Ενδιάμεση Έκθεση επί της κατ' άρθρο 40 του Ν. 3959/2011 Κλαδικής Έρευνας στην Παροχή Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας και συναφών Υπηρεσιών Ασφάλισης –

ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Επιτροπή Ανταγωνισμού, αποφάσισε στις 5.7.2020 την έναρξη κλαδικής έρευνας στην παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και συναφών υπηρεσιών ασφάλισης, ασκώντας τη σχετική αρμοδιότητα της βάσει του άρθρου 40 του ν. 3959/2011.

Αφορμή για την εκκίνηση της έρευνας αποτέλεσαν οι ανακατατάξεις που λαμβάνουν χώρα την τελευταία πενταετία στον κλάδο παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης, μεταξύ των οποίων και στρατηγικές συνεργασίες και συγχωνεύσεις, η ταχεία τεχνολογική ανάπτυξη και ψηφιακή μετεξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η ανάπτυξη και διαχείριση μεγάλων βάσεων δεδομένων (Big Data) παρόχων υπηρεσιών και πελατών.

Σκοπός της παρούσας κλαδικής έρευνας είναι η συνολική διερεύνηση της δομής της αγοράς, του ρυθμιστικού πλαισίου που τη διέπει και των συνθηκών ανταγωνισμού.

Ειδικότερα, με την κλαδική έρευνα επιχειρείται:

(1) η αποτύπωση της δομής και ιδιαιτεροτήτων της αγοράς λαμβάνοντας υπόψη τις εξαγορές που λαμβάνουν χώρα στον ευρύτερο κλάδο υγείας και ασφάλισης, καθώς και τυχόν διαρθρωτικούς δεσμούς μεταξύ ανταγωνιστών, ώστε να κατανοηθεί καλύτερα η ένταση ανταγωνισμού στον κλάδο και η συγκέντρωση που παρατηρείται σε ορισμένες γεωγραφικές αγορές (π.χ., Αττική), τυχόν ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη συγκεκριμένων παικτών στην αγορά και/ή η πιθανότητα σιωπηρού συντονισμού των παρόχων υπηρεσιών υγείας στις αγορές που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (υποδομές, τεχνολογίες, φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό κλπ.)

(2) η εξέταση των παραμέτρων ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης υγείας και της διαπραγματευτικής δύναμης μεταξύ των παρόχων ασφαλιστικής κάλυψης και των παρόχων υπηρεσιών υγείας για τις τιμές και την προσέλκυση πελατείας μέσω άλλων παραμέτρων όπως ποιότητα, ποικιλία, εύρος δικτύου κλπ.

(3) ο εντοπισμός τυχόν ρυθμιστικών ζητημάτων και άλλων εμποδίων εισόδου που ενδέχεται να επηρεάσουν τον ανταγωνισμό, την καινοτομία και την ανάπτυξη των εν λόγω αγορών.

(4) η αξιολόγηση του ρόλου των δεδομένων και νέων τεχνολογιών στις συνθήκες ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης υγείας, με τυχόν συνεπαγόμενες αλλαγές στην αλυσίδα αξίας για τις επιχειρήσεις των κλάδων και ζητήματα ανταγωνισμού που ενδέχεται να προκύψουν στο μέλλον και τυχόν αντιμετώπιση αυτών από το υπάρχον νομικό πλαίσιο.

Η Ενδιάμεση Έκθεση αποτελεί το πρώτο βήμα για την καταγραφή των συνθηκών στις **αγορές υγείας** και **ασφάλισης υγείας**. Αποτελείται από τρία κεφάλαια: στο **πρώτο κεφάλαιο** παρουσιάζεται η έρευνα της Υπηρεσίας στον **κλάδο υπηρεσιών υγείας**, στο **δεύτερο** η έρευνα στον **κλάδο ασφάλισης υγείας** και στο **τρίτο** συζητείται το **ειδικότερο ζήτημα των δεδομένων και νέων τεχνολογιών** στην υγεία και ασφάλιση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΙΙ. Ο ΚΛΑΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ και ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα διακρίνεται στην Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** αφορά την ανοικτή περίθαλψη και περιλαμβάνει υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας σε εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ολοήμερα ιατρεία και διαγνωστικά εργαστήρια αυτών, υπηρεσίες του ΕΚΑΒ, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία, Αγροτικά Ιατρεία, Πολυιατρεία και Ιατρεία του ΕΟΠΥΥ, Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας, Ιδιωτικές Κλινικές που λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία και διαπιστευμένα Διαγνωστικά Εργαστήρια, Ιδιωτικούς Φορείς,[1], Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Χρονιάς Αιμοκάθαρσης, Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας[2], Σταθμούς Προστασίας Μάνας, Παιδιού & Εφήβου, όπου διαθέτει ο Οργανισμός και τα Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας του Οργανισμού, Ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και κατ' οίκον φυσικοθεραπευτές. Επιπλέον στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του ΕΣΥ περιλαμβάνονται και δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες εμφανίζονται με τρεις διαφορετικούς τύπους: α) Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (33 μονάδες το 2019), β) Κέντρα Ψυχικής Υγείας με Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (14 μονάδες το 2019) και γ) Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (12 μονάδες το 2019).

Η **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας** αφορά κλειστή περίθαλψη και περιλαμβάνει υπηρεσίες και πράξεις και πράξεις, που διενεργούνται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας - αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.

Η **Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** αφορά επίσης κλειστή περίθαλψη και παρέχεται από τα ειδικά, τα περιφερειακά και τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία που διαθέτουν εξοπλισμό για την κάλυψη εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας, καταστάσεων και ερευνών.

Το **Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)**, το οποίο ιδρύθηκε το 1983, παρέχει δωρεάν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας σε όσους διαμένουν στην Ελλάδα. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του. (βλ. άρθρο 1 παρ. 1 ν. 4486/2017 *«Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις.»*). Οι δημόσιες δομές Π.Φ.Υ. περιλαμβάνουν τα κέντρα υγείας, τοπικές μονάδες υγείας, προσωπικούς ιατρούς (ο θεσμός εισήχθη με το ν.

---

[1] Ν 3846/2010 (ΦΕΚ 66 Α΄), βλ. ιδίως αρ 28 «*Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.)*

[2] Βλ. Ν.2071/1992 αρ. 14.

4931/2022) και λοιπές δομές.[3] Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (δηλαδή κλειστή περίθαλψη στην οποία δίνεται η δυνατότητα για την εισαγωγή και την νοσηλεία) παρέχεται από νοσοκομεία, ευρύτερες μονάδες ιδρυματικής περίθαλψης τα οποία είναι οργανωμένα ως ΝΠΔΔ.[4] Ειδικότερα, για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ γίνεται η διάκριση μεταξύ γενικών και ειδικών.[5] Στην Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κατηγοριοποιούνται τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία[6].

Το ελληνικό ΕΣΥ είναι αρκετά διαφορετικό από άλλα ευρωπαϊκά, καθώς ναι μεν προσφέρει καθολική κάλυψη, αλλά στηρίζεται και στη φορολογία αλλά και στην ασφάλιση, και επιπλέον εμφανίζει και πάρα πολύ μεγάλη συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης. Στη χώρα μας το 89% των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία προέρχεται απευθείας από τους "χρήστες" (τους πολίτες), και μόνο το 11% καλύπτεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες[7]. Στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες συμβαίνει το ανάποδο. Συγκεκριμένα, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα, που συνδυάζει την κοινωνική ασφάλιση υγείας (ΚΑΥ) και το κεντρικά χρηματοδοτούμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).

Ο ΕΟΠΥΥ πλέον, καλύπτοντας το 90% του πληθυσμού, λειτουργεί ως ο **κύριος αγοραστής υπηρεσιών υγείας του Δημοσίου** με θεωρητικά ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας.[8]

---

[3] Βλ. σχετικώς ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α΄ 115/07.08.2017), όπως ισχύει και https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/monades-p-f-y-dhmosioy-tomea-tmhma-a. Μετά τη θέσπιση του Ν.4486/2017 για την «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ο όρος Κέντρο Υγείας, διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ. Ο θεσμός του προσωπικού ιατρού καθιερώθηκε με τον ν. Ν.4931/2022 «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις» (ΦΕΚ Α΄ 94/13.05.2022).

[4] Βλ. σχετικά Α. Στεργίου 1.2 Θεσμικό πλαίσιο σε: Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, 4η εκδ., 2022 σελ. 233-242, πλαγιάριθμοι 537 επ. για το ρυθμιστικό πλαίσιο αναφορικά με τη Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

[5] Οπ. π., υποσημ. 17. Τα γενικά νοσοκομεία παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς οι οποίοι εντάσσονται σε πάνω από μία θεραπευτική κατηγορία, ενώ τα ειδικά αναφέρονται σε μία θεραπευτική κατηγορία. Βλ. και άρθρο 7 παρα.2 ν.3329/2005.

[6] Οπ. π., υποσημ. 17, πλ, 543 *Σύμφωνα με το άρθρο 13 του ν.1397/1983, οι εγκαθιστάμενες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ πανεπιστημιακές κλινικές που στελεχώνονται από πανεπιστημιακούς γιατρούς , έχουν ως μονάδες νοσοκομειακής περίθαλψης, λειτουργική αποστολή που δεν διαφοροποιείται από εκείνη των λοιπών μονάδων των ίδιων νοσοκομείων, που στελεχώνονται με το ιατρικό προσωπικό του ΕΣΥ* (με παραπομπή σε ΣτΕ 1678/02). Βλ. επίσης περαιτέρω για τη διάκριση Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Περίθαλψης και Κ. Κρεμαλή, Δίκαιο της Υγείας, τ.1, 2011 σελ.36 επ.

[7] Βλ. τριμηνιαίο δημοσίευμα της ΕΛΣΤΑΤ «ΕΛΛΑΣ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2022» (σελ. 144) που αναφέρει ότι για το έτος 2020, η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανήλθε σε €5.934,6 εκατ., οι ιδιωτικές πληρωμές ανήλθαν σε €5.256,4 εκατ. και η ιδιωτική ασφάλιση σε μόλις €678,2 εκατ.

[8] Σκοποί του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κατά το άρθρο 18 είναι: α) Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, β) Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., γ) Η οργάνωση της λειτουργίας των ανωτέρω φορέων, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων, και δ) Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στους ασφαλισμένους από τις Μονάδες Υγείας, από τους συμβεβλημένους ιατρούς και από τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων. Με απόφαση του αρμόδιου

II.1. ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση στον κλάδο υγείας είναι τα δημογραφικά στοιχεία και η συνολική κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου και τα κρούσματα ασθενειών που επιβαρύνουν την υγεία του πληθυσμού και, προφανώς, η γενικότερη οικονομική συγκυρία και ο τουρισμός (Αλετράς, 2002)[9]. Ειδικότερα, η ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εξαρτάται σημαντικά από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών του δημοσίου τομέα.

