



# ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

## ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

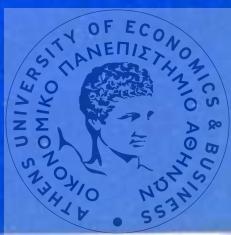
### Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

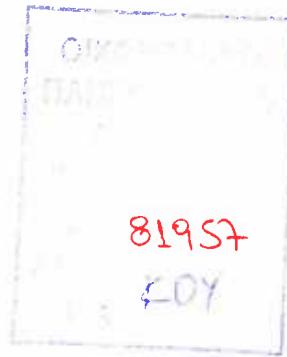
Ελένη Γ. Κουρσάρη

#### ΕΡΓΑΣΙΑ

Που υποβλήθηκε στο Τμήμα Στατιστικής  
του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών  
ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
στη Στατιστική Μερικής Φοίτησης (Part-time)  
με κατεύθυνση «Στατιστικές Μέθοδοι  
στη Διαχείριση Ασφαλιστικών Οργανισμών»

Αθήνα  
Δεκέμβριος 2007





# ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

## ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

### Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ελένη Γεώργ. Κουρσάρη

#### ΕΡΓΑΣΙΑ

Που υποβλήθηκε στο Τμήμα Στατιστικής  
του Οικονομικού Πανεπιστημίου Αθηνών  
ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος  
Ειδίκευσης στη Στατιστική  
Μερικής Παρακολούθησης (Part-time)

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΚΑΤΑΣΤΟΣ



Αθήνα  
Δεκέμβριος 2007





# ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

## ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

Εργασία που υποβλήθηκε ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Στατιστική  
Μερικής Φοίτησης (Part-Time) με κατεύθυνση «Στατιστικές Μέθοδοι  
στη Διαχείριση Ασφαλιστικών Οργανισμών»

## Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Ελένη Γ. Κουρσάρη

Υπεύθυνο μέλος ΔΕΠ:  
Ν. Φράγκος  
Καθηγητής

Ο Διευθυντής Μεταπτυχιακών Σπουδών

Επαμεινόνδας Πανάς  
Καθηγητής



## **ΑΦΙΕΡΩΣΗ**

Η Παρούσα Εργασία Αφιερώνεται Στους Καθηγητές του Τμήματος,  
Για την Καθοδήγηση, την Βοήθεια τους Και τις Πολύτιμες Γνώσεις  
Που Μας Μετέδωσαν.



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ, τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Φράγκο Νικόλαο για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή του στη συγγραφή της παρούσας εργασίας.

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον καθηγητή κ. Στεριώτη Κίμωνα για την ενθάρρυνσή του στην πιο δύσκολη στιγμή της φοίτησης μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα.





## ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Γεννήθηκα στην Αθήνα το έτος 1979. Αποφοίτησα από το τμήμα Οικονομικής και Περιφερειακής Ανάπτυξης του Πάντειου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών με γενικό βαθμό Λίαν Καλώς.

Εργασίες που εκπόνησα κατά τη φοίτηση μου στο πανεπιστήμιο διακρίθηκαν για την επιστημονική τεκμηρίωσή τους, μια εκ των οποίων υιοθετήθηκε από το ΥΠΕΧΩΔΕ ως πρότυπη χωροταξική μελέτη και υλοποιήθηκε από το αρμόδιο Υπουργείο.

Στη μέχρι σήμερα επαγγελματική μου εμπειρία εργάστηκα με το βαθμό του διοικητικού υπαλλήλου, σε λογιστήριο, καθώς και σε θέσεις που αφορούσαν στην εξυπηρέτηση πελατών. Κατά την περίοδο των Ολυμπιακών Αγώνων απασχολήθηκα στο Τμήμα Οικονομικού Προγραμματισμού και Προϋπολογισμού, και ειδικότερα στον Τομέα Διαχείρισης Κινδύνων. Τα τρία τελευταία χρόνια εργάζομαι στην EFG EUROBANK.



## **ABSTRACT**

Eleni Georgiou Koursari

### **INSURANCE IN GREECE**

**DECEMBER 2007**

Insurances constitute a social financial and moral growth measure of populations. Today 's employed feels the future needs and dangers so imperative as those of present. More widespread way of his fears confrontation that might not ever appear in his life, is the savings from the present goods.

More generally each person in all his life is exposed to a number of dangers that affects his personal, familial, financial and emotional life. Insurance has as a purpose to cover the devastating consequences, caused by the above dangers in his life and in his assets and thus is insured either through public insurance or private insurance or both insurance forms.





## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

**ΕΛΕΝΗ ΚΟΥΡΣΑΡΗ**

### **Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

**ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2007**

Οι ασφαλίσεις αποτελούν ένα μέτρο κοινωνικής, οικονομικής και ηθικής ανάπτυξης των λαών. Ο σημερινός εργαζόμενος αισθάνεται τις ανάγκες και τους κινδύνους του μέλλοντος να είναι το ίδιο επιτακτικές όπως αυτές του παρόντος. Πιο διαδεδομένη μορφή αντιμετώπισης των φόβων του που μπορεί και να μην του εμφανιστούν, είναι η αποταμίευση από τα αγαθά του παρόντος. Γενικότερα κάθε άνθρωπος σε όλη του τη ζωή είναι εκτεθειμένος σε ένα πλήθος από κινδύνους που επηρεάζουν την προσωπική, οικογενειακή, οικονομική και συναισθηματική του ζωή. Η ασφάλιση έχει σκοπό να καλύψει τις καταστροφικές συνέπειες, που προξενούν οι παραπάνω κίνδυνοι στη ζωή και στα περιουσιακά του στοιχεία και έτσι ασφαλίζεται είτε μέσω της δημόσιας ασφάλισης είτε μέσω της ιδιωτικής ή και των δύο μορφών ασφάλειας μαζί.





## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

1) ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	I
2) ΒΙΟΓΡΑΦΙΚΟ	III
3) ABSTRACT	V
4) ΠΕΡΙΛΗΨΗ	VII
5) ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	XI
6) ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ	XIII
7) ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
8) ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
Παροχή υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα	3
2.1 Ασθένεια, Αρρώστια και οι επιπτώσεις τους	3
2.2 Φροντίδα Υγείας και Νοσοκομειακή Περίθαλψη	4
2.3 Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα	4
2.4 Εξέλιξη Της Υποδομής του Κλάδου Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	5
9) ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα	9
3.1 Γενικά περί Ασφάλισης Υγείας – Φορείς Ασφάλισης	9
3.2 Η Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα	10
3.3 Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα – Η Έννοια και ο Ρόλος της σε Σχέση με την Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας	13
3.4 Αποδέκτες της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας	16
3.5 Λόγοι Επιλογής Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας	20
3.6 Προοπτικές της Ελληνικής Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας	21
10) ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
Συμβόλαια Ασφάλισης Υγείας	29
4.1 Έννοια και Φύση των Συμβολαίων Ασφάλισης Υγείας	29
4.2 Είδη Συμβολαίων Ασφάλισης Υγείας	30

<b>4.3 Περιεχόμενο Συμβολαίων Ασφάλισης Υγείας</b>	<b>31</b>
<b>4.3.3.1 Νοσοκομειακό Επίδομα</b>	<b>31</b>
<b>4.3.3.2 Νοσοκομειακή Περίθαλψη</b>	<b>31</b>
<b>4.3.2 Εξωνοσοκομειακές Παροχές</b>	<b>32</b>
<b>4.4 Συνήθεις Όροι Καλύψεων Ατομικής Ασφάλισης Υγείας</b>	<b>33</b>
<b>4.4.1 Διάρκεια της Ασφάλισης</b>	<b>33</b>
<b>4.4.2 Προϋπάρχουσες Ασθένειες</b>	<b>33</b>
<b>4.4.3 Περίοδος Αναμονής</b>	<b>34</b>
<b>4.4.4 Διαδοχική Χρήση Υπηρεσιών Υγείας</b>	<b>34</b>
<b>4.4.5 Όρος Αδιαφιλονίκητου</b>	<b>34</b>
<b>11) ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5</b>	
Τα Ασφαλιστικά Ταμεία στην Ελλάδα	35
<b>5.1 Πορεία Ασφαλιστικών Ταμείων στην Ελλάδα από την Ιδρυσή τους μέχρι σήμερα</b>	<b>35</b>
<b>5.2 Προβλήματα στην Ελλάδα του Κοινωνικοασφαλιστικού Συστήματος</b>	<b>37</b>
<b>5.3 Ρυθμίσεις για τους Ασφαλισμένους στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης Μισθωτών</b>	<b>38</b>
<b>5.4 Το Νομοθετικό Πλαίσιο για τη Διαχείριση και Αξιοποίηση των Αποθεματικών των Ασφαλιστικών Οργανισμών</b>	<b>40</b>
<b>5.5 Θεσμικό Πλαίσιο των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης</b>	<b>45</b>
<b>5.6 Πόροι και Οικονομική Διαχείριση των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης</b>	<b>49</b>
<b>5.7 Εποπτεία και Έλεγχος των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης</b>	<b>49</b>
<b>5.8 Εθνική Αναλογιστική Αρχή</b>	<b>50</b>
<b>5.9 ΕΤΕΑΜ</b>	<b>51</b>
<b>12) ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ</b>	<b>53</b>
<b>13) ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	<b>55</b>
<b>14) ΠΗΓΕΣ</b>	<b>57</b>

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<u>Πίνακας</u>	<u>Σελίδα</u>
1.1	3
1.2	6
1.3	7
2.1	11
2.2	15
2.3	21
2.4	21
2.5	22
2.6	23
2.7	23
2.8	24
2.9	25



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

<u>Γράφημα</u>	<u>Σελίδα</u>
<u>2.1</u>	14
<u>2.2</u>	16
<u>2.3</u>	16
<u>2.4</u>	17
<u>2.5</u>	17
<u>2.6</u>	17
<u>2.7</u>	22
<u>2.8</u>	24
<u>2.9</u>	25
<u>2.10</u>	26



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γήρανση του πληθυσμού, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, τα χαμηλά επίπεδα γεννητικότητας, η ανεργία, το δημόσιο χρέος και τα ελλείμματα στα συνταξιοδοτικά ταμεία έχουν ως αποτέλεσμα την άσκηση πιέσεων για την αντιμετώπιση του συνταξιοδοτικού προβλήματος.

Το συνταξιοδοτικό ζήτημα συνίσταται στην εξασφάλιση οικονομικών πόρων για την επαρκή χρηματοδότηση της μη παραγωγικής περιόδου των ατόμων και τη δίκαιη αναδιανομή εισοδήματος της τρέχουσας περιόδου, μεταξύ νεότερων και γηραιότερων γενεών.

Η δημογραφική ανισορροπία (γήρανση του πληθυσμού, χαμηλά επίπεδα γεννητικότητας ) και η ανεργία αποτελούν τους βασικούς παράγοντες επιδείνωσης του συνταξιοδοτικού προβλήματος. Η Ελλάδα κατατάσσεται από τις πρώτες σε όρους επιδείνωσης του προβλήματος, καθώς ο λόγος εξάρτησης το 2000 από 30,2 προβλέπεται να διαμορφωθεί το 2050 σε 61,6.

Το ασφαλιστικό πρόβλημα αναδεικνύει όλες τις κρίσιμες παραμέτρους της οικονομικής και δημοσιονομικής πολιτικής. Σε ένα τέτοιο μέγεθος το σημαντικότερο είναι η αποταμίευση η οποία επηρεάζει αφενός καθοριστικά τις δυνατότητες του ασφαλιστικού συστήματος και αφετέρου επηρεάζεται έντονα από αυτό.

Για το λόγο αυτό, η ενίσχυση της μακροχρόνιας αποταμίευσης απόδεικνύεται ιδιαίτερα σημαντική. Οι λόγοι συνδέονται κυρίως με τη συσσώρευση επαρκών κεφαλαίων για τη χρηματοδότηση της περιόδου συνταξιοδότησης και των λοιπών ασφαλιστικών αναγκών καθώς και τη δημιουργία αποθεματικών, για τη διασφάλιση ενός ελάχιστου ανεκτού επιπέδου διαβίωσης.

Η συνειδητοποίηση ότι η υπάρχουσα δημόσια ασφάλιση είναι ανεπαρκής αυξάνει τα κίνητρα για εκκούσια ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης και συνταξιοδότησης.



## Κεφάλαιο 2

### Παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

#### 2.1 Ασθένεια, Αρρώστια και οι επιπτώσεις τους

Ο όρος υπηρεσίες υγείας είναι μία σύνθετη έννοια που περιλαμβάνει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας (health care) όσο και της περίθαλψης (treatment). Η αποσαφήνιση του περιεχομένου των δύο αυτών όρων έχει ιδιαίτερη σημασία για τον προσδιορισμό του πεδίου εφαρμογής της ασφάλισης υγείας.

Από τη διεθνή βιβλιογραφία {HERU 1987} προκύπτει ότι η κυριότερη διαφορά βρίσκεται στο πεδίο αναφοράς των δύο όρων. Πολύ συνοπτικά μπορεί να λεχθεί ότι η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα που έχουν ήδη εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Η φροντίδα, αντίθετα, είναι ευρύτερη έννοια αφού αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας ή μιας κοινότητας.

Στο σημείο αυτό είναι χρήσιμο να δώσουμε τους τρεις όρους με τους οποίους καθορίζεται η κατάσταση υγείας του ατόμου {Λιαρόπουλος Λ. 1993}. Οι όροι αυτοί, που συχνά, αλλά λανθασμένα, χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, περιγράφουν την πραγματική κατάσταση της υγείας, αλλά, παράλληλα εμπεριέχουν και το είδος της κύριας πρόσβασης που απαιτείται από το Σύστημα Υγείας.

#### Πίνακας 1.1

Όρος	Ορισμός	Παρέμβαση
Νόσος (Disease)	Πρόβλημα υγείας χωρίς κλινικά συμπτώματα	Πρόληψη
Ασθένεια (Sickness)	Νόσος με παρακλινικά συμπτώματα	Θεραπεία
Αρρώστια (Illness)	Ασθένεια με κοινωνικές προεκτάσεις	Οεραπεία-παρέμβαση άλλων κοινωνικών υπηρεσιών

Πηγή : WHO

Σύμφωνα με την παραπάνω διαβάθμιση των αναγκών υγείας, το πεδίο εφαρμογής των υπηρεσιών περίθαλψης προσδιορίζεται από τις ανάγκες αντιμετώπισης της ασθένειας και της αρρώστιας.

#### 2.2 Φροντίδα υγείας και νοσοκομειακή περίθαλψη

Είναι σαφές από όσα προηγήθηκαν, ότι η Ασφάλιση Υγείας αναφέρεται στο χώρο της περίθαλψης και στις υπηρεσίες υγείας που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της ασθένειας, της αρρώστιας και του ατυχήματος. Πρέπει λοιπόν σε αυτό το σημείο να γίνει ιδιαίτερη αναφορά στους “κινδύνους” που συνεπάγεται μια τέτοια εξέλιξη για το άτομο και τον περίγυρό του.

Ο πιο άμεσα ορατός κίνδυνος που συνδέεται με την έννοια της ασθένειας και της αρρώστιας είναι αυτό το ίδιο το πρόβλημα υγείας. Το πρόβλημα συγκεκριμένοποιείται στις σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις, που κυμαίνονται από ένα απλό αίσθημα δυσφορίας, ως τις ακραίες περιπτώσεις της αναπηρίας ή του θανάτου. Ο ρόλος των υπηρεσιών υγείας είναι να αμβλύνει ή και να εξαφανίσει τις πιθανές αυτές συνέπειες όσο το δυνατόν συντομότερα και αποτελεσματικότερα. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιούνται οι υπηρεσίες που προσφέρει το Σύστημα Υγείας, μέσα από ένα συγκεκριμένο οργανωτικό και οικονομικό πλαίσιο κανόνων και ρυθμίσεων.

Εκτός από το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας, η ασθένεια, και ακόμη περισσότερο η αρρώστια, συνδέονται σε όλες σχεδόν τις περιπτώσεις και με διάφορα οικονομικά προβλήματα. Ακόμη και στις περιπτώσεις όπου υψηλής ποιότητας περίθαλψη παρέχεται εντελώς δωρεάν, παρατηρούνται οικονομικά προβλήματα, που συνδέονται με την απώλεια εισοδήματος από την εργασία του ατόμου, τον κίνδυνο μελλοντικής ανεργίας, την ανατροπή προσωπικών σχεδίων και προοπτικών, το κόστος στην οικογένεια κλπ. Το πρόβλημα φυσικά είναι οξύτερο στις περιπτώσεις όπου όλες ή μέρος των διαθεσίμων υπηρεσιών υγείας κατανέμονται σε συνθήκες “αγοράς”, με βάση την αγοραστική δύναμη του ατόμου.

