειχθούν ιδιαίτερες χρήσιμες για τις ασφαλιστικές εταιρείες σε πολλούς τομείς, όπως στη διαμόρφωση της τιμολογιακής πολιτικής τους για τα ασφαλιστικά προγράμματα και τη δημιουργία νέων προϊόντων. Πιο συγκεκριμένα, μεγάλη προσδοκία αυτού του συγγράμματος είναι η παρότρυνση πραγματοποίησης παρόμοιων ερευνών, έτσι ώστε οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις να επωφελούνται και να μπορούν να :

- παρακολουθούν την αγορά της νοσοκομειακής περίθαλψης
- προβλέπουν με μεγαλύτερη ακρίβεια τα αποτελέσματα του χαρτοφυλακίου τους και να προγραμματίζουν τις ταμειακές ροές τους
- τιμολογούν πιο σωστά τα συμβόλαια που συνάπτουν με τους ασφαλισμένους
- να αντιλαμβάνονται τις τάσεις της αγοράς, τα καινούρια δεδομένα και να δημιουργούν προγράμματα παροχής υπηρεσιών υγείας ανάλογα με τις ανάγκες του καταναλωτικού κοινού.

5.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Η έρευνα αξιοποίησε τα υπάρχοντα στατιστικά στοιχεία, όπως αυτά τηρούνται στις βάσεις δεδομένων της ασφαλιστικής εταιρείας. Με τη βοήθεια των στοιχείων αυτών, έγινε αρχικά προσπάθεια να αναλυθεί η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τον όγκο και τη δαπάνη των υπηρεσιών που καταναλώνονται. Η περιγραφική στατιστική ανάλυση είναι η μεθοδολογία που εφαρμόστηκε για την ανάλυση του δείγματος. Στη συνέχεια, η έρευνα παρουσιάζει τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση και

5.3 Επιλογή – Ανάλυση του δείγματος

Κατά το χρονικό διάστημα Ιούνιος 2005 – Μάιος 2006, σε μεγάλη ιδιωτική κλινική της Αθήνας νοσηλεύτηκαν 2.500 άτομα ασφαλισμένα σε ατομικά ασφαλιστήρια υγείας. Από τον παραπάνω πληθυσμό, λήφθηκε δείγμα 500 παρατηρήσεων (N=500), οι οποίες πραγματοποιήθηκαν το τρίμηνο Ιανουάριος 2006 – Μάρτιος 2006 και αφορούν τον πληθυσμό συγκεκριμένης ασφαλιστικής εταιρείας. Μελετήθηκαν ποσοτικές και ποιοτικές μεταβλητές, που αφορούν την ηλικία και το φύλο του ασφαλισμένου, τον αριθμό του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, την ημερομηνία εισόδου και εξόδου από το

νοσοκομείο, το ταμείο της κοινωνικής ασφάλισης και τη συμμετοχή του στα έξοδα, τη προσκόμιση ή όχι βιβλιαρίου κοινωνικής ασφάλισης από τον ασφαλισμένο, την έγκριση κάλυψης από την ασφαλιστική εταιρεία, την αιτία εισαγωγής, το είδος του περιστατικού, τη σοβαρότητα των χειρουργικών επεμβάσεων όπου αυτές πραγματοποιήθηκαν, την κλινική νοσηλείας, το επώνυμο του θεράποντος ιατρού, τη θέση νοσηλείας (μονόκλινο, δίκλινο, ODC, κ.τ.λ.), τον αριθμό των ημερών νοσηλείας, εάν υπήρξε θεραπευτική αντιμετώπιση ή όχι, το ύψος της αποζημίωσης που καταβλήθηκε, το κόστος της αμοιβής των ιατρών, των φαρμάκων και των ειδικών υλικών, το σύνολο των αμοιβών των ιατρών που εκδώσανε δικές τους ΑΠΥ (Απόδειξη Παροχής Υπηρεσιών), τα έξοδα που περικόπηκαν από το νοσοκομείο πριν την έκδοση των Α.Π.Υ, το ποσό απόρριψης κάλυψης εξόδων από την ασφαλιστική επιχείρηση μετά την έκδοση της Α.Π.Υ., εάν το περιστατικό συζητήθηκε στην Επιτροπή Διαιτησίας και το ποσό απόρριψης κάλυψης εξόδων βάσει την απόφαση της Επιτροπής Διαιτησίας.

Σε πρώτη εκτίμηση, παρ' όλο που οι παρατηρήσεις του δείγματος παρουσιάζουν ποικιλία, λείπουν αρκετά στοιχεία τα οποία κρίνονται χρήσιμα για την επαρκή παρουσίαση του προτύπου κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους με ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια. Κάτω από αυτές τις συνθήκες, καλούμαστε να προσεγγίσουμε το στόχο μας με αρκετές δυσκολίες.

Τα εμπόδια, ωστόσο, για την ανάλυση του δείγματος δεν περιορίζονται μόνο στην έλλειψη δεδομένων, αλλά και στη λανθασμένη καταγραφή μερικών από αυτών. Για παράδειγμα, ενώ για μία συγκεκριμένη αναγγελία εισαγωγής στην κλινική, το ένα στοιχείο λέει ότι ο ασφαλισμένος έφυγε χωρίς να υπάρξει θεραπευτική αντιμετώπιση, ένα άλλο το αντικρούει καταγράφοντας ότι υπήρξε θεραπευτική αντιμετώπιση - και μάλιστα χειρουργική με αμοιβή ιατρού x ευρώ. Γίνεται κατανοητό, ότι το δείγμα δεν αντιπροσωπεύει πλήρως την πραγματικότητα και αυτό οφείλεται στην αδιάφορη στάση

των διακανονιστών ζημιών της ασφαλιστικής εταιρείας για τη σωστή καταχώρηση των δεδομένων. Ο αρκετά μεγάλος όγκος των εισαγωγών που δέχεται να καλύψει η εταιρεία σε συνδυασμό με την έλλειψη συνειδητοποιημένης ασφαλιστικής παιδείας, κουλτούρας και χρόνου από την πλευρά των εργαζομένων εντείνουν αυτό το πρόβλημα με αποτέλεσμα η εταιρεία να μη μπορεί να εξάγει ασφαλή συμπεράσματα προς εκμετάλλευση από τα δεδομένα που έχει στη διάθεση της. Ύστερα από προσεκτική μελέτη κάθε παρατήρησης του δείγματος, αυτές οι ασάφειες εξαιρέθηκαν, έτσι ώστε να τεθεί η ανάλυση σε σωστές βάσεις. Είναι δίκαιο να σημειωθεί τα αντικρουόμενα σημεία στις παρατηρήσεις του δείγματος ήταν εν τέλει λίγα.

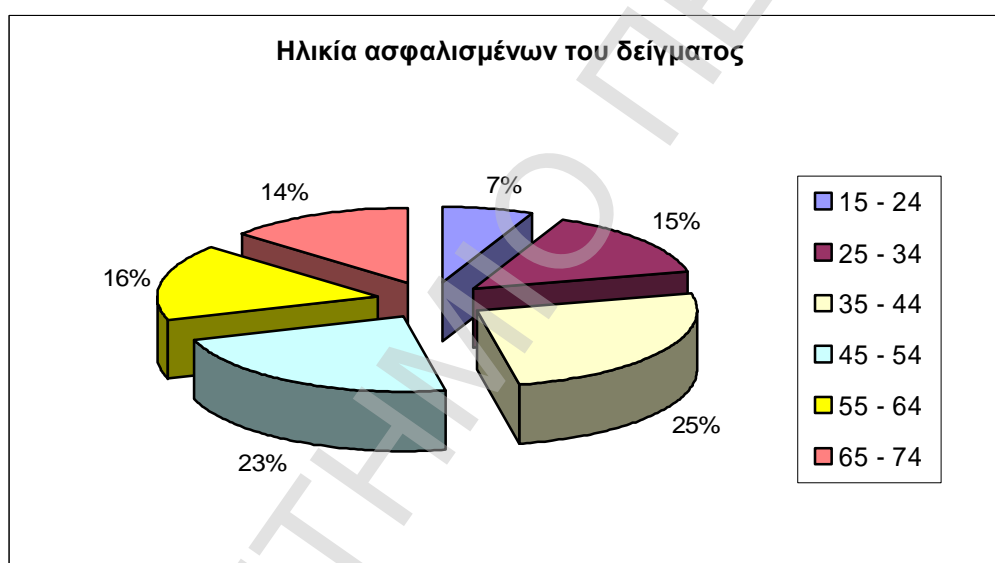
Επιπρόσθετα, κάποιες εισαγωγές δεν είχαν καταγραφεί πλήρως. Για παράδειγμα, ενώ ένας ασφαλισμένος, που πραγματοποίησε εισαγωγή στην κλινική, έχει ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, δεν ορίζεται ακριβώς ποιο είναι αυτό.

5.4 Ηλικία των ασφαλισμένων του δείγματος

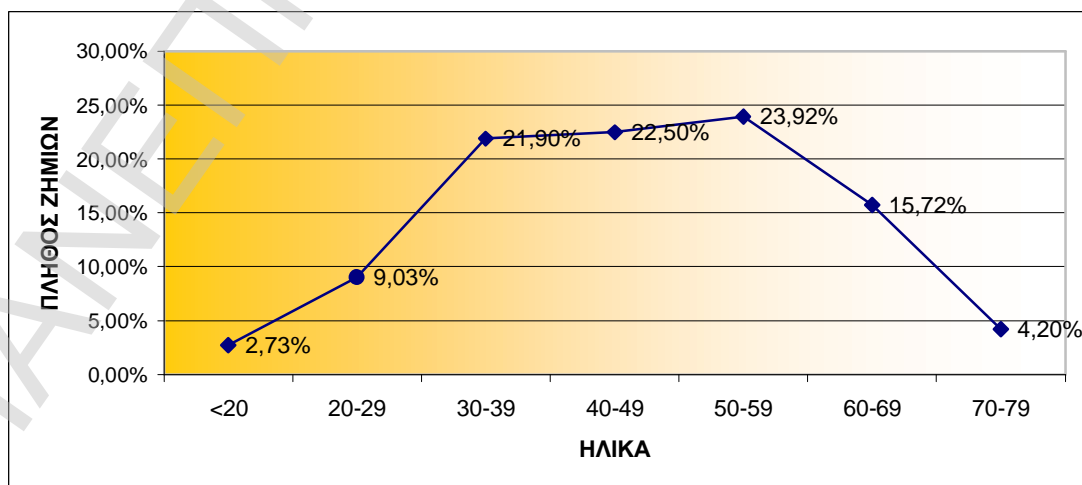
Το εύρος των παρατηρήσεων, που αφορούν την ηλικία των ατόμων του δείγματος κυμαίνεται από 15 έως 74 ετών περίπου, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι τα 46,29 έτη. Το μεγαλύτερο πλήθος των ασφαλισμένων του δείγματος ανήκει στις ηλικίες 35 – 44 (25%) και το μικρότερο στις ηλικίες 15 – 24 (7%) (διάγραμμα 5.4). Όπως φαίνεται και από το διάγραμμα 5.4.1, η τάση των ζημιών είναι ανοδική καθώς η ηλικία του ασφαλισμένου αυξάνεται με εξαίρεση τις ηλικίες άνω των 55 ετών, όπου ο αριθμός των ζημιών μειώνεται. Παρ' όλο που αυτή η μείωση δεν αντικατοπτρίζεται στους νόμους της φύσης, το γεγονός εξηγείται από τη μείωση του αριθμού των ασφαλισμένων σε ηλικίες άνω των 65 ετών. Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και την πρακτική των ασφαλιστικών εταιρειών, η ασφαλισιμότητα του ατόμου παύει μετά τα 65 έτη της

ηλικίας του. Έτσι, κατά τη συμπλήρωση του 65^{ου} έτους ηλικίας του ασφαλισμένου, η κάλυψη συνήθως είναι ακυρώσιμη εκτός από περιπτώσεις όπου η κάλυψη είναι :

- Ø Ανανεώσιμη με επιλογή του ασφαλιστή
- Ø Ανανεώσιμη υπό προϋποθέσεις
- Ø Εγγυημένα ανανεώσιμη
- Ø Μη ακυρώσιμη



Διάγραμμα 5.4 Η ηλικία των ασφαλισμένων του δείγματος



Διάγραμμα 5.4.1 Η τάση των ζημιών των ασφαλισμένων βάσει ηλικίας

5.5 : Ο παράγοντας της νοσηρότητας

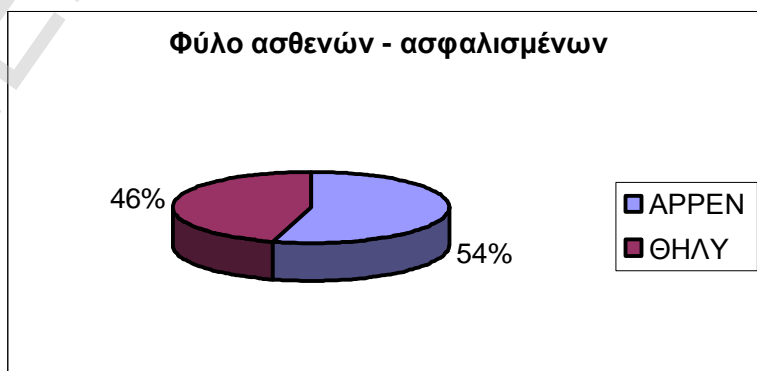
Παρά το γεγονός ότι σε όλες τις σύγχρονες αναπτυγμένες χώρες το προσδόκιμο επιβίωσης αυξήθηκε σταθερά τα τελευταία εκατό χρόνια τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άνδρες, το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης για τις γυναίκες είναι σαφώς μεγαλύτερο από εκείνο των ανδρών. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, το 1990 η προσδοκώμενη ζωή ανήλθε σε 74,6 έτη για τους άνδρες και σε 79,4 έτη για τις γυναίκες, δηλαδή παρουσιάστηκε μια διαφορά της τάξεως των 4,8 ετών περίπου. Παρά την αύξηση που παρατηρήθηκε στον μέσο όρο του προσδόκιμου επιβίωσης και των δύο φύλων, αυξήθηκε παράλληλα και η μεταξύ τους διαφορά. Ένα άλλο σχετικό χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι εκείνο της Ιαπωνίας, όπου, σύμφωνα με τον Kane (1991), ενώ στα μέσα της δεκαετίας του 1950 το προσδόκιμο επιβίωσης για τους άνδρες ήταν 62 χρόνια και για τις γυναίκες 65, στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ήταν 74 και 80 χρόνια αντίστοιχα.