Όσον αφορά τον παράγοντα των δημογραφικών στοιχείων, ο πληθυσμός της Ελλάδας βαίνει μειούμενος από το 2011 και έπειτα ενώ προβλέπεται μείωση σε 8.3 εκατομμύρια το 2050[10] . Στη γήρανση του πληθυσμού, η Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2017[11] , είναι η τρίτη σε κατάταξη χώρα στον αναπτυγμένο κόσμο με τους περισσότερους ηλικιωμένους[12], με 21,7% του πληθυσμού της να είναι 65 χρονών και άνω και το 6,8% 80 χρονών και άνω, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 17,4% και 4,6% αντιστοίχως. Το 2050, στην Ελλάδα, οι άνω των 65 και οι άνω των 80 χρονών θα αντιπροσωπεύουν το 37% και 14% αντιστοίχως[13] Ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 2050 θα έχει αυξηθεί από το 9,3% το 2016 σε 17,8%.[14]

Όσον αφορά στην συνολική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα και ειδικότερα στη νοσηρότητα λόγω χρόνιων παθήσεων, το ποσοστό των ενηλίκων που ζουν με διαβήτη ανέρχεται σε 4,6% έναντι του μέσου όρου 6,4% στον ΟΟΣΑ. Ακόμη, το 79,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει πολύ καλή ή καλή υγεία, το 15,0% μέτρια υγεία και το 5,6% κακή ή πολύ κακή υγεία[15], [16].

Η ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών του δημοσίου τομέα. Σε σχετικές εγχώριες μετρήσεις αλλά και σε μελέτες του Παρατηρητηρίου Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία[17] καταγράφεται χαμηλή ικανοποίηση τόσο για τον γενικό πληθυσμό όσο και για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η συγκεκριμένη

Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα, με σκοπό την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Οι συνταγές φαρμάκων που εκδίδονται για λογαριασμό των ασφαλισμένων εκτελούνται χωρίς προηγούμενη θεώρηση από αρμόδιο ελεγκτή ιατρό ανεξαρτήτως ποσού.

9 Αλετράς, Β. και Ματσαγγάνης, Δ. (2002), Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας τόμος Α, ΕΑΠ Πάτρα.

10 Βλ. διαΝΕΟσις(2016) «Το Δημογραφικό Πρόβλημα Της Ελλάδας».

11 Βλ. OECD (2019), «Health at a Glance 2019: OECD Indicators», OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en και ΣΕΒ (2020) «Η υγεία στην Ελλάδα: Σε αναζήτηση σχεδιασμού για το μέλλον» Δελτίο Για την Ελληνική Οικονομία, Τεύχος 176.

12 Μετά την Κορέα και τη Ιαπωνία.

13 Η μελέτη της διαΝΕΟσις(2016) «Το Δημογραφικό Πρόβλημα Της Ελλάδας: Μια Έρευνα» προβλέπει ότι το 2050 ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 65 και άνω θα αποτελεί έως και το 33% του πληθυσμού.

14 Χελά, Γ. (2016). Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, σελ. 25.

15 Βλ. Ελληνική Στατιστική Αρχή (2020) «Έρευνα υγείας: Έτος 2019».

16 Στην έρευνα του OECD (2019), «HealthataGlance 2019: OECD Indicators» αναφέρεται ότι το 10,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω στην Ελλάδα δηλώνει ότι η υγεία του δεν είναι σε καλή κατάσταση έναντι 8,7% στον ΟΟΣΑ.

17 Βλ. Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας (2017), «Έκθεση για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία. Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία 2017» και Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας (2018) «Έκθεση για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία. Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία 2018».

γνώμη δεν οφείλεται σε στερεότυπα και προκαταλήψεις αλλά επιβεβαιώνεται και κατά την επαφή των πολιτών με το δημόσιο σύστημα υγείας[18]. Αντίστοιχα, σε πολλές σχετικές διεθνείς κατατάξεις[19] η Ελλάδα καταλαμβάνει χαμηλή θέση στα ποσοστά ικανοποίησης και ανταπόκρισης στις προσδοκίες των πολιτών του εθνικού συστήματος υγείας. Συνεπώς, και λόγω του γεγονότος ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του δημοσίου τομέα είναι χαμηλές αναμένεται ότι η ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ενισχύεται. Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι, σύμφωνα με μελέτη του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι χαμηλότερες του ευρωπαϊκού μέσου όρου[20].

Το 2019 η συνολική δαπάνη της Ελλάδας για την υγεία ανήλθαν στο 7,8 % του ΑΕΠ, σε σύγκριση με 9,9% στην ΕΕ, αντιστοιχώντας σε κατά κεφαλήν δαπάνες €1.603[21] έναντι €3.523 στην ΕΕ.[22] Η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα για το 2020 σημείωσε αύξηση, διαμορφούμενη στο 9,5% του ΑΕΠ (έναντι 10,9% κατά μέσο όρο στην ΕΕ) και κατατάσσει την χώρα στη 12η θέση μεταξύ των χωρών τις ΕΕ 27[23]. Αντιστοίχως, η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το 2020 ανήλθε σε €1.731 όταν η αντίστοιχη των χωρών ΕΕ27 είναι € 3.159[24]. Επισημαίνεται, επίσης, ότι η φαρμακευτική δαπάνη, συνταγογραφημένη ή μη, εκτός αυτής που χορηγείται στα νοσοκομεία, έχει μειωθεί από το 2011 έως το 2019 (από 2,8% ΑΕΠ σε 2,3% ΑΕΠ) και αυξηθεί κατά το 2020 στο μέγιστο της τελευταίας δεκαετίας (2,9% ΑΕΠ)[25].

Το ποσοστό των συνολικών δαπανών που καλύπτεται από το δημόσιο ανήλθε σχεδόν στο 60% το 2019. Οι δημόσιες τρέχουσες δαπάνες υγείας, αν και με ανοδική τάση τα τελευταία έτη (4,8% του ΑΕΠ το 2018, 5,0% του ΑΕΠ το 2019), διαμορφώνονται στο 5,9% του ΑΕΠ το 2020 έναντι του πολύ υψηλότερου 6,6% του ΑΕΠ το 2010, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην 16η θέση των χωρών της ΕΕ27 για το 2020 και δύναται να επηρεάσει την παροχή αξιόπιστης και ποιοτικής ιατρικής και νοσοκομειακής φροντίδας στον πληθυσμό, και ιδίως σε εκείνους που δεν έχουν τις εναλλακτικές της προσφυγής σε ιδιώτες παρόχους[26]. Σημειώνεται επιπλέον ότι οι συνολικές επενδύσεις που γίνονται για υποδομές και εξοπλισμό στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα ήταν για το 2020 κάτω του 0,20% του ΑΕΠ, οι οποίες είναι στο χαμηλότερο επίπεδο (24η θέση) των χωρών της ΕΕ27 παρόλο που ο δημόσιος τομέας ιδίως έχει τεράστιες ανάγκες εκσυγχρονισμού των νοσοκομειακών υποδομών[27].

Η μεγάλη εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για ιατρικές δαπάνες στην Ελλάδα σημαίνει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοικοκυριών αντιμετωπίζει «καταστροφικές δαπάνες»[28] για την υγεία, δηλ. άμεσες πληρωμές που ξεπερνούν το 40% των συνολικών δαπανών ενός νοικοκυριού, αφού αφαιρεθούν οι δαπάνες κάλυψης βασικών αναγκών (δηλ. για διατροφή,

---

18 Βλ. διαΝΕΟσις(2020) «Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας»

19 Βλ. Health Consumer Powerhouse (2018), «Euro Health Consumer Index 2017», διαθέσιμο στο https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf.

20 State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021

21 Προσαρμοσμένο ποσό ανάλογα με την αγοραστική δύναμη.

22 Βλ. State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021, ΟΟΣΑ και Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, σ. 8, https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_gr_greek.pdf.

23 Health at a Glance, OECD publication 2022, σελ.131.

24 Health at a Glance, OECD publication 2022, σελ. 129.

25 https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm.

26 https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart.

27 Health at a Glance, OECD publication 2022, σελ.209.

28 Όπ. π., σελ. 15-16. «*Ως καταστροφικές δαπάνες ορίζονται οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές του νοικοκυριού οι οποίες ξεπερνούν το 40% των συνολικών δαπανών του, αφού αφαιρεθούν οι δαπάνες κάλυψης βασικών αναγκών (δηλ. για διατροφή, στέγαση και λογαριασμούς υπηρεσιών κοινής ωφέλειας)*».

στέγαση και λογαριασμούς υπηρεσιών κοινής ωφέλειας). Πάνω από το ήμισυ του συνόλου των καταστροφικών δαπανών στην Ελλάδα καταβάλλονται από το φτωχότερο 20% των νοικοκυριών.[29]

Η τεχνολογία διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Για την ορθή λειτουργία των μονάδων υγείας ζωτικής σημασίας είναι η ύπαρξη σύγχρονου εξοπλισμού και η υψηλή διαγνωστική τεχνολογία. Η παροχή υψηλής τεχνολογίας προσφέρει ταχύτερη, ευκολότερη και εγκυρότερη παροχή υγείας από τις ιδιωτικές μονάδες υγείας, σε αντίθεση με τα δημόσια θεραπευτήρια που τείνουν να παρουσιάζουν ελλείψεις σε διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό, σε κτιριακή υποδομή, σε επάρκεια κλινών και ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού.

Ο κατακερματισμός των παροχών και της κάλυψης, οι μη αποδοτικές δημόσιες συμβάσεις, οι υπέρμετρες φαρμακευτικές δαπάνες και η ανεπαρκής πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην λειτουργία και την οργάνωση του δημόσιου τομέα με αποτέλεσμα οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία να είναι πολύ υψηλότερες.

II.2. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας διακρίνονται: α) σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) στα οποία περιλαμβάνονται τα δημόσια γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία που είναι ενταγμένα στο ΕΣΥ καθώς και τα στρατιωτικά νοσοκομεία, β) σε Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) με ειδικό νομικό καθεστώς τα οποία περιλαμβάνουν δημόσια νοσοκομεία που είναι ενταγμένα στο ΕΣΥ αλλά δεν εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας, γ) σε ιδιωτικές κλινικές, ήτοι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) με κερδοσκοπικό χαρακτήρα που αποτελούν υγειονομικές μονάδες όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας και δ) σε άλλα Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου (ΝΠΙΔ) στα οποία περιλαμβάνονται ιδιωτικές μονάδες υγείας που υπάγονται στην εποπτεία του δημοσίου (π.χ. ιδιωτικές κλινικές μη κερδοσκοπικές, κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας).

Οι <u>ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας</u> διακρίνονται: α) στα **ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και πολυϊατρεία** που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας[30] και β) στις **κλινικές** που παρέχουν Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι ιδιωτικές κλινικές, όπως και τα δημόσια νοσοκομεία, διακρίνονται σε Γενικές, Μικτές και Ειδικές. Γενικές θεωρούνται όσες διαθέτουν οπωσδήποτε παθολογικό τμήμα και τμήμα γενικής χειρουργικής. Μικτές είναι όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας με περισσότερες από δύο ειδικότητες αμιγώς παθολογικού ή αμιγώς χειρουργικού τομέα και οπωσδήποτε τμήμα της βασικής ειδικότητας των τομέων αυτών, δηλαδή παθολογικό τμήμα ή τμήμα γενικής χειρουργικής. Ειδικές είναι όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας αποκλειστικά μίας (1) ειδικότητας[31].

