

ΚΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
& ΣΥΝΑΦΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ



ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ.....	4
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
I.1. Σκοπός, Στόχευση και Μεθοδολογία	4
I.2. Ενδιάμεση Έκθεση και δημόσια διαβούλευση	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	7
II. Ο ΚΛΑΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	7
II.1. Λειτουργία και Αλληλεπίδραση Υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλισης	7
II.2. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.....	10
II.2.1. Επισκόπηση	10
II.2.2. Το δημόσιο σύστημα υγείας	11
II.2.3. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	13
II.2.4. Το κράτος ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας	13
II.3. Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα	14
II.3.1. Παράγοντες διαμόρφωσης της ζήτησης υπηρεσιών υγείας.....	14
II.3.2. Δαπάνες για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα	19
II.4. Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα	22
II.4.1. Μέγεθος του κλάδου των υπηρεσιών υγείας (δημόσιου και ιδιωτικού)	22
II.4.2. Μέγεθος κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	26
1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	26
2. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	28
II.4.3. Οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο υγείας	28
II.4.4. Βασικοί παίκτες σήμερα.....	30
II.4.5. Κύκλος Εργασιών και Κερδοφορία.....	31
II.4.6. Θέση των ανταγωνιστών και βαθμός συγκέντρωσης.....	32
II.4.7. Βαθμός συγκέντρωσης ανά κατηγορία.....	33
II.5. Καθετοποίηση των Παρόχων Υπηρεσιών Υγείας: επιπτώσεις στον ανταγωνισμό	35
III. ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	39
III.1. Ίδρυση και Λειτουργία Ιδιωτικών Κλινικών.....	40
III.1.1. Ελάχιστος αριθμός κλινών	43
III.1.2. Μέγιστος αριθμός κλινών.....	45
III.1.3. Αύξηση κλινών / επέκταση μονάδων	46
III.2. Σύστημα Clawback & Rebate	47
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ.....	49
IV.1. Επιχειρήσεις που συμμετείχαν στην Έρευνα	49
IV.2. Παρεμβάσεις στη Λειτουργία του Κλάδου	51
IV.3. Εμπόδια Εισόδου και Δραστηριοποίησης	54
IV.3.1. Γενικά	54
IV.3.2. Η ελάχιστη και μέγιστη δυναμικότητα ως εμπόδιο εισόδου/επέκτασης	57
IV.3.3. Άλλα εμπόδια εισόδου.....	62
IV.4. Δομή Αγοράς και Λειτουργία του Ανταγωνισμού.....	63
IV.4.1. Απόψεις ως προς τις παραμέτρους ανταγωνισμού	63
IV.4.2. Απόψεις ως προς το βαθμό συγκέντρωσης και τη δύναμη αγοράς στον κλάδο	64
IV.4.3. Απόψεις σχετικά με την επίπτωση των συγκεντρώσεων στην αγορά.....	66
IV.5. Στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό.....	67
IV.5.1. Αντι-ανταγωνιστικές και άλλες προβληματικές πρακτικές.....	67
IV.5.2. Πρακτικές μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών επιχειρήσεων	70
IV.5.3. Συνεργασίες μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και φαρμακευτικών εταιρειών	71
IV.5.4. Άλλες στρεβλώσεις.....	73
IV.6. Πιθανές λύσεις κατά τους παρόχους	74
IV.7. Υπηρεσίες Υγείας και Πανδημία COVID-19.....	75
IV.7.1. Οι επιπτώσεις της πανδημίας στις δραστηριότητες των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	75
IV.7.2. Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ομαλή λειτουργία του ανταγωνισμού.....	76
V. ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ – ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ.....	77
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	79
VI. Ο ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	79
VI.1. Εισαγωγή.....	79
VI.2. Ζήτηση υπηρεσιών ασφάλισης υγείας	81
VI.2.1. Μέγεθος και διάρθρωση της ζήτησης στον κλάδο ασφάλισης Υγείας	82

VI.2.2.	Εξέλιξη Ασφαλιστών (Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Υγεία)	83
VI.2.3.	Διάρθρωση Ασφαλιστών ανά κατηγορίες	85
VI.2.4.	Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια.....	86
1.	Έσοδα από νοσοκομειακά ασφαλιστήρια (2021-2024)	86
2.	Νοσοκομειακά ασφαλιστήρια ανά κατηγορίες	87
3.	Ατομικά-Οικογενειακά Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια Εγγυημένης Ανανεωσιμότητας	88
4.	Ατομικά-Οικογενειακά Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια Μη Εγγυημένης Ανανεωσιμότητας.....	90
5.	Ομαδικά Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια Μη Εγγυημένης Ανανεωσιμότητας.....	91
VI.3.	Προσφορά υπηρεσιών ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα	92
VI.3.1.	Βαθμός συγκέντρωσης	94
VI.3.2.	Εξέλιξη δεικτών κερδοφορίας των ασφαλιστικών εταιρειών	96
VI.3.3.	Πρόσφατες συγκεντρώσεις.....	97
VII.	ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	97
VII.1.	Εισαγωγή	97
VII.2.	Αδειοδότηση.....	100
VII.3.	Εποπτεία	100
VII.4.	Η Ασφαλιστική Σύμβαση	103
VII.5.	Ρύθμιση στον Ασφαλιστικό Τομέα και Δίκαιο του Ανταγωνισμού	104
VIII.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ.....	104
VIII.1.	Προφίλ των Επιχειρήσεων που συμμετείχαν στην Έρευνα	104
VIII.2.	Δομή της Αγοράς και Λειτουργία του Ανταγωνισμού	105
VIII.2.1.	Ένταση ανταγωνισμού και δύναμη αγοράς.....	105
VIII.2.2.	Εμπόδια Εισόδου	107
1.	Απόψεις ασφαλιστικών εταιρειών.....	107
2.	Απόψεις εταιρειών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας	109
VIII.2.3.	Σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ασφαλισμένους και παράμετροι ανταγωνισμού	110
VIII.2.4.	Συνεργασία μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων	111
VIII.2.5.	Σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ιδιωτικούς παρόχους υγείας	111
1.	Εύρος συνεργασίας.....	111
2.	Τρόπος συμφωνίας των όρων συνεργασίας – ο ρόλος των επιχειρήσεων διαχείρισης.....	114
3.	Όροι συμβάσεων και ασφαλιστική κάλυψη	116
IX.	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	116
IX.1.	Εισαγωγή	116
IX.2.	Παρεχόμενες υπηρεσίες	117
IX.3.	Ανταγωνιστές, μέγεθος και συγκέντρωση της αγοράς.....	117
IX.3.1.	Βασικοί ανταγωνιστές	119
1.	MENTNET ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	119
2.	ACCURATE HEALTH AUDITING AND CONSULTING ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	119
3.	HEALTH NET MANAGEMENT A.E.	120
IX.4.	Διαμόρφωση συναλλακτικών σχέσεων.....	120
IX.4.1.	Σχέσεις εταιρειών διαχείρισης και ασφαλιστικών εταιρειών	120
IX.4.2.	Σχέσεις εταιρειών διαχείρισης – νοσοκομειακών παρόχων	123
IX.4.3.	Συνεργασία με ιδιωτικούς παρόχους υγείας για λογαριασμό των ασφαλιστικών εταιρειών	124
IX.5.	Διαχείριση αιτημάτων αποζημιώσεων	126
IX.6.	Απορρίψεις αιτημάτων αποζημίωσης παρόχων υπηρεσιών υγείας.....	127
IX.7.	Προβλέψεις για την αντιμετώπιση σύγκρουσης συμφερόντων	127
X.	ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ – ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ.....	128
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ		131
XI.	ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	131
XI.1.	Αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας.....	131
XI.1.1.	Εξέλιξη της τιμής μονάδας: αύξηση του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή στην Υγεία	131
XI.1.2.	Εξέλιξη μέσου κόστους ανά περιστατικό και αποζημιώσεων.....	132
XI.1.3.	Λόγοι μεταβολής των αποζημιώσεων σε νοσοκομειακούς παρόχους υγείας	136
XI.1.4.	Έμμεση αύξηση κόστους καταναλωτή: απορρίψεις αιτημάτων αποζημίωσης.....	137
XI.2.	Πώς τιμολογούνται οι ιδιωτικές υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας;	140
XI.2.1.	Μεθοδολογία τιμολόγησης: fee-for-service	140
XI.2.2.	Τιμολογιακή πολιτική: διαφοροποίηση πελατών και κριτήρια τιμολόγησης	141
XI.3.	Το ζήτημα της αδιαφάνειας στην τιμολογιακή πολιτική των παρόχων υγείας.....	144

ΧΙΙ. ΤΑ DRGs ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ

ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	146
XII.1. Επισκόπηση της εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς	146
XII.2. Τα συστήματα κοστολόγησης και τιμολόγησης (δημοσίων) υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα προ 2014.....	149
XII.3. Το ΣΥΚΝΥ- έννοια και στόχευση	150
XII.4. Απόψεις των ερωτηθέντων επί της εφαρμογής συστήματος DRGs στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας	154
XII.4.1. Η άποψη των ιδιωτικών κλινικών	154
XII.4.2. Η άποψη των ασφαλιστικών εταιρειών	155
XII.4.3. Η άποψη των διαχειριστών.....	158
ΧΙΙΙ.ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	158
XIII.1. Η εξέλιξη του Δείκτη Ασφαλίσεων Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ	158
XIII.2. Πώς τιμολογούνται οι ιδιωτικές υπηρεσίες ασφάλισης υγείας;	159
XIII.2.1. Προσδιορισμός ασφαλίσεων	159
XIII.2.2. Αναπροσαρμογή ατομικών ασφαλίσεων	160
XIII.3. Ειδικό ζήτημα: η τιμολόγηση ασφαλίσεων μακροχρόνιων συμβάσεων	165
XIII.3.1. Ο Ενιαίος Δείκτης Υγείας (ΕΔΥ).....	165
XIII.3.2. Υπολογισμός του ΕΔΥ και σχέση με τον Δείκτη Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ	167
XIII.3.3. Εξέλιξη του ΕΔΥ και ΔΤΥ/Νοσοκομειακή Περιήθηση	169
XIII.3.4. Αντιδράσεις και δείκτης ΕΔΑ	170
XIII.3.5. Προβληματισμοί σχετικά με τον ΕΔΥ και τον ΕΔΑ.....	172
1. Θέματα προστασίας του καταναλωτή.....	172
2. Θέματα στρεβλώσεων του ανταγωνισμού	174
ΧΙV.ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ – ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ.....	178
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ.....	182
ΧV. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ.....	182
XV.1. Ψηφιακός ανταγωνισμός και υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης	182
XV.2. Πιθανές στρεβλώσεις ανταγωνισμού από τη χρήση (προσωπικών) δεδομένων και αλγορίθμων	183
XV.2.1. Προσωπικά δεδομένα και θεωρίες βλάβης στον ανταγωνισμό	183
XV.2.2. Ρυθμιστικές πρωτοβουλίες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με θέματα ανταγωνισμού που προκύπτουν από την ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης.....	184
ΧVΙ.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	188
XVI.1. Συλλογή και Αξιοποίηση Δεδομένων.....	188
XVI.1.1. Συλλογή, επεξεργασία και πρόσβαση σε δεδομένα	188
XVI.1.2. Δημιουργία και αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων	192
XVI.1.3. Η χρήση αλγορίθμων/ μαζικών δεδομένων και η αυξημένη πρόσβαση σε δεδομένα ως παράγοντας στρέβλωσης του ανταγωνισμού	194
XVI.2. Χρήση Νέων Τεχνολογιών	196
XVI.2.1. Χρήση τεχνολογιών Τεχνητής Νοημοσύνης (ΑΙ)	196
XVI.2.2. Κίνδυνοι και οφέλη από την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών	198
XVI.2.3. Αντιμετώπιση των στρεβλώσεων του ανταγωνισμού που προκαλούνται συνεπεία της χρήσης νέων τεχνολογιών.....	200
XVI.2.4. Αξιοποίηση και προστασία δεδομένων ασθενών	202
XVI.2.5. Άλλοι μηχανισμοί καινοτομίας.....	203
ΧVΙΙ. ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ – ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ.....	205
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο: ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	208
ΧVΙΙΙ. Τελικά Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	208

ΤΕΛΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

ΠΑΡΟΧΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

I.1. Σκοπός, Στόχευση και Μεθοδολογία

1. Κατά την τελευταία πενταετία στην Ελλάδα, έλαβαν χώρα ανακατατάξεις στον κλάδο παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης, μεταξύ των οποίων και στρατηγικές συνεργασίες και συγχωνεύσεις, ενώ σημειώθηκε ταχεία τεχνολογική ανάπτυξη και ψηφιακή μετεξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, καθώς και αναπτύχθηκαν μεγάλες βάσεις δεδομένων (Big Data) παρόχων υπηρεσιών και πελατών που χρήζουν αντίστοιχης διαχείρισης.
2. Παρότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας προσφέρει καθολική κάλυψη, παρατηρείται τα τελευταία έτη σημαντική συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας (αντιστοιχεί σταθερά περίπου στο 38% της συνολικής χρηματοδότησης δαπανών υγείας), όπου το 89% περίπου της ιδιωτικής δαπάνης χρηματοδοτείται απευθείας από τους ιδιώτες και μόλις το 11% καλύπτεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες¹.
3. Οι βασικές παράμετροι ανταγωνισμού στις εν λόγω αγορές περιλαμβάνουν την ποιότητα και τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών, το εύρος δικτύου, τα ασφάλιστρα και το εύρος ασφαλιστικής κάλυψης. Ο ανταγωνισμός που αναπτύσσεται στον ευρύτερο κλάδο μπορεί να είναι οριζόντιος μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας² και μεταξύ παρόχων ασφαλιστικής κάλυψης υγείας, αλλά και κάθετος αναφορικά με τη διαπραγματευτική δύναμη μεταξύ παρόχων ασφαλιστικής κάλυψης και παρόχων υπηρεσιών υγείας. Σε κάθε στάδιο, πρέπει να συνυπολογιστούν όχι μόνο οι μεταβλητές αυτές, αλλά και η δυναμική ανάπτυξη του κλάδου υπηρεσιών υγείας και παροχής υπηρεσιών ασφάλισης, όπως ο θολός πλέον διαχωρισμός μεταξύ ιδιωτικών και δημόσιων υπηρεσιών καθώς και η επίδραση της διαχείρισης ιατρικών δεδομένων και δεδομένων ασφάλισης από τους αντίστοιχους παρόχους, ειδικά στην περίπτωση μερικής ή ολικής καθετοποίησης των υφιστάμενων παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης.
4. Σκοπός της κλαδικής έρευνας είναι η συνολική διερεύνηση της δομής του ρυθμιστικού πλαισίου και των συνθηκών ανταγωνισμού στους κλάδους υγείας και ασφάλισης υγείας. Οι κλαδικές έρευνες της ΕΑ δεν αφορούν συγκεκριμένη επιχείρηση ή ενώσεις επιχειρήσεων και δεν διαπιστώνουν παραβάσεις του δικαίου ανταγωνισμού.
5. Με την παρούσα κλαδική έρευνα
 - αποτυπώνεται η δομή και οι ιδιαιτερότητες της αγοράς λαμβάνοντας υπόψη τις εξαγορές που έχουν λάβει χώρα στον ευρύτερο κλάδο υγείας και ασφάλισης, καθώς και τυχόν διαρθρωτικούς δεσμούς μεταξύ ανταγωνιστών, ώστε να κατανοηθεί καλύτερα η ένταση ανταγωνισμού στον κλάδο, 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.), καθώς και θέματα τιμολογιακής πολιτικής.

¹ ΕΛΣΤΑΤ. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2023. Πιο πρόσφατα δημοσιευμένα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ.

² Στην παρούσα κλαδική έρευνα όπου αναφέρονται ως ιδιωτικές κλινικές ή/και νοσοκομειακοί πάροχοι υγείας νοείται το ίδιο.

- εξετάζονται οι παράμετροι 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., καθώς και ο ρόλος και η λειτουργία των διαχειριστών ασφαλιστικών προϊόντων υγείας.
 - εντοπίζονται ρυθμιστικά ζητήματα και εμπόδια εισόδου που ενδέχεται να επηρεάσουν τον ανταγωνισμό, την καινοτομία και την ανάπτυξη των εν λόγω αγορών.
 - αξιολογείται ο ρόλος 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.
6. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού (εφεξής ΕΑ) διενήργησε την πρώτη δημόσια διαβούλευση στις 26 Οκτωβρίου 2021 σε συνέχεια της υποβολής εγγραφών υπομνημάτων από ενδιαφερόμενες επιχειρήσεις και φορείς³, η οποία σχεδιάστηκε με την προοπτική να λειτουργήσει ως ένα διαδραστικό φόρουμ για την ανταλλαγή απόψεων αναφορικά με τις εν θέματι αγορές. Την τηλεδιαβούλευση παρακολούθησαν σε ζωντανή ροή μέσω της πλατφόρμας της ΕΑ πολλοί ενδιαφερόμενοι, στους οποίους συμπεριλαμβάνονταν επιχειρήσεις, σύνδεσμοι/ενώσεις επιχειρήσεων, δικηγόροι και οικονομολόγοι που δραστηριοποιούνται επαγγελματικά σε ζητήματα προστασίας ελεύθερου ανταγωνισμού, καθώς και εκπρόσωποι της πανεπιστημιακής κοινότητας, κοινωνικών εταίρων και ενώσεων καταναλωτών⁴.
7. Εν συνεχεία, τον Φεβρουάριο του 2022 απεστάλησαν συνολικά 99 ερωτηματολόγια σε παρόχους ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης σχετικά με τα χαρακτηριστικά των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται στους αντίστοιχους κλάδους, την λειτουργία και τη διάρθρωση της αγοράς, τον ρόλο του ανταγωνισμού, την επίδραση της πανδημίας στον κλάδο, τη συλλογή και αξιοποίηση ιατρικών προσωπικών δεδομένων και τη χρήση νέων τεχνολογιών.

1.2. Ενδιάμεση Έκθεση και δημόσια διαβούλευση

8. Τον Ιούλιο 2023, η ΕΑ δημοσίευσε την Ενδιάμεση Έκθεση της Κλαδικής Έρευνας στην Παροχή Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας και συναφών Υπηρεσιών Ασφάλισης, και προσκάλεσε κάθε ενδιαφερόμενο να διατυπώσει τις απόψεις και τα σχόλιά του επί αυτής, συμμετέχοντας στη σχετική ημερίδα-τηλεδιάσκεψη η οποία πραγματοποιήθηκε στις 30.11.2023⁵.
9. Ειδικότερα στη δεύτερη τηλεδιαβούλευση της ΕΑ συμμετείχαν ως ομιλητές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην Παροχή Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας και συναφών Υπηρεσιών Ασφάλισης, δημόσιοι και ιδιωτικοί φορείς, δικηγόροι και εκπρόσωποι της πανεπιστημιακής κοινότητας που ανέπτυξαν τις θέσεις και απόψεις τους.
10. Για τους σκοπούς έκδοσης της τελικής Έκθεσης, εστάλησαν ερωτηματολόγια στις μεγαλύτερες, βάσει κύκλου εργασιών, δεκαέξι (16) ιδιωτικές κλινικές, δεκατρείς (13) ασφαλιστικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στον κλάδο ασφάλισης υγείας καθώς και σε τέσσερις (4) εταιρείες παροχής υπηρεσιών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας. Τέλος επιστολές εστάλησαν

³ Υπόμνημα κατέθεσε η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας (ΕΑΕΕ), στο οποίο αναφέρει διάφορα στοιχεία για την ασφαλιστική αγορά και τις συνθήκες στην ελληνική αγορά. Επίσης υπόμνημα κατέθεσε και η Εθνική Ασφαλιστική (Εθνική Α.Ε.Ε.Γ.Α.).

⁴ <https://www.epant.gr/enimerosi/deltia-typou/item/1605-deltio-typou-kladiki-erevna-tis-epitropis-antagonismoy-stin-ygeia-idiotiki-asfalisi-dimosia-tile-diavoylefsi.html>

⁵ <https://www.epant.gr/enimerosi/health.html>.

και στο Υπουργείο Υγείας, τον ΕΟΠΠΥ και το Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Ανώνυμη Εταιρεία (ΚΕΤΕΚΝΥ).

11. Η έρευνα επικεντρώθηκε στις εξής θεματικές, ενόψει των συμπερασμάτων της δημόσιας διαβούλευσης και των πρόσφατων εξελίξεων στον κλάδο της υγείας και ασφάλισης υγείας:

- Βαθμός συγκέντρωσης στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας ήτοι στην παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, καθώς και εξελίξεις στην παροχή υπηρεσιών ασφάλισης.
- Ρόλος των διαχειριστών ασφαλιστικών προϊόντων υγείας ως ενδιάμεσων στις σχέσεις ασφαλιστικών εταιρειών και παρόχων υπηρεσιών υγείας και συναλλακτική σχέση μεταξύ τους.
- Ζητήματα τιμολόγησης και κοστολόγησης υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας και πρόσφατες εξελίξεις. .

12. Η παρούσα Τελική Έκθεση διαρθρώνεται σε πέντε κεφάλαια:

- στο **1ο Κεφάλαιο** παρουσιάζεται η έρευνα στον κλάδο υπηρεσιών υγείας,
- στο **2ο Κεφάλαιο** παρουσιάζεται η έρευνα στον κλάδο ασφάλισης υγείας (συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας),
- στο **3ο Κεφάλαιο** συζητείται το ειδικότερο ζήτημα της κοστολόγησης και τιμολόγησης υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας,
- στο **4ο Κεφάλαιο** αναλύεται το ζήτημα των δεδομένων και νέων τεχνολογιών στην υγεία και ασφάλιση και
- στο **5ο Κεφάλαιο** παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και προτάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

II. Ο ΚΛΑΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

II.1. Λειτουργία και Αλληλεπίδραση Υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλισης

13. Η λειτουργία της αγοράς καθορίζεται, σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, κυρίως από τη σχέση της ζήτησης και της προσφοράς, με κύριο στόχο από πλευράς ιδιωτών την μεγιστοποίηση της χρησιμότητας (καταναλωτές) και από πλευράς επιχειρήσεων του κέρδους (παραγωγοί), ενώ η κοινωνία επιδιώκει δια αυτής της διαδικασίας την επίτευξη οικονομικής αποτελεσματικότητας. Η υγεία δεν είναι συνηθισμένο αγαθό, έχει ιδιαιτερότητες και, ως εκ τούτου, δεν μπορούν και δεν είναι πάντα επιθυμητό να ισχύουν οι κανόνες της ελεύθερης αγοράς.
14. Μια βασική ιδιαιτερότητα της λειτουργίας της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η αβεβαιότητα τόσο ως προς τη χρήση των υπηρεσιών υγείας όσο και ως προς το αποτέλεσμα της χρήσης τους. Συγκεκριμένα, δεν είναι γνωστή στον καταναλωτή ούτε η στιγμή που θα χρειαστεί υπηρεσίες υγείας, ούτε αν μετά την κατανάλωση τέτοιων υπηρεσιών θα ικανοποιηθούν οι ανάγκες του. Λόγω του απρόβλεπτου χαρακτήρα της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, οι καταναλωτές δεν είναι σε θέση να προγραμματίσουν τις δαπάνες τους ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν σε περίπτωση ξαφνικής ανάγκης κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας⁶.
15. Η αβεβαιότητα αυτή αντιμετωπίζεται με την κατανάλωση υπηρεσιών ασφάλισης, με αποτέλεσμα οι υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης να είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Οι τελευταίες παρέχονται από δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες⁷.
16. Ωστόσο, στην ιδιωτική αγορά ασφαλιστικής κάλυψης για υπηρεσίες υγείας εμφανίζονται τα φαινόμενα του ηθικού κινδύνου (moral hazard)⁸ και της δυσμενούς επιλογής (adverse selection)⁹. Η κρατική παρέμβαση και ρύθμιση τόσο της λειτουργίας της αγοράς παροχής υπηρεσιών υγείας όσο της λειτουργίας της αγοράς παροχής ασφαλιστικής κάλυψης υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζει επιτυχώς τα προβλήματα του ηθικού κινδύνου και της δυσμενούς επιλογής και εξασφαλίζει, παράλληλα, την καθολική υπηρεσία και τον δημόσιο χαρακτήρα του αγαθού της παροχής υπηρεσιών υγείας.

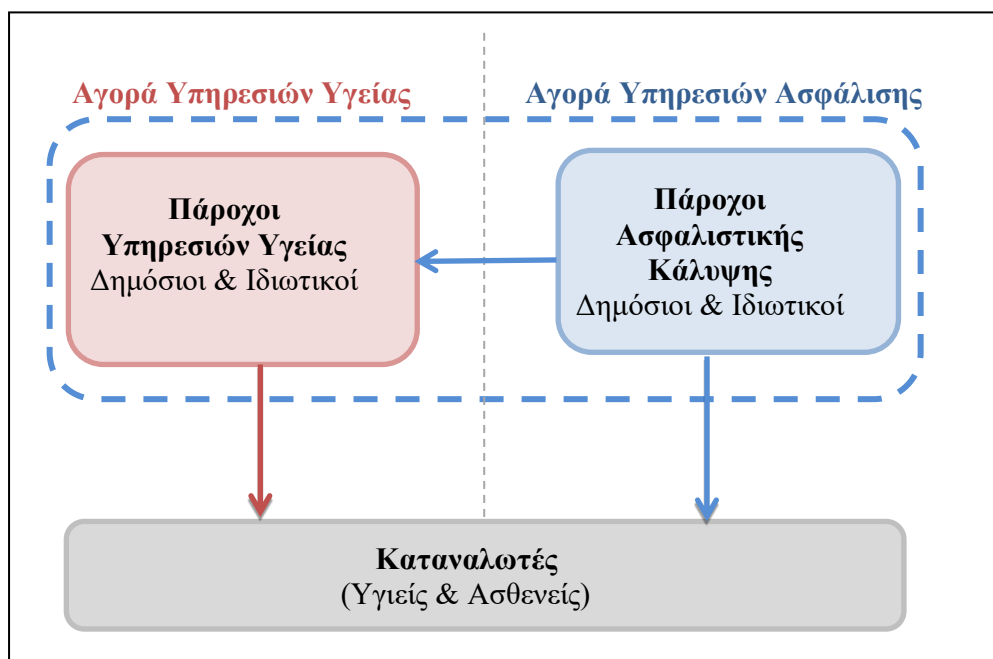
⁶ Βλ. Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π., Καραθανάση Κ., Σωτηριάδου Κ., Χαρακτηριστικά αγαθού υγείας και αδυναμία επιβολής κανόνων ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2011) Τόμος 3, Τεύχος 2, 38-43.

⁷ Βλ., μεταξύ άλλων, R. Koijen, T. Philipson & H. Uhlig (2016), «Financial health economics» Econometrica, vol. 84(1), pp. 195-242.

⁸ Ο ηθικός κίνδυνος αναφέρεται στην απουσία κινήτρων εξοικονόμησης πόρων. Επειδή ο χρήστης των υπηρεσιών δεν έχει άμεση σχέση με το κόστος της υπηρεσίας που επιθυμεί να καταναλώσει, δεν αντιλαμβάνεται το ύψος της δαπάνης και δεν επιθυμεί τον περιορισμό της. Συνεπώς, υπό καθεστώς ασφαλιστικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας, τόσο η πιθανότητα κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας όσο και το κόστος τους τείνουν να αυξάνονται.

⁹ Η δυσμενής επιλογή οφείλεται στην αδυναμία διάκρισης μεταξύ ατόμων υψηλού κινδύνου και ατόμων χαμηλού κινδύνου και, ως εκ τούτου, η ασφαλιστική κάλυψη και το ασφάλιστρο ορίζεται σε ενιαίο επίπεδο, ανάλογο με το μέσο κίνδυνο ή με τη μέση προσδοκώμενη δαπάνη παροχής υπηρεσιών υγείας.

Διάγραμμα 1: Αγορά υπηρεσιών υγείας και αγορά ασφαλιστικής κάλυψης



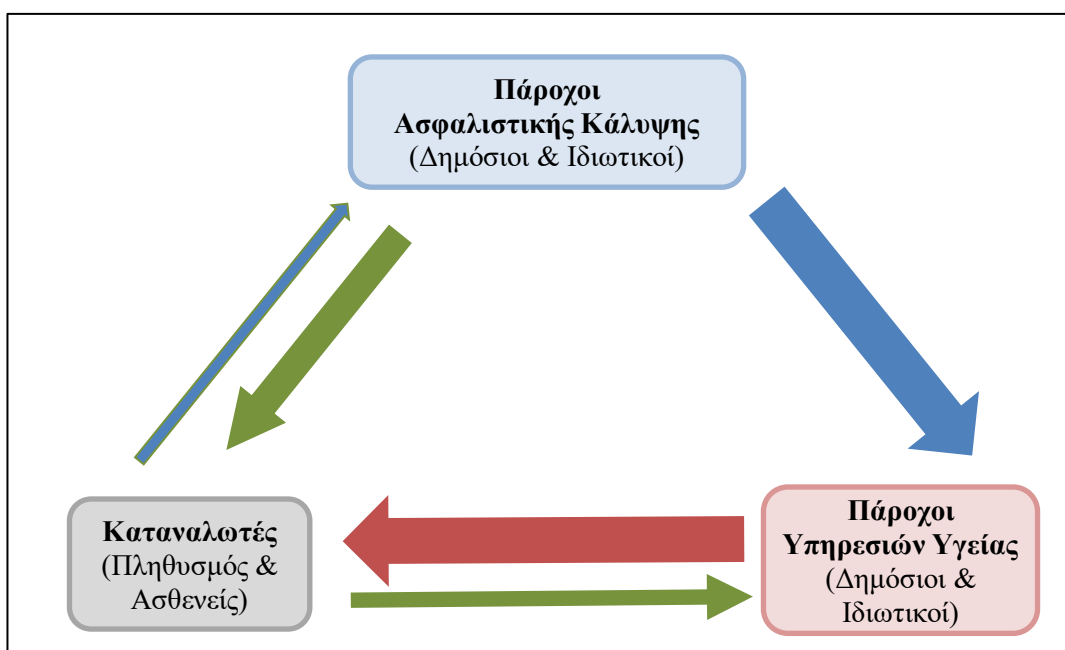
17. Στο πλαίσιο αυτό, έχουν αναπτυχθεί διάφορα είδη συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας με στόχο την καθολική και κατά κανόνα δωρεάν κάλυψη των αναγκών των πολιτών σε υπηρεσίες υγείας. Τα συστήματα αυτά διαφοροποιούνται κυρίως ως προς την πηγή χρηματοδότησης. Το σύστημα τύπου Bismarck, ή αλλιώς το μοντέλο κοινωνικής ασφάλισης της υγείας, προβλέπει ότι οι υπηρεσίες υγείας πληρώνονται αποκλειστικά από τα ασφαλιστικά ταμεία, στα οποία συνεισφέρουν υποχρεωτικά εργαζόμενοι και εργοδότες¹⁰. Το σύστημα τύπου Beveridge, προβλέπει ότι το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα κρατικά φορολογικά έσοδα¹¹.
18. Κοινός τόπος των συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας, και ιδιαιτερότητα του κλάδου υγείας, είναι ο διαχωρισμός, εν γένει, των χρηματικών ροών (πληρωμών) από την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Στο μεν σύστημα τύπου Bismarck οι χρήστες πληρώνουν ασφαλιστικούς φορείς, δημόσιους ή ιδιωτικούς, οι οποίοι πληρώνουν τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, δημόσιους ή ιδιωτικούς, για την παροχή υπηρεσιών στους χρήστες, στο δε σύστημα τύπου Beveridge οι χρήστες πληρώνουν φόρους στο κράτος, το οποίο πληρώνει τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, δημόσιους ή ιδιωτικούς, για την παροχή υπηρεσιών στους χρήστες.
19. Υπό αυτό το πρίσμα, η οργάνωση και λειτουργία των γειτονικών και αλληλοεξαρτώμενων αγορών της παροχής υπηρεσιών υγείας και της παροχής ασφαλιστικής κάλυψης υγείας έχει ως επίκεντρο

¹⁰ Στο σύστημα Bismarck οι πολίτες πληρώνουν μια αμοιβή σε ένα ταμείο που με τη σειρά του πληρώνει τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίες παρέχονται από κρατικά ιδρύματα, άλλους φορείς που ανήκουν σε κυβερνητικούς οργανισμούς ή από ιδιωτικούς φορείς.

¹¹ Το σύστημα Beveridge πήρε το όνομά του από τον βρετανό οικονομολόγο William Beveridge, που έστησε τον βρετανικό σύστημα υγείας (NHS) το 1948. Σύμφωνα με το σύστημα Beveridge, τα περισσότερα νοσοκομεία και κλινικές είναι κρατικά και οι γιατροί και επαγγελματίες υγείας είναι δημόσιοι υπάλληλοι. Οι ιδιωτικοί οργανισμοί παροχής υγείας που μπορεί να υπάρχουν εισπράττουν το σύνολο των αμοιβών τους από το κράτος. Με δεδομένο ότι το κράτος είναι ο μοναδικός πληρωτής σε αυτό το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, εξαλείφεται ο ανταγωνισμός στην αγορά υγειονομικής περίθαλψης και διατηρείται το συνολικό κόστος παροχής υγείας χαμηλά. Χρησιμοποιώντας τα φορολογικά έσοδα ως την κύρια χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, οι υπηρεσίες υγείας είναι δωρεάν για όλους.

τους διαφορετικούς τρόπους αλληλεπίδρασης μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας και των παρόχων ασφαλιστικής κάλυψης. Οι βασικές μεταβλητές του μηχανισμού των εν λόγω αγορών περιλαμβάνουν την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών, τις τιμές των υπηρεσιών υγείας, τις αποφάσεις περίθαλψης, τα ασφάλιστρα και το εύρος ασφαλιστικής κάλυψης. Ο ανταγωνισμός που αναπτύσσεται μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας είναι τόσο οριζόντιος, για παράδειγμα, σε μεταβλητές όπως επενδύσεις των παρόχων σε βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, αλλά και κάθετος σε μεταβλητές όπως, για παράδειγμα, οι τιμές που χρεώνουν οι πάροχοι ή τα διαθέσιμα πακέτα υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικής κάλυψης που προσφέρονται στους καταναλωτές¹².

Διάγραμμα 2: Βασική τριγωνική σχέση παροχής υπηρεσιών υγείας (κόκκινο) και χρηματικών ροών (μπλε και πράσινο)



¹² Βλ. μεταξύ άλλων, K. Ho & R. Lee (2017), «Insurer competition in health care markets» *Econometrica*, vol. 85(2), pp. 379-417.

II.2. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας

II.2.1. Επισκόπηση

20. Σύμφωνα με το Σύνταγμα της Ελλάδος όπως ισχύει (αρ. 21 παρ. 3) «*Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων.*» Αυτή η συνταγματική διάταξη συμπυκνώνει τις κυρίαρχες κοινωνικές αντιλήψεις στην βάση των οποίων έχει αναπτυχθεί το εθνικό σύστημα υγείας στη χώρα μας, ενώ αντίστοιχες διευθετήσεις παρατηρούνται σε πολλές άλλες χώρες της Ευρώπης αλλά και διεθνώς. Η κρατική δραστηριοποίηση με δημόσιους πόρους και πρωτοβουλίες για την υγεία των πολιτών δεν ανταγωνίζεται ούτε υποκαθιστά την αντίστοιχη ατομική ευθύνη αυτοφροντίδας¹³. Η υγεία αντιμετωπίζεται θεμελιωδώς ως δικαίωμα αλλά ταυτόχρονα και ως υποχρέωση του πολίτη, και ακολούθως, ως δυνατότητα και ως επιλογή¹⁴. Αυτές οι τέσσερις κοινωνικές αξίες ενσαρκώνονται με τη σειρά τους σε τέσσερα αντίστοιχα κοινωνικο-οικονομικά ζητούμενα: καθολική προσβασιμότητα, συγκράτηση συνολικού κοινωνικού κόστους, βελτίωση αποτελεσματικότητας, ανάπτυξη και βελτίωση υπηρεσιών. Τα πρώτα δύο ζητούμενα επιδιώκονται από τον δημόσιο τομέα, ενώ το τρίτο και το τέταρτο επιδιώκονται κυρίως με τη δραστηριοποίηση του ιδιωτικού τομέα.
21. Το αγαθό της υγείας αφορά στην παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από επαγγελματίες προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, κτλ.) μέσα σε ένα γενικότερο θεσμικό πλαίσιο, στο οποίο ρυθμίζεται η παραγωγή και η διανομή αυτών των υπηρεσιών ώστε να καλυφθούν οι ιατρικές ανάγκες. Στο ευρύ φάσμα των υπηρεσιών υγείας ανήκουν οι νοσηλευτικές υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας (όπως σε περιπτώσεις χρόνιας νόσου), οι θεραπευτικές υπηρεσίες, όπως είναι η ψυχιατρική φροντίδα και οι κατ' οίκον υπηρεσίες, οι υπηρεσίες αποκατάστασης, οι υποστηρικτικές υπηρεσίες (άμεση βοήθεια, κλινικά ή απεικονιστικά εργαστήρια κτλ.), οι ανακουφιστικές υπηρεσίες σε ασθενείς τελικού σταδίου, τα υγειονομικά αγαθά που μπορούν να προμηθευτούν οι εξωτερικοί ασθενείς, όπως τα φάρμακα και ο θεραπευτικός εξοπλισμός και οι υπηρεσίες πρόληψης και δημόσιας υγείας.
22. Οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να ταξινομηθούν, ανάλογα με το είδος το παρεχόμενων υπηρεσιών, σε **νοσοκομειακές (ιδρυματικές) και εξωνοσοκομειακές**. Η νοσοκομειακή περίθαλψη, η οποία κατέχει κεντρική θέση στο σύστημα υγείας, αποτελεί μορφή κλειστής περίθαλψης και έχει ως σκοπό την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας. Οι εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας αποτελούν την ανοικτή περίθαλψη και έχουν ως σκοπό την πρόληψη, τη θεραπεία και την αποκατάσταση ώστε να περιορίζεται η καταφυγή στη νοσοκομειακή περίθαλψη.
23. Οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας διακρίνονται:
24. 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,
25. 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,

¹³ Βλ. ενδεικτικά Minkler, M. (1999). Personal responsibility for health? A review of the arguments and the evidence at century's end. *Health Education & Behavior*, 26(1), 121-141.

¹⁴ Βλ. ενδεικτικά Victoor, A., Delnoij, D.M., Friele, R.D. et al. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 12, 272 (2012) και Walker, T. (2022). Value of choice. *Journal of medical ethics*, 48(1), 61-64, και τις εκεί παραπομπές.

26. γ) σε ιδιωτικές κλινικές με κερδοσκοπικό χαρακτήρα που αποτελούν υγειονομικές μονάδες όπου παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας και
27. 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).

II.2.2. Το δημόσιο σύστημα υγείας

28. Το **Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)**, το οποίο ιδρύθηκε το 1983, παρέχει δωρεάν υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας σε όσους διαμένουν στην Ελλάδα.
29. 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.»).
30. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. περιλαμβάνουν: α) τις υπηρεσίες υγείας για την παροχή των οποίων δεν απαιτείται εισαγωγή του ατόμου σε νοσηλευτική μονάδα, β) την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, το σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων και προγραμμάτων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή υγείας, γ) τη διαχείριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, δ) την αναπαραγωγική υγεία και τη φροντίδα μητέρας - παιδιού, ε) την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών με την δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια Φροντίδα, στ) την παροχή επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας, ζ) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού, η) τις υπηρεσίες φυσικοθεραπείας, θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, ι) την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Ψυχικής Υγείας και τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας και αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, ια) την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα, με έμφαση στην πρόληψη, ιβ) τη διασύνδεση με υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, ιγ) τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, ιδ) τις υπηρεσίες Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας σε συνεργασία με τους συναρμόδιους κατά περίπτωση φορείς, ιε) την κατ' οίκον φροντίδα υγείας και την κατ' οίκον νοσηλεία¹⁵.
31. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται από δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο πλαίσιο ενός ενιαίου, ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος που οργανώνεται, διοικείται και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.), εντασσόμενο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)¹⁶. Δημόσιες δομές που παρέχουν Π.Φ.Υ. είναι τα κέντρα υγείας, οι

¹⁵ Άρθρο 1 - Νόμος 4486/2017 - Γενικές αρχές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

¹⁶ Βλ. ν. 4486/2017, άρθρο 3.

τοπικές μονάδες υγείας, οι προσωπικοί ιατροί¹⁷ και λοιπές δομές¹⁸. Πιο αναλυτικά, στο πρώτο επίπεδο Π.Φ.Υ. παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ.)¹⁹, τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι.), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι.), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι.) και τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι.)²⁰. Όλες οι παραπάνω δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, υπαγόμενες διοικητικά και οργανικά σε αυτά²¹. Το πρώτο επίπεδο παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. περιλαμβάνει επίσης τους επαγγελματίες υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μονάδες παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και ως συμβεβλημένοι με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Στο δεύτερο επίπεδο παρέχονται υπηρεσίες περιπατητικής φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας^{22, 23}.

32. **Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας** αφορά κλειστή περίθαλψη στην οποία δίνεται η δυνατότητα για την εισαγωγή και την νοσηλεία και περιλαμβάνει υπηρεσίες 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, στις ευρύτερες μονάδες ιδρυματικής περίθαλψης τα οποία είναι οργανωμένα ως ΝΠΔΔ. Ειδικότερα, για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ γίνεται η διάκριση μεταξύ γενικών και ειδικών.

¹⁷ Ο θεσμός του προσωπικού ιατρού εισήχθη με τον άρθρο 2, παρ. 7 του ν. 4486/2017 και αναμορφώθηκε με τον ν. 5157/2024 άρθρο 49, δυνάμει του οποίου καταργήθηκε η προγενέστερη σχετική διάταξη της παρ. 7 του άρθρου 2 του ν. 4486/2017. Βλ.ν. ν. 5157/2024 (ΦΕΚ Α' 187/15.11.2024) «Αναμόρφωση του θεσμού του Προσωπικού Ιατρού - Σύσταση Πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας - Σύνταξη αναπηρίας από κοινή νόσο και άλλες διατάξεις». Δυνάμει του ν. 5157/2024 ο θεσμός του προσωπικού ιατρού αναμορφώθηκε, με στόχο τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της δημόσιας υγείας. Στο πλαίσιο αυτό, ορίζονται οι ειδικότητες των προσωπικών ιατρών, όπως η γενική ιατρική και η παιδιατρική (βλ. άρθρο 4 ν. 5157/2024), και καθορίζονται οι κατηγορίες τους, π.χ., προσωπικοί ιατροί του ΕΣΥ, ιδιώτες και συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ (άρθρο 5 ν. 5157/2024). Παρέχονται κίνητρα για την εκπαίδευση νέων ιατρών για ειδικευόμενους ιατρούς που επιλέγουν να εκπαιδευτούν στις ειδικότητες της γενικής ιατρικής και εσωτερικής παθολογίας (άρθρο 10 ν. 5157/2024). Παράλληλα, ορίζεται ανώτατη πληθυσμιακή κάλυψη ανά προσωπικό ιατρό, και συγκεκριμένα καθορίζεται ο ανώτατος εγγεγραμμένος πληθυσμός για τους προσωπικούς ιατρούς σε δύο χιλιάδες (2.000) εγγεγραμμένους λήπτες υπηρεσιών υγείας ανά προσωπικό ιατρό και σε χίλιους πεντακόσιους (1.500) εγγεγραμμένους λήπτες υπηρεσιών υγείας για τους παιδίατρος. (άρθρο 6 ν. 5157/2024). Όλος ο ενήλικος πληθυσμός, συμπεριλαμβανομένων των ανασφάλιστων, πρέπει να εγγραφεί υποχρεωτικά σε προσωπικό ιατρό, με εξαίρεση το εν ενεργεία προσωπικό των Ενόπλων Δυνάμεων (άρθρο 13 ν. 5157/2024). Βλ. <https://www.ygeiamou.gr/idisis/434776/dimosiefthike-to-fek-gia-ton-prosopiko-giatro/>.

¹⁸ 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>.

¹⁹ Βλ. ν. 4486/2017 άρθρο 1.

²⁰ Βλ. ν. 4486/2017, άρθρο 3.

²¹ Βλ. ν. 4486/2017, παρ. 3 άρθρο 3. Βλ. και παρ. 1 άρθρο 3 ν. 4486/2017 (σχετικά με τις Το.Μ.Υ.), άρθρο 14 ν. 1397/1983 (σχετικά με τα Π.Ι.), παρ. 1 του άρθρου 27 του ν. 2519/1997 (Α' 165, σχετικά με τα Π.Π.Ι.), παρ. 1 του άρθρου 6 του ν. 2345/1995 (Α' 213) (σχετικά με τα Ε.Π.Ι.) και παρ. 3 του άρθρου 3 του π.δ. 266/1989 (Α' 127) (σχετικά με τα Τ.Ι.).

²² Βλ. ν. 4486/2017, άρθρο 3. Σε Κέντρα Υγείας μετονομάζονται επίσης και τα Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (Κέντρα Υγείας Αστικών περιοχών) (όπως προβλέπονται στη διάταξη του άρθρου 17 του ν. 1397/1983) και οι Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), όπως προβλέπονται στη διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 2 του ν. 4238/2014 (Α' 38),. Με το ν. 4486/2017 καταργείται η ονομασία Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.).

²³ Βλ. και ν. 4238/2014, ΦΕΚ Α' 38/17.02.2014) Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, άρθρο 2, όπου προβλέπεται ότι τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε.

33. 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.

Π.2.3. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

34. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας παρέχονται:
- Στο επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα/εργαστήρια, ιατρεία, πολυϊατρεία, οδοντιατρεία, πολυοδοντιατρεία, καθώς και εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης που παρέχουν ΠΦΥ. Οι ανωτέρω φορείς λειτουργούν με την εποπτεία και τον έλεγχο του αρμόδιου Νομάρχη, του Γενικού Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας και του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και του οικείου Ιατρικού (οδοντιατρικού) Συλλόγου²⁴.
 - Στο επίπεδο δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, από **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) ειδικότητας²⁵.

Π.2.4. Το κράτος ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας

35. Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα, που συνδυάζει την κοινωνική ασφάλιση υγείας (ΚΑΥ) και το κεντρικά χρηματοδοτούμενο ΕΣΥ. 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 εταιρείες²⁶. Στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες συμβαίνει το αντίθετο (βλ. κατωτέρω και Ενότητα «Π.3.2. - Δαπάνες για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα»).
36. Από το 2010 έχουν ξεκινήσει σημαντικές διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις, πολλές από τις οποίες εντάσσονται στο πλαίσιο του προγράμματος οικονομικής προσαρμογής της χώρας. Σημαντική μεταρρύθμιση αποτέλεσε η δημιουργία το 2011 του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), μέσω της συγχώνευσης των κλάδων υγείας των κύριων (βάσει επαγγέλματος) ταμείων κοινωνικής ασφάλισης. Συγκεκριμένα, ο ΕΟΠΥΥ²⁷ συστάθηκε με το άρθρο 17 του ν. 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», συνιστά νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), αποτελεί τον εθνικό Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης και τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στον ΕΟΠΥΥ

²⁴ Βλ. άρθρο 1 ΠΔ 84/2001.

²⁵ Άρθρο 16 ν. 4600/2019, ως ισχύει σήμερα.

²⁶ Βλ. τριμηνιαίο δημοσίευμα της ΕΛΣΤΑΤ «ΕΛΛΑΣ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ Ιανουάριος - Μάρτιος 2025» (σελ. 148) όπου αναφέρεται ότι για το έτος 2023, η συνολική δαπάνη υγείας ανήλθε σε περίπου 18,9 δισ. ευρώ, εκ των οποίων 60,9% αφορά δημόσια δαπάνη, 34,3% ιδιωτικές πληρωμές και 4,3% χρηματοδοτήθηκε μέσω ιδιωτικής ασφάλισης.

²⁷ Υπ' αριθμ. πρωτ. 1743/27.02.2025 επιστολή του ΕΟΠΥΥ.

μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό οι έως τότε λειτουργούντες φορείς κοινωνικής ασφάλισης²⁸.

37. 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. Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα τουλάχιστον με τον αρχικό σχεδιασμό στο πλαίσιο της τότε οικονομικής συγκυρίας, ήταν να αποτελέσει το βασικό μοχλό ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της κρατικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας.
38. Με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και στο πλαίσιο των μεταρρυθμίσεων την αγοράς υγείας, άλλαξε ο τρόπος τιμολόγησης των υπηρεσιών υγείας σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Έως τότε, η αποζημίωση δημοσίων νοσοκομείων, αλλά και ιδιωτικών κλινικών, από τα ασφαλιστικά ταμεία και τους ιδιώτες γίνονταν με βάση τα τιμολόγια των υλικών και των φαρμάκων και ενός «Κλειστού Ημερήσιου Νοσηλίου», το οποίο εν γένει δεν αντανάκλασε το πραγματικό κόστος νοσηλείας, για τις ημέρες νοσηλείας. Σήμερα, για τις αποζημιώσεις 121 νοσοκομείων που εντάσσονται στο ΕΣΥ ο ΕΟΠΥΥ εφαρμόζει το διεθνώς καθιερωμένο πρότυπο των “Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων” («DRGs»). Πρόκειται για ένα σύστημα κατάταξης των ασθενών, το οποίο συσχετίζει τον τύπο των ασθενών που αντιμετωπίζει ένα νοσοκομείο με τις δαπάνες που πραγματοποιούνται από αυτό. Ενώ κάθε ασθενής είναι μοναδικός, ομάδες ασθενών έχουν κοινές δημογραφικές, διαγνωστικές και θεραπευτικές ιδιότητες που καθορίζουν την ένταση των απαιτούμενων πόρων για τη θεραπεία τους. Τα DRGs αποτελούνται από διακριτές ομάδες, σε κάθε μία από τις οποίες οι ασθενείς που τις αποτελούν είναι κλινικά παρόμοιοι και για αυτό αναμένεται να καταναλώσουν και την ίδια ποσότητα πόρων. Το ζήτημα αναλύεται διεξοδικά στο 3ο Κεφάλαιο της παρούσης (βλ. Ενότητα «Τα DRGs ως Σύστημα Κοστολόγησης και Τιμολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών»).

II.3. Ζήτηση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

II.3.1. Παράγοντες διαμόρφωσης της ζήτησης υπηρεσιών υγείας

39. 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.
40. Όσον αφορά στον παράγοντα των δημογραφικών στοιχείων, ο πληθυσμός της Ελλάδας βαίνει μειούμενος από το 2011 και έπειτα ενώ προβλέπεται μείωση σε 8,3 εκατομμύρια το 2050²⁹. Στη γήρανση του πληθυσμού, η Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 2023³⁰, είναι η τέταρτη σε κατάταξη χώρα με τους περισσότερους ηλικιωμένους

²⁸ Οι φορείς αυτοί είναι: 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), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), ως προς τις παροχές σε είδος, καθώς και από το 2012 και μετά εντάχθηκαν επιπλέον, ο Οίκος Ναύτου, οι κλάδοι υγείας των ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ και του Ενιαίου Ταμείου Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης (ΕΤΑΠ-ΜΜΕ). Με ΚΥΑ των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, μπορεί να μεταφέρονται στον ΕΟΠΥΥ και άλλοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου.

²⁹ Βλ. διαΝΕΟσις(2016) «Το Δημογραφικό Πρόβλημα Της Ελλάδας». Σύμφωνα με την Απογραφή Πληθυσμού 2021 της ΕΛΣΤΑΤ, το 2021 ο πληθυσμός της χώρας ήταν μειωμένος κατά 3,1% ως προς το 2011.

³⁰ Βλ. OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en> και ΣΕΒ (2020) «Η υγεία στην Ελλάδα: Σε αναζήτηση σχεδιασμού για το μέλλον» Δελτίο Για την Ελληνική Οικονομία, Τεύχος 176.

μεταξύ 38 ευρωπαϊκών και γειτονικών χωρών, με το 23% του πληθυσμού της να είναι 65 χρονών και άνω (έναντι 21,7% το 2017), όταν ο μέσος όρος στην Ευρώπη των 27 είναι 21,3%. Το 2050, στην Ελλάδα, οι άνω των 65 εκτιμάται ότι θα αντιπροσωπεύουν το 33%³¹. Ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 2050 θα έχει αυξηθεί από το 9,3% το 2016 σε 17,8%³².

41. Ο δείκτης προσδόκιμου ζωής σε χρόνια για τα παιδιά που γεννιούνται σήμερα ανέρχεται σε 83,4 χρόνια, σχεδόν ταυτόσημος με τον μέσο δείκτη της Ευρώπης των 27 (83,3). Το προσδόκιμο ζωής σε άτομα ηλικίας 65 ετών είναι 20,9 για τις γυναίκες (ΕΕ27:21,1) και 17,8 για τους άνδρες (ΕΕ27:17,7). Αυτό διασπάται σε 9 χρόνια υγιούς διαβίωσης και 11,9 χρόνια με περιορισμούς στη δραστηριότητα για τις γυναίκες, ενώ για τους άνδρες η αντίστοιχη διάσπαση είναι 8,6 χρόνια και 9,2 χρόνια³³.
42. Όσον αφορά στην συνολική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα και ειδικότερα στη νοσηρότητα λόγω χρόνιων παθήσεων, κατά το έτος 2022 το ποσοστό των ενηλίκων που ζουν με διαβήτη ανέρχεται σε 4,6% έναντι του μέσου όρου 6,4% στον ΟΟΣΑ. Ακόμη, το 2022 το 77,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει πολύ καλή ή καλή υγεία, το 15,4% μέτρια υγεία και το 7,4% κακή ή πολύ κακή υγεία^{34,35}.
43. Σημειώνεται ότι το 2022 το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, επανερχόμενο στο επίπεδο των 80,7 ετών του 2012, ήταν ίσο με το μέσο όρο της ΕΕ, παρότι χαμηλότερο από το αντίστοιχο των περισσότερων άλλων χωρών της νότιας και δυτικής Ευρώπης.³⁶ Οι κύριες αιτίες θανάτου το 2022 ήταν το εγκεφαλικό επεισόδιο, η ισχαιμική καρδιοπάθεια και ο καρκίνος του πνεύμονα.
44. Όσον αφορά στους βασικούς παράγοντες κινδύνου που απειλούν την υγεία στον πληθυσμό ηλικίας 15 και άνω στην Ελλάδα, είναι υψηλά τα ποσοστά καπνίσματος καθώς 1 στους 4 ενήλικες καπνίζει καπνικά προϊόντα σε καθημερινή βάση, ενώ το ποσοστό παχυσαρκίας (με δείκτη μάζας σώματος άνω του 30) κυμαίνεται στο ίδιο επίπεδο με το μέσο όρο της ΕΕ, αλλά είναι υψηλότερο μεταξύ των εφήβων. Αντίθετα η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ καταγράφει χαμηλά ποσοστά. Το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 15 και άνω στην Ελλάδα που είναι υπέρβαρο, δηλαδή έχει δείκτη μάζας σώματος ίσο ή πάνω από 25, ανέρχεται σε 55% έναντι 55,6% στον ΟΟΣΑ. Περαιτέρω, στοιχεία για την παχυσαρκία σε παιδιά 5-9 ετών δείχνουν ότι στην Ελλάδα το 41% είναι υπέρβαρα, ποσοστό που κατατάσσει τη χώρα μας στην 4η χειρότερη θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ. Τέλος, οι θάνατοι ανά 100 χιλιάδες άτομα λόγω ρύπανσης της ατμόσφαιρας (εντός και εκτός οικίας) ανέρχονται σε 76,7 στην Ελλάδα έναντι 39,6 στον ΟΟΣΑ. Βάσει στοιχείων του 2022³⁷, το ποσοστό καθημερινών καπνιστών ανερχόταν πλέον στο 24,8%, ενώ το ποσοστό υπέρβαρων/παχύσαρκων παρέμεινε ουσιαστικά αμετάβλητο (54,9%).
45. Γενικά, σύμφωνα με τις ως άνω μελέτες, οι δείκτες υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας φαίνεται να είναι κοντά στον μέσο όρο των αναπτυγμένων χωρών του κόσμου, αλλά οι παράγοντες

³¹ Βλ. μελέτη της διαΝΕΟσις (2016) «Το Δημογραφικό Πρόβλημα Της Ελλάδας: Μια Έρευνα».

³² Χελά, Γ. (2016). Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, σελ. 25.

³³ OECD/European Commission (2024) ο.π.

³⁴ ΕΛΣΤΑΤ 2022 «Κατάσταση υγείας, χρήση υπηρεσιών υγείας, παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία».

³⁵ Για το 2019 αντίστοιχα ήταν: 79,4% πολύ καλή ή καλή υγεία, 15,0% μέτρια υγεία και 5,6% κακή ή πολύ κακή υγεία. Βλ. Ελληνική Στατιστική Αρχή (2020) «Έρευνα υγείας: Έτος 2019». Στην έρευνα του OECD (2019), «Health at a Glance 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.

³⁶ Βλ. «State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2023». ΟΟΣΑ και Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, σε συνεργασία με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, https://www.oecd.org/el/publications/2023/12/greece-country-health-profile-2023_0d70aae7.html.

³⁷ ΕΛΣΤΑΤ 2022 «Κατάσταση υγείας, χρήση υπηρεσιών υγείας, παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία».

κινδύνου που δύναται να επηρεάσουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας είναι μάλλον αυξημένοι στην Ελλάδα, κυρίως λόγω καπνίσματος και ατμοσφαιρικής ρύπανσης, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία εμφανίζονται σε σχετικώς χαμηλό επίπεδο, που ίσως είναι, όμως, πλασματικό, μιας και η κατανάλωση αλκοόλ υποεκτιμάται και η παχυσαρκία εκτιμάται κατά δήλωση των ερωτηθέντων.

46. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι διάφοροι παράγοντες, με βασικότερο τη γήρανση του πληθυσμού, οδηγούν μακροχρόνια σε **αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα**. Αν και ο πληθυσμός της χώρας μειώνεται –παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την ζήτηση των ιατρικών υπηρεσιών – η προβλεπόμενη γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση της αναλογίας του πληθυσμού τρίτης ηλικίας προς τον ενεργό πληθυσμό της χώρας **αυξάνουν την ποσότητα των καταναλισκομένων υπηρεσιών υγείας**, καθώς οι ηλικιωμένοι αποτελούν το τμήμα του πληθυσμού που χρειάζεται περισσότερη και ακριβότερη ιατρική φροντίδα.
47. Περαιτέρω, στον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται και **το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (induced demand)**. Ως προκλητή ζήτηση ονομάζεται η αγορά υπηρεσιών υγείας που προκαλεί ο επαγγελματίας υγείας (π.χ. γιατρός) στον ασθενή με σκοπό την δική του ευημερία και όχι απαραίτητα του ασθενή, εκμεταλλευόμενος την **ασύμμετρη πληροφόρηση** που υπάρχει μεταξύ του κατόχου των γνώσεων όσον αφορά το αγαθό της υγείας σε σύγκριση με τις γνώσεις του ασθενή. Ο γιατρός παρακινεί τον ασθενή να αγοράσει υπηρεσίες υγείας που δεν είναι αναγκαίες για την διάγνωση και την θεραπεία της ασθένειας ή προκαλεί αύξηση της συχνότητας των επισκέψεων του ασθενή με απώτερο σκοπό οικονομικό κέρδος ή στο πλαίσιο «αμυντικής ιατρικής». Ο ασθενής, από ενδιαφέρον για την υγεία του αλλά και από άγνοια και εμπιστοσύνη προς τον επαγγελματία υγείας, τις περισσότερες φορές ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες που του δίνονται χωρίς πάντα να του είναι απαραίτητες.
48. Συνήθως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εμφανίζεται σε συστήματα υγείας όπου ο γιατρός αμείβεται κατά πράξη ή κατά παραπομπή, και γίνεται εντονότερο σε περιπτώσεις που το κόστος καλύπτεται από ασφαλιστικούς φορείς. Σημαντικός παράγοντας είναι και η άμεση ή έμμεση διαφήμιση ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα, προκειμένου να αυξηθεί η κερδοφορία των ιατρικών και φαρμακευτικών επιχειρήσεων. Η μελέτη του φαινομένου έχει οδηγήσει στην διαπίστωση **θετικής συσχέτισης ανάμεσα στον αριθμό των γιατρών και την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών**, συγκεκριμένα παρατηρείται ότι η αύξηση των γιατρών κατά 10% επιφέρει αύξηση της κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών κατά 1% ενώ στην περίπτωση των χειρουργών, η αντίστοιχη αύξηση των εγχειρήσεων είναι 3%. Σημειώνεται ότι η Ελλάδα επί πολλά χρόνια έως και σήμερα παρουσιάζει **διεθνώς τη μεγαλύτερη ανισορροπία σε σχέση με τον αριθμό ιατρών** και αριθμό νοσηλευτών, έχοντας και το 2022 την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρώπης στους Ιατρούς (6,6 Ιατροί / 1.000 κάτοικοι, έναντι μέσου όρου 4,2/1.000 κατοίκους της ΕΕ27), ωστόσο, αυτό πιθανώς να οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι στα στοιχεία καταγράφονται όλοι οι ιατροί που διαθέτουν άδεια άσκησης επαγγέλματος και όχι μόνο εκείνοι που είναι επαγγελματικά ενεργοί. Σημειώνεται ότι αντίθετα με την αντιστοιχία ιατρών / κατοίκων η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση στους Νοσηλευτές (3,9 Νοσηλευτές / 1.000 κάτοικοι, έναντι μέσου όρου 8,4/1.000 κατοίκους της ΕΕ27)³⁸.
49. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της προκλητής ζήτησης, το ελληνικό κράτος έλαβε μέτρα από το 2012 περιορίζοντας τον αριθμό των καλυπτόμενων από τον ΕΟΠΥΥ επισκέψεων ανά ιατρό, στον αριθμό παραπεμπτικών για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και στις συνταγογραφήσεις (όριο δαπάνης). Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτη του ΟΟΣΑ, τα μέτρα ενδέχεται

³⁸ Λαμβάνονται υπόψη μόνο οι νοσηλευτές στα νοσοκομεία. Βλ. OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>. Από τον ευρωπαϊκό και τον εγγύς γεωγραφικό χώρο, μόνο η Τουρκία έχει χαμηλότερο αριθμό Νοσηλευτών.

παράλληλα να έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της προσβασιμότητας των ασθενών στο δημόσιο σύστημα υγείας. Ως εκ τούτου, σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς είτε καθυστερούν την αναζήτηση περίθαλψης, είτε καλύπτουν τη δαπάνη απευθείας με άμεση πληρωμή.³⁹

50. Σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, ο ανταγωνισμός μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας αυξάνει την ποιότητα και βελτιώνει το πλεόνασμα των καταναλωτών, όταν η τιμή των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ρυθμισμένη (αφορά τιμή μεγαλύτερη του οριακού κόστους), ωστόσο, η επίδραση της εν λόγω ρύθμισης στη κοινωνική ευημερία (πλεόνασμα καταναλωτών και παραγωγών), είναι διφορούμενη. Όταν οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας επιλέγουν ως στρατηγικές μεταβλητές τόσο την τιμή, όσο και την ποιότητα του αγαθού υγείας (ιατροφαρμακευτική περίθαλψη), τότε ένα μεγάλο μέρος εμπειρικών ερευνών δείχνει ότι η ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας είναι υψηλότερη όσο υψηλότερος είναι ο βαθμός ανταγωνισμού στην αγορά/κλάδο υγείας. Ωστόσο, σε σχέση με τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, το αποτέλεσμα των εμπειρικών ερευνών διαφέρει από έρευνα σε έρευνα (Gaynor, 2006)⁴⁰.
51. Δεδομένης της παράλληλης ύπαρξης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην υγεία, η ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ατόμου και από την κατάσταση της εθνικής οικονομίας και ευημερίας, και από το πώς αυτά επηρεάζουν την επιλογή για τη στροφή προς τον δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα. Το διαθέσιμο εισόδημα των καταναλωτών σε συνδυασμό με τις τιμές των ιδιωτικών υπηρεσιών, επηρεάζει τη ζήτηση και ανάλογα την κατευθύνει προς τον ιδιωτικό ή προς το δημόσιο τομέα, σε συνάρτηση και με το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών που με τη σειρά του επηρεάζεται από τις μακροοικονομικές και δημοσιονομικές συνθήκες, καθώς και από τις συνθήκες ανταγωνισμού στη σχετική αγορά.
52. Στην Ελλάδα παρατηρούνται δυο αντιφατικά φαινόμενα. Από τη μια πλευρά, σε σχετικές εγχώριες μετρήσεις αλλά και σε μελέτες του Παρατηρητηρίου Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία⁴¹ καταγράφεται **χαμηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου τομέα** τόσο για τον γενικό πληθυσμό όσο και για τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η συγκεκριμένη γνώμη δεν οφείλεται σε στερεότυπα και προκαταλήψεις αλλά επιβεβαιώνεται και κατά την επαφή των πολιτών με το δημόσιο σύστημα υγείας⁴². Αντίστοιχο εύρημα διαπιστώνει και έρευνα δημοσκοπήσης που έγινε τον Μάρτιο του 2025 για λογαριασμό του Πανελλήνιου Ιατρικού Συλλόγου, όπου το 61,1% των ερωτηθέντων δήλωσε «δυσανεστημένος/η» από τις υπηρεσίες υγείας του δημοσίου τομέα. Επιπροσθέτως, σε πολλές σχετικές διεθνείς κατατάξεις⁴³ η Ελλάδα καταλαμβάνει χαμηλή θέση στα ποσοστά ικανοποίησης και ανταπόκρισης στις προσδοκίες των πολιτών του εθνικού συστήματος υγείας. Αυτά δημιουργούν τάσεις ενίσχυσης για ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.
53. Σημειώνεται ότι στο πλαίσιο εξορθολογισμού του ΕΣΥ, κατά την περίοδο 2012-2021 **περιορίστηκε ο αριθμός των δημοσίων νοσοκομείων**, είτε με τη μέθοδο της συγχώνευσης και της κοινής διοίκησης είτε με τη μέθοδο της μείωσης των κλινικών. Σύμφωνα με μελέτη του IOBE

³⁹ Βλ. State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021, όπ. π., σελ. 14.

⁴⁰ Gaynor, M. (2006). What do we Know Competition and Quality in Health Care Markets? *Nber Working Paper Series*, Working Paper 12301. Βλ. επίσης Gaynor, M. (2006). Competition and Quality in Health Care Markets, *Foundations and Trends in Microeconomics*, 2(6), pp. 441-508.

⁴¹ Βλ. Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας (2017), «Εκθεση για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία. Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία 2017» και Ινστιτούτο Πολιτικής Υγείας (2018) «Εκθεση για τις μεταρρυθμίσεις στην υγεία. Παρατηρητήριο Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία 2018».

⁴² Βλ. διαΝΕΟσις(2020) «Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας».

⁴³ Βλ. Health Consumer Powerhouse (2018), «Euro Health Consumer Index 2017», διαθέσιμο στο <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>.

ενώ το 2012 η χώρα μας διέθετε 133 δημόσια νοσοκομεία (ΝΠΔΔ), το 2021 μειώθηκαν σε 124⁴⁴. Η συγχώνευση δημόσιων νοσοκομείων, σε συνδυασμό με τις σημαντικές καθυστερήσεις στην ενίσχυση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα, ενδέχεται να έχουν οδηγήσει σε ορισμένα κενά παροχής υπηρεσιών να οδήγησε σε μεγαλύτερους χρόνους αναμονής, ελλείψεις ιατρικών εφοδίων, συμπεριλαμβανομένων των φαρμακευτικών προϊόντων, ενώ υπάρχουν ανησυχίες ότι οδήγησε επίσης σε ανεπιθύμητη μείωση των διαθέσιμων κλινών στις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Αναφέρθηκαν επίσης ευρέως ελλείψεις προσωπικού, ιδίως νοσηλευτών. Η συνεχιζόμενη πανδημία του κορονοϊού έχει δείξει ότι αυτές οι ελλείψεις θα πρέπει να αντιμετωπιστούν επείγοντως⁴⁵.

54. Από την άλλη πλευρά, η οικονομική ύφεση, η μείωση των εισοδημάτων, η αύξηση της ανεργίας και η απώλεια ασφάλισης υγείας έχει ως αποτέλεσμα την μη ικανοποίηση των εξόδων για την ιδιωτική υγεία και περίθαλψη. Ως αποτέλεσμα αυτού, τείνει να μειώνεται η ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, ενώ τείνει να αυξάνεται η ζήτηση για υπηρεσίες δημόσιου συστήματος υγείας με αποτέλεσμα **το δημόσιο σύστημα υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία να δέχονται μεγαλύτερες πιέσεις**.

Πλαίσιο 1: Έκθεση του ΔΝΤ για τη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, 2021

- Σε διεθνές επίπεδο, καθώς οι μη μεταδοτικές ασθένειες αποκτούν ολοένα και μεγαλύτερη σημασία με τη γήρανση του πληθυσμού σε πολλές χώρες, **τα νοσοκομεία** παύουν πλέον να βρίσκονται στο κέντρο των υπηρεσιών υγείας αλλά **γίνονται ολοένα και περισσότερο μέρος ενός δικτύου εγκαταστάσεων**⁴⁶ που περιλαμβάνει άλλους παρόχους όπως πρωτοβάθμια περίθαλψη, διαγνωστικές μονάδες και κοινωνικές υπηρεσίες (Παγκόσμια Τράπεζα et al., 2016), συνεπώς υπάρχει μια τάση να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη.
- Οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων του ελληνικού συστήματος υγείας φιλοδοξούσαν να ακολουθήσουν αυτή τη διεθνή τάση και ως αποτέλεσμα, κατά την περίοδο 2009-2014 ο αριθμός των νοσοκομειακών κλινών του ΕΣΥ μειώθηκε κατά 23% και ο αριθμός των νοσοκομείων του ΕΣΥ κατά 13%. Η ονομαστική ετήσια δαπάνη των νοσοκομείων του ΕΣΥ μειώθηκε κατά ένα τέταρτο από το 2012-2015, αν και κυρίως λόγω της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης.
- Επιπλέον, στο πλαίσιο της μεταρρύθμισης του τομέα υγείας της χώρας από το 2010 και μετά, η αναδιοργάνωση της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στόχευε στην ενοποίηση των προηγούμενων περιφερειακών κέντρων υγείας του ΕΣΥ και των ιατρείων του ΙΚΑ Αθηνών σε ένα Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ)

⁴⁴ Σε συνέντευξή του (10.05.2025) ο Υπουργός Υγείας ανέφερε ότι μέσα στο έτος θα έχει ολοκληρωθεί η τελική πρόταση του Οργανισμού Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία (ΟΔΠΥ) για τον νέο υγειονομικό χάρτη αφού ολοκληρωθεί και η διαβούλευση με τις τοπικές κοινωνίες. Βλ. σχετικώς <https://www.amna.gr/home/article/902806/Allazoun-olastin-Ygeia-mechri-to-telos-tou-2025>.

⁴⁵ Έκθεση του ΔΝΤ για τη μεταρρύθμιση του τομέα της υγείας στην Ελλάδα, 2021 (<https://www.elibrary.imf.org/view/journals/001/2021/189/article-A001-en.xml#RA001fn05>).

⁴⁶ Τα νοσοκομεία δεν αποτελούν πλέον αυτόνομες εγκαταστάσεις στο κέντρο του συστήματος παροχής υπηρεσιών, το σημείο εισόδου στην περίθαλψη ή «υπηρεσίες μίας στάσης» για όλες τις υπηρεσίες.

για την παροχή όλων των εξωτερικών υπηρεσιών, την εφαρμογή πολιτικών προαγωγής της υγείας και την λειτουργία του ως «φύλακα-πυλωρού» (gatekeeper) ολόκληρου του συστήματος. Με το ν. 4486/2017 συστάθηκαν οι μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας - Τοπικές Μονάδες Υγείας (To.M.Y) οι οποίες αντικατέστησαν τα ΠΕΔΥ και από το 2018 αναλήφθηκε επίσης δέσμευση για την πλήρη εφαρμογή του συστήματος ηλεκτρονικής παραπομπής και το άνοιγμα 240 κέντρων πρωτοβάθμιας υγείας σε όλη τη χώρα τα επόμενα 2 έτη. Ωστόσο, δεν ήταν δυνατή η εφαρμογή στην πράξη καθώς:

- Λόγω της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των γιατρών του ΠΕΔΥ ως δημοσίων υπαλλήλων, οι γιατροί δεν μπορούσαν να διατηρούν παράλληλα όπως όριζε ο ν. 4238/2014 τα ιδιωτικά τους ιατρεία, με αποτέλεσμα την υποστελέχωση των μονάδων ΠΕΔΥ και την υποχρηματοδότησή τους.
- Υπήρξαν καθυστερήσεις στη σύναψη συμβάσεων και την σύνδεση του πληθυσμού με προσωπικούς/οικογενειακούς γιατρούς που θα λειτουργούν ως «φύλακες - πυλωροί» (gatekeepers), ενώ μετά τη μεταρρύθμιση του 2017, οι ιατρικοί σύλλογοι εξέφρασαν σκεπτικισμό σχετικά με την έλλειψη επαρκών κινήτρων που παρέχονται στους γιατρούς (π.χ. χαμηλή αμοιβή, μεγάλος πληθυσμός αναφοράς ανά γιατρό), καθώς και σχετικά με την «φύλαξη», επικαλούμενοι την πιθανότητα αυξημένων εμποδίων πρόσβασης.

55. Η τεχνολογία διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Η παροχή υψηλής τεχνολογίας προσφέρει ταχύτερη, ευκολότερη και εγκυρότερη παροχή υπηρεσιών υγείας, διαγνωστικών και επεμβατικών. Αιχμή της εφαρμογής της αποτελούν οι ιδιωτικές μονάδες υγείας, σε αντίθεση με τα δημόσια θεραπευτήρια που τείνουν να παρουσιάζουν υστερήσεις στην απόκτηση και χρήση των νέων τεχνολογιών. Ταυτόχρονα, η ταχεία εξέλιξη της τεχνολογίας στον ιατρικό κλάδο αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες βασικό παράγοντα μακροχρόνιας αύξησης του κόστους και των τιμών παροχής υπηρεσιών υγείας⁴⁷.

II.3.2. Δαπάνες για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

56. **Οι δαπάνες της Ελλάδος σε υπηρεσίες υγείας βαίνουν αυξανόμενες, ωστόσο εξακολουθούν να υπολείπονται του ευρωπαϊκού μέσου όρου.** 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 €1.603⁴⁸ έναντι €3.523 στην ΕΕ.⁴⁹ 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 12^η θέση μεταξύ των χωρών της ΕΕ 27⁵⁰. Το 2021 όμως παρουσίασε μείωση στο 9,2% του ΑΕΠ έναντι αύξησης στο 11% του ευρωπαϊκού μέσου όρου⁵¹. Αντιστοίχως, η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το 2020 ανήλθε σε €1.731 όταν η

⁴⁷ Βλ. ενδεικτικά Fuchs, R., V. (1996). Economics, Values and Health Care Reform, American Economic Review, 86(1), pp. 1-24, και Bodenheimer, T. (2005). High and rising health care costs. Part 2: technologic innovation. Annals of internal medicine, 142(11), 932-937.

⁴⁸ Προσαρμοσμένο ποσό ανάλογα με την αγοραστική δύναμη (purchasing power parity adjustment).

⁴⁹ 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.

⁵⁰ Health at a Glance, OECD publication 2022, σελ. 131.

⁵¹ State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2023.

αντίστοιχη των χωρών ΕΕ27 είναι € 3.159⁵², ενώ το 2021 ανήλθε σε €1.874 έναντι €4.029 του ευρωπαϊκού μέσου όρου ⁵³ . 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 αυξήθηκε κατά το 2020 στο μέγιστο της τελευταίας δεκαετίας (2,9% ΑΕΠ)⁵⁴.

57. Παράλληλα, **το ποσοστό των δημόσιων δαπανών και επενδύσεων στην υγεία είναι χαμηλότερο του ευρωπαϊκού μέσου όρου**. Το ποσοστό των συνολικών δαπανών που καλύπτεται από το δημόσιο ανήλθε σχεδόν στο 60% το 2019 και αυξήθηκε στο 62% το 2022, ωστόσο είναι σημαντικά χαμηλότερες από τον μέσο όρο της ΕΕ (81%). 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 16^η 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 παρόχους⁵⁵. 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 (24^η θέση) των χωρών της ΕΕ27 παρόλο που ο δημόσιος τομέας ιδίως έχει τεράστιες ανάγκες εκσυγχρονισμού των νοσοκομειακών υποδομών⁵⁶. Το 2022 η δημόσια χρηματοδότηση των δαπανών αυξήθηκε στο 61-62%⁵⁷, αλλά ως ποσοστό του ΑΕΠ μειώθηκε στο 5,3%⁵⁸, κάτι που υποδεικνύει ότι το ύψος δαπάνης για το 2020 επηρεάστηκε σημαντικά από την πανδημία COVID-19 (όπου αυξήθηκαν σε ευρώ οι σχετικές δαπάνες και ταυτόχρονα μειώθηκε το ΑΕΠ σε ευρώ λόγω μέτρων “lock down” και πτώσης του τουρισμού). Παρόμοια με το 2020 ήταν το 2022 η εικόνα αναφορικά με τις επενδύσεις στον κλάδο υγείας⁵⁹.

58. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών (35% το 2019 και 34% το 2023) καλύπτεται απευθείας από τα νοικοκυριά (out-of-pocket), κυρίως με τη μορφή συμμετοχής για φάρμακα και άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη των χρηματοδοτούμενων από το δημόσιο παροχών, επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς ιατρούς, κλπ.⁶¹. Αντιθέτως, την περίοδο 2019-2022 η ιδιωτική ασφάλιση καλύπτει ένα μικρό ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία. Συγκεκριμένα, το 2019, η Ελλάδα ήταν η τρίτη χώρα στην ΕΕ σε επίπεδο άμεσων ιδιωτικών πληρωμών ως ποσοστού των δαπανών για την υγεία (35%, έναντι μέσου όρου 15,4 % στην ΕΕ). Την κυριότερη πηγή ιδιωτικής δαπάνης συνιστούν τα φάρμακα, τα οποία το 2019 αντιπροσώπευαν ~36% των άμεσων ιδιωτικών δαπανών. Σημαντικές πηγές ιδιωτικών δαπανών για την υγεία είναι η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (~30% των άμεσων

⁵² Health at a Glance, OECD publication 2022, σελ. 129.

⁵³ State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2023.

⁵⁴ <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm>.

⁵⁵ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>.

⁵⁶ Health at a Glance, OECD publication 2022, σελ.209.

⁵⁷ Τριμηνιαίο δημοσίευμα της ΕΛΣΤΑΤ «ΕΛΛΑΣ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ Οκτώβριος-Δεκέμβριος 2024» και State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2023.

⁵⁸ OECD Health Statistics 2024.

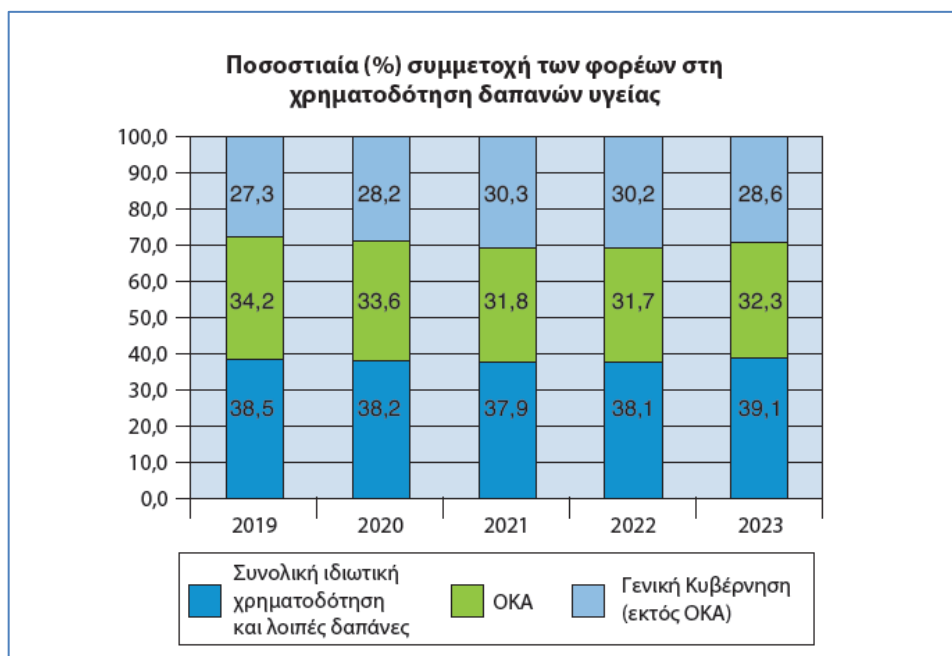
⁵⁹ OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance*.

⁶⁰ Σημειώνεται πάντως ότι το σχέδιο ανάκαμψης και ανθεκτικότητας της Ελλάδας αποσκοπεί στην ενίσχυση των επενδύσεων στον τομέα της υγείας τα επόμενα έτη (είναι ύψους 30,5 δισ. ευρώ και αντιπροσωπεύει το 17 % του συνολικού ΑΕΠ). Οι επενδύσεις αποσκοπούν στην αντιμετώπιση ορισμένων από τις μακροχρόνιες προκλήσεις του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης που επιδεινώθηκαν από την πανδημία COVID-19, με γενικές προτεραιότητες για τη βελτίωση της ανθεκτικότητας, της προσβασιμότητας και της βιωσιμότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Βλ. State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2023.

⁶¹ State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021, σ. 8.

ιδιωτικών δαπανών το 2019) και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες⁶². Η προαιρετική ασφάλιση υγείας αντιπροσώπευε μόνον 5% των συνολικών δαπανών για την υγεία⁶³. Το 2023 η εικόνα ήταν παρόμοια, με τη συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση να ανέρχεται στο 39,1% (34,3% ιδιωτικές πληρωμές και 4,3% χρηματοδότηση μέσω ιδιωτικής ασφάλισης)⁶⁴.

Διάγραμμα 3: Χρηματοδότηση δαπανών υγείας



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, «ΕΛΛΑΣ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ Ιανουάριος – Μάρτιος 2025»

59. Σύμφωνα με μελέτη του ΟΟΣΑ⁶⁵, και για το 2021 οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές των νοικοκυριών στην Ελλάδα αντιστοιχούν στο ένα τρίτο του συνόλου των δαπανών για την υγεία και είναι από τις υψηλότερες στην ΕΕ (με ποσοστό 33% των δαπανών για την υγεία το 2021 ήταν υπερδιπλάσιες από τον μέσο όρο της ΕΕ (15 %)). Όπως αναφέρεται, παρότι χρεώνονται ορισμένες συμμετοχές του κόστους για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, εξωνοσοκομειακά φάρμακα και επισκέψεις σε ιδιωτικούς παρόχους συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ, το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών πληρωμών αφορά άμεσες πληρωμές. Τα φαρμακευτικά προϊόντα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι οι κύριοι παράγοντες αυτών των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, καθένας από τους οποίους αντιπροσωπεύει πολύ υψηλότερα ποσοστά από ό,τι στην ΕΕ συνολικά.
60. Η μεγάλη εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για ιατρικές δαπάνες στην Ελλάδα σημαίνει ότι **ένα μεγάλο ποσοστό των νοικοκυριών αντιμετωπίζει «καταστροφικές δαπάνες»**⁶⁶ 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, στέγαση και λογαριασμούς υπηρεσιών κοινής ωφέλειας). Το 2020 το ποσοστό νοικοκυριών που αντιμετώπισαν καταστροφικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανήλθε στο 10,6%, ενώ ο μέσος όρος

⁶² Οπ. π., σελ 15.

⁶³ Οπ. π., σελ. 8.

⁶⁴ Τριμηνιαίο δημοσίευμα της ΕΛΣΤΑΤ «ΕΛΛΑΣ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ Ιανουάριος – Μάρτιος 2025».

⁶⁵ State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2023, σελ. 14-15.

⁶⁶ Οπ. π., σελ. 15-16.

ΕΕ24 ήταν 6,8%⁶⁷. Πάνω από το ήμισυ του συνόλου των καταστροφικών δαπανών στην Ελλάδα καταβάλλονται από το φτωχότερο 20% των νοικοκυριών⁶⁸. Αυτό το εισοδηματικό κλιμάκιο παράλληλα δηλώνει και στον μεγαλύτερο συγκριτικά βαθμό ότι μέρος των αναγκών του για υπηρεσίες υγείας δεν ικανοποιήθηκαν καθόλου, σε πολύ μεγάλο ποσοστό λόγω οικονομικών λόγων⁶⁹. Συνολικότερα, τα ποσοστά των αναφερόμενων μη ικανοποιούμενων αναγκών για ιατρική περίθαλψη στην Ελλάδα (9,0%) είναι σημαντικά υψηλότερα από τον μέσο όρο της ΕΕ (2,2 %)⁷⁰.

61. Η απόκτηση ιδιωτικής ασφάλισης αποτελεί έναν τρόπο δια του οποίου τα νοικοκυριά στην Ελλάδα επιδιώκουν να αντιμετωπίσουν το υψηλό κόστος δαπανών για την υγεία, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις έκτακτων γεγονότων, αλλά και να μειώσουν μακροπρόθεσμα επαναλαμβανόμενες δαπάνες όπως τακτικές διαγνωστικές εξετάσεις. Παρ' όλο που, όπως προαναφέρθηκε, η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας μέσω ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης παραμένει χαμηλή, **η παραγωγή ασφαλιστρών (έσοδα) των ασφαλιστικών εταιρειών στα προγράμματα υγείας παρουσιάζει συνεχή αύξηση**, μεγεθύνεται τα τελευταία δύο χρόνια με ρυθμό 10%, και το 2024 ξεπέρασε σε αξία το € 1 δισ.⁷¹. Εξ αυτών, περίπου το 27% αφορά ομαδικά ασφαλιστήρια, η συνολική αξία των οποίων αυξάνεται με ρυθμό ~15%, ένδειξη ότι το φαινόμενο τέτοιων παροχών στο πλαίσιο εργασιακής σχέσης στον ιδιωτικό τομέα εξαπλώνεται.

Π.4. Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Π.4.1. Μέγεθος του κλάδου των υπηρεσιών υγείας (δημόσιου και ιδιωτικού)

62. Το σύνολο των δομών παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά την περίοδο 2017-2023 παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 1: Μονάδες παροχής δημόσιων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανά κατηγορία, 2017-2023

Έτος	Κέντρα Υγείας *	Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ)	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία**	Λοιπές Μονάδες
2017	204	101	1.425	93	49	221	6
2018	204	101	1.425	94	49	221	7
2019	204	101	1.425	93	50	221	10
2020	308	127	1.427	93	49	220	10
2021	310	127	1.432	95	52	220	10
2022	311	136	1.432	97	50	220	10
2023	312	137	1.433	97	50	227	10

*Περιλαμβάνονται και οι Μονάδες Υγείας του Πρωτοβάθμιου Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ. Ν.4238/2014), οι οποίες, βάσει του ν. 4486/2017, μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας.

**Εκ των οποίων 66 σε λειτουργία

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ - «ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ»

63. Επιπλέον στην Π.Φ.Υ. του ΕΣΥ περιλαμβάνονται και δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες εμφανίζονται με τρεις διαφορετικούς τύπους: α) Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (18 μονάδες το 2023), β) Κέντρα Ψυχικής Υγείας για ενήλικους και παιδιά/έφηβους (15 Μονάδες το

⁶⁷ State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2023.

⁶⁸ Όπ. π., σελ. 15.

⁶⁹ Βλ. OECD/European Commission (2024), *Health at a Glance*.

⁷⁰ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

⁷¹ Βάσει στοιχείων εσόδων από ασφαλιστρά.

2023) και γ) Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (31 μονάδες το 2023)⁷². Οι δημόσιες δομές Π.Φ.Υ., δύνανται να συνεργάζονται με φορείς της τοπικής αυτοδιοίκησης, ιδιώτες παρόχους Π.Φ.Υ., πολυϊατρεία και ιδιώτες ιατρούς για τη διασφάλιση των παρεχόμενων υπηρεσιών Π.Φ.Υ.⁷³.

64. Σύμφωνα με την ετήσια απογραφική έρευνα θεραπευτηρίων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) ο αριθμός των θεραπευτηρίων, στα οποία περιλαμβάνονται τόσο οι ιδιωτικές κλινικές και τα ΝΠΙΔ όσο και τα δημόσια νοσοκομεία, στην Ελλάδα παρουσιάζει μεσοπρόθεσμα πτωτική τάση ανερχόμενος σε 266 μονάδες το 2023 έναντι 280 το 2016 (μείωση κατά περίπου 5%), οφειλόμενη στη μείωση των ιδιωτικών κλινικών, παρά τη σταθερότητα που καταγράφουν την τελευταία τριετία 2021-2023. Με βάση το νομικό καθεστώς τους, το μεγαλύτερο ποσοστό (51,9%) των θεραπευτηρίων κατά το 2023 ήταν ιδιωτικά. Κατά το 2023 το 65,8% των θεραπευτηρίων ήταν Γενικά, 30,1% Ειδικά διαφόρων ειδικοτήτων (Παθολογικά, Νευροψυχιατρικά (15,8%), Αντικαρκινικά, Οφθαλμολογικά, Μαιευτικά-Γυναικολογικά, Παιδιατρικά και Λοιπών Ειδικοτήτων) και 4,1% Μικτά.

Πίνακας 2: Θεραπευτήρια ανά νομικό καθεστώς και κατηγορία για τα έτη 2016-2023

Έτος	Μονάδες ΝΠΙΔ	Μονάδες ΝΠΙΔΔ	Ιδιωτικές Κλινικές	Σύνολο	Γενικά	Ειδικά	Μικτά
2016	5	124	151	280	173	96	11
2017	5	125	147	277	174	92	11
2018	4	123	144	271	171	86	14
2019	4	124	142	270	170	86	13
2020	4	124	142	270	172	85	13
2021	4	124	139	267	170	83	14
2022	4	124	137	265	172	84	9
2023	4	124	138	266	175	80	11

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

65. Όσον αφορά στην γεωγραφική ποσοστιαία κατανομή των (ιδιωτικών και δημόσιων) θεραπευτηρίων στις 13 Περιφέρειες της Χώρας κατά το έτος 2023 τα περισσότερα θεραπευτήρια (33,5%) βρίσκονταν στην Περιφέρεια της Αττικής, με δεύτερη την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας (15,4%) και τρίτη της Θεσσαλίας (12,0%). Το μικρότερο ποσοστό θεραπευτηρίων παρατηρήθηκε στις Περιφέρειες Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Βορείου Αιγαίου, όπου τα θεραπευτήρια συνολικά, στις τρεις προαναφερθείσες Περιφέρειες, αντιστοιχούν σε 7,5% του συνόλου της Χώρας.

Πίνακας 3: Θεραπευτήρια ανά Περιφέρεια για τα έτη 2016-2023

Περιφέρεια	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ποσοστό συμμετοχής (%), 2023
Αττική	98	96	94	92	91	90	89	89	33,5
Κεντρική Μακεδονία	45	44	43	43	43	42	41	41	15,4
Θεσσαλία	32	32	31	32	32	32	31	32	12
Ανατ. Μακεδ. και Θράκη	17	17	17	17	17	16	16	16	6

⁷² ΕΛΣΤΑΤ - «ΑΠΟΓΡΑΦΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΛΟΙΠΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ».

⁷³ Βλ. ν. 4486/2017, άρθρο 1, παρ. 4, η οποία προστέθηκε με το άρθρο 39 Ν.4931/2022, ΦΕΚ Α 94/13.5.2022.

Περιφέρεια	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ποσοστό συμμετοχής (%), 2023
Κρήτη	15	15	15	15	15	15	15	15	5,6
Δυτική Ελλάδα	17	16	14	14	14	14	14	14	5,3
Πελοπόννησος	10	10	10	10	10	10	10	10	3,8
Στερεά Ελλάδα	10	10	10	10	10	10	11	11	4,1
Δυτική Μακεδονία	9	9	9	9	9	9	9	9	3,4
Νότιο Αιγαίο	8	8	8	8	9	9	9	9	3,4
Βόρειο Αιγαίο	7	7	7	7	7	7	7	7	2,6
Ήπειρος	7	7	7	7	7	7	7	7	2,6
Ιόνιοι Νήσοι	5	6	6	6	6	6	6	6	2,3
ΣΥΝΟΛΟ	280	277	271	270	270	267	265	266	100%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

66. Ο αριθμός των κλινών κλειστής νοσηλείας κατέγραψε σταθερά πτωτική πορεία καθόλη τη διάρκεια της περιόδου 2016-2023 με ΜΕΡΜ -0,4% καταλήγοντας το 2023 σε 44.133 από 45.273 το 2016. Αντίθετη πορεία κατέγραψε ο αριθμός των κλινών ανοικτής νοσηλείας (κλίνες ημέρας) κατά την ίδια περίοδο, καταγράφοντας ΜΕΡΜ + 2,46% (εμφανίζοντας αξιοσημείωτη μείωση μόνο το 2019 έναντι του 2018 κατά 13,5%) και καταλήγοντας το 2023 σε 4.284. Η Ελλάδα διαθέτει 4,2 κλίνες ανά 1.000 άτομα πληθυσμού, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 4,1 (στοιχεία 2021).

Πίνακας 4: Κλίνες θεραπευτηρίων για τα έτη 2016-2023

Έτος	Κλίνες Κλειστής Νοσηλείας	Κλίνες Ανοικτής Νοσηλείας	Σύνολο Κλινών
2016	45.273	3.614	48.887
2017	45.267	3.957	49.224
2018	45.053	4.253	49.306
2019	44.518	3.680	48.198
2020	44.921	3.904	48.825
2021	44.794	3.794	48.588
2022	44.468	3.992	48.460
2023	44.133	4.284	48.417

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

67. Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι, παρά την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, ο συνολικός αριθμός θεραπευτικών μονάδων και κλινών έχει παραμείνει ουσιαστικά σταθερός τα τελευταία οκτώ χρόνια. Αξιοσημείωτο δε είναι το γεγονός ότι ο αριθμός των ιδιωτικών κλινικών μειώνεται ελαφρώς.
68. Περαιτέρω, κατά τη διετία 2022-2023 καταγράφεται ελάχιστη μείωση του αριθμού των κλινών των Ν.Π.Δ.Δ. (-0,4% ή -148 κλίνες) και αντίθετα μικρή αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών κλινών (+ 0,3% ή 46 κλίνες) και μεγαλύτερη αύξηση του αριθμού των κλινών των Ν.Π.Ι.Δ. (+6,4% ή 59 κλίνες), με αποτέλεσμα ο συνολικός αριθμός κλινών να μειώνεται οριακά (-0,1% ή -43 κλίνες). Η εν λόγω μείωση προκύπτει λόγω της μείωσης του αριθμού των κλινών κλειστής νοσηλείας των Ν.Π.Δ.Δ. και μόνο (-1,4% ή -410 κλίνες), καθώς όλες οι λοιπές κατηγορίες ανεξαρτήτως νομικού

καθεστώτος καταγράφουν αυξήσεις, όπως παρουσιάζεται ακολούθως. Διαπιστώνεται δε ότι, στη διετία 2022-2023, η ποσοστιαία κατανομή κλινών παρέμεινε σταθερή.

Πίνακας 5: Αριθμός κλινών ανά νομικό καθεστώς θεραπευτηρίων, 2022-2023

Νομικό Καθεστώς	Κλίνες	2022	2023	Μεταβολή	% Δ
N.Π.Δ.Δ.	Κλειστής Νοσηλείας	29.769	29.359	-410	-1,4%
	Ανοικτής Νοσηλείας	3.206	3.468	262	8,2%
	Σύνολο N.Π.Δ.Δ	32.975	32.827	-148	-0,4%
	<i>Ποσοστιαία Κατανομή %</i>	<i>68,1%</i>	<i>67,8%</i>		
N.Π.Ι.Δ.	Κλειστής Νοσηλείας	798	837	39	4,9%
	Ανοικτής Νοσηλείας	118	138	20	16,9%
	Σύνολο N.Π.Ι.Δ	916	975	59	6,4%
	<i>Ποσοστιαία Κατανομή %</i>	<i>1,8%</i>	<i>2,0%</i>		
Ιδιωτικές Κλινικές	Κλειστής Νοσηλείας	13.901	13.937	36	0,3%
	Ανοικτής Νοσηλείας	668	678	10	1,5%
	Σύνολο Ιδ. Κλινικές	14.569	14.615	46	0,3%
	<i>Ποσοστιαία Κατανομή %</i>	<i>30,1%</i>	<i>30,2%</i>		
ΓΕΝΙΚΟ ΣΥΝΟΛΟ	Κλειστής Νοσηλείας	44.468	44.133	-335	-0,8%
	Ανοικτής Νοσηλείας	3.992	4.284	292	7,3%
	Σύνολο	48.460	48.417	-43	-0,1%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, Απογραφή Θεραπευτηρίων 2023.

69. Η πανδημία covid-19 έδειξε ότι η αύξηση της μόνιμης δυναμικότητας του συστήματος αποτελεί προτεραιότητα για περαιτέρω δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης. Στη χώρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας, οι ελληνικές αρχές αύξησαν τη χωρητικότητα των ΜΕΘ, προσέλαβαν επιπλέον ιατρικό προσωπικό, αύξησαν τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και προχώρησαν σε θεσμικές αλλαγές (όπως ο ορισμός κέντρων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και νοσοκομείων αναφοράς για την αντιμετώπιση εξετάσεων και περιστατικών κορονοϊού). Οι διαθέσιμες κλίνες ΜΕΘ αυξήθηκαν από 565 στα τέλη Φεβρουαρίου 2020 σε 840 στα τέλη Μαΐου του ίδιου έτους και σε 1.542 στα τέλη Απριλίου 2021. **Οι αυξήσεις αυτές όμως δεν ήταν ισομερώς κατανεμημένες** για την επέκταση της χωρητικότητας του συστήματος υγείας, καθώς περιλαμβάνουν κλίνες ΜΕΘ σε δημόσια και στρατιωτικά νοσοκομεία αλλά και κλίνες σε ιδιωτικών νοσοκομείων που επιτάχθηκαν. Επίσης, η σημαντική αύξηση του ιατρικού προσωπικού (κατά άνω των 3.000 γιατρών και νοσηλευτών και κατά άνω των 10.000 βοηθητικό προσωπικό μέσα σε ένα χρόνο) δεν συνοδεύτηκε από μόνιμες νέες προσλήψεις, αλλά υπήρξε και επίταξη ιδιωτών γιατρών⁷⁴.
70. Αναφορικά με τον δείκτη «πλήθος νοσοκομειακών κλινών ανά 1.000 κατοίκους» η εικόνα διαφοροποιείται ελαφρά. Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ⁷⁵, το 2011 η Ελλάδα ήταν κάτω του μέσου όρου ΟΟΣΑ-38, ενώ το 2021 και οι δύο δείκτες είχαν υποχωρήσει και επιπλέον είχαν και την ίδια τιμή (4,3). Άρα παρατηρήθηκε γενικότερη συρρίκνωση του πλήθους κλινών στις χώρες του ΟΟΣΑ. Σημειώνεται όμως ότι την ίδια περίοδο ο πληθυσμός της Ελλάδος μειώθηκε, κάτι που

⁷⁴ Έκθεση ΔΝΤ <https://www.elibrary.imf.org/view/journals/001/2021/189/article-A001-en.xml#RA001fn05>.

⁷⁵ Health at a Glance 2023, OECD.

ενίσχυσε τον δείκτη αυτόν. Οι διαρθρωτικοί δείκτες σχετικά με τους διαθέσιμους πόρους υγειονομικής περίθαλψης υποδεικνύουν ποικίλες διαρθρωτικές ανισορροπίες της Ελλάδας ως προς τις χώρες του ΟΟΣΑ. Όπως προαναφέρθηκε, υπάρχουν **περισσότεροι γιατροί** (και φαρμακοποιοί) στην Ελλάδα από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ, αλλά σημαντικά λιγότεροι νοσηλευτές ανά 1.000 κατοίκους τόσο στους δημόσιους όσο και στους ιδιωτικούς παρόχους. Αντιστρόφως, το **πλήθος ψηφιακών διαγνωστικών μηχανημάτων** ανά εκατομμύριο πληθυσμού (αξονικοί και μαγνητικοί τομογράφοι, και PET scanners) το 2021 ήταν στην **Ελλάδα 80 έναντι 48 στους ΟΟΣΑ-38**, ενώ μόνο η Νότια Κορέα, οι ΗΠΑ, η Αυστραλία και η Ιαπωνία έχουν υψηλότερο σχετικό δείκτη⁷⁶.

II.4.2. Μέγεθος κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

71. Μετά την συρρίκνωση του 2013 σε σχέση με το 2012 λόγω της μακροοικονομικής κρίσης στη χώρα, ο κλάδος ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσίασε μικρή αλλά σταθερή μεγέθυνση την περίοδο 2013-2022, με εσωτερικές ανακατατάξεις όπου συρρικνώθηκαν τα Κέντρα Αποκατάστασης και οι Ψυχιατρικές Κλινικές, και επέκτειναν τον κύκλο εργασιών τους τα Διαγνωστικά Κέντρα και οι Γενικές και Μαιευτικές Κλινικές. Το συνολικό μέγεθος του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε όρους εσόδων εκτιμάται σε €1.908 εκ. το 2022, παρουσιάζοντας αύξηση 13,71% ως προς το 2012 και Μέσο Ετήσιο Ρυθμό Μεταβολής 2012-2022 (MERPM) 1,29%⁷⁷.

Πίνακας 6: Μέγεθος εγχώριας αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε εκατ. € (2012-2022)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	MERPM 2012-2022
Διαγνωστικά Κέντρα	372	309	311	326	330	327	348	368	383	507	468	2,32%
Γενικές Κλινικές	914	726	758	794	799	805	841	895	881	1020	1064	1,53%
Μαιευτικές Κλινικές	201	173	186	193	203	202	210	219	228	241	243	1,92%
Κέντρα Αποκατάστασης & Αποθεραπείας	104	90	73	60	59	61	65	75	71	77	81	-2,47%
Ψυχιατρικές Κλινικές	87	67	57	51	49	53	53	56	54	50	52	-5,02%
ΣΥΝΟΛΟ	1.678	1.365	1.385	1.424	1.440	1.448	1.517	1.613	1.617	1.895	1.908	1,29%

Πηγή: Στόχασις «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας» (2023)

1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

72. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ (στοιχεία 2019), η παροχή **ιδιωτικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** γίνεται από **2.766 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα**, νομικής μορφής ΑΕ και ΕΠΕ, και από **211 πολυϊατρεία**. Όσον αφορά στην ποσοστιαία κατανομή των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων στις 13 Περιφέρειες της Χώρας κατά το έτος 2019, τα περισσότερα (35,4%) βρίσκονταν στην Περιφέρεια της Αττικής, με δεύτερη σε ποσοστό την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας (15,6%) και τρίτη τη Θεσσαλία (9,2%).

Πίνακας 7: Ιδιωτικές μονάδες παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανά Περιφέρεια για το 2019

Περιφέρεια	Διαγνωστικά Κέντρα	Ποσοστιαία κατανομή	Πολυϊατρεία	Ποσοστιαία κατανομή
Αττική	979	35,4%	160	75,8%
Κεντρική Μακεδονία	432	15,6%	22	10,4%

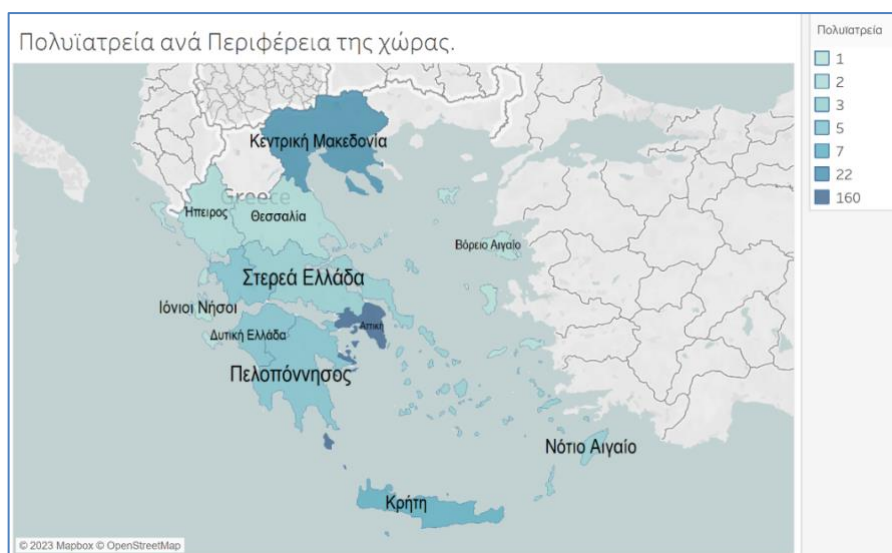
⁷⁶ Ο.π.

⁷⁷ Βλ. Κλαδική Μελέτη Στόχασις (2023) «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας».

Περιφέρεια	Διαγνωστικά Κέντρα	Ποσοστιαία κατανομή	Πολυϊατρεία	Ποσοστιαία κατανομή
Κρήτη	131	4,7%	7	3,3%
Δυτική Ελλάδα	203	7,3%	5	2,4%
Πελοπόννησος	135	4,9%	5	2,4%
Στερεά Ελλάδα	121	4,4%	3	1,4%
Νότιο Αιγαίο	86	3,1%	3	1,4%
Θεσσαλία	255	9,2%	2	0,9%
Ήπειρος	126	4,6%	2	0,9%
Ιόνιοι Νήσοι	60	2,2%	1	0,5%
Βόρειο Αιγαίο	58	2,1%	1	0,5%
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	137	5,0%	-	0%
Δυτική Μακεδονία	43	1,6%	-	0%
ΣΥΝΟΛΟ	2.766	100%	211	100%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

73. Η γεωγραφική κατανομή των πολυϊατρείων και των διαγνωστικών του ανωτέρω Πίνακα παρουσιάζεται στη συνέχεια με τη μορφή χάρτη.



74. Το συνολικό μέγεθος της αγοράς των διαγνωστικών κέντρων σε αξία (κύκλος εργασιών) παρουσίασε απότομη αύξηση το 2021 ανερχόμενο σε € 507 εκ. έναντι € 383 εκ. το 2020 (αύξηση

32,37%), με προφανή την επίδραση της πανδημίας COVID-19. Το 2022 η αγορά υποχώρησε στα € 468 εκ. και ο μέσος ετήσιος ρυθμός αύξησης την περίοδο 2013-2022 ανήλθε σε 4,24%⁷⁸.

2. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

75. Η αξία του εγχώριου κλάδου της ιδιωτικής Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανήλθε το 2022 συνολικά σε περίπου €1.440 εκ. Όσον αφορά τις **γενικές κλινικές** διαμορφώθηκε σε €1.064 εκ. παρουσιάζοντας αύξηση 4,3% σε σχέση με το 2021 και με ΜΕΡΜ 1,53% τη χρονική περίοδο 2012-2021. Όσον αφορά τις **μαιευτικές κλινικές**, η συνολική αξία των παρεχόμενων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας υπολογίζεται σε €243 εκ. το 2022 παρουσιάζοντας αύξηση 0,8% σε σχέση με το 2021 και με ΜΕΡΜ 2012-2022 1,92%. Όσον αφορά τα **κέντρα αποκατάστασης και θεραπείας**, η αντίστοιχη αξία υπολογίζεται σε €81 εκ. το 2022 παρουσιάζοντας μείωση 5,2% σε σχέση με το 2021 και με ΜΕΡΜ -2,47% τη χρονική περίοδο 2012-2022. Τέλος, για τις **ψυχιατρικές κλινικές** η αντίστοιχη αξία υπολογίζεται σε € 52 εκ. το 2022 παρουσιάζοντας μείωση 5,02% σε σχέση με το 2021 και με ΜΕΡΜ 2012-2022 ίσο με -5,02%⁷⁹.

II.4.3. Οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο υγείας

76. Η οικονομική ανάλυση των οριζόντιων συγκεντρώσεων στις αγορές υγείας έχει εστιάσει στις 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 αγοράς⁸⁰.
77. Τα συμπεράσματα της οικονομικής ανάλυσης σχετικά με την επίδραση των συγκεντρώσεων στον κλάδο της υγείας ποικίλουν. Ο Woolley (1989)⁸¹ επισημαίνει ότι η επίδραση ανακοινώσεων συγκεντρώσεων στην απόδοση των μετοχών των ανταγωνιστών είναι αρνητική. Ειδικότερα, όσο μεγαλύτερη είναι η επίδραση των συγκεντρώσεων στον τοπικό κλάδο υγείας, δηλαδή όσο περισσότερο αυξάνεται ο βαθμός συγκέντρωσης του κλάδου ως συνέπεια των συγχωνεύσεων, τόσο μεγαλύτερη είναι η αρνητική επίδραση στην μετοχική αξία των ανταγωνιστών. Με άλλα λόγια, οι εν λόγω συγκεντρώσεις οδηγούν κατά κύριο λόγο σε αύξηση της ισχύς στην αγορά των

⁷⁸ Βλ. Κλαδική Μελέτη Στόχασις (2023) «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας».

⁷⁹ Βλ. Κλαδική Μελέτη Στόχασις (2023) «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας».

⁸⁰ 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 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).

⁸¹ Woolley, M., J. (1989), The Competitive Effects of Horizontal Mergers in the Hospital Industry, *Journal of Health Economics*, 8, pp 271-91.

επιχειρήσεων που προκύπτουν από αυτές και όχι σε αύξηση της αποτελεσματικότητας προς όφελος των καταναλωτών. Οι Vita & Sacher (2001)⁸² υποστηρίζουν ότι μια συγκέντρωση μεταξύ ανταγωνιστών που μειώνει τον αριθμό τους στην αγορά (από τρεις σε δύο), οδηγεί σε σημαντικές αυξήσεις τιμών, οι οποίες δεν δικαιολογούνται από την παροχή υπηρεσιών/προϊόντων καλύτερης ποιότητας μετά την ολοκλήρωση της συγκέντρωσης. Οι Brekke et al. (2018)⁸³ αναφέρουν ότι οι συγκεντρώσεις ανταγωνιστικών επιχειρήσεων στον κλάδο της υγείας οδηγούν σε μείωση τους κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, σε σχέση με την επιδρασή τους στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι αυτό εξαρτάται από το πόσο σημαντική είναι η μείωση του κόστους. Στην περίπτωση όπου αυτή δεν είναι σημαντική, η αύξηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας δεν είναι σημαντική.

78. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν εμπειρικές μελέτες των συγκεντρώσεων σύμφωνα με τις οποίες ο αγοραστής προσπάθησε να επηρεάσει τη διαδικασία παραγωγής στα νοσοκομεία πραγματοποιώντας επενδύσεις στην τεχνολογία πληροφοριών υγείας και αλλάζοντας τη διοίκηση των νοσοκομείων, αλλά υπάρχουν ελάχιστες ενδείξεις ότι αυτές οι προσπάθειες βελτίωσαν τελικά την απόδοση, παρά τα σημαντικά οικονομικά κίνητρα και τους στόχους των αγοραστών⁸⁴. Οι μελέτες αυτές ενδεχομένως να θέτουν ερωτηματικά σχετικά με το πόσο επιτεύξιμα είναι τα κέρδη αποτελεσματικότητας των οριζόντιων συγκεντρώσεων νοσοκομείων που δύνανται να επικαλεστούν τα μέρη. Επίσης αναφέρεται στην εμπειρική βιβλιογραφία και η δυνατότητα η μεγάλη συγκέντρωση της αγοράς να οδηγήσει σε σημαντικές αυξήσεις κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης⁸⁵, ή οι οικονομικές αποτελεσματικότητες να επιτευχθούν μέσω εσωτερικής αναδιοργάνωσης των ιδιωτικών νοσοκομείων παρά μέσω συγκεντρώσεων⁸⁶.
79. Την περίοδο 2017-2024 γνωστοποιήθηκαν και εξετάστηκαν από την Επιτροπή Ανταγωνισμού σειρά οριζόντιων συγκεντρώσεων στο κλάδο της υγείας. Την περίοδο 2017-2019, τα επενδυτικά κεφάλαια CVC Capital Partners (εφεξής CVC) μέσω της θυγατρικής εταιρείας Hellenic Healthcare S.A.R.L (εφεξής και HHG) εξαγόρασαν σειρά ιδιωτικών κλινικών (Metropolitan, ΙΑΣΩ, ΥΓΕΙΑ, Creta Interclinic), οδηγώντας στην δημιουργία ενός ομίλου με σημαντική παρουσία στην ελληνική αγορά υγείας (κυρίως στην Αττική) και σε μεγαλύτερη συγκέντρωση στην αγορά (βλ. Παράρτημα Ι της παρούσης Έκθεσης). Το 2025, η HHG μεταβιβάστηκε στα επενδυτικά κεφάλαια της ADQ. Μεταξύ 2022 και 2024, οι συμμετοχές της Τράπεζας Πειραιώς στην ιδιωτική κλινική Ερρίκος Ντυνάν και Euromedica πέρασαν στα επενδυτικά κεφάλαια των

⁸² Vita, G., M., Sacher, S. (2001). The Competitive Effects of Non-For-Profit Hospital Mergers: A Merger Case, The Journal of Industrial Economics, XLIX, No 1, pp 63-84.

⁸³ Brekke, R., K., Siciliani, L., Straume, R. (2018). Hospital Mergers with regulated Prices, 8, Norwegian Competition Authority. Βλ. επίσης Siciliani, L., Chalkley, M., Gravelle, H. (2022). Does Provider Competition improve Health Quality and Efficiency? Health Systems and Policy Analysis, Policy Brief 48, World Health Organization.

⁸⁴ Βλ. S.Venkatesh, C. Syverson, A. Sacarny, R. Sadun, M. Gaynor, Opening the Black Box of Hospital Mergers, VoxEU CEPR (Jan. 2022).

⁸⁵ H. Azevedo & C. Mateus, Cost effects of hospital mergers in Portugal, (2014) 15 The European Journal of Health Economics 999-1010; M. Mariani, L. Grazia Sisti, C. Isonne, A. Nardi, R. Mete, W. R., P. Villari, C. De Vito, G. Damiani, Impact of hospital mergers: a systematic review focusing on healthcare quality measures, (2022) 32(2) European Journal of Public Health 191-199; M. Giancotti, A. Guglielmo, M. Mauro, Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search, (2017) Mar 29 12(3) e0174533, doi: 10.1371/journal.pone.0174533 (η οποία αναφέρει θετικά αποτελέσματα κατόπιν της συγκέντρωσης σχετικά με τις οικονομίες κόστους για νοσοκομεία έως 200 κρεβάτια αλλά αρνητικά για νοσοκομεία άνω των 200 κρεβατιών). Βλ. όμως και βιβλιογραφία η οποία αναφέρει θετικά αποτελέσματα, T. Kristensen, P. Bogetoft, K. Moeller Pedersen, Potential gains from hospital mergers in Denmark, (2010) 13(4) Health Care Manag Sci, 334-345. M. Schmitt, Do hospital mergers reduce costs? (2017) 52 Journal of Health Economics 74-94; T. Harison, Do mergers really reduce costs? Evidence from hospitals, (2011) 49(4) Economic Inquiry 1054-1069 (μελέτη που αναφέρει άμεσα θετικά αποτελέσματα σχετικά με τις οικονομίες κόστους, τα οποία όμως με την πάροδο του χρόνου εξασθενούν).

⁸⁶ A. Flokou, V. Aletras, D. Miakas, Decomposition of potential efficiency gains from hospital mergers in Greece, (2017) 20 Healthcare Management Science 467-484.

επενδυτικών κεφαλαίων Blantyre, τα οποία σήμερα έχουν αποκλειστικό έλεγχο της ιδιωτικής κλινικής Ερρίκος Ντυνάν και της Euromedica. Η γυναικολογική κλινική ΙΑΣΩ βρίσκεται από το 2021 υπό τον έλεγχο της Oaketree.

Π.4.4. Βασικοί παίκτες σήμερα

80. Οι κύριοι ιδιωτικοί όμιλοι παρόχων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι: α) ο όμιλος HELLENIC HEALTHCARE GROUP (ο οποίος πλέον ανήκει στο επενδυτικό σχήμα ADQ), β) ο όμιλος ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, γ) ο όμιλος ΙΑΣΩ, δ) ο όμιλος ΗΜΙΘΕΑ (συμπεριλαμβανομένου του ομίλου EUROMEDICA (ο οποίος ανήκει στο επενδυτικό σχήμα Blantyre), ε) ο όμιλος ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ και στ) Μεταξύ των παρόχων που δεν εντάσσονται σε ευρύτερα επιχειρηματικά σχήματα/ομίλους, οι τρεις μεγαλύτεροι σε όρους κύκλου εργασιών είναι η Ευρωκλινική Αθηνών ΑΕ, η Νοσηλευτική ΑΕ (κλινική Αγ. Λουκάς-Θεσσαλονίκη) και η Κλινική Δραγίνη ΑΕ (Mediterraneo Hospital). Ενδεικτικά, το 2023 οι τρεις αυτοί πάροχοι είχαν αθροιστικά κύκλο εργασιών περί τα 158 εκ ευρώ⁸⁷.
81. Ο όμιλος HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG)⁸⁸ ανήκε στον επενδυτικό οργανισμό CVC Capital Partners έως τον Μάρτιο 2025 όταν και απέκτησε αποκλειστικό έλεγχο επί αυτού η εταιρεία Pure Health Holdings PJSC, μέλος του επενδυτικού σχήματος ADQ με έδρα στα ΗΑΕ. Σήμερα ο HHG διαθέτει επτά (7) θεραπευτήρια, το Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ, το METROPOLITAN HOSPITAL, τη Γενική, Μαιευτική Γυναικολογική & Παιδιατρική Κλινική ΜΗΤΕΡΑ, το METROPOLITAN GENERAL, το Μαιευτικό Γυναικολογικό & Χειρουργικό Κέντρο ΛΗΤΩ, το CRETA INTERCLINIC στην Κρήτη και το CITY HOSPITAL στην Πελοπόννησο, τα διαγνωστικά κέντρα HEALTHSPOT στην Αθήνα, Σαντορίνη και Μύκονο, τα Διαγνωστικά Κέντρα “PLATON DIAGNOSIS” στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη, την εταιρεία Y-LOGIMED με αντικείμενο την εμπορία ιατροτεχνολογικών προϊόντων, το Μοριακής Βιολογίας & Κυτταρογενετικής ΑΛΦΑΛΑΒ και την εταιρεία BUSINESS CARE που παρέχει υπηρεσίες ασφάλειας και υγείας στην εργασία, σε επιχειρήσεις και οργανισμούς, το εκπαιδευτικό κέντρο HEAL ACADEMY και τη μονάδα υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ΥΓΕΙΑ IVF EMBRYOGENESIS. Δραστηριοποιείται και στην Κύπρο (Λευκωσία) με δύο κλινικές (Απολλώνειο και Αρεταίειο). Ο όμιλος έχει συνολικά 1.630 κλίνες, απασχολεί 5.359 εργαζόμενους και συνεργάζεται με ένα δίκτυο 6.662 ιατρών.
82. Ο όμιλος ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ξεκίνησε την πορεία του το 1984, με την ίδρυση του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών στο Μαρούσι. Σήμερα, ο όμιλος διαθέτει επτά (7) νοσηλευτικές μονάδες σε Αθήνα και Θεσσαλονίκη, ήτοι το ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ με το ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΘΗΝΩΝ, το ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, το ΙΑΤΡΙΚΟ ΨΥΧΙΚΟΥ, το ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΑΛΑΙΟΥ ΦΑΛΗΡΟΥ, το ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΑΦΝΗΣ και το ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ, τέσσερα (4) διαγνωστικά κέντρα στη Ρουμανία με την επωνυμία MEDSANA και έχει σταθερές συνεργασίες στη Βόρεια Αφρική και σε χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης. Ο όμιλος διαθέτει συνολικά 1.200 κλίνες, απασχολεί περί τους 3.000 εργαζόμενους και συνεργάζεται με ένα δίκτυο 2.800 γιατρών.
83. Ο όμιλος ΙΑΣΩ ιδρύθηκε το Μάιο του 1996, με τη λειτουργία της κλινικής ΙΑΣΩ. Οι κλινικές του ομίλου ΙΑΣΩ καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα διαγνωστικών, θεραπευτικών και ερευνητικών υπηρεσιών. Σήμερα ο όμιλος ΙΑΣΩ περιλαμβάνει τις εταιρείες: ΙΑΣΩ Γενική Κλινική, ΙΑΣΩ Μαιευτική Γυναικολογική Κλινική, ΙΑΣΩ ΠΑΙΔΩΝ Παιδιατρική Κλινική, ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

⁸⁷ Από την έρευνα δεν προέκυψαν στοιχεία ύπαρξης κοινών συμμετοχών ή κοινών μελών διοίκησης μεταξύ των κυριότερων παρόχων υγείας.

⁸⁸ Τα στοιχεία των εταιρειών που καταγράφονται σε αυτή την υποενότητα προέρχονται από τη μελέτη ICAP, “Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας», Οκτώβριος 2024.

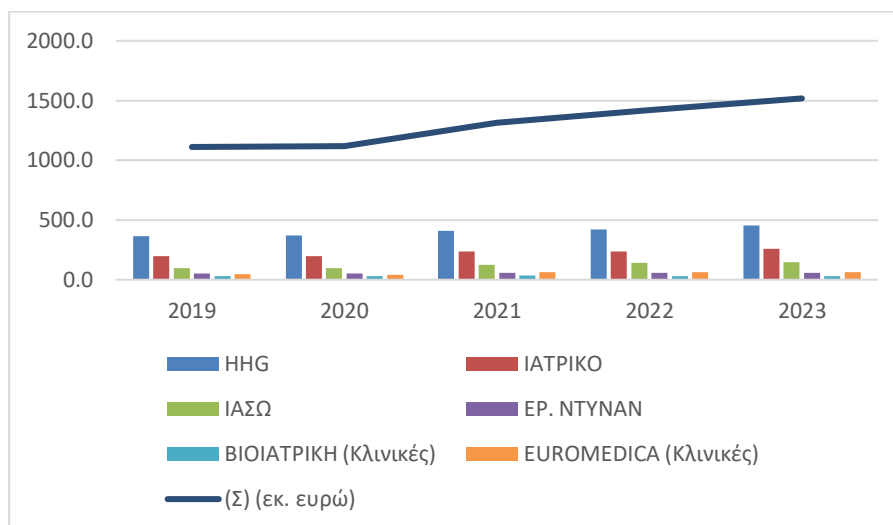
Μαιευτική Γυναικολογική Γενική Κλινική, MEDSTEM SERVICES με αντικείμενο την λειτουργία της τράπεζας φύλαξης βλαστικών κυττάρων. Ο όμιλος έχει δυναμικότητα συνολικά 650 κλίνες και έχει συνεργασία με περισσότερους από 1.300 γιατρούς.

84. Ο όμιλος ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ δραστηριοποιείται στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας από το 1981. Σήμερα διαθέτει 70 αυτόνομα Διαγνωστικά Κέντρα παροχής ιατρικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε Ελλάδα και Κύπρο, τα οποία δέχονται περισσότερες από 3.000.000 επισκέψεις το χρόνο. Ο όμιλος ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ επεκτάθηκε και στο χώρο της δευτεροβάθμιας περίθαλψης με δύο (2) κλινικές: την ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ και τη ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ. Επίσης διαθέτει ένα Κέντρο Διεθνών Ασθενών και τις οδοντιατρικές μονάδες BIOMEDSMILE Αθήνας, Αλίμου, Καλλιθέας, Κηφισιάς, Περιστερίου, Θεσσαλονίκης και Καλαμαριάς. Ο όμιλος κατέχει το πλειοψηφικό πακέτο μετοχών του μεγαλύτερου κλινικού εργαστηρίου της Κύπρου, της YIANNOUKAS MEDICAL LABORATORIES LTD, με έδρα την Λευκωσία στην Κύπρο, και έχει εξαγοράσει πλήρως το απεικονιστικό εργαστήριο ΑΛΦΑ ΕΥΡΕΣΙΣ. Διατηρεί επίσης ένα Διατροφολογικό – Εργομετρικό Κέντρο και ένα Δερματολογικό Κέντρο.
85. Ο όμιλος ΗΜΙΘΕΑ ήλεγχε κατά την περίοδο που εξετάζεται την κλινική ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ, ενώ το 2024 εγκρίθηκε από την ΕΑ η εξαγορά από την ΗΜΙΘΕΑ των κλινικών που λειτουργούσε ο όμιλος EUROMEDICA (συνολικά 8 κλινικές και κέντρα αποκατάστασης).
86. Ο όμιλος EUROMEDICA ιδρύθηκε το 1989 από ομάδα 65 ιατρών. Μετά την προαναφερθείσα απόσχιση των κλινικών και την πώλησή τους στην ΗΜΙΘΕΑ, η EUROMEDICA παρέχει πλέον υπηρεσίες στο χώρο της Πρωτοβάθμιας υγείας έχοντας παρουσία στις μεγαλύτερες ελληνικές πόλεις. Ο όμιλος EUROMEDICA περιλαμβάνει συνολικά τριάντα τρεις (33) μονάδες Υγείας (είκοσι τρία (23) Διαγνωστικά Κέντρα, επτά (7) Ιδιωτικές Κλινικές, ένα (1) Κέντρο Αποκατάστασης, μία (1) Μονάδα Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής και ένα (1) Κέντρο Κοσμητικής Δερματολογίας) σε λειτουργία σε όλη την Ελλάδα (Αττική, Θεσσαλονίκη, Πιερία, Αλεξανδρούπολη, Λάρισα, Δωδεκάνησα, Κρήτη).

Π.4.5. Κύκλος Εργασιών και Κερδοφορία

87. Η εξέλιξη του συνολικού κύκλου εργασιών (σε εκ. ευρώ) **από τη λειτουργία κλινικών** των βασικών 6 ομίλων νοσοκομειακών παρόχων κατά την πενταετία 2019-2023 έχει ως ακολούθως.

Διάγραμμα 4: Κύκλοι εργασιών μεγαλύτερων νοσοκομειακών παρόχων υγείας



Πηγή: Απαντητικές επιστολές εταιρειών, δημοσιευμένες οικονομικές καταστάσεις, μελέτη ICAP «Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας» (Οκτώβριος 2024).

Στοιχεία Κερδοφορίας

88. Βάσει των δημοσιευμένων οικονομικών καταστάσεων, παρατηρείται μεσοπρόθεσμα μια διατήρηση ή ουσιαστική βελτίωση της λειτουργικής κερδοφορίας (EBITDA, ως ποσοστό του κύκλου εργασιών) των εταιρειών. Έτσι, παραδείγματος χάριν, οι επτά (7) κυριότερες κλινικές του Ομίλου HHG ως σύνολο, βελτίωσαν το EBITDA το 2019 κατά 6,5 ποσοστιαίες μονάδες (από 15,9% το 2018 σε 22,4%), και το οποίο διατηρήθηκε σε αυτά τα επίπεδα μέχρι και το 2023, ενώ παράλληλα επετεύχθη αύξηση του κύκλου εργασιών κατά 24% συνολικά για την περίοδο 2019-2023.
89. Επίσης, η ΗΜΙΘΕΑ/Blantyre (ΕΡΡΙΚΟΣ NTYNAN) που όλη την περίοδο 2016-2023 παρουσίαζε αρνητικό EBITDA (ξεκινώντας από -32%) το 2023 το είχε σχεδόν μηδενίσει (-1,4%). Από την άλλη πλευρά, το ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ παρουσιάζει διαχρονική σταθερότητα στο EBITDA, περί του 12%, ενώ την περίοδο 2019-2023 παρουσίασε αύξηση κύκλου εργασιών κατά 33% συνολικά.

