



ΤΑ ΚΥΡΙΑ ΣΗΜΕΙΑ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

Βάζει φρένο στον δείκτη υγείας

- ▶ Στον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται μέτριος βαθμός συγκέντρωσης
- ▶ Η έρευνα ανέδειξε το ζήτημα της διακριτικής τιμολόγησης πελατών και της αδιαφάνειας στην τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας
- ▶ Κρίνεται σκόπιμος ο περαιτέρω εξορθολογισμός του ρυθμιστικού πλαισίου για τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών
- ▶ Απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός των DRGs προς αποφυγήν των αρνητικών συνεπειών

| Αναλυτικό ρεπορτάζ στις σελίδες 22 - 36



ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ

Βάζει φρένο στον δείκτη

Τα κύρια σημεία της έκθεσης για τις ασφαλίσεις και τις υπηρεσίες υγείας

Η έρευνα της Επιτροπής Ανταγωνισμού (Ε.Α.) αναδεικνύει μία σειρά σημαντικών θεμάτων, τα οποία θα πρέπει να εξετασθούν με ιδιαίτερη προσοχή, εν όψει μάλιστα και της κυβερνητικής επιλογής να παρέμβει στις σχέσεις ασφαλιστικών εταιρειών υγείας και ιδιωτικών νοσοκομείων με μία αποσπασματική αντιμετώπιση του πολύπλοκου θέματος, όπως αναγνωρίζεται από την Ε.Α., που είναι η κατάρτιση ενός νέου Ετήσιου Δείκτη Αναπροσαρμογής μακροχρόνιων ασφαλίσεων υγείας («ΕΔΑ»).

Η Υγεία, ξεκαθαρίζει η Ε.Α., δεν είναι συννηθισμένο αγαθό, έχει ιδιαιτερότητες και, ως εκ τούτου, δεν μπορούν και δεν είναι πάντα επιθυμητό να ισχύουν οι κανόνες της ελεύθερης αγοράς.

Στη συνέχεια, παρουσιάζει αναλυτικά την εικόνα του δημοσίου συστήματος υγείας, των βασικών δεικτών των οικονομικών της υγείας, την αγορά των ιδιωτικών νοσοκομείων και την ασφαλιστική αγορά υγείας. Μεταξύ άλλων, τονίζει ότι η αγορά υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης στην Ελλάδα είναι πολύπλοκη, με αυξημένη αλληλεξάρτηση μεταξύ παρόχων υγείας και ασφαλιστικών εταιρειών. Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας παρουσιάζει μέτριο βαθμό συγκέντρωσης, με έξι μεγάλους ομίλους και τρεις σημαντικές ανεξάρτητες κλινικές. Οι εξαγορές από ξένα επενδυτικά κεφάλαια έχουν αυξήσει τη δυναμική του κλάδου, χωρίς ωστόσο να μεταβάλλουν σημαντικά τον βαθμό συγκέντρωσης. Το υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο, ιδιαίτερα οι διαδικασίες για αύξηση των κλινών και οι διαφορετικοί κανονισμοί αδειοδότησης, δημιουργεί ρυθμιστικές ασυμμετρίες και στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό. Οι παλαιότερες κλινικές λειτουργούν με χαμηλότερο κόστος, ενώ οι νεότερες επιβαρύνονται με αυστηρότερες προδιαγραφές, γεγονός που απαιτεί περαιτέρω εξορθολογισμό του ρυθμιστικού πλαισίου, ώστε να διευκολυνθεί η ανάπτυξη και να ανταποκριθούν οι

πάροχοι στην αυξανόμενη ζήτηση.

Στον κλάδο της ασφάλισης υγείας δραστηριοποιούνται τουλάχιστον 13 εταιρείες, επίσης με μέτριο βαθμό συγκέντρωσης. Το πλαίσιο εποπτείας διασφαλίζει τη φερεγγυότητα των εταιρειών, ενώ σημαντικό ρόλο παίζουν οι εταιρείες διαχείρισης αποζημιώσεων, οι οποίες λειτουργούν ως ενδιάμεσοι μεταξύ ασφαλιστικών και παρόχων υγείας.

Αναφέρει επίσης ότι το αυξανόμενο κόστος υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών προϊόντων, σε συνδυασμό με την αδιαφάνεια τιμολόγησης των υπηρεσιών υγείας, περιορίζει την ικανότητα των καταναλωτών να συγκρίνουν και να ελέγχουν τις δαπάνες τους.

Η Επιτροπή με τις προτάσεις της, που είναι διατυπωμένες προσεκτικά, αναδεικνύει ωστόσο ορισμένα θέματα, όπως την ανάγκη εξορθολογισμού του ρυθμιστικού πλαισίου για τις ιδιωτικές κλινικές, με στόχο την ενιαία και πιο δίκαιη αδειοδότηση και διευκόλυνση της επέκτασης των υποδομών, υιοθετώντας ουσιαστικά τη θέση της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος ότι η εν λόγω αγορά χρειάζεται «να ανοίξει».

Τάσσεται υπέρ της διαφάνειας μέσω τυποποίησης και εποπτείας των τιμοκαταλόγων των κλινικών, ώστε οι καταναλωτές να συγκρίνουν εύκολα υπηρεσίες και κόστος.

Θέτει και το θέμα της αναβάθμισης της πληροφόρησης στα ασφαλιστήρια συμβόλαια, ώστε οι καταναλωτές να κατανοούν όρους, καλύψεις και κόστος και να βελτιώνεται η διαπραγματευτική τους θέση.

Τέλος, ουσιαστικά «ακυρώνει» την κυβερνητική επιλογή για τον σχεδιασμό ενός νέου δείκτη ΕΔΑ, καθώς κάνει λόγο για στρεβλώσεις που θα μειώσουν τον ανταγωνισμό.

Ο ΚΛΑΔΟΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

II.1. Λειτουργία και Αλληλεπίδραση Υπηρεσιών Υγείας και Ασφάλισης

Η λειτουργία της αγοράς καθορίζεται, σύμφωνα με την οικονομική θεωρία, κυρίως από τη σχέση της ζήτησης και της προσφοράς, με κύριο στόχο από πλευράς ιδιωτών τη μεγιστοποίηση της χρησιμότητας (καταναλωτές) και από πλευράς επιχειρήσεων τον κέρδους (παραγωγοί), ενώ η κοινωνία επιδιώκει διά αυτής της διαδικασίας την επίτευξη οικονομικής αποτελεσματικότητας. Η Υγεία δεν είναι συννηθισμένο αγαθό, έχει ιδιαιτερότητες και, ως εκ τούτου, δεν μπορούν και δεν είναι πάντα επιθυμητό να ισχύουν οι κανόνες της ελεύθερης αγοράς.

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 ανά-

γκες του. Λόγω του απρόβλεπτου χαρακτήρα της ζήτησης υπηρεσιών υγείας, οι καταναλωτές δεν είναι σε θέση να προγραμματίσουν τις δαπάνες τους ώστε να μπορούν να αντεπεξέλθουν σε περίπτωση ξαφνικής ανάγκης κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας.

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 εταιρείες.

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

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.

Υπό αυτό το πρίσμα, η οργάνωση και λειτουργία των γεωτονικών 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 παρεχόμενων υπηρεσιών, τις τιμές των υπηρεσιών υγείας, τις αποφάσεις περιβολής, τα ασφαλιστήρια 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 παρεχόμενων 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 καταναλωτές.

• Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα μικτό σύστημα, που συνδυάζει την κοινωνική ασφάλιση υγείας (ΚΑΥ) και το κεντρικά χρηματοδοτούμενο ΕΣΥ. Το ελληνικό ΕΣΥ είναι αρκετά διαφορετικό από άλλα ευρωπαϊκά, καθώς να μην

προσφέρει καθολική κάλυψη, αλλά στηρίζεται και στη φορολογία αλλά και στην ασφάλιση, και επιπλέον εμφανίζει και πάρα πολύ μεγάλη συμμετοχή της ιδιωτικής δαπάνης. Στη χώρα μας το 89% των ιδιωτικών δαπανών για την Υγεία προέρχεται απευθείας από τους «χρήστες» (τους πολίτες) και μόνο το 11% καλύπτεται από τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες. Στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες συμβαίνει το αντίθετο.

Παράγοντες διαμόρφωσης της ζήτησης υπηρεσιών υγείας

Βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση στον κλάδο Υγείας είναι τα δημογραφικά στοιχεία και η συνοδική 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. Όσον αφορά στον παράγοντα των δημογραφικών στοιχείων, ο πληθυσμός της Ελλάδας βαίνει μειούμενος από το 2011 και έπειτα, ενώ προβλέπεται μείωση σε 8,3 εκατομμύρια το 2050. Στη γήρανση του πληθυσμού, η Ελλάδα, σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης του 2023, είναι η τέταρτη σε κατάταξη χώρα με



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

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

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

**Εκ των οποίων 66 σε λειτουργία

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

Ο δείκτης προσδόκιμου ζωής σε χρόνια για τα παιδιά που γεννιούνται σήμερα ανέρχεται σε 83,4 χρόνια, σχεδόν ταυτόσημος με τον μέσο δείκτη της Ευρώπης των 27 (83,3). Το προσδόκιμο ζωής σε άτομα ηλικίας 65 ετών είναι 20,9 για τις γυναίκες (Ε.Ε.-27:21,1) και 17,8 για τους άνδρες (Ε.Ε.-27:17,7). Αυτό διασπάται σε 9 χρόνια υγιούς διαβίωσης και 11,9 χρόνια με περιορισμούς στη δραστηριότητα για τις γυναίκες, ενώ για τους άνδρες η αντίστοιχη διάσπαση είναι 8,6 χρόνια και 9,2 χρόνια.

Το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι διάφοροι παράγοντες, με βασικότερο τη γήρανση του πληθυσμού, οδηγούν μακροχρόνια σε αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Αν και ο πληθυσμός της χώρας μειώνεται, παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά τη 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 καταναλωμένων υπηρεσιών υγείας, καθώς οι ηλικιωμένοι αποτελούν το τμήμα του πληθυσμού που χρειάζεται περισσότερη και ακριβότερη ιατρική φροντίδα. Περαιτέρω, στον κλάδο παροχής υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται και το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης (induced demand). Ως προκλητή ζήτηση ονομάζεται η αγορά υπηρεσιών υγείας που προκαλεί ο επαγγελματίας υγείας (π.χ. γιατρός) στον ασθενή με σκοπό τη δική του ευμερία και όχι απαραίτητα του ασθενούς, εκμεταλλευόμενος την ασύμμετρη πληροφόρηση που υπάρχει μεταξύ του κατόχου των γνώσεων όσον αφορά το αγαθό της Υγείας σε σύγκριση με τις γνώσεις του ασθενούς. Ο γιατρός παραινεί τον ασθενή να αγοράσει υπηρεσίες υγείας που δεν είναι αναγκαίες για τη διάγνωση και τη θεραπεία

της ασθένειας ή προκαλεί αύξηση της συχνότητας των επισκέψεων του ασθενούς με απώτερο σκοπό οικονομικό κέρδος ή στο πλαίσιο «αμυντικής ιατρικής». Ο ασθενής, από ενδιαφέρον για την υγεία του αθλή και από άγνοια και εμπιστοσύνη προς τον επαγγελματία υγείας, τις περισσότερες φορές ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες που του δίνονται χωρίς πάντα να του είναι απαραίτητες. Συνήθως το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης εμφανίζεται σε συστήματα υγείας όπου ο γιατρός αμείβεται κατά πρόξή ή κατά παραπομπή, και γίνεται εντονότερο σε περιπτώσεις που το κόστος καλύπτεται από ασφαλιστικούς φορείς.

Η μελέτη του φαινομένου έχει οδηγήσει στη διαπίστωση θετικής συσχέτισης ανάμεσα στον αριθμό των γιατρών και την κατανάλωση ιατρικών υπηρεσιών, συγκεκριμένα παρατηρείται ότι η αύξηση των γιατρών κατά 10% επιφέρει αύξηση της κατανάλωσης ιατρικών υπηρεσιών κατά 1%, ενώ στην περίπτωση των χειρουργών η αντίστοιχη αύξηση των εγχειρήσεων είναι 3%. Σημειώνεται ότι η Ελλάδα επί πολλά χρόνια έως και σήμερα παρουσιάζει διεθνώς τη μεγαλύτερη ανισορροπία σε σχέση με τον αριθμό ιατρών και αριθμό νοσηλευτών, έχοντας και το 2022 την πρώτη θέση μεταξύ των χωρών της Ευρώπης στους ιατρούς [6,6 ιατροί/1.000 κατοίκους, έναντι μέσου όρου 4,2/1.000 κατοίκους της Ε.Ε.-27], ωστόσο αυτό πιθανώς να οφείλεται εν μέρει στο γεγονός ότι στα στοιχεία καταγράφονται όλοι οι ιατροί που διαθέτουν άδεια άσκησης επαγγέλματος και όχι μόνο εκείνοι που είναι επαγγελματικά ενεργοί. Σημειώνεται ότι αντίθετα με την αντίστοιχη ιατρών/κατοίκων η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση στους νοσηλευτές [3,9 νοσηλευτές/1.000 κατοίκους, έναντι μέσου όρου 8,4/1.000 κατοίκους της Ε.Ε.-27].

Για την αντιμετώπιση του προβλήματος της προκλητής ζήτησης, το ελληνικό κράτος έληξε

μέτρα από το 2012 περιορίζοντας τον αριθμό των καλυπτόμενων από τον ΕΟΠΥΥ επισκεψών ανά ιατρό, τον αριθμό παραπεμπτικών για διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις και τις συνταγογραφήσεις (όρια 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.



Η τεχνολογία διαδραματίζει επίσης σημαντικό ρόλο στη ζήτηση ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Η παροχή υψηλής τεχνολογίας προσφέρει ταχύτερη, ευκολότερη και εγκυρότερη παροχή υπηρεσιών υγείας, διαγνωστικών και επεμβατικών. Αιχμή της εφαρμογής της αποτελούν οι ιδιωτικές μονάδες υγείας, σε αντίθεση με τα δημόσια

θεραπευτήρια που τείνουν να παρουσιάζουν υποστήριξη στην απόκτηση και χρήση των νέων τεχνολογιών. Ταυτόχρονα, η ταχεία εξέλιξη της τεχνολογίας στον ιατρικό κλάδο αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες βασικό παράγοντα μακροχρόνιας αύξησης του κόστους και των τιμών παροχής υπηρεσιών υγείας.

Δαπάνες για υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα

Οι δαπάνες της Ελλάδας σε υπηρεσίες υγείας βαίνουν αυξανόμενες, ωστόσο εξακολουθούν να υπολείπονται του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Το 2019 η συνολική δαπάνη της Ελλάδας για την Υγεία ανήλθε στο 7,8% του ΑΕΠ, σε σύγκριση με 9,9% στην Ε.Ε., αντιστοιχώντας σε κατά κεφαλήν δαπάνες €1.603 έναντι €3.523 στην Ε.Ε.

Η συνολική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα για το 2020 σημείωσε αύξηση, διαμορφούμενη στο 9,5% του ΑΕΠ (έναντι 10,9% κατά μέσο όρο στην Ε.Ε.) και κατατάσσει τη χώρα στη 12η θέση μεταξύ των χωρών της Ε.Ε.-27. Το 2021 όμως παρουσίασε μείωση στο 9,2% του ΑΕΠ έναντι αύξησης στο 11% του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Αντιστοίχως, η κατά κεφαλήν δαπάνη υγείας στην Ελλάδα το 2020 ανήλθε σε €1.731 όταν η αντίστοιχη των χωρών Ε.Ε.-27 είναι €3.159, ενώ το 2021 ανήλθε σε €1.874 έναντι €4.029 του ευρωπαϊκού μέσου όρου. 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).