II.2.1 Μέγεθος του κλάδου των υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με την ετήσια απογραφική έρευνα θεραπευτηρίων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) ο αριθμός των θεραπευτηρίων, στα οποία περιλαμβάνονται τόσο οι ιδιωτικές κλινικές

---

[29] Όπ. π., σελ. 15-16.

[30] Η ιδιωτική παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνει και τα προσωπικά ιατρεία των ιδιωτών ιατρών και οδοντιάτρων.

[31] Άρθρο 16 Ν. 4600/2019, ως ισχύει σήμερα.

όσο και τα δημόσια νοσοκομεία, στην Ελλάδα το 2019 ανήλθε σε 269 μονάδες, σημειώνοντας μείωση την τελευταία τετραετία κατά 3,9%.

II.2.2 Μέγεθος κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

Το συνολικό μέγεθος του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε όρους αξίας εκτιμάται σε €1.864 εκ. το 2021, παρουσιάζοντας αύξηση 15,3% από το 2020 και με το Μέσο Ετήσιο Ρυθμό Μεταβολής (ΜΕΡΜ) να διαμορφώνεται σε 4,0% την περίοδο 2014 -2021. Σημειώνεται ο επίσης θετικός ΜΕΡΜ 1,2% τη χρονική περίοδο 2013-2021[32].

II.2.3 Βαθμός συγκέντρωσης στον κλάδο

Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μέτριο βαθμό συγκέντρωσης, με πέντε σημαντικούς ομίλους να δραστηριοποιούνται σε αυτόν (HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG), ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ, ΙΑΣΩ και EUROMEDICA).

II.2.4 Πρόσφατες οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο υγείας: προς μία μεγαλύτερη συγκέντρωση της αγοράς

Την περίοδο 2017-2022 γνωστοποιήθηκαν και εξετάστηκαν από την Επιτροπή Ανταγωνισμού σειρά οριζόντιων συγκεντρώσεων στο κλάδο της υγείας, κυρίως από την εταιρεία επενδυτικών κεφαλαίων CVC Capital Partners (εφεξής CVC) μέσω της θυγατρικής εταιρείας Hellenic Healthcare S.A.R.L (εφεξής και HHG). Οι συγκεντρώσεις αυτές οδήγησαν στην δημιουργία ενός ισχυρού ομίλου με παρουσία στην ελληνική αγορά υγείας (κυρίως στην Αττική) και οδήγησαν σε μεγαλύτερη συγκέντρωση στην αγορά. Η οικονομική ανάλυση των οριζόντιων συγκεντρώσεων στις αγορές υγείας έχει εστιάσει στις αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις των συγκεντρώσεων αυτών στις τιμές, την ποιότητα των υπηρεσιών και του μηχανισμού λήψης αποφάσεων τόσο από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας όσο και από τους παρόχους ιδιωτικών υπηρεσιών ασφάλισης υγείας στην ανάντη αγορά με τους οποίους οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας διαπραγματεύονται, σε περίπτωση οριζόντιας συγκέντρωσης της αγοράς.[33]

---

[32] Βλ. Κλαδική Μελέτη Στόχασις (2022) «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας».

[33] M. Gaynor & W.B. Vogt, Competition Among Hospitals. (2003) 34(4) RAND Journal of Economics, 764–778; C. Capps, The quality effects of hospital mergers, (Discussion paper, U.S. Department of Justice, Antitrust Division, 2005); L. S. Dafny, How Do Hospitals Respond to Price Changes?, (2005) 95(5) American Economic Review, 1525–1547; L.S. Dafny, Estimation and Identification of Merger Effects: An Application to Hospital Mergers, (2009) 52(3) The Journal of Law and Economics, 523–550; A. S. Moriya, W. B. Vogt, and M. Gaynor, Hospital Prices and Market Structure in the Hospital and Insurance Industries, (2010) 5(4) *Health Economics, Policy and Law* 459–79; M. Gaynor, Martin, K. Ho & R.J. Town, The Industrial Organization of Health-Care Markets.(2015) 53(2) *Journal of Economic Literature*, 235-84; L. Dafny, Hospital Industry Consolidation: Still Moe to Come?, (2014) 370(3) New England Journal of Medicine 198-199; L.S. Dafny, Evaluating the Impact of Health Insurance Industry Concentration: Learning from Experience, (2015) Commonwealth Fund Issue Brief, 33; G. Gowrisankaran, A Nevo & R Town, Mergers When Prices Are Negotiated: Evidence from the Hospital Industry, *(2015) 105 American Economic Review*, 172–203; C. Garmon, The Accuracy of Hospital Merger Screening Methods, (2017) 48(4) The RAND

II.2.5 Βασικοί παίκτες: οικονομικά στοιχεία και μετοχική σύνθεση

Οι κύριοι ιδιωτικοί πάροχοι υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι: α) ο όμιλος HELLENIC HEALTHCARE GROUP (μέλος του ομίλου CVC), β) ο όμιλος ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, γ) ο όμιλος EUROMEDICA, δ) ο όμιλος ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ, ε) ο όμιλος ΙΑΣΩ και στ) η ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ.

II.2.6 Κοινές συμμετοχές και κοινή διοίκηση

Από την έως τώρα έρευνα της Υπηρεσίας δεν έχουν προκύψει πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη κοινών συμμετοχών ή κοινών μελών διοίκησης μεταξύ των κυριότερων παρόχων υγείας. Το ζήτημα αυτό θα αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας στην Τελική Έκθεση της παρούσας κλαδικής έρευνας.

II.2.7 Καθετοποίηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας: επιπτώσεις στον ανταγωνισμό

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η καθετοποίηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας, μέσω της εξάπλωσής τους στις όμορες αγορές υπηρεσιών ασφάλισης υγείας. Στο πλαίσιο αυτό η εξαγορά της Εθνικής Ασφαλιστικής από τον επενδυτικό οργανισμό CVC στον οποίον ανήκει το HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG), η οποία εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2022), πρόσφερε τη δυνατότητα να εξεταστούν πιθανές αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις από μη οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο της υγείας[34].

Στην βιβλιογραφία την τελευταία δεκαετία παρατηρούμε το ιδιαίτερο ενδιαφέρον ερευνητών, σε θεωρητικό και εμπειρικό επίπεδο, σχετικά με την επίδραση συγκεντρώσεων μεταξύ μη ανταγωνιστικών επιχειρήσεων στον ευρύτερο κλάδο υγείας (cross-market mergers). Ειδικότερα, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται ιδίως σε αγορές όπου υφίστανται κοινοί ιδιοκτήτες. Σε τέτοιες αγορές, οι συγκεντρώσεις μεταξύ μη ανταγωνιστών μπορούν να βλάψουν τον ανταγωνισμό αυξάνοντας τις τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών.

II.2.7.1. Καθετοποίηση και επιπτώσεις στον ανταγωνισμό: σύνοψη της οικονομικής θεωρίας

Σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ νοσοκομείων και γιατρών, τυχόν καθετοποίηση μέσω συγκέντρωσης ή κάθετων συμπράξεων δύναται, σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, να φέρει θετικά αποτελέσματα στην περίθαλψη των ασθενών λόγω του καλύτερου συντονισμού και ειδικά του integrated care approach που επιτρέπει η καλύτερη διασύνδεση των ηλεκτρονικών δεδομένων

Journal of Economics, 1068–1102. Βλ. Επίσης, N.D. Beaulieu, L S Dafny, B E Landon, J B Dalton, I Kuye & J M McWilliams, Changes in Quality of Care after Hospital Mergers and Acquisitions, (2020) 382 *New England Journal of Medicine* 2, 51–59; B. Handel & K. Ho, The Industrial Organization of Health Care Markets, NBER Working Paper 29137 (August 2021); M. Shepard, Hospital Network Competition and Adverse Selection: Evidence from the Massachusetts Health Insurance Exchange, (2022) 112(2) American Economic Review, 578-615; S.Venkatesh, C. Syverson, A. Sacarny, R. Sadun, M. Gaynor, Opening the Black Box of Hospital Mergers, VoxEU CEPR (Jan. 2022).

[34] Ευρ. Επιτροπή, Απόφαση M.10301 - CVC / ETHNIKI (24.2.2022).

ιατρικού φακέλου που συλλέγουν οι γιατροί και των δεδομένων περίθαλψης που συλλέγουν τα νοσοκομεία, διευκολύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ιατρικών ομάδων και νοσηλευτών[35]. Σημειώνεται όμως ότι ορισμένα θεωρητικά υποδείγματα αλλά και εμπειρικές μελέτες αναφέρουν αυξήσεις τιμών τόσο για ιατρικές πράξεις που καλύπτονται από ιδιωτική (ή δημόσια) ασφάλιση[36], όσο και γενικότερα σε πράξεις που δεν καλύπτονται από ιδιωτική (ή δημόσια) ασφάλιση[37].

1. Η βιβλιογραφία επίσης δεν αποκλείει και κάθετα αποτελέσματα αποκλεισμού (vertical foreclosure effects), σε περίπτωση που η καθετοποίηση περιορίσει την πρόσβαση ανταγωνιστικών νοσοκομείων σε ιατρικές υπηρεσίες (ιδιαίτερα εξειδικευμένες)[38] ή να δημιουργήσει κάποια μορφής μονοψώνιο το οποίο δύναται να έχει εκμεταλλευτικά αποτελέσματα στην αγορά εργασίας (ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό)[39]. Παρουσιάζει ενδιαφέρον για το παραπάνω ότι στο πλαίσιο της έρευνάς της για τη συγκέντρωση CVC/Εθνική Ασφαλιστική, η Ευρ. Επιτροπή σημείωσε ότι οι ιατροί στην Ελλάδα δεν φαίνεται να έχουν συμβάσεις αποκλειστικότητας με τα νοσοκομεία και ότι συνήθως προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όχι σε ένα νοσοκομείο, αλλά σε περισσότερα (multihome)[40]. Όπως ανέφερε η Ευρ. Επιτροπή, οι ιατροί κατευθύνουν τους ασθενείς τους σε οποιοδήποτε από τα νοσοκομεία με τα οποία συνεργάζονται[41]. Η καθετοποίηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικών εταιρειών που παρατηρείται μέσω συγκεντρώσεων ή άλλων ενδεχομένως κάθετων πρακτικών, όπως δεσμευμένες πωλήσεις, συμβάσεις αποκλειστικότητας κλπ. δύναται να έχει τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιπτώσεις στον ανταγωνισμό.

II.2.7.2. Παράδειγμα Ανάλυσης κάθετων επιπτώσεων στον ανταγωνισμό: η συγκέντρωση CVC/Εθνική Ασφαλιστική (2022)

Η Ευρ. Επιτροπή εξέτασε ενδελεχώς τις επιπτώσεις από την καθετοποίηση ασφαλιστικών εταιρειών και νοσοκομείων στην συγκέντρωση CVC/Εθνική Ασφαλιστική (2022). Εξετάστηκαν συγκεκριμένα οι επιπτώσεις της συγκέντρωσης τόσο στην αγορά ασφάλισης υγείας η οποία είχε

---

[35] Βλ. O. Williamson, The Vertical Integration of Production: Market Failure Considerations, (1971) 61(2) American Economic Review Papers & Proceedings 112-123 για τις θετικές επιπτώσεις της καθετοποίησης για τη συναλλακτική αποτελεσματικότητα (transactional efficiency).