### 2.3 Οργάνωση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα

Ο κλάδος υγείας στην Ελλάδα διακρίνεται στους παρακάτω τομείς παροχής υπηρεσιών περίθαλψης :

-Πρωτοβάθμια περίθαλψη, η οποία καλύπτει τις υπηρεσίες εκείνες που δεν απαιτούν τη νοσηλεία (παραμονή) ενός ατόμου στο νοσοκομείο, για το λόγο αυτό ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (εξετάσεις, διαγνώσεις κλπ).Ο τομέας αυτός καλύπτεται τόσο από το Δημόσιο ( Κράτος, Τοπική Αυτοδιοίκηση,Ασφαλιστικοί Οργανισμοί ) όσο και από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Η τελευταία εμπλέκεται στον τομέα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τους παρακάτω τρόπους :

- α) Ιατροί, που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στα ιδιωτικά ιατρεία τους.
- β) Βιοχημικά και Μικροβιολογικά εργαστήρια, τα οποία συνήθως λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και διαθέτουν περιορισμένες δυνατότητες, όσον αφορά στο εύρος εξετάσεων που μπορούν να πραγματοποιήσουν στις δικές τους εγκαταστάσεις.
- γ) Διαγνωστικά κέντρα, μονάδες οι οποίες παρέχουν ευρύ φάσμα διαγνωστικών υπηρεσιών διαθέτοντας σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό.
- δ) Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων, τα οποία προσφέρουν και πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, συχνά εφοδιασμένα με σύγχρονο εξοπλισμό και αποτελώντας στην ουσία πλήρη διαγνωστικά κέντρα, που λειτουργούν και σαν τμήματα ιδιωτικών νοσοκομείων.
- Δευτεροβάθμια περίθαλψη, που καλύπτει τις υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία, παρέχονται δε από τις εξής μορφές θεραπευτηρίων :
- α) Δημόσια Νοσοκομεία, τα οποία καλύπτουν περίπου το 70% των συνολικών νοσοκομειακών κλινών της χώρας και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- β) Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου. Λίγα σε αριθμό, ανεξάρτητα θεραπευτήρια τα οποία επιχορηγούνται από το κράτος.
- γ) Ιδιωτικά Νοσοκομεία και Κλινικές. Πρόκειται για ιδιωτικές επιχειρήσεις, οι οποίες λειτουργούν σαν ανεξάρτητες μονάδες.
- Τριτοβάθμια περίθαλψη, που παρέχεται κυρίως από τα Περιφερειακά Γενικά και από τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, αλλά και από ελάχιστα μεγάλα ιδιωτικά νοσηλευτικά κέντρα. Πρόκειται για μεγάλες μονάδες εξοπλισμένες με σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα και εξειδικευμένο προσωπικό.

## 2.4 Εξέλιξη της υποδομής του κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας

Ο κλάδος των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα γνώρισε μεγάλη ανάπτυξη μετά το 1985 με την ίδρυση πολλών νέων μονάδων. Ένας βασικός παράγοντας που ενίσχυσε αυτή την τάση ήταν η αδυναμία του δημόσιου τομέα να ακολουθήσει τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις στο διαγνωστικό εξοπλισμό και τις απαιτήσεις γρήγορης αντικατάστασης αυτού μέσω σημαντικών επενδύσεων {ICAP HELLAS A.E. 2001}.

Ετσι η ιδιωτική πρωτοβουλία έμεινε ουσιαστικά ελεύθερη να επενδύσει στην τελευταία λέξη της διαγνωστικής τεχνολογίας, ιδρύοντας σύγ-

χρονες πολυδύναμες μονάδες, οι οποίες προσφέρουν ευρύ φάσμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Παράλληλα, η κρατική πολιτική κατά τη δεκαετία του '80, η οποία έβαλε φραγμό στην ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών ή την επέκταση των ήδη υπαρχουσών, οδήγησε αρκετούς επιχειρηματίες που ήθελαν να επενδύσουν στον τομέα των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, στην ίδρυση μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τη δεκαετία 1985-1995 ξεπέρασε το 30%. Στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα περισσότερα των 400 ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, στα οποία δεν συμπεριλαμβάνονται οι εκατοντάδες μικρότερων εργαστηρίων (μικροβιολογικά κλπ) που λειτουργούν σε όλη τη χώρα, κατανεμημένα ως εξής :

**Πίνακας 1.2**

Περιοχή	Αριθμός Μονάδων	Ποσοσταία συμμετοχή στο σύνολο
Αττική	269	66,75%
Λοιπή Στερεά και Εύβοια	6	1,49%
Θεσσαλία	13	3,23%
Ανατολική Μακεδονία & Θράκη	6	1,49%
Κεντρική Μακεδονία	58	14,39%
Δυτική Μακεδονία	3	0,74%
Ήπειρος	2	0,50%
Δυτική Ελλάδα	18	4,47%
Πελοπόννησος	5	1,24%
Νησιά Ιονίου	6	1,49%
Νησιά Βορείου Αιγαίου	-	0,00%
Νησιά Νοτίου Αιγαίου	3	0,74%
Κρήτη	14	3,47%
Σύνολο	403	100,00%

Πηγή : Data Base ICAP HELLAS AE, 2000

Τα μεγαλύτερα από αυτά διαθέτουν σύγχρονο εξοπλισμό, τον οποίο αντικαθιστούν σε μικρό σχετικά χρονικό διάστημα και απασχολούν εξειδικευμένο και άρτια εκπαιδευμένο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό. Έτσι είναι σε θέση να πραγματοποιούν ακόμη και τις πιο σπάνιες εξετάσεις και για το λόγο αυτό δαπανούν σημαντικά κεφάλαια για επενδύσεις βιοϊατρικής τεχνολογίας. Είναι άλλωστε ενδεικτικό ότι, σύμφωνα με στοιχεία του IOBE για το 1992, από τους 119 αξονικούς τομογράφους που λειτουργούσαν στη χώρα μας οι 97 (ποσοστό 81,5 %) ανήκαν σε ιδιωτικούς φορείς και κυρίως σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα.

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά βέβαια, δεν αποτελούν τον κανόνα στο χώρο της παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Πολλά από τα διαγνωστικά κέντρα που λειτουργούν, είτε δεν έχουν την απαραίτητη επάρκεια σε τεχνολογικό εξοπλισμό, είτε χρησιμοποιούν παλαιά τεχνο-

λογία παρέχοντας υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας {Σουλιώτης Κ. 2000}. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχει μεγάλη συνεργασία μεταξύ ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων και θεραπευτηρίων (δημοσίων και ιδιωτικών) καθώς τα τελευταία συχνά δεν έχουν την δυνατότητα παροχής ορισμένων διαγνωστικών υπηρεσιών, που απαιτούν ακριβό τεχνολογικό εξοπλισμό.

Όσον αφορά τον κλάδο των θεραπευτηρίων (δευτεροβάθμια περίθαλψη) σημειώνεται ότι βάσει της τελευταίας Στατιστικής Κοινωνικής Πρόνοιας και Υγιεινής του Υπουργείου Υγείας, ο αριθμός των δημόσιων νοσοκομείων (μη συμπεριλαμβανομένων των Νομ. Προσ. Ιδιωτικού Δικαίου) αυξήθηκε κατά την τελευταία δεκαπενταετία από 122 σε 140, ενώ αντίθετα ο αριθμός των ιδιωτικών νοσοκομείων μειώθηκε από 391 σε 224. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι ο αριθμός των θεραπευτηρίων που λειτουργούν σαν Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μειώθηκε σταδιακά από 21 σε 4 (και αυτό γιατί τα υπόλοιπα μετατράπηκαν σε δημόσια). Τα ιδρύματα αυτά επιχορηγούνται από το κράτος με σκοπό να καλύψουν τα έσοδά τους, τα περισσότερα δε από αυτά απορροφήθηκαν κατά την τελευταία δεκαπενταετία από το δημόσιο. Επίσης στα χέρια του δημοσίου πέρασαν και πολλά ιδιωτικά νοσοκομεία, μετά την κρατική πολιτική περιορισμού του ιδιωτικού τομέα δευτεροβάθμιας περίθαλψης, που ξεκίνησε κατά τη δεκαετία του '80. Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται ο αριθμός των θεραπευτηρίων και κλινών κατά γεωγραφικό διαμέρισμα κατά το 1998:

**Πίνακας 1.3**

Γεωγραφικό Διαμέρισμα	Δημόσια Ορατευτήρια	Ιδιωτικά Θεραπευτήρια	Σύνολο	Κλίνες
Περιφέρεια Πρωτευούσης	43	76	119	24.693
Σ. Λοταρία και Εύβοια	13	14	27	1.841
Πελοπόννησος	20	19	39	3.494
Σ. Ιόνια Νησιά	6	2	8	983
Ηπειρος	6	7	13	1.408
Θεσσαλία	4	33	37	2.506
Μακεδονία	29	52	81	11.562
Θράκη	4	4	8	843
Νησιά	10	4	14	2.113
Αιγαίου				
Κρήτη	9	13	22	2.701
Σύνολο	144	224	368	52.144
Χώρας				

Πηγή : Στατιστική Υπηρεσία Υπουργείου Υγείας, 1998

Από τα στοιχεία του συγκεκριμένου πίνακα, παρατηρείται ότι η περιφέρεια πρωτευούσης συγκεντρώνει το 30% των συνόλου των δημόσιων θεραπευτηρίων και το 34% των μονάδων του ιδιωτικού τομέα. Σύμφωνα με τα πληθυσμιακά στοιχεία της εθνικής απογραφής του 1991, σε συνδυασμό με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα, η αντιστοιχία κατοίκων ανά κλίνη θεραπευτηρίου στη περιφέρεια πρωτευούσης είναι 125,4.

Μετά την περιφέρεια πρωτευούσης, το γεωγραφικό διαμέρισμα που συγκεντρώνει το μεγαλύτερο αριθμό, τόσο δημοσίων, όσο και ιδιωτικών θεραπευτηρίων είναι η Μακεδονία και κυρίως η περιοχή της Θεσσαλονίκης. Έτσι το συγκεκριμένο διαμέρισμα συγκεντρώνει το 20% του συνόλου των δημοσίων θεραπευτηρίων και το 23% των ιδιωτικών.

### Κεφάλαιο 3

#### Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα

##### 3.1 Γενικά περί ασφάλισης υγείας – Φορείς ασφάλισης

Ανάλογα με τους σκοπούς και τις επιδιώξεις της ασφάλισης, και με τις βάσεις πάνω στις οποίες οργανώνεται κάθε φορά η κοινότητα των κινδύνων, διαμορφώθηκαν διάφορες μορφές, με τις οποίες ασκείται σήμερα η ασφάλιση υγείας.

Με βάση τα κριτήρια αυτά, η ασφάλιση υγείας διακρίνεται σε Κοινωνική και Ιδιωτική.

##### • Κοινωνική Ασφάλιση

Η κοινωνική ασφάλιση έχει σαν σκοπό, την εξυπηρέτηση γενικότερων κοινωνικών αναγκών, που εμπίπτουν στα πλαίσια της κρατικής κοινωνικής πολιτικής, γι' αυτό και η σχετική αρμοδιότητα έχει ανατεθεί σε διάφορους Οργανισμούς Δημοσίου Δικαίου. Το Ι.Κ.Α., ο Ο.Γ.Α., το Τ.Ε.Β.Ε. και διάφορα άλλα Κλαδικά Ταμεία Συντάξεων, Επικουρικά, Υγείας κλπ, είναι Οργανισμοί που ασκούν κοινωνική ασφάλιση και υπάγονται στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Κύριο χαρακτηριστικό της κοινωνικής ασφάλισης, είναι ο υποχρεωτικός της χαρακτήρας. Ο εργαζόμενος ή ο επαγγελματίας, είναι υποχρεωμένος να ασφαλιστεί όταν ασκεί επάγγελμα, που εμπίπτει στην ασφαλιστική αρμοδιότητα των παραπάνω Οργανισμών, χωρίς να μπορεί, με κανένα νόμιμο τρόπο, να το αποφύγει.

Οι όροι ασφάλισης είναι ίδιοι για όλους τους ασφαλισμένους, που προστατεύονται έναντι των κινδύνων, χωρίς να υπάρχει κάποια ιδιαίτερη σύμβαση ή συμφωνία, μεταξύ των ασφαλισμένων και του ασφαλιστικού φορέα.

Οι συνήθεις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι η ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η νοσοκομειακή περίθαλψη, τα επιδόματα ασθενείας, μητρότητας κλπ.

##### • Ιδιωτική Ασφάλιση

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας, σε αντίθεση με την Κοινωνική, ενεργείται με την ελεύθερη βούληση όσων επιθυμούν να τύχουν ασφαλιστικής κάλυψης και προστασίας έναντι ορισμένων κινδύνων, που απειλούν την υγεία, την αρτιμέλεια, την περίουσία ή ακόμα και τη ζωή τους. Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε, πως το μέρος εκείνο κατά το οποίο υστερεί, σε ποιότητα η παρεχόμενη από την κοινωνική ασφάλιση προστασία, έρχεται να συμπληρώσει, σε πολλές περιπτώσεις, η ιδιωτική ασφάλιση.

Κύρια χαρακτηριστικά της ιδιωτικής ασφάλισης είναι, η κατάρτιση ιδιαίτερης σύμβασης μεταξύ ασφαλιστή και καθενός από τους ασφαλισμένους και η ελευθερία που έχουν για την κατάρτιση, την τροποποίηση, τη συνέχιση ή ακύρωση των συμβάσεων αυτών, καθώς και την επιλογή των κινδύνων, έναντι των οποίων επιθυμούν να τύχουν ασφαλιστικής προστασίας, κάθε φορά οι ασφαλιζόμενοι {Πριναράκης Μ. 1987}.

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας ασκείται από ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις, που έχουν τα εχέγγυα που απαιτεί η αρμόδια Κρατική Αρχή, για να τους χορηγήσει τη σχετική άδεια λειτουργίας, ή και από αλληλασφαλιστικούς συνεταιρισμούς. Δεν αποκλείονται και οι περιπτώσεις των κρατικών ή εποπτευομένων από το κράτος οργανισμών. Ιδιαίτερα σήμερα, μεγάλο μέρος της ελληνικής ασφαλιστικής κάλυψης υπηρεσιών υγείας, πραγματοποιείται από τις μεγάλες ασφαλιστικές εταιρίες, που ελέγχονται μέσω των τραπεζών, από το Κράτος.

### 3.2 Η κοινωνική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα

Το Ελληνικό σύστημα υγείας υπήρξε πάντοτε ένα τυπικό παράδειγμα του Μοντέλου Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismarck Model) {Λιαρόπουλος Λ. 1995}. Η κοινωνική ασφάλιση στην Ελλάδα λειτουργεί μέσω δεκάδων Ιδρυμάτων - Οργανισμών, που παρέχουν εικονικά πλήρη κάλυψη, αλλά αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης. Από αυτά, πάνω από 80 προσφέρουν ασφάλιση υγείας και υπηρεσίες. Κατά μία άλλη τυπολογία {OECD 1992}, το Ελληνικό σύστημα υγείας είναι μίξη του Μοντέλου Δημόσιου Συμβολαίου (Public Contract Model) και του Ολοκληρωμένου Δημόσιου Μοντέλου (Public Integrated Model).

Οι δαπάνες της δημόσιας υγείας χρηματοδοτούνται κατά 60% από την είσπραξη φόρων και κατά 40% μέσω των διανομών της κοινωνικής ασφάλισης { Πριναράκης Μ. 1987} .

Κατά τη δεκαετία του '80, σύμφωνα με στατιστικές της EUROSTAT, οι δαπάνες κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα σχεδόν διπλασιάστηκαν, από 12,2% του ΑΕΠ το 1980 σε 20,7% το 1989. Στο ίδιο χρονικό διάστημα υπήρξε σημαντική αύξηση στις συνολικές δαπάνες υγείας, από 4,5% του ΑΕΠ το 1980 σε 5,5% το 1990 {Schieber, Poullier, et al. 1992}. Αυτό αντικατοπτρίζει το γεγονός, ότι κατά τη δεκαετία του '80, η Ελλάδα εισήλθε σε μία περίοδο υψηλών δαπανών για τη δημόσια υγεία, σε μία προσπάθεια να καλύψει σοβαρά προβλήματα που προκλήθηκαν από ανεπαρκή χρηματοδότηση των προηγούμενων δεκαετιών. Είναι σημαντικό να αναφερθεί εδώ, ότι η Ελλάδα για πολλά χρόνια είχε τις χαμηλότερες δημόσιες δαπάνες, σε ποσοστό του ΑΕΠ, για την υγεία, ανάμεσα σε όλες (με εξαίρεση την Τουρκία) τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α {OECD 1990}.

Η αύξηση των δημόσιων δαπανών για την υγεία κατά τη δεκαετία του '80 προήλθε απόκλειστικά από φορολογικά έσοδα. Σαν αποτέλεσμα, η σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης της δημόσιας υγείας αντιστράφηκε :

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1

ΕΤΟΣ	ΦΟΡΟΙ (%)	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (%)
1975	40.8	59.2
1980	42.0	58.0
1985	51.5	48.5
1991	60.8	39.2

Πηγή : ΕΘΝΙΚΟΙ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΙ

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία {Κυριόπουλος Γ. 2001} που αναφέρονται στο έτος 1998, η Ελλάδα καταλαμβάνει με ποσοστό 8,3 % επί του ΑΕΠ, την έκτη θέση μαζί με την Αυστραλία, ανάμεσα σε 23 χώρες-μέλη του ΟΟΣΑ, σε ότι αφορά το ύψος των συνολικών δαπανών για την υγεία. Το χρονικό διάστημα 1960-1998 η χώρα μας παρουσίασε μέση ετήσια αύξηση των δαπανών για την υγεία 6,5 %, καταλαμβάνοντας την τρίτη υψηλότερη θέση. Παρόλα αυτά, οι κρατικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό % του ΑΕΠ, κατατάσσονται στην προτελευταία θέση (με τελευταία την Πορτογαλία) σε κοινοτικό επίπεδο, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη του ΚΕΠΕ {Αθανασίου Λ. 2000}. Αυτό το φαινόμενο παρατηρείται, επειδή οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία παρουσίασαν σταθερά αυξητική πορεία τα τελευταία χρόνια σε ποσοστό που σήμερα υπερβαίνει το 40% των συνολικών δαπανών υγείας, κάτιον οποίο φαντάζει παράδοξο για τη λογική των εθνικών συστημάτων υγείας, όπως αυτό

που συγκροτήθηκε στη χώρα μας στις αρχές της δεκαετίας του '80. Η αυξητική αυτή πορεία απεικονίζει τις καταναλωτικές τάσεις των Ελλήνων, αλλά και τις οικονομικές και χρηματοδοτικές ανεπάρκειες των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα στην' ανοικτή πρωτοβάθμια φροντίδα και την οδοντιατρική περίθαλψη, όπου και εντοπίζεται το μεγαλύτερο μέρος της ιδιωτικής δαπάνης και το μέγεθος της εμφανιζόμενης «υπόγειας» οικονομίας. Η έκθεση επισημαίνει ότι οι πραγματικές ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία, μπορεί να είναι ακόμη μεγαλύτερες από το 3% του ΑΕΠ, που αναφέρεται στα επίσημα ελληνικά μεγέθη, και να προσεγγίζει σύμφωνα με εκτιμήσεις το 4,2% του ΑΕΠ.