Οι όροι σύγκρισης μεταξύ των δύο φύλων αντιστρέφονται όσον αφορά τη νοσηρότητα. Σε γενικές γραμμές, έχει επισημανθεί ότι οι γυναίκες επισκέπτονται τους γιατρούς πιο συχνά από τους άνδρες και έχουν περισσότερες πιθανότητες εισαγωγής σε νοσοκομείο. Επίσης, διάφορες επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες δηλώνουν ότι πάσχουν από κάποια ασθένεια συχνότερα από τους άνδρες.

Η υψηλή τάση νοσηρότητας που παρουσιάζει το γυναικείο φύλο σε σχέση με το ανδρικό δεν αποδεικνύεται στο διάγραμμα 5.5, όπου απεικονίζονται τα ποσοστά ανδρών και γυναικών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο. Ένας πιθανός λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι το δείγμα δεν είναι αρκετά μεγάλο για να καταλήξουμε σε ό,τι ισχύει σε γενικό επίπεδο. Στο υπό ανάλυση δείγμα, έτυχε οι άντρες να παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα από ό,τι οι γυναίκες.

Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι εάν πραγματικά επιθυμούμε να βρούμε τα επίπεδα της νοσηρότητας που παρουσιάζουν οι γυναίκες, θα πρέπει να υποβάλουμε το ποσοστό των γυναικών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο σε σύγκριση με το συνολικό αριθμό των ασφαλισμένων γυναικών στη συγκεκριμένη ασφαλιστική εταιρεία. Η ίδια διαδικασία θα εφαρμοστεί και για το φύλο των αντρών και, στο τέλος θα είμαστε σε θέση να υπολογίσουμε με ακρίβεια από το σύνολο των ασφαλισμένων των δύο φύλων, τί ποσοστά ασθενών προέκυψαν. Με αυτό τον τρόπο, θα βρούμε ποια κατηγορία ασφαλισμένων είναι πιο επιρρεπής στην εκδήλωση ασθενειών, τί δαπάνη πραγματοποιείται και ανάλογα να τιμολογήσουμε τα διάφορα ασφαλιστικά προγράμματα.

Γενικά, πρέπει να αναφερθεί το γεγονός ότι οι γυναίκες "υπερέχουν" σε σχέση με τις άντρες σε ό,τι αφορά τη νοσηρότητα έχει σαν αποτέλεσμα η γυναίκα να καταβάλει υψηλότερα ασφάλιστρα σε σχέση με έναν άντρα όμοιας ηλικίας, όταν πρόκειται για ασφαλιστικά προγράμματα νοσοκομειακής περίθαλψης. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η διαφορετική τιμολόγηση των δύο φύλων είναι κοινωνικά μη παραδεκτή καθώς συνιστά άνιση μεταχείριση μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το γεγονός, όμως, παραμένει και καθώς οι πιθανότητες ασθένειας είναι διαφορετικές, ανάλογα θα κυμαίνονται και τα ασφάλιστρα.



Διάγραμμα 5.5 Φύλο ασθενών - ασφαλισμένων

Στην πρώτη στήλη του επόμενου πίνακα 5.5, παρουσιάζονται τα ποσοστά σχετικά με το είδος του περιστατικού που πραγματοποιήθηκε στο σύνολο του δείγματος των ασθενών (Άρρεν και Θήλυ). Το μεγαλύτερο ποσοστό των περιστατικών χρήζει χειρουργικής επέμβασης (50,32%), ενώ το 40,34% αυτών χαρακτηρίζονται ως αποκλειστικά παθολογικά νοσήματα (βλ. διάγραμμα 6.2).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα είχε να απομονώναμε τα δεδομένα για κάθε φύλο και να τα συσχετίζαμε με τις υπό εξέταση παθήσεις ξεχωριστά (2^η και 3^η στήλη του πίνακα). Οι γυναίκες παρουσιάζουν σχεδόν διπλάσια ποσοστά (67,74%) σε ό,τι αφορά τις χειρουργικές επεμβάσεις, ενώ στα υπόλοιπα περιστατικά η πρώτη θέση καταλαμβάνεται από τους άντρες (βλ. διάγραμμα 5.5.1).

Αναφορικά με την ασθένεια του καρκίνου, οι άντρες έχουν υποβληθεί σε περισσότερες χημειοθεραπείες (ΧΜΘ) και μάλιστα το 80 % των περιπτώσεων αυτών αφορά τον αδένα του παγκρέατος. Το υπόλοιπο 20% περιλαμβάνει τον καρκίνο του οισοφάγου, ο οποίος προκαλείται κυρίως από την ανεξέλεγκτη χρήση του τσιγάρου. Ο καρκίνος του παγκρέατος θεωρείται ως η δυσκολότερη μορφή καρκίνου τόσο ως προς τη διάγνωση όσο και ως προς την αντιμετώπιση του. Έως πρότινος, το ποσοστό πενταετούς επιβίωσης των ασθενών ήταν λιγότερο από 5%. Στη χώρα μας, υπολογίζεται ότι έχουμε κάθε έτος τουλάχιστον 250 νέους ασθενείς με καρκίνο του παγκρέατος, ο οποίος έχει λάβει την 7η θέση σε συχνότητα εμφάνισης ανάμεσα στις διάφορες μορφές καρκίνου. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να σημειώσουμε ότι μετά τον 75ο χρόνο ηλικίας η συχνότητα εμφάνισής του διπλασιάζεται.

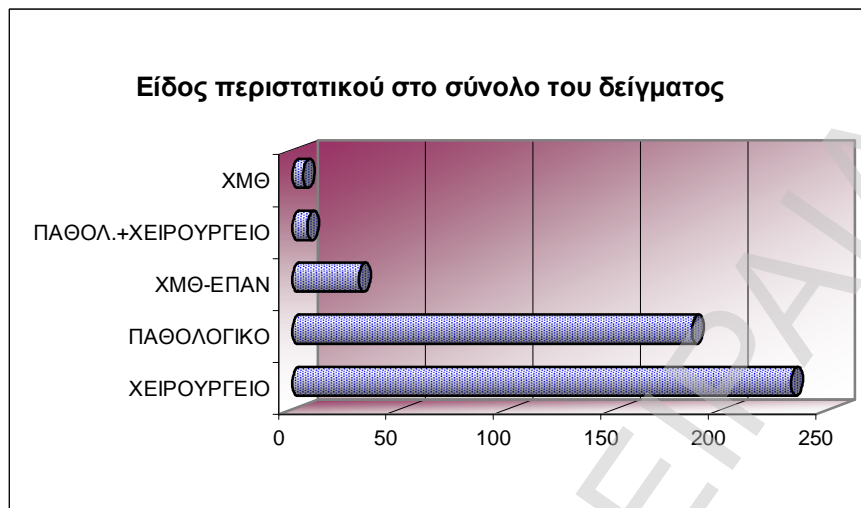
Αντίθετα, οι γυναίκες μαστίζονται από τον καρκίνο του μαστού σε μεγάλο βαθμό, γεγονός το οποίο αποδεικνύεται και από το διάγραμμα 5.5.3 όπου οι χημειοθεραπείες για την θεραπεία του ανέρχονται σε ποσοστό 61% των εισαγωγών που σχετίζονται με τον καρκίνο. Η έξαρση της συγκεκριμένης ασθένειας είναι εμφανής και ωθεί όλο και

περισσότερες γυναίκες να φροντίζουν την υγεία τους με την πραγματοποίηση διάφορων προληπτικών διαγνωστικών εξετάσεων (τακτική ψηλάφηση μαστών από ειδικό ιατρό, υπερηχογράφημα, μαστογραφία, κ.α.).

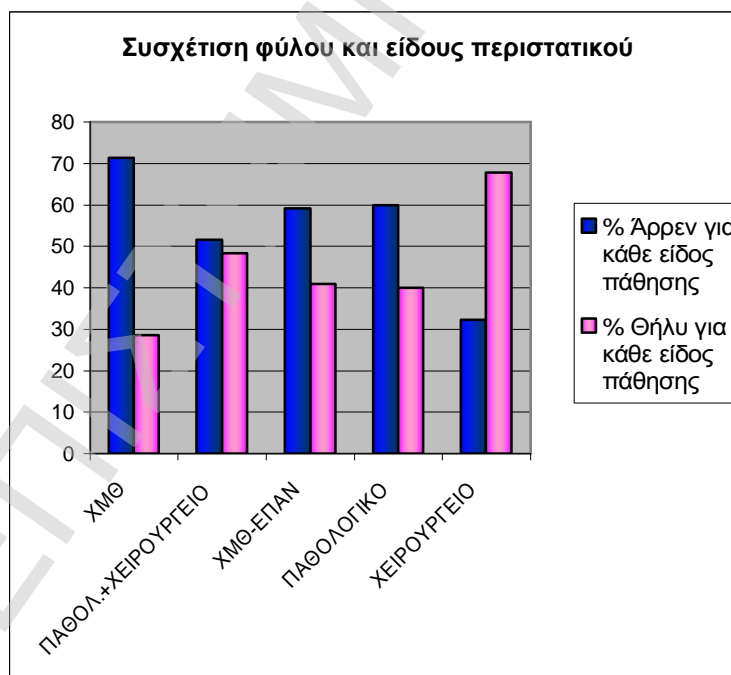
Στην Ελλάδα, δυστυχώς ο προληπτικός έλεγχος δε συνηθίζεται να καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες, γιατί δεν έχουν υπολογιστεί στον καθορισμό των ασφαλιστρών που πληρώνουν οι ασφαλισμένοι, καθώς και γιατί το κόστος τους θεωρείται αρκετά επιβαρυντικό για τα ετήσια κέρδη - αποτελέσματα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Μερικά μόνο ασφαλιστικά προγράμματα εμπεριέχουν στις παροχές τους την κάλυψη ενός ετήσιου check-up και αυτό έχει σαν συνέπεια τα ασφάλιστρα τους να είναι υψηλότερα σε σχέση με τα κοινά συμβόλαια. Η ακριβώς αντίθετη τακτική ακολουθείται σε πολλές αναπτυγμένες χώρες της Ευρώπης και ο λόγος που γίνεται αυτό έχει διττή πλευρά – κοινωνική και κερδοσκοπική. Πιο συγκεκριμένα, ο ασφαλιστής στο εξωτερικό έχει συνειδητοποιήσει ότι ο προληπτικός έλεγχος όχι μόνο προάγει το κοινό καλό και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων με το να διαγιγνώσκονται οι παθήσεις στην αρχή της γένεσής τους και να αντιμετωπίζονται αποτελεσματικότερα, αλλά μειώνεται και το ύψος των αποζημιώσεων για εκείνον. Η θεραπεία μίας ασθένειας στην αρχή της γέννησής της είναι λιγότερο εκτενής και δαπανηρή από ό,τι θα γινόταν σε προχωρημένο στάδιο της.

Είδος περιστατικού	% Άρρεν & Θήλυ στο σύνολο του δείγματος	% Άρρεν για κάθε είδος πάθησης	% Θήλυ για κάθε είδος πάθησης
ΧΜΘ	1,0845	71,42857	28,57143
ΠΑΘΟΛ.+ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	1,5187	51,6129	48,3871
ΧΜΘ-ΕΠΑΝ	6,7245	59,05172	40,94828
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	40,347	60	40
ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ	50,3253	32,25806	67,74194

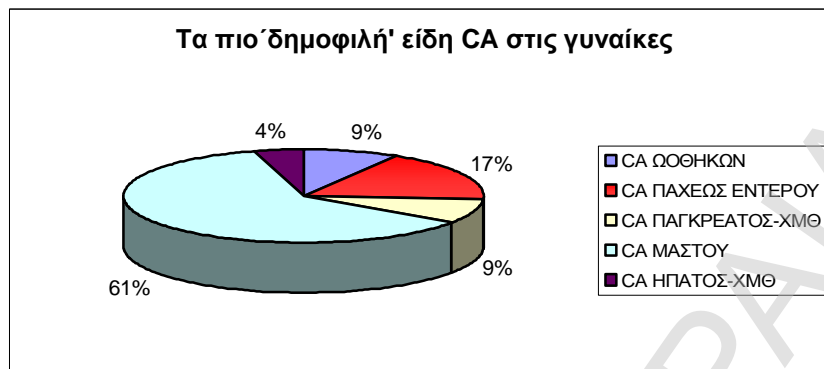
Πίνακας 5.5 Το είδος του περιστατικού στο δείγμα



Διάγραμμα 5.5.1 Το είδος του περιστατικού στο σύνολο του δείγματος



Διάγραμμα 5.5.2 Συσχέτιση του είδους του περιστατικού και φύλου



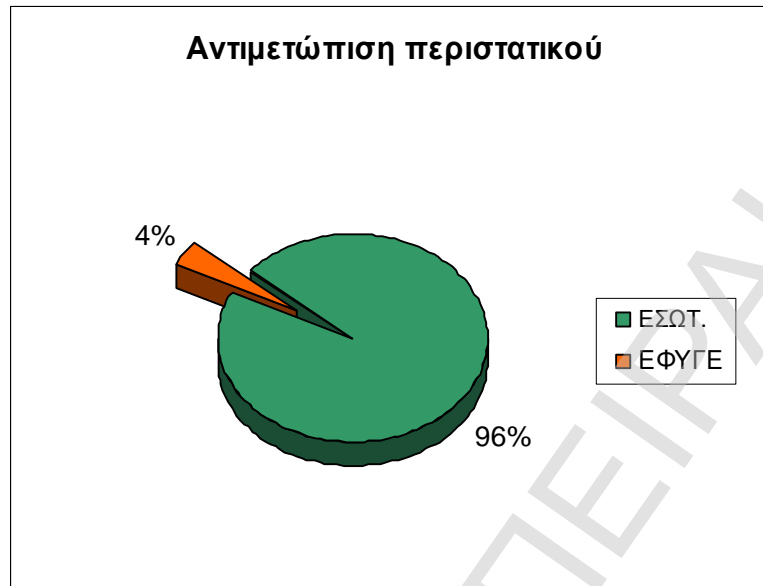
Διάγραμμα 5.5.3 Είδη CA στις γυναίκες

Σημείωση : Οι εισαγωγές για την ασθένεια του καρκίνου είναι 9% του συνόλου. Από αυτές το 7,809% αφορά χημειοθεραπείες επαναλαμβανόμενες και μη, ενώ στο υπόλοιπο ποσοστό έχουν γίνει χειρουργικές επεμβάσεις.