[36] Βλ. C.S, Carlin, R. Feldman & B. Dowd, The Impact of Hospital Acquisition of Physician Practices on Referral Patterns, (2016) 25 Health Economics 439-454 (από εμπειρική σκοπιά); Βλ. γενικά για θεωρητικά επιχειρήματα ότι η καθετοποίηση νοσοκομειακών υπηρεσιών και ιατρών οδηγεί σε αυξήσεις τιμών και σχετικά μικρές οικονομίες αποτελεσματικότητας A. Evans Cuellar , P. J Gertler, Strategic integration of hospitals and physicians, (2006) 25(1) Journal of Health Economics 1-28; Βλ. όμως F. Ciliberto, D. Dranove, The effect of physician-hospital affiliations on hospital prices in California, (2006) 25(1) Journal of Health Economics 29-38 (μελέτη που δεν βρίσκει επιπτώσεις στις τιμές, με εξαίρεση νοσοκομεία σε μη αστικές περιοχές όπου η καθετοποίηση οδηγεί σε μειώσεις τιμών).

[37] Βλ. C. Capps, N. Dija, T. Shvydko & Z. Zabinski, Stacking the Blocks: Vertical Integration and Antitrust in the Healthcare Industry, CPI Antitrust Chronicle (May 2021), σελ. 5 και την αναφερόμενη εκεί βιβλιογραφία.

[40] CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 81.

[40] CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 81.

[40] CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 81.

[41] CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 82.

εθνική διάσταση, όσο και στην αγορά γενικών υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικά νοσοκομεία (χωρίς να διακρίνει για την εξέταση της συγκέντρωσης συγκεκριμένες ειδικότητες ή μεταξύ εσωτερικών ή εξωτερικών ιατρείων), με την γεωγραφική αγορά να καλύπτει την Αττική, και επίσης ανέφερε την ύπαρξη διακριτών αγορών για τις μαιευτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα σε τοπικό επίπεδο. Η Ευρ. Επιτροπή εξέτασε πιθανά αποτελέσματα αποκλεισμού: τόσο σε εισροές όσο και πρόσβαση σε πελάτες.

III. ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο κλάδος των υπηρεσιών υγείας διέπεται από ένα πολύπλοκο ρυθμιστικό πλαίσιο αποτελούμενο από περισσότερα από 90 νομοθετήματα. Τα κυριότερα σημεία του ρυθμιστικού πλαισίου καταγράφονται κατωτέρω, με έμφαση στις ιδιωτικές κλινικές (δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας).

III.1. ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

Το πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών προβλέπεται ιδίως στον ν. 4600/2019 «*Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις*»[42], ως ισχύει. Ιδιωτική κλινική είναι η *«υγειονομική μονάδα στην οποία παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας ασθενών, σύμφωνα με τις παραδεδεγμένες σύγχρονες αντιλήψεις και μεθόδους της ιατρικής επιστήμης»* [43]. Τα εργαστήρια, τα φαρμακεία και οι μονάδες της κλινικής λογίζονται ως τμήματα της ιδιωτικής κλινικής[44].

Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής μπορεί να χορηγηθεί σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου[45]. Στο ίδιο φυσικό ή νομικό πρόσωπο είναι δυνατόν να χορηγηθούν περισσότερες από μία άδειες ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών. Οι μετοχές ή τα μερίδια των κεφαλαιουχικών εταιρειών Ιδιωτικής Κλινικής, είναι ονομαστικά στο σύνολό τους.

III.2. ΣΥΣΤΗΜΑ CLAWBACK & REBATE

Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα κατά την προηγούμενη δεκαετία 2010-2020 και της υλοποίησης διαρθρωτικών αλλαγών που κρίθηκαν αναγκαίες στον χώρο της υγείας, προωθήθηκε ο λεγόμενος μηχανισμός «clawback & rebate», που μπορεί να μεταφραστεί ως «αυτόματη επιστροφή/επανάκτηση και έκπτωση». Ο μηχανισμός αυτός ανήκει στην κατηγορία κρατικών παρεμβάσεων και πολιτικών για τον περιορισμό (άλλως, τον εξορθολογισμό), τον καλύτερο έλεγχο και την συγκράτηση/μείωση των δαπανών. Αφορά τόσο στις φαρμακευτικές δαπάνες όσο και στις δαπάνες υπηρεσιών υγείας, όπως διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία, φυσικοθεραπείες και ειδική αγωγή. Ειδικότερα, ο μηχανισμός του «clawback» αφορά ουσιαστικά

---

[43] Άρθρο 1 του Ν. 4600/2019 *«Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις», όπως ισχύει.*

[44] Άρθρο 31 του Ν. 4600/2019

[45] Άρθρο 3 του Ν. 4600/2019.

ένα αυτόματο μηχανισμό επιστροφή των υπερβάσεων που γίνονται στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ.

Από την άλλη, το σύστημα του «rebate» συνίσταται στην υποχρεωτική κλιμακούμενη έκπτωση που καλούνται να δώσουν οι ιδιώτες πάροχοι προς τον ΕΟΠΥΥ

Ο μηχανισμός «clawback & rebate» επεκτάθηκε στα έτη 2019-2022 με το άρθρο 25 Ν. 4549/2018 «Διατάξεις για την ολοκλήρωση της Συμφωνίας Δημοσιονομικών Στόχων και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων – Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2019-2022 και λοιπές διατάξεις»[46]. Με την τελευταία τροποποίηση της διάταξης, αυτή επεκτάθηκε μέχρι το έτος 2025 σύμφωνα με το άρθρο 77 του ν. 4837/2021.

III.3. ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα κατά την προηγούμενη δεκαετία 2010-2020 και της υλοποίησης διαρθρωτικών αλλαγών που κρίθηκαν αναγκαίες στον χώρο της υγείας, μεταξύ των οποίων η διαμόρφωση ενός καθολικού συστήματος διαχείρισης και δίκαιης κατανομής των δημοσιονομικών πόρων, προωθήθηκε η πιλοτική εφαρμογή ενός Συστήματος Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (Συ.Κ.Ν.Υ.)[47], με καταρχήν στόχο την ανάπτυξη ενός σύγχρονου συστήματος κοστολόγησης στα νοσοκομεία[48]. Για την επίτευξη του στόχου αυτού επιλέχθηκε το λεγόμενο σύστημα DRG (Diagnosis Related Groups), μεταφραζόμενο ως «*σύστημα των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων*»: Πρόκειται για ομάδες πράξεων καθοριζόμενων με ιατρικές παραμέτρους (διάγνωσης, ιατρικής διαδικασίας κλπ) και διαφοροποιούμενων ανάλογα με την ιατρική περιπλοκότητά τους.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ

IV.1. ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Για τη διεξαγωγή της έρευνας στάλθηκαν στις αρχές του έτους 2022 ερωτηματολόγια σε συνολικά 99 αποδέκτες, εκ των οποίων απάντησαν 86, και ειδικότερα σε 24 ασφαλιστικές επιχειρήσεις και 75 παρόχους υπηρεσιών υγείας, με διαφορετικά ερωτηματολόγια ανά κατηγορία.

Από τις 75 ιδιωτικές επιχειρήσεις-παρόχους υπηρεσιών υγείας που επιλέχθηκαν για να σταλεί το ερωτηματολόγιο της Υπηρεσίας, οι 62 απάντησαν και από τις 62, οι 60 δήλωσαν ότι συνεχίζουν να δραστηριοποιούνται στην αγορά.

Από τους ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας ζητήθηκαν οικονομικά στοιχεία, πληροφορίες για τις δραστηριότητές τους, η άποψή τους για το επίπεδο ανταγωνισμού στην αγορά, το ενδεχόμενο αντίκτυπο εξαγορών και συγχωνεύσεων, η επίδραση του Κράτους, ο προσδιορισμός των εμποδίων

---

46 ΦΕΚ 105/Α΄/14.06.2018.

47 Ο όρος «Νοσοκομειακές Υπηρεσίες» απαντάται και ως «νοσηλείες».

48 Με εξαίρεση αυτές που αφορούν στην ιατρική περίθαλψη ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομειακά τμήματα, στην ιατρική περίθαλψη ασθενών σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και αποκατάσταση σε εξειδικευμένα νοσοκομειακά τμήματα ή κέντρα αποκατάστασης.

εισόδου στην αγορά, η σημασία των δεδομένων που λαμβάνουν γνώση οι ίδιες ή οι ανταγωνιστές τους, κ.α.

Από τις απαντήσεις των 60 επιχειρήσεων που συμμετείχαν στην έρευνα, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων παρόχων υπηρεσιών υγείας (35/60) καλύπτουν τις γενικές κλινικές. Ακολουθούν, με το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό οι ειδικές κλινικές που εξειδικεύονται στις ψυχιατρικές ή νευρολογικές παθήσεις (13/60), οι ειδικές κλινικές που εξειδικεύονται στις οφθαλμιατρικές υπηρεσίες (2), στις παθολογικές υπηρεσίες για χρόνια και ανίατα νοσήματα (2), μονάδα αιμοκάθαρσης (1), και τα κέντρα αποκατάστασης (5). Τέλος, 3 μικτές κλινικές συμμετείχαν στην έρευνα με χειρουργικό – μαιευτικό και γυναικολογικό τομέα ή χειρουργικό-ορθοπεδικό-οφθαλμιατρικό και ουρολογικό τομέα.

IV.2. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

Η πλειοψηφία των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας θεωρούν ότι υπάρχουν παρεμβάσεις στη δραστηριότητά τους από δημόσιους φορείς. Για παράδειγμα, υποστηρίζουν ότι παρεμβάσεις προέρχονται από τον ΕΟΠΥΥ, τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ), τις διευθύνσεις υγείας των Περιφερειών, το αυστηρό θεσμικό πλαίσιο, το γραφειοκρατικό νομοθετικό πλαίσιο, τις πολιτικές τιμολόγησης ιατρικών υπηρεσιών, και το μηχανισμό clawback & rebate. Επιπλέον, τονίζεται ότι κλινικές που εστιάζουν στα ψυχικά νοσήματα καθώς και τα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας υποχρεώνονται σε οικονομικές ζημίες λόγω του μονοπωλιακού χαρακτήρα του ΕΟΠΥΥ ως ασφαλιστικού φορέα. Επιπρόσθετα, τονίζεται ότι τα τελευταία χρόνια υπάρχουν στρεβλώσεις στην αγορά λόγω πολιτικών επιβολής χαμηλότερων τιμών, την επιβολή ΦΠΑ σε επιμέρους κατηγορίες υπηρεσιών υγείας και στην επιβολή παρατηρητηρίου τιμών στα υλικά και τις υπηρεσίες. Ιδιαίτερα, υπογραμμίζεται από τους παρόχους η επιβεβλημένη σύμβαση συνεργασίας με τον ΕΟΠΥΥ υπό καθεστώς συστήματος διαγνωστικά ομοειδών ομάδων-Diagnoses Related Groups (DRG) με επιβολή clawback & rebate. Έχουν επίσης ανεφερθεί και τα εξής: η παρεμβατικότητα του ΕΣΥ, κατά την οποία οι ιδιωτικοί πάροχοι καλούνται να προσφέρουν προσωπικό και άλλους πόρους (κατά την περίοδο της πανδημίας), ο μονοψωνιακός ρόλος του ΕΟΠΥΥ που επιφέρει περικοπή των εσόδων των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας εξαιτίας των μηχανισμών clawback & rebate και το νομοθετικό πλαίσιο που επιβάλλει ένα γραφειοκρατικό τρόπο αδειοδότησης, τροποποίησης και επέκτασης αδειών.

