



ΑΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ»**

Πέλλος Παναγιώτης - Τσαμπίκος Α.Μ. 1232

ΧαρινούΚαθολική Α.Μ. 370



ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
Γρηγοράκης Νικόλαος

Ηράκλειο, 2017

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|--|-----------|
| Ευχαριστίες..... | 5 |
| Περίληψη | 6 |
| Εισαγωγή | 10 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο | 12 |
| <i>Γενικά στοιχεία περί Ασφάλισης</i> | 12 |
| 1.1.Ορισμός και βασικά χαρακτηριστικά ασφάλισης | 12 |
| 1.2. Σκοπός και λειτουργία ασφάλισης..... | 14 |
| 1.3.Βασικές διακρίσεις ασφαλίσεων | 15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο | 18 |
| <i>Βασικές ασφαλιστικές αρχές και Ασφαλιστικός Κίνδυνος</i> | 18 |
| 2.1.Βασικές ασφαλιστικές αρχές..... | 18 |
| 2.2.Έννοια και φύση ασφαλιστικού κινδύνου | 22 |
| 2.3.Κατηγορίες κινδύνων | 23 |
| 2.4. Καλυπτόμενοι κίνδυνοι..... | 25 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο | 29 |
| <i>Ο θεσμός της Ιδιωτικής Ασφάλισης</i> | 29 |
| 3.1.Ιστορική αναδρομή της ιδιωτικής ασφάλισης | 29 |
| 3.2.Έννοια και βασικά χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης | 31 |
| 3.3.Ασφαλιστήριο συμβόλαιο | 34 |
| 3.4.Είδη ιδιωτικής ασφάλισης..... | 36 |
| 3.5.Οφέλη της ιδιωτικής ασφάλισης σε κοινωνία – οικονομία..... | 38 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο | 40 |
| <i>Σύγκριση Ιδιωτικής – Κοινωνικής Ασφάλισης</i> | 40 |
| 4.1.Η Κοινωνική Ασφάλιση..... | 40 |
| 4.2.Διαφορές Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης..... | 43 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο | 46 |

| | |
|--|-----------|
| <i>Η ασφαλιστική αγορά σε Ευρώπη και Ελλάδα.....</i> | <i>46</i> |
| 5.1.Μέγεθος και φυσιογνωμία της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς | 46 |
| 5.1.1. Ασφαλιστικές εταιρείες στην Ελλάδα | 51 |
| 5.1.2. Κατηγοριοποίηση ασφαλειών..... | 55 |
| 5.1.3. Νέες προκλήσεις για την ασφαλιστική αγορά | 56 |
| 5.2.Η ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά..... | 58 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο | 62 |
| <i>Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα.....</i> | <i>62</i> |
| 6.1.Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και τα μεγέθη της στις χώρες του ΟΟΣΑ | 62 |
| 6.2.Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και Κοινωνική Ασφάλιση | 68 |
| 6.3.Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Επιλογές Προγραμμάτων - Αρχές λειτουργίας – Οφέλη..... | 73 |
| 6.4.Ατομική Ασφάλιση Υγείας και προγράμματα | 76 |
| 6.5.Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας..... | 78 |
| 6.6.Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Αδυναμίες και Οικονομική Κρίση..... | 80 |
| 6.7.Ασφαλίσεις υγείας: Προσαρμογή του γαλλικού μοντέλου | 83 |
| Συμπεράσματα..... | 86 |
| Βιβλιογραφία | 89 |

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

| | |
|---|----|
| Πίνακας 1: Αριθμός Ελληνικών Ασφαλιστικών Εταιριών έως το 2007 | 51 |
| Πίνακας 2: Αριθμός Ελληνικών Ασφαλιστικών Εταιριών εν μέσω κρίσης | 53 |
| Διάγραμμα 1: Παραγωγή ασφαλιστρων Insurance Europe 32 (σε δις. ευρώ)..... | 58 |
| Διάγραμμα 2: Συμμετοχή ασφαλιστρων στο σύνολο των 32 χωρών – μελών της Insurance Europe | 59 |
| Διάγραμμα 3: Κατανομή επενδύσεων | 60 |
| Διάγραμμα 4: Διάρθρωση χαρτοφυλακίου ασφαλίσεων κατά ζημιών | 61 |
| Διάγραμμα 5: Μεταβολή των ιδιωτικών πληρωμών (out – of - pocket) ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας, 2007 - 2012 (ή πλησιέστερο έτος)..... | 64 |
| Διάγραμμα 6: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2011 (ή πλησιέστερο έτος) | 65 |
| Διάγραμμα 7: Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα υγείας, 2014 (τρέχουσες τιμές)..... | 66 |
| Διάγραμμα 8: Ποσοστό ασφαλιστρων υγείας στο ΑΕΠ, 2011 – 12..... | 66 |
| Διάγραμμα 9: Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας ως ποσοστό (%) των συνολικών τρεχουσών δαπανών για την υγεία (χώρες ΟΟΣΑ, 2005 – 2015) | 67 |

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία είναι το αποτέλεσμα μιας σειράς αλληλεπιδράσεων με διάφορα άτομα, καθένα από τα οποία έπαιξε ένα σημαντικό ρόλο στην εξέλιξή της. Αξίζει, λοιπόν, να ευχαριστήσουμε ολόψυχα όλους όσους μας βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της πτυχιακής εργασίας με θέμα «Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα».

Ευχαριστούμε θερμά τον καθηγητή του ΑΤΕΙ Κρήτης – Τμήματος Χρηματοοικονομικής και Λογιστικής, κύριο Γρηγοράκη Νικόλαο, και επιβλέποντα της πτυχιακής αυτής εργασίας, τόσο για τη σημαντική συνολική βοήθειά του όσο και για την αποτελεσματική καθοδήγησή του σε κάθε δύσκολο στάδιο κατά την υλοποίηση της εργασίας, για την υπομονή του αλλά κυρίως για τις πολύτιμες γνώσεις που λάβαμε κατά τη συνεργασία μαζί του.

Επίσης θα επιθυμούσαμε να εκφράσουμε την ευγνωμοσύνη μας στους γονείς μας οι οποίοι μας στήριξαν στις σπουδές μας με κάθε δυνατό τρόπο, μας υποστήριξαν ψυχολογικά κατά την περίοδο της συγγραφής της εργασίας ενώ, ταυτόχρονα, ευχαριστούμε ιδιαίτερα τους φίλους μας για τη διαρκή συμπαράστασή τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο κίνδυνος αποτελεί σημαντικό και αναπόφευκτο κομμάτι της καθημερινής ζωής τόσο των ατόμων όσο και των επιχειρήσεων και σε πολλές περιπτώσεις δεν είναι εφικτό να τεθεί υπό τον έλεγχο του ανθρώπου. Κατά συνέπεια, η ασφάλιση είναι αδιαμφισβήτητο ο πιο αποτελεσματικός τρόπος αντιμετώπισης του κινδύνου. Ειδικότερα στη σύγχρονη κοινωνία, είναι ιδιαίτερα σημαντικός ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης αλλά και ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζονται οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ): "Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Η κατόχρωση και η διατήρηση της καλύτερης δυνατής κατάστασης υγείας αποτελεί ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, οποιαδήποτε και αν είναι η φυλή, η θρησκεία, η πολιτική ιδεολογία, η οικονομική και κοινωνική του κατάσταση".

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας με τα χαρακτηριστικά της, σε συνάρτηση με τον παραπάνω ορισμό της υγείας, αποτελεί τον βασικότερο σύγχρονο τρόπο αντιμετώπισης του "κοινωνικού ή ασφαλιστικού κινδύνου" της ασθένειας. Ουσιαστικά η ιδιωτική ασφάλιση υγείας επιδιώκει να καλύψει μία ζωτικής σημασίας ανάγκη του ανθρώπου, δηλαδή την εξασφάλιση του ίδιου και της οικογένειάς του έναντι του κινδύνου και των κοινωνικοοικονομικών συνεπειών της ασθένειας, της αναπηρίας ή και του θανάτου.

Στην παρούσα εργασία παρουσιάζεται μια ολοκληρωμένη ανάλυση της ιδιωτικής ασφάλισης σε διεθνές επίπεδο αλλά και όσον αφορά την Ελλάδα, δίνεται έμφαση στην αποσαφήνιση των εννοιών και στην καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών – ειδικότερα - της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στη χώρα μας.

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνονται εισαγωγικά στοιχεία για τον τομέα της ασφάλισης καθώς και για τα βασικά χαρακτηριστικά, τον σκοπό, τη λειτουργία και τις διακρίσεις των ασφαλίσεων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια και η φύση του ασφαλιστικού κινδύνου. Πιο συγκεκριμένα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις βασικές ασφαλιστικές αρχές και στις κυριότερες κατηγορίες κινδύνων.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζεται ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης. Πιο αναλυτικά, παρατίθεται ιστορική αναδρομή, τα βασικά χαρακτηριστικά αλλά και ο σκοπός της ιδιωτικής ασφάλισης ενώ παράλληλα γίνεται αναφορά στα είδη, στα οφέλη της εν λόγω ασφάλισης αλλά και στο νομικό – θεσμικό πλαίσιο που την αφορά.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η σύγκριση της κοινωνικής με την ιδιωτική ασφάλιση, ενώ εντοπίζονται οι διαφορές ανάμεσα στους δύο τομείς.

Το πέμπτο κεφάλαιο επικεντρώνεται στην ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα. Μελετάται τόσο το μέγεθος και η φυσιογνωμία της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς όσο και - ειδικότερα – η ασφάλιση υγείας στη χώρα μας.

Στο έκτο κεφάλαιο γίνεται εκτενής ανάλυση του τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης στην υγεία τόσο σε χώρες του ΟΟΣΑ όσο και στη χώρα μας ενώ συγχρόνως εξετάζονται οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης.

Λέξεις Κλειδιά: Ασφάλιση, Ιδιωτική Ασφάλιση, Κοινωνική Ασφάλιση, Υγεία, Κίνδυνος, Ασφαλιστήριο συμβόλαιο, Ιδιωτικές δαπάνες υγείας

ABSTRACT

Risk is an important and inevitable part of the everyday life of both individuals and businesses and in many cases it is not feasible to put it under control. As a consequence, insurance is undoubtedly the most effective way of dealing with the risk. Particularly in modern society, the private insurance sector is particularly important, as well as the way in which private health expenditure is affected.

According to the World Health Organization (WHO): "Health is the state of complete physical, mental and social well-being and not just the absence of illness or disability. Ensuring and maintaining the best possible health status is one of the fundamental human rights, regardless of race, religion, political ideology, economic and social situation."

Private health insurance with its characteristics, in connection with the above definition of health, is the most modern way of coping with the "social or insurance risk" of the illness. In fact, private health insurance seeks to meet a vital human need, namely securing one's own and his family against the risk and socio-economic consequences of illness, disability or even death.

This paper presents a comprehensive analysis of private insurance at international level, but also with regard to Greece, emphasis is placed on the clarification of the concepts and the recording of the special characteristics - in particular - of the private health insurance in our country.

The first chapter provides introductory information on the insurance sector as well as on the main features, purpose, function and distinction of insurance.

The second chapter describes the concept and nature of the insurance risk. More specifically, particular emphasis is placed on the main insurance principles and the main categories of risks.

In the third chapter is presented the institution of private insurance. In more detail, the historical overview, the basic characteristics and the purpose of the private insurance are presented, while at the same time reference is made to the species, the benefits of this insurance and the legal and institutional framework that concerns it.

The fourth chapter presents the comparison of social and private insurance, while the differences between the two sectors are identified.

The fifth chapter focuses on private insurance in Greece. It examines the size and physiognomy of the Greek insurance market as well as - in particular - the health insurance in our country.

In the sixth chapter there is an extensive analysis of the private health insurance sector both in OECD countries and in our country while at the same time the impact of the economic crisis on the private insurance sector is being examined.

Keywords: Insurance, Private Insurance, SocialInsurance, Health, Risk, Insurance Policy, Private Health Expenses

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι άνθρωποι πάντα αναζητούσαν την ασφάλεια αλλά και κάθε πιθανό τρόπο για να περιορίσουν τους παράγοντες αβεβαιότητας. Μάλιστα η ομαδική συμβίωση αποτέλεσε την πρώτη οργανωμένη προσπάθεια των ατόμων για σωματική και συναισθηματική διασφάλιση αλλά και για να προστατεύσουν τα αγαθά τους.

Καθημερινά οι άνθρωποι είναι εκτεθειμένοι σε κινδύνους απώλειας ή μείωσης εισοδήματος, περιουσίας, αστικής ευθύνης, καθώς και σε κινδύνους που απειλούν τη ζωή και την υγεία τους, ενώ και οι επιχειρήσεις εκτίθενται σε κινδύνους τιμών, πιστωτικούς και καθαρούς. Παρ' όλα αυτά χαρακτηριστικό των ανθρώπινων κοινωνιών, είναι ότι καταβάλλουν διαρκή προσπάθεια για να αποκτήσουν τον έλεγχο στους κινδύνους και στο να βρουν αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισής τους. Είναι γεγονός ότι αρχικά οι άνθρωποι για την ασφάλειά τους στηρίζονταν στην οικογένεια και τη φυλή, ενώ στις σύγχρονες κοινωνίες η κυριότερη πολιτική αντιμετώπισης του κινδύνου είναι η ασφάλιση.

Συνολικά λοιπόν, διαπιστώνουμε ότι τα αγαθά του ανθρώπου όπως η ζωή, η υγεία και η περιουσία ενδέχεται να κινδυνεύσουν από απρόβλεπτα γεγονότα, με αποτέλεσμα να έρθουν αντιμέτωποι με οικονομικές συνέπειες. Επίσης άλλες φορές είναι πιθανόν να θιγούν από κάποιο τυχαίο περιστατικό τρίτοι, αλλά και να ευθύνεται για την αποκατάσταση της ζημίας ένας, ο οποίος και θα υποφέρει οικονομικά.

Τα παραπάνω αιφνίδια περιστατικά που δημιουργούν οικονομική επιβάρυνση και ζημία αποτελούν κίνδυνο για αυτόν που υφίσταται τις οικονομικές συνέπειες.

Η ασφάλιση, λοιπόν, είναι το μέσον ώστε να κατανέμονται σε πολλά πρόσωπα οι «βαριές» συνέπειες της πραγματοποίησης των κινδύνων και να μην επιβαρύνεται αποκλειστικά εκείνος εις βάρος του οποίου επήλθε ο κίνδυνος. Στόχος της ασφάλισης είναι να διαφυλάττει από τους απρόβλεπτους κινδύνους όπως είναι η καταστροφή της περιουσίας, σοβαρή νόσος, ανικανότητα ή θάνατος, χρησιμοποιώντας τα χρηματικά ποσά που πληρώνουν οι πολλοί για να καλύψει τις ζημιές που θα επέλθουν σε λίγους. Ουσιαστικά η ασφάλιση επιμερίζει τον κίνδυνο στους πολλούς και υποκαθιστά την αβεβαιότητα με ενός μεγαλύτερου και απρόβλεπτου κινδύνου με την βεβαιότητα.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας με τις παροχές σε είδος-ιατρικές υπηρεσίες - και τις παροχές σε χρήμα - αναπλήρωσης ισοδήματος - αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους τομείς των ιδιωτικών ασφαλίσεων.

Η αλματώδης ανάπτυξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, καθώς και η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, οι νέες δημογραφικές και επιδημιολογικές τάσεις συντέλεσαν στην ραγδαία αύξηση των δαπανών υγείας. Επίσης στην ανάπτυξη της ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα συντέλεσαν: η προσφορά προσιτών προγραμμάτων για τις ανάγκες των Ελλήνων αλλά και η απόκτηση ασφαλιστικής συνείδησης σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με το παρελθόν.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

«ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΕΡΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ»

1.1.Ορισμός και βασικά χαρακτηριστικά ασφάλισης

Η έννοια της ασφάλισης συνδέεται στενά με την έννοια των κινδύνων. Συχνά στη βιβλιογραφία, περιγράφεται ως η συγκέντρωση τυχαίων κινδύνων με την μεταφορά τους σε ασφαλιστές που καταλήγουν στην εξής συμφωνία έναντι ασφαλιστρού: να αποζημιώσουν τους ασφαλισμένους για τυχαίες ζημίες ή να προσφέρουν άλλες χρηματικές παροχές ή υπηρεσίες, που σχετίζονται με τον κίνδυνο (Νεκτάριος, 2003).

Επίσης, ο όρος ασφάλιση, νομικά, προσδιορίζεται ως η ένωση προσώπων (ασφαλισμένοι) που είναι εκτεθειμένοι σε ομοειδείς κινδύνους και διαμορφώνοντας ασφαλιστική σχέση με τον ασφαλιστικό φορέα (στην ιδιωτική ασφάλιση ή στην κοινωνική ασφάλιση) αντί ανταλλάγματος (ασφαλιστρο προκειμένου περί ιδιωτικής και εισφορά προκειμένου περί κοινωνικής ασφάλισης) αποκτούν κατά αυτούτουτελείς νομικές αξιώσεις για την κάλυψη του οικονομικού βάρους που τους προκαλεί η επέλευση του κινδύνου (Κιόχος, 1993).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της ασφάλισης συνοπτικά είναι τα ακόλουθα: (Βουρλούμης, 2005)

- Συγκέντρωση κινδύνων (Pooling of risks)
- Μεταφορά κινδύνου και μείωση αβεβαιότητας (Risk transfer and risk reduction)
- Αποζημίωση (Indemnification)

Πιο αναλυτικά η περιγραφή των κυριότερων στοιχείων που χαρακτηρίζουν και προσδιορίζουν τον τομέα της ασφάλισης: (Νεκτάριος, 2003).

- Ο κίνδυνος: Η δυνατότητα επέλευσης ενός περιστατικού που είναι ικανό να δημιουργήσει οικονομικό βάρος (οικονομική ανάγκη)
- Η ένωση προσώπων που είναι εκτεθειμένα σε ομοειδείς κατά κανόνα κινδύνους (κοινωνία κινδύνων). Το ομοειδές των κινδύνων αποτελεί αναγκαίο στοιχείο, χωρίς όμως να είναι απαραίτητο οι κίνδυνοι να είναι ακριβώς οι ίδιοι

διότι ένα τέτοιο γεγονός θα δημιουργούσε σε ανεπίδεκτο ασφάλισης σε πολλές περιπτώσεις. Συνεπώς εξετάζεται η προϋπόθεση του ομοειδούς των κινδύνων με την αποδοχή και λιγότερο ομοειδών κινδύνων. Η ασφάλιση στηρίζεται στο «αξίωμα του μεγάλου αριθμού» δηλαδή τον διαχωρισμό του κινδύνου που, βάσει του νόμου των πιθανοτήτων, τελικά πραγματοποιείται σε βάρος ενός αριθμού προσώπων πολύ μικρότερου από όσα είναι εκτεθειμένα σε αυτόν. Ο νόμος των πιθανοτήτων βοηθά στο να εκτιμηθεί με μαθηματική ακρίβεια το ύψος του ασφαλιστρού.

- Η μετάθεση του κινδύνου στο φορέα ασφάλισης.
- Η δυνατότητα να δημιουργηθεί οικονομικό βάρος λόγω του κινδύνου
- Το αντάλλαγμα (ασφάλιστρο) που προσφέρεται από τα μέλη της κοινωνίας κινδύνων προς τον φορέα της ασφάλισης για την κάλυψη του ανακύπτοντος από την επέλευση του κινδύνου οικονομικού βάρους (ασφαλιστική παροχή)
- Η νομική αξίωση των μελών της κοινωνίας κινδύνων κατά του φορέα της ασφάλισης για την ασφαλιστική παροχή.

1.2. Σκοπός και λειτουργία ασφάλισης

Η ασφάλιση αποτελεί έναν αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης μιας αβέβαιης οικονομικής ανάγκης που ενδέχεται να δημιουργηθεί. Η ασφάλιση, είναι το μέσον ώστε να κατανέμονται σε πολλά πρόσωπα οι συνέπειες πραγματοποίησης κινδύνων και να μην επιβαρύνεται μόνο εκείνος εις βάρος του οποίου επήλθε ο κίνδυνος. Η ασφάλιση διαμορφώνεται σαν ένα σύστημα σχέσεων, που δημιουργείται προληπτικά (πριν εμφανιστεί ο κίνδυνος) ανάμεσα στα εκτεθειμένα στον κίνδυνο πρόσωπα και του ασφαλιστή ενώ νομική κατοχύρωση επιτυγχάνεται με την αναγνώριση από το δίκαιο των ανάλογων δικαιωμάτων και υποχρεώσεων που προκύπτουν (Νεκτάριος, 1998).

Η σωστή οργάνωση του τομέα της ασφάλισης έχει θετικά αποτελέσματα τόσο για τα ίδια τα άτομα όσο και για την κοινωνία που απαρτίζουν. Χάρη σε ένα ορθά δομημένο σύστημα ασφάλισης τα άτομα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν άμεσα και χωρίς να καταστραφούν οικονομικά, σημαντικούς κινδύνους που μπορούν να εμφανιστούν αιφνίδια. Κατά συνέπεια η ασφάλιση έχει και κοινωνικό προφίλ, εφόσον επικεντρώνεται στην προστασία των μελών του κοινωνικού συνόλου από εκτεταμένη οικονομική ζημία.

Με βάση όλα τα παραπάνω η ασφάλιση βασίζεται σε πέντε πολύ σημαντικές έννοιες. Οι έννοιες αυτές είναι οι ακόλουθες: (Νεκτάριος, 2005)

- Η αμοιβαιότητα
- Η θεμελίωση της εν λόγω αμοιβαιότητας στους αριθμητικούς νομούς, δηλαδή ο υπολογισμός των πιθανοτήτων.
- Το αντικείμενο της αμοιβαιότητας, δηλαδή οι ασφαλιζόμενοι κίνδυνοι.
- Ο σκοπός της αμοιβαιότητας, δηλαδή ο επιμερισμός της ζημιάς, που γίνεται με την πληρωμή από τους ασφαλιζόμενους ασφαλιστρού ή εισφοράς.
- Το αποτέλεσμα της αμοιβαιότητας, δηλαδή η ικανοποίηση της οικονομικής ανάγκης με επανόρθωση της ζημιάς που ονομάζεται «αποζημίωση».

Καθώς περνούν τα χρόνια, και διαμορφώνεται μίανέα οικονομική πραγματικότητα, με την απελευθέρωση και διεθνοποίηση των αγορών και την αλματώδη ανάπτυξη της

βιομηχανίας, της τεχνολογίας και του παγκόσμιου εμπορίου, οι κίνδυνοι πληθαίνουν και γίνονται πιο σοβαροί. Τους κινδύνους αυτούς καλύπτει η ιδιωτική ασφάλιση.

1.3. Βασικές διακρίσεις ασφαλίσεων

Η ασφάλιση ταξινομείται σε δύο κατηγορίες σύμφωνα με τον φορέα που αναλαμβάνει την ασφάλιση: την ιδιωτική και την κοινωνική ασφάλιση. Στην πρώτη κατηγορία, την ιδιωτική, ο φορέας είναι η ασφαλιστική επιχείρηση, στη δεύτερη κατηγορία, την κοινωνική, ο φορέας είναι το κράτος. Σε θεωρητικό επίπεδο οι δύο τύποι ασφάλισης έχουν πολλά κοινά στοιχεία τόσο ως προς τους λόγους ύπαρξής τους όσο και προς το σκοπό που καλύπτουν (Αντωνάκη, και συν., 2009).

Τα τελευταία χρόνια διαπιστώνεται ότι υπάρχει μια αλληλοεπικάλυψη των δύο κατηγοριών ασφάλισης, κάτι που φαίνεται μέσα από το διαρκή ενεργό ρόλο και την ολοένα και μεγαλύτερη διείσδυση της ιδιωτικής ασφάλισης ειδικότερα στα κοινωνικά συστήματα υγείας (Αντωνάκη, 2009).

- ***Ιδιωτική ασφάλιση***

Ιδιωτική είναι η ασφάλιση που παρέχεται από ιδιωτικούς φορείς (ασφαλιστικές εταιρείες). Η ιδιωτική ασφάλιση διέπεται από τις διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου. Επιπλέον, η ιδιωτική ασφάλιση και η ασφαλιστική επιχείρηση έχουν χαρακτήρα εμπορικό και ο βασικός στόχος τους είναι το κέρδος. Ο φορέας ιδιωτικής ασφάλισης είναι κυρίως, εμπορική επιχείρηση και η σχέση δε που συνδέει τον ασφαλιστή με τον ασφαλισμένο είναι κατά βάση η ασφαλιστική σύμβαση. Στις υποχρεωτικές ασφαλίσεις (π.χ. κλάδος ασφάλισης αυτοκινήτου) δεν εφαρμόζεται η αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων. Επίσης, η νομοθεσία παρεμβαίνει διορθωτικά και δευτερευόντως, με στόχο την προστασία του ασφαλισμένου ως τον ασθενέστερο συμβαλλόμενο ή για να θεσπιστούν περιπτώσεις υποχρεωτικής ασφάλισης για να προστατευθεί το κοινωνικό σύνολο (Ελληνική Ένωση Τραπεζών, 2008).

Κατά κύριο λόγο, εξαιρώντας τις περιπτώσεις υποχρεωτικής ασφάλισης, ο ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα την ασφάλιση, ενώ και στις περιπτώσεις υποχρεωτικής ασφάλισης ο ασφαλιζόμενος επιλέγει ελεύθερα τον φορέα που του παρέχει τους καλύτερους για τον ίδιο όρους, αφού η αγορά είναι αρκετά ανταγωνιστική.

Ο χαρακτήρας της ιδιωτικής ασφάλισης είναι πλήρως ανταποδοτικός. Συγκεκριμένα οι φορείς της ιδιωτικής ασφάλισης συγκεντρώνουν τους πόρους για να καταβάλλουν τις ασφαλιστικές αποζημιώσεις αποκλειστικά από τα ασφάλιστρα που εισπράττουν, τα οποία επενδύουν για να τα διατηρήσουν και να τα αυξήσουν, λειτουργώντας ως διαχειριστές του επιμερισμού των κινδύνων ανάμεσα στους ασφαλισμένους (Ελληνική Ένωση Τραπεζών, 2008).

Συγκεντρωτικά, η ιδιωτική ασφάλιση: (Βουρλούμης, 2005)

- Αφορά την κάλυψη κινδύνων που σχετίζονται τόσο με αγαθά όσο και με πρόσωπα αλλά και επιχειρήσεις.
- Δεν είναι πάντα υποχρεωτική, εκτός εάν ο Νόμος επιβάλλει ως υποχρέωση την κάλυψη συγκεκριμένων κινδύνων.
- Ασκείται από ιδιωτικές επιχειρήσεις κάτω από αυστηρή εποπτεία και κανόνες.
- Ο ασφαλισμένος καταβάλλει ολόκληρο το ασφάλιστρο.
- Το ασφάλιστρο είναι ανάλογο αφενός με τον κίνδυνο αφετέρου με το ύψος των παροχών.

