



ΤΕΙ Κρήτης
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Καταγραφή του προφίλ των πελατών - υπηρεσιών ιδιωτικής ασφάλισης ζωής και υγείας

Πτυχιακή Εργασία :
ΡΙΖΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ (Α.Μ. 210)
ΧΩΡΑΦΑ ΑΘΗΝΑ (Α.Μ. 543)



Επιβλέπων Καθηγητής: Τσουκάτος Ευάγγελος

Ηράκλειο Κρήτης
Μάιος 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
1.1 Εισαγωγή.....	7
1.1.1 Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων.....	7
1.1.2 Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων.....	9
1.1.3 Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών	10
1.1.4 Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου	12
1.2 Νομοθετικό πλαίσιο	13
1.3 Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας.....	15
1.4 Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ).....	18
1.5 Ορισμός της ικανοποίησης των πολιτών από την κοινωνική ασφάλιση	20
1.6 Μελλοντική εξέλιξη.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	
2.1 Εισαγωγή.....	25
2.2 Διαμόρφωση του θεσμού της ιδιωτικής ασφάλισης	26
2.3 Η ασφαλιστική σύμβαση	27
2.4 Τα είδη των ασφαλειών.....	28
2.5 Βασικές χαρακτηριστικά των ασφαλιστηρίων	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
3.1 Ερευνητικός σκοπός	32
3.2 Μεθοδολογία της έρευνας	32
3.3 Ερευνητικό εργαλείο.....	33
3.4 Δειγματοληψία.....	33
3.5 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	
4.1 Αποτελέσματα προσωπικής έρευνας	35
4.1.1 Περιγραφική στατιστική ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων	35
4.1.2 Παρουσίαση και ανάλυση των Πινάκων Συνάφειας μεταξύ του φύλου	43
4.1.3 Παρουσίαση και ανάλυση μέσω των πινάκων ανεξαρτησίας μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου	52
4.1.4 Περιγραφική στατιστική ως προς το εισόδημα των ερωτηθέντων	57
4.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων της έρευνας.....	61
4.3 Περιορισμοί Έρευνας.....	62
4.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	62
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μία έρευνα ως προς την εκτίμηση του προφίλ των ασφαλισμένων σε προγράμματα ζωής και υγείας μίας ιδιωτικής εταιρείας. Πιο αναλυτικά γίνεται παρουσίαση των βασικότερων χαρακτηριστικών του της ασφαλιστικής αγοράς και του κλάδου και προσδιορίζονται μέσω της προσωπικής έρευνας τα χαρακτηριστικά των ατόμων που προχωρούν σε σύναψη ασφαλειών ζωής και υγείας

Για την επίτευξη της συγκεκριμένης μελέτης πραγματοποιήθηκε έρευνα μέσω της έντυπης και διαδικτυακής βιβλιογραφίας με σκοπό την συγκέντρωση των απαιτούμενων στοιχείων. Κατά ένα μεγάλο ποσοστό στην εκπόνηση της έρευνας βοήθησαν τα στοιχεία που αποκομίσαμε από την Τράπεζα της Ελλάδος, από τις Νομοθετικές Διατάξεις και από την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος.

ABSTRACT

This thesis is an investigation to assess the profile of members of health plans and life of a private company. More specifically we present the fundamentals of the insurance market and the industry and identified through personal research the characteristics of individuals that move in concluding life insurance and health for the specific study conducted by research online and printed literature to concentration the required data. In a large proportion of the research helped prepare the data obtained from the Bank of Greece, by the legislation and by the Association of Insurance Companies.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως ασφάλιση καλείται κάθε σύμβαση η οποία συνάπτεται με ελεύθερη βούληση ή υποχρεωτικά από το νόμο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, κατά την ασφάλιση ο ένας από τους συμβαλλόμενους αναλαμβάνει, έναντι ορισμένης αντιπαροχής του ασφαλισμένου την υποχρέωση να καταβάλει προς αυτόν μία συγκεκριμένη παροχή, αμέσως μόλις επέλθει το συμφωνημένο τυχαίο ή μη γεγονός. Ειδικότερα, η ασφάλιση είναι υποχρεωτική για όλους τους ασφαλιζόμενους, αλλά και τρίτους (εργοδότες κλπ.).

Με την κοινωνική ασφάλιση επιτυγχάνεται ο κοινωνικός σκοπός της εξασφάλισης άνετων όρων και συνθηκών διαβίωσης και εργασίας στους ασφαλισμένους. Έτσι λοιπόν, μέσω αυτής κάθε πολίτης νιώθει ασφαλής, εργάζεται καλύτερα και αποδίδει περισσότερο. Ακόμη ένας σκοπός της κοινωνικής ασφάλισης είναι σαφώς ο οικονομικός. Θεωρητικά αφορά κυρίως τη διατήρηση της αγοραστικής δυνατότητας των εργαζομένων και σε γενικές γραμμές του πληθυσμού, που χαρακτηρίζεται ως μία κύρια δύναμη για την ανάπτυξη της βιομηχανίας και του εμπορίου.

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να ερευνηθεί το προφίλ του Έλληνα ασφαλιζόμενου, που έχει προχωρήσει σε σύμβαση ασφάλισης ζωής και υγείας. Πιο αναλυτικά η έρευνα αφορά στην εκτίμηση των χαρακτηριστικών των πελατών συγκεκριμένης ιδιωτικής ασφαλιστικής εταιρείας.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε για την προσέγγιση του θέματος της εργασίας είναι η εξής:

- Καθορισμός του στόχου και του σκοπού της μελέτης
- Έρευνα μέσω του διαδικτύου και της υπάρχουσας έντυπης βιβλιογραφίας.
- Κατάρτιση του ερωτηματολογίου – Διεξαγωγή της έρευνας
- Συγκέντρωση αποτελεσμάτων
- Ανάλυση του υλικού και των πληροφοριών που συγκεντρώθηκε.
- Εξαγωγή συμπερασμάτων – Διατύπωση προτάσεων

Η δομή της εργασίας έχει ως ακολούθως:

Αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο πραγματοποιείται μία αναφορά στην κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα. Πιο αναλυτικά γίνεται παρουσίαση των στοιχείων από την ίδρυση του οργανισμού ΕΟΠΥΥ και των νομοθετικών διαταγμάτων. Επιπλέον, επιχειρείται ανάλυση ως προς την λειτουργία και τον βαθμό αποτελεσματικότητας του νέο συστήματος παροχής υπηρεσιών υγεία και του βαθμού ικανοποίησης των πολιτών μέσα από άλλες έρευνες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μία εισαγωγική παρουσίαση των χαρακτηριστικών της ιδιωτικής ασφάλισης. Συγκεκριμένα, το κεφάλαιο αυτό περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά της ασφαλιστικής σύμβασης και τις διαδικασίες που ακολουθούνται από τους πολίτες. Επιπρόσθετα παρουσιάζονται τα οφέλη της ιδιωτικής ασφάλισης και η συμβολή της στην οικονομία και την κοινωνία. Αναλύονται διεξοδικά όλα τα είδη των ασφαλειών και περιγράφονται....

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση των στοιχείων της προσωπικής έρευνας. Αναλύονται οι ερευνητικοί στόχοι, η μεθοδολογία, το ερευνητικό εργαλείο, η μέθοδος δειγματοληψίας και οι μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης.

Στο τέταρτο κεφάλαιο επικεντρωνόμαστε στην προσωπική έρευνα, με σκοπό να προσδιορίσουμε το προφίλ των ασφαλισμένων μίας ασφαλιστικής εταιρείας σε προγράμματα ζωής και υγείας. Αναλυτικότερα επιτυγχάνεται η καταγραφή και η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Εν κατακλείδι γίνεται σύνοψη των συμπερασμάτων, όπως προέκυψαν από την προσωπική έρευνα και παρατίθενται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Η εργασία ολοκληρώνεται με την καταγραφή των γενικών συμπερασμάτων όπως προέκυψαν από την παραπάνω μελέτη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

1.1 Εισαγωγή

Με τον όρο κοινωνική ασφάλιση ορίζεται εκείνη η ασφάλιση που διέπεται και εποπτεύεται από κρατικούς φορείς. Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια το Υπουργείο Υγείας προχώρησε στην σύσταση ενός νέου συστήματος κοινωνικής ασφάλισης με την επωνυμία ΕΟΠΥΥ. Πρόκειται για έναν οργανισμό όπου έγινε η συνένωση των ταμείων ασφάλισης, διατηρώντας το ίδιο σύστημα ασφαλιστικών εισφορών ανάλογα με τον επαγγελματικό κλάδο δίνει τις ίδιες δυνατότητες περίθαλψης σε όλους τους ασφαλισμένους. Έτσι οι ασφαλισμένοι κάθε τομέα έχουν την ίδια δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, όπως σε συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς και σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Στην προσπάθεια υγειονομικής κάλυψης του ελληνικού πληθυσμού χρησιμοποιήθηκαν τα ασφαλιστικά ταμεία, τα κυριότερα από τα οποία παραθέτονται παρακάτω.

1.1.1 Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων δημιουργήθηκε το 1934 και είναι ένας από τους βασικότερους κρατικούς φορείς κύριας ασφάλισης στην Ελλάδα. Σήμερα, διαθέτει συνολικά 331 Μονάδες Ασφάλισης και 364 Μονάδες Υγείας, παρέχοντας περίθαλψη σε 5.550.000 άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους και συνταξιοδοτεί 845.000 συνταξιούχους¹. Η επικουρική ασφάλιση του ΙΚΑ, σύμφωνα με παλαιότερες διατάξεις, θεωρούνταν υπόθεση του Ενιαίου Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΕΤΕΑΜ), που συστάθηκε με τον νόμο 3029/2002².

Ένα χρόνο αργότερα, μετά δηλαδή την δημιουργία του ΙΚΑ, το κράτος προχώρησε στην υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο συγκεκριμένο ταμείο. Η ουσιαστική λειτουργία του ΙΚΑ ξεκίνησε κατά κύριο λόγο την περίοδο του

¹ <http://el.wikipedia.org/wiki/>, «Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

² Νόμος 3029/2002, «Μεταρρύθμιση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης», Εθνικό Τυπογραφείο.

1937. Ωστόσο, όμως, η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε μετά από πολλά χρόνια, και συγκεκριμένα το 1951 ύστερα από την καθιέρωση του νόμου 1846/51³.

Ο σχετικός νόμος 1846/51 περιλαμβάνει τις παρακάτω θεσμικές διατάξεις⁴:

- ▶ *Ο παρών νόμος έχει ως σκοπό την ασφάλιση όλων των προσώπων που τυγχάνει να είναι μισθωτοί σε περίπτωση ασθένειας, μητρότητας, αναπηρίας, ατυχήματος, γήρατος και ανεργίας, ως και των μελών της οικογένειάς τους.*
- ▶ *Το παρόν διάταγμα περιλαμβάνει ειδικότερα τον κλάδο παροχών ασθένειας και μητρότητας σε χρήμα, παροχών ασθένειας και μητρότητας εις είδος, αναπηρίας, γήρατος και θανάτου και τον κλάδο ανεργίας.*
- ▶ *Η κατάταξη σε ασφαλιστικές ομάδες των προσώπων, που υπάγονται στην ασφάλιση, για τον υπολογισμό των ασφαλιστικών εισφορών και των χορηγούμενων παροχών, καθώς και ο καθορισμός του αριθμού των ημερών ασφαλίσεως γίνεται με τις ισχύουσες διατάξεις της νομοθεσίας του ΙΚΑ.*
- ▶ *Στην ασφάλιση υπάγονται υποχρεωτικά και αυτοδικαίως, τα πρόσωπα τα οποία εντός των ορίων της χώρας κατέχουν το επάγγελμα του μισθωτού έναντι αμοιβής. Η έννοια του κυρίου επαγγέλματος δεν αποκλείει την ασφάλιση προσώπων με μειωμένη απασχόληση εφόσον δεν έχουν άλλη κυρία πηγή βιοπορισμού.*
- ▶ *Ο τρόπος αμοιβής, όπως ημερομίσθιο, η τυχόν έκδοση τιμολογίων ή δελτίων παροχής υπηρεσιών, ο τρόπος φορολόγησης της αμοιβής τους δεν επηρεάζει την κατά τα ανωτέρω ασφάλισή τους στο Ι.Κ.Α.*
- ▶ *Επίσης υπάγονται στην ασφάλιση του παρόντος νόμου και πρόσωπα που απασχολούνται ή παρέχουν εργασία ή υπηρεσία με αμοιβή είτε σε φυσικά πρόσωπα, είτε στο Δημόσιο, είτε σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου με οποιαδήποτε άλλη σχέση, εφόσον για την απασχόληση, εργασία τους ή υπηρεσία τους αυτή δεν υπάγονται από ρητή διάταξη νόμου στην ασφάλιση άλλου Ταμείου κύριας ασφαλίσεως.*
- ▶ *Οι προϋποθέσεις ασφαλίσεως, ο τρόπος υπολογισμού των ημερών ασφαλίσεως των προσώπων τούτων κατά κατηγορία, η μισθολογική περίοδος, ο τρόπος υπολογισμού και καταβολής των εισφορών, ο υπόχρεος*

³ <http://el.wikipedia.org/wiki/>, «*Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων*», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

⁴ AN 1846/1951, «*Θεσμικός περί ΙΚΑ Νόμος*», ΦΕΚ Α' 179/21-06-1951

για την καταβολή τους καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια θα καθορίζεται με Κανονισμό.

- ▶ Η ηλικία των ασφαλισμένων και των μελών της οικογένειάς τους αποδεικνύεται με το δελτίο της αστυνομικής τους ταυτότητας. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει αστυνομική ταυτότητα, η ηλικία αποδεικνύεται με ληξιαρχική πράξη γεννήσεως, η οποία έχει συνταχθεί ή διορθωθεί μέσα σε 90 μέρες από τη γέννηση ή με την εγγραφή στα Μητρώα Αρρένων ή στα Δημοτολόγια που ισχύουν.
- ▶ Το Δ.Σ. του ΙΚΑ απαρτίζεται από τον Διοικητή, από τρεις εκπροσώπους των ασφαλισμένων και ενός εκπροσώπου των συνταξιούχων, τρεις εκπροσώπους των εργοδοτών, έναν ειδικό σε θέματα της κοινωνικής ασφάλισης, έναν συνταξιούχο του ΙΚΑ και έναν υπάλληλο του ΙΚΑ.

1.1.2 Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

Ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων ιδρύθηκε την περίοδο του 1961 με το βασικό νόμο 4169. Σκοπός του οργανισμού αυτού αρχικά ήταν η χορήγηση παροχών συντάξεων γήρατος - χηρείας και ιατρικής περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας⁵. Από την χρονολογία ίδρυσης έως και το 1997, πρόσφερε πλήρη ασφαλιστική προστασία κυρίως με προσθήκη παροχών όπως σύνταξη αναπηρίας, φαρμακευτική περίθαλψη κ.α. Το 1998 ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων μετατράπηκε σε ταμείο κύριας ασφάλισης αγροτών (Ν. 2458/97) και προσφέροντας τους εξ ολοκλήρου ασφαλιστική προστασία (Κυριόπουλος Γ., 1995).

Τα βασικότερα χαρακτηριστικά του Ν. 2458/97 είναι τα εξής⁶:

- ▶ Σύσταση στον Οργανισμό Γεωργικών Ασφαλίσεων (Ο.Γ.Α.) ο αυτοτελής κλάδος κύριας ασφάλισης αγροτών, με σκοπό τη χορήγηση κύριας σύνταξης σε πρόσωπα που ασφαλίζονται στον Ο.Γ.Α σε περίπτωση γήρατος και αναπηρίας και στα μέλη της οικογένειάς τους σε περίπτωση θανάτου.
- ▶ Ο Κλάδος έχει οικονομική και λογιστική αυτοτέλεια και διοικείται από το Διοικητικό Συμβούλιο του Ο.Γ.Α.

⁵ <http://www.oga.gr/index.php#>, «Περί ΟΓΑ», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

⁶ Ν.2458/12.2.1997 (ΦΕΚ 15Α' /14.12.1997), «Σύσταση Κλάδου Ασφάλισης Αγροτών και άλλες διατάξεις»

- ▶ Ο προϋπολογισμός, απολογισμός και ισολογισμός του Κλάδου περιλαμβάνονται αυτοτελώς στο γενικό προϋπολογισμό, απολογισμό και ισολογισμό του Ο.Γ.Α.
- ▶ Πόροι του Κλάδου θεωρούνται η μηνιαία ατομική εισφορά των αυτοτελώς απασχολούμενων αγροτών και η μηνιαία ατομική εισφορά των ανειδίκευτων εργατών που απασχολούνται και υπάγονται στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α.
- ▶ Οι εισφορές των ασφαλισμένων καθορίζονται από επτά ασφαλιστικές κατηγορίες. Εάν δεν υποβάλλουν σχετική δήλωση, η κατάταξη γίνεται στην 1η κατηγορία. Η είσπραξη των εισφορών των ασφαλισμένων ενεργείται και αποδίδεται στον Ο.Γ.Α. από την Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος (Α.Τ.Ε.).
- ▶ Οι ασφαλισμένοι δικαιούνται σύνταξη γήρατος, εφόσον έχουν συμπληρώσει το 65ο έτος της ηλικίας τους, έχουν πραγματοποιήσει χρόνο ασφάλισης και καταβολή εισφορών για πέντε (5) έτη.
- ▶ Η μηνιαία σύνταξη λόγω γήρατος ή αναπηρίας συνίσταται σε ποσοστό 2% επί των ασφαλιστικών κατηγοριών στις οποίες έχουν υπαχθεί για κάθε έτος ασφάλισης.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του νέου ΟΓΑ σήμερα είναι η ανταποδοτικότητα, η αναδιανεμητική οικονομική λειτουργία του (κρατική συμμετοχή), η ομαλή ανάπτυξη και μετάβασή του από το παλαιό στο νέο ασφαλιστικό καθεστώς και η βιωσιμότητά του με την αύξηση του ορίου ηλικίας μηνιαίας σύνταξης γήρατος στο 67^ο έτος. Επίσης οι προσφερόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους του είναι η ασφάλιση, οι συντάξεις, η υγειονομική και φαρμακευτική περίθαλψη, οι διακρατικές Κοινωνικές Ασφαλίσεις, τα πολυτεχνικά επιδόματα και τα προγράμματα Κοινωνικού Τουρισμού⁷.

1.1.3 Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών

Την περίοδο του 2007 ξεκίνησε να λειτουργεί ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο οποίος προέκυψε από την ενοποίηση των καταργηθέντων Ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Στον ΟΑΕΕ ασφαλίζονται οι αυτοαπασχολούμενοι επαγγελματίες, βιοτέχνες, έμποροι και αυτοκινητιστές⁸.

⁷ <http://www.oga.gr/index.php#>, «Περί ΟΓΑ», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

⁸ http://www.oaee.gr/dioikisi.asp?banner_pgc=1&catdk_id=160&ctn_id=1, «Ιστορικό ίδρυσης του ΟΑΕΕ», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

Την επόμενη χρονιά, εντάχθηκαν στον ΟΑΕΕ σε εφαρμογή του νόμου 3655/08, ο Κλάδος Κύριας Ασφάλισης του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων (ΤΑΝΠΥ), το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων και οι ασφαλισμένοι του Ταμείου Πρόνοιας και της Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΓΠ)⁹.

Επιπρόσθετα, με τον συγκεκριμένο νόμο συστήθηκε τον Αύγουστο του 2008 ο Κλάδος Επικουρικής Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών, με σκοπό την παροχή μηνιαίας επικουρικής σύνταξης λόγω γήρατος, αναπηρίας και θανάτου στους άμεσα ασφαλισμένους και στα μέλη των οικογενειών τους. Στην ασφάλιση του κλάδου Επικουρικής Ασφάλισης ΟΑΕΕ υπάγονται προαιρετικά οι ελεύθεροι επαγγελματίες ασφαλισμένοι του Κλάδου Κύριας σύνταξης του ΟΑΕΕ και οι επαγγελματίες του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών και Τουριστικών Πρακτόρων (Θεοδώρου Μ., κ.α., 1995).

Στον Κλάδο Επικουρικής Ασφάλισης εντάσσονται επίσης, το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Αρτοποιιών, ως Τομέας Επικουρικής Ασφάλισης Αρτοποιιών και το Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης και Κοινής Διανομής Πρατηριούχων Υγρών Καυσίμων, ως τομέας επικουρικής Ασφάλισης Πρατηριούχων Υγρών Καυσίμων. Ο ΟΑΕΕ αποτελεί τον δεύτερο, πλέον, σε μέγεθος ασφαλιστικό Οργανισμό της χώρας που καλύπτει συνολικά περί τους 1.800.000 πολίτες, άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένους και συνταξιούχους¹⁰.

