



Τ.Ε.Ι. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ  
ΧΡΗΜΑΤΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

*"Η Ασφαλιστική Αγορά Υγείας στην Ελλάδα - Οικονομικά  
στοιχεία των τελευταίων ετών"*



**Αλεξόπουλος Ανδρέας (AM 2008003)**

**Αλεξόπουλος Κωνσταντίνος (AM 2007085)**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Μαυρίδου Γεώργιος, Καθηγητής Εφαρμογών**



## **Περιεχόμενα**

<b>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....</b>	<b>4</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>5</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Πώς ορίζεται η ασφάλιση.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Ποιοι είναι οι κίνδυνοι στην Ασφάλιση .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Ο Ασφαλιστικός κίνδυνος στον τομέα της Υγείας.....</b>	<b>11</b>
<b>2. Η Ασφάλιση στην Ελλάδα .....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 Τα είδη της Ασφάλισης .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 Η Δημόσια ή Κοινωνική ασφάλιση .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 Η Ιδιωτική Ασφάλιση.....</b>	<b>20</b>
<b>2.4 Ομοιότητες και Διαφορές μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης .....</b>	<b>22</b>
<b>3. Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 Ιστορική Αναδρομή στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας .....</b>	<b>26</b>
<b>3.2 Η Διεθνής Ασφάλιση Υγείας- Ιστορική επισκόπηση .....</b>	<b>31</b>
<b>3.3 Η Οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας .....</b>	<b>33</b>
<b>3.4 Οι Κατηγορίες του Εθνικού Υγειονομικού Συστήματος.....</b>	<b>35</b>
<b>4. Η Κοινωνική Ασφάλιση της Υγείας στην Ελλάδα .....</b>	<b>37</b>
<b>4.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας .....</b>	<b>38</b>
<b>4.2 Η Λειτουργία του Ε.Σ.Υ. ....</b>	<b>39</b>
<b>4.3 Οικονομικά στοιχεία των τελευταίων ετών .....</b>	<b>42</b>
<b>5. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης.....</b>	<b>47</b>
<b>5.1 Η Λειτουργία του Ι.Κ.Α.....</b>	<b>48</b>
<b>5.2 Οικονομικά στοιχεία των τελευταίων ετών .....</b>	<b>52</b>

<b>6</b>	<b>Η χρησιμότητα του Εθνικού Οργανισμού Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας.....</b>	<b>55</b>
<b>6.1</b>	<b>Οικονομικά Στοιχεία των τελευταίων ετών .....</b>	<b>58</b>
<b>6.2</b>	<b>Η κατοχύρωση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δίκτυο Υγείας και η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ .....</b>	<b>61</b>
<b>6.3</b>	<b>Ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού.....</b>	<b>62</b>
<b>7.</b>	<b>Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα .....</b>	<b>63</b>
<b>7.1</b>	<b>Ιστορική Αναδρομή της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα .....</b>	<b>65</b>
<b>7.2</b>	<b>Ιστορική Αναδρομή της Διεθνούς Ιδιωτικής Ασφάλισης.....</b>	<b>68</b>
<b>7.3</b>	<b>Πηγές χρηματοδότησης του Ιδιωτικού Τομέα Ασφάλισης - Ασφάλιστρα .....</b>	<b>69</b>
<b>7.4</b>	<b>Η ασφάλιση υγείας στον Ιδιωτικό Τομέα - οι ασφαλιστικοί κίνδυνοι και οι καλύψεις.....</b>	<b>73</b>
<b>7.5</b>	<b>Οικονομικά στοιχεία των τελευταίων ετών .....</b>	<b>75</b>
<b>8</b>	<b>Η Συμβολή της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελληνική Οικονομία.....</b>	<b>80</b>
<b>8.1</b>	<b>Η Ιδιωτική Ασφάλιση σήμερα ( οικονομικά στοιχεία 2015-2016) .....</b>	<b>84</b>
<b>8.2</b>	<b>Οικονομικά στοιχεία της Ελληνικής Ασφαλιστικής Αγοράς των τελευταίων ετών.....</b>	<b>86</b>
	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>90</b>
	<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ: .....</b>	<b>93</b>
	<b>Άρθρα - Μελέτες :.....</b>	<b>94</b>
	<b>Ιστότοπος: .....</b>	<b>95</b>
	<b>ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ , ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ &amp; ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....</b>	<b>96</b>

## ***ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ***

Η παρούσα εργασία αποτελεί την κατακλείδα στις σπουδές μας στη σχολή του Τ.Ε.Ι. Πελοποννήσου και του τμήματος της «Λογιστικής και Χρηματοοικονομικών». Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την οικογένειά μας που μας βοήθησε στην πραγματοποίηση των σπουδών μας όλα αυτά τα χρόνια, καθώς και τον καθηγητή μας, τον κ. Μαυρίδογλου που ανέλαβε την επίβλεψη αυτής της πτυχιακής εργασίας.

## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Γενική παρουσίαση του θέματος: Το θέμα που θα αναπτυχθεί στην συνέχεια της παρούσας πτυχιακής είναι «η Ασφαλιστική Αγορά υγείας στην Ελλάδα». Συγκεκριμένα, θα αναπτύξουμε τις παροχές των ασφαλιστικών ταμείων που καλύπτουν την περίθαλψη της υγείας των Ελλήνων κοινωνικά ασφαλισμένων πολιτών (ΕΣΥ, ΙΚΑ, ΕΟΠΥΥ, ΠΕΔΥ), καθώς και των ιδιωτικών ταμείων που υπάρχουν για την εξυπηρέτηση αυτού του σκοπού. Θα αναφέρουμε και οικονομικά στοιχεία που καλύπτουν την περίοδο των τελευταίων 10 ετών.

Κύριος στόχος: Πρωταρχικός στόχος της παρούσας πτυχιακής είναι η περιγραφή μιας γενικής εικόνας της Ασφαλιστικής Αγοράς υγείας της Ελλάδας κατά την τελευταία δεκαετία, οι αλλαγές που έχουν γίνει στον τομέα της Κοινωνικής ασφάλισης κατά περιόδους και πώς επέδρασαν οι αλλαγές αυτές στον ιδιωτικό τομέα ασφάλισης. Στόχος, επίσης, είναι η συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων οικονομικών στοιχείων ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση της κοινωνικής με την ιδιωτική ασφάλιση μέσα στην Ασφαλιστική Αγορά της χώρας μας.

Περίληψη μεθόδου: Η μέθοδος που ακολουθήσαμε κατά κύριο λόγο ήταν η αναζήτηση στο διαδίκτυο των ισολογισμών και των δημοσιευμένων οικονομικών στοιχείων τόσο των ταμείων Κοινωνικής Ασφάλισης όσο και των ταμείων Ιδιωτικής Ασφάλισης.

Αποτελέσματα: Από τους αριθμοδείκτες που παραθέτουμε παρακάτω είναι εύκολο να συμπεράνει κανείς τις αρνητικές επιπτώσεις που επέφερε στην Ασφαλιστική Αγορά η οικονομική κρίση, αφού το χρονικό διάστημα που εξετάζουμε, δηλαδή η τελευταία δεκαετία, ξεκινά από ένα σχετικά «υγιές» οικονομικό έτος και καταλήγει στην κορύφωση της κρίσης με την υπογραφή των μνημονίων και την αύξηση του χρέους της χώρας.

Λέξεις-κλειδιά: Αβεβαιότητα, κίνδυνος, ασθένεια, ατύχημα, Π.Φ.Υ (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας), εισφορές, ασφάλιστρα, , Ε.Σ.Υ.(Εθνικό Σύστημα Υγείας), Ι.Κ.Α (Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης), Ε.Ο.Π.Υ.Υ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας), Π.Ε.Δ.Υ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας)

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η Ασφαλιστική αγορά είναι ο οικονομικός χώρος όπου ζητείται ασφαλιστική προστασία, εκεί δηλαδή όπου οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις και αυτοί που ζητούν ασφάλιση μόνοι ή μέσω επαγγελματιών, ανταλλάσσουν το οικονομικό αγαθό της ασφάλισης έναντι πληρωμής. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που μπορούν νόμιμα να λειτουργούν στην Ελλάδα ιδρύονται είτε έχοντας έδρα την Ελλάδα, είτε με έδρα οποιοδήποτε κράτος - μέλος της ΕΕ, είτε με έδρα οποιαδήποτε χώρα του κόσμου αλλά με την δημιουργία υποκαταστήματος. Μόνο οι ανώνυμες εταιρίες ή επιχειρήσεις Δημοσίου Δικαίου, μπορούν να συνάπτουν είτε ασφαλίσεις ζωής είτε γενικές ασφαλίσεις.

Ο ανταγωνισμός στην ασφαλιστική αγορά εκδηλώνεται κυρίως στην ποιότητα της υπηρεσίας δηλαδή στο είδος και τον τρόπο παροχής των καλύψεων, στους όρους της σύμβασης, στους διακανονισμούς της ζημιάς κλπ. Εκδηλώνεται επίσης στο βασικό προϊόν και στις παρεπόμενες παροχές όπως η παρακολούθηση και η ενημέρωση κατά την διάρκεια της κάλυψης κά, και στο ασφάλιστρο. Εδώ έγκειται και η σημασία της σύγκρισης των ασφαλιστικών εταιριών μεταξύ τους, δηλαδή σύγκριση του οικονομικού ανταλλάγματος σε σχέση με τις παρεχόμενες καλύψεις ανά φορέα ασφάλισης.

Η πρόσβαση στις παροχές φροντίδας για την υγεία, στην Ελλάδα είναι μια δυνατότητα που παρέχεται σε όλους τους Έλληνες πολίτες υποχρεωτικά από το κράτος. Η ασφάλιση των εργαζομένων Ελλήνων πολιτών αποτελεί κρατική υποχρέωση, συνταγματικά κατοχυρωμένη με το άρθρο 22 του Συντάγματος. Ωστόσο, σήμερα, με τα νέα δεδομένα στην Κοινωνική ασφάλιση, η Δημόσια παροχή φροντίδας της ανθρώπινης υγείας είναι δωρεάν δικαίωμα και όσων δεν είναι ασφαλισμένοι .

Λόγω της μη επαρκούς κάλυψης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους δημόσιους φορείς, ιδρύθηκαν επιχειρήσεις που καλύπτουν αυτά τα ελλείμματα. Οι ιδιωτικές επιχειρήσεις στην Ασφαλιστική Αγορά της υγείας λειτουργούν στα πλαίσια του ανταγωνισμού προσφέροντας τις περισσότερες υπηρεσίες με το χαμηλότερο δυνατό κόστος για τους ασφαλισμένους.

Η οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2007 από τον χρηματοπιστωτικό τομέα στην Αμερική, βρίσκεται σήμερα, το 2016 ακόμη σε εξέλιξη, έχοντας αλλάξει σημαντικά τις ισορροπίες στην παγκόσμια κοινότητα και ιδιαίτερα στις ευρωπαϊκές οικονομίες. Με αυτό τον

τρόπο το διεθνές περιβάλλον παραμένει ρευστό και εξακολουθεί να επικρατεί αβεβαιότητα για την πορεία της παγκόσμιας οικονομίας και την εξέλιξη της κρίσης στις ευρωπαϊκές οικονομίες.

Συγκεκριμένα για την Ελληνική οικονομία, πολλές αποφάσεις που λαμβάνονται σε εθνικό επίπεδο, όπως στο τομέα της υγείας που θα εξετάσουμε στην παρούσα εργασία, έχουν επίδραση στον τρόπο λειτουργίας και οργάνωσης των ιδιωτικών μονάδων υγείας. Οι διαρθρωτικές αλλαγές στην υγεία, η εξοικονόμηση πόρων και ο έλεγχος κόστους μέσω κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (Κ.Ε.Ν) επιδρούν την ανάπτυξη και την εξέλιξη των ιδιωτικών επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στον τομέα της υγείας. Η παρατεταμένη ύφεση της χώρας από το 2008 έως σήμερα οδήγησε όχι μόνο στην αύξηση του ποσοστού ανεργίας αλλά και στη μείωση των επενδύσεων.

Ο τομέας υπηρεσιών υγείας μπορεί να θεωρηθεί ως ένας από τους πιο σύνθετους τομείς που συναντάμε σε μια οργανωμένη κοινωνία. Η ανάπτυξη του έγινε σταδιακά και επηρεάστηκε από τις εξελίξεις στις ανθρώπινες αξίες, στην επιστήμη και στην οικονομία. Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώθηκε συνταγματικά και προσφέρεται ισότιμα σε όλους τους πολίτες.

Κάθε σύστημα υγείας θα πρέπει να διέπεται από τις αρχές της αποδοτικότητας, της κλινικής αποτελεσματικότητας, της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης. Η αρχή της αποδοτικότητας αναφέρεται στην οικονομική σχέση μεταξύ των εισροών και των εκροών του συστήματος υγείας, ενώ η αρχή της κλινικής αποτελεσματικότητας στην ορθολογική χρήση των κλινικών πόρων. Η αρχή της ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης εκφράζει την κοινωνικά επιθυμητή διανομή των πόρων υγείας, την ισότητα ως προς τα δικαιώματα των ασθενών, το μέγεθος της πληροφόρησης, την προσπελασιμότητα, τη χρήση και την κατανομή των πόρων και την κατανομή του οικονομικού βάρους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας<sup>1</sup>.

Τα κύρια οργανωτικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας, όπως προκύπτουν από τις ιδιαιτερότητες της οικονομικής και κοινωνικής οργάνωσης κάθε χώρας είναι<sup>2</sup>:

1. Ο βαθμός επίτευξης της ισότητας στην πρόσβαση στις υγειονομικές υπηρεσίες
2. Το εύρος της κάλυψης του πληθυσμού με υπηρεσίες υγείας
3. Η μορφή των υπηρεσιών στις οποίες επικεντρώνεται το σύστημα
4. Ο διαχωρισμός δημόσιου - ιδιωτικού στην παροχή των υπηρεσιών υγείας

<sup>1</sup> Γιάννης Ν. Υφαντόπουλος, 2003, “Τα οικονομικά της υγείας”

<sup>2</sup> Τούντας Γ. , 2001, “Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας”



## 5. Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος.

Η εύρεση πηγών χρηματοδότησης στην υγεία αλλά και η εύρεση των αναγκαίων πόρων για τη λειτουργία του συστήματος θεωρούνται μείζονα ζητήματα μιας χώρας με ουσιαστικές οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις.

Ποιοι είναι λοιπόν οι ασφαλιστικοί φορείς της υγείας στην Ελλάδα; Ποιοι είναι οι πόροι χρηματοδοτήσεώς του; Τι παρέχουν στους ασφαλισμένους και με ποιο αντάλλαγμα; Τι έσοδα έχουν και ποια η συμβολή τους στην ελληνική οικονομία; Είναι λίγα από τα ερωτήματα που θα απαντήσουμε με την παρούσα εργασία.

## **1 Πώς ορίζεται η ασφάλιση**

Ως ασφάλιση ορίζεται “η μεταφορά συγκεντρωμένων, τυχαίων και απρόβλεπτων κινδύνων σε ασφαλιστές έναντι ασφαλιστρών, που συμφωνούν να αποζημιώσουν τους ασφαλισμένους για τυχαίες ζημιές”<sup>3</sup>. Στη θεωρία της Ασφάλισης με τον όρο “συγκεντρωμένοι (κίνδυνοι)” εννοούμε “πολλοί (κίνδυνοι)”, δηλαδή αναφερόμαστε στο γεγονός ότι παρά το ότι πολλοί είναι αυτοί που ασφαλιζονται, λίγοι είναι αυτοί που ζημιώνονται. Η Ασφάλιση δηλαδή, είναι η κάλυψη των οικονομικών συνεπειών από την επέλευση του κινδύνου. Χρησιμοποιείται, άρα, ως μέθοδος για τη διαχείριση των κινδύνων οι οποίοι μπορεί να έχουν ακόμα και μικρή πιθανότητα εμφάνισης αλλά οι επιπτώσεις που επιφέρουν είναι πολύ σοβαρές.

Ο φορέας της ασφάλισης είναι η επιχείρηση. Η επιχείρηση μπορεί να είναι είτε ιδιωτικού είτε δημοσίου δικαίου, ωστόσο σε κάθε περίπτωση θα υφίσταται την κρατική επιτήρηση που γίνεται μέσω των ελεγκτικών οργάνων του κράτους. Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας<sup>4</sup>.

Ο ασφαλισμένος μπορεί να είναι φυσικό ή νομικό πρόσωπο και αποκαλείται “ασφαλιζόμενος” ή “λήπτης της ασφάλισης”. Είναι αυτός που έχει την υποχρέωση να πληρώνει τα ασφαλιστρα ή τις εισφορές, στον ιδιωτικό και στο δημόσιο τομέα αντίστοιχα.

<sup>3</sup> Μ. Νεκτάριος, 1998, “Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση”

<sup>4</sup> “ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ”, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Τα ασφάλιστρα είναι η αμοιβή της επιχείρησης και ορίζεται ως το τίμημα του κινδύνου ή το ποσό που καταθέτει προκαταβολικά ο ασφαλισμένος στην επιχείρηση σαν ανταπόδοση της πιθανής μελλοντικής επιβάρυνσης που έχει αναλάβει. Τα ασφάλιστρα ορίζονται από τις επιχειρήσεις με βάση την αναλογία που προκύπτει από τη σχέση της μέσης ζημιάς, της ζημιάς δηλαδή που προσδοκείται, με τον αριθμό των ασφαλισμένων <sup>5</sup>.

Οι εισφορές είτε παρακρατούνται από τις αποδοχές του κατά την πληρωμή του μισθού του εργαζόμενου (εργατική εισφορά) είτε είναι επίσης επί των ακαθάριστων αποδοχών του μισθωτού και επιβαρύνουν τον εργοδότη (εργοδοτική εισφορά).

Ο κίνδυνος αποτελεί το αντικείμενο της ασφάλισης, για αυτόν θα αναφερθούμε εκτενέστερα στο αντίστοιχο κεφάλαιο. Είναι η υποχρέωση που αναλαμβάνει η επιχείρηση ή το τυχαίο συμβάν από το οποίο προέρχεται κάποια βλάβη.

## **1.1 Ποιοι είναι οι κίνδυνοι στην Ασφάλιση**

Στη “θεωρία των κινδύνων”<sup>6</sup>, ως κίνδυνος νοείται “η οικονομική απώλεια που ενδέχεται να προκύψει είτε από κάποιο φυσικό κίνδυνο, τέτοιο είναι ο θάνατος, η ασθένεια, ένα ναυάγιο, μια πυρκαγιά κ.ο.κ., είτε από ανθρώπινη πράξη που μπορεί να είναι κάποιο τροχαίο ατύχημα κ.ο.κ., είτε στο πλαίσιο άσκησης οικονομικής δραστηριότητας όπως τα επιχειρηματικά, επενδυτικά, συναλλαγματικά, κ.α. ρίσκα”. Εναλλακτικά<sup>7</sup>, “ως κίνδυνος ορίζεται η αβεβαιότητα σχετικά με την επέλευση ενός ζημιογόνου ενδεχομένου”.

Ο ως άνω ορισμός περιλαμβάνει τα δύο βασικά συστατικά του κινδύνου, την αβεβαιότητα και τη ζημιά. Η λέξη γενικά χρησιμοποιείται με δύο σημασίες. Είτε για να υποδηλώσει τον φόβο για την επέλευση ενός τυχαίου αλλά μόνο ζημιογόνου γεγονότος αυτό δηλαδή που εννοούμε με τον όρο “καθαρός ή αμιγής κίνδυνος”, είτε για να υποδηλώσει το δέος εμπρός σε ένα τυχαίο μεν αλλά όχι αναγκαστικά ζημιογόνο γεγονός όπως είναι για

---

<sup>5</sup>  $\text{ασφάλιστρο} = \frac{\text{Μέση Ζημιά (προσδοκητή)}}{\text{Αριθμός ασφαλισμένων}}$

<sup>6</sup> Πέτρος Φ. Χατζόπουλος, 2007, “Ασφαλίσεις ζωής και Υγείας”

<sup>7</sup> Μιλτιάδης Νεκτάριος, 2003, “Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση”

παράδειγμα ο κίνδυνος πτώσης των μετοχών στο Χρηματιστήριο<sup>8</sup>. Στη δεύτερη περίπτωση μιλάμε για “κερδοσκοπικούς κινδύνους”.

Σε καθαρούς κινδύνους και αρρώστιες είμαστε όλοι εκτεθειμένοι. Ο ανθρώπινος οργανισμός διαθέτει ένα ισχυρό οπλοστάσιο αντιμετώπισης πολλών απ’ αυτές, όχι όμως όλων. Γι’ αυτό υπάρχουν και τα Νοσοκομεία, τα Φαρμακεία και οι Ασφαλιστικές εταιρίες, και όλο το φάσμα των εργαζομένων σ’ αυτούς τους Τομείς. Με την ασφάλιση έχουμε μεταφορά του καθαρού κινδύνου από τον ασφαλιζόμενο στον ασφαλιστή, ο οποίος μπορεί να αναλάβει το σύνολο των κινδύνων, διότι μέσω του Νόμου των Μεγάλων Αριθμών<sup>9</sup> έχει τη δυνατότητα να εκτιμήσει με σχετική ακρίβεια τις αναμενόμενες ζημιές. Έτσι, μέσω του μηχανισμού της ασφάλισης, μειώνεται ο αντικειμενικός κίνδυνος για τον ασφαλιστή και η αβεβαιότητα για τους ασφαλισμένους. Ο ασφαλισμένος ανταλλάσσει μια δυνητικά μεγάλη και αβέβαιη ζημιά με μια σχετικά μικρή και άμεση επιβάρυνση που είναι το ασφάλιστρο ή η εισφορά στο δημόσιο.

Και οι επιχειρήσεις όμως, του ιδιωτικού τομέα, είναι εκτεθειμένες σε πολλαπλούς καθαρούς κινδύνους. Κάθε επιχείρηση διαθέτει ένα τμήμα ειδικά σχεδιασμένο για το σκοπό αυτό και στελεχωμένο με εξειδικευμένα και έμπειρα στελέχη σε τεχνικά θέματα με σκοπό την αναζήτηση των αποτελεσματικότερων μέτρων πρόληψης και αποφυγής των ζημιών έτσι ώστε να επιτευχθεί η ελαχιστοποίηση ή ακόμα, σε ορισμένες περιπτώσεις, και η πλήρη αποφυγή των κινδύνων στους οποίους είναι εκτεθειμένη η επιχείρηση. Ο διαχειριστής κινδύνων (risk manager) θα αναζητήσει τρόπους για τη μείωση της επιχειρηματικής αβεβαιότητας, την αποτελεσματική και αποδοτική χρήση των πόρων, τη μείωση του κόστους των διαφόρων μεθόδων αντιμετώπισης ζημιών στο χαμηλότερο δυνατό επίπεδο, τη σταθερότητα και τη συνεχή ανάπτυξη της εταιρείας.

Η διαχείριση των κινδύνων (risk management) στις επιχειρήσεις αφορά τις πιθανές διακυμάνσεις στην αξία της επιχείρησης από οποιαδήποτε αιτία<sup>10</sup>. Οι απροσδόκητες μειώσεις στην εισροή μετρητών ή αυξήσεις στην εκροή μετρητών, αποτελούν σημαντικό παράγοντα μείωσης της αξίας της επιχείρησης. Οι κυριότεροι επιχειρηματικοί κίνδυνοι που μπορεί να αυξήσουν τη διαφοροποίηση της ροής μετρητών και την αξία της επιχείρησης είναι οι κίνδυνοι τιμών, οι πιστωτικοί κίνδυνοι και οι καθαροί κίνδυνοι.

<sup>8</sup> Οι αντίστοιχοι Αγγλικοί όροι είναι pure και speculative (risks).

<sup>9</sup> Είναι ένα από τα πιο γνωστά αποτελέσματα της Θεωρίας Πιθανοτήτων. Σύμφωνα με το θεώρημα κάτω από κατάλληλες υποθέσεις, ο δειγματικός μέσος μιας ακολουθίας ανεξάρτητων τυχαίων μεταβλητών που ακολουθούν μία κοινή κατανομή συγκλίνει σχεδόν βεβαίως προς τον θεωρητικό μέσο (τη μέση τιμή) της κατανομής.

<sup>10</sup> Μ. Νεκτάριος, 2010, “Διοικητική κινδύνων και ασφαλίσσεις επιχειρήσεων”

Κατά κανόνα οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις ασφαλίζουν μόνο καθαρούς (αμιγείς) κινδύνους και όχι κερδοσκοπικούς. Ο νόμος των μεγάλων αριθμών εφαρμόζεται ευκολότερα στους καθαρούς κινδύνους.

## **1.2 Ο Ασφαλιστικός κίνδυνος στον τομέα της Υγείας**

Ο ασφαλιστικός κλάδος της υγείας, ανήκει στον ευρύτερο κλάδο της ασφάλισης ζωής. Όπως είναι προφανές, συστατικό στοιχείο της ζωής του ανθρώπου είναι η υγεία του. Συγκεκριμένα η υγεία αποτελεί τον ασφαλιστικό κίνδυνο που προλαμβάνει ο ασφαλιστικός φορέας. Ο κλάδος της ασφάλισης ζωής είναι ένας κλάδος στον οποίο κυριαρχεί η αβεβαιότητα. Η υγεία του ανθρώπου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που μπορούν να την διαταράξουν. Όπως αναφέραμε ήδη, σκοπός της ασφάλισης είναι η πρόληψη για την περίπτωση εμφάνισης κάποιου από τους λεγόμενους ασφαλιστικούς κινδύνους.

Στον ιδιωτικό τομέα η ασφάλιση υγείας σχετίζεται στενά με τον κίνδυνο της ασθένειας. Ο ορισμός της ασθένειας δεν μας δίνεται από νομοθετικά κείμενα, μπορεί όμως να συναχθεί ερμηνευτικά από την έκταση της προστασίας στους σχετικούς ασφαλιστικούς κλάδους. Στον ιδιωτικό τομέα ασθένεια ορίζεται ως η κάθε βλάβη της υγείας που δεν οφείλεται σε ατύχημα αλλά σε παθολογικά αίτια και προέρχεται από αιτίες που δεν υπήρχαν, ή υπήρχαν αλλά ο Ασφαλισμένος αγνοούσε την ύπαρξή τους κατά την έναρξη ισχύος της Ασφάλισης ή της επαναφοράς της σε ισχύ. Τέτοια αίτια μπορεί να είναι η ασθένεια ή το ατύχημα που προέρχονται από κάποιο τυχαίο γεγονός και μπορούν να οδηγήσουν στην ανάγκη για διαγνωστικές εξετάσεις, φαρμακευτική περίθαλψη ή ακόμη και νοσηλεία, που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας.

Η κοινωνική ασφάλιση καλύπτει μια σειρά ασφαλιστικών κινδύνων, όπως το γήρας, η αναπηρία, η ασθένεια, η μητρότητα και η ανεργία. Αντίστοιχα, έχουν διαμορφωθεί μια σειρά ασφαλιστικών κλάδων που αντιστοιχούν στους ως άνω ασφαλιστικούς κινδύνους. Στο δημόσιο, η προστασία από ασθένεια, εκτείνεται τόσο σε ιατρικές υπηρεσίες<sup>11</sup>, όσο και σε αναπλήρωση

---

<sup>11</sup> Άρθρο 31 §1 εδ. α' ΑΝ 1846/51

εισοδημάτων<sup>12</sup>. Στο χώρο λοιπόν του Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλισης, ασθένεια<sup>13</sup> αποτελεί κάθε ανώμαλη κατάσταση του σώματος ή του πνεύματος που δημιουργεί ανάγκη θεραπείας, ανικανότητα για εργασία ή και τα δυο μαζί.

Αναλύοντας τα ουσιώδη εννοιολογικά γνωρίσματα του όρου “ασθένεια”, παρατηρούμε ότι πρέπει πρώτα να υπάρχει ανώμαλη διατάραξη της κανονικής λειτουργίας του σώματος ή του πνεύματος. Στην περίπτωση λ.χ. της εγκυμοσύνης και του τοκετού η ανάγκη θεραπείας, καθώς και η ανικανότητα για εργασία οφείλονται σε φυσιολογική λειτουργία της γυναίκας γι αυτό και η μητρότητα αντιμετωπίζεται σαν χωριστός ασφαλιστικός κίνδυνος. Το ίδιο ισχύει και για το γεροντικό μαρασμό, που είναι αποτέλεσμα φυσιολογικής εξέλιξης των ανθρώπων και δε δικαιολογεί αυτοτελείς παροχές κλάδων ασθένειας. Αντίθετα πρέπει να θεωρηθεί ασθένεια η εντόπιση νεοπλασμάτων που έχουν ανάγκη θεραπείας και πριν ακόμα προκαλέσουν κάποια λειτουργική ανωμαλία στον ανθρώπινο οργανισμό.

Ανώμαλη, λοιπόν, παθολογική κατάσταση υπάρχει όχι μόνο όταν έχουν εκδηλωθεί τα συμπτώματα συγκεκριμένης βλάβης στο σώμα ή στο πνεύμα, αλλά κι όταν πιθανολογείται προσβολή της υγείας, προς αποτροπή της οποίας επιβάλλεται ορισμένη θεραπεία ή αποχή από την εργασία. Δεν μπορεί πάντως να γίνει λόγος για «ανώμαλη κατάσταση της υγείας», όσο διάστημα ένα άτομο έχει απλή προδιάθεση - κάτω απ' ορισμένες συνθήκες - ν' ασθενήσει (λ.χ. από αλλεργία).

Πότε υπάρχει ανάγκη θεραπείας, θα κριθεί με αντικειμενικά κριτήρια, σε αντίθεση με την έννοια της αναπηρίας που διαμορφώνεται, και με υποκειμενικά κριτήρια. Δεν είναι απαραίτητη η προσδοκία ριζικής θεραπείας της ασθένειας. Αρκεί να προσφέρονται μέτρα για να βελτιωθεί η υγεία ή για ν' αποτραπεί η επιδείνωση της βλάβης. Ο κοινωνικός σκοπός των κλάδων ασφάλισης ασθένειας υπαγορεύει μια πλατιά θεώρηση της επιβεβλημένης θεραπείας. Φθάνουμε έτσι να συμπεριλάβουμε στις ασθένειες και τις περιπτώσεις εκείνες που δεν έχουν άμεση ανάγκη θεραπείας.

Ασθένεια υπάρχει, και όταν δε θεραπεύεται ή ανώμαλη κατάσταση του σώματος ή του πνεύματος, εφόσον όμως προκαλεί ανικανότητα για εργασία. Ο ακρωτηριασμός λ.χ. ενός προσώπου που εμποδίζει την προηγούμενη βιοποριστική δραστηριότητα αποτελεί ασθένεια στο ΔΚΑ, μολονότι δε δημιουργεί -μετά από ένα σημείο- ανάγκες θεραπείας. Εδώ ανήκει και η

<sup>12</sup> Άρθρο 38 §§1 και 2 ΑΝ 1846/51, που τροποποιήθηκε από το ΝΔ 2961/54

<sup>13</sup> Κωνσταντίνος Κρεμαλής, 1985, “Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων”

περίπτωση αυτών που παρά την αποθεραπεία τους, από εξάντληση του οργανισμού ή άλλα αίτια, δεν είναι σε θέση να επιστρέψουν στην εργασία τους. Η χορήγηση εξάλλου μυωπικών γυαλιών από τους κλάδους ασφάλισης ασθένειας δεν αποτελεί κανονικά θεραπευτικό μέτρο, αλλά αναγκαίο μέσο για την άσκηση επαγγέλματος.

Από την παραπάνω ανάλυση προκύπτει ότι ο όρος ασθένεια σε θέματα κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας είναι άλλοτε πιο στενός και άλλοτε πιο ευρύς από τον αντίστοιχο όρο της ιατρικής επιστήμης. Το πρώτο συμβαίνει στην περίπτωση ανίατων ψυχασθενών που εξακολουθούν χωρίς ιδιαίτερο πρόβλημα τα επαγγελματικά τους καθήκοντα. Το δεύτερο στην περίπτωση αδυναμίας για εργασία από κάποιο ελάττωμα, πρβ. την περιορισμένη εξάρτηση επαγγελματία οδηγού αυτοκινήτου από το οινόπνευμα.

Προς άρση αμφιβολιών επεμβαίνει καμιά φορά και ο νομοθέτης. για να επεκτείνει τις ασφαλιστικές παροχές του κλάδου ασθένειας, όπου είναι αναγκαίες, ακόμα κι αν δε συντρέχουν τα χαρακτηριστικά της ασθένειας από κοινωνικοασφαλιστική ή ιατρική άποψη. Ο ασφαλιστικός κίνδυνος της ασθένειας εμφανίζεται, μόλις εξωτερικευτούν οι επιβλαβείς συνέπειες μιας ανώμαλης κατάστασης στο σώμα ή το πνεύμα με τις προϋποθέσεις που αναφέραμε. Δεν έχει δηλαδή τόση σημασία το χρονικό σημείο που ανατρέχει η ιατρική διάγνωση, όσο η στιγμή που κρίθηκε απαραίτητη η λήψη θεραπευτικών μέτρων ή η ημέρα που διακόπηκε αναγκαστικά η εργασία. Κατά το μεγάλο π.χ. διάστημα της αναμονής, μέχρι να επιτραπεί η εγχείριση «καταρράκτη», δε μπορεί ο ασφαλισμένος να ισχυριστεί ασθένεια ζητώντας ασφαλιστικές παροχές, παρά τη σοβαρή πάθηση των οφθαλμών του.