Παράλληλα, το ποσοστό των δημόσιων δαπανών και επενδύσεων στην Υγεία είναι χαμηλότερο του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Το ποσοστό των συνολικών δαπανών που καλύπτεται από το Δημόσιο ανήλθε σχεδόν στο 60% το 2019 και αυξήθηκε στο 62% το 2022, ωστόσο είναι σημαντικά χαμηλότερες από τον μέσο όρο της Ε.Ε. (81%). Οι δημόσιες τρέχουσες δαπάνες υγείας, αν και με ανοδική τάση τα τελευταία έτη [4,8% του ΑΕΠ το 2018, 5,0% του ΑΕΠ το 2019], διαμορφώνονται στο 5,9% του ΑΕΠ το 2020 έναντι του πολύ υψηλότερου 6,6% του ΑΕΠ το 2010, γεγονός που κατατάσσει την Ελλάδα στη 16η θέση των χωρών της Ε.Ε.-27 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 ενοχλητικές της προσαφής σε ιδιώτες παρόχους. Σημειώνεται επιπλέον ότι οι συνολικές επενδύσεις που γίνονται για υποδομές και εξοπλισμό στον τομέα της Υγείας στην Ελλάδα ήταν για το 2020 κάτω του 0,20% του ΑΕΠ, οι οποίες είναι στο χαμηλότερο επίπεδο (24η θέση) των χωρών της Ε.Ε.-27, παράφο που ο δημόσιος τομέας ιδίως έχει τεράστιες ανάγκες εκσυγχρονισμού των νοσοκομειακών υποδομών.

Ένα πολύ μεγάλο ποσοστό των συνολικών



δπανών [35% το 2019 και 34% το 2023] καλύπτεται απευθείας από τα νοικοκυριά (out-of-pocket), κυρίως με τη μορφή συμμετοχής για φάρμακα και άμεσων πληρωμών για υπηρεσίες που δεν περιλαμβάνονται στη δέσμη των χρηματοδοτούμενων από το δημόσιο παροχών, επισκέψεις σε ιδιώτες ειδικούς ιατρούς κ.λπ. Η προαιρετική ασφάλιση υγείας αναπροσώπησε μόνον 5% των συνολικών δαπανών για την Υγεία. Το 2023 η εικόνα ήταν παρόμοια, με τη συνολική ιδιωτική χρηματοδότηση να ανέρχεται στο 39,1% (34,3% ιδιωτικές πληρωμές και 4,3% χρηματοδότηση μέσω ιδιωτικής ασφάλισης).

Η μεγάλη εξάρτηση από τις άμεσες ιδιωτικές πληρωμές για ιατρικές δαπάνες στην Ελλάδα σημαίνει ότι ένα μεγάλο ποσοστό των νοικοκυριών αντιμετωπίζει «καταστροφικές δαπάνες» για την Υγεία, δηλ. άμεσες πληρωμές που ξεπερνούν το 40% των συνολικών δαπανών ενός νοικοκυριού, αφού αφαιρεθούν οι δαπάνες κάλυψης βασικών αναγκών (δηλ. για διατροφή, στέγαση και λογαριασμούς υπηρεσιών κοινής ωφέλειας). Το 2020 το ποσοστό νοικοκυριών που αντιμετώπισαν καταστροφικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα ανήλθε στο 10,6%, ενώ ο μέσος όρος Ε.Ε. -24 ήταν 6,8%.

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

Προσφορά Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα II.4.1. Μέγεθος του κλάδου των υπηρεσιών υγείας (δημόσιου και ιδιωτικού).

Το σύνολο των δομών παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας κατά την περίοδο 2017-2023 παρουσιάζεται στον πίνακα 1.

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

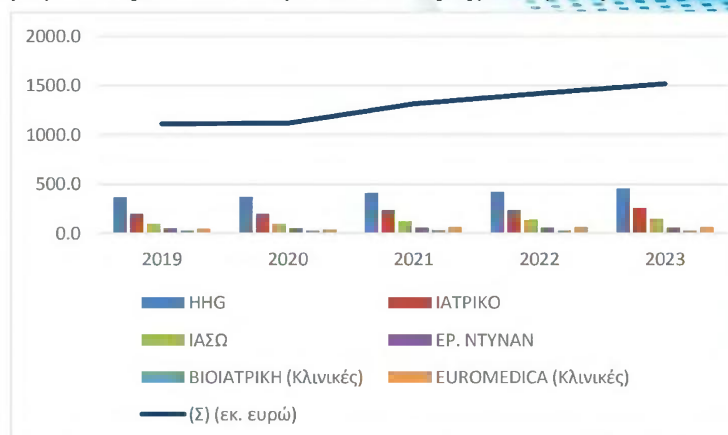
Πίνακας 2: Θεραπευτήρια ανά νομικό καθεστώς και κατηγορία για τα έτη 2016-2023

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

Πίνακας 3: Κλίνες Θεραπευτηρίων για τα έτη 2016-2023

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

Πίνακας 4: Κύκλοι εργασιών μεγαλύτερων νοσοκομειακών παρόχων υγείας



κοτήτων [Παθολογικά, Νευροψυχιατρικά (15,8%), Αντικαρκινικά, Οφθαλμολογικά, Μαιευτικά-Γυναικολογικά, Παιδιατρικά και Λοιπών

Ειδικοτήτων] και 4,1% Μικτά (Πίνακας 2).

Ο αριθμός των κλινών κλειστής νοσηλείας κατέγραψε σταθερά πτωτική πορεία καθ' όλη τη

διάρκεια της περιόδου 2016-2023 με ΜΕΡΜ -0,4%, καταλήγοντας το 2023 σε 44.133 από 45.273 το 2016 (Πίνακας 3).



Από τα ανωτέρω προκύπτει ότι, παρά την αύξηση της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας, ο συνολικός αριθμός θεραπευτικών μονάδων και κλινικών έχει παραμείνει ουσιαστικά σταθερός τα τελευταία οκτώ χρόνια. Αξιοσημείωτο δε είναι το γεγονός ότι ο αριθμός των ιδιωτικών κλινικών μειώνεται ελαφρώς.

Μέγεθος κλάδου των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας

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

Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛ.ΣΤΑΤ. (στοιχεία 2019), η παροχή ιδιωτικών υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γίνεται από 2.766 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, νομικής μορφής Α.Ε. και ΕΠ.Ε. και από 211 πολυϊατρεία.

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

Οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο Υγείας

Την περίοδο 2017-2024 γνωστοποιήθηκαν και εξετάστηκαν από την Επιτροπή Ανταγωνισμού σειρά οριζόντιων συγκεντρώσεων στο κλάδο της Υγείας. Την περίοδο 2017-2019, τα επενδυτικά κεφάλαια CVC Capital Partners (εφεξής CVC) μέσω της θυγατρικής εταιρείας Hellenic Healthcare S.A.R.L. (εφεξής και HHG) εξαγόρασαν σειρά ιδιωτικών κλινικών (Metropolitan, ΙΑΣΩ, ΥΓΕΙΑ, Creta Interclinic), οδηγώντας στη δημιουργία ενός ομίλου με σημαντική παρουσία στην ελληνική αγορά υγείας (κυρίως στην Αττική) και σε μεγαλύτερη συγκέντρωση στην αγορά (βλ. Παράρτημα Ι της παρούσης Έκθεσης). Το 2025, η HHG μεταβιβάστηκε στα επενδυτικά κεφάλαια της ADQ. Μετά το 2022 και το 2024, οι συμμετοχές της Τράπεζας Πειραιώς στην ιδιωτική κλινική Ερρίκος Ντυνάν και Euromedica πέρασαν στα επενδυτικά κεφάλαια

Πίνακας 5: Ποσοστιαία κατανομή βάση κύκλου εργασιών

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

Πίνακας 6: Αναλογία αποζημιώσεων ΕΘΝΙΚΗΣ προς παρόχους HHG ως προς τρίτους

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

Πίνακας 7: Ποσοστό απορριφθείσας αξίας αιτημάτων από ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ (σταθμικός μέσος όρος)

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

Πίνακας 9: Διαχρονική εξέλιξη των συνολικών ασφαλιστρών (έσοδο) για τις ασφαλίσεις πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ασφάλιστρα υγείας (εκ. ευρώ)	798,7	832,6	892,1	956,3	1.047,4	1.160,4
Ετήσια %Δ		4,2%	7,1%	7,2%	9,5%	10,8%

Πίνακας 10: Κατανομή εσόδων από Ατομικά/Οικογενειακά και Ομαδικά ασφαλιστήρια

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

Πίνακας 11: Κατανομή εσόδων από Ατομικά/Οικογενειακά και Ομαδικά ασφαλιστήρια

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



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

Βασικοί παίκτες σήμερα

Οι κύριοι ιδιωτικοί όμιλοι παρόχων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι: α) ο όμιλος HELLENIC HEALTHCARE GROUP (ο οποίος πλέον ανήκει στο επενδυτικό σχήμα ADQ), β) ο όμιλος ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΑΘΗΝΩΝ, γ) ο όμιλος ΙΑΣΩ, δ) ο όμιλος ΗΜΙΘΕΑ (συμπεριλαμβανομένου του ομίλου EUROMEDICA (ο οποίος ανήκει στο επενδυτικό σχήμα Blantyre), ε) ο όμιλος ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ και στ) μεταξύ των παρόχων που δεν εντάσσονται σε ευρύτερα επιχειρηματικά σχήματα/ομίλους, οι τρεις μεγαλύτεροι σε όρους κύκλου εργασιών είναι η Ευρωκλινική Αθηνών Α.Ε., η Νοσηλευτική Α.Ε. (κλινική Αγ. Λουκάς-Θεσσαλονίκη) και η Κλινική Δραγίνη Α.Ε. (Mediterraneo Hospital). Ενδεικτικά, το 2023 οι τρεις αυτοί πάροχοι είχαν αθροιστικά κύκλο εργασιών περί τα 158 εκατ. ευρώ.

Κύκλος Εργασιών και Κερδοφορία

Η εξέλιξη του συνολικού κύκλου εργασιών (σε εκατ. ευρώ) από τη λειτουργία κλινικών των βασικών 6 ομίλων νοσοκομειακών παρόχων κατά την πενταετία 2019-2023 (πίνακας 4).

Στοιχεία Κερδοφορίας

Βάσει των δημοσιευμένων οικονομικών καταστάσεων, παρατηρείται μεσοπρόθεσμα μια δισπίρση ή ουσιαστική βελτίωση της λειτουργικής κερδοφορίας (EBITDA, ως ποσοστό του κύκλου εργασιών) των εταιρειών. Έτσι, παραδείγματος χάριν, οι επτά (7) κυριότερες κλινικές του ομίλου HHG ως σύνολο, βελτίωσαν το EBITDA το 2019 κατά 6,5 ποσοστιαίες μονάδες (από 15,9% το 2018 σε 22,4%), και το οποίο διατηρήθηκε σε αυτά τα επίπεδα μέχρι και το 2023, ενώ παράλληλα επτεύχθη αύξηση του κύκλου εργασιών κατά 24% συνολικά για την περίοδο 2019-2023.

Επίσης, η ΗΜΙΘΕΑ/Blantyre (ΕΠΠΙΚΟΣ NTY-NAN) που όλη την περίοδο 2016-2023 παρουσίαζε αρνητικό EBITDA (ξεκινώντας από -32%) το 2023 το είχε σχεδόν μηδενισμό (-1,4%). Από την άλλη πλευρά, το ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ παρουσιάζει διαχρονική σταθερότητα στο EBITDA, περί του 12%, ενώ την περίοδο 2019-2023 παρουσίασε αύξηση κύκλου εργασιών κατά 33% συνολικά.

Θέση των ανταγωνιστών και βαθμός συγκέντρωσης

Βάσει των παραπάνω στοιχείων κύκλου εργασιών, η εκτιμώμενη συνολική κατάταξη των παικτών (με προβολή προς τα πίσω του καθεστώτος ελέγχου που ίσχυε κατά το 2023), για την πενταετία 2019-2023, καθώς και ο δείκτης συγκέντρωσης της αγοράς παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Διαπιστώνεται ότι το αθροιστικό μερίδιο των τριών μεγάλων ομίλων της αγοράς δευτεροβάθμιας υπηρεσιών υγείας δίνει τάσεις ελαφρώς διαχρονικής μείωσης, υπέρ των μικρότερων κλινικών που δραστηριοποιούνται στον χώρο.

Πίνακας 12: Συνολικά έσοδα από νοσοκομειακά ασφαλιστήρια υγείας (εκ. ευρώ)

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

Πίνακας 8: Πλήθος ασφαλιστηρίων συμβολαίων και ασφαλισμένων

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

Το 2023, δύο όμιλοι (HHG και Ιατρικό) συγκεντρώνουν το 47% της αγοράς, με τον όμιλο ΙΑΣΩ να ακολουθεί με μερίδιο της τάξεως του 10%.

Ως έναν βαθμό, αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η διαδοχική εξαγορά ιδιωτικών κλινικών από τα κεφάλαια CVC και η εντεινόμενη αύξηση του βαθμού συγκέντρωσης λαμβάνουν χώρα κυρίως κατά την περίοδο 2017-2019. Αντιθέτως, οι συγκεντρώσεις που λαμβάνουν χώρα κατά την περίοδο 2020-2023 συνίστανται κυρίως σε εξαγορές ιδιωτικών κλινικών από επενδυτικά κεφάλαια τα οποία δεν ελέγχουν άλλες εταιρείες χαρτοφυλακίου δραστηριοποιούμενες στις ίδιες αγορές. Σημειώνεται πάντως ότι από το 2024 και εξής ενοποιούνται τα μερίδια της ΗΜΙΘΕΑ (ΕΠΠΙΚΟΣ NTY-NAN) και των κλινικών της EUROMEDICA λόγω της προαναφερθείσας συγκέντρωσης (πίνακας 5).

Βαθμός συγκέντρωσης ανά κατηγορία

Ο κλάδος των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας συνολικά παρουσιάζει μέτριο βαθμό συγκέντρωσης, με έξι (6) σημαντικούς ομίλους να δραστηριοποιούνται σε αυτόν (HELLENIC HEALTHCARE GROUP (HHG), ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ, ΙΑΣΩ, ΗΜΙΘΕΑ/ΤΡΙΧ FALANON (Νοσ. ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ και EUROMEDICA)) και τρεις ισχυρές ανεξάρτητες εταιρείες (ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ, ΑΓ. ΛΟΥΚΑΣ (Θεσ/κη), MEDITERRANEO). Τα τελευταία έτη έχουν γίνει εξαγορές στον κλάδο από επενδυτικά κεφάλαια, χωρίς να μεταβληθεί

δραματικά ο βαθμός συγκέντρωσης από το 2019 έως το 2022. Διαχωρίζοντας τον κλάδο σε κατηγορίες, ο υψηλότερος βαθμός συγκέντρωσης εμφανίζεται στην κατηγορία των μαιευτικών κλινικών, όπου το CR2 το 2022 είναι 71% και το CR4 αντιστοιχεί στο 90%.

Καθετοποίηση των Παρόχων Υπηρεσιών Υγείας: επιπτώσεις στον ανταγωνισμό

Εθνική Ασφαλιστική/CVC. Ιδιαίτερα ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει η καθετοποίηση των παρόχων υπηρεσιών υγείας, μέσω της εξαπλώσεώς τους στις όμορες αγορές υπηρεσιών ασφαλιστικής υγείας. Στο πλαίσιο αυτό η εξαγορά της Εθνικής Ασφαλιστικής από τον επενδυτικό οργανισμό CVC στον οποίο ανήκει το 60% της HHG δεν αδιαφορήθηκε από την ελληνική Επιτροπή Ανταγωνισμού, αλλά από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, η οποία την ενέκρινε άνευ όρων το 2022. Η υπόθεση αυτή προσέφερε τη δυνατότητα να εξεταστούν πιθανές αντι-ανταγωνιστικές επιπτώσεις από μη οριζόντιες συγκεντρώσεις στον κλάδο της Υγείας.

