



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Ο ΕΘΠΥΥ ΩΣ ΑΓΟΡΑΣΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ Β. ΘΑΝΑΣΑΡΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Χαράλαμπος Οικονόμου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ 2019

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ & ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
*«ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ &
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»*

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Ο ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΑΓΟΡΑΣΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ Β. ΘΑΝΑΣΑΡΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Χαράλαμπος Οικονόμου

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΜΑΙΟΣ 2019

Περίληψη

Η σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) συνιστά τη μεγαλύτερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια των τελευταίων ετών και αντανακλάται ως εγχείρημα εγκαθίδρυσης ασφαλιστικού μονοψωνίου στον ασφαλιστικό τομέα με ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη.

Σκοπός του Οργανισμού με δεδομένη την ύπαρξη προβλημάτων και στρεβλώσεων που ενδημούν στον υγειονομικό τομέα της χώρας μας, με έμφαση στο ζήτημα της χρηματοδότησης στις περιοριστικές συνθήκες της οικονομικής συγκυρίας, είναι η ισότιμη πρόσβαση όλων των δικαιούχων σε ένα ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας που απώτερο σκοπό έχει την προστασία, προαγωγή, πρόληψη, θεραπεία, βελτίωση και αποκατάσταση της υγείας.

Ο ρόλος της παρούσας εργασίας είναι διττός. Αφενός επιχειρεί να αναδείξει, μέσα από την παράθεση της επίδρασης της τρέχουσας οικονομικής κρίσης στην οικονομική και κοινωνική των χωρών, στο επίπεδο υγείας τόσο του ευρωπαϊκού όσο και του ελληνικού πληθυσμού και των μέτρων στήριξης των συστημάτων υγείας που πάρθηκαν σε ευρωπαϊκό και ελληνικό επίπεδο, τους λόγους που οδήγησαν στην ίδρυση του οργανισμού. Αφετέρου επιχειρεί να αναδείξει τις στρεβλώσεις που ακολούθησαν τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ σχετικά με τη δομή, την οργάνωση, την αλλαγή του σκοπού του και τη χρηματοδότηση του, τα μέτρα που έλαβε μέχρι τα τέλη του 2018 προκειμένου να επιβιώσει και τη συμβολή του στην προσπάθεια εξορθολογισμού των δαπανών στο χώρο της υγείας ως συνέπεια των μνημονιακών δεσμεύσεων της χώρας με παράλληλη την εξακρίβωση της αποστολής του στην προσβασιμότητα των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας.

Η μεθοδολογική προσέγγιση του θέματος λόγω του θεωρητικού πλαισίου πραγματοποιήθηκε με βιβλιογραφική ανασκόπηση με κύριο μέσο αναζήτησης το διαδίκτυο απ' όπου χρησιμοποιήθηκαν πηγές από επιστημονικά περιοδικά, άρθρα και ηλεκτρονικά συγγράμματα και το νομικό πλαίσιο λειτουργίας των ασφαλιστικών ταμείων και του ΕΟΠΥΥ ενώ για την παρουσίαση των οικονομικών στοιχείων και των δεικτών χρησιμοποιήθηκαν κυρίως οι βάσεις δεδομένων του ΕΟΠΥΥ και των στατιστικών στοιχείων οι βάσεις δεδομένων της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, του ΟΟΣΑ και της Eurostat.

Λέξεις κλειδιά: Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αγοραστής υπηρεσιών υγείας, περίθαλψη, πρόσβαση.

Abstract

The establishment of the National Health Service Organization (EOPYY) is the major reform effort of recent years and is reflected as an attempt to establish an insurance monopson in the insurance sector with a strong bargaining power.

The purpose of the Organization, given the existence of problems and distortions that are endemic in the health sector of our country, with emphasis on the issue of financing in the restrictive conditions of the economic conjuncture, is the equal access of all beneficiaries to a single system of health services, protecting, promoting, preventing, curing, improving and restoring health.

The role of this work is twofold. On the one hand it attempts to highlight, through the citation of the impact of the current economic crisis on the economic and social background of the countries, on the health level of both the European and the Greek population and the measures to support the health systems taken at European and Greek level which led to the establishment of the organization. On the other hand, it attempts to highlight the distortions that followed during the first years of the EOPYY's operation regarding the structure, organization, change of its purpose and financing, the measures taken until the end of the year 2018 to survive and its contribution to the rationalization of the expenditure in the field of health as a consequence of the country's memorandum commitments while at the same time verifying its mission to the accessibility of users to health services.

The methodological approach of the subject, based on the theoretical framework, was carried out with a literature review with a main internet search tool from sources from scientific journals, articles and electronic books and the legal framework for the operation of the insurance funds and EOPYY, while for the presentation of the financial data indicators were used mainly the databases of EOPYY and the statistical data the databases of the Hellenic Statistical Authority, the OECD and the Eurostat.

Keywords: EOPYY, buyer of health services, care, access.

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Χαράλαμπο Οικονόμου για τη συνεχή και σωστή καθοδήγησή του και το άριστο κλίμα συνεργασίας που αναπτύχθηκε μεταξύ μας καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διατριβής.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον πρώην πλέον Πρόεδρο του ΕΟΠΥΥ κ. Σωτήριο Μπερσίμη για την αναγνώριση της προσπάθειάς μου να αναδείξω όλες τις πτυχές λειτουργίας του Οργανισμού που επί των ημερών του τόλμησε και καινοτόμησε.

Επιπλέον ευχαριστώ θερμά το Διευθυντή του Γραφείου του Προέδρου κ. Κωνσταντίνο Γαλανάκη για τη συμβολή του στην προσπάθειά μου να αντλήσω στοιχεία από τη βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ. Τους συναδέλφους μου από την Κεντρική Υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ Σπύρο Γούλα, Κωνσταντίνο Ψυχογιό, Γιώτα Λίτσα, Γλυκερία Κανή, Παναγιώτη Πατεράκη, Μαρία Πανουσοπούλου, Γεώργιο Μπαθρέλλο, Χριστίνα Ρωμανού, Αντωνία Γιαννακού, Κώστα Κερασίδη και Κική Ρομποτή για τη συμβολή τους και την παροχή στοιχείων σχετικά με την εκπόνηση της παρούσας.

Την οικογένειά μου και τους συναδέλφους μου της ΠΕΔΙ ΕΟΠΥΥ Ν. Καρδίτσας για την υπομονή και συμπαράστασή τους σε όλη αυτή μου την προσπάθεια.

Στη μνήμη της αδερφής μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|------------------------|----------|
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ: | 9 |
|------------------------|----------|

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

| | |
|--|-----------|
| 1.1. Εισαγωγή..... | 11 |
| 1.2. Τα χαρακτηριστικά και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διεθνώς-Οι επιδράσεις σε κοινωνική και οικονομική ζωή..... | 12 |
| 1.3. Οι επιπτώσεις της κρίσης στα συστήματα υγείας και στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών..... | 14 |
| 1.4. Μέτρα προστασίας των συστημάτων υγείας από την τρέχουσα οικονομική κρίση στην Ευρώπη..... | 20 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

| | |
|--|-----------|
| 2.1. Εισαγωγή: Οι επιπτώσεις στο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού..... | 22 |
| 2.2. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας πριν την κρίση..... | 27 |
| 2.3. Οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία μετά το 2010..... | 33 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

| | |
|--|-----------|
| 3.1. Εισαγωγή..... | 41 |
| 3.2. Η σύσταση, λειτουργία και ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ..... | 41 |
| 3.2.1. Οι φορείς που συγκροτούν τον ΕΟΠΥΥ..... | 43 |
| 3.2.2. Η Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ..... | 44 |
| 3.2.3. Η διοικητική οργάνωση του ΕΟΠΥΥ..... | 45 |
| 3.2.4. Η χρηματοδότηση-πόροι του ΕΟΠΥΥ..... | 50 |
| 3.2.5. Σύστημα παροχών και αποζημιώσεων των προμηθευτών..... | 51 |
| 3.3. Τα προβλήματα στη λειτουργία του Οργανισμού..... | 60 |
| 3.4. Οι μεταρρυθμίσεις και τα μέτρα στήριξης για τη βιωσιμότητα του Οργανισμού..... | 70 |
| 3.4.1. Εφαρμογή του Μηχανισμού Αυτόματων Επιστροφών(claw back) και του κλιμακούμενου ποσοστού εκπτώσεων/επιστροφών (rebate) επί των οφειλών..... | 73 |
| 3.4.2. Ανάθεση σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες του ελέγχου και της τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών κλειστής νοσηλείας..... | 89 |

| | |
|--|-----|
| 3.4.3. Σύσταση επιτροπής διαπραγμάτευσης..... | 90 |
| 3.4.4. Θεσμοθέτηση ορίων συνταγογράφησης φαρμάκων, ιατρικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων και θέσπιση κινήτρων για προώθηση των γενόσημων φαρμάκων..... | 92 |
| 3.4.5. Θεσμοθέτηση καταβολής από τους ασφαλισμένους 1 ευρώ ανά συνταγή υπέρ ΕΟΠΥΥ..... | 96 |
| 3.4.6. Εφαρμογή τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των ιδιωτών συμβεβλημένων παρόχων από 1-1-2016 και των νέων συμβάσεων από 1-1- 2017..... | 96 |
| 3.4.7. Καταχώρηση ειδών σε μητρώο και εφαρμογή άυλων barcodes..... | 98 |
| 3.4.8. Εφαρμογή στατιστικών μοντέλων..... | 100 |
| 3.4.9. Δημιουργία μητρώων ασθενών..... | 103 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΑΓΟΡΑΣΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

| | |
|--|-----|
| 4.1. Εισαγωγή..... | 105 |
| 4.2. Τα αποτελέσματα των μέτρων στήριξης του Οργανισμού- Η επίδρασή τους στα έσοδα και στα έξοδα του Οργανισμού-Ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Οργανισμού..... | 105 |
| 4.2.1. Ληξιπρόθεσμες Υποχρεώσεις..... | 105 |
| 4.2.2. Η Επίδραση των μέτρων στα έσοδα και έξοδα του Οργανισμού..... | 106 |
| 4.3. Η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του..... | 125 |

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ.....137

Βιβλιογραφία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Σε περιόδους οικονομικής κρίσης τα συστήματα υγείας και οι πολίτες βιώνουν ασφυκτική πίεση λόγω του φαύλου κύκλου που δημιουργείται από την απώλεια θέσεων εργασίας, τη μείωση των εισοδημάτων, την απώλεια της ασφαλιστικής ικανότητας, την αύξηση της ανεργίας(Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Η παγκόσμια οικονομική κρίση που ξεκίνησε το 2008 από τις ΗΠΑ, επηρέασε σχεδόν όλες τις χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας η οποία σταδιακά περιήλθε σε βαθιά οικονομική και ανθρωπιστική κρίση εξαιτίας και της αδυναμίας της τότε ελληνικής κυβέρνησης να δανειστεί από τις διεθνείς αγορές με επιτόκια που θα τη βοηθούσαν να ανταπεξέλθει στις οικονομικές της υποχρεώσεις(Νιάκας, 2014). Αποτέλεσμα της ανωτέρω δυσχέρειας και μπροστά στον ορατό κίνδυνο της παύσης πληρωμών και της πτώχευσης, υπήρξε η προσφυγή της χώρας στην Τρόικα¹ για δανειοδότηση με σταδιακή υπογραφή τριών δανειακών συμβάσεων από το 2010 μέχρι και σήμερα. Η συμφωνία προέβλεπε αυστηρή εισοδηματική πολιτική, αύξηση της άμεσης και έμμεσης φορολογίας, θέσπιση μέτρων για την ενίσχυση της αγοράς εργασίας ενώ στο χώρο της υγείας μεταξύ άλλων οι μνημονιακές δεσμεύσεις της χώρας προέβλεπαν τη μείωση των δαπανών υγείας στο 6% του ΑΕΠ και την εφαρμογή των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων προκειμένου να καταστεί το σύστημα της υγείας βιώσιμο(Νιάκας, 2014). Τα μέτρα που υιοθετήθηκαν στο χώρο της υγείας και στα επόμενα κεφάλαια θα αναλυθούν, θα μπορούσαν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες: Μέτρα για τον έλεγχο των δαπανών και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, μέτρα για τον έλεγχο του κόστους και μέτρα που σχετίζονται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας(Οικονόμου, 2013).

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης είναι ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας(ΕΟΠΥΥ) η δημιουργία του οποίου αποτελεί μνημονιακή δέσμευση της χώρας και αποσκοπεί στη συγκέντρωση όλων των οικονομικών πόρων του υγειονομικού τομέα με αποστολή την παροχή ποιοτικών και αποδοτικών υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες η οποία θα επιτευχθεί τόσο από τη συμβολή του στον εξορθολογισμό των δαπανών όσο και από τη συμβολή του στην κοινωνική ισότητα και το σωστό προσανατολισμό των χρηστών μέσα στο σύστημα υγείας.

Στο πρώτο κεφάλαιο επιχειρείται μέσα από μια ιστορική ανασκόπηση των κυριότερων οικονομικών κρίσεων διεθνώς, να αποτυπωθεί ποια είναι τα χαρακτηριστικά και οι

¹ χώρες Ευρωπαϊκής Ένωσης, Διεθνές Νομισματικό Ταμείο και Ευρωπαϊκή Τράπεζα

επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διεθνώς και στην Ευρώπη αλλά και ποιες οι επιπτώσεις στην οικονομική, κοινωνική ζωή και το επίπεδο υγείας των πολιτών της Ευρώπης και ποια μέτρα ελήφθησαν από τα κράτη προκειμένου να στηριχθούν τα συστήματα υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο οικονομικό, κοινωνικό και επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, στα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας πριν την κρίση, στο θεσμικό πλαίσιο παροχών υγείας πριν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και στις μεταρρυθμίσεις που έγιναν στην υγεία μετά το 2010.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται πώς και γιατί συστάθηκε ο ΕΟΠΥΥ, ποιο είναι το πλαίσιο λειτουργίας του από την ίδρυσή του, η αλλαγή σκοπού, οι κανονισμοί παροχών του, οι πηγές χρηματοδότησής του, ποια προβλήματα προέκυψαν κατά τη λειτουργία του και ποια μέτρα πάρθηκαν για τη στήριξη της βιωσιμότητάς του.

Στο τέταρτο κεφάλαιο επιχειρείται να αποτυπωθεί αφενός πώς οι πολιτικές του Οργανισμού και τα μέτρα στήριξης που έλαβε επέδρασαν στην εξοικονόμηση των δαπανών και στην αύξηση των εσόδων του κι αφετέρου αν αυτές οι πολιτικές εξοικονόμησης πόρων συνέβαλαν στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες και αν ο Οργανισμός πέτυχε να προσανατολίσει με τρόπο καθολικό και ισότιμο τους πολίτες μέσα στο σύστημα υγείας, μειώνοντας τις ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία.

Τέλος στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι διαπιστώσεις σχετικά με τη λειτουργία και την πορεία του Οργανισμού ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Εισαγωγή:

Η χρηματοπιστωτική κρίση που άρχισε να διαφαίνεται το 2007 και κορυφώθηκε το 2008 στις Ηνωμένες Πολιτείες, είχε ως επίκεντρο τις τραπεζικές επισφάλειες οι οποίες απέρρεαν από την αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής εξασφάλισης(subprime mortgages), την αδυναμία εξυπηρέτησής τους αλλά και την αλόγιστη χρήση δομημένων επενδυτικών προϊόντων που εξαρτιόταν άμεσα από τη δυνατότητα αποπληρωμής των δανείων από τα οποία παράγονταν(International Monetary Fund, 2009).

Σε σύντομο χρονικό διάστημα, λόγω της παγκοσμιοποίησης, επεκτάθηκε αρχικά στις ανεπτυγμένες χώρες και στη συνέχεια λαμβάνοντας διαστάσεις επιδημίας σε ολόκληρο τον κόσμο(Economou, 2010).

Στο πέρασμά της σημείωσε σοβαρά πλήγματα στο τραπεζικό σύστημα και τις επιχειρήσεις ενώ σύμφωνα με το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο(International Monetary Fund, 2009) η κρίση μεταφέρθηκε στην πραγματική οικονομία με αποτέλεσμα την ύφεση και το καίριο πλήγμα σε τομείς όπως η απασχόληση όπως κατωτέρω θα αναλυθεί.

Στην Ευρώπη παρά τους ισχυρισμούς των Ευρωπαίων ότι η κρίση δεν θα επηρέαζε την Ευρώπη και ότι οι Ευρωπαϊκές Τράπεζες ήταν προστατευμένες από κάθε κίνδυνο, εξαιτίας της στενής διασύνδεσης των χρηματοπιστωτικών αγορών με την Αμερική, της αλληλεξάρτησης των αγορών, αγαθών και υπηρεσιών και των κοινών επιχειρηματικών αλυσίδων που δημιούργησαν υψηλές εκατέρωθεν άμεσες επενδύσεις, η μετάδοση της κρίσης και στις χώρες του ευρώ υπήρξε άμεση((International Monetary Fund, 2009).

Το Δεκέμβριο του 2008 στην Ευρωπαϊκή Ένωση, κατατέθηκε το σχέδιο που περιελάμβανε την ανάπτυξη κοινών στρατηγικών μεταξύ των κρατών μελών για την αντιμετώπιση της κρίσης και τη στήριξη και την ανάκαμψη της οικονομίας με κύριο στόχο την τόνωση της αγοράς και την ενίσχυση της απασχόλησης (European Commission, 2009). Βασικοί άξονες για την αντιμετώπιση της κρίσης υπήρξαν η τόνωση της ρευστότητας στην οικονομία με στήριξη των τραπεζών που είχε ως κύριο σκοπό την αύξηση της ζήτησης και η ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας μέσα από την προώθηση των επενδύσεων πάντα όμως μέσα στο πλαίσιο και τους περιορισμούς που ορίζει το Σύμφωνο Σταθερότητας για δημοσιονομική πειθαρχία και νομισματική σταθερότητα(Economou,2010).

Η αντίδραση των χωρών στη δεδομένη αυτή κατάσταση τόσο στην Ευρώπη όσο και διεθνώς υπήρξε άμεση και η ανάγκη για λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση της κρίσης επιτακτική. Τα μέτρα που κάθε χώρα έλαβε διέφεραν μεταξύ τους, ωστόσο η συνισταμένη για όλα τα κράτη ήταν κοινή και σχετιζόταν άμεσα με τη βελτίωση της ρευστότητας ως βασικού μοχλού της πραγματικής οικονομίας, την ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας μέσα από την κινητοποίηση των επενδύσεων και τη συγκράτηση της απασχόλησης (International Monetary Fund, 2009).

Τα παραπάνω, όμως μέτρα αναφέρονται σε χώρες οι οποίες κατά την έλευση της κρίσης είχαν ως ένα βαθμό ανεπτυγμένα συστήματα κοινωνικής προστασίας και η οικονομία τους βρισκόταν σε βιώσιμα επίπεδα. Οι χώρες, όμως, χαμηλής και μέσης ανάπτυξης, εκ των οποίων οι περισσότερες δε διέθεταν συστήματα κοινωνικής προστασίας βρέθηκαν ενώπιον αυξημένου κινδύνου πλήγματος της οικονομίας τους κυρίως διότι δημοσιονομικά ήταν δύσκολο γι' αυτές να εφαρμόσουν νέα σχέδια ανόρθωσης αυτής και παράλληλα να διατηρήσουν ένα ελάχιστο επίπεδο κοινωνικής προστασίας (Οικονόμου, 2013).

1.2. Τα χαρακτηριστικά και οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης διεθνώς-Οι επιδράσεις σε οικονομική και κοινωνική ζωή:

Κατά τη διάρκεια του 20ου και τις αρχές του 21ου αιώνα, εκτός της παγκόσμιας οικονομικής κρίσης του 2008 όπως ανωτέρω αναφέρθηκε, οι κυριότερες οικονομικές κρίσεις που έχουν διερευνηθεί είναι οι εξής:

(α) Η μεγάλη ύφεση του 1929 κατά τη δεκαετή διάρκεια της οποίας υπήρξε, με εξαίρεση την τότε ΕΕΣΔ και την Ιαπωνία, μια γενικευμένη κατάρρευση της παραγωγής στο σύνολο σχεδόν του εκβιομηχανισμένου κόσμου (Gazier, 1992).

(β) Οι δυο πετρελαϊκές κρίσεις της δεκαετίας του '70, με την πρώτη να λαμβάνει χώρα την περίοδο του Αραβο-Ισραηλινού πολέμου (1973-1974), κατά τη διάρκεια του οποίου σημειώθηκε μεγάλη αύξηση στις τιμές του πετρελαίου, εξαιτίας του πετρελαϊκού εμπάργκο των Αραβικών χωρών απέναντι στην Ολλανδία και τις ΗΠΑ και τη δεύτερη που σημειώθηκε την περίοδο της ισλαμικής Ιρανικής επανάστασης (1979-1980) η οποία επηρέασε σημαντικά τον πετρελαϊκό τομέα της χώρας, μειώνοντας την παραγωγή και τις εξαγωγές (Reinhart & Rogoff, 2009).

γ) Η Χρηματοπιστωτική κρίση της δεκαετίας του 1990, στην Ανατολική Ασία που ξεκίνησε εξαιτίας του υπερβολικού δανεισμού των χωρών της Ανατολικής Ασίας προκειμένου να

χρηματοδοτήσουν την εκβιομηχάνιση και της σύνδεσης των εθνικών τους νομισμάτων με το δολάριο και στη συνέχεια επεκτάθηκε σε ολόκληρο τον πλανήτη, ανέδειξε τα προβλήματα του Διεθνούς Χρηματοοικονομικού Συστήματος (Gilpin, 2010).

Μέσα από την αναφορά των οικονομικών κρίσεων του 20^{ου} και 21^{ου} αιώνα επιχειρούνται να αποτυπωθούν οι επιπτώσεις στην κοινωνική και οικονομική ζωή των χωρών και των πολιτών διότι σε περιόδους οικονομικής ύφεσης, ένας από τους τομείς που πρωτίστως πλήττονται είναι η απασχόληση (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010) καθώς με την πτώση της αυξάνεται κατακόρυφα το ποσοστό της ανεργίας αλλά και αυτό της εργασιακής ανασφάλειας δεδομένου ότι η μείωση ή απώλεια του εισοδήματος οδηγεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στη φτώχεια (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Οι επιπτώσεις της κρίσης διαφέρουν από χώρα σε χώρα, καθώς όπως είναι φυσικό, οι χαμηλής και μέσης ανάπτυξης χώρες πλήττονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τις ανεπτυγμένες χώρες. Επιπλέον, υπάρχει διαφοροποίηση των επιπτώσεων ακόμη και μεταξύ των πολιτών της ίδιας χώρας καθώς οι ανειδίκευτοι εργάτες και τα άτομα χαμηλής εκπαιδευτικής βαθμίδας βιώνουν τις επιπτώσεις της κρίσης σε βαθμό μεγαλύτερο από ότι τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης της μεσαίας και ανώτερης τάξης (Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Σε γενικές γραμμές ωστόσο, οι αρνητικές επιπτώσεις, που έχουν αναφερθεί μεταξύ άλλων από πολλά κράτη περιλαμβάνουν τα εξής (Simai, 2010):

- Αύξηση των ποσοστών της ανεργίας, της φτώχειας και της πείνας
- Επιβράδυνση του ρυθμού της ανάπτυξης και οικονομική συρρίκνωση
- Συρρίκνωση του διεθνούς εμπορίου
- Αρνητικές συνέπειες για το εμπορικό ισοζύγιο και το ισοζύγιο πληρωμών με παράλληλες αστάθειες στις συναλλαγματικές ισοτιμίες
- Εξάντληση των επιπέδων των άμεσων ξένων επενδύσεων και μείωση των εμβασμάτων προς τις αναπτυσσόμενες χώρες
- Ελλείμματα των κρατικών προϋπολογισμών και μείωση των φορολογικών εσόδων
- Σημαντική μείωση των εσόδων από τον τουρισμό
- Μειωμένη λαϊκή εμπιστοσύνη στα χρηματοπιστωτικά ιδρύματα
- Μειωμένη ικανότητα διατήρησης κοινωνικών δικτύων όπως η υγεία και η εκπαίδευση
- Χειροτέρευση των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας

Ειδικότερα, αναφερόμενοι στην τελευταία παγκόσμια οικονομική κρίση του 2008 και τις επιπτώσεις της στην οικονομική και κοινωνική ζωή των χωρών, σημειώνουμε ότι σύμφωνα με την Παγκόσμια Τράπεζα το παγκόσμιο Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν από 1,8% που

κυμαινόταν το 2008, συρρικνώθηκε και παρουσίασε αρνητικό ρυθμό ανάπτυξης κυμαινόμενο σε -1,7% το 2009(The World Bank, 2018). Το κατά κεφαλή ΑΕΠ στις χώρες του ΟΟΣΑ από 34.925 δολάρια που κυμαινόταν το 2008, μειώθηκε στα 33.977 δολάρια το 2009. Επίσης στις χώρες του ΟΟΣΑ το ποσοστό της ανεργίας το 2008 ανερχόταν στο 5,96% ενώ το 2009 όταν η οικονομική κρίση είχε εξαπλωθεί και σε χώρες πέρα από τις ΗΠΑ, το ποσοστό ανήλθε στο 8,15%. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη σύμφωνα με τα στοιχεία της Eurostat, το 2008, ήταν 7%, ενώ το 2009 ανήλθε στο 9%, δηλαδή κατά 2% υψηλότερο γεγονός που καταδεικνύει ότι η επέκταση της κρίσης από τις ΗΠΑ στην Ευρώπη είχε άμεσες επιπτώσεις στην απασχόληση και κατ' επέκταση στο εισόδημα των πολιτών.

Προς επίρρωση των ανωτέρω μία μελέτη της Eurostat² καταδεικνύει ότι για το έτος 2008 στην Ευρωπαϊκή Ένωση το ποσοστό των ατόμων που βρισκόταν σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού ανερχόταν στο 23,7% , το 2009 ανήλθε στο 23,3% και το 2016 διατηρώντας μια σταθερή τροχιά διατηρήθηκε στο 23,4% γεγονός που σε απόλυτους αριθμούς σύμφωνα με την παραπάνω μελέτη μεταφράζεται σε 119 εκατομμύρια ανθρώπους για το 2016.

Επιπλέον σύμφωνα με την ίδια ανωτέρω αναφερόμενη μελέτη, στην ΕΕ, το 2008 το ποσοστό των ατόμων που αντιμετώπιζε σοβαρές υλικές αποστερήσεις όπως η μη δυνατότητα αποπληρωμής λογαριασμών, η μη επαρκώς ζεστή οικία ή οι διακοπές μιας εβδομάδας μακριά από την οικία τους ανερχόταν στο 8,5%, το 2009 σημειώνοντας μικρή βελτίωση ανήλθε στο 8,2% , τα επόμενα έτη ακολούθησε ανοδική πορεία φτάνοντας το 2012 στο 9,9% και τα επόμενα έτη μειώθηκε φτάνοντας το 2016 στο 7,5%.

1.3. Οι επιπτώσεις της κρίσης στα συστήματα υγείας και στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών

Η τρέχουσα οικονομική κρίση εκτός από τις επιπτώσεις στην οικονομική και κοινωνική ζωή του πληθυσμού των χωρών είχε άμεσες επιπτώσεις τόσο στα συστήματα υγείας και κυρίως στην ικανότητά τους να παράσχουν επαρκείς και ποιοτικές υπηρεσίες προς τους πολίτες όσο και στο επίπεδο υγείας των πληθυσμών(Economou, 2012).

² Eurostat. (2017), *Newsrelease, 17 October: International Day for the Eradication of Poverty, Downward trend in the share of persons at risk of poverty or social exclusion in the EU, But still over 115 million people in this situation,*

Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8314163/3-16102017-BP-EN.pdf>

Η οικονομία και η υγεία είναι έννοιες στενά συνυφασμένες διότι σε παγκόσμια κλίμακα, διαπιστώνεται αντιστοιχία της οικονομικής κατάστασης κάθε χώρας με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού της καθόσον η αύξηση του εισοδήματος ασκεί επίδραση σε δείκτες όπως η βρεφική θνησιμότητα και το προσδόκιμο ζωής (Στάκλερ & Σάντζεϊ , 2014).

Στην Ευρώπη, όπως ανωτέρω αναλύθηκε, η μείωση του ΑΕΠ και η αύξηση της ανεργίας, είχαν αρνητική επίπτωση στην ευημερία των νοικοκυριών. Το γεγονός της υλικής αποστέρησης που γεννά η ανεργία και η οικονομική ανασφάλεια σηματοδοτεί μια σειρά αλλαγών στις συμπεριφορές που επιδρούν στην υγεία όπως η δημιουργία αισθημάτων απαξίωσης της εικόνας του εαυτού και η αύξηση των ψυχικών διαταραχών, των αυτοκτονιών, η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών όπως η κατανάλωση καπνού και αλκοόλ και η χρήση ναρκωτικών ουσιών(Οικονόμου, 2013) ενώ οι αρνητικές επιδράσεις είναι δύσκολο να καταγραφούν ιδίως στις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού όπως οι άστεγοι, οι μετανάστες και οι χρήστες ναρκωτικών ουσιών με αποτέλεσμα τα στοιχεία για αρκετές χώρες της Ευρώπης να μην είναι αντιπροσωπευτικά της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού που παρουσιάζει κάθε χώρα(Thomson et al, 2014).

Παρόλα αυτά θα επιχειρηθεί να παρουσιαστούν ενδεικτικά κάποιοι δείκτες που μπορούν να αποτυπώσουν την επίδραση της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού όπως το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, η βρεφική θνησιμότητα και οι θάνατοι από αυτοκτονίες και τροχαία ατυχήματα.

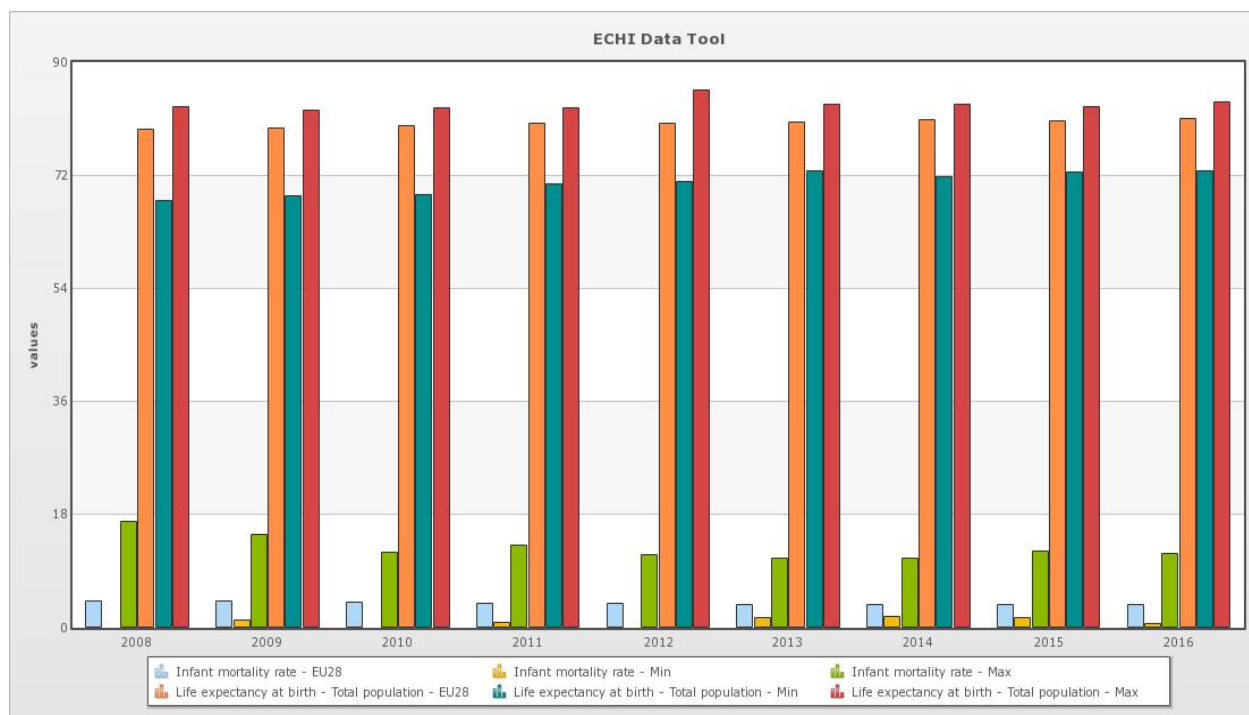
Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση εκφράζει τα χρόνια που αναμένεται να ζήσει υπό φυσιολογικές συνθήκες ένα άτομο (Χαλκιά et al, 2015) ενώ η βρεφική θνησιμότητα αποτελεί επιδημιολογικό δείκτη υψίστης σημασίας για το λόγο ότι αναφέρεται στο ρυθμό ετοιμότητας και αποτελεσματικότητας ενός συστήματος υγείας για διόρθωση προβλημάτων που προκύπτουν σε όλη την πορεία του εμβρύου μέχρι τη συμπλήρωση του πρώτου έτους της ζωής του και αναφέρεται στο ποσοστό θανάτων βρεφών κάτω του ενός έτους ανά 1.000 γεννήσεις ζωντανών βρεφών αντανακλώντας παράλληλα τις οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες κάτω από τις οποίες κυοφορήθηκαν και γεννήθηκαν τα έμβρυα(Χαλκιά et al, 2015). Στην εικόνα 1.1 και τον πίνακα 1.1 που ακολουθούν διαφαίνονται οι δείκτες του προσδόκιμου επιβίωσης και βρεφικής θνησιμότητας στην Ευρωπαϊκή Ένωση των 28 χωρών από το 2008 έως το 2016.

Παρατηρώντας τα στοιχεία διαπιστώνουμε ότι από το 2008 που άρχισε η οικονομική κρίση και για τα επόμενα χρόνια το προσδόκιμο ζωής για το σύνολο του πληθυσμού της ΕΕ των 28 χωρών φαίνεται να μην επηρεάζεται απεναντίας βαίνει αυξανόμενο από 79,4 έτη το 2008 στα 81,0 έτη το 2016, γεγονός που οφείλεται αφενός στις καλύτερες συνθήκες ζωής αφετέρου

στην πρόσβαση σε πιο ποιοτικές υπηρεσίες υγείας(Χαλκιά et al, 2015). Παρατηρώντας ωστόσο τις διαφορές που υπάρχουν στις ανώτερες και κατώτερες τιμές στο συγκεκριμένο δείκτη διαπιστώνουμε μεγάλη διαφορά στο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των κρατών που με την πάροδο των ετών η διαφορά φαίνεται να μειώνεται. Συγκεκριμένα για το έτος 2008 το ανώτατο όριο στο προσδόκιμο ζωής ανερχόταν στα 82,9 έτη ενώ το κατώτατο στα 67,9 έτη. Στη συνέχεια για τα επόμενα έτη παρατηρούμε ότι το ανώτατο όριο βαίνει αυξανόμενο και καταλήγει στα 83,7 έτη για το 2016 ενώ για το κατώτατο όριο για το ίδιο έτος καταλήγει στα 72,7 έτη, μέσος όρος σαφώς πιο βελτιωμένος σε σχέση με τα προηγούμενα έτη.

Αντίστοιχα μείωση παρατηρούμε και στο δείκτη βρεφικής θνησιμότητας καθώς από 4,2 θάνατοι/1.000 γεννήσεις που κυμαινόταν το 2008, το 2016 ο μέσος όρος στην ΕΕ των 28 ήταν 3,6/1000 γεγονός που καταδεικνύει τη, σε γενικές γραμμές, βελτίωση της ετοιμότητας και της αποτελεσματικότητας των συστημάτων υγείας των χωρών της ΕΕ αλλά και των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών κάτω από τις οποίες κυοφορήθηκαν τα έμβρυα και γεννήθηκαν τα βρέφη.

Αν ωστόσο ελέγξουμε τις ανώτατες και τις κατώτατες τιμές θα διαπιστώσουμε αφενός μεγάλες αποκλίσεις μεταξύ τους αφετέρου θα καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι προφανώς τα αντανακλαστικά και η αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας των χωρών δεν είναι ίδια. Συγκεκριμένα η ανώτατη τιμή των θανάτων βρεφών για το 2008 κυμαινόταν στις 17/1000 γεννήσεις ενώ η κατώτατη ήταν 0/1000 γεννήσεις. Το γεγονός αυτό δείχνει την ανομοιογένεια που υπήρχε τόσο στα συστήματα υγείας μεταξύ των χωρών όσο και στις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες των πληθυσμών λίγο πριν την έλευση της κρίσης. Κατά τη διάρκεια των επόμενων ετών διαπιστώνουμε ότι η ανώτατη τιμή των θανάτων βαίνει διαρκώς μειούμενη και καταλήγει στους 11,9 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις το 2016. Αντίθετα η κατώτατη τιμή βαίνει συνεχώς αυξανόμενη καθώς από 0 θάνατοι /1.000 γεννήσεις που κυμαινόταν το 2008, όπως προειπώθηκε, το 2009 ανήλθε στις 1,2, έφτασε στις 1,8 το 2014 και έκτοτε άρχισε να μειώνεται για να καταλήξει στις 0,7 γεννήσεις / 1.000 θανάτους. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί τόσο από την επίδραση της οικονομικής κρίσης στις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες διαβίωσης του πληθυσμού του συνόλου των χωρών της Ευρώπης, αναπτυγμένων και μη, όσο και από τα αντανακλαστικά που η κάθε χώρα επέδειξε και κατά πόσο τα μέτρα που η καθεμία πήρε για να προστατέψει το σύστημα υγείας της ήταν έγκαιρα και αποτελεσματικά.



Εικόνα 1.1. Προσδόκιμο επιβίωσης και βρεφικής θνησιμότητας ΕΕ 2008-2016

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

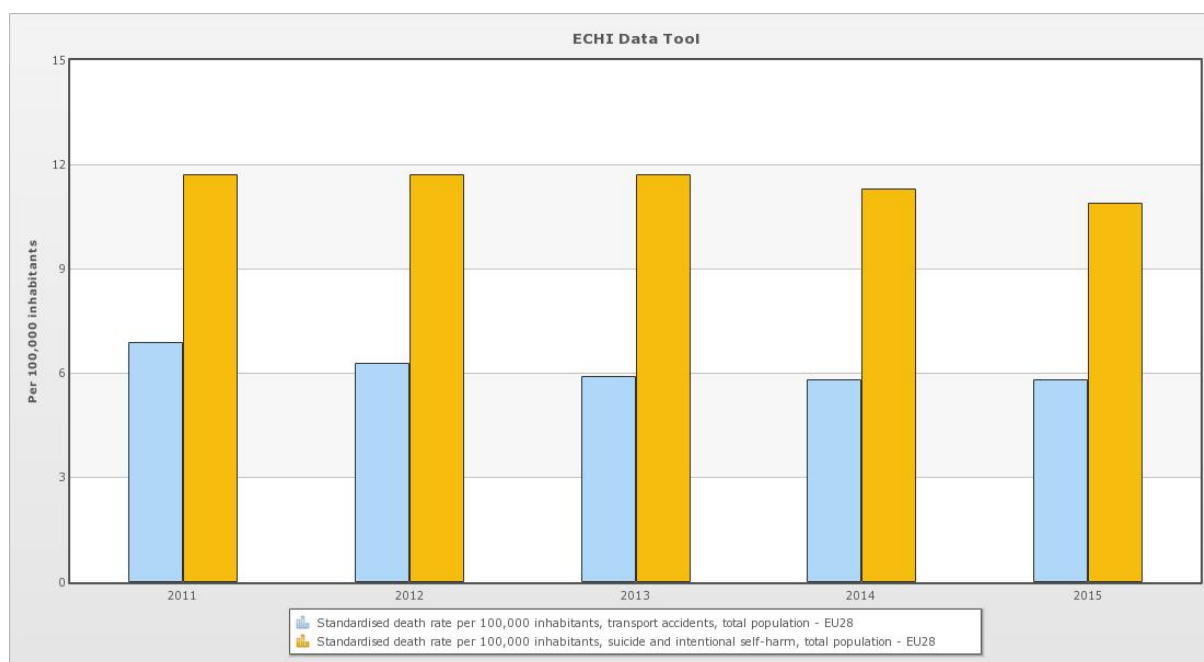
Πίνακας 1.1. Ποσοστά προσδόκιμου επιβίωσης και βρεφικής θνησιμότητας στην ΕΕ των 28(ανώτατες και κατώτατες τιμές)

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ΠΡΟΣΔ.ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΥΝ.ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΕ 28 | 79,4 | 79,6 | 79,9 | 80,2 | 80,3 | 80,5 | 80,9 | 80,6 | 81,0 |
| ΑΝΩΤ.ΤΙΜΗ ΕΕ28 | 82,9 | 82,3 | 82,7 | 82,8 | 85,6 | 83,2 | 83,3 | 83,0 | 83,7 |
| ΚΑΤ.ΤΙΜΗ ΕΕ28 | 67,9 | 68,7 | 68,9 | 70,7 | 71 | 72,7 | 71,8 | 72,5 | 72,7 |
| ΒΡΕΦΙΚΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΕΕ 28 | 4,2 | 4,2 | 4,0 | 3,9 | 3,8 | 3,7 | 3,7 | 3,6 | 3,6 |
| ΑΝΩΤ. ΤΙΜΗ ΕΕ28 | 17,0 | 14,9 | 12,0 | 13,1 | 11,6 | 11,1 | 11,1 | 12,2 | 11,9 |
| ΚΑΤ.ΤΙΜΗ ΕΕ28 | 0,0 | 1,2 | 0,0 | 0,9 | 0,0 | 1,6 | 1,8 | 1,6 | 0,7 |

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

Σε σχέση με το ζήτημα των θανάτων από τροχαία ατυχήματα και αυτοκτονίες στις 28 χώρες της ΕΕ, υπήρχε μια πτωτική τάση κατά τη διάρκεια των ετών 2011-2015 όπως προκύπτει από την Εικόνα 1.2 και τον Πίνακα 1.2 που ακολουθούν. Συγκεκριμένα για τα τροχαία ατυχήματα υπήρξε μια σταθερά πτωτική πορεία από το 6,9% που κυμαινόταν το 2011 στο 5,8% το 2015. Αντίθετα το ποσοστό των αυτοκτονιών παρέμενε σταθερά υψηλό στο 11,7% για τα έτη 2011, 2012, 2013 και με μικρή σχετικά πτώση κατέληξε στο 10,9% για το έτος 2015

γεγονός που μπορεί να ενισχύσει το συσχετισμό της αύξησης των αυτοκτονιών με τη συνεχιζόμενη ύφεση σε χώρες της ΕΕ(Thomson et al, 2014) .