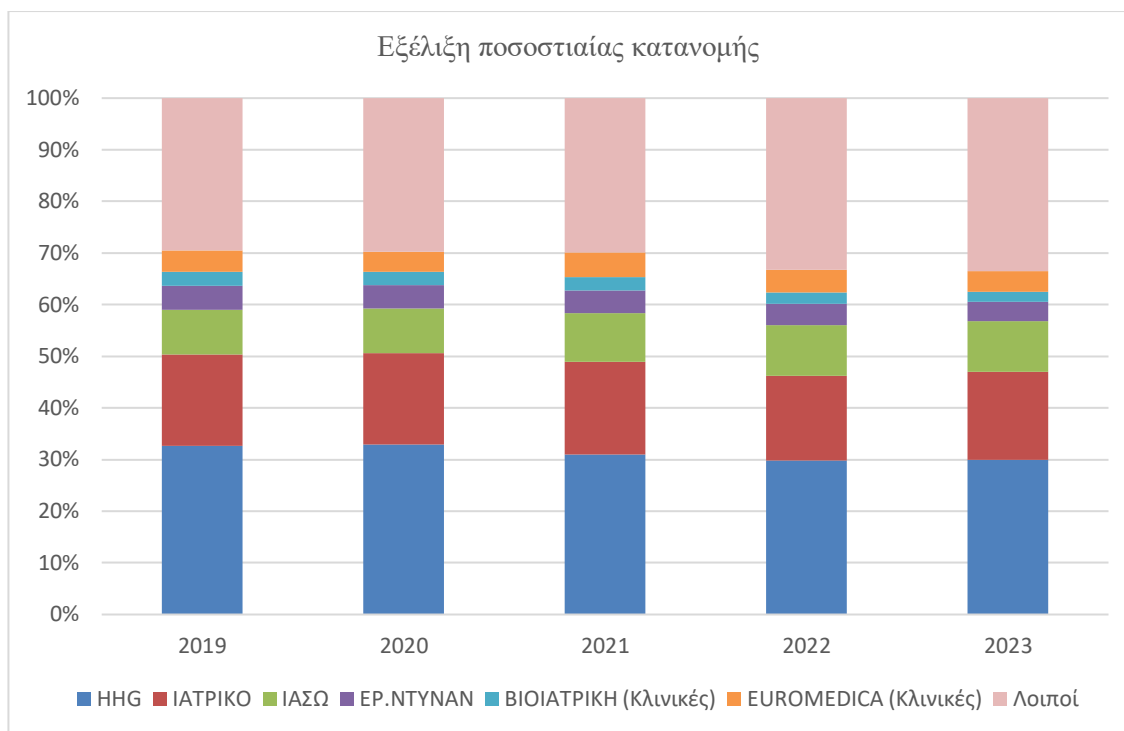
Π.4.6. Θέση των ανταγωνιστών και βαθμός συγκέντρωσης⁸⁹

90. Βάσει των παραπάνω στοιχείων κύκλου εργασιών, η εκτιμώμενη συνολική κατάταξη των παικτών (με προβολή προς τα πίσω του καθεστώτος ελέγχου που ίσχυε κατά το 2023), για την πενταετία 2019-2023, καθώς και ο δείκτης συγκέντρωσης της αγοράς, έχουν ως ακολούθως:

Πίνακας 8/Διάγραμμα 5: Ποσοστιαία κατανομή βάση κύκλου εργασιών

Νοσοκομειακοί Πάροχοι πανελλαδικώς (2019-2023) - Κατάταξη (%)					
	2019	2020	2021	2022	2023
HHG	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]
ΙΑΤΡΙΚΟ	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]
ΙΑΣΩ	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
EUROMEDICA	[0-5%]	[0-5%]	[0-5%]	[0-5%]	[0-5%]
ΗΜΙΘΕΑ (ΕΡΡΙΚΟΣ NTYNAN)	[0-5%]	[0-5%]	[0-5%]	[0-5%]	[0-5%]
ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ	[0-5%]	[0-5%]	[0-5%]	[0-5%]	[0-5%]
Λοιποί	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]	33,3	[25-35%]
	100%	100%	100%	100%	100%
CR3	59	59,2	58,3	56	56,8
Δείκτης συγκέντρωσης HH1	1.515	1.527	1.434	1.311	1.333

⁸⁹ Σημειώνεται ότι οι πληροφορίες που παρέχονται στην παρούσα έρευνα δεν συνιστούν στοιχεία για τα μερίδια αγοράς ανταγωνιστών σε σαφώς οριοθετημένες σχετικές αγορές.

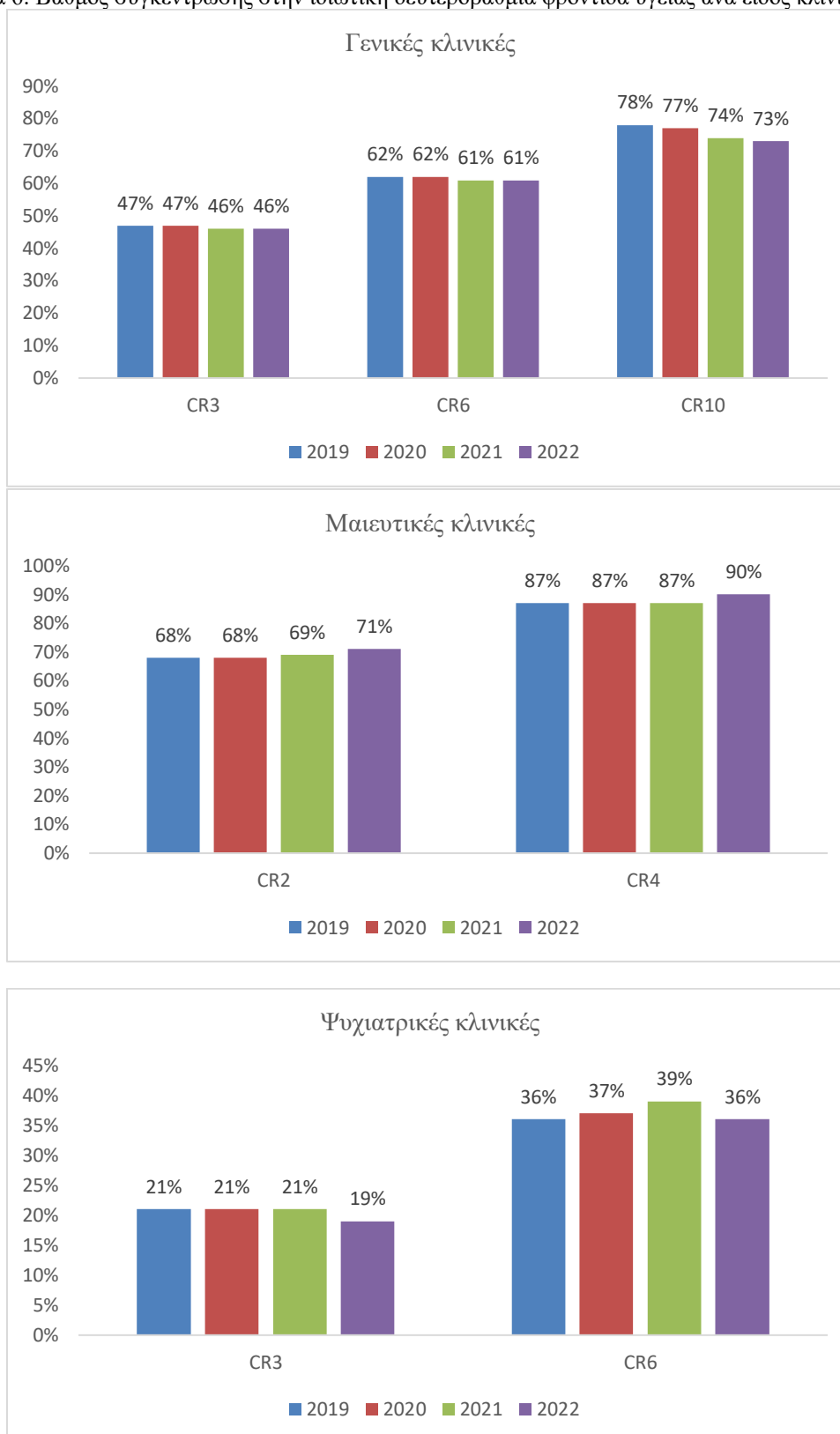


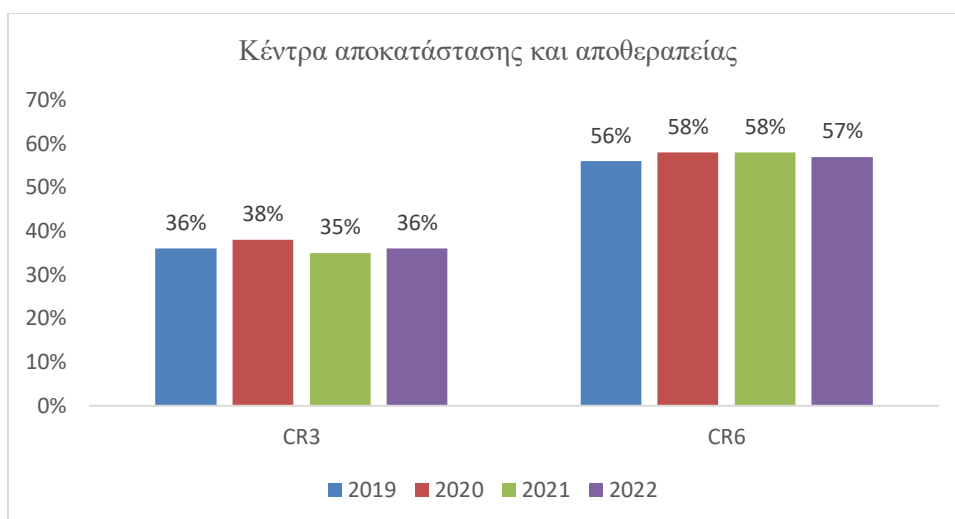
91. Διαπιστώνεται ότι το αθροιστικό μερίδιο των τριών μεγάλων ομίλων της αγοράς δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας δείχνει τάσεις ελαφράς διαχρονικής μείωσης, υπέρ των μικρότερων κλινικών που δραστηριοποιούνται στον χώρο. Το 2023, δύο όμιλοι (HHG και Ιατρικό) συγκεντρώνουν το 47% της αγοράς, με τον όμιλο ΙΑΣΩ να ακολουθεί με μερίδιο της τάξεως του 10%.
92. Ως ένα βαθμό, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η διαδοχική εξαγορά ιδιωτικών κλινικών από τα κεφάλαια CVC, και η εντεύθεν αύξηση του βαθμού συγκέντρωσης, λαμβάνει χώρα κυρίως κατά την περίοδο 2017-2019. Αντιθέτως, οι συγκεντρώσεις που λαμβάνουν χώρα κατά την περίοδο 2020-2023 συνίστανται κυρίως σε εξαγορές ιδιωτικών κλινικών από επενδυτικά κεφάλαια τα οποία δεν ελέγχουν άλλες εταιρείες χαρτοφυλακίου δραστηριοποιούμενες στις ίδιες αγορές. Σημειώνεται πάντως ότι από το 2024 και εξής ενοποιούνται τα μερίδια της ΗΜΙΘΕΑ (ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ) και των κλινικών της EUROMEDICA λόγω της προαναφερθείσας συγκέντρωσης.

II.4.7. Βαθμός συγκέντρωσης ανά κατηγορία

93. Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας συνολικά παρουσιάζει μέτριο βαθμό συγκέντρωσης, με έξι (6) σημαντικούς ομίλους να δραστηριοποιούνται σε αυτόν (HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG), ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΙΑΣΩ, ΗΜΙΘΕΑ/ΣΤΡΙΧ FARALON (Νοσ. ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ και EUROMEDICA), και τρεις ισχυρούς ανεξάρτητες εταιρείες (ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΓ. ΛΟΥΚΑΣ (Θεσ/κη), MEDITERRANEO. Τα τελευταία έτη έχουν γίνει εξαγορές στον κλάδο από επενδυτικά κεφάλαια, χωρίς να μεταβάλλεται δραματικά ο βαθμός συγκέντρωσης από το 2019 έως το 2022. Διαχωρίζοντας τον κλάδο σε κατηγορίες, ο υψηλότερος βαθμός συγκέντρωσης εμφανίζεται στην κατηγορία των μαιευτικών κλινικών, όπου το CR2 το 2022 είναι 71% και το CR4 αντιστοιχεί στο 90% (βλ. Διάγραμμα 6).

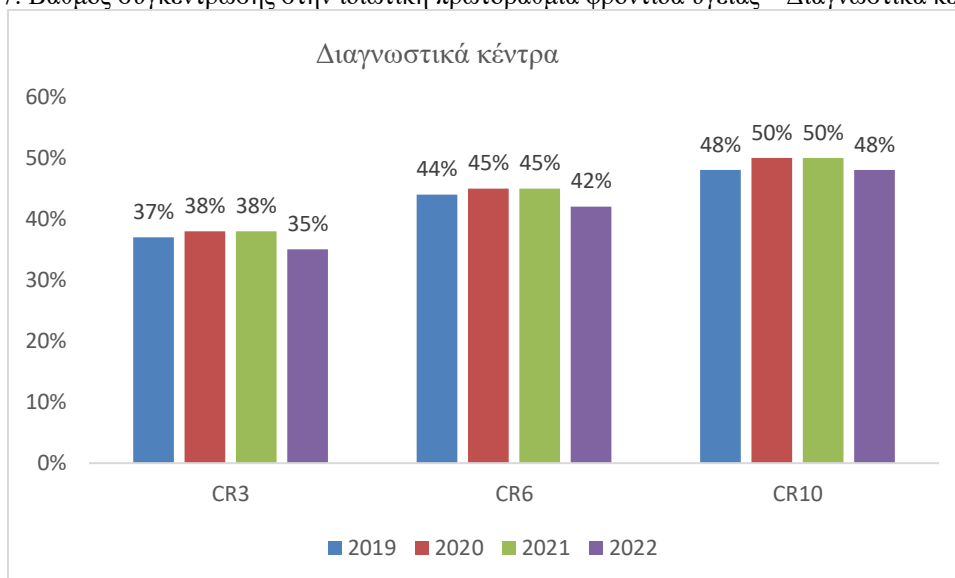
Διάγραμμα 6: Βαθμός συγκέντρωσης στην ιδιωτική δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας ανά είδος κλινικής





Πηγή: Κλαδική Μελέτη Στόχασις «Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας» 2020, 2021, 2022, 2023.

Διάγραμμα 7: Βαθμός συγκέντρωσης στην ιδιωτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – Διαγνωστικά κέντρα



Πηγή: Κλαδική Μελέτη Στόχασις «Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας» 2020, 2021, 2022, 2023.

Π.5. Καθετοποίηση των Παρόχων Υπηρεσιών Υγείας: επιπτώσεις στον ανταγωνισμό

Π.5.1. Εθνική Ασφαλιστική / CVC

94. 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 οποίο ανήκε⁹⁰ το 60% της HHG, δεν αξιολογήθηκε από την ελληνική Επιτροπή Ανταγωνισμού, αλλά από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή η οποία την ενέκρινε άνευ όρων το 2022. Η υπόθεση αυτή προσέφερε τη

⁹⁰ Όπως προαναφέρθηκε ο όμιλος εξαγοράστηκε από την Pure Health Holding PJSC, UAE.

δυνατότητα να εξεταστούν πιθανές αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις από μη οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο της υγείας⁹¹.

95. Παρότι η αγορά έχει έκτοτε εξελιχθεί καθώς πλέον η HHG έχει εξαγοραστεί από την Pure Health, ενώ, κατά το χρόνο σύνταξης του παρόντος, η Τράπεζα Πειραιώς έχει γνωστοποιήσει την εξαγορά της Εθνικής Ασφαλιστικής είναι ενδιαφέρον να αποτυπωθούν τα πιθανά προβλήματα που εντόπισε η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και πως τα αξιολόγησε :
96. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή εξέτασε τρεις ενδεχόμενες πρακτικές κάθετου αποκλεισμού πρόσβασης σε εισροές (**input foreclosure**) στις οποίες θα μπορούσε να προχωρήσει η νέα καθετοποιημένη οντότητα: (α) πρακτικές πλήρους κάθετου αποκλεισμού, με τη νέα οντότητα να προσφέρει γενικές ιδιωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες εντός Αττικής μόνο σε ασφαλισμένους της Εθνικής Ασφαλιστικής και όχι σε ασφαλισμένους ανταγωνιστικού ασφαλιστικού φορέα υγείας στην Ελλάδα, (β) πρακτικές μερικού κάθετου αποκλεισμού με βάση τις τιμές, με τη νέα οντότητα να αυξάνει τις τιμές που προσέφερε σε ανταγωνιστές της Εθνικής Ασφαλιστικής για υπηρεσίες γενικού ιδιωτικού νοσοκομείου στην Αττική, και (γ) πρακτικές μερικού αποκλεισμού που δεν βασίζονται στην τιμή, με τη νέα οντότητα (i) να δυσκολεύει τους ασφαλισμένους σε ανταγωνιστές της Εθνικής Ασφαλιστικής να λαμβάνουν αποζημίωση για τις ιατρικές αμοιβές που πλήρωσαν σε νοσοκομεία της νέας οντότητας στην Αττική ή (ii) με τη νέα οντότητα να αποσύρει τα οφέλη που προσέφερε σε αυτούς που δεν ήταν ασφαλισμένοι στην Εθνική Ασφαλιστική και να τα διατηρεί μόνο για τους ασφαλισμένους της Εθνικής Ασφαλιστικής.
97. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή αναγνώρισε ότι οι υπηρεσίες ιδιωτικών νοσοκομείων αποτελούν μία σημαντική εισροή για τις υπηρεσίες ασφάλισης υγείας στην κατάντη αγορά και αντιπροσωπεύουν περίπου το 50% του κόστους των ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, αλλά έλαβε υπόψη της τόσο τη λειτουργία ανταγωνιστικών ιδιωτικών νοσοκομείων (π.χ. όμιλος Ιατρικού Κέντρου) τα οποία παρέχουν αντίστοιχου επιπέδου νοσοκομειακές υπηρεσίες, όσο και πιθανές στρατηγικές των ανταγωνιστών της Εθνικής Ασφαλιστικής σε συνεργασία με άλλα νοσοκομεία που θα μπορούσαν να αποτρέψουν πρακτικές κάθετου αποκλεισμού, και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι είναι αβέβαιο εάν η νέα οντότητα θα είχε τη δυνατότητα αποκλεισμού. Κατόπιν εξέτασε τα κίνητρα της νέας οντότητας να αποκλείσει τους ανταγωνιστές της Εθνικής Ασφαλιστικής, και σημειώνοντας τη σχετική μικρή μετακίνηση καταναλωτών/ασθενών μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών υγείας στην Ελλάδα, το γεγονός ότι οι ασθενείς χρησιμοποιούν διαφορετικά νοσοκομεία (multihome) και δεν δείχνουν κάποια ιδιαίτερη προτίμηση για τα νοσοκομεία της νέας οντότητας, ενώ οι ιατροί επίσης συνεργάζονται, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, με διάφορα νοσοκομεία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η νέα οντότητα δεν θα είχε κίνητρα να αποκλείσει τις ανταγωνιστικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις από την πρόσβαση στα νοσοκομεία του ομίλου HHG που θα ήλεγχε, ειδικά λόγω του γεγονότος ότι περίπου ποσοστό 70-80% των εσόδων των νοσοκομείων του ομίλου HHG προέρχονται από ανταγωνιστές της Εθνικής Ασφαλιστικής. Σχετικά με τις επιπτώσεις στον ανταγωνισμό η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ανέφερε ότι η αγορά για τις υπηρεσίες ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα είναι ανταγωνιστική και χαρακτηρίζεται από την λειτουργία ισχυρών ανταγωνιστών και από χαμηλούς φραγμούς εισόδου.
98. Ως προς τη δεύτερη θεωρία βλάβης, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή επίσης εξέτασε πιθανές πρακτικές αποκλεισμού από τη νέα οντότητα πρόσβασης των ανταγωνιστών του ομίλου HHG σε πελάτες (**customer foreclosure**) μέσω ενδεχομένων πρακτικών (α) συνολικού αποκλεισμού, με την Εθνική Ασφαλιστική να προσφέρει ένα κλειστό σύστημα ασφαλιστικών προϊόντων για υπηρεσίες υγείας προσφερόμενες μόνο από νοσοκομεία του ομίλου HHG, (β) μερικού αποκλεισμού επί τη βάση των κανόνων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, με την Εθνική Ασφαλιστική (i) να επιβάλει υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής σε δαπάνες σε ασφαλισμένους της Εθνικής Ασφαλιστικής που

⁹¹ Ευρ. Επιτροπή, Απόφαση M.10301 - CVC / ΕΘΝΙΚΙ (24.2.2022).

θα επέλεγαν ανταγωνιστικά ιδιωτικά νοσοκομεία ή (ii) να ζητά κάποιας μορφής προ-έγκριση για τη χρήση των νοσοκομείων αυτών, και (γ) μερικού αποκλεισμού που δεν θα βασιζόταν στους κανόνες του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, με την Εθνική Ασφαλιστική (i) να κατευθύνει μέσω του τηλεφωνικού της κέντρου ή των ασφαλιστικών της συμβούλων ή/και να διαφημίζει με εμφανέστερο τρόπο τα πλεονεκτήματα που προσφέρουν τα νοσοκομεία του ομίλου ΗΗG σε σχέση με τα ανταγωνιστικά νοσοκομεία ή (ii) με το να προσφέρει άμεσα κάλυψη ασφαλιστικού κινδύνου για υπηρεσίες ρομποτικής χειρουργικής μόνο σε νοσοκομεία του ομίλου ΗΗG και όχι σε ανταγωνιστικά νοσοκομεία.

99. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή διαπίστωσε ότι, αν και θα είχε το σχετικό οικονομικό κίνητρο, η νέα οντότητα δεν θα είχε τη δυνατότητα να αποκλείσει την πρόσβαση ανταγωνιστικών παρόχων υγείας σε πελάτες. Αφενός, η νέα οντότητα θα είχε το κίνητρο αποκλεισμού ιδιωτικών παρόχων γενικών υπηρεσιών υγείας στην Αττική, γιατί, πρώτον, οι ασθενείς επιλέγουν διαφορετικά νοσοκομεία σχετικά εύκολα (consumer switching) και υπάρχει multi-homing των ιατρών και των ασθενών, και (β) λόγω των μεγαλύτερων περιθωρίων κέρδους του ομίλου ΗΗG σε σχέση με αυτών της Εθνικής Ασφαλιστικής, τα οποία συνδυαστικά κάνουν επικερδή μία στρατηγική αποκλεισμού πρόσβασης σε πελάτες.
100. Αφετέρου, η νέα οντότητα δεν θα είχε τη δυνατότητα αποκλεισμού, διότι (α) η Εθνικής Ασφαλιστική δεν διέθετε ισχύ αγοράς, καθώς οι πελάτες της αντιπροσώπευαν το 20-30% των εσόδων των νοσοκομείων του ομίλου ΗΗG στην Αττική, και (β) οι ανταγωνιστές της νέας οντότητας θα μπορούσαν να αναπτύξουν αντίθετες στρατηγικές ώστε να αποφύγουν τον αποκλεισμό. Σημειώνοντας ότι η αγορά ασφάλειας υγείας στην Ελλάδα είναι ταχύτατα αναπτυσσόμενη, η Ευρ. Επιτροπή απέκλεισε το ενδεχόμενο η νέα οντότητα να προχωρήσει από ένα σύστημα ανοιχτού δικτύου, όπως είναι τώρα, σε μία κλειστού δικτύου, λόγω του σημαντικού κόστους να αλλάξουν τα ασφαλιστήρια και τη μικρή ζήτηση για υπηρεσίες κλειστού δικτύου από τους πελάτες της Εθνικής Ασφαλιστικής.
101. Σημείωσε επίσης ότι δεν θεωρούσε δυνατό για την Εθνική Ασφαλιστική να αναπτύξει τις πρακτικές μερικού αποκλεισμού που αναφέρθηκαν παραπάνω λόγω του σημαντικού ποσοστού ασφαλιστηρίων συμβολαίων μεγάλης διάρκειας και της δυσκολίας της να επιβαρύνει τους πελάτες της με μειονεκτικότερους όρους. Επιπλέον, η Ευρ. Επιτροπή δεν θεώρησε ότι η Εθνική Ασφαλιστική δεν θα είχε τη δυνατότητα να προχωρήσει σε αποκλεισμό πρόσβασης σε πελάτες μέσω πρακτικών καλύτερης διαφημιστικής προώθησης των νοσοκομείων του ομίλου ΗΗG, καθώς η Εθνική Ασφαλιστική είχε ήδη προβεί σε προωθητικές ενέργειες και για άλλα νοσοκομεία καθώς και λόγω του μικρού ρόλου που έχει η διαφημιστική προώθηση στην αγορά αυτή λόγω της προκλητής ζήτησης (οι ασθενείς επιλέγουν νοσοκομεία ακολουθώντας τις συμβουλές των ιατρών τους). Τέλος, η Ευρ. Επιτροπή σημείωσε ότι η Εθνική Ασφαλιστική ήδη έχει συμφωνία άμεσης πληρωμής αποζημίωσης για υπηρεσίες ρομποτικής χειρουργικής μόνο με τον όμιλο Υγεία, αλλά αυτό δεν της δίνει τη δυνατότητα αποκλεισμού πρόσβασης σε πελάτες καθώς, μεταξύ άλλων, οι υπηρεσίες ρομποτικής χειρουργικής αποτελούν ένα μικρό μέρος των ενδοноσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και σε κάθε περίπτωση η Εθνική Ασφαλιστική ήδη προσφέρει άμεση αποζημίωση για ρομποτική προστατεκτομή σε ασθενείς του ομίλου του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών και της Ευρωκλινικής, καταλήγοντας ότι η νέα οντότητα δεν θα είχε τη δυνατότητα αποκλεισμού των ανταγωνιστών της από πρόσβαση σε πελάτες.
102. Η Ευρ. Επιτροπή όμως κατέληξε ότι τυχόν αποκλεισμός πρόσβασης σε πελάτες δεν θα είχε αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις, τόσο λόγω του σχετικά μικρού μεριδίου της Εθνικής Ασφαλιστικής στα έσοδα των ιδιωτικών νοσοκομείων στην Αττική, όσο και της ιδιαιτερότητας της ζήτησης σε αυτή την αγορά, και το σημαντικό ρόλο των συμβουλών των ιατρών στις επιλογές νοσοκομείου από τους ασθενείς με ασφάλιση. Επίσης, η Ευρ. Επιτροπή δεν αποδέχθηκε τη θέση κάποιων ιδιωτικών νοσοκομείων ότι η συγκεκριμένη συγκέντρωση θα είχε επιπτώσεις στα κίνητρα και τη δυνατότητα των ανταγωνιστικών νοσοκομείων σε αυτά του ομίλου ΗΗG να επενδύσουν στην

καινοτομία ή να προσελκύσουν εξειδικευμένους υψηλού επιπέδου ιατρούς, λόγω του γεγονότος ότι οι ανταγωνιστές της νέας οντότητας ήδη προχωρούν σε προγράμματα επενδύσεων, η συγκέντρωση δεν θα πλήξει την κερδοφορία των ανταγωνιστών, ενώ μόνο ένα ποσοστό 10-20% των ιατρών του ομίλου HHG έχουν συμβάσεις αποκλειστικότητας με τα νοσοκομεία του ομίλου, και συνήθως οι περισσότεροι ιατροί συνεργάζονται με περισσότερα (multihoming), αλλά και η ύπαρξη υπερσύγχρονων εγκαταστάσεων δεν αποτελεί τη μοναδική και τη σημαντικότερη παράμετρο που λαμβάνουν οι ιατροί υπόψη για να αποφασίσουν με ποιο ιδιωτικό νοσοκομείο να συνεργαστούν. Συνεπώς, η Ευρ. Επιτροπή αποφάσισε ότι η συγκέντρωση δεν είχε κάθετα αντι-ανταγωνιστικά αποτελέσματα και δεν υπήρχαν σοβαρές αμφιβολίες ως προς το συμβατό αυτής με τις απαιτήσεις λειτουργίας του ανταγωνισμού στις επιμέρους αγορές στις οποίες αφορά.

103. Περαιτέρω, η ΕΕπ εξέτασε τυχόν αποκλεισμό ανταγωνιστών της Εθνικής Ασφαλιστικής και της HHG από την πρόσβαση του ενός μέρους σε ευαίσθητες πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες των ανταγωνιστών του άλλου (δεδομένα ασθενών και ιατρών). Η ΕΕπ κατέληξε ότι η νέα οντότητα δεν θα είχε την ικανότητα ή το κίνητρο να χρησιμοποιήσει τα ευαίσθητα δεδομένα προκειμένου να αποκτήσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών της, και σε κάθε περίπτωση, μια τέτοια χρήση των δεδομένων δεν θα είχε αρνητικές επιπτώσεις στον ανταγωνισμό.
104. Η συγκέντρωση CVC/Εθνική Ασφαλιστική αποτέλεσε νέο διαρθρωτικό φαινόμενο καθετοποίησης στην ελληνική αγορά υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας. Από τα στοιχεία που συνέλεξε η ΕΑ στο πλαίσιο της παρούσας κλαδικής έρευνας, κατέστη δυνατή η δειγματοληπτική διερεύνηση ορισμένων από τις θεωρίες βλάβης που εξετάστηκαν από την ΕΕ σε σχέση με τη συγκέντρωση⁹². Συγκεκριμένα, εξετάστηκε κατά πόσο εμφανίστηκε το φαινόμενο «patient steering» μέσω (α) της εξέλιξης στη σχέση καταβληθεισών αποζημιώσεων από την Εθνική Ασφαλιστική προς παρόχους εντός και εκτός ομίλου HHG και (β) της εξέλιξης στα ποσοστά απόρριψης αιτημάτων αποζημίωσης από παρόχους εντός και εκτός ομίλου HHG που συνδέονται ειδικότερα με την πιθανή πρακτική επιβολής υψηλότερων ποσοστών συμμετοχής σε δαπάνες σε ασφαλισμένους της Εθνικής Ασφαλιστικής που θα επέλεγαν ανταγωνιστικές ιδιωτικές κλινικές νοσοκομεία.
105. Αναφορικά με την εξέλιξη των αποζημιώσεων που κατέβαλε η ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ προς παρόχους υγείας του ομίλου HHG σε σύγκριση με παρόχους εκτός ομίλου, παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί για κάθε ένα ευρώ προς τους τρίτους πόσα ευρώ κατέβαλε η ΕΘΝΙΚΗ προς τους παρόχους υγείας του ομίλου HHG.

Πίνακας 9: Αναλογία αποζημιώσεων ΕΘΝΙΚΗΣ προς παρόχους HHG ως προς τρίτους

2020	2021	2022	2023	2024
1,78	1,88	2,01	1,39	1,35

Πηγή: Έρευνα ΓΔΑ

106. Από τον ανωτέρω πίνακα, προκύπτει ανοδική τάση του δείκτη την περίοδο 2020-2022, δηλαδή τάση αύξησης των αποζημιώσεων προς παρόχους του ομίλου HHG σε σχέση με λοιπούς παρόχους, η οποία όμως αντιστράφηκε την περίοδο 2022-2024, καταλήγοντας το 2024 σε επίπεδο

⁹² Κατά την έρευνα για την Τελική Έκθεση, συλλέχθηκαν, για την περίοδο 2020-2024, ετήσια στοιχεία αποζημιώσεων από τις ασφαλιστικές εταιρείες προς παρόχους υγείας καθώς και τα ποσοστά απορρίψεων αιτημάτων αποζημίωσης παρόχων που αυτοί υποβάλλουν στις ασφαλιστικές εταιρείες, εξατομικευμένα και από τις δύο πλευρές της συναλλαγής, βάσει των οποίων είναι δυνατή η διαχρονική εξέταση ορισμένων όψεων της επιχειρηματικής συμπεριφοράς της ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ, προ και μετά την εξαγορά της από τη CVC και την καθετοποίηση του ομίλου HHG, προς παρόχους που εντάσσονται στον ίδιο όμιλο οικονομικών συμφερόντων σε σύγκριση με τους λοιπούς μεγάλους παρόχους εκτός ομίλου.

χαμηλότερο του 2020⁹³. Σημειώνεται ότι σε όρους αξίας (ευρώ), οι αποζημιώσεις της Εθνικής Ασφαλιστικής αυξάνονται διαχρονικά και προς τις δύο κατηγορίες παρόχων, ενώ η αύξηση προς τους παρόχους εκτός ομίλου HHG είχε υψηλότερο ρυθμό (39%) το 2022-2024 σε σχέση με τους παρόχους εντός ομίλου (14%). Ο αξιακός αυτός δείκτης έχει θετική συσχέτιση με το πλήθος περιστατικών/ασφαλισμένων που περιθάλφθηκαν στις δύο κατηγορίες παρόχων υγείας (εντός και εκτός ομίλου HHG).

107. Αναφορικά με το ποσοστό απόρριψης αιτημάτων αποζημίωσης (σε όρους αξίας), η διαχρονική του εξέλιξη καταγράφεται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας 10: Ποσοστό απορριφθείσας αξίας αιτημάτων από ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ (σταθμικός μέσος όρος)

	2020	2021	2022	2023	2024
Παρόχων ομίλου HHG	4,4%	5,6%	5,9%	7,8%	7,2%
Λοιπών παρόχων	6,3%	8,4%	12,2%	11,1%	9,6%

Πηγή: Έρευνα ΓΔΑ

108. Από τον ανωτέρω πίνακα, προκύπτει καταρχάς ότι τα ποσοστά απόρριψης αιτημάτων προς τους – νυν – παρόχους του ομίλου HHG ήταν, ήδη από το 2020, χαμηλότερα από αυτά των λοιπών παρόχων. Περαιτέρω, η διαχρονική εξέλιξη των απορρίψεων των παρόχων του ομίλου HHG καταγράφει αυξητική τάση, με σχετικά μεγαλύτερη αύξηση το 2023 έναντι του 2022 (αύξηση κατά 1,9 ποσοστιαίες μονάδες), παραμένοντας το 2024, με μια μικρή υποχώρηση, στο 7,2%. Αντιθέτως, το μεσοσταθμικό ποσοστό απορρίψεων προς λοιπούς παρόχους φτάνει σε ένα αρκετά υψηλό επίπεδο το 2022 (12,2%) αλλά ακολούθως υποχωρεί αισθητά, με αποτέλεσμα το 2024 να ανέρχεται στο 9,6%, παραμένοντας και αυτός σε υψηλότερα επίπεδα από τη διετία 2020-2021. Σημειωτέον ότι όταν η ασφαλιστική εταιρεία απορρίπτει μερικώς ή ολικώς κάποιο αίτημα αποζημίωσης, ο πάροχος καλείται να απευθυνθεί στον τελικό καταναλωτή προκειμένου να εισπράξει το εν λόγω ποσό, το οποίο αποτελεί για τον τελευταίο έκτακτη επιβάρυνση πέραν των προβλεπομένων στο ασφαλιστικό του συμβόλαιο οικονομικών του υποχρεώσεων και άρα αύξηση της συμμετοχής του στις δαπάνες.
109. Δεδομένης της παρατηρούμενης πτώσης του δείκτη αναλογίας αποζημιώσεων, της τάσης αύξησης του ποσοστού απορρίψεων προς τους παρόχους του ομίλου HHG και μείωσης του αντίστοιχου ποσοστού την περίοδο 2023-2024 προς λοιπούς παρόχους, και βάσει των διαθέσιμων συλλεχθέντων στοιχείων στο πλαίσιο της παρούσας κλαδικής έρευνας, δεν φαίνεται να προκύπτουν ενδείξεις ότι η Εθνική Ασφαλιστική μεταχειρίστηκε προνομιακά τους παρόχους υγείας HHG εις βάρος των ανταγωνιστών της τελευταίας προκειμένου να κατευθύνει τους ασθενείς/ασφαλισμένους της στις ιδιωτικές κλινικές του ομίλου HHG⁹⁴.

III. ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

110. Η παρούσα ενότητα συνοψίζει τα κυριότερα σημεία του πολύπλοκου και δυναμικού ρυθμιστικού πλαισίου που διέπει την δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, με έμφαση στις προϋποθέσεις ίδρυσης,

⁹³ Η έγκριση της σχετικής συγκέντρωσης CVC/Εθνική Ασφαλιστική από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή δόθηκε τον Φεβρουάριο του 2022. Λαμβανομένου υπόψη του χρόνου που απαιτείται προκειμένου αλλαγές στη στρατηγική και στις πολιτικές μιας εταιρείας να εφαρμοστούν στην πράξη, όταν προέρχονται από τέτοιου επιτελικού επιπέδου αλλαγές ελέγχου, αλλά και του ότι υπάρχει ετεροχρονισμός αιτημάτων και καταβολής αποζημιώσεων, το έτος 2022 περισσότερο αντανακλά πολιτικές που προϋπήρχαν παρά τυχόν νέες πολιτικές που εφαρμόστηκαν ενδεχομένως λόγω της συγκέντρωσης.

⁹⁴ Διευκρινίζεται ότι η ανάλυση αυτή δε συνιστά ex post αξιολόγηση της εν λόγω συγκέντρωσης, η οποία σε κάθε περίπτωση δεν αποτελεί αντικείμενο της παρούσας Έκθεσης.

λειτουργίας και επέκτασης της χωρητικότητας των ιδιωτικών κλινικών. Το ζήτημα εξετάζεται υπό το πρίσμα της ενδεχόμενης ύπαρξης εμποδίων εισόδου στην αγορά, όπως αναδεικνύεται και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλαδική έρευνα (βλ. κατωτέρω Ενότητα IV.3).

III.1. Ίδρυση και Λειτουργία Ιδιωτικών Κλινικών

111. Η ίδρυση και η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών διέπεται από τον ν. 4600/2019⁹⁵, το Προεδρικό Διάταγμα (ΠΔ) 235/2000⁹⁶, και τα ΠΔ 247/1991⁹⁷ και 517/1991⁹⁸ όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν. Ο ως άνω νόμος και τα ΠΔ ισχύουν και εφαρμόζονται παράλληλα και η κάθε κλινική υπάγεται στο ρυθμιστικό πλαίσιο που ήταν ήδη σε ισχύ κατά το χρόνο έναρξης λειτουργίας της. Στο πλαίσιο αυτό, στα ΠΔ 247/1991 και ΠΔ 517/1991 υπάγονται οι κλινικές που ιδρύθηκαν μετά την έναρξη ισχύος των εν λόγω ΠΔ και πριν την 09.03.2019, ημερομηνία έναρξης ισχύος του ν. 4600/2019. Όσες κλινικές ιδρύθηκαν μετά την 09.03.2019 υπάγονται στις διατάξεις του ν. 4600/2019. Οι κλινικές που προϋπήρχαν της έναρξης ισχύος των ΠΔ 247/1991 και 517/1991 υποχρεώθηκαν να προσαρμοστούν στις διατάξεις του ΠΔ 235/2000, έτσι ώστε να εκσυγχρονίσουν τους όρους και τις προδιαγραφές λειτουργίας τους. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τις μεταβατικές διατάξεις του ν. 4600/2019, ιδιωτικές κλινικές που έχουν λάβει άδεια ίδρυσης και λειτουργίας σύμφωνα με το ΠΔ 235/2000 ή σύμφωνα με τα ΠΔ 247/1991 και 517/1991 εξακολουθούν να υπάγονται στην εφαρμογή των αντίστοιχων διατάξεων, εκτός εάν ο κάτοχος της άδειας της κλινικής δηλώσει ότι επιθυμεί την εφαρμογή του ν. 4600/2019, οπότε και εφαρμόζεται οριστικά ο εν λόγω νόμος⁹⁹.
112. Πιο αναλυτικά, το νομοθετικό πλαίσιο για την ίδρυση και λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών έχει ως εξής:
113. Με τα ΠΔ 247/1991 και 517/1991¹⁰⁰, θεσπίστηκαν όροι και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών εκείνων που ιδρύθηκαν μετά την έναρξη ισχύος των εν λόγω ΠΔ (247/1991 και 517/1991) και πριν την 09.03.20219, ημερομηνία έναρξης ισχύος του ν. 4600/2019¹⁰¹.
114. Οι κλινικές που λειτουργούσαν πριν την έναρξη ισχύος των ΠΔ 247/1991 και 517/1991 υπήχθησαν στο καθεστώς του ΠΔ 235/2000. Το ΠΔ 235/2000 προβλέπει ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό των όρων και προδιαγραφών λειτουργίας των εν λόγω προϋφισταμένων των ΠΔ 247/1991 και 517/1991 κλινικών και καθιερώνει υποχρέωση των υπεύθυνων των κλινικών αφ' ενός να προσαρμοστούν στις διατάξεις του μέσα σε αποκλειστική προθεσμία, κατ' ανώτατο όριο έξι μηνών για τα θέματα του προσωπικού και δεκαοκτώ μηνών για τον εξοπλισμό και τα λοιπά τεχνικά θέματα - προθεσμία που παρατάθηκε ακολούθως, κατ' επανάληψη, μέχρι τις

⁹⁵ Ν. 4600/2019 (ΦΕΚ Α 43/9.3.2019), «Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις.», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

⁹⁶ ΠΔ 235/2000 (Α' 199) «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των Ιδιωτικών Κλινικών, που υπάγονται στις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 8 του ν. 2345/95 "Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 213/Α/95)», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, το οποίο εκδόθηκε κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 8 παρ. 2 του ν. 2345/1995.

⁹⁷ ΠΔ 247/1991 (Α' 93) «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

⁹⁸ ΠΔ 517/1991 (Α' 202) «Τεχνικές προδιαγραφές, απαραίτητος ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθ. 247/91 ΠΔ "Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών", όπως τροποποιήθηκε και ισχύει..

⁹⁹ Βλ. μεταβατικές και τελικές διατάξεις ν. 4600/2019, άρθρο 47, παρ. 1. Η δήλωση υποβάλλεται προς την αρμόδια Περιφέρεια με την σχετική αίτηση περί τροποποίησης της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας.

¹⁰⁰ Τα ΠΔ 247/1991 και 517/1991 εκδόθηκαν κατ' εξουσιοδότηση της παρ. 2 του άρθρου 53 του ν. 1892/1990.

¹⁰¹ Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 178.

31.12.2010 και αφ' ετέρου να ζητήσουν την έκδοση νέας (αναθεωρημένης) άδειας λειτουργίας, σε αντικατάσταση εκείνης που είχε χορηγηθεί με τα β.δ. 451/1962¹⁰² και 521/1963¹⁰³, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που προβλέπονται από τα β.δ. 451/1962 και 521/1963, όπως τροποποιούνται από τις διατάξεις του εν λόγω ΠΔ¹⁰⁴.

115. Το καθεστώς των ιδιωτικών κλινικών ρυθμίστηκε εκ νέου με το **ν. 4600/2019**, στον οποίο υπάγονται οι κλινικές που έλαβαν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας από την 09.03.2019, ημερομηνία έναρξης ισχύος αυτού¹⁰⁵. Στόχος του εν λόγω νόμου είναι α) να κωδικοποιηθούν και να ενοποιηθούν σε ένα συνολικό νομοθέτημα όλες οι διατάξεις που ρυθμίζουν το ίδιο αντικείμενο, β) να εκσυγχρονιστεί το πλαίσιο λειτουργίας των κλινικών με την αναθεώρηση παλαιών ρυθμίσεων που αφορούν τόσο στους γενικούς όρους και προϋποθέσεις όσο και στις τεχνικές προδιαγραφές (προσωπικό, μετρικά στοιχεία, ιατρικός εξοπλισμός, νοσηλευτικές μονάδες και τμήματα κ.α.), γ) να απλοποιηθούν οι διοικητικές διαδικασίες και η αναθεώρηση των τεχνικών προδιαγραφών, και δ) να υπαχθούν όλες οι κλινικές σε κοινούς κανόνες¹⁰⁶.
116. Στο πλαίσιο αυτό και σύμφωνα με τις μεταβατικές διατάξεις του άνω νόμου 4600/2019, ιδιωτικές κλινικές που έχουν λάβει άδεια ίδρυσης και λειτουργίας (α) σύμφωνα με το ΠΔ 235/2000 (συμπεριλαμβανόμενης της δυνατότητας τροποποίησης της άδειάς τους) ή (β) σύμφωνα με το προγενέστερο καθεστώς των ΠΔ 247/1991 και 517/1991 εξακολουθούν να υπάγονται στην εφαρμογή των αντίστοιχων διατάξεων, εκτός εάν ο κάτοχος της άδειας της κλινικής δηλώσει ότι επιθυμεί την εφαρμογή του ν. 4600/2019, οπότε και εφαρμόζεται οριστικά ο εν λόγω νόμος¹⁰⁷.
117. Σύμφωνα με το ως άνω ρυθμιστικό πλαίσιο, 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. Υπηρεσίες υγείας σε εξωτερικούς ασθενείς μπορεί να παρέχονται από τα τμήματα που διαθέτει η ιδιωτική κλινική, σύμφωνα με την άδεια λειτουργίας της¹⁰⁸. Τα εργαστήρια, τα φαρμακεία και οι μονάδες της κλινικής λογίζονται ως τμήματα αυτής¹⁰⁹.
118. Οι Ιδιωτικές Κλινικές διακρίνονται σε Γενικές, Μεικτές και Ειδικές. Γενικές θεωρούνται όσες Ιδιωτικές Κλινικές διαθέτουν τουλάχιστον παθολογικό τμήμα και τμήμα γενικής χειρουργικής, Μεικτές όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας με περισσότερες από δύο ειδικότητες αμιγώς παθολογικού ή αμιγώς χειρουργικού τομέα και τουλάχιστον τμήμα της βασικής ειδικότητας των τομέων αυτών (δηλαδή παθολογικό τμήμα ή τμήμα γενικής χειρουργικής), και Ειδικές όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας μίας μόνο ειδικότητας¹¹⁰.

¹⁰² Β.δ. υπ' αριθμ. 451 της 23.5.21.7.1962. Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως των διατάξεων περί ιδιωτικών Κλινικών, Εργαστηρίων και Οδοντιατρείων (Α' 108).

¹⁰³ Β.δ. υπ' αριθμ. 521 της 2/17 Σεπτ. 1963 (ΦΕΚ Α' 145). Περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως του υπ' αριθμ. 451/1962 Β.Δ/τος "περί τροποποιήσεως και συμπληρώσεως των διατάξεων "περί Ιδιωτικών Κλινικών, Εργαστηρίων και Οδοντιατρείων".

¹⁰⁴ Βλ. ΠΔ 235/2000 άρθρα 1, 2, 17 και 19. Βλ. και υπ' αριθμ. πρωτ. 1658/25.02.2025 επιστολή του Υπουργείου Υγείας, Δ/ση Οργάνωσης και λειτουργίας νοσηλευτικών μονάδων και εποπτευόμενων φορέων, Τμήμα Ιδιωτικών Κλινικών.

¹⁰⁵ Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 178, όπου ορίζεται ότι : «Η ισχύς του παρόντος νόμου αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επιμέρους διατάξεις».

¹⁰⁶ Βλ. αιτιολογική έκθεση ν. 4600/2019. Βλ. και υπ' αριθμ. πρωτ. 1658/25.02.2025 επιστολή του Υπουργείου Υγείας, Δ/ση Οργάνωσης και λειτουργίας νοσηλευτικών μονάδων και εποπτευόμενων φορέων, Τμήμα Ιδιωτικών Κλινικών.

¹⁰⁷ Βλ. μεταβατικές και τελικές διατάξεις ν. 4600/2019, άρθρο 47, παρ. 1. Η δήλωση υποβάλλεται προς την αρμόδια Περιφέρεια με την σχετική αίτηση περί τροποποίησης της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας.

¹⁰⁸ Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 1, παρ. 1 και 2. και . ΠΔ 247/1991, άρθρο 1.

¹⁰⁹ Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 1, παρ. 1 και 2.

¹¹⁰ Άρθρο 16 του ν.4600/2019, άρθρο 6 του ΠΔ 235/2000 και άρθρο 8 του ΠΔ 247/1991.

119. Για την ίδρυση και τη λειτουργία ιδιωτικής κλινικής απαιτούνται οι σχετικές άδειες ίδρυσης και λειτουργίας¹¹¹. Οι εν λόγω άδειες χορηγούνται σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου¹¹² και μπορούν να μεταβιβαστούν σε έτερα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη¹¹³. Το ίδιο φυσικό ή νομικό πρόσωπο είναι δυνατόν να έχει περισσότερες από μία άδειες ίδρυσης και λειτουργίας¹¹⁴.
120. Όλες οι Ιδιωτικές Κλινικές υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και των οικείων Περιφερειών¹¹⁵ και υπόκεινται στον έλεγχο Επιτροπής¹¹⁶ που συστήνεται και συγκροτείται με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη¹¹⁷. Η άδεια ίδρυσης και η άδεια λειτουργίας χορηγούνται με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη, που εκδίδεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από την υποβολή της σχετικής αίτησης, ύστερα από γνώμη της ως άνω Επιτροπής¹¹⁸.
121. Για τη χορήγηση της άδειας ίδρυσης κατατίθεται φάκελος ο οποίος περιλαμβάνει απαραίτητως το είδος της κλινικής και τη συνολική δύναμη αυτής σε κλίνες καθώς και τα τμήματα που αναπτύσσονται και τον αριθμό κλινών ανά τμήμα¹¹⁹. Στην απόφαση χορήγησης της άδειας λειτουργίας θα πρέπει να καταγράφεται ο συνολικός αριθμός κλινών καθώς επίσης και όλα τα τμήματα της Ιδιωτικής Κλινικής, όπως τα τμήματα ειδικοτήτων, οι ειδικές μονάδες και το συγκρότημα επεμβάσεων, ο αριθμός των κλινών ανά τμήμα και θάλαμο αυτής και οι επιστημονικά υπεύθυνοι των τμημάτων¹²⁰. Οι ανωτέρω άδειες ίδρυσης και λειτουργίας τροποποιούνται σε οποιαδήποτε περίπτωση μεταβολής της λειτουργίας της ιδιωτικής κλινικής, όπως μετατροπής αντικειμένου, κτιριακής επέκτασης, δημιουργίας νέων τμημάτων ή κατάργησης υπαρχόντων τμημάτων, αύξησης ή μείωσης ή ανακατανομής τμημάτων ή κλινών της¹²¹.
122. Αφού διενεργηθεί έλεγχος -τακτικά μεν μία φορά το χρόνο τουλάχιστον, έκτακτα δε όταν ειδικοί λόγοι το επιβάλλουν - από την ως άνω Επιτροπή που συστήνεται και συγκροτείται με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη, χορηγείται από τον οικείο Περιφερειάρχη βεβαίωση καλής λειτουργίας της ιδιωτικής κλινικής με ισχύ για τρία (3) έτη¹²². Αν διαπιστωθούν παραβάσεις κατά τη διάρκεια ισχύος της βεβαίωσης καλής λειτουργίας, η βεβαίωση αυτή ανακαλείται. Κατά το

¹¹¹ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 6 παρ. 1 και . ΠΔ 247/1991 άρθρο 6 παρ. 1. Στην περίπτωση κλινικών που υπάγονται στο ΠΔ 235/2000, προβλέπεται υποχρέωση έκδοσης νέας άδειας λειτουργίας, σε αντικατάσταση εκείνης που είχε χορηγηθεί με το προγενέστερο καθεστώς (ΠΔ 235/2000, άρθρο 1).

¹¹² Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 2 και ΠΔ 247/1991, άρθρο 2. και ΠΔ235/2000 άρθρο 4. Για τις διαδικασίες χορήγησης αδειών ίδρυσης και λειτουργίας βλ. ν. 4600/2019, άρθρα 7-15 και . ΠΔ 247/1991, άρθρα 7-14. Βλ. και άρθρο 21 ν. 4600/2019, σχετικά με τις κυρώσεις σε περίπτωση λειτουργίας κλινικής χωρίς την προβλεπόμενη άδεια λειτουργίας και αντίστοιχα άρθρο 20 ΠΔ 247/1991.

¹¹³ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 22. Βλ. και ΠΔ 247/1991 άρθρο 22 και ΠΔ235/2000 άρθρο 4.

¹¹⁴ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 2 παρ. 3 και ΠΔ 247/1991 άρθρο 2 παρ. 3.

¹¹⁵ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 17 και ΠΔ 247/1991 άρθρο 17. Για τις κλινικές που υπάγονται στο ΠΔ 235/2000 η εποπτεία και ο έλεγχος των Ιδιωτικών Κλινικών ασκείται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 17 του ΠΔΠΔ 247/91 (βλ. άρθρο 9 ΠΔ 235/2000).

¹¹⁶ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 4 και ΠΔ 247/1991 άρθρο 4.

¹¹⁷ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 4 και ΠΔ 247/1991 άρθρο 4. Σχετικά με τις κυρώσεις, βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 21.

¹¹⁸ Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 7 και 12, ν. 247/1991, άρθρο 7 και 13 και ΠΔ 235/2000, άρθρο 1 και 2. Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 8 παρ. 1 και . ΠΔ 247/1991 άρθρο 8 παρ. 1. Σημειώνεται δε και ότι, επιπλέον των άλλων προϋποθέσεων για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης Ιδιωτικής Κλινικής, απαιτείται αυτοτελές και ανεξάρτητο κτίριο στο οποίο θα λειτουργεί η Ιδιωτική Κλινική και το οποίο θα ανταποκρίνεται στις σχετικές κτιριολογικές και κτιριοδομικές προδιαγραφές, καθώς και στις πολεοδομικές διατάξεις για την έκδοση της οικοδομικής άδειας.

¹¹⁹ Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 11.

¹²⁰ Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 13 παρ. 2 και . ΠΔ 247/1991 άρθρο 13.

¹²¹ Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 6 παρ. 2 , ΠΔ 247/1991 άρθρο 6 παρ 2 και ΠΔ 235/2000 άρθρο 1 και 2.

¹²² Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 17 και ΠΔ 247/1991 άρθρο 17.

χρονικό διάστημα της τριετούς ισχύος της βεβαίωσης καλής λειτουργίας, εξακολουθεί να διενεργείται ετήσιος έλεγχος από την ως άνω Επιτροπή¹²³.

123. Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι, όπως προβλέπεται στο ν. 4600/2019¹²⁴ οι Ιδιωτικές Κλινικές πρέπει να δημοσιοποιούν στην ιστοσελίδα τους και σε εμφανές σημείο στην υποδοχή και στο λογιστήριο τιμοκατάλογο των υπηρεσιών και προϊόντων που παρέχονται από αυτές. Σύμφωνα με τις μεταβατικές διατάξεις του εν λόγω νόμου, η ως άνω πρόβλεψη εφαρμόζονται σε όλες τις ιδιωτικές κλινικές, που έλαβαν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας έως τη δημοσίευση του εν λόγω νόμου¹²⁵. Αντίστοιχη υποχρέωση προβλέπεται και στον ν. 5170/2025¹²⁶.
124. Επιπροσθέτως αναφέρεται και ότι με πρόσφατη τροποποίηση του νομοθετικού πλαισίου¹²⁷ εισήχθη η δυνατότητα χρήσης του όρου «*Ιδιωτικό Νοσοκομείο*» στην επωνυμία ή στον διακριτικό τίτλο ιδιωτικών κλινικών, υπό την προϋπόθεση ότι διαθέτουν, κατ' ελάχιστο, διακόσιες (200) κλίνες, Παθολογικό και Χειρουργικό Τομέα και Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και ότι λειτουργούν με συγκεκριμένα ποιοτικά κριτήρια¹²⁸.

III.1.1. Ελάχιστος αριθμός κλινών

125. Στο ως άνω ρυθμιστικό πλαίσιο προβλέπεται τόσο ελάχιστος όσο και μέγιστος αριθμός κλινών (είτε ανά τμήμα ειδικότητας είτε συνολικά για όλη την κλινική). Σημειώνεται ότι η δυναμικότητα των κλινών της κλινικής προκύπτει από το σύνολο των πάσης φύσεως κλινών της, δηλαδή των κλινών νοσηλείας και απομονώσεως καθώς και των κλινών ειδικών μονάδων¹²⁹, πρόβλεψη η οποία ισχύει για όλες τις ιδιωτικές κλινικές (ήτοι του ν. 4600/2019, του ΠΔ 247/1991 και του ΠΔ 517/1991 και του ΠΔ 235/2000¹³⁰).
126. Όσον αφορά τον ελάχιστο αριθμό κλινών, για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Ιδιωτικής Κλινικής, ο ελάχιστος αριθμός κλινών που προβλέπεται στο ν. 4600/2019 έχει ως εξής: α) για τις Γενικές Κλινικές ορίζεται ελάχιστος συνολικός αριθμός σαράντα (40) κλινών, ο δε ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού τμήματος και του τμήματος γενικής χειρουργικής αντίστοιχα ορίζεται σε δέκα (10) κλίνες και των τμημάτων των λοιπών ειδικοτήτων σε πέντε (5) κλίνες,¹³¹ β) για τις Μεικτές Κλινικές ορίζεται ελάχιστος συνολικός αριθμός τριάντα (30) κλινών, ο δε ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού τμήματος ή του τμήματος γενικής χειρουργικής αντίστοιχα ορίζεται σε δέκα (10) κλίνες και των τμημάτων των λοιπών ειδικοτήτων σε πέντε (5) κλίνες,¹³² γ) για τις Ειδικές Κλινικές: ορίζεται ελάχιστος συνολικός αριθμός τριάντα (30) κλινών. Η δυναμικότητα των κλινών της κλινικής προκύπτει από το σύνολο των πάσης φύσης κλινών της,

¹²³ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 17 και ΠΔ 247/1991 άρθρο 17. Αν διαπιστωθούν παραβάσεις κατά τη διάρκεια ισχύος της βεβαίωσης καλής λειτουργίας, η βεβαίωση αυτή ανακαλείται, μετά την άπρακτη παρέλευση του χρονικού διαστήματος που έταξε η Επιτροπή του άρθρου 4 για τη συμμόρφωση της κλινικής προς τις συστάσεις της.

¹²⁴ Βλ. ν.4600/2019, άρθρο 25 παρ. 6.

¹²⁵ Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 47 παρ. 3.

¹²⁶ Βλ. ν.5170/2025, άρθρο 29, παρ.4

¹²⁷ Βλ. ν. 4999/2022 ΦΕΚ Α' 225/07.12.2022) «Δευτεροβάθμια περίθαλψη, ιατρική εκπαίδευση, μισθολογικές ρυθμίσεις για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας».

¹²⁸ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 33.

¹²⁹ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 23 παρ. 2.

¹³⁰ Βλ. ν. 4600/2019, μεταβατικές διατάξεις, άρθρο 47 παρ. 3.

¹³¹ Για τις ειδικότητες της ρευματολογίας, της δερματολογίας - αφροδισιολογίας, της ενδοκρινολογίας και της αλλεργιολογίας, απαιτείται ελάχιστος αριθμός μίας (1) κλίνης και για τις ειδικότητες της παιδοορθοπαιδικής και παιδοωτορινολαρυγγολογίας απαιτείται ελάχιστος αριθμός τριών (3) κλινών.

¹³² Για τις ειδικότητες της ρευματολογίας, της δερματολογίας - αφροδισιολογίας, της ενδοκρινολογίας και της αλλεργιολογίας, απαιτείται ελάχιστος αριθμός μίας (1) κλίνης.

δηλαδή των κλινών νοσηλείας και απομονώσεως, καθώς και των κλινών ειδικών μονάδων¹³³. Σημειώνεται ότι στην κλινική απαγορεύεται η υπέρβαση του αριθμού των κλινών νοσηλείας πέρα από τις καθορισμένες στην άδεια λειτουργίας της¹³⁴.

127. Τα παραπάνω, σύμφωνα με τις μεταβατικές διατάξεις του ν. 4600/2019¹³⁵, εφαρμόζονται σε όλες τις ιδιωτικές κλινικές, που έλαβαν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας έως τη δημοσίευση του ν. 4600/2019. Σημειώνεται ωστόσο ότι η εφαρμογή των μεταβατικών διατάξεων δεν συνεπάγεται την ανάκληση, ούτε κωλύει την τροποποίηση, συμπεριλαμβανομένης της κτιριακής επέκτασης χωρίς αύξηση αριθμού κλινών, αδειών ίδρυσης και λειτουργίας Ιδιωτικών Κλινικών, που έχουν χορηγηθεί έως την έναρξη ισχύος του ν.4600/2019 σύμφωνα με τις ισχύουσες κατά τον χρόνο έκδοσής τους διατάξεις¹³⁶.
128. Για τις κλινικές που διέπονται από το ΠΔ 235/2000, ο ελάχιστος αριθμός κλινών έχει ως εξής¹³⁷: για Ειδικές Κλινικές, που εδρεύουν στην Αττική και Θεσ/νίκη ορίζεται ως ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών οι είκοσι (20) και για τις λοιπές Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι δέκα πέντε (15). Για Μικτές Κλινικές, που εδρεύουν στην Αττική και Θεσ/νίκη ορίζεται ως ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών οι τριάντα πέντε (35), ο δε ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού ή χειρουργικού τμήματος δεν μπορεί να είναι μικρότερος των δέκα πέντε (15) και για τα λοιπά τμήματα μικρότερος των πέντε (5). Για τις λοιπές Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ως ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών ορίζονται οι είκοσι (20), ο δε ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού ή χειρουργικού τμήματος, δεν μπορεί να είναι μικρότερος των δέκα (10) και για τα λοιπά τμήματα μικρότερος των πέντε (5). Για Γενικές Κλινικές που εδρεύουν στην Αττική και Θεσ/νίκη ορίζεται ως ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών οι εξήντα (60), ο δε ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού και χειρουργικού τμήματος αντίστοιχα δεν μπορεί να είναι μικρότερος των δέκα πέντε (15) και για τα λοιπά τμήματα μικρότερος των πέντε (5). Για τις λοιπές Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ορίζεται ως ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών οι τριάντα (30), ο δε ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού και του χειρουργικού τμήματος αντίστοιχα, δεν μπορεί να είναι μικρότερος των δέκα (10) και για τα λοιπά τμήματα μικρότερος των πέντε (5)¹³⁸. Η δυναμικότητα των κλινών της κλινικής προκύπτει από το σύνολο των πάσης φύσεως κλινών της (κλίνες νοσηλείας, απομονώσεις, κλίνες Ειδικών Μονάδων κλ.π)¹³⁹.
129. Για τις κλινικές που διέπονται από τα ΠΔ 247/1991 και 517/1991, ο ελάχιστος αριθμός κλινών ορίζεται ως εξής: α) Για Ιδιωτικές Κλινικές που ιδρύονται στην περιφέρεια των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης ορίζεται ελάχιστος συνολικός αριθμός εξήντα (60) κλινών, ο δε ελάχιστος

¹³³ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 23.

¹³⁴ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 34.

¹³⁵ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 47.

¹³⁶ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 47 παρ. 3. 1. Κατ' εξαίρεση, στις ιδιωτικές κλινικές που έχουν λάβει άδεια ίδρυσης και λειτουργίας σύμφωνα με το ΠΔ 235/2000 (Α' 199) δεν εφαρμόζεται η περ. β' της παρ. 1 του άρθρου 23 και ο ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών των μεικτών ως άνω κλινικών ορίζεται σε είκοσι (20) για όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της χώρας, πλην των Περιφερειακών Ενοτήτων της Περιφέρειας Αττικής και της Περιφερειακής Ενότητας Θεσσαλονίκης της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, για τις οποίες ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 23.

¹³⁷ Βλ. άρθρο 6 ΠΔ 235/2000. Για Παιδιατρικές Κλινικές που εδρεύουν στην Αττική και Θεσ/νίκη ορίζεται ως ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών οι είκοσι (20) και για τους λοιπούς Νομούς οι δέκα πέντε (15). Ο δε ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών για Ψυχιατρικές Κλινικές που εδρεύουν στην Αττική και Θεσ/νίκη είναι οι σαράντα (40) και για τις λοιπές Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις οι είκοσι (20). Βλ. και άρθρο 47 παρ. 3 όπου αναφέρεται ότι : «Κατ' εξαίρεση, στις ιδιωτικές κλινικές που έχουν λάβει άδεια ίδρυσης και λειτουργίας σύμφωνα με το ΠΔ 235/2000 (Α' 199) δεν εφαρμόζεται η περ. β' της παρ. 1 του άρθρου 23 και ο ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών των μεικτών ως άνω κλινικών ορίζεται σε είκοσι (20) για όλες τις Περιφερειακές Ενότητες της χώρας, πλην των Περιφερειακών Ενοτήτων της Περιφέρειας Αττικής και της Περιφερειακής Ενότητας Θεσσαλονίκης της Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας, για τις οποίες ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 23.».

¹³⁸ Βλ. άρθρο 6 ΠΔ 235/2000.

¹³⁹ Βλ. ΠΔ 235/2000 άρθρο 6 παρ. 6.

αριθμός των τμημάτων Παθολογικού και Χειρουργικού δεν μπορεί να είναι κάτω των είκοσι (20) και για τμήματα των λοιπών ειδικοτήτων κάτω των δέκα (10), β) Για τις περιφέρειες των άλλων Νομών της Χώρας ορίζεται ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών τριάντα (30) ο δε ελάχιστος αριθμός των τμημάτων Παθολογικού - Χειρουργικού δεν μπορεί να είναι κάτω των είκοσι (20) και για τμήματα των λοιπών ειδικοτήτων κάτω των δέκα (10)¹⁴⁰.

130. Σημειώνεται ότι στην κλινική απαγορεύεται η υπέρβαση του αριθμού των κλινών νοσηλείας πέρα από τις καθορισμένες στην άδεια λειτουργίας της¹⁴¹.

Πίνακας 11: Ελάχιστος αριθμός κλινών ανά καθεστώς

	Ν.4600/2019	ΠΔ 235/2000	ΠΔ 247 & 517/1991
Γενικές Κλινικές	40	Αθήνα, Θεσ/νίκη: 60 Λοιπές Περιφέρειες: 30	Αθήνα, Θεσ/κη: 60 Λοιπές Περιφέρειες: 30
Μεικτές Κλινικές	30	Αθήνα, Θεσ/νίκη: 35 Λοιπές Περιφέρειες: 20	
Ειδικές Κλινικές	30	Αθήνα, Θεσ/νίκη: 20 Λοιπές Περιφέρειες: 15	

III.1.2. Μέγιστος αριθμός κλινών

131. Στην περίπτωση των ψυχιατρικών κλινικών (και των παιδοψυχιατρικών κλινικών) προβλέπεται μέγιστος επιτρεπόμενος συνολικός αριθμός κλινών ενώ για τις υπόλοιπες κλινικές προβλέπεται μέγιστος επιτρεπόμενος αριθμός κλινών ανά τμήμα ειδικότητας. Διευκρινίζεται ότι δεν υπάρχει περιορισμός στον αριθμό των τμημάτων ειδικότητας που μπορεί να αναπτύξουν οι ιδιωτικές κλινικές του ν. 4600/2019, του ΠΔ 247/1991 και του ΠΔ 517/1991 και του ΠΔ 235/2000, εφόσον τηρείται ο μέγιστος συνολικός αριθμός κλινών της ιδιωτικής κλινικής (όπου προβλέπεται) και ο ελάχιστος και μέγιστος αριθμός κλινών ανά τμήμα βάσει του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου¹⁴².
132. Ειδικότερα, για τις κλινικές που διέπονται από τον ν. 4600/2019, προβλέπονται τα εξής: Ο μέγιστος αριθμός κλινών ανά τμήμα ειδικότητας δεν μπορεί να υπερβαίνει τις σαράντα (40) κλίνες¹⁴³. Οι ψυχιατρικές κλινικές δεν μπορεί να έχουν δύναμη άνω των εκατόν εξήντα (160) κλινών¹⁴⁴. Στις ψυχιατρικές κλινικές, οι εκατόν εξήντα (160) κλίνες, κατά μέγιστο αριθμό, αποτελούν ένα αυτοτελές και ανεξάρτητο τμήμα ειδικότητας¹⁴⁵.
133. Σύμφωνα με τις μεταβατικές διατάξεις του ν. 4600/2019¹⁴⁶, η παράγραφος 2 του άρθρου 37 περί μέγιστου αριθμού κλινών των ψυχιατρικών κλινικών εφαρμόζεται για όλες τις ψυχιατρικές κλινικές, ανεξαρτήτως του χρόνου έκδοσης της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας τους,. Τούτο ισχύει και για κάθε τροποποίηση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των ψυχιατρικών Κλινικών, ανεξαρτήτως του χρόνου έκδοσής τους, και καταλαμβάνει και τις εκκρεμείς έως την δημοσίευση του ν. 4600/2019 αιτήσεις περί τροποποίησης των αδειών ίδρυσης και λειτουργίας τους, αλλά δεν συνεπάγεται: α) την ανάκληση ή την υποχρέωση τροποποίησης, αδειών ίδρυσης και λειτουργίας που έχουν χορηγηθεί νόμιμα έως την έναρξη ισχύος του ν. 4600/2019 σύμφωνα με τις ισχύουσες κατά τον χρόνο έκδοσής τους διατάξεις και β) τη μη δυνατότητα τροποποίησης αδειών ίδρυσης

¹⁴⁰ Βλ. ΠΔ 247/1991 άρθρο 23.

¹⁴¹ Βλ. ΠΔ 247/1991 άρθρο 36.

¹⁴² Βλ. υπ'αριθμ. πρωτ. 1658/25.02.2025 επιστολή του Υπουργείου Υγείας, Δ/ση Οργάνωσης και λειτουργίας νοσηλευτικών μονάδων και εποπτευόμενων φορέων, Τμήμα Ιδιωτικών Κλινικών, ερώτηση 5, Υπάρχουν περιορισμοί ως προς το είδος των τμημάτων ανάλογα με το είδος της κλινικής (γενική, μεικτή και ειδική).

¹⁴³ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 37 παρ. 1.

¹⁴⁴ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 37 παρ. 2.

¹⁴⁵ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 37 παρ. 3.

¹⁴⁶ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 47.

και λειτουργίας ψυχιατρικών Κλινικών, εφόσον δεν αυξάνεται η δυναμικότητα των κλινών τους¹⁴⁷.

134. Για τις κλινικές που διέπονται από το ΠΔ 235/2000, προβλέπεται ότι για τις Γενικές, Μικτές, Ειδικές και Παιδιατρικές Κλινικές, ο μέγιστος αριθμός κλινών ανά τμήμα, ορίζεται σε σαράντα (40). Παρέχεται η δυνατότητα δημιουργίας περισσότερων του ενός τμήματος ανά ειδικότητα¹⁴⁸. Για τις ψυχιατρικές Κλινικές ως μέγιστος συνολικός αριθμός κλινών ορίζονται οι τριακόσιες (300), μαζί με τους θαλάμους αυξημένης παρακολούθησης, τις απομονώσεις καθώς και τις κλίνες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό τομέα¹⁴⁹.
135. Για τις κλινικές που διέπονται από τα ΠΔ 247/1991 και 517/1991, ορίζεται ότι ο μέγιστος αριθμός κλινών ανά Τμήμα ειδικότητας δεν δύναται να υπερβαίνει τις 40 (σαράντα) κλίνες πλην των ψυχιατρικών και των παιδοψυχιατρικών των οποίων ο αριθμός δεν δύναται να υπερβαίνει τις 80 (ογδόντα) κλίνες¹⁵⁰. Οι ψυχιατρικές και παιδοψυχιατρικές κλινικές δεν δύνανται να έχουν δύναμη κλινών άνω των τριακοσίων (300)¹⁵¹.

Πίνακας 12: Μέγιστος αριθμός κλινών ανά καθεστώς

	Ν.4600/2019	ΠΔ 235/2000	ΠΔ 247 & 517/1991
Γενικές/Μεικτές/Παιδιατρικές κλινικές	40/τμήμα	40/τμήμα	40/τμήμα
Ψυχιατρικές κλινικές	160	300	80/τμήμα 300 συνολικά

III.1.3. Αύξηση κλινών / επέκταση μονάδων

136. Όσον αφορά την αύξηση κλινών, τούτη επιτρέπεται υπό τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στο οικείο ρυθμιστικό πλαίσιο σχετικά με την τροποποίηση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας και τον ελάχιστο και μέγιστο αριθμό κλινών. Πέραν των σχετικών προϋποθέσεων αυτών, η αύξηση του αριθμού κλινών κλινικών που υπάγονται στο ΠΔ 235/2000 υπόκειται σε μία ακόμη προϋπόθεση, την αύξηση του αριθμού των κλινών κατά συγκεκριμένα ποσοστά.
137. Ειδικότερα, επιτρέπεται η επέκταση των ιδιωτικών κλινικών που υπάγονται στις διατάξεις του ΠΔ 235/2000 με τα εξής ποσοστά: α) κατά ποσοστό έως 25% για κλινική δυναμικότητας από 15 έως και 50 κλινών, β) κατά ποσοστό έως 20% για κλινική δυναμικότητας από 51 έως και 100 κλινών, γ) κατά ποσοστό έως 15% για κλινική δυναμικότητας από 101 έως και 150 κλινών, δ) κατά ποσοστό έως 10% για κλινική δυναμικότητας από 151 και άνω κλινών. Το δικαίωμα της αναθεώρησης της άδειας των ανωτέρω κλινικών για την επέκταση του συνολικού αριθμού των κλινών, κατά τα ανωτέρω οριζόμενα, μπορεί να ασκηθεί μία μόνο φορά¹⁵².

¹⁴⁷ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 47 παρ. 5Α. Προβλέπεται επίσης και ότι η παρ. 3 του άρθρου 37 εφαρμόζεται σε όλες τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, ανεξαρτήτως αριθμού κλινών, οι οποίες έχουν λάβει άδεια ίδρυσης και λειτουργίας έως την έναρξη ισχύος του νόμου. Η προσαρμογή του αριθμού των τμημάτων ειδικότητας γίνεται με απλή γνωστοποίηση και με την έκδοση σχετικής απόφασης του αρμόδιου Περιφερειάρχη περί τροποποίησης της άδειας λειτουργίας, εφαρμοζόμενων αναλόγως της διαδικασίας και των προϋποθέσεων άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής που προβλέπονται στο ν. 4600/2019.

¹⁴⁸ Βλ. άρθρο 6 . ΠΔ 235/2000

¹⁴⁹ Οι οποίες αναπτύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 11 του ν. 2716/1999.

¹⁵⁰ Βλ. ΠΔ 517/1991 άρθρο 3 παρ. 1.

¹⁵¹ Βλ. ΠΔ 517/1991 άρθρο 3 παρ. 2.

¹⁵² Βλ. ΠΔ 235/2000 άρθρο 2. Εάν το δικαίωμα επέκτασης έχει ασκηθεί κατά το παρελθόν (πριν την έκδοση του ν. 3918/2011, ο οποίος πρόσθεσε την συγκεκριμένη διάταξη, τροποποιώντας το ΠΔ 235/2000), τότε μπορεί να ασκηθεί μία ακόμα φορά κατά τα ανωτέρω ποσοστά. Στην περίπτωση κατά την οποία με την αιτούμενη επέκταση προσ αυξάνεται ο συνολικός αριθμός των κλινών κατά ποσοστό που υπερβαίνει τα άνωθεν οριζόμενα, επιτρέπεται η αναθεώρηση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας της κλινικής αποκλειστικά υπό τις προϋποθέσεις που θέτει το ΠΔ 517/1991 για το σύνολο της ιδιωτικής κλινικής.

138. Σε περίπτωση που μια κλινική που υπάγεται στο ΠΔ 235/2000 προβεί σε κτιριακή επέκταση, η οποία συνοδεύεται από αύξηση του συνολικού αριθμού των κλινών, εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 4600/2019 μόνο ως προς το τμήμα της επέκτασης, και κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις σύμφωνα με τις οποίες έχει αδειοδοτηθεί η ιδιωτική κλινική¹⁵³. Εφόσον η κτιριακή επέκταση ιδιωτικών κλινικών που υπάγονται στο ΠΔ 235/2000 δεν συνοδεύεται από αύξηση του συνολικού αριθμού των κλινών τους, ή αυτή πραγματοποιείται με μεταφορά κλινών¹⁵⁴, μπορεί να πραγματοποιείται με βάση τις προδιαγραφές και λοιπές απαιτήσεις που αναφέρονται στο ΠΔ 235/2000¹⁵⁵.

III.2. Σύστημα Clawback & Rebate

139. Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα κατά την προηγούμενη δεκαετία 2010-2020, προωθήθηκε ο μηχανισμός της αυτόματης επιστροφής/επανάκτηση και έκπτωσης («clawback & rebate»). 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. Στην Ελλάδα καλύπτει όχι μόνο τις φαρμακευτικές δαπάνες αλλά πλέον και τις δαπάνες υπηρεσιών υγείας, όπως διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία, φυσικοθεραπείες και ειδική αγωγή.
140. Ειδικότερα, ο μηχανισμός της αυτόματης επιστροφής/επανάκτησης («clawback») αφορά ουσιαστικά ένα αυτόματο μηχανισμό επιστροφής των υπερβάσεων που γίνονται στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ. Αφορά στους παρόχους του, οι οποίοι καλούνται να επιστρέψουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα το μερίδιο της υπέρβασης¹⁵⁶. Με άλλα λόγια, το clawback αφορά την υποχρεωτική, αυτόματη επιστροφή χρημάτων στο Δημόσιο (δηλαδή στον ΕΟΠΥΥ), από τους ιδιώτες παρόχους της υγείας¹⁵⁷ λόγω υπέρβασης της προϋπολογισθείσας δαπάνης¹⁵⁸.
141. Ο μηχανισμός της έκπτωσης («rebate») συνίσταται στην υποχρεωτική κλιμακούμενη έκπτωση που καλούνται να δώσουν οι ιδιώτες πάροχοι προς τον ΕΟΠΥΥ. Υπολογίζεται ανάλογα με τον κύκλο εργασιών τους με τον ΕΟΠΥΥ, για δε τα φαρμακευτικά προϊόντα υπολογίζεται βάσει του όγκου πωλήσεων του προϊόντος. Η έκπτωση συνήθως καταβάλλεται ανά μήνα, αλλά μπορεί να είναι και ετήσια, υπολογιζόμενη ανά μήνα.
142. Ειδικότερα, η εφαρμογή του μηχανισμού clawback εξαγγέλθηκε στο νόμο 4046/2012¹⁵⁹, ήτοι στο Μνημόνιο Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος¹⁶⁰ ως μηχανισμός αυτόματης επανείσπραξης (επιστροφής) του υπερβάλλοντος ποσού της δαπάνης για εξωνοσοκομειακά φάρμακα και εξειδικεύτηκε περαιτέρω

¹⁵³ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 47 παρ. 3.

¹⁵⁴ Για τις προϋποθέσεις μεταφορά κλινών βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 8 παρ. 4.

¹⁵⁵ Βλ. ν. 4600/2019 άρθρο 47 παρ. 3.

¹⁵⁶ Βλ. το παράδειγμα, <https://eefam.gr/wp-content/uploads/2021/02/REBATE-CLAWBACK.pdf>.

¹⁵⁷ Συμπεριλαμβανομένων των φαρμακευτικών εταιρειών.

¹⁵⁸ Βλ. Γενική Γραμματεία Έρευνας και Καινοτομίας, <https://gsri.gov.gr/protovoulies-drasis/avtomati-epistroti-farmakevtikis-dapanis-clawback/>.

¹⁵⁹ Βλ. ν. 4046/2012 (ΦΕΚ Α' 28/14.02.2012), Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας.

¹⁶⁰ Συγκεκριμένα, ένας αυτόματος μηχανισμός επανείσπραξης θα εγγυάται ότι η δαπάνη για εξω-νοσοκομειακά φάρμακα για την περίοδο 2012-2015» δεν θα ξεπερνά τα όρια του προϋπολογισμού».

με το άρθρο 11 του ν. 4052/2012¹⁶¹, όπου ορίστηκε και ο τρόπος υπολογισμού του. Εν έτει 2015¹⁶², η εφαρμογή του εν λόγω μηχανισμού επεκτάθηκε και στη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη¹⁶³. Ο μηχανισμός του rebate θεσπίστηκε με τον ν. 3918/2011¹⁶⁴ για τις φαρμακευτικές δαπάνες. Με τον ν. 4052 /2012¹⁶⁵ μεταβλήθηκε το ύψος του και ορίστηκε και πρόσθετη κλιμακούμενη επιστροφή ανάλογα με τον συνολικό όγκο πωλήσεων του κάθε φαρμακευτικού προϊόντος.

143. **Εν έτει 2013 ξεκίνησε η εφαρμογή του θεσμού clawback and rebate στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους**¹⁶⁶. Ορίστηκε ειδικότερα ότι η εξαμηνιαία δαπάνη του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους - όπως για διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία, φυσικοθεραπείες, ειδική αγωγή και λοιπές υπηρεσίες υγείας δεν θα υπερβαίνει τα επιτρεπόμενα όρια δαπανών¹⁶⁷, καθώς και ότι το υπερβάλλον ποσό θα αναζητείται εκ μέρους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.¹⁶⁸. Με το ίδιο άρθρο καθιερώθηκε επίσης μηνιαίο κλιμακωτό ποσοστό εκπτώσεων (rebates) επί των μηνιαίων μη εκκαθαρισμένων υποβαλλόμενων δαπανών στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους¹⁶⁹.
144. Περίοδος ισχύος του μηχανισμού clawback and rebate στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ορίστηκε αρχικά από 1.1.2013 έως 31.12.2015, η οποία εν συνεχεία παρατάθηκε μέχρι την 31-12-2018. Με την τελευταία τροποποίηση του νόμου η ισχύς του μηχανισμού επεκτάθηκε και για το 2025¹⁷⁰.
145. Σημειώνεται ότι από το έτος 2021 ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προεισπράττει σε μηνιαία βάση ποσοστό έως εβδομήντα τοις εκατό (70%) του συνολικού ποσού αυτόματης επιστροφής που αναλογεί σε κάθε πάροχο ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας πριν από τον έλεγχο και την τελική εκκαθάριση της δαπάνης των παρόχων. Η διαφορά των προεισπραχθέντων ποσών clawback από το συνολικό οφειλόμενο ποσό clawback εισπράττεται σε δώδεκα (12) άτοκες μηνιαίες δόσεις¹⁷¹.

¹⁶¹ Βλ. ν. 4052/2012, ΦΕΚ Α' 41/01/03/2012) Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Εγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

¹⁶² Βλ. άρθρο 15 ν. 4346/2015, ο οποίος τροποποίησε το άρθρο 11 του ν. 4052/2012.

¹⁶³ Βλ. ν. 4052/2012, άρθρο 11. Βλ. και Παναγιώτα Ξυλάκη, Η «προσωρινότητα» του clawback και το δικαίωμα στην περιουσία των θυγόμενων επιχειρήσεων, Σύντομος, τ. 150/2022.

¹⁶⁴ Βλ. άρθρο 34 και 35 ν. 3918/2011, (ΦΕΚ Α' 31/02.03.2011), Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις. Ειδικότερα, το άρθρο 34 του εν λόγω νόμου καθορίζει τη διαδικασία και τα ποσοστά επιστροφής για τα φαρμακεία, ενώ το άρθρο 35 αφορά τις επιστροφές των φαρμακευτικών εταιρειών.

¹⁶⁵ Άρθρο 22.

¹⁶⁶ Βλ. άρθρο 100 ν. 4172/2013, (ΦΕΚ Α 167/23.7.2013) Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012, του ν. 4093/2012 και του ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

¹⁶⁷ Τα εξαμηνιαία επιτρεπόμενα όρια δαπανών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για τις προς αυτόν παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους προσδιορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας προσδιορίζοντα, βλ. άρθρο 100 ν. 4172/2013 παρ. 4.

¹⁶⁸ Βλ. ν. 4172/2013, άρθρο 100 παρ. 1.

¹⁶⁹ Βλ. ν. 4172/2013, άρθρο 100 παρ. 4. Τα ποσοστά και η προοδευτική διαβάθμιση των εκπτώσεων (rebates), βάσει του ύψους της μηνιαίας υποβαλλόμενης δαπάνης, καθώς και βάσει ποιοτικών και πληθυσμιακών κριτηρίων, ορίζονται και εξειδικεύονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, η οποία εκδίδεται μετά από πρόταση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

¹⁷⁰ Βλ. άρθρο 100 ν. 4172/2013.

¹⁷¹ Βλ. ν. 4172/2013 άρθρο 100 παρ. 2.

146. Πρέπει να σημειωθεί περαιτέρω ότι, σύμφωνα με τον σχετικό νόμο 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»¹⁷², ο οποίος επιφέρει αλλαγές αναφορικά με τον αυτόματο μηχανισμό clawback ο ΕΟΠΥΥ «δύναται να διαμορφώνει πολιτικές αποζημιώσεων και σύναψης συμβάσεων, με κριτήρια ποιότητας, για τον καθορισμό των τιμών αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, ιατροτεχνολογικών προϊόντων και υλικών (πάροχοι υγείας) και για την εφαρμογή υποχρεωτικών εκπτώσεων βάσει κριτηρίων ποιότητας (ποιοτικό rebate), σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες βέλτιστες πρακτικές», θέτοντας διάφορα κριτήρια ποιότητας των υπηρεσιών των παρόχων υγείας¹⁷³.
147. Όπως επισημαίνει Έκθεση του ΔΝΤ¹⁷⁴, η είσπραξη των χρηματικών ποσών clawback από παρόχους υπηρεσιών υγείας και άλλους παρόχους αποδείχθηκε πολύ πιο απαιτητική από εκείνες των φαρμακευτικών προϊόντων, καθώς υπάρχουν πολύ περισσότεροι ιδιωτικοί πάροχοι από ό,τι φαρμακευτικές εταιρείες, και η υπηρεσία είναι πιο δύσκολο να παρακολουθηθεί ή να αξιολογηθεί από ό,τι με τα φάρμακα. Υπήρξαν σημαντικές καθυστερήσεις λόγω νομικών αμφισβητήσεων κατά της επανάκτησης του 2013, καθυστερημένου ελέγχου των τιμολογίων της επανάκτησης του 2014 και αναστολών της επανάκτησης του 2015. Τα ελληνικά δικαστήρια έχουν πλέον απορρίψει τις εφέσεις κατά των μηχανισμών clawback and rebate, και υπάρχει διαθέσιμο ένα σύστημα δόσεων για να διευκολύνει τους παρόχους να εξοφλούν τα παρελθοντικά ανείσπρακτα ποσά σε μηνιαία βάση¹⁷⁵. Αυτή η εμπειρία υποδηλώνει ότι ο μηχανισμός clawback μπορεί να μην είναι πολύ αποτελεσματικός στη ρύθμιση πολυάριθμων μικρών παρόχων υπηρεσιών.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ

IV.1. Επιχειρήσεις που συμμετείχαν στην Έρευνα

Έρευνα για την Ενδιάμεση Έκθεση

148. Για τη διεξαγωγή της **αρχικής** έρευνας στο πλαίσιο της Ενδιάμεσης Έκθεσης στάλθηκαν στις αρχές του έτους 2022 ερωτηματολόγια σε συνολικά 99 αποδέκτες, εκ των οποίων απάντησαν 86,

¹⁷² Β. 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, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει., ΦΕΚ 94/Α'/13.05.2022.

¹⁷³ Βλ. άρθρο 4 ν. 4931/2022. Στο εν λόγω άρθρο αναφέρονται τα ακόλουθα κριτήρια: α) η ηλικία, η κατάσταση, η συντήρηση και ο εκσυγχρονισμός των εγκαταστάσεων, της υλικοτεχνικής υποδομής και του εξοπλισμού, β) η εκπαίδευση, κατάρτιση και εξειδίκευση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, γ) οι πιστοποιήσεις από αναγνωρισμένους εθνικούς ή διεθνείς δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς δημιουργίας ή έκδοσης προτύπων, δ) η χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας και η εισαγωγή καινοτομιών, ε) οι νοσηλευτικές και ιατρικές ειδικότητες που προσφέρονται και η εξειδίκευση των υπηρεσιών που παρέχονται, στ) η βαρύτητα των περιστατικών που εξυπηρετούνται, ζ) η ανάπτυξη κλινών και η ύπαρξη ειδικών κλινών και κλινών Μονάδων Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.), η) η ορθή κλινική πρακτική, η συχνότητα εμφάνισης επιπλοκών ή ιατρικών λαθών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας ή τη χρήση των ιατροτεχνολογικών προϊόντων και υλικών, θ) η ύπαρξη πολιτικής κατά των ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων, ι) ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και ια) τα αποτελέσματα της εκκαθάρισης και των τακτικών και έκτακτων ελέγχων των παρόχων.

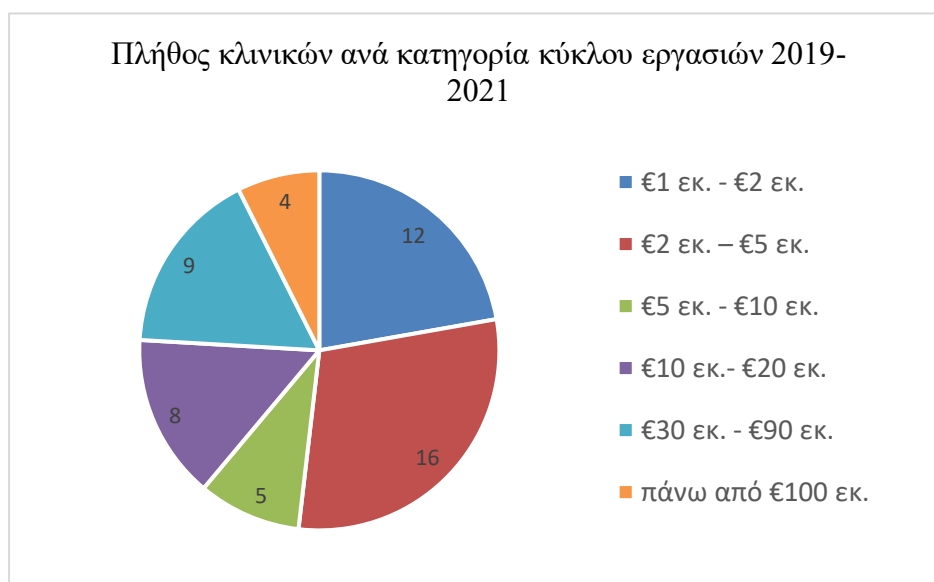
¹⁷⁴ Βλ. Niki Kalavrezou and Hui Jin, Healthcare Reform in Greece: Progress and Reform Priorities, , IMF, 16 Jul 2021, διαθέσιμο στο <https://www.elibrary.imf.org/view/journals/001/2021/189/article-A001-en.xml#RA001fn05>.

¹⁷⁵ Σχετικά με την συνταγματικότητα του μηχανισμού clawback and rebate του άρθρου 100 του ν. 4172/2013 για τις υπηρεσίες υγείας,, βλ. υπ' αριθμ. 59/2025 απόφαση ΣτΕ, όπου αναφέρεται ότι ο εισαχθείς μηχανισμός αυτομάτου επιστροφής δεν αντίκειται στο Σύνταγμα και στο άρθρο 1 του Πρώτου Πρόσθετου Πρωτοκόλλου της ΕΣΔΑ και την υπ' αριθμ. 736/2025 ΣτΕ, όπου αναφέρεται ότι τα μέτρα «επιστροφής» (rebate) και «αυτόματης επιστροφής» (claw back) δεν αντίκεινται στο Σύνταγμα, στην αρχή της δικαιολογημένης εμπιστοσύνης και στο άρθρο 1 του ΠΠΠ της ΕΣΔΑ.

και ειδικότερα σε 24 ασφαλιστικές επιχειρήσεις και 75 παρόχους υπηρεσιών υγείας, με διαφορετικά ερωτηματολόγια ανά κατηγορία.

149. Στην παρούσα ενότητα εν συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις των 60 παρόχων υπηρεσιών υγείας που δήλωσαν ότι συνεχίζουν να δραστηριοποιούνται στην αγορά¹⁷⁶. 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 εισόδου στην αγορά, η σημασία των δεδομένων που λαμβάνουν γνώση οι ίδιες ή οι ανταγωνιστές τους, κ.α.
150. 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.
151. Οι απαντήσεις που δόθηκαν¹⁷⁷ από τις κλινικές ως προς τον κύκλο εργασιών τους με βάση τις σχετικές οικονομικές καταστάσεις δείχνουν ότι 12/54 των συμμετεχουσών κλινικών είχαν, **για τα έτη 2019-2021** μέσο ετήσιο κύκλο εργασιών μεταξύ €1 εκ. - €2 εκ., 16 κλινικές είχαν μέσο κύκλο εργασιών μεταξύ €2 εκ. – €5 εκ., 5 κλινικές από €5 εκ. - €10 εκ., 8 κλινικές από €10 εκ.-€20 εκ., 9 κλινικές από €30 εκ. €90 εκ. και μόνο 4 κλινικές είχαν μέσο κύκλο εργασιών πάνω από €100 εκ.

Διάγραμμα 8: Κατανομή κλινικών ανά κατηγορία κύκλου εργασιών για τα έτη 2019-2021



¹⁷⁶ Απάντησαν 62 εταιρίες εκ των 75 (η ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΑΡΑΦΙΑΝΟΣ και η ΟΛΥΜΠΙΟΝ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ Α.Ε. δεν δραστηριοποιούνται πλέον στον κλάδο της παροχής υπηρεσιών υγείας από το 2021 η πρώτη και από το 2018 η δεύτερη).

¹⁷⁷ Έξι (6) από τις 60 δεν ανέφεραν κύκλο εργασιών.

Επιπλέον, όσον αφορά τους τομείς νοσηλείας στους οποίους δραστηριοποιούνται οι πάροχοι ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι πάροχοι εστιάζουν τις υπηρεσίες τους τόσο στην «γενική» όσο και στην «ψυχιατρική» ιατρική. Οι κλινικές «γενικής» νοσηλείας βρίσκονται στις περιοχές Αθήνας, Πειραιά, Θεσσαλονίκης, Ηρακλείου, Χανίων, και Ρόδου. Οι κλινικές που εστιάζουν στην «ψυχιατρική» νοσηλεία βρίσκονται στις περιοχές Αθήνας, Πειραιά, Θεσσαλονίκης, Λάρισας, Κορίνθου, Δράμας.

Έρευνα για την Τελική Έκθεση

152. Στο πλαίσιο επικαιροποίησης της έρευνας για την Τελική Έκθεση απεστάλησαν σχετικά ερωτηματολόγια σε 16 νοσοκομειακούς παρόχους.

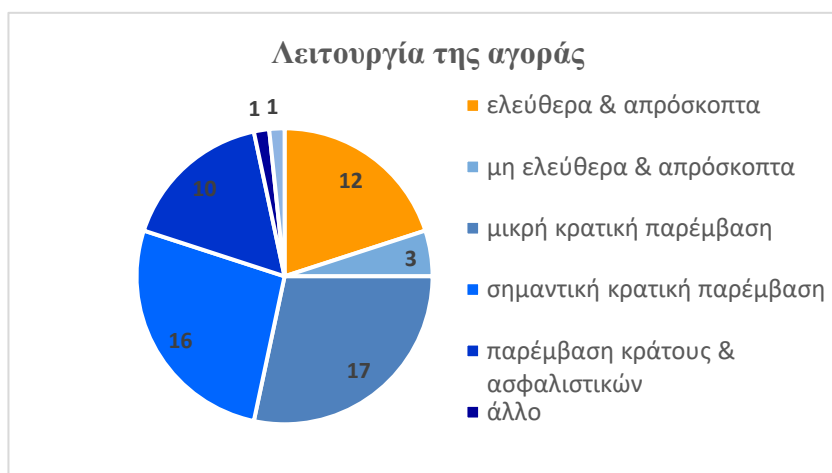
IV.2. Παρεμβάσεις στη Λειτουργία του Κλάδου

153. Στο πλαίσιο της έρευνας για την **Ενδιάμεση Έκθεση**, οι πάροχοι ερωτήθηκαν εάν η αγορά στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας λειτουργεί ελεύθερα και απρόσκοπτα ή εάν τυχόν υπάρχουν παρεμβάσεις στην δραστηριότητά τους.
154. Στο θέμα αυτό, η πλειοψηφία των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας (43/60) 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 ζημιές 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- 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 μονοφωνιακός 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.
155. Μια κατηγορία παρόχων (16 από τους 43) θεωρούν ότι η ως άνω κρατική παρέμβαση είναι σημαντική (βλ. Διάγραμμα κατωτέρω, κατηγορία: «σημαντική κρατική παρέμβαση») ενώ κάποιοι άλλοι (17 από τους 43) θεωρούν ότι η παρέμβαση του κράτους είναι σχετικά μικρή (βλ. Διάγραμμα κατωτέρω, κάποιες φορές μάλιστα και δικαιολογημένη (λόγω εκτάκτων συνθηκών όπως π.χ. πανδημίας) και ότι γενικά η αγορά υπηρεσιών υγείας λειτουργεί ως προς τα λοιπά, αρκετά ελεύθερα και απρόσκοπτα κατηγορία: «μικρή κρατική παρέμβαση»).
156. Ένα τμήμα των ανωτέρω ερωτηθέντων παρόχων που απάντησαν ότι υπάρχουν παρεμβάσεις από δημόσιους φορείς (10 από τους 43) αναφέρουν ότι πέραν της κρατικής παρεμβατικότητας υπάρχουν και ενδείξεις και παρεμβατικής δράσης εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιρειών οι οποίες συνεργάζονται με επιλεγμένα μόνο θεραπευτήρια και κατευθύνουν σε αυτά τους ασφαλισμένους (βλ. διάγραμμα κατωτέρω κατηγορία: «παρέμβαση κράτους & ασφαλιστικών»). Στην ίδια κατηγορία παρόχων αναφέρεται ότι η αγορά δέχεται παρεμβάσεις ιδίως μετά την εξαγορά ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών από μεγάλους επιχειρηματικούς ομίλους και funds που έχουν ήδη στην ιδιοκτησία τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και εκφράζονται ανησυχίες για την αυξανόμενη δύναμη των ασφαλιστικών εταιρειών αυτών, η οποία θα επηρεάσει και πιθανόν

να οδηγήσει σε ολιγοπωλιακές καταστάσεις στο χώρο της υγείας. Ειδικότερα, γίνονται αναφορές σε εξαγορές και συγκεντρώσεις ιδιωτικών κλινικών και ασφαλιστικών εταιρειών κάτω από τον ίδιο φορέα. Το παράδειγμα που δίνεται είναι η εξαγορά της HHG και της εταιρείας Εθνική Ασφαλιστική από τη CVC.

157. Τρεις (3 στους 60) παρόχους απαντούν ότι η αγορά δεν λειτουργεί ελεύθερα και απρόσκοπτα χωρίς να δίνουν περισσότερες εξηγήσεις (βλ. Διάγραμμα κατωτέρω, κατηγορία: «μη ελεύθερα & απρόσκοπτα»).
158. Μόνο 12 εκ των 60 απαντούν ότι η αγορά λειτουργεί ελεύθερα και απρόσκοπτα (βλ. Διάγραμμα κατωτέρω, κατηγορία: «ελεύθερα & απρόσκοπτα»). Κάποιοι από αυτούς παρατηρούν ότι η αγορά λειτουργεί ελεύθερα γιατί δίνεται η δυνατότητα στις κλινικές να καθορίζουν ανεξάρτητα τις τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών τους, ή γιατί διαμορφώνεται από το νόμο της προσφοράς και της ζήτησης. Παρά το γεγονός ότι οι συμμετέχουσες επιχειρήσεις στην έρευνα δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας της χώρας, παρουσιάζονται στη συνέχεια, για λόγους ευκολότερης κατανόησης, οι απαντήσεις τους σε Διάγραμμα. Οι αναγραφόμενοι αριθμοί σε κάθε κατηγορία απαντήσεων αφορούν το πλήθος των παρόχων που συγκαταλέγονται στην κατηγορία αυτή.

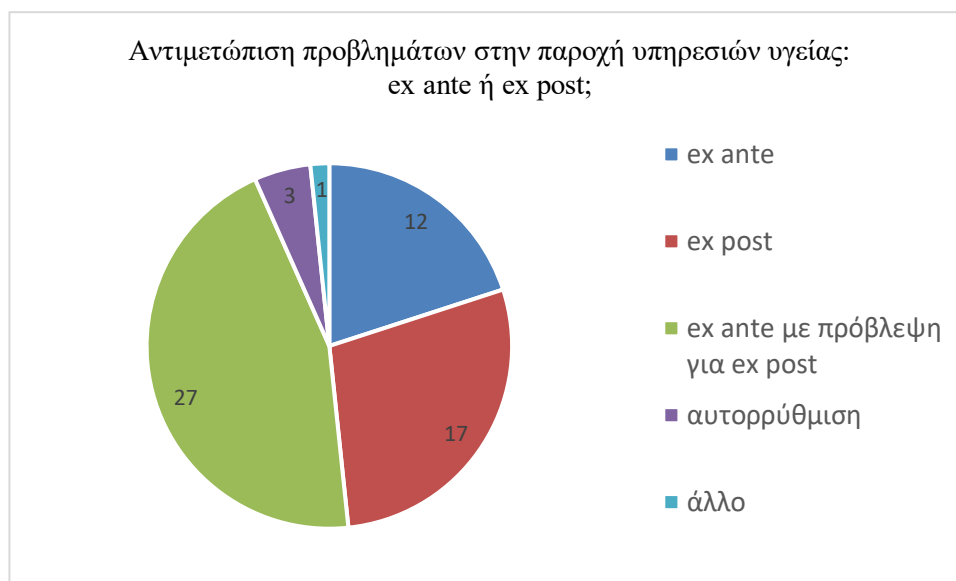
Διάγραμμα 9: Απόψεις παρόχων σχετικά με τη λειτουργία της αγοράς στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας



159. Ως προς τις μεθόδους αντιμετώπισης προβλημάτων στην εν λόγω αγορά, 27 στους 60 δηλώνουν, ότι η αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να πραγματοποιείται κυρίως *ex ante*, δηλαδή με μία εκ των προτέρων ρύθμιση, με παράλληλη όμως πρόβλεψη και για ρύθμιση *ex post*.
160. Η αμέσως μεγαλύτερη κατηγορία απαντήσεων (17/60) θεωρεί τις *ex post* ρυθμίσεις ουσιαστικότερες, καθώς είναι δύσκολο να προβλεφθούν, νομοθετικά, εκ των προτέρων ζητήματα τα οποία συγκρούονται ως προς την επίλυση τους με εκ των προτέρων ρυθμίσεις.
161. Οι ερωτώμενοι που δηλώνουν προτίμηση μόνο σε *ex ante* ρυθμίσεις (12/60) σημειώνουν ότι η εκ των προτέρων θέσπιση ειδικών ρυθμίσεων και διατάξεων με στόχο την πρόληψη ζητημάτων στην αγορά στοχεύει στην αποφυγή αυτών πριν εκδηλωθούν. Αυτή η πρόβλεψη είναι σε αντιδιαστολή με τις ρυθμίσεις *ex post* οι οποίες, «λόγω της ευαισθησίας του κλάδου», δημιουργούν παλινωδίες και όχι επίλυση σε ανακύπτοντα ζητήματα. Επίσης, υπογραμμίζεται ότι οι ρυθμίσεις *ex ante* δεν αφήνουν ανεξέλεγκτη την αγορά υγείας.

162. Ενδιαφέρουσες είναι και οι απαντήσεις που δίνονται στην κατηγορία «αυτορρύθμιση» (3/60). Οι συγκεκριμένες απαντήσεις υπογραμμίζουν ότι η αγορά θα πρέπει να είναι ελεύθερη-ανταγωνιστική και να αντιμετωπίζει από μόνη τα προβλήματα. Επιπλέον, τονίζουν ότι τα θεσμικά όργανα του κλάδου υγείας θα πρέπει να συμβάλουν ώστε η αγορά να αυτορυθμίζεται με βάση τη λειτουργία της.
163. Στην κατηγορία «άλλο» (1/60) υπάρχει η άποψη ότι είναι ευρύ και αναχρονιστικό το πλαίσιο νόμων και εφαρμοστέων διατάξεων και ότι χειραγωγεί την αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας, για το λόγο αυτό, προτείνεται από αυτή την κατηγορία ερωτώμενων η δημιουργία ανεξάρτητων φορέων με σκοπό την τήρηση του υφισταμένου θεσμικού πλαισίου, την επικαιροποίησή του, και την άσκηση δομικού ελέγχου στον εν λόγω κλάδο.

Διάγραμμα 10: Επικρατέστερες θέσεις των κλινικών σχετικά με την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας

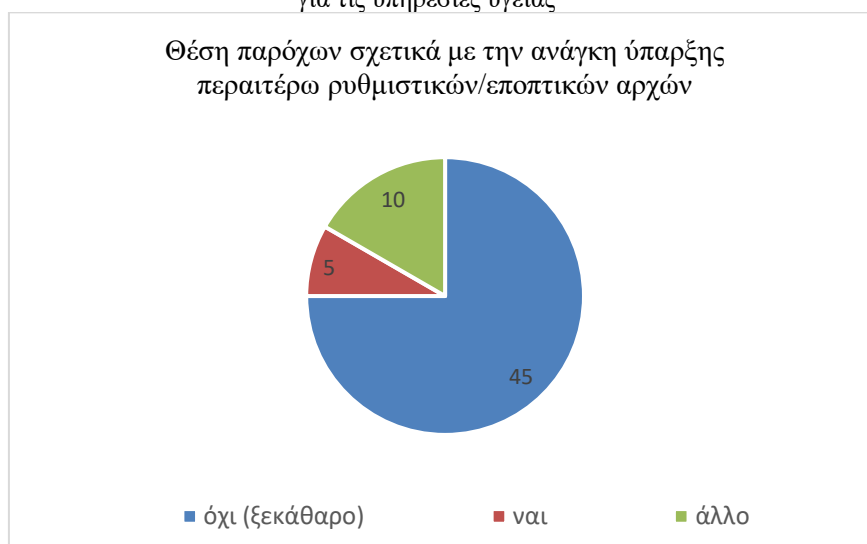


164. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων παρόχων (45/60) δεν θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη περαιτέρω ρυθμιστικών/εποπτικών αρχών για τις υπηρεσίες υγείας. Στα περαιτέρω σχόλια που καταγράφονται, υπάρχει ποικιλία απόψεων ως προς τη μη αναγκαιότητα ύπαρξης νέων εποπτικών αρχών. Συνοπτικά οι συμμετέχοντες αναφέρουν τα παρακάτω: (α) το υφιστάμενο ρυθμιστικό πλαίσιο είναι επαρκές και αυστηρό, (β) υπάρχει πληθώρα ρυθμιστικών αρχών και αυτό που απαιτείται είναι καλύτερος συντονισμός και επιμερισμός αρμοδιοτήτων, (γ) ενίσχυση του καθεστώς διαφάνειας και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στον τομέα υγείας, (δ) η ύπαρξη επιπλέον ρυθμιστικών αρχών θα οδηγούσε σύγχυση αρμοδιοτήτων, (ε) αναγκαία είναι η τήρηση του υπάρχοντος θεσμικού πλαισίου και η υποστήριξη του ελεύθερου ανταγωνισμού, (στ) οι ρυθμιστικές αρχές είναι επαρκείς προτείνεται δε αναδιάρθρωση του οργανωτικού τους πλαισίου, (ζ) συστηματική παρακολούθηση των συνθηκών ανταγωνισμού στην αγορά παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από την Επιτροπή Ανταγωνισμού (ΕΑ), και (η) οι υφιστάμενες ρυθμιστικές αρχές είναι επαρκείς για τον κλάδο υγείας.
165. Στην κατηγορία «άλλο» κατά (10/60) γράφονται οι ακόλουθες εξηγήσεις: (α) το θεσμικό πλαίσιο να βελτιώνεται συνεχώς, (β) οι υπάρχουσες ρυθμιστικές αρχές να αποτρέπουν περαιτέρω συγκέντρωση του κλάδου, (γ) δεν εποπτεύεται το τελικό αποτέλεσμα των υπηρεσιών υγείας, αντίθετα, παρατηρείται έμμεση διαφήμιση με αποτέλεσμα να επηρεάζεται ο τελικός καταναλωτής – ασθενής χωρίς να έχει σφαιρική άποψη, (δ) διακοπή του μηχανισμού clawback & rebate για ποιοτική παροχή ιατρικών υπηρεσιών και αύξηση του κλειστού προϋπολογισμού για τις κλινικές που δραστηριοποιούνται στον τομέα ψυχικών νοσημάτων, (ε) αίτημα αξιοκρατίας στον κλάδο,

(στ) οι ειδικές συμφωνίες και συμβάσεις μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας πρέπει να χρήζουν έρευνας από τις εποπτικές αρχές, και (ζ) η ομαλή λειτουργία της αγοράς υγείας διασφαλίζεται με την εποπτεία της επιφέροντας θετικά αποτελέσματα.

166. Οι πάροχοι που θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη περαιτέρω ρυθμιστικών/εποπτικών αρχών για τις υπηρεσίες υγείας (5/60) αναφέρουν ως πιθανές λύσεις: (α) της δημιουργία ανεξάρτητης εποπτικής αρχής για την παρακολούθηση της εφαρμογής του ισχύοντος κανονιστικού πλαισίου με δυνατότητα αυτοτελούς παρέμβασης, (β) την ύπαρξη μιας αρχής για τον έλεγχο προσωπικών δεδομένων, σωστής χρήσης αλγορίθμων τεχνητής νοημοσύνης κτλ. συγκεκριμένα για τους παρόχους υγείας, (γ) τη δημιουργία μιας ανεξάρτητης αρχής της οποίας η λειτουργία θα συνοψίζεται στην τήρηση μιας σειράς στόχων (διασφάλιση εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης οι οποίες πληρούν τα απαιτούμενα πρότυπα για τη χορήγηση αδειών (όπως πχ. έννοια αυτόνομης λειτουργικής μονάδας), παρακολούθηση ποιότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας για τη διασφάλιση και συμμόρφωση με πρακτικές βασισμένες σε αποδεικτικά στοιχεία και πρότυπα διαπίστευσης και προστασία των δικαιωμάτων και της ασφάλειας όλων των ατόμων που χρησιμοποιούν τις εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης), (δ) την ύπαρξη ρυθμιστικής αρχής που να επέβλεπε τον κλάδο με ξεκάθαρες διατάξεις, και (ε) τον έλεγχο από τις αρμόδιες εποπτικές αρχές των ειδικών συμφωνιών και συμβάσεων μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και παρόχων υπηρεσιών υγείας.

Διάγραμμα 11: Θέση παρόχων σχετικά με την ανάγκη ύπαρξης περαιτέρω ρυθμιστικών/εποπτικών αρχών για τις υπηρεσίες υγείας



IV.3. Εμπόδια Εισόδου και Δραστηριοποίησης

IV.3.1. Γενικά

167. Ως προς την ύπαρξη εμποδίων στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας του ισχύοντος ρυθμιστικού πλαισίου η πλειοψηφία των ερωτώμενων στο πλαίσιο της αρχικής έρευνας (37 σε σύνολο 60, ήτοι 62%) θεωρούν ότι υφίστανται τέτοια εμπόδια.
168. Η πλειονότητα εξ αυτών (15 εκ των 37) θεωρεί ότι ένα από τα βασικότερα εμπόδια είναι ο μηχανισμός clawback & rebate. Μεγάλος αριθμός απαντήσεων (12/37) 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

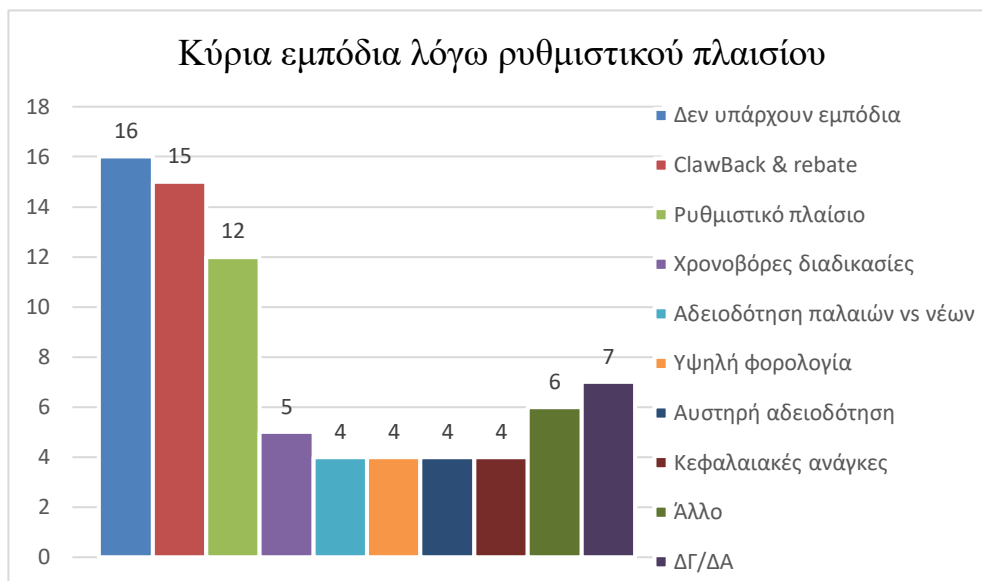
εμπλεκόμενων φορέων (5/37), τις διαφορές στο πλαίσιο αδειοδότησης λειτουργίας μεταξύ παλαιών και νέων κλινικών (4/37), την υψηλή φορολογία και υψηλό ΦΠΑ (4/37), τις αυστηρές προδιαγραφές για αδειοδότηση (4/37), τις μεγάλες κεφαλαιακές ανάγκες (4/37), τον καθορισμό κατώτατων και ανώτατων τιμών (1/37), τον περιορισμό του μάρκετινγκ και της διαφήμισης (1/37), τη μη υπαρξη προτύπων ποιότητας (1/37), τις «ρήτρες κεκτημένων δικαιωμάτων» (1/37), τις αδικαιολόγητες καθυστερήσεις στην έκδοση υπουργικών αποφάσεων (1/37) και τον αποκλεισμό ασφαλισμένων από υπηρεσίες υγείας λόγω κάθετης, και όχι κατά περίπτωση, εφαρμογής του ρυθμιστικού πλαισίου (1/37).

169. Παραδείγματα που συνοδεύουν τις παραπάνω τοποθετήσεις είναι τα ακόλουθα:

- Οι ιδιωτικές κλινικές λειτουργούν υπό διαφορετικά νομικά καθεστάτα όπως ΠΔ 247/1991, ΠΔ 517/1991, ΠΔ 235/2000, ν. 4600/2019 τα οποία εφαρμόζονται παράλληλα, δημιουργώντας ένα πολύπλοκο ρυθμιστικό πλαίσιο δύο ταχυτήτων για παλιές και νέες κλινικές, οι δε νόμοι 247/1991, 517/1991, 235/2000, 4600/2019 αυξάνουν τις ελάχιστες προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας φορέων παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.
- Το ρυθμιστικό πλαίσιο των κλινικών είναι, σύμφωνα με κάποιες απαντήσεις, βασισμένο σε παλαιότερες ιατρικές πρακτικές και τεχνολογίες, οι οποίες περιορίζουν την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας όπως η δυσλειτουργική δέσμευση περί πέντε κλινών ανά ειδικότητα.
- Το κυριότερο εμπόδιο φέρεται από ορισμένους ερωτώμενους να είναι οι ν. 4600/2019 και 4771/2021 που ενώ δίνουν δυνατότητες κτιριακής επέκτασης σε υφιστάμενη κλινική εντούτοις απαγορεύουν τη δημιουργία νέων κλινών.
- Τα Κέντρα Αποκατάστασης Κλειστής Νοσηλείας διέπονται από διαφορετικά νομοθετικά καθεστάτα σχετικά με τον επιτρεπτό αριθμό λειτουργίας κλινών εάν έχουν ιδρυθεί πριν ή μετά το έτος 2005.
- Στρέβλωση στην ομαλή λειτουργία των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας (εφεξής ΜΗΝ) λόγω καθυστερήσεων στην έκδοση σχετικών υπουργικών αποφάσεων, αλλαγές στο καθεστώς αδειοδότησης, παλινωδίες στη δυνατότητα πραγματοποίησης ενδουαλειδικών εγχύσεων (ενέσεων).
- Κρατικός παρεμβατισμός στην αγορά υγείας με τον μηχανισμό clawback & rebate σε συνδυασμό τα κρατικά μέτρα μείωσης δαπανών στην υγεία πλήττουν την ρευστότητα και αυξάνουν τα κόστη λειτουργίας των εν λόγω παρόχων.
- Η εξάρτηση των ιδιωτικών κλινικών από τον ΕΟΠΠΥ, ο οποίος αποζημιώνει το ημερήσιο νοσήλιο των ασθενών, το ποσοστό συμμετοχής τους καθώς και τις χορηγούμενες εκπτώσεις clawback & rebate με βάση κυβερνητικές αποφάσεις, τους δημιουργεί οικονομικό και λειτουργικό πρόβλημα.

170. Οι συμμετέχοντες που θεωρούν ότι δεν υφίστανται εμπόδια στην αγορά υγείας (16 σε σύνολο 60), σημειώνουν ότι οι ισχύοντες νόμοι δεν εγείρουν σημαντικά εμπόδια στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας καθώς προβλέπουν τις ελάχιστες προϋποθέσεις που πρέπει να τηρούνται από ένα νέο πάροχο. Ορισμένοι ερωτώμενοι αναφέρουν ότι ο ν. 4600/2019 ρυθμίζει, εκσυγχρονίζει, και αναμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για τις ιδιωτικές κλινικές στη χώρα. Τέλος, 7 από τους 60 είτε δεν απάντησαν είτε απάντησαν πως δεν γνωρίζουν.

Διάγραμμα 12: Κυριότερα εμπόδια που εντοπίζονται από τους παρόχους για την ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας λόγω του ισχύοντος ρυθμιστικού πλαισίου



171. Αναφορικά με **νομικά και πραγματικά εμπόδια εισόδου** νέων επιχειρήσεων στην αγορά, η πλειονότητα των ερωτώμενων αναφέρεται στο θεσμικό πλαίσιο και πιο συγκεκριμένα:

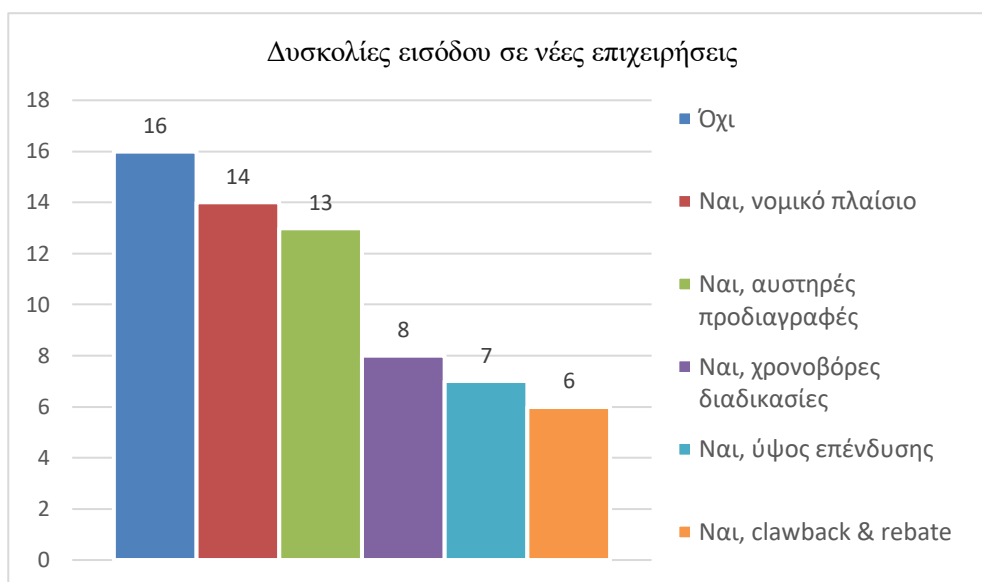
- Αρκετοί πάροχοι (14 / 60) αναφέρουν την **πολυνομία ή/και το ασαφές και διαρκώς μεταβαλλόμενο νομικό πλαίσιο**,
- Αρκετοί επίσης (13 / 60) αναφέρουν τις **αυστηρές και ανελαστικές προδιαγραφές για την ίδρυση νέων κλινικών** οι οποίες είναι «χωρίς ουσία», «παρωχημένες» και «ασφυκτικές» για νεοεισερχόμενες επιχειρήσεις,
- Κάποιοι επίσης (8 / 60) εστιάζουν **στις γραφειοκρατικές και μακροχρόνιες/χρονοβόρες διαδικασίες για την αδειοδότηση/ίδρυση, μετατροπή και επέκταση κλινικών**, με «εμπλοκή πολλών κρατικών φορέων», «αργή απονομή της δικαιοσύνης», «διαφθορά», «υποστελέχωση εποπτευόντων φορέων που δεν βοηθά την επικοινωνία».

172. Πέραν τούτου, αναφέρονται και τα εξής προβλήματα εισόδου στην αγορά υγείας:

- η είσοδος παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας απαιτεί επενδυτικά κεφάλαια για κτιριακές εγκαταστάσεις, υλικοτεχνικό εξοπλισμό, έρευνα και ανάπτυξη, εκπαίδευση προσωπικού αλλά και υψηλό λειτουργικό κόστος (7 / 60),
- ο κλειστός προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ και οι μηχανισμοί clawback και rebate του ν. 4172/2013 (6 / 60),
- το νομοθετικό πλαίσιο «που απαγορεύει δημιουργία νέων κλινικών/ απαγόρευση νέων κλινικών του ν 4771/ αδειοδοτικό πλαίσιο που δεν δίνει τη δυνατότητα ίδρυσης υποκαταστημάτων και κτιριακή επέκταση»,
- «δεν υπάρχει κρατική ενίσχυση/ δεν υπάρχουν επενδυτικά κίνητρα στον αναπτυξιακό νόμο» (2/60),

- η δυσκολία στις συμβάσεις με ΕΟΠΥΥ και ασφαλιστικούς φορείς, π.χ. «οι συμβάσεις με δημόσιους ασφαλιστικούς φορείς δεν έχουν χρονικό πλαίσιο αποδοχής και δεν εξαρτώνται από νομικά δικαιολογητικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά» (2/60),
- η δυσκολία σύναψης συμφωνίας με ασφαλιστικές εταιρείες π.χ. «οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς δεν εφαρμόζουν σταθερά κριτήρια σύναψης συμβάσεων με ιδιωτικές κλινικές» (2/60),
- το ασταθές φορολογικό περιβάλλον και η υπερφορολόγηση (2/60),
- η συγκέντρωση/ ο κορεσμός στην αγορά (1 στις/ 60), και τέλος,
- «η ύπαρξη μονάδων ημερήσιας νοσηλείας» (1/60).

Διάγραμμα 13: Εμπόδια εισόδου σε νέες επιχειρήσεις, ιδιωτικές κλινικές στην αγορά των υπηρεσιών υγείας .



IV.3.2. Η ελάχιστη και μέγιστη δυναμικότητα ως εμπόδιο εισόδου/επέκτασης

173. Στο πλαίσιο της έρευνας για την Τελική Έκθεση, οι ερωτηθείσες ιδιωτικές κλινικές διευκρίνισαν το ρυθμιστικό πλαίσιο στο οποίο υπάγονται . Κάποιοι από τους παρόχους διατηρούν περισσότερες κλινικές-υποκαταστήματα. συγκεκριμένα οι κλινικές-παραρτήματα σε δείγμα δεκαπέντε (15) συμμετεχόντων στην έρευνα ανέρχονται συνολικά σε είκοσι πέντε (25).
174. Ως προς το ρυθμιστικό πλαίσιο της ίδρυσης και λειτουργίας των είκοσι πέντε (25) κλινικών του δείγματος (ν. 4600/2019, ΠΔ 235/2000, και 247/1991 σε συνδυασμό με το ν. 517/1991, υπενθυμίζεται ότι κάθε κλινική υπάγεται στη νομοθεσία εκείνη που ήταν σε ισχύ κατά το χρόνο ίδρυσής της, ενώ οι κλινικές που λειτουργούσαν πριν την έναρξη ισχύος των ΠΔ 247/1991 και 517/1991 υπάγονται στο ΠΔ 235/2000), σημειώνονται τα εξής: η πλειοψηφία των ιδιωτικών κλινικών (17/25) υπάγεται στις διατάξεις του ΠΔ 235/2000. Κάποιες αναφέρουν ότι παράλληλα με το ΠΔ 235/2000 υπάγονται και στο ν. 4600/2019, καθώς διαθέτουν παλαιότερες αλλά και νέες εγκαταστάσεις (κτίρια), οι οποίες διέπονται από το πδ 235/2000 και το ν. 4600/2019 αντίστοιχα. Κάποιες κλινικές απάντησαν ότι υπάγονται στο ν. 4600/2019, είτε \μόνο σε αυτόν ή αποκλειστικά ή σε συνδυασμό με άλλο νομοθετικό πλαίσιο. Τρεις από τους παρόχους αναφέρουν ότι πέρα από

το ΠΔ 235/2000 υπάγονται παράλληλα στο ΠΔ 247/1991. Μια κλινική αναφέρει ότι υπάγεται στα ΠΔ 247/1991 και 517/1991 καθώς και στο ν. 4600/2019. Μία εξ αυτών αναφέρει ότι υπάγεται σε όλα τα παραπάνω.

175. Όπως διαφαίνεται από τις απαντήσεις ορισμένων ιδιωτικών κλινικών κατωτέρω, η ύπαρξη τριών διακριτών νομοθετικών καθεστώτων δημιουργεί ρυθμιστικές ασυμμετρίες και ένα περίπλοκο καθεστώς αδειοδότησης και λειτουργίας.
176. Σε ό,τι αφορά τη δυναμικότητα¹⁷⁸ που αναπτύσσουν οι κλινικές του δείγματος, διαπιστώνεται ότι έξι (6) διαθέτουν από 50 έως 100 κλίνες, οκτώ (8) από 100 έως 200 κλίνες, έξι (6) από 200 έως 300 κλίνες, δύο (2) κλινικές από 300 έως 400 κλίνες ενώ οι υπόλοιπες τρεις (3) κυμαίνονται σε εύρος 400 έως 500 κλινών.
177. Σε ερώτηση ως προς τυχόν αύξηση του αριθμού κλινών στην οποία έχουν προβεί οι συμμετέχοντες στην έρευνα, από τις απαντήσεις των νοσοκομειακών παρόχων προκύπτει ότι, **εννέα (9) εκ των είκοσι πέντε (25) ιδιωτικών θεραπευτηρίων** έχουν προβεί σε αύξηση του αριθμού των κλινών τους (βλ. πίνακα πιο κάτω). Εντούτοις, μεταξύ αυτών, δύο (2) κλινικές, οι οποίες ανήκουν στον ίδιο όμιλο, μολοντί έχουν πραγματοποιήσει την τελευταία δεκαετία αύξηση στον συνολικό αριθμό των κλινών τους, μεταγενέστερα προχώρησαν σε τροποποίηση της άδειας λειτουργίας τους με την οποία προβλέφθηκε μείωση του συνολικού αριθμού κλινών τους.

Πίνακας 13: Τροποποίηση αριθμού κλινών νοσοκομειακών παρόχων υπηρεσιών υγείας

Ιδιωτική Κλινική	Είδος Κλινικής	Αριθμός Κλινών	Αριθμός κλινών μετά την τροποποίηση
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	Γενική Κλινική	159	175
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Παιδιατρική Κλινική	45	57
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ -ΚΛΙΝΙΚΗ Π. ΦΑΛΗΡΟΥ	Γενική Κλινική	99	83
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ- ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	Γενική Κλινική	455	396
ΙΑΣΩ	Γενική Κλινική	350	498
MEDITERRANEO HOSPITAL	Γενική Κλινική	79	164
ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΧΑΡ. Ν. ΣΙΝΟΥΡΗ Α.Ε.	Ειδική Κλινική	103	118
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΜΕΤΡΟΠΟΛΙΤΑΝ ΤΖΕΝΕΡΑΛ	Γενική Κλινική	226	234
ΜΗΤΕΡΑ	Γενική, Μαιευτική- Γυναικολογική & Παιδιατρική Κλινική.	459	478
Σύνολο		1.975	2.203 (+11,5%)

Πηγή: Έρευνα ΓΔΑ

178. Σημειώνεται ότι η εμφανιζόμενη αύξηση κλινών στο εν λόγω δείγμα παρόχων κατά 228 κλίνες, προκύπτει σε μεγάλο βαθμό από δύο παρόχους, το ΙΑΣΩ (+148 κλίνες, ή +42%) και το MEDITERRANEO HOSPITAL (+85 κλίνες ή +107,6%), ενώ συνολικά για τους υπόλοιπους ο αριθμός των κλινών παρέμεινε σχεδόν αμετάβλητος.

¹⁷⁸ Σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2, αρθρ. 23 του ν. 4600/2023 οι οποίες εφαρμόζονται σε όλες τις ιδιωτικές κλινικές, που έλαβαν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας έως τη δημοσίευση του ν. 4600/2019 (άρθρο 47, παρ. 3, εδ. α', ν. 4600/2019), «Η δυναμικότητα των κλινών της κλινικής προκύπτει από το σύνολο των πάσης φύσης κλινών της, δηλαδή των κλινών νοσηλείας και απομονώσεως, καθώς και των κλινών ειδικών μονάδων».