Στην υποχρεωτική ασφάλιση του Ο.Α.Ε.Ε υπάγονται τα πρόσωπα ηλικίας άνω των 18 ετών ανεξαρτήτως φύλου και υπηκοότητας, που ασκούν τη δραστηριότητά τους, στην Ελλάδα ως επαγγελματίες, βιοτέχνες, χρηματιστές, μεσίτες, οι επιχειρηματίες ιδιωτικών κλινικών, οι ξενοδόχοι, οι κατέχοντες άδεια εκπαιδευτή οδηγών αυτοκινήτου, οι ιδιοκτήτες Τουριστικών λεωφορείων δημόσιας χρήσης, το τακτικό προσωπικό του καταργηθέντος Τ.Σ.Α., οι κυβερνήτες επαγγελματικών πλοίων αναψυχής, τα μέλη ή μέτοχοι Οργανισμών, Κοινοπραξιών ή κάθε μορφής Εταιριών, οι μέτοχοι των Α.Ε., οι ασφαλισμένοι του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών

⁹ http://www.oaee.gr/dioikisi.asp?banner_pgc=1&catdk_id=160&ctn_id=1, «Ιστορικό ίδρυσης του ΟΑΕΕ», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

¹⁰ http://www.oaee.gr/dioikisi.asp?banner_pgc=1&catdk_id=160&ctn_id=1, «Ιστορικό ίδρυσης του ΟΑΕΕ», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

Πρακτόρων, οι αναβάτες και προπονητές του Ταμείου Πρόνοιας Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΠΙ)¹¹.

1.1.4 Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου

Ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) συστάθηκε ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν. 2768/1999) εποπτευόμενο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και από το Υπουργείο Οικονομικών. Από το 2008, με το Ν. 3655/2008, εντάχθηκε στον ΟΠΑΔ το Ταμείο Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ). Με το Ν. 3918/2011 ο ΟΠΑΔ μετατράπηκε σε ασφαλιστικό ταμείο και εποπτεύεται πλέον από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης¹².

Πιο αναλυτικά, ο σχετικός νόμος 2768/1999 περιλαμβάνει τις παρακάτω θεσμικές διατάξεις¹³:

- ▶ *Σύσταση Νομικού Προσώπου Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου με σκοπό την οργάνωση, παρακολούθηση και τον έλεγχο του συστήματος παροχής της υγειονομικής περίθαλψης στους ασφαλισμένους του Δημοσίου, τη βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας αυτής, τη διαχείριση και τον έλεγχο της χρηματοδότησης, καθώς και την ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.*
- ▶ *Ο Οργανισμός εποπτεύεται από τα Υπουργεία Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών. Οι κανονιστικές πράξεις που αφορούν τον Οργανισμό εκδίδονται με κοινές υπουργικές αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του Υπουργού Οικονομικών.*
- ▶ *Στον Οργανισμό ασκούνται οι αρμοδιότητες στα πλαίσια της υγειονομικής περίθαλψης των ασφαλισμένων του Δημοσίου, και ειδικότερα οι*

¹¹ http://www.oaee.gr/asfalish.asp?catasf_id=160&cat_id=0&banner_pg=11, «Υποχρεωτικά πρόσωπα ασφάλισης», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

¹² <http://www.opad.gr/>, Μιχάλης Κούτρας «Γενικές πληροφορίες», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

¹³ Ν. 2768/7.12.1999 (ΦΕΚ 273 Α'/8-12-99), «Ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων, σύσταση νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)", σύσταση ανώνυμης εταιρίας με την επωνυμία "Ανώνυμη Εταιρία Διαχείρισης Ειδικού Κεφαλαίου Τ.Α.Π. - Ο.Τ.Ε. (ΕΔΕΚΤ - Ο.Τ.Ε. ΑΕ.)" και άλλες διατάξεις»

αρμοδιότητες νοσοκομειακής, φαρμακευτικής και οδοντιατρικής περίθαλψης.

- ▶ Παρακολουθεί τη διαμόρφωση των δαπανών και την κατανομή του κόστους ανά μονάδα προσφοράς και ζήτησης υπηρεσιών υγείας, τηρεί μητρώο δαπανών και εισηγείται τη λήψη μέτρων για τον εξορθολογισμό του συστήματος, τα οποία εγκρίνονται και τίθενται σε εφαρμογή με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Οικονομικών.
- ▶ Για την κάλυψη των λειτουργικών δαπανών του, διαχειρίζεται τους πόρους που προέρχονται από τον Τακτικό Προϋπολογισμό του Κράτους υπό τη μορφή επιχορήγησης.
- ▶ Η επιχορήγηση στηρίζεται στις εισφορές των ασφαλισμένων και τη συνεισφορά του Δημοσίου. Ο Οργανισμός διαθέτει έσοδα από την επιχορήγηση από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, δωρεές, κληρονομίες, και από τους τόκους των κεφαλαίων του.

Με τον νόμο 3918/2011 (άρθρο 17, παρ. 2) μεταφέρθηκε στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) η αρμοδιότητα της παροχής υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ και του ΤΥΔΚΥ, όπως άλλωστε και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών. Στα πλαίσια αυτά, όλες οι περιφερειακές υπηρεσίες του τέως ΟΠΑΔ εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, ενώ το ρόλο των περιφερειακών υπηρεσιών του νέου ΟΠΑΔ καλύπτουν πλέον οι περιφερειακές υπηρεσίες του ΤΥΔΚΥ¹⁴.

1.2 Νομοθετικό πλαίσιο

Τα στοιχεία του νέου συστήματος υγείας στην Ελλάδα, έχουν δημοσιευτεί στην επίσημη εφημερίδα της κυβερνήσεως – νόμος 3918/2011, του οποίου τα βασικότερα χαρακτηριστικά παραθέτονται παρακάτω:

- ▶ Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υγείας είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους, συνταξιούχους και στα προστατευόμενα μέλη οικογένειας αυτών, των εντασσόμενων φορέων και κλάδων υγείας, ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας, η οργάνωση, ο

¹⁴ Ν.3918/2011 ΦΕΚ 31 Α' «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

προγραμματισμός, ο έλεγχος της χρηματοδότησης, η διαχείριση και η λειτουργία των πρωτοβάθμιων μονάδων υγείας καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

- ▶ Ως παροχές υγείας νοούνται η πρόληψη και προαγωγή της υγείας πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – ιατρική περίθαλψη – διαγνωστικές ιατρικές πράξεις, παρακλινικές εξετάσεις, φυσικοθεραπεία – εργοθεραπεία – λογοθεραπεία – ψυχοθεραπεία, φαρμακευτική περίθαλψη, οδοντιατρική – στοματολογική περίθαλψη, ειδική αγωγή, η λοιπή και η νοσοκομειακή περίθαλψη, η χρήση αποκλειστικής νοσηλεύτριας
- ▶ Ως “δικαιούχοι” νοούνται οι ασφαλισμένοι των εντασσόμενων στον ΕΟΠΥΥ ταμείων, καθώς και τα μέλη οικογένειας αυτών, που σύμφωνα με τα επιμέρους οριζόμενα δικαιούνται υγειονομικής περίθαλψης.
- ▶ Ως “περίθαλψη” νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, που πραγματοποιούν επαγγελματίες υγείας ή οργανισμοί φροντίδας υγείας και οι οποίες σκοπό έχουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας.
- ▶ Η ασφαλιστική ικανότητα και η απόκτηση δικαιώματος στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης αποδεικνύεται με βιβλιάριο υγείας, που εκδίδεται μετά από αίτηση του ασφαλισμένου στον ασφαλιστικό του φορέα.
- ▶ Με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσης ή την ανατροπή της εμφάνισης νοσηρών καταστάσεων παρέχεται προληπτική ιατρική.
- ▶ Ο Οργανισμός μεριμνά για την παροχή και αποζημίωση οδοντιατρικών υπηρεσιών που αφορούν στην πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία νόσων της στοματικής κοιλότητας, καθώς και για την αποκατάσταση της στοματικής υγείας των ασφαλισμένων.
- ▶ Για την αγορά υπηρεσιών νοσοκομειακής, ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς και λοιπών ειδών και μέσων περίθαλψης, ο Οργανισμός συνάπτει συμβάσεις, με τις οποίες προσδιορίζονται οι όροι που διέπουν τις συμβατικές υποχρεώσεις των συμβαλλομένων, μέσα στο

πλαίσιο των κειμένων κάθε φορά διατάξεων για τα προβλεπόμενα όρια αμοιβών¹⁵.

1.3 Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας

Η συγκρότηση του συστήματος Υγείας δεν ήταν και τόσο ικανοποιητική. Μία πληθώρα προβλημάτων, είτε οικονομικών, είτε διαρθρωτικών ή κοινωνικών δημιούργησε το ενδεχόμενο μεταρρύθμισης της κοινωνικής ασφάλισης υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα, καθώς χαρακτηρίζεται ως το πιο κρίσιμο ζήτημα στην ελληνική κοινωνία. Η έκβαση της οικονομικής κρίσης, της ύφεσης και της ανεργίας κατέστησαν το σύστημα υγείας δυσχερές και πολύπλοκο, λόγω των πολλών αναγκών υγείας των ελλήνων πολιτών, αλλά και λόγω της ολοσχερούς συρρίκνωσης των εισροών¹⁶.

Κατ' επέκταση, η εξασφάλιση των υπηρεσιών υγείας, ύστερα από τη μείωση των πόρων, επιβάλλει τη διάρθρωση αλλαγών ως προς την πρωτοβάθμια και τη δημόσια φροντίδα υγείας. Η σύσταση του συστήματος υγείας δεν επέφερε θετικά αποτελέσματα, καθώς το κύριο πρόβλημα βρίσκεται στην έλλειψη μονοψωνιακής ισχύος του οργανισμού, στην μονοπωλιακή κυριαρχία της πλευράς της προσφοράς και στην απουσία ανταγωνιστικών συνθηκών μεταξύ των προμηθευτών¹⁷.

Το Ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως ένας μηχανισμός είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών και δεν ασκεί ασφαλιστική πολιτική με γνώμονα την κοινωνική ισότητα, την ιατρική αποτελεσματικότητα και την οικονομική αποδοτικότητα. Επομένως, αυτό που απαιτείται να κατανοηθεί είναι πως οι προδιαγραφές που περιλαμβάνονται στο νομοθετικό πλαίσιο του οργανισμού δεν παίζουν μεγάλο ρόλο στον έλεγχο του κόστους, στη συγκράτηση της δαπάνης και στην αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων¹⁸.

Με βάση τα τελευταία στοιχεία, είναι ευδιάκριτο πως το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει την έλλειψη χρηματοδότησης, λόγω της ελαχιστοποίησης της κρατικής επιχορήγησης και των ασφαλιστικών εισφορών. Η παρούσα κατάσταση σχετίζεται

¹⁵ Ν.3918/2011 ΦΕΚ 31 Α' «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

¹⁶ Μπούτσιου, Σ., (2013), «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» Μεταπτυχιακό, Thesis, ΕΑΠ

¹⁷ Σουλαντίκας Κωνσταντίνος, (2010), «Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα, 1970-2008. Πλαίσιο λειτουργίας και εξέλιξη των δομών αυτής», Διπλωματική εργασία, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

¹⁸ Μπούτσιου, Σ (2013), «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» Μεταπτυχιακό, Thesis, ΕΑΠ

άμεσα με τις λανθασμένες αρχικές εκτιμήσεις που είχε το κράτος, τον ανύπαρκτο σχεδιασμό και την επιβάρυνση του οικονομικού κλίματος.

Η διαφορά ανάμεσα στη λιανική και στην ασφαλιστική τιμή (ή τιμή αναφοράς), των φαρμάκων που αποζημιώνει το σύστημα υγείας έχει αυξηθεί με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι να πληρώνουν μεγαλύτερα ποσά για φάρμακα. Τη διαφορά μεταξύ ασφαλιστικής και λιανικής τιμής καλείται να πληρώσει ο ασφαλισμένος, και ενώ πληρώνει επιπλέον το 25% της συμμετοχής του. Με αυτόν τον έμμεσο τρόπο, σήμερα ο ασφαλισμένος καλείται να πληρώσει διπλάσια και πλέον χρήματα για την κάλυψη των φαρμακευτικών του αναγκών¹⁹.

Με βάση τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (Ελληνική Στατιστική Αρχή) το έτος 2011 τα έξοδα των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης ανήλθαν σε 7,9 δισ. ευρώ, ενώ για το έτος 2014 θα δαπανήσει 4,4 δισ. για να καλύψει τις ανάγκες των ασφαλισμένων του έχοντας ήδη συσσωρευμένα χρέη προς τα δημόσια νοσοκομεία που ξεπερνούν το 1,1 δισ. Ευρώ. Έτσι γίνεται κατανοητή η αδυναμία κάλυψης των παραπάνω υπηρεσιών²⁰.

Όστος όμως με την εφαρμογή rebate (υποχρεωτική έκπτωση) ή με clawback (υποχρεωτική επιστροφή) θα επιβαρυνθούν οι προμηθευτές του ιδιωτικού τομέα, ενώ ο δημόσιος τομέας (νοσοκομεία και νέα δομή της ΠΦΥ) δεν θα μπορούν να αποζημιωθούν από το σύστημα υγείας και θα αρκούνται μόνο στη χρηματοδότηση του κρατικού προϋπολογισμού με αποτέλεσμα την περαιτέρω υποβάθμισή τους λόγω έλλειψης των αναγκαίων υλικών και προμηθειών. Έτσι θα δημιουργηθούν συνθήκες για ένα σύστημα υγείας δύο ταχυτήτων, ένα δημόσιο με ελλείψεις και ένα ιδιωτικό για τους χρήστες που θα συνεισφέρουν από το εισόδημά τους ή με την αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας²¹.

Στην προσπάθεια βελτίωσης πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας την περίοδο του 2013 ξεκίνησε συζήτηση για τη δημιουργία του νέου φορέα ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας), ο οποίος αδυνατεί να προσφέρει ακόμη και τις στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας. Οι ασφαλισμένοι ως τα μέσα Μαρτίου 2014

¹⁹ http://www.efenpress.gr/2014/04/blog-post_8928.html, «Όλο και πιο ακριβά τα φάρμακα για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ», προσπελάστηκε στις 16/6/2014

²⁰ Ελληνική Στατιστική Αρχή, Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (Μέσος όρος δαπάνης μηνιαίων αγορών για αγαθά και υπηρεσίες (2008-2012), Αθήνα 2012

²¹ <http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/25045/pws-tha-ginei-agorastis-o-eopyy-ean-den-mporei-na-plhronoi>, «Πώς θα γίνει 'αγοραστής' ο ΕΟΠΥΥ εάν δεν μπορεί να πληρώσει;», Νιάκας προσπελάστηκε στις 16/6/2014

εξυπηρετούνται από τους 5.000 συμβεβλημένους ιατρούς, τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων και τα Κέντρα Υγείας²².

Σύμφωνα με το χρονοδιάγραμμα του υπουργείου Υγείας τα πολυιατρεία θα λειτουργήσουν με τη λήξη της διαθεσιμότητας στην οποία τέθηκε το προσωπικό με την κατάργηση των πολυιατρείων του ΙΚΑ. Εκτιμάται, ωστόσο, ότι τα ιατρεία αστικού τύπου θα λειτουργήσουν κανονικά όταν ολοκληρωθούν οι προσλήψεις επικουρικών ή συμβασιούχων γιατρών που θα καλύψουν τα ιατρών που επέλεξαν τα ιδιωτικά τους ιατρεία και αποσυρθήκαν από το δημόσιο σύστημα περίθαλψης, ενώ αναμένεται η πρόσληψη γενικών ιατρών για την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού ιατρού για την αποσυμφόρηση των νοσοκομείων²³.

Οι οικονομολόγοι της υγείας της χώρας, με αφορμή την οικονομική κρίση στην υγεία, σε δημοσίευσή τους στο *Lancet*, αμφισβητούν τη δυνατότητα ανάκαμψης του συστήματος υγείας της Ελλάδας με την υλοποίηση του εισητηρίου (voucher) υγείας από το οποίο αποκλείονται οι ανασφάλιστοι λόγω αυστηρών προϋποθέσεων, καθώς και υγειονομικών προτάσεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, σύμφωνα με τους οποίους η κυβέρνηση αγνόησε τις προτάσεις των επαγγελματιών υγείας και ακαδημαϊκών με αποτέλεσμα τη διαθεσιμότητα 5000 ιατρών και 3000 επαγγελματιών υγείας, ενώ ελπίζουν ότι θα λάβουν χώρα πολιτικές ισότητας και αποτελεσματικότητας για την ανάκαμψη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα²⁴.

Με τη κατάσταση που περιγράφηκε παραπάνω τίθεται θέμα έλλειψης εμπιστοσύνης από τους πολίτες προς το νέο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω της έλλειψης αντιμετώπισης βασικών αναγκών υγείας από το δημόσιο πρωτοβάθμιο σύστημα περίθαλψης. Επίσης, υφίσταται αναξιοπιστία μεταξύ του οργανισμού και των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, φαρμακοποιών και άλλων), των εξωτερικών προμηθευτών (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά εργαστήρια), γεγονός που οδηγεί σε διαδικασία απονομιμοποίησης (Ν. 2768/7.12.1999).

Επομένως, η ενδεχόμενη μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας είναι ένα ζήτημα αναγκαίο και απαιτείται να υλοποιηθεί άμεσα ως προς την διευκρίνιση των σχέσεων με τις υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, την διεύρυνση και

²² Niakas D. (2013), «Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription». *Int J Health Serv* 43: 597-602

²³ <http://agrinioreport.com/>, «Η μετάβαση από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ», προσπελάστηκε στις 16/6/2014

²⁴ Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D., (2014), «Greece's health crisis: from austerity to denialism». *Lancet* 383: 748-753.

σταθεροποίηση της χρηματοδοτικής βάσης του οργανισμού και την εισαγωγή τεχνικών και μεθόδων αναζήτησης και επίτευξης της αποδοτικότητας. Επιπρόσθετα, είναι ανάγκη να ελεγχθεί η λειτουργικότητα των κέντρων υγείας, των πολυιατρείων και του συνολικού αριθμού του ιατρικού σώματος. Με την υλοποίηση αυτών των μεταρρυθμίσεων και τη συγκρότηση άρτιων δομημένων δικτύων πρωτοβάθμιας φροντίδας θα δημιουργηθεί η βάση στήριξης της υγειονομικής περίθαλψης στην χώρα μας²⁵.

Όσον αφορά την χρηματοδότηση του συστήματος υγείας, η καθιέρωση ενός πιο αποτελεσματικού σχήματος θα επιφέρει σταθερότητα και θετικές εκβάσεις ακόμα και σε περιόδους κρίσης. Τα κυριότερα στοιχεία στα οποία πρέπει να στηριχθεί η μεταρρύθμιση είναι η κάλυψη των ιατρικών παρεμβάσεων, η οικονομική επιβάρυνση των χρηστών ανάλογα με το ετήσιο εισόδημα τους και η διαχείριση των κριτηρίων της αποδοτικότητας, της αποτελεσματικότητας και της ισότητας²⁶. Στην προσπάθεια αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων ορθολογικότερα με το συνεχή περιορισμό δαπανών για την υγεία, η επίτευξη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας κρίνεται αναγκαία²⁷.

1.4 Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)

Ως Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) καλείται πλέον το νέο σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που διαμορφώθηκε από το υπουργείο Υγείας. Στο συγκεκριμένο δίκτυο συμμετέχουν όλα τα Κέντρα Υγείας που λειτουργούν στη σημερινή εποχή, τα αστικά Κέντρα Υγείας που επρόκειτο να ιδρυθούν και τα πολυιατρεία και εργαστήρια του συστήματος υγείας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας να χαρακτηριστεί ως ΠΕΔΥ, καθώς προσφέρει

²⁵ http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy, Σκρουμπέλος Α., Οικονόμου Ν., Θηραΐος Ε., Οικονομίδου Ρ., Κυριόπουλος Γ. «Μετάβαση σε ένα υπόδειγμα προοπτικής χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Η περίπτωση των Ομάδων Επισκέψεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας», προσπελάστηκε στις 16/6/2014

²⁶ http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy, Σκρουμπέλος Α., Καπάκη Β., Αθανασάκης Κ., Σουλιώτης Κ., Κυριόπουλος Γ., Σχολή Δημόσιας Υγείας, «Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας», προσπελάστηκε στις 16/6/2014

²⁷ Niakas D. (2013), «Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription». Int J Health Serv 43: 597-602

εξωνοσοκομειακή φροντίδα σε όλους τους πολίτες και ως Δευτεροβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΔΕΔΥ), εφόσον θα παρέχει νοσοκομειακή περίθαλψη²⁸.

Στα πλαίσια των σχετικών ρυθμίσεων που συμπεριλαμβάνονται στο νομοσχέδιο για το νέο σύστημα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης, ο καινούργιος φορέας έλαβε την ολοκληρωτική μορφή του την περίοδο του Ιανουαρίου 2014. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ολοκληρώθηκε η μετακίνηση του υγειονομικού, διοικητικού και ιατρικού προσωπικού του συστήματος υγείας στις Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠΕ)²⁹.