Εικόνα 1.2. Ποσοστά θανάτων από τροχαία ατυχήματα και αυτοκτονίες στις 28 χώρες της ΕΕ 2011-2015

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

Πίνακας 1.2. Ποσοστά θανάτων από τροχαία ατυχήματα και αυτοκτονίες στις 28 χώρες της ΕΕ 2011-2015

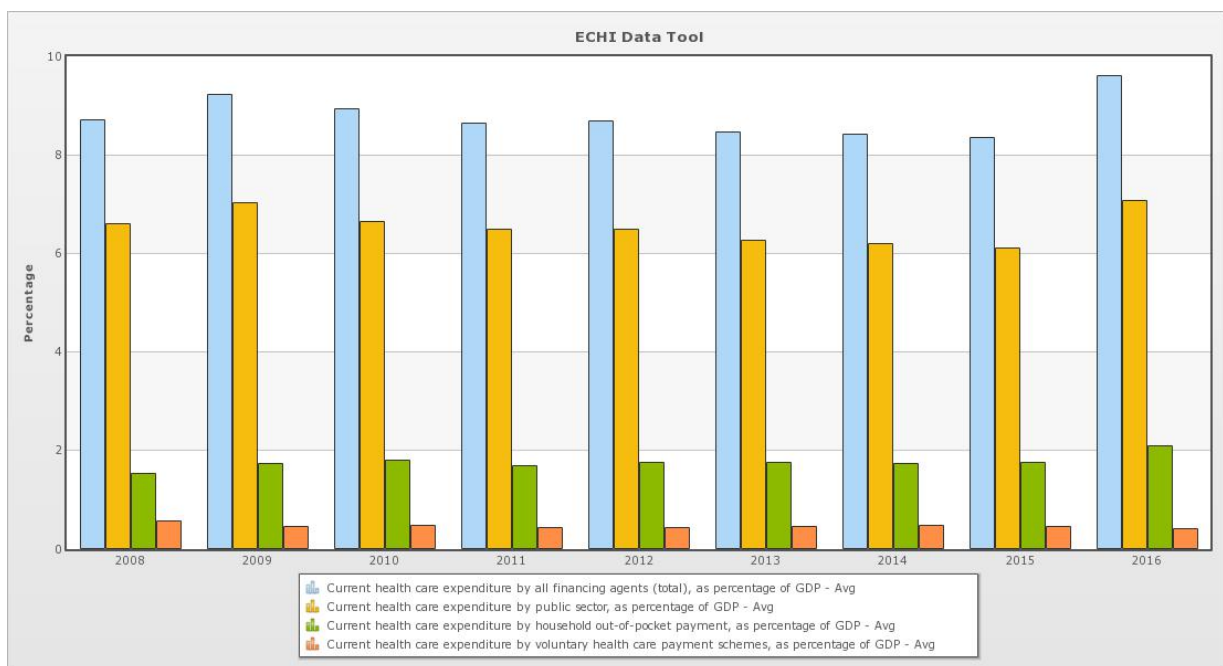
| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------|------|------|------|------|------|
| Τροχαία Ατυχήματα | 6,9 | 6,3 | 5,9 | 5,8 | 5,8 |
| Αυτοκτονίες | 11,7 | 11,7 | 11,7 | 11,3 | 10,9 |

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

Οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης δε διαφαίνονται μόνο στην υγεία του πληθυσμού αλλά και στα συστήματα υγείας τα οποία βιώνουν ασφυκτικές πιέσεις τόσο στο σκέλος της ζήτησης λόγω των αυξημένων αναγκών του πληθυσμού για παροχή δημόσιων υπηρεσιών υγείας όσο και στο σκέλος της χρηματοδότησης εξαιτίας της μείωσης των κρατικών δαπανών για την υγεία ως απόρροια της ύφεσης(Κυριόπουλος & Τσιάντου, 2010).

Αν παρατηρήσουμε την εικόνα 1.3 και τον Πίνακα 1.3 που ακολουθούν θα διαπιστώσουμε ότι ο μέσος όρος της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας των 28 χωρών της ΕΕ που προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση ακολουθεί φθίνουσα πορεία από το 2009 που κυμαινόταν στο 7,02% του ΑΕΠ, στο 6,12% του ΑΕΠ για το έτος 2015 και για το έτος 2016 ο μέσος όρος καταλήγει στο 7,08%.

Από την άλλη πλευρά οι άτυπες πληρωμές ακολουθούν ανοδική πορεία από το 1,54% του ΑΕΠ που κυμαινόταν το 2008, στο 2,10% για το 2016. Το γεγονός αυτό καταδεικνύει ότι αφενός την αλλαγή στη σύνθεση της χρηματοδότησης με τη συμμετοχή της κρατικής χρηματοδότησης να εμφανίζεται μειωμένη λόγω της οικονομικής στενότητας, αφετέρου τη σταθερή αύξηση των ιδιωτικών δαπανών στην υγεία(Thomson et al, 2014).



Εικόνα 1.3.: Μέσος όρος ολικής κι επιμέρους χρηματοδότησης συστημάτων υγείας(κρατική/άτυπες πληρωμές/εθελοντική ασφάλιση) ως ποσοστό του ΑΕΠ στις 28 χώρες ΕΕ

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

Πίνακας 1.3.: Μέσος όρος ολικής κι επιμέρους χρηματοδότησης συστημάτων υγείας(κρατική/άτυπες πληρωμές/εθελοντική ασφάλιση) ως ποσοστό του ΑΕΠ στις 28 χώρες ΕΕ

| ΠΗΓΗΣ | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Συν.πηγές | 8,71 | 9,22 | 8,93 | 8,64 | 8,68 | 8,47 | 8,43 | 8,35 | 9,6 |
| Κρατ. Χρημ & Κοιν. Ασφ. | 6,6 | 7,02 | 6,65 | 6,49 | 6,49 | 6,26 | 6,19 | 6,12 | 7,08 |

| | | | | | | | | | |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ατ.Πληρωμές | 1,54 | 1,73 | 1,80 | 1,70 | 1,75 | 1,76 | 1,74 | 1,75 | 2,10 |
| Εθ.Ασφάλιση | 0,57 | 0,47 | 0,48 | 0,44 | 0,43 | 0,45 | 0,48 | 0,46 | 041 |

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

1.4. Μέτρα προστασίας των συστημάτων υγείας από την τρέχουσα οικονομική κρίση στην Ευρώπη

Στην προσπάθειά τους να εξασφαλίσουν την επάρκεια και τη ροή της χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας τους ώστε να εξασφαλιστεί η ποιοτική και ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, οι χώρες της Ευρώπης προέβησαν σε μια σειρά λήψης μέτρων για την προστασία των συστημάτων υγείας τους από την οικονομική κρίση που σχετίζονται τόσο με τη δημόσια χρηματοδότησή τους, όσο και με την έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης αλλά και τον προγραμματισμό, τη χρηματοδότηση και τη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (Thomson et al, 2014).

Κάποια συστήματα υγείας ήταν καλύτερα προετοιμασμένα να αντιμετωπίσουν τη χρηματοδοτική στενότητα που έφερε η οικονομική κρίση διότι εφάρμοσαν αντικυκλικές δημοσιονομικές πολιτικές, είχαν ικανοποιητικό επίπεδο κρατικής χρηματοδότησης για την υγεία και σχετικά χαμηλά επίπεδα άτυπων πληρωμών, ξεκάθαρες πολιτικές και γνώση των ζητημάτων που χρήζουν μεταρρυθμίσεων και παράλληλα πολιτική βούληση για αντιμετώπιση των μη αποδοτικών υπηρεσιών υγείας και ενίσχυση των εσόδων για την υγεία(Thomson et al, 2014). Σε αυτό το πλαίσιο υπήρξαν χώρες που υιοθέτησαν ένα εύρος διαφορετικών στρατηγικών ορισμένες από τις οποίες προάγουν τον κοινωνικό προσανατολισμό ενός συστήματος υγείας ενώ κάποια άλλα τον υποσκάπτουν(Mladovsky et al, 2012). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στα μέτρα με κοινωνικό προσανατολισμό εντάσσεται η σύναψη συμβάσεων με κύριο σκοπό την ενδυνάμωση της λογοδοσίας μέσω της χρήσης δεικτών, η μείωση των τιμών των φαρμάκων, ο έλεγχος της συνταγογράφησης, η μείωση του διοικητικού κόστους και τα μέτρα ενίσχυσης της οικονομικής προστασίας των αδύνατων(Mladovsky et al, 2012).

Στον αντίποδα οι χώρες όπως η Ελλάδα, η Πορτογαλία και η Ιρλανδία που προσέφυγαν στο μηχανισμό οικονομικής στήριξης της Τρόικα, εφάρμοσαν τακτικές οικονομικού σοκ συνεπεία των δεσμεύσεών τους έναντι των θεσμών (Thomson et al, 2014). Κοινό χαρακτηριστικό των χωρών αυτών υπήρξε η έλλειψη αυτόματων μηχανισμών στήριξης όπως αποθεματικά ή αντικυκλικές φόρμουλες προκειμένου να εξισορροπήσουν το ασφαλιστικό

τους σύστημα και τις ασφαλιστικές εισφορές ως πηγή χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας τους με αποτέλεσμα τους περιορισμούς στην πρόσβαση των χρηστών και τις περικοπές των προϋπολογισμών για την υγεία(Thomson et al, 2014).

Αρκετές χώρες μεταξύ των οποίων και οι ανωτέρω αναφερόμενες μείωσαν τις κρατικές δαπάνες για την υγεία και αύξησαν τις ασφαλιστικές εισφορές ενώ παράλληλα προχώρησαν σε αύξηση της συμμετοχής των χρηστών σε φάρμακα, κλειστή και ανοικτή νοσηλεία και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προχώρησαν σε συγχωνεύσεις νοσοκομείων και οργανισμών και μείωσαν τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, μείωσαν το αριθμό των εργαζομένων και τους μισθούς τους προκειμένου να συγκρατήσουν τις δαπάνες για την υγεία(Thomson et al, 2014).

Στα θετικά μέτρα προστασίας των συστημάτων υγείας από την οικονομική κρίση συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων η θέσπιση φόρων προορισμένων για την υγεία, η επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης σε μεγαλύτερο τμήμα του πληθυσμού, η μείωση ή και κατάργηση των συμπληρωμών των χρηστών, η εισαγωγή των DRGS ως μεθόδου αποζημίωσης των νοσοκομείων, η εφαρμογή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και των κλινικών πρωτοκόλλων και οι μειώσεις των τιμών των φαρμάκων (Thomson et al, 2014).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1. Εισαγωγή: Οι επιπτώσεις στο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον και στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού

Όπως ανωτέρω προαναφέρθηκε, η Ελλάδα ανήκει στις χώρες που επλήγησαν από την οικονομική κρίση που ξέσπασε το 2008. Η ελληνική οικονομία (Πίνακας 2.1) έδειξε σημάδια ύφεσης και προβλήματα ρευστότητας. Το ΑΕΠ από 237.53 δις ευρώ το 2009 συρρικνώθηκε σε 177.73 δις το 2017. Το δημόσιο χρέος το 2009 κυμαινόταν στο 126,7% του ΑΕΠ κι εξακολούθησε την ανοδική πορεία μέχρι το 2017 που ανήλθε στο 178,6% του ΑΕΠ. Το έλλειμμα δε από -15,1% του ΑΕΠ για το 2009 κατέληξε 0,8% του ΑΕΠ για το 2017. Οι μνημονιακές δεσμεύσεις της χώρας για εφαρμογή μεταρρυθμίσεων και μέτρων λιτότητας είχαν μεταξύ άλλων επίδραση και στην απασχόληση. Η ανεργία από το 9,6% που κυμαινόταν το 2009, εκτινάχθηκε στο 27,5% το 2013 και κατέληξε στο 21,5% το 2017. Το ποσοστό στο σύνολο του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας από 27,6% που κυμαινόταν το 2009 φτάνει στο 34,8% το 2018. Χαρακτηριστικό είναι δε το ποσοστό των Ελλήνων που αδυνατούν να αντιμετωπίσουν κάποια έκτακτη οικονομική ανάγκη. Από 26,6% που κυμαινόταν το ποσοστό το 2009, εκτινάχθηκε στο 52,7% το 2017.

Πίνακας 2.1: Οικονομικοί και κοινωνικοί δείκτες, Ελλάδα 2009-2017

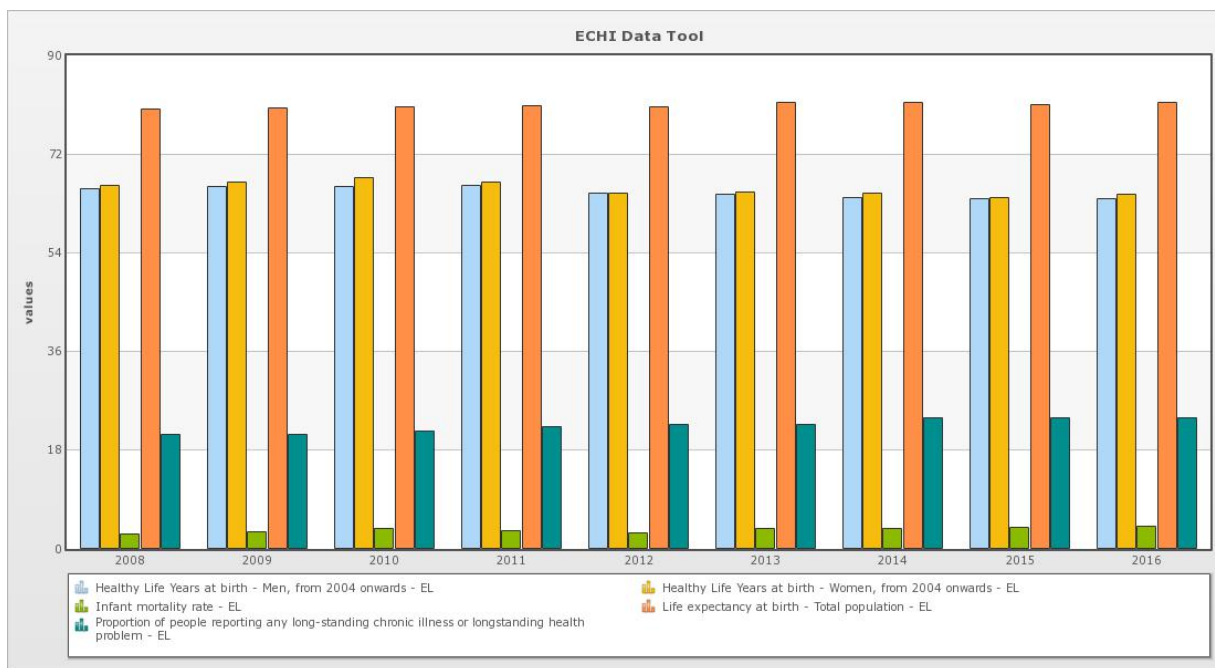
| | ΕΤΗ | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|---------|---------|--|
| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | |
| ΑΕΠ σε τρέχουσες τιμές(δισ. Ευρώ) | 237.53 | 226.03 | 207.03 | 191.2 | 180.65 | 178.66 | 176.31 | 174.199 | 177.735 | |
| Δημ. χρέος (% ΑΕΠ) | 126,7 | 146,2 | 172,1 | 159,6 | 177,4 | 178,9 | 176,8 | 180,8 | 178,6 | |
| Δημ. έλλειμμα (% ΑΕΠ) | -15,1 | -11,2 | -10,3 | -8,9 | -13,2 | -3,6 | -5,7 | 0,6 | 0,8 | |
| Ανεργία % | 9,6 | 12,7 | 17,9 | 24,5 | 27,5 | 26,5 | 24,9 | 23,6 | 21,5 | |
| Πληθυσμός (%) σε κίνδυνο φτώχειας πριν | 22,7 | 23,8 | 24,8 | 26,8 | 28 | 26 | 25,5 | 25,2 | 24 | |

| | | | | | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| τις κοιν. Μεταβιβάσεις | | | | | | | | | |
| Πληθυσμός (%) σε κίνδυνο φτώχειας μετά τις κοιν. Μεταβιβάσεις | 19,7 | 20,1 | 21,4 | 23,1 | 23,1 | 22,1 | 21,4 | 21,2 | 20,2 |
| Πληθυσμός (%) σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικό αποκλεισμό | 27,6 | 27,7 | 31 | 34,6 | 35,7 | 36 | 35,7 | 35,6 | 34,8 |
| Όριο φτώχειας σε ευρώ | 6.897 | 7.178 | 6.591 | 5.708 | 5.023 | 4.608 | 4.512 | 4.500 | 4.560 |
| Ποσοστό% Νοικοκυριών με αδυναμία κάλυψης έκτακτων αναγκών | 26,6 | 28,2 | 34,4 | 40,5 | 47,1 | 51,8 | 53,4 | 53,6 | 52,7 |

Πηγή: Eurostat, 2018 για τα έτη 2009-2016 και OECD,2018 και ΕΛΣΤΑΤ, 2018 για το έτος 2017

Στο ζήτημα της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στο επίπεδο υγείας του ελληνικού πληθυσμού, θα επιχειρηθεί να αποτυπωθούν δείκτες όπως το προσδόκιμο επιβίωσης και υγιούς επιβίωσης των Ελλήνων, η βρεφική θνησιμότητα και τα ποσοστά των χρόνιως πασχόντων στη χώρα. Αν εξετάσουμε τις Εικόνες 2.1. και 2.2. και τους Πίνακες 2.2. και 2.3 αντίστοιχα που ακολουθούν, θα διαπιστώσουμε ότι το προσδόκιμο επιβίωσης βαίνει αυξανόμενο από τα 80,2 που κυμαινόταν το 2008 στα 81,5 έτη το 2016. Οι δείκτες ωστόσο που παρουσιάζουν ενδιαφέρον είναι αυτοί του προσδόκιμου υγιούς επιβίωσης και στα δύο φύλα, η βρεφική θνησιμότητα, οι χρόνιως πάσχοντες και η αυτοεκτίμηση της υγείας ως πολύ καλής διότι αποτυπώνουν την επίδραση της κρίσης τόσο στην καθημερινή ζωή των Ελλήνων και τις συνθήκες στις οποίες ζουν όσο και την ετοιμότητα και αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας (Χαλκιά et al, 2015). Και στα δύο φύλα λοιπόν διαπιστώνεται η μείωση των ετών υγιούς επιβίωσης από τα 65,6 έτη για τους άνδρες και 66,2 έτη για τις γυναίκες που κυμαινόταν το 2008 στα 63,8 και 64,7 έτη αντίστοιχα για το 2016. Το ποσοστό των χρόνιως πασχόντων από 20,9% που κυμαινόταν το 2008 κατέληξε στο 24% το 2016 ενώ χειροτέρευση παρουσιάζει και ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας καθώς από 2,7 θάνατοι ανά 1.000 γεννήσεις που κυμαινόταν το 2008 έφτασε στους 4,2 θανάτους ανά 1.000 γεννήσεις το 2016. Τέλος μείωση παρατηρείται και στο ποσοστό των Ελλήνων που αυτοχαρακτηρίζουν

της υγείας τους ως πολύ καλή καθώς από 52,1% που κυμαινόταν το 2008, κατέληξε στο 44,9% το 2016.



Εικόνα 2.1: Δείκτες υγείας στην Ελλάδα, 2008-2016

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

Πίνακας 2.2. Δείκτες υγείας στην Ελλάδα, 2008-2016

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Προσδ. Ζωής | 80,2 | 80,4 | 80,6 | 80,8 | 80,7 | 81,4 | 81,5 | 81,1 | 81,5 |
| Βρεφ. Θνησιμότητα | 2,7 | 3,1 | 3,8 | 3,4 | 2,9 | 3,7 | 3,7 | 4,0 | 4,2 |
| Προσδ. Υγιούς Ζωής (άνδρες) | 65,6 | 66,1 | 66,1 | 66,2 | 64,8 | 64,7 | 64,1 | 63,9 | 63,8 |
| Προσδ. Υγιούς Ζωής (γυν.) | 66,2 | 66,8 | 67,7 | 66,9 | 64,9 | 65,1 | 64,8 | 64,1 | 64,7 |
| Ποσοστό χρονίως πασχόντων | 20,9 | 20,9 | 21,4 | 22,3 | 22,7 | 22,8 | 23,9 | 24,0 | 24,0 |

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018



Εικόνα 2.2 Αυτοεκτίμηση υγείας ως πολύ καλής 2008-2016
 Πηγή: Eurostat, 2018

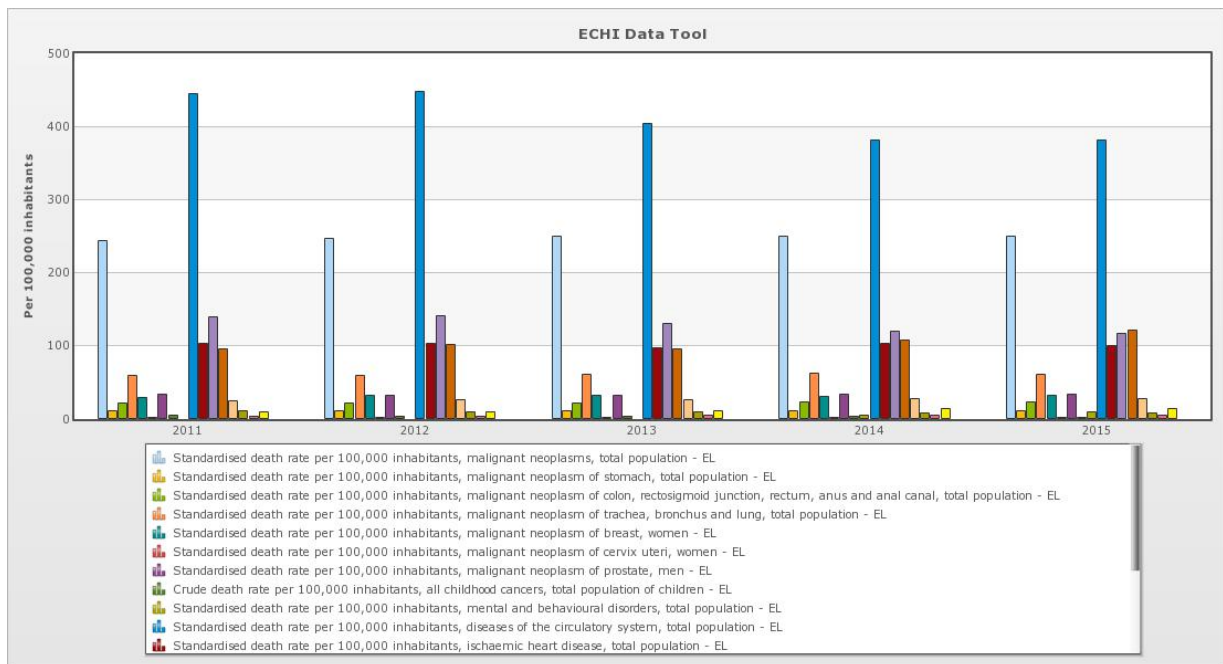
Πίνακας 2.3: Αυτοεκτίμηση υγείας ως πολύ καλής 2008-2016

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ΕΛΛΑΔΑ | 52,1 | 51,0 | 49,9 | 50,6 | 46,8 | 45,8 | 44,8 | 44,5 | 44,9 |

Πηγή: Eurostat, 2018

Στο επίπεδο των αιτιών θανάτου στην Ελλάδα της κρίσης, την πρώτη γενεσιουργό αιτία θανάτου αποτελούν οι θάνατοι που σχετίζονται με παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και ακολουθούν οι θάνατοι από καρκίνο. Στην εικόνα 2.3 και τον πίνακα 2.4 που ακολουθούν, αναφέρονται οι αιτίες θανάτων ανά 100.000 κατοίκους κατά τη διάρκεια των ετών 2011-2015 με κυριότερη, όπως προαναφέρθηκε, αυτή που οφείλεται στις παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος η οποία ανήλθε στους 445,5 θανάτους/100.000 κατοίκους το 2011 και βαίνοντας μειούμενη ανήλθε στους 381,3 θανάτους/100.000 κατοίκους το 2015. Δεύτερη κυριότερη αιτία είναι οι θάνατοι από κακοήγη νεοπλασμάτα και μάλιστα βάνει αυξανόμενη κατά τη διάρκεια των ετών καθώς από 244,4 θάνατοι/100.000 κατοίκους που κυμαινόταν στο 2011, κατέληξε στους 250 θανάτους/100.000 κατοίκους το 2015. Παρατηρώντας τις αιτίες θανάτων από ψυχικές διαταραχές διαπιστώνουμε τη ραγδαία αύξηση καθώς από 1,1 θάνατοι/100.000 κάτοικοι που υπήρχαν το 2011, ανήλθαν στους 9,1 θανάτους/100.000 το 2015 ενώ αυξητικές τάσεις υπήρξαν και στους θανάτους από αυτοκτονίες καθώς 4,2 θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους που διαπιστώθηκαν το 2011 βάνοντας αυξανόμενοι κατέληξαν στους 5 το 2014 και 4,7/100.000 κατοίκους το 2015. Σε μια κοινή μελέτη του ΟΟΣΑ και του Ευρωπαϊκού Παρατηρητηρίου Συστημάτων Υγείας και Πολιτικών σε συνεργασία με την

Ευρωπαϊκή Επιτροπή³ αναφέρεται ότι υπήρξε αύξηση στους θανάτους λόγω αυτοκτονίας καθώς από 362 ετήσιο μέσο όρο που κυμαίνονταν μεταξύ των ετών 2000–2008 ανήλθαν σε 475 μεταξύ των ετών 2009–2014. Στην ίδια μελέτη αναφέρεται ότι τα καρδιαγγειακά νοσήματα παραμένουν η πρώτη αιτία θανάτου ενώ ο καρκίνος είναι η δεύτερη κυριότερη αιτία θανάτου. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη στα μεμονωμένα περιστατικά καρκίνου αυξητικές τάσεις παρουσιάζει ο καρκίνος του μαστού στις γυναίκες(αύξηση 25%), ο καρκίνος παχέος εντέρου(αύξηση 51%), του προστάτη στους άνδρες(αύξηση 35%) και του παγκρέατος(αύξηση 55%), γεγονός που καταδεικνύει τη γήρανση του πληθυσμού. Σε σχέση με τα τροχαία ατυχήματα από την άλλη πλευρά, υπήρξε σημαντική μείωση στον αριθμό των θανάτων που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα καθώς από 11,3θανάτους/100.000 κατοίκους που κυμαινόταν το 2011, ανήλθε στους 8,4θανάτους/100.000 το 2015(πίνακας 2.4) ενώ στην ανωτέρω αναφερόμενη μελέτη γίνεται λόγος για μείωση της τάξης του 38% μετά το 2009.



Εικόνα 2.3: Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα ανά 100.000 κατοίκους τα έτη 2011-2015

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

Πίνακας 2.4: Αιτίες θανάτων στην Ελλάδα ανά 100.000 κατοίκους τα έτη 2011-2015

| | |
|--|-----|
| | ETH |
|--|-----|

³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>[accessed 19 Nov.2018]

| ΑΙΤΙΕΣ ΘΑΝΑΤΩΝ | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Κακοήθη Νεοπλασμάτα | 244,4 | 247,3 | 250,2 | 249,5 | 250 |
| Καρκίνος Πνεύμονα | 59,2 | 59,6 | 61,5 | 62 | 61,8 |
| Καρκίνος Μαστού(γυναίκες) | 30,1 | 31,9 | 32,1 | 31,0 | 32,0 |
| Καρκίνος Τραχήλου μήτρας | 2,8 | 2,6 | 2,3 | 2,3 | 2,2 |
| Καρκίνος Προστάτη | 33,4 | 32,8 | 32,6 | 33,6 | 33,4 |
| Παθήσεις Κυκλοφορικού Συστήματος | 445,5 | 448,3 | 404,7 | 381,7 | 381,3 |
| Ψυχ. Διαταραχές | 1,1 | 1,1 | 1,2 | 5,1 | 9,1 |
| Αγγειοεγκεφαλικά Νοσήματα | 139,6 | 141,9 | 130,1 | 119,6 | 117,6 |
| Ισχαιμικά Καρδιαγγειακά | 103,3 | 103,3 | 97,9 | 103,1 | 101,2 |
| Σακχ. Διαβήτης | 10,2 | 10,0 | 11,9 | 13,9 | 14,6 |
| Παθήσεις Αναπνευστικού | 96,5 | 102,4 | 95,7 | 108,1 | 121,7 |
| Γρίπη | 1 | 0,1 | 0,1 | 0,7 | 0,4 |
| Τροχαία | 11,3 | 10,1 | 9,5 | 8,6 | 8,4 |
| Αυτοκτονίες | 4,2 | 4,4 | 4,8 | 5,0 | 4,7 |
| Κακοήθειες Στομάχου | 15,4 | 16,3 | 16,0 | 15,5 | 15,9 |
| Κακοήθειες Εντέρου | 21,8 | 22,3 | 21,8 | 23,3 | 23,2 |
| Κακοήθειες Πεπτικού | 24,9 | 25,7 | 26,3 | 27,9 | 27,3 |
| Παιδικοί Καρκίνοι | 4,6 | 3,3 | 3,7 | 3,2 | 2,0 |

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

2.2. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας πριν την κρίση

Οι επιπτώσεις ωστόσο της κρίσης στο επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού δε σχετίζονται μόνο με την ύφεση αλλά και με το ίδιο το σύστημα υγείας και τη λειτουργία του (Χαλκιά et al, 2015). Επιχειρώντας να σκιαγραφήσουμε το ελληνικό σύστημα υγείας θα μπορούσαμε να πούμε ότι με την ίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας επιχείρησε να ακολουθήσει τη φιλοσοφία του μοντέλου Beveridge (Τούντας, 2003) που στόχο είχε να προσφέρει ένα καθολικό σύστημα υπηρεσιών υγείας με ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού (Κουκουφιλίπου, Μπόγρη & Κοϊνης, 2016). Η Ελλάδα ακολουθώντας με καθυστέρηση το ρεύμα του προοδευτικού εκσυγχρονισμού του συστήματος υγείας της στο πλαίσιο ανάπτυξης ενός κράτους πρόνοιας που ακολούθησαν νωρίτερα τα

σοσιαλδημοκρατικά κράτη, επεδίωξε μέσα από τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ το 1983 να παράσχει ισότιμη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού(Αντωνοπούλου, 2008). Η επικράτηση ωστόσο του νεοφιλελευθερισμού σε συνδυασμό με την προσπάθεια της χώρας να ικανοποιήσει τα κριτήρια σύγκλισης στην ΟΝΕ μετά την υπογραφή της συνθήκης του Μάαστριχτ το 1992, την οδήγησαν στο να ακολουθήσει σταδιακά ένα μείγμα δημόσιας και ιδιωτικής ανταγωνιστικής αγοράς στο χώρο της υγείας.

Η χρηματοδότησή του λοιπόν βασίζεται τόσο στην άμεση και έμμεση φορολογία όσο και στην κοινωνική ασφάλιση μέσω των εισφορών των εργοδοτών και εργαζομένων αλλά και τις ιδιωτικές δαπάνες όπως κατωτέρω θα αναλυθεί(Οικονόμου, 2012). Ειδικότερα οι πηγές χρηματοδότησης αναλύονται ως εξής:

Πέραν της άμεσης και έμμεσης φορολογίας, οι εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, συμπεριλαμβανομένου του ελληνικού κράτους για τους δημοσίους υπαλλήλους, αποτελούν την κύρια πηγή εσόδων για τα ασφαλιστικά ταμεία. Το ύψος των εισφορών ποικίλλει ανάλογα με το ασφαλιστικό ταμείο ενώ ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει τις δαπάνες λειτουργίας και τους προϋπολογισμούς των δημόσιων νοσοκομείων (Οικονόμου, 2012) και προσφάτως μετά την αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ, όπως κατωτέρω θα αναλυθεί, και της εντός του Εθνικού Συστήματος Υγείας(ΕΣΥ) σύστασης του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΠΕΔΥ), καλύπτει τις ανάγκες και των κέντρων υγείας, των πολυδύναμων και ειδικών περιφερειακών ιατρειών, των μονάδων παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΟΠΥΥ (πρώην πολυϊατρεία ΙΚΑ ΕΤΑΜ)⁴ αλλά και των Τοπικών Μονάδων Υγείας (Το.Μ.Υ.)⁵ που λειτουργούν και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε.

Οι ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν τον τρίτο χρηματοδοτικό πόλο του ελληνικού συστήματος υγείας(Οικονόμου, 2012). Περιλαμβάνουν δε τις εξής περιπτώσεις:

1. Τα ασφάλιστρα προς τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες.
2. Τη συμμετοχή των ασφαλισμένων πολιτών με τη μορφή συμπληρωμών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας η οποία για την ανοικτή περίθαλψη(εργαστηριακές εξετάσεις και ιατρικές πράξεις) κυμαίνεται στο 15%. Για τις πάσης φύσεως παροχές ασθενοείας σε είδος όπως η πρόσθετη περίθαλψη, το υγειονομικό υλικό και τα προϊόντα ειδικής διατροφής η συμμετοχή των ασφαλισμένων ανέρχεται σε ποσοστό 25% ενώ για την κλειστή περίθαλψη το ποσοστό συμμετοχής για νοσηλεία σε ιδιωτικά θεραπευτήρια και κλινικές κυμαίνεται πλέον από 0-

⁴ Ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38^Α /17-2-2014)

⁵ Ν. 4486/2017(ΦΕΚ 115^Α/7-8-2017)

30% ανάλογα με την περίπτωση νοσηλείας και όχι με τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενή όπως στο παρελθόν.

Για τη φαρμακευτική περίθαλψη τόσο για τους ασφαλισμένους όσο και για τους ανασφάλιστους⁶ το ποσοστό συμμετοχής κυμαίνεται από 10-25% ανάλογα με την πάθηση του ασθενούς και στην επιβάρυνση του 1 ευρώ ανά συνταγή⁷.

3. Τις απευθείας πληρωμές των ασθενών σε ιδιώτες μη συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ ή άλλα ασφαλιστικά ταμεία ιατρούς και λοιπούς προμηθευτές υγείας και οδοντιάτρους στις υπηρεσίες των οποίων οι πολίτες καταφεύγουν είτε για λόγους μείωσης του χρόνου αναμονής είτε για να τύχουν καλύτερης ποιότητας ιατρικές υπηρεσίες(Οικονόμου, 2012). Στις απευθείας πληρωμές εντάσσονται επίσης ιατρικές πράξεις που δεν περιλαμβάνονται στο κρατικό τιμολόγιο⁸ κι ως εκ τούτου δεν καλύπτει η κοινωνική ασφάλιση(Οικονόμου, 2012).⁹

4. Τις πρόσθετες πληρωμές δηλαδή τις αμοιβές που καταβάλλουν στον ιδιωτικό τομέα λόγω της διαφοράς μεταξύ των πραγματικών τιμών εξετάσεων ή νοσηλείας και της καταβαλλόμενης αποζημίωσης στον συμβεβλημένο με τον ΕΟΠΥΥ προμηθευτή ή τον ασφαλισμένο βάσει κρατικού τιμολογίου.¹⁰

5. Τις άτυπες πληρωμές των ασθενών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στο δημόσιο τομέα με κύρια κίνητρα την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας και μεγαλύτερης προσοχής από το θεράποντα ιατρό και τη μείωση του χρόνου αναμονής(Κονδύλης,2009).

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη τα ανωτέρω θα μπορούσαμε να χαρακτηρίσουμε το ελληνικό σύστημα υγείας μικτό καθώς περιλαμβάνει πηγές χρηματοδότησης τόσο από τον κρατικό προϋπολογισμό(άμεση και έμμεση φορολογία) όσο από την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές δαπάνες όπως ανωτέρω αναλύθηκαν(Μιτσώρη & Μπαλάσκα, 2016).

Όπως προαναφέρθηκε, η Ελλάδα το 2010 σύναψε την πρώτη εκ των τριών συμφωνία με την Τρόικα¹¹ με προαπαιτούμενη την υιοθέτηση μεταρρυθμίσεων και τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων από πλευράς της ελληνικής κυβέρνησης μεταξύ άλλων και στο χώρο της υγείας

⁶ Ν. 4368/2016(ΦΕΚ21Α'21-2-2016)

⁷ Ν. 4093/2012(ΦΕΚ Α' 222/12-11-2012)

⁸ Άρθρο 20 Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ Β' 3054/18-11-2012)

⁹ πχ η εργαστηριακή εξέταση για την ανεύρεση ασβέστιου ούρων 24ωρου

¹⁰ Πχ αποζημίωση των θεραπειών ειδικής αγωγής όπου ο ΕΟΠΥΥ για κάθε συνεδρία ειδικής διαπαιδαγώγησης αποζημιώνει το ποσό των 2,26€.

¹¹ Μάρτιος του 2012 η δεύτερη και Αύγουστο του 2015 η τρίτη

γεγονός που οδήγησε και στην αλλαγή της σύνθεσης της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας(Νιάκας, 2014).

Στην Εικόνα 2.4 και Πίνακα 2.5 που ακολουθούν διαπιστώνουμε τη σταδιακή μείωση που ποσοστού της κρατικής δαπάνης(φορολογία και ασφαλιστικές εισφορές) καθώς από 6,49% επί του ΑΕΠ που κυμαινόταν το 2009 ανήλθε σε 5,19% το 2016 ενώ αντίθετα το σύνολο των ιδιωτικών δαπανών ακολούθησε σταθερή ανοδική πορεία κυρίως λόγω της πλημμελούς λειτουργίας της ΠΦΥ(Νιάκας, 2014). Συγκεκριμένα το ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών από 2,98% επί του ΑΕΠ που κυμαινόταν το 2009, ανήλθε σε 3,20% το 2016 με τις άτυπες πληρωμές να υπερεισχύουν της εθελοντικής ασφάλισης σε όλη τη διάρκεια των ετών 2009-2016 (2,78% έναντι 0,20% για το 2009 και 2,90% έναντι 0,34% για το 2016 αντίστοιχα)όπως αποτυπώνονται στην Εικόνα 2.5 και Πίνακα 2.6 κατωτέρω.

Η μείωση του ποσοστού της κοινωνικής ασφάλισης μπορεί να σχετιστεί με την πολιτική¹² που ασκήθηκε για το φάρμακο και περιλαμβάνει άξονες όπως η εφαρμογή του Ν. 3892/2010¹³ για την υποχρεωτική ηλεκτρονική συνταγογράφηση, η αλλαγή του τρόπου τιμολόγησης των φαρμάκων και του περιθωρίου κέρδους των φαρμακευτικών εταιρειών και των φαρμακοποιών και η προώθηση της συνταγογράφησης φαρμάκων βάσει δραστικής ουσίας¹⁴(Νιάκας, 2014).



Εικόνα 2.4. Πηγές χρηματοδότησης συστήματος υγείας στην Ελλάδα % ΑΕΠ 2009-2016

¹² Άρθρο 21παρ.5 του Ν. 4052/1-3-2012(ΦΕΚ 41^{Α'}), Ν. 4093/12-11-2012 (ΦΕΚ 222^{Α'}), ΥΑ (ΦΕΚ Β'3057/18-11-2012)

¹³ Ν. 3892/2010(ΦΕΚ 189^{Α'}/ 4-11-2010), «Ηλεκτρονική Καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων»

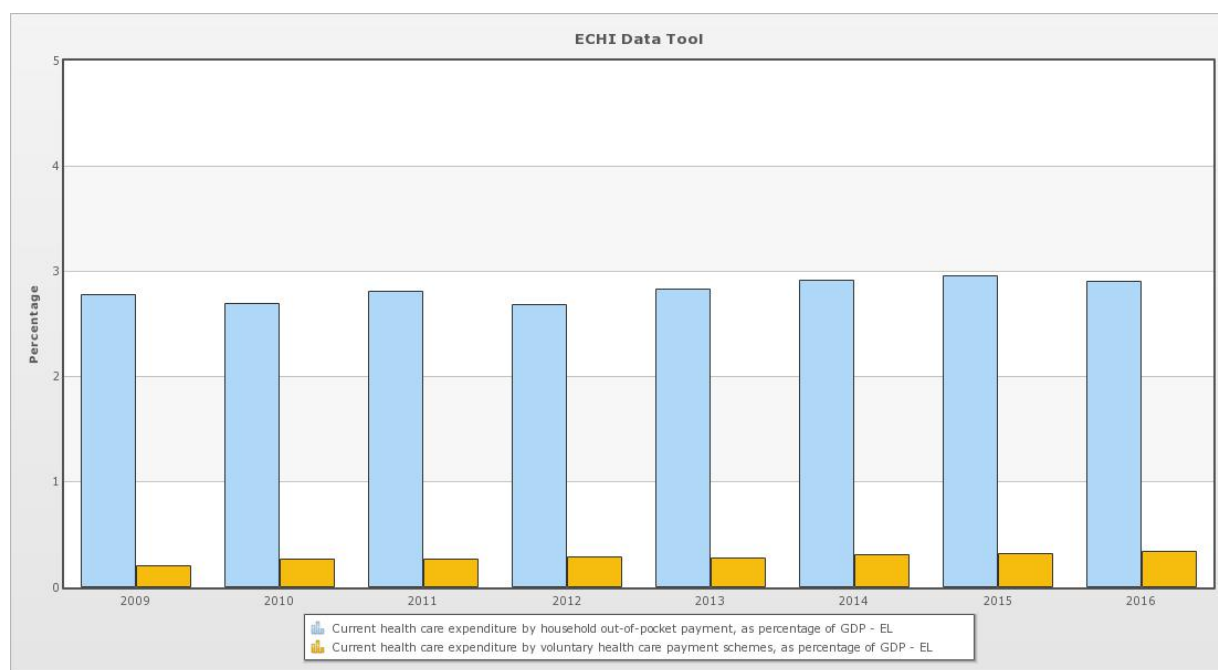
¹⁴ Δηλαδή τα γενόσημα

Πηγή: OECD, 2018

Πίνακας 2.5. Πηγές χρηματοδότησης συστήματος υγείας στην Ελλάδα % ΑΕΠ 2009-2016

| ΕΤΗ | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ΚΡΑΤ.ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ & ΚΟΙΝ.ΑΣΦΑΛΙΣΗ | 6,49 | 6,6 | 6 | 5,9 | 5,23 | 4,63 | 4,78 | 5,19 |
| ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΗ | 3,91 | 3,74 | 3,97 | 3,24 | 2,66 | 2,27 | 2,4 | 2,55 |
| ΙΔΙΩΤ. ΔΑΠΑΝΗ | 2,98 | 2,96 | 3,1 | 2,97 | 3,12 | 3,24 | 3,30 | 3,20 |
| ΣΥΝ.ΠΗΓΕΣ ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗΣ | 9,47 | 9,56 | 9,1 | 8,88 | 8,41 | 7,95 | 8,19 | 8,45 |

Πηγή: OECD, 2018



Εικόνα 2.5. Επιμέρους σύνθεση ιδιωτικής δαπάνης % ΑΕΠ 2009-2016

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

Πίνακας 2.6. Ανάλυση επιμέρους σύνθεση ιδιωτικής δαπάνης % ΑΕΠ 2009-2016

| ΕΤΗ | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ΑΤΥΠΕΣ ΠΛΗΡΩΜΕΣ | 2,78 | 2,69 | 2,81 | 2,68 | 2,83 | 2,91 | 2,96 | 2,90 |
| ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ | 0,20 | 0,27 | 0,27 | 0,29 | 0,28 | 0,31 | 0,32 | 0,34 |

Πηγή: Echi data tool, European Commission, 2018

Λαμβάνοντας υπόψη όλα τα ανωτέρω θα μπορούσαμε να πούμε ότι το σύστημα υγείας μετά και τη σύσταση του ΕΣΥ και πριν την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ και τις αλλαγές στην

πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με την εισαγωγή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού όπως κατωτέρω θα αναλυθούν, φέρει τα εξής χαρακτηριστικά:

α) Χαρακτηρίζεται από έντονα «νοσοκομοκεντρικά» στοιχεία που αγνοούν συνιστώσες όπως ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης που μετουσιώνεται μέσα από την προληπτική ιατρική, την προαγωγή υγείας και την πρόληψη και το θεσμό του οικογενειακού γιατρού και εστιάζουν στην επεμβατική ιατρική(Αντωνοπούλου, 2008),

β) το κράτος δια των δημόσιων νοσοκομείων και των ασφαλιστικών ταμείων υπήρξε ο κύριος παραγωγός υπηρεσιών υγείας ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας λειτουργούσαν συγχρόνως και ως αγοραστές υπηρεσιών υγείας (Χλέτσος, 2015),

γ) Οι τιμές ημερήσιας αποζημίωσης των νοσοκομείων από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης δεν αντικατόπτριζαν το πραγματικό κόστος νοσηλείας με αποτέλεσμα τα δημόσια νοσοκομεία προκειμένου να καλύψουν τα οικονομικά τους ελλείμματα λόγω της συστηματικής υπο-πληρωμής τους από τα ασφαλιστικά ταμεία, να χρηματοδοτούνται συστηματικά από τον κρατικό προϋπολογισμό(Οικονόμου, 2012),

δ) Η βαθμιαία μετακύληση του βάρους της χρηματοδότησης του συστήματος υγείας από το Δημόσιο στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς μέσω των ιδιωτικών πληρωμών όπως ανωτέρω αναλύθηκαν, είχε άμεση επίπτωση στην ισότητα της πρόσβασης και της κατανομής των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των πολιτών και στην παρουσία ανισοτιμιών(Αντωνοπούλου, 2008) ενώ η εκτεταμένη φοροδιαφυγή, η εισφοροδιαφυγή και το υψηλό ποσοστό των έμμεσων φόρων είχαν σαν αποτέλεσμα τη δυσανάλογη επιβάρυνση των μεσαίων και χαμηλών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων και την αντίστροφα προοδευτική χρηματοδότηση του συστήματος υγείας(Οικονόμου, 2012) με την έννοια ότι οι πολίτες που έχουν χαμηλά εισοδήματα καταναλώνουν αναλογικά περισσότερα λαμβάνοντας υπόψη το εισόδημά τους(Μόσιαλος & Θεοδώρου, 2003),

ε) Υπήρξε ανομοιογένεια και αρκετές διαφοροποιήσεις στην παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που παρεχόταν από τα ασφαλιστικά ταμεία στους ασφαλισμένους τα οποία αποτελούσαν τους κύριους αγοραστές υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ και του ιδιωτικού τομέα.(Οικονόμου, 2012). Πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ τις ανάγκες του πληθυσμού τις κάλυπταν τα περίπου 30 ταμεία, με το ΙΚΑ να καλύπτει περίπου το 50% του συνολικού πληθυσμού, το ΟΓΑ το 20%, τον ΟΑΕΕ το 13% και τον ΟΠΑΔ το 12% ενώ χαρακτηριστική υπήρξε η μεταξύ τους διαφορετική δέσμη των παρεχόμενων υπηρεσιών(Οικονόμου, 2012) με αποτέλεσμα ασφαλισμένοι συγκεκριμένων ταμείων όπως

αυτοί του ΟΠΑΔ να λαμβάνουν καλύτερες παροχές από αυτούς του ΙΚΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΓΑ(Οικονόμου, 2012).