179. Οι ιδιωτικές κλινικές¹⁷⁹ ερωτήθηκαν εάν θεωρούν ότι ο προβλεπόμενος στο οικείο νομοθετικό πλαίσιο **ελάχιστος αριθμός κλινών (συνολικά και ανάλογα με το τμήμα ειδικότητας)** μπορεί να εμποδίσει μια επιχείρηση από το να εισέλθει στον κλάδο της παροχής υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας. Μεταξύ δεκατεσσάρων (14/16) επιχειρήσεων που παρείχαν σχετικές πληροφορίες, η πλειονότητα (9/14) έδωσε αρνητική απάντηση.
180. Ένας (1) από τους νοσοκομειακούς παρόχους, που απάντησαν αρνητικά, εξηγεί ότι τα προβλεπόμενα ελάχιστα όρια κλινών για τις ιδιωτικές κλινικές είναι αρκετά περιορισμένα και δεν είναι ικανά να αποτρέψουν επιχειρήσεις από το να εισέλθουν στην αγορά. Πέραν αυτού, πάροχοι αναφέρουν ότι η θεσμοθέτηση του ρυθμιστικού πλαισίου *«αποτελεί διασφάλιση της λειτουργίας ενός αριθμού κλινών που θεωρείται λογικός για το συγκεκριμένο αντικείμενο δραστηριοποίησης, δηλαδή την παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών»* ενώ παράλληλα αναφέρουν και ότι *«οι σχετικές προβλέψεις του νομοθετικού πλαισίου αποσκοπούν στη διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας»*.
181. Αντιθέτως, πέντε (5) κλινικές θεωρούν ότι οι νομοθετικές απαιτήσεις ως προς τον ελάχιστο αριθμό κλινών θέτουν ρυθμιστικούς περιορισμούς στην είσοδο νέων επιχειρήσεων και στην επέκταση των υφιστάμενων σε νέες ειδικότητες. Στο πλαίσιο αυτό, δύο (2) από τους παραπάνω παρόχους θεωρούν ότι ο ελάχιστος αριθμός κλινών ανά τμήμα ειδικότητας αποτελεί περιοριστικό παράγοντα εισόδου στην αγορά νέων επιχειρήσεων, ειδικότερα για τη δημιουργία μικρού/μεσαίου μεγέθους νοσηλευτικών μονάδων.
182. Ένας ακόμη πάροχος ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας επισημαίνει ότι ο ελάχιστος αριθμός κλινών μπορεί να επηρεάσει μια εταιρεία από το να εισέλθει στον κλάδο παροχής υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας καθώς υπάρχει υψηλό αρχικό κόστος επένδυσης (μεγάλη κτηριακή εγκατάσταση, πολύς εξοπλισμός και ανάλογο προσωπικό κλπ.) αλλά και υψηλό κόστος καθημερινής λειτουργίας (τροφοδοσία, καθαριότητα κλπ.). Ακόμη, ένας από τους πέντε ως άνω παρόχους αναφέρει ότι η πρόβλεψη περί ελάχιστου αριθμού κλινών (συνολικά και ανάλογα με το τμήμα ειδικότητας) μπορεί να εμποδίσει, διότι δημιουργεί περιορισμούς στη διαχείριση της δύναμης και στην εξυπηρέτηση της ζήτησης για νοσηλευτική κλίνη. Στο πλαίσιο αυτό, ο ίδιος πάροχος αναφέρει ότι η πρόβλεψη για ύπαρξη και διατήρηση ελάχιστου αριθμού κλινών ανά αδειοδοτημένη ειδικότητα, σε συνδυασμό με τη μη επιτρεπόμενη ανακατανομή κλινών από την επιχείρηση, χωρίς την τήρηση της διοικητικής διαδικασίας αναθεώρησης της άδειας που είναι χρονοβόρα έχει ως συνέπεια την άρνηση εισαγωγών σε περιόδους αιχμής και τη σημαντική απώλεια εσόδων.
183. Ένας (1) έτερος πάροχος από αυτούς που θεωρούν ότι η πρόβλεψη περί ελάχιστου αριθμού κλινών μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο εισόδου, αναφέρεται στο εφαρμοστέο νομοθετικό πλαίσιο το οποίο δεν είναι ενιαίο δεδομένης της παράλληλης ισχύος τριών διαφορετικών νομοθετικών πλαισίων που διέπουν τη δραστηριότητα των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών με αποτέλεσμα να λειτουργούν κλινικές «τριών ταχυτήτων». Ειδικότερα, όπως εξηγεί, *«η Ελλάδα δεν διαθέτει ένα ενιαίο νομοθετικό πλαίσιο που να διέπει την ίδρυση και λειτουργία του συνόλου των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας. Τούτο αποδεικνύεται από το γεγονός ότι τη δεδομένη χρονική στιγμή καθένας εκ των ιδιωτικών παρόχων, που λειτουργεί στη χώρα, υπάγεται σε ένα εκ των τριών διαφορετικών νομοθετικών πλαισίων που είναι σε ισχύ. Στην πράξη, ένας σημαντικός αριθμός ιδιωτικών παρόχων διέπεται από τις διατάξεις του ΠΔ 517/1991, ακολούθως άλλος από τις διατάξεις του ΠΔ 235/2000 και ορισμένοι από το Ν. 4600/2019. Περαιτέρω, διευκρινίζεται ότι καθένα από τα προαναφερόμενα νομοθετικά πλαίσια θέτει διαφορετικές προδιαγραφές ως προς το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τους χώρους και τον ελάχιστο αριθμό κλινών για την αδειοδότηση της*

¹⁷⁹ Η Επιτροπή απηύθυνε το σχετικό ερώτημα σε δεκαέξι (16) παρόχους υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Στη συγκεκριμένη ερώτηση απάντησαν οι δεκατέσσερις (14) από αυτούς (με τις κλινικές-παραρτήματά τους να ανέρχονται σε σύνολο 23).

ίδρυσης και λειτουργίας της εκάστοτε ιδιωτικής κλινικής/νοσοκομείου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία μίας ρυθμιστικής ασυμμετρίας στην οικεία αγορά καθώς στην πράξη ιδιωτικοί πάροχοι, οι οποίοι διέπονται από παλαιότερο νομοθετικό καθεστώς, απαιτείται να πληρούν πολύ λιγότερες προδιαγραφές σε σύγκριση με τους παρόχους εκείνους, οι οποίοι υπάγονται στις πιο πρόσφατες νομοθετικές διατάξεις, βάσει των οποίων υποχρεούνται να λειτουργούν με περισσότερες απαιτήσεις και αυξημένο συγκριτικά κόστος. Με άλλα λόγια, η σύγχυση αυτή στο εφαρμοστέο κάθε φορά νομοθετικό πλαίσιο δημιουργεί κλινικές τριών ταχυτήτων, δίνοντας συγκριτικό πλεονέκτημα σε εκείνες οι οποίες υπάγονται σε παλαιότερες διατάξεις και θέτοντας σε μειονεκτική θέση εκείνες που διέπονται από πιο πρόσφατους νόμους».

184. Σε ερώτηση για το **εάν ο μέγιστος προβλεπόμενος αριθμός κλινών ανά τμήμα ειδικότητας** – ή στην περίπτωση των ψυχιατρικών κλινικών ο μέγιστος συνολικός αριθμός κλινών-, συνεπάγεται περιορισμούς στην παραγωγική δυναμικότητα μιας εταιρείας που θέλει να δραστηριοποιηθεί στον κλάδο παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, η πλειοψηφία (10/14) των παρόχων νοσοκομειακής περίθαλψης απάντησε **αρνητικά**. Στο πλαίσιο αυτό, οι πάροχοι απαντούν ότι η πρόβλεψη περί μέγιστου αριθμού κλινών δεν εμποδίζει την ανάπτυξη μιας εταιρείας, δεδομένου ότι δεν περιορίζεται η δυνατότητα ίδρυσης περισσότερων του ενός τμήματος ανά ειδικότητα με διαφορετικό επιστημονικά υπεύθυνο ιατρό (πχ. Α' Παθολογική, Β' Παθολογική), ενώ παράλληλα επισημαίνουν και ότι η εν λόγω πρόβλεψη εντάσσεται στο πλαίσιο μιας ορθολογικής προσέγγισης αναφορικά με τον συγκεκριμένο κλάδο.
185. Στο ίδιο πλαίσιο, ένας από τους παρόχους απάντησε ότι ο εν λόγω περιορισμός στο μέγιστο αριθμό κλινών ανά τμήμα ειδικότητας θεωρείται γενικά επαρκής για τη διασφάλιση της ποιότητας και της βιωσιμότητας των ιδιωτικών κλινικών, δεδομένου του μεγέθους της αγοράς και της διαθεσιμότητας των υγειονομικών δομών. Ωστόσο, επισημαίνεται από τον εν λόγω πάροχο και ότι η ρυθμιστική ασυμμετρία που υφίσταται στην αγορά παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, δεδομένης της παράλληλης ισχύος τριών διαφορετικών νομοθετικών πλαισίων που διέπουν τη δραστηριότητα των ιδιωτικών νοσοκομείων και κλινικών, θέτοντας διαφορετικές προδιαγραφές ως προς το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τους χώρους και τον ελάχιστο αριθμό κλινών για την αδειοδότηση της ίδρυσης και λειτουργίας καθενός εξ' αυτών, καταλήγει να λειτουργεί στην πράξη εις βάρος των υπαγόμενων στις πιο πρόσφατες νομοθετικές διατάξεις ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας και προς όφελος των υπαγόμενων σε παλαιότερο νομοθετικό καθεστώς. Με άλλα λόγια, η εν λόγω αναντιστοιχία ως προς το εφαρμοστέο κάθε φορά νομοθετικό πλαίσιο, σύμφωνα με τον εν λόγω πάροχο, δύναται να αξιολογηθεί ως ένας από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις συνθήκες του ανταγωνισμού στον κλάδο της παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας καταλήγοντας στην πράξη στη δημιουργία κλινικών τριών ταχυτήτων και λειτουργώντας αποτρεπτικά για επιχειρήσεις που επιθυμούν να εισέλθουν στην σχετική αγορά.
186. Τέσσερις εκ των νοσοκομειακών παρόχων (4/14) θεωρούν ότι υφίστανται τέτοιοι περιορισμοί στην παραγωγική δυναμικότητα. Ειδικότερα, οι 2 εκ των 4 αναφέρουν ότι ο μέγιστος προβλεπόμενος αριθμός κλινών ανά τμήμα ειδικότητας δύναται να περιορίσει την παραγωγική δυναμικότητα μιας νοσηλευτικής μονάδας που επιθυμεί να αναπτύξει επιπλέον τις υπηρεσίες που παρέχει ανά τμήμα, χωρίς να αναλύουν περαιτέρω την άποψή τους. Μια εταιρεία αναφέρει ότι ακόμα και αν υπάρχουν οι πόροι, το κεφάλαιο, το δυναμικό, η ζήτηση, η επιχείρηση δεν μπορεί να αυξήσει τις κλίνες της μέσα στην ίδια εγκατάσταση, ενώ παράλληλα αναφέρει και ότι αν μια εταιρεία θέλει να εξυπηρετήσει μεγαλύτερο αριθμό ασθενών από τον μέγιστο προβλεπόμενο, θα πρέπει να ιδρύσει και άλλη μονάδα, το οποίο συνεπάγεται πρόσθετες επενδύσεις σε κτίρια και εξοπλισμό, νέα διοικητική και λειτουργική δομή και βεβαίως πιο αυξημένα κόστη λειτουργίας. Επιπλέον η ίδια εταιρεία θεωρεί ότι η εν λόγω πρόβλεψη επιδρά στην καινοτομία που θα μπορούσε να αναπτύξει μια ψυχιατρική κλινική που θα είχε μεγαλύτερο αριθμό κλινών, αναπτύσσοντας

πολύ-λειτουργικές ψυχιατρικές κλινικές με διάφορα και διαφορετικά τμήματα παρέχοντας το καθένα εξειδικευμένες υπηρεσίες¹⁸⁰.

187. Σε ό,τι αφορά τις απαντήσεις¹⁸¹ των νοσοκομειακών παρόχων ως προς το κατά πόσο οι προϋποθέσεις αύξησης των κλινών μιας κλινικής μπορούν να δυσκολέψουν ή να εμποδίσουν μια κλινική από να προβεί στην εν λόγω αύξηση, **η πλειονότητα (8/14) απάντησε ότι οι προδιαγραφές που τάσσονται από το ρυθμιστικό πλαίσιο επιδρούν αρνητικά** στις αποφάσεις των ιδιωτικών κλινικών να αυξήσουν τις κλίνες τους.
188. Ένας (1) εξ αυτών αναφέρει ότι η αύξηση των κλινών μιας κλινικής προϋποθέτει επενδύσεις σε χώρους, εξοπλισμό, αλλά και αυξημένη στελέχωση με προσωπικό και αυξημένα λειτουργικά κόστη. Τα παραπάνω μπορεί να δυσκολέψουν ή να εμποδίσουν μια κλινική από το να προβεί σε αύξηση κλινών, ειδικά όταν: α) δεν υπάρχουν ίδιες προδιαγραφές αδειοδότησης και επέκτασης κλινών με ανταγωνιστικές της μονάδες, β) υπάρχει αβεβαιότητα για το ύψος των αποζημιώσεων από τον ΕΟΠΥΥ και το ύψος των επιβαλλόμενων rebate & clawback, γ) υπάρχει σημαντική καθυστέρηση πληρωμών των νοσηλίων από τις ασφαλιστικές εταιρείες και απρόβλεπτο ύψος περικοπών από αυτές, δ) υπάρχουν σημαντικές αυξήσεις του κόστους μισθοδοσίας και του λειτουργικού κόστους οι οποίες δεν αντισταθμίζονται από αντίστοιχες αυξήσεις αποζημιώσεων από τον ΕΟΠΥΥ και τις ασφαλιστικές εταιρείες.
189. Τα ανακύπτοντα ζητήματα συμπληρώνουν οι επιφυλάξεις τις οποίες διατυπώνει ένας έτερος από τους 8 νοσοκομειακούς παρόχους ο οποίος εξηγεί ότι η αύξηση κλινών υπόκειται στη προβλεπόμενη από το νόμο διοικητική διαδικασία αναθεώρησης της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας μιας ιδιωτικής κλινικής και προϋποθέτει σημαντικές δαπάνες ανακατασκευών και χρόνο άνω των 6-7 μηνών για να διεκπεραιωθεί, με αποτέλεσμα όταν εκκινεί η διαδικασία της αναθεώρησης είτε να έχουν εκλείψει οι λόγοι που αφορούν στην ζήτηση που παρατηρείται στην αγορά για κλίνη είτε να έχουν μεταβληθεί οι ανάγκες σε σχέση με τα επιδημιολογικά δεδομένα της εγχώριας αγοράς. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον ίδιο πάροχο, όταν η αύξηση κλινών αφορά σε ήδη αδειοδοτημένη ειδικότητα, θα έπρεπε να επαφίεται το δικαίωμα και η διακριτική ευχέρεια στην ιδιωτική κλινική να διενεργεί την αύξηση ύστερα από απλή γνωστοποίηση στην αρμόδια αρχή, η οποία σε κάθε περίπτωση να έχει το δικαίωμα ελέγχου.
190. Και έτερος πάροχος αναφέρεται στην έντονη γραφειοκρατία και στις πολλές χρονοβόρες διαδικασίες εγκρίσεων από το Υπουργείο Υγείας και τους λοιπούς αρμόδιους φορείς, διευκρινίζοντας και ότι εκτός από τον χρόνο αναμονής για την αναθεώρηση των αδειών υπάρχει και επιπρόσθετος χρόνος (και επιπλέον κόστος) αναμονής λόγω κατασκευαστικών προδιαγραφών με ανακαινίσεις ή επεκτάσεις, υποστηρικτικές δομές που τυχόν χρειαστούν.
191. Ένας εκ των 8 παρόχων αναφέρει ότι οι προϋποθέσεις αύξησης των κλινών μιας υφιστάμενης κλινικής, όπως αυτές ορίζονται στο ισχύον ρυθμιστικό πλαίσιο (ν. 4600/2019), αποτελούν πιθανώς ουσιαστικό ανασταλτικό παράγοντα στην ολοκλήρωση μιας τέτοιας επενδυτικής κίνησης, εφ' όσον οι εγκαταστάσεις της κλινικής υπάγονται σε παλαιότερο καθεστώς (π.χ. ΠΔ 235/200) και οι πρακτικές δυνατότητες κτιριακής επέκτασης - ώστε η επέκταση να συμμορφώνεται με τις απαιτήσεις του νέου ρυθμιστικού πλαισίου - είναι περιορισμένες¹⁸².

¹⁸⁰ Μια εκ των τεσσάρων δεν δίνει σαφή αιτιολόγηση, και απλώς αναφέρει ότι αυτό «δημιουργεί περιορισμούς και σημαντικά λειτουργικά κόστη, όταν η ζήτηση είναι μικρότερη της προσφοράς στην αγορά».

¹⁸¹ Απάντησαν δεκατέσσερις (14/16) νοσοκομειακοί πάροχοι, ερώτηση 11.

¹⁸² Βλ. όμως και άρθρο 8 ν. 4600/2019, όπου προβλέπεται ότι : «Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η αύξηση κλινών σε κλινικές που διέπονται από το ΠΔ 235/2000 (Α' 199), εφόσον υπάρχει διαθέσιμος χώρος στο υπάρχον κτίριο, με αντίστοιχη μεταφορά κλινών άλλης ιδιωτικής κλινικής, της οποίας η άδεια ανακαλείται με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη.

192. Σε συνάφεια προς τα ανωτέρω, τέσσερις (4/14), μολονότι δεν απάντησαν ξεκάθαρα, θεωρούν ότι χωρεί μεγαλύτερη ελαστικότητα του ρυθμιστικού πλαισίου ως προς τη δυνατότητα και τις προϋποθέσεις αύξησης των κλινών μίας κλινικής, προκειμένου οι πάροχοι «να προσαρμόζονται εύκολα στις συνεχώς αυξανόμενες απαιτήσεις της παροχής υπηρεσιών υγείας στον ιδιωτικό τομέα».
193. Αντιθέτως, οι υπόλοιπες δύο (2/14) εταιρείες δήλωσαν ότι οι σχετικές ρυθμιστικές προϋποθέσεις δεν θέτουν τέτοιους περιορισμούς χωρίς πάντως να παρέχουν περαιτέρω αιτιολογία.

IV.3.3. Άλλα εμπόδια εισόδου

194. Πέραν των ανωτέρω, ζητ από τις δεκαέξι (16) ιδιωτικές κλινικές που συμμετείχαν στην έρευνά της για την Τελική Έκθεση να προβούν σε επικαιροποίηση των αρχικών απαντήσεών τους σε ό,τι αφορά τυχόν εμπόδια εισόδου/δραστηριοποίησης στην αγορά και στη λειτουργία του ανταγωνισμού. Σχετικές απαντήσεις ελήφθησαν από δεκατρείς (13) εξ αυτών και σε γενικό επίπεδο, όλοι σχεδόν εμμένουν στις αρχικές απαντήσεις τους. Ορισμένοι (7/13) δεν προβαίνουν σε καμία συμπλήρωση των αρχικώς διατυπωμένων θέσεών τους, ενώ άλλοι (4/13) συμπληρώνουν τις απαντήσεις τους με επικαιροποιημένες παρατηρήσεις. Μόλις δύο (2) κλινικές επανέρχονται και απαντούν εκ νέου στις ερωτήσεις που τέθηκαν.
195. Ειδικότερα, οι δυο εκ των τεσσάρων νοσοκομειακών παρόχων που συμπληρώνουν τις απαντήσεις τους με επικαιροποιημένες παρατηρήσεις, αναφέρουν ότι υφίστανται εμπόδια εισόδου νέων επιχειρήσεων στο χώρο, τα οποία αφορούν στην συγκέντρωση και στον κορεσμό που παρουσιάζει γενικώς ο κλάδος αλλά και στις μη ευνοϊκές απαιτήσεις που διαμορφώνονται από το ρυθμιστικό πλαίσιο (ν. 4600/2019), ιδιαίτερα σχετικά με τον ελάχιστο και μέγιστο αριθμό των κλινών που δύναται να αναπτύσσει μια νοσηλευτική μονάδα. Οι υπόλοιποι 2 εκ των 4 παρόχων σημειώνουν ότι η αγορά των ασφαλειών υγείας εμφανίζεται περισσότερο συγκεντρωμένη, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του ανταγωνισμού μεταξύ των ασφαλιστικών επιχειρήσεων και ακολούθως την αύξηση της διαπραγματευτικής ισχύος των ασφαλιστών έναντι των νοσοκομειακών παρόχων. Πέραν τούτου, οι κλινικές τονίζουν τον ρόλο των ελεγκτικών εταιρειών και των εταιρειών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων. Σχετικά, ένας πάροχος σημειώνει ότι αγορά των ελεγκτικών εταιρειών ή εταιρειών ασφαλιστικής διαμεσολάβησης, οι οποίες είναι επιφορτισμένες με την εκπροσώπηση των ασφαλιστικών εταιρειών, παρουσιάζει υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, γεγονός που αυξάνει έτι περαιτέρω τη διαπραγματευτική δύναμη των ασφαλιστικών εταιρειών καθώς και ότι «η συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλιστικών εταιρειών εκπροσωπείται σήμερα από περιορισμένο αριθμό ελεγκτικών εταιρειών [ενν. εταιρειών διαχείρισης], ως εκ τούτου η οικεία αγορά λειτουργεί στην πράξη σε συνθήκες олиγοπωλίου ή δυοπωλίου». Ο εν λόγω πάροχος αναφέρει επίσης ότι λαμβάνοντας υπόψη την απουσία ρυθμιστικού πλαισίου το οποίο να διέπει τη λειτουργία των εν λόγω εταιρειών, αυξάνεται περαιτέρω η διαπραγματευτική ισχύς των ασφαλιστικών επιχειρήσεων και μπορεί να δημιουργηθούν στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό και στην τιμολόγηση των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Τέλος, η αναφέρει ότι η εξαγορά της Εθνικής Ασφαλιστικής από την Πειραιώς (διαδικασία υπό εξέλιξη) μπορεί να δημιουργήσει επιπλέον προβλήματα στην αγορά Υγείας.

Επίσης επιτρέπεται η αύξηση κλινών σε κλινικές που διέπονται από το ΠΔ 235/2000, εφόσον πραγματοποιείται σε συνδυασμό με οποιαδήποτε κτιριακή επέκταση συγκροτήματος κτιρίων, η οποία πληροί τις προδιαγραφές της παρ. 3 του παρόντος, με ολική ή μερική μεταφορά κλινών άλλης ιδιωτικής κλινικής, που βρίσκεται ήδη, πριν από την έναρξη ισχύος του παρόντος, στην ιδιοκτησία του ιδίου δικαιούχου αδείας, η οποία, σύμφωνα με το αίτημα του δικαιούχου, ανακαλείται ή τροποποιείται, αντιστοίχως, με απόφαση του οικείου Περιφερειάρχη. Αιτήσεις για αυξήσεις κλινών, οι οποίες έχουν υποβληθεί κατά τις προϊσχύσασες διατάξεις πραγματοποιούνται σύμφωνα με αυτές». Η παρ. 3 του άρθρου 8 προβλέπει ότι: «Συγκρότημα κτιρίων είναι δύο ή περισσότερα κτίρια, μεμονωμένα ή μη, τα οποία βρίσκονται στο ίδιο ή σε όμορα οικοπέδα, είναι κατάλληλα για χρήση υπηρεσιών υγείας, και διασφαλίζουν τη μεταξύ τους ασφαλή κυκλοφορία ασθενών, επισκεπτών και προσωπικού».

196. Από τους δύο (2) νοσοκομειακούς παρόχους υγείας που επανέρχονται και απαντούν εκ νέου, ο ένας αναφέρει ότι δεν δημιουργούνται εμπόδια στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας και ότι αντιθέτως, μέσω του ισχύοντος ρυθμιστικού πλαισίου (ενδεικτικά ν. 4600/2019, ως ισχύει) επιτυγχάνεται η υψηλών ποιοτικών προδιαγραφών παροχή υπηρεσιών υγείας. Στο ίδιο πλαίσιο ο εν λόγω πάροχος αναφέρει ότι η είσοδος νέων επιχειρήσεων στην αγορά των υπηρεσιών υγείας δεν συναντά μεν εμπόδια αλλά ενδεχομένως, ωστόσο, να είναι επισφαλής η διατήρηση της βιωσιμότητας των επιχειρήσεων αυτών δεδομένου ότι οι ήδη υφιστάμενες ιδιωτικές κλινικές εφαρμόζουν ένα ιδιαίτερα υψηλό επίπεδο στην παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο είναι δύσκολο να ανταποκριθεί μία νέα κλινική. Ο εν λόγω πάροχος αναφέρει επίσης ότι το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο θεωρείται επαρκές για να αντιμετωπίσει αθέμιτες πρακτικές και αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές, δεδομένου ότι τούτες δεν «πριμοδοτούνται» από το εν λόγω ρυθμιστικό πλαίσιο. Αναφέρει ότι δεν έχει εντοπίσει επιχειρήσεις οι οποίες ευρισκόμενες σε δεσπόζουσα θέση ή έχοντας συγκεντρώσει μεγάλα μερίδια αγοράς να εκμεταλλεύονται καταχρηστικά τη θέση αυτή εις βάρος των λοιπών ανταγωνιστών και των καταναλωτών-ασθενών αυτή τους, επισημαίνοντας εντούτοις ότι υπάρχουν πάροχοι στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας, - και συγκεκριμένα δραστηριοποιούμενοι στην Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας- οι οποίοι να διαθέτουν μεγάλη ισχύ τη δεδομένη χρονική στιγμή.
197. Έτερος πάροχος κινείται στα ως άνω πλαίσια, δίνοντας απαντήσεις που επιτρέπουν την εξαγωγή παρόμοιων συμπερασμάτων. Ειδικότερα, αναφέρει και αυτός ότι το ισχύον ρυθμιστικό πλαίσιο, όπως ο ν. 4600/2019, τάσσει μεν υψηλές απαιτήσεις συμμόρφωσης για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, ωστόσο δεν φαίνεται να θέτει σοβαρά εμπόδια, δεδομένου ότι προσανατολίζεται στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και την οικονομική σταθερότητα του συστήματος υγείας γενικότερα. Ο εν λόγω πάροχος αναφέρει και αυτός ότι δεν φαίνεται να προκύπτει νομικό εμπόδιο για την είσοδο νέων επιχειρήσεων/ιδιωτικών κλινικών κλπ. στην αγορά των υπηρεσιών υγείας, επισημαίνοντας ωστόσο και αυτός ότι η υψηλότερη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που προσφέρεται από τις υφιστάμενες ιδιωτικές κλινικές, θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ένα πραγματικό εμπόδιο που μπορεί να δυσκολεύει την είσοδο αλλά και τη βιωσιμότητα νέων επιχειρήσεων στην συγκεκριμένη αγορά. Ο εν λόγω πάροχος αναφέρει ότι το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο είναι επαρκές για να αντιμετωπίσει τυχόν αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές εκ μέρους παρόχων υπηρεσιών υγείας καθώς και ότι τούτο συμβάλλει ουσιαστικά στον περιορισμό και την ανάπτυξη αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών σε όσες περιπτώσεις ενδέχεται αυτές να υπάρξουν. Αναφέρει επίσης ότι δεν εντοπίζει εταιρείες με δεσπόζουσα θέση ή μεγάλα μερίδια την αγορά, οι οποίες να εκμεταλλεύονται καταχρηστικά την εν λόγω θέση τους, επισημαίνοντας ωστόσο ότι τη δεδομένη χρονική στιγμή υπάρχουν πάροχοι υπηρεσιών υγείας που διαθέτουν μεγάλη ισχύ στην εν λόγω αγορά και δραστηριοποιούνται στις επιμέρους αγορές των Γενικών, Μαιευτικών, Παιδιατρικών Κλινικών και Διαγνωστικών Κέντρων. Ο εν λόγω πάροχος τονίζει επίσης ότι η επιδίωξη της αριστείας στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αποτελεί τον αποφασιστικό παράγοντα για την απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και την κατοχή ισχύος στην αγορά υπηρεσιών υγείας.

IV.4. Δομή Αγοράς και Λειτουργία του Ανταγωνισμού

IV.4.1. Απόψεις ως προς τις παραμέτρους ανταγωνισμού

198. Ως προς τους αποφασιστικούς παράγοντες για την απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και την κατοχή ισχύος στην αγορά υπηρεσιών υγείας, το 1/3 των ερωτώμενων επιχειρήσεων υπέδειξαν

την ποιότητα¹⁸³ των παρεχόμενων υπηρεσιών, η οποία είναι συνάρτηση των υποδομών, του εξοπλισμού, του επιστημονικού προσωπικού, της εμπειρίας, της «καλής» φήμης, της οργάνωσης και των πιστοποιήσεων που μπορεί να έχει λάβει μια δομή υγείας.

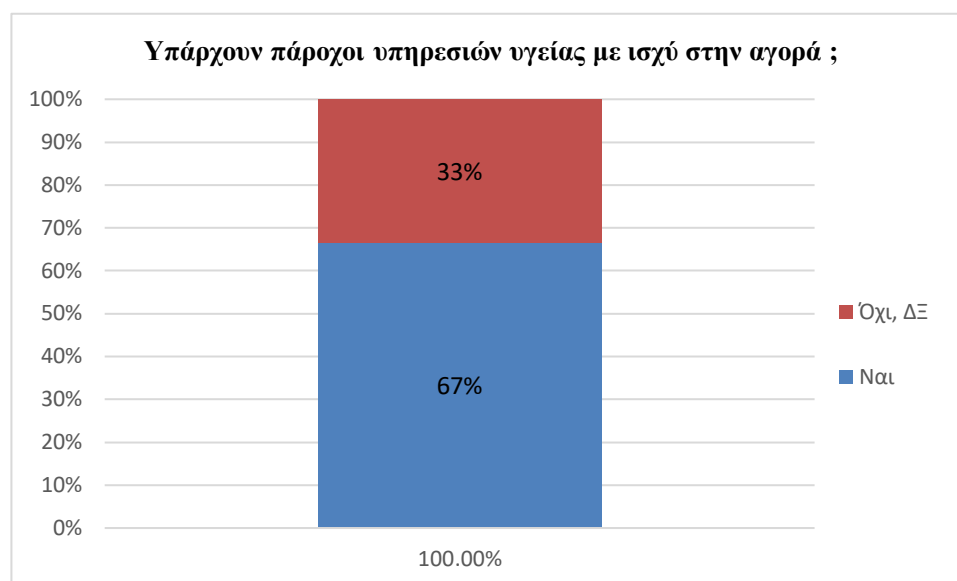
199. Κάποιοι ερωτώμενοι υποστηρίζουν ότι το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και η ισχύς στην αγορά οφείλονται σε οικονομικούς παράγοντες, όπως το κεφάλαιο, η ρευστότητα, οι επενδύσεις, η οικονομική ισχύς που προσφέρει ο όμιλος στον οποίο ανήκει μια ιδιωτική κλινική, το μέγεθος της κλινικής/ομίλου καθώς και οι πιθανές συνεργασίες των κλινικών/ομίλων με ασφαλιστικές εταιρείες. Άλλοι ερωτώμενοι επεσήμαναν τη τιμολογιακή πολιτική που ακολουθεί μια κλινική και γενικότερα τη σχέση κόστους-οφέλους υπηρεσιών. Ενώ κάποιες ιδιωτικές κλινικές ανέφεραν ότι το επιχειρηματικό υπόβαθρο, το marketing και η διαφήμιση μπορούν να συμβάλουν στη απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και κατοχή ισχύος στην αγορά.
200. Κάποιες από τις ερωτώμενες κλινικές ανέφεραν ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με την ανανέωση του εξοπλισμού, την εφαρμογή νέων τεχνολογιών/νέων θεραπειών/καινοτομιών, την εξειδίκευση του προσωπικού και την καλή γνώση του αντικειμένου μπορούν να εξασφαλίσουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και θέση ισχύος.
201. Δύο ερωτώμενες κλινικές ανέφεραν τον «ασθενή» ως παράγοντα πλεονεκτήματος, την υγεία και την «έντιμη» αντιμετώπισή του από τις κλινικές. Μια ερωτώμενη κλινική ανέφερε την «συγκέντρωση πελατείας από δευτερεύοντα κανάλια» ενώ μια άλλη επεσήμανε ότι η αξιολόγηση των υπηρεσιών, το θεσμικό πλαίσιο και η αντικειμενική εφαρμογή του μπορεί να συντελέσουν στη απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και κατοχή ισχύος στην αγορά.

IV.4.2. Απόψεις ως προς το βαθμό συγκέντρωσης και τη δύναμη αγοράς στον κλάδο

202. Περαιτέρω, στο πλαίσιο διερεύνησης του τρόπου λειτουργίας του ανταγωνισμού στην αγορά, **τα 2/3 των ερωτηθέντων επιχειρήσεων θεωρούν ότι υπάρχουν πάροχοι υπηρεσιών υγείας με ισχύ στην αγορά.** Οι περισσότεροι από αυτούς επισημαίνουν ότι τέτοια ισχύ διαθέτουν οι μεγάλοι όμιλοι που διαθέτουν πληθώρα ιδιωτικών κλινικών στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα και Θεσσαλονίκη) και σταδιακά επεκτείνονται σε ολόκληρη την Ελληνική επικράτεια και δραστηριοποιούνται τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη. Χαρακτηριστικά μια επιχείρηση ανέφερε ότι αυξημένη ισχύ διαθέτουν οι όμιλοι που ανήκουν στον Σύνδεσμο Ελληνικών Κλινικών, ενώ μια άλλη ανέφερε ότι οι κλινικές που δραστηριοποιούνται σε περισσότερους από έναν κλάδους διαθέτουν αυξημένη ισχύ. Ακόμη, μία εταιρεία ανέφερε ότι «η ίδια είναι ο κυριότερος πάροχος υπηρεσιών δευτεροβάθμιας υγείας» σε συγκεκριμένη νησιωτική περιοχή της Ελλάδος. Οι δε υπόλοιποι, (δηλ. το 1/3 των ερωτηθέντων) υποστήριξαν ότι είτε δεν υπάρχουν επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας που έχουν αυξημένη ισχύ είτε δεν γνωρίζουν αν υπάρχουν τέτοιες επιχειρήσεις.

¹⁸³ Βλ. σχετικά και Gaynor, M., Ho, K., Town, R. (2015). The Industrial Organization of Health Care Markets, *National Bureau of Economic Research*, Working Paper 19800 και Gaynor, M., Ho, K., Town, R. (2015). The Industrial Organization of Health Care Markets, *Journal of Economic Literature*, 53(2), pp. 235-84.

Διάγραμμα 14: Απόψεις σχετικά με την ύπαρξη παρόχων υγείας με μεγάλη ισχύ στην αγορά



203. Στην ερώτηση εάν θα υπάρξει αλλαγή στο μέλλον με βάση τα δεδομένα που έχουν στη διάθεσή τους οι ερωτηθέντες, το ρυθμιστικό πλαίσιο, τις σημερινές πρωτοβουλίες (π.χ. νομοθετικές πρωτοβουλίες, πρωτοβουλίες από το Υπουργείο Υγείας), αλλά και την επίδραση της πανδημίας στην Ελλάδα, η πλειονότητα δεν περιμένει κάποια αλλαγή, θετική ή αρνητική, ενώ κάποιοι απαντούν ότι δεν διαθέτουν τις απαραίτητες πληροφορίες για προβλέψουν μια πιθανή αλλαγή. Παρόλαυτα, κάποιοι υποστήριξαν ότι θα υπάρξει αρνητική αλλαγή/επιδείνωση λόγω της πολυπλοκότητας του συστήματος υγείας (μεταξύ άλλων, υπερφορολόγηση, γραφειοκρατία, υψηλό επιχειρηματικό ρίσκο, έλλειψη μέτρων προστασίας από το κράτος, μη αξιοκρατία) και της μεγαλύτερης συγκέντρωσης κεφαλαίων των υφιστάμενων μονάδων παροχής υπηρεσιών. Επισημάνθηκε, επίσης, ότι οι «μικρές» μονάδες υγείας θα κλείσουν ή/και θα εξαγοραστούν από μεγαλύτερους παρόχους.
204. Ορισμένες ιδιωτικές κλινικές επεσήμαναν ότι τα έσοδα των ιδιωτικών κλινικών και άρα και η ισχύς τους μειώθηκαν από τον αντίκτυπο των νομοθετικών ρυθμίσεων περί αναγκαστικής διάθεσης ιδιωτικών κλινικών στη μάχη για την αντιμετώπιση της πανδημίας. Ωστόσο υποστήριξαν ότι οι συγκεκριμένες ρυθμίσεις δεν είχαν αρνητικό αντίκτυπο στον ανταγωνισμό στον κλάδο υγείας. Αντίθετα, μια ιδιωτική κλινική ανέφερε ότι η ισχύς κάποιων κλινικών ενισχύθηκε λόγω της συνεργασίας αυτών με τους δημόσιους φορείς στην περίοδο της πανδημίας. Κάποιες ιδιωτικές κλινικές ανέφεραν ότι η αναβάθμιση και ενίσχυση των δημοσίων δομών υγείας (έργα υποδομής, εξοπλισμός, εκπαιδευτικά προγράμματα) θα στρέψει τους πολίτες προς τις δημόσιες υγειονομικές δομές. Τέλος μια ιδιωτική κλινική ανέφερε ότι η αλλαγή θα επέλθει μέσω της συνεργίας με χώρες της Ευρ. Ένωσης.
205. Ένας πάροχος ανέφερε ότι η πανδημία σε συνδυασμό με την τεχνολογική μεταβολή θα οδηγήσουν σε αλλαγές, π.χ. στην επιχειρησιακή οργάνωση, αλλά αυτό δεν αναμένεται να συμβεί άμεσα. Ένας άλλος υποστήριξε ότι αστάθμητοι παράγοντες όπως η πανδημία πιθανόν να οδηγήσουν σε αλλαγές αναφορικά με την ισχύ επιχειρήσεων στον κλάδο των υπηρεσιών υγείας, ωστόσο οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας πρέπει να προσαρμόζονται ώστε να διασφαλίσουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους.
206. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν επίσης εάν έχουν εντοπίσει επιχειρήσεις οι οποίες ευρισκόμενες σε δεσπόζουσα θέση ή έχοντας συγκεντρώσει μεγάλα μερίδια αγοράς εκμεταλλεύονται καταχρηστικά εις βάρος των λοιπών ανταγωνιστών και των καταναλωτών-ασθενών αυτή τους την κυριαρχία και επιρροή. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν θεωρούν μεν ότι

υπάρχει «δεσπόζουσα» ιδιωτική επιχείρηση στην αγορά, ωστόσο πολλοί αναφέρουν ότι η ύπαρξη μεγάλων ομίλων με ιδιωτικές κλινικές παροχής υπηρεσιών υγείας είναι πιθανόν να οδηγήσει σε φαινόμενα κατοχής δεσπόζουσας θέσης. Χαρακτηριστικά έχει αναφερθεί ότι «*δύο μεγάλοι όμιλοι κατέχουν το 40% του τζίρου*» και κατ' επέκταση αυτό το φαινόμενο μπορεί να ευνοήσει την ύπαρξη καταχρηστικών πρακτικών σε βάρος των ανταγωνιστών. Επισημάνθηκε, επίσης, από μία εταιρεία ότι «*ο ΕΟΠΠΥ κατέχει δεσπόζουσα θέση στους ασφαλιστικούς παρόχους*».

IV.4.3. Απόψεις σχετικά με την επίπτωση των συγκεντρώσεων στην αγορά

207. Στο πλαίσιο της Ενδιάμεσης Έκθεσης, σε ερώτηση σχετικά με το εάν οι μέχρι τώρα πραγματοποιούμενες συγκεντρώσεις και μετοχικές μεταβολές στους παρόχους υπηρεσιών υγείας έχουν δημιουργήσει ή αναμένεται να δημιουργήσουν προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της αγοράς, σχεδόν **μισοί από τους ερωτηθέντες** (29 στους 60) θεωρούν ότι οι μέχρι τώρα πραγματοποιούμενες συγκεντρώσεις και μετοχικές μεταβολές έχουν δημιουργήσει **προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της σχετικής αγοράς**. Σε ορισμένες απαντήσεις τονίζεται ότι το κράτος πρέπει να μεριμνήσει νομοθετικά ώστε να περιορίζεται η δυνατότητα συγκέντρωσης μετοχικών κεφαλαίων σε λίγα νομικά πρόσωπα με τον κίνδυνο δημιουργίας δεσπόζουσας θέσης στην αγορά. Σημειώνεται δε ότι, λόγω επενδυτικής κινητικότητας από εγχώρια και ξένα επενδυτικά κεφάλαια, ενισχύεται σημαντικά η θέση στρατηγικών επενδυτών στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και περιορίζεται σημαντικά η δυναμική των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας με μικρότερο αποτύπωμα στην αγορά. Ωστόσο, από μία άλλη οπτική, η ενίσχυση που παρατηρείται ενδέχεται να δημιουργεί θεμιτά αποτελέσματα εξ απόψεως καινοτομίας και τεχνολογικής εξέλιξης.
208. Κάποιες απαντήσεις αυτής της κατηγορίας των παρόχων εστιάζουν επίσης στον μελλοντικό αντίκτυπο συγκεντρώσεων και μετοχικών μεταβολών. Για παράδειγμα, συμμετέχοντες στην έρευνα επισημαίνουν ότι οι συνέργειες μεταξύ παρόχων υγείας και ασφαλιστικών εταιρειών θα κατευθύνουν το μεγαλύτερο μέρος των ασφαλισμένων προς τους μεγάλους ομίλους υπηρεσιών υγείας. Μια τέτοια πολιτική θα μεγεθύνει συνεχώς τους είδη μεγάλους ομίλους στον κλάδο υγείας απειλώντας μελλοντικά μικρότερες επιχειρήσεις-κλινικές. Κάποιοι ερωτώμενοι ανέφεραν ως προβληματικό για την αγορά το παράδειγμα μετοχικής μεταβολής και συγκέντρωσης της HHG, η οποία ελέγχεται από το επενδυτικό κεφάλαιο CVC (βλ. ανωτέρω Ενότητα II.5.1) και διαθέτει έξι (6) κλινικές, ενώ παράλληλα ελέγχει την εταιρεία Business Care, που παρέχει υπηρεσίες ασφάλειας και υγείας στην εργασία σε επιχειρήσεις και οργανισμούς, και απέκτησε πρόσφατα την ασφαλιστική εταιρεία Εθνική Ασφαλιστική. Επιπλέον, σημειώνεται ότι η κάθετη συγκέντρωση μεγάλων κλινικών και ασφαλιστικών εταιρειών κάτω από τον ίδιο όμιλο και διοίκηση ενέχει κινδύνους για την αποτελεσματική λειτουργία του ανταγωνισμού, και ως παράδειγμα αναφέρεται η πρόσφατη απόκτηση ελέγχου της Εθνικής Ασφαλιστικής από τη CVC. Επισημαίνεται ωστόσο, ότι η έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η οποία εξέτασε τις κάθετες επιπτώσεις από το συνδυασμό των δραστηριοτήτων της HHG στην αγορά υπηρεσιών υγείας (και ειδικότερα στην αγορά γενικών κλινικών στην Αττική) και της Εθνικής Ασφαλιστικής στην αγορά υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, δεν επιβεβαίωσε αυτές τις ανησυχίες¹⁸⁴.

¹⁸⁴ Σύμφωνα με την ανάλυση της ΕΕπ, η συγκέντρωση δεν θα οδηγούσε σε κάθετες επιπτώσεις αποκλεισμού ανταγωνιστών (foreclosure) από πρόσβαση σε εισροές ή πελατεία. Ως προς μεν τον πιθανό αποκλεισμό παρόχων ασφάλισης υγείας από την πρόσβαση σε σημαντική εισροή (ήτοι τις υπηρεσίες γενικών κλινικών της HHG), η Ευρ. Επ. έκρινε ότι η νέα οντότητα δεν θα είχε το κίνητρο να ακολουθήσει στρατηγικές αποκλεισμού των ανταγωνιστών της Εθνικής Ασφαλιστικής, και οποιαδήποτε πιθανή στρατηγική δεν θα είχε επίπτωση στον ανταγωνισμό (ως προς την ικανότητα αποκλεισμού, η έρευνα της Ευρ. Επ. απέφερε μικτά αποτελέσματα). Ως προς δε τον πιθανό αποκλεισμό παρόχων υπηρεσιών υγείας (γενικών κλινικών) από πρόσβαση σε σημαντικό πελάτη (ήτοι τις υπηρεσίες ασφάλισης της Εθνικής Ασφαλιστικής), η Ευρ. Επ. έκρινε ότι η νέα οντότητα δεν θα είχε την ικανότητα ενός τέτοιου αποκλεισμού, διότι η Εθνική Ασφαλιστική δεν ήταν σημαντικός πελάτης, και σε κάθε περίπτωση μια τέτοια στρατηγική δεν θα είχε

209. Σε κάποιες άλλες απαντήσεις της ίδιας κατηγορίας, επισημαίνεται ότι ενδέχεται να υπάρχουν προβλήματα στη λειτουργία της αγοράς λόγω εξάρτησης των παρόχων από δανειακά κεφάλαια και την συνεπακόλουθη οικονομική πίεση που δυνητικά θα επηρεάσει τους πελάτες-ασθενείς.
210. Από την άλλη μεριά, 26 στους 60 ερωτηθέντες παρόχους δηλώνουν ότι συγκεντρώσεις και μετοχικές μεταβολές στους παρόχους υπηρεσιών υγείας δεν δημιουργούν προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της αγοράς. Αναφορικά με αυτή τη θέση υπογραμμίζεται η απόφαση-θέση της Ευρ. Επ. και το παράδειγμα της εξαγοράς της Εθνικής Ασφαλιστικής¹⁸⁵. Σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των συμμετεχόντων, δεν νοθεύεται ο ανταγωνισμός στην αγορά. Δηλαδή, ο όμιλος που πραγματοποίησε την εξαγορά δεν έχει οικονομικό κίνητρο να αποκλείσει τις ανταγωνίστριες εταιρείες στην αγορά του κλάδου υγείας. Παρόμοια απάντηση δίνεται και με το παράδειγμα εξαγοράς της κλινικής Λητώ. Κατά την άποψη των εταιρειών του ομίλου HHG (6 εταιρείες) η εξαγορά του θεραπευτηρίου ΥΓΕΙΑ από την HHG, η οποία είναι μητρική της εταιρείας ΛΗΤΩ, δεν μπορεί να επιφέρει προβλήματα στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας.
211. Σχετικά με τη θέση «δε γνωρίζω» (5/60), οι συμμετέχοντες πιθανολογούν για μετοχικές συνθέσεις που θα προσπαθήσουν να αλλάξουν τον τρόπο δομής και διάρθρωσης της συγκεκριμένης αγοράς αλλά τονίζουν ότι δεν έχουν εντοπιστεί συγκεκριμένα προβλήματα.

Διάγραμμα 15: Επίδραση των συγκεντρώσεων και και μετοχικών μεταβολών μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας στη λειτουργία της εν λόγω αγοράς



IV.5. Στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό

IV.5.1. Αντι-ανταγωνιστικές και άλλες προβληματικές πρακτικές

212. Οι πάροχοι επίσης ερωτήθηκαν στο πλαίσιο της **Ενδιάμεσης Έκθεσης** εάν θεωρούν ότι λειτουργεί ο ανταγωνισμός στην αγορά ή εάν, αντίθετα, έχουν παρατηρήσει αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές

αρνητικές επιπτώσεις στον ανταγωνισμό. Βλ. σχετικώς Case M.10301 - CVC / ΕΘΝΙΚΙ, Απόφαση Ευρ. Επ. της 24.02.2022.

¹⁸⁵ Βλ. σχετικά Case M.10301 - CVC / ΕΘΝΙΚΙ και υποσημ. ανωτέρω.

στον κλάδο υπηρεσιών υγείας. Στο ερώτημα αυτό **η πολυπληθέστερη κατηγορία συμμετεχόντων, 23 στους 60, θεωρούν ότι η αγορά λειτουργεί ανταγωνιστικά** (παρουσιάζεται στο ακόλουθο διάγραμμα ως κατηγορία «ανταγωνισμός»). Αναφέρουν ότι ο ανταγωνισμός μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών είναι έντονος λόγω του περιορισμένου μεγέθους της αγοράς και ότι οι πάροχοι ανταγωνίζονται μεταξύ τους ως προς την ποιότητα υπηρεσιών, τον ιατρικό εξοπλισμό, την τιμολογιακή πολιτική, τους εναλλακτικούς τρόπους πληρωμής, τα πακέτα προσφορών υπηρεσιών, τη γεωγραφική κάλυψη, και τη συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς. Αναφέρουν εντούτοις ότι προϋπόθεση για την ορθή λειτουργία του ανταγωνισμού αποτελεί ο έλεγχος των εξαγορών και συγκεντρώσεων στην αγορά υγείας. Για παράδειγμα προτείνεται η Επιτροπή Ανταγωνισμού να παρακολουθεί τις πρακτικές που πρόκειται να εφαρμόζει η καθετοποιημένη οντότητα που προέκυψε έπειτα από τη συγκέντρωση της CVC και της Εθνικής Ασφαλιστικής που δυνητικά αποτελεί δίαυλο των ασθενών της Εθνικής Ασφαλιστικής προς τα νοσοκομεία της ΗΗG. Ειδικότερα, όπως καταγράφηκε, *«Η καθοδήγηση των συμβεβλημένων της Εθνικής Ασφαλιστικής προς τα νοσοκομεία της ΗΗG, μέσω στοχευμένων πωλήσεων ασφαλιστικών προγραμμάτων με ευνοϊκότερους όρους για τα συγκεκριμένα νοσοκομεία, εις βάρος ανταγωνιστικών κλινικών και, εν τέλει, εις βάρος των καταναλωτών/ασφαλισμένων/ασθενών χρήζει παρακολούθησης από την Επιτροπή Ανταγωνισμού»*. Ωστόσο, επισημαίνεται ότι η συγκεκριμένη συγκέντρωση εξετάστηκε και εγκρίθηκε χωρίς όρους και προϋποθέσεις από την Ευρ. Επ.¹⁸⁶.

213. Επιπλέον 4 στους 60 παρόχους πιστεύουν ότι ναι μεν υπάρχει ανταγωνισμός, παρατηρείται όμως τα τελευταία χρόνια *«συγκέντρωση των ιδιωτικών μονάδων Υγείας, που ενδεχομένως οδηγήσει σε κάποιες στρεβλώσεις του ανταγωνισμού»*. Η κατηγορία αυτή των απαντήσεων παρουσιάζεται στο σχετικό διάγραμμα 16 ως «ανταγωνισμός *».
214. Στους ανωτέρω προστίθενται και όσοι αναφέρουν ότι δεν έχουν παρατηρηθεί αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές (6 στους 60, κατηγορία: «δεν υπάρχουν αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές»).
215. Δυο κατηγορίες απαντήσεων αναφέρουν ότι ο ανταγωνισμός υπάρχει μόνο σε ορισμένες περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, 3 στους 60 πιστεύουν ότι *«η ένταση του ανταγωνισμού στα αστικά κέντρα είναι μεγάλη καθώς υπάρχει μεγάλος αριθμός μονάδων με παρόμοια δυναμικότητα και παρεχόμενη αξία προσφερόμενης υπηρεσίας»* και ότι *«εξαρτάται από την γεωγραφική περιοχή που δραστηριοποιείται η κάθε κλινική»* και αυτή η κατηγορία παρουσιάζεται στο σχήμα ως «ανάλογα τη γεωγραφική περιοχή». Η άλλη κατηγορία απαντήσεων (3 στους 60), αναφέρει ότι το δημόσιο νοσοκομείο ανταγωνίζεται τις ιδιωτικές κλινικές διότι *«δεν υπάρχει ΦΠΑ στο δημόσιο και στα ΚΑΑ»*¹⁸⁷ (κατηγορία «ανταγωνισμός μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού»).
216. Σε 10 εκ των 60 απαντήσεων, οι ερωτώμενοι αναφέρουν την ύπαρξη αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών, ωστόσο η πλειονότητα αυτών των απαντήσεων δεν φαίνεται να αφορούν σε πιθανές παραβάσεις των άρθρων 1 ή 2 ν. 3959/2011 ή 101/102 ΣΛΛΕ. Ενδεικτικώς, αναφέρονται μεν πρακτικές (α) τιμολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών *«που φτάνουν σε αντιδεοντολογικά επίπεδα»*, αλλά και πρακτικές όπως (β) το ότι δεν έχει καταστεί δυνατό στους παρόχους να συμβληθούν με ασφαλιστικές εταιρείες και οι πελάτες τους ασθενείς επιλέγουν να πηγαίνουν σε άλλα νοσοκομεία/συμβεβλημένα με τις ασφαλιστικές εταιρείες, (γ) το ότι ο ανταγωνισμός περιορίζεται *«αλλά περιορίζεται στην δημιουργία εμπορικών σχέσεων και συνεργειών που στόχο έχουν την προσέλκυση – δέσμευση πελατείας»*, (δ) ότι *«οι μεγάλοι όμιλοι αντιμετωπίζονται διαφορετικά, και οι υπόλοιπες ιδιωτικές κλινικές αντιμετωπίζονται ως δεύτερης κατηγορίας»*, (ε) *«η υπερβολική έκθεση παρόχων που ανήκουν σε ομίλους στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ηλεκτρονικά και μη»*, (στ) ότι κάποιες μεμονωμένες πρακτικές *«συνδέονται με ψευδή στοιχεία*

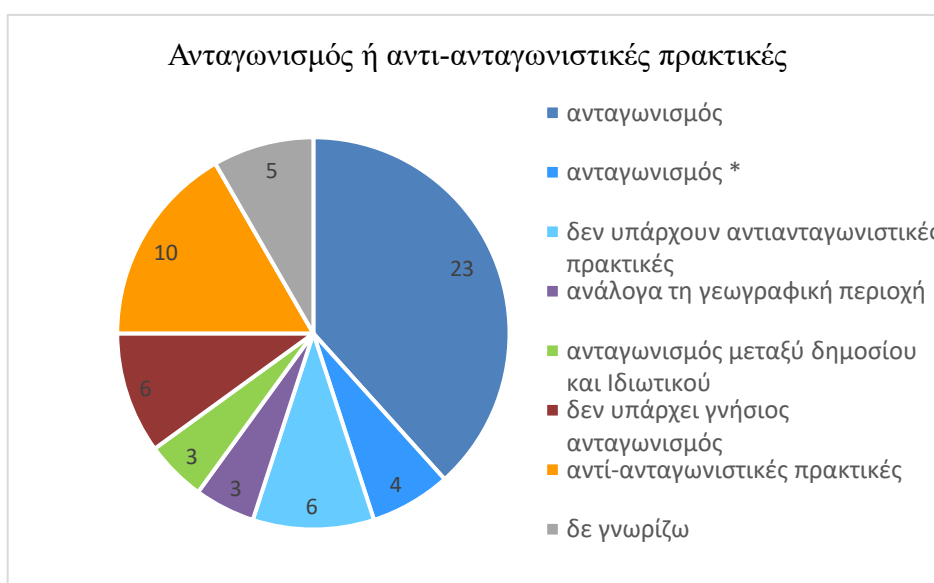
¹⁸⁶ Βλ. υποενότητα II.4.3 Οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο υγείας, ενώ βάσει της έρευνας (βλ. υποενότητα II.5), δεν προέκυψαν ενδείξεις patient steering.

¹⁸⁷ Κέντρα Αποθεραπείας Αποκατάστασης.

ιατρικών ειδικοτήτων», (ζ) ή «με ανακοινώσεις αγορών εξοπλισμού με παραποιημένα τεχνικά χαρακτηριστικά (specifications) προς παραπλάνηση του κοινού και της ιατρικής κοινότητας», (η) «προσπάθεια δυσφήμισης από άτομα που εργάζονται σε κέντρα αποκατάστασης και δημόσια νοσοκομεία», (θ) «ορισμένες φορές άρνηση εκτέλεσης της διαδικασίας εισαγωγής χωρίς ιατρικό λόγο και επιμονή προώθησης του ασθενή σε άλλου είδους κλινικές παρόλο που δεν συντρέχει προφανής ιατρική αιτιολόγηση». Τέλος, αναφέρονται και (ι) πρακτικές παραπληροφόρησης όπου π.χ. «ιδιωτικές Μονάδες Φροντίδας Ηλικιωμένων, Γηροκομεία και Ιδρύματα εμφανίζονται ως εν δυνάμει κλινικές, με δήθεν ιατρική υποστήριξη των φιλοξενούμενων τους, παρουσιάζοντας ακόμα και στις ιστοσελίδες τους στο Internet υπηρεσίες που νομικά δεν δικαιούνται ούτε να έχουν ούτε να διαφημίζουν».

217. Τέλος, 6 στους 60 ερωτώμενους ανέφεραν ότι δεν υπάρχει γνήσιος ανταγωνισμός λόγω μεταξύ άλλων: (α) σημαντικών οικονομικών διαφορών μεταξύ της περιφέρειας και των μεγάλων αστικών κέντρων (β) «συμφωνιών μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και παρόχων υπηρεσιών υγείας» (γ) «εμπορικών σχέσεων και συνεργειών που στόχο έχουν την προσέλκυση – δέσμευση πελατείας» (δ) «της δεσπόζουσας θέσης του ΕΟΠΥΥ», (ε) διαφορετικού βαθμού «εξάρτησης ορισμένων ιδιωτικών δομών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ» ο οποίος αποζημιώνει συγκεκριμένες παθήσεις και δεν καλύπτει το σύνολο αυτών.
218. Στην κατηγορία «ΔΓ», καταγράφονται όσοι απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν ή ότι δεν θα μπορούσαν να γνωρίζουν καθώς «οι συμφωνίες που είναι αντι-ανταγωνιστικές δεν υπάρχουν με υπογραφές, αλλά είναι ιδίως συμφωνίες κυρίων» (5 στους 60).

Διάγραμμα 16: Θέσεις παρόχων υπηρεσιών υγείας σχετικά με την ύπαρξη αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών



219. Η πλειονότητα των ερωτώμενων παρόχων (48 στους 60) δηλώνουν, ότι δεν έχουν παρατηρήσει πρακτικές μεταξύ των παρόχων υγείας οι οποίες παραβιάζουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών αποσκοπώντας αποκλειστικά στην εξασφάλιση κέρδους. Από τους υπόλοιπους, οι δυο (2) δήλωσαν ότι δεν γνωρίζουν («ΔΓ») και μόνο 10 από τους 60 αναφέρθηκαν σε πρακτικές παράβλεψης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών. Μεταξύ αυτών αναφέρονται: (α) το φαινόμενο της δημιουργίας «εικονικών δωρεάν» υπηρεσιών στον πρωτοβάθμιο τομέα παροχών με σκοπό την προσέλκυση του κοινού και στη δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσίας, (β) το ότι «η παραμονή των ασθενών δεν γίνεται για κάποιο συγκεκριμένο όφελος της υγείας του ασθενή αλλά αποκλειστικά για την είσπραξη των νοσηλίων», (γ) την υπογραφή συμβάσεων μεταξύ κλινικών και θεραπευτηρίων που καθορίζουν και τις ιατρικές αμοιβές, χωρίς οι κλινικές να έχουν στο έμμισθο

προσωπικό τους αντίστοιχο ιατρικό δυναμικό και χωρίς οι ιατροί να συναινούν με τις καθοριζόμενες αμοιβές.

Διάγραμμα 17: Απόψεις σχετικά με πρακτικές παροχής ποιοτικών υπηρεσιών στην αγορά υγείας



IV.5.2. Πρακτικές μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών επιχειρήσεων

220. Στην ειδικότερη ερώτηση, στο πλαίσιο της Ενδιάμεσης Έκθεσης, σχετικά με εναρμονισμένες και μη δικαιολογημένες από άποψη συνθηκών αγοράς πρακτικές μεταξύ α) ασφαλιστών & ασφαλιστικών εταιρειών, β) παρόχων υπηρεσιών υγείας & παρόχων υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, γ) παρόχων υπηρεσιών ασφάλισης υγείας σχετικά με τα συμβόλαια ασφάλισης δ) παρόχων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών και προϊόντων υγείας ως προς την προσφερόμενη ποιότητα ή τις προσφερόμενες τιμές, **η πλειοψηφία των παρόχων απαντά αρνητικά (33-35 απαντήσεις) ή «δε γνωρίζω» (7-8 απαντήσεις)**¹⁸⁸. Από τις λοιπές απαντήσεις, κάποιοι πάροχοι:

- ανησυχούν για τη δύναμη που αποκτούν κάποιες ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες στη συνέχεια οδηγούν τους πελάτες τους μόνο σε συγκεκριμένα θεραπευτήρια,
- αναφέρουν την ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και παρόχων υγείας, οι οποίες προκρίνουν συγκεκριμένες επιλογές παρόχων υγείας έναντι άλλων, ή εκφράζεται ανησυχία για την καθετοποίηση ασφαλιστικών με παρόχους υγείας η οποία ενέχει κινδύνους για τον ανταγωνισμό,
- θεωρούν μη δικαιολογημένη πρακτική το να συνάπτονται πανομοιότυπες συμφωνίες νοσοκομείων με ασφαλιστικές, ή το ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες ακολούθησαν την ίδια πολιτική περιορισμένης κάλυψης και πίεσης προς τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα περιόρισαν τους ασφαλισμένους από την χρήση / ωφέλεια της νέας τεχνολογίας,

¹⁸⁸ Οι ερωτώμενες ψυχιατρικές κλινικές (6 απαντήσεις) αναφέρουν ότι δεν κατόρθωσαν να συνάψουν, ή ότι εν γένει δεν έχουν, συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες.

- το ότι τα ασφαλιστικά συμβόλαια είναι πολύπλοκα και ο πελάτης δεν αντιλαμβάνεται ότι δεν καλύπτουν πολλές υπηρεσίες υγείας,
 - τη μη αποδοχή κάλυψης υπηρεσιών και την παραπομπή τους σε επιτροπή αξιολόγησης για το αν το νοσοκομείο ορθώς προχώρησε στην χρέωση αναφέρεται ως τρόπος άσκησης πίεσης στον πάροχο υπηρεσιών υγείας από την ασφαλιστική εταιρεία, και
 - το ότι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας που εντάσσονται σε πολλά αποκλειστικά προγράμματα ασφαλιστικών εταιρειών έχει παρατηρηθεί ότι λόγω αυξημένου όγκου αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξυπηρέτηση των ασθενών.
221. Οι πάροχοι που έχουν οδηγηθεί στην λογική της ανάληψης προγραμμάτων capitation¹⁸⁹, έχουν το κίνητρο να προβαίνουν σε προσπάθειες μείωσης του κόστους, και μπορεί να επιλέγουν συγκεκριμένους ιατρούς με πολύ χαμηλότερες ιατρικές αμοιβές, με αποτέλεσμα την ποιοτική υποβάθμιση των υπηρεσιών.
222. Κάποιοι ερωτηθέντες σημειώνουν ότι ο ΕΟΠΠΥ από το 2014 αποζημιώνει τις κλινικές με τιμές κάτω του κόστους νοσηλείας, επιβάλει τον μηχανισμό clawback & rebate, και εκμεταλλεύεται τη μονοπωλιακή θέση του ως ασφαλιστικού φορέα και τη δεσπόζουσα θέση του ως αγοραστή παροχών υγείας.

IV.5.3. Συνεργασίες μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και φαρμακευτικών εταιρειών

223. Οι ερωτηθέντες στην πλειονότητά τους (48 στους 60) δηλώνουν ότι δεν έχουν γνώση περί συνεργασιών στον ελληνικό χώρο μεταξύ ιδιωτικών κλινικών σχετικά με κλινικά προγράμματα δοκιμών φαρμάκων και θεραπειών ή για ερευνητικά προγράμματα. Από τους λοιπούς, 17 στους 60 απάντησαν «ναι», στο αν γνωρίζουν τέτοιες συνεργασίες και 5 δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση.

Διάγραμμα 18: Απόψεις σχετικά με συνεργασίες επί κλινικών προγραμμάτων δοκιμών φαρμάκων, θεραπειών, ερευνητικών προγραμμάτων



¹⁸⁹ Τα προγράμματα capitation, λειτουργούν στη βάση εμπορικών συμφωνιών που συνάπτουν ασφαλιστικές εταιρείες με μεγάλα νοσοκομεία και ομίλους, για την κάλυψη ενός αριθμού πελατών και η διάρκεια των οποίων πέραν του χρόνου εξαρτάται από την εμπορική πολιτική του νοσοκομείου και όχι της ασφαλιστικής εταιρείας και με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζονται φθηνότερα ασφάλιστρα. Διακρίνονται από τους άλλους δύο βασικούς τύπους ασφαλιστικών συμβολαίων, τα ισόβιας κάλυψης («εγγυημένης ανανεωσιμότητας») ασφαλιστικά προγράμματα και τα ετησίως ανανεούμενα ασφαλιστικά προγράμματα.

224. Στην ερώτηση «πιστεύετε ότι τέτοιες συνεργασίες μπορούν να επιφέρουν συντονισμό ως προς τον καθορισμό των τιμών ή την παροχή και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ο οποίος συντονισμός να δύναται να δημιουργήσει αντι-ανταγωνιστικές συνθήκες και προβλήματα στους λοιπούς ανταγωνιστές και εν γένει στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας;», η συντριπτική πλειονότητα (49 στους 60) είτε δεν απάντησαν είτε απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση των κλινικών του ομίλου HHG οι οποίες ενώ συμμετέχουν σε τέτοιες συνεργασίες, δεν εκφέρουν γνώμη για την επίπτωση που αυτές επιφέρουν στον ανταγωνισμό, αναφέροντας ότι, *«Τα προγράμματα δοκιμών φαρμάκων και θεραπειών, καθώς και τα ερευνητικά προγράμματα εν γένει διεξάγονται με πρωτοβουλία των φαρμακευτικών εταιρειών. Η συμμετοχή του νοσοκομείου τους τους κλινικές δοκιμές πειραματικών φαρμάκων έχει αμιγώς δευτερεύοντα και επικουρικό χαρακτήρα και σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί πηγή εσόδων ή κέρδους για το νοσοκομείο. Ο μόνος λόγος για τον οποίο η εταιρεία τους συμμετέχει, κατόπιν συνεννόησης με τους συνεργαζόμενους ιατρούς τους, στη διεξαγωγή κλινικών δοκιμών (το 90% των οποίων αφορά ογκολογικά φάρμακα) εντός των εγκαταστάσεων των νοσοκομείων τους είναι για τη διευκόλυνση των τελευταίων. Σε καμία περίπτωση τους οι κλινικές δοκιμές πειραματικών φαρμάκων δεν διεξάγονται στα νοσοκομεία τους κατόπιν τους πρωτοβουλίας τους εταιρείας τους, ενώ ουδεμία συνεννόηση μεσολαβεί μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και φαρμακευτικών εταιρειών. Επμένως, δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε για τέτοιου είδους συνεργασίες ούτε να προβλέψουμε τα ενδεχόμενα αποτελέσματά τους στην αγορά».*
225. Άλλη απάντηση στην κατηγορία αυτή δηλώνει ότι: *«Θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να διεξαχθεί περαιτέρω αξιολόγηση εάν υπάρχουν επιπτώσεις τους περιορισμός του αριθμού ή του εύρους των προμηθευτών, περιορισμός τους ικανότητας των προμηθευτών να ανταγωνίζονται μεταξύ τους, μείωση του ανταγωνιστικού κινήτρου των προμηθευτών και περιορισμός των διαθέσιμων επιλογών και πληροφοριών τους αποδέκτες».*
226. Από τους υπόλοιπους ερωτηθέντες, οι 8 στους 60 δεν θεωρούν ότι τέτοιες συνεργασίες μπορούν να επιφέρουν συντονισμό στον καθορισμό των τιμών ή την παροχή και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας που δύναται να δημιουργήσει αντι-ανταγωνιστικές συνθήκες και προβλήματα στους λοιπούς ανταγωνιστές και εν γένει στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας. Η βασική θέση των παρόχων που απαντούν αρνητικά είναι ότι συνεργασίες μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και φαρμακευτικών εταιρειών για χορήγηση πειραματικών φαρμάκων και θεραπειών δυνητικά υποστηρίζουν τον ελεύθερο ανταγωνισμό, *«οι συνεργασίες αυτές μόνο καλό μπορεί να επιφέρουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους παρόχους υγείας»*, ότι *«τέτοιες συνεργασίες είναι αναγκαίες»*, ότι *«θα πρέπει να επεκταθούν οι συγκεκριμένες συνεργασίες»*, ότι *«μόνο υγιή ανταγωνισμό μπορεί να επιφέρουν»*, ότι *«το μέγεθος των συνεργασιών αυτών δεν εγκυμονεί τέτοιους κινδύνους»*, *«γιατί οι κλινικές μελέτες είναι συνήθως κλειστές και αφορούν πολύ μικρό δείγμα»* και γιατί *«[η] όποια τεχνογνωσία προκύψει συνήθως κοινοποιείται. Το μόνο άμεσο όφελος που μπορεί να προκύψει είναι τη κλινική μονάδα διεξαγωγής της έρευνα να αποτελέσει αργότερα κέντρο αναφοράς».*
227. Μόνο 3 στους 60 ερωτώμενους βλέπουν ενδεχομένως αρνητικές επιπτώσεις, με χαρακτηριστική την ακόλουθη απάντηση στην κατηγορία: *«πιστεύουμε ότι είναι πολύ πιθανόν να δημιουργηθούν νέες συνθήκες αγοράς καθώς με την συνεργασία των κλινικών για ερευνητικούς λόγους, πιθανόν να προέκυπτε και η συνεργασία τους όσον αφορά την ποιότητα και την τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας γεγονός που θα μπορούσε να επιφέρει αντιανταγωνιστικές συνθήκες στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας».*

IV.5.4. Άλλες στρεβλώσεις¹⁹⁰

228. Πέραν τούτου, οι πάροχοι ρωτήθηκαν σε ποιον τομέα πιθανολογούν ότι υφίσταται σημαντικότερος περιορισμός ή στρέβλωση του ανταγωνισμού και κατά τούτο θα ήταν περισσότερο χρήσιμο να επικεντρωθεί η έρευνα της Επιτροπής- στο τομέα των υπηρεσιών υγείας ή υπηρεσιών ασφάλισης υγείας. Η πλειονότητα των ερωτώμενων (17 στους 60) θεωρούν ότι περιορισμούς ή στρεβλώσεις δέχονται οι υπηρεσίες υγείας, λόγω συγκέντρωσης του κλάδου σε λίγες εταιρείες-κλινικές. Κάποιοι εξ αυτών ωστόσο επιλέγουν τον τομέα υγείας διότι οι ίδιοι δεν έχουν πληροφόρηση ή δείγματα ανταγωνισμού για τον τομέα υπηρεσιών ασφάλειας υγείας ή δεν έχουν επαφή με ασφαλιστικές εταιρείες. Σύμφωνα πάλι με άλλους συμμετέχοντες, περιορισμοί και στρεβλώσεις προέρχονται από τις μη κοστολογημένες υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ σε συνδυασμό με τα θεσμοθετημένα κλειστά ενοποιημένα νοσήλια (KEN) του ΕΟΠΥΥ και τον μηχανισμό clawback & rebate. Έτσι περιορίζονται τα περιθώρια κέρδους για τις ιδιωτικές κλινικές.
229. Στη συνέχεια 15 στους 60 ερωτώμενους πιθανολογούν, ότι και οι δύο τομείς, υγείας και ασφάλισης, δέχονται στρεβλώσεις, ιδίως δεδομένου και ότι οι εν λόγω τομείς είναι αλληλένδετοι. Επισημαίνουν δε, ότι η συγκέντρωση υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας δυνητικά οδηγεί σε ολιγοπωλιακά ή ολιγοψωνιακά φαινόμενα προκαλώντας στρέβλωση της αγοράς υγείας. Επίσης, τονίζουν τον κίνδυνο αύξησης της ισχύος στην αγορά καθετοποιημένων επιχειρήσεων στον κλάδο παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και συναφών υπηρεσιών ασφάλισης, που μπορεί να προκαλέσει αποκλεισμό, ο οποίος ενδέχεται να οδηγήσει σε ζημία των καταναλωτών. Σύμφωνα με τις απαντήσεις δυνητικά αποτελέσματα είναι ο αποκλεισμός από εισροές ή αποκλεισμός από ασθενείς-πελάτες¹⁹¹. Επίσης, υποστηρίζεται ότι λόγω της διασύνδεσης και αλληλεπίδρασης των υπηρεσιών υγείας και υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, απαιτείται έμφαση και στους δύο τομείς παράλληλα και συνδυαστικά. Εδώ, δίνονται και δύο παραδείγματα: (α) η συγκέντρωση των ασφαλιστικών εταιρειών Generali/Axa και NN/Metlife και (β) η συγκέντρωση CVC/HHG και Εθνικής Ασφαλιστικής. Από τα παραπάνω παραδείγματα, δυνητικά επακόλουθα θα είναι αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές στην αγορά παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας λόγω κατεύθυνσης ασφαλισμένων π.χ. της Εθνικής Ασφαλιστικής προς υπηρεσίες υγείας του ομίλου HHG. Επισημαίνεται ωστόσο ότι η έρευνα της Ευρ. Επ. στην εν λόγω συγκέντρωση δεν έχει επιβεβαιώσει τις ανησυχίες αυτές.
230. Ενδιαφέρουσα είναι η θέση των συμμετεχόντων που δηλώνει ότι υπάρχουν στρεβλώσεις του ανταγωνισμού στον τομέα «ασφάλισης υγείας» μόνο (13 απαντήσεις στις 60). Εδώ, κάποιοι ερωτώμενοι εντοπίζουν δυνητικές στρεβλώσεις και περιορισμούς στις πελατειακές σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και συγκεκριμένων παρόχων υπηρεσιών υγείας. Άλλοι πάλι τονίζουν ότι οι έρευνες για στρεβλώσεις και περιορισμούς θα πρέπει να προσανατολίζονται προς τον τομέα ασφάλισης υγείας. Τούτο διότι οι πάροχοι διαφέρουν ως προς το αντικείμενο και το μέγεθός τους, - για παράδειγμα, υπάρχουν κλινικές με 40 κλίνες ενώ άλλες έχουν 200 κλίνες- και επομένως θεωρείται δύσκολο επιχειρήσεις-κλινικές με άνισο αριθμό κλινών να προχωρήσουν σε συνεννόηση για περιορισμό της αγοράς. Σε άλλες απαντήσεις αναφέρεται ότι πιθανότερες στρεβλώσεις θα προέλθουν από τις πολιτικές εξαγοράς ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών από μεγάλα funds και ομίλους που κατέχουν και παρόχους υπηρεσιών υγείας. Επίσης,

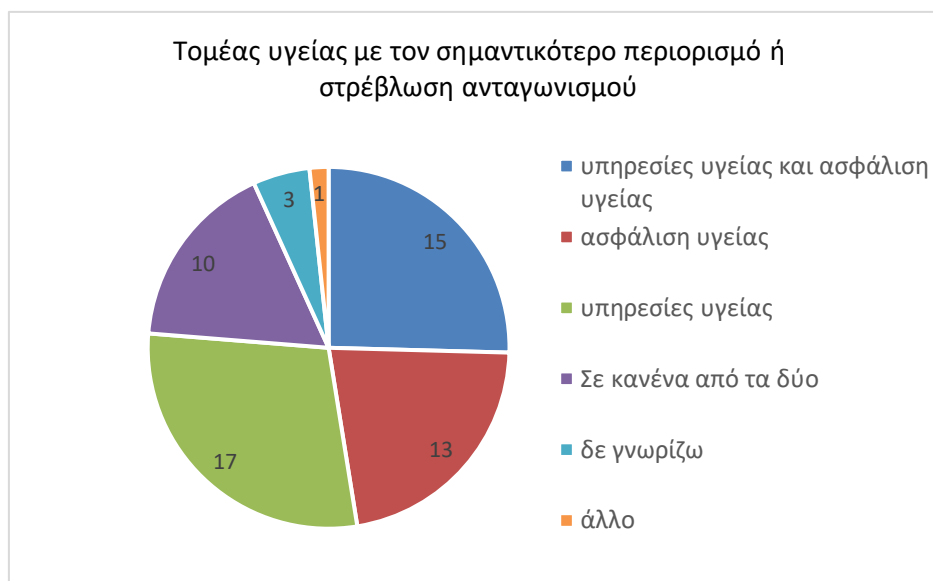
¹⁹⁰ Η έρευνα στο πλαίσιο της Ενδιάμεσης Έκθεσης.

¹⁹¹ Ενδεικτικά, σε απάντηση αναφέρονται τα εξής: «Αποκλεισμός από εισροές: Η καθετοποιημένη οντότητα μπορεί να περιορίζει (ενδεχομένως μέσω οικονομικών αντικινήτρων) την πρόσβαση στα νοσοκομεία της σε ασθενείς που δεν είναι εγγεγραμμένοι στα δικά της ασφαλιστήρια συμβόλαια. Ως αποτέλεσμα, οι πελάτες άλλων ασφαλιστικών εταιρειών δεν θα έχουν πλέον πρόσβαση (ή πρόσβαση με τους ίδιους όρους) στα νοσοκομεία της κάθετα ολοκληρωμένης επιχείρησης και οι ανταγωνιστικές ασφαλιστικές εταιρείες αναγκάζονται να κατευθύνουν τους πελάτες τους σε νοσοκομεία αλλού. Αποκλεισμός από πελάτες: Η καθετοποιημένη οντότητα θα μπορεί να κατευθύνει τους πελάτες της μακριά από τα ανταγωνιστικά νοσοκομεία, είτε αυξάνοντας τα ασφάλιστρα (ή παρέχοντας άλλα οικονομικά αντικίνητρα) για τους πελάτες που επιθυμούν να νοσηλευθούν σε αυτά τα νοσοκομεία, είτε αφαιρώντας εντελώς την πρόσβαση σε αυτά».

υπογραμμίζονται απόψεις σύμφωνα με τις οποίες πιθανολογείται ότι στρεβλώσεις και περιορισμοί θα προκληθούν από την ανταποδοτικότητα στις σχέσεις ασφαλιστικής εισφοράς για την κάλυψη υπηρεσιών υγείας και συγκεκριμένα αναφέρουν ότι οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας μπορούν να εκμεταλλευτούν για ίδια κέρδη την υπεραξία που δημιουργεί προς όφελος του ασφαλισμένου η ανταποδοτική σχέση με τη δημόσια ασφάλιση από τον ΕΟΠΥΥ ή με την ιδιωτική ασφάλιση.

231. Τέλος, 10 στους 60 θεωρούν ότι δεν υπάρχει σημαντικός περιορισμός ή στρέβλωση του ανταγωνισμού είτε στον τομέα των υπηρεσιών υγείας είτε στον τομέα υπηρεσιών ασφάλισης υγείας (κατηγορία «Σε κανένα από τα δύο» στο Διάγραμμα κατωτέρω), 3 στους 60 απάντησαν «δεν γνωρίζω» και μία απάντηση ήταν στην κατηγορία «άλλο» καθώς ήταν εκτός θέματος¹⁹².

Διάγραμμα 19: Απόψεις σχετικά με τους τομείς με σημαντικότερους περιορισμούς ή στρεβλώσεις του ανταγωνισμού στην αγοράς υγείας



IV.6. Πιθανές λύσεις κατά τους παρόχους¹⁹³

232. Περαιτέρω, στην ερώτηση ποιες ενέργειες θα μπορούσαν να γίνουν, σε νομοθετικό και ρυθμιστικό επίπεδο, προκειμένου να αρθούν τυχόν εμπόδια ή/ και να αποτραπούν ενδεχόμενες αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές εκ μέρους των παρόχων υπηρεσιών υγείας, οι περισσότερες απαντήσεις (12 στον αριθμό) είναι ότι δεν υπάρχουν εμπόδια ή αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές, ενώ η αμέσως πολυπληθέστερη κατηγορία απαντήσεων (8 στον αριθμό) είναι όσων δεν γνωρίζουν (ΔΓ) ή δεν απάντησαν (ΔΑ). Έξι (6) απαντήσεις συνιστούν συχνούς και αυστηρότερους ελέγχους για τις παραβατικές συμπεριφορές ή γενικότερα πιο αυστηρό ελεγκτικό πλαίσιο για να εξασφαλίζεται άριστη ποιότητα υπηρεσιών. Από τις λοιπές απαντήσεις, οι περισσότερες αφορούν στο θεσμικό πλαίσιο, υποδεικνύοντας είτε την ανάγκη εκσυγχρονισμού, βελτίωσης, τροποποίησης, επανασχεδιασμού ή/και επανεξέτασης του θεσμικού πλαισίου (18 απαντήσεις) ή κωδικοποίησης του υφιστάμενου θεσμικού πλαισίου (3 απαντήσεις). Σύμφωνα με τις απαντήσεις αυτές, οι φορείς πρέπει να εστιάσουν: (α) στην παύση του μηχανισμού clawback & rebate, (β) στον εκσυγχρονισμό του νόμου 4600/2019, (γ) στην τροποποίηση του νόμου 4771/2021 για την ίδρυση, μετατροπή και επέκταση κλινικών.

¹⁹² «Να επικεντρωθεί στον ΕΟΠΥΥ. Κατάχρηση δεσπόζουσας Θέσης».

¹⁹³ Η έρευνα στο πλαίσιο της Ενδιάμεσης Έκθεσης.

233. Άλλες απαντήσεις αναφέρουν μεταξύ άλλων στα εξής :

- ένταξη των μονάδων υγείας στον εκάστοτε Αναπτυξιακό Νόμο/Νομικό πλαίσιο για την εξεύρεση κεφαλαίων, ΕΣΠΑ, να δοθούν κίνητρα για μείωση ΦΠΑ,
- θέσπιση ενιαίου αμοιβολόγιου ιατρών και ιατρικών πράξεων που να ισχύει σε όλους τους ασφαλιστικούς φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς/κατάργηση του ισχύοντος μεριδολογίου των ιατρών,
- ενιαίο ρυθμιστικό πλαίσιο αξιολόγησης και λειτουργίας δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας,
- εφαρμογή του άρθρου 1 του Νόμου 4072/2012, το οποίο θεσπίζει οριζόντιες διατάξεις για την απλούστευση των διαδικασιών αδειοδότησης,
- ανάληψη πρωτοβουλιών ή τη λήψη μέτρων είτε σε επίπεδο ex ante ρυθμιστικής παρέμβασης ή κώδικα δεοντολογίας/αυτορρύθμισης, είτε και σε επίπεδο ex post παρέμβασης (σχετικά με την καθετοποίηση εταιρειών),
- εμπρόθεσμη καταβολή των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων, κατάργηση της καταβολής του 5% επί των εσόδων των Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης. και μείωση της γραφειοκρατίας,
- ίση αντιμετώπιση των μεγάλων ομίλων και των υπόλοιπων ιδιωτικών κλινικών σε επίπεδο νομοθεσίας.

IV.7. Υπηρεσίες Υγείας και Πανδημία COVID-19

234. Οι επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 τόσο στη δραστηριότητα των παρόχων υπηρεσιών υγείας όσο και στην ομαλή λειτουργία του ανταγωνισμού στον κλάδο αποτέλεσαν αντικείμενο έρευνας στην **Ενδιάμεση Έκθεση της κλαδικής**¹⁹⁴.

IV.7.1. Οι επιπτώσεις της πανδημίας στις δραστηριότητες των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

235. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν με ποιους τρόπους έχει επηρεάσει η πανδημία του Covid-19 τη δραστηριότητά τους στον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας. 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

¹⁹⁴ Βλ. Ενδιάμεση Έκθεση στις σχετικές ενότητες αυτής IV.5 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 καθώς και όσον αφορά στην ασφαλιστική αγορά στην ενότητα VII.4. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19 <https://www.epant.gr/enimerosi/dimosieyseis/kladikes/item/2618-endiamesi-ekthesi-kladikis-erevnas-stin-paroxi-idiotikon-ypiresion-ygeias-kai-synafon-ypiresion-asfalisis.html>.

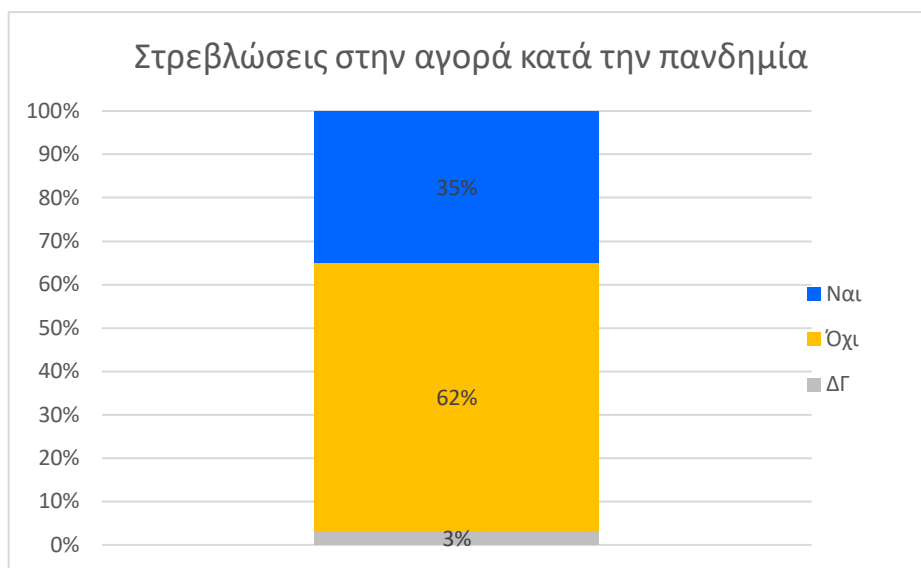
της πανδημίας, στον καθαρισμό και στην απολύμανση των χώρων, επιφανειών και εξοπλισμού, κα.

IV.7.2. Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ομαλή λειτουργία του ανταγωνισμού

236. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν επίσης εάν κατά τη διάρκεια της πανδημίας ανέκυψαν νέα ζητήματα αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών αλλά και στρεβλώσεις στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (37 από τους 60) δήλωσε ότι δεν διαπίστωσε αντι-ανταγωνιστικές ή στρεβλώσεις την αγορά υπηρεσιών υγείας κατά την διάρκεια της πανδημίας. Τρεις (3) κλινικές μάλιστα ανέφεραν ότι στην διάρκεια της πανδημίας ενισχύθηκε ο υγιής ανταγωνισμός, καθώς οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας στόχευαν στην *«αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών και όχι μόνο στην αποκόμιση κέρδους»*. Από την άλλη πλευρά, τα κέντρα αποκατάστασης φαίνεται να επηρεάστηκαν αρνητικά από την πανδημία καθώς επωμίσθηκαν όλο το βάρος της πανδημίας (παράταση clawback & rebate και απουσία κρατικής ενίσχυσης).
237. Κάποιες ιδιωτικές κλινικές από την ίδια κατηγορία απαντήσεων (6 από τους 37), ανέφεραν την αναγκαστική διάθεση ιδιωτικών κλινικών ή μέρος αυτών για αντιμετώπιση της πανδημίας, σε αντίθεση με άλλες κλινικές που δεν συμμετείχαν σε αυτή την ενέργεια. Ωστόσο οι κλινικές αυτές υποστήριζαν ότι οι συγκεκριμένες ρυθμίσεις δεν είχαν αρνητικό αντίκτυπο στον ανταγωνισμό του κλάδου.
238. Ωστόσο, αρκετοί ερωτηθέντες (21 από τους 60) θεωρούν ότι η πανδημία οδήγησε σε αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές και στρεβλώσεις την αγορά υπηρεσιών υγείας, με τις περισσότερες επιχειρήσεις να αναφέρουν την υψηλή τιμή των τεστ ανίχνευσης κορονοϊού.¹⁹⁵ Άλλοι αναφέρθηκαν στο κόστος ιατρικών αναλώσιμων όπως μάσκες και αντισηπτικά, ενώ άλλοι ανέφεραν ότι ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ανέλαβαν την διενέργεια τεστ είτε χωρίς διαγωνισμό είτε χωρίς την απαραίτητη άδεια, ενώ η έλλειψη ενός ρυθμιστικού πλαισίου για την αντιμετώπιση μιας πανδημίας δημιούργησε στρεβλώσεις εις βάρος των καταναλωτών.
239. Σύμφωνα με κάποιες επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας, η φημολογία, η παραπληροφόρηση και η απειρία σε θέματα σχετικά με την πανδημία δημιούργησαν επιπρόσθετες αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές και/ή στρεβλώσεις, ωστόσο δεν δίνονται συγκεκριμένα παραδείγματα ή διευκρινίσεις. Τέλος μια ερωτώμενη επιχείρηση επεσήμανε ότι *«οι αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές προϋπήρχαν και απλώς προσαρμόστηκαν στις ανάγκες των νέων δεδομένων»*.

¹⁹⁵ Δύο επιχειρήσεις επεσήμαναν ότι η τιμή διενέργειας των τεστ από τα ελληνικά ιδιωτικά εργαστήρια είναι αντίστοιχη των ευρωπαϊκών και επομένως δεν υπάρχει υπερτιμολόγηση.

Διάγραμμα 20: Απόψεις σχετικά με την ανάδειξη νέων ζητημάτων αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών και στρεβλώσεων στην αγορά υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας



V. ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ – ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Πλαίσιο 2: Σύνοψη

- Την τελευταία πενταετία σημειώνεται αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Παρά τις μεταρρυθμίσεις που σημειώθηκαν από το 2010, το δημόσιο σύστημα υγείας δέχεται σημαντικές πιέσεις με το ποσοστό των δημόσιων δαπανών και επενδύσεων στην υγεία (62% το 2022) να είναι χαμηλότερο του ευρωπαϊκού μέσου όρου (81%). Το κενό που δημιουργείται καλούνται να καλύψουν οι ιδιωτικοί πάροχοι υγείας, όταν μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας (35% το 2019 και 34% το 2023) καλύπτεται απευθείας από τα νοικοκυριά (out-of-pocket), κυρίως με τη μορφή συμμετοχής για φάρμακα και άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες, με την ιδιωτική ασφάλιση να καλύπτει ένα μικρό ποσοστό των συνολικών δαπανών για την υγεία (4,3% για το 2023).
- Εστιάζοντας στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, στο μεν δημόσιο τομέα περιορίστηκε ο αριθμός των δημοσίων νοσοκομείων, είτε με τη μέθοδο της συγχώνευσης και της κοινής διοίκησης είτε με τη μέθοδο της μείωσης των κλινικών και ενώ το 2012 η χώρα διέθετε 133 δημόσια νοσοκομεία (ΝΠΔΔ), το 2021 μειώθηκαν σε 124. Αντιστοίχως μειώθηκε ο αριθμός των κλινικών των δημοσίων νοσοκομείων (-1,4% ή -410 κλίνες), ενώ η μικρή αύξηση του αριθμού των ιδιωτικών κλινικών (+ 0,3% ή +46 κλίνες) δεν φαίνεται να επαρκεί για την κάλυψη των ολοένα αυξανόμενων αναγκών σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.
- Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας συνολικά παρουσιάζει μέτριο βαθμό συγκέντρωσης, με έξι (6) σημαντικούς ομίλους να δραστηριοποιούνται σε αυτόν (HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG), ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΙΑΣΩ, ΗΜΙΘΕΑ/ΣΤΡΙΧ FARALON (Νοσ. ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ και EUROMEDICA), και τρεις

ισχυρούς ανεξάρτητες εταιρείες (ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΓ. ΛΟΥΚΑΣ (Θεσ/κη), MEDITERRANEO. Τα τελευταία έτη έχουν γίνει εξαγορές στον κλάδο από επενδυτικά κεφάλαια, χωρίς να μεταβάλλεται δραματικά ο βαθμός συγκέντρωσης από το 2019 έως το 2022. Η κινητικότητα στις εξαγορές παρόχων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας συνεχίζεται έως σήμερα. Από την έρευνα διαφαίνεται ότι η αντίληψη των ιδιωτικών κλινικών είναι ότι υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών υγείας με ισχύ στην αγορά.

- Άλλη μια τάση που παρατηρείται στην αγορά είναι η καθετοποίηση ασφαλιστικών παρόχων στον κλάδο της υγείας. Με βάση την οικονομική βιβλιογραφία τα κυριότερα αποτελέσματα είναι patient steering effect και enrollee steering effect. Το πρόσφατο παράδειγμα στην ελληνική αγορά είναι η CVC/Εθνική Ασφαλιστική, και η τάση συνεχίζεται με την ανακοινωθείσα εξαγορά της Ευρωκλινικής από την Generali. Εκφράζεται όμως από τις ιδιωτικές κλινικές η άποψη ότι συνέργειες μεταξύ παρόχων υγείας και ασφαλιστικών εταιρειών θα κατευθύνουν το μεγαλύτερο μέρος των ασφαλισμένων προς τους μεγάλους ομίλους υπηρεσιών υγείας, κάτι το οποίο όμως σε κάθε περίπτωση αποτελεί αντικείμενο έρευνας της ΕΑ στο πλαίσιο προληπτικής εξέτασης των γνωστοποιηθέντων συγκεντρώσεων επιχειρήσεων.
- Οι ρυθμιστικές ασυμμετρίες από την παράλληλη εφαρμογή τριών διαφορετικών καθεστώτων αδειοδότησης, λειτουργίας και επέκτασης των κλινικών των ιδιωτικών κλινικών προκαλεί στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό, καθώς τίθενται διαφορετικές προδιαγραφές ως προς το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τους χώρους και τον ελάχιστο αριθμό κλινών, με αποτέλεσμα την διατήρηση κλινικών τριών ταχυτήτων. Από την μια πλευρά, η διατήρηση το ρυθμιστικού πλαισίου επέτρεψε στις παλαιότερες κλινικές να διατηρήσουν το *status quo* με χαμηλότερες απαιτήσεις και κόστος λειτουργίας έναντι των καινούριων υποδομών, ωστόσο καθίσταται δυσκολότερη η δυνατότητα επιχειρηματικής ανάπτυξης μέσω αναβάθμισης των κτιριακών υποδομών και αύξησης της χωρητικότητάς τους. Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικές κλινικές που υπάγονται στις νεότερες διατάξεις λειτουργούν με περισσότερες απαιτήσεις και αυξημένο συγκριτικά κόστος και τίθενται σε μειονεκτική θέση ως προς το θέμα αυτό έναντι των παλαιότερων κλινικών.
- Το νομοθετικό πλαίσιο δεν δημιουργεί εμπόδια στην αύξηση των κλινών, καθώς προβλέπει μέγιστο επιτρεπόμενο αριθμό κλινών ανά τμήμα ειδικότητας, πλην όμως δεν υπάρχει περιορισμός στον αριθμό των τμημάτων ειδικότητας που μπορεί να αναπτύξουν οι ιδιωτικές κλινικές (ανεξαρτήτως παλαιότερου ή νέου καθεστώτος), εφόσον τηρείται ο μέγιστος συνολικός αριθμός κλινών της ιδιωτικής κλινικής (όπου προβλέπεται) και ο ελάχιστος και μέγιστος αριθμός κλινών ανά τμήμα βάσει του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου. Εξαίρεση υπάρχει μόνο για τις ψυχιατρικές κλινικές με μέγιστο επιτρεπόμενο συνολικό αριθμό κλινών. Από την άλλη, οι προϋποθέσεις αύξησης των κλινών μπορούν να δυσκολέψουν ή να εμποδίσουν μια κλινική από το να προβεί στην εν λόγω αύξηση. Στο πλαίσιο αυτό, οι πάροχοι υγείας τονίζουν ότι η αύξηση κλινών υπόκειται στη προβλεπόμενη από το νόμο διαδικασία αναθεώρησης της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας και προϋποθέτει σημαντικές δαπάνες ανακατασκευών, ανακαίνισης και επέκτασης, επενδύσεις σε χώρους, εξοπλισμό, αυξημένη στελέχωση με προσωπικό, αυξημένα λειτουργικά κόστη και χρόνο για να διεκπεραιωθεί.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

VI. Ο ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

VI.1. Εισαγωγή

240. Η ασφάλιση διακρίνεται σε ιδιωτική και κοινωνική ασφάλιση. Ως ιδιωτική ασφάλιση νοείται εκείνη που ασκείται από επιχειρήσεις, με την έννομη σχέση που συνδέει τον ασφαλιστή με τον λήπτη της ασφάλισης/ασφαλισμένο να βασίζεται σε (ασφαλιστική) σύμβαση, ενώ ως κοινωνική ασφάλιση νοείται εκείνη όπου η έννομη σχέση του ασφαλιστικού φορέα με τον ασφαλισμένο ερείδεται στον νόμο¹⁹⁶.
241. Περαιτέρω, η ιδιωτική ασφάλιση, είναι προαιρετική ακόμη και όσον αφορά περιπτώσεις υποχρεωτικών ασφαλίσεων, καθώς ο λήπτης επιλέγει ελεύθερα το πρόσωπο του ασφαλιστή, τα ασφαλιστρα καθορίζονται ανάλογα με τον κίνδυνο και η χρηματοδότησή της λαμβάνει χώρα κατά κύριο λόγο με τις εισφορές των ασφαλισμένων, ενώ γενικότερα λειτουργεί με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα, όπου οι εισφορές συγκεντρώνονται σε αποθέματα, τα οποία δύνανται να καλύψουν την επέλευση των ασφαλιστικών κινδύνων¹⁹⁷. Αντιθέτως η κοινωνική ασφάλιση είναι υποχρεωτική, οι εισφορές δεν καθορίζονται με βάση τον κίνδυνο, η δε χρηματοδότησή της δεν βασίζεται μόνον στις εισφορές των ασφαλισμένων, αλλά και σε εισφορές εργοδοτών, ορισμένες δε φορές και σε άμεσες ή έμμεσες επιχορηγήσεις του κράτους, ενώ λειτουργεί με βάση το αναδιανεμητικό σύστημα¹⁹⁸. Σε κάθε περίπτωση ιδιωτική και κοινωνική ασφάλιση διακρίνονται βάσει της προέλευσης της έννομης σχέσης: εάν προέρχεται από σύμβαση θα πρόκειται για ιδιωτική ασφάλιση ενώ εάν προέρχεται απευθείας από τον νόμο θα πρόκειται για κοινωνική¹⁹⁹.
242. Η διάκριση μεταξύ ιδιωτικής και κοινωνικής ασφάλισης είναι ιδιαίτερος κρίσιμη από νομικής πλευράς, καθώς το ειδικό δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης και το ειδικό ρυθμιστικό δίκαιο της ασφαλιστικής επιχείρησης αφορούν αποκλειστικά φορείς ιδιωτικής ασφάλισης, ενώ ως προς την κοινωνική ασφάλιση προβλέπονται ειδικές διατάξεις δημοσίου δικαίου που διέπουν τόσο τη λειτουργία των φορέων αυτών, όσο και την έννομη σχέση των ασφαλισμένων με τους τελευταίους²⁰⁰. Επιπλέον, η ανωτέρω διάκριση είναι κρίσιμη και από πλευράς δικαίου του ελεύθερου ανταγωνισμού, καθώς οι κανόνες των άρθρων 1 και 2 Ν 3959/2011 και των άρθρων 101-102 ΣΛΕΕ καθώς και του ελέγχου συγκεντρώσεων εφαρμόζονται σε «επιχειρήσεις», βάσει δε της ενωσιακής νομολογίας, οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης δεν αποτελούν επιχειρήσεις.
243. Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας η σχετική ανάλυση θα περιοριστεί στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης.
244. Η βασική διάκριση της ιδιωτικής ασφάλισης έγκειται σε ασφάλιση ζημιών και ασφάλιση ποσού/προσώπων (ζωής). Στην ασφάλιση ζημιών, το ύψος του ασφαρίσματος δεν έχει καθορισθεί, παρά μόνο έχει οριστεί ένα ποσό ως ανώτατο όριο (ασφαλιστικό ποσό), και συγκεκριμενοποιείται με βάση την οικονομική ζημία που έχει προκαλέσει η επέλευση του ασφαλιστικού κινδύνου²⁰¹. Τόσο η επέλευση του κινδύνου όσο και η έκταση της ζημίας είναι γεγονότα αβέβαια, και αυτά

¹⁹⁶ Βλ. Ι. Ρόκα, Συμβατικό ασφαλιστικό δίκαιο 12^η εκδ., σελ. 61, 63-64, βλ. και Α. Αργυριάδη / Ρ. Χατζηνικολάου-Αγγελίδου / Λ. Σκαλίδη, Στοιχεία Ασφαλιστικού Δικαίου 5^η εκδ., σελ. 7.

¹⁹⁷ Βλ. Π. Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης 2^η εκδ., σελ. 27-28.

¹⁹⁸ Οπ. π..

¹⁹⁹ Βλ. Α. Αργυριάδη / Ρ. Χατζηνικολάου- Αγγελίδου / Λ. Σκαλίδη ό.π., σελ. 7.

²⁰⁰ Βλ. Γ. Πανίτσα, Ιδιωτική Ασφάλιση και Δίκαιο του Ελεύθερου Ανταγωνισμού, 2021, σελ. 3.

²⁰¹ Βλ. Ι. Ρόκα, Ασφαλιστικό Δίκαιο – Από τη θεωρία στην πράξη 5^η εκδ., σελ. 35 επ.

ακριβώς καλύπτονται από την ασφάλιση ζημιών²⁰². Τέτοιες ασφαλίσεις είναι επί παραδείγματι η ασφάλιση αστικής ευθύνης, οι ασφαλίσεις μεταφορών, η ασφάλιση πυρός κ.α. Από την άλλη πλευρά στην ασφάλιση ζωής/ποσού, το καταβλητέο ποσό είναι προκαθορισμένο, αβεβαιότητα δε υφίσταται ως προς το αν τελικά η ασφαλιστική περίπτωση θα πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της σύμβασης ή ως προς το πότε ακριβώς θα πραγματοποιηθεί²⁰³. Τέτοιες ασφαλίσεις είναι οι ασφαλίσεις θανάτου, σύνταξης κ.α. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό στις ασφαλίσεις ζωής είναι ότι υφίσταται έντονο αποταμιευτικό ή/και επενδυτικό στοιχείο²⁰⁴, και για τον λόγο αυτόν δύναται να ανακύπτουν ζητήματα ανταγωνιστικής σχέσης ορισμένων ασφαλιστικών προϊόντων ζωής με επενδυτικά/αποταμιευτικά προϊόντα που προσφέρουν λοιπές επιχειρήσεις του χρηματοοικονομικού κλάδου²⁰⁵. Τέλος ξεχωριστή κατηγορία αποτελεί η αντασφάλιση.

245. Η ασφάλιση ζημιών διέπεται από τα άρθρα 11-26 του ΑσφΝ ενώ η ασφάλιση προσώπων από τα άρθρα 27 – 32.
246. **Η ασφάλιση υγείας** συνίσταται στην ασφάλιση ατυχημάτων και ασθενειών. Αυτές οι κατηγορίες ασφάλισης περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο της ασφάλισης προσώπων του ΑσφΝ. Παρά ταύτα, σύμφωνα με το άρθρο 31 παρ. 3 (και 32 παρ. 2) ΑσφΝ οι ασφαλίσεις αυτές μπορούν να οργανωθούν είτε ως ασφάλιση ποσού είτε ως ασφάλιση ζημιών. Εφόσον λειτουργήσουν ως ασφάλιση ζημιών, τότε ο νόμος προβλέπει (άρθρο 31 παρ. 3 εδ. β' ΑσφΝ) την εφαρμογή των άρθρων 14 και 15 του ΑσφΝ. Ωστόσο, πλέον, βάσει των διατάξεων του Ν 4364/2016, ο κλάδος της ασφάλισης υγείας, ρυθμιστικά, εμπίπτει στην κατηγορία της ασφάλισης ζημιών, όπως άλλωστε προβλέπεται και από το ενωσιακό δίκαιο²⁰⁶. Εξάιρεση αποτελεί ο κλάδος διαρκούς (ισόβιας) ασφάλισης ασθενείας, ο οποίος εμπίπτει στην κατηγορία ασφάλισης ζωής.
247. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον κλάδο των ασφαλίσεων υγείας συνάπτουν συμβάσεις με τους ιδιωτικούς (νοσοκομειακούς) παρόχους για την αγορά υπηρεσιών υγείας ώστε να χορηγούν στους ασφαλισμένους τους τις αντίστοιχες παροχές υγείας. Το κόστος των εν λόγω παροχών υγείας που αγοράζουν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις επιμερίζεται μεταξύ των ιδίων και των ασφαλισμένων τους, ανάλογα με τους όρους των σχετικών ασφαλιστικών συμβάσεων.
248. Οι σημαντικότερες υποκατηγορίες των ασφαλιστηρίων υγείας είναι οι ακόλουθες:
- **Νοσοκομειακά και Εξωνοσοκομειακά**, ανάλογα με τις παροχές υγείας που καλύπτουν. Τα πρώτα καλύπτουν νοσοκομειακή περίθαλψη ενώ τα δεύτερα μόνο διαγνωστικές εξετάσεις ή/και ενίοτε επεμβάσεις που δεν απαιτούν διαμονή σε νοσοκομείο.
 - **Ατομικά/Οικογενειακά και Ομαδικά**, ανάλογα με το πελατολόγιο στο οποίο απευθύνονται. Όπως προαναφέρθηκε, τα πρώτα αφορούν ιδιώτες ενώ τα δεύτερα νομικά πρόσωπα που επιθυμούν να καλύψουν εργαζόμενους και συνεργάτες τους.
 - **«Εγγυημένης ανανεωσιμότητας» (αναφερόμενα και ως «μακροχρόνια» ή «ισόβια» και «μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας»**, ανάλογα με το συμβατικό πλαίσιο. Στο πλαίσιο ασφαλιστηρίων εγγυημένης ανανεωσιμότητας, οι ασφαλιστικές εταιρείες

²⁰² Οπ. π..

²⁰³ Οπ. π..

²⁰⁴ Βλ. άλλωστε και τον Κανονισμό 1286/2014 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 26^{ης} Νοεμβρίου 2014 σχετικά με τα έγγραφα βασικών πληροφοριών που αφορούν συσκευασμένα επενδυτικά προϊόντα για ιδιώτες επενδυτές και επενδυτικά προϊόντα βασιζόμενα σε ασφάλιση (PRIIP).

²⁰⁵ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 9.

²⁰⁶ Βλ. Ι. Ρόκα, Δίκαιο ιδιωτικής ασφάλισης – Η επιχείρηση, 12^η εκδ., σελ. 282. Βλ. ωστόσο και παρακάτω αναφορικά με τα ζητήματα αδειοδότησης.

δεσμεύονται να μην διακόψουν το συμβόλαιο παρά μόνο αν ο ασφαλισμένος παραβιάσει τους όρους του. Αντιθέτως, τα ασφαλιστήρια μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας έχουν συνήθως ετήσια διάρκεια και μπορούν να μην ανανεωθούν με απόφαση της ασφαλιστικής εταιρείας. Σημειώνεται ότι ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας ως προϊόν υπάρχουν μόνο για Ατομικά/Ομαδικά ασφαλιστήρια, ενώ τα Ομαδικά ασφαλιστήρια είναι μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας.

VI.2. Ζήτηση υπηρεσιών ασφάλισης υγείας

249. Η θεωρία ζήτησης υπηρεσιών ασφάλισης υγείας βασίζεται στη θεωρία ζήτησης ασφάλισης ενός αγαθού σε περίπτωση π.χ. κλοπής του ή ασφάλισης μιας κατοικίας σε περίπτωση πυρκαγιάς (Friedman and Savage, 1948)²⁰⁷. Ειδικότερα, ένας ιδιοκτήτης κατοικίας επιθυμεί να προστατεύσει την κατοικία του από τον κίνδυνο της πυρκαγιάς και για αυτό τον σκοπό είναι διατεθειμένος να πληρώσει ασφάλιστρο (*premium*) για ένα συμβόλαιο ασφάλισης που θα του εξασφαλίζει αποζημίωση (*lump-sum payment*) σε περίπτωση καταστροφής της κατοικίας του από πυρκαγιά. Στην περίπτωση όπου το ασφάλιστρο που πληρώνει ο ιδιοκτήτης της κατοικίας ισούται με την αξία της ζημιάς από ενδεχόμενη καταστροφή της κατοικίας, τότε η ευημερία του ιδιοκτήτη αυξάνεται με το συμβόλαιο ασφάλισης απ' ό,τι αν παρέμενε ανασφάλιστη η κατοικία του (Nyman, 2014)²⁰⁸. Οι Friedman και Savage αναφέρουν ότι το εν λόγω όφελος του ιδιοκτήτη ικανοποιεί την προτίμηση του διασφάλισης της κατοικίας του έναντι ενός μελλοντικού αβέβαιου γεγονότος, όπως, εν προκειμένω, η πυρκαγιά (*certainty vs uncertainty*). Βασιζόμενος σε αυτό το αποτέλεσμα ο Arrow (1963) επέκτεινε το μοντέλο των Friedman και Savage για την ανάλυση της ζήτησης υπηρεσιών ασφάλισης υγείας²⁰⁹. Μέχρι και σήμερα, η βάση ανάλυσης της ζήτησης υπηρεσιών ασφάλισης υγείας προέρχεται από το μοντέλο των Friedman και Savage.
250. Ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς²¹⁰ της ανωτέρω θεωρίας είναι η μη αναγνώριση σε αυτό του ρόλου της έννοιας του «εκ των υστέρων» (*ex post*) Ηθικού Κινδύνου (*Moral Hazard*). Η έννοια αυτή αφορά την επιπλέον δαπάνη ενός ασθενή, αφού διαγνωσθεί με κάποια αρρώστια, σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Pauly (1968)²¹¹ σημειώνει ότι τα μοντέλα των Friedman και Savage (1948) και Arrow (1963) για να είναι επωφελή για τους πολίτες θα πρέπει από το όφελος που απολαμβάνουν οι τελευταίοι μέσω του συμβολαίου ασφάλισης να αφαιρεθεί η ζημιά στην ευημερία, η οποία προέρχεται από την ύπαρξη του «εκ των υστέρων» Ηθικού Κινδύνου²¹².
251. Η βασική εμπειρική έρευνα για τον προσδιορισμό της επιλογής κινδύνου στις αγορές ασφάλισης υγείας, ανεξάρτητα από τη θεσμική ρύθμιση, είναι ο διαχωρισμός της επίδρασης του κινδύνου στην αγορά κάλυψης από την επίδραση της ασφάλισης στη χρήση της ιατρικής περίθαλψης. Η οικονομική θεωρία προβλέπει τόσο ότι οι υψηλοί κίνδυνοι θα αγοράσουν μεγαλύτερες ποσότητες ασφάλισης από τους χαμηλούς κινδύνους σε ένα δεδομένο ασφάλιστρο (δυσμενής επιλογή) όσο και ότι, διατηρώντας σταθερό τον εκ των προτέρων κίνδυνο, η ασφαλιστική κάλυψη θα αυξήσει

²⁰⁷ Friedman, M., and Savage, L., J. (1948). The utility analysis of choices involving risk. *Journal of Political Economy*, 66, pp. 279–304.

²⁰⁸ Nyman, J., A. (2014). Demand for and Welfare Implications of Health Insurance, Theory of, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA.

²⁰⁹ Arrow, J., K. (1963). Uncertainty and the Welfare Economics of Medical care, *The American Economic Review*, 53(5), pp. 941–73.

²¹⁰ Σχετικά με τους περιορισμούς του μοντέλου των Friedman και Savage, βλ. Kahneman, D., and Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47, pp. 263–292; Stanton, M., W., and Rutherford, M., K. (2006). The high concentration of U.S. health care expenditures. Rockville, MD: Agency for Health care Research and Quality and Bernard, D., M., Bantlin, J., S., and Encinosa, W., E. (2009). Wealth, income, and the affordability of health insurance. *Health Affairs*, 28, pp. 887–896.

²¹¹ Pauly, M., V. (1968). The economics of moral hazard: Comment. *American Economic Review*, 58, pp. 531–537.

²¹² Σχετικά με πιο πρόσφατη θεωρία ζήτησης υπηρεσιών υγείας βλ. Nyman, J., A. (2003). The theory of demand for health insurance. Stanford, CA: Stanford University Press.

την πιθανότητα ή/και το μέγεθος μιας απώλειας (Pauly, 1968; Rothschild and Stiglitz, 1976). Επειδή και οι δύο θεωρίες προβλέπουν ότι οι εκ των υστέρων δαπάνες συσχετίζονται θετικά με το ποσό της ασφάλισης, είναι δύσκολο να διαχωριστεί η εμπειρικά δυσμενής επιλογή από τον ηθικό κίνδυνο κατά τη σύγκριση των δαπανών ιατρικής περίθαλψης μεταξύ ατόμων με διαφορετικά επίπεδα ασφαλιστικής κάλυψης (Chiappori, 2000)²¹³.

252. Οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει ποικίλες προσεγγίσεις για να αντιμετωπίσουν αυτό το ζήτημα. Οι «μελέτες Switcher» συγκρίνουν, μεταξύ των ατόμων που έχουν εγγραφεί σε έναν συγκεκριμένο τύπο κάλυψης σε ένα δεδομένο έτος, τη χρήση ατόμων που άλλαξαν την κάλυψή τους με εκείνα που δεν το έκαναν το επόμενο έτος. Το πλεονέκτημα αυτού του τύπου μελέτης είναι ότι, με τον περιορισμό του δείγματος της μελέτης σε άτομα που εγγράφηκαν στον ίδιο τύπο κάλυψης κατά το αρχικό έτος, οι συγκρίσεις των δαπανών δεν μεροληπτούν λόγω διαφορών στις επιπτώσεις των χαρακτηριστικών του προγράμματος ως προς τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης. Η κύρια αδυναμία είναι ότι η χρήση μιας περιόδου πριν από την εγγραφή μπορεί να μην είναι απαραίτητα αντιπροσωπευτική των μακροπρόθεσμων διαφορών μεταξύ των δύο ομάδων. Εάν οι διαφορές στη χρήση πριν από την εγγραφή αντιπροσωπεύουν παροδικά σοκ, αντί για μόνιμες διαφορές στην κατάσταση υγείας και τη χρήση ιατρικής περίθαλψης, η μέση διαφορά μεταξύ εγγεγραμμένων με διαφορετικούς τύπους κάλυψης θα είναι μικρότερη από την οριακή διαφορά (Hellinger, 1987, Brow et al., 1993).
253. 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 της²¹⁴.

VI.2.1. Μέγεθος και διάρθρωση της ζήτησης στον κλάδο ασφάλισης Υγείας

254. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έρευνα της Insurance Europe αναφορικά με τη ζήτηση για την ασφάλιση υγείας, τα στοιχεία για το 2021 δείχνουν μία σταθερή αύξηση στα έσοδα από ασφάλιστρα υγείας σε πολλά Κράτη Μέλη της ΕΕ. Η αύξηση αυτή προήλθε καταρχάς από την αύξηση της ζήτησης για ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αύξηση για την οποία ένας κύριος λόγος ήταν η πανδημία COVID-19 που οδήγησε τους καταναλωτές στο να συμπληρώσουν τα δημόσια προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης με υπηρεσίες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Η προσφορά στους ασφαλισμένους ταχύτερης πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας καθώς και η μείωση δαπανών για τις υπηρεσίες αυτές αποτέλεσαν κάποιους από τους βασικούς λόγους προς την αύξηση αυτή. Ένας άλλος βασικός λόγος για την αύξηση των εσόδων από ασφάλιστρα ήταν το αυξανόμενο κόστος των ιατρικών υπηρεσιών, το οποίο αντικατοπτρίζεται στο ατομικό ασφάλιστρο²¹⁵.
255. Βάσει στοιχείων της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος (ΕΑΕΕ)²¹⁶ κατά την τριετία 2021-2023 **το πλήθος των ασφαλιστήριων συμβολαίων αυξάνεται**, με το ποσοστό αύξησης των

²¹³ Friedrich Breyer, M. Kate Bundorf, Mark V. Pauly, Chapter Eleven - Health Care Spending Risk, Health Insurance, and Payment to Health Plans, Editor(s): Mark V. Pauly, Thomas G. McGuire, Pedro P. Barros, Handbook of Health Economics, Elsevier, Volume 2, 2011, pp. 691-762.

²¹⁴ Βλ. Στόχασις 2022, Κεφάλαιο «Ζήτηση», Ενότητα «Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης».

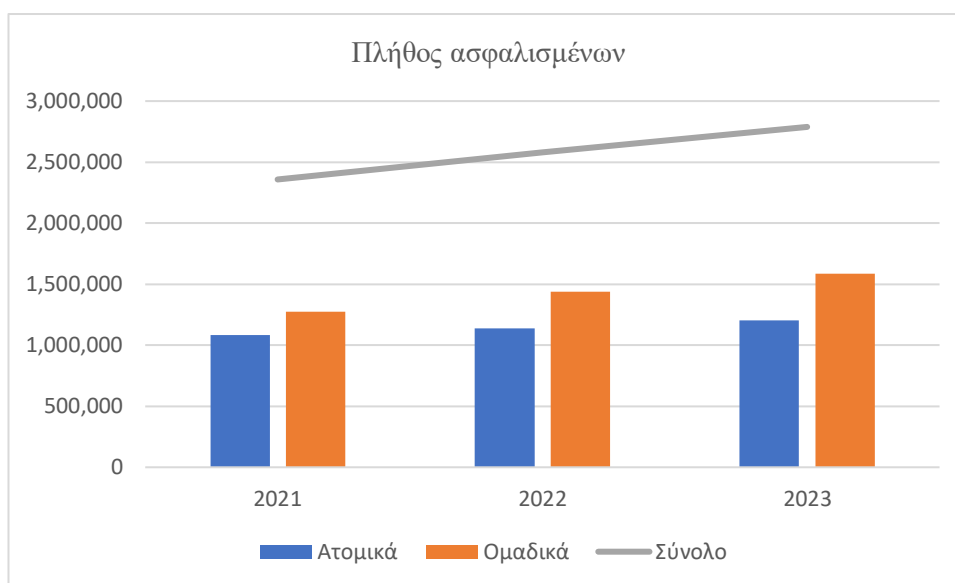
²¹⁵ Βλ. Insurance Europe “European insurance: Preliminary figures 2021”, July 2022, διαθέσιμο: <https://www.insuranceeurope.eu/mediaitem/7eb395ab-bcce-49a1-9022-3452e634edf7/Preliminary%20figures%202021.pdf>.

²¹⁶ «Στοιχεία Ασφαλίσεων Υγείας» για το 2022 και το 2023 (infographics), ΕΑΕΕ.

ομαδικών το 2023 (16,2%) να είναι σχεδόν τρεισήμισι φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό αύξησης των ατομικών (4,7%). Αντιστοίχως, μεγαλύτερη (σχεδόν διπλάσια) εμφανίζεται και η αύξηση του πλήθους των ασφαλισμένων σε ομαδικά συμβόλαια (10,2%) έναντι του πλήθους των ασφαλισμένων σε ατομικά συμβόλαια (5,6%), όπως παρουσιάζεται ακολούθως.

Πίνακας 14/Διάγραμμα 21: Πλήθος ασφαλιστηρίων συμβολαίων και ασφαλισμένων

Πλήθος Ασφαλιστηρίων συμβολαίων			
	2021	2022	2023
Ατομικά	861.334	921.627	964.951
	%Δ	7,0%	4,7%
Ομαδικά	5.684	6.025	7.004
	%Δ	6,0%	16,2%
Πλήθος ασφαλισμένων ²¹⁷			
Ατομικά	1.085.331	1.139.598	1.203.376
	%Δ	5,0%	5,6%
Ομαδικά	1.272.619	1.438.060	1.585.041
	%Δ	13,0%	10,2%
Σύνολο	2.357.951	2.577.658	2.788.417
	%Δ	9,3%	8,2%



VI.2.2. Εξέλιξη Ασφαλιστρών (Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Υγεία)

256. Στην Ελλάδα, συνολικά η ασφάλιση υγείας παρουσιάζει τάση μεγέθυνσης την τελευταία πενταετία. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΑΕΕ²¹⁸ και την έρευνα που διεξήχθη, η αξία των ασφαλιστρών σε συμβόλαια ασφάλισης υγείας ξεπέρασε το 2023 το € 1 δισεκ., ενώ ο ρυθμός

²¹⁷ Σημειώνεται ότι υπάρχει πιθανότητα, κάποιο φυσικό πρόσωπο να καταμετράται και στις δύο κατηγορίες, στην περίπτωση που έχει ατομικό ασφαλιστήριο υγείας αλλά και συμμετέχει σε ομαδικό ασφαλιστήριο στο πλαίσιο της εργασίας του.

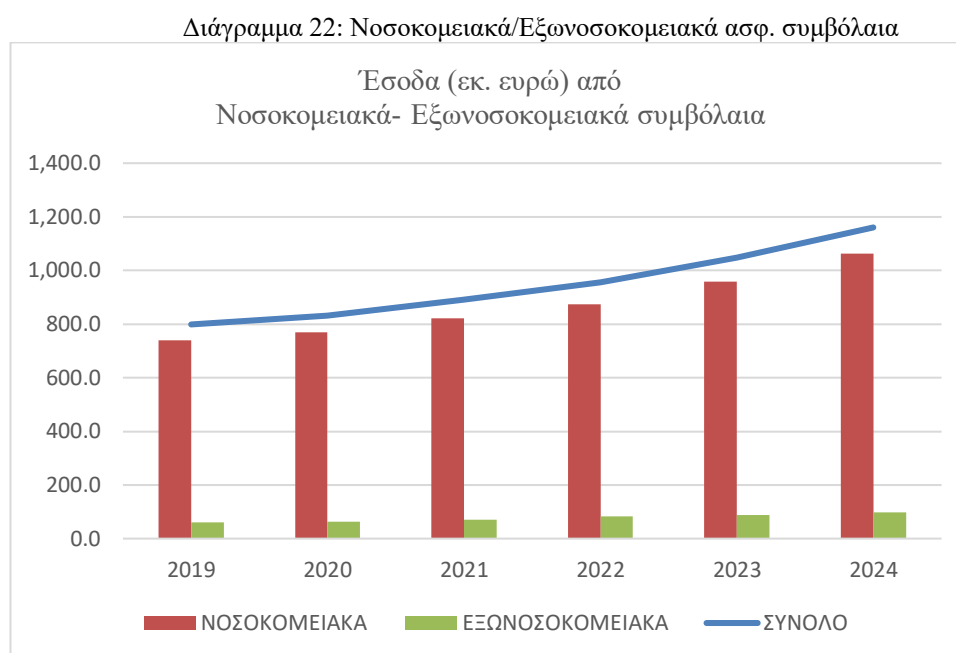
²¹⁸ «Έρευνα στατιστικών στοιχείων Ασφαλίσεων Υγείας: Παραγωγή Ασφαλιστρών 2023», ΕΑΕΕ Νοέμβριος 2024.

μεγέθυνσης κινείται περίπου στο 10% την διετία 2023-2024²¹⁹. Η μεγαλύτερη αύξηση καταγράφηκε στη διετία 2023-2024. Πέραν της αύξησης του αριθμού ασφαλιστικών συμβάσεων (βλ. ανωτέρω) στην αύξηση των εσόδων συμβάλλει και η αύξηση ασφαλιστρών ανά σύμβαση, όπως αποτυπώνεται πλέον στον υποδείκτη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας της ΕΛΣΤΑΤ (βλ. κατωτέρω Κεφάλαιο 3).

Πίνακας 15: Διαχρονική εξέλιξη των συνολικών ασφαλιστρών (έσοδο) για τις ασφάλισεις πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας						
	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ασφάλιστρα υγείας (εκ. ευρώ)	798,7	832,6	892,1	956,3	1.047,4	1.160,4
Ετήσια %Δ		4,2%	7,1%	7,2%	9,5%	10,8%

Πηγή: ΕΑΕΕ, Έρευνα ΕΑ

257. Η διαχρονική εξέλιξη των συνολικών ασφαλιστρών, με διάκριση σε Νοσοκομειακά και Εξωνοσοκομειακά συμβόλαια, απεικονίζεται στο κάτωθι διάγραμμα:²²⁰

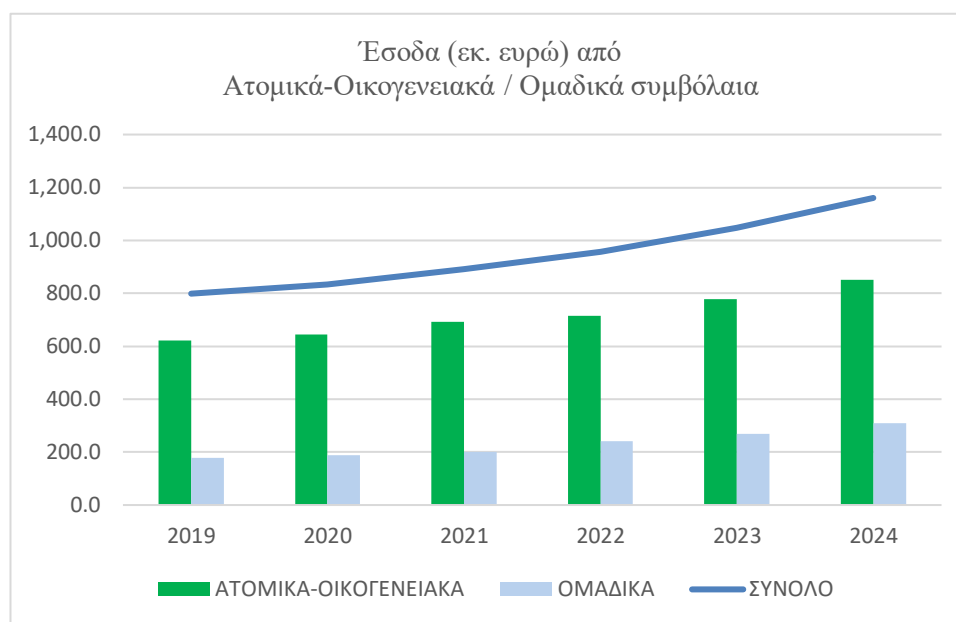


258. Η διαχρονική εξέλιξη των ασφαλιστρών με διάκριση σε Ατομικά-Οικογενειακά και Ομαδικά συμβόλαια, απεικονίζεται στο κάτωθι διάγραμμα.

²¹⁹ Σημειώνεται ότι η καταναλωτική δαπάνη για ασφαλιστήρια συμβόλαια είναι υψηλότερη του εσόδου που εγγράφουν οι ασφαλιστικές εταιρείες, δεδομένου ότι, αν και οι υπηρεσίες ασφάλισης δεν υπόκεινται σε Φόρο Προστιθέμενης Αξίας, το ασφάλιστρο επιβαρύνεται με ορισμένα τέλη και ειδικούς φόρους βάσει της κείμενης νομοθεσίας.

²²⁰ Η διάκριση Νοσοκομειακών-Εξωνοσοκομειακών εσόδων από ασφάλιστρα, υπολογίστηκε από τον συνδυασμό στοιχείων της μελέτης της ΕΑΕΕ, και των συλλεχθέντων στοιχείων από τις ασφαλιστικές εταιρείες που αφορούσε έσοδα από Νοσοκομειακά ασφαλιστήρια.

Διάγραμμα 23: Ατομικά/Ομαδικά ασφ. συμβόλαια



259. Όπως θα αναδειχθεί κατωτέρω, παράλληλα με την αύξηση του αριθμού ασφαλιστηρίων, σημειώνεται μια ποιοτική διαφοροποίηση της σύστασης του χαρτοφυλακίου ασφαλιστικών προγραμμάτων των ασφαλιστικών εταιρειών, καθώς παρατηρείται μετατόπιση από τα μακροχρόνια στα ετησίως ανανεούμενα ασφαλιστήρια.

VI.2.3. Διάρθρωση Ασφαλιστρών ανά κατηγορίες

260. Όπως προκύπτει από τα στοιχεία της έρευνας, τα νοσοκομειακά ασφαλιστήρια αποτελούν το κυρίαρχο προϊόν στην αγορά (με ποσοστό διαχρονικά άνω του 90%), ενώ παρατηρείται μια μικρή τάση αύξησης της συμμετοχής των εξωνοσοκομειακών προγραμμάτων από το 2021 και μετά, κερδίζοντας μια περίπου ποσοστιαία μονάδα στην διάρκεια της εξαετίας (από 7,6% το 2019 σε 8,5% το 2024), όπως παρουσιάζεται ακολούθως.

Πίνακας 16: Κατανομή εσόδων από Ατομικά/Οικογενειακά και Ομαδικά ασφαλιστήρια

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Νοσοκομειακά	92,4%	92,5%	92,2%	91,3%	91,6%	91,5%
Εξωνοσοκομειακά	7,6%	7,5%	7,8%	8,7%	8,4%	8,5%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πηγή: ΕΑΕΕ, απαντήσεις ασφαλιστικών εταιρειών

261. Αναφορικά με τη διάρθρωση των εσόδων από ασφάλιστρα μεταξύ ατομικών/οικογενειακών και ομαδικών ασφαλιστηρίων προκύπτει ότι τα ατομικά-οικογενειακά ασφαλιστήρια αποτελούν, διαχρονικά, περί τα $\frac{3}{4}$ των συνολικών εσόδων από ασφάλιστρα υγείας με μικρή τάση μείωσης κατά την τριετία 2022-2024. Καταγράφεται αντίστοιχα μία αύξηση συμμετοχής των ομαδικών ασφαλιστρών, τα οποία έχουν κερδίσει περί τις 4,5 ποσοστιαίες μονάδες στη διάρκεια της εξαετίας (από 22,3% το 2019 σε 26,7% το 2024), όπως παρουσιάζεται ακολούθως.