Τέλος, η ιδιωτική ασφάλιση σχετίζεται άμεσα με: (Βουρλούμης, 2005)

- Την κοινωνική - κρατική πολιτική στο πεδίο της κοινωνικής ασφάλισης που αφορά τις συντάξεις και τον θεσμό της υγείας
- Τον τρόπο που λειτουργεί το πιστωτικό σύστημα
- Τον χειρισμό των φυσικών καταστροφών
- Την προστασία σημαντικών επιχειρήσεων από διάφορους κινδύνους

- ***Κοινωνική ασφάλιση***

Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (π.χ. το ΙΚΑ). Η ασφαλιστική σχέση που συνδέει φορείς και ασφαλισμένους ρυθμίζεται από διατάξεις δημοσίου δικαίου. Η κοινωνική ασφάλιση δεν δημιουργείται από την ελεύθερη βούληση των ασφαλιζόμενων αλλά όταν από το νόμο συντρέχουν οι προβλεπόμενες προϋποθέσεις στο πρόσωπο των ασφαλισμένων. Η ασφαλιστική παροχή τίθεται σε λειτουργία όταν δημιουργηθεί ο κίνδυνος, οι συνέπειες του οποίου καλύπτονται σε χρήμα ή σε παροχή (π.χ.. ασθένεια, ατύχημα, αναπηρία, θάνατος,

σύνταξη) σε συνδυασμό με τη συνδρομή χρονικών και οικονομικών προϋποθέσεων (Βουρλούμης, 2005).

Η κοινωνική ασφάλιση εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον. Όταν υπάρχει σχέση εξαρτημένης εργασίας, (π.χ. υπάλληλοι, εργάτες), η καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών δεν γίνεται μόνο από τους ασφαλισμένους, αλλά και από το κράτος και από τρίτους (εργοδότες).

Επιπρόσθετα, η κοινωνική ασφάλιση δε έχει αποδοτικό χαρακτήρα. Οι παροχές των φορέων της πηγάζουν από τις εισφορές των ασφαλισμένων καθώς και από κρατικές ενισχύσεις (Νεκτάριος, 2005).

Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα περιλαμβάνει τρία είδη συστημάτων:

- Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης που αφορά την προστασία των πολιτών που εργάζονται
- Σύστημα κοινωνικής πρόνοιας για τη φροντίδα όσων πολιτών έχουν επέλθει σε κατάσταση ανάγκης
- Εθνικό Σύστημα υγείας που καλύπτει όλα τα άτομα στην ελληνική επικράτεια

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

«ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ»

2.1.Βασικές ασφαλιστικές αρχές

Η συμφωνία ανάμεσα σε δύο μέρη με στόχο να έχει νομικά δεσμευτικό χαρακτήρα λέγεται σύμβαση. Μάλιστα, οι ασφαλιστικές συμβάσεις είναι εξαιρετικά απλές συμβάσεις. Βάσει νόμου, για να έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα οι ασφαλιστικές συμβάσεις είναι απαραίτητο το ένα μέρος να κάνει προσφορά την οποία θα δεχθεί το άλλο μέρος με τους ίδιους όρους. Κατά συνέπεια το ένα μέρος πληρώνει ή κλείνει συμφωνία στο να πληρώσει τα ασφάλιστρα και το άλλο μέρος δίνει την υπόσχεση να αποζημιώσει τις περιπτώσεις που συμφωνούνται όπως για παράδειγμα όταν τα ασφαλισμένα αντικείμενα υποστούν ζημιές από διάφορους παράγοντες / κινδύνους (Βουρλούμης, 2005).

Ουσιαστικά τα αναγκαία στοιχεία από τα οποία αποτελείται μία νομική σύμβαση είναι: (Αντωνάκη, και συν, 2009)

- Προσφορά: Γίνεται μια οριστική προσφορά προς συγκεκριμένο πρόσωπο – α.
- Αποδοχή: Πρέπει να είναι ίδια με τους όρους που περιέχονται στην προσφορά.
- Αντιπαροχή (αντάλλαγμα): Είναι η πληρωμή / προσφορά για πληρωμή σε προϊόντα ή υπηρεσίες που το άλλο μέρος θα δώσει. Στον κλάδο της ασφάλισης αφορά τα ασφάλιστρα για την κάλυψη που έχει προσφερθεί.

Τα ασφαλιστήρια συμβόλαια αποτελούν νομικά πλαίσια που περιέχουν συγκεκριμένες και γενικές αρχές όπως ακριβώς υπαγορεύονται από τις ανάλογες νομοθετικές διατάξεις οι οποίες διαμορφώνουν τη δομή της ασφαλιστικής σύμβασης και κατά συνέπεια, τον τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης. Υπάρχουν ορισμένες βασικές

νομικές αρχές που περιέχονται στα ασφαλιστήρια ώστε να έχει πλήρη ισχύ το συμβόλαιο (Νεκτάριος, 1998).

- ***Αρχή του ασφαλισμού συμφέροντος***

Ο ασφαλισμένος πρέπει να βλάπτεται οικονομικά ή με άλλον τρόπο από την ζημία. Έχει δύο βασικούς σκοπούς: να εμποδίζεται η κερδοσκοπία (και ο ηθικός κίνδυνος) και να μετράται η ζημία (η αποζημίωση είναι το μέτρο του ασφαλισμού συμφέροντος του αποζημιούμενου). Για παράδειγμα, υφίσταται ασφαλισμο συμφέρον αν υπάρχει καταστροφή ή κλοπή του λήπτη της ασφάλισης, εφόσον προκύπτει οικονομική βλάβη. Επομένως, για να είναι ισχυρά τα ασφαλιστήρια συμβόλαια, είναι αναγκαίο να υπάρχει ασφαλισμο συμφέρον διαφορετικά οι ασφαλισμένοι θα λάμβαναν ακόμη και αν δεν υπήρχε ζημία. Συνεπώς με την «αρχή του ασφαλισμού συμφέροντος» στα ασφαλιστήρια συμβόλαια: (Σκουλούδης, 2000)

- Εμποδίζεται η κερδοσκοπία
- Υπάρχει πολύ μικρός ηθικός κίνδυνος
- Προσδιορίζεται η ζημία

- ***Αρχή της αποζημίωσης***

Η αρχή της αποζημίωσης είναι μία από τις βασικότερες ασφαλιστικές αρχές. Η πλειοψηφία των ασφαλιστήριων περιουσίας είναι συμβόλαια αποζημίωσης. Πιο συγκεκριμένα, ένα συμβόλαιο αποζημίωσης ορίζει πως ο ασφαλισμένος δεν μπορεί να λάβει πιο πολλά από το προσδιοριζόμενο ποσό της ζημίας. Δύο είναι οι κυριότεροι σκοποί της αρχής της αποζημίωσης: (Γαλιάτσος, 2013)

- Να μην επιτρέπει στον ασφαλισμένο να κερδίσει, από την ασφάλιση. Ο ασφαλισμένος δεν πρέπει να κερδίζει όταν υπάρχει ζημία, αλλά στόχος είναι αποκλειστικά και μόνο οικονομική αποκατάσταση ακριβώς στο επίπεδο που βρισκόταν πριν συμβεί η ζημία ή επέλθει το ασφαλιστικό γεγονός.

- Να περιορίσει στο ελάχιστο τον ηθικό κίνδυνο. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ορισμένοι ασφαλισμένοι προκαλούν με δόλο ζημιά με σκοπό την αποζημίωση.

- ***Αρχή της συνεισφοράς***

Ο ασφαλιστής μπορεί να λάβει από άλλους ασφαλιστές το ποσό της αποζημίωσης που αντιστοιχεί στον καθένα, εάν η ασφάλιση είναι πολλαπλή, κάτι που συμβαίνει όταν υπάρχει κάλυψη κινδύνου από πολλά συμβόλαια (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, 2011).

- ***Αρχή της υποκατάστασης***

Ο ασφαλιστής παίρνει τη θέση του ασφαλισμένου στη διεκδίκηση της αποζημίωσης για τη ζημιά που κάλυπτε το συμβόλαιο. Η υποκατάσταση εφαρμόζεται αν έχει προηγηθεί αποζημίωση (προϋπόθεση). Έχει τους εξής σκοπούς: (Γαλιάτσος, 2013)

- Εμποδίζει τον ασφαλισμένο να εισπράξει δύο φορές τη ζημιά
- Αποδίδει ευθύνη στον υπαίτιο
- Κρατά χαμηλά τα ασφάλιστρα

- ***Αρχή της νομιμότητας***

Η αρχή της νομιμότητας επιβάλλει να μην ασφαρίζονται παράνομα αντικείμενα ή καταστάσεις όπως αντικείμενα κλεπταποδοχής, μεταφορά ναρκωτικών κτλ, γενικότερα έκνομες και παράνομες εμπορικές δραστηριότητες και συναλλαγές.

- ***Αρχή της πλησιέστερης αιτίας***

Η αρχή της πληρέστερης αιτίας είναι πολύ βασική για κάθε ασφάλιση. Με τον όρο πλησιέστερη αιτία εννοούμε την αιτία στην οποία οφείλεται κατά κύριο λόγο η επέλευση του κινδύνου. Δεν είναι εύκολη υπόθεση το να προσδιοριστεί επακριβώς η πλησιέστερη αιτία, γι' αυτό και σε αρκετές περιπτώσεις οριστικοποιείται στα δικαστήρια (Βιολάκης, και συν., 2012).

- ***Αρχή της μέγιστης καλής πίστης***

Επιβάλλει ειλικρίνεια και εντιμότητα στα δύο συμβαλλόμενα μέρη. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης αρχής είναι τα ακόλουθα: (Βιολάκης, και συν., 2012)

- Στις Δηλώσεις: Ο ασφαλιστής δεν πληρώνει αποζημίωση τον ασφαλισμένο εάν οι προ – συμβατικές δηλώσεις είναι ελλιπείς και λανθασμένες ή έχουν ψευδή στοιχεία.
- Στην Απόκρυψη Γεγονότων: Ο ασφαλιστής αρνείται να αποζημιώσει εάν αποδειχθεί ότι ο ασφαλισμένος γνώριζε για τη σημασία των αποκρυμμένων στοιχείων ή ο ασφαλισμένος αποσκοπούσε στην εξαπάτηση του ασφαλιστή.
- Στις Δεσμεύσεις: Σε μη τήρησης της δέσμευσης, η ζημία δεν αποζημιώνεται αν υπάρξει ακύρωση συμβολαίου πριν από αυτήν αλλιώς ο ασφαλιστής πρέπει να αποδείξει ότι η παράλειψη ήταν ουσιώδης και αυξάνει τον κίνδυνο μόνιμα και όχι προσωρινά.

2.2. Έννοια και φύση ασφαλιστικού κινδύνου

Η έννοια του κινδύνου, στην καθημερινή ζωή, συνδέεται με ανεπιθύμητο και δυσάρεστο γεγονός, που προκαλεί επιβλαβείς συνέπειες τόσο στη ζωή του ανθρώπου όσο και στο σύνολο της κοινωνίας. Στον ασφαλιστικό τομέα, κίνδυνος θεωρείται η δυνατότητα που υπάρχει να συμβεί κάποιο τυχαίο γεγονός, που ως επίπτωση, θα έχει είτε να μειωθεί η περιουσία κάποιου προσώπου ή την ανάγκη να αυξηθεί ώστε να είναι εφικτή η αντιμετώπιση έκτακτης οικονομικής ανάγκης.

Ουσιαστικά η ασφάλιση σχετίζεται άμεσα με την έννοια των κινδύνων ενώ στη βιβλιογραφία ορίζεται ως «η συγκέντρωση τυχαίων κινδύνων με τη μεταφορά τους σε ασφαλιστές που καταλήγουν σε συμφωνία, έναντι ασφαλιστρού, αποζημίωσης των ασφαλισμένων για τις απρόβλεπτες ζημιές ή να προσφέρουν άλλες χρηματικές παροχές ή υπηρεσίες που έχουν σχέση με τον κίνδυνο» (Νεκτάριος, 2003:48).

Ο κίνδυνος υπάρχει σε πολλές καταστάσεις που σχετίζονται με τους ανθρώπους, τις εταιρείες και την κοινωνία. Στον τομέα της ασφάλισης, ο κίνδυνος αντιπροσωπεύει ένα ρίσκο του ασφαλισμένου έναντι κάποιου πιθανού γεγονότος ή μια περιουσία που καλύπτεται από την ασφάλιση. Έτσι λοιπόν, στην έννοια του ασφαλιστικού κινδύνου, περιλαμβάνονται όλα τα επιβλαβή και επιζήμια περιστατικά της ζωής και της περιουσίας (ασθένειες, ατυχήματα, καταστροφές από κάθε είδους φυσικό φαινόμενο) αλλά και επιθυμητά και ευχάριστα γεγονότα που δημιουργούν οικονομικές ανάγκες (Vaughan & Vaughan, 2003).

Η πιθανότητα επέλευσης του κινδύνου, πρέπει να είναι αντικειμενικά ή υποκειμενικά έστω αβέβαιη και να μην αναφέρεται, ποτέ, στη βούληση του ασφαλισμένου. Ο ασφαλιστικός κίνδυνος, λοιπόν, είναι απαραίτητο να εμφανίζεται με έντονο τρόπο την αβεβαιότητα, είτε της επελεύσεως του, αυτού καθ' αυτού ως περιστατικό (απόλυτη αβεβαιότητα) όπως για παράδειγμα κίνδυνος από πυρκαγιά ή ατυχήματα, είτε του χρόνου επελεύσεώς του (σχετική αβεβαιότητα) όπως ο κίνδυνος που σχετίζεται με τον θάνατο (Πριναράκης, 1999).

2.3.Κατηγορίες κινδύνων

Στον ασφαλιστικό τομέα, οι κίνδυνοι ταξινομούνται στις εξής βασικές κατηγορίες:

- *Αμιγείς και επιχειρηματικοί κίνδυνοι*

Αμιγείς ή καθαροί κίνδυνοι σχετίζονται με την δημιουργία ή μη δημιουργία συγκεκριμένων γεγονότων που προκαλούν οικονομικές ζημιές. Ουσιαστικά είναι μια κατάσταση όπου υπάρχουν μόνο οι πιθανότητες απώλειας (εκροή χρημάτων) ή μη απώλειας, αλλά όχι κέρδους (εισροή χρημάτων) (Πριναράκης, 1999).

Ο επιχειρηματικός ή εμπορικός ή κερδοσκοπικός κίνδυνος είναι μια κατάσταση από την οποία μπορεί να δημιουργηθεί κέρδος ή ζημιά ή να μην αλλάξει τίποτα από την αρχική κατάσταση. Κατά κανόνα οι ασφαλιστικές εταιρίες ασφαλίζουν μόνο αμιγείς κινδύνους και όχι επιχειρηματικούς (Πριναράκης, 1999).

- *Γενικευμένοι και μεμονωμένοι κίνδυνοι*

Οι γενικευμένοι κίνδυνοι οφείλονται σε απρόσωπα και γενικευμένα φαινόμενα, που έχουν επιρροή σε όλη την οικονομία - κοινωνία. Τα εν λόγω φαινόμενα προκαλούνται συνήθως από την ίδια τη φύση ή την κοινωνία (πόλεμοι, σεισμοί, πλημμύρες, ζημιές λόγω ασθενειών ή εξαιτίας της μόδας). Οι συγκεκριμένοι κίνδυνοι χαρακτηρίζονται ως καταστροφικοί (Βουρλούμης, 2005).

Οι μεμονωμένοι κίνδυνοι αναφέρονται σε μεμονωμένα και συγκεκριμένα γεγονότα και επηρεάζουν συγκεκριμένα άτομα – ομάδες – επιχειρήσεις (Πριναράκης, 1999).

- *Σταθεροί και μεταβλητοί*

Οι σταθεροί ή αλλιώς στατικοί κίνδυνοι είναι οι κίνδυνοι που συμβαίνουν με σταθερότητα, η πιθανότητα επελεύσεώς τους δεν αλλάζει και είναι περισσότερο προβλέψιμοι ως προς τη διαχείρισή τους από τους ασφαλιστές (τροχαία ατυχήματα). Οι περισσότεροι στατικοί κίνδυνοι είναι καθαροί (Πριναράκης, 1999).

Αντιθέτως, μεταβλητοί ή δυναμικοί κίνδυνοι χαρακτηρίζονται οι κίνδυνοι όπου οι πιθανότητες επελεύσεώς αυξομειώνονται καθώς συνδέονται με ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον και με μία συνεχή κίνηση. Οι μεταβλητοί κίνδυνοι είναι πάντα κερδοσκοπικοί. Η διάκριση των κινδύνων σε σταθερούς και μεταβλητούς είναι ιδιαίτερα σημαντική για την τιμολόγηση των ασφαλιστρών (Πριναράκης, 1999).

- ***Τακτικοί και έκτακτοι***

Τακτικοί είναι οι κίνδυνοι, που εμφανίζονται στο συνήθη και ομαλό πολιτικοοικονομικό βίο ενώ έκτακτοι είναι εκείνοι που παρουσιάζονται σε διαστήματα πολέμου, πολιτικών ταραχών, απεργιών (Πριναράκης, 1999).

- ***Κίνδυνοι κατά κλάδο***

Εδώ κατανέμεται η ασφαλιστική εργασία σε ασφαλιστικούς τομείς. Επομένως, έχουμε τον κλάδο πυρός, όπου ανήκουν οι κίνδυνοι πυρκαγιάς, τον κλάδο αυτοκινήτων, όπου περιλαμβάνονται οι κίνδυνοι κυκλοφορίας των αυτοκινήτων κ.τ.λ. (Πριναράκης, 1999).

- ***Ασφαλίσιμοι και μη ασφαλίσιμοι***

Η ταξινόμηση αυτή των κινδύνων συνδέεται με το αν το αντικείμενο του κινδύνου είναι άξιο νομικής προστασίας, οπότε μιλάμε για ασφαλίσιμους κινδύνους. Μηασφαλίσιμοι είναι οι κίνδυνοι που αναφέρονται σε αξιόποινες πράξεις π.χ. ασφάλισιαστικής ευθύνης από πράξεις που αποτελούν ποινικό αδίκημα κ.τ.λ. (Πριναράκης, 1999).

2.4. Καλυπτόμενοι κίνδυνοι

Οι ασφαλιστικές εταιρείες αναλαμβάνουν την κάλυψη ποικίλων κλάδους ασφαλίσεων. Οι κυριότερες κατηγορίες ασφάλισης διακρίνονται σε Ασφαλίσεις Ζωής και Ασφαλίσεις Περιουσίας.

- *Ασφαλίσεις Ζωής*

1. Αντασφαλίσεις πρόσκαιρης διάρκειας: Έχουν ως στόχο άτομα που επιθυμούν μόνο ασφαλιστική προστασία, για κάλυψη αναγκών όπως είναι η προστασία δανείων, εισοδήματος, η πληρωμή φόρου κληρονομιάς. Παρέχουν την πιο μεγάλη κάλυψη και πραγματοποιούνται για χρονικό διάστημα έως 1 έτος (Κιόχος, 1993).

2. Ισόβιες ασφαλίσεις: Προσφέρουν στον συμβαλλόμενο δικαιώματα όπως δανεισμό σε μετρητά, εξαγορά, αυτόματος δανεισμός και παρέχονται αφού περάσουν 2 έως 5 χρόνια από τη στιγμή που ξεκινήσει η ασφάλιση. Η εν λόγω ασφάλιση ενδέχεται να είναι χωρίς συμμετοχή ή με συμμετοχή στα κέρδη (Νεκτάριος, 2005).

3. Μικτές ασφαλίσεις και επενδυτικά σχέδια: Παρέχει στον συμβαλλόμενο ποικίλα δικαιώματα όπως συμβαίνει και στις ισόβιες. Και αυτό το είδος ασφάλισης μπορεί να είναι με συμμετοχή και χωρίς συμμετοχή στα κέρδη. Γίνεται για χρονικό διάστημα 10 ετών και περισσότερο. Ωστόσο τα ασφάλιστρα είναι πιο υψηλά από εκείνα της ισόβιας ασφάλισης εφόσον όμως είναι και πιο υψηλές οι αξίες που προσφέρει το πρόγραμμα σε περίπτωση επέλευσης του ασφαλιστικού γεγονότος (Κιόχος, 1993).

4. Πρόσθετα ωφελήματα: (Νεκτάριος, 2005)

- Πρόσθετη ασφάλιση ζωής
- Ωφελήματα θανάτου από ατύχημα
- Ωφέλημα απαλλαγής από την πληρωμή ασφαλιστρών
- Ωφέλημα μόνιμης ανικανότητας
- Ωφέλημα οικογενειακής προστασίας
- Ωφέλημα μόνιμης ανικανότητας από ατύχημα

5. Σχέδια συνταξιοδότησης: Πρόκειται για μία εξαιρετικά περιορισμένη αγορά λόγω έλλειψης φορολογικών κινήτρων που δίνουν κίνητρο για την προώθησή τους. Τα σημαντικότερα από τα σχέδια είναι: (Κιόχος, 1993)

- Το σχέδιο της συνταξιοδότησης με άμεση πληρωμή ωφελημάτων
- Το σχέδιο συνταξιοδότησης με αναβολή στην πληρωμή ωφελημάτων

Σε όλες τις ασφαλίσεις ζωής είναι πολύπλοκη η διαδικασία υπολογισμού των ασφαλιστρών. Τα τρία σημαντικότερα στοιχεία ενός ασφαλιστρού ζωής είναι η θνησιμότητα, το εισόδημα από επενδύσεις και τα διαχειριστικά έξοδα. Οι τρόποι πληρωμής των ασφαλιστρών είναι με ετήσιες, εξαμηνιαίες, τριμηνιαίες ή ακόμη με μηνιαίες δόσεις σε όλη τη διάρκεια του συμβολαίου (Κιόχος, 1993).

- *Ασφαλίσεις προσώπων*(Βολιάκης, και συν., 2012)

1. Ασφάλιση προσωπικών ατυχημάτων: Παρέχει ωφελήματα για την περίπτωση της επέλευσης του θανάτου, της μόνιμης ή προσωρινής ανικανότητας, για την προσωρινή ανικανότητα και έξοδα ιατρικής φύσης που προκαλούνται από ατύχημα ή από αιφνίδια νόσο. Αφορά συμβόλαιο ωφελημάτων και όχι συμβόλαιο αποζημίωσης καθώς η ζημία δεν υπολογίζεται.

2. Ασφάλιση ασθενειών: Η προσφορά ασφάλισης ασθενειών αποτελεί τις περισσότερες φορές επέκταση του συμβολαίου προσωπικών ατυχημάτων. Παρέχονται ωφελήματα που είναι εβδομαδιαία ποσά και αφορούν το διάστημα που ο ασφαλισμένος έπαψε να εργάζεται αλλά και τα έξοδα ιατρικής φύσης. Το συμβόλαιο προσφέρεται τόσο σαν ατομικό όσο και σε ομαδική βάση.

3. Ασφάλιση ιατρικών εξόδων: Καλύπτει ιατρικά και άλλα έξοδα που προκύπτουν για τον ασφαλισμένο εξαιτίας κάποιου ατυχήματος ή ασθένειας.

4. Ασφάλιση ταξιδιού: Αφορά κυρίως άτομα που πραγματοποιούν ταξίδια στο εξωτερικό είτε για διασκέδαση είτε για επαγγελματικούς λόγους. Το συμβόλαιο, μπορεί να είναι ατομικό ή ομαδικό.

- *Ασφαλίσεις περιουσίας*(Αντωνάκη, και συν., 2009)

1. Ασφάλιση Πυρός: Καλύπτει ζημιές που προκαλούνται από: πυρκαγιά, κεραυνό, έκρηξη. Εξαιρούνται: ο σεισμός και το υποχθόνιο πυρ, οι οχλαγωγίες και οι ταραχές, οι ζημιές από πόλεμο. Επίσης η κάλυψη που παρέχεται από το βασικό συμβόλαιο να επεκταθεί για να προσφέρει κάλυψη και σε άλλους κινδύνους τους «ειδικούς κινδύνους» (special peril) όπως αναθυμιάσεις, αυτόματη ανάφλεξη, καταιγίδα, θύελλα, πλημμύρα κ.τ.λ.

2. Ασφάλιση κλοπής: Αφορά κλοπή έπειτα από διάρρηξη. Εξαιρέση αποτελούν οι ζημιές που προκαλούνται από σεισμό, ραδιενέργεια και πολιτικούς κινδύνους.

3. Ασφάλιση υαλοπινάκων: Εάν υπάρξει σπάσιμο ή καταστροφή των ασφαλισμένων γυαλιών από οποιαδήποτε αιτία που δεν εξαιρείται από το συμβόλαιο, τότε η εταιρεία πληρώνει στον ασφαλισμένο ίσο ποσό με την τρέχουσα αξία του γυαλιού αφαιρώντας την αξία εκείνου που απόμεινε να αντικαταστήσει το σπασμένο γυαλί με κάποιο άλλο όμοιο. Εξαιρείται το σπάσιμο από πυρκαγιά, πολιτικές ταραχές, σεισμό, ραδιενέργεια.

4. Ασφάλιση όλων των κινδύνων: Καλύπτει πολύτιμα αντικείμενα όπως πίνακες ζωγραφικής. Και το συμβόλαιο αφορά την κάλυψη τυχαίας απώλειας, ζημιάς ή καταστροφής από οποιαδήποτε αιτία που δεν προσδιορίζεται ότι εξαιρείται.

5. Ασφάλιση ηλεκτρονικών συσκευών: Το συμβόλαιο μπορεί να επεκταθεί για να καλύψει κινδύνους, όπως είναι η απεργία, ο κίνδυνος μεταφοράς, κλοπή. Το ασφαλισμένο ποσό είναι απαραίτητο να ισούται με την αξία αντικατάστασης της ασφαλισμένης περιουσίας.

6. Ασφάλιση όλων των κινδύνων ανέγερσης: Αφορά την προστασία έναντι κάθε κινδύνου εργοταξίου.

7. Ασφάλιση εργολάβων όλων των κινδύνων: Αφορά την προστασία που σχετίζεται με την απώλεια ή ζημία σε σχέση με το συμβόλαιο εργολαβίας, τις εγκαταστάσεις ανέγερσης, τον εξοπλισμό και τα μηχανήματα ανέγερσης.

8. Ασφάλιση μηχανημάτων: Κάλυψη για δαπανηρές εγκαταστάσεις, μηχανήματα και μηχανικό εξοπλισμό.

9. Ασφάλιση αλλοίωσης εμπορευμάτων: Κάλυψη σε περίπτωση αλλοίωσης των εμπορευμάτων που είναι αποθηκευμένα σε ψυκτικούς χώρους, εξαιτίας μηχανικής βλάβης των ψυκτικών μηχανημάτων.

- *Ασφαλίσεις θαλασσιών κινδύνων, αέρος και μεταφορών* (Βολιάκης, και συν., 2012)

1. Ασφάλιση σκαφών αναψυχής: Ανάλογα την αξία και τη χρήση του σκάφους υπάρχει και το αντίστοιχο συμβόλαιο.

2. Ασφάλιση μεταφερόμενων εμπορευμάτων:Επιπλέον παρέχεται κάλυψη για εμπορεύματα των οποίων η αποστολή γίνεται με χερσαίες μεταφορές η ταχυδρομικά.

3. Άλλες ασφάλισης θαλασσίων κινδύνων:Ασφάλιση σωμάτων, πλοίων, ναύλου κ.τ.λ.

- *Ασφαλίσεις ευθύνης*(Κιόχος, 1993)

1. Ασφάλιση ευθύνης εργοδότη:Αποζημιώνει για ζημιές και έξοδα που έχουν σχέση με τραυματισμό ή ασθένεια που έχει υποστεί ένας υπάλληλος ενώ εργάζεται.