2.3. Οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία μετά το 2010

Η υπογραφή της πρώτης μνημονιακής σύμβασης το 2010 ως απόρροια της βοήθειας που ζήτησε η Ελλάδα από το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο, είχαν ως άμεση συνέπεια την εφαρμογή πολιτικών λιτότητας και τον περιορισμό των κοινωνικών παροχών(Οικονόμου, 2013). Σε αυτό το πλαίσιο υιοθετήθηκε και προωθούνται μια σειρά μεταρρυθμίσεων, μεταξύ αυτών και στο χώρο της υγείας, που απορρέουν από τις δεσμεύσεις που ανέλαβε η χώρα έναντι των πιστωτών της προκειμένου να καταστεί το σύστημα υγείας βιώσιμο(Νιάκας, 2014).

Οι διαρθρωτικές αλλαγές λοιπόν που έλαβαν χώρα στο χώρο της υγείας μεταξύ άλλων περιελάμβαναν το διαχωρισμό της κοινωνικής ασφάλισης από τις παροχές υγείας των ασφαλιστικών ταμείων, τη συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων και των παροχών τους και την υπαγωγή όλων των δραστηριοτήτων που αφορούν στην υγεία στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας(Economou et al, 2015). Κάτω από αυτό το πρίσμα λοιπόν θα μπορούσε να ειπωθεί ότι τα μέτρα που η Ελλάδα υιοθέτησε θα μπορούσαν να χωριστούν σε τρεις κατηγορίες: Μέτρα για τον έλεγχο των δαπανών και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, μέτρα για τον έλεγχο του κόστους και μέτρα που σχετίζονται με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας(Οικονόμου, 2013).

Στην πρώτη κατηγορία που αφορά στα μέτρα ελέγχου των δαπανών και τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσε να ενταχθεί η ψήφιση του Ν.3918/2011¹⁵ που μεταξύ άλλων όριζε τη σύσταση και δημιουργία Επιτροπής Προδιαγραφών και του Παρατηρητηρίου Τιμών, έργο των οποίων είναι ο καθορισμός των ενιαίων προδιαγραφών ανά προϊόν καθώς και η παρακολούθηση των τιμών των ιατροτεχνολογικών προϊόντων προκειμένου να προσδιοριστεί για το καθένα μια αποδεκτή τιμή μονάδας(Οικονόμου, 2013).

Επιπλέον με τον ίδιο ως άνω νόμο(Ν.3918/2011), ορίστηκε οι προμήθειες υγείας να προγραμματίζονται σε περιφερειακό επίπεδο, μέσα από Περιφερειακά Προγράμματα

¹⁵ Ν. 3918/2011(ΦΕΚ/Α'31/2-3-2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».

Προμηθειών και Υπηρεσιών (ΠΠΠΥ) τα οποία υποβάλλονται στη Συντονιστική Επιτροπή Προμηθειών (ΣΕΠ). Η επιτροπή αυτή καθόριζε ποιοι διαγωνισμοί προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών διενεργούνται σε επίπεδο μίας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών ή σε εθνικό επίπεδο, με ποια διαγωνιστική διαδικασία, ποια θα είναι η αρχή που αναλαμβάνει τη διενέργεια διαγωνισμού καθώς και όλα τα ζητήματα που σχετίζονται με τη σύναψη και την εκτέλεση της σύμβασης με κύριο σκοπό την ενοποίηση των διαγωνισμών προμηθειών προϊόντων και υπηρεσιών προκειμένου να επιτυγχάνεται ο μέγιστος δυνατός έλεγχος των δαπανών(Οικονόμου, 2013).

Στο ίδιο πλαίσιο περιστολής των δαπανών και χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας θα μπορούσαν να ενταχθούν οι οριζόντιες περικοπές των μισθών του συνόλου του υγειονομικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων εντασσόμενες στο ευρύτερο πλαίσιο περικοπών των μισθών και συντάξεων για ενίσχυση της ανταγωνιστικότητας(Goranitis et al, 2014) και οι προσπάθειες μείωσης της δημόσιας δαπάνης για την υγεία η οποία σύμφωνα με τα Μνημόνια Συνεννόησης, μέχρι το 2012, δεν θα έπρεπε να ξεπερνά το 6% του ΑΕΠ και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη δεν θα έπρεπε να ξεπερνά το 1% του ΑΕΠ(Οικονόμου, 2013).

Οι περικοπές που εφάρμοσε η τότε ελληνική κυβέρνηση στις δαπάνες των νοσοκομείων μειώνοντας τους προϋπολογισμούς τους κατά 26% το 2011 σε σχέση με το 2009 παρά την αύξηση της ζήτησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας την περίοδο εκείνη ξεπέρασε τις προσδοκίες της Τρόικας(Μπογοσιάν, 2017). Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι το 51% των περικοπών που έλαβαν χώρα στις δαπάνες των νοσοκομείων οφείλονται στην οριζόντια περικοπή των μισθών στο ΕΣΥ (43%) και στις αθρόες συνταξιοδοτήσεις (8%) συντελώντας μεταξύ άλλων στην αύξηση της εξωτερικής μετανάστευσης εξειδικευμένου προσωπικού προς χώρες όπως η Γερμανία και η Σουηδία που είχαν ανάγκη από γιατρούς ειδικοτήτων και πρόσφεραν ευκαιρίες άμεσης επαγγελματικής αποκατάστασης με καλύτερες μισθολογικές απολαβές και εργασιακές συνθήκες(Ifanti et al, 2014). Το γεγονός αυτό αφενός οδήγησε σε ελλείψεις ειδικοτήτων και αφετέρου δημιούργησε προβλήματα ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και μάλιστα σε περίοδο αυξημένης ζήτησης(Οικονόμου, 2013. Μπογοσιάν, 2017).

Επιπλέον στο νοσοκομειακό τομέα υπήρξε πλάνο για μείωση κλινών από τις 35.000 στις 33.000 και κλινικών από τις 2.000 στις 1.700 εκ των οποίων οι 330 να υπόκεινται σε συγχωνεύσεις ενώ σε αυτό το πλαίσιο και τα νοσοκομεία και οι διοικήσεις τους μειώθηκαν από 175 σε 145(Economou et al, 2014). Σκοπός αυτής της παρέμβασης υπήρξε η μείωση

του διοικητικού και λειτουργικού κόστους των νοσοκομείων που θα μπορούσε να επιτευχθεί τόσο μέσα από την ορθολογικά αποδοτική κατανομή του προσωπικού τους και του υλικοτεχνολογικού εξοπλισμού τους όσο και από τη συνδιοίκηση νοσοκομείων, τη συνένωση ομοειδών κλινικών εντός του ίδιου νοσοκομείου ή γειτνιαζόντων νοσοκομείων και τη μετατροπή μικρών υγειονομικών μονάδων όπως γενικά νοσοκομεία και κέντρα υγείας σε μονάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ή βραχείας, εξειδικευμένης νοσηλείας (Economou et al, 2014). Σε αυτό το πλαίσιο λοιπόν συγχωνεύτηκαν στα δημόσια νοσοκομεία ως ψυχιατρικοί τομείς (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2016) πέντε ψυχιατρικά νοσοκομεία¹⁶ και εντάχθηκαν τα νοσοκομεία του ΙΚΑ στο ΕΣΥ.¹⁷

Στον πίνακα 2.7 που ακολουθεί διαφαίνεται η σταδιακή μείωση τόσο του αριθμού των δημόσιων νοσοκομείων όσο και του συνόλου των κλινών. Συγκεκριμένα ο αριθμός των δημόσιων νοσοκομείων από 141 που ανερχόταν το 2010, κατέληξε σε 124 το 2016 ενώ οι κλίνες από 34.288 που ανέρχονταν το 2010, κατέληξαν στις 29.521 το 2016.

Πίνακας 2.7: Αριθμός δημόσιων νοσοκομείων και κλινών 2010-2016

| ΕΤΟΣ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ | ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΛΙΝΩΝ |
|------|------------------------------|----------------|
| 2010 | 141 | 34.288 |
| 2011 | 141 | 33.383 |
| 2012 | 133 | 32.814 |
| 2013 | 125 | 30.322 |
| 2014 | 124 | 30.157 |
| 2015 | 124 | 29.856 |
| 2016 | 124 | 29.521 |

Πηγή: Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2018

Αλλαγές επίσης υπήρξαν στη ζήτηση της αποζημίωσης των νοσοκομείων και των ιδιωτικών θεραπευτηρίων καθώς εφαρμόστηκαν τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ) τα οποία βασίστηκαν στη γερμανική εκδοχή των Ομοιογενών Διαγνωστικών Κατηγοριών (Economou et al, 2014). Η αλλαγή αυτή του τρόπου αποζημίωσης βρίσκεται σε θετική κατεύθυνση διότι με αυτό τον τρόπο οι προμηθευτές κλειστής περίθαλψης αποζημιώνονται βάσει του πραγματικού κόστους νοσηλείας και όχι με το χαμηλότερο κλειστό ημερήσιο νοσήλιο που συνέτεινε στα αυξημένα ελλείμματα των δημόσιων νοσοκομείων (Economou et al, 2014), ωστόσο παρουσιάστηκαν προβλήματα στο σχεδιασμό και την εφαρμογή τους.

¹⁶ Άρθρο 30 ν. 4052/2012. Κατάργηση των ψυχιατρικών νοσοκομείων Κέρκυρας, Χανίων, Τρίπολης, Πέτρας Ολύμπου και του Παιδοψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής.

¹⁷ Άρθρο 32 ν. 3918/2011

Συγκεκριμένα τα ελληνικά ΚΕΝ εφαρμόστηκαν σε διάστημα ενός μόνο χρόνου με αποτέλεσμα, η τιμολόγησή τους να μη λάβει υπόψη παράγοντες όπως το κόστος μισθοδοσίας του προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων που καλύπτεται από τον κρατικό προϋπολογισμό ενώ βασίστηκε σε δεδομένα άλλων χωρών σε συνδυασμό με άντληση δεδομένων από επιλεγμένα δημόσια νοσοκομεία βάσει της δραστηριότητάς τους και τις σταθμίσεις κόστους τους και όχι σε πραγματικές δαπάνες και κλινικά πρωτόκολλα (Economou et al, 2014). Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω υπήρξαν οι μέχρι σήμερα 4 τροποποιήσεις των ΚΕΝ (Economou et al, 2014).

Επιπλέον με στόχο την εξασφάλιση εσόδων για τη βιωσιμότητα του συστήματος υγείας, υπήρξε αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος χρήσης των υπηρεσιών γεγονός που είχε άμεση επίδραση στην πρόσβαση των πολιτών όπως κατωτέρω θα αναλυθεί.

Σε αυτό το πλαίσιο θεσμοθετήθηκε η καταβολή 5 ευρώ για κάθε επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας¹⁸ και νομοθέτηση¹⁹ ολόημερης λειτουργίας των νοσοκομείων με παράλληλη λειτουργία των απογευματινών ιατρείων των νοσοκομείων όπου η επίσκεψη είχε ως προϋπόθεση την καταβολή ποσού από τους πολίτες που κυμαινόταν από 45 έως 90 ευρώ και στη συνέχεια μειώθηκε και κυμαίνεται πλέον από 25 έως 72 ευρώ (Goranitis et al, 2014). Επιχειρήθηκε δε στο πεδίο της κλειστής νοσηλείας να εφαρμοστεί η καταβολή εκ μέρους των ασθενών ποσού 25 ευρώ υπέρ του ΕΟΠΥΥ εξαιτίας της εισαγωγής για νοσηλεία σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ²⁰ η οποία λόγω σφοδρών αντιδράσεων ουδέποτε εφαρμόστηκε.

Αυξήσεις επίσης υπήρξαν και στη συμμετοχή των ασφαλισμένων τόσο στα φάρμακα καθώς πολλές χρόνιες νόσοι έπαψαν να έχουν μηδενική συμμετοχή αλλά ποσοστό που κυμαίνεται από 10-25% (Οικονόμου, 2013) όσο και σε αρκετές περιπτώσεις που αφορούν σε χορήγηση

¹⁸ Υ3Α/ΓΠ/οικ. 7829/Φ.15/1991 (ΦΕΚ 514/Β') κοινή υπουργική απόφαση "Καθορισμός αμοιβής εξετάστρων εξωτερικών ιατρείων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων" και παράγραφος 1 της αριθμ. Υ3α/ΓΠ.οικ. 88618/11.09.2002 (ΦΕΚ 1223/Β') κοινής υπουργικής απόφασης "Καθορισμός αμοιβής στα Κέντρα Υγείας για τις παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες" και Υ4α/οικ.165114/29-12-2010 ΚΥΑ περί καθορισμού αμοιβής εξετάστρων στο προσερχομένων στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στα κέντρα υγείας.

¹⁹ Ν. 3868/2010 (ΦΕΚ 129^Α/3-8-2010) περί « Αναβάθμισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»

²⁰ Ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 και Ν. 4093/2012 (ΦΕΚ 222^Α/12-12-2012)

αναλώσιμοι υγειονομικού υλικού, προϊόντων ειδικής διατροφής, προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα πρόσθετης περίθαλψης ενώ αυστηροποιήθηκε και το πλαίσιο νοσηλείας σε χώρες εκτός ΕΕ(Οικονόμου, 2013).

Στα μέτρα για την αύξηση των πόρων για τη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας μέσω της φορολογικής πολιτικής, εντάσσεται η αύξηση των έμμεσων φόρων όπως ο φόρος στην κατανάλωση αλκοόλ και τσιγάρων(Οικονόμου, 2013). Αύξηση υπήρξε και στις ασφαλιστικές εισφορές των εργαζομένων που κυμαίνονται από 2,55% επί του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού ενώ των εργοδοτών κυμαίνεται στο 5,10% ενώ αντίστοιχα στους συνταξιούχους οι εισφορές στην πλειοψηφία τους βαρύνονται με 4% επί του ποσού της συντάξεως και 6% καταβάλλει ο ασφαλιστικός οργανισμός με εξαίρεση τους παλαιούς ασφαλισμένους του ΟΓΑ που δεν καταβάλλουν εισφορές(Οικονόμου, 2012).

Στα μέτρα που ασκούν επίδραση στο κόστος των υπηρεσιών εντάσσονται εκείνα που αποσκοπούν στον έλεγχο των τιμών των ιατρικών προϊόντων, στον εκ νέου προσδιορισμό των αμοιβών και των αποζημιώσεων των προμηθευτών, όπως η αποζημίωση των νοσοκομείων και των προμηθευτών κλειστής περίθαλψης που αναφέρθηκε ανωτέρω και στην αναδιοργάνωση των διοικητικών δομών και των ασφαλιστικών ταμείων(Οικονόμου, 2013).

Σε σχέση με το ζήτημα του ελέγχου των τιμών υπήρξαν πολλές μεταρρυθμίσεις στον τομέα του φαρμάκου και της φαρμακευτικής πολιτικής. Συγκεκριμένα με τη ψήφιση του Ν.3918/2011 μεταφέρθηκε η αρμοδιότητα κοστολόγησης των τιμών των φαρμάκων από τη Γενική Γραμματεία Εμπορίου του Υπουργείου Οικονομίας, Ανταγωνιστικότητας και Ναυτιλίας στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων(εφεξής ΕΟΦ) και οτιδήποτε σχετίζεται με την πολιτική του φαρμάκου στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Βάσει του ν. 3918/2011 θεσμοθετήθηκε και εφαρμόστηκε η επιστροφή ποσού (rebate) και συμψηφισμού clawback των φαρμακείων και των φαρμακοβιομηχανιών²¹ υπέρ των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και στη συνέχεια υπέρ του ΕΟΠΥΥ, αυξήθηκαν οι ώρες λειτουργίας των φαρμακείων, δόθηκε η δυνατότητα συστέγασης φαρμακείων με τη μορφή ομόρρυθμης εταιρίας, μειώθηκαν τα πληθυσμιακά και χωροταξικά κριτήρια για την έναρξη λειτουργίας

²¹ Άρθρα 34 κα 35 του ν. 3918/2011

των νέων φαρμακείων, μειώθηκε το μικτό ποσοστό κέρδους των εμπόρων φαρμακευτικών προϊόντων χονδρικής πώλησης και των φαρμακοποιών²² (Economou et al, 2014) .

Προωθήθηκε η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία και όχι την εμπορική ονομασία του φαρμάκου με στόχο την ενδυνάμωση της αγοράς των γενόσημων (αντίγραφων) φαρμάκων με παράλληλη υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.²³ Επιπλέον οι γιατροί έχουν την υποχρέωση να αναγράφουν μόνο τη δραστική ουσία ενώ το ποσοστό αναγραφής της εμπορικής ονομασίας δεν πρέπει να ξεπερνά το 15% από το σύνολο των συνταγών ανά γιατρό²⁴ και οι φαρμακοποιοί οφείλουν να χορηγούν το φθηνότερο διαθέσιμο στην ελληνική αγορά φάρμακο της συγκεκριμένης δραστικής ουσίας.²⁵

Εφαρμόστηκε υποχρεωτικά η ηλεκτρονική συνταγογράφηση²⁶ των φαρμάκων ενώ υπήρξε κατάρτιση θετικής²⁷ και αρνητικής λίστας φαρμάκων με μειωμένες τιμές²⁸. Συγκεκριμένα με την κατάρτιση της θετικής λίστας και την εφαρμογή του νόμου οι φορείς κοινωνικής ασφάλισης δικαιούχων περίθαλψης και στη συνέχεια ο ΕΟΠΥΥ εγκρίνουν και αποζημιώνουν ιατρικές συνταγές μόνο εφόσον αυτές αφορούν σε φάρμακα που περιέχονται στη

²² Άρθρο 38 του ν. 3918/ 2-3-2011(ΦΕΚ 31^{Α'}) περί διαρθρωτικών αλλαγών στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις

²³ ΥΑ ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/148 (ΦΕΚ 545Β'/1-3-2012) «Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και στους άλλους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης».

²⁴ Ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 και Ν. 4093/2012(ΦΕΚ 222^{Α'}/12-11-2012)

²⁵ ΥΑ ΕΜΠ4(ΦΕΚ 3057/Β'/18-11-2012) «Μηχανισμός εφαρμογής και ενημέρωσης ιατρών για τη συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας και εξαιρέσεις από το σύστημα συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας»

²⁶ Ν. 3892/2010 (ΦΕΚ 189^{Α'}/ 4-11-2010) «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων»

²⁷ Άρθρο 12παρ1. του ν. 3816/2010 (ΦΕΚ 6^Α /26.1.2010) « Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις» και Αριθμ. Α3-2306/ Β'1499/6-9-2010 περί τροποποίησης των άρθρων 334, 336, 340 και 342 του κεφαλαίου 27 «ΦΑΡΜΑΚΑ» της Α.Δ.7/2009 όπως ισχύει και άρθρο 24 ν. 3853/2010(ΦΕΚ 90^{Α'}/17-6-2010) περί μεταβατικού συστήματος υπολογισμού τιμών φαρμακευτικών προϊόντων

²⁸ ΚΥΑ ΔΥΓ3α/οικ. Γ.Υ.153 (ΦΕΚ 544Β'/1-3-2012) «Κατάλογος φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς κοινωνικής ασφάλισης»

συγκεκριμένη λίστα και για το λόγο αυτό διαμορφώθηκαν τιμές αναφοράς για κάθε θεραπευτική κατηγορία, οι οποίες αποτελούν την ανώτατη τιμή αποζημίωσης από τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης(Οικονόμου, 2013) που σε περιπτώσεις περιελάμβαναν μειώσεις των τιμών αποζημίωσης που άγγιζαν ποσοστό του 70% (Economou et al, 2014) .

Στην αρνητική λίστα φαρμάκων αντίθετα περιλαμβάνονται φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται μεν με ιατρική συνταγή αλλά δεν αποζημιώνονται από την κοινωνική ασφάλιση. Η λίστα αυτή περιλαμβάνει φάρμακα που ανήκουν στο σύγχρονο τρόπο ζωής, έχουν εγκριθεί ως δυνητικώς αποτελεσματικά καθώς από τη διεθνή βιβλιογραφία δεν τεκμηριώνεται πλήρως η αποτελεσματικότητά τους και δεν αποζημιώνονται από άλλες χώρες της Ευρώπης(Οικονόμου, 2013) ενώ κατ' απαίτηση της Τρόικα, προκειμένου να μειωθεί η φαρμακευτική δαπάνη, η λίστα αυτή θα πρέπει να αναθεωρείται δύο φορές ετησίως (Economou et al, 2014).

Επιπρόσθετα αποφασίστηκε η χορήγηση των φαρμάκων υψηλού κόστους για χρονίως πάσχοντες ασθενείς αποκλειστικά από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και των δημόσιων Νοσοκομείων²⁹(Economou et al, 2014).

Τέλος αλλαγές υπήρξαν και στις διοικητικές δομές του συστήματος υγείας καθώς με το Ν.3863/2010³⁰ τα ασφαλιστικά ταμεία και τα τμήματα παροχών υγείας διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και τέθηκαν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αντί του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης στο οποίο ανήκαν πριν. Με σκοπό την άρση του κατακερματισμού των ασφαλιστικών ταμείων και τις διαφοροποιήσεις των παροχών ανά ταμείο όπως ανωτέρω διαπιστώθηκε, με τον ίδιο ανωτέρω νόμο προβλέφθηκε η ένταξη και η λειτουργία κάτω από ένα κοινό πλαίσιο όλων των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας του ΕΣΥ, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και του Οίκου Ναύτη(Οικονόμου, 2013). Επιπλέον, με σκοπό την επίτευξη του

²⁹ Άρθρο 12παρ2. του ν. 3816/2010 (ΦΕΚ 6^Α /26.1.2010) « *Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις*» και λοιπές αναθεωρήσεις με τελευταία τη με αριθμ. Αρ.Δ3(α)/74015 (ΦΕΚ 3805/Β' /27.10.2017) «Αναθεώρηση των καταλόγων για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών της παρ. 2 του άρθρου 12ν. 3816/2010 (ΦΕΚ 6/Α' /2010).

³⁰ Ν. 3863/2010(ΦΕΚ 115^Α/15-7-2010) «*Νέο ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις*»

εξορθολογισμού των δαπανών, με τον ίδιο νόμο προβλέφθηκε η σύσταση ενός Συμβουλίου Συντονισμού έργο του οποίου θα ήταν ο σχεδιασμός ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα τόσο στο επίπεδο λειτουργίας και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας όσο και στο επίπεδο σύναψης συμβάσεων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης με όλους τους προμηθευτές (Οικονόμου, 2013).

Με το Ν.3918/2011, όπως κατωτέρω θα αναλυθεί, ιδρύθηκε ο ΕΟΠΥΥ στον οποίο αρχικά εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ. Βασικός σκοπός μιας τέτοιας ενοποίησης υπήρξε η συγκέντρωση σε ένα ταμείο υγείας όλων των πόρων υγείας και η λειτουργία του ως μονοφωνίου με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους(Οικονόμου, 2013).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΣΥΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ

3.1. Εισαγωγή

Στο παρελθόν και πριν τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, είχαν επιχειρηθεί προσπάθειες ενοποίησης των κλάδων υγείας των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων αλλά δεν εφαρμόστηκαν διότι υπήρξαν αντιδράσεις ορισμένων ταμείων τα οποία προσέφεραν καλύτερες παροχές στους ασφαλισμένους τους(Οικονόμου, 2012). Η κυριότερη απόπειρα η οποία τελικά δεν τελεσφόρησε ήταν εκείνη που επιχειρήθηκε με το ν. 2889/2001³¹ και προέβλεπε τη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα χρηματοδότησης του συστήματος υγείας τον ΟΔΠΥ(Οργανισμός Διαχείρισης Πόρων Υγείας) που θα διαχειριζόταν τα έσοδα των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων της χώρας, του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ και κύριο σκοπό θα είχε την παροχή μιας κοινής δέσμης παροχών στους ασφαλισμένους και τη συγκέντρωση των πόρων των ασφαλιστικών ταμείων για την περαιτέρω διοχέτευση στο ΕΣΥ(Οικονόμου, 2012).

Μια ακόμη προσπάθεια ενοποίησης των μεγαλύτερων ασφαλιστικών ταμείων που αποσκοπεί στον έλεγχο του κόστους και τη συγκράτηση των δαπανών υγείας στηριζόμενη στην ισχυρή διαπραγματευτική δύναμη του νέου ενιαίου φορέα λόγω του μονοφωνιακού του χαρακτήρα(Νιάκας, 2014) έγινε και υλοποιήθηκε με τη σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (εφεξής ΕΟΠΥΥ).

3.2. Η σύσταση, λειτουργία και σκοπός του ΕΟΠΥΥ

Με το ν. 3918/2011³² λοιπόν συστάθηκε νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου(ΝΠΙΔ) αρχικά υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και στη συνέχεια υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας³³ στο

³¹ Ν. 2889/2001(ΦΕΚ 37^Α/2-3-2001) «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»

³² Ν. 3918/2011 (ΦΕΚ 131^Α/2-3-2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

³³ Βλ. άρθρο 10 ν. 4052/2012(ΦΕΚ 41^Α/1-3-2012) «Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας(Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και

οποίο από 1-1-2012 μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό οι κλάδοι υγείας του ΙΚΑ μαζί με τις μονάδες του και το σύνολο του εξοπλισμού του, του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και του ΟΠΑΔ ως προς τις παροχές σε είδος. Επιπλέον από την έναρξη λειτουργίας του μεταφέρθηκε η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης(ΥΠΕΔΥΦΚΑ).

Κύριος αρχικός σκοπός του ΕΟΠΥΥ υπήρξε η παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασφαλισμένους και τα προστατευόμενα μέλη τους των ενταγμένων σε αυτόν ασφαλιστικών ταμείων μέσα από ένα σύστημα ενός ενιαίου κανονισμού παροχών υγείας που στόχο είχε αφενός την ισότιμη πρόσβαση και αντιμετώπιση των ασφαλισμένων στις παροχές υγείας και αφετέρου τη θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας και τον καθορισμό των κριτηρίων με έντονα μονοψωνιακά χαρακτηριστικά για σύναψη συμβάσεων με προμηθευτές πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας που θα συνέβαλλαν στον έλεγχο της χρηματοδότησης και στην ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.³⁴

Επιπλέον στους βασικούς αρχικούς σκοπούς του ΕΟΠΥΥ εντασσόταν και ο λειτουργικός συντονισμός όλων των φορέων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ήτοι των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του ΕΣΥ, των ιατρών υπόχρεων σε υπηρεσία υπαίθρου, των μονάδων ΠΦΥ των ΟΤΑ και των μονάδων υγείας του ΕΟΠΥΥ(Οικονόμου, 2012).

Στη συνέχεια με το ν. 4238/2014³⁵ και τη σύσταση εντός του ΕΣΥ δικτύου πρωτοβάθμιας υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) υπό την εποπτεία των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της χώρας, όλες οι ανωτέρω αναφερόμενες μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΟΠΥΥ μεταφέρθηκαν και εντάχθηκαν στην οργανωτική δομή των Δ.υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους με εξαίρεση τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ τα οποία εξακολουθούν να λειτουργούν υπό τη σκέπη του.³⁶

Επιπλέον με τον ίδιο ανωτέρω αναφερόμενο νόμο ο ΕΟΠΥΥ μετατρέπεται σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας με τη δυνατότητα αγοράς υπηρεσιών υγείας από φορείς του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα και καθορισμού των κριτηρίων διαπραγμάτευσης των αμοιβών, των όρων

άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημόσιου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις».

³⁴ Βλ. άρθρο 18 ν. 3918/2011.

³⁵Βλ. άρθρα 1 και 8 ν. 4238/2014(ΦΕΚ 38^Α/17-2-2014) «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας(Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις»

³⁶ Βλ. άρθρο 2 παρ. 3 ν. 4238/2014

των συμβάσεων και των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και των φαρμάκων με τους συμβαλλόμενους παρόχους.³⁷

3.2.1. Οι φορείς που συγκροτούν τον ΕΟΠΥΥ: Τα ταμεία που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ με την ίδρυσή του όπως ανωτέρω προαναφέρθηκε ήταν το ΙΚΑ, ο ΟΓΑ, ο ΟΑΕΕ και ο ΟΠΑΔ.³⁸

Στη συνέχεια όπως ο ιδρυτικός νόμος όριζε³⁹, άρχισε η σταδιακή μεταφορά των υπόλοιπων ταμείων όπως:

- Οίκος Ναύτου από 1-4-2012⁴⁰
- ΕΤΑΑ από 12-11-2012⁴¹
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ από 1-12-2012⁴²
- ΤΑΥΤΕΚΩ από 1-5-2012⁴³ με τους κλάδους ασθενείας του ΤΑΠ-ΕΤΒΑ, ΤΑΠ-ΕΤΕ και ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ να εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ στις 12-11-2012⁴⁴

Η ένταξη του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ είχε ως συνέπεια τη μεταφορά των παρακάτω πρώην ανεξαρτήτων ταμείων υγείας :

- Τομέας Σύνταξης Μηχανικών και Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΣΜΕΔΕ)
- Τομέας Υγειονομικών (πρώην ΤΣΑΥ)
- Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Αθήνας
- Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Θεσσαλονίκης
- Τομέας Πρόνοιας Δικηγόρων Πειραιώς

³⁷ Βλ. άρθρο 8 Ν. 4238/2014

³⁸ Βλ. άρθρο 17 Ν. 3918/2011

³⁹ Βλ. άρθρο 23παρ.1, εδ. Β.περ.β' του Ν. 3918/2011

⁴⁰ Άρθρο 13παρ.17 Ν. 4052/2012(ΦΕΚ 41^Α/1-3-2012) και υπ' αριθμ. 14541/28-3-2012 εγκύκλιος ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: Β4ΒΒΟΞ7Μ-ΕΕ8).

⁴¹ Άρθρο 13παρ.17 Ν. 4052/2012(ΦΕΚ 41^Α/1-3-2012), Ν. 4093/2012 παρ. ΙΒ.1 παρ. 1β(ΦΕΚ 222^Α/12-11-2012) και υπ' αριθμ. 47284/14-11-2012 εγκύκλιος ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: Β4ΣΨΟΞ7Μ-74Ν).

⁴² Ομοίως ως άνω με τα άρθρα και την εγκύκλιο που αναφέρονται στην ένταξη του κλάδου ασθενείας του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ

⁴³ Άρθρο 13παρ.17 Ν. 4052/2012(ΦΕΚ 41^Α/1-3-2012) και υπ' αριθμ. 20589/30-4-2012 ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: Β496ΟΞ7Μ-ΗΙΗ).

⁴⁴ Άρθρο 13παρ.17 Ν. 4052/2012(ΦΕΚ 41^Α/1-3-2012), Ν. 4093/2012 παρ. ΙΒ.1 παρ. 1β(ΦΕΚ 222^Α/12-11-2012) και υπ' αριθμ. 47284/14-11-2012 εγκύκλιος ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: Β4ΣΨΟΞ7Μ-74Ν).

- Τομέας Δικηγόρων Επαρχιών & Δικαστικών Επιμελητών (ΤΥΔΕ-ΤΠΔΕ)
- Τομέας Νομικών
- Τομέας Συμβολαιογράφων
- Τομέας Προνοίας Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΠΕΔΕ)

Η ένταξη του ΤΑΥΤΕΚΩ είχε ως συνέπεια τη μεταφορά στον ΕΟΠΥΥ των παρακάτω κλάδων υγείας:

- ΚΑΠ-ΔΕΗ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΔΕΗ).
- ΤΑΠΑΕ-ΕΘΝΙΚΗ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού «Εθνική Ασφαλιστική»).
- ΤΑΠ-ΗΣΑΠ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΗΣΑΠ).
- ΤΑΠ- ΗΛΠΑΠ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΗΛΠΑΠ).
- ΤΑΠ-ΕΤΒΑ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΕΤΒΑ).
- ΤΑΠ-ΕΤΕ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού Εμπορικής Τράπεζας).
- ΤΑΠ-ΟΤΕ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού ΟΤΕ). ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ (Ταμείο Ασθενείας Προσωπικού Πίστεως Γενική & American Express).

3.2.2. Η Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ: Η αρχική σύσταση του ΕΟΠΥΥ⁴⁵ προέβλεπε ο Οργανισμός να διοικείται από τον Πρόεδρο, τους δύο Αντιπροέδρους και το Διοικητικό Συμβούλιο. Στη συνέχεια με την ψήφιση του ν. 4238/2014 που άλλαξε το σκοπό του ΕΟΠΥΥ όπως ανωτέρω αναφέρθηκε, ο Οργανισμός διοικείται από τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και το ΔΣ.⁴⁶ Ο Πρόεδρος επιλέγεται με τη διαδικασία του άρθρου 49Α του Κανονισμού της Βουλής⁴⁷ ύστερα από πρόταση του Υπουργού Υγείας ο οποίος καθορίζει με απόφασή του τα προσόντα και κριτήρια για την επιλογή του Προέδρου η θητεία του οποίου είναι πενταετής. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας διορίζεται και ο Αντιπρόεδρος του Οργανισμού η θητεία του οποίου είναι τριετής.

⁴⁵ Βλ. άρθρο 20 ν. 3918/2011

⁴⁶ Βλ. άρθρο 9 ν. 4238/2014(ΦΕΚ 38^Α/17-2-2014)

⁴⁷ Βλ. σχετ. άρθρο 49 Κανονισμού της Βουλής. Διαθέσιμο στο <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696-49db-9148-f24dce6a27c8/kanonismos-Thematiko-syntagma-2010.pdf>.

Το ΔΣ του Οργανισμού απαρτίζεται από έντεκα μέλη⁴⁸ αποτελείται από τον Πρόεδρο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο οποίος ορίζεται Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και αναπληρώνεται στα καθήκοντά του από τον Αντιπρόεδρο, όταν απουσιάζει ή κωλύεται, τον Αντιπρόεδρο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ο οποίος ορίζεται Αντιπρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και αναπληρώνεται από ένα από τα τακτικά μέλη που διορίζει ο Υπουργός Υγείας, δύο (2) μέλη, ειδικούς Επιστήμονες, με τους αναπληρωτές τους, ένα(1) μέλος, ως εκπρόσωπο των Ασφαλισμένων και των Συνταξιούχων, που προτείνεται από τις οικείες τριτοβάθμιες οργανώσεις με τον αναπληρωματικό του και ένα (1) μέλος, ως εκπρόσωπο των Εργοδοτών, που προτείνεται από τον Σύνδεσμο Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (Σ.Ε.Β.), την Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδας (ΓΣΕΒΕΕ) και την Εθνική Συνομοσπονδία Ελληνικού Εμπορίου (ΕΣΕΕ) με τον αναπληρωματικό του⁴⁹, έναν (1) υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας με Α΄ βαθμό και θέση Γενικού Διευθυντή ή Προϊσταμένου Διεύθυνσης, με τον αναπληρωτή του/της και ένα (1) μέλος, ως εκπρόσωπο των Εργαζομένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., με τον αναπληρωτή του που εκλέγονται με ειδική εκλογική διαδικασία.

3.2.3. Η διοικητική οργάνωση του ΕΟΠΥΥ: Οι υπηρεσίες του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. διακρίνονται σε Κεντρική Υπηρεσία⁵⁰ και Περιφερειακές⁵¹.

3.2.3.1. Η Κεντρική Υπηρεσία του Οργανισμού διαρθρώνεται ως εξής:

- 1) Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων,
- 2) Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας,
- 3) Αυτοτελή Τμήματα και Γραφεία υπαγόμενα στον Πρόεδρο και
- 4) ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α..

⁴⁸ Άρθρο 56 παρ. 1 και 2 του ν. 4486/2017(ΦΕΚ 115Α΄/7-8-2017) « Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας , επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις» που τροποποιεί και συμπληρώνει το άρθρο 20 ν. 3918/2011.

⁴⁹ Τα μέλη αυτά ορίζονται από τους φορείς εντός προθεσμίας δέκα (10) ημερών από την έγγραφη ειδοποίησή τους.

⁵⁰ Βλ. άρθρα 23επ. Ν. 3918/2011 όπως τροποποιήθηκαν και ισχύουν με το άρθρο 12 του Ν. 4238/2014.

⁵¹ Βλ. άρθρα 23επ. Ν. 3918/2011 όπως τροποποιήθηκαν, συμπληρώθηκαν και ισχύουν με το άρθρο 72 Ν. 3984/2011(ΦΕΚ 150Α΄/27-6-2011), το άρθρο 31 του Ν. 4038/2012(ΦΕΚ 14Α΄/2-2-2012), τα άρθρα 1 και 2 της υπ' αριθμ.Υ9α/οικ.83951ΚΥΑ(ΦΕΚ.2351Β΄/ 20-9-2013) και το άρθρο 12 του Ν. 4238/2014.

1) Η Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες: α) Τη Διεύθυνση Οικονομικών αρμόδια για την κατάρτιση, τροποποίηση και εκτέλεση του προϋπολογισμού, του απολογισμού, του ισολογισμού, τη μισθοδοσία και τις προμήθειες, τον προγραμματισμό της διάθεσης των πιστώσεων και την παρακολούθηση της οικονομικής διαχείρισης των περιφερειακών υπηρεσιών, την επεξεργασία των οικονομικών στοιχείων του Οργανισμού και την αποστολή τους στις αρμόδιες υπηρεσίες των εποπτευόντων Υπουργείων και την Ελληνική Στατιστική Αρχή, την άσκηση της ταμειακής διαχείρισης του Οργανισμού, το συντονισμό, τον καταλογισμό και την είσπραξη εσόδων του ποσοστού έκπτωσης («rebate») και του ποσού αυτόματης επιστροφής («claw back») και την εφαρμογή διορθωτικών μέτρων στις υπηρεσίες υγείας καθώς και την ανάληψη και έκδοση χρηματικών ενταλμάτων πληρωμής.

β) Τη Διεύθυνση Συμβάσεων αρμόδια για την κατάρτιση, τη σύναψη και την παρακολούθηση των συμβάσεων με τους παρόχους υγείας και την εισήγησή τους στο Δ.Σ. του Οργανισμού.

γ) Τη Διεύθυνση Ελέγχου και Εκκαθάρισης αρμόδια για τη διαχείριση και τον έλεγχο της χρηματοδότησης, τη συνδρομή στον έλεγχο και την εκκαθάριση των αναγκαίων παραστατικών για τις δαπάνες υγείας από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις⁵² και την ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

δ) Τη Διεύθυνση Διεθνών Ασφαλιστικών Σχέσεων αρμόδια για τη διαχείριση του μηχανισμού απόδοσης δαπανών υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, των χωρών του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου (Ε.Ο.Χ.) και της Ελβετίας κατ' εφαρμογή των Κανονισμών (ΕΚ) 883/2004 και (ΕΚ) 987/2009. Μεριμνά επίσης για την εφαρμογή της εναρμονισμένης στο Εθνικό Δίκαιο Οδηγίας 24/2011/ΕΕ περί Διασυνοριακής Περίθαλψης και αποτελεί το Εθνικό Σημείο Επαφής της Ελλάδας. Τέλος, είναι αρμόδια για τη διαχείριση των διμερών συμφωνιών/συμβάσεων μεταξύ ευρωπαϊκών φορέων κοινωνικής ασφάλισης και μεριμνά για την επέκταση υφιστάμενων διμερών συμφωνιών κοινωνικής ασφάλισης, καθώς και για τη σύναψη νέων συμβάσεων με τρίτες χώρες.

2) Η Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας συγκροτείται από τις ακόλουθες υπηρεσιακές μονάδες:

⁵² Δυνάμει του άρθρου 1 της υπ' αριθμ. Β2β/οικ.38642 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1536Β'/31-5-2016), « *Έλεγχος και εκκαθάριση δαπανών συμβεβλημένων παρόχων υγείας*»

α) Τη Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης η οποία είναι αρμόδια για το σχεδιασμό και την εφαρμογή πολιτικών για την καλύτερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού και την καλύτερη λειτουργία του Οργανισμού.

β) Τη Διεύθυνση Πληροφορικής που είναι αρμόδια για την εισαγωγή, την εφαρμογή της πληροφορικής στον Οργανισμό, την ανάλυση και επεξεργασία στοιχείων για στατιστική αξιολόγηση και την εξασφάλιση της διαλειτουργικότητας των πληροφοριακών συστημάτων και των εφαρμογών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των φορέων που εντάσσονται σε αυτόν προκειμένου ο Οργανισμός να ανταποκριθεί στις ανάγκες της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης των συνταγών φαρμάκων, υγειονομικού υλικού και ιατρικών πράξεων.