5.6 Έγκριση εισαγωγών για τη θεραπευτική αντιμετώπιση των περιστατικών

Όπως αναλύσαμε προηγουμένως, τα ασφαλιστήρια προγράμματα υγείας στο μεγαλύτερο ποσοστό τους καλύπτουν τα έξοδα νοσηλείας του ασφαλισμένου συνεπεία ασθένειας ή ατυχήματος. Ο όρος νοσηλεία χρησιμοποιείται μη περιοριστικά και μπορεί να περιλαμβάνει και έξοδα εξωνοσοκομειακών διαγνωστικών εξετάσεων (προεγχειρητικά).

Στο διάγραμμα 5.6, φαίνεται ότι το 96% των ασφαλισμένων που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου παρέμεινε σε αυτό για θεραπεία. Το ποσοστό 4% του δείγματος δεν περιλαμβάνει μόνο όσους δεν έχρηζαν νοσηλείας κατά την κρίση του ιατρικού προσωπικού. Η εμπειρία έχει δείξει ότι συχνά αν μετά την αναγγελία του περιστατικού ο ασφαλιστής αρνηθεί να καλύψει τα έξοδα (βάσει των όρων της ασφαλιστικής σύμβασης), ο ασφαλισμένος επιλέγει να μη νοσηλευθεί σε ιδιωτική κλινική είτε γιατί δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στα έξοδα της νοσηλείας του, είτε γιατί επρόκειτο για περίπτωση αντεπιλογής και η προσδοκώμενη από εκείνον νοσηλεία δεν αποτελούσε επιτακτική ανάγκη.



Διάγραμμα 5.6 Αντιμετώπιση του περιστατικού

5.7 Συμμετοχή κοινωνικής ασφάλισης στις δαπάνες

Τα περισσότερα ασφαλιστήρια νοσοκομειακής περίθαλψης προβλέπουν ότι ο ασφαλισμένος εφόσον μετέχει σε φορέα κοινωνικής ασφάλισης έχει το δικαίωμα κατά τη νοσηλεία του να προσκομίσει το βιβλιάριο ασφάλισης του ταμείου του στο νοσοκομείο, ώστε στα έξοδα της νοσηλείας να μετέχει και το ταμείο του. Στην περίπτωση αυτή, η ασφαλιστική εταιρεία καλύπτει μερικά ή ολικά τη διαφορά που προκύπτει αν από τα συνολικά νοσήλια αφαιρεθεί η συμμετοχή του ταμείου. Σε καμία περίπτωση, η αποζημίωση που θα λάβει ο ασφαλισμένος δε μπορεί να ξεπερνά το κόστος νοσηλείας (Αρχή της Αποζημίωσης). Οι ασφαλιστικές εταιρείες με αυτό τον τρόπο μειώνουν το κόστος της αποζημίωσης, ενώ για 'μικρές' ζημιές γλιτώνουν και τα διαχειριστικά έξοδα. Έτσι, στην πράξη, οι εταιρείες με ερώτηση που θέτουν στο έντυπο αίτησης ασφάλισης περί συμμετοχής στην κοινωνική ασφάλιση προτρέπουν τους ασφαλισμένους να κάνουν χρήση του ταμείου τους τόσο κατά τη σύναψη του συμβολαίου όσο και κατά τον διακανονισμό των ζημιών. Στο διάγραμμα 5.7, φαίνεται

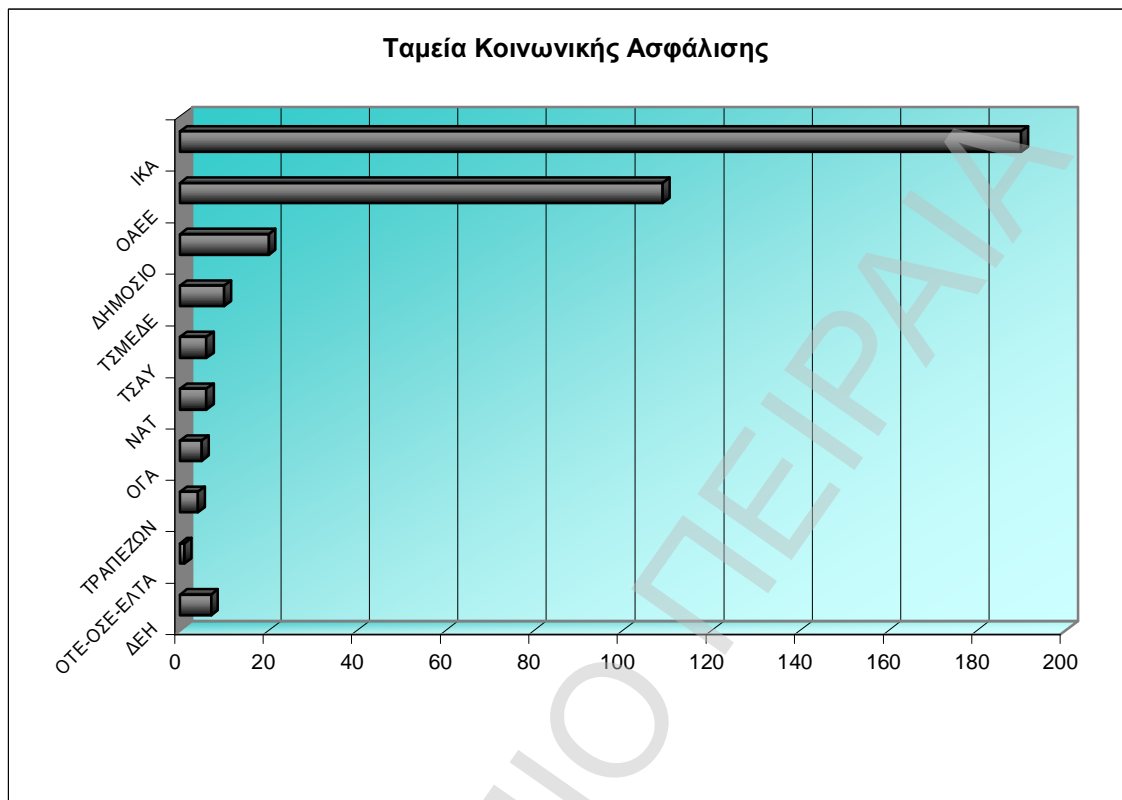
ότι κατά την αναγγελία των εισαγωγών των ασφαλισμένων στο νοσοκομείο, το 78 % ανέφερε ότι έχει ταμείο κοινωνικής ασφάλισης. Όμως, από το σύνολο αυτού του ποσοστού, μόνο το 69% έκανε χρήση των δικαιωμάτων του που απορρέουν από την κοινωνική ασφάλιση (διάγραμμα 5.7.1). Δηλαδή το 31% όσων έχουν κοινωνική ασφάλιση δεν ενημερώνει το ταμείο του για να συμμετέχει στα έξοδα και αυτό έχει ως συνέπεια όλο το βάρος της αποζημίωσης να μετακυλύετε στην ιδιωτική ασφάλιση. Στο διάγραμμα 5.7.2, παρουσιάζονται τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης που είναι εγγεγραμμένοι οι ασθενείς. Οι μισοί περίπου εξ αυτών ανήκουν στο ΙΚΑ (53%) και ακολουθούν το ΟΑΕΕ (30%), το Δημόσιο (6%), το ΤΣΜΕΔΕ (3%), το ΤΣΑΥ (2%), το ΝΑΤ (2%), η ΔΕΗ (2%), ο ΟΓΑ (1%), το ταμείο Τραπεζών (1%). Όπως βλέπουμε, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων που επιλέγουν να "αγοράσουν" επιπλέον ασφάλιση από τον ιδιωτικό τομέα είναι εκείνοι του ΙΚΑ, διότι οι ιατρικές παροχές που προσφέρονται από το ταμείο τους δεν επαρκούν ούτε ποσοτικά, ούτε ποιοτικά. Για παράδειγμα, ένας ασφαλισμένος του ΙΚΑ για μία επίσκεψη σε ένα παθολόγο, θα πρέπει να επισκεφτεί τα ιατρεία του ΙΚΑ και να πάρει σειρά προτεραιότητας και, στο τέλος, να καταφέρει να εξεταστεί από το γιατρό. Η κατάσταση δυσχεραίνει όταν ζητηθούν ιατρικές υπηρεσίες από πιο εξειδικευμένους ιατρούς, οι οποίοι δεν επαρκούν για να εξυπηρετήσουν όλο το πλήθος των ασφαλισμένων. Σε αντίθεση, ένας ασφαλισμένος του Δημοσίου μπορεί να επισκεφτεί οποιοδήποτε ιδιωτικό ιατρείο επιθυμεί και να μην επιβαρυνθεί με κανένα έξοδο, αρκεί βέβαια να υπάρχει σύμβαση – συνεργασία του ιατρού με το ταμείο.



Διάγραμμα 5.7 Δήλωση κοινωνικής ασφάλισης



Διάγραμμα 5.7.1 Χρήση βιβλιαρίου κοινωνικής ασφάλισης

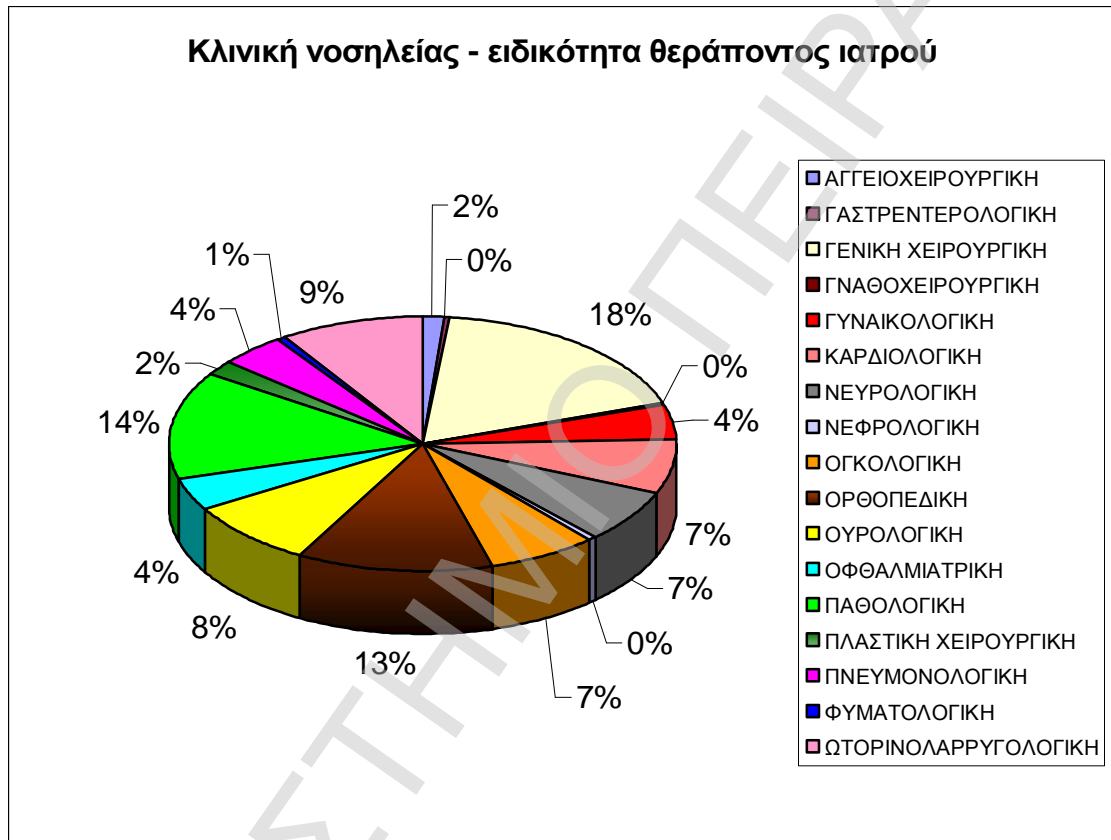


Διάγραμμα 5.7.2 Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης

5.8 : Κλινική νοσηλείας

Στο διάγραμμα 5.8, παρουσιάζονται τα ποσοστά των κλινικών νοσηλείας στις οποίες αντιμετωπίζονται οι βαρύτερες αιτίες κάθε περιστατικού. Οι κλινικές νοσηλείας κατηγοριοποιούνται σε 17 ειδικότητες και παρατηρούμε ότι η Γενική Χειρουργική (18%) είναι εκείνη με τη μεγαλύτερη ζήτηση, όπου οι γιατροί αντιμετωπίζουν περιστατικά όπως βουβωνοκήλη, λαπαροσκόπηση, εξαγωγή μορφώματος τραχήλου, όγκος μαστού, νοσηρή παχυσαρκία κ.α. Στη συνέχεια, ακολουθούν η Παθολογική κλινική νοσηλείας (14%), η Ορθοπαιδική κλινική νοσηλείας (13%), η Ωτορινολαρυγγολογική κλινική νοσηλείας (9%), η Ουρολογική κλινική νοσηλείας (8%), η Καρδιολογική κλινική νοσηλείας (7%), η Νευρολογική κλινική νοσηλείας (7%) και η Ογκολογική κλινική νοσηλείας (7%). Οι κλινικές νοσηλείας με τα

χαμηλότερα ποσοστά είναι η Γναθοχειρουργική (2%), η Νεφρολογική (1%), η Φυματιολογική (1%), η Οφθαλμολογική (4%), η Πλαστική Χειρουργική (2%), η Αγγειοχειρουργική (2%), η Γυναικολογική (4%), η Γαστρεντερολογική (0%) και η Πνευμονολογική(4%).