2. Ασφάλιση αστικής ευθύνης: Αποζημιώνει τον ασφαλισμένο σε σχέση με απαιτήσεις από τρίτους που μπορεί να υποστούν τραυματισμό ή ζημίες εξαιτίας αμέλειας υπαλλήλου-ων.

3. Ασφάλιση ευθύνης προϊόντων:Αφορά πωλητές, κατασκευαστές εμπορευμάτων εφόσον μπορεί να παρουσιαστεί ευθύνη σε βάρος τους έναντι των πελατών τους και τρίτων για τραυματισμό, ασθένεια, η ζημία λόγω αμέλεια τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

«Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ»

3.1. Ιστορική αναδρομή της ιδιωτικής ασφάλισης

Η ιδιωτική ασφάλιση έχει τις ρίζες της ως ιδέα από τα αρχαία χρόνια. Οι καθημερινές δυσκολίες που έπρεπε να διαχειριστεί ο άνθρωπος αλλά και η διαρκής αντιμετώπιση κινδύνων την εποχή των προϊστορικών χρόνων ώθησε τον άνθρωπο σε έναν καινούριο τύπο επικοινωνίας και οργάνωσης της ζωής του διαμορφώνοντας κατά αυτόν τον τρόπο την πρώτη μορφή συμβίωσης που είχε ως βασικό στόχο την μείωση των κινδύνων. Σταδιακά δομήθηκαν οι πρώτες κοινωνικές ομάδες αλληλεγγύης και χάρη σε αυτές ο άνθρωπος κατάφερε να δημιουργήσει οικογένεια, φυλές, ομάδες κυνηγιού αλλά και κοινότητες. Με την κατηγοριοποίηση των ευθυνών και την καλλιέργεια της εξειδίκευσης διαμορφώθηκε ένα σύστημα αξιοποίησης των φυσικών αγαθών ενώ μειώθηκαν αισθητά οι ατομικοί κίνδυνοι εφόσον υπήρχε έντονη η ανάγκη να θέσουν οι άνθρωποι τον εαυτό τους μέσα από μία φυσική διαδικασία σε έναν απλό τύπο ασφάλισης! Έτσι λοιπόν, ο άνθρωπος εντελώς φυσικά, οδηγήθηκε στην βασική αρχή της ασφάλισης, τον νόμο των μεγάλων αριθμών ενώ σιγά σιγά διαμόρφωσε την έννοια του ασφαλιστικού κινδύνου (Βιολάκης, και συν., 2012).

Υπήρχαν ήδη συγκεκριμένες ισχυρές ενδείξεις εμφάνισης του φαινομένου της ιδιωτικής ασφάλισης στην αρχαία Μεσοποταμία. Ενώ αναπτύσσονταν οι χερσαίες μεταφορές, οι έμποροι έκλειναν συμφωνίες για να διαχειρίζονται σαν ενιαίο σύνολο ενδεχόμενες απώλειες ή καταστροφές των εμπορευμάτων κατά τη μεταφορά τους στα ταξίδια που πραγματοποιούσαν. Επίσης, στην αρχαία Ελλάδα, εμφανίζονται διάφορες μορφές ασφάλισης όσον αφορά τις θαλάσσιες ασφαλίσεις από πολλούς ιστορικούς (Δούκας, 1988).

Ο θεσμός της Ιδιωτικής Ασφάλισης, όπως τον γνωρίζουμε σήμερα, πήρε την πληρέστερη μορφή του τον 15ο αιώνα τόσο στην Ισπανία όσο και στην Ιταλία και σχετιζόταν με τη θαλάσσια ασφάλιση, η οποία όπως προαναφέρθηκε είχε εξελιχθεί σε ένα αξιοθαύμαστο επίπεδο από τους αρχαίους Έλληνες.

Η χερσαία ασφάλιση και η ασφάλιση πυρκαγιάς, αναπτύχθηκαν με τη βιομηχανική επανάσταση στη Δυτική Ευρώπη, την Βόρεια Αμερική και την Ιαπωνία. Η ασφάλιση

ζωής εξελίχθηκε στην Μεγάλη Βρετανία από το 18^ο αιώνα. Επιπλέον, η ασφάλιση αστικής ευθύνης σχετίζεται με την από τον 19^ο αιώνα θέσπιση αστικής ευθύνης του εργοδότη για τα εργατικά ατυχήματα. Αργότερα αναπτύχθηκαν οι ασφαλίσεις για αυτοκίνητα, ασθένειες και ατυχήματα και κυρίως μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, οι ομαδικές ασφαλίσεις για προσωπικά ατυχήματα (Κιόχος, 1993).

Σήμερα, η ιδιωτική ασφάλιση σε διεθνές επίπεδο γνωρίζει ανοδική πορεία, καλύπτοντας ένα ευρύτατο φάσμα αγαθών και υπηρεσιών. Πλέον η ιδιωτική ασφάλιση περιλαμβάνει την κάλυψη κάθε κινδύνου εκτός από πολεμικούς κινδύνους και την αστική ευθύνη λόγω ζημιών από πυρηνική ενέργεια που τις καλύπτει υπό αυστηρούς και περιορισμένους όρους. Ταυτόχρονα με την δημιουργιάντων ασφαλιστικών επιχειρήσεων διαπιστώνεται διεθνώς μεγάλη συγκέντρωση σε ασφαλιστικές πολυεθνικές ομάδες ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Επίσης διαμορφώνονται ολοένα και περισσότερες προοπτικές για μεγαλύτερη ανάπτυξη του ασφαλιστικού τομέα, λόγω της τάσης για τη συμπλήρωση της κοινωνικής ασφάλισης από την ιδιωτική σε κλάδους που σχετίζονται με τις συντάξεις και κυρίως με την υγεία. Στις περισσότερες χώρες της Δύσης οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις δημιούργησαν τράπεζες, στον αντίποδα, στην Ελλάδα οι μεγαλύτερες ασφαλιστικές επιχειρήσεις έχουν δημιουργηθεί από τις τράπεζες (Δούκας, 1988).

3.2. Έννοια και χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης

Ω ασφάλιση ορίζεται η συγκέντρωση τυχαίων κινδύνων και η μεταφορά τους σε ασφαλιστές, οι οποίοι κλείνουν συμφωνία συμφωνούν, έναντι ασφαλίστρου, με σκοπό την αποζημίωση των ασφαλισμένων για απρόβλεπτες ζημιές ή την προσφορά άλλων χρηματικών παροχών που σχετίζονται με τον κίνδυνο (Νεκτάριος, 2003).

Ορίζοντας την ασφάλιση από την οικονομική οπτική, προσδιορίζεται ως η ανακατανομή του κόστους των απρόβλεπτων οικονομικών απωλειών (Χατζόπουλος, 2007).

Περιγράφοντας την ασφάλιση από την νομική πλευρά, παρουσιάζεται ως μια σύμβαση ανάμεσα σε δύο μέρη μέσω του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, όπου ο συμβαλλόμενος είναι υποχρεωμένος να καταβάλλει το ασφαλιστρο και ο αντισυμβαλλόμενος υποχρεούται στην καταβολή του ασφαλίσματος (πρέπει να αποκαταστήσει την οικονομική απώλεια που θα δημιουργηθεί εάν επέλθει ο κίνδυνος (Χατζόπουλος, 2007).

Η ιδιωτική ασφάλιση είναι η ασφάλιση που προσφέρεται κατά κύριο λόγο από ιδιωτικούς φορείς και σε αυτή την περίπτωση ισχύουν οι διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου. Η ασφαλιστική σύμβαση αφορά τον φορέα που προσφέρει την ιδιωτική ασφάλιση (εμπορική επιχείρηση) και τον ασφαλισμένο. Η αρχή της ελευθερίας των συμβάσεων για τις μη υποχρεωτικές ασφαλίσεις βρίσκει εφαρμογή και στην ιδιωτική ασφάλιση με μικρές διαφοροποιήσεις για την προστασία των ασφαλισμένων - καταναλωτών. Η κοινωνία κινδύνων, όπου βασίζεται η ιδιωτική ασφάλιση, χρειάζεται σωστή οργάνωση από τον ασφαλιστή, συστηματική ανάληψη των κινδύνων, ώστε να επιτυγχάνεται σε κάθε περίπτωση η πλήρης κάλυψη των ασφαλισμένων (Νεκτάριος, 1998).

Οι δυσάρεστες επιπτώσεις που δημιουργεί η επέλευση του κινδύνου επιμερίζονται σε αρκετά άτομα μέσω της ασφάλισης, και έτσι δεν υπάρχει επιβάρυνση μόνο του προσώπου που υπέστη τη ζημία. Κατά συνέπεια, οι ασφαλισμένοι μπορούν να διαχειρίζονται αμέσως και χωρίς να καταστραφούν οικονομικά, σημαντικούς κινδύνους που απαιτούν μεγάλα χρηματικά ποσά για την κάλυψή τους. Επίσης η ιδιωτική ασφάλιση προσφέρει διατήρηση της περιουσίας και των εσόδων και της καλής ποιότητας της ζωής των πολιτών (Σκουλούδης, 2000).

Εν ολίγοις, τα κυριότερα στοιχεία της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ο ασφαλιστικός κίνδυνος, το ασφάλιστρο και η ασφαλιστική επιχείρηση. Όλα τα εν λόγω στοιχεία διαμορφώνουν την διαφορά της ιδιωτικής ασφάλισης με άλλες παρεμφερείς έννοιες, όπως με τη σύμβαση ισόβιας προσόδου αλλά και με τη σύμβαση εγγύησης. (Νεκτάριος, 2003).

Πιο συγκεκριμένα, η ιδιωτική ασφάλιση: (Νεκτάριος, 2003)

- Παρέχει κάλυψη για κινδύνους προϊόντων / υπηρεσιών/ ατόμων / επιχειρήσεων.
- Έχει προαιρετικό χαρακτήρα.
- Η καταβολή του ασφάλιστρου γίνεται από τον ίδιο τον ασφαλισμένο και προσδιορίζεται ανάλογα με τον κίνδυνο και το ύψος των παροχών.

Η ιδιωτική ασφάλιση διαδραματίζει βασικό ρόλο στη διαχείριση σημαντικών και σοβαρών οικονομικών και κοινωνικών ζητημάτων εφόσον η ιδιωτική ασφάλιση έχει άμεση σχέση με: (Λιακοπούλου, 2006)

- Την κυβερνητική και την κρατική πολιτική σχετικά με το συνταξιοδοτικό σύστημα και την κοινωνική ασφάλιση
- Το πιστωτικό σύστημα
- Την τακτική αντιμετώπισης τεχνολογικών και περιβαλλοντολογικών κινδύνων
- Την αντιμετώπιση των φυσικών καταστροφών

Τα κυριότερα χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης είναι τα ακόλουθα: (Νεκτάριος, 2003)

- **Συγκέντρωση κινδύνων – κοινωνία των κινδύνων**

Η συγκέντρωση κινδύνων αποτελεί το πρώτο βήμα για να επεκτείνουν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις τις δραστηριότητες και για να προσφέρουν την κάλυψη σε όσους ενδιαφέρονται. Η συγκέντρωση των κινδύνων έχει άμεση σχέση με την κατανομή των απωλειών και την ακριβή εκτίμηση των μελλοντικών ζημιών. Αναγκαία προϋπόθεση είναι η συγκέντρωση μεγάλου αριθμού ομοιογενών κινδύνων προκειμένου να λειτουργήσει ο Νόμος των Μεγάλων Αριθμών για να προβλέπονται με ακρίβεια οι μελλοντικές ζημιές.

- **Μεταφορά κινδύνου και μείωση αβεβαιότητας**

Μεταφέρεται ο καθαρός κίνδυνος από τον ασφαλιζόμενο στον ασφαλιστή μέσω των ασφαλιστικών συμβολαίων. Ο ασφαλιστής λοιπόν, μπορεί να προβλέψει με σχετική ακρίβεια τις μελλοντικές ζημιές. Κατά αυτόν τον τρόπο μειώνεται ο αντικειμενικός κίνδυνος για τον ασφαλιστή και η αβεβαιότητα για τους ασφαλισμένους.

- **Αποζημίωση**

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η αποζημίωση των απωλειών, δηλαδή η καταβολή του ασφαλίματος με την επέλευση του κινδύνου ώστε ο ασφαλισμένος να αποζημιωθεί για τις πιθανές απώλειες.

3.3. Ασφαλιστήριο συμβόλαιο

Το ασφαλιστήριο, αποτελεί μια σύμβαση όπου περιέχεται το σύνολο των συμφωνιών και των αντίστοιχων όρων των συμβαλλομένων μερών που σχετίζονται με τον ασφαλιστή, τον ασφαλιζόμενο / αντισυμβαλλόμενο. Ουσιαστικά μιλάμε για μία ασφαλιστική σύμβαση, που είναι απαραίτητο να παρουσιάζεται σε έγγραφη μορφή με σαφήνεια και ακρίβεια.. Στο ασφαλιστήριο αναφέρονται ρητά όλοι οι γενικοί, ειδικοί όροι αλλά και εξαιρέσεις καλύψεων, που θεωρούνται ως τα βασικά στοιχεία για να αποδειχθεί το γεγονός της αποζημίωσης, όταν λάβει χώρα το ασφαλιστικό γεγονός (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, 2011).

Η πλειοψηφία των αγοραπωλητήριων συμβολαίων βασίζεται στο ότι ο κάθε αγοραστής είναι αναγκαίο να έχει πλήρη ενημέρωση για το τι αγοράζει. Εάν δεν τηρηθεί η συγκεκριμένη προϋπόθεση, τότε τίθεται θέμα πλάνης, δόλου, εξαπάτησης με τις ανάλογες επιπτώσεις να ακολουθούν. Ωστόσο το μεγαλύτερο μερίδιο ευθύνης το έχουν τα εμπλεκόμενα μέρη της αγοραπωλησίας, τα οποία πρέπει να ψάχνουν πληροφορίες και να διαπιστώνουν ότι επέλεξαν σωστά, ότι δεν υπήρχε παραπλάνηση και ούτε το συμβόλαιο περιλαμβάνει κάποιο σοβαρό ελάττωμα ή αναληθείς πληροφορίες (Ελληνικός Σύλλογος Ασφαλιστικής Επιστήμης, 2006).

Για την έκδοση του ασφαλιστηρίου σε οποιοδήποτε τομέα πρέπει αρχικά να γίνει πρόταση ασφάλισης από το ενδιαφερόμενο μέρος. Στην εν λόγω πρόταση θα πρέπει να γίνεται παρουσίαση όλων των λεπτομερειών – με ακρίβεια - που ενδιαφέρουν τον ασφαλιστή. Συγκεκριμένα, στο ασφαλιστήριο πρέπει να αναφέρονται όλα τα χαρακτηριστικά του ασφαλιζόμενου κινδύνου / πραγμάτων, ώστε να είναι εφικτή η αντίστοιχη αξιολόγηση του κινδύνου, για να καθοριστεί η κατηγορία, το ασφάλιστρο και το χρηματικό ποσό του ασφαλιζόμενου στοιχείου (Λιαρόπουλος Λ., 1993).

Με αυτόν τον τρόπο διαμορφώνεται το συμβόλαιο ασφάλισης, που βασίζεται στην «εξαιρετικά καλή πίστη». Ως προς την καλή πίστη εντάσσεται, η πραγματική και συγκεντρωτική καταγραφή των σχετικών στοιχείων που αναφέρεται στον προτεινόμενο κίνδυνο, είτε εκτιμήθηκε από τον ασφαλιστή είτε όχι. Επομένως, το πρόσωπο που κάνει την πρόταση της ασφάλισης, πρέπει να ξέρει τι θα συμπληρωθεί στην πρόταση ασφάλισης. Αναφέρονται τα στοιχεία που αφορούν κάθε γεγονός, που μπορεί να διαμορφώσει την άποψη κάθε ασφαλιστή, γιατί αν θα αναλάβει ή όχι τον κίνδυνο και να καθορίσει το ασφάλιστρο. Πιο συγκεκριμένα, στην πρόταση

ασφάλισης πρέπει να αναφέρονται τα ακόλουθα:(Ελληνικός Σύλλογος Ασφαλιστικής Επιστήμης, 2006)

- Περιστατικά που δείχνουν ότι ο ειδικός κίνδυνος είναι φαινομενικά πιο επισφαλής.
- Εάν οι εξωτερικοί παράγοντες δημιουργούν πιο επισφαλή κίνδυνο.
- Περιστατικά που θα έκαναν μεγαλύτερο το ποσό της ζημιάς
- Πλήρη στοιχεία που συνδέονται με την περιγραφή του υποκειμενικού θέματος της ασφάλισης.

Είναι κρίσιμης σημασίας οι προτάσεις πρέπει να παραδίδονται πλήρως συμπληρωμένες σύμφωνα με τον τομέα ασφάλισης. Επίσης σύμφωνα με τον κλάδο ασφάλισης υπάρχουν ποικίλες ερωτήσεις με διαφορετική σπουδαιότητα και σημασία όπως για παράδειγμα ηλικία ασφαλιζόμενου (κλάδο ζωής), η ηλικία ασφαλιζόμενου κτιρίου (κλάδος πυρός) κ.λπ. (Ελληνικός Σύλλογος Ασφαλιστικής Επιστήμης, 2006).

3.4. Είδη ιδιωτικής ασφάλισης

Το αντικείμενο της ασφάλισης σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με το πραγματικό νόμιμο ή οικονομικό συμφέρον.

Ουσιαστικά οι ασφαλιστικές συμβάσεις ταξινομούνται σε γενικές κατηγορίες: (Ελληνικός Σύλλογος Ασφαλιστικής Επιστήμης, 2006)

- **Ανάλογα με τη φύση ή το γεγονός που δικαιολογεί την αποζημίωση**(Ελληνικός Σύλλογος Ασφαλιστικής Επιστήμης, 2006)
 - Ασφάλιση ζημιών
 - Ασφάλιση ζωής
 - Αγροτικές ασφαλίσεις

- **Ανάλογα με την φύση του συμφέροντος το οποίο θίγεται (ζημιώνεται)**(Ρόκας, 2002)
 - Ασφάλιση προσώπων: Κλάδος ζωής, προσωπικών ατυχημάτων, ασθενείας.
 - Περιουσιακών στοιχείων: Ασφάλειες κλοπής αντικειμένων ή χρημάτων πυρός, μη εκπλήρωσης υποχρέωσης δανείων, πίστης, ασφάλισης κτημάτων, κ.τ.λ.

- **Ασφάλιση ενοχικής υποχρέωσης ή ευθύνης του ασφαλιζόμενου έναντι τρίτων** (Βιολάκης, 2012)
 - Αυτοκινήτων, φωτεινών επιγραφών, ακινήτων, επαγγελματικού ή επιστημονικού είδους υπηρεσιών.
 - Ασφάλιση ευθύνης εργοδοτών, έναντι κάθε είδους υποχρέωσης ή συγκεκριμένων κινδύνων έναντι των εργαζομένων για λογαριασμό του ή έναντι τρίτων.

Ωστόσο, συμπερασματικά, τα είδη της ιδιωτικής ασφάλισης που ξεχωρίζουν και είναι ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα εξής: (Ρεσμπίθα, 2013)

- **Ασφαλίσεις ζημιών** (Ρεσμπίθα, 2013)
 - Ατυχήματα (εργατικά ατυχήματα)
 - Ασθένειες

- Χερσαία οχήματα – Αεροσκάφη – Πλοία (Και η αστική τους ευθύνη)
 - Μεταφερόμενα εμπορεύματα
 - Πυρκαγιά και στοιχεία της φύσεως
 - Πιστώσεις – Εγγυήσεις
 - Χρηματικές απώλειες
 - Νομική προστασία
-
- **Ασφαλίσεις ζωής** (Ρεσμπίθα, 2013)
 - Κλάδος ζωής: Ασφαλίσεις επιβίωσης, θανάτου, μικτές, συντάξεων, σωματικών βλαβών
 - Κλάδος ασφάλισης υγείας,: Ασφαλίσεις ατυχήματος, ασθένειας
 - Κλάδος κεφαλαιοποίησης
 - Κλάδος ομαδικών προγραμμάτων πρόνοιας

Τονίζεται ότι ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο μπορεί να προσφέρει συνδυασμό ή να παρέχει πολλές και διάφορες καλύψεις για ποικίλους λόγους (Ρόκας, 2002).

3.5. Οφέλη της ιδιωτικής ασφάλισης σε κοινωνία - οικονομία

Η ασφάλιση ειδικότερα στη σύγχρονη εποχή είναι ιδιαίτερα σημαντική εφόσον καλύπτει το συναίσθημα της ανασφάλειας και προσφέρει σιγουριά. Υπάρχουν πλέον στοιχεία στην κοινωνία που επιβάλλουν τη ασφαλιστική κάλυψη όπως είναι η εκβιομηχάνιση, τα ιδιωτικά εισοδήματα, οι μεγάλες πόλεις, τα σφάλματα των επαγγελματιών, της επιστήμης και της τεχνολογίας, το πλήθος των φυσικών και των τεχνητών κινδύνων κ.τ.λ. (Ενωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, 2011).

Κατά συνέπεια, καθώς εξελίσσεται τόσο η κοινωνία όσο και η οικονομία, η επιστήμη και η τεχνολογία ενισχύεται η αξία και η σπουδαιότητα της ιδιωτικής ασφάλισης. Είναι γεγονός πως η ιδιωτική ασφάλιση είναι ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της σύγχρονης κοινωνίας. Τα οφέλη της ασφάλισης αγγίζουν και τον επιχειρηματικό κλάδο, εφόσον αρκετοί είναι οι επιχειρηματίες που δεν θα ρίσκαραν να προχωρούν σε επενδύσεις, που θα είχαν μεγάλο κίνδυνο για αυτούς. Επιπλέον, κανείς δεν θα εμπλεκόταν με τις τεχνολογικές έρευνες αν δεν φοβόταν τις καταστρεπτικές επιπτώσεις εάν δεν ήταν ασφαλισμένος (Λιαρόπουλος, 1993).

Έτσι λοιπόν, εκτός από τις άμεσες ασφαλιστικές αποζημιώσεις, υπάρχουν πολλά ακόμα οφέλη της κοινωνίας από την ασφάλιση και κατηγοριοποιούνται ως εξής: (Ενωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, 2011) (Νεκτάριος, 2003):

- **Μειωμένη ανάγκη πρόσθετων αποθεματικών**

Βασικός στόχος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η διαχείριση και η μείωση του αντικειμενικού κινδύνου. Κατά συνέπεια, μειώνεται η ανάγκη των ατόμων και των επιχειρηματιών να αποθηκεύσουν προκειμένου να αντιμετωπίσουν πιθανές ζημιές στο μέλλον. Μάλιστα οι ασφαλιστές είναι εκείνοι που εκτιμούν με ακρίβεια τις εν λόγω ανάγκες σε αποθεματικά και αποθηκεύουν τα αποθεματικά που θεωρούν ότι είναι τα καταλληλότερα. Έτσι βελτιώνεται η κατανομή των παραγωγικών πόρων της οικονομίας.

- **Πηγή επενδυτικών κεφαλαίων**

Θετικές είναι οι επιπτώσεις στις κεφαλαιαγορές και στην ανάπτυξη της οικονομίας που προκαλεί ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης. Είναι γεγονός πως οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι από τους σημαντικότερους θεσμικούς επενδυτές σε παγκόσμιο

επίπεδο. Επίσης, χάρη στις ασφαλιστικές αγορές, τόσο τα άτομα όσο και οι επιχειρήσεις απαλλάσσονται από τη την αβεβαιότητα των μελλοντικών ζημιολόγων ενδεχομένων με συνέπεια να γίνεται καλύτερη κατανομή των πόρων ανάμεσα σε κατανάλωση και αποταμίευση.

- **Μειωμένος πιστωτικός κίνδυνος**

Ουσιαστικά η ασφάλιση είναι το θεμέλιο της αποτελεσματικής λειτουργίας του πιστωτικού συστήματος. Το άτομο / η επιχείρηση με ικανοποιητική ασφαλιστική κάλυψη αποτελούν καλύτερο πιστωτικό κίνδυνο για το τραπεζικό σύστημα. Πλέον, η οι περισσότερες δανειοδοτήσεις δεν θα ήταν εφικτές, εάν δεν υπήρχε ταυτόχρονη αποτελεσματική ασφαλιστική κάλυψη των ανάλογων δραστηριοτήτων.

- **Πρόληψη ζημιών**

Στόχος των ασφαλιστικών επιχειρήσεων είναι να περιοριστεί είτε η συχνότητα είτε η έκταση μιας ζημίας μέσω εκτεταμένων προγραμμάτων πρόληψης ζημιών. Αυτή είναι μια εξαιρετικά σημαντική ασφαλιστική λειτουργία, για να περιορίζονται οι συνολικές ζημιές και δημιουργείται κοινωνικό όφελος. Χαρακτηριστικές περιπτώσεις κάλυψης ζημιών είναι:

- Οδική ασφάλεια
- Προγράμματα για εργατικά ατυχήματα
- Προγράμματα για πρόληψη πυρκαγιών
- Πρόληψη κλοπών αυτοκινήτων
- Πρόληψη ελαττωματικών προϊόντων

- **Βελτίωση κοινωνικής και επιχειρηματικής σταθερότητας**

Η λειτουργία και η σωστή οργάνωση των ασφαλιστικών αγορών, βοηθούν στη μείωση της αβεβαιότητας τόσο των ατόμων όσο και των επιχειρήσεων ενισχύοντας παράλληλα την κοινωνική σταθερότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

«ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ – ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ»

4.1. Η κοινωνική ασφάλιση

Ο βασικός λόγος που δημιούργησε την ανάγκη για να αναπτυχθεί εκτενώς ο τομέας της κοινωνικής ασφάλισης ήταν τα πολλά σοβαρά ζητήματα κοινωνικής φύσεως που διαμορφώνονταν στην κοινωνία όπως οι ασθένειες, η γήρανση και το μεγάλο πρόβλημα της ανεργίας.

Η κοινωνική ασφάλιση έχει ως κύριο στόχο να προστατεύσει συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού(κατά κύριο λόγο του χαμηλού και του μικρομεσαίοεισοδήματος), από ποικίλους κινδύνους. Οι πιο κοινές παροχές της κοινωνικής ασφάλισης είναι η καταβολή των συντάξεων, η κάλυψη ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης, κάθε είδους εργατικό ατύχημα, τα επιδόματα ασθενείας, μητρότητας και ανεργίας. Ουσιαστικά η κοινωνικά ασφάλιση είναι συμβόλαιο ανάμεσα σε εργαζόμενους και μη εργαζόμενους και η λειτουργία του παραπέμπει σε ένα σύστημα διαχρονικής αναδιανομής του εισοδήματος μέσα από την πολιτική διαδικασία. Η κοινωνική ασφάλιση έχει διανεμητικό χαρακτήρα και είναι υποχρεωτική. Πρόκειται για ένα σύστημα κατανομής, όπου η κάλυψη των δαπανών κάθε περιόδου πρέπει να γίνεται από τα έσοδα αυτής της περιόδου και για όλους τους ασφαλισμένους. Ωστόσο, χαρακτηριστική είναι η διατήρηση ενός περιορισμένου αποθεματικού για την διαχείριση έκτακτων αναγκών. Η αναδιανομή πόρων γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και η αναδιανεμητική διαδικασία αποτελεί μια δευτερογενή διανομή εισοδήματος από το κράτος τόσο με πολιτικά όσο και με κοινωνικά μέτρα και σταθμά. Η εν λόγω αναδιανομή του εισοδήματος στοχεύει στην προστασία των εργαζόμενων από τους κοινωνικούς κινδύνους, την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών τους και την εξισορρόπηση των κοινωνικών ανισοτήτων (Σακελλαρόπουλος, 1999).

