



ΕΠΙΤΡΟΠΗ
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

ΚΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
& ΣΥΝΑΦΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΕΚΘΕΣΗ



ΑΘΗΝΑ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2023



Αθήνα, Ιούνιος 2023

ΚΛΑΔΙΚΗ - ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΕΚΘΕΣΗ

Κατ' άρθρο 40 του Ν. 3959/2011 Κλαδική Έρευνα στην Παροχή Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας και συναφών Υπηρεσιών Ασφάλισης*

* Από την Ολομέλεια της ΕΑ στην παρούσα κλαδική συνέβαλαν οι Ιωάννης Λιανός (Πρόεδρος ΕΑ), Χ. Νικολοπούλου (Αντιπρόεδρος ΕΑ), Π. Φώτης (Εισηγητής), Α. Γκάτζιου (Εισηγήτρια), Μ. Πολέμης (Μέλος ΕΑ). Η παρούσα Κλαδική ετοιμάστηκε από τη Β' Διεύθυνση της Επιτροπής Ανταγωνισμού και συνέβαλαν σε αυτή τα εξής στελέχη της ΓΔΑ: Α. Γαβαλά (Γεν. Διευθύντρια), Α. Θέμελης (Προϊστάμενος Διεύθυνσης), Κ. Παπά (Προϊσταμένη Τμήματος), Θ. Αντωνιάδου, Κ. Κωστόπουλος Β. Χατζηκωνσταντή (Επικουροι Εισηγητές), Ασκούμενοι ΕΑ: Π. Γιάνναρης, Α. Σαμαράς, Συνεργασία εμπειρογνομόνων ΕΑ: Γ. Πανίτσας.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
I.1. ΣΚΟΠΟΣ, ΣΤΟΧΕΥΣΗ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	7
I.2. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
II. Ο ΚΛΑΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	13
II.1. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	13
II.1.1 Επισκόπηση	13
II.1.2 Το δημόσιο σύστημα υγείας	14
II.1.3 Το κράτος ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας.....	15
II.2. ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	17
II.3. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	22
II.3.1 Μέγεθος του κλάδου των υπηρεσιών υγείας.....	23
II.3.2 Μέγεθος κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	24
1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	25
2. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας	26
II.3.3 Βαθμός συγκέντρωσης στον κλάδο	27
II.3.4 Πρόσφατες οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο υγείας: προς μία μεγαλύτερη συγκέντρωση της αγοράς	29
1. ΗΗG (CVC)/ΠΕΡΣΕΥΣ (2017).....	31
2. ΗΗG (CVC)/ΙΑΣΩ GENERAL (2018)	31
3. ΗΗG (CVC)/ΥΓΕΙΑ (2018)	31
4. ΗΗG(CVC)/Creta InterClinic (2019).....	32
5. FARALLON/ΠΕΙΡΑΙΩΣ/EUROMEDICA (2020)	32
6. Ευροκλινική (2020)	32
7. Oaktree Capital Management /ΙΑΣΩ (2021)	32
8. Blantyre/ΗΜΙΘΕΑ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ) (2022)	33

Π.3.5	Βασικοί παίκτες: οικονομικά στοιχεία και μετοχική σύνθεση	33
1.	Hellenic Healthcare Group (CVC)	33
2.	ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ	34
3.	EUROMEDICA	35
4.	ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ.....	35
5.	ΙΑΣΩ	36
6.	ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ.....	37
Π.3.6	Κοινές συμμετοχές και κοινή διοίκηση.....	37
Π.3.7	Καθετοποίηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας: επιπτώσεις στον ανταγωνισμό.....	38
Π.3.7.1.	Καθετοποίηση και επιπτώσεις στον ανταγωνισμό: σύνοψη της οικονομικής θεωρίας.....	39
Π.3.7.2.	Παράδειγμα Ανάλυσης κάθετων επιπτώσεων στον ανταγωνισμό: η συγκέντρωση CVC/Εθνική Ασφαλιστική (2022)	41
ΙΙΙ.	ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	44
ΙΙΙ.1.	ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ.....	44
ΙΙΙ.2.	ΣΥΣΤΗΜΑ CLAWBACK & REBATE	49
ΙΙΙ.3.	ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ	50
ΙV.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ	52
ΙV.1.	ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....	52
ΙV.2.	ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ	54
ΙV.3.	ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ	57
ΙV.4.	ΔΟΜΗ ΑΓΟΡΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ	60
ΙV.4.1	Απόψεις ως προς τις παραμέτρους ανταγωνισμού.....	60
ΙV.4.2	Απόψεις ως προς το βαθμό συγκέντρωσης και τη δύναμη αγοράς στον κλάδο.....	61
ΙV.4.3	Απόψεις σχετικά με την επίπτωση των συγκεντρώσεων στην αγορά	62
ΙV.4.4	Απόψεις σχετικά με την ύπαρξη στρεβλώσεων στον ανταγωνισμό.....	65
1.	Αντι-ανταγωνιστικές και άλλες προβληματικές πρακτικές.....	65
2.	Πρακτικές μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών επιχειρήσεων	67
3.	Συνεργασίες μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και φαρμακευτικών εταιρειών	68

4.	Άλλες στρεβλώσεις.....	70
IV.4.5	Πιθανές λύσεις	72
IV.4.6	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	73
IV.5.	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19.....	74
IV.5.1	Οι επιπτώσεις της πανδημίας στις δραστηριότητες των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας	74
IV.5.2	Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ομαλή λειτουργία του ανταγωνισμού	76
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	78
V.	Η ΑΓΟΡΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	78
V.1.	ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	78
V.2.	ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	79
V.3.	ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	81
V.3.1	Μέγεθος κλάδου ασφάλισης.....	82
V.3.2	Βαθμός συγκέντρωσης και πρόσφατες συγκεντρώσεις	84
1.	AIG/AIG Ελλάς (2019)	85
2.	ASSICURAZIONI GENERALI/AXA (2021)	85
3.	NN/METLIFE (2021).....	86
4.	CVC/Εθνική Ασφαλιστική (2022)	86
5.	Allianz/Ευρωπαϊκή Πίστη (2022).....	86
VI.	ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	87
VI.1.	ΓΕΝΙΚΑ.....	87
VI.2.	ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗ	87
VI.3.	ΕΠΟΠΤΕΙΑ	88
VI.4.	Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ	90
VI.5.	ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΚΑΙ ΔΙΚΑΙΟ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ..	91
VII.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ	92
VII.1.	ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....	92
VII.1.	ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ	96

VII.2. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ	96
VII.2.1 Σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ασφαλισμένους και παράμετροι ανταγωνισμού 101	
VII.2.2 Συνεργασία μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων	102
VII.2.3 Σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ιδιωτικούς παρόχους υγείας.....	103
VII.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	107
VII.4. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19.....	108
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ.....	109
VIII. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ.....	109
VIII.A. Ψηφιακός ανταγωνισμός και υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης.....	109
VIII.B. Πιθανές στρεβλώσεις ανταγωνισμού από τη χρήση (προσωπικών) δεδομένων και αλγορίθμων.....	110
VIII.B.1. Προσωπικά δεδομένα και θεωρίες βλάβης στον ανταγωνισμό.....	111
VIII.B.2. Ρυθμιστικές πρωτοβουλίες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με θέματα ανταγωνισμού που προκύπτουν από την ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης.....	122
IX. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	131
IX.1. ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ.....	131
IX.1.1 Συλλογή, επεξεργασία και πρόσβαση σε δεδομένα	131
IX.1.2 Δημιουργία και αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων	135
IX.1.3 Η χρήση αλγορίθμων/ μαζικών δεδομένων και η αυξημένη πρόσβαση σε δεδομένα ως παράγοντας στρέβλωσης του ανταγωνισμού	138
IX.2. ΧΡΗΣΗ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ	140
IX.2.1 Χρήση τεχνολογιών Τεχνητής Νοημοσύνης (AI).....	140
IX.2.2 Κίνδυνοι και οφέλη από την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών.....	142
IX.2.3 Αντιμετώπιση των στρεβλώσεων του ανταγωνισμού που προκαλούνται συνεπεία της χρήσης νέων τεχνολογιών.....	144
IX.2.4 Αξιοποίηση και προστασία δεδομένων ασθενών	146
IX.2.5 Άλλοι μηχανισμοί καινοτομίας.....	147
IX.3. Συμπεράσματα Κεφαλαίου IX.....	148
ΣΥΝΟΨΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	151

X. Κλάδος υπηρεσιών υγείας.....	151
XI. Κλάδος ασφάλισης υγείας.....	153
XII. Συμπεράσματα: Δεδομένα και νέες τεχνολογίες.....	154

ΕΝΔΙΑΜΕΣΗ ΕΚΘΕΣΗ

ΠΑΡΟΧΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

I.1. ΣΚΟΠΟΣ, ΣΤΟΧΕΥΣΗ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

1. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού, αποφάσισε στις 5.7.2020 την έναρξη κλαδικής έρευνας στην παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και συναφών υπηρεσιών ασφάλισης, ασκώντας τη σχετική αρμοδιότητα της βάσει του άρθρου 40 του ν. 3959/2011.¹
2. Αφορμή για την εκκίνηση της έρευνας αποτέλεσαν οι ανακατατάξεις που λαμβάνουν χώρα την τελευταία πενταετία στον κλάδο παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης, μεταξύ των οποίων και στρατηγικές συνεργασίες και συγχωνεύσεις, η ταχεία τεχνολογική ανάπτυξη και ψηφιακή μετεξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η ανάπτυξη και διαχείριση μεγάλων βάσεων δεδομένων (Big Data) παρόχων υπηρεσιών και πελατών.
3. Στην Ελλάδα, αν και το Εθνικό Σύστημα Υγείας προσφέρει καθολική κάλυψη, παρατηρείται διαχρονικά ιδιαίτερα σημαντική συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης στην παροχή υπηρεσιών υγείας, το 90% της οποίας σύμφωνα με έρευνες του κλάδου φαίνεται να προέρχεται απευθείας από τους ιδιώτες με μόλις το 10% να καλύπτεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.
4. Οι βασικές παράμετροι ανταγωνισμού στις εν λόγω αγορές περιλαμβάνουν την ποιότητα και τις τιμές των παρεχομένων υπηρεσιών, το εύρος δικτύου, τα ασφαλιστρα και το εύρος ασφαλιστικής κάλυψης. Ο ανταγωνισμός που αναπτύσσεται στον ευρύτερο κλάδο μπορεί να είναι οριζόντιος μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας 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 προαναφερόμενες μεταβλητές 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.
5. Σκοπός της παρούσας κλαδικής έρευνας είναι η συνολική διερεύνηση της δομής της αγοράς, του ρυθμιστικού πλαισίου που τη διέπει και των συνθηκών ανταγωνισμού. Ειδικότερα, με την κλαδική έρευνα επιχειρείται:
 - (1) η αποτύπωση της δομής και ιδιαιτεροτήτων της αγοράς λαμβάνοντας υπόψη τις εξαγορές που λαμβάνουν χώρα στον ευρύτερο κλάδο υγείας και ασφάλισης, καθώς και τυχόν διαρθρωτικούς δεσμούς μεταξύ ανταγωνιστών, ώστε να κατανοηθεί καλύτερα η ένταση ανταγωνισμού στον κλάδο και η συγκέντρωση που παρατηρείται σε ορισμένες γεωγραφικές αγορές (π.χ., Αττική), τυχόν ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη συγκεκριμένων παικτών στην αγορά και/ή η πιθανότητα σιωπηρού συντονισμού των παρόχων υπηρεσιών υγείας στις αγορές που προσδιορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (υποδομές, τεχνολογίες, φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό κλπ.)

¹ Η κλαδική έρευνα βάσει του άρθρου 40 ν. 3959/2011 δεν αφορά σε συγκεκριμένη επιχείρηση ή ένωση επιχειρήσεων αλλά έχει ευρύτερο και μη εξατομικευμένο αντικείμενο. .

- (2) η εξέταση των παραμέτρων ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης υγείας και της διαπραγματευτικής δύναμης μεταξύ των παρόχων ασφαλιστικής κάλυψης και των παρόχων υπηρεσιών υγείας για τις τιμές και την προσέλκυση πελατείας μέσω άλλων παραμέτρων όπως ποιότητα, ποικιλία, εύρος δικτύου κλπ.
- (3) ο εντοπισμός τυχόν ρυθμιστικών ζητημάτων και άλλων εμποδίων εισόδου που ενδέχεται να επηρεάσουν τον ανταγωνισμό, την καινοτομία και την ανάπτυξη των εν λόγω αγορών.
- (4) η αξιολόγηση του ρόλου των δεδομένων και νέων τεχνολογιών στις συνθήκες ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης υγείας, με τυχόν συνεπαγόμενες αλλαγές στην αλυσίδα αξίας για τις επιχειρήσεις των κλάδων και ζητήματα ανταγωνισμού που ενδέχεται να προκύψουν στο μέλλον και τυχόν αντιμετώπιση αυτών από το υπάρχον νομικό πλαίσιο.
6. Η ΕΑ διενήργησε την πρώτη δημόσια διαβούλευση της 26 Οκτωβρίου 2021 σε συνέχεια της υποβολής έγγραφων υπομνημάτων από ενδιαφερόμενες επιχειρήσεις και φορείς², και σχεδιάστηκε με την προοπτική να λειτουργήσει ως ένα διαδραστικό φόρουμ για την ανταλλαγή απόψεων αναφορικά με της εν θέματι αγορές. Την τηλεδιαβούλευση παρακολούθησαν σε ζωντανή ροή μέσω της πλατφόρμας της Επιτροπής Ανταγωνισμού πολλοί ενδιαφερόμενοι, της 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 καταναλωτών.³
7. Συγκεκριμένα, η τηλεδιαβούλευση διαρθρώθηκε σε τέσσερις θεματικές ενότητες. Στην πρώτη, που αφορούσε τον **Κλάδο Υγείας**, αναλύθηκαν οι νέες συνθήκες της αγοράς (μετοχικές αλλαγές στους παρόχους υγείας), θίχτηκαν όμως και τα ζητήματα της αστικής ευθύνης των γιατρών, της χρονικής έκτασης της ασφαλιστικής κάλυψης, της πρόσβασης σε δεδομένα υγείας (η οποία μπορεί να οδηγήσει σε φαινόμενα διακριτικής μεταχείρισης σε βάρος πολιτών/ασθενών ή και σε αύξηση της δύναμης στην αγορά των εταιρειών που αποκτούν πρόσβαση στα εν λόγω δεδομένα), του κόστους ως το βασικό εμπόδιο εισόδου στην ιδιωτική περίθαλψη και του ρόλου που θα μπορούσε να παίξει το δίκαιο ανταγωνισμού στην κατανομή των πόρων υγείας. Στο ίδιο πλαίσιο προτάθηκε το αντικείμενο της κλαδικής έρευνας να καλύψει το ενδεχόμενο αλλαγής του κανονιστικού πλαισίου που αφορά στις ιδιωτικές κλινικές, καθώς επίσης και το ζήτημα του συστήματος rebate & clawback.
8. Στη δεύτερη ενότητα, που αφορούσε τον **Κλάδο Ασφάλισης** αναφέρθηκε το αυστηρό ρυθμιστικό πλαίσιο που διέπει την ασφαλιστική αγορά, η ανάγκη των επιχειρήσεων να γίνουν ισχυρότερες κεφαλαιακά και ανταγωνιστικότερες, η ιδιαίτερη σημασία της ανταλλαγής πληροφοριών (προκειμένου να αξιολογηθούν ορθά οι ασφαλιστικοί κίνδυνοι), ο εξισορροπητικός ρόλος των ασφαλιστικών εταιρειών (για τη σχέση ασθενή/ασφαλισμένου και παρόχου υπηρεσιών υγείας), ο σημαντικός αριθμός παικτών στη σχετική αγορά, η ιδιαιτερότητα διαμόρφωσης του ασφαλιστικού κόστους του προϊόντος υγείας και η σημασία των Diagnosis Related Groups. Τέλος, προτάθηκε το σύστημα υγείας να μετατραπεί σε συμπληρωματικό (αντί για προαιρετικό που είναι σήμερα).
9. Στην τρίτη ενότητα, που αφορούσε τη **Σύγκλιση των Κλάδων Υγείας & Ασφάλισης και τις νέες τεχνολογίες**, συσχετίστηκαν οι φιλοδοξίες και ευκαιρίες που δημιουργούνται με τις νέες

² Υπόμνημα κατέθεσε η [...], στο οποίο αναφέρει διάφορα στοιχεία για την ασφαλιστική αγορά και τις συνθήκες στην ελληνική αγορά. Επίσης υπόμνημα κατέθεσε και η [...].

³ <https://www.epant.gr/enimerosi/deltia-typou/item/1605-deltio-typou-kladiki-erevna-tis-epitropis-antagonismoy-stin-ygeia-idiotiki-asfalisi-dimosia-tile-diavoylefsi.html>

τεχνολογίες στο χώρο της υγείας/βιολογίας με το δίκαιο του ελεύθερου ανταγωνισμού, λ.χ. μέσω της διευκόλυνσης συνεργασιών, όπου αυτό απαιτείται. Συζητήθηκε η δυνατότητα να μετατραπούν όλες οι δραστηριότητες που συνδέονται με το διαδίκτυο σε δεδομένα, η συλλογή των οποίων θα μπορούσε να αντισταθμίσει το μειονέκτημα των μικρών φαρμών αναφορικά με τα δεδομένα (καταναλωτών, τεχνολογικά, κλινικά, κ.α).

10. Στην τέταρτη θεματική ενότητα που αφορούσε στον **Ρόλο του Κράτους στην Προώθηση του Ανταγωνισμού και της Καινοτομίας στον Τομέα Ιδιωτικής Υγείας και Ασφάλισης** παρουσιάστηκε ο τρόπος με τον οποίο είναι οργανωμένοι οι πάροχοι υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο (όπου οι κρατικές ενισχύσεις συνιστούν βασικό ζήτημα), η οργάνωση και λειτουργία Μονάδων Υγείας του ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας καθώς επίσης και το ολλανδικό σύστημα υγείας (το οποίο κατά βάση είναι ιδιωτικό και είναι απαραίτητη η ασφάλεια δικαίου, ως προϋπόθεση επενδύσεων).
11. 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.
12. Η παρούσα Ενδιάμεση Έκθεση αποτελεί το πρώτο βήμα για την καταγραφή των συνθηκών στις αγορές υγείας και ασφάλισης υγείας. Αποτελείται από τρία κεφάλαια: στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η έρευνα της Υπηρεσίας στον κλάδο υπηρεσιών υγείας, στο δεύτερο η έρευνα στον κλάδο ασφάλισης υγείας και στο τρίτο συζητείται το ειδικότερο ζήτημα των δεδομένων και νέων τεχνολογιών στην υγεία και ασφάλιση.

Ι.2. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

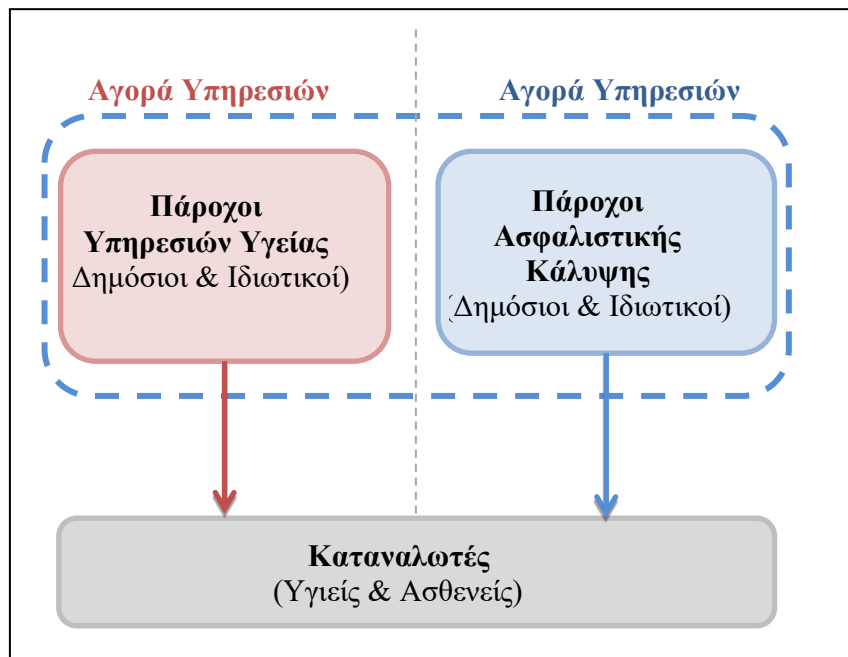
13. Η λειτουργία της αγοράς καθορίζεται, σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, κυρίως από τη σχέση της ζήτησης και της προσφοράς, με κύριο στόχο την επίτευξη οικονομικής αποτελεσματικότητας. Η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει ότι η υγεία δεν είναι συνηθισμένο αγαθό, έχει ιδιαιτερότητες και, ως εκ τούτου, δεν μπορούν και δεν είναι πάντα επιθυμητό να ισχύουν οι κανόνες της ελεύθερης αγοράς⁴.
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 υγείας.⁵

⁴ Η υγεία αντιμετωπίζεται ως δημόσιο αγαθό που πρέπει να παρέχεται σε όλους τους πολίτες και για αυτό η κατανομή μέσω της αγοράς είναι ανεπιθύμητη για λόγους οικονομικής αποδοτικότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης. Η παραγωγή και διανομή υπηρεσιών υγείας μέσω ενός ελεύθερου μηχανισμού αγοράς θα οδηγούσε σε παραγωγούς υπηρεσιών υγείας που θα χρέωναν τους καταναλωτές τιμές που αντανακλούν το πλήρες κόστος των παρεχομένων υπηρεσιών και οι καταναλωτές θα επέλεγαν παραγωγούς με κριτήριο την τιμή. Επιπλέον, στο βαθμό που η υγεία αντιμετωπίζεται ως δημόσιο αγαθό είναι αδύνατο να υπάρξει αγορά που να καλύψει το κόστος της.

⁵ Βλ. Μαλλιαρού 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.

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 εταιρείες⁶.
16. Ωστόσο, στην ιδιωτική αγορά ασφαλιστικής κάλυψης για υπηρεσίες υγείας εμφανίζονται τα φαινόμενα του ηθικού κινδύνου (moral hazard)⁷ και της δυσμενούς επιλογής (adverse selection)⁸. 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.

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 εργοδότες⁹. Το σύστημα τύπου Beveridge, προβλέπει

⁶ Βλ., μεταξύ άλλων, R. Koijen, T. Philipson & H. Uhlig (2016), «Financial health economics» Econometrica, vol. 84(1), pp. 195-242.

⁷ 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. Βλ. όπ. π., υποσημ. 5.

⁸ 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. Βλ. όπ. π., υποσημ. 5.

⁹ 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.

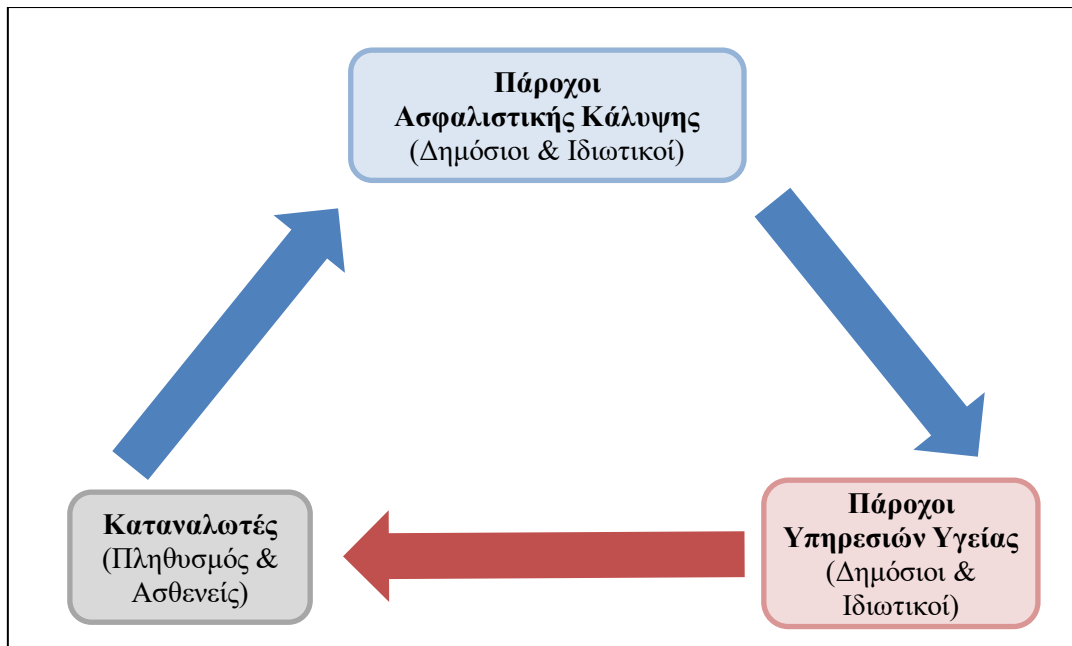
ότι το σύστημα υγείας χρηματοδοτείται εξ ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό και τα κρατικά φορολογικά έσοδα¹⁰.

18. Κοινός τύπος 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 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 καταναλωτές¹¹.

Διάγραμμα 2: Βασική τριγωνική σχέση παροχής υπηρεσιών υγείας και χρηματικών ροών

¹⁰ 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.

¹¹ Βλ., μεταξύ άλλων, K. Ho&R. Lee (2017), «Insurer competition in health care markets» *Econometrica*, vol. 85(2), pp. 379-417.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

II. Ο ΚΛΑΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

II.1. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

II.1.1 Επισκόπηση

20. Το αγαθό της υγείας αφορά την 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.
21. Οι υπηρεσίες υγείας μπορούν να ταξινομηθούν, ανάλογα με το είδος το παρεχόμενων υπηρεσιών, σε **ιδρυματικές (νοσοκομειακές) 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.
22. Στο πλαίσιο αυτό, ο κλάδος παροχής υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα διακρίνεται στην Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
23. Η **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** αφορά την ανοικτή περίθαλψη και περιλαμβάνει υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας σε εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, ολόημερα ιατρεία και διαγνωστικά εργαστήρια αυτών, υπηρεσίες του ΕΚΑΒ, Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία, Αγροτικά Ιατρεία, Πολυιατρεία και Ιατρεία του ΕΟΠΥΥ, Κέντρα Αποθεραπείας - Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας, Ιδιωτικές Κλινικές που λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία και διαπιστευμένα Διαγνωστικά Εργαστήρια, Ιδιωτικούς Φορείς,¹² Μονάδες Ψυχικής Υγείας, Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας¹³, Σταθμούς Προστασίας Μάνας, Παιδιού & Εφήβου, όπου διαθέτει ο Οργανισμός και τα Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας του Οργανισμού, Ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και κατ' οίκον φυσικοθεραπευτές.
24. Το σύνολο των δομών παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρουσιάζεται στον ακόλουθο πίνακα¹⁴.

Πίνακας 1: Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανά κατηγορία για τα έτη 2017-2019

¹² .N 3846/2010 (ΦΕΚ 66 Α'), βλ. ιδίως αρ 28 «*Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.)*

¹³ Βλ. Ν.2071/1992 αρ. 14.

¹⁴ Βλ. Ελληνική Στατιστική Αρχή (2019) «Απογραφή Κέντρων Υγείας και Λοιπών Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας».

Έτος	Κέντρα Υγείας	Μονάδες Υγείας	Περιφερειακά Ιατρεία	Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία	Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία	Τοπικά Ιατρεία	Λοιπές Μονάδες
2017	204	101	1425	93	49	221	6
2018	204	101	1425	94	49	221	7
2019	204	101	1425	93	50	221	10

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

25. Επιπλέον στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του ΕΣΥ περιλαμβάνονται και δομές παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας οι οποίες εμφανίζονται με τρεις διαφορετικούς τύπους: α) Κέντρα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων (33 μονάδες το 2019), β) Κέντρα Ψυχικής Υγείας με Κοινωνικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (14 μονάδες το 2019) και γ) Κέντρα Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (12 μονάδες το 2019).
26. Η **Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας** αφορά κλειστή περίθαλψη και περιλαμβάνει υπηρεσίες και πράξεις και πράξεις, που διενεργούνται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας - αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.
27. 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.1.2 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. Ως Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) νοείται το σύνολο των ολοκληρωμένων υπηρεσιών εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οι οποίες έχουν σκοπό την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση της υγείας του ανθρώπου. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής. Το Κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού, με σεβασμό στα δικαιώματα και τις ανάγκες του. (βλ. άρθρο 1 παρ. 1 ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις»). Οι δημόσιες δομές Π.Φ.Υ. περιλαμβάνουν τα κέντρα υγείας, τοπικές μονάδες υγείας, προσωπικούς ιατρούς (ο θεσμός εισήχθη με το ν. 4931/2022) και λοιπές δομές.¹⁵ Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας (δηλαδή κλειστή περίθαλψη στην οποία δίνεται η δυνατότητα για την εισαγωγή και την νοσηλεία) παρέχεται από νοσοκομεία, ευρύτερες μονάδες ιδρυματικής περίθαλψης τα οποία είναι οργανωμένα ως ΝΠΔΔ.¹⁶ Ειδικότερα,

¹⁵ Βλ. σχετικά ν. 4486/2017 «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 115/07.08.2017), όπως ισχύει και <https://www.moh.gov.gr/articles/health/dieythynsh-prwtobathmias-frontidas-ygeias/monades-p-f-y-dhmosioy-tomea-tmhma-a>. Μετά τη θέσπιση του Ν.4486/2017 για την «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» ο όρος Κέντρο Υγείας, διευρύνθηκε και περιλαμβάνει επιπλέον τις αποκεντρωμένες μονάδες, όπου στο πρώτο επίπεδο Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχονται υπηρεσίες από τις Τοπικές Μονάδες Υγείας (Το.Μ.Υ), τα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Ι), τα Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία (Π.Π.Ι), τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία (Ε.Π.Ι), τα Τοπικά Ιατρεία (Τ.Ι) και λοιπές μονάδες Π.Φ.Υ. Ο θεσμός του προσωπικού ιατρού καθιερώθηκε με τον ν. Ν.4931/2022 «Γιατρός για όλους, ισότιμη και ποιοτική πρόσβαση στις υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και άλλες επείγουσες διατάξεις» (ΦΕΚ Α' 94/13.05.2022).

¹⁶ Βλ. σχετικά Α. Στεργίου 1.2 Θεσμικό πλαίσιο σε: Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, 4η εκδ., 2022 σελ. 233-242, πλαγιάριθμοι 537 επ. για το ρυθμιστικό πλαίσιο αναφορικά με τη Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ γίνεται η διάκριση μεταξύ γενικών και ειδικών.¹⁷ Στην Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας κατηγοριοποιούνται τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία¹⁸.

29. 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 εταιρείες¹⁹. Στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες συμβαίνει το ανάποδο. Συγκεκριμένα, το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μεικτό σύστημα, που συνδυάζει την κοινωνική ασφάλιση υγείας (ΚΑΥ) και το κεντρικά χρηματοδοτούμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ).
30. 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 ΕΟΠΥΥ συστήθηκε 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 μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), ως προς τις παροχές σε είδος, ενώ 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.

Π.1.3 Το κράτος ως αγοραστής υπηρεσιών υγείας

31. 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.²⁰ Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ, σύμφωνα τουλάχιστον με τον αρχικό

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

¹⁸ Οπ. π., υποσημ. 17, πλ., 543 Σύμφωνα με το άρθρο 13 του ν.1397/1983, οι εγκαθιστάμενες στα νοσοκομεία του ΕΣΥ πανεπιστημιακές κλινικές που στελεχώνονται από πανεπιστημιακούς γιατρούς, έχουν ως μονάδες νοσοκομειακής περίθαλψης, λειτουργική αποστολή που δεν διαφοροποιείται από εκείνη των λοιπών μονάδων των ίδιων νοσοκομείων, που στελεχώνονται με το ιατρικό προσωπικό του ΕΣΥ (με παραπομπή σε ΣτΕ 1678/02). Βλ. επίσης περαιτέρω για τη διάκριση Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Περίθαλψης και Κ. Κρεμαλή, Δίκαιο της Υγείας, τ.1, 2011 σελ.36 επ.

¹⁹ Βλ. τριμηνιαίο δημοσίευμα της ΕΛΣΤΑΤ «ΕΛΛΑΣ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟΥΣ Ιούλιος-Σεπτέμβριος 2022» (σελ. 144) που αναφέρει ότι για το έτος 2020, η συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση δαπανών υγείας ανήλθε σε €5.934,6 εκατ., οι ιδιωτικές πληρωμές ανήλθαν σε €5.256,4 εκατ. και η ιδιωτική ασφάλιση σε μόλις €678,2 εκατ.

²⁰ Σκοποί του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κατά το άρθρο 18 είναι: α) Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, β) Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών

σχεδιασμό στο πλαίσιο της τότε οικονομικής συγκυρίας, ήταν να αποτελέσει το βασικό μοχλό ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της κρατικής δαπάνης για υπηρεσίες υγείας. Παρά τον «μονοψωνιακού τύπου»²¹ χαρακτήρα του, ο ΕΟΠΥΥ δεν αποτελεί «επιχείρηση» από την σκοπιά του δικαίου ανταγωνισμού²², στο πλαίσιο που αποτελεί υποχρεωτικό φορέα ασφάλισης και η δραστηριότητά του διέπεται από την αρχή της αλληλεγγύης στην «αγορά» που δραστηριοποιείται κατάντη²³. Η σχέση του με το σύνολο των προμηθευτών υγείας προσαρμόστηκε στην πρότερη πραγματικότητα με αποτέλεσμα να συνυπάρχουν εντός του νέου συστήματος **τέσσερις διαφορετικοί τύποι αγοράς**.²⁴

32. Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποδίδεται μέσω ενός δικτύου προμηθευτών το οποίο συνίσταται από (α) τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, τα οποία έχει απορροφήσει ο ΕΟΠΥΥ, (β) τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και (γ) συμβεβλημένους γιατρούς. Ως εκ τούτου, διαμορφώνεται ένα διμερές «μονοπώλιο» το οποίο χαρακτηρίζει τη σχέση του ΕΟΠΥΥ με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, ένα ατελές «διμερές μονοπώλιο» μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και των ΚΥ καθώς αυτά εξακολουθούν να υπάγονται διοικητικά και οικονομικά στα νοσοκομεία, και μια μορφή «μονοψωνίου» μεταξύ του οργανισμού και των συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών. Παράλληλα, ένα σημαντικό μέρος της αγοράς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει τη μορφή πλήρους ελεύθερης ιδιωτικής αγοράς, ήτοι χωρίς ρυθμίσεις

υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ., γ) Η οργάνωση της λειτουργίας των ανωτέρω φορέων, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων, και δ) Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στους ασφαλισμένους από τις Μονάδες Υγείας, από τους συμβεβλημένους ιατρούς και από τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων. Με απόφαση του αρμόδιου Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα, με σκοπό την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Οι συνταγές φαρμάκων που εκδίδονται για λογαριασμό των ασφαλισμένων εκτελούνται χωρίς προηγούμενη θεώρηση από αρμόδιο ελεγκτή ιατρό ανεξαρτήτως ποσού.

²¹ Από τεχνικής άποψης ο ΕΟΠΥΥ δραστηριοποιείται ως ο κύριος «αγοραστής» υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους του (πλέον του 90% του πληθυσμού) τόσο από ιδιωτικούς παρόχους υγείας όσο και από δημόσιους φορείς (στο πλαίσιο quasi-markets). Βλ. J. Le Grand and W. Bartlett, (1993), 'The Theory of Quasi Markets' in Le Grand J. and Bartlett W. (eds), Quasi-Markets and Social Policy, (London: Macmillan).

²² Σύμφωνα με τη νομολογία FENIN Βλ. Case C- 205/ 03 P, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN) v Commission [2006] ECR I– 2695, σκ. 26 "[...] δεν πρέπει να διαχωριστεί η δραστηριότητα αγοράς ενός προϊόντος από τη μεταγενέστερη χρήση αυτού, προκειμένου να εκτιμηθεί η φύση αυτής της δραστηριότητας αγοράς, και ότι ο οικονομικός ή μη χαρακτήρας της μεταγενέστερης χρήσεως του αγορασθέντος προϊόντος προσδιορίζει κατ' ανάγκη τον χαρακτήρα της δραστηριότητας αγοράς. Συνεπώς, σε περίπτωση που οι υπηρεσίες υγείας που αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ από τους ιδιωτικούς προμηθευτές υγείας παρέχονται μέσω του δημοσίου σε πολίτες και καλύπτονται από το δημόσιο μέσω δημοσίων πόρων, δεν αποτελεί επιχείρηση. Βλ. όμως την νομολογία Bettercare στη Μεγάλη Βρετανία όπου το CAT διαχώρισε μεταξύ των δύο αγορών: purchasing market όπου το local authority του NHS λειτουργούσε ως επιχείρηση μια και αγόραζε από παρόχους υπηρεσίες περίθαλψης, Αυτό άλλαξε όμως μετά τη FENIN και ακολουθήθηκε η ενωσιακή νομολογία Βλ. OFT 1389, Public bodies and competition law (December 2011). Βλ. O. Odudu, Are State-Owned health-care providers undertakings subject to competition law?, (2011) 32(5) ECLR 231.

²³ Βλ., μεταξύ άλλων, Συνεκδικασθείσες υποθέσεις C-159/91 και C-160/91, Christian Poucet κατά Assurances générales de France και Caisse mutuelle régionale du Languedoc-Roussillon, ECLI:EU:C:1993:63; Case C- 205/ 03 P, Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN) v Commission [2006] ECR I– 2695. Σημειώνεται ότι ο ΕΟΠΥΥ έχει ως πρωταρχική δραστηριότητα την παροχή υπηρεσιών υγείας σε ενεργά μέλη, συνταξιούχους και τα εξαρτώμενα από την οικογένειά τους μέλη που είναι εγγεγραμμένα στα συγχωνευόμενα Ταμεία Υγείας (ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ κλπ.) (κατάντη «αγορά»).

²⁴ Βλ. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012) «Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας: Το Εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)».

δια μέσου της κρατικής παρέμβασης, η οποία διαχέεται συμπληρωματικά και συζευκτικά στο σύνολο του υγειονομικού τομέα²⁵.

33. Η παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης παρέχεται σε σημαντικό βαθμό μέσω των νοσοκομείων του ΕΣΥ (75-80% των εισαγωγών),²⁶ τα οποία, όπως και ο ΕΟΠΥΥ, βρίσκονται υπό την πλήρη εποπτεία του κράτους. Ένα σημαντικό μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης παρέχεται από τις ιδιωτικές κλινικές (20-25%).²⁷
34. Ειδικότερα, 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 αντανακλούσε το πραγματικό κόστος νοσηλείας, για τις ημέρες νοσηλείας. Αυτή η μέθοδος τιμολόγησης αντικαταστάθηκε με την εισαγωγή «Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων» (ΚΕΝ) ανά θεραπευτική κατηγορία παθήσεων. Με τον νέο τρόπο, η τιμολόγηση βασίζεται σε έναν κωδικό με την κατηγορία της πάθησης του ασθενούς, στην οποία αντιστοιχίζεται ένα προκαθορισμένο ποσό για όλα τα νοσοκομεία²⁸. Με απλά λόγια τα ΚΕΝ αφορούν προκαθορισμένα πακέτα, βάσει των οποίων τα ασφαλιστικά ταμεία και οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες καλούνται να πληρώσουν, ανάλογα με την κάθε πάθηση των ενδονοσοκομειακών ασθενών.

II.2. ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

35. Κατά τον Fuchs (1996) «..... η υγεία είναι κατ' εξοχήν ζήτημα ατομικής ευθύνης και η βελτίωσή της ή όχι εξαρτάται αποκλειστικά από το άτομο».²⁹ Το άτομο είναι υπεύθυνο για τις επιλογές του και συνεπώς για την υγεία του με αποτέλεσμα να ενοχοποιείται για τις οποιεσδήποτε αρνητικές επιπτώσεις και το κράτος δεν φέρει καμία ευθύνη για την ασφαλιστική κάλυψη των επιβλαβών συμπεριφορών του ατόμου. Τα βασικά χαρακτηριστικά της θεωρίας του Fuchs προέρχονται από τα χαρακτηριστικά του αγαθού υγείας, δηλ., του ανταγωνιστικού του χαρακτήρα, της αποκλειστικής χρήσης του από ένα άτομο/ασθενή που αποκλείει τη χρήση του από κάποιο άλλο, την μη ύπαρξη εξωτερικών οικονομικών κλίμακας και τη δυνατότητα επιλογής και απόρριψης του από το άτομο/ασθενή.
36. Οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση στον κλάδο υγείας είναι τα δημογραφικά στοιχεία και η συνολική κατάσταση υγείας του πληθυσμού, οι διάφοροι παράγοντες κινδύνου και τα κρούσματα ασθενειών που επιβαρύνουν την υγεία του πληθυσμού και, προφανώς, η γενικότερη οικονομική συγκυρία και ο τουρισμός (Αλετράς, 2002)³⁰. Ειδικότερα, η ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εξαρτάται σημαντικά από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών του δημοσίου τομέα.

²⁵ Οπ. π..

²⁶ Οπ. π., σελ 7.

²⁷ Οπ. π.

²⁸ Το νέο αυτό σύστημα τιμολόγησης βασίζεται στο διεθνώς καθιερωμένο πρότυπο των "Ομοειδών Διαγνωστικών Ομάδων" (DRGs) αφορά 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 όπου σε κάθε μία από αυτές οι ασθενείς που την αποτελούν είναι κλινικά παρόμοιοι και για αυτό αναμένεται να καταναλώσουν και την ίδια ποσότητα πόρων.

²⁹ Fuchs, R., V. (1996). Economics, Values and Health Care Reform, *American Economic Review*, 86(1), pp. 1-124.

³⁰ Αλετράς, Β. και Μαρσαγγάνης, Δ. (2002), Οικονομική και χρηματοδοτική διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας τόμος Α, ΕΑΠ Πάτρα.

37. Όσον αφορά τον παράγοντα των δημογραφικών στοιχείων, ο πληθυσμός της Ελλάδας βαίνει μειούμενος από το 2011 και έπειτα ενώ προβλέπεται μείωση σε 8.3 εκατομμύρια το 2050³¹. Στη γήρανση του πληθυσμού, η Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2017³², είναι η τρίτη σε κατάταξη χώρα στον αναπτυγμένο κόσμο με τους περισσότερους ηλικιωμένους³³, με 21,7% του πληθυσμού της να είναι 65 χρονών και άνω και το 6,8% 80 χρονών και άνω, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 17,4% και 4,6% αντιστοίχως. Το 2050, στην Ελλάδα, οι άνω των 65 και οι άνω των 80 χρονών θα αντιπροσωπεύουν το 37% και 14% αντιστοίχως³⁴. Ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού στην Ελλάδα υπολογίζεται ότι το 2050 θα έχει αυξηθεί από το 9,3% το 2016 σε 17,8%.³⁵
38. Ο δείκτης προσδόκιμου ζωής σε χρόνια για τα παιδιά που γεννιούνται σήμερα ανέρχεται σε 81,4 χρόνια έναντι 80,7 χρόνια στον ΟΟΣΑ. Το προσδόκιμο ζωής σε άτομα ηλικίας 65 ετών είναι 20 χρόνια και εκτιμάται ότι θα παρουσιάσει αυξητική πορεία τις επόμενες δεκαετίες. Στις γυναίκες ηλικίας 65 ετών, το προσδόκιμο ζωής είναι 21,4 χρόνια με 13,6 χρόνια υγιούς διαβίωσης και 7,8 χρόνια με κάποιους περιορισμούς στην κινητικότητα, και στους άνδρες ηλικίας 65 ετών είναι 18,6 χρόνια, με 10,5 χρόνια υγιούς διαβίωσης και 8,1 χρόνια με περιορισμούς στην δραστηριότητα. Στα 83,5 χρόνια υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα έως το 2050.³⁶
39. Ενώ, λοιπόν, ο πληθυσμός της Ελλάδας 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 καταναλισκόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς οι ηλικιωμένοι αποτελούν το τμήμα του πληθυσμού που χρειάζεται περισσότερη ιατρική φροντίδα.
40. Όσον αφορά στην συνολική κατάσταση της υγείας του πληθυσμού στην Ελλάδα και ειδικότερα στη νοσηρότητα λόγω χρόνιων παθήσεων, το ποσοστό των ενηλίκων που ζουν με διαβήτη ανέρχεται σε 4,6% έναντι του μέσου όρου 6,4% στον ΟΟΣΑ. Ακόμη, το 79,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω δηλώνει ότι έχει πολύ καλή ή καλή υγεία, το 15,0% μέτρια υγεία και το 5,6% κακή ή πολύ κακή υγεία^{37, 38}.
41. Σημειώνεται δε ότι το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα το 2020 ήταν κατά μισό περίπου έτος υψηλότερο από τον μέσο όρο της ΕΕ, παρόλο που μειώθηκε προσωρινά κατά έξι μήνες μεταξύ του 2019 και του 2020 εξαιτίας των θανάτων λόγω της νόσου COVID-19³⁹. Οι κύριες αιτίες θανάτου το 2018 ήταν η ισχαιμική καρδιοπάθεια, το εγκεφαλικό επεισόδιο και ο καρκίνος του πνεύμονα. Πριν από την πανδημία, μεγάλο μέρος του πληθυσμού αντιλαμβανόταν ως καλή την κατάσταση

³¹ Βλ. διαΝΕΟσις(2016) «Το Δημογραφικό Πρόβλημα Της Ελλάδας».

³² Βλ. OECD (2019), «Health at a Glance 2019: OECD Indicators», OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en> και ΣΕΒ (2020) «Η υγεία στην Ελλάδα: Σε αναζήτηση σχεδιασμού για το μέλλον» Δελτίο Για την Ελληνική Οικονομία, Τεύχος 176.

³³ Μετά την Κορέα και τη Ιαπωνία.

³⁴ Η μελέτη της διαΝΕΟσις(2016) «Το Δημογραφικό Πρόβλημα Της Ελλάδας: Μια Έρευνα» προβλέπει ότι το 2050 ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 65 και άνω θα αποτελεί έως και το 33% του πληθυσμού.

³⁵ Χελά, Γ. (2016). Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, σελ. 25.

³⁶ Ο.π.

³⁷ Βλ. Ελληνική Στατιστική Αρχή (2020) «Έρευνα υγείας: Έτος 2019».

³⁸ Στην έρευνα του OECD (2019), «HealthataGlance 2019: OECD Indicators» αναφέρεται ότι το 10,4% του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω στην Ελλάδα δηλώνει ότι η υγεία του δεν είναι σε καλή κατάσταση έναντι 8,7% στον ΟΟΣΑ.

³⁹ Σύμφωνα με δημοσίευση του ΟΟΣΑ/ Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019), «.....Στην Ελλάδα το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση έφτασε τα 81,4 έτη το 2017 και σε σχέση με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το υπερέβαινε κατά μισό έτος. παρατηρήθηκε πως το προσδόκιμο ζωής για τους άνδρες έχει αυξηθεί με ταχύτερους ρυθμούς, ενώ στις γυναίκες παρέμεινε στάσιμο κατά τα τελευταία έτη με αποτέλεσμα να υπάρχει διαφορά περίπου πέντε ετών μεταξύ των φύλων, η οποία διαφορά είναι παρεμφερής με τον μέσο όρο της ΕΕ.....». (Λιάκου, 2020, Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς, σελ 36).

της υγείας του, αλλά οι Έλληνες ενήλικοι ανέφεραν μεγαλύτερη ψυχολογική δυσφορία σε σύγκριση τον μέσο όρο της ΕΕ⁴⁰.

42. Όσον αφορά στους παράγοντες κινδύνου που απειλούν την υγεία, το 27,3% του πληθυσμού ηλικίας 15 και άνω στην Ελλάδα, καπνίζει καπνικά προϊόντα σε καθημερινή βάση και καταναλώνει κατά μέσο όρο 6,5 λίτρα αλκοόλ το χρόνο, έναντι 18% και 8,9 λίτρα στον ΟΟΣΑ. 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.
43. Γενικά, σύμφωνα με την μελέτη του ΟΟΣΑ, οι δείκτες υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας φαίνεται να είναι κοντά στον μέσο όρο των αναπτυγμένων χωρών του κόσμου, αλλά οι παράγοντες 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.
44. Η ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών του δημοσίου τομέα. Σε σχετικές εγχώριες μετρήσεις αλλά και σε μελέτες του Παρατηρητηρίου Μεταρρυθμίσεων στην Υγεία⁴¹ καταγράφεται χαμηλή ικανοποίηση 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. Αντίστοιχα, σε πολλές σχετικές διεθνείς κατατάξεις⁴³ η Ελλάδα καταλαμβάνει χαμηλή θέση στα ποσοστά ικανοποίησης και ανταπόκρισης στις προσδοκίες των πολιτών του εθνικού συστήματος υγείας. Συνεπώς, και λόγω του γεγονότος ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του δημοσίου τομέα είναι χαμηλές αναμένεται ότι η ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ενισχύεται. Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι, σύμφωνα με μελέτη του ΟΟΣΑ, οι δαπάνες για την υγεία στην Ελλάδα είναι χαμηλότερες του ευρωπαϊκού μέσου όρου⁴⁴.
45. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι 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

⁴⁰ Βλ. State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021, ΟΟΣΑ και Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, σ. 3

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>.

⁴⁴ State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021

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).⁴⁵

46. 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 €1.603⁴⁶ έναντι €3.523 στην ΕΕ.⁴⁷ 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 27⁴⁸. Αντιστοίχως, η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το 2020 ανήλθε σε €1.731 όταν η αντίστοιχη των χωρών ΕΕ27 είναι € 3.159⁴⁹. Επισημαίνεται, επίσης, ότι η φαρμακευτική δαπάνη, συνταγογραφημένη ή μη, εκτός αυτής που χορηγείται στα νοσοκομεία, έχει μειωθεί από το 2011 έως το 2019 (από 2,8% ΑΕΠ σε 2,3% ΑΕΠ) και αυξηθεί κατά το 2020 στο μέγιστο της τελευταίας δεκαετίας (2,9% ΑΕΠ)⁵⁰.
47. Το ποσοστό των συνολικών δαπανών που καλύπτεται από το δημόσιο ανήλθε σχεδόν στο 60% το 2019. Οι δημόσιες τρέχουσες δαπάνες υγείας, αν και με ανοδική τάση τα τελευταία έτη (4,8% του ΑΕΠ το 2018, 5,0% του ΑΕΠ το 2019), διαμορφώνονται στο 5,9% του ΑΕΠ το 2020 έναντι του πολύ υψηλότερου 6,6% του ΑΕΠ το 2010, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στην 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 παρόχους⁵¹. 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 υποδομών⁵².
48. Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συνολικών δαπανών (35% το 2019) καλύπτεται απευθείας από τα νοικοκυριά, 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.⁵³. 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 ιδιωτικών δαπανών το 2019) και οι οδοντιατρικές υπηρεσίες.⁵⁴ Η προαιρετική ασφάλιση υγείας αντιπροσώπευε μόνον 5% των συνολικών δαπανών για την υγεία.⁵⁵

⁴⁵ 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.

⁴⁶ Προσαρμοσμένο ποσό ανάλογα με την αγοραστική δύναμη.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ Health at a Glance, OECD publication 2022, σελ.131.

⁴⁹ Health at a Glance, OECD publication 2022, σελ. 129.

⁵⁰ <https://data.oecd.org/healthres/pharmaceutical-spending.htm>.

⁵¹ <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>.

⁵² Health at a Glance, OECD publication 2022, σελ.209.

⁵³ Βλ. State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021, όπ. π., σ. 8.

⁵⁴ Οπ. π., σελ 15.

⁵⁵ Οπ. π., σελ. 8.

49. Η μεγάλη εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για ιατρικές δαπάνες στην Ελλάδα σημαίνει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοικοκυριών αντιμετωπίζει «καταστροφικές δαπάνες»⁵⁶ 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). Πάνω από το ήμισυ του συνόλου των καταστροφικών δαπανών στην Ελλάδα καταβάλλονται από το φτωχότερο 20% των νοικοκυριών.⁵⁷
50. Συναφώς, η ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ατόμου και από την κατάσταση της εθνικής οικονομίας και ευημερίας. 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. Σημαντική είναι και η επίδραση της ελαστικότητας ζήτησης ως προς την τιμή των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, η οποία παραμένει χαμηλή, αλλά και η ένταση των άλλων παραμέτρων που επηρεάζουν τη ζήτηση όπως το εισόδημα των καταναλωτών και οι τιμές των υποκατάστατων (δημόσιων) υπηρεσιών υγείας. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι στον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται και προκλητή ζήτηση (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 ασθενή⁵⁸. 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. Ο ασθενής, από άγνοια και ενδιαφέρον για την υγεία του αλλά και από εμπιστοσύνη προς τον επαγγελματία υγείας, τις περισσότερες φορές ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες που του δίνονται χωρίς πάντα να του είναι απαραίτητες.
51. Ειδικότερα, από την μία, 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 και, εν τέλει, την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Ως αποτέλεσμα αυτού, μειώνεται η ζήτηση του ιδιωτικού τομέα υγείας, ενώ αυξάνεται η ζήτηση του δημόσιου συστήματος υγείας με αποτέλεσμα το ήδη επιβαρυνμένο σύστημα υγείας να δέχεται ακόμα μεγαλύτερες πιέσεις και τα ασφαλιστικά ταμεία να οδηγούνται σε δυσχέρεια. Ωστόσο, από την άλλη, η αδυναμία του ΕΣΥ να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών έχει στρέψει μεγάλη μερίδα αυτών στους ιδιωτικούς φορείς υγείας, οι οποίοι τους παρέχουν εξειδικευμένη και ανθρωποκεντρική φροντίδα διατηρώντας ένα άριστο επίπεδο παροχής υπηρεσιών, ενώ ελαχιστοποιούνται οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και παρατηρείται αυξημένη ευελιξία και ταχύτερη προσαρμογή στις αξιώσεις των ατόμων/ασθενών.

⁵⁶ Όπ. π., σελ. 15-16. «Ως καταστροφικές δαπάνες ορίζονται οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές του νοικοκυριού οι οποίες ξεπερνούν το 40% των συνολικών δαπανών του, αφού αφαιρεθούν οι δαπάνες κάλυψης βασικών αναγκών (δηλ. για διατροφή, στέγαση και λογαριασμούς υπηρεσιών κοινής ωφέλειας)».

⁵⁷ Όπ. π., σελ. 15-16.

⁵⁸ Βλ. ενδεικτικά Πετρέλης Ματθαίος, «Προκλητή ζήτηση υπηρεσιών υγείας και μέτρα αντιμετώπισης, Παραδείγματα από την Ελλάδα στα χρόνια της οικονομικής κρίσης», Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 18, Τεύχος 4 (Οκτώβριος – Δεκέμβριος 2019), διαθέσιμό σε <https://www.vima-asklipiou.gr/images/upload/various/files/8585857182853027038FpOQbjVkcldlpvhAMis08585921505263694787.pdf>.

Το αγαθό της υγείας είναι τυπικό παράδειγμα ενός αγαθού αξιοπιστίας (credence good), ήτοι είναι ένας τύπος αγαθού με ιδιότητες που δεν μπορούν να παρατηρηθούν / κατανοηθούν από τον καταναλωτή ακόμα και μετά την αγορά του και κατανάλωση του. Το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολη την αξιολόγηση της χρησιμότητάς του. Για τα αγαθά αξιοπιστίας βλ., μεταξύ άλλων, U. Dulleck & R. Kerschbamer(2006) «On doctors, mechanics and computer specialists: The economics of Credence Goods», Journal of Economic Literature, vol. XLIV, pp. 5-42.

52. Η τεχνολογία διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Για την ορθή λειτουργία των μονάδων υγείας ζωτικής σημασίας είναι η ύπαρξη σύγχρονου εξοπλισμού και η υψηλή διαγνωστική τεχνολογία. Η παροχή υψηλής τεχνολογίας προσφέρει ταχύτερη, ευκολότερη και εγκυρότερη παροχή υγείας από τις ιδιωτικές μονάδες υγείας, σε αντίθεση με τα δημόσια θεραπευτήρια που τείνουν να παρουσιάζουν ελλείψεις σε διαγνωστικό και ιατρικό εξοπλισμό, σε κτιριακή υποδομή, σε επάρκεια κλινών και ιατρικού/νοσηλευτικού προσωπικού.
53. Ο κατακερματισμός των παροχών και της κάλυψης, οι μη αποδοτικές δημόσιες συμβάσεις, οι υπέρμετρες φαρμακευτικές δαπάνες και η ανεπαρκής πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχουν επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην λειτουργία και την οργάνωση του δημόσιου τομέα με αποτέλεσμα οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία να είναι πολύ υψηλότερες. Το επίπεδο παροχής υπηρεσιών των δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών υπονομεύεται από την ανεπαρκή χρηματοδότηση και από την έλλειψη της διαθεσιμότητας των ιατρών καθώς πολλοί ιατροί που εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα είναι απρόθυμοι να συμβληθούν, παρά το γεγονός ότι φθάνουν το ανώτατο όριο της δυναμικότητας. Η αδυναμία του εθνικού συστήματος υγείας να καλύψει τις ανάγκες του πληθυσμού έχει στρέψει μεγάλη μερίδα των χρηστών στους ιδιωτικούς φορείς υγείας οι οποίοι τους παρέχουν εξειδικευμένη και ανθρωποκεντρική φροντίδα διατηρώντας ένα άριστο επίπεδο παροχής υπηρεσιών. Επιπροσθέτως, ελαχιστοποιούνται οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στο σύστημα υγείας και παρατηρείται αυξημένη ευελιξία και ταχύτερη προσαρμογή στις αξιώσεις των καταναλωτών.
54. 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, δηλαδή 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%.⁵⁹
55. 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 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.⁶⁰

II.3. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ – ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

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

⁵⁹ Βλ. Τούντας Γ.Κ (2010), «Προκλητή ζήτηση και αλόγιστη χρήση υπηρεσιών υγείας» διαθέσιμο στο <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=813>.

⁶⁰ State of Health in the EU Ελλάδα Προφίλ Υγείας 2021, όπ. π., σελ. 14.

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).

57. Οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας διακρίνονται: α) στα **ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και πολυϊατρεία** που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας⁶¹ και β) στις **κλινικές** που παρέχουν Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας. Οι ιδιωτικές κλινικές, όπως και τα δημόσια νοσοκομεία, διακρίνονται σε Γενικές, Μικτές και Ειδικές. Γενικές θεωρούνται όσες διαθέτουν οπωσδήποτε παθολογικό τμήμα και τμήμα γενικής χειρουργικής. Μικτές είναι όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας με περισσότερες από δύο ειδικότητες αμιγώς παθολογικού ή αμιγώς χειρουργικού τομέα και οπωσδήποτε τμήμα της βασικής ειδικότητας των τομέων αυτών, δηλαδή παθολογικό τμήμα ή τμήμα γενικής χειρουργικής. Ειδικές είναι όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας αποκλειστικά μίας (1) ειδικότητας⁶².

Π.3.1 Μέγεθος του κλάδου των υπηρεσιών υγείας

58. Σύμφωνα με την ετήσια απογραφική έρευνα θεραπευτηρίων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) ο αριθμός των θεραπευτηρίων, στα οποία περιλαμβάνονται τόσο οι ιδιωτικές κλινικές όσο και τα δημόσια νοσοκομεία, στην Ελλάδα το 2019 ανήλθε σε 269 μονάδες, σημειώνοντας μείωση την τελευταία τετραετία κατά 3,9%. Με βάση το νομικό καθεστώς τους, το μεγαλύτερο ποσοστό (52,4%) των θεραπευτηρίων κατά το 2019 ήταν ιδιωτικά. Κατά το 2019, το 63,2% του συνόλου των θεραπευτηρίων ήταν Γενικά, το 32,0% Ειδικά, διαφόρων ειδικοτήτων και το 4,8% Μικτά. Το μεγαλύτερο ποσοστό των Ειδικών θεραπευτηρίων αποτελούν τα Νευροψυχιατρικά με ποσοστό 17,8% και με μεγάλη διαφορά ακολουθούν τα Μαιευτικά-Γυναικολογικά με 5,6%, τα Παθολογικά με 3,0%, τα Παιδιατρικά με 1,5%, τα Αντικαρκινικά με 1,1% και τα Οφθαλμολογικά με 1,1%.

Πίνακας 2: Θεραπευτήρια ανά νομικό καθεστώς και κατηγορία για τα έτη 2016-2019

Έτος	Μονάδες ΝΠΙΔ	Μονάδες ΝΔΠΠ	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	141	269	170	86	13

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

59. Όσον αφορά στην ποσοστιαία κατανομή των (ιδιωτικών και δημόσιων) θεραπευτηρίων στις 13 Περιφέρειες της Χώρας κατά το έτος 2019, τα περισσότερα θεραπευτήρια (34,6% του συνόλου των θεραπευτηρίων της χώρας) βρίσκονταν στην Περιφέρεια της Αττικής, με δεύτερη σε ποσοστό την Περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας (16,0%) και τρίτη τη Θεσσαλία (11,5%). Το μικρότερο ποσοστό θεραπευτηρίων παρατηρήθηκε στις Περιφέρειες Ιονίων Νήσων, Ηπείρου, Βορείου Αιγαίου και Νοτίου Αιγαίου, όπου τα θεραπευτήρια συνολικά στις τέσσερις προαναφερθείσες Περιφέρειες αντιστοιχούν στο 10,4% του συνόλου της χώρας.

Πίνακας 3: Θεραπευτήρια ανά Περιφέρεια για τα έτη 2016-2019

⁶¹ Η ιδιωτική παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνει και τα προσωπικά ιατρεία των ιδιωτών ιατρών και οδοντιάτρων.

⁶² Άρθρο 16 Ν. 4600/2019, ως ισχύει σήμερα.

Περιφέρεια	2016	2017	2018	2019	Ποσοστιαία κατανομή 2019
Αττική	98	96	94	93	34,6%
Κεντρική Μακεδονία	45	44	43	43	16,0%
Θεσσαλία	32	32	31	31	11,5%
Ανατολική Μακεδονία και Θράκη	17	17	17	17	6,3%
Κρήτη	15	15	15	15	5,6%
Δυτική Ελλάδα	17	16	14	14	5,2%
Πελοπόννησος	10	10	10	10	3,7%
Στερεά Ελλάδα	10	10	10	9	3,3%
Δυτική Μακεδονία	9	9	9	9	3,3%
Νότιο Αιγαίο	8	8	8	8	3,0%
Βόρειο Αιγαίο	7	7	7	7	2,6%
Ήπειρος	7	7	7	7	2,6%
Ιόνιοι Νήσοι	5	6	6	6	2,2%
ΣΥΝΟΛΟ	280	277	271	269	100%

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

60. Οι κλίνες κλειστής νοσηλείας το 2019 σε 44.643, ενώ κατά την τετραετία παρατηρήθηκε συνολική μείωση κατά 405 κλίνες (0,9%). Οι κλίνες ανοικτής νοσηλείας (κλίνες ημέρας) κατά την ίδια περίοδο, 2016-2019, παρουσίασαν αύξηση κατά 60 κλίνες (1,7%) φθάνοντας το 2019 συνολικά τις 3.674 κλίνες. Η Ελλάδα διαθέτει 4,2 κλίνες ανά 1.000 άτομα πληθυσμού, όταν ο μέσος όρος στον ΟΟΣΑ είναι 4,7.