γ) Τη Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού η οποία είναι αρμόδια για το σχεδιασμό και τον καθορισμό των αναγκών των υπηρεσιών υγείας και μεριμνά για την κατάρτιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας.

δ) Τη Διεύθυνση Φαρμάκου η οποία είναι αρμόδια για τον καθορισμό των διαδικασιών παροχής φαρμάκων και συναφών ειδών και τη συγκέντρωση και επεξεργασία στοιχείων που αφορούν στη συνταγογράφηση και φαρμακευτική κατανάλωση για την έκδοση των οικείων αποφάσεων καταλογισμού είσπραξης υποχρεωτικών εκπτώσεων («rebate») και επιστροφής υπερβάλλουσας μηνιαίας διαφοράς (claw back). Επίσης, είναι αρμόδια για την παρακολούθηση της ελληνικής και διεθνούς νομοθεσίας που σχετίζεται με τα φάρμακα και των Οδηγιών που παρέχονται από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), την καθοδήγηση και υποστήριξη των αρμοδίων Επιτροπών που κρίνουν την αναγκαιότητα θεραπείας με φάρμακα υψηλού κόστους ή φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα και τη διαχείριση της λειτουργίας των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καθώς και τον έλεγχο εκκαθάρισης συνταγών φαρμάκων.

Στον Πρόεδρο υπάγονται οι υπηρεσίες:

α) Το Αυτοτελές Τμήμα Νομικών Υποθέσεων που είναι αρμόδιο για τη νομική κάλυψη και εκπροσώπηση του Οργανισμού ενώπιον Δικαστηρίων και Αρχών, τη νομική επεξεργασία των πάσης φύσεως διακηρύξεων, συμβάσεων και συμφωνιών του Οργανισμού, τη νομική επεξεργασία των προτεινόμενων από τις αρμόδιες υπηρεσίες του Οργανισμού προσχεδίων νόμων, διαταγμάτων και κανονιστικών αποφάσεων, την παρακολούθηση της νομολογίας των δικαστηρίων που αφορά τον Οργανισμό και την παροχή σχετικών οδηγιών προς τις

Υπηρεσίες. Το Τμήμα τελεί υπό τη γενική εποπτεία του Γραφείου Νομικού Συμβούλου του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ⁵³.

β) Το Γραφείο Γραμματείας Προέδρου και Διοικητικού Συμβουλίου οι αρμοδιότητες του οποίου ανάγονται στην υποβοήθηση του έργου του Προέδρου και του Δ.Σ., μέσα από τη διεξαγωγή της αλληλογραφίας και την εν γένει οργάνωση της επικοινωνίας με τις υπηρεσιακές μονάδες, το προσωπικό του Οργανισμού, τους συλλόγους, τους δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς και το κοινό.

γ) Το Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας το οποίο παρακολουθεί τα μέσα μαζικής επικοινωνίας και του διαδικτύου, ενημερώνει τη διοίκηση και τις αρμόδιες υπηρεσιακές μονάδες καθώς και το κοινό για τους σκοπούς και τις δραστηριότητες του Οργανισμού.

δ) Το Αυτοτελές Τμήμα Εσωτερικού Ελέγχου το οποίο είναι αρμόδιο για την άσκηση του εσωτερικού ελέγχου στις υπηρεσίες του Οργανισμού, ύστερα από έγγραφη παραγγελία του Προέδρου.

ε) Το Γραφείο Διαχείρισης Παραπόνων και Καταγγελιών το οποίο είναι αρμόδιο για τη διαχείριση παραπόνων και καταγγελιών των ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καθώς επίσης και των συμβαλλομένων παρόχων με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

3.2.3.2. Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις λειτουργούν ως αυτοτελείς οργανικές μονάδες και κατανέμονται σε επτά περιφέρειες τα όρια των οποίων συμπίπτουν με τα όρια των Υγειονομικών Περιφερειών.⁵⁴ Σε κάθε περιφέρεια με απόφαση του Προέδρου ορίζεται ένας Συντονιστής από τους Προϊσταμένους Διεύθυνσης των εντασσομένων μονάδων που ήδη υπηρετούν έργο του οποίου είναι η εποπτεία, ο συντονισμός και η βελτίωση λειτουργίας των Περιφερειακών Διευθύνσεων που εμπίπτουν στην αρμοδιότητά του.⁵⁵ Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις διαρθρώνονται από τα παρακάτω τμήματα⁵⁶, τα οποία ασκούν τις εξής ειδικότερες αρμοδιότητες:

⁵³ Σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 19 του ν. 3086/2002(ΦΕΚ 324^Α/23-12-2002), «Οργανισμός Νομικού Συμβουλίου του Κράτους και κατάσταση των Λειτουργών και Υπαλλήλων του»

⁵⁴ Βλ. άρθρο 23 παρ. Β. εδ. β' Ν. 3918/2011

⁵⁵ Βλ. άρθρο 23 παρ. Β. εδ. γ'. Ν. 3918/2011

⁵⁶ Βλ. άρθρα 23επ. Ν. 3918/2011 όπως τροποποιήθηκαν, συμπληρώθηκαν και ισχύουν με το άρθρο 72 Ν. 3984/2011(ΦΕΚ 150^Α/27-6-2011), το άρθρο 31 του Ν. 4038/2012(ΦΕΚ 14^Α/2-2-2012), τα άρθρα 1 και 2 της υπ' αριθμ.Υ9α/οικ.83951ΚΥΑ(ΦΕΚ.2351Β'/ 20-9-2013) και το άρθρο 12 του Ν. 4238/2014.

α) Το Τμήμα Παροχών Ασθενείας το οποίο είναι αρμόδιο για την παραλαβή, τον έλεγχο και την εκκαθάριση λογαριασμών όλων των συμβεβλημένων με τον οργανισμό προμηθευτών⁵⁷, σύμφωνα με το ισχύον τιμολόγιο νοσηλίων και ιατρικών πράξεων, τη σύνταξη εισηγήσεων για ποινές καθώς και τον έλεγχο για έγκριση ή μη νοσηλίων και ατομικών δαπανών των ασφαλισμένων(παροχές κάθε είδους που προβλέπονται από τον Κανονισμό Παροχών του ΕΟΠΥΥ), τη μέριμνα για την έγκριση νοσηλείας στο εξωτερικό και την έκδοση των προβλεπόμενων αποφάσεων για τη χορήγηση της προκαταβολής καθώς και την εκκαθάριση λογαριασμών νοσηλείας στο εξωτερικό και την έκδοση εντολών πληρωμών προς το λογιστήριο για καταβολή των ποσών, την παραπομπή θεμάτων υγειονομικής περίθαλψης στα αρμόδια όργανα για την έκδοση των κατά νόμο αποφάσεων, την τήρηση στοιχείων για όλα τα παραπάνω θέματα και την αποστολή τους στην αρμόδια υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ και την υποβολή προτάσεων στο Συντονιστή για την αποτελεσματικότερη λειτουργία των υπηρεσιών του κάθε Νομού.

β) Το Τμήμα Λογιστηρίου το οποίο είναι αρμόδιο για την υποβολή στοιχείων κατάρτισης προϋπολογισμού δαπανών της Διεύθυνσης και των υφιστάμενων υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ ανά νομό, την παρακολούθηση των πιστώσεων και την τήρηση λογιστικών στοιχείων και λογαριασμών, την εκτέλεση των οικονομικών συναλλαγών που αφορούν στη Διεύθυνση, την πληρωμή των σχετικών εντολών και την έκδοση των απαραίτητων παραστατικών για όλες τις υφιστάμενες υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ ανά νομό, ύστερα από τον έλεγχο του Ελεγκτικού Συνεδρίου, όπου αυτό απαιτείται και την παρακολούθηση κρατήσεων υπέρ του Δημοσίου και τρίτων στις διενεργούμενες δαπάνες με παράλληλη μέριμνα για την καταβολή τους.

γ) Το Τμήμα Γραμματείας το οποίο είναι αρμόδιο για την εν γένει διοικητική υποστήριξη της υπηρεσίας και δη τη διακίνηση της αλληλογραφίας, την τήρηση του κοινού και εμπιστευτικού πρωτοκόλλου της Διεύθυνσης, την αναπαραγωγή εγγράφων και λοιπών κειμένων, τη βεβαίωση του γνήσιου της υπογραφής των υπαλλήλων της ΠΕΔΙ και των λοιπών πολιτών σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις και την υποδοχή και πληροφόρηση των συναλλασσομένων.

δ) Το Τμήμα Φαρμακευτικής το οποίο είναι αρμόδιο για την παραλαβή και τον έλεγχο των λογαριασμών των Φαρμακείων καθώς και τον πρόχειρο λογιστικό έλεγχο των λογαριασμών αυτών και την υποβολή τους στην ΚΜΕΣ⁵⁸ για εκκαθάριση, την παρακολούθηση και τον

⁵⁷ Άρθρο 1 υπ' αριθμ. Β2β/οικ.38642 ΚΥΑ (ΦΕΚ 1536Β'/31-5-2016), « Έλεγχος και εκκαθάριση δαπανών συμβεβλημένων παρόχων υγείας»

⁵⁸ Τμήμα Ελέγχου και Εκκαθάρισης Συνταγών του ΕΟΠΥΥ

έλεγχο των συμβάσεων των φαρμακείων καθώς και τη σύνταξη εισηγήσεων για ποινές και ελέγχους.

ε) Το γραφείο εξυπηρέτησης ασφαλισμένων που είναι υπεύθυνο αφενός για την παραλαβή και τον πρωτογενή έλεγχο των δικαιολογητικών που καταθέτουν οι ασφαλισμένοι για αναγνώριση δαπανών παροχών σε είδος και τη διαβίβασή τους στην Περιφερειακή Διεύθυνση για διεκπεραίωση και αφετέρου για την ενημέρωση των ασφαλισμένων για θέματα που αφορούν στον ΕΟΠΥΥ.

Στ) Τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετά την εφαρμογή του ν. 4238/2014⁵⁹ μεταφέρθηκαν στις Περιφερειακές Διευθύνσεις, όπου υφίστανται ως αυτοτελή τμήματα με αρμοδιότητα την προμήθεια, διαχείριση και διάθεση φαρμάκων υψηλού κόστους στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ.

3.2.4. Η χρηματοδότηση- πόροι του ΕΟΠΥΥ

Δυνάμει του Ν. 3918/2011⁶⁰ ως βασικοί πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ορίζονται οι κάτωθι:

α. Η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό που ορίζεται σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ. β. Οι ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθένειας σε είδος ασφαλισμένου – εργοδότη των εντασσόμενων Κλάδων Υγείας που εξακολουθούν να εισπράττονται από τους οικείους ασφαλιστικούς οργανισμούς και υποχρεούνται να καταβάλλουν στον ΕΟΠΥΥ καθώς και οι πόροι του Ο.Π.Α.Δ. που προέρχονται από τις εισφορές εργαζομένων σε ποσοστό 2,55% και τις εισφορές του εργοδότη σε ποσοστό 5,1%. γ. Η εισφορά συνταξιούχων, που ανέρχεται σε ποσοστό 4%. δ. Τα έσοδα από κοινωνικούς πόρους υπέρ των εντασσόμενων στον ΕΟΠΥΥ φορέων καθώς και όποιο άλλο έσοδο τους αφορά και προβλέπεται από τη νομοθεσία. ε. Έσοδα από τη χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθέσιμων κεφαλαίων και αξιών. στ. Ποσά προερχόμενα από επιβολή προστίμων και άλλων χρηματικών ποινών. ζ. Κληρονομίες, δωρεές και κληροδοτήματα καθώς και όσες κτήσεις προέρχονται από οποιαδήποτε άλλη χαριστική αιτία. η. Τα έσοδα συνεπεία συμβάσεων που συνάπτουν με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ασφαλιστικές εταιρείες για την παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους τους καθώς και σε αλλοδαπούς, σύμφωνα με τα οριζόμενα στις διεθνείς

⁵⁹ Βλ. άρθρο 12 παρ. 5 του Ν. 4238/2014

⁶⁰ Άρθρο 19 Ν. 3918/2011(ΦΕΚ 31^Α/2-3-2011) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις»

συμβατικές υποχρεώσεις της χώρας. θ. Είσπραξη των ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακευτικές εταιρείες και φαρμακεία.

Η οικονομική κρίση ωστόσο που είχε άμεση επίπτωση στη μείωση του ποσού της κρατικής επιχορήγησης στον ΕΟΠΥΥ αλλά και η συστηματική μερική ή μη καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών από τα ασφαλιστικά ταμεία, όπως κατωτέρω διεξοδικά θα αναλυθεί, οδήγησαν σε οικονομική στενότητα τον Οργανισμό που από την αρχή παρουσιάστηκε ελλειμματικός λόγω και των υποχρεώσεων που ανέλαβε ως καθολικός διάδοχος των εντασσόμενων σε αυτόν φορέων(Οικονόμου, 2013).

3.2.5. Σύστημα παροχών και αποζημιώσεων των προμηθευτών

Στην παρούσα υποενότητα επιχειρείται να σκιαγραφηθεί ο νέος κανονισμός παροχών του ΕΟΠΥΥ.⁶¹ Συγκεκριμένα στον πίνακα 3.1 που ακολουθεί, αναφέρεται το είδος των παροχών του προγενέστερου κανονισμού παροχών του ΕΟΠΥΥ όπως είχε τροποποιηθεί και ίσχυε⁶² καθώς και του νέου κανονισμού παροχών(εφεξής ΕΚΠΥ) όπως ισχύουν από 1-11-2018, τα ποσοστά συμμετοχής των ασφαλισμένων και επιχειρείται μια συγκριτική ανάλυση στα βασικότερα σημεία και των δύο κανονισμών.

Ειδικότερα τόσο ο νέος κανονισμός παροχών υγείας του ΕΟΠΥΥ όσο και ο προγενέστερος, επιχειρούν μέσα από ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας όπως το σύστημα πρόληψης και προαγωγής της υγείας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, να διασφαλίσουν την ισότιμη πρόσβαση για όλους τους ασφαλισμένους τους καθορίζοντας ποιες είναι οι παροχές υγείας, η έκτασή τους, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησής τους καθώς και το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στις δαπάνες.

Στο νέο κανονισμό παροχών⁶³ προβλέπεται η αποζημίωση των συμβεβλημένων παρόχων υπηρεσιών υγείας βάσει της σύμβασης που έχουν συνάψει τα συμβαλλόμενα μέρη η οποία προέκυψε από τη διαδικασία διαπραγμάτευσης όπως κατωτέρω θα αναλυθεί, βάσει της ασφαλιστικής τιμής, που καθορίζεται, είτε με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, ύστερα από προτάσεις του Δ.Σ. του Οργανισμού, είτε μετά από πρόταση της επιτροπής διαπραγμάτευσης και επικύρωση από το Δ.Σ. του Οργανισμού και βάσει των τιμών που προβλέπονται από το κρατικό τιμολόγιο, στις περιπτώσεις που δεν έχει οριστεί ασφαλιστική τιμή ή δεν έχει πραγματοποιηθεί διαπραγμάτευση. Σε κάθε περίπτωση, ως ανώτατη τιμή αποζημίωσης

⁶¹ ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

⁶² ΦΕΚ 2456/Β'/3-11-2011, ΦΕΚ 1233/Β'/11-4-2011 και ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012

⁶³ Άρθρο 4 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

ορίζεται εκείνη που προβλέπεται από το κρατικό τιμολόγιο, εκτός και εάν προβλέπεται ρητά στον ισχύοντα κανονισμό παροχών.

Επιπλέον στον ισχύοντα από 1-11-2018 κανονισμό παροχών απευθείας αποζημίωση στους δικαιούχους προβλέπεται μόνο σε περίπτωση αποδεδειγμένης αδυναμίας σύναψης σύμβασης με μια κατηγορία προμηθευτών ή σε μεταβατικές περιόδους έως ότου επιτευχθεί επαρκής αριθμός συμβάσεων σε μία κατηγορία και με απόφαση του Δ.Σ. του Οργανισμού⁶⁴.

Στον προηγούμενο κανονισμό παροχών προβλεπόταν το ύψος όλων των χορηγούμενων παροχών να καθορίζεται βάσει του ισχύοντος κρατικού τιμολογίου και σε αρκετές περιπτώσεις όπως στο αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, στη χορήγηση θεραπευτικών μέσων και προθέσεων, στα οπτικά και στην ειδική αγωγή, η αποζημίωση γινόταν απευθείας στον ασφαλισμένο μετά από την αφαίρεση, όπου προβλεπόταν, του προβλεπόμενου ποσοστού συμμετοχής ενώ σε περιπτώσεις όπου υπήρχαν συμβάσεις με προμηθευτές⁶⁵ υπήρξε ρητή απαγόρευση απευθείας αποζημίωσης των ασφαλισμένων.⁶⁶

Στο πνεύμα του Οργανισμού και κατ' επέκταση σε όλους τους κανονισμούς παροχών υπάρχει η βούληση η ιατρική περίθαλψη να παρέχεται σε όλους τους ασφαλισμένους από όλες τις δομές της επικράτειας, δημόσιες και ιδιωτικές(στο πλαίσιο συμβάσεων) όπως τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα στρατιωτικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία, οι συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές και τα εξωτερικά τους ιατρεία, τα κέντρα υγείας όπως διαμορφώθηκαν μετά το σύστημα του ΠΕΔΥ⁶⁷, τα περιφερειακά αγροτικά ιατρεία, τα νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τους οικογενειακούς γιατρούς και τους συμβεβλημένους ιδιώτες ιατρούς, τους συμβεβλημένους παρόχους υπηρεσιών υγείας, τις ψυχιατρικές κλινικές, τα κέντρα αποκατάστασης-αποθεραπείας και τις κλινικές και ιδρύματα χρόνιων παθήσεων.

Στο τομέα της νοσοκομειακής περίθαλψης τόσο στον ισχύοντα κανονισμό όσο και στον προηγούμενο η αποζημίωση των παροχών πραγματοποιείται κατά κύριο λόγο μέσω των κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN) πλέον των εξαιρουμένων όπως αυτά ρητά ορίζονται⁶⁸. Στον ισχύοντα κανονισμό παροχών ωστόσο, ορίζεται ρητά ότι ο ΕΟΠΥΥ για κάθε νοσηλεία αποζημιώνει ένα KEN, αυτό της κύριας νόσου ενώ αν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας προκύψει άλλη νόσος που δε σχετίζεται με το ιστορικό της υγείας του ασθενούς

⁶⁴ Άρθρο 4παρ.2 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

⁶⁵ Πχ Διαγνωστικά Εργαστήρια

⁶⁶ Άρθρο 8 ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012

⁶⁷ Ν. 4238/2014

⁶⁸ Άρθρο 16 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018 και άρθρο 10περ. Δ ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012

ούτε με επιπλοκές της κύριας νόσου, το δεύτερο ΚΕΝ αποζημιώνεται με έκπτωση 50%.⁶⁹ Αποζημίωση με ημερήσιο νοσήλιο προβλέπεται μόνο σε περιπτώσεις που δεν έχει καθοριστεί ΚΕΝ και σε περιπτώσεις βραχείας παραμονής του δικαιούχου και μέχρι δώδεκα ώρες σε δημόσια ή ιδιωτική συμβεβλημένη δομή.⁷⁰

Για την παραμονή σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) ο ΕΟΠΥΥ προβλέπει αποζημίωση με τον ισχύοντα κανονισμό 800€ για τις τρεις πρώτες ημέρες, 550€ από την τέταρτη ως τη 15^η μέρα και από την 16^η ημέρα και έπειτα ορίζεται αποζημίωση 400€ με εξαιρούμενη μόνο τη θεραπεία υποκατάστασης νεφρικής λειτουργίας⁷¹ ενώ για τη μονάδα αυξημένης φροντίδας (ΜΑΦ) προβλέπεται αποζημίωση που ορίζεται κατόπιν απόφασης του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ χωρίς εξαιρούμενα⁷². Στον προϊσχύοντα κανονισμό, μετά την τελευταία τροποποίησή, του οι τιμές ημερήσιας αποζημίωσης νοσηλίων ανέρχονταν για τη ΜΕΘ 700€ για τις πρώτες τρεις ημέρες, 500€ για τις υπόλοιπες 12 ημέρες και 350€ από την 16^η και έπειτα ενώ για τη ΜΑΦ η τιμή αποζημίωσης ανέρχονταν στα 200€ χωρίς εξαιρούμενα⁷³. Στο νέο κανονισμό παροχών η συμμετοχή των ασφαλισμένων για νοσηλεία σε δημόσιες δομές, σε ΜΕΘ και Μ.Ε.Ν.Ν.⁷⁴ σε ιδιώτη πάροχο (υπό προϋποθέσεις)⁷⁵ σε κέντρα αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας, για αιμοκάθαρση και ακτινοθεραπεία σε ιδιώτες παρόχους και για συγκεκριμένες χειρουργικές επεμβάσεις είναι μηδενική ενώ συμμετοχή 10% προβλέπεται για νοσηλεία σε ψυχιατρικές κλινικές και σε κλινικές χρονίως πασχόντων και σε νοσηλείες σε ιδιωτικές κλινικές που αποζημιώνονται με ημερήσιο νοσήλιο.⁷⁶ Σε όλες τις υπόλοιπες περιπτώσεις νοσηλείας το ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων επί της ασφαλιστικής τιμής και για το σύνολο της ανέρχεται στο 30%.⁷⁷ Στον προγενέστερο κανονισμό προβλεπόταν μηδενική συμμετοχή για νοσηλεία σε δημόσιες δομές, σε ΜΕΘ και Μ.Ε.Ν.Ν σε ιδιώτη πάροχο (υπό προϋποθέσεις)⁷⁸ σε κέντρα αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας, για αιμοκάθαρση και ακτινοθεραπεία σε

⁶⁹ Άρθρο 15παρ.1 και 3. ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

⁷⁰ Άρθρο 15παρ.4 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

⁷¹ Άρθρο 21παρ.8. ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

⁷² Άρθρο 22 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

⁷³ Άρθρο 10 ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012

⁷⁴ Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών

⁷⁵ Βάσει σύμβασης να έχει διαθέσει συγκεκριμένο αριθμό κλινών στον ΕΟΠΥΥ

⁷⁶ Άρθρο 12 παρ. 1 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

⁷⁷ Άρθρο 12 παρ. 3 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

⁷⁸ Άρθρο 10 ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012 «...Ο ΕΟΠΥΥ δύναται να συμβάλλεται με ιδιωτικές κλινικές και να νοσηλεύει ασφαλισμένους του χωρίς συμμετοχή στα νοσήλια, εφόσον δεν δύνανται να νοσηλευτούν στο ΕΣΥ μέσω του ΕΚΑΒ που πιστοποιεί την αδυναμία...»

ιδιώτες παρόχους και για συγκεκριμένες χειρουργικές επεμβάσεις ενώ προβλεπόταν συμμετοχή 50% για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ και 30% για όλους τους υπόλοιπους ασφαλισμένους για νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές και σε κλινικές χρονίως πασχόντων όταν γινόταν χρήση ΚΕΝ ενώ για την ίδια νοσηλεία η συμμετοχή τους οριζόταν σε 20% για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ και 10% για τους υπόλοιπους ασφαλισμένους σε περίπτωση που οι ιδιωτικές κλινικές αποζημιώνονταν με ημερήσιο νοσήλιο.⁷⁹

Αναπροσαρμογή στις τιμές υπήρξαν και στις περιπτώσεις αποζημίωσης των ασφαλισμένων για χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας μέχρι 8 νύχτες που υπό προϋποθέσεις μπορούν να παραταθούν μέχρι 12 νύχτες στα δημόσια νοσοκομεία.⁸⁰ Συγκεκριμένα με το νέο κανονισμό παροχών η τιμή αποζημίωσης καθορίζεται στα 30€ τη νύχτα τις καθημερινές και 45€ για τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες ενώ στον προγενέστερο προβλεπόταν αποζημίωση το ύψος της οποίας ανερχόταν στα 28€ τη νύχτα για τις καθημερινές και στα 35€ για τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες⁸¹.

Σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ο ΕΟΠΥΥ με τον προγενέστερο κανονισμό προέβλεπε μηδενική συμμετοχή των ασφαλισμένων για τις παρακλινικές εξετάσεις που εκτελούνταν στις δημόσιες δομές ενώ για αυτές που διενεργούνται σε συμβεβλημένα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια η συμμετοχή των ασφαλισμένων ανερχόταν σε ποσοστό 15% επί της δαπάνης και απαιτούταν θεώρηση από ελεγκτή ιατρό για χειρόγραφα παραπεμπτικά εξετάσεων κόστους πάνω από 60 €⁸². Στο νέο ΕΚΠΥ εξακολουθεί να προβλέπεται μηδενική συμμετοχή των ασφαλισμένων για τις παρακλινικές εξετάσεις που εκτελούνται στις δημόσιες δομές για εκείνες όμως που διενεργούνται σε συμβεβλημένα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια η συμμετοχή των ασφαλισμένων ελέγχεται κατά περίπτωση. Συγκεκριμένα σε γενικές γραμμές προβλέπεται συμμετοχή σε ποσοστό 15% των άμεσα και έμμεσα ασφαλισμένων επί της τιμής αποζημίωσης⁸³ αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις συμμετοχής σε ποσοστό 5% των ασφαλισμένων που λαμβάνουν ΕΚΑΣ, και συμμετοχή 0% όσων πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, δρεπανοκυτταρική νόσο, όσοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, όσοι πάσχουν από κυστική ίνωση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, οι ακρωτηριασμένοι που λαμβάνουν εξωϊδρυματικό επίδομα με ποσοστό αναπηρίας 67% και άνω και όσοι έχουν για οποιαδήποτε

⁷⁹ Άρθρο 10 ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012

⁸⁰ Άρθρο 25 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

⁸¹ Άρθρο 10 περ. Ζ' ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012

⁸² Άρθρο 8 ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012

⁸³ Άρθρο 6 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

πάθηση πιστοποιημένη αναπηρία από τα ΚΕΠΑ σε ποσοστό 80% και άνω. Επιπλέον οι ασφαλισμένοι μπορούσαν να εξυπηρετηθούν από ένα δίκτυο συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών όλων των ειδικοτήτων με μηδενική συμμετοχή στις επισκέψεις εφόσον κατάφερναν να εξασφαλίσουν την πρόσβαση μέσα στις 200 πρώτες επισκέψεις κάθε μήνα και με συμμετοχή 15% επί της ασφαλιστικής των ιατρικών πράξεων που τελούσε ο γιατρός. Η πρόσβαση αυτή επιτρέπεται μέχρι και σήμερα και αφορά μόνο στις επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς ειδικοτήτων που τελούν και ιατρικές πράξεις.⁸⁴ Αντίθετα μετά απόφαση της Διοίκησης ΕΟΠΥΥ σε υλοποίηση του Ν. 4486/2017⁸⁵ για την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, έληξαν στις 31-7-2018 αυτοδίκαια οι συμβάσεις με τους ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας παθολογίας, γενικής ιατρικής και παιδιατρικής και από 1-8-2018 άλλαξε το θεσμικό πλαίσιο καθώς όσοι γενικοί γιατροί και παθολόγοι υπέγραψαν σύμβαση με τον οργανισμό είναι υποχρεωμένοι να δεχτούν την εγγραφή 2.250 ασφαλισμένων κατ' έτος τους οποίους θα εξυπηρετούν και θα παρακολουθούν ως οικογενειακοί γιατροί ενώ για τους παιδίατρος ο αριθμός των παιδιών που υποχρεούνται να εξυπηρετούν ανέρχονται στα 1.500 κατ' έτος.

Σε σχέση με τη χορήγηση αναλώσιμου υγειονομικού υλικού, σκευασμάτων ειδικής διατροφής και θεραπευτικών μέσων και προθέσεων τόσο ο προγενέστερος κανονισμός παροχών όσο και ο τωρινός καθορίζουν τον τρόπο χορήγησης και το μέγιστο αποδιδόμενο ποσό αποζημίωσης αφού προηγουμένως αφαιρεθεί το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων που κυμαίνεται από 0-25% κατά είδος και περίπτωση. Η μόνη σημαντική διαφοροποίηση είναι ότι σε όλες αυτές τις κατηγορίες(πλην των οπτικών ειδών) από 1-1-2017 η αποζημίωση πραγματοποιείται απευθείας στους συμβεβλημένους με τον Οργανισμό προμηθευτές υπηρεσιών υγείας και δεν αποδίδεται καμία δαπάνη απευθείας στους ασφαλισμένους.

Διαφοροποιήσεις διαπιστώνονται και στο ζήτημα των φυσικοθεραπειών όπου πλέον στο νέο κανονισμό παροχών εκτός από τις περιπτώσεις που ρητά αναφέρονται⁸⁶ σε όλες τις υπόλοιπες οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν συμμετοχή 10% στο κόστος των φυσικοθεραπειών ενώ σε αντίθεση με τον προγενέστερο ΕΚΠΥ αναγνωρίζεται το δικαίωμα φυσικοθεραπειών σε

⁸⁴ Πχ. Καρδιολόγοι, οφθαλμίατροι, ωτορινολαρυγγολόγοι, γυναικολόγοι, νευρολόγοι, γαστρεντερολόγοι κλπ.

⁸⁵ Άρθρο 11 Ν. 4486/2017(ΦΕΚ 115Α'7-8-2017)

⁸⁶ Ασθενείς που έχουν πρόσφατα νοσηλευτεί με κινητικά ελλείμματα, σε πάσχοντες από μετακαγαμιακές συγκάμψεις αρθρώσεων, ασθενείς που έχουν υποστεί αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις και σε ασθενείς με χρόνια νευρολογικά και μυοσκελετικά νοσήματα(Άρθρο 39 παρ. 8 ΦΕΚ 4898/Β'1-11-2018)

ασθενείς με ορισμένους τύπου καρκίνου καθώς και αναπνευστικές φυσικοθεραπείες ενώ η τιμή αποζημίωσης παραμένει στα 15 ευρώ.

Στο πεδίο των οπτικών ειδών και της ειδικής αγωγής επιχειρήθηκε να δημιουργηθεί ένα πλαίσιο απόδοσης των δαπανών μέσα από συμβάσεις με τους προμηθευτές των συγκεκριμένων παροχών υγείας, ωστόσο η πρόσκληση για διαπραγμάτευση ακόμη δεν έχει ευδοωθεί με αποτέλεσμα το καθεστώς αποζημίωσης να παραμένει ως έχει και να αποδίδεται η δαπάνη απευθείας στους δικαιούχους.

Σε σχέση με τον προγενέστερο ΕΚΠΥ η διαφοροποίηση στην ειδική αγωγή εντοπίζεται αφενός στο γεγονός ότι οι γνωματεύσεις εκδίδονται πλέον ηλεκτρονικά με αντιστοίχιση του icd-10 που να πιστοποιεί την ανάγκη για θεραπείες κι αφετέρου δεν απαιτείται ο θεράπων ιατρός να είναι αποκλειστικά Διευθυντής Κλινικής δημόσιας δομής ειδικότητας αναπτυξιολογίας, παιδοψυχιατρικής, ψυχιατρικής και νευρολογίας αλλά και οποιοσδήποτε πιστοποιημένος ιδιώτης ιατρός των παραπάνω ειδικοτήτων και ειδικότητας φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης για παιδιά με νευρολογικά, κινητικά ή μικτά προβλήματα ή οφθαλμίατροι και ωτορινολαρυγγολόγοι στην περίπτωση παιδιών με αισθητηριακές διαταραχές.⁸⁷

Τέλος στο ζήτημα της οδοντιατρικής περίθαλψης το τοπίο εξακολουθεί να παραμένει το ίδιο με τον προγενέστερο ΕΚΠΥ καθώς αυτή παρέχεται μόνο σε δημόσιες δομές και όπου υπάρχουν οι σχετικές υποδομές με αποτέλεσμα οι δικαιούχοι που καταφεύγουν σε ιδιώτες οδοντιάτρους, ελλείψει συμβάσεων, να επωμίζονται όλο το κόστος των εργασιών χωρίς να μπορούν να αποζημιωθούν για τις σχετικές δαπάνες από τον ΕΟΠΥΥ.

Συνοψίζοντας αν συγκρίνουμε τον προγενέστερο ΕΚΠΥ με τον ισχύοντα, σε γενικές γραμμές παρατηρείται βελτιστοποίηση των διαδικασιών καθώς επεκτάθηκε το σύστημα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης σε όλα τα είδη των παροχών, ωστόσο παρατηρείται σταδιακή μείωση των παροχών προς τους ασφαλισμένους είτε δια της ελάττωσης των τιμών αποζημίωσης των υπηρεσιών με αποτέλεσμα την αύξηση της συμμετοχής των δικαιούχων είτε με τη θέσπιση ή και αύξηση του ποσοστού συμμετοχής είτε δια του περιορισμού των κριτηρίων χορήγησης των παροχών.

Πίνακας 3.1.: Παροχές και περίθαλψη σε ασφαλισμένους

| ΠΑΡΟΧΕΣ ΕΚΠΥ: ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ-ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ-ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ | | |
|---|--------------|-------------------------|
| Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας | Προηγούμενος | Νέος ΕΚΠΥ(ΦΕΚ 4898B'/1- |

⁸⁷ Άρθρο 45 παρ.5 ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

| | | |
|--|---|---|
| | ΕΚΠΥ(ΦΕΚ 3054B'/18-11-2012) | 11-2018) |
| Ιατροί Γενικοί/Παθολόγοι/Παιδίατροι | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Έως 31/7/2018 επίσκεψη με 0% συμμετοχή για τους 200 πρώτους ανά γιατρό ➤ Από 1/8/2018 0% για επίσκεψη μόνο σε συμβεβλημένους ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς | 0% για επίσκεψη μόνο σε συμβεβλημένους ιδιώτες οικογενειακούς γιατρούς |
| Ιατροί ιδιώτες Ειδικότητας | 0% συμμετοχή σε επίσκεψη για τους 200 πρώτους και 15% συμμετοχή για τις ιατρικές πράξεις | 0% συμμετοχή σε επίσκεψη για τους 200 πρώτους και 15% συμμετοχή για τις ιατρικές πράξεις |
| Διαγνωστικά/Μικροβιολογικά Εργαστήρια | 15% συμμετοχή σε ιδιώτες και 0% συμμετοχή σε δημόσιες δομές | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 15% συμμετοχή σε ιδιώτες ➤ 5% συμμετοχή όσοι λαμβάνουν επίδομα ΕΚΑΣ ➤ 0% συμμετοχή σε δημόσιες δομές και όσοι έχουν πιστοποιημένη αναπηρία 80% και άνω ➤ 0% συμμετοχή σε |

| | | |
|--|--|---|
| | | ορισμένες κατηγορίες παθήσεων και ακρωτηριασμού υπό προϋποθέσεις |
| Φυσικοθεραπείες(Φυσικοθεραπευτές και ΚΑΑ ως εξωτερικοί ασθενείς) | 0% συμμετοχή | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 10% συμμετοχή σε ιδιώτες συμβεβλημένους φυσικοθεραπευτές(0% κατά περίπτωση) ➤ 0% συμμετοχή για φυσικοθεραπείες σε δημόσιες δομές και σε ΚΑΑ ως εξωτερικοί ασθενείς |
| Ειδική Αγωγή | 0% συμμετοχή | 0% συμμετοχή |
| Πρόσθετη Περίθαλψη | 25% συμμετοχή | 25% συμμετοχή |
| Υγειονομικό Υλικό/Σκευάσματα Ειδικής Διατροφής | 25% συμμετοχή για υγειονομικό υλικό και 10% για ειδική διατροφή. Και στα δυο 0% κατά περίπτωση ανάλογα με την πάθηση | 25% συμμετοχή για υγειονομικό υλικό και 10% για ειδική διατροφή. Και στα δυο 0% κατά περίπτωση ανάλογα με την πάθηση |
| Φαρμακευτική Περίθαλψη | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0-25% συμμετοχή κατά περίπτωση ανάλογα με την πάθηση. ➤ Χρέωση 1 ευρώ ανά συνταγή | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 0-25% συμμετοχή κατά περίπτωση ανάλογα με την πάθηση. ➤ Χρέωση 1 ευρώ ανά συνταγή ➤ Επιβάρυνση διαφοράς γενόσημου και πρωτότυπου όταν |

| | | |
|---|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Επιβάρυνση διαφοράς γενόσημου και πρωτότυπου όταν επιλέγει το δεύτερο | επιλέγει το δεύτερο |
| Οδοντιατρική Περίθαλψη | Περιορισμένη και μόνο σε δημόσιες δομές | Προληπτικές και Προσθετικές Πράξεις σε δημόσιες δομές και σε ιδιώτες οδοντιάτρους(Εφόσον συνάψουν σύμβαση) |
| Αποκλειστική Νοσοκόμα | Αποζημίωση 28ευρώ καθημερινές και 35ευρώ για αργίες και Σαββατοκύριακα | Αποζημίωση 30ευρώ καθημερινές και 45ευρώ για αργίες και Σαββατοκύριακα |
| Μετακίνηση | 0% συμμετοχή και καταβολή δαπάνης για το φθηνότερο μεταφορικό μέσο | 0% συμμετοχή και καταβολή δαπάνης για το φθηνότερο μεταφορικό μέσο |
| Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας | | |
| Νοσηλεία σε δημόσια νοσοκομεία | 0% συμμετοχή | 0% συμμετοχή |
| Νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές/νοσοκομεία | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 30-50% συμμετοχή ανάλογα με τον ασφαλιστικό φορέα όταν γίνεται χρήση ΚΕΝ με εξαιρέσεις ➤ 10-30% όταν η αποζημίωση γίνεται με | 0-30% συμμετοχή ανάλογα με την περίπτωση |

| | ημερήσιο νοσήλιο | |
|--|---------------------|--|
| Νοσηλεία σε ΚΑΑ | 0% συμμετοχή | 0% συμμετοχή |
| Νοσηλεία σε ψυχιατρικές κλινικές | 0% συμμετοχή | 10% συμμετοχή |
| Νοσηλεία στο εξωτερικό | Υπό προϋποθέσεις | Υπό προϋποθέσεις, κατά περίπτωση και με συμμετοχή (0%-20%) |
| Νοσηλεία σε ΜΕΘ και ΜΑΦ δημόσιας/ιδιωτικής δομής | 0% συμμετοχή | 0% συμμετοχή |

Πηγή: Κανονισμοί Παροχών ΕΟΠΥΥ, 2018

3.3. Τα προβλήματα στη λειτουργία του Οργανισμού

Όπως προαναφέρθηκε, ο ΕΟΠΥΥ ιδρύθηκε στο πλαίσιο του εξορθολογισμού των δαπανών στο χώρο της υγείας και συνεπεία των μνημονιακών δεσμεύσεων που ανέλαβε η χώρα έναντι των δανειστών της. Βασικός σκοπός της ίδρυσής του υπήρξε η συγκέντρωση σε ένα ταμείο υγείας όλων των πόρων υγείας και η λειτουργία του ως μονοψωνίου με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας και η κατ' επέκταση ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους⁸⁸. Η οικονομική κρίση ωστόσο, είχε άμεση επίπτωση στη ροή των εσόδων του οργανισμού τόσο στο επίπεδο της κρατικής επιχορήγησης όσο και σε εκείνο της καταβολής των ασφαλιστικών εισφορών από τα ασφαλιστικά ταμεία. Στους πίνακες που ακολουθούν αποτυπώνονται οι εισροές και οι εκροές του Οργανισμού από το 2012 έως και το 2016. Ο ΕΟΠΥΥ από την έναρξη λειτουργίας του παρουσιάστηκε ελλειμματικός αφενός λόγω των υποχρεώσεων που ανέλαβε ως καθολικός διάδοχος των εντασσόμενων σε αυτόν φορέων (Οικονόμου, 2013) αλλά κι αφετέρου λόγω της συνεχώς μειούμενης κατά τη διάρκεια των ετών κρατικής χρηματοδότησης και της μείωσης των ασφαλιστικών εισφορών λόγω της διόγκωσης της ανεργίας αλλά και της μερικής καταβολής των εισφορών από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό όπως ανωτέρω αναφέρθηκε βάσει του Ν. 3918/2011, ορίζεται σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ. Σύμφωνα λοιπόν με τον ιδρυτικό νόμο, ο οποίος στο ζήτημα των πόρων του Οργανισμού ακόμη και όταν άλλαξε ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ με το Ν. 4238/2014 και ιδρύθηκε το ΠΕΔΥ ουδέποτε τροποποιήθηκε, η ετήσια

⁸⁸ Ν. 3918/2011 και Ν. 4238/2014

κρατική επιχορήγηση θα έπρεπε να κυμαίνεται περίπου στο Ιδισεκατομμύριο. Αντ' αυτού η κρατική επιχορήγηση συνεχώς μειώνεται δημιουργώντας συνθήκες οικονομικής στενότητας στον Οργανισμό.

Στους πίνακες 3.2 έως και 3.10 που ακολουθούν αποτυπώνεται ο απολογισμός εσόδων-εξόδων του ΕΟΠΥΥ για τα έτη 2012-2016 όπου διαφαίνεται η σταδιακή μείωση της κρατικής χρηματοδότησης και η μερική καταβολή των ασφαλιστικών εισφορών κατά τη διάρκεια των ετών 2012-2016.

Στον πίνακα 3.11 γίνεται διεξοδική αναφορά στα έσοδα του οργανισμού από όλες τις κατηγορίες των ασφαλιστικών εισφορών για τα έτη 2012-2016 και τις αποκλίσεις που παρουσιάζονται στα έσοδα με ποσοστιαία διαφορά έναντι του προϋπολογισμού.

Στον πίνακα 3.12 γίνεται λόγος για τα έσοδα του ΕΟΠΥΥ από τα νοσήλια εξωτερικού και την αναζήτηση των νοσηλίων για ιατρική περίθαλψη που παρείχε το ελληνικό κράτος στους ασφαλισμένους ξένων κρατών.

Στη στήλη αρχικός προϋπολογισμός αποτυπώνονται τα ποσά όπως τα αναφέρει η ετήσια εισηγητική έκθεση του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους. Στη στήλη τελικός προϋπολογισμός μετά τις τροποποιήσεις αποτυπώνονται τα ποσά όπως προκύπτουν μετά τον τακτικό έλεγχο της εισροής χρημάτων στον Οργανισμό σε συνδυασμό με τις ανάγκες που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια του έτους και στη στήλη απολογισμός αποτυπώνονται τα ποσά που εισπράχθηκαν ταμειακά από τον Οργανισμό στο τέλος κάθε έτους.

Ειδικότερα ήδη από το 2012(πίνακας 3.2) παρατηρείται απόκλιση στην είσπραξη των ασφαλιστικών εισφορών καθόσον αντί των 4.634.350.000,00 ευρώ που προέβλεπαν τόσο ο αρχικός προϋπολογισμός όσο και ο τελικός μετά την τελευταία τροποποίησή του, στα ταμεία του Οργανισμού κατέληξαν 2.300.765.644,03 ευρώ με την ποσοστιαία διαφορά να κυμαίνεται στο 50,35%(Πίνακας 3.11). Αντίθετα για το ίδιο έτος η κρατική επιχορήγηση φαίνεται βελτιωμένη έναντι του αρχικού προϋπολογισμού ο οποίος προέβλεπε 795.000.000,00ευρώ αλλά τελικά αποδόθηκαν και απορροφήθηκαν 1.023.000.000,00ευρώ.