Διάγραμμα 5.8 Κλινική νοσηλείας

5.9 Έγκριση από την ασφαλιστική εταιρεία

Από το υπό ανάλυση δείγμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασφαλισμένων – ασθενών (78%) πήρε έγκριση κάλυψης από την ασφαλιστική εταιρεία για τη νοσηλεία του και αυτό γιατί πληρούντο νόμιμα και ρητά όλοι οι όροι των συμβολαίων (διάγραμμα 5.9).

Ωστόσο, όλα τα ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας έχουν εξαιρέσεις και περιορισμούς στις καλύψεις, που προσφέρουν. Οι συνήθεις εξαιρέσεις περιλαμβάνουν πόλεμο,

τρομοκρατία, ραδιενέργεια, αυτοτραυματισμούς, εξάρτηση από τα ναρκωτικά και αλκοόλ, AIDS, επεμβάσεις αισθητικής, οδοντιατρικές και οφθαλμολογικές δαπάνες. Επίσης, εξαιρούνται νοητικές ασθένειες, που δεν έχουν οργανική βάση. Οι προϋπάρχουσες ασθένειες, δηλαδή οι ασθένειες που εκδηλώθηκαν πριν από τη σύναψη του συμβολαίου και ο ασφαλισμένος είχε γνώση αυτών αποτελούν εξαίρεση κάλυψης για τα ατομικά συμβόλαια. Με αυτό τον τρόπο, αποφεύγεται η αντεπιλογή και ο δόλος. Παρ'όλα αυτά, μετά την πάροδο δύο ετών από την έναρξη της σύμβασης, η τελευταία αναφερθείσα εξαίρεση παύει να έχει ισχύ. Σε περίπτωση που κάτι από τα παραπάνω ισχύει, ο ασφαλιστής θα αρνηθεί να καταβάλει αποζημίωση στον ασφαλισμένο. Όπως παρατηρείται και στο δείγμα, στο 7 % των περιπτώσεων δεν εγκρίθηκε η κάλυψη της νοσηλείας.

Πρακτικά, συμβαίνει για λόγους ηθικής, διαφήμισης ή και πολιτικής marketing, οι εταιρείες σε αμφιλεγόμενες περιπτώσεις να εγκρίνουν μερικώς την αποζημίωση (15%).



Διάγραμμα 5.9 Έγκριση κάλυψης από την ασφαλιστική εταιρεία

5.10 Επιλογή κλίνης

Είναι αναμενόμενο ότι όταν τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα με προβλήματα υγείας – και μάλιστα σοβαρά -, πασχίζουν να εξασφαλίσουν τις βέλτιστες ιατρικές υπηρεσίες. Έτσι, οι ασθενείς επιλέγουν το κατάλληλο νοσοκομείο, ιατρό παρακολούθησης, κλίνη, κ.α. σύμφωνα με αυτό που επιθυμούν και κατά κύριο λόγο σύμφωνα με αυτό που τους επιτρέπει η οικονομική τους κατάσταση. Η αλήθεια είναι ότι και στις υπηρεσίες υγείας, καθ'όλα ισχύουν οι νόμοι της αγοράς. Αντί της αρχής 'έκαστος δικαιούται και απολαμβάνει ό,τι του χρειάζεται με βάση τις ανάγκες της υγείας του', ισχύει ο κανόνας 'έκαστος αγοράζει και καταναλώνει ότι μπορεί με βάση το διαθέσιμο εισόδημα του' (βλ. τη διακύμανση των τιμών των κλινών στο Παράρτημα 1) . Η ιδιωτική ασφάλιση έρχεται να εξαλείψει αυτή την ανισότητα που υπάρχει ανάμεσα στα κοινωνικά στρώματα και να παράσχει ίσες ευκαιρίες στον τομέα της υγείας για όλους ανεξαρτήτως οικονομικών αποδοχών.

Πιο συγκεκριμένα, η κλίνη στην οποία θα νοσηλευθεί ένα άτομο παίζει θεωρητικά αρκετά σημαντικό ρόλο στην ίαση της ασθένειας του, διότι αντιπροσωπεύει την ποιότητα των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών, την άνεση – διευκόλυνση, την 'απομόνωση' ή όχι από τους υπόλοιπους ασθενείς κ.α. Το ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα από το οποίο αντλήθηκαν τα στοιχεία διαθέτει 303 κλίνες κλινικών, 25 χειρουργεία, 38 κλίνες μονάδων εντατικής θεραπείας, 24 κλίνες μονάδων τεχνητού νεφρού και 78 κλίνες νοσηλείας μίας ημέρας. Ενώ θα ανέμενε κανείς στην πρώτη ζήτηση των θέσεων νοσηλείας να προπορευόνται τα τρίκλινα ή και τετράκλινα δωμάτια, το διάγραμμα 5.10 έρχεται να το διαψεύσει. Όπως παρατηρείται , οι ασφαλισμένοι προτιμούν την παραμονή τους σε μονόκλινο (30%) και δίκλινο (34,56%) δωμάτιο από ό,τι σε ένα τρίκλινο (6,08%) (βλ. πίνακα 5.10) και αυτό γιατί κατά βάση επιδιώκουν να αποφύγουν την πολυκοσμία κατά την ώρα του επισκεπτηρίου, καθώς και να μειώσουν την

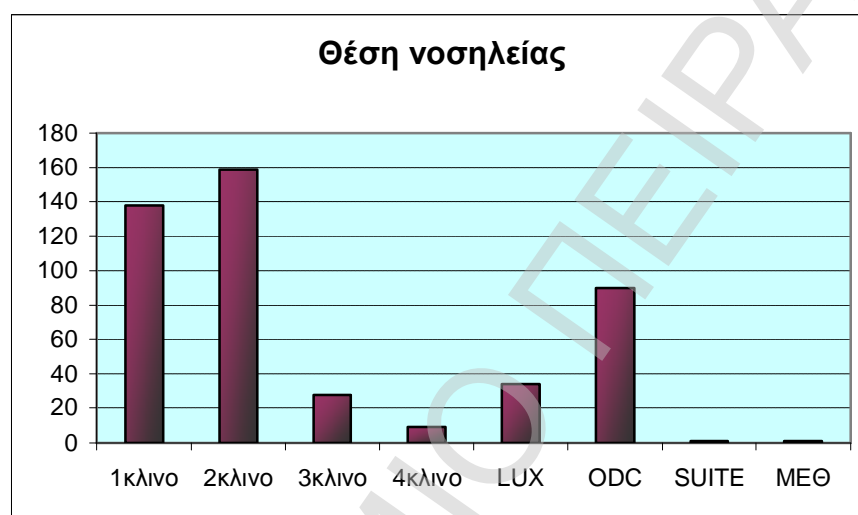
πιθανότητα να μολυνθούν από μικρόβια και ιούς διπλανών τους ασθενών (διάγραμμα 6.8, πίνακας 6.8). Αυτού του είδους η συμπεριφορά υιοθετείται πιο εύκολα από ασθενείς, οι οποίοι έχουν συνάψει ατομικό ασφαλιστήριο υγείας και ανεξαρτήτως εισοδήματος τους δίνεται η δυνατότητα να επιλέξουν ακριβές κλίνες. Το συμβόλαιο ορίζει το ανώτατο ποσό που θα καλύψει ο ασφαλιστής για τη χρήση 'Δωματίου και Τροφής' και το υπόλοιπο επιβαρύνει τον ασφαλισμένο.

Από το σύνολο του δείγματος, ένα πολύ χαμηλό ποσοστό (0,21%) επιλέγει να νοσηλευτεί σε κλίνη – σουίτα (SUITE) και αυτό γιατί το κόστος είναι πολύ μεγάλο και συνήθως δεν προβλέπεται από τις ασφαλιστικές συμβάσεις.

Η διεθνής τάση για εξασφάλιση άριστης περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος στρέφεται στην πιο ορθολογική χρήση της υπάρχουσας νοσοκομειακής υποδομής, στην αποφυγή άσκοπων εισαγωγών, στον περιορισμό της αδικαιολόγητης παράτασης χρόνου νοσηλείας και των μη απόλυτα αναγκαίων ιατρικών πράξεων (ιδιαίτερα των παρακλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων). Κάτω από αυτό το πρίσμα, αναπτύχθηκε ο θεσμός της Νοσηλείας Μίας Ημέρας (One Day Clinic, ODC). Αυτός ο θεσμός δημιουργήθηκε αρχικά για τις ανάγκες ορισμένων τομέων της ιατρικής, όπως η Ψυχιατρική, όμως σιγά σιγά επεκτάθηκε και σε άλλους τομείς, όπως η Αιματολογία, η Ογκολογία, η Μαιευτική-Γυναικολογία, η Ενδοκρινολογία, η Παιδιατρική κ.τ.λ.

Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της εναλλακτικής μορφής περίθαλψης είναι ο εκ των προτέρων προγραμματισμός των εξετάσεων και των θεραπευτικών και χειρουργικών επεμβάσεων, ο οποίος επιτρέπει τη συγκέντρωση των δραστηριοτήτων του Νοσοκομείου Ημέρας στο χρονικό πλαίσιο μιας εργάσιμης ημέρας. Για την επιλογή κλίνης ODC, οι ασθενείς χρειάζεται να έχουν ιδιαίτερη προσοχή και απαραίτητα κριτήρια θεωρούνται η αυτονομία του ασθενή, ο μη επείγων χαρακτήρας του πε-

ριστατικού, η κατοχύρωση της ασφάλειας του ασθενή και η ευκολία της χειρουργικής επέμβασης.



Διάγραμμα 5.10 Θέση νοσηλείας

Θέση νοσηλείας	Ποσοστό %
1κλινο	30
2κλινο	34,56
3κλινο	6,08
4κλινο	2
LUX	7,39
ODC	19,55
SUITE	0,21
MEΘ	0,21
ΣΥΝΟΛΟ	100

Πίνακας 5.10 Θέση νοσηλείας

5.11 : Ημέρες νοσηλείας

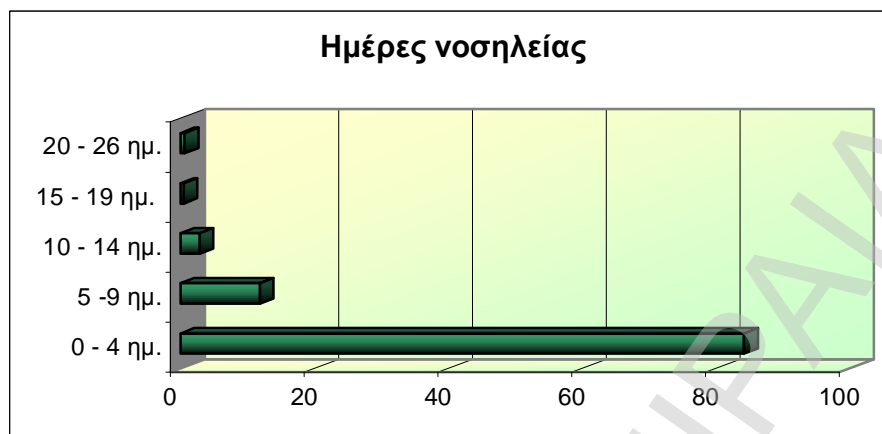
Οι πεντακόσιες παρατηρήσεις του δείγματος (N=500) έχουν ως μέσο όρο ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο 2,508772 ημέρες. Το ελάχιστο (minimum) που μπορεί να παραμένει ο ασθενής στην κλινική είναι κάποιες ώρες ή μηδέν (0) ημέρες, ενώ το μέγιστο (maximum) μπορεί να είναι είκοσι έξι (26) ημέρες. Στο διάγραμμα 5.11, οι παρατηρήσεις του δείγματος κατατάχθηκαν σε πέντε τάξεις (εύρος = 5) ανάλογα με το χρονικό διάστημα νοσηλείας κάθε περιστατικού και παρατηρείται ότι η συντριπτική πλειοψηφία (84%) των παρατηρήσεων νοσηλεύτηκε από 0 έως 4 ημέρες. Το 12 % των ασφαλισμένων νοσηλεύτηκαν από 5 έως 9 ημέρες, το 3% από 10 έως 14 ημέρες, το 0,438% από 15 έως 19 ημέρες και, τέλος το 0,657% νοσηλεύτηκε από 20 έως 26 ημέρες. Γενικό συμπέρασμα της παραπάνω ανάλυσης είναι ότι ελάχιστοι - εν συγκρίσει με το σύνολο - είναι εκείνοι οι ασθενείς που πραγματοποιούν μακροχρόνια νοσηλεία στο νοσοκομείο.

Στο συγκεκριμένο δείγμα, στο ποσοστό του 1,095% (0,438% + 0,657%), όπου και κρίνεται αναγκαία η πολυήμερη παραμονή στο νοσοκομείο περιέχονται παθήσεις, όπως ο καρκίνος του παγκρέατος, το κοιλιακό άλγος – κολικός των χοληφόρων, ο καρκίνος του παχέως εντέρου, ίκτερος και ειλεός. Σε αυτό το σημείο, θα πρέπει να αναφερθεί ότι όταν οι ασφαλιστικές εταιρείες μεσολαβούν στα έξοδα απ'ευθείας, δηλαδή με το να αποστείλουν εγγυητική επιστολή προς το νοσοκομείο τη στιγμή της αναγγελίας της εισαγωγής, το ανώτατο ορισμένο χρονικό διάστημα που μπορεί να καλύψει ο ασφαλιστής είναι συνήθως οι δέκα ημέρες. Στη περίπτωση που η παραμονή στην κλινική συνίσταται να είναι περισσότερες από δέκα ημέρες λόγω της σοβαρότητας της ασθένειας, τότε ο ασφαλιστής στέλνει συμπληρωματική επιστολή, εφόσον πρώτα βεβαιωθεί με αναλυτικές γνωματεύσεις ιατρών για την κρισιμότητα της κατάστασεως του ασθενούς. Η διαδικασία της επανεξέτασης ουσιαστικά προφυλάσσει την

ασφαλιστική εταιρεία από την πιθανότητα εκμετάλλευσης των ασφαλισμένων της από το νοσοκομείο για αύξηση των εσόδων του.