Η ρύθμιση της ασφαλιστικής σχέσης ανάμεσα σε φορείς και ασφαλισμένους στην κοινωνική ασφάλιση γίνεται από τις διατάξεις του δημοσίου δικαίου. Η κοινωνική ασφάλιση έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα. Οι προϋποθέσεις που πρέπει να συντρέχουν για την κοινωνική ασφάλιση είναι ίδιες για όλους τους ασφαλισμένους. ενώ ίδια είναι και τα ωφέληματα που προκύπτουν για όλους τους ασφαλισμένους που βρίσκονται στον ίδιο ασφαλιστικό φορέα. Η κοινωνική ασφάλιση εξυπηρετεί το δημόσιο

συμφέρον. Συνεπώς, όταν υπάρχει σχέση εξαρτημένης εργασίας, η καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών δεν πραγματοποιείται μόνο από τους ασφαλισμένους, αλλά και από το κράτος και από τρίτους (εργοδότες). Η ενεργοποίηση της ασφαλιστικής παροχής λαμβάνει χώρα με την επέλευση του κινδύνου, ακολουθεί κάλυψη των οικονομικών συνεπειών του κινδύνου (όπως για παράδειγμα, ασθένεια, θάνατος, αναπηρία, ατύχημα, σύνταξη, ανεργία), συνδυάζοντας τηχρονικούς και οικονομικούς όρους, όπως το όριο ηλικίας ή το ελάχιστο όριο ασφαλιστικών εισφορών (Μακρή, και συν, 2005).

Είναι λοιπόν σαφές ότι η κοινωνική προστασία αφορά κατ' αποκλειστικότητα ασφάλιση προσώπων, ενώ το ύψος των ασφάλιστρων και οι παροχές είναι σε άμεση συνάρτηση με την ισχύουσα νομοθεσία και την πολιτική που ακολουθείται από την εκάστοτε κυβέρνηση. Οι βασικότεροι πόροι της κοινωνικής ασφάλισης είναι οι εισφορές των εργαζομένων, του εργοδότη και του κράτους. Ωστόσο, όταν υπάρχουν σημαντικά ελλείμματα το κράτος είναι υποχρεωμένο να διατηρήσει τις παροχές σε χαμηλά επίπεδα, να προχωρήσει σε αύξηση των εισφορώνσε δανεισμό από τον κρατικό προϋπολογισμό ή από κάποιον πλεονάζοντα φορέα.

Τα κυριότερα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης είναι τα ακόλουθα: (Κατσανέβας, 2011)

- **Το διανεμητικό σύστημα**

Το διανεμητικό σύστημα βασίζεται στο ότι οι δαπάνες που θα πραγματοποιηθούν για να προσφερθούν οι παροχές που προβλέπονται στη διάρκεια ενός έτους, πρέπει να καλύπτονται από τα ανάλογα έσοδα του νέου έτους. Τα εισοδήματά πηγάζουν από τις εισφορές των εργαζομένων, ενώ οι παροχές του αναφέρονται στους σημερινούς δικαιούχους. Η συμμετοχή στις εισφορές είναι τριμερής, εφόσον ικανοποιείται η ευθύνη των εργαζομένων, η αναδιανομή πλούτου μέσα από τις εισφορές που πληρώνουν οι εργοδότες και η διασφάλιση των παροχών μέσα από την κρατική συμμετοχή.

- **Κεφαλαιοποιητικό σύστημα**

Το χρηματοδότηση του κεφαλαιοποιητικού συστήματος γίνεται μέσα από τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων που κεφαλαιοποιούνται και στην περίοδο της συνταξιοδότησης ξεκινούν να ρευστοποιούνται τα κέρδη και το κεφάλαιο, ως

χρονικές πρόσδοι. Το κεφαλαιοποιητικό σύστημα βασίζεται στην κεφαλαιακή συσσώρευση, και καθορίζεται από τα επιτόκια, τον πληθωρισμό, την γενικότερη οικονομική κατάσταση. Τα πιο συνηθισμένα στοιχεία του κεφαλαιοποιητικού συστήματος είναι ότι οι εισφορές παρέχονται από τον ασφαλισμένο και σε κάποιες περιπτώσεις από τον εργοδότη και ο θεσμικός εγγυητής είναι το ασφαλιστήριο

- **Μικτό σύστημα**

Το μικτό σύστημα συνδυάζει το διανεμητικό και το κεφαλαιοποιητικό σύστημα κρατώντας κατά κύριο λόγο τα θετικά στοιχεία τους και περιορίζοντας τα μειονεκτήματά τους.

4.2. Διαφορές Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης

Ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της ασφάλισης δεν συνδέεται απόλυτα με τον δημόσιο φορέα. Η ιδιωτική ασφάλιση διακρίνεται από μια ανταποδοτική- κεφαλαιοποιητική λειτουργία, εφόσον αφού τερματιστεί ο κίνδυνος θα δοθούν στον ασφαλισμένο οι εισφορές που έχει καταβάλει συγκεντρωτικά. Όπως ορίζει η ιδιωτική ασφάλιση, η δυνατότητα που έχει ένα άτομο να ασφαλιστεί, αλλά και το ασφάλιστρο που θα πληρώσει, σχετίζονται άμεσα από το επίπεδο τη υγείας του. Δηλαδή, ένα άτομο που ταλαιπωρείται από αρκετά προβλήματα υγείας, θα καταβάλλει πιο υψηλό ασφάλιστρο σε σύγκριση με ένα υγιές άτομο ενώ υπάρχουν περιπτώσεις όπου μπορεί να περιοριστεί η κάλυψη που του παρέχεται ή ακόμα και η ασφαλιστική εταιρία να μην προχωρήσει καν στην ασφάλιση. Από την άλλη πλευρά, στην κοινωνική ασφάλιση η κάλυψη είναι καθολική και το ασφάλιστρο πάντα συγκεκριμένο. Ο καθολικός χαρακτήρας της κοινωνικής ασφάλισης δεν απαιτεί οποιονδήποτε έλεγχο για την καλή κατάσταση της υγείας των προσώπων που πρόκειται να ασφαλιστούν, είτε είναι άμεσα, είτε έμμεσα ασφαλισμένοι. Αυτό το χαρακτηριστικό αποτελεί θετικό στοιχείο για τους ασφαλισμένους, όχι όμως και για το κράτος που κινδυνεύει να βρεθεί εκτός προϋπολογισμού (Χατζόπουλος, 2007).

Η ανάληψη ευθύνης από δημόσιο τομέα θα είχε πιο αποτελεσματικό χαρακτήρα εάν επιτρεπόταν λειτουργία ενός συστήματος διανεμητικού και όχι κεφαλαιοποιητικού εφόσον το διανεμητικό σύστημα έχει θεωρητικά πιο υψηλό ποσοστό απόδοσης στους ασφαλισμένους, υπό τον όρο ότι ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού και της παραγωγικότητας υπερβαίνουν το πραγματικό επιτόκιο. Εντούτοις, τα τελευταία χρόνια, οι τεράστιες οικονομικές δυσκολίες που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τόσο στην Ελλάδα όσο και σε διεθνές επίπεδο, λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν οδηγήσει σε αναθεώρηση των αντιλήψεων για το ρόλο, τι προοπτικές και τις λύσεις που προσφέρει η ιδιωτική ασφάλιση (Βιολάκης, και συν., 2012).

Η ιδιωτική ασφάλιση επιλέγεται ελεύθερα από όλους όσους επιθυμούν να έχουν ασφαλιστική προστασία από κινδύνους που απειλούν τη ζωή, την υγεία ή την περιουσία τους. Ουσιαστικά η ιδιωτική ασφάλιση συμπληρώνει το κομμάτι εκείνο που δεν προσφέρει σωστή ποιότητα και που παρέχεται από την κοινωνική ασφάλιση. Εν ολίγοις, πολλοί πολίτες επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση ως

συμπλήρωμα της κύριας ασφάλισής τους, ανάλογα πάντα τις ασφαλιστικές τους ανάγκες - απαιτήσεις (Χατζόπουλος, 2007).

Η ιδιωτική ασφάλιση υπερέχει έναντι της κοινωνικής ασφάλισης κυρίως σε δύο τομείς. Πρώτον, η ιδιωτική ασφάλιση πάντα προσαρμόζεται στις επιταγές της αγοράς, και της ανταγωνιστικότητας, συνεπώς επιτυγχάνει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (επίπεδο και περιεχόμενο παροχών με το χαμηλότερο δυνατό κόστος, ασφάλιστρα κτλ). Δεύτερον, υπάρχουν χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης που κάνουν τη διαφορά όπως η κεφαλαιοποιητική και ο ανταποδοτική της φύση. Ένα επιπλέον σημαντικό στοιχείο που ενισχύει την υπεροχή της ιδιωτικής ασφάλισης, αποτελεί το ότι διαπιστώνεται εξάλειψη των αρνητικών οικονομικών επιδράσεων στα κίνητρα για εργασία, αποταμίευση και επένδυση (Βουρλούμης, 2005).

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης είναι τα ακόλουθα: (Γαλιάτσος, 2013)

- Ο ανταγωνισμός ανάμεσα στις ασφαλιστικές εταιρίες προσφέρει αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Επιτυγχάνεται διοχέτευση των αντλούμενων πόρων στις επενδύσεις και αύξηση της συνολικής αποταμίευσης.
- Οι πόροι τοποθετούνται σε παραγωγικά περιουσιακά στοιχεία και έτσι δεν παρουσιάζεται το φαινόμενο της συγκέντρωσης του ελέγχου των επενδύσεων σε συγκεκριμένες δημόσιες γραφειοκρατικές οντότητες.
- Τα προγράμματα της ιδιωτικής ασφάλισης παρουσιάζουν ευελιξία και δύναται να προσαρμοστούν στις απαιτούμενες ανάγκες συγκεκριμένων εταιριών, τομέων.
- Στην ασφάλιση του κλάδου υγείας, ο αυξημένος ανταγωνισμός ανάμεσα στους ιδιώτες ασφαλιστές δημιουργεί μείωση του κόστους, βελτιώνει την ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών.

Τα μειονεκτήματα της ιδιωτικής κερδοσκοπικής ασφάλισης εστιάζονται κατά κύριο λόγο στον κίνδυνο της πτώχευσης μιας ιδιωτικής εταιρίας ασφάλισης, στη συμμετοχή στο κόστος ασφάλισης ορισμένων διοικητικών δαπανών και στη σχέση ανάμεσα στον αρχικό υπολογισμό του ασφαλιστρού και των καταστάσεων που είναι πιθανόν να συμβούν στο μέλλον.

Τα θετικότερα στοιχεία της κοινωνικής ασφάλισης είναι η ενίσχυση της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, η μείωση του χάσματος μεταξύ των εισοδηματικών κατηγοριών, το φθηνό κόστος υπηρεσιών, ο καθολικός χαρακτήρας (Κιόχος, 1993).

Μέσα από την καταγραφή των βασικών χαρακτηριστικών τόσο της κοινωνικής όσο και της ιδιωτικής ασφάλισης, συμπερασματικά μπορούν να σημειωθούν τα ακόλουθα κοινά χαρακτηριστικά τους: (Χλέτσος, 2013)

- Ότι υφίσταται κίνδυνος.
- Η οικονομική κατοχύρωση στηρίζεται στην ύπαρξη μεγάλης πληθυσμιακής ομάδας.
- Η καταβολή ασφαλιστρού προσδιορίζεται με μαθηματικούς υπολογισμούς πιθανοτήτων, αν όχι απόλυτα όμοιους, αλλά που διέπονται βασικά από την ίδια μαθηματική λογική.

Οι διαφορές ανάμεσα σε κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση είναι οι παρακάτω: (Χλέτσος, 2013)

- Η κοινωνική ασφάλιση έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα ενώ η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική.
- Η ιδιωτική ασφάλιση στηρίζεται στη σύμβαση, ενώ η κοινωνική ασφάλιση στονόμο.
- Τα ασφαλιστρα στην ιδιωτική ασφάλιση προσδιορίζονται σύμφωνα με τον κίνδυνο ενώ οι εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση κλιμακώνονται σύμφωνα με τις απολαβές του προστατευόμενου προσώπου.
- Η επιλογή του κινδύνου γίνεται από τον ιδιωτικά ασφαλιζόμενο, ενώ με την κοινωνική ασφάλιση ασφαλιζονται στο σύνολό τους κοινωνικές τάξεις ανεξάρτητα από την πιθανότητα κινδύνου.
- Η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης πραγματοποιείται μόνο από εισφορές (ασφαλιστρα) των ασφαλισμένων ενώ η κοινωνική ασφάλιση εξασφαλίζει πόρους και από αλλού.
- Οι φορείς της κοινωνικής ασφάλισης είναι οργανωμένοι υπό του δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ), ενώ οι ασφαλιστικές εταιρίες διέπονται από το ιδιωτικό δίκαιο (ΝΠΙΔ).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

«Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΑΓΟΡΑ ΣΕ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ»

5.1. Μέγεθος και φυσιογνωμία της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς

Ένα από τα βασικότερα χαρακτηριστικά των σύγχρονων, ανεπτυγμένων κοινωνιών είναι η ασφαλιστική προστασία. Η ιδιωτική ασφάλιση αποτελεί έναν θεσμό που έχει ως κύριο στόχο τη διατήρηση συνθηκών σταθερότητας και συνέχειας στις επαγγελματικές, επιχειρηματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, παρέχοντας προστασία από κινδύνους, ζημιές και απώλειες. Ουσιαστικά είναι ένα δίκτυο προστασίας για τα νοικοκυριά και βασική προϋπόθεση για την οικονομική δραστηριότητα και την πρόοδο (Ε.Α.Ε.Ε, Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, 2016).

Είναι λοιπόν γεγονός πως οι ασφάλειες καταλαμβάνουν ένα βασικό ρόλο στην κοινωνία μας. Οι ασφάλειες αποτελούν βασική προϋπόθεση και παράλληλα έναν από τους μοχλούς της οικονομικής ανάπτυξης. Μάλιστα παρέχουν σημαντική διευκόλυνση στις κυβερνητικές πολιτικές που αφορά την ιδιωτικοποίηση των κοινωνικών ασφαλιστικών προγραμμάτων, καταλαμβάνοντας ιδιαίτερα βασική θέση στους πρωταρχικούς και κύριους στόχους της πολιτικής. Στην ουσία ο ρόλος των ασφαλιστών είναι η προσπάθεια της κατανόησης της διαφοράς μεταξύ της ασφαλισιμότητας και της ιδιωτικής ευθύνης και που πρέπει να ξεκινά η κοινωνική ευθύνη (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, 2011).

Οι βασικότερες οικονομικές λειτουργίες των ασφαλειών είναι η μεταφορά και ανάληψη του κινδύνου αλλά και η διαχείριση κεφαλαίων που θα διατηρηθούν και στο μέλλον, χωρίς να ανήκουν μόνο στους ασφαλιστές. Ο ανταγωνισμός ολοένα και αυξάνεται, η υπερπροσφορά γίνεται εντονότερη και τα φαινόμενα αυτά βάζουν μεγαλύτερο περιορισμό σε κάθε πιθανό περιθώριο κέρδους με αποτέλεσμα οι ασφαλιστές να εστιάζουν στην αποτελεσματικότητα και στην ανάπτυξη πλεονεκτημάτων κλίμακας ή να βρίσκουν νέες μεθόδους για να προσθέσουν αξία σε όσα ήδη παρέχουν στους πελάτες τους.

Ο ασφαλιστικός κλάδος αποτελεί έναν από του πιο αξιόλογους τομείς στη χώρα μας, καθώς ενισχύει, την οικονομική, ψυχολογική και σωματική υγεία των ανθρώπων.

Επίσης, είναι αποδεδειγμένο ότι όσο πιο πολύ αναπτύσσεται ο ασφαλιστικός θεσμός σε μια κοινωνία, τόσο λιγότερα είναι τα κοινωνικά προβλήματα που παρουσιάζονται. Ο θεσμός της ιδιωτικής ασφάλισης συντελεί σημαντικά στη μείωση της ανάγκης για επιπλέον αποθεματικά της κοινωνίας, στην πρόληψη των ζημιών, στη βελτίωση της κοινωνικής και επιχειρηματικής δραστηριότητας, στη μείωση του πιστωτικού κινδύνου και παράλληλα αποτελεί πηγή επενδυτικών κεφαλαίων (Ε.Α.Ε.Ε, Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, 2016).

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις είναι σύγχρονες οικονομικές μονάδες, προσφέρουν απασχόληση σε πολλούς εργαζόμενους ενώ αποτελούν και πηγή για σημαντικά φορολογικά έσοδα του κράτους, τηρώντας πιστά όλες τις προδιαγραφές του θεσμού και με πολλές θετικές παραμέτρους για την οικονομική ενίσχυση μιας κοινωνίας, όπως: (Βιολάκης, και συν., 2012)

- ***Αποκατάσταση ζημιών***

Με αυτόν τον τρόπο παρέχεται σταθερότητα και αποφεύγεται η μεγάλη διατάραξη οικονομικών, επιχειρηματικών, επαγγελματικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων.

- ***Ενθάρρυνση και Προαγωγή Αποταμίευσης***

Κεφάλαια που προέρχονται από τα ασφάλιστρα, θεωρούνται κατά βάση τα διαθέσιμα αποταμιευμένα κεφάλαια, που διαμορφώνουν μία υγιή και ισχυρή εθνική χρηματαγορά.

- ***Χρηματοδότηση Επενδύσεων***

Ως αποτέλεσμα από τα αποταμιευτικά κεφάλαια, προκύπτει η αξιόπιστη ενίσχυση παραγωγικών επενδύσεων, που βοηθά στην ανάπτυξη οικονομίας και στην μεγιστοποίηση του ΑΕΠ.

- ***Ενθάρρυνση Επιχειρηματικής Πρωτοβουλίας***

Οι επιχειρηματικές πρωτοβουλίες, θα ήταν πολύ λιγότερες σε αριθμό εάν οι επιχειρηματίες δεν διέθεταν την προστασία που παρέχουν οι ασφάλειες.

- ***Ανάπτυξη Έρευνας και Τεχνολογίας***

Ο ασφαλιστικός κλάδος στηρίζεται στις επιστημονικές έρευνες, που σχετίζονται με την υγεία και τους παράγοντες που προκαλούν ατυχήματα.

Επιπλέον ο θεσμός τη ιδιωτικής ασφάλισης έχει πολύ σημαντική κοινωνική συμβολή αφού ενισχύει σημαντικά τον τομέα της υγείας, της σταθερότητας, των οικογενειακών σχέσεων. Αναλυτικότερα, η συμβολή της ιδιωτικής ασφάλισης αφορά: (Βιολάκης, και συν., 2012)

- ***Ψυχική και Πνευματική Υγεία***

Το κυριότερο – ενδεχομένως - από όλα τα αγαθά που προσφέρει ο ασφαλιστικός τομέας στους πολίτες είναι το αίσθημα ασφάλειας, που μειώνει σε μεγάλο βαθμό την πίεση, την ανησυχία και το άγχος, στοιχεία που προκαλούν πολλές ψυχικές ασθένειες.

- ***Ποιότητα Ζωής***

Η αποκατάσταση κάθε είδους υλικών ζημιών σε οικογενειακό αλλά και προσωπικό επίπεδο όπως επίσης η εξασφάλιση οικογενειακού εισοδήματος, υγείας και θανάτου, βοηθούν στην καλλιέργεια ηρεμίας και στην καλύτερη ποιότητα ζωής.

- ***Διατήρηση Περιουσίας και Εσόδων***

Οι αποζημιώσεις συντελούν στην εξασφάλιση οικονομικής αυτάρκεια του παθόντος και της οικογένειάς του ενώ συμβάλλουν στην ελαχιστοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων.

Το Υπουργείο Ανάπτυξης στον τομέα των ασφαλίσεων έχει ως στόχο την εξυγίανση της αγοράς, ειδικότερα στον κλάδο της υγείας και της ζωής ώστε να αυξηθεί η αξιοπιστία και τη διαφάνεια του κλάδου κερδίζοντας κατά αυτόν τον τόπο την εμπιστοσύνη των πολιτών. Η Επιτροπή Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης αναλαμβάνει τη διασφάλιση της φερεγγυότητας των ασφαλιστικών εταιριών με απώτερο σκοπό την εναρμόνιση και ενσωμάτωση του κλάδου των ασφαλίσεων στην Ελλάδα σύμφωνα με τους κανόνες και τα πρότυπα που έχει αναπτύξει η Ευρωπαϊκή Ένωση. Μόνο έτσι οι ασφαλιστικές εταιρείες εκσυγχρονίζονται και προσαρμόζονται στις αυξημένες πλέον ανάγκες των πολιτών.

Επιπλέον το Υπουργείο Ανάπτυξης έχει δημιουργήσει αυστηρούς κανόνες που αφορούν τη δράση των ασφαλιστικών συμβούλων. Η Ένωση Ασφαλιστικών

Εταιρειών Ελλάδος έχει θεσπίσει σχετικό κώδικα δεοντολογίας ενώ προχωρά συχνά στην οργάνωση συνεδρίων και ημερίδων για να δίνει έμφαση στα πλεονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης προς τους πολίτες. Όλες οι παραπάνω δράσεις στοχεύουν στην προστασία της αξιοπιστίας των ασφαλιστικών εταιρειών και στη μείωση των αθέμιτων πρακτικών.

Ωστόσο, η οικονομική κρίση που επικρατεί στην Ελλάδα δημιούργησε σοβαρά προβλήματα τόσο στη δημόσια ασφάλιση όσο και στα ιδιωτικά ταμεία εφόσον έγινε αρκετά έντονη η αγωνία των πολιτών ειδικότερο για το μέλλον στον κλάδο της υγείας (Γαλιάτσος, 2013).

Ενώ στην Ευρώπη ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης είναι πρωταγωνιστής στην ανάπτυξη με τεράστια συμμετοχή στις επενδύσεις έως και σήμερα, η Ελλάδα απέχει πολύ από τους μέσους όρους σε ευρωπαϊκό επίπεδο, τόσο ως προς την συμμετοχή στο ΑΕΠ όσο και στα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα.

Σύμφωνα με στοιχεία της Insurance Europe (η Ευρωπαϊκή Ένωση Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εταιριών) οι επενδύσεις των ασφαλιστικών εταιριών άγγιξαν τα 10 τρις εκατομμύρια Ευρώ, ενώ ο μέσος όρος σε συμμετοχή στο ΑΕΠ κυμάνθηκε στο 7,48%. Επίσης ο μέσος όρος στα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα ανήλθε στα 1.972 ευρώ το 2014 έναντι 1.911 ευρώ το 2013.

Αντίθετα με τα όσα συμβαίνουν στο κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ευρώπη, στην Ελλάδα τα πράγματα παραμένουν σχεδόν ίδια η και χειρότερα μετά την οικονομική κρίση τόσο σε επίπεδο συμμετοχής στο ΑΕΠ όσο και στα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα. Σύμφωνα με στοιχεία για το 2013 από την ετήσια έκθεση που εκδίδει η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών το ποσοστό της συνολικής παραγωγής ασφαλίσεων επί του ΑΕΠ διαμορφώθηκε στο 2,20% έναντι 2,27% του 2012. Αν το δούμε συγκριτικά με τον μέσο όρο στην Ευρώπη, η Ελλάδα είναι σχεδόν 5% κάτω. Ακόμα πιο απογοητευτικά είναι τα στοιχεία για τα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα όχι μόνο ως προς τον μέσο όρο στην Ευρώπη αλλά και Ελλάδα. Σύμφωνα με τα στοιχεία του 2013 της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών το 2009 στην Ελλάδα τα κατά κεφαλήν ασφάλιστρα είχαν παρουσιάσει το μέγιστο ποσό αύξησης που ήταν 483 ευρώ ανά κάτοικο. Μετά το 2010 άρχισε να μειώνονται για να φθάσουν του 2013 στα 350 ευρώ ανά κάτοικο.

Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η ιδιωτική ασφάλιση στην Ελλάδα έχει προοπτικές ανάπτυξης, ωστόσο η οικονομική κρίση, η χαμηλή ασφαλιστική συνείδηση των Ελλήνων, και η έλλειψη συγκεκριμένων πολιτικών από πλευράς πολιτείας σε μια σειρά θέματα που αφορούν το κλάδο, καθηλώνει ένα τομέα της οικονομίας που θα είχε να δώσει πολλά. Τόσο σε επίπεδο επενδύσεων , νέων θέσεων εργασίας όσο και σε ζητήματα που άπτονται του κοινωνικού ρόλου της ασφάλισης όπως η υγεία, οι συντάξεις, οι φυσικές καταστροφές (Γαλιάτσος, 2013).

5.1.1. Ασφαλιστικές εταιρείες στην Ελλάδα

Η επίδραση της κρίσης στην ελληνική ασφαλιστική αγορά ήταν ιδιαίτερα καθοριστική, καθώς ήδη συρρικνωμένος κλάδος συνέχισε να μειώνεται σε μεγάλο βαθμό. Πιο συγκεκριμένα ο αριθμός αλλά και τα μερίδια των ασφαλιστικών εταιριών, αφού ξεκίνησε η οικονομική κρίση μειώθηκαν σημαντικά, όπως διαπιστώνεται και από την ανάλυση που ακολουθεί. Η ανάλυση για το μέγεθος και τη φυσιογνωμία της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς στηρίζεται σε στοιχεία που προήλθαν από την ΕΑΕΕ και κυρίως από την Ετήσια Στατιστική Έκθεση.

Το 2001 υπήρχαν 107 ασφαλιστικές επιχειρήσεις στη χώρα μας. Πιο αναλυτικά οι 73 ήταν ανώνυμες ασφαλιστικές εταιρίες (18 εταιρίες ζωής, 43 εταιρίες ζημιών και 12 μικτές) και 34 υποκαταστήματα αλλοδαπών ασφαλιστικών εταιριών (2 εταιρίες ζωής, 1 μικτή και 31 εταιρίες ζημιών).

Πίνακας 1: Αριθμός Ελληνικών Ασφαλιστικών Εταιριών έως το 2007

| ΕΤΗ | ΖΩΗΣ | ΖΗΜΙΩΝ | ΜΙΚΤΕΣ | ΣΥΝΟΛΟ |
|------------|-------------|---------------|---------------|---------------|
| 2000 | 20 | 76 | 14 | 110 |
| 2001 | 20 | 74 | 13 | 107 |
| 2002 | 20 | 69 | 13 | 102 |
| 2003 | 19 | 68 | 13 | 100 |
| 2004 | 19 | 67 | 13 | 99 |
| 2005 | 18 | 64 | 13 | 95 |
| 2006 | 17 | 60 | 13 | 90 |
| 2007 | 16 | 57 | 13 | 86 |

Πηγή: ΕΑΕΕ, (2013)

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που λειτουργούσαν με έδρα την Ελλάδα το 2008 είναι οι εξής: (Ετήσια Στατιστική Έρευνα, 2008)

- ALLIANZ ΕΛΛΑΣ Α.Α.Ε.
- ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ – ALPHA Α.Α.Ε.
- COMMERCIAL VALUE Α.Α.Ε.
- DASHELLASA.Α.ΕΓΕΝ. ΝΟΜ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
- EFG EUROLIFE Α.Ε.Γ.Α.