Η συγκέντρωση CVC/Εθνική Ασφαλιστική αποτέλεσε νέο διαρθρωτικό φαινόμενο καθετοποίησης στην ελληνική αγορά υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικής υγείας. Από τα στοιχεία που συνέλεξε η Ε.Α. στο πλαίσιο της παρούσας κλαδικής έρευνας, κατέστη δυνατή η διεξαγωγή διερεύνηση ορισμένων από τις θεωρίες βλάβης που

εξετάστηκαν από την Ε.Ε. σε σχέση με τη συγκέντρωση.

Συγκεκριμένα, εξετάστηκε κατά πόσο εμφανίστηκε το φαινόμενο «patient steering» μέσω (α) της εξέλιξης στη σχέση καταβληθείσας αποζημιώσεων από την Εθνική Ασφαλιστική προς παρόχους εντός και εκτός ομίλου HHG και (β) της εξέλιξης στα ποσοστά απόρριψης αιτημάτων αποζημίωσης από παρόχους εντός και εκτός ομίλου HHG που συνδέονται ειδικότερα με την πιθανή πρακτική επιβολής υψηλότερων ποσοστών συμμετοχής σε δαπάνες σε ασφαλισμένους της Εθνικής Ασφαλιστικής που θα επέλεγαν ανταγωνιστικές ιδιωτικές κλινικές νοσοκομεία.

Μείωση των αποζημιώσεων της Εθνικής προς το HHG

Αναφορικά με την εξέλιξη των αποζημιώσεων που κατέβαλε η ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ προς παρόχους υγείας του ομίλου HHG σε σύγκριση με παρόχους εκτός ομίλου, παρουσιάζεται στον πίνακα 6 για κάθε ένα ευρώ προς τους τρίτους πόσα ευρώ κατέβαλε η ΕΘΝΙΚΗ προς τους παρόχους υγείας του ομίλου HHG.

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



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

Αναφορικά με το ποσοστό απόρριψης αιτημάτων αποζημίωσης (σε όρους αξίας), η διαχρονική του εξέλιξη καταγράφεται στον πίνακα 6.

Από τον ανωτέρω πίνακα, προκύπτει κατ' αρχάς ότι τα ποσοστά απόρριψης αιτημάτων προς τους -νυν- παρόχους του ομίλου ΗΗG ήταν, ήδη από το 2020, χαμηλότερα από αυτά των λοιπών παρόχων. Περαιτέρω, η διαχρονική εξέλιξη των απορρίψεων των παρόχων του ομίλου ΗΗG καταγράφει αυξητική τάση, με σχετικά μεγαλύτερη αύξηση το 2023 έναντι του 2022 (αύξηση κατά 1,9 ποσοστιαίες μονάδες), παραμένοντας το 2024, με μια μικρή υποχώρηση, στο 7,2%. Αντιθέτως, το μεσοσταθμικό ποσοστό απορρίψεων προς λοιπούς παρόχους φτάνει σε ένα αρκετά υψηλό επίπεδο το 2022 (12,2%) αλλά ακολουθώντας υποχωρεί αισθητά, με αποτέλεσμα το 2024 να ανέρχεται στο 9,6%, παραμένοντας και αυτός σε υψηλότερα επίπεδα από τη διετία 2020-2021 (πίνακας 7). Σημειωτέον ότι όταν η ασφαλιστική εταιρεία απορρίπτει μερικούς ή ολικώς κάποιο αίτημα αποζημίωσης, ο πάροχος καλείται να απευθυνθεί στον τελικό καταναλωτή προκειμένου να εισπράξει το εν λόγω ποσό, το οποίο αποτελεί για τον τελικό καταναλωτή επιβάρυνση νέων των προβλεπόμενων στο ασφαλιστικό του συμβόλαιο οικονομικών του υποχρεώσεων και άρα αύξηση της συμμετοχής του στις δαπάνες.

Δεδομένης της παρατηρούμενης πτώσης του δείκτη αναλογίας αποζημιώσεων, της τόνσης αύξησης του ποσοστού απορρίψεων προς τους παρόχους του ομίλου ΗΗG και μείωσης του αντίστοιχου ποσοστού την περίοδο 2023-2024 προς λοιπούς παρόχους, και βάσει των διαθέσιμων συλλεχθέντων στοιχείων στο πλαίσιο της παρούσας κληδονικής έρευνας, δεν φαίνεται να προκύπτουν ενδείξεις ότι η Εθνική Ασφαλιστική μεταχειρίστηκε προνομιακά τους παρόχους υγείας ΗΗG εις βάρος των ανταγωνιστών της τελευταίας, προκειμένου να κατευθύνει τους ασθενείς/ασφαλισμένους της στις ιδιωτικές κλινικές του ομίλου ΗΗG.

ΡΥΘΜΙΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η παρούσα ενότητα συνοψίζει τα κυριότερα σημεία του πολιτικού και δυναμικού ρυθμιστικού πλαισίου που διέπει τη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, με έμφαση στις προϋποθέσεις ίδρυσης, λειτουργίας και επέκτασης της χωρητικότητας των ιδιωτικών κλινικών. Το ζήτημα εξετάζεται υπό το πρίσμα της ενδεχόμενης ύπαρξης εμποδίων εισόδου στην αγορά, όπως αναδεικνύεται και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κληδονική έρευνα.

Η ίδρυση και η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών διέπεται από τον Ν. 4600/2019, το Προεδρικό Διάταγμα (Π.Δ.) 235/2000 και τα Π.Δ.

Πίνακας 13: Μέσο ετήσιο έσοδο ανά ασφαλισμένο			
	2021	2022	2023
Ατομικά	636,8 €	626,9 €	646,5 €
	%Δ	-1,5%	3,1%
Ομαδικά	157,9 €	168,2 €	170,0 €
	%Δ	6,5%	1,1%

Πίνακας 14: Εξέλιξη πλήθους ασφαλισμένων στα μακροχρόνια νοσοκομειακά συμβόλαια εγγυημένης ανανεωσιμότητας 2011-2023

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

247/1991 και 517/1991 όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν. Όπως άνω νόμος και τα Π.Δ. ισχύουν και εφαρμόζονται παράλληλα και η κάθε κλινική υπάγεται στο ρυθμιστικό πλαίσιο που ήταν ήδη σε ισχύ κατά τον χρόνο έναρξης λειτουργίας της.

Στο πλαίσιο αυτό, στα Π.Δ. 247/1991 και Π.Δ. 517/1991 υπάγονται οι κλινικές που ιδρύθηκαν μετά την έναρξη ισχύος των εν λόγω Π.Δ. και πριν την 09.03.2019, ημερομηνία έναρξης ισχύος του Ν. 4600/2019. Όσες κλινικές ιδρύθηκαν μετά την 09.03.2019 υπάγονται στις διατάξεις του Ν. 4600/2019. Οι κλινικές που προϋπήρχαν της έναρξης ισχύος των Π.Δ. 247/1991 και 517/1991 υποχρεώθηκαν να προσαρμοστούν στις διατάξεις του Π.Δ. 235/2000, έτσι ώστε να εκσυγχρονίσουν τους όρους και τις προδιαγραφές λειτουργίας τους. Σημειώνεται ότι, σύμφω-

να με τις μεταβατικές διατάξεις του Ν. 4600/2019, ιδιωτικές κλινικές που έχουν λάβει άδεια ίδρυσης και λειτουργίας σύμφωνα με το Π.Δ. 235/2000 ή σύμφωνα με τα Π.Δ. 247/1991 και 517/1991 εξακολουθούν να υπάγονται στην εφαρμογή των αντίστοιχων διατάξεων, εκτός εάν ο κάτοχος της άδειας της κλινικής δηλώσει ότι επιθυμεί την εφαρμογή του Ν. 4600/2019, οπότε και εφαρμόζεται οριστικά ο εν λόγω νόμος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΤΗΣ Ε.Δ.

Έρευνα για την Τελική Έκθεση

Στο πλαίσιο επικαιροποίησης της έρευνας για την Τελική Έκθεση απεστάλησαν σχετικά ερωτη-

ματολόγια σε 16 νοσοκομειακούς παρόχους.

Στο πλαίσιο της έρευνας για την Ενδιάμεση Έκθεση, οι πάροχοι ερωτήθηκαν εάν η αγορά στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας λειτουργεί ελεύθερα και απρόσκοπτα ή εάν τυχόν υπάρχουν παρεμβάσεις στην δραστηριότητά τους.

Στο θέμα αυτό, η πλησιονική 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 Παρόχων Υγείας (ΕΚΠΥ), τις διευθύνσεις υγείας των Περιφερειών, το αυστηρό θεσμικό πλαίσιο, το γραφειοκρατικό νομοθετικό πλαίσιο, τις πολιτικές τιμολόγησης ιατρικών υπηρεσιών και τον μηχανισμό clawback @ rebate. Επιπλέον, τονίζεται



Πίνακας 15: Ιδιωτική Νοσοκομειακή Ασφάλιση Υγείας / Κατανομή βάσει Κύκλου Εργασιών

Επωνυμία	2021	2022	2023	2024
ΕΘΝΙΚΗ	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]	[25-35%]
NN	[25-35%]	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]
GENERALI	[10-15%]	[15-25%]	[15-25%]	[15-25%]
INTEPAMERIKAN	[10-15%]	[10-15%]	[10-15%]	[10-15%]
ALLIANZ	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
EUROLIFE	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
ΛΟΙΠΟΙ < 5% (το 2024)	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]	[5-10%]
Σύνολο	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

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, της επιβολής ΦΠΑ σε επιμέρους κατηγορίες υπηρεσιών υγείας και της επιβολής παρατηρητηρίου τιμών στα υλικά και τις υπηρεσίες. Ιδιαίτερα, υπογραμμίζεται από τους παρόχους η επιβεβλημένη σύμβαση συνεργασίας με τον ΕΟΠΥΥ υπό καθιερωτάς συστήματος διαγνωστικά ομοειδών ομάδων-DRG με επιβολή clawback & rebate. Έχουν επίσης αναφερθεί και τα εξής: η παρεμπιπτότητα του ΕΣΥ, κατά την οποία οι ιδιωτικοί πάροχοι καλούνται να προσφέρουν προσωπικό και άλλους πόρους (κατά την περίοδο της πανδημίας), ο μονοπωλιακός 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.

Εμπόδια Εισόδου και Δραστηριοποίησης

Ός προς την ύπαρξη εμπόδων στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας εξαιτίας του ισχύοντος ρυθμιστικού πλαισίου, η πλειοψηφία των ερωτώμενων στο πλαίσιο της αρχικής έρευνας (37 σε σύνολο 60, ήτοι 62%) θεωρεί ότι υφίστανται τέτοια εμπόδια.

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 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 παιδιών 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 υπογραφικών αποφάσεων (1/37) και τον αποκλεισμό ασφαλισμένων από υπηρεσίες υγείας λόγω κάθετης, και όχι κατά περίπτωση εφαρμογής του ρυθμιστικού πλαισίου (1/37).

Απόψεις ως προς τον βαθμό συγκέντρωσης και τη δύναμη αγοράς στον κλάδο

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

Πρακτικές μεταξύ παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών επιχειρήσεων

Στην ειδικότερη ερώτηση, στο πλαίσιο της Ενδιάμεσης Έκθεσης, σχετικά με εναρμονισμέ-

νες και μη δικαιολογημένες από άποψη συνθηκών αγοράς πρακτικές μεταξύ α) ασφαλιστών & ασφαλιστικών εταιρειών, β) παρόχων υπηρεσιών υγείας & παρόχων υπηρεσιών ασφαλίσης υγείας, γ) παρόχων υπηρεσιών ασφαλίσης υγείας σχετικά με τα συμβόλαια ασφαλίσης, δ) παρόχων υπηρεσιών υγείας όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών και προϊόντων υγείας ως προς την προσφερόμενη ποιότητα ή τις προσφερόμενες τιμές, η πλειοψηφία των παρόχων απαντά αρνητικά (33-35 απαντήσεις) ή «δεν γνωρίζω» (7-8 απαντήσεις).

Από τις λοιπές απαντήσεις, κάποιοι πάροχοι, ανησυχούν για τη δύναμη που αποκτούν κάποιες ασφαλιστικές εταιρείες, οι οποίες στη συνέχεια οδηγούν τους πελάτες τους μόνο σε συγκεκριμένα θεραπευτήρια, αναφέρουν την ανάπτυξη σχέσεων μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και παρόχων υγείας, οι οποίες προκρίνουν συγκεκριμένες επιλογές παρόχων υγείας έναντι άλλων, ή εκφράζεται ανησυχία για την καθιέρωση ασφαλιστικών με παρόχους υγείας η οποία ενέχει κινδύνους για τον ανταγωνισμό, θεωρούν μη δικαιολογημένη πρακτική το να συνάπτονται πανομοιότυπες συμφωνίες νοσοκομείων με ασφαλιστικές ή το ότι οι ασφαλιστικές εταιρείες ακολουθούν την ίδια πολιτική περιορισμένων κάλυψης και πίεσης προς τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, ενώ παράλληλα περιορίζουν τους ασφαλισμένους από τη χρήση/ωφέλεια της νέας τεχνολογίας, το ότι τα ασφαλιστικά συμβόλαια είναι πολύπλοκα και οι πελάτες δεν αντιλαμβάνονται ότι δεν καλύπτονται πολλές υπηρεσίες υγείας, το μη αποδοχή κάλυψης υπηρεσιών και την παραπομπή τους σε επιτροπή αξιολόγησης για το αν το νοσοκομείο ορθώς προχώρησε στη χρέωση αναφέρεται ως τρόπος άσκησης πίεσης στον πάροχο υπηρεσιών υγείας από την ασφαλιστική εταιρεία, και το ότι οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας που εντάσσονται σε πολλά αποκλειστικά προγράμματα ασφαλιστικών εταιρειών έχει παρατηρηθεί ότι λόγω αυξημένου όγκου αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξυπηρέτηση των ασθενών.

Οι πάροχοι που έχουν οδηγηθεί στη λογική της

ανάληψης προγραμμάτων capitation έχουν το κίνητρο να προβαίνουν σε προσπάθειες μείωσης του κόστους και μπορεί να επιβλέγουν συγκεκριμένους ιατρούς με πολύ χαμηλότερες ιατρικές αμοιβές, με αποτέλεσμα την ποιοτική υποβάθμιση των υπηρεσιών.

Ο ΚΛΑΔΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ασφάλιση υγείας συνίσταται στην ασφάλιση ατυχημάτων και ασθενειών. Αυτές οι κατηγορίες ασφαλίσεων περιλαμβάνονται στο κεφάλαιο της ασφαλίσης 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 ασφαλίσης υγείας, ρυθμιστικά, εμπίπτει στην κατηγορία ασφαλίσεων ζημιών, όπως άλλωστε προβλέπεται και από το ενωσιακό δίκαιο. Εξαιρέση αποτελεί ο κλάδος διαρκούς (ισόβιας) ασφαλίσεως ασθενείας, ο οποίος εμπίπτει στην κατηγορία ασφαλίσεως ζωής.

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που δραστηριοποιούνται στον κλάδο των ασφαλίσεων υγείας συνάπτουν συμβάσεις με τους ιδιωτικούς (νοσοκομειακούς) παρόχους για την αγορά υπηρεσιών υγείας ώστε να κορηγούν στους ασφαλισμένους τους τις αντίστοιχες παροχές υγείας. Το κόστος των εν λόγω παρόχων υγείας που αγοράζουν οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις επιμερίζεται μεταξύ των ιδίων και των ασφαλισμένων τους, ανάλογα με τους όρους των σχετικών ασφαλιστικών συμβάσεων.