Συνοψίζοντας, τα βασικά χαρακτηριστικά της ασθένειας ως κινδύνου στην Ασφαλιστική Αγορά Υγείας είναι τα εξής:

- Αποτελεί μία ανώμαλη κατάσταση του σώματος ή του πνεύματος
- Δημιουργεί ανάγκη θεραπείας, ανικανότητα για εργασία ή και τα δυο μαζί
- Σε θέματα κοινωνικοασφαλιστικής προστασίας είναι άλλοτε πιο στενός και άλλοτε πιο ευρύς από τον αντίστοιχο όρο της ιατρικής επιστήμης, στον διαχωρισμό αυτό μας βοηθά ο νομοθέτης.

## 2. Η Ασφάλιση στην Ελλάδα

Η ασφάλιση των Ελλήνων εργαζομένων αποτελεί συνταγματικό δικαίωμα που κατοχυρώθηκε με το άρθρο 22 παρ. 5 του Συντάγματος της Ελλάδος, όπου ορίζεται ότι “το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως ο νόμος ορίζει”. Η έννοια της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα αντιστοιχεί στον κύριο στόχο του εθνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας, ο οποίος εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων: του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια<sup>14</sup>.

Το ασφαλιστικό σύστημα της Ελλάδος συγκροτείται από συνολικά τρεις πυλώνες. Ο πρώτος πυλώνας ασφάλισης, είναι ένα σύστημα δημοσίου δικαίου, συνταγματικά κατοχυρωμένο, με δημόσιο, καθολικό, υποχρεωτικό, αυτεπάγγελτο και αναδιανεμητικό χαρακτήρα. Είναι δημόσιο γιατί ελέγχεται και οργανώνεται από το κράτος, είναι καθολικό γιατί αφορά όλους τους Έλληνες πολίτες, είναι υποχρεωτικό και αυτεπάγγελτο γιατί συνοδεύει την έναρξη της εργασίας του ατόμου και την ακολουθεί και τέλος, έχει αναδιανεμητικό χαρακτήρα γιατί χρηματοδοτείται με εισφορές.

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης αποτελεί τον κύριο άξονα του Ελληνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας. Η λειτουργία του, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά από τη δεκαετία του 1950 μέχρι σήμερα, επιδιώκει την κάλυψη των κινδύνων που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι, χορηγώντας παροχές και υπηρεσίες που αναπληρώνουν τη μείωση ή την απώλεια εισοδήματος από απασχόληση<sup>15</sup>.

Το σύστημα του πρώτου πυλώνα καλύπτει δύο επίπεδα ασφάλισης: κύρια ασφάλιση (πρώτο επίπεδο) και επικουρική ασφάλιση (δεύτερο επίπεδο).

Η *Κύρια Ασφάλιση* παρέχεται από το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Τα κυριότερα ασφαλιστικά Ταμεία είναι το ΙΚΑ (για τους μισθωτούς), ο ΟΓΑ (για τους αγρότες) και

<sup>14</sup> “ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ”, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων

<sup>15</sup> Σύγχρονες Επιχειρήσεις, Σύγχρονη Ελλάδα (Σ.Ε.Β.), “<http://www.sev.org.gr/tomeis-drason/ergasia-anthropino-kefalaio/koinoniki-asfalisi-2/asfalistiko-systima-pylones/>”

ο ΟΑΕΕ για τους ελεύθερους επαγγελματίες. Οι συντάξεις των μισθωτών και αυτοαπασχολούμενων αποτελούν προκαθορισμένες παροχές.

Η *Επικουρική Ασφάλιση* ισχύει μέσα από ομοειδείς ομάδες ασφαλισμένων, επαγγέλματα και επιχειρήσεις, και πρόσφατα, (σε ορισμένες χώρες έχει γίνει υποχρεωτικό) και για τους ελεύθερους επαγγελματίες. Τις εισφορές καταβάλλουν οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες και οι παροχές μπορεί να είναι απόλυτα ή μερικά ανταποδοτικές. Αφορά τους μισθωτούς και ένα μικρό ποσοστό των αυτοαπασχολούμενων και τυπικά παρέχει πρόσθετα ποσοστά αναπλήρωσης έως και 20%.

Επικουρική ασφάλιση παρέχουν πολλοί φορείς επικουρικής ασφάλισης, εκ των οποίων ο σημαντικότερος είναι το ΕΤΕΑΜ, που αποτελεί κλάδο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Ο δεύτερος πυλώνας ασφάλισης αποτελείται τα επαγγελματικά ταμεία τα οποία είναι συμπληρωματικά και προαιρετικά συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης. Ο θεσμός της επαγγελματικής ασφάλισης (occupational pension schemes), εισήχθη στην Ελλάδα με τα άρθρα 7 και 8 του Ν. 3029/2002. Με τις διατάξεις του Νόμου αυτού παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης, ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία τελούν, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και τον έλεγχο της Εθνικής Αναλογιστικής Αρχής.

Σκοπός των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης είναι η παροχή στους ασφαλισμένους και τους δικαιούχους των παροχών, συμπληρωματικής ασφαλιστικής προστασίας, πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική ασφάλιση για τους ασφαλιστικούς κινδύνους γήρατος, αναπηρίας, θανάτου, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας, διακοπής της εργασίας κ.ά., θωρακίζοντας τους ασφαλισμένους ταυτόχρονα με τη δημόσια ασφάλιση. Οι παροχές που χορηγούν μπορεί να είναι σε είδος ή σε χρήμα και να καταβάλλονται περιοδικά (μηνιαία) ή εφάπαξ.

Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης ιδρύονται προαιρετικά ανά επιχείρηση ή κλάδο ή κλάδους εργαζομένων, με πρωτοβουλία των εργαζομένων ή των εργοδοτών ή με συμφωνία των εργοδοτών και των εργαζομένων, καθώς επίσης με πρωτοβουλία των αυτοτελώς απασχολούμενων ή των ελεύθερων επαγγελματιών ή των αγροτών ή των επαγγελματιών τους οργανώσεων, υπό την προϋπόθεση ότι ο αριθμός των ασφαλιζόμενων μελών τους υπερβαίνει τους 100.



Υπογραμμίζεται ιδιαίτερα ότι η υπαγωγή στην ασφάλιση των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης είναι προαιρετική, σε αντίθεση με τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης.

Τέλος, ο τρίτος πυλώνας Ασφάλισης αποτελείται από τα προγράμματα Ιδιωτικής Ασφαλιστικής Κάλυψης. Αφορά την ατομική προαιρετική συνταξιοδοτική εξασφάλιση, μέσω αποταμιεύσεων και ιδιωτικών ασφαλιστηρίων. Εισφορές καταβάλλει ο ασφαλισμένος, ενώ ο πυλώνας είναι απόλυτα ανταποδοτικός και χρηματοδοτείται με τον κεφαλαιοποιητικό τρόπο. Η βασική στόχευσή τους δηλαδή, δεν είναι η κοινωνική αλληλεγγύη, αλλά η επίτευξη της μέγιστης οικονομικής αποδοτικότητας<sup>16</sup>.

Ο δεύτερος και ο τρίτος πυλώνας ασφάλισης δεν είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένοι σε σχέση με την εφαρμογή τους σε άλλα Κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Πρόσφατα όμως η Ελληνική Κυβέρνηση προχώρησε στη θεσμική κατοχύρωση των επαγγελματικών ταμείων, τα οποία αναμένεται να συμβάλουν στη διεύρυνση του επιπέδου προστασίας του ασφαλιστικού συστήματος και στη βελτίωση των ασφαλιστικών παροχών, αποτελώντας ουσιαστικά το δεύτερο πυλώνα ασφάλισης<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Μ. Θεοδωρουλακης, Β. Κουμαριανός, “Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης - Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης”, ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΓΣΕΕ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

<sup>17</sup> “ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ”, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων

Πίνακας 1<sup>18</sup>: Οργάνωση Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης

Φορέας	Κύρια Ασφάλιση	Επικουρική Ασφάλιση	Πρόνοια	Υγεία
Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)	✓			(ΕΟΠΥΥ)
Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ)	✓			(ΕΟΠΥΥ)
Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ)	✓	✓		(ΕΟΠΥΥ)
Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων (ΕΤΑΑ)	✓	✓	✓	(ΕΟΠΠΥ)
Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ – ΜΜΕ)	✓			(ΕΟΠΥΥ)
Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)				✓
Ταμείο Πρόνοιας Δημοσίων Υπαλλήλων(ΤΠΔΥ)			✓	
Ταμείο Πρόνοιας Ιδιωτικού Τομέα (ΤΑΠΙΤ)			✓	
Ταμείο Πρόνοιας Αξιωματικών Εμπορικού Ναυτικού			✓	
Ταμείο Πρόνοιας Κατωτέρων Πληρωμάτων Εμπορικού Ναυτικού			✓	
Μετοχικό Ταμείο Ναυτικού		✓		
Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιδρυμάτων Εμπορικού Ναυτικού		✓		
Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης (ΕΤΕΑ) από 1η Ιουλίου 2012				
*Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών (ΕΤΕΑΜ)				
*Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Ιδιωτικού Τομέα (ΤΕΑΙΤ)				
*Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Δημοσίων Υπαλλήλων (ΤΕΑΔΥ)		✓		
**Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Τραπεζοϋπαλλήλων (ΕΤΑΤ)				
*Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών & Επιχειρήσεων Κοινής Ωφελείας (ΤΑΥΤΕΚΩ)				
Ενιαίος Δημοσιογραφικός Οργανισμός Επικουρικής Ασφάλισης & Περιθάλψεως	✓			✓

## 2.1 Τα είδη της Ασφάλισης

Τα δύο βασικά είδη της Ασφάλισης τα καθορίζει ο φορέας αυτής. Υπάρχει λοιπόν η Δημόσια ασφάλιση που στηρίζεται σε κάποιον κρατικό φορέα και η Ιδιωτική ασφάλιση που στηρίζεται σε κάποιον ιδιωτικό φορέα. Ο σκοπός, το περιεχόμενο δραστηριότητας και τα μέσα επιτεύξεως της είναι τα βασικά κριτήρια, σύμφωνα με τα οποία θα χαρακτηρισθεί ένας φορέας ιδιωτικός ή δημόσιος κατά την έννοια του Συντάγματος.

Σύμφωνα με την διάταξη 22 § 4 του Συντάγματος «το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως νόμος ορίζει». Επομένως το κράτος είναι υποχρεωμένο να ενεργήσει όλα τα απαραίτητα προκειμένου να είναι προσιτό το αγαθό της κοινωνικής ασφάλισης σε όλους τους εργαζομένους. Άρα ως Δημόσια ή Κοινωνική ασφάλιση ορίζεται το

<sup>18</sup> Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, “[http://www.ggka.gr/syndeseis\\_main.htm](http://www.ggka.gr/syndeseis_main.htm)”

σύστημα, το οποίο αποβλέπει στην εξασφάλιση ενός ελάχιστου ορίου κάλυψης των εν λόγω αναγκών κάθε ατόμου σε κάθε περίπτωση επέλευσης κοινωνικού κινδύνου.

Με μία ερμηνεία περισσότερο τεχνική και λιγότερο τελεολογική, μπορεί η κοινωνική ασφάλιση να ορισθεί ως το σύστημα, το οποίο εξασφαλίζει, υπέρ των εργαζομένων γενικά, παροχές, σε περίπτωση επέλευσης ορισμένων κινδύνων, με τους οποίους μειώνεται η ακόμα και χάνεται το εισόδημά τους που προέρχεται από την εργασία τους ή χαμηλώνει το επίπεδο ζωής τους.

Από την άλλη, Ιδιωτική Ασφάλιση είναι η συγκέντρωση τυχαίων και απρόβλεπτων κινδύνων με τη μεταφορά τους σε ασφαλιστές που συμφωνούν έναντι ασφαλιστρού, να αποζημιώσουν μια μεγάλη ομάδα ή ένωση προσώπων για τις τυχαίες ζημιές ή να παρέχουν άλλες χρηματικές παροχές ή υπηρεσίες που συνδέονται με το κίνδυνο. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι θεσμός που συμβάλει εξ ορισμού στη διατήρηση συνθηκών σταθερότητας και συνέχειας στις επαγγελματικές, επιχειρηματικές και κοινωνικές δραστηριότητες, προστατεύοντας από κινδύνους, ζημιές και απώλειες<sup>19</sup>.

## **2.2 Η Δημόσια ή Κοινωνική ασφάλιση**

Η κοινωνική ασφάλιση είναι ένας από τους σημαντικότερους, αν όχι ο σημαντικότερος θεσμός κοινωνικής αλληλεγγύης και αναδιανομής του εισοδήματος των σύγχρονων κοινωνιών τόσο μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων της ίδιας γενιάς όσο και μεταξύ των διαφορετικών γενεών. Η μεταφορά πόρων από τα μέλη των οικονομικά ενεργών γενεών προς τις παλαιότερες και μη ενεργές οικονομικά ώστε οι τελευταίες να διατηρήσουν ένα αξιοπρεπές επίπεδο ζωής, αλλά και εντός των ίδιων γενεών, ώστε να υπάρχει η εξασφάλιση του εισοδήματος σε συγκεκριμένες περιστάσεις και κινδύνους, έκανε πολλές φορές την κοινωνική ασφάλιση να ταυτιστεί με την Κοινωνική Πολιτική των κρατών, αφού αποτέλεσε το βασικότερο μηχανισμό κοινωνικής προστασίας και αναδιανομής εισοδήματος. Το μέγεθος του ποσοστού των Κοινωνικών Δαπανών που λαμβάνει η κοινωνική ασφάλιση, το οποίο ξεπερνά σε πολλές περιπτώσεις το 60%, αλλά και η καθολική κάλυψη του πληθυσμού, που φτάνει και το 99% σε

---

<sup>19</sup> “ <http://www.eaee.gr/cms/basic-page/79/i-symvoli-tis-asfalisis-stin-koinonia-kai-tin-oikonomia/>”

μερικές χώρες, αποδεικνύουν το ρόλο και τη σημασία της Κοινωνικής Ασφάλισης για την Κοινωνική Πολιτική όλων των χωρών στις οποίες έχει εφαρμοστεί<sup>20</sup>.

Ο χαρακτηρισμός ενός φορέως κοινωνικής ασφαλίσεως ως δημοσίου δεν εξαρτάται τόσο από τη νομική του φύση και τους κανόνες λειτουργίας του, όσο από τον τρόπο χρηματοδότησεως των παροχών του και συγκεκριμένα τη δυνατότητα προσβάσεως του στα μέσα του κρατικού προϋπολογισμού και ενισχύσεως του μέσα από τη διαδικασία επιβολής φόρων. Ο τρόπος χρηματοδότησεως, αλλά και το είδος κρατικού ελέγχου που ασκείται επί των φορέων κοινωνικής ασφαλίσεως είναι οι δύο κατ' εξοχήν μηχανισμοί, μέσα από τους οποίους επιτυγχάνεται η οριοθέτηση μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών φορέων κοινωνικής ασφαλίσεως.

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα χρηματοδοτείται από τους εργαζόμενους, τους εργοδότες και από το κράτος. Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης του είναι οι ασφαλιστικές εισφορές και η φορολογία που χρηματοδοτεί τις κρατικές επιχορηγήσεις έκτακτου και τακτικού χαρακτήρα. Οι εισφορές εργαζομένων, οι εισφορές εργοδοτών, οι αποδόσεις από την κεφαλαιοποίηση εισφορών σε αποθεματικά και η κρατική εισφορά είναι οι εσόδων που αποτελούν την χρηματοδότηση του συνόλου των παροχών του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης.

Ο κύριος στόχος του εθνικού μοντέλου κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, εξυπηρετείται μέσω τριών συστημάτων: του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης για την προστασία των εργαζομένων, του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας για την φροντίδα των ατόμων που βρίσκονται σε κατάσταση ανάγκης και του εθνικού συστήματος υγείας για την κάλυψη όλων των ατόμων που διαμένουν στην Ελληνική επικράτεια. Από διοικητική άποψη, το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης συντονίζεται και εποπτεύεται κατά κύριο λόγο από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ενώ τα συστήματα υγείας και πρόνοιας συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Η κοινωνική ασφάλιση έτσι όπως αυτή έχει αναπτυχθεί ως έννοια σε επίπεδο διεθνούς δικαίου αφορά την κάλυψη των επονομαζόμενων «κοινωνικών κινδύνων», στους οποίους ανήκουν:

- η ασθένεια,
- η μητρότητα,

---

<sup>20</sup> Μ. Θεοδωρουλακης, Β. Κουμαριανός, “Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης - Ασφαλιστικό σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης”, ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΓΣΕΕ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

- τα οικογενειακά βάρη,
- η ανεργία,
- το ατύχημα εν ώρα εργασίας και η επαγγελματική ασθένεια,
- η ανικανότητα,
- η ηλικία και
- ο θάνατος.

Ο κατάλογος αυτός των «κοινωνικών κινδύνων» μεταβάλλεται και συνεχώς διευρύνεται. Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε περισσότερο με τον κλάδο της ασφάλισης της ασθένειας ο οποίος σχετίζεται στενότερα με τον τομέα της υγείας.

### **2.3 Η Ιδιωτική Ασφάλιση**

“Ασφάλιση είναι η συγκέντρωση τυχαίων και απρόβλεπτων κινδύνων με τη μεταφορά τους σε ασφαλιστές, που συμφωνούν, έναντι ασφαλίστρου, να αποζημιώνουν τους ασφαλισμένους για τυχαίες ζημιές ή να παρέχουν άλλες χρηματικές παροχές ή υπηρεσίες, που συνδέονται με τον κίνδυνο<sup>21</sup>”. Ο χώρος της Ιδιωτικής Ασφάλισης διακρίνεται σε δύο βασικούς τομείς εργασιών: α) τις ασφαλίσεις ζωής και β) τις ασφαλίσεις ζημιών, καθένας από τους οποίους χωρίζεται σε επιμέρους κλάδους, που ταξινομούνται ανάλογα με το είδος των ασφαλιζόμενων κινδύνων.

Ο διαχωρισμός αυτός θεσμοθετήθηκε το 1985<sup>22</sup>, έτος - σταθμό για το ασφαλιστικό γίνεσθαι στη χώρα μας , αφού όσες εταιρίες ιδρύονται από το 1985 και μετά θα πρέπει να είναι είτε εταιρίες ασφαλίσεων ζωής, είτε εταιρίες ασφαλίσεων ζημιών, ενώ δόθηκε το δικαίωμα στις εταιρίες που κατείχαν ήδη άδεια άσκησης εργασιών και για τους δύο αυτούς τομείς - οι επονομαζόμενες μικτές εταιρίες , να παραμείνουν σε αυτή τη μορφή. Εν τούτοις, ορισμένες από αυτές προέβησαν σε διαχωρισμό των δραστηριοτήτων τους, δημιουργώντας αντίστοιχα ξεχωριστές ασφαλιστικές εταιρίες.

Η Ιδιωτική Ασφάλιση περιλαμβάνει:

A) Ασφάλιση Ζωής & Υγείας:

<sup>21</sup> Μιλτιάδης Νεκτάριος, 2003, “Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση”,

<sup>22</sup> ICAP Group A.E. (Αύγουστος, 2009), Κλαδική μελέτη για τον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

- Κλάδος Ζωής
- Κλάδος Γάμου και Γεννήσεως
- Κλάδος Ασφάλισης Ζωής, Προσόδων, Γάμου και Γεννήσεως, οι οποίοι συνδέονται με επενδύσεις.
- Κλάδος Ασφάλισης Υγείας( ατύχημα, ασθένεια)
- Κλάδος Τοντίνας
- Κλάδος Κεφαλαιοποίησης
- Κλάδος Διαχείρισεως Ομαδικών Συνταξιοδοτικών Ταμείων
- Κλάδος Ομαδικών Προγραμμάτων Πρόνοιας
- Κλάδος παρόμοιων εργασιών με την κοινωνική ασφάλιση

#### B) Ασφάλιση Περιουσίας και Αστικής Ευθύνης

- Ατυχήματα
- Ασθένειες
- Χερσαία Οχήματα ( εκτός σιδηροδρομικών)
- Σιδηροδρομικά Οχήματα
- Αεροσκάφη
- Πλοία(θαλάσσια, λιμναία και ποτάμια σκάφη)
- Μεταφερόμενα εμπορεύματα
- Πυρκαγιά και στοιχεία της φύσης
- Λοιπές ζημιές αγαθών
- Αστική ευθύνη από χερσαία οχήματα
- Αστική ευθύνη από αεροσκάφη
- Αστική ευθύνη από θαλάσσια, λιμναία και ποτάμια σκάφη
- Γενική Αστική ευθύνη
- Πιστώσεις
- Εγγυήσεις
- Διάφορες χρηματικές απώλειες
- Νομική Προστασία
- Βοήθεια

Θα πρέπει να επισημανθεί τέλος, ότι ο αριθμός των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών ενόψει της οικονομικής κρίσης μειώνεται δραστικά τα τελευταία έτη.

Ο Ιδιωτικός τομέας ασφάλιση χρηματοδοτείται από τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις αγοράς (σχετικά με την περιορισμένη κρατική παρέμβαση). Η ασφάλιση είναι μη υποχρεωτική και ο καθορισμός των τιμών γίνεται με βάση το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης.

## **2.4 Ομοιότητες και Διαφορές μεταξύ Κοινωνικής και Ιδιωτικής Ασφάλισης**

Παρά το γεγονός ότι τόσο το δημόσιο όσο και οι επιχειρήσεις του ιδιωτικού τομέα υπηρετούν τον ίδιο σκοπό, δηλαδή παρέχουν τη βεβαιότητα στους ασφαλισμένους ότι στην περίπτωση που επέλθει ο κίνδυνος, θα καλυφθούν από αυτές, έχουν κάποιες διαφορές που βοηθούν στον διαχωρισμό τους στην Εθνική Ασφαλιστική Αγορά.

Αρχικά, διαφοροποίηση υπάρχει στο υποκείμενο των δύο φορέων ασφάλισης. Ενώ, λοιπόν, στην Κοινωνική Ασφάλιση υπάρχει δυνατότητα ασφάλισης μόνο των προσώπων, στην Ιδιωτική Ασφάλιση η δυνατότητα αυτή υπάρχει και για τα πράγματα. Ο ιδιωτικός τομέας έκρινε αναγκαία την προστασία των πραγμάτων από τους επικείμενους και απρόβλεπτους κινδύνους και έτσι έδωσε τη δυνατότητα ασφάλισης αγαθών.

Σε αντίθεση με τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της Κοινωνικής Ασφάλισης, η Ιδιωτική Ασφάλιση, πλην κάποιων εξαιρέσεων<sup>23</sup>, είναι προαιρετική. Όπως προαναφέραμε, η κοινωνική ασφάλιση είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη (α. 22 Σ.) οπότε αυτό αυτόματα σημαίνει ότι δεν αφήνεται στην διακριτική ευχέρεια των Ελλήνων πολιτών.

Στην Κοινωνική Ασφάλιση οι ασφαλισμένοι δεν έχουν δικαίωμα επιλογής συγκεκριμένου ασφαλιστικού φορέα, ορίζεται από το κράτος ανάλογα με την επαγγελματική ιδιότητα του κάθε ενήλικου ατόμου και για τους ανήλικους ορίζεται από τους γονείς τους (έμμεσα ασφαλισμένοι). Δεν συνάπτονται εξατομικευμένα συμβόλαια αλλά ασφαλιζονται συλλογικά.

Στην Ιδιωτική Ασφάλιση ο κάθε ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει τον ασφαλιστικό φορέα που επιθυμεί. Οι ιδιωτικές ασφαλίσεις γίνονται από Ιδιωτικές Ανώνυμες Ασφαλιστικές εταιρείες (Ελληνικές ή Ξένες) ή από Αλληλασφαλιστικούς Συνεταιρισμούς, που λειτουργούν

---

<sup>23</sup> Ν. 1569/85 “Περί Υποχρεωτικής ασφάλισης οχημάτων”

στην Ελλάδα. Για τον κάθε ασφαλισμένο συνάπτονται ατομικά συμβόλαια, έναντι ασφαλίστρων, ανάλογα με το ποιες ασφαλιστικές καλύψεις επιθυμούν και το χρηματικό ποσό που μπορούν να διαθέσουν.

Στην Κοινωνική Ασφάλιση δεν υπάρχουν ασφάλιστρα, αλλά εισφορές. Οι εισφορές αποτελούν ποσοστό που παρακρατείται από το μηνιαίο μισθό του ασφαλισμένου, και είναι υποχρεωτικές. Η διαχείριση γίνεται από το Κράτος ή από Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (όπως Ι.Κ.Α., Ο.Α.Ε.Ε, Ο.Γ.Α., Ο.Π.Α.Δ.) με κρατική επίβλεψη. Το ποσοστό των εισφορών αλλά και οι παροχές καθορίζονται από το Κράτος ενώ τα ασφάλιστρα του ιδιωτικού τομέα κανονίζονται από τον ασφαλιστή και τον ασφαλισμένο .

Τέλος, η βασική διαφορά μεταξύ των δύο φορέων ασφάλισης είναι το σύστημα που εφαρμόζεται σε αυτές. Στην Κοινωνική Ασφάλιση εφαρμόζεται κατά ένα μεγάλο μέρος το αναδιανεμητικό σύστημα (στις συντάξεις). Τα διανεμητικά συστήματα στηρίζονται στην αρχή των τρεχουσών πληρωμών, δηλαδή οι σημερινοί εργαζόμενοι καταβάλλουν τις εισφορές από τις οποίες χρηματοδοτούνται οι τρέχουσες συντάξεις. Από την παραπάνω αρχή προκύπτει και το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του τρόπου χρηματοδότησης: η διαγενεακή αλληλεγγύη<sup>24</sup>.

Στην Ιδιωτική Ασφάλιση εφαρμόζεται το κεφαλαιοποιητικό - ανταποδοτικό σύστημα. Η βασική στόχευση των συστημάτων αυτών δεν είναι η κοινωνική αλληλεγγύη αλλά η επίτευξη της μέγιστης οικονομικής αποδοτικότητας. Η αρχή που διέπει τη λειτουργία τους είναι αυτή της ατομικής κεφαλαιακής συσσώρευσης, σύμφωνα με την οποία το ύψος των παρεχόμενων συντάξεων είναι συνάρτηση της ικανότητας των ατόμων να αποταμιεύουν εισοδήματα κατά τη διάρκεια του εργάσιμου βίου τους. Η κεφαλαιοποιητική μέθοδος χρηματοδότησης στηρίζεται εξολοκλήρου στις δυνάμεις της αγοράς, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί και τη βάση λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιρειών που δραστηριοποιούνται στον ιδιωτικό τομέα. Η αποδοτικότητα αυτών των συστημάτων δεν εξαρτάται από τις κοινωνικές συνθήκες, αλλά από την επέκταση και την κερδοφορία των εγχώριων και διεθνών χρηματαγορών, αφού η λογική τους συνίσταται στην επένδυση των αποθεματικών σε χρηματιστηριακά προϊόντα με σκοπό την υψηλή κερδοφορία.

Τα Πλεονεκτήματα της Κοινωνικής ασφάλισης είναι:

- ισότιμη και καθολική κάλυψη
- ύπαρξη κεντρικού σχεδιασμού και προγραμματισμού

<sup>24</sup> Λουδοβίκος Κωτσονόπουλος, 2008, “Αναδιανεμητικά και κεφαλαιοποιητικά ασφαλιστικά συστήματα: Βασικά χαρακτηριστικά και πολιτικές διαστάσεις” (<https://mahitotekmirio.wordpress.com/2008/05/03/03-2/>)



- έλεγχος δαπανών
- έμφαση στη δημόσια υγεία και πρόληψη

Τα Μειονεκτήματα της είναι:

- ανάπτυξη γραφειοκρατίας
- ανεπαρκής διαχείριση
- χαμηλή παραγωγικότητα
- ύπαρξη παραοικονομίας
- υποβάθμιση σχέσης ασθενούς-ιατρού
- χαμηλή ποιότητα υπηρεσιών

Αντίστοιχα, τα πλεονεκτήματα της **Ιδιωτικής Ασφάλισης** είναι:

- ελευθερία επιλογής ιατρού
- διασφάλιση υψηλής ποιότητας μέσω του ανταγωνισμού

Ενώ τα μειονεκτήματά της είναι:

- ύπαρξη σημαντικών κοινωνικών ανισοτήτων
- αυξημένη προσφορά και ζήτηση ιατρικών υπηρεσιών
- μεγάλες δαπάνες υγείας.

### **3. Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα**

Η ασφάλιση υγείας με τις παροχές σε είδος (ιατρικές υπηρεσίες) και τις παροχές σε χρήμα (αναπλήρωση εισοδήματος) αποτελεί το δεύτερο, κατά σειρά, από οικονομική άποψη, τομέα των κοινωνικών ασφαλίσεων. Η πρόοδος της βιοϊατρικής τεχνολογίας, καθώς και η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, οι νέες δημογραφικές και επιδημιολογικές τάσεις συντέλεσαν στην ιλιγγιώδη αύξηση των δαπανών υγείας, τις τελευταίες δεκαετίες, χωρίς τα αποτελέσματα αυτής της αύξησης να είναι εμφανή στους παραδοσιακούς δείκτες αξιολόγησης του επιπέδου υγείας μιας χώρας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ, 1946) η έννοια του αγαθού “υγεία” έχει ως εξής: «Υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής ψυχικής και κοινωνικής

ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει έναν αριθμό υγειονομικών παραγωγικών μονάδων οι οποίες δυσλειτουργούν και συνυπάρχουν μέσα σε ένα ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με στόχο τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Πιο συγκεκριμένα ως «σύστημα υγείας» ορίζεται το σύνολο των δομών και των υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης. Βασίζεται σε θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας, με σκοπό την προαγωγή του δικαιώματος της υγείας και κατ’ επέκταση της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται

Επιμέρους στοιχεία ενός συστήματος υγείας σύμφωνα με τον Levy είναι:

- Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού,
- Παραγωγή υπηρεσιών υγείας,
- Μηχανισμοί κάλυψης των δαπανών.

Το επίπεδο υγείας του πληθυσμού προσδιορίζει τις ανάγκες και το πλαίσιο σχεδιασμού του υγειονομικού τομέα. Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού είναι:

- ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού,
- το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση,
- η γενική θνησιμότητα,
- η πρώιμη θνησιμότητα και
- τα μεταναστευτικά ρεύματα.

Στην Ελλάδα, όπου την ασφάλιση την μεριμνά το ίδιο το κράτος, η ασφάλιση υγείας είναι υποχρεωτική. Ωστόσο, επειδή η υποχρεωτική Ασφάλιση δεν επαρκεί για να καλύψει όλες τις ανάγκες των Ελλήνων πολιτών, έχουν ιδρυθεί και άλλοι φορείς που συμβάλλουν στην φροντίδα της υγείας, τόσο Δημόσιων όσο και Ιδιωτικών.

Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία.

Το υγειονομικό σύστημα στην Ελλάδα μέχρι το 2011 συνίστατο σε 3 επιμέρους υποσυστήματα:

- Το Ε.Σ.Υ. που περιλαμβάνει κυρίως νοσοκομεία, κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης

και το Ε.Κ.Α.Β.

- Το Ι.Κ.Α και τα λοιπά ασφαλιστικά ταμεία (περίπου τριάντα) προσφέρουν κάλυψη στους δικαιούχους ανάλογα με την ικανότητα πληρωμής.
- Ο ιδιωτικός τομέας που περιλαμβάνει κερδοσκοπικού τύπου νοσοκομεία, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές μαιευτήρια, ανεξάρτητα ιατρεία και οδοντιατρεία.

Μετά το 2011 έγιναν κάποιες μεταρρυθμίσεις στον τομέα τον ασφαλίσεων και ιδρύθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) είναι ένα νέο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου το οποίο συστάθηκε με τον νόμο ΦΕΚ ΤΕΥΧΟΣ Β΄ ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 2456/2011, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας από έναν ενιαίο εθνικό φορέα. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού είναι η 1η Ιανουαρίου 2012.

Με την πιο πρόσφατη μεταρρύθμιση, με τον νόμο 4238/2014, αλλάζει η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ και κατοχυρώνεται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), για το οποίο θα αναφερθούμε εκτενέστερα στην αντίστοιχη ενότητα.

### ***3.1 Ιστορική Αναδρομή στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας***

Στη χώρα μας η έννοια της κοινωνικής ασφαλίσεως κατά της ασθένειας συναντάται από τον 6ο π. Χ. αιώνα περίπου οπου υπήρχε ο θεσμός των «Δημοσιεύονταν ιατρών» που εκλέγονταν από την πόλη για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους έναντι αμοιβής «τα ιατρικά τέλη» από υποχρεωτικές εισφορές των πολιτών.