IV.3. ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ως προς την ύπαρξη εμπόδιων στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας εξ'αιτίας του ισχύοντος ρυθμιστικού πλαισίου η πλειοψηφία των ερωτώμενων (62%) θεωρούν ότι υφίστανται τέτοια εμπόδια.

Η πλειονότητα εξ αυτών θεωρεί ότι ένα από τα βασικότερα εμπόδια είναι ο μηχανισμός clawback & rebate. Μεγάλος αριθμός απαντήσεων αναφέρονται σε προβλήματα του υφιστάμενου ρυθμιστικού πλαισίου (πολυπλοκότητα και συνεχείς αλλαγές, πολυνομία, ύπαρξη παρωχημένων νόμων και τη προβληματική εφαρμογή τους). Λιγότερες απαντήσεις αναφέρουν τις χρονοβόρες διαδικασίες, τη γραφειοκρατία σε συνδυασμό με το πλήθος εμπλεκόμενων φορέων, τις διαφορές στο πλαίσιο αδειοδότησης λειτουργίας μεταξύ παλαιών και νέων κλινικών, την υψηλή φορολογία και υψηλό ΦΠΑ, τις αυστηρές προδιαγραφές για αδειοδότηση, τις μεγάλες κεφαλαιακές ανάγκες,

τον καθορισμό κατώτατων και ανώτατων τιμών, τον περιορισμό του μάρκετινγκ και της διαφήμισης, τη μη υπαρξη προτύπων ποιότητας, τις «ρήτρες κεκτημένων δικαιωμάτων», τις αδικαιολόγητες καθυστερήσεις στην έκδοση υπουργικών αποφάσεων και τον αποκλεισμό ασφαλισμένων από υπηρεσίες υγείας λόγω κάθετης, και όχι κατά περίπτωση, εφαρμογής του ρυθμιστικού πλαισίου.

IV.4. ΔΟΜΗ ΑΓΟΡΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

Στην εν λόγω Ενότητα καταγράφονται οι απόψεις των ερωτηθέντων:

- ως προς τις παραμέτρους ανταγωνισμού (Ενότητα IV.4.1),

- ως προς το βαθμό συγκέντρωσης και τη δύναμη αγοράς στον κλάδο (Ενότητα IV.4.2),

- σχετικά με την επίπτωση των συγκεντρώσεων στην αγορά (Ενότητα IV.4.3),

- σχετικά με την ύπαρξη στρεβλώσεων στον ανταγωνισμό, και ειδικότερα αναφορικά με τις αντι-ανταγωνιστικές και άλλες προβληματικές πρακτικές, πρακτικές μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών επιχειρήσεων, συνεργασίες μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και φαρμακευτικών εταιρειών, καθώς και άλλες πιθανές στρεβλώσεις (Ενότητα IV.4.4), και τέλος,

- τις πιθανές λύσεις που προτείνονται (Ενότητα IV.4.5).

.

IV.5. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Στην εν λόγω Ενότητα καταγράφονται οι απόψεις των ερωτηθέντων παρόχων αναφορικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στις δραστηριότητες των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, καθώς και αναφορικά με τις επιπτώσεις της πανδημίας στην ομαλή λειτουργία του ανταγωνισμού. Στο ερώτημα δόθηκαν πολυδιάστατες απαντήσεις: τονίστηκε ότι αυξήθηκε το κόστος λειτουργίας (PCR tests, rapid tests, μάσκες, στολές, προσωπίδες, δημιουργία ειδικών χώρων, αναβάθμιση τηλεφωνικού κέντρου προς αντιμετώπιση του τεράστιου όγκου κλήσεων) και επειδή έγινε πολύ πιο αυστηρό το πλαίσιο λειτουργίας, υιοθετήθηκαν μέτρα πρόληψης και ελέγχου, καθώς και όλα τα προβλεπόμενα υγειονομικά πρωτόκολλα για την ασφάλεια των ασθενών, των συνοδών-επισκεπτών και του προσωπικού, με ενδεικτική αναφορά στην ενεργητική επιτήρηση προσωπικού, ασθενών και συνοδών, στον εργαστηριακό έλεγχο νέων ασθενών, φιλοξενιών και ασθενών που επιστρέφουν από νοσηλεία, στους ειδικά διαμορφωμένους χώρους αναμονής και παροχής της ιατρικής υπηρεσίας, στην προμήθεια κατάλληλου εξοπλισμού προστασίας και προληπτικού ελέγχου έναντι της πανδημίας, στον καθαρισμό και στην απολύμανση των χώρων, επιφανειών και εξοπλισμού, κα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

V. Η ΑΓΟΡΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το 2ο Κεφάλαιο εστιάζει σε θέματα που αφορούν τον κλάδο των υπηρεσιών ασφάλισης. Η σχετική ανάλυση περιορίζεται στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης.

V.2. ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ζήτηση υπηρεσιών ασφάλισης υγείας επηρεάζεται άμεσα και έμμεσα από μία σειρά από παράγοντες. Οι σημαντικότεροι αφορούν τόσο την πορεία της οικονομίας όσο και το κόστος των ασφαλιστικών υπηρεσιών (ασφάλιστρα). Άλλοι παράγοντες είναι οι υγειονομικές συνθήκες, ενώ και οι δημογραφικές εξελίξεις θεωρούνται ότι αφορούν ειδικότερα τον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, καθώς αφορούν τόσο την κατανομή του πληθυσμού σε ηλικιακές ομάδες και την κατάσταση που υπάρχει στη δημόσια ασφάλιση όπως και τις εξελίξεις και την προοπτική της[49].

V.3. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στον χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης δραστηριοποιούνται οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις (ασφαλιστές), οι οποίοι στην Ελλάδα, βάσει του νόμου, μπορούν να είναι ανώνυμες ασφαλιστικές εταιρείες, εφόσον δε πρόκειται για επιχείρηση ασφάλισης κατά ζημιών ή αντασφαλιστική επιχείρηση, τότε εκτός από ανώνυμη εταιρεία μπορεί να έχει και τη μορφή του αλληλασφαλιστικού συνεταιρισμού[50]. Αντισυμβαλλόμενος του ασφαλιστή είναι ο λήπτης της ασφάλισης, ο οποίος και συνάπτει την ασφαλιστική σύμβαση, και οποίος δύναται να μην ταυτίζεται με τον ασφαλισμένο, ο οποίος είναι το πρόσωπο που απειλείται με τον ασφαλιστικό κίνδυνο, και υπέρ του οποίου παρέχεται η ασφαλιστική κάλυψη, ενώ σημειωτέον και ότι λήπτης της ασφάλισης/ασφαλισμένος δύναται να μην συμπίπτουν με τον δικαιούχο του ασφαλίσματος, ο οποίος είναι το πρόσωπο που δικαιούται να εισπράξει την ασφαλιστική αποζημίωση[51].

Πέραν των ασφαλιστών, στην ασφαλιστική αγορά είναι κρίσιμος ο ρόλος των ασφαλιστικών διανομέων (πρώην ασφαλιστικών διαμεσολαβητών)[52]. Οι ασφαλιστικοί διανομείς είναι επαγγελματίες[53], οι οποίοι μεσολαβούν μεταξύ λήπτη της ασφάλισης και ασφαλιστή, προκειμένου να συναφθεί σύμβαση ασφάλισης.

Στον ασφαλιστικό τομέα δραστηριοποιούνται και λοιποί επαγγελματίες όπως πραγματογνώμονες, διακανονιστές αξιώσεων κ.α.

Ιδιαίτερη μνεία όσον αφορά τον κλάδο της ασφάλισης υγείας θα πρέπει να γίνει στις επιχειρήσεις παροχής διαχειριστικών υπηρεσιών ασφάλισης υγείας.

V.3.1 Μέγεθος κλάδου ασφάλισης

---

49 Βλ. Στόχασις 2022, Κεφάλαιο «Ζήτηση», Ενότητα «Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης»

50 Άρθρο 14 παρ. 1 β) Ν 4364/2016, επίσης μπορεί να έχει και τη μορφή ευρωπαϊκής εταιρείας όπως ορίζεται στον Κανονισμό 2157/01.

51 Για τις έννοιες του «λήπτη της ασφάλισης» του «ασφαλισμένου» και του «δικαιούχου του ασφαλίσματος» βλ. και Ι. Ρόκα Ασφαλιστικό Δίκαιο ό.π., σελ. 29.

52 Για την έννοια της ασφαλιστικής διαμεσολάβησης βλ. και Ε. Τζίβα, Bancassurance: Διανομή ασφαλιστικών προϊόντων από πιστωτικά ιδρύματα", 2020, σελ. 94 επ.

53 Ασφαλιστικοί πράκτορες, συντονιστές ασφαλιστικών πρακτόρων και μεσίτες ασφαλίσεων (άρθρο 4 παρ. 3, 4, 5, 6 Ν 4583/2018).

Στις 30.9.2021 δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά ιδιωτικής ασφάλισης 37[54] ασφαλιστικές επιχειρήσεις, αριθμός αμετάβλητος σε σχέση με τις 30.9.2020. Οι επιχειρήσεις κατηγοριοποιούνται βάσει της άδειας λειτουργίας και των ασφαλιστικών τους εργασιών ως εξής[55]: 2 επιχειρήσεις ασφαλίσεων ζωής, 18 επιχειρήσεις ασφαλίσεων κατά ζημιών και 17[56] επιχειρήσεις που ασκούν ταυτόχρονα δραστηριότητες ασφαλίσεων ζωής και ασφαλίσεων κατά ζημιών (συμπεριλαμβάνονται επιχειρήσεις του κλάδο ζωής που, εκ των ασφαλίσεων κατά ζημιών, ασκούν αποκλειστικά αυτές των κλάδων "Ατυχήματα" και "Ασθένειες"). Σύμφωνα με την Έκθεση Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας της Τράπεζας της Ελλάδος (Νοέμβριος 2022), δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες μεταβολές στη διάρθρωση της ελληνικής αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης κατά το πρώτο μισό του 2022.

V.3.2 Βαθμός συγκέντρωσης και πρόσφατες συγκεντρώσεις

Η ελληνική αγορά παροχής των ασφαλίσεων υγείας - ατυχημάτων - ασθενειών αφορά μια ανταγωνιστικά δομημένη αγορά με χαμηλό βαθμό συγκέντρωσης, δεδομένου ότι προσφέρεται μεταξύ άλλων ασφαλίσεων, από πολλές ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται είτε με τη μορφή της ανώνυμης εταιρείας είτε με τη μορφή του υποκαταστήματος, με διαφοροποιημένα και εν πολλοίς χαμηλά μερίδια.