Πίνακας 17: Κατανομή εσόδων από Ατομικά/Οικογενειακά και Ομαδικά ασφαλιστήρια

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ατομικά-Οικογενειακά	77,7%	77,4%	77,5%	74,7%	74,3%	73,3%
Ομαδικά	22,3%	22,6%	22,5%	25,3%	25,7%	26,7%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πηγή: ΕΑΕΕ.

262. Ως προς το μέσο ετήσιο έσοδο ανά ασφαλισμένο σημειώνεται ότι το μέσο έσοδο σε ατομικό-οικογενειακό συμβόλαιο είναι περίπου τετραπλάσιο από το μέσο έσοδο ανά ασφαλισμένο σε ομαδικό συμβόλαιο.

Πίνακας 18: Μέσο ετήσιο έσοδο ανά ασφαλισμένο			
	2021	2022	2023
Ατομικά	636,8 €	626,9 €	646,5 €
	%Δ	-1,5%	3,1%
Ομαδικά	157,9 €	168,2 €	170,0 €
	%Δ	6,5%	1,1%

VI.2.4. Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια

1. Έσοδα από νοσοκομειακά ασφαλιστήρια (2021-2024)

263. Τα συνολικά έσοδα νοσοκομειακών ασφαλίσεων υγείας μεταβάλλονταν θετικά καθ' όλη την εξεταζόμενη περίοδο 2021-2024. Ο ετήσιος ποσοστιαίος ρυθμός μεταβολής αυξήθηκε από 6% (2021-2022) σε 10% την επόμενη περίοδο (2022-2023) και, ακολούθως, διαμορφώθηκε στο 11% (2023-2024).

Πίνακας 19: Συνολικά έσοδα από νοσοκομειακά ασφαλιστήρια υγείας (εκ. ευρώ)

	2021	2022	2023	2024
Νοσοκομειακά ασφαλιστήρια	822,4	873,3	959,4	1061,9
% Δ		6,2%	9,9%	10,7%

Πηγή: Έρευνα ΓΔΑ

264. Στο πλαίσιο αυτό, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις ερωτήθηκαν αναφορικά με τους λόγους τυχόν μεταβολής των εσόδων τους από τα νοσοκομειακά ασφαλιστήρια για την περίοδο 2021-2024. Από τις ληφθείσες απαντήσεις διαπιστώθηκε ότι κυριότεροι λόγοι συνιστούν αφενός η πρόσκτηση νέων ασφαλιστηρίων συμβολαίων σε σύγκριση με τις ακυρώσεις υφιστάμενων συμβολαίων και αφετέρου οι αναπροσαρμογές που εφαρμόστηκαν στα ασφάλιστρα κάθε χαρτοφυλακίου. Συγκεκριμένα, η ανάπτυξη νέων ασφαλιστικών προϊόντων νοσοκομειακής περίθαλψης οδηγεί σε διεύρυνση των πωλήσεων και ακολούθως σε εισροή νέων ασφαλισμένων. Τυχόν θετική μεταβολή στον αριθμό των ασφαλισμένων, προέρχεται τόσο από την είσοδο νέων ασφαλισμένων στα Χ/Φ των εταιρειών όσο και από τη διατηρησιμότητα των υφισταμένων νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων υγείας. Σχετικά, μία (1) ασφαλιστική εταιρεία εξηγεί ότι «Ο λόγος αύξησης των εσόδων είναι ότι το άθροισμα των ασφαλίσεων των νέων ασφαλιστηρίων και των αυξανόμενων κάθε έτος ασφαλίσεων των συμβολαίων σε ισχύ, ήταν μεγαλύτερο από τα ασφάλιστρα των συμβολαίων που ακυρώνονταν». Σημαντική επίδραση στα έσοδα των ασφαλιστών ασκούν και οι αυξήσεις στο μέσο ασφάλιστρο κάθε χαρτοφυλακίου υγείας. Σε αυτό το πλαίσιο, σύμφωνα με δύο εταιρείες τυχόν αυξήσεις στο μέσο ασφάλιστρο προέρχονται σε σημαντικό βαθμό από την ηλικιακή

γήρανση των ασφαλισμένων του χαρτοφυλακίου η οποία συνεπάγεται αύξηση στη συχνότητα και στο μέσο κόστος χρήσης υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Το θέμα εξετάζεται αναλυτικότερα σε επόμενη υποενότητα.

265. Περαιτέρω, αυξητική τάση παρατηρήθηκε στις υποκατηγορίες τόσο των ατομικών όσο και των ομαδικών ασφαλίσεων νοσοκομειακής περίθαλψης. Συνοπτικά, σε ό,τι αφορά την εξέλιξη στην παραγωγή ασφαλιστρών από **ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά** ασφαλιστήρια (ετήσια και μακροχρόνια), τα συνολικά έσοδα αυτής της κατηγορίας κινήθηκαν θετικά στο σύνολο της τετραετίας με τον ετήσιο ρυθμό μεταβολής να βαίνει σταθερά αυξανόμενος (5%, 8% και 9% αντίστοιχα). Για το έτος 2024, τα συνολικά έσοδα από ατομικές ασφαλίσεις εμφανίζονται αυξημένα κατά 25% σε σχέση με τα επίπεδα του 2021. Ομοίως, τα έσοδα στην κατηγορία των **ομαδικών** νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων μη εγγυημένης ανανεωσιμότητας²²¹ αυξήθηκαν με ρυθμό 9%, 16% και 15% αντίστοιχα. Κατά τη χρήση 2024, η παραγωγή ασφαλιστρών υγείας από ομαδικά συμβόλαια παρουσιάζει αύξηση κατά 45% σε σχέση με το 2021.
266. Σε ό,τι αφορά τους λόγους για τους οποίους παρατηρήθηκε η διαχρονική εξέλιξη στην παραγωγή ασφαλιστρών υγείας ανά υποκατηγορία ασφαλιστηρίων, προκαταρκτικά σημειώνεται ότι ουδεμία ασφαλιστική επιχείρηση προσφέρει ομαδικά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας, συνεπώς δεν αποτυπώθηκαν έσοδα για τις ασφαλίσεις υγείας αυτού του είδους. Για τις λοιπές τρεις κατηγορίες ασφαλιστηρίων, ήτοι τα ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια ετήσιας διάρκειας, εκείνα με μακροχρόνια διάρκεια καθώς και τα ετήσια ομαδικά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια, λεκτέα είναι τα ακόλουθα:

2. Νοσοκομειακά ασφαλιστήρια ανά κατηγορίες

267. Στην υποκατηγορία ατομικών-οικογενειακών νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων, προκύπτει μεγαλύτερη συμμετοχή των ασφαλιστηρίων μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας διαχρονικά άνω του 50% με σταθερά ανοδική τάση καταλήγοντας το 2024 στο 61% περίπου, όπως παρουσιάζεται ακολούθως.

Πίνακας 20: Διάρθρωση Ασφαλιστρών από Ατομικά-Οικογενειακά Νοσοκομειακά ασφαλιστήρια				
	2021	2022	2023	2024
Εγγυημένης ανανεωσιμότητας	46,4%	43,8%	41,2%	39,2%
Μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας	53,6%	56,2%	58,8%	60,8%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πηγή: Απαντήσεις ασφαλιστικών εταιρειών

268. Στην περίπτωση δε που ληφθούν υπόψη και τα ομαδικά ασφαλιστήρια (που είναι πάντοτε μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας), τα ασφάλιστρα από συμβόλαια μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας αποτελούν περίπου το 71% των εσόδων από νοσοκομειακά ασφαλιστήρια, αυξάνοντας διαχρονικά τη συμμετοχή τους, όπως παρουσιάζεται ακολούθως.

Πίνακας 21: Διάρθρωση Συνολικών Ασφαλιστρών από Νοσοκομειακά ασφαλιστήρια				
	2021	2022	2023	2024
Εγγυημένης ανανεωσιμότητας	35,8%	33,5%	30,9%	29,1%
Μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας	64,2%	66,5%	69,1%	70,9%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Πηγή: Απαντήσεις ασφαλιστικών εταιρειών

²²¹ Ουδεμία εταιρεία του δείγματος παρουσίασε έσοδα στην κατηγορία των ομαδικών νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων εγγυημένης ανανεωσιμότητας.

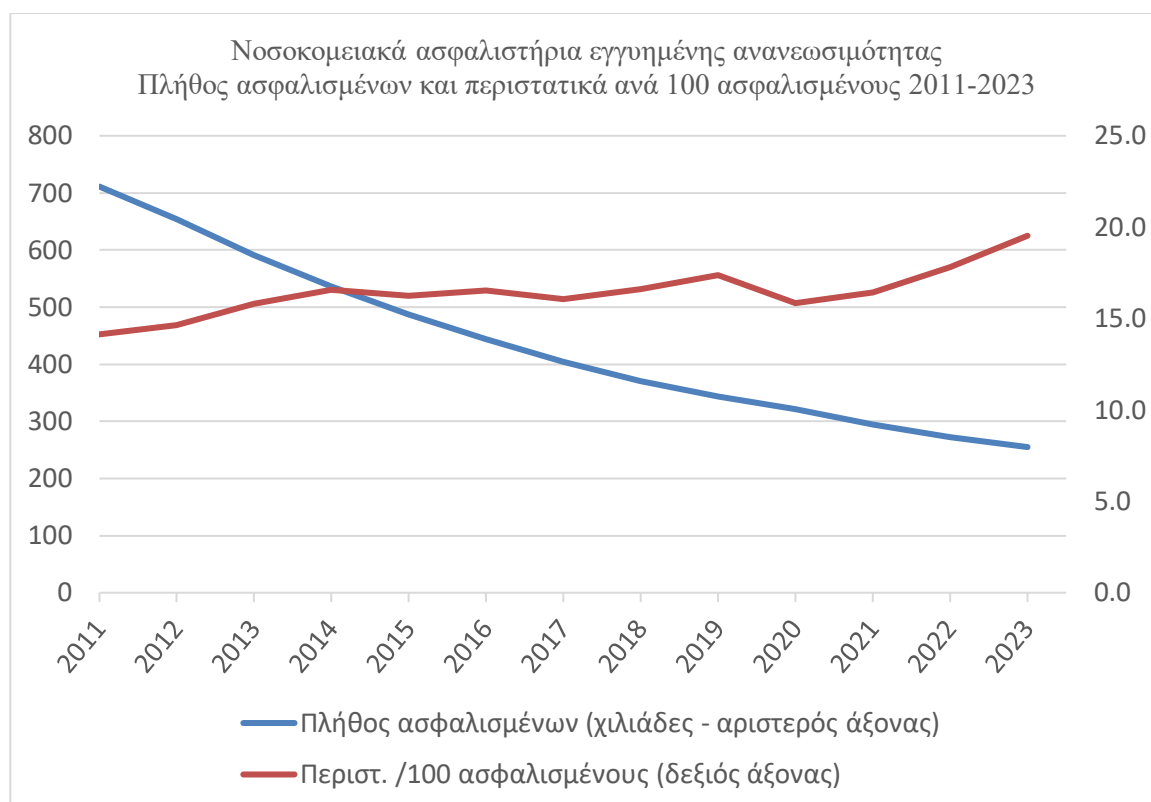
3. Ατομικά-Οικογενειακά Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια Εγγυημένης Ανανεωσιμότητας

269. Όλες σχεδόν οι συμμετέχουσες στην έρευνα διατηρούν εν ισχύ χαρτοφυλάκια με ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας. Εντούτοις, την υπό εξέταση τετραετία (2021-2024), **μόλις τρεις (3) στις προαναφερθείσες δώδεκα (12) διέθεταν προς πώληση νέα ασφαλιστήρια αυτής της κατηγορίας**. Μεταξύ αυτών, η μία (1) εξακολουθεί τη διάθεση αυτών έως και σήμερα, ενώ οι υπόλοιπες δύο (2) **διέκοψαν τη διάθεση αυτών των προϊόντων τα έτη 2022 και 2023, αντίστοιχα**.
270. Βάσει στοιχείων των δημοσιευμένων μελετών του IOBE²²² το πλήθος των ασφαλισμένων («έκθεση κινδύνου») στα νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας (ή «μακροχρόνια»), καθώς και το πλήθος «ζημιών» (ήτοι των αναγγελλθέντων περιστατικών στις ασφαλιστικές εταιρείες προς αποζημίωση), παρουσιάζει την κάτωθι διαχρονική εξέλιξη.

Πίνακας 22/Διάγραμμα 24: Εξέλιξη πλήθους ασφαλισμένων στα μακροχρόνια νοσοκομειακά συμβόλαια εγγυημένης ανανεωσιμότητας 2011-2023

Έτος	Έκθεση κινδύνου (Πλήθος ασφαλισμένων) - χιλιάδες	Πλήθος ζημιών (αναγγελίες περιστατικών) - χιλιάδες	Περιστατικά ανά 100 ασφαλισμένους
2011	711	100,5	14,1
2012	654	95,8	14,6
2013	591	93,5	15,8
2014	536	88,8	16,6
2015	487	79,1	16,2
2016	444	73,4	16,5
2017	404	64,9	16,1
2018	370	61,5	16,6
2019	344	59,8	17,4
2020	321	50,9	15,9
2021	294	48,3	16,4
2022	272	48,5	17,8
2023	255	49,8	19,5

²²² «Δείκτες κόστους αποζημιώσεων μακροχρόνιων ασφαλιστικών νοσοκομειακών προγραμμάτων», (περίοδος 2011-2020, έτος 2022, έτος 2023).



271. Από τα ανωτέρω στοιχεία, προκύπτει **μεγάλη μείωση του πλήθους των ασφαλισμένων στην κατηγορία νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων εγγυημένης ανανεωσιμότητας**²²³ κατά την περίοδο 2011-2023. Συγκεκριμένα, το 2023 το πλήθος των ασφαλισμένων **είναι μειωμένο κατά 64%** έναντι του 2011, καταγράφοντας σταθερά πτωτική πορεία καθόλη την περίοδο με μέση ετήσια μείωση 8,2%, στοιχείο που συνάδει με τη μη εμπορική διάθεση του εν λόγω ασφαλιστικού προϊόντος (όπως αναφέρουν οι ασφαλιστικές εταιρείες το εν λόγω χαρτοφυλάκιο είναι «κλειστό»). Λόγοι μείωσης του πλήθους των ασφαλισμένων μπορεί να είναι είτε η καταγγελία του συμβολαίου, είτε η μετατροπή του σε ασφαλιστήριο μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας, είτε ο θάνατος του ασφαλισμένου.
272. Παράλληλα, το πλήθος αναγγεληθέντων περιστατικών ανά ασφαλισμένο (από τους ανά έτος εναπομείναντες ασφαλισμένους) παρουσιάζει μια σταδιακή αύξηση, με ορατή πτώση να παρατηρείται μόνο το 2020 (πρώτο έτος πανδημίας covid-19), ενώ ακολούθως το πλήθος περιστατικών ανά ασφαλισμένο ανέκαμψε εκ νέου και το 2023 ήταν στο υψηλότερο σημείο για όλη την περίοδο. Το 2023 τα περιστατικά ανά 100 ασφαλισμένους ήταν αυξημένα κατά 38% σε σχέση με το 2011. Η αύξηση αυτή συνάδει με τη βιολογική γήρανση των ήδη ασφαλισμένων στο εν λόγω χαρτοφυλάκιο, δεδομένου ότι καλύπτει την πάροδο 12 ετών και αφορά χαρτοφυλάκιο που δεν υποδέχεται επί της ουσίας παρά ελάχιστους καινούριους ασφαλισμένους.
273. Σε ό,τι αφορά την εξέλιξη στην παραγωγή ασφαλιστρών της περιόδου 2021-2024, μολονότι στην υπό-κατηγορία των μακροχρόνιων ατομικών νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων παρατηρήθηκαν αυξομειώσεις στα έσοδα, οι ετήσιοι ρυθμοί μεταβολής των εσόδων διατηρήθηκαν σε χαμηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα, τη διετία 2021-2022, τα δύο τρίτα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων (8/12) παρουσίασαν μείωση στα έσοδα από μακροχρόνιες ατομικές νοσοκομειακές ασφαλίσεις υγείας, πλην όμως το ποσοστό μείωσης κυμάνθηκε από 0,4% έως 1,8%. Την περίοδο 2022-2023 η

²²³ Σημειώνεται ότι το πλήθος ασφαλισμένων είναι μεγαλύτερο του πλήθους συμβολαίων, δεδομένου ότι ένα συμβόλαιο μπορεί να καλύπτει περισσότερα του ενός άτομα (παραδείγματος χάριν τα μέλη μιας οικογένειας).

συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλιστικών εταιριών (10/12) εμφάνισε σταθερότητα ή αύξηση (1,4% κατά μέσο όρο) στα έσοδα από την εν λόγω κατηγορία ασφαλιστηρίων. Στη διάρκεια της διετίας 2023-2024 παρατηρήθηκαν ποσοστιαίοι ρυθμοί μεταβολής παρόμοιας κλίμακας με την αμέσως προηγούμενη περίοδο (+4,2 % κατά μέσο όρο) με τη διαφορά ότι εν προκειμένω τα έσοδα αυξήθηκαν για το σύνολο των ασφαλιστικών επιχειρήσεων (12/12). Κατά τα λοιπά, οι συμμετέχουσες στην έρευνα απέδωσαν τις παρατηρούμενες οριακές θετικές μεταβολές των εσόδων τους στις ετήσιες αναπροσαρμογές που εφαρμόζουν επί των ασφαλιστρών σε συνδυασμό με «Το χαμηλό ποσοστό ακυρώσεων που παρατηρείται διαχρονικά στο συγκεκριμένο χαρτοφυλάκιο». Όπως εξήγησαν, οι αυξήσεις στα ατομικά ασφάλιστρα δικαιολογούνται από τη γήρανση των ασφαλισμένων του χαρτοφυλακίου και από την συνεπακόλουθη αύξηση στη συχνότητα και στο μέσο κόστος χρήσης των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Από την άλλη, αρνητική επίδραση στα έσοδα του χαρτοφυλακίου ασκεί ο μειούμενος αριθμός ασφαλισμένων λόγω ακυρώσεων σε υφιστάμενα ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας.

274. Για τα μακροχρόνια νοσοκομειακά συμβόλαια, η εξέλιξη του μέσου εσόδου ανά ασφαλισμένο σε την περίοδο 2021-2023, συνολικά για τις ασφαλιστικές εταιρείες που διατηρούν τέτοια ασφαλιστήρια, βάσει στοιχείων του IOBE και των συλλεχθέντων στοιχείων, έχει ως ακολούθως.

Πίνακας 23: Εξέλιξη μέσου εσόδου ανά ασφαλισμένο στα μακροχρόνια νοσοκομειακά ασφαλιστήρια 2021-2023

	2021	2022	2023
Έσοδα (εκ. ευρώ)	294,1	292,6	296,6
Πλήθος Ασφαλισμένων (χιλιάδες)	294	272	255
Έσοδο ανά Ασφαλισμένο (ευρώ)	1.000 €	1.076 €	1.163 €
% Δ		7,5%	8,1%

Από τα ανωτέρω στοιχεία, προκύπτει μεσοσταθμική αύξηση του εσόδου ανά ασφαλισμένο περί του 7-8% τόσο το 2022 ως προς το 2021, όσο και το 2023 ως προς το 2022. Για τη περίοδο 2021-2023, το συνολικό ποσοστό αύξησης ήταν 16,3%.

4. Ατομικά-Οικογενειακά Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια Μη Εγγυημένης Ανανεωσιμότητας

275. Διαφορετική είναι η εικόνα που παρατηρήθηκε στην παραγωγή ασφαλιστρών σε ετησίως ανανεούμενα νοσοκομειακά προγράμματα. Από την έρευνα προέκυψε ότι, την εξεταζόμενη περίοδο (2021-2024), το σύνολο των ασφαλιστικών επιχειρήσεων του δείγματος (δεκατρείς σε αριθμό), διέθετε προς πώληση ετησίως ανανεούμενα ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια. Την υπό κρίση τετραετία (2021-2024), παρατηρήθηκε αύξηση στα έσοδα από την εν λόγω κατηγορία ασφαλιστηρίων και μάλιστα για το σύνολο (13/13) των ασφαλιστικών επιχειρήσεων του δείγματος, καθώς και για όλα τα έτη.

Πίνακας 24: Εξέλιξη εσόδων από ατομικά συμβόλαια μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας 2021-2024

	2021	2022	2023	2024
Έσοδα (εκ. ευρώ)	339,3	374,7	424,1	479,1
% Δ		10,4%	13,2%	13,0%

Ο αύξηση των συνολικών εσόδων αυτής της κατηγορίας είναι ταχεία, με τα δύο τελευταία έτη να παρουσιάζουν ετήσιο ρυθμό αύξησης 13% . Σύμφωνα με τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις, η αύξηση που αποτυπώθηκε στα έσοδα εξηγείται από την πρόσκτηση νέων ασφαλιστηρίων συμβολαίων και κατ' επέκταση την αυξανόμενη εισροή ασφαλισμένων η οποία υπερβαίνει τον αριθμό των ασφαλισμένων που ακυρώνουν τα συμβόλαιά τους. Ακόμα, μία (1) ασφαλιστική επιχείρηση

απέδωσε την αύξηση στην παραγωγή ασφαλιστρών στη διεύρυνση του δικτύου των ασφαλιστικών πρακτόρων με τους οποίους συνεργάζεται. Σε σχέση με τους αυξανόμενους ετήσιους ρυθμούς μεταβολής των σχετικών εσόδων χρήσιμα στοιχεία παρείχε μία (1) ασφαλιστική εταιρεία. Όπως επισήμανε, **«Η αύξηση του αριθμού ασφαλισμένων στο συγκεκριμένο χαρτοφυλάκιο είναι ραγδαία, περίπου 75% μεταξύ του 2020 και του 2024»**. Επιπλέον, η θετική μεταβολή των εσόδων στην κατηγορία των ετησίως ανανεούμενων ατομικών ασφαλίσεων υγείας οφείλεται και στις ετήσιες αναπροσαρμογές στα ασφάλιστρα εξαιτίας της επίδρασης της ηλικίας καθώς και της αύξησης στη συχνότητα και στο κόστος των υπηρεσιών των νοσοκομειακών παρόχων.

5. Ομαδικά Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια Μη Εγγυημένης Ανανεωσιμότητας

276. Σε ό,τι αφορά τις ομαδικές ασφαλίσεις, ομαδικά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια ετήσιας διάρκειας παρέχονται από έντεκα (11) στις δεκατρείς (13) ασφαλιστικές. Την υπό διερεύνηση τετραετία (2021-2024) η πλειοψηφία (επτά σε αριθμό) των ασφαλιστικών επιχειρήσεων παρουσίασε αύξηση στα έσοδα του χαρτοφυλακίου αυτής της κατηγορίας κάθε έτος, χωρίς πάντως να διαμορφώνεται ομοιόμορφη εικόνα σε σχέση με τους ετήσιους ρυθμούς μεταβολής των εσόδων. Δέκα από τις έντεκα εταιρείες είχαν υψηλότερα έσοδα το 2024 ως προς το 2021, ενώ μία παρουσιάζει μείωση λόγω μετακίνησης πελατών σε ανταγωνιστή, κατά δήλωσή της. Σε αθροιστικό επίπεδο, τα συνολικά έσοδα του κλάδου ομαδικών ασφαλίσεων υγείας κινήθηκαν ανοδικά στο σύνολο της εξεταζόμενης περιόδου (2021-2024).

Πίνακας 25: Εξέλιξη εσόδων από ομαδικά συμβόλαια υγείας 2021-2024

	2021	2022	2023	2024
Έσοδα (εκ. ευρώ)	188,9	206,0	238,6	273,7
% Δ		9,0%	15,8%	14,7%

Η εν λόγω θετική μεταβολή οφείλεται, σύμφωνα με τις ασφαλιστικές εταιρείες, στο γεγονός ότι **τα ετησίως ανανεούμενα ομαδικά προγράμματα διατίθεται σε νέα παραγωγή με συνέπεια την αύξηση του πλήθους των ασφαλισμένων**. Στο θέμα αυτό, δύο (2) εταιρείες σημείωσαν ότι ο κλάδος των ομαδικών ασφαλίσεων εμφανίζει ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια. Ακόμα μία (1) επιχείρηση, η οποία μάλιστα παρουσίασε ετήσιους ρυθμούς αύξησης που υπερβαίνουν το 50% για τις περιόδους 2022-2024, γνωστοποίησε ότι επιχειρεί ανάπτυξη στις εργασίες αυτού του κλάδου. Επιπλέον, θετικά επιδρούν και οι τυχόν αναπροσαρμογές των ασφαλιστρών οι οποίες καθορίζονται από μεταβολές στην ασφαλιστική ηλικία ή/και στο δείκτη ζημιών και πάντως οπωσδήποτε επηρεάζονται από τη **«σχετική διαπραγματεύση με τους πελάτες»** των υφιστάμενων συμβολαίων. Τέλος, δύο (2) ασφαλιστικές επιχειρήσεις εξήγησαν ότι η παρατηρούμενη αύξηση στα έσοδά τους αιτιολογείται περαιτέρω από τη βελτίωση των παροχών που προσφέρουν στους ασφαλισμένους τους ενώ ακόμα μία (1) εταιρεία δήλωσε ότι **«μεταβολή εσόδων μπορεί να προκύψει και από την πρόσθεση ή αφαίρεση μελών στα υφιστάμενα συμβόλαια»**. Από την άλλη, η διαχρονική εξέλιξη στην παραγωγή ασφαλιστρών για τρεις (3) επιχειρήσεις στην αγορά ομαδικής νοσοκομειακής ασφάλισης χαρακτηρίστηκε από μεταβλητότητα κατά την εξεταζόμενη περίοδο (2021-2024). Στο θέμα αυτό, μία ασφαλιστική επιχείρηση παρείχε κάποιες εστιασμένες πληροφορίες ως προς τη φύση των ομαδικών ασφαλίσεων οι οποίες ενδεχομένως αιτιολογούν τις διακυμάνσεις που παρατηρήθηκαν στα έσοδα αυτής της κατηγορίας για ορισμένες επιχειρήσεις. Σύμφωνα με την ίδια εταιρεία, στο συγκεκριμένο χαρτοφυλάκιο **«υπάρχει σημαντικά μικρότερος αριθμός συμβολαίων με σημαντικά υψηλότερο ασφάλιστρο σε σχέση με τις ατομικές ασφαλίσεις, επομένως υπάρχει εγγενής μεταβλητότητα που προκύπτει από τη συμπεριφορά κάθε συμβολαίου»**. Τα ανωτέρω επιβεβαιώθηκαν έμμεσα από ακόμη μία (1) ασφαλιστική εταιρεία η οποία, προκειμένου να αιτιολογήσει την παρατηρούμενη αρνητική μεταβολή στα έσοδα της για το διάστημα 2021-2022 (σε αντίθεση με τις περιόδους 2022-2024), στηρίχθηκε στην απώλεια ομαδικού νοσοκομειακού ασφαλιστηρίου συγκεκριμένου εταιρικού πελάτη της.

277. Συνοψίζοντας τις παραπάνω αναλύσεις, ο κλάδος ασφάλισης υγείας παρουσιάζει δυναμική ανάπτυξη με ετήσια έσοδα από ασφαλιστρά άνω των € 1 δισ. και ρυθμούς ανάπτυξης/μεγέθυνσης περί του 10%. Κύριο προϊόν (σε όρους αξίας) αποτελούν τα νοσοκομειακά ασφαλιστήρια (~90% του συνόλου) και βασικό πελατολόγιο αποτελούν οι ιδιώτες καταναλωτές (~3/4 του συνόλου των εσόδων), ενώ τα ομαδικά ασφαλιστήρια που απευθύνονται σε νομικά πρόσωπα παρουσιάζουν μικρή αλλά συνεχή τάση ενίσχυσης της θέσης τους. Επιπροσθέτως, οι συμβάσεις μη εγγυημένης ανανεωσιμότητας (ήτοι τα μονοετή ανανεούμενα συμβόλαια) γίνονται η κυρίαρχη μορφή ασφαλιστικών συμβάσεων τα τελευταία χρόνια, καθώς το 71% των εσόδων από νοσοκομειακά ασφαλιστήρια και το 73,5% των εσόδων από νοσοκομειακά και εξωνοσοκομειακά ασφαλιστήρια προέρχονται από συμβάσεις μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας. Αντιθέτως, τα μακροχρόνια νοσοκομειακά ασφαλιστήρια μειώνονται και δεν προσφέρονται πλέον στην αγορά.

VI.3. Προσφορά υπηρεσιών ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα

278. 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 συνεταιρισμού²²⁴. 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 ασφαλισματος, ο οποίος είναι το πρόσωπο που δικαιούται να εισπράξει την ασφαλιστική αποζημίωση²²⁵.
279. Το 2024 δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες μεταβολές στη διάρθρωση της ελληνικής αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης καθώς δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά ιδιωτικής ασφάλισης 34²²⁶ ασφαλιστικές επιχειρήσεις, χωρίς αξιόλογη μεταβολή του πλήθους τους έναντι του 2021, κατηγοριοποιημένες βάσει της άδειας λειτουργίας και των ασφαλιστικών τους εργασιών ως εξής: 2 επιχειρήσεις ασφαλίσεων ζωής, 19 επιχειρήσεις ασφαλίσεων κατά ζημιών και 13²²⁷ 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”).
280. Από αυτές τις 34 ασφαλιστικές επιχειρήσεις, 31 λειτουργούν και εποπτεύονται σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Οδηγία “Φερεγγυότητα II” (Solvency II)²²⁸, που εφαρμόζεται σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ενώ 3 επιχειρήσεις εξαιρούνται λόγω μεγέθους από την εφαρμογή πλήθους απαιτήσεων του αφορούν και τους τρεις βασικούς πυλώνες της Φερεγγυότητας II²²⁹. Εκ των 31 ασφαλιστικών επιχειρήσεων που υπόκεινται στις διατάξεις της Φερεγγυότητας II, οι 11 ανήκουν σε ασφαλιστικούς ομίλους με έδρα στο εξωτερικό και 5 σε ασφαλιστικούς ομίλους που υπόκεινται

²²⁴ Άρθρο 14 παρ. 1 β) Ν 4364/2016, επίσης μπορεί να έχει και τη μορφή ευρωπαϊκής εταιρείας όπως ορίζεται στον Κανονισμό 2157/01.

²²⁵ Για τις έννοιες του «λήπτη της ασφάλισης» του «ασφαλισμένου» και του «δικαιούχου του ασφαλισματος» βλ. και Ι. Ρόκα Ασφαλιστικό Δίκαιο ό.π., σελ. 29.

²²⁶ Βλ. «Εκθεση Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας της Τράπεζας της Ελλάδος (Μαΐος 2025).

²²⁷ Από τις 31.12.2021 ο αριθμός ανέρχεται σε 16 λόγω της συγχώνευσης δύο εξ αυτών.

²²⁸ 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 II) (αναδιατύπωση) (Κείμενο που παρουσιάζει ενδιαφέρον για τον ΕΟΧ) ΕΕ L 335 της 17.12.2009, σ. 1 έως 155, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

²²⁹ Η Τράπεζα της Ελλάδος έχει επιτρέψει σε 3 ασφαλιστικές επιχειρήσεις που πληρούν τα απαιτούμενα κριτήρια μεγέθους και εργασιών να εξαιρεθούν από ορισμένες διατάξεις της Φερεγγυότητας σχετικά με τις απαιτήσεις για τη φερεγγυότητα, το σύστημα διακυβέρνησης και τη δημοσιοποίηση εκθέσεων και αναφορών.

στην εποπτεία της Τράπεζας της Ελλάδος. Επίσης, 6 ασφαλιστικές επιχειρήσεις με έδρα στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται σε άλλες χώρες της ΕΕ με καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών. Σύμφωνα με την Τράπεζα της Ελλάδος²³⁰, το 2024 η ελληνική ασφαλιστική αγορά διατήρησε την κεφαλαιακή της επάρκεια, παρά τις προκλήσεις που οφείλονταν στις διακυμάνσεις στο διεθνές μακροοικονομικό και χρηματοπιστωτικό περιβάλλον και στην κλιματική αλλαγή.

281. Εκ των ασφαλιστικών εταιρειών με έδρα την Ελλάδα, 13 προσφέρουν ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά προγράμματα ασφάλισης, ενώ 11 εξ αυτών προσφέρουν και ομαδικά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια, τα οποία συνήθως απευθύνονται σε οργανισμούς/επιχειρήσεις που επιθυμούν να ασφαλίσουν το προσωπικό τους.
282. Πέραν των ασφαλιστών, στην ασφαλιστική αγορά είναι κρίσιμος ο ρόλος των ασφαλιστικών διανομέων (πρώην ασφαλιστικών διαμεσολαβητών)²³¹. Οι ασφαλιστικοί διανομείς είναι επαγγελματίες, οι οποίοι μεσολαβούν μεταξύ λήπτη της ασφάλισης και ασφαλιστή, προκειμένου να συναφθεί σύμβαση ασφάλισης. Στους ασφαλιστικούς διανομείς (διαμεσολαβητές) περιλαμβάνονται οι ασφαλιστικοί πράκτορες, οι συντονιστές ασφαλιστικών πρακτόρων και οι μεσίτες ασφαλίσεων²³². Στους ασφαλιστικούς πράκτορες εντάσσονται τα πιστωτικά ιδρύματα, οι επιχειρήσεις επενδύσεων και οι αγροτικοί συνεταιρισμοί, κατά το μέτρο άσκησης δραστηριότητας διανομής ασφαλιστικών προϊόντων. Ο ρόλος των διανομέων είναι ιδιαίτερος σημαντικός καθώς αυτοί φέρνουν σε επαφή τον ασφαλιστή και τον λήπτη της ασφάλισης, κατά συνέπεια επιτελούν κρίσιμο έργο και από πλευράς ανταγωνισμού, καθώς προκειμένου μία ασφαλιστική επιχείρηση να εισέλθει σε μία αγορά, πρέπει να αναπτύξει συνεργασία με ασφαλιστικούς διανομείς²³³. Με άλλα λόγια η συνεργασία ενός ασφαλιστή με ασφαλιστικούς διανομείς συνιστά μία αναγκαία συνθήκη προκειμένου ένας ασφαλιστής να εισέλθει σε μία ασφαλιστική αγορά. Ένα από τα υφιστάμενα κανάλια διαμεσολάβησης είναι αυτό του λεγόμενου “bancassurance”, ήτοι της χρήσης του δικτύου ενός χρηματοπιστωτικού ιδρύματος για την διάθεση ασφαλιστικών προϊόντων.
283. Κατά πάγια εθνική και ενωσιακή διοικητική πρακτική, η αγορά της ασφαλιστικής διαμεσολάβησης αντιμετωπίζεται ως διακριτή, και επόμενου σταδίου, αγορά (κατάντη αγορά), έναντι της αγοράς παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών (ανάντη αγορά).
284. Επιπλέον στον κλάδο της ασφάλισης υγείας δραστηριοποιούνται επιχειρήσεις παροχής διαχείρισης προϊόντων ασφάλισης υγείας (health insurance management services), οι οποίες παρέχουν υπηρεσίες στις ασφαλιστικές επιχειρήσεις όπως διαχείριση αξιώσεων, διευθέτηση και καταβολή των αποζημιώσεων, καθώς και υπηρεσίες στο στάδιο της πρόσβασης στα δίκτυα των παρόχων υπηρεσιών υγείας²³⁴. Οι εν λόγω επιχειρήσεις αναλύονται στην επόμενη ενότητα, καθώς διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, ιδίως όσον αφορά τους μικρότερους ασφαλιστές, καθώς οι μεγαλύτερες ασφαλιστικές επιχειρήσεις συχνά χρησιμοποιούν εσωτερικά τμήματα για τις ανωτέρω ανάγκες.
285. Τέλος στον ασφαλιστικό τομέα δραστηριοποιούνται και λοιποί επαγγελματίες όπως πραγματογνώμονες, διακανονιστές αξιώσεων κ.α.

²³⁰ Έκθεση του Διοικητή της ΤτΕ το 2024.

²³¹ Για την έννοια της ασφαλιστικής διαμεσολάβησης βλ. και Ε. Τζίβα, Bancassurance: Διανομή ασφαλιστικών προϊόντων από πιστωτικά ιδρύματα”, 2020, σελ. 94 επ.

²³² Βλ. άρθρο 4 παρ. 3, 4, 5, 6 Ν 4583/2018. Ως «ασφαλιστικός πράκτορας» ορίζεται το «φυσικό ή νομικό πρόσωπο που ασκεί τη δραστηριότητα διανομής ασφαλιστικών προϊόντων στο όνομα και για λογαριασμό μίας ή περισσότερων ασφαλιστικών επιχειρήσεων».

²³³ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 20.

²³⁴ Βλ. και απόφαση της Επιτροπής στην υπόθεση M.9531 – Assicurazioni Generali / Seguradoras Unidas / Advance Care, σκ. 17 επ.

VI.3.1. Βαθμός συγκέντρωσης

286. Σύμφωνα με την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας (ΕΑΕΕ), ο κλάδος παροχής των ασφαλίσεων υγείας - ατυχημάτων - ασθενειών στην Ελλάδα έχει ανταγωνιστική δομή 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. Περαιτέρω αναφέρει ότι «ο οικείος τομέας διακρίνεται από ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων και ασφαλιστικών υπηρεσιών», καθώς επίσης και ότι «στην πολυμορφία της αγοράς αυτής συντείνει και το γεγονός ότι τα εν λόγω προγράμματα είναι προσαρμοσμένα τεχνικά ανάλογα με το εξατομικευμένο προφίλ υγείας και τα επιμέρους οικονομικά/ κοινωνικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου», και συνεπώς υπάρχει «αδυναμία δημιουργίας συντονισμένων πρακτικών μεταξύ των δραστηριοποιούμενων στις ασφαλίσεις υγείας ασφαλιστικών επιχειρήσεων προκύπτει και από άλλο ένα κρίσιμο χαρακτηριστικό της προσφερόμενης υπηρεσίας»²³⁵.
287. Από πλευράς αριθμού ασφαλισμένων (σε ατομικά και ομαδικά προγράμματα) οι μεγαλύτεροι ασφαλιστικοί πάροχοι το 2022 ήταν οι: ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, GENERALI, NN, INTERPAMERIKAN, ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ, EUROLIFE. Σημειωτέον ότι στην ελληνική αγορά ασφάλισης υγείας δραστηριοποιούνται και πάροχοι με πολύ μικρό αριθμό ασφαλισμένων όπως πχ η ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ, η ΟΡΙΖΩΝ, η NP, οι δε υπόλοιπες ασφαλιστικές κατατάσσονται σε ένα μεσαίο στάδιο.
288. Περαιτέρω, συγκεντρώθηκαν στοιχεία εσόδων από ασφάλιστρα υγείας από τις 13 εταιρείες οι οποίες προσφέρουν νοσοκομειακά ασφαλιστήρια συμβόλαια (ήτοι καλύπτοντας το σύνολο της εν λόγω αγοράς) για την περίοδο 2021-2024. Βάσει των στοιχείων αυτών, η εξέλιξη της ποσοστιαίας κατανομής μεταξύ των εταιρειών στην ασφάλιση υγείας μέσω νοσοκομειακών προγραμμάτων την περίοδο 2021-2024 έχει ως ακολούθως²³⁶:

Πίνακας 26: Ιδιωτική Νοσοκομειακή Ασφάλιση Υγείας / Κατανομή βάσει Κύκλου Εργασιών				
Επωνυμία	2021	2022	2023	2024
ΕΘΝΙΚΗ	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]
NN	[25-35%]	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]
GENERALI	[10-15%]	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]
INTERPAMERIKAN	[10-15%]	[10-15%]	[10-15%]	[10-15%]
ALLIANZ	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
EUROLIFE	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
ΛΟΙΠΟΙ < 5% (το 2024)	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
Σύνολο	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

²³⁵ Βλ. ανωτέρω, υποσημ. 3.

²³⁶ Επισημαίνεται ότι η παρούσα ανάλυση της θέσης των ανταγωνιστών στο σύνολο των νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων δεν συνιστά υπολογισμό μεριδίων σε μια ορισμένη σχετική αγορά. Σύμφωνα με πάγια πρακτική της ΕΑ και της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η ευρύτερη αγορά της παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών διακρίνεται περαιτέρω στις επιμέρους αγορές (α) ασφαλίσεων ζωής, (β) ασφαλίσεων κατά κινδύνων ζημιών και (γ) αντασφαλίσεων. Σημειώνεται ότι ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας διατίθενται τόσο μέσω του κλάδου ασφαλίσεων «ζωής» όσο και μέσω του κλάδου «ασφαλίσεων κινδύνων-ζημιών». Στην πρακτική της ΕΑ το ζήτημα της διάκρισης σε επιμέρους σχετικές αγορές εντός των ανωτέρω ευρύτερων αγορών (ζωής, ζημιάς και αντασφάλισης) έχει μείνει στις σχετικές αποφάσεις ανοιχτό. Βλ. ενδεικτικώς Απόφαση ΕΑ 782/2022, 32/2021, 77/2019, κ.λπ.

Πίνακας 26: Ιδιωτική Νοσοκομειακή Ασφάλιση Υγείας / Κατανομή βάσει Κύκλου Εργασιών				
Δείκτης ΗΗΙ	1.768	1.738	1.725	1.713
Πηγή: Έρευνα ΓΔΑ, % βάσει αξίας ασφαλιστρών				

289. Όπως προκύπτει από τον ανωτέρω πίνακα, 6 από τις 13 εταιρείες έχουν μερίδιο αγοράς άνω του 5% και ο βαθμός συγκέντρωσης των τριών μεγαλύτερων εταιρειών CR3 (κατά σειρά κατάταξης: ΕΘΝΙΚΗ, NN, GENERALI) ανέρχεται στο 64,7% το 2024. Αντιστοίχως, ο δείκτης συγκέντρωσης ΗΗΙ φανερώνει μέτρια συγκέντρωση στην αγορά καθώς το επίπεδό του είναι, διαχρονικά, στην τετραετία μεταξύ του ορίου των 1.000 -2.000 μονάδων.
290. Αντιστοίχως κυμαίνονται τα μερίδια στα Ατομικά-Οικογενειακά νοσοκομειακά συμβόλαια με την ίδια κατάταξη των τριών μεγαλύτερων εταιρειών και το βαθμό συγκέντρωσης CR3 να ανέρχεται στο 62%. Ο δείκτης συγκέντρωσης ΗΗΙ κινείται στα ίδια περίπου επίπεδα σε σύγκριση με την συνολική αγορά και εντός του ορίου των 1.000-2.000 συνεπώς η εν λόγω αγορά παρουσιάζει επίσης μέτρια συγκέντρωση, όπως παρουσιάζεται ακολούθως.

Πίνακας 27: Ιδιωτική Νοσοκομειακή Ασφάλιση Υγείας / Ατομικά-Οικογενειακά συμβόλαια - Κατανομή βάσει Κύκλου Εργασιών				
Επωνυμία	2021	2022	2023	2024
ΕΘΝΙΚΗ	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]
NN	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]
GENERALI	[10-15%]	[10-15%]	[10-15%]	[10-15%]
INTERAMEPIKAN	[10-15%]	[10-15%]	[10-15%]	[10-15%]
ALLIANZ	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
EUROLIFE	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
ΛΟΙΠΟΙ < 5% (το 2024)	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[10-15%]
Σύνολο	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Δείκτης ΗΗΙ	1.758	1.736	1.712	1.702

291. Τα μερίδια στα Ομαδικά νοσοκομειακά συμβόλαια διαφοροποιούνται στην κατάταξη των τριών μεγαλύτερων εταιρειών όπου την πρώτη θέση καταλαμβάνει η GENERALI, στο βαθμό συγκέντρωσης CR3 ο οποίος ανέρχεται σε υψηλότερα επίπεδα (73%) και παρατηρείται επίσης ότι η δεύτερη και τρίτη στην κατάταξη εταιρείες (ΕΘΝΙΚΗ και NN) εμφανίζουν το ίδιο επίπεδο μεριδίου αγοράς ([15-25%]). Συναφώς και ο δείκτης συγκέντρωσης ΗΗΙ κινείται σε υψηλότερα επίπεδα (1.962 μονάδες το 2024) αλλά εντός του ορίου των 1.000-2.000 μονάδων, συνεπώς η εν λόγω αγορά παρουσιάζει επίσης μέτρια συγκέντρωση, όπως παρουσιάζεται ακολούθως.

Πίνακας 28 : Ιδιωτική Νοσοκομειακή Ασφάλιση Υγείας / Ομαδικά συμβόλαια - Κατανομή βάσει Κύκλου Εργασιών				
Επωνυμία	2021	2022	2023	2024
GENERALI	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]	[25-35%]
ΕΘΝΙΚΗ	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]
NN	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]	[15-25%]
EUROLIFE	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
ALLIANZ	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
GROUPAMA	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
INTERAMEPIKAN	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
ΛΟΙΠΟΙ < 5% (το 2024)	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
Σύνολο	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
Δείκτης HHI	1.980	1.942	1.947	1.962

VI.3.2. Εξέλιξη δεικτών κερδοφορίας των ασφαλιστικών εταιρειών

292. Στο πλαίσιο της έρευνας συγκεντρώθηκαν στοιχεία ετήσιων εσόδων από τα ασφάλιστρα νοσοκομειακών συμβολαίων, καθώς και τις ετήσιες αποζημιώσεις που κατέβαλλαν οι ασφαλιστικές εταιρείες προς παρόχους υγείας, για την περίοδο 2021 έως και 2024. Οι καταβληθείσες αποζημιώσεις αποτελούν το πιο άμεσο στοιχείο κόστους της εν λόγω δραστηριότητας, κατά συνέπεια η διαφορά εσόδων-αποζημιώσεων, ως ποσοστό των εσόδων, αποτελεί δείκτη περιθωρίου κάλυψης λοιπών εξόδων, και η διαχρονική του εξέλιξη προσφέρει ενδείξεις για την κερδοφορία στα νοσοκομειακά ασφαλιστήρια συμβόλαια.
293. Από την επεξεργασία των συλλεχθέντων στοιχείων προκύπτει η ακόλουθη εικόνα, μεσοσταθμικά για όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες:

Πίνακας 29: Μεσοσταθμικός δείκτης περιθωρίου κάλυψης λοιπών εξόδων *

	2021	2022	2023	2024
Ατομικά Ασφ. Εγγυημένης ανανεωσιμότητας	26,1%	23,6%	19,9%	10,8%
Ατομικά Ασφ. Μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας	52,3%	49,3%	47,8%	45,5%
Ατομικά Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια Ενιαία	40,1%	38,0%	36,3%	31,9%
Ομαδικά Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια	22,6%	27,6%	21,6%	23,2%
Γενικό μεσοσταθμικό περιθώριο (Νοσοκομειακά)	36,1%	35,6%	32,7%	29,7%

*Δείκτης = [έσοδα (-) αποζημιώσεις προς παρόχους υγείας]/έσοδα.

Αφορά νοσοκομειακά προγράμματα στο σύνολο των ασφαλιστικών εταιρειών

294. Από τα στοιχεία του ανωτέρω πίνακα προκύπτει **συνεχής τάση μείωσης της κερδοφορίας στα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια**, τόσο για τα εγγυημένης όσο και για τα μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας. Το περιθώριο για τα ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας το 2024 μειώθηκε στο 10,8% έναντι 26,1% το 2021 (μείωση κατά περίπου 15 μονάδες), ενώ για τα ασφαλιστήρια μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας η μείωση ήταν περίπου η μισή (περίπου 7 μονάδες), από 52,3% το 2021 σε 45,5% το 2024.

295. Παράλληλα, διαπιστώνεται σταθερά **υψηλότερο περιθώριο στην κατηγορία των ατομικών ασφαλιστηρίων μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας** έναντι των εγγυημένης ανανεωσιμότητας, με τη διαφορά μεταξύ τους να αυξάνεται στη διάρκεια της τετραετίας από 26 περίπου μονάδες το 2021 σε 35 περίπου μονάδες το 2024. Αυτό δύναται να εξηγήσει και την στρατηγική των ασφαλιστικών εταιρειών να στρέφονται προς τα ατομικά συμβόλαια μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας, όπως αναλύθηκε νωρίτερα.
296. Αντίθετα, το περιθώριο στα ομαδικά ασφαλιστήρια παρότι παρουσιάζει αυξομειώσεις στην τετραετία 2021-2024 καταλήγει το 2024 σε επίπεδα περίπου ίδια με του 2021 (23%).
297. Αντιστοίχως, το γενικό μεσοσταθμικό περιθώριο της συνολικής δραστηριότητας παροχής νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων υγείας, καταγράφει διαχρονικά πτωτική τάση, από 36,1% το 2021 σε 29,7% το 2024.
298. Συνολικά δε, για όλους τους κλάδους ασφάλισης, σύμφωνα με στοιχεία της Τράπεζας της Ελλάδος²³⁷, οι ισολογισμοί των ασφαλιστικών επιχειρήσεων το εννεάμηνο του 2024 κατέγραψαν θετική πορεία έναντι του τέλους τέλος του 2023. Ειδικότερα, «*το ενεργητικό των εποπτευόμενων ασφαλιστικών επιχειρήσεων αυξήθηκε κατά 3%, κυρίως λόγω της απόδοσης των επενδύσεων που συνδέονται με ασφαλίσσεις των οποίων τον επενδυτικό κίνδυνο φέρουν οι ασφαλισμένοι. Οι συνολικές υποχρεώσεις αυξήθηκαν κατά 2%, με τις ασφαλίσσεις ζωής να αποτελούν σημαντικό μέρος αυτών, ενώ τα ίδια κεφάλαια ενισχύθηκαν κατά 5%.*».

VI.3.3. Πρόσφατες συγκεντρώσεις

299. Οι κυριότερες συγκεντρώσεις στον ασφαλιστικό κλάδο κατά την τελευταία πενταετία παρουσιάζονται στο **Παράρτημα II**. Σύμφωνα με τις απόψεις της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας (ΕΑΕΕ) «*οι παρατηρούμενες στον χώρο της ιδιωτικής ασφάλισης αναδιατάξεις δεν είναι χαρακτηριστικό γνώρισμα μόνο της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς, αλλά συναντώνται στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών αγορών. Πρόκειται για τάση που αποτελεί απόρροια των υψηλών κεφαλαιακών και ποιοτικών απαιτήσεων που επιβάλλει το ισχύον ευρωπαϊκό πλαίσιο χρηματοοικονομικής λειτουργίας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων (δηλαδή, η οδηγία 2009/138/EK για το καθεστώς της Φερεγγυότητας II), το οποίο συνδυαστικά με το περιβάλλον παρατεταμένων χαμηλών επιτοκίων καθιστούν το κόστος συμμόρφωσης υψηλό και την αγορά ιδιαιτέρως απαιτητική*»²³⁸.

VII. ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

VII.1. Εισαγωγή

300. 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 II)²³⁹. Το νέο σύστημα, που ομοιάζει με το αντίστοιχο για την

²³⁷ Έκθεση του Διοικητή της ΤτΕ για το 2024.

²³⁸ Βλ. ανωτέρω υποσημ. 3.

²³⁹ Οδηγία 2009/138/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 25^{ης} Νοεμβρίου 2009, σχετικά με την ανάληψη και την άσκηση δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης (Φερεγγυότητα II). Επίσης βλ. και Οδηγία (ΕΕ) 2019/2177 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 18ης Δεκεμβρίου 2019 για την τροποποίηση της οδηγίας 2009/138/EK σχετικά με την ανάληψη και την άσκηση δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης (Φερεγγυότητα II), και Οδηγία 2014/51 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 16^{ης} Απριλίου 2014

εποπτεία των πιστωτικών ιδρυμάτων²⁴⁰, 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 εποπτικές αρχές)²⁴¹. Μέσω του συστήματος της Φερεγγυότητας II έχει δημιουργηθεί ένα ενιαίο ενωσιακό δίκαιο εποπτείας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων ζωής, ζημιών καθώς και των αντασφαλιστικών επιχειρήσεων και των ασφαλιστικών ομίλων²⁴². Η ανωτέρω Οδηγία ενσωματώθηκε στην ελληνική έννομη τάξη με τον Ν 4364/2016²⁴³. Τον Ιανουάριο του 2025 δημοσιεύθηκαν η αναθεωρημένη Οδηγία “Φερεγγυότητα II”²⁴⁴ με στόχο την ενίσχυση της

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. Έχουν επίσης εκδοθεί κατ' εξουσιοδότηση Κανονισμοί, όπως οι Κατ' εξουσιοδότηση Κανονισμός (ΕΕ) 2015/35 της Επιτροπής, της 10ης Οκτωβρίου 2014, για τη συμπλήρωση της οδηγίας 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 II) Κατ' εξουσιοδότηση Κανονισμός (ΕΕ) 2016/467 της Επιτροπής της 30ής Σεπτεμβρίου 2015 για την τροποποίηση του κατ' εξουσιοδότηση κανονισμού (ΕΕ) 2015/35 σχετικά με τον υπολογισμό των ρυθμιστικών κεφαλαιακών απαιτήσεων για διάφορες κατηγορίες στοιχείων ενεργητικού των ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων Κατ' εξουσιοδότηση Κανονισμός (ΕΕ) 2017/1542 της Επιτροπής της 8ης Ιουνίου 2017 για την τροποποίηση του κατ' εξουσιοδότηση κανονισμού (ΕΕ) 2015/35 σχετικά με τον υπολογισμό των ρυθμιστικών κεφαλαιακών απαιτήσεων για ορισμένες κατηγορίες στοιχείων ενεργητικού των ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων (εταιρείες υποδομών) Διορθωτικό στον κατ' εξουσιοδότηση κανονισμό (ΕΕ) 2017/1542 της Επιτροπής της 8ης Ιουνίου 2017 για την τροποποίηση του κατ' εξουσιοδότηση κανονισμού (ΕΕ) 2015/35 σχετικά με τον υπολογισμό των ρυθμιστικών κεφαλαιακών απαιτήσεων για ορισμένες κατηγορίες στοιχείων ενεργητικού των ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων (εταιρείες υποδομών) Κατ' εξουσιοδότηση Κανονισμός (ΕΕ) 2018/1221 της Επιτροπής της 1ης Ιουνίου 2018 για την τροποποίηση του κατ' εξουσιοδότηση κανονισμού (ΕΕ) 2015/35 όσον αφορά τον υπολογισμό των ρυθμιστικών κεφαλαιακών απαιτήσεων για τιτλοποιήσεις και απλές, διαφανείς και τυποποιημένες τιτλοποιήσεις τις οποίες κατέχουν ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις Κατ' εξουσιοδότηση Κανονισμός (ΕΕ) 2019/981 της Επιτροπής της 8ης Μαρτίου 2019 σχετικά με την τροποποίηση του κατ' εξουσιοδότηση κανονισμού (ΕΕ) 2015/35 για τη συμπλήρωση της οδηγίας 2009/138/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με την ανάληψη και την άσκηση δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης (Φερεγγυότητα II) Διορθωτικό στον κατ' εξουσιοδότηση Κανονισμό (ΕΕ) 2019/981 της Επιτροπής, της 8ης Μαρτίου 2019, σχετικά με την τροποποίηση του κατ' εξουσιοδότηση κανονισμού (ΕΕ) 2015/35 για τη συμπλήρωση της οδηγίας 2009/138/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με την ανάληψη και την άσκηση δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης (Φερεγγυότητα II) Κατ' εξουσιοδότηση Κανονισμός (ΕΕ) 2021/1256 για την τροποποίηση του κατ' εξουσιοδότηση κανονισμού (ΕΕ) 2015/35 όσον αφορά την ενσωμάτωση κινδύνων βιωσιμότητας στη διακυβέρνηση των ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων.

²⁴⁰ Οδηγία 2013/36/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 26^{ης} 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.

²⁴¹ Βλ. Ι. Ρόκα, Solvency II- Εποπτεία των (Αντ)ασφαλιστικών Επιχειρήσεων, 2016, σελ. 10-14.

²⁴² Βλ. και Ρ. Χατζηνικολάου-Αγγελίδου Ασφαλιστικό δίκαιο ό.π., σελ. 337.

²⁴³ Βλ. ν. 4364/2016, ΦΕΚ Α 13 5.2.2016) «Προσαρμογή της ελληνικής νομοθεσίας στην 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 II), στα άρθρα 2 και 8 της Οδηγίας 2014/51/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 16ης Απριλίου 2014 σχετικά με την τροποποίηση των Οδηγιών 2003/71/ΕΚ και 2009/138/ΕΚ, και των Κανονισμών (ΕΚ) αριθ. 1060/2009, (ΕΕ) αριθ. 1094/2010 και (ΕΕ) αριθ. 1095/2010, όσον αφορά τις εξουσίες της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων (εφεξής ΕΑΑΕΣ) και της Ευρωπαϊκής Αρχής Κινητών Αξιών και Αγορών, καθώς και στο άρθρο 4 της Οδηγίας 2011/89/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 16ης Νοεμβρίου 2011, σχετικά με τη συμπληρωματική εποπτεία των χρηματοπιστωτικών οντοτήτων που ανήκουν σε χρηματοπιστωτικούς ομίλους ετερογενών δραστηριοτήτων και συναφείς διατάξεις της νομοθεσίας περί της ιδιωτικής ασφάλισης και άλλες διατάξεις». όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

²⁴⁴ Βλ. Οδηγία (ΕΕ) 2025/2 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Νοεμβρίου 2024 για την τροποποίηση της οδηγίας 2009/138/ΕΚ όσον αφορά την αναλογικότητα, την ποιότητα της εποπτείας, την υποβολή εκθέσεων, τα μέτρα μακροπρόθεσμων εγγυήσεων, τα μακροπροληπτικά εργαλεία, τους κινδύνους βιωσιμότητας, την εποπτεία σε επίπεδο ομίλου και τη διασυννοριακή εποπτεία, και για την τροποποίηση των οδηγιών 2002/87/ΕΚ και

βιωσιμότητας της ιδιωτικής ασφάλισης στην ΕΕ, ευρωστία και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και της εποπτείας του ασφαλιστικού κλάδου και η νέα Οδηγία για την ανάκαμψη και εξυγίανση των ασφαλιστικών επιχειρήσεων²⁴⁵.

301. Σημειωτέον πως και το ενωσιακό ρυθμιστικό πλαίσιο της ασφαλιστικής διαμεσολάβησης/διανομής έχει προ μερικών ετών τροποποιηθεί καθώς θεσπίστηκε η Οδηγία 2016/97²⁴⁶ για τη διανομή ασφαλιστικών προϊόντων, η οποία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες στη φιλοσοφία των ρυθμίσεών της με την Οδηγία 2014/65/ΕΕ για την παροχή επενδυτικών υπηρεσιών (MIFID II). Η Οδηγία 2016/97 ενσωματώθηκε στην ελληνική έννομη τάξη με τον Ν 4583/2018²⁴⁷. Προκειμένου να ασκήσει κάποιο πρόσωπο το επάγγελμα του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή, πρέπει να αδειοδοτηθεί από την εποπτική αρχή (ΤτΕ), και καθ' όλη τη διάρκεια της δραστηριοποίησής του ως ασφαλιστικού διαμεσολαβητή, υπόκειται στον εποπτικό έλεγχο της τελευταίας.
302. Επίσης σύμφωνα με την ΤτΕ²⁴⁸, η ίδια εξέδωσε νέες Πράξεις Εκτελεστικής Επιτροπής που αφορούν την υποβολή εποπτικών εκθέσεων για τα Πανευρωπαϊκά Ατομικά Συνταξιοδοτικά Προϊόντα (ΡΕΡ)²⁴⁹, τις ελεγκτικές διαδικασίες επί των εκθέσεων φερεγγυότητας και χρηματοοικονομικής κατάστασης και τη ρύθμιση των ποσών υποχρεωτικής ασφάλισης επαγγελματικής αστικής ευθύνης των ασφαλιστικών διαμεσολαβητών, στοχεύοντας στην ενίσχυση της διαφάνειας, της εποπτείας και της εύρυθμης λειτουργίας της ασφαλιστικής αγοράς.
303. Στις ενότητες που ακολουθούν συνοψίζεται το ρυθμιστικό πλαίσιο των ασφαλιστικών επιχειρήσεων ως προς α) την αδειοδότησή τους για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών, β) τη

2013/34/ΕΕ, ΕΕ L, 2025/2, της 8.1.2025 Βλ. και Ετήσια Έκθεση Δραστηριοτήτων Προληπτικής Εποπτείας και Εξυγίανσης, ΤτΕ 2025.

²⁴⁵ Βλ. Οδηγία (ΕΕ) 2025/1. Για τη θέσπιση πλαισίου ανάκαμψης και εξυγίανσης ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων και την τροποποίηση των οδηγιών 2002/47/ΕΚ, 2004/25/ΕΚ, 2007/36/ΕΚ, 2014/59/ΕΕ και (ΕΕ) 2017/1132 και των κανονισμών (ΕΕ) αριθ. 1094/2010, (ΕΕ) αριθ. 648/2012, (ΕΕ) αριθ. 806/2014 και (ΕΕ) 2017/1129.ΕΕ L, 2025/1, 8.1.2025. Βλ. και Ετήσια Έκθεση Δραστηριοτήτων Προληπτικής Εποπτείας και Εξυγίανσης, ΤτΕ 2025.

²⁴⁶ Βλ. Οδηγία (ΕΕ) 2016/97 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιανουαρίου 2016 σχετικά με τη διανομή ασφαλιστικών προϊόντων (αναδιατύπωση), ΕΕ L 26/19 της 02.02.2016. Σχετικά με την διανομή ασφαλιστικών προϊόντων βλ. και τους εξής κατ' εξουσιοδότηση Κανονισμούς: Κανονισμός (ΕΕ) 2017/1469 για τον τυποποιημένο μορφότυπο παρουσίασης του εγγράφου πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν (ΕΕ L 209/19 της 12.08.2017). Κανονισμός (ΕΕ) 2017/2358 (ΕΕ L 341/3 της 20.12.2017) για τις απαιτήσεις εποπτείας και διακυβέρνησης προϊόντων για ασφαλιστικές επιχειρήσεις και διανομείς ασφαλιστικών προϊόντων, Κανονισμός (ΕΕ) 2017/2359 (ΕΕ L 341/8 της 20.12.2017) για τις απαιτήσεις παροχής πληροφοριών και τους κανόνες επαγγελματικής δεοντολογίας που εφαρμόζονται στη διανομή των βασισμένων σε ασφάλιση επενδυτικών προϊόντων, Κανονισμός (ΕΕ) 2021/1257 (ΕΕ L 277/18 της 02.08.2021) για την ενσωμάτωση παραγόντων, κινδύνων και προτιμήσεων βιωσιμότητας στις απαιτήσεις εποπτείας και διακυβέρνησης των προϊόντων για ασφαλιστικές επιχειρήσεις και διανομείς ασφαλιστικών προϊόντων, αφενός, και στους κανόνες περί παροχής επιχειρηματικών και επενδυτικών συμβουλών για επενδυτικά προϊόντα βασισμένα σε ασφάλιση, αφετέρου.

²⁴⁷ Βλ. ν. 4583/2018, (ΦΕΚ Α 212/18.12.2018), «Κατάργηση των διατάξεων περί μείωσης των συντάξεων, ενσωμάτωση στην Ελληνική Νομοθεσία της Οδηγίας 2016/97/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιανουαρίου 2016 σχετικά με τη διανομή ασφαλιστικών προϊόντων και άλλες διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

²⁴⁸ Έκθεση του Διοικητή της ΤτΕ το 2024.

²⁴⁹ Σχετικά με το Πανευρωπαϊκό Ατομικό Συνταξιοδοτικό Προϊόν (ΡΕΡ) βλ. και ν. 5042/2023, (ΦΕΚ Α' 88/10.04.2023) «Διαχείριση των δεσμευμένων, συμπεριλαμβανομένων και των κατασχεμένων, και των δημευμένων περιουσιακών στοιχείων τα οποία προέρχονται από εγκληματικές δραστηριότητες, λήψη μέτρων προς εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΕ) 2021/23 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 16ης Δεκεμβρίου 2020 σχετικά με πλαίσιο για την ανάκαμψη και την εξυγίανση κεντρικών αντισυμβαλλομένων και για την τροποποίηση των κανονισμών (ΕΕ) 1095/2010, 648/2012, 600/2014, 806/2014 και των Οδηγιών 2002/47/ΕΚ, 2004/25/ΕΚ, 2007/36/ΕΚ, 2014/59/ΕΕ και (ΕΕ) 2017/1132, λήψη μέτρων προς εφαρμογή του Κανονισμού (ΕΕ) 2019/1238 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιουνίου 2019 σχετικά με τη θέσπιση πανευρωπαϊκού ατομικού συνταξιοδοτικού προϊόντος (ΡΕΡ), και λοιπές διατάξεις», άρθρα 46-56.

συνεχή εποπτεία τους καθ' όλη τη διάρκεια λειτουργίας τους και γ) το καθεστώς εξυγίανσης και εκκαθάρισής τους. Επίσης, αναφέρονται λίγα λόγια για δ) την ασφαλιστική σύμβαση.

VII.2. Αδειοδότηση

304. Για την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης, και υπό την επιφύλαξη των σχετικών διατάξεων περί ελεύθερης εγκατάστασης και παροχής υπηρεσιών²⁵⁰, είναι απαραίτητη η χορήγηση άδειας από την εποπτική αρχή²⁵¹. Η άδεια αυτή ισχύει για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ενιαία άδεια). Προκειμένου να χορηγηθεί η σχετική άδεια, η οποία σημειωτέον ως προς την περίπτωση των εργασιών πρωτασφάλισης θα δίδεται είτε για άσκηση ασφαλίσεων κατά ζημιών είτε ασφαλίσεων ζωής και θα χορηγείται κατά κλάδο ασφάλισης για όλους ή μερικούς από τους κινδύνους που υπάγονται στον κλάδο²⁵², η αιτούσα ασφαλιστική επιχείρηση πρέπει να πληροί μία σειρά από προϋποθέσεις²⁵³, όπως να έχει συγκεκριμένη νομική μορφή²⁵⁴ και αποκλειστικό σκοπό τις ασφαλιστικές δραστηριότητες, να καλύπτει συγκεκριμένες κεφαλαιακές απαιτήσεις, να διαθέτει σύστημα διακυβέρνησης, να υποβάλλει αναλυτικό πρόγραμμα δραστηριοτήτων κ.α. Σημειώνεται ωστόσο, πως αφενός είναι δυνατός ο συνδυασμός δραστηριοτήτων ασφάλισης ζωής με δραστηριότητες ασφάλισης κατά ζημιών για τους κινδύνους που εμπίπτουν στους κλάδους «Ατυχήματα» και «Ασθένειες», αφετέρου οι μικτές ασφαλιστικές επιχειρήσεις που υφίσταντο κατά την 1η Ιανουαρίου 1981 δικαιούνται να συνεχίσουν τις ταυτόχρονες δραστηριότητες ασφάλισης ζωής και κατά ζημιών, υπό διακριτή διαχείριση εκάστης κατηγορίας²⁵⁵.
305. Ειδικότερα, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις λαμβάνουν άδεια λειτουργίας είτε για την κατηγορία ασφαλίσεων κατά ζημιών ή για ασφαλίσεις ζωής²⁵⁶. 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. Εφόσον έχει δοθεί άδεια για έναν κλάδο (ή για μία ομάδα) ασφαλίσεων, τότε δεν γίνεται να καλύπτονται ασφαλίσεις για κάποιον άλλο κλάδο ασφάλισης. Ωστόσο αυτό μπορεί να γίνει σε περιπτώσεις όπου υφίστανται «παρεπόμενοι κίνδυνοι» (βλ. άρθρο 13 παρα.1). Για την επέκταση λειτουργίας σε άλλες κατηγορίες/κλάδους ασφάλισης ή για άλλους κινδύνους οι οποίοι δεν καλύπτονται από την υφιστάμενη άδεια πρέπει να χορηγείται καινούργια άδεια από την Εποπτική Αρχή. Παρομοίως, η άδεια για την άσκηση αντασφαλιστικών εργασιών χορηγείται α) για αντασφαλιστικές εργασίες κατά ζημιών ή β) για αντασφαλιστικές εργασίες ζωής ή γ) ενιαία για όλα τα είδη αντασφαλιστικών εργασιών. Σημειώνεται περαιτέρω ότι οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις μπορούν να ασκούν αντασφαλιστικές δραστηριότητες (αναλήψεις) μόνο αναφορικά με τους κινδύνους ή τους κλάδους για τους οποίους διαθέτουν ήδη άδεια άσκησης πρωτασφαλίσεων.

VII.3. Εποπτεία

306. Κατόπιν της αδειοδότησης τους, όλες οι ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά ασφάλισης υπόκεινται στις σχετικές διατάξεις του

²⁵⁰ 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).

²⁵¹ Βλ. άρθρο 10 παρ. 1 ν. 4364/2016. Στην Ελλάδα αρμόδια εποπτική αρχή είναι η Τράπεζα της Ελλάδος.

²⁵² Άρθρο 11 παρ. 1 και 2 Ν 4364/2016.

²⁵³ Βλ. άρθρα 14-16 ν. 4364/2016.

²⁵⁴ Ανώνυμη εταιρεία, αλληλασφαλιστικός συνεταιρισμός, ευρωπαϊκή εταιρεία.

²⁵⁵ Άρθρο 48 του Ν 4364/2016. Επίσης, προκειμένου περί αντασφαλιστικών εργασιών η άδεια χορηγείται είτε για αντασφαλιστικές εργασίες ζημιών είτε ζωής, είτε ενιαία για όλα τα είδη αντασφαλιστικών εργασιών (άρθρο 11 παρ. 4 Ν 4364/2016).

²⁵⁶ Βλ. άρθρο 11 ν. 4364/2016.

κανονιστικού πλαισίου που θέτει ο Ν 4364/2016, οποίος όπως προαναφέρθηκε ενσωματώνει στο ελληνικό δίκαιο την Οδηγία 2009/138/ΕΚ.

307. 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 ασφαλισματος²⁵⁷. Η σημαντικότερη πτυχή αυτής της προληπτικής εποπτείας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων κατά τη λειτουργία τους, συνίσταται στην χρηματοοικονομική τους εποπτεία, η οποία περιλαμβάνει την εξακρίβωση της κατάστασης της φερεγγυότητάς της ασφαλιστικής επιχείρησης, της σύστασης τεχνικών προβλέψεων, των στοιχείων του ενεργητικού της και των επιλέξιμων ιδίων κεφαλαίων²⁵⁸.
308. Σχετικά με τις δραστηριότητες πρωτασφάλισης και αντασφάλισης, η Εποπτική Αρχή ασκεί την εποπτεία σε προληπτική, διορθωτική και κατασταλτική βάση. Δύναται να λαμβάνει όλα τα κατάλληλα και αναγκαία μέτρα, ώστε αφ' ενός οι δραστηριότητες των ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων να είναι σύμφωνες με τις νομοθετικές, κανονιστικές και διοικητικές διατάξεις που ισχύουν στην Ελλάδα και στα άλλα κράτη - μέλη και αφετέρου να αποφευχθεί ή εξαλειφθεί κάθε ανωμαλία που θα έθιγε τα συμφέροντα των ασφαλισμένων²⁵⁹.
309. Στα άρθρα 29-47 του Ν 4364/2016 αναφέρονται στις προϋποθέσεις διακυβέρνησης των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, το δε σύστημα διακυβέρνησης των επιχειρήσεων αυτών υπόκειται και αυτό σε εποπτικό έλεγχο. Ειδικές ρυθμίσεις προβλέπονται αναφορικά με τις επιχειρήσεις που βρίσκονται σε οικονομική δυσχέρεια άλλως ασυνήθη κατάσταση, όπου η Εποπτική Αρχή δύναται να παρέμβει λαμβάνοντας κάθε αναγκαίο μέτρο, όπως να απαγορεύσει την ελεύθερη διάθεση περιουσιακών στοιχείων, να επιβάλλει μέτρα εξυγίανσης²⁶⁰, καθώς και να ανακαλέσει, οριστικά ή προσωρινά την άδεια λειτουργίας ορισμένων ή και όλων των κλάδων ασφάλισης²⁶¹. Εξάλλου, εάν μία επιχείρηση παραβιάζει την ισχύουσα νομοθεσία, τότε η εποπτική αρχή δύναται να της ανακαλέσει την άδεια, ενώ ιδίως σε περίπτωση μη συμμόρφωσης με τις ελάχιστες κεφαλαιακές απαιτήσεις, η εποπτική αρχή υποχρεούται να προβεί στην ανάκληση της άδειας²⁶², πρόβλεψη που επιβεβαιώνει τη σημασία της χρηματοοικονομικής ευρωστίας για τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Ειδικό ρυθμιστικό πλαίσιο προβλέπεται και ως προς την εξυγίανση και εκκαθάριση των ασφαλιστικών επιχειρήσεων²⁶³, οι οποίες άλλωστε εξαιρούνταν τόσο από τις διατάξεις του Κανονισμού 1346/2000²⁶⁴ όσο και από τις (ισχύουσες σήμερα) διατάξεις του Κανονισμού 848/2015²⁶⁵, όπως άλλωστε εξαιρούνται και τα πιστωτικά ιδρύματα. Σημειωτέον ότι οι σχετικές διατάξεις περί εξυγίανσης και εκκαθάρισης των ασφαλιστικών επιχειρήσεων αποτελούν εθνικές ρυθμίσεις, υπό την έννοια ότι δεν συνιστούν εναρμόνιση με διατάξεις του ενωσιακού δικαίου.

²⁵⁷ Βλ. άρθρο 19 ν. 4364/2016 και ΑΠ 668/2005 ΕΕμπΔ 2005, 749.

²⁵⁸ Βλ. παρ. 3 άρθρου 20 ν. 4364/2016. Οι κανόνες περί της αποτίμησης των στοιχείων του ενεργητικού/παθητικού, τις τεχνικές προβλέψεις, τα ίδια κεφάλαια, την κεφαλαιακή απαίτηση φερεγγυότητας, την ελάχιστη απαίτηση και τους επενδυτικούς κανόνες, ρυθμίζονται αναλυτικά στα άρθρα 50-106 Ν 4364/2016.

²⁵⁹ Βλ. άρθρο 23 παρ. 1 ν. 4364/2016.

²⁶⁰ Άρθρα 222-234 ν. 4364/2016.

²⁶¹ Άρθρα 107-114 ν. 4364/2016.

²⁶² Άρθρο 114 παρ. 1 γ) εδ. γ' ν. 4364/2016.

²⁶³ Άρθρα 220-248 ν. 4364/2016. Κατά τη διαδικασία της ασφαλιστικής εκκαθάρισης εφαρμόζονται συμπληρωματικά οι διατάξεις του Πτωχευτικού Κώδικα (πλέον του ν. 4738/2020), ενώ για ζητήματα που δεν ρυθμίζονται στον τελευταίο, θα τύχουν εφαρμογής οι διατάξεις του ν. 4548/2018 καθώς και του ΚΠολΔ (άρθρο 235 παρ. 3 ν. 4364/2016).

²⁶⁴ Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 1346/2000 του Συμβουλίου, της 29ης Μαΐου 2000, περί των διαδικασιών αφερεγγυότητας.

²⁶⁵ Κανονισμός (ΕΕ) 2015/848 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 20ής Μαΐου 2015, περί των διαδικασιών αφερεγγυότητας.

310. Μεταξύ των εποπτικών αρμοδιοτήτων της ΤτΕ συγκαταλέγεται και η έγκριση μεταβίβασης χαρτοφυλακίου ασφαλιστικής ή αντασφαλιστικής επιχείρησης με έδρα την Ελλάδα²⁶⁶. Αντιθέτως, η εποπτική αρχή δεν διατηρεί ουδεμία αρμοδιότητα αναφορικά με όρους των ασφαλιστηρίων και τα τιμολόγια των ασφαλιστρών. Συγκεκριμένα, η κατάρτιση των τιμολογίων που χρησιμοποιούν οι ασφαλιστικές ή αντασφαλιστικές επιχειρήσεις που λειτουργούν στην Ελλάδα, είτε με καθεστώς εγκατάστασης είτε με καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, είναι ελεύθερη και γίνεται σύμφωνα με τις τεchnοοικονομικές ανάγκες της κάθε επιχείρησης²⁶⁷. Οι γενικοί και ειδικοί όροι των ασφαλιστηρίων και αντασφαλιστηρίων συμβολαίων, των τιμολογίων, των τεχνικής φύσεως στοιχείων που χρησιμοποιούνται από τις ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις για τον υπολογισμό των ασφαλιστρών και των τεχνικών προβλέψεων, και τυχόν άλλων εγγράφων που η επιχείρηση χρησιμοποιεί κατά την παροχή ασφαλίσεων ή την άσκηση ή λήψη αντασφαλίσεων δεν υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση, ούτε κοινοποιούνται συστηματικά σε καμία διοικητική αρχή²⁶⁸, ²⁶⁹.

311. Περαιτέρω, στο άρθρο 167²⁷⁰ Ν 4364/2016 προβλέπεται ότι:

«Τα ασφάλιστρα για τις νέες ασφαλιστικές δραστηριότητες πρέπει να είναι επαρκή, βάσει λογικών αναλογιστικών υποθέσεων, ώστε η επιχείρηση ασφάλισης ζωής να είναι σε θέση να εκπληρώνει όλες τις υποχρεώσεις της, και ιδίως την υποχρέωση σύστασης επαρκών τεχνικών αποθεματικών.

Προς τούτο, μπορούν να λαμβάνονται υπόψη όλες οι πτυχές της χρηματοοικονομικής κατάστασης της επιχείρησης ασφάλισης ζωής, χωρίς όμως να γίνεται συστηματικά και μόνιμα προσθήκη πόρων ξένων προς τα εν λόγω ασφάλιστρα και στο αποκτούμενο εισόδημα, κατά τρόπο που θα μπορούσε να κλονίσει τελικά τη φερεγγυότητα της συγκεκριμένης επιχείρησης.

²⁶⁶ Βλ. άρθρο 28 ν. 4364/2016.

²⁶⁷ Βλ. άρθρο 18 ν. 4364/2016.

²⁶⁸ Κατά παρέκκλιση των αναφερομένων στην παράγραφο 2 του παρόντος: α) Στοιχεία επί των τιμολογίων και των αυξήσεων επ' αυτών μπορούν να κοινοποιούνται αποκλειστικά στην Εποπτική Αρχή, κατόπιν απόφασής της, που εκδίδεται επί τη βάσει του παρόντος άρθρου, δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και καθορίζει ρητά ότι η κοινοποίηση γίνεται μόνο στο πλαίσιο γενικού ελέγχου τιμών. Στην απόφαση προσδιορίζονται οι λοιπές αρμόδιες διοικητικές αρχές, που μπορούν να λαμβάνουν την σχετική πληροφορία στο πλαίσιο τυχόν αρμοδιότητάς τους επί του γενικού ελέγχου τιμών και εξειδικεύονται η μορφή, ο χρόνος παροχής και εν γένει κάθε τεχνικό θέμα και αναγκαία λεπτομέρεια που αφορά στην παροχή της ως άνω πληροφορίας και την εφαρμογή του παρόντος άρθρου. Διάταξη που επιβάλλει ή κατ' αποτέλεσμα καθιερώνει την προηγούμενη κοινοποίηση ή την έγκριση προτεινόμενων αυξήσεων τιμολογίων από οποιαδήποτε διοικητική αρχή καταργείται από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, β) η Εποπτική Αρχή μπορεί να απαιτεί από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις ζωής, μετά την σε αυτές χορήγηση άδειας λειτουργίας, με μόνο σκοπό τον έλεγχο της τήρησης διατάξεων σχετικά με τις αναλογιστικές αρχές, τη συστηματική κοινοποίηση των τεχνικής φύσεως στοιχείων που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των ασφαλιστρών και των σχετικών τεχνικών προβλέψεων και γ) η Εποπτική Αρχή μπορεί να ζητά κάθε στοιχείο που κρίνει απαραίτητο για τον έλεγχο του προσωπικού και του εξοπλισμού που χρησιμοποιείται άμεσα και έμμεσα από ασφαλιστικές επιχειρήσεις κατά την άσκηση του Κλάδου 18 «Βοήθεια». Στα στοιχεία αυτά περιλαμβάνονται τα επαγγελματικά προσόντα των ιατρικών ομάδων και η πιστοποίηση του εξοπλισμού που διατίθεται από την επιχείρηση για την εκπλήρωση των υποχρεώσεών της που απορρέουν από την άσκηση του εν λόγω κλάδου.

²⁶⁹ Σημειώτεον πάντως ότι ειδικώς για την ασφάλιση υγείας, η οποία εμπίπτει στον Κλάδο 2 του άρθρου 4 ν. 4364/2016, προβλέπεται στο άρθρο 166 του νόμου αυτού (με το οποίο ενσωματώνεται το άρθρο 206 της Οδηγίας 2009/138/EK): «Όταν ελληνική ασφαλιστική επιχείρηση ασφαλίσεων κατά ζημιών επιθυμεί να ασκήσει σε άλλο κράτος - μέλος τον κλάδο 2 του άρθρου 4 του παρόντος ο οποίος υποκαθιστά μερικώς ή ολικώς το σύστημα νομοθετημένης υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλειας στο κράτος - μέλος, υποβάλλει στην Εποπτική Αρχή τις τεχνικές βάσεις των τιμολογίων και τους γενικούς και ειδικούς όρους αυτής της ασφάλισης σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 206 της Οδηγίας 2009/138/EK.». Εν προκειμένω δηλαδή παρατηρείται ότι όταν η παροχή ασφάλισης υγείας πρόκειται να ασκηθεί σε κράτος όπου μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης υποκαθίσταται εν όλω ή εν μέρει το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, υφίσταται νομοθετική μέριμνα για τη γνωστοποίηση των ασφαλιστρών και των ασφαλιστικών όρων στην Εποπτική Αρχή.

²⁷⁰ Με το οποίο ενσωματώνεται το άρθρο 209 της Οδηγίας 2009/138/EK.

Οι επιχειρήσεις ασφαλίσεων ζωής διαθέτουν όλα τα κατάλληλα έγγραφα ή στοιχεία, ώστε να μπορούν να τεκμηριώνουν προς την Εποπτική Αρχή τον τρόπο υπολογισμού και την επάρκεια των ασφαλιστρών κάθε νέας ασφαλιστικής δραστηριότητας, σύμφωνα με το παρόν άρθρο, και διατηρούν σχετικό ιστορικό αρχείο των εγγράφων και στοιχείων.»

312. Ως προς ορισμένες ειδικές περιπτώσεις δραστηριοτήτων και επιχειρήσεων που προβλέπονται στα άρθρα 7-10 του Ν 4364/2016 δεν εφαρμόζονται το σύνολο ή μέρος των διατάξεων του νόμου αυτού.

VII.4. Η Ασφαλιστική Σύμβαση

313. Όπως προκύπτει από το άρθρο 1 παρ. 1 του Ν 2496/1997²⁷¹ (ΑσφΝ), με την ασφαλιστική σύμβαση ο ασφαλιστής αναλαμβάνει την υποχρέωση να καταβάλει έναντι ανταλλάγματος (ασφάλιστρο) στον αντισυμβαλλόμενο 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 προδιατυπωμένους ασφαλιστικούς όρους, η ασφάλιση θεωρείται ότι αποτελεί ένα «νομικό προϊόν»²⁷². Βασικό χαρακτηριστικό της ασφάλισης, είναι το στοιχείο του κινδύνου, ως δε κίνδυνος νοείται «η δυνατότητα επέλευσης μιας οικονομικής ανάγκης»²⁷³. Μέσω της ασφάλισης, επιτυγχάνεται η μετάθεση του κινδύνου από τον λήπτη της ασφάλισης στον ασφαλιστή, ο οποίος είναι σε θέση να αναλαμβάνει κινδύνους έχοντας δημιουργήσει μία κοινωνία όμοιων κινδύνων και λόγω της εφαρμογής του νόμου των μεγάλων αριθμών²⁷⁴. Κατ' αυτόν τον τρόπο οι κίνδυνοι καταμερίζονται, οπότε το κόστος ανάληψής τους, μπορεί να καλυφθεί από τη συγκέντρωση των αντιπαροχών των ληπτών της ασφάλισης, ήτοι των ασφαλιστρών. Ο ασφαλιστής ακολουθεί ορισμένους κανόνες («ασφαλιστική τεχνική») προκειμένου να εκτιμήσει τους κινδύνους, να υπολογίσει το ύψος των ασφαλιστρών και να σχεδιάσει τους όρους των ασφαλιστηρίων και χάρη στη λειτουργία του νόμου των μεγάλων αριθμών, είναι σε θέση να προσφέρει ασφαλιστική κάλυψη.
314. 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. Ειδικότερα, ο ΑσφΝ, καθώς και λοιπά νομοθετήματα, όπως ο ΚΙΝΔ, προβλέπουν ειδικές ρυθμίσεις ιδιωτικού δικαίου για την ασφάλιση, τη σχέση ασφαλιστή-ασφαλισμένου, την επέλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης κ.α. Ειδικές ρυθμίσεις εξάλλου προβλέπονται και στα νομοθετικά καθεστώτα των υποχρεωτικών ασφαλίσεων²⁷⁵, όπου ρυθμίζονται συγκεκριμένα όρια ασφαλιστικής κάλυψης κ.α. Πέραν των ειδικών αυτών ρυθμίσεων ιδιωτικού δικαίου, ειδικές διατάξεις αναφορικά με την ασφαλιστική σύμβαση προβλέπονται και στα άρθρα 145-153 Ν 4364/2016, ενώ τα άρθρα 27-40 του Ν 4583/2018, προβλέπουν ειδικές υποχρεώσεις των ασφαλιστικών διαμεσολαβητών απέναντι στους λήπτες της ασφάλισης. Μάλιστα οι σχετικές υποχρεώσεις του Ν 4583/2018, δεν καταλαμβάνουν αποκλειστικά τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές/διανομείς, αλλά και την ασφαλιστική επιχείρηση όταν η τελευταία προβαίνει σε απευθείας πώληση των ασφαλιστικών της προϊόντων²⁷⁶.

²⁷¹ Βλ. ν. 2496/ ΦΕΚ Αρ 87/16-5-1997 «Ασφαλιστική σύμβαση, τροποποιήσεις της νομοθεσίας για την ιδιωτική ασφάλιση και άλλες διατάξεις».

²⁷² Βλ. και Ι. Ρόκα Συμβατικό ασφαλιστικό δίκαιο ό.π., σελ. 11.

²⁷³ Βλ. Α. Αργυριάδη / Ρ. Χατζηνικολάου- Αγγελίδου /Λ. Σκαλίδη ό.π., σελ. 19.

²⁷⁴ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 6.

²⁷⁵ Ενδεικτικά ΠΔ 237/1986, άρθρο 37 παρ. 5 ν. 4449/2017.

²⁷⁶ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 20.

315. Η εκτεταμένη νομοθετική επέμβαση επί της σχέσης που συνδέει ασφαλιστή και λήπτη της ασφάλισης/ασφαλισμένο, αποσκοπεί αφενός στην προφύλαξη των συμφερόντων των ασφαλισμένων, αφετέρου στη διαφύλαξη της ακεραιότητας της κοινωνίας των κινδύνων που έχει οργανώσει ο ασφαλιστής²⁷⁷.

VII.5. Ρύθμιση στον Ασφαλιστικό Τομέα και Δίκαιο του Ανταγωνισμού

316. Καταρχάς η ρύθμιση του ασφαλιστικού τομέα λειτουργεί συμπληρωματικά με το δίκαιο του ελεύθερου ανταγωνισμού²⁷⁸. 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 ασφάλισης, ενώ και οι διατάξεις του Ν 4583/2018 που ενσωμάτωσε την Οδηγία IDD επιβάλλουν υποχρεώσεις στους διανομείς²⁷⁹, 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 συμφερόντων²⁸⁰.
317. Ένα ενδεικτικό παράδειγμα της συμπληρωματικής λειτουργίας του δικαίου του ανταγωνισμού με το ρυθμιστικό πλαίσιο στον ασφαλιστικό κλάδο αποτελεί η διάταξη του άρθρου 12 παρ. 4 της Οδηγίας 2014/17/ΕΕ για τη στεγαστική πίστη²⁸¹, όπου προβλέπεται ότι, όταν ο πιστωτικός φορέας ζητεί από τον καταναλωτή να διαθέτει σχετικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο όσον αφορά τη σύμβαση πίστωσης, υποχρεούται να αποδέχεται ασφαλιστήριο συμβόλαιο από διαφορετικό φορέα παροχής από εκείνον που προτιμά, όταν το επίπεδο εγγύησης του εν λόγω ασφαλιστηρίου είναι αντίστοιχο με εκείνο που πρότεινε ο πιστωτικός φορέας²⁸². Κατά τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζονται φαινόμενα πρακτικών δέσμευσης, με τις οποίες εξαρτάτο η σύναψη της σύμβασης πίστωσης από τη σύναψη μίας σύμβασης ασφάλισης με συγκεκριμένο ασφαλιστικό φορέα²⁸³.

VIII. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ

VIII.1. Προφίλ των Επιχειρήσεων που συμμετείχαν στην Έρευνα

318. Για την πραγματοποίηση της αρχικής έρευνας στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε είκοσι πέντε (25) επιχειρήσεις του ασφαλιστικού κλάδου, οι οποίες στην συντριπτική τους πλειοψηφία δραστηριοποιούνται αποκλειστικά στον χώρο της (πρωτ)ασφάλισης.

²⁷⁷ Οπ. π..

²⁷⁸ Βλ. αναλυτικά Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 306 επ.

²⁷⁹ 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.

²⁸⁰ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 306-307.

²⁸¹ Οδηγία 2014/17/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 4^{ης} Φεβρουαρίου 2014 σχετικά με τις συμβάσεις πίστωσης για καταναλωτές για ακίνητα που προορίζονται για κατοικία και την τροποποίηση των οδηγιών 2008/48/ΕΚ και 2013/36/ΕΕ και του κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 1093/2010.

²⁸² Αντίστοιχες προβλέψεις υπήρχαν και στην υπ' αρ. 462/14.5.2013 Εγκύκλιο ΤτΕ.

²⁸³ Αναλυτικά βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 307.

319. Κατά το δεύτερο στάδιο της έρευνας για την Τελική Έκθεση, η έρευνα επικεντρώθηκε στις ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες προσφέρουν ασφαλιστήρια συμβόλαια κάλυψης νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, στέλνοντας ερωτηματολόγια σε δεκατρείς (13) επιχειρήσεις. Στάλθηκαν επίσης ερωτηματολόγια σε τέσσερις εταιρείες διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στην Ενότητα IX.
320. Βάσει των εσόδων από τα ασφαλιστήρια υγείας του έτους 2024 κάθε κατηγορίας/υποαγοράς, δύο (2) εταιρείες ξεπερνούν τα 200 εκ ευρώ (ΕΘΝΙΚΗ, NN) , άλλες δύο (2) κυμαίνονται μεταξύ 100 και 200 εκ ευρώ (GENERALI, INTERAMERICAN), τρεις (3) έχουν έσοδα μεταξύ 50 και 100 εκ ευρώ (ALLIANZ, EUROLIFE, GROUPAMA), ενώ οι υπόλοιπες έξι (6) έχουν κύκλο εργασιών από ασφαλιστήρια υγείας κάτω των 50 εκ ευρώ ετησίως (ERGO, INTERASCO, MINETTA, ΑΤΛΑΝΤΙΚΗ, ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ(ΣΥΝΔΕΑ), ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ). Ατομικά-Οικογενειακά ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας προσφέρονται από τις 12 εταιρείες της έρευνας (μόνη εξαίρεση εκ των 13 αποτελεί η ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ). Τα αντίστοιχα μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας ασφαλιστήρια προσφέρονται και από τις 13 εταιρείες, ομαδικά ασφαλιστήρια συμβόλαια προσφέρουν 11 εταιρείες, ενώ δύο (INTERASCO, ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ), δεν προσφέρουν τέτοια ασφαλιστήρια.

VIII.2. Δομή της Αγοράς και Λειτουργία του Ανταγωνισμού

VIII.2.1. Ένταση ανταγωνισμού και δύναμη αγοράς

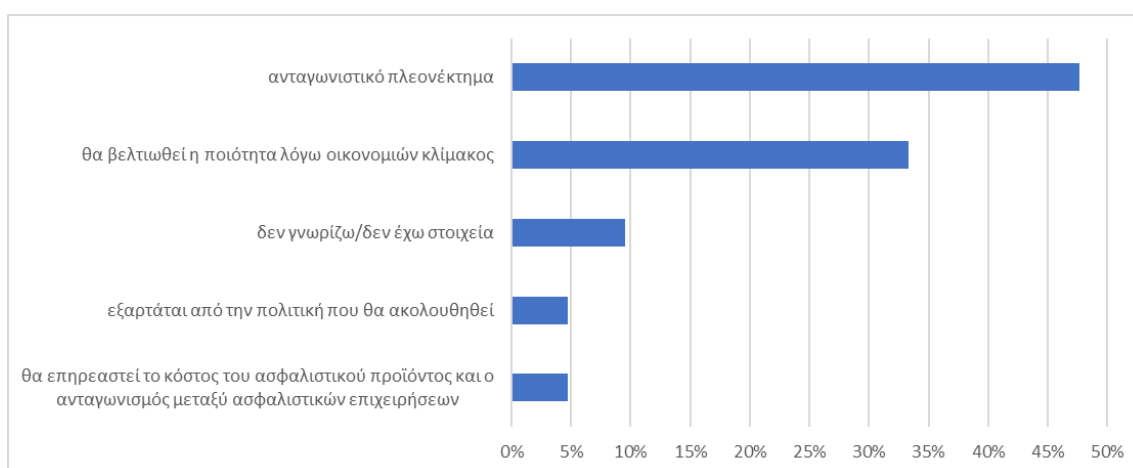
321. Η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδας (ΕΑΕΕ) δήλωσε ότι η ελληνική αγορά παροχής των ασφαλίσεων υγείας - ατυχημάτων - ασθενειών αφορά μια ανταγωνιστικά δομημένη αγορά με χαμηλό βαθμό συγκέντρωσης, δεδομένου ότι προσφέρεται μεταξύ άλλων ασφαλίσεων, από πολλές ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται είτε με τη μορφή της ανώνυμης εταιρείας είτε με τη μορφή του υποκαταστήματος, με διαφοροποιημένα και εν πολλοίς χαμηλά μερίδια. Περαιτέρω αναφέρει ότι «ο οικείος τομέας διακρίνεται από ένα ευρύ φάσμα προγραμμάτων και ασφαλιστικών υπηρεσιών», καθώς επίσης και ότι «στην πολυμορφία της αγοράς αυτής συντείνει και το γεγονός ότι τα εν λόγω προγράμματα είναι προσαρμοσμένα τεχνικά ανάλογα με το εξατομικευμένο προφίλ υγείας και τα επιμέρους οικονομικά/ κοινωνικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου», και συνεπώς υπάρχει «αδυναμία δημιουργίας συντονισμένων πρακτικών μεταξύ των δραστηριοποιούμενων στις ασφάλισεις υγείας ασφαλιστικών επιχειρήσεων».
322. Περαιτέρω, οι ερωτηθείσες ασφαλιστικές επιχειρήσεις θεωρούν ως σημαντικούς ανταγωνιστές κυρίως την ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, την GENERALI HELLAS A.E.E. (εφεξής και Generali), την NN/METLIFE, την GROUPAMA, την ALLIANZ/ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ, την INTERAMERICAN και τη EUROLIFE²⁸⁴.
323. Ως προς το αν υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών ασφάλισης υγείας με μεγάλη ισχύ στην αγορά η πλειοψηφία των ασφαλιστών απάντησε θετικά. Με ελάχιστες εξαιρέσεις η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ασφαλιστικών απάντησε ότι ο όμιλος HHG διαθέτει ιδιαίτερη ισχύ στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας, αρκετές δε εξέφρασαν την ανησυχία τους ότι η πρόσφατη εξαγορά της Εθνικής Ασφαλιστικής αφενός θα προσδώσει σημαντικά ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα στην τελευταία, και αφετέρου ενδέχεται να οδηγήσει άλλες ασφαλιστικές σε μειονεκτική θέση, λόγω πρακτικών διακριτικής μεταχείρισης σε βάρος των τελευταίων, υπό τη μορφή της δυσμενέστερης τιμολογιακής πολιτικής του συγκεκριμένου ιατρικού ομίλου σε βάρος τους. Εξάλλου ορισμένοι όμιλοι αποτελούν σύμφωνα με την πλειοψηφία των ασφαλιστικών αναγκαίους αντισυμβαλλόμενους για τις ίδιες, υπό την έννοια ότι είναι απαραίτητο να έχουν σύμβαση

²⁸⁴ Βλ. Ενδιάμεση Έκθεση, Ενότητα VII.A, για το προφίλ αυτών των εταιρειών.

συνεργασίας με τους συγκεκριμένους προκειμένου να μπορούν να είναι ανταγωνιστικοί στην αγορά και να προσελκύουν πελάτες.

324. Αναφορικά με την ύπαρξη παρόχων υγείας με μεγάλη ισχύ στην αγορά (ερωτήσεις 49 και 50), 16 ασφαλιστικές απάντησαν πως υφίστανται τέτοιοι πάροχοι, με τη συντριπτική πλειοψηφία να αναφέρει τον όμιλο ΗΗG και τον όμιλο του Ιατρικού. Δύο επιχειρήσεις δεν συμπεριέλαβαν μεταξύ των παρόχων με μεγάλη ισχύ στην αγορά την ΗΗG, ενώ μία επιχείρηση επισήμανε και το γεγονός ότι ο όμιλος του Ιατρικού έχει παρουσία και στη Βόρεια Ελλάδα. Ως προς το κατά πόσον αναμένεται να αλλάξει η απάντησή τους εντός των επόμενων ετών, μόνο δύο ασφαλιστικές απάντησαν θετικά, εκ των οποίων η μία είχε απαντήσει ότι δεν θεωρεί πως υφίσταται πάροχος με μεγάλη ισχύ στην αγορά σήμερα, οπότε κατά τη συγκεκριμένη ασφαλιστική αναμένεται πως τα επόμενα έτη θα υπάρξουν πάροχοι με τέτοια ισχύ, ενώ μία τρίτη ασφαλιστική απάντησε ότι θεωρεί πιθανό να αλλάξει η απάντησή της λόγω της ελεύθερης αγοράς.
325. Ως προς το κατά πόσον οι ερωτηθέντες θεωρούν ότι η συγκέντρωση που παρατηρείται στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας θα επηρεάσει θετικά ή αρνητικά την αγορά παροχής ασφάλισης υγείας ως προς την ποιότητα της παροχής ασφάλισης υγείας και ως προς τον ανταγωνισμό μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών, έχουν ληφθεί τόσο θετικές όσο και αρνητικές απαντήσεις. Επτά (7) εταιρείες επεσήμαναν ότι η συγκέντρωση θα έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παροχής ασφάλισης υγείας και στον ανταγωνισμό ως αποτέλεσμα των οικονομιών κλίμακος. Οι υπόλοιπες ανέφεραν ότι η συγκέντρωση στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παροχής ασφάλισης υγείας και στον ανταγωνισμό μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών. Συγκεκριμένα 10 εταιρείες ανέφεραν ότι αναμένεται ορισμένες εταιρείες να έχουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, 1 εταιρεία ανέφερε ότι θα επηρεαστεί το κόστος του ασφαλιστικού προϊόντος και ο ανταγωνισμός μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων ενώ μία άλλη ότι το αποτέλεσμα εξαρτάται από την πολιτική που θα ακολουθηθεί. Τέλος δυο (2) εταιρείες απάντησαν πως δεν γνωρίζουν/δεν έχουν στοιχεία για να απαντήσουν.

Διάγραμμα 25. Απόψεις ασφαλιστικών εταιρειών αναφορικά με τον αντίκτυπο της συγκέντρωσης που παρατηρείται στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας



326. Κατά ορισμένους ασφαλιστές, ανταγωνιστικό πλεονέκτημα διαθέτουν οι ασφαλιστικές αυτές εταιρείες που λειτουργούν στους ίδιους ομίλους με παρόχους υπηρεσιών υγείας, καθώς και όσες έχουν συνεργασία με πιστωτικά ιδρύματα (ερωτήσεις 20-21). Άλλοι ασφαλιστές απάντησαν πως ανταγωνιστικό πλεονέκτημα διαθέτουν οι επιχειρήσεις που έχουν μεγάλο χαρτοφυλάκιο, καθώς διαθέτουν πλεονέκτημα στις διαπραγματεύσεις με παρόχους υγείας καθώς και εταιρείες με διαφοροποιημένο επιχειρηματικό μοντέλο που διαθέτουν καθετοποιημένο μοντέλο με δικές της κλινικές. Φυσικά γενικότερα το μέγεθος του χαρτοφυλακίου και το μερίδιο αγοράς αποτελεί κατά

ορισμένους σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα. Θα πρέπει στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι λήφθηκε και απάντηση ότι δεν υφίστανται επιχειρήσεις με ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

327. Οι περαιτέρω εξαγορές και συγκεντρώσεις μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων αξιολογούνται μάλλον θετικά, τουλάχιστον από τους περισσότερους ασφαλιστές, καθώς οδηγούν σε πιο αποτελεσματικές επιχειρήσεις, σε οικονομίες κλίμακος, υψηλότερα επίπεδα κεφαλαιακής επάρκειας και υψηλότερου επιπέδου υπηρεσιών και εκσυγχρονισμό, σε προώθηση της καινοτομίας σε βελτίωση της διαπραγματευτικής θέσης, σε διεύρυνση των ασφαλιστικών προϊόντων και παροχών, δύνανται να οδηγήσουν σε μείωση των ασφαλιστών, ενώ μνημονεύεται και ότι η ελληνική ασφαλιστική αγορά δεν παρουσιάζει υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, καθώς και ότι τα μεγαλύτερα μερίδια αγοράς διασφαλίζουν καλύτερες συνθήκες για τον καταναλωτή. Επιβεβαιώνεται συνεπώς ότι η ίδια η φύση της ασφαλιστικής δραστηριότητας συνηγορεί υπέρ των μεγαλύτερων σχημάτων. Ωστόσο, κατά ορισμένους ο αντίκτυπος θα είναι αρνητικός καθώς θα οδηγήσει σε μείωση του ανταγωνισμού. Τέλος έχει διατυπωθεί και η άποψη πως ο αντίκτυπος θα είναι ουδέτερος.
328. Αναφορικά με τις ερωτήσεις κατά πόσον η ένταξη μίας ασφαλιστικής επιχείρησης και ενός ή περισσότερων ιδιωτικών παρόχων υγείας σε κοινό όμιλο έχει θετικό ή αρνητικό αντίκτυπο στην αγορά, ποιος πάροχος έχει τέτοια θέση και κατά πόσον η κατάσταση αυτή θα αλλάξει εντός των επόμενων ετών, οριακά η πλειοψηφία των ασφαλιστών θεωρεί πως θα έχει αρνητική επίπτωση στην αγορά, κατανομάζοντας πρωτίστως την περίπτωση CVC/Εθνική, ενώ από ορισμένη επιχείρηση κατονομάστηκε και η περίπτωση της ΙΝΤΕΡΑΜΕΡΙΚΑΝ. Η βασική επιφύλαξη των ασφαλιστών που απάντησαν αρνητικά συνίσταται στο ενδεχόμενο να παρατηρηθούν φαινόμενα διακριτικής τιμολόγησης από τους παρόχους υγείας του ομίλου, πχ. υπέρ της ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ και σε βάρος των λοιπών ασφαλιστικών, με αποτέλεσμα οι τελευταίες να οδηγηθούν σε ανταγωνιστικά μειονεκτική θέση. Επίσης κατά την πλειοψηφία των ασφαλιστών η απάντησή τους επί της ερώτησης αυτής δεν αναμένεται να αλλάξει εντός των επόμενων ετών. Θα πρέπει πάντως να επισημανθεί ότι από πλευράς της ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ αναφέρθηκαν επιμέρους παραδείγματα ένταξης ασφαλιστικών επιχειρήσεων σε κοινούς ομίλους με παρόχους υγείας, εκ των οποίων, κατά την ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, προκύπτει ότι τέτοιες εξελίξεις δεν οδηγούν σε κάποιον συγκεκριμένο αντίκτυπο στην αγορά.
329. Ωστόσο, με την εξαίρεση μίας ασφαλιστικής, όλες οι υπόλοιπες απάντησαν αρνητικά στο εάν διαθέτουν μετοχική συμμετοχή σε ιδιωτικές κλινικές ή/και εάν υφίσταται κάποιος πάροχος υπηρεσιών υγείας που είναι μέτοχος στις ίδιες.
330. Ως προς το αν αναμένεται να εισέλθουν εντός των επόμενων ετών νέοι παίκτες στην αγορά ασφάλισης υγείας, άλλοι ασφαλιστές απάντησαν θετικά ενώ άλλοι αρνητικά.

VIII.2.2. Εμπόδια Εισόδου

1. Απόψεις ασφαλιστικών εταιρειών

331. 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 κατά το στάδιο της αρχικής έρευνας αρνητικά. Περαιτέρω και όσοι ασφαλιστές απάντησαν θετικά, δεν παρείχαν πειστικές αιτιολογίες, καθώς ως «εμπόδιο» αναφέρθηκε το υψηλό/ανεξέλεγκτο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας και λοιπές αντίστοιχες αιτιολογίες που δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι συνιστούν εμπόδιο εισόδου.
332. Αναφορικά με τις απόψεις των ασφαλιστικών επιχειρήσεων σε σχέση με τυχόν εμπόδια εισόδου στην αγορά ασφάλισης υγείας καθώς και στη λειτουργία του ανταγωνισμού, δώδεκα (12) ασφαλιστικές επιχειρήσεις απαντούν σχετικά πλην όμως δεν διατυπώνουν ενιαίες απόψεις.

333. Ειδικότερα, έξι (6) ασφαλιστές δεν θεωρούν ότι υφίστανται (σημαντικά) εμπόδια εισόδου στην αγορά ασφάλισης υγείας χωρίς πάντως να αιτιολογούν την άποψή τους.
334. Οι λοιπές έξι (6) ασφαλιστικές που απαντούν θετικά, υπολαμβάνουν, στην πλειονότητά τους, ως εμπόδια εισόδου παράγοντες συνιστάμενους στο αυξημένο κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης, στον ιατρικό πληθωρισμό, στην εφαρμογή του συστήματος clawback & rebate, στο ρυθμιστικό πλαίσιο που διέπει τη δραστηριότητα των νοσοκομειακών παρόχων υπηρεσιών υγείας καθώς και στην έλλειψη διαφάνειας κατά τον καθορισμό της τιμολογιακής πολιτικής των τελευταίων. Επιπλέον, ένας (1) ασφαλιστής επισημαίνει ότι παρατηρούνται *«διαφοροποιημένες τιμολογιακές στρατηγικές των νοσοκομειακών παρόχων ως προς το κόστος των ίδιων παρεχόμενων υπηρεσιών όταν αυτό καλύπτεται από ασφαλιστική εταιρεία, σε σύγκριση με την περίπτωση άμεσης καταβολής από τον ιδιώτη»*.
335. Οι προαναφερθέντες παράγοντες, καταρχήν επηρεάζουν εξίσου τόσο τις υφιστάμενες όσο και τις νεοεισερχόμενες ασφαλιστικές επιχειρήσεις, ωστόσο, φαίνεται ότι η αγορά χαρακτηρίζεται ως ένα βαθμό από οικονομίες κλίμακος που δίνουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στις εδραιωμένες ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Οι τελευταίες διαθέτουν ενδεχομένως μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη και επιτυγχάνουν ευνοϊκότερους όρους από τους νοσοκομειακούς παρόχους ή επωφελείται υποδομών και τεχνογνωσίας κατά τρόπο που τους επιτρέπουν να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά το χαρτοφυλάκιο υγείας. Πράγματι, στο θέμα αυτό, μία ασφαλιστική επιχείρηση επισημαίνει ότι *«οι μεγαλύτερες εταιρίες τυγχάνουν καλύτερης μεταχείρισης από τα νοσοκομεία, σε επίπεδο τιμοκατάλογων, λόγω όγκου αποζημιώσεων»*. Περαιτέρω, μία εταιρεία θεωρεί ότι οι απαιτήσεις σε τεχνογνωσία και εξειδικευμένες γνώσεις, όπως λ.χ. η επιστήμη του αναλογισμού καθώς και οι *«υφιστάμενες και πολυτελείς συνεργασίες με διαμεσολαβητές»*, σε επίπεδο διανομής, αποτελούν εμπόδια εισόδου στην αγορά ασφάλισης υγείας, ενώ μία άλλη σημειώνει τη *«δημιουργία και πρόσκτηση δικτύων πωλήσεων»* για τη διοχέτευση των ασφαλιστικών προϊόντων υγείας στην αγορά που δυσχεραίνει τη δραστηριοποίηση στον ασφαλιστικό κλάδο υγείας.
336. Ενδιαφέρον παρουσιάζει πάντως η διαπίστωση ότι οι ασφαλιστές, μολονότι ερωτώνται για τυχόν εμπόδια εισόδου στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, καταλήγουν, κατά πλειοψηφία, να αξιολογούν την ύπαρξη εμποδίων εισόδου και τις συνθήκες του ανταγωνισμού στην αγορά παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, επτά στους δώδεκα ασφαλιστές συμφωνούν ότι η αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας επιδρά στη διαμόρφωση του τελικού κόστους ασφάλισης υγείας και κατ' επέκταση επηρεάζει το ύψος του ασφαλιστρού. Όπως επισημαίνει η μία εταιρεία *«Υφίστανται και σημαντικά εμπόδια στην είσοδο νέων παικτών στην αγορά των (ιδιωτικών) υπηρεσιών υγείας, κάτι που ενισχύει την олиγοπωλιακή τάση της»*. Οι συνθήκες олиγοπωλίου στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, αξιολογούνται από τους ασφαλιστές ως παράγοντας που επηρεάζει έμμεσα τον ανταγωνισμό στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Τέτοιες олиγοπωλιακές τάσεις οδηγούν, σύμφωνα με ορισμένους, σε μείωση στη *«διαπραγματευτική δύναμη των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, και ειδικότερα των μικρότερων σε μερίδια αγοράς»* και σε διαμόρφωση του κόστους υπηρεσιών υγείας σε υψηλότερα επίπεδα.
337. Επιπλέον σε ερώτηση για το εάν θεωρούν ότι το υφιστάμενο ρυθμιστικό πλαίσιο του τομέα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας επηρεάζει τον ανταγωνισμό στην αγορά ασφάλισης υγείας, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις, στην πλειοψηφία τους, απάντησαν αρνητικά. Όπως επισημαίνουν, το ρυθμιστικό πλαίσιο, και ειδικότερα η πρόβλεψη για κεφαλαιακή επάρκεια, είναι δικαιολογημένα αυστηρή με σκοπό τη διασφάλιση της φερεγγυότητας των ασφαλιστών και την προστασία της ασφαλιστικής πίστης, πλην όμως δεν θίγει τον ανταγωνισμό στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Παρ' όλα αυτά, τρεις (3) ασφαλιστές διατυπώνουν επιφυλάξεις σε σχέση με την προβλεπόμενη με τη διάταξη του άρθρου 29 ν. 5170/2025 εφαρμογή του νέου δείκτη ΕΔΑ της ΕΛΣΤΑΤ για την αναπροσαρμογή ασφαλιστρον σε ατομικά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας.

338. Αντιθέτως, τρεις (3) ασφαλιστές θεωρούν ότι το νομοθετικό πλαίσιο, εξαιτίας των αυστηρών κεφαλαιακών απαιτήσεων που θέτει, λειτουργεί ως εμπόδιο για την είσοδο μικρότερων ή νεοφυών επιχειρήσεων. Οι εδραιωμένες εταιρείες του κλάδου ευνοούνται περισσότερο από αυτό λαμβάνοντας υπόψη ότι έχουν ήδη δημιουργήσει «την απαιτούμενη κεφαλαιακή βάση και εμπειρία» λόγω της εκ των προτέρων ύπαρξης τους στην αγορά ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Επιπλέον, όπως αναφέρει μία εταιρεία οι αυστηροί κανόνες «*περιορίζουν τη δυνατότητα για ευέλικτα ή καινοτόμα προϊόντα, ειδικά για νέους "παίκτες" που θέλουν να διαφοροποιηθούν*».

2. Απόψεις εταιρειών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας

339. Σε ό,τι αφορά τη φάση στην οποία βρίσκεται η αγορά των ασφαλίσεων υγείας στην Ελλάδα, οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών διαχείρισης ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας απάντησαν, στην πλειοψηφία τους (2/3), ότι η αγορά των ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας βρίσκεται τα τελευταία έτη σε φάση ανάπτυξης. Μία εξ αυτών αιτιολογεί ότι παρά την καθυστέρηση σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, η αγορά έχει εμφανίσει θετική ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια, κυρίως λόγω της αυξανόμενης ανάγκης για καλύτερη και ταχύτερη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, ενώ παράλληλα επισημαίνει και ότι η υποχρηματοδότηση και η υποστελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) σε συνδυασμό με την ατελή κάλυψη σε επίπεδο ποιότητας και εξειδίκευσης στρέφουν όλο και περισσότερους ασφαλισμένους σε ιδιωτικές ασφαλιστικές λύσεις για να καλύψουν τα κενά του δημόσιου συστήματος.
340. Επιπλέον, άλλοι λόγοι οι οποίοι αναφέρθηκαν αφορούν στην ανάπτυξη της ψηφιακής υγείας και την ενσωμάτωση τεχνολογιών όπως η τηλεϊατρική, την προσφορά καινοτόμων προϊόντων που συνδυάζουν την παραδοσιακή ασφάλιση υγείας με νέες τεχνολογικές δυνατότητες, στην αύξηση των ομαδικών προγραμμάτων ασφάλισης υγείας καθώς και στην μείωση της ανεργίας. Εντούτοις, σύμφωνα με μία (1) εταιρεία, εν λόγω ανάπτυξη ενδέχεται να επιβραδυνθεί τα επόμενα έτη ως απόρροια των αυξήσεων στα ασφάλιστρα εξαιτίας της αύξησης του κόστους των ασφαλιστών επιχειρήσεων.
341. Στον αντίποδα, μία (1) εταιρεία διαχείρισης δήλωσε ότι «*η αγορά των ασφαλίσεων υγείας παραμένει στάσιμη*». Η εταιρεία αιτιολόγησε την απάντησή της αναφέροντας ότι το μέγεθος της οικείας αγοράς δεν παρουσιάζει σημαντική μεταβολή, ότι τα προϊόντα ασφάλισης υγείας παραμένουν στο ίδιο πλαίσιο κάλυψης τα τελευταία 5 έτη, ότι δεν δημιουργούνται νέες μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης αλλά και ότι έχει σημειωθεί κάποια νομοθετική μεταρρύθμιση που να διευκολύνει την συμπληρωματική ασφάλιση υγείας μέσω ασφαλιστικών εταιριών.
342. Τελικώς, ζητήθηκε από τις εταιρείες διαχείρισης να καταγράψουν τις απόψεις τους σε σχέση με την ύπαρξη τυχόν εμποδίων εισόδου στον κλάδο ασφαλίσεων υγείας. Στο θέμα αυτό, μία (1) εξ αυτών δήλωσε ότι δεν γνωρίζει εάν υφίστανται ή όχι εμπόδια εισόδου στην αγορά. Μία έτερη (1) αναφέρθηκε στο το υψηλό κόστος αποζημιώσεων υγείας και οι αυξήσεις των ασφαλιστρών, τα οποία ανέφερε ότι ίσως αποτελούν οικονομικά εμπόδια, διευκρινίζοντας παράλληλα ότι δεν υπάρχουν άλλα ρυθμιστικά εμπόδια. Η τρίτη ερωτώμενη εξέφρασε την άποψη ότι υφίστανται τέτοια εμπόδια και τεκμηρίωσε με μια σειρά από οικονομικούς και ρυθμιστικούς παράγοντες οι οποίοι δυσχεραίνουν την είσοδο νέων επιχειρήσεων στον κλάδο ασφάλισης υγείας. Ειδικότερα, σε κανονιστικό επίπεδο, η εταιρεία επισήμανε τις απαιτήσεις για χορήγηση άδειας από την ΤτΕ συμπεριλαμβανομένης της κεφαλαιακής επάρκειας που πρέπει να πληρούν οι ασφαλιστές καθώς και την υπαγωγή των τελευταίων σε συνεχή εποπτεία από την Τράπεζα της Ελλάδος και την Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων (ΕΙΟΡΑ), οι οποίοι περιλαμβάνουν προβλέψεις οι οποίοι υπερβολικά δύσκολο να ικανοποιηθούν από μια νέα επιχείρηση που δεν έχει τα απαραίτητα κεφάλαια και υποδομές. Σε ό, τι αφορά τα οικονομικά εμπόδια εισόδου, η ίδια εταιρεία απάντησε ότι για την είσοδο στην αγορά ασφάλισης υγείας απαιτούνται υψηλά αρχικά κεφάλαια καθώς και επενδύσεις σε τεχνολογία και υποδομές. Παράλληλα, στην οικεία αγορά δραστηριοποιούνται εδραιωμένες επιχειρήσεις με υψηλά μερίδια

αγοράς και πελατειακή βάση. Τέλος, ανέφερε ότι η ανάπτυξη και η υιοθέτηση νέων τεχνολογιών στον τομέα των ασφαλίσεων υγείας (όπως η ψηφιακή υποστήριξη, η τεχνητή νοημοσύνη για τη διαχείριση απαιτήσεων, και η τεχνολογία blockchain για τη διαχείριση δεδομένων) απαιτούν υψηλές επενδύσεις σε τεχνολογία και ανάπτυξη υποδομών.

VIII.2.3. Σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ασφαλισμένους και παράμετροι ανταγωνισμού

343. Το ποσοστό των ασφαλισμένων που αγοράζουν ασφάλιση υγείας και ενεργές ασφαλιστικές καλύψεις με την ίδια ασφαλιστική εταιρεία διαφέρει ανά εταιρεία. Τα σχετικά ποσοστά κυμαίνονται από 5% έως και 91% στο σύνολο των ερωτηθέντων ασφαλιστικών εταιρειών, με τα ποσοστά των μεγαλύτερων ασφαλιστικών να κυμαίνονται μεταξύ 20 και 35%. Μόλις δύο ασφαλιστικές απάντησαν ότι οι ασφαλισμένοι σε αυτούς στην ασφάλιση υγείας δεν διατηρούν και άλλου είδους σύμβαση ασφάλισης με την επιχείρησή τους. Επομένως, παρατηρείται ότι **ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό όσων έχουν ασφαλιστήριο υγείας με μία ασφαλιστική διατηρούν και έτερη ασφαλιστική κάλυψη από την ίδια.**
344. Εκπτώσεις σε πελάτες που διατηρούν άλλο ασφαλιστήριο εάν θέλουν να συνάψουν ασφάλιση υγείας παρέχουν πέντε ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ μία ασφαλιστική απάντησε ότι παρέχει έκπτωση σε προϊόν άλλου κλάδου ασφάλισης εάν ο πελάτης διατηρεί ήδη ασφάλιση υγείας και όχι το αντίστροφο. Η πλειοψηφία των ασφαλιστών που απάντησαν (16) προσφέρει προγράμματα ασφάλισης υγείας σε συνδυασμό με άλλα προγράμματα, και ως παραδείγματα αναφέρθηκαν μεταξύ άλλων καλύψεις θανάτου, προσωπικού ατυχήματος, σοβαρών ασθενειών, μόνιμης ολικής ανικανότητας, εξωνοσοκομειακές παροχές, προγράμματα σε συνδυασμό με καλύψεις κλάδου ασφάλισης ζωής ή αυτοκινήτου (προσωπικό ατύχημα οδηγού), συμπληρωτικές καλύψεις ζωής ή εισοδήματος, συνταξιοδοτικά/αποταμειευτικά προγράμματα²⁸⁵.
345. Αναφορικά με τα ομαδικά ασφαλιστήρια, κατά το έτος 2022 οι ασφαλιστικές εκείνες που διατηρούσαν τις περισσότερες συμφωνίες ομαδικών ασφαλιστηρίων για εργαζόμενους ή μέλη επιχειρήσεων/φορέων ήταν οι GENERALI, η ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ η INTERAMERICAN και η METLIFE.
346. Ως προς τις κατηγορίες προγραμμάτων ασφάλισης που διαθέτουν οι ερωτηθέντες, αναφέρθηκαν μεταξύ άλλων ομαδικές ασφαλίσεις υγείας για πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, ατομικές ασφαλίσεις υγείας για πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια περίθαλψη, είτε μακρόχρονης διάρκειας είτε ετησίως ανανεούμενα, προγράμματα διενέργειας προληπτικού ελέγχου, επιδόματα, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, σοβαρές ασθένειες, προστασία εισοδήματος, ατυχηματικές καλύψεις, καλύψεις με 100% του κόστους νοσηλείας και καλύψεις με διάφορα εκπιπτόμενα ποσά, νοσοκομειακά capitation και εξωνοσοκομειακά capitation²⁸⁶. Παρατηρείται συνεπώς πως στην ελληνική αγορά προσφέρονται αρκετές επιμέρους κατηγορίες ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας.
347. Τέλος, αναφορικά με τα βασικά κριτήρια με τα οποία ο καταναλωτής επιλέγει το ασφαλιστικό πρόγραμμα και την ασφαλιστική επιχείρηση, μεταξύ των απαντήσεων συμπεριλαμβάνονται το ύψος των ασφαλιστρών, τα εκπιπτόμενα ποσά, το εύρος των καλύψεων (καθώς και οι εξαιρέσεις από κάλυψη) και η σχέση ασφαλιστρού/παροχής, η φήμη (brand) του ασφαλιστικού παρόχου και η φερεγγυότητα της ασφαλιστικής εταιρείας (όπως έχει διαμορφωθεί στη συνείδηση εκάστου καταναλωτή), ο αριθμός των συμβεβλημένων παρόχων υγείας, τα δίκτυα διανομής και η

²⁸⁵ Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και ότι σε ορισμένες περιπτώσεις λόγω της άδειας λειτουργίας το πρόγραμμα υγείας δύναται να αποτελεί συμπληρωματική κάλυψη στις βασικές ασφαλίσεις ζωής.

²⁸⁶ Δεν προσφέρονται από όλες τις ασφαλιστικές όλες οι επιμέρους κατηγορίες προγραμμάτων.

ενημέρωση/συμβουλή από τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, η σαφήνεια των όρων ασφάλισης κ.α.

VIII.2.4. Συνεργασία μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων

348. Με την εξαίρεση δύο επιχειρήσεων, άпасες οι υπόλοιπες απάντησαν ότι δεν συνεργάζονται με άλλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις στον τομέα της ασφάλισης υγείας . Οι δύο ασφαλιστικές επιχειρήσεις που απάντησαν ότι συνεργάζονται, διευκρίνισαν ότι η μεν πρώτη συνεργάζεται με εταιρείες που προσφέρουν εξειδικευμένες παροχές όπως πχ επείγουσα αερομεταφορά ασθενούς, η δε δεύτερη συνεργάζεται με άλλες ασφαλιστικές σε περιορισμένο φάσμα εργασιών όπως ταξιδιωτική βοήθεια και παροχή β' ιατρικής γνώμης.
349. Αναφορικά με το ερώτημα κατά πόσον οι ασφαλιστές χρησιμοποιούν κοινούς παρόχους υπηρεσιών με άλλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις , στις απαντήσεις που δόθηκαν αναφέρθηκε ότι, πέραν των παρόχων υπηρεσιών υγείας εκείνων (όπως κλινικές και διαγνωστικά κέντρα) που είναι αναμενόμενο ότι έχουν συμβληθεί με τους περισσότερους ασφαλιστές, μεγάλο μέρος των ασφαλιστικών χρησιμοποιεί τους ίδιους παρόχους υπηρεσιών διαχείρισης ασφάλισης υγείας, όπως ιδίως τις εταιρείες MEDNET, HEALTHNET καθώς και την ACCURATE, ενώ παράλληλα σημειώνεται ότι αναφέρθηκαν από ορισμένους και οι εταιρείες TCN και Greek Flying Doctors. Ως προς όμως το ερώτημα κατά πόσον υφίστανται (οριζόντιες) συμφωνίες μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων για την **από κοινού χρήση** παρόχων υπηρεσιών άпасες οι ασφαλιστικές απάντησαν αρνητικά, σημειωτέον όμως ότι μία μεγάλη ασφαλιστική επιχείρηση απάντησε ότι γνωρίζει πως υπάρχουν εταιρείες που διαθέτουν συμφωνίες για την από κοινού χρήση ιατρικού ελεγκτή (medical auditor) ο οποίος διαπραγματεύεται σε συλλογικό επίπεδο με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Το ζήτημα των διαχειριστών ασφαλιστικών προϊόντων διερευνάται σε διακριτή Ενότητα του παρόντος Κεφαλαίου.
350. Ως προς το ερώτημα αναφορικά με τυχόν ανταλλαγές πληροφοριών περί των παρόχων υγείας μεταξύ των ασφαλιστών όλες οι επιχειρήσεις απάντησαν αρνητικά.
351. Τέλος ως προς το κατά πόσον δημόσιοι φορείς επηρεάζουν την αγορά ασφάλισης υγείας , το γενικό συμπέρασμα από την πλειοψηφία των απαντήσεων, είναι ότι η κοινωνική/δημόσια ασφάλιση λειτουργεί συμπληρωματικά με την ιδιωτική, με αποτέλεσμα λόγω των προβλημάτων στη δημόσια υγεία να αυξάνεται η ζήτηση για ιδιωτικά προγράμματα ασφάλισης, ενώ από την άλλη πλευρά η βελτίωση του δημοσίου συστήματος υγείας οδηγεί μεν σε μείωση της ζήτησης αλλά παράλληλα και σε βελτίωση των όρων τιμολόγησης.
352. Ως προς την χρήση νέων τεχνολογιών μεγάλο μέρος των ασφαλιστών απάντησε ότι αξιοποιεί τέτοιου είδους τεχνολογίες. Περαιτέρω, ως προς την αξιοποίηση των δεδομένων των ασθενών, από τις απαντήσεις των ασφαλιστών προκύπτει ότι οι ίδιοι θεωρούν πως επεξεργάζονται τα αναγκαία εκείνα δεδομένα για την σύναψη και ομαλή εκτέλεση των ασφαλιστηρίων τους.

VIII.2.5. Σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ιδιωτικούς παρόχους υγείας

1. Εύρος συνεργασίας²⁸⁷

353. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλιστικών διαθέτει συνεργασία με πλήθος παρόχων υγείας²⁸⁸, είτε άμεσα είτε μέσω εταιρειών διαχείρισης, ενώ κατά κανόνα οι ασφαλιστικές αποζημιώσεις (εφόσον υφίσταται σύμβαση) καταβάλλονται στο σύνολό τους στην κλινική και όχι ξεχωριστά σε

²⁸⁷ Η έρευνα στο πλαίσιο της Ενδιάμεσης Έκθεσης.

²⁸⁸ Μόνο τρεις ασφαλιστικές εταιρείες απάντησαν πως δεν διαθέτουν συμβάσεις συνεργασίας με παρόχους υγείας.

κλινική και ιατρό. Σύμφωνα με την μία ασφαλιστική επιχείρηση η σχέση μεταξύ εταιρειών ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης «δεν μπορεί να θεωρηθεί ως η τυπική σχέση *input-output*, καθώς σε αυτή την περίπτωση ο εκάστοτε ασθενής και όχι η ασφαλιστική εταιρεία επιλέγει το νοσοκομείο για την περίθαλψη του, και η ασφαλιστική εταιρεία αναλαμβάνει την πληρωμή των δαπανών νοσηλείας του. Έτσι, η αγορά παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης συνιστά άνατη αγορά σε σχέση με την κάταντη αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, καθώς η ροή των κεφαλαίων προέρχεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες («πελάτες») προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία («προμηθευτές»), ενώ οι τυχόν συμφωνίες συνεργασίας μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, στηρίζονται στην αποπληρωμή των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από τις ασφαλιστικές εταιρείες για λογαριασμό των πραγματικών τελικών πελατών («καταναλωτών»)).