Έτσι, παρά την σημαντική αύξηση των δαπανών για τη δημόσια υγεία κατά την τελευταία 15ετία, κρίνοντας την κοινωνική ασφάλιση δεν μπορούμε να πούμε ότι είναι θεσμός κατάξιωμένος στο λαϊκό αίσθημα. Πολλά παράπονα διατυπώνονται σε βάρος των φορέων της κοινωνικής ασφάλισης, για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων, την ποιότητα της περίθαλψης, το χρόνο αναμονής, το ύψος του ασφαλίστρου κ.ά. Ακόμα επικρίνεται η κοινωνική ασφάλιση, για τον τρόπο διαχείρισης και διάθεσης των εισπρατομένων εισφορών, καθώς και για τον τρόπο που διοικούνται οι σχετικοί Οργανισμοί. Κατά υπολογισμούς των επικριτών της κοινωνικής ασφάλισης, η ιδιωτική θα μπορούσε να αποδώσει καλλίτερα αποτελέσματα, με πολύ χαμηλότερο κόστος {Σκούτέλης Γ. 1990}.

Γεγονός είναι πως στους οργανισμούς αυτούς, παρουσιάζονται σαν μειονεκτήματα η γραφειοκρατική οργάνωση, που χαρακτηρίζει όλους τους κρατικούς και ημικρατικούς οργανισμούς, καθώς και η έλλειψη της ατομικής πρωτοβουλίας και του κινήτρου του κέρδους, που έχει σαν συνέπεια, από τη μία την αύξηση των εξόδων λειτουργίας και από την άλλη την έλλειψη προθυμίας και ζωτικότητας στην εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Αν στα παραπάνω προστεθούν, η γήρανση του πληθυσμού, τα νέα προβλήματα υγείας που συνδέονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής, η έκρηξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η συνακόλουθη διόγκωση των προσδοκιών του πληθυσμού, γίνεται κατανοητό, ότι τα αδιέξοδα που παρατηρούνται στη χρηματοδότηση και λειτουργία της Κοινωνικής Ασφάλισης έχουν επιταθεί.

Έτσι, το ασφάλιστρο διαμορφώνεται σε ύψος δυσανάλογο με την ποιότητα της παρεχόμενης ασφάλισης υγείας και δίνεται στους ασφαλισμένους,

που ταλαιπωρούνται, το δικαίωμα για δυσμενή σχόλια και παράπονα, που κατάλήγουν πολλές φορές, σε έντονες διαμαρτυρίες.

Αν σκεφθούμε όμως, πως στην κοινωνική ασφάλιση υγείας, καλύπτονται συνήθως οι κατώτερες εισοδηματικές τάξεις μιας χώρας, θα πρέπει να θέσουμε σε αμφισβήτηση, το αν, αυτοί που ανήκουν στις τάξεις αυτές, θα ερχόντουσαν με τη θέλησή τους σε ασφαλιστικές εταιρίες να ασφαλιστούν, στην περίπτωση που αποδεσμευόντουσαν από τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της κοινωνικής ασφάλισης υγείας. Είναι βέβαιο, ότι αμεσότερες και επιτακτικότερες ανάγκες, θα τους υποχρέωναν να δαπανήσουν το επιπλέον εισόδημά τους και θα παραμέριζαν κάθε σκέψη για οποιαδήποτε πρόνοια ή μελλοντική εξασφάλιση. Έτσι θα προέκυπταν σοβαρά κοινωνικά προβλήματα, που η αντιμετώπιση τους, χωρίς την κατάλληλη υποδομή, θα ήταν αρκετά δύσκολη, αν όχι αδύνατη.

Κατά συνέπεια, πρέπει να δεχτούμε, πως η κοινωνική ασφάλιση υγείας, παρά τις ατέλειες της, επιτελεί σημαντικό κοινωνικό έργο. Όμως θα πρέπει να προσαρμοστεί πλέον στις ανάγκες του σύγχρονου ανθρώπου και τις απαιτήσεις του για πραγματικά υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας.

### 3.3 Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα – Η έννοια και ο ρόλος της σε σχέση με την κοινωνική ασφάλιση υγείας

Το κύριο χαρακτηριστικό της αγοράς της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι η ολιγοπολιακή δομή της {Dickinson 1993}.

Παρά την έλλειψη επίσημων και αξιόπιστων στατιστικών, υπολογίζεται ότι πάνω από 10% του πληθυσμού έχουν κάποιας μορφής ιδιωτική ασφάλιση υγείας και ότι οι συνολικές διανομές ήδη φτάνουν το 10% του συνόλου των διανομών της Κοινωνικής Ασφάλισης {Λιαρόπουλος Λ. 1993}.

Ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας σε μεγάλο βαθμό καλύπτει ανάγκες ανάλογες με αυτές που καλύπτονται από τις δαπάνες της Κοινωνικής Ασφάλισης. Υπάρχουν όμως αρκετές ουσιαστικές διαφορές μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης που πρέπει να τονιστούν :

- Η έννοια της συμπληρωματικότητας

Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας έχει συμπληρωματικό χαρακτήρα προς την Κοινωνική Ασφάλιση. Με κανένα τρόπο δεν μπορεί να λειτουργήσει ανταγωνιστικά γιατί τότε, κάτω από το καθεστώς ίσων δικαιωμάτων αλλά και υποχρεώσεων, θα πρέπει να επωμιστεί αναλογικά και το βάρος των όποιων

προνοιακών παροχών της Κοινωνικής Ασφάλισης, οι οποίες, στην Ελλάδατουλάχιστον, είναι εκτεταμένες.

• **Ο προνοιακός χαρακτήρας της Κοινωνικής Ασφάλισης**

Η Κοινωνική Ασφάλιση σήμερα έχει ένα έντονα προνοιακό χαρακτήρα, που αποσκοπεί τόσο στη συμπλήρωση των κενών του Ελληνικού ασφαλιστικού κάθεστώτος, όσο και στην εξάλειψη των έντονων ανισοτήτων της ασφαλιστικής προστασίας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.

Η ιδιωτική ασφάλιση αντίθετα, λειτουργεί με αυστηρά οικονομικά κριτήρια και με στόχο το κέρδος, γεγονός που απορρέει από τη φύση των εταιριών, που λειτουργούν ως κερδοσκοπικές ανώνυμες εταιρίες. Είναι λοιπόν φυσικό οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες ασφάλισης υγείας να επιλέγουν τόσο τα ασφαλιστικά τους προγράμματα, όσο και τους πελάτες (ασφαλισμένους) τους, με τρόπο που να διασφαλίζει την οικονομική τους βιωσιμότητα και ευρωστία.

• **Ο διανεμητικός (καταναλωτικός) χαρακτήρας της Κοινωνικής Ασφάλισης**

Οι διάφοροι φορείς της Κοινωνικής Ασφάλισης και ιδιαίτερα το Ι.Κ.Α., λειτουργούν με βάση το διανεμητικό σύστημα, όπου οι σημερινές εισφορές, διατίθενται για την κάλυψη των σημερινών αναγκών. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, αντίθετα, εργάζονται με το κεφαλαιοποιητικό σύστημα, γεγονός που επιβάλλει την επένδυση των αποθεματικών τους με τρόπο, ώστε να καλύπτουν τυχόν απώλειες των επενδυόμενων από τους ασφαλιζόμενους κεφαλαίων. Ταυτόχρονα, η υπεραπόδοση των επενδύσεων μακροχρόνια επιτρέπει στις σημερινές γενεές να απολαύσουν μέρος της αύξησης του εθνικού εισοδήματος που δημιουργούν οι επόμενες γενεές.

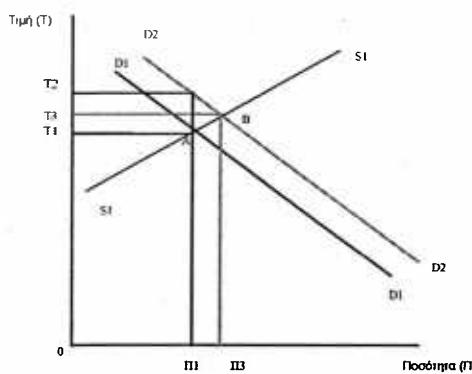
• **Ο προαιρετικός χαρακτήρας της Ιδιωτικής Ασφάλισης**

Ο προαιρετικός χαρακτήρας της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επιβάλλει στις ασφαλιστικές εταιρίες έναν έντονο ανταγωνισμό, ο οποίος αναγκαστικά εκφράζεται μέσα από την πολιτική για την αντληση κεφαλαίων και την όσο το δυνατόν αποδοτικότερη αξιοποίηση τους.

Μέχρι πρόσφατα δεν υπήρχε έρευνα για τη φύση και τις προοπτικές της ιδιωτικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Πρόσφατη έρευνα {Λιαρόπουλος Λ. 1995} έδειξε ότι η ιδιωτική ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα απέτυχε να λειτουργήσει μέχρι σήμερα συμπληρωματικά στη Κοινωνική Ασφάλιση Υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρίες κυρίως κατευθύνθηκαν στη κάλυψη του οικονομικού κινδύνου από ασθένεια, χωρίς να προσφέρουν νέες εναλλακτικές

λύσεις στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών υγείας. Η διαφοροποίηση του προϊόντος τους επιτυγχάνεται μέσω της διαφήμισης και της υπόσχεσης συγκεκριμένων ανέσεων σε περίπτωση εισόδου τους σε νοσοκομείο. Δεν προκαλούν λοιπόν έκπληξη τα χαμηλά ποσοστά χρησιμοποίησης υπηρεσιών υγείας ανάμεσα στους ασφαλισμένους. Η απουσία παρέμβασης για αύξηση της ποιοτητας και της ποσότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, ουσιαστικά περιορίζει το συμπληρωματικό ρόλο που μπορεί να παίξει η ιδιωτική ασφάλιση, ενώ συντελεί και σε αύξηση των τιμών των υπηρεσιών υγείας, μέσω της αύξησης της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών {Λιαρόπουλος Λ. 1993}.

**Διάγραμμα 2.1**  
Η επίδραση της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην αγορά υπηρεσιών υγείας



Στο διάγραμμα 2.1 φαίνονται οι καμπύλες ζήτησης ( $D_1D_1$ ) και προσφοράς ( $S_1S_1$ ) υπηρεσιών υγείας. Η αρχική θέση ισορροπίας είναι το σημείο A, όπου παράγεται ποσότητα  $P_1$  στην τιμή  $T_1$ . Η αύξηση της αγοραστικής δύναμης των καταναλωτών, μέσω της Ιδιωτικής Ασφάλισης ισοδυναμεί με αύξηση του εισοδήματος των καταναλωτών, που οδηγεί σε μετατόπιση προς τα δεξιά της καμπύλης ζήτησης στη θέση  $D_2D_2$  (income effect). Όσο η προσφορά μένει σταθερή στην ποσότητα  $P_1$ , το μόνο απότελεσμα είναι η αύξηση της τιμής στη θέση  $T_2$ . Αν, όμως, η προσφορά δείξει ανταπόκριση, τότε η αυξημένη ζήτηση  $P_3$  θα ικανοποιηθεί με μία πολύ μικρότερη αύξηση τιμών στη θέση B και σε τιμές  $T_3$ . Κατά τον τρόπο αυτό θα λειτουργούσε ικανοποιητικά η έννοια της συμπληρωματικότητας της Ιδιωτικής Ασφάλισης.

### 3.4 Αποδέκτες της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Πρέπει να τονιστεί και πάλι ότι μία σοβαρή αδυναμία της μελέτης του θέματος της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι η ανυπαρξία δημοσιευμένων στοιχείων. Τα διαθέσιμα στοιχεία αναφέρονται στο σύνολο της παραγωγής ασφαλειών Ζωής-Υγείας, που περιέχουν και την ασφάλιση για σύνταξη, πληρωμές αποζημιώσεων σε περίπτωση θανάτου ή αναπηρίας, επιδόματα σπουδών και άλλα αποταμιευτικά προγράμματα. Για τους λόγους αυτούς τα στοιχεία που παρατίθενται παρακάτω {Μπιτούνης N. 1992} είναι ενδεικτικά, και θα πρέπει με κάποια επιφύλαξη να γίνει αποδεκτό ότι απεικονίζουν τη σημερινή πραγματική κατάσταση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα.

**Πίνακας 2.2**  
Κάτοχοι ατομικής ασφάλειας Ζωής-Υγείας στην Ελλάδα, 1992

Φύλο	Ποσοστό %
ΑΝΔΡΑΣ	57 %
ΓΥΝΑΙΚΑ	43 %

Ηλικία	Ποσοστό %
25-34	24%
35-44	29%
45-60	16%

Εκπαίδευση	Ποσοστό %
Βασική	16 %
Μέση	45 %
Ανώτερη / Ανώτατη	39 %

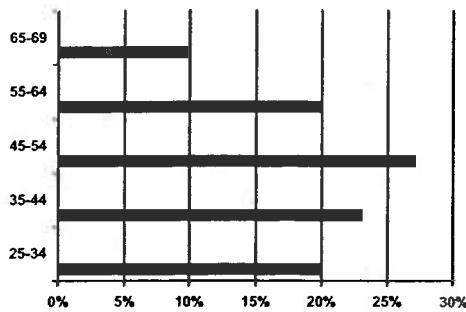
Εισόδημα	Ποσοστό %
Πολύ υψηλό / Υψηλό	60 %
Μέσο / Χαμηλό	40 %

Ενδιαφέρον παρουσιάζει ως προς την σύνθεση του ασφαλισμένου και μη πληθυσμού, έγκυρη έρευνα ξένου Πανεπιστημίου {Propper & Eastwood 1989}.

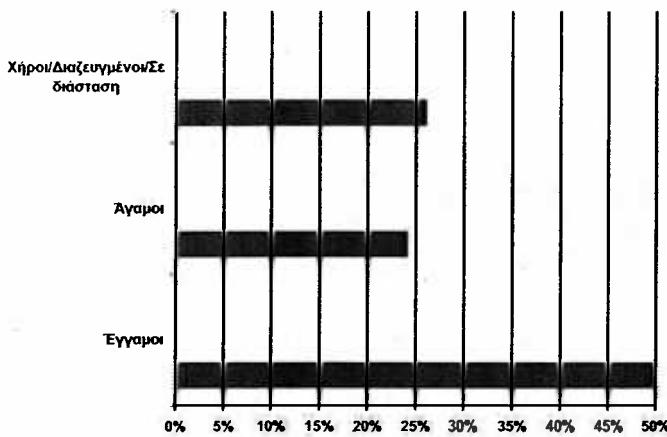
Σύμφωνα με ανάλυση τυχαίου δείγματος πληθυσμού της Μεγάλης Βρετανίας, εξετάστηκε η σύνθεση των ήδη ασφαλισμένων και η πρόθεση (ή και απόφαση) για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Το μέγεθος του δείγματος ήταν 2.125 άτομα (ασφαλισμένα και μη), ηλικίας μεταξύ 25 και 70 ετών και απαντήσεις συλλέγησαν από 1.360 άτομα (64% response rate). Η έ-ρευνα, που πραγματοποιήθηκε την Άνοιξη του 1987, είχε σχεδιαστεί να

διαπιστώσει σε βάθος τη στάση των ατόμων σε σχέση με την Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Συγκεκριμένα, η έρευνα συνέλεξε δεδομένα για τη σύνθεση του νοικοκυριού, χαρακτηριστικά οικονομικο-κοινωνικού χαρακτήρα, τρέχουσας κατάστασης της υγείας, πρόσφατης χρήσης υπηρεσιών υγείας, ύπαρξης κοινωνικής ασφαλιστικής κάλυψης, με σκοπό να διαγνώσει και την πρόθεση για την κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας, παραθέτουμε τα σημαντικότερα στατιστικά στοιχεία που συλλέγησαν για τους ήδη ασφαλισμένους:

**Διάγραμμα 2.2**  
Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων, κατά ομάδα ηλικιών

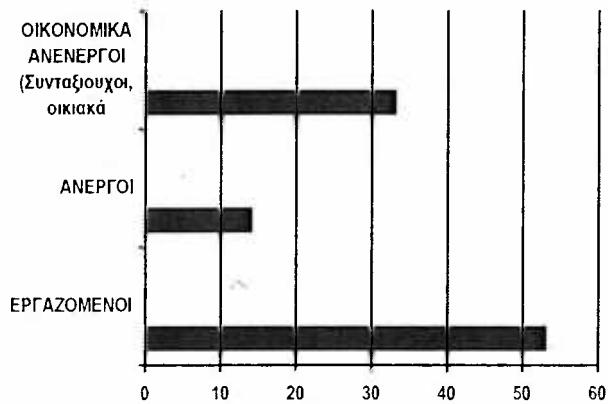


**Διάγραμμα 2.3**  
Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων, σύμφωνα με την οικογενειακή τους κατάσταση



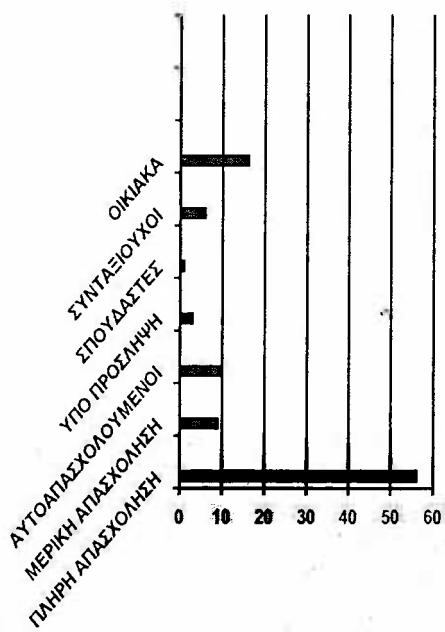
**Διάγραμμα 2.4**

Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων, κατά οικονομική δραστηριότητα