VI. ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

VI.1. ΓΕΝΙΚΑ

Το σύγχρονο ενωσιακό εποπτικό πλαίσιο της ιδιωτικής ασφάλισης αναθεωρήθηκε ριζικά με την Οδηγία 2009/138 σχετικά με την ανάληψη και την άσκηση δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης (Φερεγγυότητα ΙΙ)[57]. Το νέο σύστημα, που ομοιάζει με το αντίστοιχο για την εποπτεία των πιστωτικών ιδρυμάτων[58], οικοδομείται σε τρεις πυλώνες: α) ποσοτικές απαιτήσεις (κεφαλαιακή επάρκεια, τεχνικές προβλέψεις και ίδια κεφάλαια), β) ποιοτικές απαιτήσεις (σύστημα διακυβέρνησης, εποπτικός έλεγχος) και γ) δημόσια πληροφόρηση (προς το κοινό καθώς προς τις

---

54 Από τις 31.12.2021 οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα ανέρχονται πλέον σε 36, λόγω της συγχώνευσης των Generali Life A.E.A.Z. και Generali Hellas I A.A.E. (πρώην ΑΧΑΑ.Α.Ε).

55 Σχετικά με τα στοιχεία που αφορούν στους παίκτες της ιδιωτικής προσφοράς υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, το είδος της δραστηριότητάς τους και τα οικονομικά τους μεγέθη βλ. Έκθεση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος για το 2021, Κεφάλαιο «*Επισκόπηση της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης*», σ. 253 επ. .

56 Από τις 31.12.2021 ο αριθμός ανέρχεται σε 16 λόγω της συγχώνευσης δύο εξ αυτών.

57 Οδηγία 2009/138/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 25ης Νοεμβρίου 2009, σχετικά με την ανάληψη και την άσκηση δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης (Φερεγγυότητα ΙΙ). Επίσης βλ. και Οδηγία 2014/51 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 16ης Απριλίου 2014 σχετικά με την τροποποίηση των Οδηγιών 2003/71 και 2009/138 και των Κανονισμών 1060/2009, 1094/2010 και 1095/2010 όσον αφορά τις εξουσίες της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων και της Ευρωπαϊκής Αρχής Κινητών Αξιών και Αγορών,

58 Οδηγία 2013/36/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 26ης Ιουνίου 2013 σχετικά με την πρόσβαση στη δραστηριότητα πιστωτικών ιδρυμάτων και την προληπτική εποπτεία πιστωτικών ιδρυμάτων και επιχειρήσεων επενδύσεων, για την τροποποίηση της Οδηγίας 2002/87/ΕΚ και για την κατάργηση των Οδηγιών 2006/48/ΕΚ και 2006/49/ΕΚ.

εποπτικές αρχές)[59]. Μέσω του συστήματος της Φερεγγυότητας ΙΙ έχει δημιουργηθεί ένα ενιαίο ενωσιακό δίκαιο εποπτείας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων ζωής, ζημιών καθώς και των αντασφαλιστικών επιχειρήσεων και των ασφαλιστικών ομίλων[60]. Η ανωτέρω Οδηγία ενσωματώθηκε στην ελληνική έννομη τάξη με τον Ν 4364/2016.

VI.2. ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗ

Για την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης, και υπό την επιφύλαξη των σχετικών διατάξεων περί ελεύθερης εγκατάστασης και παροχής υπηρεσιών[61], είναι απαραίτητη η χορήγηση άδειας από την εποπτική αρχή[62]. Η άδεια αυτή ισχύει για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ενιαία άδεια).

Ειδικότερα, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις λαμβάνουν άδεια λειτουργίας είτε για την κατηγορία ασφαλίσεων κατά ζημιών ή για ασφαλίσεις ζωής[63]. Η άδεια λειτουργίας για την άσκηση πρωτασφαλιστικών εργασιών, χορηγείται α) κατά κλάδο ασφάλισης, βάσει των κινδύνων που υπάγονται στον εν λόγω κλάδο και β) κατά ομάδα δύο ή περισσότερων κλάδων ασφάλισης.

VI.3. ΕΠΟΠΤΕΙΑ

Κατόπιν της αδειοδότησης τους, όλες οι ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά ασφάλισης υπόκεινται στις σχετικές διατάξεις του κανονιστικού πλαισίου που θέτει ο Ν 4364/2016, οποίος όπως προαναφέρθηκε ενσωματώνει στο ελληνικό δίκαιο την Οδηγία 2009/138/ΕΚ.

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις στην Ελλάδα εποπτεύονται από την ΤτΕ. Κατά τη λειτουργία των ασφαλιστικών επιχειρήσεων ασκείται από την εποπτική αρχή έλεγχος ως προς τη διαρκή συμμόρφωση των τελευταίων με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας, με κύριο σκοπό την προστασία των ληπτών της ασφάλισης, των ασφαλισμένων και των δικαιούχων ασφαλίσματος[64].

VI.4. Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ

Όπως προκύπτει από το άρθρο 1 παρ. 1 του Ν 2496/1997 (ΑσφΝ), με την ασφαλιστική σύμβαση ο ασφαλιστής αναλαμβάνει την υποχρέωση να καταβάλει έναντι ανταλλάγματος (ασφάλιστρο) στον αντισυμβαλλόμενό του (λήπτη της ασφάλισης) ή σε τρίτον, παροχή (ασφάλισμα) όταν επέλθει το περιστατικό από το οποίο συμφωνήθηκε να εξαρτάται η υποχρέωσή του (ασφαλιστική περίπτωση). Επειδή η ασφαλιστική κάλυψη, που συνιστά την παρεχόμενη από τον ασφαλιστή υπηρεσία, καθορίζεται πλήρως από τους όρους της σύμβασης, οι οποίοι και αποτελούν

---

59 Βλ. Ι. Ρόκα, Solvency ΙΙ- Εποπτεία των (Αντ)ασφαλιστικών Επιχειρήσεων, 2016, σελ. 10-14.

60 Βλ. και Ρ. Χατζηνικολάου-Αγγελίδου Ασφαλιστικό δίκαιο ό.π., σελ. 337.

61 Άρθρα 115 επ. Ν 4364/2016. Αντίθετα, προκειμένου να ασκήσουν ασφαλιστικές δραστηριότητες επιχειρήσεις τρίτων χωρών, πρέπει να αδειοδοτηθούν από την εποπτεύουσα αρχή (άρθρο 130 Ν 4364/2016).

62 Βλ. άρθρο 10 παρ. 1 Ν. 4364/2016. Στην Ελλάδα αρμόδια εποπτική αρχή είναι η Τράπεζα της Ελλάδος.

63 Βλ. άρθρο 11 Ν. 4364/2016.

64 Βλ. άρθρο 19 ν. 4364/2016 και ΑΠ 668/2005 ΕΕμπΔ 2005, 749.

προδιατυπωμένους ασφαλιστικούς όρους, η ασφάλιση θεωρείται ότι αποτελεί ένα «νομικό προϊόν»[65].

Η ασφαλιστική σύμβαση και η σχέση ασφαλιστή – λήπτη της ασφάλισης/ασφαλισμένου, εξακολουθεί και να διέπεται από ορισμένες ειδικές διατάξεις από τις οποίες δεν είναι δυνατή η παρέκκλιση σε βάρος του αντισυμβαλλομένου του ασφαλιστή, τουλάχιστον όσον αφορά τις μαζικές ασφαλίσεις.

VI.5. ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

Καταρχάς η ρύθμιση του ασφαλιστικού τομέα λειτουργεί συμπληρωματικά με το δίκαιο του ελεύθερου ανταγωνισμού[66]. Τούτο διότι το ρυθμιστικό πλαίσιο του ασφαλιστικού τομέα εξυπηρετεί στόχους που δεν θα μπορούσαν να εξυπηρετηθούν με τους κανόνες του δικαίου του ανταγωνισμού, όπως είναι η προστασία της φερεγγυότητας των ασφαλιστών και η προστασία των συμφερόντων των ασφαλισμένων. Ως προς τη μεν φερεγγυότητα των ασφαλιστών μεριμνά το ειδικό εποπτικό και ρυθμιστικό πλαίσιο που σήμερα διέπεται από τον Ν 4364/2016, και για το οποίο έγινε λόγος ανωτέρω. Ως προς την προστασία του ασφαλισμένου οι ειδικές ρυθμίσεις του δικαίου της ασφαλιστικής σύμβασης, καθώς και οι διατάξεις του δικαίου προστασίας του καταναλωτή, παρέχουν προστασία στον ασφαλισμένο/λήπτη της ασφάλιση, ενώ και οι διατάξεις του Ν 4583/2018 που ενσωμάτωσε την Οδηγία IDD επιβάλουν υποχρεώσεις στους διανομείς[67], χάριν της προστασίας των ασφαλισμένων. Επί παραδείγματι προβλέπεται ότι ο ασφαλιστικός διαμεσολαβητής (πλέον «διανομέας») οφείλει να αποκαλύπτει πριν τη σύναψη μίας σύμβασης ασφάλισης τυχόν συγκρούσεις συμφερόντων [68].

VII. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ

VII.1. ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Για την πραγματοποίηση της έρευνας στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε είκοσι πέντε (25) επιχειρήσεις του ασφαλιστικού κλάδου. Τα ερωτηματολόγια περιείχαν εβδομήντα τρεις (73) ερωτήσεις[69].

VII.1. ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

---

65 Βλ. και Ι. Ρόκα Συμβατικό ασφαλιστικό δίκαιο ό.π., σελ. 11.

66 Βλ. αναλυτικά Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 306 επ.

67 Βλ. και Α. Καραγκουνίδη, Οι υποχρεώσεις του διανομέα ασφαλιστικών προϊόντων έναντι του πελάτη σύμφωνα με την Οδηγία (ΕΕ) 2017/97 (“IDD”) και τον Ν 4583/2018, ΔΕΕ 2020, 1129.

68 Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 306-307.

69 Εξ αυτών οι ερωτήσεις ένα έως έντεκα (1-11) αφορούσαν στοιχεία και έγγραφα τα οποία έπρεπε να προσκομίσουν οι εταιρείες. Οι ερωτήσεις δώδεκα έως δεκαέξι (12-16) περιείχαν οικονομικά στοιχεία και δεδομένα τα οποία αξιοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση και την ανάλυση της έρευνας, ενώ οι υπόλοιπες αφορούσαν ποιοτικά χαρακτηριστικά του κλάδου, του τρόπου λειτουργίας των επιχειρήσεων και του επιπέδου του ανταγωνισμού εντός της χώρας.

Ως προς τις ερωτήσεις κατά πόσον υφίστανται εμπόδια εισόδου στην αγορά ασφάλισης υγείας και κατά πόσον το υφιστάμενο ρυθμιστικό πλαίσιο επηρεάζει τον ανταγωνισμό, η συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλιστών απάντησε αρνητικά[70]. Περαιτέρω και όσοι ασφαλιστές απάντησαν θετικά, δεν παρείχαν πειστικές αιτιολογίες, καθώς ως «εμπόδιο» αναφέρθηκε το υψηλό/ανεξέλεγκτο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας[71] και λοιπές αντίστοιχες αιτιολογίες που δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι συνιστούν εμπόδιο εισόδου.

VII.2. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

Η ελληνική αγορά παροχής των ασφαλίσεων υγείας - ατυχημάτων - ασθενειών αφορά μια ανταγωνιστικά δομημένη αγορά με χαμηλό βαθμό συγκέντρωσης, δεδομένου ότι προσφέρεται μεταξύ άλλων ασφαλίσεων, από πολλές ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται είτε με τη μορφή της ανώνυμης εταιρείας είτε με τη μορφή του υποκαταστήματος, με διαφοροποιημένα και εν πολλοίς χαμηλά μερίδια.

