



**ΤΕΙ Κρήτης**  
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
Τμήμα Λογιστικής και Χρηματοοικονομικής

Πτυχιακή Εργασία

Τίτλος:

Συμπληρωματική και όχι ανταγωνιστική  
η σχέση μεταξύ Κοινωνικής και  
Ιδιωτικής Ασφάλισης

Φοιτητές:

Κανάκη Μαρία, Α.Μ. 844

Πετράκη Μαρία, Α.Μ. 792

Πούλαρης Θεόδωρος, Α.Μ. 925

Επιβλέπων Καθηγητής:

Δρ. Ευάγγελος Τσουκάτος

Ηράκλειο Κρήτης, Μάιος 2017

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

---

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	7
1.1 Η Ιστορία του ορισμού της Υγείας .....	7
1.2 Τα επίπεδα των Υπηρεσιών υγείας .....	9
1.3 Η οικονομική προσέγγιση της υγείας .....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	11
2.1 Η Κοινωνική Ασφάλιση .....	11
2.2 Τα συστήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης .....	12
2.2.1 Το σύστημα Bismark.....	12
2.2.2 Το σύστημα Beveridge .....	13
2.3 ΕΟΠΥΥ .....	15
2.3.1 Οι στόχοι του ΕΟΠΥΥ.....	15
2.3.2 Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μέσω του ΕΟΠΥΥ.....	16
2.3.3 Παροχή Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω ΕΣΥ και ΕΟΠΥΥ.....	17
2.3.4 Προτεινόμενο μοντέλο Παροχής Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και χρηματοδότησή της .....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	19
3.1 Η Ιδιωτική Ασφάλιση.....	19
3.2 Η Ιδιωτική Ασφάλιση στις Ευρωπαϊκές Χώρες.....	20
3.2.1 Το μέγεθος της Αγοράς .....	20
3.2.2 Από τι καθορίζεται η ζήτηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης.....	23
3.2.3 Ποιο είναι το προφίλ του αγοραστή της Ιδιωτικής Ασφάλισης.....	24
3.2.4 Οι προϋποθέσεις, οι παροχές και τα ασφάλιστρα.....	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> .....	26
4.1 Διαφορές Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας.....	26
4.2 Συμπληρωματική και όχι ανταγωνιστική η σχέση μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης .....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> .....	33
5.1 Μεθοδολογία .....	33
5.1.1. Μέθοδος και Σκοπός.....	33
5.2 Παρουσίαση Ερωτηματολογίου .....	34
5.3 Παρουσίαση Συνεντεύξεων .....	35
5.4 Συμπεράσματα Συνέντευξης .....	46
5.5 Συμπεράσματα Ερευνητικού μέρους .....	48
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	51

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

---

Η εργασία αυτή έχει στόχο μέσα από την βιβλιογραφική και ηλεκτρονική έρευνα να συγκεντρώσει ένα πλήθος στοιχείων για την Κοινωνική και την Ιδιωτική ασφάλιση. Πρόκειται για μία έρευνα με σκοπό να προβάλει τα χαρακτηριστικά της καθεμίας και να καταλήξει στο συμπέρασμα εάν τελικά η σχέση τους μπορεί να είναι συμπληρωματική και όχι ανταγωνιστική. Στο 1ο κεφάλαιο δίνονται ορισμοί και στοιχεία της Υγείας, ενώ στο 2ο, 3ο και 4ο κεφάλαιο εστιάζουμε συγκεκριμένα στα χαρακτηριστικά της Κοινωνικής και της Ιδιωτικής ασφάλισης και παρουσιάζονται τα βασικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της κάθε μίας. Στη συνέχεια ακολουθεί έρευνα μέσω συνεντεύξεων σε εργαζόμενους στο χώρο της Ιδιωτικής Ασφάλισης, με σκοπό να επιβεβαιωθούν τα παραπάνω βιβλιογραφικά ευρήματα αλλά και να δούμε μέσα από τη ματιά τους και την εμπειρία τους εάν τελικά η Κοινωνική και Ιδιωτική Ασφάλιση μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά. Η εργασία ολοκληρώνεται με το τελικό συμπέρασμα και την παράθεση όλων των βιβλιογραφικών πηγών που μας βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής.

## Abstract

---

This paper aims through the bibliography and online research to gather a lot of data of Public and Private Insurance in Greece. This is a research in order to highlight the characteristics of each of the insurance categories and to conclude that eventually their relation can be complementary and not competitive. The first chapter provides definitions and health elements while in the second, third and fourth chapter we focus specifically on the characteristics of Public and Private Insurance and present the main advantages and disadvantages of each. Subsequently a research is carried out through interviews with employees in the Private Insurance sector in order to confirm the above bibliographic findings, but also to see through their experience if Public and Private Insurance can ultimately

work together. The thesis concludes with the final conclusion and the listing of all the bibliographic sources that helped us in this process.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

---

Η υγεία αποτελεί το υπέρτατο αγαθό το οποίο πρέπει να διασφαλίζεται για όλους τους ανθρώπους. Για αυτό το λόγο μεριμνούν τόσο δημόσιοι φορείς όσο και ιδιωτικές εταιρείες, παρέχοντας στους πολίτες είτε Κοινωνική είτε Ιδιωτική Ασφάλιση, η οποίες καλύπτουν τις οικονομικές δαπάνες των χρηστών σε ιατρική, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη. Καθώς όμως και οι δύο ασφαλίστρες υστερούν σε ορισμένα σημεία, πρέπει η μία να έρχεται και να συμπληρώσει την άλλη, προκειμένου οι πολίτες να έχουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα εξυπηρέτησης.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας θα πραγματοποιηθεί ανάλυση του ορισμού της υγείας και της οικονομικής προσέγγισης της, καθώς επίσης και ποια τα επίπεδα των υπηρεσιών υγείας που είναι το πρωτοβάθμιο, το δευτεροβάθμιο και το τριτοβάθμιο επίπεδο ανάλογα με τον τύπο της περίθαλψης που παρέχουν στους πολίτες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο θα πραγματοποιηθεί ανάλυση της Κοινωνικής Ασφάλισης, ποια είναι τα συστήματα αυτής, καθώς και ανάλυση του ΕΟΠΥΥ, που είναι ο **Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας** στην Ελλάδα και αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου το οποίο συστάθηκε βάσει του νόμου 3918/2011 προκειμένου να παράσχει υπηρεσίες υγείας.

Εν συνεχεία στο τρίτο κεφάλαιο θα αναλυθεί η Ιδιωτική Ασφάλιση και ειδικότερα η Ιδιωτική Ασφάλιση στην Ευρώπη, ποιο είναι το μέγεθος της αγοράς, το προφίλ των αγοραστών της καθώς επίσης και ποιες είναι οι παροχές της και τα ασφάλιστρα προς τους υποψήφιους χρήστες, ενώ στο τέταρτο κεφάλαιο θα ακολουθήσει σύγκριση της δύο τύπων ασφαλίσεως και θα τονιστούν τα μειονεκτήματα και τα πλεονεκτήματα της καθεμίας.

Τέλος το πέμπτο κεφάλαιο το οποίο είναι και το ερευνητικό μέρος, περιλαμβάνει ποιοτική έρευνα μέσω συνεντεύξεων σε άτομα που εργάζονται στο

χώρο της Ιδιωτικής Ασφάλισης με σκοπό την επιβεβαίωση των ευρημάτων της βιβλιογραφίας σχετικά με τα κενά της Κοινωνικής Ασφάλισης τα οποία μπορεί να καλύψει η Ιδιωτική. Ακολουθεί ανάλυση των αποτελεσμάτων από την οποία προκύπτει το συμπέρασμα ότι η σχέση μεταξύ των δύο πρέπει να είναι συμπληρωματική και όχι ανταγωνιστική ούτως ώστε να παρέχεται μια πλήρης περίθαλψη υγείας προς τους πολίτες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

---

### 1.1 Η Ιστορία του ορισμού της Υγείας

---

Οι άνθρωποι από την αρχαιότητα ενδιαφέρονταν και φρόντιζαν για την ψυχική και σωματική τους υγεία και ευεξία. Κατά τον 18<sup>ο</sup> αιώνα υπήρξε ραγδαία επιστημονική εξέλιξη, καθώς κύριο πυλώνα για την ανάπτυξη της ιατρικής αποτέλεσε η προσέγγιση της αιτιολογίας των διάφορων ασθενειών. Έπειτα από διάφορες αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν μετά τη βιομηχανική επανάσταση, αναπτύχθηκαν και οργανώθηκαν τα διάφορα συστήματα υγείας

Η εν λόγω εξέλιξη διαδραμάτισε σπουδαίο ρόλο στη σημαντική μείωση τόσο της νοσηρότητας όσο και της θνησιμότητας. Έτσι λοιπόν η έννοια της υγείας καθιερώθηκε ως η απουσία νόσων και αναπηρίας, καθώς και της σωστής λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Αν και το σύστημα υγείας της εποχής είχε αντλήσει υπέρογκα ποσά ώστε να αναπτύξει της υπηρεσίες υγείας, δεν κατόρθωσε να επιλύσει σοβαρές ασθένειες που μάστιζαν τούτη την εποχή (Πριάγγελου, 2014).

Τούτος ο προβληματισμός συνέβαλε στην ανάπτυξη μιας ολιστικής αντίληψης σχετικά με τον ορισμό της υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1946 αποπειράθηκε για πρώτη φορά να καταλήξει ομόφωνα σε έναν ορισμό για την υγεία, όπου την όρισε «όχι μόνο ως την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά και ως την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας». Καθώς η κατάσταση που περιέγραφε ο συγκεκριμένος ορισμός χαρακτηρίστηκε από πολλούς ουτοπική, προκάλεσε έντονη κριτική.

Εν συνεχεία, τα χρόνια που ακολούθησαν ο παραπάνω ορισμός αναθεωρείται και αλλάζει διαρκώς. Νέος ορισμός για την υγεία συστάθηκε το 1986 στη διακήρυξη της Οτάβα, όπου ορίστηκε ως η ικανότητα που διαθέτει το άτομο ή ένα σύνολο ατόμων «να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον». Σύμφωνα με τον εν λόγω ορισμό η υγεία θεωρείται σαν μία διαδικασία, η οποία δύναται να

εξελίσσεται σε διαφορετικά επίπεδα, σύμφωνα με τους υφιστάμενους εξωτερικούς παράγοντες, όπως είναι για παράδειγμα η εκπαίδευση, η κατοικία, το οικοσύστημα, η ειρήνη κ.ά.. Τούτη η άποψη πήγαζε από την αντίληψη πως η υγεία ταυτίζεται με τη δυνατότητα κάποιου ατόμου να διαθέτει τη δυνατότητα τόσο να πραγματοποιεί τις προσωπικές του επιθυμίες και ανάγκες, καθώς και να προσαρμόζεται στο περιβάλλον όπου ζει. Επιπλέον, στην εν λόγω άποψη τονίστηκε πως κύριες προϋποθέσεις που προάγουν την υγεία είναι η κοινωνική δικαιοσύνη, η διαμεσολάβηση, η ισοτιμία και η διευκόλυνση (Πριάγγελου, 2014).

Οι Συστάσεις της Αδελαΐδας, το 1988 σχετικά με την Υγιή Δημόσια Πολιτική τόνισαν την ανάγκη των ανθρώπων να συμμετάσχουν, καθώς και την ανάγκη των τομέων της πολιτικής να συνεργάζονται μεταξύ τους. Η Υγιής Δημόσια Πολιτική υπήρξε το περιβάλλον το οποίο το χαρακτήριζε ένα σαφές ενδιαφέρον προς την ισοτιμία και την υγεία όλων των πολιτικών καθώς επίσης και η ανάληψη των ευθυνών της πολιτείας σε ότι αφορά στις επιπτώσεις στον τομέα της υγείας. Προκειμένου να δημιουργηθεί ένα περιβάλλον το οποίο θα συντελεί ώστε οι άνθρωποι να καταφεύγουν σε υγιεινές επιλογές, θα έπρεπε να λαμβάνεται υπόψη η υγεία από την αγροτική πολιτική, την εμπορική πολιτική, την βιομηχανική αλλά και την εκπαιδευτική πολιτική. Η Υγιής Δημόσια Πολιτική ήταν αναγκαίο να προωθεί την ισότητα των πολιτών για την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας όπως επίσης και σε άλλες υπηρεσίες οι οποίες συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας, παραχωρώντας προτεραιότητα στις ευπαθείς ομάδες ανθρώπων. Επιπλέον, οι κυβερνήσεις ήταν απαραίτητο να επωμίζονται την ευθύνη τους έναντι των πολιτών σε ζητήματα υγείας αλλά και να αξιολογούν τις επιπτώσεις που επιφέρει η κάθε πολιτικής τους. Προτεραιότητα δράσης δόθηκε στην υγεία των γυναικών, στη διατροφή και στα τρόφιμα.

Το 1991, η Δήλωση του Σούντσβααλ σχετικά με το Υποστηρικτικό Περιβάλλον όρισε πως το πολιτικό, το φυσικό, το κοινωνικό και το οικονομικό περιβάλλον κρίνεται αναγκαίο να καταστεί υποστηρικτικό για την υγεία. Σαν μείζονος σημασίας σημεία ώστε να αναπτυχθούν οι δράσεις υποστηρικτικού σε ότι αφορά στην υγεία περιβάλλοντος ορίστηκαν:



- Ο κοινωνικός περίγυρος, οι κοινωνικές σχέσεις, οι αξίες και πρότυπα συμπεριφοράς που παίζουν καθοριστικό ρόλο για την υγεία των ατόμων καθώς και για την ευεξία τους
- Η διασφάλιση της συμμετοχής για τη λήψη αποφάσεων και τη δέσμευση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων
- Η ανακατανομή των πόρων στοχεύοντας στην επίτευξη της Υγείας για τον κάθε πολίτη και στη βιώσιμη ανάπτυξη
- Η αναγνώριση των γυναικείων δεξιοτήτων σε όλους τους τομείς και η συμμετοχή τους στη διαμόρφωση των δομών για την προαγωγή της υγείας (Πριάγγελου, 2014)

## **1.2 Τα επίπεδα των Υπηρεσιών υγείας**

---

Η φροντίδα την οποία παρέχουν οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας προς ένα άτομο, όπως για παράδειγμα τα νοσοκομεία και οι γιατροί αποτελούν τις υπηρεσίες υγείας. Έπειτα από το 1970 οι υπηρεσίες υγείας ταξινομήθηκαν στα παρακάτω επίπεδα:

Στο πρωτοβάθμιο επίπεδο υγείας όπου περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας, όπως είναι οι γενικοί ιατροί και τα κέντρα υγείας. Οι υπηρεσίες έχουν σχέση με τον υγιή αλλά και με τον μη υγιή πληθυσμό και αποσκοπούν στην πρόληψη, στη φροντίδα και στη θεραπεία των περιπτώσεων όπου δεν είναι απαραίτητη η νοσηλεία στο νοσοκομείο. Στην εν λόγω κατηγορία κατατάσσεται και η αυτοφροντίδα.

Στο δευτεροβάθμιο επίπεδο υγείας όπου περιλαμβάνεται η νοσοκομειακή περίθαλψη την οποία παρέχουν τα τοπικά νοσοκομεία που συνήθως είναι είτε μικρού είτε μεσαίου μεγέθους. Στα συγκεκριμένα νοσοκομεία τις περισσότερες φορές υπάρχουν τα βασικά εργαστήρια όπως είναι το ακτινολογικό και το μικροβιολογικό και οι βασικές ειδικότητες όπως η χειρουργική, η γυναικολογία, η παθολογία και η παιδιατρική.