- EFG EUROLIFE A.E.A. ΖΩΗΣ
- EULER HERMES EMPORIKI A.E. ΠΙΣΤΩΣΕΩΝΑ.Ε.
- EUREKO - INTERAMERICAN A.A.E
- EUROSTAR E.A.E.A. ΖΗΜΙΩΝ
- GENERALI HELLAS A.A.E.
- GENERALI LIFE A.E. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝΖΩΗΣ
- GROUPAMA – ΦΟΙΝΙΞΑ.Ε.Α.Ε.
- INCHAPE ΑΣΦΑΛΕΙΕΣΑ.Ε.Α. ΖΗΜΙΩΝ
- ING E.A.E.Γ.Α.
- ING E.A.A.E. ΖΩΗΣ
- ING ΟΜΑΔΙΚΩΝ&ΑΤΟΜΙΚΩΝΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝΖΩΗΣ
- IMPERIO LIFE A.E.A.E. ΖΩΗΣΑ.Ε.
- INTERASCO A.E.Γ.Α.
- INTERLIFE A.A.E.Γ.Α.
- INTERNATIONAL LIFE A.E.Γ.Α.
- INTERNATIONAL LIFE A.E.A. ΖΩΗΣ
- LA VIE A.E.A.E. ΥΓΕΙΑΣ
- MARFINΖΩΗΣΑ.Α.Ε.
- PERSONAL INSURANCE A.E.Γ.Α.
- UNIVERSAL LIFE (ΕΛΛΑΣ) A.A.E.Z.
- V.D.V. LEBEN INTERNATIONAL A.E.A. ΖΩΗΣ
- VICTORIA A.A.E. ΖΗΜΙΩΝ
- VICTORIA A.A.E. ΖΩΗΣ
- ΑΓΡΟΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.
- ΑΙΓΑΙΟΝ Α.Α.Ε.
- ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΙΣ Α.Ε.Γ.Α.
- ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΝΩΣΙΣ Α.Α.Ε.
- ΔΥΝΑΜΙΣ Α.Ε.Γ.Α.
- ΕΘΝΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α.
- ΕΛΛΑΣ Α.Ε.Α.
- ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΕΣ Α.Ε.Α.Ε.Γ.Α.
- ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΖΩΗΣ Α.Α.Ε. ΖΩΗΣ

- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ Α.Ε.Ε.Γ.Α. – ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΜΙΝΕΤΤΑ
- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Α.Ε.Γ.Α.
- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ Α.Ε.Γ.Α.
- ΕΥΡΩΠΗ Α.Ε.Γ.Α.
- ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ Ε.Α.Ε. ΖΩΗΣ Α.Ε.
- ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ Ε.Ε.Α. ΖΗΜΙΩΝ Α.Ε.
- ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΟΔΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ Α.Ε.Γ.Α.
- ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ ΥΓΕΙΑΣ Α.Ε.Γ.Α.
- ΝΕΟΣ ΠΟΣΕΙΔΩΝ – NP INSURANCE Α.Ε.Α.Ε.
- ΟΡΙΖΩΝ Α.Ε.Γ.Α.
- ΠΡΩΤΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ
- ΣΙΔΕΡΗΣ Γ. ΑΣΦΑΛΕΙΑΙ Α.Ε.Γ.Α.
- ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α.
- ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ Α.Α.Α.Ε

Πίνακας 2: Αριθμός Ελληνικών Ασφαλιστικών Εταιριών εν μέσω κρίσης

| ΕΤΗ | ΖΩΗΣ | ΖΗΜΙΩΝ | ΜΙΚΤΕΣ | ΣΥΝΟΛΟ |
|------------|-------------|---------------|---------------|---------------|
| 2007 | 16 | 57 | 13 | 86 |
| 2008 | 15 | 58 | 12 | 85 |
| 2009 | 17 | 51 | 13 | 81 |
| 2010 | 14 | 48 | 11 | 73 |
| 2011 | 13 | 45 | 11 | 69 |
| 2012 | 13 | 45 | 11 | 69 |
| 2013 | 13 | 43 | 11 | 67 |

Πηγή: ΕΑΕΕ, (2013)

Διαπιστώνεται εύκολα ότι οι εταιρίες που λειτουργούν πλέον στην Ελλάδα στον κλάδο της ασφάλισης έχουν μειωθεί σε μεγάλο βαθμό. Μέσα σε 13 έτη, 43 ασφαλιστικές επιχειρήσεις έκλεισαν, δηλαδή σχεδόν το 40% του συνόλου των επιχειρήσεων που λειτουργούσαντο 2000 στη χώρα μας. Σε κάθε τομέα, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις ζημιών μειώθηκαν κατά 45,2% , οι ασφαλιστικές εταιρίες ζωής κατά 35% και κατά 21,4% οι μικτές.

Η οικονομική κρίση επηρέασε και την ασφάλιση. Σε απόλυτα μεγέθη, ο τομέας των ασφαλειών υπέστη συρρίκνωση κατά 204 εκατομμύρια κατά την περίοδο 2010 - 2013. Η εικόνα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων το διάστημα της οικονομικής κρίσης είναι ως εξής: (Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης, 2015)

- ΑΓΡΟΤΙΚΗ Α.Α.Ε.
- ΑΙΓΑΙΟΝ Α.Α.Ε. (από 1/07/2009 ατυχήματα)
- ALLIANZ Α.Ε.Γ.Α.
- ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ Α.Ε.Γ.Α.
- ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.
- CHARTIS (Α.Ι.Γ. πρώην όνομα)
- ΔΙΕΘΝΗΣ ΕΝΩΣΗ Α.Ε.
- ΔΥΝΑΜΙΣ Α.Ε.Γ.Α.
- ΕΘΝΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α.
- ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΟ
- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΙΣ – ΜΙΝΕΤΤΑ
- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ Α.Ε.Γ.Α.
- ΕΥΡΩΠΗ Α.Ε.Γ.Α.
- EUROLIFE ERB Α.Ε.Γ.Α. (ACTIVA) – (1/12/2009)
- ERGO Α.Α.Ε.Ζ. (VICTORIA Α.Α.Ε.Ζ.) – (8/06/2011)
- EVIMA GROUP Α.Α.Ε. (ΠΡΩΤΗ) – (4/01/2010)
- INTERNATIONAL LIFE (ING) – (1/01/2011)
- INTERAMERICAN Ε.Ε.Α.Ζ.
- INTERLIFE S.A. Α.Α.Ε.Γ.Α.
- INTERASCO Α.Ε.Γ.Α.
- GENERALI HELLAS Α.Ε.Α.Ζ.
- GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞΑ.Α.Α.Ε.
- ΝΕΟΣΠΟΣΕΙΔΩΝ NP INSURANCE
- ΟΡΙΖΩΝΑ.Ε.Γ.Α.
- PERSONAL INSURANCE Α.Ε.Γ.Α. – (1/07/2010 ατυχήματα)
- PRIME INSURANCE (DEMCO) My Direct
- ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.Ε.Γ.Α.
- ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ Α.Α.Α.Ε.

5.1.2. Κατηγοριοποίηση ασφαλειών

Οι κίνδυνοι ταξινομούνται σε προκαθορισμένους Κλάδους Ασφάλισης. Σύμφωνα με τη νομοθετική προσέγγιση, η κατηγοριοποίηση των ασφαλειών κρίνεται αναγκαία, ώστε οι ασφαλιστές να χρησιμοποιούν κοινούς όρους στην κάλυψη κινδύνων. Κατά συνέπεια περιλαμβάνει τα παρακάτω: (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, 2011)(Σκουλούδης, 2000)

- Κλάδος Ζωής
- Κλάδος ασφάλισης ζωής, προσόδων, γάμου και γεννήσεως, τα οποία συνδέονται με επενδύσεις
- Κλάδος ασφάλισης υγείας (ατύχημα, ασθένεια)
- Κλάδος κεφαλαιοποίησης
- Κλάδος διαχείρισεως ομαδικών συνταξιοδοτικών ταμείων
- Κλάδος ομαδικών προγραμμάτων πρόνοιας
- Κλάδος παρόμοιων εργασιών με την κοινωνική ασφάλιση

5.1.3. Νέες προκλήσεις για την ασφαλιστική αγορά

Η ιδιωτική ασφάλιση θεωρείται ο θεσμός που συντελεί κατά βάση στη διατήρηση συνθηκών σταθερότητας και συνέχειας στις επαγγελματικές, επιχειρηματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς αποτελεί ένα προστατευτικό κάλυμμα απέναντι σε κινδύνους, ζημιές και απώλειες. Επιπλέον θεωρείται ως ο θεσμός που αποκαθιστά πολύτιμους πόρους και κατ' επέκταση δημιουργεί αποταμιευτικά κεφάλαια, ως προς τη χρηματοδότηση παραγωγικών επενδύσεων. Η ιδιωτική ασφάλιση γενικότερα, υποστηρίζει και ενθαρρύνει την επιχειρηματική δράση, μέσα σε ένα περιβάλλον που γίνεται όλο και πιο ρευστό και πολυδιάστατο (Γαλιάτσος, 2013).

Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά, που συνδέονται με τον κλάδο, αποκτούν ακόμη μεγαλύτερη σημασία στην παρούσα χρονική περίοδο. Ως επί τω πλείστον, την τελευταία περίοδο η Ελλάδα βρίσκεται αντιμέτωπη με τις επιπτώσεις της χειρότερης οικονομικής κρίσης στη σύγχρονη ιστορία της. Η ύφεση και η έλλειψη ρευστότητας, οδήγησαν σε συνθήκες οριακά βιώσιμες στο σύνολο της αγοράς. Βασικές κοινωνικές παροχές, όπως η σύνταξη και η υγειονομική περίθαλψη πλέον είναι υπό αμφισβήτηση. Η ανασφάλεια, ο φόβος και η αβεβαιότητα για το μέλλον έχουν μπει οριστικά στη ζωή των πολιτών (Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδας, 2011).

Εξαιτίας αυτών των συνθηκών, ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης έχει τη δυνατότητα να λειτουργήσει σταθεροποιητικά και παράλληλα να αξιοποιήσει τις νέες ευκαιρίες που προκύπτουν. Παρόλα αυτά, η ελληνική αγορά συνεχίζει να υστερεί σημαντικά σε μέγεθος και ανάπτυξη, εν αντιθέσει με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Είναι γεγονός, ότι η ελληνική κοινωνία, τουλάχιστον μέχρι τώρα, χαρακτηρίζεται από έλλειψη ασφαλιστικής κουλτούρας και συνείδησης. Σε αντίθεση με άλλες χώρες, η αναγκαιότητα και η χρησιμότητα της ιδιωτικής ασφάλισης ήταν αντιληπτή μόνο σε περιορισμένο βαθμό (Γαλιάτσος Κώστας, 2013).

Η οικονομική κρίση δημιουργεί επίσης προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, απειλεί τη βιωσιμότητα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών, επιβαρύνει τη λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης, επηρεάζει την αποτελεσματικότητά τους αλλά και την ποιότητα των υπηρεσιών τους καθώς και τους ίδιους τους ασθενείς που παραμελούν ή καθυστερούν τη φροντίδα τους αναλογιζόμενοι τα επιπλέον κόστη. 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 (Stuckler, et al., 2009).

Η μεταφορά ενός μέρους του κινδύνου στους ίδιους τους πολίτες, είναι κάτι που ήδη τείνει να γίνει συνείδηση. Είναι γνωστό ότι η δημόσια ασφάλιση θα είναι όλο και λιγότερο επαρκής για να καλύψει τις ανάγκες τους. Παρά το περιορισμένο διαθέσιμο εισόδημά τους, καλό θα είναι να στραφούν σε προϊόντα της αγοράς, προκειμένου να διασφαλίσουν ένα αξιοπρεπές εισόδημα μετά τη συνταξιοδότησή τους, για να διασφαλίσουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας (Βιολάκης, 2012).

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. Κατά κύριο λόγο καλείται να πείσει το κοινό ότι διαθέτει, όχι μόνο τα κατάλληλα προϊόντα, αλλά και την απαραίτητη αξιοπιστία και φερεγγυότητα, προκειμένου να λειτουργεί ως αντίβαρο στην αγωνία που αισθάνεται ο σύγχρονος Έλληνας καταναλωτής.

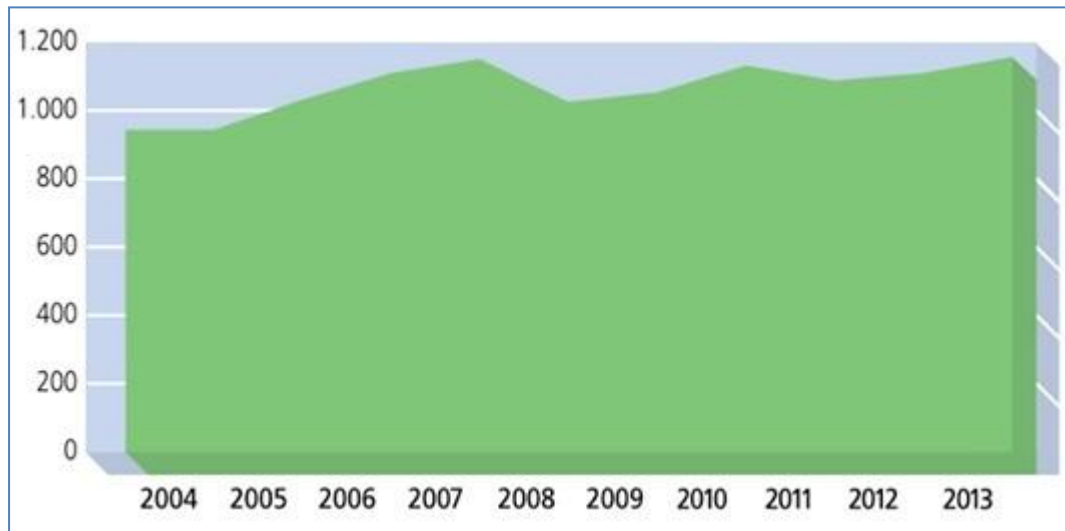
Τα τελευταία χρόνια, η αναβάθμιση του πλαισίου εποπτείας, διαμορφώνει καλύτερες προϋποθέσεις για την ενίσχυση της εικόνας της αγοράς. Ωστόσο, οι προκλήσεις δεν περιορίζονται στον κλάδο της υγείας και της σύνταξης. Στη σημερινή εποχή, βρίσκεται σε εξέλιξη μια κρίσιμη προσπάθεια αναδιάρθρωσης της παραγωγικής βάσης της ελληνικής οικονομίας. Η εν λόγω προσπάθεια, θα πρέπει να βασιστεί στην κινητοποίηση νέων παραγωγικών επενδύσεων, στην ενίσχυση των εξαγωγών, στην ανάδειξη νέων εξωστρεφών τομέων με υψηλή προστιθέμενη αξία.

Ως προς αυτό το πλαίσιο, καλό είναι επίσης να κινητοποιηθεί η ασφαλιστική αγορά, με στόχο την ανάπτυξη καινοτόμων προϊόντων, ικανών να προσφέρουν στις επιχειρήσεις τη στήριξη που χρειάζονται. Η ναυτιλία, ο τουρισμός, η πράσινη οικονομία κτλ, θεωρούνται οι τομείς στους οποίους υπάρχουν και θα υπάρξουν στα επόμενα χρόνια σημαντικά περιθώρια ανάπτυξης. Έτσι λοιπόν, για να αξιοποιηθούν αυτά τα περιθώρια, κρίνεται σημαντικό να αναβαθμιστεί και να ενισχυθεί η σχέση μεταξύ της ασφαλιστικής αγοράς και του επιχειρηματικού κόσμου και να υπάρξει ενεργοποίηση και από την πλευρά των φορέων εκπροσώπησης (Βιολάκης Ν., κ.α., 2012).

5.2. Η ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά

Η Ευρωπαϊκή ασφαλιστική αγορά η οποία είναι η μεγαλύτερη στον κόσμο με μερίδιο αγοράς 35% σημείωσε αύξηση στην παραγωγή ασφαλίσεων κατά 2,1% (σε σταθερές συναλλαγματικές ισοτιμίες) και έφτασε στο 1,1 τρισ. Ευρώ το 2013, όπως μετρήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Ασφαλίσεων (InsuranceEurope).

Διάγραμμα 1: Παραγωγή ασφαλίσεων InsuranceEurope 32 (σε δις. ευρώ)



Πηγή: EAEE, 2014

Ο αριθμός των ασφαλιστικών επιχειρήσεων στις 32 χώρες – μέλη της InsuranceEurope έφτασε τις 5.357 σύμφωνα με τα οριστικά στοιχεία του έτους 2013 (που είναι και τα τελευταία διαθέσιμα) μειωμένος κατά 1,2% σε σχέση με το 2012, παραμένοντας όμως σταθερά πάνω από τις 5.000 τα τελευταία χρόνια με μικρές διακυμάνσεις.

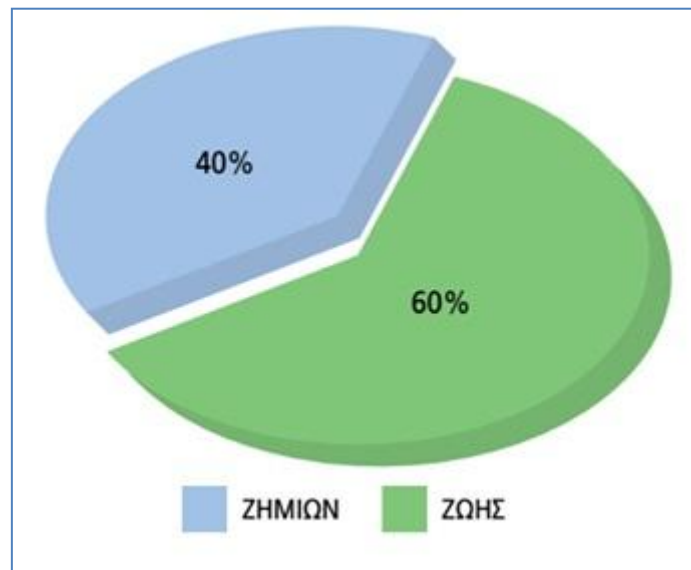
Η συνολική παραγωγή ασφαλίσεων των 32 χωρών – μελών της InsuranceEurope έφτασε τα 1.116,9 δις. ευρώ το 2013 αυξάνοντας κατά 2,1% σε τρέχουσες τιμές έναντι της προηγούμενης χρονιάς.

Οι ασφάλισεις ζωής, οι οποίες καλύπτουν το 60% των ασφαλίσεων, αυξήθηκαν κατά 3,1% σε τρέχουσες τιμές το 2013 (μετά από αύξηση 2% το 2012) και έφτασαν στα 667 δις. ευρώ. Οι μεγαλύτερες αγορές είναι αυτές του Ηνωμένου Βασιλείου, της Γαλλίας, της Γερμανίας και της Ιταλίας, χώρες που αθροίζουν περίπου το 70% της παραγωγής.

Όσον αφορά τις ασφάλειες κατά ζημιών, η μείωσή τους σε σχέση με το 2012 ήταν -0,4% σε τρέχουσες τιμές. Η αστική ευθύνη οχημάτων παραμένει ο μεγαλύτερος σε παραγωγή (129,5%) κλάδος ασφάλισης στις ασφαλίστρες κατά ζημιών καθώς σε αυτόν λογίζεται περίπου το 29% της παραγωγής τους. Τέλος, η παραγωγή της ασφάλισης περιουσίας έφτασε τα 90 δις. ευρώ, αυξημένη κατά 0,5% σε σχέση με το προηγούμενο έτος.

Κατά συνέπεια, η συμμετοχή των ασφαλίσεων ζωής, στο σύνολο της παραγωγής ασφαλίσεων των 32 χωρών – μελών της InsuranceEurope έφτασε το 2013 στο 60%, ελαφρά αυξημένη σε σχέση με το 2012. Αντίστοιχα, η συμμετοχή των ασφαλίσεων κατά ζημιών σε σύνολο της παραγωγής των ιδίων χωρών έφτασε το 2013 στο 40%.

Διάγραμμα2: Συμμετοχή ασφαλίσεων στο σύνολο των 32 χωρών – μελών της InsuranceEurope



Πηγή: ΕΑΕΕ, 2014

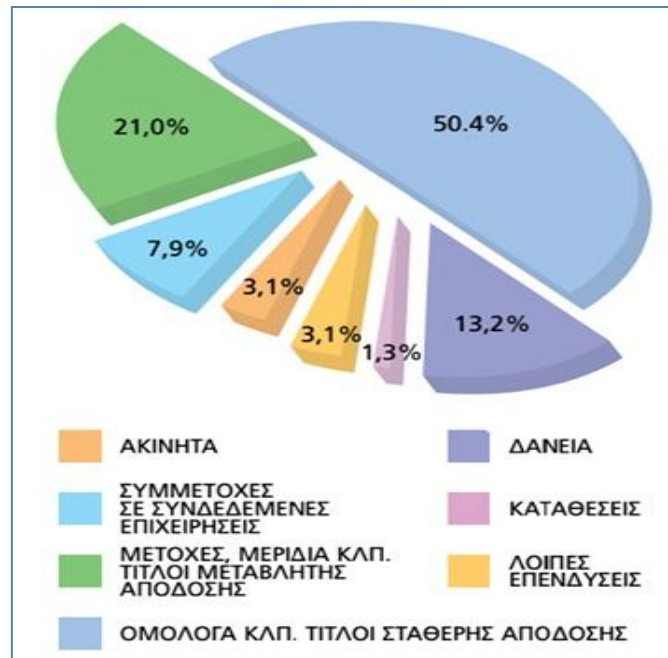
Το σύνολο των επενδύσεων στις χώρες – μέλη της InsuranceEurope στα τέλη του 2013 εκτιμάται ότι αυξήθηκε σε τρέχουσες τιμές και έφτασε στα 8,5 τρις. Ευρώ. Η ασφαλιστική αγορά αποτελεί τον μεγαλύτερο θεσμικό επενδυτή στην Ευρώπη καθώς διαχειρίζεται σχεδόν τις μισές επενδύσεις του συνόλου των θεσμικών επενδυτών. Περισσότερο από 60% (5,3 τρις. Ευρώ) των επενδύσεων των ασφαλιστικών επιχειρήσεων ανήκει σε αυτές τις Γαλλίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και της

Γερμανίας. Αυτές οι χώρες πέτυχαν σταθεροποίηση ή αύξηση του χαρτοφυλακίου τους (+4% στη Γαλλία, +1,3% στο Ηνωμένο Βασίλειο, -0,4% στη Γερμανία).

Η αύξηση του όγκου των επενδύσεων οφείλεται στην καλή πορεία των μετοχών (αύξηση του χρηματιστηριακού δείκτη Eurostoxx κατά 18%) και αρκετών επιμέρους εθνικών χρηματιστηριακών αγορών, όπως και στην μείωση των επιτοκίων των κρατικών ομολόγων αρκετών ευρωπαϊκών χωρών.

Για το σύνολο των χωρών της InsuranceEurope, σύμφωνα με τα οριστικά στοιχεία του έτους 2012, το μεγαλύτερο τμήμα των επενδύσεων (50,4%) υπάγεται στην κατηγορία των ομολογιών και άλλων τίτλων σταθερής απόδοσης. Μεγάλη επίσης, είναι η συμμετοχή των μετοχών και άλλων τίτλων μεταβλητής απόδοσης (21%) ακολουθούμενη από την κατηγορία δανείων, συμπεριλαμβανομένων και των ενυπόθηκων (13,2%). Ακολουθούν οι επενδύσεις σε συνδεδεμένες επιχειρήσεις με 7,9%, τα ακίνητα με 3,1%, οι καταθέσεις με 1,3% ενώ οι λοιπές επενδύσεις φθάνουν το 3,1%.

Διάγραμμα3: Κατανομή επενδύσεων



Πηγή: ΕΑΕΕ, 2014

Η μέτρηση της οικονομικής επίδρασης των ασφαλιστικών εργασιών στην οικονομία των 32 χωρών – μελών της InsuranceEurope μπορεί να γίνει με τη χρήση

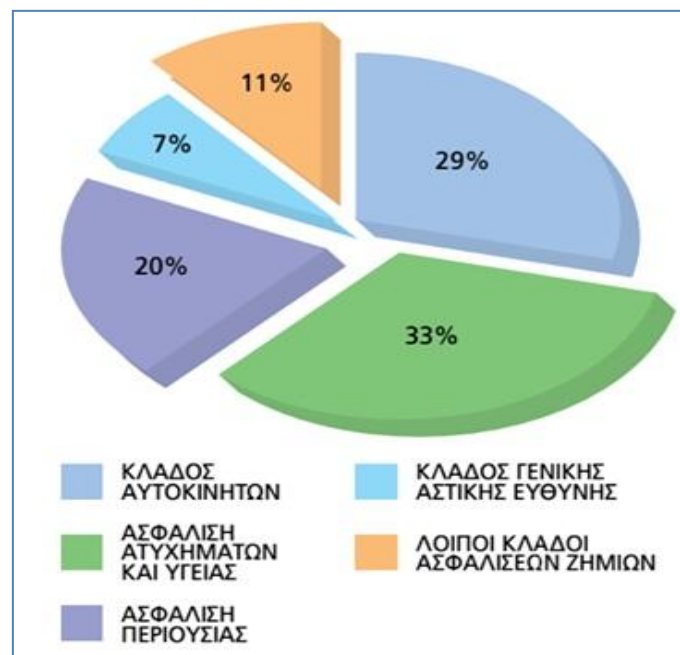
οικονομικών δεικτών οι οποίοι διαμορφώθηκαν όπως φαίνεται παρακάτω για το 2013:

| | 2013 | 2012 |
|----------------------------------|--------|--------|
| Παραγωγή ασφαλιστρων προς Α.Ε.Π. | 7,7% | 7,6% |
| Επενδύσεις προς Α.Ε.Π. | 58,6% | 57,9% |
| Κατά κεφαλή ασφάλιστρα | 1.883€ | 1.845€ |
| Ζωής | 1.124€ | 1.094€ |
| κατά Ζημιών | 759€ | 75€ |

Η διάρθρωση σε ασφάλιστρα, του χαρτοφυλακίου των ασφαλίσεων ζημιών στους επιμέρους κλάδους των 32 χωρών – μελών της InsuranceEurope (σύμφωνα με στοιχεία του 2013) είχε ως εξής:

- Κλάδος Αυτοκινήτων 29%
- Ασφάλιση Υγείας και Ατυχημάτων 33%
- Ασφάλιση Περιουσίας 20%
- Κλάδος Γενικής Αστικής Ευθύνης 7%
- Λοιποί Κλάδοι Ασφαλίσεων Ζημιών 11%

Διάγραμμα 4: Διάρθρωση χαρτοφυλακίου ασφαλίσεων κατά ζημιών



Πηγή: ΕΑΕΕ, 2014

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

«Η ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»

6.1. Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και τα μεγέθη της στις χώρες του ΟΟΣΑ

Ο έντονος ρυθμός ανόδου των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ ξεκίνησε στις δεκαετίες του '40 και του '50, με κύρια χαρακτηριστικά της εποχής την οικονομική ευημερία και τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, λόγω της εδραίωσης του Κράτους Πρόνοιας. Μάλιστα η καθιέρωση της αντίληψης της κοινωνικής αλληλεγγύης αύξησε κατακόρυφα τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια του '60. Ωστόσο την δεκαετία του '70, οι χώρες του ΟΟΣΑ ήρθαν αντιμέτωπες με σοβαρές οικονομικές πιέσεις, εξαιτίας των δύο πετρελαϊκών κρίσεων, με αποτέλεσμα οι προτεραιότητες να αλλάξουν και να επικεντρώνονται στην ορθολογικότερη κατανομή και διαχείριση των υλικών και ανθρώπινων πόρων (Κοντούλη – Γείτονα, 1997).