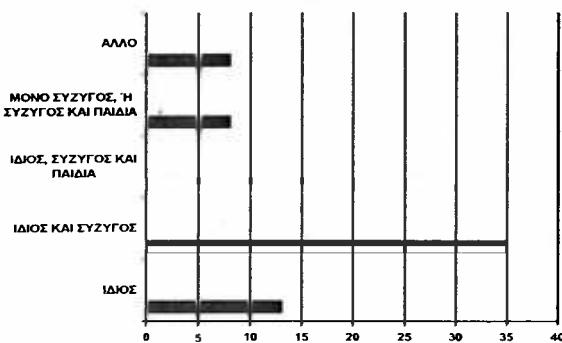


**Διάγραμμα 2.5**

Κατανομή ασφαλισμένων, κατά είδος επαγγελματικής δραστηριότητας



**Διάγραμμα 2.6**  
Κατανομή των ήδη ασφαλισμένων, σύμφωνα με τα μέλη που καλύπτονται



Τα απότελέσματα της παραπάνω έρευνας γι' αυτό το θέμα, μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω :

- το εισόδημα, σαν μέτρηση της δυνατότητας για πληρωμή, είναι καθοριστικός παράγοντας της απόφασης για ασφαλιστική κάλυψη. Όμως, δεν εμφανίζεται να έχει σημασία, αν το εισόδημα είναι μόνο ατομικό ή του συνόλου της οικογένειας.
- η επίδραση της ηλικίας είναι σημαντική, καθώς οι νέοι και οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πιθανόν να επιζητούν την ασφάλιση. Παρόλα αυτά, εμφανίζονται ευνοϊκά διακείμενοι σε συμπληρωματική ασφάλιση, υπό όρους.
- η ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, από μόνη της δεν εμφανίζεται να έχει επίδραση στην απόφαση. Όμως, συνδυαζόμενη με την κατάσταση υγείας, επιδρά θετικά προς την κατεύθυνση της ασφάλισης. Η παρουσία άλλου ατόμου (στο νοικοκυριό) με προβλήματα υγείας, δεν εμφανίζεται να έχει επίδραση στην απόφαση.
- το υψηλό επίπεδο μόρφωσης και η θετική στάση προς τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, επιδρούν θετικά στην απόφαση.
- η κατηγορία των υπαλλήλων, που απολαμβάνουν προνομιακής κοινωνικής ασφάλισης υγείας, έχουν αρνητική πρόθεση.
- οι περιοχές με υψηλούς δείκτες οικονομικής ανάπτυξης, εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης.
- οι περιοχές με προβλήματα στην κάλυψη από την κοινωνική ασφάλιση και στη παροχή υπηρεσιών υγείας, εμφάνισαν μεγαλύτερα ποσοστά θετικής στάσης.

Εδώ πρέπει να αναφερθεί, ότι τα παραπάνω συμπεράσματα πρέπει να ληφθούν υπόψη, με την επιφύλαξη ότι η Αγγλική αγορά είναι διαφορετική από την αντίστοιχη Ελληνική. Και αυτό γιατί το NHS φαίνεται να λειτουργεί πιο οργανωμένα από το ΕΣΥ.

Στα πλαίσια αυτής της εργασίας, δεν έχει νόημα η εκτενέστερη αναφορά με ποσοστά, πίνακες κλπ στην παραπάνω έρευνα. Απλώς συμπερασματικά μπορούμε να αναφέρουμε, ότι η ανάλυση αυτή διαπίστωσε την αναγκαιότητα να μη αγνοήσουμε τυχόν περιορισμούς και δεσμεύσεις, που επηρεάζουν κατάλυτικά την ελεύθερη απόφαση και επιλογή.

Τέλος, πρέπει να αναφέρουμε, ότι έρευνα σχετικά με την πρόθεση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας και τη στάση των ατόμων απέναντι της στην Ελλάδα δεν υπάρχει, τουλάχιστον τέτοια που να θεωρείται έγκυρη και αξιόπιστη. Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει έρευνα που περιγράφει τους προσδιοριστικούς παράγοντες των ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα {Ματσαγγάνης Μ. & Μητράκος Θ». 1998}, τουλάχιστον στο βαθμό που συγχρόνως διαφαίνονται και οι παράγοντες που επηρεάζουν την απόφαση για κάλυψη από ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

### 3.5 Λόγοι επιλογής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Σε μια δημοκρατική κοινωνία ο πολίτης έχει το δικαίωμα της απολαβής βελτιωμένων ή αυξημένων υπηρεσιών υγείας, εφόσον το επιθυμεί και μπορεί να καταβάλει το πρόσθετο κόστος. Η Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας πράγματι παρέχει αυτή τη δυνατότητα.

Αλλά ας συνοψίσουμε τους λόγους που οδηγούν στην απόφαση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση υγείας. Εδώ, τόσο η {Dickinson 1993} & {Sansom 1987} όσο και η Ελληνική {Λια-ρόπουλος Λ. 1993} & {ICAP HELLAS A.E. 2001} & {Σκουτέλης Γ. 1990} βιβλιογραφία, συμφωνούν, ότι οι κύριοι λόγοι που οδηγούν στην απόφαση για κάλυψη από Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας είναι :

1. ποιότητα προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας από την Κοινωνική Ασφάλιση
2. ελεύθερη επιλογή γιατρού
3. ελεύθερη επιλογή θεραπευτηρίου ή διαγνωστικού κέντρου
4. επιλογή ξενοδοχειακού επιπέδου νοσηλείας
5. επιλογή φαγητού
6. επιλογή ωρών επισκέψεων
7. επιλογή χρόνου λήψης υπηρεσιών υγείας

Μια ματιά στους παραπάνω λόγους, μας δείχνει ότι η επιλογή της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας οφείλεται, όχι τόσο στα προτερήματα της όσο στα μειονεκτήματα της Κοινωνικής Ασφάλισης. Άλλο αξιοπρόσεκτο σημείο είναι

ότι οι πολίτες δεν εκδηλώνουν έλλειψη εμπιστοσύνης στις παρεχόμενες από την Κοινωνική Ασφάλιση υπηρεσίες υγείας, αλλά στις έχοντες σχέση με την ελευθερία επιλογής γιατρού, θεραπευτηρίου και του χρόνου που θα κάνει χρήση τους. Δηλαδή, προσδιορίζει τα υπάρχοντα προβλήματα του κοινωνικού συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στις περισσότερες χώρες της Ευρώπης.

### 3.6 Προοπτικές της Ελληνικής ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Προκειμένου να προσπαθήσουμε να αναλύσουμε τις προοπτικές που ανοίγονται με την ευρωπαϊκή ενοποίηση στον τομέα της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα όσον αφορά στον τομέα της Ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας τα παρακάτω δεδομένα :

1. Σε όλο το κόσμο, στην Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα ανεβαίνει συνεχώς το κόστος των παροχών υπηρεσιών υγείας, ώστε τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης να αντιμετωπίζουν πλέον οξύτατα προβλήματα χρηματοδότησης. Ιδιαίτερα στη χώρα μας οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης, χωρίς να είναι συχνά σε θέση να παράσχουν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας, περιορίζονται σε παροχές με τη μορφή επιδομάτων.

2. Η κοινωνική ασφάλιση θα ασκείται πλέον από λιγότερα ασφαλιστικά ταμεία και ο στόχος της μείωσης των ελλειμμάτων θα πραγματοποιηθεί μετά το 2001 {Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος, 1995}.

3. Ιδιαίτερα τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια διαπιστώνεται, τόσο στον Ευρωπαϊκό χώρο όσο και στην Ελλάδα, έντονο ενδιαφέρον για συμπληρωματικές καλύψεις υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες, αν και σε καμία περίπτωση δεν μπορούν αλλά και ούτε είναι επιθυμητό από πολιτικής και κοινωνικής πλευράς να υποκαταστήσουν την κοινωνική ασφάλιση, σίγουρα μπορούν με βάση τα παραπάνω να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας συμπληρώνοντας την κοινωνική ασφάλιση υγείας.

4. Είναι εντυπωσιακό, ότι το έτος 2000, από τα 4 τρις δραχμές που δαπανήθηκαν συνο-λικά για την υγεία στην Ελλάδα, το 43,8% αφορούν ιδιωτικές δαπάνες, δηλαδή χρήματα που κατέβαλαν οι πολίτες από την τσέπη τους. Και όμως, οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες καλύπτουν σήμερα, μόνο το 5% από αυτές τις δαπάνες. Το γεγονός, ότι η ανασφάλιστη αυτή ζήτηση δεν καλύπτεται, δεν οφείλεται μόνο στην συμπεριφορά των πολιτών, αλλά κυρίως στην έλλειψη ολοκληρωμένων και φθηνών προγραμμάτων κάλυψης

του πληθυσμού. Το παραπάνω γεγονός, καταδεικνύει τις τεράστιες ευκαιρίες για την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αφού η ανασφάλιστη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας ανέρχονται σε περίπου 1,8 τρις δραχμές.

5. Η ενιαία ευρωπαϊκή αγορά, έστω και καθυστερημένα από Ελληνικής πλευράς, θεσπίστηκε πλέον και στον τομέα των ασφαλιστικών καλύψεων. Έτσι, ο οιοσδήποτε Έλληνας πολίτης θα μπορεί να συνάπτει ότι ασφαλιστικό συμβόλαιο επιθυμεί σε οποιαδήποτε χώρα-μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έστω και αν η ασφαλιστική εταιρία δεν διαθέτει θυγατρική στην Ελλάδα. Έτσι, κάθε ασφαλιστική επιχείρηση, με ενιαία διοικητική άδεια που θα της χορηγείται από το κράτος-μέλος, θα μπορεί να δραστηριοποιείται στον Ευρωπαϊκό οικονομικό χώρο, είτε με την ίδρυση υποκαταστημάτων είτε με το καθεστώς της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, ενώ παράλληλα θεσπίζεται αυστηρότερο καθεστώς ελέγχου και εποπτείας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

6. Η εισοδηματική πολιτική εξακολουθεί να είναι σφικτή μέχρι και σήμερα και θα επηρεάσει έτσι το διαθέσιμο εισόδημα και την κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω δεδομένα, οι τάσεις που φαίνεται να διαμορφώνονται είναι:

- ο αριθμός των ασφαλιστικών εταιριών μειώθηκε δραστικά τα τελευταία χρόνια, όπως φαίνεται και από τον πίνακα που ακολουθεί :

### Πίνακας 2.3

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΑΙΡΙΩΝ				
Zωής	Εταιρίες Ζημιών	Μικτές	Σύνολο	
1999	21	79	14	114
1998	22	87	17	126
1997	24	91	16	131
1996	24	98	17	139
1995	25	97	17	139

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Το γεγονός αυτό, συνδυαζόμενο με την απαιτούμενη εξυγίανση των ασφαλιστικών εταιρειών περιορίζει τη δυνατότητα επιβίωσης των προβληματικών και μικρών εταιριών και επιταχύνεται ο ρυθμός μείωσης του πλήθους των ασφαλιστικών εταιριών, αλλά και επιβάλλει την ανάγκη συγχώνευσης και ενοποίησης των μικρών μονάδων, ώστε να καταστούν βιώσιμες. Κάτω από

αυτή τη προοπτική, εμφανίζεται αυξημένος ο βαθμός συγκέντρωσης του μεριδίου της ασφαλιστικής αγοράς, στα χέρια λίγων ασφαλιστικών εταιριών :

#### Πίνακας 2.4

1999	ΜΕΡΙΔΙΑ ΑΓΟΡΑΣ	
	Ασφαλίσεις Ζωής	Ασφαλίσεις Ζημιών
Οι 5 πρώτες	70,39%	46,38%
Οι 10 πρώτες	87,83%	61,87%
Οι 15 πρώτες	96,95%	71,41%
Οι 20 πρώτες	99,38%	77,81%

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

• ο εκσυγχρονισμός, η καλύτερη οργάνωση των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, η ανάπτυξη των εργασιών και στο εξωτερικό, καθώς και η πραγματοποίηση επενδύσεων είναι προτεραιότητες για κάθε ελληνική ασφαλιστική επιχείρηση με δεδομένη και την παρουσία των ευρωπαϊκών ασφαλιστικών επιχειρήσεων και με την μορφή ελεύθερης παροχής υπηρεσιών στο σύντομο μέλλον.

• η πλήρης απελευθέρωση των τιμολογίων αναμένεται ότι θα ενεργήσει ευεργετικά για την αύξηση των εργασιών αλλά και τη βελτίωση των τεχνικών αποτελεσμάτων.

• τα ασφαλιστικά προγράμματα Ζωής και Υγείας αναπτύσσονται με πολύ έντονους ρυθμούς λόγω και των προβλημάτων της κοινωνικής ασφαλισης :

### Πίνακας 2.5

	ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΖΩΗΣ	
	Ασφάλιστρα από Πρωτασφαλίσεις	Ετήσια Αύξηση
1989	48.572	
1990	68.291	40,60%
1991	98.996	44,96%
1992	131.147	32,48%
1993	161.490	23,14%
1994	190.078	17,70%
1995	218.047	14,71%
1996	248.011	13,74%
1997	286.095	15,36%
1998	337.289	17,89%
1999	456.413	35,32%

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

### Διάγραμμα 2.7



Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

## Πίνακας 2.6

### Παραγωγή ασφαλίστρων κλάδων ζωής έτους 1999

	Ασφαλίστρα από	Ποσοστό
	Πρωτασφαλίσεις	(%)
I. Κλάδος Ζωής	215.864.728.769	49,52%
III. Κλάδος Ασφ. Ζωής	176.180.744.096	40,41%
Συνδ. με Επενδύσεις		
IV. Κλάδος Ασφάλισης Υγείας	5.426.598.770	1,24%
VI. Κλάδος Κεφαλαιοποίησης	124.755.708	0,03%
VII. Κλάδος Διαχείρισης Ομαδ. Συνταξ. Ταμείων	38.341.254.782	8,80%
<b>ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ</b>		
<b>ΖΩΗΣ</b>	<b>435.938.082.125</b>	<b>100,00%</b>

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Αλλά και τα συνολικά ασφάλιστρα εχουν έντονα ανοδική πορεία :

## Πίνακας 2.7

### Ποσοστό Ασφαλίστρων επί του Α.Ε.Π.

	Παραγωγή Ασφαλίστρων	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν	%
1989	120.494	10.826.700	1,11%
1990	162.565	12.973.398	1,25%
1991	209.681	15.848.243	1,32%
1992	272.124	18.766.104	1,45%
1993	335.469	21.135.716	1,59%
1994	386.447	23.983.636	1,61%
1995	443.044	26.883.500	1,65%
1996	513.445	29.697.712	1,73%
1997	574.177	32.721.812	1,75%
1998	658.841	35.586.200	1,85%
1999	820.865	38.319.600	2,14%

(ΤΑ ΠΟΣΑ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΔΡΑΧΜΕΣ - Α.Ε.Π. ΣΕ ΤΡΕΧΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ)

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών



## Διάγραμμα 2.8



Συνέπεια των παραπάνω είναι να εμφανίζεται την τελευταία δεκαετία μια θεαματική αύξηση των κατά κεφαλήν ασφαλίστρων, όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 2.8

	Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα			
	Σύνολο Ασφαλίστρων	Πληθυσμός	Κατά Κεφαλήν Ασφάλιστρα Δραχμές	ΕΥΡΟ
1989	120.494	10.089.550	11.942	66,78
1990	162.565	10.160.551	16.000	79,21
1991	209.681	10.247.341	20.462	90,78
1992	272.124	10.321.883	26.364	106,91
1993	335.469	10.379.453	32.320	120,6
1994	386.447	10.426.289	37.065	129,06
1995	443.044	10.442.900	42.425	141,64
1996	513.445	10.465.058	49.063	162,81
1997	574.177	10.498.800	54.690	177,4
1998	658.841	10.511.000	62.681	189,08
1999	820.865	10.521.700	78.016	239,48

(ΣΥΝΟΛΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΔΡΑΧΜΕΣ )

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

## Διάγραμμα 2.9



Εξίσου εντυπωσιακή εμφανίζεται και η εξέλιξη της κερδοφορίας των ασφαλιστικών εταιριών, την τελευταία δεκαετία, με αποκορύφωμα το 1999 :

## Πίνακας 2.9

Κέρδη Χρήσεως	Κέρδη Χρήσεως	
	Ετήσια Αύξηση	
1990	5.633	
1991	4.369	-22,44%
1992	9.686	121,70%
1993	8.944	-7,66%
1994	9.341	4,44%
1995	7.642	-18,19%
1996	8.443	10,48%
1997	12.041	42,62%
1998	21.996	82,68%
1999	118.393	438,25%

(ΤΑ ΠΟΣΑ ΕΙΝΑΙ ΣΕ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΑ ΔΡΑΧΜΕΣ)

Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Διάγραμμα 2.10



Πηγή : Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών

Βέβαια, προϋπόθεση για τη συνέχιση της επιτυχούς δραστηριοποίησης των ασφαλιστικών εταιριών στην Ελλάδα, θα πρέπει να αποτελέσουν :

- η έντονη δραστηριοποίηση στην ανάπτυξη του δικτύου πωλήσεων
- οι επενδύσεις σε προγράμματα εισαγωγής και ανάπτυξης της πληροφορικής
- προγράμματα για την συντόμευση του χρόνου εξυπηρέτησης των εργασιών
- επέκταση και συμμετοχή σε νέες δραστηριότητες
- επέκταση των δραστηριοτήτων σε χώρες εκτός της Ελλάδος
- συγχώνευση-ενοποίηση εταιριών για την δημιουργία εταιριών με ικανοποιητικό μέγεθος για την αντιμετώπιση των συνεπειών της παγκοσμιοποίησης των αγορών
- εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού
- επινόηση και προσφορά σύγχρονων ασφαλιστικών προγραμμάτων
- αντιμετώπιση με επιτυχία του ανταγωνισμού, μέσα από ορθολογική κοστολόγηση των προσφερομένων προγραμμάτων της και
- βελτίωση συνεχώς της εικόνας (image) και της θέσης στην ελληνική αγορά.