Στο τριτοβάθμιο επίπεδο υγείας όπου περιλαμβάνεται η νοσοκομειακή περίθαλψη την οποία παρέχουν τα μεγάλα γενικά νοσοκομεία. Σε αυτά τα νοσοκομεία υπάρχουν όλες οι ειδικότητες καθώς επίσης και η δυνατότητα να καλυφθούν όλες οι εξειδικευμένες ανάγκες με αποτέλεσμα να καθίσταται εφικτή η αντιμετώπιση όλων σχεδόν των ιατρικών προβλημάτων.

Για την ορθή οργάνωση ενός συστήματος υγείας είναι αναγκαία η λειτουργική διασύνδεση και των ανωτέρω επιπέδων. Χάρη στη λειτουργική διασύνδεση γίνεται εφικτή η αποτελεσματικότερη ιατρική αντιμετώπιση του ασθενούς, περιορίζοντας έτσι τις δαπάνες για την περίθαλψη όπως επίσης και το χρόνο (Πριάγγελου, 2014).

### **1.3 Η οικονομική προσέγγιση της υγείας**

---

Η υγεία συμβάλει τόσο στην αναπαραγωγή όσο και στη συντήρηση της διαδικασίας παραγωγής. Έτσι λοιπόν, η οικονομική προσέγγιση δέχεται κριτική καθώς η υγεία θεωρείται σαν ένα εξάρτημα στην καπιταλιστική διαδικασία. Σύμφωνα με τους Mushkin και Fuchs η υγεία, οι υπηρεσίες της και οι δαπάνες της οι οποίες συντελούν άρτια στην υγειονομική κατάσταση του ανθρώπινου δυναμικού είναι στοιχεία του ανθρώπινου κεφαλαίου. Οι Becker G. S. και Grossman M. εισήγαγαν πρώτη αυτή τη διάσταση του ανθρώπινου κεφαλαίου, δομώντας ένα θεωρητικό υπόδειγμα που αφορά στη ζήτηση υπηρεσιών. Κυριότερη υπόθεση του εν λόγω μοντέλου είναι πως η υγεία θεωρείται ένα αγαθό με διάρκεια, που κληρονομείται με τη γέννηση των ανθρώπων, με το πέρασμα του χρόνου απαξιώνεται όμως είναι δυνατόν να το επαναφέρουν κάνοντας επενδύσεις στην «υγεία» (Σούλης, 1999).

Ζήτημα διαμάχης ανάμεσα στους οικονομολόγους της υγείας αποτέλεσε το ερώτημα αν η υγεία είναι δημόσιο αγαθό ή ιδιωτικό. Στις μέρες μας η υγεία αντιμετωπίζεται τόσο ως κοινωνικό αγαθό με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, δηλαδή σαν δημόσιο αγαθό όσο και σαν ιδιωτικό αγαθό με τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας (Πριάγγελου, 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

---

### 2.1 Η Κοινωνική Ασφάλιση

---

Οι φορείς του Δημοσίου τομέα συγκαταλέγονται στην Κοινωνική Ασφάλιση, οι οποίοι είναι ουσιαστικά θεσμοθετημένα όργανα που διαθέτουν νομική υπόσταση. Επομένως είναι υποχρεωμένοι να παρέχουν στους ασφαλισμένους τις υπηρεσίες που προβλέπονται ανάλογα με την περίπτωση. Κύριος στόχος τους είναι να εξυπηρετήσουν τις κοινωνικές ανάγκες, οι οποίες εντάσσονται στην κρατική Κοινωνική πολιτική. Για αυτόν ακριβώς το λόγο η συγκεκριμένη αρμοδιότητα ανήκει σε Οργανισμούς Δημοσίου Δικαίου ( Προβολόπουλος,1987). Οι εν λόγω οργανισμοί χωρίζονται σύμφωνα με τις παροχές τις οποίες χορηγούν, στις εξής κατηγορίες:

- 1) Οργανισμοί κύριας Ασφάλισης,
- 2) Οργανισμοί επικουρικής Ασφάλισης
- 3) Οργανισμοί ασθένειας
- 4) Οργανισμοί προνοίας και αρωγής
- 5) Οργανισμοί αλληλοβοήθειας (Προβολόπουλος, 1987)

Η Κοινωνική Ασφάλιση είναι υποχρεωτική και οι φορείς πρέπει να παρέχουν χωρίς καμία επιπλέον αμοιβή τις υπηρεσίες τους προς τους ασφαλισμένους. Επιπροσθέτως οι όροι της Ασφάλισης είναι κοινοί για όλους όσους είναι ασφαλισμένοι και τους παρέχεται προστασία για τους ίδιους κινδύνους, χωρίς να υπάρξει κάποια ιδιαίτερη συμφωνία ανάμεσα στον ασφαλιστικό φορέα και τους ασφαλισμένους.

Καθώς η κοινωνική ασφάλιση έχει ως απώτερο σκοπό την εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος, στις περιπτώσεις όπου υφίσταται σχέση εξαρτημένης εργασίας, οι εισφορές καταβάλλονται τόσο από τους ασφαλισμένους όσο και από το Κράτος, από τους εργοδότες και από άλλους κοινωνικούς πόρους.

Ασφαλιστική σχέση προκύπτει σε περιπτώσεις όπου συντρέχουν προϋποθέσεις σε σχέση με τον άμεσα ασφαλισμένο, όπως για παράδειγμα σχέση εξαρτημένης εργασίας. Ακόμη ασφαλιστική σχέση προκύπτει στην περίπτωση που

κάποιος εγγραφεί στο ανάλογο ταμείο όπως για παράδειγμα οι ελεύθεροι επαγγελματίες (Λιακοπούλου, 2006).

Η κυριότερη κριτική, η οποία ασκείται προς τους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης είναι πως οι παρεχόμενες υπηρεσίες τους χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη αργοπορία, χωρίς μεγάλη αποτελεσματικότητα και αδυναμίες στον τομέα της γραφειοκρατίας. Επιπλέον, παρουσιάζονται αδυναμίες σε ότι αφορά στον τρόπο διαχείρισης των εισφορών που εισπράττονται, όπως επίσης επικρίνονται και για τον τρόπο διοίκησής του. Ακόμη υπάρχει έλλειψη τόσο στην ατομική πρωτοβουλία όσο και στο κίνητρο κέρδους, με αποτέλεσμα να αυξάνονται τα έξοδα της, όμως η εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων χαρακτηρίζεται από έλλειψη ζωτικότητας (Φασούλας & Τσίκος, 2005).

Τέλος, αν και η Κοινωνική Ασφάλιση παρουσιάζει αρκετές ελλείψεις επιτελεί σπουδαίο έργο και θα μπορούσε με διάφορους τρόπους να ωφελήσει τους ασφαλισμένους, αυξάνοντας το βιοτικό τους επίπεδο (Φασούλας & Τσίκος, 2005).

## **2.2 Τα συστήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης**

---

Σε παγκόσμιο επίπεδο διακρίνεται η λειτουργία δύο προτύπων κοινωνικής ασφάλισης, το πρότυπο του Bismark και το πρότυπο Beveridge.

---

### **2.2.1 Το σύστημα Bismark**

---

Στη Γερμανία συστάθηκε το 1880 για πρώτη φορά το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης από τον Bismark. Βασικότερες χώρες - εκπρόσωποι του εν λόγω μοντέλου είναι η Γαλλία και η Γερμανία. Τούτο το σύστημα στηρίζεται στη φιλοσοφία πως οι ανάγκες του πληθυσμού σε ότι αφορά στις υπηρεσίες υγείας καλύπτονται από την ασφάλιση. Στη Γερμανία κατέχει τη μορφή ασφάλισης σε συγκεκριμένους επαγγελματικούς κλάδους και στη Γαλλία διαμορφώθηκε ως ένα σύστημα για την ασφάλιση της υγείας, μέσω της σύστασης ενός εύρους

ασφαλιστικών Ταμείων. Τα χαρακτηριστικά του συγκεκριμένου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι τα εξής (Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα, 2007):

- η κοινωνική δικαιοσύνη
- η πληθυσμιακή κάλυψη σε συλλογικό επίπεδο
- χρηματοδοτείται τόσο από τις εισφορές των εργαζομένων, όσο και των εργοδοτών. Κύριο κριτήριο για την καταβολή αυτών αποτελεί το ύψος του εισοδήματος, καθώς και οι δυνατότητες που κατέχουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας για την πληρωμή τους
- η Αρχή της υποχρεωτικής ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού
- οι συντελεστές παραγωγής εντάσσονται στο Δημόσιο αλλά και σε ιδιώτες. Δηλαδή, τις υπηρεσίες υγείας παρέχει ένα μεικτό σύστημα
- η έντονη παρέμβαση του κράτους με σκοπό να επιτευχθεί η μέγιστη αποτελεσματικότητα σχετικά με την προσφορά των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας

---

### 2.2.2 Το σύστημα Beveridge

---

Κύριος εκπρόσωπος του εν λόγω τύπου κοινωνικής ασφάλισης είναι η Μ. Βρετανία, του οποίου θεμελιώδης φιλοσοφική ιδέα αποτελεί η κάλυψη όλων των αναγκών του πληθυσμού σε ότι αφορά στις υπηρεσίες υγείας, στηριζόμενο στη λογική του κοινωνικού δικαιώματος που κατέχουν οι πολίτες, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική κατάσταση όπου βρίσκονται. Κυριότερα χαρακτηριστικά του είναι τα ακόλουθα:

- η φορολογία και οι ασφαλιστικές εισφορές αποτελούν τις βασικές πηγές χρηματοδότησης
- ο πληθυσμός καλύπτεται ανάλογα με τις ανάγκες του
- τα επίπεδα υγείας διαχωρίζονται σε πρωτοβάθμιο, σε δευτεροβάθμιο και σε τριτοβάθμιο (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτα, 2007).

Είναι αξιοσημείωτο πως υφίσταται μια ακόμη κατηγορία κατά την οποία έχει συσταθεί ένα μικτό σύστημα, όπου κατέχει στοιχεία από παραπάνω συστήματα. Το

εν λόγω σύστημα συναντάται στην Ιταλία, την Ισπανία, την Πορτογαλία, την Ολλανδία και στην Ελλάδα.

Στην Ελλάδα ο χαρακτήρας του κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος είναι μεικτός αφού κάποιες φορές συγκλίνει περισσότερο προς το ένα σύστημα και ορισμένες φορές προς το άλλο. Το ΙΚΑ όπως επίσης και άλλοι φορείς που δεν ανήκουν στον αγροτικό οικονομικό τομέα αποτελούν κλασική κοινωνική ασφάλιση. Εν αντιθέσει με το ΙΚΑ, η σύσταση του ΟΓΑ το 1961 στράφηκε προς το σύστημα της Κοινωνικής ασφάλειας, με σκοπό την κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού. Όλοι οι ασφαλιστικοί φορείς πλην του ΟΓΑ ακολουθούν ουσιαστικά ένα ενδιάμεσο σχήμα στο οποίο υπάρχουν στοιχεία και των δύο συστημάτων. Ακόμη, ιδιαίτερο είναι δυνατόν να χαρακτηριστεί και το σύστημα για την κάλυψη των Δημοσίων υπαλλήλων, που δεν καταβάλλουν καθόλου εισφορές καθώς τις παροχές τους χρηματοδοτεί ο κρατικός προϋπολογισμός. Το εν λόγω σύστημα σε ότι αφορά στον τομέα της χρηματοδότησης ακολουθεί την προσέγγιση της Κοινωνικής ασφάλειας (Φασούλας & Τσίκος, 2005).

Σχετικά με τον χαρακτήρα του ελληνικού κοινωνικού ασφαλιστικού συστήματος, το χαρακτηρίζει ο πολυκερματισμός του και το πλήθος φορέων. Ο εν λόγω θεσμός αναπτύχθηκε χωρίς να υπάρχει αυστηρός προγραμματισμός και συγκεκριμένη ιεράρχηση των σκοπών του. Ακόμη, διαμορφώθηκε στη μορφή που έχει σήμερα υπό την επίδραση κοινωνικοπολιτικών, οικονομικών και ιστορικών συγκυριών καθώς επίσης και υπό την αντίληψη πως τα συμφέροντα των ασφαλισμένων θα εξυπηρετούνται καλύτερα από πολλούς μικρούς οργανισμούς. Στις μέρες μας οι φορείς της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι 316. Το Δημόσιο από το οποίο συνταξιοδοτούνται οι πολιτικοί, οι στρατιωτικοί και οι υπάλληλοι κάποιων ΝΠΔΔ δεν συμπεριλαμβάνεται στους ανώτερους φορείς. Επιπροσθέτως, υπάρχουν και άλλοι τρεις οργανισμοί Ασφάλισης μισθωτών για τις άδικες παροχές:

1. Για την ασφάλιση της ανεργίας, των οικογενειακών επιδομάτων, της στράτευσης και ορισμένων ακόμη συμπληρωματικών παροχών υπάρχει ο ΟΑΕΔ.
2. Για την προστασία της στέγασης υπάρχει ο ΟΕΚ.

3. Για τη μετεργασιακή πρόνοια υπάρχει η Εργατική Εστία (Φασούλας & Τσίκος, 2005).

## 2.3 ΕΟΠΥΥ

---

### 2.3.1 Οι στόχοι του ΕΟΠΥΥ

---

Ο ΕΟΠΥΥ αποτελεί ένα νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου που έχει συσταθεί με βάση τον ελληνικό νόμο 3918/2011 και εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας. Η οργάνωση ξεκίνησε τις εργασίες της την 1η Ιανουαρίου 2012.

Κύρια αποστολή του ΕΟΠΥΥ είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στα ενεργά μέλη, τους συνταξιούχους καθώς επίσης και στα εξαρτώμενων μελών της οικογένειας τους που είναι ενταγμένα στα συγχωνευόμενα ταμεία υγειονομικής περίθαλψης. Στον ΕΟΠΥΥ είναι ενωμένη η πλειοψηφία των ταμείων υγείας, μεταξύ των οποίων είναι το ΙΚΑ, το ΟΠΑΔ, το ΟΓΑ, το ΟΑΕΕ, με αποτέλεσμα ο ΕΟΠΥΥ να καλύπτει πάνω από το 98% του ασφαλισμένου πληθυσμού. Αυτό το μοντέλο είναι παρόμοιο με το γαλλικό μοντέλο Εθνικής Ένωσης των Ταμείων Ασφάλισης Υγείας (UNCAM), ενώ υπάρχουν και σημαντικές ομοιότητες με το γερμανικό εκ νέου ταμείου περιφερειακής ασθένειας "AOK Berlin", καθώς και με την Ομοσπονδία των Αυστριακών Ασφαλιστικών Ταμείων Υγείας (FAHIF). Ο ΕΟΠΥΥ αναλαμβάνει επίσης τον επιχειρησιακό συντονισμό και τη συνεργασία μεταξύ των δημόσιων και ιδιωτικών μονάδων υγειονομικής περίθαλψης με τους επαγγελματίες της υγείας με βάση το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Επιπλέον ο ρόλος του περιλαμβάνει τη μεταρρύθμιση κανονιστικής πολιτικής τόσο στην ποιότητα όσο και την αποτελεσματικότητα, τη διαχείριση και τον έλεγχο της χρηματοδότησης και την ορθολογική χρήση των διαθέσιμων πόρων. Ακόμη ο ΕΟΠΥΥ θέτει τις σημαντικότερες προϋποθέσεις που απαιτούνται για τη συμβατική δέσμευση με τους παρόχους της κοινωνικής και ιδιωτικής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης (Karakolias & Polyzos, 2014).