Πίνακας 4: Κλίνες θεραπευτηρίων για τα έτη 2016-2019

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	44.868	3.674	48.542

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Π.3.2 Μέγεθος κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

61. Το συνολικό μέγεθος του κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε όρους αξίας εκτιμάται σε €1.864 εκ. το 2021, παρουσιάζοντας αύξηση 15,3% από το 2020 και με το Μέσο Ετήσιο Ρυθμό Μεταβολής (ΜΕΡΜ) να διαμορφώνεται σε 4,0% την περίοδο 2014 -2021. Σημειώνεται ο επίσης θετικός ΜΕΡΜ 1,2% τη χρονική περίοδο 2013-2021⁶³.

Πίνακας 5: Μέγεθος εγχώριας αγοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας σε εκατ. € (2012-2021)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	ΜΕΡΜ 2012-2021
Διαγνωστικά Κέντρα	372	309	311	326	330	327	348	362	390	476	2,8%

⁶³ Βλ. Κλαδική Μελέτη Στόχασις (2022) «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας».

Γενικές Κλινικές	914	726	758	794	799	805	841	895	893	1020	1,2%
Κέντρα Αποκατάστασης & Αποθεραπείας	104	90	73	60	59	61	65	75	71	76	-3,4%
Ψυχιατρικές Κλινικές	87	67	57	51	49	53	53	56	54	51	-5,8%
Μαιευτικές Κλινικές	201	173	186	193	203	202	210	219	228	241	2,0%
ΣΥΝΟΛΟ	1.678	1.365	1.385	1.424	1.440	1.448	1.517	1.607	1.636	1.864	1,2%

Πηγή: Στόχασις «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας» (2022)

1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

62. 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 6: 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%
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

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

Πολυϊατρεία ανά Περιφέρεια της χώρας.



Διαγνωστικά Κέντρα ανά Περιφέρεια της χώρας.



64. Το συνολικό μέγεθος της αγοράς των διαγνωστικών κέντρων σε αξία υπολογίζεται σε €476εκ. το 2021, παρουσιάζοντας αύξηση 24,3% σε σχέση με το 2020 και ΜΕΡΜ 2,8% την περίοδο 2013-2021.⁶⁴

2. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

65. Η αξία του εγχώριου κλάδου της ιδιωτικής Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας ανήλθε το 2021 συνολικά σε περίπου €1.368 εκ. Όσον αφορά τις **γενικές κλινικές** διαμορφώθηκε σε €1.020 εκ. παρουσιάζοντας αύξηση 15,8% σε σχέση με το 2020 και με ΜΕΡΜ 1,2% τη χρονική περίοδο 2013-2021. Όσον αφορά τις **μειευτικές κλινικές**, η συνολική αξία των παρεχόμενων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας υπολογίζεται σε €241 εκ. παρουσιάζοντας αύξηση 5,7% σε σχέση με το 2020 και με ΜΕΡΜ 2% τη χρονική περίοδο 2013-2021. Όσον αφορά τις **ψυχιατρικές κλινικές**, η αντίστοιχη αξία υπολογίζεται σε €51 εκ. το 2021 παρουσιάζοντας μείωση 5,6% σε σχέση με το

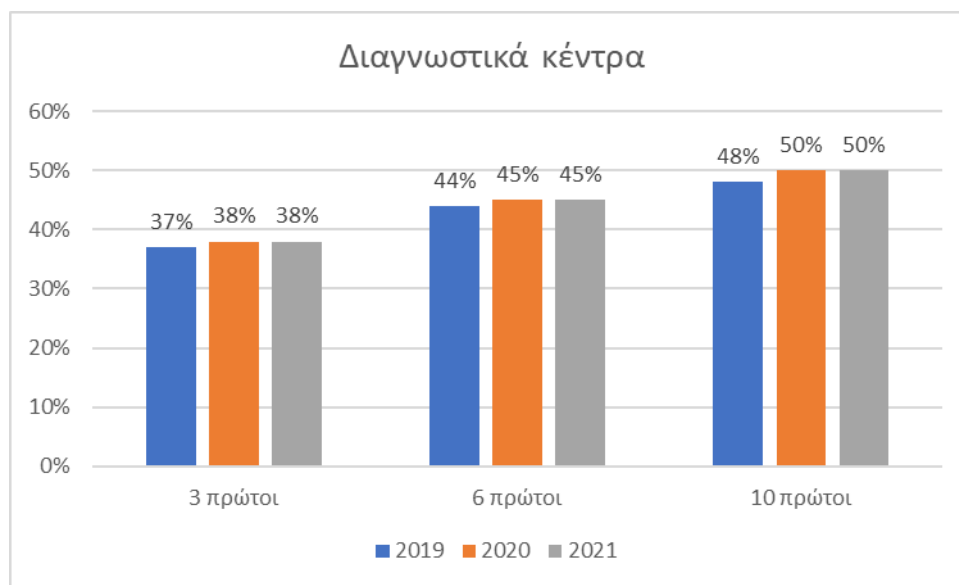
⁶⁴ Οπ. π..

2020 και με ΜΕΡΜ -5,8% τη χρονική περίοδο 2013-2021. Τέλος, όσον αφορά τα κέντρα αποκατάστασης και αποθεραπείας, η αξία των παρεχόμενων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας υπολογίζεται σε €76 εκ. το 2021 παρουσιάζοντας αύξηση 7% σε σχέση με το 2020 και με ΜΕΡΜ -3,4% τη χρονική περίοδο 2013-2021⁶⁵.

II.3.3 Βαθμός συγκέντρωσης στον κλάδο

66. Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μέτριο βαθμό συγκέντρωσης, με πέντε σημαντικούς ομίλους να δραστηριοποιούνται σε αυτόν (HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG), ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ, ΙΑΣΩ και EUROMEDICA). Ο υψηλότερος βαθμός συγκέντρωσης εμφανίζεται στην κατηγορία των μαιευτικών κλινικών. Τα τελευταία έτη έχουν γίνει εξαγορές στον κλάδο από επενδυτικά κεφάλαια (βλ. κατωτέρω), χωρίς να μεταβάλλεται δραματικά ο βαθμός συγκέντρωσης από το 2019 έως το 2021.

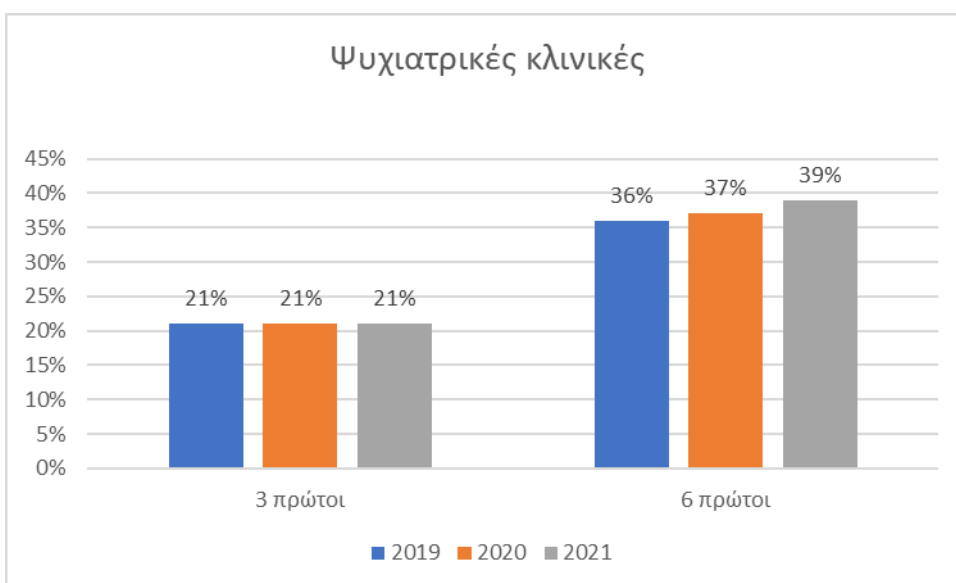
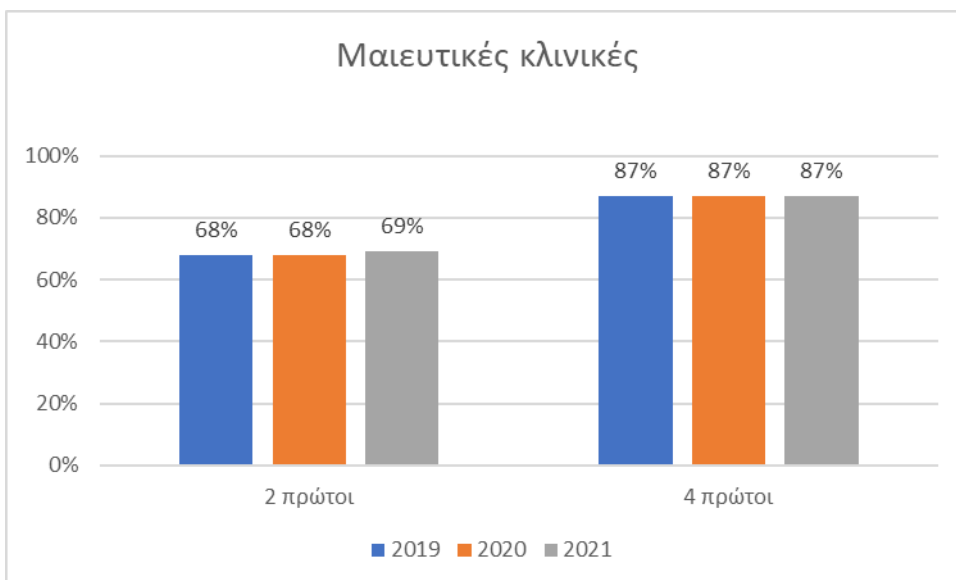
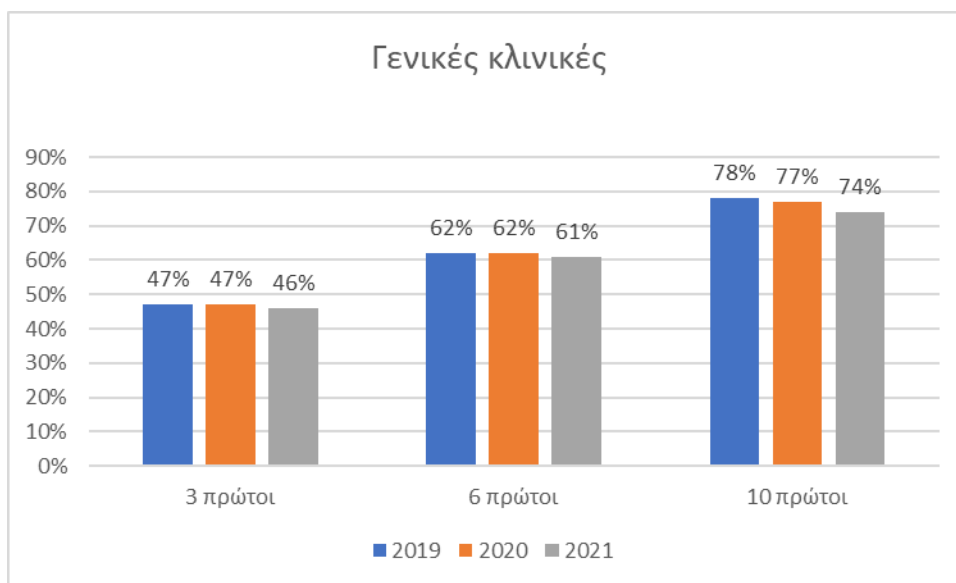
Διάγραμμα 3: Βαθμός συγκέντρωσης στην ιδιωτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας – Διαγνωστικά κέντρα

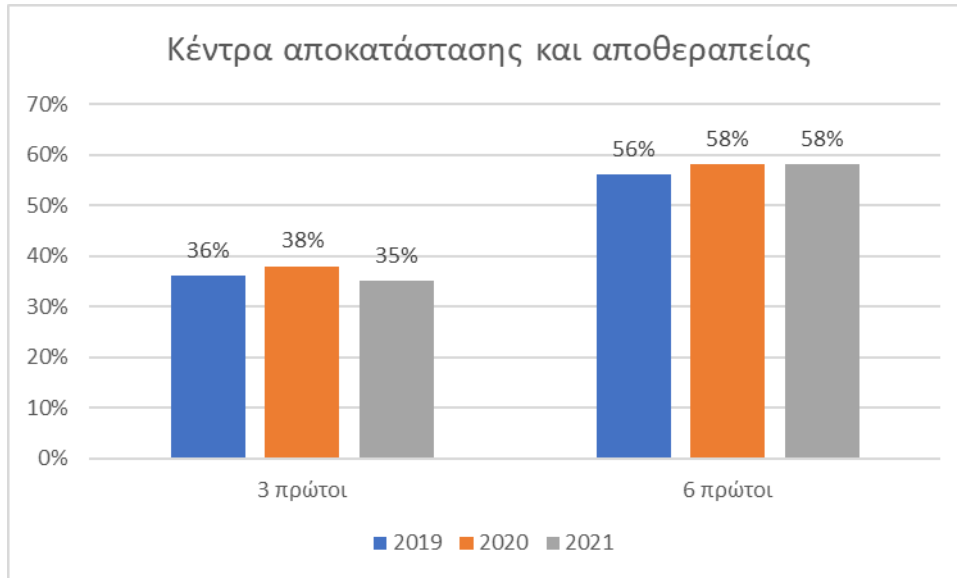


Πηγή: Κλαδική Μελέτη Στόχασις «Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας» 2020, 2021, 2022

Διάγραμμα 4: Βαθμός συγκέντρωσης στην ιδιωτική δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας ανά είδος κλινικής

⁶⁵ Βλ. Κλαδική Μελέτη Στόχασις (2022) «Ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας».





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

Π.3.4 Πρόσφατες οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο υγείας: προς μία μεγαλύτερη συγκέντρωση της αγοράς

Την περίοδο 2017-2022 γνωστοποιήθηκαν και εξετάστηκαν από την Επιτροπή Ανταγωνισμού σειρά οριζόντιων συγκεντρώσεων στο κλάδο της υγείας, κυρίως από την εταιρεία επενδυτικών κεφαλαίων CVC Capital Partners (εφεξής CVC) μέσω της θυγατρικής εταιρείας Hellenic Healthcare S.A.R.L (εφεξής και HHG). Οι συγκεντρώσεις αυτές οδήγησαν στην δημιουργία ενός ισχυρού ομίλου με παρουσία στην ελληνική αγορά υγείας (κυρίως στην Αττική) και οδήγησαν σε μεγαλύτερη συγκέντρωση στην αγορά (βλ. Π.Γ.5.). Η οικονομική ανάλυση των οριζόντιων συγκεντρώσεων στις αγορές υγείας έχει εστιάσει στις αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις των συγκεντρώσεων αυτών στις τιμές, την ποιότητα των υπηρεσιών και του μηχανισμού λήψης αποφάσεων τόσο από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας όσο και από τους παρόχους ιδιωτικών υπηρεσιών ασφάλισης υγείας στην ανάντη αγορά με τους οποίους οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας διαπραγματεύονται, σε περίπτωση οριζόντιας συγκέντρωσης της αγοράς.⁶⁶

⁶⁶ 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).

67. Τα συμπεράσματα της οικονομικής ανάλυσης σχετικά με την επίδραση των συγκεντρώσεων στον κλάδο της υγείας ποικίλουν. Ο Woolley (1989)⁶⁷ 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, δηλ., 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 επιχειρήσεων που προκύπτουν από αυτές και όχι σε αύξηση της αποτελεσματικότητας προς όφελος των καταναλωτών. Οι Vita & Sacher (2001)⁶⁸ 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)⁶⁹ αναφέρουν ότι οι συγκεντρώσεις ανταγωνιστικών επιχειρήσεων στον κλάδο της υγείας οδηγούν σε μείωση τους κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ωστόσο, σε σχέση με την επίδρασή 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.
68. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν εμπειρικές μελέτες των συγκεντρώσεων σύμφωνα με τις οποίες ότι 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 αγοραστών⁷⁰. 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 μέρ. Επίσης αναφέρεται στην εμπειρική βιβλιογραφία και η δυνατότητα η μεγάλη συγκεντρωση της αγοράς να οδηγήσει σε σημαντικές αυξήσεις κόστους της νοσοκομειακής περίθαλψης⁷¹, ή οι οικονομικές αποτελεσματικότητες να επιτευχθούν μέσω εσωτερικής αναδιοργάνωσης των ιδιωτικών νοσοκομείων παρά μέσω συγκεντρώσεων⁷². Η ολοκλήρωση post-implementation review του τελευταίου κύματος συγκεντρώσεων στην

⁶⁷ Woolley, M., J. (1989). The Competitive Effects of Horizontal Mergers in the Hospital Industry, *Journal of Health Economics*, 8, pp 271-91.

⁶⁸ 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.

⁶⁹ 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.

⁷⁰ Βλ. S.Venkatesh, C. Syverson, A. Sacarny, R. Sadun, M. Gaynor, *Opening the Black Box of Hospital Mergers*, VoxEU CEPR (Jan. 2022)

⁷¹ 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 εξασθενεί).

⁷² A. Flokou, V. Aletras, D. Miakas, Decomposition of potential efficiency gains from hospital mergers in Greece, (2017) 20 *Healthcare Management Science* 467-484.

Ελλάδα σχετικά με τα αποτελέσματα αυτών στα κόστη, και τις τιμές και ποιότητα των υπηρεσιών θα συνεισφέρει στην καλύτερη εκτίμηση των επιπτώσεων της οριζόντιας συγκέντρωσης της αγοράς στο πλεόνασμα καταναλωτή και στην συνολική ευημερία. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού ανέλυσε τις επιπτώσεις της οριζόντιας αυτής συγκέντρωσης σε σειρά Αποφάσεων, ορισμένες από τις οποίες συνοψίζονται παρακάτω.

1. ΗΗG (CVC)/ΠΕΡΣΕΥΣ (2017)

69. Τα επενδυτικά κεφάλαια CV μέσω της θυγατρικής εταιρείας ΗΗG εισέρχονται για πρώτη φορά στην ελληνική αγορά υγείας το Μάιο 2017 με την εξαγορά πλειοψηφικού πακέτου της εταιρείας «Περσεύς Ανώνυμος Εταιρεία Εκμετάλλευσης και Λειτουργίας Φορέων Υγειονομικής Μέριμνας» και το διακριτικό τίτλο «Περσεύς Υγειονομική Μέριμνα Α.Ε.» (εφεξής και «ΠΕΡΣΕΥΣ»), που λειτουργεί το νοσοκομείο Metropolitan Hospital, ιδιωτική κλινική που βρίσκεται στην περιοχή του Νέου Φαλήρου Αττικής⁷³, καθώς και την εταιρεία «Group Medical Purchasing Ε.Π.Ε.» (GMP), δραστηριοποιούμενη στην αγορά αναλωσίμων χειρουργικού υλικού.

2. ΗΗG (CVC)/ΙΑΣΩ GENERAL (2018)

70. Τον Απρίλιο 2018 η ΗΗG ολοκληρώνει την εξαγορά από τον Όμιλο ΙΑΣΩ της γενικής κλινικής ΙΑΣΩ General⁷⁴, η οποία στη συνέχεια μετονομάστηκε σε Metropolitan General. Η συγκέντρωση εγκρίθηκε χωρίς όρους και προϋποθέσεις με την υπ' αρ. Απόφαση ΕΑ 654/17.01.2018. Η συγκέντρωση οδηγούσε σε οριζόντια επικάλυψη με αθροιστικό μερίδιο που υπερέβαινε οριακά το 15%. Από την ΕΑ διαπιστώθηκε ότι, αν και το μερίδιο αυτό δεν αξιολογείται καταρχήν ως ασήμαντο, η αύξηση του δείκτη ΗΗΙ (δέλτα) ήταν μικρότερη των 100 μονάδων και η θέση στην αγορά της εξαγοράζουσας οντότητας δεν μεταβάλετο μετά την συγκέντρωση (3η θέση). Επιπλέον, η υπό κρίση αγορά παρουσίαζε κινητικότητα με ανάληψη επενδύσεων και επίταση του ανταγωνισμού όχι μόνο στις τιμές, αλλά και στο επίπεδο της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, στον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό, στην ταχύτητα εξυπηρέτησης, στα πακέτα προσφορών, κα. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, κρίθηκε ότι η συγκέντρωση δεν θα επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη δομή της σχετικής αγοράς.

3. ΗΗG (CVC)/ΥΓΕΙΑ (2018)

71. Το 2018, ο όμιλος HELLENIC HEALTHCARE GROUP ολοκληρώνει την εξαγορά του 70,38% του μετοχικού κεφαλαίου (αποκλειστικός έλεγχος) του θεραπευτηρίου ΥΓΕΙΑ («ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΝ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΝ ΚΕΝΤΡΟΝ ΑΘΗΝΩΝ ΥΓΕΙΑ»). Η συγκέντρωση εγκρίθηκε με την υπ' αρ Απόφαση ΕΑ 667/26.09.2018 χωρίς δεσμεύσεις. Στη σχετική αγορά των ιδιωτικών γενικών κλινικών, η εξαγοραζόμενη βρισκόταν στην πρώτη θέση μεταξύ των ανταγωνιστών της, με μερίδιο 15-25% το 2017, ενώ αντίστοιχα η εξαγοράζουσα με μερίδιο 10-15% βρισκόταν στην τρίτη θέση. Μετά την ολοκλήρωση της συναλλαγής η νέα οντότητα θα καταλάμβανε την πρώτη θέση με συνολικό μερίδιο 35-45%.
72. Από την Επιτροπή Ανταγωνισμού κρίθηκε κατά πλειοψηφία ότι, αν και η επαύξηση του μεριδίου από την εξεταζόμενη συγκέντρωση ήταν σημαντική, η δε αύξηση του δείκτη ΗΗΙ (δέλτα) ήταν μεγαλύτερη των 250 μονάδων, στη σχετική αγορά ασκούσαν σημαντικές ανταγωνιστικές πιέσεις από έναν μεγάλο αριθμό ανταγωνιστριών επιχειρήσεων, με αποτέλεσμα να υφίσταντο ικανοποιητικές εναλλακτικές δυνατότητες για τους καταναλωτές υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, εκτιμήθηκε ότι η υπό κρίση αγορά παρουσίαζε έντονη κινητικότητα και γίνονταν σημαντικές

⁷³ Σημειώνεται ότι είναι διαφορετική από την κλινική Metropolitan General, η οποία βρίσκεται στον Χολαργό Αττικής και συνιστά μετονομασία της πρώην ΙΑΣΩ General.

⁷⁴ <https://www.iaso.gr/news/details/2018/04/05/oloklirothike-i-exagora-tou-iaso-general-apo-tin-hellenic-healthcare>

επενδύσεις, ενώ διαπιστώθηκε και επίταση του επιπέδου ανταγωνισμού ο οποίος δεν εξαντλείτο στην τιμολογιακή πολιτική αλλά λάμβανε χώρα και στο επίπεδο της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Συνεκτιμώντας τα ανωτέρω, αξιολογήθηκε κατά πλειοψηφία ότι η υπό κρίση συγκέντρωση δεν ανεμένετο να οδηγήσει στη δημιουργία ή ενίσχυση ατομικής δεσπόζουσας θέσης της ενιαίας οντότητας στην σχετική αγορά ούτε και στον αισθητό περιορισμό του ανταγωνισμού. Η μειοψηφία εξέφρασε τις αμφιβολίες της ως προς το συμβατό της συγκέντρωσης με τις απαιτήσεις λειτουργίας του ανταγωνισμού και εξέφρασε την άποψη ότι θα έπρεπε να είχε κινηθεί η διαδικασία της πλήρους διερεύνησης της γνωστοποιηθείσας συγκέντρωσης.

4. ΗΗG(CVC)/Creta InterClinic (2019)

73. Τον Οκτώβριο 2019, ο όμιλος CVC εξαγόρασε την ιδιωτική κλινική «Creta InterClinic A.E.», η οποία διατηρεί νοσηλευτική μονάδα στο Ηράκλειο Κρήτης, παρέχοντας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας ιατρικής φροντίδας.⁷⁵

5. FARALLON/ΠΕΙΡΑΙΩΣ/EUROMEDICA (2020)

74. Με την υπ' αρ. 718/2020 απόφαση, η ΕΑ ενέκρινε την 01.10.2020 την απόκτηση της EUROMEDICA από κοινού από τις (α) FARALLON (μέσω της «HEALTHCARE INVESTORS Π») και (β) ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ. Η εταιρεία-στόχος βρισκόταν σε διαδικασία εξυγίανσης και για την ολοκλήρωσή της απαιτήθηκε σχετική επικύρωση από το Πολυμελές Πρωτοδικείο Αθηνών (ως Πτωχευτικό Δικαστήριο).
75. Η συγκέντρωση αφορούσε στις σχετικές αγορές των ιδιωτικών γενικών κλινικών, των ιδιωτικών μαιευτικών κλινικών, των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, των ιδιωτικών κέντρων αποθεραπείας και αποκατάστασης και των ιδιωτικών νευροψυχιατρικών κλινικών. Η ΕΑ έκρινε ότι, λόγω των χαμηλών αποκτώμενων μεριδίων αγοράς, δεν προκαλούνταν σοβαρές αμφιβολίες ως προς το συμβατό της με τις απαιτήσεις λειτουργίας του ανταγωνισμού σε όλες τις σχετικές αγορές.

6. Ευρωκλινική (2020)

76. Στις 17 Ιουνίου 2020 ανακοινώθηκε η συμφωνία πώλησης του ομίλου Ευρωκλινικής από τη South East Europe Fund LP σε ομάδα επενδυτών με τη συμμετοχή της διοίκησης του ομίλου (management buyout). Σύμφωνα με δημόσιες πηγές, εκτός από τη διοικητική ομάδα, οι μέτοχοι του ομίλου περιλαμβάνουν χρηματοπιστωτικά ιδρύματα, συμπεριλαμβανομένων και των τεσσάρων συστημικών τραπεζών της χώρας, ενώ ο μεγαλύτερος μέτοχος της Ευρωκλινικής είναι η LPE II LP, η οποία είναι ένα fund που διαχειρίζεται εταιρεία της BMO Global Asset Management.⁷⁶

7. Oaktree Capital Management /ΙΑΣΩ (2021)

77. Τον Απρίλιο 2019, το επενδυτικό κεφάλαιο Oaktree Capital Management («OCM») κατέθεσε δημόσια πρόταση για την απόκτηση της μαιευτικής και γυναικολογικής κλινικής ΙΑΣΩ. Η OCM

⁷⁵ Βλ. ανακοίνωση <https://www.metropolitan-hospital.gr/el/%CE%B1%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82/1381-%CF%83%CF%85%CE%BC%CF%86%CF%89%CE%BD%CE%B9%CE%B1-%CE%B5%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%BE%CE%B7%CF%83-%CF%84%CE%B7%CF%83-creta-interclinic-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%BD-%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BB%CE%BF-hellenic-healthcare>. Η εξαγορά δεν εξετάστηκε από την ΕΑ.

⁷⁶ <https://www.newmoney.gr/roh/palmos-oikonomias/business-stories/polithike-i-evrokliliki-pii-ine-i-nei-idioktites/>

απέκτησε τον Ιούλιο του 2019 συμμετοχή στο μετοχικό κεφάλαιο της ΙΑΣΩ ποσοστού 83,37%, ενώ το Σεπτέμβριο 2021, η συμμετοχή της έφτασε στο 94,15%.⁷⁷

8. Blantyre/ΗΜΙΘΕΑ (ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ) (2022)

78. Με την υπ' αρ. απόφαση ΕΑ 795/2022 εγκρίθηκε η απόκτηση της ΗΜΙΘΕΑ (Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν) από το επενδυτικό κεφάλαιο Blantyre που εξειδικεύεται στη διαχείριση επενδύσεων (χρέους και ιδίων κεφαλαίων), ιδίως σε ειδικές ή/και πολύπλοκες περιπτώσεις ανασύνταξης, αναδιοργάνωσης ή/και μετάβασης επενδυτικών χαρτοφυλακίων. Η Blantyre δεν φαίνεται να κατέχει συμμετοχές σε άλλες επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην αγορά ιδιωτικών γενικών κλινικών στην Ελλάδα ενώ ούτε επενδυτικά κεφάλαια που δραστηριοποιούνται στην εν λόγω αγορά συμμετέχουν στην Blantyre. Η εξαγοραζόμενη ήταν θυγατρική της ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ, η οποία την είχε αποκτήσει το έτος 2014 σε πλειστηριασμό που είχε επισπεύσει η ίδια και όπου δεν κατατέθηκε άλλη προσφορά. Η ΕΑ έκρινε ότι δεν προκαλούνταν σοβαρές αμφιβολίες ως προς το συμβατό της συγκέντρωσης αυτής με τις απαιτήσεις λειτουργίας του ανταγωνισμού

Π.3.5 Βασικοί παίκτες: οικονομικά στοιχεία και μετοχική σύνθεση

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

1. Hellenic Healthcare Group (CVC)

80. Ο όμιλος HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG) ανήκει στον επενδυτικό οργανισμό CVC Capital Partners. 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 Απολλώνιο Ιδιωτικό Νοσοκομείο στην Κύπρο, τα διαγνωστικά κέντρα HEALTHSPOT στην Κηφισιά, το Περιστέρι, την Γλυφάδα και τον Πειραιά, 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 EMBRYOΓΕΝΕΣΙΣ.
81. Ο κύκλος εργασιών σε ενοποιημένη βάση του ομίλου σημείωσε κατά το 2021 αύξηση της τάξης του 10% σε σχέση με το 2020. Τα κέρδη προ τόκων και φόρων (EBIT) του 2021 αυξήθηκαν κατά 13% περίπου, σε σχέση με το EBIT του 2020. Τα κέρδη μετά από φόρους του ομίλου του 2021 κατέγραψαν αύξηση κατά 140% σε σχέση με το 2020. Στον Πίνακα που ακολουθεί, πέραν των ανωτέρω στοιχείων για το 2020, 2021 παρουσιάζονται και τα αντίστοιχα του 2019.

HHG	2019	2020	2021
Κύκλος εργασιών (Revenue)	€362.777 χιλ.	€367.843 χιλ.	€406.963 χιλ.
EBIT (Earnings Before Interest and Taxes)	€52.384 χιλ.	€58.237 χιλ.	€66.016 χιλ.
Κέρδη μετά φόρων (Profit of the Year)	€28.689 χιλ.	€19.478 χιλ.	€46.867 χιλ.

Πηγή: Απαντητική επιστολή εταιρείας

⁷⁷ Βλ. <https://www.capital.gr/xrim-anakoinoseis/3581443/iaso-me-pososto-94-15-i-ocm-kai-oi-metoxoi-dioikisis>

82. Ο όμιλος HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG) ελέγχεται από τα κεφάλαια CVC. Η συμμετοχή άλλων προσώπων στο κεφάλαιο της μητρικής εταιρείας του ομίλου, Hellenic Healthcare S.ar.l., είναι κατώτερη του 10%:

Επωνυμία/Όνοματεπώνυμο	Ποσοστό συμμετοχής
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
Σύνολο	100,00%

Πηγή: Απαντητική επιστολή εταιρείας

2. ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ

83. Ο όμιλος ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ ξεκίνησε την πορεία του το 1984, με την ίδρυση του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών στο Μαρούσι από τον Δρ. Γεώργιο Β. Αποστολόπουλο. Από το 1991 είναι εισηγμένος στο Χρηματιστήριο Αθηνών.
84. 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, συνεργάζεται με ένα δίκτυο 2.800 γιατρών και απασχολεί 3.000 εργαζόμενους.
85. Ο κύκλος εργασιών σε ενοποιημένη βάση του ομίλου μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής σημείωσε κατά το 2021 αύξηση 20% σε σχέση με το 2020. Μικρότερη αύξηση 2,5% σημείωσε ο κύκλος εργασιών του α' εξαμήνου του 2022 σε σχέση με την αντίστοιχη περίοδο του 2021. Τα λειτουργικά κέρδη προ φόρων, τόκων και αποσβέσεων (EBITDA) του 2021 αυξήθηκαν κατά 71%, σε σχέση με το EBITDA του 2020, ενώ το EBITDA του α' εξαμήνου του 2022 παρουσίασε μείωση 8% σε σχέση με το αντίστοιχο του 2021. Τα κέρδη μετά από φόρους του ομίλου του 2021 κατέγραψαν αύξηση κατά 281% σε σχέση με το 2020 ενώ τα κέρδη μετά από φόρους του α' εξαμήνου του 2022 κατέγραψαν μείωση κατά 25% σε σχέση με το αντίστοιχο εξάμηνο του 2021. Στον Πίνακα που ακολουθεί, πέραν των ανωτέρω στοιχείων για το 2020, 2021 και 2022 παρουσιάζονται και τα αντίστοιχα του 2019.

ΙΑΤΡΙΚΟ	2019	2020	2021	2022 (H1)
Κύκλος εργασιών	€197.273 χιλ.	€196.866 χιλ.	€235.682 χιλ.	€117.394 χιλ.
EBITDA	€27.691 χιλ.	€21.717 χιλ.	€37.048 χιλ.	€17.599 χιλ.
Κέρδη μετά φόρων	€7.672 χιλ.	€3.974 χιλ.	€15.135 χιλ.	€5.880 χιλ.

Πηγή: Δημόσιες οικονομικές καταστάσεις εταιρείας

86. Η μετοχική σύνθεση της μητρικής εταιρείας του ομίλου, ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε. είναι η εξής:

Επωνυμία/Όνοματεπώνυμο	Ποσοστό συμμετοχής
Γ.ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΩΝ Α.Ε.	40,42%
ASKLEPIOS INTERNATIONAL GMBH	36,48%
ΑΠΟΣΤΟΛΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ	4,05%
EFG BANK	3,20%
UME CONSOLIDATED LTD	2,75%
DROMEUS GLOBAL OPPORTUNITIES FUND	2,65%
ΛΟΙΠΟΙ ΜΕΤΟΧΟΙ ΜΕ ΠΟΣΟΣΤΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ <2%	10,45%
Σύνολο	100,00%

Πηγή: Δημόσιες πληροφορίες από ιστοσελίδα της εταιρείας⁷⁸

3. EUROMEDICA

87. Ο όμιλος EUROMEDICA ιδρύθηκε το 1989 από ομάδα 65 ιατρών, ενώ από το 1994 είναι εισηγμένος στο Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών. Η EUROMEDICA παρέχει υπηρεσίες στο χώρο της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας περίθαλψης 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).
88. Βάσει διαθέσιμων στοιχείων, ο κύκλος εργασιών του ομίλου Euromedica, σημείωσε κατά το 2021 αύξηση 42% σε σχέση με το 2020. Στον Πίνακα που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι κύκλοι εργασιών του ομίλου, μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής, για τα έτη 2019, 2020 και 2021.

EUROMEDICA	2019	2020	2021
Κύκλος εργασιών	[...]	[...]	[...]

Πηγή: Επεξεργασία προσκομισθέντων στοιχείων⁷⁹

89. Η εταιρεία «EUROMEDICA ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ - ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ - ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ - ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ» έχει δύο μετόχους: την εταιρεία περιορισμένης ευθύνης «EMD Holdings S.a.r.l.» και την τραπεζική ανώνυμη εταιρεία «ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» με τα ακόλουθα ποσοστά συμμετοχής.

Επωνυμία/Όνοματεπώνυμο	Ποσοστό συμμετοχής
EMD Holdings S.a.r.l	70,65%
ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ	29,35%
Σύνολο	100,00%

Πηγή: Δημόσιες πληροφορίες από ιστοσελίδα της εταιρείας⁸⁰

4. ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ

90. 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

⁷⁸ Βλ. <https://www.iatriko.gr/el/content/metohiki-synthesi-0?cl=609>

⁷⁹ Λόγω της αλλαγής της μητρικής εταιρείας του ομίλου, η οποία συνεστήθη στις 17.11.2021, δεν υπάρχουν τα ενοποιημένα στοιχεία του ομίλου και για το λόγο αυτό, οι ανωτέρω ετήσιοι κύκλοι εργασιών αποτελούν άθροισμα των επιμέρους κύκλων των εταιρειών του ομίλου.

⁸⁰ Βλ. ΕΤΑΙΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΝΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ 17/11/2021 ΕΩΣ 31/12/2021, σελ.17 διαθέσιμο <https://www.euromedica.gr/wp-content/uploads/2022/12/2021-EUROMEDICA-Group-Financial-Statements-31.12.2021-Signed.pdf>

έχει εξαγοράσει πλήρως το απεικονιστικό εργαστήριο ΑΛΦΑ ΕΥΡΕΣΙΣ. Διατηρεί επίσης ένα Διατροφολογικό – Εργομετρικό Κέντρο και ένα Δερματολογικό Κέντρο.

91. Οι κύκλοι εργασιών σε ενοποιημένη βάση του ομίλου μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής, τα λειτουργικά κέρδη προ φόρων, τόκων και αποσβέσεων (EBITDA) του ομίλου και τα αποτελέσματα χρήσεως μετά φόρων του ομίλου ήταν οι εξής:

ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ	2019	2020	2021
Κύκλος εργασιών	€133.409.777	€130.479.204	€164.525.296
EBITDA	€18.810.395	€12.032.665	€32.222.274
Κέρδη μετά φόρων	€2.768.419	-€9.404.869	€13.724.773

Πηγή: Δημόσιες οικονομικές καταστάσεις εταιρείας

92. Η μητρική εταιρεία του ομίλου με την επωνυμία «ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» ελέγχεται από τους εξής μετόχους:

Επωνυμία/Όνοματεπώνυμο	Ποσοστό συμμετοχής
[...]	[...]
[...]	[...]
[...]	[...]
Σύνολο	100,00%

Πηγή: Απαντητική επιστολή εταιρείας

5. ΙΑΣΩ

93. Ο Όμιλος ΙΑΣΩ ιδρύθηκε το Μάιο του 1996, με τη λειτουργία της κλινικής ΙΑΣΩ, και εισήχθη στη κύρια αγορά του Χρηματιστηρίου Αθηνών το 2000. 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 Μαιευτική Γυναικολογική Γενική Κλινική, MEDSTEM SERVICES με αντικείμενο την λειτουργία της τράπεζας φύλαξης βλαστικών κυττάρων.

94. Ο κύκλος εργασιών του ομίλου μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής, τα κέρδη προ φόρων, χρηματοδοτικών, επενδυτικών αποτελεσμάτων και αποσβέσεων (EBITDA) του ομίλου μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής και τα καθαρά κέρδη μετά από φόρους του ομίλου μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής ήταν τα εξής:

ΙΑΣΩ	2019	2020	2021
Κύκλος εργασιών	€95.714.068	€97.011.030	€122.466.689
EBITDA	€7.841.809	€20.322.213	€26.781.901
Κέρδη μετά φόρων	-€10.819.453	-€803.169	€8.077.514

Πηγή: Δημόσιες οικονομικές καταστάσεις εταιρείας

95. Από το 2021, τα επενδυτικά κεφάλαια OAKTREE Capital Management ασκούν αποκλειστικό έλεγχο στη μητρική εταιρεία του ομίλου με την επωνυμία «ΙΑΣΩ Ιδιωτική Γενική, Μαιευτική-Γυναικολογική & Παιδιατρική Κλινική – Διαγνωστικό Θεραπευτικό & Ερευνητικό Κέντρο Α.Ε.» και διακριτικό τίτλο «ΙΑΣΩ Α.Ε.».

Επωνυμία/Όνοματεπώνυμο	Ποσοστό συμμετοχής
[...]	[...]
[...]	[...]
Σύνολο	100,00%

Πηγή: Απαντητική επιστολή εταιρείας

6. ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ

96. Η «ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» με διακριτικό τίτλο «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ Α.Ε.» ιδρύθηκε από την INTERAMERICAN⁸¹ και ξεκίνησε τη λειτουργία της το 1998 προσφέροντας υπηρεσίες υγείας ως διαγνωστικό, χειρουργικό και θεραπευτικό κέντρο. Το 2002 ιδρύθηκε η ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα παιδιατρικών ειδικοτήτων και υποειδικοτήτων με την υποστήριξη τμημάτων και εξειδικευμένων κέντρων για παιδιά ηλικίας από 30 ημερών έως και 14 ετών. Η εταιρεία έχει δυο θυγατρικές: Την «Ευρωκλινική - Σημείο Δ.Υ.Ο. - Ιδιωτικό Πολυϊατρείο Ιατρική Μονοπρόσωπη Ι.Κ.Ε.» με σκοπό τη δραστηριοποίηση στον τομέα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και την «EURONIA Μονοπρόσωπη Ι.Κ.Ε.» με σκοπό την εισαγωγή, την αγορά και την εμπορία κάθε φύσεως ιατρικών υλικών, συσκευών και αναλωσίμων.
97. Ο κύκλος εργασιών του ομίλου, μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής το 2021 αυξήθηκε κατά 15,15% σε σχέση με το 2020. Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται οι κύκλοι εργασιών του ομίλου μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής, τα κέρδη προ φόρων, τόκων, επενδυτικών αποτελεσμάτων και αποσβέσεων (EBITDA) του ομίλου μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής καθώς και τα κέρδη μετά φόρων μετά την αφαίρεση των ποσών επιστροφής, για την τριετία 219-2020-2021.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ	2019	2020	2021
Κύκλος εργασιών	€48.170.000	€46.837.017	€53.934.870
EBITDA	€6.580.000	€3.100.000	€5.960.000
Κέρδη προ φόρων	€1.410.000	-€1.126.748	€ 534.667

Πηγή: Δημόσιες οικονομικές καταστάσεις εταιρείας

98. Το μετοχικό κεφάλαιο της μητρικής εταιρείας του ομίλου «ΓΕΝΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ, ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» κατέχει η AKKADIA HOLDINGS LIMITED με έδρα στην Κύπρο και μετόχους φυσικά και νομικά πρόσωπα. Ωστόσο δεν υπάρχει κανένα φυσικό πρόσωπο που κατέχει τελικώς η ασκεί τον έλεγχο ποσοστού άνω του 25% στην εταιρεία μέσω της AKKADIA HOLDINGS LIMITED ή/και των νομικών προσώπων / μετόχων της. Το υπόλοιπο 0,01% του μετοχικού της κεφαλαίου κατέχουν ιατροί.

Επωνυμία/Όνοματεπώνυμο	Ποσοστό συμμετοχής
[...]	[...]
[...]	[...]
Σύνολο	100,00%

Πηγή: Απαντητική επιστολή εταιρείας

Π.3.6 Κοινές συμμετοχές και κοινή διοίκηση

99. Από την έως τώρα έρευνα της Υπηρεσίας δεν έχουν προκύψει πληροφορίες σχετικά με την ύπαρξη κοινών συμμετοχών ή κοινών μελών διοίκησης μεταξύ των κυριότερων παρόχων υγείας. Το

⁸¹ Το 2008 έγινε μεταβίβαση των μετοχών των δύο κλινικών στο SOUTH EASTERN EUROPE FUND από την EUREKO B.V. (μητρική εταιρεία της INTERAMERICAN).

ζήτημα αυτό θα αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας στην Τελική Έκθεση της παρούσας κλαδικής έρευνας.

II.3.7 Καθετοποίηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας: επιπτώσεις στον ανταγωνισμό

100. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η καθετοποίηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας, μέσω της εξάπλωσής τους στις όμορες αγορές υπηρεσιών ασφάλισης υγείας. Στο πλαίσιο αυτό η εξαγορά της Εθνικής Ασφαλιστικής από τον επενδυτικό οργανισμό CVC στον οποίον ανήκει το HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG), η οποία εγκρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2022), πρόσφερε τη δυνατότητα να εξεταστούν πιθανές αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις από μη οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο της υγείας⁸².
101. Στην βιβλιογραφία την τελευταία δεκαετία παρατηρούμε το ιδιαίτερο ενδιαφέρον ερευνητών, σε θεωρητικό και εμπειρικό επίπεδο, σχετικά με την επίδραση συγκεντρώσεων μεταξύ μη ανταγωνιστικών επιχειρήσεων στον ευρύτερο κλάδο υγείας (cross-market mergers). Ειδικότερα, το ενδιαφέρον επικεντρώνεται ιδίως σε αγορές όπου υφίστανται κοινοί ιδιοκτήτες. Σε τέτοιες αγορές, οι συγκεντρώσεις μεταξύ μη ανταγωνιστών μπορούν να βλάψουν τον ανταγωνισμό αυξάνοντας τις τιμές των προσφερόμενων υπηρεσιών.
102. Οι Dafny et al. (2019)⁸³ υποστηρίζουν ότι οι συγκεντρώσεις μεταξύ μη ανταγωνιστικών επιχειρήσεων στον κλάδο της υγείας οδηγούν σε αύξηση των τιμών και μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι συγγραφείς χρησιμοποιούν στοιχεία συγκεντρώσεων στις Η.Π.Α. από το 1996 έως το 2012 και καταλήγουν ότι για συγκεντρώσεις επιχειρήσεων με έδρα την ίδια Πολιτεία η αύξηση των τιμών κυμαίνεται από 7% έως 9%, ενώ για συγκεντρώσεις επιχειρήσεων με έδρα διαφορετική Πολιτεία η αντίστοιχη αύξηση δεν είναι τόσο σημαντική. Οι King & Fuse Brown (2017)⁸⁴ υποστηρίζουν ότι είναι επιτακτική η ανάγκη ενδελεχούς εξέτασης τέτοιου είδους συγκεντρώσεων στον ανταγωνισμό ώστε να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά ο αυξημένος βαθμός συγκέντρωσης στην αγορά και οι ενδεχόμενες αυξήσεις των τιμών των προσφερόμενων υπηρεσιών⁸⁵.
103. Στην παρούσα ενότητα εξετάζονται πιθανές κάθετες αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις μέσω πιθανών πρακτικών αποκλεισμού πρόσβασης σε εισροές ή σε πελάτες. Αποκλεισμός από την πρόσβαση σε εισροές (“input foreclosure”) υπάρχει, όταν, μετά τη συγκέντρωση, η νέα οντότητα ενδέχεται να περιορίσει την πρόσβαση στα προϊόντα ή στις υπηρεσίες τα οποία θα παρείχε σε περίπτωση που δεν είχε πραγματοποιηθεί η συγκέντρωση, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό το κόστος των ανταγωνιστών της που δραστηριοποιούνται σε αγορά επόμενης οικονομικής βαθμίδας και καθιστώντας δυσχερέστερη γι’ αυτούς την προμήθεια εισροών υπό παρεμφερείς τιμές και συνθήκες με εκείνες που ίσχυαν πριν από τη συγκέντρωση. Αποκλεισμός από την πρόσβαση σε πελάτες (“customer foreclosure”) ενδέχεται να προκύψει, όταν ένας προμηθευτής προβαίνει σε συγκέντρωση με ένα σημαντικό πελάτη στην αγορά επόμενης οικονομικής βαθμίδας. Περαιτέρω κάθετες αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις λόγω πρόσβασης σε ευαίσθητες πληροφορίες σχετικά με τις δραστηριότητες των ανταγωνιστών της που δραστηριοποιούνται στις αγορές προηγούμενης ή επόμενης οικονομικής βαθμίδας εξετάζονται στην ενότητα IX.

⁸² Ευρ. Επιτροπή, Απόφαση M.10301 - CVC / ΕΘΝΙΚΗ (24.2.2022).

⁸³ Dafny, L., Ho K., Lee, S., R. (2019). The Price Effects of Cross-Market Mergers: Theory and Evidence from the Hospital Industry, The Rand Journal of Economics, 50(2), pp 286-325.

⁸⁴ King, S., J., Fuse Brown, C., E. (2017). The Anti-Competitive Potential of Cross-Market Mergers in Health Care, Saint Lewis University Journal of Health Law & Policy, 11(1), pp 43-68.

⁸⁵ Βλ. επίσης https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3055919.

104. Να σημειωθεί εδώ ότι η καθετοποίηση παρόχων υπηρεσιών υγείας και των ασφαλιστικών εταιρειών δεν λαμβάνει μόνο τη μορφή κάθετων συγκεντρώσεων, οι οποίες εξετάζονται στο πλαίσιο του ελέγχου εκ των προτέρων των συγκεντρώσεων από την Επιτροπή Ανταγωνισμού (ex ante), αλλά δύναται να πάρει την μορφή μερικής καθετοποίησης, με τη σύναψη σειράς κάθετων συμπράξεων, όπως συμφωνίες αποκλειστικότητας, δεσμευμένες πωλήσεις, ρήτρες “all or nothing”, ρήτρες MFN, συμφωνίες μη ανταγωνισμού⁸⁶, τα οποία δύναται επίσης να οδηγήσουν σε επιπτώσεις κάθετου αντι-ανταγωνιστικού αποκλεισμού, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, και οι οποίες εξετάζονται εκ των υστέρων (ex post) από την Επιτροπή Ανταγωνισμού⁸⁷. Η καθετοποίηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικών εταιρειών που παρατηρείται μέσω συγκεντρώσεων ή άλλων ενδεχομένως κάθετων πρακτικών, όπως δεσμευμένες πωλήσεις, συμβάσεις αποκλειστικότητας κλπ. δύναται να έχει τόσο θετικές όσο και αρνητικές επιπτώσεις στον ανταγωνισμό.

Π.3.7.1. Καθετοποίηση και επιπτώσεις στον ανταγωνισμό: σύνοψη της οικονομικής θεωρίας

105. Σχετικά με τις σχέσεις μεταξύ νοσοκομείων και γιατρών, τυχόν καθετοποίηση μέσω συγκέντρωσης ή κάθετων συμπράξεων δύναται, σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, να φέρει θετικά αποτελέσματα στην περίθαλψη των ασθενών λόγω του καλύτερου συντονισμού και ειδικά του integrated care approach που επιτρέπει η καλύτερη διασύνδεση των ηλεκτρονικών δεδομένων ιατρικού φακέλου που συλλέγουν οι γιατροί και των δεδομένων περίθαλψης που συλλέγουν τα νοσοκομεία, διευκολύνοντας τη συνεργασία μεταξύ των διαφόρων ιατρικών ομάδων και νοσηλευτών⁸⁸. Σημειώνεται όμως ότι ορισμένα θεωρητικά υποδείγματα αλλά και εμπειρικές μελέτες αναφέρουν αυξήσεις τιμών τόσο για ιατρικές πράξεις που καλύπτονται από ιδιωτική (ή δημόσια) ασφάλιση⁸⁹, όσο και γενικότερα σε πράξεις που δεν καλύπτονται από ιδιωτική (ή δημόσια) ασφάλιση⁹⁰. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η δυνατότητα μέσω μόχλευσης της ισχύς αγοράς/δεσπόζουσας θέσης που ενδεχομένως να έχει ένα νοσοκομείο στην αγορά δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας σε μία γεωγραφική περιοχή να επιβάλει πρακτικές δεσμοποίησης οδηγώντας σε αύξηση τιμών των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας από τους ιατρούς που συνεργάζονται αποκλειστικά με το νοσοκομείο (εκμεταλλευτική πρακτική)⁹¹. Περαιτέρω, η καθετοποίηση μέσω πρακτικών δεσμοποίησης αυξάνει την διαπραγματευτική ισχύ των νοσοκομείων και ιατρών έναντι των ασφαλιστικών εταιρειών μια και λόγω της συλλογικής πλέον διαπραγματευτικής τους θέσης μπορούν να πετύχουν καλύτερους όρους στις διαπραγματεύσεις τους με τις ασφαλιστικές εταιρείες

⁸⁶ Βλ. για μία χρήσιμη σύνοψη Katherine L. Gudiksen, Alexandra D. Montague, Jaime S. King, Amy Y. Gu, Brent D. Fulton, and Thomas L. Greaney, Preventing Anticompetitive Contracting Practices in Healthcare Markets (Petris Centre, Research Report, Sept. 2020).

⁸⁷ Κανονισμός (ΕΕ) 2022/720 της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την εφαρμογή του άρθρου 101 παράγραφος 3 της Συνθήκης για τη λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε ορισμένες κατηγορίες κάθετων συμφωνιών και εναρμονισμένων πρακτικών, ΕΕΕΕ [2022] L134/4; Κατευθυντήριες γραμμές για τους κάθετους περιορισμούς, 2022/C 248/01.

⁸⁸ Βλ. O. Williamson, The Vertical Integration of Production: Market Failure Considerations, (1971) 61(2) American Economic Review Papers & Proceedings 112-123 για τις θετικές επιπτώσεις της καθετοποίησης για τη συναλλακτική αποτελεσματικότητα (transactional efficiency).

⁸⁹ Βλ. C.S, Carlin, R. Feldman & B. Dowd, The Impact of Hospital Acquisition of Physician Practices on Referral Patterns, (2016) 25 Health Economics 439-454 (από εμπειρική σκοπιά); Βλ. γενικά για θεωρητικά επιχειρήματα ότι η καθετοποίηση νοσοκομειακών υπηρεσιών και ιατρών οδηγεί σε αυξήσεις τιμών και σχετικά μικρές οικονομίες αποτελεσματικότητας A. Evans Cuellar, P. J Gertler, Strategic integration of hospitals and physicians, (2006) 25(1) Journal of Health Economics 1-28; Βλ. όμως F. Ciliberto, D. Dranove, The effect of physician-hospital affiliations on hospital prices in California, (2006) 25(1) Journal of Health Economics 29-38 (μελέτη που δεν βρίσκει επιπτώσεις στις τιμές, με εξαίρεση νοσοκομεία σε μη αστικές περιοχές όπου η καθετοποίηση οδηγεί σε μειώσεις τιμών).

⁹⁰ Βλ. C. Capps, N. Dija, T. Shvydko & Z. Zabinski, Stacking the Blocks: Vertical Integration and Antitrust in the Healthcare Industry, CPI Antitrust Chronicle (May 2021), σελ. 5 και την αναφερόμενη εκεί βιβλιογραφία.

⁹¹ G. Vistnes & Y. Sarafidis, Cross-Market Hospital Mergers: A Holistic Approach, (2013) 79(1) Antitrust Law Journal 253-293.

και με αυτό τον τρόπο να αυξήσουν το μέρος του πλεονάσματος που επέρχεται σε αυτούς από την κάθετη συνεργασία μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και νοσοκομείων/ιατρών, οδηγώντας ενδεχομένως και σε αυξήσεις των τιμών στην ασφαλιστική αγορά⁹².

106. Η βιβλιογραφία επίσης δεν αποκλείει και κάθετα αποτελέσματα αποκλεισμού (vertical foreclosure effects), σε περίπτωση που η καθετοποίηση περιορίσει την πρόσβαση ανταγωνιστικών νοσοκομείων σε ιατρικές υπηρεσίες (ιδιαίτερα εξειδικευμένες)⁹³ ή να δημιουργήσει κάποια μορφή μονοψώνιο το οποίο δύναται να έχει εκμεταλλευτικά αποτελέσματα στην αγορά εργασίας (ιατρικό και νοσοκομειακό προσωπικό)⁹⁴. Παρουσιάζει ενδιαφέρον για το παραπάνω ότι στο πλαίσιο της έρευνάς της για τη συγκέντρωση CVC/Εθνική Ασφαλιστική, η Ευρ. Επιτροπή σημείωσε ότι οι ιατροί στην Ελλάδα δεν φαίνεται να έχουν συμβάσεις αποκλειστικότητας με τα νοσοκομεία και ότι συνήθως προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όχι σε ένα νοσοκομείο, αλλά σε περισσότερα (multihome)⁹⁵. Όπως ανέφερε η Ευρ. Επιτροπή, οι ιατροί κατευθύνουν τους ασθενείς τους σε οποιοδήποτε από τα νοσοκομεία με τα οποία συνεργάζονται⁹⁶. Σε σχέση με την καθετοποίηση υπηρεσιών υγείας (τόσο δευτεροβάθμιας όσο και πρωτοβάθμιας) με υπηρεσίες ασφάλισης με σκοπό τη δημιουργία ενός συστήματος Integrated Delivery Network (IDN), η βιβλιογραφία σημειώνει τόσο τα θετικά αποτελέσματα που αυτή επιφέρει, όσον αφορά τον συντονισμό της ιατρικής παρακολούθησης (integrated care), τον καλύτερο συντονισμό των χρηματο-οικονομικών κινήτρων και ειδικά τη δυνατότητα να αναπτυχθούν διαφορετικά επιχειρηματικά μοντέλα (π.χ. fee for service models, value-based payment models), όσο και πιθανά αντι-ανταγωνιστικά αποτελέσματα, κυρίως λόγω επιπτώσεων κάθετου αποκλεισμού⁹⁷. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ένα υπόδειγμα από τους Cuesta, Noton & Vatter⁹⁸ το οποίο εστιάζει στη μελέτη των κινήτρων για καθετοποιημένες ασφαλιστικές εταιρείες να χρησιμοποιούν τις διαπραγματεύσεις με νοσοκομεία για τις τιμές των νοσηλίων ώστε να κατευθύνουν τους ασθενείς προς τα νοσοκομεία που ελέγχουν. Το υπόδειγμα εξετάζει την αλληλεπίδραση μεταξύ νοσοκομείων, ασφαλιστικών εταιρειών και καταναλωτών ως ένα παίγνιο τεσσάρων σταδίων. Στο πρώτο στάδιο, τα νοσοκομεία και οι ασφαλιστικές εταιρείες συμμετέχουν σε διμερείς διαπραγματεύσεις για τις τιμές των νοσοκομείων. Στο δεύτερο στάδιο, οι ασφαλιστές εταιρείες καθορίζουν τα ασφάλιστρα λαμβάνοντας τις τιμές των νοσοκομείων ως δεδομένες. Στο τρίτο στάδιο, τα νοικοκυριά επιλέγουν ένα ασφαλιστικό πρόγραμμα. Τέλος, στο τέταρτο στάδιο, ο κίνδυνος για την υγεία των καταναλωτών γίνεται αντιληπτός και, όταν αρρωστήσουν, επιλέγουν ένα νοσοκομείο μέσα σε ένα σύνολο επιλογών που εξαρτάται από το ασφαλιστικό τους πρόγραμμα. Αυτό το μοντέλο είναι σε γενικές γραμμές παρόμοιο με τα κορυφαία μοντέλα

⁹² Βλ. G. Peters, Bargaining power and the effects of Joint Negotiation, (2014); E. Gal-Or, The Profitability of Vertical Mergers between Hospitals and Physician Practices, (1999) 18 Journal of Health Economics 623-654; L. Dafny, K. Ho, R.S. Lee, The Price-Effects of Cross-Markets Mergers: Theory and Evidence from the Hospital Industry, (2019) 50(2) Rand Journal of Economics 286-325.

⁹³ M. Gaynor, Is Vertical Integration Anticompetitive? Definitely May be (but that's not final), (2006) 25(1)Journal of Health Economics 175-180.

⁹⁴

⁹⁵ CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 81.

⁹⁶ CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 82.

⁹⁷ C. Capps, N. Dija, T. Shvydko & Z. Zabinski, Stacking the Blocks: Vertical Integration and Antitrust in the Healthcare Industry, CPI Antitrust Chronicle (May 2021), σελ. 10.

⁹⁸ José Ignacio Cuesta, Carlos Noton Benjamin Vatter, Vertical Integration between Hospitals and Insurers, Stanford Graduate School of Business (Working Paper no 4001, 2019), <https://www.gsb.stanford.edu/faculty-research/working-papers/vertical-integration-between-hospitals-insurers>

στη βιβλιογραφία⁹⁹, και τα οποία συνδέει με πρόσφατες εξελίξεις στη μελέτη των κάθετων επιπτώσεων στον ανταγωνισμό¹⁰⁰. Ειδικότερα, το υπόδειγμα λαμβάνει υπόψη ότι οι καθετοποιημένες ασφαλιστικές εταιρείες καθορίζουν τόσο τις τιμές των νοσοκομείων όσο και τα ασφάλιστρα για να μεγιστοποιήσουν τα κοινά κέρδη. Δύο μηχανισμοί λειτουργούν ταυτόχρονα: Οι καθετοποιημένες ασφαλιστικές έχουν κίνητρα να αυξήσουν τις τιμές των νοσοκομείων για να κατευθύνουν τη ζήτηση από αντίπαλα νοσοκομεία και ασφαλιστές προς τους συνδεδεμένους εταίρους τους. Πρώτον, τα καθετοποιημένα νοσοκομεία έχουν κίνητρα για να κατευθύνουν τη ζήτηση στους ενσωματωμένους ασφαλιστές τους διαπραγματεύοντας υψηλότερες νοσοκομειακές τιμές με ανταγωνιστικές ασφαλιστικές εταιρείες (enrollee-steering effect), οποίο έχει αναφερθεί από τη βιβλιογραφία ως στρατηγική Raising Rivals' Cost¹⁰¹. Δεύτερον, οι καθετοποιημένες ασφαλιστικές εταιρείες έχουν κίνητρα για να κατευθύνουν τη ζήτηση στα καθετοποιημένα νοσοκομεία που ελέγχουν διαπραγματεύόμενα υψηλότερες τιμές με ανταγωνιστικά νοσοκομεία (patient-steering effect). Αναφέρουν ότι η επίπτωση αυτή δεν έχει μελετηθεί προηγουμένως, καθώς συνδέεται με την ιδιαίτερη δομή της αγοράς υγειονομικής περίθαλψης. Και τα δύο φαινόμενα που περιγράφουν, enrollee steering effect και patient-steering effect) αποτελούν στρατηγικές μερικού αποκλεισμού, καθώς δύνανται να οδηγήσουν σε αποκλεισμό τόσο στην κατάντη όσο και στην ανάντη αγορά¹⁰². Σύμφωνα με το υπόδειγμα, η απαγόρευση μορφών κάθετης ολοκλήρωσης αυξάνει τη συνολική ευημερία, σε μεγάλο βαθμό λόγω της μείωσης του χάσματος μεταξύ των τιμών των καθετοποιημένων και των μη καθετοποιημένων νοσοκομείων. Αυτή η αλλαγή στις τιμές μειώνει το κόστος των ασφαλιστών, το οποίο μετακυλιέται εν μέρει στους καταναλωτές. Σύμφωνα με τους υπολογισμούς των Cuesta, Noton & Vatter, οι οποίοι χρησιμοποίησαν δεδομένα από την αγορά της Χιλής, οι επιπτώσεις στη συνολική ευημερία (total welfare standard) της απαγόρευσης της κάθετης ολοκλήρωσης είναι 146 εκατομμύρια δολάρια ετησίως, ποσό που συνδυάζει τη μείωση των κερδών των νοσοκομείων με αυξήσεις τόσο στα κέρδη των ασφαλιστικών εταιρειών όσο και στο πλεόνασμα των καταναλωτών. Συγχρόνως όμως εξετάζουν και τις επιπτώσεις της κάθετης ολοκλήρωσης, από την άποψη της διανεμητικής δικαιοσύνης, τόσο στα έσοδα των ασφαλιστικών εταιρειών, των ασφαλιστικών εταιρειών, στο πλεόνασμα καταναλωτών, και στη συνολική ευημερία, ανάλογα με την προτεραιότητα του κάθε δημόσιου φορέα ή της Επιτροπής Ανταγωνισμού.