## Κεφάλαιο 4

### Συμβόλαια ασφάλισης υγείας

#### 4.1 Έννοια και φύση των συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Η ασφάλιση Υγείας, είναι μία σύμβαση, που προβλέπει ότι, ο Ασφαλιστής, που εισπράττει σαν αντιπαροχή το ασφάλιστρο, θα καταβάλει ορισμένα χρηματικά ποσά, όταν, κατά τη διάρκεια της ζωής του Ασφαλισμένου συμβούν ορισμένα περιστατικά, (ασθένεια, χρήση υπηρεσιών υγείας κλπ), που περιγράφονται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο {Σκούλοούδης Ζ. 1999}.

Τα ουσιώδη στοιχεία για την κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης, όπως και κάθε άλλης, είναι :

- Αίτηση και αποδοχή
- Σεβασμός των όρων
- Δικαιοπρακτική ικανότητα των συμβαλλομένων
- Νόμιμος σκοπός

Αποδεικτικό στοιχείο της ασφαλιστικής σύμβασης είναι το ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο, που στηρίζεται στον πρόσφατο νόμο 2496/97, χρονολογείται και πρέπει τουλάχιστον να περιέχει (άρθρο 1 παρ. 2):

- Τα στοιχεία των συμβαλλομένων (και του δικαιούχου, αν αυτός είναι διαφορετικό πρόσωπο)
- Τη διάρκεια της ασφαλιστικής κάλυψης
- το αντικείμενο της ασφάλισης
- το ασφαλιστικό ποσό
- το ασφάλιστρο
- τους κινδύνους που αναλαμβάνει ο Ασφαλιστής
- τις τυχόν εξαιρέσεις κάλυψης
- και το εφαρμοστέο δίκαιο (αν αυτό δεν είναι το Ελληνικό)

Τα συμβαλλόμενα, στην ασφαλιστική σύμβαση μέρη, είναι ο Ασφαλιστής και ο Συμβαλλόμενος (συνήθως ο Ασφαλιζόμενος). Σε πολλές

περιπτώσεις, μπορεί το πρόσωπο του Ασφαλιζόμενου ή του δικαιούχου της ασφάλισης, να μη συμπίπτει με εκείνο του Συμβαλλόμενου.

Όπως και σε κάθε άλλη αμφοτεροβαρή σύμβαση, έτσι και στην ασφαλιστική, δημιουργούνται υποχρεώσεις και για τα δύο συμβαλλόμενα μέρη. Έτσι,

• ο Ασφαλιζόμενος οφείλει με ευθύτητα και ειλικρίνεια, κατά το προσυμβατικό στάδιο, να απαντήσει στα ερωτήματα του Ασφαλιστή και να δηλώσει σ' αυτόν κάθε σχετικό με τον καλυπτόμενο κίνδυνο στοιχείο ή και αποδεχτεί υγειονομικό έλεγχο, εφόσον του ζητηθεί. Επίσης, κατά τη διάρκεια της σύμβασης φέρει το βάρος της καταβολής του ασφαλίστρου.

• ο Ασφαλιστής έχει ουσιαστικά μία υποχρέωση : την παροχή της ασφαλιστικής προστασίας και φυσικά την τίρηση όλων εκείνων των οικονομικών προϋποθέσεων και διαδικασιών, προκειμένου να ανταποκρίνεται στην καταβολή των αποζημιώσεων, που θα προέλθουν από την αναδοχή των κινδύνων. Γενικότερα, όμως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, πέρα από τις υποχρεώσεις που ο νόμος επιβάλλει, ο Ασφαλιστής έχει την υποχρέωση να ακολουθεί εκείνη την ασφαλιστική πολιτική, που κατοχυρώνει κατά τον καλύτερο τρόπο τα συμφέροντα των Ασφαλισμένων.

## 4.2 Είδη συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας, ανάλογα με τον αριθμό των ασφαλιζομένων, διακρίνονται σε ατομικά και ομαδικά.

• Με τα ατομικά, ο Συμβαλλόμενος ασφαλίζει τον εαυτό του ή και μέλη της οικογένειας του.

• Με τα ομαδικά, ασφαλίζεται το σύνολο του τακτικού (ή και έκτακτου) προσωπικού του Συμβαλλόμενου. Η ομαδική ασφάλιση υγείας είναι ένα είδος πρόσθετης και δεσμευτικής παροχής, που καλλιεργεί αγαθές σχέσεις μεταξύ εργαζομένων και εργοδοσίας, και επιφυλάσσει πολλά κέρδη και οφέλη και στον εργαζόμενο, του οποίου βελτιώνει τους όρους περίθαλψης και διαβίωσης, και στον εργοδότη, του οποίου τα συμφέροντα εξυπηρετούνται καλύτερα από τις αγαθές αυτές σχέσεις. Τα ασφαλίστρα ακόμα, αναγνωρίζονται σαν παραγωγικές δαπάνες και απαλλάσσονται από τη φορολογία εισοδήματος του εργοδότη.

## 4.3 Περιεχόμενο συμβολαίων ασφάλισης υγείας

Τις καλύψεις που παρέχονται από τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας, μπορούμε να διακρίνουμε σε:

### 4.3.1 Νοσοκομειακές παροχές (inpatient Hospitalization benefits)

Οι παροχές αυτές, αναφέρονται στις δαπάνες που πραγματοποιούνται, κατά την περίθαλψη του Ασφαλισμένου μέσα σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα. Θα πρέπει δε να διευκρινίσουμε, πως δεν θεωρούνται Νοσηλευτικά Ιδρύματα τα αναρρωτήρια, τα ιδρύματα για ναρκομανείς και αλκοολικούς, τα γηροκομεία, τα αναπαυτήρια και τα φυσιοθεραπευτήρια {Πριναράκης Μ. 1987} .

Τις νοσοκομειακές παροχές διακρίνουμε σε :

#### 4.3.1.1 Νοσοκομειακό επίδομα (pure hospital daily allowance)

Το νοσοκομειακό επίδομα αναφέρεται σε ημερήσιο χρηματικό ποσό, που η Ασφαλιστική Εταιρία καταβάλλει στον Ασφαλισμένο, εφόσον εισαχθεί σε Νοσηλευτικό Ίδρυμα, ανεξάρτητα από τις δαπάνες που θα πραγματοποιηθούν τελικά. Έτσι για την καταβολή του επιδόματος αυτού, χρειάζεται μόνο γνωμάτευση του Νοσηλευτικού Ιδρύματος, για να διαπιστωθεί αν η πάθηση καλύπτεται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και εισιτήριο - εξιτήριο για να προσδιοριστεί ο αριθμός των ημερών. Μέρος ή ολόκληρο το νοσοκομειακό επίδομα, καταβάλλονται σαν επίδομα ανάρρωσης και για περιορισμένο αριθμό ημερών, ορισμένες Ασφαλιστικές Εταιρίες και μετά την έξοδο του Ασφαλισμένου από το Νοσηλευτικό Ίδρυμα. Συνήθως (και ειδικότερα σε περασμένα χρόνια), υπάρχει ένα ανώτατο όριο ημερών πληρωμής του επιδόματος κατά περίπτωση ασθένειας.

#### 4.3.1.2 Νοσοκομειακή περίθαλψη (hospital expenses).

Αυτή αναλύεται σε :

⇒ Βασική (ή κλασσική) περίθαλψη (Basic Medical Scheme) και περιλαμβάνει :

◊ Ημερήσια έξοδα για δωμάτιο και τροφή (R & B), ποσό χ, με ανώτατο όριο συνήθως τις 90-180 ημέρες κατ' ασθένεια, με ανώτατο ετήσιο όριο τις 270-360 ημέρες.



◊ Αμοιβή χειρούργου-αναισθησιολόγου κλπ, ποσό χ, κατά περίπτωση νοσηλείας και με ανώτατο ετήσιο όριο ποσό ψ (μπορεί και  $\chi = \psi$ ).

◊ Έξοδα για εργαστηριακές εξετάσεις (μικροβιολογικές, ακτινολογικές κλπ), ποσό χ, κατά περίπτωση νοσηλείας και με ανώτατο ετήσιο όριο ποσό ψ (μπορεί και  $\chi = \psi$ ).

◊ Έξοδα για φάρμακα, ζώνες, τεχνητά μέλη κλπ, ποσό χ, κατά περίπτωση νοσηλείας και ανώτατο ετήσιο όριο ποσό ψ (μπορεί και  $\chi = \psi$ ).

⇒ Ευρεία περίθαλψη (Major Medical Scheme),

Η οποία περιλαμβάνει ένα ανώτατο ετήσιο όριο δαπανών ποσό χ, το οποίο είναι δυνατό να δαπανηθεί χωρίς περιορισμό για οποιοδήποτε είδος επί μέρους δαπάνης (νοσοκομειακά έξοδα, αμοιβή χειρούργου κλπ). Συνήθως στην Ευρεία Νοσοκομειακή Περίθαλψη μπαίνει μόνο ένα ανώτατο όριο για την ημερήσια δαπάνη δωματίου-τροφής. Πέρα του ανώτατου ετήσιου ορίου δαπάνης, κανένα ποσό και για κανένα λόγο, δεν καταβάλλεται.

Τα προγράμματα αυτά συνήθως προβλέπουν ή την ποσοστιαία συμμετοχή του Ασφαλισμένου σε κάθε δαπάνη (π.χ. 20%), ή ένα συγκεκριμένο χρηματικό ποσό, από το οποίο, απαλλάσσεται κάθε χρόνο η Ασφαλιστική Εταιρία (π.χ. 100.000 δρχ). Η εξόφληση των σχετικών δαπανών, γίνεται κάθε φορά, με τα πρωτότυπα των επίσημων δικαιολογητικών των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων.

#### 4.3.2 Εξωνοσοκομειακές παροχές (outpatient benefits)

Αναφέρονται σε δαπάνες, που πραγματοποιούνται για θεραπείες εκτός Νοσοκομείου και αφορούν :

◊ ιατρικές επισκέψεις (στο σπίτι, το ιατρείο), έως δαπάνη ποσό χ κατά επίσκεψη και μέχρι ν επισκέψεις το έτος.

◊ φάρμακα κλπ, έως δαπάνη ποσό χ κατά εξέταση και μέχρι ποσό ψ κατ' ανώτατο ετήσιο όριο.

◊ εργαστηριακές εξετάσεις, έως δαπάνη ποσό χ κατά συνταγή και μέχρι ποσό ψ κατ' ανώτατο ετήσιο όριο.

Οι τρεις παραπάνω καλύψεις της Εξωνοσοκομειακής δίνονται πάντοτε με μία συμμετοχή του Ασφαλισμένου που συνήθως κυμαίνεται γύρω στο 20% του ποσού κάθε απόδειξης, την οποία προσκομίζει για πληρωμή. Οι Ασφαλισμένοι, μπορούν να κάνουν χρήση Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και Ιατρών του Εξωτερικού, αρκεί να θεωρήσουν τα σχετικά δικαιολογητικά από τις Ελληνικές Προξενικές Αρχές, της έδρας των Ιδρυμάτων και Ιατρών αυτών.

Στην περίπτωση αυτή, οι σχετικές δαπάνες θα πληρωθούν στην Ελλάδα, σε δραχμές και σε τιμές συναλλάγματος της ημερομηνίας που πραγματοποιήθηκαν.

#### 4.4 Συνήθεις όροι καλύψεων ατομικής ασφάλισης υγείας

##### 4.4.1 Διάρκεια της ασφάλισης

Συνήθως τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας είναι εγγυημένα ανανεώσιμα (εφόσον δεν συντρέχουν άλλοι λόγοι, όπως μη πληρωμή ασφαλίστρων ή συμπλήρωση του ανώτατου ορίου ηλικίας). Αυτό σημαίνει ότι η εταιρία εγγυάται τη συνεχή ανανέωση της κάλυψης, σύμφωνα με τους όρους του συμβολαίου. Η ανανέωση είναι στην αποκλειστική διάκριση του ασφαλισμένου και η εταιρία διατηρεί το δικαίωμα αιτιολογημένης αύξησης του ασφαλίστρου για ολόκληρη κλά ση ασφαλισμένων, αλλά όχι για ένα μεμονωμένο άτομο. Η κάλυψη δεν μπορεί να ακυρωθεί, ανεξάρτητα από τον αριθμό των ζημιών ή την επιδείνωση της υγείας του ασφαλισμένου.

##### 4.4.2 Προϋπάρχουσες ασθένειες

Για να αντιμετωπίσουν την αντεπιλογή\*, τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας κατά κανόνα περιέχουν όρο για τις προϋπάρχουσες ασθένειες ή καταστάσεις. Με αυτό τον τρόπο, οι προϋπάρχουσες, της σύναψη του συμβολαίου ασφάλισης, σωματικές ή πνευματικές ασθένειες ή κατάστασεις του ασφαλισμένου, δεν καλύπτονται καθόλου (απορρίπτεται η κάλυψη τους) ή μόνο καλύπτονται μετά την πάροδο συγκεκριμένου χρονικού διαστήματος από την έκδοση του συμβολαίου (συνήθως μετά την πάροδο δύο ετών). Γι' αυτό το λόγο, πριν την σύναψη του συμβολαίου ασφάλισης υγείας υποχρεώνεται ο λήπτης της ασφάλισης να δηλώνει κάθε στοιχείο ή περιστατικό,

εφόσον είναι αντικειμενικά ουσιώδες για την επέλευση του κινδύνου (άρθρο 32 Ν. 2496/97)

#### 4.4.3 Περίοδος αναμονής

Συχνά τα ασφαλιστήρια συμβόλαια περιέχουν μια περίοδο αναμονής, που εφαρμόζεται μόνο στην έναρξη του συμβολαίου. Για όλα τα είδη των ασφαλιστικών συμβάσεων προβλέπεται χρονικό διάστημα δεκατεσσάρων (14) ημερών από την παράδοση του συμβολαίου, μέσα στο οποίο είναι δυνατή η γραπτή εναντίωση του λήπτη της ασφάλισης προς τους όρους του συμβολαίου.

#### 4.4.4 Διαδοχική Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Στην ασφάλιση υγείας παρουσιάζεται συχνά το πρόβλημα, μετά την απόζημιώση κάποιου ασφαλισμένου για χρήση ιατρικών υπηρεσιών εξαιτίας κάποιου προβλήματος υγείας του, να επα-νέρχεται ο ίδιος ασφαλισμένος μετά σύντομο χρονικό διάστημα, με αίτησή του για αποζημίωση εξαιτίας του ίδιου προβλήματος. Και τίθεται το ερώτημα, η δεύτερη ασθένεια θεωρείται καινούργιο περιστατικό ή αποτελεί συνέχεια του προηγούμενου; Τα περισσότερα συμβόλαια ασφάλισης υγείας περιέχουν σαφή όρο για διαδοχικές ασθένειες. Παρόλα αυτά, όταν εμφανιστεί σχετικό περιστατικό, αποτελεί συνήθως σημείο αντιπαράθεσης μεταξύ ασφαλισμένου και εταιρίας.

#### 4.4.5 Όρος Αδιαφιλονίκητου

Μετά τα δύο πρώτα χρόνια ισχύος της κάλυψης, η ασφαλιστική εταιρία δεν μπορεί να ακυρώσει την κάλυψη ή να αρνηθεί αποζημίωση, επικαλούμενη προϋπάρχουσα ασθένεια ή εσφαλμένη δήλωση στην αίτηση ασφάλισης παρά μόνο εφόσον αποδείξει ότι ο ασφαλισμένος σκόπιμα προέβη σε δόλια και παραπλανητική δήλωση.

\* Η τάση να επιλέγουν να ασφαλιστούν, όσοι έχουν μεγαλύτερη από το μέσο όρο πιθανότητα ζημιάς

## Κεφάλαιο 5

### Τα Ασφαλιστικά Ταμεία στην Ελλάδα

#### 5.1. Πορεία Ασφαλιστικών Ταμείων στην Ελλάδα από την ίδρυσή τους μέχρι σήμερα

Το Σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης στη χώρα μας λειτουργεί 100 περίπου χρόνια και αντικατοπτρίζει την προσπάθεια του ελληνικού λαού, και κυρίως των εργαζομένων, για την οικοδόμηση του Ελληνικού κοινωνικού κεκτημένου. Τα Ταμεία Αλληλοβοηθείας δημιουργήθηκαν κατά το δεύτερο μισό του 19<sup>ου</sup> αιώνα και αποτελούν το σημείο εκκίνησης μιας μακριάς πορείας αγώνων και προσπαθειών για κοινωνικές διεκδικήσεις.

Οι εργατικοί κοινωνικοί και πολιτικοί αγώνες έχουν ως στόχο την εξισορρόπηση των κοινωνικών συμφερόντων μέσω της κατοχύρωσης του δικαιώματος για κοινωνική ασφάλιση και τη σταδιακή αναγνώρισή τους ως κρατική υποχρέωση. Η θεσμική κατοχύρωση της κοινωνικής ασφάλισης και ο υποχρεωτικούς χαρακτήρας της οριοθέτησε μία νέα περίοδο στην εξέλιξη του βιομηχανικού, οικονομικού και κοινωνικού προτύπου σε όλο τον κόσμο.