---

### 2.3.2 Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας μέσω του ΕΟΠΥΥ

---

Οι εννέα πιθανές πηγές χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ είναι οι εξής: 1) οι εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, 2) οι ετήσια επιδοτήσεις από τον κρατικό προϋπολογισμό έως και 0,6% του ΑΕΠ, 3) τα έσοδα από τυχόν κοινωνικούς πόρους, 4) οι πρόσοδοι περιουσίας, η απόδοση των κεφαλαίων και των αποθεματικών, 5) οι δωρεές, οι κληρονομίες και οι κληροδοσίες, 6) τα χρηματοοικονομικά έσοδα, 7) τα έσοδα από πρόστιμα και άλλες ποινές, 8) τα έσοδα από υπηρεσίες που παρέχονται σε ασφαλισμένο πληθυσμό και 9) οι εισροές από τα φαρμακεία και τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Οι αρχικές προβλέψεις του 2012 έδειξαν ότι το συνολικό κομίζον εισόδημα θα υπερβαίνει τα 8 δισεκατομμύρια ευρώ και το μεγαλύτερο μέρος θα προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές (56,6%) και τη συμμετοχή της κυβέρνησης (18,6%). Πρόσθετα έσοδα θα μπορούσαν να προέρχονται από την προσαρμογή των συνεισφορών των τεσσάρων μεγαλύτερων ταμείων. Ωστόσο, αυτό το σενάριο δεν είχε επιτευχθεί ποτέ διότι οι επιδοτήσεις των κυβερνήσεων στη συνέχεια μειώθηκαν κατά 0,4% λόγω του Μνημονίου όπως επίσης και η μερική αναπροσαρμογή των εισφορών λόγω της πίεσης από τα συνδικάτα. Κατά συνέπεια, τα έσοδα εκτιμάται πως μειώθηκαν κατά 2,5 δισεκατομμύρια ευρώ για το 2012. Επιπλέον, η οικονομική μεταφορά μεταξύ ΕΟΠΥΥ και των ενοποιημένων ταμείων ήταν ελλιπής κατά περίπου 1.660.000.000 ευρώ. Ακόμη το 2012 τα έσοδα του προϋπολογισμού του ΕΟΠΥΥ του τα οποία ανέρχονται περίπου στα 5,8 δις ευρώ δεν επαρκούν για την κάλυψη των δαπανών για την υγεία του ασφαλισμένου πληθυσμού, ενώ την ίδια στιγμή, υπάρχουν σημαντικά προβλήματα ρευστότητας. Ο προϋπολογισμός δαπανών προέρχεται κυρίως από φαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη (Karakolias & Polyzos, 2014).

Εκτός από τα προβλήματα υποχρηματοδότησης και χαμηλής ρευστότητας, μια άλλη αναδυόμενη απειλή είναι αυτή της σημαντικής εγχώριας ανεργίας που έχει δύο κύρια χαρακτηριστικά, τα υψηλά επίπεδα αδήλωτης εργασίας και η άμεση μείωση ασφάλισης. Και τα δύο συνεπάγονται μια πιθανή υστέρηση εσόδων. Πιο



συγκεκριμένα, στο τέλος του 2011 ο συνολικός αριθμός των δικαιούχων ΕΟΠΥΥ εκτιμήθηκε σε 11.350.000, εκ των οποίων το 56% ήταν άμεσα ασφαλισμένοι και το 44% έμμεσα ασφαλισμένοι. Από μία άλλη προσέγγιση προκύπτει ότι ο συνολικός ασφαλισμένος πληθυσμός υπερβαίνει το μόνιμο πληθυσμό που καταγράφηκε στην απογραφή του 2011 (10.810.000.000).

Το 2013 υπολογίζεται πως τα συνολικά έσοδα ανέρχονται σε τουλάχιστον 6,2 δις ευρώ, το μεγαλύτερο μέρος των οποίων προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές (70%) και τις κρατικές επιδοτήσεις (18%). Ωστόσο, η εισφοροδιαφυγή εξακολουθεί να υπάρχει και να συνεπάγεται απώλεια εσόδων που προσεγγίζει το 20% (800 εκατομμύρια ευρώ). Ο προϋπολογισμός δαπανών του ίδιου έτους δείχνει ότι οι υπηρεσίες ΠΦΥ, εκπροσωπούμενες από τις συνολικές εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες, απορροφά το 1/6 των συνολικών δαπανών. Επιπλέον, οι δαπάνες του νοσοκομείου μειώθηκαν κατά 10% κατά μέσο όρο ετησίως από το 2010. Το 2009, οι δαπάνες ήταν πάνω από 6 δις ευρώ, το 2012 πάνω από 5 και το 2013 λιγότερο από το 5. Στις φαρμακευτικές δαπάνες παρατηρήθηκαν παρόμοιες μειώσεις. Οι τεράστιες φαρμακευτικές δαπάνες έχουν αποδοθεί τις τελευταίες δεκαετίες σε πολλούς παράγοντες (Karakolias & Polyzos, 2014).

---

### 2.3.3 Παροχή Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω ΕΣΥ και ΕΟΠΥΥ

---

Το ελληνικό νομοθετικό πλαίσιο που διευκρινίζει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, παρέχεται από κρατικούς φορείς όπως νοσοκομεία και κέντρα υγείας, από ιδιόκτητους φορείς όπως ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά εργαστήρια, από μονάδες του ΕΟΠΥΥ και συμβεβλημένους επαγγελματίες υγείας με τον ΕΟΠΥΥ.

Όσον αφορά τη σύνθεση των γιατρών στην Ελλάδα, υπάρχει ένα μικρό ποσοστό των παθολόγων του συνολικού αριθμού των γιατρών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (9,4%), ενώ το αντίστοιχο ποσοστό είναι ακόμη χαμηλότερο όσον αφορά την σύμβαση με τους γιατρούς ΕΟΠΥΥ (7,7%). Τα στοιχεία αυτά

υπερεκτιμούν την τρέχουσα κατάσταση σε σύγκριση με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ σύμφωνα με τα οποία ο συνολικός αριθμός των παθολόγων καταλαμβάνουν μόνο το 5% του συνόλου των Ελλήνων γιατρών, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης. Αυτό αποκαλύπτει μια σημαντική απόκλιση από τα προηγμένα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας, όπου κατά μέσο όρο ο αριθμός των παθολόγων φθάνει το 30%. Με άλλα λόγια, τα παραπάνω στοιχεία ενισχύουν τις ανησυχίες για την ελάχιστη συμμετοχή των οικογενειακών ιατρών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Karakolias & Polyzos, 2014).

---

#### 2.3.4 Προτεινόμενο μοντέλο Παροχής Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και χρηματοδότησή της

---

Οι Karakolias και Polyzos (2014) πρότειναν τα παρακάτω προκειμένου ο ΕΟΠΥΥ να μετατραπεί από έναν πάροχο σε μια συμβατική υπηρεσία, όπου οι εισφορές θα πρέπει να συλλέγονται είτε απευθείας από τον ΕΟΠΥΥ είτε έμμεσα από τα συνταξιοδοτικά ταμεία. Στην τελευταία περίπτωση, η μεταβίβαση πρέπει να είναι άμεση και να γίνεται online σε μηνιαία βάση.

Φαίνεται πως με την ενοποίηση των ασφαλίσεων τα ετήσια έσοδα το 2014 ανήλθαν περίπου στα 11 δις ευρώ. Για να εξασφαλιστεί η σκοπιμότητα του σχεδίου αυτού απαιτούνται διάφορες ενέργειες:

- 1) ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει να αναλάβει το ρόλο των συνταξιοδοτικών ταμείων, της διαχείρισης της εισφοροδιαφυγής και να επιβάλλει αυστηρότερα πρόστιμα
- 2) ο ΕΟΠΥΥ θα πρέπει επίσης να είναι ο παράγοντας ελέγχου για την παραλαβή των επιδοτήσεων μισθοδοσίας για τους εργαζόμενους του ΕΣΥ (Polyzos et al., 2013)
- 3) οι κρατικές επιχορηγήσεις για τα οφέλη και το κόστος λειτουργίας των μονάδων του ΕΣΥ θα πρέπει να μεταφερθεί στο ΕΟΠΥΥ
- 4) Η απόδοση των περιουσιακών στοιχείων θα μπορούσε να διπλασιαστεί κατά 53 - 110 εκατομμύρια ευρώ από την εξωτερική ανάθεση της διαχείρισης περιουσιακών στοιχείων σε ιδιωτικές εταιρείες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

---

### 3.1 Η Ιδιωτική Ασφάλιση

---

Η Ιδιωτική Ασφάλιση δεν είναι υποχρεωτική όπως η Κοινωνική και με πραγματοποιείται με την θέληση όσων επιθυμούν έχουν ασφαλιστική προστασία (Πριναράκη 1987). Επιπλέον, είναι αρκετοί εκείνοι οι οποίοι υποστηρίζουν πως η Κοινωνική Ασφάλιση επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις σε ότι αφορά στις επενδύσεις και στις αποταμιεύσεις, που θα μπορούσαν να μειωθούν σημαντικά μέσω της ενίσχυσης των Ιδιωτικών Ασφαλίσεων (Προβολόπουλος, 1987).

Οι παραπάνω απόψεις στηρίζονται στο ότι η Ιδιωτική Ασφάλιση λειτουργεί βάσει του κεφαλαιοποιητικού συστήματος, και δεν διαθέτει διανεμητικό χαρακτήρα όπως η Κοινωνική Ασφάλιση (Ιαμπέλη, 1998). Τούτο κάνει το θεσμό της Ιδιωτικής Ασφάλισης να πλεονεκτεί σε ότι αφορά την προσωπική αποταμίευση.

Την Ιδιωτική Ασφάλιση ασκούν ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις καθώς και σε περιπτώσεις και κρατικοί και ημικρατικοί Οργανισμοί. Το μεγαλύτερο τμήμα της ελληνικής ασφαλιστικής παραγωγής, υλοποιούν μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες, τις οποίες ελέγχει το κράτος μέσω των τραπεζών (Κιόχο, 1993).

Με την ενίσχυση της Ιδιωτικής Ασφάλισης, επέρχονται αρκετά θετικές επιδράσεις στις ασφαλιστικές ανάγκες των πολιτών, καθώς συμπληρώνει την Κοινωνική Ασφάλιση, καθώς ως ένα σημείο δεν έχει τα δημοσιονομικά προβλήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης. Ως ένας κοινωνικός αλλά και οικονομικός θεσμός, η Ιδιωτική Ασφάλιση μπορεί να πραγματοποιήσει αρκετά, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Παγκοσμίως οι συζητήσεις οι οποίες υλοποιούνται σχετικά με τον ρόλο της Ιδιωτικής Ασφάλισης καλύπτουν ευρέως ένα κύκλο θεμάτων, που έχουν σχέση με τις οικονομικές παρενέργειες και την αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών. Το Διεθνές Γραφείο Εργασίας, το 1984 σε μία δημοσίευση του, συγκέντρωσε τα

θετικά καθώς επίσης και τα αρνητικά στοιχεία που προκύπτουν από την Ιδιωτική Ασφάλιση (International Labour Office).

Η Ιδιωτική Ασφάλιση έχει δυνατότητα βελτίωσης των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασφαλισμένους ως το σημείο που αντιμετωπίζεται σαν συμπληρωματική της Κοινωνικής Ασφάλισης. Ωστόσο, η Ιδιωτική Ασφάλιση δεν δύναται να αντικαταστήσει την Κοινωνική Ασφάλιση εντός ενός κράτους πρόνοιας, διότι η Ιδιωτική Ασφάλιση λειτουργεί σύμφωνα με το κεφαλαιοποιητικό σύστημα, εν αντιθέσει με την Κοινωνική Ασφάλιση, οι οποία στηρίζεται στις αρχές του διανεμητικού συστήματος. Είναι απαραίτητο να τονιστεί πως οι αρνητικές επιπτώσεις της Κοινωνικής Ασφάλισης, κυρίως σε ότι αφορά στον ρυθμό αποταμιεύσεων και επενδύσεων, περιορίζονται/μειώνονται αρκετά από την Ιδιωτική Ασφάλιση (International Labour Office)

## **3.2 Η Ιδιωτική Ασφάλιση στις Ευρωπαϊκές Χώρες**

---

### **3.2.1 Το μέγεθος της Αγοράς**

---

Η Ιδιωτική Ασφάλιση δεν είναι ένα σπουδαίο μέρος του συνόλου των υγειονομικών δαπανών. Το έτος 2006 οι δαπάνες που υλοποιήθηκαν στα πλαίσια της Ιδιωτικής Ασφάλισης δεν ήταν πάνω από το 10% και στα περισσότερα μέλη - κράτη δεν υπερέβησαν το 5%. Στην ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά μειώθηκε αρκετά το σύνολο της παραγωγής ασφαλιστρών κατά το 2008 περίπου 10,4%, από τα οποία οι ασφαλίσεις ζημιών ελαττώθηκαν κατά 0,2% και οι ασφαλίσεις παρουσίασαν μείωση κατά 15,9%. Στα 27 κράτη - μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ο κλάδος ασθένειας και ο κλάδος των ατυχημάτων καταλάμβανε το 31% του χαρτοφυλακίου. Με το πέρασμα των χρόνων η δαπάνη παρέμεινε σταθερή σε όλες τις χώρες πλην του Ηνωμένου Βασιλείου και της Ολλανδίας, που πραγματοποιήθηκαν οι πιο υψηλότερες μειώσεις. Ακόμη, η δαπάνη της Ιδιωτικής

Ασφάλισης Υγείας είναι χαμηλή σε ότι αφορά στο συνολική ιδιωτική δαπάνη, η οποία υπολογίζεται να είναι κάτω του 25% στην πλειοψηφία των μελών - κρατών (Σουσσούνη, 2010).

Η δημόσια πολιτική είναι εκείνη η οποία καθορίζει το ρόλο της Ιδιωτικής Ασφάλισης μέσα σε κάποιο σύστημα υγείας, όπου εν συνεχεία η ίδια αντανακλά ιδεολογίες, ιστορικούς παράγοντες καθώς επίσης και συμφέροντα ανάμεσα σε δρώντες του συστήματος αλλά και την ευχέρεια που έχει η κάθε κυβέρνηση στη διαμόρφωση της αγοράς. Σαφώς, το μέγεθος της αγοράς της Ιδιωτικής Ασφάλισης διαμορφώνεται και από τη δυνατότητα που έχουν οι πολίτες να πληρώσουν (Σουσσούνη, 2010).

### **Οι τρεις τρόποι για τον υπολογισμό του μεγέθους της αγοράς**

#### **1. Η συνεισφορά προς τη δαπάνη υγείας**

Οι δαπάνες υγείας διαφέρουν μεταξύ των κρατών - μελών της ΕΕ σαν ποσοστό του ΑΕΠ και κυμαίνονται από 5% στην Εσθονία έως και άνω του 10% στη Γερμανία και στην Γαλλία. Παρόλο που σε όλες τις χώρες υφίστανται κανάλια για να χρηματοδοτούν την υγεία, η δημόσια δαπάνη είναι άνω των 2/3 της συνολικής δαπάνης στην πλειοψηφία των χωρών.