Στην εν λόγω Ενότητα αναλύονται περαιτέρω: οι σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ασφαλισμένους και παράμετροι ανταγωνισμού, η συνεργασία μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων, καθώς και οι σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ιδιωτικούς παρόχους υγείας.

VII.3. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Τέλος ως προς τις τρέχουσες συγκυρίες της υγειονομικής κρίσης, μεγάλο μέρος των ασφαλιστών δήλωσαν πως παρέχουν καλύψεις έναντι δευτερευουσών ή παρεπόμενων επιπλοκών της COVID-19. Περαιτέρω, η τρέχουσα υγειονομική κρίση δεν επέφερε κάποια κάμψη στην αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης, αντιθέτως σύμφωνα με ορισμένους παρατηρήθηκε το αντίστροφο φαινόμενο, καθώς περισσότερος κόσμος κατευθύνθηκε προς την ιδιωτική ασφάλιση λόγω της πίεσης στο δημόσιο σύστημα υγείας, ενώ περαιτέρω μειώθηκαν τα μικρότερης σοβαρότητας περιστατικά, λόγω της επιθυμίας αρκετών ασφαλισμένων να αποφύγουν τις μη επείγουσες νοσηλείες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ

VIII. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

VIII.A. Ψηφιακός ανταγωνισμός και υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης

Η άνοδος της ψηφιακής οικονομίας υπήρξε το σημαντικότερο οικονομικό φαινόμενο της εποχής μας. Τα «Μαζικά Δεδομένα» και οι «ψηφιακές πλατφόρμες» κυριαρχούν επί του παρόντος στην επιστημονική συζήτηση σε διάφορους τομείς δικαίου με αυξανόμενο το ενδιαφέρον για την

---

[70] Σημειωτέον και ότι από την […] επισημάνθηκε ότι η παρουσία μεγάλων αντασφαλιστών διευκολύνει την είσοδο μίας νέας επιχείρησης στην αγορά.

[71] Βλ. πχ […], […], […].

τεχνητή νοημοσύνη και το «Διαδίκτυο των πραγμάτων» (Internet of Things). Η ανάλυση μαζικών δεδομένων και η μαζική συλλογή δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα μπορούν να παρακολουθούν λεπτομερώς τη συμπεριφορά των καταναλωτών (την ψηφιακή τους ταυτότητα), κατά την πλοήγησή τους στο Διαδίκτυο, και να βοηθούν τις εταιρείες να προβλέπουν τα είδη προϊόντων και υπηρεσιών που μπορεί να προσελκύουν το ενδιαφέρον των καταναλωτών.

Με τη συλλογή και αξιολόγηση προσωπικών δεδομένων από διαφορετικά κανάλια, πλατφόρμες και συσκευές και τη δυνατότητα ανταλλαγής αυτών των πληροφοριών, τα διάφορα τμήματα της αλυσίδας αξίας της ανθρώπινης υγείας (φαρμακευτική αγωγή, προληπτική ιατρική, περίθαλψη, κλπ.) μπορούν να σχηματίζουν και μια ενιαία εικόνα για τον καταναλωτή/ασθενή. Αυτή η τεχνολογική δυνατότητα ενδέχεται να οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός νέου επιχειρηματικού μοντέλου στον κλάδο.

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι εταιρείες ασφάλισης υγείας βασίζονται ολοένα και περισσότερο στα δεδομένα που συλλέγουν, ώστε να εξατομικεύουν την προσφορά τους και να περιορίζουν τους κινδύνους που διατρέχουν, κατά τη διαχείριση δαπανηρών θεραπευτικών συνθηκών, επιτείνοντας έτσι την πληροφοριακή ασυμμετρία από την οποία ήδη επωφελούνται έναντι των πελατών τους, οι οποίοι δεν έχουν πρόσβαση σε ισοδύναμο όγκο δεδομένων ή σε προηγμένες τεχνικές ανάλυσης δεδομένων.

Στο εν λόγω Κεφάλαιο παρουσιάζονται οι πιθανές στρεβλώσεις ανταγωνισμού από τη χρήση (προσωπικών) δεδομένων και αλγορίθμων, η χρήση των προσωπικών δεδομένων και θεωρίες βλάβης στον ανταγωνισμό, παρουσιάζονται επίσης τα προκαταρκτικά πορίσματα της Υπηρεσίας από τις απαντήσεις παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας σε ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση δεδομένων, αλγορίθμων και νέων τεχνολογιών στους αντίστοιχους κλάδους, καθώς και οι ρυθμιστικές πρωτοβουλίες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με θέματα ανταγωνισμού που προκύπτουν από την ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης.

IX. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η Ενότητα παρουσιάζει τα προκαταρκτικά πορίσματα της Υπηρεσίας από τις απαντήσεις παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας σε ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση δεδομένων, αλγορίθμων και νέων τεχνολογιών στους αντίστοιχους κλάδους, και ειδικότερα ως προς τη συλλογή, επεξεργασία και πρόσβαση σε δεδομένα (Ενότητα IX.1.1), στη δημιουργία και αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων (Ενότητα IX.1.2), καθώς και στη χρήση αλγορίθμων / μαζικών δεδομένων και την αυξημένη πρόσβαση σε δεδομένα ως παράγοντας στρέβλωσης του ανταγωνισμού (Ενότητα IX.1.3), θέματα που σχετίζονται με τη χρήση νέων τεχνολογιών (Ενότητα IX.2.) και ειδικότερα τη χρήση τεχνολογιών Τεχνητής Νοημοσύνης (AI) (Ενότητα IX.2.1), τους κινδύνους και τα οφέλη από την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών (Ενότητα IX.2.2) αντιμετώπιση των στρεβλώσεων του ανταγωνισμού που προκαλούνται συνεπεία της χρήσης νέων τεχνολογιών (Ενότητα IX.2.3), αξιοποίηση και προστασία δεδομένων ασθενών (Ενότητα IX.2.4), άλλοι μηχανισμοί καινοτομίας (Ενότητα IX.2.5).

ΣΥΝΟΨΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα γενικότερα συμπεράσματα τα οποία μπορούν να εξαχθούν από την Ενδιάμεση Έκθεση είναι ότι η δομή των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μέτριο βαθμό συγκέντρωσης, ενώ η βασική

τάση που διαπιστώνεται είναι η εξαγορά ιδιωτικών κλινικών από επενδυτικά σχήματα (funds), με σημαντικότερο παράδειγμα τη συγκέντρωση σειράς ιδιωτικών κλινικών υπό τον έλεγχο των κεφαλαίων CVC την τελευταία πενταετία.

Μερίδα των συμμετεχόντων στην έρευνα της Υπηρεσίας εκφράζει ανησυχίες για τις τάσεις συγκέντρωσης στην αγορά, και ιδίως την παράλληλη δραστηριοποίηση μεγάλων παρόχων υπηρεσιών υγείας στην αγορά παροχής υπηρεσιών ασφάλισης υγείας (καθετοποίηση).

Πάντως, η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν θεωρεί καμία επιχείρηση ως «δεσπόζουσα» στην αγορά. Ωστόσο ως ιδιαίτερο ζήτημα αναδεικνύεται η καθετοποίηση του κλάδου υγείας με τον κλάδο ασφάλισης υγείας (μέσω συγκεντρώσεων ή διαφόρων πρακτικών/συμπράξεων). Τέτοιες συμπράξεις θα μπορούσαν να αφορούν συμφωνίες αποκλειστικότητας, δεσμευμένες πωλήσεις, ρήτρες "all or nothing", ρήτρες MFN, συμφωνίες μη ανταγωνισμού[72], τα οποία δύναται επίσης να οδηγήσουν σε επιπτώσεις κάθετου αντι-ανταγωνιστικού αποκλεισμού, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, και οι οποίες εξετάζονται εκ των υστέρων (ex post) από την Επιτροπή Ανταγωνισμού[73].

Πάντως οι πάροχοι υγείας καταδεικνύουν ως βασικές πηγές στρέβλωσης του ανταγωνισμού αφενός μεν, την αυξημένη συγκέντρωση στην αγορά, αφετέρου δε μηχανισμούς συγκράτησης κόστους και εξορθολογισμού του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία, όπως τα θεσμοποιημένα ΚΕΝ του ΕΟΠΠΥ, κάτι που πρέπει να διερευνηθεί. Επίσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων θεωρεί ότι υφίστανται ρυθμιστικά εμπόδια εισόδου και δραστηριοποίησης στην αγορά αλλά και παρεμβάσεις στη δραστηριότητα των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από δημόσιους φορείς.

Σημειώνεται περαιτέρω ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 μειώθηκαν τα έσοδα και αυξήθηκαν οι δαπάνες λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών για διάφορους λόγους. Ωστόσο, η πανδημία είχε και θετικό αντίκτυπο στη λειτουργία των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας, καθώς οδήγησε σε επενδύσεις για ψηφιακό εκσυγχρονισμό, πρόσληψη νέου προσωπικού και επέκταση των δραστηριοτήτων, που τελικά απέφεραν κέρδη στους παρόχους.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση περί μεταστροφής των ασφαλισμένων προς τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας και της ευαισθητοποίησης των ασθενών ως προς την ανάγκη πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Αυτό με τη σειρά του οδήγησε σε στροφή στις ιδιωτικές υπηρεσίες ασφάλισης και αναζήτηση ικανοποιητικών ασφαλιστικών προγραμμάτων, με περαιτέρω ανάπτυξη του κλάδου. Από την άλλη, κάποιες πληθυσμιακές ομάδες οδηγήθηκαν σε αποκλεισμό από την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

Ως προς τον κλάδο ασφάλισης υγείας, το βασικό συμπέρασμα είναι ότι ο κλάδος χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη σχετικά μεγάλου αριθμού παικτών, ενώ οι παρατηρούμενες συγκεντρώσεις είναι κυρίως οριζόντιας φύσεως (μεταξύ ανταγωνιστών), και κατά μια άποψη αντανακλούν τη γενικότερη ευρωπαϊκή τάση ανακατατάξεων στον ασφαλιστικό χώρο λόγω των υψηλών κεφαλαιακών απαιτήσεων της ενωσιακής νομοθεσίας.

---

[72] Βλ. για μία χρήσιμη σύνοψη Katherine L. Gudiksen, Alexandra D. Montague, Jaime S. King, Amy Y. Gu, Brent D. Fulton, and Thomas L. Greaney, Preventing Anticompetitive Contracting Practices in Healthcare Markets (Petris Centre, Research Report, Sept. 2020).

[73] Κανονισμός (ΕΕ) 2022/720 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την εφαρμογή του άρθρου 101 παράγραφος 3 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ορισμένες κατηγορίες κάθετων συμφωνιών και εναρμονισμένων πρακτικών, ΕΕΕΕ [2022] L134/4; Κατευθυντήριες γραμμές για τους κάθετους περιορισμούς, 2022/C 248/01.