Κατά την Βυζαντινή περίοδο υπάρχει έντονη ιδρυματική περίθαλψη των άπορων πολιτών ενώ στα χρόνια της τουρκοκρατίας κάποιες κατηγορίες εργαζομένων ενδιαφέρθηκαν να οργανώσουν ειδικά συστήματα κοινωνικής προστασίας σε συντεχνιακή βάση.

Από το 1860 έως το 1930 είναι η περίοδος η οποία χαρακτηρίζει και σηματοδοτεί τη δομή του κοινωνικοασφαλιστικού μας συστήματος όπως τη γνωρίζουμε μέχρι σήμερα.

Ο πρώτος ασφαλιστικός φορέας το ΝΑΤ (Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο), ιδρύθηκε με Διάταγμα στις 18/12/1836 και λειτούργησε με τον νόμο ΧΛΘ΄ το 1861. Τον ίδιο χρόνο καθιερώθηκε με τον Νόμο ΧΝΒ΄ η συνταξιοδότηση των δημοσίων υπαλλήλων και ακολούθησε η

δημιουργία των λοιπών ασφαλιστικών φορέων. Με τον Ν.2868/22 δίνεται η ώθηση για τη δημιουργία ασφαλιστικών ταμείων στις ιδιωτικές επιχειρήσεις. Ο νόμος αυτός επέβαλε την υποχρεωτική ασφάλιση για την περίπτωση ασθένειας, γήρατος, θανάτου και γενικά ανικανότητας προς εργασία κάθε προσώπου μη αυτοτελώς εργαζόμενου σε βιομηχανική, βιοτεχνική ή εμπορική επιχείρηση. Η ασφάλιση αυτή θα διενεργούνταν από τους ήδη υπάρχοντες ασφαλιστικούς οργανισμούς ή από νέους που θα ιδρύονταν βάσει του νόμου. Καθιερώνεται έτσι ο τρόπος σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων των μισθωτών στις βιομηχανικές, βιοτεχνικές και εμπορικές επιχειρήσεις.

Το 1922 θεσπίζεται η υποχρεωτική ασφάλιση των μισθωτών και ίση εισφορά εργοδοτών και εργαζομένων. Η εφαρμογή στην πράξη του προαναφερθέντος νόμου μάλλον δεν επέφερε τις αλλαγές που οραματίστηκαν οι εμπνευστές του. Το 1925 οργανώθηκαν ταμεία ασφάλισης από Αυτοαπασχολούμενους, όπως ιατροί, δικηγόροι, έμποροι και βιοτέχνες, μόνο για την κάλυψη των συντάξεων. Μετά το 1925 τα ασφαλιστικά ταμεία πολλαπλασιάστηκαν με γοργούς ρυθμούς, ενώ μεγάλες κατηγορίες εργαζομένων παρέμεναν ακόμα ανασφάλιστες, είτε επειδή δεν είχαν μόνιμο εργοδότη, π.χ. οικοδόμοι, είτε επειδή ο αριθμός αυτών που απασχολούνταν σε κάθε επιχείρηση ήταν μικρός, όπως συνέβαινε με τους υπαλλήλους εμπορικών καταστημάτων, εστιατορίων, καφενείων, βιοτεχνικών επιχειρήσεων κ.λ.π. και ως εκ τούτου δεν υπήρχαν οι οικονομικές προϋποθέσεις για την οργάνωση κατά επιχείρηση, της ασφάλισης, και ούτε μπορούσαν λόγω ελλιπούς συνδικαλιστικής οργάνωσης και διασποράς τους σε όλη τη χώρα να επιβάλλουν την κατά επάγγελμα ασφάλιση<sup>25</sup>. Από το 1925 και μετά κάνουν την εμφάνισή τους τα πρώτα ταμεία των ανεξάρτητων επαγγελματιών με το ΤΣΑΥ και το ταμείο Νομικών το 1928.

Βάσει των παραπάνω εξελίξεων το 1932 ψηφίστηκε ο Ν. 5733/1932, ο οποίος δεν εφαρμόστηκε ποτέ. Αργότερα ψηφίστηκε ο Ν.6296/1934 «περί ιδρύσεως του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ)» με τον οποίο στις 1/12/1937 ιδρύθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ι.Κ.Α.) και ο οποίος ίσχυσε από τις 19/12/1937 μόνο στην Αθήνα, Πειραιά και Θεσσαλονίκη και επεκτάθηκε σε άλλες πόλεις της χώρας στα τέλη του 1938. Οι εξελίξεις αυτές αποτελούν απόδειξη ότι η επέκταση του συστήματος των κοινωνικών ασφαλίσεων στα διάφορα διαμερίσματα της χώρας συντελούνταν με πολύ βραδείς ρυθμούς και καθυστερήσεις, με αποτέλεσμα τη μη γενίκευσή τους σε αυτή τη περίοδο.

<sup>25</sup> Α. Χρυσόχοι, 1945, “Ελληνική Κοινωνική Ασφάλιση, (συμβολή εις την βελτίωσίν της)”

Είναι χαρακτηριστικό ότι το έτος 1934 από τους 2.300.000 εργαζόμενους ήταν ασφαλισμένοι μόλις οι 208.911, δηλαδή ένα ποσοστό 9%. Παράλληλα, μέσα στη δεκαετία του '30 δημιουργήθηκαν οι πρώτοι φορείς επικουρικής ασφάλισης, με σκοπό τη συμπλήρωση των παροχών που χορηγούσαν οι οργανισμοί κύριας ασφάλισης. Η επικουρική ασφάλιση αναπτύσσεται δηλαδή σε μία περίοδο όπου η κύρια ασφάλιση πρόσφερε περιορισμένη ασφαλιστική προστασία, λόγω του μικρού ασφαλιστέου μισθού, του μικρού συντάξιμου χρόνου αλλά και λόγω της περιορισμένης λειτουργίας των ταμείων κύριας ασφάλισης<sup>26</sup>.

Ο νόμος Ν.6296/1934 τελικά αντικαταστάθηκε από τον Α.Ν. 1846/51 που ισχύει μέχρι σήμερα με πολλές τροποποιήσεις.

Οι εξελίξεις της μεταπολεμικής περιόδου στον τομέα των κοινωνικών ασφαλίσεων, παγκοσμίως αλλά και στην Ελλάδα, φανερώνουν τάσεις δημιουργίας κράτους πρόνοιας.

Συγκεκριμένα στην Ελλάδα το 1945 αρχίζει η ασφαλιστική κάλυψη του κινδύνου της ανεργίας, με τη σύσταση του Οργανισμού Ανεργίας, που αρχικά αφορούσε την ασφάλιση των μισθωτών των βιομηχανικών επιχειρήσεων και αργότερα (1949) σε όλους τους μισθωτούς<sup>27</sup>. Αξιοσημείωτο είναι ότι μέχρι το 1945 ο κίνδυνος της ανεργίας έμενε ακάλυπτος.

Το 1951 ο φορέας ανεργίας ενσωματώθηκε στο ΙΚΑ και το 1954 κρίθηκε αναγκαία η υπαγωγή του σε ειδικό φορέα του Οργανισμού Απασχόλησης και Ασφάλισης Ανεργίας, που με το Ν.Δ. 212/1969 μετονομάστηκε σε Οργανισμό Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ). Το 1951 ψηφίζεται ο Α.Ν. 1846, ο οποίος αποτελεί το βασικό ρυθμιστικό νόμο της λειτουργίας του ΙΚΑ ενώ ταυτόχρονα, με τον ίδιο νόμο, επιχειρείται η αντιμετώπιση των προβλημάτων που παρουσίαζε το σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων, προβλήματα που προέρχονταν από τη διάσπαση της ασφάλισης σε πλειάδα φορέων και τη συνακόλουθη απουσία ασφαλιστικής ενότητας.

Με τις διατάξεις που επέβαλε αυτός ο νόμος δόθηκε στο ΙΚΑ ο χαρακτήρας του γενικού φορέα ασφάλισης των μισθωτών, ενώ παράλληλα έδινε τη δυνατότητα στα λειτουργούντα ειδικά ταμεία - κύριας ασφάλισης μισθωτών να διατηρήσουν τη λειτουργία τους υπό την προϋπόθεση να παρέχουν ισοδύναμη προστασία με αυτή που πρόσφερε το ΙΚΑ. Με το άρθρο 5

<sup>26</sup> ΚΕΠΕ “Κοινωνική Ασφάλιση, Θέματα Προγραμματισμού”

<sup>27</sup> ΝΔ 1255/49

παρ. 5, του ίδιου νόμου, απαγορευόταν η σύσταση νέων ταμείων κύριας ασφάλισης, όχι όμως και επικουρικής, εκτός αν αυτά προέρχονταν από τη συγχώνευση δύο ή περισσότερων ήδη λειτουργούντων. Παρά τις ρυθμίσεις όμως του προαναφερθέντος άρθρου, και παραβιάζοντας την αρχή του νόμου ιδρύθηκαν αργότερα κλαδικά ταμεία ασφάλισης μισθωτών, όπως τα Ταμεία Ασφαλίσεως Προσωπικού της ΔΕΗ, το 1966 και της ΕΤΒΑ το 1965.

Το έτος 1955 αρχίζουν οι πρώτες προσπάθειες παροχής ασφάλισης ασθένειας προς τον αγροτικό πληθυσμό. Οι προσπάθειες αυτές θα συνεχιστούν το 1961, με την ψήφιση του Ν. 4169/61 "περί δημιουργίας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων" (ΟΓΑ). Πλήρης κάλυψη του αγροτικού πληθυσμού όμως θα μπορούσε να υποστηρίξει κανείς πώς υπάρχει μόλις μετά το 1981.

Οι δεκαετίες του 1950 και 1960 παρουσιάζουν στον Ευρωπαϊκό χώρο και κατ' επέκταση στον Ελληνικό, μία οικονομική ανάπτυξη η οποία επέφερε ανάπτυξη των κοινωνικών ασφαλίσεων και των κοινωνικών παροχών. Η τάση αυτή παρουσίασε μία κάμψη όταν εκδηλώθηκε η νέα οικονομική κρίση της δεκαετίας του 1970.

Το 1979 συστάθηκε το Ταμείο Επικουρικής Ασφαλίσεως Μισθωτών (Τ.Ε.Α.Μ.).

Το 1982 η θεσμοθέτηση του Ε.Σ.Υ. υπήρξε βασικό συστατικό ενός ευρύτερου προγράμματος αργοπορημένου προοδευτικού εκσυγχρονισμού ("delayed progressive modernization"), που στην ουσία επρόκειτο για μία χρονικά καθυστερημένη δημιουργία ενός σοσιαλδημοκρατικού κράτους πρόνοιας ("social democratic welfare capitalism"), αντίστοιχου με εκείνα που είχαν εγκαθιδρυθεί μία γενεά νωρίτερα στη Βόρεια Ευρώπη. Η δημιουργία του Ε.Σ.Υ. στην Ελλάδα συνέπεσε χρονικά με την παγκόσμια άνοδο του νεοφιλελευθερισμού (Reagan, Thatcher) και την αμφισβήτηση ή εγκατάλειψη των σοσιαλδημοκρατικών πολιτικών σε μία σειρά από χώρες, όπου οι πολιτικές αυτές είχαν μακρά παράδοση και εμπειρία εφαρμογής.

Η καθυστερημένη αυτή εμφάνιση ενός εθνικού φορέα υγείας στην Ελλάδα και η οικοδόμησή του σε μία ιστορική συγκυρία αρνητική σε τέτοιου είδους κρατικές παρεμβάσεις, εξηγεί την ατελή ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ. κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80 και τη πολύ γρήγορη μετάβαση του στην αμφισβήτησή και προοδευτική ιδιωτικοποίηση στις αρχές της δεκαετίας του '90. Η ιδρυτική πράξη του Ε.Σ.Υ. το 1983 δεν υπήρξε βέβαια κεραυνός εν αιθρία καθώς είχαν προηγηθεί αλλαγές σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο, ενώ παράλληλα είχε ήδη ωριμάσει στην ελληνική κοινωνία η ανάγκη ανασύστασης του υγειονομικού τομέα.

Καθοριστικός παράγοντας για την υιοθέτηση και κυρίως για την υλοποίηση μίας τέτοιας μεταρρυθμιστικής πρότασης της οποίας κύριο δομικό συστατικό ήταν η αποεμπορευματοποίηση της υγείας (decommercialization of health) και η αυξημένη κρατική παρέμβαση, υπήρξε σύμφωνα με τους περισσότερους μελετητές η αλλαγή συσχετισμών στο ιατρικό σώμα της εποχής, καθώς μία μεγάλη ομάδα ιατρών - νοσοκομειακοί και νέοι σε ηλικία ιατροί - τάχθηκε υπέρ της διεκδίκησης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας το οποίο θα τους εξασφάλιζε εργασιακή ασφάλεια και καλύτερες συνθήκες εργασίας εντός των νοσοκομείων.

Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας από το 2011 έως και σήμερα χαρακτηρίζεται από τον Ν.3918/2011, με τον οποίο εισάγονται σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, οι σημαντικότερες από τις οποίες αναφέρονται στο νέο σύστημα προμηθειών υγείας, στην δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ.

Σύμφωνα με τον Ν.3918/2011 στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ -ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι κλάδοι υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) καθώς και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ)<sup>28</sup>.

Τέλος, με το πιο πρόσφατα ψηφισμένο νομοσχέδιο ιδρύεται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Με το Ν. 4238 - ΦΕΚ 38/17-2-2014 αλλάζει η λειτουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και ορίζεται ότι Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας. Με το Ν. 4238/2014 καθιερώνεται για πρώτη φορά ο “οικογενειακός γιατρός” και κατοχυρώνεται η ισότιμη παροχή των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας<sup>29</sup> (Π.Ε.Δ.Υ.).

<sup>28</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001, “Συστήματα Υγείας”

<sup>29</sup> Άρθρο 1 § 3 Ν. 4238/2014

### **3.2 Η Διεθνής Ασφάλιση Υγείας- Ιστορική επισκόπηση**

Στο διεθνή χώρο οι κοινωνικές ασφαλίσεις κάνουν την εμφάνιση τους τον 9ο αιώνα. Στις 17 Νοεμβρίου του 1881 ο Γερμανός καγκελάριος von Bismarck διακήρυξε σε αυτοκρατορικό διάγγελμα, ότι ο ρόλος του κράτους πρέπει να επεκταθεί. Επισήμανε την επιτακτική υποχρέωση να συμβάλει το ίδιο το Κράτος με όλα τα μέσα που διαθέτει στην επίτευξη της κοινωνικής ευημερίας όλων και ιδιαίτεροι των άπορων πολιτών. Με το διάγγελμα αυτό τέθηκαν για πρώτη φορά τις βάσεις ενός συστήματος κοινωνικών ασφαλίσεων.

Πολλοί θεωρούν πως η Δυτική Γερμανία υπήρξε η χώρα στην οποία διαπλάστηκε ο θεσμός των κοινωνικών ασφαλίσεων. Πραγματικά για πρώτη φορά, με τα νομοθετικά μέτρα που ακολούθησαν καθιερώθηκε εκεί γενικό σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης των εργαζομένων. Το 1883 κατοχυρώθηκε νομοθετικά η ασφάλιση ασθένειας, το 1884 κατοχυρώθηκε η ασφάλιση εργατικών ατυχημάτων, ακολούθησαν, η ασφάλιση γηρατειών και αναπηρίας το 1889, η ασφάλιση θανάτου το 1911 και η ασφάλιση του κινδύνου της ανεργίας το 1927.

Η χρηματοδότηση στο σύστημα αυτό στηριζόταν σε εισφορές που προέρχονταν από τους εργοδότες και τους μισθωτές. Υπήρχε μάλιστα και ανεξάρτητη διοικητική συγκρότηση για τη λειτουργία των διάφορων ασφαλιστικών κλάδων. Το γερμανικό σύστημα με επουσιώδεις παραλλαγές ακολούθησαν διαδοχικά η Αυστροουγγαρία, η Νορβηγία και η Ρωσία.

Στη συνέχεια, το 1911 η Αγγλία εισήγαγε την κοινωνική ασφάλιση ασθένειας στις με το νομοθέτημα της 16ης Δεκεμβρίου που κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, αναπηρίας και ανεργίας. Σε πρώτη φάση το σύστημα φιλοδοξούσε να συμπληρώσει τις μέχρι τότε παροχές κοινωνικής πρόνοιας και αλληλοβοήθειας από ιδιωτικούς φορείς.

Σύμφωνα με τις αντιλήψεις εκείνες, το κράτος έπρεπε να εξασφαλίζει με δημόσιες υπηρεσίες ένα ελάχιστο όριο αγαθών και ευκαιριών στους πολίτες, γιατί ο φόβος της ένδειας παρέλυε τις δημιουργικές τους ικανότητες. Καθιερώθηκε, λοιπόν, ένα σύστημα πλατιάς αναδιανομής του εθνικού εισοδήματος σε όλες τις κοινωνικές τάξεις με πρότυπο το νεοζηλανδικό σύστημα, που είχε προηγηθεί από το 1938. Η Νέα Ζηλανδία ήταν η πρώτη χώρα που εφάρμοσε από το 1939 σύστημα κοινωνικής ασφάλειας.

Το 1942 αναμορφώθηκε το σύστημα στα πρότυπα του θεσμού της κοινωνικής ασφάλειας μετά από ειδικό σχεδιασμό του λόρδου Beveridge με πρότυπο το σύστημα της Ν. Ζηλανδίας. Το



σύστημα αυτό εξασφάλιζε, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, χρηματικές παροχές σε ολόκληρο τον πληθυσμό, με έσοδα από ειδικό φόρο στους μισθούς, τα ημερομίσθια και τα άλλα εισοδήματα.

Στην πρώην Σοβιετική Ένωση η κοινωνική ασφάλιση ασθένειας είχε αποτελέσει κρατική μέριμνα από το 1912. Σύμφωνα μάλιστα με νομοθέτημα του 1969 η ιατρική περίθαλψη παρέχεται δωρεάν από δημόσιες υπηρεσίες.

Στις Η.Π.Α ο σχετικός νόμος "the social security Act" του Roosevelt δεν κάλυπτε όλους τους κοινωνικούς κινδύνους. Χρειάστηκε ο J.F.Kennedy να αγωνισθεί από το 1960 για να επιτευχθεί τελικά τον Ιούνιο του 1965 από τον Πρόεδρο L.B.Johnson η ασφάλιση υγείας μόνο των ηλικιωμένων, λόγω των ισχυρών αντιδράσεων για την επέκταση της κρατικής δραστηριότητας<sup>30</sup>.

Από το 1975 ωστόσο εκδηλώθηκαν και τάσεις για επιστροφή στο κλασικό, ανταποδοτικό εισφορών- παροχών, μοντέλο της κοινωνικής ασφάλισης. Παρά τον έντονα βιομηχανικό της χαρακτήρα η Γαλλία καθιέρωσε με αρκετή καθυστέρηση, μόλις το 1930, σύστημα υποχρεωτικής ασφάλισης. Αυτό οφείλεται στις αντιδράσεις των θιγόμενων επαγγελματικών κύκλων (εργοδοτών και γιατρών) και των ανεξάρτητων ταμείων αλληλοβοήθειας της εποχής. Με νόμο, στα τέλη του Απριλίου του 1930, οργανώθηκε γενική υποχρεωτική ασφάλιση για περισσότερα επαγγέλματα, πράγμα που ενίσχυσε την αλληλεγγύη μεταξύ των ασφαλισμένων. Με νόμο εξάλλου το Μάρτιο του 1932 ιδρύθηκε ασφάλιση οικογενειακών βαρών για πρώτη φορά στην Ευρώπη. Το γαλλικό σύστημα παρουσιάζει μέχρι σήμερα αρκετά πολύπλοκη δομή, εξαιτίας της παράλληλης λειτουργίας σημαντικών ταμείων αλληλοβοήθειας.

Οι κοινωνικές ασφαλίσεις εξελίχτηκαν στο διεθνή χώρο όχι μόνο με πρωτοποριακές ρυθμίσεις εθνικών νομοθεσιών, αλλά και με σημαντικές διακηρύξεις και διεθνείς συμβάσεις. Με τη διακήρυξη λ.χ. της Φιλαδέλφειας το 1944, υπογραμμίστηκε, κάτω από την επίδραση των αρχών του Ατλαντικού Χάρτη, ότι «η φτώχεια οπουδήποτε κι αν βρίσκεται αποτελεί κίνδυνο για την ευημερία όλων». Έτσι αναγνωρίστηκε επίσημα η αποστολή της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας να διαδώσει, με διεθνείς συμβάσεις ή με άλλο τρόπο, συγκεκριμένα μέτρα κοινωνικής βοήθειας. Απώτερος στόχος θεωρήθηκε η εξασφάλιση στοιχειωδών εισοδημάτων και πλήρων ιατρικών φροντίδων σε όσους έχουν ανάγκη προστασίας.

Επίσης το 1952 συμφωνήθηκε στην 35η Διεθνή Συνδιάσκεψη Εργασίας η κατάρτιση διεθνούς σύμβασης (με αριθμό 102) για τα ελάχιστα όρια κοινωνικής ασφάλειας. Πρόκειται για

<sup>30</sup> Παναγιώτης Κυριακουλάκος, 1970, “Κοινωνική πολιτική : γενικά έννοιαι - κοινωνική ασφάλισης”

την πιο συστηματική μέχρι σήμερα καταγραφή των κοινωνικών παροχών. Περιελάμβανε την ιατρική περίθαλψη, το επίδομα ασθένειας, το βοήθημα ανεργίας, τις συντάξεις γηρατειών, αναπηρίας και θανάτου, την προστασία από εργατικά ατυχήματα και επαγγελματικές νόσους, τις παροχές που αφορούν την μητρότητα και τα οικογενειακά επιδόματα

### **3.3 Η Οργάνωση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας**

Το Ελληνικό σύστημα υγείας αποτελείται από ένα μεικτό σύστημα υγείας με συμμετοχή τόσο του ιδιωτικού όσο και του δημόσιου τομέα, όχι μόνο από την πλευρά παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και από την χρηματοδότηση αυτών. Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κοινωνικό δικαίωμα του Έλληνα πολίτη και σχετίζεται με την υπηκοότητα, την επαγγελματική κατάσταση και τις ασφαλιστικές εισφορές προς τους δημόσιους φορείς.

Σκοπός του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) είναι η βελτίωση της υγείας των ασθενών και όχι η πρόσφορα υπηρεσιών υγείας. Έτσι συχνά ο δημόσιος τομέας ικανοποιεί τις ανάγκες του πληθυσμού, ενώ ο ιδιωτικός τομέας καλύπτει την ζήτηση.

Στο Ε.Σ.Υ. συνυπάρχουν τόσο η χρηματοδότηση από την γενική φορολογία (Beveridge type<sup>31</sup>), που συναντάται κυρίως στην Μ. Βρετανία, Ιρλανδία, Σκανδιναβικές χώρες και τον Ευρωπαϊκό νότο, όσο και η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση (Bismarck type<sup>32</sup>), που συναντάται στην υπόλοιπη Δυτική Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σε αυτή την περίπτωση τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης «αγοράζουν» υπηρεσίες από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας.

<sup>31</sup> Έμφαση στην υποχρέωση της πολιτείας να μεριμνά για την υγεία των μελών της κοινωνίας (κολλεκτιβιστική παράδοση)

<sup>32</sup> Έμφαση στο δικαίωμα στην ιατρική περίθαλψη, υπό τον όρο καταβολής ασφαλιστικών εισφορών (ατομικιστική φιλοσοφία)

Πριν από το 1983 η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών στην Ελλάδα ακολουθούσε το μοντέλο Bismarck type ,δηλαδή βασιζόταν στην κοινωνική ασφάλιση. Έως το 2010 στην Ελλάδα συνυπάρχει το Ε.Σ.Υ. το οποίο θεσμοθετήθηκε το 1983 μαζί με ένα μεγάλο αριθμό ταμείων περίπου 30 στο σύνολο τα οποία λειτουργούν υπό κρατικό έλεγχο και με ένα ιδιαίτερα αναπτυγμένο ιδιωτικό τομέα. Το 2011 στην προσπάθεια ενοποίησης των φορέων ασφάλισης ιδρύεται και λειτουργεί ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Το Ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα έως το 2011 χαρακτηριζόταν από πολυκερματισμό, με περίπου 30 ασφαλιστικούς φορείς να παρέχουν κάλυψη για υπηρεσίες υγείας στους ασφαλισμένους τους. Τα μεγαλύτερα ασφαλιστικά ταμεία (Ι.Κ.Α.,Ο.Γ.Α,Ο.Π.Α.Δ,Ο.Α.Ε.Ε.) κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού. Η σύσταση με το Ν.3918/2011 το Μάρτιο του 2011 του Ε.Ο.Π.Υ.Υ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ) οδήγησε στην ενοποίηση των ταμείων (Ι.Κ.Α., Ο.Γ.Α, Ο.Π.Α.Δ, Ο.Α.Ε.Ε., ΤΥΔΚΥ) που αφορούσαν το 85% των

ασφαλισμένων της χώρας.

Σκοπός του ενιαίου φορέα ήταν ο συντονισμός της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, έτσι ώστε όλοι οι ασφαλισμένοι να έχουν την ίδια δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ προέρχονταν από α) τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζόμενων, β) την ετήσια επιχορήγηση ύψους 0,6% του Α.Ε.Π από τον κρατικό προϋπολογισμό γ) ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή (rebate) των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ δ) λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ ενταχθήκαν περίπου 9,5 εκ πολίτες από τα κυριότερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ο νέος φορέας λειτουργεί στην αγορά σαν μονοψώνιο, αφού είναι ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας γι’ αυτό και έχει το πλεονέκτημα της διαπραγμάτευσης και του ελέγχου των τιμών.

Οι Ιατρικές Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ αρχίζουν θεωρητικά από την 1η Ιανουαρίου 2012 και παρέχονται δωρεάν στην Ελλάδα από 4 τομείς:

- (α) Κρατικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ.
- (β) Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ
- (γ) Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (τέως Ιατρεία ΙΚΑ)
- (δ) Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ
- και τέλος (ε) Μη Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί, με χρέωση ασθενούς<sup>33</sup>.

<sup>33</sup> Βικιπαιδεια, Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια,

Οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ προέρχονταν από α) τις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζόμενων, β) την ετήσια επιχορήγηση ύψους 0,6% του Α.Ε.Π από τον κρατικό προϋπολογισμό γ) ποσά που αντιστοιχούν στην επιστροφή (rebate) των φαρμακευτικών εταιρειών και φαρμακείων προς τον ΕΟΠΥΥ δ) λοιπά έσοδα από κοινωνικούς πόρους. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ ενταχθήκαν περίπου 9,5 εκ πολίτες από τα κυριότερα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης. Ο νέος φορέας λειτουργεί στην αγορά σαν μονοψώνιο, αφού είναι ο μοναδικός αγοραστής υπηρεσιών υγείας γι’ αυτό και έχει το πλεονέκτημα της διαπραγμάτευσης και του ελέγχου των τιμών.

Πλέον, με το Π.Ε.Δ.Υ κατοχυρώνεται ο οικογενειακός ιατρός ο οποίος παρέχει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας ώστε να διασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας<sup>34</sup>. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των Φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό.

### **3.4 Οι Κατηγορίες του Εθνικού Υγειονομικού Συστήματος**

Το εγχώριο υγειονομικό σύστημα διακρίνεται σε 3 κατηγορίες υγειονομικής περίθαλψης:

- ❖ Πρωτοβάθμια περίθαλψη

Η κατηγορία αυτή παραλαμβάνει υπηρεσίες διάγνωσης και πρόληψης ασθενειών και νοσημάτων χωρίς να απαιτείται νοσηλεία του ασθενή σε νοσοκομείο.

Παρέχεται:

1. Από φορείς του δημόσιου τομέα (κέντρα υγείας ,εξωτερικά ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών π.χ (Ι.Κ.Α.,Ο.Γ.Α.Ο.Π.Α.Δ κ.τ.λ)

---

[“https://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικός\\_Οργανισμός\\_Παροχής\\_Υπηρεσιών\\_Υγείας”](https://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικός_Οργανισμός_Παροχής_Υπηρεσιών_Υγείας)

<sup>34</sup> Πηγή: [reporter.gr](http://reporter.gr)

2. Από ιδιωτικούς φορείς, σε αυτή την κατηγορία συμπεριλαμβάνονται οι υπηρεσίες πρόληψης και διάγνωσης ιδιωτικών ιατρείων, διαγνωστικών κέντρων , εξωτερικών ιατρείων , ιδιωτικών κλινικών, ιδιώτες ιατροί και οδοντίατροι.

❖ Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται υπηρεσίες που απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομεία ή κλινικές.

Παρέχεται από:

1) Φορείς του δημόσιου (δημόσια νοσοκομεία, λίγα ανεξάρτητα θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος)

2) Ιδιωτικούς φορείς (Κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομεία και κλινικές)

❖ Τριτοβάθμια περίθαλψη

Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν μεγάλης δυναμικότητας Πανεπιστημιακά και Γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν πληρότητα σε ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και ειδικευμένο προσωπικό. Στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία συντελείται και η έρευνα στον τομέα της ιατρικής και τεχνολογία.

Σχεδιάγραμμα 1<sup>35</sup>: Η διάκριση της Ιατρικής περίθαλψης



<sup>35</sup> Μελέτη Hellastat - Νοέμβριος 2011, “<http://www.hellastat.com/company.html>”

Η διάκριση ανάμεσα σε πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, αλλά και στις επιμέρους κατηγορίες του δευτεροβάθμιου τομέα δεν είναι πάντοτε ευχερής, καθώς το χαρτοφυλάκιο των προσφερόμενων υπηρεσιών ενδέχεται να διαφέρει σημαντικά μεταξύ των εταιρειών. Το πρόβλημα αυτό εντοπίζεται κυρίως στην κατηγορία των νοσοκομείων μεγάλου μεγέθους, καθώς εκτός από γενικές κλινικές υπηρεσίες προσφέρουν ταυτόχρονα υπηρεσίες μαιευτικής μέσω εξειδικευμένων τμημάτων, αλλά και υπηρεσίες διάγνωσης, με αποτέλεσμα η κατάταξή τους να καθίσταται επισφαλής και να μην μπορεί να προσδιοριστεί με ακρίβεια το μέγεθος των αγορών<sup>36</sup>.

#### **4. Η Κοινωνική Ασφάλιση της Υγείας στην Ελλάδα**

Πριν από τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, περίπου 30 ταμεία και κλάδοι ασφάλισης υγείας κάλυπταν σχεδόν το σύνολο του πληθυσμού της χώρας, με το 50% αυτού να καλύπτεται από το ΙΚΑ, το 20% από τον ΟΓΑ, το 13% από τον ΟΑΕΕ και το 12% από τον ΟΠΑΔ. Συνεπώς, ο νεοσύστατος ΕΟΠΥΥ, από την ίδρυσή του, κάλυπτε περίπου το 95% του ελληνικού πληθυσμού.

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης υγείας είναι θεωρητικά αυτοδιοικούμενα, στην πραγματικότητα όμως έχουν άμεση εξάρτηση από το Υπουργείο Οικονομικών, αφού αυτό καλύπτει τα ελλείμματά τους, ενώ και οι διοικητές τους διορίζονται από την εκάστοτε κυβέρνηση, συχνά με πολιτικά και όχι αξιοκρατικά κριτήρια. Το εύρος και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, καθώς και το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών καθορίζονται πλέον από τα Υπουργεία Υγείας και Οικονομικών<sup>37</sup>.

Τα ασφαλιστικά ταμεία είναι οι κύριοι αγοραστές υπηρεσιών του ΕΣΥ και ο σημαντικότερος «πελάτης» του ιδιωτικού τομέα. Ειδικότερα, για τα δημόσια νοσοκομεία, τα ασφαλιστικά ταμεία συνιστούν τη μοναδική δεξαμενή πελατείας και ταυτόχρονα μια σημαντική πηγή χρηματοδότησης<sup>38</sup>.

<sup>36</sup> Μελέτη Hellastat - Νοέμβριος 2011

<sup>37</sup> Θ. Μπένος και συν., 2007, “Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία”

<sup>38</sup> Ιωάννης Κυριόπουλος και συν., 2001, “Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα”

## 4.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας.

Οι βασικοί του στόχοι ήταν: η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση τη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας . Το Υπουργείο Υγείας είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες.

Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών για υγεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο<sup>39</sup>.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι:

- i. μεικτό σύστημα γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία ενώ υπάρχει αυξημένη συμμετοχή και του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας,
- ii. η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- iii. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα
- iv. οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε)

<sup>39</sup> Μ. Καλογεροπούλου, Π. Μουρδουκούτας, 2007, “Υπηρεσίες Υγείας (Πρώτος τόμος), Συστήματα -Χρηματοδότη - Αγορά”

v.η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας

vi.η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία

vii.οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία

viii.η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό

Οι μονάδες υγείας χωρίζονται σε δύο τμήματα ως εξής<sup>40</sup>:

- Κέντρα Υγείας: Είναι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση
- Νοσοκομεία: Αποτελεί δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Τέλος, το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ) στα πλαίσια του ΕΣΥ παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Το *Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας* (ΕΚΑΒ) έχει σκοπό την αποστολή εξειδικευμένου προσωπικού στον τόπο ενός εκτάκτου συμβάντος, για την παροχή άμεσης βοήθειας και διακομιδής πασχόντων ατόμων, προς τους πλησιέστερους υγειονομικούς σχηματισμούς (νοσοκομεία, κέντρα υγείας).

## **4.2 Η Λειτουργία του Ε.Σ.Υ.**

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας ( στο εξής: ΠΦΥ) στις αγροτικές και ημιαστικές περιοχές της χώρας παρέχεται κυρίως από ένα δίκτυο 201 κέντρων υγείας, στελεχωμένων με πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης γενικούς ιατρούς και ιατρούς ειδικοτήτων (παθολόγους, παιδίατρους, οδοντιάτρους, μικροβιολόγους, ακτινολόγους), καθώς επίσης και με νοσηλευτικό, μαιευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό, επισκέπτες υγείας και τραυματιοφορείς. Ο αριθμός και η σύνθεση του προσωπικού ποικίλλει μεταξύ των κέντρων

<sup>40</sup> Βικιπαιδεία, Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια, “[https://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικό\\_Σύστημα\\_Υγείας](https://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικό_Σύστημα_Υγείας)”



υγείας ανάλογα με τον πληθυσμό αναφοράς τους. Στόχος τους, σύμφωνα με τον ιδρυτικό τους νόμο (Ν. 1397/83), ήταν να αυξήσουν την πρόσβαση του αγροτικού πληθυσμού στην ΠΦΥ, καθώς παρείχαν, μέχρι πρόσφατα, δωρεάν υπηρεσίες σε εικοσιτετράωρη βάση, χωρίς επιβάρυνση των ασθενών.

Με τις πρόσφατες μεταρρυθμίσεις, οι πολίτες επιβαρύνονται πλέον για κάθε επίσκεψη σε κέντρο υγείας. Κάθε κέντρο υγείας διαθέτει εξεταστικούς χώρους, μονάδα βραχείας νοσηλείας, βασικό διαγνωστικό εξοπλισμό, ακτινολογικό και μικροβιολογικό εργαστήριο, σπητικό χειρουργείο, οδοντιατρείο και ασθενοφόρο. Η υποδομή αυτή συμβάλλει στην παροχή ενός εκτεταμένου εύρους υπηρεσιών, όπου συμπεριλαμβάνονται η πρόληψη (κυρίως εμβολιασμοί), η προαγωγή υγείας, η αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών, η παροχή πρώτων βοηθειών και η διακομιδή ασθενών, η διάγνωση, η θεραπεία, η οδοντιατρική περίθαλψη, η συνταγογράφηση και παροχή φαρμάκων, η αποκατάσταση, η επιδημιολογική έρευνα και η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού. Τα κέντρα υγείας εμπλέκονται επίσης στον οικογενειακό προγραμματισμό και στην προγεννητική φροντίδα, στην ιατρική της εργασίας και στη σχολική υγιεινή. Επιπροσθέτως, προσφέρουν βραχυχρόνια νοσηλεία και παρακολούθηση των ασθενών που αναρρώνουν<sup>41</sup>.

Πρωτοβάθμια φροντίδα εντός του ΕΣΥ παρέχουν επίσης τα εξωτερικά ιατρεία των 131 δημόσιων νοσοκομείων. Καλύπτουν όλες τις ειδικότητες και αποτελούν σημαντικό πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις αστικές περιοχές, καθώς η ανάπτυξη αστικών κέντρων υγείας δεν προχώρησε. Με το Ν. 2889/2001, όπως αναλύεται στην Ενότητα 6, ιδρύθηκαν τα απογευματινά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων, η λειτουργία των οποίων επεκτάθηκε το 2010. Σε αυτά, οι πανεπιστημιακοί και οι νοσοκομειακοί ιατροί ασκούν ιδιωτικό έργο, στη βάση προγραμματισμένων ραντεβού και αμειβόμενοι κατά πράξη, σε προκαθορισμένες τιμές που πλησιάζουν τον μέσο όρο της αγοράς. Από τον αριθμό των ασθενών που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων φαίνεται ότι η κίνηση σε αυτά έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Θα πρέπει ιδιαίτερα να σημειωθεί η σημαντική μείωση των επισκέψεων στα απογευματινά ιατρεία, γεγονός το οποίο θέτει ερωτήματα για το βαθμό στον οποίο σε συνθήκες έντονης οικονομικής στενότητας οι πολίτες μπορούν να αντέξουν εισοδηματικά την καταβολή των άμεσων υψηλών πληρωμών που απαιτούνται προκειμένου να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες αυτές.

<sup>41</sup> Χ. Οικονόμου, 2012, “Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, - Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ

Μια επιπλέον δομή εντός του ΕΣΥ που παρέχει ΠΦΥ είναι το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), το οποίο συστάθηκε και λειτουργεί από τις αρχές του 1989<sup>42</sup>. Παρέχει δωρεάν άμεση βοήθεια και επείγουσα ιατρική φροντίδα στους πολίτες, καθώς και μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας με ιδιότητα μέσα, όπως ασθενοφόρα, κινητές μονάδες, μοτοσικλέτες, αεροπορικά μέσα. Σε ετήσια βάση, εξυπηρετεί περίπου πάνω από 500.000 ασθενείς. Επίσης, παρέχει συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό αναφορικά με όλες τις διαστάσεις της επείγουσας ιατρικής και φροντίδας υγείας. Η κεντρική υπηρεσία του ΕΚΑΒ βρίσκεται στην Αθήνα, ωστόσο, για την ισόρροπη εξυπηρέτηση όλων των περιοχών της χώρας, έχουν συσταθεί και λειτουργούν σε πόλεις-πρωτεύουσες νομών άλλες 11 περιφερειακές υπηρεσίες του ΕΚΑΒ ως αυτοδύναμα παραρτήματα. Κάθε παράρτημα έχει ως περιοχική ευθύνη του ορισμένη γεωγραφική περιφέρεια.

Μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1990, το ΕΚΑΒ αντιμετώπιζε μια σειρά προβλημάτων που σχετίζονταν με ελλείψεις στην υλικοτεχνική του υποδομή και το εξειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η διοργάνωση από την Ελλάδα των Ολυμπιακών Αγώνων το 2004 ήταν ένας παράγοντας ο οποίος συνέβαλε στον εκσυγχρονισμό του ΕΚΑΒ σε σχέση με τη μέχρι τότε υφιστάμενη κατάσταση.

Όμως, μετά τους Ολυμπιακούς Αγώνες δεν έγινε καμία άλλη προσπάθεια ανανέωσης του στόλου του ΕΚΑΒ, με αποτέλεσμα αυτός να χαρακτηρίζεται σήμερα γερασμένος. Εκτός αυτού, η έλλειψη ιατρικού δυναμικού έχει ως αποτέλεσμα κινούμενες μονάδες, όπως οι μοτοσικλέτες, να παραμένουν ακρησιμοποίητες. Ένα τρίτο πρόβλημα είναι η μη πλήρης λειτουργία του ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος του ΕΚΑΒ. Τέταρτον, σημαντικό ποσοστό της τάξης του 35% των διακομιδών που πραγματοποιούν τα ασθενοφόρα του ΕΚΑΒ αφορούν χρόνια περιστατικά, δηλαδή περιπτώσεις οι οποίες δεν εντάσσονται στην αποστολή του οργανισμού. Τα παραπάνω προβλήματα επιδεινώθηκαν από τον μέχρι πρόσφατα απαρχαιωμένο οργανισμό του φορέα και την απουσία επιχειρησιακού σχεδίου, με συνέπεια η πληθυσμιακή και γεωγραφική κατανομή του στόλου του ΕΚΑΒ να μη βασίζεται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού.

---

<sup>42</sup> Νόμος 1579/85, ΦΕΚ 217/Α/85 και ΠΔ 376/88, ΦΕΚ 169/Α/88

### 4.3 Οικονομικά στοιχεία των τελευταίων ετών

Η πιο πρόσφατη μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων<sup>43</sup> υποβλήθηκε στις 17.6.2015, εγκρίθηκε στις 15.7.2015 και αφορά τα έτη 2009 έως 2013 (5 έτη). Οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων αποτελούν βασικό δείκτη επίτευξης των οικονομικών στόχων της κάθε νοσοκομειακής μονάδας. Οι συνολικές δαπάνες των νοσοκομείων του ΕΣΥ προκύπτουν από το σύνολο των δαπανών για υπηρεσίες, όπως δημόσιες επιχειρήσεις και οργανισμοί (ΔΕΚΟ), ασφάλεια, καθαριότητα, εστίαση και λοιπές δαπάνες, των δαπανών υλικών που χωρίζονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: φάρμακο, υγειονομικό υλικό, ορθοπεδικό υλικό, χημικά αντιδραστήρια, και των δαπανών αναλώσιμων, όπως αέρια, καύσιμα και λοιπές δαπάνες.

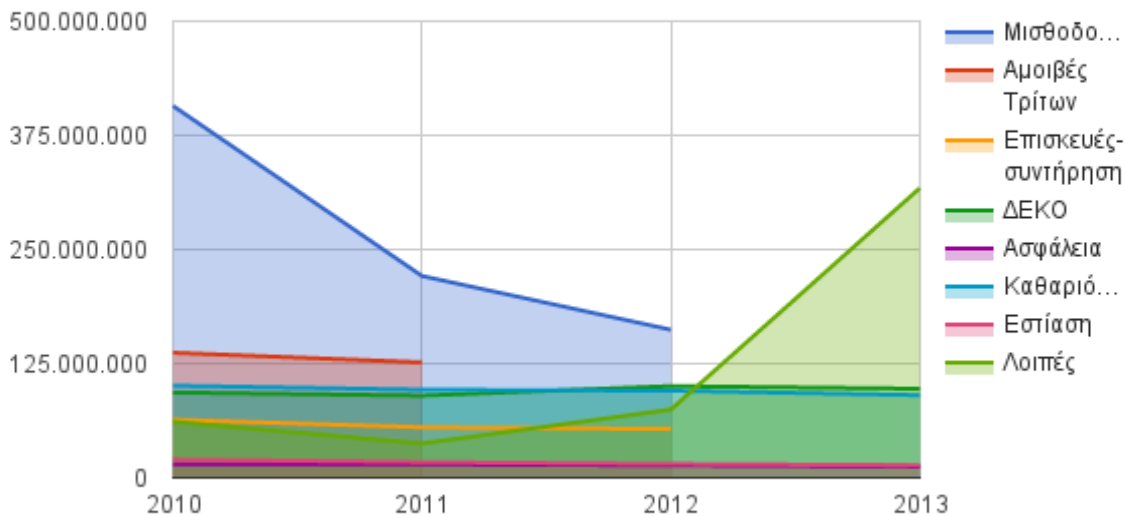
Πίνακας 2: Συνολικές Δαπάνες Ε.Σ.Υ

Έτος	Μισθοδοσία	Αμοιβές Τρίτων	Επισκευές- συντήρηση	ΔΕΚΟ
2010	407.205.866	136.949.367	63.576.878	93.429.405
2011	220.951.055	126.393.423	55.368.675	90.031.216
2012	162.116.685	84.013.230	53.543.580	100.389.844
2013	-	-	-	97562157

Έτος	Ασφάλεια	Καθαριότητα	Εστίαση	Λοιπές
2010	14.659.760	100.904.578	20.064.621	61.480.095
2011	14.745.370	96.510.781	17.128.036	37.559.287
2012	13.661.699	95.359.906	15.197.065	74.738.567
2013	12.263.705	90.492.836	13.757.970	317.254.161

<sup>43</sup> Α. Καστανιώτη, Ν. Πολύζος, 2016, “Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων Βάσει δεικτών ESY.net”

Διάγραμμα 1: Συνολικές Δαπάνες Ε.Σ.Υ

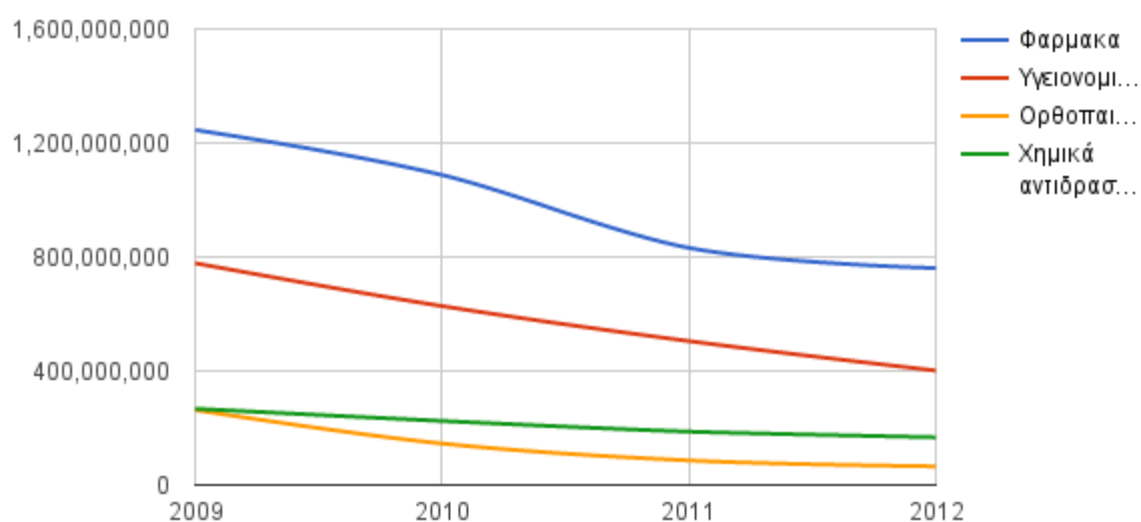


Στον πίνακα καταγράφεται το σύνολο των δαπανών για τα έτη 2010-2013. Πραγματοποιώντας μια πρώτη σύγκριση μεταξύ των δαπανών κατά τα έτη 2009-2012, παρατηρείται μια συνεχής και άξια αναφοράς μείωση των δαπανών στο σύνολο της χώρας, αλλά και σε κάθε ΥΠε ξεχωριστά. Μάλιστα, συγκριτικά, οι δαπάνες του 2012 και εκείνες του 2009 μειώθηκαν κατά 550.000.000 € και 400.000.000 €, αντίστοιχα, σε σχέση με τις δαπάνες του 2010 και κατά 248.000.000 € από το σύνολο των δαπανών του 2011. Τα λειτουργικά έξοδα των νοσοκομείων της χώρας σημείωσαν μείωση και κατά το 2013, αφού οι συνολικές δαπάνες που καταγράφηκαν ήταν 1.786.096.908 €, όταν το 2012 ήταν 2.038.097.710 € (12,36%). Σύμφωνα με τα οικονομικά στοιχεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ για το έτος 2013, οι δαπάνες-υποχρεώσεις των υπηρεσιών υπερέβησαν συνολικά τα 500.000.000 €, με τα μεγαλύτερα ποσά να αφορούν στις ΔΕΚΟ, στην καθαριότητα και στη μισθοδοσία προσωπικού (κυρίως τις αμοιβές επικουρικού προσωπικού).

Πίνακας 3: Δαπάνες Υλικών Ε.Σ.Υ.

Έτος	Φάρμακα	Υγειον/κό υλικό	Ορθοπ/κό υλικό	Χημικά Αντιδρ/ρια
2009	1.245.784.217	778.153.993	262.969.973	267.569.746
2010	1.087.729.166	627.718.452	145.404.086	224.660.125
2011	831.890.047	504.893.478	86.077.896	187.220.534
2012	760.949.346	401.497.176	65.336.535	167.279.902

Διάγραμμα 2: Δαπάνες Ε.Σ.Υ



Ο πίνακας 4 αφορά στη συνολική δαπάνη των τεσσάρων μεγάλων κατηγοριών, για τα έτη 2009-2012. Οι συγκεκριμένες κατηγορίες αναφέρονται στη δαπάνη για τα φάρμακα, το υγειονομικό υλικό, το ορθοπεδικό υλικό και τα χημικά αντιδραστήρια. Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στοιχεία για τα έτη 2009 και 2010, αλλά και τα επίσημα στοιχεία του ESY.net για τα επόμενα δύο χρόνια (2011-2012), η δαπάνη για τις τέσσερις κατηγορίες βαίνει συνεχώς

μειούμενη, με αξιοσημείωτο ρυθμό πτώσης, ιδιαίτερα για τα φαρμακευτικά προϊόντα και το ορθοπεδικό υλικό. Το σύνολο της δαπάνης των εν λόγω κατηγοριών για το 2009 ήταν 2.554.477.928 €, για το 2010 2.085.829 €, για το 2011 1.610.081.956 € και για το 2012 1.395.062.959 €. Συνεπώς, τα έτη 2009-2012 οι δαπάνες των τεσσάρων κατηγοριών μειώθηκαν πάνω από 1 δις €. Μεγαλύτερη μείωση παρατηρήθηκε στη δαπάνη του ορθοπεδικού υλικού (μείωση κατά 24% από το 2011 στο 2012) και ακολούθησε η δαπάνη του υγειονομικού υλικού, που μειώθηκε κατά περίπου 20%. Μικρότερη μείωση εμφάνισε η δαπάνη για τα χημικά αντιδραστήρια. Όσον αφορά στα έτη 2012-2013, η συνολική δαπάνη για τις τέσσερις μεγάλες κατηγορίες ήταν για το 2012 1.395.062.959 € και για το 2013 1.230.523.131 €, μειωμένη δηλαδή κατά περίπου 165.000.000 € (-11,79%).

Σύμφωνα με την ανάλυση των οικονομικών δεδομένων των νοσοκομείων του ΕΣΥ προέκυψε αξιοσημείωτη μείωση των συνολικών δαπανών και για τα τέσσερα εξεταζόμενα έτη (2009-2012), σε ποσοστό 10-20%, συγκρίνοντας τις συνολικές δαπάνες των ετών 2011-2012 με εκείνες των ετών 2009-2012.

Επίσης, για το έτος 2013, οι συνολικές δαπάνες σημείωσαν καθοδική πορεία, καθώς από 2.038.097.710 € μειώθηκαν σε 1.786.096.708 €, γεγονός που αντιστοιχεί σε ποσοστιαία μείωση της τάξης του 12,36%. Όσον αφορά στα έτη 2012-2013, παρατηρήθηκε επίσης μείωση των δαπανών σε όλες τις κατηγορίες. Τέλος, αξιοσημείωτη υποχώρηση παρατηρήθηκε και στις τέσσερις μεγάλες κατηγορίες δαπανών (φαρμακευτικά προϊόντα, υγειονομικό υλικό, ορθοπεδικό υλικό και χημικά αντιδραστήρια), με αρκετά μειωμένες κυρίως τις φαρμακευτικές δαπάνες μεταξύ των ετών 2009-2012, ενώ η μεταξύ των ετών 2011-2012 μεγαλύτερη μείωση αφορούσε στο ορθοπεδικό (-24%) και στο υγειονομικό υλικό (-20%).

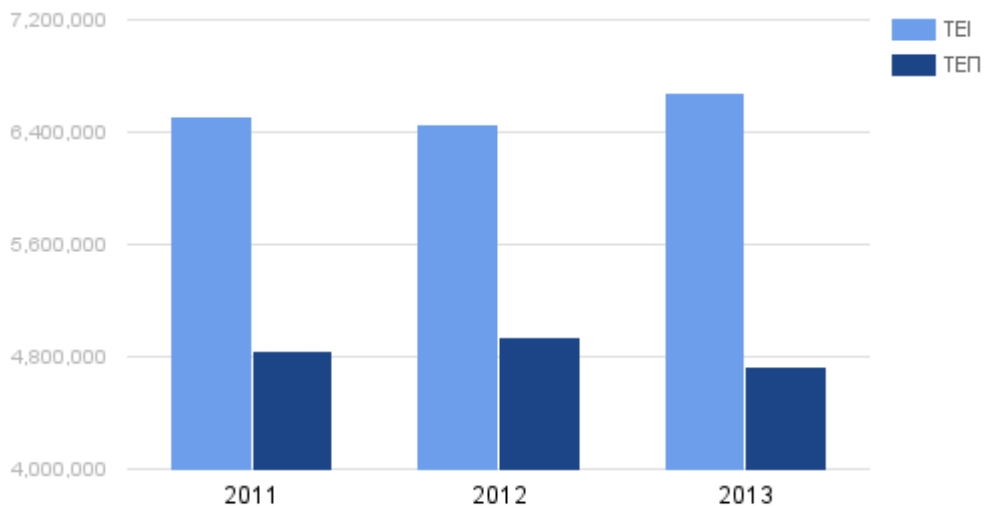
Παρά τα προβλήματα και την οικονομική επιβάρυνση που υφίστανται πλέον οι ασθενείς για τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών, τα τελευταία χρόνια η κίνηση των κέντρων υγείας δείχνει να έχει αυξηθεί. Το 2010 ο αριθμός των ασθενών που επισκέφτηκαν τα κέντρα υγείας αυξήθηκε κατά 4% σε σχέση με το 2009 (από 6.066.800 σε 6.305.459 εξετασθέντες), ενώ για το διάστημα Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου 2011 η αύξηση σε σύγκριση με το αντίστοιχο διάστημα του 2010 ήταν 21% (από 4.730.993 σε 5.702.890 εξετασθέντες)<sup>44</sup>. Το γεγονός αυτό δείχνει τη σημασία της λειτουργίας των κέντρων υγείας για την κάλυψη των αναγκών των μη αστικών

<sup>44</sup> Γενική Γραμματεία Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Ετήσια Έκθεση, 2011

περιοχών. Δείχνει επίσης την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας που καλούνται να αντιμετωπίσουν.

Όσον αφορά στα λειτουργικά μεγέθη, παρατηρήθηκε μείωση κατά 1% του αριθμού των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (ΤΕΙ) κατά τα έτη 2011-2012, σε αντίθεση με τα συγκριτικά αποτελέσματα των ετών 2012-2013, όπου υπήρξε αύξηση των ασθενών κατά 3,32%. Όσον αφορά στις επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), την περίοδο 2011-2012 υπήρξε αύξηση 2%, σε αντίθεση με την περίοδο 2012-2013 κατά την οποία σημειώθηκε αισθητή μείωση, της τάξης του 3,05%. Στον αριθμό των εσωτερικών ασθενών κατά τα έτη 2009-2012 σημειώθηκε συνεχής αύξηση, ενώ το 2013, συγκριτικά με το έτος 2012, παρατηρήθηκε μικρή πτώση, της τάξης του 0,46%.

Διάγραμμα 3: Αριθμός επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών



## **5. Το Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης**

Το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) ιδρύθηκε με το νόμο 6298/1934, είναι το μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο στη χώρα μας. Καλύπτει σχεδόν το 52% του πληθυσμού της Ελλάδος καθώς στο Ι.Κ.Α είναι ασφαλισμένοι όλοι οι μισθωτοί, οι εργάτες και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι καθώς και τα μέλη των οικογενειών τους.

Ειδικότερα το ΙΚΑ, μέχρι λίγο πριν την ένταξη του στον ΕΟΠΥΥ, ήταν υπεύθυνο για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους περίπου 6 εκατομμύρια δικαιούχους του, μέσω ενός εκτεταμένου και αποκεντρωμένου δικτύου πολυϊατρείων και ειδικών υγειονομικών μονάδων, συμπεριλαμβανομένων διαγνωστικών κέντρων ιατρικής της εργασίας, κέντρων παιδοψυχικής υγιεινής και κέντρων προληπτικής ιατρικής.

Θεωρητικά, το ΙΚΑ παρείχε στους δικαιούχους του ένα ευρύ φάσμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, όπως γενική ιατρική φροντίδα για τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους, προαγωγή υγείας, παιδική φροντίδα, οδοντιατρικές υπηρεσίες, γυναικολογικές εξετάσεις, προγεννητική φροντίδα και οικογενειακό προγραμματισμό, ιατρική της εργασίας, πρώτες βοήθειες, εμβολιασμούς, συνταγογράφηση φαρμάκων, επιδημιολογική έρευνα και κοινωνική φροντίδα. Στην πράξη, όμως, το μεγαλύτερο μέρος των παρεχόμενων από το ΙΚΑ πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας είχε περιοριστεί στη συνταγογράφηση (45% των περιπτώσεων), στην παραπομπή των ασθενών σε νοσοκομεία, καθώς και στην παραπομπή των ασφαλισμένων σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τη διενέργεια υψηλού κόστους διαγνωστικών εξετάσεων (κυρίως των ηλικιωμένων που είναι οι βασικοί χρήστες των υπηρεσιών του ΙΚΑ).

Η χρηματοδότηση του Ι.Κ.Α γίνεται από τις εισφορές κυρίως των εργαζομένων και των εργοδοτών. Το ποσό της εισφοράς είναι ένα σταθερό ποσοστό του εισοδήματος του ασφαλισμένου. Το αυξανόμενο έλλειμμα που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια στους λογαριασμούς του Ι.Κ.Α οφείλεται κυρίως στη σημαντική χρονική καθυστέρηση στην καταβολή των ασφαλίσεων, στην πολιτική των χαμηλών εισφορών που έχει υιοθετήσει το Ι.Κ.Α και στην ελλιπή κρατική χρηματοδότηση.

Η ασφάλιση στο Ι.Κ.Α. είναι υποχρεωτική και όχι προαιρετική. Αυτό σημαίνει ότι η ασφάλιση δεν εξαρτάται από την θέληση του εργαζόμενου ή του εργοδότη και αρχίζει από την πρώτη μέρα εργασίας. Με την ασφάλισή του ο εργαζόμενος γίνεται δικαιούχος των παροχών



τόσο του Ι.Κ.Α. - ΕΤΑΜ όσο και των άλλων Οργανισμών (ΟΑΕΔ, ΟΕΚ, Ε.Ε ) και του ΕΤΕΑΜ τις εισφορές των οποίων συνεισπράττει το ΙΚΑ- ΕΤΑΜ .

Δικαιώματα Παροχών:

Από το Ι.Κ.Α. -ΕΤΑΜ

- Σύνταξη
- Παροχές Ασθενείας
- Επιδόματα ασθενείας, ατυχήματος,μητρότητας κ.λπ
- έξοδα κηδείας

Από τον Ο.Α.Ε.Δ

- Επίδομα ανεργίας
- Επίδομα στράτευσης
- Οικογενειακά επιδόματα

Από τον Ο.Ε.Κ. (Οργανισμός Εργατικής Κατοικίας)

- Στεγαστικά δάνεια ή έτοιμη κατοικία, Επιδότηση ενοικίου

Από την Εργατική Εστία

- Επίδομα γάμου
- Κοινωνικός Τουρισμός
- Ψυχαγωγία

## **5.1 Η Λειτουργία του Ι.Κ.Α.**

Το Ι.Κ.Α. -ΕΤΑΜ είναι Κοινωνικός Ασφαλιστικός Οργανισμός που εισπράττει εισφορές για να δίνει παροχές. Στις ασφαλιστικές εισφορές συμμετέχουν ο εργαζόμενος, ο εργοδότης και σε κάποιο ποσοστό το Κράτος. Έτσι έχουμε την εργατική και την εργοδοτική εισφορά. Τις

ασφαλιστικές εισφορές (εργοδότη και ασφαλισμένου) είναι υποχρεωμένος να τις καταβάλλει στο Ι.Κ.Α.-ΕΤΑΜ ο εργοδότης μέσα στην προθεσμία που προβλέπεται από το νόμο.

Το ποσό της εργατικής εισφοράς είναι ποσοστό επί των ακαθαρίστων αποδοχών του απασχολούμενου. Το ποσό αυτό το παρακρατεί ο εργοδότης από τον εργαζόμενο κατά την πληρωμή των αποδοχών του ή το αργότερο μέσα σε δύο μήνες από αυτήν<sup>45</sup>.

Οι παροχές του ΙΚΑ διακρίνονται σε παροχές σε είδος και σε παροχές σε χρήμα. Οι παροχές σε είδος αφορά την φροντίδα της υγείας των ασθενών, ενώ οι παροχές σε χρήμα περιλαμβάνουν επιδόματα για την κάλυψη των ειδικών αναγκών των εργαζομένων (επίδομα κοινής νόσου, εργατικού ατυχήματος, μητρότητας κ.ο.κ)

Οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ διαχωρίζονται σε παλαιούς και νέους ασφαλισμένους. Το κριτήριο του διαχωρισμού το εισήγαγε ο νόμος 2084/1992 και είναι το έτος ασφάλισης τους, δηλαδή το αν ασφαλίστηκαν πριν ή μετά την 1/1/1993. Αυτοί που ασφαλίστηκαν για πρώτη φορά μετά την 1.1.1993. Αυτοί νοούνται ως νέοι ασφαλισμένοι και υπάγονται εφεξής σε ένα νέο καθεστώς όπου έχουν αυστηρότερες προϋποθέσεις χορήγησης παροχών και υπολογισμού του ύψους τους. Οι υπαχθέντες μέχρι 31.12.1992 σε κάποιο ασφαλιστικό φορέα ή στο Δημόσιο, νοούνται ως παλαιοί ασφαλισμένοι και εξακολουθούν να υπάγονται στις μέχρι τότε ισχύουσες διατάξεις.

Στο ΙΚΑ οι ασφαλισμένοι από 01.01.1993 επιβαρύνονται για την ασφάλιση υγείας, 2,55% των εργαζομένων, 5% των εργοδοτών και 3,8% κρατικής συνεισφοράς.

---

<sup>45</sup> “Οδηγός του Ασφαλισμένου”, 2015, Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών

Πίνακας 4: Ποσοστά εισφορών ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και συνεισπραττόμενων οργανισμών (Ν.4254/14) με ισχύ από 1/7/2014

Φορέας Ασφάλισης:	Κλάδοι Ασφάλισης	ΠΟΣΟΣΤΑ			ΙΣΧΥΟΥΝ ΑΠΟ
		Ασφαλ/μένος	Εργοδότης	Σύνολο	
ΙΚΑ	Ασθένεια σε είδος (ΕΟΠΥΥ)	1,85	3,70	5,55	1/1/70
	Ασθένεια σε χρήμα	0,30	0,60	0,90	1/1/93
		0,40	0,80		1/1/70
			0,25	0,65	1/7/2014
	Συντάξεως	5,75	11,50	17,25	1/7/91
		0,92	1,83	2,75	1/1/93
	Επαγγελματικού Κινδύνου	2,20	1,40	3,60	1/3/76

Το ΙΚΑ παρέχει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης στους δικαιούχους ασφαλισμένους και στα μέλη της οικογένειάς τους, όπως, να επισκέπτονται τους ιατρούς στα ιατρεία του ΙΚΑ ή στα ιδιωτικά τους ιατρεία όταν δεν υπάρχουν οργανωμένοι υγειονομικοί σχηματισμοί, να επισκέπτονται τον οικογενειακό τους ιατρό, να κλείνουν ραντεβού για ιατρική εξέταση, να επισκέπτονται τον αγροτικό ιατρό στις αγροτικές περιοχές<sup>46</sup>. Επίσης, παροχή του ταμείου είναι η δωρεάν επίσκεψη των κέντρων υγείας.

Οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ μπορούν να εντάσσονται σε προγράμματα αποκατάστασης σε ειδικά κέντρα, να υποβάλλονται σε εξωσωματική γονιμοποίηση, να συμμετέχουν σε προγράμματα ιατρικής περίθαλψης κ.α. Οι γιατροί του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ χορηγούν φαρμακευτική περίθαλψη, δηλαδή οι συνταγές φαρμάκων χορηγούνται από αυτούς για την αποκατάσταση της υγείας των ασφαλισμένων και την πλήρη ανάρρωσή τους. Χορηγείται έκτακτη νοσοκομειακή

<sup>46</sup> Κων. Δ. Λαναρά, 2004, “ Η ασφάλιση στο ΙΚΑ, Ασφάλιση-Εισφορές-Παροχές-Περίθαλψη-Συντάξεις”

περίθαλψη, δηλαδή αποδίδεται δαπάνη για νοσηλεία ασφαλισμένων και συνταξιούχων σε μη συμβεβλημένα θεραπευτήρια, με την προϋπόθεση ότι ο δικαιούχος θα αναγγείλει την έκτακτη νοσηλεία του σε μη συμβεβλημένο θεραπευτήριο μέσα σε 30 μέρες από την είσοδό του σε αυτό και φυσικά το περιστατικό να κριθεί επείγον από τον αρμόδιο ελεγκτή. Αποδίδει τη δαπάνη για αποκλειστική αδελφή, σε εξαιρετικά βαριά περιστατικά νοσηλείας ασφαλισμένων και συνταξιούχων του σε κρατικά νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές μη συμβεβλημένες, αλλά μόνο κατά τη διάρκεια της νύχτας και για 8 μόνο νύχτες, για κάθε νοσηλεία.