Η Ιδιωτική ασφαλιστική δαπάνη είναι αρκετά χαμηλότερη στο πιο νέα κράτη - μέλη της ΕΕ, καθώς επίσης και σε ορισμένα παλαιότερα όπως είναι η Μεγάλη Βρετανία, η Ιταλία και η Σουηδία διότι σε τούτες τις χώρες η Ιδιωτική Ασφάλιση κατέχει συμπληρωματικό ρόλο και δεν αναπληρώνει την Κοινωνική Ασφάλιση.

Από το 1996 έως το 2006 οι δαπάνες της Ιδιωτικής Ασφάλισης αυξήθηκαν αρκετά σε πολλές χώρες εκτός από την Αυστρία, την Ελλάδα, την Ιταλία, την Ολλανδία, την Φινλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο και τη Σλοβακία.

Γενικότερα είναι φανερό πως σε ορισμένα κράτη οι πολιτικές οι οποίες ακολουθούνται συμβάλλουν στη διατήρηση του συστήματος πληρωμών ώστε

να χρηματοδοτηθεί η υγεία και δεν ενθαρρύνουν την Ιδιωτική ασφάλιση με σκοπό να χρηματοδοτηθεί ο τομέας της υγείας (Σουσουνή, 2010).

## 2. Το επίπεδο της κάλυψης του πληθυσμού

Η κάλυψη αποτελεί ένα μέγεθος το οποίο είναι αρκετά δύσκολο να υπολογίσει κανείς εξαιτίας των ελλιπών στοιχείων σε πολλές χώρες. Έχει παρατηρηθεί πως στα κράτη στα οποία υποχρεώνονται οι πολίτες από την Κοινωνική Ασφάλιση να καταβάλουν επιπλέον χρεώσεις, όλο και περισσότεροι χρήστες των υπηρεσιών υγείας καταφεύγουν στην Ιδιωτική Ασφάλιση.

Επιπλέον τα πιο νέα κράτη μέλη της ΕΕ όπου οι δαπάνες τις Ιδιωτικής Ασφάλισης είναι ίδιες εκείνες της Κοινωνικής Ασφάλισης ενδέχεται να επιφέρει την απροθυμία των ανθρώπων να εμπιστευθούν σε κάποιο τρίτο άτομο τα χρήματά τους ώστε να αγοράσουν τις υπηρεσίες υγείας. Από τη στιγμή που οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας είναι συνηθισμένοι να πληρώνουν με άμεσο τρόπο στα νοσοκομεία και στους γιατρούς καθίσταται δύσκολο να εξοικειωθούν και να εμπιστευθούν κάποιον τρόπο ώστε να μεταβιβάσουν το ρόλο του χρηματοδότη, όπως για παράδειγμα κάποια ασφαλιστική εταιρεία (Thomson & Mossialos et al., 2002).

## 3. Σαν ποσοστό εσόδων προερχόμενο από ασφάλιστρα

Έναν γενικό δείκτη της νομισματικής αξίας των αγορών αποτελούν τα έσοδα τα οποία προέρχονται από ασφάλιστρα. Δεδομένου πως τέτοιου είδους στοιχεία δεν διατίθενται σε όλες τις χώρες, την πρωτιά κατέχει η Γερμανία. Τούτο καθίσταται λογικό καθώς η υποκατάστατη Ιδιωτική Ασφάλιση η οποία διατίθεται στην αγορά είναι δαπανηρότερη από άλλες διότι παρέχει στους χρήστες ένα αρκετά ολοκληρωμένο πακέτο ασφάλισης.

Μετά τη Γερμανία ακολουθούν η Γαλλία, η Μεγάλη Βρετανία και η Ισπανία, οι οποίες παρόλο που έχουν σχεδόν ίδιο πληθυσμό, οι αγορές της Ιδιωτικής Ασφάλισης τόσο της Μεγάλης Βρετανίας όσο και της Ισπανίας καλύπτουν

περίπου το 10% - 20%, ενώ στη Γαλλία καλύπτουν σχεδόν το 9% των κατοίκων (Σουσούνη, 2010).

---

### 3.2.2 Από τι καθορίζεται η ζήτηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης

---

Τη ζήτηση της Ιδιωτικής Ασφάλισης επηρεάζει τόσο η έκταση όσο και η ποιότητα που παρέχονται από τις δημόσιες υπηρεσίες καθώς επίσης και τα εισοδήματα. Ακόμη, επηρεάζεται και από το μορφωτικό επίπεδο, από το κοινωνικό status, το φύλο και από την αστικοποίηση. Προκειμένου να υπάρξει μια αγορά ασφάλισης υγείας είναι αναγκαίο να υφίστανται οι παρακάτω προϋποθέσεις:

- να υφίσταται θετική ζήτηση
- η ασφάλιση να προσφέρεται σε ένα ποσό το οποίο οι χρήστες θα δύνανται να πληρώσουν
- να υφίσταται η τεχνική υποδομή προκειμένου να παραχθεί η ασφάλιση (Σουσούνη, 2010).

Επιπλέον παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν της ζήτηση για ασφάλιση υγείας είναι οι εξής:

- η τυχόν εμφάνιση κάποιας ασθένειας
- η σπουδαιότητα της απώλειας την οποία επιφέρει μια ασθένεια
- το κόστος της ασφάλισης
- το μορφωτικό επίπεδο των χρηστών
- το εισόδημα των χρηστών

Βέβαια ορισμένοι εξ αυτών των παραγόντων είναι αρκετά δυσχερές να μετρηθούν και η επίδραση του καθενός δεν είναι ίδια σε όλες τις χώρες. Εντός της ΕΕ, στα περισσότερα κράτη η Κοινωνική Ασφάλιση παρέχει στους χρήστες της ένα αρκετά υψηλό επίπεδο προστασίας σε ότι αφορά στον κίνδυνο για οικονομική απώλεια λόγω μιας ασθένειας και έτσι το μορφωτικό επίπεδο, η τιμή και το εισόδημα αποτελούν σημαντικούς παράγοντες.

Επιπροσθέτως, κάποιοι αναλυτές θεωρούν πως τη ζήτηση για Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας επηρεάζει ο βαθμός της ικανοποίηση των χρηστών από το σύστημα υγείας που διαθέτουν. Δηλαδή τα άτομα μπορεί να στραφούν προς την Ιδιωτική Ασφάλιση λόγω της χαμηλής ποιότητας του συστήματος υγείας, τις λίστες αναμονής όπως επίσης και τις μειώσεις των επιδομάτων (Σουσουήνη, 2010).

---

### 3.2.3 Ποιο είναι το προφίλ του αγοραστή της Ιδιωτικής Ασφάλισης

---

Οι πιο πολλοί χρήστες της Ιδιωτικής ασφάλισης Υγείας ανήκουν στις ομάδες με τα υψηλότερα εισοδήματα. Άλλοι παράγοντες που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την επιλογή της Ιδιωτικής Ασφάλισης στις χώρες της ΕΕ είναι το φύλο, η ηλικία, η κατηγορία εργασίας, η κατάσταση υγείας, η αστικοποίηση, η οικογενειακή κατάσταση, το επαγγελματικό status, το μορφωτικό επίπεδο και η σύνθεση του νοικοκυριού.

Ένας τυπικός χρήστης Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας στα κράτη μέλη της ΕΕ είναι συνήθως άνδρας μεταξύ 40-50 χρόνων, διαθέτει υψηλή μόρφωση και ένα ικανοποιητικό εισόδημα, κατοικεί σε αστική περιοχή και εργάζεται είτε σαν μεσαίο είτε σαν ανώτερο στέλεχος σε μεγάλος εταιρείες ή ασκεί κάποιο ελεύθερο επάγγελμα.

Ενώ στην Ελλάδα ο τυπικός χρήστης βρίσκεται μεταξύ 25-40 χρόνων, κατά 43% είναι απόφοιτος ανώτερης εκπαίδευσης, ανήκει σε μεσαία ή σε ανώτερη εισοδηματική τάξη και είναι είτε διευθυντικό τραπεζών ή ιδιωτικών εταιρειών, είτε δημόσιος υπάλληλος, είτε εργοδότης και διαμένει σε αστικές περιοχές. Το ποσοστό των ανδρών χρηστών είναι μεγαλύτερο καθώς φτάνει το 53% ενώ στις γυναίκες το ποσοστό ανέρχεται στο 47%. Όπως έδειξαν τα αποτελέσματα έρευνας που διεξάχθηκε το 2006, το 12,67% των ιδιωτικά ασφαλισμένων διέμενε σε αστικές περιοχές και μόλις το 6,67% σε αγροτικές ή ημιαστικές περιοχές (Hellas Health I).



---

### 3.2.4 Οι προϋποθέσεις, οι παροχές και τα ασφάλιστρα

---

Τα άτομα τα οποία ασφαλιζονται από τις Ιδιωτικές Ασφάλειες Υγείας είναι κυρίως κάτω των 65 χρόνων και κυρίως τα συμβόλαια που συνάπτουν είναι βραχυπρόθεσμα. Οι υπεύθυνοι για την προμήθεια της Ιδιωτικής Ασφάλισης δύνανται να χρεώνουν υψηλότερα ασφάλιστρα, να απορρίπτουν αιτήσεις, να επιβάλλουν χρόνο αναμονής, να οριοθετούν τις παροχές καθώς και να αποτιμούν το ποσό των ασφαλιστρών βάσει των πιθανοτήτων κινδύνου των χρηστών σε ατομικό επίπεδο.

Σε ορισμένες χώρες όπως είναι η Γερμανία υπάρχει πιο αυστηρή ρύθμιση της αγοράς με τη συμβολή κανόνων οι οποίοι προωθούν την ισόβια κάλυψη, την ελεύθερη εγγραφή και τις πιο λογικές τιμές ασφαλιστρών. Τα παραπάνω αποσκοπούν στην ευκολότερη πρόσβαση στην αγορά της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας κυρίως από ηλικιωμένα άτομα, από ευπαθείς ομάδες πληθυσμού και από άτομα που έχουν ήδη κάποια ασθένεια και δε θα μπορούσαν να την αντιμετωπίσουν με τα υψηλά ασφάλιστρα (Σουσούνη, 2010).

Στην Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας οι εισφορές και οι φόροι υπολογίζονται βάσει άλλων κριτηρίων από αυτά της Κοινωνικής Ασφάλισης. Στην Ελλάδα για τον υπολογισμό του κόστους λαμβάνονται υπόψη το φύλο, η ηλικία, η κατάσταση των υγείας του ενδιαφερόμενου καθώς επίσης και το επάγγελμα που ασκεί. Η τιμή των ασφαλιστρών προκύπτει μετά από εκτίμηση ορισμένων παραγόντων που σχετίζονται με τις πιθανότητες εμφάνισης κάποιας ασθένειας και εκτιμώνται μέσω διάφορων μεθόδων τόσο σε επίπεδο ατομικό όσο και σε ομαδικό όπως για παράδειγμα στα πλαίσια μια επαγγελματικής ή μιας κοινότητας.

Βέβαια το κόστος των ασφαλιστρών επηρεάζει και το επίπεδο των παροχών οι οποίες θα προσφέρονται μέσω του συμβολαίου. Η μέθοδος που υπολογίζει τα ασφάλιστρα βάσει του κινδύνου μιας επαγγελματικής ομάδας εφαρμόστηκε αρκετά στη Δανία, ενώ στην Ιταλία και στην Ελλάδα εφαρμόστηκε για τα ομαδικά συμβόλαια, στα πλαίσια εταιρειών (Σουσούνη, 2010).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

---

### 4.1 Διαφορές Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας

---

Η κυριότερη διαφορά μεταξύ της Ιδιωτικής Ασφάλισης και της Κοινωνικής κρίνεται μέσω της απάντησης στο ερώτημα «ποιος επωμίζεται τους μελλοντικούς κινδύνους; Οι συνταξιούχοι ή οι εργαζόμενοι;». Η Κοινωνική Ασφάλιση βασίζεται στο γνωστό «συμβόλαιο των γενεών» (Φάνης, 1997). Σύμφωνα με την εν λόγω αρχή, οι εργαζόμενοι μιας ορισμένης χρονικής περιόδου, πληρώνουν εισφορές εκ των οποίων χρηματοδοτούνται με άμεσο τρόπο οι συντάξεις των συνταξιούχων της εκάστοτε περιόδου (Φασούλας & Τσίκος, 2005).

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη τούτου του συστήματος αποτελεί η σταθερή σχέση ανάμεσα στους συνταξιούχους και τους εργαζομένους, η οποία καλείται δείκτης δημογραφικής εξάρτησης (dependency ratio) (Φασούλας & Τσίκος, 2005). Στο σημείο αυτό εντοπίζεται και το πιο μεγάλο μειονέκτημα του συγκεκριμένου συστήματος. Οι δύο παρακάτω δημογραφικές αλλαγές οι οποίες είναι χαρακτηριστικές του σύγχρονου κόσμου και επιφέρουν την αύξηση του ανωτέρω δείκτη:

1. Η αυξημένη υπογεννητικότητα, η οποία συντελεί στη μείωση του ποσοστού των νέων που εισέρχονται στον εργασιακό χώρο
2. Η αύξηση του μέσου όρου ζωής, η οποία επιφέρει την αύξηση του ποσοστού των συνταξιούχων

Επιπλέον παράγοντες μη δημογραφικοί είναι:

- Η αύξηση της ανεργίας
- Η μεγάλη περίοδος εκπαίδευσης
- Οι σύντομες αποχωρήσεις

Οι ανωτέρω παράγοντες δεν είναι ούτε παροδικοί αλλά ούτε και συμπτωματικοί, είναι μία πραγματικότητα. Η Κοινωνική Ασφάλιση εδώ και αρκετές δεκαετίες αποτελεί αντικείμενο κριτικής για τους ειδικούς των ασφαλίσεων λόγω του ότι έχει τεράστια ευαισθησία στις δημογραφικές αλλαγές.

Αντιθέτως, σύμφωνα με την φιλοσοφία της Ιδιωτικής Ασφάλισης, οι ενεργοί εργαζόμενοι καταβάλλουν εισφορές προκειμένου να εξασφαλίσουν μόνο τις δικές τους παροχές. Καθώς οι εισφορές καταβάλλονται πριν από τις παροχές είναι λογικό να αποθεματοποιούνται, με αποτέλεσμα να πληρώνονται οι παροχές στην ώρα τους. Στην Ιδιωτική ασφάλιση δεν είναι αναγκαία η αλληλουχία των γενεών και κατ' επέκταση δεν προσβάλλεται από τις δημογραφικές αλλαγές και έτσι καθίσταται ασφαλέστερη από την Κοινωνική Ασφάλιση. Επίσης, αφού η Ιδιωτική Ασφάλιση δεν καθιστά απαραίτητη της ύπαρξη του γνωστού συμβολαίου των γενεών συντελεί στην ομαλοποίηση των σταθερών εισφορών (Φασούλας & Τσίκος, 2005).

Επιπροσθέτως, άλλο πλεονέκτημα της Ιδιωτικής Ασφάλισης είναι πως συγκεντρώνονται μεγάλα κεφάλαια, που επενδύονται και εν συνεχεία ενισχύουν την κεφαλαιαγορά, συμβάλλοντας στην άνοδο της οικονομίας, στην αύξηση της θέσεων εργασίας και στη βελτιωμένη ανταγωνιστικότητα των επιχειρήσεων. Ταυτόχρονα, οι χειρισμοί για τον έλεγχο του δημοσίου χρέους γίνονται ευκολότεροι διότι η ροή τέτοιων ποσών προς την αγορά ομολόγων θα επιφέρει την πτώση των Καθαρών Επιτοκίων.