Ως προς τον αντίκτυπο των συγκεντρώσεων στην αγορά, παρουσιάζεται μια μικτή εικόνα, με τις οριζόντιες συγκεντρώσεις μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων να αξιολογούνται θετικά, αλλά να εκφράζονται ανησυχίες ως προς την συνένωση δραστηριοτήτων στις αγορές υγείας και ασφάλισης.

Βασικές παράμετροι επιλογής ασφαλιστικού προγράμματος είναι μεταξύ άλλων το ύψος των ασφαλίστρων, το εύρος της κάλυψης, η φήμη του παρόχου καθώς και το δίκτυο συνεργασίας με παρόχους υγείας που παρέχει. Φαίνεται ότι υπάρχει επαρκής διαφοροποίηση των ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας, ενώ παρατηρείται ότι οι καταναλωτές που έχουν ασφαλιστήριο υγείας με μια ασφαλιστική διατηρούν και έτερη ασφαλιστική κάλυψη από την ίδια επιχείρηση. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων διαφαίνεται ότι η δεσμοποίηση προγραμμάτων ασφάλισης υγείας με άλλα ασφαλιστικά προγράμματα αποτελεί μάλλον συνήθη εμπορική πρακτική.

Από την έως τώρα έρευνα της Υπηρεσίας, οι πάροχοι υγείας φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη από τις εταιρείες ασφάλισης. Ορισμένες ασφαλιστικές επιχειρήσεις θεωρούν ότι όμιλοι όπως η HHG, Ιατρικό, Ευρωκλινική, Βιοϊατρική, Affida και Ιασώ αποτελούν απαραίτητους εμπορικούς συνεργάτες.

Η αγορά υπηρεσιών ασφάλισης υγείας επηρεάζεται από το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς και το βαθμό συγκέντρωσης στην τελευταία αυτή αγορά, με την υψηλότερη συγκέντρωση να επηρεάζει ιδίως τη θέση των μικρότερων ασφαλιστών. Επισημαίνεται ότι, εξαιτίας της αδυναμίας των ασφαλιστικών εταιρειών να επηρεάσουν το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης, γεγονός που επιτείνεται από την έλλειψη ενός διαφανούς συστήματος αποζημίωσης, πολλές ασφαλιστικές επιχειρήσεις καταφεύγουν στη σύναψη ατομικών συμβάσεων με παρόχους υγείας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει η επισήμανση ότι, για το σκοπό αυτό, οι μικροί και μεσαίου μεγέθους πάροχοι ιδιωτικής ασφάλισης δεν συνάπτουν απευθείας συμβάσεις με τους παρόχους υγείας, αλλά βασίζονται στη χρήση υπηρεσιών διαχείρισης ασφάλισης τις οποίες προσφέρουν συγκεκριμένοι ενδιάμεσοι παίκτες. Επιπλέον, επισημάνθηκε η χρήση ιατρικού ελεγκτή για τη συλλογική διαπραγμάτευση με παρόχους υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, αναφέρονται διάφορες πρακτικές για την επιλογή συγκεκριμένων κλινικών από τους παρόχους υπηρεσιών ασφάλισης, όπως η διεξαγωγή μειοδοτικού διαγωνισμού από ασφαλιστική επιχείρηση με προκαθορισμένο ασφάλιστρο ανά μήνα ανά ασφαλισμένο, η επιλογή κλινικής βάσει προκαθορισμένου ετήσιου κόστους ανεξάρτητα από το πλήθος των νοσηλειών του συγκεκριμένου χαρτοφυλακίου, προγράμματα capitation, κλπ. Οι εμπορικές σχέσεις μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας, ασφάλισης υγείας και των ανωτέρω διαμεσολαβητών-παρόχων υπηρεσιών διαχείρισης ασφάλισης, καθώς και οι πιθανές επιπτώσεις τους στην αγορά προτείνεται να διερευνηθούν περαιτέρω.

Η πανδημία Covid-19 φαίνεται να επηρέασε θετικά την οικονομική δραστηριότητα των παρόχων ασφάλισης υγείας, καθώς πολύ ασθενείς στράφηκαν στην ιδιωτική ασφάλιση λόγω της πίεσης στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Ως προς τα δεδομένα και νέες τεχνολογίες, η βασική παραδοχή της Ενδιάμεσης Έκθεσης είναι ότι ένα κατάλληλο ρυθμιστικό πλαίσιο προσανατολισμένο στην προστασία και την πρόσβαση σε δεδομένα σχετικά με την υγεία θα συμβάλει στην ενίσχυση του ανταγωνισμού και στην ανάπτυξη νεοφυών και υφιστάμενων επιχειρήσεων ιατρικής τεχνολογίας, με άμεσο αποτέλεσμα την αυξημένη καινοτομία και την εμπλουτισμένη ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.

Από την έρευνα της Υπηρεσίας προκύπτουν επίσης τα ακόλουθα συμπεράσματα:

Οι ιδιωτικές κλινικές συλλέγουν και επεξεργάζονται οι ίδιες τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών τους και διαβιβάζουν τα απαραίτητα στοιχεία σε ασφαλιστικούς, ιδιωτικούς και μη, και ελεγκτικούς φορείς τηρώντας τον ΓΚΠΔ (γραπτή έγκριση των ασθενών).

Οι πάροχοι υπηρεσιών ασφάλισης υγείας συλλέγουν τα δεδομένα εκείνα που αφορούν την εκτίμηση του κινδύνου κατά τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης (ιατρικό ιστορικό και εξετάσεις), και εν συνεχεία τα δεδομένα εκείνα που αφορούν την αξιολόγηση της αποζημίωσης, ήτοι ιατρικές διαγνώσεις και δεδομένα νοσηλείας, αποτελέσματα εξετάσεων πρακτικά χειρουργείων, τιμολόγια νοσοκομείων κ.α. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις λαμβάνουν από τις κλινικές τα επιμέρους ιατρικά δεδομένα του εκάστοτε περιστατικού, κατά κανόνα στο βαθμό που χρειάζονται για να εκτιμηθεί εάν το περιστατικό εμπίπτει στο πεδίο της ασφαλιστικής κάλυψης και οι επιμέρους πληροφορίες αναφορικά με το κόστος νοσηλείας κτλ.

Οι συμμετέχοντες πάροχοι υπηρεσιών υγείας θεωρούν ότι, για την καλύτερη παροχή των σχετικών υπηρεσιών στους ασθενείς, είναι απαραίτητη η πρόσβαση παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας σε δεδομένα σχετικά με το ιστορικό των ασθενών καθώς και ο πλήρης ιατρικός φάκελος ασθενών, εμπεριέχων π.χ. παθήσεις, νοσηλείες, ιατρικές εξετάσεις/αποτελέσματα εξετάσεων -εργαστηριακοί, ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι-, φαρμακευτική αγωγή, με στόχο για την καλύτερη δυνατή παροχή υπηρεσιών. Ωστόσο, οι πάροχοι υγείας ως επί το πλείστον δεν θεωρούν ότι η πρόσβαση σε δεδομένα ότι προσδίδει ιδιαίτερο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

Επιπλέον, εκτιμάται ότι η αυξημένη πρόσβαση σε δεδομένα υγείας πολιτών από ασφαλιστικές εταιρείες υγείας μπορεί να οδηγήσει σε στρέβλωση του ανταγωνισμού και σε αύξηση της δύναμης της αγοράς συγκεκριμένων παρόχων ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας. Επίσης, δεν αποκλείεται η διακριτική μεταχείριση εις βάρος κατηγοριών πολιτών και σε μειωμένη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρωτοβουλία της ΕΑΕΕ για τη δημιουργία Κώδικα Δεοντολογίας για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από ασφαλιστικές εταιρείες, προκειμένου να εξειδικευθούν οι γενικές αρχές και υποχρεώσεις που γεννώνται για τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις και προστατευθούν οι ασφαλισμένοι καταναλωτές.

Η αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων (data pools) για προσωπικά ιατρικά δεδομένα από εταιρείες υγείας ή ασφάλισης κρίνεται ότι έχει τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα. Η πλειοψηφία τόσο των ερωτηθέντων παρόχων υγείας όσο και των παρόχων ασφάλισης υγείας δεν έχει εντοπίσει πρακτικές μόχλευσης (leveraging) της δύναμης μιας εταιρείας σε γειτονικές αγορές μέσω της χρήσης μαζικών δεδομένων ή/και αλγορίθμων.

Μεταξύ των νέων τεχνολογιών νέφους (cloud), τεχνητής νοημοσύνης (AI) και blockchain, μόνο η πρώτη (cloud service) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και για επαρκές χρονικό διάστημα ώστε να έχουν γίνει φανερές οι επιπτώσεις της, που είναι θετικές, υποστηρίχθηκε δε θερμά η πλήρης μετάβαση από την κουλτούρα του «offline storage» σε αυτή του cloud.

Ειδικότερα ως προς την τεχνητή νοημοσύνη (AI), η πλειοψηφία των ερωτώμενων ιδιωτικών κλινικών επεσήμανε τις θετικές επιπτώσεις της στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ταχύτερη εξυπηρέτηση μεγαλύτερου όγκου ασθενών και τη μείωση του κόστους. Η χρήση αυτών των τεχνολογιών θα προσδώσει συγκριτικά πλεονεκτήματα στους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών που θα τις υιοθετήσουν.

Τέλος, αρκετοί ερωτώμενοι πάροχοι υγείας επισημαίνουν την ανάγκη ύπαρξης μηχανισμών διευκόλυνσης της καινοτομίας, καθώς και ότι η ΕΑ θα μπορούσε αν συμβάλει σε αυτό με την εφαρμογή του άρθρου 37^{Α} ν. 3959/2011.

Από τις ανωτέρω πληροφορίες και έρευνες της Υπηρεσίας, προκύπτει επίσης ότι για την περαιτέρω διερεύνηση του εν λόγω κλάδου και των συνθηκών εντός αυτού, αλλά και ως προς τη χρήση των δεδομένων, είναι σημαντική μια συστημική συζήτηση με τους παράγοντες της αγοράς και δημόσιους φορείς για πιθανές λύσεις σε προβλήματα τα οποία ενδέχεται να προκύπτουν. Τούτο διότι η διερεύνηση της συγκεκριμένης αλυσίδας αξίας που επιχειρείται υπό το πλαίσιο της πολιτικής και του δικαίου του ανταγωνισμού, θα πρέπει να λάβει υπόψη διάφορες διαστάσεις (π.χ. την ποιοτική διάσταση) ως προς την παροχή των άρρηκτα συνδεδεμένων υπηρεσιών (υγεία και ασφάλιση υγείας) προς το συμφέρον του ανταγωνισμού και του τελικού καταναλωτή.

Τα συμπεράσματα που θα προκύψουν από τη δεύτερη δημόσια διαβούλευση θα ενσωματωθούν στην Τελική Έκθεση. Επίσης, για την προετοιμασία της τελικής έκθεσης θα γίνει συστηματική προσπάθεια από την ΕΑ για την έρευνα (ενδεχομένως μέσω δημοσκόπησης) και καταγραφή των απόψεων των καταναλωτών και των ενώσεων καταναλωτών σχετικά με τα θέματα συγκέντρωσης και ανταγωνισμού στις εξεταζόμενες αγορές, ενώ θα προχωρήσει και συνεργασία με τον Συνήγορο του Καταναλωτή για το συγκεκριμένο θέμα.