Το ΙΚΑ, επιπρόσθετα, χορηγεί οδοντιατρική περίθαλψη η οποία παρέχεται από τα οδοντιατρεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ή από τους οδοντιάτρους του οι οποίοι εξυπηρετούν στα ιδιωτικά τους ιατρεία. Οι ιατρικές εξετάσεις που δικαιούνται οι ασφαλισμένοι είναι οι παιδοδοντικές θεραπείες, οδοντιατρικές θεραπείες, γναθοχειρουργικές θεραπείες, οδοντοπροσθετικές θεραπείες- εργασίες, ορθοδοντικές θεραπείες-εργασίες, οδοντιατρική περίθαλψη σε παιδιά και άτομα με ειδικές ανάγκες, οδοντιατρικές υπηρεσίες πρόληψης.

Χορηγεί είδη πρόσθετης περίθαλψης στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του καθώς και στα μέλη της οικογένειάς του. Η δαπάνη των ειδών πρόσθετης περίθαλψης αποδίδεται στο τμήμα Παροχών Ασθενείας της Μονάδας Ασφάλισης του ΙΚΑ της κατοικίας του ασφαλισμένου. Μερικά είδη πρόσθετης περίθαλψης είναι: αναπηρικά αμαξίδια, ορθοστάτες, τεχνητά μέλη, μηχανήματα ομιλίας, οπτικά είδη, ακουστικά βαρηκοΐας κ.α..

Παρέχει στους δικαιούχους του, λουτροθεραπεία οι οποίοι είναι οι άμεσα ασφαλισμένοι και οι συνταξιούχοι ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και των ειδικών ταμείων, όχι όμως τα προστατευόμενα μέλη τους. Περιλαμβάνονται και τα μεταφορικά και το ξενοδοχείο. Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ εφαρμόζει ένα πρόγραμμα θεραπευτικού κοινωνικού τουρισμού με κλήρωση που απευθύνεται σε χαμηλοσυνταξιούχους που έχουν ανάγκη να κάνουν λουτροθεραπεία σε συμβεβλημένα ξενοδοχεία εντελώς δωρεάν για 15 μέρες.

Το ταμείο του ΙΚΑ παρέχει ακόμα και νοσηλεία στο εξωτερικό. Αναλαμβάνει ολόκληρη τη δαπάνη νοσηλείας που απαιτείται στην περίπτωση μιας πάθησης που δεν είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί στην Ελλάδα λόγω έλλειψης κατάλληλων επιστημονικών μέσων ή εξειδικευμένων γιατρών. Επίσης καλύπτει τα εισιτήρια και ένα ποσοστό για έξοδα διαμονής και διατροφής του ασθενή και του συνοδού, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

Στην περίπτωση μεταμόσχευσης αναλαμβάνει και την δαπάνη νοσηλείας του δότη, καλύπτει τα έξοδα μετακίνησης των ασφαλισμένων, συνταξιούχων και των προστατευομένων μελών τους με μέσα μεταφοράς όπως τρένο, λεωφορείο, πλοίο για να τους παρασχεθεί η δέουσα περίθαλψη, σε γιατρό δημόσιου νοσοκομείου ή σε συμβεβλημένο εκτός του νομού κατοίκησης του ασθενούς.

Το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ στον τομέα της προληπτικής ιατρικής έχει δείξει δραστηριότητα με τη σύσταση διαφόρων Κέντρων και Σταθμών. Ενδεικτικά αναφέρεται το Κέντρο Προγενετικού Ελέγχου, το Κέντρο Μαστού, οι Σταθμοί Μάννας και Προστασίας του Παιδιού, βρεφονηπιακοί σταθμοί, γραφείο ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, κέντρα Παιδοψυχικής Υγιεινής κ.α.

Χορηγεί πράξεις θεραπείας, δηλαδή αποδίδει δαπάνες για πράξεις φυσικοθεραπείας στους ασφαλισμένους και συνταξιούχους του. Παρέχει εξωσωματική γονιμοποίηση, στην μέθοδο αυτή μπορούν να προσφύγουν οι έγγαμες γυναίκες, προκειμένου να αποκτήσουν παιδί, ηλικίας από 23 έως 43 ετών.

Με το Ν.3918/2011, με τον οποίο εισάγονται σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας, οι σημαντικότερες από τις οποίες αναφέρονται στο νέο σύστημα προμηθειών υγείας, στην δημιουργία του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ. Με τις διατάξεις της παρ.1 του άρθρου 17 του Ν.3918/2011 συστάθηκε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου ( Ν.Π.Δ.Δ.) με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (εφεξής Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και οι παροχές σε είδος του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από 1/1/2012 εντάσσονται στο νέο φορέα και καθορίζονται ως προς την έκταση , το ύψος , τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης από τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

## **5.2 Οικονομικά στοιχεία των τελευταίων ετών**

Με βάση τα δημοσιευμένα Στατιστικά Δελτία του ΙΚΑ<sup>47</sup>, το 2006 οι άμεσοι ασφαλισμένοι ήταν 2.031.446 ενώ στο τέλος του 2007 έφτασαν τους 2.112.727, σημείωσαν δηλαδή μια αύξηση της τάξης του 4%, ενώ το 2008 έφτασαν τους 2.126.180, σημείωσαν δηλαδή αύξηση αλλά μικρότερη αυτή τη χρονιά. ( 0,64% ). Το 2006 στα ιατρεία του ΙΚΑ πραγματοποιήθηκαν

<sup>47</sup> Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, 2007,2008

54.008.491 από ασφαλισμένους, ενώ το 2007, 58.482.257 ( 8,28% περισσότεροι). Αντιθέτως, το 2008 παρατηρείται μια μικρή μείωση στην προσέλευση ασθενών της τάξης του 0.11% (από 58.482.257 το 2007 ανέρχονται στους 58.415.952 το 2009).

Το σύνολο των εξόδων για τις παροχές ασθένειας για το 2006 ανερχόταν στα 3.677.758.105 ευρώ ενώ το 2007 στα 4.180.760.942 ευρώ, παρουσιάστηκε δηλαδή έλλειμμα της τάξης των 1.373.291.207 ευρώ σε σχέση με τα έσοδα ενώ το ποσό του ελλείμματος αυξήθηκε κατά 19.39% το επόμενο έτος ( 1.639.619.752 € έλλειμμα 2007). Παρόμοια εικόνα έχουμε και για το 2008 όπου τα έξοδα για τις παροχές ασθένειας σε είδος αυξήθηκαν κατά 5,54% σε σχέση με το 2007 (4.412.350.403 € έξοδα 2008) ενώ το έλλειμμα ανήλθε 1.708.041.792 ευρώ (4,17% περισσότερο από το προηγούμενο έτος).

Η αύξηση των εξόδων του κλάδου παροχών ασθένειας σε είδος οφείλεται στην αύξηση της δαπάνης της Ιατρικής Περίθαλψης (κατά 8,15% το 2007 και κατά 10,40% το 2008) που προκύπτει από την αύξηση των δαπανών μισθοδοσίας του ιατρικού και υγειονομικού προσωπικού του Ι.Κ.Α (κατά 4,34 % το 2007 και 24,61% το 2008) και την αύξηση της δαπάνης για έξοδα λειτουργίας των ιατρείων και εργαστηρίων (κατά 0,81%) που οφείλεται στη μετεγκατάσταση ορισμένων μονάδων υγείας ενώ το 2008 παρατηρήθηκε μείωση της δαπάνης για υγειονομικό υλικό (κατά ποσοστό 20,62%).

Ένας ακόμα λόγος που αυξήθηκαν τα έξοδα είναι η αύξηση της δαπάνης της φαρμακευτικής περίθαλψης (κατά 14,43% το 2007 και κατά 12,75% το 2008). Η αύξηση αυτή της δαπάνης προκύπτει από την αύξηση της τιμής των σκευασμάτων, από τα νέα σκευάσματα και σκευάσματα καινούργιας τεχνολογίας που εισήλθαν στην αγορά και χορηγούνται από το ΙΚΑ και από την υποκατάσταση φθηνών σκευασμάτων με άλλα ακριβότερα.

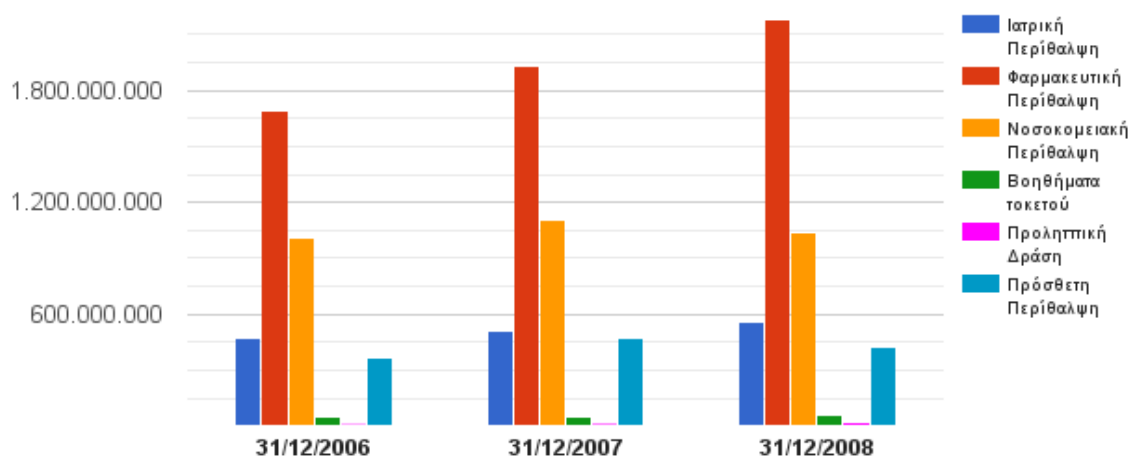
Το 2007 η δαπάνη της νοσοκομειακής περίθαλψης που καταβάλλει το Ι.Κ.Α αυξάνεται κατά 9,55 % συγκριτικά με το προηγούμενο έτος. Το γεγονός αυτό προκύπτει από την μείωση των δαπανών των ιδιόκτητων νοσοκομείων του Ι.Κ.Α κατά 0,19 %, την αύξηση των δαπανών που καταβάλλει το Ι.Κ.Α για νοσήλια σε κρατικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές κατά 5,54% και την αύξηση της δαπάνης των βοηθημάτων τοκετού κατά 5,79%. Οι παραπάνω αυξήσεις οφείλονται στην υποκατάσταση φθηνών σκευασμάτων με άλλα ακριβότερα που χορηγούνται στα νοσοκομεία και δεν καλύπτονται από το νοσήλιο, στην παροχή υπηρεσιών νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον, στην αναπροσαρμογή των τιμών των υλικών για αρθροπλαστικές επεμβάσεις.

Αντιθέτως, το 2008 υπάρχει μείωση της δαπάνης της νοσοκομειακής περίθαλψης που καταβάλλει το Ι.Κ.Α σε ποσοστό 5,3%.

Πίνακας 5: Δαπάνη Ι.Κ.Α για παροχές σε είδος

(τιμές σε €)	31/12/2006	31/12/2007	31/12/2008
<b>Ιατρική Περίθαλψη</b>	468.872.838	507.068.630	559.825.002
<b>Φαρμακευτική Περίθαλψη</b>	1.691.093.301	1.935.150.854	2.181.919.919
<b>Νοσοκομειακή Περίθαλψη</b>	1.008.290.311	1.106.498.626	1.038.186.176
<b>Βοηθήματα τοκετού</b>	50.005.529	52.903.277	59.573.519
<b>Προληπτική Δράση</b>	11.892.544	14.069.004	16.733.377
<b>Πρόσθετη Περίθαλψη</b>	363.495.770	468.165.504	424.017.129

Διάγραμμα 4: Δαπάνη Ι.Κ.Α για παροχές σε είδος



Πίνακας 6: Ισολογισμός Ι.Κ.Α.

(τιμές σε €)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Σύνολο Ενεργητικού</b>	22.890.450	21.123.742	20.585.834	23.431.641	19.532.843	13.743.734	38.529.559
<b>Σύνολο Ιδιών Κεφαλαίων</b>	4.589.748	4.589.748	4.589.748	4.589.740	4.589.748	4.479.751	4.208.897
<b>Σύνολο υποχρ/σεων</b>	18.300.702	16.533.993	15.996.085	18.841.892	14.943.094	9.263.983	34.320.661

## **6 Η χρησιμότητα του Εθνικού Οργανισμού Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας**

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) δεν συνιστά ένα ασφαλιστικό οργανισμό υπό την έννοια ότι δεν είναι υπεύθυνος για την είσπραξη των πόρων και την επιβεβαίωση του ασφαλιστικού δικαιώματος αλλά μεσολαβεί μεταξύ της ασφάλισης και της προσφοράς υπηρεσιών υγείας ασκώντας μονοψωνιακή διαπραγματευτική δύναμη. Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ αποτελεί την σημαντικότερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων ετών.

Αποστολή του νέου Οργανισμού είναι η ισότιμη πρόσβαση όλων των εν ενεργεία ασφαλισμένων, συνταξιούχων και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως απώτερο σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας.

Σύμφωνα με το Ν.3918/2011 στον ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ -ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι κλάδοι υγείας του



Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) καθώς και ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ)<sup>48</sup>.

Πιο συγκεκριμένα, σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.4238/17-02-2014, είναι:

α) Η αγορά υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και στα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον προβλεπόμενο στο άρθρο 30 του ΕΚΠΥ.

β) Η θέσπιση κανόνων σχεδιασμού, ποιότητας, ανάπτυξης, αξιολόγησης, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

γ) Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε απαιτείται.

δ) Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων.

Οι πόροι του ΕΟΠΥΥ για την επίτευξη των ανωτέρω στόχων προέρχονται από: α) την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ. Η επιχορήγηση αυτή αφορά τη συμμετοχή του Δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων για τον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ- ΕΤΑΜ και του ΟΑΕΕ και την κρατική συμμετοχή για τον ΟΓΑ, β) τις ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου- εργοδότη, οι πόροι του ΟΠΑΔ που προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων σε ποσοστό 2,55% και τις εισφορές του εργοδότη σε ποσοστό 5,1% επί των πάσης φύσεως αποδοχών των δικαιούχων του, γ) την προβλεπόμενη εισφορά συνταξιούχων, που ανέρχεται σε 4%.

Ο ΕΟΠΥΥ έχει αναλάβει την διοίκηση, τον προϋπολογισμό, τον συντονισμό και τον έλεγχο των δράσεων της Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ). Η διατήρηση του δημόσιου πυλώνα, μέσω της οικείας Γενικής Διεύθυνσης του ΕΟΠΥΥ, για την προσφορά υπηρεσιών ΠΦΥ, κρίνεται ως καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία των στόχων της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ. Το συγκριτικό πλεονέκτημα του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας και παρόχου οφείλει να διατηρηθεί, καθώς έχει προστιθέμενη αξία και επιφέρει πολλαπλά οφέλη, τα οποία

<sup>48</sup> Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001, “Συστήματα Υγείας”

μεγιστοποιούνται λόγω της δεινής οικονομικής συγκυρίας, της πίεσης στις δαπάνες υγείας και τους οικογενειακούς προϋπολογισμούς.

Σημειώνεται, μάλιστα, ότι τα μέχρι τώρα στοιχεία παρουσιάζουν την αποτελεσματική λειτουργία πολλών μονάδων του ΕΟΠΥΥ, καθώς καταγράφονται υψηλά ποσοστά επισκεψιμότητας των δομών του ΕΟΠΥΥ και διαχείρισης των περιστατικών στην ΠΦΥ. Το στοιχείο αυτό ενισχύει την άποψη για διατήρηση των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας στον ΕΟΠΥΥ, δεδομένου ότι προκύπτουν θετικές συσχετίσεις, ακόμη και σε συνθήκες ημιτελούς λειτουργίας του Οργανισμού (μη μεταφορά προσωπικού, πόρων, χρηματικών διαθέσιμων, εξοπλισμού).

Ειδικότερα, η συγκράτηση των δαπανών υγείας είναι δυνατή μόνο μέσω της συμπληρωματικής λειτουργίας των υπηρεσιών παροχής και αγοράς ΠΦΥ στο πλαίσιο κλειστών-σφαιρικών προϋπολογισμών ανά περιφερειακή ενότητα. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι ο έλεγχος της δαπάνης καθίσταται αποτελεσματικότερος όταν δεν υπάρχει διάσπαση του αγοραστή και παρόχου. Ειδάλλως, είναι δυσχερής έως αδύνατη η ταυτοποίηση και ο έλεγχος του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών από τον ΕΟΠΥΥ, με κίνδυνο εμφάνισης υπερβάσεων στο κόστος και αποτυχίας κάθε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας.

Η αναγκαιότητα διασφάλισης της δυνατότητας παροχής ενός στοιχειώδους πακέτου παροχών, με ποιοτικές προδιαγραφές και σε μηδενικές τιμές για ευπαθείς και αδύναμες ομάδες του πληθυσμού, απόρους-ανέργους, αλλά και ανασφάλιστους και ως εκ τούτου άρσης των εμποδίων πρόσβασης. Ο ΕΟΠΥΥ, ως διαχειριστής του ενιαίου προϋπολογισμού της ΠΦΥ, διασφαλίζει για το τμήμα του πληθυσμού που αντιμετωπίζει τον κίνδυνο της φτώχειας, υπηρεσίες στις δομές του σε μηδενικές τιμές και αγοράζει με συμβόλαια, κατόπιν διαπραγματεύσεων το υπόλοιπο μεγαλύτερο τμήμα υπηρεσιών.

Η θεσμική ενίσχυση του ΕΟΠΥΥ ως παρόχου υπηρεσιών υγείας, ενδυναμώνει τον ρόλο του και του προσδίδει την ευελιξία του υφιστάμενου δικτύου παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ, επιπλέον δε, συμβάλλει ουσιαστικά στην εισαγωγή ποιοτικού ανταγωνισμού στην αγορά, ώστε να αποφεύγονται φαινόμενα επένδυσης στην μονοπωλιακή κυριαρχία εκ μέρους των ιδιωτών προμηθευτών.

Η εύρυθμη λειτουργία της αγοράς υπηρεσιών ΠΦΥ και κυρίως η επιρροή στις τιμές των υπηρεσιών των ιδιωτών προμηθευτών, ώστε να ισορροπήσουν σε χαμηλότερα επίπεδα, δεδομένου ότι μέρος της παροχής παραμένει εντός ενός δημόσιου πυλώνα.

Η δυνατότητα ανάπτυξης ολοκληρωμένων δράσεων δημόσιας υγείας (αγωγή και προαγωγή υγείας, προσυμπτωματικοί έλεγχοι και άλλα σχετικά), οι οποίες απαιτούν κεντρικό σχεδιασμό και κίνητρα μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας (σε αντιδιαστολή με τα επιχειρηματικά κίνητρα), προκειμένου να καταστούν αποτελεσματικές. Η ημιτελής οργανωτική και διοικητική μεταφορά των μονάδων υγείας από τα ενταχθέντα Ταμεία και η εκκρεμής διαδικασία ολοκλήρωσης της μεταρρύθμισης, η οποία πραγματοποιήθηκε με τη συγκρότηση του Οργανισμού, προκάλεσε αδυναμίες και ελλείψεις οι οποίες θα ενταθούν περαιτέρω λόγω της ενδεχόμενης εκ νέου αλλαγής του οργανωτικού σχήματος, με τελικό αποδέκτη τον πολίτη.

### **6.1 Οικονομικά Στοιχεία των τελευταίων ετών**

Ο ενιαίος προϋπολογισμός ΠΦΥ, ο οποίος θα προκύψει από τους επιμέρους προϋπολογισμούς του ΕΟΠΥΥ και του ΕΣΥ (ΚΥ, ΠΙ) καθιστά δυνατή τη λειτουργία του εγχειρήματος χωρίς πρόσθετη επιβάρυνση της δημόσιας δαπάνης υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ λειτουργεί στο πλαίσιο κλειστών προϋπολογισμών οι οποίοι προβλέπεται τα προσεχή έτη (2016--2018) να παραμείνουν στο ίδιο επίπεδο με τα μεγέθη του 2015<sup>49</sup>.

Για την αποτίμηση του κόστους της μεταρρύθμισης στην ΠΦΥ<sup>50</sup>, κρίσιμο, είναι να διευκρινιστεί η δυνατότητα χρηματοδότησης και υλοποίησης συγκεκριμένων δράσεων οι οποίες εξυπηρετούν τις ανάγκες των θεσμικών παρεμβάσεων για την οργανική και λειτουργική αναδιοργάνωση της παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ υπό τον ΕΟΠΥΥ από ευρωπαϊκές πηγές χρηματοδότησης.

Ως πιθανές πηγές χρηματοδότησης των προτεινόμενων επιμέρους δράσεων, αναφέρονται τα Επιχειρησιακά Προγράμματα του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ), τα οποία περιγράφουν τις εκάστοτε αναπτυξιακές επιλογές για την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας, ενώ επιδιώκουν τη διατήρηση της οικονομικής ανάπτυξης και την αύξηση της παραγωγικότητας της Ελλάδας για την επίτευξη σύγκλισης με τα υπόλοιπα κράτη - μέλη της ΕΕ και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των πολιτών.

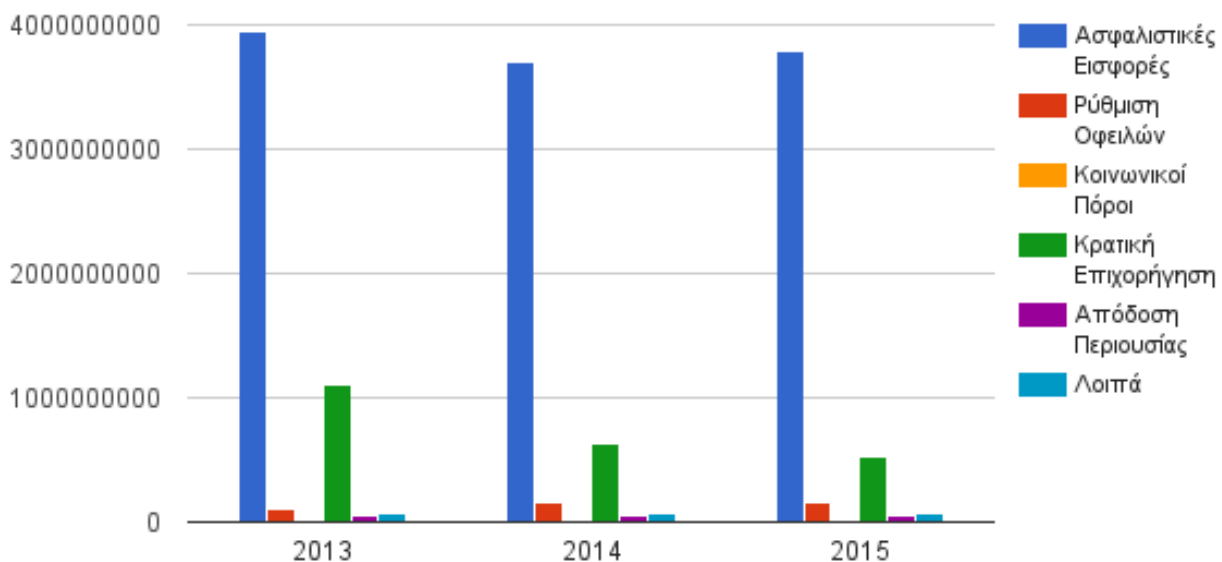
<sup>49</sup> όπως προκύπτει από την υπ. αριθμ. Γ3γ/70907 (ΦΕΚ Β' 2059/18.09.2015) Υπουργική Απόφαση

<sup>50</sup> “Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση”

Τα προϋπολογιστικά μεγέθη του ΕΟΠΥΥ αποτελούν υποσύνολο του κοινωνικού προϋπολογισμού και ως εκ τούτου επηρεάζονται από τα διαρθρωτικά μέτρα και τις δράσεις οι οποίες υιοθετούνται προς της κατεύθυνση της δημοσιονομικής προσαρμογής. Επιπρόσθετα, η φύση των εσόδων του ΕΟΠΥΥ, κρατική επιχορήγηση και ασφαλιστικές εισφορές, συναρτάται άμεσα από το ευρύτερο οικονομικό και παραγωγικό περιβάλλον (δείκτες ανάπτυξης και απασχόλησης) με τη χρηματοδοτική βάση του Οργανισμού.

Η πρόβλεψη του ετήσιου προϋπολογισμού των εσόδων του ΕΟΠΥΥ ήταν για το 2014, 5.496.000.000 ευρώ, ενώ τα έσοδα στην πραγματικότητα ήταν κατά 15,92% λιγότερα (4.621.000.000 €). Το 2015, ο προϋπολογισμός προέβλεπε έσοδα της τάξης των 5.190.000.000 ευρώ ενώ στην πραγματικότητα ανήλθαν στα 4.590.000.000 ευρώ (δηλαδή 11,56% λιγότερα). Το 2016, το 2017, και το 2018 οι πρόβλεψη είναι για 5.291.000.000 ευρώ, 5.342.000.000 ευρώ και 5.394.000.000 αντίστοιχα.

Διάγραμμα 5: Τα έσοδα του ΕΟΠΥΥ



Τα έξοδα του ΕΟΠΥΥ για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας της υγείας (ΠΦΥ) σύμφωνα με τους υπολογισμούς των τριών τελευταίων ετών οφείλονται κατά κύριο λόγο στην

φαρμακευτική δαπάνη και στις υπόλοιπες παροχές ασθένειας. Συγκεκριμένα, από τα περίπου 5,5 δισεκατομμύρια ευρώ (ακριβώς 5.432.000.000 €) των εξόδων του 2013 η φαρμακευτική δαπάνη κάλυπτε το 56,63%, το 2014 κάλυπτε το 49,41% από τα συνολικά έξοδα (4.513.000.000 €), ενώ το 2015 ανήλθε σε ποσοστό 50,42% του συνόλου (4.566.000.000 €).

Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ δεν επαρκεί να καλύψει τις πραγματικές δαπάνες υγείας των ασφαλισμένων, παράλληλα με την εμφάνιση σημαντικών προβλημάτων ρευστότητας. Στον προϋπολογισμό δαπανών κυριαρχεί η φαρμακευτική και η νοσοκομειακή περίθαλψη, φαινόμενο το οποίο σε συνδυασμό με το πρόβλημα της υπόχρηματοδότησης, ασκεί ασφυκτική πίεση στην υποστήριξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της ανάγκης ανταπόκρισης στην ζήτηση, ώστε να επιτευχθεί συγκράτηση της ροής προς τη δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη.

Τέλος, διαπιστώνεται η αδυναμία του ΕΟΠΥΥ να ανταποκριθεί στις πληρωμές των προμηθευτών (γιατροί, φαρμακεία, κλινικές, νοσοκομεία), γεγονός που εντείνεται και από το συσσωρευμένο χρέος το οποίο έχει μεταφερθεί στον ΕΟΠΥΥ από τα εντασσόμενα ταμεία. Η καθυστέρηση μεταβίβασης των εισφορών που έχουν εισπραχθεί από τους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ), αλλά δεν αποδίδονται εγκαίρως στον ΕΟΠΥΥ, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους λόγους της αναποτελεσματικής λειτουργίας του Οργανισμού, της αδυναμίας ενεργοποίησης της διαπραγματευτικής του δύναμης καθώς και υλοποίησης του στρατηγικού σχεδίου. Το ΔΣ του Οργανισμού έχει απευθυνθεί στα συναρμόδια Υπουργεία για την επίλυση του ζητήματος, καθότι η λειτουργία του Οργανισμού με υστέρηση περίπου 950εκ.€, μόνο για το τρέχον έτος, σηματοδοτεί την αδυναμία πληρωμών των παρόχων<sup>51</sup>.

Επιπλέον λόγω των οικονομικών δυσχερειών του οργανισμού ελαχιστοποιείται και η διαπραγματευτική δύναμη του, η οποία ασκείται μερικώς και ατελώς στις συναλλαγές με τους συμβεβλημένους γιατρούς, με τον ιδιωτικό τομέα (δηλαδή τις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα και τα εργαστήρια), με αποτέλεσμα η λειτουργία του οργανισμού να τίθεται υπό αμφισβήτηση. Στην ουσία συνιστά ένα διαμεσολαβητικό μηχανισμό «είσπραξης εσόδων και απόδοσης πληρωμών», ο οποίος δεν ασκείται με επιτυχία<sup>52</sup>.

<sup>51</sup> Οικονομικά στοιχεία ΕΟΠΥΥ, 2015

<sup>52</sup> Ιωάννης Κυριόπουλος, 2012, “Οικονομική κρίση και υγεία”

## **6.2 Η κατοχύρωση του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δίκτυο Υγείας και η αλλαγή του ρόλου του ΕΟΠΥΥ**

Ο ΕΟΠΥΥ κατά τα σχεδόν δύο έτη λειτουργίας του είχε αναλάβει, όπως προαναφέραμε, ένα διττό ρόλο. Αφενός διαχειρίζονταν τους πόρους που συγκέντρωνε από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς για λογαριασμό των μελών τους και αφετέρου επόπτευε, χρηματοδοτούσε και λειτουργούσε ένα δίκτυο από 300 περίπου μονάδες ΠΦΥ στο οποίο λειτουργούσαν 6.600 περίπου ιατροί, 3.000 περίπου νοσηλευτές και 1.000 περίπου διοικητικοί υπάλληλοι<sup>53</sup>. Στην πορεία το δίκτυο αυτών των υπηρεσιών αποσπάστηκε από την κυριότητα του ΕΟΠΥΥ.

Συγκεκριμένα, με το Ν.4238/2014 οργανώνεται και λειτουργεί, στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ένα καθολικό ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), το οποίο λειτουργεί στις Διοικήσεις των Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε) της χώρας. Στο ΠΕΔΥ οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του. Με τον ανωτέρω Νόμο μεταφέρονται οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Υγείας του ΕΟΠΥΥ και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των ΔΥΠε ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρούμενων των Φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ.

Σε κάθε μονάδα ορίζεται τουλάχιστον ένας γιατρός υποδοχής γενικός γιατρός και παθολόγος που δέχεται χωρίς τηλεφωνικό ραντεβού κυρίως τα έκτακτα περιστατικά. Οι υπόλοιποι γιατροί δέχονται πολίτες μέσω τηλεφωνικών ραντεβού, όπως ίσχυε έως τώρα.

Σύμφωνα με το νομοσχέδιο στο ΠΕΔΥ δεν προβλέπεται η καταβολή κομίστρου, άρα οι υπηρεσίες υγείας στις μονάδες του Π.Ε.Δ.Υ. παρέχονται δωρεάν και προς τους ανασφάλιστους. Τα Κέντρα Υγείας θα μπορούν να λειτουργούν επτά ημέρες την εβδομάδα, 24 ώρες το 24ωρο, με την απόφαση ωστόσο να τίθεται στη διακριτική ευχέρεια του διοικητή της εκάστοτε Υγειονομικής Περιφέρειας. Σταδιακά θα ξεκινήσει και η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, με την πρόσληψη - σε πρώτη φάση - 1.000 γιατρών που θα αναλάβουν τον ρόλο αυτό.

<sup>53</sup> Κυριάκος Ν. Σουλιώτης, 2013, “Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα : Από το αδιανόητο στο αυτονόητο”, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση

Η μεταφορά των Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΕΟΠΥΥ συνιστά ένα σημαντικό εγχείρημα εξομάλυνσης των σχέσεων που λειτουργούν στον τομέα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Ενισχύεται η προσφορά υπηρεσιών με την συγκέντρωση των δυνάμεων της προσφοράς σε ένα ενιαίο και καθολικό δίκτυο, ενώ ταυτόχρονα εγκαθίσταται ο ΕΟΠΥΥ, αποκλειστικά ως αγοραστής πλέον, ως κύριος ρυθμιστής μεταξύ των σχέσεων της ζήτησης από πλευράς πολιτών - ασφαλισμένων και της προσφοράς από πλευράς παροχέων υπηρεσιών υγείας

### **6.3 Ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού**

Καθιερώνεται ο θεσμός του Οικογενειακού Ιατρού<sup>54</sup> για την παροχή των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο πλαίσιο των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. Οικογενειακός Ιατρός είναι εξειδικευμένος ιατρός με τετραετή ειδίκευση, εκπαιδευμένος σύμφωνα με τις αρχές του επιστημονικού κλάδου της Γενικής - Οικογενειακής Ιατρικής. Αποτελεί το σημείο της πρώτης ιατρικής επαφής με το σύστημα φροντίδας υγείας, παρέχοντας ανοιχτή και απεριόριστη πρόσβαση στους χρήστες του, ασχολούμενος με τα προβλήματα υγείας ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο ή οποιοδήποτε άλλο χαρακτηριστικό του ενδιαφερόμενου ατόμου.

Οι Οικογενειακοί Ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις δομές Π.Φ.Υ. των Τοπικών Δικτύων Π.Φ.Υ., στα ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ' οίκον.

Οι υπηρεσίες υγείας που παρέχουν περιλαμβάνουν:

α) Τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης, και εξασφαλίζει το συντονισμό και τη διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς του Τοπικού Δικτύου κατά περίπτωση, καθώς και με τα Νοσοκομεία Αναφοράς.