Όπως προαναφέρθηκε, το 84% των νοσηλείων είχαν διάρκεια από μηδέν έως τέσσερις ημέρες. Μερικές από τις αιτίες εισαγωγής που απαντώνται εδώ είναι ο καταρράκτης οφθαλμού, τακτικές χημειοθεραπείες, είσφυση όνυχος, κύστη τριχωτού, φίμωση ουρήθρας, χολοκυστεκτομή, αμυγδαλεκτομή, ρήξη έσω μηνίσκου, απώλεια συνείδησης, νοσογόνος παχυσαρκία, ινομύωμα μήτρας, εμπύρετο, βουβωνοκήλη, έμφραγμα μυοκαρδίου, κ.α.

Η μέση διάρκεια νοσηλείας των ασφαλισμένων στα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια είναι περίπου 2,5 ημέρες, ενώ η αντίστοιχη τιμή των ομαδικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων ανέρχεται σε 3,4 ημέρες (πίνακας 5.11). Η απόκλιση αυτή της μίας ημέρας ανάμεσα στις νοσηλείες των ασφαλισμένων των δύο ειδών συμβάσεων οφείλεται κατά κύριο λόγο σε έναν πολύ σημαντικό παράγοντα για την ασφαλιστική επιστήμη : το underwriting. Η ατομική ασφάλιση υγείας είναι μία συμφωνία με την οποία δίδεται κάλυψη με την έκδοση συμβολαίου σε ένα συγκεκριμένο πρόσωπο (και ορισμένες φορές και σε άτομα της οικογένειας του). Προκειμένου να εκδοθεί το ασφαλιστήριο, ο ασφαλιζόμενος θα πρέπει να προσφέρει αποδείξεις ασφαλισιμότητας για την υγεία του, έτσι ώστε να αξιολογηθούν από τον τομέα της Ανάλυσης της ασφαλιστικής εταιρείας. Σε αντίθεση, στην ομαδική ασφάλιση υγείας ο έλεγχος της ασφαλισιμότητας (underwriting) δεν απαιτείται για τη σύναψη ενός ομαδικού συμβολαίου και έτσι οι προϋπάρχουσες παθήσεις εκτός κάποιων εξαιρέσεων (π.χ. ψυχολογικά νοσήματα, συγγενείς παθήσεις, κ.α.) καλύπτονται. Το αποτελεσματικό underwriting, συνεπώς, συντελεί στο να μειωθεί το ύψος των ζημιών της ασφαλιστικής εταιρείας και αυξηθούν τα κέρδη της.



Διάγραμμα 5.11 Ημέρες νοσηλείας - Ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια

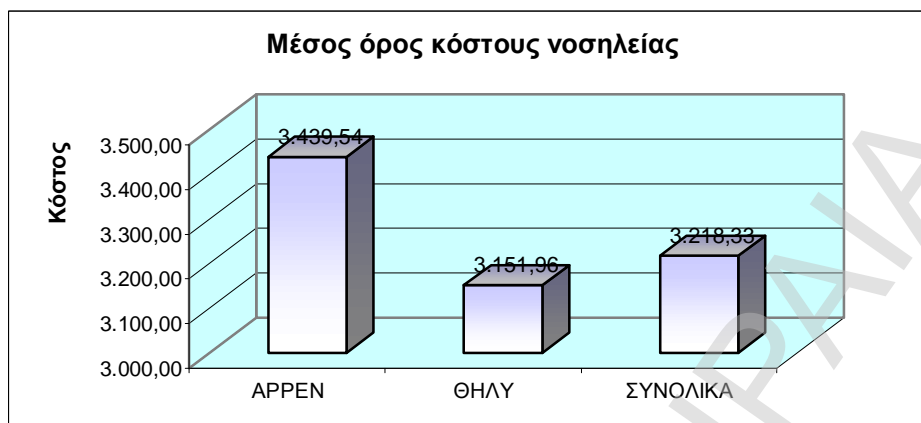
Ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια	
Γενικό σύνολο ασθενών	173
Παθολογικά	103
Χειρουργικά	70
Μέση διάρκεια νοσηλείας (με/χωρίς ODC)	3,4

Πίνακας 5.11 Ημέρες νοσηλείας - Ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια

5.12 :Κόστος νοσηλείας

Τα επίπεδα του κόστους νοσηλείας που καλείται να καλύψει η ασφαλιστική εταιρεία κυμαίνονται από € 213,12 έως € 44.265,26, ενώ το μέσος κόστος νοσηλείας ανά ασφαλισμένο ανέρχεται σε €3.218,331 για το σύνολο του δείγματος (διάγραμμα 5.12).

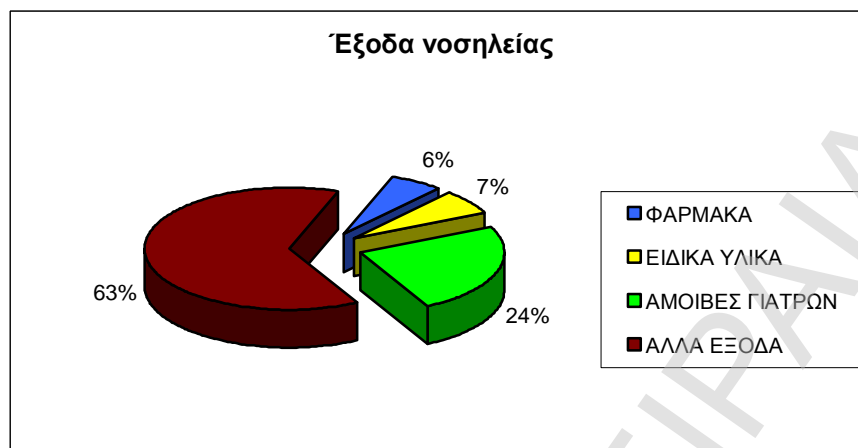
Η διαφορά μεταξύ των τιμών των μέσων όρων των δύο φύλων δεν κρίνεται ιδιαίτερα μεγάλη (€ 287,58). Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος όρος των εξόδων νοσηλείας που πραγματοποιούν οι άντρες είναι €3.439,54, ενώ η αντίστοιχη τιμή για τις γυναίκες είναι €3.151,96.



Διάγραμμα 5.12 Μέσος όρος κόστους νοσηλείας

Σημείωση : Η ασφαλιστική επιχείρηση κάλυψε τις δαπάνες σε ποσοστό 87% του συνόλου.

Στο διάγραμμα 5.12.1, παρουσιάζονται τα ποσοστά των φαρμάκων, των ειδικών υλικών, των αμοιβών των ιατρών και των άλλων εξόδων επί του συνόλου του κόστους νοσηλείας των ασφαλισμένων. Αναλυτικότερα, οι δαπάνες για την κάλυψη φαρμάκων και ειδικών φαρμάκων κυμαίνονται περίπου στα ίδια επίπεδα (6% και 7% αντίστοιχα). Η ειδοποιός διαφορά μεταξύ των δύο ειδών εξόδων είναι ότι η χρήση των φαρμάκων είναι απαραίτητη σχεδόν σε όλο το πλήθος των νοσηλειών, ενώ τα ειδικά υλικά χρησιμοποιούνται πιο σπάνια σε ιατρικά περιστατικά όπως τον όγκο θυρεοειδούς, άλγος υποχονδρίου, καταρράκτη οφθαλμών, ρήξη μηνίσκου γόνατος, κατάγματα, βουβωνοκήλη, κ.α. Παρ' όλο που η συχνότητα χρήσης των ειδικών υλικών είναι κατά πολύ μικρότερη από εκείνη των φαρμάκων, το κόστος τους είναι σχεδόν ισόποσο με εκείνο των φαρμάκων λόγω του υψηλού τους κόστους. Στο συγκεκριμένο παράδειγμα, τα ειδικά υλικά χρησιμοποιήθηκαν σε ποσοστό μόνο 13,23 % στο σύνολο των νοσηλειών.

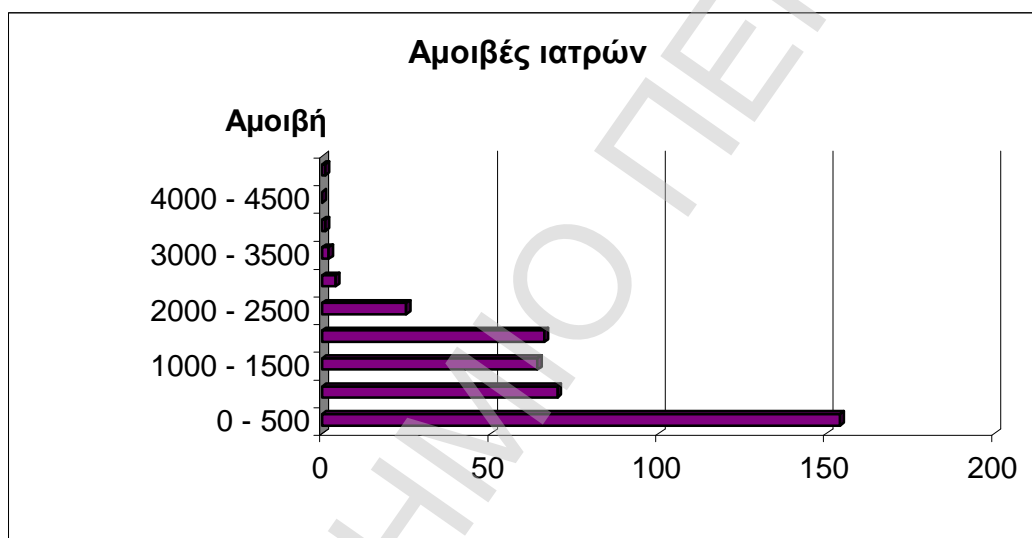


Διάγραμμα 5.12.1 Έξοδα νοσηλείας

5.12.1 Αμοιβές ιατρών

Όσον αφορά τις αμοιβές των ιατρών (διάγραμμα 5.12.2), παρατηρούμε ότι καλύπτουν σχεδόν το $\frac{1}{4}$ της συνολικής δαπάνης όλων των νοσηλείων (24%) και το ποσοστό αυτό κρίνεται αρκετά υψηλό. Θα ήταν σκόπιμο να επισημάνουμε ότι η συνήθης πρακτική των ασφαλιστικών εταιρειών είναι να συνάπτουν σύμβαση συνεργασίας με νοσηλευτικά ιδρύματα σύμφωνα με την οποία ορίζονται κάποια ανώτατα όρια κόστους νοσηλείας και εκπτώσεις στα τιμολόγια νοσηλείας. Βάσει αυτών των συμβάσεων συνηθίζεται να ορίζονται και τα ανώτατα όρια της αμοιβής των ιατρών ανάλογα με το είδος της επέμβασης και της πάθησης. Για παράδειγμα, όταν ένας ασφαλισμένος ύστερα από ατύχημα εισαχθεί στο νοσοκομείο για να υποβληθεί σε τοποθέτηση λαμών στο μηρό του και δηλώσει στο νοσοκομείο ότι είναι κάτοχος ασφαλιστηρίου συμβολαίου μιας συγκεκριμένης ασφαλιστικής εταιρείας, τότε η τιμολόγηση των δαπανών γίνεται ύστερα από την επιβολή κάποιων ειδικών εκπτώσεων στα περισσότερα είδη των εξόδων και η αμοιβή του χειρουργού δεν επιτρέπεται να ξεπεράσει κάποιο συγκεκριμένο πλαφόν. Με αυτό τον τρόπο, από τη μία πλευρά

μειώνεται το ύψος των καταβληθέντων αποζημιώσεων από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις, αλλά και από την άλλη προσελκύονται όλο και περισσότεροι πελάτες – ασθενείς στις ιδιωτικές κλινικές. Πολλοί υποστηρίζουν ότι οι τελευταίες δεν θα ήταν βιώσιμες σαν επιχειρήσεις χωρίς τη συμβολή των ασφαλιστικών.



Διάγραμμα 5.12.2 Αμοιβές ιατρών

Αμοιβές ιατρών σε τάξεις	Ποσοστά %
1 = [0, 500)	39,79
2 = [500 , 1.000)	18,08
3 = [1.000 , 1.500)	16,53
4 = [1.000 , 2.000)	17,05
5 = [2.000 , 2.500)	6,4
6 = [2.500 , 3.000)	1
7 = [3.500 , 3.500)	0,5
8 = [3.500, 4.000)	0,2
9 = [4.000 , 4.500)	0,25
10 = [4.500 , 5.000)	0,2

Πίνακας 5.12 Τάξεις αμοιβών ιατρών

Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις παρατηρείται να μην ακολουθούνται πλήρως οι συμβάσεις μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και των ιδιωτικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Ο πίνακας 5.12.1 παρουσιάζει κάποιες επεμβάσεις για τις οποίες έχει συμφωνηθεί οι ιατροί να λαμβάνουν συγκεκριμένες αμοιβές. Παρ'όλα αυτά, κατά καιρούς παρουσιάζονται κρούσματα, όπου οι ιατροί ζητούν υψηλότερες αμοιβές από τις προκαθορισμένες. Πολλές φορές περιπτώσεις, οι αμοιβές των χειρουργών είναι πολλαπλάσιες των ποσών που καλύπτουν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

ΑΜΟΙΒΕΣ ΙΑΤΡΩΝ		
Επεμβάσεις	Σεπτ. 2006	'Πλαφόν' ΕΑΕΕ
Ινομύματα	< 4.500 €	1.200 €
Θυροειδής	< 3.000 €	1.530 €
Σκωλικοειδεκτομή	< 2.500 €	1.200 €
Λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή	< 4.000 €	1.170 €
Κιρσοί (ένα πόδι)	< 3.500 €	1.200 €

Πίνακας 5.12.1 ΕΑΕΕ & Αμοιβές ιατρών
Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος

5.12.2 Η έκταση του φαινομένου των 'πρόσθετων αμοιβών' των ιατρών

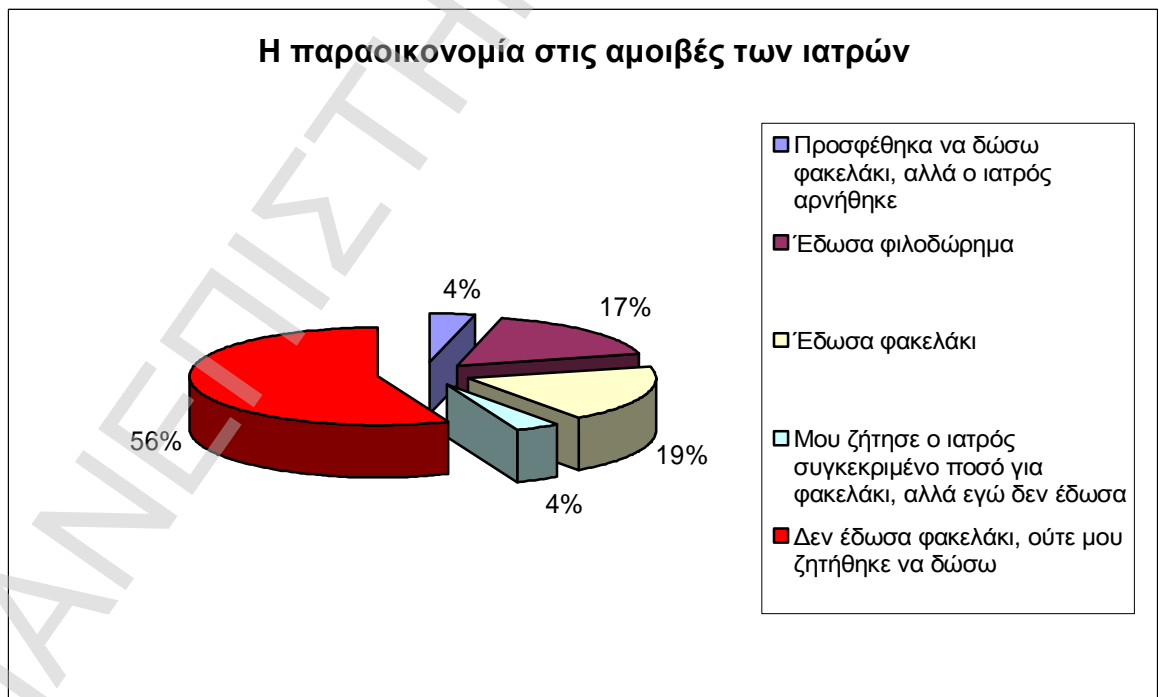
Η έρευνα που ακολουθεί έχει διεξαχθεί από το Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών σε πανελλήνιο επίπεδο κατά το έτος 2006 και δείχνει το μέγεθος της παραοικονομίας που συναντάται στον τομέα της Υγείας. Μία Ολυμπιάδα (7 δις ευρώ) ξοδεύει ο Έλληνας σε ιδιωτική βάση κάθε χρόνο για υπηρεσίες υγείας. Η συνολική παραοικονομία στον υγειονομικό τομέα είναι 1793,3 εκατ. ευρώ, το οποίο αντιστοιχεί στο 26 – 29% των πληρωμών των χρηστών και στο 12% - 13,5% της συνολικής δαπάνης υγείας. Από το παραπάνω ποσό:

- 194,5 εκατ. ευρώ «φακελάκι» δηλ.11% της συνολικής παραοικονομίας του υγειονομικούτομέα

• 1598,8 εκατ. ευρώ σε πληρωμές για αμοιβές χωρίς απόδειξη στον ιδιωτικό τομέα
Συνεπώς, πολύ σημαντικότερη από το «φακελλάκι» είναι η καταβολή αμοιβών χωρίς απόδειξη. Τα διαφυγόντα φορολογικά έσοδα για το κράτος είναι 628 εκατ. ευρώ (με φορολογικό συντελεστή 35%).

Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 5.12.3 το 36% των νοσηλευθέντων σε δημόσια νοσοκομεία (336) δήλωσαν τουλάχιστον μία άτυπη πληρωμή προς γιατρούς, η οποία σε κάποιες περιπτώσεις χαρακτηρίστηκε ως «φακελάκι» (66 άτομα) και σε άλλες ως φιλοδώρημα (56 άτομα). Αξιοσημείωτος είναι ο χαμηλός βαθμός αντίστασης τόσο των γιατρών όσο και των ιδίων των ασθενών προς αυτές τις συναλλαγές.

Συγκεκριμένα, μόλις το 4% των γιατρών αρνήθηκε να λάβει προσφερόμενη άτυπη αμοιβή από τους ασθενείς και επίσης μόνο το 4% των ασθενών αρνήθηκε να δώσει κάποια πρόσθετη αμοιβή σε γιατρούς όταν αυτοί άμεσα τη ζήτησαν.



Διάγραμμα 5.12.3 Η παραοικονομία στις αμοιβές των ιατρών

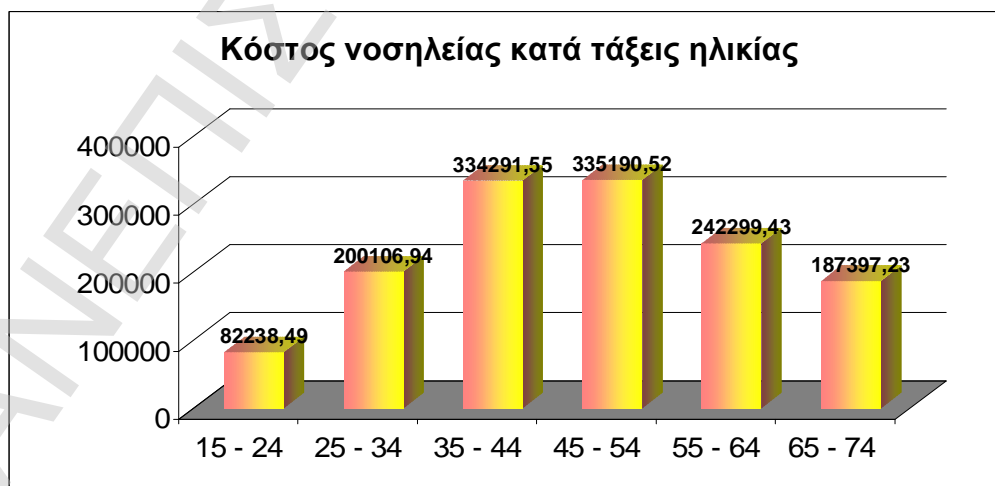
Σημείωση

Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν και οι δυο όροι, «φακελάκι» και φιλοδώρημα

προκειμένου να καταγραφεί με μεγαλύτερη ακρίβεια η συχνότητα των άτυπων συναλλαγών στο δημόσιο σύστημα. Με τον όρο φιλοδώρημα περιγράφεται η πληρωμή που γίνεται με την ελεύθερη βούληση των ασθενών ως ένδειξη ευγνωμοσύνης, ενώ ο όρος «φακελάκι» υποδηλώνει μεγαλύτερο βαθμό υποχρεωτικότητας. Ακόμη, επισημαίνεται ότι η καταβολή φιλοδώρηματος προς γιατρούς απαντάται μόνο στα δημόσια νοσοκομεία.

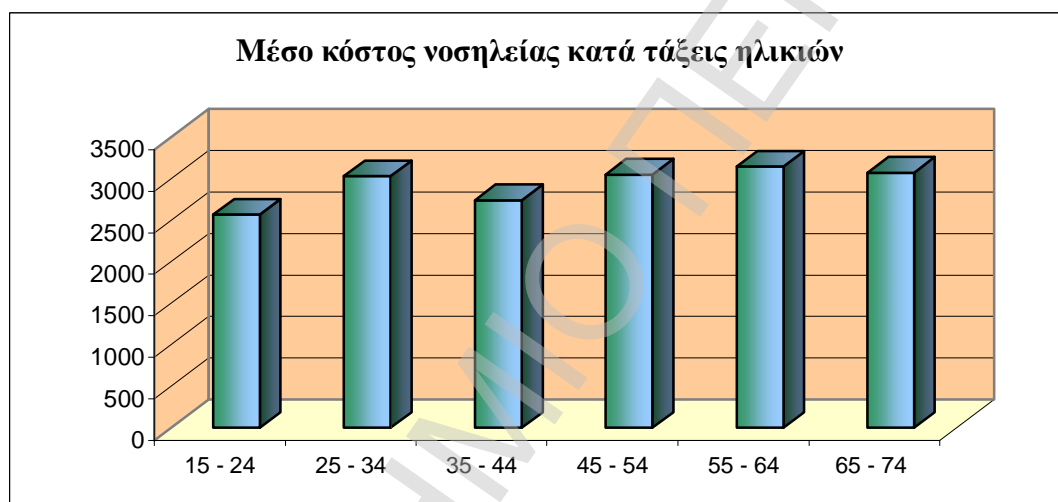
5.12.3 Κόστος νοσηλείας κατά τάξεις ηλικίας

Το διάγραμμα 5.12.4 δείχνει το συνολικό κόστος νοσηλείας που πραγματοποιείται από τους ασφαλισμένους κατά τάξεις ηλικίας. Ομαδοποιούμε τις ηλικίες σε έξι τάξεις με εύρος των 10 ετών έκαστη (15 – 24, 25 – 34, ..., 65 -74). Η υψηλότερη δαπάνη εμφανίζεται κατά τις δεκαετίες 35 – 44 και 45 – 54 και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι σε αυτές τις ηλικίες οι ασφαλισμένοι παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά εισαγωγών. Με άλλα λόγια, οι παρατηρήσεις του δείγματος στις συγκεκριμένες ηλικίες είναι πιο πολλές και το κόστος νοσηλείας μεγάλο.



Διάγραμμα 5.12.4 Κόστος νοσηλεία κατά τάξεις ηλικίας

Στο διάγραμμα 5.12.5, παρουσιάζονται ο μέσος όρος του κόστους νοσηλείας κατά τάξεις ηλικιών. Η τιμή του μέσου όρου νοσηλείας δε μεταβάλλεται ιδιαίτερα από ηλικία σε ηλικία, ενώ μόνο στις δεκαετίες των 15 – 24 ετών και 35 – 44 ετών ο μέσος όρος βρίσκεται κάτω από τα €3.000.



Διάγραμμα 5.12.5 Μέσο κόστος νοσηλεία κατά τάξεις ηλικιών

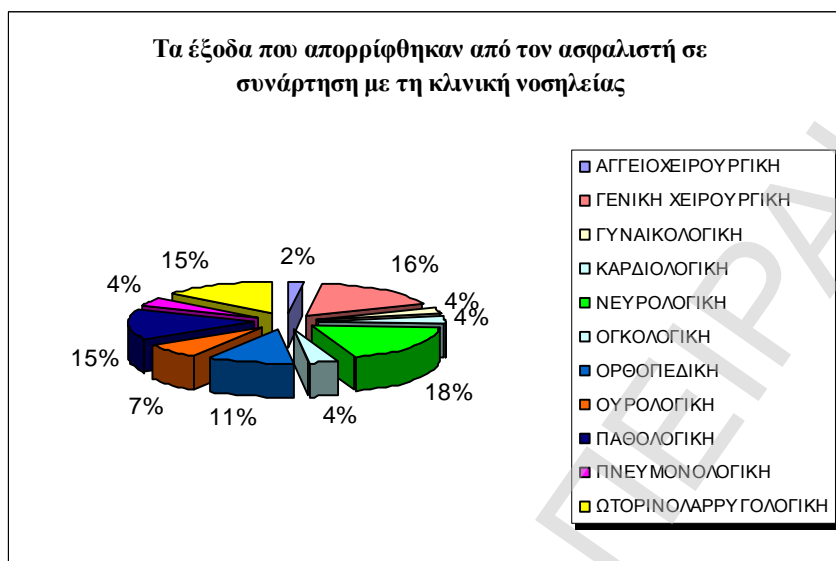
5.13 : Δαπάνες που απορρίφθηκαν προς αποζημίωση

Μετά την ολοκλήρωση της νοσηλείας των ασφαλισμένων στο νοσοκομείο, το τμήμα Λογιστηρίου του νοσοκομείου κοστολογεί τις ιατρικές υπηρεσίες που παράσχισαν και αποστέλλει τις σχετικές Αποδείξεις Παροχής Υπηρεσιών (ΑΠΥ) στην ασφαλιστική εταιρεία προς αποζημίωση. Οι υπάλληλοι του κλάδου ‘Ατομικών Ζημιών Ζωής’ (διακανονιστές) εξετάζουν τα παραστατικά βάσει των όρων των συμβολαίων, αλλά και βάσει τη γνώμη ιατρών ποικίλων ειδικοτήτων και κρίνουν την αναγκαιότητα και τη σοβαρότητα κάθε επέμβασης, εκτιμούν τον τρόπο θεραπείας των ασθενών, το ύψος του

κοστολογίου, κ.α. Ο διακανονιστής οφείλει να εξετάσει κάθε περιστατικό πολυπλεύρως και να αποζημιώσει τα αναγνωρισμένα έξοδα (δωμάτιο, αμοιβή χειρουργού, φάρμακα , ιατρικές εξετάσεις, κα.) Υπάρχει, ωστόσο, περίπτωση ο διακανονιστής λαμβάνοντας υπ' όψη του όλες τις παραμέτρους να αποφανθεί ότι όλο το κόστος μίας νοσηλείας ή μέρος αυτής δεν πρέπει να πληρωθεί και κατά συνέπεια να πρέπει να αρνηθεί να προβεί στην αποζημίωση.

Στο υπό εξέταση δείγμα, το συνολικό κόστος όλων των νοσηλείων ανέρχονται στο ποσό των € 1.406.410, ενώ η ασφαλιστική επιχείρηση αρνήθηκε να αποπληρώσει τιμολόγια συνολικού ύψους € 19.239,39 ή περίπου 1 % του συνολικού κόστους. Στο διάγραμμα 5.13, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των εξόδων που απορρίφθηκαν από άποψη χρημάτων πραγματοποιήθηκαν στην Νευρολογική κλινική νοσηλείας και αυτό γιατί η συγκεκριμένη κλινική συγκεντρώνει ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό (18%) από το σύνολο των μερικώς ή ολικώς απορριφθέντων περιστατικών.

Αν και υψηλά ποσοστά απόρριψης παρουσιάζουν, επίσης, η Παθολογική (18%) η Γενική Χειρουργική (16%) και η Ωτορινολαρυγγολογική (15%), το κόστος των απορριφθέντων τιμολογίων δεν είναι ιδιαίτερος υψηλό. Από αυτό το γεγονός συμπεραίνουμε ότι οι δαπάνες αυτές δεν έχουν πολύ υψηλό κόστος και αφορούν μικροέξοδα (τηλεφωνικές μονάδες, διάφορα, κ.τ.λ.) ασθενών.