Φυσικά και η Κοινωνική Ασφάλιση έχει πλεονεκτήματα, που εξηγούν γιατί την υιοθέτησαν αρκετές κυβερνήσεις παγκοσμίως όταν για πρώτη φορά άρχισαν να εφαρμόζονται τα συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης. Το κυριότερο πλεονέκτημα αποτελεί το γεγονός πως το εν λόγω σύστημα μπορεί να τίθεται σε πλήρη λειτουργία μόλις πραγματοποιηθεί η έναρξη των εργασιών του και να δύναται να καταβάλλει άμεσα συντάξεις στους συνταξιούχους της εκάστοτε περιόδου, που χρηματοδοτούνται μέσω των καταβολών των εισφορών των εν ενεργεία συμμετεχόντων. Αυτό αποτελεί κάτι το οποίο δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί στην

Ιδιωτική Ασφάλιση. Αρκετοί είναι εκείνοι που αμφισβητούν το γεγονός πως αυτό το χαρακτηριστικό της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι ένα πλεονέκτημα, καθώς δημιουργεί ένα οικονομικό έλλειμμα που κληροδοτείται από γενιά σε γενιά.

Ένα ακόμη πλεονέκτημα της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι πως έχει τη δυνατότητα να αντιμετωπίζει άμεσα την επίδραση που έχει ο πληθωρισμός στις παροχές, αφού πηγή χρηματοδότησης των παροχών αποτελούν τα τρέχοντα έσοδα του, που συνδέονται με άμεσο τρόπο με τους τρέχοντες μισθούς των ασφαλισμένων. Υπό την προϋπόθεση φυσικά πως οι συγκεκριμένοι μισθοί συμβαδίζουν με τον πληθωρισμό και πως η πληθυσμιακή σχέση ανάμεσα στους ασφαλισμένους και στους συνταξιούχους θα διατηρηθεί σταθερή. Σχετικά με αυτό το πλεονέκτημα, η Ιδιωτική Ασφάλιση διαθέτει και εκείνη αυτή τη δυνατότητα, με τον όρο πως οι αποδόσεις των επενδύσεων των αποθεματικών της θα είναι μεγαλύτερες από τον πληθωρισμό, για να επιτραπεί η αναπροσαρμογή της (Φασούλας & Τσίκος, 2005).

Συνεπώς η Κοινωνική Ασφάλιση έχει σοβαρά μειονεκτήματα σε σχέση με την Ιδιωτική Ασφάλιση η οποία έχει σπουδαία πλεονεκτήματα και λιγότερα μειονεκτήματα. Έπειτα από αρκετά χρόνια εφαρμογής των δύο αυτών συστημάτων, η πλειοψηφία των ανεπτυγμένων χώρες διεθνώς εγκαταλείπει την Κοινωνική Ασφάλιση και επιλέγει την Ιδιωτική διότι αποδεδειγμένα έχει περισσότερα πλεονεκτήματα. Το σύγχρονο σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης είναι αναγκαίο να διαθέτει καλύτερη διασφάλιση παροχών και πιο σταθερές εισφορές ώστε να καταστεί βιώσιμο. Το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Κοινωνική Ασφάλιση είναι το δημογραφικό, όπου έχει ευρύτερες επιπτώσεις οι οποίες κρίνεται απαραίτητο να συνεκτιμηθούν. Ακόμη τούτο έχει σαν αποτέλεσμα ένα φαύλο κύκλο αυξήσεων των εισφορών. Μέσω του πλαισίου του συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης δεν μπορεί να υπάρξει καμία διέξοδος από αυτή την κατάσταση.

Επιπλέον, μέσα από τις αυξήσεις των εισφορών εκτός των άλλων αυξάνεται και το κόστος παραγωγής. Η αύξηση αυτή πλήττει την ανταγωνιστικότητα του προϊόντος και επιφέρει τη μείωση των πωλήσεων. Η εν λόγω μείωση συντελεί

στη μείωση της παραγωγής και επομένως μείωση του ποσοστού των εργαζομένων. Η οποία με τη σειρά της επιφέρει τη μείωση των εσόδων του συνταξιοδοτικού συστήματος και ως εκ τούτου και τη δυσχέρεια στην καταβολή των συντάξεων. Προκειμένου να αποκατασταθούν τα έσοδα της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι ανάγκη να αυξηθούν οι εισφορές. Με τον τρόπο αυτό ο φαύλος κύκλος δεν έχει τέλος και ο μόνος τρόπος για να σταματήσει είναι να καταρρεύσει η οικονομία της χώρας. Εν κατακλείδι, η Ιδιωτική Ασφάλιση είναι εντιμότερη διότι υποχρεώνει τους εργαζόμενους να πληρώνουν οι ίδιοι τις παροχές των συντάξεών τους (Φασούλας & Τσίκος, 2005).

#### **4.2 Συμπληρωματική και όχι ανταγωνιστική η σχέση μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης**

---

Είναι βέβαιο πως όλοι αναγνωρίζουμε τη συνεισφορά που έχει το σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην προστασία των πολιτών από τις δυσχερείς συνέπειες των κινδύνων οι οποίοι τους απειλούν. Πραγματικά, ο θεσμός της Κοινωνικής Ασφάλισης παρέχει στους χρήστες της μια βάση ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι άσχημες προοπτικές οι οποίες θα είναι δυσοίωνες για τους ανθρώπους. Σε αυτή την έννοια πρέπει αρχικά να εκτιμηθεί τόσο η ποιότητα όσο και η επάρκεια των κοινωνικοασφαλιστικών παροχών προκειμένου να εντοπιστούν και να καλυφθούν κενά μέσω ενός ουσιαστικού φάσματος καλύψεων αλλά και παροχών το οποίο στηρίζει η Ιδιωτική Ασφάλιση. Η ανωτέρω διαπίστωση διαβεβαιώνει τον λειτουργικό συνδυασμό των παροχών που προσφέρει η Κοινωνική Ασφάλιση και των καλύψεων της Ιδιωτικής ασφάλισης με σκοπό να αυξηθεί στο μέγιστο ο βαθμός προστασίας που λαμβάνει ο ασφαλισμένος.

Εκείνο το οποίο φαίνεται μέσω της σύνθεσης του σχήματος είναι, πως ο βαθμός της ασφαλιστικής προστασίας σε μια κοινωνία κλιμακώνεται στην περίπτωση που τα μέλη αυτής λαμβάνουν επικουρικές παροχές, όπου τους προσφέρεται ένα σύνολο ποιοτικών καλύψεων, όπως είναι για παράδειγμα οι

παροχές που προέρχονται από τις πρόνοιες κάποιου ιδιωτικού ασφαλιστηρίου (Φασούλας & Τσίκος, 2005).

Η ανάλυση η οποία θα ακολουθήσει πραγματοποιήθηκε από τον Θ. Αντωνίου στο άρθρο του «Ασφαλιστικές εταιρίες ως φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης στο πλαίσιο μιας ενιαίας εσωτερικής αγοράς - Μια συμβολή στην ερμηνεία του άρθρου 22 παρ. 4 του Ελληνικού Συντάγματος στο πρόβλημα οριοθέτησης της Ιδιωτικής Ασφάλισης από την Κοινωνική ασφάλιση», εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα - Κομοτηνή 1996, σελ. 103-107.

Σύμφωνα λοιπόν με το εν λόγω άρθρο η Ιδιωτική Ασφάλιση μπορεί να καλύψει αρχικά εκείνους τους κινδύνους τους οποίους η Κοινωνική Ασφάλεια αφήνει στη βούληση του χρήστη, ή δεν μπορεί η ίδια η ασφάλιση να τους καλύψει πλήρως ή δεν τους καλύπτει καθόλου. Ακόμη ο νομοθετικός αποκλεισμός είναι ισχυρός από τους δείκτες οι οποίοι παρέχουν κοινωνική ασφάλεια προσώπων, με αποτέλεσμα να παραπέμπονται στην Ιδιωτική Ασφάλιση. Στις συγκεκριμένες περιπτώσεις η Ιδιωτική Ασφάλιση διαδραματίζει το ρόλο της συμπληρωματικής της Κοινωνικής Ασφάλισης ανοδικά. Η Ιδιωτική Ασφάλιση είναι όλο και περισσότερο αναγκαία λόγω της αδυναμίας που χαρακτηρίζει τα συστήματα πρόνοιας, τα οποία στηρίζονται στις εισφορές, να φέρουν εις πέρας τις απαιτήσεις των κοινωνικών κινδύνων οι οποίοι καλύπτουν μέσω των εισφορών τούτων και της συνέπειας του εξαναγκασμού τους να στραφούν σε κρατικά μέσα. Ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι έχουν σαν αποτέλεσμα την αύξηση των εισφορών των εργαζόμενων χρηστών ή τη μείωση των κοινωνικών παροχών είναι η ανεργία, η ηλικία καθώς επίσης και το αυξημένο κόστος της περίθαλψης. Κάτι άλλο που παρατηρείται είναι ο περιορισμός του πεδίου όπου εφαρμόζονται τα συστήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης αλλά και ένας πολλαπλασιασμός των προϋποθέσεων που αφορούν στην υπαγωγή στην Κοινωνική Ασφάλιση, ενώ ταυτόχρονα ενθαρρύνεται με διάφορα μέσα η στρόφη στην Ιδιωτική Ασφάλιση, η οποία λειτουργεί βάσει των κανόνων της οικονομίας της αγοράς.

Από την άλλη πλευρά, η εξ ολοκλήρου ασφάλιση των εργαζομένων μια επιχείρησης στην Κοινωνική Ασφάλιση θα επέφερε μια σειρά προβλημάτων, όπως

30

είναι για παράδειγμα η βιωσιμότητα της επιχείρησης, που θα επηρεαζόταν από τις αυξήσεις των λειτουργικών εξόδων που θα προέκυπταν. Επιπλέον θα υπήρχε και ο κίνδυνος να δημιουργηθεί μη ενιαία αλλά και άνιση κοινωνική προστασία αναλογικά με το μέγεθος και τους στόχους της επιχείρησης, της οποίας το κόστος θα επωμιζόταν η ίδια η εταιρεία.

Φυσικά, η Ιδιωτική Ασφάλιση δεν στηρίζεται στην διαπροσωπική ανακατανομή των εισοδημάτων, όπως συμβαίνει στις Κοινωνικές Ασφαλίσεις αλλά στηρίζεται στην αποταμίευση. Ουσιαστικά η σχέση μεταξύ της Ιδιωτικής και της Κοινωνικής είναι μια σχέση όπου η μία αποκλείεται από την άλλη. Όσο περισσότερο πραγματοποιείται η ανακατανομή των εισοδημάτων, τόσο λιγότερο απαραίτητη είναι η ανάγκη της αποταμίευσης προκειμένου να αντικατασταθεί η Κοινωνική Ασφάλιση.

Ωστόσο υπάρχει και ο αντίλογος για τα ανωτέρω πως το γενικό συμφέρον, όπως εκείνο γίνεται συγκεκριμένο μέσω της παροχής της Κοινωνικής Ασφάλισης, καλύπτεται αποτελεσματικότερα μέσω της παροχή παρόμοιων υπηρεσιών από τις Ιδιωτικές Ασφαλίσεις. Με το συγκεκριμένο τρόπο θα μειωθούν οι υποχρεωτικές εισφορές, και ταυτόχρονα θα επιλυθούν τα οικονομικά προβλήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης δίχως να προκύψει αύξηση των φόρων. Ακόμη, τα άτομα θα γίνουν πιο υπεύθυνα και θα προτιμούν στο εξής την Κοινωνική Προστασία η οποία τους ταιριάζει καλύτερα, ενώ οι φορείς της Κοινωνικής Ασφάλισης θα καταστούν πιο ευέλικτοι καθώς επίσης και πιο αποτελεσματικοί χάρη στον ελεύθερο ανταγωνισμό και στην υπαγωγή τους σε μηχανισμούς της αγοράς. Η συγκεκριμένη άποψη τεκμηριώνεται μέσω της δυνατότητας ασκήσεως διπλού ελέγχου στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, δηλαδή άσκηση ελέγχου της οικονομικής κατάστασης καθώς επίσης και της φερεγγυότητας της εταιρείας, και άσκησης ελέγχου στον τρόπο με τον οποίο ικανοποιούνται οι ανάγκες των χρηστών των ασφαλιστικών υπηρεσιών.

Τούτοι οι δύο τύποι ελέγχου αποτελούν τους κύριους άξονες, όπου θα πραγματοποιηθεί η έρευνα σχετικά με τη δυνατότητα των Ιδιωτικών Ασφαλίσεων να αντικαταστήσουν τις Κοινωνικές Ασφαλίσεις. Αυτοί οι έλεγχοι λοιπόν θα αντιμετωπισθούν από την οπτική πλευρά του κοινοτικού δικαίου, που έπειτα από

την απελευθέρωση των ασφαλιστικών υπηρεσιών ουσιαστικά αυτό προσδιορίζει την φύση τόσο του ελέγχου όσο και της εποπτείας από το κράτος - μέλος. Σε περίπτωση που αυτοί οι ελεγκτικοί μηχανισμοί είναι σε θέση να εξασφαλίσουν πως και η κοινωνική αλληλεγγύη όπως αυτή ορίζεται στο άρθρο 22 παρ.4 του Συντάγματος, δύναται να συνεισφέρει στην αυτοθεράπευση των κοινωνικών ελλειμμάτων, τότε σε επίπεδο συντάγματος μπορούμε να αναφερόμαστε στην αντικατάσταση της Κοινωνικής Ασφάλισης από την Ιδιωτική. Η αντικατάσταση όπως ορίζεται Σύνταγμα αφορά αποκλειστικά και μόνο στον πυρήνα της Κοινωνικής Ασφάλισης, ο οποίος είναι ο επανορθωτικός χαρακτήρας επεμβάσεως του κράτους στις περιπτώσεις όπου ενέχουν ασφαλιστικοί κίνδυνοι, τους οποίους δεν είναι σε θέση να καλύψει ο πολίτης από τα χρήματα του, που αποκτά μέσω της απασχόλησής του. Έτσι λοιπόν, τη συνταγματική πλευρά απασχολεί ιδιαίτερος η κύρια ασφάλιση και περισσότερο εκείνη που δεν επέρχεται μετά από ανάθεση.

Ορισμένοι λόγοι για τους οποίους η Ιδιωτική Ασφάλιση αμφισβητείται σε ότι αφορά στην αντικατάσταση της Κοινωνικής Ασφάλισης είναι η μη ανανέωση του συμβολαίου μετά τη λήξη, η ακύρωση του συμβολαίου έπειτα από κάποιο ατύχημα κ.ά. Ενώ την Κοινωνική Ασφάλιση χαρακτηρίζει η υποχρεωτικότητα της και η καθολικότητά της. Ακόμη, το Συμβούλιο της Επικρατείας υποστήριξε πως είναι απαραίτητο όσοι πληρώνουν ασφαλιστικές εισφορές και ανήκουν στους υποχρεωτικά ασφαλισμένους πρέπει να προστατευθούν από τις επιχειρηματικές στρατηγικές που ακολουθούν οι Ιδιωτικές εταιρείες ασφαλίσεων.