354. Πρέπει επίσης να γίνει αναφορά και στις απόψεις της ΕΑΕΕ αναφορικά με θέματα συμφωνιών ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ιδιωτικές κλινικές, η οποία επισημαίνει ότι οι μεταβλητές που προσδιορίζουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση τον βαθμό διακύμανσής τους, μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες ως εξής: (α) στα χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου πληθυσμού και ιδίως τη σχέση μεταξύ ηλικίας και νοσηρότητας, (β) στο εύρος και τη δομή των ιδίων των καλύψεων υγείας, όπως παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα, (γ) στον λεγόμενο ιατρικό πληθωρισμό. Η αδυναμία ελέγχου του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης και απευθείας επέμβασης σε αυτό των ασφαλιστικών εταιριών επιτείνεται περαιτέρω από την έλλειψη ενός σύγχρονου και διαφανούς συστήματος αποζημίωσης, όπως κάνουν στη συντριπτική τους πλειοψηφία οι λοιπές χώρες διεθνώς, στα συστήματα υγείας των οποίων γίνεται χρήση των λεγόμενων DRGs (Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων). Υπό το φως της παραπάνω αδυναμίας των ασφαλιστικών εταιριών και με γνώμονα τον εξορθολογισμό, σε κάποιο βαθμό, του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών, αποτελεί συνήθη πρακτική των ασφαλιστικών εταιριών τις τελευταίες δεκαετίες η σύναψη σε ατομική βάση συμβάσεων με ιδιωτικές κλινικές στο πλαίσιο του ελεύθερου ανταγωνισμού ΑΑ ότι «οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις επιδιώκοντας να λειτουργήσουν υπέρ των ασφαλισμένων τους και προσπαθώντας να διατηρήσουν την επάρκεια των ασφαλιστρών τους και κατ' επέκταση τη χρηματοοικονομική σταθερότητά τους, προβαίνουν σε συμβατικές ρυθμίσεις εντός των αυστηρών ορίων του ελεύθερου ανταγωνισμού, προκειμένου αφενός να επιτύχουν συμπίεση του κόστους των καλυπτόμενων από αυτές υπηρεσιών υγείας και αφετέρου να εγγυηθούν για τους ασφαλισμένους τους ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας για τις υπηρεσίες αυτές. Είναι, τέλος, κρίσιμης σημασίας να διευκρινιστεί ότι δεν υφίσταται νομικά ή ακόμη και πρακτικά δυνατότητα των ασφαλιστικών εταιριών να «κατευθύνουν» τους ασφαλισμένους τους σε συγκεκριμένα νοσηλευτήρια με τα οποία έχουν συνάψει συμβάσεις, δεδομένου ότι το δικαίωμα επιλογής ιατρού και κλινικής είναι ελεύθερο και εναπόκειται απολύτως στη διακριτική ευχέρειά τους στο πλαίσιο της αυτοδιάθεσής τους».
355. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι στις μεταξύ των ασφαλιστικών και των κλινικών διαπραγματεύσεις για σύναψη συμβάσεων, διαπραγματευτική ισχύ κατέχει ο πάροχος υγείας. Παρά ταύτα ορισμένοι απάντησαν ότι εξαρτάται, π.χ. από το ποια πλευρά διαθέτει μεγάλο αριθμό πελατών ή ότι όλες οι πλευρές έχουν διαπραγματευτική ισχύ (τούτο βέβαια δημιουργεί μία αντίφαση).
356. Όσον αφορά το κατά πόσον υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών υγείας με τους οποίους είναι αναγκαίο να διαθέτουν σύμβαση συνεργασίας, ορισμένες ασφαλιστικές απάντησαν θετικά και κατονόμασαν πρωτίστως τον όμιλο ΗΗG και τον όμιλο του Ιατρικού, ενώ από ορισμένους κατανομάστηκαν επιπλέον και η Ευρωκλινική, η Βιοϊατρική, η Affidea, και ο όμιλος Ιασώ. Όσον δε αφορά τους παρόχους υγείας με τους οποίους συνεργάζονται, από τις απαντήσεις στην προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ασφαλιστών συνεργάζεται με πλήθος παρόχων. Περαιτέρω μεγάλο μέρος των ασφαλιστών χρησιμοποιεί τις συμβάσεις της MEDNET, ενώ όσον αφορά τους υπόλοιπους, εκ των απαντήσεών τους προκύπτει ότι ο κανόνας είναι πως δεν είναι ενιαίοι οι όροι των επιμέρους συμβάσεων.

357. Η πλειοψηφία των ασφαλιστικών διαθέτει και προγράμματα ασφάλισης που προβλέπουν κάλυψη και νοσηλεία μόνο σε συγκεκριμένες κλινικές (κλειστού δικτύου). Ως προς τα κριτήρια με τα οποία επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες κλινικές αναφέρονται μεταξύ άλλων το κόστος/τιμοκατάλογος και η κάλυψη γεωγραφικών περιοχών, και το επίπεδο παροχής υπηρεσιών. Επισημαίνεται και ότι μία ασφαλιστική ανέφερε ότι προέβη σε μειοδοτικό διαγωνισμό με προκαθορισμένο ασφάλιστρο ανά μήνα ανά ασφαλισμένο, ενώ και έτερη ασφαλιστική αντίστοιχα ανέφερε ότι επέλεξε τις συγκεκριμένες κλινικές λόγω προσυμφωνημένου ετήσιου κόστους ανεξαρτήτως του πλήθους νοσηλίων του συγκεκριμένου χαρτοφυλακίου. Επίσης ένας εκ των ερωτηθέντων απάντησε ότι διαθέτει πρόγραμμα κάλυψης γνωστών προϋπαρχουσών παθήσεων καθώς και ατόμων μεγάλης ηλικίας, οπότε το κριτήριο ήταν η δυνατότητα του παρόχου να υποστηρίξει το πρόγραμμα. Σημειωτέον ότι μία εκ των ασφαλιστικών ανέφερε πως τα προγράμματά της αυτά δεν προτιμούνται παρά το χαμηλότερο ασφάλιστρο, διότι οι ασθενείς επιθυμούν να επιλέγουν με βάση τον γιατρό.
358. Σχετικά με το κατά πόσον οι ασφαλιστικές παρέχουν κίνητρα στους ασφαλισμένους τους για την χρήση παρόχων υγείας με τους οποίους διατηρούν σύμβαση, καθώς και το είδος των κινήτρων αυτών, αναφέρθηκαν από ορισμένους προνόμια όπως η απευθείας εξόφληση από την ασφαλιστική και ο δωρεάν ετήσιος προληπτικός έλεγχος, καθώς και οι δωρεάν παροχές σε εξωτερικά ιατρεία. Άλλοι επισήμαναν ότι επιμέρους κίνητρα προσφέρονται από τους ίδιους τους παρόχους, ενώ η ασφαλιστική απλώς επικοινωνεί τα κίνητρα αυτά προς τους ασφαλισμένους. Περαιτέρω ως προνόμιο αναφέρθηκε και η μείωση των ποσών συμμετοχής του ασφαλισμένου, προερχόμενη και αυτό από την κλινική, και η παροχή ειδικών τιμών και προνομιακών καλύψεων. Ορισμένες άλλες ασφαλιστικές απάντησαν πως δεν παρέχεται κάποιο σχετικό προνόμιο.
359. Εκ των απαντήσεων που λήφθηκαν, μεταξύ των βασικών παραγόντων βάσει των οποίων ο ασθενής επιλέγει τον πάροχο υγείας αναφέρθηκαν ιδίως ο ιατρός και η φήμη του παρόχου υγείας, καθώς και οι υποδομές του παρόχου υγείας και οι παροχές του, οι συμβουλές από το περιβάλλον ή/και τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή, η τοποθεσία του παρόχου και η ευκολία πρόσβασης, η συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος και η τιμολόγηση των μη καλυπτόμενων υπηρεσιών του παρόχου. Περαιτέρω, από μία επιχείρηση αναφέρθηκε πως μεταξύ άλλων ο ασθενής λαμβάνει υπόψη και τυχόν προβλεπόμενη στο ασφαλιστήριο υποχρέωσή του να απευθυνθεί σε συγκεκριμένο πάροχο.
360. Μία ασφαλιστική επιχείρηση αναφέρει ότι «οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν διαθέτουν «εργαλεία/κίνητρα» για να κατευθύνουν τους ασφαλισμένους ασθενείς προς συγκεκριμένα συμβεβλημένα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα στην περίπτωση των λεγόμενων ασφαλιστικών προϊόντων «ανοικτού δικτύου» (σε αντίθεση με τα προϊόντα «κλειστού δικτύου» όπου η επιλογή του νοσοκομείου ή διαγνωστικού κέντρου είναι εξ ορισμού περιορισμένη), τα οποία αποτελούν και τα πιο δημοφιλή και προσοδοφόρα ασφαλιστικά προϊόντα. Αναλυτικότερα, στην ελληνική αγορά παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, οι καθοριστικοί παράγοντες που διαμορφώνουν την τελική επιλογή των ασφαλισμένων ασθενών ως προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα για την περίθαλψή τους, περιλαμβάνουν το υψηλό επίπεδο κατάρτισης, ικανότητας και εξειδίκευσης των σχετικών για την περίπτωση ιατρών, την ποιότητα των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και τη δυνατότητας εκτέλεσης περίπλοκων επεμβάσεων (π.χ. εμπειρία ιατρών, νοσοκομειακός εξοπλισμός, κ.α.), την τιμολόγηση των υπηρεσιών (στο βαθμό που αυτές δεν είναι καλυπτόμενες από το ασφαλιστικό προϊόν υγείας), τα παρεχόμενα οφέλη στους ασθενείς (π.χ. δωρεάν ή με μειωμένη χρέωση επισκέψεις σε γιατρούς και διαγνωστικές εξετάσεις/ιατρικές υπηρεσίες σε επείγοντα περιστατικά, δωρεάν ή με μειωμένη χρέωση προγραμματισμένες επισκέψεις σε γιατρούς και προγραμματισμένες διαγνωστικές εξετάσεις/ιατρικές υπηρεσίες, παροχές μητρότητας κ.α.), τη θέση του ιδιωτικού νοσοκομείου από άποψη προσβασιμότητας, καθώς και το κύρος και την καλή φήμη που περιβάλλουν το εκάστοτε νοσοκομείο».

361. Τέλος, περί του κατά πόσον υφίστανται ιδιωτικοί πάροχοι υγείας με τους οποίους οι ερωτηθέντες αποφεύγουν να συνάψουν σύμβαση συνεργασίας, σημαντικό μέρος των ασφαλιστικών απάντησε αρνητικά, ενώ όσοι απάντησαν θετικά ανέφεραν μεταξύ των λόγων για τους οποίους αποφεύγουν τη σύναψη συνεργασίας τυχόν έλλειψη των απαραίτητων πιστοποιήσεων και αδειών, τυχόν άρνηση κάποιας κλινικής να εφαρμόσει τις διαδικασίες και τους κανόνες που απαιτούνται για την πληρότητα του φακέλου ζημίας, τυχόν έλλειψη συμμόρφωσης με το κανονιστικό πλαίσιο καθώς και ζητήματα εμπορικής ελκυστικότητας, τυχόν έλλειψη της διασφάλισης του επιπέδου υπηρεσιών που απαιτούνται, την κακή προηγούμενη συνεργασία, την αδυναμία συμφωνίας στα τιμολόγια χρεώσεων ή στα μέτρα και στις διαδικασίες ελέγχου των περιστατικών, την ποιότητα των υπηρεσιών και την πρόσβαση του ασφαλισμένου σε αυτές, το κόστος και τη βιωσιμότητα των προγραμμάτων ασφάλισης, καθώς και την κακή φήμη του παρόχου.

2. Τρόπος συμφωνίας των όρων συνεργασίας – ο ρόλος των επιχειρήσεων διαχείρισης

362. Ένα πολύ μεγάλο μέρος των ασφαλιστών απάντησε ότι οι συμβάσεις συνεργασίας μεταξύ των επιχειρήσεων ασφάλισης υγείας και των παρόχων υπηρεσιών υγείας συνάπτονται μέσω επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών διαχείρισης, και όχι απευθείας με τους παρόχους. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι επιχειρήσεις αυτές που συνάπτουν συμβάσεις μέσω εταιρειών διαχείρισης κατά κύριο λόγο ανέφεραν την εταιρεία MEDNET, μάλιστα μία εκ των ασφαλιστικών ανέφερε ρητά στη σχετική της απάντηση ότι η MEDNET λειτουργεί για ένα σύνολο ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Αντιθέτως οι μεγαλύτερες ασφαλιστικές φαίνεται πως προβαίνουν οι ίδιες σε απευθείας συμβάσεις με τις κλινικές. Περαιτέρω, από τις απαντήσεις στην επιβεβαιώνεται ότι οι συμβάσεις συνεργασίας των ασφαλιστικών που χρησιμοποιούν τις ανωτέρω επιχειρήσεις διαχείρισης βασίζονται στις συμβάσεις – πρότυπα των τελευταίων. Η έρευνα για τις συναλλακτικές σχέσεις μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών, παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και διαχειριστών αναλύεται στην αμέσως επόμενη Ενότητα.
363. Ενόψει τούτου, 13 ασφαλιστικές επιχειρήσεις ερωτήθηκαν αναφορικά με τους νοσοκομειακούς παρόχους υπηρεσιών υγείας (ιδιωτικές κλινικές) με τους οποίους σύνηψαν ή διατηρούν ενεργή σύμβαση συνεργασίας, εντός του 2024, κατόπιν απευθείας διαπραγμάτευσης. Ακολούθως, ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες στην έρευνα να αναφέρουν τυχόν εταιρείες διαχείρισης οι οποίες λειτούργησαν ως διαμεσολαβητές σε συμβάσεις με νοσοκομειακούς παρόχους υγείας.
364. Από την έρευνα προκύπτει ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες προμηθεύονται, για τους ασφαλισμένους τους, δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας από κοινούς νοσοκομειακούς παρόχους υγείας. Επίσης, οι μικρότερες σε μέγεθος ασφαλιστικές εταιρείες συμβάλλονται με τους παρόχους μέσω των εταιρειών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, ενώ οι μεγαλύτερες διαπραγματεύονται απευθείας με τους παρόχους τους όρους συνεργασίας τους, όροι οι οποίοι μεταξύ άλλων προβλέπουν την χρησιμοποίηση των εταιρειών διαχείρισης για τον χειρισμό των αιτημάτων αποζημίωσης που υποβάλλουν οι πάροχοι. Αναλυτικά προκύπτουν τα ακόλουθα.
365. Όλες οι εταιρείες νοσοκομειακών ασφαλίσεων υγείας (13 εταιρείες) που συμμετείχαν στην έρευνα συμβάλλονται με τους μεγάλους (βάσει κύκλου εργασιών) νοσοκομειακούς παρόχους υπηρεσιών υγείας (αναφέρθηκαν οι HELLENIC HEALTHCARE, ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ, EUROMEDICA, ΙΑΣΩ και ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ).
366. Η πλειονότητα (9/13) των συμμετεχουσών στην έρευνα απάντησε ότι, για τη σύναψη των συμβάσεων με τους νοσοκομειακούς παρόχους, έλαβε υπηρεσίες διαμεσολάβησης. Μεταξύ αυτών, πέντε (5/13) ασφαλιστικές επιχειρήσεις βασίστηκαν αποκλειστικά σε εταιρείες διαχείρισης ενώ οι υπόλοιπες τέσσερις (4/13) διαπραγματεύτηκαν απευθείας με ορισμένους νοσοκομειακούς παρόχους ενώ για άλλους εκπροσωπήθηκαν από διαμεσολαβητές. Αντιθέτως, τέσσερις (4/13)

ασφαλιστικές εταιρείες συμφώνησαν τους αναφερόμενους στις συμβάσεις τους όρους απευθείας με τις συνεργαζόμενες ιδιωτικές κλινικές.

367. Όσον αφορά στις ασφαλιστικές οι οποίες διαπραγματεύονται απευθείας με τους νοσοκομειακούς παρόχους, προκύπτει ότι είναι κατά κανόνα οι μεγάλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις του κλάδου καθώς οι τέσσερις (4/13) εμφανίζονται να καλύπτουν το 2024 αθροιστικό μερίδιο της τάξεως του 77% (κατά μέσο όρο) της συνολικής ετήσιας παραγωγής ασφαλιστρών δευτεροβάθμιας υγείας της περιόδου 2021-2024. Από την άλλη, οι πέντε ασφαλιστικές (5/13) που στρέφονται αποκλειστικά σε εταιρείες διαμεσολάβησης εμφανίζονται ως επιχειρήσεις καλύπτουσες από κοινού το 6% των συνολικών ετησίων εσόδων από ασφαλιστήρια νοσοκομειακής περίθαλψης. Σε ό,τι αφορά τις υπόλοιπες τέσσερις (4/13) που συνάπτουν συμβάσεις τόσο απευθείας όσο και μέσω ενδιάμεσων/διαχειριστών, αυτές συνιστούν μεσαίου/μικρού μεγέθους εταιρείες, καθώς συγκεντρώνουν αθροιστικό μερίδιο που προσεγγίζει το 2024 το 16% των συνολικών ετησίων εσόδων του κλάδου. Στο θέμα αυτό, μία (1) ερωτώμενη εταιρεία επισήμανε ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση στις απευθείας διαπραγματεύσεις, ιδίως με νοσοκομειακούς παρόχους «με μεγάλο αριθμό περιστατικών στο χαρτοφυλάκιο της Εταιρείας».
368. Τέλος, σε ερώτηση αναφορικά με τις εταιρείες διαχείρισης από τις οποίες έλαβαν τέτοιες υπηρεσίες διαμεσολάβησης, η συντριπτική πλειοψηφία ανέφερε την εταιρεία MEDNET ενώ διαπιστώθηκαν μεμονωμένες αναφορές στις εταιρείες TCN, ALLIANZ PARTNERS, και HEALTH NET MANAGEMENT.
369. Σε συνάφεια προς τα ανωτέρω, εστάλησαν ερωτήματα σε δεκαέξι (16) παρόχους δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας προκειμένου να εξετάσει τον τρόπο συνεργασίας τους με τις ασφαλιστικές εταιρείες. Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις δεκατριών (13) νοσοκομειακών παρόχων, οι συμμετέχοντες στην έρευνα επιβεβαίωσαν σε σημαντικό βαθμό τις επισημάνσεις των ασφαλιστικών εταιρειών και ακολούθως προσκόμισαν επιπλέον στοιχεία αναφορικά με τις εταιρείες διαχείρισης καθώς και τις ασφαλιστικές εταιρείες που εκπροσώπησε η κάθε μία εξ αυτών.
370. Κατά πρώτον, οι νοσοκομειακοί πάροχοι επιβεβαίωσαν ότι διατηρούν συμβάσεις συνεργασίας με όλες ή με τις περισσότερες ασφαλιστικές εταιρείες που δραστηριοποιούνται στις αγορές νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων υγείας. Σε σχέση με τον τρόπο διαμόρφωσης των όρων των σχετικών συμβάσεων, διαπιστώθηκε ότι όλοι οι ερωτώμενοι νοσοκομειακοί πάροχοι προέβησαν σε απευθείας διαπραγματεύσεις με συγκεκριμένες τέσσερις (4) ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες συγκεντρώνουν τα 3/4 της συνολικής ετήσιας παραγωγής ασφαλιστρών υγείας για όλα τα έτη της εξεταζόμενης περιόδου (2021-2024), ήτοι τις ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, GENERALI, INTEPAMEPIKAN και NN.
371. Σε ό,τι αφορά τον τρόπο σύναψης συμβάσεων των νοσοκομειακών παρόχων του δείγματος με τις λοιπές ασφαλιστικές εταιρείες, λεκτέα είναι τα ακόλουθα: Δύο (2/13) πάροχοι υπηρεσιών υγείας αναφέρουν ότι δεν συμμετείχαν διαμεσολαβητές στη διαδικασία σύναψης σύμβασης με τις ασφαλιστικές εταιρείες, και προσκόμισαν ενεργές απευθείας συμβάσεις τόσο με τις προαναφερθείσες μεγάλες ασφαλιστικές όσο και με εταιρείες ασφαλείων μεσαίου/μικρού μεγέθους. Από την άλλη, έντεκα (11/13) πάροχοι του δείγματος, ανέφεραν ότι έχουν συνάψει συμβάσεις αορίστου χρόνου με εταιρείες διαχείρισης ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας αναφέροντας ακολούθως για ποιες εταιρείες μεσολάβησε κάθε μία εξ αυτών. Από την έρευνα δεν προέκυψε ότι οι διαχειριστές διαπραγματεύονται τιμολογιακούς ή άλλους εμπορικά ευαίσθητους όρους συμβάσεων με τους παρόχους υγείας.

3. Όροι συμβάσεων και ασφαλιστική κάλυψη

372. Ως προς τα κριτήρια με τα οποία διαμορφώνονται οι όροι των συμβάσεων, στο πλαίσιο της διαπραγμάτευσης αναφέρονται μεταξύ άλλων το κόστος ιατρικών πράξεων, το εύρος και η ποιότητα των υπηρεσιών, λαμβάνεται υπόψη ο όγκος των περιστατικών, το συνολικό ποσό που καταβάλλεται και τυχόν προνόμια και εκπτώσεις, το μέγεθος και η ελκυστικότητα του παρόχου, το πλήθος των ασφαλιστηρίων της κάθε ασφαλιστικής κ.α.
373. Περαιτέρω, αποτελεί κοινή διαπίστωση σχεδόν όλων των ερωτηθέντων ότι η αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζει το κόστος ασφάλισης υγείας καθώς και την ποιότητα των υπηρεσιών. Όσο πιο κλειστή ή ολιγοπωλιακή καθίσταται η αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας οι ασφαλιστές, ιδίως οι μικρότεροι, περιέρχονται σε χειρότερη θέση, η δε αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας αυξάνει το ασφάλιστρο κινδύνου (καθαρό ασφάλιστρο), το οποίο με τη σειρά του οδηγεί και σε αύξηση του μεικτού ασφαλίστρου. Περαιτέρω μία ασφαλιστική επισήμανε και το ενδεχόμενο κάποιοι ασφαλιστές να απολαμβάνουν προνομιακών τιμών όταν ανήκουν στον ίδιο όμιλο με τον πάροχο υγείας. Αντίστοιχα η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επιδρά άμεσα στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους. Τα ζητήματα της σχέσης μεταξύ κοστολόγησης των υπηρεσιών υγείας και ύψους ασφαλίστρων εξετάζονται αναλυτικότερα στο Κεφάλαιο 3 της παρούσας.
374. Αναφορικά με τον τρόπο καταβολής των ασφαλιστικών αποζημιώσεων, ως προς τις περιπτώσεις που υφίσταται σύμβαση συνεργασίας ασφαλιστικής και παρόχου υγείας, από τις απαντήσεις συνάγεται ότι ο κανόνας είναι η καταβολή του συνολικού ποσού στην κλινική και μόνο κατ' εξαίρεση αναφέρεται ότι μπορεί να γίνει καταβολή της αμοιβής του ιατρού απευθείας στον τελευταίο.
375. Ως προς τον τρόπο λειτουργίας της ασφαλιστικής κάλυψης σε περίπτωση όπου ένας ασθενής διαθέτει ασφαλιστήρια υγείας σε δύο διαφορετικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις, από τις απαντήσεις των ασφαλιστικών προκύπτει ότι οι καλύψεις λειτουργούν συνδυαστικά / συμπληρωματικά με τον ασθενή να επιλέγει ποια εταιρεία θα χρησιμοποιήσει πρώτη. Είναι σαφές ότι η ύπαρξη δύο παράλληλων ασφαλιστικών προγραμμάτων ευνοεί τον ασθενή σε περίπτωση νοσηλείας, ο οποίος ωστόσο από την άλλη πλευρά καλείται να καταβάλει ασφάλιστρα για δύο προγράμματα.

IX. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

IX.1. Εισαγωγή

376. Τα ευρήματα ανέδειξαν τη σημασία των επιχειρήσεων διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας (health insurance management services) ως συνδεδετικού κρίκου στις συναλλακτικές σχέσεις μεταξύ ιδιωτικών παρόχων υγείας και ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Πράγματι, η έκταση της συμμετοχής τους στο παραγωγικό και οικονομικό κύκλωμα είναι μεγάλη – ενδεικτικά αναφέρεται ότι, οι δύο μεγαλύτερες εξ αυτών, MEDNET και ACCURATE αθροιστικά διαχειρίστηκαν, ελεγκτικά και γνωμοδοτικά, την διετία 2023-2024 περί του 80%-85% ετησίως της αξίας των αποζημιώσεων που καταβλήθηκαν από τις ασφαλιστικές εταιρείες προς νοσοκομειακούς παρόχους.
377. Διερευνήθηκαν περαιτέρω οι δραστηριότητες των παρόχων υπηρεσιών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, τη μετοχική τους σύνθεση, το ρόλο που αυτοί διαδραματίζουν ως ενδιάμεσοι στις σχέσεις μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και παρόχων υπηρεσιών υγείας, τις εταιρείες που θεωρούν ως ανταγωνιστές τους και διατύπωσαν τις απόψεις τους σε σχέση με την αγορά ιδιωτικής

ασφάλισης υγείας καθώς και την ύπαρξη τυχόν εμποδίων εισόδου σε αυτή. Για τους σκοπούς αυτούς, στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε τέσσερις (4) επιχειρήσεις του ευρύτερου κλάδου διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας από τις οποίες απάντησαν οι τρεις (3).

IX.2. Παρεχόμενες υπηρεσίες

378. Οι εταιρείες διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας παρέχουν στις ασφαλιστικές εταιρείες υπηρεσίες διαχείρισης, ελέγχου και λοιπών υποστηρικτικών/συμβουλευτικών υπηρεσιών σε σχέση με ασφαλίσεις ασθενείας και ατυχημάτων και την κάλυψη του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Βασικές δραστηριότητες που αναπτύσσουν είναι οι ακόλουθες: υποδέχονται τα αιτήματα ασφαλιστικής κάλυψης περιστατικού και αποζημίωσης που υποβάλλουν οι πάροχοι υγείας προς τις ασφαλιστικές εταιρείες, διενεργούν ιατρικής φύσεως ελέγχους (διατηρούν ιατρείο στους χώρους των κλινικών) για να πιστοποιηθεί η αναγκαιότητα και καταλληλότητα των σχεδιαζόμενων να προσφερθούν υπηρεσίες υγείας στον ασφαλισμένο (π.χ. ελέγχουν την αιτία της εισαγωγής, τη διάρκεια της νοσηλείας, τις εξετάσεις και τις ιατρικές διαδικασίες που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών υγείας), ελέγχουν τα τιμολόγια που εκδίδουν οι πάροχοι και τις σχετικές χρεώσεις και γνωμοδοτούν προς την ασφαλιστική εταιρεία για το αν και σε ποιο βαθμό πρέπει αυτές να γίνουν αποδεκτές προς καταβολή από την ασφαλιστική εταιρεία. Παράλληλα, ενημερώνουν την ασφαλιστική εταιρεία για τυχόν μη αναγκαίες νοσηλείες, για τυχόν μη απαραίτητη παράταση νοσηλείων και για τη διενέργεια τυχόν περιττών εξετάσεων και ιατρικών πράξεων κατά τη διάρκεια των νοσηλείων.
379. Οι ως άνω δραστηριότητες των εταιρειών διαχείρισης υπάγονται στις διατάξεις του νόμου περί ανωνύμων εταιρειών²⁸⁹. Αφορούν την κατ' επάγγελμα διαχείριση των αξιώσεων μιας ασφαλιστικής ή αντασφαλιστικής επιχείρησης, και εξαιρούνται από το πεδίο εφαρμογής του ν. 4583/2018 καθώς δεν συγκαταλέγονται στις δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών ή αντασφαλιστικών προϊόντων²⁹⁰. Συνεπεία των ανωτέρω οι εταιρείες διαχείρισης δεν αποτελούν διανομείς (διαμεσολαβητές) ασφαλιστικών προϊόντων, πράγμα εξάλλου που δηλώνουν και οι ίδιες²⁹¹, και άρα δεν υπάγονται στην εποπτεία της ΤτΕ²⁹².

IX.3. Ανταγωνιστές, μέγεθος και συγκέντρωση της αγοράς

380. Οι εταιρείες διαχείρισης προσκόμισαν ερωτήθηκαν σχετικά με τους ανταγωνιστές τους. Από τις απαντήσεις τους, προέκυψε ότι και οι τρεις (3) ερωτώμενες ανέφεραν ως ανταγωνίστρια την εταιρεία με την επωνυμία ΜΕΡΙΜΝΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ και δ.τ. HEALTHWATCH S.A. Δύο από τις ερωτώμενες ανέφεραν ως ανταγωνίστριές τους τις εταιρείες TOTAL CARE NETWORK (TCN) και EXPERT OPINION S.A., ενώ οι εταιρείες MEDNET, ACCURATE, εταιρείες CALL NET, NEXT CARE και AWP BROKERS AND SERVICES

²⁸⁹ Βλ. ν. 4548 (ΦΕΚ Α 104/13.6.2018) Αναμόρφωση του δικαίου των ανωνύμων εταιρειών, στον οποίο υπάγονται οι ερωτηθείσες εταιρείες στο πλαίσιο της κλαδικής έρευνας, όπως περιγράφονται παρακάτω. Σε περίπτωση που έχουν άλλη νομική μορφή (όπως ομόρρυθμη ή ετερόρρυθμη εταιρεία) εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 4072/2012 ΦΕΚ Α'86/11.4.2012 Βελτίωση επιχειρηματικού περιβάλλοντος - Νέα εταιρική μορφή - Σήματα - Μεσίτες Ακινήτων - Ρύθμιση θεμάτων ναυτιλίας, λιμένων και αλιείας και άλλες διατάξεις.

²⁹⁰ Βλ. άρθρο 1 παρ. 2 εδ. β) ν. 4583/2018 (ΦΕΚ Α 212/18.12.2018) « Κατάργηση των διατάξεων περί μείωσης των συντάξεων, ενσωμάτωση στην Ελληνική Νομοθεσία της Οδηγίας 2016/97/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιανουαρίου 2016 σχετικά με τη διανομή ασφαλιστικών προϊόντων και άλλες διατάξεις».

²⁹¹ Οι εταιρείες αναφέρουν ότι δεν δραστηριοποιούνται ως ασφαλιστικοί πράκτορες, συντονιστές ασφαλιστικών πρακτόρων ή μεσίτες ασφαλίσεων.

²⁹² Οι διανομείς ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών προϊόντων υπάγονται στην εποπτεία της ΤτΕ, βλ. άρθρο 6 ν. 4583/2018.

HELLAS A.E (MONDIAL ASSISTANCE) καταγράφηκαν μία μόνο φορά ως ανταγωνίστριες των τριών εταιρειών.

381. Από την έρευνα προκύπτει ότι **οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται ως διαχειριστές ασφαλιστικών προϊόντων υγείας στη χώρα μας είναι ολιγάριθμες**. Εκτός από τις τρεις εταιρείες του δείγματος (MEDNET, ACCURATE, HEALTHNET), δύο μόνο ακόμη φαίνεται ότι έχουν την διαχείριση ασφαλιστικών προϊόντων υγείας ως κύρια δραστηριότητά τους (η HEALWATCH και ο όμιλος EXPERT OPINION-TCN), ενώ τέτοιου είδους υπηρεσίες φαίνεται ότι προσφέρει, παράλληλα με άλλες υπηρεσίες, μία ακόμη εταιρεία (MONDIAL ASSISTANCE).
382. Η εξέλιξη του κύκλου εργασιών των πέντε εταιρειών MEDNET, ACCURATE, HEALTH NET, EXPERT OPINION-TCN και HEALTHWATCH βάσει των δημοσιευμένων οικονομικών καταστάσεων τους έχει ως ακολούθως.

Πίνακας 30: Εταιρείες Διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας – Κύκλοι Εργασιών

Κύκλος Εργασιών .000 ευρώ	2019	2020	2021	2022	2023
MEDNET	6.422	6.143	6.729	7.244	7.183
ACCURATE	2.960	2.669	2.750	3.073	4.698
HEALTHWATCH	1.242	850	810	1.270	1.621
HEALTHNET	654	673	650	727	862
TCN/EXPERT OPINION	807	690	706	735	685
ΣΥΝΟΛΟ	12.085	11.025	11.645	13.049	15.049
% Δ		-8,8%	5,6%	12,1%	15,3%

Πηγή: Δημόσιες οικονομικές καταστάσεις εταιρειών

383. Από τον ανωτέρω πίνακα, προκύπτει μείωση του συνολικού κύκλου εργασιών την περίοδο της πανδημίας covid-19 (-8,8%) και ανάκαμψη την επόμενη τριετία με ανοδική πορεία του ρυθμού αύξησης. Σημειώνεται ο μικρός κύκλος εργασιών των εταιρειών αυτών (μόνο δύο ξεπερνούν το 1 εκ ευρώ ετησίως, και καμία τα 10 εκ ευρώ), σε αντίστιξη με τις απαιτήσεις αποζημιώσεων που διαχειρίζονται, οι οποίες, ενδεικτικά, για τις δύο μεγαλύτερες εταιρείες αθροιστικά, το 2023 ανήλθαν (προ απορρίψεων) σε περίπου 573 εκ ευρώ και το 2024 σε περίπου 655 εκ ευρώ.

Επιπλέον, από τους ανωτέρω κύκλους εργασιών προκύπτει η σημαντική θέση που κατέχουν οι δύο μεγαλύτερες εταιρείες MEDNET και ACCURATE. Σε αυτό το πλαίσιο, ένας έτερος νοσοκομειακός πάροχος υποστηρίζει ότι αγορά των ελεγκτικών εταιρειών ή εταιρειών ασφαλιστικής διαμεσολάβησης, οι οποίες είναι επιφορτισμένες με την εκπροσώπηση των ασφαλιστικών εταιρειών, παρουσιάζει υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, γεγονός που αυξάνει έτι περαιτέρω τη διαπραγματευτική δύναμη των ασφαλιστικών εταιρειών καθώς και ότι «η συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλιστικών εταιρειών εκπροσωπείται σήμερα από περιορισμένο αριθμό ελεγκτικών εταιρειών [ενν. εταιρειών διαχείρισης], ως εκ τούτου η οικεία αγορά λειτουργεί στην πράξη σε συνθήκες ολιγοπωλίου ή δυοπωλίου».

Πίνακας 31: Κατάταξη Εταιρειών Διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας (βάσει συνολικού κύκλου εργασιών)

Επωνυμία	2019	2020	2021	2022	2023
MEDNET	53,1%	55,7%	57,8%	55,5%	47,7%
ACCURATE	24,5%	24,2%	23,6%	23,5%	31,2%
HEALTHWATCH	10,3%	7,7%	7,0%	9,7%	10,8%
HEALTHNET	5,4%	6,1%	5,6%	5,6%	5,7%
TCN /EXPERT OPINION	6,7%	6,3%	6,1%	5,6%	4,6%
Σύνολο	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Επωνυμία	2019	2020	2021	2022	2023
Δείκτης HHI	3.603	3.827	4.013	3.794	3.422

384. Αναφορικά με την εξέλιξη της κερδοφορίας των εν λόγω εταιρειών, σε όρους κερδών προ φόρων και τόκων ως ποσοστό του κύκλου εργασιών (% EBIT) προκύπτει η ακόλουθη εικόνα.

Πίνακας 32: Κέρδη προ φόρων και τόκων ως ποσοστό του κύκλου εργασιών (% EBIT) εταιρειών διαχείρισης

	2019	2020	2021	2022	2023
MEDNET	2,1%	-1,8%	6,1%	5,9%	2,8%
ACCURATE	27,9%	31,3%	37,3%	26,1%	31,9%
HEALTHWATCH	16,8%	7,9%	9,9%	26,1%	20,5%
HEALTHNET	12,2%	13,7%	7,2%	2,6%	13,3%
TCN + EXPERT OPINION	0,3%	3,3%	-4,3%	13,4%	2,2%

Πηγή: Δημόσιες οικονομικές καταστάσεις εταιρειών

IX.3.1. Βασικοί ανταγωνιστές

1. MENTNET ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΜΠΟΡΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

385. Η MEDNET, δραστηριοποιείται στην παροχή υπηρεσιών διαχείρισης, ιατροασφαλιστικού ελέγχου και λοιπών υποστηρικτικών/συμβουλευτικών υπηρεσιών σε σχέση με ασφαλίσεις ασθενείας και ατυχημάτων και την κάλυψη του κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τη διενέργεια ιατροασφαλιστικού ελέγχου, έχει παρουσία σε συνολικά 14 Νοσοκομεία της Αθήνας, της Θεσσαλονίκης, με λειτουργία σταθερού γραφείου («ιατρείου») με μόνιμο προσωπικό, ενώ διενεργεί ελέγχους σε επιπλέον 30 νοσοκομεία μέσω κινητών μονάδων. Η εταιρεία διευκρινίζει ότι δεν δραστηριοποιείται ως ασφαλιστικός πράκτορας, συντονιστής ασφαλιστικών πρακτόρων ή μεσίτης ασφαλίσεων.

Η εν λόγω εταιρεία ανήκει στον όμιλο εταιρειών Munich Re, με κεντρική μητρική οντότητα τη γερμανική αντασφαλιστική εταιρεία Münchener Rückversicherungs Gesellschaft Aktiengesellschaft in Munchen (στο εξής “MRM”), με έδρα στο Μόναχο Γερμανίας.

386. Άλλες εταιρείες του Ομίλου Munich Re με έδρα στην Ελλάδα είναι η ασφαλιστική επιχείρηση ERGO ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε. και η εταιρεία Munich Re HealthTech Ανώνυμη Εταιρεία Α.Ε.

2. ACCURATE HEALTH AUDITING AND CONSULTING ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΥ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

387. Η ACCURATE εξειδικεύεται στην παροχή ανεξάρτητων ελεγκτικών υπηρεσιών (Medical Case Management, Clinical Audit & Medical Bill Audit) προς Ασφαλιστικές Εταιρείες & Οργανισμούς, σε ότι αφορά τις νοσηλείες ασφαλισμένων τους σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία και συγκεκριμένα τον έλεγχο της ποιότητας και τα οικονομικά δεδομένα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την εταιρεία, οι εν λόγω υπηρεσίες έχουν στόχο να εξασφαλίσουν ιατρικώς τεκμηριωμένη νοσηλεία για τον ασφαλισμένο, αποφυγή της προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας και περιστολή των δαπανών περίθαλψης και διάγνωσης. Στο πλαίσιο αυτό η εταιρεία δύναται να προτείνει άρνηση πληρωμής εκ μέρους της ασφαλιστικής εταιρείας, είτε ολόκληρης της νοσηλείας, είτε μέρους αυτής (με τη μορφή άρνησης πληρωμής ημερών νοσηλείας, ιατρικών εξετάσεων ή και πράξεων). Επιπλέον, η εταιρεία παρέχει συμβουλευτικές υπηρεσίες κυρίως σε ασφαλιστικές εταιρείες και οργανισμούς αλλά και σε λοιπές εταιρείες του κλάδου παροχής

υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα διευκρινίζει ότι δεν δραστηριοποιείται ως ασφαλιστικός πράκτορας, συντονιστής ασφαλιστικών πρακτόρων ή μεσίτης ασφαλίσεων.

388. Όπως αναφέρει η εταιρεία, δεν έχει απευθείας συμβάσεις συνεργασίας με τα νοσοκομεία, αλλά λειτουργεί με βάση τις συμβάσεις των ασφαλιστικών εταιρειών με τα νοσοκομεία, από τις οποίες απορρέει η υποχρέωση των νοσοκομείων να παραχωρείται στην εταιρεία χώρος μέσα στα νοσοκομεία, να της στέλνουν τα περιστατικά για έλεγχο και να λαμβάνουν τη γνώμη της και να τοποθετούνται επί αυτής.
389. Με εξαίρεση τη MEDNET, με βάση τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας σε καμία από τις τρεις ανωτέρω επιχειρήσεις δεν συμμετέχει άμεσα ή έμμεσα ασφαλιστική επιχείρηση ή μητρική ασφαλιστικής επιχείρησης με ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%) και άνω των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου των ερωτώμενων εταιρειών .
390. Επιπλέον, καμία από τις συμμετέχουσες στην έρευνα εταιρείες δεν κατέχει οποιαδήποτε άμεση ή έμμεση συμμετοχή σε ασφαλιστική επιχείρηση η οποία να φθάνει ή να υπερβαίνει ποσοστό δέκα τοις εκατό (10%) των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου της.

3. HEALTH NET MANAGEMENT A.E.

391. Η HEALTH NET MANAGEMENT ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ παρέχει τις ακόλουθες υπηρεσίες (α) τηλεφωνική υποστήριξη συνδρομητών και ασφαλισμένων, που ανήκουν σε προγράμματα υγείας και μη, καθώς και παροχή υπηρεσιών οικονομικής διαχείρισης υπηρεσιών υγείας και μη, για λογαριασμό των πελατών της εταιρίας (οργανισμοί, σωματεία, εμπορικές και ασφαλιστικές εταιρείες), (β) δημιουργία προγραμμάτων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και μη, για λογαριασμό οργανισμών - σωματείων - εμπορικών εταιριών - ασφαλιστικών εταιρειών, (γ) συνεργασία (σύναψη συμφωνητικών συνεργασίας) με ιατρικούς και μη παρόχους για την υποστήριξη και προώθηση των προϊόντων των ανωτέρω, (δ) λειτουργία της ως εμπορικού αντιπροσώπου που μεσολαβεί στη πώληση διαφόρων ειδών και υπηρεσιών (προϊόντα και υπηρεσίες στο χώρο της Θεραπευτικής - φυσικής - ψυχολογικής και κοινωνικής υγείας). Στο πλαίσιο της δραστηριοποίησής της, παρέχει δίκτυο γιατρών με τις ειδικότητες, παθολόγου, καρδιολόγου, ορθοπαιδικού με σκοπό να εξυπηρετεί τις ασφαλιστικές εταιρείες για περιστατικά που χρήζουν είτε προ-ασφαλιστικού ελέγχου, είτε ιατρικής πραγματογνωμοσύνης. Η εταιρεία αναφέρει ακόμη ότι συνάπτει συμβάσεις με νοσοκομειακούς παρόχους, έτσι ώστε να εξυπηρετεί στους εν λόγω παρόχους τους ασφαλισμένους των εταιρειών με τις οποίες συνεργάζεται. Πιο συγκεκριμένα, προγραμματίζει τα ιατρικά ραντεβού των ασφαλισμένων που εξυπηρετεί στους νοσοκομειακούς παρόχους της επιλογής τους, ανάλογα με την τοποθεσία του παρόχου και των προνομιών/καλύψεων που απαιτούνται βάσει του ασφαλιστηρίου συμβολαίου τους. Η εταιρεία διευκρινίζει ότι δεν δραστηριοποιείται ως ασφαλιστικός πράκτορας, συντονιστής ασφαλιστικών πρακτόρων ή μεσίτης ασφαλίσεων.

IX.4. Διαμόρφωση συναλλακτικών σχέσεων

IX.4.1. Σχέσεις εταιρειών διαχείρισης και ασφαλιστικών εταιρειών

392. Οι εταιρείες διαχείρισης συνάπτουν συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες και διαχειρίζονται τις ασφαλιστικές περιπτώσεις-αποζημιώσεις που ορίζονται με τη σύμβαση, παρέχοντας ελεγκτικές και συμβουλευτικές υπηρεσίες σε αυτές. Συνεπώς, οι εταιρείες διαχείρισης αποτελούν προμηθευτές και οι ασφαλιστικές εταιρείες αγοραστές υπηρεσιών διαχείρισης. Στόχος και υποχρέωση της διαχειρίστριας εταιρείας είναι να διασφαλίζει στην ασφαλιστική εταιρία τη δυνατότητα λήψης τεκμηριωμένης και δίκαιης, ως προς τον καθορισμό ευθύνης της, απόφασης αναδεικνύοντας τις μη αναγκαίες νοσηλείες, τη μη απαραίτητη παράταση των νοσηλείων και τη διενέργεια περιττών εξετάσεων και ιατρικών πράξεων κατά τη διάρκεια των νοσηλείων. Η αμοιβή

της α) καθορίζεται είτε ως αμοιβή ανά μέλος είτε ως αμοιβή ανά περιστατικό που ελέγχεται (π.χ. ACCURATE και MEDNET), και β) συμφωνείται είτε ενιαία αμοιβή για όλες τις υπηρεσίες ή επιμερίζεται αυτή ανά είδος της υπηρεσίας (π.χ. gatekeeping, full service, τηλεφωνικό κέντρο) ή/και ανά είδος εξυπηρετούμενου ασφαλιστικού προϊόντος (π.χ. ατομική ή ομαδική ασφάλιση). ή/και ανά είδος εξυπηρετούμενου ασφαλιστικού προϊόντος (π.χ. ατομική ή ομαδική ασφάλιση). Κατ' ουσίαν, οι εταιρείες ασφάλισης εξωπορίζουν τον έλεγχο (gatekeeping) και διαχείριση των ασφαλιστικών περιπτώσεων-αποζημιώσεων στους τρίτους διαχειριστές.

393. Στο πλαίσιο αυτό, η ασφαλιστική εταιρεία αναθέτει στην διαχειρίστρια εταιρία την οργάνωση και λειτουργία γραφείου-ιατρείου προνοσηλευτικού και νοσηλευτικού ελέγχου στις εγκαταστάσεις νοσοκομειακών παρόχων με τους οποίους έχει συμβληθεί²⁹³. Σκοπός της λειτουργίας του εν λόγω γραφείου είναι η διενέργεια ιατρικού προνοσηλευτικού ελέγχου των ασφαλισμένων (εσωτερικοί ή εξωτερικοί ασθενείς), η παρακολούθηση της εξέλιξης της νοσηλείας και των παρακλινικών εξετάσεων των ασφαλισμένων, ο έλεγχος των χρεώσεων των νοσηλευτηρίων καθώς και η παροχή ελεγκτικών και συμβουλευτικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας των ασφαλισμένων της ασφαλιστικής εταιρίας και τον έλεγχο του κόστους. Ειδικότερα, υποχρέωση του προσωπικού του ιατρείου είναι να ενημερώνεται σχετικά με τα περιστατικά ασφαλισμένων της ασφαλιστικής εταιρείας, να προβαίνει σε έλεγχο των περιστατικών αυτών και να παρέχει στην ασφαλιστική εταιρεία επιστημονικά τεκμηριωμένες γνωματεύσεις. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας των ασθενών, το προσωπικό του ιατρείου παρακολουθεί την πορεία της νοσηλείας και να ενημερώνει την ασφαλιστική εταιρία τόσο για την εξέλιξη της νοσηλείας όσο και για το είδος και το πλήθος των εξετάσεων που διενεργούνται αλλά και την αναγκαιότητα παρακολούθησης και συμπαρακολούθησης από πάσης φύσεως ειδικότητες ιατρών των εκάστοτε περιστατικών. Για τη στελέχωση των ιατρείων, οι εταιρείες διαχείρισης συνεργάζονται με ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων. Σε γενικές γραμμές οι εταιρείες διαχείρισης αξιολογούν αν πρέπει να παρασχεθεί ασφαλιστική κάλυψη από τις άνω ασφαλιστικές εταιρείες σε ασφαλισμένους τους για τις υπηρεσίες υγείας που έχουν λάβει από νοσοκομειακούς παρόχους, εξετάζοντας την αιτία της εισαγωγής, τη διάρκεια της νοσηλείας, τις εξετάσεις και τις ιατρικές διαδικασίες που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, ενημερώνουν την ασφαλιστική εταιρεία για τυχόν μη αναγκαίες νοσηλείες, για τυχόν μη απαραίτητη παράταση νοσηλείων και για τη διενέργεια τυχόν περιττών εξετάσεων και ιατρικών πράξεων κατά τη διάρκεια των νοσηλείων, και γνωμοδοτούν αναφορικά με την έγκριση ή απόρριψη μέρους ή συνόλου ενός αιτήματος αποζημίωσης.
394. Το σύνολο των επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών διαχείρισης που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσε ότι συνεργάζεται με ασφαλιστικές εταιρείες δυνάμει συμβάσεων που διατηρεί με αυτές και κατονόμασε τις συνεργαζόμενες ασφαλιστικές. Μεταξύ των απαντήσεων οι εταιρείες διαχείρισης ανέφεραν και υποκαταστήματα στην Ελλάδα ασφαλιστικών εταιρειών του εξωτερικού, ή και ονόματα ασφαλιστικών εταιρειών που πλέον έχουν απορροφηθεί από άλλες, αλλά τα χαρτοφυλάκιά τους εξακολουθούν να φέρουν το παλαιό όνομα. Μία εταιρεία διαχείρισης έχει συμβληθεί και με ταμεία ασφαλισμένων από τον κλάδο των τραπεζών (ΤΥΠΕΤ, Α.Τ.Π.Σ.Υ. ΤΡΑΠΕΖΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ).
395. Από τις απαντήσεις προκύπτει ότι οι 12 εκ των 13 ασφαλιστικών εταιρειών του δείγματος της έρευνας που προσφέρουν νοσοκομειακά προγράμματα υγείας συνεργάζονται με τουλάχιστον μία εταιρεία διαχείρισης, ενώ εννέα εξ αυτών διατηρούν συνεργασία με δύο εταιρείες διαχείρισης (καμία εκ των ασφαλιστικών εταιρειών δεν διατηρεί συμβασιολογημένη συνεργασία και με τις τρεις εταιρείες διαχείρισης του δείγματος). Από την έρευνα παρατηρήθηκε ότι η εταιρεία που εξειδικεύεται ως ανεξάρτητος ιατρικός ελεγκτής συνεργάζεται μόνο με τις μεγαλύτερες (βάσει

²⁹³ Όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των εταιρειών της έρευνας της υπηρεσίας και τις σχετικές προσκομισθείσες συμβάσεις – πρότυπο.

μεριδίων αγοράς) ασφαλιστικές εταιρείες του κλάδου νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων υγείας. Παράλληλα, ορισμένες από τις προαναφερόμενες ασφαλιστικές διατηρούν ταυτόχρονα συμβάσεις με ακόμα μία (1) συμμετέχουσα η οποία παρέχει ολοκληρωμένες υπηρεσίες διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας. Στην τελευταία αυτή περίπτωση, ενδιαφέρον παρουσίασε η διαπίστωση ότι οι περισσότερες μεσαίες/μικρές (βάσει μεριδίων αγοράς) ασφαλιστικές επιχειρήσεις νοσοκομειακής ασφάλισης υγείας διατηρούν συμβάσεις με τη συγκεκριμένη εταιρεία, χωρίς πάντως να παρέχονται περισσότερα στοιχεία για τις επιμέρους υπηρεσίες που συνομολογήθηκαν κατά περίπτωση.

396. Οι εταιρείες διαχείρισης ερωτήθηκαν επίσης εάν χρησιμοποιούν την ίδια ή διαφορετική σύμβαση-πρότυπο με κάθε ασφαλιστική εταιρεία, ενώ παράλληλα τους ζητήθηκε να περιγράψουν συνοπτικά τα σημεία των συμβάσεων που εμφανίζουν αποκλίσεις (πχ η συμβατική διάρκεια, αποκλειστική ή μη αποκλειστική συνεργασία κ.λ.π.). Μία εξ αυτών απάντησε ότι, όταν η ασφαλιστική εταιρεία το ζητά, χρησιμοποιείται το σχέδιο που έχει εκπονηθεί από την ίδια, το οποίο διαμορφώνεται βάσει των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν και της αρχικής εμπορικής συμφωνίας των μερών και λαμβάνει την τελική του μορφή στο πλαίσιο της διαπραγμάτευσης με την κάθε ασφαλιστική επιχείρηση. Η εν λόγω εταιρεία απάντησε επίσης ότι οι συμβάσεις με τις ασφαλιστικές εταιρείες διαφοροποιούνται μεταξύ τους σε σημεία, όπως: α) αντικείμενο²⁹⁴, β) αμοιβή, γ) Service Levels (SLAs), τα οποία διαμορφώνονται βάσει του είδους των υπηρεσιών και των απαιτήσεων των ασφαλιστικών επιχειρήσεων δ) διάρκεια: αορίστου χρόνου ή ορισμένου (με διάρκεια έως 3 έτη, με ή χωρίς πρόβλεψη αυτόματης ανανέωσης), ε) Κανονιστική συμμόρφωση, ασφάλεια πληροφοριών, εμπιστευτικότητα, επεξεργασία προσωπικών δεδομένων, στ) ευθύνη: σε άλλες συμβάσεις δεν υπάρχουν προβλέψεις περιορισμού-αποκλεισμού ευθύνης, ενώ σε άλλες υπάρχουν, ζ) επίλυση διαφορών: διαιτησία ή δικαστήρια, και η) διαδικασίες ή/και τα στάδια διαχείρισης που συμφωνούνται, οι οποίες διαφοροποιούνται αναλόγως των επιχειρησιακών απαιτήσεων και των εσωτερικών πολιτικών κάθε ασφαλιστικής επιχείρησης, της διάρθρωσης των ασφαλιστικών προϊόντων και των χρησιμοποιούμενων πληροφορικών συστημάτων: Η ίδια εταιρεία επεσήμανε επίσης ότι στη πορεία εξέλιξης της κάθε συμβατικής σχέσης συμφωνούνται τροποποιήσεις. Αυτές συνήθως αφορούν σε αυξομείωση της αμοιβής, προσθαφαίρεση υπηρεσιών, προσθαφαίρεση ασφαλιστικών προϊόντων ως προς τα οποία παρέχονται υπηρεσίες, προσθαφαίρεση των νοσοκομείων ως προς τα οποία παρέχονται οι υπηρεσίες, τροποποίηση διατάξεων για την κανονιστική συμμόρφωση, εισαγωγή νέων διαδικασιών. Μία έτερη εταιρεία ανέφερε ότι προτείνει στις ασφαλιστικές εταιρείες ένα βασικό πρότυπο καθώς και ότι σε μερικές περιπτώσεις, όταν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στις υπηρεσίες που θέλει ο πελάτης ή τις διαδικασίες που χρησιμοποιεί, τότε συντάσσεται από την ασφαλιστική εταιρεία η σύμβαση με την ενσωμάτωση συγκεκριμένων όρων και απαιτήσεων. Μία εξ αυτών ανέφερε ότι ακολουθεί το ίδιο πλαίσιο προτύπου σύμβασης με το σύνολο των ασφαλιστικών εταιρειών και ότι οι συμβάσεις που συνάπτει διαφοροποιούνται συνήθως στο σημείο που αναφέρονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες και στο σημείο που αναφέρονται οι οικονομικοί όροι.
397. Τέλος, ζητήθηκε από τις εταιρείες διαχείρισης να αναφέρουν εάν οι ασφαλιστικές εταιρείες με τις οποίες συνεργάζονται έχουν συνάψει συμφωνίες για την από κοινού χρήση των υπηρεσιών τους. Στο θέμα αυτό, δύο εκ των τριών εταιρειών απάντησαν αρνητικά. Η τρίτη δεν έδωσε σαφή απάντηση και ανέφερε ότι το σύνολο των ασφαλιστικών εταιρειών με τις οποίες συνεργάζεται «χρησιμοποιεί παρόμοιες ή και ίδιες υπηρεσίες που προσφέρει η εταιρεία μας».

²⁹⁴ Εφόσον διαφοροποιούνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες, με κύρια διάκριση εκείνη μεταξύ του «gatekeeping» και του «full service».

ΙΧ.4.2. Σχέσεις εταιρειών διαχείρισης – νοσοκομειακών παρόχων

398. Δεν υφίσταται σχέση προμηθευτή-πελάτη μεταξύ επιχείρησης διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων και νοσοκομειακού παρόχου. Η συνεργασία μεταξύ των εταιρειών διαχείρισης και των νοσοκομειακών παρόχων είτε ρυθμίζεται μέσω συμβάσεως που συνάπτει απευθείας η εταιρεία διαχείρισης με τους νοσοκομειακούς παρόχους²⁹⁵ ενεργώντας στο όνομα και για λογαριασμό της ασφαλιστικής εταιρείας (πελάτη της) είτε περιγράφεται στη σύμβαση μεταξύ της ασφαλιστικής εταιρείας και του νοσοκομειακού παρόχου.
399. Δυνάμει των συμβάσεων αυτών διαμορφώνονται οι διαδικασίες κάλυψης του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών και προϊόντων υγείας στους ασφαλισμένους των ασφαλιστικών εταιρειών με τις οποίες έχει συμβληθεί η εν λόγω εταιρεία διαχείρισης. Στο πλαίσιο των συμβάσεων αυτών, η διαχειρίστρια εταιρεία παρακολουθεί την παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ασφαλισμένο με στόχο να εκτιμήσει αν πρέπει να του παρασχεθεί ασφαλιστική κάλυψη ή όχι, ιδίως όσον αφορά στην αιτία της εισαγωγής, στη διάρκεια της νοσηλείας, στις εξετάσεις και στις ιατρικές διαδικασίες που ακολουθούνται κατά τη διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών υγείας.
400. Στο πλαίσιο της συνεργασίας μεταξύ της διαχειρίστριας εταιρείας και του νοσοκομειακού παρόχου:
- Ο νοσοκομειακός πάροχος υποχρεούται να ειδοποιεί τη διαχειρίστρια εταιρεία για την προσέλευση κάθε ασθενούς - ασφαλισμένου σε οποιοδήποτε τμήμα του και να της αποστέλλει ενημερωτικό σημείωμα νοσηλείας, όπου θα αναφέρεται η πιθανή διάγνωση και η προτεινόμενη διαγνωστική προσέγγιση, καθώς και οποιοδήποτε άλλο έγγραφο απαιτείται για την αξιολόγηση της κάθε περίπτωσης. Μετά την έξοδο του ασφαλισμένου ο νοσοκομειακός πάροχος υποχρεούται να αποστέλλει στη διαχειρίστρια εταιρεία το εξιτήριο και το προτιμολόγιο. Παράλληλα, οφείλει να ελέγχει και τα αδιάγνωστα περιστατικά στα εξωτερικά ιατρεία, με τη διενέργεια κατάλληλων διαγνωστικών εξετάσεων, προκειμένου να διαγνωσθεί αν η εισαγωγή είναι ιατρικώς αναγκαία.
 - Η διαχειρίστρια εταιρεία από τη μεριά της αποστέλλει στον νοσοκομειακό πάροχο μια αρχική επιστολή για την έγκριση (Έντυπο Ανάληψης Εξόδων) ή την απόρριψη (Έντυπο Απόρριψης Εξόδων) της κάθε περίπτωσης όσον αφορά στην ασφαλιστική κάλυψη. Με το έντυπο ανάληψης εξόδων ο νοσοκομειακός πάροχος ενημερώνεται σχετικά με το εύρος και τα όρια της ασφαλιστικής κάλυψης. Αφού η διαχειρίστρια λάβει το εξιτήριο και τα λοιπά απαιτούμενα έγγραφα αποστέλλει την τελική επιστολή για την κάλυψη ή μη από τον ασφαλιστή. Καθ' όλη τη διάρκεια της σύμβασης η διαχειρίστρια διατηρεί δικαίωμα πρόσβασης και ελέγχου των αρχείων που απαιτούνται για την προσήκουσα εκτέλεση της σύμβασης, ενώ παράλληλα δικαιούται να πραγματοποιεί ελέγχους στις εγκαταστάσεις του νοσοκομειακού παρόχου σε σχέση με την εκτέλεση της σύμβασης, οποτεδήποτε κρίνει τούτο αναγκαίο, με σκοπό τη διαπίστωση και διασφάλιση της προσήκουσας εκτέλεσης της σύμβασης και της συμμόρφωσης με τις κείμενες νομοθετικές και κανονιστικές διατάξεις.
401. Σημειώνεται ότι η μία εκ των εταιρειών δεν προσφέρει τις ως άνω υπηρεσίες διαχείρισης αιτημάτων αποζημιώσεων από νοσοκομειακούς παρόχους προς ασφαλιστικές εταιρείες. Ειδικότερα, η εν λόγω εταιρεία α) παρέχει υπηρεσίες τηλεφωνικής εξυπηρέτησης του κοινού και β) λειτουργεί ως εμπορικός αντιπρόσωπος που μεσολαβεί στην πώληση διαφόρων άλλων ειδών

²⁹⁵ Βλ. Σύμβαση πρότυπο με τη MEDNET με ασφαλιστές, υπό 2.1.1. «Διαχείριση Δικτύου ΣΥΜ» δυνάμει της οποίας η εταιρεία διαχείρισης θέτει στη διάθεση του ασφαλιστή το δίκτυό της με τους συμβεβλημένους παρόχους υγείας.

με σκοπό το κέρδος. Για την παροχή των εν λόγω υπηρεσιών η εταιρεία συνάπτει συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες και νοσοκομειακούς παρόχους υγείας.

ΙΧ.4.3. Συνεργασία με ιδιωτικούς παρόχους υγείας για λογαριασμό των ασφαλιστικών εταιρειών

402. Ακολούθως, ζητήθηκε από τις διαχειρίστριες εταιρείες να αναφέρουν τους ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας (ιδιωτικές κλινικές, διαγνωστικά κέντρα) με τους οποίους διατηρούν συμβάσεις συνεργασίας εντός του 2024 για λογαριασμό των ασφαλιστικών εταιρειών .
403. Από τις απαντήσεις των εταιρειών του δείγματος προέκυψε ότι η μία (1) επιχείρηση συνεργάζεται αποκλειστικά με παρόχους Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ειδικότερα διατηρεί συμβάσεις συνεργασίας αορίστου χρόνου με πλήθος διαγνωστικών κέντρων και πολυιατρείων σε όλες τις μεγάλες περιφερειακές ενότητες της χώρας, χωρίς όμως να προσφέρει υπηρεσίες διαχείρισης αιτημάτων αποζημίωσης από νοσοκομειακούς απρόχους προς ασφαλιστικές εταιρείες .
404. Ακόμη μία (1) εταιρεία έχει συμβληθεί, ως διαχειριστής ασφαλιστικών περιπτώσεων (Third Party Adminsitrator) που ενεργεί στο όνομα και για λογαριασμό άλλων ασφαλιστικών εταιρειών, με παρόχους Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας που καλύπτουν το σύνολο της ελληνικής επικράτειας. Όπως διαπιστώθηκε περαιτέρω, συμβαλλόμενες στις εν λόγω συμβάσεις είναι όλες οι ιδιωτικές κλινικές των μεγάλων, βάσει κύκλου εργασιών, ομίλων, όπως ενδεικτικά οι κλινικές των ομίλων HELLENIC HEALTHCARE, ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ, EUROMEDICA, ΙΑΣΩ, ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ και ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ.
405. Η τρίτη εταιρεία λειτουργεί ως ιατρικός και οικονομικός επόπτης του σχεδιασμού και της υλοποίησης της νοσηλείας και της οικονομικής εκκαθάρισης αυτής, με επιτόπια παρουσία στις εγκαταστάσεις των παρόχων («ενδονοσοκομειακός έλεγχος») και αναλυτικό έλεγχο των χρεώσεων που τιμολογεί ο πάροχος προς την ασφαλιστική εταιρεία.
406. Ως προς τα κριτήρια βάσει των οποίων διαμορφώνονται οι όροι των συμβάσεων συνεργασίας με τις ιδιωτικές κλινικές, μία εταιρεία διαχείρισης δήλωσε ότι οι όροι της εκάστοτε σύμβασης διαμορφώνονται από το υπόλοιπο δίκτυο των κλινικών, από το «πλήθος των ασφαλισμένων» που εν δυνάμει θα εξυπηρετηθούν στον εν λόγω νοσοκομειακό πάροχο,, «από τη γεωγραφική τοποθεσία του παρόχου καθώς και από το μέγεθος (χωρητικότητα) του παρόχου». Μία άλλη ανέφερε ότι κριτήρια διαμόρφωσης των συμβατικών όρων αποτελούν α) η διάσφαση του καθεστώτος της «ελεύθερης πρόσβασης» των ασφαλισμένων (δηλ. της λήψης υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλισμένους με απευθείας πληρωμή του καλυπτόμενου κόστους αυτών από την ασφαλιστική επιχείρηση), β) η αμεσότητα και η ταχύτητα στη λήψη των πληροφοριών που απαιτούνται για τη διαχείριση των περιστατικών, γ) η ταχεία διεκπεραίωση της διαδικασίας ελέγχου δικαιολογητικών, προτιμολογίων και τιμολογίων δ) η αξιοποίηση τεχνολογικών μέσων που επισπεύδουν τη διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών, την ακρίβεια, την εμπιστευτικότητα και την ακεραιότητα αυτών ε) η συμπερίληψη μεγαλύτερου δυνατού εύρους των καλυπτόμενων από τη σύμβαση ιατρικών πράξεων, στ) η επιδίωξη διεύρυνσης του δικτύου συμβεβλημένων παρόχων εκτός Αττικής και Θεσ/νίκης, ζ) η συγκράτηση του κόστους νοσηλείας, η) η επίτευξη εκπτώσεων. Μία έτερη εταιρεία δήλωσε ότι όσον αφορά τις υπηρεσίες Ιατρικού Ελέγχου που παρέχει σε ασφαλιστικές εταιρείες και οργανισμούς, πλέον μεμονωμένων περιπτώσεων (προγράμματα capitation, όπου υπογράφονται τριμερείς ή πολυμερείς συμβάσεις) δεν διαθέτει σύμβαση με τις ιδιωτικές κλινικές, καθώς οι ασφαλιστικές εταιρείες και οργανισμοί είναι αυτοί που συμβάλλονται με τις ιδιωτικές κλινικές. Η ίδια εταιρεία δήλωσε επίσης ότι όσον αφορά τους όρους των συμβάσεων συνεργασίας που ενδέχεται να συνάπτει σε ad hoc βάση με τις ιδιωτικές κλινικές (κυρίως για συμβουλευτικές υπηρεσίες, με μικρό σχετικά οικονομικό αντικείμενο) κρίσιμα στοιχεία αποτελούν «το αντικείμενο της σύμβασης και οι απαιτήσεις του πελάτη», ενώ παράλληλα ανέφερε ότι σε γενικές γραμμές, «ο τρόπος διαχείρισης των ΔΠΧ που συλλέγονται ή

επεξεργάζονται στο πλαίσιο της σύμβασης» αποτελούν επίσης ένα κριτήριο στη διαμόρφωση των σχετικών όρων της σύμβασης..

407. Σε ερώτηση για το ποια πλευρά διαθέτει διαπραγματευτική ισχύ στις συμφωνίες αυτές δύο (2) στις τρεις (3) επιχειρήσεις υπέδειξαν τους ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την MENTNET ΕΛΛΑΣ, «Οι οικονομικοί όροι διαμορφώνονται στη βάση εκπτώσεων που κατά δήλωσή τους προσφέρουν τα νοσοκομεία επί των ιδιωτικών τιμοκαταλόγων τους. Οι μεταβολές στα συμφωνηθέντα ακολουθούν τις τάσεις της αγοράς, όπως αυτές διαμορφώνονται από τις συμφωνίες των μεγάλων νοσοκομειακών ομίλων με τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις που διατηρούν σημαντικά χαρτοφυλάκια ασφαλίσεων υγείας και οι οποίες συνήθως διαπραγματεύονται απευθείας τους όρους συνεργασίας με τα νοσοκομεία». Ως εκ τούτου, κατά την εταιρεία, τα περιθώρια διαπραγμάτευσης από πλευράς της είναι περιορισμένα, καθώς θεωρεί πως οι μεγάλοι νοσοκομειακοί όμιλοι διαθέτουν διαπραγματευτική ισχύ, ειδικά όταν δεν συναλλάσσονται με ασφαλιστικές επιχειρήσεις με μεγάλο το χαρτοφυλάκιο ασφαλίσεων υγείας. Η τρίτη εταιρεία επανέλαβε ότι δεν εμπλέκεται στις συμβάσεις μεταξύ κλινικών και ασφαλιστικών εταιρειών και ανέφερε στο πλαίσιο αυτό ότι στις συμβάσεις που υπογράφει με τις ιδιωτικές κλινικές, τόσο η ίδια όσο και οι ιδιωτικές κλινικές, διαθέτουν διαπραγματευτική ισχύ.
408. Οι εταιρείες ερωτήθηκαν επίσης επίσης εάν χρησιμοποιούν την ίδια ή διαφορετική σύμβαση-πρότυπο με κάθε νοσοκομειακό πάροχο, ενώ παράλληλα τους ζητήθηκε να περιγράψουν συνοπτικά τα σημεία των συμβάσεων που εμφανίζουν αποκλίσεις, πχ ως προς τη διάρκεια, κλπ. Στο πλαίσιο αυτό, η MENTNET απάντησε ότι σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου η σύμβαση καταρτίζεται από την ίδια, χρησιμοποιείται ως βάση σχέδιο που έχει εκπονήσει. Επεσήμανε επίσης ότι η συνεργασία δεν είναι αποκλειστική, αναφέροντας παράλληλα ότι οι συμβάσεις με τους νοσοκομειακούς παρόχους διαφοροποιούνται μεταξύ τους κυρίως ως προς τον κατάλογο των ιατρικών πράξεων (ανάλογα με το ποιες διενεργούνται σε κάθε πάροχο) και τον τιμοκατάλογο. Ανέφερε ακόμη ότι περαιτέρω διαφοροποιήσεις επέρχονται στις περιπτώσεις όπου ορισμένες ασφαλιστικές εταιρείες, που έχουν επιλέξει να εξυπηρετούνται μέσω των συμβάσεων αυτών (δηλαδή δεν έχουν συνάψει οι ίδιες απευθείας συμβάσεις με τα συγκεκριμένα νοσοκομεία), στην πορεία συμφωνούν απευθείας με τους παρόχους αλλαγές στις διαδικασίες και στον τιμοκατάλογο, οπότε τροποποιείται ειδικώς γι' αυτές η σύμβαση. Μία εκ των εταιρειών ανέφερε ότι ακολουθεί το ίδιο πλαίσιο προτύπου σύμβασης με το σύνολο των νοσοκομειακών παροχών με τους οποίους συνεργάζεται και ότι οι συμβάσεις που συνάπτει διαφοροποιούνται συνήθως στο σημείο που αναφέρονται οι προσφερόμενες υπηρεσίες από την πλευρά του παρόχου και στο σημείο που αναφέρεται το αντίστοιχο κόστος τους. Μία έτερη εταιρεία αναφέρει ότι δεν έχει αποκλειστική σύμβαση με κανένα νοσοκομειακό πάροχο.
409. Οι εταιρείες διαχείρισης ερωτήθηκαν ακόμη εάν εφαρμόζουν ενιαίους τιμοκαταλόγους με τις κλινικές. Τους ζητήθηκε επίσης να απαντήσουν βάσει ποιων κριτηρίων διαμορφώνεται ο τιμοκατάλογος για κάθε κλινική, σε περίπτωση που δεν εφαρμόζουν τον ίδιο κατάλογο για όλες τις κλινικές. . Οι εν λόγω εταιρείες απάντησαν στην πλειοψηφία τους (2/3) ότι ο τιμοκατάλογος διαφοροποιείται ανά ιδιωτική κλινική. Μία εκ των δύο ως άνω εταιρειών, η οποία αντισυμβάλλεται με νοσοκομειακούς παρόχους στο όνομα και για λογαριασμό των συμβεβλημένων με αυτήν ασφαλιστικών εταιρειών ανέφερε ότι, οι τιμές των τιμοκαταλόγων που διαπραγματεύεται με τους παρόχους για λογαριασμό των ασφαλιστικών εταιρειών με τις οποίες συνεργάζεται, αντιστοιχούν σε ορισμένο ποσοστό έκπτωσης επί του ιδιωτικού τιμοκαταλόγου (κατά δήλωση των νοσοκομειακών παρόχων). Αναφέρει επίσης ότι συνήθως προβλέπεται δυνατότητα τιμαριθμικής αναπροσαρμογής ή επαναδιαπραγμάτευσης, που περιοδικά λαμβάνει χώρα. Μία έτερη εκ των δύο ως άνω εταιρειών ανέφερε ότι οι τιμοκατάλογοι διαφοροποιούνται ανάλογα στο πλήθος των ασφαλισμένων, με τη γεωγραφική τοποθεσία, με τα μέγεθος (χωρητικότητα) του παρόχου και από την εταιρική του φήμη. Τέλος μία άλλη εταιρεία διευκρίνισε ότι οι τιμοκατάλογοι συμφωνούνται μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών και των ιδιωτικών κλινικών και ότι η ίδια δεν εμπλέκεται στην συγκεκριμένη διαδικασία. Επισημαίνεται σε κάθε

περίπτωση ότι, όπως απάντησαν δύο εκ των τριών εταιρειών, ο νοσοκομειακός πάροχος τιμολογεί την ασφαλιστική εταιρεία για ένα αίτημα αποζημίωσης και όχι την εταιρεία διαχείρισης.

IX.5. Διαχείριση αιτημάτων αποζημιώσεων

410. Ακολουθώς οι εταιρείες που δραστηριοποιούνται, μεταξύ άλλων, στην παροχή υπηρεσιών διαχείρισης αιτημάτων αποζημιώσεων από νοσοκομειακούς παρόχους προς ασφαλιστικές εταιρείες προσκόμισαν στην Επιτροπή στοιχεία σε σχέση με τη συνήθη διαδικασία ενός τέτοιου αιτήματος. Σημειωτέον δε, τέτοιες υπηρεσίες διαχείρισης αποζημιώσεων παρέχουν οι εταιρείες MENTNET ΕΛΛΑΣ και ACCURATE. Αντιθέτως, η εταιρεία HEALTH NET MANAGEMENT διαχειρίζεται πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και συνεπώς δεν δραστηριοποιείται στις εν θέματι υπηρεσίες.

411. Η διαδικασία διαχείρισης αιτημάτων αποζημιώσεων περιλαμβάνει τα στάδια προ-νοσηλευτικού ελέγχου, ενδονοσοκομειακού ελέγχου και τελικού ελέγχου (ή ελέγχου εξιτηρίου).

- Τα ιατρεία που λειτουργούν οι επιχειρήσεις διαχείρισης για λογαριασμό των ασφαλιστικών εταιρειών στους χώρους των ιδιωτικών κλινικών πραγματοποιούν σε πρώτο στάδιο προ-νοσηλευτικό έλεγχο σε ασθενείς που προσέρχονται σε συνεργαζόμενα νοσηλευτήρια με σκοπό να νοσηλευτούν και αξιολογείται η ιατρική αναγκαιότητα τυχόν επικείμενης νοσηλείας του ασφαλισμένου.
- Σε περίπτωση εισαγωγής του ασφαλισμένου για νοσηλεία διενεργείται ενδονοσοκομειακός έλεγχος. Στο πλαίσιο αυτό, ελέγχεται η παροχή υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης από τους νοσοκομειακούς παρόχους προς τον ασφαλισμένο, αξιολογείται η ιατρική αναγκαιότητα παράτασης της νοσηλείας του και γίνεται έλεγχος των προτιμολογίων του ασθενή. Οι εταιρείες διαχείρισης διατηρούν πληροφοριακά συστήματα στα οποία καταχωρούν τα οικονομικά και ιατρικά στοιχεία κάθε νοσηλείας (περιστατικού). Περαιτέρω, για την άρση αμφισβητούμενων περιπτώσεων, οι εταιρείες διαχείρισης υποστηρίζουν την ασφαλιστική επιχείρηση στις Επιτροπές Διαιτησίας. Σε τελικό στάδιο, οι διαχειρίστριες πραγματοποιούν αναλυτικό έλεγχο *«των τιμολογίων του Νοσοκομείου και όλων των ιατρικών εγγράφων που αφορούν την πορεία και την εξέλιξη της υγείας του ασθενή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. Στο στάδιο αυτό πραγματοποιείται λεπτομερής έλεγχος των χρεώσεων προτιμολογίων των νοσοκομείων και των αμοιβών των ιατρών για τις νοσηλείες των ασφαλισμένων της ασφαλιστικής»*. Κατά τα λοιπά, οι εταιρείες διαχείρισης αποστέλλουν, σε κάθε στάδιο, τα απαιτούμενα έγγραφα/δικαιολογητικά στις συνεργαζόμενες ασφαλιστικές εταιρείες.

Μία (1) ερωτώμενη αναφέρει ότι η ανωτέρω διαδικασία διαφοροποιείται αναλόγως του εάν η ασφαλιστική επιχείρηση έχει επιλέξει τη λήψη υπηρεσιών full service ή gatekeeping (service levels). Σύμφωνα με την εταιρεία, η υπηρεσία gatekeeping περιλαμβάνει την υποδοχή ασφαλισμένων σε νοσοκομεία, τη συγκέντρωση δικαιολογητικών, την αξιολόγηση ιατρικής αναγκαιότητας και τον έλεγχο προτιμολογίου. Όπου η εταιρεία παρέχει υπηρεσίες full service, πέραν από την παροχή των παραπάνω ή παρεμφερών υπηρεσιών, *«εισηγείται και για την παροχή ή μη ασφαλιστικής κάλυψης και την έκταση αυτής»*. Ως εκ τούτου, η υπηρεσία full service καλύπτει ευρύτερα *«την ιατροασφαλιστική αξιολόγηση αιτημάτων ασφαλιστικής κάλυψης του κόστους υπηρεσιών υγείας, τον έλεγχο τιμολογίων, την κατάρτιση και αποστολής στην ασφαλιστική επιχείρηση κατάσταση πληρωτέων (bordereaux) και την εξόφληση τιμολογίων για λογαριασμό ασφαλιστικών επιχειρήσεων»*.

412. Αναφορικά με το ποιος λαμβάνει την τελική απόφαση απόρριψης μέρους ή συνόλου ενός αιτήματος αποζημίωσης, δύο εκ των συμμετεχουσών στην έρευνα δήλωσαν ότι η τελική αποφασιστική αρμοδιότητα ανήκει στην ασφαλιστική επιχείρηση, με την εταιρεία διαχείρισης να

έχει μόνο γνωμοδοτική αρμοδιότητα. Στο πλαίσιο αυτό, μία εξ αυτών αναφέρει ότι ασφαλιστική επιχείρηση έχει και την τελική αποφασιστική αρμοδιότητα και διευκρινίζει ότι η ίδια εισηγείται ως προς την ιατρική αναγκαιότητα των ιατρικών πράξεων και των ιατροφαρμακευτικών εξόδων, λαμβάνοντας υπόψιν τους κρατούντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τις οδηγίες των ασφαλιστικών εταιρειών. Η εταιρεία διευκρινίζει ετούτους ότι σε ορισμένες περιπτώσεις έχει ρητώς συμφωνηθεί με την ασφαλιστική επιχείρηση ότι εναπόκειται στην ίδια την εταιρεία διαχείρισης να λάβει την τελική απόφαση, εφόσον δεν υπάρχει υπέρβαση συγκεκριμένων ποσοτικών ορίων. Η έτερη από τις δύο εταιρείες αναφέρει, ειδικότερα, ότι η τελική απόφαση απόρριψης μέρους ή συνόλου ενός αιτήματος αποζημίωσης λαμβάνεται από την ασφαλιστική εταιρεία κατόπιν γνωμοδότησης του ελεγκτή ιατρού της εταιρείας. Η τρίτη εταιρεία ανέφερε ότι δεν προσφέρει υπηρεσίες διαχείρισης αιτημάτων αποζημιώσεων από νοσοκομειακούς παρόχους προς ασφαλιστικές εταιρείες.

413. Στην ερώτηση ως προς το ποιον τιμολογεί ο νοσοκομειακός πάροχος (ποιος είναι ο αποδέκτης του φορολογικού παραστατικού εσόδου του παρόχου) για ένα αίτημα αποζημίωσης όταν αυτό οριστικοποιηθεί, δύο εκ των τριών εταιρειών, απάντησαν ότι ο νοσοκομειακός πάροχος τιμολογεί την ασφαλιστική εταιρεία. Στο πλαίσιο αυτό, μία (1) ερωτώμενη επισήμανε ότι *«τα φορολογικά παραστατικά εκδίδονται στο όνομα του ασφαλισμένου ασθενούς με αναφορά ότι υπόχρεος είναι η ασφαλιστική επιχείρηση (για τα ποσά για τα οποία δίδεται κάλυψη)»*. Η τρίτη εταιρεία απαντάει ότι δεν προσφέρει υπηρεσίες διαχείρισης αιτημάτων αποζημιώσεων από νοσοκομειακούς παρόχους προς ασφαλιστικές εταιρείες.

IX.6. Απορρίψεις αιτημάτων αποζημίωσης παρόχων υπηρεσιών υγείας

414. Διαπιστώνεται ουσιώδης διαφοροποίηση μεταξύ των δύο μεγαλύτερων διαχειριστών ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, αναφορικά με τα ποσοστά απορρίψεως αιτημάτων αποζημίωσης από παρόχους υγείας που διαχειρίζονται. Συγκεκριμένα, η μία εταιρεία παρουσιάζει σταθερό ποσοστό απορρίψεων την τετραετία 2021-2024 στο επίπεδο του 3,5%, ενώ η άλλη εταιρεία τείνει να αυξάνει το ποσοστό απόρριψης διαχρονικά και το οποίο το 2024 ήταν υπερτριπλάσιο αυτού της άλλης.

IX.7. Προβλέψεις για την αντιμετώπιση σύγκρουσης συμφερόντων

415. Περαιτέρω, οι πάροχοι υπηρεσιών διαχείρισης ασφαλίσεων υγείας έδωσαν πληροφορίες για τις οργανωτικές και διοικητικές ρυθμίσεις και για έτερα μέτρα που εφαρμόζουν για τον εντοπισμό και την πρόληψη/αποτροπή τυχόν φαινομένων σύγκρουσης συμφερόντων. Σύγκρουση συμφερόντων μπορεί να επέλθει, ενδεικτικά, (α) σε περίπτωση παράλληλης απασχόλησης εργαζομένων και συνεργατών μίας εκ των ως άνω εταιρειών σε άλλη εταιρεία/ες με συναφή αντικείμενα, (β) σε περίπτωση συμμετοχής στο μετοχικό της κεφάλαιο εταιρείας με συναφή αντικείμενο (σε ποσοστό άνω του 10%), ή σε περίπτωση που η ίδια η διαχειρίστρια εταιρεία συμμετέχει στο κεφάλαιο έτερης εταιρείας με συναφή αντικείμενο (σε ποσοστό άνω του 10%), (γ) ή σε περίπτωση που ελεγκτής ιατρός συνεργάζεται σε μόνιμη βάση (π.χ. με έμμισθη σχέση, ή συμμετέχοντας στο πρόγραμμα εφημεριών κ.λπ.) με νοσοκομεία όπου παρέχει ταυτόχρονα υπηρεσίες ελέγχου για λογαριασμό της εν λόγω εταιρείας διαχείρισης.
416. Δύο (2) ερωτώμενες εταιρείες ανέφεραν ότι, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα ως άνω ζητήματα, υιοθετούν και συμμορφώνονται με Κώδικα Δεοντολογίας, βάσει του οποίου κάθε εργαζόμενος που διαπιστώσει για τον εαυτό του ή για τρίτον πιθανή περίπτωση σύγκρουσης συμφερόντων, οφείλει να ενημερώσει άμεσα τη διοίκηση της εταιρείας ώστε να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα. Μία (1) εξ αυτών κατέγραψε, ως επιπλέον μέτρα, την εκπόνηση Εγχειριδίου Κανονιστικής Συμμόρφωσης στο οποίο υπάρχει κεφάλαιο για την αποτροπή σύγκρουσης συμφερόντων, τον διορισμό Υπευθύνου Κανονιστικής Συμμόρφωσης (Compliance Officer), την εφαρμογή πολιτικής Gifts & Hospitality, τη συνομολόγηση ρητρών κατά της δωροδοκίας και της

διαφθοράς με πελάτες και συνεργάτες της και την παρακολούθηση στο πλαίσιο της κείμενης νομοθεσίας τυχόν παράλληλης απασχόλησης εργαζομένων και συνεργατών της προς αποτροπή σύγκρουσης συμφερόντων. Η έτερη εταιρεία ανέφερε ότι, πέρα από τον Κώδικα Δεοντολογίας, υπογράφεται συμφωνητικό εμπιστευτικότητας και τήρησης του απορρήτου (NDA) πριν από την έναρξη κάθε νέας συνεργασίας με Ιατρό Ελεγκτή²⁹⁶ ενώ παράλληλα επεσήμανε και ότι στη περίπτωση που χρειαστεί ο ελεγκτής ιατρός να εισάγει ασθενή του στα νοσοκομεία αυτά, έχει την υποχρέωση να αναθέσει τον έλεγχο του ασθενή αυτού σε κάποιον άλλο ελεγκτή ιατρό της ερωτώμενης εταιρείας. Η ίδια εταιρεία επεσήμανε επίσης ότι δεν συμβάλλεται με νοσοκομεία για σκοπούς ιατροασφαλιστικού ελέγχου, δεν έχει συμφωνημένους τιμοκαταλόγους με τα νοσοκομεία και δεν λαμβάνει γνώση του ασφαλιστήριου συμβολαίου του ασθενούς, ενώ παράλληλα ανέφερε και ότι στα management meetings συζητούνται και αναλύονται πιθανοί κίνδυνοι σχετικοί με σύγκρουση συμφερόντων καθώς και ότι πριν την ανάθεση έργου σε κάποιον συνεργάτη, ελέγχονται και αναλύονται ότι δεν δημιουργείται σύγκρουση με άλλο έργο. Η τρίτη εταιρεία (1) ανέφερε ότι διαθέτει πιστοποίηση ISO για την ποιότητα/ασφάλεια/διαχείριση ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων.

X. ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ – ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Πλαίσιο 3: Σύνοψη

- Την τελευταία τριετία 2021-2023 αυξάνεται σταθερά η ζήτηση για ασφαλιστήρια συμβόλαια. Η αύξηση αυτή εξηγείται από την ανάγκη των ασφαλιζόμενων να διαχειριστούν οικονομικές ζημιές/δαπάνες από πιθανά μελλοντικά περιστατικά. Λόγω και της πανδημίας Covid-19 εντάθηκε η ανασφάλεια των ασφαλιζόμενων σε συνδυασμό με την αδυναμία της δημόσιας δευτεροβάθμιας περίθαλψης να καλύψει τα ιατρικά περιστατικά λόγω και της μείωσης των δημόσιων νοσοκομείων που είχε λάβει χώρα με συνέπεια και τη μείωση κλινών, αλλά και των ελλείψεων, της υποστελέχωσης και της υποχρηματοδότησης των λειτουργούντων δημοσίων νοσοκομείων. Επίσης, η τιμολόγηση των ασφαλιστικών προϊόντων, η οποία αποτελεί έναν από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ζήτησης, αποτέλεσε ενισχυτικό παράγοντα αυτής, καθώς ο υποδείκτης ιδιωτικής ασφάλισης υγείας της ΕΛΣΤΑΤ κατά την περίοδο 2013-2022 παρέμεινε κατά βάση σταθερά αμετάβλητος.
- Λόγω αυτής της αυξητικής τάσης της ζήτησης, η αγορά της ασφάλισης υγείας (βάσει εσόδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας) μεγεθύνθηκε με αυξανόμενο ρυθμό στην περίοδο 2019-2024 και η μεγαλύτερη αύξηση καταγράφηκε στη διετία 2023-2024 (περίπου 10%),
- Ειδικά για τις μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας, ήτοι νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας, καταγράφηκε μεγάλη μείωση του πλήθους τους κατά την περίοδο 2011-2023 λόγω παύσης προσφοράς αυτών των προϊόντων από τις ασφαλιστικές εταιρείες και μείωσης του πλήθους των ήδη ασφαλισμένων σε αυτά (από 711 χιλ.

²⁹⁶ Δυνάμει του οποίου ο ιατρός ελεγκτής συμφωνεί εγγράφως να τηρήσει τους συγκεκριμένους όρους και να μην συνεργάζεται σε μόνιμη βάση (π.χ. με έμμισθη σχέση, ή συμμετέχοντας στο πρόγραμμα εφημεριών κλπ) με νοσοκομεία όπου θα παρέχει ταυτόχρονα υπηρεσίες ελέγχου για λογαριασμό της εν λόγω εταιρείας.

ασφαλισμένων το 2011 σε 255 χιλ. το 2023). Αντίθετα ενισχύθηκαν σημαντικά οι συμβάσεις μη εγγυημένης ανανεωσιμότητας (ήτοι τα ετησίως ανανεούμενα συμβόλαια) τα οποία έγιναν κυρίαρχα στην αγορά. Η τάση αυτή εξηγείται από το υψηλότερο περιθώριο κάλυψης λοιπών εξόδων (μικτό κέρδος) στην κατηγορία των ατομικών ασφαλιστηρίων μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας έναντι των εγγυημένης ανανεωσιμότητας, όπως προκύπτει από την έρευνα.

- Ο βαθμός συγκέντρωσης στην αγορά ασφάλισης υγείας χαρακτηρίζεται μέτριος.
- Δεν προκύπτουν νομικοί ή πραγματικοί φραγμοί στην είσοδο ή στην επέκταση επιχειρήσεων στον κλάδο νοσοκομειακής ασφάλισης υγείας. Το νομοθετικό πλαίσιο είναι δικαιολογημένα αυστηρό προκειμένου να διασφαλίζεται η οικονομική φερεγγυότητα των ασφαλιστικών εταιρειών και η προστασία της ασφαλιστικής πίστης.
- Σύμφωνα με την έρευνα, πολλές ασφαλιστικές εταιρείες θεωρούν ότι οι συνθήκες ανταγωνισμού στη αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας έχουν ασκήσει επίδραση στο κόστος ασφάλισης υγείας και συνεπώς στο ύψος του ατομικού ασφαλιστρου. Ειδικότερα, αναφέρουν ότι υφίστανται εμπόδια εισόδου στην αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας τα οποία ενισχύουν την ολιγοπωλιακή τάση της αγοράς αυτής και οδηγούν σε μείωση της διαπραγματευτικής ισχύς των μικρότερων ασφαλιστικών εταιρειών ή/και σε αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας. Σημειώνουν δε ότι αυξήθηκε το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η έρευνα επιβεβαιώνει ότι την τετραετία 2021-2024 οι συνολικές καταβληθείσες αποζημιώσεις των ασφαλιστικών εταιρειών προς νοσοκομειακούς παρόχους κινήθηκαν ανοδικά. Η αύξηση αυτή αποδίδεται σε αυξήσεις στο μέγεθος του χαρτοφυλακίου, στη συχνότητα νοσηλείων και στο μέσο κόστος αποζημίωσης ανά νοσηλεία ως συνέπεια της αύξησης στο κόστος νοσηλείας, στις αμοιβές ιατρών, στη βελτίωση της ιατρικής τεχνολογίας και στις τιμές αναλώσιμων και ειδικών υλικών.
- Το σύνολο των ασφαλιστικών εταιρειών της έρευνας συνεργάζεται με τους μεγαλύτερους νοσοκομειακούς ομίλους στην Ελλάδα, είτε άμεσα είτε μέσω εταιρειών διαχείρισης. Οι τέσσερις μεγαλύτερες ασφαλιστικές εταιρείες διαπραγματεύονται τις σχετικές συμβάσεις απευθείας με τους νοσοκομειακούς παρόχους. Επίσης οι δώδεκα εκ των δεκατριών ασφαλιστικών εταιρειών της έρευνας συνεργάζονται με τουλάχιστον μία εταιρεία διαχείρισης για τα προσφερόμενα νοσοκομειακά ασφαλιστικά προγράμματα υγείας, ενώ εννέα εξ αυτών διατηρούν συνεργασία με δύο εταιρείες διαχείρισης.

Ειδικότερα για τις εταιρείες διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας:

- Οι εταιρείες διαχείρισης παρέχουν υπηρεσίες διαχείρισης των οικονομικών συναλλαγών των ασφαλιστικών εταιρειών με ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών υγείας καθώς και υπηρεσίες συμβουλευτικού/υποστηρικτικού χαρακτήρα προς ασφαλιστικές επιχειρήσεις σύμφωνα με τις συμβατικές τους υποχρεώσεις. Στο σύνολό τους συνεργάζονται με ασφαλιστικές εταιρείες για νοσοκομειακή ασφάλιση υγείας, ενώ η πλειοψηφία συνεργάζεται επιπλέον με παρόχους πρωτοβάθμιων ή/και δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Κατ' ουσίαν, οι εταιρείες ασφάλισης εξωπορίζουν τον έλεγχο (gatekeeping) και τη διαχείριση των ασφαλιστικών περιπτώσεων-αποζημιώσεων στους τρίτους διαχειριστές.
- Η διάρκεια των συμβάσεων μεταξύ των εταιρειών διαχείρισης και των ασφαλιστικών εταιρειών ή/και των παρόχων υπηρεσιών υγείας είναι, στην πλειοψηφία τους, αορίστου χρόνου,. Επίσης, δεν προκύπτει από την έρευνα η ύπαρξη συμφωνιών μεταξύ ασφαλιστικών

επιχειρήσεων για την από κοινού χρήση των υπηρεσιών των εταιρειών διαχείρισης πλην όμως, όλοι οι ασφαλιστές λαμβάνουν τις ίδιες ή παρόμοιες υπηρεσίες από τις εταιρείες αυτές.

- Παρατηρείται μικρός αριθμός επιχειρήσεων παροχής διαχειριστικών υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση των εν λόγω υπηρεσιών διαχείρισης σε δυο εξ αυτών.
- Τέλος, δεν υφίστανται εταιρείες διαχείρισης οι οποίες να διατηρούν συμμετοχές σε ασφαλιστικές εταιρείες, όμως, υφίστανται ασφαλιστικές επιχειρήσεις οι οποίες απαρτίζουν τη μετοχική σύνθεση συγκεκριμένης διαχειρίστριας εταιρείας με ευρεία πελατειακή βάση από εταιρείες ασφαλίσεων υγείας. Για τον χειρισμό πιθανής σύγκρουσης συμφερόντων οι εταιρείες αναλαμβάνουν διοικητικά και ρυθμιστικά μέτρα ενώ, όπου υφίσταται όμιλος, υιοθετούνται τα πρότυπα του ομίλου. Περαιτέρω, στις συναφθείσες συμβάσεις με παρόχους υπηρεσιών υγείας και με εταιρείες ασφαλίσεων υπάρχουν αμοιβαίες υποχρεώσεις εμπιστευτικότητας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

417. Τα τελευταία έτη καταγράφεται σταθερά αύξηση στο κόστος ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ενώ απασχολεί έντονα το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας, χωρίς δυνατότητα των ασφαλισμένων να προβλέψουν τη μελλοντική του εξέλιξη. Επιπλέον, η κλαδική έρευνα της ΕΑ ανέδειξε το ζήτημα της διακριτικής τιμολόγησης πελατών και της αδιαφάνειας στην τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά δυσχερή τη σύγκριση υπηρεσιών και επαλήθευση των χρεώσεων με βάση τα δημοσιευμένους τιμοκαταλόγους των ιδιωτικών κλινικών²⁹⁷. Στο πλαίσιο αυτό, διερευνήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν το κόστος και την τιμολογιακή πολιτική των ιδιωτικών παρόχων υγείας και των ασφαλιστικών εταιρειών. Τα πορίσματα της έρευνας εκτίθενται κατωτέρω.

XI. ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

XI.1. Αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας

418. Στην παρούσα Ενότητα παρουσιάζεται η διαχρονική αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας για τους Έλληνες καταναλωτές, και για το σκοπό εξετάζεται (α) η εξέλιξη της τιμής μονάδος υπηρεσιών υγείας, όπως αυτή αποτυπώνεται στον ΔΤΚ στην Υγεία της ΕΛΣΤΑΤ, (β) η εξέλιξη του μέσου κόστους περιστατικού, ήτοι της μέσης αποζημίωσης ανά περιστατικό, η οποία με τη σειρά της επηρεάζεται από τον όγκο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ανά περιστατικό, και (γ) η εξέλιξη του έμμεσου κόστους για τους καταναλωτές, μέσω της εξέλιξης του ποσοστού απόρριψης αποζημιώσεων από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις.

XI.1.1. Εξέλιξη της τιμής μονάδας: αύξηση του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή στην Υγεία

419. Ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή στην Υγεία²⁹⁸ καταγράφει αυξήσεις καθόλη την περίοδο 2018-2024²⁹⁹, με εξαίρεση μόνο το 2021 όπου υφίσταται ελαφρά μείωση κατά -0,7%. Η μεγαλύτερη αύξηση καταγράφεται το 2023 έναντι του 2022 (+6%) η οποία οφείλεται στην αύξηση κατά περίπου 11% της υποομάδας «φάρμακα-φαρμακευτικά προϊόντα-θεραπευτικές συσκευές». Η αύξηση του ΔΤΚ Υγείας το 2024 έναντι του 2023 μειώνεται κατά το ήμισυ στο 3,4% οφειλόμενη κυρίως στην αύξηση κατά +3,9% της υποομάδας «φάρμακα-φαρμακευτικά προϊόντα-θεραπευτικές συσκευές» και κατά +3,3% της υποομάδας «νοσοκομειακή περίθαλψη», παραμένοντας όμως σε σχεδόν τριπλάσιους ρυθμούς από αυτούς που καταγράφηκαν όλη την προηγούμενη περίοδο 2018-2022. Συνολικά για την περίοδο 2018-2024 η **αύξηση του γενικού**

²⁹⁷ Κατά την ομιλία εκπροσώπου του Συνηγόρου του Καταναλωτή στο πλαίσιο της 2^{ης} Δημόσιας Διαβούλευσης της Κλαδικής Έρευνας στην Υγεία αναφέρθηκαν περιστατικά διακριτικής τιμολόγησης καθώς και καταγγελίες στον Συνήγορο με αντικείμενο την αδιαφάνεια στις τιμές και στις χρεώσεις των ιδιωτικών κλινικών. Όπως αναλύθηκε περαιτέρω, όταν ο ίδιος ο Συνήγορος του Καταναλωτή επιχείρησε να προσδιορίσει το κόστος και την επιβάρυνση ενός συγκεκριμένου ασθενή με ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας ανατρέχοντας σε δημοσιευμένους τιμοκαταλόγους σε ιστοσελίδα παρόχου υγείας, διαπίστωσε τη μεγάλη δυσκολία του να γίνει αυτός ο υπολογισμός. Βλ. σχετικώς <https://www.epant.gr/enimerosi/health.html>.

²⁹⁸ <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/DKT87/2025-M06> Βλ. ΕΛΣΤΑΤ για τους δείκτες στάθμισης κάθε ομάδας και υποομάδας.

²⁹⁹ Σύμφωνα με το «Ενημερωτικό σημείωμα για την επικαιροποίηση των Δεικτών Τιμών Καταναλωτή, Εθνικός Δείκτης (ΔΤΚ) και Εναρμονισμένος Δείκτης (ΕνΔΤΚ)», Φεβρουάριος 2016 στον υποδείκτη «Υγεία» του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή περιλαμβάνονται προϊόντα και υπηρεσίες εκ των κατηγοριών «Φάρμακα-φαρμακευτικά προϊόντα-θεραπευτικές συσκευές», «Ιατρικές, οδοντιατρικές & παραϊατρικές υπηρεσίες» και «Νοσοκομειακή περίθαλψη». Ο Δείκτης αυτός της ΕΛΣΤΑΤ εξετάζεται και αναλύεται στη μελέτη του IOBE «Ο Δείκτης Τιμών Υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. και το κόστος της Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας», Φεβρουάριος 2017.

δείκτη Υγείας το 2024 έναντι του 2018 ανέρχεται σε 12,5%, οφειλούμενη στην αύξηση των τιμών στην υποκατηγορία «φάρμακα-φαρμακευτικά προϊόντα-θεραπευτικές συσκευές» κατά 20,4%, στην υποκατηγορία «Ιατρικές, οδοντιατρικές & παραϊατρικές υπηρεσίες» 9,1%, και στην υποκατηγορία «Νοσοκομειακή Περίθαλψη» 5,6%.

Πίνακας 33: Εξέλιξη Δείκτη Τιμών Υγείας ΕΛΣΤΑΤ

Έτος	ΔΤΚ Υγείας (μέσος ετήσιος)	Ετήσια μεταβολή (%)
2018	98,5	0,5
2019	99,8	1,4
2020	100	0,2
2021	99,3	-0,7
2022	100,6	1,3
2023	106,6	6,0
2024	110,3	3,4

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2020=100

420. Αντιστοίχως, ο υποδείκτης της ομάδας «Νοσοκομειακή Περίθαλψη» μετά τη σταθερότητα της περιόδου 2018-2020, σημειώνει αύξηση κατά την περίοδο 2021-2024, με την υψηλότερη (+3,26%) να καταγράφεται το 2024 λόγω της αντίστοιχης αύξησης της υποομάδας «νοσοκομεία & κλινικές». Κατά τα προηγούμενα έτη η μεγαλύτερη αύξηση καταγράφηκε το 2022 έναντι του 2021 στην υποομάδα «αποκλειστική νοσοκόμα» (+6,5%).

Πίνακας 34: Εξέλιξη υποδεικτών Δείκτη Τιμών Υγείας ΕΛΣΤΑΤ

Υποδείκτες Ομάδων	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Νοσοκομεία και Κλινικές	100,04	100,01	100,00	100,14	100,63	101,72	105,04
	0,5%	0,0%	0,0%	0,14%	0,49%	1,08%	3,26%
Αποκλειστική Νοσοκόμα	100,00	100,00	100,00	100,00	106,47	109,70	111,47
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,47%	3,04%	1,61%
Ενιαίος - Νοσοκομειακή περίθαλψη	100,04	100,01	100,00	100,14	100,70	101,80	105,12
	0,5%	0,0%	0,0%	0,14%	0,56%	1,10%	3,26%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2020=100

ΧΙ.1.2. Εξέλιξη μέσου κόστους ανά περιστατικό και αποζημιώσεων

421. Εκτός από τις τιμές μονάδος, η δεύτερη παράμετρος που επηρεάζει το κόστος υπηρεσιών υγείας είναι ο όγκος των υπηρεσιών που παρέχονται ανά περιστατικό, η αύξηση του οποίου οδηγεί σε αύξηση του **κόστους (μέση αποζημίωση) ανά περιστατικό**. Δηλαδή, ακόμη και αν οι τιμές μονάδος υπηρεσιών υγείας παραμείνουν αμετάβλητες, το κόστος ανά περιστατικό μπορεί να αυξηθεί αν προσφερθεί αυξημένος όγκος υπηρεσιών. Συνδυάζοντας τον υποδείκτη τιμών υγείας της ΕΛΣΤΑΤ «Νοσοκομειακή Περίθαλψη» με στοιχεία του IOBE³⁰⁰ για το μέσο κόστος περιστατικού βάσει αποζημιώσεων μακροχρόνιων νοσοκομειακών συμβολαίων κατά την περίοδο 2020-2023, μπορούμε να εκτιμήσουμε την μεταβολή στον όγκο υπηρεσιών υγείας ανά περιστατικό, όπως παρουσιάζει ο κάτωθι πίνακας.

³⁰⁰ «Δείκτες κόστους αποζημιώσεων μακροχρόνιων ασφαλιστικών νοσοκομειακών προγραμμάτων» για τις περιόδους 2011-2020, το έτος 2021, το έτος 2022, το έτος 2023, IOBE.

Πίνακας 35: Εξέλιξη και ανάλυση αύξησης μέσου κόστους περιστατικού μακροχρονίων ασφαλιστηρίων συμβολαίων

	2020	2021	2022	2023	Μέση ετήσια μεταβολή περιόδου
Μέσο Κόστος ανά περιστατικό	4.120 €	4.141 €	4.375 €	4.563 €	
Ετήσια μεταβολή (%)	-	0,51%	5,65%	4,30%	3,46%
Ετήσια Μεταβολή ΔTK Νοσοκομειακή Περίθαλψη	-	0,14%	0,56%	1,10%	0,60%
Ετήσια Μεταβολή όγκου υπηρεσιών ανά περιστατικό	-	0,37%	5,07%	3,16%	2,85%

422. Σύμφωνα με τα στοιχεία του ανωτέρω πίνακα, **το μέσο κόστος αποζημίωσης περιστατικού αυξανόταν την περίοδο 2020-2023 κατά μέσο όρο 3,46% ετησίως**, ενώ ο υποδείκτης τιμών Νοσοκομειακής Περίθαλψης της ΕΛΣΤΑΤ αυξανόταν την ίδια περίοδο κατά 0,60% ετησίως. Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει προσεγγιστικά ότι **ο όγκος υπηρεσιών ανά περιστατικό που καλύφθηκε από μακροχρόνια ασφαλιστήρια συμβόλαια αυξανόταν την περίοδο 2020-2023 κατά μέσο όρο 2,85% ετησίως**, και ήταν αυτό που προσδιόρισε κυρίως την αύξηση του μέσου κόστους ανά περιστατικό. Παρατηρείται απότομη αύξηση του όγκου υπηρεσιών ανά περιστατικό το 2022 ως προς το 2021, και μικρότερη αλλά ορατή το 2023 ως προς το 2022.
423. Η αύξηση τιμών μονάδος μπορεί να αντανακλά τόσο τη μετακύλιση λειτουργικού κόστους/επιδίωξη αυξημένου κέρδους από πλευράς των παρόχων υγείας, όσο και την εισαγωγή νέων, αλλά ακριβότερων, τεχνολογιών υψηλότερης ποιότητας. Η αύξηση του όγκου υπηρεσιών ανά περιστατικό μπορεί να αντανακλά φαινόμενα προκλητής ζήτησης ή/και επιβάρυνση του μείγματος περιστατικών προς τα βαρύτερα, κάτι πιθανό, δεδομένου ότι σύμφωνα με τις μελέτες του IOBE η επίδραση της γήρανσης των ασφαλισμένων στην αύξηση του ύψους των αποζημιώσεων είναι σημαντική, και η γήρανση τείνει να αυξάνει τον όγκο υπηρεσιών υγείας που απαιτούνται ανά περιστατικό.
424. Σε κάθε περίπτωση, η αυξητική τάση του μέσου κόστους περιστατικού ασφαλισμένων περιστατικών, οδηγεί και στην εξέταση της διαχρονικής εξέλιξης των αποζημιώσεων που καταβάλουν οι ασφαλιστικές εταιρείες στους παρόχους υγείας. Από την έρευνα³⁰¹ προκύπτει ότι οι συνολικές αποζημιώσεις στον κλάδο νοσοκομειακής ασφάλισης υγείας κινήθηκαν ανοδικά καθ' όλη την περίοδο 2021-2024. Το ποσοστό αύξησης διαμορφώθηκε από 7% την πρώτη περίοδο (2021-2022) σε 15% ετησίως την τριετία 2022-2024.
- Στα ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας (μακροχρόνια), μολονότι παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στις μεταβολές των αποζημιώσεων των διαφόρων ασφαλιστών αλλά και διακυμάνσεις του επιπέδου των αποζημιώσεων ανά τα έτη, κατά την εξεταζόμενη περίοδο (2021-2024) το σύνολο των αποζημιώσεων μεταβλήθηκε θετικά. Οι αποζημιώσεις του έτους 2024 για αυτή την κατηγορία ασφαλίσεων υγείας εμφανίζονται αυξημένες κατά 27% σε σχέση με το επίπεδο στο οποίο παρουσιάζονταν κατά την πρώτη περίοδο (2021).
 - Ακόμα πιο έντονη εμφανίζεται η μεταβολή των αποζημιώσεων στην κατηγορία των ετησίως ανανεούμενων νοσοκομειακών ασφαλίσεων για την οποία το ύψος των

³⁰¹ Στο πλαίσιο της έρευνας για την Τελική Έκθεση ζητήθηκε από τις ασφαλιστικές εταιρείες να προσκομίσουν το ύψος των αποζημιώσεων που κατέβαλαν σε νοσοκομειακούς παρόχους για τις χρήσεις 2021-2024.

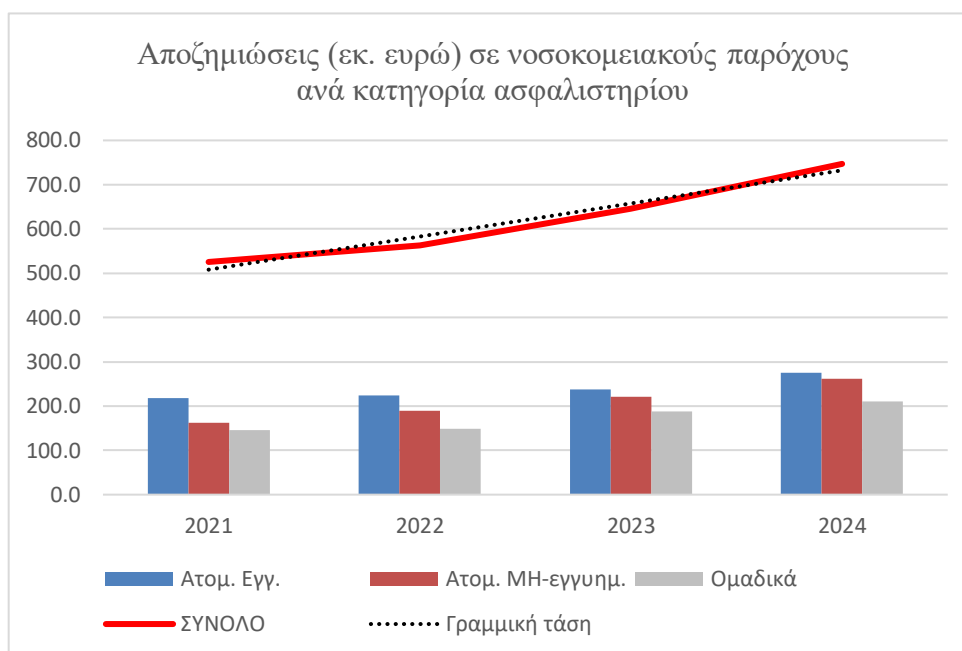
συνολικών αποζημιώσεων του έτους 2024 ήταν αυξημένο κατά 61% σε σχέση με τα επίπεδα του έτους 2021.

- Τέλος, σε ότι αφορά τις ετήσιες ομαδικές ασφαλίσεις νοσοκομειακής περίθαλψης, το άθροισμα των αποζημιώσεων προς νοσοκομειακούς παρόχους για το έτος 2024 έχει αυξηθεί κατά 44% σε σχέση με το 2021.

425. Βάσει των συλλεχθέντων στοιχείων από τις ασφαλιστικές εταιρείες που προσφέρουν νοσοκομειακά ασφαλιστήρια, οι αποζημιώσεις που κατέβαλαν οι ασφαλιστικές εταιρείες προς νοσοκομειακούς παρόχους, τόσο συνολικά όσο και ανά κατηγορία ασφαλιστηρίου, παρουσιάζουν σταθερά αύξηση με ανοδική πορεία την τετραετία 2021-2024, ανερχόμενες το 2024 στο σύνολο σε 747 εκ. ευρώ έναντι 525,5 εκ. ευρώ το 2021 (+42%), όπως παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 36/Διάγραμμα 26: Αποζημιώσεις προς Νοσοκομειακούς παρόχους

(εκ. ευρώ)	2021	2022	2023	2024
Ατομικά Εγγυημ.	217,4	223,6	237,7	275,7
%Δ		2,9%	6,3%	16,0%
Ατομικά μη-εγγ.	161,9	189,8	221,2	261,1
%Δ		17,2%	16,5%	18,0%
Ομαδικά	146,2	149,1	187,2	210,1
%Δ		2,0%	25,5%	12,3%
Σύνολο	525,5	562,5	646,1	747,0
Ετήσια %Δ συνόλου		7,1%	14,9%	15,6%



Πηγή: Έρευνα της ΓΔΑ

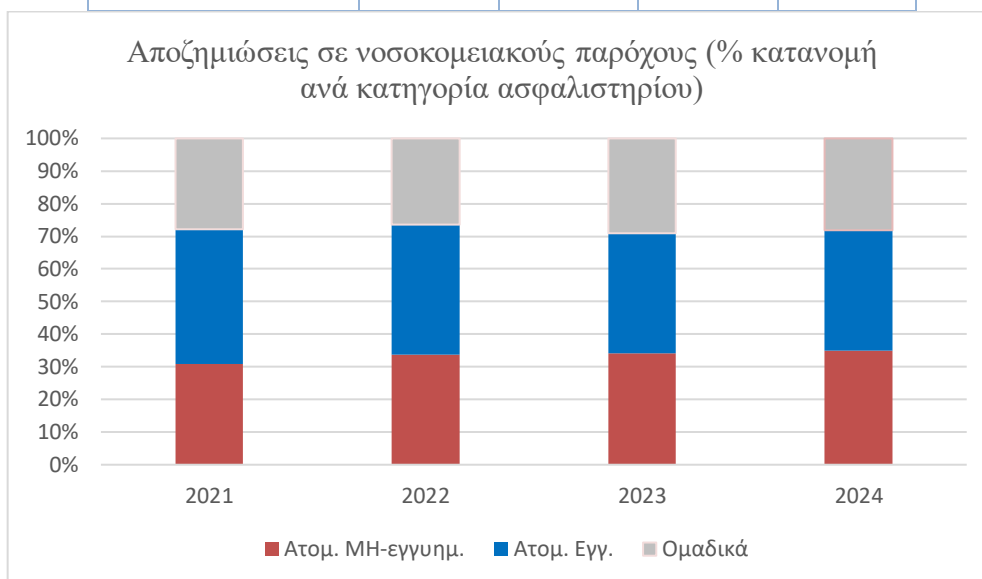
426. Ειδικότερα, καταγράφεται **διπλάσιος ρυθμός αύξησης των συνολικών αποζημιώσεων το 2023 έναντι του 2022, ρυθμός που διατηρήθηκε στα ίδια επίπεδα και το 2024 (περίπου 15%)**, αύξηση η οποία το 2023 προέρχεται κυρίως από την ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση των αποζημιώσεων των ομαδικών ασφαλιστηρίων (+25,5%) και σε μικρότερο βαθμό από την αύξηση των ατομικών μη-εγγυημένων ασφαλιστηρίων (+16,5%). Συνολικά στην τετραετία προκύπτει ότι ο ρυθμός

αύξησης των ατομικών μη-εγγυημένων ασφαλιστηρίων διατηρείται σε σταθερά επίπεδα (της τάξης του 17% περίπου) ενώ οι αποζημιώσεις ασφαλιστηρίων εγγυημένης ανανεωσιμότητας καταγράφουν ιδιαίτερα μεγάλη αύξηση του ρυθμού μεταβολής τους (2024: αύξηση κατά 10 περίπου ποσοστιαίες μονάδες).

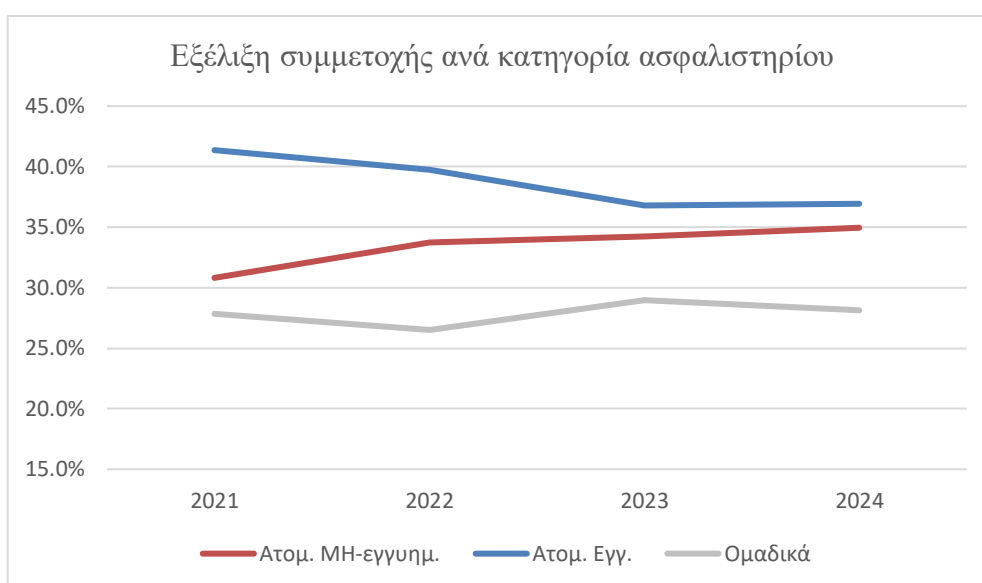
427. Αναφορικά με την εσωτερική διάρθρωση των συνολικών αποζημιώσεων στις τρεις κατηγορίες ασφαλιστηρίων (συμμετοχή ασφαλιστηρίων στο σύνολο), παρουσιάζονται τα κάτωθι:

Πίνακας 37/Διάγραμμα 27: Ποσοστιαία συμμετοχή ασφαλιστηρίων στις αποζημιώσεις

	2021	2022	2023	2024
Ατομικά Εγγυημ.	41,4%	39,7%	36,8%	36,9%
Ατομικά ΜΗ-εγγ.	30,8%	33,7%	34,2%	35,0%
Ομαδικά	27,8%	26,5%	29,0%	28,1%
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Διάγραμμα 28: Διαχρονική εξέλιξη



Πηγή: Έρευνα της ΓΔΑ

428. Όπως προκύπτει από τον ανωτέρω πίνακα και διαγράμματα, η κατανομή μεταξύ ατομικών και ομαδικών ασφαλιστηρίων παραμένει περίπου στο ίδιο επίπεδο με μικρές αποκλίσεις καθ' όλη την τετραετία 2021-2024, με τις αποζημιώσεις των ομαδικών ασφαλιστηρίων να αποτελούν περίπου το 28% των συνολικών αποζημιώσεων ετησίως. Ανά κατηγορία ασφαλιστηρίου καταγράφεται σταθερά μεγαλύτερη συμμετοχή των ασφαλιστηρίων εγγυημένης ανανεωσιμότητας στο σύνολο, η οποία όμως μειώνεται διαχρονικά καταλήγοντας το 2024 στο 37% του συνόλου (από 41% το 2021) και αντίστοιχα ενισχύονται τα ασφαλιστήρια μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας καταλήγοντας το 2024 σε 35% (από 31% το 2021). Αυτό αντανakλά, μεταξύ τυχόν άλλων λόγων, και τη σταδιακή στροφή των ασφαλιστικών εταιρειών προς συμβόλαια μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας (βλ. αναλυτικά ανωτέρω Ενότητα «Νοσοκομειακά ασφαλιστήρια»).

XI.1.3. Λόγοι μεταβολής των αποζημιώσεων σε νοσοκομειακούς παρόχους υγείας

429. Οι ασφαλιστικές εταιρείες που συμμετείχαν στην έρευνα³⁰² απέδωσαν τις θετικές μεταβολές στις αποζημιώσεις των νοσοκομειακών παρόχων σε αυξήσεις (α) στη συχνότητα εμφάνισης ζημίας και (β) στο μέσο κόστος αποζημίωσης ανά νοσηλεία (μέση ζημιά). Στην περίπτωση των ατομικών-οικογενειακών ή ομαδικών νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων μη εγγυημένης ανανεωσιμότητας, σημαντική επίδραση ασκούν επίσης οι αυξήσεις στο μέγεθος του χαρτοφυλακίου.
430. Σε ό,τι αφορά το μέγεθος του χαρτοφυλακίου, τυχόν αύξηση του ασφαλισμένου πληθυσμού επιδρά θετικά στο ύψος των αποζημιώσεων που καταβάλλονται στους παρόχους υπηρεσιών Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Εντούτοις, όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, όλες σχεδόν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις δεν διαθέτουν νέα ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας ενώ η μοναδική (1) εταιρεία η οποία προσφέρει τέτοια προγράμματα, γνωστοποίησε ότι ο αριθμός των ασφαλισμένων αυτής της κατηγορίας βαίνει σταθερά μειούμενος. Από την άλλη, σε σχέση με τα ετήσια νοσοκομειακά ασφαλιστήρια (ατομικά-οικογενειακά ή ομαδικά), οκτώ (8) ασφαλιστικές επιχειρήσεις απέδωσαν τυχόν αυξήσεις στις καταβληθείσες αποζημιώσεις τους στην ανάπτυξη την οποία επιχειρούν (ή παρατηρούν) στα χαρτοφυλάκια των ασφαλιστικών προγραμμάτων αυτής της κατηγορίας.
431. **Νοσηρότητα.** Σημαντικός αριθμός ασφαλιστών (οκτώ σε αριθμό) ανέφερε ότι, από την περίοδο της πανδημίας έως και σήμερα, παρατηρούνται αυξήσεις στη συχνότητα εμφάνισης ζημίας λόγω διαφοροποιήσεων στο «μείγμα» των περιστατικών. Ειδικότερα διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση των λοιμώξεων (όπως λ.χ. νοσήματα αναπνευστικού συστήματος) καθώς και σοβαρότερων παθήσεων οι οποίες δεν διαγνωστήκαν ή δεν αντιμετωπίστηκαν κατά τη διάρκεια της πανδημίας με αποτέλεσμα την επιβάρυνση της υγείας των ασθενών.
432. **Γήρανση.** Περαιτέρω, τυχόν αύξηση του ποσοστού των ασφαλισμένων που χρειάζεται να νοσηλευτούν μέσα σε ένα έτος επιδρά θετικά στις καταβληθείσες αποζημιώσεις προς νοσοκομειακούς παρόχους υπηρεσιών υγείας. Τέτοια αύξηση, εξηγείται από την ηλικιακή γήρανση των ασφαλισμένων του χαρτοφυλακίου λαμβάνοντας υπόψη ότι η πρόοδος της ηλικίας συνοδεύεται από συχνότερη (και ακριβότερη) χρήση υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης. Τούτο επιβεβαιώνεται και από τις μελέτες του IOBE περί εξέλιξης των καταβαλλόμενων αποζημιώσεων³⁰³ σε νοσοκομειακά συμβόλαια εγγυημένης ανανεωσιμότητας. Όπως αναλύεται εκτενέστερα κατωτέρω, οι αποζημιώσεις αυτές αυξήθηκαν κατά 14% το 2022 ως προς το 2021 και κατά 14,6% το 2023 ως προς το 2022, κατά μέσο όρο ανά ασφαλισμένο. Αφαιρώντας την

³⁰² Η πλειονότητα (9/13) των ασφαλιστικών επιχειρήσεων δεν διέκριναν τους λόγους μεταβολής ανά υποκατηγορία ασφαλιστηρίων.

³⁰³ «Δείκτες κόστους αποζημιώσεων μακροχρόνιων ασφαλιστικών νοσοκομειακών προγραμμάτων για το έτος 2022», IOBE Νοέμβριος 2023, και «Δείκτες κόστους αποζημιώσεων μακροχρόνιων ασφαλιστικών νοσοκομειακών προγραμμάτων για το έτος 2023», IOBE Νοέμβριος 2024.

επίδραση της γήρανσης, οι αποζημιώσεις θα είχαν αυξηθεί κατά 8,2% το 2022 ως προς το 2021 και κατά 9% το 2023 ως προς το 2022. Διαπιστώνεται παρόμοια εικόνα υψηλού ρυθμού μεταβολής και στα δύο έτη, αλλά και το ότι το ηλικιακό μείγμα των ασφαλισμένων επηρεάζει σημαντικά τη μεταβολή των αποζημιώσεων.

433. Πλέον της νοσηρότητας και της ηλικίας που συγκαθορίζουν την συχνότητα και το μέσο κόστος ζημίας, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις συνέδεσαν τις αυξήσεις των αποζημιώσεων με τις **αυξήσεις του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια**. Από την περίοδο της πανδημίας και έπειτα παρατηρήθηκε ανοδική πορεία στο κόστος νοσηλείων, στις αμοιβές των ιατρών καθώς και στο κόστος υγειονομικού υλικού και ειδικών υλικών. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση στο μέσο κόστος αποζημίωσης ανά νοσηλεία και κατ' επέκταση στο ύψος των αποζημιώσεων προς νοσοκομειακούς παρόχους υγείας. Πέραν των ανωτέρω, η εξέλιξη της ιατρικής έχει οδηγήσει στην **εισαγωγή νέων θεραπευτικών μεθόδων** (π.χ. χρήση ρομποτικής) οι οποίες συνοδεύονται, κατά κανόνα, από αυξημένο κόστος νοσηλείας. Τέλος ακόμη μία (1) ασφαλιστική επιχείρηση αναφέρθηκε στον επιβαλλόμενο ΦΠΑ που επιβαρύνει τις νοσηλείες σε ιδιωτικές κλινικές.
434. Σε ό,τι αφορά ειδικότερα τις τιμές των αναλώσιμων και ειδικών υλικών, δύο (2) επιχειρήσεις επισήμαναν ότι αυτές δεν καθορίζονται στις συμβάσεις μεταξύ ασφαλιστικών και νοσηλευτηρίων. Ως εκ τούτου, στην περίπτωση των αναλώσιμων μία ασφαλιστική εταιρεία υποστήριξε ότι *«τόσο οι τιμές τους, όσο και οι ποσότητες που αναλώνονται, εμπίπτουν αποκλειστικά στη σφαίρα ελέγχου των ιδιωτικών κλινικών, χωρίς να προβλέπονται κάποια ανώτατα όρια ή να έχει τεθεί οποιοσδήποτε σχετικός περιορισμός από τη νομοθεσία»*. Ως προς τα ειδικά υλικά, μία (1) εταιρεία υποστήριξε ότι *«οι ιδιωτικές κλινικές (τα) προμηθεύονται από εξειδικευμένους παρόχους και τα μεταπωλούν, προσκομίζοντας το τιμολόγιο αγοράς. Ωστόσο, στις όχι σπάνιες περιπτώσεις που η προμηθεύτρια εταιρεία ανήκει στον ίδιο όμιλο με την ιδιωτική κλινική, δεν υπάρχει διαφάνεια, ούτε έλεγχος ως προς το περιθώριο κέρδους που αποκομίζει η προμηθεύτρια εταιρεία και, κατ' επέκταση, ο όμιλος στον οποίο ανήκει η ιδιωτική κλινική»*.

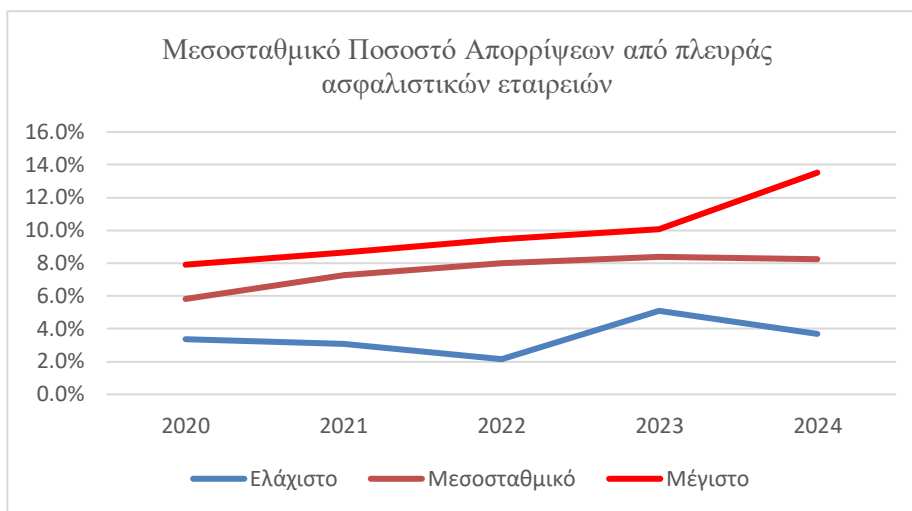
XI.1.4. Έμμεση αύξηση κόστους καταναλωτή: απορρίψεις αιτημάτων αποζημίωσης

435. Συστηματικό φαινόμενο στην αγορά υπηρεσιών υγείας αποτελεί η απόρριψη μέρους των αιτημάτων αποζημίωσης που υποβάλλουν οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (ή εναλλακτικά οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι) προς τις ασφαλιστικές εταιρείες απευθείας ή μέσω των εταιρειών διαχείρισης, είτε ολικά είτε ως ποσοστό της αιτούμενης αποζημίωσης. Οι λόγοι για την ύπαρξη των απορρίψεων αυτών ποικίλουν: ενίοτε βασίζονται σε αιτίες ιατρικής φύσεως (ότι δηλαδή κάποια παρασχεθείσα υπηρεσία δεν συνάδει με τις ιατρικές ανάγκες του περιστατικού), ενίοτε σε συμβατικές (δηλαδή στους όρους τους ασφαλιστηρίου που ο ασφαλισμένος έχει με την ασφαλιστική εταιρεία)³⁰⁴.
436. Επτά εκ των ασφαλιστικών εταιρειών που ρωτήθηκαν προσκόμισαν στοιχεία απορρίψεων αιτημάτων για τους 10 μεγαλύτερους παρόχους υγείας από τους οποίους τα δέχτηκαν. Βάσει του δείγματος αυτού, η διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού απόρριψης αιτημάτων αποζημίωσης (ήτοι η αξία που δεν εγκρίθηκε από τις ασφαλιστικές ως ποσοστό της συνολικής αιτηθείσας αξίας), έχει ως ακολούθως, για το σύνολο του δείγματος:

³⁰⁴ Περαιτέρω, στο πλαίσιο της 2^{ης} Δημόσιας Διαβούλευσης της Κλαδικής Έρευνας στην Υγεία, εκπρόσωπος του ΣΥΝΗΓΟΡΟΥ ΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ δήλωσε ότι υπήρξε καταγγελία για αβάσιμη άρνηση καταβολής αποζημίωσης από ασφαλιστική εταιρεία προς νοσοκομειακό πάροχο με συνέπεια την υποχρέωση κάλυψης του κόστους από τον καταναλωτή-ασφαλισμένο.