Ως επί το πλείστον, παρατηρείται πως το σύστημα υγείας θα λειτουργεί πλέον ως Ασφαλιστικός Οργανισμός Υγείας και θα εκτελεί υπηρεσίες προς όφελος των ασφαλισμένων του από ελεύθερους επαγγελματίες, γιατρούς, διαγνωστικά κέντρα και κλινικές. Επιπροσθέτως, κάθε οικογενειακός γιατρός θα είναι σε θέση να παρέχει εξυπηρέτηση προς όλους τους ασφαλισμένους στα αστικά κέντρα, πράγμα που ισχύει και για τον αγροτικό γιατρό των περιφερειών. Ειδικότερα, κάθε οικογενειακός ή αγροτικός γιατρός είναι υποχρεωμένος να παρέχει τις υπηρεσίες του σε συγκεκριμένο αριθμό ασφαλισμένων για κάθε περιοχή και να χρεώνει τον ηλεκτρονικό τους φάκελο³⁰.

Αναλυτικότερα το κράτος ανέλαβε να παρέχει υπηρεσίες υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών. Σύμφωνα, με αυτές τις υπηρεσίες εκτιμάται ότι θεωρούνται ιδιαίτερα αναγκαίες και ικανές να εξασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία. Το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) λειτουργεί πλέον στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) όλης της Ελλάδας. Ουσιαστικά οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. προσφέρονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, άσχετα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση. Αυτό επιτυγχάνεται διαμέσου, ενός καθολικού, ενιαίου και αποκεντρωμένου Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), βάσει των σχετικών διατάξεις που ορίζει η νομοθεσία³¹.

²⁸ Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D., (2014), «*Greece's health crisis: from austerity to denialism*». Lancet 383: 748-753.

²⁹ Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D., (2014), «*Greece's health crisis: from austerity to denialism*». Lancet 383: 748-753.

³⁰ <http://www.alphatv.gr/news/health/pedy-neo-systima-protovathmias-perithalpsis>, προσπελάστηκε στις 16/6/2014

³¹ <http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf>, προσπελάστηκε στις 16/6/2014

1.5 Ορισμός της ικανοποίησης των πολιτών από την κοινωνική ασφάλιση

Οι ερευνητικές μελέτες για τη μέτρηση της ικανοποίησης προτιμώνται καθώς στη βιβλιογραφία δεν δίνεται ακριβής ορισμός ικανοποίησης των πολιτών. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση των πολιτών, καθορίζεται ως η άποψη για την ποιότητα της φροντίδας, αντιπροσωπεύοντας συγκεκριμένα στοιχεία που σχετίζονται άμεσα τόσο με τις επιθυμίες όσο και με τις αξίες του ασθενή³². Ωστόσο, η ικανοποίηση των πολιτών, είναι η αντίληψη του σχετικά με τις ανάγκες, τις προσδοκίες και την εμπειρία που έχει αποκομίσει από τη φροντίδα υγείας³³.

Η ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ενός οργανισμού θα μπορούσε να καθοριστεί ως ο βαθμός που έχει πετύχει το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό την υλοποίηση των αναγκών και των επιθυμιών του ασθενή. Η έννοια αυτή διαμορφώνεται από παραμέτρους όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενή, στοιχεία και γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του, τα οποία επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας³⁴.

Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των πολιτών (κοινωνική τάξη, οικογενειακή κατάσταση, φύλο, ηλικία), παίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση. Όμως η μετα-ανάλυση των ερευνών πριν το 1989 δείχνει ότι δεν υπάρχει σταθερότητα ως προς τα αποτελέσματα που να αποδεικνύει ότι τα χαρακτηριστικά αυτά είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας ικανοποίησης³⁵.

Η ηλικία εμφανίζει τη μεγαλύτερη σταθερότητα αποτελεσμάτων, με τους νεώτερους σε ηλικία να εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με το χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης, η κοινωνική τάξη εμφανίζει χαμηλή σταθερότητα αποτελεσμάτων και οφείλεται στην καλύτερη φροντίδα που λαμβάνουν οι ανώτερες κοινωνικές ομάδες ακόμη και μέσα στην ίδια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, το φύλο δεν φαίνεται να σχετίζεται με τα επίπεδα ικανοποίησης, ενώ η εθνικότητα είναι από τους πιο περίπλοκους

³² Donabedian A., (1990) "The seven pillars of quality". Arch Pathol Lab Med, 114:1115-

³³ Μερκούρης Α. (1996), «Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών» Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα

³⁴ Παπανικολάου Β. (2003), «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση των Χρηστών», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

³⁵ Hall J., Dornan M., (1998), "Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction rates", Soc. Sci. Med., 27(6):637-644.

προγνωστικούς παράγοντες με τους λευκούς να είναι στο σύνολο πιο ικανοποιημένοι³⁶.

Η μέτρηση της ικανοποίησης πολιτών πρέπει να είναι μια συνεχής διαδικασία και η καταγραφή της μέσω ερωτηματολογίων, αυξάνει την αξιοπιστία της υπηρεσίας, βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων και τεκμηριώνει τα επίπεδα απόδοσης, διορθώνοντας τυχόν λάθη, από τα οποία τα συχνότερα φαίνεται να αφορούν τον χρόνο αναμονής, την παροχή πληροφοριών, την διατροφή και την καθαριότητα³⁷.

Οι μελέτες ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα αφορούν κυρίως τα νοσοκομεία και διενεργήθηκαν κυρίως με ερωτηματολόγια. Στην περιοχή της Αθήνας, για την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας διαφόρων κατηγοριών (νοσοκομεία ΕΣΥ, πολυιατρεία ασφαλιστικών φορέων, Κέντρα Υγείας, ιδιωτικά ιατρεία) ποσοστό 59,2% των ερωτηθέντων δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ καθώς το ποσοστό ικανοποίησης από τις ιδιωτικές κλινικές ήταν 86%.

Το ποσοστό ικανοποίησης από τα πολυιατρεία των ασφαλιστικών φορέων και τα ιατρεία των ιδιωτών ιατρών ήταν 52,5% και 89% αντίστοιχα. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι η χρήση δημόσιων ή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την κοινωνική τάξη των ασθενών. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας υστερούν σημαντικά ως προς την ξενοδοχειακή υποδομή, την καθαριότητα, την επάρκεια προσωπικού και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας παρόλα αυτά η ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες θεωρήθηκε ότι ανέρχεται σε υψηλά επίπεδα³⁸.

Στα πολυιατρεία του ΙΚΑ Τρικάλων έδειξε ότι οι πιο ικανοποιημένοι ασθενείς είναι οι γυναίκες, άτομα ηλικίας άνω των 60 ετών, έγγαμοι, με μέσο και κατώτερο επίπεδο μόρφωσης (κυρίως κάτοχοι απολυτηρίου Λυκείου και δημοτικού) καθώς και οι συνταξιούχοι. Οι πιο δυσαρεστημένοι είναι οι άνδρες, άτομα ηλικίας από 31-40 ετών, έγγαμοι και άτομα μέσης μορφώσεως. Η υψηλότερη ικανοποίηση καταγράφεται από τη διαδικασία κλεισίματος του ραντεβού ενώ υψηλή είναι και η ικανοποίηση από την πρόσβαση στα πολυιατρεία.

Ιδιαίτερα ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από το επίπεδο των ξενοδοχειακών υποδομών και την καθαριότητα. Επίσης, η ικανοποίηση των ασθενών από τη

³⁶ Αργιάνα Ευαγγελία, (2013), «Η ικανοποίηση των χρηστών στα ιδιωτικά ιατρεία των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών», Διπλωματική Εργασία, Ηράκλειο

³⁷ Τούντας Γ, Οικονόμου ΝΑ. (2007), «Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24:7-21

³⁸ Αργιάνα Ευαγγελία, (2013), «Η ικανοποίηση των χρηστών στα ιδιωτικά ιατρεία των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών», Διπλωματική Εργασία, Ηράκλειο

συμπεριφορά και την απόδοση του ιατρικού και μη ιατρικού προσωπικού είναι υψηλή. Στα ίδια επίπεδα είναι και η ικανοποίηση των ασθενών από τη δεξιοτήτα των ιατρών, τη συμπεριφορά τους και την ενημέρωση προς τους ασθενείς. Ο βαθμός ικανοποίησης μειώνεται στις διαστάσεις που αφορούν την επάρκεια του προσωπικού, ιδίως στα εργαστήρια και στην άνεση των χώρων που αυτά διαθέτουν.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων της οφθαλμολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας³⁹, σε δείγμα 100 ενηλίκων έδειξε υψηλά ποσοστά της ικανοποίησης των επισκεπτών από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό των εξωτερικών ιατρείων., ενώ η δύσκολη επικοινωνία με τη γραμματεία και η μεγάλη αναμονή για ραντεβού ως την ημέρα της εξέτασης είχε χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης.

Επιπροσθέτως, δημοσιεύτηκε έρευνα που πραγματοποίησε ο Ιατρικός Σύλλογος της Θεσσαλονίκης, ως προς την προσωπική άποψη των πολιτών για το νέο σύστημα υγείας. Η έρευνα είχε ως θέμα «η γνώμη των Θεσσαλονικέων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας», στην οποία έλαβαν μέρος 1.004 άνδρες και γυναίκες, άνω των 18 χρονών, στο νομό Θεσσαλονίκης. Η συλλογή των αποτελεσμάτων ολοκληρώθηκε στα μέσα Απριλίου του 2013⁴⁰ χωρίς να είναι ικανοποιητικά για τις υπηρεσίες υγείας του συστήματος.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα το 59,9% είναι δυσαρεστημένο ως προς την παροχή ιατρικής περίθαλψης και το 37,2% επισκέπτεται τον γιατρό μόνο όταν υπάρχει κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας. Επιπρόσθετα, μέσα από την έρευνα προέκυψε ότι υφίσταται σημαντική πτώση επισκεψιμότητας σε όλες τις δομές υγείας. Συγκεκριμένα, στα ιδιωτικά ιατρεία, η επισκεψιμότητα έπεσε από 50,8% σε 32,7% και στα νοσοκομεία από 42,3% σε 22,6%. Το κύριο χαρακτηριστικό, όπως προέκυψε από την εν λόγω έρευνα είναι η αύξηση του ποσοστού αυτών που δεν επισκέπτονται ιδιωτικό γιατρό, από 3,2% σε 26,1%⁴¹.

Ως επί το πλείστον, η μέτρηση της ικανοποίησης πρέπει να είναι μια συνεχής διαδικασία. Η καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ερωτηματολογίων, αυξάνει την αξιοπιστία της υπηρεσίας, βοηθά στον εντοπισμό των προβλημάτων και

³⁹ Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ. (2007), «Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων Οφθαλμολογικής Κλινικής ελληνικού δημοσίου Νοσοκομείου», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1): 89-96

⁴⁰ <http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=4&artid=180563>, «Θεσσαλονικείς: Δυσανεστημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, κόβουν και τον γιατρό λόγω κρίσης», προσπελάστηκε στις 8/6/2013

⁴¹ <http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=4&artid=180563>, «Θεσσαλονικείς: Δυσανεστημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, κόβουν και τον γιατρό λόγω κρίσης», προσπελάστηκε στις 8/6/2013

στηρίζει το ηθικό των εργαζομένων. Ακόμη, συμβάλλει στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης, διορθώνοντας προβλήματα, από τα οποία τα συχνότερα φαίνεται να αφορούν τον χρόνο αναμονής, την παροχή πληροφοριών, την διατροφή και την καθαριότητα⁴².

1.6 Μελλοντική εξέλιξη

Στις μέρες μας, όλοι οι πολίτες της χώρας αγωνιούν για το παρόν και το μέλλον της κοινωνικής ασφάλισης. Ο σκοπός, η μεθοδολογία, η οργάνωση, η αποφασιστικότητα και η τεχνογνωσία είναι αυτά που λείπουν από τον οργανισμό. Έτσι λοιπόν, κρίνεται εύλογο το ερώτημα για ποιο λόγο ενοποιήθηκαν οι κλάδοι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων προκειμένου να δημιουργηθεί το σύστημα υγείας. Κατά βάση, ο βασικός λόγος ήταν να δημιουργηθούν οικονομίες κλίμακας, να βελτιωθεί η αποδοτικότητα του προσωπικού που εργαζόταν στους κλάδους υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, να αυξηθεί η αγοραστική δύναμη των ασφαλιστικών εισφορών των εργαζομένων και να καθιερωθεί ο νέος οργανισμός ως ένα μεγάλο μονοπώλιο στην αγορά υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να οδηγή την προσφορά και τη ζήτηση προς όφελος των ασφαλισμένων⁴³.

Πιο γενικά, δημιουργήθηκε προκειμένου να αγοράζει υπηρεσίες υγείας από τον ιδιωτικό και τον δημόσιο τομέα με όρους ανταγωνισμού, σε πιο συμφέρουσες τιμές και άρτια ποιότητα. Ωστόσο αναγκαίες θεωρούνται αλλαγές προκειμένου να εξασφαλίσουν στους πολίτες τις προδιαγραφές που επιζητούν. Έτσι λοιπόν συστήθηκε μια επιτροπή διαπραγμάτευσης στα πλαίσια του συστήματος υγείας με σκοπό να προχωρήσει αξιολόγηση των παροχών υπηρεσιών υγείας και να συσχετίσει τις αποζημιώσεις με την ποιότητα⁴⁴.

Οι τελικές αποφάσεις για το μέλλον του οργανισμού, αφορούν τον σχεδιασμό συγκεκριμένων δράσεων, μέσω των οποίων στοχεύουν στον εξορθολογισμό των οικονομικών του οργανισμού. Οι βασικοί άξονες των δράσεων αυτών είναι⁴⁵:

⁴² Τούντας Γ, Οικονόμου ΝΑ. (2007), «Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24:7-21

⁴³ <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=29370&subid=2&pubid=63744385>, «Το χθες, το σήμερα και το αύριο του ΕΟΠΥΥ», προσπελάστηκε στις 15/6/2014

⁴⁴ <http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=29370&subid=2&pubid=63744385>, «Το χθες, το σήμερα και το αύριο του ΕΟΠΥΥ», προσπελάστηκε στις 15/6/2013

⁴⁵ <http://www.newsnow.gr/article/380482/Task-Force-8-metra-gia-ton-eopyy.html>, «Task Force: 8 μέτρα για τον ΕΟΠΥΥ», προσπελάστηκε στις 15/6/2014

1. **Πρόσληψη μάνατζερ.** Η πρόσληψη μάνατζερ έγινε με σκοπό την αναδιοργάνωση του οργανισμού. Η ομάδα διαχείρισης του έργου διαθέτει συνολικά 15 στελέχη, έξι από το εξωτερικό και εννέα από την Ελλάδα.
 - ♦ **Όραμα και ρόλος του συστήματος υγείας.** Χρειάζεται η ελληνική κυβέρνηση και η διοίκηση του συστήματος υγείας να έχουν κοινό όραμα αναφορικά με τυχόν μελλοντική ανάπτυξη της οργάνωσης και την αναδιοργάνωση του. Μία κεντρική απόφαση είναι ο μετασχηματισμός του από μείγμα παρόχου και αγοραστή υπηρεσιών υγείας σε οργανισμό αμιγώς κοινωνικής ασφάλισης υγείας.
3. **Διαχείριση εσόδων και δαπανών.** Το σύστημα υγείας και κοινωνικής προσφοράς δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί τα έσοδα και τις δαπάνες του. Γι' αυτό το λόγο, θα πρέπει να λάβει τις βάσεις δεδομένων ασφαλισμένων από τα ασφαλιστικά ταμεία και να επιβάλει την πληρωμή των εισφορών. Είναι ανάγκη να δημιουργήσει σύστημα χρηματοοικονομικών πληροφοριών, ώστε να προσφέρει πληροφορίες στη διοίκηση του συστήματος υγείας και απευθείας στην ελληνική κυβέρνηση σχετικά με τα έσοδα και τις δαπάνες. Πιο αναλυτικά, προτείνεται⁴⁶:
 - ♦ Επιβολή της μεταφοράς εισφορών από το σύστημα υγείας.
 - ♦ Μεταφορά των βάσεων δεδομένων των ασφαλισμένων από τα ταμεία του συστήματος υγείας.
4. **Ενιαίο πακέτο παροχών.** Το σύστημα υγείας πρέπει να παρέχει σαφές, καθορισμένο, ενιαίο πακέτο παροχών. Το πακέτο παροχών, σχετίζεται με τις οικονομικές δυνατότητες και αποτελεί πολιτική απόφαση. Σήμερα, η κοινωνική ασφάλιση εξακολουθεί να χρηματοδοτεί διαφορετικά επίπεδα παροχών, ενώ είναι βασικό και αναγκαίο να υπάρχει μόνο ένα ενοποιημένο πακέτο παροχών.
5. **Οργάνωση και επιχειρησιακές διαδικασίες.** Πρέπει να αξιολογηθεί η οργανωτική δομή του οργανισμού και να προσαρμοστεί κατάλληλα και να βελτιωθεί ο τρόπος διεκπεραίωσης των διοικητικών καθηκόντων.

⁴⁶ <http://www.newsnow.gr/article/380482/Task-Force-8-metra-gia-ton-eopyy.html>, «*Task Force: 8 μέτρα για τον ΕΟΠΥΥ*», προσπελάστηκε στις 15/6/2014

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1 Εισαγωγή

Στα πλαίσια της Ιδιωτικής Ασφάλισης, είναι δυνατό να καταλήξουμε σε πολύ αξιόλογα και σημαντικά συμπεράσματα κατά την καταγραφή των ιστορικών αυτών στοιχείων και πληροφοριών. Με την έννοια ασφάλιση, νοείται η πρόβλεψη, οικογενειακή γαλήνη, κοινωνική ευημερία, αποκατάσταση συμφοράς, κάλυψη ενδεχόμενης ανάγκης. Σύμφωνα με την Ελληνική και Ρωμαϊκή ιστορία, δεν υφίστανται αξιόλογες πληροφορίες, με σκοπό να συμβάλουν στην ιστορική διάσταση της ιδιωτικής ασφάλισης⁴⁷.

Προχωρώντας παρακάτω, ο θεσμός της Ιδιωτικής Ασφάλισης, με την σημερινή του έννοια, έκανε την εμφάνιση του την περίοδο του 15^ο αιώνα στην Ισπανία και στην Ιταλία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η μορφή αυτή βασιζόταν κυρίως στην ασφάλιση των πλοίων. Με το πέρασμα των χρόνων, μετά την απελευθέρωση της Ελλάδας από τους Τούρκους, πολλοί επιχειρηματίες προχώρησαν στην σύσταση ασφαλιστικών επιχειρήσεων, με αποτέλεσμα να σημειωθεί μεγάλη ανάπτυξη στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης⁴⁸.

Στα πλαίσια του θεσμού της ασφάλισης μπορεί να καταγραφεί ότι βασίζεται στην ιδέα της κοινωνικής αλληλεγγύης, στην κάλυψη των κινδύνων αυτών που είναι ενδεχόμενο να προκύψουν σε κάποιο μέλος της κοινωνικής ομάδας, με την οικονομική συνεισφορά του συνόλου της ή τουλάχιστον κάποιου μεγάλου ποσοστού των μελών της. Στις αναπτυγμένες χώρες, έννοια της ασφάλισης λαμβάνει το ότι θεωρείται κοινωνικό λειτούργημα που αξιοποιεί την κοινωνική ευημερία και γαλήνη⁴⁹.

Με άλλα λόγια η ιδιωτική ασφάλεια έχει χαρακτηριστεί ως η «πρόνοια» του μέλλοντος που αναπτύχθηκε τόσο ως κοινωνική πρόνοια από την μεριά του κράτους όσο και ως μέσο δραστηριοποίησης των ιδιωτικών εταιρειών. Οι συγκεκριμένες επιχειρήσεις βασίστηκαν στην ιδέα της κάλυψης. Ωστόσο, ως ασφάλιση, κατά την νομική έννοια, καλείται η ένωση προσώπων που είναι εκτεθειμένα σε ομοειδείς κατά

⁴⁷ Λιαρόπουλος Λ., (1993), «Ιδιωτική ασφάλιση υγείας», Ρουχώτας Δημ. Αθήνα

⁴⁸ Μιλτιάδης Νεκτάριος, (1998), «Εισαγωγή στην ιδιωτική ασφάλιση», Financial Forum

⁴⁹ Γαλιάτσος Κώστας, (2013), «Οι επενδύσεις στην ιδιωτική ασφάλιση», Ελληνική Ένωση Τραπεζών/ΕΤΙ – Αθήνα

βάση κινδύνους και κατέχουν αυτοτελείς αμοιβαίες νομικές αξιώσεις για ασφαλιστική παροχή⁵⁰.

Πιο συγκεκριμένα, η ιδιωτική ασφάλεια θεωρείται προαιρετική έναντι της κοινωνικής που είναι υποχρεωτική και αποτελεί το αντικείμενο δραστηριοποίησης των εταιρειών ιδιωτικού δικαίου. Βασικό χαρακτηριστικό γνώρισμα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι σαφώς ο ελεύθερος χαρακτήρας της. Ωστόσο, όμως, λόγω του ότι θεωρείται ένας τεράστιος κλάδος που συμβάλει στην οικονομία, το κράτος ασκεί εποπτεία μέσω του Υπουργείου Εμπορίας. Η εποπτεία αυτή έγκειται στο ότι εξασφαλίζει όλα τα συμφέροντα των πολιτών που έχουν συνάψει συμβόλαιο ιδιωτικής ασφάλισης, αλλά και των ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η εποπτεία αφορά ελέγχους ως προς τα επιτόκια, τα ασφάλιστρα, τα έξοδα επιβαρύνσεως του ασφαλιστηρίου, κ.λπ⁵¹.