Τόσο η καθολικότητα όσο και η υποχρεωτικότητα αποτελούν σημαντικά στοιχεία της Κοινωνικής Ασφαλίσεως, χωρίς να είναι κεντρικά στοιχεία της υπό κρίση συνταγματικής διατάξεως. Η συνταγματική διάταξη επιβάλλει την εξασφάλιση της κοινωνικής αλληλεγγύης και την κάλυψη των κοινωνικών ελλειμμάτων με κάθε τρόπο. Έτσι λοιπόν μπορεί να θεωρηθεί πως με το σωστό σύστημα εποπτείας προς τις ασφαλιστικές εταιρείες από την πλευρά του κράτους μπορεί να αποτραπεί η σύσταση κοινωνικών ελλειμμάτων.



---

# ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

---

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

---

---

### 5.1 Μεθοδολογία

---

#### 5.1.1. Μέθοδος και Σκοπός

---

Στα πλαίσια διεκπεραίωσης της παρούσας πτυχιακής εργασίας πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις σε πέντε (5) άτομα, τα οποία εργάζονται στον κλάδο της Ιδιωτικής ασφάλισης στη χώρα μας, προκειμένου να μας δώσουν πληροφορίες σχετικά με την ιδιωτική ασφάλιση, τα χαρακτηριστικά της ίδιας και των ανθρώπων που την επιλέγουν, όπως επίσης και τα οφέλη που θα μπορούσε να επιφέρει η συμπληρωματική της σχέση με την Κοινωνική ασφάλιση. Αυτό επιχειρήθηκε ώστε να λυθούν ορισμένες απορίες, τις οποίες δεν μπόρεσε να μας τις καλύψει η διαθέσιμη βιβλιογραφία ή ήταν αναγκαία η αναφορά τους από τους επαγγελματίες του χώρου της ιδιωτικής ασφάλισης. Έγιναν δώδεκα (12) ερωτήσεις οι οποίες είναι διαμορφωμένες έτσι ώστε να καλύψουν απορίες σχετικά με την γνώμη των πελατών τους σχετικά με την Κοινωνική και την Ιδιωτική ασφάλιση, να μάθουμε την άποψη των ίδιων γύρω από το ίδιο θέμα ανάλογα με την εμπειρία τους και τελικά ένα συμφωνούν με την πρόταση ότι «Συμπληρωματική και όχι ανταγωνιστική η σχέση μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης».

Μερικές από τις παρακάτω συνεντεύξεις διενεργήθηκαν από κοντά και κάποιες μέσω τηλεφώνου σε γνωστά μας άτομα που εργάζονται στο χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης και δέχθηκαν αμέσως να παρέχουν τη βοήθειά τους. Αναφορικά οι απαντήσεις ήταν αρκετά περιεκτικές και κατατοπιστικές. Η διαδικασία της κάθε συνέντευξη διήρκεσε περίπου 20 λεπτά. Τους ευχαριστούμε όλους θερμά.

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε *ποιοτική έρευνα*, μελετώντας τις απαντήσεις και συγκρίνοντάς τες μεταξύ τους, εξήχθησαν τα συμπεράσματα του εμπειρικού μέρους της παρούσας εργασίας.

## 5.2 Παρουσίαση Ερωτηματολογίου

---

1. Οι πελάτες σας, οι οποίοι επιθυμούν να ασφαλιστούν στον ιδιωτικό τομέα, σας αναφέρουν τους λόγους που δεν είναι ευχαριστημένοι από την κοινωνική ασφάλιση; Αν ναι, ποιοι είναι αυτοί;
2. Σύμφωνα, με τον νόμο 3918/2011 έχει συσταθεί ο ΕΟΠΥΥ, μέσω τους οποίου ενώνονται διάφορα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Έπειτα από τη σύστασή του έχουν αυξηθεί ή έχουν μειωθεί οι πελάτες σας; Και ποιες θεωρείται πως είναι οι αιτίες σε κάθε περίπτωση;
3. Οι πελάτες σας για ποιους λόγους, ισχυρίζονται πως επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση;
4. Κατά τη δική σας γνώμη, ποια είναι τα θετικά αποτελέσματα της ιδιωτικής ασφάλισης;
5. Πιστεύετε πως η ιδιωτική ασφάλιση έχει μειονεκτήματα; Αν ναι, ποια είναι τα κυριότερα κατά τη γνώμη σας;
6. Πιστεύετε πως η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να αντικαταστήσει την κοινωνική ασφάλισή;
7. Ποια είναι τα χαρακτηριστικά των ατόμων, που επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση; (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, κοινωνικό status)
8. Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη ζήτηση της ασφάλισης υγείας στον ιδιωτικό τομέα;
9. Το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης ποιοι παράγοντες το καθορίζουν;
10. Η ιδιωτική ασφάλιση δύναται να καλύψει τις αδυναμίες της κοινωνικής ασφάλισης;
11. Είναι δυνατόν να υπάρξει ένα σύστημα, όπου η κοινωνική και οι ιδιωτική ασφάλιση αλληλοσυμπληρώνονται;
12. Ποια θα μπορούσαν να είναι τα θετικά αποτελέσματα από τη συμπληρωματική σχέση μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης

### 5.3 Παρουσίαση Συνεντεύξεων

---

#### ❖ Γιάννης Στεργιόπουλος / Συνεταιριστική Ασφαλιστική

1. Υπάρχουν δύο κατηγορίες ενδιαφερόμενων α) αυτοί που δεν έχουν καθόλου ασφάλιση και β) αυτοί που έχουν ήδη κοινωνική ασφάλιση. Για την πρώτη κατηγορία είναι αναγκαία η κατάλληλη ασφαλιστική κάλυψη που συναρτάται από την ηλικία, το φύλο, και τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ατόμου. Για αυτούς που έχουν ήδη κοινωνική ασφάλιση οι λόγοι που αναφέρονται ως αιτία της εκδήλωσης ενδιαφέροντος ασφάλισης είναι κυρίως η τραγική υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και συντάξεων από τους αρμόδιους κρατικούς φορείς κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης και της έλλειψης επαρκούς χρηματοδότησης.
2. Μετά την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ έχουν αυξηθεί οι πελάτες ασφάλισης σε ιδιωτικές εταιρίες λόγω της μεγάλης έλλειψης χρηματοδότησης του φορέα αυτού και γενικότερα των ελλειπών μηχανισμών ανταπόκρισης.
3. Οι πελάτες που επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση την επιλέγουν λόγω των ξεκάθαρων ανταποδοτικών υπηρεσιών που έχουν στην διάθεση τους σε αντίθεση με τον δημόσιο τομέα που οι υπηρεσίες του το τελευταίο διάστημα είναι υποβαθμισμένες λόγω μη επαρκούς χρηματοδότησης.
4. Τα κύρια θετικά αποτελέσματα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η καθαρά ανταποδοτική της διάσταση, η άμεση ανταπόκριση στις ανάγκες του ασφαλισμένου και το γνωστό από πριν επίπεδο υπηρεσιών που προσφέρει σε περίπτωση ανάγκης εφόσον βέβαια έχει γίνει η σωστή επιλογή τόσο της ασφαλιστικής εταιρίας όσο και το 'πακέτο' ασφάλισης που είναι κατάλληλο για τις ανάγκες κάθε ενδιαφερόμενου να ασφαλιστεί.
5. Η ιδιωτική ασφάλιση δεν έχει μειονεκτήματα υπό την έννοια ότι σχεδιάστηκε και λειτουργεί ως συμπληρωματική της κοινωνικής ασφάλισης στα πλαίσια της ελεύθερης οικονομίας.

6. Δεν μπορεί να αντικαταστήσει την κοινωνική ασφάλιση και ιδιαίτερα τους τομείς που δεν είναι ανταποδοτικοί και ιδιαίτερα της πρόνοιας που είναι αποκλειστική ευθύνη της κοινωνικής ασφάλισης.
7. Τα κύρια χαρακτηριστικά των ατόμων που απευθύνονται στην ιδιωτική ασφάλιση είναι ένα καλό επίπεδο μόρφωσης, ηλικία μεταξύ 30 – 45 που είναι η πιο παραγωγική και οικονομικά αποδοτική ώστε να καλύπτουν το κόστος ασφάλισης και άνθρωποι γενικά που ξέρουν τι θέλουν και προγραμματίζουν τη ζωή τους (π.χ. οι γυναίκες που κάνουν ασφάλιση λίγο πριν τον γάμο και την τεκνοποίηση ώστε να έχουν πρόσβαση σε προγράμματα ασφάλισης που καλύπτουν ανάγκες που προκύπτουν από αυτά).
8. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση ασφάλισης στον ιδιωτικό τομέα είναι το χαμηλό επίπεδο υπηρεσιών της κοινωνικής ασφάλισης , η οικονομική κρίση των ημερών μας, η δυνατότητα κάλυψης του κόστους ασφάλισης και η δυνατότητα ενημέρωσης – διείσδυσης των ιδιωτικών εταιριών ασφάλισης στον συγκεκριμένο κλάδο.
9. Το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι πολυσύνθετο. Είναι σε άμεση συνάρτηση με το οικονομικό περιβάλλον που δραστηριοποιούνται οι εταιρίες παροχής των υπηρεσιών αυτών. Ενδεικτικά αναφέρουμε τη φορολογική επιβάρυνση , το κόστος εργασίας, το κόστος ανασφάλισης των ασφαλιστικών εταιριών αυτών, το κόστος φαρμακευτικού υλικού, το κόστος λειτουργίας των εταιριών παροχής των υπηρεσιών υγείας, το κόστος – αμοιβές του ανθρώπινου παράγοντα κλπ.
10. Μόνο εν μέρει η ιδιωτική ασφάλιση είναι εξολοκλήρου ανταποδοτική ενώ η κοινωνική είναι εν μέρει δοτική εν μέρει προνομαϊκή.
11. Αυτή η περίπτωση είναι η ιδανική. Σαφώς και μπορούν να αλληλοσυμπληρώνονται υπό την βασική προϋπόθεση μεταξύ των άλλων της κάλυψης του κόστους αυτού του σχήματος.
12. Τα θετικά αποτελέσματα από τη συμπληρωματική σχέση μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης είναι πάρα πολλά. Ενδεικτικά αναφέρουμε την αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και συντάξεων, την

εκτόνωση της πίεσης στις δημόσιες δομές όπως π.χ. στα δημόσια νοσοκομεία και την ανακατανομή των περιστατικών υγείας και στα ιδιωτικά νοσοκομεία με παράλληλη αναβάθμιση των παρεχομένων υπηρεσιών τόσο στα δημόσια όσο και στα ιδιωτικά νοσοκομεία λόγω οικονομικών κλίμακος και καλύτερων υπηρεσιών υγείας, την εξάλειψη των λιστών αναμονής για αντιμετώπιση θεμάτων στα δημόσια νοσοκομεία, τη μείωση του αρνητικού κλίματος που έχει σχηματίσει ο κόσμος για τον χώρο παροχής υπηρεσιών υγείας και σύνταξης από το κράτος κλπ.

❖ **Δώρα Μπενάκη / Ασφαλιστικός Σύμβουλος - Άγιος Νικόλαος Κρήτης**

1. Υποδομή Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας , μεγάλο διάστημα αναμονής για ιατρικές πράξεις, χαμηλό έως ανύπαρκτο επίπεδο νοσοκομειακών εγκαταστάσεων αναφορικά με τα προγράμματα υγείας. Διασφάλιση και εγγύηση για συνταξιοδοτικά – αποταμιευτικά προγράμματα (σε φερέγγυες Εταιρίες), ανασφάλεια λόγω των συνεχών περικοπών στις συντάξεις.
2. Υπάρχει αύξηση των υποψήφιων πελατών διότι ανησυχούν για την βιωσιμότητα του νέου φορέα καθώς και για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, πολύ υψηλές εισφορές συγκριτικά με τις παροχές
3. Ομοίως με ερώτηση 1
4. Αίσθημα ασφάλειας του πελάτη σε περίπτωση νοσηλείας, υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών σε ιδιωτικά νοσηλευτήρια, άμεση νοσηλεία και διενέργεια εξετάσεων. Εγγύηση παροχών σε συνταξιοδοτικά προγράμματα.
5. Κόστος σε ηλικίες άνω των 60 ετών, έλεγχος ασφαλισιμότητας (δεν είναι εφικτή η ασφάλιση ατόμων με προβλήματα υγείας).
6. Θα πρέπει να λειτουργεί συνδυαστικά και με ελεύθερη επιλογή του καθενός. Καμία είτε ιδιωτική είτε δημόσια δεν μπορεί να λειτουργήσει μόνη της
7. Πλέον δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο profile. Οι περισσότεροι έχουν αντιληφθεί την αναγκαιότητα ασφάλισης είτε με πρόγραμμα υγεία , είτε με

συνταξιοδοτικό. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον και πιο έντονο υπάρχει για τα παιδιά με προγράμματα υγείας και για τις ηλικίες 45 – 55 σε συνταξιοδοτικά.

8. Η γενικότερη ανασφάλεια που επικρατεί στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας αλλά και λόγω των συνεχών περικοπών συντάξεων παρά τις υψηλές σε αρκετές περιπτώσεις παρακρατήσεις σε εργάσιμα χρόνια
9. Ιατρικός πληθωρισμός, νέες ή βελτιωμένες ιατρικές τεχνολογίες, προσδόκιμο ζωής
10. Λειτουργεί πάντα συμπληρωματικά και μπορεί να καλύπτει τις αδυναμίες της κοινωνικής ασφάλισης
11. Ομοίως με ερώτηση 6 και 10
12. Βελτίωση υποδομών δημοσίων νοσοκομείων, μείωση χρονικών αναμονών για νοσηλείες, αύξηση εσόδων στο Κράτος

#### ❖ **Κώστας Καμπακλής / Interlife Ασφαλιστική**

1. Οι περισσότεροι ναι. Οι κύριοι λόγοι που δεν είναι ευχαριστημένοι με την κοινωνική ασφάλιση είναι η αργοπορία στις εξετάσεις τους, το ζήτημα το συνταξιοδοτικό και ότι υπάρχει έχοντας μια ιδιωτική ασφάλιση μπορούν να πάνε όπου θέλουν και να λάβουν περισσότερη προσοχή από ότι στον κρατικό τομέα.
2. Έχουν αυξηθεί διότι θεωρούν ότι η γενικότερη παροχή κρατικού ταμείου προς ασφαλισμένο, πάσχει είτε σε παροχές, είτε σε αμεσότητα είτε σε μελλοντικό έσοδο δηλαδή την σύνταξη.
3. Μπορούν να έχουν πρόσβαση επικοινωνίας σε προσωπικό επίπεδο. Μπορούν να διαμορφώνουν και να έχουν τις καλύψεις που θέλουν, καθώς και τα όρια τους (ως παροχή χρήματος). Έχουν δίπλα τους τον ασφαλιστή τους που μπορούν ανά πάσα στιγμή να τον βρουν και να συζητήσουν μαζί του αυτό που θέλουν. Υψηλής υπηρεσίας παροχής εξωνοσοκομειακών και νοσοκομειακών παροχών κατόπιν συνεννόησης τους με την ασφαλιστική τους.