Οι σημαντικότερες υποκατηγορίες των ασφαλιστηρίων υγείας είναι οι ακόλουθες: • Νοσοκομειακά και Εξωνοσοκομειακά, ανάλογα με τις παροχές υγείας που καλύπτουν. Τα πρώτα καλύπτουν νοσοκομειακή περίθαλψη ενώ τα δεύτερα μόνο διαγνωστικές εξετάσεις ή/και ενίοτε επεμβάσεις που δεν απαιτούν διαμονή σε νοσοκομείο. • Ατομικά/Οικογενειακά και Ομαδικά, ανάλογα με το πελατολόγιο στο οποίο απευθύνονται. Όπως προαναφέρθηκε, τα πρώτα απευθύνονται ενώ τα δεύτερα νομικά πρόσωπα που επιθυμούν να καλύψουν εργαζόμενους και συνεργάτες τους. • Εγγυημένης ανανεωσιμότητας (α-αναφερόμενα και ως «μακροχρόνια» ή «ισόβια») και «μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας», ανάλογα με το συμβατικό πλαίσιο.

Μέγεθος και διάρθρωση της ζήτησης στον κλάδο Ασφάλισης Υγείας

Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έρευνα της Insurance Europe αναφορικά με τη ζήτηση για την ασφάλιση υγείας, τα στοιχεία για το 2021 δείχνουν μία σταθερή αύξηση στα έσοδα από ασφαλίσεις υγείας σε παγκόσμια κλίμακα, ενώ η Ε. Η αύξηση αυτή προήλθε κατ' αρχάς από την αύξηση της ζήτησης για ιδιωτική ασφάλιση υγείας, αύξηση για την οποία ένας κύριος λόγος ήταν η πανδημία COVID-19 που οδήγησε τους καταναλωτές στο να συμπεριληφθούν τα δημόσια προ-



γράμματα υγειονομικής περιθαλψης με υπηρεσίες ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Η προσφορά στους ασφαλισμένους ταχύτερης πρόσβασης σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας καθώς και η μείωση δαπανών για τις υπηρεσίες αυτές αποτέλεσαν κάποιους από τους βασικούς λόγους προς την αύξηση αυτή. Ένας άλλος βασικός λόγος για την αύξηση των εσόδων από ασφαλιστήρια ήταν το αυξανόμενο κόστος των ιατρικών υπηρεσιών, το οποίο αντικατοπτρίζεται στο ατομικό ασφαλιστήριο.

Βάσει στοιχείων της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ), κατά την τριετία 2021-2023 το πλήθος των ασφαλιστήριων συμβολαίων αυξάνεται, με το ποσοστό αύξησης των ομαδικών το 2023 (16,2%) να είναι σχεδόν τριπλάσιο φορές μεγαλύτερο από το ποσοστό αύξησης των ατομικών (4,7%). Αντιστοίχως, μεγαλύτερη (σχεδόν διπλάσια) εμφανίζεται και η αύξηση του πλήθους των ασφαλισμένων σε ομαδικά συμβόλαια (10,2%) έναντι του πλήθους των ασφαλισμένων σε ατομικά συμβόλαια (5,6%) (Πίνακας 8).

Εξέλιξη Ασφαλιστήριων (Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Υγεία)

Στην Ελλάδα, συνολικά η ασφάλιση υγείας παρουσιάζει τάση μεγέθυνσης την τελευταία πενταετία. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΑΕΕ και την έρευνα που διεξήχθη, η αξία των ασφαλιστήριων σε συμβόλαια ασφαλιστικής υγείας ξεπέρασε το 2023 το €1 δισ., ενώ ο ρυθμός μεγέθυνσης κινείται περίπου στο 10% τη διετία 2023-2024. Η μεγαλύτερη αύξηση καταγράφηκε στη διετία 2023-2024. Πέραν της αύξησης του αριθμού ασφαλιστικών συμβολαίων, στην αύξηση των εσόδων συμβάλλει και η αύξηση ασφαλιστήριων ανά σύμβαση, όπως αποτυπώνεται πλήρως στον υποδείκτη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ (Πίνακας 9).

Διάρθρωση ασφαλιστήριων ανά κατηγορίες

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

Αναφορικά με τη διάρθρωση των εσόδων από ασφαλιστήρια μεταξύ ατομικών/οικογενειακών και ομαδικών ασφαλιστήριων, προκύπτει ότι τα ατομικά-οικογενειακά ασφαλιστήρια αποτελούν, διαχρονικά, περί τα 3/4 των συνολικών εσόδων από ασφαλιστήρια υγείας με μικρή τάση μείωσης κατά την τριετία 2022-2024. Καταγράφεται αντίστοιχα μία αύξηση συμμετοχής των ομαδικών ασφαλιστήριων, τα οποία έχουν κερδίσει περί τις 4,5 ποσοστιαίες μονάδες στη διάρκεια της εξετίας (από 22,3% το 2019 σε 26,7% το 2024) (Πίνακας 10).

Ως προς το μέσο ετήσιο έσοδο ανά ασφαλισμένο σημειώνεται ότι το μέσο έσοδο σε ατομικό/οικογενειακό συμβόλαιο είναι περίπου τριπλάσιο από το μέσο έσοδο ανά ασφαλισμένο σε ομαδικό συμβόλαιο.

Πίνακας 16: Μεσοσταθμικός δείκτης περιθωρίου κάλυψης λοιπών εξόδων *

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

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

Αφορά νοσοκομειακά προγράμματα στο σύνολο των ασφαλιστικών εταιρειών

Έσοδα από νοσοκομειακά ασφαλιστήρια (2021-2024)

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

Στο πλαίσιο αυτό, οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις ερωτήθηκαν αναφορικά με τους λόγους ταχύν μεταβολής των εσόδων τους από τα νοσοκομειακά ασφαλιστήρια για την περίοδο 2021-2024. Από τις πληροφορίες απαντήσεων διαπιστώθηκε ότι κυριότεροι λόγοι συνιστούν αφενός η πρόσκτηση νέων ασφαλιστήριων συμβολαίων σε σύγκριση με τις ακυρώσεις υφιστάμενων συμβολαίων και αφετέρου οι αναπροσαρμογές που εφαρμόστηκαν στα ασφαλιστήρια κάθε χαρτοφυλακίου. Συγκεκριμένα, η ανάπτυξη νέων ασφαλιστικών προϊόντων νοσοκομειακής περιθαλψης οδηγεί σε διεύρυνση των πωλήσεων και ακολούθως σε εισροή νέων ασφαλισμένων. Τυχόν θετική μεταβολή στον αριθμό των ασφαλισμένων προέρχεται τόσο από την είσοδο νέων ασφαλισμένων στα Χ/Φ των εταιρειών όσο και από τη διατηρησιμότητα των υφισταμένων νοσοκομειακών ασφαλιστήριων υγείας (Πίνακας 12-13).

Ατομικά-Οικογενειακά Νοσοκομειακά Ασφαλιστήρια Εγγυημένης Ανανεωσιμότητας

• Όλες σχεδόν οι συμμετέχουσες στην έρευνα διατηρούν εν ισχύ χαρτοφυλάκιο με ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας. Εντούτοις, την υπό εξέταση τετραετία (2021-2024), μόλις τρεις (3) στις προαναφερθείσες δώδεκα (12) διέθεταν προς πώληση νέα ασφαλιστήρια αυτής της κατηγορίας. Μεταξύ αυτών, η μία (1) εξακολουθεί τη διάθεση αυτών έως και σήμερα, ενώ οι υπόλοιπες δύο (2) διέκοψαν τη διάθεση αυτών των προϊόντων τα έτη 2022 και 2023, αντίστοιχα (Πίνακας 14).

Βαθμός συγκέντρωσης

Σύμφωνα με την Ένωση Ασφαλιστικών Εταιριών Ελλάδος (ΕΑΕΕ), ο κλάδος παροχής των ασφαλίσεων υγείας - σταχυμάτων - ασθενειών

στην Ελλάδα έχει ανταγωνιστική δομή με χαμηλό βαθμό συγκέντρωσης, δεδομένου ότι προσφέρει 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.

Από πηγεύς αριθμού ασφαλισμένων (σε ατομικά και ομαδικά προγράμματα) οι μεγαλύτεροι ασφαλιστικοί πάροχοι το 2022 ήταν οι: ΕΘΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, GENERALI, NN, INTERAMERICAN, ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΙΣΤΗ, EUROLIFE. Σημειώτεον ότι στην ελληνική αγορά ασφάλισης υγείας δραστηριοποιούνται και πάροχοι με πολύ μικρό αριθμό ασφαλισμένων, όπως π.χ. η ΣΥΝΕΤΑΙΡΙΣΤΙΚΗ, η ΟΡΙΖΩΝ, η ΝΡ. οι δε υπόλοιπες ασφαλιστικές κατατάσσονται σε ένα μεσαίο στάδιο.

Περαιτέρω, συγκεντρώθηκαν στοιχεία εσόδων από ασφαλιστήρια υγείας από τις 13 εταιρείες οι οποίες προσφέρουν νοσοκομειακά ασφαλιστήρια συμβόλαια (ήτοι καλύπτοντας το σύνολο της εν λόγω αγοράς) για την περίοδο 2021-2024 (Πίνακας 15).

Εξέλιξη δείκτην κερδοφορίας των ασφαλιστικών εταιρειών

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

• Από την επεξεργασία των συλλεχθέντων στοιχείων προκύπτει συνεχής τάση μείωσης της κερδοφορίας στα ατομικά ασφαλιστήρια συμβόλαια, τόσο για τα εγγυημένα όσο και για τα μη-εγγυημένα ανανεωσιμότητας. Το περιθώριο για τα ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας το 2024 μειώθηκε στο 10,8% έναντι 26,1% το 2021 (μείωση κατά περίπου 15 μονάδες), ενώ για τα ασφαλιστήρια μη-εγγυημένης ανανεωσιμότητας η μείωση ήταν περίπου η μισή (περίπου 7 μονά-

δες), από 52,3% το 2021 σε 45,5% το 2024 (Πίνακας 16).

Σχέσεις ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ιδιωτικούς παρόχους υγείας

Εύρος συνεργασίας

Η συντηρητική πηλομορφία των ασφαλιστικών διαθέτει συνεργασία με πλήθος παρόχων υγείας, 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 τη μία ασφαλιστική επιχείρηση, η σχέση μεταξύ εταιρειών ιδιωτικής ασφάλισης υγείας και παρόχων ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περιθαλψης «δεν μπορεί να θεωρηθεί ως η τυπική σχέση input-output, καθώς σε αυτήν την περίπτωση ο εκάστοτε ασθενής και όχι η ασφαλιστική εταιρεία επιλέγει το νοσοκομείο για την περιθαλψή του, και η ασφαλιστική εταιρεία αναλαμβάνει την πληρωμή των δαπανών νοσηλείας του. Έτσι, η αγορά παροχής ιδιωτικών υπηρεσιών υγειονομικής περιθαλψης συνιστά άμεση αγορά σε σχέση με την κάλυψη από των ιδιωτικών υπηρεσιών ασφαλιστικής υγείας, καθώς η ροή των κεφαλαίων προέρχεται από τις ασφαλιστικές εταιρείες («πελάτες») προς τα ιδιωτικά νοσοκομεία («πρωθυμείς»), 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»).

Πρέπει επίσης να γίνει αναφορά και στις απόψεις της ΕΑΕΕ αναφορικά με θέματα συμφωνιών ασφαλιστικών επιχειρήσεων με ιδιωτικές κλινικές, η οποία επισημαίνει ότι οι μεταβλητές που προσδιορίζουν το κόστος των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση τον βαθμό διακύμανσής τους μπορούν να ταξινομηθούν σε τρεις ομάδες ως εξής: (α) στα χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου πληθυσμού και ιδίως τη σχέση μεταξύ ηλικίας και νοσηρότητας, (β) στο εύρος και τη δομή των ιδίων των καλυπόμενων υγείας, όπως παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα, (γ) στον λεγόμενο ιατρικό πληθυσμό. Η αδυναμία ελέγχου του κόστους νοσοκομειακής περιθαλψης και απευθείας επέμβασης σε αυτό των ασφαλι-



Πίνακας 17: Εξέλιξη και ανάλυση αύξησης μέσου κόστους περιστατικού μακροχρονίων ασφαλιστηρίων συμβολαίων

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

στικών εταιρειών 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 εταιρειών και με γνώμονα τον εξορθολογισμό, σε κάποιον βαθμό, του κόστους των ιατρικών υπηρεσιών, αποτελεί συνήθη πρακτική των ασφαλιστικών εταιρειών τις τελευταίες δεκαετίες η σύναψη σε ατομική βάση συμβάσεων με ιδιωτικές κλινικές στο πλαίσιο του ελεύθερου ανταγωνισμού. «Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις, επιδιώκοντας να λειτούργησουν υπέρ των ασφαλισμένων τους και προσπαθώντας να διατηρήσουν την επάρκεια των ασφαλιστρών τους και κατ' επέκταση τη χρηματοοικονομική σταθερότητα τους, προβαίνουν σε συμβατικές ρυθμίσεις εντός των αυστηρών ορίων του ελεύθερου ανταγωνισμού, προκειμένου αφενός να επιτύχουν συμπίεση του κόστους των καλυπτόμενων από αυτές υπηρεσιών υγείας και αφετέρου να εγγυηθούν για τους ασφαλισμένους τους ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας για τις υπηρεσίες αυτές. Είναι, τέλος, κρίσιμης σημασίας να διευκρινιστεί ότι δεν υφίσταται νομικά ή ακόμη και πρακτικά δυνατότητα των ασφαλιστικών εταιρειών να "κατευνάζουν" 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».

Όσον αφορά το κατά πόσον υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών υγείας με τους οποίους είναι αναγκαίο να διαθέτουν σύμβαση συνεργασίας, ορισμένες ασφαλιστικές απάντησαν θετικά και κατονόμασαν πρωτίστως τον όμιλο ΗΗG και τον όμιλο του Ιατρικού, ενώ από ορισμένους κατονομάστηκαν επιπλέον και η Ευρωκλινική, η Βιοϊατρική, η Affidea, ο όμιλος Ισάω. Όσον δε αφορά τους παρόχους υγείας με τους οποίους συνεργάζονται, από τις απαντήσεις προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ασφαλιστών συνεργάζεται με πλήθος παρόχων. Περαιτέρω μεγάλο μέρος των ασφαλιστών χρησιμοποιεί τις συμβάσεις της MEDNET, ενώ όσον αφορά τους υπόλοιπους, εκ

των απαντήσεών τους προκύπτει ότι ο κανόνας είναι πως δεν είναι ενιαίοι οι όροι των επιμέρους συμβάσεων.

Η πλειοψηφία των ασφαλιστικών διαθέτει και προγράμματα ασφάλισης που προβλέπουν κάλυψη και νοσηλεία μόνο σε συγκεκριμένες κλινικές (κλειστού δικτύου). Ως προς τα κριτήρια με τα οποία επιλέχθηκαν οι συγκεκριμένες κλινικές, αναφέρονται μεταξύ άλλων το κόστος/τιμοκατάλογος και η κάλυψη γεωγραφικών περιοχών, και το επίπεδο παροχής υπηρεσιών. Επισημαίνεται και ότι μία ασφαλιστική ανέφερε ότι προβή σε μειοδοτικό διαγωνισμό με προκαθορισμένο ασφαλιστρό ανά μήνα ανά ασφαλισμένο, ενώ και έτερη ασφαλιστική αντίστοιχα ανέφερε ότι επέλεξε τις συγκεκριμένες κλινικές λόγω προσμυφωνημένου ετήσιου κόστους ανεξαρτητως του πλήθους νοσηλείων του συγκεκριμένου χαρτοφυλακίου.