2.2 Διαμόρφωση του θεσμού της ιδιωτικής ασφάλισης

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ιδιωτική ασφάλιση άρχισε να αναπτύσσεται παράλληλα με την εξέλιξη των οικονομικών θεσμών. Στα πρώτα στάδια διαμόρφωσης της μεγάλο ρόλο έπαιξε ο καταμερισμός των κινδύνων, που αφορούσαν κυρίως τον επιμερισμό δυσάρεστων αποτελεσμάτων ενός συμβάντος. Ωστόσο με το πέρασμα των χρόνων η ιδιωτική ασφάλιση άρχισε να αναπτύσσεται στην Ελλάδα μέσω της θαλάσσιας ασφάλισης. Μέσα από προβλέψεις για την δημιουργία θαλάσσιων κινδύνων, διαμορφώθηκε η αίσθηση επιθυμίας λήψης κάποιων ασφαλιστικών μέτρων. Αναλυτικότερα, κατά τον 15^ο αιώνα επιτεύχθηκε όπως ήδη έχει καταγραφεί η ιδιωτική ασφάλιση σε πλοία Ελλήνων ιδιοκτητών⁵².

Με το πέρασμα των χρόνων, η ιδιωτική ασφάλιση πέρασε και στις χερσαίες μεταφορές, για την κάλυψη του κινδύνου πυρκαγιάς, ατυχήματος και διαφόρων άλλων ζημιών. Σχετικά με το τελικό στάδιο της ιδιωτικής ασφάλισης, μπορεί να καταγραφεί ότι επιτεύχθηκε μέσω των ανωνύμων εταιρειών με σκοπό να αποφευχθεί ο κίνδυνος αφερεγγυότητας του ασφαλιστή. Το γεγονός αυτό όμως εξασφαλίζεται γενικότερα και από τα τεχνικά χαρακτηριστικά και τις μαθηματικές μετρήσεις. Μέσα

⁵⁰ Λιαρόπουλος Λ., (1993), «*Ιδιωτική ασφάλιση υγείας*», Ρουχώτας Δημ. Αθήνα

⁵¹ Ελληνικός Σύλλογος Ασφαλιστικής Επιστήμης, (2006), «*Νέες τάσεις στο δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης*», Δίκαιο & Οικονομία - Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα

⁵² Γαλιάτσος Κώστας, (2013), «*Οι επενδύσεις στην ιδιωτική ασφάλιση*», Ελληνική Ένωση Τραπεζών/ΕΤΙ – Αθήνα

από αυτά καθίσταται δυνατό να ξεπερνά το σύνολο των ασφαλιστρών που λαμβάνει η επιχείρηση, το σύνολο των εισφορών που κατέβαλε η εταιρεία μετά την επέλευση του ασφαλιστηρίου⁵³.

Στη διαμόρφωση και στην σύσταση της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα μεγάλο ρόλο διαδραμάτισαν τα νομοθετικά διατάγματα της Γερμανίας, της Ελβετίας και της Αυστρίας. Ως επί το πλείστον, η ιδιωτική ασφάλιση ασκείται στην Ελλάδα μέσα από ασφαλιστικές εταιρείες που είναι κυρίως ανώνυμες. Ωστόσο, όμως δεν απαγορεύεται η άσκηση της αμοιβαίας ασφάλισης ως προς την κάλυψη των κινδύνων, που προκύπτουν μέσα από την εξάσκηση του επαγγέλματος⁵⁴.

2.3 Η ασφαλιστική σύμβαση

Με τον όρο ασφαλιστική σύμβαση ονομάζεται εκείνο το έντυπο μέσα από το οποίο η ασφαλιστική εταιρεία ιδιωτικού δικαίου λαμβάνει κάθε είδους υποχρέωση να καταβάλει μέσω του ασφαλιστρου στον συμβαλλόμενο ή σε κάποιο τρίτο πρόσωπο το ασφάλισμα σε χρήμα. Η ασφαλιστική σύμβαση περιλαμβάνει τουλάχιστον τα στοιχεία των συμβαλλομένων και του δικαιούχου του ασφαλίματος. Ωστόσο, αν υπάρχει κάποια άλλη συμφωνία ή προσφορά σε είδος τη στιγμή που πραγματοποιηθεί κάποιο περιστατικό που έχει συμφωνηθεί στους όρους της σύμβασης εξαρτάται από την ασφαλιστική υποχρέωση. Πιο συγκεκριμένα, ως ασφαλιστική καλείται η σύμβαση που συνάπτεται από δύο πρόσωπα, όπου γίνεται συμφωνία σχετικά με την κάλυψη των κινδύνων από τη μεριά του ασφαλιστή μέσω ενός χρηματικού ποσού⁵⁵.

Παρεμπιπτόντως, η ασφαλιστική σύμβαση χαρακτηρίζεται ως ιδιωτικού δικαίου και αποτελεί μία υποχρέωση προσφοράς, που επιβαρύνει και τα δύο συμβαλλόμενα πρόσωπα. Σαφώς είναι εύκολο να καταλάβει κανείς σε τι ακριβώς έγκειται η υποχρέωση του αντισυμβαλλομένου, με γνώμονα το γεγονός ότι η προσφορά είναι άμεση. Ο ασφαλιστής, μέχρι την αποδοχή της πρότασης προς ασφάλιση, μπορεί να παράσχει προσωρινή ασφαλιστική κάλυψη, η οποία μετατρέπεται σε οριστική, αν εντός του χρόνου διάρκειας της προσωρινής κάλυψης

⁵³

⁵⁴ Βιολάκης Ν., Γαλιάτσος Κ., Παπαϊωάννου Κ., Σαριδάκη Π., (2012), «Βασικές γνώσεις ιδιωτικής ασφάλισης», Β' έκδοση, Εκπαιδευτικά εγχειρίδια, Ελληνική Ένωση Τραπεζών, Αθήνα

⁵⁵ Ελληνικός Σύλλογος Ασφαλιστικής Επιστήμης, (2006), «Νέες τάσεις στο δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης», Δίκαιο & Οικονομία - Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα

συναφθεί η ασφαλιστική σύμβαση. Παρόλα ταύτα, δεν θεωρείται και τόσο εύκολο το γεγονός να προσδιοριστεί η προσφορά του ασφαλιστή, εξαιτίας του ότι σε κάποιες μορφές ασφάλισης η προσφορά του θεωρείται ανύπαρκτη, με γνώμονα ότι στις συγκεκριμένες περιπτώσεις είναι πολύ πιθανό να μην συμβεί κάτι⁵⁶.

Επιπλέον, η ασφαλιστική σύμβαση θεωρείται αυτόνομη, καθώς η ευθύνη δεν θεωρείται αποτέλεσμα κάποιων άλλων εννόμων σχέσεων. Ακόμη, έχει χαρακτηριστεί και ως εμπορική ως προς την ασφαλιστική εταιρεία που την συνάπτει. Σχετικά με τον λήπτη ασφαλίσεως χαρακτηρίζεται ως εμπορική διαδικασία, σε περίπτωση που φέρει κάποια εμπορική ιδιότητα ή βρίσκεται σε συνάρτηση με άλλα εμπορικά κριτήρια. Σύμφωνα με τον νόμο, θεωρείται απαραίτητη η ύπαρξη της ασφαλιστικής σύμβασης, καθώς οι υποχρεώσεις των μερών δεν εξαντλούνται μέσα από την κατάρτιση της σύμβασης, αλλά συνεχίζουν να ισχύουν όλο το διάστημα που υπογράφεται η ασφαλιστική σχέση⁵⁷.

2.4 Τα είδη των ασφαλειών

Σύμφωνα με την εκτίμηση των συμβολαίων των ασφαλίσεων, καταλήξαμε στο γεγονός ότι περιλαμβάνουν ευρύτερα το νόημα και τους όρους από τα υπάρχοντα στην αγορά, καθώς καλύπτουν άπειρο αριθμό γεγονότων, κινδύνων δηλαδή περιουσιακών - προσωπικών, κατά τρίτων, ζημιών ή ενοχικών υποχρεώσεων⁵⁸. Το ορισμένο ασφαλιζόμενο γεγονός οφείλει να είναι αβέβαιης προέλευσης και χρόνου.

► **Ασφάλειες κατά ζημιών.** Στη συγκεκριμένη κατηγορία περιλαμβάνονται εκείνα τα είδη των ασφαλειών που αφορούν τις ζημιές. Αναλυτικότερα, στην κατηγορία αυτή συμπεριλαμβάνονται:

- Ζημιές που δημιουργούνται από πυρκαγιά είτε σε ακίνητα ή κινητά ή σε υλικά αγαθά.
- Ζημιές που αφορούν το φορτίο του μεταφορικού μέσου, όπως είναι η ευθύνη για την αποκατάσταση τους, κάλυψη των ζημιών για το

⁵⁶ Βιολάκης Ν., Γαλιάτσος Κ., Παπαϊωάννου Κ., Σαριδάκη Π., (2012), «Βασικές γνώσεις ιδιωτικής ασφάλισης», Β' έκδοση, Εκπαιδευτικά εγχειρίδια, Ελληνική Ένωση Τραπεζών, Αθήνα

⁵⁷ Ελληνικός Σύλλογος Ασφαλιστικής Επιστήμης, (2006), «Νέες τάσεις στο δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης», Δίκαιο & Οικονομία - Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα

⁵⁸ Σκουλούδης Ζαχαρίας, (2000), «Δίκαιο Ιδιωτικής Ασφάλισης», Δίκαιο & Οικονομία - Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα

μεταφερόμενο φορτίο, καταβολή αποζημίωσης που βαρύνει τον μεταφορέα κ.λπ.

- ο Ζημίες που αποτελούν κατά κάποιο τρόπο αποτέλεσμα της κοινωνικής συμβίωσης, όπως είναι η κλοπή, αστική ευθύνη κ.λπ.

► **Ασφάλειες Ζωής.** Στην κατηγορία αυτή φαίνεται ότι ανήκουν εκείνες οι περιπτώσεις ασφάλειας που αφορούν κυρίως:

- ο Την ασφάλιση ορισμένου ποσού, το οποίο καταβάλλεται σε περίπτωση επιβίωσης του ασφαλισμένου σε συγκεκριμένη ηλικία και χρόνο.
- ο Την ασφάλιση σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου, όπου η αποζημίωση καταβάλλεται στους νόμιμους κληρονόμους ή σε άτομα που ορίζονται μέσα από την σύμβαση του ασφαλιστηρίου.
- ο Την μικτή ασφάλεια, όπου σε περίπτωση που ο ασφαλισμένος βρίσκεται στη ζωή κατά το χρονικό διάστημα που έχει συμφωνηθεί, λαμβάνει ο ίδιος τα ασφάλιστρα. Σε περίπτωση όμως που έχει πεθάνει δίνονται στους νόμιμους κληρονόμους.
- ο Την ασφάλεια κατά της ασθενείας, όπου παρέχονται όλες οι παροχές προς τους ασθενείς, ανάλογα με το ασφαλιστικό πακέτο που έχουν υπογράψει.
- ο Την ασφάλιση αναπηρίας, που μπορεί να προκύψει σε περίπτωση εργατικού ατυχήματος από διάφορους λόγους⁵⁹.

2.5 Βασικές χαρακτηριστικά των ασφαλιστηρίων

Με τον όρο ασφαλιστήριο καλείται εκείνο το έντυπο που συμπεριλαμβάνει όλες τις συμφωνίες μεταξύ των αντισυμβαλλομένων που σχετίζονται με την ασφαλιστική σύμβαση, η οποία μπορεί να αποδειχθεί με το συγκεκριμένο έντυπο. Πιο αναλυτικά, στα ασφαλιστήρια, απαιτείται να δοθούν όλα τα γνωστά περιστατικά ή αδυναμίες του ασφαλιζόμενου κινδύνου ή πραγμάτων. Τόσο το ασφαλιστήριο όσο και το έντυπο προσωρινής κάλυψης κρίνεται αναγκαίο να περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο όλα τα στοιχεία της ασφαλιστικής σύμβασης, τον τόπο και το χρόνο έκδοσης τους⁶⁰.

⁵⁹ Σουλαντίκας Κωνσταντίνος, (2010), «Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα, 1970-2008. Πλαίσιο λειτουργίας και εξέλιξη των δομών αυτής», Διπλωματική εργασία, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

⁶⁰ Ρόκας Ιωάννης, (2012), «Ασφαλιστικό δίκαιο: Εισηγήσεις», Νομική Βιβλιοθήκη

Αναλυτικότερα τα βασικά στοιχεία που πρέπει να αναγράφονται στο ασφαλιστήριο είναι:

- Το ονοματεπώνυμο του ασφαλιζόμενου και του ασφαλιστή.
- Η διεύθυνση κατοικίας και διαμονής του ασφαλιζόμενου.
- Το αντικείμενο της ασφάλισης.
- Το ασφαλιστικό ποσό.
- Το ασφαλιστήριο.
- Η χρονική διάρκεια κάλυψης του κινδύνου.

Σχετικά με τους γενικούς όρους των ασφαλιστηρίων διαμορφώνονται από τον εκάστοτε ασφαλιστή. Ωστόσο, οι ειδικοί όροι αφορούν προσθήκες ή αλλαγές στους γενικούς όρους αναλογικά με την σύμβαση που αφορούν. Αναλυτικότερα, τόσο οι γενικοί όσο και οι ειδικοί όροι φέρουν ανάλογη νομική ισχύ. Ως προς αυτό μπορεί να καταγραφεί ότι οι όροι του ασφαλιστηρίου δεσμεύουν και τους δύο συμβαλλόμενους, καθώς το ασφαλιστήριο αποτελεί μία αυτοτελή σύμβαση⁶¹.

Σε συνάρτηση με όλα τα παραπάνω, το περιεχόμενο των όρων δεν θεωρείται ισχυρό και δεν προσδίδει κάποιο αποτέλεσμα υπέρ του ασφαλιστή, σε περίπτωση που έρχεται σε σύγκρουση με τη νομοθεσία και κυρίως με τις διατάξεις που συνάδουν με την καλή πίστη και τα συναλλακτικά χαρακτηριστικά. Ως προς την καλή πίστη υπάγεται, η πραγματική και συγκεντρωτική καταγραφή των σχετικών στοιχείων που αναφέρεται στον προτεινόμενο κίνδυνο, ανεξάρτητα από το αν εκτιμήθηκε από τον ασφαλιστή ή όχι. Σε περίπτωση όμως που κάποιος όρος του συμβολαίου δεν συνάδει με τον νόμο θεωρείται αυτόματα άκυρος⁶².

Στα πλαίσια της διαμόρφωσης της σύμβασης κάθε ασφαλιστής είναι υποχρεωμένος να προχωρήσει στην έκδοση του ασφαλιστηρίου και να το παραδώσει στον ασφαλιζόμενο. Σε περίπτωση που έχει συμφωνηθεί κάποια προσωρινή κάλυψη, κρίνεται αναγκαίο να του παραχωρήσει το συμβόλαιο προσωρινής κάλυψης. Είναι γεγονός, ότι στην περίπτωση της σύναψης της σύμβασης θα πρέπει να προσδιορίσει σαφές ερωτήσεις που σχετίζονται με τα στοιχεία και τα παραστατικά.

Αναλυτικότερα, στην πρόταση ασφάλισης εμπεριέχονται τα παρακάτω στοιχεία:

⁶¹ Σουλαντίκας Κωνσταντίνος, (2010), «Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα, 1970-2008. Πλαίσιο λειτουργίας και εξέλιξη των δομών αυτής», Διπλωματική εργασία, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

⁶² Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, (2011), Ετήσια Έκθεση, Αθήνα

- ❖ Το συμβάν, το οποίο αποδεικνύει ότι ο ειδικός κίνδυνος που προτείνεται είναι φαινομενικά πιο επισφαλής από ότι υπολογιζόταν από τη φύση του ανάλογα με την κατηγορία.
- ❖ Οι εξωτερικοί παράγοντες που χαρακτηρίζουν τον κίνδυνο ως επισφαλή.
- ❖ Τα συμβάντα τα οποία μεγεθύνουν το ποσό της ζημιάς από το αναμενόμενο φυσιολογικά.
- ❖ Ενδεχόμενη άρνηση ή όροι που θεωρούνται αντίθετοι με εκείνους που προϋπήρχαν σε παλαιότερα ασφαλιστήρια.
- ❖ Ολοκληρωμένα στοιχεία που έχουν άμεση σχέση με την περιγραφή του υποκειμενικού θέματος της ασφάλισης.

Ωστόσο σε περίπτωση που συνάψει τη σύμβαση με βάση τις γραπτές ερωτήσεις δεν μπορεί να επικαλεσθεί το γεγονός ότι δεν απαντήθηκαν αλλά ούτε ότι δεν ανακοινώθηκαν περιστάσεις που δεν αποτελούν αντικείμενο της συζήτησης. Επιπλέον δεν μπορεί να ισχυριστεί ότι δόθηκε καταφανώς μία ελλιπής απάντηση σε γενική ερώτηση, εκτός όμως από το γεγονός να ενήργησε ο αντισυμβαλλόμενος κατά τον τρόπο αυτόν επιδιώκοντας να τον εξαπατήσει. Επιπροσθέτως δεν είναι δυνατόν να επικαλεσθεί ατέλειες ή πλημμέλειες των απαντήσεων του ερωτηματολογίου⁶³.

Προχωρώντας παρακάτω κατά την περίοδο της σύμβασης είναι υποχρεωμένος ο ασφαλιστικός σύμβουλος να βρίσκεται πάντοτε σε ετοιμότητα, με σκοπό να μπορεί οποιαδήποτε στιγμή να καταβάλει το ποσό για το οποίο έχει συνάψει τη σύμβαση ο ασφαλισμένος, εφόσον επέλθει κάποιο δυσάρεστο γεγονός. Ακόμη, μετά την επίτευξη της ασφάλισης η υποχρέωση του για καταβολή του ασφαλίστρου είναι μία συγκεκριμένη διαδικασία. Σε περίπτωση που επέλθει, έχει την υποχρέωση να καταβάλει το ασφάλισμα χωρίς κάποια καθυστέρηση⁶⁴.

⁶³ Ρόκας Ιωάννης, (2012), «Ασφαλιστικό δίκαιο: Εισηγήσεις», Νομική Βιβλιοθήκη

⁶⁴ Σουλαντίκας Κωνσταντίνος, (2010), «Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα, 1970-2008. Πλαίσιο λειτουργίας και εξέλιξη των δομών αυτής», Διπλωματική εργασία, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1 Ερευνητικός σκοπός

Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό να διερευνήσει το προφίλ των πελατών ιδιωτικής ασφάλισης ζωής και υγείας συγκεκριμένης εταιρείας. Πιο συγκεκριμένα, σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ανθρώπων που επέλεξαν να προχωρήσουν στη σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης ζωής και υγείας. Ακόμη προσδιορίζονται οι λόγοι που τους οδήγησαν σε αυτή τη κίνηση, εάν είναι ικανοποιημένη από τις καλύψεις και γενικότερα από την ασφαλιστική εταιρεία και φυσικά αν σε περίπτωση που αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα εισέπραξαν την αποζημίωση που τους αναλογούσε.

3.2 Μεθοδολογία της έρευνας

Προκειμένου να επιτευχθούν οι ερευνητικοί στόχοι ακολούθησε μία πρωτογενής έρευνα μέσω ερωτηματολογίου ως προς την προσέγγιση του θέματος. Πρόκειται για μία ποσοτική έρευνα που προσδιορίζει τις απόψεις των ασφαλισμένων ιδιωτικής ασφάλειας σχετικά με το θέμα. Ένα πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι η δυνατότητα συλλογής πληροφοριών από ήδη συμβαλλόμενους πελάτες γνωστής ασφαλιστικής εταιρείας. Επομένως, οι απαντήσεις είναι δυνατό να ποσοτικοποιηθούν και να εκτιμηθούν με πολύ εύκολο τρόπο.

Ωστόσο όμως η μέθοδος αυτή φέρει ένα σημαντικό μειονεκτήματα, καθώς δεν μπορεί να εκτιμηθεί για το αν θα απαντηθούν ειλικρινά όλα τα ερωτήματα. Το γεγονός αυτό ενδεχομένως να οδηγήσει σε μεροληπτικά αποτελέσματα και να προκύψουν αντίθετα αποτελέσματα. Παρόλα ταύτα συμβάλει κατά κάποιο τρόπο στον προσδιορισμό του προφίλ των ασφαλισμένων ιδιωτικής ασφάλισης ζωής και υγείας.