4. Τα θετικά αποτελέσματα της ιδιωτικής ασφάλισης μπορούμε να δούμε από 2 πλευρές. Και την επιχειρηματική και την ασφαλιστική με την έννοια των παροχών σε πελάτες. **(α) Επιχειρηματική** διότι αυτή την στιγμή υπάρχουν άνω των 50 ασφαλιστικών εταιρειών, 20 εταιρείες παροχής υπηρεσιών (ΕΠΥ), 70 μεσιτικές και πάρα πολλά ασφαλιστικά πρακτορεία, εργάζονται άνω των 10.000 ατόμων ως υπάλληλοι, ενισχύοντας έτσι την χώρας μας σε όλα τα οικονομικά και κοινωνικά επίπεδα. **(β) Ασφαλιστική** με την έννοια των παροχών σε ασφαλιζομένους.
5. Η ιδιωτική ασφάλιση δεν γίνεται να μην έχει και αυτή τα μειονεκτήματά της. Η **διαφορά ασφαλιστρού** από εταιρεία σε εταιρεία, που ναι μεν δημιουργεί έναν υγιή ανταγωνισμό, δημιουργεί όμως και μεγάλη αναστάτωση στην αγορά καθώς οι πελάτες «μετακομίζουν» από την μία στην άλλη δημιουργώντας σκαμπανεβάσματα στις εισροές των εσόδων τους. Η **μη σωστή επίβλεψη – έλεγχος – αξιολόγηση** από την ΤτΕ με αποτέλεσμα τα κάθετα κλεισίματα εταιρειών δημιουργώντας μεγάλη αναστάτωση σε μεσίτες - πράκτορες – ασφαλιστές και πελάτες που έχουν πληρώσει ασφάλιστρα και πρέπει να ξανά πληρώσουν για να ασφαλιστούν αλλού. **Οι μαύροι κωδικοί** (δεν έχουν πιστοποίηση και άδεια εξασκήσεως επαγγέλματος) στα ασφαλιστικά πρακτορεία.
6. Στην δεδομένη στιγμή θεωρώ ότι είναι δύσκολο αλλά πιστεύω ότι σύντομα θα μπορεί να την αντικαταστήσει δημιουργώντας έτσι πολλά οφέλη για τους ασφαλισμένους. Δύσκολο είναι λόγω της οικονομικής κρίσης και μόνον.
7. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που ζητούν ασφαλιστική κάλυψη ποικίλουν. Δεν είναι ας μου επιτραπεί η έκφραση «καλουπωμένα». Ο κάθε πελάτης ζητά να καλύψει τις ανάγκες του βάσει αυτών που νομίζει. Φυσικά η οικονομική κατάσταση του καθένα μας διαμορφώνει και τι θέλουμε. Αν είμαστε λιγάκι πιο πολύ ευκατάστατοι τότε αλλάζουν και οι ανάγκες μου και μπορώ να πληρώνω περισσότερο. Όσο παραπάνω είναι το μορφωτικό επίπεδο τόσο πιο εύκολη είναι η προσέγγιση των πελατών

αυτών. Η οικογενειακή κατάσταση σε συνδυασμό με το επάγγελμα είναι άλλος βασικός παράγοντας για να επιλέξει κάποιος ασφάλιση και ειδικά υγείας.

8. Το επάγγελμα σε συνδυασμό με την οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική ασφάλιση υπό την έννοια των παροχών, οι δυνατότητα επιλογής ιατρικών και διαγνωστικών κέντρων, η δυνατότητα νοσηλείας σε κρατικό ή ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα κ.λ.π
9. Η ηλικία, το επάγγελμα, η φυσική του κατάσταση στα συμβόλαια υγείας, τα τεχνικά χαρακτηριστικά των κινητών και ακίνητων περιουσιακών του στοιχείων κλπ
10. Πιστεύω πως ναι. Δημιουργεί τις προϋποθέσεις όχι μόνο να καλύψει τις αδυναμίες της κοινωνικής ασφάλισης αλλά δημιουργεί και τις προϋποθέσεις μια υγιούς ασφάλισης με παροχές, οικονομικές αποταμιευτικές ή συνταξιοδοτικές απολαβές, κάλυψη περιουσίας από φυσικά ή τεχνικά αίτια κλπ.
11. Στις μέρες μας υπάρχει μια προσπάθεια να γίνει αυτό, δημιουργώντας την δυνατότητα του «κάνε ένα συμβόλαιο να το έχεις αν δεν σε καλύψει το ταμείο σου». Αυτό είναι κάτι που προσωπικά με βρίσκει αντίθετο αφού μου δημιουργεί την εικόνα που μειώνει την σοβαρότητα της ασφαλιστικής κάλυψης. Παρόλα αυτά όμως η παράλληλη ασφαλιστική κάλυψη μπορεί να δώσει ένα πλεόνασμα σε κάποια ατυχή στιγμή
12. Το παραπάνω όριο κάλυψης. Ότι δεν καλύπτει το κρατικό ταμείο, το καλύπτει η ιδιωτική ασφάλιση. Με την ιδιωτική ασφάλιση μπορεί ο πελάτης να πάρει μια 2<sup>η</sup> ιατρική γνώμη. Μπορεί να φύγει στο εξωτερικό και με την «πλάτη» της ασφαλιστικής εταιρείας να πάει σε καλύτερα πανεπιστημιακή νοσηλευτικά ιδρύματα.



❖ **Κατερίνα Μόσχου / Υπεύθυνη Ασφαλιστικών Εταιρειών - ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ  
Όμιλος Εταιρειών Υγείας**

1. Λόγοι συνδυαστικής χρήσης (δημόσιου & ιδιωτικού φορέα ασφάλισης): Καλύτερη διαχείριση κόστους με τη συνδυαστική χρήση καθώς αρκετοί είναι εκείνοι που διαπιστώνουν πως οι κρατήσεις τους για την ασφάλιση τους από το κράτος είναι υψηλές, δίχως να έχουν πρόσβαση σε ανάλογες υπηρεσίες. Επίσης, με την χρήση της ιδιωτικής ασφάλισης μπορούν να έχουν πρόσβαση σε περισσότερες παροχές (πληθώρα εξετάσεων που δεν καλύπτονται μέσω ΦΕΚ). Τέλος, πιο έγκυρες γνώματεύσεις στον ιδιωτικό τομέα ασφάλισης, λόγω επένδυσης στην μοντέρνα ιατρική.
2. Οι πελάτες έχουν αυξηθεί από το 2011 και έπειτα καθώς η ενοποίηση των ταμείων δεν συνάδει και με εμπλουτισμό παροχών στον ιατρικό τομέα.
3. Οι καταναλωτές που επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση είναι γιατί δεν εμπιστεύονται το δημόσιο φορέα υγείας και μέρα με τη μέρα συνειδητοποιούν πως τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα δεν διαθέτουν τον ιατρικό εξοπλισμό, πάσχουν στις υποδομές τους και έχουν έλλειψη από έμπειρο και καταρτισμένο προσωπικό.
4. Τα οφέλη της ιδιωτικής ασφάλισης είναι πολλά, ενδεικτικά καταθέτω τα εξής: Παρέχονται εξατομικευμένες και σύγχρονες λύσεις σε ιατρικά θέματα και μπορεί ο εκάστοτε καταναλωτής να έχει πρόσβαση σε αυτές, δίχως να χρειαστεί να επενδύσει πολλά χρήματα. Το σύνολο των ασφαλιστικών εταιριών συνεργάζονται με κορυφαία νοσηλευτικά ιδρύματα και μπορούν στην πράξη να φροντίσουν με αξιοπρέπεια τις ανάγκες του οποιουδήποτε, μιας και διαθέτουν άρτιο ιατρικό εξοπλισμό, σε σύγχρονες εγκαταστάσεις με καταξιωμένους επιστήμονες.
5. Οι ασφαλιστικές εταιρίες οφείλουν να επανασχεδιάσουν την στρατηγική τους σε θέματα εξωστρέφειας & επικοινωνίας, να επανασχεδιάσουν τα προϊόντα τους, ώστε να είναι πιο προσιτά (τόσο σε κόστος, όσο και σε πρόσβαση στους καταναλωτές). Αρκετοί (καταναλωτές) δεν γνωρίζουν την επιλογή των ιατρικών, νοσηλευτικών παροχών που μπορούν να αποκτήσουν

με την αγορά ενός ιδιωτικού ασφαλιστήριου συμβολαίου, καθώς δεν γνωρίζουν το κόστος αυτών των παροχών (εκτιμούν πως είναι πολύ υψηλό).

6. Εκτιμώ, πως σε αρκετά σημεία η ιδιωτική ασφάλιση έχει ήδη αντικαταστήσει τον δημόσιο φορέα υγείας μιας και ο «κοινωνικός ιστός», αρχίζει και υποδομείται και οι ελλείψεις είναι αρκετές. Ωφέλιμο, για το σύνολο είναι ο δημόσιος και ο ιδιωτικός κλάδος ασφάλισης να αλληλοσυμπληρώνονται και να συνεργάζονται.
7. Τα τελευταία 3 χρόνια έχουμε διαπιστώσει πως τόσο άνδρες, όσο και γυναίκες ηλικίας από 35- 45 με οικογένεια, είναι πιο εξοικειωμένοι με την ιδιωτική ασφάλιση και αναζητούν τρόπους αντίστοιχης εξασφάλισης. Είναι ένα κοινό, που όλο και περισσότερο αναζητεί προστασία στον ιδιωτικό χώρο ασφάλισης. Επίσης, ανεξάρτητα ηλικιακού κριτηρίου ή κατάστασης (μορφωτικό, οικονομικό επίπεδο κ.α.), είναι χιλιάδες εκείνοι που επιλέγουν να αγοράσουν ασφάλιση για την υγεία τους ή διατηρούν ήδη κάποιο συμβόλαιο.
8. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση στον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι κυρίως οι εξής: Κόστος, πλήθος παροχών και καλύψεων, η αξιοπιστία των ασφαλιστικών εταιριών, η κατάσταση που επικρατεί στον δημόσιο τομέα υγείας, η γεωγραφική κατανομή – διασπορά, η ενημέρωση που οι ίδιοι οι καταναλωτές λαμβάνουν από τα δίκτυα διανομής που διαθέτουν οι ασφαλιστικές εταιρίες, ώστε να επικοινωνήσουν πιο ενεργητικά τις λύσεις τις οποίες προσφέρουν στο χώρο αυτό.
9. Το κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης καθορίζεται από τον πληθωρισμό, από το σύνολο των όσων έχουν ήδη ασφαλιστεί (το χαρτοφυλάκιο της εκάστοτε ασφαλιστικής και πως έχει διαμορφωθεί μέχρι σήμερα π.χ. εάν είναι κερδοφόρο ή όχι και τις τάσεις αυτού). Επίσης, παράγοντες που επηρεάζουν είναι η γεωγραφική κατανομή, το ιατρικό ιστορικό του κάθε υποψήφιου προς ασφάλιση, τις παροχές που οι ίδιες οι ασφαλιστικές μπορούν να εξασφαλίσουν για τους πελάτες τους, τις συνεργασίες που διαθέτουν με τους παρόχους υγείας τόσο στην πρωτοβάθμια, όσο στη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Επίσης, σημαντικό κριτήριο αποτελούν πια τα περιθώρια

φερεγγυότητας της εκάστοτε ασφαλιστικής καθώς τα τελευταία χρόνια, βρίσκονται σε καθεστώς «Solvency II».

10. Η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να καλύψει τις αδυναμίες της κοινωνικής ασφάλισης με προϋποθέσεις.
11. Μπορεί να υπάρχει σύστημα που να αλληλοσυμπληρώνονται η κοινωνική και η ιδιωτική ασφάλιση και είναι κάτι που ήδη εξετάζεται τα τελευταία χρόνια από τους θεσμούς.
12. Εφόσον, γίνει σύμπραξη ιδιωτικού και κοινωνικού θεσμού στο χώρο της υγείας, όλοι οι φορείς και κυρίως ο τελικός καταναλωτής θα μπορέσει στην πράξη να έχει περισσότερες προσβάσεις στο χώρο με λιγότερα χρήματα. Επίσης, για την ίδια την οικονομία μας θα είναι σωτήριο καθώς η ασφαλιστική βιομηχανία είναι σημαντική και ο σκοπός της δημιουργίας της ήταν να αλληλοσυμπληρώνει την κοινωνική, ειδικά τώρα που η κοινωνική ασφάλιση ελάχιστα και στοιχειώδη μπορεί να προσφέρει στους ασφαλισμένους της.

❖ **Ελένη Λύτινα / Ασφάλειες Λύτινας & Συνεργάτες - Ασφαλιστικοί πράκτορες & Σύμβουλοι ασφαλειών**

1. Πολύωρη αναμονή στα νοσοκομεία, ραντεβού μετά από αρκετό καιρό έως μήνες είτε/και σε ιδιωτικούς γιατρούς. Άσχημη – αγενής αντιμετώπιση.
2. Η ζήτηση έχει μειωθεί καθαρά μόνο για οικονομικούς λόγους. Παρόλο που είναι πιο μπερδεμένα τα πράγματα με την συνένωση των φορέων, οι πολίτες αδυνατούν να πληρώνουν ιδιωτικά ασφάλιστρα.
3. Την επιλέγουν διότι έχουν υψηλότερης ποιότητας παροχές, άμεση εξυπηρέτηση και εξοικονόμηση χρόνου στο ζήτημα των ιατρικών εξετάσεων.
4. Οι κυριότεροι λόγοι που επιλέγεται μία ιδιωτική ασφάλιση είναι:
  - Άμεση πρόσβαση και πλήθος συμβεβλημένων εξεταστικών κέντρων – μεγάλα δίκτυα εξυπηρέτησης
  - Απευθείας καταβολή των εξόδων νοσηλείας στα συμβεβλημένα ιδιωτικά νοσοκομεία και στα νοσοκομεία του εξωτερικού

- Υψηλό ποσοστό αποζημίωσης των εξόδων με βάση τη ζήτηση του πελάτη
  - Ευελιξία στην εξόφληση των ασφαλιστρών, προσαρμοσμένη στις ανάγκες του πελάτη
  - Σημαντικές εκπτώσεις, οικογενειακά πακέτα κ.λπ.
  - Επιδόματα χειρουργικά, αναπηρίας, οδοντιατρικές καλύψεις κ.λπ.
5. Πιστεύω πως δεν έχει κανένα μειονέκτημα σε συνάρτηση με την Κοινωνική ασφάλιση, διότι έχει το δικαίωμα ο ενδιαφερόμενος να διακόψει το συμβόλαιο χωρίς καμία επιβάρυνση. Άρα έχει μόνο ωφέλεια καθ' όλη τη διάρκεια που το έχει σε ισχύ.
  6. Βεβαίως και μπορεί να την αντικαταστήσει και θεωρώ είναι και το πιο δίκαιο, ώστε να έχει τη δυνατότητα ο κάθε πολίτης να επιλέγει της παροχές που επιθυμεί με βάση τις ανάγκες του και τις οικονομικές δυνατότητες.
  7. Συνήθως επιλέγεται από ανθρώπους οι οποίοι έχουν οικογένεια και παιδιά, ηλικίας 40-60 ετών, επαγγελματίες με απλή οικονομική κατάσταση.
  8. Η ζήτηση της Ασφάλειας Υγείας στον ιδιωτικό τομέα επηρεάζεται σημαντικά από την οικονομική κατάσταση της χώρας και από την κατάσταση των υποδομών της, είτε σε επίπεδο προσωπικού που εργάζεται σε αυτές είτε σε επίπεδο κτηριακό – υλικού.
  9. Το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης καθορίζεται από (βασικά):
    - Το πλήθος παροχών και τις ανέσεις
    - Την ηλικία του πελάτη
    - Το επάγγελμα (κατηγορία επικινδυνότητας)
    - Τρόπος αποπληρωμής των ασφαλιστρών
    - Καλυπτόμενα μέλη (π.χ. Οικογενειακό)
    - Πακέτο καλύψεων (πλήθος)
    - Ιατρικό Ιστορικό του πελάτη
  10. Φυσικά και μπορεί να καλύψει τις αδυναμίες της Κοινωνικής Ασφάλισης, αποσυμφορίζοντας έτσι το μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό των δημοσίων ιδρυμάτων, παρέχοντας ποιοτικότερες παροχές και ικανοποιώντας πλήρως τις ανάγκες των ενδιαφερόμενων.