II.3.7.2. Παράδειγμα Ανάλυσης κάθετων επιπτώσεων στον ανταγωνισμό: η συγκέντρωση CVC/Εθνική Ασφαλιστική (2022)

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

⁹⁹ Βλ. π.χ. G. Gowrisankaran, A. Nevo & R.J. Town, R. J, Mergers When Prices Are Negotiated: Evidence from the Hospital Industry, (2015) 105 American Economic Review, 172–203; K. Ho & R. Lee, Insurer Competition in Health Care Markets, (2017) 85(2) Econometrica, 379–417.

¹⁰⁰ R.S. Lee, Vertical integration and exclusivity in platform and two-sided markets, (2013) 103(7) American Economic Review, 2960–3000; G.S. Crawford, R.S. Lee, M.D. Whinston & A. Yurukoglu, The Welfare Effects of Vertical Integration in Multichannel Television Markets. (2018) 86(3) Econometrica, 891–954.

¹⁰¹ S.C. Salop, D.T. Scheffman, Raising rivals' costs, (1983) 73(2) The American Economic Review 267–271.

¹⁰² Hart, O. and Tirole, J. (1990). Vertical Integration and Market Foreclosure. Brookings Papers on Economic Activity, Microeconomics, 205–285.

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

108. Σχετικά με την αγορά ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας, η Ευρ. Επιτροπή εξέτασε τρεις ενδεχόμενες πρακτικές κάθετου αποκλεισμού πρόσβασης σε εισροές στις οποίες θα μπορούσε να προχωρήσει η νέα καθιερωμένη οντότητα ¹⁰³: (α) Πρακτικές πλήρους κάθετου αποκλεισμού, με τη νέα οντότητα (κυρίως τα νοσοκομεία του ομίλου Υγεία) να προσφέρει γενικές ιδιωτικές νοσοκομειακές υπηρεσίες 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 (κυρίως τα νοσοκομεία του ομίλου Υγεία) να αυξάνει τις τιμές που προσέφερε σε ανταγωνιστές της Εθνικής Ασφαλιστικής για υπηρεσίες γενικού ιδιωτικού νοσοκομείου στην Αττική; (γ) Πρακτικές μερικού αποκλεισμού που δεν βασίζεται στην τιμή, με τη νέα οντότητα να δυσκολεύει τους ασφαλισμένους ανταγωνιστικών εταιρειών στην Εθνική Ασφαλιστική να λάβουν αποζημίωση για τις ιατρικές αμοιβές που πλήρωσαν σε ανταγωνιστικά νοσοκομεία της νέας οντότητας στην Αττική ή η νέα οντότητα θα απέσυρε τα οφέλη που προσέφερε σε αυτούς που δεν ήταν ασφαλισμένοι στην Εθνική Ασφαλιστική και θα τα διατηρούσε μόνο για τους ασφαλισμένους της Εθνικής Ασφαλιστικής.
109. Η Ευρ. 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 αντίστοιχο επιπέδου νοσοκομειακές υπηρεσίες, όσο και πιθανές στρατηγικές των ανταγωνιστών της νέας οντότητας σε συνεργασία με άλλα νοσοκομεία που θα μπορούσαν να αποτρέψουν πρακτικές κάθετου αποκλεισμού, για να καταλήξει 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, και σημειώνοντας τη σχετική μικρή μετακίνηση καταναλωτών 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 ΗΗG που θα ήλεγχε, ειδικά λόγω του γεγονότος ότι περίπου ποσοστό 70-80% των εσόδων των νοσοκομείων του ομίλου ΗΗG προέρχονται από ανταγωνιστές της Εθνικής Ασφαλιστικής. Σχετικά με τις επιπτώσεις στον ανταγωνισμό η Ευρ. 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 εισόδου¹⁰⁴.

¹⁰³ CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 64.

¹⁰⁴ CVC/Ασφαλιστική, παρ. 91.

110. Η Ευρ. Επιτροπή επίσης εξέτασε πιθανές πρακτικές αποκλεισμού από τη νέα οντότητα πρόσβασης σε πελάτες των ανταγωνιστών του ομίλου HHG στην ανάντι αγορά γενικών υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικές κλινικές, μέσω ενδεχομένων πρακτικών (α) συνολικού αποκλεισμού με την Εθνική Ασφαλιστική να προσφέρει μόνο ένα κλειστό σύστημα ασφαλιστικών προϊόντων υγείας από νοσοκομεία του ομίλου HHG, (β) μερικού αποκλεισμού επί τη βάση των κανόνων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου με το οποίο η Εθνική Ασφαλιστική θα επέβαλε για παράδειγμα υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής σε δαπάνες σε πελάτες που θα επέλεγαν ανταγωνιστικά ιδιωτικά νοσοκομεία σε αυτά του ομίλου HHG ή θα ζητούσε κάποια μορφή 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 να κατευθύνει μέσω του τηλεφωνικού της κέντρου ή των ασφαλιστικών της συμβούλων ή με το να διαφημίζει με εμφανέστερο τρόπο τα πλεονεκτήματα που προσέφεραν τα νοσοκομεία του ομίλου HHG σε σχέση με τα ανταγωνιστικά νοσοκομεία ή με το να προσφέρουν άμεσα κάλυψη ασφαλιστικού κινδύνου μόνο για υπηρεσίες ρομποτικής χειρουργικής σε νοσοκομεία του ομίλου HHG και όχι σε ανταγωνιστικά νοσοκομεία¹⁰⁵. Η Ευρ. Επιτροπή απέκλεισε τη δυνατότητα της νέας οντότητας να αποκλείσει πρόσβαση σε πελάτες λόγω του χαμηλού μεριδίου αγοράς της Εθνικής η οποία δεν διαθέτει ισχύ αγοράς με τους πελάτες της να αντιπροσωπεύουν μόνο το 20-30% των εσόδων των νοσοκομείων του ομίλου HHG στην Αττική με την Ευρ. Επιτροπή να σημειώνει ότι ένα σημαντικό μέρος (περίπου το 50-60%) των εσόδων των νοσοκομείων του ομίλου HHG στην Αττική προέρχεται από πληρωμές από μη ασφαλισμένους ασθενείς ή από το ΕΣΥ, ενώ 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. 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 HHG, μια και η Εθνική Ασφαλιστική είχε ήδη προβεί σε προωθητικές ενέργειες και για άλλα νοσοκομεία και του μικρού ρόλου που έχει η διαφημιστική προώθηση στην αγορά αυτή μια και 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 μια και, μεταξύ άλλων, οι υπηρεσίες ρομποτικής χειρουργικής αποτελούν ένα μικρό μέρος των ενδονοσοκομειακών 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

¹⁰⁵ CVC/Ασφαλιστική, παρ. 95.

πελάτες¹⁰⁶. Ενδιαφέρον όμως εδώ έχει ότι η Ευρ. Επιτροπή θεώρησε ότι η νέα οντότητα θα είχε το κίνητρο αποκλεισμού ιδιωτικών παρόχων γενικών υπηρεσιών υγείας στην Αττική, τόσο λόγω του γεγονότος ότι οι ασθενείς επιλέγουν διαφορετικά νοσοκομεία σχετικά εύκολα (consumer switching) και υπάρχει multi-homing των ιατρών και των ασθενών, όσο και λόγω των μεγαλύτερων περιθωρίων κέρδους του ομίλου HHG σε σχέση με αυτών της Εθνικής Ασφαλιστικής, τα οποία συνδυαστικά κάνουν επικερδή μία στρατηγική αποκλεισμού πρόσβασης σε πελάτες. 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 HHG να επενδύσουν στην καινοτομία ή να προσεκλύσουν 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 συνεργαστούν¹⁰⁷. 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 αφορά¹⁰⁸.

III. ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

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

III.1. ΙΔΡΥΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ

112. Το πλαίσιο ίδρυσης και λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών προβλέπεται ιδίως στον ν. 4600/2019 «Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις»¹⁰⁹, ως ισχύει. Ιδιωτική κλινική είναι η «υγειονομική μονάδα στην οποία παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας ασθενών, σύμφωνα με τις παραδεδεγμένες σύγχρονες αντιλήψεις και μεθόδους της

¹⁰⁶ CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 127-128.

¹⁰⁷ CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 139-140.

¹⁰⁸ CVC/Εθνική Ασφαλιστική, παρ. 141.

ιατρικής επιστήμης»¹¹⁰. Τα εργαστήρια, τα φαρμακεία και οι μονάδες της κλινικής λογίζονται ως τμήματα της ιδιωτικής κλινικής¹¹¹.

113. Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής μπορεί να χορηγηθεί σε φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου¹¹². Στο ίδιο φυσικό ή νομικό πρόσωπο είναι δυνατόν να χορηγηθούν περισσότερες από μία άδειες ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών. Οι μετοχές ή τα μερίδια των κεφαλαιουχικών εταιρειών Ιδιωτικής Κλινικής, είναι ονομαστικά στο σύνολό τους.
114. Στο Νόμο προσδιορίζονται επίσης τα πρόσωπα τα οποία δεν δικαιούνται να λάβουν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας βάσει της ποινικής τους κατάστασης, Συγκεκριμένα, δεν χορηγείται άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής σε όσους έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων της ποινικής νομοθεσίας που συνεπάγεται ανικανότητα κτήσης της δημοσιοϋπαλληλικής ιδιότητας, ή για παράβαση που αφορά τη νομοθεσία για τα ναρκωτικά, κώλυμα το οποίο αίρεται μόνο σε περίπτωση αμετάκλητης αθωωτικής απόφασης. Η σύνδεση της ποινικής κατάστασης ενός προσώπου με την λειτουργία της ιδιωτικής κλινικής, ως άσκησης συγκεκριμένης οικονομικής δραστηριότητας κρίνεται κατά το νομοθέτη και σύμφωνα με την σχετική αιτιολογική έκθεση, κρίσιμη για λόγους διασφάλισης του δημοσίου συμφέροντος και ειδικότερα: α) η λειτουργία μίας δευτεροβάθμιας μονάδας υγείας, συνιστά κατά κύριο λόγο λειτούργημα, που συνίσταται στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες, η οποία δεν μπορεί να διενεργείται από πρόσωπα τα οποία έχουν υποπέσει σε σοβαρά ποινικά αδικήματα και β) οι περισσότερες εξ' αυτών των ιδιωτικών μονάδων συμβάλλονται κατά κανόνα με δημόσιους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίοι και πρέπει να προστατεύονται έναντι ποινικά κολάσιμων και παραβατικών συμπεριφορών. Επίσης δεν χορηγείται άδεια σε ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας, για λόγους που έχουν να κάνουν με την αδιάβλητη άσκηση των δημόσιων καθηκόντων τους
115. 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 ειδικότητας¹¹³.
116. 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.
117. Ο Νόμος ορίζει ότι αυτοτελές και ανεξάρτητο είναι το κτίριο ή συγκρότημα κτιρίων στο οποίο συντρέχουν σωρευτικά οι εξής προϋποθέσεις: α) όλοι οι χώροι του κτιρίου ή του συγκροτήματος κτιρίων έχουν ως αποκλειστική χρήση την παροχή υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με την άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της Ιδιωτικής Κλινικής, β) οι ανωτέρω χώροι δεν συνδέονται λειτουργικά με οποιονδήποτε τρόπο με χώρους που προορίζονται για άλλη χρήση. Με άλλα λόγια, δεν επιτρέπεται διασύνδεση του κτιρίου με οποιοδήποτε άλλο κτίριο λειτουργικά στο οποίο υπάρχει η οποιαδήποτε άλλη χρήση¹¹⁴.

¹¹⁰ Άρθρο 1 του Ν. 4600/2019 «Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις», όπως ισχύει.

¹¹¹ Άρθρο 31 του Ν. 4600/2019

¹¹² Άρθρο 3 του Ν. 4600/2019.

¹¹³ Άρθρο 16 του Ν. 4600/2019

¹¹⁴ Βλ. σχετικά και Αιτιολογική Έκθεση, σχετικά επί του άρθρου 8.

118. Αναφορικά με τον απαιτούμενο ελάχιστο αριθμό κλινών, στο άρθρο 23 προβλέπεται ότι «για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας Ιδιωτικής Κλινικής, ο ελάχιστος αριθμός κλινών έχει ως εξής: α) για τις Γενικές Κλινικές ορίζεται ελάχιστος συνολικός αριθμός 40 κλινών, ο δε ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού τμήματος και του τμήματος γενικής χειρουργικής αντίστοιχα ορίζεται σε 10 κλίνες και των τμημάτων των λοιπών ειδικοτήτων σε 5 κλίνες. Για τις ειδικότητες της ρευματολογίας, της δερματολογίας - αφροδισιολογίας, της ενδοκρινολογίας και της αλλεργιολογίας, απαιτείται ελάχιστος αριθμός 1 κλίνης, β) για τις Μεικτές Κλινικές ορίζεται ελάχιστος συνολικός αριθμός 30 κλινών, ο δε ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού τμήματος ή του τμήματος γενικής χειρουργικής αντίστοιχα ορίζεται σε 10 κλίνες και των τμημάτων των λοιπών ειδικοτήτων σε 5 κλίνες. Για τις ειδικότητες της ρευματολογίας, της δερματολογίας - αφροδισιολογίας, της ενδοκρινολογίας και της αλλεργιολογίας, απαιτείται ελάχιστος αριθμός 1 κλίνης, και γ) για τις Ειδικές Κλινικές ορίζεται ελάχιστος συνολικός αριθμός 30 κλινών»¹¹⁵. Ο μέγιστος αριθμός κλινών (άρθρο 37) δεν μπορεί ανά τμήμα ειδικότητας να υπερβαίνει τις 40 κλίνες, ενώ ειδικά οι ψυχιατρικές κλινικές δεν μπορεί να έχουν δύναμη άνω των 150 κλινών¹¹⁶. Στις κλινικές απαγορεύεται, κατά το άρθρο 34 (α) «η υπέρβαση του αριθμού των κλινών νοσηλείας πέρα από τις καθορισμένες στην άδεια λειτουργίας της».
119. Σημειώνεται ότι με πρόσφατη τροποποίηση του νομοθετικού πλαισίου¹¹⁷ 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 κριτήρια.
120. Ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων επιτρέπεται¹¹⁸, η επέκταση, η μείωση ή η αύξηση σε δύναμη ή η ανακατανομή των κλινών, καθώς και η μετατροπή του αντικειμένου των ιδιωτικών κλινικών, με έκδοση νέας άδειας ίδρυσης και λειτουργίας, κατά το άρθρο 2 και τα ειδικώς προβλεπόμενα στις διατάξεις των επόμενων άρθρων. Εντούτοις, παραμένει ο περιορισμός αριθμού κλινών με πολλές υποπεριπτώσεις¹¹⁹. Κατά το άρθρο 17, παρ. 1, ως τροποποιήθηκε με την παρ.1

¹¹⁵ Σύμφωνα με την Αιτιολογική Έκθεση του νόμου, ο περιορισμός επιχειρεί να διασφαλίσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη βιωσιμότητα των κλινικών.

¹¹⁶ Σύμφωνα με την Αιτιολογική Έκθεση του νόμου, ειδικά στις ψυχιατρικές κλινικές ο περιορισμός δικαιολογείται στη βάση της αποασυλοποίησης των ασθενών. Δεν αιτιολογείται ο περιορισμός στα λοιπά τμήματα.

¹¹⁷ 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».

¹¹⁸ Π.Δ. 235/2000 «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των Ιδιωτικών Κλινικών, που υπάγονται στις διατάξεις της παραγρ. 2 του άρθρου 8 του Ν. 2345/1995 "Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 199/Α'/14.09.2000.

¹¹⁹ Ο αριθμός κλινών, που αναπτύσσεται από τις Ιδιωτικές Κλινικές κατά κατηγορία έχει ως εξής: Για Ειδικές Κλινικές που εδρεύουν στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη 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 στη Θεσσαλονίκη 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 στη Θεσσαλονίκη 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 χειρουργικού τμήματος αντίστοιχα, δεν μπορεί να είναι μικρότερος των δέκα (10) και για τα λοιπά τμήματα μικρότερος των πέντε (5). Για Παιδιατρικές Κλινικές που εδρεύουν στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη ορίζεται ως ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών οι είκοσι (20) και για τους λοιπούς Νομούς οι δέκα πέντε (15). Για

του άρθρου 8 του Π.Δ. 198/2007¹²⁰ και εκ νέου με την παρ. 4 του άρθρου 27 του Ν. 3846/2010¹²¹, «Οι ιδιωτικές κλινικές του παρόντος, ανεξαρτήτως ειδικότητας, νομικού πλαισίου ίδρυσης και λειτουργίας και ανεξαρτήτως αν περιλαμβάνεται στην άδεια τους η υποχρέωση λειτουργίας φαρμακείου, εφόσον έχουν δυναμικότητα άνω των εξήντα (60) κλινών, πρέπει να διαθέτουν υποχρεωτικά φαρμακείο, σύμφωνα με τις προδιαγραφές του π.δ. 517/1991 (ΦΕΚ 64 Α') με ελάχιστο εμβαδόν δεκαοκτώ τετραγωνικών μέτρων (18 τ.μ.). Κλινικές δυναμικότητας μέχρι εξήντα (60) κλίνες, που δεν διαθέτουν φαρμακείο πρέπει να διαθέτουν χώρο αποθήκευσης φαρμάκων τουλάχιστον έξι τετραγωνικά μέτρα (6 τ.μ.)». Σημειώνεται επίσης ότι το άρθρο 18, αν και φέρει τον τίτλο «Απαγορεύσεις», ρητά ορίζει στην παρ. 1 ότι «Επιτρέπεται η ένταξη και λειτουργία σε ιδιωτικές κλινικές μίας ή και περισσότερων μονάδων παροχής εξειδικευμένων υγειονομικών υπηρεσιών, διαγνωστικού ή θεραπευτικού χαρακτήρα, που ανήκουν σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα»¹²².

121. Όλες οι Ιδιωτικές Κλινικές υπάγονται στην εποπτεία και τον έλεγχο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που ασκείται με τις Κεντρικές ή Περιφερειακές του Υπηρεσίες καθώς και από ειδική Επιτροπή η οποία συνιστάται στην έδρα κάθε Νομαρχίας και η οποία αποτελείται α) ένα γιατρό της Διεύθυνσης ή Τμήματος Υγιεινής της κάθε Νομαρχίας (β) έναν αρχιτέκτονα ή πολιτικό μηχανικό ή μηχανολόγο ηλεκτρολόγο ή υγιεινολόγο μηχανικό που υπηρετεί σε Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας ή στη Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών της Νομαρχίας και (γ) έναν εκπρόσωπο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου τον οποίο ορίζουν τα Διοικητικά Συμβούλια ή το Νομάρχη¹²³. Η εποπτεία και ο έλεγχος των Ιδιωτικών Κλινικών αφορά κυρίως, στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας στους νοσηλεύομενους, στη διασφάλιση ικανοποιητικής συντήρησης, αξιοπιστίας και βαθμονόμησης των ιατρικών μηχανημάτων, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και τυχόν εκπαιδευτικού έργου και στην εν γένει τήρηση των νόμων και διατάξεων και εγκυκλίων διαταγών για τις Ιδιωτικές Κλινικές. Ο έλεγχος γίνεται από την ως άνω επιτροπή είναι υποχρεωτικός και πραγματοποιείται τακτικά μεν μία φορά το χρόνο τουλάχιστον, έκτακτα δε όταν ειδικοί λόγοι το επιβάλλουν. Προβλέπεται περαιτέρω ότι οι αρμόδιες υπηρεσίες, μετά την κατάθεση του πρακτικού ελέγχου της παραπάνω επιτροπής, χορηγούν Βεβαίωση Καλής Λειτουργίας της Ιδιωτικής Κλινικής, η οποία ισχύει για τρία (3) χρόνια. Κατά το χρονικό διάστημα της τριετούς ισχύος της Βεβαίωσης Καλής Λειτουργίας, εξακολουθεί να διενεργείται ο ετήσιος έλεγχος, και σε περίπτωση που διαπιστωθούν παραβάσεις των διατάξεων, που αφορούν τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών και την παροχή υπηρεσιών υγείας από αυτές, η Βεβαίωση Καλής Λειτουργίας ανακαλείται και παύει να ισχύει μετά την παρέλευση του χρονικού διαστήματος που έταξε η Επιτροπή για συμμόρφωση στις υποδείξεις της.
122. Ως προς τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (εφεξής και «Π.Φ.Υ.»), σχετικά προβλέπεται¹²⁴ ότι ιδιωτικοί φορείς, οι οποίοι παρέχουν αποκλειστικά υπηρεσίες είναι τα ιδιωτικά

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 που αναπτύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 11 του Ν 2716/1999. Ο δε ελάχιστος συνολικός αριθμός κλινών για Κλινικές που εδρεύουν στην Αττική και στη Θεσσαλονίκη είναι οι σαράντα (40) και για τις λοιπές Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις οι είκοσι (20). Κάθε Ψυχιατρική Νοσηλευτική Μονάδα, περιλαμβάνει το πολύ εκατόν πενήντα (150) κλίνες και μπορεί να αποτελείται από τμήματα, των οποίων ο μέγιστος αριθμός κλινών είναι οι πενήντα (50). Στις 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 ειδικότητα.

¹²⁰ ΦΕΚ 225/Α'/14.09.2007

¹²¹ ΦΕΚ 66/ Α'/11.05.2010

¹²² Ως τροποποιήθηκε με το άρθρο 9 παρ. 1 του Π.Δ. 198/2007, ΦΕΚ Α 225/Α'/14.09.2007.

¹²³ ΠΔ 235/2000 (ΦΕΚ Α' 199/14-9-2000.) Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των Ιδιωτικών Κλινικών, όπως ισχύει., βλ. αρ. 4.

¹²⁴ Π.Δ. 84/2001 «Οροι, προϋποθέσεις, διαδικασία και προδιαγραφές για την ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.)» ΦΕΚ 70/Α'/10.04.2001. αρ. 1 και 2. .

ιατρεία και οδοντιατρεία, τα ιδιωτικά πολυιατρεία και πολυοδοντιατρεία, τα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και τα ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης. Τα Ιδιωτικά ιατρεία ή οδοντιατρεία δεν μπορούν να διαθέτουν κλίνες νοσηλείας, ενώ τα ιδιωτικά πολυιατρεία ή ιδιωτικά πολυοδοντιατρεία είναι αυτά με σύνθεση τουλάχιστον τριών ιατρείων ή και λοιπών εξεταστικών μονάδων, που στεγάζονται σε λειτουργικά ενιαίο και ανεξάρτητο από κάθε άλλη χρήση χώρο άνευ κλινών νοσηλείας. Άδεια ίδρυσης και άδεια λειτουργίας ιδιωτικού πολυιατρείου ή ιδιωτικού πολυοδοντιατρείου χορηγείται και σε εταιρείες. Αξίζει πάντως να επισημανθεί ότι με το άρθρο 15 απαγορεύεται στους Π.Φ.Υ. «η με οποιοδήποτε τρόπο διαφήμιση και προβολή (...). Επιτρέπεται η χρήση απλών πινακίδων σήμανσης (κατευθυντηρίων πινακίδων), εφ' όσον δεν έχουν διαφημιστικά στοιχεία».

123. Οι βασικοί όροι και οι προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Ιδιωτικών Π.Φ.Υ. περιγράφονται στο Ν. 3846/2010¹²⁵ και στο Ν. 2071/1992 περί Κινητών Μονάδων Πρωτοβάθμιας Υγείας του¹²⁶,

¹²⁵ Ν. 3846/2010 (ΦΕΚ 66 Α') «Ιδιωτικοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.)
1. Η ιατρική και οδοντιατρική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του ιδιωτικού τομέα παρέχεται από τους εξής φορείς: α. Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία. β. Ιδιωτικά πολυιατρεία και πολυοδοντιατρεία. γ. Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια. δ. Ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης. 2. Η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας των παραπάνω φορέων παροχής ιατρικών και οδοντιατρικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας χορηγείται σε: α. Φυσικά πρόσωπα ιατρούς ή οδοντιάτρους. β. Νομικά πρόσωπα οποιασδήποτε μορφής με την προϋπόθεση ότι αποκλειστικός σκοπός τους είναι η παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. γ. Αστικούς συνεταιρισμούς ελευθέρων επαγγελματιών ιατρών εργαστηριακής διάγνωσης, βιοπαθολογίας, κυτταρολογίας και παθολογικής ανατομίας για την κάλυψη των αναγκών των μελών τους. Για τη χορήγηση της παραπάνω άδειας ίδρυσης και λειτουργίας απαιτείται η υποβολή αιτήσεως του φυσικού προσώπου ή του νόμιμου εκπροσώπου της ιατρικής ή οδοντιατρικής εταιρείας ή του αστικού συνεταιρισμού, η οποία συνοδεύεται από τα απαραίτητα δικαιολογητικά και παράβολο ύψους 200€, το ύψος του οποίου μπορεί να αναπροσαρμόζεται με ΚΥΑ του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργού Οικονομικών. 3. Τα νομικά πρόσωπα της προηγούμενης παρ. έχουν: α. Τη μορφή ανώνυμης εταιρείας, της οποίας η πλειοψηφία του μετοχικού κεφαλαίου (51% τουλάχιστον) ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς ή οδοντιάτρους. β. Τη μορφή εταιρείας περιορισμένης ευθύνης, της οποίας η πλειοψηφία των εταιρικών μεριδίων της (51% τουλάχιστον) ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς ή οδοντιάτρους. γ. Τη μορφή προσωπικής εταιρείας του Εμπορικού Κώδικα, της οποίας η πλειοψηφία των εταιρών είναι ειδικευμένοι ιατροί ή οδοντίατροι, καθώς και η πλειοψηφία του εταιρικού κεφαλαίου (51% τουλάχιστον) ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς ή οδοντιάτρους. δ. Οποιαδήποτε ετέρα νομική μορφή, πλην των ως άνω, όπου η πλειοψηφία των μετεχόντων και του κεφαλαίου τους (51% τουλάχιστον) ανήκει σε ειδικευμένους ιατρούς ή οδοντιάτρους. 4. Οι δικαιούχοι της παρ. 2 του παρόντος άρθρου δεν επιτρέπεται να κατέχουν πέραν της μίας άδειας ίδρυσης και λειτουργίας φορέα παροχής υπηρεσιών Π.Φ.Υ. και δεν επιτρέπεται να συστήσουν παραρτήματα για την παροχή υπηρεσιών Π.Φ.Υ. ούτε να λειτουργούν σε μη συνεχόμενα κτίρια. 5. Όπου στο θεσμικό πλαίσιο για τους φορείς Π.Φ.Υ. της παρ. 1 προβλέπονται επιστημονικά υπεύθυνοι και επιστημονικοί διευθυντές των εν λόγω φορέων, οι έχοντες τις ως άνω ιδιότητες πρέπει να ανήκουν στον ιατρικό ή οδοντιατρικό σύλλογο της περιφέρειας που είναι εγκατεστημένος ο φορέας Π.Φ.Υ. και απαγορεύεται να οριστούν επιστημονικά υπεύθυνοι ή επιστημονικοί διευθυντές ή να παρέχουν υπηρεσίες οποιασδήποτε μορφής σε περισσότερους από δύο φορείς Π.Φ.Υ. 6. Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται και από άλλους φορείς, όπως τα ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας, καθώς και από λοιπούς επιστήμονες και επαγγελματίες του χώρου της υγείας, όπως εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους κ.ά., για τη λειτουργία των οποίων εφαρμόζονται οι εκάστοτε ισχύουσες για κάθε κατηγορία διατάξεις. 7. Με προεδρικό διάταγμα μπορεί να ρυθμιστούν οι ειδικότερες προϋποθέσεις, όροι και προδιαγραφές αδειοδότησης και λειτουργίας των φορέων Π.Φ.Υ. του παρόντος άρθρου. Με το ίδιο ή άλλο προεδρικό διάταγμα μπορεί να ορισθούν κριτήρια και περιορισμοί, που άπτονται της προστασίας της δημόσιας υγείας και του δημοσίου συμφέροντος, καθώς και να ρυθμιστούν ζητήματα που σχετίζονται με τη νομική μορφή, τον τρόπο λειτουργίας, διοίκησης και διαχείρισης των φορέων Π.Φ.Υ. ακόμα και κατά τροποποίηση των υφιστάμενων διατάξεων εν γένει για τα νομικά πρόσωπα του Εμπορικού και του Αστικού Δικαίου και να καθοριστούν μεταβατικές ρυθμίσεις για τους κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου υφιστάμενους φορείς Π.Φ.Υ., καθώς και ο χρόνος και τα ειδικότερα ζητήματα που αναφέρονται στην προσαρμογή τους στις νέες ρυθμίσεις. 8. Μέχρι την έκδοση του ανωτέρω προεδρικού διατάγματος για τους φορείς της παρ. 1 ισχύουν οι διατάξεις του ΠΔ 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α') κατά το μέρος που δεν έρχονται σε αντίθεση με τις διατάξεις του παρόντος [...]».

¹²⁶ Βλ. Ν.2071/1992 αρ. 14 «1. Κινητή Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κ.Μ.Π.Φ.Υ.) είναι κάθε είδους όχημα ή άλλο κινούμενο μέσο, το οποίο έχει διασκευαστεί και εξοπλιστεί κατάλληλα, στελεχώνεται από διεπιστημονική ομάδα και παρέχει υπηρεσίες φροντίδας υγείας, με έμφαση στην πρόληψη, την προαγωγή της υγείας και την έγκαιρη διάγνωση

III.2. ΣΥΣΤΗΜΑ CLAWBACK & REBATE

124. Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα κατά την προηγούμενη δεκαετία 2010-2020 και της υλοποίησης διαρθρωτικών αλλαγών που κρίθηκαν αναγκαίες στον χώρο της υγείας, προωθήθηκε ο λεγόμενος μηχανισμός «clawback & rebate», που μπορεί να μεταφραστεί ως «αυτόματη επιστροφή/επανάκτηση και έκπτωση». Ο μηχανισμός αυτός ανήκει στην κατηγορία κρατικών παρεμβάσεων και πολιτικών για τον περιορισμό (άλλως, τον εξορθολογισμό), τον καλύτερο έλεγχο και την συγκράτηση/μείωση των δαπανών. Αφορά τόσο στις φαρμακευτικές δαπάνες όσο και στις δαπάνες υπηρεσιών υγείας, όπως διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία, φυσικοθεραπείες και ειδική αγωγή. Ειδικότερα, ο μηχανισμός του «clawback» αφορά ουσιαστικά ένα αυτόματο μηχανισμό επιστροφή των υπερβάσεων που γίνονται στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ. Αφορά στους παρόχους του, οι οποίοι καλούνται να επιστρέψουν ανά τακτά χρονικά διαστήματα το μερίδιο της υπέρβασης¹²⁷. Με άλλα λόγια, το clawback αφορά την υποχρεωτική, αυτόματη επιστροφή χρημάτων στο Δημόσιο (δηλαδή στον ΕΟΠΥΥ), από τους ιδιώτες παρόχους της υγείας¹²⁸ λόγω υπέρβασης της προϋπολογισθείσας δαπάνης.

νόσων. Οι Κ.Μ.Π.Φ.Υ. εξυπηρετούν ανάγκες υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπως σε απομακρυσμένες, ορεινές και νησιωτικές περιοχές. Επιπλέον, εξυπηρετούν ανάγκες πληθυσμού, που αντιμετωπίζει δυσχέρειες πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, είτε λόγω ελλείψεων σε αυτές, είτε λόγω ιδιαίτερων συνθηκών διαβίωσης. 2. Κ.Μ.Π.Φ.Υ. δύνανται να διαθέτουν τα νοσοκομεία, οι Υγειονομικές Περιφέρειες (Υ.Πε.) με τις αποκεντρωμένες δομές αυτών (Κέντρα Υγείας), οι ΟΤΑ Α' και Β' βαθμού, οι ιατρικοί/οδοντιατρικοί σύλλογοι και Ν.Π.Ι.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, που έχουν ως σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας. Στα νοσοκομεία, οι Κ.Μ.Π.Φ.Υ. δύνανται να λειτουργούν, είτε ως υπηρεσίες/ειδικές μονάδες που υπάγονται λειτουργικά σε ιατρικά τμήματα, είτε να συστήνονται και να λειτουργούν αυτόνομα, ως οργανικές μονάδες αυτών. Στις λοιπές περιπτώσεις, οι Κ.Μ.Π.Φ.Υ. λειτουργούν ως υπηρεσίες λειτουργικά υπαγόμενες στους ως άνω φορείς. 3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και των κατά περίπτωση συναρμόδιων Υπουργών, μετά από γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας, ο πάσης φύσεως εξοπλισμός, η στελέχωση και οι ειδικότητες του προσωπικού, το έργο και τα κριτήρια επιλογής του επιστημονικά υπεύθυνου, οι παρεχόμενες υπηρεσίες των Κ.Μ.Π.Φ.Υ., η εξειδίκευση του έργου των επιτροπών ελέγχου, καθώς και κάθε άλλο αναγκαίο ειδικότερο ζήτημα. 4. Με απόφαση του αρμοδίου οργάνου του Υπουργείου Υγείας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργείου εγκρίνεται η λειτουργία των Κ.Μ.Π.Φ.Υ. για την παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.), κατόπιν υποβολής στην αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας: α) όλων των σχετικών εγγράφων και δικαιολογητικών του ενδιαφερόμενου φορέα, που ορίζονται στην απόφαση της παρ. 3 και β) της απόφασης της παρ. 5 περί τήρησης των όρων και προϋποθέσεων καλής λειτουργίας των Κ.Μ.Π.Φ.Υ. Με την ίδια απόφαση ορίζονται η περιοχή ευθύνης, καθώς και ο τύπος ή η κατηγορία της Κ.Μ.Π.Φ.Υ., σύμφωνα με τις υπηρεσίες υγείας κάθε ιατρικής ειδικότητας που αναπτύσσει. Η ισχύς της εν λόγω απόφασης ορίζεται για 3 έτη με δυνατότητα ανανέωσης αυτής, σύμφωνα με τα οριζόμενα στην ανωτέρω κοινή απόφαση. 5. Με απόφαση του οικείου Διοικητή Υ.Πε., συστήνεται τριμελής Επιτροπή Ελέγχου Κ.Μ.Π.Φ.Υ. στην έδρα κάθε Υ.Πε., η οποία αποτελείται από έναν ιατρό ή οδοντίατρο των εποπτευόμενων Ν.Π.Δ.Δ. (νοσοκομείων του ΕΣΥ) ή των αποκεντρωμένων δομών της (κέντρων υγείας), έναν διπλωματούχο μηχανικό και έναν διοικητικό υπάλληλο κατηγορίας ΠΕ των εποπτευόμενων Ν.Π.Δ.Δ., ή της κεντρικής υπηρεσίας της. Με απόφαση του οικείου περιφερειάρχη, συστήνεται τριμελής Επιτροπή Ελέγχου Κ.Μ.Π.Φ.Υ. στην έδρα κάθε Περιφέρειας, η οποία αποτελείται από έναν ιατρό ή οδοντίατρο της οικείας Περιφέρειας ή των περιφερειακών ενοτήτων της, έναν διπλωματούχο μηχανικό της οικείας Περιφέρειας ή των περιφερειακών ενοτήτων και έναν διοικητικό υπάλληλο κατηγορίας ΠΕ της οικείας Περιφέρειας. Χρέη γραμματέα στις ανωτέρω επιτροπές ανατίθενται σε διοικητικό υπάλληλο κατηγορίας ΤΕ/ΔΕ της οικείας Υ.Πε. ή Περιφέρειας. Έργο των επιτροπών είναι: α) ο επιτόπιος έλεγχος των Κ.Μ.Π.Φ.Υ. της οικείας Υ.Πε., των εποπτευόμενων Ν.Π.Δ.Δ. αυτής, των ΟΤΑ Α' και Β' βαθμού και των λοιπών δικαιούχων φορέων για τη διαπίστωση της τήρησης των απαιτούμενων όρων και προϋποθέσεων και β) η σχετική γνωμοδότηση προς τη διοίκηση της Υ.Πε. ή τον Περιφερειάρχη, αντίστοιχα. Σε περίπτωση θετικής γνωμοδότησης εκδίδεται απόφαση περί τήρησης των όρων και προϋποθέσεων καλής λειτουργίας της Κ.Μ.Π.Φ.Υ. 6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας δύνανται να αξιοποιούνται οι Κ.Μ.Π.Φ.Υ. σε περιπτώσεις επειγουσών και εκτάκτων καταστάσεων δημόσιας υγείας. 7. Σε περίπτωση τακτικού ή έκτακτου ελέγχου, από τον οποίο προκύπτει η μη τήρηση των όρων και προϋποθέσεων λειτουργίας Κ.Μ.Π.Φ.Υ., ανακαλείται η απόφαση έγκρισης λειτουργίας αυτών. 8. Φορείς που διαθέτουν Κ.Μ.Π.Φ.Υ. κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος, υποχρεούνται να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος εντός 12 μηνών από τη δημοσίευση της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ. 3».

¹²⁷ Βλ. το παράδειγμα, <https://eefam.gr/wp-content/uploads/2021/02/REBATE-CLAWBACK.pdf>.

¹²⁸ Συμπεριλαμβανομένων των φαρμακευτικών εταιρειών.

125. Από την άλλη, το σύστημα του «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 ύψους πωλήσεων του προϊόντος. Η έκπτωση συνήθως καταβάλλεται ανά μήνα, αλλά μπορεί να είναι και ετήσια, υπολογιζόμενη ανά μήνα.
126. Ο μηχανισμός «clawback & rebate» επεκτάθηκε στα έτη 2019-2022 με το άρθρο 25 Ν. 4549/2018 «Διατάξεις για την ολοκλήρωση της Συμφωνίας Δημοσιονομικών Στόχων και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων – Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2019-2022 και λοιπές διατάξεις»¹²⁹. Τα επιτρεπόμενα όρια δαπανών αναπροσαρμόστηκαν για τα έτη αυτά αποκλειστικά βάσει της προβλεπόμενης κατ' έτος μεταβολής του πραγματικού ΑΕΠ σε σταθερές τιμές, όπως αυτή απεικονίζεται στον προϋπολογισμό κάθε έτους¹³⁰. Με την τελευταία τροποποίηση της διάταξης, αυτή επεκτάθηκε μέχρι το έτος 2025 σύμφωνα με το άρθρο 77 του ν. 4837/2021.
127. Πρέπει να σημειωθεί περαιτέρω ότι, σύμφωνα με το πιο πρόσφατο 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»¹³¹, 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 υγείας¹³².

ΠΙ.3. ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

128. Στα πλαίσια των μεταρρυθμίσεων που έλαβαν χώρα κατά την προηγούμενη δεκαετία 2010-2020 και της υλοποίησης διαρθρωτικών αλλαγών που κρίθηκαν αναγκαίες στον χώρο της υγείας, μεταξύ των οποίων η διαμόρφωση ενός καθολικού συστήματος διαχείρισης και δίκαιης κατανομής των δημοσιονομικών πόρων, προωθήθηκε η πιλοτική εφαρμογή ενός Συστήματος Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών (Συ.Κ.Ν.Υ.)¹³³, με καταρχήν στόχο την ανάπτυξη ενός σύγχρονου

¹²⁹ ΦΕΚ 105/Α'/14.06.2018.

¹³⁰ Βλ. και ΥΑ Αριθμ. Γ.Π./Β1β/οικ.98745 «Μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (Clawback) για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη και τη δαπάνη των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη) για το έτος 2018», ΦΕΚ 5799/Β'/21.12.2018.

¹³¹ ΦΕΚ 94/Α'/13.05.2022.

¹³² 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 ενδοноσοκομειακών λοιμώξεων,
- ι) ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και
- ια) τα αποτελέσματα της εκκαθάρισης και των τακτικών και έκτακτων ελέγχων των παρόχων.

¹³³ Ο όρος «Νοσοκομειακές Υπηρεσίες» απαντάται και ως «νοσηλείες».

συστήματος κοστολόγησης στα νοσοκομεία¹³⁴. Για την επίτευξη του στόχου αυτού επιλέχθηκε το λεγόμενο σύστημα DRG (Diagnosis Related Groups), μεταφραζόμενο ως «*σύστημα των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων*»: Πρόκειται για ομάδες πράξεων καθοριζόμενων με ιατρικές παραμέτρους (διάγνωσης, ιατρικής διαδικασίας κλπ) και διαφοροποιούμενων ανάλογα με την ιατρική περιπλοκότητά τους.

129. Για τη λειτουργία του εν λόγω Συστήματος Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών, που στο αρχικό νομοθέτημα και πιο συγκεκριμένα στο άρθρο πρώτο του Ν. 4286/2014 έφερε τον τίτλο «*Σύστημα Αμοιβών Νοσοκομείων*» (ΣΑΝ), και που έλαβε τη σημερινή του επωνομασία τρία έτη αργότερα με την πρώτη και μοναδική ως τώρα τροποποίηση του νόμου αυτού (άρθρο 66 παρ.9 του Ν. 4486/2017), προβλέφθηκε η σύσταση νομικού προσώπου με τη μορφή ανώνυμης εταιρείας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και την επωνυμία «*Κέντρο Τεκμηρίωσης και Κοστολόγησης Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Ανώνυμη Εταιρεία*» (εφεξής και «ΚΕΤΕΚΝΥ»)¹³⁵, ανήκουσα κατά 100% στο Κράτος, καθώς το 100% των μετοχών της έχει και διατηρεί το Υπουργείο Υγείας.
130. Πρέπει να διευκρινιστεί ότι ρόλος του ΚΕΤΕΚΝΥ δεν είναι η δημιουργία ενός κρατικού τιμολογίου για τις διάφορες ιατρικές πράξεις, ούτε ενδεχομένως να λειτουργήσει η αποτίμησή τους ως πεδίο αναφοράς για την τιμολόγηση των υπηρεσιών από τα ιδιωτικά νοσοκομεία ή ως όριο για την πληρωμή των πράξεων από τον ΕΟΠΥΥ, αλλά η κωδικοποίηση των πράξεων και της κοστολόγησής τους που θα μπορέσει να λειτουργήσει ως εργαλείο τιμολόγησης. Έτσι, προβλέφθηκε ένα καθολικό σύστημα κατανομής αμοιβών, οικονομικών πόρων μεταξύ νοσοκομείων, δημόσιων και ιδιωτικών, επί τη βάσει των ειδικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών εισαγωγής, διάγνωσης και θεραπείας ασθενών που παρέχονται, με στόχο να συμβάλει στη μεθοδολογία ενός καθορισμού δίκαιης αμοιβής ανά περιστατικό ασθενούς για όλες τις ιατρικές υπηρεσίες που παρέχονται σε 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 να συμπεριλαμβάνεται και η μισθοδοσία των ιατρών Το ΚΕΤΕΚΝΥ είναι το Ελληνικό Ινστιτούτο DRG, καθώς η κωδικοποίηση την οποία πραγματοποιεί βασίζεται στη μεθοδολογία του συστήματος Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων (DRG–Diagnosis Related Groups), σύμφωνα με το οποίο τα νοσοκομειακά περιστατικά κατατάσσονται σε συγκεκριμένες ομάδες με τη χρήση ενός ειδικού λογισμικού (Groupet) το οποίο βασίζεται σε ένα σύνολο δεδομένων όπως η Διεθνής Κωδικοποίηση Διάγνωσης Ασθενειών (ICD) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η κωδικοποίηση ιατρικών πράξεων (procedures codes), το φύλο, η ηλικία, η κατάσταση του ασθενούς κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, η μέση διάρκεια νοσηλείας, κ.α.. Το σύστημα DRG αποτελείται από τρία μέρη (α) το ιατρικό, το οποίο περιλαμβάνει κυρίως την ανάπτυξη των ταξινομήσεων διαγνώσεων νόσων και ιατρικών πράξεων και τις κατευθυντήριες οδηγίες κωδικοποίησης (β) το οικονομικό, το οποίο περιλαμβάνει κυρίως τη μεθοδολογία υπολογισμού των συντελεστών βαρύτητας κόστους (cost weights), τις οδηγίες υπολογισμού του κόστους και τους κανόνες τιμολόγησης και (γ) το πληροφοριακό, το οποίο περιλαμβάνει την ανάπτυξη του λογισμικού Groupet, των λογισμικών κοστολόγησης και κωδικοποίησης, το σύστημα διαχείρισης δεδομένων, κλπ. Το τελικό αποτέλεσμα είναι ο συνδυασμός των παραπάνω μερών με στόχο την ανάπτυξη των ελληνικών καταλόγων DRG και του ετήσιου εγχειριδίου ορισμού κατηγοριών.
131. Με το άρθρο δεύτερο του βασικού νομοθετήματος (Ν. 4286/2014 ως ισχύει μετά την τροποποίηση με τον Ν. 4486/2017) ρυθμίζονται θέματα αποστολής στοιχείων διοικητικού και ιατρικού φακέλου

¹³⁴ Με εξαίρεση αυτές που αφορούν στην ιατρική περίθαλψη ασθενών σε ψυχιατρικά νοσοκομειακά τμήματα, στην ιατρική περίθαλψη ασθενών σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και αποκατάσταση σε εξειδικευμένα νοσοκομειακά τμήματα ή κέντρα αποκατάστασης.

¹³⁵ Επωνομαζόμενη αρχικά «*Εταιρεία Συστήματος Αμοιβών Νοσοκομείων*» (ΕΣΑΝ), βλ. σχετικά ιστοσελίδα <https://instdrg.gr/%cf%83%cf%8d%cf%83%cf%84%ce%b7%ce%bc%ce%b1-drg/>

ασθενών από τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές στον ΚΕΤΕΚΝΥ. Ειδικότερα προβλέπεται ότι δύναται να αποστέλλονται στο ΚΕΤΕΚΝΥ αρχεία (επονομαζόμενα και «*Αρχεία Νοσηλείας*») σε ηλεκτρονική μορφή με τα στοιχεία των ασθενών και τα ιατρικά και διοικητικά δεδομένα από το φάκελο νοσηλείας τους, όπως δεδομένα εισαγωγής, αιτία εισαγωγής, εξιτήριο και στοιχεία ταυτοποίησης, όπως Α.Μ.Κ.Α. και Α.Φ.Μ. Για την τήρηση του αρχείου αυτού και την επεξεργασία των δεδομένων εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 2472/1997. Παρέχεται, επίσης, νόμιμο δικαίωμα πρόσβασης του ΚΕΤΕΚΝΥ στα πληροφοριακά δεδομένα του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ), καθώς και στο πληροφοριακό Σύστημα Συλλογής Δεδομένων ανά ιατρική μονάδα (ESYNET) και στο πρόγραμμα «Χάρτης Υγείας» προς επαλήθευση των ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων κοστολόγησης, ανά περιστατικό ασθενούς, που αποστέλλονται.

132. Σύμφωνα με το άρθρο τρίτο του Νόμου αυτού, τα δημόσια νοσοκομεία έχουν την υποχρέωση να αποστέλλουν τα στοιχεία κόστους νοσηλείας ανά περιστατικό ασθενούς. Αντίστοιχες υποχρεώσεις φέρει και ο ΕΟΠΥΥ (άρθ. 5) και οι ιδιωτικές κλινικές (άρθ.4)
133. Το σύστημα DRG σύμφωνα με το ΚΕΤΕΚΝΥ προωθεί τον ανταγωνισμό μεταξύ νοσοκομείων, υπό την έννοια ότι επιτρέπει τη συγκριτική αξιολόγηση (benchmarking) των παρεχόμενων υπηρεσιών με την καλύτερη δυνατή χρήση των διαθέσιμων πόρων. Ωστόσο φαίνεται πως η ενίσχυση αυτού του ανταγωνισμού αφορά μόνο τον (κοινό) χρηματοδότη των νοσοκομείων άρα κατεξοχήν δημόσια νοσοκομεία.
134. Δεν είναι επίσης σαφές ποιος είναι ο ρόλος του ΚΕΤΕΚΝΥ στην τιμολόγηση των υπηρεσιών και πως (και αν) συνεργάζεται με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες για την τιμολόγηση των υπηρεσιών τους. Διότι ναι μεν δεν στοχεύει στη δημιουργία ενός κρατικού τιμολογίου για τις διάφορες ιατρικές πράξεις, ούτε ενός πεδίο αναφοράς για την τιμολόγηση των υπηρεσιών από τα ιδιωτικά νοσοκομεία ή ως όριο για την πληρωμή των πράξεων από τον ΕΟΠΥΥ εντούτοις κωδικοποιεί πράξεις και κόστη και μπορεί να λειτουργήσει ως εργαλείο τιμολόγησης

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ

IV.1. ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

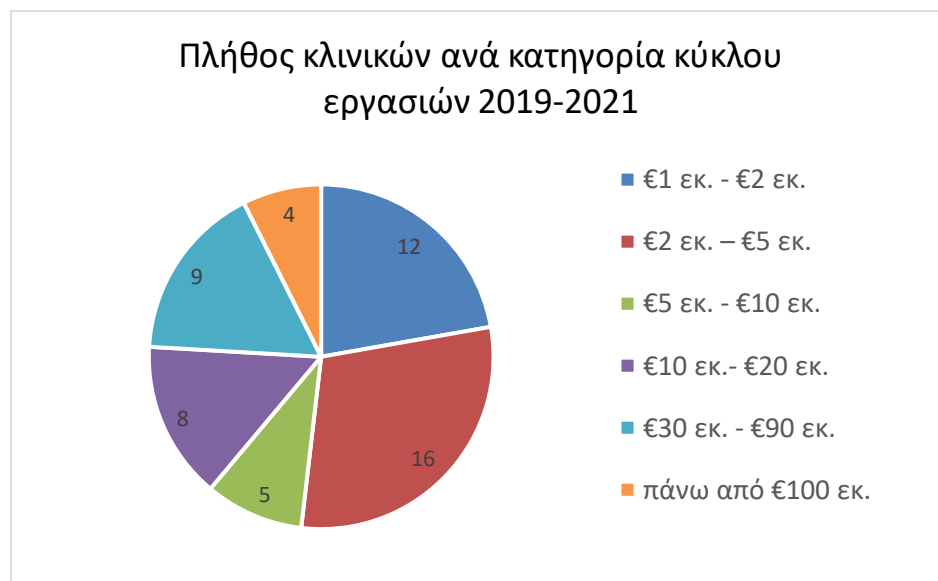
135. Για τη διεξαγωγή της έρευνας στάλθηκαν στις αρχές του έτους 2022 ερωτηματολόγια σε συνολικά 99 αποδέκτες, εκ των οποίων απάντησαν 86, και ειδικότερα σε 24 ασφαλιστικές επιχειρήσεις και 75 παρόχους υπηρεσιών υγείας, με διαφορετικά ερωτηματολόγια ανά κατηγορία.
136. Στην παρούσα ενότητα συνέχεια, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των παρόχων υπηρεσιών υγείας.
137. Από τις 75 ιδιωτικές επιχειρήσεις-παρόχους υπηρεσιών υγείας που επιλέχθηκαν για να σταλεί το ερωτηματολόγιο της Υπηρεσίας, οι 62 απάντησαν και από τις 62, οι 60 δήλωσαν ότι συνεχίζουν να δραστηριοποιούνται στην αγορά¹³⁶.
138. 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

¹³⁶ 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.

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

139. 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-ορθοπαιδικό-οφθαλμιατρικό και ουρολογικό τομέα.
140. Οι απαντήσεις που δόθηκαν¹³⁷ από τις κλινικές ως προς τον κύκλο εργασιών τους με βάση τις σχετικές οικονομικές καταστάσεις δείχνουν ότι 12/54 των συμμετεχουσών κλινικών έχουν, 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 5: Κατανομή κλινικών ανά κατηγορία κύκλου εργασιών για τα έτη 2019-2021 (ερώτηση 13)



141. 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.

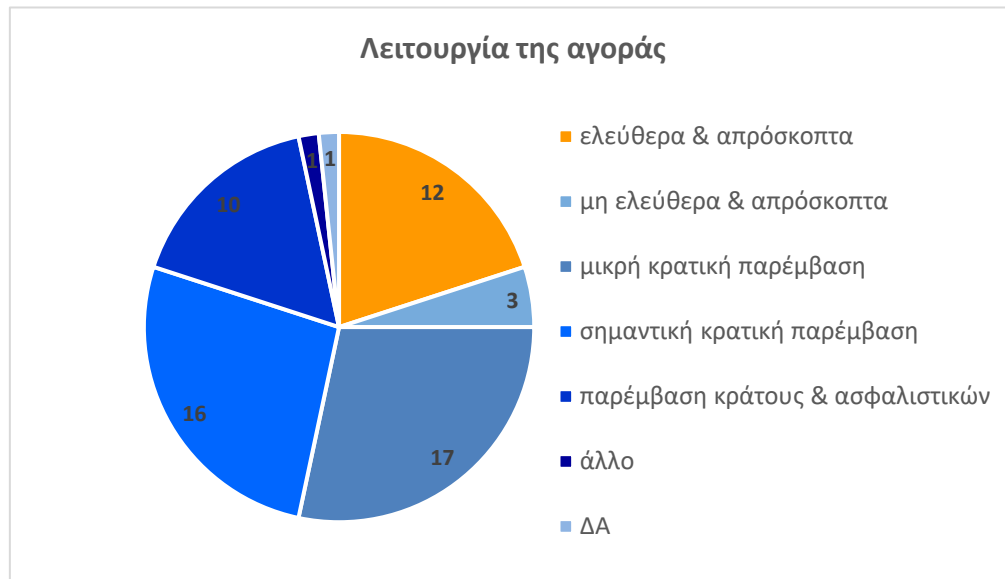
¹³⁷ 6 από τις 60 δεν ανέφεραν κύκλο εργασιών.

IV.2. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ

142. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν εάν η αγορά στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας λειτουργεί ελεύθερα και απρόσκοπτα ή εάν τυχόν υπάρχουν παρεμβάσεις στην δραστηριότητά τους (ερώτηση 15).
143. 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- Diagnoses Related Groups (DRG) με επιβολή clawback & rebate. Έχουν επίσης ανεφερθεί και τα εξής: η παρεμβατικότητα του ΕΣΥ, κατά την οποία οι ιδιωτικοί πάροχοι καλούνται να προσφέρουν προσωπικό και άλλους πόρους (κατά την περίοδο της πανδημίας), ο 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.
144. 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»).
145. Ένα τμήμα των ανωτέρω ερωτηθέντων παρόχων που απάντησαν ότι υπάρχουν παρεμβάσεις από δημόσιους φορείς (10 από τους 43) αναφέρουν ότι πέραν της κρατικής παρεμβατικότητας υπάρχει και παρεμβατική δράση 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.
146. 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»).
147. 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.

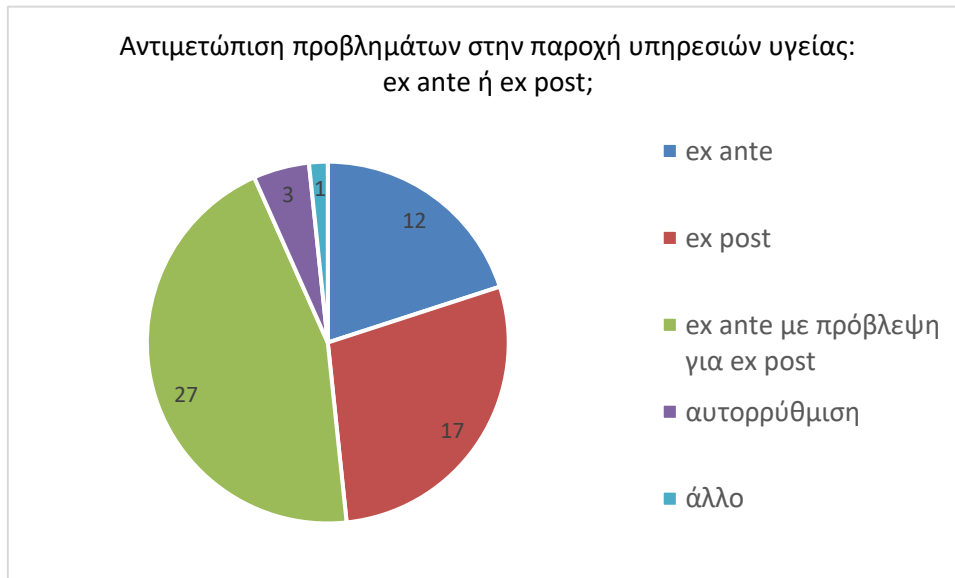
Διάγραμμα 6: Απόψεις παρόχων σχετικά με τη λειτουργία της αγοράς στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας (ερώτηση 15)



148. Ως προς τις μεθόδους αντιμετώπισης προβλημάτων στην εν λόγω αγορά (ερώτηση 18), 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*.
149. 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.
150. 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.
151. 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..
152. 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 7: Επικρατέστερες θέσεις των κλινικών σχετικά με την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας (ερώτηση 18).



153. Η πλειονότητα των ερωτηθέντων παρόχων (45/60) δεν θεωρούν αναγκαία την ύπαρξη περαιτέρω ρυθμιστικών/εποπτικών αρχών για τις υπηρεσίες υγείας (ερώτηση 24). 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) (η) οι υφιστάμενες ρυθμιστικές αρχές είναι επαρκείς για τον κλάδο υγείας.
154. 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, παρατηρείτε 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 (ζ). Η ομαλή λειτουργία της αγοράς υγείας διασφαλίζεται με την εποπτεία της επιφέροντας θετικά αποτελέσματα.
155. 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 8: Θέση παρόχων σχετικά με την ανάγκη ύπαρξης περαιτέρω ρυθμιστικών/εποπτικών αρχών για τις υπηρεσίες υγείας (ερώτηση 24)



IV.3. ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

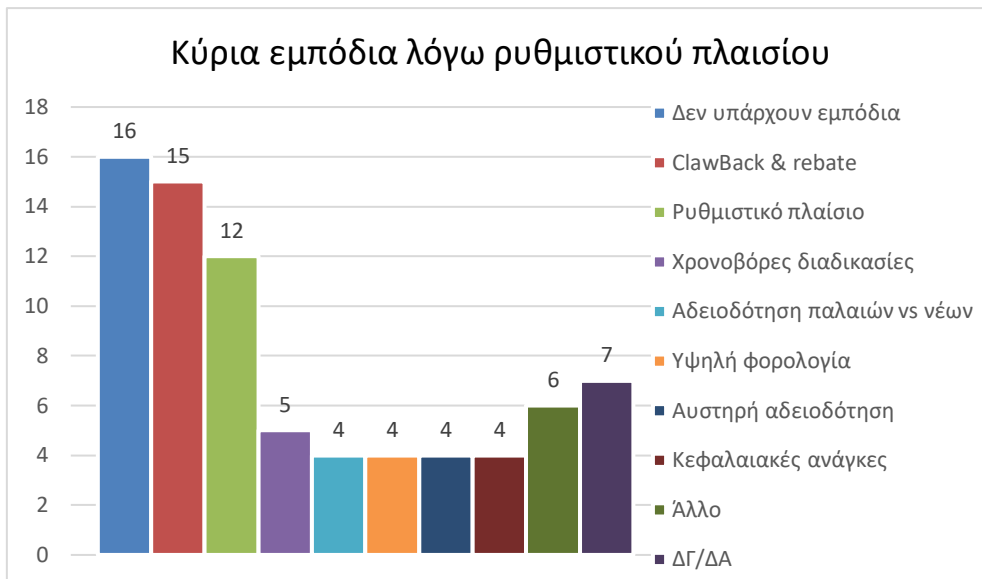
156. Ως προς την ύπαρξη εμποδίων στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας εξ' αιτίας του ισχύοντος ρυθμιστικού πλαισίου (ερώτηση 26) η πλειοψηφία των ερωτώμενων (37 σε σύνολο 60, ήτοι 62%) θεωρούν ότι υφίστανται τέτοια εμπόδια.
157. Η πλειονότητα εξ αυτών (15 εκ των 37) θεωρεί ότι ένα από τα βασικότερα εμπόδια 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 ύπαρξη 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 κάθειας, και όχι κατά περίπτωση, εφαρμογής του ρυθμιστικού πλαισίου (1/37).

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

- (1) Οι ιδιωτικές κλινικές λειτουργούν υπό διαφορετικά νομικά καθεστάτα όπως Π.Δ. 247/1991, Π.Δ. 517/1991, Π.Δ. 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.
- (2) 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.
- (3) 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.
- (4) 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.
- (5) 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).
- (6) 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.
- (7) Η εξάρτηση των ιδιωτικών κλινικών από τον Ε.Ο.Π.Π.Υ., 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.