3.3 Ερευνητικό εργαλείο

Το εργαλείο με το οποίο πραγματοποιείται η έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο που καταρτίστηκε σχετικά με το θέμα. Σύμφωνα με αυτό, οι ερωτηθέντες πρόκειται να προσδιορίσουν τις απόψεις τους ως προς την ιδιωτική ασφάλιση ζωής και υγείας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Αρχικά προσδιορίζονται τα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων και στην συνέχεια προχωράμε στις ερωτήσεις που σχετίζονται με τον στόχο της έρευνας.

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και απαντήθηκαν από 152 άτομα που έχουν υπογράψει την σύμβαση ασφάλισης ζωής ή υγείας γνωστής ασφαλιστικής εταιρείας, διαφορετικού φύλου, ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου, εισοδήματος, επαγγέλματος. Η συγκέντρωση των αποτελεσμάτων ολοκληρώθηκε στα τέλη Ιουνίου. Ωστόσο, προκειμένου να μην γνωστοποιηθεί το προφίλ των πελατών της εν λόγω ασφαλιστικής εταιρείας, ζητήθηκε να διατηρηθεί η ανωνυμία της. Η επεξεργασία των απαντήσεων που δόθηκαν από τα άτομα αυτά γίνεται με τη βοήθεια του Στατιστικού Πακέτου SPSS⁶⁵.

3.4 Δειγματοληψία

Στα πλαίσια επίτευξης των στόχων της έρευνας επιλέχθηκε ένα δείγμα ευκολίας, προκειμένου να ολοκληρωθεί πιο άμεση η προσωπική έρευνα. Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν από πελάτες γνωστής ασφαλιστικής εταιρείας, η οποία επιθυμεί να διατηρηθεί η ανωνυμία της για προσωπικούς λόγους. Ωστόσο πρόκειται για δείγμα τυχαίο, καθώς δεν απευθύνθηκε σε συγκεκριμένες κατηγορίες ανθρώπων. Με άλλα λόγια η έρευνα αφορούσε κάθε προσωπικότητα ατόμου, το οποίο εξέφρασε τις προσωπικές του εκτιμήσεις και ιδεολογίες που έχουν σχέση με το θέμα. Οι λόγοι ευκολίας είναι το ότι οι ερωτηθέντες έχουν προχωρήσει στη σύναψη ιδιωτικής ασφάλειας ζωής και υγείας.

⁶⁵ Για την κατανόηση του προγράμματος SPSS μας βοήθησαν τα βιβλία: Howitt D. Cramer D. «Στατιστική με το SPSS 13- Εφαρμογές στην Ψυχολογία και τις Κοινωνικές Επιστήμες, Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα 2007, και Marija J. Norusis,: «Οδηγός Ανάλυσης Δεδομένων με το SPSS 12», Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα 2005.

3.5 Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης

Η μέθοδος στατιστικής ανάλυσης των αποτελεσμάτων, όπως προέκυψαν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με την βοήθεια του προγράμματος SPSS. Αρχικά επιτεύχθηκε η καταγραφή των δεδομένων στον data editor και στη συνέχεια επιλέχθηκε η κατάλληλη στατιστική μέθοδος από το μενού Analyze - Descriptive Statistics - Descriptives, Στατιστική ανάλυση - Περιγραφική Στατιστική - περιγραφικά μέτρα.

Οι μέθοδοι της περιγραφικής στατιστικής αποτελούν το επιστημονικό εργαλείο για τη συγκέντρωση, ταξινόμηση και παρουσίαση των πρωτογενών δεδομένων σε εύληπτη μορφή. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων υπολογίστηκαν οι συχνότητες του πρώτου μέρους των δημογραφικών χαρακτηριστικών και τα περιγραφικά μέτρα (μέση τιμή, διάμεσος, κύρτωση, επικρατούσα τιμή κ.λπ). Όσον αφορά το δεύτερο μέρος γίνεται η σύγκριση ως προς τις απαντήσεις ανάμεσα στα δύο φύλα, στο μορφωτικό επίπεδο και στο εισόδημα των ερωτηθέντων. Η συγκριτική αυτή παρουσίαση επιτυγχάνεται μέσα από τη χρήση του εργαλείου Crosstabs, από τον έλεγχο υποθέσεων Chi-Square Tests και των ιστογραμμάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

4.1 Αποτελέσματα προσωπικής έρευνας

4.1.1 Περιγραφική στατιστική ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων

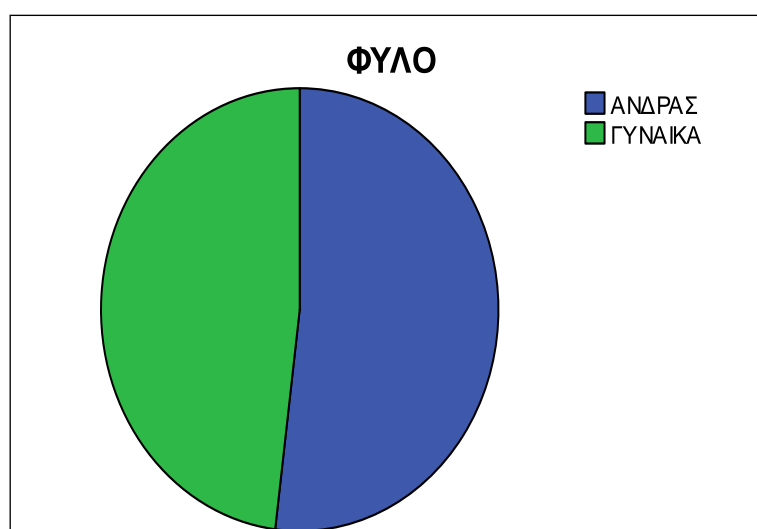
Με βάση τα δεδομένα υπολογίσαμε αρχικά με την βοήθεια του προγράμματος SPSS τα περιγραφικά μέτρα για την μεταβλητή ΦΥΛΟ, έπειτα την ΗΛΙΚΙΑ, το ΕΙΣΟΔΗΜΑ, το ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ, ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ, ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ και ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ. Στον πίνακα 4.1.1.1 που ακολουθεί μπορούμε να διακρίνουμε πόσοι άνδρες και πόσες γυναίκες πήραν μέρος στην έρευνα, καθώς και όλα τα στατιστικά μέτρα.

Πίνακας 4.1.1.1: Περιγραφικά μέτρα ως προς το ΦΥΛΟ των ερωτηθέντων

		ΦΥΛΟ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΝΔΡΑΣ	79	52,0	52,0	52,0
	ΓΥΝΑΙΚΑ	73	48,0	48,0	100,0
Total		152	100,0	100,0	

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Διάγραμμα 4.1.1.1: Κυκλικό Διάγραμμα απεικόνισης ως προς το ΦΥΛΟ των ερωτηθέντων



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Ο παραπάνω πίνακας και το παρακάτω κυκλικό διάγραμμα μας δείχνουν ότι σχεδόν στην έρευνα μας έλαβαν μέρος ίσοι άνδρες με τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, στην έρευνα πήραν μέρος 79 άνδρες και 73 γυναίκες. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο, καθώς τα περισσότερα συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης συνάπτονται από το ανδρικό φύλο. Ωστόσο, η διαφορά μεταξύ των δύο κατηγοριών δεν είναι μεγάλη, πράγμα που σημαίνει ότι η έρευνα στηρίζεται στις απόψεις και εκτιμήσεις τώσων ανδρών όσο και γυναικών.

Πίνακας 4.1.1.2: Περιγραφικά μέτρα ως προς την ΗΛΙΚΙΑ των ερωτηθέντων

Statistics		
ΗΛΙΚΙΑ		
N	Valid	152
	Missing	0
Mean		30,82
Median		30,00
Mode		30
Std. Deviation		4,753
Variance		22,588
Skewness		,457
Std. Error of Skewness		,197
Kurtosis		,035
Std. Error of Kurtosis		,391
Range		25
Minimum		20
Maximum		45
Sum		4684
Percentiles	25	27,00
	50	30,00
	75	33,00

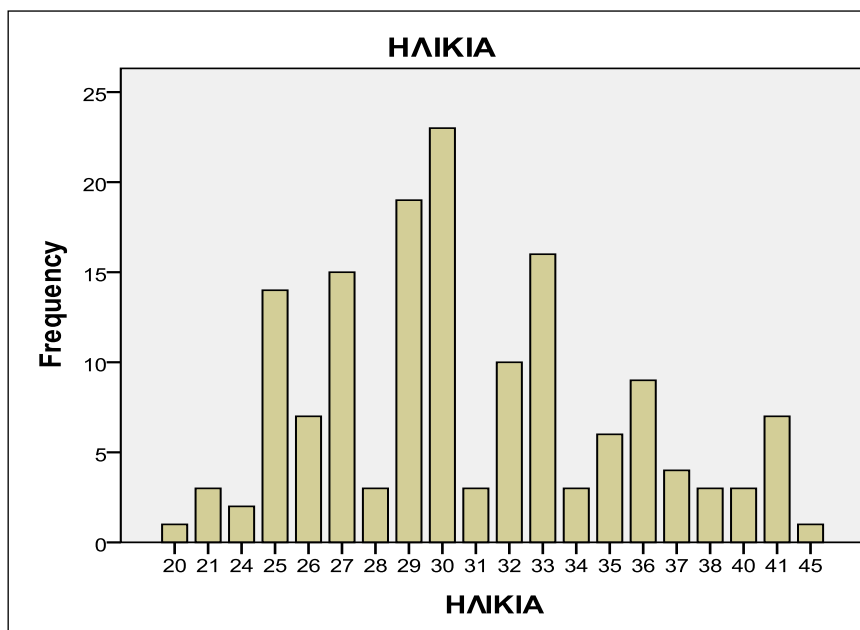
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Παρατηρώντας τον πίνακα καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα:

- ❖ Η μέση ηλικία (mean) των φοιτητών – φοιτητριών είναι 30,8 έτη
- ❖ Η διάμεσος (median) είναι 30
- ❖ Η επικρατούσα τιμή (mode) 30
- ❖ Η τυπική απόκλιση (std. Deviation) 4,753
- ❖ Η διασπορά (variance) 22,588
- ❖ Η κύρτωση (kurtosis) 0,035

- ❖ Το τυπικό σφάλμα της κύρτωσης (std. Error of kurtosis) 0,391
- ❖ Η λοξότητα (skewness) 0,457
- ❖ Το τυπικό σφάλμα της λοξότητας (std. Error of skewness) 0,197
- ❖ Η ελάχιστη ηλικία (min) 20
- ❖ Η μέγιστη ηλικία (max) 45
- ❖ Τεταρτημόρια : το 25% έχει ηλικία κάτω των 27 ετών, το 50% των ατόμων έχει ηλικία κάτω από 30 και το 75% των ατόμων κάτω από 33.
- ❖ Ο συντελεστής μεταβλητότητας $CV = \frac{std.deviation}{mean} = \frac{4.753}{30.8} = 0,154 < 1$ επομένως δεν έχουν μεγάλη μεταβλητότητα και το δείγμα είναι ομοιογενές.
- ❖ Η διάμεσος είναι μικρότερη με την μέση τιμή, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχει θετική λοξότητα δηλαδή ουρά προς τα δεξιά
- ❖ Η λοξότητα > 0 που σημαίνει πως έχουμε ουρά προς τα δεξιά
- ❖ Η κύρτωση > 3 και επομένως έχουμε λεπτόκυρτη κατανομή
- ❖ Λοξότητα / τυπικό σφάλμα λοξότητας = 2,31 όπου δεν ανήκει στο διάστημα $[-2, 2]$ και η κύρτωση / τυπικό σφάλμα κύρτωσης = 0,089 όπου ανήκει στο διάστημα $[-2, 2]$ και έτσι η κατανομή είναι συμμετρική.

Διάγραμμα 4.1.1.2: Ιστόγραμμα συχνοτήτων ως προς την Ηλικία



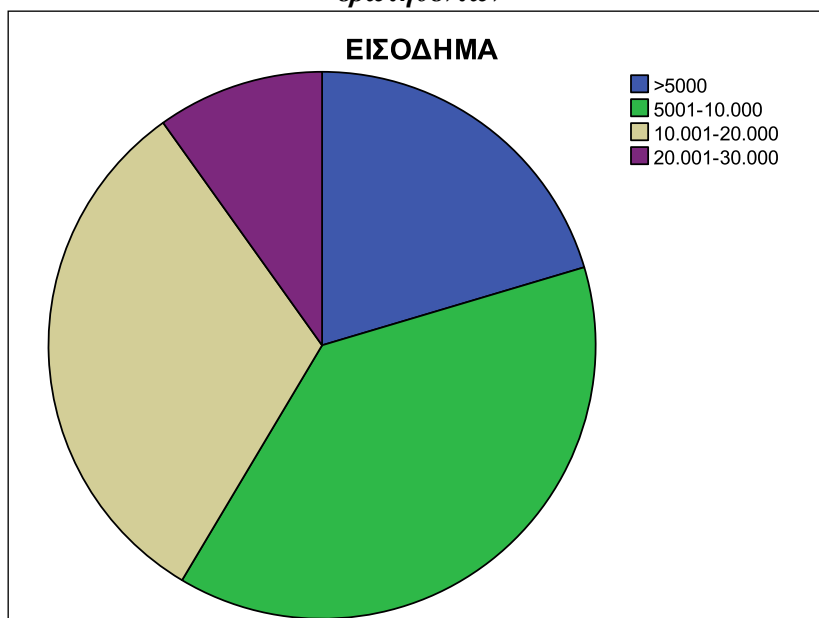
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Πίνακας 4.1.1.3: Περιγραφικά μέτρα ως προς το ΕΙΣΟΔΗΜΑ των ερωτηθέντων

		ΕΙΣΟΔΗΜΑ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	>5000	31	20,4	20,4	20,4
	5001-10.000	58	38,2	38,2	58,6
	10.001-20.000	48	31,6	31,6	90,1
	20.001-30.000	15	9,9	9,9	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Διάγραμμα 4.1.1.3: Κυκλικό Διάγραμμα απεικόνισης ως προς το ΕΙΣΟΔΗΜΑ των ερωτηθέντων



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

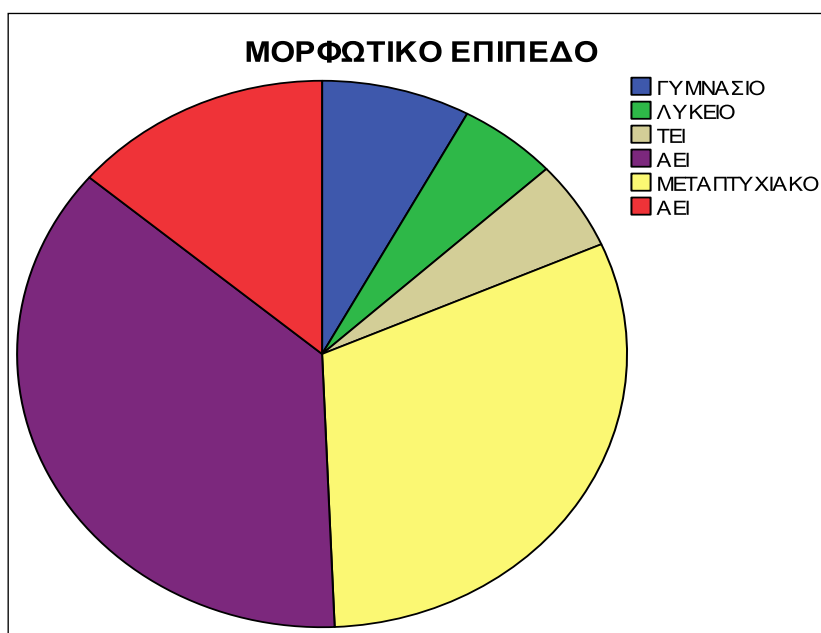
Από τα παραπάνω προκύπτει ότι το 38,2% του συνόλου των ερωτηθέντων, έχει ετήσιο εισόδημα κάτω των 10.000 ευρώ. Επιπρόσθετα, παρατηρούμε ότι το 31,6% δηλώνει φορολογητέο εισόδημα, μεταξύ 10.000 και 20.000 ευρώ. Επιπλέον, μόνο 9,9% των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα έχουν υψηλό εισόδημα. Άρα, από την έρευνα μας προκύπτει ότι η πλειοψηφία των πελατών της εν λόγω ασφαλιστικής εταιρίας είναι άτομα με μέτρια εισοδήματα.

Πίνακας 4.1.1.4: Περιγραφικά μέτρα ως προς το ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ των ερωτηθέντων

		ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΓΥΜΝΑΣΙΟ	12	7,9	7,9	7,9
	ΛΥΚΕΙΟ	8	5,3	5,3	13,2
	ΤΕΙ	8	5,3	5,3	18,4
	ΑΕΙ	56	36,8	36,8	55,3
	ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ	47	30,9	30,9	86,2
	ΑΕΙ	21	13,8	13,8	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Διάγραμμα 4.1.1.4: Κυκλικό Διάγραμμα απεικόνισης ως προς το ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ των ερωτηθέντων



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

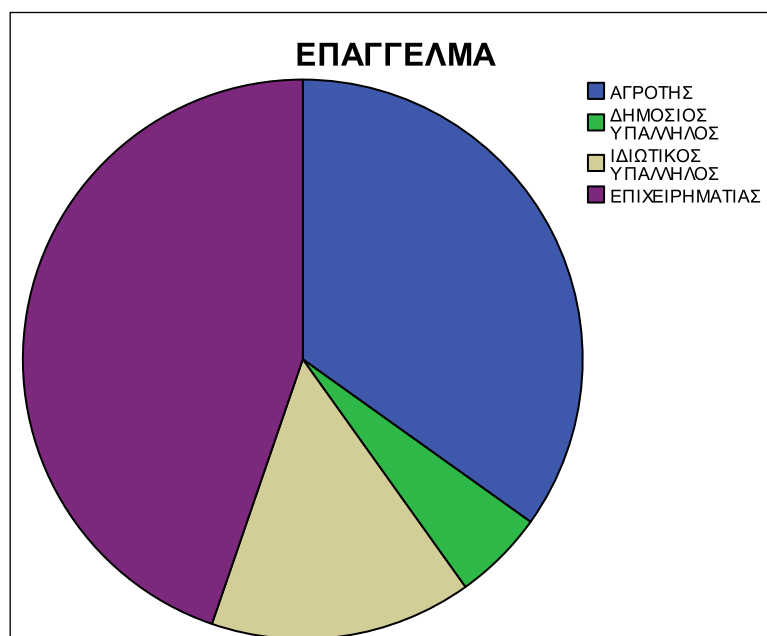
Προχωρώντας στο μορφωτικό επίπεδο των ερωτηθέντων, προέκυψε ότι από το σύνολο των ατόμων το 36,8%, είναι απόφοιτοι Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος. Επιπρόσθετα, παρατηρούμε ότι το 30,9% έχει στην κατοχή του μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών. Ωστόσο, μόνο 7,9% των ατόμων έχει βγάλει το γυμνάσιο και το 5,3% το λύκειο. Επομένως, οι ασφαλισμένοι σε προγράμματα ζωής και υγείας της ασφαλιστικής εταιρείας που επιλέχθηκε διαθέτουν ένα ικανοποιητικό και αξιόλογο επίπεδο εκπαίδευσης.

Πίνακας 4.1.1.5: Περιγραφικά μέτρα ως προς το ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ των ερωτηθέντων

		ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΑΓΡΟΤΗΣ	53	34,9	34,9	34,9
	ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	8	5,3	5,3	40,1
	ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	23	15,1	15,1	55,3
	ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΑΣ	68	44,7	44,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Διάγραμμα 4.1.1.5: Κυκλικό Διάγραμμα απεικόνισης ως προς την ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ των ερωτηθέντων



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

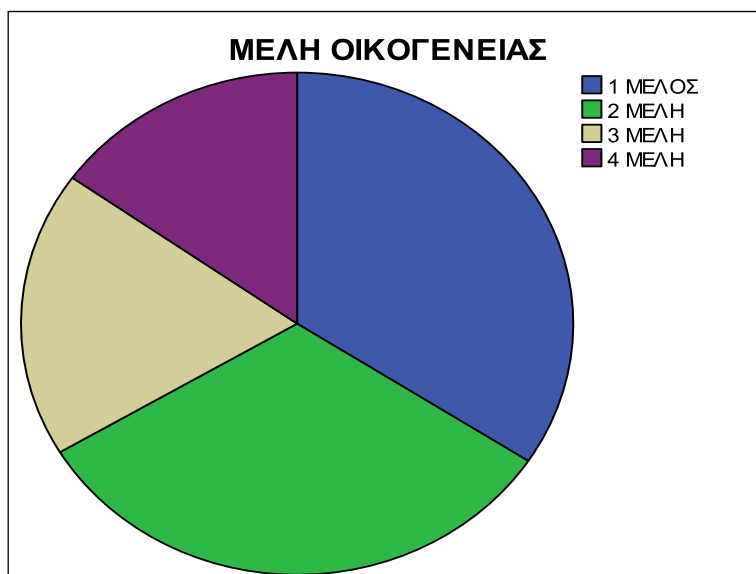
Όσον αφορά την επαγγελματική αποκατάσταση των ερωτηθέντων ασφαλισμένων προέκυψε ότι το 44,7% των ατόμων αφορά τον επιχειρηματικό κόσμο που προχώρησε στην σύναψη ασφάλειας ζωής και υγείας. Επιπρόσθετα παρατηρούμε ότι το 34,9% είναι αγρότες, οι οποίοι φοβούμενοι για τις οικονομικές εξελίξεις επέλεξαν να συνάψουν συμφωνία ασφάλισης με ιδιωτική εταιρεία. Ως προς του δημοσίου και τους ιδιωτικούς υπαλλήλους, είναι εμφανές ότι δεν τους αφορούν και τόσο τα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα.