Στη δεκαετία 1996 - 2006 διαπιστώθηκε μεγάλη αύξηση των δαπανών υγείας στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, κυρίως λόγω των ακόλουθων παραγόντων: (Mossialos, 1999)

- Γήρανση του πληθυσμού που συνεπάγεται υψηλά ποσοστά κατανάλωσης φροντίδας υγείας.
- Τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη που οδηγεί παράλληλα σε κατανάλωση φροντίδων υγείας και φαρμακευτικών προϊόντων με υψηλό κόστος παραγωγής.
- Αύξηση του αριθμού των γιατρών .

Τα τελευταία έτη, μετά το μεγάλο ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης, η μείωση των δημοσίων δαπανών για την υγεία, οι διαρκείς μεταρρυθμίσεις στους τομείς της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και η αύξηση της συμμετοχής των ασθενών στο κόστος περίθαλψης οδήγησε σε αύξηση των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία. Σύμφωνα με μία έρευνα που διενεργήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2014, το τελευταίο εξάμηνο οι ασθενείς πλήρωσαν από την τσέπη τους κατά μέσο όρο 265,15 ευρώ για πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ανεξάρτητα από την ασφαλιστική τους κάλυψη. Από αυτά, η μεγαλύτερη ιδιωτική δαπάνη αφορά στα φάρμακα, για τα

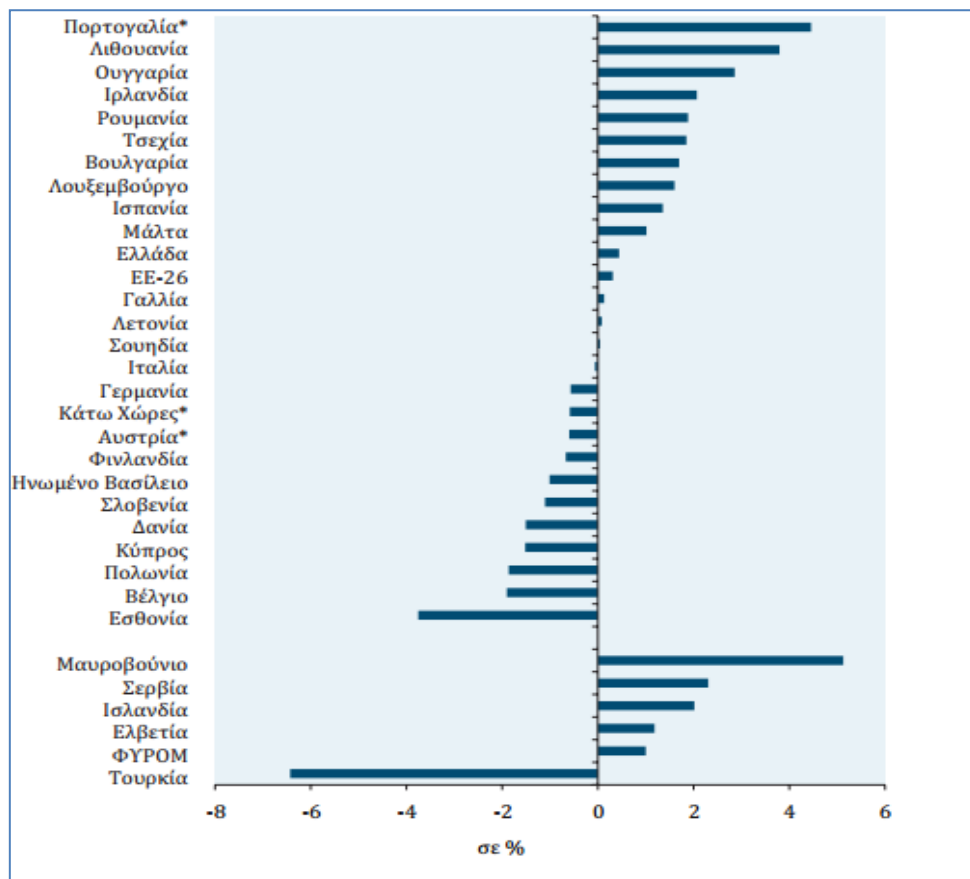
οποία πλήρωσαν 103,35 ευρώ κατά μέσον όρο, ενώ ακολουθούν οι επισκέψεις σε γιατρούς –εκτός οδοντιάτρων – που κόστισαν περίπου 74,77 ευρώ, οι εργαστηριακές εξετάσεις (61,68 ευρώ) και οι ιατρικές συσκευές/ υγειονομικό υλικό (25,35 ευρώ). Αναφορικά με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, η κατά κεφαλήν ιδιωτική δαπάνη ανήλθε στα 162,07 ευρώ το τελευταίο 12μηνο, εκ των οποίων τα 158,67 ευρώ αφορούσαν σε νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές και τα υπόλοιπα 3,40 ευρώ σε νοσηλεία σε δημόσια νοσοκομεία (Πετροπούλου, 2014) (Πετμεζίδου, και συν., 2015).

Τα στοιχεία του ΟΟΣΑ δείχνουν ότι, μεταξύ 2007 - 2012, το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών στη συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα αυξήθηκε κατά 0,4% και κυμάνθηκε κοντά στο ποσοστό αύξησης των ευρωπαϊκών χωρών (0,3%). Στην ΕΕ-26, τις μεγαλύτερες επιβαρύνσεις δέχθηκαν τα νοικοκυριά της Πορτογαλίας και της Λιθουανίας, καθώς το μερίδιο συμμετοχής τους στις δαπάνες υγείας αυξήθηκε κατά 4,5% και 3,8%, αντίστοιχα, ενώ, αντιθέτως, η Εσθονία και το Βέλγιο περιόρισαν κατά 3,8% και 1,9%, αντίστοιχα, τις δαπάνες των ιδιωτικών πληρωμών υγείας ως προς το σύνολο των δαπανών υγείας (Σχήμα 5). Το 2014, το ποσοστό των ιδιωτικών πληρωμών για την υγεία (ίδιες δαπάνες νοικοκυριών – outofpocketpayments) στην Ελλάδα ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας προσέγγισε το 36%, αρκετά μεγαλύτερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ (OECD, 2017). Για το ίδιο έτος, το ποσοστό της δαπάνης υγείας μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας ήταν κάτω από 4% (OECD, 2017).

Ένα μέρος των ιδιωτικών δαπανών υγείας κατευθύνεται στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να πάρει διάφορες μορφές. Η βασική (κύρια) κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης, είτε παρέχεται από δημόσια είτε από ιδιωτική ασφάλιση, σε γενικές γραμμές αφορά ένα συγκεκριμένο πακέτο παροχών που σε πολλές περιπτώσεις το κόστος καλύπτεται και από τις δύο μεριές (ασθενείς και φορέα ασφάλισης). Σε ορισμένες χώρες, η επιπλέον κάλυψη υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να «αγοραστεί» από ιδιωτικές εταιρείες ασφάλισης, προκειμένου να εξυπηρετηθεί το οποιοδήποτε επιπλέον κόστος απομένει από την κύρια κάλυψη (αλληλο-συμπληρωματική – complementary insurance). Οι ασθενείς μπορούν να «αγοράσουν» και να απολαμβάνουν από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και επιπλέον υπηρεσίες (συμπληρωματική – supplementary insurance) ή να έχουν γρηγορότερη πρόσβαση ή/και μεγαλύτερη επιλογή σε παρόχους υγείας (πανομοιότυπη – duplicate insurance). Το Σχήμα 6 παρουσιάζει τα δεδομένα κάλυψης

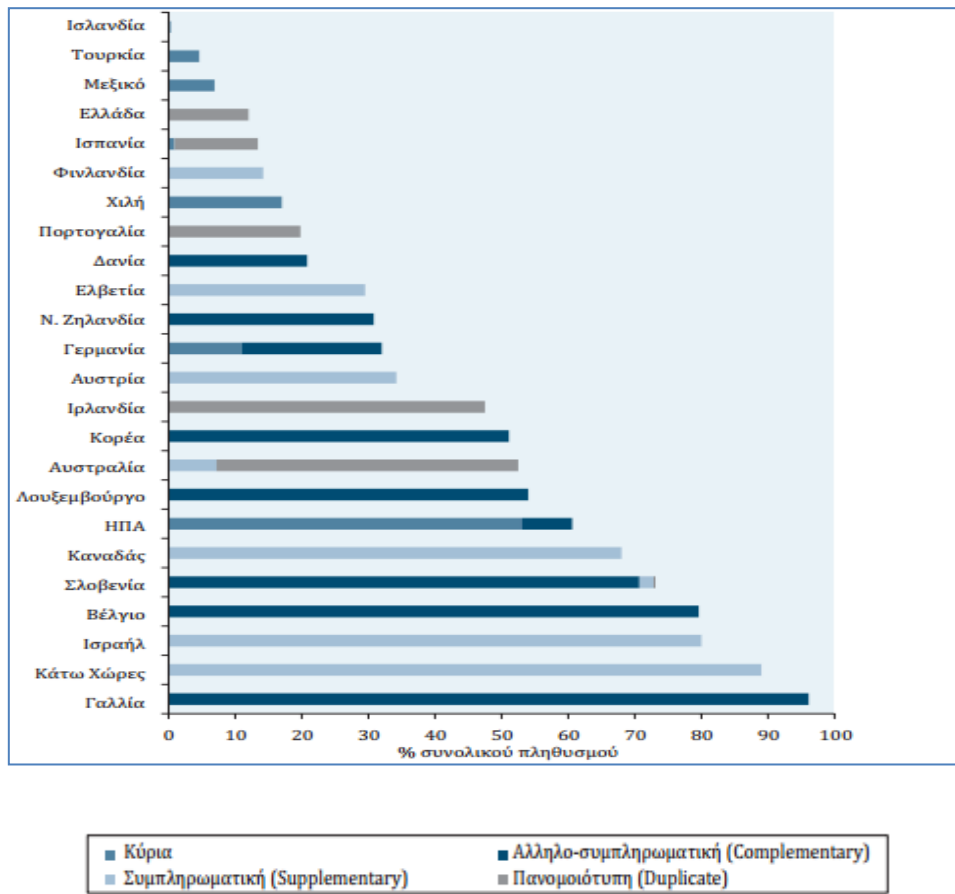
ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ. Στην Ελλάδα κυριαρχεί η πανομοιότυπη ιδιωτική ασφάλιση (12%), η οποία εξασφαλίζει γρηγορότερη πρόσβαση στις ιδιωτικές υγειονομικές υπηρεσίες, καθώς το χρονικό κόστος αναμονής στο δημόσιο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι υψηλό. Στις ΗΠΑ, η κάλυψη προσφέρεται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και το 53,1% του πληθυσμού λαμβάνει το βασικό πακέτο παροχών υγείας μέσω αυτής. Το 96,1% του πληθυσμού της Γαλλίας συνάπτει αλληλο-συμπληρωματικά συμβόλαια ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ οι Κάτω Χώρες χαρακτηρίζονται ως η μεγαλύτερη αγορά ιδιωτικής συμπληρωματικής ασφάλισης υγείας (89%) (βλ. σχήμα 6). Οι μεγαλύτερες πανομοιότυπες αγορές ιδιωτικής ασφάλισης έχουν αναπτυχθεί στην Ιρλανδία (47,5%) και στην Αυστραλία (45,3%) (Μπουλουτζιά, 2014) (Πετμεζίδου, και συν., 2015).

Διάγραμμα5: Μεταβολή των ιδιωτικών πληρωμών (out – of - pocket) ως προς τη συνολική δαπάνη υγείας, 2007 - 2012 (ή πλησιέστερο έτος)



Πηγή: OECD(πρόσβαση: 1/9/2015)

Διάγραμμα6: Κάλυψη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε επιλεγμένες χώρες του ΟΟΣΑ, 2011 (ή πλησιέστερο έτος)

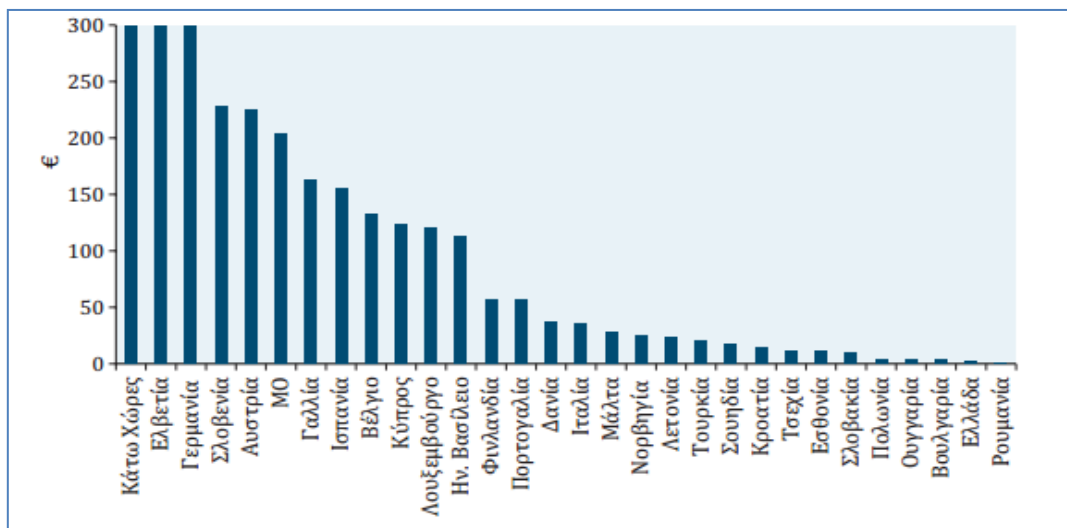


Πηγή: Πετζεζίδου, και συν, 2015

Το 2012, οι κατά κεφαλήν δαπάνες για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ευρώπη ανήλθαν σε 190 ευρώ, μόλις 1 ευρώ λιγότερο από το 2011. Το 2014, το ίδιο μέγεθος διαμορφώθηκε στα 203 ευρώ, παρουσιάζοντας μία αύξηση κατά 2,2% σε σχέση με το 2013 (Insurance Europe, 2015). Μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών παρατηρούνται μεγάλες αποκλίσεις που κυμαίνονται από 0,4 ευρώ στη Ρουμανία έως και 2.466 ευρώ στις Κάτω Χώρες (Σχήμα 7). Στην Ελλάδα, τόσο η δαπάνη των ασφαλιστρών όσο και το ποσοστό των ασφαλιστρών της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στο ΑΕΠ (Σχήμα 8) βρίσκονται σε χαμηλά επίπεδα. Η διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών οφείλεται κυρίως στα διαφορετικά χαρακτηριστικά και την πορεία εξέλιξης των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης κάθε χώρας. Στην Ελλάδα, αν και η ιδιωτική δαπάνη ήταν πάντα σχετικά υψηλή σε σύγκριση ακόμη και με άλλες χώρες της νότιας Ευρώπης, παρά τη λειτουργία του ΕΣΥ από τις αρχές της δεκαετίας του 1980 και μετά, αυτή

συνίσταται κυρίως σε άμεσες πληρωμές (out - of-pocket) και πολύ περιορισμένη δαπάνη μέσω προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης. Αντίθετα, για παράδειγμα, στις Κάτω Χώρες οι μεταρρυθμιστικές τάσεις του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης υγείας βισμαρκικού τύπου (μέσω κοινωνικο-επαγγελματικών ασφαλιστικών ταμείων, τείνουν να ενισχύουν συστηματικά τη συμπληρωματική ιδιωτική ασφάλιση (Πετμεζίδου, και συν., 2015).

Διάγραμμα 7: Κατά κεφαλήν ασφάλιστρα υγείας, 2014 (τρέχουσες τιμές)



Πηγή: Insurance Europe, 2015

Διάγραμμα 8: Ποσοστό ασφαλιστρών υγείας στο ΑΕΠ, 2011 – 12



Πηγή: Insurance Europe, 2014

«Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ»

Συμπερασματικά, τα δεδομένα δείχνουν ότι τα τελευταία χρόνια, τα νοικοκυριά στρέφονται όλο και περισσότερο στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Ο ρυθμός αύξησης των δαπανών για ιδιωτική ασφάλιση υγείας αναμένεται να επιταχυνθεί τα επόμενα χρόνια, λόγω των περικοπών στη δημόσια δαπάνη για την υγεία, τον περιορισμό των δωρεάν παροχών ή/και την αύξηση συμμετοχών ασθενών στο κόστος περίθαλψής τους (Πετμεζίδου, και συν., 2015).

Διάγραμμα9: Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας ως ποσοστό (%) των συνολικών τρεχουσών δαπανών για την υγεία (χώρες ΟΟΣΑ, 2005 – 2015)

| Function | Current expenditure on health (all functions) | | | | | | | | | | | |
|------------------|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--|
| Financing scheme | Voluntary health care payment schemes | | | | | | | | | | | |
| Provider | All providers | | | | | | | | | | | |
| Measure | Share of current expenditure on health | | | | | | | | | | | |
| Year | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | |
| Country | | | | | | | | | | | | |
| Australia | 12,0 | 11,9 | 11,7 | 12,0 | 11,7 | 11,6 | 11,6 | 12,5 | 12,7 | .. | .. | |
| Austria | 6,4 | 6,1 | 6,1 | 6,0 | 6,1 | 6,1 | 6,1 | 6,2 | 6,4 | 6,4 | .. | |
| Belgium | 5,4 | 5,4 | 5,5 | 4,5 | 4,3 | 4,3 | 4,5 | 4,4 | 4,5 | 4,6 | .. | |
| Canada | 14,8 | 14,6 | 14,7 | 14,8 | 14,7 | 14,7 | 14,7 | 14,9 | 15,1 | 15,0 | 14,9 | |
| Chile | 20,5 | 19,6 | 20,4 | 20,7 | 19,7 | 19,5 | 19,5 | 19,9 | 5,8 | 6,7 | 7,1 | |
| Czech Republic | 2,1 | 2,0 | 1,7 | 1,8 | 1,7 | 1,4 | 1,1 | 1,0 | 2,8 | 3,3 | .. | |
| Denmark | 1,5 | 1,6 | 1,7 | 1,9 | 1,9 | 1,7 | 1,9 | 1,9 | 1,9 | 2,0 | .. | |
| Estonia | 2,6 | 1,1 | 1,4 | 1,0 | 1,8 | 1,7 | 1,7 | 1,8 | 1,7 | 1,6 | 1,6 | |
| Finland | 5,1 | 4,8 | 4,8 | 5,1 | 5,2 | 5,2 | 5,3 | 5,5 | 5,4 | 5,5 | 5,3 | |
| France | 13,9 | 13,8 | 13,9 | 14,0 | 13,9 | 14,1 | 14,4 | 14,5 | 14,5 | 14,4 | .. | |
| Germany | 9,1 | 9,2 | 9,3 | 9,5 | 2,2 | 2,2 | 2,3 | 2,3 | 2,4 | 2,4 | 2,4 | |
| Greece | .. | .. | .. | 2,2 | 2,1 | 2,7 | 2,8 | 3,2 | 3,2 | 3,7 | .. | |
| Hungary | 3,5 | 4,2 | 4,8 | 4,7 | 5,4 | 5,5 | 5,3 | 5,1 | 5,0 | 4,6 | .. | |
| Iceland | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,4 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | 1,5 | |
| Ireland | 7,6 | 8,2 | 9,2 | 8,8 | 10,2 | 10,0 | 12,0 | 12,8 | 15,2 | 15,3 | .. | |
| Israel | 7,8 | 10,5 | 11,4 | 11,9 | 12,0 | 12,1 | 12,3 | 12,5 | 12,9 | 13,3 | .. | |
| Italy | 0,9 | 0,9 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | 2,2 | .. | |
| Japan | 3,2 | 3,3 | 3,2 | 3,6 | 3,5 | 3,5 | 3,1 | 3,1 | 3,0 | .. | .. | |
| Korea | 2,7 | 2,8 | 3,1 | 3,8 | 4,6 | 4,9 | 5,5 | 6,0 | 6,2 | 6,7 | 6,8 | |
| Latvia | 2,3 | 2,9 | 2,2 | 2,3 | 1,1 | 2,6 | 2,2 | 1,8 | 1,5 | 1,2 | .. | |
| Luxembourg | 3,9 | 3,8 | 5,5 | 2,6 | 4,4 | 4,9 | 6,0 | 6,7 | 7,1 | 6,9 | 5,6 | |
| Mexico | 3,2 | 3,4 | 3,7 | 5,5 | 6,0 | 5,7 | 5,9 | 5,8 | 5,9 | 6,7 | .. | |
| Netherlands | 21,3 | 8,1 | 8,2 | 7,7 | 7,9 | 7,7 | 7,9 | 7,6 | 7,2 | 7,1 | 7,1 | |
| New Zealand | 6,3 | 6,1 | 6,2 | 5,9 | 6,5 | 6,8 | 7,0 | 7,2 | 7,6 | .. | .. | |
| Norway | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | |
| Poland | 3,6 | 3,7 | 3,6 | 3,9 | 4,0 | 4,6 | 5,2 | 5,7 | 5,6 | 6,0 | .. | |
| Portugal | 5,4 | 5,7 | 5,6 | 5,8 | 5,5 | 5,7 | 6,0 | 6,3 | 6,1 | 6,2 | 6,3 | |
| Slovak Republic | 1,1 | 3,4 | 3,3 | 3,6 | 4,1 | 5,3 | 2,6 | 4,6 | 2,5 | 1,8 | .. | |
| Slovenia | 13,5 | 14,6 | 14,8 | 13,8 | 14,1 | 14,0 | 14,4 | 15,7 | 16,4 | 16,0 | 14,8 | |
| Spain | 6,2 | 6,3 | 6,2 | 5,3 | 5,1 | 4,5 | 5,1 | 5,3 | 5,1 | 5,5 | .. | |
| Sweden | 1,1 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 1,1 | 1,2 | 1,0 | 1,0 | 1,1 | 1,1 | 1,1 | |
| Switzerland | 9,9 | 10,1 | 10,2 | 10,0 | 9,8 | 9,5 | 9,4 | 8,1 | 8,1 | 8,1 | 7,0 | |
| Turkey | 8,1 | 7,5 | 7,3 | 8,1 | 5,0 | .. | 5,0 | 4,9 | 4,7 | 4,7 | .. | |
| United Kingdom | 8,6 | 7,3 | 7,9 | 7,8 | 7,2 | 7,2 | 7,6 | 7,6 | 5,7 | 5,7 | .. | |
| United States | 40,8 | 40,4 | 40,4 | 39,7 | 39,4 | 39,4 | 39,6 | 39,7 | 39,5 | 39,2 | .. | |

Πηγή: OEC (πρόσβαση: 8/6/2017)

6.2. Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και Κοινωνική Ασφάλιση

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας έχει μεικτό χαρακτήρα. Συγκεκριμένα, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας στηρίζεται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση ενώ είναι αυξημένη και η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και σε επίπεδο χρηματοδότησης των εν λόγω υπηρεσιών. Η χρηματοδότηση του ελληνικού συστήματος υγείας πηγάζει από τρεις βασικές κατηγορίες: (Χλέτσος, 2013)

- Την κοινωνική ασφάλιση (εισφορές ασφαλισμένων)
- Τον κρατικό προϋπολογισμό (φορολογία)
- Τις ιδιωτικές πληρωμές των ασθενών – καταναλωτών

.Πιο αναλυτικά, στο σύστημα υγείας της Ελλάδας περιλαμβάνονται:

- Το ΕΣΥ (Κυρίως νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και ΕΚΑΒ)
- Ο ΕΟΠΥΥ
- Ο Ιδιωτικός τομέας με πληθώρα διαγνωστικών κέντρων, κλινικές, μαιευτήρια, εργαστήρια, ιατρεία και οδοντιατρεία.

Δυστυχώς είναι αρκετά τα προβλήματα που καλείται να διαχειριστεί ο κλάδος υγείας στην Ελλάδα. Τα τρία κυριότερα είναι: (Χλέτσος, 2013)

- **Η δυσκολία και η ανεπάρκεια της χρηματοδότησης:** Το σύστημα πρέπει να προχωρήσει σε εξοικονόμηση πόρων που θα εξασφαλίζουν τη βιωσιμότητά του ώστε να μην τίθεται σε κίνδυνο η υπόσταση και οι υπηρεσίες που προσφέρει.
- **Η αναποτελεσματικότητα του συστήματος:** Η δίκαιη, ισότιμη πρόσβαση όλων των ατόμων σε κάθε υπηρεσία υγείας δεν υφίσταται επειδή υπάρχει υψηλό κόστος παροχής αλλά και υπερβολική γραφειοκρατία.
- **Η μη ικανοποίηση των πολιτών από αυτό:** Είναι αποτέλεσμα το δύο παραπάνω προβλημάτων. Οι πολίτες είναι απογοητευμένοι και δυσαρεστημένοι από το σύστημα υγείας που είναι ιδιαίτερα αναποτελεσματικό με αποτέλεσμα όσοι μπορούν να ανταποκριθούν οικονομικά να επιλέγουν την ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσμοθετήθηκε το 1983 μέσα στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης και της αναβάθμισης των δραστηριοτήτων και των υποδομών της

δημόσιας υγείας, από τον Γεώργιο Γεννηματά. Στόχος ήταν να καλυφθούν οι ιατροφαρμακευτικές και νοσηλευτικές ανάγκες των Ελλήνων πολιτών μέσα από την παροχή δωρεάν υπηρεσιών και της ανάπτυξης Κέντρων Υγείας και Νοσοκομείων. Οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες.

Επίσης, κάθε πρωτοβουλία και προσπάθεια για αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα πραγματοποιούνται υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Οι σημαντικότεροι στόχοι του ΕΣΥ είναι τα εξής: (Χλέτσος, 2013)

- Καθολική και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες – ισότιμη και πλήρης χρηματοδότηση των εν λόγω υπηρεσιών.
- Ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Αναβάθμιση της οργάνωσης των υγειονομικών υπηρεσιών.

Τα κυριότερα πλεονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι τα ακόλουθα: (Χλέτσος, 2013)

- Καθολική και ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- Ολοκληρωμένη κάλυψη του πληθυσμού
- Μικρή συμμετοχή των πολιτών στο κόστος
- Ιδιαίτερη προσοχή στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- Δημιουργία προγραμμάτων αγωγής υγείας.

Τα βασικότερα μειονεκτήματα του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι τα ακόλουθα: (Χλέτσος, 2013)

- Οικονομικές και γεωγραφικές ανισότητες
- Ελλιπής συντονισμός
- Μεγάλο κόστος υγείας - μεγάλες δαπάνες
- Μικρή ελευθερία επιλογής ιατρών από τους πολίτες
- Πολύ χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Σοβαρά προβλήματα καθώς ασκείται το λειτούργημα της ιατρικής βάσει ήθους και εκτός του νόμιμου πληρωμές

- ***Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ασφαλιστικά Ταμεία***

Η χρηματοδότηση του ΕΣΥ γίνεται κυρίως από τον κρατικό προϋπολογισμό, από όπου υπάρχει κάλυψη των αμοιβών του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του αλλά και από δαπάνες για επενδύσεις σε κτηριακό, ιατροφαρμακευτικό και νοσοκομειακό εξοπλισμό του Προγράμματος Δημοσίων Επενδύσεων. Όσον αφορά τα λειτουργικά έξοδα των δημοσίων νοσοκομείων και των κέντρων υγείας καλύπτονται από τα νοσήλια που πληρώνουν τα ασφαλιστικά ταμεία.