Η κοινωνική προστασία μετατρέπεται σιγά-σιγά σε μία μορφή συστήματος προστασίας μέσω θεσμών που χρηματοδοτούνται από εισφορές- ασφαλιστρα που καταβάλλονται είτε μόνο από εργοδότες είτε από εργοδότες και εργαζομένους. Με τον παραπάνω τρόπο επιτεύχθηκε ο στόχος της καθολικής ασφαλιστικής κάλυψης όλου του πληθυσμού - μισθωτούς, αυτοαπασχολούμενους και αγρότες. Για την εξασφάλιση των παροχών της ασφαλιστικής κάλυψης υιοθέτησε ως πηγή χρηματοδότησης η θέσπιση φόρων.

Στην Ελλάδα οι θεσμοί της κοινωνικής ασφάλισης έχουν τις ρίζες τους στην περίοδο πριν το Β'Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν δηλαδή ή κρατική παρέμβαση στους τομείς της κοινωνικής ασφάλισης ήταν ουσιαστικά ανύπαρκτη. Εκείνη την περίοδο εργατικές και επαγγελματικές ενώσεις άρχισαν να δημιουργούν αυτοχρηματοδοτούμενα ασφαλιστικά ταμεία με βασική τους επιδίωξη τη χορήγηση συντάξεων ικανών να αναπληρώσουν την αδυναμία εισοδήματος λόγων γήρατος, αναπηρίας ή θανάτου.

Το 1927 υπήρχαν 41 ασφαλιστικά ταμεία αυτής της μορφής τα οποία είχαν περίπου 200.000 ασφαλισμένους και 250.000 συνταξιούχους. Δέκα χρόνια αργότερα ο αριθμός των ασφαλιστικών φορέων είχε υπερδιπλασιαστεί φτάνοντας τα 92 ασφαλιστικά ταμεία ενώ αντίστοιχα οι ασφαλισμένοι είχαν αυξηθεί σε 400.000 και οι συνταξιούχοι σε περίπου 50.000. το I.K.A. συστάθηκε και λειτούργησε το 1937 και αν και αναπτύχθηκε αρχικά μόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα αποτέλεσε καθοριστικό βήμα για την εκκίνηση μιας δυναμικής πορείας στην οικοδόμηση του Ελληνικού κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. Το 1946 οι ασφαλισμένοι του I.K.A. ανέρχονταν σε 225.000 και οι συνταξιούχοι σε 14.500.

Στην μεταπολεμική περίοδο παρατηρείται σταδιακή επέκταση της ασφάλισης του I.K.A. σε όλα τα πρόσωπα που παρέχονται εξαρτημένη εργασία και μόλις το 1982 με το N. 1305 θεσπίζεται η κύρια ασφάλιση ως καθολική και υποχρεωτική για όλους σε όλη τη χώρα. Μέχρι τότε το Ελληνικό κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα χαρακτηριζόταν ως ένα με μεγάλη θεσμική υστέρηση έναντι όλων των υπολοίπων συστημάτων της Δυτικής και Βόρειας Ευρώπης.

Η καθυστερημένη προσαρμογή στις κοινωνικές εξελίξεις, η οποία αγγίζει την χρονική διάρκεια του ενός αιώνα, δεν ήταν βέβαια χωρίς επιπτώσεις. Η απουσία ενός ισχυρού φορέα ασφάλισης μισθωτών, τόσο κατά την περίοδο πριν το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο όσο και μετά, άφησε ελεύθερο το πεδίο για την ανάπτυξη δεκάδων κλαδικών ταμείων. Τα ταμεία αυτά, που αναπτύχθηκαν κυρίως κατά τα μεταπολεμικά χρόνια, λειτουργούσαν με συντεχνιακή λογική και στο τέλος ακυρωνόντουσαν οι προσπάθειες ενίσχυσης του ενιαίου χαρακτήρα της κοινωνικής ασφάλισης.

Όμως στις αρχές της δεκαετίας του '60 έχει πλέον διαμορφωθεί ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας. Σε αυτό συνυπάρχουν στοιχεία τόσο της επαγγελματικής όσο και της κοινωνικής ασφάλισης. Σημαντικό πρόβλημα όμως ήταν η διάσπαση της εποπτείας των ασφαλιστικών οργανισμών σε σειρά υπουργείων που εμπόδισαν τη δημιουργία πνεύματος κοινής ασφαλιστικής αντίληψης. Κάτω από αυτές τις συνθήκες παγιώθηκαν και βαθμιαία εντάθηκαν σημαντικές ανισότητες ανάμεσα σε ομάδες εργαζομένων τόσο ως προς την καταβολή των εισφορών όσο και ως προς τη χορήγηση των παροχών όπως το ύψος της σύνταξης, το εφάπαξ, την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη κλπ.

## 5.2. Προβλήματα στην Ελλάδα του κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος

Κατά την μεταπολεμική περίοδο δημιουργήθηκαν μία πληθώρα ανεξάρτητων ταμείων-κλάδων ουσιαστικά στο εσωτερικό φορέων κύριας ασφάλισης – ή ειδικών λογαριασμών με σκοπό την παροχή επικουρικής σύνταξης, εφάπαξ, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, προστασίας από τον κίνδυνο της ανεργίας κλπ. Συνέπεια των παραπάνω ανεξάρτητων ταμείων στις ημέρες μας είναι ότι το κοινωνικό – ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδας απότελείται από δεκάδες νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ταμεία και φορείς ασφάλισης που εποπτεύονται από 4 διαφορετικά υπουργεία.

Η πολλαπλότητα των φορέων σε συνδυασμό με τις διαφορετικές συνταξιοδοτικές παροχές επιδρούν αρνητικά στην αγορά εργασίας και δυσκολεύουν την κινητικότητα των εργαζομένων. Τα προβλήματα επιδεινώνονται από την πολυπλοκότητα της νομοθεσίας που διέπει την κοινωνική ασφάλιση και από ερμηνευτικές αντιφάσεις οι οποίες οδηγούν πολλές φορές σε απώλεια των ασφαλιστικών δικαιωμάτων.

Το πρόβλημα των εσωτερικών αντιφάσεων και ανισοτήτων του συστήματος επιδεινώθηκε ακόμα παραπάνω με τη μεταρρύθμιση του 1992 με το Ν. 2084/92 που υπαγόρευε την καθιέρωση της ανισότιμης μεταχείρισης μεταξύ των ασφαλισμένων πριν και μετά την 31-1-1992. Με τη μεταρρύθμιση αυτή οι παλαιότερες γενέες ασφαλισμένων διαφοροποιήθηκαν από τις νεότερες για τις οποίες και θεσπίστηκαν νέοι, δυσμενείς κανόνες ως προς τις προϋποθέσεις και τον τρόπο υπολογισμού των συντάξεων και κυρίως ως προς την υποβάθμιση των ύψους των κατώτερων συντάξεων.

Η δυσάρεστη αυτή εξέλιξη για τους νέους ασφαλιζομένους έχει πλήξει την αρχή της άλληλεγγύης μεταξύ των γενεών δεδομένου ότι έχουν ουσιαστικά διαφοροποιηθεί οι προϋποθέσεις των συνταξιοδοτικών παροχών μεταξύ παλαιών και νέων ασφαλιζομένων και ιδιαίτερα σε βάρος εκείνων που έχουν επωμιστεί και το κόστος χρηματοδότησης των σημερινών συντάξεων. Η ανισορροπία που δημιουργήθηκε το 1992 δεν υπάκουει σε γενική αρχή δικαίου, παραβιάζει την κοινωνική αλληλεγγύη και την αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών δημιουργεί δυσλειτουργίες στην αγορά εργασίας και αποτελεί την ουσιαστική απειλή για το μέλλον της κοινωνικής συνοχής.

Οι κυβερνήσεις από το 1981 και ύστερα έθεσαν ως πρώτη τους προτεραιότητα την ανάπτυξη και τη θεσμική ολοκλήρωση καθώς και το θεσμικό

εκσυγχρονισμό των θεσμών της κοινωνικής ασφάλισης. Από το 1981 μέχρι σήμερα έχουν επιτευχθεί βελτιώσεις στην κοινωνική ασφάλιση όπως η μετατροπή του ΟΓΑ σε φορέα κύριας ασφάλισης, την μετατροπή επικουρικής ασφάλισης σε καθολίκη και υποχρεωτική και τον καθορισμό ειδικών συνταξιοδοτικών διατάξεων για τις μητέρες.

Το 1994 και με την προοπτική της ένταξης της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Οικονομική και Νομισματική Ενοποίηση ξεκίνησαν οι προσπάθειες για μία πιο ουσιαστική μεταρρύθμιση των υφιστάμενων κοινωνικο-ασφαλιστικών δομών. Ο νόμος 2676/99 αποτέλεσε το πρώτο μεταρρυθμιστικό βήμα των μέχρι τότε κυβερνήσεων. Συστάθηκε ο ενιαίαος Οργανισμός Ασφάλισης Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ενσωματώθηκαν στον παραπάνω κλάδο το ΤΑΕ, ΤΕΒΕ και το ΤΣΑ, συστάθηκε το ΤΕΑΔΥ, συγχωνεύτηκε μία σειρά Ταμείων Κύριας και Επικουρικής Ασφάλισης, καταργήθηκε το Ταμείο Πρόνοιας Δικηγόρων Επαρχιών και συγχωνεύτηκε ο κλάδος σύνταξης του Ε.Τ.Ε.Μ. στο ΙΚΑ-Τ.Ε.Α.Μ. Γενικότερα, στόχος του κράτους είναι να γίνουν οι κατάλληλες μεταρρυθμίσεις για ένα πιο οργανωτικό, λειτουργικό και θεσμικό μετασχηματισμό του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης.

### 5.3 Ρυθμίσεις για τους Ασφαλισμένους στους φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης Μισθωτών

Τα Ταμεία που ανήκουν στην κατηγορία των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης Μισθωτών είναι τα κάτωθι:

- Το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού ΟΤΕ (ΤΑΠ-ΟΤΕ)
- Ο οργανισμός Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ (ΟΑΠ-ΔΕΗ)
- Το Ταμείο Σύνταξης Προσωπικού ΗΣΑΠ (ΤΣΠ-ΗΣΑΠ)
- Το Ταμείο Συντάξεων Προσωπικού Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος (ΤΣΠ-ΕΤΕ)
  - Το Ταμείο Συντάξεων Προσωπικού της Αγροτικής Τράπεζας της Ελλάδος (ΤΣΠ-ΑΤΕ)
  - Το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Ιονικής Τράπεζας (ΤΑΠ-ΙΛΤ)
  - Το Ταμείο Συντάξεων Προσωπικού Τράπεζας Ελλάδος (ΤΣΠ-ΤΕ)
  - Το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού ΕΤΒΑ (ΤΑΠ-ΕΤΒΑ)
- Το Ταμείο Συντάξεως και Επικουρικής Ασφαλίσεως Προσωπικού Γεωργικών Συνεταιρι-
  - στικών Οργανώσεων (ΤΣΕΑΠΓΣΟ) και

- Το Ταμείο Ασφαλίσεως Προσωπικού της Ασφαλιστικής Εταιρείας «Η ΕΘΝΙΚΗ» (ΤΑΠΑΕΕ)

Ακόμα πρέπει να αναφέρουμε ότι το Τδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) που ιδρύθηκε με το Νόμο 6298/1934 (346 Α') μετονομάζεται σε Ι.Κ.Α.-Ε.Τ.Α.Μ. (δηλαδή Ι.Κ.Α.-Ενιαίο Ασφάλισης Μισθωτών). Στο συγκεκριμένο κλάδο εντάσσονται αυτοδικαίως από 1-1-2008 οι κλάδοι της κύριας σύνταξης των ταμείων ΤΑΠ-ΟΤΕ, ΤΣΠ-ΗΣΑΠ, ΤΣΠ-ΕΤΕ, ΤΣΠ-ΑΤΕ, ΤΣΠ-ΤΕ, ΤΑΠ-ΙΑΤ, ΤΑΠ-ΕΤΒΑ, ΤΣΕΑΠΓΣΟ και ΤΑΠΑΕ-ΕΘΝΙΚΗ.

Στις παραγράφους του νόμου για τη «Μεταρρύθμιση του Συστήματος Κοινωνικής Α-σφάλισης» που υπογράφηκε το 2002 από τον κο Χριστοδουλάκη – Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών – τον κο Σκανδαλίδη – Υπουργό εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης – και τον κο Ρέππα- Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων – και βασίστηκε

πάνω στο Ν. 2676/99 υπαγορεύονται οι μεταρρυθμίσεις και ο υπολογισμός των συντάξεων των μισθωτών. Στις διατάξεις των άρθρων 7 και 8 εισάγεται το θεσμικό πλαίσιο για τη λειτουργία και ανάπτυξη της συμπληρωματικής – επαγγελματικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Η συμπληρωματική ασφάλιση διακρίνεται από την επικουρική διότι παρέχεται από μη κερδοσκοπικά νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου τα οποία δημιουργούνται και λειτουργούν βάση νόμων. Η συγκεκριμένη ασφάλιση είναι προαιρετική, εξαρτάται από την επαγγελματική απασχόληση των ασφαλιζομένων και λειτουργεί με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα. Όσον αφορά λοιπόν τη συμπληρωματική ασφάλιση τα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης προβλέπουν ένα ιδιαίτερο θεσμικό πλαίσιο. Συγκεκριμένα, η Ευρωπαϊκή Ένωση ενδιαφέρεται για τη συμπληρωματική ασφάλιση και ειδικότερα για το πώς τα επαγγελματικά ταμεία θα εκμεταλλευτούν τα πλεονεκτήματα της ενιαίας αγοράς των κεφαλαίων και του ενιαίου νομίσματος ώστε να αυξηθεί η απόδοση των περιουσιακών τους στοιχείων και να χρηματοδοτηθούν οι αυξανόμενες παροχές. Ενδιαφέρεται επίσης για το πώς θα εξασφαλιστεί ο συνυπολογισμός του χρόνου επαγγελματικής ασφάλισης στα πρόσωπα που κινούνται στην Ευρωπαϊκή Ένωση.

Συγκεκριμένα το νέο θεσμικό πλαίσιο στηρίζεται σε τρεις άξονες:

- Στην προαιρετικότητα

- Στηνδημιουργία νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου χωρίς κερδοσκοπικό χαρακτήρα.
- Στην εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και τον έλεγχο από την Ανάλογιστική Αρχή.

Ειδικότερα, η επαγγελματική-συμπληρωματική ασφάλιση είναι προαιρετική και ως προς την ίδρυση των προβλεπόμενων από τον νόμο Ταμείων και ως προς την υπαγωγή των ασφαλισμένων στα Ταμεία αυτά και ως προς την επιλογή των ασφαλισμένων που δικαιούνται να υπαχθούν σε περισσότερα ταμεία.

Προβλέπεται ακόμα και δικαίωμα εξόδου από τα Ταμεία αυτά. Ο προαιρετικός χαρακτήρας αναγκάζει τα Ταμεία να μεριμνούν για τη μέγιστη δυνατή απόδοση της επενδυτικής τους πολιτικής προκειμένου να μην αποχωρήσουν από αυτά οι ασφαλισμένοι και έτσι δημιουργείται μεταξύ των Ταμείων άμιλλα που αποβαίνει προς όφελος των ασφαλισμένων.

#### 5.4. Το Νομοθετικό πλαίσιο για την διαχείριση και αξιοποίηση των αποθεματικών των Ασφαλιστικών Οργανισμών

Το νομοθετικό πλαίσιο που αφορά τη δυνατότητα αξιοποίησης της περιουσίας των ασφαλιστικών φορέων καθώς και η λειτουργία ιδρυμάτων που προσφέρουν υπηρεσίες επαγγελματικών συνταξιοδοτικών παροχών, σε εθνικό επίπεδο, εξετάζεται στην παρούσα ενότητα.

Η εφαρμογή της συγκεκριμένης νομοθεσίας έγκειται κυρίως:

- στην δημιουργία υποδομής για τη σύσταση των Επαγγελματικών Ταμείων,
- στην δημιουργία υποδομής για την επέκταση των δυνατοτήτων επένδυσης των ταμείων,
- στη σχετική απελευθέρωση των επενδυτικών επιλογών σε μετοχές, ομόλογα, αμοιβαία κεφάλαια, repos, παράγωγα,
- στην προσπάθεια καθορισμού επενδυτικών κανόνων,
- στην προσπάθεια ορισμού των εννοιών του Συμβούλου και του Διαχειριστή και στον καθορισμό διαδικασιών πρόσληψης συμβούλων διαχείρισης καθορισμός κριτηρίων, τεχνική και οικονομική προσφορά, εγγύηση),
- στη δημιουργία ελεγκτικών μηχανισμών,

– στον καθορισμό ελαχίστου Εγγυητικού Κεφαλαίου αναλόγου προς αυτό των ασφαλιστικων εταιρειών,

– στη συμπερίληψη των Ασφαλιστικών Εταιρειών μεταξύ των οργανισμών που μπορούν να ασκούν Επαγγελματικές Ασφαλίσεις

Όσον αφορά την Ελληνική νομοθεσία, όπως θα διαπιστωθεί και στη συνέχεια, το σχετικό ρυθμιστικό πλαίσιο διαμορφώνεται προς τη σωστή κατεύθυνση και βάσει των οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των διεθνών εξελίξεων. Εντούτοις υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης σε θέματα όπου επισημαίνονται δυσκολίες κυρίως στα εξής:

- Στην εννοιολογική και πρακτική σύγχυση. Στην περίπτωση των ασφαλιστικών οργανισμών τα κριτήρια είναι περισσότερα επιστημονικά και πολύπλοκα από αυτά που χρησιμοποιούν οι ιδιώτες επενδυτές και αυτό θα πρέπει να διασφαλίζεται και να διευκρινίζεται
- Στον καθορισμό διαδικασιών για την πρόσληψη διαχειριστών
- Στην απεμπλοκή του Διοικητικού συμβουλίου των ταμείων από την επενδυτική διαδικασίας
- Στις δυνατότητες επένδυσης στις διεθνείς αγορές χρήματος και κεφαλαίου
- Οι διοικήσεις των ασφαλιστικών ταμείων θα πρέπει να μπορούν να διαχειριστούν τα κεφάλαια τους με διαφορετικούς τρόπους,
- Στη βελτίωση του όρου εγγύηση
- Στον καθορισμό του ρυθμιστικού πλαισίου δράσης των εταιρειών διαχείρησης ασφαλιστικών ταμείων.