159. 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 9: Κυριότερα εμπόδια που εντοπίζονται από τους παρόχους για την ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας λόγω του ισχύοντος ρυθμιστικού πλαισίου (ερώτηση 26)



160. Αναφορικά με **νομικά και πραγματικά εμπόδια εισόδου** νέων επιχειρήσεων στην αγορά (ερώτηση 27), η πλειονότητα των ερωτώμενων αναφέρεται στο θεσμικό πλαίσιο και πιο συγκεκριμένα:

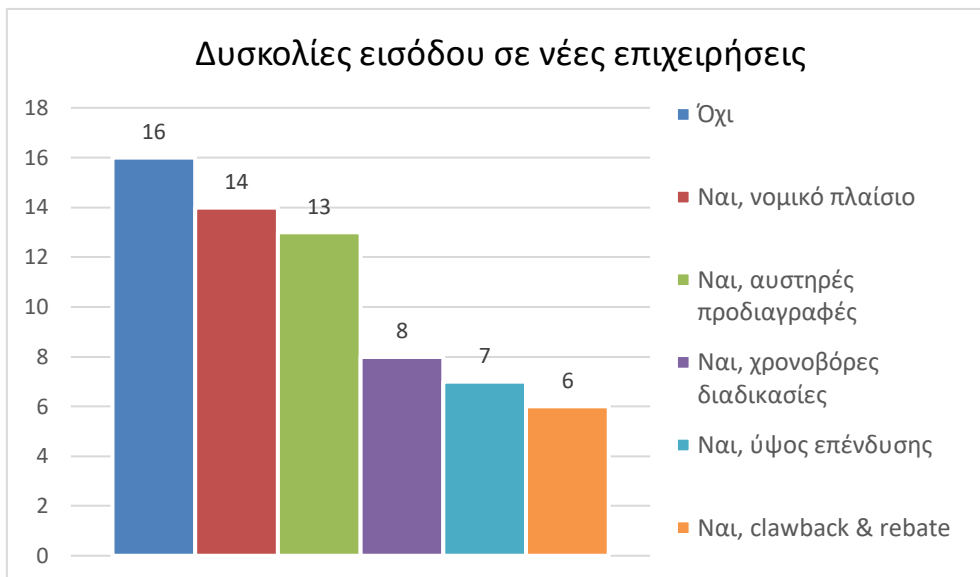
- (1) Αρκετοί πάροχοι (14 / 60) αναφέρουν την πολυνομία ή/και το ασαφές και διαρκώς μεταβαλλόμενο νομικό πλαίσιο,
- (2) Αρκετοί επίσης (13 / 60) αναφέρουν τις αυστηρές και ανελαστικές προδιαγραφές για την ίδρυση νέων κλινικών οι οποίες είναι «χωρίς ουσία», «παρωχημένες» και «ασφυκτικές» για νεοεισερχόμενες επιχειρήσεις,
- (3) 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»

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

- (1) 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)
- (2) ο κλειστός προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ και οι μηχανισμοί clawback και rebate του ν. 4172/2013 (6 / 60)
- (3) το νομοθετικό πλαίσιο «που απαγορεύει δημιουργία νέων κλινών/ απαγόρευση νέων κλινικών του ν 4771/ αδειοδοτικό πλαίσιο που δεν δίνει τη δυνατότητα ίδρυσης υποκαταστημάτων και κτιριακή επέκταση»
- (4) «δεν υπάρχει κρατική ενίσχυση/ δεν υπάρχουν επενδυτικά κίνητρα στον αναπτυξιακό νόμο» (2/60)

- (5) 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),
- (6) η δυσκολία σύναψης συμφωνίας με ασφαλιστικές εταιρείες π.χ. «οι ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς δεν εφαρμόζουν σταθερά κριτήρια σύναψης συμβάσεων με ιδιωτικές κλινικές» (2/60),
- (7) το ασταθές φορολογικό περιβάλλον και η υπερφορολόγηση (2/60)
- (8) η συγκέντρωση/ ο κορεσμός στην αγορά (1 στις/ 60), και τέλος
- (9) «η ύπαρξη μονάδων ημερήσιας νοσηλείας» (1/60).

Διάγραμμα 105: Εμπόδια εισόδου σε νέες επιχειρήσεις, ιδιωτικές κλινικές στην αγορά των υπηρεσιών υγείας (ερώτηση 27).



IV.4. ΔΟΜΗ ΑΓΟΡΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

IV.4.1 Απόψεις ως προς τις παραμέτρους ανταγωνισμού

- 162. Ως προς τους αποφασιστικούς παράγοντες για την απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και την κατοχή ισχύος στην αγορά υπηρεσιών υγείας (ερώτηση 34), το 1/3 των ερωτώμενων επιχειρήσεων υπέδειξαν την ποιότητα¹³⁸ 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.
- 163. 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

¹³⁸ 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.

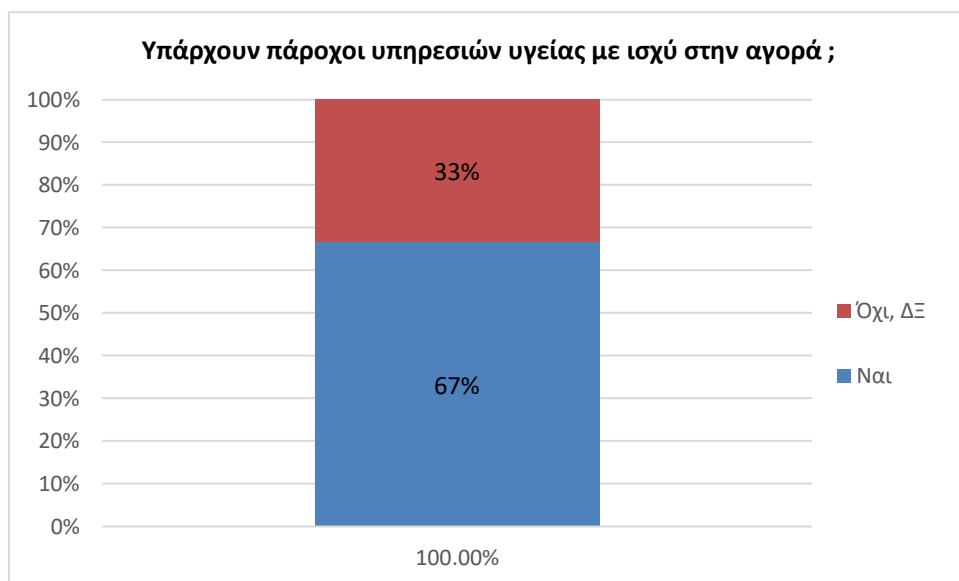
εταιρείες. Άλλοι ερωτώμενοι επεσήμαναν τη τιμολογιακή πολιτική που ακολουθεί μια κλινική και γενικότερα τη σχέση κόστους-οφέλους υπηρεσιών. Ενώ κάποιες ιδιωτικές κλινικές ανέφεραν ότι το επιχειρηματικό υπόβαθρο, το marketing και η διαφήμιση μπορούν να συμβάλουν στη απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος και κατοχή ισχύος στην αγορά.

- 164. 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.
- 165. 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

- 166. Περαιτέρω, στο πλαίσιο διερεύνησης του τρόπου λειτουργίας του ανταγωνισμού στην αγορά (ερώτηση 31), **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, η 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.

Διάγραμμα 11: Απόψεις σχετικά με την ύπαρξη παρόχων υγείας με μεγάλη ισχύ στην αγορά (ερώτηση 31)



- 167. 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 (ερώτηση 32), 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.

168. 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.
169. 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.
170. 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 από τις εταιρείες [...] 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 το [...] ότι «*ο ΕΟΠΠΥ κατέχει δεσπόζουσα θέση στους ασφαλιστικούς παρόχους*».

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

171. 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 (ερώτηση 21), 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.

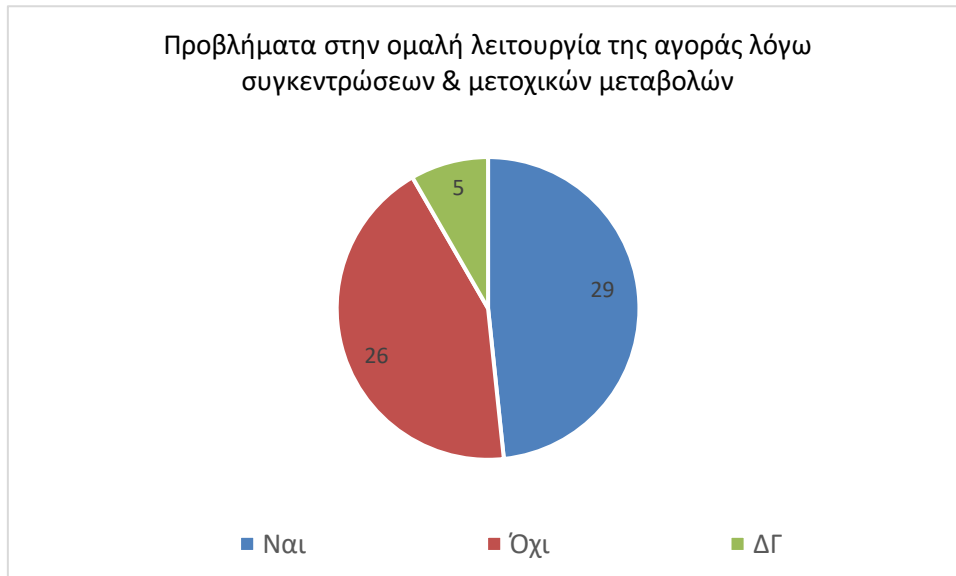
172. Κάποιες απαντήσεις αυτής της κατηγορίας των παρόχων εστιάζουν επίσης στον μελλοντικό αντίκτυπο συγκεντρώσεων και μετοχικών μεταβολών. Για παράδειγμα, συμμετέχοντες στην έρευνα επισημαίνουν ότι οι συνέργειες μεταξύ παρόχων υγείας και ασφαλιστικών εταιρειών θα κατευθύνουν το μεγαλύτερο μέρος των ασφαλισμένων 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 αναφέρουν ως προβληματικό για την αγορά το παράδειγμα μετοχικής μεταβολής και συγκέντρωσης της ΗΗG, η οποία ελέγχεται από το επενδυτικό κεφάλαιο CVC (βλ. ανωτέρω Ενότητα II.3.5 II.Γ.5) 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 ΗΗG 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 ανησυχίες.¹³⁹
173. 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.
174. 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 Ασφαλιστικής¹⁴⁰. 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 ΗΗG (6 εταιρείες) η εξαγορά του θεραπευτηρίου ΥΓΕΙΑ από την ΗΗG, η οποία είναι μητρική της εταιρείας ΛΗΤΩ, δεν μπορεί να επιφέρει προβλήματα στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας.

¹³⁹ 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 ΗΗG), 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 αρνητικές επιπτώσεις στον ανταγωνισμό. Βλ. σχετικώς Case M.10301 - CVC / ΕΘΝΙΚΙ, Απόφαση Ευρ. Επ. της 24.02.2022.

¹⁴⁰ Βλ. σχετικά Case M.10301 - CVC / ΕΘΝΙΚΙ και υποσημ. ανωτέρω.

175. 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 12: Επίδραση των συγκεντρώσεων και και μετοχικών μεταβολών μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας στη λειτουργία της εν λόγω αγοράς (ερώτηση 21)



IV.4.4 Απόψεις σχετικά με την ύπαρξη στρεβλώσεων στον ανταγωνισμό

1. Αντι-ανταγωνιστικές και άλλες προβληματικές πρακτικές

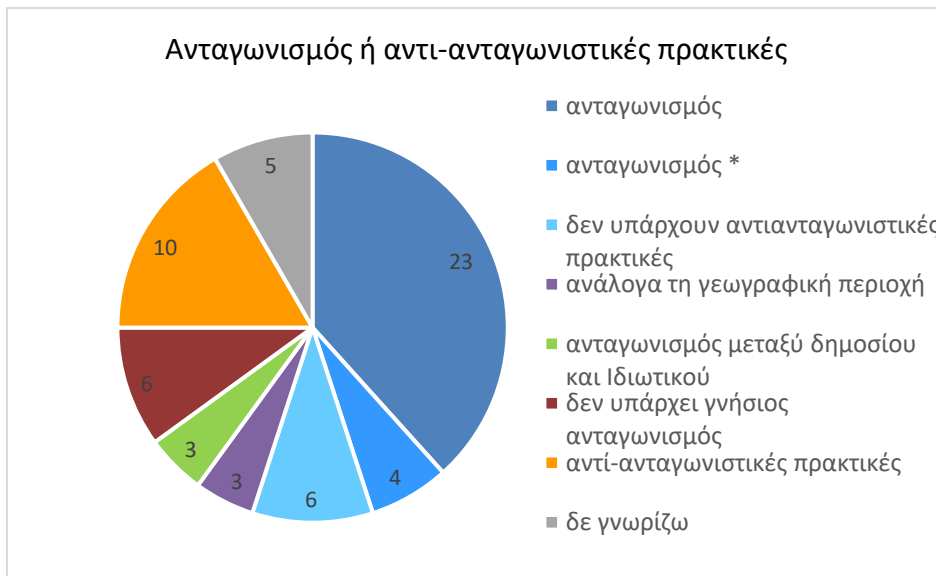
176. Οι πάροχοι επίσης ερωτήθηκαν εάν θεωρούν ότι λειτουργεί ο ανταγωνισμός στην αγορά ή εάν, αντίθετα, έχουν παρατηρήσει αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές στον κλάδο υπηρεσιών υγείας (ερώτηση 29). Στο ερώτημα αυτό η **πολυπληθέστερη κατηγορία συμμετεχόντων, 23 στους 60, θεωρούν ότι η αγορά λειτουργεί ανταγωνιστικά** (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. (βλ. ανωτέρω υποσημ. 91).
177. 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 ως «ανταγωνισμός*».
178. Στους ανωτέρω προστίθενται και όσοι αναφέρουν ότι δεν έχουν παρατηρηθεί αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές (6 στους 60, κατηγορία: «δεν υπάρχουν αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές»).
179. 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*»¹⁴¹ (κατηγορία «ανταγωνισμός μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού»).
180. 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*

¹⁴¹ Κέντρα Αποθεραπείας Αποκατάστασης.

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 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 φιλοξενουμένων τους, παρουσιάζοντας ακόμα και στις ιστοσελίδες τους στο Internet υπηρεσίες που νομικά δεν δικαιούνται ούτε να έχουν ούτε να διαφημίζουν».

181. 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.
182. 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).

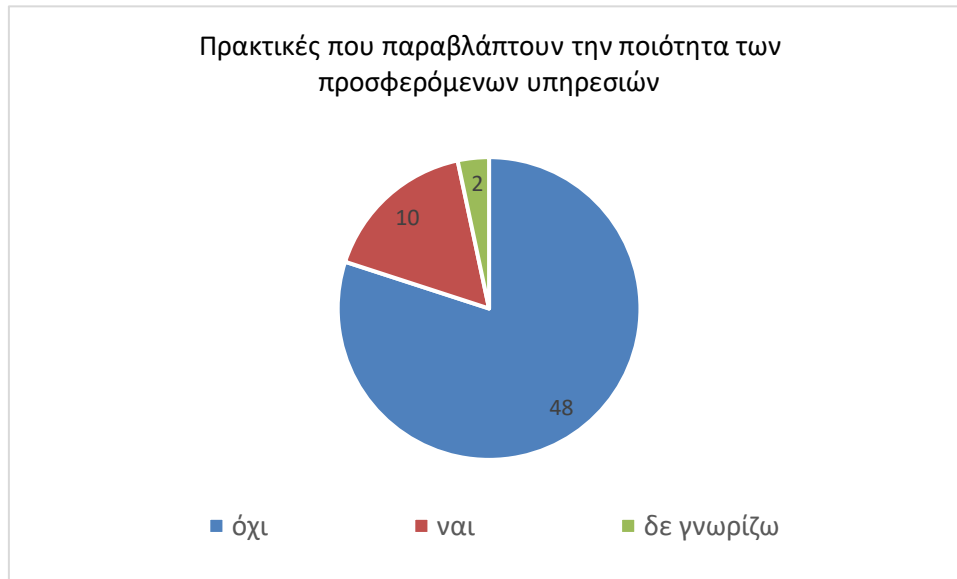
Διάγραμμα 13: Θέσεις παρόχων υπηρεσιών υγείας σχετικά με την ύπαρξη αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών (ερώτηση 29)



183. 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 (ερώτηση 16). 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 προσέλευση 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 14: Απόψεις σχετικά με πρακτικές παροχής ποιοτικών υπηρεσιών στην αγορά υγείας (ερώτηση 16)



2. Πρακτικές μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών επιχειρήσεων

184. Στην ειδικότερη ερώτηση 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 (ερώτηση 17), **η πλειοψηφία των παρόχων απαντά αρνητικά (33-35 απαντήσεις) ή «δε γνωρίζω» (7-8 απαντήσεις).**¹⁴² Από τις λοιπές απαντήσεις, κάποιοι πάροχοι:

- (1) ανησυχούν για τη δύναμη που αποκτούν κάποιες ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες στη συνέχεια οδηγούν τους πελάτες τους μόνο σε συγκεκριμένα θεραπευτήρια,
- (2) 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,
- (3) θεωρούν μη δικαιολογημένη πρακτική το να συνάπτονται πανομοιότυπες συμφωνίες νοσοκομείων με ασφαλιστικές, ή το ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες ακολούθησαν την ίδια

¹⁴² Οι ερωτώμενες ψυχιατρικές κλινικές (6 απαντήσεις) αναφέρουν ότι δεν κατάφεραν ή ότι εν γένει δεν έχουν συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες.

πολιτική περιορισμένης κάλυψης και πίεσης προς τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα περιόρισαν τους ασφαλισμένους από την χρήση / ωφέλεια της νέας τεχνολογίας

- (4) το ότι τα ασφαλιστικά συμβόλαια είναι πολύπλοκα και ο πελάτης δεν αντιλαμβάνεται ότι δεν καλύπτουν πολλές υπηρεσίες υγείας
 - (5) 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
 - (6) 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.
185. Οι πάροχοι που έχουν οδηγηθεί στην λογική της ανάληψης προγραμμάτων capitation¹⁴³, 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.
186. 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.

3. Συνεργασίες μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και φαρμακευτικών εταιρειών

187. 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 (ερώτηση 22). Από τους λοιπούς, 17 στους 60 απάντησαν «ναι», στο αν γνωρίζουν τέτοιες συνεργασίες και 5 δεν απάντησαν σε αυτή την ερώτηση.

¹⁴³ 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 ασφαλιστικά προγράμματα και τα ετησίως ανανεούμενα ασφαλιστικά προγράμματα.

Διάγραμμα 15: Απόψεις σχετικά με συνεργασίες επί κλινικών προγραμμάτων δοκιμών φαρμάκων, θεραπειών, ερευνητικών προγραμμάτων (ερώτηση 22)



188. 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;» (ερώτηση 23), η συντριπτική πλειονότητα (49 στους 60) είτε δεν απάντησαν είτε απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν. Χαρακτηριστική είναι η απάντηση των κλινικών του ομίλου ΗΗG 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. Επομένως, δεν είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε για τέτοιου είδους συνεργασίες ούτε να προβλέψουμε τα ενδεχόμενα αποτελέσματά τους στην αγορά.*»
189. 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.*»
190. 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 εγκομονεί τέτοιους κινδύνους», «γιατί οι κλινικές μελέτες είναι συνήθως κλειστές και αφορούν πολύ μικρό δείγμα» και γιατί «[η] όποια τεχνογνωσία προκύπτει συνήθως κοινοποιείται. Το μόνο άμεσο όφελος που μπορεί να προκύψει είναι τη κλινική μονάδα διεξαγωγής της έρευνα να αποτελέσει αργότερα κέντρο αναφοράς».

191. 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».

4. Άλλες στρεβλώσεις

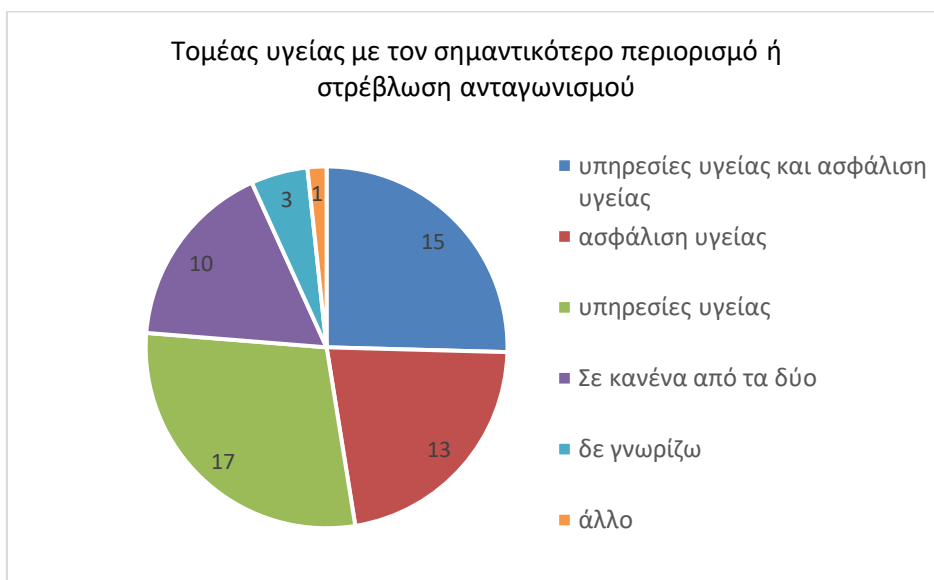
192. Πέραν τούτου, οι πάροχοι ρωτήθηκαν (ερώτηση 19) σε ποιον τομέα πιθανολογούν ότι υφίσταται σημαντικότερος περιορισμός ή στρέβλωση του ανταγωνισμού και κατά τούτο θα ήταν περισσότερο χρήσιμο να επικεντρωθεί η έρευνα της Επιτροπής- στο τομέα των υπηρεσιών υγείας ή υπηρεσιών ασφάλισης υγείας. Η πλειονότητα 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 ασφάλισης 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 (ΚΕΝ) του ΕΟΠΥΥ και τον μηχανισμό clawback & rebate. Έτσι περιορίζονται τα περιθώρια κέρδους για τις ιδιωτικές κλινικές.
193. 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-πελάτες¹⁴⁴. 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 αντιανταγωνιστικές πρακτικές στην αγορά παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας λόγω κατεύθυνσης ασφαλισμένων π.χ. της Εθνικής Ασφαλιστικής προς υπηρεσίες υγείας του ομίλου HHG.

¹⁴⁴ Στην 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 άλλου. 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».

Επισημαίνεται ωστόσο ότι η έρευνα της Ευρ. Επ. στην εν λόγω συγκέντρωση δεν έχει επιβεβαιώσει τις ανησυχίες αυτές¹⁴⁵.

194. 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, 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.
195. 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 θέματος¹⁴⁶.

Διάγραμμα 16: Απόψεις σχετικά με τους τομείς με σημαντικότερους περιορισμούς ή στρεβλώσεις του ανταγωνισμού στην αγοράς υγείας (ερώτηση 19)



¹⁴⁵ Βλ. ανωτέρω υποσημ. 91.

¹⁴⁶ «Να επικεντρωθεί στον ΕΟΠΥΥ. Κατάχρηση δεσπόζουσας Θέσης».

IV.4.5 Πιθανές λύσεις

196. 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 (ερώτηση 28), 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 .
197. Άλλες απαντήσεις αναφέρονται μεταξύ άλλων στα εξής :
- (1) ένταξη των μονάδων υγείας στον εκάστοτε Αναπτυξιακό Νόμο/Νομικό πλαίσιο για την εξεύρεση κεφαλαίων, ΕΣΠΑ, να δοθούν κίνητρα για μείωση ΦΠΑ,
 - (2) θέσπιση ενιαίου αμοιβολόγιου ιατρών και ιατρικών πράξεων που να ισχύει σε όλους τους ασφαλιστικούς φορείς, δημόσιους και ιδιωτικούς/κατάργηση του ισχύοντος μεριδολογίου των ιατρών,
 - (3) ενιαίο ρυθμιστικό πλαίσιο αξιολόγησης και λειτουργίας δημόσιων και ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας,
 - (4) εφαρμογή του άρθρου 1 του Νόμου 4072/2012, το οποίο θεσπίζει οριζόντιες διατάξεις για την απλούστευση των διαδικασιών αδειοδότησης¹⁴⁷,

¹⁴⁷ Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 4072/2012 «Βελτίωση επιχειρηματικού περιβάλλοντος - Νέα εταιρική μορφή - Σήματα - Μεσίτες Ακινήτων - Ρύθμιση θεμάτων ναυτιλίας, λιμένων και αλιείας και άλλες διατάξεις», «1. Η Αδειοδοτούσα Αρχή αναρτά στο διαδικτυακό της τόπο για λόγους διαφάνειας τις άδειες, αποφάσεις και εγκρίσεις που εκδίδει, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία, καθώς και τις εκθέσεις επιθεωρήσεων που εκδίδονται στο πλαίσιο της διαδικασίας αδειοδότησης όλων των δραστηριοτήτων και της τήρησης των όρων της νόμιμης άσκησής τους. 2. Αν μεταβληθεί η επωνυμία του φορέα της επιχείρησης ή μεταβιβασθεί για οποιαδήποτε αιτία μέρος ή το σύνολο των εταιρικών μεριδίων ή μετοχών μίας εταιρείας, ανάλογα με τη φύση της επιχείρησης ως ατομικής ή οποιοδήποτε είδους εταιρείας, η άδεια που έχει εκδοθεί ελέγχεται και τροποποιείται μόνον όσον αφορά στα στοιχεία του φορέα που διαφοροποιήθηκαν. Πιστοποιητικά, αποφάσεις, εγκρίσεις, που έχουν εκδοθεί για την επιχείρηση, εξακολουθούν να ισχύουν μέχρι τη λήξη τους και δεν απαιτείται η προσκόμιση νέων. Αν η μεταβολή συνίσταται στην προσθήκη νέας δραστηριότητας για την οποία απαιτείται αδειοδότηση, τα πιστοποιητικά, οι αποφάσεις και οι εγκρίσεις που έχουν εκδοθεί και αφορούν την ήδη ασκούμενη δραστηριότητα, δεν αναζητούνται εκ νέου. Σε αυτή την περίπτωση απαιτείται η προσκόμιση από την επιχείρηση υπεύθυνης δήλωσης με την οποία βεβαιώνεται ότι εξακολουθούν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις χορήγησης της αρχικής άδειας. 3. Οι κρατικές κεντρικές και περιφερειακές αρχές και τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, που εκδίδουν άδειες, αποφάσεις ή εγκρίσεις για πάσης φύσεως δραστηριότητες, μεριμνούν για την ηλεκτρονική μεταξύ τους διασύνδεση και τη λειτουργία ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος, στο πλαίσιο του οποίου γίνεται σε ηλεκτρονική μορφή η υποβολή των αιτήσεων, η ηλεκτρονική διακίνηση μεταξύ των συναρμόδιων υπηρεσιών και η τελική τους διεκπεραίωση. 4. Αν για την έκδοση οποιασδήποτε άδειας, έγκρισης, απόφασης ή γνωμοδότησης από κρατικές κεντρικές και περιφερειακές αρχές και νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου απαιτούνται στοιχεία που τηρούνται στη βάση του Γενικού Εμπορικού Μητρώου (Γ.Ε.ΜΗ.), τα στοιχεία αυτά αναζητούνται από την αρμόδια υπηρεσία.»

- (5) 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),
- (6) εμπρόθεσμη καταβολή των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων, κατάργηση της καταβολής του 5% επί των εσόδων των Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης, και μείωση της γραφειοκρατίας,
- (7) ίση αντιμετώπιση των μεγάλων ομίλων και των υπόλοιπων ιδιωτικών κλινικών σε επίπεδο νομοθεσίας

IV.4.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

198. Τα βασικά σημεία που προκύπτουν από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων ως προς την δομή της αγοράς και τη λειτουργία του ανταγωνισμού στην παροχή υπηρεσιών υγείας δύνανται να συνοψιστούν ως ακολούθως:

- (i) Οι συγκεντρώσεις στην αγορά παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας αφεαυτές ενισχύουν σημαντικά τη θέση στρατηγικών επενδυτών περιορίζοντας σημαντικά τις μικρότερες εταιρείες που δραστηριοποιούνται σε αυτήν και ενδεχομένως να οδηγήσουν σε αυξήσεις των τιμών ή/και μείωσης της ποιότητας των υπηρεσιών. Στον αντίποδα, ενδέχεται να ενισχύσουν την καινοτομία και την τεχνολογική εξέλιξη. Σε περίπτωση, δε, που οι συγκεντρώσεις αφορούν και σε κάθετη σχέση μεταξύ παρόχου υγείας και ασφαλιστικής εταιρείας, ενδέχεται να υπάρξουν στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό. Εντούτοις, ποσοστό περίπου 43% θεωρεί ότι συγκεντρώσεις και μετοχικές μεταβολές δεν δημιουργούν προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της αγοράς. Εξάλλου, σχετικές συγκεντρώσεις του κλάδου σε ενωσιακό και εθνικό επίπεδο κρίθηκαν συμβατές με το δίκαιο του ανταγωνισμού. Συναφώς, σε σχέση με την δύναμη αγοράς στον κλάδο, ισχύ στην αγορά διαθέτουν οι μεγάλοι όμιλοι με σημαντικό αριθμό ιδιωτικών κλινικών στα μεγάλα αστικά κέντρα ενώ ποσοστό 33,33% θεωρεί είτε ότι δεν υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών υγείας με ισχύ στην αγορά είτε δεν γνωρίζουν. Παρά την αναφερθείσα ισχύ των ιδιωτικών κλινικών, δεν θεωρείται από τους ερωτηθέντες ότι κάποια εξ' αυτών κατέχει δεσπόζουσα θέση στην αγορά.
- (ii) Παράγοντες για την απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος στην αγορά αποτελούν η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, συνάρτηση των υποδομών, του επιστημονικού προσωπικού, της φήμης που έχει μία δομή υγείας, η σχέση κόστους-οφέλους των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι συνεργασίες των δομών υγείας με ασφαλιστικές εταιρείες.
- (iii) Συνεργασίες μεταξύ ιδιωτικών κλινικών και φαρμακευτικών εταιρειών για την δοκιμή πειραματικών φαρμάκων θεωρούνται αναγκαίες και επιφέρουν βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με μόνο άμεσο όφελος για την κλινική μονάδα διεξαγωγής της έρευνας να αποτελέσει μελλοντικά κέντρο αναφοράς.

Λοιπά θέματα τα οποία αναφέρονται ως προβλήματα της αγοράς εν γένει αφορούν α) στην προστασία καταναλωτή (πολυπλοκότητα των ασφαλιστικών συμβολαίων/ασυμμετρία πληροφόρησης του καταναλωτή, μη αποδοχή κάλυψης υπηρεσιών από τις ασφαλιστικές εταιρείες προς τον πάροχο υπηρεσιών υγείας), β) στον τρόπο αποζημίωσης των παρόχων υγείας από τον ΕΟΠΥΥ (αποζημίωση των παρόχων υγείας με τιμές κάτω του κόστους, μηχανισμός clawback & rebate- μηχανισμός ο οποίος, σημειωτέον-αφορά μόνο στην φαρμακευτική δαπάνη, κλειστά ενοποιημένα νοσήλια του ΕΟΠΥΥ), γ) στην ύπαρξη ρυθμιστικών εμποδίων εισόδου (μηχανισμός clawback & rebate, πολυπλοκότητα του νομοθετικού πλαισίου και χρονοβόρες διαδικασίες, παρωχημένο ρυθμιστικό πλαίσιο το οποίο περιορίζει την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας, έλλειψη κρατικών ενισχύσεων-επενδυτικών κινήτρων στον αναπτυξιακό νόμο), δ) στην ύπαρξη πραγματικών εμποδίων εισόδου (υψηλά επενδυτικά κεφάλαια και υψηλό λειτουργικό κόστος, δυσκολία στη σύναψη συμβάσεων των παρόχων υπηρεσιών υγείας με ασφαλιστικές εταιρείες).

IV.5. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

IV.5.1 Οι επιπτώσεις της πανδημίας στις δραστηριότητες των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

199. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν με ποιους τρόπους έχει επηρεάσει η πανδημία του Covid-19 τη δραστηριότητά τους στον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας (ερώτηση 56). Στο ερώτημα δόθηκαν πολυδιάστατες απαντήσεις: τονίστηκε ότι αυξήθηκε το κόστος λειτουργίας (PCR tests, rapid tests, μάσκες, στολές, προσωπίδες, δημιουργία ειδικών χώρων, αναβάθμιση τηλεφωνικού κέντρου προς αντιμετώπιση του τεράστιου όγκου κλήσεων) και επειδή έγινε πολύ πιο αυστηρό το πλαίσιο λειτουργίας, υιοθετήθηκαν μέτρα πρόληψης και ελέγχου, καθώς και όλα τα προβλεπόμενα υγειονομικά πρωτόκολλα για την ασφάλεια των ασθενών, των συνοδών-επισκεπτών και του προσωπικού, με ενδεικτική αναφορά στην ενεργητική επιτήρηση προσωπικού, ασθενών και συνοδών, στον εργαστηριακό έλεγχο νέων ασθενών, φιλοξενιών και ασθενών που επιστρέφουν από νοσηλεία, στους ειδικά διαμορφωμένους χώρους αναμονής και παροχής της ιατρικής υπηρεσίας, στην προμήθεια κατάλληλου εξοπλισμού προστασίας και προληπτικού ελέγχου έναντι της πανδημίας, στον καθαρισμό και στην απολύμανση των χώρων, επιφανειών και εξοπλισμού, κα.
200. Χαρακτηριστικά αξίζει να μεταφερθούν και οι εξής απαντήσεις: *«[α]πό την έναρξη της πανδημίας, πριν τον εμβολιασμό των ασθενών, αναγκαστήκαμε να νοσηλεύουμε τους ασθενείς σε μονόκλινα, δίκλινα δωμάτια προς αποφυγή διασποράς σε πιθανό κρούσμα με αποτέλεσμα να έχουμε μέχρι και σήμερα μειωμένη έως και 50% δύναμη της κλινικής. Αυτό φυσικά συνεπάγεται σε δραματική μείωση των εσόδων μας»* και *«[η] πανδημία του COVID-19 επηρέασε αρνητικά τη δραστηριότητά μας κυρίως λόγω του υψηλού κόστους στο οποίο υποβληθήκαμε ώστε να μπορέσουμε να αποτρέψουμε την εξάπλωσή της εντός της κλινικής μας»*.
201. Αναφέρθηκε επίσης ότι υπήρχε αρνητικός αντίκτυπος λόγω αναστολής λειτουργίας των τακτικών χειρουργείων και απαγόρευσης προγραμματισμού νέων χειρουργικών επεμβάσεων, με συνέπειες στην εισαγωγή νέων ασθενών, καθώς και στην καθημερινή λειτουργία της κλινικής ως προς το επισκεπτήριο αλλά και την τήρηση των αυστηρών μέτρων για την αποφυγή μετάδοσης της νόσου στους ασθενείς και το προσωπικό. Επισημάνθηκε ότι εξαιτίας της, για μεγάλο χρονικό διάστημα, απαγόρευσης χειρουργικών επεμβάσεων στα νοσοκομεία και της αναστολής παροχής υπηρεσιών αποκατάστασης ημερήσιας νοσηλείας, οι σχετικές δραστηριότητες μειώθηκαν δραματικά, χωρίς καμία κρατική ενίσχυση. Υποστηρίχθηκε χαρακτηριστικά ότι *«επιφορτιστήκαμε με τεράστιο κόστος λήψης μέτρων προστασίας του προσωπικού μας και των ασθενών μας, το οποίο δεν καλύφθηκε από το Κράτος, μολονότι εν τοις πράγμασι επρόκειτο περί μέτρων προστασίας της Δημόσιας Υγείας»*.
202. Συμπληρώθηκε ότι η πανδημία covid-19 έχει επηρεάσει σημαντικά τον κλάδο παροχής υπηρεσιών όσο αφορά το πρωτόκολλο εισαγωγής ασθενών, τον τρόπο διαχείρισης των ασθενών, τον αριθμό χειρουργείων που συνεχώς μεταβάλλεται ανάλογα τα επιδημιολογικά δεδομένα και έχει σημαντικό αντίκτυπο στα έσοδα καθώς και στην σημαντική αύξηση των πάγιων εξόδων (μέτρα ατομικής προστασίας, test Covid-19 για το υγειονομικό προσωπικό κτλ). Επίσης αναφέρθηκε ότι προέκυψε ανάγκη προσέλκυσης νέου ικανού ανθρώπινου δυναμικού, ότι χρειάστηκε αναβάθμιση των ψηφιακών συστημάτων και εν γένει προσαρμογή στη νέα πραγματικότητα του ψηφιακού μετασχηματισμού, ότι διαταράχθηκε η εύρυθμη λειτουργία των κλινικών μέσω ρυθμιστικών διατάξεων (λ.χ. πλαφόν στα προγραμματισμένα χειρουργεία, υποχρεωτική τηλεργασία στους εργαζομένους κα) και της αυξανόμενης υπερφόρτωσης των νοσοκομείων και κλινικών σε πανελλαδικό επίπεδο λόγω των περιστατικών Covid-19. Τονίστηκε επίσης ότι κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19 μειώθηκαν οι λοιπές λοιμώξεις ενώ αυξήθηκε ο όγκος των περιστατικών σε κάποιες κατηγορίες εξαιτίας της αδυναμίας αντιμετώπισης αυτών από το ΕΣΥ, λόγω της μετατροπής αρκετών νοσοκομείων σε μονοθεματικά.

203. Παράλληλα, σημειώθηκε ότι έχει δημιουργηθεί η ανάγκη υιοθέτησης νέων κανόνων, διαδικασιών και ροών για την προστασία ασθενών και προσωπικού, με αυξημένο κόστος. Επίσης, αναφέρθηκε ότι η πανδημία έχει οδηγήσει σε έξαρση των ψυχικών νόσων. Συμπληρώθηκε ότι τα μέτρα που επιβλήθηκαν και κυρίως η διάχυτη ανησυχία της διασποράς του ιού δημιούργησε ανασφάλεια και μείωσε αισθητά την επισκεψιμότητα στα ιατρεία και στις κλινικές, ενώ επιπροσθέτως αυξήθηκαν οι ανάγκες σε προμήθεια υλικών και εκπαίδευση στελεχών βάσει των νέων δεδομένων.
204. Αναφέρθηκε επιπλέον ότι ένα μεγάλο μέρος ασφαλισμένων στράφηκε προς τους ιδιώτες παρόχους, ενώ ορισμένες πληθυσμιακές ομάδες οδηγήθηκαν πολλές φορές, εμμέσως, σε αποκλεισμό από την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Επισημάνθηκε ότι δημιουργήθηκαν ελλείμματα μη αντιμετωπίσιμα (π.χ. κατάργηση επισκεπτηρίου που επιβάρυνε τη διαβίωση των ασθενών, διακομιδές ασθενών λόγω μόλυνσης covid σε δημόσιες δομές όπου διατάραξαν την πορεία της νοσηλείας τους) και σοβαροί τριγμοί σε όρους επιχειρησιακής λειτουργίας (άδειες νόσησης προσωπικού για οποιοδήποτε πιθανό λόγο, νόσηση υπαλλήλου, επαφή με κρούσμα, προληπτική καραντίνα κτλ).
205. Συμπληρώθηκε ακόμη ότι έχει ενισχυθεί δυναμικά το πρωτόκολλο προφύλαξης των ασθενών κατά την άφιξη (θερμομέτρηση υπέρυθρων IR, χρήση αντισηπτικού υγρού, έλεγχος για υποχρεωτική χρήση μάσκας), έχουν ενεργοποιηθεί μέτρα αποφυγής συνωστισμού (π.χ., χορήγηση αριθμημένης κάρτας εισόδου ασθενή κατά την άφιξη, συνεχιζόμενος έλεγχος συνολικού πλήθους ασθενών στις αίθουσες αναμονής βάσει τετραγωνικών μέτρων των εγκαταστάσεων, σήμανση X shape: κατάργηση θέσεων με ειδικές ταινίες σήμανσης (X) για την τήρηση αποστάσεων, επιδαπέδια διαγράμμιση, ηλεκτρονικό βιβλίο εισόδου-εξόδου για λεπτομερή καταγραφή της ώρας άφιξης του ασθενή και της ώρας ολοκλήρωσης του ραντεβού, έλεγχος άφιξης (welcome control) και καθοδήγηση από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό), έχουν γίνει επενδύσεις σε προληπτικά μέτρα αποφυγής της διασποράς του SARS-CoV-2 (διαχείριση αιχμηρών αντικειμένων, αυστηρή αποκομιδή μολυσματικών υλικών, τακτική καθαριότητα και απολύμανση επιφανειών με ειδικά αντιμικροβιακά προϊόντα, κλπ.), έχει ελαχιστοποιηθεί σημαντικά το paperwork κα.
206. Διαχρονικά, υποστηρίχθηκε ότι η επίδραση της πανδημίας του Covid-19 στον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας κατηγοριοποιείται σε τρεις περιόδους σύμφωνα με την προσέλευση και τη βαρύτητα των παθήσεων (σημειώνεται ότι οι απαντήσεις δεν προσδιορίζουν την έναρξη/λήξη των σχετικών περιόδων):
- (1) Κατά την πρώτη και μικρότερη χρονικά περίοδο, παρατηρήθηκε μείωση έως και εξαφάνιση της προσέλευσης για πρωτοβάθμιες υπηρεσίες ενώ μικρότερη μείωση παρουσιάστηκε στη ζήτηση δευτεροβάθμιων υπηρεσιών. Ιδιαίτερη εντύπωση προκάλεσε το γεγονός της μείωσης της ζήτησης εκτάκτων και επειγόντων υπηρεσιών. Παρατηρήθηκε επίσης ότι το μέτρο της πλήρους απαγόρευσης της μετακίνησης των πολιτών που έλαβε η πολιτεία στο πρώτο γενικό lockdown επηρέασε σε μεγάλο βαθμό την επισκεψιμότητα στα ιδιωτικά θεραπευτήρια και διαγνωστικά κέντρα, η οποία και αποκαταστάθηκε σταδιακά μετά την άρση της απαγόρευσης, και ότι το πρώτο διάστημα και μέχρι την έναρξη των εμβολιασμών παρατηρήθηκε μια πτωτική πορεία των περιστατικών, η οποία επανήλθε μέσα στο 2021.
 - (2) Κατά τη δεύτερη χρονικά περίοδο, παρουσιάστηκε συγκρατημένη αύξηση στη ζήτηση πρωτοβάθμιων υπηρεσιών ενώ μεγαλύτερη ήταν η αύξηση στην προσέλευση για δευτεροβάθμιες υπηρεσίες.
 - (3) Στην τρίτη περίοδο, παρουσιάζεται έξαρση ζήτησης τόσο στον πρωτοβάθμιο όσο και στον δευτεροβάθμιο τομέα.

207. Επιπλέον, ως προς τη διαχρονική διάσταση, υποστηρίχθηκε ότι κατά την πρώτη φάση της πανδημίας προ της εφαρμογής του εμβολιασμού ήταν εξαιρετικά δύσκολη η διαχείριση των ασθενών υπό το φόβο μετάδοσης του ιού εντός της δομής, με μεγάλο οικονομικό αντίκτυπο λόγω της ελαχιστοποίησης των νέων εισαγωγών στη κλινική, αλλά και σε επόμενη φάση οι κλινικές επιβαρύνθηκαν με το κόστος νοσηλείας ασθενών Covid-19 χωρίς να αποζημιώνονται από κανέναν για αυτή την επιπλέον παροχή, με έξοδα και υποχρεώσεις που δεν καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ.
208. Από την άλλη πλευρά, αναφέρθηκε επίσης ότι τα ιατρικά πρωτόκολλα που επέβαλαν οι οδηγίες της Εθνικής Αρχής Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Ε.Α.Ι.Υ.Α) και οι εγκύκλιοι του Υπουργείου Υγείας, καθώς και η άμεση εναρμόνιση με τις πρακτικές που ανακοίνωσαν οι Επιστημονικές Εταιρείες της Αναπαραγωγικής Ιατρικής παγκοσμίως, έδωσαν εμπιστοσύνη στο ιατρικό προσωπικό να κινηθούν προς τη σωστή κατεύθυνση. Υποστηρίχθηκε επίσης ότι η πανδημία φαίνεται να συνέβαλλε στην ανάπτυξη της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας στην Ελλάδα, η οποία βρισκόταν ήδη σε αναπτυξιακή τροχιά, και αποτέλεσε έναν από τους λόγους για τους Έλληνες να συνειδητοποιήσουν ότι χρειάζονταν ένα πρόσθετο, ιδιωτικό, ασφαλιστικό συμβόλαιο υγείας. Συνεπώς, συνολικά θεωρήθηκε ότι η πανδημία αύξησε την ευαισθητοποίηση για πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και αυτό εκφράστηκε μέσα από την αυξημένη ζήτηση ασφαλιστικών προγραμμάτων (είτε ατομικών είτε ομαδικών).
209. Λόγω δε της πανδημίας, αφενός μεν δημιουργήθηκε τμήμα δειγματοληψίας Covid, αφετέρου αυξήθηκαν οι κλίνες, με αποτέλεσμα την πρόσληψη νέου προσωπικού και την επέκταση των δραστηριοτήτων των παρόχων σε μια επιπλέον επίκαιρη και χρήσιμη υπηρεσία, αυτή της διενέργειας ελέγχων Covid προς το ευρύτερο καταναλωτικό κοινό. Η εν λόγω επέκταση των δραστηριοτήτων σε συνδυασμό με κατάλληλη προώθηση απέφεραν κέρδη στους παρόχους υπηρεσιών υγείας.

IV.5.2 Οι επιπτώσεις της πανδημίας στην ομαλή λειτουργία του ανταγωνισμού

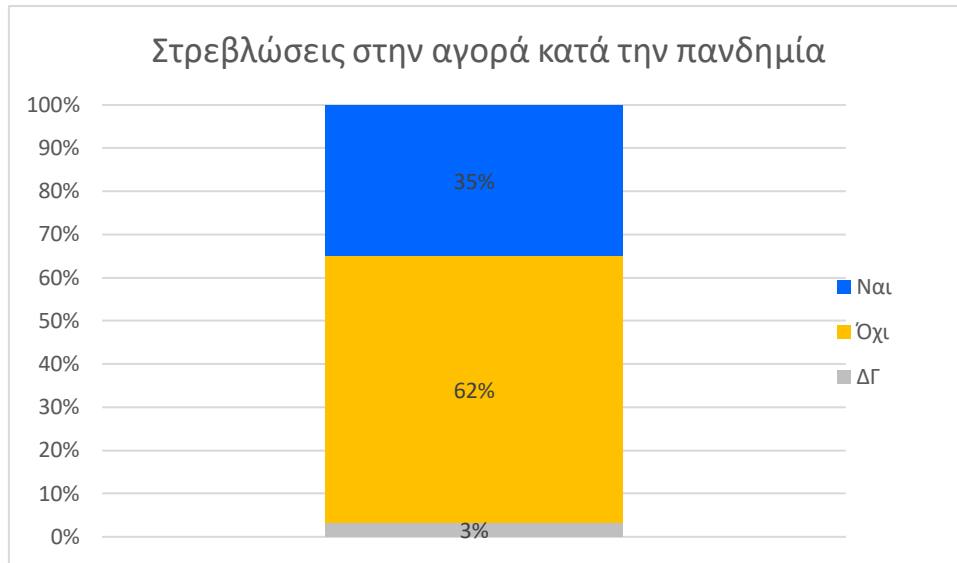
210. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν επίσης (ερώτηση 33) εάν κατά τη διάρκεια της πανδημίας ανέκυψαν νέα ζητήματα αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών αλλά και στρεβλώσεις στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (37 από τους 60) δήλωσε ότι δεν διαπίστωσε αντι-ανταγωνιστικές ή στρεβλώσεις την αγορά υπηρεσιών 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).
211. 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 υποστήριξαν ότι οι συγκεκριμένες ρυθμίσεις δεν είχαν αρνητικό αντίκτυπο στον ανταγωνισμό του κλάδου.
212. 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.¹⁴⁸ Άλλοι αναφέρθηκαν στο κόστος ιατρικών αναλώσιμων όπως μάσκες και αντισηπτικά, ενώ άλλοι ανέφεραν ότι ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ανέλαβαν την διενέργεια τεστ είτε χωρίς διαγωνισμό

¹⁴⁸ Δύο επιχειρήσεις επεσήμαναν ότι η τιμή διενέργειας των τεστ από τα ελληνικά ιδιωτικά εργαστήρια είναι αντίστοιχη των ευρωπαϊκών και επομένως δεν υπάρχει υπερτιμολόγηση.

είτε χωρίς την απαραίτητη άδεια, ενώ η έλλειψη ενός ρυθμιστικού πλαισίου για την αντιμετώπιση μιας πανδημίας δημιούργησε στρεβλώσεις εις βάρος των καταναλωτών.

213. 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».

Διάγραμμα 17: Απόψεις σχετικά με την ανάδειξη νέων ζητημάτων αντι-ανταγωνιστικών πρακτικών και στρεβλώσεων στην αγορά υπηρεσιών υγείας κατά τη διάρκεια της πανδημίας (ερώτηση 33)



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο: ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

V. Η ΑΓΟΡΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

V.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

214. 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 νόμο¹⁴⁹.
215. 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 κινδύνων¹⁵⁰. 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 σύστημα¹⁵¹. 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 κοινωνική¹⁵².
216. 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 τελευταίους¹⁵³. 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 επιχειρήσεις¹⁵⁴. Ωστόσο όπως θα καταδειχθεί στον οικείο τόπο, ζητήματα γεννώνται ως προς τους φορείς επικουρικής ασφάλισης.
217. Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας η σχετική ανάλυση θα περιοριστεί στον κλάδο της ιδιωτικής ασφάλισης.
218. 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 κινδύνου¹⁵⁵.

¹⁴⁹ 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.

¹⁵⁰ Βλ. Π. Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης 2^η εκδ., σελ. 27-28.

¹⁵¹ Οπ. π..

¹⁵² Βλ. Α. Αργυριάδη / Ρ. Χατζηνικολάου- Αγγελίδου /Λ. Σκαλίδη ό.π., σελ. 7.

¹⁵³ Βλ. Γ. Πανίτσα, Ιδιωτική Ασφάλιση και Δίκαιο του Ελεύθερου Ανταγωνισμού, 2021, σελ. 3.

¹⁵⁴ Βλ. αναλυτικότερα παρακάτω.

¹⁵⁵ Βλ. Ι. Ρόκα, Ασφαλιστικό Δίκαιο – Από τη θεωρία στην πράξη 5^η εκδ., σελ. 35 επ.

Τόσο η επέλευση του κινδύνου όσο και η έκταση της ζημίας είναι γεγονότα αβέβαια, και αυτά ακριβώς καλύπτονται από την ασφάλιση ζημιών¹⁵⁶. 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 πραγματοποιηθεί¹⁵⁷. Τέτοιες ασφαλίσεις είναι οι ασφαλίσεις θανάτου, σύνταξης κ.α. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό στις ασφαλίσεις ζωής είναι ότι υφίσταται έντονο αποταμιευτικό ή/και επενδυτικό στοιχείο¹⁵⁸, και για τον λόγο αυτόν δύναται να ανακύπτουν ζητήματα ανταγωνιστικής σχέσης ορισμένων ασφαλιστικών προϊόντων ζωής με επενδυτικά/αποταμιευτικά προϊόντα που προσφέρουν λιυπές επιχειρήσεις του χρηματοοικονομικού κλάδου¹⁵⁹. Τέλος ξεχωριστή κατηγορία αποτελεί η ανασφάλιση.

219. Η ασφάλιση ζημιών διέπεται από τα άρθρα 11-26 του ΑσφΝ ενώ η ασφάλιση προσώπων από τα άρθρα 27 – 32.
220. **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 δίκαιο¹⁶⁰. Εξαιρέση αποτελεί ο κλάδος διαρκούς (ισόβιας) ασφάλισης ασθενείας, ο οποίος αποτελεί εμπίπτει στην κατηγορία ασφάλισης ζωής.

V.2. ΖΗΤΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

221. 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).¹⁶¹ Ειδικότερα, ένας ιδιοκτήτης κατοικίας επιθυμεί να προστατεύσει την κατοικία του από τον κίνδυνο της πυρκαγιάς και για αυτό τον σκοπό είναι διατεθειμένος να πληρώσει ασφαλιστρο (*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 ασφαλιστρο 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' ότι να παρέμενε ανασφάλιστη η κατοικία του (Nyman, 2014).¹⁶² Οι Friedman και Savage αναφέρουν ότι το εν λόγω κέρδος 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

¹⁵⁶ Οπ. π..

¹⁵⁷ Οπ. π..

¹⁵⁸ 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).

¹⁵⁹ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 9.

¹⁶⁰ Βλ. Ι. Ρόκα, Δίκαιο ιδιωτικής ασφάλισης – Η επιχείρηση, 12^η εκδ., σελ. 282. Βλ. ωστόσο και παρακάτω αναφορικά με τα ζητήματα αδειοδότησης.

¹⁶¹ Friedman, M., and Savage, L., J. (1948). The utility analysis of choices involving risk. *Journal of Political Economy*, 66, pp. 279–304.

¹⁶² Nyman, J., A. (2014). Demand for and Welfare Implications of Health Insurance, Theory of, University of Minnesota, Minneapolis, MN, USA.

ασφάλισης υγείας.¹⁶³ Μέχρι και σήμερα, η βάση ανάλυσης της ζήτησης υπηρεσιών ασφάλισης υγείας προέρχεται από το μοντέλο των Friedman και Savage.

222. Ένας από τους σημαντικότερους περιορισμούς¹⁶⁴ 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)¹⁶⁵ σημειώνει ότι τα μοντέλα των Friedman και Savage (1948) και Arrow (1963) για να είναι επικερδή για τους πολίτες θα πρέπει από το κέρδος 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 Κινδύνου.¹⁶⁶
223. 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 ασφαλιστρο (δυσμενής επιλογή) όσο και ότι, διατηρώντας σταθερό τον εκ των προτέρων κίνδυνο, η ασφαλιστική κάλυψη θα αυξήσει 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).¹⁶⁷
224. 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, Brown et al., 1993).

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

164 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., Banthin, J., S., and Encinosa, W., E. (2009). Wealth, income, and the affordability of health insurance. *Health Affairs*, 28, pp. 887–896.

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

166 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.

167 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,

225. 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 της¹⁶⁸.
226. 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 ασφάλιστρα υγείας σε πολλά Κράτη Μέλη της ΕΕ. Από τους κύριους λόγους της αύξησης της ζήτησης 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 ασφαλιστρών ήταν το αυξανόμενο κόστος των ιατρικών υπηρεσιών, το οποίο πρέπει να αντικατοπτρίζουν τα ασφάλιστρα. Σύμφωνα με την μελέτη, η ζήτηση στην ελληνική αγορά σημείωσε αύξηση με την παραγωγή σε ασφάλιστρα να σημειώνει αύξηση κατά 12% λόγω της πανδημίας¹⁶⁹.

V.3. ΠΡΟΣΦΟΡΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

227. 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 συνεταιρισμού¹⁷⁰. 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 ασφαλίματος, ο οποίος είναι το πρόσωπο που δικαιούται να εισπράξει την ασφαλιστική αποζημίωση¹⁷¹.
228. Πέραν των ασφαλιστών, στην ασφαλιστική αγορά είναι κρίσιμος ο ρόλος των ασφαλιστικών διανομέων (πρώην ασφαλιστικών διαμεσολαβητών)¹⁷². Οι ασφαλιστικοί διανομείς είναι επαγγελματίες¹⁷³, οι οποίοι μεσολαβούν μεταξύ λήπτη της ασφάλισης και ασφαλιστή, προκειμένου να συναφθεί σύμβαση ασφάλισης. 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

¹⁶⁸ Βλ. Στόχασις 2022, Κεφάλαιο «Ζήτηση», Ενότητα «Προσδιοριστικοί παράγοντες ζήτησης»

¹⁶⁹ 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>

¹⁷⁰ Άρθρο 14 παρ. 1 β) Ν 4364/2016, επίσης μπορεί να έχει και τη μορφή ευρωπαϊκής εταιρείας όπως ορίζεται στον Κανονισμό 2157/01.

¹⁷¹ Για τις έννοιες του «λήπτη της ασφάλισης» του «ασφαλισμένου» και του «δικαιούχου του ασφαλίματος» βλ. και Ι. Ρόκα Ασφαλιστικό Δίκαιο ό.π., σελ. 29.

¹⁷² Για την έννοια της ασφαλιστικής διαμεσολάβησης βλ. και Ε. Τζίβα, Bancassurance: Διανομή ασφαλιστικών προϊόντων από πιστωτικά ιδρύματα”, 2020, σελ. 94 επ.

¹⁷³ Ασφαλιστικοί πράκτορες, συντονιστές ασφαλιστικών πρακτόρων και μεσίτες ασφαλίσεων (άρθρο 4 παρ. 3, 4, 5, 6 Ν 4583/2018).

εισέλθει σε μία αγορά, πρέπει να αναπτύξει συνεργασία με ασφαλιστικούς διανομείς¹⁷⁴. Με άλλα λόγια η συνεργασία ενός ασφαλιστή με ασφαλιστικούς διανομείς συνιστά μία αναγκαία συνθήκη προκειμένου ένας ασφαλιστής να εισέλθει σε μία ασφαλιστική αγορά.

229. Τέλος στον ασφαλιστικό τομέα δραστηριοποιούνται και λοιποί επαγγελματίες όπως πραγματογνώμονες, διακανονιστές αξιώσεων κ.α.
230. Ιδιαίτερη μνεία όσον αφορά τον κλάδο της ασφάλισης υγείας θα πρέπει να γίνει στις επιχειρήσεις παροχής διαχειριστικών υπηρεσιών ασφάλισης υγείας. Οι επιχειρήσεις αυτές παρέχουν διαχειριστικές υπηρεσίες όπως διαχείριση αξιώσεων, διαπραγματεύσεις με τα δίκτυα των παρόχων υπηρεσιών υγείας, διεύθυνση και καταβολή των αποζημιώσεων, καθώς και υπηρεσίες στο στάδιο της πρόσβασης στα δίκτυα των παρόχων υπηρεσιών υγείας¹⁷⁵. Οι επιχειρήσεις αυτές διαδραματίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο, ιδίως όσον αφορά τους μικρότερους ασφαλιστές, καθώς οι μεγαλύτερες ασφαλιστικές επιχειρήσεις συχνά χρησιμοποιούν εσωτερικά τμήματα για τις ανωτέρω ανάγκες.

V.3.1 Μέγεθος κλάδου ασφάλισης

231. Στις 30.9.2021 δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά ιδιωτικής ασφάλισης 37¹⁷⁶ ασφαλιστικές επιχειρήσεις, αριθμός αμετάβλητος σε σχέση με τις 30.9.2020. Οι επιχειρήσεις κατηγοριοποιούνται βάσει της άδειας λειτουργίας και των ασφαλιστικών τους εργασιών ως εξής¹⁷⁷: 2 επιχειρήσεις ασφαλίσεων ζωής, 18 επιχειρήσεις ασφαλίσεων κατά ζημιών και 17¹⁷⁸ επιχειρήσεις που ασκούν ταυτόχρονα δραστηριότητες ασφαλίσεων ζωής και ασφαλίσεων κατά ζημιών (συμπεριλαμβάνονται επιχειρήσεις του κλάδο ζωής που, εκ των ασφαλίσεων κατά ζημιών, ασκούν αποκλειστικά αυτές των κλάδων “Ατυχήματα” και “Ασθένειες”). Σύμφωνα με την Έκθεση Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας της Τράπεζας της Ελλάδος (Νοέμβριος 2022), δεν παρατηρήθηκαν αξιόλογες μεταβολές στη διάρθρωση της ελληνικής αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης κατά το πρώτο μισό του 2022.
232. Από τις ως άνω 37 ασφαλιστικές επιχειρήσεις, 35 λειτουργούν και εποπτεύονται σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Οδηγία “Φερεγγυότητα II” (Solvency II)¹⁷⁹, που εφαρμόζεται σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), ενώ 2 επιχειρήσεις εξαιρούνται, λόγω μεγέθους, από την εφαρμογή πλήθους απαιτήσεων του αφορούν και τους τρεις βασικούς πυλώνες της Φερεγγυότητας II¹⁸⁰. Εκ των 35 ασφαλιστικών επιχειρήσεων που υπόκεινται στις διατάξεις της Φερεγγυότητας II, οι 12 ανήκουν σε ασφαλιστικούς ομίλους με έδρα στο εξωτερικό και 6 σε ασφαλιστικούς ομίλους με

¹⁷⁴ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 20.

¹⁷⁵ Βλ. και απόφαση της Επιτροπής στην υπόθεση M.9531 – ASSICURAZIONI GENERALI / SEGURADORAS UNIDAS / ADVANCE CARE, σκ. 17 επ.

¹⁷⁶ Από τις 31.12.2021 οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα ανέρχονται πλέον σε 36, λόγω της συγχώνευσης των Generali Life A.E.A.Z. και Generali Hellas I A.A.E. (πρώην AXAA.A.E).

¹⁷⁷ Σχετικά με τα στοιχεία που αφορούν στους παίκτες της ιδιωτικής προσφοράς υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, το είδος της δραστηριότητάς τους και τα οικονομικά τους μεγέθη βλ. Έκθεση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος για το 2021, Κεφάλαιο «Επισκόπηση της αγοράς ιδιωτικής ασφάλισης», σ. 253 επ. .

¹⁷⁸ Από τις 31.12.2021 ο αριθμός ανέρχεται σε 16 λόγω της συγχώνευσης δύο εξ αυτών.

¹⁷⁹ 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.

¹⁸⁰ Η Τράπεζα της Ελλάδος έχει επιτρέψει σε 2 ασφαλιστές 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.

έδρα στην Ελλάδα. Επίσης, 5 ασφαλιστικές επιχειρήσεις με έδρα στην Ελλάδα δραστηριοποιούνται σε άλλες χώρες της ΕΕ με καθεστώς ελεύθερης παροχής υπηρεσιών.