Η ίδια εικόνα παρουσιάζεται και στο έτος 2013(πίνακας 3.3) καθώς τα έσοδα από τις ασφαλιστικές εισφορές ανήλθαν στα 3.135.144.481,34 ευρώ έναντι των 4.355.290.000,00 που προέβλεπαν τόσο ο αρχικός προϋπολογισμός όσο και ο τελικός μετά την τελευταία τροποποίησή του με την ποσοστιαία διαφορά να κυμαίνεται στο 28,02%(Πίνακας 3.11). Αντίθετα για το ίδιο έτος η κρατική επιχορήγηση και πάλι φαίνεται βελτιωμένη τόσο έναντι του έτους 2012 όσο και του αρχικού προϋπολογισμού του 2013 ο οποίος προέβλεπε 808.000.000,00 ευρώ αλλά τελικά αποδόθηκαν και απορροφήθηκαν 1.108.000.000,00 ευρώ.

Το 2013(πίνακας 3.4) έκλεισε με χρηματικά διαθέσιμα που κυμάνθηκαν στα 426.884.718,03 ευρώ.

Για το έτος 2014(πίνακας 3.5) τα έσοδα από τις ασφαλιστικές εισφορές ανήλθαν στα 3.200.484.985,18 ευρώ έναντι των 3.870.000.000,00 ευρώ που προέβλεπε ο τελικός προϋπολογισμός μετά την τελευταία τροποποίησή του με την ποσοστιαία διαφορά να κυμαίνεται στο 17% (Πίνακας 3.11) αισθητά βελτιωμένη σε σχέση με τα δύο προηγούμενα έτη.

Αντίθετα για το ίδιο έτος αρχίζει και διαφαίνεται η μείωση της κρατικής επιχορήγησης σε σχέση με τα δύο προηγούμενα έτη καθώς μειώθηκε σχεδόν στο μισό και ανήλθε μόλις στα 657.000.000,00 ευρώ σύμφωνα με τον τελικό προϋπολογισμό του έτους και τελικά απορροφήθηκαν 656.347.648,00 ευρώ.

Το 2014(πίνακας 3.6) έκλεισε με χρηματικά διαθέσιμα που κυμάνθηκαν στα 265.912.709,56ευρώ.

Για το έτος 2015(πίνακας 3.7) τα έσοδα από τις ασφαλιστικές εισφορές ανήλθαν στα 3.104.204.295,10 ευρώ έναντι των 4.227.000.000,00 ευρώ που προέβλεπε ο τελικός προϋπολογισμός μετά την τελευταία τροποποίησή του με την ποσοστιαία διαφορά και πάλι να αυξάνεται σε σχέση με το 2014 και να κυμαίνεται στο 27%(Πίνακας 3.11).

Η κρατική επιχορήγηση σε σχέση με τα προηγούμενα έτη εξακολουθεί να βαίνει μειούμενη και ανήλθε στα 525.500.000,00 ευρώ σύμφωνα με τον τελικό προϋπολογισμό του έτους αλλά και τον απολογισμό. Το 2015(πίνακας 3.8) έκλεισε με χρηματικά διαθέσιμα που κυμάνθηκαν στα 442.261.077,65ευρώ.

Για το έτος 2016(πίνακας 3.9) ελαφρώς αυξημένα σε σχέση με το 2015 υπήρξαν τα έσοδα από τις ασφαλιστικές εισφορές καθώς ανήλθαν στα 3.712.299.720,70 ευρώ έναντι της πρόβλεψης των 4.495.000.000,00 ευρώ που προέβλεπε τελικός προϋπολογισμός μετά την τελευταία τροποποίησή του με την ποσοστιαία διαφορά να φαίνεται βελτιωμένη σε σχέση με το 2015 και να κυμαίνεται στο 17,41%(Πίνακας 3.11).

Η κρατική επιχορήγηση παραμένει ίδια σε σχέση με το 2015 και ανήλθε στα 525.500.000,00 ευρώ σύμφωνα με τον τελικό προϋπολογισμό του έτους εκ των οποίων απορροφήθηκαν 501.500.000,00 ευρώ. Το 2016(πίνακας 3.10) έκλεισε με χρηματικά διαθέσιμα που κυμάνθηκαν στα 512.063.037,93ευρώ.

Αποκλίσεις παρατηρούνται και στις αποδόσεις παροχών παρά ξένων κρατών για νοσηλεία σε ιατρική περίθαλψη ασφαλισμένων ξένων φορέων στην Ελλάδα όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 3.12. Ειδικά για το έτος 2012 που ξεκίνησε να λειτουργεί ο ΕΟΠΥΥ δεν υπήρχε καμία αναζήτηση των νοσηλίων από τους ξένους φορείς ενώ η κατάσταση άρχισε να εξομαλύνεται τα επόμενα χρόνια όπως προκύπτει από τον πίνακα.

Πίνακας 3.2: Απολογισμός χρήσεως 2012⁸⁹

| ΟΝΟΜΑΣΙΑ | ΑΡΧΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΜΕΤΑ ΤΗΝ 8η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ | ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΔΙΑΦΟΡΑ |
|--|---------------------------|--|-------------------------|-------------------------|
| Επιχορηγήσεις | 795.000.000,00 | 1.023.000.000,00 | 1.023.000.000,00 | 0,00 |
| Ασφ. Εισφορές | 4.634.350.000,00 | 4.634.350.000,00 | 2.300.765.644,03 | 2.333.584.355,97 |
| Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα | 82.300.000,00 | 82.300.000,00 | 4.895.702,70 | 77.404.297,30 |
| Προσαυξήσεις, Πρόστιμα και Ποινές | 29.300.000,00 | 29.300.000,00 | 0,00 | 29.300.000,00 |
| Λοιπά Έσοδα | 289.505.000,00 | 694.707.700,00 | 208.290.848,45 | 486.416.851,55 |
| Έκτακτα Έσοδα | 200.000,00 | 259.200.000,00 | 259.006.725,34 | 193.274,66 |
| Έσοδα από δάνεια | 450.000,00 | 450.000,00 | 0,00 | 450.000,00 |
| Σύνολο Εσόδων | 5.831.105.000,00 | 6.723.307.700,00 | 3.795.958.920,52 | 2.927.348.779,48 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2018

Πίνακας 3.3: Απολογισμός χρήσεως 2013⁹⁰

| ΟΝΟΜΑΣΙΑ | ΑΡΧΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΤΕΛΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2013 (11η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ) | ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΔΙΑΦΟΡΑ |
|----------|---------------------------|---|-------------|---------|
|----------|---------------------------|---|-------------|---------|

⁸⁹ Όπως επικυρώθηκε με την υπ' αριθμ. 480/281/1-6-2016 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 6ΡΑ3ΟΕ7Μ-ΓΛΥ).

⁹⁰ Όπως επικυρώθηκε με την υπ' αριθμ. 566/288/29-6-2016 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 6ΟΔ2ΟΕ7Μ-ΗΜΜ).

| | | | | |
|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| Επιχορηγήσεις | 808.000.000,00 | 1.108.000.000,00 | 1.108.000.000,00 | 0,00 |
| Φόροι, Τέλη, Δικαιώματα | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | 3.748.117,89 | -748.117,89 |
| Ασφ. Εισφορές | 4.355.290.000,00 | 4.355.290.000,00 | 3.135.144.481,34 | 1.220.145.518,66 |
| Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα | 53.000.000,00 | 171.800.000,00 | 70.557.958,57 | 101.242.041,43 |
| Προσαυξήσεις, Πρόστιμα και Ποινές | 0,00 | 200.000,00 | 35.218,57 | 164.781,43 |
| Λοιπά έσοδα | 618.195.000,00 | 1.214.378.000,00 | 707.082.153,45 | 507.295.846,55 |
| Έκτακτα Έσοδα | 62.000.000,00 | 1.398.000.000,00 | 1.386.566.893,16 | 11.433.106,84 |
| Έσοδα από Δάνεια | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Έσοδα από επιχορηγήσεις κλπ για επενδύσεις | 0,00 | 23.000.000,00 | 3.000.000,00 | 20.000.000,00 |
| Σύνολο Εσόδων | 5.899.485.000,00 | 8.273.668.000,00 | 6.414.134.822,98 | 1.859.533.177,02 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2018

Πίνακας 3.4: Έσοδα και έξοδα έτους 2013

| ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΣΟΔΩΝ-ΕΞΟΔΩΝ ΕΤΟΥΣ 2013 | |
|---|------------------|
| Χρηματικά Διαθέσιμα έτους 2012 | 162.975.385,26 |
| Έσοδα έτους 2013 | 6.414.134.822,98 |
| Έξοδα έτους 2013 | 6.150.225.490,21 |
| Χρηματικά διαθέσιμα έτους 2013 | 426.884.718,03 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2018

Πίνακας 3.5: Απολογισμός χρήσεως 2014⁹¹

| ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΣΟΔΩΝ ΕΟΠΥΥ ΕΤΟΥΣ 2014 | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------|-------------------------|
| ΟΝΟΜΑΣΙΑ | ΑΡΧΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΤΕΛΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2014 (19η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ) | ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΔΙΑΦΟΡΑ |
| Επιχορηγήσεις | 774.000.000,00 | 657.000.000,00 | 656.347.648,00 | 652.352,00 |
| Φόροι, Τέλη, Δικαιώματα | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | 3.425.650,86 | -425.650,86 |
| Ασφ. Εισφορές | 3.967.000.000,00 | 3.870.000.000,00 | 3.200.484.985,18 | 669.515.014,82 |
| Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα | 53.000.000,00 | 53.000.000,00 | 97.947.921,40 | -44.947.921,40 |
| Προσαυξήσεις, Πρόστιμα, Ποινές & Παράβολα | 0,00 | 0,00 | 494.330,75 | -494.330,75 |
| Λοιπά Έσοδα | 1.293.059.722,09 | 2.060.696.696,54 | 1.309.157.344,96 | 751.539.351,58 |
| Έκτακτα Έσοδα | 61.000.000,00 | 404.973.622,87 | 400.904.316,39 | 4.069.306,48 |
| Έσοδα από δάνεια | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Έσοδα από επιχορηγήσεις κλπ για επενδύσεις | 0,00 | 650.000,00 | 493.625,23 | 156.374,77 |
| Σύνολο Εσόδων | 6.151.059.722,09 | 7.049.320.319,41 | 5.669.255.822,77 | 1.380.064.496,64 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2018

Πίνακας 3.6: Έσοδα και έξοδα έτους 2014

| ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΣΟΔΩΝ-ΕΞΟΔΩΝ ΕΤΟΥΣ 2014 | |
|---|------------------|
| Χρηματικά διαθέσιμα έτους 2013 | 426.884.718,03 |
| Έσοδα έτους 2014 | 5.669.255.822,77 |
| Έξοδα έτους 2014 | 5.830.227.831,24 |

⁹¹ Όπως επικυρώθηκε με την υπ' αριθμ. 722/298/08-08-2016 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: Ω0ΩΣΟΞ7Μ-Ζ1Α).

| | |
|--------------------------------|----------------|
| Χρηματικά διαθέσιμα έτους 2014 | 265.912.709,56 |
|--------------------------------|----------------|

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2018

Πίνακας 3.7: Απολογισμός χρήσεως 2015⁹²

| ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΣΟΔΩΝ ΕΟΠΥΥ ΕΤΟΥΣ 2015 | | | | |
|---|-----------------------------------|---|-------------------------|-------------------------|
| ΟΝΟΜΑΣΙΑ | ΑΡΧΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΤΕΛΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2015 (6η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ) | ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΔΙΑΦΟΡΑ |
| Επιχορηγήσεις | 525.500.000,00 | 525.500.000,00 | 525.500.000,00 | 0,00 |
| Φόροι, Τέλη, Δικαιώματα | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | 3.202.306,37 | -202.306,37 |
| Ασφ. Εισφορές | 3.945.721.343,55 | 4.227.000.000,00 | 3.104.204.295,10 | 1.122.795.704,90 |
| Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα | 53.500.000,00 | 59.315.000,00 | 57.274.384,79 | 2.040.615,21 |
| Προσαυξήσεις, Πρόστιμα, Ποινές & Παράβολα | 500.000,00 | 500.000,00 | 657.506,36 | -157.506,36 |
| Λοιπά έσοδα | 764.482.360,69 | 1.855.199.137,54 | 945.929.709,27 | 909.269.428,27 |
| Έκτακτα έσοδα | 60.000.000,00 | 54.185.000,00 | 202.699.264,72 | -148.514.264,72 |
| Έσοδα από επιχορηγήσεις κλπ για επενδύσεις | 0,00 | 60.000,00 | 53.662,47 | 6.337,53 |
| Σύνολο Εσόδων | 5.352.703.704,24 | 6.724.759.137,54 | 4.839.521.129,08 | 1.885.238.008,46 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2018

Πίνακας 3.8: Έσοδα και έξοδα έτους 2015

| ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΣΟΔΩΝ-ΕΞΟΔΩΝ ΕΤΟΥΣ 2015 |
|---|
|---|

⁹²Όπως επικυρώθηκε με την υπ' αριθμ. 292/354/22-03-2017 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 6ΛΑ8ΟΞ7Μ-66Ψ).

| | |
|--------------------------------|------------------|
| Χρηματικά διαθέσιμα έτους 2014 | 265.912.709,56 |
| Έσοδα έτους 2015 | 4.839.521.129,08 |
| Έξοδα έτους 2015 | 4.663.172.760,99 |
| Χρηματικά διαθέσιμα έτους 2015 | 442.261.077,65 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2018

Πίνακας 3.9: Απολογισμός χρήσεως 2016⁹³

| ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΣΟΔΩΝ ΕΟΠΥΥ ΕΤΟΥΣ 2016 | | | | |
|---|-----------------------------------|--|-------------------------|-------------------------|
| ΟΝΟΜΑΣΙΑ | ΑΡΧΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΤΕΛΙΚΟΣ ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ 2016 (14η ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ) | ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ | ΔΙΑΦΟΡΑ |
| Επιχορηγήσεις | 525.500.000,00 | 525.500.000,00 | 501.500.000,00 | 24.000.000,00 |
| Φόροι, Τέλη, Δικαιώματα | 3.000.000,00 | 3.000.000,00 | 2.194.902,97 | 805.097,03 |
| Ασφ. Εισφορές | 4.495.000.000,00 | 4.495.000.000,00 | 3.712.299.720,70 | 782.700.279,30 |
| Έσοδα από επιχειρηματική δραστηριότητα | 44.660.000,00 | 44.450.000,00 | 45.321.055,91 | -871.055,91 |
| Προσαυξήσεις, Πρόστιμα, Ποινές & Παράβολα | 1.500.000,00 | 1.500.000,00 | 912.276,96 | 587.723,04 |
| Λοιπά έσοδα | 396.780.000,00 | 1.966.981.236,03 | 962.819.935,95 | 1.004.161.300,08 |
| Έκτακτα έσοδα | 50.000.000,00 | 724.995.171,84 | 725.051.564,33 | -56.392,49 |
| Έσοδα από επιχορηγήσεις κλπ για επενδύσεις | 0,00 | 300.000,00 | 267.982,96 | 32.017,04 |
| Σύνολο Εσόδων | 5.516.440.000,00 | 7.761.726.407,87 | 5.950.367.439,78 | 1.811.358.968,09 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2018

⁹³ Όπως επικυρώθηκε με την υπ' αριθμ. 1106/410/20-09-2017 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: ΩΨΤΜΟΞ7Μ-Μ0Φ).

Πίνακας 3.10: Έσοδα και έξοδα έτους 2016

| ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΕΣΟΔΩΝ-ΕΞΟΔΩΝ ΕΤΟΥΣ 2016 | |
|--------------------------------------|------------------|
| Χρηματικά διαθέσιμα έτους 2015 | 442.261.077,65 |
| Έσοδα έτους 2016 | 5.950.367.439,78 |
| Έξοδα έτους 2016 | 5.880.565.479,50 |
| Χρηματικά διαθέσιμα έτους 2016 | 512.063.037,93 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2018

Πίνακας 3.11: Έσοδα από ασφαλιστικές εισφορές ετών 2012-2016

| ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΕΣ ΕΙΣΦΟΡΕΣ | | | | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|
| Έτος | Κατηγορία | Αρχικός Προϋπολογισμός | Τελικός Προϋπολογισμός | Απολογισμός | Αποκλίσεις | Ποσοστιαία Διαφορά |
| 2012 | Σύνολο Ασφ. Εισφορών | 4.634.350.000,0 | 4.634.350.000,0 | 2.300.765.644,0 | 2.333.584.355,9 | 50,35% |
| | Καταβολές Εργοδότη | 1.303.500.000,0 | 1.303.500.000,0 | 970.485.657,07 | 333.014.342,93 | 25,55% |
| | Καταβολές Ασφαλισμένων | 2.187.500.000,0 | 2.187.500.000,0 | 942.822.257,43 | 1.244.677.742,5 | 56,90% |
| | Καταβολές ή κρατήσεις επί συντάξεων | 908.710.000,00 | 908.710.000,00 | 387.457.729,53 | 521.252.270,47 | 57,36% |
| 2013 | Σύνολο Ασφ. Εισφορών | 4.355.290.000,0 | 4.355.290.000,0 | 3.135.144.481,3 | 1.220.145.518,6 | 28,02% |
| | Καταβολές Εργοδότη | 2.182.190.000,0 | 2.182.190.000,0 | 1.025.717.943,0 | 1.156.472.056,9 | 53,00% |
| | Καταβολές Ασφαλισμένων | 1.097.100.000,0 | 1.097.100.000,0 | 1.172.385.779,2 | -75.285.779,29 | -6,86% |
| | Καταβολές ή κρατήσεις επί συντάξεων | 1.076.000.000,0 | 1.076.000.000,0 | 937.040.759,02 | 138.959.240,98 | 12,91% |
| | Σύνολο Ασφ. Εισφορών | 3.967.000.000,0 | 3.870.000.000,0 | 3.200.484.985,1 | 669.515.014,82 | 17% |
| | Καταβολές | 1.945.333.333,3 | 1.897.767.000,0 | 1.279.994.256,6 | 617.772.743,38 | 33,00% |

| | | | | | | |
|------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|----------------|
| 2014 | Εργοδότη | 3 | 0 | 2 | | |
| | Καταβολές Ασφαλισμένων | 972.666.666,67 | 948.883.000,00 | 882.001.871,84 | 66.881.128,16 | 7% |
| | Καταβολές ή κρατήσεις επί συντάξεων | 1.049.000.000,00 | 1.023.350.000,00 | 1.038.484.509,69 | -15.134.509,69 | -1% |
| 2015 | Σύνολο Ασφ. Εισφορών | 3.945.721.343,55 | 4.227.000.000,00 | 3.104.204.295,10 | 1.122.795.704,90 | -27% |
| | Καταβολές Εργοδότη | 1.968.205.962,36 | 1.968.205.962,36 | 1.063.320.297,17 | 904.885.665,19 | -46% |
| | Καταβολές Ασφαλισμένων | 984.102.981,18 | 984.102.981,18 | 702.917.112,93 | 281.185.868,25 | -29% |
| | Καταβολές ή κρατήσεις επί συντάξεων | 993.412.400,00 | 1.274.691.056,46 | 1.337.966.885,00 | -63.275.828,56 | 5% |
| 2016 | Σύνολο Ασφ. Εισφορών | 4.495.000.000,00 | 4.495.000.000,00 | 3.712.299.720,70 | 782.700.279,30 | -17,41% |
| | Καταβολές Εργοδότη | 1.836.000.000,00 | 1.836.000.000,00 | 1.138.030.417,41 | 697.979.582,59 | -38,02% |
| | Καταβολές Ασφαλισμένων | 889.000.000,00 | 889.000.000,00 | 851.947.596,90 | 37.052.403,10 | -4,17% |
| | Καταβολές ή κρατήσεις επί συντάξεων | 1.770.000.000,00 | 1.770.000.000,00 | 1.722.331.706,39 | 47.668.293,61 | -2,69% |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ, 2018

Πίνακας 3.12: Έσοδα από νοσήλια εξωτερικού ετών 2012-2016

| Απόδοση παροχών από ξένα κράτη(Νοσηλεία σε ιατρική περίθαλψη) | | | | | |
|---|---------------------|------------------------|---------------|----------------|--------------------|
| Έτος | Αρχ. Προϋπολογισμός | Τελικός Προϋπολογισμός | Απολογισμός | Αποκλίσεις | Ποσοστιαία Διαφορά |
| 2012 | 32.000.000,00 | 32.000.000,00 | 0,00 | 32.000.000,00 | 100,00% |
| 2013 | 10.000.000,00 | 129.000.000,00 | 17.806.709,17 | 111.193.290,83 | 86,20% |
| 2014 | 28.000.000,00 | 28.000.000,00 | 48.728.736,22 | -20.728.736,22 | -74% |
| 2015 | 28.000.000,00 | 28.000.000,00 | 11.654.492,64 | 16.345.507,36 | -58% |

| | | | | | |
|------|---------------|--------------|--------------|------------|--------|
| 2016 | 20.000.000,00 | 7.975.400,00 | 7.616.273,63 | 359.126,37 | -4,50% |
|------|---------------|--------------|--------------|------------|--------|

3.4. Οι μεταρρυθμίσεις και τα μέτρα στήριξης για τη βιωσιμότητα του Οργανισμού

Με βάση τα ανωτέρω αναφερόμενα σχετικά με τις στρεβλώσεις που δημιουργήθηκαν στα έσοδα του οργανισμού από την κρατική επιχορήγηση και τις ασφαλιστικές εισφορές αλλά και το γεγονός ότι η χώρα λόγω των μνημονιακών της δεσμεύσεων έπρεπε να λάβει συγκεκριμένα μέτρα εξορθολογισμού των δαπανών, ο ΕΟΠΥΥ κατά τη διάρκεια των ετών 2012-2017 έλαβε μέτρα στήριξης του με κύριο στόχο τη βιωσιμότητά του. Είναι γεγονός ότι ευθύς εξαρχής υπήρξε υπέρβαση στους προϋπολογισμούς των παρακλινικών εξετάσεων και στη φαρμακευτική δαπάνη ενώ κατά τη διάρκεια των ετών υπέρβαση υπήρξε και σε άλλες κατηγορίες όπως οι ιδιωτικές κλινικές και μονάδες αιμοκάθαρσης, οι ψυχιατρικές κλινικές, οι φυσικοθεραπείες και τα κέντρα αποκατάστασης κλειστής και ανοικτής νοσηλείας. Στον πίνακα 3.13 που ακολουθεί διαφαίνεται η υπέρβαση αυτή κατά τη διάρκεια των ετών 2012-2016 στις ανωτέρω αναφερόμενες κατηγορίες.

Πίνακας 3.13.: Υπέρβαση προϋπολογισμών διαφόρων κατηγοριών παρόχων ετών 2012-2016

| Έτος | Είδος Παροχής | Αρχικός Προϋπολογισμός | Τελικός Προϋπολογισμός | Απολογισμός | Ποσοστιαία Διαφορά |
|------|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------|--------------------|
| 2012 | Παρακλινικές Εξετάσεις | 187.548.800,00 | 347.548.800,00 | 219.274.874,60 | 36,91% |
| | Φαρμακευτική Περίθαλψη | 2.250.000.000,00 | 3.368.000.000,00 | 2.645.292.783,67 | 21,46% |
| 2013 | Παρακλινικές Εξετάσεις | 380.000.000,00 | 558.000.000,00 | 549.310.558,43 | 1,56% |
| | Φαρμακευτική Περίθαλψη | 2.621.000.000,00 | 2.756.000.000,00 | 2.193.792.794,82 | 20,40% |
| | Δαπάνη για ιδιωτικές κλινικές | 540.000.000,00 | 699.000.000,00 | 688.598.359,19 | 1,49% |
| 2014 | Παρακλινικές | 252.700.000,00 | 479.639.694,00 | 381.989.792,77 | 20% |

| | | | | | |
|------|---|------------------|------------------|------------------|---------|
| | Εξετάσεις | | | | |
| | Φαρμακευτική Περίθαλψη | 1.261.000.000,00 | 2.223.000.000,00 | 1.749.276.207,88 | 21% |
| | Δαπάνη για ιδιωτικές κλινικές | 208.000.000,00 | 332.790.331,00 | 275.314.548,06 | 17% |
| | Αμοιβές για φυσικοθεραπείες- ΚΑΑ ανοικτής | 30.300.000,00 | 58.115.471,00 | 52.251.736,81 | 10% |
| | Δαπάνες για ιδιωτικές ΜΧΑ, MTN | 72.000.000,00 | 101.514.504,00 | 97.362.078,12 | 4% |
| 2015 | Παρακλινικές Εξετάσεις | 200.403.335,47 | 436.789.482,25 | 275.853.339,34 | -37% |
| | Φαρμακευτική Περίθαλψη | 1.727.000.000,00 | 2.324.124.874,00 | 1.665.887.143,19 | -28% |
| | Δαπάνη για ιδιωτικές κλινικές | 197.614.239,97 | 331.454.828,33 | 280.782.220,73 | -15% |
| | Αμοιβές για φυσικοθεραπείες- ΚΑΑ ανοικτής | 30.234.409,06 | 81.404.912,48 | 65.852.955,09 | -19% |
| | Δαπάνες για ιδιωτικές ΜΧΑ, MTN | 81.327.139,97 | 97.343.823,97 | 72.124.371,09 | -26% |
| | Ιδιωτικά ΚΑΑ Κλειστής Νοσηλείας | 42.080.790,86 | 72.107.411,12 | 59.354.158,15 | -18% |
| | Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές | 13.924.508,94 | 65.704.871,81 | 47.752.172,33 | -27% |
| 2016 | Παρακλινικές Εξετάσεις | 273.416.670,00 | 326.418.024,38 | 324.035.001,98 | -0,73% |
| | Φαρμακευτική Περίθαλψη | 1.293.000.000,00 | 2.326.849.149,46 | 1.804.313.006,23 | -22,46% |
| | Δαπάνη για ιδιωτικές κλινικές | 195.833.330,00 | 298.981.880,38 | 293.442.696,90 | -1,85% |
| | Αμοιβές για | 56.666.670,00 | 65.628.845,19 | 60.959.401,52 | -7,11% |

| | | | | | |
|---------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------|--|
| φυσικοθεραπείες- ΚΑΑ ανοικτής | | | | | |
| Δαπάνες για ιδιωτικές ΜΧΑ, MTN | 91.666.670,00 | 92.664.692,47 | 78.243.993,88 | -15,56% | |
| Ιδιωτικά ΚΑΑ Κλειστής Νοσηλείας | 42.500.000,00 | 56.074.938,26 | 48.170.837,78 | -14,10% | |
| Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές | 37.500.000,00 | 51.454.450,45 | 43.794.713,88 | -14,89% | |

Πηγή: Βάση δεδομένων ΕΟΠΥΥ

Ο Οργανισμός προκειμένου να βελτιώσει τη ρευστότητά του και να αντιμετωπίσει το ζήτημα της υπέρβασης των προϋπολογισμών των διαφόρων κατηγοριών παρόχων όπως ανωτέρω αναφέρονται, προχώρησε στη θεσμοθέτηση και εφαρμογή μιας σειράς μέτρων τα οποία αναφέρονται ως εξής:

1. Εφαρμογή του αυτόματου μηχανισμού επιστροφών claw back⁹⁴ και του rebate(κλιμακούμενο ποσοστό έκπτωσης ή επιστροφής)⁹⁵.
2. Ανάθεση σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες του ελέγχου και της τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών.⁹⁶
3. Σύσταση της επιτροπής διαπραγμάτευσης⁹⁷.
4. Θεσμοθέτηση ορίων συνταγογράφησης ιατρικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων.⁹⁸

⁹⁴ Άρθρο 11 Ν. 4052/2012(ΦΕΚ 41^Α/1-3-2102), Άρθρο 63Ι παρ.ΙΒ2 Ν. 4093/2012(ΦΕΚ Α' 222/12-11-2012), «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016-Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016» και άρθρο 100 Ν. 4172/2013(ΦΕΚ Α' 167/23-7-2013), «Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012, του ν. 4093/2012 και του ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις» .

⁹⁵ Άρθρα 19 παρ.1 εδ. θ' και 35 Ν. 3918/2011(ΦΕΚ Α'31/2-3-2011), άρθρο 12 Ν. 4052/2012(ΦΕΚ 41^Α/1-3-2012) και 100 Ν. 4172/2013(ΦΕΚ Α' 167/23-7-2013).

⁹⁶ Άρθρο 100παρ. 6 Ν. 4172/2013(ΦΕΚ 167^Α/23-7-2013)

⁹⁷ ΚΥΑ 90168(ΦΕΚ 2543Β'/ 10-10-2013), «Σύσταση και συγκρότηση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης στον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)» και ΚΥΑ Αριθμ. Α1β/Γ.Π.οικ.: 12298(ΦΕΚ 81^Υ/Υ.Ο.Δ.Δ./17-2-2016), «Ορισμός μελών στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)» και ΚΥΑ Αριθμ. Α1β/Γ.Π. οικ.22881, (ΦΕΚ 163/Υ.Ο.Δ.Δ./21-3-2018), «Συγκρότηση και ορισμός μελών στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.».

5. Θεσμοθέτηση καταβολής από τους ασφαλισμένους 1 ευρώ ανά συνταγή υπέρ ΕΟΠΥΥ⁹⁹.
6. Εφαρμογή τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των ιδιωτών συμβεβλημένων παρόχων από 1-1-2016¹⁰⁰ και των νέων συμβάσεων με τους προμηθευτές υγειονομικού υλικού, σκευασμάτων ειδικής διατροφής, θεραπευτικών μέσων, προθέσεων και ειδών πρόσθετης περίθαλψης από 1-1-2017¹⁰¹.
6. Καταχώρηση ειδών σε μητρώο και εφαρμογή άυλων barcodes.¹⁰²
7. Εφαρμογή στατιστικών μοντέλων.¹⁰³

3.4.1. Εφαρμογή του αυτόματου μηχανισμού επιστροφών claw back και του κλιμακούμενου ποσοστού εκπτώσεων/επιστροφών(rebate) επί των οφειλών:

Ο μηχανισμός claw back θα μπορούσε να οριστεί ως ένα εργαλείο που χρησιμοποίησε ο ΕΟΠΥΥ προκειμένου, στο πλαίσιο εξορθολογισμού των δαπανών του, να ανακτήσει μερικώς τα ποσά που έχουν υπερβεί τα όρια των προϋπολογισμών ανά ΚΑΕ και ανά κατηγορία όπως αυτά τίθενται κάθε έτος από το Γενικό Λογιστήριο του Κράτους, το Υπουργείο Υγείας και τον Οργανισμό.

Συγκεκριμένα ο μηχανισμός αρχικά επιβλήθηκε με τους Ν.4052/2012¹⁰⁴ και Ν. 4093/2012¹⁰⁵ και αφορούσε στην οριοθέτηση της μηνιαίας φαρμακευτικής δαπάνης των φορέων κοινωνικής ασφάλισης η οποία δε μπορούσε να υπερβαίνει το 1/12 του κρατικού προϋπολογισμού που αντιστοιχεί στη φαρμακευτική περίθαλψη και στην περίπτωση της

⁹⁸ ΥΑ 9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243B'/18-8-2014) «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου», ΥΑ Αριθ. Γ3γ/οικ. 28501(ΦΕΚ 1115/B'/19-4-2016) «Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243/B/18-8-2014) υπουργικής απόφασης «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει» και ΥΑ. Γ3γ/οικ. 33766 (ΦΕΚ 1543B'/1-6-2016), «Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243/B/18-8-2014) υπουργικής απόφασης «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει».

⁹⁹ Άρθρο 1. παρ. ΙΒ. Υποπαρ. ΙΒ2. περ. 12 Ν. 4093/2012(ΦΕΚ 222Α'/ 12-11-2012)

¹⁰⁰ ΚΥΑ Β2β/οικ.38642(ΦΕΚ 1536B'/31-5-2016), « Έλεγχος και εκκαθάριση δαπανών συμβεβλημένων παρόχων υγείας»

¹⁰¹ Άρθρο 97 παρ. 4 Ν. 4486/2017(ΦΕΚ 115Α'/7-8-2017)

¹⁰² Άρθρο 34παρ.7 Ν. 4447/2016(ΦΕΚ 241Α'/23-12-2016)

¹⁰³ Υπ' αριθμ. 1199/495/19-09-2018 απόφαση του Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 64ΠΚΟΞ7Μ-ΕΤΦ) κατ' εξουσιοδότηση της παρ. 7γ του άρθρου 90 του Ν. 4368/2016 (ΦΕΚ Α'/21)

¹⁰⁴ Άρθρο 11 Ν. 4052/2012 (ΦΕΚ 41Α'/1-3-2012)

¹⁰⁵ Άρθρο 63Ι παρ.ΙΒ2 Ν. 4093/2012(ΦΕΚ 222Α'/12-11-2012)

υπέρβασης του μηνιαίου ποσού θα έπρεπε να αναζητείται εκ μέρους των φορέων κοινωνικής ασφάλισης από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας(εφεξής Κ.Α.Κ.) φαρμακευτικών προϊόντων σε εξαμηνιαία βάση.

Στον πίνακα 3.14 που ακολουθεί, αναλύεται το ανώτατο όριο εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης για τις φαρμακευτικές εταιρείες. Σημειώνεται ότι με το Ν. 4093/2012 παρέχεται η δυνατότητα στον ΕΟΠΥΥ να συμψηφίζει ισόποσες οφειλές προς τους ΚΑΚ για την προμήθεια φαρμάκων από τα φαρμακεία του καθώς και εκχώρησης οφειλών claw back στα νοσοκομεία έναντι καταβολής νοσηλίων ασφαλισμένων. Ειδικά για τα έτη 2012 και 2013 ο επιμερισμός της φαρμακευτικής δαπάνης έγινε με βάση το ποσοστό της πραγματικής συμμετοχής κάθε φαρμακευτικής εταιρίας στη διαμόρφωση της φαρμακευτικής δαπάνης κάθε φορέα και για αυτό χρησιμοποιήθηκε η Λιανική Τιμή-ΦΠΑ.

Στα επόμενα έτη ωστόσο¹⁰⁶, τροποποιείται ο υπολογισμός του επιμερισμού της υπέρβασης της φαρμακευτικής δαπάνης με το ποσοστό συμμετοχής κάθε εταιρίας στη δαπάνη. Δηλαδή δεν στηρίζεται πλέον σε Λιανική Τιμή-ΦΠΑ αλλά στην Τιμή Αποζημίωσης αφαιρουμένων των ποσών που αφορούν νομοθετημένες εκπτώσεις και επιστροφές (rebates) της φαρμακευτικής εταιρίας/ΚΑΚ μαζί με το χονδρεμπορικό κέρδος, λαμβανομένων υπόψη των ποσών συμφωνίας ΕΟΠΥΥ μετά τη διαπραγμάτευση για έκπτωση καθώς και της δαπάνης φαρμάκων αποκλειστικής νοσοκομειακής χρήσης πλέον ΦΠΑ.

Επιπλέον από τα έτη 2014 και εντεύθεν, στο ποσό του προϋπολογισμού για τη φαρμακευτική δαπάνη συμπεριλαμβάνεται και η δαπάνη για την φαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων πολιτών καθώς και η δαπάνη για τα εμβόλια, τους ορούς και τα παράγωγα αίματος.

Πίνακας 3.14.: Ανώτατο όριο δαπανών φαρμακευτικών εταιρειών ετών 2012-2018¹⁰⁷

| CLAWBACK ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΕΤΩΝ 2012-2018 | |
|---|-------------------|
| 2012 | 2.880.000.000,00€ |

¹⁰⁶ ΥΑ9 /οικ. 70520/ 18.08.2014 (ΦΕΚ 2243 Β') που αντικαθιστά την υπ' αριθμ. Υ9/οικ.38071/05-05-2014 (ΦΕΚ 1145/Β') με τίτλο «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών ("clawback") φαρμακευτικής δαπάνης έτους 2014 και 2015»

¹⁰⁷ ΥΑ 110040(ΦΕΚ 3034Β'/15-11-2012), «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών clawback έτους 2012» ΥΑ 110034(ΦΕΚ 3035Β'/15-11-2012), «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών clawback έτους 2013»Υ9/οικ.38071(ΦΕΚ 1145/6-5-2014), «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών clawback φαρμακευτικής δαπάνης έτους 2014 και 2015» και ΥΑ οικ. Γ5/63587(ΦΕΚ 1803/20-8-2015) «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών clawback φαρμακευτικής δαπάνης έτους 2016, 2017 και 2018»

| | |
|------|-------------------|
| 2013 | 2.440.000.000,00€ |
| 2014 | 2.000.000.000,00€ |
| 2015 | 2.000.000.000,00€ |
| 2016 | 1.945.000.000,00€ |
| 2017 | 1.945.000.000,00€ |
| 2018 | 1.945.000.000,00€ |

Πηγή: Εθνικό Τυπογραφείο, 2019

Το μέτρο, με το Ν. 4172/2013,¹⁰⁸ επεκτάθηκε και στις δαπάνες διαγνωστικών εξετάσεων, φυσικοθεραπειών και νοσηλείας για υπηρεσίες που παρέχονται από συμβεβλημένους ιδιώτες προμηθευτές παροχής υπηρεσιών υγείας, με το υπερβάλλον ποσό να υπολογίζεται σε εξαμηνιαία βάση και να προκύπτει από τη διαφορά μεταξύ προϋπολογισμένης και πραγματικής δαπάνης, μετά την αφαίρεση τυχόν εκπτώσεων, επιστροφών (rebates), και άλλων μη αποδεκτών δαπανών και να καταβάλλεται από τους ως άνω αναφερόμενους ιδιώτες παρόχους υπηρεσιών υγείας στον ΕΟΠΥΥ.

Κριτήριο για τον υπολογισμό του claw back που αντιστοιχεί, ανά μήνα, σε κάθε συμβεβλημένο πάροχο αποτελεί ο μηνιαίος λογαριασμός που αυτός υποβάλλει στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., για τις παρεχόμενες έναντι των ασφαλισμένων, για το αντίστοιχο χρονικό διάστημα, υπηρεσίες υγείας ενώ με τον νόμο¹⁰⁹ δίνεται η δυνατότητα στον Οργανισμό να συμψηφίζει το claw back με ισόποση εκκαθαρισμένη οφειλή του προς τους αναφερόμενους ιδιώτες παρόχους για υπηρεσίες υγείας που παρείχαν στο πλαίσιο της σύμβασής τους και δημιουργήθηκαν εντός του ίδιου ή και προηγούμενου έτους¹¹⁰ και μάλιστα με αναδρομική ισχύ από 1-1-2013 και διάρκεια έως 31-12-2018¹¹¹.

Με υπουργική απόφαση¹¹² προσδιορίστηκαν για τα έτη 2015, 2016, 2017, 2018 αντίστοιχα, τα επιτρεπόμενα όρια δαπανών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ανά Κ.Α.Ε. και κατηγορία παρεχόμενης

¹⁰⁸ Άρθρο 100 Ν. 4172/2013(ΦΕΚ 167Α'/23-7-2013)

¹⁰⁹ Άρθρο 100παρ. 3 Ν. 4172/2013(ΦΕΚ 167Α'/23-7-2013)

¹¹⁰ Άρθρο 1 Υ9/70521(ΦΕΚ 2243Β'/18-8-2014)

¹¹¹ Άρθρο 100παρ. 7 Ν. 4172/2013(ΦΕΚ 167Α'/23-7-2013) όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με το Άρθρο 2 παρ. ΣΤ περ. 3 Ν. 4336/2015(ΦΕΚ 94Α'/14-8-2015), «Συνταξιοδοτικές διατάξεις – Κύρωση του Σχεδίου Σύμβασης Οικονομικής Ενίσχυσης από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και ρυθμίσεις για την υλοποίηση της Συμφωνίας Χρηματοδότησης»

¹¹² Αριθμ. Γ3γ/70907 (ΦΕΚ Β' 2059/18-09-2015), «Επιτρεπόμενα όρια δαπανών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για τις προς αυτόν παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους, ανά κατηγορία παρεχόμενης υπηρεσίας»

υπηρεσίας υγείας από τους ιδιώτες συμβεβλημένους με τον Οργανισμό προμηθευτές υπηρεσιών υγείας, η υπέρβασης των οποίων ενεργοποιεί τον αυτόματο μηχανισμό επιστροφής(claw back) και αναλύονται στον πίνακα 3.15. που ακολουθεί:

Πίνακας 3.15.: Επιτρεπόμενα όρια δαπανών ανά ΚΑΕ ετών 2015-2018

| ΚΑΕ | Ομάδα | Κατηγορία Παρεχόμενης Υπηρεσίας | Ετήσιο Όριο Δαπάνης | Μηνιαίο Όριο Δαπάνης |
|---------|-------|--|---------------------|----------------------|
| 0673.01 | | Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών | 235.000.000 € | 19.583.333 € |
| 0673.03 | | Υπηρεσίες Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Κλειστής Περίθαλψης | 51.000.000 € | 4.250.000 € |
| 0673.04 | | Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών Ψυχιατρικής | 45.000.000 € | 3.750.000 € |
| 0673.05 | A1 | Φορείς Υποστήριξης Αναπηρίας κερδοσκοπικού χαρακτήρα | 3.000.000 € | 250.000 € |
| | A2 | Φορείς Υποστήριξης Αναπηρίας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα | 50.000.000 € | 4.166.667 € |
| Σύνολο: | | | 384.000.000 € | 32.000.000 € |

| ΚΑΕ | Ομάδα | Κατηγορία Παρεχόμενης Υπηρεσίας | Ετήσιο Όριο Δαπάνης | Μηνιαίο Όριο Δαπάνης |
|---------|-------|--|---------------------|----------------------|
| 0671.01 | B1 | Διαγνωστικές Υπηρεσίες και πράξεις Διαγνωστικών Εργαστηρίων (Εταιρείες, Κλινικές, Ιδιώτες) | 302.000.000 | 25.166.667 € |
| | B2 | Ιατροί κατά πράξη και περίπτωση (κατηγορία Α) με ειδικότητα καρδιολογία, γαστρεντερολογία, νευρολογία, γυναικολογία και φυσιατρική | 18.000.000 € | 1.500.000 € |
| | B3 | Ιατροί κατά πράξη και περίπτωση (κατηγορία Β) με λοιπές ειδικότητες που δεν ορίζονται στο στοιχείο Β2 | 8.100.000 € | 675.000 € |
| 0671.02 | C1 | Φυσικοθεραπευτήρια και Φυσικοθεραπευτές (Ιδιώτες και Εταιρείες) | 62.000.000 € | 5.166.667 € |
| | C2 | Υπηρεσίες Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Ανοιχτής Περίθαλψης | 6.000.000 € | 500.000 € |
| 0671.03 | | Υπηρεσίες Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και | 110.000.000 | 9.166.667 |

| | | | | |
|---------|--|-------------------------|------------------|-----------------|
| | | Μονάδων Τεχνητού Νεφρού | € | € |
| Σύνολο: | | | 506.100.000 € | 42.175.000 € |

Πηγή: Εθνικό Τυπογραφείο, 2018

Σε ότι αφορά στο μέτρο του κλιμακούμενου ποσοστού εκπτώσεων/επιστροφών(rebate) επί των οφειλών που υιοθέτησε ο Οργανισμός, επισημαίνεται ότι σχετίζεται με τη θεσμοθετημένη επιβολή μειώσεων στους ιδιώτες συμβεβλημένους προμηθευτές παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε να επιστρέψουν στον ΕΟΠΥΥ ένα μέρος των εσόδων τους. Δε σχετίζεται όπως στην περίπτωση του claw back με τον προϋπολογισμό της κάθε κατηγορίας αλλά αποτελεί έμμεση μείωση της λίστας τιμών.