Πίνακας 4.1.1.6: Περιγραφικά μέτρα ως προς τα ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ των ερωτηθέντων

ΜΕΛΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 ΜΕΛΟΣ	52	34,2	34,2	34,2
	2 ΜΕΛΗ	49	32,2	32,2	66,4
	3 ΜΕΛΗ	28	18,4	18,4	84,9
	4 ΜΕΛΗ	23	15,1	15,1	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Διάγραμμα 4.1.1.6: Κυκλικό Διάγραμμα απεικόνισης ως προς ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ των ερωτηθέντων



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα προκύπτει ότι το 34,2% των ασφαλισμένων σε προγράμματα ζωής και υγείας αφορά άτομα που δεν είναι παντρεμένα. Επίσης, με ποσοστό της τάξεως του 32,2%, δηλώνουν ότι το οικογενειακό τους περιβάλλον αποτελείται από 2 μέλη, το 18,4% από 3 μέλη και το 15,1% από 4 μέλη. Επομένως, καταλήγουμε στο γεγονός ότι στην παρούσα φάση τα άτομα που δεν περιβάλλονται από πολλά μέλη έχουν προχωρήσει στην σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης. Το γεγονός αυτό ήταν αναμενόμενο, καθώς όντας μόνοι

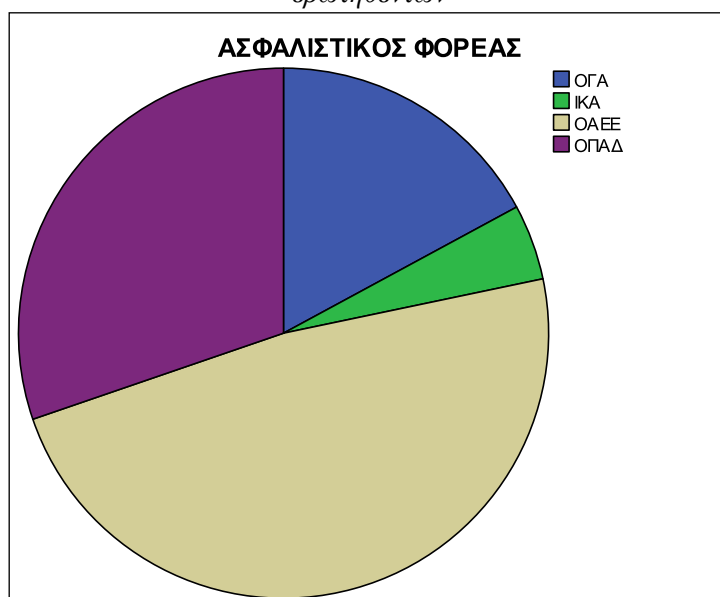
μπορούν να καλύψουν τις σχετικές εισφορές προς την ασφάλιση τους εφόσον δεν έχουν άλλες υποχρεώσεις (πχ. της οικογένειας, της συμβίωσης, κ.λπ).

Πίνακας 4.1.1.7: Περιγραφικά μέτρα ως προς τον ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ των ερωτηθέντων

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΟΓΑ	26	17,1	17,1	17,1
	ΙΚΑ	7	4,6	4,6	21,7
	ΟΑΕΕ	73	48,0	48,0	69,7
	ΟΠΑΔ	46	30,3	30,3	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Διάγραμμα 4.1.1.7: Κυκλικό Διάγραμμα απεικόνισης ως προς ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΦΟΡΕΑ των ερωτηθέντων



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Σχετικά με τον ασφαλιστικό φορέα, από τον οποίο προέρχονται οι ασφαλισμένοι της εν λόγω ιδιωτικής εταιρείας, προκύπτει ότι το 48% των ατόμων είναι ασφαλισμένο στον ΟΑΕΕ. Επίσης το 30,3% αφορά εργαζομένους του δημοσίου, ενώ λίγοι είναι εκείνοι που πληρώνουν ΟΓΑ και μισθοδοτικές εισφορές προς το ΙΚΑ. Το αποτέλεσμα αυτό ήταν αναμενόμενο καθώς η πλειοψηφία των ασφαλισμένων αφορά επιχειρηματίες, οι οποίοι όπως είναι γνωστό είναι υποχρεωμένοι να είναι συμβεβλημένοι με τον ΟΑΕΕ.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται ότι η έρευνα απευθύνεται σε ισάριθμα, ως προς το φύλο άτομα, τα οποία είναι ενήλικα μεταξύ των 27 έως 33 χρόνων, αν και έχουν ολοκληρώσει κάποια σχολή και έχουν στην κατοχή τους μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών, παρουσιάζουν μέτρια εισοδήματα, Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι δραστηριοποιούνται στο χώρο των επιχειρήσεων, τα οποία διαμένουν είτε μόνοι είτε με ένα ακόμη μέλος.

4.1.2 Παρουσίαση και ανάλυση των Πινάκων Συνάφειας μεταξύ του φύλου

Σε αυτήν την ενότητα γίνεται περιγραφική στατιστική μεταξύ του φύλου των ερωτηθέντων και των απαντήσεων τους ως προς τις ερωτήσεις 1-7. Γίνεται δηλαδή σύγκριση μεταξύ των απαντήσεων που έχουν δώσει οι άνδρες και οι γυναίκες. Η παρουσίαση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της διαδικασίας Crosstabs, η οποία χρησιμοποιείται για ταυτόχρονη εξέταση δύο τουλάχιστον ποιοτικών μεταβλητών. Κατά την ανάλυση θα εστιάσουμε την προσοχή μας εκεί όπου σημειώνονται τα υψηλότερα ποσοστά.

Πίνακας 4.1.2.1: Πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΦΥΛΟ και Βαθμός ικανοποίησης από τον ασφαλιστικό τομέα κοινωνικής ασφάλισης

ΦΥΛΟ * Βαθμός ικανοποίησης από τον ασφαλιστικό τομέα κοινωνικής ασφάλισης Crosstabulation

			Βαθμός ικανοποίησης από τον ασφαλιστικό τομέα κοινωνικής ασφάλισης			Total
			ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	48	26	5	79
		% within ΦΥΛΟ	60,8%	32,9%	6,3%	100,0%
		% within Βαθμός ικανοποίησης από τον ασφαλιστικό τομέα κοινωνικής ασφάλισης	50,5%	54,2%	55,6%	52,0%
		% of Total	31,6%	17,1%	3,3%	52,0%
ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	47	22	4	73	
	% within ΦΥΛΟ	64,4%	30,1%	5,5%	100,0%	

	% within Βαθμός ικανοποίησης από τον ασφαλιστικό τομέα κοινωνικής ασφάλισης	49,5%	45,8%	44,4%	48,0%
	% of Total	30,9%	14,5%	2,6%	48,0%
Total	Count	95	48	9	152
	% within ΦΥΛΟ	62,5%	31,6%	5,9%	100,0%
	% within Βαθμός ικανοποίησης από τον ασφαλιστικό τομέα κοινωνικής ασφάλισης	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	62,5%	31,6%	5,9%	100,0%

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Ως προς την σχέση συνάφειας του φύλου και για τον βαθμό ικανοποίησης τους από τον ασφαλιστικό φορέα:

❖ **Count:** 48 και 47 άτομα υποστηρίζουν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένα από τον ασφαλιστικό φορέα και είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Row Pct:** το 60,8% και το 64,4% των ατόμων που δηλώνουν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένα από τον ασφαλιστικό φορέα είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Col Pct:** το 50,5% και το 49,5% των ατόμων που είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα δηλώνουν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένα από τον ασφαλιστικό φορέα

❖ **Tol Pct:** το 31,6% και το 30,9% του συνόλου των ατόμων είναι ταυτόχρονα άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα και δηλώνουν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένα από τον ασφαλιστικό φορέα.

Γενικό συμπέρασμα είναι ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δεν είναι καθόλου ικανοποιημένα από τον ασφαλιστικό φορέα.

Πίνακας 4.1.2.2: Πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΦΥΛΟ και Λόγοι δυσαρέσκειας

ΦΥΛΟ * Λόγοι δυσαρέσκειας Crosstabulation

			Λόγοι δυσαρέσκειας			Total
			ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙ Α	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	ΜΗ ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	17	17	45	79
		% within ΦΥΛΟ	21,5%	21,5%	57,0%	100,0%
		% within Λόγοι δυσαρέσκειας	48,6%	42,5%	58,4%	52,0%
		% of Total	11,2%	11,2%	29,6%	52,0%
ΦΥΛΟ	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	18	23	32	73
		% within ΦΥΛΟ	24,7%	31,5%	43,8%	100,0%
		% within Λόγοι δυσαρέσκειας	51,4%	57,5%	41,6%	48,0%
		% of Total	11,8%	15,1%	21,1%	48,0%
Total		Count	35	40	77	152
		% within ΦΥΛΟ	23,0%	26,3%	50,7%	100,0%
		% within Λόγοι δυσαρέσκειας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	23,0%	26,3%	50,7%	100,0%

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Ως προς την σχέση συνάφειας του φύλου και για ποιοι είναι οι λόγοι δυσαρέσκειας τους:

❖ **Count:** 45 και 32 άτομα υποστηρίζουν ότι οι λόγοι δυσαρέσκειας τους αφορούν τη μη κάλυψη των αναγκών τους και είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Row Pct:** το 57% και το 43,8% των ατόμων που δηλώνουν οι λόγοι δυσαρέσκειας τους αφορούν τη μη κάλυψη των αναγκών τους είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Col Pct:** το 58,4% και το 41,6% των ατόμων που είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα δηλώνουν ότι οι λόγοι δυσαρέσκειας τους αφορούν τη μη κάλυψη των αναγκών τους.

❖ **Tol Pct:** το 29,6% και το 21,1% του συνόλου των ατόμων είναι ταυτόχρονα άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα και δηλώνουν ότι οι λόγοι δυσαρέσκειας τους αφορούν τη μη κάλυψη των αναγκών τους.

Γενικό συμπέρασμα είναι ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δηλώνουν ότι οι λόγοι δυσαρέσκειας τους αφορούν τη μη κάλυψη των αναγκών τους.

Πίνακας 4.1.2.3: Πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΦΥΛΟ και Επιλογή ασφαλιστικού πακέτου ιδιωτικής ασφάλισης

ΦΥΛΟ * Επιλογή ασφαλιστικού πακέτου ιδιωτικής ασφάλισης Crosstabulation

			Επιλογή ασφαλιστικού πακέτου ιδιωτικής ασφάλισης				Total
			ΖΩΗΣ	ΥΓΕΙΑΣ	ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ	ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤ ΗΣΗΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	33	20	14	12	79
		% within ΦΥΛΟ	41,8%	25,3%	17,7%	15,2%	100,0%
		% within Επιλογή ασφαλιστικού πακέτου ιδιωτικής ασφάλισης	55,9%	51,3%	56,0%	41,4%	52,0%
		% of Total	21,7%	13,2%	9,2%	7,9%	52,0%
ΦΥΛΟ	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	26	19	11	17	73
		% within ΦΥΛΟ	35,6%	26,0%	15,1%	23,3%	100,0%
		% within Επιλογή ασφαλιστικού πακέτου ιδιωτικής ασφάλισης	44,1%	48,7%	44,0%	58,6%	48,0%
		% of Total	17,1%	12,5%	7,2%	11,2%	48,0%
Total		Count	59	39	25	29	152
		% within ΦΥΛΟ	38,8%	25,7%	16,4%	19,1%	100,0%
		% within Επιλογή ασφαλιστικού πακέτου ιδιωτικής ασφάλισης	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	38,8%	25,7%	16,4%	19,1%	100,0%

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Ως προς την σχέση συνάφειας του φύλου και για πιο πακέτο ιδιωτικής ασφάλισης έχουν επιλέξει:

❖ **Count:** 33 και 26 άτομα υποστηρίζουν ότι έχουν επιλέξει το πρόγραμμα ασφάλειας ζωής και είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Row Pct:** το 41,8% και το 35,6% των ατόμων που δηλώνουν έχουν επιλέξει το πρόγραμμα ασφάλειας ζωής είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Col Pct:** το 55,9% και το 44,1% των ατόμων που είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα δηλώνουν ότι έχουν επιλέξει το πρόγραμμα ασφάλειας ζωής.

❖ **Tol Pct:** το 21,7% και το 17,1% του συνόλου των ατόμων είναι ταυτόχρονα άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα και δηλώνουν ότι έχουν επιλέξει το πρόγραμμα ασφάλειας ζωής.

Γενικό συμπέρασμα είναι ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δηλώνουν ότι έχουν επιλέξει το πρόγραμμα ασφάλειας ζωής.

Πίνακας 4.1.2.4: Πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΦΥΛΟ και Βαθμός ικανοποίησης από το ασφαλιστικό πακέτο ιδιωτικής ασφάλισης

ΦΥΛΟ * Βαθμός ικανοποίησης από το ασφαλιστικό πακέτο ιδιωτικής ασφάλισης Crosstabulation

			Βαθμός ικανοποίησης από το ασφαλιστικό πακέτο ιδιωτικής ασφάλισης					Total
			ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΠΟΛΥ	ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	0	6	29	12	31	79
		% within ΦΥΛΟ	,0%	7,6%	38,2%	15,2%	39,0%	100,0%
		% within Βαθμός ικανοποίησης από το ασφαλιστικό πακέτο ιδιωτικής ασφάλισης	,0%	40,0%	49,6%	54,5%	58,4%	52,0%
		% of Total	,0%	3,9%	19,4%	7,9%	20,7%	52,0%
ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	Count	1	9	21	10	32	73
		% within ΦΥΛΟ	1,4%	12,3%	28,8%	13,7%	43,8%	100,0%
		% within Βαθμός ικανοποίησης από το ασφαλιστικό πακέτο ιδιωτικής ασφάλισης	100,0%	60,0%	40,4%	45,5%	51,6%	48,0%
		% of Total	,7%	5,9%	13,8%	6,6%	21,1%	48,0%
Total	Count	Count	1	15	52	22	62	152
		% within ΦΥΛΟ	,7%	9,9%	34,2%	14,5%	40,8%	100,0%
		% within Βαθμός ικανοποίησης από το ασφαλιστικό πακέτο ιδιωτικής ασφάλισης	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	,7%	9,9%	34,2%	14,5%	40,8%	100,0%

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Ως προς την σχέση συνάφειας του φύλου και για το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων ιδιωτικής ασφάλισης:

❖ **Count:** 31 και 21 άτομα υποστηρίζουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένα από τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης και είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Row Pct:** το 39% και το 43,8% των ατόμων που δηλώνουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένα από τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Col Pct:** το 58,4% και το 51,6% των ατόμων που είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα δηλώνουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένα από τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης.

❖ **Tol Pct:** το 20,7% και το 21,1% του συνόλου των ατόμων είναι ταυτόχρονα άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα και δηλώνουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένα από τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης.

Γενικό συμπέρασμα είναι ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δηλώνουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένα από τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης.

Πίνακας 4.1.2.5: Πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΦΥΛΟ και Λόγοι ικανοποίησης

ΦΥΛΟ * Λόγοι ικανοποίησης Crosstabulation

			Λόγοι ικανοποίησης			Total
			ΠΡΟΘΥΜΙΑ	ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	ΚΑΛΥΨΗΣ ΑΝΑΓΚΩΝ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	2	44	33	79
		% within ΦΥΛΟ	2,5%	55,7%	41,8%	100,0%
		% within Λόγοι ικανοποίησης	100,0%	52,4%	50,8%	52,3%
		% of Total	1,3%	29,1%	21,9%	52,3%
ΓΥΝΑΙΚΑ	ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	0	40	32	72
		% within ΦΥΛΟ	,0%	55,6%	44,4%	100,0%
		% within Λόγοι ικανοποίησης	,0%	47,6%	49,2%	47,7%
		% of Total	,0%	26,5%	21,2%	47,7%
Total	Total	Count	2	84	65	151
		% within ΦΥΛΟ	1,3%	55,6%	43,0%	100,0%
		% within Λόγοι ικανοποίησης	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	1,3%	55,6%	43,0%	100,0%

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Ως προς την σχέση συνάφειας του φύλου και για τους λόγους ικανοποίησης από την ιδιωτική ασφάλιση:

❖ **Count:** 44 και 40 άτομα υποστηρίζουν ότι τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης παρέχουν άρτια εξυπηρέτηση και είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Row Pct:** το 55,7% και το 55,6% των ατόμων που δηλώνουν ότι τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης παρέχουν άρτια εξυπηρέτηση είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Col Pct:** το 52,4% και το 46,7% των ατόμων που είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα δηλώνουν ότι τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης παρέχουν άρτια εξυπηρέτηση.

❖ **Tol Pct:** το 29,1% και το 26,5% του συνόλου των ατόμων είναι ταυτόχρονα άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα και δηλώνουν ότι τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης παρέχουν άρτια εξυπηρέτηση.

Γενικό συμπέρασμα είναι ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δηλώνουν ότι τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης παρέχουν άρτια εξυπηρέτηση.

Πίνακας 4.1.2.6: Πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΦΥΛΟ και Ήταν δική σας πρωτοβουλία να προχωρήσετε στην σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης

ΦΥΛΟ * Ήταν δική σας πρωτοβουλία να προχωρήσετε στην σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης

Crosstabulation

			Ήταν δική σας πρωτοβουλία να προχωρήσετε στην σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	40	40	79
		% within ΦΥΛΟ	59,4%	40,6%	100,0%
		% within Ήταν δική σας πρωτοβουλία να προχωρήσετε στην σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης	58,1%	46,3%	52,0%
		% of Total	26,7%	25,3%	52,0%
ΓΥΝΑΙΚΑ		Count	42	31	73
		% within ΦΥΛΟ	57,5%	42,5%	100,0%
		% within Ήταν δική σας πρωτοβουλία να προχωρήσετε στην σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης	51,9%	43,7%	48,0%
		% of Total	27,6%	20,4%	48,0%
Total		Count	81	71	152
		% within ΦΥΛΟ	53,3%	46,7%	100,0%

% within Ήταν δική σας πρωτοβουλία να προχωρήσετε στην σύναψη ιδιωτικής ασφάλισης	100,0%	100,0%	100,0%
% of Total	53,3%	46,7%	100,0%

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Ως προς την σχέση συνάφειας του φύλου και για αν ήταν δική τους πρωτοβουλία να προχωρήσουν στη σύναψη ασφάλισης ζωής και υγείας:

❖ **Count:** 40 και 42 άτομα υποστηρίζουν ότι ήταν δική τους πρωτοβουλία να προχωρήσουν στη σύναψη ασφάλισης ζωής και υγείας και είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Row Pct:** το 59,4% και το 57,5% των ατόμων που δηλώνουν ότι ήταν δική τους πρωτοβουλία να προχωρήσουν στη σύναψη ασφάλισης ζωής και υγείας είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Col Pct:** το 58,1% και το 51,9% των ατόμων που είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα δηλώνουν ότι ήταν δική τους πρωτοβουλία να προχωρήσουν στη σύναψη ασφάλισης ζωής και υγείας.

❖ **Tol Pct:** το 26,7% και το 27,6% του συνόλου των ατόμων είναι ταυτόχρονα άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα και δηλώνουν ότι ήταν δική τους πρωτοβουλία να προχωρήσουν στη σύναψη ασφάλισης ζωής και υγείας.

Γενικό συμπέρασμα είναι ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δηλώνουν ότι ήταν δική τους πρωτοβουλία να προχωρήσουν στη σύναψη ασφάλισης ζωής και υγείας.

Πίνακας 4.1.2.7: Πίνακας συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών ΦΥΛΟ και Αν όχι από ποιους επηρεαστήκατε

ΦΥΛΟ * Αν όχι από ποιους επηρεαστήκατε? Crosstabulation

			Αν όχι από ποιους επηρεαστήκατε?				Total
			ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚ Ο ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	ΦΙΛΟΥΣ - ΓΝΩΣΤΟΥΣ	ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΥΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒ ΗΤΕΣ	ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ	
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΑΣ	Count	10	7	9	12	39
		% within ΦΥΛΟ	30,8%	17,9%	23,1%	28,2%	100,0%

	% within Αν όχι από ποιους επηρεαστήκατε?	63,2%	50,0%	56,3%	52,4%	55,7%
	% of Total	17,1%	10,0%	12,9%	15,7%	55,7%
ΓΥΝΑΙΚΑ	Count	7	7	7	10	31
	% within ΦΥΛΟ	22,6%	22,6%	22,6%	32,3%	100,0%
	% within Αν όχι από ποιους επηρεαστήκατε?	36,8%	50,0%	43,8%	47,6%	44,3%
	% of Total	10,0%	10,0%	10,0%	14,3%	44,3%
Total	Count	19	14	16	21	70
	% within ΦΥΛΟ	27,1%	20,0%	22,9%	30,0%	100,0%
	% within Αν όχι από ποιους επηρεαστήκατε?	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	27,1%	20,0%	22,9%	30,0%	100,0%

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Ως προς την σχέση συνάφειας του φύλου και για τα άτομα που δεν απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση:

❖ **Count:** 12 και 10 άτομα υποστηρίζουν ότι επηρεάστηκαν από τις οικονομικές εξελίξεις και είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Row Pct:** το 28,2% και το 32,3% των ατόμων που δηλώνουν ότι επηρεάστηκαν από τις οικονομικές εξελίξεις είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα.