β) Την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών και της οικογένειάς τους μέσα στο σύστημα υγείας.

---

<sup>54</sup> Άρθρο 5 του Νόμου 4238/2014

γ) Την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και την εφαρμογή και παρακολούθηση των προγραμμάτων εμβολιασμού.

δ) Την παραπομπή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς ιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης, καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών και προσυμπτωματικών ελέγχων, όπως ορίζουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα, τα οποία ορίζονται είτε από το Υπουργείο Υγείας είτε από την οικεία Δ.Υ.Π.Ε. στη βάση των διεθνών προτύπων.

ε) Την επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογό του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και την αποτελεσματικότητά της. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται οι λεπτομέρειες της εφαρμογής του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.

Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέγει τον Οικογενειακό του Ιατρό από το σύνολο των Οικογενειακών Ιατρών του οικείου Τοπικού Δικτύου Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Το.Π.Φ.Υ., της οικείας Δ.Υ.Πε.. Η αλλαγή του προσώπου του Οικογενειακού Ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο Οικογενειακός Ιατρός. Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως Οικογενειακός Ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους. Η επιλογή του Οικογενειακού Ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα.

## ***7. Η Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα***

Στην Ελλάδα, όπου η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική, καθολική και ευρεία, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας είναι εθελοντική και λειτουργεί, κατά βάση, με σκοπό την κάλυψη ποιοτικά αναβαθμισμένων και εκσυγχρονισμένων υπηρεσιών φροντίδας της υγείας και την



αποφυγή μακρών σειρών αναμονής για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων<sup>55</sup>. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας παρουσίασε ιδιαίτερη ανάπτυξη από το 1992 και ύστερα εξαιτίας της αναποτελεσματικότητας του δημοσίου τομέα, ως αποτέλεσμα υπήρξε μια σημαντική αύξηση των δαπανών υγείας όχι μόνο για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας άλλα και για τα ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιαίτερα τις γυναικολογικές κλινικές.

Η ιδιωτική ασφάλιση<sup>56</sup> είναι καθαρά εθελοντική και η βασική αρχή λειτουργίας της είναι η «ανταποδοτικότητα». Κύρια πηγή χρηματοδότησής της αποτελούν τα ασφάλιστρα που καταβάλλουν οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι της. Σε αντίθεση, η κοινωνική ασφάλιση «τροφοδοτείται» από μια ευρύτερη σειρά υποχρεωτικών εισφορών (από εργοδότες, εργαζόμενους, τη φορολογία), βαρύνοντας οικονομικά το σύνολο της κοινωνίας. Οι ασφαλιστικές εταιρίες, διαθέτοντας περιορισμένα κεφάλαια και με διαρκές το καθήκον της ορθής διαχείρισης των ασφαλιστρών των πελατών τους, πρέπει, επομένως, να καθορίσουν «ποιούς κινδύνους» μπορούν να αναλάβουν και «με ποιό κόστος».

Η ασφάλιση υγείας διατίθεται από τις ασφαλιστικές εταιρίες μέσω της έκδοσης ατομικών συμβολαίων (ασφάλιση μεμονωμένων προσώπων, ως ιδιωτών) και ομαδικών συμβολαίων (ασφάλιση ομάδων προσώπων, όπως των εργαζομένων μιας επιχείρησης). Ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο μπορεί να περιέχει αμιγώς και μόνον καλύψεις υγείας, ή μπορεί να έχει ως βασική ασφαλιστική κάλυψη αυτή της ζωής ή της σύνταξης και οι καλύψεις υγείας να παρέχονται ως «συμπληρωματικό συμβόλαιο» ή «προσάρτημα» στο συμβόλαιο της βασικής κάλυψης ζωής.

Η ασφάλιση υγείας διατίθεται μέσω ετησίως ανανεούμενων, αλλά και μακροχρόνιων συμβολαίων, με εγγυημένη ανανεωσιμότητα σε αμφότερα. Η εγγυημένη ανανεωσιμότητα, πρακτικά παρέχει την βεβαιότητα της διατήρησης της ασφαλιστικής κάλυψης του ασφαλισμένου προσώπου για όσο χρόνο έχει οριστεί η διάρκεια των καλύψεων υγείας, κατά τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, ανεξάρτητα από την εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του. Η ασφάλιση υγείας αφορά στην αποζημίωση / αναπλήρωση απωλειών (π.χ. απώλεια εισοδήματος), οι οποίες προκαλούνται από ασθένεια, ατύχημα ή αναπηρία του ασφαλισμένου και παρέχεται μέσω των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας με τις καλύψεις: νοσοκομειακή, εξωνοσοκομειακή και ανικανότητα.

<sup>55</sup> Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, “[www.eaee.gr/](http://www.eaee.gr/)

<sup>56</sup> Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, “Αρχές Λειτουργίας, Καθορισμός Πρώτου Ασφάλιστρου & πλαίσιο Περιοδικών Αναπροσαρμογών Παροχών και Ασφαλίστρων”, Έντυπο Γενικής Πληροφόρησης

Κύρια επιδίωξη των ασφαλιστικών εταιριών αποτελεί η ασφάλιση όσο το δυνατό περισσότερων ανθρώπων σε μια αναλογική, δίκαιη και οικονομικά συμφέρουσα γι' αυτούς τιμή. Η ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών επιχειρήσεων στην ίδια αγορά ωθεί κάθε ασφαλιστική εταιρία σε μια μόνιμη προσπάθεια για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα, για αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών της, για βελτίωση και επικαιροποίηση των ήδη υφιστάμενων προγραμμάτων της, αλλά και για ανάπτυξη νέων ασφαλιστικών προγραμμάτων που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες της σύγχρονης εποχής.

Οι συνθήκες, επομένως, ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών λειτουργούν προς όφελος όλων σας ως ασφαλιζομένων, καθώς σας παρέχουν πολλές εναλλακτικές επιλογές ανάμεσα σε περισσότερα προγράμματα υγείας, περισσότερους όρους και τρόπους συναλλαγής με το μικρότερο δυνατό κόστος

## **7.1 Ιστορική Αναδρομή της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελλάδα**

Στην Ελληνική Ασφαλιστική Αγορά για πρώτη υπάρχει ασφαλιστική κάλυψη για τον κλάδο ζωής από την "ΕΘΝΙΚΗ" Ασφαλιστική που ιδρύθηκε το 1891 από την Εθνική Τράπεζα Ελλάδος. Το 1897, όμως, η εταιρεία κατάργησε τον Κλάδο Ζωής. Μετά από λειτουργία επτά ετών, τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα και δεν επέφερε κέρδος στην εταιρία. Έτσι δεν υπήρχε άλλη ελληνική ασφαλιστική εταιρεία να ασκεί τον κλάδο ζωής και έμεινε το έδαφος ελεύθερο στις ξένες ασφαλιστικές εταιρείες<sup>57</sup>.

Το 1902 ιδρύθηκε στην Αθήνα, η "ΑΜΟΙΒΑΙΑ" ασφαλιστική εταιρεία ζωής και πρόνοιας, που ακολούθησε όμως το σύστημα των "ΤΟΝΤΙΝΕΣ" που αναφέρθηκε παραπάνω. Χαρακτηριστική ήταν η εξαιρετική υποδοχή την οποία έτυχε από τους Έλληνες του εσωτερικού και ιδιαίτερα του εξωτερικού, που της εμπιστεύτηκαν τις οικονομίες τους με αποτέλεσμα την αλματώδη αύξηση του χαρτοφυλακίου της.

Εντυπωσιακή όμως εξέλιξη στην ασφάλιση ζωής σημειώθηκε με την ίδρυση το 1906 στην Αθήνα της αρχαιότερης ελληνικής ασφαλιστικής εταιρείας ζωής "ΑΝΑΤΟΛΗ" . Η πρώτη μορφή

<sup>57</sup> Σ. Τσάτσης, 1992, "Ασφαλιστικό Αλμανάκ"

της εταιρίας αυτής ήταν η αλληλασφάλεια, αποσκοπούσε όμως και στην περίπτωση θανάτου, στην εξασφάλιση των συγγενών και όχι απλά στο σχηματισμό κεφαλαίου σε περίπτωση ζωής.

Το 1920 ιδρύθηκε με πρωτοβουλία της Τράπεζας Εθνικής Οικονομίας η δεύτερη ελληνική ασφαλιστική εταιρεία ζωής η “ΕΘΝΙΚΗ ΖΩΗΣ”. Το 1928 χορηγήθηκε το δικαίωμα να ασκεί τον Κλάδο Ζωής στην τρίτη ελληνική εταιρεία την “ΕΘΝΙΚΗ ΠΙΣΤΗΣ”. Το 1930 ιδρύθηκε από την Τράπεζα Αθηνών ο “ΑΣΤΗΡ” με μετοχικό κεφάλαιο 10.000.000 δραχμών. Η πολεμική περίοδος, η Γερμανοϊταλική κατοχή, ο πληθωρισμός, οι νομισματικές υποτιμήσεις και γενικά οι συνθήκες που επικράτησαν μέχρι το 1949 είχαν σαν αποτέλεσμα ο Κλάδος ασφάλισης ζωής να διακοπεί.

Μετά τον πόλεμο η ασφάλιση ζωής λόγω των νομισματικών ασταθειών, του χαμηλού βιοτικού επιπέδου, της προκατάληψης και της διστακτικότητας του κοινού βρισκόταν για αρκετά χρόνια σε κρίση. Όμως την τελευταία εικοσιπενταετία η ασφάλιση ζωής - ασθένειας αναπτύχθηκε ραγδαία και σε αυτό συντέλεσαν:

α) η δημιουργία νέων προγραμμάτων προσιτών και ελκυστικών για τις ανάγκες του ελληνικού κοινού,

β) η οικονομική άνοδος του πληθυσμού, η δημιουργία αναγκών και η βελτίωση της ποιότητας ζωής,

γ) η συνειδητοποίηση της ανάγκης του Έλληνα για το αβέβαιο του ίδιου και της οικογένειάς του, σε περίπτωση πιθανού και απρόβλεπτου κινδύνου της ζωής του ή του εισοδήματός του,

δ) η προσδοκία για την είσπραξη σημαντικού ποσού στη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης, αποτέλεσμα που συνδυάζει και το κίνητρο της επένδυσης,

ε) το κίνητρο της φορολογικής απαλλαγής των ασφαλιστρών και

στ) οι προσπάθειες των ασφαλιστικών εταιρειών να εμπεδώσουν και να προάγουν το ασφαλιστικό πνεύμα με την ανάπτυξη της διαφήμισης, την πρόοδο των πωλήσεων, τη βελτίωση της εξυπηρέτησης των πελατών τους και των σχέσεων ασφαλιστού και ασφαλισμένου.

Ο κλάδος της ιδιωτικής ασφάλισης ασθένειας μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970 ήταν σχεδόν ανύπαρκτος. Σε μία σημαντική έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών βρέθηκε ότι το 1979 μόνο το 0,6% του ελληνικού πληθυσμού καλύπτονταν από την ιδιωτική ασφάλιση ασθένειας.

Οι χαμηλοί ρυθμοί ανάπτυξης της ιδιωτικής ασφάλισης ασθένειας, όπως και όλου του Κλάδου Ζωής, μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970 δικαιολογούνται από το χαμηλό επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης αλλά και από το αναχρονιστικό θεσμικό πλαίσιο που διαμόρφωνε την επιχειρηματική δραστηριότητα των ασφαλιστικών εταιρειών. Είναι χαρακτηριστικό ότι το νομοθετικό πλαίσιο που μέχρι σχετικά πρόσφατα καθόριζε τη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιρειών στην Ελλάδα βασίζονταν στον Εμπορικό Κώδικα του 1853, με τις μετέπειτα τροποποιήσεις του και στο Ν.Δ 400/70, που αντικατέστησε τον Ν.1073/27 ο οποίος ήταν ο βασικός νόμος για την ασφαλιστική αγορά.

Σύμφωνα με πιο πρόσφατα στοιχεία, τα ασφάλιστρα ζωής - ασθένειας στην Ελλάδα στην αρχή της δεκαετίας του 1980 ήταν τα χαμηλότερα στην ΕΟΚ και υπολογίζονταν σε 0,3% του ΑΕΠ έναντι ποσοστών που κυμαίνονταν από 4,2% στη Μ. Βρετανία, σε 2,4% στη Δ.Γερμανία και 2,3% στη Δανία.

Τέλος ακόμη και το 1987, σύμφωνα με στοιχεία που προέρχονται από την πιο πρόσφατη μελέτη που εκπονήθηκε για λογαριασμό της ΕΟΚν ιδιωτική ασφάλιση ασθένειας ήταν το χαμηλότερο στην Ευρώπη και δεν ξεπερνούσε το 2%<sup>58</sup>. Ενώ στις υπόλοιπες χώρες όπου η ιδιωτική ασφάλιση ασθένειας είναι αρκετά ανεπτυγμένη καλύπτονταν το 30% του πληθυσμού στην Ολλανδία, το 30% στην Ιρλανδία (λόγω πλημμελούς κοινωνικοασφαλιστικής κάλυψης και το 11% στην Αγγλία<sup>59</sup>.

Η σχετική ανυπαρξία της ιδιωτικής ασφάλισης ασθένειας, όπως και όλου του Κλάδου Ζωής στην Ελλάδα φαίνεται ότι ήδη περνάει στο παρελθόν. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια έντονη κινητικότητα, που φυσικά συνδυάζεται όχι μόνο με τη δραστηριότητα των ελληνικών εταιρειών αλλά και με την έντονη και συνεχώς αυξανόμενη παρουσία μεγάλων ξένων εταιρειών με την προοπτική της Ενιαίας Ευρωπαϊκής Αγοράς. Η προοπτική αυτή και η πλήρης απελευθέρωση στη λειτουργία των ασφαλιστικών εταιρειών σε όλο το χώρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν αλλάξει ριζικά το σκηνικό.

Η εναρμόνιση του ελληνικού ασφαλιστικού δικαίου με τις Κοινοτικές Οδηγίες (239/73, 850/76, 240/73, 267/77, 473/78 και 267/79) άρχισε το 1985 με το ΠΔ 118, που τροποποίησε σε σημαντικό βαθμό το Ν.Δ 400/70. Η κυριότερη αλλαγή που σχετίζεται με τον κλάδο ζωής ήταν η ρύθμιση για την "εξειδίκευση", δηλαδή η επιβολή του διαχωρισμού των ασφαλιστικών εταιρειών

<sup>58</sup> Λιαρόπουλος, 1993

<sup>59</sup> Σκουτέλης, 1993

σε εταιρείες Ζωής και Γενικών Ασφαλειών. Ο διαχωρισμός αυτός, που στην πράξη υλοποιήθηκε με σημαντική καθυστέρηση, έδωσε στις νέες εταιρείες Ζωής, αλλά και σε όλο τον Κλάδο Ζωής, τον απαραίτητο δυναμισμό που προσφέρει ο υγιής ανταγωνισμός και δημιούργησε τις προϋποθέσεις για την περαιτέρω ανάπτυξη του κλάδου.

Η νομοθετική προσπάθεια στο χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης συνεχίστηκε με την έκδοση του νόμου 2170 (ΦΕΚ Α΄ 150 της 10-9-1993) "Τροποποίηση του ν.δ 400/70 περί ιδιωτικής επιχειρήσεως ασφαλίσεως" που είναι μία σημαντική τομή στο ισχύον μέχρι σήμερα καθεστώς που διέπει τις ασφαλιστικές εταιρείες και συμβάλει στην απελευθέρωση του κλάδου Ζωής και των σημαντικών αποθεματικών που δημιουργούνται στη φάση ανάπτυξης των εργασιών σε μία "υποανάπτυκτη" αγορά όπως η ελληνική γεγονός που επιτρέπει τη δημιουργία υγιών βάσεων για τη μελλοντική ανάπτυξη του κλάδου Ζωής γενικότερα και της ιδιωτικής ασφάλισης ασθένειας ειδικότερα.

## **7.2 Ιστορική Αναδρομή της Διεθνούς Ιδιωτικής Ασφάλισης**

Τα πρώτα δείγματα ασφάλισης πάνω στην ανθρώπινη ζωή στον Ιδιωτικό τομέα, φαίνεται ότι αποτελούν τα Burial Clubs της Ρωμαϊκής εποχής. Οι συνεχιζόμενες οργανώσεις, του τέλους του Μεσαίωνα, στα διάφορα ευρωπαϊκά κράτη, ακολουθώντας την τακτική των Burial Clubs, ή ακόμη και των θρησκευτικών οργανώσεων της αρχαιότητας, πλήρωναν τα έξοδα κηδείας των συντεχνιτών, για να τους προστατεύσουν από τις προσβλητικές συνέπειες της εφαρμογής των διατάξεων του Νόμου των Πτωχών.

Το πρώτο γνωστό ασφαλιστήριο Ζωής, έγινε στο Λονδίνο στις 18 Ιουνίου 1583, αφορούσε εξόφληση χρέους και αναφερόταν στη ζωή του William Gybbons με δικαιούχο τον Richard Martin, κάτοικο και δημοτικό σύμβουλο του Λονδίνου που είχε δανείσει τον ασφαλισμένο. Η διάρκεια της ασφάλισης ήταν 12 μήνες και το ασφάλιστρο 8%<sup>60</sup>.

Στην Ιταλία, από τον 14ο κιόλας αιώνα, υπάρχουν οι αλληλοασφαλιστικές ενώσεις, πρόδρομοι των Αγγλικών Friedly Societies, που βελτιώνονται και τελειοποιούνται συνεχώς, μέχρι τα μέσα του 17ου αιώνα, οπότε ο Φλωρεντίνος γιατρός Lorento Tonti ιδρύει την πρώτη

<sup>60</sup> Μ. Πριναράκης, 1987, "Γενικές Αρχές της Ιδιωτικής Ασφαλίσεως

Τοντίνια. Οι τοντίνες, σύμφωνα με τον Richard στο σύγγραμμά του “Θεωρία και Πρακτική των Ασφαλίσεων”, είναι παλαιότερης καταγωγής και έχουν προηγηθεί από τις ασφαλίσσεις ζωής όπως τις εννοούμε σήμερα. Έκαναν την εμφάνισή τους στην Γαλλία ως συνεταιρισμοί ορισμένης διάρκειας των οποίων τα επιζώντα μέλη μοιράζονταν την περιουσία που είχε δημιουργηθεί από τις ετήσιες εισφορές συμπεριλαμβανομένων των τόκων<sup>61</sup>. Τοντίνια ουσιαστικά σημαίνει διανομή επιδομάτων.

Το σύστημα Tontini εισάγεται στη Γαλλία, Γερμανία και ΗΠΑ, όπου έτυχε θερμής αποδοχής, για να ακολουθήσουν αργότερα οι Εταιρείες αμοιβαίας βάσης, Mutual Companies, και μετοχικού κεφαλαίου.

Η πρώτη νομοθετική ρύθμιση της ασφάλισης ζωής στην Ιταλία, εκδηλώνεται στα πέντε τελευταία άρθρα του Codici di Commercio του 1882, που αποτέλεσαν και τη βάση για τις αμοιβαίες Ασφαλιστικές Εταιρείες.

Με την ασφάλιση ζωής, ο ασφαλιστικός θεσμός γενικότερα, φεύγει από την αμυντική θέση της αποζημίωσης των ασφαλίσεων ζημιών και περνά πια στο επιθετικό στάδιο, της δημιουργίας οικονομικής δύναμης για την επιδίωξη μελλοντικών σχεδίων, ή την αντιμετώπιση τακτικών και εκτάκτων, ατομικών ή οικογενειακών αναγκών (θάνατος, αναπηρία, ασθένεια).

### **7.3 Πηγές χρηματοδότησης του Ιδιωτικού Τομέα Ασφάλισης - Ασφάλιστρα**

Οι πόροι της Ιδιωτικής Ασφάλισης προέρχονται κυρίως από τους ίδιους τους ασφαλισμένους με την καταβολή του λεγόμενου “ασφαλίστρου”. Η ιδιωτική ασφάλιση, που αποτελεί μια μορφή ιδιωτικής κάλυψης, παρέχεται μέσα από ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες που δρουν ανταγωνιστικά στην ελεύθερη αγορά και επιδιώκουν το κέρδος<sup>62</sup>. Οι συνθήκες, επομένως, ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών λειτουργούν προς όφελος όλων των ασφαλιζομένων, καθώς παρέχουν πολλές εναλλακτικές επιλογές ανάμεσα σε περισσότερα προγράμματα υγείας, περισσότερους όρους και τρόπους συναλλαγής με το μικρότερο δυνατό κόστος.

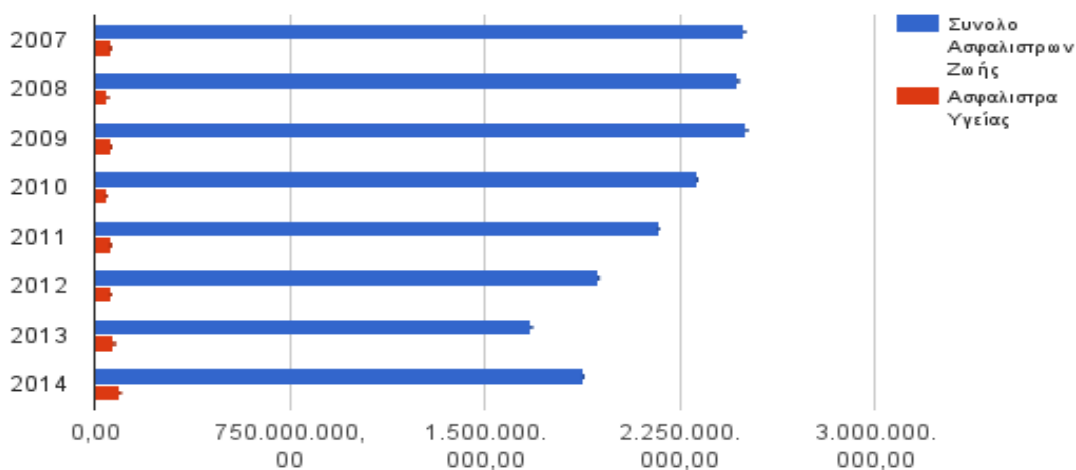
<sup>61</sup> Ν. Πρεβελάκης, “Οικονομική Οργάνωση της Κοινωνικής Ασφάλισης Εν Ελλάδι Και Αλλαχού”

<sup>62</sup> Γ. Κυριόπουλος, και Λιαρόπουλος, 2001, “Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα”

Πίνακας 7: Ποσοστό παραγωγής ασφαλιστρων υγείας που αναλογεί στην συνολική παραγωγή ασφαλιστρων Ζωής

(τιμές σε €)	Σύνολο Ασφ/τρων Ζωής	Ασφάλιστρα Υγείας
<b>2007</b>	2.500.866.772,73	62.572.286,66
<b>2008</b>	2.475.975.599,02	52.290.964,15
<b>2009</b>	2.509.404.925,25	64.933.966,38
<b>2010</b>	2.318.090.812,05	46.209.690,99
<b>2011</b>	2.169.142.177,44	62.955.503,21
<b>2012</b>	1.938.923.139,86	62.693.844,12
<b>2013</b>	1.681.254.828,28	76.597.262,68
<b>2014</b>	1.880.405.130,06	99.594.558,60

Διάγραμμα 6: Ποσοστό παραγωγής ασφαλιστρων υγείας που αναλογεί στην συνολική παραγωγή ασφαλιστρων Ζωής



Οι παράμετροι που καθορίζουν το ασφάλιστρο κατά την έναρξη της ασφάλισης, αλλά και τα επόμενα έτη, είναι κυρίως η ηλικία, η κατάσταση της υγείας τη στιγμή που συμπληρώνει την αίτηση ασφάλισης ο ενδιαφερόμενος, το επάγγελμά του, η γεωγραφική περιοχή στην οποία διαμένει και φυσικά το πλήθος, το είδος, το ύψος και το εύρος των καλύψεων και των παροχών που πρόκειται να παρέχει η σύμβαση. Από τον Δεκέμβριο του 2012, ενώ το φύλο λαμβάνεται υπόψη κατά την ασφάλιση και τον καθορισμό των παροχών, εν τούτοις δεν αποτελεί πλέον παράμετρο τιμολόγησης των ασφαλιστηρίων που εκδίδονται έκτοτε.

Παράλληλα, σημαντικός παράγοντας που λαμβάνεται υπ’ όψιν από κάθε ασφαλιστική επιχείρηση για τον καθορισμό του ασφαλίστρου, συνιστά η λεγόμενη «εμπειρία» των αποζημιώσεων του μέχρι σήμερα ασφαλισμένου πληθυσμού της. Οι ασφαλιστικές, δηλαδή, εταιρίες παρακολουθούν και αναλύουν συστηματικά την εξέλιξη των διαφόρων ιατρικών δαπανών που κάθε μια καταβάλλει κατά τα έτη για την περίθαλψη του ασφαλισμένου πληθυσμού της, ώστε να διαμορφώνουν με τη μεγαλύτερη δυνατή ορθότητα εκείνο το ασφάλιστρο που θα είναι επαρκές για την κάλυψη των ασφαλιζόμενων

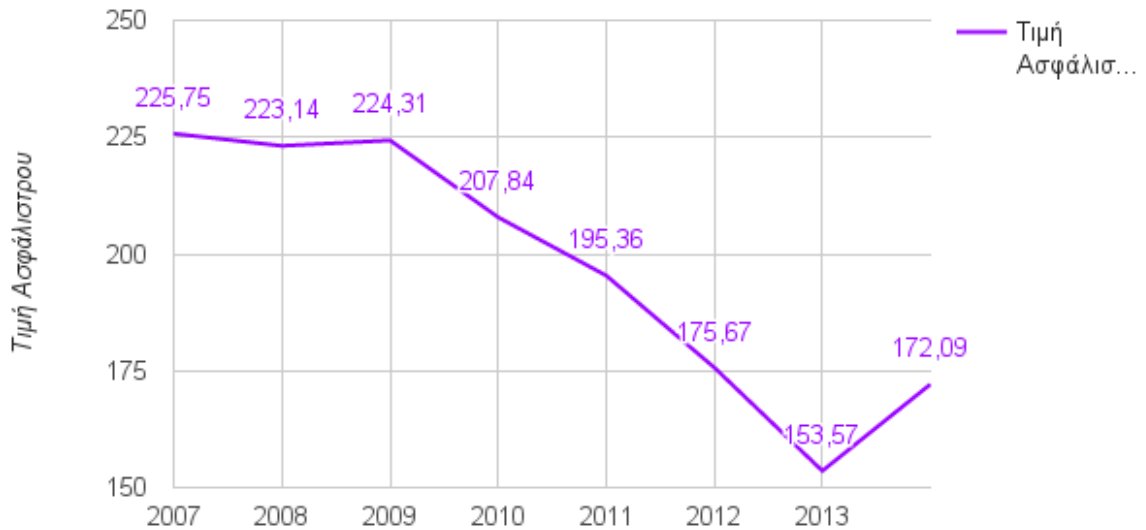
Ο δείκτης των συνολικών κατά κεφαλήν ασφαλίστρων (και δικαιωμάτων συμβολαίων) αντιστοιχούσε σε 466 ευρώ ανά κάτοικο ενώ το 2009 έφθασε να πάρει τη μέγιστη τιμή του (487€ ανά κάτοικο). Το 2010 η τιμή των ασφαλίστρων διαμορφώθηκε στα 478 ευρώ ενώ το 2011 στα 449 ευρώ, Έκτοτε, ο δείκτης μειωνόταν συνεχώς (2012: 449,18€, 2013: 366,51 €) και έφτασε στα 363€ ανά κάτοικο για το 2014.

Πίνακας 8: Τιμή Ασφαλίστρου ανα έτος

(τιμές σε €)	Τιμή Ασφαλ/τρου
<b>2007</b>	225,75
<b>2008</b>	223,14
<b>2009</b>	224,31
<b>2010</b>	207,84
<b>2011</b>	195,36
<b>2012</b>	175,67
<b>2013</b>	153,57
<b>2014</b>	172,09



Διάγραμμα 7: Τιμή Ασφαλίστρου ανά έτος



Ο αντίστοιχος δείκτης των κατά κεφαλήν εγγεγραμμένων ασφαλιστρών και δικαιωμάτων συμβολαίου για τις ασφαλίσεις Ζωής, στον οποίο ανήκει και ο τομέας της υγείας, ήταν συνεχώς ανοδικός από το 2001 ως το 2007. Από το 2009 και μετά, η τάση έχει αναστραφεί. Ενδεικτικά, κατά το 2014, ο δείκτης ασφαλιστρών Ζωής (συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων συμβολαίου) έφτασε τα 172€ ανά κάτοικο. Παρομοίως, ο δείκτης των κατά κεφαλήν εγγεγραμμένων ασφαλιστρών και δικαιωμάτων συμβολαίων για τις ασφαλίσεις κατά Ζημιών καταγράφει ιδιαίτερα δυναμική αύξηση μέχρι και του 2010 όταν και έφτασε τα 270€ ανά κάτοικο, έναντι 140€ το 2001. Έκτοτε, υποχώρησε στα 191 € το 2014.

Η ύπαρξη ρευστού στην αγορά επέτρεπε στην αναλογία των χρεωστών ασφαλιστρών προς παραγωγή να μειώνεται συνεχώς μέχρι το 2007 αλλά η έλλειψη ρευστότητας η οποία ακολούθησε, εκτίναξε το δείκτη σε πολύ υψηλά επίπεδα. Πάντως, θεωρείται ότι υπάρχει η δυναμική του κλάδου της Ιδιωτικής Ασφάλισης για ανάκαμψη όταν η οικονομία επανέλθει σε αναπτυξιακή πορεία.

## **7.4 Η ασφάλιση υγείας στον Ιδιωτικό Τομέα - οι ασφαλιστικοί κίνδυνοι και οι καλύψεις**

Η ασφάλιση της υγείας αποτελεί μέρος του κλάδου ασφάλισης ζωής. Από τις 65 ασφαλιστικές επιχειρήσεις που μετρώνται σήμερα στην ελληνική αγορά, μόνο οι 24 παρέχουν ασφάλειες ζωής. Οι 13 από αυτές παρέχουν αποκλειστικά και μόνο τέτοιου είδους ασφάλιση ενώ οι 11 είναι μικτές, δηλαδή μαζί με την ασφάλιση ζωής παρέχουν και άλλα είδη ασφαλίσεων. Οι ασφάλειες ζωής είναι ένας τρόπος εξασφάλισης βιοτικού επιπέδου ακόμη και στις πλέον αντίξοες συνθήκες.

Ο βασικός κίνδυνος που προλαμβάνεται μέσω των ασφαλειών υγείας είναι η ασθένεια. Η ασθένειες των ασφαλισμένων μπορεί να είναι είτε χρόνιες είτε απρόβλεπτες. Αυτός είναι και ένας παράγοντας για την διαμόρφωση των ασφαλιστρών. Σημαντικό ρόλο παίζει στην κάλυψη αυτής της αβεβαιότητας η εμπειρία του ασφαλιστή. Ωστόσο, για μια επιχείρηση που επιζητά το κέρδος, ο κλάδος της υγείας ελοχεύει έναν σημαντικό επιχειρηματικό κίνδυνο που αφορά τις επενδύσεις.

Λόγω της αδυναμίας του ακριβούς υπολογισμού των κερδών από τις ασφαλίσεις υγείας οι επιχειρήσεις αναλαμβάνουν ρίσκο επενδύοντας στον τομέα της υγείας. Ο ανθρώπινος οργανισμός είναι απρόβλεπτος άρα οι ασφαλιστές μόνο εμπειρικά μπορούν να προϋπολογίσουν τα πιθανά κέρδη τους και τις αναμενόμενες αποζημιώσεις που θα καταβάλουν ανά έτος.

Μετά την ενοποίηση των ταμείων και τις συνεχείς αλλαγές στο χώρο της δημόσιας υγείας, ο νέος οργανισμός παροχής υπηρεσιών υγείας, ΕΟΠΥΥ, έχει συνάψει σύμβαση με τα περισσότερα ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας, με αποτέλεσμα οι ασφαλισμένοι να γνωρίζουν εκ των προτέρων το ύψος των δαπανών που θα καλύψει ο φορέας τους και παράλληλα να γλιτώνουν την ταλαιπωρία με την προσκόμιση των απαραίτητων δικαιολογητικών

Γι’ αυτό το σκοπό έχουν συνταχθεί τα ΚΕΝ (Κλειστά ενοποιημένα νοσήλια), βάση των οποίων υπολογίζεται η συμμετοχή του ταμείου των δημόσια ασφαλισμένων για κάθε περίπτωση νοσηλείας και η οποία παρακρατείται απευθείας από το λογιστήριο του νοσοκομείου που νοσηλεύονται

Τα περισσότερα ιδιωτικά ασφαλιστήρια υγείας, των μεγάλων τουλάχιστον εταιριών, μπορούν να καλύψουν τόσο την πρωτοβάθμια όσο και την δευτεροβάθμια φροντίδα της υγείας.