Προβλέφθηκε πρώτη φορά με το Ν. 3918/2011 όπου καθιερώθηκε κλιμακούμενο μηνιαίο ποσοστό ως επιστροφή από τα ιδιωτικά φαρμακεία¹¹³ και τις φαρμακευτικές εταιρείες¹¹⁴ στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης.

Στη συνέχεια με το Ν. 4052/2012,¹¹⁵ για τα ιδιωτικά φαρμακεία το ποσοστό επιστροφής ορίζεται βάσει του ύψους του μηνιαίου λογαριασμού του εκάστοτε φαρμακείου όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 3.16 που ακολουθεί.

Πίνακας: 3.16: Rebate φαρμακείων

| Ύψος αιτούμενου ποσού ανά κλάδο Υγείας ΦΚΑ | Προοδευτικό ποσοστό επιστροφής επί του ύψους του αιτούμενου ποσού |
|--|---|
| 0-3.000€ | 0% |
| 3.001-10.000€ | 2% |
| 10.001-30.000€ | 3% |
| 30.001-40.000 | 5% |
| 40.001 και άνω | 6% |

Πηγή: Εθνικό Τυπογραφείο, 2019

Επιπλέον για τα ιδιωτικά φαρμακεία προβλέπεται και πρόσθετο κλιμακωτό ποσοστό επιστροφών για κάθε τιμολόγιο πωλήσεων συμπεριλαμβανομένου του ΦΠΑ. Ειδικότερα για

¹¹³ Άρθρο 34 Ν. 3918/2011(ΦΕΚ 31^Α/2-3-2011)

¹¹⁴ Άρθρο 35 Ν. 3918/2011(ΦΕΚ 31^Α/2-3-2011)

¹¹⁵ Άρθρο 26 Ν. 4052/2012 που εξειδικεύει και συμπληρώνει το άρθρο 34 του Ν.3918/2011

ποσά τιμολογίων μέχρι 35.000€ δεν προβλέπεται ποσοστό επιστροφής, από 35.001€ το ποσοστό κυμαίνεται στο 0,5% και βαίνοντας προοδευτικά αυξανόμενο καταλήγει στο ποσοστό 5% για ποσά από 100.001ευρώ και άνω¹¹⁶.

Για τις φαρμακευτικές εταιρείες με το Ν.4052/2012¹¹⁷ που ίσχυσε αναδρομικά από 1-1-2012 ο τρόπος υπολογισμού του χωρίζεται σε δύο χρονικές περιόδους ήτοι από 1-1-2012 και μέχρι 31-12-2016 και από 1-1-2017 μέχρι και σήμερα.

Για την πρώτη χρονική περίοδο προβλεπόταν επιστροφή ποσού (rebate) 9% επί της τιμής παραγωγού (ex-factory) για όλα τα φαρμακευτικά σκευάσματα που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ. Επιπλέον προβλεπόταν¹¹⁸ ένα επιπρόσθετο 2% στο προαναφερθέν 9% ειδικά για την περίπτωση δραστικών ουσιών που αφορούν φάρμακα που έχουν καταταγεί μόνα τους σε μια θεραπευτική κατηγορία στο θετικό κατάλογο των αποζημιούμενων από τους ΦΚΑ προϊόντων¹¹⁹ καθώς και ένα πρόσθετο rebate 5 %, ¹²⁰ ή έκπτωση αναλόγως, για φάρμακα νέων δραστικών ουσιών που αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ για ένα χρόνο από την έναρξη αποζημίωσης τους.

Πέραν των ανωτέρω ποσοστών έκπτωσης ειδικά για τις φαρμακευτικές εταιρείες επιβλήθηκε και ισχύει μέχρι σήμερα πρόσθετη κλιμακούμενη επιστροφή τριμηνιαίου όγκου πωλήσεων όπως αναλύεται στον Πίνακα 3.17 που ακολουθεί, ο υπολογισμός της οποίας από την 01.07.2014, γίνεται στο σύνολο των πωλήσεων ανά εμπορική ονομασία φαρμάκων¹²¹.

Πίνακας 3.17.: Πρόσθετη κλιμακούμενη επιστροφή τριμηνιαίου όγκου πωλήσεων φαρμακευτικών εταιρειών

| | |
|--|---|
| Τριμηνιαίος συνολικός όγκος πωλήσεων ανά φαρμακευτικό προϊόν | Πρόσθετο της περίπτωσης α' της παρούσας παραγράφου ποσό επιστροφής (rebate) |
|--|---|

¹¹⁶ Άρθρο 24 Ν. 4052/2012 που εξειδικεύει και συμπληρώνει το άρθρο 34 του Ν.3918/2011

¹¹⁷ Άρθρο 22 παρ.1 εδ. α και γ' του Ν. 4052/2012(ΦΕΚ 41^Α/1-3-2012)

¹¹⁸ Άρθρο 22 παρ. 6 του Ν. 4213/13(ΦΕΚ 261^Α/9-12-2013)

¹¹⁹ Άρθρο 21 παρ. 7 Ν. 4052/2012

¹²⁰ Άρθρο 13 ΥΑ 3457 (ΦΕΚ 64Β'/16-1-2014)

¹²¹ ΥΑ ΔΥΓ3/Γ.Π οικ.705 (2243 /Β/18-8-2014) «Ρύθμιση θεμάτων Τιμολόγησης φαρμάκων » που συμπληρώνει το άρθρο 13 Υ.Α. 3457 (ΦΕΚ 64Β'/16-1-2014) .

| | |
|---------------------|-----|
| 100.000-400.000 | 2% |
| 400.001-800.000 | 4% |
| 800.001-1.200.000 | 6% |
| 1.200.001-1.600.000 | 8% |
| 1.600.001-2.000.000 | 10% |
| Ανω των 2.000.000 | 12% |

Πηγή: Εθνικό Τυπογραφείο, 2019

Από 1-1-2017¹²², οι ΚΑΚ και φαρμακευτικές εταιρείες υποχρεούνται κάθε τρίμηνο σε ποσό επιστροφής ίσο με το ποσοστό επί των συνολικών πωλήσεων, του προηγούμενου τριμήνου όλων των συσκευασιών, περιεκτικοτήτων και μορφών του εκάστοτε φαρμακευτικού προϊόντος, που υπολογίζονται στη βάση της τιμής παραγωγού, όπως ορίζεται από τις υπουργικές αποφάσεις τιμολόγησης και το ποσό διαμορφώνεται σύμφωνα με τον τύπο που ακολουθεί:

$$P_0 = \min \left\{ P_0^{\max}, \min \left[P_v^{\max}, \sum_{i=0}^2 \left(\frac{\alpha_i + \beta_i \cdot I_{50}}{100} \right) X^i - P_{HCD} \cdot I_{HCD} \right] + P_{New} I_{New} \right\}$$

Προκειμένου να ληφθούν υπόψη οι πωλήσεις του προηγούμενου τριμήνου, ο ΕΟΠΥΥ αντλεί στοιχεία από το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, το σύστημα σάρωσης συνταγών που διαθέτει και από το άθροισμα των τιμολογίων που εκδίδουν οι φαρμακευτικές εταιρείες προς τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο σύνολό τους και σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. ξεχωριστά. Η καταβολή του ποσού επιστροφής από τον Κ.Α.Κ. ή φαρμακευτική εταιρεία μπορεί να γίνει είτε με απευθείας κατάθεση μετρητών στον λογαριασμό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και του νοσοκομείου, είτε μέσω συμψηφισμού του ποσού επιστροφής με αντίστοιχες οφειλές του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή του νοσοκομείου προς τις φαρμακευτικές εταιρείες για προμήθεια φαρμάκων στα φαρμακεία τους.

¹²² Άρθρο 87 παρ.3 του Ν. 4472/2017(ΦΕΚ 74^Α/19-5-2017) που αντικαθιστά το άρθρο 35 του Ν. 3918/2011(ΦΕΚ 31 Α'/2-3-2011)

Σημειώνεται ότι για όσα φαρμακευτικά προϊόντα δεν αποδόθηκε το ποσό της επιστροφής, προβλέπεται διαγραφή από τον κατάλογο των αποζημιούμενων από τον ΕΟΠΥΥ φαρμάκων. Τέλος επισημαίνεται ότι οι κάτοχοι άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων απαλλάσσονται από την υποχρέωση καταβολής των επιστροφών του rebate για τα εμβόλια που περιέχονται στο εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού¹²³.

Με το Ν. 4172/2013¹²⁴ το κλιμακούμενο ποσοστό επιστροφής επεκτάθηκε και σε άλλες κατηγορίες δαπανών όπως οι διαγνωστικές εξετάσεις, οι δαπάνες για νοσηλεία και φυσικοθεραπείες. Υπολογίζεται σε μηνιαία βάση βάσει του νομίμου παραστατικού του προμηθευτή¹²⁵ και αρχικά προβλεπόταν η απόδοσή του μετά το πέρας του τριμήνου στη συνέχεια ωστόσο ορίστηκε η μηνιαία επιστροφή του ποσού επιστροφής με αναγραφή του ποσού και του ποσοστού έκπτωσης επί του εκδιδόμενου από τον προμηθευτή νόμιμου παραστατικού (τιμολογίου παροχής υπηρεσιών) πριν την προσθήκη του ΦΠΑ¹²⁶ ενώ από το έτος 2017 και εφεξής αποφασίστηκε¹²⁷ και καθορίστηκε η είσπραξη τόσο του clawback όσο και του rebate σε μηνιαίες δόσεις που για τον καθορισμό τους λαμβάνεται υπόψη η μέση μηνιαία υποβολή των παρόχων για το α' εξάμηνο του 2017 μετά την αφαίρεση των νόμιμων κρατήσεων ενώ σε περίπτωση που κάποιος πάροχος δεν είναι πλέον συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ, ο υπολογισμός γίνεται λαμβάνοντας υπόψη τα διαθέσιμα στοιχεία υποβολής του τελευταίου εξαμήνου που ήταν συμβεβλημένος.

Η διαδικασία είσπραξης του claw back και του rebate από τον ΕΟΠΥΥ είναι μια δυναμική διαδικασία που συνεχίζεται μέχρι και σήμερα ακόμη και για παρελθοντικά έτη ενώ ειδικά για το rebate νοσηλείας, διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπείας τα ποσοστά έκπτωσης μέχρι 31-7-2107¹²⁸ κυμαινόταν από 0-40% ενώ από 1-8-2017¹²⁹ και εφεξής υπήρξε εκ νέου

¹²³ Άρθρο 87 παρ.7 του Ν. 4472/2017(ΦΕΚ 74Α'/19-5-2017) που αντικαθιστά το άρθρο 35 του Ν. 3918/2011(ΦΕΚ 31 Α'/2-3-2011)

¹²⁴ Άρθρο 100παρ. 3 Ν. 4172/2013(ΦΕΚ 167Α'/23-7-2013)

¹²⁵ Άρθρο 100παρ. 5 Ν. 4172/2013(ΦΕΚ 167Α'/23-7-2013)

¹²⁶Αριθμ. Γ3γ/ΓΠ/77011/30.10.2015 (ΦΕΚ Β' 2391/06-11-2015), «Ορισμός κλιμακούμενου ποσοστού επί των οφειλών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπείες των ασφαλισμένων του προς τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιώτες παρόχους, ως επιστροφή (rebate)»

¹²⁷ Άρθρο 52 παρ. 7 Ν. 4430/2016(ΦΕΚ 205Α'/31-10-2016) και ΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π.88548(ΦΕΚ 4313Β'11-12-2017)

¹²⁸ Βλ. ανωτέρω υποσημείωση 125 Γ3γ/ΓΠ/77011/30.10.2015(ΦΕΚΒ'2391/6-11-2015)

¹²⁹ ΥΑ Γ3γ/Γ.Π.58976 (ΦΕΚ 2746Β'/4-8-2017), «Κλιμακωτό ποσοστό εκπτώσεων (rebate) επί των μηνιαίων μη εκκαθαρισμένων υποβαλλόμενων δαπανών των οριζομένων στην παρ. 1 του άρθρου 100 του ν. 4172/2013».

αναπροσαρμογή των ποσοστών και προστέθηκαν και άλλες κατηγορίες όπως τα σκευάσματα ειδικής διατροφής, το υγειονομικό υλικό, τα θεραπευτικά μέσα και προθέσεις, τα οπτικά, η ειδική αγωγή ενώ επιμερίστηκαν και οι κατηγορίες ιατρικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων.

Στον πίνακα 3.18. που ακολουθεί αναφέρονται τα ποσά έκπτωσης για όλες τις κατηγορίες για έτη 2012-2017, το ποσό claw back και το ανώτατο όριο δαπάνης ανά κατηγορία των ίδιων ετών. Ειδικά για τις περιπτώσεις ιατρών κατά πράξη και περίπτωση κατηγορίας Α με ειδικότητες καρδιολογίας, γαστρεντερολογίας, γυναικολογίας, φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης και νευρολογίας αλλά και κατηγορίας Β με όλες τις υπόλοιπες ειδικότητες πλην τις κατηγορίας Α, το rebate για κάθε αυτοπαραπομπή ορίζεται στο 40%.¹³⁰ Επιπλέον αναφέρεται ότι ειδικά για τα έτη 2012-2013 η ανοικτή περίθαλψη των Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας περιλαμβάνονταν μαζί με την κλειστή περίθαλψη ενώ το έτος 2017 συγχωνεύτηκαν σε ένα κωδικό πληρωμής οι κατηγορίες των φορέων υποστήριξης αναπηρίας κερδοσκοπικού και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα καθώς και οι διαγνωστικές εξετάσεις εργαστηριακών ιδιωτών ιατρών και εταιρειών και οι ιατρικές πράξεις κατηγορίας Α και Β.

Πίνακας 3.18.: Rebate και claw back ετών 2012-2017 για όλες τις κατηγορίες παρόχων πλην φαρμακείων και φαρμακοβιομηχανιών

| | Αιτούμενο Ποσό (ΜΕ ΦΠΑ) | Ποσό μετά από εκπτώσεις | Ποσό CLAWBACK | Ετήσιο όριο δαπάνης | Έτος |
|---|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------|
| Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών | 386.516.042,57 € | | | | 2012 |
| | 380.344.955,86 € | 363.248.944,76 € | 91.532.135,27 € | 225.000.000,00 € | 2013 |
| | 359.267.290,12 € | 343.648.448,52 € | 108.648.442,93 € | 235.000.000,00 € | 2014 |
| | 383.593.456,67 € | 367.600.956,15 € | 132.600.950,28 | 235.000.000,00 | 2015 |

¹³⁰ Βλ. ανωτέρω υποσημείωση 134

| | | | | | |
|--|--|------------------|------------------|------------------|------|
| | | | € | € | |
| | | 377.488.594,68 € | 142.488.588,68 € | 235.000.000,00 € | 2016 |
| | | 354.313.392,02 € | 89.313.384,03 € | 265.000.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|---|-----------------|-----------------|------------|-----------------|------|
| Διαγνωστικές Εξετάσεις Ιδιωτικών Κλινικών (Μόνο για το έτος 2013) | 41.108.914,31 € | | | | 2012 |
| | 47.119.004,54 € | 35.081.359,78 € | 6.137,43 € | 42.500.004,00 € | 2013 |
| | | | | | 2014 |
| | | | | | 2015 |
| | | | | | 2016 |
| | | | | | 2017 |

| | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|
| Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών Ψυχιατρικής | 77.263.587,28 € | | | | 2012 |
| | 79.521.720,39 € | 66.993.174,18 € | 20.655.986,39 € | 45.000.000,00 € | 2013 |
| | 77.986.584,38 € | 65.454.899,91 € | 20.454.899,51 € | 45.000.000,00 € | 2014 |
| | 80.787.835,73 € | 68.950.843,58 € | 23.950.840,94 € | 45.000.000,00 € | 2015 |
| | | 68.092.851,96 € | 17.092.849,34 € | 51.000.000,00 € | 2016 |
| | | 66.061.185,93 € | 16.061.183,33 € | 50.000.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|------|
| Υπηρεσίες Φορέων Υποστήριξης Αναπηρίας κερδοσκοπικού χαρακτήρα | 2.868.303,20 € | | | | 2012 |
| | 3.923.249,88 € | 3.686.794,95 € | 686.794,81 € | 3.000.000,00 € | 2013 |
| | 3.320.374,25 € | 3.138.200,98 € | 138.200,95 € | 3.000.000,00 € | 2014 |
| | 5.101.645,43 € | 4.778.778,36 € | 1.794.706,25 € | 3.000.000,00 € | 2015 |
| | | 3.256.781,43 € | 396.252,50 € | 3.000.000,00 € | 2016 |
| | | | | | 2017 |

| | | | | | |
|---|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|------|
| Υπηρεσίες Φορέων Υποστήριξης Αναπηρίας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα | 64.983.318,00 € | | | | 2012 |
| | 60.309.503,14 € | 57.642.156,97 € | 7.642.155,71 € | 50.000.000,00 € | 2013 |
| | 58.241.841,50 € | 55.647.008,16 € | 5.647.007,09 € | 50.000.000,00 € | 2014 |
| | 43.022.191,45 € | 41.257.310,04 € | - € | 50.000.000,00 € | 2015 |
| | | 43.826.173,21 € | - € | 50.000.000,00 € | 2016 |
| | | | | | 2017 |

| | | | | | |
|---|--|-----------------|----------------|-----------------|------|
| Υπηρεσίες Φορέων Υποστήριξης Αναπηρίας (Συγχώνευση Κερδοσκοπικού και μη Κερδοσκοπικού Χαρακτήρα από το 2017) | | | | | 2012 |
| | | | | | 2013 |
| | | | | | 2014 |
| | | | | | 2015 |
| | | | | | 2016 |
| | | 50.911.001,88 € | 3.910.996,16 € | 47.000.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|---|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|
| Υπηρεσίες Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Κλειστής Περίθαλψης | 81.417.605,00 € | | | | 2012 |
| | 103.869.020,79 € | 93.112.123,66 € | 28.023.517,22 € | 57.000.000,00 € | 2013 |
| | 96.780.281,80 € | 86.865.961,95 € | 35.865.961,73 € | 51.000.000,00 € | 2014 |
| | 89.968.645,34 € | 81.874.923,18 € | 30.874.921,94 € | 51.000.000,00 € | 2015 |
| | | 85.262.641,61 € | 34.262.640,28 € | 51.000.000,00 € | 2016 |
| | | 86.139.072,94 € | 32.139.071,53 € | 54.000.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|-----------|--|--|--|--|------|
| Υπηρεσίες | | | | | 2012 |
|-----------|--|--|--|--|------|

| | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|----------------|----------------|------|
| Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Ανοιχτής Περιήλασης | | | | | 2013 |
| | 14.279.066,25 € | 11.123.090,79 € | 5.123.090,32 € | 6.000.000,00 € | 2014 |
| | 8.769.950,00 € | 6.532.205,90 € | 727.543,93 € | 6.000.000,00 € | 2015 |
| | | 6.368.655,08 € | 575.336,98 € | 6.000.000,00 € | 2016 |
| | | 7.034.903,64 € | 1.034.901,82 € | 6.000.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|--|------------------|------------------|-----------------|------------------|------|
| Υπηρεσίες Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και Μονάδων Τεχνητού Νεφρού | 104.008.885,50 € | | | | 2012 |
| | 127.968.042,66 € | 121.825.188,75 € | 9.551.232,69 € | 110.000.004,00 € | 2013 |
| | 133.202.315,76 € | 126.732.562,03 € | 16.732.561,41 € | 110.000.000,00 € | 2014 |
| | 118.787.988,00 € | 113.068.882,34 € | 3.808.591,19 € | 110.000.000,00 € | 2015 |
| | | 123.595.235,05 € | 13.595.230,58 € | 110.000.000,00 € | 2016 |
| | | 131.247.074,29 € | 15.425.497,97 € | 115.500.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|--|--|-----------------|-------------|-----------------|------|
| Υλικά Αιμοκάθαρσης (Νέα κατηγορία το 2017) | | | | | 2012 |
| | | | | | 2013 |
| | | | | | 2014 |
| | | | | | 2015 |
| | | | | | 2016 |
| | | 24.218.874,94 € | 40.443,38 € | 20.000.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|--|------------------|------------------|------------------|------------------|------|
| Διαγνωστικές Υπηρεσίες και πράξεις Διαγνωστικών Εργαστηρίων (Εταιρείες, Κλινικές, Ιδιώτες) | 490.330.677,48 € | | | | 2012 |
| | 475.813.579,94 € | 393.109.423,45 € | 120.109.400,77 € | 273.000.000,00 € | 2013 |
| | 565.814.968,80 € | 458.452.241,44 € | 164.607.469,61 € | 302.000.000,00 € | 2014 |
| | 525.863.914,66 € | 421.720.730,14 € | 122.502.798,04 € | 302.000.000,00 € | 2015 |
| | | | | | 2016 |

| | | | | | |
|--|--|------------------|-----------------|------------------|------|
| | | 348.432.287,12 € | 40.243.295,48 € | 314.000.000,00 € | |
| | | | | | 2017 |

| | | | | | |
|---|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|
| Ιατρούς κατά πράξη και περίπτωση (κατηγορία Α) με ειδικότητα καρδιολογία, γαστρεντερολογία, νευρολογία, γυναικολογία και φυσιατρική | 47.075.860,00 € | | | | 2012 |
| | 38.377.163,54 € | 30.445.756,15 € | 10.445.747,95 € | 20.000.000,00 € | 2013 |
| | 29.745.593,00 € | 18.532.600,41 € | 5.562.178,58 € | 18.000.000,00 € | 2014 |
| | 23.993.950,83 € | 15.182.181,22 € | - € | 18.000.000,00 € | 2015 |
| | | 15.501.034,12 € | - € | 18.000.000,00 € | 2016 |
| | | | | | 2017 |

| | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|----------------|----------------|------|
| Ιατρούς κατά πράξη και περίπτωση (κατηγορία Β) με λοιπές ειδικότητες | 9.258.201,30 € | | | | 2012 |
| | 15.008.274,19 € | 12.083.529,93 € | 3.083.524,22 € | 9.000.000,00 € | 2013 |
| | 13.859.265,03 € | 9.211.213,34 € | 3.599.930,71 € | 8.100.000,00 € | 2014 |
| | 10.661.999,40 € | 6.643.388,46 € | - € | 8.100.000,00 € | 2015 |
| | | 6.042.659,12 € | - € | 8.100.000,00 € | 2016 |
| | | | | | 2017 |

| | | | | | |
|--|--|------------------|-----------------|------------------|------|
| Διαγνωστικές Υπηρεσίες και πράξεις Διαγνωστικών Εργαστηρίων (Εταιρείες, Κλινικές, Ιδιώτες, Ιατροί κατά πράξη) Συγχώνευση με ιατρούς κατά πράξη και | | | | | 2012 |
| | | | | | 2013 |
| | | | | | 2014 |
| | | | | | 2015 |
| | | | | | 2016 |
| | | 413.602.386,12 € | 63.602.050,54 € | 350.000.000,00 € | |

| | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|
| περίπτωση από το 2017 | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------|
| Φυσικοθερ απειτήρια και Φυσικοθερ απειτές (Ιδιώτες και Εταιρείες) | 92.915.506,16 € | | | | 2012 |
| | 75.782.116,00 € | 69.985.104,35 € | 3.014.552,99 € | 68.000.000,00 € | 2013 |
| | 78.099.287,10 € | 69.403.512,09 € | 7.403.491,77 € | 62.000.000,00 € | 2014 |
| | 91.675.120,90 € | 82.678.362,25 € | 21.684.717,08 € | 62.000.000,00 € | 2015 |
| | | 85.875.984,94 € | 19.017.594,15 € | 68.000.000,00 € | 2016 |
| | | 84.801.893,86 € | 14.801.776,36 € | 70.000.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|-----------------------|--|------------------|-----------------|------------------|------|
| Υγειονομικ ό Υλικό | | | | | 2012 |
| | | | | | 2013 |
| | | | | | 2014 |
| | | | | | 2015 |
| | | | | | 2016 |
| | | 224.776.480,43 € | 39.815.964,70 € | 194.000.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|-----------------------|--|-----------------|----------------|-----------------|------|
| Πρόσθετη Περίθαλψη | | | | | 2012 |
| | | | | | 2013 |
| | | | | | 2014 |
| | | | | | 2015 |
| | | | | | 2016 |
| | | 46.409.046,32 € | 5.089.355,43 € | 43.000.000,00 € | 2017 |

| | | | | | |
|-------------------------------|--|-----------------|-----------------|-----------------|------|
| Συμπληρώ ματα Διατροφής | | | | | 2012 |
| | | | | | 2013 |
| | | | | | 2014 |
| | | | | | 2015 |
| | | | | | 2016 |
| | | 36.939.177,59 € | 17.260.074,89 € | 20.000.000,00 € | 2017 |

Πηγή: Βάση δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Ειδικά για το έτος 2017¹³¹ και σε σχέση με τα προηγούμενα έτη, υπήρξε αναπροσαρμογή του ανώτατου ορίου δαπάνης όπως αναλυτικά αναφέρεται στον πίνακα 3.19 που ακολουθεί. Συγκεκριμένα υπήρξε αναπροσαρμογή προς τα πάνω σε όλες τις κατηγορίες των προμηθευτών ενώ προστέθηκαν επιπλέον και οι κατηγορίες των σκευασμάτων ειδικής διατροφής, υγειονομικού υλικού και πρόσθετης περίθαλψης με τους προμηθευτές των οποίων ο Οργανισμός από 1-1-2017 σύναψε συμβάσεις.

Πίνακας 3.19: Ανάλυση δαπάνης έτους 2017

| ΚΑΤ/ΡΙΑ | ΥΠΟΚ/ΡΙΑ | Παρεχόμενη Υπηρεσία Υγείας | Ποσό μετά από εκπτώσεις | Ποσό CLAWBACK | Ετήσιο Όριο |
|----------------|-----------------|--|--------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| A | | Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών | 354.313.392,02 € | 89.313.384,03 € | 265.000.000,00 € |
| | A1 | Νοσήλια | 258.907.101,60 € | 80.926.415,31 € | 175.000.000,00 € |
| | A3 | Νοσήλια Ειδικών Επεμβάσεων | 42.582.167,06 € | 3.076.389,31 € | 40.000.000,00 € |
| | A5 | Μονάδες Εντατικής Θεραπείας | 12.886.296,69 € | 32.975,92 € | 14.500.000,00 € |
| | A6 | Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών | 13.660.222,71 € | 0,00 € | 14.500.000,00 € |
| | A7 | Ακτινοθεραπεία | 26.277.603,96 € | 5.277.603,49 € | 21.000.000,00 € |
| B | | Υπηρεσίες Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Κλειστής Περίθαλψης | 86.139.072,94 € | 32.139.071,53 € | 54.000.000,00 € |
| Γ | | Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών Ψυχιατρικής | 66.061.185,93 € | 16.061.183,33 € | 50.000.000,00 € |
| Δ | | Φορείς Υποστήριξης Αναπηρίας | 50.911.001,88 € | 3.910.996,16 € | 47.000.000,00 € |
| | Δ1 | Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης | 4.066.287,00 € | 566.284,88 € | 3.500.000,00 € |

¹³¹ ΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π.1560(ΦΕΚ 26Β'/15-1-2018) που τροποποιεί την ΥΑ Γ3γ/Γ.Π. 37400/(ΦΕΚ Β'/1752/19-5-2017

| | | | | | |
|----|-----|--|----------------------------|---------------------------|----------------------------|
| | Δ2 | Κέντρα Δημέρευσης- Ημερήσιας Φροντίδας (Κ.Δ.-Η.Φ.) | 9.765.339,73 € | 1.073.913,34 € | 9.000.000,00 € |
| | Δ3 | Ιδρύματα Χρονίων Παθήσεων | 22.875.813,77 € | 2.238.451,26 € | 19.500.000,00 € |
| | Δ4 | Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Ξενώνες & Οικοτροφεία & Προστατευόμενα Διαμερίσματα) | 8.979.752,10 € | 0,00 € | 9.500.000,00 € |
| | Δ5 | Οικοτροφεία/Ιδρύματα Ασυλικού Τύπου για ΑΜΕΑ | 2.922.116,68 € | 0,00 € | 3.000.000,00 € |
| | Δ6 | Άλλοι Φορείς Υποστήριξης Αναπηρίας | 1.906.443,54 € | 22.350,67 € | 2.000.000,00 € |
| | Δ7 | Ειδικά Σχολεία & Εκπαιδευτήρια ΑΜΕΑ | 395.249,06 € | 9.996,01 € | 500.000,00 € |
| E | | Υπηρεσίες Διαγνωστικών Εξετάσεων και Πράξεων | 413.602.386,12 € | 63.602.050,54 € | 350.000.000,00 € |
| | E1 | Εξετάσεις Βιολογικών Υλικών | 212.538.275,80 € | 12.538.143,95 € | 200.000.000,00 € |
| | E2α | Ακτινογραφίες | 2.838.511,59 € | 189.426,10 € | 3.000.000,00 € |
| | E2β | Ψηφιακή Μαστογραφία | 8.661.909,00 € | 1.661.892,62 € | 7.000.000,00 € |
| | E3 | Μέτρηση Οστικής Πυκνότητας | 8.267.051,41 € | 1.267.028,61 € | 7.000.000,00 € |
| | E4 | CTs και MRI | 92.532.301,58 € | 16.532.285,66 € | 76.000.000,00 € |
| | E5 | Υπερηχογραφήματα | 55.813.337,89 € | 25.519.687,45 € | 29.000.000,00 € |
| | E6 | Σπινθηρογραφήματα | 7.705.093,64 € | 114.967,66 € | 8.000.000,00 € |
| | E7 | Υ.Δ.Ε.Π. - PET/CTs | 2.067.222,35 € | 0,00 € | 2.600.000,00 € |
| | E8 | Διαγνωστικό Ραδιοφάρμακο | 7.327.649,64 € | 427.648,72 € | 6.900.000,00 € |
| | E9 | Λοιπές Εξετάσεις και Πράξεις | 15.851.033,22 € | 5.350.969,77 € | 10.500.000,00 € |
| Στ | | Υπηρεσίες Φυσικοθεραπείας | 84.801.893,86 € | 14.801.776,36 € | 70.000.000,00 € |
| | Στ1 | Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας - Φυσικοθεραπευτές | 82.916.796,37 € | 14.727.211,77 € | 68.000.000,00 € |

| | | | | | |
|---|-----|---|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | Στ2 | Εργαστήρια Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης | 1.885.097,49 € | 74.564,59 € | 2.000.000,00 € |
| Z | | Υπηρεσίες Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Ανοιχτής Περίθαλψης | 7.034.903,64 € | 1.034.901,82 € | 6.000.000,00 € |
| I | | Υπηρεσίες Αιμοκάθαρσης | 155.465.949,23 € | 15.465.941,35 € | 140.000.000,00 € |
| | I1 | Υπηρεσίες Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης | 93.825.791,07 € | 10.325.788,08 € | 83.500.000,00 € |
| | I2 | Υπηρεσίες Μονάδων Τεχνητού Νεφρού | 37.421.283,22 € | 5.099.709,89 € | 32.000.000,00 € |
| | I3 | Υλικά Αιμοκάθαρσης | 24.218.874,94 € | 40.443,38 € | 24.500.000,00 € |
| K | | Συμπληρώματα Ειδικής Διατροφής | 36.939.177,59 € | 17.260.074,89 € | 20.000.000,00 € |
| Λ | | Υγειονομικό Υλικό | 224.776.480,43 € | 39.815.964,70 € | 194.000.000,00 € |
| | Λ1 | Επιθέματα | 45.910.505,45 € | 8.921.257,80 € | 37.000.000,00 € |
| | Λ3 | Οστομικά Υλικά | 30.078.083,23 € | 2.996.649,38 € | 27.500.000,00 € |
| | Λ4 | Υλικά Σακχαρώδους Διαβήτη | 80.008.037,29 € | 17.016.576,57 € | 60.000.000,00 € |
| | Λ7 | Καθετήρες - ουροσυλλέκτες | 43.374.188,47 € | 9.128.663,80 € | 35.000.000,00 € |
| | Λ9 | Λοιπά Υγειονομικά Υλικά (υλικά περιτοναϊκήςκάθαρσης, τραχειοστομίας, μεσογειακής αναιμίας, συσκευών σίτισης, συσκευών έγχυσης φαρμάκων κτλ) | 25.405.665,99 € | 1.752.817,15 € | 34.500.000,00 € |
| M | | Πρόσθετη Περίθαλψη | 46.409.046,32 € | 5.089.355,43 € | 43.000.000,00 € |
| | M2 | Αναπνευστικά – Συσκευές-Οξυγόνο | 35.430.321,29 € | 5.089.355,43 € | 33.300.000,00 € |
| | M3α | Ορθοπεδικά | 4.257.534,26 € | 0,00 € | 4.400.000,00 € |
| | M3β | Ορθοπεδικά επί παραγγελία | 2.253.401,05 € | 0,00 € | 2.000.000,00 € |
| | M4 | Ακουστικά και Λοιπά | 4.467.789,72 € | 0,00 € | 3.300.000,00 € |

Πηγή: Βάση δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2018

3.4.2.: Ανάθεση σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες του ελέγχου και της τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών κλειστής νοσηλείας

Το 2013 ο ΕΟΠΥΥ με το Ν. 4172/2013¹³² αποφάσισε με γνώμονα την εύρυθμη λειτουργία του και για λόγους, όπως ρητά αναφέρεται στον εν λόγω νόμο, διασφάλισης του δημοσίου συμφέροντος, να αναθέσει σε ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες τον έλεγχο και την τελική εκκαθάριση των λογαριασμών των συμβεβλημένων ιδιωτών παρόχων οι οποίοι μέχρι τότε αποζημιώνονταν με πρόχειρο λογιστικό έλεγχο.¹³³ Το κόστος του εγχειρήματος βάρυνε αποκλειστικά τους παρόχους και κύριο σκοπό είχε τον έλεγχο της ορθής τιμολόγησης, των δικαιολογητικών και των εκδοθέντων παραστατικών, του ιατρικώς αναγκαίου της γενόμενης κλινικής και ιατρικής πρακτικής και της τήρησης των διεθνών λογιστικών κανόνων. Τελικά η ανάθεση του ελέγχου και της τελικής εκκαθάρισης περιορίστηκε στους προμηθευτές κλειστής νοσηλείας ενώ οι υπόλοιπες κατηγορίες της ανοικτής περίθαλψης εξακολουθούσαν να αποζημιώνονται με πρόχειρο λογιστικό έλεγχο.

Τα δε αποτελέσματα του ελέγχου κοινοποιήθηκαν στον ΕΟΠΥΥ και τους παρόχους μόλις το 2018 οπότε εκδόθηκαν και οι σχετικές πράξεις τελικής εκκαθάρισης από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του ΕΟΠΥΥ ενώ όπως κατωτέρω θα αναλυθεί ο Οργανισμός είχε ήδη ξεκινήσει με ίδιες δυνάμεις τον έλεγχο και την τελική εκκαθάριση του μεγαλύτερου μέρους των συμβεβλημένων παρόχων.

3.4.3.: Σύσταση της επιτροπής διαπραγμάτευσης

Συστήθηκε η εν λόγω επιτροπή, γνωμοδοτικού χαρακτήρα, προκειμένου να διαπραγματεύεται με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους τις αμοιβές τους, τους όρους των συμβάσεων του Οργανισμού, τις τιμές των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων¹³⁴

¹³² Άρθρο 100παρ.6 Ν.4172/2013

¹³³ Άρθρο 24 παρ.2. Ν. 3965/2011(ΦΕΚ 113Α'/18-5-2011), «Αναμόρφωση πλαισίου λειτουργίας Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων, Οργανισμού Διαχείρισης Δημοσίου Χρέους, Δημοσίων Επιχειρήσεων και Οργανισμών, σύσταση Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Περιουσίας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 4 Ν. 4163/2013(ΦΕΚ 115Α'/28-6-2013) και η με αριθμ. 494/121/3-7-2013 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ.

¹³⁴ ΚΥΑ 90168(ΦΕΚ 2543Β'/ 10-10-2013), «Σύσταση και συγκρότηση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης στον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», ΚΥΑ Αριθμ. Α1β/Γ.Π.οικ.: 12298(ΦΕΚ

καθώς και να εισηγείται στο Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τη διατήρηση ή την τροποποίηση όλων των ανωτέρω.

Ειδικότερα το κύριο έργο της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης εντοπίζεται στους εξής άξονες:

α) Διαπραγμάτευση και τυχόν αναθεώρηση των ισχυουσών τιμών αποζημίωσης στην παροχή υπηρεσιών υγείας όλων των κατηγοριών όπως ορίζονται κάθε φορά στον ισχύοντα Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Οργανισμού, προς το συμφέρον του Οργανισμού και των δικαιούχων, β) Διαπραγμάτευση τιμολογιακής πολιτικής και συμφωνιών κάθε είδους, ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, προκειμένου αφενός να παρέχονται βελτιωμένες και οικονομικά αποδοτικότερες υπηρεσίες υγείας, βάσει ποιοτικών κριτηρίων, εναρμονισμένες με τα Ευρωπαϊκά πρότυπα πιστοποίησης και διαπίστευσης κι αφετέρου περισσότερες επιλογές στους δικαιούχους, γ) Διαπραγμάτευση ποσοστού έκπτωσης στην αποζημίωση της τιμής του φαρμάκου με τους αρμόδιους φορείς λαμβάνοντας υπόψη παραμέτρους όπως ο όγκος των πωλήσεων του με στοιχεία που προκύπτουν βάσει κριτηρίων όπως, η τιμή του, η φερεγγυότητα του παρασκευαστή, ο γεωγραφικός η ποσότητα κυκλοφορίας του στην αγορά, η δραστικότητα, το κλινικό όφελος και η αποτελεσματικότητά του, δ) Διαπραγμάτευση με τους αρμόδιους φορείς και επιχειρήσεις, ποσοστού έκπτωσης στην αποζημίωση υγειονομικού υλικού και ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, επί των τιμών, όπως αυτές κάθε φορά ορίζονται στο Παράρτημα του ισχύοντα (Ε.Κ.Π.Υ.), 5) Συνεργασία με αρμόδιους φορείς και όργανα σε διεθνές επίπεδο, αποσκοπώντας στην ενεργό συμμετοχή της Χώρας, εξασφαλίζοντας με κάθε πρόσφορο μέσο, την ενημέρωση, σχετικά με τις εξελίξεις που αφορούν στον τομέα της διαπραγμάτευσης.

Τα μέσα διαπραγμάτευσης¹³⁵ που χρησιμοποιεί η Επιτροπή με τους συμβαλλόμενους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στηρίζονται σε οικονομικές συμφωνίες όπως: α) Συμφωνία όγκου – τιμής («price volume agreements») που προκαλεί μειώσεις – εκπτώσεις στις τιμές στην περίπτωση υπέρβασης των πωλήσεων που έχουν συμφωνηθεί προκαταβολικά, β) Συμφωνία επιμερισμού του κινδύνου («risk sharing agreements») που στόχο έχει το μοίρασμα του συνόλου ή μέρους του οικονομικού ρίσκου ανεξάρτητα με το τελικό αποτέλεσμα και την αποτελεσματικότητα

81'/Υ.Ο.Δ.Δ./17-2-2016), «Ορισμός μελών στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)» και ΚΥΑ Αριθμ. Α1β/Γ.Π. οικ.22881, (ΦΕΚ 163/Υ.Ο.Δ.Δ./21-3-2018), «Συγκρότηση και ορισμός μελών στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.».

¹³⁵ Άρθρο 3 ΚΥΑ 90168(ΦΕΚ 2543Β'/10-10-2013) «Σύσταση και συγκρότηση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης στον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)».

και αποδοτικότητα των υπηρεσιών και των προϊόντων των προμηθευτών. Σχετίζεται με τη σκοπιμότητα μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος και σε αυτή την περίπτωση μπορεί να επιτευχθεί επιστροφή των χρημάτων μέσω της προσαρμογής της τιμής ή της έκπτωσης της υπηρεσίας ή του προϊόντος εκ μέρους του προμηθευτή, γ) Εκπτώσεις («rebates») που σχετίζονται με συμφωνίες επιπλέον κλιμακούμενης επιστροφής ανάλογα με το συνολικό όγκο πωλήσεων των προϊόντων τους ή παροχής των υπηρεσιών τους.

Η Επιτροπή Διαπραγμάτευσης απαρτίζεται από Πρόεδρο και έξι (6) μέλη και τους αναπληρωτές τους ενώ διορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, με διετή θητεία και δεν επιτρέπεται ο διορισμός τους για περισσότερες από δύο συνεχείς θητείες.

3.4.4.: Θεσμοθέτηση ορίων συνταγογράφησης φαρμάκων, ιατρικών πράξεων και διαγνωστικών εξετάσεων και προώθηση συνταγογράφησης γενόσημων φαρμάκων

Περαιτέρω ο ΕΟΠΥΥ προκειμένου να ελέγξει τις δαπάνες του και να προστατευτεί από το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης, με μια σειρά υπουργικών αποφάσεων¹³⁶ προέβη στη θέσπιση ορίων των συνταγογραφούμενων εξετάσεων ορίζοντας κατευθυντήριες οδηγίες προκειμένου να σταθμίσει την κλινική ωφελιμότητα-κόστος μιας εξέτασης και να εφαρμόσει την τεκμηριωμένη ιατρική (evidence-based medicine). Στην ουσία για πρώτη φορά επιχείρησε να εφαρμόσει διαγνωστικά πρωτόκολλα, βάσει των οποίων προτείνονται για κάθε συμπτωματολογία ή πάθηση εξετάσεις για τις οποίες έχει τεκμηριωθεί η κλινική ωφελιμότητά τους σε συνάρτηση με τη δαπάνη την οποία απαιτούν.

Η μη τήρηση αυτών των οδηγιών από τους θεράποντες ιατρούς αποτελεί για τον ΕΟΠΥΥ το έναυσμα για τη διενέργεια στοχευμένου ελέγχου των παραπεμπτικών για τις διαγνωστικές πράξεις που συνταγογράφησε ο συγκεκριμένος ιατρός, ο οποίος υποχρεούται να αιτιολογήσει

¹³⁶Άρθρο 3 ΥΑ 9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243B'/18-8-2014) «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου», ΥΑ Αριθ. Γ3γ/οικ. 28501(ΦΕΚ 1115/B'/19-4-2016) «Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243/B/18-8-2014) υπουργικής απόφασης «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει» και ΥΑ. Γ3γ/οικ. 33766 (ΦΕΚ 1543B'/1-6-2016), «Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243/B/18-8-2014) υπουργικής απόφασης «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει».

τόσο την αναγκαιότητα της διαγνωστικής πράξης όσο και το συσχετισμό της με συγκεκριμένο ICD-10¹³⁷.

Επιπλέον δυνάμει της πρώτης εκ των ανωτέρω αναφερόμενων υπουργικών αποφάσεων¹³⁸ όλα τα παραπεμπτικά πλέον εκδίδονται σε ηλεκτρονική μορφή από το σύστημα της ΗΔΙΚΑ στο οποίο ενσωματώνεται για κάθε ιατρική ειδικότητα το αριθμητικό όριο συνταγογραφούμενων εξετάσεων ανά παραπεμπτικό σε κάθε κατηγορία ιατρικών πράξεων και κατά τη διάρκεια της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης από τον συνταγογράφο ιατρό, το σύστημα τον ενημερώνει για το κατά πόσον οι εξετάσεις που συνταγογραφεί βρίσκονται εντός του επιτρεπόμενου αριθμητικού ορίου.