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης είναι ο βασικός άξονας του Ελληνικού μοντέλου Κοινωνικής Προστασίας και αποτελεί ένα σύστημα κύριας και επικουρικής δημόσιας ασφάλισης που έχει ως στόχο να καλύπτει τους κινδύνους των εργαζομένων και την αναπλήρωση της μείωσης ή της απώλειας εισοδήματος από απασχόληση χορηγώντας διάφορες παροχές και υπηρεσίες. Τονίζεται ότι η Κοινωνική Ασφάλιση στην Ελλάδα έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα (Θωμάς, 2013).

Η κάλυψη της χρηματοδότησης των Ασφαλιστικών Ταμείων πραγματοποιείται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, αλλά και από τον προϋπολογισμό του κράτους μέσα από κοινωνικές εισφορές και την επιδότηση των ελλειμμάτων τους. Χαρακτηριστικό ήταν το γεγονός ότι υπήρχαν πολλοί δημόσιοι φορείς ασφάλισης όπως το ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΝΑΤ (170 ο συνολικός αριθμός το 2002) υπό την εποπτεία πέντε Υπουργείων, γεγονός που αύξανε τις υποχρεώσεις σε ζητήματα που σχετιζόνταν με τη διοίκηση και την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων πολιτών. Ωστόσο, τον Μάρτιο του 2011, με τον Ν.3918/2011 πραγματοποιήθηκε η σύσταση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας). Συγκεκριμένα ενοποιήθηκαν τα ταμεία που αφορούσαν το 85% των ασφαλισμένων της χώρας. Απώτερος στόχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ ήταν να συντονιστεί σωστά η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προκειμένου όλοι οι ασφαλισμένοι πολίτες να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Η χρηματοδότηση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ γίνεται από τις ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων, την ετήσια επιχορήγηση ύψους 0,6% του ΑΕΠ από τον κρατικό προϋπολογισμό, ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων προς τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους.

- *Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας*

Στον ιδιωτικό τομέα υγείας περιλαμβάνονται: (Αποστολάκη, 2010)

- Οι ιδιωτικοί φορείς που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.
- Οι ιδιωτικοί εκπαιδευτικοί φορείς που ασχολούνται με την εκπαιδευτική διαδικασία στον τομέα της υγείας.
- Οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται στην προώθηση φαρμακευτικών και ιατροτεχνολογικών προϊόντων.

.Οι βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα, είναι οι ακόλουθοι: (Αποστολάκη, 2010)

- Δημογραφικοί και κοινωνικοί: Ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, βιοτικό / πολιτιστικό επίπεδο, πολιτιστικό επίπεδο.
- Οικονομικοί: Εισόδημα, τιμές υπηρεσιών, επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης.
- Η ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών από τον δημόσιο τομέα. Όταν υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στην οργάνωση και τη λειτουργία των νοσηλευτικών υπηρεσιών, οι πολίτες επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα ώστε να απολαμβάνουν ποιοτικότερη περίθαλψη.
- Τα προβλήματα γραφειοκρατίας, οι λίστες αναμονής υποχρεώνουν πολλούς ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα.
- Η πρόοδος της τεχνολογίας και ο εξελιγμένος ιατρομηχανολογικός εξοπλισμός προσφέρουν καλύτερα αποτελέσματα στη διάγνωση και στη θεραπεία.

Είναι γεγονός πως τα τελευταία χρόνια, ο ιδιωτικός κλάδος υγείας παρουσιάζει σημαντική αύξηση, που οφείλεται στους ακόλουθους παράγοντες: (Ευστρατίου, 2014)

- Τεχνολογική πρόοδος στους κλάδους της βιοϊατρικής
- Καλύτερες υποδομές
- Υψηλότερο διαγνωστικό και θεραπευτικό επίπεδο
- Απογοήτευσης των πολιτών από τους φορείς της δημόσιας υγείας

Κατά συνέπεια, ολοένα και αυξάνεται το μέγεθος της ιδιωτικής αγοράς υγείας καθώς πληθαίνουν οι γενικές κλινικές, οι μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές, και τα

διαγνωστικά κέντρα με τον μέσο ετήσιο ρυθμό αύξησής τους να φτάνει ακόμα και το 16,8% και του κλάδου γενικότερα το 60% (Ευστρατίου, 2014).

Η ανοδική τάση που ακολουθεί ο ιδιωτικός τομέας έχει δημιουργήσει μεγάλο ανταγωνισμό ανάμεσα σε ιδιωτικές μονάδες υγείας κατά κύριο λόγο ως προς:

- Το εταιρικό μέγεθος
- Το επίπεδο κόστους
- Τον τεχνολογικό εξοπλισμό
- Την ποιότητα - την ταχύτητα των υπηρεσιών που παρέχονται
- Τη συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς
- Τη δυνατότητα πρόσβασης στις Ιατρικές Υπηρεσίες

Το αποτέλεσμα που επιφέρει ο ανταγωνισμός είναι η πιο αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών, η αύξηση του κόστους των εν λόγω υπηρεσιών κάνοντάς τις συχνά οικονομικά ασύμφορες για τον ασθενή –καταναλωτή.

Από το 2010 ως σήμερα, οι συνθήκες λόγω της οικονομικής κρίσης έχουν αλλάξει δραματικά. Σε άρθρο της Ημερησίας η Διευθύντρια Οικονομικών – Κλαδικών Μελετών της ICAP Group, κ. Σταματίνα Παντελαίου υπογράμμισε: «Η συνολική αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, παρουσίασε μείωση κατά 19% το 2013 σε σχέση με το 2012. Κατά κατηγορία, τη μεγαλύτερη μείωση εμφανίζουν τα έσοδα των γενικών κλινικών με ποσοστό 23%, και ακολουθεί η αγορά των μαιευτικών – γυναικολογικών κλινικών με ποσοστό 15%. Σχετικά με τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, η μείωση εσόδων διαμορφώθηκε στο 9,5% το 2012» (ICAP, 2014).

Η κατάσταση είναι ακόμα ελλειμματική ενώ συρρίκνωση έχουν υποστεί τα έσοδα των ιδιωτικών φορέων υγείας. Αν και ο ιδιωτικός τομέας της υγείας είχε παρουσιάσει αλματώδη αύξηση με βελτίωση των υποδομών και της αποτελεσματικότητάς του, το πολύ υψηλό κόστος του μαζί με την οικονομική συρρίκνωση από το 2010 ωθεί τους ασθενείς – καταναλωτές προς την κάλυψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από το δημόσιο τομέα, που είναι μεν λιγότερο αποδοτικός και αξιόπιστος αλλά παρέχει πιο οικονομικές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να υποβαθμίζεται η υγεία των πολιτών (Ευστρατίου, 2014).

6.3. Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Επιλογές Προγραμμάτων - Αρχές λειτουργίας - Οφέλη

Υπάρχει μεγάλη ποικιλία ως προς τα προγράμματα υγείας που έχουν την δυνατότητα να επιλέξουν οι ασφαλισμένοι ανάλογα με τα χαρακτηριστικά και τις καλύψεις που προσφέρουν. Το καλύτερο πρόγραμμα υγείας για τον κάθε πολίτη είναι πάντα αυτό που καλύπτει με τον καλύτερο τρόπο τις ανάγκες του. Οι απαιτήσεις και οι ανάγκες του πολίτη προς ασφάλιση διαμορφώνονται βάση συγκεκριμένων χαρακτηριστικών όπως: η ηλικία, η οικογενειακή και επαγγελματική κατάσταση, ο τόπος διαμονής. Έπειτα αξιολογούνται τα στοιχεία εκείνα που απασχολούν το πολίτη και είναι τα παρακάτω: (Ελληνική Ένωση Τραπεζών, 2008)

- Η νοσοκομειακή περίθαλψη της οικογένειας
- Η πρωτοβάθμια και η δευτεροβάθμια περίθαλψη
- Η ασφάλιση των παιδιών

Για την κάθε κατηγορία που προαναφέρθηκε, πρέπει να διασαφηνίζονται τα στοιχεία που ενδιαφέρουν τον πολίτη όπως: (Ελληνική Ένωση Τραπεζών, 2008)

- Η κάλυψη για κάτι εξαιρετικά σημαντικό ή για κάθε περίπτωση
- Η πλήρης κάλυψη ή με συμμετοχή
- Η περίθαλψη σε νοσοκομείο που επιλέγει ο ίδιος ή μέσα από συγκεκριμένα συμβεβλημένα νοσοκομεία ή και στο εξωτερικό
- Η ελεύθερη επιλογή του θεράποντος ιατρού και της θέσης νοσηλείας
- Η δυνατότητα απευθείας κάλυψης από την ασφαλιστική εταιρεία
- Η εξυπηρέτηση για έκτακτα και επείγοντα περιστατικά

Αφού ο πολίτης διαμορφώνει το πρόγραμμα που ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, δίνεται έπειτα προσοχή στη δυνατότητα απόκτησης και διατήρησης του συγκεκριμένου ασφαλιστήριου συμβολαίου. Στόχος του συμβολαίου είναι να καλύπτει και να διασφαλίζει σε μακροχρόνια βάση τον ασφαλισμένο (Ελληνική Ένωση Τραπεζών, 2008).

Η ομαδική ασφάλιση αποτελεί την κυριότερη παροχή για τον εργαζόμενο. Με αυτόν τον τρόπο η επιχείρηση στελεχώνεται με σοβαρά και αξιόπιστα στελέχη διαμορφώνοντας ιδανικές συνθήκες εμπιστοσύνης και δημιουργώντας υψηλή

παραγωγικότητα. Ειδικότερα στη σύγχρονη εποχή όπου γίνεται επαναπροσδιορισμός των παροχών από τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ανάγκες που έχουν οι ασφαλισμένοι για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη είναι ιδιαίτερα αυξημένες, η ομαδική ασφάλιση των εργαζομένων μπορεί να προσφέρει ολοκληρωμένη κάλυψη των ασφαλιστικών τους αναγκών. Τα βασικότερα πλεονεκτήματα της ομαδικής ασφάλισης είναι τα ακόλουθα: (Σκουλούδης, 2000)

- Φορολογικά κίνητρα για την εταιρεία
- Χαμηλότερο κόστος ασφάλισης σε σχέση με τα ατομικά προγράμματα ασφάλισης
- Άμεση εξυπηρέτηση χωρίς προβλήματα γραφειοκρατίας
- Ασφάλιση με προσιτό κόστος και της οικογένειας του εργαζομένου

Η λειτουργία της ασφάλισης υγείας έχει την εξής απλή δομή: Η ασφάλιση αποτελεί έναν μηχανισμό όπου οι ασφαλισμένοι που αντιμετωπίζουν προβλήματα στην υγεία τους «στηρίζονται» από άλλη μερίδα ασφαλισμένων και έτσι επιμερίζεται το κόστος που αφορά τη θεραπεία. Τονίζεται ότι όσο πιο χαμηλό είναι το κόστος της θεραπείας τόσο πιο χαμηλό είναι και το κόστος της ασφάλισης. Το εν λόγω κόστος εξαρτάται από δύο στοιχεία: τη ζήτηση για ιατρική περίθαλψη και το ατομικό - μέσο κόστος της περίθαλψης. Πιο αναλυτικά η ζήτηση για ιατρική περίθαλψη καθορίζεται από: (Ρόκας, 2002)

- Τη συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων
- Τη συχνότητα των νοσηλειών
- Τη συχνότητα των ιατρικών εξετάσεων

Η βασική αρχή λειτουργίας της ιδιωτικής ασφάλισης είναι η ανταποδοτικότητα και χρηματοδοτείται από τα ασφάλιστρα που καταβάλλουν οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι της. Οι ασφαλιστικές εταιρίες οφείλουν να προσδιορίζουν τα είδη των κινδύνων που αναλαμβάνουν και το αντίστοιχο κόστος (Σκουλούδης, 2000).

Απώτερος σκοπός των ασφαλιστικών εταιριών είναι η ασφάλιση πολλών πολιτών στα πλαίσια μιας δίκαιης και οικονομικά συμφέρουσας τιμής. Επίσης είναι ευνοϊκό το να υπάρχουν πολλές ασφαλιστικές επιχειρήσεις ώστε να ωθείται η κάθε ασφαλιστική εταιρία σε μια διαρκή προσπάθεια για την καλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα, για ποιοτικότερα προγράμματα, αλλά και για δημιουργία καινούριων ασφαλιστικών

προγραμμάτων που θα καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες των πολιτών ειδικότερα σε μία εποχή που μαστιάζεται από την οικονομική κρίση (Πριναράκης, 1999).

Συνεπώς, ο ανταγωνισμός ανάμεσα στις ασφαλιστικές επιχειρήσεις λειτουργεί ευνοϊκά για τους ασφαλισμένους, εφόσον προσφέρουν πληθώρα εναλλακτικών επιλογών που αφορούν προγράμματα, όρους και τρόπους συναλλαγής με το μικρότερο δυνατό κόστος. Ο προσδιορισμός των κινδύνων υγείας που αναλαμβάνει η κάθε ασφαλιστική επιχείρηση για κάθε πολίτη γίνεται πριν ξεκινήσει η ασφάλιση ενώ παράλληλα καθορίζεται το κόστος της ασφαλιστικής του κάλυψης τη δεδομένη χρονική στιγμή (Αντωνάκη, και συν., 2009).

Οι παράγοντες που διαμορφώνουν το ασφάλιστρο κατά την έναρξη της ασφάλισης, αλλά και τα χρόνια που ακολουθούν, είναι κατά κύριο λόγο: η ηλικία, η κατάσταση της υγείας του πολίτη όταν συμπληρώνει την αίτηση ασφάλισης, το επάγγελμα, η γεωγραφική περιοχή στην οποία ο πολίτης διαμένει, το πλήθος, το είδος, το ύψος, και το εύρος των καλύψεων και των παροχών. Μάλιστα υπογραμμίζεται ότι από τον Δεκέμβριο του 2012, το φύλο δεν λαμβάνεται υπόψη ως παράγοντας που επηρεάζει την τιμολόγηση των ασφαλιστηρίων (Αντωνάκη, και συν., 2009).

Επίσης, βασική παράμετρος που συνεκτιμάται από κάθε ασφαλιστική εταιρία για τον προσδιορισμό του ασφαλίστρου, είναι η «εμπειρία» των αποζημιώσεων του έως σήμερα ασφαλισμένου πληθυσμού της. Πιο συγκεκριμένα, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις έχουν υπό στενή παρακολούθηση την πορεία των ιατρικών δαπανών που κάθε μια καταβάλλει για τη φροντίδα των ασφαλισμένων της, ώστε να καταλήγουν στο ασφάλιστρο εκείνο που θα έχει την καλύτερη δυνατή επάρκεια για τους ασφαλισμένους της. Η επάρκεια αποτελεί συνεχή, τόσο κοινωνική όσο και νομική υποχρέωση για την κάθε ασφαλιστική επιχείρηση και είναι υπό μόνιμο έλεγχο από την Εποπτική Αρχή (Ελληνική Ένωση Τραπεζών, 2008)

6.4.Ατομική Ασφάλιση Υγείας και προγράμματα

Ο σχεδιασμός για την ατομική ασφάλιση υγείας έχει γίνει με τέτοιο τρόπο ώστε να καλύπτει τα έκτακτα έξοδα που σχετίζονται με την υγεία τόσο σε κάθε άτομα ξεχωριστά όσο και σε σύνολα ατόμων. Οι ιδιωτικοί ιατρικοί ασφαλιστές πληρώνουν παροχές στον ασφαλισμένο για τα ιατρικά έξοδα που δημιουργούνται ως συνέπεια μιας νόσου ή ατυχήματος που καλύπτεται από την πολιτική ασφάλισης. Οι παραπάνω επιστροφές πραγματοποιούνται ως αντάλλαγμα για τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται (Zhao, 2012).

Με τη συγκέντρωση κινδύνων, οι ασφαλιστές έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τους κινδύνους των φυσικών προσώπων ανάμεσα σε πολλούς ασφαλισμένους. Όσο πιο πολλοί είναι οι ανεξάρτητοι, ομοιογενείς ασφαλισμένοι, τόσο μεγαλύτερο είναι το ενδεχόμενο οι πραγματικές ζημιές να πλησιάζουν τις αναμενόμενες και τον προϋπολογισμό (Colombo, 2004).

Η εκτίμηση της πιθανότητας ενός ασφαλισμένου για ένα περιστατικό, καθώς και το αναμενόμενο κόστος του, είναι ιδιαίτερα σημαντικά για τους ασφαλιστές. Τα αναγκαία δεδομένα για την ορθότερη αξιολόγηση του κινδύνου είναι η διαρκής συγκέντρωση στατιστικών, ιατρικών και αναλογιστικών στοιχείων, καθώς και η πληροφόρησή του αφορά τους κινδύνους που υποβλήθηκαν (οι αιτούντες). Σε μια αγορά που ο ανταγωνισμός είναι αρκετά μεγάλος, οι ασφαλιστές προσπαθούν να ασφαλίσουν πολλούς ανθρώπους σε δίκαιες και οικονομικές τιμές (Zhao, 2012).

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας μπορεί να έχει προαιρετικό ή υποχρεωτικό χαρακτήρα και πρέπει να γίνεται ξεκάθαρη διάκριση ανάμεσα στις δύο αυτές κατηγορίες: (Colombo, 2004)

- **Εθελοντική ατομική ιδιωτική ασφάλιση υγείας:** Γίνεται σε ένα κράτος-μέλος της ΕΕ που δεν υπάρχει επιτακτική νομοθεσία για τους πολίτες ή τους εργοδότες να πάρουν ιδιωτική ασφάλεια υγείας. Οι άνθρωποι επιλέγουν ελεύθερα εάν επιθυμούν αυτόν τον τύπο της ασφαλιστικής κάλυψης.
- **Υποχρεωτική ατομική ασφάλιση υγείας:** Μπορεί να γίνει σε ένα κράτος-μέλος της ΕΕ που έχει νομοθεσία που υποχρεώνει τους πολίτες να είναι ιδιωτικά ασφαλισμένοι για την υγεία τους.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αποτελεί ένα μόνο από τα προϊόντα που πωλούν οι ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις υγείας. Ορισμένα προϊόντα περιλαμβάνουν μια σοβαρή ασθένεια, αναπηρία ή ασφάλιση για μακροχρόνια περίθαλψη (Zhao, 2012).

Τα προγράμματα υγείας ταξινομούνται στις ακόλουθες κατηγορίες: (Zhao, 2012)

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

6.5. Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στα συστήματα υγείας

Η Χρηματοπιστωτική Κρίση του 2007 έρχεται 78 χρόνια μετά την τελευταία μεγάλη κρίση του 1929. Οι Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ήταν η γενεσιουργός χώρα όπου ανέκυψαν μια σειρά προβλημάτων στην αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης και την αλόγιστη χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων που εξαρτιόνταν άμεσα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων από τα οποία παράγονταν. Η προσπάθεια απομάκρυνσης του πιστωτικού και επιτοκιακού κινδύνου από τις τράπεζες, η μετατροπή στάσιμων κεφαλαίων σε εμπορεύσιμους τίτλους και η μετακίνηση των σύνθετων επενδυτικών τίτλων στις καταστάσεις ειδικών οντοτήτων, προκάλεσαν ένα «ντόμινο» αλυσιδωτών αντιδράσεων προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα σε αυτούς που βρίσκονταν σε εργασιακή ανασφάλεια και σε αυτούς που παρέμειναν εργασιακά ασφαλείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν αναφερόμενη αυξημένη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους ανέργους και αυτούς που βρίσκονταν σε μακρά περίοδο εργασιακής ανασφάλειας και παραμένουσες αρνητικές επιπτώσεις - ιδιαίτερα ψυχικές διαταραχές - σε αυτούς που τελικά δεν έχασαν την εργασία τους μετά από μια περίοδο κινδύνου απώλειάς της (Καραϊσκού, και συν, 2012).

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, 2009).

Η απασχόληση είναι ένας από τους βασικότερους τομείς, οι οποίοι πλήττονται κατά τη διάρκεια μιας οικονομικής κρίσης και ως εκ τούτου το ήμισυ σχεδόν των εργατών βρίσκονται σε κατάσταση εργασιακής ανασφάλειας και φυσικά αυξάνει το ποσοστό αυτών που τελικά οδηγούνται σε απώλεια της εργασίας τους (Ferrie, et al., 2002)

Τα τελευταία 20 χρόνια σε όλες τις σχετικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Αιτιολογικές ερμηνείες αυτού του φαινομένου αποτελούν η φτώχεια, το στρες, οι επιβλαβείς για την υγεία συμπεριφορές όπως η κατάχρηση αλκοόλ, καπνίσματος και ναρκωτικών αλλά και οι ειδικές συνθήκες εργασίας (μη ικανοποιητική εργασία, υποβαθμισμένη θέση) (Τούντας, 2004).

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα (Κυριόπουλος, 2009).

Οι πιέσεις της οικονομικής κρίσης στις κυβερνήσεις και στους καταναλωτές-ασθενείς που απειλούνται με απώλεια του εισοδήματός τους και άρα απώλεια της ασφαλιστικής τους κάλυψης είναι ασφυκτικές. Το γεγονός αυτό απειλεί την ομαλή και αποδοτική λειτουργία του υγειονομικού τομέα που εξαρτάται άμεσα από τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής προστασίας.

Δεδομένου ότι οι κυβερνήσεις δεσμεύουν εκατοντάδες δισεκατομμυρίων για να υποστηρίξουν τα τραπεζικά συστήματα, να προσφέρουν εγγύηση στους καταθέτες τα επόμενα χρόνια και δανείζονται τεράστια ποσά αυξάνοντας τα δημόσια ελλείμματα, είναι εξαιρετικά δύσκολο να μην ασκηθούν ασφυκτικές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και να μην προκύψει επίπτωση (περιορισμός δαπανών) έστω και μικρή στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ακόμη και των ανεπτυγμένων κρατών (Appleby, 2008).

Η αύξηση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία σε συνδυασμό με τη μερική ή και ολική απώλεια του εισοδήματος στρέφει τους καταναλωτές – ασθενείς σε δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αύξηση των δαπανών στο τομέα αυτό και την ανάγκη αύξησης της χρηματοδότησης από τους ήδη στραγγαλισμένους κρατικούς προϋπολογισμούς. Οι υπηρεσίες υγείας καλούνται λοιπόν να λειτουργήσουν εξίσου αποτελεσματικά παρά τις περικοπές των δαπανών, γεγονός που μπορεί να μην είναι εφικτό και ως εκ τούτου να περιοριστεί η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των προσδοκιών των χρηστών (Erman, 2009).

Η στροφή στις δημόσιες υπηρεσίες οδηγεί στη μείωση της ζήτησης στον ιδιωτικό τομέα και αυτή συνεπάγεται τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του και απαιτεί τον περιορισμό διοικητικών δαπανών, την επανεξέταση ή την αναβολή των επενδύσεων, τη μείωση του προσωπικού, τη μείωση των υπηρεσιών, την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, τη πιθανή συγχώνευση και τέλος τη συρρίκνωσή του (American Hospital Association, 2008).

6.6.Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας: Αδυναμίες και Οικονομική Κρίση

Για να χαρακτηρίζεται ένα σύστημα υγείας ως βιώσιμο πρέπει να στηρίζεται στην αξιόπιστη πρόσβαση σε ανθρώπινο κεφάλαιο και αναλώσιμους πόρους. Ωστόσο για να εξασφαλιστούν οι εν λόγω εισροές, απαιτούνται οικονομικοί πόροι για επενδύσεις σε υποδομές και εξοπλισμό, για αποζημίωση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και για φάρμακα και αναλώσιμα. Τα συστήματα υγείας, σε διαστήματα οικονομικής κρίσης, καλούνται να αντιμετωπίσουν σοβαρά προβλήματα που σχετίζονται με τη χρηματοδότησή τους εξαιτίας της συρρίκνωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία. Τα ελλείμματα στο δημόσιο τομέα και τα υψηλά επίπεδα ανεργίας ασκούν ισχυρές πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης και στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας οι οποίες έχουν προβλήματα ρευστότητας και αδυνατούν να εξυπηρετήσουν τις δανειακές τους ανάγκες (Καραϊσκού, και συν., 2012).

Η οικονομική κρίση που επικρατεί εδώ και χρόνια στη χώρα μας προκαλεί μείωση μισθών και συντάξεων ενώ οδηγεί διαρκώς όλο και περισσότερους ανθρώπους στην ανεργία. Κατά συνέπεια, οι πολίτες δεν έχουν την απαραίτητη οικονομική δυνατότητα για να επιλέξουν τον ιδιωτικό τομέα υγείας ο οποίος βέβαια είναι πολύ πιο αποτελεσματικός και αξιόπιστος από τον δημόσιο τομέα υγείας εφόσον διαθέτει πιο εξειδικευμένους εργαζομένους αλλά και τελευταίας τεχνολογίας ιατρικά μηχανήματα. Έτσι λοιπόν εξαιτίας του υψηλού κόστους στον ιδιωτικό κλάδο: (Κυριόπουλος, 2011)

- Δεν έχουν τη δυνατότητα για πιο έγκαιρη - αξιόπιστη διάγνωση και διαχείριση της νόσου
- Αναγκάζονται να συμβιβαστούν με την αναποτελεσματικότητα το πρόβλημα της γραφειοκρατίας και τη μεγάλη αναμονή στον δημόσιο τομέα υγείας για να μην χρειαστεί να πληρώσουν ή τουλάχιστον να πληρώσουν μόνο ένα μικρό ποσό.

Οι έρευνες δείχνουν ότι, ειδικότερα μετά το 2010, στην Ελλάδα η ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών υγείας εστιάζεται κατά κύριο λόγο στο δημόσιο και ασφαλιστικό τομέα με τις εισαγωγές στα δημόσια νοσοκομεία να έχουν αυξηθεί κατά 30% ενώ η ζήτηση για τα εξωτερικά ιατρεία και τα εργαστήρια έχει μειωθεί κατά 9% και 11%. Επιπλέον έχει μειωθεί η χρήση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από 18% μέχρι 25% περίπου και ιδίως στους εξής κλάδους: στα ιδιωτικά μαιευτήρια,

στην οδοντιατρική περίθαλψη, στις χειρουργικές επεμβάσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία (Κυριόπουλος, 2011).

Η μείωση στη ζήτηση στον ιδιωτικό τομέα συνδέεται με τη μείωση της αποδοτικότητας και της ρευστότητάς του γεγονός που οδηγεί στο να περιοριστούν δραστικά οι διοικητικές δαπάνες, στο να αναβληθούν πολλές σημαντικές επενδύσεις, στις περικοπές προσωπικού, στην εκποίηση περιουσιακών στοιχείων, σε ενδεχόμενη συγχώνευση αλλά και στη συρρίκνωσή του. Είναι γεγονός ότι το κόστος στις δημόσιες υπηρεσίες είναι χαμηλότερο αλλά οι περικοπές στις κρατικές δαπάνες για την υγεία οδήγησαν στην υποβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται επαρκώς οι ανάγκες και οι απαιτήσεις των ασθενών. Ακόμη, διαπιστώνεται τεράστια σπατάλη πόρων, διοχέτευση των πόρων στην παραοικονομία και συνεπώς, διογκώνονται τα ήδη μεγάλα ελλείμματα των νοσοκομείων και των ασφαλιστικών φορέων υγείας (Καραϊσκού, και συν., 2012).