233. Επιπρόσθετα, δραστηριότητα στην Ελλάδα, με καθεστώς είτε ελεύθερης εγκατάστασης (υποκατάστημα) είτε ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, ασκούν και 250 ασφαλιστικές επιχειρήσεις που έχουν την έδρα τους σε άλλο κράτος-μέλος της ΕΕ¹⁸¹ και οι οποίες εποπτεύονται, ως προς τη χρηματοοικονομική τους κατάσταση, από τις αρμόδιες εποπτικές αρχές των χωρών καταγωγής τους. Στα τέλη του 2020, η ετήσια παραγωγή των επιχειρήσεων αυτών (εγγεγραμμένα ασφαλιστήρια) ανερχόταν σε 969 εκατ. ευρώ ή ποσοστό 19% του συνόλου της ελληνικής ασφαλιστικής αγοράς.
234. Τα οικονομικά μεγέθη που παρουσιάζονται κατωτέρω αφορούν μόνο τις 35 επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην εγχώρια ασφαλιστική αγορά και που υπόκεινται στην, κατά Φερεγγυότητα ΙΙ, εποπτεία της Τράπεζας της Ελλάδος.
235. Η παραγωγή ακαθάριστων εγγεγραμμένων ασφαλιστήριων στις ασφαλίσεις ζωής την περίοδο Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου του 2021 ανήλθε σε 1,8 δισεκ. ευρώ, αυξημένη κατά 19% συγκριτικά με την αντίστοιχη περίοδο του προηγούμενου έτους. Από το ανωτέρω ποσό, 0,72 δισεκ. ευρώ συνδέονται με επενδύσεις, ποσοστό 41% επί των συνολικών ακαθάριστων εγγεγραμμένων ασφαλιστήριων δραστηριοτήτων ζωής, έναντι 30% την αντίστοιχη περίοδο του 2020, καταγράφοντας σημαντική αύξηση (61%). Παράλληλα, παρουσιάστηκε μείωση των ακαθάριστων εγγεγραμμένων ασφαλιστήριων των ασφαλίσεων με συμμετοχή στα κέρδη κατά 6% και αύξηση των άλλων ασφαλίσεων ζωής, με ποσοστό 2%¹⁸².
236. Τα ασφαλιστήρια των δραστηριοτήτων ασφαλίσεων κατά ζημιών ανήλθαν την ίδια περίοδο σε 1,6 δισεκ. ευρώ, αυξημένα κατά 3% συγκριτικά με το αντίστοιχο εννεάμηνο του προηγούμενου έτους. Από το ποσό αυτό, σημαντικότερα μερίδια αντιπροσωπεύουν οι ασφαλίσεις αστικής ευθύνης χερσαίων οχημάτων (34%), οι ασφαλίσεις πυρός (20%) και οι ασφαλίσεις νοσοκομειακών εξόδων (16%), με αντίστοιχες μεταβολές ασφαλιστήριων έναντι του πρώτου εννεαμήνου του 2020 κατά -2%, +4% και +6%. Την ίδια περίοδο Ιανουαρίου-Σεπτεμβρίου του 2021, οι επί συμβάσει αποζημιώσεις ανήλθαν σε 1,2 δισεκ. ευρώ για τις ασφαλίσεις ζωής και σε 0,5 δισεκ. ευρώ για τις ασφαλίσεις κατά ζημιών, παρουσιάζοντας αύξηση κατά 16% και 5% αντίστοιχα¹⁸³.
237. Το σύνολο του ενεργητικού των εποπτευόμενων από την Τράπεζα της Ελλάδος ασφαλιστικών επιχειρήσεων διαμορφώθηκε σε 20,4 δισεκ. ευρώ στις 30.9.2021, αυξημένο κατά 5% συγκριτικά με τις 30.9.2020. Από το σύνολο του ενεργητικού, 8,7 δισεκ. ευρώ (43%) ήταν τοποθετημένα σε κρατικά ομόλογα και 2,7 δισεκ. ευρώ (13%) σε εταιρικά ομόλογα. Επιπλέον, ποσό 3,5 δισεκ. ευρώ (17%) αφορούσε επενδύσεις για ασφαλίσεις των οποίων τον επενδυτικό κίνδυνο φέρουν οι ασφαλισμένοι¹⁸⁴.
238. Αντίστοιχα, οι συνολικές υποχρεώσεις των ασφαλιστικών επιχειρήσεων ανήλθαν σε 16,3 δισεκ. ευρώ (από 15,8 δισεκ. ευρώ στις 30.9.2020), με το σύνολο των τεχνικών προβλέψεων να διαμορφώνεται σε 14,9 δισεκ. ευρώ (από 14,6 δισεκ. ευρώ στις 30.9.2020), εκ των οποίων 11,8 δισεκ. ευρώ αφορούσαν ασφαλίσεις ζωής και 3,1 δισεκ. ευρώ ασφαλίσεις κατά ζημιών. Από τις τεχνικές προβλέψεις ζωής, το 29% αφορά ασφαλίσεις ζωής που συνδέονται με επενδύσεις (έναντι 25% στις 30.9.2020)¹⁸⁵.

¹⁸¹ Πηγή: Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων (ΕΙΟΡΑ).

¹⁸² Οπ. π.

¹⁸³ Οπ. π.

¹⁸⁴ Οπ. π.

¹⁸⁵ Οπ. π.

239. Στις ασφαλίσεις κατά ζημιών, ο δείκτης ζημιών της αγοράς στις 30.9.2021 ανήλθε στο 42% των αντίστοιχων δεδουλευμένων ασφαλιστρών της ίδιας περιόδου του 2020 και ο δείκτης εξόδων (διαχείρισης και προμηθειών) στο 46%, έναντι 40% και 45% αντίστοιχα στις 30.9.2020¹⁸⁶.
240. Γενικά, η εγχώρια ασφαλιστική αγορά χαρακτηρίζεται από σημαντική συγκέντρωση, ιδιαίτερα στις επιχειρήσεις που ασκούν εργασίες ασφαλίσεων ζωής και στις επιχειρήσεις που ασκούν ταυτοχρόνως ασφαλίσεις -ζωής και κατά ζημιών, καθώς οι 5 μεγαλύτερες εξ αυτών κατέχουν το 81% της σχετικής αγοράς, σε όρους τεχνικών προβλέψεων, ενώ οι 5 μεγαλύτερες ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στις ασφαλίσεις κατά ζημιών, σε όρους ακαθάριστων εγγεγραμμένων ασφαλιστρών, κατέχουν μερίδιο που ανέρχεται σε 46% της σχετικής αγοράς¹⁸⁷.

V.3.2 Βαθμός συγκέντρωσης και πρόσφατες συγκεντρώσεις

241. Σύμφωνα με την [...], 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 τομέας 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»¹⁸⁸.
242. Από πλευράς αριθμού ασφαλισμένων (σε ατομικά και ομαδικά προγράμματα) οι μεγαλύτεροι ασφαλιστικοί πάροχοι είναι οι: [...] ¹⁸⁹, [...] ¹⁹⁰, [...] ¹⁹¹, [...] ¹⁹², [...] ¹⁹³, [...] ¹⁹⁴. Σημειωτέον ότι στην ελληνική αγορά ασφάλισης υγείας δραστηριοποιούνται και πάροχοι με πολύ μικρό αριθμό ασφαλισμένων όπως πχ η [...] με [...] ¹⁹⁵, η [...] με [...], η [...] με [...] ¹⁹⁶, οι δε υπόλοιπες ασφαλιστικές κατατάσσονται σε ένα μεσαίο στάδιο.

Διάγραμμα 6: Κατανομή αριθμού ασφαλισμένων μεταξύ των μεγαλύτερων παρόχων

¹⁸⁶ Οπ. π.

¹⁸⁷ Βλ. σχετικά Έκθεση του Διοικητή της Τράπεζας της Ελλάδος για το 2021.

¹⁸⁸ Βλ. ανωτέρω, υποσημείωση 2.

¹⁸⁹ Βλ. υπ'αρ. πρωτ. [...] απάντηση της [...], ερώτηση 55.

¹⁹⁰ Βλ. υπ'αρ. πρωτ. [...] απάντηση της [...], ερώτηση 55.

¹⁹¹ Βλ. υπ'αρ. πρωτ. [...] απάντηση της [...], ερώτηση 55.

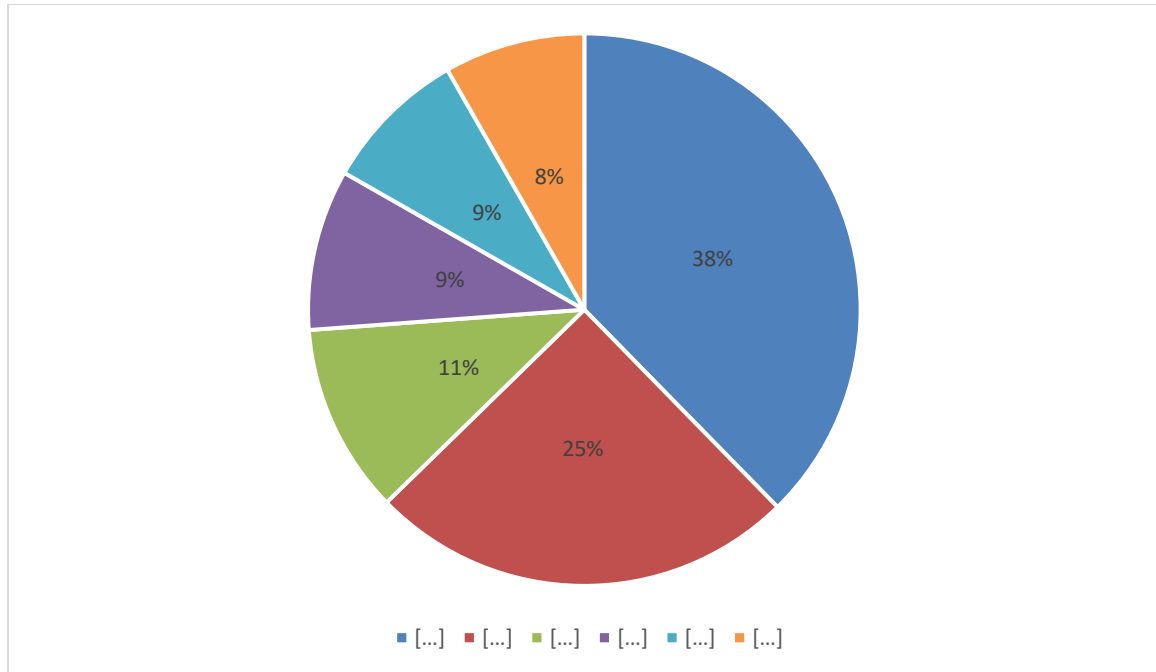
¹⁹² Βλ. υπ'αρ. πρωτ. [...] απάντηση της [...], ερώτηση 55.

¹⁹³ Βλ. υπ'αρ. πρωτ. [...] απάντηση της [...], ερώτηση 55.

¹⁹⁴ Βλ. υπ'αρ. πρωτ. [...] απάντηση της [...], ερώτηση 55.

¹⁹⁵ Βλ. υπ'αρ. πρωτ. [...] απάντηση της [...], ερώτηση 55.

¹⁹⁶ Βλ. υπ'αρ. πρωτ. [...] απάντηση της [...], ερώτηση 55.



243. Οι κυριότερες συγκεντρώσεις στον ασφαλιστικό κλάδο παρουσιάζονται κατωτέρω. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τις απόψεις της [...] «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/ΕΚ για το καθεστώς της Φερεγγυότητας ΙΙ), το οποίο συνδυαστικά με το περιβάλλον παρατεταμένων χαμηλών επιτοκίων καθιστούν το κόστος συμμόρφωσης υψηλό και την αγορά ιδιαίτερος απαιτητική»¹⁹⁷.

1. AIG/AIG Ελλάς (2019)

244. Με την 677/2019 απόφαση συγκέντρωσης η Επιτροπή Ανταγωνισμού ενέκρινε την 18.01.2019 την απόκτηση της AIG ΕΛΛΑΣ από τον Όμιλο AIG. Το μερίδιο αγοράς της εξαγοράζουσας και της εξαγοραζόμενης στην σχετική αγορά της ασφάλισης «Ασθένειες» ήταν αμελητέο. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού ενέκρινε την συγκέντρωση στο σύνολό της, δεδομένου ότι δεν προκαλούντο σοβαρές αμφιβολίες ως προς το συμβατό της με τις απαιτήσεις λειτουργίας του ανταγωνισμού σε όλες τις επιμέρους σχετικές αγορές.

2. ASSICURAZIONI GENERALI/AXA (2021)

245. Με την 732/2021 απόφαση συγκέντρωσης η Επιτροπή Ανταγωνισμού ενέκρινε την 01.04.2021 την απόκτηση της AXA από την ASSICURAZIONI GENERALI. Το μερίδιο αγοράς της εξαγοράζουσας και της εξαγοραζόμενης στην σχετική αγορά της ασφάλισης «Ασθένειες» ήταν συνολικά μικρότερο του 5%. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού ενέκρινε την συγκέντρωση στο σύνολό της, δεδομένου ότι δεν προκαλούντο σοβαρές αμφιβολίες ως προς το συμβατό της με τις απαιτήσεις λειτουργίας του ανταγωνισμού σε όλες τις επιμέρους σχετικές αγορές.

¹⁹⁷ Βλ. ανωτέρω υποσημείωση 2.

3. NN/METLIFE (2021)

246. Με την M.10447-NN/METLIFE GREECE/METLIFE POLAND απόφαση συγκέντρωσης η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε την 07.12.2021 την εξαγορά από την ασφαλιστική NN GROUP N.V. (εφεξής και NN) της METLIFE GREECE¹⁹⁸. Μεταξύ των σχετικών αγορών της υπόθεσης διακρίθηκε μεν καταρχήν η αγορά ασφάλισης υγείας, αλλά συνεξετάσθηκε και συνυπολογίσθηκε μαζί με την αγορά ασφάλισης ζωής ως ενιαία σχετική αγορά. Το ποσοστό στην ενιαία αυτή αγορά της νέας οντότητας δεν ήταν ευκαταφρόνητο και ανήλθε σε ποσοστό μεταξύ [30-40]%, εντούτοις ελήφθησαν σοβαρά υπόψη οι παρακάτω παράγοντες: (α) η σημαντική παρουσία στην αγορά των ισχυρών ανταγωνιστών Εθνική Ασφαλιστική [20-30]% και Eurolife [10-20]%, (β) η τόσο κατά από την έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, όσο και κατά την κρίση των λοιπών παικτών της αγοράς, μη ανταγωνιστική προ της συγκέντρωσης σχέση της εξαγοράζουσας NN με την εξαγοραζόμενη METLIFE GREECE, (γ) η εκτίμηση ότι μελλοντικά φαίνεται διασφαλισμένη η παρουσία και λοιπών ανταγωνιστών στην αγορά με αξιοσημείωση ισχύ, και (δ) η διατυπωθείσα από τους ανταγωνιστές άποψη ότι η εν λόγω συγκέντρωση δεν θα έχει μελλοντικά σοβαρή επίπτωση στον ανταγωνισμό¹⁹⁹.
247. Από τον συνδυασμό των ανωτέρω κρίθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή ότι δεν προκαλούντο σοβαρές αμφιβολίες ως προς το συμβατό της συγκέντρωσης με τις απαιτήσεις λειτουργίας του ανταγωνισμού.

4. CVC/Εθνική Ασφαλιστική (2022)

248. Με την M.10301-CVC/ΕΘΙΚΗ απόφαση συγκέντρωσης η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε την 24.02.2022 την απόκτηση της εταιρείας με την επωνυμία Ανώνυμος Ελληνική Εταιρία Γενικών Ασφαλειών «Η ΕΘΝΙΚΗ» (εφεξής ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ) από την CVC. Η εξαγοράζουσα είχε ήδη παρουσία στον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας και μετά την εξαγορά θα δραστηριοποιείτο και στον κλάδο ασφάλισης όπου συμπεριλαμβάνεται η ασφάλιση υπηρεσιών υγείας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, αφού καταρχήν αναγνώρισε τη στενή σχέση των σχετικών αγορών παροχής υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υπηρεσιών υγείας, προέβη σε έρευνα και ενέκρινε την συγκέντρωση κρίνοντας ότι δεν προκαλούντο σοβαρές αμφιβολίες ως προς το συμβατό της με τις απαιτήσεις λειτουργίας του ανταγωνισμού στις παραπάνω σχετικές αγορές.

5. Allianz/Ευρωπαϊκή Πίστη (2022)

249. Με την 782/2022 απόφαση συγκέντρωσης η ΕΑ ενέκρινε την 24.06.2022 την απόκτηση της ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ από την ALLIANZ. Τα μερίδια αγοράς της εξαγοράζουσας και της εξαγοραζόμενης στην σχετική αγορά της ασφάλισης «Ασθένειες» ήταν μικρότερα του 5% εκάστη και το συνολικό μερίδιο μικρότερο του 10%. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού ενέκρινε την συγκέντρωση στο σύνολό της, δεδομένου ότι δεν προκαλούντο σοβαρές αμφιβολίες ως προς το συμβατό της με τις απαιτήσεις λειτουργίας του ανταγωνισμού σε όλες τις επιμέρους σχετικές αγορές.

¹⁹⁸ Με την ίδια απόφαση εγκρίθηκε η απόκτηση της METLIFE POLAND από την εξαγοράζουσα.

¹⁹⁹ Βλ. σκ. 79-85 της απόφασης.

VI. ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

VI.1. ΓΕΝΙΚΑ

250. 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)²⁰⁰. Το νέο σύστημα, που ομοιάζει με το αντίστοιχο για την εποπτεία των πιστωτικών ιδρυμάτων²⁰¹, 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)²⁰². 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 ομίλων²⁰³. Η ανωτέρω Οδηγία ενσωματώθηκε στην ελληνική έννομη τάξη με τον Ν 4364/2016.
251. Σημειωτέον πως και το ενωσιακό ρυθμιστικό πλαίσιο της ασφαλιστικής διαμεσολάβησης/διανομής έχει προ μερικών ετών τροποποιηθεί καθώς θεσπίστηκε η Οδηγία 2016/97 για τη διανομή ασφαλιστικών προϊόντων, η οποία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες στη φιλοσοφία των ρυθμίσεων 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 4583/2018. 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.
252. Στις ενότητες που ακολουθούν συνοψίζεται το ρυθμιστικό πλαίσιο των ασφαλιστικών επιχειρήσεων ως προς α) την αδειοδότησή τους για την παροχή ασφαλιστικών υπηρεσιών, β) τη 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.

VI.2. ΑΔΕΙΟΔΟΤΗΣΗ

253. Για την ανάληψη δραστηριοτήτων ασφάλισης και αντασφάλισης, και υπό την επιφύλαξη των σχετικών διατάξεων περί ελεύθερης εγκατάστασης και παροχής υπηρεσιών²⁰⁴, είναι απαραίτητη η χορήγηση άδειας από την εποπτική αρχή²⁰⁵. 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 ασφαλίσσεων κατά ζημιών είτε ασφαλίσσεων ζωής και θα χορηγείται κατά κλάδο ασφάλισης για όλους ή μερικούς από τους

²⁰⁰ Οδηγία 2009/138/ΕΚ 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 2014/51 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 16^{ης} Απριλίου 2014 σχετικά με την τροποποίηση των Οδηγιών 2003/71 και 2009/138 και των Κανονισμών 1060/2009, 1094/2010 και 1095/2010 όσον αφορά τις εξουσίες της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλίσεων και Επαγγελματικών Συντάξεων και της Ευρωπαϊκής Αρχής Κινητών Αξιών και Αγορών,

²⁰¹ 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.

²⁰² Βλ. Ι. Ρόκα, Solvency II- Εποπτεία των (Αν)ασφαλιστικών Επιχειρήσεων, 2016, σελ. 10-14.

²⁰³ Βλ. και Ρ. Χατζηνικολάου-Αγγελίδου Ασφαλιστικό δίκαιο ό.π., σελ. 337.

²⁰⁴ 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).

²⁰⁵ Βλ. άρθρο 10 παρ. 1 Ν. 4364/2016. Στην Ελλάδα αρμόδια εποπτική αρχή είναι η Τράπεζα της Ελλάδος.

κινδύνους που υπάγονται στον κλάδο²⁰⁶, η αιτούσα ασφαλιστική επιχείρηση πρέπει να πληροί μία σειρά από προϋποθέσεις²⁰⁷, όπως να έχει συγκεκριμένη νομική μορφή²⁰⁸ 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 κατηγορίας.²⁰⁹

Ειδικότερα, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις λαμβάνουν άδεια λειτουργίας είτε για την κατηγορία ασφαλίσεων κατά ζημιών ή για ασφαλίσεις ζωής²¹⁰. 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.

VI.3. ΕΠΟΠΤΕΙΑ

254. Κατόπιν της αδειοδότησης τους, όλες οι ασφαλιστικές και αντασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στην ελληνική αγορά ασφάλισης υπόκεινται στις σχετικές διατάξεις του κανονιστικού πλαισίου που θέτει ο Ν 4364/2016, οποίος όπως προαναφέρθηκε ενσωματώνει στο ελληνικό δίκαιο την Οδηγία 2009/138/ΕΚ.
255. 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 ασφαλίματος²¹¹. 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 κεφαλαίων²¹².

²⁰⁶ Άρθρο 11 παρ. 1 και 2 Ν 4364/2016..

²⁰⁷ Βλ. άρθρα 14-16Ν. 4364/2016

²⁰⁸ Ανώνυμη εταιρεία, αλληλασφαλιστικός συνεταιρισμός, ευρωπαϊκή εταιρεία.

²⁰⁹ 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).

²¹⁰ Βλ. άρθρο 11 Ν. 4364/2016.

²¹¹ Βλ. άρθρο 19 ν. 4364/2016 και ΑΠ 668/2005 ΕΕμπΔ 2005, 749.

²¹² 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.

256. 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 ασφαλισμένων²¹³.
257. 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 εξυγίανσης²¹⁴, καθώς και να ανακαλέσει, οριστικά ή προσωρινά την άδεια λειτουργίας ορισμένων ή και όλων των κλάδων ασφάλισης²¹⁵. 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 άδειας²¹⁶, 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 επιχειρήσεων²¹⁷, οι οποίες άλλωστε εξαιρούνταν τόσο από τις διατάξεις του Κανονισμού 1346/2000²¹⁸ όσο και από τις (ισχύουσες σήμερα) διατάξεις του Κανονισμού 848/2015²¹⁹, 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.
258. Μεταξύ των εποπτικών αρμοδιοτήτων της ΤτΕ συγκαταλέγεται και η έγκριση μεταβίβασης χαρτοφυλακίου ασφαλιστικής ή αντασφαλιστικής επιχείρησης με έδρα την Ελλάδα²²⁰. 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 επιχείρησης²²¹. 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

²¹³ Βλ. άρθρο 23 παρ. 1 Ν. 4364/2016.

²¹⁴ Άρθρα 222-234 Ν 4364/2016.

²¹⁵ Άρθρα 107-114 Ν 4364/2016.

²¹⁶ Άρθρο 114 παρ. 1 γ) εδ. γ' Ν 4364/2016.

²¹⁷ 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).

²¹⁸ Κανονισμός (ΕΚ) αριθ. 1346/2000 του Συμβουλίου, της 29ης Μαΐου 2000, περί των διαδικασιών αφερεγγυότητας.

²¹⁹ Κανονισμός (ΕΕ) 2015/848 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 20ής Μαΐου 2015, περί των διαδικασιών αφερεγγυότητας.

²²⁰ Βλ. άρθρο 28 Ν. 4364/2016.

²²¹ Βλ. άρθρο 18 Ν. 4364/2016.

υπόκεινται σε προηγούμενη έγκριση, ούτε κοινοποιούνται συστηματικά σε καμία διοικητική αρχή.^{222, 223}

259. Περαιτέρω, στο άρθρο 167²²⁴ 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.

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 ασφαλίσεων κάθε νέας ασφαλιστικής δραστηριότητας, σύμφωνα με το παρόν άρθρο, και διατηρούν σχετικό ιστορικό αρχείο των εγγράφων και στοιχείων.»

260. 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.

VI.4. Η ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΣΥΜΒΑΣΗ

261. Όπως προκύπτει από το άρθρο 1 παρ. 1 του Ν 2496/1997 (ΑσφΝ), με την ασφαλιστική σύμβαση ο ασφαλιστής αναλαμβάνει την υποχρέωση να καταβάλει έναντι ανταλλάγματος (ασφάλιστρο)

²²² 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 ασφαλίσεων 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.

²²³ Σημειωτέον 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/ΕΚ): «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/ΕΚ.». 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 ασφαλίσεων και των ασφαλιστικών όρων στην Εποπτική Αρχή.

²²⁴ Με το οποίο ενσωματώνεται το άρθρο 209 της Οδηγίας 2009/138/ΕΚ.

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»²²⁵. Βασικό χαρακτηριστικό της ασφάλισης, είναι το στοιχείο του κινδύνου, ως δε κίνδυνος νοείται «η δυνατότητα επέλευσης μιας οικονομικής ανάγκης»²²⁶. 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 αριθμών²²⁷. 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.

262. 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 ασφαλίσσεις. 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 ασφαλίσεων²²⁸, 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 προϊόντων²²⁹.
263. 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 ασφαλιστής²³⁰.

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

264. Καταρχάς η ρύθμιση του ασφαλιστικού τομέα λειτουργεί συμπληρωματικά με το δίκαιο του ελεύθερου ανταγωνισμού²³¹. 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

²²⁵ Βλ. και Ι. Ρόκα Συμβατικό ασφαλιστικό δίκαιο ό.π., σελ. 11.

²²⁶ Βλ. Α. Αργυριάδη / Ρ. Χατζηνικολάου- Αγγελίδου /Λ. Σκαλίδη ό.π., σελ. 19.

²²⁷ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 6.

²²⁸ Ενδεικτικά ΠΔ 237/1986, άρθρο 37 παρ. 5 Ν 4449/2017.

²²⁹ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 20.

²³⁰ Οπ. π..

²³¹ Βλ. αναλυτικά Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 306 επ.

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 διανομείς²³², 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 συμφερόντων²³³.

265. 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 πίστη²³⁴, 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 πρότείνει ο πιστωτικός φορέας²³⁵. Κατά τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζονται φαινόμενα πρακτικών δέσμευσης, με τις οποίες εξαρτούνταν η σύναψη της σύμβασης πίστωσης από τη σύναψη μίας σύμβασης ασφάλισης με συγκεκριμένο ασφαλιστικό φορέα²³⁶.

VII. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ ΕΑ

VII.1. ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΙΧΑΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

266. Για την πραγματοποίηση της έρευνας στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε είκοσι πέντε (25) επιχειρήσεις του ασφαλιστικού κλάδου. Τα ερωτηματολόγια περιείχαν εβδομήντα τρεις (73) ερωτήσεις²³⁷. Από το συγκεκριμένο σύνολο απάντησαν συστηματικά στα περισσότερα ερωτήματα είκοσι ένα από αυτές (21). Εξ αυτών 4 επιχειρήσεις²³⁸ απάντησαν ότι δεν ασκούν δραστηριότητα στον κλάδο ασφάλισης υγείας (ή δεν ασκούν ουσιώδη δραστηριότητα κτλ) και ως εκ τούτου δεν αποστέλλουν απαντήσεις στο σχετικό ερωτηματολόγιο. Η κατωτέρω αξιολόγηση λαμβάνει χώρα επί των υπολοίπων 21 απαντήσεων. Σημειώνεται προκαταρκτικά ότι σε ορισμένες περιπτώσεις και οι επιχειρήσεις που έχουν αποστείλει απαντήσεις δεν έχουν απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις, διότι επί παραδείγματι όσον αφορά κάποια συγκεκριμένα ερωτήματα δεν διαθέτουν επαρκή δεδομένα ή εμπειρία κ.α.²³⁹. Στις περιπτώσεις αυτές αξιολογούνται οι απαντήσεις από όσες επιχειρήσεις διατύπωσαν απάντηση.

²³² 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.

²³³ Βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 306-307.

²³⁴ 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.

²³⁵ Αντίστοιχες προβλέψεις υπήρχαν και στην υπ’ αρ. 462/14.5.2013 Εγκύκλιο ΤτΕ.

²³⁶ Αναλυτικά βλ. Γ. Πανίτσα ό.π., σελ. 307.

²³⁷ Εξ αυτών οι ερωτήσεις ένα έως έντεκα (1-11) αφορούσαν στοιχεία και έγγραφα τα οποία έπρεπε να προσκομίσουν οι εταιρείες. Οι ερωτήσεις δώδεκα έως δεκαέξι (12-16) περιείχαν οικονομικά στοιχεία και δεδομένα τα οποία αξιοποιήθηκαν για την πραγματοποίηση και την ανάλυση της έρευνας, ενώ οι υπόλοιπες αφορούσαν ποιοτικά χαρακτηριστικά του κλάδου, του τρόπου λειτουργίας των επιχειρήσεων και του επιπέδου του ανταγωνισμού εντός της χώρας.

²³⁸ [...], [...], [...] και [...].

²³⁹ Δεν παρέχεται πάντως απαραίτητως αιτιολογία για τη μη παροχή απάντησης.

267. Από το σύνολο των 21 εταιρειών που απάντησαν, η πλειοψηφία, ήτοι το 43% απασχολεί 51-250 υπαλλήλους, ένα τρίτο (33%) απασχολεί πάνω από 250 άτομα και το υπόλοιπο 24% απασχολεί μέχρι 50 εργαζομένους.
268. Αναφορικά με το συνολικό ύψος των ακαθάριστων ασφαλιστρών που εισέπραξαν για τα έτη 2019, 2020 και 2021, από το σύνολο των είκοσι ένα (21) επιχειρήσεων του δείγματος στο συγκεκριμένο ερώτημα απάντησαν οι είκοσι (20) από αυτές για τις περιόδους 2019 και 2020, και δεκαοκτώ (18) για την περίοδο 2021. Η πλειοψηφία των εταιρειών, συγκεκριμένα το 35% (7/20), 40% (8/20), 33,33% (6/20) παρουσιάζει ακαθάριστα ασφάλιστρα ύψους μεγαλύτερου των 220 εκατομμυρίων ευρώ για τις χρήσεις του 2019, 2020 και 2021. Το 20% (5/20) το 2019 εμφανίζει ακαθάριστα έσοδα μεγαλύτερα από 65 εκατομμύρια αλλά μικρότερα από 220 εκατομμύρια. Τα ποσοστά αυτής της κατηγορίας ανέρχονται στο 15% και 16,67% για τα επόμενα δύο έτη. Το 25% (5/20) εμφανίζει έσοδα μεταξύ 20 εκατομμύρια και 65 εκατομμύρια για τα έτη 2019 και 2020, ενώ το ποσοστό αυτό αυξάνεται στο 27,78% (5/18) για το έτος 2021. Κλείνοντας, το 20% (4/20) για τις χρονιές 2019 και 2020 καταγράφει συνολικά ασφάλιστρα κάτω από 20 εκατομμύρια ευρώ, ενώ το ποσοστό αυτό μεταβάλλεται στο 22,22% για τη χρήση του 2021.
269. Από το σύνολο των επιχειρήσεων²⁴⁰ (18) που παρείχαν πληροφορίες αναφορικά με το ύψος των ακαθάριστων ασφαλιστρών για τα έτη 2019-2021, κατά μέσο όρο 4 επιχειρήσεις εισέπραξαν ακαθάριστα ασφάλιστρα κάτω από 20€ εκ, 5 επιχειρήσεις μεταξύ €20 εκ.- €65 εκ., 3 επιχειρήσεις μεταξύ €65 εκ - € 220εκ και τέλος 6 επιχειρήσεις εισέπραξαν ασφάλιστρα πάνω από €220 εκ.

Διάγραμμα 19. Κατανομή εταιρειών ανά κατηγορία ασφαλιστρών για τα έτη 2019 - 2021



270. Με βάση το δείγμα των 20 επιχειρήσεων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο, ο κλάδος από το 2019 έως το 2020 παρουσιάζει αύξηση του κύκλου εργασιών του όσο αφορά τα ακαθάριστα ασφάλιστρα της τάξεως του 0,56%. Η ανάπτυξη το 2021 φαίνεται ισχυρότερη λαμβάνοντας υπόψιν τον ατομικό ρυθμό αύξησης των ασφαλιστρών των επιχειρήσεων που παρουσίασαν στοιχεία.

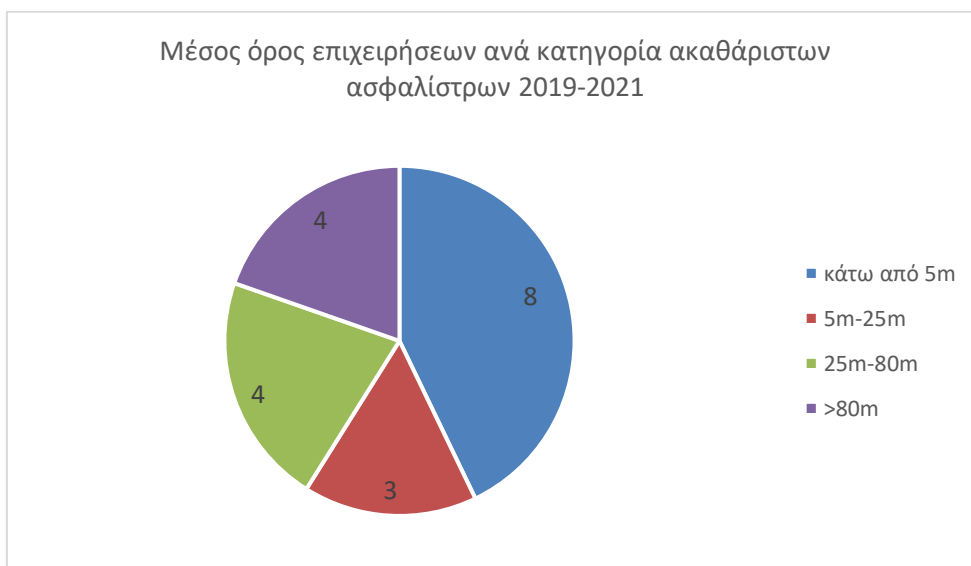
²⁴⁰ Από το σύνολο των είκοσι ένα (21) επιχειρήσεων του δείγματος στο συγκεκριμένο ερώτημα απάντησαν οι είκοσι (20) από αυτές για τις περιόδους 2019 και 2020, και δεκαοκτώ (18) για την περίοδο 2021.

271. Από τις εισπράξεις των εταιρειών διαφαίνεται επίσης πως για την υπό διερεύνηση τριετία δεν υπήρξε κάποια μεγάλη αλλαγή στο επίπεδο ανταγωνισμού μεταξύ τους καθώς οι τέσσερις μεγαλύτερες επιχειρήσεις βάσει εσόδων στην αγορά διατήρησαν την ισχύ τους ([...], [...], [...], [...]). Μία εξ αυτών κινήθηκε με ιδιαίτερα μεγάλους αναπτυξιακούς ρυθμούς (41,7%) ([...]), άλλες δύο έφτασαν ρυθμούς εντός του διαστήματος 8-15%, ενώ αυτή με το μεγαλύτερο μερίδιο αγοράς για τα έτη 2019 και 2020 κατέγραψε μία πτώση τάξεως -3,8%.
272. Οι αμέσως επόμενες μεγαλύτερες επιχειρήσεις με συνολικά μερίδια 7-8% κινήθηκαν με ρυθμούς αύξησης 23,6% η μία, ενώ η δεύτερη παρουσίασε μία μικρή πτώση την περίοδο 19-20 ([...] & [...]).
273. Η ασφαλιστική εταιρεία με τη μεγαλύτερη τάση ανάπτυξης (42% «[...]») απασχολείται αποκλειστικά στις ασφάλειες ζωής, η δεύτερη επιχείρηση σε ρυθμό ανάπτυξης (23,60% «[...]») απασχολείται τόσο στον κλάδο των ασφαλίσεων ζωής όσο και στον ασφαλειών ζημίας, ενώ η εταιρεία με τον τρίτο μεγαλύτερο ρυθμό (22,14%) μόνο στις ασφάλειες ζημίας (όπου όμως περιλαμβάνονται περιπτώσεις ασθένειας και ατυχημάτων).
274. Γενικότερα λαμβάνοντας υπόψιν τις δεκαοκτώ (18) επιχειρήσεις που παρουσίασαν στοιχεία την περίοδο 2019-2021 παρατηρείται ένας μέσος ρυθμός ανάπτυξης για όλη τη διετία της τάξεως του 9,03% για όλες τις δραστηριότητες ασφάλισης.

Έσοδα ασφάλισης υγείας

275. Σχετικά με το συνολικό ύψος των ακαθάριστων ασφαλιστρών ασφάλισης υγείας για τα έτη 2019, 2020 και 2021, από τις είκοσι μία (21) εταιρείες του δείγματος, απάντησαν συνολικά οι δεκαεννέα (19) για τις περιόδους 2019 και 2020, ενώ για την περίοδο 2021 απάντησαν οι δεκαοκτώ (18). Από το σύνολο των εταιρειών που απάντησαν, κατά μέσο όρο 8 επιχειρήσεις είχαν ακαθάριστα ασφαλιστρα κάτω από 5€ εκ, 3 εταιρείες είχαν μεταξύ 5€ εκ - 25€ εκ, για 4 επιχειρήσεις το ύψος ακαθάριστων ασφαλιστρών ήταν μεταξύ 25€ εκ και 80€ εκ και τέλος 4 επιχειρήσεις είχαν ακαθάριστα ασφαλιστρα πάνω από 80€ εκ.

Διάγραμμα 20. Κατανομή εταιρειών ανά κατηγορία ακαθάριστων ασφαλιστρών 2019-2021



276. Τα συμβόλαια ασφάλισης υγείας κατέγραψαν αύξηση ~6% στα συνολικά τους έσοδα την περίοδο 2019-2020. Η ανάπτυξη το 2021 φαίνεται να είναι ελαφρώς ηπιότερη λαμβάνοντας υπόψιν τον ατομικό ρυθμό αύξησης των ασφαλιστρών των εταιρειών που παρουσίασαν στοιχεία. Τα μεγέθη της αγοράς φαίνονται να μεταβάλλονται ελάχιστα καθώς κυρίως οι ίδιοι παίκτες κατέχουν τα υψηλότερα μερίδια αγοράς, με μόνη εξαίρεση ότι η επιχείρηση με το τρίτο μεγαλύτερο μέσο μερίδιο αγοράς (2019 και 2020) στον τομέα των ασφαλίσεων συνολικά (11%), αντικαθίσταται από μία χαμηλότερου μέσου μεριδίου (8%) συνολικά. Ειδικότερα, σημαντική θέση στην ασφάλιση υγείας κατέχουν η [...], η [...] και η [...].
277. Σε σχέση με την ετήσια καταβολή ασφαλίματος στον τομέα της ασφάλισης υγείας για τα έτη 2019, 2020 και 2021, απαντήσεις καταγράφηκαν από τις είκοσι (20) εταιρείες για το 2019 και το 2020 από τις είκοσι μία (21) εταιρείες για το 2021. Η πλειοψηφία των εταιρειών, συγκεκριμένα το 50% (10/20), παρουσιάζει ασφαλίματα ύψους μικρότερα των 3 εκατομμυρίων ευρώ για τις χρήσεις του 2019 και 2020. Το 15% (3/20) εμφανίζει ασφαλίματα μεγαλύτερα από 3 εκατομμύρια αλλά μικρότερα από 20 εκατομμύρια για το έτος 2019, ενώ το 2020 το ποσοστό αυτής της κατηγορίας μειώνεται στο 10%. Το 20% (4/20) το 2019 και 25% (5/20) καταγράφει καταβολή μεταξύ 20 εκατομμύρια και 45 εκατομμύρια, ενώ το 15% (3/20) άνω των 45 εκατομμυρίων ευρώ. Σημειώνεται πως μόνο μία επιχείρηση καταβάλει ασφαλίση μεγαλύτερο των 80 εκατ. ευρώ για όλα την τριετία. Για την περίοδο του 2021 παρατηρούνται ορισμένες αλλαγές στα ποσοστά κάποιων κατηγοριών. Όπως μπορεί να παρατηρηθεί για το έτος 2021 τα ασφαλίματα μεταξύ 20-45 εκατομμυρίων μειώνονται κατά περίπου 10% σε σχέση με το 2020.
278. Εν συνεχεία, αναφορικά με τι ποσοστό εκ του ασφαλίματος καταβλήθηκε σε συνεργαζόμενους παρόχους υπηρεσιών υγείας (κλινικές, εξεταστικά κέντρα κ.α.) και τι ποσοστό αφορούσε δαπάνες που δεν έλαβαν χώρα σε συνεργαζόμενους παρόχους υγείας (οπότε και καταβλήθηκαν στους ασφαλισμένους ως ασφάλισμα), στην πλειοψηφία τους οι επιχειρήσεις του κλάδου καταβάλουν το ασφαλίση κυρίως στους συνεργαζόμενους παρόχους (τα διαθέσιμα δεδομένα αφορούσαν δεκαοκτώ (18) εταιρείες για τις περιόδους 2019 και 2020 και δεκαεπτά (17) για την περίοδο 2021). Πιο συγκεκριμένα, για το έτος 2019 το ποσοστό αυτό βρισκόταν στο επίπεδο του 56%, το 2020 αυξήθηκε κατά ~3% και έφτασε το 58%, ενώ το 2021 παρουσίασε μία μικρή κάθοδο φτάνοντας στο 58%. Τα ποσοστά καταβολής ασφαλίματος απευθείας στους ασφαλισμένους κινήθηκαν σε επίπεδα 44%, 42% και 43% για τα έτη 2019, 2020 και 2021 αντίστοιχα. Τέσσερις (4) ασφαλιστικές εταιρείες καταβάλουν το σύνολο του ασφαλίματος απευθείας στους ασφαλισμένους καθώς δεν διατηρούν συνεργασίες με παρόχους υγείας και άλλη μία εταιρεία καταβάλει ένα μικρό ποσοστό (10%-24%) σχετικά με το μέσο όρο για όλη την τριετία. Οι μεγαλύτερες εταιρείες στην αγορά καταβάλουν τα ασφαλίση στους παρόχους υγείας κατά πολύ μεγαλύτερο ποσοστό από το μέσο όρο. Το 2019 το ποσοστό αυτό κυμαινόταν μεταξύ 77%-97%, το 2020 μεταξύ 79%-98% ενώ, το 2021, μεταξύ 78%-97%.
227. Σύμφωνα με τα ανωτέρω, λαμβάνοντας υπόψιν τον αριθμό των εργαζομένων, τον κύκλο εργασιών αλλά και τους ισολογισμούς των εταιρειών παροχής ασφαλιστικών συμβολαίων, διαπιστώνεται ότι ο κλάδος αποτελείται κυρίως από μεγάλες επιχειρήσεις. Πιο συγκεκριμένα, δώδεκα (12) από αυτές ανήκουν στην κατηγορία «ΜΕΓΑΛΕΣ», πέντε (5) στην κατηγορία «ΜΕΣΑΙΕΣ», δύο (2) στην κατηγορία «ΜΙΚΡΕΣ» και μία (1) στην κατηγορία «ΠΟΛΥ ΜΙΚΡΗ». Μία εταιρεία δεν κατέστη δυνατόν να προσδιοριστεί καθώς δεν προσκομίστηκαν όλα τα απαραίτητα στοιχεία.
279. Από τα ανωτέρω στοιχεία προκύπτει επίσης ότι ιδίως οι μικρότερες και οι μεσαίου μεγέθους ασφαλιστικές βασίζονται σε επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών διαχείρισης ασφάλισης υγείας όπως ιδίως η [...], η [...] κ.α. Αντιθέτως, οι μεγαλύτερες ασφαλιστικές συνάπτουν αυτοτελώς συμβάσεις

με τους παρόχους. Σε κάθε περίπτωση η χρήση από αρκετές εκ των ασφαλιστικών επιχειρήσεων²⁴¹ αυτών των συγκεκριμένων τρίτων επιχειρήσεων αποτελεί ένα από τα ζητήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

280. Σχεδόν όλες οι ασφαλιστικές διαθέτουν άδειες λειτουργίες και για κλάδους για τους οποίους δεν δραστηριοποιούνται (ερώτηση 17). Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων δραστηριοποιούνται αποκλειστικά στον χώρο της (πρωτ)ασφάλισης (ερώτηση 18), με την εξαίρεση τριών επιχειρήσεων²⁴² που δήλωσαν ότι έχουν ελάχιστη δραστηριότητα στην αντασφάλιση, εκ των οποίων η μία έχει δραστηριότητα και στην απευθείας πώληση προϊόντων και διάθεση μεριδίων ΟΣΕΚΑ²⁴³.

VII.1. ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ ΚΑΙ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΠΟΙΗΣΗΣ

281. 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 αρνητικά²⁴⁴. Περαιτέρω και όσοι ασφαλιστές απάντησαν θετικά, δεν παρείχαν πειστικές αιτιολογίες, καθώς ως «εμπόδιο» αναφέρθηκε το υψηλό/ανεξέλεγκτο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας²⁴⁵ και λοιπές αντίστοιχες αιτιολογίες που δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι συνιστούν εμπόδιο εισόδου.

VII.2. ΔΟΜΗ ΤΗΣ ΑΓΟΡΑΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

282. Σύμφωνα με την [...], 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 τομέας 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 ασφάλισης υγείας ασφαλιστικών επιχειρήσεων».
283. 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 INTERAMERIKAN και τη EUROLIFE (ερώτηση 19).
284. Η Εθνική Ασφαλιστική παρέχει υπηρεσίες ασφάλισης στην Ελλάδα, την Κύπρο και τη Ρουμανία. Δραστηριοποιείται, μεταξύ άλλων, στην ασφάλεια ζωής και περιουσίας και σε ένα βαθμό στην αντασφάλιση²⁴⁶. Το συνολικό ύψος ασφαλιστρών που εισέπραξε τα έτη 2019, 2020 και 2021 ήταν

²⁴¹ Οκτώ ασφαλιστικές ανέφεραν στα ερωτηματολόγια ότι χρησιμοποιούν τέτοιες επιχειρήσεις για τη σύναψη των συμβάσεων συνεργασίας με τους παρόχους υγείας.

²⁴² [...], [...], [...].

²⁴³ [...].

²⁴⁴ Σημειωτέον και ότι από την [...] επισημάνθηκε ότι η παρουσία μεγάλων αντασφαλιστών διευκολύνει την είσοδο μίας νέας επιχείρησης στην αγορά.

²⁴⁵ Βλ. πχ [...], [...], [...].

²⁴⁶ Βλ. την Μ.10301-CVC/ΕΤΗΚΙ απόφασης συγκέντρωσης, με την οποία η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε την 24.02.2022 την απόκτηση της ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ από την CVC. [...] απάντηση της [...].

[...], [...] και [...] αντίστοιχα²⁴⁷. Το [...] της εταιρείας κατέχει η [...] ένα όχημα που ελέγχεται από τα κεφάλαια CVC²⁴⁸.

285. Σκοπός και άρα και πεδίο δραστηριοποίησής της εταιρείας Generali είναι η άσκηση για ίδιο λογαριασμό ενέργεια ασφαλίσεων, συνασφαλίσεων και αντασφαλίσεων σε όλους τους κλάδους των γενικών ασφαλίσεων ζημιών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό καθώς και σε όλους τους κλάδους ζωής καθώς και η παροχή υπηρεσιών σε άλλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις²⁴⁹. Το συνολικό ύψος των ακαθάριστων ασφαλίσεων που εισέπραξε τα έτη 2019, 2020 και 2021 ήταν [...], [...] και [...] αντίστοιχα²⁵⁰. Ποσοστό [...] της εταιρείας κατέχει [...], και αποτελεί τον απώτερο ελέγχοντα μέτοχο.
286. Στην Ελλάδα, η NN ασχολείται με την ασφάλεια ζωής, η δε θυγατρική της NN Ελληνική Μονοπρόσωπης Ανώνυμης Εταιρίας Ασφαλιστικής Πρακτόρευσης ασχολείται με την πρακτορεία γενικών ασφαλειών. Το συνολικό ύψος των ακαθάριστων ασφαλίσεων που εισέπραξε η NN τα έτη 2019, 2020 και 2021 ήταν [...], [...] και [...] αντίστοιχα²⁵¹. Το 100% των μετοχών και δικαιωμάτων ψήφου της NN Ελλάδας κατέχει εμμέσως η NN Group N.V. Την 31.01.2022 η NN Group ολοκλήρωσε την απόκτηση των επιχειρηματικών δραστηριοτήτων της MetLife business στην Ελλάδα²⁵².
287. Η GROUPAMA είναι θυγατρική της Γαλλικής Groupama Assurances Mutuelles. Το συνολικό ύψος των ακαθάριστων ασφαλίσεων που εισέπραξε τα έτη 2019, 2020 και 2021 ήταν [...], [...] και [...] αντίστοιχα²⁵³.
288. Η Ευρωπαϊκή Πίστη, επί της οποίας αποκλειστικό έλεγχο πλέον έχει η ALLIANZ²⁵⁴, έχει ως σκοπό της την παροχή όλων των ειδών ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών καλύψεων, με εξαίρεση τους κλάδους πιστώσεων και εγγυήσεων²⁵⁵. Το συνολικό ύψος των ακαθάριστων ασφαλίσεων που εισέπραξε τα έτη 2019, 2020 και 2021 ήταν [...], [...] και [...] αντίστοιχα²⁵⁶.
289. Η INTERAMERICAN δραστηριοποιείται στη σύναψη ασφαλίσεων ζωής, αντασφαλίσεων, αντιπροσώπευση αλλοδαπών ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων, καθώς και διενέργεια διαχείρισης ή εκκαθάρισης χαρτοφυλακίων ημεδαπών και αλλοδαπών ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών επιχειρήσεων. Το συνολικό ύψος των ακαθάριστων ασφαλίσεων που εισέπραξε τα έτη 2019, 2020 και 2021 ήταν [...], [...] και [...] αντίστοιχα²⁵⁸. Ο όμιλος

²⁴⁷ Βλ. την υπ' αριθμ.[...] απάντηση της ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ.

²⁴⁸ Βλ. την Μ.10301-CVC/ΕΤΗΚΙ απόφασης συγκέντρωσης, με την οποία η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε την 24.02.2022 την απόκτηση της ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ από την CVC. Βλ. και την υπ' αριθμ.[...] απάντηση της ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ.

²⁴⁹ Βλ. άρθρο 4 του Καταστατικού της εταιρείας.

²⁵⁰ Βλ. την υπ' αριθμ.[...] απάντηση της Generali.

²⁵¹ Βλ. την υπ' αριθμ.[...] απάντηση της NN.

²⁵² Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, με την Μ.10447-NN/METLIFE GREECE/METLIFE POLAND απόφαση συγκέντρωσης η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε την 07.12.2021 την εξαγορά από την ασφαλιστική NN της METLIFE GREECE.

²⁵³ Βλ. την από 04.03.2022 επιστολή της GROUPAMA.

²⁵⁴ Βλ. 782/2022 απόφαση συγκέντρωσης. Περαιτέρω, η Ευρωπαϊκή Πίστη, ως μητρική εταιρεία του ομίλου, συμμετέχει σε έτερες εταιρείες και συγκεκριμένα: στην [...].

²⁵⁵ Σύμφωνα με το άρθρο 4 του Καταστατικού της.

²⁵⁶ Όταν απεστάλη η απάντηση δεν είχε ακόμη δημοσιευτεί η Ετήσια Χρηματοοικονομική Έκθεση του 2021.

²⁵⁷ Βλ. την υπ' αριθμ. πρωτ. [...] επιστολή της ΕΥΡΩΠΑΙΚΗΣ ΠΙΣΤΗΣ.

²⁵⁸ Βλ. την υπ' αριθμ. πρωτ. [...] επιστολή της INTERAMERICAN.

Interamerican δραστηριοποιείται και στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, λειτουργεί τη γενική κλινική Αθηναϊκή Mediclinic και τα πολυιατρεία Medifirst.²⁵⁹

290. Η EUROLIFE δραστηριοποιείται στις ασφαλίσεις ζωής, υγείας και άλλους ασφαλιστικούς κλάδους (βλ. <https://www.eurolife.gr/>). Το συνολικό ύψος των ακαθάριστων ασφαλίσεων που εισέπραξε τα έτη 2019, 2020 και 2021 ήταν [...], [...] και [...] αντίστοιχα²⁶⁰. Ανώτατοι μέτοχοι της Eurolife είναι [...].
291. 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 [...] διαθέτει ιδιαίτερη ισχύ στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας, αρκετές δε εξέφρασαν την ανησυχία τους ότι η πρόσφατη εξαγορά της [...] 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, [...] όπως και ορισμένοι άλλοι όμιλοι ([...], [...] κ.α.) αποτελούν σύμφωνα με την πλειοψηφία των ασφαλιστικών αναγκαίους αντισυμβαλλόμενους για τις ίδιες, υπό την έννοια ότι είναι απαραίτητο να έχουν σύμβαση συνεργασίας με τους συγκεκριμένους προκειμένου να μπορούν να είναι ανταγωνιστικοί στην αγορά και να προσελκύουν πελάτες. Θα πρέπει πάντως να επισημανθεί ότι από πλευράς της [...] αναφέρθηκαν τα εξής επιμέρους παραδείγματα ένταξης ασφαλιστικών επιχειρήσεων σε κοινούς ομίλους με παρόχους υγείας, (α) [...] και (β) η απόκτηση της ασφαλιστικής εταιρείας La Vie από τον Όμιλο του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών²⁶¹ εκ των οποίων, κατά την [...], προκύπτει ότι τέτοιες εξελίξεις δεν οδηγούν σε κάποιον συγκεκριμένο αντίκτυπο στην αγορά (ερώτηση 23). Επισημαίνεται επίσης ότι η έρευνα της Ευρ. Επ.στη συγκέντρωση CVC/Εθνική δεν επιβεβαίωσε τις ανησυχίες αυτές.
292. 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 [...] και τον [...]²⁶². Δύο επιχειρήσεις δεν συμπεριέλαβαν μεταξύ των παρόχων με μεγάλη ισχύ στην αγορά την [...]²⁶³, ενώ μία επιχείρηση επισήμανε και το γεγονός ότι ο [...] έχει παρουσία και στη [...]²⁶⁴. Ως προς το κατά πόσον αναμένεται να αλλάξει η απάντησή τους εντός των επόμενων ετών, μόνο δύο ασφαλιστικές απάντησαν θετικά²⁶⁵, εκ των οποίων η μία²⁶⁶ 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 αγοράς²⁶⁷.
293. 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

²⁵⁹ <https://www.interamerican.gr/idiotes/proionta-ypiresies/ygeia>

²⁶⁰ Βλ. την υπ' αριθμ. πρωτ. [...] επιστολή της EUROLIFE.

²⁶¹ Σύμφωνα με δημόσιες πηγές, η άδεια λειτουργίας της εταιρείας La Vie ανακλήθηκε οριστικά στις 21 Φεβρουαρίου 2014 και η εταιρεία τεθεί υπό εκκαθάριση.

²⁶² Από μεμονωμένους αναφέρθηκε και η [...], [...].

²⁶³ [...] και [...].

²⁶⁴ [...].

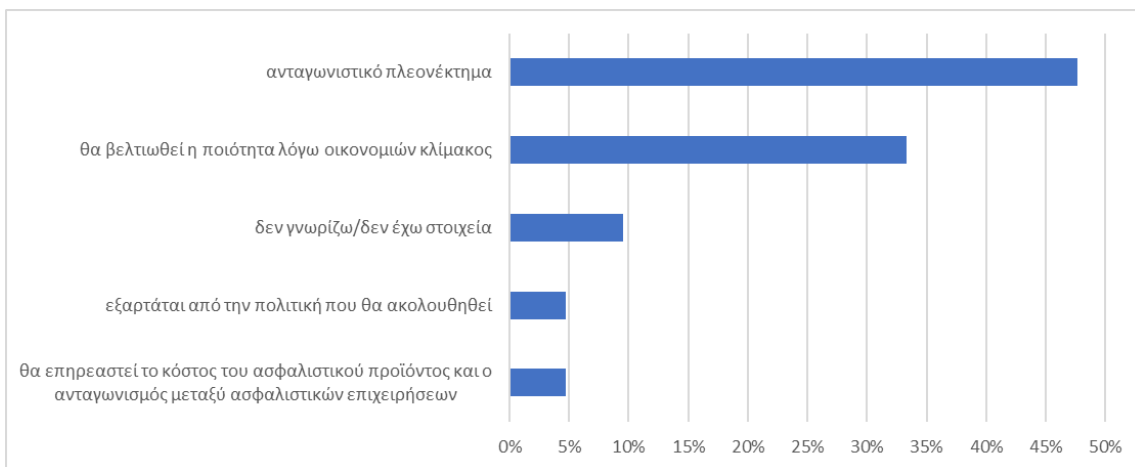
²⁶⁵ [...], [...].

²⁶⁶ [...].

²⁶⁷ [...].

ασφαλιστικών εταιρειών (ερώτηση 52), έχουν ληφθεί τόσο θετικές²⁶⁸ όσο και αρνητικές απαντήσεις²⁶⁹. Επτά (7) εταιρείες επεσήμαναν ότι η συγκέντρωση θα έχει θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παροχής ασφάλισης υγείας και στον ανταγωνισμό ως αποτέλεσμα των οικονομικών 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 21. Απόψεις ασφαλιστικών εταιρειών αναφορικά με τον αντίκτυπο της συγκέντρωσης που παρατηρείται στην αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας



294. 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)²⁷⁰. 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 όπως η [...] που διαθέτει καθετοποιημένο μοντέλο με δικές της κλινικές²⁷¹. Φυσικά γενικότερα το μέγεθος του χαρτοφυλακίου και το μερίδιο αγοράς αποτελεί κατά ορισμένους σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα²⁷². Θα πρέπει στο σημείο αυτό να επισημανθεί ότι λήφθηκε και απάντηση ότι δεν υφίστανται επιχειρήσεις με ανταγωνιστικό πλεονέκτημα²⁷³.
295. Οι περαιτέρω εξαγορές και συγκεντρώσεις μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων (ερώτηση 22) αξιολογούνται μάλλον θετικά, τουλάχιστον από τους περισσότερους ασφαλιστές²⁷⁴, καθώς

²⁶⁸ [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...] (η οποία αναφέρει ότι ίσως βελτιωθεί η ποιότητα λόγω οικονομικών κλίμακος.

²⁶⁹ [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...], [...]. [...] ανέφερε ότι ορισμένες εταιρείες αναμένεται να έχουν ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, ενώ η [...] απάντησε ότι θα επηρεαστεί το κόστος του ασφαλιστικού προϊόντος και ο ανταγωνισμός μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Η [...] απάντησε πως εξαρτάται από την πολιτική που θα ακολουθηθεί, ενώ [...] και [...] απάντησαν πως δεν γνωρίζουν/δεν έχουν στοιχεία για να απαντήσουν.

²⁷⁰ Ενδεικτικά βλ. απαντήσεις [...], [...], [...] και [...].

²⁷¹ Βλ. απάντηση [...] στην ερώτηση 20.

²⁷² Ενδεικτικά βλ. απαντήσεις [...] στην ερώτηση 20.

²⁷³ Βλ. απαντήσεις [...], [...] και [...].

²⁷⁴ Δεν έχουν παράσχει όλοι αιτιολογία βλ. [...], [...].

οδηγούν σε πιο αποτελεσματικές επιχειρήσεις²⁷⁵, σε οικονομίες κλίμακος²⁷⁶, υψηλότερα επίπεδα κεφαλαιακής επάρκειας και υψηλότερου επιπέδου υπηρεσιών και εκσυγχρονισμό²⁷⁷, σε προώθηση της καινοτομίας²⁷⁸ σε βελτίωση της διαπραγματευτικής θέσης²⁷⁹, σε διεύρυνση των ασφαλιστικών προϊόντων και παροχών²⁸⁰, δύνανται να οδηγήσουν σε μείωση των ασφαλιστών²⁸¹, ενώ μνημονεύεται και ότι η ελληνική ασφαλιστική αγορά δεν παρουσιάζει υψηλό βαθμό συγκέντρωσης²⁸², καθώς και ότι τα μεγαλύτερα μερίδια αγοράς διασφαλίζουν καλύτερες συνθήκες για τον καταναλωτή²⁸³. 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 ανταγωνισμού²⁸⁴. Τέλος έχει διατυπωθεί και η άποψη πως ο αντίκτυπος θα είναι ουδέτερος²⁸⁵.

296. 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 [...] ²⁸⁶. Η βασική επιφύλαξη των ασφαλιστών που απάντησαν αρνητικά συνίσταται στο ενδεχόμενο να παρατηρηθούν φαινόμενα διακριτικής τιμολόγησης από τους παρόχους υγείας του ομίλου, πχ, [...] και σε βάρος των λοιπών ασφαλιστικών, με αποτέλεσμα οι τελευταίες να οδηγηθούν σε ανταγωνιστικά μειονεκτική θέση²⁸⁷. 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 [...] αναφέρθηκαν επιμέρους παραδείγματα ένταξης ασφαλιστικών επιχειρήσεων σε κοινούς ομίλους με παρόχους υγείας, εκ των οποίων, [...], προκύπτει ότι τέτοιες εξελίξεις δεν οδηγούν σε κάποιον συγκεκριμένο αντίκτυπο στην αγορά.
297. Ωστόσο, με την εξαίρεση μίας ασφαλιστικής²⁸⁸, 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 (ερωτήσεις 46-47).

²⁷⁵ [...].

²⁷⁶ [...].

²⁷⁷ [...], [...] (η οποία επισημαίνει πως θα οδηγήσουν και σε επιτάχυνση των μεταρρυθμίσεων για την ψηφιοποίηση και τον εκσυγχρονισμό των υποδομών, καθώς και σε πελατοκεντρική προσέγγιση).

²⁷⁸ [...], [...].

²⁷⁹ [...] (βλ. όμως και αμέσως παρακάτω).

²⁸⁰ [...], [...].

²⁸¹ [...].

²⁸² [...].

²⁸³ [...].

²⁸⁴ [...], [...] (αναφέροντας πάντως πως δεν έχει διαπιστωθεί κάποια τέτοια πρακτική επί του παρόντος), [...], [...], [...], [...].

²⁸⁵ [...].

²⁸⁶ [...].

²⁸⁷ Ενδεικτικά βλ. [...], [...], [...], [...].

²⁸⁸ Η [...] απάντησε πως είναι η μοναδική μέτοχος σε ορισμένες κλινικές όπως η [...].

298. Ως προς το αν αναμένεται να εισέλθουν εντός των επόμενων ετών νέοι παίκτες στην αγορά ασφάλισης υγείας (ερώτηση 26), άλλοι ασφαλιστές απάντησαν θετικά²⁸⁹ ενώ άλλοι αρνητικά²⁹⁰.

VII.2.1 Σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ασφαλισμένους και παράμετροι ανταγωνισμού

299. Το ποσοστό των ασφαλισμένων που αγοράζουν ασφάλιση υγείας και ενεργές ασφαλιστικές καλύψεις με την ίδια ασφαλιστική εταιρεία (ερώτηση 56) διαφέρει ανά εταιρεία. Τα σχετικά ποσοστά κυμαίνονται από 5%²⁹¹ έως και 91%²⁹², με τα ποσοστά των μεγαλύτερων ασφαλιστικών να έχουν ως εξής: [...] άνω του 20%, [...] 30-35%, [...] 21,6%, [...] 25,6% ασφάλιση αυτοκινήτου 19,2% ζωής 10% κατοικίας, [...] περίπου 25%, [...] 35%, ενώ μόλις δύο ασφαλιστικές απάντησαν ότι οι ασφαλισμένοι σε αυτούς στην ασφάλιση υγείας δεν διατηρούν και άλλου είδους σύμβαση ασφάλισης με την επιχείρησή τους²⁹³. Επομένως, παρατηρείται ότι ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό όσων έχουν ασφαλιστήριο υγείας με μία ασφαλιστική διατηρούν και έτερη ασφαλιστική κάλυψη από την ίδια.
300. Εκπτώσεις σε πελάτες που διατηρούν άλλο ασφαλιστήριο εάν θέλουν να συνάψουν ασφάλιση υγείας (ερώτηση 57) παρέχουν πέντε ασφαλιστικές εταιρείες, ενώ μία ασφαλιστική²⁹⁴ 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 (ερώτηση 58), 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/αποταμιευτικά προγράμματα²⁹⁵.
301. Οι ασφαλιστικές εκείνες που διατηρούν τις περισσότερες συμφωνίες ομαδικών ασφαλιστηρίων για εργαζόμενους ή μέλη επιχειρήσεων/φορέων (ερώτηση 59) είναι καταρχάς οι [...], [...] [...] και η [...] ²⁹⁶. Παρατηρείται ότι οι τρεις πρώτες ασφαλιστικές διαθέτουν αθροιστικά ένα ιδιαίτερα εκτενές μερίδιο των ομαδικών προγραμμάτων.
302. Ως προς τις κατηγορίες προγραμμάτων ασφάλισης που διαθέτουν οι ερωτηθέντες (ερώτηση 60), 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 capitation²⁹⁷. Παρατηρείται

²⁸⁹ Ενδεικτικά [...], [...], [...], [...] (μνημονεύοντας ως παράδειγμα και την περίπτωση της [...]) που εισήλθε στην αγορά το έτος 2021 και επιπλέον αναφέροντας και ότι η χρήση των νέων τεχνολογιών ευνοεί την είσοδο νέων ασφαλιστών), [...], [...] (επισημαίνοντας ότι οι ελλείψεις του Δημοσίου θα οδηγήσουν σε αύξηση της ασφάλισης υγείας, καθώς τελεί σε συμπληρωματικό ρόλο).