Το Νομοθετικό πλαίσιο που ισχύει για τις καταθέσεις των Ασφαλιστικών Οργανισμών, για την διαχείριση και αξιοποίηση των αποθεματικών και της κινητής και ακίνητης περιουσίας αυτών είναι το ακόλουθο:

A.N.1611/50, N.Δ.2999/54 N. 876/79, N.1266/82, N.1902/90, N.2042/92, N.2076/92, N.2216/94, N.2469/97, N.2642/98, N.2676/99, 2778/99.

Από τις επί μέρους διατάξεις των ανωτέρω Νόμων προβλέπονται κυρίως τα εξής:

1. Υποχρεωτική τήρηση των διαθεσίμων κεφαλαίων των Ασφαλιστικών Οργανισμών στην Τράπεζα της Ελλάδος, η οποία ενεργεί ως διαχειρίστρια και επενδύει τα διαθέσιμα τους σε τίτλους του Δημοσίου. Τήρησης λογαριασμού ταμειακής διαχείρισης σε Τράπεζα ή Τραπεζικό Οργανισμό.

2. Δυνατότητα επένδυσης από τους Ασφαλιστικούς, Οργανισμούς ποσοστού 20% των διαθεσίμων τους σε ακίνητα και κινητές αξίες, παράλληλα και ανεξάρτητα από τις επενδύσεις που κάνει η Τράπεζα της Ελλάδος.

Από το ανωτέρω ποσοστό, το 40% επενδύεται σε ακίνητα και το 60% σε χρεόγραφα (Ν.2042/92 άρθρο 14, Ν.2676/99 άρθρο 40).

A. Τα χρεόγραφα στα οποία υπάρχει δυνατότητα επένδυσης από τους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς είναι τα ακόλουθα:

1. Τίτλοι Ελληνικού Δημοσίου-Ομόλογα Τραπεζών (Ν.1902/90, άρθρο 13)

Τα διαθέσιμα των Ασφαλιστικών Οργανισμών επενδύονται ελεύθερα, χωρίς έγκριση και χωρίς τους περιορισμούς του άρθρου 14 του Ν.2042/92, σε τίτλους του Ελληνικού Δημοσίου (ΕΓΔ, ΟΕΔ κλπ.) και ομόλογα Τραπεζών που λειτουργούν νόμιμα στην Ελλάδα.

Σημείωση δεν επιτρέπεται σύμφωνα με σχετικές αποφάσεις των Νομισματικών Αρχών της Τράπεζας της Ελλάδος να επενδύονται διαθέσιμα Κεφάλαια σε ειδικές προθεσμιακές καταθέσεις με ελεύθερα διαπραγματεύσιμο επιτόκιο, πιστοποιητικά καταθέσεων, REPOS κ.λπ.

2. Μερίδια Αμοιβαίων Κεφαλαίων Ν.876/79, αρθ. 6-Π.Δ.433/93, αρθ.8, Ν.2778/99 αρθ. 32 παρ. 1 έγγραφο Τ.Ε.708/9-9-81)

Επιτρέπεται στους Ασφαλιστικούς Οργανισμούς να επενδύουν μέρος των διαθεσίμων τους και μέσα στα όρια του 20%, σε μερίδια Α/Κ Εταιρειών που εδρεύουν στην Ελλάδα, καθώς επίσης και σε μερίδια Οργανισμών Συλλογικών Επενδύσεων σε Κινητές Αξίες (ΟΣΕΚΑ) που έχουν την έδρα τους και σε άλλο Κράτος-Μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σημείωση δεν επιτρέπεται η επένδυση σε ασφαλιστικά προϊόντα (ασφαλιστικά συμβόλαια συνδεδεμένα με επενδύσεις UNIT- LINKED) που υπόκεινται στις διατάξεις του άρθρου 13γ του Π.Δ. 400/70. Διαδικασία αγοράς μεριδίων Α/Κ

Λήψη απόφασης Δ.Σ. για συγκεκριμένα μερίδια Αμοιβαίων Κεφαλαίων και υποβολή της απόφασης στο Υπουργείο για έγκριση.

Διαβίβαση της απόφασης του Δ.Σ. στην Τράπεζα της Ελλάδος για έγκριση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθ. 6 του Ν. 876/79.



"Έγκριση της Τράπεζας της Ελλάδος και μετά έγκριση του Υπουργείου μας.

Αποδέσμευση των εγκεκριμένων κεφαλαίων από την Τράπεζα της Ελλάδος και καταβολή αυτών στην ΑΕΔΑΚ (Εταιρεία διαχείρισης των Αμοιβαίων Κεφαλαίων) για την υλοποίηση της αγοράς των Αμοιβαίων Κεφαλαίων.

#### Διαδικασία εκποίησης Α/Κ

Τα Α/Κ εκποιούνται ύστερα από απόφαση του Δ.Σ. του Φορέα και δεν απαιτείται έγκριση του Υπουργείου. Για την διαδικασία της εκποίησης εφαρμόζονται οι κανόνες που προβλέπονται από την σύμβαση που έχει υπογράψει το Ταμείο με την διαχειρίστρια Εταιρεία Α/Κ.

Συγκρότηση Αμοιβαίων Κεφαλαίων-Σύσταση ΑΕΔΑΚ από Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (Ν.1902/92, άρθρο 12, Ν.2076/92, άρθρο 35)

- Οι Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης επιτρέπεται να συγκροτούν ίδια ή ομαδικά Αμοιβαία Κεφάλαια λαϊα τηρώντας τις διατάξεις περί Αμοιβαίων Κεφαλαίων.
- Η ανάθεση της διαχείρισης αυτών μπορεί να γίνει σε οποιαδήποτε ΑΕΔΑΚ που λειτουργεί νόμιμα στην Ελλάδα.
- Έχουν ακόμη την δυνατότητα να συστήνουν όλοι μαζί ή κατά ομάδες Ανώνυμες Εταιρείες Διαχείρισης Αμοιβαίων Κεφαλαίων (ΑΕΔΑΚ) στις οποίες θα συμμετέχει μια νόμιμα λειτουργούσα στην Ελλάδα Τράπεζα τηρούμενων των διατάξεων της Παρ. 3 του αρθ. 26 του Ν. 1969/91. (Ν.2076/92, άρθρο 35)

#### 3. Μετοχές (Ν.1902/90, άρθρο 13, 2374/96, άρθρο 1, Ν.2533/97, Αρθρο 120)

Επιτρέπεται στους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης να επενδύουν μέσα στα πλαίσια του 20% σε πάσης φύσεως μετοχές με τήρηση της απαιτούμενης διαδικασίας.

#### Διαδικασία αγοράς μετοχών

- Λήψη απόφασης Δ.Σ. για αγορά συγκεκριμένων μετοχών και υποβολή της απόφασης στο Υπουργείο για έγκριση.
- Εγκριτικό έγγραφο του Υπουργείου βάσει των διατάξεων του άρθρου 13 του Ν.1902/90 και των διατάξεων του άρθρου 14 του Ν.2042/92 εφόσον το διατιθέμενο ποσό είναι εντός του ορίου 20% του Ν.2042/92

– Έκδοση Κοινής Απόφασης Εποπτεύοντος Υπουργού και Διοικητού Τραπέζης της Ελλάδος (σχετικές γνωμοδοτήσεις Νομικών Συμβούλων Τραπέζης Ελλάδος, από 10/12/1993 και 14/12/1993), εφόσον υπερβαίνει το ποσοστό αυτό.

– Δεν απαιτείται έγκριση του Υπουργείου για μετοχές Εταιρειών των οποίων το ενεργητικό υπερβαίνει τα 500 δις δρχ. (Ν.2374/96, άρθρο1, παρ.4), καθώς και για μετοχές που έχουν εισαχθεί στο Χρηματιστήριο ή διατίθενται σε Δημόσια Εγγραφή για να εισαχθούν, εταιρειών που ιδιωτικοποιούνται σύμφωνα με το άρθρο 5, παρ. 1 του Ν.2000/91 (Ν.2533/97). Το διατιθέμενο ποσό, στις περιπτώσεις αυτές, πρέπει να είναι μέσα στα όρια του 20%.

– Για μετοχές που δεν έχουν εισαχθεί στο Χ.Α.Α. απαιτείται πάντοτε Κοινή Απόφαση του Εποπτεύοντος Υπουργού και του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος.

– Μετά την έγκριση αποδεσμεύονται τα απαιτούμενα κεφάλαια από την Τράπεζα της Ελλάδος και ανατίθεται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία σε Χρηματιστές ή Χρηματιστηριακές Εταιρείες η αγορά των μετοχών μέσω χρηματιστηρίου με την καταβολή των νομίμων προμηθειών.

#### Διαδικασία εκποίησης μετοχών

Λήψη απόφασης Δ.Σ. του Ασφαλιστικού Φορέα και υποβολή στο Υπουργείο για έγκριση.

Έκδοση Κοινής Απόφασης Εποπτεύοντος Υπουργού και Διοικητού Τραπέζης της Ελλάδος βάσει των διατάξεων του άρθρου 13 του Ν.1902/90.

Ανάθεση σε Χρηματιστηριακή Εταιρεία της εκποίησης των μετοχών.

#### B. Ακίνητα

Οι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί μπορούν να διαθέτουν μέρος των διαθεσίμων τους για αγορά ακινήτων είτε για να καλύψουν τις στεγαστικές ανάγκες των υπηρεσιών τους είτε για επένδυση των διαθεσίμων τους.

Οι αγορές γίνονται με τις διαδικασίες που ορίζονται από τις διατάξεις του Π.Δ/γματος 715/79.

#### Διαδικασία αγοράς ακινήτων

– Λήψη απόφασης Δ.Σ. και υποβολή στο Υπουργείο για κατ' αρχήν έγκριση.

- Μετά την κατ' αρχήν έγκριση ακολουθεί διαγωνισμός βάσει του Π.Δ/γματος 715/79.
- Εάν το ακίνητο είναι παρακείμενο σε ιδιοκτησία του Ν.Π.Δ.Δ. ή είναι ιδιοκτησίας του Δημοσίου ή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ο.Τ.Α. δεν απαιτείται διαγωνισμός.
- Μετά την ολοκλήρωση του διαγωνισμού υποβάλλεται ο κατακυρωτικός φάκελος στο Υπουργείο για έγκριση.
- Έγκριση του Υπουργείου - Αποδέσμευση των κεφαλαίων από την Τράπεζα Ελλάδος
- Υπογραφή συμβολαίου αγοράς ύστερα από σχετικό έλεγχο στους τίτλους.

#### **Διαδικασία εκποίησης ακινήτων**

- Απόφαση Δ.Σ. - Έγκριση κατ' αρχήν του Υπουργείου - Διαγωνισμός  
- Τελική έγκριση του Υπουργείου.

#### **5.5. Θεσμικό πλαίσιο των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης**

Τα Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης υπόκεινται στην εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και ελέγχονται τακτικά και εκτάκτως από την Αναλογιστική Αρχή. Οι παραπάνω έλεγχοι εξασφαλίζουν τους ασφαλισμένους ως προς τη βιωσιμότητα των Ταμείων. Κάτι που μπορεί επίσης να εξασφαλίσει τους ασφαλισμένους είναι η νομική μορφή των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης μιας και είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου χωρίς κερδοσκοπικό χαρακτήρα που ιδρύονται και λειτουργούν βάση διατάξεων και κανόνων.

Συγκεκριμένα, την παράγραφο 1 προβλέπεται η σύσταση και ο σκοπός των Επαγγελματικών Ταμείων. Υπαγορεύει ρητά ότι τα Ταμεία αυτά είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου χωρίς κερδοσκοπικό χαρακτήρα και τελούν υπό εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Στην παράγραφο 2 αναφέρεται ότι ο σκοπός αυτών των Ταμείων είναι η χορήγηση επαγγελματικής ασφαλιστικής προστασίας, εκτός της υποχρεωτικής, καλύπτοντας έναν ή περισσότερους κινδύνους (όπως π.χ. κίνδυνοι γήρατος, θανάτου, αναπηρίας, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας, διακοπή εργασίας κλπ.). Η καταβολή των παροχών σε είδος ή σε χρήμα κατάβαλλονται περιοδικώς ή εφ' άπαξ.

Ακόμα, στο άρθρο 7 τονίζεται ότι η ασφαλιστική τοποθέτηση χρημάτων των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης θα γίνεται ως εξής:

- Ποσοστό μέχρι 10% των τεχνικών αποθεμάτων επενδύεται σε ακίνητα.
- Ποσοστό μέχρι 70% των τεχνικών αποθεματικών επενδύεται σε μετοχές, μεταβιβαστικά αξιόγραφα εξομοιούμενα με μετοχές και σε ομολογίες εταιρειών σε αναγνωρισμένα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα στην Ελλάδα, σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλες χώρες της αλλοδαπής.
- Ποσοστό μέχρι 20% των τεχνικών αποθεματικών τους σε έντοκα γραμμάτια και τραπεζικές καταθέσεις.
- Επίσης, οι επενδύσεις των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης σε χρηματοοικονομικά μέσα που εκδίδει η χρηματοδοτούσα επιχείρηση επιτρέπεται μέχρι ποσοστό 5% των τεχνικών αποθεματικών του Ταμείου.

Έτσι λοιπόν, όταν το Ταμείο ασκεί δραστηριότητα για λογαριασμό του Ομίλου επιχειρήσεων πρέπει να λαμβάνει πρόνοια ώστε να υπάρχει η κατάλληλη διαφοροποίηση του ποσού.

Τα Ταμεία Επαγγελματικής Ασφάλισης λειτουργούν βάση κατάστατικού το οποίο καταρτίζεται με συμβολαιογραφικό έγγραφο και ρυθμίζει υποχρεωτικά:

- Τη σύνθεση και των αριθμό των μελών της Διοίκησης του Ταμείου
- Τη διαδικασία ανάδειξης Προέδρου·και τον τρόπο λειτουργίας της
- Τους πόρους του Ταμείου, τον τρόπο υπολογισμού και το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών (εργοδοτών και εργαζομένων)
- Τη διαδικασία μεταβολής ή αναπροσαρμογής του ύψους των ασφαλιστικών εισφορών
  - Τους όρους εγγραφής και διαγραφής των ασφαλιζομένων
  - Τους ασφαλιζόμενους κινδύνους
  - Τα είδη και το ύψος των παροχών προς τους ασφαλιζομένους καθώς και τη διαδικασία προσαρμογής τους
  - Την έδρα του Ταμείου και τους εκπροσώπους του και
  - Τη διαδικασία διάλυσης και εκκαθάρισης
  - Συγκεκριμένα, ορίζεται από το καταστατικό σαν έδρα του Ταμείου ο τόπος λειτουργίας της διοικήσεώς του.

Σημαντική σημείωση βρίσκεται στην παράγραφο 5 στην οποία αναφέρεται ότι τα Ταμεία που χορηγούν συνταξιοδοτικές παροχές πρέπει να λειτουργούν με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα και οι παροχές να μην είναι εξαγοράσιμες πριν από τον προβλεπόμενο, βάση κατάστατικού, χρόνου. Με αυτό τον τρόπο διακρίνονται τα Ταμεία αυτά από τους άλλους απόταμιευτικούς λογαριασμούς.

Ακόμα πρέπει να σημειώσουμε ότι στις διατάξεις της παραγράφου 7 προβλέπεται η κατάχωριση των καταστατικών στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και δημιουργείται σχετική διεύθυνση με τη επωνυμία «Δ/νση Επαγγελματικής- Συμπληρωματικής Ασφάλισης» με σκοπό τον έλεγχο και την εποπτεία των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου. Έτσι λοιπόν δημιουργούνται δύο τμήματα, το Τμήμα Εσωτερικής Νομοθεσίας και το Τμήμα Διεθνούς Παρακολούθησης. Το πρώτο ασχολείται με την μελέτη, επεξεργασία, θέσπιση και επιμέλεια εφαρμογής μέτρων που αφορούν θέματα της συμπληρωματικής κοινωνικής ασφάλισης, τήρησης μητρώου, ενημέρωση του Υπουργού και την Αναλογιστικής Αρχής για τη λήψη αναγκαίων μέτρων.

Το δεύτερο τμήμα ασχολείται με τη μελέτη, επεξεργασία, θέσπιση και επιμέλεια εφαρμογής μέτρων για την παρακολούθηση των εξελίξεων στο χώρο της συμπληρωματικής προστασίας τόσο στην Ευρωπαϊκή Ένωση όσο και διεθνώς.

Στην παράγραφο 9 προβλέπεται η προαιρετική υπαγωγή κάθε εργαζόμενου (αυτοτελούς απασχολούμενου, ελεύθερου επαγγελματία, αγρότη κλπ.) στο ταμείο που λειτουργεί στην επαγγελματική του απασχόληση χωρίς να απαιτείται η συμμετοχή του σε συνδικαλιστική ή επαγγελματική οργάνωση.

Η απαγόρευση αυτή αποτελεί την έκφραση της αρχής της αλληλεγγύης που ισχύει κυρίως για την κοινωνική ασφάλιση. Ακόμα, ο ασφαλισμένος έχει δικαίωμα να επιλέξει και να υπαχθεί σε ένα ή περισσότερα επαγγελματικά ταμεία στην περίπτωση που η εργασιακή του δραστηριότητα του το επιτρέπει.