Διάγραμμα 5.13 Ποσοστό απορριφθέντων εξόδων προς πληρωμή σε κάθε κλινική νοσηλείας

5.14 Επιτροπή Διαιτησίας

Στην περίπτωση που η ασφαλιστική επιχείρηση αρνηθεί να καλύψει το σύνολο ή μέρος μιας νοσηλείας - κρίνοντας πάντα βάσει των όρων του υπογραφέντος συμβολαίου - και συνάμα ο ασφαλισμένος εκφράσει την ακριβώς αντίθετη άποψη, τότε το ζήτημα μεταφέρεται στην Επιτροπή Διαιτησίας προς συζήτηση και διαπραγμάτευση. Η Επιτροπή Διαιτησίας είναι ένα όργανο της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (Ε.Α.Ε.Ε.) και στεγάζεται σε κάθε νοσοκομείο, το οποίο έχει σύμβαση με ιδιωτική ασφαλιστική επιχείρηση. Κύρια αρμοδιότητα του είναι να επιλύει διαφορές ανάμεσα σε ασφαλιστικές, ασφαλισμένους και νοσοκομειακά ιδρύματα για τα τιμολόγια των νοσηλείων.

Σύμφωνα με το διάγραμμα 5.14, το 13 % των περιστατικών του δείγματος αποτέλεσε θέμα συζήτησης για την Επιτροπή Διαιτησίας.



Διάγραμμα 5.14 Ποσοστό νοσηλείων που παραπέμφθηκαν στην Επιτροπή Διαιτησίας

5.15 Συγκριτική Ανάλυση

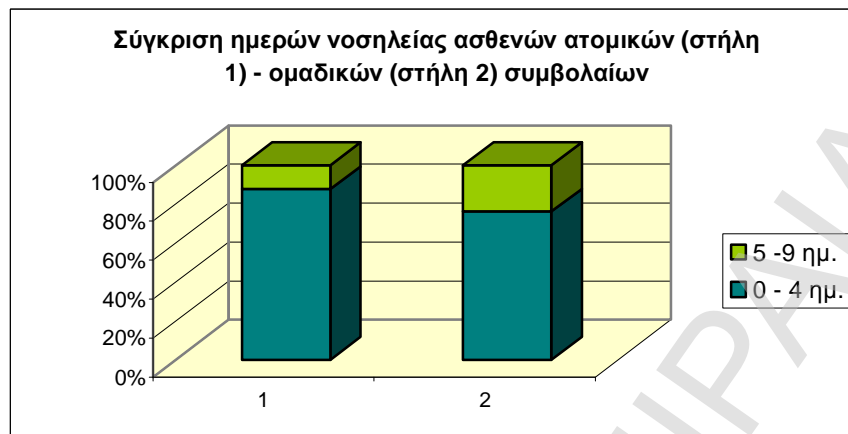
Ύστερα από την παραπάνω ανάλυση, σκόπιμο θα ήταν να γίνει μία συγκριτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων της παρούσας εργασίας με τα αποτελέσματα παλαιότερης μελέτης, έτσι ώστε να εντοπιστούν τυχόν ομοιότητες, διαφορές και τάσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους κατά τη διάρκεια των ετών. Πιο αναλυτικά, θα βρεθεί υπό μελέτη η μεταπτυχιακή εργασία του Δρ. Αθανάσιου Βοζίκη, η οποία εκπονήθηκε το 1996 και το θέμα της έχει ως εξής : ‘Ανάλυση περιεχομένου και δημιουργία πρότυπου Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου, για χρήση από Ασφαλιστικούς Φορείς’. Αντικείμενο της συγκεκριμένης έρευνας είναι η δημιουργία ενός Ηλεκτρονικού Ασφαλιστικού Ιατρικού Φακέλου, ο οποίος θα έχει σαν στόχο τη συλλογή και επεξεργασία στοιχείων - δεδομένων κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους Ασφαλιστικών Εταιρειών και Οργανισμών. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, γίνεται μια παρουσίαση της χρήσης υπηρεσιών υγείας από ασφαλισμένους με ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια, η οποία και θα αποτελέσει αντικείμενο μελέτης στην ανάλυση που ακολουθεί.

Αρχικά, θα ήταν σημαντικό να σημειωθεί ότι τα υπό εξέταση δείγματα των δύο εργασιών ανήκουν σε εντελώς διαφορετικούς πληθυσμούς, τα οποία μάλιστα προέρχονται από διαφορετικές ασφαλιστικές εταιρείες. Το γεγονός αυτό δυσχεραίνει την ανάλυση μας και σημαίνει ότι μπορεί να εξαχθούν κατά προσέγγιση συμπεράσματα. Επίσης, τα δεδομένα των δύο ερευνών διαφέρουν χρονικά παραπάνω από μία δεκαετία. Ένα βασικό πλεονέκτημα του παλαιότερου συγγράμματος είναι ότι κατανέμει το πλήθος του δείγματος σε άμεσα ασφαλισμένους, συζύγους και τέκνα, ενώ τα στοιχεία της παρούσας εργασίας διαχωρίζονται μόνο κατά φύλο και ηλικίες. Επίσης, υπάρχουν στοιχεία για την πραγματοποίηση εξωνοσοκομειακών εξόδων, κάτι που δυστυχώς δε διατίθεται στην παρούσα εργασία λόγω έλλειψης σχετικού υλικού.

5.15.1 Ημέρες νοσηλείας ασφαλισμένων σε ατομικά και ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια

Στην παρούσα εργασία, το 84 % του δείγματος νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο από μία έως τέσσερις ημέρες, ενώ η αντίστοιχη τιμή για τους ασφαλισμένους με ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια βρέθηκε να είναι 62,7%. Η εικόνα αυτή αντιστρέφεται όταν πρόκειται για νοσηλείες από πέντε έως εννέα ημέρες, όπου το ποσοστό των νοσηλευθέντων με ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια είναι 11,84 %, ενώ εκείνο με ομαδική ασφάλιση είναι 19,8 % (Διάγραμμα 5.15). Τα δεδομένα για ημέρες νοσηλείας άνω των 10 ημερών ανάμεσα στις δύο εργασίες δεν ήταν δυνατό να συγκριθούν απόλυτα, αλλά γενικότερα, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι μεγαλύτερο είναι το ποσοστό των ασφαλισμένων με ομαδικά συμβόλαια από εκείνο με ατομικά συμβόλαια, που συνηθίζουν να κάνουν πολυήμερες νοσηλείες.

Όσον αφορά τις νοσηλείες μίας ημέρας (ODC), οι ασφαλισμένοι στα ομαδικά συμβόλαια άγγιξαν το ποσοστό του 27.9 %, ενώ στα ατομικά το ποσοστό του 31,79%.



Διάγραμμα 5.15 Σύγκριση ημερών ασθενών με ατομικά και ομαδικά συμβόλαια

5.15.2 Κόστος νοσηλείας ασφαλισμένων σε ατομικά και ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια

Τα επίπεδα του κόστους νοσηλείας των ασφαλισμένων της τρέχουσας εργασίας κυμαίνονται από €213,12 έως €44.265,26, ενώ το μέσο κόστος νοσηλείας ανέρχεται σε €3.218,331 για τη διάρκεια του τριμήνου Ιανουάριος 2006 – Μάρτιος 2006. Στα ομαδικά συμβόλαια, για το έτος 1992 το μέσο κόστος της αποζημίωσης που καταβάλει η ασφαλιστική επιχείρηση είναι €53,310. Παρατηρούμε, λοιπόν, ότι είναι μεγάλη η απόκλιση, που υπάρχει ανάμεσα στις τιμές των δύο μέσων όρων κάνοντας δύσκολη τη σύγκρισή τους. Ακόμα μεγαλύτερη θα είναι η απόκλιση, εάν αναγάγαμε το ποσό των €53,310 σε τριμηνιαία βάση. Το παραπάνω οφείλεται στους ακόλουθους λόγους :

- Τα τιμολόγια των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων και των διαγνωστικών κέντρων έχουν αναπροσαρμοστεί από το 1992 και οι τιμές δεν είναι εύκολα συγκρίσιμες.
- Η ιατρική επιστήμη έχει προοδεύσει από τότε με την ανακάλυψη νέων εργαστηριακών εξετάσεων, φαρμάκων, επεμβάσεων και ιατρικών παροχών. Αυτό το γεγονός έχει σαν αποτέλεσμα από τη μία πλευρά την πιο ασφαλή πρόβλεψη

των διάφορων ασθενειών και τη πιο αποτελεσματική ίαση τους και από την άλλη πλευρά την αύξηση του κόστους της θεραπείας των ασθενών.

➤ Το πιο σημαντικό πρόβλημα, όμως, έγκειται στο ότι η έρευνα για τα ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια αφορά τις παρακάτω εννέα υπηρεσίες υγείας : νοσοκομειακή περίθαλψη, νοσοκομειακές υπηρεσίες, χειρουργείο, φυσιολογικός τοκετός, εξωνοσοκομειακές επισκέψεις, φάρμακα, εργαστηριακές εξετάσεις, αμοιβή ειδικού γιατρού και εξωτερικά ιατρεία. Από αυτό το δείγμα της, το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών που καταναλώθηκαν αφορούσαν εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και επιδόματα, των οποίων το κόστος είναι σαφώς μικρότερο από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Πιο συγκεκριμένα, "το μεγαλύτερο κονδύλι των αποζημιώσεων απορροφούν οι εργαστηριακές εξετάσεις και ακολουθούν ο εξωνοσοκομειακές επισκέψεις". Ενώ, η παρούσα ανάλυση δεν περιλαμβάνει καθόλου φυσιολογικό τοκετό, εξωνοσοκομειακές επισκέψεις και εργαστηριακές εξετάσεις, φάρμακα (εκτός από εκείνων που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια των νοσηλείων) και αμοιβή ειδικού γιατρού.

Ωστόσο, εάν απομονώσουμε το κόστος των υπηρεσιών υγείας της νοσοκομειακής περίθαλψης (δρχ. 33.764.247), των νοσοκομειακών υπηρεσιών (δρχ. 77.523.957) και του χειρουργείου (δρχ. 54.699.707), υπολογίζουμε ότι η συνολική δαπάνη για το έτος 1992 ανήλθε σε δρχ. 165.987.911 ή €487.125,1973.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά την ανεκτίμητη αξία της ιδιωτικής ασφάλισης στη ζωή των ατόμων, δεν μπορεί να υποστηριχθεί ότι ο θεσμός αυτός είναι καταξιωμένος στις συνειδήσεις των ατόμων. Στην πραγματικότητα, όμως, με ένα σχετικά χαμηλό κόστος ο καθένας μπορεί να αγοράσει ένα ασφαλιστικό πακέτο παροχών σύμφωνα με τις ανάγκες του περιορίζοντας, έτσι, τις όποιες αρνητικές οικονομικές συνέπειες προκύπτουν από κάθε επερχόμενο κίνδυνο.

Όσον αφορά τις ίδιες τις ασφαλιστικές εταιρείες, δε θα πρέπει να λησμονηθεί ότι πρόκειται για επιχειρήσεις σαν όλες τις υπόλοιπες και ότι για να επιβιώσουν στον σύγχρονο ανταγωνισμό, θα πρέπει όλες οι λειτουργίες τους να προσδοκούν την πραγματοποίηση κέρδους. Ωστόσο, η προσπάθεια που καταβάλλουν για να μειώσουν το ύψος των αποζημιώσεων δεν έχει αποδειχθεί αποτελεσματική και αυτό βασικά οφείλεται στην έλλειψη πληροφοριακών συστημάτων, τα οποία έχουν τη δυνατότητα να καταγράφουν, να παρακολουθούν και να συγκρίνουν δεδομένα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Παρατηρείται μία γενική σύγχυση και αυτό ισχύει κυρίως για τις ελληνικές ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες λόγω του μεγέθους της σχετικά μικρής ελληνικής αγοράς και της έλλειψης υποδομών εξελιγμένων πληροφοριακών συστημάτων, δε μπορούν να συμβαδίσουν με την εποχή τους. Σε καλύτερη θέση βρίσκονται οι αλλοδαπές ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα και αυτό γιατί έχουν κληρονομήσει πολύτιμη εμπειρία από τις αγορές του εξωτερικού.

Επιπρόσθετα, θα ήταν σημαντικό να επισημάνουμε ότι η πολιτική που έχουν αναπτύξει τα τελευταία έτη οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικά ασφαλιστικά ιδρύματα συμβάλλει στο να μειώνουν σημαντικά το κόστος των αποζημιώσεων.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το πρωτεύον θέμα για τις ελληνικές ασφαλιστικές εταιρείες είναι να αναπτύξουν σωστά πληροφοριακά συστήματα, τα οποία θα δίνουν τη δυνατότητα καταγραφής πολλών στοιχείων κατά την καταχώρηση των ζημιών από τους διακανονιστές. Τέτοια στοιχεία θα μπορούσε να ήταν :

- το όνομα, η ηλικία και ο τόπος διαμονής του ασφαλισμένου
- η ημερομηνία του συμβάντος
- το νοσοκομείο που πραγματοποιούνται οι δαπάνες
- εάν πρόκειται για ασθένεια ή ατύχημα.
- εάν πρόκειται για μακροχρόνια ή πρωτοεμφανιζόμενη ασθένεια – εάν πρόκειται για τροχαίο ή άλλου είδους ατυχήματος
- το είδος της πάθησης
- εάν μεσολαβεί ταμείο κοινωνικής ασφάλισης και ποιο ήταν αυτό
- ημέρες νοσηλείας
- κλινική νοσηλείας (μονόκλινο, δίκλινο, ODC, εντατική κ.τ.λ.)
- τόπος επέλευσης του κινδύνου (εντός ή εκτός Ελλάδος)
- ημέρες ανάρρωσης (μπορεί να γίνει πρόβλεψη). Αυτό το στοιχείο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα προγράμματα, όπου προβλέπεται επίδομα ανάρρωσης
- το είδος και το ποσό των εξόδων : ιατρικές επισκέψεις (και σε τί ειδικότητα ιατρού), εργαστηριακές εξετάσεις, φάρμακα, ειδικά υλικά, αμοιβή χειρουργού, αμοιβή αναισθησιολόγου, άλλες νοσοκομειακές δαπάνες

- λόγο απόρριψης κάλυψης όποιων εξόδων και το είδος αυτών : α) τα έξοδα υπόκεινται στις εξαιρέσεις του συμβολαίου, β) τα έξοδα θεωρήθηκαν αδικαιολογήτως υψηλά, γ) τα έξοδα

Επίσης, για να μειωθούν τα διαχειριστικά κόστη και να διευκολυνθούν οι διαδικασίες αποζημίωσης των ασφαλισμένων, η ασφαλιστική εταιρεία μπορεί να ηλεκτρονοποιεί το περιεχόμενο όλων των φακέλων που έχουν διεκπεραιωθεί και "αποσύρονται" στο γενικό αρχείο της εταιρείας. Με αυτό τον τρόπο, κάθε υπάλληλος θα μπορεί να ανατρέξει σε παλαιότερους φακέλους, εφόσον κρίνεται απαραίτητο (για παράδειγμα, να λάβει γνώση για το είδος των εξόδων παλαιότερων νοσηλειών ενός ασφαλισμένου) και να προβεί σε αποζημίωση.