Για όσες εξετάσεις υπάρχει υπέρβαση του εγκεκριμένου αριθμού προβλέπεται δωρεάν διενέργεια στις δημόσιες δομές, χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, διότι δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ εφόσον διενεργηθούν σε ιδιώτες παρόχους και εφόσον στο παραπεμπτικό υπάρχει η ρητή ένδειξη "δεν αποζημιώνεται από τον ΕΟΠΥΥ σε ιδιώτη πάροχο".

Τέλος απαγορεύτηκε¹³⁹ η συνταγογράφηση, διαγνωστικών εξετάσεων από ιατρούς αμιγώς εργαστηριακών ειδικοτήτων και συγκεκριμένα Βιοπαθολόγους, Ακτινοδιαγνώστες, Κυτταρολόγους και Παθολογοανατόμους ενώ ειδικότητα ιατρού που δεν αναγράφεται στην ανωτέρω αναφερόμενη υπουργική απόφαση δεν έχει δικαίωμα συνταγογράφησης και οι εξετάσεις που συνταγογραφεί δεν εγκρίνονται, ανεξάρτητα εάν στο παρελθόν έχει λάβει πιστοποίηση στο σύστημα.

Πέραν των ανωτέρω αναφερόμενων ο ΕΟΠΥΥ σε συνεργασία με την ΗΔΙΚΑ ΑΕ προχώρησε σε περαιτέρω ταξινόμηση των διαγνωστικών εξετάσεων καθώς με υπουργική απόφαση¹⁴⁰ αποφασίστηκε και προστέθηκαν από 1-11-2016 στα παραπεμπτικά διαγνωστικών εξετάσεων που εκδίδονται από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-prescription) πεδία που αναγράφουν «ΔΙΑΓΝΩΣΗ» και «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ». Τα συγκεκριμένα πεδία είναι πλέον υποχρεωμένος ο θεράπων ιατρός να τα επιλέξει, αφού πρώτα έχει επιλέξει το πεδίο της Διεθνούς Ταξινόμησης της Νόσου (ICD-10). Με αυτό τον τρόπο ορίζονται συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις για τις οποίες μπορεί ο θεράπων ιατρός να παραπέμψει είτε για διάγνωση είτε για παρακολούθηση τον ασθενή. Οι εξετάσεις

¹³⁷ Άρθρο 3 ΥΑ 9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243Β'/18-8-2014)

¹³⁸ Άρθρο 3παρ.2. ΥΑ 9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243Β'/18-8-2014)

¹³⁹ Άρθρο 3παρ.2. ΥΑ 9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243Β'/18-8-2014)

¹⁴⁰ ΥΑ Γ3γ/40426/ΦΕΚ 2221 Β'/18-7-2016

«ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ» επιτρέπονται μόνο μια φορά το μήνα για το ίδιο ICD-10 και για το ίδιο ΑΜΚΑ, ενώ οι εξετάσεις «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ» της νόσου επιτρέπονται για το διάστημα περιοδικότητας που ορίζεται στην ανωτέρω υπουργική απόφαση.

Πέρα των ανωτέρω πεδίων σε περίπτωση που ο θεράπων ιατρός κρίνει ως αναγκαία για την κλινική διερεύνηση του ασθενούς τότε του δίνεται η δυνατότητα να επιλέξει ένα πεδίο με τον προσδιορισμό «ΕΞΑΙΡΟΥΜΕΝΕΣ» το οποίο οφείλει να αιτιολογήσει και αν η συγκεκριμένη επιλογή για κάθε γιατρό ξεπερνά το ποσοστό του 15% κάθε έτος, υπάρχει σχετικό ενημερωτικό μήνυμα επί της οθόνης πριν από την έκδοση του παραπεμπτικού, ενώ παράλληλα ενημερώνεται και ο ΕΟΠΥΥ με την έκδοση του παραπεμπτικού για περαιτέρω διερεύνηση αυτών των εξαιρέσεων. Επιπροσθέτως υπολογίζεται συνεχώς το μέσο παραπεμπτικό ανά ειδικότητα και ICD-10, όπου ως μέσο παραπεμπτικό ορίζεται ο μέσος όρος της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για τα παραπεμπτικά της ίδιας ειδικότητας και για το ίδιο ICD-10. Για τον υπολογισμό του μέσου παραπεμπτικού ανά ειδικότητα και ICD-10 λαμβάνεται υπόψη το αμέσως προηγούμενο έτος δηλαδή από 1 Ιανουαρίου μέχρι 31 Δεκεμβρίου. Όταν ιατρός συγκεκριμένης ειδικότητας ξεπερνά το 20% του μέσου παραπεμπτικού καταγράφεται η υπέρβαση. Για την υπέρβαση αυτή ενημερώνεται τόσο ο ιατρός με ειδικό μήνυμα στην οθόνη του Η/Υ του, όσο και ο ΕΟΠΥΥ.

Τέλος προβλέπονται πακέτα εξετάσεων για τις κατηγορίες αξονικών και μαγνητικών τομογραφιών. Όταν ο γιατρός επιλέγει περισσότερες από μία εξετάσεις που ανήκουν σε κάποιο από τα πακέτα, τότε οι εξετάσεις αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ με έκπτωση ως εξής: η δεύτερη εξέταση αποζημιώνεται με έκπτωση 50%, η τρίτη εξέταση αποζημιώνεται με έκπτωση 75% και από την τέταρτη και μετά λαμβάνει έκπτωση 100%. Ομοίως και η συμμετοχή του ασφαλισμένου θα ακολουθεί τα ίδια ποσοστά έκπτωσης, δηλαδή για τη δεύτερη εξέταση το ποσοστό συμμετοχής του μειώνεται κατά 50%, για την τρίτη κατά 75% και από την τέταρτη και μετά η μείωση της συμμετοχής φτάνει στο 100%.

Σε κάθε πακέτο εξετάσεων υπάρχει σειρά διαβάθμισης με την πρώτη εξέταση να ορίζεται ως η ακριβότερη, η δεύτερη η αμέσως φθηνότερη όπως και όσες ακολουθούν.

Σε σχέση με τη φαρμακευτική δαπάνη ο ΕΟΠΥΥ επίσης έθεσε όρια και περιορισμούς στη συνταγογράφηση¹⁴¹. Συγκεκριμένα έθεσε στόχους και κίνητρα για τη συνταγογράφηση γενόσημων φαρμάκων¹⁴² καθώς και όρια (πλαφόν) στη συνταγογράφηση εκάστου ιατρού

¹⁴¹ Άρθρο 93 Ν. 4472/2017(ΦΕΚ 74^Α/19-5-2017)

¹⁴² Άρθρο 88 Ν. 4472/2017(ΦΕΚ 74^Α/19-5-2017)

λαμβάνοντας υπόψη παραμέτρους όπως η ειδικότητα του ιατρού, ο αριθμός των ασθενών που θεραπεύει και τα χαρακτηριστικά και παθήσεις αυτών, η γεωγραφική περιοχή και τα δημογραφικά δεδομένα της, ο μήνας του έτους (εποχικότητα), οι τυχόν μεταβολές των τιμών των φαρμακευτικών προϊόντων, η εισαγωγή νέων φαρμάκων (πρωτοτύπων ή γενοσήμων) στο θετικό κατάλογο συνταγογράφησης και η εξέλιξη της φαρμακευτικής δαπάνης σε σχέση με τους εκάστοτε στόχους.

Τα όρια προσδιορίζονται από την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων από την έκδοση των συνταγών των προηγούμενων ετών σε ολόκληρη την Επικράτεια, ανάλογα με την ειδικότητα του ιατρού, την Περιφερειακή Ενότητα που εδρεύει και την επισκεψιμότητα για τον αντίστοιχο μήνα του έτους ενώ αφορούν κάθε ιατρό που συνταγογραφεί για τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ και του γνωστοποιούνται μέσω του συστήματος της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης απ' όπου ο γιατρός ενημερώνεται καθημερινά για την ύπαρξη ή όχι υπέρβασης, καθώς και το ποσοστό αυτής.

Σε περίπτωση υπέρβασης των ορίων σε ποσοστό που ξεπερνά το δέκα τοις εκατό (10%), ο ιατρός καλείται από τη Διεύθυνση Φαρμάκου του Οργανισμού να δικαιολογήσει τη την υπέρβαση δίνοντας έγγραφες εξηγήσεις μέσα σε προθεσμία δέκα (10) ημερών από την κοινοποίηση του σχετικού εγγράφου, στο οποίο υποχρεωτικά αναφέρεται η παράβαση που διαπιστώθηκε. Σε περίπτωση μη επαρκούς αιτιολόγησης της υπέρβασης, το Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ επιβάλλει διοικητικές κυρώσεις.¹⁴³

Σε σχέση με το ζήτημα της προώθησης των γενόσημων φαρμάκων τέθηκε ο στόχος της αύξησης του μεριδίου τους κατ' όγκο στο 60%¹⁴⁴ και θεσπίστηκαν κίνητρα για τη συνταγογράφηση και εκτέλεσή τους από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Με το Ν. 4472/2017¹⁴⁵ ορίζεται ότι τα φαρμακεία που χορηγούν γενόσημα φάρμακα συνταγογραφούμενα και αποζημιούμενα από τον ΕΟΠΥΥ τα οποία υπερβαίνουν μηνιαίως, κατ' όγκο πωλήσεων, το 25%, των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στις συνταγές που εκτελούνται σε αυτά, λαμβάνουν υποχρεωτική έκπτωση από τις φαρμακευτικές εταιρείες. Η έκπτωση υπολογίζεται ποσοστιαία και αντιστοιχεί σε ποσοστό 3% για τις πρώτες δέκα ποσοστιαίες μονάδες άνω του παραπάνω ελάχιστου ποσοστιαίου στόχου (δηλαδή άνω του 25%), υποδιαιρούμενου αναλογικά του ποσοστού έκπτωσης ανά ποσοστιαία μονάδα¹⁴⁶. Επιπλέον αυξάνεται κλιμακωτά για κάθε επόμενη δεκάδα ποσοστιαίων μονάδων κατά 3% και υπολογίζεται επί

¹⁴³ Άρθρο 93 παρ.4 Ν. 4472/2017(ΦΕΚ 74^{Α'}/19-5-2017)

¹⁴⁴ Άρθρο 93 παρ.2 Ν. 4472/2017(ΦΕΚ 74^{Α'}/19-5-2017)

¹⁴⁵ Άρθρο 88 Ν.4472/2017

¹⁴⁶ Σε εφαρμογή του άρθρου 88 του Ν. 4472/2017 εκδόθηκε η ΥΑ Γ5(α)/οικ. 43125/ΦΕΚ 1984Β'/8-6-2017

της αξίας, σε τιμή παραγωγού, των συνολικών μηνιαίων πωλήσεων στο φαρμακείο των γενόσημων φαρμάκων, δυνάμει των στοιχείων που διαθέτει ο ΕΟΠΥΥ.

Τέλος προβλέπεται για τα ιδιωτικά φαρμακεία που προτείνουν και χορηγούν στους ασφαλισμένους φάρμακα αναφοράς μετά τη λήξη περιόδου προστασίας τους αντί των γενόσημων φαρμάκων, επιπλέον ποσοστό επιστροφής (rebate) 0,8% επί της λιανικής τιμής των συνταγογραφούμενων φαρμάκων αναφοράς προς τον ΕΟΠΥΥ για το έτος 2018.¹⁴⁷

Κίνητρα για τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων θεσπίστηκαν και για τους ασφαλισμένους καθώς με το Ν. 4549/2018¹⁴⁸ ορίστηκε μηδενική συμμετοχή για τη χρήση γενόσημων φαρμάκων.

3.4.5.: Θεσμοθέτηση καταβολής από τους ασφαλισμένους 1 ευρώ ανά συνταγή υπέρ ΕΟΠΥΥ

Προκειμένου να ενισχυθούν τα έσοδα του Οργανισμού, από 1-1-2014¹⁴⁹ θεσμοθετήθηκε η παρακράτηση από τους ασφαλισμένους 1 ευρώ ανά συνταγή που εκτελείται από κάθε φαρμακείο υπέρ του ΕΟΠΥΥ¹⁵⁰. Το μέτρο αφορά στην εκτέλεση τόσο των ηλεκτρονικών συνταγών όσο και των χειρόγραφων με την παρακράτηση του 1 ευρώ να προστίθεται στο πληρωτέο ποσό του ασφαλισμένου.

3.4.6. Εφαρμογή τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των ιδιωτών συμβεβλημένων παρόχων από 1-1-2016 και των νέων συμβάσεων από 1-1-2017.

Από την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ και μέχρι 31-12-2015 η εκκαθάριση των λογαριασμών όλων των προμηθευτών, με εξαίρεση το έτος 2013 για την κλειστή περίθαλψη όπως ανωτέρω αναφέρθηκε, γινόταν με πρόχειρο λογιστικό έλεγχο αφού πρώτα ελεγχόταν η ύπαρξη της σχετικής σύμβασης του παρόχου με τον Οργανισμό, των σχετικών παραστατικών

¹⁴⁷ Άρθρο 26 Ν. 4549/2018 (ΦΕΚ 105^Α/14-6-2018)

¹⁴⁸ Άρθρο 26 Ν. 4549/2018 (ΦΕΚ 105^Α/14-6-2018)

¹⁴⁹ Άρθρο 1. παρ. ΙΒ. Υποπαρ. ΙΒ2. περ. 12 Ν. 4093/2012(ΦΕΚ 222^Α/ 12-11-2012)

¹⁵⁰ Η με αριθμ. Πρωτ. 232/2-1-2014 εγκύκλιος Υπουργείου Υγείας και με αρ. πρωτ. Οικ.18238/16-5-2014 εγκύκλιος του ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: ΒΙΦ50Ξ7Μ-Φ99)

και διενεργούνταν οι κατά το νόμο νόμιμες κρατήσεις υπέρ τρίτων¹⁵¹. Με το Ν. 4368/2016,¹⁵² και την κοινή υπουργική απόφαση¹⁵³ οι μηνιαίες δαπάνες των συμβεβλημένων παρόχων υγείας, πλην φαρμακοποιών για συνταγές φαρμάκων και νοσοκομείων,¹⁵⁴ που πραγματοποιήθηκαν από την 1.1.2016 και μετά, υποβάλλονται ηλεκτρονικά κάθε μήνα από τους προμηθευτές και στη συνέχεια αποστέλλεται από τους ίδιους και το φυσικό αρχείο, στον τόπο που έχει υποδείξει ο ΕΟΠΥΥ ενώ από 1-1-2017 επεκτάθηκε το δίκτυο των συμβάσεων και στις κατηγορίες των προμηθευτών υγειονομικού υλικού, τα σκευάσματα ειδικής διατροφής, την πρόσθετη περίθαλψη οι οποίοι υποβάλλουν ηλεκτρονικά τις δαπάνες¹⁵⁵ όπως και οι λοιποί προμηθευτές.

Στη συνέχεια οι λογαριασμοί εκκαθαρίζονται από τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του ΕΟΠΥΥ με δειγματοληψία, η οποία σε κάθε περίπτωση δεν μπορεί να αφορά ποσοστό μικρότερο του πέντε τοις εκατό (5%) του συνολικού αριθμού των υποβαλλομένων δικαιολογητικών δαπανών ασφαλισμένων εκάστου παρόχου και κατ' ελάχιστο αριθμό 10 δικαιολογητικών δαπάνης. Σε περίπτωση που κατά την ανωτέρω εκκαθάριση εκάστου παρόχου διαπιστωθεί ποσοστό μη αποδεκτών δικαιολογητικών δαπανών ασφαλισμένων, το ποσοστό αυτό ανάγεται στο σύνολο της υποβληθείσας δαπάνης του παρόχου, με αντίστοιχη περικοπή στην πράξη τελικής εκκαθάρισης.

Μετά την εφαρμογή της μεθόδου στρωματοποιημένης δειγματοληψίας κατά την οποία κατηγοριοποιείται όλο το γενικό σύνολο διερεύνησης σε στρώματα και επιλέγεται ένα ανεξάρτητο τυχαίο δείγμα από κάθε στρώμα¹⁵⁶, προκύπτει το δείγμα του φυσικού αρχείου που ελέγχεται από τα αρμόδια για τον ιατρικό και διοικητικό-οικονομικό έλεγχο όργανα του Οργανισμού, ως προς την νομιμότητα και την κανονικότητα τους, προκειμένου να εκκαθαριστούν οι εν λόγω δαπάνες και εκδίδεται η σχετική πράξη εκκαθάρισης στην οποία

¹⁵¹ Άρθρο 24 παρ.2. Ν. 3965/2011(ΦΕΚ 113^Α/18-5-2011), «Αναμόρφωση πλαισίου λειτουργίας Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων, Οργανισμού Διαχείρισης Δημοσίου Χρέους, Δημοσίων Επιχειρήσεων και Οργανισμών, σύσταση Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Περιουσίας και άλλες διατάξεις», Άρθρο 4 Ν. 4163/2013(ΦΕΚ 115^Α/28-6-2013) και η με αριθμ. 494/121/3-7-2013 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ

¹⁵² Άρθρο 90 παρ. 7^α Ν. 4368/2016(ΦΕΚ 21^Α/21-2-2016) «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις»

¹⁵³ ΚΥΑ Β2β/οικ.38642(ΦΕΚ 1536Β'/31-5-2016), « Έλεγχος και εκκαθάριση δαπανών συμβεβλημένων παρόχων υγείας»

¹⁵⁴ Άρθρο 3 Ν. 4517/2018(ΦΕΚ 22^Α/8-2-2018)

¹⁵⁵ Άρθρο 97 παρ. 4 Ν. 4486/2017(ΦΕΚ 115^Α/7-8-2017)

¹⁵⁶ Άρθρο 2 ΚΥΑ Β2β/οικ.38642(ΦΕΚ 1536Β'/31-5-2016)

μεταξύ άλλων αναγράφονται απαραίτητα το συνολικό αιτούμενο ποσό, το ποσό περικοπών-μη αποδεκτών δαπανών του ιατρικού ελέγχου του δείγματος, το ποσό περικοπών του διοικητικού-οικονομικού ελέγχου του δείγματος, το συνολικό ποσό των περικοπών του δείγματος, το ποσοστό (%) περικοπών του δείγματος, το ποσό περικοπής στο σύνολο της υποβληθείσας δαπάνης και το αποτέλεσμα της εκκαθάρισης. Το αποτέλεσμα της εκκαθάρισης μαζί με την πράξη εκκαθάρισης και τα συνοδευτικά αυτής γνωστοποιούνται μέσω ηλεκτρονικού μηνύματος στον πάροχο, ο οποίος εφόσον δε συμφωνεί με αυτό έχει δικαίωμα αίτησης επανεξέτασης του λογαριασμού του εντός τριών ημερών από τη γνωστοποίηση της πράξης.¹⁵⁷ Στη συνέχεια κι εφόσον δεν ασκηθεί το δικαίωμα της αίτησης επανεξέτασης, οι Περιφερειακές Διευθύνσεις οριστικοποιούν τους λογαριασμούς και εκδίδονται τα σχετικά χρηματικά εντάλματα από τη Διεύθυνση Οικονομικών Υπηρεσιών του Οργανισμού.

Ο έλεγχος των λογαριασμών με τελική εκκαθάριση είναι μια δυναμική διαδικασία που ξεκίνησε το 2016 και σταδιακά επεκτείνεται στο μεγαλύτερο μέρος των παροχών υγείας μέσα από ένα εκτεταμένο δίκτυο συμβάσεων με τους προμηθευτές υγείας οι οποίοι αποστέλλουν κάθε μήνα το φυσικό αρχείο σε προκαθορισμένο από τον ΕΟΠΥΥ σημείο. Με τη διαδικασία αυτή αφενός οι προμηθευτές ολοκληρώνουν τη διαδικασία υποβολής του μηνιαίου λογαριασμού τους χωρίς καθυστερήσεις και αφετέρου απαλλάσσονται οι υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ από τον έλεγχο του συνόλου φυσικού αρχείου των λογαριασμών των προμηθευτών γεγονός που στο παρελθόν αποτελούσε λόγο καθυστέρησης πληρωμής των παρόχων λόγω του όγκου των λογαριασμών που έπρεπε να ελεγχθούν. Επιπλέον στο πλαίσιο του εκσυγχρονισμού του Οργανισμού και προς αποφυγή καθυστερήσεων των πληρωμών των προμηθευτών, υπήρξε σύνδεση του λογισμικού του ΕΟΠΥΥ με τις υπηρεσίες της Ανεξάρτητης Αρχής Δημοσίων Εσόδων και του ΕΦΚΑ προκειμένου η αναζήτηση της φορολογικής και ασφαλιστικής ενημερότητας για την απόδοση χρημάτων σύμφωνα με τη φορολογική νομοθεσία να γίνεται αυτόματα και χωρίς τη μεσολάβηση των προμηθευτών που πρόκειται να αποζημιωθούν.

3.4.7. Καταχώρηση ειδών σε μητρώο και εφαρμογή άυλων barcodes

Σε μια ακόμη προσπάθειά του να ελέγξει τις δαπάνες, ο ΕΟΠΥΥ βρίσκεται σε μια δυναμική διαδικασία σύναψης συμβάσεων με παρόχους υπηρεσιών, ιατροτεχνολογικών προϊόντων,

¹⁵⁷ Άρθρο 1 παρ.3 ΚΥΑ Β2β/οικ.38642(ΦΕΚ 1536Β'/31-5-2016)

υλικών και διαιτητικών τροφίμων για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς και ειδών πρόσθετης περιθάλψης και θεραπευτικών μέσων.

Σε αυτό το πλαίσιο, από 30-9-2017¹⁵⁸ τέθηκε ως προϋπόθεση σύναψης σύμβασης με τις ανωτέρω αναφερόμενες κατηγορίες παρόχων, η καταχώρηση κάθε παρόχου σε μητρώο που τηρείται από τον Οργανισμό και στη συνέχεια η έναρξη της διαδικασίας απόδοσης άυλων barcodes, στους εισαγωγείς για τη διάθεση των προϊόντων τους που αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ¹⁵⁹.

Για την αποζημίωση¹⁶⁰ των ανωτέρω ειδών ωστόσο, όπως αναφέρονται και αποζημιώνονται από τον ισχύοντα κάθε φορά κανονισμό παροχών του ΕΟΠΥΥ, απαιτείται υποχρεωτικά εκ μέρους του εισαγωγέα- κατασκευαστή-αντιπροσώπου η προσκόμιση στον ΕΟΠΥΥ πρόσθετης υπεύθυνης δήλωσης του ν. 1599/1986, στην οποία θα δηλώνεται ότι έχουν καταχωρηθεί τα είδη που εμπορεύεται στα μητρώα του ΕΟΦ και του ΕΚΑΠΤΥ-ΕΟΠΥΥ και στο Παρατηρητήριο Τιμών(αν κάποιο προϊόν έχει καταχωρηθεί σε αυτό) και ότι τα προϊόντα διατίθενται σε τρεις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης τουλάχιστον.

Επιπλέον σε ξεχωριστή υπεύθυνη δήλωση, η οποία υποβάλλεται ηλεκτρονικά άπαξ ετησίως θα πρέπει δηλώνονται οι τρεις χαμηλότερες τιμές αγοράς του συγκεκριμένου είδους (αναλώσιμο υγειονομικό υλικό ή διατροφικό σκεύασμα ή είδη πρόσθετης περιθάλψης, εξαιρουμένων των τεχνητών μελών και θεραπευτικών μέσων), με τις οποίες αυτό (με τη συγκεκριμένη περιεκτικότητα και συσκευασία) κοστολογείται εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης¹⁶¹ με την τιμή αποζημίωσης του προϊόντος να προσδιορίζεται κατ' ανώτατο όριο από το μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών αγοράς σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Σε περίπτωση που δεν υποβληθούν οι ανωτέρω δηλώσεις ο Οργανισμός απέχει από τον καθορισμό και την καταβολή αποζημίωσης για το οικείο προϊόν ενώ διασυνδέεται με αντίστοιχα ευρωπαϊκά δίκτυα τιμολόγησης και αποζημίωσης και ευρωπαϊκούς φορείς κοινωνικής ασφάλισης με σκοπό την ανταλλαγή τεχνογνωσίας σε θέματα καθορισμού αποζημίωσης.

¹⁵⁸ Άρθρο 97 Ν. 4486/2017(ΦΕΚ 115Α'/7-8-2017)

¹⁵⁹ Υπ' αριθμ. 759/472/13-6-2018 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: 7ΔΘ00Ε7Μ-2ΧΤ)

¹⁶⁰ Άρθρο 108παρ. 1 Ν. 4461/2017(ΦΕΚ 38Α/28-3-2107), «*Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνομοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις*».

¹⁶¹ Άρθρο 95 Ν. 4472/2017(ΦΕΚ 94Α'/19-5-2017)

Σε περιπτώσεις προϊόντων τα οποία είναι αποκλειστικά παραγόμενα ή κυκλοφορούν στην Ελλάδα και σε λιγότερες από τρεις ευρωπαϊκές χώρες και δεν δύνανται να αντιστοιχηθούν ακριβώς ως προς τη μορφή ή την περιεκτικότητα με προϊόντα, υλικά και είδη αναφοράς που κυκλοφορούν στην εγχώρια αγορά υγείας, χαρακτηρίζονται «εγχωρίως παραγόμενα» ή «εγχωρίως κυκλοφορούντα» και λαμβάνουν τιμή, η οποία καθορίζεται βάσει κοστολογίου που εγκρίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από γνώμη του Διοικητικού Συμβουλίου του ΕΟΠΥΥ.

Μέχρι την ολοκλήρωση της διαδικασίας ενώπιον της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης, με αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καθορίζεται κάθε διαδικαστική λεπτομέρεια για την εγγραφή στο μητρώο των προϊόντων καθώς και οι ανώτατες τιμές υπηρεσιών υγείας, υλικών επεμβάσεων, οστικών και ενδοαυλικών μοσχευμάτων, θεραπευτικών μέσων και προθέσεων, αναλώσιμων υγειονομικών υλικών, υγειονομικών υλικών, καθώς και σκευασμάτων ειδικής διατροφής¹⁶².

3.4.8. Εφαρμογή στατιστικών μοντέλων

Ο ΕΟΠΥΥ με απόφαση του Δ.Σ.¹⁶³ καθόρισε συγκεκριμένη στατιστική μεθοδολογία με την οποία ανά μήνα θα γίνεται βάσει δεικτών η κατανομή των ιατρών που συνταγογραφούν συνταγές φαρμάκων, σε σχέση με αυτούς της ειδικότητας τους και των συμβεβλημένων φαρμακοποιών που εκτελούν τις συνταγές, για ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ.

Η ανάπτυξη των δεικτών έγινε με σκοπό τον προσδιορισμό του δείγματος των ιατρών και των φαρμακοποιών, που παρουσιάζουν απόκλιση έναντι του άνω ορίου στατιστικού κριτηρίου και θα παραπέμπονται για περαιτέρω διερεύνηση στις αρμόδιες υπηρεσίες του Οργανισμού.

Ο Οργανισμός ήδη μέσω της Επιτροπής Ελέγχου Συνταγογραφίας του Κέντρου Μηχανογραφικής Επεξεργασίας Συνταγών (ΚΜΕΣ) που ήδη διαθέτει, ελέγχει τους ιατρούς που εκδίδουν συνταγές φαρμάκων που αποζημιώνει ο ΕΟΠΥΥ (ιδιώτες, συμβεβλημένους, Ιατρούς ΠΕΔΥ-ΕΣΥ και άλλους) και σε μηνιαία βάση στοιχεία όπως:

-Συνταγογράφηση φάρμακων από γιατρούς εκτός ειδικότητας (χωρίς επισύναψη γνωμάτευσης ιατρού ειδικότητας)

¹⁶² Άρθρο 34παρ. 7 Ν. 4447/ 2016(ΦΕΚ 241^Α/23-12-2016)

¹⁶³ Υπ' αριθμ. 1199/495/19-09-2018 απόφαση του Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 64ΠΚΟΞ7Μ-ΕΤΦ) κατ' εξουσιοδότηση της παρ. 7γ του άρθρου 90 του Ν. 4368/2016 (ΦΕΚ Α' /21)

- Συνταγογράφηση φάρμακων εκτός εγκεκριμένων ενδείξεων και εκείνων που δεν αντιστοιχούν στη διάγνωση,
 - Αναγραφή δοσολογίας που δεν προβλέπεται από τον ΕΟΦ
 - Συνταγογράφηση φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων εκτός λίστας
 - Μη ύπαρξη επισυναπτόμενου δικαιολογητικού για φάρμακα που έχουν περιορισμό και αναγραφή φαρμάκου με δοσολογικό σχήμα που ξεπερνά τις 30 ημέρες χωρίς η συνταγή να είναι δίμηνη
 - Διαφορετικό ποσοστό συμμετοχής από αυτό που προβλέπεται
 - Συνταγογράφηση φάρμακων για ενδείξεις που δεν καλύπτουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί.
- Οι δείκτες ελέγχου που τέθηκαν σε λειτουργία από 1-10-2018 αναφέρονται αναλυτικά στους πίνακες 3.20(αφορά στον έλεγχο των φαρμακείων) και 3.21(αφορά στον έλεγχο των ιατρών) που ακολουθούν.

Πίνακας 3.20: Δείκτες ελέγχου εκτέλεσης συνταγών

| A/A Δείκτη | Δείκτης | Σκοπιμότητα / Ερμηνεία |
|------------|---|--|
| Δ1 | Δαπάνη στον Οργανισμό για κάθε ιδιωτικό φαρμακείο | Έλεγχος αν δικαιολογείται από τη θέση του φαρμακείου και το είδος των ασθενών η υψηλή δαπάνη σε σχέση με άλλους φαρμακοποιούς. |
| Δ2 | Μέσο αριθμός συνταγών ανά δικαιούχο | Έλεγχος υπερσυνταγογράφησης –μεγαλύτερη ποσότητα φαρμάκων ή διάρκεια θεραπειών |
| Δ3 | Μέση ποσότητα ανά δικαιούχο (σε κουτιά ανά ασφαλισμένο) | Έλεγχος υπερσυνταγογράφησης –μεγαλύτερη ποσότητα φαρμάκων ή διάρκεια θεραπειών |
| Δ4 | Μέση δαπάνη ανά δικαιούχο | Έλεγχος για υπερσυνταγογράφηση /προκλητή ζήτηση στους ασθενείς. |
| Δ5 | Μέση δαπάνη ανά συνταγή | Έλεγχος για υπερσυνταγογράφηση /προκλητή ζήτηση στους ασθενείς. |
| Δ6 | Ποσοστό δαπάνης σε on-patent | Έλεγχος της εκτέλεσης φαρμάκων υπό καθεστώς προστασίας –νέες δραστικές μη τήρηση των πρωτοκόλλων. |
| Δ7 | Ποσοστό δαπάνης του πρώτου συνταγογράφου ιατρού | Έλεγχος της σχέσης φαρμακείου –Ιατρού. Κατευθυνόμενη συνταγογράφηση – εκτέλεση συνταγών. |
| Δ8 | Ποσοστό δαπάνης από τον πρώτο δικαιούχο σε κατανάλωση | Κατευθυνόμενη συνταγογράφηση – εκτέλεση συνταγών. |
| Δ9 | Ποσοστό δαπάνης σε πρώτη εταιρεία | Σχέση με φαρμακευτικές εταιρείες. Επιλογή χορήγησης φαρμάκων συγκεκριμένης εταιρείας ενώ η συνταγογράφηση είναι με δραστική. |

| | | |
|-----|--|--|
| Δ10 | Ποσοστό off-patent προς άθροισμα generics και off-patent | Συμμόρφωση με στόχο που έχει τεθεί από τη νομοθεσία. |
|-----|--|--|

Πηγή: Βάση δεδομένων ΕΟΠΥΥ,2019

Πίνακας 3.21.: Δείκτες ελέγχου συνταγογράφησης

| A/A Δείκτη | Δείκτης | Σκοπιμότητα / Ερμηνεία |
|------------|---|---|
| I1 | Ο Αριθμός συνταγών που εκδίδονται από τον Ιατρό | Έλεγχος του όγκου συνταγογράφησης ιατρού σε σχέση με την ειδικότητα του. |
| I2 | Μέσο πλήθος συνταγών ανά δικαιούχο | Έλεγχος υπερσυνταγογράφησης – μεγαλύτερη ποσότητα φαρμάκων ή διάρκεια θεραπειών σε σχέση με την ειδικότητα του. |
| I3 | Μέση δαπάνη ανά συνταγή | Έλεγχος υπερσυνταγογράφησης – μεγαλύτερη ποσότητα φαρμάκων ή διάρκεια θεραπειών σε σχέση με την ειδικότητα του. |
| I4 | Ποσοστό συνταγογράφησης νέων δραστικών ουσιών | Έλεγχος της συνταγογράφησης φαρμάκων υπό καθεστώς προστασίας – νέες δραστικές, μη τήρηση των πρωτοκόλλων. |
| I5 | Ποσοστό συνταγογράφησης ανά δραστική ουσία (ATC5) για τις δέκα πρώτες που συνταγογραφεί. | Έλεγχος για υπερσυνταγογράφηση /προκλητή ζήτηση στους ασθενείς. |
| I6 | Ποσοστό συνταγογράφησης ανά θεραπευτική ομάδα (ATC4) για τις δέκα πρώτες που συνταγογραφεί. | Έλεγχος για υπερσυνταγογράφηση /προκλητή ζήτηση στους ασθενείς. |
| I7 | Ποσοστό εμβολαλαγίων ανά φαρμακευτική εταιρεία | Σχέση με φαρμακευτικές εταιρείες. Επιλογή συνταγογράφησης φαρμάκων συγκεκριμένης εταιρείας. |
| I8 | Ποσοστό δαπάνης των πέντε περισσότερο δαπανηρών ασφαλισμένων σε σχέση με το σύνολο. | Έλεγχος για υπερσυνταγογράφηση /προκλητή ζήτηση στους ασθενείς. |
| I9 | Ποσοστό συνταγών εκτέλεσης ανά φαρμακείο | Σχέση Ιατρών με Φαρμακεία – Κατευθυνόμενη συνταγογράφηση και εκτέλεση συνταγών |

Πηγή: Βάση δεδομένων ΕΟΠΥΥ,2019

Στο σχεδιασμό του Οργανισμού επίσης, είναι η δημιουργία εφαρμογής στην ηλεκτρονική πύλη eopyykmes, στην οποία οι ιατροί και τα ιδιωτικά φαρμακεία θα μπορούν να ενημερώνονται για την πορεία των δεικτών της συνταγογράφησης τους και εκτέλεσης συνταγών αντίστοιχα. Στην ίδια πύλη θα μπορούν να παράσχουν απόψεις σε περιπτώσεις που

είναι αναγκαίες μετά από τον έλεγχο της επιτροπής συνταγογραφίας και να επιβάλλονται κυρώσεις εφόσον οι εξηγήσεις κριθούν ανεπαρκείς¹⁶⁴.

Για την ανωτέρω αναφερόμενη διαδικασία η οποία ξεκίνησε να εφαρμόζεται όπως αναφέρθηκε από 1-10-2018 δεν έχουν ακόμη δημοσιευτεί συμπεράσματα κι ως εκ τούτου δε μπορούν στην παρούσα να παρουσιαστούν αποτελέσματα. Ωστόσο ο Οργανισμός έχει σε σχέση με το ζήτημα της εφαρμογής της στατιστικής μεθοδολογίας για τον έλεγχο των συμβεβλημένων παρόχων: α) συμπληρωμάτων ειδικής διατροφής, β) ιατροτεχνολογικού υλικού και γ) ανοιχτής περίθαλψης (διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπεία), ακολουθήσει τη συγκεκριμένη διαδικασία στα πληροφοριακά συστήματα του και έχει εξάγει τα πρώτα συμπεράσματα για το πρώτο εξάμηνο του 2018 όπως κατωτέρω στο κεφάλαιο 4 θα αναλυθούν.

3.4.9. Δημιουργία μητρώων ασθενών

Ο ΕΟΠΥΥ στο πλαίσιο της βελτιστοποίησης της κάλυψης των αναγκών των ασφαλισμένων και του πληρέστερου σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας προχώρησε στη δημιουργία μητρώων ασθενών. Συγκεκριμένα η δημιουργία των μητρώων έγινε με κύριο σκοπό τη συλλογή πληροφοριών για τα χαρακτηριστικά της νόσου του κάθε μητρώου, τους παράγοντες κινδύνου, τη χρήση υπηρεσιών υγείας, το σχετικό κόστος και την έκβαση στο σύνολο των ασθενών που λαμβάνουν αποζημιούμενα φάρμακα από τον Οργανισμό. Οι πληροφορίες που συλλέγει ο Οργανισμός χρησιμοποιούνται στη διαδικασία λήψης αποφάσεων προκειμένου να καθοριστεί το πλαίσιο χορήγησης των φαρμάκων καθώς και να αυξηθεί και επιταχυνθεί η πρόσβαση των ασθενών στις συγκεκριμένες θεραπείες.

Συγκεκριμένα, το 2017 ο ΕΟΠΥΥ ενεργοποίησε εκ νέου μητρώο ασθενών για την ηπατίτιδα C¹⁶⁵ και από τις αρχές του 2018¹⁶⁶ ανέπτυξε και υλοποιεί, σε συνεργασία την Ελληνική Αιματολογική Εταιρία μητρώο ασθενών για τη Χρόνια Μυελογενή Λευχαιμία (ΧΜΛ).

Επιπλέον από τον Ιούλιο του 2018¹⁶⁷ προχώρησε στη δημιουργία ηλεκτρονικής εφαρμογής στην οποία θα γίνεται η καταγραφή των ασθενών περιτοναϊκής κάθαρσης στην οποία θα πρέπει να εγγραφούν από τους θεράποντες ιατρούς τους οι ασθενείς που κάνουν

¹⁶⁴ ΠΔ 121/2008 (ΦΕΚ 183^Α/ 3-9-2008)

¹⁶⁵ Η με πρωτ. ΔΒ4Α/οικ.16283/19-4-2017 εγκύκλιος του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: Ω1Τ7ΟΞ7Μ-ΝΤ3)

¹⁶⁶ Η με πρωτ. ΔΒ4Α/οικ.6110/14-2-2018 εγκύκλιος του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 75ΡΛΟΞ7Μ-ΧΙΕ)

¹⁶⁷ Βλ. τη σχετική από 26-7-2018 ανακοίνωση του ΕΟΠΥΥ

περιτοναϊκή κάθαρση ενώ από 21-1-2019¹⁶⁸ τέθηκε σε εφαρμογή το μητρώο των ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Σε εξέλιξη επίσης βρίσκεται η δημιουργία μητρώου ασθενών απομυελινωτικών παθήσεων του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος καθώς και μητρώου ασθενών που χρήζουν οστομικών υλικών και των θαλασσαιμικών.

Η χρήση και η συμπλήρωση του καθενός από τα ανωτέρω μητρώα είναι υποχρεωτική για όλους τους ιατρούς που συνταγογραφούν όλα τα φάρμακα που αφορούν στην ηπατίτιδα C, για όλους τους αιματολόγους που συνταγογραφούν όλα τα φάρμακα που αφορούν στη Χρόνια Μυελογενή Λευχαιμία, ενώ στην περίπτωση των ασθενών περιτοναϊκής κάθαρσης και σακχαρώδους διαβήτη σε περίπτωση που ο ασθενής/ασφαλισμένος δεν είναι καταχωρημένος στο μητρώο τότε δεν θα δύναται να εκδοθεί γνωμάτευση διαλυμάτων και εξαρτημάτων περιτοναϊκής κάθαρσης και αναλωσίμων υλικών σακχαρώδους διαβήτη και αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης αντίστοιχα και εν συνεχεία να αποδίδεται η δαπάνη.

¹⁶⁸ Βλ. τη σχετική από 21-1-2019 ανακοίνωση του ΕΟΠΥΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΕΟΠΥΥ ΩΣ ΑΓΟΡΑΣΤΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

4.1. Εισαγωγή

Η μετατροπή και η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή των υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο και ιδιωτικό τομέα είχε ως κύριο σκοπό την ποιοτική και ισότιμη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων με την έννοια ότι τους δίδεται η δυνατότητα να επιλέξουν τη χρήση των κάθε φορά αναγκαίων γι αυτούς υπηρεσιών υγείας μέσα από ένα δίκτυο συμβεβλημένων προμηθευτών υγείας οι οποίοι αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ εμπρόθεσμα και χωρίς καθυστερήσεις.

Για να διαπιστωθεί λοιπόν ο ρόλος του ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας θα πρέπει αφενός να διερευνηθεί αν ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει τους προμηθευτές του ιδιωτικού και δημόσιου τομέα χωρίς καθυστερήσεις και χωρίς τη δημιουργία ληξιπρόθεσμων οφειλών και αφετέρου αν η λειτουργία του δίνει στους ασφαλισμένους το δικαίωμα να επιλέξουν που και πως θα νοσηλευτούν ή που θα προσφύγουν για ιατρικές υπηρεσίες χωρίς καθυστερήσεις και πρόσθετες πληρωμές.

4.2. Τα αποτελέσματα των μέτρων στήριξης του Οργανισμού- Η επίδρασή τους στα έσοδα και στα έξοδα του Οργανισμού-Ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις

4.2.1. Οι ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Οργανισμού:

Όπως ανωτέρω στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρθηκε, ο ΕΟΠΥΥ με την έναρξη της λειτουργίας του από 1-1-2012 παρουσίασε ελλείμματα λόγω και των υποχρεώσεων των εντασσόμενων

φορέων προς τους προμηθευτές τους. Στον πίνακα που ακολουθεί στην πρώτη στήλη αναγράφονται οι οικονομικές υποχρεώσεις του Οργανισμού τόσο δηλαδή εκείνες των εντασσόμενων στον ΕΟΠΥΥ φορέων όσο και εκείνων που δημιούργησε ο ίδιος ο ΕΟΠΥΥ προς τρίτους και η καθυστέρηση αποπληρωμής τους ξεπερνούσε τις 90 ημέρες από την ημέρα που γεννήθηκε η αξίωση προς πληρωμή(ληξιπρόθεσμες) ενώ στη δεύτερη στήλη αναγράφεται το πλήθος των οικονομικών υποχρεώσεων του οργανισμού από την επόμενη μέρα της γέννησης της αξίωσης.

Συγκεκριμένα στην πρώτη στήλη οι ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις του Οργανισμού τον πρώτο χρόνο λειτουργίας του και ήτοι το Δεκέμβριο του 2012 ανέρχονταν στα 2.731.632.158,42€ και τα επόμενα χρόνια ακολούθησαν μια φθίνουσα πορεία καθότι ο Οργανισμός προσπάθησε να ομαλοποιήσει τη διαδικασία αποπληρωμής των ληξιπρόθεσμων οφειλόμενων ποσών με το ποσό το Δεκέμβριο του 2018 να κλείνει στα 190.537.726,75€.

Αντίστοιχη προσπάθεια διαπιστώθηκε και στις απλήρωτες από την πρώτη μέρα αξιώσεις οφειλές του Οργανισμού έναντι τρίτων και φορέων καθώς από 3.713.389.251,88 € που κυμαίνονταν το Δεκέμβριο του 2012, τα οφειλόμενα ποσά ακολούθησαν καθοδική πορεία και ανήλθαν στα 1.173.667.149,69 € το Δεκέμβριο του 2018 με κύριο στόχο την αποπληρωμή των προμηθευτών σε λιγότερο από 90 ημέρες.