²⁹⁰ Ενδεικτικά [...], [...], [...], [...], [...], [...].

²⁹¹ [...]

²⁹² [...].

²⁹³ [...] και [...].

²⁹⁴ [...].

²⁹⁵ 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, βλ. απάντηση [...].

²⁹⁶ Εν συνεχεία ακολουθούν [...] [...] [...] [...], ενώ οι υπόλοιπες έχουν συμφωνίες με αρκετά λιγότερους φορείς.

²⁹⁷ Δεν προσφέρονται από όλες τις ασφαλιστικές όλες οι επιμέρους κατηγορίες προγραμμάτων.

συνεπώς πως στην ελληνική αγορά προσφέρονται αρκετές επιμέρους κατηγορίες ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας.

303. Τέλος, αναφορικά με τα βασικά κριτήρια με τα οποία ο καταναλωτής επιλέγει το ασφαλιστικό πρόγραμμα και την ασφαλιστική επιχείρηση (ερώτηση 61), 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 ενημέρωση/συμβουλή από τους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές, η σαφήνεια των όρων ασφάλισης κ.α.

VII.2.2 Συνεργασία μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων

304. Με την εξαίρεση δύο επιχειρήσεων, άπασες οι υπόλοιπες απάντησαν ότι δεν συνεργάζονται με άλλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις στον τομέα της ασφάλισης υγείας (ερώτηση 30). Οι δύο ασφαλιστικές επιχειρήσεις που απάντησαν ότι συνεργάζονται, διευκρίνισαν ότι η μεν πρώτη συνεργάζεται με εταιρείες που προσφέρουν εξειδικευμένες παροχές όπως πχ επείγουσα αερομεταφορά ασθενούς²⁹⁸, η δε δεύτερη συνεργάζεται με άλλες ασφαλιστικές σε περιορισμένο φάσμα εργασιών όπως ταξιδιωτική βοήθεια και παροχή β' ιατρικής γνώμης²⁹⁹.
305. Αναφορικά με το ερώτημα κατά πόσον οι ασφαλιστές χρησιμοποιούν κοινούς παρόχους υπηρεσιών με άλλες ασφαλιστικές επιχειρήσεις (ερώτηση 31), 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 [...] ³⁰⁰, [...] καθώς και την [...], ενώ παράλληλα σημειώνεται ότι αναφέρθηκαν από ορισμένους και οι εταιρείες [...] και [...]. Ως προς όμως το ερώτημα κατά πόσον υφίστανται (οριζόντιες) συμφωνίες μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων για την **από κοινού χρήση** παρόχων υπηρεσιών άπασες οι ασφαλιστικές απάντησαν αρνητικά, σημειωτέον όμως ότι ειδικά η [...] 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. Η Υπηρεσία θα διερευνήσει αυτό το ζήτημα περαιτέρω.
306. Ως προς το ερώτημα αναφορικά με τυχόν ανταλλαγές πληροφοριών περί των παρόχων υγείας μεταξύ των ασφαλιστών (ερώτηση 45), άπασες οι επιχειρήσεις απάντησαν αρνητικά.
307. Τέλος ως προς το κατά πόσον δημόσιοι φορείς επηρεάζουν την αγορά ασφάλισης υγείας (ερώτηση 27), 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.
308. Ως προς την χρήση νέων τεχνολογιών (ερώτηση 62), μεγάλο μέρος των ασφαλιστών απάντησε ότι αξιοποιεί τέτοιου είδους τεχνολογίες. Περαιτέρω, ως προς την αξιοποίηση των δεδομένων των

²⁹⁸ [...].

²⁹⁹ [...].

³⁰⁰ Βάσει των απαντήσεων αποτελεί τον πιο συνήθη κοινό πάροχο διαχειριστικών υπηρεσιών ενώ ακολουθούν η [...] και η [...].

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.

VII.2.3 Σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ιδιωτικούς παρόχους υγείας

309. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλιστικών διαθέτει συνεργασία με πλήθος παρόχων υγείας³⁰¹, 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 κλινική και ιατρό. Σύμφωνα με την [...], 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 άναυτη 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»)³⁰².
310. 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 (ερώτηση 34). 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 ασφαλιστρού. Περαιτέρω μία ασφαλιστική επισήμανε και το ενδεχόμενο κάποιοι ασφαλιστές να απολαμβάνουν προνομιακών τιμών όταν ανήκουν στον ίδιο όμιλο με τον πάροχο υγείας³⁰³. Αντίστοιχα η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επιδρά άμεσα στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους ασφαλισμένους.
311. Πρέπει επίσης να γίνει αναφορά και στις απόψεις της [...] 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 ίδιων 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

³⁰¹ [...], [...] και [...] απάντησαν πως δεν διαθέτουν συμβάσεις συνεργασίας.

³⁰² Βλ. ανωτέρω υποσημείωση 2.

³⁰³ [...].

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»³⁰⁴. Από την πλευρά της η [...] 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 δυνατότητα 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»³⁰⁵.

312. Αναφορικά με τον τρόπο συμφωνίας των όρων συνεργασίας μεταξύ των επιχειρήσεων ασφάλισης υγείας και των παρόχων υπηρεσιών υγείας, ένα πολύ μεγάλο μέρος των ασφαλιστών απάντησε ότι οι συμβάσεις συνεργασίας συνάπτονται μέσω επιχειρήσεων παροχής υπηρεσιών διαχείρισης, και όχι απευθείας με τους παρόχους³⁰⁶. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι επιχειρήσεις αυτές που συνάπτουν συμβάσεις μέσω εταιριών διαχείρισης κατά κύριο λόγο ανέφεραν την εταιρεία [...], μάλιστα μία εκ των ασφαλιστικών ανέφερε ρητά στη σχετική της απάντηση ότι η [...] λειτουργεί για ένα σύνολο ασφαλιστικών επιχειρήσεων³⁰⁷. 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. Είναι γεγονός ότι αυτές ενδιάμεσες επιχειρήσεις ασφαλώς παρέχουν σημαντικές αποτελεσματικότητες, καθώς μειώνουν τα συναλλακτικά κόστη των ασφαλιστικών, οι επιχειρήσεις διαχείρισης αποκτούν και αξιοποιούν τεχνογνωσία, εξισορροπείται η ασυμμετρία πληροφόρησης και διαπραγματευτικής ισχύος ασφαλιστικών και παρόχων υπηρεσιών υγείας, παρέχεται η δυνατότητα σε περαιτέρω ασφαλιστικές να εισέλθουν στην αγορά κ.α. Από την άλλη πλευρά, τέτοιες συναλλακτικές πρακτικές μπορούν να εγείρουν ανησυχίες για τυχόν συντονισμένες συμπεριφορές³⁰⁸, άλλωστε υπό τέτοιες περιστάσεις δύνανται να ανακύψουν φαινόμενα έμμεσης ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των ασφαλιστικών³⁰⁹. Συνεπώς, τονίζεται η ανάγκη για την αυτό-αξιολόγηση των εμπορικών

³⁰⁴ Βλ. ανωτέρω υποσημείωση 2.

³⁰⁵ Βλ. ανωτέρω, υποσημείωση 2.

³⁰⁶ [...], [...] (το αναφέρει στην ερώτηση 38), [...] (αναφέροντας ότι ειδικά για τα διαγνωστικά προβαίνει σε απευθείας συμβάσεις), [...], [...], [...], [...], [...].

³⁰⁷ [...].

³⁰⁸ Βλ. απάντηση [...] στην ερώτηση 40 που αναφέρει ότι τα κριτήρια με τα οποία συμφωνήθηκαν οι τιμοκατάλογοι έχουν τεθεί μέσω της [...].

³⁰⁹ Δεν αποκλείεται μάλιστα τέτοιες περιοριστικές του ανταγωνισμού πρακτικές να έχουν εξαρχής οργανωθεί από την ίδια την ενδιάμεση επιχείρηση πρβλ και COMP/39.847- E-books, σκ. 92-93.

πρακτικών αλλά και εφαρμογής προγραμμάτων συμμόρφωσης προς τους κανόνες του ανταγωνισμού (competition compliance) στην εν λόγω αγορά προς αποφυγή δημιουργίας προβλημάτων..

313. Ως προς τα κριτήρια με τα οποία διαμορφώνονται οι όροι των συμβάσεων (ερώτηση 35), στο πλαίσιο της διαπραγματεύσεως 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 εκπτώσεις³¹⁰, το μέγεθος και η ελκυστικότητα του παρόχου, το πλήθος των ασφαλιστηρίων της κάθε ασφαλιστικής κ.α.
314. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε ότι στις μεταξύ των ασφαλιστικών και των κλινικών διαπραγματεύσεις για σύναψη συμβάσεων (ερώτηση 36), διαπραγματευτική ισχύ κατέχει ο πάροχος υγείας³¹¹. Παρά ταύτα ορισμένοι απάντησαν ότι εξαρτάται, πχ από το ποια πλευρά διαθέτει μεγάλο αριθμό πελατών³¹² ή ότι όλες οι πλευρές έχουν διαπραγματευτική ισχύ³¹³ (τούτο βέβαια δημιουργεί μία αντίφαση).
315. Όσον αφορά το κατά πόσον υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών υγείας με τους οποίους είναι αναγκαίο να διαθέτουν σύμβαση συνεργασίας (ερώτηση 37), ορισμένες ασφαλιστικές απάντησαν θετικά και κατονόμασαν πρωτίστως τον [...] και τον [...], ενώ από ορισμένους κατανομάστηκαν επιπλέον και η [...], η [...], η [...], και [...]³¹⁴. 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 όπως προαναφέρθηκε μεγάλο μέρος των ασφαλιστών χρησιμοποιεί τις συμβάσεις της [...], ενώ όσον αφορά τους υπόλοιπους, εκ των απαντήσεών τους προκύπτει ότι ο κανόνας είναι πως δεν είναι ενιαίοι οι όροι των επιμέρους συμβάσεων³¹⁵.
316. Αναφορικά με τον τρόπο καταβολής των ασφαλιστικών αποζημιώσεων (ερώτηση 41), 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 τελευταίο³¹⁶.
317. Η πλειοψηφία των ασφαλιστικών διαθέτει και προγράμματα ασφάλισης που προβλέπουν κάλυψη και νοσηλεία μόνο σε συγκεκριμένες κλινικές (κλειστού δικτύου) (ερώτηση 42)³¹⁷. 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 ασφαλισμένο³¹⁸, ενώ και έτερη ασφαλιστική αντίστοιχα ανέφερε ότι επέλεξε τις συγκεκριμένες κλινικές λόγω προσυμφωνημένου ετήσιου

³¹⁰ Η [...] ανέφερε ότι οι τιμοκατάλογοι των παρόχων υπηρεσιών υγείας είναι διαφορετικοί/πιο αυξημένοι, σε σχέση με τους τιμοκαταλόγους προς ιδιώτες πελάτες.

³¹¹ Ορισμένοι μάλιστα ανέφεραν ότι υφίσταται ολιγοπώλιο των κλινικών βλ. [...], [...], [...].

³¹² [...], ενώ με περίπου παρόμοιο τρόπο απάντησε και η [...].

³¹³ [...].

³¹⁴ Υπήρξε επίσης και αναφορά σε [...] και [...].

³¹⁵ Επί του ζητήματος αυτού παραπέμπουμε στις απαντήσεις των ασφαλιστικών στις ερωτήσεις 39-40. Σημειωτέον ότι αρκετοί ασφαλιστές αναφέρουν πως οι συμβάσεις καθορίζονται αρχικά από κλινικές και επί αυτών διαπραγματεύονται κυρίως ως προς τον τιμοκατάλογο, ενδεικτικά βλ. απάντηση της [...].

³¹⁶ Ενδεικτικά βλ. απαντήσεις [...], [...] και [...] στην ερώτηση 41.

³¹⁷ Οι ασφαλιστές αυτοί είναι η [...] σε περιπτώσεις ομαδικών προγραμμάτων αν συμφωνηθεί κάτι τέτοιο με τον πελάτη, η [...], η [...] η [...], η [...], η [...], η [...], η [...], η [...], η [...], η [...] (πρόγραμμα ομαδικής ασφάλισης), η [...], η [...] και η [...].

³¹⁸ [...].

κόστους ανεξαρτήτως του πλήθους νοσηλίων του συγκεκριμένου χαρτοφυλακίου³¹⁹. 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 πρόγραμμα³²⁰. Σημειώτεον 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 γιατρό³²¹.

318. Ως προς τον τρόπο λειτουργίας της ασφαλιστικής κάλυψης σε περίπτωση όπου ένας ασθενής διαθέτει ασφαλιστήρια υγείας σε δύο διαφορετικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις (ερώτηση 43), από τις απαντήσεις των ασφαλιστικών προκύπτει ότι οι καλύψεις λειτουργούν συνδυαστικά / συμπληρωματικά με τον ασθενή να επιλέγει ποια εταιρεία θα χρησιμοποιήσει πρώτη³²². 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.
319. 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 (ερώτηση 48), αναφέρθηκαν από ορισμένους³²³ προνόμια όπως η απευθείας εξόφληση από την ασφαλιστική³²⁴ και ο δωρεάν ετήσιος προληπτικός έλεγχος, καθώς και οι δωρεάν παροχές σε εξωτερικά ιατρεία. Άλλοι επισήμαναν ότι επιμέρους κίνητρα προσφέρονται από τους ίδιους τους παρόχους³²⁵, ενώ η ασφαλιστική απλώς επικοινωνεί τα κίνητρα αυτά προς τους ασφαλισμένους³²⁶. Περαιτέρω ως προνόμιο αναφέρθηκε και η μείωση των ποσών συμμετοχής του ασφαλισμένου, προερχόμενη και αυτό από την κλινική³²⁷, και η παροχή ειδικών τιμών και προνομιακών καλύψεων³²⁸. Ορισμένες άλλες ασφαλιστικές απάντησαν πως δεν παρέχεται κάποιο σχετικό προνόμιο³²⁹.
320. Εκ των απαντήσεων που λήφθηκαν, μεταξύ των βασικών παραγόντων βάσει των οποίων ο ασθενής επιλέγει τον πάροχο υγείας (ερώτηση 53) 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 πάροχο³³⁰.
321. Τέλος, περί του κατά πόσον υφίστανται ιδιωτικοί πάροχοι υγείας με τους οποίους οι ερωτηθέντες αποφεύγουν να συνάψουν σύμβαση συνεργασίας (ερώτηση 54), 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

³¹⁹ [...].

³²⁰ [...].

³²¹ [...], πρβλ και απαντήσεις των ασφαλιστικών στην ερώτηση 53.

³²² Επίσης αναφέρεται σε ορισμένες απαντήσεις και ότι η δεύτερη ασφαλιστική ενδέχεται να χορηγήσει επιδόματα μη χρήσης βλ. πχ απάντηση της [...]. Τούτο σχετίζεται με το γεγονός ότι η δεύτερη ασφαλιστική είναι επωφελούμενη από την επιλογή του ασθενή να θέσει την έτερη ως πρώτη βλ. απάντηση της [...].

³²³ Ενδεικτικά [...], [...], [...], [...].

³²⁴ Το οποίο βέβαια δεν είναι «προνόμιο» υπό την στενή έννοια.

³²⁵ Βλ. πχ απάντηση της [...].

³²⁶ Βλ. ενδεικτικά απάντηση [...] και [...].

³²⁷ Βλ. απάντηση της [...].

³²⁸ [...].

³²⁹ Ενδεικτικά [...], [...], [...], [...].

³³⁰ [...].

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.

VII.3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

322. Τα βασικά σημεία που προκύπτουν από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων ως προς την δομή αγοράς και τη λειτουργία του ανταγωνισμού στην παροχή υπηρεσιών ασφάλισης υγείας δύνανται να συνοψιστούν ως ακολούθως:
- i. Υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών ασφάλισης υγείας με μεγάλη ισχύ στην αγορά. Η τελευταία, δε, συγκέντρωση στον κλάδο με την εξαγορά της Εθνικής Ασφαλιστικής από τον όμιλο ΗΗG θα του προσδώσει σημαντικά ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα και ενδέχεται να οδηγήσει τις ανταγωνίστριες εταιρείες υπηρεσιών ασφάλισης σε μειονεκτική θέση. Οι μεγάλοι ιατρικοί όμιλοι αποτελούν για τις εταιρείες παροχής υπηρεσιών ασφάλισης αναγκαίους αντισυμβαλλομένους προκειμένου να είναι ανταγωνιστικοί στην αγορά. Συναφώς, ανταγωνιστικό πλεονέκτημα διαθέτουν και οι ασφαλιστικές εταιρείες οι οποίες συνεργάζονται με πιστωτικά ιδρύματα., όσες έχουν μεγάλο χαρτοφυλάκιο και εταιρείες με διαφοροποιημένο επιχειρηματικό μοντέλο με δικές τους κλινικές.
 - ii. Οι συγκεντρώσεις μεταξύ εταιρειών του κλάδου αξιολογούνται γενικότερα θετικά υπό την έννοια ότι οδηγούν σε οικονομίες κλίμακος, υψηλότερα επίπεδα κεφαλαιακής επάρκειας, υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες, μείωση των ασφαλιστρών.
 - iii. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλιστικών εταιρειών συνεργάζεται με ιδιωτικούς παρόχους υγείας είτε άμεσα είτε μέσω εταιρειών διαχείρισης. Το κόστος ασφάλισης υγείας και η ποιότητα των υπηρεσιών επηρεάζεται από την αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας. Σε μια ολιγοπωλιακή αγορά παροχής υπηρεσιών υγείας ενδεχομένως οι μικρές ασφαλιστικές εταιρείες να περιέλθουν σε μειονεκτική θέση ενώ ενδεχόμενη αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας θα αύξανε το ασφάλιστρο κινδύνου.
 - iv. Δεν προκύπτουν σχέσεις συνεργασίας μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών, υπάρχουν ωστόσο σχέσεις των ασφαλιστικών εταιρειών με παρόχους υπηρεσιών διαχείρισης ασφάλισης υγείας χωρίς ωστόσο, κατά την πλειοψηφία των ερωτηθέντων, να υπάρχουν συμφωνίες για την από κοινού χρήση τους, πλην μιας εταιρείας η οποία ανέφερε ότι υπάρχουν εταιρείες που έχουν συνάψει συμφωνίες για την από κοινού χρήση ιατρικού ελεγκτή, ο οποίος διαπραγματεύεται σε συλλογικό επίπεδο με παρόχους υπηρεσιών υγείας. Κατά τους ερωτηθέντες οι πάροχοι υπηρεσιών διαχείρισης ασφάλισης παρέχουν αποτελεσματικότητες (μείωση του συναλλακτικού κόστους, εξισορρόπηση της ασυμμετρίας της πληροφόρησης και διαπραγματευτικής ισχύος μεταξύ των μερών, δυνατότητα εισόδου νέων ασφαλιστικών εταιρειών στην αγορά). Ωστόσο, οι εν λόγω συναλλακτικές πρακτικές δύνανται να εγείρουν θέματα συντονισμένων συμπεριφορών (πχ. έμμεση ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών).
 - v. Αναφορικά με τις σχέσεις των ασφαλιστικών εταιρειών με τους ασφαλισμένους, παρατηρείται ότι στην ελληνική αγορά προσφέρονται αρκετές κατηγορίες ασφαλιστικών

προγραμμάτων υγείας. Βασικά κριτήρια επιλογής ενός προγράμματος από τους καταναλωτές είναι το ύψος των ασφαλιστρών, τα εκπιπτόμενα ποσά, το εύρος των καλύψεων, ο αριθμός των συμβεβλημένων παρόχων, η φήμη και η φερεγγυότητα της ασφαλιστικής εταιρείας.

VII.4. ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

323. Τέλος ως προς τις τρέχουσες συγκυρίες της υγειονομικής κρίσης, μεγάλο μέρος των ασφαλιστών δήλωσαν πως παρέχουν καλύψεις έναντι δευτερευουσών ή παρεπόμενων επιπλοκών της COVID-19. Περαιτέρω, η τρέχουσα υγειονομική κρίση δεν επέφερε κάποια κάμψη στην αγορά της ιδιωτικής ασφάλισης, αντιθέτως σύμφωνα με ορισμένους παρατηρήθηκε το αντίστροφο φαινόμενο, καθώς περισσότερος κόσμος κατευθύνθηκε προς την ιδιωτική ασφάλιση λόγω της πίεσης στο δημόσιο σύστημα υγείας, ενώ περαιτέρω μειώθηκαν τα μικρότερης σοβαρότητας περιστατικά, λόγω της επιθυμίας αρκετών ασφαλισμένων να αποφύγουν τις μη επείγουσες νοσηλείες.
324. Ως προς τον αντίκτυπο της πανδημίας του κορονοϊού Covid-19 στον τομέα της ασφάλισης υγείας (ερώτηση 70), σημαντικό μέρος των ερωτηθέντων απάντησε ότι δεν υπήρξε ουσιαστική επίδραση στη δραστηριότητά τους³³¹, μάλιστα ελήφθησαν και απαντήσεις πως η πανδημία επέφερε αύξηση της ζήτησης³³². Ορισμένοι ασφαλιστές απάντησαν ότι έχουν προβεί σε κάποιες προσαρμογές πχ έχουν προσθέσει ερωτήσεις για Covid-19 στον προσυμβατικό έλεγχο³³³, ή/και έχουν συμπεριλάβει περιορισμούς για νέους ασφαλισμένους που έχουν νοσήσει με Covid-19³³⁴. Επίσης, κατά ορισμένες επιχειρήσεις παρατηρήθηκε μείωση της συχνότητας ζημιών/χρήσης υπηρεσιών υγείας³³⁵.
325. Ως προς το κατά πόσον οι όροι των ασφαλιστηρίων καλύπτουν τη διενέργεια εξετάσεων και θεραπείας / νοσηλείας για δευτερεύουσες ή παρεπόμενες επιπλοκές προκληθείσες κατόπιν προηγούμενης νόσησης του ασφαλισμένου με Covid-19, ορισμένες ασφαλιστικές δήλωσαν πως παρέχουν σχετικές καλύψεις³³⁶ ενώ άλλες ασφαλιστικές δήλωσαν πως δεν παρέχουν τέτοιες καλύψεις, άλλως πως έχουν συμπεριλάβει σχετική εξαίρεση στα ασφαλιστήριά τους³³⁷. Από την επισκόπηση των σχετικών απαντήσεων θα μπορούσε να εξαχθεί το συμπέρασμα πως η πλειοψηφία από τις μεσαίες και μεγάλες ασφαλιστικές προσφέρουν τις σχετικές καλύψεις.

³³¹ Η [...] πάντως σημείωσε ότι έχει παρατηρηθεί κάμψη οφειλόμενη και στις δυσκολίες των δια ζώσης συναντήσεων του υποψηφίου ασφαλισμένου με τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή.

³³² Ενδεικτικά [...], [...]. Η [...] ανέφερε πως η πανδημία προκάλεσε περιορισμένη διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναζητούν υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα υγείας και αντίστοιχα καλύψεις εξόδων από προγράμματα ασφάλισης υγείας.

³³³ [...].

³³⁴ [...].

³³⁵ Ενδεικτικά [...], [...].

³³⁶ Ενδεικτικά [...], [...], [...], [...], [...], [...].

³³⁷ Ενδεικτικά [...], [...], [...].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΝΕΕΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ

VIII. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

VIII.A. Ψηφιακός ανταγωνισμός και υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης

326. 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.
327. Οι νέες τεχνικές συλλογής και επεξεργασίας δεδομένων με τη χρήση αλγορίθμων και τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης βελτιώνουν την αντιστοίχιση προσφοράς και ζήτησης της αγοράς. Οι επιχειρήσεις που διαθέτουν τέτοιες τεχνολογίες συλλέγουν ολοκληρωμένα προσωπικά δεδομένα των πελατών τους, προσφέρουν εξατομικευμένη τιμολόγηση, οργάνωση των διαδικασιών παραγωγής και μάρκετινγκ. Η έλευση της ψηφιακής οικονομίας αλλάζει επίσης ριζικά την οργάνωση και τα επιχειρηματικά μοντέλα διάφορων κλάδων. Η ψηφιοποίηση οδηγεί σε σημαντικές αλλαγές στη δομή της οικονομικής δραστηριότητας σε διάφορους κλάδους και σε νέες ισχυρές δυναμικές.
- ~~328.~~ Οι αλλαγές που επιφέρει η ψηφιακή τεχνολογία έχουν μεταμορφώσει ριζικά και τους κλάδους φαρμάκων, υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο, τα μαζικά δεδομένα και οι αλγόριθμοι είναι παίζουν καθοριστικό ρόλο, καθώς επιτρέπουν την ανάπτυξη προσαρμοσμένων/εξειδικευμένων λύσεων «εκτός από τα χάπια» που συνδυάζουν φάρμακα, αισθητήρες που συλλέγουν πληροφορίες για την κατάσταση του ασθενούς και διαφορετικά είδη αναλυτικών στοιχείων (ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία, συμπεριλαμβανομένων διαγνωστικών αποτελεσμάτων, ιστορικού φαρμακευτικής αγωγής και γενομικών δεδομένων ή δεδομένων γονιδιακής έκφρασης, δεδομένων τρόπου ζωής). Με τα στοιχεία αυτά, οι πάροχοι ιατρικών υπηρεσιών έχουν τη δυνατότητα προσφοράς εξατομικευμένων φαρμακευτικών αγωγών και περίθαλψης των ασθενών.
329. Με τη συλλογή και αξιολόγηση προσωπικών δεδομένων από διαφορετικά κανάλια, πλατφόρμες και συσκευές και τη δυνατότητα ανταλλαγής αυτών των πληροφοριών, τα διάφορα τμήματα της αλυσίδας αξίας της ανθρώπινης υγείας (φαρμακευτική αγωγή, προληπτική ιατρική, περίθαλψη, κλπ.) μπορούν να σχηματίζουν και μια ενιαία εικόνα για τον καταναλωτή/ασθενή. Αυτή η τεχνολογική δυνατότητα ενδέχεται να οδηγήσει στην ανάπτυξη ενός νέου επιχειρηματικού μοντέλου στον κλάδο.
330. 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.
331. 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 αξίας.³³⁸ 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 μοντέλα³³⁹ με έμφαση στη δημιουργία κοινής αξίας με συμπληρωματικούς εταίρους σε μεγαλύτερα οικοσυστήματα.³⁴⁰

332. Στον τομέα της υγείας, αρκετοί οργανισμοί διαθέτουν διαφορετικούς τύπους δεδομένων.
- (1) Κλινικά δεδομένα (δεδομένα ασθενούς) που τηρούνται συνήθως από γιατρούς και δεδομένα κλινικών δοκιμών που τηρούνται από φαρμακευτικές εταιρείες.
 - (2) Οι φαρμακευτικές εταιρείες διατηρούν επίσης δεδομένα πρώιμων σταδίων E&A.
 - (3) Οι διαδικτυακές εταιρείες όπως η [...], 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.
 - (4) 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.
 - (5) Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και ασφάλισης έχουν πρόσβαση στο αρχείο ιατρικών δεδομένων και στο ιστορικό του ασθενούς.
 - (6) 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.

VIII.B. Πιθανές στρεβλώσεις ανταγωνισμού από τη χρήση (προσωπικών) δεδομένων και αλγορίθμων

333. Σημειώνεται ότι η παρούσα ενδιάμεση έκθεση της ΓΔΑ δεν εξετάζει ενδελεχώς το υφιστάμενο εθνικό και ρυθμιστικό πλαίσιο που διέπει τα δεδομένα και τεχνολογίες υγείας³⁴¹. Στο παρόν στάδιο

³³⁸ Afuah, A. (2014). *Business Model Innovation: Concepts, Analysis and Cases*. New York, NY, Routledge.

³³⁹ 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.

³⁴⁰ 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 ..

³⁴¹ Σύμφωνα με το υπόμνημα της [...] (βλ. ανωτέρω υποσημείωση 2), «Το νομικό πλαίσιο που ισχύει για τη συλλογή, επεξεργασία και κοινή χρήση δεδομένων ιατρών από τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης και δεδομένων ασθενών από τους παρόχους ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης διέπεται καταρχάς από τον Γενικό Κανονισμό Προστασίας Δεδομένων (GDPR) και τον εθνικό εκτελεστικό Ν.4624/2019 «σχετικά με τα μέτρα εφαρμογής του

καταγράφονται ενδεικτικώς στρεβλώσεις του ανταγωνισμού που ενδέχεται να προκύπτουν από τη χρήση (προσωπικών) δεδομένων και πώς αυτές οι στρεβλώσεις αντιμετωπίζονται από το ενωσιακό δίκαιο ανταγωνισμού και από ενωσιακούς ρυθμιστικούς κανόνες που άπτονται των δεδομένων και νέων τεχνολογιών στον τομέα υγείας.

VIII.B.1. Προσωπικά δεδομένα και θεωρίες βλάβης στον ανταγωνισμό

334. 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.
335. 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 Axcion 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.
336. 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 ανταγωνισμού: Στην υπόθεση *IMS/NDC Health*, η Ευρ. Επιτροπή³⁴², όπως επικυρώθηκε από το ΔΕΕ³⁴³, έλαβε υπόψη της το ρυθμιστικό πλαίσιο και ειδικά τη γερμανική νομοθεσία, σύμφωνα με την οποία τα δεδομένα για την κατανάλωση των φαρμακείων έπρεπε να ήταν κατάλληλα ανωνυμοποιημένα με τρόπο συμβατό με τα προσωπικά δεδομένα και το επιχειρηματικό απόρρητο με συνέπεια αυτά να μπορούν να συγκεντρώνονται μόνο σε επίπεδο ταχυδρομικού κώδικα. Τα δεδομένα αυτά ήταν συνεπώς οργανωμένα σε μία «δομή μωσαϊκού» η οποία ομαδοποιούσε τα φαρμακεία σε εμπορικά χρήσιμα γεωγραφικά συμπλέγματα τα οποία δεν θα επέτρεπαν την ταυτοποίηση κανενός φαρμακείου. Στη συγκεκριμένη υπόθεση η IMS διεκδίκησε τα πνευματικά δικαιώματα για ένα πλέγμα (*grid*) το οποίο είχε αναπτύξει και το οποίο διαιρούσε την επικράτεια της Γερμανίας σε 1860 τμήματα ή «τούβλα» («δομή μωσαϊκού»). Οι φαρμακευτικές εταιρείες λάμβαναν σε αναλυτική μορφή στοιχεία για την ζήτηση ανά τμήμα και επί τη βάση αυτών διαμόρφωναν αντίστοιχα τις προμήθειές τους. Ως εκ τούτου, η «δομή μωσαϊκού» είχε αναχθεί σε ένα εν τοις πράγμασι βιομηχανικό πρότυπο (*standard*). Οποιοσδήποτε άλλος τρόπος συγκέντρωσης δεν ήταν δυνητικά συμβατός με το Γερμανικό δίκαιο, επειδή μία διαφορετική συνάθροιση θα μπορούσε θεωρητικά να χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό ενός

Κανονισμού (Ε.Ε.) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, για την προστασία των φυσικών προσώπων όσον αφορά την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και τη μεταφορά της Οδηγίας (Ε.Ε.) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016, και άλλες διατάξεις», από το άρθρο ΣΤ' της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση, το άρθρο 8 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το άρθρο 8 της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, τη Σύμβαση 108 του Συμβουλίου της Ευρώπης και τον εκσυγχρονισμό της (προηγούμενος Ν.2472/1997, ο οποίος έχει καταργηθεί εκτός από τις διατάξεις που αναφέρονται ειδικά στο άρθρο 84 του Ν.4624/2019), και το Ν.3471/2006 στον τομέα των ηλεκτρονικών επικοινωνιών».

³⁴² Απόφαση Ευρ. Επιτροπής 2002/165 Υπόθεση COMP D3/38.044 — NDC Health/IMS Health (3.7.2001).

³⁴³ ΔΕΕ υπόθ. C-418/01, *IMS Health GmbH & Co. OHG κατά NDC Health GmbH & Co. KG (IMS Health)*, Συλλ. 2004 σελ. I-5039.

μεμονωμένου φαρμακείου εάν μια εταιρεία διασταύρωσε περισσότερο από δύο σύνολα δεδομένων. Επί τη βάσει των ανωτέρω, η Ευρ. Επιτροπή διέταξε την IMS να παραχωρήσει πρόσβαση σε εμπορικά εύλογους όρους στη συγκεκριμένη δομή μωσαϊκού με 1860 «τούβλα/τμήματα». Το ΔΕΕ δέχτηκε ότι προκειμένου να χαρακτηριστεί ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ως «απαραίτητη» ή «αναγκαία» για την άσκηση της δραστηριότητας μιας επιχείρησης σε μία ορισμένη αγορά, επιβάλλεται να εξετασθεί αν υφίστανται προϊόντα ή υπηρεσίες που αποτελούν εναλλακτικές λύσεις, έστω και αν αυτές είναι λιγότερο πλεονεκτικές, καθώς και αν υφίστανται τεχνικής, κανονιστικής ή οικονομικής φύσης εμπόδια δυνάμενα να καταστήσουν αδύνατη, ή τουλάχιστον αδικαιολογήτως δυσχερή, την ανάπτυξη, ενδεχομένως σε συνεργασία με άλλες επιχειρήσεις, εναλλακτικών προϊόντων ή υπηρεσιών εκ μέρους κάθε επιχείρησης που προτίθεται να δραστηριοποιηθεί στην εν λόγω αγορά. Ειδικώς δε προκειμένου να γίνει δεκτή η ύπαρξη εμποδίων οικονομικής φύσης, το ΔΕΕ σημείωσε ότι θα πρέπει τουλάχιστον να αποδειχθεί ότι «η δημιουργία αυτών των προϊόντων ή υπηρεσιών είναι οικονομικώς ασύμφορη για παραγωγή ανάλογης κλίμακας με την παραγωγή της επιχείρησης που ελέγχει το υφιστάμενο προϊόν ή την υφιστάμενη υπηρεσία».³⁴⁴ Το ΔΕΕ επιβεβαίωσε στην υπόθεση *IMS Health*³⁴⁵ ότι, πλην εξαιρετικών περιστάσεων, τυχόν άρνηση παροχής άδειας εκμετάλλευσης δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας δεν αποτελεί αυτή καθαυτή κατάχρηση δεσπόζουσας θέσης. Το ΔΕΕ έκρινε ότι τέτοιου είδους εξαιρετικές περιστάσεις υπάρχουν, όταν συντρέχουν σωρευτικά τρεις προϋποθέσεις, ήτοι α) η άρνηση εμποδίζει την εμφάνιση νέου προϊόντος για το οποίο υπάρχει εν δυνάμει ζήτηση εκ μέρους των καταναλωτών, β) είναι αδικαιολόγητη και γ) μπορεί να αποκλείσει κάθε μορφή ανταγωνισμού σε μια παράγωγη ή δευτερογενή αγορά.³⁴⁶ Παρουσιάζει εδώ ενδιαφέρον ότι στην περίπτωση αυτή δεν ήταν τα δεδομένα από μόνα τους που θεωρήθηκαν βασική διευκόλυνση, αλλά η κατάτμηση και η ανάλυση των δεδομένων στη συγκεκριμένη δομή μωσαϊκό³⁴⁷.

337. Περαιτέρω δυνατότητες δημιουργίας ανταγωνιστικής συμφόρησης (*competitive bottleneck*) προκύπτουν από τις ιδιαίτερες προϋποθέσεις οι οποίες διέπουν την προστασία προσωπικών δεδομένων υγείας από τη νομοθεσία για τα προσωπικά δεδομένα³⁴⁸. Το άρθρο 8 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης³⁴⁹ περιγράφει το δικαίωμα στην προστασία των προσωπικών δεδομένων, σε συνδυασμό με τον Γενικό Κανονισμό για την Προστασία Δεδομένων (ΓΚΠΔ), ο οποίος θέτει τις βάσεις για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και αναγνωρίζει τα δεδομένα υγειονομικής περιθάλψης ως μια διακριτή «κατηγορία δεδομένων» και παρέχει έναν ορισμό για τα δεδομένα υγείας για σκοπούς προστασίας των δεδομένων, όπου επικαλείται σαφώς καθορισμένες διασφαλίσεις για προσωπικά δεδομένα υγείας και στοχεύει στην παροχή νομικής διαφάνειας και βεβαιότητας κατά την ερμηνεία των κανόνων έτσι ώστε «να επιτρέπει αποτελεσματική και ολοκληρωμένη προστασία» τέτοιων δεδομένων υγειονομικής περιθάλψης.³⁵⁰ Γενικά, ο ΓΚΠΔ παρέχει περισσότερα δικαιώματα στους πολίτες

³⁴⁴ Υπόθ. C-418/01, *IMS Health GmbH & Co. OHG κατά NDC Health GmbH & Co. KG.*, Συλλ. 2004 σελ. I-5039, σκ. 28.

³⁴⁵ ΔΕΕ, Υπόθ. C-418/01, *IMS Health GmbH & Co. OHG κατά NDC Health GmbH & Co. KG.*, Συλλ. 2004 σελ. I-5039, σκ. 34-35.

³⁴⁶ Ο.π., σκ. 38.

³⁴⁷ C. Tucker, *Digital Data as an Essential Facility: Control, CPI Antitrust Chronicle* (Feb. 2020).

³⁴⁸ Βλ. την ανάλυση από I. Lianos, T. Minnsen & C.L. Kollmar, *Access to Health Data: Between Competition and Regulation* (Mimeo, 2023).

³⁴⁹ Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Άρθρο 8, Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2000/C 364/01, πρόσβαση στις 30 Νοεμβρίου 2022, https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf. Σύμφωνα με τη διατύπωση των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 8, «Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στην προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν» και « η επεξεργασία αυτών των δεδομένων πρέπει να γίνεται νομίμως, για καθορισμένους σκοπούς και με βάση τη συγκατάθεση του ενδιαφερομένου ή για άλλους θεμιτούς λόγους που προβλέπονται από το νόμο. Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στα συλλεχθέντα δεδομένα που το αφορούν και να επιτυγχάνει τη διόρθωσή τους.»

³⁵⁰ Ευρωπαϊός Επόπτης Προστασίας Δεδομένων – Τομέας Υγείας, 30 Νοεμβρίου 2022, https://edps.europa.eu/data-protection/our-work/subjects/health_en; βλ. επίσης, Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του

όσον αφορά την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα προσωπικά τους δεδομένα για θέματα υγείας και οριοθετεί σαφέστερες υποχρεώσεις/ευθύνες έναντι των υπευθύνων επεξεργασίας δεδομένων/χρηστών σχετικά με την ορθή κατανάλωση προσωπικών δεδομένων υγείας (π.χ. διαχείριση παθήσεων και προώθηση έρευνας στο χώρο της υγείας).³⁵¹ Η αιτιολογική σκέψη 35 ορίζει τα δεδομένα υγείας ως «όλα τα δεδομένα που αφορούν την κατάσταση υγείας ενός υποκειμένου των δεδομένων, τα οποία αποκαλύπτουν πληροφορίες σχετικά με την προηγούμενη, τρέχουσα ή μελλοντική κατάσταση σωματικής ή ψυχικής υγείας του υποκειμένου των δεδομένων.³⁵² Όταν περιορίζεται η εστίαση στους συγκεκριμένους τύπους δεδομένων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη που ρυθμίζονται από τον ΓΚΠΔ, το άρθρο 4 επισημαίνει και ορίζει τρεις σημαντικές κατηγορίες, εντός των οποίων η νομιμότητα της επεξεργασίας τους χρήζει περαιτέρω συζήτησης: «γενετικά δεδομένα»³⁵³, βιομετρικά δεδομένα³⁵⁴ και «δεδομένα σχετικά με την υγεία».³⁵⁵ Όσον αφορά την εν λόγω επεξεργασία, το άρθρο 6 προβλέπει ότι η επεξεργασία γενικών δεδομένων (δεδομένων μη σχετιζόμενων με την υγεία) είναι νόμιμη εφόσον ισχύει τουλάχιστον ένα από τα ακόλουθα κριτήρια: «(α) το υποκείμενο των δεδομένων έχει δώσει τη συγκατάθεσή του για την επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων του για έναν ή περισσότερους συγκεκριμένους σκοπούς», ή εφόσον η επεξεργασία είναι απαραίτητη για: «β)...την εκτέλεση σύμβασης στην οποία το υποκείμενο των δεδομένων είναι συμβαλλόμενο μέρος ή προκειμένου να ληφθούν μέτρα κατόπιν αιτήματος του υποκειμένου των δεδομένων πριν από τη σύναψη σύμβασης, γ)...συμμόρφωση με νομική υποχρέωση στην οποία υπόκειται ο υπεύθυνος επεξεργασίας, (δ)...να προστατεύει τα ζωτικά συμφέροντα του υποκειμένου των δεδομένων ή άλλου φυσικού προσώπου, (ε)...την εκτέλεση καθήκοντος που ασκείται προς το δημόσιο συμφέρον ή κατά την άσκηση επίσημης εξουσίας που έχει ανατεθεί στον υπεύθυνο επεξεργασίας, [και] (στ)...για τους σκοπούς των έννομων συμφερόντων που επιδιώκει ο

Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών, ΕΕ 2016 L 119/2, Αιτιολογική σκέψη 35, πρόσβαση στις 30 Νοεμβρίου 2022, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0679>. Γενικά, ο ΓΚΠΔ καθορίζει τους κανόνες για την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων, συμπεριλαμβανομένης της συλλογής, χρήσης, πρόσβασης και φορητότητας προσωπικών δεδομένων, καθώς και τις δυνατότητες μετάδοσης ή μεταφοράς προσωπικών δεδομένων. Το άρθρο 4 ορίζει τα προσωπικά δεδομένα ως: «κάθε πληροφορία που σχετίζεται με ταυτοποιημένο ή ταυτοποιήσιμο φυσικό πρόσωπο· ταυτοποιήσιμο φυσικό πρόσωπο είναι εκείνο που μπορεί να αναγνωριστεί, άμεσα ή έμμεσα, ιδίως με αναφορά σε ένα αναγνωριστικό» (π.χ. όνομα, αριθμός ταυτότητας, δεδομένα θέσης, επιγραμμικό αναγνωριστικό ταυτότητας ή άλλοι παράγοντες που προσιδιάζουν στη σωματική, φυσιολογική, γενετική, ψυχολογική, οικονομική, πολιτιστική ή κοινωνική ταυτότητα του εν λόγω φυσικού προσώπου).

³⁵¹ “The new EU Regulation on the protection of personal data: what does it mean for patients?,” European Patients Forum, πρόσβαση στις 30 Νοεμβρίου 2022, <https://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/data-protection/data-protection-guide-for-patients-organisations.pdf>, 3 και 21.

³⁵² Intersoft Consulting, “Recital 35 – Health Data – General Data Protection Regulation (GDPR),” <https://gdpr-info.eu/recitals/no-35/>. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτά τα δεδομένα υγείας περιλαμβάνουν πληροφορίες «που συλλέγονται κατά την εγγραφή ή την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης όπως αναφέρονται στην Οδηγία 2011/24/ΕΕ» (βλ. Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 9ης Μαρτίου 2011, σχετικά με την εφαρμογή των δικαιωμάτων των ασθενών στη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη (ΕΕ L 88. 4.4.2011, σ. 45)· βλέπε επίσης ΓΚΠΔ, αιτιολογική σκέψη 35).

³⁵³ ΓΚΠΔ, Άρθρο 4, Ορισμοί-Γενετικά δεδομένα. Τα γενετικά δεδομένα ορίζονται ως: «προσωπικά δεδομένα που σχετίζονται με τα κληρονομικά ή επίκτητα γενετικά χαρακτηριστικά ενός φυσικού προσώπου, τα οποία παρέχουν μοναδικές πληροφορίες για τη φυσιολογία ή την υγεία αυτού του φυσικού προσώπου και τα οποία προκύπτουν, ιδίως, από ανάλυση βιολογικού δείγματος από το εν λόγω φυσικό πρόσωπο».

³⁵⁴ ΓΚΠΔ, Άρθρο 4, Ορισμοί-Βιομετρικά δεδομένα. Τα βιομετρικά δεδομένα ορίζονται ως: «δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία προκύπτουν από ειδική τεχνική επεξεργασία συνδεδεμένη με φυσικά, βιολογικά ή συμπεριφορικά χαρακτηριστικά φυσικού προσώπου και τα οποία επιτρέπουν ή επιβεβαιώνουν την αδιαμφισβήτητη ταυτοποίηση του εν λόγω φυσικού προσώπου, όπως εικόνες προσώπου ή δακτυλοσκοπικά δεδομένα».

³⁵⁵ ΓΚΠΔ, Άρθρο 4, Ορισμοί- δεδομένα που αφορούν την υγεία. Τα δεδομένα που αφορούν την υγεία ορίζονται ως: «δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία σχετίζονται με τη σωματική ή ψυχική υγεία ενός φυσικού προσώπου, περιλαμβανομένης της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας, και τα οποία αποκαλύπτουν πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του».

υπεύθυνος επεξεργασίας ή τρίτος, εκτός εάν τα συμφέροντα αυτά υπερσχύουν των συμφερόντων ή των θεμελιωδών δικαιωμάτων ή ελευθεριών του υποκειμένου των δεδομένων που απαιτούν προστασία των προσωπικών δεδομένων».³⁵⁶

338. Ωστόσο, όσον αφορά τα δεδομένα που σχετίζονται με την υγεία (και επιπροσθέτως των προαναφερόμενων διατάξεων του άρθρου 6 σχετικά με τη νόμιμη επεξεργασία γενικών δεδομένων), το άρθρο 9 επιβάλλει περαιτέρω απαιτήσεις σε ειδικές κατηγορίες δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, συμπεριλαμβανομένων των γενετικών δεδομένων, των δεδομένων που αφορούν την υγεία και των βιομετρικών δεδομένων που σχετίζονται με την ταυτοποίηση.³⁵⁷ Εδώ, η χρήση τέτοιων δεδομένων απαγορεύεται,³⁵⁸ εκτός εάν: «(α) το υποκείμενο των δεδομένων έχει παράσχει ρητή συγκατάθεση για την επεξεργασία [αυτών] των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα... 'η εάν η επεξεργασία είναι απαραίτητη για, (β) την εκτέλεση των υποχρεώσεων και την άσκηση συγκεκριμένων δικαιωμάτων του υπευθύνου επεξεργασίας ή του υποκειμένου των δεδομένων στον τομέα του εργατικού δικαίου..., (γ) την προστασία των ζωτικών συμφερόντων του υποκειμένου των δεδομένων ή άλλου φυσικού προσώπου, εάν το υποκείμενο των δεδομένων είναι σωματικά ή νομικά ανίκανο να συγκατατεθεί..., (δ) διενεργείται, με κατάλληλες εγγυήσεις... και ότι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα δεν κοινοποιούνται εκτός του συγκεκριμένου φορέα χωρίς τη συγκατάθεση των υποκειμένων των δεδομένων..., (ε) αφορά δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα οποία έχουν προδήλως δημοσιοποιηθεί από το υποκείμενο των δεδομένων ..., (στ) για τη θεμελίωση, άσκηση ή υποστήριξη νομικών αξιώσεων ..., (ζ) για λόγους ουσιαστικού δημόσιου συμφέροντος..., (η) για σκοπούς προληπτικής ή επαγγελματικής ιατρικής, εκτίμησης της ικανότητας προς εργασία του εργαζομένου, ιατρικής διάγνωσης, παροχής υγειονομικής ή κοινωνικής περίθαλψης ή θεραπείας ή διαχείρισης υγειονομικών και κοινωνικών συστημάτων και υπηρεσιών..., (θ) για λόγους δημόσιου συμφέροντος στον τομέα της δημόσιας υγείας, όπως η προστασία έναντι σοβαρών διασυννοριακών απειλών κατά της υγείας ή η διασφάλιση υψηλών προτύπων ποιότητας και ασφάλειας της υγειονομικής περίθαλψης και των φαρμάκων ή των ιατροτεχνολογικών προϊόντων..., και (ι) για σκοπούς αρχειοθέτησης προς το δημόσιο συμφέρον, για σκοπούς επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή για στατιστικούς σκοπούς...», κάθε τι που παρέχει κατάλληλα μέτρα για την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων, των ελευθεριών και των έννομων συμφερόντων του υποκειμένου των δεδομένων.³⁵⁹ Έτσι, τα δεδομένα υγείας εμπίπτουν σε μια μοναδική κατηγορία που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και ειδικής προστασίας, καθώς η επεξεργασία τέτοιων δεδομένων εκθέτει τους ασθενείς σε σημαντικούς κινδύνους που σχετίζονται με θεμελιώδη δικαιώματα και ελευθερίες, απαιτώντας τη ρητή συγκατάθεση που λαμβάνεται μέσω μιας ελεύθερας δοθείσας, σαφούς θετικής πράξης, «για παράδειγμα με γραπτή δήλωση, μεταξύ άλλων με ηλεκτρονικά μέσα, ή με προφορική δήλωση» «ή συμπεριφορά που δηλώνει σαφώς, στο συγκεκριμένο πλαίσιο, ότι το υποκείμενο των δεδομένων αποδέχεται την πρόταση επεξεργασίας των οικείων δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» και όχι μιας ασαφούς ένδειξης της συμφωνίας ενός υποκειμένου των δεδομένων για την επεξεργασία των προσωπικών του δεδομένων.³⁶⁰
339. Περαιτέρω θα πρέπει να αναφερθεί και το άρθρο 7 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης³⁶¹, σύμφωνα με το οποίο «κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα στο σεβασμό της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής, της κατοικίας του και των επικοινωνιών του». Συμπληρωματικά ρυθμίζει την επεξεργασία και τον ιδιωτικό χαρακτήρα των προσωπικών δεδομένων είναι η Οδηγία

³⁵⁶ ΓΚΠΔ, Άρθρο 6, Νομιμότητα της επεξεργασίας.

³⁵⁷ ΓΚΠΔ, Άρθρο 9, Επεξεργασία ειδικών κατηγοριών δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

³⁵⁸ ΓΚΠΔ, Άρθρο 9(1).

³⁵⁹ ΓΚΠΔ, Άρθρο (2)(α-ι).

³⁶⁰ Βλ. ΓΚΠΔ, Αιτιολογική σκέψη 32.

³⁶¹ Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Άρθρο 8, Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2000/C 364/01, https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_en.pdf. Σύμφωνα με τη διατύπωση

για την προστασία της ιδιωτικής ζωής στον τομέα των ηλεκτρονικών επικοινωνιών (ePrivacy Directive, ePD), η οποία στοχεύει στην προστασία του «της εμπιστευτικότητας των επικοινωνιών και των κανόνων σχετικά με τον εντοπισμό και την παρακολούθηση» των δεδομένων,³⁶² ασχολείται συγκεκριμένα με την εμπιστευτικότητα της ηλεκτρονικής επικοινωνίας και τους ελέγχους εμπιστευτικότητας που σχετίζονται με τη χρήση ψηφιακών cookies, προγραμμάτων περιήγησης, ιχνηλατών και ηλεκτρονικής συναίνεσης. Η Οδηγία ePD θα καταργηθεί από τον προτεινόμενο κανονισμό ePrivacy (ePR) ο οποίος θα παραμείνει ως *lex specialis* στον ΓΚΠΔ, με διεύρυνση του πεδίου εφαρμογής των σημαντικών αναθεωρήσεων που προτείνονται από την Ευρ. Επ.με σκοπό την «εξειδίκευση και συμπλήρωσή του όσον αφορά στα δεδομένα ηλεκτρονικών επικοινωνιών που χαρακτηρίζονται ως δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα», με οποιαδήποτε πτυχή πέραν της πρότασης να καλύπτεται από το ίδιο το κείμενο του ΓΚΠΔ.³⁶³ Ο ΓΚΠΔ και η ePD θα πρέπει να εκλαμβάνονται συνδυαστικά ώστε να ρυθμίζουν πλήρως την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων.

340. Η σημασία των δεδομένων υγείας για την ανάπτυξη νέων τεχνολογικών εφαρμογών προσωπικής ιατρικής (personalized medicine) και τα ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα που προσφέρει η πρόσβαση σε αυτά θέτουν ασφαλώς ζητήματα πολιτικής ανταγωνισμού³⁶⁴. Η ανάπτυξη της ψηφιακής τεχνολογίας οδήγησε στην εμφάνιση ενός νέου συνόλου ισχυρών παραγόντων, ψηφιακών διαμεσολαβητών, με τη λειτουργία «αντιστοίχισης» διαφόρων ομάδων πελατών να αναλύει διάφορα είδη δεδομένων που συλλέγονται συνεχώς από τις διάφορες ομάδες χρηστών. Αυτές οι οντότητες λειτουργούν σύμφωνα με το μοντέλο της πλατφόρμας, αναπτύσσοντας οικοσυστήματα που τείνουν να γίνουν το κομβικό σημείο της συγκεκριμένης αλυσίδας αξίας³⁶⁵. Συλλέγοντας ένα τεράστιο όγκο δεδομένων που σχετίζονται με την υγεία και αναπτύσσοντας εξελιγμένους αλγόριθμους και τεχνητή νοημοσύνη, οι εταιρείες ψηφιακής τεχνολογίας δύνανται να καταστούν σημαντικοί παράγοντες ακόμη στις ιατρικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ασφάλισης³⁶⁶. Η στρατηγική τους μπορεί να συνίσταται στην ανάπτυξη στρατηγικών τόσο συνεργασίας με τα μέλη του οικοσυστήματός τους, στο πλαίσιο που λειτουργούν (ενορχηστρώνουν) την πλατφόρμα στην οποία βασίζονται οι συνεργάτες τους στο οικοσύστημα για να διανέμουν τις υπηρεσίες και προϊόντα τους στους καταναλωτές, όσο και ανταγωνισμού σε οριζόντιο επίπεδο (στις κάθετες αγορές οι οποίες εξαρτώνται από την πλατφόρμα στις οποίες συνήθως προσφέρουν επίσης υπηρεσίες συνδυάζοντας την ιδιότητα της πλατφόρμας και του εμπόρου (platform & merchant), αλλά και σε κάθετο επίπεδο (λόγω του ανταγωνισμού μεταξύ πλατφόρμας και συνεργατών για την υπεραξία που παράγεται από το οικοσύστημα), με τις σχέσεις μεταξύ των πλατφορμών και των συνεργατών τους να έχουν χαρακτηριστεί ως σχέσεις "φύλεχθρων" (frenemies) ή "συν-αγωνισμού"

³⁶² “Ευρωπαϊός Επόπτης Προστασίας Δεδομένων – Οδηγία για την προστασία της ιδιωτικής ζωής στις ηλεκτρονικές επικοινωνίες (ePrivacy Directive),” Ευρωπαϊκή Ένωση,, https://edps.europa.eu/data-protection/our-work/subjects/eprivacy-directive_en.

³⁶³ Πρόταση κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τον σεβασμό της ιδιωτικής ζωής και την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα στις ηλεκτρονικές επικοινωνίες, COM/2017/010 final 2017/03, , <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52017PC0010>.

³⁶⁴ Βλ. Council conclusions on Health in the Digital Society — making progress in data-driven innovation in the field of health, (2017/C 440/05) ; ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΟΒΟΥΛΙΟ, ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ, ΤΗΝ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΩΝ, Στρατηγική για την ψηφιακή ενιαία αγορά της Ευρώπης, COM(2015) 192 final; 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.

³⁶⁵ Βλ., για παράδειγμα C. Dive-Reclus & T.M. Jaeger, Digital Ecosystems are the Future of Healthcare, Harvard Business Review (Oct. 19. 2022), <https://hbr.org/sponsored/2022/10/digital-ecosystems-are-the-future-of-health-care> ; Deloitte, The power of network ecosystems – How platforms can be a force-multiplier in health, (2021), <https://www2.deloitte.com/us/en/pages/advisory/articles/the-power-of-health-care-ecosystems-and-platforms.html> .

³⁶⁶ Βλ. Insider Intelligence, Big Tech in Healthcare, <https://www.insiderintelligence.com/insights/big-tech-in-healthcare-report/> .

(co-opetition).³⁶⁷ Η οργάνωση των επιχειρήσεων ως πλατφορμών και η περίπλοκη οικονομία των πολύπλευρων αγορών καθιστούν επίσης ασαφή τα παραδοσιακά όρια των αγορών, όπως αυτά γίνονται αντιληπτά από το δίκαιο ανταγωνισμού και το ρυθμιστικό πλαίσιο³⁶⁸. Η εξέλιξη αυτή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να καθιστά λιγότερο σαφή τη διάκριση μεταξύ της αλυσίδας αξίας της υγειονομικής περιθάλψης και της αλυσίδας αξίας της ασφάλισης υγείας για τη μελέτη των ανταγωνιστικών επιπτώσεων.

341. Ένα σημαντικό πρόβλημα που ενδέχεται να προκύψει, αφορά τη συμφόρηση ή καθυστέρηση στην ανάπτυξη ψηφιακών εφαρμογών και υπηρεσιών υγείας λόγω της προστασίας των δεδομένων υγείας και της αδυναμίας (ή/και προστασίας από) εύκολη πρόσβαση και κοινή χρήση με την άπτυξη πιθανών αντι-ανταγωνιστικών στρατηγικών αποκλεισμού ανταγωνιστών. Το πρόβλημα αυτό δύναται να αντιμετωπιστεί είτε με εφαρμογή των κανόνων ανταγωνισμού εκ των προτέρων (ex ante) σε συγκεντρώσεις, π.χ. σε περίπτωση που πληρούνται οι προϋποθέσεις των θεωριών βλάβης μη συντονισμένων επιπτώσεων λόγω κάθεται αντι-ανταγωνιστικού αποκλεισμού εισροών (input foreclosure) ή πελατών (customer foreclosure), αλλά και συντονισμένων επιπτώσεων σε ορισμένες περιπτώσεις, είτε μέσω εφαρμογής των κανόνων ανταγωνισμού εκ των υστέρων (ex post) σε διάφορες πρακτικές επιθετικής ή αμυντικής μόχλευσης (π.χ. δεσμευμένες πωλήσεις, δεσμευμένες εκπτώσεις, συμφωνίες ή εκπτώσεις αποκλειστικότητας) οι οποίες δύναται να οδηγήσουν σε αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις³⁶⁹. Μεταξύ άλλων, θα πρέπει να αναφερθεί η στρατηγική του envelopment, με την οποία μια επιχείρηση η οποία ελέγχει μία (ψηφιακή) πλατφόρμα δύναται να εισέλθει σε μια άλλη αγορά [την αγορά-στόχο] και συνδυάζοντας τη δική της λειτουργικότητα με αυτή του στόχου σε ένα πακέτο πολλαπλών πλατφορμών που αξιοποιούν κοινές σχέσεις με τους χρήστες, ειδικά δε εάν συλλέγονται δεδομένα των χρηστών τα οποία δύναται να χρησιμοποιηθούν και στις δύο αγορές, να κατακτήσει μερίδιο αγοράς αποκλείοντας την πρόσβαση της επιχείρησης στόχου στους χρήστες, ακόμα και εάν είναι εγκατεστημένη επιχείρηση και έχει σημαντική θέση στην αγορά. Με αυτό τον τρόπο θα μπορέσει να αξιοποιήσει τις επιπτώσεις δικτύου που προηγουμένως προστάτευαν την εγκατεστημένη επιχείρηση³⁷⁰. Σχετικά θεωρητικά οικονομικά υποδείγματα εξετάζουν πώς μια πλατφόρμα δύναται να μονοπωλήσει μια πολύπλευρη αγορά όπου τα δεδομένα των χρηστών δημιουργούν έσοδα (η αγορά προέλευσης) καλύπτοντας (envelopping) επικερδώς μία άλλη αγορά πλατφόρμας με επικαλυπτόμενους χρήστες (η αγορά-στόχος) συνδέοντας τις πολιτικές προστασίας δεδομένων και στις δύο αγορές πλατφόρμας προκειμένου η πλατφόρμα (α) να συνδυάσει τα δεδομένα που δημιουργούνται από τους κοινούς χρήστες και στις δύο αγορές χωρίς να παραβιάζονται οι κανονισμοί για τα προσωπικά δεδομένα και (β) να δημιουργήσει νέες πηγές εσόδων από μία πλούσια και δύσκολη στην αναπαραγωγή πηγή δεδομένων στην κυρίαρχη πλατφόρμα προέλευσης³⁷¹. Μία επιχείρηση μπορεί να εμποδίσει/περιορίσει την

³⁶⁷ A Brandenburger and BJ Nalebuff, *Co-opetition* (Doubleday, 1997); Pant, V. & Yu, E. (2016). Coopetition with frenemies: Towards modeling of simultaneous cooperation and competition among enterprises, 9th IFIP Working Conference on The Practice of Enterprise Modeling (PoEM), Available online: https://hal.inria.fr/hal01653530/file/416579_1_En_12_Chapter.pdf.

³⁶⁸ M. Jacobides & I. Lianos, Ecosystems and competition law in theory and practice, (2021) 30(5) *Industrial and Corporate Change*, 1199.

³⁶⁹ Linsey McCallum, Inge Bernaerts, Massimiliano Kadar, Johannes Holzwarth, David Kovo, Marie Lagrue, Edouard Leduc, Luca Manigrassi, Jorge Marcos Ramos, Isabel Pereira Alves, Vera Pozzato, Pinelopi Stamou, A dynamic and workable effects-based approach to abuse of dominance, Competition Policy Brief, March 2023, Issue 1, https://competition-policy.ec.europa.eu/system/files/2023-03/kdak23001enn_competition_policy_brief_1_2023_Article102_0.pdf.

³⁷⁰ T. Eisenmann, G. Parker, & M. Van Alstyne, "Platform Envelopment." (2011) 32(12) *Strategic Management Journal* 1270–85, 1270.