Σχετικά με το κατά πόσον οι ασφαλιστικές παρέχουν κίνητρα στους ασφαλισμένους τους για τη χρήση παρόχων υγείας με τους οποίους διατηρούν σύμβαση, καθώς και το είδος των κινήτρων αυτών, αναφέρθηκαν από ορισμένους προνόμια όπως η απευθείας εξόφληση από την ασφαλιστική και ο δωρεάν ετήσιος προληπτικός έλεγχος, καθώς και οι δωρεάν παροχές σε εξωτερικά ιατρεία. Άλλα που επεσήμαναν ότι επιμέρους κίνητρα προσφέρονται από τους ίδιους των παρόχους, ενώ η ασφαλιστική απλώς επικοινωνεί τα κίνητρα αυτά προς τους ασφαλισμένους. Περαιτέρω και αυτή από την κλινική, και η παροχή ειδικών τιμών και προνομίων καλύψεων. Ορισμένες άλλες ασφαλιστικές απάντησαν πως δεν παρέχεται κάποιο σχετικό πρόνομιο.

Τέλος, περί του κατά πόσον υφίστανται ιδιωτικοί πάροχοι υγείας με τους οποίους οι εργαζόμενες αποφεύγουν να συνάψουν σύμβαση συνεργασίας, σημαντικό μέρος των ασφαλιστικών απάντησε αρνητικά, ενώ όσοι απάντησαν θετικά ανέφεραν μεταξύ των λόγων για τους οποίους αποφεύγουν τη σύναψη συνεργασίας τυχόν έλλειψη των απαραίτητων πιστοποιήσεων και αδειών, τυχόν άρνηση κάποιας κλινικής να εφορμήσει τις διαδικασίες και τους κανόνες που απαιτούνται για την πληρότητα του φακέλου ζημίας, τυχόν έλλειψη συμμόρφωσης με το κανονιστικό

πλίσιο, 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.

ΚΟΣΤΟΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Χ1.1. Αύξηση του κόστους υπηρεσιών υγείας

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

Χ1.1.1. Εξέλιξη της τιμής μονάδας: αύξηση του Δείκτη Τιμών Καταναλωτή στην Υγεία

Ο Δείκτης Τιμών Καταναλωτή στην Υγεία καταγράφηκε αυξήσεις καθ' όλη την περίοδο 2018-2024, με εξαιρέση μόνο το 2021 όπου υφίσταται ελαφρά μείωση κατά -0,7%. Η μεγαλύτερη αύξηση καταγράφεται το 2023 έναντι του 2022 (+6%), η οποία οφείλεται στην αύξηση κατά περίπου 11% της υποομάδας «φάρμακα-φαρμακευτικά προϊόντα-θεραπευτικές συσκευές». Η αύξηση του ΔΤΚ Υγείας το 2024 έναντι του 2023 μειώνεται κατά το ήμισυ στο 3,4%, οφειλόμενη κυρίως στην αύξηση κατά +3,9% της υποομάδας «φάρμακα-φαρμακευτικά προϊόντα-θεραπευτικές

συσκευές» και κατά +3,3% της υποομάδας «νοσοκομειακή περίθαλψη», παραμένοντας όμως σε σχεδόν τριπλάσιους ρυθμούς από αυτούς που καταγράφηκαν όλη την προηγούμενη περίοδο 2018-2022. Συνολικά για την περίοδο 2018-2024 η αύξηση του γενικού δείκτη Υγείας το 2024 έναντι του 2018 ανέρχεται σε 12,5%, οφειλόμενη στην αύξηση των τιμών στην υποκατηγορία «φάρμακα-φαρμακευτικά προϊόντα-θεραπευτικές συσκευές» κατά 20,4%, στην υποκατηγορία «ιατρικές, οδοντιατρικές & παραισθητικές υπηρεσίες» 9,1% και στην υποκατηγορία «Νοσοκομειακή Περίθαλψη» 5,6%.

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

Εκτός από τις τιμές μονάδας, η δεύτερη παράμετρος που επηρεάζει το κόστος υπηρεσιών υγείας είναι ο όγκος των υπηρεσιών που παρέχονται ανά περιστατικό, η αύξηση του οποίου οδηγεί σε αύξηση του κόστους (μέση αποζημίωση) ανά περιστατικό. Δηλαδή, ακόμη και αν οι τιμές μονάδας υπηρεσιών υγείας παραμένουν αμετάβλητες, το κόστος ανά περιστατικό μπορεί να αυξηθεί αν προσφερθεί αυξημένος όγκος υπηρεσιών. Συνδυάζοντας τον υποδείκτη τιμών υγείας της ΕΛ.ΣΤΑΤ. «Νοσοκομειακή Περίθαλψη» με στοιχεία του ΙΟΒΕ για το μέσο κόστος περιστατικού βάσει αποζημιώσεων μακροχρονίων νοσοκομειακών συμβολαίων κατά την περίοδο 2020-2023, μπορούμε να εκτιμήσουμε τη μεταβολή στον όγκο υπηρεσιών υγείας ανά περιστατικό (Πίνακας 17).

• Σε κάθε περίπτωση, η αυξητική τάση του μέσου κόστους περιστατικού ασφαλισμένων περιστατικών οδηγεί και στην εξέταση της διαχρονικής εξέλιξης των αποζημιώσεων που καταβάλλουν οι ασφαλιστικές εταιρείες στους παρόχους υγείας. Από την έρευνα προκύπτει ότι οι συνολικές αποζημιώσεις στον κλάδο νοσοκομειακής ασφάλισης υγείας κινήθηκαν ανοδικά καθ' όλη την περίοδο 2021-2024. Το ποσοστό αύξησης διαμορφώθηκε από 7% την πρώτη περίοδο (2021-2022) σε 15% ετησίως την τριετία 2022-2024. Στα ατομικά-οικογενειακά νοσοκομειακά ασφαλιστήρια εγγυημένης ανανεωσιμότητας (μακροχρόνια), μοιράοντι παρατηρήθηκαν διαφοροποιήσεις στις μεταβολές των αποζημιώσεων των διαφόρων ασφαλιστών αλλά και διακυμάνσεις του επιπέδου των αποζημιώσεων ανά τα έτη, κατά την εξεταζόμενη περίοδο (2021-2024) το σύνολο των αποζημιώσεων μεταβλήθηκε θετικά. Οι αποζημιώσεις του έτους 2024 για αυτήν την κατηγορία ασφαλίσεων υγείας εμφανίζονται αυξημένες κατά 27% σε σχέση με το επίπεδο στο οποίο παρουσιάζονταν κατά την πρώτη περίοδο (2021).

• Ακόμα πιο έντονη εμφανίζεται η μεταβολή των αποζημιώσεων στην κατηγορία των ετήσιων ανανεούμενων νοσοκομειακών ασφαλίσεων, για την οποία το ύψος των συνολικών αποζημιώσεων του έτους 2024 ήταν αυξημένο κατά



61% σε σχέση με τα επίπεδα του έτους 2021. Τέλος, σε ό, τι αφορά τις ετήσιες ομαδικές ασφαλίσεις νοσοκομειακής περίθαλψης, το άθροισμα των αποζημιώσεων προς νοσοκομειακούς παρόχους για το έτος 2024 έχει αυξηθεί κατά 44% σε σχέση με το 2021.

Βάσει των συλλεχθέντων στοιχείων από τις ασφαλιστικές εταιρείες που προσφέρουν νοσοκομειακά ασφαλιστήρια, οι αποζημιώσεις που κατέβαλαν οι ασφαλιστικές εταιρείες προς νοσοκομειακούς παρόχους, τόσο συνολικά όσο και ανά κατηγορία ασφαλιστηρίου, παρουσιάζουν σταθερά αύξηση με ανοδική πορεία την τετραετία 2021-2024, ανερχόμενες το 2024 στο σύνολο σε 747 εκατ. ευρώ έναντι 525,5 εκατ. ευρώ το 2021 (+42%), όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 18.

Έμμεση αύξηση κόστους καταναλωτή: απορρίψεις αιτημάτων αποζημίωσης

Συστηματικό φαινόμενο στην αγορά υπηρεσιών υγείας αποτελεί η απόρριψη μέρους των αιτημάτων αποζημίωσης που υποβάλλουν οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας (ή ενυπάρχοντα οι ίδιοι οι ασφαλισμένοι) προς τις ασφαλιστικές εταιρείες απευθείας ή μέσω των εταιρειών διαχείρισης, είτε ολική είτε ως ποσοστό της αιτούμενης αποζημίωσης. Οι λόγοι για την ύπαρξη των απορρίψεων αυτών ποικίλλουν: ενίοτε βασίζονται σε αιτίες ιατρικής φύσεως (ότι δηλαδή κάποια παρεχόμενη υπηρεσία δεν συνάδει με τις ιατρικές ανάγκες του περιστατικού), ενίοτε σε συμβατικές (δηλαδή στους όρους τους ασφαλιστηρίου που ο ασφαλισμένος έχει με την ασφαλιστική εταιρεία).

Επτά εκ των ασφαλιστικών εταιρειών που ρωτήθηκαν προσκόμισαν στοιχεία απορρίψεων αιτημάτων για τους 10 μεγαλύτερους παρόχους υγείας από τους οποίους τα δέχτηκαν (πίνακας 19).

ΤΑ DRGs ΩΣ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΚΑΙ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

XII.1. Επισκόπηση της εφαρμογής του συστήματος DRG διεθνώς

Οι «Ομοιογενείς Διαγνωστικά Ομάδες» (Diagnosis Related Groups ή DRGs) αποτελούν ένα πλήρες σύστημα μονόδων αποτίμησης των υπηρεσιών υγείας που βασίζεται στη δυνατότητα που εμπεριέχει για την ακριβή κοστολόγηση αυτών. Το σύστημα αυτό εισήχθη στα υγειονομικά συστήματα των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών ως μία νέα μέθοδος κοστολόγησης και προοπτικής αποζημίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση οι χώρες που έχουν υιοθετήσει το σύστημα DRG είναι η Αυστρία, η Γερμανία, η Ισπανία, η Γαλλία, η Ιταλία, η Ολλανδία, η Πορτογαλία, η Σουηδία, η Δανία, η Φινλανδία, η Ιρλανδία, η Τσεχία, η Ουγγαρία, η Νορβηγία, η Πολωνία, η Σλοβακία, η Εσθονία, η Κύπρος, η Λετονία, η Σλοβενία, η Βουλγαρία, η Ρουμανία και η Κροατία. Ορισμένα κράτη που δεν είναι μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης και

έχουν εφαρμόσει το σύστημα DRG είναι οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η Αυστραλία, το Ηνωμένο Βασίλειο, ο Καναδάς και άλλα πολλά κράτη.

Η άποψη των ιδιωτικών κλινικών

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

Αντίθετα, οι τέσσερις στους δεκατέσσερις (4/14) νοσοκομειακοί πάροχοι εξέφρασαν επιφυλάξεις αναφορικά με την εφαρμογή ενός συστήματος βασισμένου στα DRGs, αναφέροντας πιθανή υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών, τεχνικές αναντιστοιχίες στην εφαρμογή του συστήματος, ενδεχόμενες συγκρούσεις μεταξύ ασφαλιστικών εταιρειών και νοσοκομειακών παρόχων, καθυστερήσεις στις αποζημιώσεις, καθώς και απομάκρυνση των ιδιωτών από την ιδιωτική ασφάλιση, γεγονός που θα επιφέρει αυξημένη επιβάρυνση στο δημόσιο σύστημα υγείας.

Το σύνολο (13) των ασφαλιστικών επιχειρήσεων διατύπωσε θετική γνώμη αναφορικά με την επίδραση της χρήσης των DRGs στις συναλλαγές τους με τους νοσοκομειακούς παρόχους υγείας, καθώς και στον υπολογισμό των καταβληθεισών αποζημιώσεων. Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις στις απαντήσεις τους ότι το σύστημα των Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων διασφαλίζει την ύπαρξη ενός πλήρους διαφάνειας και ελέγχου σε σχέση με τον προσδιορισμό εκ μέρους των νοσοκομειακών παρόχων του κόστους νοσοκομειακής περίθαλψης και ακολού-

θως τον καθορισμό του ύψους των αποζημιώσεων, προωθεί την αποτελεσματικότητα και την εξοικονόμηση πόρων στη δευτεροβάθμια υγειονομική περίθαλψη και διευκολύνει τη συνεργασία καθώς και την ταχύτερη εκκαθάριση των συναλλακτικών σχέσεων μεταξύ νοσοκομειακών παρόχων υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικών επιχειρήσεων. Σημειώνεται ότι η Ένωση Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος έχει ταχθεί υπέρ της γενίκευσης της εφαρμογής του εν λόγω συστήματος και στον ιδιωτικό τομέα, ανεξαρτήτως του πληρωτή των υπηρεσιών υγείας (ΕΟΠΥΥ, ασφαλιστικές εταιρείες, ιδιώτες).

Προβληματισμοί σχετικά με τον ΕΔΥ και τον ΕΔΑ

Τόσο η παλαιά όσο και η νέα ρύθμιση εξαρτούν την αναπροσαρμογή των τιμών των ασφαλιστικών υπηρεσιών σε μακροχρόνια συμβόλαια ασφαλισμένων από έναν περιγραφικό δείκτη.

Οι ασφαλιστικές διαφοράς με τον ΕΔΥ περιγράφονται στο ότι: (α) ο δείκτης θα καθορίζεται όχι πλέον από το ΙΟΒΕ (έναν καταρχήν ιδιωτικό οργανισμό χρηματοδοτούμενο ως επί το πλείστον από την ιδιωτική πρωτοβουλία), αλλά από την ανεξάρτητη στατιστική αρχή της χώρας, παρέχοντας συνεπώς μεγαλύτερη αντικειμενικότητα και αποτελεσματικές εποπτείες, και (β) οι παράγοντες από τους οποίους εξαρτάται η αναπροσαρμογή θα αποφασίζονται όχι από το Υπουργείο Ανάπτυξης και Ενεργειών με Π.Δ., αλλά με ΚΥΑ 3 υπουργών (Ανάπτυξης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας) και απόφαση της ΕΛ.ΣΤΑΤ. Παρά την ενδεχόμενη οριστική βελτίωση στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, στην ουσία του, ο μηχανισμός αναπροσαρμογής τιμών παραμένει ο ίδιος: οι τιμές που καθορίζονται να πληρώσουν οι λήπτες μακροχρόνιων ασφαλιστηρίων (και ενδεχομένως και οι λήπτες εποχιακών αναενοούμενων ασφαλιστηρίων) εξαρτώνται από έναν δείκτη που καταρτίζεται από ένα μη συμβαλλόμενο στην ασφαλιστική σύμβαση μέρος και εγκρίνεται από το κράτος βάσει κριτηρίων που δεν είναι εκ των προτέρων ελεγχόμενα από τον καταναλωτή. Ένας τέτοιος μηχανισμός παρουσιάζει προβλήματα τόσο εξ απόψεως προστάσις του καταναλωτή όσο και πρόκλησης, μακροπρόθεσμα, στρεβλώσεων στον ανταγωνισμό.