Το σημαντικότερο όλων είναι να γίνουν εκπαιδευτικά σεμινάρια για τη επιμόρφωση των εργαζομένων της ασφαλιστικής εταιρείας.

Με αυτό το τρόπο, οι ασφαλιστικές εταιρείες θα έχουν την απαραίτητη πληροφόρηση για τη δημιουργία νέων προγραμμάτων ασφάλισης υγείας, τη σωστή τιμολόγηση αυτών, τον προγραμματισμό των ταμειακών ροών τους και τη χάραξη στρατηγικής στο τομέα της προσφοράς προγραμμάτων παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η εξασφάλιση μία όσο το δυνατόν καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης του πολίτη είναι βασικό καθήκον μίας ευνομούμενης και συντεταγμένης πολιτείας. Όλα τα προηγμένα κράτη του κόσμου, δίνουν σημαντική έμφαση στον τομέα αυτό μέσω κυρίως της ανάπτυξης σύγχρονων δημοσίου χαρακτήρα συστημάτων υγείας. Παράλληλα, όμως, βασική συνιστώσα αυτών των συστημάτων είναι η ελευθερία επιλογής του ασθενή, του πολίτη, να επιλέξει το ιατρό του. Στο πλαίσιο αυτό, σε όλες τις χώρες του κόσμου συνυπάρχουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας υγείας, όπως επίσης οι δημόσιες και ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας.

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

Είναι χαρακτηριστικό ότι από τους ανωτέρω ασφαλισμένους, κατά το έτος 2002, αποζημιώθηκαν 280.706 άτομα, που έτυχαν αξιοπρεπούς περίθαλψης χωρίς να επιβαρυνθούν οι ίδιοι το κόστος, το οποίο ανέρχεται σε 332 εκατ. ευρώ . Δηλαδή, κάθε ημέρα η ασφαλιστική αγορά κατέβαλλε ένα εκατ. ευρώ σε αποζημιώσεις. Από τους

ανωτέρω αποζημιωθέντες, 183 νοσηλεύτηκαν στο εξωτερικό με συνολικό κόστος 3,14 εκατ. ευρώ ενώ σε 557 περιπτώσεις το ύψος της αποζημίωσης ξεπέρασε τα 30.000 ευρώ. Θα πρέπει δε να τονισθεί, ότι το σύνολο σχεδόν των προαναφερθέντων ποσών κατεβλήθη σε ιδιωτικούς φορείς υγείας.

Τα παραπάνω μεγέθη έχουν τεράστια σημασία για δύο λόγους :

- Πρώτον, γιατί αποδεικνύουν ότι η ιδιωτική ασφάλιση καταβάλλει τεράστια ποσά για την προστασία ή / και την αποκατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων της.
- Δεύτερον, γιατί αποδεικνύουν ότι η ιδιωτική ασφάλιση – στο βαθμό που αναλογεί στις καλύψεις υγείας που παρέχει – μειώνει την επιβάρυνση των κρατικών φορέων (ταμεία υγείας και δημόσια νοσοκομεία) ενώ, παράλληλα, τροφοδοτεί την ιδιωτική πρωτοβουλία στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, με προφανείς θετικές επιπτώσεις στις ιδιωτικές επενδύσεις, την απασχόληση, τα φορολογικά έσοδα του κράτους κ.λπ.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι πλέον αναπόσπαστο τμήμα του συνολικού συστήματος εξασφάλισης μιας αξιοπρεπούς υγειονομικής περίθαλψης των Ελλήνων πολιτών. Είναι χαρακτηριστικό αυτό που προκύπτει από την ίδια έρευνα: Οι κάτοχοι προγραμμάτων υγείας δικαιολογούν αυτή την επιλογή τους, προκειμένου να εξασφαλίσουν υψηλή, χωρίς καθυστερήσεις και ταλαιπωρία ποιότητα, υπηρεσιών ενώ παράλληλα δεν εμπιστεύονται τους κοινωνικούς φορείς ασφάλισης υγείας. Ακόμη το 95% των κατόχων προγράμματος υγείας σκοπεύουν να το διατηρήσουν στο μέλλον και ένα 20% εξ' αυτών δηλώνει ότι θα ήθελε να το ενισχύσει. Επίσης, το 86% των κατόχων προγραμμάτων υγείας θεωρεί ότι τα χρήματα που δαπανούν στην ιδιωτική ασφάλιση, αξίζουν.

Σε ότι αφορά τις καλύψεις πρώτη προτεραιότητα των ασφαλισμένων φαίνεται να είναι οι καλύψεις με κάποιο κεφάλαιο καταβαλλόμενο σε περίπτωση θανάτου ή ανικανότητας, καθώς και η κάλυψη εξόδων Νοσοκομειακής Περίθαλψης.

Θα πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι θετικότερη στάση απέναντι στην ιδέα της ασφάλισης έχουν οι άνθρωποι εκείνοι των οποίων το μορφωτικό επίπεδο είναι υψηλότερο.

Τα παραπάνω δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και "τριβές" στις σχέσεις ασφαλιστικών εταιρειών και ασφαλισμένων. Άλλωστε ο βασικότερος λόγος για τον οποίο οι μη κάτοχοι ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας δεν έχουν συνάψει ασφαλιστήριο συμβόλαιο είναι το κόστος αυτού. Το κόστος των παροχών υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί όχι μόνο πρόβλημα των ασφαλιστικών εταιρειών αλλά και των δημοσίων συστημάτων ασφάλισης υγείας. Ο ιατρικός λεγόμενος πληθωρισμός είναι ιστορικά πολύ υψηλότερος του μέσου πληθωρισμού μίας οικονομίας λόγω των ιδιομορφιών που παρουσιάζει η αγορά υγείας, αλλά και του αυξημένου κόστους που συνεπάγεται η έρευνα και οι εξελίξεις στην ιατρική τεχνολογία, ενώ δεν πρέπει να μην λάβουμε υπόψη τον παράγοντα "ιατρός" και της σημαντικής θέσης που κατέχει αυτός στο όλο σύστημα τεχνολογικά επιτεύγματα για πολλούς και διαφόρους λόγους.

Δεν είναι, λοιπόν, τυχαίο που διεθνώς οι συζητήσεις είναι πολλές για την ανάγκη τιθάσευσης των δαπανών δημόσιων και ιδιωτικών στο τομέα της υγείας. Και οι ασφαλιστικές εταιρείες παρακολουθούν στενά τις εξελίξεις και προσαρμόζουν ανάλογα την πολιτική τους. Πάντως βασικό κριτήριο στη διαμόρφωση των ασφαλιστικών τους προγραμμάτων είναι να παρέχονται όσο το δυνατόν πληρέστερες καλύψεις με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Στο πλαίσιο αυτό η ασφαλιστική αγορά βρίσκεται σε συνεχείς συζητήσεις με τους εκπροσώπους των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και γιατρούς

προκειμένου να συγκρατηθεί το κόστος σε όσο το δυνατόν χαμηλότερα επίπεδα χωρίς να μειωθεί από την άλλη πλευρά η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Ταυτόχρονα επιχειρεί να διευρύνει τη συνεργασία της και με το δημόσιο τομέα υγείας και ειδικότερα τα δημόσια νοσοκομεία, δίνοντας έτσι εναλλακτικές λύσεις στους ασφαλισμένους της, και επιπλέον έσοδα στα δημόσια νοσοκομεία και το κυριότερο διαμορφώνει νέες συνθήκες ανταγωνισμού μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας με προφανή τα οφέλη για όλους τους εμπλεκόμενους στο χώρο της ασφάλισης υγείας.

Το μέλλον δεν θα το αποφύγουμε, αλλά η επιλογή είναι δική μας. Και το όραμα για την Υγεία, την Πρόνοια και την Ασφάλιση δεν σημαίνει τίποτε περισσότερο αλλά και τίποτε λιγότερο από Περισσότερη Συμμετοχή σε μια Καλύτερη Ζωή. Γι' αυτή τη γενιά και τις επόμενες.

Η υγεία αποτελεί ανεκτίμητο αγαθό όλων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Μιλτιάδης Νεκτάριος (2005). Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας. Αθήνα : Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε.

Μιλτιάδης Νεκτάριος (1998). Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση (3^η έκδοση), Αθήνα: Financial Forum.

Παναγιώτα Μάντη, Χρύσα Τσελέπη (2000). Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων / Υπηρεσιών Υγείας – Τόμος Α΄ Κοινωνικές – Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας, Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Μάμας Θεοδώρου, Μαρία Μητροσύλη (1999). Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις – Τόμος Γ΄ Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις), Πάτρα : Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Δημήτρης Γ. Εμμανουήλ (1998). Underwriting Ασφαλειών Ζωής - Θεωρία και Εφαρμογή, Αθήνα : Εθνική Ασφαλιστική.

Αθανάσιος Βοζίκης (1996). Ανάλυση περιεχομένου και δημιουργία πρότυπου Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου, για χρήση από Ασφαλιστικούς Φορείς.

Κλαδικές Μελέτες (2005). Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα : ICAP ΑΕ Ερευνών & Επενδύσεων, Σύμβουλοι Επιχειρήσεων.

Ιστοσελίδες

<http://www.eace.gr>

<http://www.search.kathimerini.gr>

<http://www.icap.gr>

<http://www.mof-glk.gr>

<http://www.disabled.gr>

<http://ggka.citron.gr>

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

Παράρτημα 1 : Διακύμανση τιμών κλινών 2003 - 2006

ΤΙΜΕΣ ΜΟΝΟΚΛΙΝΟΥ							
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	1/12/2003	Δ(%)*	21/12/2004	Δ(%)	1/2/2006	Δ(%)	ΜΕΣΗ ΕΤΗΣΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ
ΕΡΡ. ΝΤΥΝΑΝ	258,25	10	285	10,36	314	10,18	10,18
ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ	280		288	2,86	290	0,69	1,78
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ	296	4,23	307,65	3,94	331,16	7,64	4,96
ΙΑΣΩ GENERAL	275	1,85	310	12,73	330	6,45	10,93
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ	307,65	-0,11	322,95	4,97	349	8,34	7,13
ΥΓΕΙΑ	310	3,33	318	2,58	343	7,86	4,52
ΜΗΤΕΡΑ	298	22,34	320	7,38	330	3,13	9,75
ΙΑΣΩ GENERAL	285	5,556	285	0	285	0	2,23
ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣ.	293,77	31,15	223,77	-23,83	253	13,06	5,93

ΤΙΜΕΣ ΔΙΚΛΙΝΟΥ							
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	1/12/2003	Δ(%)*	21/12/2004	Δ(%)	1/2/2006	Δ(%)	ΜΕΣΗ ΕΤΗΣΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ
ΕΡΡ. ΝΤΥΝΑΝ	170,21	11,54	188	10,45	207	10,11	10,7
ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ	205		210	2,44	220	4,76	3,6
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ	200	4,17	208,62	4,31	224,55	7,64	4,99
ΙΑΣΩ GENERAL	185	2,78	205	10,81	215	4,88	13,69
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ	204,75	10,78	261,4	27,67	226,5	-13,35	7,09
ΥΓΕΙΑ	202	3,59	207	2,48	224	8,21	4,52
ΜΗΤΕΡΑ	165	6,08	177	7,27	185	4,52	7,36
ΙΑΣΩ GENERAL	190	5,56	190	0	190	0	2,38
ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣ.	172	13,16	172	0	196	13,95	7,75

ΤΙΜΕΣ ΤΡΙΚΛΙΝΟΥ							
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	1/12/2003	Δ(%)*	21/12/2004	Δ(%)	1/2/2006	Δ(%)	ΜΕΣΗ ΕΤΗΣΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ
ΕΡΡ. ΝΤΥΝΑΝ	129,13	10,01	143	10,74	157	9,76	10,18
ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ	160		165	3,13	170	3,03	3,08
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ	144	5,11	149	3,61	160,6	7,64	5,03
ΙΑΣΩ GENERAL	140	0	155	10,71	165	6,45	8,38
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ	153,93	10,43	134	-12,75	169,5	26,21	6,79
ΥΓΕΙΑ	152	4,11	156	2,63	168	7,69	4,52
ΜΗΤΕΡΑ	143	5,93	150	4,9	155	3,33	5,79
ΙΑΣΩ GENERAL	150	7,14	150	0	150	0	1,89
ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣ.	139	31,13	139	0	160	15,11	12,47

Η ΜΕΣΗ ΔΑΠΑΝΗ ΑΝΑ ΑΣΘΕΝΗ (€)							
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	2002	2003	% ΜΕΤ	2004	% ΜΕΤ	2005	% ΜΕΤ
ΙΑΤΡΙΚΟ	3.068	3.433	11,91	3.669	7	3.997	9
ΥΓΕΙΑ	3.071	3.406	10,9	2.466	-28	2.676	9
ΠΕΡΣΕΥΣ	2.344	3.057	30,45	3.231	6	3.679	14
ΙΑΣΩ GENERAL		2.930		3.548	21	3.885	10
ΙΑΣΩ	2.761	2.870	3,94	3.309	6	3.094	2
ΜΗΤΕΡΑ	4.234	4.618	9,07	5.000	8	5.334	7
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ	3.774	3.974	5,29	4.223	6	4.933	17
Μέσος όρος	3.099	3.413	10,12	3.439	1	3.752	9