Με τις διατάξεις της παραγράφου 10 ρυθμίζονται τα θέματα διαγραφής (εξόδου) από την ασφάλιση τα οποία διακρίνονται σε δύο περιπτώσεις:

– ο ασφαλισμένος χωρίς αλλαγή της επαγγελματικής του απασχόλησης έχει το δικαίωμα να ζητήσει τη διαγραφή του από το Ταμείο. Σε αυτή την περίπτωση πρέπει ο ασφαλισμένος να είναι ήδη ένα χρόνο στην ασφάλιση και να έχει ειδοποιήσει το ταμείο ένα μήνα νωρίτερα.

– στη δεύτερη αυτή περίπτωση ο ασφαλισμένος ασκεί το δικαίωμα της διαγραφής του από το ταμείο λόγω μεταβολής της επαγγελματικής του δραστηριότητας.

Πάντως τα δικαιώματα του ασφαλισμένου, είτε στην πρώτη είτε στη δεύτερη περίπτωση, είναι τα ίδια και συγκεκριμένα, μπορεί να μεταφέρει τα ασφαλιστικά του δικαιώματα σε άλλο ταμείο.

## 5.6. Πόροι και Οικονομική Διαχείριση των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης

Πρέπει να τονίσουμε ότι βάση των διατάξεων του νόμου προβλέπεται ο έλεγχος των οικο-νομικών στοιχείων και καταστάσεων από Ορκωτούς Ελεγκτές για καλύτερη εξασφάλιση των ασφαλισμένων αλλά και των Ταμείων. Ακόμα, καθορίζονται οι πόροι των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης οι οποίοι είναι οι τακτικές και έκτακτες εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών, πρόσοδοι περιουσίας, απόδοση κεφαλαίων και αποθεματικών.

Στις διατάξεις των παραγράφων 20, 21 και 22 καθορίζεται σαν υποχρέωση των Ταμείων η ενημέρωση των ασφαλιζομένων, η χορήγηση, με δικά τους έξοδα, των βεβαιώσεων για τις κατά βληθείσες εισφορές και τα δικαιώματα των ασφαλιζομένων, η δημοσίευση των οικονομικών κατάστασεων, τα πορίσματα ελέγχου των Ορκωτών Ελεγκτών καθώς και την έκθεση της Αναλογιστικής Αρχής. Συγκεκριμένα, τα Ταμεία έχουν την υποχρέωση να δημοσιεύσουν σε 3 εφημερίδες – στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, σε μία οποιαδήποτε εφημερίδα πανελλήνιας κυκλοφορίας και σε μία άλλη οικονομικής φύσεως – τις οικονομικές καταστάσεις, τα πιστοποιητικά ελέγχου των Ορκωτών Ελεγκτών και τα πορίσματα ελέγχου της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν οι ασφαλισμένοι να αξιολογήσουν τις οικονομικές αποδόσεις, την αξιοπιστία και την φερεγγυότητα του κάθε επαγγελματικού Ταμείου.

Τα Ταμεία έχουν υποχρέωση να ενημερώσουν τους ασφαλισμένους για τις οικονομικές και τεχνικές παραμέτρους της ασφαλιστικής σχέσης καθώς και για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους απέναντι στο Ταμείο όπως π.χ. για τις αλλαγές των κανόνων του ασφαλιστικού καθεστώτος, για το επιδιωκόμενο επίπεδο παροχών και την πραγματική χρηματοδότησή τους, για τις οφειλόμενες παροχές καθώς και για τις παροχές σε περίπτωση τερματισμού της απασχόλησης.

## 5.7. Εποπτεία & Έλεγχος των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης

Στο άρθρο 8 του Μεταρρυθμιστικού Νόμου προσδιορίζεται ο τρόπος εποπτείας και ελέγχου από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων των Ταμείων Επαγγελματικής Ασφάλισης. Η εποπτεία συνιστάται στην τήρηση των νόμων, την προστασία των συμφερόντων των ασφα-

λισμένων και την φερεγγυότητα των Ταμείων. Συγκεκριμένα, ο Υπουργός με απόφαση που λαμβάνει με την Εθνική Αναλογιστική Αρχή μπορεί να απαγορεύσει την ελεύθερη διακίνηση των παγίων όταν το ταμείο δεν έχει επαρκή αποθεματικά και πάγια. Μπορεί ακόμα να θέσει σε αναγκαστική διαχείριση το Ταμείο ή να απαγορεύσει τις δραστηριότητές του.

Στην περίπτωση διάλυσης του Ταμείου Επαγγελματικής Ασφάλισης το προϊόν της εκκαθάρισης στο οποίο ανήκουν και οι εργοδοτικές εισφορές διανέμεται ανάλογα με την ασφαλιστική προσδοκία στους ασφαλισμένους. Πρέπει εδώ να τονίσουμε το σημαντικό ρόλο που παίζει ο έλεγχος της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής μιας και αναφέρεται στην οικονομική λειτουργία και βιωσιμότητα των Ταμείων.

### 5.8. Εθνική Αναλογιστική Αρχή (Ε.Α.Α.)

Η Εθνική Αναλογιστική Αρχή είναι μία διοικητική ουσιαστικά αρχή με έδρα την Αθήνα, με διοικητική αυτοτέλεια και εποπτεύεται από τον εκάστοτε Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ως προς τον έλεγχο της νομιμότητας των πράξεών της και τον πειθαρχικό έλεγχο κατά των μελών της. Συγκεκριμένα, η Ε.Α.Α. συγκροτείται από πέντε (5) μέλη τα οποία κατάλαμβάνουν την συγκεκριμένη θέση της επιστημονικής και επαγγελματικής τους κατάρτισης και την εξειδικευμένη εμπειρία σε θέματα της αρμοδιότητάς της. Η θητεία των μελών είναι πενταετής και μπορεί να ανανεωθεί κάθε φορά. Τα μέλη της Ε.Α.Α. δεν ανακαλούνται παρά μόνο αν εκδοθεί εις βάρος τους αμετάκλητη καταδικαστική απόφαση. Κατά τη θητεία τους τα πέντε αυτά μέλη δεν επιτρέπεται να είναι εταίροι, μέτοχοι, μέλη διοικητικού συμβουλίου, διαχειριστές, υπάλληλοι ή σύμβουλοι σε επιχειρήσεις η οποία αναπτύσσει δραστηριότητα στους τομείς των ασφαλίσεων και της αναλογιστικής επιστήμης.

Η Ε.Α.Α. συνέρχεται σε πρώτη συνεδρίαση τον Ιανουάριο 2003 ή το αργότερο μέσα σε ένα μήνα αν οι διαδικασίες διορισμού των μελών της δεν έχουν ολοκληρωθεί μέχρι τότε.

Η Εθνική Αναλογιστική Αρχή έχει τις εξής αρμοδιότητες:

– Συντάσσει τις αναλογιστικές εκθέσεις στα πλαίσια του μακροχρόνιου οικονομικού και χρηματοδοτικού σχεδιασμού για την εξασφάλιση της αποδοτικότητας και της βιωσιμότητας του Συστήματος Κοινωνικής Ασφαλισης. Οι εκθέσεις αυτές λαμβάνουν υπ' όψιν τους τις αποφάσεις του Υπουρ-

γείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι οποίες γνωστοποιούνται στην αρμόδια Διαρκή Επιτροπή της Βουλής και δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

– Παρακολουθεί την πορεία των αναλογιστικών δεδομένων των ασφαλιστικών οργανισμών που έχουν τη μορφή νομικών προσώπων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου.

– Συντάσσει την ετήσια έκθεση για την οικονομική κατάσταση του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα και εισηγείται την λήψη αναγκαίων μέτρων για τη βελτίωση του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης. Η έκθεση αυτή υποβάλλεται στη Βουλή δια του Προέδρου της, στον Πρωθυπουργό, στον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών.

– Προβαίνει στους τακτικούς και έκτακτους αναλογιστικούς ελέγχους των ασφαλιστικών οργανισμών και υποβάλλει τα πορίσματα των ελέγχων αυτών στον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στον αρμόδιο Υπουργό για την εποπτεία του συγκεκριμένου ασφαλιστικού οργανισμού και στο Δ.Σ. του συγκεκριμένου οργανισμού. Οι τακτικοί έλεγχοι είναι υποχρεωτικοί και γίνονται μία φορά τον χρόνο μετά από πρόσκληση του Υπουργού ή με πρωτοβουλία της Ε.Α.Α.

– Τέλος, συλλέγει, οργανώνει, επεξεργάζεται και αξιολογεί τα απαραίτητα στοιχεία (τεχνικά, λογιστικά, δημογραφικά, οικονομικά κλπ.) που αφορούν την πορεία των ασφαλιστικών οργανισμών που έχουν την μορφή νομικών προσώπων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου.

## 5.9. ETEAM

Το Ε.Τ.Ε.Α.Μ. είναι η συντομογραφία του Επικουρικού Ταμείου Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών και είναι νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με έδρα την Αθήνα και το οποίο τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και διέπεται από το σύνολο των διατάξεων του καταργούμενου Ι.Κ.Α.-Τ.Ε.Α.Μ. Ουσιαστικά το Ε.Τ.Ε.Α.Μ. είναι η λύση στη λανθασμένη μέχρι σήμερα δομή και λειτουργία των επικουρικών ταμείων. Έτσι λοιπόν δημιουργείται ένα ξεχωριστό επικουρικό ταμείο μισθωτών. Βάση των διατάξεων της παραγγάφου 7 του άρθρου 6 του Μεταρρυθμιστικού Νόμου για το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης, βασική υποχρέωση του Ε.Τ.Ε.Α.Μ. είναι η πρόσθετη

ασφαλιστική κάλυψη για τους κινδύνους γήρατος – αναπηρίας και θανάτου τόσο των άμεσα ασφαλισμένων όσο και των μελών της οικογένειας του σε περίπτωση θανάτου του ασφαλισμένου ή του συνταξιούχου. Η εξασφάλιση μίας όσο το δυνατόν καλύτερης υγειονομικής περίθαλψης του πολίτη είναι βασικό καθήκον μίας ευνομούμενης και συντεταγμένης πολιτείας. Όλα τα προηγμένα κράτη του κόσμου, δίνουν σημαντική έμφαση στον τομέα αυτό μέσω κυρίως της ανάπτυξης σύγχρονων δημοσίου χαρακτήρα συστημάτων υγείας. Παράλληλα, όμως, βασική συνιστώσα αυτών των συστημάτων είναι η ελευθερία επιλογής του ασθενή, του πολίτη, να επιλέξει το ιατρό του. Στο πλαίσιο αυτό, σε όλες τις χώρες του κόσμου συνυπάρχουν ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας υγείας, όπως επίσης οι δημόσιες και ιδιωτικές ασφαλίσεις υγείας. Και στη χώρα μας η ιδιωτική ασφάλιση υγείας παίζει σημαντικό ρόλο στην υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος οι Έλληνες πολίτες δείχνουν χρόνο με το χρόνο αυξημένη εμπιστοσύνη στις ασφαλιστικές εταιρείες και τις καλύψεις που αυτές προσφέρουν. Υπολογίζεται ότι στα τέλη του 2002 περίπου 963.690 άνθρωποι καλύπτονται από παροχές Νοσοκομειακής Περίθαλψης μέσω ατομικών ασφαλιστηρίων συμβολαίων και 745.907 άνθρωποι καλύπτονται από παροχές Νοσοκομειακής Περίθαλψης μέσω ομαδικών ασφαλιστηρίων. Επειδή πολλοί από τους καλυπτόμενους από ομαδικό ασφαλιστήριο έχουν συνάψει και ατομική ασφαλιστική σύμβαση, το σύνολο των ατόμων που καλύπτονται από ομαδικό ή ατομικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο κάλυψης εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης, υπολογίζεται περίπου σε 1.300.000. Η ιδιωτική ασφάλιση υγεία είναι πλέον αναπόσπαστο τμήμα του συνολικού συστήματος εξασφάλισης μιας αξιοπρεπούς υγειονομικής περίθαλψης των Ελλήνων πολιτών. Είναι χαρακτηριστικό αυτό που προκύπτει από την ίδια έρευνα:

Οι κάτοχοι προγραμμάτων υγείας δικαιολογούν αυτή την επιλογή τους, προκειμένου να εξασφαλίσουν υψηλή, χωρίς καθυστερήσεις και ταλαιπωρία ποιότητα, υπηρεσιών ενώ παράλληλα δεν εμπιστεύονται τους κοινωνικούς φορείς ασφάλισης υγείας. Ακόμη το 95% των κατόχων προγράμματος υγείας σκοπεύουν να το διατηρήσουν στο μέλλον και ένα 20% εξ' αυτών δηλώνει ότι θα ήθελε να το ενισχύσει. Επίσης, το 86% των κατόχων προγραμμάτων υγείας θεωρεί ότι τα χρήματα που δαπανούν στην ιδιωτική ασφάλιση, αξίζουν.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Επειδή η Υγεία αποτελεί την κινητήρια δύναμη για κάθε άτομο να δημιουργήσει απρόσκοπτα έργο και να παρουσιάσει επιστημονική, τεχνολογική και πολιτιστική πρόοδο, το ασφαλιστικό πρόβλημα βρίσκεται πάντα στην πρώτη γραμμή της επικαιρότητας. Το κράτος μαζί με τους κοινωνικούς εταίρους προσπαθούν να βρούν μια κοινώς αποδεκτή λύση, στο θέμα των κοινωνικών και ιδιωτικών παροχών ασφάλισης υγείας.

Το ζήτημα έγκειται στο να αφυπνιστούν οι συνειδήσεις των ανθρώπων για τη σπουδαιότητα της ιδιωτικής ασφάλισης, η οποία – σύμφωνα με τις επιταγές και τις ανάγκες της σύγχρονης εποχής – θα πρέπει να λειτουργεί συμπληρωματικά της κοινωνικής.



## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασίου Λ. (2000) Το μέγεθος και ο ρόλος του δημόσιου τομέα στην Ελλάδα : Εξελίξεις και συγκρίσεις με άλλες χώρες. Νο 33. Αθήνα, Κ.Ε.Π.Ε. Εκθέσεις.

Βασιλακόπουλος Γ.& Χρυσικόπουλος Β. (1990) Πληροφοριακά Συστήματα Διοίκησης : Εκδόσεις Α. Σταμούλης, Πειραιάς

Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος (1995) Η Ελληνική ασφαλιστική αγορά την πενταετία 1995-1999. Δελτίο Οικονομικό και Στατιστικό Νο 5.

ΕΣΥΕ (1993 α) Ετήσια Έρευνα Δραστηριότητας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφαλίσεως- 1990. Αθήνα, ΕΣΥΕ.

ΕΣΥΕ (1995) Στατιστική Ταξινόμηση των Επαγγελμάτων ( ΣΤΕΠ - 92). Αθήνα, ΕΣΥΕ

ΙΚΑ (1995) Κανονισμός Εκτίμησης Βαθμού Αναπηρίας. ΙΚΑ, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ. (2001) Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

Λιαρόπουλος Λ. (1993) Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας. Εκδόσεις Financial Forum, Αθήνα.

Λιαρόπουλος Λ. (1995) Health Services Financing in Greece : a role for private health insurance. Health Policy 34, 53-62.

Λιαρόπουλος Λ. (1995) Health Systems (Notes), Αθήνα, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Ματσαγγάνης Μ. & Μητράκος Θ. (1998) Προσδιοριστικοί Παράγοντες των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα. Ο Αναδιανεμητικός Ρόλος του Κράτους στην Ελλάδα. Αθήνα, Ινστιτούτο Μελετών Οικονομικής Πολιτικής

ΚΕΠΕ. (2000) Το "Μέγεθος" και ο Ρόλος του Δημόσιου Τομέα στην Ελλάδα  
Εξελίξεις και Συγκρίσεις με Άλλες Χώρες. 33.. Αθήνα, ΚΕΠΕ. Εκθέσεις.

Κιουντούζης Ευαγ. (1991) Διοικητικός Προγραμματισμός Έργων  
Πληροφορικής. . Εκδόσεις Α. Σταμούλης, Πειραιάς

Κιόχος Πέτρος (1993) Εισαγωγή στην Ασφαλιστική Επιστήμη. INTERBOOKS,  
Αθήνα.

Κιόχος Πέτρος. (1994) Customer Service and Image: Ικανοποίηση των πελα-  
τών της εταιρίας ΑΣΠΙΣ ΠΡΟΝΟΙΑ από τα υπάρχοντα ασφαλιστικά της προ-  
γράμματα και προτάσεις βελτίωσης.

Κιόχος Πέτρος. Αθήνα, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Κονδύλης Εμμ. (1995) Στατιστικές Τεχνικές Διοίκησης Επιχειρήσεων. ICAP  
INTERBOOKS, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ. (1995) Η Πολιτική Υγείας στην Ελλάδα : Στο Σταυροδρόμι  
των Επιλογών. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ. (2002) Δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις Παπαζήση,  
Αθήνα.

Νεκτάριος Μ. (1986) Accident Costs And Compensation Systems. Ασφαλιστική  
Αγορά, Αθήνα

## **ΠΗΓΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ**

The United States General Accounting Office  
<http://www.gao.gov/>,

Managed Care magazine  
<http://www.managedcaremag.com/index.html>

American Academy of Actuaries  
<http://www.actuary.org/>

Casualty Actuarial Society  
<http://www.casact.org/>

Society of Actuaries  
<http://www.actuariallibrary.org/>

Λεξικό Ιατρικών Όρων  
<http://www.med.auth.gr/db/dictionary1/gr/>

OECD  
<http://www.oecd.org/oecd/pages/home/displaygeneral/0,3380,EN-home-0-nodirectorate-no-no-no-0,FF.html>

Faculty & Institute of Actuaries  
<http://www.actuaries.org.uk/>

Health Insurance Portability and Accountability Act  
<http://www.ucop.edu/audit/conference/Presentations/HS3/index.htm>

Integrated Health Information Systems  
<http://www.hrsa.gov/investment.htm>

Information Infrastructure for Healthcare  
[http://www.atp.nist.gov/www/iihc/iihc\\_off.htm](http://www.atp.nist.gov/www/iihc/iihc_off.htm)