1. Θέματα προστασίας του καταναλωτή: Ως προς την προστασία του καταναλωτή, έντονι προβληματισμοί είχαν επισημανθεί από την Επισημονική Υπηρεσία της Βουλής ήδη κατά τη δι-

αδικασία θεσμοθέτησης του ΕΔΥ. Οι κυριότεροι προβληματισμοί συνοψίζονται κατωτέρω: • Η έλλειψη εξειδίκευσης των κριτηρίων αναπροσαρμογής και προσδιορισμού της βαρύτητας τους στην ίδια την ασφαλιστική σύμβαση, κατά τρόπο που να επιτρέπει στον καταναλωτή να υπολογίσει, έστω κατά προσέγγιση, σε βάθος χρόνου το εύρος των οικονομικών δεσμεύσεων που αναλαμβάνει, αλλή και να ελέγξει την εφαρμογή των αναπροσαρμογών αυτών, δεν συνάδει ούτε με την αρχή της διαφάνειας ούτε με τις διατάξεις της Οδηγίας 93/13/Ε.Ε. Χωρίς αναφορά στη βαρύτητα (ποσοστό) καθενός από τα κριτήρια που απαριθμούνται στη διάταξη του άρθρου 2α Ν. 2251/1994, καταλείπεται η δυνατότητα διαμόρφωσης των ποσοστών αυτών κατά περίπτωση, και εκ των υστέρων (μετά τη σύναψη της σύμβασης) μονομερώς από τις ασφαλιστικές εταιρείες. Κατά τέτοιο ισοδυναμεί με εν μέρει μονομερή τροποποίηση ουσιώδους όρου της ασφαλιστικής σύμβασης, δηλαδή του ασφαλιστηρίου, χωρίς σοβαρό λόγο που να προβλέπεται στη σύμβαση και, ενδεχομένως, κατά τρόπο αδιαφανή, υπό την έννοια ότι ο ασφαλισμένος δεν θα μπορεί ούτε να προβλέψει υπό ποιες προϋποθέσεις και σε ποια έκταση θα υποστεί πρόσθετες επιβαρύνσεις και, πιθανώς, ούτε να ελέγξει τις επιβαρύνσεις αυτές. Το πρόβλημα αυτό δεν θεραπεύεται από τον νομοθετικό χαρακτηρισμό των αναπροσαρμογών είτε ως επαρκών για την πλήρωση των ανωτέρω προϋποθέσεων είτε ως μη καταχρηστικών, ούτε από την υποχρέωση ανακοίνωσής τους μετά τη λήψη των σχετικών αποφάσεων από την εκάστοτε ασφαλιστική επιχείρηση. • Η ανακοίνωση μελητικών αναπροσαρμογών δεν θεραπεύει την αδυναμία του ασφαλισμένου να προβλέψει κατά τον χρόνο σύναψης της σύμβασης υπό ποιες προϋποθέσεις και σε ποια έκταση θα υποστεί πρόσθετες επιβαρύνσεις και, πιθανώς, ούτε να ελέγξει τις επιβαρύνσεις αυτές. Η καταλείπονται προς την ασφαλιστική εταιρεία ευχέρεια δημιουργεί αβεβαιότητα στον καταναλωτή, που είναι το κατά τεκμήριο ασθενέστερο συναλλακτικό μέρος σε μια σύμβαση προσχώρησης, ως προς τις μελητικές οικονομικές επιβαρύνσεις του, αλλά και ως προς τη δυνατότητα άσκησης των δικαιωμάτων του που απορρέουν από μια τόσο σημαντική σύμβαση, όπως αυτή της μακροχρόνιας ασφάλισης υγείας. Αυτή η αβεβαιότητα εν μέρει αμβλύνεται από την μετά την υπογραφή της σύμβασης ανακοίνωση της υλοποίησης των αναπροσαρμογών, και πλέον (με τις ρυθμίσεις του άρθρου 29 του Ν. 5170/2025) την αυξημένη διαφάνεια ως προς τις τιμές των υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, αλλά όχι πλήρως. • Επιπλέον, μια τέτοια ρύθμιση όφινε έκθετο τον μακροχρόνια δεσμευόμενο καταναλωτή σε σημαντική ζημία, καθώς οι δυνατότητες που είχε έναντι ενδεχομένων ασαφών και καταχρηστικών όρων ήταν εξαιρετικά περιορισμένες. Σύμφωνα με το άρθρο 2α παρ. 2 και 3 Ν. 2251/1994, σε περίπτωση κατά την οποία η αναπροσαρμογή ευρίσκεται εκτός των ορίων των παραγόντων και δεικτών της παραγράφου 1 ή είναι ασυμφωνή ή ελλειπής και δεν πληροί τις αρχές της διαφάνειας και της καταληπτότητας, παρέχεται η δυνατότητα, κατόπιν σχετικής ενημέρωσης του λήπτη της ασφάλισης από την ασφαλιστική εταιρεία, και εφόσον αυτός δεν συμφωνεί με την εκ του νόμου



Πίνακας 18: Αποζημιώσεις προς Νοσοκομειακούς παρόχους

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

Πίνακας 19: Εύρος (% αιτηθείσας αξίας), αιτημάτων αποζημίωσης που απέρριψαν οι ασφαλιστικές εταιρείες

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

αναπροσαρμογή, να καταγγείλει τη σύμβαση εντός προβλεπόμενης προθεσμίας. Οι ανωτέρω διατάξεις καταλάμβαναν μακροχρόνιες συμβάσεις που ίσχυαν κατά την έναρξη ισχύος της διάταξης (άρθρο 2α παρ. 4). Συνεπώς, οι υφιστάμενοι ήλπιες μακροχρόνιας ασφάλειας θα οδηγούνταν στο δίλημμα είτε να αποδέχονται την αναπροσαρμογή είτε να καταγγέλλουν τις συμβάσεις τους λόγω της ενδεχομένης αδιαφανούς και κατακρησθαίας αναπροσαρμογής του ασφαλιστηρίου. Πέραν της πιθανής αντίθεσης της εν λόγω διάταξης με ενωσιακές επιταγές, ουσιαστικά στους ήδη δεσμευμένους επί μακρῶ χρόνῳ ήλπιες ασφαλίτες που δεν μπορούσαν να ανταποκριθούν στις αναπροσαρμογές δεν καταλείπονταν επιλογή άλλη από την καταγγελία των συμβάσεών τους. Η καταγγελία αυτή είναι πιθανόν να συνεπάγεται σοβαρή περιουσιακή ζημία για τον ασφαλισμένο, ιδίως αν αδυνατεί να συνάψει νέα σύμβαση παρεμφερούς περιεχομένου με άλλη ασφαλιστική εταιρεία ή αν η σύμβαση ήδη εκτελείται επί πολλά έτη ή αν ο ασφαλισμένος βρίσκεται σε ηλικία τέτοια, ώστε να μην του παρέχεται πλέον από ασφαλιστική εταιρεία η δυνατότητα να συνάψει νέα μακροχρόνια σύμβαση ασφάλισης υγείας. Σημειώνεται δε ότι όλη η ρύθμιση του άρθρου 2α Ν. 2251/1994 καταλάμβανε σχεδόν αποκλειστικά υφιστάμενες συμβάσεις, καθώς, όπως επιβεβαιώνεται και από την έρευνα, οι ασφαλιστικές εταιρείες έχουν αποσύρει και δεν προσφέρουν πλέον μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας. Δεδομένου δε ότι τα ασφαλιστήρια αυτά καλύπτουν ως επί το πλείστον μη ασφαλιστές πληθυσμιακές ομάδες, είναι εξαιρετικά πιθανό η καταγγελία να μην αποτελέσει βιώσιμη επιλογή για τους ήλπιες των εν λόγω ασφαλιστηρίων.

2. Θέματα στρεβλώσεων του ανταγωνισμού: Ως προς τις ενδεχόμενες στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό, προκαταρκτικώς σημειώνεται ότι

οι κρατικές επιβαλλόμενοι μηχανισμοί καθορισμού τιμών αποτελούν μία από τις πιο περιοριστικές μορφές παρέμβασης στην αγορά, επιφέροντας δε στις περισσότερες περιπτώσεις αποτελέσματα που παρεκκλίνουν από τον σκοπό διασφάλισης ελεύθερου ανταγωνισμού εντός της εσωτερικής αγοράς και ενέχουν κινδύνους. Εν όψει κοινωνικών επιπτώσεων και του δημοσίου συμφέροντος (όπως προστασία ευάλωτων καταναλωτών, γεωπολιτικών κινδύνων κ.λπ.), οι οποίες, κατά τις περιστάσεις, δύνανται να υπερσχύουν του σκοπού διασφάλισης ανταγωνισμού στην αγορά, η ρύθμιση των τιμών δεν είναι ασυμβίβαστη, εκ προοιμίου, με τους στόχους του δικαίου ανταγωνισμού. Ωστόσο, αποστερεί από την αγορά τον καθορισμό των τιμών μέσω της δυναμικής αλληλεπίδρασης της προσφοράς και της ζήτησης. Δεδομένου ότι η προσφορά και η ζήτηση μετατοπίζονται σε ανταπόκριση στις προτιμήσεις και το κόστος, αλλά η καθορισμένη τιμή θα αλλοιάξει μόνο μετά από μια χρονοβόρα νομοθετική και εν γένει πολιτική διαδικασία, η κυβερνητική τιμή δεν θα είναι ουσιαστικά ποτέ μια τιμή ισορροπίας. Αυτό σημαίνει ότι η κρατική τιμή θα είναι είτε πολύ υψηλή ή πολύ χαμηλή, στη περίπτωση παρέμβασης μέσω καθορισμού ανώτατων τιμών (πληροφών), όπου σκοπός είναι η προστασία του καταναλωτή, η κρατική τιμή θα είναι χαμηλότερη από την τιμή ισορροπίας. Για τον λόγο αυτόν θα πρέπει να γίνεται σε εξαιρετικές περιπτώσεις, και περιπτώσεις διαχείρισης κρίσεων, όπου δηλ. είναι αντικειμενικά ανέφικτο να λειτουργήσει ο υγιής ανταγωνισμός, συντρέχουν λόγοι δημοσίου συμφέροντος και όταν κανένα άλλο πλεονέκτηρο περιοριστικό μέτρο στον ανταγωνισμό δεν μπορεί να αποφέρει αποτελέσματα. Θα πρέπει επίσης να σχεδιάζεται με ιδιαίτερη προσοχή.

Επιπλέον, η διατίμηση προϊόντων και υπηρεσιών από το κράτος ενδέχεται να έχει αρνητικές

επιδράσεις (ορισμένες βραχυπρόθεσμα, άλλες μεσοπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα), όπως για παράδειγμα η μακροχρόνια μείωση της προσφοράς από τις επιχειρήσεις, η μη αποτελεσματική κατανομή πόρων στην οικονομία, καθώς και η εμφάνιση του φαινομένου umbrella pricing: στην περίπτωση αυτή, οι μέγιστες τιμές λειτουργούν ως εστιακό σημείο για τους μεταπωλητές (umbrella pricing) και ενδεχομένως να εφαρμόζονται από τους περισσότερους ή και από όλους τους μεταπωλητές ως καθορισμένες τιμές.

Στην περίπτωση του ΕΔΥ (και πλέον ΕΔΑ), πεκτέα είναι τα ακόλουθα: Πρώτον, ο εξωγενής καθορισμός του δείκτη αναπροσαρμογής ασφαλιστηρίων σε μακροχρόνια συμβόλαιο ασφάλισης υγείας αφαιρεί έως έναν βαθμό την πίεση από τις ασφαλιστικές εταιρείες να διαπραγματευτούν χαμηλότερες αποζημιώσεις με τους παρόχους υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν πιο εύκολα να πάρουν τη θέση ενός παθητικού μεσάζοντα, ο οποίος μετακυλίζει τις χρεώσεις στους ασφαλισμένους/καταναλωτές. Δεύτερον, αν και η νομοθεσία δεν «επιβάλλει» αντίστοιχες αυξήσεις στα ασφαλιστήρια, οπωσδήποτε τις «αντικειμενικοποιεί» στα μάτια των καταναλωτών, μέσω της ύπαρξης ενός εγκεκριμένου από το κράτος δείκτη αύξησης κόστους. Συνεπώς, και εξ αυτού της απόψεως, μειώνει την πίεση στις ασφαλιστικές εταιρείες για διαπραγμάτευση τιμών με τους παρόχους υγείας, και οι καταναλωτές γίνονται παθητικοί δέκτες των αναπροσαρμογών, με σχεδόν ανύπαρκτες, όπως προαναφέρθηκε, ενοητικές επιλογές (αποδοχή των αυξήσεων ή καταγγελία με σοβαρή περιουσιακή ζημία και χαμηλές πιθανότητες εκ νέου ασφάλισης).

Τρίτον, η ύπαρξη του δείκτη δημιουργεί ένα εστιακό σημείο (focal point) για την αύξηση τιμών. Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν πλέον το κίνητρο να επιδοθούν σε τιμολογιακό ανταγωνισμό, αντιθέτως έχουν το κίνητρο να ανα-

προσαρμόσουν τα ασφαλιστήρια με βάση τον δείκτη. Η δε νομοθετική και δημοσίευση ενός ενιαίου τρόπου αναπροσαρμογής ασφαλιστηρίων καταργεί την ανάγκη επικοινωνίας (πρώτης συμπαγνίας) μεταξύ των επιχειρήσεων, η οποία θα ήταν υποκείμενη σε έλεγχο με βάση τις διατάξεις περί ανταγωνισμού. Ακολουθώντας τον νομοθετημένο δείκτη, οι επιχειρήσεις μπορούν να προβούν σε αρμονισμένη αναπροσαρμογή των ασφαλιστηρίων.

Πράγματι, ο ΕΔΥ φαίνεται πως λειτουργήσει ως εστιακό σημείο, και ακριβώς αυτή η αναπροσαρμογή στο ίδιο επίπεδο οδήγησε σε νομοθετική παρέμβαση για την κατάργηση του δείκτη περίπου 3 χρόνια μετά την εισαγωγή του. Όπως προαναφέρθηκε, με βάση δημοσιεύματα, αλλά και τη συζήτηση στη Βουλή πριν την εισαγωγή του νέου δείκτη ΕΔΑ, οι ασφαλιστικές εταιρείες ανακοίνωσαν αναπροσαρμογές των ασφαλιστηρίων σε ποσοστό 14% για το έτος 2024 και 14,6% για το έτος 2025, το οποίο αντιστοιχεί στον ΕΔΥ του 2022 και 2023 αντίστοιχα. Ταύτο μάλιστα παρότι πολιτικά δικαστήρια έκριναν ότι δεν μπορούσε να εφαρμοστεί ο ΕΔΥ ως δείκτης αναπροσαρμογής ασφαλιστηρίων, διότι δεν είχε νόμιμη υπόσταση ελλείψει της προβλεπόμενης εγκριτικής απόφασης και δημοσιοποίησης του δείκτη από τον Υπουργό Ανάπτυξης και Επενδύσεων.