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχουν απεριόριστες επισκέψεις σε γιατρούς του δικτύου της ασφαλιστικής εταιρίας. Η κάθε εταιρεία συνεργάζεται με ένα δίκτυο επιστημόνων κάθε ειδικότητας ώστε να καλύψει όλες τις ανάγκες των ασφαλισμένων. Ταυτόχρονα ωστόσο, παρέχεται η δυνατότητα στον ασφαλισμένο να έχει πρόσβαση σε γιατρούς της δικής του επιλογής, οι οποίοι δεν ανήκουν στο δίκτυο της ασφαλιστικής, με πλήρη κάλυψη της επίσκεψης. Η δυνατότητα αυτή εξαρτάται από το είδος του ασφαλιστικού προγράμματος που θα κάνει και το ποσό του ασφαλιστρού που θα καταβάλει.

Παρέχονται απεριόριστες διαγνωστικές εξετάσεις σε όλα τα μεγάλα διαγνωστικά κέντρα (και ετήσιο Check-up) καθώς και κατ' οίκον επισκέψεις από γιατρούς της ασφαλιστικής εταιρίας. Τέλος, χορηγούνται διάφορα επιδόματα όπως για παράδειγμα το επίδομα τοκετού που μπορεί να καλύπτει έξοδα έως και 3.000 € ανάλογα με το ασφαλιστικό πρόγραμμα.

Η Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας περιλαμβάνει το ποσοστό του κόστους νοσηλείας μέχρι και το πλήρες κόστος σε ιδιωτική ή δημόσια κλινική, συμπεριλαμβανομένων των ειδικών αμοιβών για ιατρούς, χειρουργούς και αναισθησιολόγους. Το πλήρες κόστος συνήθως καλύπτεται αν η ιδιωτική ασφάλεια λειτουργεί επικουρικά με τον ΕΟΠΠΥ, το οποίο συμβαίνει στις περισσότερες περιπτώσεις. Μάλιστα, ανάλογα με το συμβόλαιο που θα συμφωνηθεί, το κόστος νοσηλείας μπορεί να φτάσει και τα 2.000.000 ευρώ, στην Ελλάδα ή το εξωτερικό. Οι μεγάλες ασφαλιστικές αναλαμβάνουν και έξοδα αερομεταφοράς.

Μία ακόμα σημαντική παροχή που μπορεί να έχει κάποιος ασφαλισμένος σε ιδιωτική ασφαλιστική εταιρία είναι αποτέλεσμα της συνεργασίας τέτοιων εταιριών με διεθνείς ιατρικούς ομίλους. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι σε περίπτωση, για παράδειγμα, που κάποιος ασθενής έχει σοβαρό πρόβλημα υγείας, η εταιρία μπορεί να στείλει όλες τις γνωματεύσεις στο εξωτερικό προκειμένου να βρεθεί πού στον κόσμο υπάρχει ο καλύτερος εξειδικευμένος γιατρός που θα αναλάβει την συγκεκριμένη περίπτωση περίπτωση.

Συνοπτικά<sup>63</sup>, τα βασικά χαρακτηριστικά των προγραμμάτων υγείας είναι:

- Η Ισόβια ασφάλιση, που σημαίνει κάλυψη για μια ζωή χωρίς αλλαγές στους όρους του προγράμματος
- Το Υψηλό όριο κάλυψης ανά νοσηλεία. Καλύπτεται μεγάλη διάρκεια νοσηλείας καθώς και το ύψος των νοσηλίων.
- Ελεύθερη επιλογή νοσοκομείου. Παρέχεται η δυνατότητα στον

<sup>63</sup> “Βασικά χαρακτηριστικά προγραμμάτων υγείας”, “<http://www.asfaleia-ygeias.com/>”

ασφαλισμένο να επιλέξει το νοσοκομείο της προτίμησής του ή το νοσοκομείο με το οποίο συνεργάζεται ο ιατρός σας.

- Κάλυψη και στο εξωτερικό. Η κάλυψη παρέχεται σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του εξωτερικού χωρίς περιορισμούς, εφόσον είναι απαραίτητο.
- Ελεύθερη επιλογή θέσης νοσηλείας. Παρέχεται η δυνατότητα να επιλέξει ο ασφαλισμένος ελεύθερα τη θέση που επιθυμεί.
- Μεγάλο δίκτυο συμβεβλημένων νοσοκομείων.
- Απευθείας εξόφληση σε συμβεβλημένα νοσοκομεία. Με αυτόν τρόπο δεν απαιτείται να καταβληθεί οποιοδήποτε χρηματικό ποσό προκύπτει από τη νοσηλεία, πέραν της συμμετοχής σε περίπτωση που διατίθεται πρόγραμμα με συμμετοχή στα έξοδα. Η εξόφληση γίνεται απευθείας από την ασφαλιστική εταιρεία στα συμβεβλημένα νοσοκομεία.
- Συνδυασμός με ομαδικά προγράμματα ή δημόσιο φορέα. Με την παράλληλη χρήση του δημόσιου φορέα ή του ομαδικού προγράμματος παρέχεται μία πλήρης κάλυψη με ιδιαίτερα χαμηλό κόστος.
- Ασφάλιση προστατευόμενων μελών με εκπώσεις. Υπάρχει η δυνατότητα να καλυφθεί όλη η οικογένεια μέσω ειδικών προσφορών των εταιριών.

Οι Ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες είναι κατά κύριο λόγο επιχειρήσεις οι οποίες επιζητούν το κέρδος. Η δραστηριότητά τους στην Αγορά επηρεάζεται σημαντικά από τον ανταγωνισμό. Ο ανταγωνισμός αυτός ωφελεί τον ασφαλισμένο καθώς στην προσπάθειά τους οι επιχειρήσεις να προσελκύσουν πελάτες παρέχουν περισσότερες καλύψεις και σε μικρότερο κόστος.

## **7.5 Οικονομικά στοιχεία των τελευταίων ετών**

Η ασφάλιση υγείας στα ιδιωτικά ασφαλιστικά προγράμματα είναι τμήμα, όπως αναφέραμε και παραπάνω, του τομέα ασφάλισης της υγείας. Με βάση τα οικονομικά στοιχεία που δημοσιεύονται κάθε οικονομικό έτος μπορούμε να συγκρίνουμε τις επενδύσεις που έγιναν από τις επιχειρήσεις στον τομέα της υγείας και τα έσοδα που προστέθηκαν στους ισολογισμούς των εταιριών από την ασφάλιση την υγείας. “Ο Ισολογισμός είναι η κύρια οικονομική

κατάσταση που απεικονίζει, σε μια δεδομένη στιγμή (συνήθως 31/12 ή 30/6 κάθε έτους), σαν φωτογραφία, την οικονομική κατάσταση της Επιχείρησης”.

Το 2014 ήταν μία ακόμα δύσκολη οικονομική χρονιά για την Ελλάδα. Σε αυτό το περιβάλλον η ελληνική ασφαλιστική αγορά επέδειξε αξιοσημείωτη αντοχή με τη συνολική παραγωγή ασφαλιστρών να διαμορφώνεται στα 4 δισ. €, σημειώνοντας συγκρατημένη μείωση (-1,2%) σε σχέση με το 2013. Παράλληλα, ο ασφαλιστικός κλάδος εξυπηρετώντας τις υποχρεώσεις του απέναντι στους ασφαλισμένους πλήρωσε 2,4 δισ. € σε ασφαλιστικές αποζημιώσεις, 1,5 δισ.€ των οποίων αποτελούν αποζημιώσεις ασφαλίσεων Ζωής (64% του συνόλου). Το ποσό των επενδύσεων για λογαριασμό ασφαλισμένων Ζωής που φέρουν τον επενδυτικό κίνδυνο ήταν 23%. Τα κέρδη που οφείλονται σε ασφαλίσεις ζωής το ίδιο έτος ήταν 634,2 εκατομμύρια ευρώ, δηλαδή παρατηρήθηκε μείωση 43,6 % σε σχέση με τα κέρδη του ίδιου κλάδου το 2013.

Το μέσο ποσοστό που κατέχουν οι επενδύσεις για λογαριασμό ασφαλισμένων Ζωής που φέρουν τον επενδυτικό κίνδυνο υπολογίζεται ως ποσοστό του συνόλου του ενεργητικού<sup>64</sup>. Έτσι, οι δείκτες κεφαλαιακής διάρθρωσης που αφορούν τις επενδύσεις για λογαριασμό ασφαλισμένων ζωής για το σύνολο των Ασφαλιστικών επιχειρήσεων, κατά την οικονομική χρήση 2013 καθώς και οι αντίστοιχοι των τριών προηγούμενων ετών, έχουν ως εξής: το 2013 ήταν το 13,0%, το 2012 ήταν το 13,8%, το 2011 ήταν το 12,1% και το 2010 ήταν το 13,1%.

Με βάση τα παραπάνω ποσοστά παρατηρούμε ότι από το 2010 που εντάθηκε η οικονομική κρίση στην Ελλάδα, τα ποσοστά των επενδύσεων του ενεργητικού των ασφαλιστικών επιχειρήσεων αρχίζουν να μειώνονται. Εξαίρεση αποτελεί η αύξηση της τάξης του 2,7% που επιτεύχθηκε το 2012 (σε σχέση με το προηγούμενο έτος). Σύμφωνα με την καταγραφή των λογαριασμών εκμεταλλεύσεως ασφαλίσεων Ζωής έτους 2012, το σύνολο των εσόδων ανήλθε στα 3,4 δισ. € ενώ το σύνολο των εξόδων στα 2,4 δισ.€ αφήνοντας έτσι ένα θετικό τεχνικό αποτέλεσμα ασφαλίσεων ζωής ύψους 1,05 δισ.€. Το αντίστοιχο τεχνικό αποτέλεσμα του έτους 2011 ήταν επίσης θετικό κι έφθανε τα 850 εκατ.€.

Το σύνολο του Ενεργητικού το 2010 έφτασε τα 15,7 δισ. €, εκ του οποίου τα 11,3 δισ. € είχε διατεθεί σε επενδύσεις (συμπεριλαμβανομένων 2 εκατομμυρίων που διατέθηκαν για επενδύσεις για λογαριασμό ασφαλισμένων ζωής, οι οποίοι φέρουν τον επενδυτικό κίνδυνο).

<sup>64</sup> Ποσοστιαία αναλογία Επενδύσεων=  $\frac{\text{Επενδύσεις}}{\text{Ενεργητικό}}$

Και τα δύο μεγέθη γνώρισαν μείωση σε σχέση με το 2009.

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις παρουσίασαν κερδοφορία το 2009, με αύξηση των σημαντικότερων οικονομικών μεγεθών τους και πέτυχαν καθαρά κέρδη (μετά φόρων) 28 εκατομμυρίων € έναντι ζημιών 581 εκατομμυρίων € το 2008. Το σύνολο του Ενεργητικού τους αυξήθηκε το 2009 στα 16,2 δισ. € από τα 14,7 δισ. το 2008. Οι επενδύσεις αυξήθηκαν επίσης, από 11,3 δισ. στα 12,5 δισ. €. Οι ασφαλιστικές προβλέψεις ακολούθησαν την αυξητική τάση των υπόλοιπων στοιχείων και έφτασαν τα 13,1 δισ. €, από 11,8 δισ. το 2008.

Με βάση τα στοιχεία των ετήσιων οικονομικών εκθέσεων το σύνολο του Ενεργητικού των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων, πριν το 2008 και επί 5 συναπτά έτη παρουσίαζε ρυθμό αύξησης που καταγραφόταν με διψήφιους αριθμούς. Έφθασε τα 14.937,6 εκατ. ευρώ το 2007 επιτυγχάνοντας μεγέθυνση της τάξεως του 11,1% (η αύξηση που καταγράφηκε το έτος 2006 ήταν της τάξης του 12,74%). Το 2008 είναι η πρώτη φορά τα τελευταία χρόνια που μειώνεται το σύνολο του Ενεργητικού των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων .

Όπως είναι αναμενόμενο, στις ασφαλιστικές επιχειρήσεις, όπως και σε όλες τις επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά, παρατηρείται πτωτική τάση. Από το 2010 και μέχρι σήμερα, γίνονται προσπάθειες από τις ασφαλιστικές εταιρίες να νικήσουν τον ανταγωνισμό και να προσελκύσουν το πελατειακό κοινό με τις προσφορές και τις παροχές τους. Δεν ήταν δυνατόν όμως, να μείνουν αλώβητες από την οικονομική κρίση που επικρατεί στην Ελλάδα αλλά και διεθνώς.

Πίνακας 9: Τεχνικά Αποτελέσματα Ασφαλιστικών Εταιριών

(ποσά σε εκ. €)	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Ιδία Κεφάλαια</b> <sup>65</sup>	2.048	1.573	1.747	1.493	985	1.687	2.204	2.346
<b>Σύνολο Ενεργητικού</b>	14.937	14.688	16.237	15.745	14.676	14.949	15.338	15.290
<b>Κέρδη Χρήσεως</b>	103	-491	106	101	-98	-502	548	377

<sup>65</sup> Το ποσοστό της Ιδία κράτησης επί των ασφαλιστρων προκύπτει από τη διαίρεση των ασφαλιστρων από πρωτασφαλιστικές εργασίες αφαιρουμένων των αντασφαλιστικών εκχωρήσεων προς το σύνολο της παραγωγής ασφαλιστρων.

Όπως φαίνεται στον παραπάνω πίνακα, από το 2007 έως το 2014 παρατηρείται μια καθοδική πορεία αναφορικά με τα κέρδη χρήσεως με πτώση που σημειώνεται σε ποσοστό της τάξεως του 42,43% το 2007 σε σχέση με το 2006 και συνεχίζει έως σήμερα. Στην τελευταία μέτρηση του 2014 παρατηρήθηκε πτώση της τάξεως του 31,15% συγκριτικά με το προηγούμενο οικονομικό έτος.

Στα ίδια κεφάλαια η μεγαλύτερη πτώση παρατηρείται από το έτος 2010 με το 2011 όπου μειώνονται κατά 34%. Ενώ παρόλο που η τιμή του δείκτη παρουσίαζε μία αύξηση από το 2001 και μετά, από το 2007 αρχίζει να μειώνεται.

Όσον αφορά τον τομέα ασφάλισης ζωής τα τεχνικά αποτελέσματα, δηλαδή το ποσό που προκύπτει εάν αφαιρέσουμε από τα έσοδα των εταιριών τα έξοδά τους, είναι:

Πίνακας 10: Τεχνικά αποτελέσματα Ασφάλισης ζωής

<i>Έτος</i>	<i>Αποτέλεσμα (€)</i>	<i>Ποσοστιαία μεταβολή (%)</i>
<b>2007</b>	672.302.435,05	48,67 / 2006
<b>2008</b>	509.989.115,50	-24,14
<b>2009</b>	808.469.161,64	51,93
<b>2010</b>	775.054.778,95	-4,13
<b>2011</b>	850.541.323,65	9,74
<b>2012</b>	1.050.274.282,44	23,48
<b>2013</b>	1.125.133.829,66	7,13
<b>2014</b>	634.181.995,43	-43,63

Στο παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει ανώμαλη πορεία στα τεχνικά αποτελέσματα ανά τα έτη. Άλλοτε παρατηρείται άνοδος, όπως μεταξύ των ετών 2011 έως 2013, και άλλοτε πτώση, με μεγαλύτερη αυτή μεταξύ των ετών 2013 και 2014. Η μεγαλύτερη ποσοστιαία αύξηση των εσόδων σε σχέση με τα έξοδα των εταιριών στις ασφαλίσεις ζωής είναι αυτή που σημειώνεται στο 2009 και ξεπερνά το 50% της τιμής του προηγούμενου έτους.

Πίνακας 11: Παραγωγή Ασφαλίσεων στον τομέα της Υγείας

Έτη	Ασφάλ/ρα από πρωτασφ/σεις & Δικ/ματα συμβ/λαίων	Μεταβολή	Ποσοστό επί του Συνόλου	Ασφάλιστρα <sup>66</sup> από Αντασφαλίσεις	Ποσοστό επί του Συνόλου
2007	62.572.286,66	40,80%	2,5 %	1.381.881,81	21,16 %
2008	52.290.964,15	-16,43%	2,11 %	9.983,88	0,18 %
2009	64.933.966,38	20,27%	2,59 %	5.931,86	0,11 %
2010	46.209.690,99	-28,84%	1,99 %	882.151,03	12,34 %
2011	62.955.503,21	36,24%	2,9 %	1.019.265,57	19,57 %
2012	62.693.844,12	-0,42%	3,23 %	1.032.890,93	23,55 %
2013	76.597.262,68	22,18%	4,56%		
2014	99.594.558,60	30,02%	5,3 %		

Πίνακας 12: Ποσοστό ασφαλίσεων του Τομέα Υγείας επί του συνόλου της παραγωγής

(ποσοστο %)	Πρωτασφ/σεις & Δικαιώματα συμβολαίων	Αντασφαλίσεις <sup>67</sup>
2007	2,5	21,16
2008	2,11	0,18
2009	2,59	0,11
2010	1,99	12,34
2011	2,9	19,57
2012	3,23	23,55
2013	4,56	
2014	5,3	

<sup>66</sup> Η έλλειψη των στοιχείων του πίνακα οφείλεται σε ανεπάρκεια πηγών

<sup>67</sup> Αντασφάλιση είναι η ασφάλιση μιας ασφαλιστικής εταιρείας σε μια άλλη, οικονομικά ευρωστότερη, εταιρεία (αντασφαλιστή), η οποία αναλαμβάνει την πληρωμή μέρους των υποχρεώσεων της πρώτης σε περίπτωση αδυναμίας της να ανταπεξέλθει σε αυτές



Από τον παραπάνω πίνακα εξάγεται το συμπέρασμα ότι μετά το 2010 υπήρξε ανάπτυξη της αντασφαλιστικής αγοράς. Οι ανάγκες για αντασφάλιση των αλλοδαπών εταιρειών στην Ελλάδα ικανοποιούνται κυρίως μέσω των μητρικών τους εταιρειών. Η περαιτέρω ανάπτυξη της τοπικής αντασφαλιστικής αγοράς είναι δυνατή με τη μείωση των αρνητικών παραγόντων και την εκμετάλλευση των πλεονεκτημάτων που παρέχει ένας αντασφαλιστής, ο οποίος δρα εντός του ίδιου τοπικού περιβάλλοντος με τους εκχωρητές (πρωτασφαλιστές).

## **8 Η Συμβολή της Ιδιωτικής Ασφάλισης στην Ελληνική Οικονομία**

Όπως εύκολα παρατηρήσαμε από τις ετήσιες οικονομικές εκθέσεις των ασφαλιστικών εταιριών που ασκούν την εμπορική τους δραστηριότητα στον κλάδο των ιδιωτικών ασφαλίσεων ζωής (υγείας), αλλά και γενικότερα, η πορεία της οικονομικής τους ανάπτυξης ακολουθεί την πορεία της οικονομίας της χώρας. Αυτό ωστόσο συμβαίνει και αντιστρόφως Έτσι, και η ανάπτυξη των ασφαλιστικών επιχειρήσεων συμβάλει σε κάποιο ποσοστό στην οικονομική ανάπτυξη της Ελλάδος.

Η μέτρηση της οικονομικής επίδρασης της δραστηριότητας των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων στην οικονομία της χώρας<sup>68</sup>, μπορεί να επιτευχθεί με τη χρήση αριθμοδεικτών, που διευκολύνουν ταυτόχρονα και τη διεθνή συγκρισιμότητα . Τέτοιοι αριθμοδείκτες είναι: το ποσοστό της συνολικής παραγωγής ασφαλιστρων επί του Ακαθάριστου Εγχωρίου Προϊόντος (Α.Ε.Π.), το ποσοστό των επενδύσεων των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων επί του Α.Ε.Π., καθώς και τα κατά κεφαλήν ασφαλίστρα.

Το 2007, από όπου ξεκινά και το χρονοδιάγραμμα της εργασίας μας, ήταν η πέμπτη συνεχόμενη χρονιά που η τιμή του δείκτη των συνολικών ασφαλίστρων προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν παρουσιάζει αύξηση σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος. Έτσι μετά το 2001, οπότε ο δείκτης έλαβε τη χαμηλότερη τιμή του (1,81%) των τελευταίων 8 χρόνων, το 2007 υπολογίζεται στο 2,05%. Είναι προφανές ότι η αύξηση του όγκου των ασφαλίστρων σε τρέχουσες τιμές τα προηγούμενα χρόνια ήταν ελαφρά μεγαλύτερη της αντίστοιχης αύξησης του Α.Ε.Π. της Ελλάδας, γεγονός που οδήγησε στην αύξηση της τιμής του σχετικού δείκτη.

<sup>68</sup> Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, “[www.eaee.gr](http://www.eaee.gr)”

Κατά το 2008, το ποσοστό συμμετοχής της συνολικής παραγωγής εγγεγραμμένων ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις και δικαιώματα συμβολαίου επί του Α.Ε.Π. (εκφρασμένου σε τρέχουσες αγοραίες τιμές) υπήρξε 2,18% του Α.Ε.Π. Είναι η πρώτη φορά από το 2001 που ο δείκτης σημείωσε κάμψη, γιατί παρόλο που τα έσοδα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων (ασφάλιστρα και δικαίωμα συμβολαίου) σημείωσαν αύξηση, ο ρυθμός αύξησης του Α.Ε.Π. υπήρξε μεγαλύτερος.

Μετά από μία δεκαετία θετικών επιδόσεων, η Ελληνική Οικονομία κατέγραψε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης κατά τη διάρκεια του 2009. Σύμφωνα με την Έκθεση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος, το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π.) μειώθηκε κατά 2% το 2009, σε αντίθεση με το 2008 οπότε είχε καταγραφεί αύξηση 2,9%. Κατά το 2009, το ποσοστό συμμετοχής της συνολικής παραγωγής εγγεγραμμένων ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις και δικαιωμάτων συμβολαίων επί του Α.Ε.Π. (εκφρασμένου σε τρέχουσες αγοραίες τιμές) ανήλθε στο 2,3% του Α.Ε.Π. Τα έσοδα ασφαλιστικών εργασιών σημείωσαν αύξηση μεγαλύτερη του ρυθμού αύξησης του Α.Ε.Π. κι έτσι ο δείκτης σημείωσε αύξηση έναντι του 2008.

Κατά το 2010 ο δείκτης δεν μεταβλήθηκε έναντι του 2009. Το ποσοστό συμμετοχής της συνολικής παραγωγής εγγεγραμμένων ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις και δικαιωμάτων συμβολαίων επί του Α.Ε.Π. παρέμεινε σταθερό στο 2,35% του Α.Ε.Π. ενώ, η παραγωγή ασφαλιστρών σημείωσε μείωση αντίστοιχη του ρυθμού μείωσης του Α.Ε.Π.. Παρόλα αυτά, η τιμή του δείκτη είναι από τις μεγαλύτερες των τελευταίων ετών, όπως φαίνεται και στο σχετικό γράφημα.

Την επόμενη χρονιά η παραγωγή ασφαλιστρών σημείωσε μείωση αντίστοιχη του ρυθμού μείωσης του Α.Ε.Π. κι έτσι ο δείκτης δεν μεταβλήθηκε ουσιαστικά έναντι του 2010. Το ποσοστό συμμετοχής της συνολικής παραγωγής εγγεγραμμένων ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις και δικαιωμάτων συμβολαίων επί του Α.Ε.Π έφθασε ,το 2011, στο 2,39% του Α.Ε.Π. όσο περίπου και το 2010. Παρόλα αυτά, η τιμή του δείκτη είναι η μεγαλύτερες των τελευταίων ετών.

Κατά το 2012 η παραγωγή ασφαλιστρών σημείωσε μείωση ελαφρώς μεγαλύτερη του ρυθμού μείωσης του Α.Ε.Π (το ποσοστό συμμετοχής της συνολικής παραγωγής εγγεγραμμένων ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις και δικαιωμάτων συμβολαίων επί του Α.Ε.Π. έφθασε στο 2,28% του Α.Ε.Π.). Την ίδια εικόνα έχουμε και το 2013. Το ποσοστό συμμετοχής της συνολικής παραγωγής εγγεγραμμένων ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις και δικαιωμάτων συμβολαίων

επί του Α.Ε.Π. (αναθεωρημένου σύμφωνα με τα νέα πρότυπα E.S.A. 2010<sup>69</sup> και εκφρασμένου σε τρέχουσες αγοραίες τιμές) έφθασε στο 2,20% του Α.Ε.Π. ενώ ήταν 2,27% το 2012.

Κατά την τελευταία στατιστική έκθεση του 2014, το ποσοστό συμμετοχής της συνολικής παραγωγής εγγεγραμμένων ασφαλιστρών από πρωτασφαλίσεις και δικαιωμάτων συμβολαίων επί του Α.Ε.Π. (αναθεωρημένου σύμφωνα με τα νέα πρότυπα E.S.A. 2010 και εκφρασμένου σε τρέχουσες αγοραίες τιμές) αυξήθηκε ελαφρώς στο 2,21% του Α.Ε.Π. από 2,20% το 2013. Αυτό συνέβη επειδή η παραγωγή ασφαλιστρών σημείωσε κάμψη ελαφρώς μικρότερη του ρυθμού μείωσης του Α.Ε.Π.

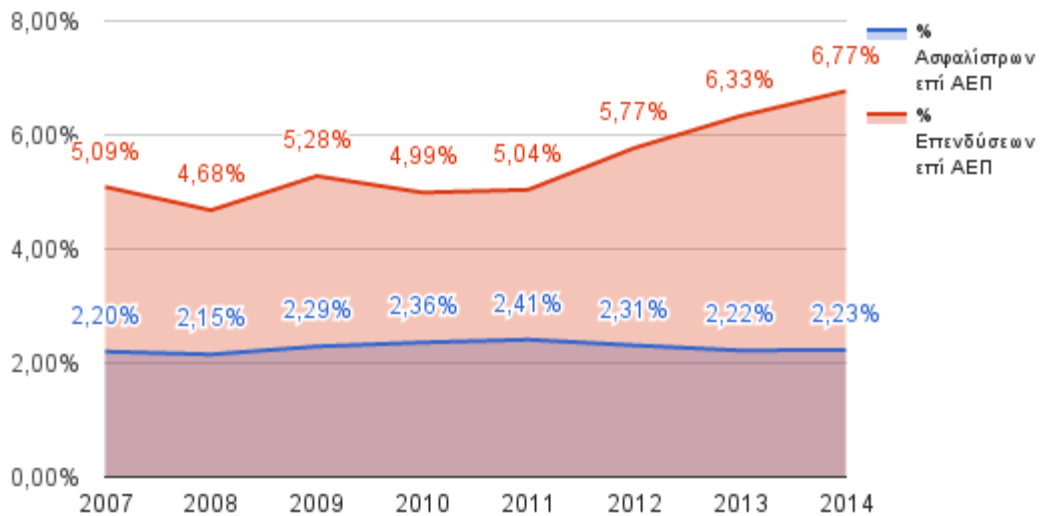
Όσον αφορά το ποσοστό επενδύσεων επί του Α.Ε.Π., ο υπολογισμός του συνόλου των επενδύσεων των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων σαν ποσοστό του Α.Ε.Π. της χώρας, αποτελεί διεθνώς ένα δείκτη του βαθμού ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς, ενώ ταυτόχρονα αναδεικνύει τη δυναμικότητα και το βαθμό ωριμότητας ιδιαιτέρως του κλάδου ζωής. Το ποσοστό επενδύσεων της Ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς, αφού έλαβε το 2000 τη μέγιστη τιμή του (4,13%) των προηγούμενων χρόνων, παρουσίασε κάμψη τα επόμενα έτη έως το 2002 οπότε έφθασε στο 3,69%, αλλά στη συνέχεια παρουσίασε ανάκαμψη φθάνοντας στο επίπεδο του 5,17% το 2007 ενώ μέσα στο 2008, μειώθηκε στο 4,74%. Ο δείκτης απέχει όμως, αρκετά από το αντίστοιχο μέσο ποσοστό των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών με υψηλότερο βαθμό ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς.

Το ποσοστό επενδύσεων της Ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς, αφού παρουσίασε κάμψη το 2008 στο επίπεδο του 4,7%, αυξήθηκε ξανά το 2009 κι έφθασε το 5,3%, που είναι και η μέγιστη τιμή του δείκτη για την περίοδο από το 2000 κι έπειτα. Το ποσοστό επενδύσεων της Ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς έφτασε το 5,69% το 2012. Η πορεία του δείκτη αναστράφηκε μετά από δύο χρόνια πτωτικής πορείας.

Τέλος, το ποσοστό επενδύσεων της Ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς έφτασε το 6,7% το 2014 και είναι η υψηλότερη τιμή που έχει λάβει. Με εξαίρεση τα έτη 2008 και 2010, η πορεία του δείκτη είναι συνεχώς ανοδική. Όμως, ο δείκτης παραμένει χαμηλός σε σχέση με το αντίστοιχο μέσο ποσοστό των άλλων Ευρωπαϊκών χωρών με υψηλότερο βαθμό ανάπτυξης της ασφαλιστικής αγοράς.

<sup>69</sup>Το 2014 το νέο Ευρωπαϊκό Σύστημα Εθνικών και Περιφερειακών Λογαριασμών (ESA 2010) θα αντικαταστήσει το ισχύον ESA 1995 προκειμένου να προσαρμοστούν οι εθνικοί λογαριασμοί στο νέο οικονομικό περιβάλλον, τις εξελίξεις στη μεθοδολογική έρευνα και τις ανάγκες των χρηστών ( "<http://www.statistics.gr/esa-2010>").

Διάγραμμα 8: Μακροοικονομικά Δεδομένα της Ελληνικής Ασφαλιστικής Αγοράς



Αναφορικά με τα ασφάλιστρα, για πέντε συνεχόμενα έτη, ο λόγος της παραγωγής ασφαλίσεων από πρωτασφαλίσεις (και δικαιώματα συμβολαίων) προς το σύνολο του πληθυσμού (εκτίμηση του πληθυσμού από την Ελληνική Στατιστική Αρχή στα μέσα του έτους) παρουσιάζει μείωση. Ο δείκτης των συνολικών κατά κεφαλήν ασφαλίσεων (και δικαιωμάτων συμβολαίων) αντιστοιχούσε σε 253€ το 2000 και παρουσιάζοντας συνεχή αύξηση τα επόμενα χρόνια έφθασε να πάρει το 2009 τη μέγιστη τιμή του (487€ ανά κάτοικο). Έκτοτε, ο δείκτης μειωνόταν συνεχώς και έφτασε στα 363€ ανά κάτοικο για το 2014.

Ο αντίστοιχος δείκτης των κατά κεφαλήν εγγεγραμμένων ασφαλίσεων και δικαιωμάτων συμβολαίου για τις ασφαλίσεις Ζωής ήταν συνεχώς ανοδικός από το 2001 ως το 2007. Από το 2009 και μετά, η τάση έχει αναστραφεί. Κατά το 2014, ο δείκτης ασφαλίσεων Ζωής (συμπεριλαμβανομένων των δικαιωμάτων συμβολαίου) έφτασε τα 172€ ανά κάτοικο.

## 8.1 Η Ιδιωτική Ασφάλιση σήμερα -Οικονομικά στοιχεία 2015-2016

Από το 2015 μέχρι σήμερα, δραστηριοποιούνται στην παροχή Ιδιωτικής Ασφάλισης περίπου 60 εταιρίες εκ των οποίων οι 21 ασχολούνται με τις ασφαλίσεις ζωής (οι 11 είναι μικτές). Συνολικά, διαπιστώνεται ότι μειώθηκε η παραγωγή των ασφαλίσεων Ζωής κατά 3,9%. Συγκεκριμένα, ο κλάδος Ζωής μειώθηκε κατά 2,2%, ο κλάδος Ζωής συνδεδεμένων με επενδύσεις μειώθηκε κατά 18,0%, ενώ ο κλάδος Υγείας αυξήθηκε κατά 22,1%.

Η μηνιαία εξέλιξη της παραγωγής ασφαλίσεων για τους κλάδους Ζωής και Υγείας για την περίοδο Ιανουαρίου 2015 έως τον Δεκέμβριο του 2015, φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 13: Μηνιαία παραγωγή ασφαλίσεων ασφαλίσεων Ζωής 2015

(τιμές σε €)	Ασφάλισης Υγείας	Σύνολο Ασφάλισης Ζωής	Μεταβολή
<b>Ιανουάριος</b>	8.182.840,11	161.233.951,59	14,55%
<b>Φεβρουάριος</b>	8.039.005,52	153.417.713,19	11,19%
<b>Μάρτιος</b>	11.099.390,78	180.193.761,84	26,54%
<b>Απρίλιος</b>	9.429.357,10	164.876.438,48	19,35%
<b>Μάιος</b>	9.946.416,60	169.098.857,89	18,93%
<b>Ιούνιος</b>	11.905.066,51	171.676.992,86	2,05%
<b>Ιούλιος</b>	9.654.005,94	119.504.028,78	-17,01%
<b>Αύγουστος</b>	6.854.787,16	89.730.644,09	-39,81%
<b>Σεπτέμβρης</b>	11.536.998,57	124.164.709,30	-18,63%
<b>Οκτώβριος</b>	10.810.468,11	136.352.441,09	-18,08%
<b>Νοέμβριος</b>	10.984.810,54	123.392.062,71	-28,00%
<b>Δεκέμβριος</b>	12.821.884,89	165.909.672,20	-6,98%

Ενώ κατά το πρώτο εξάμηνο, η παραγωγή ήταν μεγαλύτερη από την αντίστοιχη του προηγούμενου έτους, από τον Ιούλιο και μετά, η παραγωγή του 2015 σταθερά υπολείπεται της περσινής χρονιάς, λόγω της επιβολής των κεφαλαιακών ελέγχων στις τράπεζες που μεταξύ άλλων δεν επέτρεψαν την έκδοση νέων συμβολαίων (ενιαίων ή περιοδικών ασφαλίσεων).