³⁷¹ D. Condorelli, J. Padilla, Harnessing Platform Envelopment in the Digital World, *Journal of Competition Law & Economics*, Volume 16, Issue 2, June 2020, Pages 143–187; D. Condorelli & J. Padilla, Data-Driven Envelopment with

πρόσβαση των ανταγωνιστών στην κάθετη αγορά της πλατφόρμας την οποία ελέγχει σε δεδομένα (ή σε τεχνολογικές διευκολύνσεις/αλγόριθμους που στηρίζονται σε δεδομένα) υπό την πρόφαση της προστασίας της ιδιωτικότητας των χρηστών, ενώ ταυτόχρονα να παρέχει πρόσβαση σε αυτά σε επιχειρήσεις που ελέγχει στις ίδιες αγορές. Μία τέτοια στρατηγική δύναται να προσδώσει στην εν λόγω επιχείρηση, ειδικά στον τομέα της υγείας, ένα σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα δεδομένων, λόγω του περιορισμού της πρόσβασης των ανταγωνιστών της σε δευτερεύουσες αγορές δεδομένων, επιτρέποντας της την καλύτερη στόχευση των προϊόντων και υπηρεσιών της (π.χ. ειδικά σε υπηρεσίες προσωπικής ιατρικής), με συνέπεια την επέκταση της ισχύς της στις κάθετες αγορές και επιπλέον στην επιβολή αθέμιτων όρων που περιορίζουν την δυνατότητα των χρηστών να επιλέξουν τον τρόπο που τα δεδομένα τους χρησιμοποιούνται³⁷², αλλά και αθέμιτων εμπορικών πρακτικών σε ενδιάμεσους χρήστες.

342. 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 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 βαθμίδας³⁷³. Η συγκεκριμένη θεωρία βλάβης εξετάστηκε τόσο στις συγκεντρώσεις *Apple/Shazam*³⁷⁴, και *Google/Fitbit*³⁷⁵ όσο και στην συγκέντρωση *CVC/Εθνικής Ασφαλιστικής*³⁷⁶.
343. Στην υπόθ. *Apple/Shazam* (2018), η Ευρ. Επιτροπή διερεύνησε εάν το γεγονός ότι η Shazam προχωρούσε στη συλλογή δεδομένων για χρήστες από εφαρμογές τρίτων, ιδιαίτερα εφαρμογών μετάδοσης ψηφιακής μουσικής οι οποίες ήταν εγκατεστημένες στις ίδιες έξυπνες φορητές συσκευές (συσκευές Android και iOS) όπως η εφαρμογή Shazam και επέτρεπε σε όσους από τους χρήστες της ήταν επίσης χρήστες του Spotify να συνδέσουν τον λογαριασμό τους στο Shazam (ανώνυμο ή εγγεγραμμένο) στο (freemium ή premium) λογαριασμό Spotify, επιτρέποντας έτσι την στην εφαρμογή Shazam να ταυτοποιήσει τους χρήστες του μπορούσε να έχει επιπτώσεις στον ανταγωνισμό³⁷⁷. Αξιολογώντας αυτό το στοιχείο, η Ευρ. Επιτροπή έλαβε υπόψη «ορισμένους νομικούς ή/και συμβατικούς περιορισμούς σχετικά με τη χρήση αυτών των δεδομένων χρηστών από την Apple μετά τη συγχώνευση, ειδικά αναφέροντας το άρ. 5(1)β του ΓΚΠΔ, σύμφωνα με το οποίο δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα, «συλλέγονται για καθορισμένους, ρητούς και νόμιμους σκοπούς και δεν υποβάλλονται σε περαιτέρω επεξεργασία κατά τρόπο ασύμβατο προς τους σκοπούς αυτούς»· ενώ η περαιτέρω επεξεργασία για σκοπούς αρχειοθέτησης προς το δημόσιο συμφέρον ή σκοπούς επιστημονικής ή ιστορικής έρευνας ή στατιστικούς σκοπούς δεν θεωρείται ασύμβατη με τους αρχικούς σκοπούς. Χωρίς να υπεισέρχεται σε μία λεπτομερή ανάλυση από την σκοπιά του ΓΚΠΔ, η Επιτροπή προχώρησε σε

Privacy-Policy Tying (May 12, 2020). Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3600725>. Βλ. επίσης, N. Economides, I. Lianos, Restrictions On Privacy and Exploitation In The Digital Economy: A Market Failure Perspective, (2021) 17(4) Journal of Competition Law & Economics, 765–847.

³⁷² Βλ. τα ζητήματα ανταγωνισμού που τέθηκαν από την Απόφαση UK Competition & Markets Authority, Decision to accept commitments offered by Google in relation to its Privacy Sandbox Proposals, Case number 50972 (Feb. 11, 2022).

³⁷³ 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.

³⁷⁴ Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.8788 – Apple/Shazam (6.9.2018).

³⁷⁵ Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.9660 – Google/Fitbit (17.12.2020).

³⁷⁶ Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.10301 – CVC/Ethniki (24.2.2022).

³⁷⁷ Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.8788 – Apple/Shazam (6.9.2018), παρ. 199 & 209.

εξέταση των συμβατικών όρων της Shazam στους πελάτες της και Ανακοίνωσης Προστασίας Δεδομένων/Ιδιωτικότητας της επιχείρησης καταλήγοντας ότι ο σκοπός για τον οποίο τα προσωπικά δεδομένα συλλέχθηκαν ήταν καθορισμένος εκ των προτέρων και επικοινωνήθηκε στους χρήστες από τη Shazam. Η Επιτροπή έλαβε επίσης υπόψη της την Οδηγία ePrivacy³⁷⁸ που θα μπορούσε να επηρεάσει τη μετάδοση δεδομένων των χρηστών και τη μετέπειτα χρήση τους³⁷⁹. Ωστόσο, η Επιτροπή σημείωσε ότι η Οδηγία ePrivacy δεν εμποδίζει οποιαδήποτε τεχνική αποθήκευση ή πρόσβαση με μοναδικό σκοπό την πραγματοποίηση της μετάδοσης μιας επικοινωνίας σε ένα δίκτυο ηλεκτρονικών επικοινωνιών. Ως εκ τούτου, επέτρεψε στην Apple να αποθηκεύει και/ή έχει νόμιμα πρόσβαση σε αυτά τα δεδομένα των χρηστών. Σύμφωνα με την Ευρ. Επιτροπή, πιθανοί συμβατικοί περιορισμοί στη χρήση αυτών των δεδομένων ενδέχεται να προέρχονται από Οδηγίες της Android για τους προγραμματιστές οι οποίες παρείχαν στο Shazam πρόσβαση σε δεδομένα σχετικά με τις εφαρμογές εγκατεστημένες στη συσκευή Android ενός χρήστη ή από ανταγωνιστές της νέας οντότητας, όπως π.χ του Spotify, το οποίο, σύμφωνα με τους συμβατικούς όρους στους χρήστες του δύναται να περιορίσει τη χρήση των δεδομένων χρηστών του Spotify από προγραμματιστές εφαρμογών και ιδιαίτερα δύναται να επιβάλει αυτούς τους όρους εάν, ύστερα από τη συγχώνευση, η Apple προχώρουσε στη στόχευση στη συλλογή δεδομένων για υπηρεσίες που ανταγωνίζονται με αυτές που παρέχονται από το Spotify³⁸⁰. Φτάνοντας στο συμπέρασμα ότι η συλλογή αυτών των προσωπικών δεδομένων ήταν καθόλα νόμιμη η Ευρ. Επιτροπή προχώρησε στην ανάλυση της ικανότητας και των κινήτρων της νέας οντότητας να χρησιμοποιήσει τα δεδομένα των χρηστών αποκοιμίζοντας ένα αντι-ανταγωνιστικό πλεονέκτημα, καταλήγοντας ότι η αύξηση δεδομένων που έφερε στην Apple η συγκέντρωση με την Shazam θα μπορούσε να παρέχει ένα σημαντικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα στην Apple, το οποίο θα μπορούσε να οδηγήσει σε μη οριζόντια μη συντονισμένα αντιανταγωνιστικά αποτελέσματα, μειώνοντας την ικανότητα και κίνητρα για τον ανταγωνισμό ανταγωνιστικών παρόχων μετάδοσης ψηφιακής μουσικής³⁸¹.

344. Στην υπόθεση Google/Fitbit (2020)³⁸², η Ευρ. Επιτροπή αναγνώρισε ότι με την απόκτηση της Fitbit, η Google θα κατείχε τη βάση δεδομένων που διατηρεί η Fitbit σχετικά με τα δεδομένα υγείας των χρηστών της καθώς και τεχνολογία που επιτρέπει τη συλλογή δεδομένων μέσω φορητών συσκευών καρπού. Η Επιτροπή σημείωσε ότι αυτό προσφέρει ένα σημαντικό πλεονέκτημα δεδομένων ενόψει των αυξανόμενων δυνατοτήτων «προσωποποίησης» των υπηρεσιών που προσφέρει η Google, η οποία επίσης αντλεί δεδομένα μέσω της χρήσης της μηχανής διαδικτυακής αναζήτησής που ελέγχει. Η Ευρ. Επιτροπή ανέφερε όπως και στη Apple/Shazam τους περιορισμούς του άρ. 5(1)β του ΓΚΠΔ αλλά και αυτούς του άρ. 9 ΓΚΠΔ το οποίο, σύμφωνα με την Ευρ. Επιτροπή, ορίζει μία γενική αλλά όχι απόλυτη απαγόρευση για τα δεδομένα υγείας³⁸³, καθώς και την Οδηγία ePrivacy, ειδικά αναφέροντας το άρ. 5(3) της Οδηγίας, σύμφωνα με το οποίο, «(τ)α κράτη μέλη μεριμνούν ώστε η χρήση των δικτύων ηλεκτρονικών επικοινωνιών για την αποθήκευση πληροφοριών ή την απόκτηση προσβάσεως σε πληροφορίες αποθηκευμένες στον τερματικό εξοπλισμό συνδρομητή ή χρήστη να επιτρέπεται μόνον εάν παρέχονται στον συγκεκριμένο συνδρομητή ή χρήστη σαφείς και εκτεταμένες πληροφορίες [...] μεταξύ άλλων για το σκοπό της επεξεργασίας, και ο υπεύθυνος ελέγχου των δεδομένων τού παρέχει το δικαίωμα να αρνείται την επεξεργασία αυτή. Τούτο δεν εμποδίζει

³⁷⁸ Οδηγία 2002/58/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 12ης Ιουλίου 2002, σχετικά με την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και την προστασία της ιδιωτικής ζωής στον τομέα των ηλεκτρονικών επικοινωνιών, OJ L 201, 31.7.2002, σελ. 37–47.

³⁷⁹ Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.8788 – Apple/Shazam (6.9.2018), παρ. 233-234

³⁸⁰ Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.8788 – Apple/Shazam (6.9.2018), παρ. 237-238.

³⁸¹ Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.8788 – Apple/Shazam (6.9.2018), παρ. 258-259.

³⁸² Ευρ. Επιτροπή, Υπόθ. M.9660 – Google/Fitbit (17.12.2020).

³⁸³ Υπόθ. M.9660 – Google/Fitbit, παρ. 407

οιαδήποτε τεχνικής φύσεως αποθήκευση ή πρόσβαση, αποκλειστικός σκοπός της οποίας είναι η διενέργεια ή η διευκόλυνση της διαβίβασης μιας επικοινωνίας μέσω δικτύου ηλεκτρονικών επικοινωνιών ή που είναι αναγκαία μόνο για την παροχή υπηρεσίας στην κοινωνία των πληροφοριών την οποία έχει ζητήσει ρητά ο χρήστης ή ο συνδρομητής». Η Ευρ. Επιτροπή ανέφερε ότι η Google οφείλει να εφαρμόσει το νομικό αυτό πλαίσιο, συμπεριλαμβανομένων των αρχών του περιορισμού του σκοπού, της δίκαιης χρήσης δεδομένων, της νομιμότητας (ιδίως σχετικά με την επιλογή της κατάλληλης νομικής βάσης) και της διαφάνειας και λαμβάνοντας αυτά υπόψη ότι τυχόν ζητήματα δύναται να αντιμετωπιστούν εκ των υστέρων με την εφαρμογή του πλαισίου αυτού³⁸⁴. Συγχρόνως όμως η Ευρ. Επιτροπή δεν απέκλεισε το ενδεχόμενο η συγκεκριμένη συγκέντρωση να έχει αρνητικές επιπτώσεις στον ανταγωνισμό, έστω και εάν η χρήση των προσωπικών δεδομένων από τη νέα οντότητα είναι καθόλα νόμιμη³⁸⁵. Συνεπώς, εξέτασε περαιτέρω εάν ο συνδυασμός των δεδομένων του Fitbit με τα δεδομένα της Google (και τις δυνατότητες της τελευταίας για την συλλογή και επεξεργασία μεγάλων δεδομένων) θα μπορούσε να προκαλέσει αντιαγωνιστικά οριζόντια μη συντονισμένα αποτελέσματα ενισχύοντας της θέσης της Google στις αγορές της παροχής (i) διαδικτυακής αναζήτησης και προβολής υπηρεσιών διαφήμισης και υπηρεσιών τεχνολογίας διαφημίσεων, (ii) γενικών υπηρεσιών αναζήτησης ή (iii) ψηφιακών υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, εμποδίζοντας έτσι σημαντικά τον αποτελεσματικό ανταγωνισμό σε αυτές τις αγορές.

345. Ειδικότερα, η Ευρ. Επιτροπή κατέληξε ότι η εξαγορά από την Google του Fitbit δύναται να θέσει εμπόδια εισόδου ή επέκτασης για τους ανταγωνιστές³⁸⁶. Λόγω των μεγάλων δυνατοτήτων ανάλυσης της Google, ιδιαίτερα μετά την πρόσθεση των δεδομένων των χρηστών της Fitbit η Ευρ. Επιτροπή θεώρησε ότι προκαλούσε ανησυχίες σε σχέση με την προσφορά αγορών διαδικτυακής διαφήμισης προβολής και την παροχή διαφημιστικών τεχνολογικών υπηρεσιών³⁸⁷. Η Ευρ. Επιτροπή επίσης εξέτασε εάν, κατόπιν της συγκέντρωσης, η νέα οντότητα θα μπορούσε να ξεκινήσει να χρησιμοποιεί τα δεδομένα των χρηστών του Fitbit με σκοπό την ενίσχυση της θέσης του σε ορισμένες αγορές στον τομέα της ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης³⁸⁸. Συγκεκριμένα, σημείωσε εκτός από μια πληθώρα επιχειρηματικών πρωτοβουλιών που βρίσκονται ήδη σε εξέλιξη στον ψηφιακό τομέα υγειονομικής περίθαλψης, και νέα είσοδος από καταξιωμένους παίκτες, όπως η Amazon, καταλήγοντας ότι δεν είναι πιθανό η συγκέντρωση να οδηγήσει σε σημαντικά εμπόδια στον αποτελεσματικό ανταγωνισμό ως συνέπεια του συνδυασμού των βάσεων δεδομένων και των δυνατοτήτων συλλογής δεδομένων των χρηστών της Google και του Fitbit για χρήση στον τομέα της ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης³⁸⁹. Σχετικά με τις κάθετες επιπτώσεις στις ίδιες αγορές, η Ευρ. Επιτροπή σημείωσε ότι στον εκκολαπτόμενο κλάδο της ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης, οι εφαρμογές και οι ιστότοποι τρίτων που παρέχουν υπηρεσίες ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης αντλούν τα δεδομένα χρήστη που χρειάζονται από τα API που έχουν κατασκευαστεί και διατίθεται από κατασκευαστές φορητών συσκευών ή άλλων οντοτήτων που συλλέγουν προσωπικά δεδομένα. Το API είναι ο τεχνικός μηχανισμός που επιτρέπει την κοινή χρήση δεδομένων η οποία πραγματοποιείται κατόπιν αιτήματος των χρηστών, οι οποίοι ενδιαφέρονται να διαθέσουν προσωπικά δεδομένα τους σε τρίτες επιχειρήσεις για τη χρήση των υπηρεσιών τους³⁹⁰. Η Ευρ. Επιτροπή εξέτασε ενδελεχώς τις επιπτώσεις αυτές στη Β φάση του

³⁸⁴ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit, παρ. 410-411.

³⁸⁵ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit, παρ. 412

³⁸⁶ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit, παρ. 454.

³⁸⁷ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit, παρ. 455 & 468

³⁸⁸ Κεφ. 9.3.5. της Απόφασης.

³⁸⁹ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit, παρ. 496.

³⁹⁰ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit, παρ. 504.

ελέγχου συγκεντρώσεων, λαμβάνοντας υπόψη ότι η Fitbit, λόγω της σημαντικής της πελατειακής της βάσης, έχει ίσως τη μεγαλύτερη βάση δεδομένων υγείας (μετά την Apple) παγκοσμίως³⁹¹. Καταλήγοντας, η Επιτροπή θεώρησε ότι, ενώ, σε γενικές γραμμές, τα δεδομένα για την υγεία των χρηστών είναι διαθέσιμα από διάφορες πηγές δεδομένων, τα δεδομένα των χρηστών του Fitbit είναι μόνο διαθέσιμα μέσω του Web API και από ορισμένους παίκτες στις υπηρεσίες ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης και συνεπώς δεν μπορούσε να αποκλείσει ότι η Google θα είχε, μετά τη συγκλентρωση, τη δυνατότητα αποκλεισμού ανταγωνιστών στις κατάντη αγορές ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης περιορίζοντας την πρόσβαση τους στο Fitbit Web API³⁹², ούτε ότι η νέα οντότητα θα έχει τα κίνητρα να αποκλείσει την πρόσβαση στο Fitbit Web API³⁹³.

346. Ο περιορισμός της πρόσβασης στο Web API του Fitbit μετά τη συναλλαγή μπορούσε να αποτελέσει ένα σημαντικό παράγοντα επιτυχίας για τις νεοφυείς επιχειρήσεις. Επιπλέον, η Επιτροπή σημείωσε ότι η πρόσβαση στο API θα μπορούσε να περιοριστεί ή να διακοπεί, οδηγώντας τουλάχιστον ένα μέρος των χρηστών του Fitbit να χάσει την πρόσβαση σε εφαρμογές ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, η Ευρ. Επιτροπή θεώρησε ότι εάν υπάρχει περιορισμός ή διακοπή πρόσβασης στο Web API αυτό θα επηρέαζε αρνητικά τους παρόχους εφαρμογών και ιστότοπων σε όλο το φάσμα της ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των νεοφυών επιχειρήσεων και των μικρών παικτών που υπό τις τρέχουσες συνθήκες πρόσβασης, θα μπορούσαν να κεφαλαιοποιήσουν ακόμη και σχετικά μικρά ποσά των δεδομένων των χρηστών του Fitbit για να ανταγωνιστούν και να συμβάλουν στην καινοτομία και τη διαφοροποίηση της προσφοράς στον τομέα της ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης³⁹⁴. Η Ευρ. Επιτροπή αποδέχτηκε τελικά την δέσμευση της Google για Web API Access το οποίο θα εξασφαλίσει ότι παίκτες που δραστηριοποιούνται στην κατάντη αγορά για την παροχή ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης και ότι θα συνεχίσουν να έχουν την ίδια πρόσβαση σε σχέση με την κατάσταση πριν τη συγκλентρωση, εξασφαλίζοντας έτσι ότι θα είναι σε θέση να συνεχίσουν να αναπτύσσουν λύσεις ψηφιακής υγειονομικής περίθαλψης³⁹⁵.
347. Ο συνδυασμός διαφόρων βάσεων δεδομένων από μία πλατφόρμα εξετάστηκε στο πλαίσιο του ελέγχου συγκεντρώσεων και από την Επιτροπή Ανταγωνισμού στη συγκέντρωση απόκτηση αποκλειστικού ελέγχου επί των εταιρειών α) «ΑΛΦΑ ΔΙΑΝΟΜΕΣ Α.Ε.», β) «INKAT SA», γ) «DELIVERY I.K.E.» και δ) «E-TABLE I.K.E.», στη βάση των δεσμεύσεων που ανέλαβε η Delivery Hero SE έναντι της Επιτροπής Ανταγωνισμού, στην οποία η ΕΑ ενέκρινε τη συγκέντρωση υπό ορισμένες προϋποθέσεις, μία εκ των οποίων αφορούσε τη δέσμευση να λάβει μέτρα ώστε να μην χρησιμοποιεί τα δεδομένα των τελικών χρηστών της πλατφόρμας του efood ώστε να εφαρμόζει στρατηγικές εξατομικευμένων προωθητικών υπηρεσιών για τις υπηρεσίες του e-table και αντιστρόφως, παρά μόνο εάν έχει προηγουμένως λάβει έγκριση από τους τελικούς χρήστες για τη λήψη εξατομικευμένων επικοινωνιών διαφήμισης και μάρκετινγκ, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις για την προστασία προσωπικών δεδομένων³⁹⁶. Παρά το γεγονός ότι η συγκεκριμένη συγκέντρωση δεν αφορά τον κλάδο υπηρεσιών υγείας, ενδέχεται παρόμοια προβλήματα να προκύψουν σε συγκεντρώσεις και σε αυτόν τον κλάδο.
348. Σχετικά με πιθανές θεωρίες βλάβης από πρακτικές εκμεταλλευτικής φύσης που αφορούν τα δεδομένα, είναι δυνατόν να αναφερθεί η υπόθεση *Facebook* της Γερμανικής Αρχής Ανταγωνισμού σχετικά με τον περιορισμό του δικαιώματος της ιδιωτικότητας και του συνταγματικού δικαιώματος αυτοδιάθεσης, ειδικά με την δυνατότητα μία επιχείρηση με ισχύ αγοράς/δεσπόζουσα θέση να

³⁹¹ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit , παρ. 511.

³⁹² Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit , παρ. 520.

³⁹³ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit , παρ. 525.

³⁹⁴ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit , παρ. 528-529.

³⁹⁵ Υπόθ. Μ.9660 – Google/Fitbit , παρ. 976.

³⁹⁶ Βλ. ΕΑ, Δελτίο Τύπου, <https://www.epant.gr/enimerosi/deltio-typou/item/2186-deltio-typou-egkrisi-tis-syggkentrosis-apo-tin-delivery-hero.html> .

επιβάλλει τη συναίνεση ενός προσώπου στη χρήση των προσωπικών του δεδομένων³⁹⁷. Με τη συγκεκριμένη Απόφαση, η Γερμανική Αρχή Ανταγωνισμού (*Bundeskartellamt*) προχώρησε στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων της στη διαπίστωση κατάχρησης δεσπόζουσα θέσης, λαμβάνοντας υπόψη, μεταξύ άλλων, το γεγονός ότι η συμπεριφορά αυτής δεν ήταν σύμφωνη με τις διατάξεις του ΓΚΠΔ.³⁹⁸ Όπως αναφέρει στις Προτάσεις του ο Γενικός Εισαγγελέας Ράντος στην υπόθεση Facebook, σε προδικαστικό ερώτημα που τέθηκε από το ανώτερο περιφερειακό δικαστήριο Ντίσελντορφ της Γερμανίας, «στην αιτιολογική σκέψη 43, πρώτη περίοδος, του ΓΚΠΔ, η συγκατάθεση δεν αποτελεί έγκυρη νομική βάση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα όταν υπάρχει «σαφής ανισότητα» μεταξύ του υποκειμένου των δεδομένων και του υπευθύνου επεξεργασία» ενώ εν συνεχεία αναφέρει, ότι, «κατά το άρθρο 7, παράγραφος 4, του ΓΚΠΔ, κατά την εκτίμηση του κατά πόσον η συγκατάθεση δίνεται ελεύθερα, λαμβάνεται ιδιαίτερος υπόψη κατά πόσο, μεταξύ άλλων, για την εκτέλεση σύμβασης, συμπεριλαμβανομένης της παροχής μιας υπηρεσίας, τίθεται ως προϋπόθεση η συγκατάθεση στην επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που δεν είναι αναγκαία για την εκτέλεση της εν λόγω σύμβασης», και τέλος, αναφέρει ότι, «κατά την αιτιολογική σκέψη 43, δεύτερη περίοδος, του ΓΚΠΔ, η συγκατάθεση θεωρείται επίσης ότι δεν έχει παρασχεθεί ελεύθερα, εάν δεν επιτρέπεται να δοθεί χωριστή συγκατάθεση σε διαφορετικές πράξεις επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ακόμη και αν ενδείκνυται στη συγκεκριμένη περίπτωση»³⁹⁹. Σύμφωνα με τον Ράντο, «ενδεχόμενη δεσπόζουσα θέση στην αγορά του υπευθύνου επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων που εκμεταλλεύεται κοινωνικό δίκτυο, ασκεί σημαντική επιρροή κατά την εκτίμηση του κατά πόσον υφίσταται ελεύθερη συγκατάθεση εκ μέρους του χρήστη του εν λόγω δικτύου. Συγκεκριμένα, η ισχύς στην αγορά του υπευθύνου επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων ενδέχεται να δημιουργεί πρόδηλη ανισότητα δυνάμεων», αναφέρει ωστόσο, ότι «επιβάλλεται να διευκρινιστεί, αφενός, ότι, για να ασκεί επιρροή μια τέτοια κατάσταση ισχύος στην αγορά από την άποψη της εφαρμογής του ΓΚΠΔ, δεν απαιτείται κατ' ανάγκην να εξομοιώνεται με δεσπόζουσα θέση κατά την έννοια του άρθρου 102 ΣΛΕΕ και αφετέρου, ότι το γεγονός αυτό και μόνον δεν καθιστά, κατ' αρχήν, άκυρη τη συγκατάθεση» και προτείνει το κύρος της συγκατάθεσης «να εξετάζεται κατά περίπτωση, και λαμβανομένου υπόψη του συνόλου των περιστάσεων της συγκεκριμένης περίπτωσης, καθώς και του ότι το βάρος της αποδείξεως ότι το υποκείμενο των δεδομένων έχει παράσχει τη συγκατάθεσή του για την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που το αφορούν φέρει ο υπεύθυνος επεξεργασίας»⁴⁰⁰.

349. Παρόμοια πρακτική εκμεταλλευτικής φύσης θα μπορούσαν να αποτελέσουν και αθέμιτες μη εύλογες εμπορικές πρακτικές σχετικά με όρους που επιβάλλονται σε χρήστες, με μη αναλογικό τρόπο, ιδιαίτερα χρήστες επιχειρήσεις-συνεργάτες στο πλαίσιο οικοσυστήματος⁴⁰¹.
350. Τέλος η θεωρία έχει αναφέρει ως πιθανές αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές εκμεταλλευτικής φύσης, μεταξύ άλλων, την υπερβολική εξαγωγή δεδομένων και την εξατομικευμένη προσωποποιημένη (υπερ)τιμολόγηση, λόγω της δυνατότητας των πλατφορμών/επιχειρήσεων να έχουν πρόσβαση σε

³⁹⁷ Απόφαση B6-22/16, ΒΚΑ Facebook της 6ης Φεβρουαρίου 2019.

³⁹⁸ ΒΚΑ Facebook, παρ. 573 κλπ., 747-749, 873, 879 και 882. Βλ. την ανάλυση από N. Economides & I. Lianos, *Restrictions on Privacy and Exploitation in the Digital Economy: A Market Failure Perspective*, (2021) 17(4) *Journal of Competition Law & Economics*, 765.

³⁹⁹ Προτάσεις του Γενικού Εισαγγελέα Ράντου, Υπόθ. C-225/21, Meta Platforms Inc., πρώην Facebook Inc., ECLI:EU:C:2022:704, παρ. 74

⁴⁰⁰ Προτάσεις του Γενικού Εισαγγελέα Ράντου, παρ. 75-76.

⁴⁰¹ Στην υπόθεση *DSD*, η Ε.Επ. διατύπωσε την άποψη ότι «οι συναλλακτικοί όροι είναι αθέμιτοι όταν η δεσπόζουσα επιχείρηση που τους εφαρμόζει δεν τηρεί την αρχή της αναλογικότητας»: Υπόθ. COMP D3/34493 – *DSD*, απόφαση της Ε.Επ. της 20.04.2001 σκ. 112, επικυρωθείσα από την ΓενΔΕΕ T-151/01, *Der Grüne Punkt - Duales System Deutschland GmbH κατά Επιτροπής*, EU:T:2007:154. Βλ. επίσης, ΓενΔΕΕ T-139/98, *Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS) κατά Επιτροπής*, EU:T:2001:272, σκ. 79.

δεδομένα που τους επιτρέπουν να αντλούν το μεγαλύτερο μέρος του πλεονάσματος του καταναλωτή⁴⁰².

VIII.B.2. Ρυθμιστικές πρωτοβουλίες σε Ευρωπαϊκό επίπεδο σχετικά με θέματα ανταγωνισμού που προκύπτουν από την ψηφιοποίηση των υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης

351. Αξίζει εδώ να αναφερθεί, σχετικά με πιθανά θετικά αποτελέσματα που δύναται να έχει ο συνδυασμός δεδομένων στον κλάδο υπηρεσιών υγείας, ότι οι ασθενείς εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν πολυπλοκότητα κατά την πλοήγηση στις υπηρεσίες υγείας και στην 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 πολυπλοκότητας.⁴⁰³ 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.
352. 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.⁴⁰⁴ Συνοπτικά, οι τρέχουσες τάσεις στα δεδομένα υγειονομικής περίθαλψης έχουν οδηγήσει σε ρυθμιστικές πρωτοβουλίες με σκοπό να εξαλειφθούν τα σημεία συμφόρησης και να προωθηθεί η διαλειτουργικότητα και τυποποίηση στην προστασία/πρόσβαση και σωστή χρήση των δεδομένων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη.
353. Σκοπός ορισμένων από αυτές τις πρωτοβουλίες είναι η ανάπτυξη κοινών πόρων δεδομένων (commons) τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις επιχειρήσεις⁴⁰⁵. Η Πράξη για τη διακυβέρνηση δεδομένων (Data Governance Act) είναι ένα προτεινόμενο μέτρο στρατηγικής δεδομένων που στοχεύει στην «ενίσχυση της διαθεσιμότητας δεδομένων προς χρήση, αυξάνοντας την εμπιστοσύνη στους διαμεσολαβητές δεδομένων και ενισχύοντας τους μηχανισμούς

⁴⁰² Βλ. μεταξύ άλλων, M. Bourreau, A. de Streel, I. Graef, Big Data and Competition Policy: Market Power, Personalized Pricing and Advertising, (CERRE Project Report, 2017) Coen, P., Timan, N., The Economics of Online Personalized Pricing,” Report of the OFT (2013); N. Economides & I. Lianos, Restrictions on Privacy and Exploitation in the Digital Economy: A Market Failure Perspective, (2021) 17(4) *Journal of Competition Law & Economics*, 765; Βλ. επίσης Α. Μικρούλεα, Ανταγωνισμός και Ρύθμιση στην Ψηφιακή Οικονομία (Νομική Βιβλιοθήκη, 2023), Κεφ. 5.

⁴⁰³ Lee, Ben, “Data – The Core Bottleneck to Digital Health - Overview”, Medium.com, 04 April 2020, <https://medium.com/@btleee215/data-the-core-bottleneck-to-digital-health-part-1-a177f4882882>.

⁴⁰⁴ Lee, Ben, “Data – The Core Bottleneck to Digital Health – Parts 4 and 5”, Medium.com, 04 Απριλίου 2020, <https://medium.com/@btleee215/data-the-core-bottleneck-to-digital-health-part-4-6561eae3af6> and <https://medium.com/@btleee215/data-the-core-bottleneck-to-digital-health-part-5-b5f6ba569bbb..>

⁴⁰⁵ 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.

ανταλλαγής δεδομένων σε ολόκληρη την ΕΕ».⁴⁰⁶ Θα εστιάσει συγκεκριμένα στην περαιτέρω χρήση των δεδομένων του δημόσιου τομέα σε περίπτωση δικαιώματος χρήσης από άλλους, στην ανταλλαγή συγκεκριμένων δεδομένων μεταξύ επιχειρήσεων και στη διασφάλιση της αποφυγής χρέωσής τους και την άδεια κοινής χρήσης δεδομένων με έναν «διαμεσολαβητή ανταλλαγής προσωπικών δεδομένων» στην προστασία της άσκησης των δικαιωμάτων των πολιτών σύμφωνα με τον ΓΚΠΔ.

354. 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 εθνικού⁴⁰⁷.
355. Η Πράξη για τις Ψηφιακές Αγορές (DMA)⁴⁰⁸ θεσπίζει ένα σύνολο αντικειμενικών κριτηρίων για τον χαρακτηρισμό μιας μεγάλης διαδικτυακής πλατφόρμας ως πυλωρού. Σύμφωνα με το άρ. 3 του Κανονισμού, τα κριτήρια αυτά πληρούνται εάν μια εταιρεία εάν (α) έχει σημαντικό αντίκτυπο στην αγορά, (β) παρέχει βασική υπηρεσία πλατφόρμας η οποία αποτελεί σημαντική πύλη για να συνδέονται οι επαγγελματίες χρήστες με τελικούς χρήστες και (γ) κατέχει παγιωμένη και σταθερή θέση, στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων της, ή αναμένεται ότι θα κατέχει τέτοια θέση στο εγγύς μέλλον (βλ. Πίνακας X).

⁴⁰⁶ Πρόταση Κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με την ευρωπαϊκή διακυβέρνηση δεδομένων (Πράξη για τη διακυβέρνηση δεδομένων), COM(2020) 767 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52020PC0767>.

⁴⁰⁷ Βλ. Απόφαση ΔΕΕ, C-117/20, *bpost SA v Autorité belge de la concurrence*, ECLI:EU:C:2022:202 (σχετικά με τον κανόνα *ne bis in idem*) αλλά και όσα αναφέρονται σε κάθε μία από αυτές τις ρυθμίσεις σχετικά με την δυνατότητα εφαρμογής του δικαίου ανταγωνισμού και το γεγονός ότι αποσκοπούν στην προστασία διαφορετικού έννομου συμφέροντος από εκείνο που προστατεύουν οι κανόνες ανταγωνισμού. Βλ. π.χ. σκ. 10-11 του Προστίμιου του Κανονισμού (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 (Πράξη για τις Ψηφιακές Αγορές), L 265/1 (12.10.2022) (σκ. 11: «Τα άρθρα 101 και 102 ΣΛΕΕ και οι αντίστοιχοι εθνικοί κανόνες ανταγωνισμού σχετικά με αντανταγωνιστική πολυμερή και μονομερή συμπεριφορά, καθώς και σχετικά με τον έλεγχο των συγκεντρώσεων, έχουν ως στόχο την προστασία του ανόθευτου ανταγωνισμού στην αγορά. Ο παρών κανονισμός επιδιώκει έναν σκοπό συμπληρωματικό μεν αλλά διαφορετικό από εκείνον της προστασίας του ανόθευτου ανταγωνισμού σε οποιαδήποτε δεδομένη αγορά, υπό την έννοια του δικαίου ανταγωνισμού, ο οποίος συνίσταται στη διασφάλιση της δυνατότητας διεκδίκησης και του δίκαιου χαρακτήρα των αγορών στις οποίες υπάρχουν πυλωροί, ανεξάρτητα από τις πραγματικές, δυνατές ή εικαζόμενες επιπτώσεις της συμπεριφοράς ενός συγκεκριμένου πυλωρού που καλύπτεται από τον παρόντα κανονισμό στον ανταγωνισμό σε μια δεδομένη αγορά. Συνεπώς, ο παρών κανονισμός αποσκοπεί στην προστασία διαφορετικού έννομου συμφέροντος από εκείνο που προστατεύουν οι εν λόγω κανόνες και θα πρέπει να εφαρμόζεται χωρίς να θίγει την εφαρμογή τους»).

⁴⁰⁸ 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 (Πράξη για τις Ψηφιακές Αγορές), L 265/1 (12.10.2022).

Σημαντικό αντίκτυπο	Σημαντική Πύλη	Παγιωμένη θέση
<p>Όταν επιτυγχάνει ετήσιο κύκλο εργασιών στην Ένωση ίσο ή μεγαλύτερο από 7,5 δισεκατομμύρια EUR σε καθένα από τα τρία τελευταία οικονομικά έτη</p> <p>ή</p> <p>όταν η μέση χρηματιστηριακή της αξία ή η ισοδύναμη πραγματική αγοραία της αξία ανήλθε σε τουλάχιστον 75 δισεκατομμύρια EUR το τελευταίο οικονομικό έτος</p> <p>και</p> <p>παρέχει την ίδια βασική υπηρεσία πλατφόρμας σε τουλάχιστον τρία κράτη μέλη</p>	<p>παρέχει βασική υπηρεσία πλατφόρμας που είχε κατά το τελευταίο οικονομικό έτος τουλάχιστον 45 εκατομμύρια μηνιαίους ενεργούς τελικούς χρήστες, οι οποίοι είναι εγκατεστημένοι ή βρίσκονται στην Ένωση</p> <p>και</p> <p>τουλάχιστον 10 000 ετήσιους ενεργούς επαγγελματίες χρήστες που είναι εγκατεστημένοι στην Ένωση</p>	<p>Τα όρια που προβλέπονται πληρούνται για καθένα από τα τελευταία τρία οικονομικά έτη</p>

356. Η Πράξη για τις ψηφιακές αγορές έχει ως στόχο να αποτρέψει την επιβολή αθέμιτων όρων από τους ρυθμιστές πρόσβασης σε επιχειρήσεις και τελικούς χρήστες και να διασφαλίσει τον ανοικτό χαρακτήρα σημαντικών ψηφιακών υπηρεσιών. Παρά το γεγονός ότι οι ψηφιακές υπηρεσίες υγείας δεν θεωρούνται βασικές υπηρεσίες πλατφόρμας (σύμφωνα με το άρ. 2 της Πράξης), και συνεπώς οι υποχρεώσεις που επιβάλλονται από τα άρθρα 5 και 6 της Πράξης εφαρμόζονται όσον αφορά καθεμία από τις βασικές υπηρεσίες πλατφόρμας του πυλωρού που απαριθμούνται στην απόφαση ορισμού σύμφωνα με το άρθρο 3 παράγραφος 9, δύνανται να έχουν επιπτώσεις και σε άλλες αγορές και υπηρεσίες στις οποίες δραστηριοποιούνται οι πυλωροί και στις οποίες ο πυλωρός μπορεί να χρησιμοποιήσει το δυσανάλογο πλεονέκτημα που του προσδίδει η θέση του στην βασική υπηρεσία πλατφόρμας. Λόγω της παρουσίας μεγάλων πλατφορμών που υπόκεινται στη Πράξη για τις Ψηφιακές Αγορές και σε υπηρεσίες ψηφιακών υπηρεσιών υγείας ή ασφαλειών, ενδέχεται η εφαρμογή της Πράξης για τις Ψηφιακές αγορές να αντιμετωπίσει τα προβλήματα που προκύπτουν από τη ανισότητα διαπραγματευτικής ισχύς του πυλωρού σε σχέση με επιχειρήσεις με τις οποίες ανταγωνίζεται σε κάθετες αγορές (σε αυτήν της πλατφόρμας). Για παράδειγμα, οι πυλωροί επεξεργάζονται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα από σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό τρίτων από ό,τι οι άλλες επιχειρήσεις. Σημαντικά πλεονεκτήματα προκύπτουν από i) τον συνδυασμό δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα τελικών χρηστών που συλλέγονται από βασική υπηρεσία πλατφόρμας με δεδομένα που συλλέγονται από άλλες υπηρεσίες, ii) τη διασταυρούμενη χρήση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από βασική υπηρεσία πλατφόρμας σε άλλες υπηρεσίες που παρέχονται χωριστά από τον πυλωρό, ιδίως υπηρεσίες που δεν παρέχονται μαζί με τη σχετική βασική υπηρεσία πλατφόρμας ή προς υποστήριξή της, και τανάπαλιν, ή iii) τη σύνδεση τελικών χρηστών σε διάφορες υπηρεσίες πυλωρών με σκοπό τον συνδυασμό δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.
357. Για να διασφαλιστεί ότι οι πυλωροί δεν υπονομεύουν κατά τρόπο αθέμιτο τη δυνατότητα διεκδίκησης των βασικών υπηρεσιών πλατφόρμας, σύμφωνα με το άρ. 5(2) της Πράξης, οι πυλωροί δεν δύνανται να συνδυάζουν δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα από τη σχετική βασική

υπηρεσία πλατφόρμας με δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα από οποιεσδήποτε περαιτέρω βασικές υπηρεσίες πλατφόρμας ή από οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία παρέχουν ή με δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα από υπηρεσίες τρίτων και υποχρεούνται να επιτρέπουν στους τελικούς χρήστες να επιλέγουν ελεύθερα να συμμετάσχουν στην εν λόγω επεξεργασία δεδομένων και τις πρακτικές σύνδεσης προσφέροντας λιγότερο εξατομικευμένη αλλά ισοδύναμη εναλλακτική λύση και χωρίς να εξαρτούν τη χρήση της βασικής υπηρεσίας πλατφόρμας ή ορισμένων λειτουργιών της από τη συγκατάθεση του τελικού χρήστη⁴⁰⁹.

358. Περαιτέρω ενδιαφέρον παρουσιάζει για τη συλλογή και χρήση (προσωπικών) δεδομένων από πυλωρό, η διάταξη του άρ. 6, παρ. 2 της Πράξης, σχετικά με την απαγόρευση στον πυλωρό να χρησιμοποιεί συγκεντρωτικά ή μη συγκεντρωτικά δεδομένα τα οποία συλλέγει από την βασική υπηρεσία πλατφόρμας, και τα οποία ενδέχεται να περιλαμβάνουν ανωνυμοποιημένα δεδομένα και δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που δεν είναι δημοσίως διαθέσιμα, με σκοπό να παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες με εκείνες των επαγγελματιών χρηστών τους. Το παραπάνω δύναται να συμβεί όταν ο ο πυλωρός έχει διττό ρόλο ως επιχείρηση που παρέχει βασικές υπηρεσίες πλατφόρμας, στο πλαίσιο του οποίου παρέχει βασική υπηρεσία πλατφόρμας και πιθανώς άλλες υπηρεσίες που παρέχονται μαζί με αυτήν τη βασική υπηρεσία πλατφόρμας ή προς υποστήριξή της, στους επαγγελματίες χρήστες του, ενώ παράλληλα ανταγωνίζεται ή προτίθεται να ανταγωνίζεται τους ίδιους επαγγελματίες χρήστες για την παροχή των ίδιων ή παρόμοιων υπηρεσιών ή προϊόντων στους ίδιους τελικούς χρήστες⁴¹⁰.
359. Η Πράξη για τα δεδομένα (Data Act) αποτελεί ακόμα έναν προτεινόμενο κανονισμό για «εναρμονισμένους κανόνες σχετικά με τη δίκαιη πρόσβαση και χρήση δεδομένων», με σκοπό τη δημιουργία ενός «διατομεακού πλαισίου διακυβέρνησης» παρέχοντας κίνητρα για την οριζόντια ανταλλαγή δεδομένων και νομοθετώντας επί ζητημάτων που σχετίζονται με δεδομένα και αντιμετωπίζονται από «παράγοντες της οικονομίας δεδομένων»⁴¹¹. Σκοπός είναι η ρύθμιση των πλατφορών εκείνων οι οποίες δεν αποτελούν πυλωρούς σε βασικές υπηρεσίες πλατφόρμας, αλλά έχουν ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ έναντι κυρίως ΜμΕ μ σκοπό τη δίκαιότερη κατανομή της αξίας στην οικονομία των δεδομένων.
360. Οι ειδικοί στόχοι της Data Act περιλαμβάνουν: (1) διευκόλυνση της πρόσβασης/χρήσης από καταναλωτές και επιχειρήσεις σε συνδυασμό με την προστασία των κινήτρων για επενδύσεις και δημιουργία αξίας μέσω δεδομένων», (2) δυνατότητα χρήσης δεδομένων από φορείς/θεσμούς και φορείς του δημόσιου τομέα σε έκτακτες ή εξαιρετικές περιστάσεις, (3) διευκόλυνση της μετάβασης μεταξύ υπηρεσιών cloud και edge για ανταγωνιστική και διαλειτουργική επεξεργασία δεδομένων, (4) ενίσχυση της εμπιστοσύνης με τη θέσπιση διασφαλίσεων κατά της παράνομης μεταφοράς δεδομένων, και (5) στήριξη «της ανάπτυξης προτύπων διαλειτουργικότητας για περαιτέρω χρήση δεδομένων μεταξύ τομέων, σε μια προσπάθεια να αρθούν τα εμπόδια στην ανταλλαγή δεδομένων» και να τεθούν πρότυπα σύναψης έξυπνων συμβάσεων για τη διασφάλιση της πλήρωσης και της

⁴⁰⁹ Βλ. επίσης τη σκέψη 36 της Πράξης για τις Ψηφιακές Αγορές. Σύμφωνα με τη σκέψη 37 της Πράξης, «(η) λιγότερο εξατομικευμένη εναλλακτική λύση δεν θα πρέπει να είναι διαφορετική ή υποβαθμισμένης ποιότητας σε σύγκριση με την υπηρεσία που παρέχεται στους τελικούς χρήστες που χορηγούν τη συγκατάθεσή τους, εκτός αν η υποβάθμιση της ποιότητας αποτελεί άμεση συνέπεια του γεγονότος ότι ο πυλωρός δεν είναι σε θέση να επεξεργαστεί τα εν λόγω δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα ή να συνδέσει τελικούς χρήστες σε μια υπηρεσία»

⁴¹⁰ Βλ. σκέψη 46 της Πράξης για τις Ψηφιακές Αγορές. Όπως αναφέρεται και στην σκέψη 47, «η υποχρέωση που απαγορεύει σε πυλωρούς που έχουν διττό ρόλο να χρησιμοποιούν δεδομένα επαγγελματιών χρηστών θα πρέπει επίσης να ισχύει και σε σχέση με τα δεδομένα που έχει λάβει βασική υπηρεσία πλατφόρμας από επιχειρήσεις με σκοπό την παροχή επιγραμμικών υπηρεσιών διαφήμισης που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη βασική υπηρεσία πλατφόρμας».

⁴¹¹ Πρόταση Κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για εναρμονισμένους κανόνες σχετικά με τη δίκαιη πρόσβαση σε δεδομένα και τη δίκαιη χρήση τους (Πράξη για τα δεδομένα) COM(2022) 68 final, accessed 01 December 2022, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52022PC0068>.

τήρησης των προϋποθέσεων για την ανταλλαγή δεδομένων.⁴¹² Η προτεινόμενη ενωσιακή Πράξη για τα δεδομένα συμπληρώνει την Πράξη για τις Ψηφιακές Αγορές (DMA), εστιάζοντας στα εμπόδια στην ανταλλαγή δεδομένων και προσαρμόζοντας τους κανόνες του δικαίου των συμβάσεων με στόχο «την αποτροπή της εκμετάλλευσης των συμβατικών ανισορροπιών που εμποδίζουν τη δίκαιη πρόσβαση και χρήση δεδομένων σε πολύ μικρές ή μεσαίες επιχειρήσεις», καθώς και την παροχή ορισμένων ρυθμιστικών υποχρεώσεων δημοσίου δικαίου με σκοπό την προώθηση της διεκδικησιμότητας, επιτρέποντας τη μετάβαση μεταξύ υπηρεσιών επεξεργασίας δεδομένων και την ενίσχυση της διαλειτουργικότητας των δεδομένων και των μηχανισμών και υπηρεσιών ανταλλαγής δεδομένων».⁴¹³ Περιλαμβάνοντας γενικούς κανόνες πρόσβασης, όταν ένας κάτοχος δεδομένων υποχρεούται εκ του νόμου να διαθέσει δεδομένα σε έναν αποδέκτη δεδομένων, η Πράξη για τα δεδομένα ορίζει επίσης ότι ανάλογοι κανόνες πρόσβασης πρέπει να βασίζονται σε δίκαιους, εύλογους, αμερόληπτους και διαφανείς όρους.⁴¹⁴ Ομοίως, το κεφάλαιο IV του Κανονισμού εξετάζει τον καταχρηστικό χαρακτήρα των συμβατικών ρητρών στις συμβάσεις κοινοχρησίας δεδομένων μεταξύ επιχειρήσεων, σε περιπτώσεις όπου μια συμβατική ρήτρα επιβάλλεται μονομερώς από ένα μέρος σε πολύ μικρή, μικρή ή μεσαία επιχείρηση και εγγυάται στο άρ. 13 ότι οι συμβατικές συμφωνίες σχετικά με την πρόσβαση στα δεδομένα και τη χρήση τους δεν εκμεταλλεύονται τις ανισορροπίες στη διαπραγματευτική ισχύ μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών και εάν οι ρήτρες είναι καταχρηστικές τότε δεν είναι δεσμευτικές για τα μέρη. Η νομική πράξη του ελέγχου του καταχρηστικού χαρακτήρα περιλαμβάνει μια γενική διάταξη που ορίζει τον καταχρηστικό χαρακτήρα συμβατικής ρήτρας που σχετίζεται με την κοινοχρησία δεδομένων, η οποία συμπληρώνεται από κατάλογο ρητρών που είτε είναι οπωσδήποτε καταχρηστικές είτε τεκμαίρονται καταχρηστικές. Σε περιπτώσεις άνισης διαπραγματευτικής ισχύος, ο έλεγχος αυτός προστατεύει το ασθενέστερο συμβαλλόμενο μέρος ώστε να αποφευχθούν οι καταχρηστικές συμβάσεις.⁴¹⁵ Ο Κανονισμός αναγνωρίζει επίσης την αρχή ότι όλα τα άτομα μπορούν να έχουν πρόσβαση στα δεδομένα που δημιουργούν⁴¹⁶, ενώ το κεφάλαιο VIII προβλέπει τη συμμόρφωση με τις βασικές απαιτήσεις όσον αφορά τη διαλειτουργικότητα για τους φορείς εκμετάλλευσης χώρων δεδομένων και τους παρόχους υπηρεσιών επεξεργασίας δεδομένων, καθώς και για τις βασικές απαιτήσεις για έξυπνες συμβάσεις. Το κεφάλαιο επιτρέπει επίσης ανοικτές προδιαγραφές διαλειτουργικότητας και ευρωπαϊκά πρότυπα για τη διαλειτουργικότητα των υπηρεσιών επεξεργασίας δεδομένων με σκοπό την προώθηση ενός αδιάκοπου και συνεχούς περιβάλλοντος υπολογιστικού νέφους πολλαπλών παρόχων.

361. 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 ανταγωνισμός⁴¹⁷), είναι η Ευρωπαϊκή Στρατηγική για τα Δεδομένα⁴¹⁸ 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. Ως εκ τούτου, προτάθηκε η δημιουργία του Ευρωπαϊκού Χώρου Δεδομένων Υγείας (EHDS) για την αντιμετώπιση των σημαντικών ζητημάτων της προστασίας δεδομένων, της πρόσβασης, του ελέγχου και του ιδιωτικού

⁴¹² Ο.π. Βλ. επίσης, “Data Act: Commission proposes measures for a fair and innovative data economy,” European Commission – Δελτίο Τύπου, 23 Φεβρουαρίου 2022, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_1113.

⁴¹³ Πράξη για τα δεδομένα, Προοίμιο, παρ. 5.

⁴¹⁴ Ο.π., παρ. 38.

⁴¹⁵ Βλ. Άρθρο 13 της Πράξης για τα δεδομένα.

⁴¹⁶ Ο.π., Προοίμιο, παρ. 20.

⁴¹⁷ Commission Staff Working Document on Common European Data Spaces, SWD(2022) 45 final.

⁴¹⁸ 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>.

χαρακτήρα των προσωπικών δεδομένων που σχετίζονται με την υγεία.⁴¹⁹ Έτσι, κατά την αξιολόγηση του πεδίου εφαρμογής και του σκοπού του EHDS, (που βασίζεται στον ΓΚΠΔ, την Οδηγία για την προστασία της ιδιωτικής ζωής στις ηλεκτρονικές επικοινωνίες/ePR, την προτεινόμενη Πράξη για τη διακυβέρνηση δεδομένων, το σχέδιο Πράξης για τα δεδομένα και την οδηγία NIS), η Ευρ. Επ. εστιάζει στη δημιουργία ενός οικοσυστήματος που να επιτρέπει την ασφαλή ανταλλαγή και χρήση δεδομένων υγειονομικής περίθαλψης στον Ευρωπαϊκό χώρο. Η πρότασή της «στηρίζει τα άτομα στην απόκτηση του ελέγχου των δικών τους δεδομένων υγείας[·] στηρίζει τη χρήση δεδομένων υγείας για καλύτερη παροχή υγειονομικής περίθαλψης, καλύτερη έρευνα, καινοτομία και χάραξη πολιτικής[·] και επιτρέπει στην ΕΕ να κάνει πλήρη χρήση των δυνατοτήτων που παρέχει μια ασφαλής και προστατευμένη ανταλλαγή, χρήση και περαιτέρω χρήση δεδομένων υγείας».⁴²⁰ Το ευρωπαϊκό αυτό οικοσύστημα δεδομένων ειδικά για την υγεία αποτελείται από κανόνες, κοινά πρότυπα και πρακτικές, υποδομές και ένα πλαίσιο διακυβέρνησης που αποσκοπεί στην ενδυνάμωση των ατόμων μέσω της αυξημένης ψηφιακής πρόσβασης και ελέγχου των ηλεκτρονικών προσωπικών δεδομένων υγείας τους, σε εθνικό και ενωσιακό επίπεδο, καθώς και της στήριξης της ελεύθερης κυκλοφορίας τους, όπως επίσης και στην προώθηση μιας πραγματικής ενιαίας αγοράς για συστήματα ηλεκτρονικών μητρώων υγείας, συναφή ιατροτεχνολογικά προϊόντα και συστήματα τεχνητής νοημοσύνης υψηλού κινδύνου (κύρια χρήση δεδομένων) στην παροχή ενός συνεκτικού, αξιόπιστου και αποτελεσματικού πλαισίου για τη χρήση των δεδομένων υγείας για έρευνα, καινοτομία, χάραξη πολιτικής και ρυθμιστικές δραστηριότητες (κυρίως στη δευτερογενή χρήση δεδομένων).⁴²¹

362. Όπως υπογραμμίζεται στην ίδια την πρόταση για τη δημιουργία του EHDS, τα φυσικά πρόσωπα μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την άσκηση των δικαιωμάτων τους που αφορούν στην πρόσβαση και τη μετάδοση των ηλεκτρονικών τους δεδομένων υγείας σε εθνικό και διασυνοριακό επίπεδο μεταξύ κρατών μελών, γεγονός που μπορεί να δυσχεραίνει τη δευτερεύουσα χρήση των δεδομένων τους και να εμποδίζει τους ασθενείς να επωφελούνται από καινοτόμες θεραπείες, καθώς και να δημιουργεί προσκόμματα στο νομοθέτη ως προς την αποτελεσματική ανταπόκρισή του σε έκτακτες υγειονομικές κρίσεις και να παρεμποδίζει την πρόσβαση ερευνητών/καινοτόμων σε δεδομένα που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη μελλοντικών ιατρικών υπηρεσιών/θεραπειών/ιατροτεχνολογικών προϊόντων αιχμής.⁴²² Επιπλέον, η πανδημία της COVID-19 κατέδειξε περίτρανα τη σημασία της ανταλλαγής δεδομένων υγείας στην ανάπτυξη πολιτικής και θεραπειών για την αντιμετώπιση καταστάσεων έκτακτης ανάγκης στον τομέα της υγείας. Αυτή η αναγκαιότητα υπήρξε ένας από τους βασικούς λόγους που είχαν καταλυτικό ρόλο στο να δοθεί προτεραιότητα στον EHDS και να δημιουργηθεί ένα νομικό πλαίσιο «αποτελούμενο από αξιόπιστους μηχανισμούς διακυβέρνησης σε επίπεδο ενωσιακό και κρατών μελών και ένα προστατευμένο περιβάλλον επεξεργασίας».⁴²³ Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι ο EHDS θα συμβάλλει επίσης στην επίτευξη των ακόλουθων πρωτοβουλιών της ΕΕ: (1) την επίτευξη του οράματος της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για πλήρη ψηφιακή μετάδοση έως το 2030, (2) την υλοποίηση της ψηφιακής πυξίδας της ΕΕ, η οποία θα παρέχει σε όλα τα άτομα διασυνοριακή πρόσβαση στα ιατρικά τους αρχεία και (3) την πλήρη ευθυγράμμιση με τη Διακήρυξη των Ψηφιακών Αρχών σε σχέση με δεδομένα που σχετίζονται με την υγεία.⁴²⁴

⁴¹⁹ Πρόταση Κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με τον ευρωπαϊκό χώρο δεδομένων για την υγεία, COM(2022) 197 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52022PC0197>.

⁴²⁰ “Ευρωπαϊκός Χώρος Δεδομένων για την Υγεία,” ΕΕπ, πρόσβαση στις 30 Νοεμβρίου 2022, https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en.

⁴²¹ https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_el

⁴²² Πρόταση Κανονισμού για τον EHDS, Αιτιολογική Έκθεση, Εν. 1.

⁴²³ Ο.π.

⁴²⁴ Ο.π. Βλ. επίσης, “Europe’s Digital Decade: digital targets for 2030”, ΕΕπ, https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/europe-fit-digital-age/europes-digital-decade-digital-targets-2030_el. Βλ. επίσης,

363. Όπως προαναφέρθηκε, ο EHDS σχεδιάστηκε και προτάθηκε έτσι ώστε να συνάδει με τις υφιστάμενες διατάξεις, όπως ο ΓΚΠΔ, ο ενωσιακός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων, τον Κανονισμό για τον Ιατροτεχνολογικό Εξοπλισμό (ΕΕ 2017/745), ο Κανονισμός για τα in vitro διαγνωστικά ιατροτεχνολογικά προϊόντα (ΕΕ 2017/746), η προτεινόμενη Πράξη για την Τεχνητή Νοημοσύνη, η προτεινόμενη Πράξη για τη διακυβέρνηση δεδομένων, το σχέδιο της Πράξης για τα δεδομένα, την οδηγία NIS και η οδηγία CBHC για τη διαλειτουργικότητα των δεδομένων υγείας.⁴²⁵ Επίσης, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Υγεία, ο EHDS υποστηρίζει πλήρως και λειτουργεί σε συνδυασμό με την Ευρωπαϊκή Αρχή Ετοιμότητας και Αντιμετώπισης Εκτάκτων Αναγκών Υγείας (HERA), το Ευρωπαϊκό Σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου /την Αποστολή της ΕΕ για τον Καρκίνο και τη Φαρμακευτική Στρατηγική για την Ευρώπη.⁴²⁶ Τέλος, ο EHDS βασίζεται στη νέα πρόταση για την Ευρωπαϊκή Ψηφιακή Ταυτότητα (συμπεριλαμβανομένου του Πορτοφολιού Ψηφιακής Ταυτότητας), όπου στόχος είναι η δημιουργία βελτιωμένων μηχανισμών στην επίσημη επιγραμμική/μη επιγραμμική ταυτοποίηση τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των φυσικών προσώπων.⁴²⁷
364. Εστιάζοντας στη διαλειτουργικότητα των δεδομένων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη, η οδηγία για τη διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη (οδηγία CBHC) «προβλέπει κανόνες για τη διευκόλυνση της πρόσβασης σε ασφαλή και υψηλής ποιότητας διασυνοριακή υγειονομική περίθαλψη και προωθεί τη συνεργασία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των κρατών μελών, με πλήρη σεβασμό των εθνικών αρμοδιοτήτων στην οργάνωση και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης... [και] εφαρμόζεται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης σε ασθενείς, ανεξάρτητα από τον τρόπο οργάνωσης, παροχής ή χρηματοδότησής της».⁴²⁸ Πιο συγκεκριμένα, η οδηγία συμβάλλει στο να διασφαλίζεται ότι (1) οι ασθενείς έχουν ένα εθνικό σημείο επαφής για την επίβλεψη και την αξιολόγηση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης (και τη δυνατότητα πρόσβασης σε νοσοκομεία για ασθενείς με αναπηρία), (2) οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης διασφαλίζουν ότι οι ασθενείς έχουν στη διάθεσή τους τις κατάλληλες πληροφορίες ώστε να ενισχύεται η ικανότητά τους να λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με διαθέσιμες επιλογές θεραπείας και διαθεσιμότητα/ποιότητα των αντίστοιχων υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της διαφανούς πληροφόρησης για τις τιμές και την τιμολόγηση, (3) οι ασθενείς έχουν σαφείς οδηγίες σχετικά με τη διαδικασία υποβολής καταγγελιών και τις επιλογές αποκατάστασης σε περίπτωση που υποστούν βλάβες οι οποίες προκύπτουν από

Ανακοίνωση της Επιτροπής προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο, την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή και την Επιτροπή Περιφερειών για την υιοθέτηση ευρωπαϊκής διακήρυξης σχετικά με τα ψηφιακά δικαιώματα και τις ψηφιακές αρχές για την ψηφιακή δεκαετία, COM(2022) 27 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52022DC0027>.

⁴²⁵ Πρόταση Κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου σχετικά με τον ευρωπαϊκό χώρο δεδομένων για την υγεία (EHDS), Αιτιολογική Έκθεση, Εν. 1.

⁴²⁶ Πρόταση Κανονισμού σχετικά με τον EHDS, Αιτιολογική Έκθεση, Εν. 1. Βλ. επίσης, Αρχή Ετοιμότητας και Αντιμετώπισης Καταστάσεων Έκτακτης Υγειονομικής Ανάγκης, DG-HERA, https://commission.europa.eu/about-european-commission/departments-and-executive-agencies/health-emergency-preparedness-and-response-authority_el; βλ. επίσης, Ευρωπαϊκό σχέδιο για την καταπολέμηση του καρκίνου, ΕΕπ, https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_el; Βλ. επίσης, EU Mission: Cancer, Ευρ. Επ.– Research and Innovation, https://research-and-innovation.ec.europa.eu/funding/funding-opportunities/funding-programmes-and-open-calls/horizon-europe/eu-missions-horizon-europe/eu-mission-cancer_en. Βλ. επίσης, Φαρμακευτική στρατηγική για την Ευρώπη, ΕΕπ, – Δημόσια Υγεία, https://health.ec.europa.eu/medicinal-products/pharmaceutical-strategy-europe_el.

⁴²⁷ Πρόταση Κανονισμού σχετικά με τον EHDS, Αιτιολογική Έκθεση, Εν. 1. Βλ. επίσης, Πρόταση Κανονισμού του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για την τροποποίηση του κανονισμού (ΕΕ) αριθ. 910/2014 όσον αφορά τη θέσπιση πλαισίου για την ευρωπαϊκή ψηφιακή ταυτότητα, COM(2021) 281 final, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/HTML/?uri=CELEX:52021PC0281&from=EN>.