Σημειώνεται ότι ο ανταγωνισμός στην κατηγορία των μακροχρόνιων ασφαλιστικών προγραμμάτων είναι σχεδόν ανύπαρκτος, καθώς πρόκειται για ένα κλειστό χαρτοφυλάκιο προϊόντων, το οποίο επί της ουσίας δεν είναι διαθέσιμο στο καταναλωτικό κοινό. Με τον τρόπο αυτόν οι ασφαλισμένοι στα μακροχρόνια ασφαλιστικά προγράμματα παραινόμενοι «κλειδωμένοι» σε μία εταιρεία, αδυνατώντας να αλλοθούν πάροχο. Οι εναλλακτικές που διαθέτουν υπό το υφιστάμενο νομοθετικό καθεστώς είναι είτε να παραμείνουν στο μακροχρόνιο συμβόλαιο (ισοδεχόμενοι τις αναπροσαρμογές) είτε να καταγγέλλουν τη σύμβαση, μεταστρεφόμενοι κατ' ανάγκη σε ετήσιο συμβόλαιο (μη εγγυημένους ανανεωσιμότητας). Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις θα μπορούσαν, αντί να καταγγέλλουν σε ένα εξωθεν δείκτη αναπροσαρμογής (τον ΕΔΥ ή ΕΔΑ) για την αναπροσαρμογή ασφαλιστηρίων των εν πολλοίς «κλειδωμένων» ασφαλισμένων τους, να ανταγωνίζονται για τους όρους των μακροχρόνιων ασφαλιστικών προγραμμάτων των ασφαλισμένων που επιθυμούν να φύγουν από μία ασφαλιστική εταιρεία, χωρίς όμως να έχουν συνοδικά όλα τα προνόμια μιας μακροχρόνιας ασφάλισης. Σημειώνεται περαιτέρω ότι επειδή κατ' ουσίαν τα μακροχρόνια προγράμματα συνιστούν ένα μη διεκδικήσιμο τμήμα αγοράς, στο οποίο οι ασφαλισμένοι, όπως προαναφέρθηκε, παραινόμενοι «κλειδωμένοι» σε μία εταιρεία, η εφαρμογή ή μη οποιοδήποτε δείκτη για την αναπροσαρμογή των συμβολαίων έχει μικρή ή μηδενική επίπτωση στον ανταγωνισμό για τα μακροχρόνια συμβόλαια. Όμως, η εφαρμογή ενός δείκτη επηρεάζει σημαντικά τον ανταγωνισμό για τα ετήσιως ανανεούμενα συμβόλαια. Με την καταγγελία της μακροχρόνιας σύμβασης, ανοίγει ο ανταγωνισμός για τη διεκδίκηση των προηγούμενων «κλειδωμένων» πελατών (ωστόσο, σημειώνεται ότι κάποιο υποσύνολο αυτού του πληθυσμού είναι



πλέον μη ασφαλισμό, π.χ. λόγω ηλικίας ή εκδηλωμένης νοσηρότητας). Δεδομένου ότι ο δείκτης δύναται να λειτουργήσει ως εστιακό σημείο στον καθορισμό ασφαλιστρών, τυχόν ευρύτερη εφαρμογή του και στα ετήσια συμβόλαια θα περιορίσει τον ανταγωνισμό ως προς τη δικλίκηση αυτών των προηγούμενων «κλειδωμένων» πελατών, έχοντας πολλαπλασιαστική επίπτωση στον ανταγωνισμό στο σύνολο της αγοράς.

Τέταρτον, στην οικονομική θεωρία εκφράζεται ο προβληματισμός ότι οι δείκτες τιμών (price indexes) ενδέχεται υπό ορισμένες συνθήκες να αποτελέσουν αντικείμενο χειραγώγησης για αντιανταγωνιστικούς σκοπούς. Για παράδειγμα, οι επιχειρήσεις μπορεί στρατηγικά να υποβάλλουν παραπληθυντικές ή και ψευδείς αναφορές στοιχείων που χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό του δείκτη, αυξάνοντας τεχνητά την τιμή του, να σχεδιάζουν τον δείκτη κατά τέτοιο τρόπο ώστε να είναι εύκολη η χειραγώγησή του εφόσον δεν υπάρχει επαρκής κρατική εποπτεία ή να συντονίζουν τη συμπεριφορά τους (οριζόντια σύμπραξη) στις συναλλαγές που διαμορφώνουν τον δείκτη προκειμένου να αυξήσουν τα κέρδη τους σε άλλες συναλλαγές στις οποίες εφαρμόζεται/χρησιμοποιείται ο δείκτης για τον καθορισμό της αξίας της συναλλαγής. Στην τελευταία αυτή περίπτωση, το κίνητρο συντονισμού είναι υψηλό αν οι συναλλαγές που διαμορφώνουν την τιμή του δείκτη είναι λίγες (επομένως, είναι εύκολη η χειραγώγησή του) και παράλληλα ο δείκτης χρησιμοποιείται για τον καθορισμό τιμών σε συναλλαγές που λαμβάνουν χώρα σε ευρύτερες, μεγαλύτερου μεγέθους αγορές. Σε μια τέτοια περίπτωση, το κόστος από τη συμμετοχή σε έναν μικρό αριθμό ακριβών συναλλαγών είναι πολύ μικρότερο από τα κέρδη λόγω της εφαρμογής του χειραγώγημένου δείκτη σε έναν μεγάλο αριθμό συναλλαγών και επομένως υπάρχει κερδοσκοπικό κίνητρο χειραγώγησης. Οι ανωτέρω προβληματισμοί θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά τον σχεδιασμό του ΕΔΑ και την εφαρμογή του στην ευρύτερη ασφαλιστική αγορά. Στο πλαίσιο αυτό, σημειώνεται ότι ο ΕΔΥ (και πλέον ο ΕΔΑ) αφορούν σε μια συγκεκριμένη κατηγορία ασφαλιστηρίων υγείας, τα μακροχρόνια νοσοκομειακά προγράμματα, με φθίνοντα αριθμό συναλλαγών. Κατά συνέπεια, αιτιώδη σχέση με την αύξηση του κόστους έχει μόνο με την κατηγορία αυτή των ασφαλιστηρίων και, επί της αρχής, δεν δικαιολογείται η χρήση του ως βάση αύξησης ασφαλιστρών για οποιοδήποτε άλλη κατηγορία ασφαλιστηρίων υγείας. Επιπροσθέτως, δεδομένου ότι το εν λόγω ασφαλιστικό προϊόν δεν προσφέρεται σε νέους ασφαλισμένους, έπεται ότι οι υπηρεσίες υγείας που καλύπτονται από αυτό τα συμβόλαια αφορούν έναν συνεχώς γηράσκοντα πληθυσμό ασφαλισμένων, κάτι που τείνει να αυξήσει τόσο τη συνολική περιστατικότητα όσο και την έκταση των υπηρεσιών στο πλαίσιο του κάθε περιστατικού. Αυτό όμως τον καθιστά ακόμη περισσότερο μη-αντιπροσωπευτικό για άλλες κατηγορίες ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας. Βεβαίως, ο ΕΔΥ υποδηλώνεται συμπεριλαμβαντικά και χωρίς την επίδραση της ηλικίας, αυτό όμως γίνεται στο πλαίσιο μιας ανάλυσης τρίτου υποθετικού λόγου (counterfactual analysis), η οποία, παρότι βεβητή και αποδεκτή επιστημονικά, είναι αμφίβολο αν έχει τη δέουσα θεωρητική υπόσταση



και αποδοχή προκειμένου να αποτελέσει βάση ρύθμισης συναλλακτικών σχέσεων.

Επιπροσθέτως, ο ΕΔΥ απεικονίζει την ετήσια μεταβολή στο άμεσο κόστος ενός ασφαλιστηρίου (καταβληθείσες αποζημιώσεις). Αυτό αποτελεί ένα μόνο στοιχείο κόστους της όλης παροχής ασφαλιστικών υπηρεσιών. Το να αυξάνεται ποσοσιαία το συνολικό ασφάλιστρο με το ίδιο ποσοστό που αυξήθηκε αυτό το ένα στοιχείο κόστους οδηγεί σε αυτόματη αύξηση του τελικού κέρδους των ασφαλιστικών εταιρειών τόσο σε ευρώ όσο και ως ποσοστό του κύκλου εργασιών. Κατά συνέπεια, ελέγχεται κατά πόσον η επιβολή ως ποσοστού αύξησης ασφαλιστρών του ποσοστού αύξησης του ΕΔΥ παραμένει εντός των ορίων εύλογων όρων συναλλαγών, στον βαθμό που παρουσιάζεται ως «αντικειμενική» αύξηση του κόστους των ασφαλιστικών εταιρειών.

Σε κάθε περίπτωση, ο δείκτης που προβλέπεται να θεσμοθετηθεί προς αντικατάσταση του ΕΔΥ θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις διαστάσεις του θέματος που αναπτύχθηκαν ανωτέρω, ήτοι το ότι το κόστος ενός ασφαλιστηρίου συμβολαίου για τον προμηθευτή-ασφαλιστική εταιρεία δεν εξορτάται μόνο από την εξέλιξη των «τιμών μονάδος» των προϊόντων και υπηρεσιών υγείας, αλλά και από τη διάρθρωση αυτών ανά περιστατικό όσο και από τη συχνότητα που προφέρονται εντός του έτους στους ασφαλισμένους.

Πέραν της καθαυτής ακαταλληλότητας του δείκτη που εξηγήθηκε ανωτέρω, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί στον σχεδιασμό και εφαρμογή του μελλοντικού ΕΔΑ και για έναν περαιτέρω λόγο: Δεδομένου του μικρού και φθίνοντος αριθμού ασφαλιστηρίων που δυνητικώς διαμορφώνουν τον δείκτη (29% των ασφαλιστρών από νοσοκομειακά προγράμματα), η απροϊόνθετη και άνευ εποπτείας χρησιμοποίησή του για τον καθορισμό των ασφαλιστρών στα ετήσια προγράμματα, τα οποία εκπροσωπούν τον μεγάλο όγκο των συναλλακτικών σχέσεων (71% των ασφαλιστρών από νοσοκομειακά προγράμματα), μπορεί να δημιουργήσει ισχυρά κίνητρα

χειραγώγησης του δείκτη και εντεύθεν περαιτέρω στρεβλώσεις στην αγορά. Γενικότερα, και πέραν της μεθοδολογίας υπολογισμού του, η μεθοδολογία εφαρμογής του νέου αυτού δείκτη ως εργαλείου αναπροσαρμογής ασφαλιστρών και άρα ως θεσμικού διαμεσολαβητή συναλλακτικών σχέσεων, θα πρέπει να είναι συμβατός με το νομοθετικό πλαίσιο της χώρας και διαφανής, αποσαφηνίζοντας μεταξύ άλλων και το τι θα συμβεί αν ο εν λόγω νέος δείκτης παρουσιάσει μείωση.

Τέλος, η κατά τα φαινόμενα επιτυχής εφαρμογή δείκτη τιμών σε κάποιο κλάδο ως βάση ρύθμισης των συναλλακτικών σχέσεων δεν δικαιώνει γενικώς τη χρήση δεικτών. Μια τέτοια κατά τα φαινόμενα επιτυχής διευθέτηση ισχύει επί δεκαετίες στη χώρα μας: η χρήση του Γενικού Δείκτη Τιμών Καταναλωτή της ΕΛ.ΣΤΑΤ. ως βάση αναπροσαρμογής μισθωτηρίων συμβολαίων ακινήτων. Όμως, ο χώρος της Υγείας ενέχει ιδιαιτερότητες που δεν συναντώνται στις μισθώσεις ακινήτων. Το γεγονός ότι σε κάποιο άλλον κλάδο έχει εν πολλοίς εφαρμοστεί η χρήση γενικών δεικτών τιμών για τη ρύθμιση συναλλακτικών σχέσεων δεν διασφαλίζει ότι σε κάποιο άλλον κλάδο, ιδιαίτερα με τις ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει ο κλάδος Υγείας, μια τέτοια εφαρμογή θα είναι επιτυχής.

Η Επιτροπή Ανταγωνισμού έχει επισημάνει την ανάγκη συμπερίληψης θεμάτων ανταγωνισμού κατά τον σχεδιασμό δημόσιων πολιτικών και έχει μόλις εκδώσει οδηγό προς τούτο. Η δημιουργία, η προστασία και η ενίσχυση ανταγωνιστικών αγορών αποτελεί κομμάτι του ευρύτερου δημοσίου συμφέροντος, καθώς οι ανταγωνιστικές αγορές ενθαρρύνουν τις επιχειρήσεις να είναι αποτελεσματικές και καινοτόμες, δημιουργώντας έτσι περισσότερες επιλογές για τους καταναλωτές, μειώνοντας τις τιμές και βελτιώνοντας την ποιότητα των αγαθών και των υπηρεσιών και κατ' επέκταση τις οικονομικές επιδόσεις μιας χώρας. Ο κρατικός σχεδιασμός συνενώνεται με την ανάγκη της επιπτώσεως μιας πολιτικής ή μιας παρέμβασης στον ανταγωνισμό

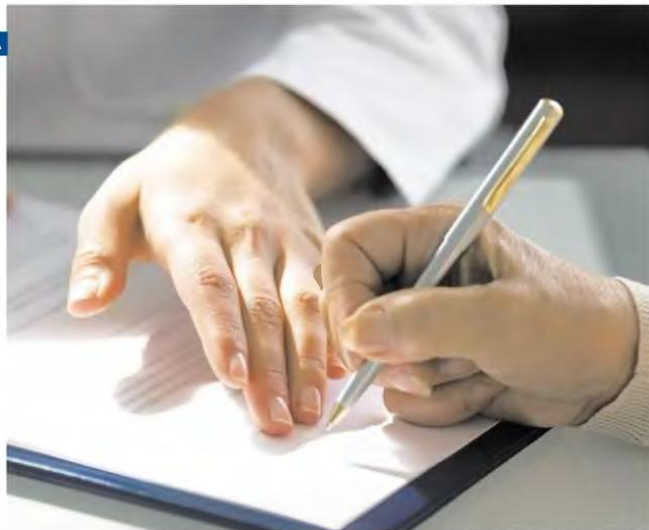
και να επιλέγει εκείνον τον τρόπο δράσης που οδηγεί σε περισσότερο και όχι λιγότερο ανταγωνισμό μεταξύ των επιχειρήσεων προς όφελος των καταναλωτών. Αυτή η στάθμιση είναι αποτελεσματικότερη όταν γίνεται από την αρχή της ανάπτυξης δημόσιων πολιτικών, ώστε εξ αρχής να περιλαμβάνεται στον σχεδιασμό, προκειμένου να προλαμβάνονται στρεβλώσεις του ανταγωνισμού, οι οποίες έχουν αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην ευημερία των καταναλωτών όσο και ευρύτερα στην οικονομία και στους πολίτες.

Τελικά Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η έρευνα της Ε.Α. δείχνει ότι η αγορά υπηρεσιών υγείας, ιδιαίτερα των δευτεροβάθμιων υπηρεσιών, είναι μια ιδιαίτερα σύνθετη αγορά, με αυξημένη συναλλακτική πολυπλοκότητα ειδικά στη συνεργασία των νοσοκομειακών παρόχων υγείας με τις ασφαλιστικές εταιρείες για προϊόντα υγείας. Εξετάστηκε η ισχύς στην αγορά των νοσοκομειακών παρόχων υγείας, η ισχύς στην αγορά των ασφαλιστικών εταιρειών ή/και των διαχειριστών ασφαλιστικών προϊόντων υγείας, πιθανά εμπόδια εισόδου στις αγορές παρόχων υπηρεσιών υγείας ή στις ασφαλιστικές αγορές, συμμετρία πληροφορήσεως των ασθενών ή/και των ασφαλιστικών εταιρειών και κάθετες σχέσεις που πιθανώς περιορίζουν τον ανταγωνισμό.

Στον κλάδο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας εμφανίζεται μέτριος βαθμός συγκέντρωσης, με έξι σημαντικούς ομίλους να δραστηριοποιούνται σε αυτόν και τρεις ισχυρές ανεξάρτητες εταιρείες. Οι εξαγορές που έχουν λάβει χώρα από ξένα επενδυτικά κεφάλαια τα τελευταία έτη δεν έχουν μεταβάλει δραματικά τον βαθμό συγκέντρωσης από το 2019 έως το 2022, παρότι από την έρευνα διαφαίνεται ότι η αντίληψη των ιδιωτικών κλινικών είναι ότι υφίστανται πάροχοι υπηρεσιών υγείας με ισχύ στην αγορά. Κινητικότητα στις εξαγορές παρόχων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας παρατηρείται έως και σήμερα.