Όσον αφορά την σύγκριση των στοιχείων από τον Ιανουάριο του 2016 κι εφεξής, σε σχέση με τα στοιχεία των προηγούμενων περιόδων (μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2015), πρέπει να αναφερθεί η αλλαγή στην ταξινόμηση των κλάδων ασφάλισης που επήλθε με την εφαρμογή του Νόμου 4364/5.2.2016 (ΦΕΚ 13 τ'Α) «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην Οδηγία Φερεγγυότητα II». Συγκεκριμένα, οι εργασίες του κλάδου της Ασφάλισης υγείας των ασφαλίσεων Ζωής (όπως είχε καταγραφεί με το άρθρο 13 του ν.δ. 400/1970), κατατάσσονται πλέον στους κλάδους Ατυχήματα και Ασθένειες των ασφαλίσεων κατά Ζημιών, σύμφωνα με τα άρθρα 4, 49, 269 του Ν. 4364/5.2.2016<sup>70</sup>.

Πίνακας 14: Παραγωγή Ασφαλίσεων από Πρωτασφαλίσεις 2016

(τιμές σε €)	Α' τρίμηνο 2016	Μεταβολή
<b>Ατυχήματα</b>	16.741.809,85	11,30%
<b>Ασθένειες</b>	70.442.746,05	558,80%

Συνεπώς για την ερμηνεία των μεταβολών της παραγωγής ασφαλίσεων που καταγράφεται στην συνέχεια της παρούσας μελέτης, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη η επίδραση από την ανακατάταξη των εργασιών, όπως περιγράφηκε ανωτέρω. Κατά αυτό τον τρόπο, η παραγωγή του συγκεκριμένου κλάδου μηδενίζει από τον Ιανουάριο του 2016 ενώ αντιστοίχως ενισχύεται η παραγωγή των αντίστοιχων κλάδων ασφαλίσεων κατά Ζημιών.

Τον Μάιο του 2016, οι ασφαλίσεις Ζωής συνέχισαν την καθοδική τους τάση, η οποία ξεκίνησε τον Ιούλιο του 2015. Οι ασφαλίσεις κατά Ζημιών κινούνται θετικά από τον Φεβρουάριο του 2016 όταν συγκρίνονται οι αντίστοιχοι μήνες. Αποτέλεσμα αυτών είναι να σταθεροποιηθεί η μείωση της συνολικής παραγωγής (-5,6% το πεντάμηνο Ιανουαρίου-Μαΐου). Ευνόητο είναι ότι εάν είχε παραμείνει η ταξινόμηση των ασφαλιστικών εργασιών όπως προβλεπόταν από το ν.δ.

<sup>70</sup> Οικονομική Μελέτη Α' Τριμήνου 2016, Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, “[www.eaee.gr/](http://www.eaee.gr/)”

400/1970, η μεν μεταβολή των ασφαλίσεων κατά Ζημιών θα κινούνταν σε αρνητικό επίπεδο, η δε αρνητική μεταβολή των ασφαλίσεων Ζωής θα ήταν πολύ μικρότερη.

## **8.2 Οικονομικά στοιχεία της Ελληνικής Ασφαλιστικής Αγοράς των τελευταίων ετών**

Η Ασφαλιστική Αγορά Υγείας στην Ελλάδα, όπως έχουμε ήδη αναφέρει, χαρακτηρίζεται από ένα μεικτό σύστημα. Για να έχουμε λοιπόν μια συνολική εικόνα για την ασφαλιστική αγορά θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν τόσο τα οικονομικά στοιχεία που αφορούν την κοινωνική ασφάλιση, όσο και αυτά που αφορούν την ιδιωτική ασφάλιση. Το χρονικό πλαίσιο της έρευνάς μας για ακόμα μια φορά θα περιλαμβάνει τα έτη 2007-2014 και θα παραθέσουμε όσο το δυνατόν περισσότερα στοιχεία από όσα διαθέτουμε.

Ξεκινώντας, το κύριο χαρακτηριστικό των οικονομικών εξελίξεων το 2007 ήταν η διεθνής χρηματοπιστωτική αναταραχή και η άνοδος των τιμών του πετρελαίου και των τροφίμων στις διεθνείς αγορές. Τα φαινόμενα αυτά εκδηλώθηκαν το δεύτερο εξάμηνο του έτους και οδήγησαν σε ένταση των πληθωριστικών πιέσεων και επιβράδυνση του ρυθμού ανόδου της οικονομικής δραστηριότητας διεθνώς. Αυτές οι οικονομικές εξελίξεις έχουν επηρεάσει δυσμενώς τον πληθωρισμό και το ρυθμό ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας.

Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ΑΕΠ ήταν 9.8% το 2007. Από τις συνολικές κρατικές δαπάνες το 12,5 % αφορούσε την υγεία ενώ το 51.8 % αφορούσε τις κοινωνικές ασφάλισεις υγείας. Οι δαπάνες για την υγεία έγιναν κατά 39.7 % από Ιδιωτικές επιχειρήσεις και κατά 60.3 % από το Δημόσιο.

Το 2008, ρυθμός αύξησης του Ακαθαρίστου Εγχωρίου Προϊόντος της Ελλάδας μειώθηκε σημαντικά, στο 2,9%. Η μέση τιμή του Εναρμονισμένου Δείκτη Τιμών Καταναλωτή ήταν 4,2%, ενώ ο Γενικός Δείκτης του Χρηματιστηρίου Αξιών Αθηνών μειώθηκε κατά 65,5%. Η παγκόσμια χρηματοπιστωτική και οικονομική κρίση ανέδειξε τις μακροοικονομικές ανισορροπίες και τις διαρθρωτικές αδυναμίες της ελληνικής οικονομίας σύμφωνα με την Έκθεση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος για το έτος 2008.

Το ποσοστό των δαπανών για την υγεία που έγινε από το Δημόσιο μειώθηκε και έτσι, αναλογικά αυξήθηκαν οι Ιδιωτικές δαπάνες (59,9%-40,1% αντίστοιχα). Ωστόσο, οι κρατικές δαπάνες για την Κοινωνική Ασφάλιση παρέμειναν στις ίδιες τιμές με το προηγούμενο έτος.

Εντός του 2010, η Ελληνική Οικονομία κατέγραψε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης, εξέλιξη η οποία συμπαρέσυρε και τον τομέα της Ιδιωτικής Ασφάλισης. Η χρονιά που πέρασε σηματοδεύτηκε από την προσφυγή του Ελληνικού Δημοσίου στο Μηχανισμό Στήριξης (Δ.Ν.Τ., Ε.Ε. και Ε.Κ.Τ.) για την εξυπηρέτηση των δανειακών του αναγκών. Παρατηρήθηκε μείωση στις δαπάνες για την υγεία από ιδιωτικούς πόρους, ενώ στο συνολικό ποσοστό των δαπανών, οι δημόσιες δαπάνες κατείχαν ποσοστό 68, 4%, και 10,2 % του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος.

Το 2011, η Ελληνική Οικονομία κατέγραψε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης για 3η συνεχή χρονιά, εξέλιξη η οποία συμπαρέσυρε, όπως και τα προηγούμενα έτη, και τον τομέα της Ιδιωτικής Ασφάλισης. Καθ’ όλη τη διάρκεια του έτους, το Ελληνικό Δημόσιο συνέχισε να βρίσκεται σε συμφωνία χρηματοδοτικής στήριξης από τους Ευρωπαίους εταίρους και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία ως ποσοστό του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος έφτασαν σχεδόν το 10% ενώ το 12 % των συνολικών κρατικών δαπανών που έγιναν το ίδιο έτος αφορούσαν την υγεία.

Μετά από μία μακρά περίοδο ανάπτυξης, η Ελληνική Οικονομία βυθίστηκε σε ύφεση, με αφορμή την παγκόσμια οικονομική κρίση, από το 2008 και εφεξής. Το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (Α.Ε.Π.) μειώθηκε κατά 6,4% το 2012 ενώ η σωρευτική του μείωση σε σχέση με το 2008 είναι 20,1%. Εντούτοις, η εφαρμογή του προγράμματος προσαρμογής απέτρεψε ενδεχόμενες αρνητικές εξελίξεις όπως η χρεοκοπία και η έξοδος της χώρας από τη ζώνη του ευρώ. Πλέον, από το 2012, το ενδεχόμενο αυτό έχει απομακρυνθεί και η οικονομία μπορεί να προσβλέπει σε ανάκαμψη και έξοδο από την κρίση, με τη στήριξη των Ευρωπαίων εταίρων και του Διεθνούς Νομισματικού Ταμείου.

Η εικόνα της ασφαλιστικής αγοράς υγείας παραμένει σε γενικές γραμμές η ίδια. Οι δαπάνες που πραγματοποιήθηκαν για την ασφάλιση υγείας προέρχονταν κατά 67% από Δημόσιους και κατά 33% από Ιδιωτικούς πόρους.

Μετά από πέντε χρόνια μεγάλης ύφεσης, η Ελληνική Οικονομία σταθεροποιείται και επιδιώκει να αναπτυχθεί. Κατά την διάρκεια του 2013, παρατηρήθηκε πρόοδος στην εφαρμογή του προγράμματος προσαρμογής με αποτέλεσμα τη μεταστροφή του οικονομικού κλίματος έτσι



όπως διαπιστώνεται από πλήθος δεικτών. Οι γενικές δαπάνες της κυβέρνησης για την υγεία αυξήθηκαν κατά 2% σε σχέση με την προηγούμενη χρονιά.

Το 2014 τα δημοσιευμένα τριμηνιαία στοιχεία του ΑΕΠ δείχνουν σαφή αποκλιμάκωση της ύφεσης από το Α' τρίμηνο, με αποτέλεσμα στο σύνολο του έτους να καταγράφεται θετικός ρυθμός μεγέθυνσης της τάξης του 0,8%, για πρώτη φορά μετά το 2007. Η μεταστροφή αυτή έρχεται σε συνέχεια των έξι χρόνων ύφεσης που σωρευτικά μείωσε το ΑΕΠ κατά περισσότερο από 25%. Το 2014 ήταν η χρονιά όπου η οικονομική δραστηριότητα έδειξε σημεία ανάκαμψης με θετικό ρυθμό μεγέθυνσης 0,8%, μετά από έξι χρόνια μεγάλης ύφεσης. Οι εξαγωγές αυξήθηκαν κατά 8,4%, η ιδιωτική κατανάλωση κατά 1,5% ενώ το πλήθος των ανέργων μειώθηκε κατά 3,3%. Όμως το 2014 χαρακτηρίστηκε από αρνητικό πληθωρισμό.

Πίνακας 15: Μεριδίο Αγοράς των Ασφαλιστικών Εταιριών Ασφάλισης Ζωής

(έτος)	ποσοστό 1 - 10% επί του συνόλου της αγοράς	ποσοστό >10% επί του συνόλου της αγοράς
<b>2007</b>	11 (41,5 % του συνόλου παραγ.)	4 (55 % του συνόλου παραγ.)
<b>2008</b>	10 (31,3 % του συνόλου παραγ.)	5 (66,2 % του συνόλου παραγ.)
<b>2009</b>	13	4
<b>2010</b>	8	5
<b>2011</b>	8	5
<b>2012</b>	6	5
<b>2013</b>	7	5
<b>2014</b>	7	4

Ο παραπάνω πίνακας παρουσιάζει το πλήθος των εταιριών που καλύπτουν μέρος του συνόλου της αγοράς στα ποσοστά που αναφέρει.

Από την εξέταση της παραγωγής ασφαλίσεων από πρωτασφαλίσεις των Ασφαλιστικών Επιχειρήσεων που δραστηριοποιήθηκαν στην Ελλάδα, καθώς και των μεριδίων αγοράς που καλύπτουν στις ασφαλίσεις ζωής, προκύπτουν τα εξής:

Πίνακας 16: Παραγωγή ασφαλίσεων από πρωτασφαλίσεις Ασφαλιστικών Εταιριών Ζωής

<i>Έτος</i>	<b>5 πρώτες</b>	<b>10 πρώτες</b>	<b>15 πρώτες</b>
<b>2007</b>			96,99%
<b>2008</b>	66,20%	88,90%	97,50%
<b>2009</b>	65,30%	85,60%	96,30%
<b>2010</b>	71,00%	91,70%	98,90%
<b>2011</b>	68,90%	91,70%	98,80%
<b>2012</b>	69,50%	92,30%	99,00%
<b>2013</b>	73,60%	91,50%	99,10%
<b>2014</b>	76,70%	92,90%	99,30%

Η τάση συγκέντρωσης ασφαλίσεων στις Ασφαλίσεις Ζωής παρουσιάζεται το ίδιο έντονη καθ' όλη τη διάρκεια της δεκαπενταετίας, εξακολουθεί δε να χαρακτηρίζεται από μεγάλα μερίδια αγοράς που κατέχουν οι μεγαλύτερες σε παραγωγή ασφαλίσεων Επιχειρήσεις .

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα έχει υποστεί πολλές μεταρρυθμίσεις κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαπενταετίας. Με βάση τη θεμελιώδη και συνταγματικά κατοχυρωμένη αρχή ότι η ασφάλιση υγείας είναι υποχρέωση και μέριμνα του ίδιου του ελληνικού κράτους, οι φορείς Κοινωνικής ασφάλισης αλλάζουν κατά καιρούς, υπηρετώντας ωστόσο, πάντα τον ίδιο αυτό κανόνα.

Ξεκινώντας από το πολυκερματισμένο ασφαλιστικό σύστημα των 30 ασφαλιστικών φορέων φτάνουμε σήμερα στην συγκέντρωση των φορέων ασφάλισης σε έναν ενιαίο οργανισμό. Η προσπάθεια σύστασης μονοψωνίου με διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση για την άρση των αντινομιών του συστήματος υγείας εικάζόταν ότι μπορούσε να συνεισφέρει στη μείωση της δημόσιας δαπάνης. Τελικά όμως, όπως αποδείχθηκε και στην πράξη, η τακτική του μονοψωνίου δεν κατάφερε να άρει το σύνολο των στρεβλώσεων του υγειονομικού συστήματος καθώς, όπως αναφέρει και ο Mark Pauly<sup>71</sup> “ένα δημόσιο μονοψώνιο ενδιαφέρεται πρωτίστως για τη συγκράτηση του κόστους και τη μείωση της δαπάνης παρά για την κοινωνική αποδοτικότητα”.

Εξάλλου, το ελληνικό Ασφαλιστικό Σύστημα βρίθεται από στρεβλώσεις οι οποίες αποτελούν τις μακροπρόθεσμες αιτίες της κατάρρευσης του. Η χρηματοδοτική εμπλοκή που οφείλεται στην οικονομική κρίση και συγκεκριμένα σε επιπτώσεις όπως η αύξηση της ανεργίας και η μείωση των μισθών, άρα, συνακόλουθα και μείωση των εισφορών, θέτει το ζήτημα της βιωσιμότητας του συστήματος, ενώ οι μεγάλες ανισότητες στην παροχή των υπηρεσιών και η άδικη κατανομή των βαρών μεταξύ των ομάδων του πληθυσμού καταστρατηγούν την αρχή της ισότητας. Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών και το υψηλό επίπεδο ιδίων πληρωμών ευθύνονται για τη δυσαρέσκεια που εκφράζουν οι πολίτες. Όλα αυτά οδηγούν στην αδυναμία επίτευξης των προϋπολογισμών και στη δημιουργία χρεών και ζημιών.

Το μονοψώνιο δεν περιορίζει τις μονοπωλιακές τάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν το σύστημα υγείας και αποτελούν μια από τις κύριες συνιστώσες της αναποτελεσματικότητας, ενώ

---

<sup>71</sup> Pauly M., 1988, “Market power, Monopsony and Health Insurance Markets”, Journal of Health Economics

μπορεί να επιτείνει την ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους του χρόνου και των τιμών<sup>72</sup> και κατά συνέπεια των παραπληρωμών<sup>73, 74</sup>.

Οι περισσότερες έρευνες έχουν αποδείξει ότι: (α) η ανάπτυξη των ασφαλιστικών αγορών ακολουθεί την «προωθητική προσφορά», (β) οι ασφαλίσεις Ζωής και Υγείας είναι περισσότερο σημαντικές για τις αναπτυγμένες οικονομίες, διότι λειτουργούν συμπληρωματικά προς το τραπεζικό σύστημα και τις κεφαλαιαγορές, και (γ) οι γενικές ασφαλίσεις είναι περισσότερο χρήσιμες στις αναπτυσσόμενες χώρες, διότι υποστηρίζουν τις επιχειρηματικές δραστηριότητες, τις πιστώσεις και το εισαγωγικό - εξαγωγικό εμπόριο, και τις εμπορικές δραστηριότητες<sup>75</sup>.

Ο διεθνής οικονομικός έλεγχος, μέσω της δανειακής σύμβασης και του μνημονίου, επέβαλε μια σημαντική μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία, η οποία είναι από τις χαμηλότερες μεταξύ των χωρών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ως ποσοστό του Ακαθόριστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ).

Παρατηρούμε επίσης, ότι αυτές οι οικονομικές εξελίξεις έχουν επηρεάσει δυσμενώς το ρυθμό ανάπτυξης της ελληνικής οικονομίας με επιπτώσεις και στην ιδιωτική ασφαλιστική αγορά. Τόσο ο δημόσιος όσο και ο ιδιωτικός τομέας ως φορείς ασφάλισης της υγείας έχουν επηρεαστεί αρνητικά με αποτέλεσμα η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα να αντιμετωπίζει σειρά σοβαρών προβλημάτων<sup>76</sup>.

Η νέα πολιτική στο χώρο της υγείας, κυρίως από την πλευρά του δημόσιου τομέα, με την περιστολή των κρατικών δαπανών, δημιούργησε μια νέα πραγματικότητα που επηρέασε ακολούθως και τη ζήτηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ιδίως στις μονάδες που διατηρούν συμβάσεις με ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία αντιμετωπίζουν έντονα λειτουργικά και οικονομικά προβλήματα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι εμφανή στην ανάλυση με αριθμοδείκτες που προηγήθηκε.

---

<sup>72</sup> Pauly M. Taxation, 1986, “Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy”. Journal of Economic Literature

<sup>73</sup> Κυριόπουλος Γ, Μπεαζόγλου Τ., 2001, «Η Επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοπωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Θεμέλιο

<sup>74</sup> Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., 2000, «Είναι Επιθυμητή και Εφικτή η Διάκριση της Προσφοράς από τη Ζήτηση στις Υπηρεσίες Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας

<sup>75</sup> Webb, Grace and Skipper, 2002, Haiss and Sumegi, 2008, Lee, 2011

<sup>76</sup> Γιάννης Κυριόπουλος, Λυκούργος Λιαρόπουλος, Χρήστος Μπουρσανίδης, κ.ά, 2001, “Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα”, Θεμέλιο

Ως γενική εικόνα, η είσοδος του κλάδου στην κρίση μπορεί να τοποθετηθεί το 2008, τα αρνητικά αποτελέσματα γίνονται, όμως, όλο και πιο εμφανή το 2009, ενώ κορυφώνονται το 2010. Το 2011 φαίνεται να είναι το σημείο καμπής όσον αφορά στην αναδιοργάνωση της λειτουργίας των ασφαλιστικών εταιριών με σκοπό την αντιμετώπιση των συνεπειών της κρίσης. Σημαντικό μέρος αυτών κατάφερε να παρουσιάσει μία -έστω και μικρή- βελτίωση των δεικτών αποδοτικότητας το 2011, γεγονός που αποτελεί μία πρώτη ένδειξη επιτυχούς προσαρμογής σε ένα νέο οικονομικό περιβάλλον, όπου κυρίαρχο ρόλο κατέχει η προσπάθεια για περιστολή δαπανών και λειτουργικών εξόδων, σε συνδυασμό με την ανάγκη για διατήρηση υψηλού επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών σε έναν κλάδο με έντονο ανταγωνισμό. Σε γενικές γραμμές όμως η τάση παραμένει πτωτική μέχρι και σήμερα.

Είναι ιδιαίτερα μεγάλη προσπάθεια των εταιριών να παραμείνουν στο τομέα της Ασφάλισης υγείας και να αποκομίσουν κέρδη. Όμως, η κρίση που επικρατεί αλλά και τα νομοσχέδια για το ασφαλιστικό που οδηγούν όλο και περισσότερους ανθρώπους στα όρια της φτώχειας και στην αδυναμία παροχής εισφορών ακόμα και για την κύρια ασφάλιση της υγείας τους, οδηγεί στην κατάρρευση του υγειονομικού συστήματος της χώρας και παράλληλα στην αύξηση των ζημιών των ιδιωτικών επιχειρήσεων Πρέπει να ληφθούν άμεσα τόσο προληπτικά όσο και κατασταλτικά μέτρα που να αποτρέπουν την κατάρρευση αυτή.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

### **Συγγράμματα:**

- Pauly M., 1988, “Market power, Monopsony and Health Insurance Markets”. Journal of Health Economics
- Pauly M. Taxation, 1986, “Health Insurance and Market Failure in the Medical Economy”. Journal of Economic Literature
- Webb, Grace and Skipper, 2002
- Haiss and Sumegi, 2008
- Lee, 2011
- Κων. Δ. Λαναρα, 2004, “Η ασφάλιση στο ΙΚΑ, Ασφάλιση - Εισφορές - Παροχές - Περίθαλψη - Συντάξεις”
- Γεωργακόπουλος Θεόδωρος, Λιανός Θεόδωρος, Μπένος Θεοφάνης, Τσεκούρας Γιάννης, Χατζηπροκοπίου Μιχάλης, Χρήστου Γεώργιος, 2007, “Εισαγωγή στην Πολιτική Οικονομία”, Εκδόσεις: Μπένος
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 2001, “Συστήματα Υγείας”, Εκδόσεις: Παπαζήσης
- Καλογεροπούλου Μ., Μουρδουκούτας Π., 2007, “Υπηρεσίες Υγείας (Πρώτος τόμος), Συστήματα- Χρηματοδότη - Αγορά”, Εκδόσεις: Κλειδάριθμος
- Κρεμαλής Κωνσταντίνος, 1985, “Δίκαιο Κοινωνικών Ασφαλίσεων”, Εκδόσεις: Σάκκουλας
- Κυριάκος Ν. Σουλιώτης, 2013, “Η δημόσια ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα : Από το αδιανόητο στο αυτονόητο”, Εκδόσεις: Παπαζήση
- Κυριακουλάκος Παναγιώτης, 1970, “Κοινωνική πολιτική : γενικαί έννοιαι - κοινωνική ασφάλισης”
- Κυριόπουλος Ιωάννης και συν., 2001, “Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα”, Εκδόσεις: Θεμέλιο
- Κυριόπουλος Ιωάννης, 2012, “Οικονομική κρίση και υγεία”, Εκδόσεις: Καστανιώτη
- Κυριόπουλος Ιωάννης, Μπεαζόγλου Τ., 2001, «Η Επίδραση του Ασφαλιστικού Μονοπωνίου στην Αγορά Υπηρεσιών Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. και συν., Η Ασφάλιση Υγείας στην Ελλάδα. Εκδόσεις: Θεμέλιο
- Κυριόπουλος Ιωάννης., Οικονόμου Χ., 2000, «Είναι Επιθυμητή και Εφικτή η Διάκριση της Προσφοράς από τη Ζήτηση στις Υπηρεσίες Υγείας», στο: Κυριόπουλος Γ. και συν.,

Προτεραιότητες για την Αναμόρφωση της Διοίκησης-Διαχείρισης του Συστήματος Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις: Θεμέλιο

- Κυριόπουλος Ιωάννης, Λιαρόπουλος Λυκούργος , Μπουρσανίδης Χρήστος , κ.ά, 2001, “Η ασφάλιση υγείας στην Ελλάδα”, Εκδόσεις: Θεμέλιο
- Νεκτάριος Μιλτιάδης, 1998, “Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση”, Εκδόσεις: Financial Forum
- Νεκτάριος Μιλτιάδης , 2003, “Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση”, Εκδόσεις: Financial Forum
- Νεκτάριος Μιλτιάδης, 2010, “Διοικητική κινδύνων και ασφαλίσεις επιχειρήσεων”, Εκδόσεις: Σταμούλη Α.Ε
- Τσάτσης Σ., 1992, “Ασφαλιστικό Αλμανάκ”
- Πρεβελάκης Ν., “Οικονομική Οργάνωση της Κοινωνικής Ασφάλισης Εν Ελλάδι Και Αλλαχού”, Εκδόσεις: Αρχείο
- Μ. Πριναράκης, 1987, “Γενικές Αρχές της Ιδιωτικής Ασφάλισης”, Εκδόσεις: Financial Forum
- Υφαντόπουλος Γιάννης, 2003, “Τα οικονομικά της υγείας”, Εκδοσεις: Τυποθήτω
- Χατζόπουλος Πέτρος, 2007, “Ασφαλίσεις ζωής και Υγείας”, Εκδόσεις: Συμμετρία
- Χρυσόχορδης Α., 1945, “Ελληνική Κοινωνική Ασφάλισης, (συμβολή εις την βελτίωσίν της)”, Αθήνα

### **Άρθρα - Μελέτες :**

- Τούντας Γιάννης , 2001, “Η Ευρωπαϊκή Πολιτική Υγείας”, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής ICAP Group A.E. (Αύγουστος, 2009), Κλαδική μελέτη για τον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας
- Οικονόμου Χ., 2012, “Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, - Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας”, ΠΑΡΑΤΗΡΗΤΗΡΙΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΞΕΛΙΞΕΩΝ, ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΣΕΕ
- Καστανιώτη Α., Πολύζος Ν., 2016, “Μελέτη αποτίμησης νοσοκομειακών μονάδων βάσει δεικτών ESY.net”
- “Οδηγός του Ασφαλισμένου”, 2015, Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο
- Ασφάλισης Μισθωτών
- Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, 2007
- Ίδρυμα Κοινωνικής Ασφάλισης, Διεύθυνση Αναλογιστικών Μελετών και Στατιστικής, 2008
- “Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ, 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση”
- Θεοδωρουλακης Μ., Κουμαριανός Β., “Συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης - Ασφαλιστικό

- σύστημα και σύστημα κοινωνικής περίθαλψης”, ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΓΣΕΕ, ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ
- Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, “Αρχές Λειτουργίας, Καθορισμός Πρώτου Ασφαλίστρου & πλαίσιο Περιοδικών Αναπροσαρμογών Παροχών και Ασφαλίστρων”, Έντυπο Γενικής Πληροφόρησης
  - Οικονομική Μελέτη Α΄ Τριμήνου 2016, Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, “[www.eaee.gr/](http://www.eaee.gr/)”
  - Στατιστικό Δελτίο Ι.Κ.Α 2007, “[https://www.ika.gr/gr/infopages/stats/stat\\_report.cfm/](https://www.ika.gr/gr/infopages/stats/stat_report.cfm/)”
  - Στατιστικό Δελτίο Ι.Κ.Α 2008, “[https://www.ika.gr/gr/infopages/stats/stat\\_report.cfm/](https://www.ika.gr/gr/infopages/stats/stat_report.cfm/)”
  - Οικονομικά στοιχεία ΕΟΠΥΥ, “[www.eopyy.gov.gr/](http://www.eopyy.gov.gr/)”
  - Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2007, “Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος”
  - Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2008, “Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος”
  - Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2009, “Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος”
  - Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2010, “Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος”
  - Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2011, “Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος”
  - Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2012, “Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος”
  - Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2013, “Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος”
  - Ετήσια Στατιστική Έκθεση 2014, “Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος”

### **Ιστοτόπος:**

- “[www.ggka.gr/](http://www.ggka.gr/)”, “ΤΟ Ελληνικό Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης”, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- “<http://www.sev.org.gr/tomeis-draseon/ergasia-anthropino-kefalaio/koinoniki-asfalisi-2/asfalistiko-systima-pylones/>”, “Σύγχρονες Επιχειρήσεις, Σύγχρονη Ελλάδα” (Σ.Ε.Β.)
- “[http://www.ggka.gr/syndeseis\\_main.htm](http://www.ggka.gr/syndeseis_main.htm)”, Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων
- “<http://www.eaee.gr/cms/basic-page/79/i-symvoli-tis-asfalisis-stin-koinonia-kai-tin-oikonomia/>”, Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ)
- “<https://mahitotekmirio.wordpress.com/2008/05/03/03-2/λουδοβίκος-κωτσονόπουλος>”, 2008, “Αναδιανεμητικά και κεφαλαιοποιητικά ασφαλιστικά συστήματα: Βασικά χαρακτηριστικά και πολιτικές διαστάσεις”
- “[https://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικός\\_Οργανισμός\\_Παροχής\\_Υπηρεσιών\\_Υγείας](https://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικός_Οργανισμός_Παροχής_Υπηρεσιών_Υγείας)”,



Βικιπαιδεία, Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια

- “<http://www.hellastat.com/company.html>”, Μελέτη Hellastat - Νοέμβριος 2011

- “[https://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικό\\_Σύστημα\\_Υγείας](https://el.wikipedia.org/wiki/Εθνικό_Σύστημα_Υγείας)”, Βικιπαιδεία Ελεύθερη

Εγκυκλοπαίδεια

- “<http://www.asfaleia-ygeias.com/>”, “Βασικά χαρακτηριστικά προγραμμάτων υγείας”

- “<http://www.statistics.gr/esa-2010>”, Ευρωπαϊκό Σύστημα Εθνικών και Περιφερειακών

Λογαριασμών

## ***Ευρετήριο πινάκων , Σχεδιαγραμμάτων & Διαγραμμάτων***

Πίνακας 1: Οργάνωση Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, σελ. 17

Πίνακας 2: Συνολικές Δαπάνες Ε.Σ.Υ, σελ. 42

Πίνακας 3: Δαπάνες Ε.Σ.Υ., σελ. 44

Πίνακας 4: Ποσοστά εισφορών ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και συνεισπραττόμενων οργανισμών (Ν.4254/14) με ισχύ από 1/7/2014, σελ. 50

Πίνακας 5 : Δαπάνη Ι.Κ.Α για παροχές σε είδος, σελ. 54

Πίνακας 6: Ισολογισμός Ι.Κ.Α., σελ. 55

Πίνακας 7: Ποσοστό παραγωγής ασφαλιστρων υγείας που αναλογεί στην συνολική παραγωγή ασφαλιστρων Ζωής, σελ. 70

Πίνακας 8: Τιμή Ασφάλιστρου ανά έτος, σελ. 71

Πίνακας 9: Τεχνικά Αποτελέσματα Ασφαλιστικών Εταιριών, σελ. 77

Πίνακας 10: Τεχνικά αποτελέσματα Ασφάλισης ζωής, σελ. 78

Πίνακας 11: Παραγωγή Ασφαλιστρων στον τομέα της Υγείας, σελ. 79

Πίνακας 12: Ποσοστό ασφαλιστρων του Τομέα Υγείας επί του συνόλου της παραγωγής, σελ. 79

Πίνακας 13: Μηνιαία παραγωγή ασφαλιστρων ασφαλίσεων Ζωής 2015, σελ. 84

Πίνακας 14: Παραγωγή Ασφαλιστρων από Πρωτασφαλίσεις 2016, σελ. 85

Πίνακας 15: Μεριδία αγοράς Ασφαλιστικών Εταιριών Ζωής, σελ. 88

Πίνακας 16: Παραγωγή ασφαλιστρων από πρωτασφαλίσεις Ασφαλιστικών Εταιριών Ζωής, σελ. 89

Σχεδιάγραμμα 1: Η διάκριση της Ιατρικής περίθαλψης, σελ. 37

Διάγραμμα 1: Συνολικές Δαπάνες Ε.Σ.Υ, σελ. 43

Διάγραμμα 2: Δαπάνες Υλικών Ε.Σ.Υ, σελ.44

Διάγραμμα 3: Αριθμός των επισκέψεων στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, σελ. 46

Διάγραμμα 4: Δαπάνη Ι.Κ.Α για παροχές σε είδος, σελ. 54

Διάγραμμα 5: Τα έσοδα του ΕΟΠΥΥ, σελ. 59

Διάγραμμα 6: Ποσοστό παραγωγής ασφαλιστρών υγείας που αναλογεί στην συνολική παραγωγή ασφαλιστρών Ζωής, σελ. 70

Διάγραμμα 7: Τιμή Ασφάλιστρου ανα έτος, σελ. 72

Διάγραμμα 8: Μακροοικονομικά Δεδομένα της Ελληνικής Ασφαλιστικής Αγοράς, σελ. 83

\* \* \* \* \*