⁴²⁸ Οδηγία 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, της 9ης Μαρτίου 2011, περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης, ΕΕ L 88, 4.4.2011, Άρθρο 1 (1) και (2), <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>.

θεραπεία/υπηρεσίες υγείας, (4) οι ασθενείς διαθέτουν ένα προστατευμένο θεμελιώδες δικαίωμα στην ιδιωτικότητα των προσωπικών δεδομένων υγείας, και (5) Οι ασθενείς μπορούν να βασίζονται στην ύπαρξη ενός τεκμηριωμένου ηλεκτρονικού ιατρικού μητρώου θεραπείας και στη δυνατότητα προσωπικής πρόσβασης σε αντίγραφο του ηλεκτρονικού τους φακέλου.⁴²⁹ Επιπλέον, η Οδηγία CBHC προβλέπει και ειδικές διατάξεις για τη διασφάλιση της επιστροφής των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και των απαραίτητων ιατρικών επισκέψεων στο πλαίσιο της παρακολούθησης (δηλαδή, ενδέχεται να απαιτείται προηγούμενη έγκριση), της ασφάλειας των διοικητικών διαδικασιών, της αναγνώρισης των ιατρικών συνταγών, της συνεργασίας στη διάγνωση και θεραπεία σπάνιων ασθενειών, της διευκόλυνσης των διαλειτουργικών εφαρμογών και της διαφάνειας των συστημάτων/υπηρεσιών ηλεκτρονικής υγείας, της συνεργασίας σε θέματα τεχνολογίας της υγείας και σχετικής υποστήριξης και της γενικής συνολικής συνεργασίας και συνδρομής σε θέματα που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των κρατών μελών και των Ευρωπαϊκών Δικτύων Αναφοράς.⁴³⁰ Έτσι, η οδηγία CBHC λειτουργεί παράλληλα με τις λοιπές υφιστάμενες διατάξεις για τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού και βιώσιμου πλαισίου που στοχεύει σε θετικές αλλαγές στην πολιτική της υγείας για τη διασφάλιση ενός «υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας», συμπεριλαμβανομένων μακροπρόθεσμων βελτιώσεων στην ποιότητα και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. συνεργασίας σε θέματα ασφάλειας/ποιότητας και ενισχυμένης διαλειτουργικότητας στην τεχνολογία της υγείας (κάτι που ενισχύει τον ανταγωνισμό).⁴³¹

365. Συνοπτικά, ο EHDS δημιουργεί ένα χώρο δεδομένων με επίκεντρο την υγεία που θεσπίζει διαφανείς κανόνες, κοινά πρότυπα/πρακτικές και ένα πλαίσιο διακυβέρνησης που παρέχει μια σαφή υποδομή για προστατευμένη και ασφαλή χρήση (και πρόσβαση) των ηλεκτρονικών δεδομένων υγείας για τους ασθενείς και επιτρέπει τη δευτερεύουσα χρήση των δεδομένων υγείας για έρευνα, καινοτομία, χάραξη πολιτικής, ρυθμιστικές πρωτοβουλίες και διαμόρφωση στατιστικά στοιχεία του κλάδου ⁴³². Σκοπός της Πρότασης είναι να διευκολύνει την ανταλλαγή των εν λόγω δεδομένων υγείας, τόσο πρωτογενώς όσο και δευτερογενώς, από αποκεντρωμένες βάσεις δεδομένων. Τα οφέλη από τον EHDS είναι πολλαπλά, και περιλαμβάνουν (1) τα άτομα/ασθενείς θα μπορούν πλέον να έχουν πλήρη έλεγχο και δικαιώματα επί των προσωπικών τους δεδομένων υγείας, (2) εξασφαλίζεται πλέον αυξημένη πρόσβαση/διαλειτουργικότητα στα δεδομένα που δημιουργούνται από επαγγελματίες υγείας, (3) οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα χρειάζεται να κάνουν λιγότερα διπλά τεστ, μειώνοντας έτσι το κόστος της περίθαλψης και επιτυγχάνοντας καλύτερη κατανομή χρόνου, (4) οι ερευνητές θα επωφελούνται από μια πιο άμεση λήψη και κατανάλωση δεδομένων υψηλής ποιότητας που σχετίζονται με την υγεία χωρίς να υπονομεύεται η ακεραιότητα των δικαιωμάτων ιατρικού απορρήτου των ασθενών, (5) οι ρυθμιστικές αρχές και οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής θα έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε δεδομένα που θα οδηγήσουν τελικά σε πιο αποτελεσματικά και ανθεκτικά συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και πιο αποτελεσματική και στοχευμένη χάραξη πολιτικής, και (6) ο κλάδος θα έχει πρόσβαση στα απαραίτητα δεδομένα για την ανάπτυξη νέων πιο καινοτόμων προϊόντων, συσκευών και υπηρεσιών.⁴³³ Έτσι, οι ασθενείς θα έχουν άμεση, δωρεάν πρόσβαση στα δεδομένα υγείας τους, θα μπορούν «να προσθέτουν πληροφορίες, να διορθώνουν σφάλματα, να περιορίζουν την πρόσβαση και να λαμβάνουν πληροφορίες σχετικά με το ποιος επαγγελματίας υγείας είχε πρόσβαση στα δεδομένα τους» και να διασφαλίζουν αυξημένη ασφάλεια/ιδιωτικό απόρρητο όπου υπάρχει προσαρμοσμένη, σαφώς προσδιορισμένη πρόσβαση σε δευτερεύουσες χρήσεις δεδομένων

⁴²⁹ Οπ. π. Άρθρο 4. Βλ. επίσης, European Patients Forum, “Directive on the Patients’ Rights in Cross-Border Healthcare – EPF Position Statement”, πρόσβαση στις 08 December 2022, https://www.eu-patient.eu/globalassets/policy/cross-borderhealthcare/epf_position_statement_cbhc_220416.pdf.

⁴³⁰ Ο.π. Άρθρα 5, 7, 8, 10, 11, 14, και 15

⁴³¹ European Patients Forum, “Directive on the Patients’ Rights, 3.

⁴³² “Questions and answers – EU Health: European Health Data Space”, ΕΕπ, https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_22_2712.

⁴³³ Ο.π.

υγειονομικής περίθαλψης, και δεν θα υπάρχει δυνατότητα ταυτοποίησης στην κοινή πρόσβαση και τέτοια δεδομένα θα υποβάλλονται σε επεξεργασία σε κλειστά, ασφαλή περιβάλλοντα.⁴³⁴

366. Στην παρούσα συγκυρία, θα ήταν επίσης παράλειψη να μην αναφερθούμε στην κρίσιμη σημασία της «εμπιστοσύνης» ως θεμελιώδους παράγοντα για την πιθανή επιτυχία του EHDS λόγω της ευαίσθητης φύσης των σχετιζόμενων με την υγεία προσωπικών δεδομένων, κατά τρόπο ώστε να έχουν τεθεί αυξημένα κριτήρια ασφαλείας για την προστασία τόσο των κυρίων όσο και των δευτερογενών χρήσεων των δεδομένων υγείας (π.χ. πιστοποίηση από κατασκευαστές συστημάτων μητρώων υγείας, άδειες που εκδίδονται από «φορέα πρόσβασης σε δεδομένα» μόνο για ορθές χρήσεις δεδομένων κ.λπ.), και πρέπει να τηρείται η συμμόρφωση με πολύ υψηλά πρότυπα προστασίας της ιδιωτικότητας και κυβερνοασφάλειας για την προστασία της ταυτότητας των ασθενών, περιορίζοντας την πρόσβαση μόνο σε μη αναγνωρίσιμα δεδομένα.⁴³⁵
367. Οι προτάσεις της Ευρ. Επιτροπής και γενικότερα η μεγαλύτερη πρόσβαση σε δεδομένα υγείας θέτει όμως και ζητήματα συμβατότητας με το ΓΚΠΔ, και γενικότερα το ιδιαίτερο καθεστώς των δεδομένων υγείας, από την σκοπιά της προστασίας προσωπικών δεδομένων. Σε κοινή γνωμοδότησή τους⁴³⁶, το ΕΣΠΔ (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Προστασίας Δεδομένων) και ο ΕΕΠΔ (Ευρωπαίος Επόπτης Προστασίας Δεδομένων) εξέφρασαν «ορισμένες βασικές ανησυχίες» που εγείρονται από την Πρόταση της Ευρ. Επιτροπής, ειδικά όσον αφορά την προστασία των δικαιωμάτων στην ιδιωτική ζωή και στην προστασία των δεδομένων, ιδίως όσον αφορά τις κατηγορίες δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και τους σκοπούς που σχετίζονται με τη δευτερογενή χρήση των δεδομένων. Σύμφωνα με τη Γνωμοδότηση δημιουργούνται εξαιρέσεις στη δομή προστασίας των προσωπικών δεδομένων των άρθρων 6 και 9 ΓΚΠΔ, κυρίως λόγω της διευκόλυνσης της δευτερογενούς χρήσης δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από εφαρμογές ευεξίας και άλλες ψηφιακές εφαρμογές, καθώς και τα δεδομένα ευεξίας και συμπεριφοράς που αφορούν την υγεία. Ιδιαίτερα η Γνωμοδότηση αναφέρει, σχετικά με τις προσπάθειες στο Κεφάλαιο III της Πρότασης της Ευρ. Επιτροπής για τη βελτίωση της διαλειτουργικότητας των ηλεκτρονικών μητρώων υγείας και στη διευκόλυνση της συνδεσιμότητας των εφαρμογών ευεξίας με τα εν λόγω ηλεκτρονικά μητρώα υγείας, ότι τα δεδομένα υγείας που προέρχονται από εφαρμογές ευεξίας και άλλες εφαρμογές ψηφιακής υγείας δεν υπόκεινται στις ίδιες απαιτήσεις ποιότητας δεδομένων και δεν έχουν τα ίδια χαρακτηριστικά με εκείνα που προέρχονται από ιατροτεχνολογικά προϊόντα, σημειώνοντας επίσης ότι «οι εφαρμογές αυτές παράγουν τεράστιο όγκο δεδομένων και μπορεί να είναι εξαιρετικά παρεμβατικές, δεδομένου ότι αφορούν κάθε βήμα που κάνουν τα άτομα στην καθημερινή τους ζωή». Η Γνωμοδότηση αναφέρει ότι «(α)κόμα και αν ήταν πράγματι δυνατός ο διαχωρισμός των δεδομένων υγείας από τα άλλα είδη δεδομένων, θα μπορούσαν εύκολα να συναχθούν συμπεράσματα όπως για τις διατροφικές πρακτικές και άλλες συνήθειες και θα αποκαλύπτονταν ιδιαίτερα ευαίσθητες πληροφορίες, όπως ο θρησκευτικός προσανατολισμός»⁴³⁷. Η δυνατότητα σύγκρουσης μεταξύ της προώθησης της πρόσβασης σε δεδομένα με σκοπό την ενίσχυση του ανταγωνισμού, από την μία πλευρά, και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, από την άλλη, δεν είναι κάτι που η βιβλιογραφία έχει αγνοήσει έως τώρα⁴³⁸, και θέτει

⁴³⁴ Ο.π.

⁴³⁵ Ο.π. Βλ. επίσης, European Health Data Space, European Commission – Public Health, , https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space_en.

⁴³⁶ Κοινή γνωμοδότηση ΕΣΠΔ–ΕΕΠΔ 03/2022 σχετικά με την πρόταση κανονισμού για τον ευρωπαϊκό χώρο δεδομένων για την υγεία (12 Ιουλίου 2022), https://edpb.europa.eu/system/files/2023-04/edpb_edps_jointopinion_202203_europeanhealthdataspace_el.pdf.

⁴³⁷ Ο.π. σελ. 4.

⁴³⁸ Βλ. μεταξύ άλλων, T. Tombal, Data Protection and Competition Law: Friends or Foes regarding Data Sharing? (April 14, 2021). Accepted paper for the TILTing Perspectives 2021 Conference: Regulating in Times of Crisis, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=3826325> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3826325> T. Graef, T. Tombal, A. de Stree, Limits and enablers of Data Sharing: An Analytical Framework for EU competition, data protection and consumer law, TILEC Discussion Paper Series 24, 1-35.

σημαντικά ζητήματα στάθμισης διαφόρων δικαιωμάτων και συμφερόντων αλλά και συστηματικότερης και εντονότερης συνεργασίας μεταξύ των οικονομικών ρυθμιστών (συμπ. και της Επ.Αντ.) και των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων, είτε σε γενικότερο πλαίσιο⁴³⁹, είτε στο ειδικότερο του τομέα της προστασίας των δεδομένων υγείας.

368. Η Ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζει τα προκαταρκτικά πορίσματα της Υπηρεσίας από τις απαντήσεις παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας σε ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση δεδομένων, αλγορίθμων και νέων τεχνολογιών στους αντίστοιχους κλάδους.

IX. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

IX.1. ΣΥΛΛΟΓΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΟΙΗΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

IX.1.1 Συλλογή, επεξεργασία και πρόσβαση σε δεδομένα

369. 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 (γραπτή 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».
370. Περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων (ερώτηση 36) 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 προσέλευση πελατών, ενώ ένας άλλος ανέφερε ότι η υπάρχουσα νομοθεσία δεν μπορεί να αποτρέψει την εκμετάλλευση των προσωπικών δεδομένων.
371. 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 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

⁴³⁹ Βλ. π.χ. το Μνημόνιο που υπογράφηκε μεταξύ της Επ.Αντ. και της ΑΠΔΠΧ στις 5 Αυγούστου 2022, https://www.epant.gr/files/2022/mou/mou_arx_prost_dedeomenon.pdf.

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.

372. 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 (ερώτηση 40), 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.
373. 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.
374. Επιπρόσθετα δεδομένα που αποκαλύπτουν την ταυτότητα των ασθενών απαιτούν πρόσβαση σε εξαιρετικές περιπτώσεις σύμφωνα με κάποιους ερωτώμενους. Κάποιοι υποστήριξαν 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 δεδομένων.⁴⁴⁰
375. 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. (ερώτηση 65).⁴⁴¹ 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 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

⁴⁴⁰ 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.

⁴⁴¹ Στη συγκεκριμένη ερώτηση μία ασφαλιστική ([...]) ανέφερε και ότι προβαίνει σε κατηγοριοποίηση των παθήσεων, συχνότητα επέλευσης αυτών, ηλικίες επέλευσης παθήσεων κ.α.

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»⁴⁴². 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»⁴⁴³.

376. Ως προς λοιπές κατηγορίες δεδομένων υγείας που συλλέγουν οι πάροχοι υπηρεσιών ασφάλισης (ερώτηση 66) 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 φορέων⁴⁴⁴. 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 προγράμματος⁴⁴⁵. Επίσης, συλλέγονται στατιστικά για τους δείκτες κόστους αποζημιώσεων νοσοκομειακών προγραμμάτων, στατιστικά αποζημιώσεων ανά πρόγραμμα ασφάλισης⁴⁴⁶, ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητας και τυχόν χρήσης προηγμένων τεχνολογιών θεραπείας⁴⁴⁷, ημέρες νοσηλείας, κόστος ανά παροχή και ηλικίες αποζημιούμενων⁴⁴⁸, ανωνυμοποιημένα στατιστικά πληρωμών ανά προϊόν, ανά πάθηση, ανά κατηγορία επέμβασης και ανά νοσοκομείο⁴⁴⁹, και στοιχεία μελετών με ανωνυμοποιημένα δεδομένα⁴⁵⁰.
377. Πρέπει να επισημανθεί ότι η [...] έχει αναφερθεί σε θέματα δεδομένων υγείας & ασφαλιστικών επιχειρήσεων, καθώς η επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα βρίσκονται στην καρδιά της ασφαλιστικής εργασίας. Η [...] 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 [...] επιχειρεί να εξειδικεύσει τις γενικές αρχές και υποχρεώσεις που γεννώνται για τις ασφαλιστικές

⁴⁴² Βλ. υποσημείωση 2 ανωτέρω.

⁴⁴³ 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».

⁴⁴⁴ [...], [...]

⁴⁴⁵ [...]

⁴⁴⁶ [...].

⁴⁴⁷ [...].

⁴⁴⁸ [...].

⁴⁴⁹ [...].

⁴⁵⁰ [...].

επιχειρήσεις, θωρακίζοντας αντίστοιχα τα δικαιώματα του ασφαλισμένου καταναλωτή⁴⁵¹. Περαιτέρω, επισημάνθηκε και η Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφαλίσεων 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 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»⁴⁵².

378. Πρόσβαση στα δεδομένα των ασφαλισμένων, σύμφωνα με τις απαντήσεις στα ερωτηματολόγια (ερώτηση 64), 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 αυτών⁴⁵³, 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 προγραμμάτων⁴⁵⁴, ενώ από άλλη επιχείρηση και η περιορισμένη πρόσβαση του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή στο πλαίσιο του δικού του έργου⁴⁵⁵.
379. 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 δεδομένα⁴⁵⁶.
380. 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

⁴⁵¹ Βλ. ανωτέρω υποσημείωση 2.

⁴⁵² Οπ. π..

⁴⁵³ Ενδεικτικά [...], [...]. Η [...] ανέφερε τους συνεργαζόμενους μαζί της ιατρούς.

⁴⁵⁴ [...]

⁴⁵⁵ [...].

⁴⁵⁶ [...].

παρέχουν μέσω της εταιρείας-διαχειριστή υπηρεσιών υγείας⁴⁵⁷. Σημειωτέον ότι ορισμένες ασφαλιστικές δήλωσαν πως από πλευράς τους δεν παρέχονται δεδομένα στις κλινικές⁴⁵⁸.

381. Στο ερώτημα κατά πόσον τα δεδομένα που συλλέγουν μέσω νέων τεχνολογιών οι ασφαλιστές τα μοιράζονται με τρίτες επιχειρήσεις (ερώτηση 67), οι απαντήσεις ήταν αρνητικές. Εξαίρεση αποτέλεσαν οι απαντήσεις δύο εταιρειών που ανέφεραν ότι μοιράζονται αυτά τα δεδομένα με επιχείρηση παροχής υπηρεσιών διαχείρισης υπηρεσιών υγείας⁴⁵⁹. Υπήρξε και απάντηση ότι μοιράζονται τα δεδομένα ταυτοποίησης για την εξυπηρέτηση πελατών με τρίτους παρόχους⁴⁶⁰, 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 ιδιαίτερο κομβικό ρόλο και στην ίδια τη σχέση ασφαλιστικής και παρόχου υπηρεσιών υγείας.
382. 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 (ερώτηση 68), ουδείς απάντησε θετικά. Από ορισμένους σημειώθηκε πως εάν συμβαίνει κάτι τέτοιο, τούτο προσδίδει σημαντικά ανταγωνιστικά πλεονεκτήματα ως προς τον σχεδιασμό και την τιμολόγηση των προϊόντων⁴⁶¹, ενώ μία επιχείρηση απάντησε ότι εάν υπάρξει μετοχική σχέση μεταξύ ασφαλιστικής και παρόχου υπηρεσιών υγείας μπορεί να ανακύψει τέτοιο ζήτημα⁴⁶². 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 δυνατότητα⁴⁶³, ενώ άλλες απάντησαν εξαρχής αρνητικά⁴⁶⁴. 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 ΗΗG⁴⁶⁵. Τέλος, θα πρέπει να επισημανθεί ότι αναγνωρίζεται και ο συμπληρωματικός ρόλος του δικαίου προστασίας των προσωπικών δεδομένων με το δίκαιο του ελεύθερου ανταγωνισμού⁴⁶⁶.

IX.1.2 Δημιουργία και αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων

383. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν πώς αξιολογούν την αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων (data pools) για προσωπικά ιατρικά δεδομένα από εταιρείες υγείας ή ασφάλισης (ερώτηση 35). Οι περισσότεροι

⁴⁵⁷ Ενδεικτικά η [...] απάντησε ότι τα λαμβάνει και τα παρέχει μέσω της [...].

⁴⁵⁸ Ενδεικτικά βλ. [...], [...].

⁴⁵⁹ [...] και [...] που ανέφεραν τη [...]. Το σχετικό ερώτημα είναι συναφές και με το ερώτημα 64 όπου ορισμένοι απάντησαν πως πρόσβαση στα δεδομένα έχουν και οι αρμόδιοι υπάλληλοι των εταιρειών διαχείρισης, βλ. παραπάνω.

⁴⁶⁰ [...].

⁴⁶¹ [...], [...].

⁴⁶² [...].

⁴⁶³ Βλ. και [...], [...], [...], [...].

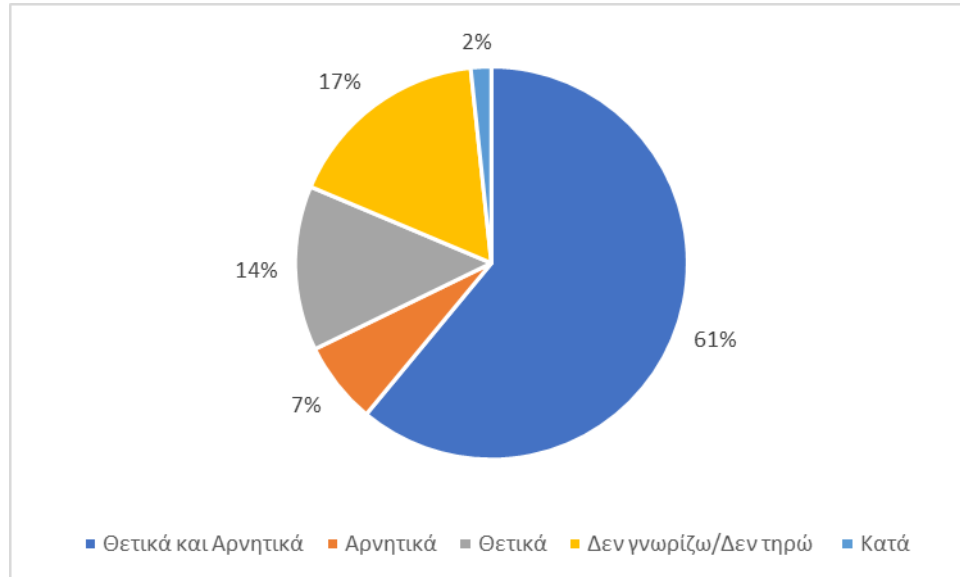
⁴⁶⁴ Βλ. και [...], [...], [...]. Η [...] ανέφερε ότι αυτά τα δεδομένα ανωνυμοποιούνται και χρησιμοποιούνται για πιθανές τάσεις και στατιστικούς σκοπούς, και ότι ως εκ τούτου μόχλευση δεν μπορεί να λάβει χώρα καθώς θα έπρεπε οι πάροχοι να έχουν γνώση όλων των δεδομένων και μετρήσεων όλων των ασφαλιστικών ώστε να επενδύσουν σε συγκεκριμένα μηχανήματα, ενώ προς το παρόν η γνώση είναι αποσπασματική.

⁴⁶⁵ Εξαίρεση η περίπτωση της [...] που όπως σημειώθηκε ανωτέρω ανέφερε ότι η κατάσταση μπορεί να αλλάξει εάν υπάρξει μετοχική σχέση μεταξύ ασφαλιστικής και κλινικής.

⁴⁶⁶ Κατά τη [...] εφόσον η χρήση μαζικών δεδομένων πραγματοποιείται μέσα σε ένα ενιαίο ευρωπαϊκό κανονιστικό πλαίσιο για την προστασία των δεδομένων και του ανταγωνισμού δεν αναμένεται να οδηγήσει σε μόχλευση ισχύος.

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 22: 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

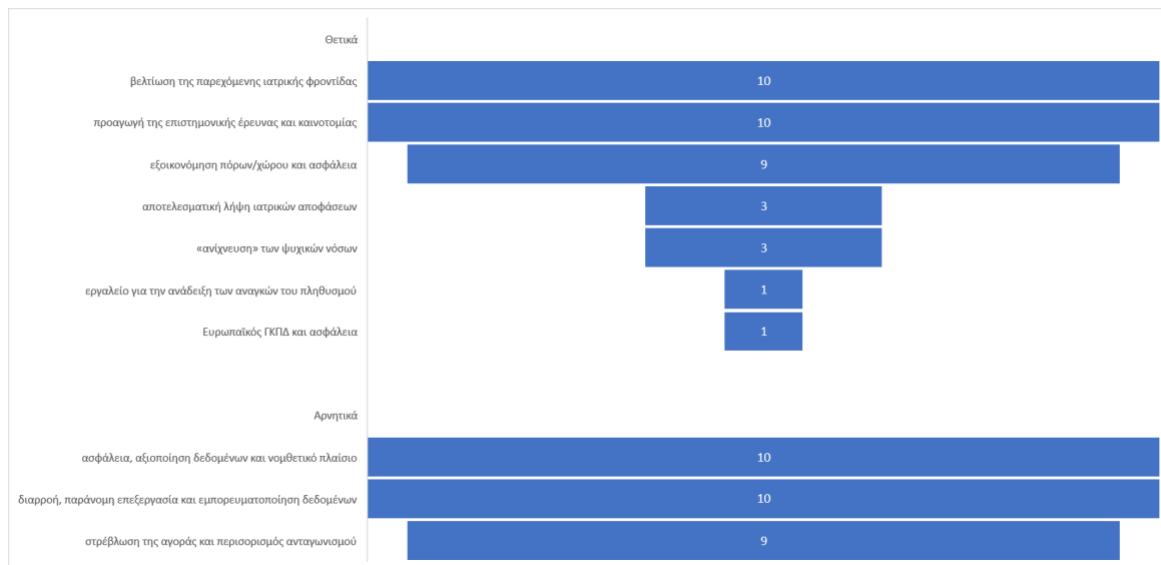


384. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων ανέφερε την θετική συμβολή της δημιουργίας και αξιοποίησης ιατρικών δεδομένων, καθώς αποτελούν ένα σημαντικό εργαλείο για την παροχή υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει ωστόσο την ορθή χρήση των δεδομένων αυτών. Οι εν λόγω βάσεις δεδομένων, όπως δήλωσαν, μπορούν να συμβάλουν 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.
385. 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.
386. 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.
387. 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 (ερώτηση 64) 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.

388. 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.
389. 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.
390. 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 23: 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.



391. 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 (ερώτηση 37). Πάνω από τα 2/3 των ερωτώμενων κλινικών

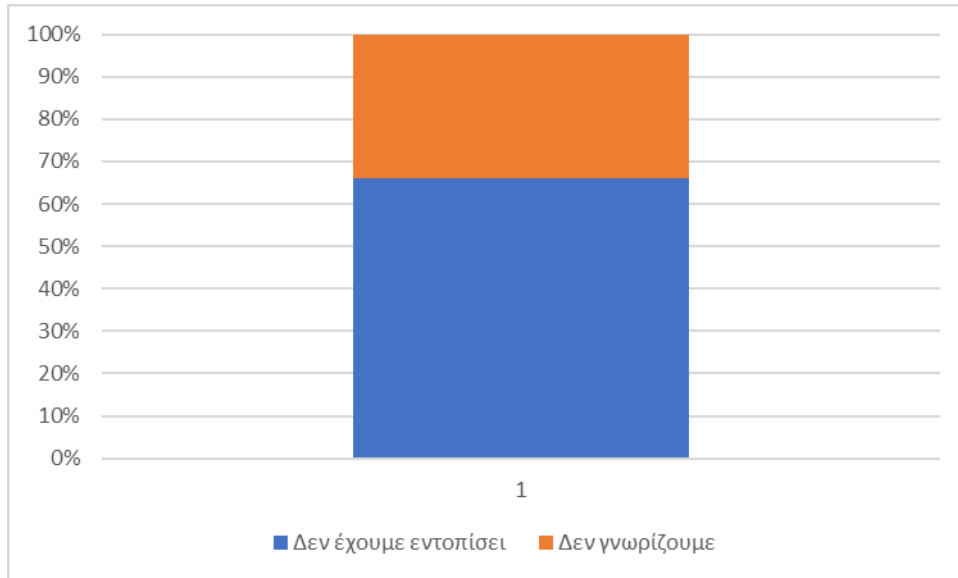
απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν επιχειρήσεις που διαθέτουν βάσεις δεδομένων και/ή αξιοποιούν τα δεδομένα και έχουν μεγάλη δύναμη στην αγορά. Κάποιοι πάροχοι ανέφεραν ότι οι ασφαλιστικές/ελεγκτικές και φαρμακευτικές εταιρείες έχουν μεγάλη δύναμη στην αγορά καθώς έχουν πρόσβαση σε πληθώρα δεδομένων. Τέλος 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.

ΙΧ.1.3 Η χρήση αλγορίθμων/ μαζικών δεδομένων και η αυξημένη πρόσβαση σε δεδομένα ως παράγοντας στρέβλωσης του ανταγωνισμού

392. 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 ζημία του ανταγωνισμού (ερώτηση 38). 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 γνωρίζουν⁴⁶⁷. 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 ποιότητας των προϊόντων/υπηρεσιών τους, την ορθότερη λήψη αποφάσεων, την προώθηση των προϊόντων τους αλλά ακόμα και τη στοχοποίηση μερίδας πελατών.
393. 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 24: 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.

⁴⁶⁷ 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.



394. 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 (ερώτηση 42). 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.
395. 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.
396. 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 (ερώτηση 43). 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.

397. 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.
398. 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.

IX.2. ΧΡΗΣΗ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ

IX.2.1 Χρήση τεχνολογιών Τεχνητής Νοημοσύνης (AI)

399. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν εάν θεωρούν ότι η μεγαλύτερη ενσωμάτωση τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης (Artificial Intelligence⁴⁶⁸) 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 (ερώτηση 44). 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.
400. Ορισμένοι από τους ερωτηθέντες συσχέτισαν τις τεχνολογίες τεχνητής νοημοσύνης με την ρομποτική χειρουργική και εστίασαν στη χρήση ή όχι αυτών σε διάφορες επεμβάσεις. Τέλος 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.
401. Στο ίδιο ερώτημα οι πάροχοι αναφέρουν επιπλέον ότι:
- (1) το πλεονέκτημα αυτό συνίσταται σε μεγαλύτερη γνώση, μεγαλύτερες δυνατότητες χάρις στον πλούτο των πληροφοριών και μεγαλύτερη διείσδυση στην αγορά,

⁴⁶⁸ Ο όρος Artificial Intelligence χρησιμοποιείται με ευρύτερη έννοια και περιλαμβάνει τεχνολογίες machine learning, algorithms και software.

- (2) είναι πιθανό για τις μεγάλες εταιρείες, που έχουν τη δυνατότητα, να αναλαμβάνουν το κόστος σχετικών επενδύσεων,
- (3) 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,
- (4) 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
- (5) 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.
402. 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.
403. 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 (ερώτηση 45). 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».
404. Ως προς την χρήση νέων τεχνολογιών και ψηφιακών εφαρμογών στον κλάδο ασφάλισης υγείας (ερώτηση 62-63), κάποιες ασφαλιστικές επιχειρήσεις απάντησαν ότι δεν τις έχουν αξιοποιήσει

στην επιχειρηματική τους δραστηριότητα⁴⁶⁹. 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 τηλεϊατρικής⁴⁷⁰ κ.α.

ΙΧ.2.2 Κίνδυνοι και οφέλη από την ενσωμάτωση των νέων τεχνολογιών

405. 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 (ερώτηση 46). 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.
406. 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, κάποιιοι δεν γνωρίζουν ή δεν χρησιμοποιούν τεχνολογίες τεχνητής νοημοσύνης ή δεν αναφέρουν την ύπαρξη πιθανών κινδύνων και/ή οφελών.
407. 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 (ερώτηση 48). 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

⁴⁶⁹ Ενδεικτικά [...], [...], [...], [...].

⁴⁷⁰ Ενδεικτικά [...], [...], [...], [...], [...], [...].

από αποκλειστικές συνεργασίες παρόχων υγείας - ασφαλιστικών οργανισμών - ελεγκτικών εταιρειών να δημιουργήσει «*συνθήκες στραγγαλισμού της αγοράς*», χωρίς περαιτέρω αιτιολογία.

408. 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 (ερώτηση 49). 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.
409. 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 (ερώτηση 53). 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.

410. 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).

ΙΧ.2.3 Αντιμετώπιση των στρεβλώσεων του ανταγωνισμού που προκαλούνται συνεπεία της χρήσης νέων τεχνολογιών

411. 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 (ερώτηση 54). Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων απάντησε καταφατικά, με την αιτιολογία ότι κατ' αυτό τον τρόπο θα εξαλειφόταν 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 ΑΙ 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).

412. 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 (ερώτηση 55). Στο ερώτημα περίπου 1/3 των ερωτώμενων απάντησαν καταφατικά, 1/3 των ερωτώμενων αρνητικά και 1/3 των ερωτώμενων απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν σχετικά.
413. 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.
414. 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 προασπίζουμε ως κλάδος, υπάρχει ακόμα δυνατότητα να προχωρήσουμε λίγο παραπάνω*».
415. 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.

416. 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 AI και ότι οι κανόνες καθορισμού του σκοπού αποδυναμώνουν τα μονοπώλια στις αγορές δεδομένων, επιτρέποντας στις νεοσύστατες επιχειρήσεις να εισέρχονται και να ανταγωνίζονται ισότιμα.

IX.2.4 Αξιοποίηση και προστασία δεδομένων ασθενών

417. Οι πάροχοι ερωτήθηκαν επίσης εάν έχουν γνώση για την ύπαρξη επιχειρήσεων που με τη χρήση τεχνολογιών AI, 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 (ερώτηση 50).
418. Οι πάροχοι, στις απαντήσεις τους, αναφέρθηκαν στη [...], διεθνή πάροχο υγειονομικής περίθαλψης στις ΗΠΑ που προχώρησε το 2016 στη δημιουργία του [...] με σκοπό να φέρει τεχνολογικές καινοτομίες από τον ακαδημαϊκό χώρο στην αγορά, και στην [...] που μέσα σε 8 μήνες κατασκεύασε και να αξιολόγησε ένα νέο αντικαρκινικό φάρμακο, κάτι που με την παραδοσιακή διαδικασία θα έπαιρνε 4-5 χρόνια.
419. 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.
420. 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) (ερώτηση 51). 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.

421. 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 τυγχάνουν 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.

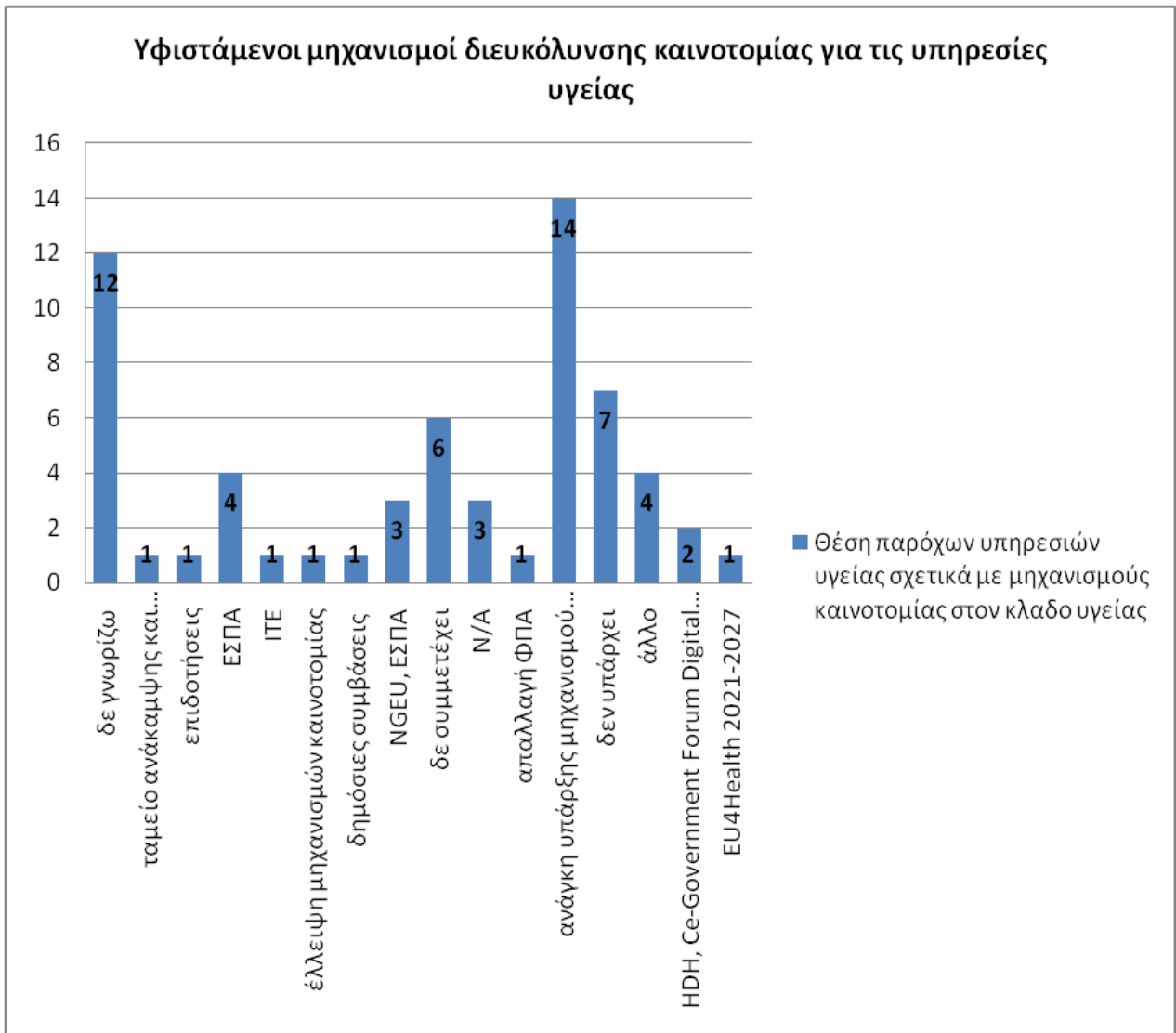
IX.2.5 Άλλοι μηχανισμοί καινοτομίας

422. 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 (ερώτηση 25). 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.
423. 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 εξελιγμένων τηλεπικοινωνιακών μέσων, υπηρεσιών υγείας»*.
424. 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.

425. 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 25: Θέση παρόχων υπηρεσιών υγείας σχετικά με την ανάγκη μηχανισμών διευκόλυνσης καινοτομίας στον κλάδο της υγείας και στη σημασία τους για την ανάπτυξη της καινοτομίας



IX.3. Συμπεράσματα Κεφαλαίου IX

Από την έρευνα της Επ.Αντ. δύνανται να αντληθούν τα εξής συμπεράσματα:

- 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 υπάρχων 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 ολοένα 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, εμπριέχων 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 πάροχων υπηρεσιών υγείας θεωρήσαν 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.

ΣΥΝΟΨΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

X. Κλάδος υπηρεσιών υγείας

427. Η δομή των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μέτριο βαθμό συγκέντρωσης. Η βασική τάση που διαπιστώνεται είναι η εξαγορά ιδιωτικών κλινικών από επενδυτικά σχήματα (funds), με σημαντικότερο παράδειγμα τη συγκέντρωση σειράς ιδιωτικών κλινικών υπό τον έλεγχο των κεφαλαίων CVC την τελευταία πενταετία. Μερίδα των συμμετεχόντων στην έρευνα της Υπηρεσίας εκφράζει ανησυχίες για τις τάσεις συγκέντρωσης στην αγορά, και ιδίως την παράλληλη δραστηριοποίηση μεγάλων παρόχων υπηρεσιών υγείας στην αγορά παροχής υπηρεσιών ασφάλισης υγείας (καθετοποίηση).

428. Ως προς τον αντίκτυπο των πρόσφατων συγκεντρώσεων στην αγορά, παρουσιάζεται μια μικτή εικόνα: περίπου μισοί θεωρούν ότι οι συγκεντρώσεις έχουν ή ενδέχεται να δημιουργήσουν προβλήματα στην ομαλή λειτουργία της αγοράς, ωστόσο τα παραδείγματα και οι διευκρινίσεις που δίνονται δεν αφορούν σε πρακτικές αποκλεισμού των ανταγωνιστών per se, αλλά μάλλον αναδεικνύουν τη σημασία του ικανού μεγέθους και της χρηματοοικονομικής ισχύος για τη δραστηριοποίηση στην αγορά, των συνεργειών από την ένταξη υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας στον ίδιο όμιλο ή/και των συνεργειών από εμπορικές συνεργασίες.

429. Ως προς το γενικότερο ερώτημα της ύπαρξης παρόχων με ισχύ στην αγορά, υπήρξαν μικτές απαντήσεις εκ μέρους των συμμετεχόντων στην κλαδική μελέτη. Τα δυο τρίτα των ερωτηθέντων θεωρούν ότι υπάρχουν πάροχοι υπηρεσιών υγείας με ισχύ στην αγορά, ιδίως οι όμιλοι με παρουσία σε μεγάλα αστικά κέντρα και δραστηριότητες τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων πάντως δεν θεωρεί καμία επιχείρηση ως «δεσπόζουσα» στην αγορά. Ως ιδιαίτερο ζήτημα αναδεικνύεται η καθετοποίηση του κλάδου υγείας με τον κλάδο ασφάλισης υγείας (μέσω συγκεντρώσεων ή διαφόρων πρακτικών/συμπράξεων).

430. Ωστόσο, από την έως τώρα έρευνα της Υπηρεσίας δεν έχουν αναδειχθεί αντι-ανταγωνιστικές πρακτικές είτε μεταξύ παρόχων υγείας είτε μεταξύ παρόχων υγείας και παρόχων ασφάλισης υγείας. Το μεγαλύτερο μέρος των απαντήσεων μάλιστα αναφέρεται σε έντονο ανταγωνισμό μεταξύ παρόχων υγείας, ιδίως όσων δραστηριοποιούνται στα αστικά κέντρα. Λίγες απαντήσεις αναφέρουν την ύπαρξη «αντι-ανταγωνιστικών» πρακτικών, ωστόσο η συντριπτική πλειονότητα αυτών δεν αφορούν σε πιθανές παραβάσεις του δικαίου ανταγωνισμού (όπως πχ. αθέμιτες εμπορικές πρακτικές και ενδεχόμενη παραπληροφόρηση) αλλά σε κάθε περίπτωση θα διερευνηθεί περαιτέρω η ύπαρξη πρακτικών όπως συμφωνίες αποκλειστικότητας, δεσμευμένες πωλήσεις, ρήτρες “all or nothing”, ρήτρες MFN, συμφωνίες μη ανταγωνισμού μεταξύ των διαφόρων μερών της αλυσίδας αξίας υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης οι οποίες δύνανται να έχουν επιπτώσεις στον ανταγωνισμό.

431. Βασικές παράμετροι του ανταγωνισμού είναι η ποιότητα των υπηρεσιών, οι οικονομικοί παράγοντες (κεφάλαιο, επενδύσεις, οικονομική ισχύς που προσφέρει η συμμετοχή σε μεγάλο όμιλο επιχειρήσεων), καθώς και το marketing/η διαφήμιση.
432. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερο ενδιαφέρον για περαιτέρω διερεύνηση παρουσιάζουν οι απαντήσεις που αναφέρονται στον πιθανό αρνητικό αντίκτυπο από τη σύναψη «πανομοιότυπων συμφωνιών» νοσοκομείων με ασφαλιστικές εταιρείες ή/και πολιτικής περιορισμένης κάλυψης και πίεσης προς του παρόχους υπηρεσιών υγείας. Επίσης, δεν είναι σαφής ο τρόπος τιμολόγησης των υπηρεσιών υγείας από τις ιδιωτικές κλινικές, εάν είναι ελεύθερο ή παίζει ρόλο το ΚΕΤΕΚΝΥ.
433. Οι πάροχοι υγείας καταδεικνύουν ως βασικές πηγές στρέβλωσης του ανταγωνισμού αφενός μεν, την αυξημένη συγκέντρωση στην αγορά, αφετέρου δε μηχανισμούς συγκράτησης κόστους και εξορθολογισμού του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία, όπως τα θεσμοποιημένα ΚΕΝ του ΕΟΠΠΥ, κάτι που πρέπει να διερευνηθεί.
434. Επίσης, η πλειονότητα των συμμετεχόντων θεωρεί ότι υφίστανται ρυθμιστικά εμπόδια εισόδου και δραστηριοποίησης στην αγορά. Ως προς το ζήτημα αυτό, δυο βασικά ζητήματα αναδεικνύονται από την έρευνα της Υπηρεσίας και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης:
- (1) Το ρυθμιστικό πλαίσιο που διέπει την ίδρυση και λειτουργία υποδομών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, το οποίο χαρακτηρίζεται ως πολύπλοκο, διαρκώς μεταβαλλόμενο, ασαφές και συχνά παρωχημένο, καθώς και η έλλειψη ενιαίας εφαρμογής του πλαισίου αυτού, τα γραφειοκρατικά προσκόμματα, και οι αυστηρές προϋποθέσεις αδειοδότησης.
 - (2) Η εφαρμογή του μηχανισμού clawback & rebate, ο οποίος ωστόσο αποσκοπεί στην αποτροπή υπέρμετρων κρατικών δαπανών στον τομέα της υγείας, και παρουσιάζεται ως μειονέκτημα γιατί συμπίεζει τα περιθώρια κέρδους των ιδιωτικών κλινικών.
435. Η πλειονότητα των απαντήσεων θεωρεί ότι υπάρχουν παρεμβάσεις στη δραστηριότητα των παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας από δημόσιους φορείς. Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στον μονοψωνιακό ρόλο του ΕΟΠΠΥ και του συνακόλουθου περιορισμού των οικονομικών εσόδων των παρόχων. Ως παράδειγμα παρεμβατικότητας του κράτους αναφέρθηκε η αναγκαστική διάθεση ιδιωτικών κλινικών για την αντιμετώπιση της πανδημίας.
436. Η πανδημία Covid-19 δοκίμασε τις αντοχές του συστήματος υγείας. Κατά τη διάρκεια της πανδημίας μειώθηκαν τα έσοδα και αυξήθηκαν οι δαπάνες λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών για διάφορους λόγους: (α) αύξηση λειτουργικού κόστους και υλικών, (β) αύξηση κόστους λόγω υιοθέτησης νέων αυστηρών διαδικασιών πρόληψης και καταπολέμησης της εξάπλωσης του ιού, (γ) ανάγκη αναβάθμισης ψηφιακών συστημάτων κλπ., (δ) λόγω της μειωμένης δυναμικότητας των νοσοκομείων του ΕΣΥ, οι ιδιωτικές κλινικές επωμίστηκαν μέρος το βάρος της νοσηλείας ασθενών Covid-19, με αντίστοιχη μείωσή της δυναμικότητάς τους για την παροχή άλλων υπηρεσιών (πχ. εκλεκτικές χειρουργικές επεμβάσεις, κλπ.), χωρίς αποζημίωσή τους από το κράτος. Ωστόσο, η πανδημία είχε και θετικό αντίκτυπο στη λειτουργία των ιδιωτικών παρόχων υπηρεσιών υγείας, καθώς οδήγησε σε επενδύσεις για ψηφιακό εκσυγχρονισμό, πρόσληψη νέου προσωπικού και επέκταση των δραστηριοτήτων, που τελικά απέφεραν κέρδη στους παρόχους.
437. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η παρατήρηση περί μεταστροφής των ασφαλισμένων προς τους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας και της ευαισθητοποίησης των ασθενών ως προς την ανάγκη πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Αυτό με τη σειρά του οδήγησε σε στροφή στις ιδιωτικές υπηρεσίες ασφάλισης και αναζήτηση ικανοποιητικών ασφαλιστικών προγραμμάτων, με περαιτέρω ανάπτυξη του κλάδου. Από την άλλη, κάποιες πληθυσμιακές ομάδες οδηγήθηκαν σε αποκλεισμό από την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας.

438. Αν και αρκετοί συμμετέχοντες αναφέρουν ότι ανέκυσαν «στρεβλώσεις του ανταγωνισμού» κατά τη διάρκεια της πανδημίας Covid-19, οι απαντήσεις τους αναφέρονται κυρίως στο αυξημένο κόστος υγειονομικού υλικού και covid-test, στην απειρία και την έλλειψη ρυθμιστικού πλαισίου για την προμήθεια αυτού του υλικού, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται υψηλές τιμές εις βάρος των καταναλωτών.

XI. Κλάδος ασφάλισης υγείας

439. Ο κλάδος ασφάλισης υγείας χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη σχετικά μεγάλου αριθμού παικτών. Οι παρατηρούμενες συγκεντρώσεις είναι κυρίως οριζόντιας φύσεως (μεταξύ ανταγωνιστών), και κατά μια άποψη αντανακλούν τη γενικότερη ευρωπαϊκή τάση ανακατατάξεων στον ασφαλιστικό χώρο λόγω των υψηλών κεφαλαιακών απαιτήσεων της ενωσιακής νομοθεσίας.
440. Ως προς τον αντίκτυπο των συγκεντρώσεων στην αγορά, παρουσιάζεται μια μικτή εικόνα. Αφενός μεν, οι οριζόντιες συγκεντρώσεις μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων αξιολογούνται θετικά, ως πηγή βελτίωσης της αποτελεσματικότητας (οικονομίες κλίμακος, υψηλότερα επίπεδα κεφαλαιακής επάρκειας, διεύρυνση του χαρτοφυλακίου προϊόντων και υπηρεσιών). Αφετέρου, αρκετοί εκφράζουν ανησυχίες ως προς την συνένωση δραστηριοτήτων στις αγορές υγείας και ασφάλισης, με ορισμένους ωστόσο να παρατηρούν ότι μια τέτοια συνένωση αποτελεί πηγή ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος, και άλλους να επισημαίνουν πιθανά φαινόμενα ύπαρξης διακριτικής μεταχείρισης.
441. Πολλοί συμμετέχοντες θεωρούν ότι υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας με ισχύ στην αγορά. Ωστόσο, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην κλαδική έρευνα δεν θεωρεί ότι υπάρχουν εμπόδια εισόδου στην αγορά.
442. Βασικές παράμετροι επιλογής ασφαλιστικού προγράμματος είναι μεταξύ άλλων το ύψος των ασφαλιστρών, το εύρος της κάλυψης, η φήμη του παρόχου καθώς και το δίκτυο συνεργασίας με παρόχους υγείας που παρέχει. Φαίνεται ότι υπάρχει επαρκής διαφοροποίηση των ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας, ενώ παρατηρείται ότι οι καταναλωτές που έχουν ασφαλιστήριο υγείας με μια ασφαλιστική διατηρούν και έτερη ασφαλιστική κάλυψη από την ίδια επιχείρηση. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων διαφαίνεται ότι η δεσμοποίηση προγραμμάτων ασφάλισης υγείας με άλλα ασφαλιστικά προγράμματα αποτελεί μάλλον συνήθη εμπορική πρακτική.
443. Οι ασφαλιστικοί πάροχοι τείνουν να συνεργάζονται με πλήθος παρόχων υγείας. Η επιλογή των παρόχων με τους οποίους επιδιώκεται συνεργασία γίνεται με βάση το κόστος/τιμοκατάλογο, κάλυψη γεωγραφικών περιοχών και το επίπεδο παροχής υπηρεσιών. Από την έως τώρα έρευνα της Υπηρεσίας, οι πάροχοι υγείας φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη διαπραγματευτική δύναμη από τις εταιρείες ασφάλισης. Ορισμένες ασφαλιστικές επιχειρήσεις θεωρούν ότι [...], [...], [...], [...], [...] και [...] αποτελούν απαραίτητους εμπορικούς συνεργάτες.
444. Η αγορά υπηρεσιών ασφάλισης υγείας επηρεάζεται από το κόστος και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας καθώς και το βαθμό συγκέντρωσης στην τελευταία αυτή αγορά, με την υψηλότερη συγκέντρωση να επηρεάζει ιδίως τη θέση των μικρότερων ασφαλιστών. Επισημαίνεται ότι, εξαιτίας της αδυναμίας των ασφαλιστικών εταιρειών να επηρεάσουν το κόστος της νοσοκομειακής περίθαλψης, γεγονός που επιτείνεται από την έλλειψη ενός διαφανούς συστήματος αποζημίωσης, πολλές ασφαλιστικές επιχειρήσεις καταφεύγουν στη σύναψη ατομικών συμβάσεων με παρόχους υγείας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον εμφανίζει η επισήμανση ότι, για το σκοπό αυτό, οι μικροί και μεσαίου μεγέθους πάροχοι ιδιωτικής ασφάλισης δεν συνάπτουν απευθείας συμβάσεις με τους παρόχους υγείας, αλλά βασίζονται στη χρήση υπηρεσιών διαχείρισης ασφάλισης τις οποίες προσφέρουν συγκεκριμένοι ενδιάμεσοι παίκτες. Επιπλέον, επισημάνθηκε η χρήση ιατρικού ελεγκτή για τη συλλογική διαπραγμάτευση με παρόχους υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, αναφέρονται διάφορες πρακτικές για την επιλογή συγκεκριμένων κλινικών από τους παρόχους

υπηρεσιών ασφάλισης, όπως η διεξαγωγή μειοδοτικού διαγωνισμού από ασφαλιστική επιχείρηση με προκαθορισμένο ασφάλιστρο ανά μήνα ανά ασφαλισμένο, η επιλογή κλινικής βάσει προκαθορισμένου ετήσιου κόστους ανεξάρτητα από το πλήθος των νοσηλείων του συγκεκριμένου χαρτοφυλακίου, προγράμματα *capitation*, κλπ. Οι εμπορικές σχέσεις μεταξύ των παρόχων υπηρεσιών υγείας, ασφάλισης υγείας και των ανωτέρω διαμεσολαβητών-παρόχων υπηρεσιών διαχείρισης ασφάλισης, καθώς και οι πιθανές επιπτώσεις τους στην αγορά προτείνεται να διερευνηθούν περαιτέρω.

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

XII. Συμπεράσματα: Δεδομένα και νέες τεχνολογίες

446. Η βασική παραδοχή της Ενδιάμεσης Έκθεσης είναι ότι ένα κατάλληλο ρυθμιστικό πλαίσιο προσανατολισμένο στην προστασία και την πρόσβαση σε δεδομένα σχετικά με την υγεία θα συμβάλει στην ενίσχυση του ανταγωνισμού και στην ανάπτυξη νεοφυών και υφιστάμενων επιχειρήσεων ιατρικής τεχνολογίας, με άμεσο αποτέλεσμα την αυξημένη καινοτομία και την εμπλουτισμένη ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών.
447. Από την έρευνα της Υπηρεσίας προκύπτουν επίσης τα ακόλουθα συμπεράσματα:
448. Οι ιδιωτικές κλινικές ως επί το πλείστον συλλέγουν και επεξεργάζονται οι ίδιες τα προσωπικά δεδομένα των ασθενών τους και διαβιβάζουν τα απαραίτητα στοιχεία σε ασφαλιστικούς, ιδιωτικούς και μη, και ελεγκτικούς φορείς τηρώντας τον ΓΚΠΔ (γραφτή έγκριση των ασθενών). Αναφέρθηκε 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».
449. Οι πάροχοι υπηρεσιών ασφάλισης υγείας συλλέγουν τα δεδομένα εκείνα που αφορούν την εκτίμηση του κινδύνου κατά τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης (ιατρικό ιστορικό και εξετάσεις), και εν συνεχεία τα δεδομένα εκείνα που αφορούν την αξιολόγηση της αποζημίωσης, ήτοι ιατρικές διαγνώσεις και δεδομένα νοσηλείας, αποτελέσματα εξετάσεων πρακτικά χειρουργείων, τιμολόγια νοσοκομείων κ.α. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις λαμβάνουν από τις κλινικές τα επιμέρους ιατρικά δεδομένα του εκάστοτε περιστατικού, κατά κανόνα στο βαθμό που χρειάζονται για να εκτιμηθεί εάν το περιστατικό εμπίπτει στο πεδίο της ασφαλιστικής κάλυψης και οι επιμέρους πληροφορίες αναφορικά με το κόστος νοσηλείας κτλ.
450. Οι συμμετέχοντες πάροχοι υπηρεσιών υγείας θεωρούν ότι, για την καλύτερη παροχή των σχετικών υπηρεσιών στους ασθενείς, είναι απαραίτητη η πρόσβαση παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας σε δεδομένα σχετικά με το ιστορικό των ασθενών καθώς και ο πλήρης ιατρικός φάκελος ασθενών, εμπεριέχων π.χ. παθήσεις, νοσηλείες, ιατρικές εξετάσεις/αποτελέσματα εξετάσεων -εργαστηριακοί, ακτινοδιαγνωστικοί έλεγχοι-, φαρμακευτική αγωγή, με στόχο για την καλύτερη δυνατή παροχή υπηρεσιών. Ωστόσο, οι πάροχοι υγείας ως επί το πλείστον δεν θεωρούν ότι η πρόσβαση σε δεδομένα ότι προσδίδει ιδιαίτερο ανταγωνιστικό πλεονέκτημα.
451. Επιπλέον, εκτιμάται ότι η αυξημένη πρόσβαση σε δεδομένα υγείας πολιτών από ασφαλιστικές εταιρείες υγείας μπορεί να οδηγήσει σε στρέβλωση του ανταγωνισμού και σε αύξηση της δύναμης της αγοράς συγκεκριμένων παρόχων ασφαλιστικών υπηρεσιών υγείας. Επίσης, δεν αποκλείεται η διακριτική μεταχείριση εις βάρος κατηγοριών πολιτών και σε μειωμένη πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας και ασφάλισης. Στο πλαίσιο αυτό, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρωτοβουλία της [...] για τη

δημιουργία Κώδικα Δεοντολογίας για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από ασφαλιστικές εταιρείες, προκειμένου να εξειδικευθούν οι γενικές αρχές και υποχρεώσεις που γεννώνται για τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις και προστατευθούν οι ασφαλισμένοι καταναλωτές.

452. Η αξιοποίηση δεξαμενών δεδομένων (data pools) για προσωπικά ιατρικά δεδομένα από εταιρείες υγείας ή ασφάλισης κρίνεται ότι έχει τόσο θετικά όσο και αρνητικά αποτελέσματα. Η θετική συμβολή συνίσταται 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, προϋποθέτει ωστόσο την ορθή χρήση των δεδομένων αυτών. Πράγματι, οι περισσότεροι ερωτώμενοι πάροχοι υπηρεσιών υγείας φαίνεται να ανησυχούν για την ασφάλεια, την προσβασιμότητα και την τρόπο αξιοποίησης των δεδομένων, με πιθανό αρνητικό αντίκτυπο στην ιδιωτικότητα των ασθενών, μεταξύ άλλων λόγω έλλειψης του απαραίτητου νομοθετικού/νομικού πλαισίου αλλά και γνώσης/εκπαίδευσης των ατόμων που χειρίζονται τις εν λόγω δεξαμενές. Πάντως, η πλειονότητα των ερωτώμενων κλινικών απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν επιχειρήσεις που διαθέτουν βάσεις δεδομένων και/ή αξιοποιούν τα δεδομένα και έχουν μεγάλη δύναμη στην αγορά.
453. Τέλος, η πλειοψηφία τόσο των ερωτηθέντων παρόχων υγείας όσο και των παρόχων ασφάλισης υγείας δεν έχει εντοπίσει πρακτικές μόχλευσης (leveraging) της δύναμης μιας εταιρείας σε γειτονικές αγορές μέσω της χρήσης μαζικών δεδομένων ή/και αλγορίθμων.
454. Μεταξύ των νέων τεχνολογιών νέφους (cloud), τεχνητής νοημοσύνης (AI) και blockchain, μόνο η πρώτη (cloud service) έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως και για επαρκές χρονικό διάστημα ώστε να έχουν γίνει φανερές οι επιπτώσεις της, που είναι θετικές, υποστηρίχθηκε δε θερμά η πλήρης μετάβαση από την κουλτούρα του «offline storage» σε αυτή του cloud. Πάντως, οι ερωτώμενοι δεν εντόπισαν στην συντριπτική πλειοψηφία τους αντι-ανταγωνιστικά προβλήματα από τη χρήση νέων τεχνολογιών τη δεδομένη χρονική στιγμή. Αντιθέτως, αναφέρθηκε ότι οι νέες τεχνολογίες είναι εύκολα προσβάσιμες ακόμα και από νεοφυείς επιχειρήσεις, ενθαρρύνοντας τον ανταγωνισμό και την καινοτομία. Υπήρξαν πάντως ερωτώμενοι που εξέθεσαν τις επιφυλάξεις τους, αναφέροντας πιθανά προβλήματα με συντονισμένη συμπεριφορά χρηστών ή καταχρηστική μονομερή συμπεριφορά από χρήστες (π.χ. αποκλεισμό από πρόσβαση σε αναγκαία τεχνολογία).
455. Ειδικότερα ως προς την τεχνητή νοημοσύνη (AI), η πλειοψηφία των ερωτώμενων ιδιωτικών κλινικών επεσήμανε τις θετικές επιπτώσεις της στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ταχύτερη εξυπηρέτηση μεγαλύτερου όγκου ασθενών και τη μείωση του κόστους. Η χρήση αυτών των τεχνολογιών θα προσδώσει συγκριτικά πλεονεκτήματα στους παρόχους ιατρικών υπηρεσιών που θα τις υιοθετήσουν. 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. Το κυριότερο πρόβλημα που εντοπίστηκε είναι η αδυναμία των μικρότερων παρόχων υγείας να τις ενσωματώσουν, με αποτέλεσμα να περιέλθουν σε ανταγωνιστικό μειονέκτημα.
456. Τέλος, αρκετοί ερωτώμενοι πάροχοι υγείας επισημαίνουν την ανάγκη ύπαρξης μηχανισμών διευκόλυνσης της καινοτομίας, καθώς και ότι η ΕΑ θα μπορούσε αν συμβάλει σε αυτό με την εφαρμογή του άρθρου 37^A ν. 3959/2011.
457. Από τις ανωτέρω πληροφορίες και έρευνες της Υπηρεσίας, προκύπτει επίσης ότι για την περαιτέρω διερεύνηση του εν λόγω κλάδου και των συνθηκών εντός αυτού, αλλά και ως προς τη χρήση των δεδομένων, είναι σημαντική μια συστημική συζήτηση με τους παράγοντες της αγοράς και δημόσιους φορείς για πιθανές λύσεις σε προβλήματα τα οποία ενδέχεται να προκύπτουν. Τούτο διότι η διερεύνηση της συγκεκριμένης αλυσίδας αξίας που επιχειρείται υπό το πλαίσιο της πολιτικής και του δικαίου του ανταγωνισμού, θα πρέπει να λάβει υπόψη διάφορες διαστάσεις (π.χ.

την ποιοτική διάσταση) ως προς την παροχή των άρρηκτα συνδεδεμένων υπηρεσιών (υγεία και ασφάλιση υγείας) προς το συμφέρον του ανταγωνισμού και του τελικού καταναλωτή.