❖ **Col Pct:** το 52,4% και το 47,6% των ατόμων που είναι άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα δηλώνουν ότι επηρεάστηκαν από τις οικονομικές εξελίξεις.

❖ **Tol Pct:** το 15,7% και το 14,3% του συνόλου των ατόμων είναι ταυτόχρονα άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα και δηλώνουν ότι επηρεάστηκαν από τις οικονομικές εξελίξεις.

Γενικό συμπέρασμα είναι ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δηλώνουν ότι επηρεάστηκαν από τις οικονομικές εξελίξεις.

Συμπέρασμα

Γενικό συμπέρασμα είναι ότι τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τον ασφαλιστικό φορέα, ως προς τη κάλυψη των αναγκών τους. Επιπρόσθετα και τα δύο φύλα έχουν επιλέξει το πρόγραμμα ασφάλειας ζωής, είναι πολύ ικανοποιημένα, καθώς παρέχουν άρτια εξυπηρέτηση. Ακόμη προκύπτει, ότι ήταν δική τους πρωτοβουλία να προχωρήσουν στη σύναψη

ασφάλισης ζωής και υγείας, ενώ όσο δεν απάντησαν αρνητικά στην πορεία επηρεάστηκαν από τις οικονομικές εξελίξεις.

4.1.3 Παρουσίαση και ανάλυση μέσω των πινάκων ανεξαρτησίας μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου

Σε αυτήν την ενότητα γίνεται περιγραφική στατιστική μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των ατόμων και των απαντήσεων τους ως τις ερωτήσεις 8-14. Γίνεται δηλαδή σύγκριση μεταξύ των απαντήσεων που έχουν δώσει ανάλογα με την εκπαίδευσή τους. Η παρουσίαση αυτή επιτυγχάνεται μέσω της διαδικασίας Crosstabs, η οποία χρησιμοποιείται για ταυτόχρονη εξέταση δύο τουλάχιστον ποιοτικών μεταβλητών. Με την βοήθεια του ελέγχου ανεξαρτησίας (Chi – Square Test) θα αναλύσουμε αν τα δύο χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα ή όχι.

Πίνακας 4.1.3.1: Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και Ποία ήταν η πρώτη σας αντίδραση για την ιδιωτική ασφάλιση

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,091 ^a	15	,134
Likelihood Ratio	17,926	15	,267
Linear-by-Linear Association	1,702	1	,192
N of Valid Cases	152		

a. 13 cells (54,2%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,89.

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Υποθέσεις του ελέγχου χ^2 :

H0: Τα χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα

H1: Τα χαρακτηριστικά είναι εξαρτημένα

Με βάση τον πίνακα ανεξαρτησίας παρατηρούμε ότι η τιμή Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2 sided) 0,134 είναι μεγαλύτερη του 0,05 που σημαίνει ότι απορρίπτουμε την H1 υπόθεση και δεχόμαστε την H0. Επομένως, τα δύο χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα. Έτσι λοιπόν, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για το ποια ήταν η πρώτη τους αντίδραση για τα ασφαλιστικά προγράμματα δεν εξαρτάται από το μορφωτικό τους επίπεδο, αλλά από τις επιλογές του καθενός.

Πίνακας 4.1.3.2: Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και Ποιος είναι ο χρόνος ιδιωτικής ασφάλισέως σας

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	571,623 ^a	20	,000
Likelihood Ratio	409,068	20	,000
Linear-by-Linear Association	12,400	1	,000
N of Valid Cases	152		

a. 22 cells (73,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,42.

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Υποθέσεις του ελέγχου χ^2 :

H0: Τα χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα

H1: Τα χαρακτηριστικά είναι εξαρτημένα

Με βάση τον πίνακα ανεξαρτησίας παρατηρούμε ότι η τιμή Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2 sided) 0,000 είναι μικρότερη του 0,05 που σημαίνει ότι απορρίπτουμε την H0 υπόθεση και δεχόμαστε την H1. Επομένως, τα δύο χαρακτηριστικά είναι εξαρτημένα. Έτσι λοιπόν, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για το πόσο χρόνο διαρκεί το συμβόλαιο τους εξαρτάται από το μορφωτικό τους επίπεδο.

Πίνακας 4.1.3.3: Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και Πόσα χρήματα περίπου διαθέτεται για την ιδιωτική σας ασφάλιση

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,993 ^a	15	,263
Likelihood Ratio	16,913	15	,324
Linear-by-Linear Association	1,334	1	,248
N of Valid Cases	152		

a. 14 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,21.

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Υποθέσεις του ελέγχου χ^2 :

H0: Τα χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα

H1: Τα χαρακτηριστικά είναι εξαρτημένα

Με βάση τον πίνακα ανεξαρτησίας παρατηρούμε ότι η τιμή Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2 sided) 0,263 είναι μεγαλύτερη του 0,05 που σημαίνει ότι απορρίπτουμε την H1 υπόθεση και δεχόμαστε την H0. Επομένως, τα δύο χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα. Έτσι λοιπόν, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για το πόσα χρήματα περίπου διαθέτουν για την ιδιωτική τους ασφάλιση δεν εξαρτάται από το μορφωτικό τους επίπεδο, αλλά από την επάρκεια εισοδήματος του καθενός.

Πίνακας 4.1.3.4: Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και Κατά καιρούς, έχετε συχνή επικοινωνία με τον ασφαλιστή σας

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,401 ^a	5	,192
Likelihood Ratio	6,397	5	,269
Linear-by-Linear Association	2,696	1	,101
N of Valid Cases	152		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,68.

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Υποθέσεις του ελέγχου χ^2 :

H0: Τα χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα

H1: Τα χαρακτηριστικά είναι εξαρτημένα

Με βάση τον πίνακα ανεξαρτησίας παρατηρούμε ότι η τιμή Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2 sided) 0,192 είναι μεγαλύτερη του 0,05 που σημαίνει ότι απορρίπτουμε την H1 υπόθεση και δεχόμαστε την H0. Επομένως, τα δύο χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα. Έτσι λοιπόν, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για το αν έχουν επικοινωνία με τον ασφαλιστή, δεν εξαρτάται από το μορφωτικό τους επίπεδο, αλλά από την ποιότητα των σχέσεων που έχουν συνάψει μεταξύ τους.

Πίνακας 4.1.3.5: Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και Ποια είναι τα προσόντα των ασφαλιστικών σας συμβούλων

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,705 ^a	15	,116
Likelihood Ratio	24,109	15	,063
Linear-by-Linear Association	,082	1	,774
N of Valid Cases	152		

a. 15 cells (62,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,42.

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Υποθέσεις του ελέγχου χ^2 :

H0: Τα χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα

H1: Τα χαρακτηριστικά είναι εξαρτημένα

Με βάση τον πίνακα ανεξαρτησίας παρατηρούμε ότι η τιμή Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2 sided) 0,116 είναι μεγαλύτερη του 0,05 που σημαίνει ότι απορρίπτουμε την H1 υπόθεση και δεχόμαστε την H0. Επομένως, τα δύο χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα. Έτσι λοιπόν, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για το πώς εκτιμούν τον ασφαλιστή τους ως προς τα προσόντα του δεν εξαρτάται από το μορφωτικό τους επίπεδο, αλλά από την προσωπική τους κρίση.

Πίνακας 4.1.3.6: Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και Πιστεύεται ότι η ιδιωτική ασφάλιση σας καλύπτει τις σχετικές σας ανάγκες

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,656 ^a	10	,662
Likelihood Ratio	8,279	10	,602
Linear-by-Linear Association	,263	1	,608
N of Valid Cases	152		

a. 10 cells (55,6%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,58.

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Υποθέσεις του ελέγχου χ^2 :

H0: Τα χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα

H1: Τα χαρακτηριστικά είναι εξαρτημένα

Με βάση τον πίνακα ανεξαρτησίας παρατηρούμε ότι η τιμή Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2 sided) 0,662 είναι μεγαλύτερη του 0,05 που σημαίνει ότι απορρίπτουμε την H1 υπόθεση και δεχόμαστε την H0. Επομένως, τα δύο χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα. Έτσι λοιπόν, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για το αν η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει τις σχετικές ανάγκες τους δεν εξαρτάται από το μορφωτικό τους επίπεδο, αλλά από την προσωπική τους κρίση.

Πίνακας 4.1.3.7: Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και Έχετε λάβει ποτέ αποζημίωση από την ασφαλιστική εταιρεία

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,406 ^a	5	,044
Likelihood Ratio	14,432	5	,013
Linear-by-Linear Association	1,144	1	,285
N of Valid Cases	152		

a. 4 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,63.

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Υποθέσεις του ελέγχου χ^2 :

H0: Τα χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα

H1: Τα χαρακτηριστικά είναι εξαρτημένα

Με βάση τον πίνακα ανεξαρτησίας παρατηρούμε ότι η τιμή Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2 sided) 0,044 είναι μεγαλύτερη του 0,05 που σημαίνει ότι απορρίπτουμε την H1 υπόθεση και δεχόμαστε την H0. Επομένως, τα δύο χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα. Έτσι λοιπόν, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για το αν έχουν λάβει ποτέ αποζημίωση από την ασφαλιστική εταιρεία δεν εξαρτάται από το μορφωτικό τους επίπεδο, αλλά από το τι έχουν αντιμετωπίσει κατά καιρούς.

Πίνακας 4.1.3.8: Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ και αν ναι, για ποιο λόγο

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,629 ^a	4	,229
Likelihood Ratio	5,717	4	,221
Linear-by-Linear Association	,230	1	,632
N of Valid Cases	69		

a. 5 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,17.

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Υποθέσεις του ελέγχου χ^2 :

H0: Τα χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα

H1: Τα χαρακτηριστικά είναι εξαρτημένα

Με βάση τον πίνακα ανεξαρτησίας παρατηρούμε ότι η τιμή Pearson Chi-Square Asymp. Sig. (2 sided) 0,044 είναι μεγαλύτερη του 0,05 που σημαίνει ότι απορρίπτουμε την H1 υπόθεση και δεχόμαστε την H0. Επομένως, τα δύο χαρακτηριστικά είναι ανεξάρτητα. Έτσι λοιπόν, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων ως προς τον που έχουν λάβει αποζημίωση από την ασφαλιστική εταιρεία δεν εξαρτάται από το μορφωτικό τους επίπεδο, αλλά από το τι έχουν αντιμετωπίσει κατά καιρούς.

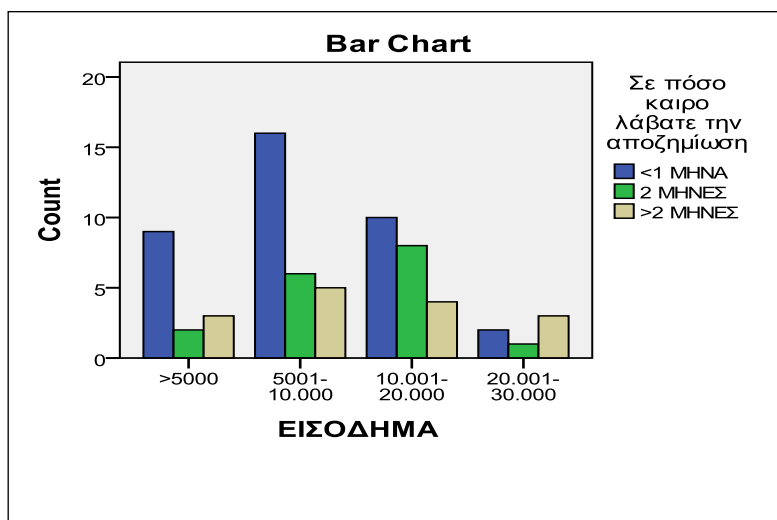
Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τους ελέγχους ανεξαρτησίας που πραγματοποιήσαμε καταλήγουμε στο γεγονός ότι δεν υπάρχει καμία εξάρτηση μεταξύ των απαντήσεων των ερωτηθέντων με το μορφωτικό τους επίπεδο. Κάθε άτομο κρίνει με βάση άλλα κριτήρια, ανεξάρτητα από την εκπαιδευτική του σταδιοδρομία.

4.1.4 Περιγραφική στατιστική ως προς το εισόδημα των ερωτηθέντων

Στην ενότητα αυτή επιχειρείται η σύγκριση των αποτελεσμάτων των ερωτημάτων 15-20 ως προς το εισόδημα των ερωτηθέντων. Η ανάλυση αυτή θα γίνει με τη βοήθεια Ιστογραμμάτων, μέσω των οποίων θα ελέγξουμε ανάλογα με το εισόδημα τις προσωπικές εκτιμήσεις των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

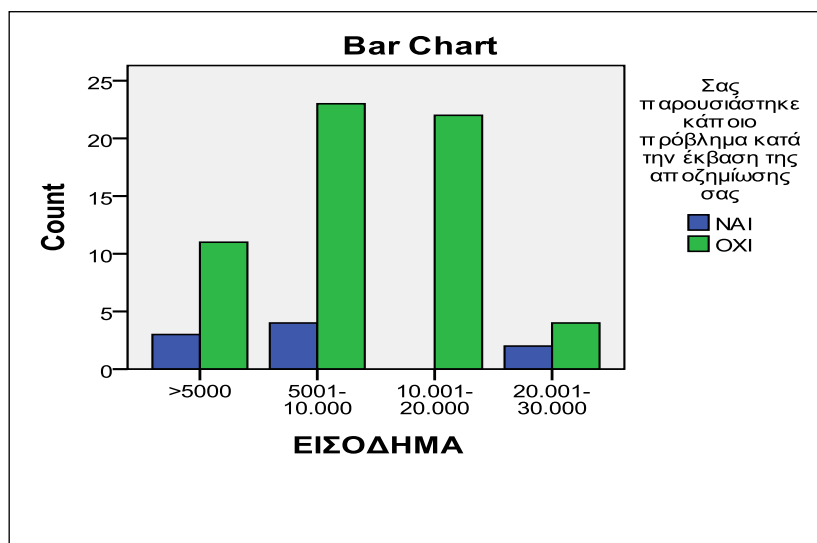
Διάγραμμα 4.1.4.1: Ιστόγραμμα συχνοτήτων μεταξύ των μεταβλητών ΕΙΣΟΔΗΜΑ και σε πόσο έλαβαν την αποζημίωση



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Τα παραπάνω αποτελέσματα δείχνουν πως τα άτομα με το χαμηλότερο εισόδημα έχουν παραλάβει σχετικά γρήγορα την σχετική αποζημίωση που τους αναλογούσε για το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν. Ωστόσο παρατηρούμε ότι τα άτομα με εισόδημα άνω των 20000 ευρώ και κάτω των 30.000 άργησαν να πάρουν τα χρήματα από ασφαλιστική εταιρεία.

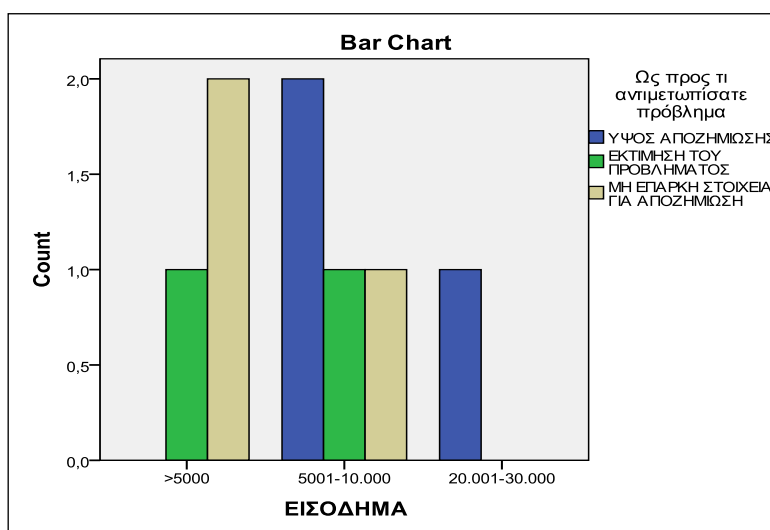
Διάγραμμα 4.1.4.2: Ιστόγραμμα συχνοτήτων μεταξύ των μεταβλητών ΕΙΣΟΔΗΜΑ και αν παρουσιάστηκε πρόβλημα στην έκβαση της αποζημίωσης τους



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Σύμφωνα με το ιστόγραμμα συχνοτήτων παρατηρούμε ότι τα άτομα κάθε κατηγορίας εισοδήματος δεν έχουν αντιμετωπίσει πρόβλημα κατά την έκβαση της αποζημίωσης τους. Ωστόσο σε τρεις κατηγορίες διακρίνουμε ότι υπήρξαν προβλήματα κατά την παραλαβή της αποζημίωσης σε άτομα με εισόδημα κάτω των 5000 ευρώ μέχρι 10.000.

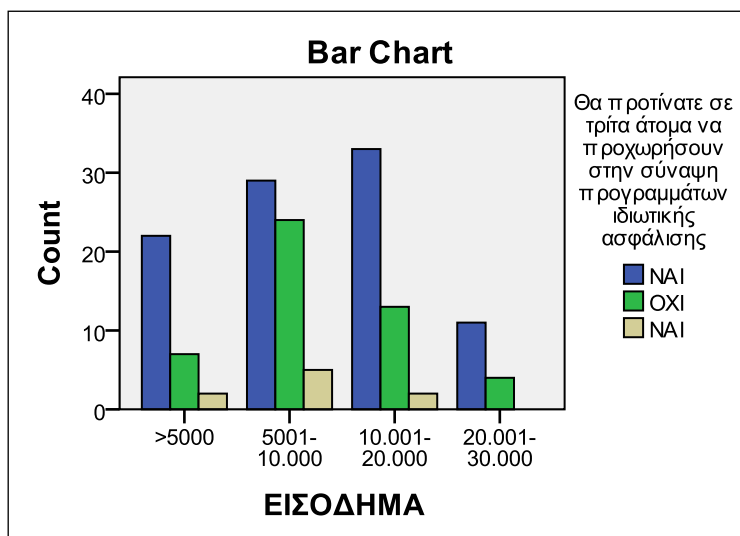
Διάγραμμα 4.1.4.3: Ιστόγραμμα συχνοτήτων μεταξύ των μεταβλητών ΕΙΣΟΔΗΜΑ και ως προς το πρόβλημα που αντιμετώπισαν



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Όσον αφορά τα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρούμε ότι τα άτομα που αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα στην έκβαση της αποζημίωσης, αφορούσε το ύψος, την έκβαση και τη επάρκεια των στοιχείων της αποζημίωσης. Συγκεκριμένα, τα άτομα με χαμηλό μισθό αντιμετώπισαν το πρόβλημα εκτίμησης και μη επάρκεια στοιχείων. Ακόμη, τα άτομα με μέτριο μισθό, αντιμετώπισαν και το πρόβλημα ως προς το ύψος της αποζημίωσης.

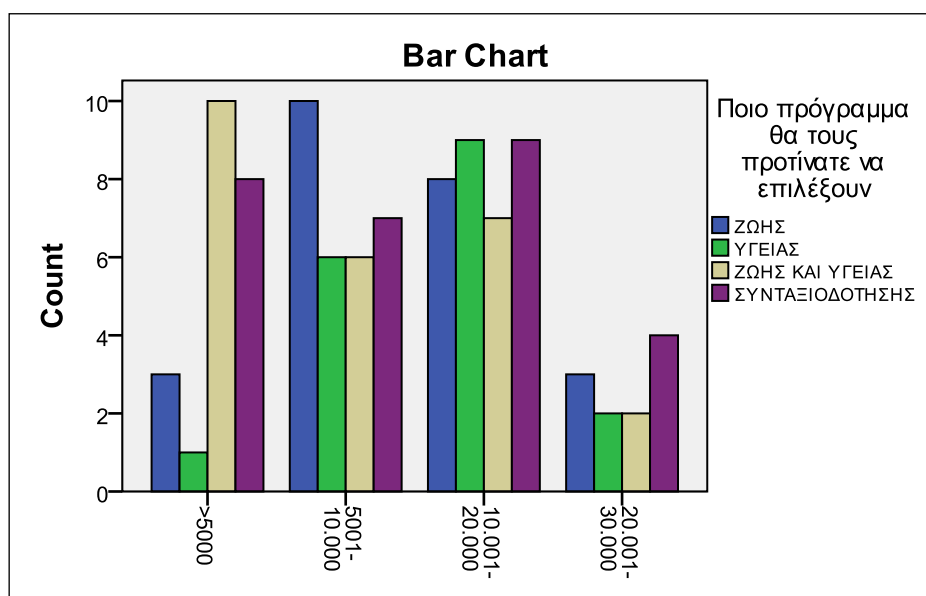
Διάγραμμα 4.1.4.4: Ιστόγραμμα συχνοτήτων μεταξύ των μεταβλητών ΕΙΣΟΔΗΜΑ και αν θα πρότειναν σε τρίτα άτομα να συνάψουν σύμβαση ασφάλισης υγείας και ζωής



Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων μέσω SPSS

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι όλοι οι ασφαλισμένοι θα προχωρούσαν σε προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης σε φίλους και σε γνωστούς τους ασχέτως εισοδηματικής κλίμακας. Το παρόν αποτέλεσμα αποδεικνύει ότι οι πελάτες της εταιρείας είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την μέχρι τώρα συνεργασία τους , πράγμα θετικό για επιπρόσθετη διαφήμιση του κλάδου.