Πίνακας 38/Διάγραμμα 29: Εύρος (% αιτηθείσας αξίας), αιτημάτων αποζημίωσης που απέρριψαν οι ασφαλιστικές εταιρείες

	2020	2021	2022	2023	2024
Ελάχιστο	3,4%	3,1%	2,1%	5,1%	3,7%
Μεσοσταθμικό	5,8%	7,3%	8,0%	8,4%	8,2%
Μέγιστο	7,9%	8,6%	9,5%	10,1%	13,5%

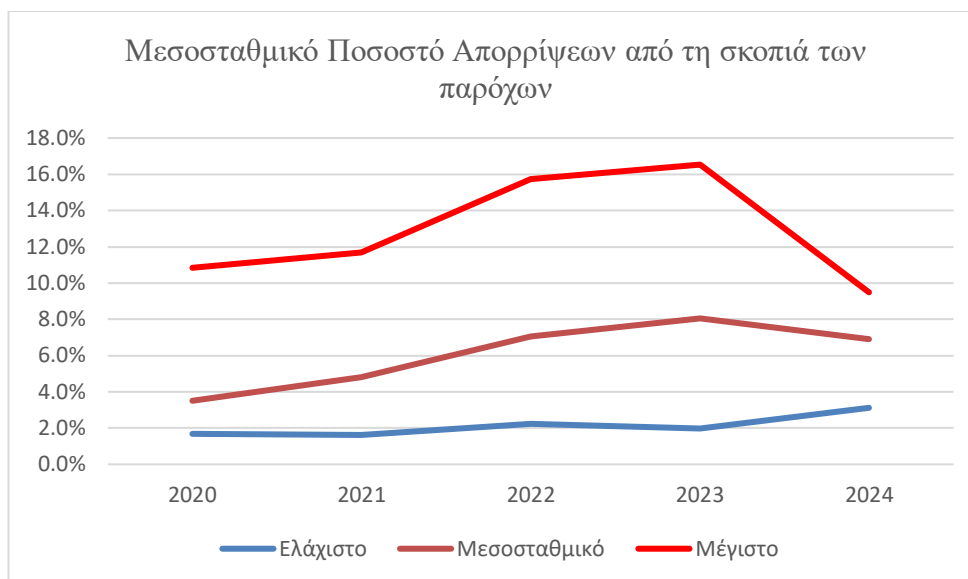


Πηγή: Έρευνα της ΓΔΑ

437. Παρατηρείται μια **τάση αύξησης διαχρονικά**, με το μεσοσταθμικό ποσοστό απορρίψεων που διενεργούν οι ασφαλιστικές εταιρείες να αυξάνεται την 5ετία 2020-2024 από 5,8% το 2020 σε 8,2% το 2024. Μια άλλη διαφαινόμενη τάση είναι η αύξηση του εύρους του διαστήματος «ελάχιστο-μέγιστο», που αποτελεί ένδειξη πιθανής διαφοροποίησης στις σχετικές πολιτικές και κριτήρια που εφαρμόζει η κάθε ασφαλιστική εταιρεία. Σημειώνεται ότι, για το 2024, το μεσοσταθμικό ποσοστό 8,2% αφορά υπηρεσίες υγείας το κόστος των οποίων καλείται να καταβάλει ο καταναλωτής/ασθενής, δεδομένης της απόρριψης από πλευράς της ασφαλιστικής εταιρείας. Βάσει της αξίας σε ευρώ του συγκεκριμένου δείγματος, αυτό για το 2024 αντιστοιχεί σε ~39,2 εκ. ευρώ μη-προγραμματισμένη πρόσθετη ιδιωτική δαπάνη για τους καταναλωτές. Αν το ποσοστό προβληθεί στο σύνολο των αιτημάτων αποζημίωσης προς όλες τις ασφαλιστικές εταιρείες του δείγματος, η εκτιμώμενη συνολική πρόσθετη δαπάνη για τον καταναλωτή το 2024 ανήλθε σε ~ 66,7 εκ. ευρώ.
438. Από αντίστοιχα στοιχεία που προσκομίστηκαν από του ιδιώτες παρόχους υγείας, η διαχρονική εξέλιξη του ποσοστού απόρριψης (ήτοι η αξία που δεν εγκρίθηκε από τις ασφαλιστικές ως ποσοστό της συνολικής αιτηθείσας αξίας) που αντιμετωπίζουν αυτοί, βάσει δείγματος οκτώ (8) εκ των μεγαλύτερων παρόχων υγείας έχει ως ακολούθως:

Πίνακας 39/Διάγραμμα 30: Εύρος απορρίψεων αιτημάτων αποζημίωσης (% αιτηθείσας αξίας), που αντιμετώπισαν οι πάροχοι υγείας

	2020	2021	2022	2023	2024
Ελάχιστο	1,7%	1,6%	2,2%	2,0%	3,1%
Μεσοσταθμικό	3,5%	4,8%	7,1%	8,1%	6,9%
Μέγιστο	10,8%	11,7%	15,7%	16,5%	9,5%



Πηγή: Έρευνα ΓΔΑ

439. Κατά την περίοδο 2020- 2024, παρατηρείται **ανοδική τάση του ποσοστού απορρίψεων που αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι πάροχοι** με το μεσοσταθμικό ποσοστό να αυξάνεται από το 3,5% το 2020 στο 6,9% το 2024³⁰⁵. Σε αντίθεση με τις ασφαλιστικές εταιρείες, παρατηρείται ορατή μείωση του εύρους «ελάχιστο-μέγιστο» το 2024 σε σχέση με την έναρξη της περιόδου (2020). Αυτό αποτελεί ένδειξη αυξημένης αποτελεσματικότητας ή/και συμμόρφωσης των παρόχων στην διεκδίκηση αποζημιώσεων, και βάσει των αναλυτικών στοιχείων, πηγάζει κυρίως από την ορατή μείωση απορρίψεων (από διψήφιο σε μονοψήφιο ποσοστό) που πέτυχαν τρεις εκ των οκτώ του δείγματος κατά το 2024. Υπενθυμίζεται ότι μεγάλο μέρος από τα αιτήματα κάλυψης παρασχεθεισών υπηρεσιών υγείας ελέγχονται και διεκπεραιώνονται από εταιρείες διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, οι οποίες λειτουργούν με διάφορα σχήματα συνεργασίας με τις ασφαλιστικές εταιρείες και με τους παρόχους υγείας.

Πλαίσιο 4: Αύξηση κόστους υπηρεσιών υγείας – βασικά μεγέθη

- Αύξηση του ΔΤΚ Υγείας ΕΛΣΤΑΤ κατά 12% το 2024 έναντι του 2018.
- Αύξηση του μέσου κόστους αποζημίωσης περιστατικού μακροχρονίων ασφαλιστηρίων συμβολαίων κατά μέσο όρο 3,46% ετησίως την περίοδο 2020-2023.
- Αύξηση του όγκου υπηρεσιών ανά περιστατικό μακροχρονίων ασφαλιστηρίων συμβολαίων κατά μέσο όρο 2,85% ετησίως την περίοδο 2020-2023.
- Διπλάσιος ρυθμός αύξησης των συνολικών αποζημιώσεων το 2023 έναντι του 2022, ρυθμός που διατηρήθηκε στα ίδια επίπεδα και το 2024 (περίπου 15%). Η αύξηση

³⁰⁵ Τα ποσοστά δεν ταυτίζονται με αυτά του προηγούμενου πίνακα, διότι και τα δύο έχουν προκύψει από δείγμα και όχι από το σύνολο της αγοράς, για το οποίο δεν ήταν διαθέσιμα τέτοια στοιχεία.

αυτή αποδίδεται κυρίως στην αύξηση του πλήθους περιστατικών (νοσηρότητα), στη γήρανση του πληθυσμού και στην αύξηση του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης.

- Ανοδική τάση του ποσοστού απορρίψεων από τις ασφαλιστικές εταιρείες των αιτημάτων αποζημιώσεων των παρόχων υγείας.

XI.2. Πώς τιμολογούνται οι ιδιωτικές υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας;

XI.2.1. Μεθοδολογία τιμολόγησης: fee-for-service

440. Η επιλογή της κατάλληλης μεθόδου αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη δίκαιη και επαρκή χρηματοδότηση των δημόσιων νοσοκομείων. Παράλληλα, συμβάλλει στη συγκράτηση του κόστους παραγωγής των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην αύξηση της παραγωγικότητας και της αποδοτικότητας των νοσοκομείων, καθώς και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών³⁰⁶.
441. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα αποτίμησης των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει αξιόπιστη κοστολόγηση της ενδεδειγμένης κλινικής διαδρομής για κάθε περιστατικό νοσοκομειακής νοσηλείας, η οποία παρέχει άμεση πληροφόρηση στα αρμόδια κυβερνητικά όργανα για τη χάραξη ρεαλιστικής πολιτικής στον τομέα της υγείας, τη συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ των νοσοκομείων και τη διαχείριση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
442. Οι κύριες μεθοδολογίες αποζημίωσης των παρόχων υγείας εμπίπτουν σε τρεις βασικές κατηγορίες: (α) αμοιβή κατά πράξη (fee-for-service), (β) κατά κεφαλήν αποζημίωση (capitation) και (γ) αμοιβή βάσει απόδοσης του παρόχου υγείας, στην οποία εντάσσονται και τα μοντέλα τιμολόγησης που βασίζονται σε «Ομοιογενείς Διαγνωστικά Ομάδες» (Diagnosis Related Groups ή DRGs)³⁰⁷.
443. Η τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις στην Ελλάδα σήμερα ακολουθεί το μοντέλο της **διακριτής τιμολόγησης εκάστης υπηρεσίας (fee-for-service)**. Στο μοντέλο αυτό, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι γιατροί αποζημιώνονται με βάση τον αριθμό και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν βάσει αναλυτικού καταλόγου τιμών. **Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο όγκος/ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο αυξάνεται το ποσό της αποζημίωσης του παρόχου.**
444. Σύμφωνα με την Τράπεζα της Ελλάδος, το μοντέλο έχει ως βασικό πλεονέκτημα την αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών, καθώς διαθέτουν περισσότερες θεραπευτικές επιλογές και απολαμβάνουν καλή εξυπηρέτηση κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Ωστόσο, τείνει να οδηγεί σε υπερπαροχή υπηρεσιών, λόγω των κινήτρων που παρέχει για όγκο υπηρεσιών ανεξάρτητα από τις ανάγκες των ασθενών και για μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείες. Σε πολλές δε περιπτώσεις, ο τιμοκατάλογος των υπηρεσιών διαφοροποιείται αναλόγως

³⁰⁶ Βλ. Έκθεση ελέγχου Ελεγκτικού Συνεδρίου, «Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια αποτελούν αξιόπιστο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων; Εξυπηρέτησαν τους στόχους της εισαγωγής τους;», 1/2022.

³⁰⁷ Βλ. Π. Ξένος: Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις ως στρατηγικοί αγοραστές υπηρεσιών υγείας, 11/3/2025, διαθέσιμο στο <https://www.aagora.gr/p-xenos-oi-asfalistik-es-epicheiriseis-os-stratigikoi-agorastes-ypiresion-ygeias/>.

της κατηγορίας νοσηλείας (ενδεικτικά, διαφορετικές χρεώσεις για την ίδια ακριβώς επέμβαση ανάλογα αν ο ασθενής βρίσκεται σε μονόκλινο, δίκλινο κ.λπ.).

Οι οικονομικές επιπτώσεις του μοντέλου τόσο στις ασφαλιστικές επιχειρήσεις όσο και στους ασφαλισμένους είναι σημαντικές. Στα μακροχρόνια ασφαλιστικά συμβόλαια, για τα οποία υφίστανται περιορισμοί ή και απαγόρευση στις αυξήσεις ασφαλίσεων στη βάση συμβατικών όρων, οι αυξημένες χρεώσεις δεν μπορούν να μετακυλισθούν στους ασφαλισμένους, με αποτέλεσμα να προκαλείται μείωση του δείκτη φερεγγυότητας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Στα ετησίως ανανεούμενα ασφαλιστήρια συμβόλαια, οι αυξημένες χρεώσεις μετακυλίσονται στους ασφαλισμένους, οι οποίοι καλούνται είτε να πληρώσουν αυξημένα ασφάλιστρα για την διατήρηση της ασφαλιστικής τους κάλυψης είτε να συμφωνήσουν σε αναπροσαρμογή προς τα κάτω των ασφαλιστικών τους καλύψεων, με αποτέλεσμα να δημιουργείται κενό στην ασφαλιστική τους κάλυψη³⁰⁸.

XI.2.2. Τιμολογιακή πολιτική: διαφοροποίηση πελατών και κριτήρια τιμολόγησης

445. Περαιτέρω, από τις απαντήσεις των ιδιωτικών κλινικών που συμμετείχαν στην έρευνα προέκυψε ότι η τιμολογιακή/εμπορική πολιτική των 13 εκ των 14³⁰⁹ ιδιωτικών κλινικών διαφοροποιείται ανά κατηγορία πελατών. Οι εν λόγω πάροχοι διακρίνουν μεταξύ ιδιωτών, δημοσίων ασφαλιστικών φορέων (ΕΟΠΥΥ και Ασφαλιστικά Ταμεία) και (ιδιωτικών) ασφαλιστικών εταιρειών³¹⁰.
446. Σημαντικός αριθμός από αυτούς (10/13) αναφέρει ότι εφαρμόζει διαφορετική τιμολόγηση σε ορισμένες ειδικές περιπτώσεις ιδιωτών, φυσικών προσώπων, για τις οποίες εφαρμόζονται στοχευμένες διαφοροποιήσεις, κατά κανόνα μέσω εκπτώσεων, στα πλαίσια δράσεων εταιρικής κοινωνικής ευθύνης. Ενδεικτικά αναφέρθηκαν περιπτώσεις απόρων, προσφύγων, ανασφάλιστων και πολυτέκνων, ενώ ένας (1/13) νοσοκομειακός πάροχος διέκρινε ειδικότερα τους νεφροπαθείς. Μεμονωμένα έγινε λόγος για ομάδες πελατών σε συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή δραστηριότητας, όπως λ.χ. οι ακριτικές περιοχές, καθώς και για αθλητικά σωματεία, μέλη συλλόγων και εργαζομένους κάποιων εταιρειών. Ακολούθως, προνομιακός τιμοκατάλογος εφαρμόζεται, από έναν πάροχο, στα μέλη των ενόπλων δυνάμεων και των σωμάτων ασφαλείας και από άλλους σε πρόσωπα τα οποία συνδέονται με αυτούς με σύμβαση εργασίας (εργαζόμενοι) ή αποτελούν συγγενικά πρόσωπα του απασχολούμενου προσωπικού τους. Κατά τα λοιπά, ακόμη πέντε (5/13) κλινικές τοποθέτησαν σε ξεχωριστή κατηγορία πληρωτών άλλα ΝΠΙΔ (εταιρείες ή φορείς).
447. Τέλος, απόκλιση από τα ανωτέρω παρουσίασαν οι απαντήσεις ενός (1/13) νοσοκομειακού παρόχου ο οποίος απάντησε ότι εφαρμόζει διαφοροποιημένη τιμολογιακή πολιτική με κριτήρια α) την ασφαλιστική ικανότητα, β) τον τύπο δωματίου νοσηλείας, γ) τη διάρκεια νοσηλείας και δ) τυχόν ανάγκες επιπλέον υποστήριξης (λ.χ. εντατική παρακολούθηση από συνοδό) και όχι ανά κατηγορία πληρωτή.
448. Ως προς τα κριτήρια με τα οποία διαμορφώνεται η τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας, ορισμένοι νοσοκομειακοί πάροχοι (4/14) κατέγραψαν, μεταξύ άλλων, γενικά κριτήρια τιμολόγησης, εφαρμοστέα σε κάθε περίπτωση επισημαίνοντας παράγοντες όπως το κόστος και ο κύκλος εργασιών ανά πελάτη, οι ανάγκες και οι οικονομικές συνθήκες της αγοράς, η τιμολογιακή πολιτική των ανταγωνιστών, το κόστος λειτουργίας, οι τυχόν εκάστοτε νοσοκομειακού παρόχου. Η

³⁰⁸ Βλ. ΤτΕ, Έκθεση Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας, 2025, διαθέσιμη στη διαδρομή <https://www.bankofgreece.gr/ekdoseis-ereyna/ekdoseis/ekthesh-xrhmatopistwtikhs-statherothtas>.

³⁰⁹ Συνολικό δείγμα έρευνας σε 16 ομίλους και εταιρείες στο πλαίσιο της έρευνας για την Τελική Έκθεση.

³¹⁰ Η πλειονότητα των νοσοκομειακών παρόχων (11/13) περιορίστηκε σε γενική αναφορά στις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες χωρίς να διαχωρίζει μεταξύ ασφαλιστικών φορέων εξωτερικού και αυτών που εδρεύουν στην Ελλάδα.

πλειονότητα των νοσοκομειακών παρόχων διαφοροποίησε τα κριτήρια τιμολόγησης ανάλογα με το εάν η τιμολόγηση εφαρμόζεται σε ιδιώτες, δημόσιους φορείς ή ασφαλιστικές εταιρείες.

449. Ειδικότερα, σε σχέση με τα **κριτήρια τιμολόγησης προς δημοσίους ασφαλιστικούς φορείς** (ΕΟΠΥΥ και λοιπά ασφαλιστικά ταμεία), σχετικές αναφορές καταγράφηκαν από εννέα (9/14) νοσοκομειακούς παρόχους οι οποίοι επισήμαναν ότι η τιμολογιακή πολιτική η οποία εφαρμόζεται στις συναλλαγές τους με τα ασφαλιστικά ταμεία **διαφοροποιείται ανά ασφαλιστικό ταμείο**.
450. Συγκεκριμένα, ένας πάροχος αναφέρει ότι *«Η τιμολογιακή πολιτική με τα Ταμεία Κοινωνικής Ασφάλισης είναι προϊόν σύμβασης με έκαστο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (...), με εξαίρεση τον ΕΟΠΥΥ ο οποίος επιβάλλει μονομερώς τις τιμές»*. Μία κλινική κατέγραψε κριτήρια όπως λ.χ. ο *«όγκος ασφαλισμένων»*, ο *«χρόνος εξόφλησης»*, οι *«απαιτήσεις χρηστών υπηρεσίας»* καθώς και κοινωνικά κριτήρια. Επιπλέον, δύο (2) ιδιωτικές κλινικές υπολαμβάνουν ως κρίσιμο στοιχείο το εάν η σύμβαση με το ασφαλιστικό ταμείο έχει συναφθεί από την κλινική μεμονωμένα ή ως μέλος του Συνδέσμου Ελληνικών Κλινικών (Σ.Ε.Κ.). Ακόμα, σύμφωνα με έναν πάροχο η τιμολογιακή πολιτική που εφαρμόζεται για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ ή άλλων δημοσίων ταμείων ασφάλισης, διαμορφώνεται, πέραν του συμβατικού καθορισμού, από το νομοθετικό πλαίσιο, το καταστατικό ή/και τις αποφάσεις του ΔΣ κάθε δημοσίου ταμείου, αναφέροντας ότι *«λόγω των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων και της ελλειπούς χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ και δημοσίων ταμείων, οι τιμές αποζημίωσης των υπηρεσιών είναι χαμηλές και επιβαρύνονται σημαντικά από την επιβολή του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής χρηματικού ποσού από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς το δημόσιο ("clawback") και των εκπτώσεων ("rebates") επί των υποβολών των νοσηλίων.»*.
451. Σε ό,τι αφορά την τιμολογιακή πολιτική που εφαρμόζεται στις συναλλαγές με **ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες**, απαντήσεις ελήφθησαν από δώδεκα (12) νοσοκομειακούς παρόχους και, από αυτούς, οι πέντε (5) υπογράμμισαν τη σημασία που διαδραματίζει το προσυμβατικό στάδιο των διαπραγματεύσεων. Η τιμολόγηση καθορίζεται μέσα από διαρκείς διαπραγματεύσεις με κάθε ασφαλιστική επιχείρηση. Σύμφωνα με τον πάροχο ΙΑΣΩ, *«Ασφαλιστικές εταιρείες με μεγάλη διαπραγματευτική ισχύ ασκούν πιέσεις στα ιδιωτικά νοσοκομεία για μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, εφαρμογή εκπτώσεων και περικοπών. Η μεγάλη εξάρτηση από συγκεκριμένες ασφαλιστικές εταιρείες δημιουργεί ανοχή στις ασκούμενες από αυτές πιέσεις»*. Όπως μάλιστα επισήμανε ένας (1) νοσοκομειακός πάροχος, κάθε κλινική του Ομίλου του *«διατηρεί διακριτή τιμολογιακή πολιτική και ξεχωριστή συμφωνία με τις ασφαλιστικές εταιρείες»*.
452. Κατά τη διαμόρφωση των όρων συνεργασίας μεταξύ νοσοκομειακών παρόχων και ασφαλιστικών εταιρειών λαμβάνονται υπόψη παράγοντες όπως το μέγεθος εκάστης ασφαλιστικής επιχείρησης στην αγορά ιδιωτικών ασφαλίσεων υγείας και ο όγκος των ασφαλισμένων που αυτή καλύπτει. Ειδικότερα, ένας νοσοκομειακός πάροχος, σημείωσε πως *«η συγκέντρωση του μεριδίου αγοράς, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 80%, σε 5 ασφαλιστικές εταιρείες που επήλθε μετά τις εξαγορές της AXA Ασφαλιστικής από τη Generali ασφαλιστική, της Metlife από την NN και της Ευρωπαϊκής Πίστης από την Allianz, τα έτη 2021-2023, οδήγησε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα σε αναδιαμόρφωση της τιμολογιακής πολιτικής των νοσοκομείων με εκπτώσεις επί των προγενέστερων τιμών τους»*. Σύμφωνα με τέσσερις (4) παρόχους υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, η τιμολογιακή πολιτική που εφαρμόζεται στις ασφαλιστικές επιχειρήσεις συσχετίζεται με τον αριθμό των ασφαλισμένων που εξυπηρετούν. Ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες διαχειρίζονται μεγάλο όγκο περιστατικών, έχουν μεγαλύτερη διαπραγματευτική ισχύ. Ως εκ τούτου, ενδέχεται να επιτύχουν ευνοϊκότερους όρους συνεργασίας με τα νοσοκομεία τα οποία επιδιώκουν από την πλευρά τους τη διατήρηση μιας σταθερής ροής εσόδων, γεγονός που μπορεί να τα οδηγήσει σε προσαρμογή των τιμολογίων τους.
453. Συναφώς, τέσσερις (4) νοσοκομειακοί πάροχοι ανέφεραν, πέραν των ως άνω ποσοτικών χαρακτηριστικών μιας συμφωνίας (τζίρος ασφαλιστικής, όγκος ασφαλισμένων, προσδοκώμενα έσοδα), ορισμένα ποιοτικά κριτήρια συνιστάμενα στη διάρκεια, στη σταθερότητα και στην

αξιοπιστία της συνεργασίας τους με τις ασφαλιστικές εταιρείες και τα οποία επηρεάζουν τις συναφείς προς την τιμολογιακή πολιτική συμφωνίες. Στο πλαίσιο αυτό, η συνέπεια και η τήρηση των συμφωνηθέντων από την ασφαλιστική εταιρεία συνεπάγεται την παροχή σε αυτή ευνοϊκότερων όρων από τους νοσοκομειακούς παρόχους. Τρεις (3/14) πάροχοι δήλωσαν ότι τόσο η τιμολογιακή πολιτική όσο και η απόφαση για σύναψη σύμβασης με την ασφαλιστική εταιρεία εξαρτώνται αφενός από το χρόνο διαχείρισης και καταβολής των αποζημιώσεων αφετέρου από τη φερεγγυότητα της ασφαλιστικής εταιρείας.

454. Περαιτέρω, τρεις (3) νοσοκομειακοί πάροχοι κατέγραψαν κριτήρια τα οποία σχετίζονται με ειδικότερες συμφωνίες στις οποίες προβαίνουν με την εκάστοτε ασφαλιστική εταιρεία και τα οποία συνεπάγονται τον καθορισμό ειδικότερων τιμών ή εκπτώσεων. Εν προκειμένω, ένας νοσοκομειακός πάροχος δήλωσε ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες που καλύπτουν θεραπείες/νοσηλείες υψηλού κόστους επωφελούνται ειδικότερων τιμών. Αντίστοιχα, ένας νοσοκομειακός πάροχος αναφέρθηκε σε *«ειδικές συμφωνίες για την ανάληψη περιστατικών καλυπτόμενων από εξειδικευμένα συμβόλαια ή την παροχή υπηρεσιών μόνο σε ασφαλιστικά συμβόλαια με συμφωνημένες καλύψεις (πχ capitation προϊόντα)»*. Ένας πάροχος (1) ανέφερε ότι οι υποχρεώσεις που επιβάλλονται από το νομοθετικό και κανονιστικό πλαίσιο στις ιδιωτικές κλινικές (λ.χ. τήρηση υγειονομικών και περιβαλλοντικών προτύπων) δημιουργούν κόστη συμμόρφωσης αυξάνοντας το κόστος λειτουργίας τους και συνεπώς επιδρούν άμεσα στον καθορισμό της τιμολογιακής πολιτικής τους.
455. Τέλος, τέσσερις (4) νοσοκομειακοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας, οι οποίοι ανήκουν στον ίδιο όμιλο ΗΗG, απάντησαν ότι το αντικείμενο των συμφωνιών τους με τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις περιορίζεται στον καθορισμό των αμοιβών των ιατρών σε ορισμένα ανώτατα συμφωνημένα όρια τα οποία προσδιορίζονται από το είδος και τη βαρύτητα της ιατρικής πράξεως.
456. Ως προς την τιμολογιακή πολιτική σε συναλλαγές με ιδιώτες, τέσσερις (4/10) κλινικές απάντησαν ότι εφαρμόζουν προνομιακό τιμοκατάλογο (ή εκπτώσεις) σε ιδιώτες - φυσικά πρόσωπα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, ηλικιωμένους, οικονομικά ασθενέστερους κ.ο.κ. ακολουθώντας μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση στην παροχή των υπηρεσιών τους. Ακόμη δύο (2) δήλωσαν ότι, σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και για περιορισμένο χρονικό διάστημα, εφαρμόζουν εκπτώσεις στις τιμές ορισμένων υπηρεσιών για ιδιώτες, όπως πρόσφυγες και ανασφάλιστους. Μάλιστα ένας (1) πάροχος κατέγραψε μια σειρά από ιατρικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν τα νοσοκομεία του άνευ χρηματικού ανταλλάγματος σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες ή ανήκουν σε ειδικές κοινωνικές ομάδες, στο πλαίσιο εταιρικής κοινωνικής ευθύνης. Από την άλλη, τέσσερις (4) εταιρείες οι οποίες ανήκουν στον ίδιο όμιλο, διευκρίνισαν ότι σε σχέση με ιδιώτες-φυσικά πρόσωπα *«ισχύει ο γνωστοποιημένος τιμοκατάλογος του νοσοκομείου στον οποίο δεν περιλαμβάνεται τυχόν αμοιβή του/των ιατρού/ών η οποία, διαμορφώνεται ελεuthέρως μεταξύ ιατρού και ασθενούς»*, ενώ ειδικότεροι όροι προβλέπονται για περιστατικά ρουτίνας που δεν εμπεριέχουν επιβαρυντικούς παράγοντες. Ακολουθώντας, ένας (1) ερωτηθείς αναφέρθηκε σε τιμολογιακές διαφοροποιήσεις αναλόγως του εάν πρόκειται για παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Τέλος, σύμφωνα με έναν (1) πάροχο, η τιμολόγηση καθορίζεται *«από τη διοίκηση της Κλινικής, υποκειμενικά και κατά περίπτωση»*.
457. Σε ό,τι αφορά τη διαμόρφωση της τιμολόγησης των υπηρεσιών υγείας για **εταιρείες ή άλλους φορείς**, μόλις ένας (1) πάροχος απάντησε ότι αφορούν κυρίως σε εταιρείες με μεγάλο αριθμό προσωπικού, οι οποίες *«επιθυμούν την πληρωμή της νοσηλείας ή των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε συγκεκριμένη κατηγορία ασθενών με ίδια μέσα»*. Σύμφωνα με τις απαντήσεις της ίδιας εταιρείας, για τη διαμόρφωση των όρων συνεργασίας λαμβάνονται υπόψη τα ίδια κριτήρια που εφαρμόζονται στις συμφωνίες με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.
458. Ενόψει των ανωτέρω, προκύπτει σαφώς **διαφοροποίηση τιμών για την προσφορά των ίδιων υπηρεσιών, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε κατηγορίας πελατών ή και**

ατομικά κάποιου πελάτη/πληρωτή³¹¹. Παραδείγματος χάριν, οι τιμές χρέωσης προς ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες εξαρτώνται από τον όγκο περιστατικών που προβλέπεται να εισαχθούν στον πάροχο εκ της εκάστοτε διμερούς σχέσεως, αλλά και από άλλες παραμέτρους, όπως η διαχειριστική διάσταση της σχέσης. Έτσι, από τη μία πλευρά αναμένει κανείς οι τιμές προς μεγάλες ασφαλιστικές εταιρείες μπορεί να τείνουν να είναι χαμηλότερες σε σχέση με τις τιμές προς μεμονωμένους ιδιώτες, λόγω όγκου περιστατικών.

XI.3. Το ζήτημα της αδιαφάνειας στην τιμολογιακή πολιτική των παρόχων υγείας

459. Η πολύπλοκη δομή και η αυξημένη συναλλακτική πολυπλοκότητα του κλάδου υγείας δημιουργεί μεγάλο βαθμό αδιαφάνειας και μετατοπίζει την εστίαση του ανταγωνισμού. Όπως αναλύεται στην Ενότητα II.3.1, η εκδήλωση της ζήτησης του καταναλωτή δεν είναι πρωτογενής, ως απευθείας έκφραση των προτιμήσεων και προσωπικών επιλογών του, αλλά διαμεσολαβείται από ιατρικούς συμβούλους με αυξημένη βαρύτητα στον καθορισμό της επιλογής του (όπως προσωπικούς ιατρούς του), ή μπορεί και να επηρεάζεται άμεσα ή έμμεσα από τις ασφαλιστικές εταιρείες, ανάλογα με τις συμφωνίες τιμών και καλύψεων που έχουν με τους παρόχους υγείας. Η συστηματική παρεμβολή φυσικών και νομικών προσώπων πέραν του διπλού «καταναλωτής-προμηθευτής» (ιατρών, ασφαλιστών, ασφαλιστικών διαμεσολαβητών, εταιρειών διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων που διαχειρίζονται τα αιτήματα αποζημίωσης των παρόχων υγείας) ενισχύει την αδιαφάνεια, προσθέτοντας έναν ακόμη παράγοντα αβεβαιότητας αναφορικά με το κόστος που τελικά θα κληθεί να καλύψει ο ασθενής, πέραν του τιμήματος για το ασφαλιστήριο συμβόλαιό του, δεδομένης της πιθανότητας απόρριψης μέρους ή και όλου του υποβληθέντος αιτήματος αποζημίωσης. Κατά συνέπεια, ο καταναλωτής καθίσταται εν πολλοίς αδύναμος να αποτελέσει τον φορέα υλοποίησης της ανταγωνιστικής πίεσης διά των επιλογών του, και η εν λόγω αγορά αποκτά αρκετά στοιχεία μιας «business-to-business» αγοράς, με χαρακτηριστικά ολιγοπωλίου (από την πλευρά των παρόχων) και ολιγοπωνίου (από την πλευρά των ασφαλιστικών εταιρειών). Η ως άνω ασυμμετρία αναφορικά με την τιμολογιακή διάσταση των υπηρεσιών υγείας, ενισχύει την εγγενή ασυμμετρία πληροφόρησης που χαρακτηρίζει τον κλάδο και η οποία αφορά καταρχάς τον προσδιορισμό και την απόφαση για το ποιες υπηρεσίες υγείας χρειάζεται να λάβει ο καταναλωτής.
460. Προς βελτίωση της διαφάνειας στις χρεώσεις, ο ν. 4600/2019 προέβλεπε την υποχρέωση των παρόχων υγείας να δημοσιοποιούν στην ιστοσελίδα τους και σε εμφανές σημείο στην υποδοχή και στο λογιστήριο τιμοκατάλογο των υπηρεσιών και προϊόντων που παρέχονται από αυτές. Η σχετική υποχρέωση καταλαμβάνει όλες τις ιδιωτικές κλινικές ανεξαρτήτως έτους ίδρυσης³¹².
461. Σχετική νομοθετική ρύθμιση για το θέμα αυτό θεσπίστηκε εκ νέου και εξειδικεύθηκε με τον ν. 5170/2025 (άρθρο 29 παρ. 4), σύμφωνα με την οποία οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας ανακοινώνουν δημόσια τις τιμές των παρεχόμενων υπηρεσιών τους, ιδίως για κάθε είδος ιατρικής ή νοσηλευτικής πράξης, που προσφέρουν στους καταναλωτές, καθώς και το ύψος αναπροσαρμογής της τιμής τους από την αμέσως προηγούμενη τιμή. Η ανακοίνωση γίνεται με τη μορφή πίνακα-τιμοκαταλόγου, ιδίως, σε διακριτή σελίδα του ιστοτόπου της επιχείρησης με τίτλο «τιμές υπηρεσιών υγείας». Η ανακοίνωση περιλαμβάνει τουλάχιστον την ονομασία της ιατρικής υπηρεσίας, την τιμή στην οποία προσφέρεται στους καταναλωτές, τον χρόνο έναρξης ισχύος της

³¹¹ Βλ. ακόμα ομιλία από εκπρόσωπο του ΣΥΝΗΓΟΡΟΥ ΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ στα πλαίσια της 2^{ης} Δημόσιας Διαβούλευσης της Κλαδικής Έρευνας στην Υγεία όπου, πέραν περιπτώσεων διακριτικής τιμολόγησης, αναφέρθηκε και η ύπαρξη αδιαφάνειας στις τιμές και στις χρεώσεις των ιδιωτικών κλινικών. Όπως αναλύθηκε περαιτέρω, όταν ο ίδιος ο Συνήγορος του Καταναλωτή επιχείρησε να προσδιορίσει το κόστος και την επιβάρυνση ενός συγκεκριμένου ασθενή με ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας ανατρέχοντας σε δημοσιευμένους τιμοκαταλόγους σε ιστοσελίδα παρόχου υγείας, διαπίστωσε τη μεγάλη δυσκολία του να γίνει αυτός ο υπολογισμός. Βλ. σχετικώς <https://www.epant.gr/enimerosi/health.html>.

³¹² Βλ. ν. 4600/2019, άρθρο 25 παρ. 6 σε συνδυασμό με άρθρο 47 παρ. 3.

αναπροσαρμογής, τον χρόνο εφαρμογής της αμέσως παλαιότερης τιμής και το ποσοστό της αναπροσαρμογής της τιμής σε σχέση με την αμέσως παλαιότερη τιμή.

462. Οι ανακοινώσεις δεν διαγράφονται πριν από την πάροδο δέκα (10) ετών από την ημερομηνία δημοσίευσής τους και αποστέλλονται από τις υπόχρεες επιχειρήσεις στη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Ανάπτυξης, εντός τριών (3) εργάσιμων ημερών από τη δημοσίευσή τους στον ιστότοπο της επιχείρησης. Τα στοιχεία των ανακοινώσεων μπορούν να δημοσιεύονται από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου με κάθε πρόσφορο μέσο, προκειμένου να είναι δυνατή η σύγκρισή τους από τους καταναλωτές (άρθρο 29 παρ. 5 ν. 5170/2025).
463. Οι εν λόγω διατάξεις αποσκοπούν στο να αυξήσουν τη διαφάνεια στην αγορά και να επιτρέψουν στους αντισυμβαλλόμενους των παρόχων υγείας να παρακολουθεί τις αυξήσεις τιμών, να επαληθεύει τις χρεώσεις και να συγκρίνει τις τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών, συνεπώς δύνανται να ενισχύσουν τη θέση του καταναλωτή και ως έναν βαθμό τον ανταγωνισμό (δεδομένου του φαινομένου της προκλητής ζήτησης και της ασυμμετρίας πληροφόρησης, ο καταναλωτής δεν επιλέγει τον πάροχο υγείας αποκλειστικώς με τιμολογιακούς όρους). Ωστόσο, μέτρα όπως το παραπάνω αντιμετωπίζουν τις δικές τους προκλήσεις, προκειμένου να επιτύχουν τον σκοπό τους. Συγκεκριμένα, όπως ανέφερε ενδεικτικά εκπρόσωπος του Συνηγού του Καταναλωτή κατά την 2η Δημόσια Διαβούλευση για την παρούσα κλαδική έρευνα, προσπάθεια που έγινε για να υπολογιστεί το κόστος που θα επωμιζόταν καταναλωτής βάσει του ασφαλιστικού του συμβολαίου και του αναρτημένου τιμοκαταλόγου κλινικής στο διαδίκτυο, απεδείχθη ιδιαίτερα περίπλοκη, κάτι που αποθαρρύνει την ευρεία χρήση των εν λόγω τιμοκαταλόγων. Δειγματοληπτική έρευνα στους ήδη αναρτημένους τιμοκαταλόγους παρόχων υγείας, επιβεβαιώνει αυτή τη δυσκολία υπολογισμού του κόστους ανά περιστατικό, δεδομένου ότι στην πράξη οι περισσότερες «υπηρεσίες υγείας» αποτελούνται από ένα σύνολο επί μέρους διαγνωστικών, ιατρικών, νοσηλευτικών πράξεων και υλικών, οι οποίες όμως ενίοτε τιμολογούνται και αναρτώνται χωριστά στους εν λόγω τιμοκαταλόγους, με αποτέλεσμα αν κάποιος δεν γνωρίζει ποιο είναι το σύνολο αυτό των επιμέρους (και συνήθως δεκάδων) κωδικών στους οποίους αναλύεται τελικά η υπηρεσία υγείας που χρειάζεται να λάβει, να μην μπορεί να υπολογίσει το συνολικό κόστος.
464. Αντίστοιχη εμπειρία υπάρχει και στις ΗΠΑ, όπου σχετική υποχρέωση ανάρτησης τιμών έχει επιβληθεί στους νοσοκομειακούς παρόχους των ΗΠΑ από τις αρχές του 2021, με ρητό σκοπό να ενταθεί ο ανταγωνισμός προκειμένου να συγκρατηθούν ή και να μειωθούν οι σχετικές τιμές. Μάλιστα προβλέφθηκε ανάρτηση τιμών στο διαδίκτυο με δύο μορφές, μία αναλυτική προς εκτεταμένη χρήση από επαγγελματικά εμπλεκόμενους στον κλάδο, και μία «φίλική στους καταναλωτές» μορφή τιμοκαταλόγου, όπου ονοματίζονται και παρουσιάζονται οι τιμές βασικών νοσοκομειακών υπηρεσιών. Σχεδόν πέντε χρόνια μετά, σχετική ελεγκτική έκθεση³¹³ αρμόδιας υπηρεσίας της ομοσπονδιακής κυβέρνησης των ΗΠΑ, διαπιστώνει ότι εξακολουθεί να υπάρχει αβεβαιότητα για το κατά πόσο η ρύθμιση έχει εφαρμοσθεί πλήρως αλλά και με χρήσιμο για τον καταναλωτή τρόπο τελικά, και αν έχει θετικές επιδράσεις στον ανταγωνισμό και τις τιμές. Το ποσοστό φαινομενικής πλήρους συμμόρφωσης εκτιμήθηκε μεν στο 70% των νοσοκομείων (αν και αυτό, μετά από δύο χρόνια ισχύος της ρύθμισης, τον Νοέμβριο 2022), αλλά το 2024, ήτοι τέσσερα χρόνια μετά την έναρξη ισχύος, οι πιθανοί επαγγελματίες χρήστες αυτής της τιμολογιακής πληροφόρησης (όπως οι ασφαλιστικές εταιρείες ή άλλοι πάροχοι) δήλωναν ότι επιμέρους θέματα ομοιογένειας στην απεικόνιση των υπηρεσιών ή ακόμη και δομής και τρόπου παρουσίασης των σχετικών ηλεκτρονικών αρχείων, είχε στην ουσία αποτρέψει αυτούς από το να μπορέσουν να αξιοποιήσουν την επί της αρχής διαθέσιμη πληροφορία ως πρόσθετο εργαλείο ανταγωνισμού ή

³¹³ United States Government Accountability Office, "HEALTH CARE TRANSPARENCY-CMS Needs More Information on Hospital Pricing Data Completeness and Accuracy", Οκτώβριος 2024, <https://www.gao.gov/assets/gao-25-106995.pdf>.

και διαπραγμάτευσης με τους παρόχους υγείας. Επιπροσθέτως, διαπιστώθηκε ότι οι καταναλωτές έκαναν ελάχιστη χρήση της «φιλικής» εκδοχής των τιμοκαταλόγων.

465. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η ενίσχυση της διαφάνειας των τιμών προϋποθέτει μια ολιστική αντιμετώπιση, συμπεριλαμβανομένης της συστηματικής ενημέρωσης των καταναλωτών και της εποπτείας των παρόχων όχι μόνο αναφορικά με την τυπική τους συμμόρφωση με την υποχρέωση ανάρτησης τιμοκαταλόγων τους, αλλά και αναφορικά με φαινομενικά τεχνικές λεπτομέρειες υλοποίησης, που θα διασφαλίσουν την ομοιογένεια, διαχειρισσιμότητα και συγκρισιμότητα της αναρτώμενης πληροφορίας. Χωρίς αυτή την ολιστική αντιμετώπιση, είναι πιθανόν να εμποδιστεί η ουσιαστική χρήση των τιμοκαταλόγων από τους συμμετέχοντες στην αγορά.

XII. ΤΑ DRGs ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

XII.1. Επισκόπηση της εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς

466. Οι «Ομοιογενείς Διαγνωστικά Ομάδες» (Diagnosis Related Groups ή DRGs) αποτελούν ένα πλήρες σύστημα μονάδων αποτίμησης των υπηρεσιών υγείας που βασίζεται στη δυνατότητα που εμπεριέχει για την ακριβή κοστολόγηση αυτών³¹⁴. Το σύστημα αυτό εισήχθη στα υγειονομικά συστήματα των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών³¹⁵ ως μία νέα μέθοδος κοστολόγησης και προοπτικής αποζημίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας³¹⁶. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση οι χώρες που έχουν υιοθετήσει το σύστημα DRG είναι η Αυστρία, η Γερμανία, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Σουηδία, η Δανία, η Φιλανδία, η Ιρλανδία, η Τσεχία, η Ουγγαρία, η Νορβηγία, η Πολωνία, η Σλοβακία, η Εσθονία, η Κύπρος, η Λετονία, η Σλοβενία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Κροατία. Ορισμένα κράτη που δεν είναι μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και έχουν εφαρμόσει το σύστημα DRG είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, ο Καναδάς και άλλα πολλά κράτη³¹⁷.
467. Το σύστημα DRGs, ως νέα μέθοδος κοστολόγησης και προοπτικής αποζημίωσης των υπηρεσιών υγείας, αποβλέπει μέσα από την κατηγοριοποίηση των περιστατικών νοσηλείας, η οποία θα βασίζεται σε αξιόπιστα κλινικά και κοστολογικά δεδομένα κατά την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, να ταξινομή αυτά σε ένα διαχειρίσιμο αριθμό διαγνωστικών κατηγοριών, κάθε μία από τις οποίες αντανάκλα ένα προκαθορισμένο επίπεδο οικονομικών πόρων. Η διαμόρφωση των ομοιογενών ομάδων ασθενειών, με σχετικά προβλεπόμενη πορεία νοσηλείας και περίθαλψης, αποσκοπεί στο να καθοριστούν οι συγκεκριμένες κλινικές παρεμβάσεις, οι οποίες τυποποιούνται ώστε τα συγκεκριμένα αποτελέσματα να συνδέονται με αναλυτικές διαδικασίες και στη συνέχεια να κοστολογούνται με βάση αξιόπιστα κλινικά και κοστολογικά δεδομένα που έχουν συλλεγεί σε επίπεδο ασθενούς. Ακολούθως, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αποζημιώνουν τα νοσοκομεία

³¹⁴ Η ανάπτυξη των ομοιογενών ομάδων ασθενειών, όπως προσδιορίζονται από τη διάγνωση, σημαίνει κοστολόγηση της ενδεδειγμένης κλινικής διαδρομής για κάθε ομάδα, ενώ η ενδεδειγμένη κλινική διαδρομή αποτελεί συμφωνημένο και αποδεκτό πρωτόκολλο.

³¹⁵ Το σύστημα αυτό εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στην Αμερική το 1983, ενώ η Αυστραλία ήταν από τις πρώτες χώρες που ακολούθησε το παράδειγμα της Αμερικής και στη συνέχεια το υιοθέτησαν οι Σκανδιναβικές χώρες, η Γερμανία και η Ιταλία.

³¹⁶ Αναγνωρίζοντας την αστοχία των μοντέλων αποζημίωσης των υπηρεσιών, όλα τα προηγμένα κράτη άρχισαν να εφαρμόζουν συστήματα που επιβραβεύουν την απόδοση.

³¹⁷ Βλ. υπ' αριθμ. πρωτ. 1159/07.02.2025 επιστολή KETEKNY, όπου αναφέρεται και ότι σχετικά με το σύστημα αποζημίωσης των υπηρεσιών της ΠΦΥ, όλα τα κράτη που εφαρμόζουν το σύστημα DRG βρίσκονται σε αρχικό στάδιο σχεδιασμού.

καταβάλλοντας για κάθε νοσηλεία τους ένα προσυμφωνημένο αντίτιμο, το οποίο αναλογεί στην συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία στην οποία αυτός κατατάχθηκε κατά την νοσηλεία του³¹⁸.

468. Το σύστημα DRG αναπτύχθηκε πρώτη φορά στις ΗΠΑ στα μέσα της δεκαετίας του 1970 με στόχο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας. Η τελική μορφή της πρώτης έκδοσης του ολοκληρώθηκε το 1983. Θεωρήθηκε ως μία από τις πιο σημαντικές διοικητικές μεταρρυθμίσεις στον τομέα της υγείας στις ΗΠΑ και αποτέλεσε πρότυπο και για άλλες χώρες (π.χ. Αυστραλία, Πορτογαλία, Αγγλία, Ιταλία) οι οποίες σταδιακά ξεκίνησαν την υιοθέτησή του από τα μέσα της δεκαετίας του 1980. Το χρονικό σημείο έναρξης εισαγωγής του συστήματος DRG διαφοροποιείται σημαντικά μεταξύ των χωρών. Τις τελευταίες δεκαετίες ολοένα αυξανόμενος αριθμός χωρών (κύρια Ευρωπαϊκών) έχει υιοθετήσει το σύστημα DRG για την αποζημίωση των νοσοκομειακών υπηρεσιών³¹⁹.
469. Βασικό κίνητρο εισαγωγής του συστήματος DRG σε όλες τις χώρες αποτέλεσε η ανάγκη συστηματικής παρακολούθησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας, ο έλεγχος του κόστους, καθώς και η βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών³²⁰. Τούτο αποτελεί κοινή αναφορά για όλες τις χώρες, διαφέρει ωστόσο από χώρα σε χώρα ο τρόπος εφαρμογής του συστήματος. Συγκεκριμένα, το σύστημα διαφοροποιείται μεταξύ των χωρών σε θέματα όπως η ημερομηνία έναρξης εφαρμογής του, η διάρθρωση του συστήματος, το ποσοστό κάλυψης της νοσοκομειακής δαπάνης μέσω της αποζημίωσης από τα DRG, το εύρος των καλυπτόμενων υπηρεσιών και το ποσοστό κάλυψης των δαπανών φαρμακευτικής περίθαλψης για τις κατηγορίες φαρμάκων υψηλού κόστους ή/και καινοτόμου τεχνολογίας³²¹.
470. Οι ανωτέρω στόχοι επετεύχθησαν σε διαφορετικό βαθμό ανά χώρα. Ειδικότερα, σημειώθηκε βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (ΗΠΑ, Γερμανία, Σουηδία), αύξηση της αποδοτικότητας (ΗΠΑ, Αυστραλία, Αγγλία, Γερμανία, Πορτογαλία, Σουηδία) και έλεγχος του κόστους (Αυστραλία, Αγγλία, Γερμανία, Ιταλία, Πορτογαλία, Σουηδία)³²². Ωστόσο, τα εμπειρικά οικονομικά δεδομένα αναφορικά με την εξέλιξη των δαπανών είναι διφορούμενα. Σε αρκετές χώρες καταγράφεται σταθερά διαχρονική σημαντική μείωση στην αναλογία της ενδονοσοκομειακής δαπάνης ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας, από την άλλη οι κατά κεφαλήν δαπάνες ενδονοσοκομειακής νοσηλείας δεν παρουσιάζουν διαχρονικά πτωτική πορεία ενώ έχουν ως κοινό τόπο τις διακυμάνσεις και την διαχρονικά αυξητική τάση³²³.
471. Γενικά, το σύστημα DRG έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό εργαλείο για τον εξορθολογισμό και τη βελτιστοποίηση της χρήσης των πόρων κυρίως της νοσοκομειακής φροντίδας, γεγονός που επιβεβαιώνεται από τον ολοένα και αυξανόμενο αριθμό χωρών που το χρησιμοποιούν. Ωστόσο, καταγράφονται και αδυναμίες/προβλήματα, όπως³²⁴: (α) συχνές λανθασμένες κωδικοποιήσεις σε ακριβότερα DRG, ώστε οι πάροχοι να λαμβάνουν υψηλότερες αποζημιώσεις, (β) προβλήματα με

³¹⁸ Βλ. Έκθεση ελέγχου ελεγκτικού συνεδρίου, «Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια αποτελούν αξιόπιστο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων; Εξυπηρέτησαν τους στόχους της εισαγωγής τους;», 1/2022.

³¹⁹ Βλ. «Μελέτη εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς: αποτελέσματα συστημικής ανασκόπησης», ΕΚΠΑ, εργαστήριο οργάνωσης και αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας, 2020. Σημειώνεται ότι στην εν λόγω ανασκόπηση περιλαμβάνονται 11 χώρες, και συγκεκριμένα οι ΗΠΑ, Πορτογαλία, Αυστραλία, Αγγλία, Ιταλία, Σουηδία, Ολλανδία, Γερμανία, Γαλλία, Πολωνία, Σλοβακία.

³²⁰ Ο.π.

³²¹ Ο.π.

³²² Ο.π. Σημειώνεται ότι στην εν λόγω ανασκόπηση περιλαμβάνονται 11 χώρες, και συγκεκριμένα οι ΗΠΑ, Πορτογαλία, Αυστραλία, Αγγλία, Ιταλία, Σουηδία, Ολλανδία, Γερμανία, Γαλλία, Πολωνία, Σλοβακία.

³²³ Για περαιτέρω λεπτομέρειες βλ. ό.π. και Gregersen, FA. 2014. The impact of ageing on health care expenditures: a study of steepening. The European Journal of Health Economics, 15:9: 979-989, Werblow, A, Felder, S, Zweifel, P. 2007. Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'?. Health economics. 16.10: 1109-1126.

³²⁴ Βλ. «Μελέτη εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς: αποτελέσματα συστημικής ανασκόπησης», ΕΚΠΑ, εργαστήριο οργάνωσης και αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας, 2020.

την ποιότητα των δεδομένων και προβλήματα ανεπαρκούς ελέγχου των καταναλωθέντων νοσοκομειακών πόρων καθώς και του κόστους, (γ) περιπτώσεις χορήγησης πρόωρων εξιτηρίων, (δ) εκλεκτική επιλογή ασθενών οι οποίοι ανήκουν σε φθηνότερα DRG και αποφυγή παροχής φροντίδας σε ασθενείς που ανήκουν σε ακριβότερα DRG. Προς την κατεύθυνση του περιορισμού των ανωτέρω προβλημάτων, έχουν καταγραφεί ορισμένες βέλτιστες πρακτικές³²⁵, μεταξύ των οποίων είναι και οι τακτικές αναθεωρήσεις του συστήματος DRG και επικαιροποίηση των κωδικοποιήσεων, ώστε αυτές να αντανακλούν ακριβέστερα το νοσολογικό προφίλ και τις πρακτικές αντιμετώπισης των ασθενών, όπως αυτές εξελίσσονται με το πέρασμα του χρόνου.

472. Κατά μια άποψη, η εφαρμογή του συστήματος DRG δύναται να επηρεάσει την συμπεριφορά των νοσοκομειακών παρόχων, βοηθώντας τους να παραμείνουν ανταγωνιστικοί³²⁶. Ειδικότερα, το εν λόγω σύστημα παρέχει στους ασφαλισμένους και τις ασφαλιστικές εταιρείες τη δυνατότητα να συγκρίνουν τα κόστη των νοσοκομειακών παρόχων³²⁷ και στο πλαίσιο αυτό δίνει κίνητρο στους παρόχους να μειώσουν τα κόστη τους προκειμένου να προσελκύσουν νέους πελάτες (ασθενείς και ασφαλιστικές εταιρείες) και να κρατήσουν τους ήδη υπάρχοντες³²⁸, ώστε να αυξήσουν με τον τρόπο αυτό (ή να διατηρήσουν) και την κερδοφορία τους. Τους ωθεί επίσης, για τον ίδιο λόγο, να αυξήσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών³²⁹ και να αναπτύξουν καινοτόμες τεχνολογίες και διαδικασίες που βελτιώνουν την αποδοτικότητα και την παραγωγικότητα³³⁰.
473. Ωστόσο, ένα τέτοιο σύστημα μπορεί επίσης να έχει και αρνητικά αποτελέσματα. Ειδικότερα, οι νοσοκομειακοί πάροχοι μπορεί να μειώσουν το επίπεδο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προκειμένου να μειώσουν τα κόστη τους³³¹. Περαιτέρω, το σύστημα μπορεί να μην είναι κατάλληλο για υψηλής ποιότητας και καινοτόμες θεραπείες³³². Ακόμη, τα νοσοκομεία συχνά οδηγούνται σε λανθασμένη κωδικοποίηση των διαγνώσεων, ώστε να λάβουν υψηλότερες πληρωμές, οδηγώντας σε ανακριβείς συγκρίσεις κόστους³³³. Επίσης, οι πάροχοι μπορεί να μην έχουν τη διάθεση να επενδύσουν σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ή εξοπλισμό για τη θεραπεία περίπλοκων περιπτώσεων, εφόσον η παροχή των εν λόγω υπηρεσιών δεν αντιστοιχεί σε επαρκή

³²⁵ Όπ.π.

³²⁶ Βλ. Alexandra Titopoulou, Eleftherios Vavoulidis, Chrysoula Margioulou-Siarkou, Georgia Margioulou-Siarkou, Aristarchos Almperis, Stamatios Petousis, Georgios Mavromatidis, Theodoros Dardavesis and Konstantinos Dinas *Diagnosis-Related Group-Based Financing of Gynecologic Oncology Clinics: A Systematic Review*, Healthcare 2025, 13, 349.

³²⁷ Βλ. ιστοσελίδα Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ., <https://instdrg.gr/%cf%83%cf%8d%cf%83%cf%84%ce%b7%ce%bc%ce%b1-drg/>. Βλ. και Diagnosis Related Group (DRG), <https://www.gethealthic.com/glossary/diagnosisrelated-group-drg#:~:text=They%20can%20also%20help%20to,can%20lead%20to%20provider%20burnout>.

³²⁸ Andrew Street, Jacqueline O'Reilly, Padraic Ward and Anne Mason *DRG-based hospital payment and efficiency: Theory, evidence, and challenges* in Miriam Wiley (Ed.), *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*, 2011.

³²⁹ Βλ. OECD, Case-based payment systems for hospital funding in Asia: an investigation of current status and future directions. M. Miraldo, M. Goddard, *The Incentive Effects of Payment by Results*, Centre for Health Economics, 2006, Research Paper 19, Farkhondeh Asadi Azam Sabahi Nahid Ramezanghorbani Hassan Emami *Challenges of implementing diagnostic-related groups and healthcare promotion in Iran: A strategic applied research*, National Library of Medicine 2023.

³³⁰ Matthew Ferrante, *Competition as a Driving Force Behind Innovation*, CITANEX 2023, <https://citanex.com/resources/competition-as-a-driving-force-behind-innovation/#:~:text=Competition%20often%20drives%20companies%20to,that%20improve%20efficiency%20and%20productivity>.

³³¹ Βλ. Authors Zhang L, Sun L, *Impacts of Diagnosis-Related Groups Payment on the Healthcare Providers' Behavior in China: A Cross-Sectional Study Among Physicians*, Risk Management and Healthcare Policy 2021;14 2263–2276.

³³² Βλ. Alexandra Titopoulou et al., όπ. π., όπου εξετάζεται η εφαρμογή των DRGs στο πλαίσιο λειτουργίας γυναικολογικών ογκολογικών κλινικών.

³³³ Βλ. «Μελέτη εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς : αποτελέσματα συστημικής ανασκόπησης», ΕΚΠΙΑ , εργαστήριο οργάνωσης και αξιολόγησης υπηρεσιών υγείας, 2020. Βλ. και What is a Diagnostic Related Group (DRG)? Understanding for Healthcare Billing, STREAMLINEHEALTH, <https://streamlinehealth.net/what-is-drg/>.

αποζημίωση, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές για ορισμένους ασθενείς³³⁴. Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών είναι σημαντική η εφαρμογή των βέλτιστων πρακτικών που περιγράφονται παραπάνω.

XII.2. Τα συστήματα κοστολόγησης και τιμολόγησης (δημοσίων) υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα προ 2014

474. Τα «**Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια**» (KEN) συνιστούν μία απόπειρα συγκρότησης της ελληνικής εκδοχής των DRGs, προσαρμοσμένης στην ιδιαιτερότητα του ελληνικού ασφαλιστικού και υγειονομικού συστήματος. Με την εισαγωγή τους το 2011³³⁵, ομαδοποιήθηκαν οι νοσηλείες των ασθενών (εσωτερικών) σε κατηγορίες (αρχικά 700) και δημιουργήθηκε ένας κατάλογος αποζημίωσης νοσηλίων που βασίστηκε στο προσδιορισμένο μέσο κόστος και στη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ), λαμβάνοντας υπόψη την κλινική σοβαρότητα της κάθε περίπτωσης, με τη χρήση της στατιστικής ανάλυσης³³⁶.
475. Με το σύστημα των KEN, τα νοσήλια προκύπτουν από την εφαρμογή μιας μεθόδου κανονιστικής πρόβλεψης των δαπανών νοσηλείας σε κεντρικό επίπεδο, με βάση το πραγματικό μέσο κόστος και τη Μέση Διάρκεια Νοσηλείας (ΜΔΝ) ανά περιστατικό, τα οποία θα πρέπει να προκύπτουν από κλινικά και κοστολογικά δεδομένα σε επίπεδο ασθενούς, που συλλέγονται ύστερα από ενδελεχή και συστηματική έρευνα. Κάθε διαγνωστική κατηγορία αντιστοιχεί σε συγκεκριμένη τιμή, η οποία καταβάλλεται ως αποζημίωση, ανεξάρτητα από τη διάρκεια της νοσηλείας και τους πόρους που τελικά καταναλώθηκαν για κάθε ασθενή. Η μέθοδος των KEN, διαφέρει από τον υπολογισμό των νοσηλίων βάσει του πραγματικού κόστους ανά περίπτωση νοσηλείας, καθόσον με τα KEN, ναι μεν λαμβάνεται υπόψη το πραγματικό κόστος νοσηλείας, όχι όμως σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, αλλά κατά μέσο όρο. Με τη μέθοδο αυτή του συνδυασμού του κανονιστικού και εμπειρικού στοιχείου επιδιώκεται η ενιαία κοστολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών και ο εξορθολογισμός του κόστους νοσηλείας, διότι τα νοσοκομεία θα πρέπει να συγκρατούν το κόστος νοσηλείας, ώστε αυτό να μην παρεκκλίνει από την προβλεπόμενη με τα KEN αποζημίωση³³⁷.
476. Στόχος της εισαγωγής των KEN ήταν να καλύψει άμεσα και σε ικανοποιητικό βαθμό την επιτακτική ανάγκη αλλαγής του προηγούμενου καθολικού συστήματος αποζημίωσης (**Ημερήσιο Νοσήλιο**)³³⁸ το οποίο δεν ενσωμάτωνε το πραγματικό κόστος για την παροχή των υπηρεσιών υγείας. Αυτό είχε ως συνέπεια τα νοσοκομεία να μην αποζημιώνονται για το πραγματικό κόστος

³³⁴ Shumin Ren , Lin Yang , Jiale Du , Mengqiao He , Bairong Shen, DRGKB: a knowledgebase of worldwide diagnosis-related groups' practices for comparison, evaluation and knowledge-guided application, Database, Volume 2024.

³³⁵ Η δημιουργία του αρχικού καταλόγου των 700 KEN εγκρίθηκε το Μάιο του 2011 από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ). Με την ΚΥΑ Υ4Α/οικ.85649/2011 (Β' 1702/2011) εγκρίθηκε η εφαρμογή τους από την 1.10.2011, ενώ στην συνέχεια εκδόθηκαν οι ΚΥΑ Υ4Α /οικ.13740/2012 (Β' 940) και Υ4Α/οικ.18051/2012 (Β' 946) και ορίστηκε η εφαρμογή τους από την 1.3.2012. Από τις 27.3.2012 αυτά μετονομάστηκαν σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια. Βλ. και την αριθμ. 12/230ης Συν./16.5.2011 απόφαση του ΚΕΣΥ για την εφαρμογή του νέου τρόπου τιμολόγησης των νοσηλευόμενων ασθενών στο ΕΣΥ με πρόταση ανακοστολόγησης του πίνακα των 700 KEN για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ και την πιλοτική εφαρμογή τους σε 14 νοσοκομεία. Βλ. Έκθεση ελέγχου Ελεγκτικού Συνεδρίου, «Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια αποτελούν αξιόπιστο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων; Εξυπηρέτησαν τους στόχους της εισαγωγής τους;», 1/2022.

³³⁶ Βλ. Έκθεση ελέγχου ελεγκτικού συνεδρίου, «Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια αποτελούν αξιόπιστο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων; Εξυπηρέτησαν τους στόχους της εισαγωγής τους;», 1/2022. Αν και το νέο σύστημα βασίστηκε στο Αυστραλιανό DRGs, δεν εξασφαλίστηκε η απαραίτητη άδεια χρήσης και το ειδικό λογισμικό ταξινόμησης των περιστατικών του συστήματος αυτού (grasper). Για την τιμολόγηση των νοσηλίων δεν υπήρχε ο αλγόριθμος ο οποίος θα ομαδοποιούσε αυτόματα και αντικειμενικά τους ασθενείς, με αποτέλεσμα η κατάταξή τους στους κωδικούς KEN να γίνεται κατά την κρίση του προσωπικού του νοσοκομείου.

³³⁷ Βλ. Έκθεση ελέγχου ελεγκτικού συνεδρίου, «Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια αποτελούν αξιόπιστο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων; Εξυπηρέτησαν τους στόχους της εισαγωγής τους;», 1/2022.

³³⁸ Βλ. ΚΥΑ Υ4/οικ.1320/10.2.1998 (Β' 99) «Κλειστό Ημερήσιο Νοσήλιο και Συνολικό Ενοποιημένο Νοσήλιο».

των παρεχόμενων υπηρεσιών τους και να δημιουργούνται για τον λόγο αυτόν ελλείμματα στους προϋπολογισμούς τους³³⁹. Με την εισαγωγή των ΚΕΝ στην Ελλάδα το 2011 υιοθετήθηκε η λύση της αποτίμησης του μέσου πραγματικού κόστους ανά περίπτωση ασθενούς και της ΜΔΝ ανά κωδικό³⁴⁰. Με το σύστημα ΚΕΝ, για τις ημέρες νοσηλείας πέραν της ορισθείσας ΜΔΝ, αλλά και για αρκετές κατηγορίες νοσηλευόμενων ασθενών, προβλεπόταν ότι η αποζημίωση θα υπολογίζεται με το παλιό σύστημα κοστολόγησης των υπηρεσιών (Ημερήσιο Νοσήλιο)³⁴¹.

477. Διαπιστώθηκε ωστόσο ότι τα ΚΕΝ, ως σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων δεν εξυπηρέτησαν τις ανάγκες για τις οποίες εφαρμόστηκαν³⁴² και προκάλεσαν τελικά αύξηση των δαπανών της νοσοκομειακής περίθαλψης³⁴³, δεδομένου ότι το εν λόγω σύστημα τιμολόγησης δεν ήταν αξιόπιστο ούτε λειτουργικό, ενώ τα τιμολογούμενα νοσήλια δεν αντιπροσώπευαν το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Στο πλαίσιο αυτό, ενδεικτικά αναφέρεται ότι, όπως διαπιστώθηκε, ο καθορισμός των τιμών κόστους και ΜΔΝ, ανά κωδικό ΚΕΝ δεν βασίστηκε σε αναλυτική κοστολόγηση ελληνικών περιπτώσεων και πρωτοκόλλων διαχείρισης ασθενών από αντιπροσωπευτικό δείγμα νοσοκομείων, αλλά σε στοιχεία από περιορισμένο αριθμό νοσοκομείων και περιστατικών, καθώς και στην εμπειρία των ατόμων που συγκροτούσαν τις εκάστοτε ομάδες εργασίας³⁴⁴, με αποτέλεσμα οι καθορισθείσες τιμές να μην αντικατοπτρίζουν το πραγματικό κόστος και ΜΔΝ³⁴⁵.

XII.3. Το ΣυΚΝΥ- έννοια και στόχευση

478. Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων 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, θεωρήθηκε αναγκαίο να δημιουργηθεί ένα σύστημα ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων, ικανό να διαφοροποιεί επαρκώς τις ιδιαίτερα υψηλού κόστους από τις οικονομικότερες υπηρεσίες, ενώ την ίδια στιγμή θα λαμβάνει υπόψη τις συνθήκες του ελληνικού συστήματος υγείας. Συνεπώς, προκρίθηκε η δημιουργία ενός ανεξάρτητου συστήματος ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων το οποίο σε κάθε περίπτωση θα αξιοποιεί την τεχνογνωσία και την εμπειρία άλλων χωρών με αντίστοιχη

³³⁹ Βλ. Πόρισμα της Επιτροπής Υπουργείου Υγείας «για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.» (σελ. 17-19).

³⁴⁰ Βλ. Πόρισμα της Επιτροπής του Υπουργείου Υγείας για την διερεύνηση εφαρμογής των DRGs στα νοσοκομεία του ΕΣΥ (σελ. 17-19).

³⁴¹ Η χρέωση με το Ημερήσιο Νοσήλιο γίνεται στις ακόλουθες περιπτώσεις: 1) Νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), 2) Νοσηλεία σε Μονάδα Εντατικής Νεογνών. 3) Νοσηλεία σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας. 4) Νοσηλεία σε Μονάδα Εγκαυμάτων. 5) Νοσηλεία για Διανοητικές Ασθένειες και δυσλειτουργίες. 6) Νοσηλεία για χρήση αλκοόλ / ναρκωτικών και δυσλειτουργίες οργανικές και διανοητικές εξαιτίας της χρήσης αυτών. 7) Ημέρες νοσηλείας πέραν της ΜΔΝ που προβλέπεται με τα ΚΕΝ.

³⁴² Βλ. Έκθεση ελέγχου ελεγκτικού συνεδρίου, «Τα Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια αποτελούν αξιόπιστο σύστημα τιμολόγησης νοσηλίων; Εξυπηρέτησαν τους στόχους της εισαγωγής τους;», 1/2022.

³⁴³ http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p15-3-5.pdf [9,10] Νιάκας Δημήτρης, “Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας”, Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας - Διατροφής 2014. Polyzos N. et al, “Reforming reimbursement of public hospitals in Greece during the economic crisis: Implementation of a DRG system”, Health Policy 109 (2013).

³⁴⁴ Σύμφωνα με τη μελέτη της (ΕΣΔΥ) με τίτλο «Μηχανισμός Εφαρμογής DRGs στην Ελλάδα», για τον καθορισμό των τιμών ανά κωδικό ΚΕΝ, δεν υπήρχαν τα απαραίτητα κλινικά και κοστολογικά δεδομένα, ενώ αυτό βασίστηκε στην εμπειρία των ομάδων εργασίας και σε ελάχιστα περιστατικά. Οι εκάστοτε καθορισθείσες τιμές πρέπει να βασίζονται σε αξιόπιστα πρωτογενή στοιχεία μεγάλου αριθμού περιστατικών (π.χ. στη Γερμανία καταγράφονται κατ’ έτος περί τα 18.000.000 περιστατικά νοσηλείας).

³⁴⁵ Διαπιστώσεις από την ομάδα ελέγχου, απαντήσεις ελεγχόμενων νοσοκομείων επί του σχετικού ερωτηματολογίου, Πρακτικό 3/2021 συνάντησης με τα μέλη του ΚΕΤΕΚΝΥ.

προσαρμογή στις ελληνικές συνθήκες. Θεωρήθηκε επίσης απαραίτητο να δημιουργηθεί ένας διακριτός φορέας (ΕΣΑΝ ΑΕ) για την ανάληψη των συγκεκριμένων καθηκόντων³⁴⁶.

479. Στο πλαίσιο αυτό, το 2014³⁴⁷ θεσμοθετήθηκε το **Σύστημα Αμοιβών Νοσοκομείων (ΣΑΝ)**³⁴⁸. Το ΣΑΝ συνιστά σύστημα κοστολόγησης και αποζημίωσης νοσοκομειακών υπηρεσιών από τον ΕΟΠΥΥ³⁴⁹, βασίζεται στη μεθοδολογία του συστήματος Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων (DRG)³⁵⁰, προβλέπει ως κεντρική αρχή τον καθορισμό δίκαιης αμοιβής για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται ανά περιστατικό ασθενούς και συνιστά ένα εθνικής εμβέλειας καθολικό σύστημα καθορισμού αμοιβών επί τη βάσει διαγνωστικά ομοιογενών ομαδοποιήσεων των υπηρεσιών ανά περιστατικό, καθώς και συνυπολογισμού δαπανών κάθε είδους, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η μισθοδοσία των ιατρών³⁵¹. Το 2017³⁵² ως άνω σύστημα μετονομάστηκε σε **ΣυΚΝΥ (Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών)**³⁵³ και η «Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων» με τον διακριτικό τίτλο ΕΣΑΝ ΑΕ αντικαταστάθηκε από το Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Ανώνυμη Εταιρεία (**ΚΕΤΕΚΝΥ**). Το τελευταίο ανέλαβε το έργο της δημιουργίας, διαχείρισης και επικαιροποίησης σε σταθερή ετήσια βάση του νέου συστήματος³⁵⁴. Το ΚΕΤΕΚΝΥ είναι υπεύθυνο επεξεργασίας για το ειδικό λογισμικό Grouper, από κοινού με το Υπουργείο Υγείας³⁵⁵.
480. Για τη λειτουργία του ΣυΚΝΥ προβλέφθηκε η δημιουργία ηλεκτρονικής εφαρμογής (εφεξής: ειδικό λογισμικό-Grouper)³⁵⁶, το οποίο εφαρμόζει έναν αλγόριθμο ομαδοποίησης του συστήματος DRG, για την αντιστοίχιση περιστατικών σε ομάδες DRG³⁵⁷. Το ειδικό λογισμικό-Grouper

³⁴⁶ Βλ. ν. 4286/2014, (ΦΕΚ Α' 194/19/09/2014), «Γενικές διατάξεις για τη δημιουργία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων - σύσταση και καταστατικό της εταιρείας με την επωνυμία «Εταιρεία συστήματος αμοιβών νοσοκομείων ανώνυμη εταιρεία» - Προσαρμογή στο Εθνικό Δίκαιο της Οδηγίας 2012/39/ΕΕ της επιτροπής της 26ης Νοεμβρίου 2012 για την τροποποίηση της Οδηγίας 2006/17/ΕΚ και λοιπές διατάξεις», αιτιολογική έκθεση, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

³⁴⁷ Βλ. άρθρο πρώτο παρ. 2 περίπτ. δ του ν. 4286/2014.

³⁴⁸ Βλ. άρθρο πρώτο παρ. 2 του ν. 4286/2014.

³⁴⁹ Βλ. ν. 4286/2014 άρθρο πρώτο. Β και υπ' αριθμ. πρωτ. 1159/07.02.2025 επιστολή ΚΕΤΕΚΝΥ.

³⁵⁰ Ως «Διαγνωστικά Ομοιογενείς Ομάδες» (Diagnosis Related Groups - DRG) νοούνται οι ομάδες νοσηλείων οι οποίες χαρακτηρίζονται από κλινική ομοιογένεια και προσομοιάζουν σε επίπεδο χρήσης πόρων, βλ. ΥΑ Γ2δ//2023 (ΥΑ Γ2δ/οίκ. 68058 ΦΕΚ Β 7262 2023): Ρύθμιση θεμάτων σχετικά με τη λειτουργία του Συστήματος Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών. (852527), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, άρθρο 1.

³⁵¹ Βλ. άρθρο πρώτο ν. 4286/2014.

³⁵² Βλ. άρθρο 66 παρ. 1 του ν. 4486/2017 το οποίο αντικατέστησε το πρώτο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου πρώτου του ν. 4286/2014.

³⁵³ Βλ. άρθρο 66 παρ. 1 του ν. 4486/2017 το οποίο αντικατέστησε το πρώτο εδάφιο της παραγράφου 1 του άρθρου πρώτου του ν. 4286/2014.

³⁵⁴ Βλ. άρθρο 66 παρ. 1 περίπτ. γ, παρ. 4 και 6 του ν. 4486/2017 που αντικατέστησαν την παράγραφο 5 του άρθρου πρώτου και τις παραγράφους 1 και 4 του άρθρου έκτου του ν. 4286/2014. Το Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ αποτελεί ανώνυμη εταιρεία μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, η οποία λειτουργεί χάριν του δημοσίου συμφέροντος κατά τις διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου και έχει ως βασικό στόχο την ανάπτυξη, λειτουργία και αναθεώρηση του Ελληνικού Συστήματος DRG επί τη βάσει ενός διεθνώς αναγνωρισμένου προτύπου.

³⁵⁵ Βλ. ν. 4286/2014, άρθρο δεύτερο και ΚΥΑ αριθμ. Γ2δ/Γ.Π. 21605/2021, άρθρο 6 παρ. 1 και 2. Το ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ. και το Υπουργείο Υγείας ορίζουν από κοινού τους σκοπούς της επεξεργασίας, ευθύνονται από κοινού στην τήρηση των υποχρεώσεων που διέπουν το ρόλο του Υπεύθυνου Επεξεργασίας και διασφαλίζουν την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της ιδιωτικής ζωής και των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

³⁵⁶ Βλ. και ΚΥΑ αριθμ. Γ2δ/Γ.Π. 21605 (ΦΕΚ Β 2241/31.5.2021), Λειτουργία ηλεκτρονικής εφαρμογής για τους σκοπούς του ΣυΚΝΥ, άρθρο 2. Βλ. και Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ., Έκθεση έρευνας αποτύπωσης γνώμης στελεχών των νοσοκομείων στα οποία θα τεθεί σε δοκιμαστική εφαρμογή το Ελληνικό Σύστημα DRG, Ιανουάριος 2019, σ. 2 Παραρτήματος, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

³⁵⁷ Και σε Μείζονες Διαγνωστικές Κατηγορίες (Major Diagnostic Categories -MDC). Οι Μείζονες Διαγνωστικές Κατηγορίες είναι ένα σύστημα ταξινόμησης που χρησιμοποιείται για την ταξινόμηση των ασθενών σε ομάδες με βάση την κύρια διάγνωσή τους. Αποτελεί μέρος του συστήματος DRG. Οι δύο όροι του MDC και του DRG αναφέρονται σε διαφορετικά στοιχεία του ίδιου συστήματος ταξινόμησης. Το MDC είναι μια πιο ευρεία ταξινόμηση

βασίζεται στην Διεθνή Κωδικοποίηση Διάγνωσης Ασθενειών (ICD) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας³⁵⁸, στην κωδικοποίηση των ιατρικών πράξεων (procedures codes), στο φύλο, στην ηλικία, στην κατάσταση κατά την έξοδο, στην εμφάνιση επιπλοκών, άλλων συνυπαρχόντων νοσημάτων, στην μέση διάρκεια νοσηλείας κ.ά.³⁵⁹. Οι πληροφορίες που καταχωρίζονται στον ειδικό λογισμικό-Groupier ταξινομούνται σε τρεις (3) κατηγορίες: α) πληροφορίες που αφορούν στα βασικά στοιχεία του περιστατικού, β) πληροφορίες που αφορούν στις διαγνώσεις, βάσει της ενδεδειγμένης ενιαίας κωδικοποίησης διαγνώσεων νόσων και γ) πληροφορίες που αφορούν στις ιατρικές πράξεις, βάσει της ενδεδειγμένης ενιαίας κωδικοποίησης ιατρικών πράξεων³⁶⁰. Η επεξεργασία των πληροφοριών που καταχωρούνται στο ειδικό λογισμικό Groupier, αφορά στην αποτίμηση του κόστους των νοσοκομειακών υπηρεσιών ή στην κατανομή νοσοκομειακών αμοιβών που προέρχονται από πόρους των ασφαλιστικών οργανισμών και από τον κρατικό προϋπολογισμό³⁶¹. Κύριος σκοπός της επεξεργασίας των πληροφοριών μέσω του ειδικού λογισμικού-Groupier είναι η ταξινόμηση σε ομάδες DRG και η κοστολόγηση των νοσοκομειακών υπηρεσιών³⁶².

481. Για την ανάπτυξη των ελληνικών καταλόγων DRG³⁶³ έχουν συνδυαστεί τα τρία υποσυστήματα που αποτελούν το σύστημα DRG, ήτοι το ιατρικό υποσύστημα, το οποίο περιλαμβάνει κυρίως την ανάπτυξη της ταξινόμησης των διαγνώσεων και των ιατρικών πράξεων και τις οδηγίες κωδικοποίησης, το οικονομικό υποσύστημα, το οποίο περιλαμβάνει κυρίως τη μεθοδολογία του υπολογισμού των συντελεστών βαρύτητας κόστους, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων και τους καταλόγους με τις οδηγίες κοστολόγησης και τιμολόγησης και το πληροφοριακό υποσύστημα, το οποίο περιλαμβάνει την ανάπτυξη του λογισμικού groupier, των λογισμικών κοστολόγησης και κωδικοποίησης, το σύστημα διαχείρισης δεδομένων, κ.λπ.³⁶⁴.
482. Το **ΣυΚΝΥ εφαρμόζεται στο σύνολο των νοσηλείων των (δημόσιων) νοσοκομείων**³⁶⁵. Πιο συγκεκριμένα, το ΣυΚΝΥ εφαρμόζεται σε όλες τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται από τα νοσοκομεία³⁶⁶, με εξαίρεση αυτές που αφορούν αα) στην ιατρική περίθαλψη ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομειακά τμήματα³⁶⁷, ββ) στην ιατρική περίθαλψη ασθενών σε εξωτερικά ιατρεία

που ομαδοποιεί τους ασθενείς με βάση την κύρια διάγνωσή τους, ενώ το DRG είναι μια πιο συγκεκριμένη ταξινόμηση που λαμβάνει υπόψη πρόσθετους παράγοντες, όπως δευτερεύουσες διαγνώσεις, πραγματοποιηθείσες διαδικασίες, ηλικία ασθενούς και συννοσηρότητες. <https://www.mdclarity.com/glossary/major-diagnostic-category-mdc>.

³⁵⁸ Βλ. σχετικά την ιστοσελίδα του ΠΟΥ, <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases>.

³⁵⁹ Βλ. Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ., <https://instdrgr.gr/%CF%83%CF%8D%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BC%CE%B1-drg/>

³⁶⁰ Βλ. ΚΥΑ αριθμ. Γ2δ/Γ.Π. 21605/2021, άρθρο 3. Βλ. και ΥΑ Α3(γ)77213 (Β'3699/19.10.2017) απόφαση του Υπουργού Υγείας, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, άρθρο 1. Ως ενδεδειγμένες ενιαίες κωδικοποιήσεις έχουν οριστεί (Με τις υπό στοιχεία Γ2δ/Γ.Π. 82848/20 (Β'814/2.3.2021) και Γ2δ/Γ.Π.οικ.10748 (Β'782/27.2.2021) αποφάσεις του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας.), αφενός για τις διαγνώσεις νόσων ο κατάλογος της Ελληνικής Τροποποίησης της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Διαγνώσεων Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10-GrM) και αφετέρου για τις ιατρικές πράξεις ο κατάλογος της Ελληνικής Ταξινόμησης Ιατρικών Πράξεων ΕΤΙΠ (GMPC), όπως κάθε φορά ισχύουν.

³⁶¹ Βλ. ΚΥΑ αριθμ. Γ2δ/Γ.Π. 21605/2021, άρθρο 4.

³⁶² Βλ. ΚΥΑ αριθμ. Γ2δ/Γ.Π. 21605/2021, άρθρο 5. Η ταυτοποίηση και η αντιστοίχιση των υποκειμένων γίνεται από τις μονάδες νοσηλείας, με σκοπό την αντιστοίχιση του ασθενούς με τους κωδικούς με τους οποίους θα υπολογιστεί το κόστος των παρεχόμενων σε αυτόν υπηρεσιών υγείας.

³⁶³ Του καταλόγου της Ελληνικής Τροποποίησης της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Διαγνώσεων Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-10-GrM) και του καταλόγου της Ελληνικής Ταξινόμησης Ιατρικών Πράξεων ΕΤΙΠ (GMPC).

³⁶⁴ Βλ. ΚΕΤΕΚΝΥ, Έκθεση έρευνας αποτύπωσης γνώμης στελεχών των νοσοκομείων στα οποία θα τεθεί σε δοκιμαστική εφαρμογή το Ελληνικό Σύστημα DRG, Ιανουάριος 2019, σ. 2.

³⁶⁵ Βλ. ΚΥΑ Γ2δ//2021 (ΥΑ Γ2δ/οικ. 21693 ΦΕΚ Β 1435 2021, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, άρθρο 5 παρ. 1.

³⁶⁶ Βλ. ν. 4286/2014 άρθρο πρώτο.

³⁶⁷ Όπως αναφέρει το Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ., -βλ. υπ'αριθμ. πρωτ. 1159/07.02.2025 επιστολή «Σχετικά με τα ψυχιατρικά περιστατικά (πρωτοβάθμια, δομές υγείας, νοσηλεία) και την αποκατάσταση, το Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ. έχει καταρτίσει πρόταση

νοσοκομείων³⁶⁸ και γγ) στην αποκατάσταση σε εξειδικευμένα νοσοκομειακά τμήματα ή κέντρα αποκατάστασης³⁶⁹. Γενικότερα, το ΣυΚΝΥ δεν εφαρμόζεται σε κοστολογημένες ιατρικές πράξεις και διαγνωστικές εξετάσεις οι οποίες μπορούν να διενεργηθούν στο πλαίσιο Π.Φ.Υ.³⁷⁰. Για τη λειτουργία του ΣυΚΝΥ, οι μονάδες νοσηλείας έχουν υποχρέωση αποστολής αρχείων με τα στοιχεία των ασθενών και τα ιατρικά και διοικητικά δεδομένα από το φάκελο νοσηλείας τους καθώς και τα στοιχεία κόστους νοσηλείας ανά περιστατικό ασθενούς.

483. Αρχικά το ΣυΚΝΥ τέθηκε σε δοκιμαστική εφαρμογή σε συγκεκριμένα νοσοκομεία³⁷¹. Επί του παρόντος, εφαρμόζεται σε όλα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., τα νοσοκομεία -κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ. και στα Ν.Π.Ι.Δ. του Ε.Σ.Υ. ήτοι σε 121 συνολικά νοσοκομεία, νοσοκομεία κέντρα υγείας και Ν.Π.Ι.Δ. του Ε.Σ.Υ.³⁷². Με την ολοκλήρωση της ένταξης όλων των νοσοκομείων στην πλήρη εφαρμογή του ΣυΚΝΥ, το ΣυΚΝΥ αντικαθιστά κάθε άλλο σύστημα αποτίμησης αξίας νοσοκομειακών υπηρεσιών ή κατανομής αμοιβών νοσοκομείων, που προέρχονται από πόρους του κρατικού προϋπολογισμού, ασφαλιστικών οργανισμών, ιδιωτικών ή δημόσιων, ελληνικών ή μη,

για αποτύπωση και κοστολόγηση των υπηρεσιών αυτών. Βρισκόμαστε σε στάδιο αναμονής της απόφασης ένταξης της πρότασης στο ΕΣΠΑ 2021-2027.»

³⁶⁸ Βλ. σχετικά και Βλ. ΚΥΑ Γ2δ//2021 (ΥΑ Γ2δ/οικ. 21693 ΦΕΚ Β 1435 2021, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, άρθρο 5 παρ. 4, όπου αναφέρεται ότι δεν ταξινομούνται και δεν αποζημιώνονται με DRG δαπάνες ασθενών οι οποίοι προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) του νοσοκομείου κατά την εφημερία, και κατόπιν διερεύνησης επιστρέφουν στην οικία τους με οδηγίες, χωρίς να απαιτηθεί η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, ακόμη και εάν έχουν παραμείνει κάποιες ώρες σε κλίνη βραχείας νοσηλείας. Όπως αναφέρει το Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ., -βλ. υπ' αριθμ. πρωτ. 1159/07.02.2025 επιστολή -σχετικά με το σύστημα αποζημίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών στα ΤΕΠ, το Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ. έχει ήδη καταθέσει πρόταση στην πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας για την επέκταση του συστήματος DRG και σε αυτόν τον τομέα.

³⁶⁹ Βλ. ν. 4286/2014 άρθρο πρώτο.

³⁷⁰ Βλ. ΚΥΑ Γ2δ//2021 (ΥΑ Γ2δ/οικ. 21693 ΦΕΚ Β 1435 2021, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, άρθρο 5 παρ. 3. και υπ' αριθμ. πρωτ. 1159/07.02.2025 επιστολή ΚΕΤΕΚΝΥ. Στην περίπτωση ωστόσο που κατά τη διάρκεια της εξέτασης - ιατρικής πράξης κριθεί ως ιατρικώς αναγκαία η παρακολούθηση του ασθενούς, οπότε και απαιτείται εισαγωγή, η νοσηλεία θα ταξινομηθεί σε DRG και θα χρεωθεί αναλόγως.

³⁷¹ Βλ. ΚΥΑ Αριθμ. Γ2δ/Γ.Π. οικ.23962 (ΦΕΚ Β' 1423/26.04.2018) στην οποία καθορίστηκαν ανά Υγειονομική Περιφέρεια τα Νοσοκομεία στα οποία θα τεθεί σε δοκιμαστική εφαρμογή το ΣυΚΝΥ ως εξής : 1η ΔΥΠΕ ΑΤΤΙΚΗΣ • Γ.Ν.Α. ΠΑΙΔΩΝ «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ» • Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ - ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ - ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ» (η οργανική μονάδα έδρας «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ») • Γ.Ν.Α. «ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ» • Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ» • Γ.Ν. «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ - ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ» (η αποκεντρωμένη οργανική μονάδα «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ») • Γ.Α.Ν.Α. «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ» 2η ΔΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ • Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ» • Γ.Ν. ΣΥΡΟΥ «ΒΑΡΔΑΚΕΙΟ ΚΑΙ ΠΡΩΪΟ» • ΩΝΑΣΕΙΟ ΚΑΡΔΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ 3η ΔΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ • Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» • Γ.Ν.Θ. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ - Ο ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ» (οργανική μονάδα έδρας «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ») 4η ΔΥΠΕ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ • Γ.Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ • Π.Γ.Ν. ΕΒΡΟΥ (η οργανική μονάδα έδρας ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ) 5η ΔΥΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ • Γ.Ν. ΒΟΛΟΥ «ΑΧΙΛΛΟΠΟΥΛΕΙΟ» 6η ΔΥΠΕ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ - ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ • Γ.Ν. ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ (η οργανική μονάδα έδρας ΚΑΛΑΜΑΤΑ) • Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ • Γ.Ν. ΠΑΤΡΩΝ (οργανική μονάδα έδρας ΠΑΤΡΑ) 7η ΔΥΠΕ ΚΡΗΤΗΣ • Π.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ - Γ.Ν. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ (η οργανική μονάδα έδρας ΗΡΑΚΛΕΙΟ).

³⁷² Βλ. ν. 4286/2014, άρθρο πρώτο και -ΚΥΑ Γ2δ//2021 (ΥΑ Γ2δ/οικ. 21693 ΦΕΚ Β 1435 2021, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, άρθρο 1, όπου αναφέρεται ότι: «1. Το Σύστημα Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (ΣυΚΝΥ.) τίθεται σε πλήρη εφαρμογή: α) Σε όλα τα νοσοκομεία της 7ης Υγειονομικής Περιφέρειας, β) στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης - Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», στο Γενικό Νοσοκομείο Σύρου «Βαρδάκειο και Πρώιο», στο Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας «Κοντλιμπάνειο και Τριανταφύλλειο», στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, στο Νοσοκομείο Αφροδίσιων και Δερματικών Νόσων Αθήνας «Ανδρέας Συγγρός» και στο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο», γ) στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» Ε.Ε.Σ. και στο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», δ) σε όλα τα νοσοκομεία της 3ης Υγειονομικής Περιφέρειας, εκτός του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, λόγω της εφαρμογής της περ. β' της παρ. 7 του άρθρου 90 του ν. 4368/2016, ε) σε όλα τα υπόλοιπα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας από τη δημοσίευση της παρούσας.» Βλ. και υπ' αριθμ. πρωτ. 1159/07.02.2025 επιστολή Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ.

καθώς και από ιδιώτες ή άλλες πηγές αποζημίωσης νοσηλίων³⁷³. Ειδικότερα, για τα νοσοκομεία στα οποία τίθεται σε πλήρη εφαρμογή το ΣΥΚΝΥ, καταργείται η υποχρέωση υποβολής ΚΕΝ³⁷⁴.

484. **Το ΣΥΚΝΥ δεν εφαρμόζεται σε ιδιωτικές κλινικές³⁷⁵.** Ωστόσο, το Κ.Ε.Τ.Ε.Κ.Ν.Υ. βρίσκεται σε συζητήσεις με ιδιωτικές κλινικές και έχει ήδη συνάψει διμερείς συμφωνίες με αντικείμενο την προετοιμασία τους για την εφαρμογή του ΣΥΚΝΥ μέσω της πιλοτικής αποστολής δεδομένων. Οι διμερείς συμφωνίες έχουν ως αντικείμενο τη συνεργασία μεταξύ των ιδιωτικών κλινικών και του ΚΕΤΕΚΝΥ, με σκοπό: α) Τη διασύνδεση του ειδικού λογισμικού Grouper της ΚΕΤΕΚΝΥ με το πληροφοριακό σύστημα της κλινικής, β) την εξέταση της μεθόδου αποζημίωσης της κλινικής με βάση το (ΣΥΚΝΥ) και γ) την έκδοση περιοδικών συγκεντρωτικών εκθέσεων προόδου καταχώρισης περιστατικών³⁷⁶.

XII.4. Απόψεις των ερωτηθέντων επί της εφαρμογής συστήματος DRGs στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας

485. Ζητήθηκαν οι απόψεις ιδιωτικών κλινικών, ασφαλιστικών επιχειρήσεων και διαχειριστών ασφαλιστικών προϊόντων αναφορικά με την εφαρμογή ενός συστήματος τιμολόγησης υπηρεσιών υγείας στο πρότυπο των DRGs. Συγκεκριμένα, ερωτήθηκαν : α) δεκαέξι (16) ιδιωτικούς παρόχους Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας, β) δεκατρείς (13) ασφαλιστικές επιχειρήσεις και γ) τέσσερις (4) επιχειρήσεις³⁷⁷ παροχής υπηρεσιών διαχείρισης, προκειμένου να διερευνήσει ποια είναι, κατά την εκτίμησή τους, η επίδραση της εφαρμογής ενός συστήματος όπως τα DRGs στη μεταξύ τους συνεργασία καθώς και στο ύψος των καταβληθεισών αποζημιώσεων.

XII.4.1. Η άποψη των ιδιωτικών κλινικών

486. Σε σχετικό ερώτημα που απευθύνθηκε σε νοσοκομειακούς παρόχους υπηρεσιών υγείας³⁷⁸ καταγράφηκαν μικτές απαντήσεις. Ειδικότερα, πέντε (5/14)³⁷⁹ εταιρείες διατύπωσαν θετική γνώμη για την εφαρμογή ενός συστήματος βασισμένου στα DRGs θεωρώντας ότι ένα σύστημα βασισμένο στην κατηγοριοποίηση ασθενών σε διαγνωστικά ομοιογενείς ομάδες θα συμβάλλει στην αντικειμενικότητα και στον εξορθολογισμό της κοστολόγησης των διαφόρων ιατρικών πράξεων. Αυτό αναμένεται να έχει θετική επίδραση τόσο στη διαχείριση του κόστους από τις ασφαλιστικές εταιρείες όσο και στο εύρος των καλύψεων που προσφέρουν στους ασφαλισμένους. Οι εν λόγω επιδράσεις επιφέρουν με τη σειρά τους μεγαλύτερη σταθερότητα στις συναλλακτικές σχέσεις μεταξύ παρόχων υγείας και των αντισυμβαλλομένων τους με αποτέλεσμα την ταχύτερη διεκπεραίωση των υποβαλλόμενων προς είσπραξη δαπανών νοσηλίων από τις ασφαλιστικές

³⁷³ Βλ. ν. 4286/2014, άρθρο πρώτο.

³⁷⁴ Βλ. και -ΚΥΑ Γ2δ//2021 (ΥΑ Γ2δ/οικ. 21693 ΦΕΚ Β 1435 2021, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, άρθρο 2. Για τα ΚΕΝ βλ. Υ4α/οικ.85649/27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ» (ΦΕΚ 1702/Β'/2011), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Ως «Κ.Ε.Ν.» νοείται το Κλειστό Ελληνικό Νοσήλιο που περιλαμβάνει κάθε ιατρική και νοσηλευτική συνδρομή προς τον ασθενή, που παρέχεται από την Νοσηλευτική Μονάδα, δημόσια ή ιδιωτική, καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για παροχή σε αυτόν, των ανωτέρω υπηρεσιών, όπως κάθε φορά ορίζεται από την κείμενη νομοθεσία, βλ. ΥΑ Αριθμ. Φ.90380/25916/3294 (ΦΕΚ Β'2456/03/11/2011) Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας(Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) άρθρο 2 παρ. 20.

³⁷⁵ Βλ. υπ'αριθμ. πρωτ. 1159/07.02.2025 επιστολή ΚΕΤΕΚΝΥ. Δεν εφαρμόζεται επίσης στα νοσοκομεία που υπάγονται στο Υπουργείο Παιδείας, καθώς και τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων (Υπουργείο Αμυνας).

³⁷⁶ Βλ. υπ'αριθμ. πρωτ. 1159/07.02.2025 επιστολή ΚΕΤΕΚΝΥ.

³⁷⁷ Διευκρινίζεται ότι οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών διαχείρισης ερωτήθηκαν αναφορικά με την επίδραση της χρήσης ενός συστήματος όπως π.χ. τα DRGs ως βάση διαχείρισης των αιτημάτων αποζημίωσης των νοσοκομειακών παρόχων προς τις ασφαλιστικές εταιρείες.

³⁷⁸ Επί των προαναφερθέντων ερωτημάτων ελήφθησαν απαντήσεις από δεκατέσσερις (14) ιδιωτικούς παρόχους Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

³⁷⁹ EUROMEDICA, ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ, MEDITERRANEO, ΗΜΙΘΕΑ, ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ.

εταιρείες αλλά και εν γένει των συναλλαγών μεταξύ ασφαλιστικών εταιριών και ιδιωτικών παρόχων υγείας.

487. Αντίθετα, οι τέσσερις στους δεκατέσσερεις (4/14) νοσοκομειακοί πάροχοι εξέφρασαν επιφυλάξεις αναφορικά με την εφαρμογή ενός συστήματος βασισμένου στα DRGs, αναφέροντας πιθανή υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, τεχνικές αναντιστοιχίες στην εφαρμογή του συστήματος, ενδεχόμενες συγκρούσεις μεταξύ ασφαλιστικών εταιριών και νοσοκομειακών παρόχων, καθυστερήσεις στις αποζημιώσεις, καθώς και απομάκρυνση των ιδιωτών από την ιδιωτική ασφάλιση, γεγονός που θα επιφέρει αυξημένη επιβάρυνση στο δημόσιο σύστημα υγείας. Ορισμένοι νοσοκομειακοί πάροχοι ανήκοντες στον ίδιο όμιλο τονίζουν ότι συντρέχουν κίνδυνοι υποθεραπείας και παραμέλησης των ιδιαίτερων αναγκών εκάστου ασθενή ενώ παράλληλα περιορίζονται οι διαθέσιμες επιλογές νοσηλείας και θεραπειών των ασφαλισμένων και μειώνονται τα κίνητρα του ιατρικού προσωπικού για βελτίωση των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών. Στο πλαίσιο αυτό, ένας νοσοκομειακός πάροχος παρατηρεί ότι σε χώρες στις οποίες εφαρμόστηκε το εν λόγω σύστημα παρατηρήθηκαν τεχνικά σφάλματα κατά την εφαρμογή των DRGs (δυσταξινόμηση) με αποτέλεσμα τη λανθασμένη αποτίμηση του κόστους νοσηλείας και την ποιοτική υποβάθμιση των υπηρεσιών.
488. Επιπλέον, οι τρεις (3) εκ των τεσσάρων παρόχων υπηρεσιών υγείας εκφράζουν την άποψη ότι η εφαρμογή των DRGs θα αποτελέσει πεδίο διαφωνιών μεταξύ κλινικών και ασφαλιστών με αποτέλεσμα την επιβράδυνση στις διαδικασίες καταβολής των αποζημιώσεων. Σύμφωνα με ένα νοσοκομειακό πάροχο *«αυτό που πιθανολογείται είναι η μεταβολή του τρόπου ελέγχου/φύσης του ελέγχου, δηλαδή αντί να εξετάζεται η συχνότητα / ορθότητα / ποσότητα των χρεώσεων (κάτι το οποίο αποκτάται με γρήγορη εκπαίδευση), το βάρος θα τεθεί στον εξειδικευμένο ιατρικό έλεγχο του φακέλου (γεγονός που θα δημιουργήσει κόστος αλλά και ασάφεια). Οι ασφαλιστικές εταιρείες θα εξακολουθούν να αρνούνται την κάλυψη εξόδων που δεν αντιστοιχούν σε συγκεκριμένο DRG, με αποτέλεσμα την εκκίνηση νέων διαμαχών με τα νοσοκομεία και καθυστερήσεων στις αποζημιώσεις»*. Επιπλέον, επισημαίνει ότι εξακολουθούν να υπάρχουν αδιευκρίνιστα ζητήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση του συστήματος και τεχνικές λεπτομέρειες εφαρμογής του και συνεπώς, κατά την άποψή του, *«η χρήση ενός συστήματος DRG από μόνη της, δεν θα συνέβαλε στην ουσιαστική βελτίωση των τελικών αποζημιώσεων των νοσηλίων»*.
489. Τέλος ένας (1) νοσοκομειακός πάροχος υπηρεσιών υγείας υποστηρίζει, χρησιμοποιώντας ως παράδειγμα την περίπτωση της Κύπρου, ότι η εφαρμογή του συστήματος DGRs θα απομακρύνει τους ασφαλισμένους από την ιδιωτική ασφάλιση με αποτέλεσμα την στροφή τους προς την κοινωνική ασφάλιση και ακολούθως την επιβάρυνση του δημοσίου συστήματος υγείας και την υποβάθμιση στις παρεχόμενες υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης.
490. Οι υπόλοιποι πέντε (5/14) ιδιώτες πάροχοι υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας δήλωσαν άγνοια για τον αντίκτυπο της εφαρμογής των DRGs στις σχέσεις τους με τις ασφαλιστικές εταιρείες και στο ύψος των αποζημιώσεων, ωστόσο οι τέσσερις (4) εξ αυτών, οι οποίοι ανήκουν στον ίδιο Όμιλο, δήλωσαν ότι πρόκειται να συμβληθούν με το KETEKNY για τη συγκέντρωση δεδομένων και τη διαμόρφωση εμπεριστατωμένης αντίληψης επί του θέματος.

XII.4.2. Η άποψη των ασφαλιστικών εταιριών

491. Το σύνολο (13) των ασφαλιστικών επιχειρήσεων διατύπωσε θετική γνώμη αναφορικά με την επίδραση της χρήσης των DRGs στις συναλλαγές τους με τους νοσοκομειακούς παρόχους υγείας καθώς και στον υπολογισμό των καταβληθεισών αποζημιώσεων. Οι ασφαλιστικές επισημαίνουν στις απαντήσεις τους ότι το σύστημα των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων διασφαλίζει την ύπαρξη ενός πλαισίου διαφάνειας και ελέγχου σε σχέση με τον προσδιορισμό εκ μέρους των νοσοκομειακών παρόχων του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης και ακολούθως τον καθορισμό του ύψους των αποζημιώσεων, προωθεί την αποτελεσματικότητα και την εξοικονόμηση πόρων

στη δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη και διευκολύνει την συνεργασία καθώς και την ταχύτερη εκκαθάριση των συναλλακτικών σχέσεων μεταξύ νοσοκομειακών παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Σημειώνεται ότι η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος έχει ταχθεί υπέρ της γενίκευσης της εφαρμογής του εν λόγω συστήματος και στον ιδιωτικό τομέα, ανεξαρτήτως του πληρωτή των υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ, ασφαλιστικές εταιρίες, ιδιώτης). Όπως επισημαίνει, η υιοθέτηση των DRGs, τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, θα προωθήσει τη διαφάνεια στις οικονομικές συναλλαγές των πολιτών στον χώρο της υγείας και θα συμβάλει στον εξορθολογισμό της υπέρμετρα υψηλής ιδιωτικής δαπάνης υγείας στη χώρα³⁸⁰.

492. Έντεκα (11) στις δεκατρείς (13) ασφαλιστικές εταιρείες απαντούν ότι το εν λόγω σύστημα διευκολύνει τη δυνατότητα ελέγχου των αναγκαίων κάθε φορά ιατρικών πράξεων και υλικών που συνδιαμορφώνουν το κόστος κάθε περιστατικού και ως εκ τούτου συνεπάγεται τον περιορισμό περιττών χρεώσεων για ιατρικές πράξεις ή αναλώσιμα που δεν είναι αναγκαία. Με την κατηγοριοποίηση των περιστατικών σε συγκεκριμένες ομάδες το πλαίσιο κοστολόγησης των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης τυποποιείται και καθίσταται πιο αντικειμενικό καθώς εφαρμόζει προκαθορισμένα κόστη για συγκεκριμένες διαγνώσεις.
493. Σε αυτό το ζήτημα, τέσσερις (4) από τις προαναφερθείσες δεκατρείς (13) ασφαλιστικές εταιρείες συγκρίνουν την τρέχουσα τιμολογιακή πρακτική, που βασίζεται στη χρέωση ανά παρεχόμενη υπηρεσία (fee for service), με τον προσδιορισμό των αποζημιώσεων των νοσοκομειακών παρόχων βάσει των DRGs. Μία ασφαλιστική εταιρεία υπολαμβάνει τη μέθοδο fee for service ως στρέβλωση στην ελληνική αγορά υπηρεσιών υγείας. Όπως επισημαίνει *«Η εν λόγω μέθοδος χρέωσης έχει πολλά μειονεκτήματα, τόσο από πλευράς διαχείρισης, μιας και σε ένα τιμολόγιο μπορεί να συμπεριλαμβάνονται εκατοντάδες διαφορετικοί κωδικοί χρέωσης, οι οποίοι περιγράφουν μία προς μία τις υπηρεσίες που παρασχέθηκαν ή τα υλικά που αναλώθηκαν, όσο και από πλευράς ελέγχου και συγκράτησης κόστους, μιας και δίνει στον πάροχο τη δυνατότητα υπερχρεώσεων σε επίπεδο αχρείαστων υπηρεσιών υγείας (overtreatment)»*. Επιπλέον, η εταιρεία σημειώνει ότι οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις αδυνατούν να ελέγξουν το κόστος των αναλώσιμων υγειονομικών υλικών και των ειδικών χειρουργικών υλικών και συνεπώς *«είναι πλήρως εκτεθειμένες στην ανεξέλεγκτη αύξηση του κόστους των εν λόγω υλικών που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια»*. Στην απαντητική της επιστολή, η ίδια εταιρεία αναφέρει ότι *«οι περισσότερες από τις μεγάλες κλινικές έχουν συστήσει εταιρείες προμήθειας ειδικών υλικών οι οποίες προμηθεύονται τα ειδικά υλικά και τα μεταπωλούν στις κλινικές, οι οποίες με τη σειρά τους, όταν τα αναλώνουν, προσκομίζουν στην ασφαλιστική εταιρεία το αντίστοιχο τιμολόγιο της εταιρείας προμήθειας ειδικών υλικών προκειμένου να αποζημιωθούν»*. Στο πλαίσιο αυτό οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν το πραγματικό κόστος προμήθειας των ειδικών υλικών, *«η δε ιδιωτική κλινική έχει το περιθώριο να υπερχρεώνει τα ειδικά υλικά χωρίς κανέναν έλεγχο ή περιορισμό»*.
494. Όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες συμφωνούν ότι η υιοθέτηση του συστήματος DRGs θα ενισχύσει τη διαφάνεια όσον αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν το κόστος των νοσοκομειακών δαπανών ανά περιστατικό, και κατ' επέκταση το ύψος των αποζημιώσεων προς τα νοσοκομεία. Η εφαρμογή των DRGs παρέχει τη δυνατότητα σε ασφαλιστικές εταιρίες να παρακολουθούν το κόστος νοσηλείας ανά περιστατικό αφενός αποτρέποντας υπερβολικές χρεώσεις εκ μέρους των παρόχων υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας και αφετέρου επιτρέποντας τον καθορισμό των ασφαλιστρών με τρόπο που να αντικατοπτρίζει τις διαφοροποιήσεις του κόστους ανά περιστατικό. Δευτερευόντως, η συγκεκριμένη μέθοδος συμβάλλει στη μείωση των λειτουργικών εξόδων των

³⁸⁰ Βλ. σχετικά την Ετήσια Έκθεση για το έτος 2023 καθώς και το δημοσιευμένο στις 07.01.2025 Δελτίο Τύπου της ΕΑΕΕ.

ασφαλιστικών εταιρειών, καθώς περιορίζει την ανάγκη πρόσληψης και απασχόλησης εξειδικευμένου προσωπικού για τον έλεγχο των νοσοκομειακών αποζημιώσεων.

495. Διευκρινίζεται εν προκειμένω ότι η πλειονότητα των ασφαλιστικών εταιρειών καταγράφει τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής ενός συστήματος DRGs ως μεθόδου υπολογισμού **του κόστους νοσηλείας** βάσει ομαδοποίησης των νοσηλείων ανάλογα με τη διάγνωση που προκάλεσε την νοσηλεία. Οι ασφαλιστικές διακρίνουν κατά κανόνα στις απαντήσεις τους το κόστος αυτό από τον καθορισμό της τιμής αποζημίωσης η οποία παραμένει αντικείμενο ελεύθερου καθορισμού και διαπραγματεύσεως στο πλαίσιο της ελεύθερης αγοράς. Σχετικά, μία ασφαλιστική επιχείρηση τονίζει ότι *«Οι τιμές αποζημίωσης των DRGs ασφαλώς θα καθορίζονται ελεύθερα από τις ιδιωτικές κλινικές προς τους ιδιώτες ασθενείς και θα διαπραγματεύονται μεταξύ κάθε κλινικής και κάθε ασφαλιστικής εταιρίας στο πλαίσιο διμερών συμβάσεων»*. Στο θέμα αυτό, η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος, στην δημοσιευμένη Έκθεσή της για το έτος 2023, διευκρινίζει ότι τυχόν καθολική εφαρμογή του συστήματος των DRGs δεν συνιστά επιβολή διατίμησης αλλά αφορά μόνο στην εφαρμογή των κωδικών των ελληνικών-DRG για την τιμολόγηση και αποζημίωση των νοσηλείων ως «πακέτων υπηρεσιών».
496. Ακολούθως, σύμφωνα με επτά (7) από τις δεκατρείς (13) τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις, η εφαρμογή ενός συστήματος στα πρότυπα των DRGs θα οδηγήσει σε εξοικονόμηση πόρων σε επίπεδο νοσοκομειακών δαπανών και σε βελτίωση στη σχέση τιμής-ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας. Μία ασφαλιστική επιχείρηση απαντά στο θέμα ότι *«Αυτό το σύστημα επιτρέπει στα νοσοκομεία να προβλέπουν τα κόστη και να διαχειρίζονται τους πόρους τους πιο αποτελεσματικά»* εξ αντιδιαστολής προς τη μέθοδο fee for service στη βάση της οποίας τα νοσοκομειακά ιδρύματα έχουν κίνητρο παροχής περισσότερων υπηρεσιών ώστε να αυξήσουν τα έσοδά τους. Η εφαρμογή των DRGs αναμένεται να ενισχύσει την αποδοτικότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών, καθώς οι νοσοκομειακοί πάροχοι υγείας θα λαμβάνουν σταθερή αποζημίωση για κάθε περιστατικό νοσηλείας. Αυτό δημιουργεί κίνητρο για την παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας με τη μέγιστη δυνατή εξοικονόμηση κόστους.
497. Τέσσερις (4) ασφαλιστικές εταιρείες θεωρούν περαιτέρω ότι τα DRGs αποτελούν χρήσιμο εργαλείο τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους ασφαλιστές καθώς επιτρέπουν τον έλεγχο και τη σύγκριση της αποδοτικότητας μεταξύ διαφορετικών νοσοκομειακών παρόχων. Οι ασφαλιστικές εταιρείες, αξιοποιώντας τα διαθέσιμα δεδομένα, μπορούν να εντοπίζουν τις πιο αποδοτικές υπηρεσίες, συγκρίνοντας, για παράδειγμα, τη διάρκεια νοσηλείας ασθενών με παρόμοια βαρύτητα περιστατικού σε διαφορετικά νοσοκομεία ο δε καταναλωτής δύναται να συγκρίνει τις διαθέσιμες υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης και το απαιτούμενο κόστος για κάθε περίπτωση νοσηλείας. Μία ασφαλιστική επιχείρηση διατυπώνει εν προκειμένω την άποψη ότι τα DRGs *«αυξάνουν και την αποδοτικότητα των νοσοκομείων, καθώς, ως προοπτική μέθοδος αποζημίωσης, δίνει κίνητρο στα νοσοκομεία να μεγιστοποιήσουν την αποδοτικότητά τους, μέσω της παροχής φροντίδας σε όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς με την ανάλωση όσο το δυνατόν λιγότερων πόρων»*.
498. Σύμφωνα με τις απαντητικές επιστολές έξι (6) εκ των δεκατριών (13) ασφαλιστικών επιχειρήσεων, η εφαρμογή των DRGs θεωρείται ότι θα ενισχύσει τη συνεργασία μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και νοσοκομειακών παρόχων, διευκολύνοντας την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας με το χαμηλότερο δυνατό κόστος. Άλλοι υποστηρίζουν ότι η εφαρμογή τους θα ενδυναμώσει τη διαπραγματευτική θέση των ασφαλιστικών εταιρειών στις συναλλαγές τους με τους παρόχους υγείας. Ειδικότερα, η εκ των προτέρων γνώση του κόστους που απαιτεί κάθε διαγνωστική ομάδα αυξάνει τη διαπραγματευτική ισχύ μικρότερων ασφαλιστικών έναντι των παρόχων υπηρεσιών υγείας και συμβάλλει στην προαγωγή υγιούς ανταγωνισμού στον κλάδο υγείας.
499. Τρεις (3) ασφαλιστικές εταιρείες επισημαίνουν ότι η παραδοσιακή μέθοδος fee for service συχνά προκαλεί συγκρούσεις και διαφωνίες μεταξύ των ασφαλιστικών εταιριών και των νοσοκομειακών

παρόχων αναφορικά με τις καταβληθείσες αποζημιώσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μεγάλες καθυστερήσεις στη διεκπεραίωση των περιστατικών, οι οποίες συμπαράσφύρουν την εξόφληση των εν λόγω περιστατικών, καθώς η πληρωμή πραγματοποιείται συνήθως μόνο αφού διευθετηθούν όλες οι εκκρεμότητες και ολοκληρωθούν τυχόν διαδικασίες ενώπιον Επιτροπών Διαιτησίας. Κατ' εφαρμογή του προτύπου των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων μειώνονται τα διαχειριστικά έξοδα για τον υπολογισμό του κόστους νοσηλείας καθώς και αυτά του ελέγχου του κόστους από αυτούς που καλούνται να το καλύψουν. Ως εκ τούτου, επιταχύνεται η εκκαθάριση των σχέσεων μεταξύ νοσοκομειακών παρόχων και ασφαλιστικών επιχειρήσεων.

XII.4.3. Η άποψη των διαχειριστών

500. Ανάλογες με τις παραπάνω επισημάνσεις των ασφαλιστικών εταιρειών είναι και οι απαντήσεις που ελήφθησαν από δύο (2) εταιρείες παροχής υπηρεσιών διαχείρισης. Οι διαχειριστικές επιχειρήσεις εκτιμούν ότι η εφαρμογή των DRGs θα απλοποιήσει τη διαδικασία τιμολόγησης, θα ενισχύσει τους μηχανισμούς ελέγχου των τιμολογήσεων από τις ασφαλιστικές εταιρείες, θα αυξήσει τη διαφάνεια και θα συμβάλει στον εξορθολογισμό της διαχείρισης του κόστους από τους νοσοκομειακούς παρόχους, ενώ από την πλευρά των ασφαλιστικών αναμένεται να βελτιώσει τον μηχανισμό ελέγχου και παρακολούθησης με αποτέλεσμα τον περιορισμό της σπατάλης των οικονομικών διαθέσιμων πόρων. Επίσης, μια αναφέρει ότι τα οφέλη που εντοπίζει αφορούν στην θέσπιση απλοποιημένων και ενιαίων διαδικασιών τιμολόγησης, ελέγχου και πληρωμής καθώς και στην αύξηση της διαφάνειας που θα επιτρέπει την σύγκριση των υπηρεσιών σε κόστος και ποιότητα μεταξύ των παρόχων υγείας, ωστόσο, επισημαίνει και ότι, «*το ύψος χρέωσης κάθε πακέτου νοσηλείας θα παραμείνει αντικείμενο διαπραγμάτευσης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών*». Ωστόσο, όπως επισημαίνεται από μία εταιρεία, «*το ύψος χρέωσης κάθε πακέτου νοσηλείας θα παραμείνει αντικείμενο διαπραγμάτευσης μεταξύ των εμπλεκόμενων μερών*».

XIII. ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

XIII.1. Η εξέλιξη του Δείκτη Ασφαλίσεων Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ

501. Τα ασφάλιστρα υγείας αποτελούν επί πολλά έτη είδος που συμπεριλαμβάνεται στον Δείκτη Τιμών Καταναλωτή της ΕΛΣΤΑΤ (συμπεριλαμβανόταν ήδη πριν το 2012)³⁸¹. Η εξέλιξη του υποδείκτη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας που περιλαμβάνεται στον ΔΤΚ που καταρτίζει η ΕΛΣΤΑΤ³⁸² παρουσιάζεται στον πίνακα που ακολουθεί για την περίοδο 2010-2024³⁸³. Από τα στοιχεία του πίνακα προκύπτει ότι τα ασφάλιστρα υγείας παρέμειναν κατά βάση αμετάβλητα από το 2013 έως και το 2022, καταγράφοντας αυξήσεις την επόμενη διετία κατά 5,7% το 2023 έναντι του 2022 και 14% το 2024 έναντι του 2023.
502. Σημειώνεται ότι οι εν λόγω αυξήσεις συμπίπτουν με τις αντίστοιχες μεταβολές του δείκτη ασφαλιστικών αποζημιώσεων υγείας ΕΔΥ του ΙΟΒΕ που δημοσιεύτηκε εντός του προηγούμενου έτους, και οποίος αναλύεται σε ακόλουθο τμήμα της παρούσας.

³⁸¹ Βλ. «Αναθεωρημένος Δείκτης Τιμών Ειδών Καταναλωτή», ΕΛΣΤΑΤ 2012, Παράρτημα, Πίνακες I και II.

³⁸² Βλ. Μεθοδολογικό δημοσίευμα ΕΛΣΤΑΤ «Αναθεωρημένος Δείκτης Τιμών Ειδών Καταναλωτή», ΕΛΣΤΑΤ 2012, Παράρτημα, Πίνακες I και II. Η τιμοληψία για τα ασφάλιστρα υγείας λαμβάνει χώρα κεντρικά, και μία φορά το χρόνο αμέσως μετά την ανακοίνωση της έναρξης ισχύος των νέων τιμών ή τιμολογίων και επαναλαμβάνεται εντός του ιδίου έτους στην περίπτωση αναπροσαρμογών.

³⁸³ «Μηνιαίοι υποδείκτες ομάδων, υπο-ομάδων και ειδών ΔΤΚ (2020=100,0)» ΕΛΣΤΑΤ, έτη 2010 έως και 2024.

Πίνακας 40: Εξέλιξη υποδείκτη Τιμών Ιδιωτικής Ασφάλισης Υγείας ΕΛΣΤΑΤ

Έτος	Υποδείκτης Ιδιωτική Ασφάλεια Υγείας	λογ (%) Δ
2010	101,01	
2011	101,01	0,0%
2012	100,93	-0,1%
2013	100,00	-0,9%
2014	100,00	0,0%
2015	100,00	0,0%
2016	100,00	0,0%
2017	100,00	0,0%
2018	100,00	0,0%
2019	100,00	0,0%
2020	100,00	0,0%
2021	100,00	0,0%
2022	100,00	0,0%
2023	105,70	5,7%
2024	120,50	14,0%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ (έτος βάσης 2020=100,0)

ΧΙΠ.2. Πώς τιμολογούνται οι ιδιωτικές υπηρεσίες ασφάλισης υγείας;

ΧΙΠ.2.1. Προσδιορισμός ασφαλιστών

503. 13 ασφαλιστικές εταιρείες ερωτήθηκαν αναφορικά με τα κριτήρια βάσει των οποίων προσδιορίζεται το ατομικό ασφαλιστρο κάθε ασφαλισμένου. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλιστικών επιχειρήσεων καταγράφει παράγοντες υπολογισμού του ατομικού ασφαλιστρού, χωρίς να διακρίνει περαιτέρω σε ατομικά-οικογενειακά και σε ομαδικά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια υγείας. Ειδικότερα:
504. Σε ό,τι αφορά τα **χαρακτηριστικά του λήπτη της ασφάλισης ή του ασφαλισμένου**, όλες σχεδόν οι ασφαλιστικές εταιρείες δηλώνουν ότι το ύψος του ατομικού ασφαλιστρού καθορίζεται, μεταξύ άλλων, από την ηλικία ή την ηλικιακή ομάδα στην οποία ανήκει ο ασφαλισμένος. Για την κατηγορία των ομαδικών νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων, εκτιμάται «ο μέσος όρος ηλικίας της υπό ασφάλιση ομάδας». Επιπλέον, ορισμένοι καταγράφουν την επαγγελματική δραστηριότητα (5/13), την γεωγραφική περιοχή (3/13) του ασφαλισμένου ή της καλυπτόμενης ομάδας αλλά και το φύλο (2/13), όπου αυτό έχει εφαρμογή. Ακόμα, σε μεμονωμένες απαντήσεις αναφέρονται το πλήθος ασφαλισμένων στο ίδιο ασφαλιστήριο συμβόλαιο καθώς και «η σχέση του κάθε ασφαλισμένου με τον κυρίως ασφαλισμένο για τα οικογενειακά προγράμματα (σύζυγος, παιδί)». Ακολουθώντας, τέσσερις (4 ασφαλιστές απαντούν ότι συνεκτιμούν το ιστορικό υγείας του εκάστοτε ασφαλισμένου, έτσι σε περίπτωση βεβαρημένης υγείας, όπως λ.χ. προϋπαρχουσών παθήσεων, «εφαρμόζονται επασφάλιστρα», προσαυξήσεις δηλ. στα ασφάλιστρα λόγω αυξημένου κινδύνου.
505. Έξι (6) ασφαλιστικές εταιρείες επισημαίνουν, με τον ένα ή με τον άλλο τρόπο, παράγοντες σχετικούς με το **είδος και το εύρος της ασφαλιστικής κάλυψης**. Στο θέμα αυτό, οι ασφαλιστές αναφέρουν την επιλεγείσα από τον ασφαλισμένο κατηγορία θέσης εντός του νοσοκομείου (θέση νοσηλείας), τις κατ' ιδίαν συμφωνημένες παροχές και τυχόν συμπληρωματικές παροχές του προγράμματός ασφάλισης καθώς και το δίκτυο νοσηλευτηρίων εντός του οποίου παρέχεται

κάλυψη. Τέσσερις (4) ασφαλιστικές επιχειρήσεις απαντούν περαιτέρω ότι ο καθορισμός του ατομικού ασφαλιστρού επηρεάζεται από το συμφωνημένο ποσό συμμετοχής του ασφαλισμένου στην αποζημίωση του νοσοκομειακού παρόχου σε περίπτωση ζημίας (Εκπιπώμενο ποσό ή Απαλλαγή).

506. Σε σχέση με **παράγοντες κόστους αλλά και χρηματοοικονομικούς δείκτες αποδοτικότητας** των ασφαλιστικών προϊόντων, οι ασφαλιστές απαντούν ότι αξιοποιούν τις αναλογιστικές μεθόδους και αντλούν στατιστικά στοιχεία από την εμπειρία τους και από ελληνικούς και διεθνείς οργανισμούς (λ.χ. ΕΛΣΤΑΤ). Με τη χρήση τεχνικών αναλογισμού και στατιστικής σκοπούν στην ποσοτικοποίηση των αναληφθέντων με το πρόγραμμα κινδύνων και στην τιμολόγηση των ασφαλιστικών τους προϊόντων. Ειδικότερα, τέσσερις (4) ασφαλιστές επισημαίνουν ότι λαμβάνουν υπόψη το κόστος για την παροχή υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με μια ασφαλιστική επιχείρηση, αυτό περιλαμβάνει τις *«τιμές των φαρμάκων, των ιατρικών υλικών, τις αμοιβές των ιατρών, τις επιστημονικές μεθόδους διάγνωσης και θεραπείας και την τεχνολογία που χρησιμοποιείται από την Ιατρική και εφαρμόζεται στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα»*. Σύμφωνα με τρεις (3) αναφορές, για την ποσοτικοποίηση του αναληφθέντος κινδύνου, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις συνεκτιμούν, κατά τον σχεδιασμό ενός προγράμματος, τη συχνότητα εμφάνισης ζημίας και το μέσο κόστος ζημίας. Η συχνότητα εμφάνισης ζημίας εκφράζει τη συχνότητα με την οποία γίνεται χρήση των υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης και διαφοροποιείται ανά ηλικία. Το μέσο κόστος ζημίας απεικονίζει τις μέσες δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας για ορισμένη ηλικία/ηλικιακή ομάδα. Το γινόμενο των δύο απεικονίζει το καθαρό κόστος κάλυψης το οποίο ενδιαφέρει τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις διότι αποτυπώνει ποιο είναι *«το απαιτούμενο ποσό από κάθε ασφαλισμένο ορισμένης ηλικίας και για συγκεκριμένο έτος προκειμένου να καλυφθούν ακριβώς και στο ακέραιο οι αποζημιώσεις του έτους αυτού για όλους τους ασφαλισμένους της συγκεκριμένης ηλικίας»*. Περαιτέρω, τρεις (3) ασφαλιστές απαντούν ότι αξιοποιούν τον Δείκτη Ζημίας (loss ratio). Ο εν λόγω δείκτης απεικονίζει τη σχέση αποζημιώσεων (πληρωθεισών και εκκρεμών) και ασφαλιστρών για το σύνολο του χαρτοφυλακίου των ασφαλισμένων της εταιρείας και λαμβάνεται υπόψη προκειμένου να διαπιστωθεί η αποδοτικότητα ορισμένου ασφαλιστικού προγράμματος νοσοκομειακής περίθαλψης. Σημειώνεται πάντως ότι οι εκτιμήσεις εκ μέρους των ασφαλιστικών επιχειρήσεων σε σχέση με το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης και τους διαθέσιμους χρηματοοικονομικούς δείκτες πραγματοποιούνται σε επίπεδο χαρτοφυλακίου και όχι ως προς μεμονωμένα ασφαλιστήρια συμβόλαια. Εν συνεχεία, για τον καθορισμό του ατομικού ασφαλιστρού συνυπολογίζονται τυχόν λειτουργικά έξοδα και έξοδα πρόσκτησης/διαμεσολάβησης σε σχέση με το συγκεκριμένο πρόγραμμα αλλά και οι προβλεπόμενες φορολογικές επιβαρύνσεις επί των ασφαλιστρών. Τέλος, μία ασφαλιστική εταιρεία προσθέτει ως παράγοντα το ενδεχόμενο κόστος το οποίο επωμίζεται προκειμένου να συμμορφώνεται στις υποχρεώσεις που τάσσει το νομοθετικό πλαίσιο σε σχέση με την κεφαλαιακή επάρκεια για το συγκεκριμένο πρόγραμμα.
507. Κατά τα λοιπά, δύο (2) ασφαλιστικές επιχειρήσεις δηλώνουν ότι η **συχνότητα και ο τρόπος καταβολής των ασφαλιστρών** επιδρούν στο ατομικό ασφαλιστρού ενώ ακόμα δύο (2) συνεκτιμούν και τυχόν εκπτώσεις οι οποίες εφαρμόζονται. Στο θέμα αυτό, καταγράφονται ενδεικτικά ορισμένες κατηγορίες εκπτώσεων όπως λ.χ. η επιβράβευση λόγω πρόληψης, εκπτώσεις λόγω εργασιακής σχέσης καθώς και εκπτώσεις cross selling σε περίπτωση ύπαρξης άλλου συμβολαίου στην ίδια εταιρεία.

XIII.2.2. Αναπροσαρμογή ατομικών ασφαλιστρών

508. Περαιτέρω, ζητήθηκε από τις εταιρείες να προσδιορίσουν τους παράγοντες τους οποίους λαμβάνουν υπόψη για την τυχόν αναπροσαρμογή του ατομικού ασφαλιστρού κάθε ασφαλισμένου, από το 2020 έως και σήμερα, με ξεχωριστή αναφορά σε παράγοντες που τυχόν έχουν αλλάξει/διαφοροποιεί κατά την προαναφερθείσα περίοδο. Επιπλέον, ζητήθηκε από τις ανωτέρω ασφαλιστικές εταιρείες να παραθέσουν τη ρήτρα αναπροσαρμογής ασφαλιστρών όπως αυτή

καταγράφεται στα ασφαλιστήρια συμβόλαια υγείας τα οποία σύναψαν/ ανανέωσαν από το 2020 έως και σήμερα .