Το νομοθετικό πλαίσιο και δη οι προϋποθέσεις αύξησης των κλινικών μπορούν να δυσκολέψουν ή να εμποδίσουν μια κλινική από το να προβεί στην εν λόγω αύξηση. Ενδεικτικά, σε δείγμα 25 μονάδων υγείας μόνο 9 έχουν προβεί σε αύξηση του αριθμού των κλινικών τους. Οι ρυθμιστικές ασυμμετρίες από την παράλληλη εφαρμογή τριών διαφορετικών καθεστώτων αδειοδότησης, λειτουργίας και επέκτασης των κλινικών των ιδιωτικών κλινικών φαίνεται να προκαλούν στρεβλώσεις στον ανταγωνισμό, καθώς τίθενται διαφορετικές προδιαγραφές ως προς το προσωπικό, τον εξοπλισμό, τους χώρους και τον ελάχιστο αριθμό κλινικών, με αποτέλεσμα τη διατήρηση κλινικών τριών ταχυτήτων. Από τη μία πλευρά, η διατήρηση του ρυθμιστικού πλαισίου επέτρεψε στις παλαιότερες κλινικές να διατηρήσουν το status quo με χαμηλότερες απαιτήσεις και κόστος λειτουργίας έναντι των καινούργιων υποδομών, ωστόσο καθιστάται δυσκολότερη η δυνατότητα επιχειρηματικής ανάπτυξης μέσω αναβάθμισης των κτιριακών υποδομών και αύξησης της χωρητικότητάς τους. Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικές κλινικές που υπάγονται στις νεότερες διατάξεις λειτουργούν με περισσότερες απαιτήσεις και αυξημένο συγκριτικό κόστος και



τίθενται σε μειονεκτική θέση ως προς το θέμα αυτό έναντι των παλαιότερων κλινικών. Ως εκ τούτου, κρίνεται σκόπιμος ο περαιτέρω εξορθολογισμός του ρυθμιστικού πλαισίου για τη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών (εγχείρημα που εκκίνησε ήδη με τον Ν. 4600/2019), προκειμένου να καταστεί ευχερέστερη η αύξηση της δυναμικότητάς τους για να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.

Μέτριος είναι ο βαθμός συγκέντρωσης και στις υπηρεσίες ασφάλισης υγείας, όπου ταυλάχιστον δεκατρείς ασφαλιστικές εταιρείες προσφέρουν νοσοκομειακά προγράμματα. Δεν προκύπτουν νομικοί ή πραγματικοί φραγμοί στην είσοδο ή στην επέκταση επιχειρήσεων στον κλάδο νοσοκομειακής ασφάλισης υγείας. Το νομοθετικό πλαίσιο είναι δικαιολογημένα αυστηρό προκειμένου να διασφαλιστεί η οικονομική φερεγγυότητα των ασφαλιστικών εταιρειών και η προστασία της ασφαλιστικής πίστης.

Η έρευνα ανέδειξε τη σημασία των επιχειρήσεων παροχής διαχειριστικών υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, ως ενός ακόμη κρίκου στις πολυεπίπεδες σχέσεις στον κλάδο της Υγείας και ασφάλισης υγείας. • Οι εταιρείες αυτές επιφορτίζονται πρωτίστως με τον έλεγχο (gatekeeping) και τη διαχείριση των ασφαλιστικών περιπτώσεων-αποζημιώσεων, ενεργώντας για λογαριασμό των ασφαλιστικών εταιρειών. Περαιτέρω, οι επιχειρήσεις αυτές συχνά αποτελούν τον ενδιάμεσο στις διαπραγματεύσεις των ασφαλιστικών εταιρειών (ιδίως μεσαίου-μικρού μεγέθους) με τις ιδιωτικές κλινικές. • Στην αγορά αυτήν εντοπίστηκε μικρός αριθμός εταιρειών με τη μεγαλύτερη συγκέντρωση των υπηρεσιών διαχείρισης σε δύο εξ αυτών. Δεν εντοπίστηκαν αποκλειστικότητες στις συμβάσεις των εταιρειών διαχείρισης με ασφαλιστές, με αποτέλεσμα οι δύο εταιρείες να ενεργούν για λογαριασμό περισσότερων ασφαλιστών, στους οποίους παρέχουν παρόμοιες υπηρεσίες, έχοντας πρόσβαση και σε εμπορικά ευαίσθητες πληροφορίες αναγόμενες στη σχέση των ασφαλισμένων με νοσοκομειακούς παρόχους (τιμοκατάλογοι, αποζημιώσεις, πιστωτικά κ.λπ.). Επισημαίνεται ότι οι εταιρείες αυτές δεν εποπτεύονται από την ΤτΕ ή άλλη ρυθμιστική αρχή. Πάντως, δεν προκύπτει από την έρευνα η ύπαρξη συμφωνιών μεταξύ ασφαλιστικών επιχειρήσεων για την από κοινού χρήση των υπηρεσιών των εταιρειών διαχείρισης.

Η καθετοποίηση των ασφαλιστικών εταιρειών με τη δραστηριοποίησή τους στον κλάδο της Υγείας μπορεί να έχει, σύμφωνα με την οικονομική βιβλιογραφία, ως κυριότερα αποτελέσματα φαινόμενα τύπου patient steering effect και enrollee steering effect. Εκφράζεται όμως από τις ιδιωτικές κλινικές η άποψη ότι συνέργειες μεταξύ παρόχων υγείας και ασφαλιστικών εταιρειών θα κατευθύνουν το μεγαλύτερο μέρος των ασφαλισμένων προς τους μεγάλους ομίλους υπηρεσιών υγείας, κάτι το οποίο όμως σε κάθε περίπτωση αποτελεί αντικείμενο έρευνας των αρχών ανταγωνισμού στο πλαίσιο προληπτικής εξέτασης των γνωστοποιηθέντων συγκεντρώσεων επιχειρήσεων. Το φαινόμενο της καθετοποίησης παρατηρήθηκε στην Ελλάδα με την εξαγορά της Εθνικής Ασφαλιστικής από τον όμιλο HFG των κεφαλαίων CVC, και πιο πρόσφατα με την ανακοίνωση της εξαγοράς της Ευρωκλινικής

από την Generali.

Τα τελευταία έτη καταγράφεται σταθερά αύξηση στο κόστος ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, ενώ απασχολεί έντονα το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των ασφαλιστικών προγραμμάτων υγείας, χωρίς δυνατότητα των ασφαλισμένων να προβλέψουν τη μελλοντική του εξέλιξη. Επιπλέον, η κλαδική έρευνα της Ε.Α. ανέδειξε το ζήτημα της διακριτικής τιμολόγησης πελατών και της αδιαφάνειας στην τιμολόγηση των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που καθιστά εξαιρετικά δυσχερή τη σύγκριση υπηρεσιών και επαλήθευση των χρεώσεων με βάση τους δημοσιευμένους τιμοκαταλόγους των ιδιωτικών κλινικών.

Επιπλέον, η τιμολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τις ασφαλιστικές επιχειρήσεις στην Ελλάδα σήμερα ακολουθεί το μοντέλο της διακριτής τιμολόγησης έκτασης υπηρεσίας (feefor-service), όπου οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι γιατροί αποζημιώνονται με βάση τον αριθμό και το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν βάσει αναλυτικού καταλόγου τιμών. Συνεπώς, όσο αυξάνεται ο όγκος/ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο αυξάνεται το ποσό της αποζημίωσης του παρόχου.

Συζήτηση για τυχόν διαφορετικό τρόπο τιμολόγησης των εν λόγω υπηρεσιών γίνεται αναφορικά με το σύστημα DRGs που εφαρμόζεται στην Ελλάδα μέσω του ΣυσΚΝΥ σε δημόσια νοσοκομεία του ΕΣΥ για το σύνολο των νοσηλείων και την τιμολόγηση και αποζημίωση αυτών από τον ΕΟΠΥΥ, αλλά δεν εφαρμόζεται σε ιδιωτικές κλινικές. Το σύστημα DRGs έχει υιοθετηθεί από τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες λόγω της ανάγκης συστηματικής παρακολούθησης της νοσοκομειακής δραστηριότητας, του ελέγχου του κόστους, καθώς και της βελτίωσης της αποδοτικότητας και της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, αλλά διαφέρει μεταξύ των χωρών ο τρόπος εφαρμογής του.

Η επέυξη των στόχων του εν λόγω συστήματος διαφέρει από χώρα σε χώρα, αλλά τα εμπειρικά οικονομικά δεδομένα αναφορικά με την εξέλιξη των δαπανών είναι διφορούμενα και, παρότι έχει εφαρμοστεί σε πολλές χώρες, έχουν υπάρξει αδυναμίες/πρωβλήματα. Τυχόν εφαρμογή του εν λόγω συστήματος σε όλες τις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να γίνει με προσεκτικό σχε-

διασμό προς αποφυγή των αρνητικών συνεπειών που έχει δείξει η διεθνής εμπειρία.

Ειδικώς ως προς την τιμολόγηση των υπηρεσιών ασφάλισης υγείας, ειδικότερη προβληματική αποτέλεσε η συμβολή του δείκτη ΕΔΥ, με τον οποίο συνδέθηκε η επίσημη αναπροσαρμογή των ασφαλιστριών σε μακροχρόνιες συμβάσεις ασφάλισης υγείας, στην αύξηση των ασφαλιστριών υγείας κατά τη διετία 2024-2025. Ο ΕΔΥ αντικαταστάθηκε από τον υπό διαμόρφωση δείκτη «ΕΔΑ», που θα τεθεί σε εφαρμογή από 1η/1/2026.

Η Επιτροπή Ανταγωνισμού συνιστά ιδιαίτερη προσοχή στον σχεδιασμό και την εφαρμογή του νέου δείκτη ΕΔΑ. Πέραν των προβληματισμών που ανάγονται στη διαφάνεια των συμβατικών όρων, και στην αντικειμενικότητα, καταλληλότητα, επαληθευσσιμότητα και προσβασιμότητα των παραγόντων που θα ληφθούν υπόψη για τη διαμόρφωση του δείκτη-ζήτημα που ανάγονται κατεξοχήν στην προστασία των καταναλωτών-, δημιουργείται ένας γενικότερος προβληματισμός σχετικά με το ενδεχόμενο πρόκλησης σοβαρών στρεβλώσεων στον ανταγωνισμό για τους εξής λόγους: Πρώτον, ο εξωγενής καθορισμός του δείκτη αναπροσαρμογής ασφαλιστριών σε μακροχρόνια συμβόλαια ασφάλισης υγείας αφαιρεί έως έναν βαθμό την πίεση από τις ασφαλιστικές εταιρείες να διαπραγματευτούν χαμηλότερες αποζημιώσεις με τους παρόχους υγείας. Οι ασφαλιστικές εταιρείες μπορούν πιο εύκολα να πάρουν τη θέση ενός παθητικού μεσάζοντα, ο οποίος μετακυλίζει τις χρεώσεις στους ασφαλισμένους/καταναλωτές.

Δεύτερον, αν και η νομοθεσία δεν «επιβάλλει» αντίστοιχες αυξήσεις στα ασφαλιστήρια, οπωσδήποτε τις «αντικειμενοποιεί» στα μάτια των καταναλωτών, μέσω της ύπαρξης ενός εγκεκριμένου από το κράτος δείκτη αύξησης κόστους. Συνεπώς, και εξ αυτής της απόψεως, μειώνει την πίεση στις ασφαλιστικές εταιρείες για διαπραγμάτευση τιμών με τους παρόχους υγείας, και οι καταναλωτές γίνονται παθητικοί δέκτες των αναπροσαρμογών, με σχεδόν ανύπαρκτες, όπως προαναφέρθηκε, εναλλακτικές επιλογές (αποδοχή των αυξήσεων ή καταγγελία με σοβαρή περιουσιακή ζημία και χαμηλές πιθανότητες εκ νέου ασφάλισης). Τρίτον, η ύπαρξη του δείκτη δημιουργεί ένα εστιακό σημείο (focal point) για

την αύξηση τιμών. Οι ασφαλιστικές εταιρείες δεν έχουν πλέον το κίνητρο να επιδοθούν σε τιμολογιακό ανταγωνισμό, αντιθέτως έχουν το κίνητρο να αναπροσαρμόσουν τα ασφαλιστήρια με βάση τον δείκτη. Η δε νομοθέτηση και δημοσίευση ενός ενιαίου τρόπου αναπροσαρμογής ασφαλιστριών καταργεί την ανάγκη επικοινωνίας (ρητής συμπαίγνιας) μεταξύ των επιχειρήσεων, η οποία θα ήταν υποκειμενική σε έλεγχο με βάση τις διατάξεις περί ανταγωνισμού. Ακολουθώντας τον νομοθετημένο δείκτη, οι επιχειρήσεις μπορούν να προβούν σε ενορμονισμένη αναπροσαρμογή των ασφαλιστηρίων.

Επιπροσθέτως, η έρευνα ανέδειξε το ειδικότερο ζήτημα της αδιαφάνειας στις χρεώσεις υπηρεσιών υγείας και ασφάλισης υγείας. Αν και η ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ του κατόχου των γνώσεων για τα αγαθά της Υγείας σε σύγκριση με τις γνώσεις του ασθενούς είναι εγγενές χαρακτηριστικό των αγορών παροχής υπηρεσιών υγείας, η έλλειψη διαφάνειας, προβλεψιμότητας και συγκρισιμότητας στις τιμές τόσο των υπηρεσιών υγείας όσο και των υπηρεσιών ασφάλισης υγείας εντείνει το πρόβλημα αυτό και αφαιρεί οποιαδήποτε δυνατότητα του καταναλωτή/ασθενούς να επιλέξει ιδιωτική κλινική ή ασφαλιστικό οργανισμό βάσει κόστους, και εν τέλει να έχει έλεγχο επί των δαπανών του σε ένα τόσο σημαντικό αγαθό. Στο πλαίσιο αυτό, είναι σίγουρα ωφέλιμο για τον καταναλωτή το γεγονός ότι οι ιδιωτικές κλινικές υποχρεούνται να δημοσιοποιούν στην ιστοσελίδα τους τιμοκατάλογο των υπηρεσιών και προϊόντων που παρέχονται από αυτές. Προτείνεται, ωστόσο, η κωδικοποίηση/τυποποίηση των υπηρεσιών/προϊόντων των τιμοκαταλόγων, ώστε να διευκολυνθεί έτι περαιτέρω ο καταναλωτής στη σύγκριση των τιμών, να ενισχυθεί η διαφάνεια και εν τέλει η καταναλωτική συνείδηση. Περαιτέρω, συνιστάται εποπτεία των παρόχων όχι μόνο αναφορικά με την τυπική τους συμμόρφωση με την υποχρέωση ανάρτησης τιμοκαταλόγων, αλλά και αναφορικά με φαινομενικά τεχνικές λεπτομέρειες υλοποίησης, που θα διασφαλίσουν την ομοιογένεια, διαχειριστικότητα και συγκρισιμότητα της αναρτώμενης πληροφόρησης. Με τον τρόπο αυτόν δύναται να ενισχυθεί η καταναλωτική συνείδηση, ενισχύοντας εμμέσως τον ανταγωνισμό στον κλάδο.

Περαιτέρω ενίσχυση της πληροφόρησης των καταναλωτών και της διαφάνειας αναφορικά με τους όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων υγείας εκτιμάται ότι θα συνεισφέρει στη βελτίωση της θέσης του καταναλωτή για την αναζήτηση ασφαλιστικής εταιρείας που θα καλύψει τις ανάγκες του και θα του προσφέρει η καλύτερη διαπραγματευτική θέση, το οποίο θα ενισχύσει τον ανταγωνισμό μεταξύ των ασφαλιστικών εταιρειών.

Τέλος, σημαντικός παράγοντας που πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι το ότι, αναφορικά με την Υγεία, ως δημόσιο αγαθό, είναι κοινωνικά επιθυμητό και επωφελές να συντελείται ανταγωνισμός και σε όρους ποιότητας και ασφαλείας, και όχι μόνο σε επίπεδο τιμών. Δεδομένου τούτου, τυχόν διαρθρωτικά μέτρα θα πρέπει να δομούνται με τέτοιο τρόπο ώστε να προσφέρουν κίνητρο για τη βελτίωση της ποιότητας και αντικίνητρο για την υποβάθμισή της.