Διάγραμμα 4.1.4.4: Ιστόγραμμα συχνοτήτων μεταξύ των μεταβλητών ΕΙΣΟΔΗΜΑ και ποιο πρόγραμμα ιδιωτικής ασφάλισης θα πρότειναν



Σύμφωνα με τα παραπάνω προκύπτει ότι οι πελάτες της εταιρείας, εξαιτίας της μεγάλης ικανοποίησης τους από τα προγράμματα ιδιωτικής ασφάλισης, θα πρότειναν σε τρίτα άτομα όλα τα προγράμματα. Άσχετα από το εισόδημα που δηλώνουν θα προχωρούσαν στην προώθηση των προγραμμάτων υγείας και ζωής.

Συμπεράσματα

Το συμπέρασμα από την περιγραφική στατιστική με την βοήθεια των ιστογραμμάτων ως προς το εισόδημα των ερωτηθέντων συγκριτικά με τις απαντήσεις που έδωσαν προέκυψε ότι τα άτομα με το χαμηλότερο εισόδημα έχουν παραλάβει σχετικά γρήγορα την σχετική αποζημίωση που τους αναλογούσε για το πρόβλημα που αντιμετώπιζαν. Ωστόσο σε τρεις κατηγορίες διακρίνουμε ότι υπήρξαν προβλήματα κατά την παραλαβή της αποζημίωσης σε άτομα με εισόδημα κάτω των 5000 ευρώ μέχρι 10.000.

Όσον αφορά τα παραπάνω αποτελέσματα παρατηρούμε ότι τα άτομα που αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα στην έκβαση της αποζημίωσης, αφορούσε το ύψος, την έκβαση και τη επάρκεια των στοιχείων της αποζημίωσης. Επίσης, οι ασφαλισμένοι θα προχωρούσαν σε προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης σε φίλους και σε γνωστούς τους ασχέτως εισοδηματικής κλίμακας.

4.2 Συζήτηση αποτελεσμάτων της έρευνας

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα το προφίλ των ασφαλισμένων αφορά άνδρες και γυναίκες, με ικανοποιητικό μορφωτικό επίπεδο που είναι ανύπαντρα, έχουν μέτριο εισόδημα και ασχολούνται με τις επιχειρήσεις. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες έχουν επιλέξει το πρόγραμμα ασφάλειας ζωής, είναι πολύ ικανοποιημένα, εξαιτίας της μέγιστης και άρτιας εξυπηρέτησης. Δεν υπάρχει καμία εξάρτηση μεταξύ των απαντήσεων των ερωτηθέντων με το μορφωτικό τους επίπεδο. Κάθε άτομο κρίνει με βάση άλλα κριτήρια, ανεξάρτητα από την εκπαιδευτική του σταδιοδρομία.

Ακόμη, προέκυψε ότι τα άτομα με το χαμηλότερο εισόδημα έχουν παραλάβει σχετικά γρήγορα την σχετική αποζημίωση που τους αναλογούσε για το πρόβλημα

που αντιμετώπιζαν. Ωστόσο σε τρεις κατηγορίες διακρίνουμε ότι υπήρξαν προβλήματα κατά την παραλαβή της αποζημίωσης σε άτομα με εισόδημα κάτω των 5000 ευρώ μέχρι 10.000. Διακρίνουμε, αν και ότι τα άτομα αντιμετώπισαν κάποιο πρόβλημα στην έκβαση της αποζημίωσης, θα προχωρούσαν σε προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης σε φίλους και σε γνωστούς τους ασχέτως εισοδηματικής κλίμακας.

4.3 Περιορισμοί Έρευνας

Στα πλαίσια της προσωπικής έρευνας, ο κυριότερος περιορισμός θεωρείται το δείγμα που απάντησε στο ερωτηματολόγιο καθώς δεν ήταν αρκετά ευρύ, σε σχέση με παλαιότερες έρευνες, και δεν οδηγεί σε αξιόπιστα αποτελέσματα, ή δεν μπορεί να υποστηριχθεί τεκμηριωμένα η απόλυτη αξιοπιστία τους. Το δείγμα, λόγω του ότι είναι δείγμα ευκολίας, δεν εκπροσωπείται ισάριθμα και από τα δύο φύλα, ούτε ισόποσα από όλες τις ηλικιακές ομάδες, τα επίπεδα μόρφωσης. Ακόμη, δεν θεωρείται δεδομένο ότι όλες οι απαντήσεις των ερωτώμενων είναι ειλικρινείς, καθώς υπάρχει τάση να προβάλλουν την εικόνα που θέλουν, αν και τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα.

Πολύ σημαντικό θεωρείται επίσης το γεγονός πως η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Δεν μπορούμε να γνωρίζουμε πόσο διαφορετικά θα ήταν τα αποτελέσματα, αν η οικονομική κατάσταση των ασφαλισμένων ήταν σε ευνοϊκότερα επίπεδα. Ίσως οι πελάτες της ιδιωτικής ασφάλισης, να είναι επηρεασμένοι από την εν λόγω οικονομική κατάσταση και η στάση και οι αντιλήψεις τους γι' αυτήν να επηρεάζονται από αυτό.

4.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Είναι εμφανές πως υπάρχουν αρκετά θέματα ως προς το ερευνητικό πεδίο που αφορά την ιδιωτική ασφάλιση και την εκτίμηση του προφίλ των ασφαλισμένων στον ιδιωτικό κλάδο. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να προχωρήσουν σε μία πιο ποιοτική διερεύνηση των απόψεων των ασφαλισμένων περισσότερων ιδιωτικών ασφαλειών ως προς την ικανοποίηση τους σε προγράμματα ζωής και υγείας. Μέσα

από την έρευνα αυτή θα μπορούσε να προσδιοριστεί η θέση των ασφαλισμένων κατά πόσο έχει επηρεάσει την οικονομική τους κατάσταση η προσφυγή στην ιδιωτική ασφάλιση. Ακόμη, ενδεχόμενες μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να προχωρήσουν σε μία συγκριτική παρουσίαση δύο ασφαλιστικών εταιρειών ιδιωτικού δικαίου ως προς την ικανοποίηση των πελατών τους από τις παροχές ζωής και υγείας. Δηλαδή να αναλυθεί ποια από τις δύο εταιρείες καλύπτει περισσότερο τους ασφαλισμένους.

Ακόμη, θα ήταν καλό να πραγματοποιηθεί μελλοντικά μία παρόμοια έρευνα, μετά το πέρας των οικονομικών και πολιτικών διακυμάνσεων, προκειμένου να μην είναι προκατειλημμένοι οι ασφαλισμένοι. Επιπλέον, υπάρχει δυνατότητα πραγματοποίησης μελλοντικά μίας έρευνας σε δείγμα που θα συγκροτείται είτε από συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, είτε από συγκεκριμένο μορφωτικό επίπεδο ως προς την εκτίμηση του προφίλ τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήσαμε, παρατηρείται ότι είναι αναγκαία η δημιουργία και ανάπτυξη των ασφαλίσεων προς τον άνθρωπο. Το ασφαλιστήριο περιλαμβάνει, τη διάρκεια της ασφαλιστικής κάλυψης, το πρόσωπο ή το αντικείμενο και τη χρηματική αξία του ή την περιουσία που απειλούνται ή σχετίζονται με την επέλευση του κινδύνου, το είδος των κινδύνων. Ο ασφαλιστής, μέχρι την αποδοχή της πρότασης προς ασφάλιση, μπορεί να παράσχει προσωρινή ασφαλιστική κάλυψη, η οποία μετατρέπεται σε οριστική, αν εντός του χρόνου διάρκειας της προσωρινής κάλυψης συναφθεί η ασφαλιστική σύμβαση.

Προκειμένου να εκδοθεί το ασφαλιστήριο σε οποιουδήποτε κλάδο το πρώτο βήμα που πρέπει να γίνει είναι να προηγηθεί πρόταση ασφάλισης από το ενδιαφερόμενο μέρος. Τα στοιχεία του ασφαλιζόμενου θα πρέπει να είναι απολύτως ακριβή, προκειμένου να ισχύει η ασφαλιστική πρόταση που καταθέτει. Ακόμη, στα ασφαλιστήρια, απαιτείται να δοθούν όλα τα γνωστά περιστατικά ή αδυναμίες του ασφαλιζόμενου κινδύνου ή πραγμάτων, προκειμένου να πραγματοποιηθεί η ανάλογη αξιολόγηση του κινδύνου, για να προσδιοριστεί η κατηγορία, το ασφάλιστρο και το χρηματικό ποσό του ασφαλιζόμενου αντικειμένου

Ως προς τον υπολογισμό του καθαρού ασφαλίστρου κρίνεται αναγκαίο να τηρηθούν οι βασικές αρχές που είναι οι όμοιες, τόσο για τις ασφαλίσσεις Ζωής όσο και των γενικών κλάδων. Τα οφέλη της ασφάλισης αφορούν και τον επιχειρηματικό κόσμο, καθώς πολλοί επιχειρηματίες δεν θα διακινδύνευαν να πραγματοποιούν επενδύσεις, που θα τους οδηγούσαν στην καταστροφή από την μια μέρα στην άλλη. Ο θεσμός της Ιδιωτικής Ασφάλισης, με την σημερινή του έννοια, διαμορφώθηκε κατά πάσα πιθανότητα κατά τον 15^ο αιώνα στην Ισπανία και στην Ιταλία, καθώς περιοριζόταν στην ασφάλιση των πλοίων.

Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια θεωρούνται νομικά πλαίσια, τα οποία που περιλαμβάνουν καθορισμένες και γενικές αρχές σύμφωνα με τις νομοθετικές διατάξεις. Ο ασφαλιστικός κλάδος θεωρείται από τους πιο αξιόλογους κλάδους στην ελληνική επικράτεια, καθώς συμβάλλει, στην οικονομική, ψυχολογική και σωματική υγεία των ανθρώπων που αποτελούν την σύγχρονη κοινωνία. Οι πιο σημαντικές και αξιόλογες οικονομικές λειτουργίες των ασφαλειών, που θεωρούνται η μεταφορά και ανάληψη του κινδύνου, αλλά και η διαχείριση κεφαλαίων.

Ως επί το πλείστον, υπάρχουν όχι μόνο τα περιθώρια αλλά και οι ευκαιρίες ανάπτυξης. Οι αλλαγές που συνέβησαν την τελευταία περίοδο, με κυριότερες τις περικοπές στις συντάξεις και στις ιατροφαρμακευτικές παροχές, αναδεικνύουν το ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης σε θέματα υγείας αλλά και αποταμίευσης. Η σταδιακή συρρίκνωση της προστασίας του πληθυσμού από το κράτος στους τομείς των συντάξεων, της υγείας και της απασχόλησης, είναι μια τάση που γίνεται όλο και πιο εμφανής στις ανεπτυγμένες χώρες. Η τεράστια πρόκληση, επομένως, για την αγορά είναι να προχωρήσει σε ανάπτυξη και να προσφέρει στους καταναλωτές ποιοτικές και προσιτές επιλογές και λύσεις, που θα ανταποκρίνονται όχι μόνο στις ανάγκες αλλά και στις οικονομικές τους δυνατότητες.

Σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελέσματα της έρευνας το προφίλ των ασφαλισμένων αφορά άνδρες και γυναίκες, με ικανοποιητικό μορφωτικό επίπεδο που είναι ανύπαντρα, έχουν μέτριο εισόδημα και ασχολούνται με τις επιχειρήσεις. Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες έχουν επιλέξει το πρόγραμμα ασφάλειας ζωής, είναι πολύ ικανοποιημένα, εξαιτίας της μέγιστης και άρτιας εξυπηρέτησης. Γι αυτό το λόγο θα προχωρούσαν σε προώθηση της ιδιωτικής ασφάλισης σε φίλους και σε γνωστούς τους ασχέτως εισοδηματικής κλίμακας.

Στη σημερινή εποχή, η εκτίμηση της κατάστασης στην οποία έχει επέλθει η κοινωνική ασφάλιση, έχει δημιουργήσει άσχημες εντυπώσεις και αγανάκτηση από την μεριά των πολιτών. Ωστόσο, όμως από τη μία πλευρά καλό θα ήταν το κράτος να παρείχε τουλάχιστον άρτια υγειονομική περίθαλψη και συνταξιοδοτικές καλύψεις προς τους πολίτες, καθώς καταβάλλουν μεγάλα ποσά ασφαλιστικών κρατήσεων. Από την άλλη πλευρά όμως, εφόσον τα πράγματα είναι αμφίρροπα στην κοινωνική ασφάλιση, λόγω της οικονομικής διακύμανσης, οι άνθρωποι στρέφονται όλο και περισσότερο προς την ιδιωτική ασφάλιση. Για το λόγο αυτό η ιδιωτική ασφάλιση θα πρέπει να προχωρήσει σε περαιτέρω ανάπτυξη και εξέλιξη προκειμένου να κεντρίσει το ενδιαφέρον κι άλλων κοινωνικών ομάδων. Έτσι θα καταφέρουν να εξασφαλίσουν το μέλλον τους και κατ' επέκταση το μέλλον των παιδιών τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

ΑΝ 1846/1951, «Θεσμικός περί ΙΚΑ Νόμος», ΦΕΚ Α' 179/21-06-1951

Αργιάνα Ευαγγελία, (2013), «*Η ικανοποίηση των χρηστών στα ιδιωτικά ιατρεία των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών*», Διπλωματική Εργασία, Ηράκλειο

Βιολάκης Ν., Γαλιάτσος Κ., Παπαϊωάννου Κ., Σαριδάκη Π., (2012), «*Βασικές γνώσεις ιδιωτικής ασφάλισης*», Β' έκδοση, Εκπαιδευτικά εγχειρίδια, Ελληνική Ένωση Τραπεζών, Αθήνα

Γαλιάτσος Κώστας, (2013), «*Οι επενδύσεις στην ιδιωτική ασφάλιση*», Ελληνική Ένωση Τραπεζών/ΕΤΙ – Αθήνα

Ελληνική Στατιστική Αρχή, Οικογενειακοί Προϋπολογισμοί (Μέσος όρος δαπάνης μηνιαίων αγορών για αγαθά και υπηρεσίες (2008-2012), Αθήνα 2012

Ελληνικός Σύλλογος Ασφαλιστικής Επιστήμης, (2006), «*Νέες τάσεις στο δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης*», Δίκαιο & Οικονομία - Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα

Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, (2011), Ετήσια Έκθεση, Αθήνα

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1995), «*Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα*», Αθήνα

Λιαρόπουλος Λ., (1993), «*Ιδιωτική ασφάλιση υγείας*», Ρουχώτας Δημ. Αθήνα

Μερκούρης Α. (1996), «*Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*» Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα

Μιλτιάδης Νεκτάριος, (1998), «*Εισαγωγή στην ιδιωτική ασφάλιση*», Financial Forum

Μπούτσιου, Σ (2013), «*Διοίκηση Μονάδων Υγείας*» Μεταπτυχιακό, Thesis, ΕΑΠ

Ν.3918/2011 ΦΕΚ 31 Α' «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

Νόμος ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3867, (2010), «Εποπτεία ιδιωτικής ασφάλισης, σύσταση εγγυητικού κεφαλαίου ιδιωτικής ασφάλισης ζωής, οργανισμοί αξιολόγησης πιστοληπτικής ικανότητας και άλλες διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Οικονομικών», (ΦΕΚ Α 128/3.8.2010)

Ν. 3816/2010, ΦΕΚ 6 Α' «Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις», Άρθρο 12, παρ.2.

Νόμος 3029/2002, «Μεταρρύθμιση Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης», Εθνικό Τυπογραφείο

Ν. 2768/7.12.1999 (ΦΕΚ 273 Α'/8-12-99), «Ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων, σύσταση νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)", σύσταση ανώνυμης εταιρίας με την επωνυμία "Ανώνυμη Εταιρία Διαχείρισης Ειδικού Κεφαλαίου Τ.Α.Π. - Ο.Τ.Ε. (ΕΔΕΚΤ - Ο.Τ.Ε. ΑΕ.)" και άλλες διατάξεις»

Ν.2458/12.2.1997 (ΦΕΚ 15Α' /14.12.1997), «Σύσταση Κλάδου Ασφάλισης Αγροτών και άλλες διατάξεις»

Παπανικολάου Β. (2003), «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση των Χρηστών», Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

Ρόκας Ιωάννης, (2012), «Ασφαλιστικό δίκαιο: Εισηγήσεις», Νομική Βιβλιοθήκη

Σκουλούδης Ζαχαρίας, (2000), «Δίκαιο Ιδιωτικής Ασφάλισης», Δίκαιο & Οικονομία - Π. Ν. Σάκκουλας, Αθήνα

Σουλαντίκας Κωνσταντίνος, (2010), «Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα, 1970-2008. Πλαίσιο λειτουργίας και εξέλιξη των δομών αυτής», Διπλωματική

εργασία, Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Τούντας Γ, Οικονόμου ΝΑ. (2007), «Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24:7-21

Ξενογλώσση

Donabedian A., (1990) “*The seven pillars of quality*”. *Arch Pathol Lab Med*, 114:1115-

Hall J., Dornan M., (1998), “Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction rates”, *Soc. Sci. Med.*, 27(6):637-644.

Kentikelenis A, Karanikolos M, Reeves A, McKee M, Stuckler D., (2014), «*Greece's health crisis: from austerity to denialism*». *Lancet* 383: 748-753.

Niakas D. (2013), «*Greek economic crisis and health care reforms: correcting the wrong prescription*». *Int J Health Serv* 43: 597-602

Διαδίκτυο

<http://el.wikipedia.org/wiki/>, «*Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων*», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

<http://www.oga.gr/index.php#>, «*Περί ΟΓΑ*», προσπελάστηκε στις 9/1/2013

http://www.oaee.gr/dioikisi.asp?banner_pgc=1&catdk_id=160&ctn_id=1, «*Ιστορικό ίδρυσης του ΟΑΕΕ*», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

http://www.oaee.gr/asfalish.asp?catasf_id=160&cat_id=0&banner_pgc=11, «*Υποχρεωτικά πρόσωπα ασφάλισης*», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

<http://www.opad.gr/>, Μιχάλης Κούτρας «Γενικές πληροφορίες», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy, Σκρουμπέλος Α., Οικονόμου Ν., Θηραίος Ε., Οικονομίδου Ρ., Κυριόπουλος Γ. «Μετάβαση σε ένα υπόδειγμα προοπτικής χρηματοδότησης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας: Η περίπτωση των Ομάδων Επισκέψεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας», προσπελάστηκε στις 9/10/2013

[http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/25045/pws-tha-ginei-aporastis-o-eopyy-ean-den-mporei-na-plerwnei.html](http://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/25045/pws-tha-ginei-aporastis-o-eopyy-ean-den-mporei-na-plerwnei;), «Πώς θα γίνει 'αγοραστής' ο ΕΟΠΥΥ εάν δεν μπορεί να πληρώνει;», Νιάκας προσπελάστηκε στις 16/4/2014

http://www.efenpress.gr/2014/04/blog-post_8928.html, «Όλο και πιο ακριβά τα φάρμακα για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ», προσπελάστηκε στις 16/4/2014

<http://agrinioreport.com/>, «Η μετάβαση από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ», προσπελάστηκε στις 16/6/2014

<http://www.alphatv.gr/news/health/pedy-neo-systima-protovathmias-perithalpsis>, προσπελάστηκε στις 16/6/2014

<http://www.tovima.gr/files/1/2014/01/10/nomosxedio.pdf>, προσπελάστηκε στις 16/6/2014

<http://www.agelioforos.gr/default.asp?pid=7&ct=4&artid=180563>, «Θεσσαλονικείς: Δυσανεστημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, κόβουν και τον γιατρό λόγω κρίσης», προσπελάστηκε στις 8/6/2013

<http://www.ethnos.gr/article.asp?catid=29370&subid=2&pubid=63744385>, «Το χθες, το σήμερα και το αύριο του ΕΟΠΥΥ», προσπελάστηκε στις 15/3/2013

<http://www.newsnow.gr/article/380482/Task-Force-8-metra-gia-ton-copyy.html>,

«*Task Force: 8 μέτρα για τον ΕΟΠΥΥ*», προσπελάστηκε στις 15/3/2013