509. Σε ό,τι αφορά τις προσφερόμενες κατηγορίες προγραμμάτων νοσοκομειακής ασφάλισης υγείας, όλες οι ερωτηθείσες ασφαλιστικές επιχειρήσεις διαθέτουν προς πώληση ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια μη εγγυημένης ανανεωσιμότητας. Έντεκα (11) στις δεκατρείς (13) προσφέρουν επιπλέον ομαδικά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια ετήσιας διάρκειας ενώ δεν διαπιστώνεται από κάποια εταιρεία η διάθεση μακροχρόνιων ομαδικών νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων. Σε σχέση με τα ατομικά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια μακροχρόνιας διάρκειας, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι, μολονότι όλες σχεδόν οι συμμετέχουσες στην έρευνα διαθέτουν εν ισχύ χαρτοφυλάκια με ατομικά-οικογενειακά συμβόλαια εγγυημένης ανανεωσιμότητας, έντεκα (11) μεταξύ των ανωτέρω δεκατριών (13) δηλώνουν ότι η συγκεκριμένη κατηγορία ασφαλιστηρίων αποτελεί κλειστό χαρτοφυλάκιο με συνέπεια να μην **διατίθενται πλέον και κατ' επέκταση να μην έχουν συναφθεί νέες ασφαλιστικές συμβάσεις αυτής της κατηγορίας**. Μόλις μία (1) ασφαλιστική εξακολουθεί να διαθέτει προς πώληση αυτού του είδους τα προγράμματα, πλην όμως, όπως επισημαίνει σχετικά, «ο αριθμός ασφαλισμένων κατά τα τελευταία έτη βαίνει σταθερά μειούμενος κατά περίπου 5% κατ' έτος».
510. Οι ασφαλιστές διακρίνουν, κατά κανόνα³⁸⁴, σε μακροχρόνια νοσοκομειακά ασφαλιστήρια στα οποία είναι πράγματι εφικτή η αναπροσαρμογή του τιμήματος και σε ετήσια νοσοκομειακά προγράμματα (ατομικά-οικογενειακά ή ομαδικά) στα οποία η ισχύς της ασφάλισης νοσοκομειακής περίθαλψης λήγει αυτομάτως με την παρέλευση ενός έτους. Εντούτοις, προβλέπεται η δυνατότητα **επέκτασης της ασφαλιστικής κάλυψης με τους ίδιους ή διαφορετικούς όρους** για την αμέσως επόμενη ασφαλιστική περίοδο και εφόσον διαπιστώνεται η συνδρομή ορισμένων διαδικαστικών προϋποθέσεων (βλ. κατωτέρω για τη διαδικασία ανανέωσης). Ως εκ τούτου, στη δεύτερη αυτή περίπτωση οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις επανατιμολογούν το ατομικό ασφάλιστρο το οποίο εφαρμόζεται στο ανανεωτήριο συμβόλαιο.
511. Σύμφωνα με έντεκα (11/13) ασφαλιστικές επιχειρήσεις, η αναπροσαρμογή του ατομικού ασφαλίστρου σε μακροχρόνια ατομικά-οικογενειακά προγράμματα νοσοκομειακής περίθαλψης δεν εφαρμόζεται ως προς ορισμένο αριθμό μεμονωμένων συμβολαίων ασφάλισης αλλά *«αφορά στο σύνολο των Ασφαλισμένων για τον τύπο της Παροχής αυτής»*. Αντιστοίχως, σε σχέση με τα ατομικά ή ομαδικά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια μη εγγυημένης ανανεωσιμότητας, *«το οφειλόμενο ασφάλιστρο (...) κατά το χρόνο ανανέωσης, υπολογίζεται κάθε φορά για το σύνολο των ασφαλισμένων με το συγκεκριμένο πρόγραμμα»*.
512. Σε ό,τι αφορά τους προβλεπόμενους από τους όρους των ασφαλιστηρίων χρονικούς περιορισμούς των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, η πλειονότητα των εταιρειών αναφέρει ότι οποιαδήποτε αναπροσαρμογή του ασφαλίστρου λαμβάνει χώρα *«μόνο σε επέτειο από την ημερομηνία έναρξης ισχύος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου»* (ή κατά την επαναφορά του σε ισχύ) ενώ για την περίπτωση των νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων ετήσιας διάρκειας το οφειλόμενο ασφάλιστρο επαναπροσδιορίζεται κατά την επέτειο ανανέωσης της ασφαλιστικής σύμβασης.
513. Σε σχέση με τους παράγοντες, βάσει των οποίων οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις αναπροσαρμόζουν ή επαναπροσδιορίζουν τα ατομικά ασφάλιστρα, οι συμμετέχουσες στην έρευνα καταγράφουν την ηλικία ή την ηλικιακή ομάδα στην οποία εντάσσεται ο λήπτης της ασφάλισης ή ο ασφαλισμένος. Επιπλέον, οι ασφαλιστές αξιοποιούν οικονομικούς δείκτες προκειμένου να υπολογίσουν τις ετήσιες μεταβολές των μέσων δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης, τη σχέση αποζημιώσεων-

³⁸⁴ Σημειώνεται ότι δύο (2) ασφαλιστικές επιχειρήσεις αναφέρονται σε αναπροσαρμογή ατομικού ασφαλίστρου ακόμα και για τις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες λαμβάνει χώρα ανανέωση ετήσιας ασφαλιστικής σύμβασης νοσοκομειακής περίθαλψης με τροποποίηση, μεταξύ άλλων, του ύψους του ατομικού ασφαλίστρου.

ασφαλιστρών και την αποδοτικότητα εκάστης κατηγορίας προσφερόμενου προγράμματος. Περαιτέρω, κρίσιμο ρόλο φαίνεται να έχουν η τιμολόγηση και οι βελτιώσεις στην τεχνολογία από νοσοκομειακούς παρόχους δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης. Κατά τα λοιπά, τα λειτουργικά έξοδα της επιχείρησης, τυχόν έξοδα πρόσκτησης/διαμεσολάβησης καθώς και τυχόν επιβαλλόμενα φορολογικά μέτρα ή αυξημένες εισφορές υπέρ του Δημοσίου συνεκτιμώνται κατά τον υπολογισμό του ασφαλιστρου.

514. Ειδικότερα, η πλειονότητα των ασφαλιστικών εταιρειών αναγνωρίζει ότι η ηλικία αποτελεί εκ των βασικότερων παραγόντων που λαμβάνονται υπόψη για την αναπροσαρμογή του τιμήματος ή για την επανατιμολόγηση του ατομικού ασφαλιστρου κατά την ανανέωση του ετήσιου ασφαλιστηρίου. Σημειωτέον δε, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις καταρτίζουν εκ των προτέρων πίνακες που καταγράφουν την ποσοστιαία αύξηση του ατομικού ασφαλιστρου ανά ηλικία ή ανά ηλικιακή ομάδα. Συνεπώς, στην περίπτωση ατομικών-οικογενειακών ή ομαδικών νοσοκομειακών προγραμμάτων ετήσιας διάρκειας, εμπεριέχεται σχετική πρόβλεψη για ανανέωση του ασφαλιστηρίου και συνεπώς το ατομικό ασφάλιστρο επανατιμολογείται σύμφωνα με τη νέα ηλικία/ηλικιακή ομάδα του ασφαλισμένου κατά την ημερομηνία ανανέωσης του συμβολαίου. Στα δε μακροχρόνια ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια *«η ηλικιακή αναπροσαρμογή είναι προκαθορισμένη και αναγράφεται στους όρους των ασφαλιστηρίων»*, ως εκ τούτου το ατομικό ασφάλιστρο αναπροσαρμόζεται αυτόματα με βάση τη νέα ηλικία του ασφαλισμένου κατά την (ετήσια) επέτειο του ασφαλιστηρίου.
515. Επιπλέον, όλες οι ασφαλιστικές εταιρείες απαντούν, ενιαία για τις κατηγορίες νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων, ότι λαμβάνουν υπόψη το καθαρό κόστος κάλυψης ανά ασφαλισμένο και τις ετήσιες μεταβολές του. Σημειώνεται ότι το καθαρό κόστος κάλυψης προκύπτει ως το γινόμενο της συχνότητας εμφάνισης ζημίας (νοσηλείας) και του μέσου κόστους ζημίας ανά ηλικία και εκφράζει το ασφάλιστρο κινδύνου (βλ. ανάλυση κατωτέρω στην Ενότητα XIII.3.2). Η συχνότητα εμφάνισης ζημίας αποδίδει τη συχνότητα με την οποία λαμβάνει χώρα η χρήση υπηρεσιών νοσοκομειακής περίθαλψης και μεταβάλλεται ανάλογα με την ηλικία και τη νοσηρότητα του πληθυσμού. Το μέσο κόστος ανά ζημία υπολογίζει το μέσο κόστος χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας. Οι μεταβολές στο μέσο κόστος αποζημίωσης (και συνεπώς στο καθαρό κόστος κάλυψης) επηρεάζονται από μεταβολές σε παράγοντες όπως το κόστος νοσοκομειακής περίθαλψης, η βελτίωση της ιατρικής τεχνολογίας η οποία ενδεχομένως συνεπάγεται υψηλότερο κόστος για την παροχή υπηρεσιών δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και ο ιατρικός πληθωρισμός.
516. Στο θέμα αυτό, η πλειονότητα των ασφαλιστικών επιχειρήσεων επισημαίνει ότι το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας (τιμές κατά κλίνη, τιμές φαρμάκων και υγειονομικών υλικών, αμοιβές ιατρών) καθώς και οι επιστημονικές μέθοδοι διάγνωσης και θεραπείας και η τεχνολογία που χρησιμοποιείται στα νοσοκομεία επηρεάζουν το κόστος των αποζημιώσεων που επωμίζονται οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Ως συνέπεια, οι ως άνω παράγοντες ενσωματώνονται στους οικείους όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων και συγκαθορίζουν τις προϋποθέσεις βάσει των οποίων οι ασφαλιστές προβαίνουν σε αναπροσαρμογή/επαναπροσδιορισμό του ύψους του ατομικού ασφαλιστρου.
517. Σε ό,τι αφορά την αναπροσαρμογή του ατομικού ασφαλιστρου αποκλειστικά για ατομικά προγράμματα εγγυημένης ανανεωσιμότητας, τρεις (3) ασφαλιστικές επιχειρήσεις απαντούν ότι λαμβάνουν υπόψη κριτήρια τα οποία τίθενται από την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία. Στο θέμα αυτό, μια ασφαλιστική εταιρεία, αναφέρει ότι *«ήδη από το 2020 έχει υιοθετήσει ως βάση για την αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών, τον Ενιαίο Δείκτη Υγείας (ΕΔΥ) του IOBE ο οποίος είχε ενσωματωθεί στη σχετική ελληνική νομοθεσία μέσω του ΠΔ 13/2022»* (καταργημένο με την παρ. 7, άρθρο 29 του Ν.5170/2025). Ο ΕΔΥ *«απεικονίζει τη μεταβολή του καθαρού κόστους κάλυψης από το ένα έτος στο επόμενο»* και βασίζεται στον υπολογισμό του καθαρού κόστους κάλυψης ανά ηλικία σταθμισμένο με βάση την έκθεση στον κίνδυνο ανά ηλικία.

518. Ακόμα, εννέα (9) ασφαλιστικές επιχειρήσεις αναφέρουν ότι ο υπολογισμός της αναπροσαρμογής του ατομικού ασφαλιστρού βασίζεται στη σύγκριση, σε ετήσια βάση, του κόστους των αποζημιώσεων με τα αντίστοιχα ασφάλιστρα (σχέση αποζημιώσεων-ασφαλιστρών). Την εν λόγω «αναλογία μεταξύ των πληρωθεισών αποζημιώσεων και των εκκρεμών ζημιών σε σχέση με τα συνολικά ασφάλιστρα του χαρτοφυλακίου» απεικονίζει ο Δείκτης Ζημίας (loss ratio) ο οποίος με την σειρά του επηρεάζεται, μεταξύ άλλων, τόσο από το κόστος αποζημιώσεων όσο και από την συχνότητα χρήσης των ασφαλιστικών προγραμμάτων και χρησιμεύει για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας μιας ασφαλιστικής εταιρείας σε σχέση με ορισμένη κατηγορία προγράμματος νοσοκομειακής ασφάλισης.
519. Σε σχέση με τη συνδρομή λοιπών παραγόντων, τέσσερις (4) ασφαλιστικές επιχειρήσεις συνεκτιμούν κριτήρια συνιστάμενα στο κόστος πρόσκτησης εργασιών και στα λειτουργικά έξοδα εκάστης ασφαλιστικής εταιρείας σε σχέση με συγκεκριμένο πρόγραμμα, ενώ μία ασφαλιστική επιχείρηση προσθέτει σχετικά ότι «η ετήσια αναπροσαρμογή θα έπρεπε κανονικά να περιλαμβάνει και ένα εύλογο αναμενόμενο περιθώριο κέρδους για την Εταιρεία, το οποίο όμως στα συγκεκριμένα προϊόντα δεν υφίσταται, τουλάχιστον επί του παρόντος». Επιπλέον, διαπιστώνεται σε μεμονωμένη αναφορά επιχείρησης ότι εφαρμόζεται ρήτρα αναπροσαρμογής ατομικού ασφαλιστρού δυνάμει της οποίας αναγνωρίζεται δικαίωμα πρόσθετης αναπροσαρμογής του ατομικού ασφαλιστρού από την οικεία ασφαλιστική επιχείρηση εφόσον διαπιστωθεί «Επιβολή άμεσης ή έμμεσης αύξησης φόρων επί των καλυπτόμενων με το παρόν ασφαλιστήριο υπηρεσιών υγείας ή επιβολή υψηλότερων από τις ισχύουσες κατά την έκδοση του ασφαλιστηρίου, εισφορές υπέρ του Ελληνικού Δημοσίου». Τέλος, μία ασφαλιστική επιχείρηση ενσωματώνει όρο σε ετησίως ανανεούμενο πρόγραμμα σύμφωνα με τον οποίο για τον υπολογισμό του ασφαλιστρού λαμβάνεται υπόψη, μεταξύ άλλων, «το ενδεχόμενο κόστος, με το οποίο επιβαρύνεται η Εταιρία προκειμένου να εκπληρώνει διαρκώς την προβλεπόμενη από τη σχετική νομοθεσία υποχρέωση επαρκούς αποθεματοποίησης και δέσμευσης κεφαλαίων για το συγκεκριμένο πρόγραμμα».
520. Αναφορικά με τους συντελεστές υπολογισμού του ατομικού ασφαλιστρού οι οποίοι μεταβλήθηκαν από το 2020 έως και σήμερα, σχετικές απαντήσεις καταγράφονται από πέντε (5) ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Μεταξύ αυτών, τρεις (3) υποστηρίζουν ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε αύξηση στο κόστος των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας λόγω αύξησης των τιμών των φαρμάκων, των ιατρικών υλικών και των αμοιβών των ιατρών. Επιπλέον, η εφαρμογή νέων επιστημονικών μεθόδων καθώς και η βελτίωση της τεχνολογίας στα νοσοκομεία οδήγησε σε αύξηση κόστους των ιατρικών πράξεων. Περαιτέρω, σύμφωνα με δύο (2) επιχειρήσεις αυξήθηκε η συχνότητα των σοβαρών παθήσεων με υψηλό κόστος θεραπειών (λ.χ. χημειοθεραπεία) ενώ όπως επισημαίνει μία (1) ασφαλιστική εταιρεία διαπιστώθηκε αυξημένο κόστος αποκατάστασης σε περιπτώσεις επιδείνωσης της εκάστοτε πάθησης ως συνέπεια της αναβολής διαγνώσεων στη διάρκεια της πανδημίας.
521. Εν συνεχεία, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις στηρίζουν το δικαίωμά τους να αναπροσαρμόζουν ή να επανατιμολογούν τα ατομικά ασφάλιστρα στην διαπίστωση τυχόν μεταβολής ενός ή περισσότερων από τους προαναφερόμενους συντελεστές υπολογισμού του ασφαλιστρού οι οποίοι ενσωματώνονται ³⁸⁵ στα νοσοκομειακά ασφαλιστήρια ετήσιας ή

³⁸⁵ Σε ό,τι αφορά τους όρους ασφάλισης ασφαλιστηρίων συμβολαίων, μία ασφαλιστική επιχείρηση ανέφερε ότι «Βασικό πρόβλημα της Ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς είναι η ανεπάρκεια των συμβατικών όρων των ασφαλιστηρίων συμβολαίων». Περαιτέρω, η ίδια εταιρεία υποστήριξε ότι, για λόγους διαφάνειας και ευχέρειας των καταναλωτών ως προς την σύγκριση των επιλογών τους, απαιτείται ομογενοποίηση των βασικών όρων ασφάλισης «όπως ισχύει και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες».

μακροχρόνιας διάρκειας ως όροι³⁸⁶ της συναφθείσας ασφαλιστικής σύμβασης *«με την προϋπόθεση ότι ο παράγοντας που μεταβάλλεται είναι συναφής με το είδος του Ασφαλισμένου Κινδύνου»*.

522. Αναφορικά με την συμβατικά προβλεπόμενη διαδικασία για την ανανέωση νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων ετήσιας διάρκειας, λεκτέα είναι τα ακόλουθα: η ασφαλιστική εταιρεία διατηρεί δικαίωμα ανανέωσης της σύμβασης με τους ίδιους ή με διαφορετικούς όρους και καλύψεις καθώς και δικαίωμα να καταργήσει την παροχή για το σύνολο των ασφαλισμένων της παροχής αυτής. Σε περίπτωση ανανέωσης υπό τους ίδιους όρους και καλύψεις/παροχές, προβλέπεται υποχρέωση γραπτής ειδοποίησης του συμβαλλομένου από την εταιρεία πριν από την ημερομηνία λήξης ισχύος της ασφαλιστικής σύμβασης, σε σχέση με τη δυνατότητα ανανέωσης του ασφαλιστηρίου συμβολαίου για το επόμενο ασφαλιστικό έτος, το ασφάλιστρο που θα ισχύσει την επόμενη ασφαλιστική περίοδο, καθώς και την ημερομηνία πληρωμής. Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο θα ανανεώνεται με τους ίδιους όρους για ένα έτος εφόσον διαπιστώνεται καταβολή του νέου ασφαλίστρου από τον συμβαλλόμενο μέχρι την ορισθείσα ημερομηνία πληρωμής. Αντιστοίχως, σε περίπτωση τροποποίησης των καλύψεων/ορίων της παροχής, η εταιρεία θα αποστέλλει σχετική επιστολή προς τον συμβαλλόμενο σαράντα πέντε (45) ημέρες πριν από τη λήξη της ασφαλιστικής σύμβασης με την οποία θα τον ενημερώνει για τις τροποποιήσεις και για το ασφάλιστρο που θα ισχύσει για το επόμενο ασφαλιστικό έτος. Όπως αναφέρει μία ασφαλιστική εταιρεία, *«Η εμπρόθεσμη πληρωμή, από το Λήπτη της Ασφάλισης, του Ασφαλίστρου που του έχει γνωστοποιηθεί από την Εταιρεία, θεωρείται ως αποδοχή των νέων όρων της Ασφαλιστικής Σύμβασης που θα ισχύσουν για το επόμενο Ασφαλιστικό Έτος και αποτελεί προϋπόθεση για την έναρξη της ασφαλιστικής κάλυψης»*. Σε περίπτωση που η Εταιρεία προχωρήσει σε κατάργηση του συγκεκριμένου προγράμματος για το σύνολο των ασφαλισμένων με το πρόγραμμα αυτό, θα αποστέλλει σχετική επιστολή προς τον συμβαλλόμενο, τουλάχιστον σαράντα πέντε (45) ημέρες πριν τη λήξη του ασφαλιστικού έτους, με την οποία θα τον ενημερώνει για την κατάργηση και θα αναλαμβάνει την υποχρέωση να προτείνει σε αυτόν το πλησιέστερο πρόγραμμα που θα διαθέτει εκείνη την χρονική στιγμή προκειμένου να αποφασίσει εντός σαράντα πέντε (45) ημερών εάν επιθυμεί να ασφαλιστεί με το προτεινόμενο πρόγραμμα.
523. Σε ό,τι αφορά τη διαδικασία σύμφωνα με την οποία πραγματοποιείται τυχόν αναπροσαρμογή του ατομικού ασφαλίστρου στα πλαίσια ατομικών-οικογενειακών νοσοκομειακών ασφαλιστηρίων εγγυημένης ανανεωσιμότητας, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις περιορίζονται στο να αναφέρουν ότι επιφυλάσσουν εαυτόν δικαίωμα μονομερούς αναπροσαρμογής του ατομικού ασφαλίστρου εφόσον διαπιστώνεται η μεταβολή ενός ή περισσότερων εκ των συντελεστών υπολογισμού του ασφαλίστρου οι οποίοι ενσωματώνονται στα ασφαλιστήρια αυτής της κατηγορίας. Μόλις μία (1) ασφαλιστική εταιρεία προβαίνει σε σχετική αναφορά του ν. 4738/2020 βάσει του οποίου προβλέφθηκε (με προσθήκη του άρθρου 2α στον ν. 2251/1994) πως *«Αν η συμβατική ρήτρα για την αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών είναι ασαφής ή ελλιπής ή αν έχει προβλεφθεί κατά τρόπο που δεν πληροί τις αρχές της διαφάνειας και της καταλληλότητας κατά την παρ. 1, χωρεί εκ του νόμου αναπροσαρμογή σύμφωνα με τους παράγοντες και δείκτες της παρ. 1, μόνο εάν ο λήπτης της ασφάλισης ενημερωθεί για κάθε επερχόμενη αναπροσαρμογή και τον τρόπο με τον οποίο αυτή υπολογίζεται εντός προθεσμίας εξήντα (60) τουλάχιστον ημερολογιακών ημερών πριν τη θέση σε ισχύ της επερχόμενης αναπροσαρμογής»*.

³⁸⁶ Βλ. ενδεικτικά ρήτρα αναπροσαρμογής ατομικού ασφαλίστρου που γνωστοποιεί μία ασφαλιστική επιχείρηση σύμφωνα με την οποία *«η Εταιρεία (Ασφαλιστής) διατηρεί το δικαίωμα αναπροσαρμογής των ασφαλιστρών της παρούσας Συμπληρωματικής Ασφάλισης στην ετήσια επέτειο του Ασφαλιστηρίου και για το σύνολο των Ασφαλισμένων με την παρούσα κάλυψη της ίδιας ηλικίας, εφόσον μεταβληθεί ένας ή περισσότεροι από τους συντελεστές υπολογισμού του ασφαλίστρου, οι οποίοι είναι (...)»* Βλ. ακόμα σχετικό όρο σε ετησίως ανανεούμενο νοσοκομειακό ασφαλιστήριο άλλης ασφαλιστικής εταιρείας ο οποίος προβλέπει ότι *«Ρητά συμφωνείται μεταξύ του ασφαλισμένου και της Εταιρείας ότι το ασφάλιστρο δύναται να αναπροσαρμόζεται από την Εταιρεία κατά τις επετείους του ασφαλιστηρίου με βάση τα κάτωθι κριτήρια»*.

XIII.3. Ειδικό ζήτημα: η τιμολόγηση ασφαλιστρών μακροχρόνιων συμβάσεων**XIII.3.1. Ο Ενιαίος Δείκτης Υγείας (ΕΔΥ)**

524. Κατά τα έτη 2024 έως 2025, η ετήσια αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας (αναφερόμενες συχνά και ως «ισόβια συμβόλαια») γινόταν επί τη βάση του Ενιαίου Δείκτη Υγείας («ΕΔΥ»). Ο ΕΔΥ εισήχθη το Φεβρουάριο του 2022, με το ΠΔ13/2022³⁸⁷, το οποίο εκδόθηκε κατ' εξουσιοδότηση του άρθρου 2α του ν. 2251/1994³⁸⁸, και καταργήθηκε τον Ιανουάριο του 2025 (με το 29 παρ. 7 του ν. ν. 5170/2025, ΦΕΚ Α' 6/20.01.2025).
525. Σύμφωνα με το άρθρο 2α στο ν. 2251/1994, το οποίο εισήχθη με το ν. 4738/2020, οι συμβατικές ρήτρες αναπροσαρμογής ασφαλιστρών σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας μπορούν να εξαρτούν την αναπροσαρμογή από *αντικειμενικούς παράγοντες*, που στηρίζονται στην αρχή της καταλληλότητας, ήτοι σε πραγματικά και επίκαιρα δεδομένα της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, όπως ιδίως η ηλικία του ασφαλισμένου και δείκτες, που είναι σαφείς, αντικειμενικοί, ευρέως προσβάσιμοι και επαληθεύσιμοι από τα συμβαλλόμενα μέρη, οι οποίοι διαμορφώνουν την τελική τιμή του ασφαλιστρου ανά έτος αναφοράς. Η εξειδίκευση των κρίσιμων δεικτών και παραγόντων θα γινόταν με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση του Υπουργού Ανάπτυξης και Επενδύσεων.
526. Με τη διάταξη αυτή, ο νομοθέτης επεδίωξε να διορθώσει το φαινόμενο ατελών ή ασαφών όρων αναπροσαρμογής ασφαλιστρών στις υφιστάμενες συμβάσεις ασφάλισης οι οποίοι δεν πληρούσαν τα εχέγγυα διαφάνειας τα οποία προβλέπει ο ν. 2251/1994 για την προστασία του καταναλωτή³⁸⁹. Στόχος συνεπώς ήταν η θέσπιση διαφανών δεικτών και εύλογων κριτηρίων, προκειμένου οι όροι αναπροσαρμογής να πληρούν την αρχή της διαφάνειας, να μην κρίνονται καταχρηστικοί, να αποφεύγονται οι χρονοβόρες και οικονομικά επαχθείς δικαστικές διαμάχες και να επέλθει ομαλότητα στην ασφαλιστική αγορά. Η εισαγωγή της ρύθμισης στηρίχθηκε στην παραδοχή ότι η διακύμανση του κόστους των αποζημιώσεων υγείας που προκύπτει από την πρόοδο της ηλικίας του ασφαλισμένου δεν είναι η ίδια σε όλων των ειδών τα προγράμματα ασφάλισης υγείας. Η ρύθμιση αποσκοπούσε αφενός μεν στην προστασία των ληπτών ασφάλισης υπό την ιδιότητά τους ως καταναλωτών, αφετέρου η εξασφάλιση μακροπρόθεσμα της βιωσιμότητας των ασφαλιστικών επιχειρήσεων προς όφελος των ασφαλισμένων, καθώς θα αποφεύγονταν περιπτώσεις οι οποίες θα οδηγούσαν σε ακυρότητα των ρητρών αναπροσαρμογής και ως εκ τούτου αδυναμία των ασφαλιστικών επιχειρήσεων να προβαίνουν σε αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών εις βάρος της κεφαλαιακής τους επάρκειας³⁹⁰.
527. Η διαδικασία για τον προσδιορισμό των δεικτών που προβλέπονται στο άρθρο 2α του νόμου 2251/1994 εξειδικεύτηκαν με το ΠΔ 13/2022 «Παράγοντες και δείκτες από τους οποίους

³⁸⁷ Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθμ. 13 (ΦΕΚ Α' 30/25.02.2022), Παράγοντες και δείκτες από τους οποίους εξαρτάται η αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας.

³⁸⁸ Νόμος υπ' αριθμ. 2251 (ΦΕΚ Α' 191/16.11.1994), Προστασία των καταναλωτών. Το άρθρο 2α προστέθηκε στον ν. 2251/1994 με το άρθρο 268 ν.4738/2020 (ΦΕΚ Α' 207/27.10.2020) Ρύθμιση οφειλών και παροχή δεύτερης ευκαιρίας και άλλες διατάξεις.

³⁸⁹ Βλ. Ανάλυση Συνεπειών Ρύθμισης του ν. 4738/2020 σελ. 636. Γίνεται μάλιστα αναφορά στην απόφαση του Αρείου Πάγου 1030/2021 με την οποία κρίθηκε καταχρηστικός όρος του ασφαλιστηρίου, ο οποίος έδινε δικαίωμα στον ασφαλιστή να αναπροσαρμόζει το ασφαλιστήριο κατά την επέτειο του ασφαλιστηρίου, διότι στο ασφαλιστήριο δεν αναγράφονταν ούτε οι προϋποθέσεις που θα δικαιολογούσαν τέτοια αναπροσαρμογή ούτε οι παράμετροι εντός των οποίων όφειλε να κινηθεί αυτή η τυχόν αναπροσαρμογή.

³⁹⁰ Βλ. σελ. 656, 659 και 667-668 της Αιτιολογικής Έκθεσης.

εξαρτάται η αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας» (ΦΕΚ Α' 30/25.02.2022), με το οποίο εισήχθη ο **Ενιαίος Δείκτης Υγείας**.

528. Ο ΕΔΥ είναι αριθμητική τιμή, με βάση την οποία δύναται να αναπροσαρμόζονται ετησίως τα ασφαλίστρα σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας. Από τον ΕΔΥ, όπως διαμορφώνεται ετησίως, προκύπτει η μέση ετησία ποσοστιαία μεταβολή, σε σχέση με την τιμή του προηγούμενου έτους, των δαπανών νοσηλείας που καταβάλλονται από τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις στο πλαίσιο μακροχρόνιων συμβάσεων ασφάλισης υγείας.
529. Ο ΕΔΥ διαμορφωνόταν σύμφωνα με τα χαρακτηριστικά κάθε ομάδας κινδύνου και σύμφωνα με διαφανείς δείκτες, συναφείς με τα δεδομένα που επηρεάζουν το κόστος των παρεχόμενων ασφαλιστικών υπηρεσιών, και πάντως με κριτήρια εύλογα για τον λήπτη της ασφάλισης. Οι δείκτες αυτοί («**δεδομένα εισόδου**») ήταν (α) η ηλικία των ασφαλισμένων και των αποζημιούμενων, (β) οι ημερομηνίες ισχύος των αντίστοιχων ασφαλίσεων, (γ) οι ημερομηνίες αναγγελίας των περιστατικών για τα οποία καταβλήθηκε αποζημίωση, (δ) τα όρια κάλυψης που προβλέπονται από τα προγράμματα ασφάλισης, όπως και τα ποσά ενδεχόμενης συμμετοχής του ασφαλισμένου στο συνολικό κόστος, (ε) **τα συνολικά ποσά** που καταβλήθηκαν από την ασφαλιστική εταιρία για κάθε περίπτωση αποζημίωσης, (στ) τα ποσά που οφείλονται αλλά δεν έχουν ακόμη καταβληθεί (εκκρεμείς αποζημιώσεις) για κάθε περίπτωση αποζημίωσης και (ζ) το χρονικό σημείο αναφοράς, δηλαδή η ημερομηνία κατά την οποία τα ως άνω δεδομένα είχαν τις συγκεκριμένες τιμές³⁹¹.
530. Διαχειριστής του ΕΔΥ ορίστηκε το Ίδρυμα Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών («**IOBE**»), το οποίο ανέλαβε τη συλλογή, ανάλυση και επεξεργασία των δεικτών και δεδομένων εισόδου με στόχο τον προσδιορισμό του ΕΔΥ. Τα δεδομένα εισόδου υποβάλλονταν στο IOBE³⁹² από όλες τις ανώνυμες ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνταν στην Ελλάδα³⁹³ εφόσον αποτελούσαν συμβαλλόμενα μέρη σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας που εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής του ΠΔ13/2022. Το IOBE όφειλε να εξάγει τον ΕΔΥ μέχρι τέλος Νοεμβρίου κάθε έτους. Ο διαχειριστής του ΕΔΥ ενημερώνει επ' αυτού τον Υπουργό Ανάπτυξης και Επενδύσεων και συνυποβάλλει έκθεση με την διαδικασία υπολογισμού και τον υπολογισμό του ΕΔΥ. Ο κατ' έτος εξαγόμενος ΕΔΥ εγκρίνεται με απόφαση του Υπουργού Ανάπτυξης και Επενδύσεων που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Ο ΕΔΥ δημοσιοποιείται με ανάρτηση στην ιστοσελίδα του IOBE και στον ιστότοπο του Υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων.
531. Η διαδικασία εκπόνησης του ΕΔΥ εποπτευόταν από την Γενική Γραμματεία Εμπορίου και Προστασίας Καταναλωτή του Υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων³⁹⁴. Το IOBE, ως διαχειριστής του ΕΔΥ, όφειλε να υποβάλει προς έγκριση στο Υπουργείο κατάλληλα συστήματα εσωτερικού ελέγχου των δεδομένων εισόδου³⁹⁵. Στην αρμόδια αρχή υποβάλλονται επίσης οι

³⁹¹ Βλ. ΠΔ 13/2022 άρθρο 2.

³⁹² Βλ. ΠΔ 13/2022 άρθρο 3 και 4. Τα δεδομένα εισόδου που αντιστοιχούν σε κάθε έτος αποστέλλονται στο IOBE του ΕΔΥ κατά τον μήνα Ιούλιο του επόμενου έτους.

³⁹³ Βλ. ΠΔ 13/2022, άρθρο 1, ήτοι (α) επιχειρήσεις με έδρα στην Ελλάδα, (β) τα υποκαταστήματα ασφαλιστικών επιχειρήσεων με έδρα σε τρίτη χώρα, εκτός της ΕΕ, (γ) καθώς και τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις με έδρα σε κράτος-μέλος της ΕΕ υπό καθεστώς εγκατάστασης, μέσω υποκαταστήματος, ή υπό καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών με εγκατάσταση στην ελληνική επικράτεια.

³⁹⁴ Βλ. ΠΔ 13/2022, άρθρο 1 και 6.

³⁹⁵ Αρ. 6 του ΠΔ 13/2022 και Παράρτημα , Τμήμα Β ΙΙΙ, σημ. 1-3 «1. Ο διαχειριστής του ΕΔΥ υιοθετεί και εφαρμόζει σύστημα ελέγχου που είναι ανάλογο με το επίπεδο των συγκρούσεων συμφερόντων που έχουν διαπιστωθεί, τον βαθμό της διακριτικής ευχέρειας στην παροχή του ΕΔΥ και τον χαρακτήρα των δεδομένων εισόδου. 2. Το πλαίσιο ελέγχου περιλαμβάνει: (α) κατάλληλη και αποτελεσματική συνέχεια της δραστηριότητας και σχέδια αποκατάστασης σε

καταγγελίες των ενδιαφερόμενων μερών που αφορούν τη διαδικασία υπολογισμού του ΕΔΥ, η οποία αποφάινεται επί των καταγγελιών κατόπιν υποβολής σχετικού φακέλου και εισήγησης του IOBE.

532. Οι ασφαλιστικές εταιρίες όφειλαν να ενημερώνουν τους λήπτες της ασφάλισης για το ύψος της αναπροσαρμογής των ασφαλιστρών στις περιπτώσεις που προβλέπονταν από το ως άνω ρυθμιστικό πλαίσιο³⁹⁶.
533. Σε περίπτωση που η αναπροσαρμογή βρισκόταν εκτός των ορίων των παραγόντων και δεικτών που όριζε το ΠΔ 13/2022, οι ασφαλιστικές εταιρίες όφειλαν να ενημερώνουν τους λήπτες της ασφάλισης για το ύψος της αναπροσαρμογής των ασφαλιστρών εντός προθεσμίας εξήντα (60) τουλάχιστον ημερολογιακών ημερών πριν από κάθε επερχόμενη αναπροσαρμογή, παρέχοντας διευκρινίσεις για την απόκλιση από τα όρια των προβλεπόμενων παραγόντων και δεικτών.
534. Αν η συμβατική ρήτρα για την αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών είναι ασαφής ή ελλιπής ή αν έχει προβλεφθεί κατά τρόπο που δεν πληροί τις αρχές της διαφάνειας και της καταλληλότητας κατά την παρ. 1 άρθρου 2α ν. 2251/1994, χωρεί εκ του νόμου αναπροσαρμογή σύμφωνα με τους παράγοντες και δείκτες της παρ. 1 άρθρο 2α ν. 2251/1994, μόνο εάν ο λήπτης της ασφάλισης ενημερωθεί για κάθε επερχόμενη αναπροσαρμογή και τον τρόπο με τον οποίο αυτή υπολογίζεται εντός προθεσμίας εξήντα (60) τουλάχιστον ημερολογιακών ημερών πριν τη θέση σε ισχύ της επερχόμενης αναπροσαρμογής.
535. Στην περίπτωση που ο λήπτης της ασφάλισης δεν συμφωνεί με την αναπροσαρμογή, μπορεί να καταγγείλει την ασφαλιστική σύμβαση, εντός αποκλειστικής προθεσμίας τριάντα (30) ημερολογιακών ημερών από τη γνωστοποίηση της αναπροσαρμογής. Τα αποτελέσματα της καταγγελίας επέρχονται με τη λήξη της περιόδου υπολογισμού του τρέχοντος ασφαλιστρου.

XIII.3.2. Υπολογισμός του ΕΔΥ και σχέση με τον Δείκτη Υγείας της ΕΛΣΤΑΤ

536. Ο ΕΔΥ απεικονίζει την **ετήσια ποσοστιαία μεταβολή του «μέσου καθαρού κόστους κάλυψης»**, το οποίο είναι το κόστος αποζημίωσης που αναλογεί σε κάθε ασφαλισμένο, ανεξάρτητα από το αν έκανε χρήση του ασφαλιστηρίου του ή όχι εντός του έτους.³⁹⁷ Το μέσο καθαρό κόστος κάλυψης υπολογίζεται ως το γινόμενο

Μέσο Κόστος Ζημίας × Μέση συχνότητα εμφάνισης ζημίας, όπου:

- το «**μέσο κόστος ζημίας**» είναι ο μέσος όρος αποζημίωσης που κατέβαλαν οι ασφαλιστικές εταιρείες ανά περιστατικό (συνεπώς, ενσωματώνει τόσο τυχόν αυξήσεις στις «τιμές μονάδος» (που εκφράζονται επί της αρχής από τον Δείκτη Τιμών Υγείας), όσο και μεταβολές στο είδος/βαρύτητα των περιστατικών που κατά μέσο όρο συνέβησαν εντός του κάθε έτους), και

περίπτωση καταστροφής, (β) έκτακτες διαδικασίες που εφαρμόζονται σε περίπτωση διακοπής της διαδικασίας παροχής του ΕΔΥ, και (γ) διαδικασίες για την παρακολούθηση των δεδομένων εισόδου, συμπεριλαμβανομένων της παρακολούθησης, στο μέτρο του δυνατού, των δεδομένων εισόδου πριν από τη δημοσίευση του ΕΔΥ και της επικύρωσής τους μετά τη δημοσίευση, προκειμένου να εντοπιστούν σφάλματα και παρατυπίες. 3. Το σύστημα ελέγχου τεκμηριώνεται, αναθεωρείται και επικαιροποιείται καταλλήλως και εγκρίνεται από την αρμόδια αρχή».

³⁹⁶ Βλ. άρθρο 2α του ν. 2251/1994, παρ. 2 και 3 επ.

³⁹⁷ Σημειώνεται ότι στο πλαίσιο της μεθοδολογίας του ΕΔΥ, υπολογίζεται το καθαρό κόστος κάλυψης ανά ηλικία, και ο συνολικός δείκτης προκύπτει ως μεσοσταθμικός αυτών με σταθμιστή το πλήθος ασφαλισμένων ανά ηλικία ως ποσοστό του συνόλου των ασφαλισμένων.

- η «**μέση συχνότητα εμφάνισης ζημίας**» είναι το πλήθος των περιστατικών ως ποσοστό του πλήθους των ασφαλισμένων, και αποτελεί εκτίμηση της πιθανότητας που έχει ένας ασφαλισμένος με μακροχρόνιο νοσοκομειακό ασφαλιστήριο συμβόλαιο να χρειαστεί νοσοκομειακές υπηρεσίες.
537. Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι ο ΕΔΥ δεν αποτελεί «δείκτη τιμών υπηρεσιών υγείας» κατά τα συνήθη νοούμενα ούτε υπολογίζεται με τη μεθοδολογία που η ΕΛΣΤΑΤ υπολογίζει τους διάφορους Δείκτες Τιμών Καταναλωτή, και δη των Δείκτη Τιμών Υγείας (ΔΤΥ-ΕΛΣΤΑΤ, βλ. σχετικώς Ενότητα XI.1).
538. Ο Δείκτης Τιμών Υπηρεσιών Υγείας που υπολογίζει και δημοσιεύει η ΕΛΣΤΑΤ (ως υποδείκτη του Γενικού Δείκτη Τιμών Καταναλωτή) υπολογίζεται κατά τη διεθνώς ακολουθούμενη πρακτική υπολογισμού δεικτών τιμών-πληθωρισμού. Ήτοι, επιλέγονται ορισμένα προϊόντα-υπηρεσίες της υποκατηγορίας που εξετάζεται ως αντιπροσωπευτικά των μοτίβων κατανάλωσης και βάσει και της συχνότητας και του όγκου στην οποία καταναλώνονται, και ακολούθως διενεργούνται τιμοληψίες ανά τη χώρα. Στη συνέχεια, μετά από σταθμίσεις βάσει των αρχών της στατιστικής επιστήμης, υπολογίζεται ο δείκτης τιμών, η ποσοστιαία διαφορά του οποίου από την προηγούμενη τιμή του συνιστά τον μέσο πληθωρισμό της εν λόγω κατηγορίας προϊόντων-υπηρεσιών, ήτοι τη μέση ποσοστιαία αύξηση των τιμών για την ενδιάμεση χρονική περίοδο μεταξύ των δύο τιμών. Στον εν λόγω δείκτη της ΕΛΣΤΑΤ περιλαμβάνονται φαρμακευτικά προϊόντα, θεραπευτικές συσκευές, πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Αντιθέτως, ο ΕΔΥ εξετάζει αποκλειστικά τα ασφαλιστήρια νοσοκομειακά συμβόλαια «εγγυημένης ανανεωσιμότητας» (μακροχρόνια), και με σκοπό να υπολογίσει τη μέση ποσοστιαία αύξηση του *κόστους* αποζημιώσεων που κατέβαλαν οι ασφαλιστικές εταιρείες σε παρόχους υγείας στο πλαίσιο αυτών των ασφαλιστηρίων. Κατά συνέπεια, το ποσοστό μεταβολής που αντισταθμίζει ο ΕΔΥ δεν εξομοιώνεται με «δείκτη τιμών» και δεν είναι συγκρίσιμο με τον Δείκτη Τιμών Υγείας που υπολογίζει η ΕΛΣΤΑΤ, για τους εξής κυρίως λόγους:
- Δεν αφορά συνολικά τα προϊόντα και τις υπηρεσίες υγείας αλλά μόνο όσες παρέχονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον ιδιωτικών κλινικών, και εξ αυτών, μίας μόνο κατηγορίας συμβατικής σχέσης (μακροχρόνια ασφαλιστήρια συμβόλαια).
 - Δεν βασίζεται σε στατιστική δειγματοληψία δεδομένων αλλά στο 100% σχεδόν των αποζημιώσεων που καταβλήθηκαν.
 - Κυρίως όμως, δεν εκφράζει μόνο την τυχόν μεταβολή των τιμών μονάδας σε προϊόντα και υπηρεσίες, αλλά και την ποιοτική μεταβολή στη διάρθρωση των υπηρεσιών αυτών ανά περιστατικό (product mix and volume per incident), καθώς και τη **συχνότητα της κατανάλωσης των υπηρεσιών**.
539. Η μεταβολή του ΕΔΥ διαμορφώνεται από την πολλαπλασιαστική επίδραση (α) της μεταβολής του δείκτη τιμών υπηρεσιών υγείας (που αντιστοιχεί σε δείκτη ανάλογο με τον Δείκτη Τιμών της ΕΛΣΤΑΤ), (β) της ποσοστιαίας μεταβολής του όγκου υπηρεσιών ανά περιστατικό και (γ) της ποσοστιαίας μεταβολής της συχνότητας εμφάνισης περιστατικού.
540. Η εξέλιξη του ΕΔΥ εξαρτάται μόνο εν μέρει από την εξέλιξη του Δείκτη Τιμών Υπηρεσιών Υγείας, και μπορεί να διαφέρει ουσιωδώς από αυτόν, αν υπάρχει μεγάλη αύξηση του όγκου υπηρεσιών ανά περιστατικό ή/και μεγάλη αύξηση της συχνότητας εμφάνισης περιστατικού υγείας. Λαμβάνοντας δε υπόψη και τη συνεχή μείωση του πλήθους των ασφαλισμένων (παράλληλα με αύξηση της συχνότητας των περιστατικών ανά ασφαλισμένο λόγω γήρανσης), τότε **η επίδραση επί του ΕΔΥ εντείνεται**, χωρίς αυτό να σχετίζεται με μεταβολές στον δείκτη τιμών υπηρεσιών υγείας. Ο ΕΔΥ ποσοτικοποιεί την ποσοστιαία μεταβολή του αναμενόμενου ετήσιου «άμεσου» κόστους ανά ασφαλισμένο κατά μέσο όρο (expected value of direct per capita cost), και ως τέτοιος,

έχει αιτιώδη σχέση και συνάφεια με το ετήσιο ασφαλιστρο που είναι το έσοδο της ασφαλιστικής εταιρείας από την ετήσια συμβατική της σχέση με τον ασφαλισμένο.

ΧΙΠ.3.3. Εξέλιξη του ΕΔΥ και ΔΤΥ/Νοσοκομειακή Περίθαλψη

541. Παρατίθενται ακολούθως βασικά διαχρονικά στοιχεία εξέλιξης του ΕΔΥ, παράλληλα με τον Δείκτη Τιμών Υγείας/Νοσοκομειακή Περίθαλψη της ΕΛΣΤΑΤ. Καταρχάς παρατίθενται η εξέλιξη του Μέσου Κόστους Ζημίας σε αντίστιξη με την εξέλιξη του Δείκτη Τιμών Υγείας/Νοσοκομειακή Περίθαλψη της ΕΛΣΤΑΤ για την περίοδο 2011-2023.

Πίνακας 41: Εξέλιξη μέσου κόστους ζημίας (IOBE) και Δείκτη Τιμών Υγείας/Νοσοκομειακή Περίθαλψη (ΕΛΣΤΑΤ)

Έτος	Μέσο κόστος ζημίας (€)	% Δ	% Δ Δείκτης Τιμών Υγείας / Νοσοκομειακή Περίθαλψη ΕΛΣΤΑΤ
2011	2.938		
2012	2.781	-5,3%	2,9%
2013	2.781	0,0%	-1,1%
2014	2.819	1,4%	-0,3%
2015	3.118	10,6%	2,6%
2016	3.235	3,8%	3,4%
2017	3.348	3,5%	-0,7%
2018	3.417	2,1%	0,5%
2019	3.724	9,0%	0,0%
2020	4.120	10,6%	0,0%
2021	4.141	0,5%	0,1%
2022	4.375	5,7%	0,6%
2023	4.563	4,3%	1,1%
Μεταβολή 2023-2011		55,3%³⁹⁸	9,2%

542. Παρατηρείται **πολύ μεγάλη διαφορά** στους ρυθμούς και τη συνολική αύξηση του μέσου κόστους που αποζημιώθηκε ανά περιστατικό υπό τη σκέπη μακροχρόνιων ασφαλιστηρίων υγείας, σε σύγκριση με την εξέλιξη του ΔΤΥ/Νοσοκομειακή περίθαλψη της ΕΛΣΤΑΤ.
543. Οι μεταβολές του τελευταίου θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ενσωματώνονται στο Μέσο Κόστος Ζημίας, το οποίο όμως ακολούθως **επηρεάζεται από την έκταση και το είδος των υπηρεσιών που προσφέρθηκαν στην συγκεκριμένη κατηγορία περιστατικών**.
544. Στη συνέχεια παρατίθενται τα στοιχεία για τη μεταβολή στη μέση συχνότητα εμφάνισης ζημίας (πιθανότητα περιστατικού) και στο επακόλουθο Καθαρό Κόστος Κάλυψης, την ποσοστιαία μεταβολή του οποίου απεικονίζει ο ΕΔΥ.

³⁹⁸ Σημειώνεται ότι στις αποζημιώσεις που καταβάλουν οι ασφαλιστικές υπηρεσίες συμπεριλαμβάνεται Φόρος Προστιθέμενης Αξίας (ΦΠΑ), ο συντελεστής του οποίου για νοσοκομειακές υπηρεσίες έχει εξελιχθεί ως ακολούθως: από την έναρξη της εξεταζόμενης περιόδου μέχρι τα μέσα περίπου του 2015 ήταν 13%, από τα μέσα του 2015 έως και τα μέσα του 2016 ήταν 23%, και ακολούθως είναι μέχρι και σήμερα 24%. Ο ΦΠΑ αποτελεί κόστος για τις ασφαλιστικές εταιρείες, δεδομένου ότι βάσει της φορολογικής νομοθεσίας δεν μπορούν να τον συμψηφίσουν. Αν αφαιρέσουμε προσεγγιστικά την επίδραση του ΦΠΑ από το Μέσο Κόστος Ζημίας, προκύπτει ότι η μεταβολή 2023-2011 ανέρχεται σε **41,5% αντί 55,3%**.

Πίνακας 42: Εξέλιξη ΕΔΥ με και χωρίς την επίδραση της ηλικίας

Έτος	Μέσο κόστος ζημιάς (€)	Συχνότητα εμφάνισης ζημιάς	Καθαρό κόστος κάλυψης (€)	ΕΔΥ (ετήσια μεταβολή)	Μεταβολή ΕΔΥ χωρίς επίδραση της ηλικίας
2011	2.938	14,1%	415		
2012	2.781	14,7%	407	0,2%	-3,7%
2013	2.781	15,8%	440	9,8%	5,4%
2014	2.819	16,6%	467	8,3%	3,8%
2015	3.118	16,2%	506	10,4%	5,9%
2016	3.235	16,5%	535	6,9%	2,4%
2017	3.348	16,0%	537	1,5%	-2,6%
2018	3.417	16,6%	568	6,6%	2,0%
2019	3.724	17,4%	647	10,9%	6,0%
2020	4.120	15,8%	652	1,4%	-3,0%
2021	4.141	16,4%	680	5,7%	-0,4%
2022	4.375	17,8%	781	14,0%	8,2%
2023	4.563	19,5%	891	14,6%	9,0%
% Μεταβολή 2023-2011	55,3%	38,3%	115% ³⁹⁹		

545. Παρατηρούμε ότι το 2023 ως προς το 2011, η συχνότητα εμφάνισης ζημιάς έχει αυξηθεί κατά 5,5 ποσοστιαίες μονάδες, από 14,1% σε 19,5% που αντιστοιχεί σε 38,3% αύξηση (που είναι το ποσοστό που επηρεάζει τον ΕΔΥ). Με άλλα λόγια, στα μακροχρόνια ασφαλιστήρια υγείας, ενώ το 2011 είχαν νοσοκομειακό περιστατικό υγείας 14 στους 100 ασφαλισμένους, το 2023 είχαν ~20 στους 100.
546. Συνεπεία όλων των παραπάνω, παρουσιάζεται υπερδιπλασιασμός του Καθαρού Κόστους Κάλυψης το 2023 ως προς το 2011⁴⁰⁰. Επιπροσθέτως, διαπιστώνεται πόσο σημαντική εκτιμάται η επίδραση της ηλικιακής γήρανσης του εν λόγω χαρτοφυλακίου, δεδομένου ότι οι ετήσιες μεταβολές του ΕΔΥ είναι ουσιαδώς χαμηλότερες αφαιρουμένης της επίδρασης της ηλικίας.

XIII.3.4. Αντιδράσεις και δείκτης ΕΔΑ

547. Ο υπολογισμός του ΕΔΥ για το 2021 ως προς το 2020 (5,7%) δημοσιεύτηκε τον Νοέμβριο του 2022, κατά συνέπεια, εκτιμάται ότι επηρέασε τις αυξήσεις ασφαλιστρών του 2023. Ακολούθως, ο ΕΔΥ για το 2022 ως προς το 2021 (14%) δημοσιεύτηκε τον Νοέμβριο του 2023, συνεπώς εκτιμάται ότι επηρέασε τα ασφάλιστρα έτους 2024, κ.ο.κ.
548. Η εκτίμηση αυτή επιβεβαιώνεται από δημόσιες πληροφορίες, καθώς οι ασφαλιστικές εταιρείες ανακοίνωσαν αναπροσαρμογές των ασφαλιστρών σε ποσοστό 14% για το έτος 2024 και 14,6% για το έτος 2025 το οποίο αντιστοιχεί στον ΕΔΥ του 2022 και 2023 αντίστοιχα. Κατόπιν

³⁹⁹ Αν δεν επιβαλλόταν ΦΠΑ στις νοσοκομειακές υπηρεσίες, εκτιμάται ότι η αύξηση 2011-2023 του καθαρού κόστους κάλυψης θα ανερχόταν σε **96% έναντι του 115%**.

⁴⁰⁰ Σημειώνεται ότι η αύξηση κατά 115% δεν είναι το άθροισμα των επιμέρους αυξήσεων 55,3% και 38,3%, αλλά η πολλαπλασιαστική τους επίδραση.

των αναπροσαρμογών αυτών τον Ιανουάριο του 2025 εισήχθη τροπολογία⁴⁰¹ για την κατάργηση του ΕΔΥ και την αντικατάστασή του από έναν νέο δείκτη που θα καθορίζεται από την ΕΛΣΤΑΤ.

549. Πλέον, με το άρθρο 29 του ν. 5170/2025, το οποίο ισχύει από 20.01.2025, εισήχθησαν δυο βασικές ρυθμίσεις:
- Πρώτον, καταργήθηκαν οι διατάξεις του άρθρου 2^α ν. 2251/1994 και του ΠΔ 13/2022. Πλέον, η ετήσια αναπροσαρμογή ασφαλιστρών σε συμβάσεις ασφάλισης υγείας με διάρκεια μεγαλύτερη του ενός (1) έτους (μακροχρόνιες) θα εξαρτάται από τον **Ετήσιο Δείκτη Αναπροσαρμογής μακροχρόνιων ασφαλίσεων υγείας («ΕΔΑ»)** που δημοσιεύεται από την ΕΛΣΤΑΤ τον μήνα Δεκέμβριο και εφαρμόζεται από την 1η Ιανουαρίου 2026⁴⁰². Οι κρίσιμοι δείκτες ή παράγοντες ή βάσεις δεδομένων που λαμβάνονται υπόψη από την ΕΛΣΤΑΤ για την κατάρτιση και τον υπολογισμό του ΕΔΑ εξειδικεύονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης, Εθνικής Οικονομίας και Οικονομικών, Υγείας και του Προέδρου της ΕΛΣΤΑΤ, μετά από γνώμη του Διοικητή Τράπεζας Ελλάδος. Η απόφαση αυτή δεν είχε εκδοθεί κατά την ημερομηνία σύνταξης της παρούσας Έκθεσης. Σημειώνεται δε, ότι η διάταξη δεν αναφέρει, έστω και ενδεικτικώς, δείκτες και παράγοντες τους οποίους θα μπορούσε να λάβει υπόψη η σχετική απόφαση.
 - Δεύτερον, προβλέπεται δημοσιοποίηση των αναπροσαρμογών τόσο των ασφαλιστρών όσο και των τιμών των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών ασφάλισης υγείας ανακοινώνουν δημόσια τις αναπροσαρμογές ασφαλιστρών για κάθε προϊόν ασφάλισης υγείας που προσφέρουν, ιδίως, σε διακριτή σελίδα του ιστοτόπου της επιχείρησης με τίτλο «αναπροσαρμογές ασφαλιστρών». Η ανακοίνωση περιλαμβάνει τουλάχιστον την ονομασία του ασφαλιστικού προϊόντος, το ποσοστό της αναπροσαρμογής του ασφαλιστρου και τον χρόνο έναρξης ισχύος της αναπροσαρμογής. Για τις υποχρεώσεις δημοσιοποίησης των τιμών στις υπηρεσίες υγείας και τη σχετική προβληματική, βλ. Ενότητα XI.3.
550. Σκοπός της νέας διάταξης, είναι η αντιμετώπιση αφενός του προβλήματος των υπερβολικών ετήσιων αναπροσαρμογών των ασφαλιστρών στα μακροχρόνια συμβόλαια που προκλήθηκαν από τις παραδοχές στις οποίες στηρίζεται ο ΕΔΥ, αφετέρου του ελλείμματος διαφάνειας τιμών που παρατηρείται στην παροχή τόσο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και όσο και της ασφάλισης υγείας. Με την αύξηση της διαφάνειας μέσω της δημοσιοποίησης των τιμών και αναπροσαρμογών, αναμένεται «η ενίσχυση του ανταγωνισμού που προκύπτει από τη δυνατότητα των καταναλωτών να συγκρίνουν ευχερώς τις τιμές των υπηρεσιών που προσφέρονται από ανταγωνιστικές επιχειρήσεις». Μακροπρόθεσμα η ρύθμιση (ιδίως της θέσπισης του ΕΔΑ) επιδιώκει την εξασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ της προστασίας των ασφαλισμένων/καταναλωτών με μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας και της βιωσιμότητας των χαρτοφυλακίων των ασφαλιστικών επιχειρήσεων, προκειμένου να αποτραπεί η διάχυση ζημιών σε άλλα ασφαλιστικά προϊόντα, η συρρίκνωση της ασφαλιστικής αγοράς υγείας και η αποεπένδυση κεφαλαίων από τον ιδιωτικό πυλώνα της ασφάλισης⁴⁰³.

⁴⁰¹ Τροπολογία υπ' αρ. 305/10 15.1.2025 στο σχέδιο νόμου του Υπουργείου Τουρισμού «Θέσπιση προδιαγραφών ακινήτων βραχυχρόνιας μίσθωσης, περιβαλλοντική κατάταξη καταλυμάτων, απλούστευση διαδικασίας ίδρυσης τουριστικών επιχειρήσεων και ειδικότερες διατάξεις ελέγχου και ενίσχυσης πλαισίου τουριστικών υποδομών», διαθέσιμη <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/bbb19498-1ec8-431f-82e6-023bb91713a9/12818639.pdf>.

⁴⁰² Ο ΕΔΑ δεν εφαρμόζεται σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας στις οποίες δεν προβλέπεται αναπροσαρμογή ασφαλιστρών ή προβλέπεται σταθερή αναπροσαρμογή ασφαλιστρών.

⁴⁰³ Βλ. Τροπολογία και σχετική αιτιολογική έκθεση σελ. 9-13, διαθέσιμα στην ιστοσελίδα <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/bbb19498-1ec8-431f-82e6-023bb91713a9/12818639.pdf>.

XIII.3.5. Προβληματισμοί σχετικά με τον ΕΔΥ και τον ΕΔΑ

551. Τόσο η παλαιά όσο και η νέα ρύθμιση εξαρτούν την αναπροσαρμογή των τιμών των ασφαλιστικών υπηρεσιών σε μακροχρόνια συμβόλαια ασφάλισης από έναν περιγραφικό δείκτη. Οι θεσμικές διαφορές με τον ΕΔΥ περιορίζονται στο ότι :

(α) ο δείκτης θα καθορίζεται όχι πλέον από το IOBE (έναν καταρχήν ιδιωτικό οργανισμό χρηματοδοτούμενο ως επί το πλείστον από την ιδιωτική πρωτοβουλία)⁴⁰⁴ αλλά από την ανεξάρτητη στατιστική αρχή της χώρας, παρέχοντας συνεπώς μεγαλύτερα εγγύα αντικειμενικότητας και αποτελεσματικής εποπτείας, και

(β) οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αναπροσαρμογή θα αποφασίζονται όχι από τον Υπουργείο Ανάπτυξης και Επενδύσεων με ΠΔ, αλλά με ΚΥΑ 3 υπουργών (Ανάπτυξης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας) και απόφαση της ΕΛΣΤΑΤ.

552. **Παρά την ενδεχόμενη οριακή βελτίωση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, στην ουσία του, ο μηχανισμός αναπροσαρμογής τιμών παραμένει ο ίδιος: οι τιμές που καλούνται να πληρώσουν οι λήπτες μακροχρόνιων ασφαλιστηρίων (και ενδεχομένως και οι λήπτες ετησίως ανανεούμενων ασφαλιστηρίων) εξαρτώνται από ένα δείκτη που καταρτίζεται από ένα μη συμβαλλόμενο στην ασφαλιστική σύμβαση μέρος και εγκρίνεται από το κράτος βάσει κριτηρίων που δεν είναι εκ των προτέρων ελέγξιμα από τον καταναλωτή.**

553. Ένας τέτοιος μηχανισμός παρουσιάζει προβλήματα τόσο εξ απόψεως προστασίας του καταναλωτή όσο και πρόκλησης, μακροπρόθεσμα, στρεβλώσεων στον ανταγωνισμό.

1. Θέματα προστασίας του καταναλωτή

554. Ως προς την προστασία του καταναλωτή, έντονοι προβληματισμοί είχαν επισημανθεί από την Επιστημονική Υπηρεσία της Βουλής ήδη κατά τη διαδικασία θεσμοθέτησης του ΕΔΥ⁴⁰⁵. Οι κυριότεροι προβληματισμοί συνοψίζονται κατωτέρω:

- Η έλλειψη εξειδίκευσης των κριτηρίων αναπροσαρμογής και προσδιορισμού της βαρύτητάς τους στην ίδια την ασφαλιστική σύμβαση, κατά τρόπο που να επιτρέπει στον καταναλωτή να υπολογίσει, έστω κατά προσέγγιση σε βάθος χρόνου το εύρος των οικονομικών δεσμεύσεων που αναλαμβάνει, αλλά και να ελέγξει την εφαρμογή των αναπροσαρμογών αυτών δεν συνάδει ούτε με την αρχή της διαφάνειας ούτε με τις διατάξεις της οδηγίας 93/13/ΕΕ⁴⁰⁶. Χωρίς αναφορά στη βαρύτητα (ποσοστό) καθενός από τα κριτήρια που απαριθμούνται στη διάταξη του άρθρου 2^α ν. 2251/1994, καταλείπεται η δυνατότητα διαμόρφωσης των ποσοστών αυτών κατά περίπτωση, και εκ των υστέρων (μετά τη σύναψη της σύμβασης), μονομερώς από τις ασφαλιστικές εταιρίες. Κάτι τέτοιο ισοδυναμεί με εν μέρει μονομερή τροποποίηση ουσιώδους όρου της ασφαλιστικής σύμβασης, δηλαδή του ασφαλίστρου, χωρίς σοβαρό λόγο που να προβλέπεται στη σύμβαση και, ενδεχομένως, κατά τρόπο αδιαφανή, υπό την έννοια ότι ο ασφαλισμένος δεν θα μπορεί ούτε να προβλέψει υπό ποιες προϋποθέσεις και σε ποια έκταση θα υποστεί πρόσθετες επιβαρύνσεις και, πιθανώς, ούτε να ελέγξει τις επιβαρύνσεις αυτές. Το πρόβλημα αυτό δεν θεραπεύεται από τον νομοθετικό χαρακτηρισμό των αναπροσαρμογών είτε ως επαρκών για την πλήρωση των ανωτέρω προϋποθέσεων είτε ως

⁴⁰⁴ Το IOBE είναι ιδιωτικός, μη κερδοσκοπικός, κοινωφελής, ερευνητικός οργανισμός. Το 65% της χρηματοδότησής του προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα (βλ. https://www.iobe.gr/iobe_funding.asp).

⁴⁰⁵ Βλ. σχετικός Έκθεση Επιστημονικής Επιτροπής της Βουλής, σελ. 26 επ., διαθέσιμη στο <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/7b24652e-78eb-4807-9d68-e9a5d4576eff/11593369.pdf>.

⁴⁰⁶ Βλ. Έκθεση Επιστημονικής Επιτροπής της Βουλής, σελ. 28.

μη καταχρηστικών ούτε από την υποχρέωση ανακοίνωσής τους μετά τη λήψη των σχετικών αποφάσεων από την εκάστοτε ασφαλιστική επιχείρηση.

- Η ανακοίνωση μελλοντικών αναπροσαρμογών δεν θεραπεύει την αδυναμία του ασφαλισμένου να προβλέψει κατά το χρόνο σύναψης της σύμβασης υπό ποιες προϋποθέσεις και σε ποια έκταση θα υποστεί πρόσθετες επιβαρύνσεις και, πιθανώς, ούτε να ελέγξει τις επιβαρύνσεις αυτές. Η καταλειπόμενη προς την ασφαλιστική εταιρεία ευχέρεια δημιουργεί αβεβαιότητα στον καταναλωτή, που είναι το κατά τεκμήριο ασθενέστερο συναλλακτικά μέρος σε μια σύμβαση προσχώρησης, ως προς τις μελλοντικές οικονομικές επιβαρύνσεις του, αλλά και ως προς τη δυνατότητα άσκησης των δικαιωμάτων του που απορρέουν από μια τόσο σημαντική σύμβαση, όπως αυτή της μακροχρόνιας ασφάλισης υγείας. Αυτή η αβεβαιότητα εν μέρει αμβλύνεται από την μετά την υπογραφή της σύμβασης ανακοίνωση της υλοποίησης των αναπροσαρμογών, και πλέον (με τις ρυθμίσεις του άρθρου 29 του ν. 5170/2025) την αυξημένη διαφάνεια ως προς τις τιμές των υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, αλλά όχι πλήρως.
- Επιπλέον, μια τέτοια ρύθμιση άφηνε έκθετο τον μακροχρόνια δεσμευμένο καταναλωτή σε σημαντική ζημία, καθότι οι δυνατότητες που είχε έναντι ενδεχομένως ασαφών και καταχρηστικών όρων ήταν εξαιρετικά περιορισμένες. Σύμφωνα με το άρθρο 2^α παρ. 2 και 3 ν. 2251/1994, σε περίπτωση κατά την οποία η αναπροσαρμογή ευρίσκεται εκτός των ορίων των παραγόντων και δεικτών της παραγράφου 1 ή είναι ασαφής ή ελλιπής, και δεν πληροί τις αρχές της διαφάνειας και της καταλληλότητας, παρέχεται η δυνατότητα, κατόπιν σχετικής ενημέρωσης του λήπτη της ασφάλισης από την ασφαλιστική εταιρεία, και εφόσον αυτός δεν συμφωνεί με την εκ του νόμου αναπροσαρμογή, να καταγγείλει τη σύμβαση εντός προβλεπόμενης προθεσμίας. Οι ανωτέρω διατάξεις καταλάμβαναν μακροχρόνιες συμβάσεις που ίσχυαν κατά την έναρξη ισχύος της διάταξης (άρθρο 2^α παρ. 4). Συνεπώς, οι υφιστάμενοι λήπτες μακροχρόνιας ασφάλειας θα οδηγούνταν στο δίλημμα είτε να αποδέχονται την αναπροσαρμογή είτε να καταγγείλουν τις συμβάσεις τους λόγω της ενδεχομένως αδιαφανούς και καταχρηστικής αναπροσαρμογής του ασφαλιστή. Πέραν της πιθανής αντίθεσης της εν λόγω διάταξης με ενωσιακές επιταγές,⁴⁰⁷ ουσιαστικά στους ήδη δεσμευμένους επί μακρῶ χρόνῳ λήπτες ασφάλισης που δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις αναπροσαρμογές δεν καταλειπόταν επιλογή άλλη από την καταγγελία των συμβάσεών τους. Η καταγγελία αυτή είναι πιθανόν να συνεπάγεται σοβαρή περιουσιακή ζημία για τον ασφαλισμένο, ιδίως αν αδυνατεί να συνάψει νέα σύμβαση παρεμφερούς περιεχομένου με άλλη ασφαλιστική εταιρία, ή αν η σύμβαση ήδη εκτελείται επί πολλά έτη, ή αν ο ασφαλισμένος βρίσκεται σε ηλικία τέτοια, ώστε να μην του παρέχεται πλέον από ασφαλιστική εταιρεία η δυνατότητα να συνάψει νέα μακροχρόνια σύμβαση ασφάλισης υγείας⁴⁰⁸. Σημειώνεται δε ότι όλη η ρύθμιση του άρθρου 2^α ν. 2251/1994 καταλάμβανε σχεδόν αποκλειστικά υφιστάμενες συμβάσεις, καθώς, όπως επιβεβαιώνεται και από την έρευνα, οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν αποσύρει και δεν προσφέρουν πλέον μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας (βλ. Ενότητα VI.2.4 ανωτέρω). Δεδομένου δε ότι τα ασφαλιστήρια αυτά καλύπτουν ως επί το πλείστον μη

⁴⁰⁷ Η Επιστημονική Υπηρεσία της Βουλής επεσήμανε ότι σε αυτές τις περιπτώσεις, από τον προστατευτικό σκοπό, τόσο της Οδηγίας 93/13/ΕΟΚ, όσο και του άρθρου 2 του ν. 2251/1994, συνάγεται ότι μπορεί να γεννηθεί σχετική ακυρότητα υπέρ του καταναλωτή, ο οποίος, συνήθως, έχει συμφέρον στη διατήρηση της μακροχρόνιας ασφαλιστικής σύμβασης υγείας, χωρίς τον άκυρο, ως καταχρηστικό, όρο. (Έκθεση Επιστημονικής Επιτροπής της Βουλής, σελ. 28-29) Ο τυχόν παράνομος ως αντίθετος στις ανωτέρω ρυθμίσεις του δικαίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης χαρακτηρισμός της πρακτικής προμηθευτή (εν προκειμένῳ ασφαλιστικής εταιρείας) δεν αίρεται εκ της προγενέστερης ενημέρωσης του καταναλωτή και της παροχής σε αυτόν δικαιώματος καταγγελίας.

⁴⁰⁸ Βλ. Έκθεση Επιστημονικής Επιτροπής της Βουλής, σελ. 28-32.

ασφαλίσιμες πληθυσμιακές ομάδες, είναι εξαιρετικά πιθανό η καταγγελία να μην αποτελεί βιώσιμη επιλογή για τους λήπτες των εν λόγω ασφαλιστηρίων.

2. Θέματα στρεβλώσεων του ανταγωνισμού

555. Ως προς τις ενδεχόμενες στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό, προκαταρκτικώς σημειώνεται ότι οι κρατικώς επιβαλλόμενοι μηχανισμοί καθορισμού τιμών αποτελούν μία από τις πιο περιοριστικές μορφές παρέμβασης στην αγορά, επιφέρουν δε στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελέσματα που παρεκκλίνουν από τον σκοπό διασφάλισης ελεύθερου ανταγωνισμού εντός της εσωτερικής αγοράς και ενέχουν κινδύνους. Ενόψει κοινωνικών επιπτώσεων και του δημοσίου συμφέροντος (όπως προστασία ευάλωτων καταναλωτών, γεωπολιτικών κινδύνων κλπ) οι οποίες, κατά τις περιστάσεις, δύνανται να υπερισχύσουν του σκοπού διασφάλισης ανταγωνισμού στην αγορά, η ρύθμιση των τιμών δεν είναι ασυμβίβαστη, εκ προοιμίου, με τους στόχους του δικαίου ανταγωνισμού. Ωστόσο, αποστερεί από την αγορά τον καθορισμό των τιμών μέσω της δυναμικής αλληλεπίδρασης της προσφοράς και της ζήτησης⁴⁰⁹. Δεδομένου ότι η προσφορά και η ζήτηση μετατοπίζονται σε ανταπόκριση στις προτιμήσεις και το κόστος, αλλά η καθορισμένη τιμή θα αλλάξει μόνο μετά από μια χρονοβόρα νομοθετική και εν γένει πολιτική διαδικασία, η κυβερνητική τιμή δεν θα είναι ουσιαστικά ποτέ μια τιμή ισορροπίας. Αυτό σημαίνει ότι η κρατική τιμή θα είναι είτε πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή, στην δε περίπτωση παρέμβασης μέσω καθορισμού ανώτατων τιμών (πλαφόν), όπου σκοπός είναι η προστασία του καταναλωτή, η κρατική τιμή θα είναι χαμηλότερη από την τιμή ισορροπίας. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να γίνεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις, και περιπτώσεις διαχείρισης κρίσεων, όπου δηλ. είναι αντικειμενικά ανέφικτο να λειτουργήσει ο υγιής ανταγωνισμός, συντρέχουν λόγοι δημοσίου συμφέροντος και όταν κανένα άλλο λιγότερο περιοριστικό μέτρο στον ανταγωνισμό δεν μπορεί να αποφέρει αποτελέσματα. Θα πρέπει επίσης να σχεδιάζεται με ιδιαίτερη προσοχή⁴¹⁰.
556. Επιπλέον, η διατίμηση προϊόντων και υπηρεσιών από το κράτος ενδέχεται να έχει αρνητικές επιδράσεις (ορισμένες βραχυπρόθεσμα, άλλες μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα) όπως για παράδειγμα η μακροχρόνια μείωση της προσφοράς από τις επιχειρήσεις, η μη αποτελεσματική κατανομή πόρων στην οικονομία, καθώς και η εμφάνιση του φαινομένου umbrella pricing: στην περίπτωση αυτή οι μέγιστες τιμές λειτουργούν ως εστιακό σημείο για τους μεταπωλητές (umbrella pricing) και ενδεχομένως να εφαρμόζονται από τους περισσότερους ή και από όλους τους μεταπωλητές ως καθορισμένες τιμές⁴¹¹.
557. Στην περίπτωση του ΕΔΥ (και πλέον ΕΔΑ), λεκτέα είναι τα ακόλουθα:
558. Πρώτον, **ο εξωγενής καθορισμός του δείκτη αναπροσαρμογής ασφαλιστρών σε μακροχρόνια συμβόλαια ασφάλισης υγείας αφαιρεί έως ένα βαθμό την πίεση από τις ασφαλιστικές εταιρείες να διαπραγματευτούν χαμηλότερες αποζημιώσεις με τους παρόχους υγείας.** Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν πιο εύκολα να πάρουν τη θέση ενός παθητικού μεσάζοντα, ο οποίος μετακυλύει τις χρεώσεις στους ασφαλισμένους/καταναλωτές.
559. Δεύτερον, **αν και η νομοθεσία δεν «επιβάλλει» αντίστοιχες αυξήσεις στα ασφάλιστρα, οπωσδήποτε τις «αντικειμενικοποιεί» στα μάτια των καταναλωτών, μέσω της ύπαρξης ενός εγκεκριμένου από το κράτος δείκτη αύξησης κόστους.** Συνεπώς, και εξ αυτής της απόψεως μειώνει την πίεση στις ασφαλιστικές εταιρείες για διαπραγμάτευση τιμών με τους παρόχους υγείας, και οι καταναλωτές γίνονται παθητικοί δέκτες των αναπροσαρμογών, με σχεδόν

⁴⁰⁹ The Problems of Price Controls, Fiona M. Scott Morton, Yale University, 2001 <https://www.cato.org/sites/cato.org/files/serials/files/regulation/2001/4/morton.pdf>.

⁴¹⁰ Βλ. σχετικώς Οδηγός προώθησης & ενίσχυσης του ανταγωνισμού κατά τον σχεδιασμό δημοσίων πολιτικών, σε. 32, <https://www.epant.gr/enimerosi/dimosieyseis/odigoi/item/2528-odigos-gia-dimosies-politikes.html>.

⁴¹¹ Όπ. π.

ανύπαρκτες, όπως προαναφέρθηκε, εναλλακτικές επιλογές (αποδοχή των αυξήσεων ή καταγγελία με σοβαρή περιουσιακή ζημία και χαμηλές πιθανότητες εκ νέου ασφάλισης).

560. Τρίτον, **η ύπαρξη του δείκτη δημιουργεί ένα εστιακό σημείο (focal point) για την αύξηση τιμών.** Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν πλέον το κίνητρο να επιδοθούν σε τιμολογιακό ανταγωνισμό, αντιθέτως έχουν το κίνητρο να αναπροσαρμόσουν τα ασφάλιστρα με βάση το δείκτη. Η δε νομοθέτηση και δημοσίευση ενός ενιαίου τρόπου αναπροσαρμογής ασφαλιστρών καταργεί την ανάγκη επικοινωνίας (ρητής συμπαιγνίας) μεταξύ των επιχειρήσεων, η οποία θα ήταν υποκείμενη σε έλεγχο με βάση τις διατάξεις περί ανταγωνισμού. Ακολουθώντας το νομοθετημένο δείκτη, οι επιχειρήσεις μπορούν να προβούν σε εναρμονισμένη αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών.
561. Πράγματι, ο ΕΔΥ, φαίνεται πως λειτούργησε ως εστιακό σημείο, και ακριβώς αυτή η αναπροσαρμογή στο ίδιο επίπεδο οδήγησε σε νομοθετική παρέμβαση για την κατάργηση του δείκτη περίπου 3 χρόνια μετά την εισαγωγή του. Όπως προαναφέρθηκε, με βάση δημοσιεύματα, αλλά και τη συζήτηση στη Βουλή πριν την εισαγωγή του νέου δείκτη ΕΔΑ, οι ασφαλιστικές εταιρείες ανακοίνωσαν αναπροσαρμογές των ασφαλιστρών σε ποσοστό 14% για το έτος 2024 και 14,6% για το έτος 2025 το οποίο αντιστοιχεί στον ΕΔΥ του 2022 και 2023 αντίστοιχα. Τούτο μάλιστα παρότι πολιτικά δικαστήρια έκριναν ότι δεν μπορούσε να εφαρμοστεί ο ΕΔΥ ως δείκτης αναπροσαρμογής ασφαλιστρών, διότι δεν είχε νόμιμη υπόσταση ελλείψει της προβλεπόμενης εγκριτικής απόφασης και δημοσιοποίησης του δείκτη από τον Υπουργό Ανάπτυξης και Επενδύσεων⁴¹².
562. Σημειώνεται ότι ο ανταγωνισμός στην κατηγορία των μακροχρόνιων ασφαλιστικών προγραμμάτων είναι σχεδόν ανύπαρκτος, καθώς πρόκειται για ένα κλειστό χαρτοφυλάκιο προϊόντων, το οποίο επί της ουσίας δεν είναι διαθέσιμο στο καταναλωτικό κοινό. Με τον τρόπο αυτό οι ασφαλισμένοι στα μακροχρόνια ασφαλιστικά προγράμματα παραμένουν «κλειδωμένοι» σε μία εταιρεία, αδυνατώντας να αλλάξουν πάροχο. Οι εναλλακτικές που διαθέτουν υπό το υφιστάμενο νομοθετικό καθεστώς είναι είτε να παραμείνουν στο μακροχρόνιο συμβόλαιο (αποδεχόμενοι τις αναπροσαρμογές) είτε να καταγγείλουν τη σύμβαση, μεταστρεφόμενοι κατ' ανάγκη σε ετήσιο συμβόλαιο (μη εγγυημένης ανανεωσιμότητας). Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις θα μπορούσαν, αντί να καταφεύγουν σε ένα εξωθεν δείκτη αναπροσαρμογής (τον ΕΔΥ ή ΕΔΑ) για την αναπροσαρμογή ασφαλιστρών των εν πολλοίς «κλειδωμένων» ασφαλισμένων τους, **να ανταγωνίζονται για τους όρους των μακροχρόνιων ασφαλιστικών προγραμμάτων των ασφαλισμένων που επιθυμούν να φύγουν από μία ασφαλιστική εταιρεία, χωρίς όμως να χάνουν συνολικά όλα τα προνόμια μίας μακρόχρονης ασφάλισης.** Σημειώνεται περαιτέρω ότι επειδή, κατ' ουσίαν τα μακροχρόνια προγράμματα συνιστούν ένα μη διεκδικήσιμο τμήμα της

⁴¹² Σύμφωνα με την υπ' αρ. 39/2021 γνωμοδότηση του Ε' Τμήματος του Συμβουλίου της Επικράτειας επί του ΠΔ 13/2022, επισημάνθηκε μεταξύ άλλων ότι, για να είναι δυνατή η εφαρμογή του ΕΔΥ ως δείκτη αναπροσαρμογής των ασφαλιστρών των μακροχρόνιων συμβάσεων ασφάλισης, απαιτείται να έχει προηγηθεί ενημέρωση του Υπουργού Ανάπτυξης και Επενδύσεων, ώστε να είναι σε θέση ο τελευταίος να ασκήσει αποτελεσματικό έλεγχο νομιμότητας, αλλά και δημοσιοποίηση του ΕΔΥ με δύο σωρευτικούς τρόπους: αφενός με ανάρτηση στην ιστοσελίδα του ΙΟΒΕ και στον ιστότοπο του Υπουργείου Ανάπτυξης και Επενδύσεων και αφετέρου με έκδοση εγκριτικής υπουργικής απόφασης, η οποία υπόκειται σε δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσης. Η έγκριση του ΕΔΥ από τον Υπουργό Ανάπτυξης και Επενδύσεων κατ' άρθρο 6 παρ. 3 του ΠΔ, συνιστά το τελευταίο στάδιο άσκησης του ελέγχου νομιμότητας του ΕΔΥ από την αρμόδια αρχή και η παράλειψή της σημαίνει τη μη ολοκλήρωση του ελέγχου αυτού. Η έγκριση του ΕΔΥ με απόφαση του Υπουργού Ανάπτυξης τέθηκε μάλιστα ως προϋπόθεση της νομιμότητας του ίδιου του ΠΔ με την υπ' αριθμ. 39/2021 γνωμοδότηση του Ε' Τμήματος του Συμβουλίου της Επικράτειας που προαναφέρθηκε. Σύμφωνα με αποφάσεις πολιτικών δικαστηρίων, ελλείψει σχετικής εγκριτικής υπουργικής απόφασης, ο ΕΔΥ ως δείκτης αναπροσαρμογής ασφαλιστρών, παρότι έχει νομοθετηθεί με το ΠΔ 13/2022, δεν έχει λάβει νόμιμη υπόσταση και δεν μπορούσε να αποτελέσει κριτήριο για την αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών είτε εκ του νόμου (βλ. άρθρο 2α παρ. 3 του ν. 2251/1994 που προαναφέρθηκε) είτε μέσω παραπομπής σε αυτόν δυνάμει συναφούς ρήτρας σε ασφαλιστική σύμβαση (βλ. σχετικά και ΠΠρΑθ 1864/2024 αδημ., ΠΠρωτΑθ 1231/2025).

αγοράς, στο οποίο οι ασφαλισμένοι, όπως προαναφέρθηκε, παραμένουν «κλειδωμένοι» σε μία εταιρεία, η εφαρμογή ή μη οποιουδήποτε δείκτη για την αναπροσαρμογή των συμβολαίων έχει μικρή ή μηδενική επίπτωση στον ανταγωνισμό *για τα μακροχρόνια συμβόλαια*. Όμως, η εφαρμογή ενός δείκτη επηρεάζει σημαντικά τον ανταγωνισμό *για τα ετησίως ανανεούμενα συμβόλαια*. Με την καταγγελία της μακροχρόνιας σύμβασης, ανοίγει ο ανταγωνισμός για τη διεκδίκηση των προηγούμενων "κλειδωμένων" πελατών (ωστόσο, σημειώνεται ότι κάποιο υποσύνολο αυτού του πληθυσμού είναι πλέον μη ασφαλίσσιμο, π.χ. λόγω ηλικίας ή εκδηλωμένης νοσηρότητας). Δεδομένου ότι ο δείκτης δύναται να λειτουργήσει ως εστιακό σημείο στον καθορισμό ασφαλιστρών, τυχόν ευρύτερη εφαρμογή του και στα ετήσια συμβόλαια, θα περιορίσει τον ανταγωνισμό ως προς τη διεκδίκηση αυτών των προηγούμενων "κλειδωμένων" πελατών, έχοντας πολλαπλασιαστική επίπτωση στον ανταγωνισμό στο σύνολο της αγοράς.

563. Τέταρτον, στην οικονομική θεωρία εκφράζεται ο προβληματισμός ότι οι δείκτες τιμών (price indexes) ενδέχεται υπό ορισμένες συνθήκες να αποτελέσουν αντικείμενο χειραγώγησης για αντι-ανταγωνιστικούς σκοπούς. Για παράδειγμα, οι επιχειρήσεις μπορεί στρατηγικά να υποβάλλουν παραπλανητικές ή και ψευδείς αναφορές στοιχείων που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό του δείκτη, αυξάνοντας τεχνητά την τιμή του, να σχεδιάζουν το δείκτη κατά τέτοιο τρόπο ώστε να είναι εύκολη η χειραγώγησή του εφόσον δεν υπάρχει επαρκής κρατική εποπτεία ή να συντονίζουν τη συμπεριφορά τους (οριζόντια σύμπραξη) στις συναλλαγές που διαμορφώνουν το δείκτη προκειμένου να αυξήσουν τα κέρδη τους σε άλλες συναλλαγές στις οποίες εφαρμόζεται/χρησιμοποιείται ο δείκτης για τον καθορισμό της αξίας της συναλλαγής. Στην τελευταία αυτή περίπτωση, το κίνητρο συντονισμού είναι υψηλό αν οι συναλλαγές που διαμορφώνουν την τιμή του δείκτη είναι λίγες (επομένως είναι εύκολη η χειραγώγησή του) και παράλληλα ο δείκτης χρησιμοποιείται για τον καθορισμό τιμών σε συναλλαγές που λαμβάνουν χώρα σε ευρύτερες, μεγαλύτερου μεγέθους αγορές. Σε μια τέτοια περίπτωση, το κόστος από τη συμμετοχή σε έναν μικρό αριθμό ακριβών συναλλαγών είναι πολύ μικρότερο από τα κέρδη λόγω της εφαρμογής του χειραγωγημένου δείκτη σε έναν μεγάλο αριθμό συναλλαγών, και επομένως υπάρχει κερδοσκοπικό κίνητρο χειραγώγησης⁴¹³.

Οι ανωτέρω προβληματισμοί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά το σχεδιασμό του ΕΔΑ και την εφαρμογή του στην ευρύτερη ασφαλιστική αγορά.

564. Στο πλαίσιο αυτό, σημειώνεται ότι ο ΕΔΥ (και πλέον ο ΕΔΑ) αφορούν σε μια συγκεκριμένη κατηγορία ασφαλιστηρίων υγείας, τα μακροχρόνια νοσοκομειακά προγράμματα, με φθίνοντα αριθμό συναλλαγών. Κατά συνέπεια, αιτιώδη σχέση με την αύξηση του κόστους έχει μόνο με την κατηγορία αυτή των ασφαλιστηρίων, και, **επί της αρχής, δεν δικαιολογείται η χρήση του ως βάση αύξησης ασφαλιστρών για οποιαδήποτε άλλη κατηγορία ασφαλιστηρίων υγείας**. Επιπροσθέτως, δεδομένου ότι το εν λόγω ασφαλιστικό προϊόν δεν προσφέρεται σε νέους ασφαλισμένους, έπεται ότι οι υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται από αυτά τα συμβόλαια αφορούν ένα συνεχώς γηράσκοντα πληθυσμό ασφαλισμένων, κάτι που τείνει να αυξήσει τόσο τη συχνότητα περιστατικών όσο και την έκταση των υπηρεσιών στο πλαίσιο του κάθε περιστατικού. Αυτό όμως τον καθιστά ακόμη περισσότερο μη-αντιπροσωπευτικό για άλλες κατηγορίες ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας. Βεβαίως, ο ΕΔΥ υπολογίζεται συμπληρωματικά και χωρίς την επίδραση της ηλικίας, αυτό όμως γίνεται στο πλαίσιο μιας ανάλυσης τρίτου υποθετικού λόγου (counterfactual analysis), η οποία, παρ' ότι θεμιτή και αποδεκτή επιστημονικά, είναι αμφίβολο αν έχει τη δέουσα

⁴¹³ Βλ. Levenstein, Margaret C. and Suslow, Valerie Y., Strategic Use of Public Price Indexes as a Collusive Device (July 27, 2023). CPI Antitrust Chronicle, July 2023, με παραδείγματα από υποθέσεις ανταγωνισμού United States v. Socony-Vacuum Oil Co., Inc., 310 U.S. 150 (1940), AT.39914 - Euro Interest Rate Derivatives (2013), κ.λπ. <https://ssrn.com/abstract=4597242>

θεσμική υπόσταση και αποδοχή προκειμένου να αποτελέσει βάση ρύθμισης συναλλακτικών σχέσεων.

565. Επιπροσθέτως, ο ΕΔΥ απεικονίζει την ετήσια μεταβολή στο άμεσο κόστος ενός ασφαλιστηρίου (καταβληθείσες αποζημιώσεις). Αυτό αποτελεί ένα μόνο στοιχείο κόστους της όλης παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών. Το να αυξάνεται ποσοστιαία το συνολικό ασφάλιστρο με το ίδιο ποσοστό που αυξήθηκε αυτό το ένα στοιχείο κόστους οδηγεί σε αυτόματη αύξηση του τελικού κέρδους των ασφαλιστικών εταιρειών τόσο σε ευρώ όσο και ως ποσοστό του κύκλου εργασιών. Κατά συνέπεια, ελέγχεται κατά πόσο η επιβολή ως ποσοστού αύξησης ασφαλίσεων του ποσοστού αύξησης του ΕΔΥ παραμένει εντός των ορίων εύλογων όρων συναλλαγών, στον βαθμό που παρουσιάζεται ως «αντικειμενική» αύξηση του κόστους των ασφαλιστικών εταιρειών.
566. Σε κάθε περίπτωση, ο δείκτης που προβλέπεται να θεσμοθετηθεί προς αντικατάσταση του ΕΔΥ, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις διαστάσεις του θέματος που αναπτύχθηκαν ανωτέρω, ήτοι, το ότι το κόστος ενός ασφαλιστηρίου συμβολαίου για τον προμηθευτή-ασφαλιστική εταιρεία δεν εξαρτάται μόνο από την εξέλιξη των «τιμών μονάδος» των προϊόντων και υπηρεσιών υγείας αλλά και από την διάρθρωση αυτών ανά περιστατικό όσο και από τη συχνότητα που προσφέρονται εντός του έτους στους ασφαλισμένους.
567. Πέραν της καθαυτήν ακαταλληλότητας του δείκτη που εξηγήθηκε ανωτέρω, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στον σχεδιασμό και εφαρμογή του μελλοντικού ΕΔΑ και για έναν περαιτέρω λόγο: δεδομένου του μικρού και φθίνοντος αριθμού ασφαλιστηρίων που δυνητικώς διαμορφώνουν το δείκτη (29% των ασφαλίσεων από νοσοκομειακά προγράμματα), η απροϋπόθετη και άνευ εποπτείας χρησιμοποίησή του για τον καθορισμό των ασφαλίσεων στα ετήσια προγράμματα, τα οποία εκπροσωπούν τον μεγάλο όγκο των συναλλακτικών σχέσεων (71% των ασφαλίσεων από νοσοκομειακά προγράμματα)⁴¹⁴, μπορεί να δημιουργήσει ισχυρά κίνητρα χειραγώγησης του δείκτη, και εντεύθεν περαιτέρω στρεβλώσεις στην αγορά. Γενικότερα, και πέραν της μεθοδολογίας υπολογισμού του, η μεθοδολογία εφαρμογής του νέου αυτού δείκτη ως εργαλείου αναπροσαρμογής ασφαλίσεων και άρα ως θεσμικού διαμεσολαβητή συναλλακτικών σχέσεων, θα πρέπει να είναι συμβατός με το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας και διαφανής, αποσαφηνίζοντας μεταξύ άλλων και το τι θα συμβεί αν ο εν λόγω νέος δείκτης παρουσιάσει μείωση.
568. Τέλος, η κατά τα φαινόμενα επιτυχής εφαρμογή δείκτη τιμών σε κάποιον κλάδο ως βάση ρύθμισης των συναλλακτικών σχέσεων, δεν δικαιώνει γενικώς την χρήση δεικτών. Μια τέτοια κατά τα φαινόμενα επιτυχής διευθέτηση ισχύει επί δεκαετίες στη χώρα μας: η χρήση του Γενικού Δείκτη Τιμών Καταναλωτή της ΕΛΣΤΑΤ ως βάση αναπροσαρμογής μισθωτηρίων συμβολαίων ακινήτων. Όμως, ο χώρος της υγείας ενέχει ιδιαιτερότητες που δεν συναντώνται στις μισθώσεις ακινήτων. Το γεγονός ότι σε κάποιον άλλο κλάδο έχει εν πολλοίς εφαρμοστεί η χρήση γενικών δεικτών τιμών για τη ρύθμιση συναλλακτικών σχέσεων δεν διασφαλίζει ότι σε κάποιον άλλον κλάδο, ιδιαίτερα με τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει ο κλάδος υγείας, μια τέτοια εφαρμογή θα είναι επιτυχής.
569. **Η Επιτροπή Ανταγωνισμού έχει επισημάνει την ανάγκη συμπερίληψης θεμάτων ανταγωνισμού κατά το σχεδιασμό δημόσιων πολιτικών και έχει μάλιστα εκδώσει οδηγό προς τούτο**⁴¹⁵. Η δημιουργία, η προστασία και η ενίσχυση ανταγωνιστικών αγορών αποτελεί κομμάτι του ευρύτερου δημοσίου συμφέροντος καθώς οι ανταγωνιστικές αγορές ενθαρρύνουν τις επιχειρήσεις να είναι αποτελεσματικές και καινοτόμες, δημιουργώντας έτσι περισσότερες επιλογές για τους καταναλωτές, μειώνοντας τις τιμές και βελτιώνοντας την ποιότητα των αγαθών

⁴¹⁴ Βλ. σχετικά Πίνακες 20 και 21 της παρούσης Έκθεσης.

⁴¹⁵ Διαθέσιμος στην ιστοσελίδα της ΕΑ <https://www.epant.gr/enimerosi/dimosieyseis/odigoi/item/2528-odigos-gia-dimosies-politikes.html>.

και των υπηρεσιών και κατ' επέκταση τις οικονομικές επιδόσεις μιας χώρας. Ο κρατικός σχεδιασμός συνεπώς θα πρέπει να συνεκτιμά τις επιπτώσεις μιας πολιτικής ή μίας παρέμβασης στον ανταγωνισμό και να επιλέγει εκείνον τον τρόπο δράσης που οδηγεί σε περισσότερο και όχι λιγότερο ανταγωνισμό μεταξύ των επιχειρήσεων προς όφελος των καταναλωτών. Αυτή η στάθμιση είναι αποτελεσματικότερη όταν γίνεται από την αρχή της ανάπτυξης δημόσιων πολιτικών, ώστε εξ αρχής να περιλαμβάνεται στο σχεδιασμό, προκειμένου να προλαμβάνονται στρεβλώσεις του ανταγωνισμού οι οποίες έχουν αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην ευημερία των καταναλωτών, όσο και ευρύτερα στην οικονομία και στους πολίτες.

XIV. ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ – ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Πλαίσιο 5: Σύνοψη

- Διαπιστώνεται διαχρονική αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας: (α) κατά την περίοδο 2018-2024 (με εξαίρεση το έτος 2021) καταγράφεται σταθερά αύξηση του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή στην Υγεία, (β) κατά την τετραετία 2021-2024 αύξηση του υποδείκτη Νοσοκομεία και Κλινικές, (γ) αύξηση του μέσου κόστους περιστατικού μακροχρονίων συμβολαίων, (δ) αύξηση στις καταβληθείσες αποζημιώσεις των ασφαλιστικών εταιρειών προς τους νοσοκομειακούς παρόχους, τόσο συνολικά όσο και ανά κατηγορία ασφαλιστηρίου, όπου καταγράφεται σταθερά μεγαλύτερη συμμετοχή των ασφαλιστηρίων εγγυημένης ανανεωσιμότητας στο σύνολο (με πτωτική πορεία έναντι ενίσχυσης της συμμετοχής των ασφαλιστηρίων μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας), και (ε) αύξηση του ποσοστού απορρίψεων των αιτημάτων αποζημίωσης.
- Συνολικά, η αύξηση του κόστους υγείας (κατά τα ανωτέρω) αποδίδεται στην αύξηση του όγκου υπηρεσιών ανά περιστατικό, της συχνότητας εμφάνισης ζημιών λόγω αύξησης της νοσηρότητας, της γήρανσης αλλά και του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, καθώς και στην αύξηση του μέσου κόστους αποζημίωσης ανά νοσηλεία.
- Αντιστοίχως, αύξηση παρατηρείται και στο κόστος των ιδιωτικών υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, η οποία εν μέρει αποδίδεται στην αύξηση του κόστους και του όγκου των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η αναφερόμενη κατακόρυφη αύξηση κατά την περίοδο 2024-2025 φαίνεται να αποδίδεται και στην εφαρμογή του ΕΔΥ.
- Τα κριτήρια διαμόρφωσης της τιμολογιακής πολιτικής των νοσοκομειακών παρόχων λαμβάνουν υπόψη κυρίως το κόστος και τον κύκλο εργασιών ανά πελάτη, τις ανάγκες και τις οικονομικές συνθήκες της αγοράς, την τιμολογιακή πολιτική των ανταγωνιστών, το κόστος λειτουργίας τους, αλλά διαφοροποιούνται ανάλογα με το εάν η τιμολόγηση εφαρμόζεται σε ιδιώτες, δημόσιους φορείς ή ασφαλιστικές εταιρείες. Ειδικότερα, η τιμολόγηση/εμπορική πολιτική των ιδιωτικών κλινικών διαφοροποιείται ανά κατηγορία πελατών με βασική διάκριση μεταξύ ιδιωτών, δημοσίων ασφαλιστικών φορέων (ΕΟΠΥΥ και Ασφαλιστικά Ταμεία) και (ιδιωτικών) ασφαλιστικών εταιρειών, ενώ υφίστανται στοχευμένες διαφοροποιήσεις αυτής στο πλαίσιο δράσεων εταιρικής κοινωνικής ευθύνης, κυρίως μέσω εκπτώσεων για ειδικές κατηγορίες ασθενών (όπως άποροι, πολύτεκνοι κ.α.) ή σε απομακρυσμένες γεωγραφικές περιοχές. Μια τέτοια διαφοροποιημένη τιμολογιακή

πολιτική εν μέρει μόνο θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το προφίλ του πελάτη, ωστόσο οι πάροχοι υγείας δεν εισέφεραν ικανοποιητικές απαντήσεις.

- Ειδικότερα, η τιμολόγηση των υπηρεσιών των ιδιωτικών κλινικών προς τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες προκύπτει κατόπιν διαπραγματεύσεων μεταξύ τους, ενώ υφίσταται και διαφορετική τιμολόγηση και συμφωνία μεταξύ κλινικών του ιδίου ομίλου με τις ασφαλιστικές εταιρείες. Το μέγεθος της ασφαλιστικής εταιρείας και ο όγκος των ασφαλισμένων αποτελούν τους βασικούς παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη για την τιμολόγηση. Ως προς την πλευρά που διαθέτει διαπραγματευτική δύναμη, οι μεν πάροχοι υπηρεσιών υγείας ισχυρίζονται ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν το διαπραγματευτικό πλεονέκτημα (ιδίως δε με τη χρήση δυο μεγάλων επιχειρήσεων διαχείρισης), οι δε ασφαλιστές αποδίδουν διαπραγματευτική ισχύ στους παρόχους υγείας. Συνολικά, προκύπτει από την έρευνα διαφοροποίηση τιμών για την προσφορά των ίδιων υπηρεσιών, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε κατηγορίας πελατών ή και ατομικά κάποιου πελάτη.
- Η τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις στην Ελλάδα σήμερα ακολουθεί το μοντέλο της διακριτής τιμολόγησης έκαστης υπηρεσίας (fee-for-service), όπου οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι γιατροί αποζημιώνονται με βάση τον αριθμό και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν βάσει αναλυτικού καταλόγου τιμών. Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο όγκος/ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο αυξάνεται το ποσό της αποζημίωσης του παρόχου.
- Συζήτηση για τυχόν διαφορετικό τρόπο τιμολόγησης των εν λόγω υπηρεσιών γίνεται αναφορικά με το σύστημα DRGs, το οποίο έχει υιοθετηθεί από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες (σε διαφορετικές εκδοχές). Το ΣυΚΝΥ αποτελεί την ελληνική εκδοχή της μεθοδολογίας των DRG, ωστόσο εφαρμόζεται υποχρεωτικά μόνο στα νοσοκομεία του ΕΣΥ. Πάντως, ο αρμόδιος φορέας ΚΕΤΕΚΝΥ βρίσκεται σε συζητήσεις με ιδιωτικές κλινικές για την πιλοτική εφαρμογή του ΣυΚΝΥ. Οι απόψεις των συμμετεχόντων στην έρευνα περί της προσφορότητας ενός συστήματος τιμολόγησης που στηρίζονται στα DRG αφίστανται: οι μεν ασφαλιστικές εταιρείες και εταιρείες διαχείρισης ασφαλιστικών προϊόντων υγείας τάσσονται συνολικά υπέρ (αναφέροντας αποτελεσματικότητας όπως διαφάνεια και έλεγχος του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης, προσδιορισμός ύψους αποζημιώσεων, αποτελεσματικότητα και εξοικονόμηση πόρων), οι δε πάροχοι υγείας εκφράζουν μια μικτή εικόνα επισημαίνοντας π.χ. κινδύνους πιθανής υποβάθμισης των προσφερόμενων υπηρεσιών, περιορισμός διαθέσιμων επιλογών νοσηλείας και θεραπειών.
- Το σύστημα DRGs έχει υιοθετηθεί από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες λόγω της ανάγκης συστηματικής παρακολούθησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας, του ελέγχου του κόστους, καθώς και της βελτίωσης της αποδοτικότητας και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, αλλά διαφέρει μεταξύ των χωρών ο τρόπος εφαρμογής του. Η επίτευξη των στόχων του εν λόγω συστήματος διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά τα εμπειρικά οικονομικά δεδομένα αναφορικά με την εξέλιξη των δαπανών είναι διφορούμενα και παρότι έχει εφαρμοστεί σε πολλές χώρες, έχουν υπάρξει αδυναμίες/προβλήματα που συνίστανται στη μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με σκοπό τη μείωση του κόστους, λανθασμένη κωδικοποίηση με σκοπό την λήψη υψηλότερης πληρωμής, περιορισμό

των επενδύσεων σε εξειδικευμένες υπηρεσίες και εξοπλισμό εάν δεν αντιστοιχούν σε επαρκή αποζημίωση.

- Οι βασικοί παράγοντες προσδιορισμού του ύψους του ασφαλιστρου είναι η ηλικία, άλλα βασικά στοιχεία του ασφαλισμένου (ιστορικό υγείας, φύλο, επάγγελμα, γεωγραφική περιοχή), το είδος και εύρος της κάλυψης (παροχές προγράμματος, συμμετοχή ασφαλισμένου) καθώς και τα αναγνωρισμένα στη διεθνή πρακτική εργαλεία/δείκτες για την εκτίμηση των υπό ανάληψη κινδύνων (συχνότητα εμφάνισης ζημίας, μέσο κόστος ζημίας, καθαρό κόστος κάλυψης, σχέση ασφαλιστρων-αποζημιώσεων). Η ηλικιακή ομάδα του ασφαλισμένου, το κόστος της παροχής δευτεροβάθμιων υπηρεσιών υγείας και οι κλαδικοί δείκτες επί αυτών των συντελεστών αναφέρονται από σημαντικό αριθμό ασφαλιστών για τον προσδιορισμό του ύψους του ασφαλιστρου. Συναφώς, ενσωματώνονται στα μακροχρόνια ασφαλιστήρια συμβόλαια προδιατυπωμένοι ασφαλιστικοί όροι δια των οποίων επιφυλάσσεται δικαίωμα των ασφαλιστικών εταιρειών για αναπροσαρμογή του ατομικού ασφαλιστρου, η οποία λαμβάνει χώρα μία φορά ετησίως για το σύνολο των ασφαλισμένων του προγράμματος και με την προϋπόθεση ότι διαπιστώνεται μεταβολή ενός ή περισσότερων εκ των προβλεπόμενων στη σύμβαση συντελεστών υπολογισμού του ασφαλιστρου.
- Ειδικότερη προβληματική στην τιμολόγηση υπηρεσιών ασφάλισης υγείας αποτελεί η συμβολή του ΕΔΥ με τον οποίο συνδέθηκε η ετήσια αναπροσαρμογή των ασφαλιστρων σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας στην αύξηση των ασφαλιστρων κατά τη διετία 2024-2025. Η σύνδεση αυτή δημιούργησε στρεβλώσεις στην αγορά καθώς «θεωρήθηκε» καταρχάς υποχρεωτική και ακολούθησαν αντίστοιχες αυξήσεις στα ασφάλιστρα αλλά και η μεθοδολογία του λάμβανε υπόψη τις αποζημιώσεις των ασφαλισμένων και όχι, ενδεχομένως, έναν δείκτη τιμών παροχών υγείας. Ο ΕΔΥ αντικαταστάθηκε από τον υπό διαμόρφωση «ΕΔΑ», που θα τεθεί σε εφαρμογή από 1/1/2026.
- Η Επιτροπή Ανταγωνισμού συνιστά ιδιαίτερη προσοχή στο σχεδιασμό και εφαρμογή του νέου δείκτη ΕΔΑ. Πέραν των προβληματισμών που ανάγονται στη διαφάνεια των συμβατικών όρων, και στην αντικειμενικότητα, καταλληλότητα, επαληθευσιμότητα και προσβασιμότητα των παραγόντων που θα ληφθούν υπόψη για τη διαμόρφωση του δείκτη – ζητήματα που ανάγονται κατεξοχήν στην προστασία των καταναλωτών και τα οποία είναι αμφίβολο ότι αντιμετωπίζει επαρκώς η νέα ρύθμιση – δημιουργείται ένας γενικότερος προβληματισμός σχετικά με το ενδεχόμενο πρόκλησης σοβαρών στρεβλώσεων στον ανταγωνισμό στον ευρύτερο κλάδο ασφάλισης υγείας, για τους εξής λόγους :
 - Πρώτον, ο εξωγενής καθορισμός του δείκτη αναπροσαρμογής ασφαλιστρων σε μακροχρόνια συμβόλαια ασφάλισης υγείας αφαιρεί έως ένα βαθμό την πίεση από τις ασφαλιστικές εταιρείες να διαπραγματευτούν χαμηλότερες αποζημιώσεις με τους παρόχους υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν πιο εύκολα να πάρουν τη θέση ενός παθητικού μεσάζοντα, ο οποίος μετακυλίζει τις χρεώσεις στους ασφαλισμένους/καταναλωτές.
 - Δεύτερον, αν και η νομοθεσία δεν «επιβάλλει» αντίστοιχες αυξήσεις στα ασφάλιστρα, οπωσδήποτε τις «αντικειμενικοποιεί» στα μάτια των καταναλωτών, μέσω της ύπαρξης ενός εγκεκριμένου από το κράτος δείκτη

αύξησης κόστους. Συνεπώς, και εξ αυτής της απόψεως μειώνει την πίεση στις ασφαλιστικές εταιρείες για διαπραγμάτευση τιμών με τους παρόχους υγείας, και οι καταναλωτές γίνονται παθητικοί δέκτες των αναπροσαρμογών, με σχεδόν ανύπαρκτες, όπως προαναφέρθηκε, εναλλακτικές επιλογές (αποδοχή των αυξήσεων ή καταγγελία με σοβαρή περιουσιακή ζημία και χαμηλές πιθανότητες εκ νέου ασφάλισης).

- Τρίτον, **η ύπαρξη του δείκτη δημιουργεί ένα εστιακό σημείο (focal point) για την αύξηση τιμών.** Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν πλέον το κίνητρο να επιδοθούν σε τιμολογιακό ανταγωνισμό, αντιθέτως έχουν το κίνητρο να αναπροσαρμόσουν τα ασφάλιστρα με βάση το δείκτη. Η δε νομοθέτηση και δημοσίευση ενός ενιαίου τρόπου αναπροσαρμογής ασφαλίσεων καταργεί την ανάγκη επικοινωνίας (ρητής συμπαιγνίας) μεταξύ των επιχειρήσεων, η οποία θα ήταν υποκείμενη σε έλεγχο με βάση τις διατάξεις περί ανταγωνισμού. Ακολουθώντας το νομοθετημένο δείκτη, οι επιχειρήσεις μπορούν να προβούν σε εναρμονισμένη αναπροσαρμογή των ασφαλίσεων.
- Τέλος, η έρευνα ανέδειξε το ειδικότερο ζήτημα της αδιαφάνειας στις χρεώσεις υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας. Η νεότερη ρύθμιση του ν. 5170/2025 επιχειρεί να το αντιμετωπίσει (εν μέρει εξειδικεύοντας παλαιότερες ρυθμίσεις του ν. 4600/2019 για τον κλάδο υγείας), ωστόσο, απαιτείται μια ολιστική αντιμετώπιση του προβλήματος, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης των καταναλωτών και της εποπτείας των παρόχων όχι μόνο αναφορικά με την τυπική τους συμμόρφωση με την υποχρέωση ανάρτησης τιμοκαταλόγων αλλά και αναφορικά με φαινομενικά τεχνικές λεπτομέρειες υλοποίησης, που θα διασφαλίσουν την ομοιογένεια, διαχειρισσιμότητα και συγκρισιμότητα της αναρτώμενης πληροφορίας. Με τον τρόπο αυτό δύναται να ενισχυθεί η καταναλωτική συνείδηση, ενισχύοντας εμμέσως τον ανταγωνισμό στον κλάδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ

XV. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

XV.1. Ψηφιακός ανταγωνισμός και υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης

570. 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 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.
571. 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.
572. Ουσιαστικά, ο ψηφιακός μετασχηματισμός έχει προκαλέσει τόσο μία ανάγκη όσο και μία ευκαιρία για τις εταιρείες στον ευρύτερο κλάδο της υγείας και της ασφάλισης υγείας να εξερευνήσουν νέα επιχειρηματικά μοντέλα, δηλαδή τη λογική ή το πλαίσιο που χρησιμοποιούν για τη δημιουργία και τη δέσμευση αξίας⁴¹⁶. Επιπλέον, η πολυπλοκότητα που συνεπάγονται οι αναδυόμενες τεχνολογίες —τόσο όσον αφορά τα προβλήματα όσο και τις λύσεις— δημιουργεί την ανάγκη σύνδεσης επιστημονικών κλάδων και οργανισμών, οδηγώντας σε πιο ανοιχτά επιχειρηματικά μοντέλα⁴¹⁷ με έμφαση στη δημιουργία κοινής αξίας με συμπληρωματικούς εταίρους σε μεγαλύτερα οικοσυστήματα⁴¹⁸.
573. Στον τομέα της υγείας, αρκετοί οργανισμοί διαθέτουν διαφορετικούς τύπους δεδομένων.
- Κλινικά δεδομένα (δεδομένα ασθενούς) που τηρούνται συνήθως από γιατρούς και δεδομένα κλινικών δοκιμών που τηρούνται από φαρμακευτικές εταιρείες.
 - Οι φαρμακευτικές εταιρείες διατηρούν επίσης δεδομένα πρώιμων σταδίων E&A.

⁴¹⁶ Afuah, A. (2014). Business Model Innovation: Concepts, Analysis and Cases. New York, NY, Routledge.

⁴¹⁷ Chesbrough, H., & Bogers, M. (2014). Explicating open innovation: Clarifying an emerging paradigm for understanding innovation. In H. Chesbrough, W. Vanhaverbeke, & J. West (Eds.), New Frontiers in Open Innovation (pp. 3-28). Oxford: Oxford University Press.

⁴¹⁸ Adner, R. (2017). Ecosystem as structure: An actionable construct for strategy. Journal of Management, 43(1), 39-58; M. Jacobides & I. Lianos, Regulating Platforms and Ecosystems : an introduction, (2021) 30(5) Industrial and Corporate Change 1131-1142; . Jacobides & I. Lianos, Ecosystems & Competition law in theory and practice, (2021) 30(5) Industrial and Corporate Change 1199-1229; European Commission, Support Study accompanying the evaluation of the Commission Notice on the definition of relevant market for the purposes of Community competition law, Final Report (2021), σελ. 77-109 (για τα ψηφιακά οικοσυστήματα) και το Σχέδιο Ανακοίνωσης της Ευρ. Επιτροπής για τον Ορισμό Αγοράς που αναγνωρίζει τη σημασία των οικοσυστημάτων στην ανάλυση των ανταγωνιστικών επιπτώσεων: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_6528.

- Οι διαδικτυακές εταιρείες όπως η Google, ή συγκεκριμένες μηχανές κάθετης ιατρικής αναζήτησης, ενδέχεται να διατηρούν δεδομένα σχετικά με τον τρόπο ζωής τους που αφορούν τη συμπεριφορά, τους φόβους και τη στάση των ασθενών.
- Εταιρείες ιατρικών συσκευών, ιδίως στο πλαίσιο της ανάπτυξης εφαρμογών e-healthcare στις οποίες έξυπνοι αισθητήρες και μικροσκοπικές συσκευές εκτός ή εντός του ανθρώπινου σώματος συλλέγουν τις απαραίτητες ιατρικές πληροφορίες και ανταλλάσσουν δεδομένα σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη και συμβάλλουν στην εξεύρεση λύσεων ehealthcare.
- Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης έχουν πρόσβαση στο αρχείο ιατρικών δεδομένων και στο ιστορικό του ασθενούς.
- Οι δημόσιες υγειονομικές αρχές, οι ασφαλιστικές εταιρείες και συγκεκριμένες εταιρείες δεδομένων υγείας (π.χ. IQVIA) διαθέτουν δεδομένα σχετικά με το κόστος και την κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων.

XV.2. Πιθανές στρεβλώσεις ανταγωνισμού από τη χρήση (προσωπικών) δεδομένων και αλγορίθμων

XV.2.1. Προσωπικά δεδομένα και θεωρίες βλάβης στον ανταγωνισμό

574. Η χρήση προσωπικών δεδομένων υγείας από επιχειρήσεις με ισχύ στην αγορά ή μέσω κεντρικής θέσης σε οικοσύστημα, δύναται να έχει, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, επιπτώσεις τόσο αντι-ανταγωνιστικού αποκλεισμού όσο και επιπτώσεις εκμεταλλευτικής φύσης, όπως επισημάνθηκε αναλυτικά και στην Ενδιάμεση Έκθεση της παρούσας κλαδικής έρευνας⁴¹⁹.
575. Σχετικά με τα αποτελέσματα αποκλεισμού, όπως συμβαίνει και με άλλα προσωπικά δεδομένα, οι πηγές δεδομένων για την ανθρώπινη υγεία είναι ετερογενείς - ποιοτικές και ποσοτικές, με τα δεδομένα αυτά να συλλέγονται σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα και σε διαφορετικά πλαίσια, καθώς προέρχονται από διαφορετικούς ενδιαφερόμενους. Υπάρχουν επίσης πληθυσμιακά σύνολα δεδομένων από τις αρχές δημόσιας υγείας, ασφαλιστικές εταιρείες και συγκεκριμένες εταιρείες δεδομένων υγείας (π.χ. IMS Health) που διαθέτουν δεδομένα σχετικά με το κόστος και την κατανάλωση φαρμακευτικών προϊόντων ή χρήσης υγειονομικής περίθαλψης κατά τη διάρκεια ζωής τους. Σε αντίθεση όμως με άλλα προσωπικά δεδομένα τα οποία επίσης συλλέγονται και είναι συνήθως ευρέως διαθέσιμα (π.χ. μέσω μεσάζοντων/μεσιτών, όπως π.χ. η Axciom και Equifax), τα δεδομένα υγείας ενδέχεται να είναι πιο δύσκολα προσβάσιμα λόγω του ιδιαίτερου καθεστώτος νομικής προστασίας που τα διέπει. Αυτό δύναται να οδηγήσει ενίοτε σε μεγαλύτερη πιθανότητα να αποτελέσουν το αντικείμενο πρακτικών αποκλεισμού ανταγωνιστών.
576. Το ενδεχόμενο δεδομένα που αφορούν την υγεία να θεωρηθούν ως βασική διευκόλυνση (*essential facility*), λόγω του νομικού καθεστώτος προστασίας που τα διέπει, έχει ήδη αναγνωριστεί στο δίκαιο ανταγωνισμού⁴²⁰.
577. Περαιτέρω, μία άλλη θεωρία βλάβης που αφορά τη συλλογή και χρήση δεδομένων, είναι ότι μέσα από μία καθετοποίηση (μέσω κάθετης συγκέντρωσης της αγοράς), η συγχωνευθείσα επιχείρηση ενδέχεται να αποκτήσει πρόσβαση σε εμπορικά ευαίσθητες πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες των ανταγωνιστών της που δραστηριοποιούνται στις αγορές προηγούμενης ή

⁴¹⁹ ΤΟ θέμα αυτό αναλύθηκε διεξοδικά στην Ενδιάμεση Έκθεση βλ. Κεφ VIII.B.1. Προσωπικά δεδομένα και θεωρίες βλάβης στον ανταγωνισμό, σελ. 111επ.

⁴²⁰ Απόφαση Ευρ. Επιτροπής 2002/165 Υπόθεση COMP D3/38.044 — NDC Health/IMS Health (3.7.2001).

επόμενης οικονομικής βαθμίδας, οι οποίες θα της επιτρέψουν να εφαρμόσει λιγότερο επιθετική τιμολογιακή πολιτική στην αγορά επόμενης οικονομικής βαθμίδας εις βάρος των καταναλωτών, ή να θέσει τους ανταγωνιστές της σε ανταγωνιστικά μειονεκτική θέση, αποθαρρύνοντας με τον τρόπο αυτό την είσοδο ή την επέκτασή τους στην κάθετη αγορά αλλά και στην αγορά της ίδιας βαθμίδας⁴²¹. Η συγκεκριμένη θεωρία βλάβης εξετάστηκε τόσο στις συγκεντρώσεις *Apple/Shazam*⁴²², και *Google/Fitbit*⁴²³ όσο και στην συγκέντρωση *CVC/Εθνικής Ασφαλιστικής*⁴²⁴.

XV.2.2. Ρυθμιστικές πρωτοβουλίες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με θέματα ανταγωνισμού που προκύπτουν από την ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης

578. Οι ρυθμιστικές πρωτοβουλίες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με θέματα ανταγωνισμού που προκύπτουν από την ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης αναλύθηκαν στο πλαίσιο της Ενδιάμεσης Έκθεσης⁴²⁵. Στην παρουσία επισημαίνονται συνοπτικά τα εξής:
579. Οι ασθενείς αντιμετωπίζουν πολυπλοκότητα κατά τη χρήση υπηρεσιών υγείας και την προστασία/πρόσβαση στα δεδομένα τους, εάν χρησιμοποιούν διαφορετικούς παρόχους (multihome), ενώ τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης βρίσκονται αντιμέτωπα με ανεπαρκείς πόρους/διαλειτουργικότητα και διοικητικές αντιξοότητες, προκαλώντας σοβαρή διοικητική σπατάλη μέσω κατακερματισμού και περιττής πολυπλοκότητας⁴²⁶. Έτσι, καθώς τα δεδομένα υγείας αυξάνονται εκθετικά τόσο σε ποικιλία όσο και σε όγκο, το εύρος του προβλήματος της πρόσβασης στα δεδομένα της υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο προκαλείται από έλλειψη διαλειτουργικότητας, τυποποίησης και χρηστικότητας, εντείνεται και καθίσταται επαχθέστερο, απαιτώντας ρυθμίσεις που να επιτρέπουν, πάντοτε με σεβασμό στην προστασία των ευαίσθητων αυτών προσωπικών δεδομένων, τη μετάβαση σε ένα σύστημα όπου τα δεδομένα υγειονομικής περίθαλψης δεν θα προσδίδουν ανυπέρβλητο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και να αποτρέπονται πρακτικές αποκλεισμού από τη χρήση δεδομένων οι οποίες να επηρεάζουν την ανταγωνιστική διαδικασία και να οδηγούν σε αντι-ανταγωνιστικά αποτελέσματα. Επιπλέον, αξιώσεις για δικαιώματα πνευματικής ιδιοκτησίας ή για τη προστασία του εμπορικού απορρήτου ενδέχεται να εμποδίσουν επίσης την πρόσβαση σε δεδομένα.
580. Σκοπός τυχόν ρυθμιστικής παρέμβασης είναι επίσης να παρέχονται στους ασθενείς ανέξοδες εναλλακτικές λύσεις για πρόσβαση/προστασία δεδομένων μέσω εφαρμογών τρίτων. Η διαλειτουργικότητα και η κοινή χρήση δεδομένων ενισχύονται με στόχο τη μείωση του πλεονασμού και της υπερβολικής χρήσης ευαίσθητων δεδομένων κ.λπ.⁴²⁷. Συνοπτικά, οι τρέχουσες τάσεις στα δεδομένα υγειονομικής περίθαλψης έχουν οδηγήσει σε ρυθμιστικές πρωτοβουλίες με σκοπό να εξαλειφθούν τα σημεία συμφόρησης και να προωθηθεί τη διαλειτουργικότητα και τυποποίηση στην προστασία/πρόσβαση και σωστή χρήση των δεδομένων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη.

⁴²¹ Κατευθυντήριες γραμμές για την αξιολόγηση των μη οριζόντιων συγκεντρώσεων σύμφωνα με τον κανονισμό του Συμβουλίου για τον έλεγχο των συγκεντρώσεων μεταξύ επιχειρήσεων, 2008/C 265/07, παρ. 78.

⁴²² Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.8788 – Apple/Shazam (6.9.2018).

⁴²³ Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.9660 – Google/Fitbit (17.12.2020).

⁴²⁴ Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.10301 – CVC/Ethniki (24.2.2022).

⁴²⁵ Βλ. VIII.B.2. Ρυθμιστικές πρωτοβουλίες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με θέματα ανταγωνισμού που προκύπτουν από την ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης, σελ. 122.

⁴²⁶ Lee, Ben, “Data – The Core Bottleneck to Digital Health - Overview”, Medium.com, 04 April 2020, <https://medium.com/@btlee215/data-the-core-bottleneck-to-digital-health-part-1-a177f4882882>.

⁴²⁷ Lee, Ben, “Data – The Core Bottleneck to Digital Health – Parts 4 and 5”, Medium.com, 04 Απριλίου 2020, <https://medium.com/@btlee215/data-the-core-bottleneck-to-digital-health-part-4-6561eace3af6>, and <https://medium.com/@btlee215/data-the-core-bottleneck-to-digital-health-part-5-b5f6ba569bbb>.

581. Σκοπός ορισμένων από αυτές τις πρωτοβουλίες είναι η ανάπτυξη κοινών πόρων δεδομένων (commons) τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις επιχειρήσεις⁴²⁸. Η Πράξη για τη διακυβέρνηση δεδομένων (Data Governance Act) είναι ένας Κανονισμός που αποτελεί έναν από τους βασικούς πυλώνες της ευρωπαϊκής στρατηγικής για τα δεδομένα, ο οποίος, επιδιώκει να αυξήσει την εμπιστοσύνη στο διαμοιρασμό δεδομένων, να ενισχύσει τους μηχανισμούς για την αύξηση της διαθεσιμότητας δεδομένων και να ξεπεράσει τα τεχνικά εμπόδια για την επαναχρησιμοποίηση δεδομένων. Τέθηκε σε ισχύ στις 23 Ιουνίου 2022 και, μετά από περίοδο χάριτος 15 μηνών, εφαρμόζεται από τον Σεπτέμβριο του 2023⁴²⁹.
582. Συμπληρωματική με την Data Governance Act είναι η πράξη για τους ομοιόμορφους κανόνες σχετικά με την δίκαιη πρόσβαση και χρήση δεδομένων — γνωστός και ως «Data Act»⁴³⁰. Αποτελεί βασικό πυλώνα της ευρωπαϊκής στρατηγικής για τα δεδομένα και θα συμβάλει σημαντικά στο στόχο της ψηφιακής δεκαετίας για την προώθηση της ψηφιακής μεταμόρφωσης. Στο πλαίσιο αυτό, θα επιτρέψει μια δίκαιη κατανομή της αξίας των δεδομένων, καθορίζοντας σαφείς και δίκαιους κανόνες πρόσβασης και χρήσης δεδομένων εντός της ευρωπαϊκής οικονομίας δεδομένων. Τέθηκε σε ισχύ στις 11 Ιανουαρίου 2024 και θα αρχίσει να εφαρμόζεται τον Σεπτέμβριο του 2025⁴³¹.
583. Άλλες ρυθμιστικές πρωτοβουλίες σε ενωσιακό επίπεδο έχουν ως στόχο τον περιορισμό πιθανών στρεβλώσεων που ενδέχεται να προκύψουν λόγω της άρνησης πρόσβασης ή διαλειτουργικότητας για τη χρήση των δεδομένων και δύναται να συμπληρώσουν το εργαλείο του δικαίου ανταγωνισμού, τόσο ενωσιακού όσο και εθνικού, όπως είναι η Πράξη για τις Ψηφιακές Αγορές (Digital Markets Act-DMA)⁴³², ο Κανονισμός για τις Ψηφιακές Υπηρεσίες (Digital Services Act, DSA)⁴³³, ενώ ένα περαιτέρω βήμα προς τη δημιουργία κοινού ειδικού ευρωπαϊκού χώρου δεδομένων για την υγεία (ως μέρος γενικότερες προσπάθειες να δημιουργηθούν κοινοί χώροι δεδομένων και συνεπώς να ενισχυθεί ο ανταγωνισμός⁴³⁴), είναι η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Δεδομένα⁴³⁵ η οποία επισήμανε τις ειδικές προκλήσεις που αντιμετωπίζει ο τομέας της υγείας αναφορικά με την πρόσβαση και την ανταλλαγή δεδομένων υγείας ως ύψιστη προτεραιότητα και κρίσιμο στοιχείο για την οικοδόμηση μιας Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Υγεία. Στις 26 Μαρτίου 2025 ο Κανονισμός ΕΧΔΥ⁴³⁶ τέθηκε σε ισχύ⁴³⁷.
584. Ο Κανονισμός ΕΧΔΥ διευκολύνει την ανταλλαγή δεδομένων υγείας και την πρόσβαση σε αυτά σε επίπεδο ΕΕ⁴³⁷ και καθιερώνει ένα ενιαίο, ασφαλές και διαλειτουργικό πλαίσιο για τη

⁴²⁸ Βλ. Communication from the Commission, on enabling the digital transformation of health and care in the Digital Single Market; empowering citizens and building a healthier society, COM(2018) 233 final, σελ. 8.

⁴²⁹ Βλ. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/data-governance-act>.

⁴³⁰ Βλ. Κανονισμός (ΕΕ) 2023/2854 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 13ης Δεκεμβρίου 2023, για εναρμονισμένους κανόνες σχετικά με τη δίκαιη πρόσβαση σε δεδομένα και τη δίκαιη χρήση τους και για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΕ) 2017/2394 και της οδηγίας (ΕΕ) 2020/1828, ΕΕ L, 2023/2854, 22.12.2023,

⁴³¹ Βλ. <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/data-act>

⁴³² Κανονισμός (ΕΕ) 2022/1925 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με διεκδικήσιμες και δίκαιες αγορές στον ψηφιακό τομέα και για την τροποποίηση των οδηγιών (ΕΕ) 2019/1937 και (ΕΕ) 2020/1828 (L 265/1 (12.10.2022), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει.

⁴³³ Κανονισμός (ΕΕ) 2022/2065 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 19ης Οκτωβρίου 2022 σχετικά με την ενιαία αγορά ψηφιακών υπηρεσιών και την τροποποίηση της οδηγίας 2000/31/ΕΚ ΕΕ L 277 της 27.10.2022, σ. 1-102.

⁴³⁴ Commission Staff Working Document on Common European Data Spaces, SWD(2022) 45 final.

⁴³⁵ Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο, την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή των Περιφερειών Ευρωπαϊκή στρατηγική για τα δεδομένα, COM(2020) 66 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1593073685620&uri=CELEX:52020DC0066>.

⁴³⁶ https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_el.

⁴³⁷ <https://www.consilium.europa.eu/el/press/press-releases/2025/01/21/european-health-data-space-council-adopts-new-regulation-improving-cross-border-access-to-eu-health-data/>.

διακυβέρνηση των ηλεκτρονικών δεδομένων υγείας σε ολόκληρη την Ένωση, αποσκοπώντας στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ενίσχυση της έρευνας και της καινοτομίας και τη διασφάλιση της ισότιμης πρόσβασης και αξιοποίησης των δεδομένων υγείας από όλους τους πολίτες⁴³⁸. Ειδικότερα, αποσκοπεί να βελτιώσει την πρόσβαση των ατόμων στα προσωπικά τους ηλεκτρονικά δεδομένα υγείας και τον έλεγχο που έχουν επί των δεδομένων αυτών, επιτρέποντας παράλληλα την επαναχρησιμοποίηση ορισμένων δεδομένων για σκοπούς έρευνας και καινοτομίας προς όφελος των ευρωπαϊκών ασθενών. Προβλέπει ένα περιβάλλον δεδομένων ειδικά για την υγεία, το οποίο θα διασφαλίζει τη διασυννοριακή πρόσβαση σε ψηφιακές υπηρεσίες και προϊόντα υγείας εντός της ΕΕ⁴³⁹. Σύμφωνα με τους νέους κανόνες, τα άτομα θα έχουν ταχύτερη και ευκολότερη πρόσβαση σε ηλεκτρονικά δεδομένα υγείας, ανεξάρτητα από το αν βρίσκονται στη χώρα διαμονής τους ή σε άλλο κράτος μέλος, καθώς επίσης και μεγαλύτερο έλεγχο του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα δεδομένα αυτά⁴⁴⁰.

585. Ο Κανονισμός ΕΧΔΥ βασίζεται σε βασικά υφιστάμενα οριζόντια πλαίσια της ΕΕ⁴⁴¹, όπως ο ΓΚΠΔ, η Πράξη για τη διακυβέρνηση δεδομένων⁴⁴², ο Κανονισμός για τα δεδομένα⁴⁴³ και η Οδηγία για τα συστήματα δικτύου και πληροφοριών⁴⁴⁴.
586. Η δομή του εν λόγω Κανονισμού βασίζεται σε δύο κύριους πυλώνες: την πρωτογενή και τη δευτερογενή χρήση των δεδομένων υγείας. Η πρωτογενής χρήση αφορά την άμεση διαχείριση των ιατρικών πληροφοριών από τους ίδιους τους πολίτες, μέσω εθνικών πλατφορμών που υποχρεούνται να αναπτύξουν τα κράτη-μέλη.
587. Η δευτερογενής χρήση αφορά τη συλλογή και ανάλυση δεδομένων για σκοπούς έρευνας, καινοτομίας, χάραξης πολιτικής και για ρυθμιστικές δραστηριότητες (άρθρο 53). Η πρόσβαση παρέχεται υπό αυστηρούς όρους από πιστοποιημένους Φορείς Πρόσβασης, με πρόβλεψη για ανωνυμοποίηση, περιορισμούς χρονικής διάρκειας και προστασία της ιδιωτικότητας (άρθρα 55–59). Πέραν τούτου, ο Κανονισμός ΕΧΔΥ προωθεί μια ενιαία αγορά για τα συστήματα ηλεκτρονικών φακέλων υγείας (ΗΦΥ), η οποία υποστηρίζει τόσο την πρωτογενή όσο και τη δευτερογενή χρήση⁴⁴⁵.
588. Επισημαίνεται τέλος ότι ενόψει της λειτουργίας του Ευρωπαϊκού Χώρου Δεδομένων Υγείας (EHDS), εννέα οργανώσεις καταναλωτών από οκτώ χώρες της ΕΕ πραγματοποίησαν έρευνα

⁴³⁸ Σχετικά με τον ΕΚΔΥ και τη σημασία του βλ. Ξένη Ζυγουλιάνου, Ο νέος Κανονισμός για τον Ευρωπαϊκό Χώρο Δεδομένων Υγείας (EHDS): Μια νέα εποχή για την ψηφιακή υγεία στην Ε.Ε, διαθέσιμο στο <https://daily.nb.org/arthrografia/o-neos-kanonismos-gia-ton-evropaiko-choro-dedomenon-ygeias-ehds-mia-nea-epochi-gia-tin-psifiaki-ygeia-stin-e-e/> και https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_el.