Πιο αναλυτικά, ερευνώντας τον ιδιωτικό τομέα ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα μέσα στην περίοδο της οικονομικής στενότητας, περίπου 900.000 Έλληνες πολίτες διαθέτουν ένα ιδιωτικό ασφαλιστήριο υγείας. Το ασφαλιστήριο αυτό καλύπτει μεγάλη γκάμα των νοσοκομειακών αλλά και των εξωνοσοκομειακών εξόδων. Τα ατομικά σύμβολα κυμαίνονται περίπου στα 750.000, τα οποία κατέχουν οι ενήλικες ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν ασφάλιση και σε προστατευόμενα μέλη, τα οποία συνήθως είναι ανήλικα παιδιά. Ωστόσο ο εν λόγω αριθμός αντιπροσωπεύει μόνο το 10% του συνολικού ελληνικού πληθυσμού, που αποτελεί αρκετά χαμηλό ποσοστό σε σύγκριση με τα άλλα κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Τζώρτζη, 2015).

Η υιοθέτηση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας από τα ελληνικά νοικοκυριά είναι αρκετά μικρή ειδικότερα κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. Σύμφωνα με στοιχεία της Παγκόσμιας Τράπεζας η δαπάνη των ελληνικών νοικοκυριών για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας αγγίζει το 9% των συνολικών δαπανών για ιδιωτικές καλύψεις. Τα ασφαλιστήρια τα οποία υπολογίζονται για τον τομέα υγείας φτάνουν τα 625 εκατομμύρια ευρώ και αποτελούν το ένα τρίτο των ασφαλιστήριων του αντίστοιχου κλάδου (Τζώρτζη, 2015).

Όπως ήδη προαναφέρθηκε οι ιδιωτικές ασφαλίσεις έχουν υποστεί σημαντική μείωση από το 2010 που η χώρα μαστίζεται από την οικονομική κρίση, αλλά η ιδιωτική ασφάλιση υγείας δείχνει να μειώνεται με πιο χαμηλό ρυθμό. Το γεγονός

αυτό οφείλονται μεγάλα προβλήματα και στην αναποτελεσματικότητα του δημόσιου συστήματος υγείας, αλλά και σε άλλους παράγοντες όπως είναι η διάθεση ασφαλιστηρίων προγραμμάτων σε ετήσια διάρκεια, τα οποία είναι πολύ οικονομικά σε σχέση με άλλα προγράμματα υγείας και δεν έχουν στόχο τη δέσμευση κεφαλαίου το οποίο είναι πολύ πιθανό οι πολίτες να μην διαθέτουν μετέπειτα (Τζώρτζη, 2015).

Συμπερασματικά, διαπιστώνεται ότι η βιωσιμότητα του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας δεν πρέπει να λαμβάνεται ως δεδομένη, ειδικότερα κάτω από τις ασφυκτικές πιέσεις της παγκόσμιας και κυρίως της εθνικής οικονομικής κρίσης. Οι διαρκείς περικοπές των δημοσίων δαπανών για φαρμακευτική περίθαλψη και προμήθειες δυσκολεύουν περισσότερο την ήδη δυσμενή κατάσταση. Επίσης, οι ανάγκες των πολιτών για υγειονομική περίθαλψη ολοένα και αυξάνονται με αποτέλεσμα να αυξάνονται και ο αριθμός πολιτών που επιλέγει τον δημόσιο τομέα υγείας εξαιτίας της υποβάθμισης του βιοτικού επιπέδου. Το σύστημα υγείας της Ελλάδας μπορεί να αναπτυχθεί προχωρώντας σε αναδιάρθρωση που στηρίζεται στην καταπολέμηση της σπατάλης, στην ορθότερη οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στην υιοθέτηση πιο σωστής μεθόδου ενός χρηματοδότησης και αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, στην αποτελεσματικότερη οργάνωση και διαχείριση των νοσοκομειακών μονάδων, στη δημιουργία συστημάτων αξιολόγησης και στην ποιοτικότερη διαχείριση των εργαζομένων.

6.7. Ασφαλίσεις υγείας: Προσαρμογή του γαλλικού μοντέλου

Η τρέχουσα οικονομική κατάσταση της χώρας και, κυρίως, οι ρεαλιστικές εκτιμήσεις για επικράτηση χαμηλών ρυθμών ανάπτυξης στις επόμενες δεκαετίες (οι οποίες βασίζονται στο φθίνον εργατικό δυναμικό και στην καθυστέρηση των διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων που θα αύξαναν την παραγωγικότητα), επιβάλλουν την επανεξέταση του συστήματος οργάνωσης και λειτουργίας του τομέα Υγείας.

Η διάγνωση της κατάστασης ξεκινάει από τα ευρήματα του Ευρωβαρόμετρου, για πολλά χρόνια (που επεκτείνονται και πριν το 2008), ότι οι Έλληνες πολίτες έχουν τη χειρότερη εικόνα στην Ευρώπη για τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν. Το πιο τραγικό είναι ότι αυτό συμβαίνει σε μια χώρα η οποία έχει τους διπλάσιους γιατρούς από όσους χρειάζεται, πλήρη επάρκεια νοσοκομείων και μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, υπερεπάρκεια ιατρικών εξοπλισμών και έναν ισχυρό ιδιωτικό τομέα υγείας (αναλογικά, τον ισχυρότερο στην Ευρώπη). Με άλλα λόγια, υπάρχει υπερεπάρκεια προσφοράς υπηρεσιών υγείας στη χώρα. Και όμως, οι πολίτες έχουν διαμορφώσει την εντύπωση ότι λαμβάνουν τις χειρότερες υπηρεσίες υγείας στην Ευρώπη. Αυτό ερμηνεύεται ευθέως από το γεγονός ότι ο Έλληνας πολίτης πληρώνει σημαντικά ποσά από την τσέπη του για τις υπηρεσίες υγείας και αυτή η οικονομική επιβάρυνση είναι η υψηλότερη σε όλο τον ανεπτυγμένο κόσμο (Νεκτάριος, 2014).

Είναι αυτονόητο ότι το πρόβλημα βρίσκεται στην οργάνωση και διοίκηση του δημόσιου τομέα υγείας. Στη χώρα μας οι θεωρητικές αναζητήσεις για τη συνολική αναδιοργάνωση των υπηρεσιών υγείας δεν έχουν τελεσφορήσει. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2011 προέκυψε από τον σχεδιασμό της περιόδου 2000-2003 και αποτελεί μια μεγάλη κατάκτηση για το κίνημα εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας της χώρας. Όμως, ο ΕΟΠΥΥ αφορά στην οργάνωση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Είναι απαραίτητη η δημιουργία ενός αντίστοιχου οργανισμού για την αναδιοργάνωση και τον εκσυγχρονισμό της λειτουργίας των νοσοκομείων του ΕΣΥ, που θα αφορά – πιο συγκεκριμένα – την οργάνωση της προσφοράς δημόσιων υπηρεσιών υγείας σε νέα βάση. Τότε θα έχουν δημιουργηθεί οι συνθήκες για να αποκτήσει η χώρα ένα από τα καλύτερα συστήματα υγείας στην Ευρώπη, χωρίς τη διάθεση περισσότερων πόρων από τον κρατικό προϋπολογισμό (Νεκτάριος, 2012).

Ωστόσο έχει ενδιαφέρον να γίνει διασύνδεση της παραπάνω πρότασης με την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά, μέσω ενός σχήματος συνεργασίας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην υγεία. Οι στόχοι της προτεινόμενης συνεργασίας είναι οι εξής:

- Η δραστική μείωση της επιβάρυνσης των πολιτών για τις υπηρεσίες υγείας στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα (σήμερα είναι οι υψηλότερες στον ανεπτυγμένο κόσμο).
- Η εκμετάλλευση της υψηλής εξειδίκευσης της ασφαλιστικής αγοράς στον διακανονισμό των ζημιών, με τη δημιουργία κοινού μηχανισμού «εκκαθάρισης απαιτήσεων» από τον ΕΟΠΥΥ και την ασφαλιστική αγορά.

Για την επίτευξη των στόχων αυτών, προτείνεται να υιοθετηθεί το «γαλλικό μοντέλο» οργάνωσης του τομέα υγείας, το οποίο προβλέπει ότι η βασική ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας παραμένει στο κράτος, αλλά καθορίζει διαφορετικά «ποσά απαλλαγών» (deductibles) και «ποσοστά συνασφάλισης» (coinsurance) για την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, τα φάρμακα και τα λοιπά ιατρικά είδη. Στη Γαλλία, αυτές οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας καλύπτονται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και τους αλληλασφαλιστικούς συνεταιρισμούς. Το ποσοστό κάλυψης γαλλικού πληθυσμού είναι περίπου στο 95% (OECD, 2015). Εάν προσαρμοστεί το εν λόγω μοντέλο στην ελληνική πραγματικότητα, τότε τα ποσά των συνασφαλίσεων και των απαλλαγών οι Έλληνες πολίτες θα μπορούν να τα καλύπτουν με δικούς τους πόρους (όπως συμβαίνει σήμερα) ή να κάνουν ασφαλιστική κάλυψη με κόστος που δεν υπερβαίνει το 10% του μέσου ποσού αναμενόμενης επιβάρυνσης. Η έκταση της «μετακίνησης κινδύνων» στους πολίτες δεν επιβάλλεται τόσο από την κατάσταση των δημόσιων οικονομικών (εξάλλου, αυτό έχει συμβεί στην πράξη στην Ελλάδα, άσχετα εάν οι πολιτικοί αρέσκονται να ομιλούν για «δωρεάν υγεία»), όσο από την ανάγκη επιστράτευσης της υψηλής τεχνογνωσίας του ιδιωτικού τομέα στον διακανονισμό των ζημιών, γεγονός που θα ωφελήσει τα μέγιστα στη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ, διότι οι ιδιώτες ασφαλιστές θα προβαίνουν στην εκτίμηση της συνολικής αποζημίωσης πριν πληρώσουν τη δική τους συμμετοχή (ως ποσοστό της συνολικής) (Νεκτάριος, 2014).

Η προτεινόμενη συνεργασία του δημόσιου τομέα υγείας με την ιδιωτική ασφαλιστική αγορά θα έχει τα εξής σημαντικά οφέλη: (Νεκτάριος, 2012)

- Θα απαλλάξει τους πολίτες από οποιασδήποτε πρόσθετη πληρωμή στην υγεία.
- Θα υποχρεώσει τα δημόσια νοσοκομεία να βελτιώσουν δραστικά το επίπεδο των υπηρεσιών τους, με σημαντική αύξηση των εσόδων τους.
- Θα υποχρεώσει τον ΕΟΠΥΥ να χρησιμοποιήσει όλη τη δύναμη του μονοψωνίου για καλύτερες δυνατές τιμές από τους προμηθευτές υγείας.
- Θα συμβάλει στην ταχεία και ριζική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες, διότι θα οργανωθούν σε κοινή (ηλεκτρονική) βάση ΕΟΠΥΥ-ασφαλιστικής αγοράς, τόσο οι παραπομπές των ασθενών στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας όσο και η εκκαθάριση και πληρωμή τους.
- Θα διατηρήσει τις δημόσιες δαπάνες υγείας σε χαμηλό επίπεδο.

Εκτιμάται ότι, η προτεινόμενη συνεργασία ιδιωτικού και δημόσιου τομέα στην υγεία θα δημιουργήσει μιανέα αγορά ασφαλιστικών υπηρεσιών, που σε βάθος χρόνου θα προσεγγίσει τα αντίστοιχα επίπεδα της Γαλλίας. Στη Γαλλία, το πακέτο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας που καλύπτουν οι ασφαλιστικές εταιρείες ανέρχεται στο 12,7% των συνολικών δαπανών υγείας και τα συνολικά ασφάλιστρα αντιστοιχούν στο 0,77% του ΑΕΠ. Στην Ελλάδα, ένα τέτοιο σύστημα θα έπρεπε να καλύψει μέχρι το 40% των συνολικών δαπανών υγείας, ποσοστό που πληρώνουν οι Έλληνες πολίτες από την τσέπη τους. Το ποσοστό αυτό αντιστοιχεί σε περίπου 4.000 ευρώ μέση αναμενόμενη ζημιά για την ιδιωτική δαπάνη υγείας. Το αναλογούν ασφάλιστρο μόνο για τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας είναι 200 ευρώ. Το αντίστοιχο της ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς, χωρίς όμως άτομα άνω των 65 ετών και άτομα επιβαρυνμένης υγείας, είναι περίπου 55 ευρώ. Επομένως, η προτεινόμενη σύμπραξη ΕΟΠΥΥ και ιδιωτικής ασφαλιστικής αγοράς θα οδηγούσε σε μειωμένο κόστος ασφάλισης για όλες τις κατηγορίες ιδιωτικών δαπανών υγείας. Ο κάθε πολίτης θα είχε διαθέσιμο ένα πλήρες πακέτο ιατρικών υπηρεσιών, που θα περιελάμβανε τις συμπληρωματικές πληρωμές για νοσοκομειακές δαπάνες, δαπάνες διαγνωστικών εξετάσεων, δαπάνες φαρμάκων, δαπάνες οδοντιάτρου, καθώς και δαπάνες για οπτικά (Νεκτάριος, 2014).

Τα συνολικά ετήσια ασφάλιστρα, για μια ασφαλιστική διείσδυση της τάξης του 40%, θα προσέγγιζαν τα 2 δισ. ευρώ. Επαναλαμβάνεται ότι σε μια τέτοια περίπτωση οι δημόσιες δαπάνες υγείας θα παρέμεναν στα σημερινά επίπεδα, με δραστική βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους πολίτες (Νεκτάριος, 2014).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ασφάλιση αποτελεί έναν αποτελεσματικό μηχανισμό αντιμετώπισης κινδύνου. Ο εν λόγω μηχανισμός χαρακτηρίζεται από εξειδίκευση και αν υπάρχει ορθή διαχειρίσιμη τότε μπορεί να εξισορροπήσει τον κίνδυνο και να αντισταθμίσει σημαντικά τα οικονομικά προβλήματα που επιφέρει η έκθεση στον κίνδυνο. Στα πλαίσια της ιδιωτικής ασφάλισης είναι ξεκάθαρος ο κοινωνικός και ο οικονομικός της ρόλος και η σπουδαιότητά του έχει για την κοινωνία, καθώς προσφέρεται πληθώρα προγραμμάτων ασφαλίσεως υγείας.

Στην ελληνική ασφαλιστική αγορά, είναι ιδιαίτερα έντονη η επίδραση από την οικονομική κρίση, σε όρους οικονομικούς και μεγέθους αγοράς. Η ασφαλιστική αγορά είναι δυνατό να προσφέρει κάλυψη για πολλούς κινδύνους και οι προοπτικές της διαφαίνονται θετικές, κυρίως σε συνεργασία με την πολιτεία για έναν αποτελεσματικότερο θεσμικό ρόλο που θα μπορούσε να έχει ιδιωτική ασφάλιση, συνεκτιμώντας την τεχνογνωσία και την εμπειρία που έχει αναπτύξει στην παρούσα αγορά.

Η ανάπτυξη της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς προϋποθέτει την ανάπτυξη της ελληνικής οικονομίας και, σε δεύτερη φάση, η ασφαλιστική αγορά μπορεί να λειτουργήσει ως πολλαπλασιαστής της οικονομικής ανάπτυξης. Η ανάπτυξη της οικονομίας, με βάση την προηγούμενη ανάλυση, θα επέλθει μόνο εάν δημιουργηθεί μια νέα δημόσια διοίκηση απαλλαγμένη από τη δυνατότητα πολιτικών παρεμβάσεων. Αυτή είναι η αναγκαία συνθήκη. Η ικανή συνθήκη είναι η έναρξη ενός νέου κύκλου χρηματοδότησης της οικονομίας και των επενδύσεων.

Στο νέο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον που επιδιώκεται να δημιουργηθεί στη χώρα, το κέντρο βάρους πρέπει να μετακινηθεί από το «δημόσιο» στο «ιδιωτικό». Στον τομέα της διαχείρισης των κινδύνων τα άτομα και οι επιχειρήσεις θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τα ζημιόγωνα ενδεχόμενα με ίδια μέσα και όχι να βασίζονται στο κράτος, στην έκταση που αυτό συνέβαινε στο παρελθόν. Αυτή είναι μια τάση που ήδη έχει ξεκινήσει να επικρατεί σε όλη την ανεπτυγμένη Δύση.

Το νέο ισοζύγιο στη διαχείριση των κινδύνων δεν συνεπάγεται την αντικατάσταση του ρόλου του κράτους από τις ασφαλιστικές αγορές. Αυτό που θα συμβεί είναι η

δημιουργία συμπληρωματικών ιδιωτικών σχημάτων ασφάλισης, τα οποία θα λειτουργούν παράλληλα με τα δημόσια συστήματα.

Οι συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα αποτελούν διευρυμένα σχήματα συναλλαγών των δύο πλευρών με απώτερο στόχο την αξιοποίηση συγκεκριμένων συγκριτικών πλεονεκτημάτων του ιδιωτικού τομέα για την παροχή κοινωφελών αγαθών.

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις διεκδικούν δυναμικά και στην υγεία τον συμπληρωματικό ρόλο τους στην υποστήριξη μιας σωστής ποιότητας ζωής. Η συνεργασία του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα, στην προέκταση του μοντέλου της συμπληρωματικότητας, είναι μία σημαντική πρόκληση που αν επιτευχθεί με αποτελεσματικό τρόπο, προσφέρει σοβαρές λύσεις στην υγεία παρέχοντας την καλύτερη δυνατή κάλυψη. Κατά τη διάρκεια των χρόνων της οικονομικής κρίσης, η ασφάλιση υγείας αποτελεί την βασικότερη προτεραιότητα, εφόσον τα στατιστικά δείχνουν ότι για το 48% των πολιτών είναι η πρώτη ασφαλιστική ανάγκη.

Εάν ήταν εφικτό να εφαρμοστούν λύσεις συνεργασίας ανάμεσα σε δημόσιο και ιδιωτικό φορέα αντίστοιχες με όσες έχουν υιοθετηθεί σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας θα γνώριζε μεγάλη άνοδο, ενώ ταυτόχρονα οι υπηρεσίες της θα γίνονταν προσιτές για τους περισσότερους πολίτες.

Ωστόσο η μετάβαση της ασφαλιστικής αγοράς από τη σημερινή φάση της υπανάπτυξης στη φάση της ανάπτυξης προϋποθέτει τη σταδιακή δημιουργία ορισμένων υποδομών, θεσμών και λειτουργιών που αναφέρθηκαν παραπάνω, καθώς και τη δραστική αναβάθμιση των ενεργειών της ίδιας της ασφαλιστικής αγοράς.

- Η σημαντικότερη προϋπόθεση είναι η αξιοπιστία της ασφαλιστικής αγοράς και των φορέων της. Η ελληνική ασφαλιστική αγορά έχει πληγεί καιρία στο θέμα αυτό από τις συνεχείς ανακλήσεις περίπου 70 αδειών λειτουργίας ασφαλιστικών επιχειρήσεων στα τελευταία τριάντα χρόνια. Επομένως, χρειάζεται συγκέντρωση δυνάμεων με τη δημιουργία μεγάλων μονάδων μέσω συγχωνεύσεων, μεταβίβαση χαρτοφυλακίων ασφάλισης και ομαλή διαδικασία ρευστοποίησης ασφαλιστικών επιχειρήσεων, χωρίς προσφυγή πλέον στο έσχατο μέτρο της ανάκλησης άδειας λειτουργίας.

- Μια δεύτερη προϋπόθεση για τη μετάβαση της ασφαλιστικής αγοράς στη φάση της ανάπτυξης είναι η δημιουργία κουλτούρας για σχήματα σύμπραξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στη διαχείριση των κινδύνων και η επεξεργασία ολοκληρωμένων προτάσεων προς την Πολιτεία για την τεκμηρίωση του συμπληρωματικού ρόλου της ιδιωτικής ασφάλισης.
- Η τρίτη προϋπόθεση για τη μετάβαση της ασφαλιστικής αγοράς στη φάση της ανάπτυξης απαιτεί την ενίσχυση της εξωστρέφειας και του πελατοκεντρικού προσανατολισμού της αγοράς, με τη συστηματική ενημέρωση του ασφαλιστικού κλάδου αλλά και της ευρύτερης κοινωνίας πάνω σε επίκαιρα θέματα ειδικού αλλά και γενικότερου επιχειρηματικού ενδιαφέροντος, με ιδιαίτερη έμφαση στις θετικές επιδράσεις των ασφαλιστικών θεσμών στην ευρύτερη κοινωνία.
- Τέταρτη προϋπόθεση για την ανάπτυξη της αγοράς είναι η βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού και η αναβάθμιση των δικτύων πωλήσεων ασφαλιστικών προϊόντων. Παράλληλα με την εκπαίδευση των δικτύων, πρέπει οι ασφαλιστικές εταιρείες να φροντίζουν για τη συνεχή επανεκπαίδευση των υφιστάμενων στελεχών τους, καθώς και για την εκμετάλλευση των νέων τεχνολογιών στην εσωτερική τους οργάνωση και την ανάπτυξη των νέων καναλιών πρόσκτησης εργασιών.
- Πέμπτη προϋπόθεση για την ανάπτυξη της ασφαλιστικής αγοράς είναι η αναβάθμιση της λειτουργίας και της αποδοτικότητας των ασφαλιστικών εταιρειών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Α. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΗ

Αποστολάκη, Μ. (2010). «Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας Υγείας στην Ελλάδα: συγκριτική αποτίμηση», Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

Αντωνάκη, Μ., Λόντου, Κ., Σαριδάκη, Π., Χατζηδημητρίου, Κ., & Κόκκινος, Ν. (2009). «Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση: Εγχειρίδιο Βασικών Γνώσεων για τους Υπαλλήλους Επιχειρήσεων Διαμεσολάβησης στην Ασφάλιση», Αθήνα

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

Βουρλούμης, Π. (2005). «Το ασφαλιστικό με απλά λόγια», δεύτερη έκδοση, Αθήνα (2005)

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

Γενική Γραμματεία Κοινωνικής Ασφάλισης, (2014). «Το Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης», Υπουργείο Εργασίας Κοινωνικής Ασφάλειας και Πρόνοιας

Ελληνική Ένωση Τραπεζών, (2008). «Βασικές γνώσεις ιδιωτικής ασφάλισης», Ελληνικό Τραπεζικό Ινστιτούτο, Εκπαιδευτικά Εγχειρίδια, Αθήνα

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

Ευστρατίου, Χ. (2014). «Αύξηση κατά 60% των ασφαλίσεων σε ιδιωτικές εταιρείες για υγειονομική περίθαλψη», Υπάλληλοι Περιφερειών Ελλάδος, 24 Σεπτεμβρίου, διαθέσιμο στο: <http://ypalliloiperiferion.blogspot.gr/2014/09/60.html>

Θωμάς, Κ. (2013).«Χρηματοοικονομική Διαχείριση Ιδιωτικών Μονάδων Υγείας», Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στις Νέες Αρχές Διοίκησης Επιχειρήσεων, Πανεπιστήμιο Πατρών, Πάτρα

Κιόχος, Α. Π. (1993).«Εισαγωγή στην Ασφαλιστική Επιστήμη», Αθήνα, Interbooks

Καραϊσκού, Α., Μαλλιαρού, Μ., Σαράφης, Π. (2012).«Οικονομική κρίση. Τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας», Ανασκόπηση, Το Βήμα του Ασκληπιού, 11ος Τόμος, 1^ο τεύχος, Ιανουάριος – Μάρτιος 2012, 202-212

Κυριόπουλος, Γ. (2011).«Η υγεία στη δίνη της οικονομικής κρίσης», Τομέας Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

Κυριόπουλος, Ι., Τσιάντου, Β. (2009). «Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(5):834-840.

Λιακοπούλου, Ν. (2006).«Ιδιωτική ασφάλιση υγείας: Ανάλυση δεδομένων χρήσης υπηρεσιών υγείας ατομικών συμβολαίων»

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

Μακρή, Κ., Τζανετή, Μ., Γεωργίου, Ρ., Δραγώνα, Μ., Κορδοπάτη, Χ., Βρεττού, Χ., Νικολάου, Δ., Κουσκουνά, Ε. (2005).«Σημειώσεις για το διαγωνισμό της Εθνικής Ασφαλιστικής», Αθήνα

Μιλτιάδης, Ν. (2005).«Ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας», Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη Α.Ε.

Μιλτιάδης, Ν. (2003).«Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση», εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα

Μιλτιάδης, Ν. (1998).«Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση», (3η έκδοση), Αθήνα: Financial Forum

Πετμεζίδου, Μ., Παπαναστασίου, Σ., Πεμπετζόγλου, Μ., Παπαθεοδώρου, Χ., Πολυζωίδης, Π. (2015).«Υγεία και μακροχρόνια φροντίδα στην Ελλάδα», ΙΝΕ, Παρατηρητήριο οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων, Οκτώβριος 2015

Πριναράκης, Μ. Ε. (1999).«Γενικές αρχές της ιδιωτικής ασφαλίσεως», εκδόσεις FORUM έκδοση Τ, Αθήνα 1999

Ρόκας, Ι. Κ. (2002).«*Ιδιωτική Ασφάλιση: Δίκαιο της Ασφαλιστικής Σύμβασης, της Ασφαλιστικής Επιχείρησης και των Διαμεσολαβούντων στην Ιδιωτική Ασφάλιση*», Εκδόσεις Σακκουλά, Αθήνα – Κομοτηνή

Σακελλαρόπουλος, Θ. (1999).«*Αναζητώντας το νέο Κοινωνικό Κράτος*», Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

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

Σολωμός, Γ. (2006).«*Κοινωνική Ασφάλιση: Από την κρίση στον ενιαίο φορέα*» Λιβάνης, Αθήνα, 2006

Τούντας, Γ. (2004).«*Κοινωνία και Υγεία*», Εκδ. Οδυσσέας / Νέα Υγεία, Αθήνα

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

Χλέτσος, Μ. (2013).«*Μετασχηματισμός η μετεξέλιξη του κράτους – πρόνοιας;*», Κύκλος διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία», Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

Appleby, J. (2008).«*The credit crisis and health care*»Br Med J, 337: a 2259

Erman, J. (2009).«*Economic Crisis: Impact to Hospitals*», All Nursing - Sense and More

Ferrie, J.E., Shopley, MJ,Stansfeld, SA,Marmot, MG. (2002).«*Effects of chronic job insecurity and change in job security on self reported health, minor psychiatric morbidity, physiological measures, and health related behaviours in British civil servants: the Whitehall II study*», J Epidemiol &Community Health, 56:450–454

Organization for Economic Co-operation and Development (2017a).«*Health Expenditure and Financing Database*», (<http://stats.oecd.org/#>)

Organization for Economic Co-operation and Development (2015b). «*Private health insurance coverage*», by type, 2013, in *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-graph95-en