11. Είναι δυνατόν να υπάρξει, εάν επιτρέπει το κράτος στον πολίτη να επιλέγει το είδος της ασφάλισης που επιθυμεί, Ιδιωτική ή Κοινωνική. Για παράδειγμα, μπορεί κάποιος πολίτης να έχει Ιδιωτικά ασφάλιση για ιατρικές παροχές και να έχει μικρή συμμετοχή στην Κοινωνική ασφάλιση για σύνταξη. Ή να έχει πλήρη Ιδιωτική ασφάλιση και για συνταξιοδότηση, αποσυμφορίζοντας τα Κοινωνικά Ταμεία.
12. Τα θετικά αποτελέσματα θα μπορούσαν να είναι:
- Ευχαριστημένοι πολίτες από τις άμεσες & καλύτερες παροχές της Ιδιωτικής ασφάλισης με βάση τις εκάστοτε ανάγκες του
  - Βελτίωση των Δημοσίων Ιδρυμάτων και του προσωπικού τους
  - Κάλυψη περισσότερου πληθυσμού, αφού έτσι θα δοθεί κίνητρο για ασφάλιση προσαρμοσμένη στις ανάγκες του κάθε ένα.

## 5.4 Συμπεράσματα Συνέντευξης

---

Από την ανάλυση των ανωτέρω συνεντεύξεων προκύπτει πως οι περισσότεροι πελάτες οι οποίοι επιθυμούν να ασφαλιστούν στον ιδιωτικό τομέα, καταφεύγουν στη λύση αυτή λόγω της δυσαρέσκειας τους από την κοινωνική ασφάλιση. Όπως ανέφεραν οι ερωτώμενοι, οι πελάτες τους δεν είναι ευχαριστημένοι από την κοινωνική ασφάλιση κυρίως για συνταξιοδοτικούς λόγους, για το υψηλό κόστος αυτής σε συνάρτηση με τις υποβαθμισμένες υπηρεσίες της, καθώς επίσης και λόγω της άσχημης συμπεριφοράς των εργαζομένων στο δημόσιο τομέα και την καθυστέρηση στο κλείσιμο των ραντεβού για εξετάσεις. Επίσης, καθώς φαίνεται από τις απαντήσεις, από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ και έπειτα έχει αυξηθεί η ζήτηση της ιδιωτικής ασφάλισης, διότι οι πολίτες νιώθουν ανασφάλεια από τις παροχές του, οι οποίες παρουσιάζουν σημαντικές ελλείψεις. Αυτός είναι και ο λόγος που τους οδηγεί στην ιδιωτική ασφάλιση, καθώς τους παρέχονται υψηλής ποιότητας υπηρεσίες, εξοικονομούν χρόνο και χρήματα και έχουν άμεση εξυπηρέτηση.

Στη συνέχεια, αναφορικά με τα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης, είναι οι υψηλής ποιότητας υπηρεσίες που παρέχονται, τα εξατομικευμένα πακέτα ανάλογα με τις ανάγκες του εκάστοτε πελάτη, οι συνεργασίες με μεγάλα ιατρικά κέντρα και καταξιωμένο ιατρικό προσωπικό. Επιπλέον, ένα βασικό πλεονέκτημα της εν λόγω ασφάλειας καθιστά η εγγύηση στην παροχή συντάξεων καθώς και εκπτώσεις σε οικογενειακά πακέτα. Ωστόσο, παρόλο που πλεονεκτεί συγκριτικά με την κοινωνική ασφάλιση, παρουσιάζει και αυτή ορισμένα μειονεκτήματα, όπως είναι ο μεγάλος αριθμός ασφαλιστικών εταιρειών στην αγορά που συχνά προκαλεί αναστάτωση και το αυξημένο κόστος σε αρκετές περιπτώσεις, ενώ άτομα με προβλήματα υγείας δεν έχουν τη δυνατότητα να λάβουν ιδιωτική ασφάλιση. Επιπλέον, κάποιες φορές δεν πραγματοποιείται ο αναγκαίος έλεγχος σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και άλλες φορές οι ασφαλισμένοι δεν είναι πλήρως ενημερωμένοι σχετικά με τις παροχές που δικαιούνται.

Από τις παραπάνω απαντήσεις φαίνεται, πως η Ιδιωτική ασφάλιση θα μπορούσε να αντικαταστήσει την Κοινωνική, όμως όχι τη δεδομένη στιγμή, κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης που πλήττει τη χώρα μας.

Αναφορικά με τα χαρακτηριστικά των ατόμων, που στρέφονται στην ιδιωτική ασφάλιση, φαίνεται πως αυτά ποικίλουν. Ωστόσο, οι μεσήλικες, με παιδιά και μέτριου ή υψηλού οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου είναι κυρίως εκείνοι που έχουν την ανάγκη ή τη δυνατότητα να επιλέξουν την ιδιωτική ασφάλιση.

Η ζήτηση της ιδιωτικής ασφάλισης επηρεάζεται σημαντικά από την οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται η Ελλάδα κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών και η οποία έχει αρνητικό αντίκτυπο στις παροχές της δημόσιας ασφάλισης. Επιπροσθέτως, η ζήτηση εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την οικογενειακή κατάσταση του καθενός και τις ανάγκες σε ότι αφορά στον τομέα της υγείας.

Σε ότι αφορά στο κόστος της ιδιωτικής ασφάλισης, αυτό καθορίζεται βάσει ενός εύρους παραγόντων, όπως είναι τα χαρακτηριστικά του πελάτη, με κύρια την ηλικία, το φύλο και το ιατρικό του ιστορικό. Επίσης, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και τα έξοδα της ίδιας της εταιρείας, όπως τα λειτουργικά κόστη, η πληρωμή του προσωπικού και οι φορολογικές επιβαρύνσεις.

Καθίσταται αξιοσημείωτο πως η ιδιωτική ασφάλιση μπορεί να καλύψει τις αδυναμίες που παρουσιάζει η κοινωνική ασφάλιση, ενώ θα μπορούσε να υπάρχει ένα σύστημα όπου η μία θα μπορούσε την άλλη. Δηλαδή, θα μπορούσε να επιλέξει ο ίδιος ο ασφαλισμένος την ασφάλειά του και σε ποιους τομείς θα τον καλύπτει η καθεμία. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί η αλληλοσυμπλήρωση των ασφαλειών είναι ένα ενδεχόμενο, το οποίο ήδη εξετάζεται. Από τη συμπληρωματική σχέση Ιδιωτικής και Κοινωνικής ασφάλισης θα προκύψουν αρκετές θετικές επιδράσεις, όπως η εξάλειψη λίστας αναμονής, θα εξυπηρετούνται οι πολίτες πιο άμεσα, θα αποσυμφωρηθεί ο δημόσιος τομέας, θα αναβαθμιστούν οι υπηρεσίες και ο πολίτης θα έχει τη δυνατότητα να λάβει τη γνώμη και άλλων γιατρών, τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα.

## 5.5 Συμπεράσματα Ερευνητικού μέρους

---

Συμπερασματικά, η ιδιωτική ασφάλιση έχει αρκετά πλεονέκτημα, εν αντιθέσει με την κοινωνική ασφάλιση, η οποία στις μέρες μας παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις. Αυτός είναι και ο λόγος, που αρκετοί ασφαλισμένοι στρέφονται στην ιδιωτική ασφάλιση. Είναι μάλιστα αξιοσημείωτο, πως τα τελευταία χρόνια και παρά τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ έχουν αυξηθεί οι πελάτες της ιδιωτικής ασφάλισης και πλέον τα χαρακτηριστικά τους ποικίλουν, δηλαδή δεν υπάρχει ένα συγκεκριμένο προφίλ. Εντούτοις, η μέτρια ή καλή οικονομική κατάσταση του ασφαλισμένου φαίνεται πως αποτελεί ένα βασικό κριτήριο για την επιλογή ιδιωτικής ασφάλειας, διότι το κόστος της συχνά είναι υψηλό.

Παρά τα αρκετά πλεονεκτήματά της η ιδιωτική ασφάλιση παρουσιάζει και ορισμένα μειονεκτήματα, που είναι καλό να αλλάξουν, με κυριότερο το γεγονός πως δεν μπορούν να ασφαλιστούν άτομα με προβλήματα υγείας. Ενώ σε αρκετές περιπτώσεις οι ίδιοι οι πελάτες δεν γνωρίζουν τα όσα δικαιούνται.

Επομένως, το ιδανικό θα ήταν να υπάρχει ένα σχέδιο, όπου ο ασφαλισμένος θα δύναται να επιλέξει αν επιθυμεί ιδιωτική ή κοινωνική ασφάλιση είτε αν επιθυμεί για παράδειγμα να καλύπτεται το κομμάτι της υγείας από την κοινωνική ασφάλιση και το συνταξιοδοτικό από την ιδιωτική. Με τον τρόπο αυτό, θα λαμβάνουν οι ασφαλισμένοι πιο άμεση και πιο αποτελεσματική εξυπηρέτηση, με μικρότερο κόστος. Τέλος, με τον τρόπο αυτό θα μπορούν να μειωθούν και οι δημόσιες δαπάνες υγείας.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

---

Συνεπώς καταλήγουμε στο συμπέρασμα πως συνδυαστική λειτουργία της Κοινωνικής Ασφάλισης και της Ιδιωτικής Ασφάλισης μπορεί να επιφέρει από κοινού την αύξηση του ποσοστού ασφαλιστικής προστασίας του ατόμου προς όφελος του κοινωνικού συνόλου. Ακόμη, σε αυτό το σημείο στηρίζεται και η φιλοσοφία του ευρύτερου ασφαλιστικού Θεσμού. Η εν λόγω Φιλοσοφία αποσκοπεί στην μείωση του ατομικού κόστους για την αντιμετώπιση των αναγκών του κοινωνικού συνόλου και στην ολική κάλυψη καθώς και ανακούφιση των ίδιων αναγκών. Εντούτοις, σχετικά με την κοινωνική πλευρά του θεσμού της Ασφάλισης υπάρχει η φιλοσοφία του συστήματος που αφορά στην ποιότητα των παροχών οι οποίες μένουν στάσιμες ή συρρικνώνονται σε σύγκριση τις παροχές της Ιδιωτικής Ασφάλισης.

Αν η Ιδιωτική Ασφάλιση αντιμετωπιστεί σαν συμπληρωματική της Κοινωνικής Ασφάλισης δύναται να καλυτερεύσει την ποιότητα των υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται στους ασφαλισμένους καθώς επίσης και να ανταποκριθεί στις ιδιαίτερες ανάγκες που έχουν οι ασφαλισμένοι. Ωστόσο η Ιδιωτική Ασφάλιση δεν είναι δυνατόν να αντικαταστήσει την Κοινωνική ασφάλιση εντός ενός κράτους πρόνοιας, διότι η Ιδιωτική Ασφάλιση λειτουργεί βάσει του Κεφαλαιοποιητικού συστήματος, εν αντιθέσει με την Κοινωνική Ασφάλιση, η οποία λειτουργεί βάσει των αρχών του Διανεμητικού συστήματος. Αξίζει να σημειωθεί πως οι αρνητικές επιπτώσεις της Κοινωνικής Ασφάλισης, κυρίως σε ότι αφορά στο ρυθμό των αποταμιεύσεων αλλά και των επενδύσεων, περιορίζονται αρκετά ή μετατρέπονται σε θετικές από την Ιδιωτικής Ασφάλιση.

Από τις συνεντεύξεις που υλοποιήθηκαν στα πλαίσια της παρούσας εργασίας, φαίνεται πως το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης παρουσιάζει πολλές ελλείψεις, ενώ η ιδιωτική ασφάλιση προτιμάται όλο και περισσότερο από τους έλληνες πολίτες, οι οποίοι φαίνονται δυσαρεστημένοι από την πρώτη. Έτσι λοιπόν, αν δομηθεί ένα σύστημα συμπληρωματικής σχέσης μεταξύ κοινωνικής και ιδιωτικής

ασφάλισης τα αποτελέσματα θα είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικά για τους ασφαλισμένους, καθώς η μία θα καλύπτει τις αδυναμίες της άλλης.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

---

[1] ΑΝΤΩΝΙΟΥ Θ., (1996), «Ασφαλιστικές εταιρίες ως φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης στο πλαίσιο μιας ενιαίας εσωτερικής αγοράς - Μια συμβολή στην ερμηνεία του άρθρου 22 παρ. 4 του Ελληνικού Συντάγματος στο πρόβλημα οριοθέτησης της Ιδιωτικής Ασφάλισης από την Κοινωνική ασφάλιση», Αθήνα – Κομοτηνή

[2] ΙΑΜΠΕΛΗ Π., «Για ένα νέο μοντέλο Κοινωνικής Ασφάλισης», άρθρο στο περιοδικό ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΜΑΡΚΕΤΙΝΓΚ ΚΑΙ ΠΩΛΗΣΕΙΣ (Ιούνιος 1998)

[3] ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ. & ΜΟΥΡΔΟΥΚΟΥΤΑΣ Π., (2007), «Υπηρεσίες Υγείας», Τόμος Α', Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος

[4] ΚΙΟΧΟΣ Π., (1993), «Εισαγωγή Στην Ασφαλιστική Επιστήμη», Αθήνα: Εκδόσεις INTERBOOKS

[5] ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ν., (2006), «Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Ανάλυση Δεδομένων Χρήσης Υπηρεσιών Υγείας Ατομικών Συμβολαίων», Πειραιάς

[6] ΠΡΙΑΓΓΕΛΟΥ Μ., (2014) «Η Υγεία στις Χώρες του Ο.Ο.Σ.Α: Συστήματα Υγείας και Δαπάνες», Πελοπόννησος

[7] ΠΡΟΒΟΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ., (1987), «Κοινωνική Ασφάλιση: Μακροοικονομικές όψεις του Χρηματοδοτικού προβλήματος», Αθήνα, Ειδικές Μελέτες (/5) ΙΟΒΕ

[8] ΣΟΥΛΗΣ Σ., (1999) «Οικονομική της Υγείας», Αθήνα, Εκδόσεις: ΠΑΠΑΖΗΣΗΣ

[9] ΣΟΥΣΟΥΝΗ Α., (2010) «Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Προκλήσεις και Προοπτικές», Κόρινθος

[10] ΦΑΣΟΥΛΑΣ Γ. & ΤΣΙΚΟΣ Γ., (2005), «Οικονομική και Κοινωνική Διάσταση της Ιδιωτικής Επιχείρησης Ασφαλίσεων», Πρέβεζα

[11] KARAKOLIAS & POLYZOS, (2014), "The Newly Established Unified Healthcare Fund (EOPYY): Current Situation and Proposed Structural Changes, towards an Upgraded Model of Primary Health Care, in Greece", Published Online March 2014 in SciRes

[12] THOMSON & MOSSIALOS (2009) "Financing Health Care in the European Union; Challenges and Policy Responses", European Observatory on Health Systems and Policies (World Health Organization)

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ:

[1] <http://www.eaee.gr>

[2] <http://www.euro.who.int>

[3] <http://www.scirpt.org>