⁴³⁹ <https://www.consilium.europa.eu/el/press/press-releases/2025/01/21/european-health-data-space-council-adopts-new-regulation-improving-cross-border-access-to-eu-health-data/>.

⁴⁴⁰ <https://www.consilium.europa.eu/el/press/press-releases/2025/01/21/european-health-data-space-council-adopts-new-regulation-improving-cross-border-access-to-eu-health-data/>.

⁴⁴¹ Βλ. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_el.

⁴⁴² Κανονισμός (ΕΕ) 2022/868 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 30ής Μαΐου 2022 σχετικά με την ευρωπαϊκή διακυβέρνηση δεδομένων και την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΕ) 2018/1724 (πράξη για τη διακυβέρνηση δεδομένων) ΕΕ L 152 της 3.6.2022, σ. 1 έως 44.

⁴⁴³ Κανονισμός (ΕΕ) 2023/2854 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 13ης Δεκεμβρίου 2023, για εναρμονισμένους κανόνες σχετικά με τη δίκαιη πρόσβαση σε δεδομένα και τη δίκαιη χρήση τους και για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΕ) 2017/2394 και της οδηγίας (ΕΕ) 2020/1828 (κανονισμός για τα δεδομένα), ΕΕ L, 2023/2854, 22.12.2023, ΕΕ L, 2023/2854, 22.12.2023.

⁴⁴⁴ Οδηγία (ΕΕ) 2022/2555 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 14ης Δεκεμβρίου 2022 σχετικά με μέτρα για υψηλό κοινό επίπεδο κυβερνοασφάλειας σε ολόκληρη την Ένωση, την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 910/2014 και της οδηγίας (ΕΕ) 2018/1972, και για την κατάργηση της οδηγίας (ΕΕ) 2016/1148 (οδηγία NIS 2) ΕΕ L 333 της 27.12.2022, σ. 80 έως 152.

⁴⁴⁵ Βλ. https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_el.

γνώμης ευρωπαίων καταναλωτών προκειμένου να διερευνηθεί η γνώμη των καταναλωτών για την κοινοποίηση και χρήση των δεδομένων υγείας τους⁴⁴⁶ και ειδικότερα ποια είναι η στάση των καταναλωτών ως προς το είδος των δεδομένων υγείας τα οποία είναι πρόθυμοι να μοιραστούν, με ποιον και για ποιο σκοπό (για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, για επιστημονική έρευνα ή για λόγους δημόσιας υγείας).

589. Βασικό συμπέρασμα της δημοσκόπησης είναι ότι η μεγάλη πλειονότητα των καταναλωτών (81%) θέλει να έχει δικαίωμα επιλογής και διαλογής στη χρήση των δεδομένων υγείας του (να μπορούν να επιλέγουν για ποια προσωπικά δεδομένα δίνουν πρόσβαση, σε ποιον και για ποιους σκοπούς)⁴⁴⁷. Ειδικά στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 85%. Ακόμα, η στάση των ερωτηθέντων διαφοροποιείται αισθητά ανάλογα με το είδος των δεδομένων υγείας, την οντότητα στην οποία κοινοποιούνται καθώς και τους σκοπούς για τους οποίους αποκτάται πρόσβαση στα δεδομένα αυτά. Ειδικότερα:
- Σε ό,τι αφορά το είδος των δεδομένων υγείας, οι καταναλωτές είναι θετικοί (61%) να μοιραστούν τα δεδομένα υγείας τους για λόγους ιατρικής περίθαλψης, επιφυλακτικοί όταν τα δεδομένα αφορούν συνήθειες της υγείας τους (μόνο το 1/3 αποδέχεται να τα μοιραστεί) και αντίθετοι στον διαμοιρασμό δεδομένων για την αναπαραγωγική υγεία ή γενετικών δεδομένων (μόνο 20% αποδέχεται να τα μοιραστεί).
 - Στην Ελλάδα, το 62% των καταναλωτών είναι πρόθυμοι να μοιραστούν την κατάσταση της υγείας τους για λόγους ιατρικής φροντίδας, το 60% για επιστημονική έρευνα και το 56% για λόγους δημόσιας υγείας. Επίσης, το 45% θέλει να μοιραστεί τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων του για λόγους ιατρικής φροντίδας, και, λιγότεροι για ερευνητικούς ή λόγους δημόσιας υγείας (39% και 37%, αντίστοιχα). Ακόμα] μικρότερα είναι τα ποσοστά για τα γενετικά-σεξουαλικά-αναπαραγωγικά δεδομένα των καταναλωτών, καθώς το 16%-15% αντίστοιχα είναι πρόθυμοι να τα μοιραστούν για λόγους ιατρικής φροντίδας-δημόσιας υγείας, ενώ το 18% προθυμοποιείται να παρέχει τα γενετικά του δεδομένα για ερευνητικούς λόγους.
590. Οι καταναλωτές είναι πιο πρόθυμοι να κοινοποιήσουν δεδομένα υγείας σε φορείς που βρίσκονται εγγύτερα στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Μόλις το 17% θέλει να κοινοποιήσει δεδομένα σε φαρμακευτικές εταιρείες, μικρότερο ποσοστό (8%) σε ασφαλιστικές εταιρείες ή σε εταιρείες που αναπτύσσουν εφαρμογές ευεξίας και 5% σε εταιρείες ψηφιακής τεχνολογίας. Τα αντίστοιχα ποσοστά στην Ελλάδα κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα.
591. Οι καταναλωτές είναι επιφυλακτικοί στην παραχώρηση πρόσβασης σε δεδομένα υγείας διασυννοριακά στην ΕΕ, ακόμα και για λόγους υγειονομικής φροντίδας. Επιπλέον, το 51% είναι πρόθυμοι να μοιραστούν τα δεδομένα υγείας τους με επαγγελματίες υγείας σε όλα τα κράτη μέλη

⁴⁴⁶ Βλ η έρευνα είναι διαθέσιμη εδώ https://www.ekpizo.gr/sites/default/files/beuc-x-2023-051_consumer_attitudes_to_health_data.pdf. Οι οργανώσεις καταναλωτών που συνέβαλαν στην έρευνα είναι οι Test Achats/Test Aankoop (Βέλγιο), dTest (Τσεχία), UFC-Que Choisir (Γαλλία), vzbv (Γερμανία), ΕΚΠΟΙΖΩ και ΚΕΠΚΑ (Ελλάδα), Altroconsumo (Ιταλία) και OCU (Ισπανία) και DECO Proteste (Πορτογαλία). Τα αποτελέσματα της έρευνας βασίστηκαν σε 8.067 έγκυρα απαντημένα ερωτηματολόγια ατόμων ηλικίας 18-74 ετών, σχεδόν ακριβώς μοιρασμένα στις 8 χώρες. Ακολούθως, έγινε στάθμιση βάσει των χαρακτηριστικών της στατιστικής κατανομής των εθνικών πληθυσμών σε όρους, φύλου, ηλικίας, επιπέδου εκπαίδευσης και γεωγραφικής περιοχής. Η έρευνα δημοσιεύτηκε τον Μάιο του 2023 από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Καταναλωτών, «Consumer attitudes to health data sharing – Survey results from eight EU countries», BEUC – The European Consumer Organization.

⁴⁴⁷ Στο θέμα αυτό, εκπρόσωπος της οργάνωσης HOMO DIGITALIS, στα πλαίσια της 2ης Δημόσιας Διαβούλευσης της Κλαδικής Έρευνας στην Υγεία, υποστήριξε ότι ο κανονισμός για τον EHDS δεν ορίζει αναλυτικά, παραπέμποντας στην εθνική νομοθεσία, σε ποιο σημείο ακριβώς θα λαμβάνουν συγκατάθεση οι φορείς από τους καταναλωτές για να γίνεται η διάθεση των δεδομένων τους.

της ΕΕ για να εξασφαλίσουν καλή θεραπεία όταν βρίσκονται στο εξωτερικό. Αντίστοιχα στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 53% για λόγους ιατρικής φροντίδας -δημόσιας υγείας και 43% για επιστημονική έρευνα.

592. Τέλος, υφίσταται μια γενική ανησυχία για την εμπορευματοποίηση των δεδομένων με πρόσχημα την υγεία. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι καταναλωτές βλέπουν μεν οφέλη από την κοινοποίηση δεδομένων υγείας, πλην όμως διατυπώνονται φόβους σε σχέση με αναδυόμενα ζητήματα ασφάλειας όπως η πιθανότητα κλοπής ή μη εξουσιοδοτημένης πρόσβασης/χρήσης δεδομένων. Αντίστοιχα στην Ελλάδα, οι βασικές ανησυχίες αφορούν: τη μη εξουσιοδοτημένη χρήση προσωπικών δεδομένων (42%), την κλοπή δεδομένων από εγκληματίες/απατεώνες (41%) και τη μη εξουσιοδοτημένη πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα (40%).

XVI. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ⁴⁴⁸

XVI.1. Συλλογή και Αξιοποίηση Δεδομένων

XVI.1.1. Συλλογή, επεξεργασία και πρόσβαση σε δεδομένα

593. Οι πάροχοι υγείας ερωτήθηκαν επίσης με ποιο τρόπο γίνεται η συλλογή και επεξεργασία προσωπικών δεδομένων και από ποιες επιχειρήσεις, καθώς και εάν γνωρίζουν την εμπορική διαδρομή των προσωπικών δεδομένων μετά τη συλλογή τους (ερωτήσεις 35-43). Κατά πλειοψηφία οι ιδιωτικές κλινικές απάντησαν ότι συλλέγουν και επεξεργάζονται οι ίδιες τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών τους (δεν συνεργάζονται με κάποια εταιρεία) ενώ αναφέρουν ότι διαβιβάζουν τα απαραίτητα στοιχεία σε ασφαλιστικούς, ιδιωτικούς και μη, και ελεγκτικούς φορείς τηρώντας τον ΓΚΠΔ (γραφτή έγκριση των ασθενών). Κάποιοι εξ αυτών επεσήμαναν ότι τα στοιχεία διαβιβάζονται και σε φαρμακευτικές εταιρείες για κλινικές μελέτες και ένας ερωτώμενος διευκρίνισε ότι τα στοιχεία παρέχονται στην Ελληνική Στατιστική Αρχή με βάση τον ισχύοντα Κανονισμό. Τα δεδομένα που συλλέγονται δεν χρησιμοποιούνται για εμπορικούς σκοπούς σύμφωνα με τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, ενώ ορισμένοι επεσήμαναν ότι αυτό δεν επιτρέπεται βάση του ΓΚΠΔ. Δύο ιδιωτικές κλινικές ανέφεραν συνεργάζονται με μια εταιρεία που επεξεργάζεται τα προσωπικά δεδομένα για διαφημιστικούς/προωθητικούς σκοπούς μετά από συναίνεση των ασθενών. Τέλος μια ιδιωτική κλινική ανέφερε ότι εταιρείες εκτός του ιατρικού χώρου (εταιρείες διαδικτυακών υπηρεσιών) συλλέγουν πληροφορίες με βάση τις προτιμήσεις/αναζητήσεις κτλ. των ατόμων και εμπορεύονται αυτές τις πληροφορίες σε ασφαλιστικές εταιρείες με σκοπό την διαφήμιση προϊόντων/υπηρεσιών, ανάλυση του τρόπου ζωής των ατόμων και κατ' επέκταση την «αξιολόγηση του ασφαλιστικού ρίσκου».
594. Περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων δήλωσε ότι είτε δεν γνωρίζουν τον τρόπο συλλογής και επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων είτε δεν ξέρουν επιχειρήσεις που ασχολούνται με αυτή τη διαδικασία είτε δεν έχουν πληροφορίες αναφορικά με την εμπορική διαδρομή των δεδομένων μετά τη συλλογή τους. Ένας εξ αυτών ανέφερε ότι αν και δεν γνωρίζει την εμπορική διαδρομή των δεδομένων, τα δεδομένα είναι πιθανόν να διαρρεύσουν με σκοπό την προσέλκυση πελατών, ενώ ένας άλλος ανέφερε ότι η υπάρχουσα νομοθεσία δεν μπορεί να αποτρέψει την εκμετάλλευση των προσωπικών δεδομένων.
595. Οι συμμετέχοντες πάροχοι υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν επίσης ποια είναι τα είδη προσωπικών δεδομένων υγείας των ασθενών τα οποία θεωρούν απαραίτητα να είναι προσβάσιμα από παρόχους υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας για την καλύτερη παροχή των σχετικών υπηρεσιών στους ασθενείς. Πολλοί από αυτούς ανέφεραν τα δεδομένα σχετικά με το ιστορικό των ασθενών καθώς

⁴⁴⁸ Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο αρχικό δείγμα παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας στο πλαίσιο της Ενδιάμεσης Έκθεσης της ΕΑ.

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 ανέφεραν επίσης ότι αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να είναι προσβάσιμα μόνο από τους παρόχους υγείας και όχι τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι ασφαλιστικές εταιρείες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση μόνο σε δεδομένα αναφορικά με την ασφαλιστική ικανότητα των ασθενών -ιδιωτική ή μη, την κάλυψη ή μη μιας εξέτασης/θεραπείας και κάποια προσωπικά δεδομένα. Συγκεκριμένα μια ιδιωτική κλινική ανέφερε ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν πρέπει να έχουν πρόσβαση σε κανένα είδος δεδομένων. Εκτός αυτών ορισμένοι επεσήμαναν ότι προσβάσιμα στους φορείς υγείας θα πρέπει να είναι και τα προσωπικά/δημογραφικά δεδομένα των ασθενών, ΑΜΚΑ, φύλο, ηλικία, στοιχεία επικοινωνίας -διεύθυνση, τηλέφωνο, διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Επεσήμαναν εντούτοις τη σημασία του ΓΚΠΔ και μάλιστα κάποιοι ανέφεραν ότι δεν θα πρέπει να είναι δυνατή η ταυτοποίηση των ασθενών μέσω αυτών των δεδομένων. Επίσης, μερικοί ανέφεραν ότι το είδος των προσβάσιμων δεδομένων θα πρέπει να καθορίζεται ανά περίπτωση, δηλαδή ανάλογα της παρεχόμενης ιατρικής υπηρεσίας και βάσει κανονισμού προστασίας δεδομένων. Τέλος, δύο πάροχοι υγείας ανέφεραν ότι κανένα είδος δεδομένων δεν θα πρέπει να είναι προσβάσιμο, τρεις δεν έδωσαν κάποια απάντηση αναφορικά με τα προσβάσιμα δεδομένα, ένας ότι τα δεδομένα θα πρέπει να είναι προσβάσιμα μόνο από δημόσιους φορείς και όχι από ιδιωτικούς και ένας ότι δεν γνωρίζει.

596. Στην ερώτηση εάν υπάρχουν συγκεκριμένες κατηγορίες δεδομένων στα οποία θα πρέπει μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις να δίνεται πρόσβαση και υπό ποιες προϋποθέσεις πρέπει να επιτρέπεται η χρήση τους, πολλοί ερωτώμενοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ανέφεραν τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα ενώ κάποιοι αναφέρουν συγκεκριμένα τα γενετικά και βιομετρικά δεδομένα, τα δεδομένα σχετικά με τη σεξουαλική ζωή και τον γενετήσιο προσανατολισμό των ατόμων και τα δεδομένα σχετικά με ψυχικές ασθένειες. Αρκετοί διευκρινίζουν ότι η επεξεργασία των δεδομένων αυτών θα πρέπει να γίνεται με βάση τον ΓΚΠΔ.
597. Άλλοι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι σε όλα τα ιατρικά δεδομένα η πρόσβαση πρέπει να δίνεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις, π.χ. αν συντρέχουν νομικοί και/ή ιατρικοί λόγοι και με βάση τον κανονισμό προστασίας προσωπικών δεδομένων. Κάποιοι επίσης ανέφεραν ότι η πρόσβαση στα προσωπικά/δημογραφικά δεδομένα θα πρέπει να γίνεται σε ειδικές περιπτώσεις μετά από την συγκατάθεση του ατόμου και η επεξεργασία αυτών να διέπεται από τον ΓΚΠΔ.
598. Επιπρόσθετα δεδομένα που αποκαλύπτουν την ταυτότητα των ασθενών απαιτούν πρόσβαση σε εξαιρετικές περιπτώσεις σύμφωνα με κάποιους ερωτώμενους. Κάποιοι υποστήριζαν ότι δεν μπορεί να οριστούν κατηγορίες δεδομένων εκ των προτέρων, αλλά αυτό γίνεται κατά περίπτωση, ενώ άλλοι ότι πρόσβαση στα δεδομένα πρέπει να έχει μόνο το ιατρικό προσωπικό. Τέλος, δύο ερωτώμενοι δεν γνωρίζουν τέτοιες κατηγορίες δεδομένων⁴⁴⁹.
599. Στον τομέα ασφάλισης υγείας, οι πάροχοι υπηρεσιών ασφάλισης υγείας επεσήμαναν ότι συλλέγονται τα δεδομένα εκείνα που αφορούν την εκτίμηση του κινδύνου κατά τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης, ήτοι 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.. Η Εθνική Ασφαλιστική αναφέρει ότι αποκτά πρόσβαση σε δεδομένα ιατρών στο πλαίσιο της διαχείρισης των ασφαλιστικών απαιτήσεων υγείας, «χρησιμοποιώντας συνήθως δικά της IT συστήματα, καθώς και μέσω συστημάτων των εταιρειών που αναλαμβάνουν τον ιατρικό έλεγχο για

⁴⁴⁹ Σημειώνεται ότι, επί του θέματος του σχετικού με την άρση του ιατρικού απορρήτου και πρόσβασης τρίτων σε ευαίσθητα ιατρικά δεδομένα ασθενούς έχει επιληφθεί και ο Συνήγορος του Καταναλωτή, Βλ. Συνήγορος του Καταναλωτή, Ετήσια Έκθεση 2020, σ. 120.

λογαριασμό της. Στα συμβεβλημένα νοσοκομεία, η Εθνική αποκτά πρόσβαση μόνο στα εξής δεδομένα: στο όνομα του ιατρού, στην ειδικότητα, καθώς και στο ποσό των συμφωνημένων αμοιβών χρεώσεων, στο πλαίσιο της συμφωνίας συνεργασίας τους. Στις περιπτώσεις ασφαλιστικών απαιτήσεων ασφαλισμένων ασθενών που έχουν νοσηλευτεί σε μη συμβεβλημένους παρόχους ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, η Εθνική Ασφαλιστική αποκτά πρόσβαση σε περισσότερα δεδομένα του ιατρού, καθώς λαμβάνει αντίγραφο του τιμολογίου παροχής υπηρεσιών για την αποζημίωση του πελάτη, ωστόσο δεν καταχωρεί στο σύστημα της κανένα από αυτά τα δεδομένα, εκτός από το ποσό της χρέωσης, και δεν τα επεξεργάζεται περαιτέρω»⁴⁵⁰. Από την άλλη, αναφορικά με τους ασθενείς, οι ασφαλιστικές εταιρείες αποκτούν πρόσβαση στα δεδομένα τα οποία παρέχονται από τους ίδιους τους ασθενείς κατά τη σύναψη των ασφαλιστήριων συμβολαίων τους, «καθώς και στα δεδομένα που παρέχουν οι πάροχοι ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με την προηγούμενη γραπτή συγκατάθεση των ασφαλισμένων πελατών για την κάλυψη της νοσηλείας τους στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Οι ασφαλιστικές εταιρείες, ωστόσο, συνήθως δεν επεξεργάζονται περαιτέρω τα δεδομένα αυτά πλην για στατιστικούς σκοπούς, ενώ αν προβούν σε επεξεργασία τους, τότε τα δεδομένα ανωνυμοποιούνται»⁴⁵¹.

600. Ως προς λοιπές κατηγορίες δεδομένων υγείας που συλλέγουν οι πάροχοι υπηρεσιών ασφάλισης αναφέρθηκαν τα στατιστικά κλάδου υγείας από το σύνολο της ασφαλιστικής αγοράς (μέσω της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος) και από έρευνες ή μελέτες ιδιωτικών ή δημόσιων φορέων. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε από έναν ερωτηθέντα, συλλέγονται μαζικά δεδομένα από την χρήση προγραμμάτων προκειμένου να καταστεί καλύτερη η εκτίμηση του κινδύνου και να διαμορφωθεί δίκαια και ανταγωνιστικά η τιμή του σχετικού προγράμματος. Επίσης, συλλέγονται στατιστικά για τους δείκτες κόστους αποζημιώσεων νοσοκομειακών προγραμμάτων, στατιστικά αποζημιώσεων ανά πρόγραμμα ασφάλισης ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας και τυχόν χρήσης προηγμένων τεχνολογιών θεραπείας, ημέρες νοσηλείας, κόστη ανά παροχή και ηλικίες αποζημιούμενων, ανωνυμοποιημένα στατιστικά πληρωμών ανά προϊόν, ανά πάθηση, ανά κατηγορία επέμβασης και ανά νοσοκομείο και στοιχεία μελετών με ανωνυμοποιημένα δεδομένα.
601. Πρέπει να επισημανθεί ότι η ΕΑΕΕ έχει αναφερθεί σε θέματα δεδομένων υγείας & ασφαλιστικών επιχειρήσεων, καθώς η επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα βρίσκονται στην καρδιά της ασφαλιστικής εργασίας. Η ΕΑΕΕ αναφέρει ότι έχει υποβάλει από τον Αύγουστο 2018 για έγκριση στην ΑΠΔΠΧ σχέδιο Κώδικα Δεοντολογίας για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από ασφαλιστικές εταιρείες με συνοδευτικά Παραρτήματα, με σκοπό να θέσει κανόνες και οδηγίες για την πρακτική εφαρμογή του Κανονισμού για την προαγωγή και προστασία των συμφερόντων των εταιρειών μελών της. Με τη σύνταξη των κειμένων του Κώδικα, η ΕΑΕΕ επιχειρεί να εξειδικεύσει τις γενικές αρχές και υποχρεώσεις που γεννώνται για τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις, θωρακίζοντας αντίστοιχα τα δικαιώματα του ασφαλισμένου καταναλωτή. Περαιτέρω, επισημάνθηκε και η Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφάλισεων και Επαγγελματικών Συντάξεων η οποία αναφέρει ότι «παρά τα πλεονεκτήματα, ... το «άνοιγμα» των δεδομένων εγκυμονεί και κινδύνους, όπως για την ασφάλεια των δεδομένων, ηθικά ζητήματα και ευρύτερους κινδύνους προστασίας των καταναλωτών. Μεταξύ άλλων, σημειώνει ότι ανταλλαγές δεδομένων σε συνδυασμό με τη χρήση της Τεχνητής Νοημοσύνης (Artificial Intelligence) θα μπορούσαν να θέσουν το ζήτημα

⁴⁵⁰ Βλ. υποσημ. 3 ανωτέρω.

⁴⁵¹ Οπ. π. Αναφέροντας περαιτέρω ότι «Άλλωστε, οι εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, στο πλαίσιο της δέσμευσής τους από τους κανονισμούς της Ε.Ε. και τους ελληνικούς νόμους ως προς την κοινοποίηση ιατρικών δεδομένων σε τρίτα μέρη, δεν μπορούν να προβούν σε ανταλλαγή δεδομένων ιατρών ή ασθενών με τους παρόχους ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, εκτός από τα δεδομένα που παρέχουν οι πάροχοι ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στις ασφαλιστικές εταιρείες σύμφωνα με προηγούμενη γραπτή συγκατάθεση των ασφαλισμένων πελατών για την κάλυψη της νοσηλείας τους στα ιδιωτικά νοσοκομεία ή διαγνωστικά κέντρα. Τυχόν κοινοποίηση αυτών των δεδομένων από τις ασφαλιστικές εταιρείες χωρίς προηγούμενη γραπτή συγκατάθεση, ή τυχόν επεξεργασία τους κατά τρόπο ασυμβίβαστο με τον καθορισμένο, ρητό και νόμιμο σκοπό για τον οποίον συλλέχθηκαν, συνεπάγεται σημαντικά διοικητικά πρόστιμα και ακόμα πιο επιβλαβείς συνέπειες για την επιχειρηματική τους φήμη».

των ίσων όρων ανταγωνισμού (π.χ. το ζήτημα της ίσης πρόσβασης σε δεδομένα για όλες τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις/διαμεσολαβητές, συμπεριλαμβανομένων των μικρών και/ή μέσω της αμοιβαιότητας στην ανταλλαγή δεδομένων καταναλωτών μεταξύ όλων των συμμετεχόντων στην αγορά). Παρ' όλα αυτά, οι ανησυχίες αυτές δεν αφορούν εδραιωμένες καταστάσεις, αλλά «εν δυνάμει» κινδύνους, για τους οποίους η ΕΙΟΡΑ καλείται να εισηγηθεί προς την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, εάν θεωρεί προς το παρόν αναγκαία τη λήψη μέτρων».

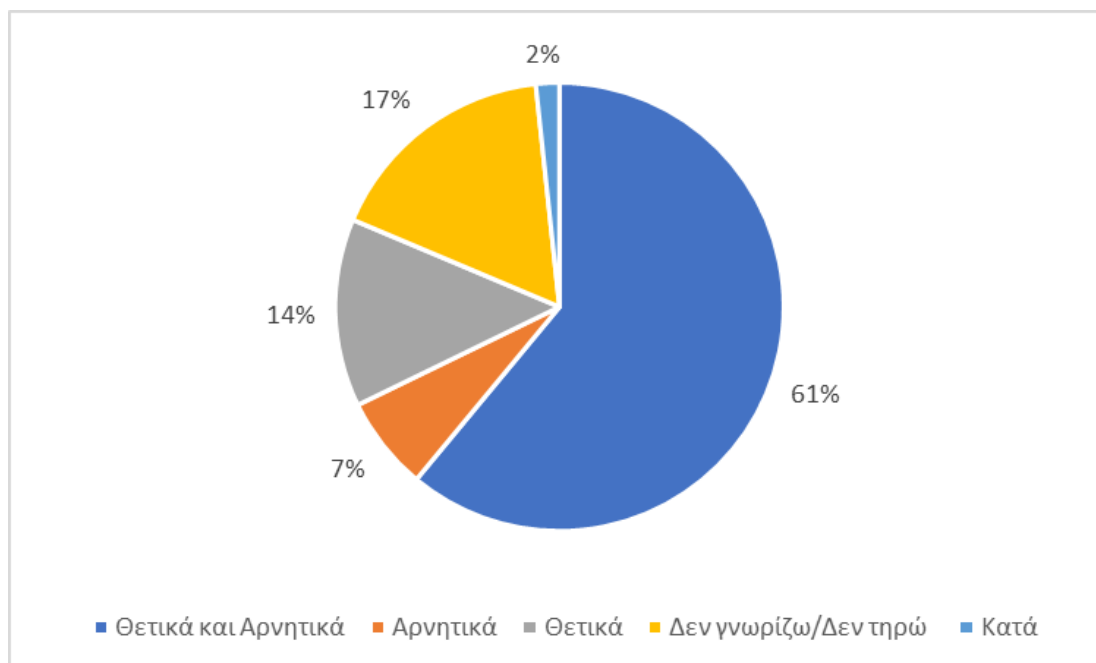
602. Πρόσβαση στα δεδομένα των ασφαλισμένων, σύμφωνα με τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια , έχουν οι αρμόδιοι εξουσιοδοτημένοι υπάλληλοι εκάστης ασφαλιστικής εταιρείας. Επίσης, ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες χρησιμοποιούν υπηρεσίες τρίτων επιχειρήσεων διαχείρισης υπηρεσιών υγείας, απάντησαν πως πρόσβαση στα δεδομένα αυτά έχουν και οι αρμόδιοι υπάλληλοι των εταιρειών αυτών, ενώ αναφέρθηκε από μία επιχείρηση και η περίπτωση, εφόσον συντρέχουν λόγοι, της πρόσβασης στα δεδομένα αυτά και από εταιρείες που έχουν αναλάβει την αντασφαλιστική κάλυψη προγραμμάτων, ενώ από άλλη επιχείρηση και η περιορισμένη πρόσβαση του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή στο πλαίσιο του δικού του έργου.
603. Εκ των απαντήσεων που λήφθηκαν επί των ερωτήσεων οι οποίες αφορούσαν τα είδη των δεδομένων και των πληροφοριών που αφενός οι ασφαλιστικές λαμβάνουν από τις συνεργαζόμενες κλινικές και αφετέρου τα δεδομένα και τις πληροφορίες που οι ασφαλιστικές παρέχουν στις συνεργαζόμενες κλινικές, αναφορικά με τους ασθενείς (ερωτήσεις 44 και 45), συνάγονται τα εξής: οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις λαμβάνουν από τις κλινικές τα επιμέρους ιατρικά δεδομένα του εκάστοτε περιστατικού, ήτοι τον φάκελο και τα στοιχεία νοσηλείας, την αναγγελία και την αιτία εισαγωγής, τον προνοσηλευτικό έλεγχο, τη θεραπεία και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, τις χρεώσεις, τα επιμέρους παραστατικά δαπανών και τα ιατρικά δεδομένα και έγγραφα, τις ημέρες νοσηλείας, το εξιτήριο κ.α. Ο γενικός κανόνας, βάσει των απαντήσεων, είναι ότι λαμβάνονται τα δεδομένα εκείνα που χρειάζονται για να εκτιμηθεί εάν το περιστατικό εμπίπτει στο πεδίο της ασφαλιστικής κάλυψης και οι επιμέρους πληροφορίες αναφορικά με το κόστος νοσηλείας κτλ. Σημειωτέον πάντως πως ένας εκ των ερωτηθέντων απάντησε ότι τα προσωπικά δεδομένα τα οποία λαμβάνει από τις συνεργαζόμενες κλινικές σχετικά με τους ασθενείς – ασφαλισμένους του περιλαμβάνουν και φορολογικά δεδομένα.
604. Ως προς τα δεδομένα και τις πληροφορίες που παρέχουν στις κλινικές, οι ασφαλιστικές απάντησαν ότι παρέχουν πληροφορίες αναφορικά με την ταυτοποίηση του ασφαλισμένου και τα στοιχεία του ασφαλιστηρίου, το κατά πόσον θα παρασχεθεί ασφαλιστική κάλυψη, το εύρος και το όριο αυτής, στοιχεία αναφορικά με την απαλλαγή ή συμμετοχή του ασφαλισμένου, τη θέση νοσηλείας, τυχόν ειδικές παρατηρήσεις κτλ. Ορισμένοι απάντησαν ότι τα στοιχεία αυτά τα λαμβάνουν και τα παρέχουν μέσω της εταιρείας-διαχειριστή υπηρεσιών υγείας. Σημειωτέον ότι ορισμένες ασφαλιστικές δήλωσαν πως από πλευράς τους δεν παρέχονται δεδομένα στις κλινικές.
605. Στο ερώτημα κατά πόσον τα δεδομένα που συλλέγουν μέσω νέων τεχνολογιών οι ασφαλιστές τα μοιράζονται με τρίτες επιχειρήσεις , οι απαντήσεις ήταν αρνητικές. Εξαίρεση αποτέλεσαν οι απαντήσεις δύο εταιρειών που ανέφεραν ότι μοιράζονται αυτά τα δεδομένα με επιχείρηση παροχής υπηρεσιών διαχείρισης υπηρεσιών υγείας. Υπήρξε και απάντηση ότι μοιράζονται τα δεδομένα ταυτοποίησης για την εξυπηρέτηση πελατών με τρίτους παρόχους τούτο όμως δεν θα πρέπει να θεωρηθεί ότι χρήζει κάποιας αξιολόγησης. Αντιθέτως, περαιτέρω διερεύνησης θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι χρήζει το πλαίσιο της ανταλλαγής δεδομένων με τις επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών διαχείρισης, δεδομένου ότι, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενη ενότητα, οι επιχειρήσεις αυτές διαθέτουν έναν ιδιαιτέρως κομβικό ρόλο και στην ίδια τη σχέση ασφαλιστικής και παρόχου υπηρεσιών υγείας.
606. Περαιτέρω, ως προς το κατά πόσον υφίστανται ασφαλιστικές επιχειρήσεις που διαθέτουν κάποιο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα έναντι των υπολοίπων όσον αφορά τη συλλογή δεδομένων από παρόχους υγείας , ουδείς απάντησε θετικά. Από ορισμένους σημειώθηκε πως εάν συμβαίνει κάτι

τέτοιο, τούτο προσδίδει σημαντικά ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα ως προς τον σχεδιασμό και την τιμολόγηση των προϊόντων, ενώ μία επιχείρηση απάντησε ότι εάν υπάρξει μετοχική σχέση μεταξύ ασφαλιστικής και παρόχου υπηρεσιών υγείας μπορεί να ανακύψει τέτοιο ζήτημα. Τέλος, ως προς το αν η χρήση μαζικών δεδομένων στην αγορά ασφάλισης υγείας δύναται να παρέχει δυνατότητα για μόχλευση της ισχύος μίας επιχείρησης σε γειτονικές αγορές και κατά πόσον έχουν εντοπιστεί τέτοιες πρακτικές, καταρχάς ουδεμία επιχείρηση δεν ανέφερε ότι έχει εντοπίσει τέτοιες πρακτικές. Κατά τα λοιπά αρκετές επιχειρήσεις απάντησαν πως επί της αρχής υφίσταται τέτοια δυνατότητα, ενώ άλλες απάντησαν εξαρχής αρνητικά. Δεδομένου ότι από τις ληφθείσες απαντήσεις δεν προέκυψε κάποια συγκεκριμένη αναφορά σε κάποια υφιστάμενη πρακτική, δεν καθίσταται επί του παρόντος εφικτή η εξαγωγή κάποιου ασφαλούς συμπεράσματος. Επίσης, στη συγκεκριμένη ενότητα ερωτήσεων δεν διατυπώθηκε κάποια ανησυχία σχετικά με δυνατότητες της ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ να συγκεντρώνει δεδομένα από τις κλινικές του ομίλου HHG. Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι αναγνωρίζεται και ο συμπληρωματικός ρόλος του δικαίου προστασίας των προσωπικών δεδομένων με το δίκαιο του ελεύθερου ανταγωνισμού.

XVI.1.2. Δημιουργία και αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων

607. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν πώς αξιολογούν την αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων (data pools) για προσωπικά ιατρικά δεδομένα από εταιρείες υγείας ή ασφάλισης. Οι περισσότεροι πάροχοι (36 από τους 59) πιστεύουν ότι η δημιουργία και αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων (data pools) για προσωπικά ιατρικά δεδομένα από εταιρείες με επιρροή στον κλάδο υγείας ή ασφάλισης έχει τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα, 8 μόνο θετικά, 4 μόνο αρνητικά στοιχεία, 10 δεν γνωρίζουν την ύπαρξη τέτοιων δεξαμενών ή δεν τηρούν τέτοιες βάσεις και ένας πάροχος είναι κατά της δημιουργίας δεξαμενών.

Διάγραμμα 31: Αξιολόγηση των στοιχείων από την δημιουργία και αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων (data pools) για προσωπικά ιατρικά δεδομένα από εταιρείες με επιρροή στον κλάδο υγείας ή ασφάλισης



608. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων ανέφερε την θετική συμβολή της δημιουργίας και αξιοποίησης ιατρικών δεδομένων, καθώς αποτελούν ένα σημαντικό εργαλείο για την παροχή υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει ωστόσο την ορθή χρήση των δεδομένων αυτών. Οι εν λόγω βάσεις δεδομένων, όπως δήλωσαν, μπορούν να συμβάλουν δραστικά στη βελτίωση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας μέσω της ανάλυσης των εισαγωγών στις κλινικές, των παθήσεων και των

απαιτούμενων χρόνων θεραπείας, των ποσοστών επιτυχίας των θεραπειών/επεμβάσεων και τη δυνατότητα έγκαιρης αντιμετώπισης ασθενειών και στοχευμένης θεραπευτικής αγωγής. Επίσης μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό εργαλείο στην προαγωγή της επιστημονικής έρευνας και καινοτομίας, μέσα από την εξαγωγή επιστημονικών συμπερασμάτων από κλινικές μελέτες με μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων, τη δημιουργία νέων φαρμάκων.

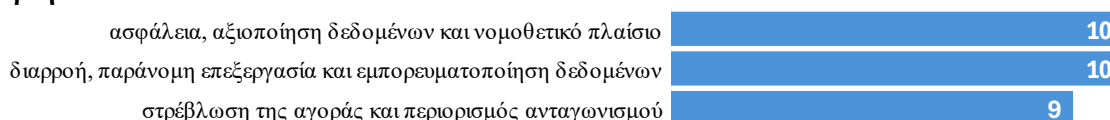
609. Αρκετοί ανέφεραν ότι η δημιουργία των εν λόγω βάσεων δεδομένων θα συμβάλει στην εξοικονόμηση πόρων/χώρου, στην εύκολη αναζήτηση και διαχείριση ιατρικών αρχείων, στην ασφάλεια αρχείων από πιθανές φυσικές καταστροφές και στην αποτελεσματική λήψη ιατρικών αποφάσεων και συνεργασία μεταξύ των παρόχων υγείας και των ασφαλιστικών εταιρειών.
610. Τέλος, κλινικές που ειδικεύονται στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας επεσήμαναν ότι η δημιουργία βάσεων δεδομένων μπορεί να συμβάλει στην «ανίχνευση» των ψυχικών νόσων και «κάλυψη» αυτών μέσω ιδιωτικών ασφαλιστικών φορέων.
611. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας φαίνεται να ανησυχούν για την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την τρόπο αξιοποίησης των δεδομένων, καθώς το νομοθετικό/νομικό πλαίσιο αλλά και η γνώση/εκπαίδευση των ατόμων που χειρίζονται τις εν λόγω δεξαμενές δεδομένων δεν είναι επαρκείς και μπορεί να οδηγήσει σε αρνητικά αποτελέσματα σε βάρος των πολιτών να παραβιαστεί η ιδιωτικότητα των πολιτών. Πέραν τούτου, στις απαντήσεις των παρόχων υπηρεσιών ασφάλισης αναφέρεται ότι συνήθως, στις εν λόγω βάσεις δεδομένων έχουν πρόσβαση οι πάροχοι υγείας, οι ασφαλιστικοί φορείς, ιδιωτικοί και μη, και οι φαρμακευτικές εταιρείες και τα ιατρικά δεδομένα μπορεί να χρησιμοποιηθούν προς όφελος των συμφερόντων των κλινικών, των ασφαλιστικών και των φαρμακευτικών εταιρειών, π.χ. αύξηση τιμών παρεχόμενων υπηρεσιών, στοχευμένες πωλήσεις φαρμάκων, αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές και γενικότερα στρέβλωση της αγοράς και περιορισμός του ανταγωνισμού.
612. Εκτός των παραπάνω ζητημάτων κάποιοι ανέφεραν θέματα αναφορικά με την διαρροή δεδομένων λόγω πιθανής «κυβερνοεπίθεσης», την παράνομη επεξεργασία, διαβίβαση και εμπορευματοποίηση των δεδομένων με πρόσχημα την έρευνα και την αμφίβολη ποιότητα και ακρίβεια των δεδομένων που μπορεί να οδηγήσει σε επισφαλή συμπεράσματα.
613. Κάποιοι από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι δεν γνωρίζουν την ύπαρξη τέτοιων δεξαμενών δεδομένων (10 κλινικές), ενώ ορισμένοι επεσήμαναν ότι δεν έχουν τέτοιες βάσεις δεδομένων, αλλά καταγράφουν τα απαραίτητα δεδομένα των ασθενών μόνο για ιατρικούς σκοπούς και όχι για την «εμπορευματοποίηση» αυτών ακολουθώντας το υπάρχον νομοθετικό πλαίσιο, όπου ακόμα και η διαβίβαση των πληροφοριών των ασθενών σε ασφαλιστικές εταιρείες, ΕΟΠΥΥ κτλ. απαιτεί την γραπτή συγκατάθεση των ασθενών.
614. Ένας πάροχος ανέφερε ότι τέτοιες βάσεις δεδομένων θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο για την ανάδειξη των αναγκών του πληθυσμού, ωστόσο με τα υπάρχοντα δεδομένα δεν φαίνεται να χρησιμοποιούνται κατά αυτόν τον τρόπο. Ένας άλλος επεσήμανε ότι ο Ευρωπαϊκός ΓΚΠΔ εξασφαλίζει την απαραίτητη ασφάλεια για την δημιουργία και αξιοποίηση των βάσεων δεδομένων σε συνδυασμό με την υπάρχουσα γνώση των ασθενών, ωστόσο οι εν λόγω βάσεις θα πρέπει να ελέγχονται από ανεξάρτητους φορείς. Τρεις πάροχοι ανέφεραν ότι η δημιουργία τέτοιων βάσεων δεδομένων έχει αρνητικά και θετικά στοιχεία και ένας άλλος μόνο αρνητικά χωρίς όμως να παρέχουν περισσότερες πληροφορίες. Τέλος ένας άλλος πάροχος ανέφερε ότι είναι κατά της δημιουργίας δεξαμενών δεδομένων.

Διάγραμμα 32: Θετικά και αρνητικά στοιχεία από την δημιουργία και αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων (data pools) για προσωπικά ιατρικά δεδομένα από εταιρείες με επιρροή στον κλάδο υγείας ή ασφάλισης.

Θετικά



Αρνητικά



615. Εν συνεχεία, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν ποια εκ των επιχειρήσεων που δραστηριοποιείται στη δημιουργία δεξαμενών δεδομένων ή/και στην αξιοποίησή τους θεωρούν ότι έχει μεγαλύτερη δύναμη στην αγορά. Πάνω από τα 2/3 των ερωτώμενων κλινικών απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν επιχειρήσεις που διαθέτουν βάσεις δεδομένων και/ή αξιοποιούν τα δεδομένα και έχουν μεγάλη δύναμη στην αγορά. Κάποιοι πάροχοι ανέφεραν ότι οι ασφαλιστικές/ελεγκτικές και φαρμακευτικές εταιρείες έχουν μεγάλη δύναμη στην αγορά καθώς έχουν πρόσβαση σε πληθώρα δεδομένων. Τέλος μια ιδιωτική κλινική ανέφερε ότι εταιρείες διαδικτυακών υπηρεσιών που έχουν πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα των ατόμων έχουν μεγάλη δύναμη καθώς, λόγω του όγκου δεδομένων που διαθέτουν, μπορούν να συμβάλουν στην κερδοφορία των παρόχων υγείας και ασφαλιστικών φορέων και να δημιουργήσουν «μονοπωλιακές συνθήκες» και μια εταιρεία ανέφερε την ΗΔΙΚΑ ως εταιρεία που δραστηριοποιείται στην δημιουργία βάσεων δεδομένων.

XVI.1.3. Η χρήση αλγορίθμων/ μαζικών δεδομένων και η αυξημένη πρόσβαση σε δεδομένα ως παράγοντας στρέβλωσης του ανταγωνισμού

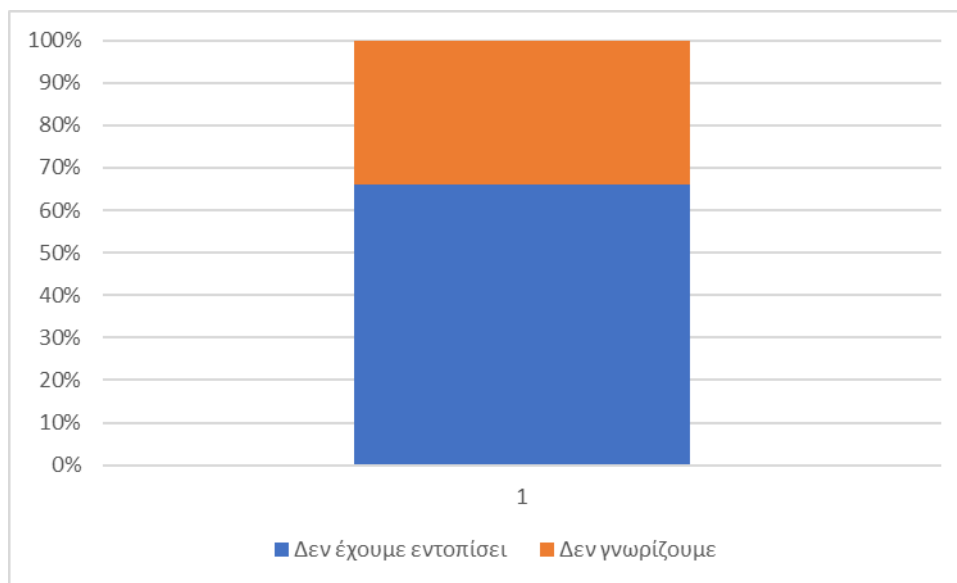
616. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν εάν θεωρούν ότι η χρήση αλγορίθμων ή/και μαζικών δεδομένων (big data) μπορεί να παρέχει τη δυνατότητα για μόχλευση (leveraging) της δύναμης μιας εταιρείας σε γειτονικές αγορές, επί ζημιά του ανταγωνισμού. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ιδιωτικών κλινικών (39/59) δήλωσε ότι δεν έχουν εντοπίσει πρακτικές όπου η χρήση αλγορίθμων και/ή μαζικών δεδομένων μπορεί να παρέχει τη δυνατότητα για μόχλευση της δύναμης μια εταιρείας σε γειτονικές αγορές με αρνητικό αντίκτυπο στον ανταγωνισμό, ενώ οι υπόλοιποι πάροχοι (20/59) αναφέρουν ότι δεν γνωρίζουν⁴⁵². Ωστόσο πολλοί από αυτούς πιστεύουν ότι ο μεγάλος όγκος προσωπικών δεδομένων σε συνδυασμό με αλγορίθμους ανάλυσης αυτών θα μπορούσε να οδηγήσει σε αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές (13 πάροχοι), καθώς οι επιχειρήσεις μπορούν να χρησιμοποιήσουν αυτά τα εργαλεία για τη μείωση του κόστους και τη βελτίωση της

⁴⁵² Στις απαντήσεις τους, οι περισσότεροι πάροχοι αναφέρουν μόνο κατά πόσο έχουν εντοπίσει (ή όχι) πρακτικές όπου η χρήση αλγορίθμων ή/και μαζικών δεδομένων (big data) μπορεί να παρέχει τη δυνατότητα για μόχλευση (leveraging) της δύναμης μιας εταιρείας σε γειτονικές αγορές, χωρίς ωστόσο να αναφέρουν συγκεκριμένες πρακτικές.

ποιότητας των προϊόντων/υπηρεσιών τους, την ορθότερη λήψη αποφάσεων, την προώθηση των προϊόντων τους αλλά ακόμα και τη στοχοποίηση μερίδας πελατών.

617. Ορισμένοι, συγκεκριμένα 6 πάροχοι υπηρεσιών, αναφέρουν ότι δεν θα μπορούσαν τα εν λόγω εργαλεία να χρησιμοποιηθούν εις βάρος του ανταγωνισμού και μάλιστα κάποιοι αναφέρουν ότι το συγκεκριμένο ζήτημα δεν αφορά τον τομέα παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας καθώς υπάρχει αυστηρός κανονισμός για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Διάγραμμα 33: Αξιολόγηση των πρακτικών αναφορικά με τη χρήση αλγορίθμων ή/και μαζικών δεδομένων (big data) που μπορεί να παρέχει τη δυνατότητα για μόχλευση (leveraging) της δύναμης μιας εταιρείας σε γειτονικές αγορές, επί ζημία του ανταγωνισμού.



618. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ρωτήθηκαν επίσης εάν πιστεύουν ότι η καλύτερη αξιοποίηση/εκμετάλλευση των πληροφοριών, μέσω της χρήσης αλγορίθμων ή/και μαζικών δεδομένων (big data), μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις τιμών ή/και αποκλεισμό των ανταγωνιστών μιας επιχείρησης στην αγορά. Οι πλειοψηφία των ερωτηθέντων ιδιωτικών κλινικών δήλωσε ότι δεν έχουν εντοπίσει πρακτικές σύμφωνα με τις οποίες η χρήση αλγορίθμων ή/και μαζικών δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε διακρίσεις τιμών ή/και αποκλεισμό ανταγωνιστών από την αγορά. Ωστόσο πολλοί από αυτούς πιστεύουν ότι ο μεγάλος όγκος προσωπικών δεδομένων σε συνδυασμό με αλγορίθμους ανάλυσης αυτών θα μπορούσε να οδηγήσει σε τέτοιες πρακτικές, καθώς οι επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας, ιδιωτικές κλινικές, φαρμακευτικές και ασφαλιστικές εταιρείες, που έχουν πρόσβαση σε αυτά τα εργαλεία μπορούν να εφαρμόσουν «άνισους όρους στις υπηρεσίες/προϊόντα τους», να συμβάλουν στη διαμόρφωση των τιμών των υπηρεσιών/προϊόντων και να «εκτοπίσουν» τους ανταγωνιστές από την αγορά.
619. Ορισμένοι αναφέρουν ότι δεν θα μπορούσαν τα εν λόγω εργαλεία να χρησιμοποιηθούν για την διάκριση τιμών ή/και αποκλεισμό ανταγωνιστών από την αγορά και μάλιστα κάποιοι αναφέρουν ότι το συγκεκριμένο ζήτημα δεν αφορά τον τομέα παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας καθώς υπάρχει αυστηρός κανονισμός για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.
620. Επίσης, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν εάν θεωρούν ότι η αυξημένη πρόσβαση σε δεδομένα υγείας καταναλωτών από ασφαλιστικές εταιρείες ή παρόχους υπηρεσιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε διακριτική μεταχείριση κατά συγκεκριμένων κατηγοριών πολιτών και συγκεκριμένα σε μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ή σε ασφάλιση υγείας. Πάνω από τα 2/3 των ερωτηθέντων απάντησαν ότι θεωρούν ότι η πρόσβαση σε δεδομένα υγείας από παρόχους υπηρεσιών υγείας και

ασφαλιστικές εταιρείες μπορεί να οδηγήσει σε διακριτική μεταχείριση εις βάρος κατηγοριών πολιτών και σε μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης. Πολλοί εκτιμούν ότι η πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα ασθενών από ασφαλιστικές εταιρείες μπορεί να οδηγήσει σε δημιουργία υπηρεσιών που να απευθύνεται σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών, π.χ. υγιείς και μη, ασφαλισμένοι και μη, με χρόνιες παθήσεις κλπ. ή και να αποκλείσει ασθενείς από ασφαλιστικές υπηρεσίες. Κάποιοι ωστόσο υποστηρίζουν ότι η πρόσβαση και η επεξεργασία στα προσωπικά δεδομένα των ασθενών μπορεί να έχουν θετική επίδραση καθώς θα εξασφαλίσουν ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης. Τέλος, τρεις ερωτώμενες ιδιωτικές κλινικές δεν γνωρίζουν τι επιπτώσεις μπορεί να έχει η πρόσβαση σε δεδομένα υγείας.

621. Περαιτέρω, οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν κατά πόσο 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. Οι περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν ότι μια τέτοια πρόσβαση μπορεί να οδηγήσει σε στρέβλωση του ανταγωνισμού και σε αύξηση της δύναμης συγκεκριμένων ασφαλιστικών εταιρειών. Οι ασφαλιστικές εταιρείες μέσω της ανάλυσης των δεδομένων που έχουν πρόσβαση θα μπορέσουν να δημιουργήσουν στοχευμένα ασφαλιστικά προγράμματα για κατηγορίες πολιτών, συνεργασίες ασφαλιστικών εταιρειών με παρόχους υγείας (δημιουργία ομίλων) και γενικά να εφαρμόσουν αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές προς όφελος τους. Για το λόγο αυτό κάποιοι υποστηρίζαν ότι είτε οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα των πολιτών, είτε θα πρέπει να υπάρξει αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο αναφορικά με την πρόσβαση και την επεξεργασία των δεδομένων αυτών και αυστηρή εποπτεία από την Επιτροπή Ανταγωνισμού. Επιπρόσθετα ένας ερωτώμενος θεωρεί ότι η πρόσβαση στα δεδομένα μπορεί να οδηγήσει σε στρέβλωση του ανταγωνισμού γενικά, αλλά στο τομέα αποκατάστασης που δραστηριοποιείται οι υπηρεσίες δεν καλύπτονται ασφαλιστικά.
622. Αντίθετα, κάποιες ιδιωτικές κλινικές θεωρούν ότι η πρόσβαση και η επεξεργασία των δεδομένων από τις ασφαλιστικές εταιρείες δεν μπορεί να δημιουργήσει αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές και να οδηγήσει σε αύξηση της ισχύος κάποιων παρόχων ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας. Τέλος, μερικοί ερωτώμενοι δεν γνωρίζουν αν υπάρχει τέτοια δυνατότητα και πιθανόν να εξαρτάται από την ανάλυση που μπορεί να πραγματοποιηθεί από τις ασφαλιστικές εταιρείες.

XVI.2. Χρήση Νέων Τεχνολογιών

XVI.2.1. Χρήση τεχνολογιών Τεχνητής Νοημοσύνης (AI)

623. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν εάν θεωρούν ότι η μεγαλύτερη ενσωμάτωση τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης (Artificial Intelligence ⁴⁵³) στον τομέα της υγείας θα δώσει προβάδισμα και ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στις εταιρείες που θα τις ενσωματώσουν γρηγορότερα εις βάρος εκείνων που δεν θα τις ενσωματώσουν ή που θα τις ενσωματώσουν πιο αργά. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων ιδιωτικών κλινικών ανέφερε ότι η ενσωμάτωση τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης θα συμβάλει στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ταχύτερη εξυπηρέτηση μεγαλύτερου όγκου ασθενών και τη μείωση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών συνεπώς οι εταιρείες που θα τις ενσωματώσουν γρηγορότερα θα έχουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, ωστόσο ένας πάροχος ανέφερε ότι αυτό θα είναι προσωρινό καθώς σταδιακά όλες οι επιχειρήσεις θα τις ενσωματώσουν.
624. Ορισμένοι από τους ερωτηθέντες συσχέτισαν τις τεχνολογίες τεχνητής νοημοσύνης με την ρομποτική χειρουργική και εστίασαν στη χρήση ή όχι αυτών σε διάφορες επεμβάσεις. Τέλος

⁴⁵³ Ο όρος Artificial Intelligence χρησιμοποιείται με ευρύτερη έννοια και περιλαμβάνει τεχνολογίες machine learning, algorithms και software.

κάποιοι ανέφεραν ότι δεν γνωρίζουν αν η ενσωμάτωση των τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης στον τομέα της υγείας μπορεί να οδηγήσει σε ανταγωνιστικό πλεονέκτημα και δύο ότι «ο ανθρώπινος παράγοντας και η ατομική προσφορά» είναι σημαντικότεροι παράγοντες και επομένως η χρήση τέτοιων τεχνολογιών δεν θα οδηγήσει σε ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.

625. Στο ίδιο ερώτημα οι πάροχοι αναφέρουν επιπλέον ότι:

- το πλεονέκτημα αυτό συνίσταται σε μεγαλύτερη γνώση, μεγαλύτερες δυνατότητες χάρις στον πλούτο των πληροφοριών και μεγαλύτερη διείσδυση στην αγορά,
- είναι πιθανό για τις μεγάλες εταιρείες, που έχουν τη δυνατότητα, να αναλαμβάνουν το κόστος σχετικών επενδύσεων,
- οι εταιρείες που διαχειρίζονται με απολύτως τεχνοκρατικό τρόπο τα δεδομένα τους και διαθέτουν τα κεφάλαια για την ενδεδειγμένη αναβάθμιση που επιβάλλουν οι τεχνολογίες αυτές θα έχουν σαφές προβάδισμα,
- η διατήρηση του πλεονεκτήματος αυτού εξαρτάται από το φραγμό εισόδου για τους νεοεισερχόμενους στην αγορά, αναφορικά με το κόστος της επένδυσης, τη δυσκολία απόκτησης νέων αδειών λειτουργίας εξοπλισμού κλπ., αλλά και τα πλεονεκτήματα που προσδίδονται στους ασθενείς (κόστος, καλύτερα αποτελέσματα, μέθοδοι θεραπείας), και
- οι πάροχοι που θα επενδύσουν σημαντικά θα έχουν ένα τεράστιο πλεονέκτημα σε σχέση με τους ανταγωνιστές τους λόγω των άφθονων και συσσωρευμένων δεδομένων (αναζητήσεις, επικοινωνία, δημιουργία περιεχομένου, ιστορικό κλπ.) και σε διάφορους τύπους (για παράδειγμα βίντεο, εικόνες, έγγραφα) και, σε συνδυασμό με το ισχυρό κίνητρο που έχουν για την επικράτηση στην αγορά, θα έχουν τη δυνατότητα να εξαγοράζουν οποιαδήποτε νέο μικρομεσαίο ή παραδοσιακό πάροχο.

626. Επισημάνθηκε ότι η χρήση αυτών των τεχνολογιών θα προσδώσει συγκριτικά πλεονεκτήματα στους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών που θα τις υιοθετήσουν, καθώς θα τους επιτρέψει να παρέχουν υψηλού επιπέδου ιατρικές υπηρεσίες συναρτήσει χαμηλού κόστους, βέλτιστης ακρίβειας και μεγαλύτερης ταχύτητας, αναφέροντας ως παράδειγμα πλεονεκτήματος τη διαχείριση ηλεκτρονικών φακέλων των ασθενών που δίνει τη δυνατότητα εξοικονόμησης πόρων και χρόνου απασχόλησης ιατρικού και διοικητικού προσωπικού, τη βελτίωση συντονισμού και συνεπώς την ορθή λήψη αποφάσεων. Πάντως, υπογραμμίστηκε και ότι η ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών και η ανανέωση του εξοπλισμού σε τακτά χρονικά διαστήματα θα πρέπει να αποτελεί κοινό στόχο μεταξύ των επιχειρήσεων στον χώρο της υγείας διότι βελτιώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και εξασφαλίζει τον ίδιο τον ασθενή, και ότι η προσαρμοστικότητα στο σημερινό τεχνολογικό περιβάλλον είναι μονόδρομος.

627. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν επίσης εάν θεωρούν ότι οι νέες τεχνολογίες μπορούν να συμπληρώσουν ή να αντικαταστήσουν τους υπάρχοντες μεσάζοντες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Στο ερώτημα αυτό, ένα θέμα που ανακύπτει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετίζεται με το τι αντιλαμβάνονται ως μεσάζοντες στον τομέα υπηρεσιών υγείας οι ιδιωτικές κλινικές. Κάποιοι αναφέρουν τους συμβούλους, κάποιοι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, κάποιοι τις ασφαλιστικές εταιρείες ενώ κάποιοι αναφέρουν πως δεν κατανοούν την έννοια του μεσάζοντα στον τομέα των υπηρεσιών υγείας και μάλιστα αυτή η έννοια δεν είναι συμβατή με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος/δεν υφίστανται μεσάζοντες στον τομέα υπηρεσιών υγείας και απαγορεύεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Οι περισσότεροι θεωρούν ότι οι νέες τεχνολογίες δεν μπορούν να αντικαταστήσουν πλήρως τους υπάρχοντες μεσάζοντες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας (χωρίς να διευκρινίζουν ποιοι είναι αυτοί), αλλά θα μπορούσαν να τις συμπληρώσουν για παράδειγμα στην λήψη αποφάσεων, στην βελτίωση της ποιότητας των

παρεχόμενων υπηρεσιών και στην έρευνα για φάρμακα και θεραπείες. Κάποιοι ωστόσο ανέφεραν ότι οι νέες τεχνολογίες μπορούν να αντικαταστήσουν τους υπάρχοντες μεσάζοντες. Κάποιοι άλλοι ανέφεραν πως δεν γνωρίζουν ή δεν χρησιμοποιούν τις εν λόγω τεχνολογίες και ορισμένοι ότι οι νέες τεχνολογίες δεν μπορούν να συμπληρώσουν ή να αντικαταστήσουν τους υπάρχοντες μεσάζοντες. Τέλος ένας ερωτώμενος επεσήμανε ότι αυτή η δυνατότητα «εξαρτάται από το κόστος της χρήσης των τεχνολογιών αυτών και από τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές ειδικά στην επαρχία».

628. Ως προς την χρήση νέων τεχνολογιών και ψηφιακών εφαρμογών στον κλάδο ασφάλισης υγείας, κάποιες ασφαλιστικές επιχειρήσεις απάντησαν ότι δεν τις έχουν αξιοποιήσει στην επιχειρηματική τους δραστηριότητα. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που απάντησαν ότι χρησιμοποιούν τέτοιες τεχνολογίες, ανέφεραν ως παραδείγματα την χρήση τους στη σύναψη ασφαλιστηρίων ψηφιακά, στην ψηφιακή πλατφόρμα εξυπηρέτησης πελατών, στην υποβολή αιτημάτων αποζημίωσης μέσω εφαρμογών, ενώ αναφέρθηκαν και δυνατότητες εφαρμογής πραγματοποίησης συνεδριάσεων με ιατρούς τηλεϊατρικής.α.

XVI.2.2. Κίνδυνοι και οφέλη από την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών

629. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν εάν θεωρούν ότι οι κίνδυνοι που τυχόν ελλοχεύουν είναι περισσότεροι από τα οφέλη που αναμένεται να προκύψουν από την ενσωμάτωση και χρήση της ΑΙ στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας και υπηρεσιών ασφάλισης υγείας. Πάνω από τα 2/3 των ερωτηθέντων απάντησαν ότι θεωρούν ότι τα οφέλη που θα προκύψουν από την ενσωμάτωση και την χρήση των τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης στον τομέα της υγείας και της ασφάλισης θα είναι περισσότερα από τους κινδύνους. Ενδεικτικά αναφέρουν ότι η χρήση τέτοιων τεχνολογιών θα συμβάλει δραστικά στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επίσης, οι πιθανοί κίνδυνοι θα ελαχιστοποιηθούν μέσα από την ορθή χρήση αυτών των τεχνολογιών και την ύπαρξη αυστηρού νομοθετικού/ρυθμιστικού πλαισίου.
630. Αντίθετα, ορισμένοι απάντησαν ότι θεωρούν ότι οι κίνδυνοι είναι περισσότερο καθώς κατά την χρήση των τεχνολογιών «δεν υποκαθίσταται η ανθρώπινη εμπειρία και πρακτική». Άλλοι αναφέρουν ότι οι κίνδυνοι ή τα οφέλη εξαρτώνται από την χρήση και την εξέλιξη των εν λόγω τεχνολογιών. Τέλος, κάποιοι δεν γνωρίζουν ή δεν χρησιμοποιούν τεχνολογίες τεχνητής νοημοσύνης ή δεν αναφέρουν την ύπαρξη πιθανών κινδύνων και/ή οφελών.
631. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν επίσης ποια θεωρούν ότι είναι τα κύρια αντι-ανταγωνιστικά προβλήματα που δημιουργούνται από τη χρήση νέων τεχνολογιών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Σημαντικός αριθμός από τους ερωτώμενους εξέφρασαν τις ανησυχίες τους αν οι μικρότερες κλινικές θα μπορούσαν ανταγωνιστούν μεγαλύτερες κλινικές. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρθηκε, «οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας που είναι εύρωστοι οικονομικά, όπως είναι εύλογο, θα δύνανται να ενσωματώσουν ταχύτερα τις νέες τεχνολογίες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, αποκτώντας συγκριτικό πλεονέκτημα έναντι αυτών που δε θα έχουν τη δυνατότητα να το κάνουν, όντας μικρότερης δυναμικής». Προσδιορίστηκε ότι δύο από τα βασικότερα προβλήματα στη χρήση των νέων τεχνολογιών είναι το ύψος των επενδύσεων που απαιτείται καθώς και η απαίτηση συνεχόμενης εκπαίδευσης των χρηστών (ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού). Συνεπώς, οι παραδοσιακοί πάροχοι υπηρεσιών υγείας κινδυνεύουν να χάσουν ανταγωνιστικό έδαφος εάν δεν προβούν σε αγορά νέας τεχνολογίας μηχανημάτων και εξοπλισμού, καθώς οι πιο εύρωστες επιχειρήσεις στον κλάδο της υγείας έχουν προβάδισμα στην ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών και αυτό α priori δημιουργεί μια αντι-ανταγωνιστική συνθήκη. Σχετικό παράδειγμα παρέθεσε ένας ερωτώμενος: «Για παράδειγμα, η χρήση αναλυτικών δεδομένων του πελατολογίου ενός παρόχου για την υπενθύμιση ή και την αποστολή προσφοράς ιατρικού ελέγχου (π.χ. προληπτικής εξέτασης) ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του πελάτη (φύλλο, ηλικία, προηγούμενες εξετάσεις, τόπος κατοικίας κ.α.) δίνει σαφέστατο πλεονέκτημα σε σχέση με τους παραδοσιακούς παρόχους που δεν μπορούν να κάνουν χρήση τέτοιων τεχνολογιών». Εντούτοις, όπως επισημάνθηκε από άλλο ερωτώμενο, είναι

κάτι που συμβαίνει σε όλους τους οικονομικούς κλάδους και δεν είναι εφικτό κατά την ενσωμάτωση κάτι νέου να έχουν όλοι οι συμμετέχοντες ενός κλάδου κοινή αφετηρία. Υποστηρίχθηκε επίσης ότι, κατά την ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών, το θεσμικό πλαίσιο που ενισχύει την επιχειρηματικότητα (ΕΣΠΑ, Αναπτυξιακός), θα πρέπει να παράσχει την στήριξη οριζόντια και να μην γίνει προσπάθεια, μέσω του πλαισίου αυτού, ισοσκελισμού των διαφορών δυναμικής ανάμεσα στις επιχειρήσεις. Επίσης, διατυπώθηκε η ανησυχία η εν μέρει εφαρμογή νέων τεχνολογιών μέσα από αποκλειστικές συνεργασίες παρόχων υγείας - ασφαλιστικών οργανισμών - ελεγκτικών εταιρειών να δημιουργήσει «συνθήκες στραγγαλισμού της αγοράς», χωρίς περαιτέρω αιτιολογία.

632. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν επίσης εάν πιστεύουν ότι η χρήση ΑΙ δύναται να δημιουργήσει νομικά ζητήματα και να θέσει σε κίνδυνο ήδη κατοχυρωμένες πατέντες, σήματα, copyright, design, εμπορικά απόρρητα, βάσεις δεδομένων, δημιουργώντας, παράλληλα, προβλήματα στον ανταγωνισμό μεταξύ των επιχειρήσεων. Στο ερώτημα, οι συντριπτικά περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν επί του ειδικού αυτού θέματος ή ότι δεν τους αφορά ή ότι δεν υπάρχουν αρνητικές προεκτάσεις στον ανταγωνισμό μεταξύ των επιχειρήσεων, ενώ λίγοι στον αριθμό διατύπωσαν τις ανησυχίες τους αναφέροντας ότι το νομικό πλαίσιο τείνει να μην αναπτύσσεται με την ίδια ταχύτητα που εξελίσσεται και εφαρμόζεται η τεχνολογία.
633. Περαιτέρω, οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν ποιες είναι κατά τη γνώμη τους οι επιπτώσεις της χρήσης σύγχρονων τεχνολογιών, όπως επί παραδείγματι τεχνολογιών νέφους (cloud), τεχνητής νοημοσύνης (AI) και blockchain, για τη λειτουργία του κλάδου υπηρεσιών υγείας και εάν τυχόν αντιμετωπίζουν αντι-ανταγωνιστικά προβλήματα τη δεδομένη χρονική στιγμή από τη χρήση των τεχνολογιών αυτών. Οι ερωτώμενοι ανέφεραν, σχετικά με το πρώτο σκέλος της ερώτησης, ως επιπτώσεις την καλύτερη ποιότητα υπηρεσιών, το μικρότερο κόστος, τον ενιαίο ιατρικό και ασφαλιστικό φάκελο, τη δυνατότητα αποθήκευσης και διαχείρισης των δεδομένων (big data management), την αναβάθμιση τις υπηρεσίας και τη διασφάλιση της ασφαλούς λειτουργίας των παρόχων υγείας, και ειδικότερα τη δυνατότητα αποκεντρωμένης τήρησης μητρώου δεδομένων, την εμπιστοσύνη μεταξύ των χρηστών που είναι σε θέση ανά πάσα στιγμή να επαληθεύουν οποιαδήποτε καταχώρηση ή συναλλαγή στο δίκτυο, καθώς επίσης τη διαφάνεια και την ασφάλεια των καταχωρήσεων - συναλλαγών. Όπως δήλωσαν, οι τεχνολογίες αυτές συμβάλλουν στην ταχύτητα, την εγκυρότητα, την ακρίβεια της πληροφορίας δίνοντας επιπλέον τη δυνατότητα για δημιουργία συστημάτων υποστήριξης της ιατρικής και διοικητικής απόφασης, προσθέτοντας διαλειτουργικότητα, ευελιξία, ταχύτητα, ανάλυση δεδομένων και πολλές λύσεις στην έρευνα, στον σχεδιασμό μελετών και στις κλινικές δοκιμές. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνονται οι υπηρεσίες που λαμβάνουν οι πολίτες αλλά και η αποδοτικότητα των επιχειρήσεων. Ειδικά για την χρήση τεχνολογίας blockchain, διευκρινίστηκε ότι επιτρέπει την ασφαλή κοινή χρήση ιατρικών δεδομένων μεταξύ των διαφόρων οντοτήτων του συστήματος (ιατρών, ασθενών, ερευνητών κτλ), την ψηφιακή διαχείριση της ταυτότητας των ασθενών και τη διατήρηση του ιστορικού των αρχείων ενός ασθενή από κάθε επίσκεψή του σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή κλινική, με αποτέλεσμα να αποφεύγεται η υποβολή των ασθενών στις ίδιες ιατρικές εξετάσεις συνεπώς επιπλέον δαπάνες, καθώς και επανειλημμένη έκθεση σε υψηλές ακτινοβολίες. Επίσης, ερωτώμενοι ανέφεραν ότι η χρήση σύγχρονων τεχνολογιών, όπως τεχνολογιών νέφους (cloud), τεχνητής νοημοσύνης (AI) και blockchain, καθιστά τις επιχειρήσεις που τις χρησιμοποιούν πιο ανταγωνιστικές, δεδομένου ότι με τη χρήση του blockchain μπορούν να επιτευχθούν καλύτερες προβλέψεις και καλύτερες διαγνώσεις σε ασθενείς. Αναφέρθηκε ότι η τεχνολογία blockchain, λόγω της κρυπτογραφικής και πρακτικά απαραβίαστης φύσης της (διαφάνεια στις συναλλαγές σε ένα ledger), είναι ιδανική για την αποθήκευση και επεξεργασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων ασθενών (τα blocks συνδέονται μονοσήμαντα, μέσω αλγοριθμικής σχέσης, η οποία δημιουργεί μια μοναδική ψηφιακή υπογραφή). Στο πλαίσιο αυτό αναμένεται να προκαλέσει αλλαγές και στην υγειονομική περίθαλψη, καθώς θα εξαλείψει την

ανάγκη για φυσικούς διαχειριστές δεδομένων (data admins). Η τεχνολογία blockchain θα μπορούσε συνεπώς να διευκολύνει τη διεξαγωγή απαιτητικών κλινικών δοκιμών για πολύπλοκες ασθένειες ή νόσους και την ασφαλή ανταλλαγή δεδομένων με διαφάνεια, τόσο για τους ερευνητές (primary- subinvestigators) όσο και για το ευρύ κοινό (κάθε βήμα θα παραμένει ορατό σε όλους, χωρίς δυνατότητα διαγραφής). Επισημάνθηκε ότι οι νέες τεχνολογίες, και κυρίως η τεχνητή νοημοσύνη (AI), έχουν τη δυνατότητα να μεταμορφώσουν τον τρόπο παροχής της υγειονομικής περίθαλψης, με αναμενόμενες βελτιώσεις στα αποτελέσματα της περίθαλψης, την εμπειρία των ασθενών και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Μπορούν επίσης να αυξήσουν την παραγωγικότητα και την αποτελεσματικότητα της παροχής φροντίδας και να επιτρέψουν στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης να παρέχουν περισσότερη και καλύτερη φροντίδα σε περισσότερους ανθρώπους. Επισημάνθηκε επίσης ότι η τεχνητή νοημοσύνη μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση της εμπειρίας των επαγγελματιών υγείας, δίνοντάς τους τη δυνατότητα να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο στην άμεση φροντίδα των ασθενών, μειώνοντας παράλληλα την εξουθένωσή τους (burnout). Προστέθηκε ότι, προς το παρόν, από τις τρεις αναφερόμενες στο ερώτημα της ΓΔΑ τεχνολογίες, 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.

634. Σχετικά με το δεύτερο σκέλος της ανωτέρω ερώτησης, οι ερωτώμενοι δεν εντόπισαν στην συντριπτική πλειοψηφία τους αντι-ανταγωνιστικά προβλήματα τη δεδομένη χρονική στιγμή. Αντιθέτως, ανέφεραν η εύκολη χρήση των σύγχρονων αυτών τεχνολογιών που είναι εύκολα προσβάσιμες ακόμα και από νεοφυείς επιχειρήσεις τους δίνει τη δυνατότητα να αναπτύξουν ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα, ενθαρρύνοντας τον ανταγωνισμό και την καινοτομία. Υπήρξαν πάντως ερωτώμενοι που εξέθεσαν τις επιφυλάξεις τους, υποστηρίζοντας ότι η χρήση των τεχνολογιών αυτών μπορεί να προκαλέσει ζητήματα ανταγωνισμού τόσο σε σχέση με συντονισμένη συμπεριφορά χρηστών (αφού καθιστά εφικτή την πρόσβαση ή/και την ανταλλαγή πληροφοριών οι οποίες ενδεχομένως να έχουν «εμπορικά» ευαίσθητο περιεχόμενο), όσο και σε σχέση με καταχρηστική μονομερή συμπεριφορά από χρήστες (αφού ενδεχομένως να προκύψει ζήτημα ανταγωνισμού στην περίπτωση πχ. που η συμμετοχή ενός παρόχου σε ένα δίκτυο blockchain θεωρείται αναγκαία προκειμένου να δραστηριοποιηθεί στην αγορά).

XVI.2.3. Αντιμετώπιση των στρεβλώσεων του ανταγωνισμού που προκαλούνται συνεπεία της χρήσης νέων τεχνολογιών

635. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν επίσης εάν θεωρούν ότι θα ήταν βοηθητική η δημιουργία ενός μοντέλου επίβλεψης της χρήσης τεχνητής νοημοσύνης και της αλγοριθμικής υποδομής, για την αποτροπή αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών και τη βέλτιστη ανάπτυξη των υπηρεσιών. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε καταφατικά, με την αιτιολογία ότι κατ' αυτό τον τρόπο θα εξαιλεφόταν ο παράγοντας του ανθρώπινου λάθους και θα επιταχυνόταν η διαδικασία των επιθεωρήσεων (audits) με μικρότερο κόστος για τις εταιρείες, ότι ένα μοντέλο επίβλεψης θα λειτουργούσε θετικά ως προς τον ανταγωνισμό αφού δεν θα άφηνε περιθώρια σε εταιρείες να κερδοσκοπούν σε βάρος άλλων που δεν διαθέτουν ή δεν θα διαθέσουν άμεσα ποσά για τεχνολογική αναβάθμιση και ότι η δημιουργία ενός μοντέλου επίβλεψης της χρήσης τεχνητής νοημοσύνης και της αλγοριθμικής υποδομής είναι αναγκαία χρήσιμη προκειμένου να ελέγχονται περιστατικά χρήσης ασύμμετρης πληροφόρησης που βλάπτουν τον ανταγωνισμό. Επισημάνθηκε πάντως ότι, επειδή οι συνθήκες στην αγορά μεταβάλλονται λόγω κοινωνικοοικονομικών ανακατατάξεων, κρίνεται απαραίτητη η αναπροσαρμογή του μοντέλου αυτού ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες. Διευκρινίστηκε επιπλέον ότι, αν και σε κάθε τομέα της ΑΙ χρειάζεται να υπάρχει αποτελεσματική ανθρώπινη επίβλεψη της λειτουργίας της, ώστε να εξασφαλίζεται διαφάνεια κατά την λειτουργία της, δεν θα πρέπει να περιορίζεται η ιχνηλασιμότητα των δεδομένων τόσο από τους ίδιους τους οργανισμούς που τους υιοθετούν όσο και από τις αρχές που τους εποπτεύουν. Ο ακατάλληλος σχεδιασμός των αλγορίθμων AI ενδέχεται

να εισάγει μεροληψία και διακρίσεις στα αποτελέσματα που προκύπτουν από την εφαρμογή της, οπότε και χρειάζεται να υπάρχει αξιολόγηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από την επεξεργασία δεδομένων με ΑΙ. Από ελάχιστους ερωτώμενους διατυπώθηκαν αρνητικές κρίσεις, με την αναφορά ότι δεν απαιτείται ένα «μοντέλο επίβλεψης» της χρήσης τεχνητής νοημοσύνης, λαμβανομένου κυρίως υπόψη ότι η χρήση της δεν είναι ακόμη επαρκώς διαδεδομένη και αφορά, ούτως ή άλλως, αμιγώς ιατρικά θέματα (διάγνωση/θεραπεία κλπ).

636. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας ερωτήθηκαν ακόμη εάν θεωρούν ότι οι ισχύοντες κανόνες ανταγωνισμού, σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, μπορούν να αντιμετωπίσουν τα πιθανά προβλήματα που ανακύπτουν. Στο ερώτημα περίπου 1/3 των ερωτώμενων απάντησαν καταφατικά, 1/3 των ερωτώμενων αρνητικά και 1/3 των ερωτώμενων απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν σχετικά.
637. Αυτοί που απάντησαν θετικά διευκρίνισαν ότι θα πρέπει να υπάρχει συνεχής επίβλεψη και ανανέωση των ισχυόντων κανόνων ανταγωνισμού όπου χρειάζεται, με άλλα λόγια ότι κρίνεται απαραίτητη η διαρκής αναπροσαρμογή των ισχυόντων κανόνων ανταγωνισμού δεδομένης και της ολοένα αυξανόμενης τεχνολογικής προόδου και της αδυναμίας του παραδοσιακού δικαίου να συμβαδίσει μαζί της, ενώ επιπλέον η τεχνητή νοημοσύνη θα μπορούσε να διευκολύνει τη σύμπλευση στην τιμολόγηση μέσω της παρακολούθησης των τιμών και της αντιστοίχισης αλγοριθμικού λογισμικού. Υποστηρίχθηκε στο πλαίσιο αυτό ότι, καθώς οι εταιρείες μπορούν να προσαρμόζουν έξυπνα τις τιμές τους σε εκείνες των ανταγωνιστών τους, δεν μπορούν να ανταλλάσσουν πληροφορίες σχετικά με τις μελλοντικές προθέσεις τιμολόγησης είτε άμεσα είτε έμμεσα (π.χ. μέσω της σηματοδότησης των τιμών), ζήτημα που θέτει μια νέα πρόκληση συμμόρφωσης για τις εταιρείες που χρησιμοποιούν αλγόριθμους αντιστοίχισης και παρακολούθησης τιμών ιδίως τις εταιρείες σε αγορές με λίγους μόνο μεγάλους ανταγωνιστές. Σε άλλα παραδείγματα, η χρήση τεχνητής νοημοσύνης θα μπορούσε να διευκολύνει την εκμετάλλευση της ισχύος στην αγορά (μέσω διακρίσεων και μεροληψίας) ή τον αποκλεισμό των ανταγωνιστών.
638. Αναφέρθηκε επίσης ότι η ΕΕ θεσμοθετεί ένα νέο κανονισμό για την τεχνητή νοημοσύνη με στόχο να διασφαλίσει την ισότιμη πρόσβαση στις τεχνολογίες, με κανόνες που θα αντιμετωπίσουν τους ειδικούς κινδύνους που ενέχουν τα συστήματα τεχνητής νοημοσύνης και θα θέσουν υψηλά πρότυπα σε παγκόσμιο επίπεδο. Πρόκειται για ένα συντονισμένο σχέδιο που περιγράφει τις απαραίτητες αλλαγές πολιτικής και τις απαραίτητες επενδύσεις σε επίπεδο κρατών μελών στην ανάπτυξη ανθρωποκεντρικής, βιώσιμης, ασφαλούς και αξιόπιστης τεχνητής νοημοσύνης χωρίς αποκλεισμούς. Υποστηρίχθηκε επίσης ότι οι ισχύοντες κανόνες ανταγωνισμού τόσο σε εθνικό, όσο και σε ευρωπαϊκό επίπεδο, είναι αρκετά σύγχρονοι, πλήρεις και λεπτομερείς και ως εκ τούτου είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν πιθανά προβλήματα που ανακύπτουν, αλλά επειδή οι εξελίξεις τρέχουν και οι αγορές κινούνται με μεγάλες ταχύτητες θα πρέπει να υπάρχει εγρήγορση και όχι εφησυχασμός για τα προβλήματα του αύριο, όπου τα σημερινά εργαλεία δεν θα είναι αποδοτικά και επαρκή. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι στην χώρα μας μέχρι προσφάτως στο κλάδο υγείας είχαμε οριζόντιες συγκεντρώσεις ενώ πλέον εμφανίζονται και κάθετες συγκεντρώσεις με πολύ πιο σύνθετα προβλήματα και επιπτώσεις για το κλάδο και τον καταναλωτή. Επισημάνθηκε επιπλέον ότι τα προβλήματα ανακύπτουν εξαιτίας της επικρατούσας πολυνομίας, της ανεπαρκούς εποπτείας υφισταμένων κανόνων από τις υπηρεσίες της εκτελεστικής εξουσίας, αλλά και των καθυστερήσεων που παρουσιάζεται στην απονομή της Δικαιοσύνης. Τέλος, αναφέρθηκε ότι «οι ισχύοντες κανόνες ανταγωνισμού, σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο, θεωρούμε ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν τα πιθανά προβλήματα που ανακύπτουν, χωρίς όμως να αποκλείουμε την δυνατότητα βελτίωσης αυτών. Βασιζόμενοι στην εξέλιξη της εποχής και του ανθρώπου, στον οποίο και αναφέρονται οι υπηρεσίες υγείας που προσσπίζουμε ως κλάδος, υπάρχει ακόμα δυνατότητα να προχωρήσουμε λίγο παραπάνω».

639. Οι επιχειρήσεις που απάντησαν αρνητικά διευκρινίζουν ότι οι κανόνες ανταγωνισμού θα πρέπει να προλαμβάνουν και να ρυθμίζουν μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά, ότι κάθε νέα τεχνολογία θα πρέπει να οδηγεί σε αναπροσαρμογή των κανόνων ανταγωνισμού, βάσει των δυσχερειών που θα εμφανιστούν με την εφαρμογή νέων συστημάτων, ότι δημιουργούνται πολλαπλά κανονιστικά πλαίσια και πολυνομία αντί της θέσπισης real time εργαλείων που να επιτηρούν την εφαρμογή τους, ότι σίγουρα θα χρειαστούν νέοι κανόνες, σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο ή η προσαρμογή των υφιστάμενων κανόνων για την αντιμετώπιση θεμάτων που μπορεί να υπάρξουν από τη χρήση τέτοιων τεχνολογιών, καθώς όταν δημιουργήθηκαν τα πρωτόκολλα για την αντιμετώπιση αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών δεν υπήρχε η χρήση τέτοιων τεχνολογιών, και ότι κάθε νέα τεχνολογία θα πρέπει να οδηγεί σε αναπροσαρμογή των κανόνων ανταγωνισμού, βάσει των δυσχερειών που θα εμφανιστούν με την εφαρμογή νέων συστημάτων.
640. Οι επιχειρήσεις που απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν διευκρίνισαν ότι οι κανόνες πάντοτε θέτουν γενικές και αφηρημένες αρχές και ότι η όποια καινούργια ρύθμιση πρέπει να συνοδεύεται από τους κατάλληλους και επαρκείς μηχανισμούς ελέγχου, ότι απομένει να φανεί στο απώτερο μέλλον καθώς τη δεδομένη χρονική στιγμή η ενσωμάτωση των τεχνολογιών αυτών στην Ελλάδα βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο, ότι πέραν του εν ισχύ νομοθετικού πλαισίου υπάρχουν ουσιαστικές αιτίες για την τήρηση και την εφαρμογή της αρχής του περιορισμού του σκοπού ακόμη και στην εποχή των μεγάλων δεδομένων (Big Data) και της επεξεργασίας τους μέσω ΑΙ και ότι οι κανόνες καθορισμού του σκοπού αποδυναμώνουν τα μονοπώλια στις αγορές δεδομένων, επιτρέποντας στις νεοσύστατες επιχειρήσεις να εισέρχονται και να ανταγωνίζονται ισότιμα.

XVI.2.4. Αξιοποίηση και προστασία δεδομένων ασθενών

641. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν επίσης εάν έχουν γνώση για την ύπαρξη επιχειρήσεων που με τη χρήση τεχνολογιών ΑΙ, data science και αλγορίθμων αξιοποιούν ιατρικά δεδομένα ασθενών για την πρόβλεψη της αποτελεσματικότητας νέων φαρμάκων και θεραπειών στον τομέα των ιατρικών υπηρεσιών και εάν τους προβληματίζει ο τρόπος διαχείρισης και επεξεργασίας των ως άνω δεδομένων .
642. Οι πάροχοι, στις απαντήσεις τους, αναφέρθηκαν στη Cleveland Clinic, διεθνή πάροχο υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ που προχώρησε το 2016 στη δημιουργία του Family Care Path με σκοπό να φέρει τεχνολογικές καινοτομίες από τον ακαδημαϊκό χώρο στην αγορά, και στην Exscientia που μέσα σε 8 μήνες κατασκεύασε και να αξιολόγησε ένα νέο αντικαρκινικό φάρμακο, κάτι που με την παραδοσιακή διαδικασία θα έπαιρνε 4-5 χρόνια.
643. Αναφορικά με τον τρόπο διαχείρισης και επεξεργασίας των ως άνω δεδομένων, οι περισσότεροι ερωτώμενοι απάντησαν ότι προβληματίζονται σχετικά υποστηρίζοντας ότι δεν μπορεί να αποκλεισθεί ο κίνδυνος εκμετάλλευσης των προτιμήσεων, ακόμη και των αδυναμιών των χρηστών, για εμπορικό ή πολιτικό όφελος, ότι τίθενται ζητήματα διαφάνειας ως προς τους σκοπούς για τους οποίους χρησιμοποιούνται τα δεδομένα αυτά, ενώ αμφισβητείται και η ισχύς της συγκατάθεσης των υποκειμένων ως νόμιμης βάσης για την επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων. Αναφέρεται επίσης ότι θα πρέπει σε κάθε περίπτωση η συλλογή των δεδομένων να γίνεται σύμφωνα με όλες τις προϋποθέσεις που θέτει η νομοθεσία περί προστασίας προσωπικών δεδομένων (π.χ. τεχνικά και οργανωτικά μέτρα για την ασφάλεια τυχόν διαβίβασης, ψευδωνυμοποίηση ή πλήρης ανωνυμοποίηση δεδομένων, με τέτοιο τρόπο ώστε να μην τίθεται θέμα διακίνησης ευαίσθητων δεδομένων χωρίς την συναίνεση του υποκειμένου των δεδομένων όπου απαιτείται κλπ), αλλά και ότι όταν ο τρόπος και η επεξεργασία των δεδομένων γίνονται σύμφωνα με τους κανονισμούς προστασίας προσωπικών δεδομένων και ο τελικός σκοπός έχει όλα τα απαραίτητα ηθικά και επιστημονικά χαρακτηριστικά, τότε δεν προκύπτει κάποιος περαιτέρω προβληματισμός.

644. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν επίσης εάν θεωρούν ότι προστατεύονται επαρκώς τα δικαιώματα των καταναλωτών-ασθενών και τηρούνται όλα τα εχέγγυα που απορρέουν και από το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο (περί προσωπικών δεδομένων κλπ). Οι μισοί περίπου ερωτώμενοι απάντησαν ότι προστατεύονται επαρκώς τα δικαιώματα περί προσωπικών δεδομένων από το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο, εντούτοις αρκετοί έθεσαν τους προβληματισμούς τους σχετικά με την εφαρμογή αυτού του νομοθετικού πλαισίου και ανέφεραν ότι αυτό θα πρέπει συνεχώς να εξελίσσεται ανάλογα με τις νέες εξελίξεις στην τεχνολογία ως προς τη διάθεση και επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων και ότι χρειάζεται διαρκώς μεγαλύτερη εποπτεία και αναθεώρηση των κανόνων.
645. Οι άλλοι μισοί ερωτώμενοι έκριναν ότι το ισχύον ρυθμιστικό πλαίσιο για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα δεν είναι επαρκές και χαρακτηριστικά υποστηρίχθηκε ότι αυτό περιορίζεται στον καθορισμό των υποχρεώσεων και των δικαιωμάτων και ότι απουσιάζει εξολοκλήρου ο μηχανισμός παρακολούθησης, με αποτέλεσμα να τηρούνται οι τυπικές διαδικασίες εκ του νόμου αλλά σε επίπεδο επεξεργασίας να μην υπάρχει ουδείς έλεγχος, και έτσι παρατηρείται έως σήμερα διαρροή προσωπικών δεδομένων για εμπορική χρήση. Υποστηρίχθηκε επίσης ότι η ισχύουσα νομοθεσία είναι πολύ αυστηρή και δυσλειτουργική και δεν συμβαδίζει με την τεχνολογική πρόοδο που συνοδεύει την αξιοποίηση δεδομένων μεγάλης κλίμακας, δεδομένου ότι πολλές από τις αρχές του παραδοσιακού δικαίου προστασίας δεδομένων δεν τυχάνουν εφαρμογής κατά την χρήση σύγχρονων τεχνολογιών. Το δικαίωμα της ιδιωτικότητας απειλείται, κυρίως στην περίπτωση που κάποιος τρίτος αποκτά πρόσβαση στα δεδομένα του ασθενή ή στις εκτιμήσεις που ένα σύστημα τεχνητής νοημοσύνης μπορεί να κάνει για αυτόν, και θα πρέπει να καθοριστούν τα επίπεδα επικινδυνότητας και να κατοχυρωθούν ενισχυμένα πρότυπα συμμόρφωσης των συστημάτων υψηλού κινδύνου, όπως είναι όλα τα συστήματα που αφορούν την υγεία. Αναφορά έγινε πιο συγκεκριμένα και στην αρχή της διαφάνειας, στην ελαχιστοποίηση των δεδομένων, στον περιορισμό της περιόδου αποθήκευσης και στον περιορισμό του σκοπού. Ειδικότερα, το υποκείμενο των δεδομένων δεν λαμβάνει, όπως υποστηρίχθηκε από ερωτώμενο, ενημέρωση από κάποιους φορείς ως προς το ποιοι είναι οι σκοποί επεξεργασίας δεδομένων που τους αφορούν (ειδικά από τη στιγμή που τα δεδομένα αυτά θα συλλεχθούν από κάποιο data pool), ενώ οι ίδιοι οι σκοποί επεξεργασίας πολλές φορές (ιδιαίτερα στο πλαίσιο της επιστημονικής έρευνας) δεν είναι εξ αρχής καθορισμένοι.

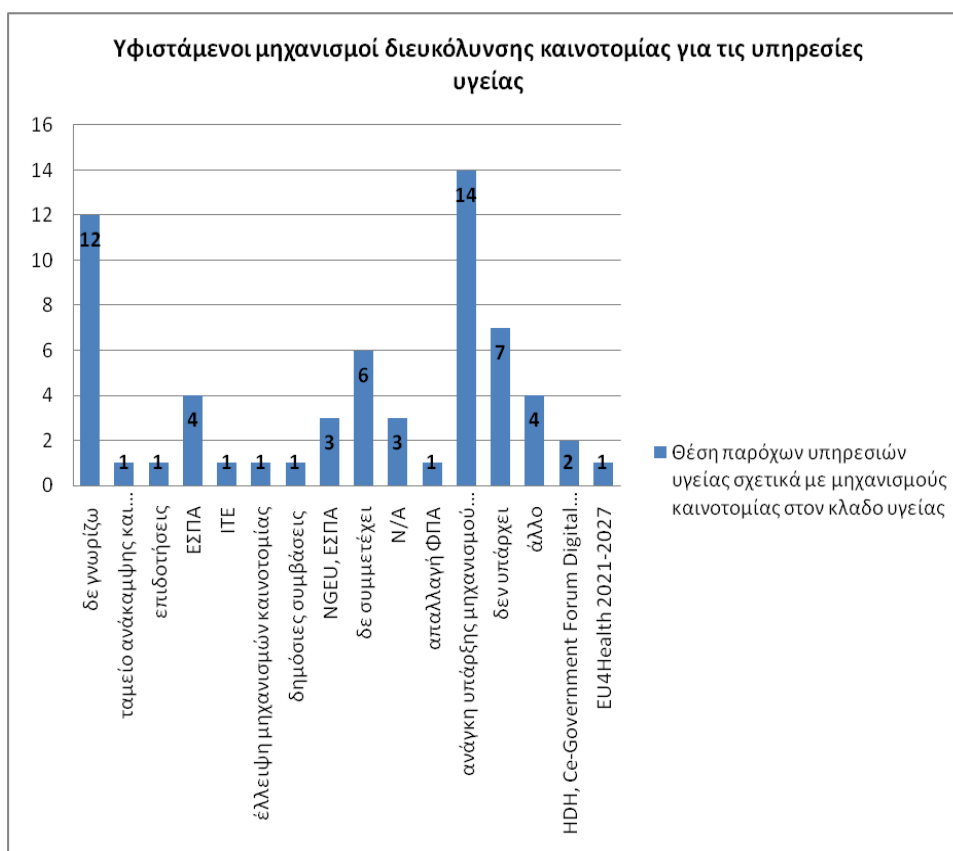
XVI.2.5. Άλλοι μηχανισμοί καινοτομίας

646. Στους παρόχους υγείας ζητήθηκε ακόμη να αναφερθούν σε υφιστάμενους μηχανισμούς διευκόλυνσης καινοτομίας για τις υπηρεσίες υγείας και στη σημασία τους για την ανάπτυξη της καινοτομίας. Τους ζητήθηκε επίσης να διευκρινίσουν εάν θεωρούν σημαντική την ενίσχυση ή/ και θεσμοθέτηση σχετικών μηχανισμών και να αναφερθούν στους τρόπους, με τους οποίους θα μπορούσε να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά τους. Στην ερώτηση αναφορικά με υφιστάμενους μηχανισμούς διευκόλυνσης της καινοτομίας για τις υπηρεσίες υγείας και στη σημασία τους για την ανάπτυξη της καινοτομίας, αρκετοί από τους ερωτώμενους, όπως αποτυπώνεται στο Διάγραμμα που ακολουθεί, απάντησαν ότι είναι αναγκαία η θεσμοθέτηση μηχανισμών καινοτομίας για τον κλάδο της υγείας. Άλλες παρόμοιες θέσεις επισημαίνουν ότι πρέπει να ενισχυθεί η καινοτομία και η έρευνα στις Ιατρικές Σχολές και τα δημόσια ερευνητικά κέντρα.
647. Σχετικά, ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι θέσεις που εκφράζουν ότι η ΕΑ θα μπορούσε να διευκολύνει μηχανισμούς καινοτομίας. Ειδικότερα αναφέρεται ότι «ως προς την ενδεχόμενη υποστήριξη ή/και καθοδήγηση από την Επιτροπή Ανταγωνισμού στις επιχειρήσεις ως προς τις συνεργασίες που στοχεύουν στην προώθηση της ανάπτυξης της καινοτομίας στις υπηρεσίες υγείας. Στην υποθετική περίπτωση τέτοιων συνεργασιών, η Αρχή Σας κάνοντας χρήση της νέας διάταξης του άρθρου 37Α ν. 3959/2011, όπως τροποποιήθηκε με το ν. 4886/2022 και ισχύει, και αποφαινόμενη με επιστολή ως προς τη μη λήψη δράσης αναφορικά με τα άρθρα 1 και 2 του ν. 3959/2011 και τα άρθρα 101 και 102 ΣΛΕΕ, μπορεί να παράσχει ασφάλεια για τις επιχειρήσεις για

όσο χρονικό διάστημα δεν μεταβληθούν τα πραγματικά περιστατικά στα οποία θα στηριχθεί η εν λόγω επιστολή. συνεχής εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της επικοινωνίας θέτει στη διάθεσή μας δυνατότητες ανάπτυξης καινοτομικών μηχανισμών και στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Ένας τέτοιος μηχανισμός είναι και η τηλεϊατρική, για την οποία δεν υπάρχει έως σήμερα το αναγκαίο συνολικό ρυθμιστικό πλαίσιο για την παροχή εξ αποστάσεως, με χρήση εξελεγμένων τηλεπικοινωνιακών μέσων, υπηρεσιών υγείας».

648. Ενδιαφέρουσα είναι η θέση περί θεσμοθέτησης μηχανισμών διευκόλυνσης της καινοτομίας για τις υπηρεσίες υγείας με συνεργατικούς σχηματισμούς, ανάπτυξη δικτύων, προώθηση της ανταγωνιστικότητας, υιοθέτηση μοντέλων πολιτικής καινοτομίας, μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς, επιχορηγήσεις από ειδικά προγράμματα, χρηματοδοτικές ευκαιρίες, και επέκταση υπηρεσιών στήριξης της καινοτομίας. Επιπλέον, σημειώνονται οι ακόλουθες θέσεις: (α) δημιουργία συνεργατικών σχηματισμών καινοτομίας ως δομές ανεξάρτητων μερών για καινοτόμες δράσεις, (β) ευρωπαϊκά και εθνικά προγράμματα χρηματοδότησης που συνεισφέρουν σημαντικά στην ανάπτυξη της έρευνας, (γ) δυνητικός συμψηφισμός του clawback με δαπάνες έρευνας και ανάπτυξης.
649. Άλλες συναφείς απαντήσεις περιγράφουν προγράμματα και δράσεις όπως το EU4Health 2021-2027, HDH, e-Government Forum Digital Health Care, «NextGenerationEU» (NGEU), τη χρήση κονδυλίων και συγχρηματοδοτούμενων προγράμματα μέσω ΕΣΠΑ, αλλά και απαλλαγή ΦΠΑ για κλινικές που συμμετέχουν σε προγράμματα για καινοτομία στην ιατρική.

Διάγραμμα 34: Θέση παρόχων υπηρεσιών υγείας σχετικά με την ανάγκη μηχανισμών διευκόλυνσης καινοτομίας στον κλάδο της υγείας και στη σημασία τους για την ανάπτυξη της καινοτομίας



XVII. ΣΥΝΟΨΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ – ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Πλαίσιο 6: Σύνοψη

- Το νομικό πλαίσιο πρόσβασης σε δεδομένα υγείας είναι σε εξέλιξη με νέους ρυθμιστικούς κανόνες που επιτρέπουν την πρόσβαση, υπό προϋποθέσεις, και σχεδιάζουν τόσο τις πρωτογενείς όσο και δευτερογενείς αγορές δεδομένων υγείας, να συμπληρώνουν το υπάρχον νομικό πλαίσιο του ΓΚΠΔ, ο οποίος εξάλλου αναγνωρίζει τις ιδιαιτερότητες των δεδομένων υγείας σε σχέση με άλλα προσωπικά δεδομένα, και του δικαίου ανταγωνισμού, του οποίου η εφαρμογή λαμβάνει ολόένα και περισσότερο υπόψη τις ιδιαιτερότητες της ψηφιακής οικονομίας, την ύπαρξη πλατφορμών και της σύστασης οικοσυστημάτων διαφόρων υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας.
- Οι ιδιωτικές κλινικές συλλέγουν και επεξεργάζονται οι ίδιες τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών τους (δεν συνεργάζονται με κάποια εταιρεία) ενώ αναφέρουν ότι διαβιβάζουν τα απαραίτητα στοιχεία σε ασφαλιστικούς, ιδιωτικούς και μη, και ελεγκτικούς φορείς, καθώς και σε φαρμακευτικές εταιρείες για κλινικές μελέτες τηρώντας τους κανόνες του ΓΚΠΔ (γραπτή έγκριση των ασθενών), χωρίς τα δεδομένα που συλλέγονται να χρησιμοποιούνται για εμπορικούς σκοπούς. Περαιτέρω, διατηρούν δεδομένα σχετικά με το ιστορικό των ασθενών καθώς και τον πλήρη ιατρικό φάκελο ασθενών, εμπεριέχων π.χ. παθήσεις, νοσηλείες, ιατρικές εξετάσεις/αποτελέσματα εξετάσεων -εργαστηριακούς, ακτινοδιαγνωστικούς ελέγχους-, τη φαρμακευτική αγωγή, με στόχο για την καλύτερη δυνατή παροχή υπηρεσιών, και με τα στοιχεία αυτά να είναι προσβάσιμα, όπως αναφέρουν, μόνο στους παρόχους υγείας και όχι στους ασφαλιστικούς φορείς. Επίσης, αναφέρουν ότι πρόσβαση στα στοιχεία αυτά δεν προσδίδει ιδιαίτερο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.
- Ειδικότερα, η πρόσβαση σε ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα, όπως τα γενετικά και βιομετρικά δεδομένα, τα δεδομένα σχετικά με τη σεξουαλική ζωή και τον γενετήσιο προσανατολισμό των ατόμων και τα δεδομένα σχετικά με ψυχικές ασθένειες θα πρέπει, σύμφωνα με τους ερωτώμενους να δίνεται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις (π.χ. αν συντρέχουν νομικοί και/ή ιατρικοί λόγοι) και η επεξεργασία των δεδομένων αυτών να γίνεται με βάση τους κανόνες του ΓΚΠΔ.
- Υπήρξε ενδιαφέρον στη δημιουργία και αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων (data pools) για προσωπικά ιατρικά δεδομένα από εταιρείες με επιρροή στον κλάδο υγείας ή ασφάλισης, οι οποίες δύνανται να έχουν τόσο αρνητικά όσο και θετικά αποτελέσματα, με τους ερωτώμενους να αναφέρουν την έλλειψη του απαραίτητου νομοθετικού/νομικού πλαισίου αλλά και γνώσης/εκπαίδευσης των ατόμων που χειρίζονται τις εν λόγω δεξαμενές ως λόγους ανησυχίας για την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την τρόπο αξιοποίησης των δεδομένων αυτών.
- Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ιδιωτικών κλινικών ανέφερε ότι δεν έχουν εντοπίσει πρακτικές όπου η χρήση αλγορίθμων και/ή μαζικών δεδομένων μπορεί να παρέχει τη δυνατότητα για μόχλευση της δύναμης μια εταιρείας σε γειτονικές αγορές με αρνητικό αντίκτυπο στον ανταγωνισμό. Ωστόσο ένα σημαντικό μέρος των παρόχων ανέφερε ότι ο μεγάλος όγκος προσωπικών δεδομένων σε συνδυασμό με αλγορίθμους ανάλυσης αυτών θα μπορούσε να οδηγήσει σε αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές.

- Σχετικά με το εάν η αυξημένη πρόσβαση σε δεδομένα υγείας καταναλωτών από ασφαλιστικές εταιρείες ή παρόχους υπηρεσιών υγείας μπορεί να οδηγήσει σε διακριτική μεταχείριση κατά συγκεκριμένων κατηγοριών πολιτών και συγκεκριμένα σε μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας ή σε ασφάλιση υγείας, πάνω από τα 2/3 των ερωτηθέντων απάντησαν θετικά.
- Πέραν της πρόσβασης σε δεδομένα, διάχυτο ήταν το συμπέρασμα ότι η μεγαλύτερη ενσωμάτωση τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης (Artificial Intelligence) στον τομέα της υγείας θα δώσει ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στις εταιρείες που θα τις ενσωματώσουν γρηγορότερα εις βάρος εκείνων που δεν θα τις ενσωματώσουν ή που θα τις ενσωματώσουν πιο αργά. Ιδιαίτερα αναφέρθηκε η χρήση ρομποτικής χειρουργικής σε διάφορες επεμβάσεις, η οποία προσδίδει συγκριτικά πλεονεκτήματα στους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών.
- Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες παρόχους υπηρεσιών υγείας θεωρούν ότι οι νέες τεχνολογίες δεν μπορούν να αντικαταστήσουν πλήρως τους υπάρχοντες μεσάζοντες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας (χωρίς όμως να διευκρινίζουν ποιοι είναι αυτοί), αλλά θα μπορούσαν να τους συμπληρώσουν για παράδειγμα στην λήψη αποφάσεων, όσον αφορά την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την έρευνα για φάρμακα και θεραπείες. Να σημειωθεί ότι όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου, η χρήση νέων τεχνολογιών είναι λιγότερο ευρεία και έντονη στον κλάδο ασφάλισης υγείας.
- Γενικότεροι προβληματισμοί τέθηκαν σχετικά με την αδυναμία μικρότερων κλινικών να ανταγωνιστούν μεγαλύτερες κλινικές, καθώς οι πιο εύρωστες επιχειρήσεις στον κλάδο της υγείας έχουν προβάδισμα στην ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών. Οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι η χρήση σύγχρονων τεχνολογιών, όπως τεχνολογιών νέφους (cloud), τεχνητής νοημοσύνης (AI) και blockchain, καθιστά τις επιχειρήσεις που τις χρησιμοποιούν πιο ανταγωνιστικές, δεδομένου ότι δύνανται να επιτευχθούν καλύτερες προβλέψεις και καλύτερες διαγνώσεις σε ασθενείς, ενώ τεχνολογίες όπως το blockchain δύναται να διευκολύνει τη διεξαγωγή απαιτητικών κλινικών δοκιμών για πολύπλοκες ασθένειες ή νόσους και την ασφαλή ανταλλαγή δεδομένων με διαφάνεια, τόσο για τους ερευνητές (primary- subinvestigators) όσο και για το ευρύ κοινό. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων δεν εντόπισε όμως αντι-ανταγωνιστικά προβλήματα τη δεδομένη χρονική στιγμή σχετικά με την ενσωμάτωση νέων τεχνολογιών, ενώ αντιθέτως, ανέφεραν ότι οι τεχνολογίες αυτές είναι εύκολα προσβάσιμες ακόμα και από νεοφυείς επιχειρήσεις κάτι που τους δίνει τη δυνατότητα να αναπτύξουν ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα, ενθαρρύνοντας τον ανταγωνισμό και την καινοτομία. Υπήρξαν πάντως ερωτώμενοι που εξέθεσαν τις επιφυλάξεις τους, υποστηρίζοντας ότι η χρήση των τεχνολογιών αυτών μπορεί να προκαλέσει ζητήματα ανταγωνισμού τόσο σε σχέση με συντονισμένη συμπεριφορά μεταξύ των παρόχων (αφού καθιστά εφικτή την πρόσβαση ή/και την ανταλλαγή εμπορικά «ευαίσθητων» πληροφοριών, όσο και σε σχέση με καταχρηστική μονομερή συμπεριφορά από τις επιχειρήσεις χρήστες των τεχνολογιών αυτών.
- Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων παρόχων υπηρεσιών υγείας θεώρησαν ότι θα ήταν βοηθητική η δημιουργία ενός μοντέλου επίβλεψης της χρήσης τεχνητής νοημοσύνης και της αλγοριθμικής υποδομής, για την αποτροπή αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών και τη βέλτιστη ανάπτυξη των υπηρεσιών.
- Λιγότερο ξεκάθαρη ήταν η θέση τους σχετικά με το εάν οι ισχύοντες κανόνες ανταγωνισμού σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο δύνανται να αντιμετωπίσουν τα πιθανά

προβλήματα/στρεβλώσεις ανταγωνισμού που προκύπτουν στις αγορές αυτές. Σε κάθε περίπτωση, οι περισσότεροι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι δεν μπορεί να αποκλεισθεί ο κίνδυνος εκμετάλλευσης των προτιμήσεων, ακόμη και των αδυναμιών των χρηστών, για εμπορικό ή πολιτικό όφελος, και ότι τίθενται ζητήματα διαφάνειας ως προς τους σκοπούς για τους οποίους χρησιμοποιούνται τα δεδομένα αυτά, ενώ αμφισβητήθηκε επίσης και η ισχύς της συγκατάθεσης των υποκειμένων ως νόμιμης βάσης για την επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων. Ιδιαίτερα, ένα σημαντικό μέρος των ερωτώμενων έθεσε τους προβληματισμούς τους σχετικά με την εφαρμογή του υπάρχοντος νομοθετικού πλαισίου και ανέφερε ότι αυτό θα πρέπει συνεχώς να εξελίσσεται ανάλογα με τις νέες εξελίξεις στην τεχνολογία και ότι χρειάζεται διαρκώς μεγαλύτερη εποπτεία και αναθεώρηση των κανόνων. Αρκετοί ήταν αυτοί που υποστήριξαν ότι το ισχύον ρυθμιστικό πλαίσιο για την προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα δεν είναι επαρκές μια και περιορίζεται στον καθορισμό των υποχρεώσεων και των δικαιωμάτων, ενώ δεν υπάρχει μηχανισμός παρακολούθησης στη συγκεκριμένη αγορά, με αποτέλεσμα να τηρούνται οι τυπικές διαδικασίες που επιβάλλονται από το νομικό πλαίσιο αλλά σε επίπεδο επεξεργασίας να μην υπάρχει έλεγχος, και έτσι να παρατηρούνται περιπτώσεις διαρροών προσωπικών δεδομένων για εμπορική χρήση.

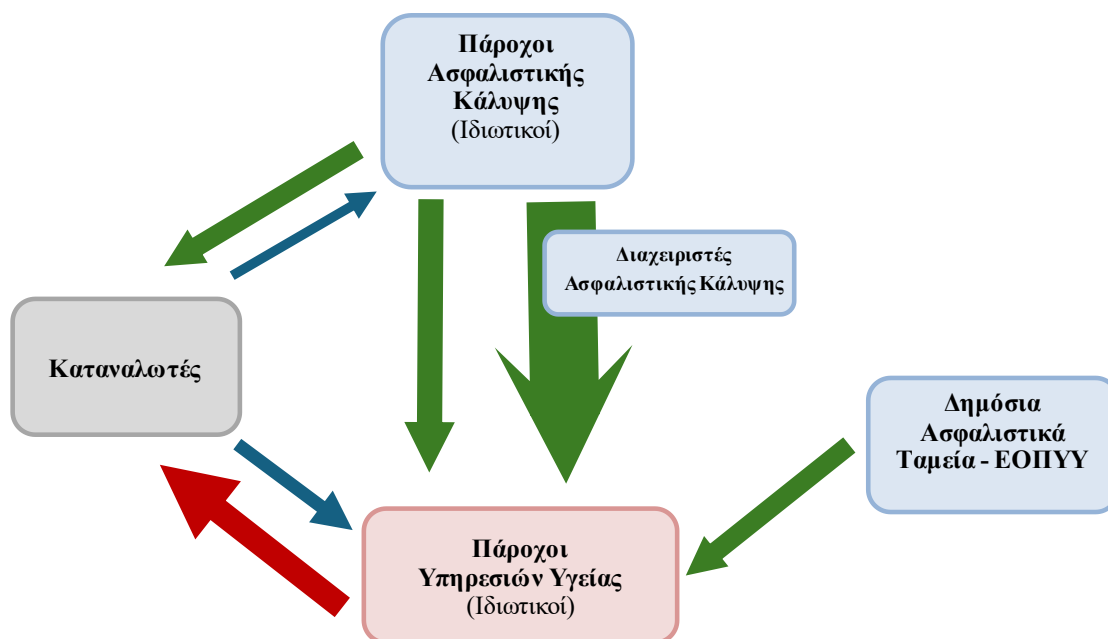
- Ενδιαφέρον παρουσιάζουν επίσης οι θέσεις που εκφράστηκαν ότι η ΕΑ θα μπορούσε να διευκολύνει μηχανισμούς καινοτομίας, ενδεχομένως μέσω της λειτουργίας του εργαλείου του Sandbox.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΤΕΛΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

XVIII. Τελικά Συμπεράσματα - Προτάσεις

650. Η έρευνα της ΕΑ δείχνει ότι η αγορά υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερος των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών, είναι μια ιδιαίτερα σύνθετη αγορά, με αυξημένη συναλλακτική πολυπλοκότητα ειδικά στη συνεργασία των νοσοκομειακών παρόχων υγείας με τις ασφαλιστικές εταιρείες για προϊόντα υγείας, όπως αναδεικνύει το κάτωθι διάγραμμα.

Διάγραμμα 35: Παροχή υπηρεσιών υγείας (κόκκινο) και χρηματικών ροών (μπλε και πράσινο)



651. Εξετάστηκε η ισχύς στην αγορά των νοσοκομειακών παρόχων υγείας, ισχύς στην αγορά των ασφαλιστικών εταιρειών ή/και των διαχειριστών ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, πιθανά εμπόδια εισόδου στις αγορές παροχής υπηρεσιών υγείας ή στις ασφαλιστικές αγορές, ασυμμετρία πληροφόρησης των ασθενών ή/και των ασφαλιστικών εταιρειών, και κάθετες σχέσεις που πιθανώς περιορίζουν τον ανταγωνισμό.
652. Στον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται μέτριος βαθμός συγκέντρωσης, με έξι σημαντικούς ομίλους να δραστηριοποιούνται σε αυτόν και τρεις ισχυρές ανεξάρτητες εταιρείες. Οι εξαγορές που έχουν λάβει χώρα από ξένα επενδυτικά κεφάλαια τα τελευταία έτη δεν έχουν μεταβάλλει δραματικά το βαθμό συγκέντρωσης από το 2019 έως το 2022, παρότι από την έρευνα διαφαίνεται ότι η αντίληψη των ιδιωτικών κλινικών είναι ότι υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών υγείας με ισχύ στην αγορά. Κινητικότητα στις εξαγορές παρόχων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας παρατηρείται έως και σήμερα.
653. Το νομοθετικό πλαίσιο, και δη οι προϋποθέσεις αύξησης των κλινών μπορούν να δυσκολέψουν ή να εμποδίσουν μια κλινική από το να προβεί στην εν λόγω αύξηση. Ενδεικτικά, σε δείγμα 25 μονάδων υγείας μόνο 9 έχουν προβεί σε αύξηση του αριθμού των κλινών τους. Οι ρυθμιστικές ασυμμετρίες από την παράλληλη εφαρμογή τριών διαφορετικών καθεστώτων αδειοδότησης, λειτουργίας και επέκτασης των κλινών των ιδιωτικών κλινικών φαίνεται να προκαλούν στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό, καθώς τίθενται διαφορετικές προδιαγραφές ως προς το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τους χώρους και τον ελάχιστο αριθμό κλινών, με αποτέλεσμα την

διατήρηση κλινικών τριών ταχυτήτων. Από την μια πλευρά, η διατήρηση το ρυθμιστικού πλαισίου επέτρεψε στις παλαιότερες κλινικές να διατηρήσουν το *status quo* με χαμηλότερες απαιτήσεις και κόστος λειτουργίας έναντι των καινούριων υποδομών, ωστόσο καθίσταται δυσκολότερη η δυνατότητα επιχειρηματικής ανάπτυξης μέσω αναβάθμισης των κτιριακών υποδομών και αύξησης της χωρητικότητάς τους. Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικές κλινικές που υπάγονται στις νεότερες διατάξεις λειτουργούν με περισσότερες απαιτήσεις και αυξημένο συγκριτικά κόστος και τίθενται σε μειονεκτική θέση ως προς το θέμα αυτό έναντι των παλαιότερων κλινικών. Ως εκ τούτου, κρίνεται σκόπιμος ο περαιτέρω εξορθολογισμός του ρυθμιστικού πλαισίου για τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών (εγχείρημα που εκκίνησε ήδη με το ν. 4600/2019), προκειμένου να καταστεί ευχερέστερη η αύξηση της δυναμικότητάς τους για να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

654. Μέτριος είναι ο βαθμός συγκέντρωσης και στις υπηρεσίες ασφάλισης υγείας, όπου τουλάχιστον δεκατρείς ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν νοσοκομειακά προγράμματα.
655. Δεν προκύπτουν νομικοί ή πραγματικοί φραγμοί στην είσοδο ή στην επέκταση επιχειρήσεων στον κλάδο νοσοκομειακής ασφάλισης υγείας. Το νομοθετικό πλαίσιο είναι δικαιολογημένα αυστηρό προκειμένου να διασφαλίζεται η οικονομική φερεγγυότητα των ασφαλιστικών εταιρειών και η προστασία της ασφαλιστικής πίστης.
656. Η έρευνα ανέδειξε την σημασία των επιχειρήσεων παροχής διαχειριστικών υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, ως ενός ακόμη κρίκου στις πολυεπίπεδες σχέσεις στον κλάδο της υγείας και ασφάλισης υγείας.
- Οι εταιρείες αυτές επιφορτίζονται πρωτίστως με τον έλεγχο (gatekeeping) και διαχείριση των ασφαλιστικών περιπτώσεων-αποζημιώσεων, ενεργώντας για λογαριασμό των ασφαλιστικών εταιρειών. Περαιτέρω, οι επιχειρήσεις αυτές συχνά αποτελούν τον ενδιάμεσο στις διαπραγματεύσεις των ασφαλιστικών εταιρειών (ιδίως μεσαίου-μικρού μεγέθους) με τις ιδιωτικές κλινικές.
 - Στην αγορά αυτή εντοπίστηκε μικρός αριθμός εταιρειών με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση των υπηρεσιών διαχείρισης σε δυο εξ αυτών. Δεν εντοπίστηκαν αποκλειστικότητες στις συμβάσεις των εταιρειών διαχείρισης με ασφαλιστές, με αποτέλεσμα οι δυο εταιρείες να ενεργούν για λογαριασμό περισσότερων ασφαλιστών, στους οποίους παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες, έχοντας πρόσβαση και σε εμπορικά ευαίσθητες πληροφορίες αναγόμενες στη σχέση των ασφαλιστικών με νοσοκομειακούς παρόχους (τιμοκατάλογοι, αποζημιώσεις, περιστατικά, κ.λπ.). Επισημαίνεται ότι οι εταιρείες αυτές δεν εποπτεύονται από την ΤτΕ ή άλλη ρυθμιστική αρχή. Πάντως, δεν προκύπτει από την έρευνα η ύπαρξη συμφωνιών μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων για την από κοινού χρήση των υπηρεσιών των εταιρειών διαχείρισης.
657. Η καθετοποίηση των ασφαλιστικών εταιρειών με τη δραστηριοποίησή τους στον κλάδο της υγείας, μπορεί να έχει, σύμφωνα με την οικονομική βιβλιογραφία, ως κυριότερα αποτελέσματα φαινόμενα τύπου patient steering effect και enrollee steering effect. Εκφράζεται όμως από τις ιδιωτικές κλινικές η άποψη ότι συνέργειες μεταξύ παρόχων υγείας και ασφαλιστικών εταιρειών θα κατευθύνουν το μεγαλύτερο μέρος των ασφαλισμένων προς τους μεγάλους ομίλους υπηρεσιών υγείας, κάτι το οποίο όμως σε κάθε περίπτωση αποτελεί αντικείμενο έρευνας των αρχών ανταγωνισμού στο πλαίσιο προληπτικής εξέτασης των γνωστοποιηθέντων συγκεντρώσεων επιχειρήσεων. Το φαινόμενο της καθετοποίησης παρατηρήθηκε στην Ελλάδα με την εξαγορά της Εθνικής Ασφαλιστικής από τον όμιλο HHG των κεφαλαίων CVC, και πιο πρόσφατα με την ανακοίνωση της εξαγοράς της Ευρωκλινικής από την Generali.

658. Τα τελευταία έτη καταγράφεται σταθερά αύξηση στο κόστος ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ενώ απασχολεί έντονα το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας, χωρίς δυνατότητα των ασφαλισμένων να προβλέψουν τη μελλοντική του εξέλιξη. Επιπλέον, η κλαδική έρευνα της ΕΑ ανέδειξε το ζήτημα της διακριτικής τιμολόγησης πελατών και της αδιαφάνειας στην τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά δυσχερή τη σύγκριση υπηρεσιών και επαλήθευση των χρεώσεων με βάση τα δημοσιευμένους τιμοκαταλόγους των ιδιωτικών κλινικών.
659. Επιπλέον, η τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις στην Ελλάδα σήμερα ακολουθεί το μοντέλο της διακριτής τιμολόγησης έκαστης υπηρεσίας (fee-for-service), όπου οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι γιατροί αποζημιώνονται με βάση τον αριθμό και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν βάσει αναλυτικού καταλόγου τιμών. Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο όγκος/ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο αυξάνεται το ποσό της αποζημίωσης του παρόχου.
660. Συζήτηση για τυχόν διαφορετικό τρόπο τιμολόγησης των εν λόγω υπηρεσιών γίνεται αναφορικά με το σύστημα DRGs που εφαρμόζεται στην Ελλάδα μέσω του ΣυΚΝΥ σε δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. για το σύνολο των νοσηλείων και την τιμολόγηση και αποζημίωση αυτών από τον ΕΟΠΥΥ, αλλά δεν εφαρμόζεται σε ιδιωτικές κλινικές. Το σύστημα DRGs έχει υιοθετηθεί από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες λόγω της ανάγκης συστηματικής παρακολούθησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας, του ελέγχου του κόστους, καθώς και της βελτίωσης της αποδοτικότητας και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, αλλά διαφέρει μεταξύ των χωρών ο τρόπος εφαρμογής του.
661. Η επίτευξη των στόχων του εν λόγω συστήματος διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά τα εμπειρικά οικονομικά δεδομένα αναφορικά με την εξέλιξη των δαπανών είναι διφορούμενα και παρότι έχει εφαρμοστεί σε πολλές χώρες, έχουν υπάρξει αδυναμίες/προβλήματα. Τυχόν εφαρμογή του εν λόγω συστήματος σε όλες τις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να γίνει με προσεκτικό σχεδιασμό προς αποφυγή των αρνητικών συνεπειών που έχει δείξει η διεθνής εμπειρία.
662. Ειδικώς ως προς την τιμολόγηση των υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, ειδικότερη προβληματική αποτέλεσε η συμβολή του δείκτη ΕΔΥ με τον οποίο συνδέθηκε η ετήσια αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας, στην αύξηση των ασφαλιστρών υγείας κατά τη διετία 2024-2025. Ο ΕΔΥ αντικαταστάθηκε από τον υπό διαμόρφωση δείκτη «ΕΔΑ», που θα τεθεί σε εφαρμογή από 1/1/2026.
663. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού συνιστά ιδιαίτερη προσοχή στο σχεδιασμό και εφαρμογή του νέου δείκτη ΕΔΑ. Πέραν των προβληματισμών που ανάγονται στη διαφάνεια των συμβατικών όρων, και στην αντικειμενικότητα, καταλληλότητα, επαληθευσιμότητα και προσβασιμότητα των παραγόντων που θα ληφθούν υπόψη για τη διαμόρφωση του δείκτη – ζητήματα που ανάγονται κατεξοχήν στην προστασία των καταναλωτών - δημιουργείται ένας γενικότερος προβληματισμός σχετικά με το ενδεχόμενο πρόκλησης σοβαρών στρεβλώσεων στον ανταγωνισμό για τους εξής λόγους :
664. Πρώτον, ο εξωγενής καθορισμός του δείκτη αναπροσαρμογής ασφαλιστρών σε μακροχρόνια συμβόλαια ασφάλισης υγείας αφαιρεί έως ένα βαθμό την πίεση από τις ασφαλιστικές εταιρείες να διαπραγματευτούν χαμηλότερες αποζημιώσεις με τους παρόχους υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν πιο εύκολα να πάρουν τη θέση ενός παθητικού μεσάζοντα, ο οποίος μετακυλύει τις χρεώσεις στους ασφαλισμένους/καταναλωτές.
665. Δεύτερον, αν και η νομοθεσία δεν «επιβάλλει» αντίστοιχες αυξήσεις στα ασφάλιστρα, οπωσδήποτε τις «αντικειμενικοποιεί» στα μάτια των καταναλωτών, μέσω της ύπαρξης ενός εγκεκριμένου από το κράτος δείκτη αύξησης κόστους. Συνεπώς, και εξ αυτής της απόψεως

μειώνει την πίεση στις ασφαλιστικές εταιρείες για διαπραγμάτευση τιμών με τους παρόχους υγείας, και οι καταναλωτές γίνονται παθητικοί δέκτες των αναπροσαρμογών, με σχεδόν ανύπαρκτες, όπως προαναφέρθηκε, εναλλακτικές επιλογές (αποδοχή των αυξήσεων ή καταγγελία με σοβαρή περιουσιακή ζημία και χαμηλές πιθανότητες εκ νέου ασφάλισης).

666. Τρίτον, η ύπαρξη του δείκτη δημιουργεί ένα εστιακό σημείο (focal point) για την αύξηση τιμών. Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν πλέον το κίνητρο να επιδοθούν σε τιμολογιακό ανταγωνισμό, αντιθέτως έχουν το κίνητρο να αναπροσαρμόσουν τα ασφάλιστρα με βάση το δείκτη. Η δε νομοθέτηση και δημοσίευση ενός ενιαίου τρόπου αναπροσαρμογής ασφαλιστρών καταργεί την ανάγκη επικοινωνίας (ρητής συμπαιγνίας) μεταξύ των επιχειρήσεων, η οποία θα ήταν υποκείμενη σε έλεγχο με βάση τις διατάξεις περί ανταγωνισμού. Ακολουθώντας το νομοθετημένο δείκτη, οι επιχειρήσεις μπορούν να προβούν σε εναρμονισμένη αναπροσαρμογή των ασφαλιστρών.
667. Επιπροσθέτως, η έρευνα ανέδειξε το ειδικότερο ζήτημα της αδιαφάνειας στις χρεώσεις υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας. Αν και η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ του κατόχου των γνώσεων για το αγαθό της υγείας σε σύγκριση με τις γνώσεις του ασθενή είναι εγγενές χαρακτηριστικό των αγορών παροχής υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη διαφάνειας, προβλεψιμότητας και συγκρισιμότητας στις τιμές τόσο των υπηρεσιών υγείας όσο και των υπηρεσιών ασφάλισης υγείας εντείνει το πρόβλημα αυτό και αφαιρεί οποιαδήποτε δυνατότητα του καταναλωτή/ασθενή να επιλέξει ιδιωτική κλινική ή ασφαλιστικό οργανισμό βάσει κόστους, και εν τέλει να έχει έλεγχο επί των δαπανών του σε ένα τόσο σημαντικό αγαθό. Στο πλαίσιο αυτό, είναι σίγουρα ωφέλιμο για τον καταναλωτή το γεγονός ότι οι ιδιωτικές κλινικές υποχρεούνται να δημοσιοποιούν στην ιστοσελίδα τους τιμοκατάλογο των υπηρεσιών και προϊόντων που παρέχονται από αυτές. Προτείνεται, ωστόσο η κωδικοποίηση/τυποποίηση των υπηρεσιών/προϊόντων των τιμοκαταλόγων, ώστε να διευκολυνθεί έτι περαιτέρω ο καταναλωτής στη σύγκριση των τιμών, να ενισχυθεί η διαφάνεια και εν τέλει η καταναλωτική συνείδηση. Περαιτέρω, συνιστάται εποπτεία των παρόχων όχι μόνο αναφορικά με την τυπική τους συμμόρφωση με την υποχρέωση ανάρτησης τιμοκαταλόγων αλλά και αναφορικά με φαινομενικά τεχνικές λεπτομέρειες υλοποίησης, που θα διασφαλίσουν την ομοιογένεια, διαχειρισσιμότητα και συγκρισιμότητα της αναρτώμενης πληροφορίας. Με τον τρόπο αυτό δύναται να ενισχυθεί η καταναλωτική συνείδηση, ενισχύοντας εμμέσως τον ανταγωνισμό στον κλάδο.
668. Περαιτέρω ενίσχυση της πληροφόρησης των καταναλωτών και της διαφάνειας αναφορικά με τους όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας εκτιμάται ότι θα συνεισφέρει στη βελτίωση της θέσης του καταναλωτή για την αναζήτηση ασφαλιστικής εταιρείας που θα καλύψει τις ανάγκες του και θα του προσδώσει καλύτερη διαπραγματευτική θέση, το οποίο θα ενισχύσει τον ανταγωνισμό μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών.
669. Τέλος, σημαντικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι το ότι, αναφορικά με την υγεία, ως δημόσιο αγαθό, είναι κοινωνικά επιθυμητό και επωφελές να συντελείται ανταγωνισμός και σε όρους ποιότητας και ασφάλειας, και όχι μόνο σε επίπεδο τιμών. Δεδομένου τούτου, τυχόν διαρθρωτικά μέτρα θα πρέπει να δομούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να προσφέρουν κίνητρα για την βελτίωση της ποιότητας και αντικίνητρα για την υποβάθμισή της.

--