Πίνακας 4.1: Απλήρωτες και ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις προς τρίτους ΕΟΠΥΥ & φορέων από 31-12-2011 έως 31-12-2018

| Μήνας | Ληξιπρόθεσμες (>90 ημέρες) | Απλήρωτες Σύνολο (>1 ημέρα) |
|--------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Δεκ-12 | 2.731.632.158,42 € | 3.713.389.251,88 € |
| Δεκ-13 | 1.617.002.263,73 € | 2.562.525.643,28 € |
| Δεκ-14 | 1.186.408.600,21 € | 1.949.239.447,67 € |
| Δεκ-15 | 1.703.835.896,56 € | 2.606.360.875,49 € |
| Δεκ-16 | 1.279.230.542,10 € | 2.207.861.023,66 € |
| Δεκ-17 | 532.080.744,65 € | 1.599.944.558,60 € |
| Δεκ-18 | 190.537.726,75 € | 1.173.667.149,69 € |

Πηγή: Βάση Δεδομένων του ΕΟΠΥΥ, 2019

4.2.2. Η επίδραση των μέτρων στήριξης στα έσοδα και έξοδα του Οργανισμού:

Όπως προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρθηκε ο ΕΟΠΥΥ προέβη στη λήψη μιας σειράς μέτρων προκειμένου να διασφαλίσει τις εισροές και να μειώσει τις εκροές. Για αρκετά από τα ανωτέρω μέτρα υπάρχουν ήδη επιδράσεις στα οικονομικά του Οργανισμού. Στον πίνακα 4.2 που ακολουθεί αναφέρονται αναλυτικά τα ποσά που εισπράχθηκαν από τον ΕΟΠΥΥ για claw back ετών 2013-2017 και rebate ετών 2013-2016. Συγκεκριμένα στη στήλη «απαιτητό» αναγράφονται τα ποσά που ορίστηκαν για claw back και rebate για κάθε έτος, στη στήλη «συμψηφισθέν» παρουσιάζονται τα ποσά που εισπράχθηκαν από τον Οργανισμό για τις ανωτέρω αναφερόμενες αιτίες μέχρι 31-12-2018 και στη στήλη «υπόλοιπο» αναγράφονται τα υπόλοιπα ποσά που οφείλονται ακόμη σε σήμερα από τους προμηθευτές. Συνολικά λοιπόν μέχρι 31-12-2018, για τα έτη 2013-2017 έχει εισπραχθεί το ποσό των 1.728.044.353,09€ για claw back ετών 2013-2017 και rebate ετών 2013-2016 ενώ για τα ίδια έτη και τις ίδιες αιτίες υπολείπεται ακόμη για εισπραξη το ποσό των 367.668.977,01€.

Ειδικά για το rebate των ετών 2016 και εφεξής η εισπραξη είναι μηνιαία και λογίζεται ως έκπτωση επί του τιμολογίου παροχής υπηρεσιών πριν τον υπολογισμό του ΦΠΑ και του απαιτητού από τον ΕΟΠΥΥ ποσού.¹⁶⁹ Το ποσό λοιπόν που εισπράχθηκε για rebate το έτος 2017 ανέρχεται στα 146.123.678ευρώ και για το έτος 2018 στα 181.689.778ευρώ.

Πίνακας 4.2.: Εισπραχθέντα ποσά από claw back (ετών 2013-2017) και rebate ετών 2013-2017¹⁷⁰

| ΕΤΟΣ | | ΑΠΑΙΤΗΤΟ | ΣΥΜΨΗΦΙΣΘΕΝ | ΥΠΟΛΟΙΠΟ |
|------|---------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| 2013 | CLAWBACK | 373.866.975,45 | 350.374.743,40 | 23.492.232,05 |
| | REBATE | 157.652.954,57 | 157.575.503,18 | 77.451,39 |
| | ΣΥΝΟΛΟ | 531.519.930,02 | 507.950.246,58 | 23.569.683,44 |
| 2014 | CLAWBACK | 354.838.980,28 | 307.053.905,97 | 47.785.074,31 |
| | REBATE | 151.271.470,37 | 90.902.166,55 | 60.369.303,82 |

¹⁶⁹ Βλ. τη σχετική από 17-2-2016 ανακοίνωση του Προέδρου του ΕΟΠΥΥ που είναι διαθέσιμη στην επίσημη ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ

<http://apps.intranet.eopyy/EopyyIntranet/%CE%88%CE%B3%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%B1%20%CE%95%CE%9F%CE%A0%CE%A5%CE%A5/%CE%9D%CE%AD%CE%B1%20-%20%CE%91%CE%BD%CE%B1%CE%BA%CE%BF%CE%B9%CE%BD%CF%8E%CF%83%CE%B5%CE%B9%CF%82%20-%20%CE%94%CE%B5%CE%BB%CF%84%CE%AF%CE%B1%20%CE%A4%CF%8D%CF%80%CE%BF%CF%85/%CE%91%CE%9D%CE%91%CE%9A%CE%9F%CE%99%CE%9D%CE%A9%CE%A3%CE%97%20%CE%9C%CE%97%CE%9D%CE%99%CE%91%CE%99%CE%9F%20REBATE%2017-02-2016.pdf>

¹⁷⁰ Για το έτη 2017-2018 παρουσιάζεται το rebate δεν εμφανίζεται στον πίνακα διότι εισπράττεται κάθε μήνα.

| | | | | |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | ΣΥΝΟΛΟ | 506.110.450,65 | 397.956.072,52 | 108.154.378,13 |
| 2015 | CLAWBACK | 329.543.150,89 | 323.588.597,74 | 5.954.553,15 |
| | REBATE | 156.533.864,75 | 138.259.385,09 | 18.274.479,66 |
| | ΣΥΝΟΛΟ | 486.077.015,64 | 461.847.982,83 | 24.229.032,81 |
| 2016 | CLAWBACK | 267.509.239,25 | 260.145.599,06 | 7.363.640,19 |
| | REBATE ¹⁷¹ | 5.924.942,14 € | 5.785.264,66 | 139.677,48 |
| | ΣΥΝΟΛΟ | 273.434.181,39 | 265.930.863,72 | 7.503.317,67 |
| 2017 | CLAWBACK | 298.571.752,40 | 94.359.187,44 | 204.212.564,96 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Σε σχέση με το ζήτημα της εφαρμογής της τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των προμηθευτών κλειστής περίθαλψης για το έτος 2013 από τις ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες, υπήρξε εξοικονόμηση πόρων διότι αφενός έγινε με έξοδα των προμηθευτών οι οποίοι αποζημίωσαν οι ίδιοι τις ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες χωρίς πρόσθετη δαπάνη για τον ΕΟΠΥΥ κι αφετέρου δόθηκε η δυνατότητα να ελεγχθούν οι ολοκληρωτικά οι λογαριασμοί των προμηθευτών και να σχηματίσει εικόνα ο Οργανισμός για το πραγματικό ύψος της δαπάνης μετά τις περικοπές. Συγκεκριμένα, όπως προκύπτει από τον πίνακα 4.3 που ακολουθεί, το ποσό που προέκυψε προς είσπραξη από τον ΕΟΠΥΥ μετά την περάτωση του ελέγχου ανέρχεται στα 63.436.288,80€. Από το ανωτέρω ποσό προέκυψαν διαγραφές και συμψηφισμοί ποσού 47.071.103,67€ που οφείλονται τόσο στις αλλαγές των τιμών που έγιναν συστημικά μέσω edary όσο και για το λόγο ότι είχε παρακρατηθεί μεγαλύτερο ποσό για claw back και rebate έτους 2013 που αντιστοιχούσε σε κάθε πάροχο και για το λόγο αυτό συμψηφίστηκαν τα ποσά αυτά με το ποσό της πρώτης στήλης που αποτελεί το ποσό προς είσπραξη όπως ανωτέρω αναφέρθηκε. Το υπόλοιπο ποσό προς είσπραξη των 16.365.185,13€ εντάχθηκε σε δοσολόγιο και εισπράττεται κάθε μήνα από τους προμηθευτές.

Πίνακας 4.3: Αποτελέσματα ελέγχου ΙΕΕ έτους 2013

| ΕΤΟΣ | ΠΟΣΟ | Διαγραφές- Συμψηφισμοί | ΥΠΟΛΟΙΠΟ |
|-------------|---------------|-----------------------------------|-----------------|
| 2013 | 63.436.288,80 | 47.071.103,67 | 16.365.185,13 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Σε σχέση με το ζήτημα της εφαρμογής κανόνων συνταγογράφησης όπως ανωτέρω στο κεφάλαιο 3 αναπτύχθηκε, ο ΕΟΠΥΥ σε συνεργασία με την ΗΔΙΚΑ ΑΕ προχώρησε σε

¹⁷¹ Για το έτος 2016 τα στοιχεία που παρουσιάζονται στον πίνακα αφορούν μόνο τον Ιανουάριο του 2016

περαιτέρω ταξινόμηση των διαγνωστικών εξετάσεων καθώς με υπουργική απόφαση¹⁷² αποφασίστηκε και προστέθηκαν από 1-11-2016 στα παραπεμπτικά διαγνωστικών εξετάσεων που εκδίδονται από την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (e-prescription) πεδία που αναγράφουν «ΔΙΑΓΝΩΣΗ» και «ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ» και συνδέονται με συγκεκριμένα ICD-10 ανά ειδικότητα όπου ως μέσο παραπεμπτικό ορίζεται ο μέσος όρος της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για τα παραπεμπτικά της ίδιας ειδικότητας και για το ίδιο ICD-10. Για τον υπολογισμό του μέσου παραπεμπτικού ανά ειδικότητα και ICD-10 λαμβάνεται υπόψη το αμέσως προηγούμενο έτος δηλαδή από 1 Ιανουαρίου μέχρι 31 Δεκεμβρίου. Όταν ιατρός συγκεκριμένης ειδικότητας ξεπερνά το 20% του μέσου παραπεμπτικού καταγράφεται η υπέρβαση. Για την υπέρβαση αυτή ενημερώνεται τόσο ο ιατρός με ειδικό μήνυμα στην οθόνη του Η/Υ του, όσο και ο ΕΟΠΥΥ. Στους πίνακες 4.4-4.8 που ακολουθούν καταγράφεται το πλήθος των ιατρικών πράξεων που συνταγογραφήθηκαν και εκτελέστηκαν από 1-1-2016 έως και 31-7-2018 για τις οποίες ο ΕΟΠΥΥ διαθέτει στοιχεία. Μελετώντας τα στοιχεία των πινάκων λοιπόν διαπιστώνεται αφενός η αυξητική τάση του αριθμού των ιατρικών πράξεων καθ' όλη τη διάρκεια των αναφερομένων ετών με εξαίρεση τον Νοέμβριο του 2016 και Δεκέμβριο του 2016 που ξεκίνησαν να εφαρμόζονται οι κανόνες συνταγογράφησης από την ΗΔΙΚΑ. Από τον Ιανουάριο του 2017 ωστόσο, καταγράφεται και πάλι ανοδική τάση στο σύνολο των ιατρικών πράξεων ανά κατηγορία παρόλη την εφαρμογή των κανόνων, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι κανόνες συνταγογράφησης δε συνέδραμαν στην ανάσχεση της δαπάνης. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από την απουσία ταυτόχρονων ελέγχων από τα αρμόδια ελεγκτικά όργανα του ΕΟΠΥΥ της υπέρβασης της συνταγογράφησης και της παροχής εξηγήσεων από μέρους των ιατρών για τους λόγους υπέρβασης.

Η ίδια εξήγηση θα μπορούσε να δοθεί και σε σχέση με το ζήτημα των εσόδων του Οργανισμού και την αποτύπωση του 1ευρώ ανά συνταγή φαρμάκου. Συγκεκριμένα στον πίνακα 4.9 αποτυπώνονται τα ποσά που εισέπραξε ο Οργανισμός καθ' όλη τη διάρκεια των ετών 2014-2018 με τα έσοδα για τον Οργανισμό να βαίνουν συνεχώς αυξανόμενα γεγονός που οφείλεται στην αύξηση του αριθμού των συνταγών και στην ενδεχόμενη απουσία ελέγχων συνταγογράφησης.

Πίνακας 4.4: Αριθμός ιατρικών πράξεων α' εξαμήνου 2016

¹⁷² ΥΑ Γ3γ/40426/ΦΕΚ 2221 Β'/18-7-2016

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | Ιαν-16 | Φεβ-16 | Μαρ-16 | Απρ-16 | Μαϊ-16 | Ιουν-16 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ | 123 | 145 | 186 | 208 | 158 | 200 |
| ΑΓΓ/ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 6.070 | 6.514 | 7.041 | 6.707 | 5.840 | 5.922 |
| ΑΚΤΙΝ. - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ | 8.020 | 3.586 | 72 | | | |
| ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ | 196.737 | 240.907 | 236.096 | 220.563 | 217.307 | 228.284 |
| ΑΦΡ. - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ | 2.076 | 2.191 | 2.634 | 2.457 | 1.911 | 1.765 |
| ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ | 774 | 780 | 986 | 859 | 900 | 1.031 |
| ΓΑΣΤΡ/ΛΟΓΙΑ | 5.533 | 7.088 | 7.195 | 7.002 | 6.415 | 6.981 |
| ΓΕΝΙΚΑ | 4.995 | 3.892 | 4.019 | 3.977 | 3.885 | 4.450 |
| ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ | 1.774 | 1.843 | 1.865 | 1.637 | 1.637 | 1.626 |
| ΑΙΜ. - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ | 917.149 | 1.040.135 | 1.008.538 | 1.007.491 | 951.824 | 1.048.627 |
| ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ | 309.032 | 349.136 | 353.523 | 343.110 | 328.692 | 354.813 |
| ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ | 4.335.464 | 5.048.856 | 4.823.164 | 4.913.969 | 4.547.480 | 5.121.151 |
| ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ | 16.848 | 21.444 | 20.875 | 17.420 | 14.993 | 16.414 |
| ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ | 549.737 | 611.168 | 585.854 | 593.292 | 555.621 | 595.617 |
| ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 588.559 | 698.506 | 686.506 | 683.589 | 652.939 | 742.807 |
| ΠΑΘ/ΑΝΑΤΟΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ | 8.762 | 10.631 | 10.849 | 9.681 | 8.050 | 8.757 |
| ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ | 1 | | 1 | 1 | 2 | 2 |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ | | | | | | |
| ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ | 15.293 | 17.960 | 17.829 | 16.506 | 15.362 | 15.817 |
| ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ | 47.508 | 55.613 | 57.414 | 55.357 | 50.481 | 52.384 |
| ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | |
| ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ | | | | | | |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ | 42.503 | 45.951 | 47.046 | 42.242 | 39.401 | 40.879 |
| ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ | 68 | 118 | 104 | 77 | 69 | 64 |
| ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ | 486 | 500 | 476 | 377 | 334 | 218 |
| ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ | 2.404 | 2.700 | 2.506 | 2.350 | 2.275 | 2.142 |
| ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ | 60.951 | 63.832 | 62.970 | 61.299 | 60.513 | 60.211 |
| ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ | 34.618 | 34.729 | 36.413 | 35.550 | 30.748 | 28.875 |
| ΠΡΟΛ. ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜ. ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ | 18.843 | 16.474 | 14.823 | 12.932 | 11.665 | 13.060 |
| ΠΥΡ. ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ | | | | | | |
| ΠΥΡ. ΙΑΤΡΙΚΗ : ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 6.951 | 8.367 | 8.839 | 9.159 | 9.246 | 11.165 |
| ΠΥΡ. ΙΑΤΡΙΚΗ : ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ | 8.115 | 9.252 | 9.807 | 8.964 | 8.669 | 9.181 |
| ΥΠΕΡΗΧΟΙ | 220.007 | 263.760 | 268.612 | 255.824 | 242.037 | 263.388 |
| ΦΥΣ. - ΦΥΣ/ΠΕΙΕΣ | 14.403 | 14.048 | 14.897 | 15.960 | 16.230 | 14.545 |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ | 1.651 | 1.764 | 1.704 | 1.447 | 1.458 | 1.484 |
| ΩΡΛ | 13.621 | 14.979 | 14.556 | 13.010 | 12.837 | 12.563 |
| ΑΘΡΟΙΣΜΑ | 7.439.078 | 8.596.870 | 8.307.402 | 8.343.019 | 7.798.980 | 8.664.423 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.5: Αριθμός ιατρικών πράξεων β' εξαμήνου 2016

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | Ιουλ-16 | Αυγ-16 | Σεπ-16 | Οκτ-16 | Νοε-16 | Δεκ-16 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ | 152 | 79 | 143 | 162 | 169 | 111 |
| ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 5.641 | 4.104 | 5.043 | 6.547 | 6.852 | 6.268 |
| ΑΚΤΙΝ - ΟΓΚΟΛΟΓΙΑ | | | | | | |
| ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ | 185.482 | 123.207 | 215.931 | 215.215 | 232.468 | 190.262 |
| ΑΦΡ. - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ | 1.492 | 1.065 | 1.727 | 1.753 | 1.803 | 1.799 |
| ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ | 1.017 | 727 | 1.085 | 1.008 | 1.170 | 981 |
| ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ | 6.055 | 3.050 | 5.915 | 6.704 | 7.309 | 5.727 |
| ΓΕΝΙΚΑ | 4.085 | 4.790 | 5.147 | 4.063 | 2.638 | 4.163 |
| ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ | 1.513 | 1.352 | 1.594 | 1.538 | 1.536 | 1.590 |
| ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ | 935.042 | 692.566 | 1.117.592 | 1.052.629 | 1.026.254 | 848.617 |
| ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ | 313.176 | 215.758 | 360.505 | 351.969 | 349.455 | 295.744 |
| ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ | 4.389.754 | 3.138.425 | 5.368.315 | 5.204.980 | 5.095.955 | 4.167.030 |
| ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ | 15.440 | 9.538 | 17.706 | 19.180 | 20.389 | 16.359 |
| ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ | 541.919 | 416.750 | 628.711 | 600.367 | 619.221 | 520.092 |
| ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 667.453 | 432.463 | 776.026 | 769.000 | 740.665 | 610.156 |
| ΠΑΘ/ΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ | 7.782 | 4.853 | 7.987 | 7.845 | 8.789 | 7.268 |
| ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ | | 2 | | 1 | 3 | 5 |
| ΘΕΡ. ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ | | | | | | |
| ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ | 12.726 | 8.943 | 14.997 | 15.398 | 16.669 | 13.849 |
| ΜΑΓΝ. ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ | 47.164 | 36.052 | 53.804 | 53.979 | 57.385 | 47.224 |
| ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ | | 1 | | | | |
| ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ | | | | | | 80 |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ | 33.553 | 23.699 | 37.469 | 38.181 | 41.945 | 37.201 |
| ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ | 62 | 58 | 68 | 53 | 71 | 45 |
| ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ | 406 | 389 | 293 | 292 | 329 | 338 |
| ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ | 2.095 | 1.833 | 2.206 | 2.451 | 2.288 | 2.218 |
| ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ | 56.802 | 44.524 | 64.188 | 56.718 | 55.639 | 50.364 |
| ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ | 25.322 | 20.124 | 29.693 | 32.966 | 32.297 | 28.494 |
| ΠΡΟΛ. ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜ. ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ | 11.243 | 6.653 | 12.792 | 13.847 | 16.282 | 13.800 |
| ΠΥΡ.ΙΑΤΡΙΚΗ - ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ | | 1 | | | | |
| ΠΥΡ.ΙΑΤΡΙΚΗ : ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 10.476 | 7.078 | 13.114 | 13.326 | 13.804 | 11.195 |
| ΠΥΡΗΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ : ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ | 7.334 | 4.535 | 8.228 | 8.257 | 9.416 | 7.613 |
| ΥΠΕΡΗΧΟΙ | 227.549 | 148.447 | 250.985 | 261.244 | 277.998 | 232.283 |
| ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ | 13.250 | 8.167 | 12.304 | 15.403 | 17.927 | 18.842 |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ | 1.292 | 1.402 | 1.490 | 1.328 | 1.111 | 1.336 |
| ΩΡΛ | 11.032 | 8.646 | 12.543 | 11.884 | 13.094 | 12.542 |
| ΑΘΡΟΙΣΜΑ | 7.536.309 | 5.369.281 | 9.027.601 | 8.768.288 | 8.670.931 | 7.153.596 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.6: Αριθμός ιατρικών πράξεων α' εξαμήνου 2017

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | 1/1/2017 | 1/2/2017 | 1/3/2017 | 1/4/2017 | 1/5/2017 | 1/6/2017 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ | 131 | 150 | 218 | 111 | 184 | 151 |
| ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 5.727 | 5.157 | 6.429 | 6.355 | 6.773 | 6.287 |
| ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ | 191.486 | 217.398 | 274.008 | 198.186 | 258.763 | 236.795 |
| ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ | 1.871 | 1.945 | 2.391 | 1.899 | 2.222 | 1.949 |
| ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ | 969 | 1.224 | 1.596 | 1.189 | 1.502 | 1.568 |
| ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ | 5.269 | 6.609 | 8.246 | 5.528 | 7.667 | 7.001 |
| ΓΕΝΙΚΑ | 3.183 | 3.424 | 3.690 | 3.783 | 3.820 | 4.841 |
| ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ | 1.465 | 1.567 | 1.579 | 1.399 | 1.412 | 1.374 |
| ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ | 823.485 | 939.594 | 1.122.385 | 872.036 | 1.084.413 | 1.022.600 |
| ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ | 296.016 | 338.505 | 407.152 | 320.492 | 405.879 | 391.820 |
| ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ | 3.947.116 | 4.678.991 | 5.629.639 | 4.231.846 | 5.360.983 | 5.066.845 |
| ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ | 15.057 | 18.611 | 20.839 | 13.899 | 18.221 | 16.304 |
| ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ | 500.846 | 558.803 | 663.550 | 516.275 | 638.776 | 607.511 |
| ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 599.162 | 723.729 | 886.199 | 705.735 | 908.774 | 901.450 |
| ΠΑΘ/ΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ | 7.339 | 8.907 | 10.586 | 7.436 | 10.365 | 9.445 |
| ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ | 1 | 5 | 1 | 3 | 2 | 5 |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ | | 1 | | | | |
| ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ | 13.588 | 15.198 | 18.494 | 13.403 | 15.978 | 14.660 |
| ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ | 45.271 | 51.398 | 62.525 | 49.509 | 62.967 | 59.000 |
| ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ | 1 | | 1 | | 1 | 2 |
| ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ | 636 | 1.196 | 1.465 | 1.258 | 1.799 | 1.827 |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ | 33.398 | 35.916 | 42.831 | 34.141 | 45.329 | 40.666 |
| ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ | 61 | 49 | 71 | 66 | 82 | 67 |
| ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ | 282 | 361 | 364 | 328 | 371 | 432 |
| ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ | 2.116 | 2.384 | 2.383 | 2.046 | 2.265 | 2.130 |
| ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ | 50.347 | 52.101 | 54.458 | 48.972 | 51.208 | 49.634 |
| ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ | 30.465 | 30.086 | 35.520 | 28.299 | 33.508 | 28.573 |
| ΠΡΟΛ/ ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜ. ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ | 12.677 | 16.739 | 23.774 | 18.009 | 23.709 | 23.645 |
| ΠΥΡ. ΙΑΤΡΙΚΗ : ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 5.090 | 2.919 | 1.974 | 1.032 | 1.136 | 758 |
| ΠΥΡ. ΙΑΤΡΙΚΗ : ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ | 7.168 | 8.112 | 10.268 | 7.279 | 9.435 | 8.932 |
| ΥΠΕΡΗΧΟΙ | 212.416 | 244.415 | 302.930 | 230.300 | 296.068 | 282.006 |
| ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ | 2.364 | 2.243 | 2.830 | 2.952 | 3.289 | 2.837 |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ | 1.097 | 1.104 | 1.117 | 1.101 | 1.211 | 980 |
| ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ | 12.935 | 12.833 | 14.375 | 12.445 | 13.448 | 12.512 |
| ΑΘΡΟΙΣΜΑ | 6.829.035 | 7.981.674 | 9.613.888 | 7.337.312 | 9.271.560 | 8.804.607 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.7: Αριθμός ιατρικών πράξεων β' εξαμήνου 2017

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | 1/7/2017 | 1/8/2017 | 1/9/2017 | 1/10/2017 | 1/11/2017 | 1/12/2017 |
|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|
|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|

| | | | | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ | 147 | 75 | 108 | 141 | 131 | 133 |
| ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 5.947 | 4.842 | 5.013 | 6.871 | 8.035 | 8.176 |
| ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ | 191.061 | 130.569 | 219.811 | 254.447 | 252.921 | 201.382 |
| ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ | 1.785 | 1.571 | 1.979 | 2.259 | 2.374 | 2.238 |
| ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ | 1.493 | 1.142 | 1.360 | 1.663 | 1.860 | 1.325 |
| ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ | 6.164 | 3.287 | 6.004 | 7.420 | 7.609 | 5.879 |
| ΓΕΝΙΚΑ | 3.619 | 4.366 | 4.248 | 3.691 | 3.171 | 4.705 |
| ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ | 1.267 | 1.259 | 1.351 | 1.352 | 1.364 | 1.331 |
| ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ | 908.288 | 694.140 | 1.077.951 | 1.153.686 | 1.089.506 | 933.068 |
| ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ | 345.467 | 245.731 | 386.480 | 427.490 | 424.601 | 364.008 |
| ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ | 4.378.074 | 3.235.163 | 5.270.735 | 5.829.699 | 5.497.200 | 4.659.190 |
| ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ | 15.211 | 11.441 | 18.952 | 22.599 | 20.165 | 16.356 |
| ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ | 547.221 | 441.657 | 625.430 | 671.405 | 652.182 | 551.722 |
| ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 808.660 | 548.849 | 936.101 | 1.041.414 | 1.014.791 | 868.777 |
| ΠΑΘ/ΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ | 8.157 | 5.236 | 8.756 | 9.817 | 10.150 | 8.332 |
| ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ | 2 | 4 | 5 | 6 | | |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ | | | | | | |
| ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ | 12.041 | 8.165 | 13.763 | 16.320 | 16.775 | 14.055 |
| ΜΑΓΝ. ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ | 52.277 | 40.416 | 60.530 | 65.295 | 66.862 | 55.650 |
| ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ | | | | | | |
| ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ | 1.812 | 1.257 | 1.924 | 2.546 | 2.780 | 2.530 |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ | 35.643 | 24.875 | 39.462 | 43.617 | 44.864 | 41.473 |
| ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ | 92 | 55 | 56 | 43 | 73 | 57 |
| ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ | 426 | 402 | 388 | 445 | 515 | 474 |
| ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ | 2.159 | 1.858 | 2.208 | 2.392 | 2.433 | 2.068 |
| ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ | 46.489 | 38.421 | 52.197 | 50.305 | 47.710 | 44.168 |
| ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΑ - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ | 25.273 | 19.587 | 28.054 | 34.128 | 31.855 | 29.713 |
| ΠΡΟΛ. ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜ. ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ | 20.667 | 14.598 | 24.507 | 30.951 | 30.313 | 24.253 |
| ΠΥΡ. ΙΑΤΡΙΚΗ : ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 422 | 371 | 502 | 409 | 351 | 342 |
| ΠΥΡ. ΙΑΤΡΙΚΗ : ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ | 7.288 | 4.824 | 7.893 | 8.691 | 9.614 | 7.149 |
| ΥΠΕΡΗΧΟΙ | 244.283 | 162.022 | 260.138 | 304.427 | 306.115 | 249.922 |
| ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ | 2.759 | 1.759 | 2.297 | 1.979 | 3.091 | 3.674 |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ | 769 | 616 | 761 | 846 | 913 | 812 |
| ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ | 11.217 | 9.277 | 12.053 | 12.676 | 11.958 | 11.418 |
| Γενικό Άθροισμα | 7.686.180 | 5.657.835 | 9.071.017 | 10.009.030 | 9.562.282 | 8.114.380 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.8: Αριθμός ιατρικών πράξεων Ιανουαρίου-Ιουλίου 2018

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | 01/2018 | 02/2018 | 03/2018 | 04/2018 | 05/2018 | 06/2018 | 07/2018 |
|---|------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|------------------|
| ΑΓΓΕΙΟΓΡΑΦΙΕΣ | 130 | 139 | 147 | 120 | 177 | 152 | 127 |
| ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ | 7.305 | 7.032 | 7.717 | 7.356 | 6.873 | 6.681 | 5.532 |
| ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑ | 240.628 | 241.516 | 289.358 | 218.770 | 270.944 | 251.722 | 219.282 |
| ΑΦΡΟΔΙΣΙΟΛΟΓΙΑ - ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΑ | 2.407 | 2.438 | 2.866 | 2.176 | 2.131 | 2.018 | 1.796 |
| ΒΙΟΔΕΙΚΤΕΣ | 1.713 | 1.546 | 1.828 | 1.596 | 1.856 | 1.917 | 2.110 |
| ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΑ | 6.860 | 6.992 | 8.805 | 6.178 | 8.008 | 7.760 | 6.913 |
| ΓΕΝΙΚΑ | 4.444 | 4.756 | 4.886 | 6.151 | 3.932 | 4.561 | 4.361 |
| ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑ | 1.344 | 1.335 | 1.335 | 1.268 | 1.282 | 1.268 | 1.008 |
| ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ | 1.050.801 | 1.056.110 | 1.234.027 | 979.242 | 1.176.207 | 1.151.401 | 1.052.861 |
| ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΕΣ | 410.113 | 413.029 | 479.100 | 384.897 | 460.341 | 451.153 | 413.217 |
| ΒΙΟΧΗΜΕΙΑΣ | 5.200.040 | 5.297.019 | 6.238.822 | 4.783.122 | 5.858.403 | 5.707.527 | 5.061.635 |
| ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΕΣ | 19.973 | 21.660 | 23.307 | 17.902 | 22.023 | 19.661 | 18.824 |
| ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ | 628.492 | 624.347 | 717.507 | 569.704 | 676.593 | 651.453 | 608.859 |
| ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 952.645 | 996.615 | 1.175.514 | 940.099 | 1.143.672 | 1.146.764 | 1.042.702 |
| ΠΑΘ/ΜΙΚΕΣ - ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ | 10.146 | 9.976 | 12.687 | 9.621 | 11.604 | 10.753 | 10.152 |
| ΤΟΞΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ | | | 4 | | 2 | 4 | 1 |
| ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΕΙΡΟΤΗΤΑΣ | | | | | 1 | | |
| ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ | 16.542 | 16.124 | 18.929 | 14.182 | 16.578 | 15.281 | 13.420 |
| ΜΑΓΝ. ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ | 64.319 | 61.421 | 74.199 | 59.370 | 70.942 | 68.456 | 63.387 |
| ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ | | | | | 1 | | |
| ΜΟΡΙΑΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ | 2.809 | 3.133 | 3.506 | 2.867 | 3.519 | 3.160 | 3.273 |
| ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑ - ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ | 44.548 | 44.255 | 50.777 | 38.956 | 47.101 | 44.443 | 38.688 |
| ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑ - ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΜΕ ΤΕΧΝΗΤΟ ΝΕΦΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΤΟΝΑΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ | 56 | 29 | 30 | 32 | 28 | 30 | 36 |
| ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ | 451 | 497 | 513 | 491 | 463 | 440 | 426 |
| ΟΥΡΟΛΟΓΙΑ | 2.314 | 2.275 | 2.325 | 2.038 | 2.315 | 2.124 | 2.069 |
| ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΑ | 46.744 | 44.281 | 48.107 | 41.506 | 42.249 | 42.239 | 39.801 |
| ΠΝΕΥΜ. - ΦΥΜΑΤΙΟΛΟΓΙΑ | 32.172 | 29.944 | 31.950 | 26.649 | 27.419 | 23.318 | 19.511 |
| ΠΡΟΛ. ΙΑΤΡΙΚΗ - 0% ΣΥΜ.ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ | 27.428 | 30.722 | 35.105 | 26.692 | 33.265 | 32.093 | 30.266 |
| ΠΥΡ. ΙΑΤΡΙΚΗ : ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ | 326 | 338 | 357 | 373 | 414 | 324 | 277 |
| ΠΥΡ. ΙΑΤΡΙΚΗ : ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ | 9.167 | 8.487 | 10.871 | 8.025 | 9.847 | 9.125 | 8.028 |
| ΥΠΕΡΗΧΟΙ | 284.193 | 283.897 | 335.514 | 254.387 | 310.913 | 304.843 | 276.513 |
| ΦΥΣΙΑΤΡΙΚΗ - ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ | 2.642 | 2.856 | 2.750 | 2.936 | 3.451 | 3.334 | 2.825 |
| ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ | 990 | 846 | 828 | 846 | 841 | 776 | 755 |
| ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΑ | 12.663 | 12.258 | 13.135 | 11.044 | 11.788 | 11.105 | 10.078 |
| ΑΘΡΟΙΣΜΑ | 9.084.405 | 9.225.873 | 10.826.806 | 8.418.596 | 10.225.183 | 9.975.886 | 8.958.733 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.9: Συνολικά ποσά εσόδων 1ευρώ ανά συνταγή υπέρ ΕΟΠΥΥ

| ΕΤΟΣ | ΠΟΣΟ |
|------|------|
|------|------|

| | |
|------|-------------|
| 2014 | 53.984.642€ |
| 2015 | 60.640.112€ |
| 2016 | 66.895.590€ |
| 2017 | 67.842.153€ |
| 2018 | 68.427.643€ |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Σε σχέση με το ζήτημα της προώθησης των γενόσημων φαρμάκων, φαίνεται η πραγματικότητα να απέχει κατά πολύ του στόχου της αύξησης του μεριδίου του κατ' όγκο στο 60%¹⁷³ παρόλα τα κίνητρα που θεσπίστηκαν για τη συνταγογράφηση και εκτέλεσή τους από τα ιδιωτικά φαρμακεία και την προτίμησή τους από τους ασφαλισμένους όπως ανωτέρω στο κεφάλαιο 3 αναφέρθηκαν. Συγκεκριμένα από το έτος 2014 που ξεκίνησε η προσπάθεια προώθησης των γενόσημων φαρμάκων το ποσοστό ανερχόταν στο 20,06% επί του συνολικού όγκου διάθεσης φαρμάκων. Στη διάρκεια των ετών υπάρχει σχετικά μικρή αύξηση του ποσοστού με το ποσοστό το 2018 να καταλήγει στο 29,02% επί του συνολικού όγκου διάθεσης φαρμάκων και να υπολείπεται κατά πολύ του στόχου της αύξησης του μεριδίου κατ' όγκο 60%.

Προφανώς σε αυτή την περίπτωση δε λειτούργησαν τα κίνητρα που δόθηκαν στους φαρμακοποιούς για υποχρεωτική έκπτωση από τις φαρμακευτικές εταιρείες σε περίπτωση που τα φαρμακεία που χορηγούν γενόσημα φάρμακα συνταγογραφούμενα και αποζημιούμενα από τον ΕΟΠΥΥ τα οποία υπερβαίνουν μηνιαίως, κατ' όγκο πωλήσεων, το 25%, των φαρμάκων που περιλαμβάνονται στις συνταγές που εκτελούνται σε αυτά. Σε σχέση δε με το κίνητρο της μηδενικής συμμετοχής των ασφαλισμένων για τη χρήση των γενόσημων φαρμάκων που θεσπίστηκε με το Ν. 4549/2018¹⁷⁴ η έλλειψη πληροφόρησης σχετικά με την ύπαρξη του κινήτρου ή η παραπληροφόρηση σχετικά με τα γενόσημα φάρμακα και τη λειτουργία τους καθίστανται ως οι πιθανότερες αιτίες μη αποδοχής τους από τους ασφαλισμένους.

Πίνακας 4.10: Ποσοστά προώθησης γενόσημων φαρμάκων για τα έτη 2014-2018

| ΕΤΟΣ | ΜΕΣΟ ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΕΝΟΣΗΜΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ |
|-------------|--|
| 2014 | 20,06 % |
| 2015 | 23,93 % |
| 2016 | 25,53 % |
| 2017 | 26,60 % |

¹⁷³ Άρθρο 93παρ.2 Ν. 4472/2017(ΦΕΚ 74^Α/19-5-2017)

¹⁷⁴ Άρθρο 26 Ν. 4549/2018 (ΦΕΚ 105^Α/14-6-2018)

| | |
|------|---------|
| 2018 | 29,02 % |
|------|---------|

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Σε σχέση με το ζήτημα της εφαρμογής της τελικής εκκαθάρισης σε όλες τις κατηγορίες συμβάσεων με ιδιώτες παρόχους από 1-1-2016 τα πρώτα αποτελέσματα αποτυπώνονται στον πίνακα 4.11. που ακολουθεί. Σε αυτόν αποτυπώνονται συγκεντρωτικά τα στοιχεία εξέλιξης των δαπανών σε συνάρτηση με τη διαδικασία ελέγχου και εκκαθάρισης¹⁷⁵ που ξεκίνησε το 2016 και αφορά στα έτη 2016-2017 σε συνάρτηση με το έτος 2015 που η αποζημίωση των προμηθευτών γινόταν με προκαταβολή και πρόχειρο λογιστικό έλεγχο. Μελετώντας τον πίνακα λοιπόν διαπιστώνουμε μείωση της συνολικής δαπάνης κατά 9,6% για το έτος 2016 σε σχέση με το 2015 και 6,9% για το έτος 2017 αντίστοιχα.

Ειδικότερη μελέτη καταλήγει στα εξής συμπεράσματα: Ξεκινώντας από την κατηγορία των διαγνωστικών εξετάσεων(κατηγορία Β1-Β3 πίνακα) παρατηρείται αισθητή μείωση της δαπάνης σε ποσοστό 20,8% για το έτος 2016 σε σχέση με το 2015 η οποία οφείλεται τόσο στην ανακοστολόγηση ενός μεγάλου αριθμού εξετάσεων, όσο και στην εφαρμογή των νέων κανόνων παραπομπής¹⁷⁶. Το έτος 2017 υπήρξε εισαγωγή, 88 νέων αποζημιούμενων εξετάσεων¹⁷⁷ με αποτέλεσμα την αύξηση της δαπάνης έναντι του 2016 αλλά και πάλι σε σχέση με το 2015 υπάρχει μείωση της δαπάνης σε ποσοστό 12,9%.

Σε σχέση με τους φορείς υποστήριξης αναπηρίας (κατηγορία Α7 πίνακα) υπήρξε αύξηση της δαπάνης για τα έτη 2016-2017 σε σχέση με το 2015 διότι ο Οργανισμός προχώρησε σε συμβάσεις με αποτέλεσμα την αύξηση του αριθμού των Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης.

Σε σχέση με τις υπηρεσίες αιμοκάθαρσης(κατηγορία Α5 πίνακα) υπήρξε αύξηση της εν λόγω δαπάνης από το έτος 2015 έως το 2017 διότι υπήρξε αριθμητική αύξηση στον αριθμό των αιμοκαθαρούμενων ασθενών κατά περίπου 1.000 ασθενείς στο διάστημα αυτών των ετών.

Τέλος σε σχέση με τις υπηρεσίες νοσηλείας ιδιωτικών κλινικών(Κατηγορία Α1-Α4 πίνακα) παρατηρείται μείωση κατά 5,6% και 9,8% για τα έτη 2016 και 2017 αντίστοιχα σε σχέση με το 2015. Ειδικά γι' αυτή την κατηγορία ωστόσο, καλύτερη αποτύπωση ωστόσο παρατηρείται στον πίνακα 4.12 όπου αποτυπώνεται η μείωση του μέσου κόστους νοσηλείας από το 2015 έως 2017 εξαιτίας του ελέγχου του συνόλου των λογαριασμών των κλινικών με την τελική

¹⁷⁵ Ν. 4368/2016(ΦΕΚ 21^Α/21-2-2016)

¹⁷⁶ της Υ.Α Γ3γ/40426(ΦΕΚ2221/Β'/18-6-2016)

¹⁷⁷Κ.Υ.Α. με αρ.Α3(γ)/οικ.76492(ΦΕΚ3458/Β/26-10-2016).

εκκαθάριση καθώς και της εφαρμογής και ελέγχου της ηλεκτρονικής αναγγελίας των εισιτηρίων-εξιτηρίων των ασθενών σε όλες τις περιπτώσεις εισαγωγών όπως και στις περιπτώσεις της ακτινοθεραπείας.

Πίνακας 4.11: Συγκεντρωτικά στοιχεία εξέλιξης δαπανών ετών 2015-2017

| | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ | Δαπάνη 2015 (προ ΦΠΑ και προ rebate) | Δαπάνη 2016 (προ ΦΠΑ και προ rebate) | Περιοπές 2016 (προ ΦΠΑ) | Μείωση Δαπάνης 2016 έναντι 2015 (συμπ. Περιοπών) | Δαπάνη 2017 (προ ΦΠΑ και προ rebate) | Περιοπές 2017 (προ ΦΠΑ) | Μείωση Δαπάνης 2017 έναντι 2015 (συμπ. Περιοπών) |
|-------|---|---|---|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---|
| A1-A4 | Υπηρεσίες Νοσηλείας (συμπ. Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών, Ψυχιατρικών, Κλινικών, υποστήριξης αναπηρίας, ΚΑΑ κλειστής περίθαλψης) | 495.089.896,61 € | 476.176.665,92 € | 8.906.149,49 € | 5,6% | 459.404.098,59 € | 12.921.696,05 € | 9,8% |
| A5 | Υπηρεσίες Μονάδων Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και Μονάδων Τεχνητού Νεφρού | 118.787.988,00 € | 129.904.711,25 € | 52.606,70 € | -9,3% | 137.983.508,50 € | 29.173,97 € | -16,1% |
| A7 | Φορείς Υποστήριξης Αναπηρίας μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα | 43.022.191,45 € | 45.713.498,56 € | 245.612,98 € | -5,7% | 50.320.435,85 € | 151.744,56 € | -16,6% |

| | | | | | | | | |
|---------------|--|---------------------------|---------------------------|------------------------|-------------|---------------------------|------------------------|-------------|
| B1 - B3 | Διαγνωστικές υπηρεσίες & πράξεις Διαγνωστικών Εργαστηρίων (ιδιώτες και εταιρίες) | 560.519.864,89 € | 445.806.074,60 € | 1.761.093,31 € | 20,8% | 488.435.497,24 € | 471.626,33 € | 12,9% |
| Γ1 | Φυσικοθεραπεία και Φυσικοθεραπευτές (Ιδιώτες και Εταιρίες) | 91.675.120,90 € | 96.144.021,83 € | 548.866,55 € | -4,3% | 95.777.131,61 € | 425.828,69 € | -4,0% |
| Γ2 | Υπηρεσίες Κέντρων Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Ανοιχτής Περιθαλψής | 8.769.950,00 € | 8.643.300,00 € | 84.769,83 € | 2,4% | 9.496.060,00 € | 40.045,63 € | -7,8% |
| ΣΥΝΟΛΟ | | 1.317.865.011,85 € | 1.202.388.272,16 € | 11.599.098,86 € | 9,6% | 1.241.416.731,79 € | 14.040.115,23 € | 6,9% |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.12.: Μέση δαπάνη νοσηλείας ιδιωτικών κλινικών ετών 2015-2017

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ | Δαπάνη 2015 προ ΦΠΑ | Δαπάνη 2016 προ ΦΠΑ | Δαπάνη 2017 προ ΦΠΑ |
|-----------|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| A1 | Υπηρεσίες Νοσηλείας Ιδιωτικών Κλινικών (ΣΥΝΟΛΟ) | 339.463.235,99 € | 327.510.882,43 € | 312.116.269,63 € |
| | Δαπάνη Νοσηλείων | 306.803.936,88 € | 303.982.660,78 € | 291.119.940,10 € |
| | Πλήθος Νοσηλείων | 489.852 | 505.217 | 500.315 |
| | Μέση Δαπάνη Νοσηλείας | 626,32 € | 601,69 € | 581,87 € |
| | Ακτινοθεραπεία | 32.659.299,11 € | 23.528.221,65 € | 20.996.329,53 € |

Σε σχέση με το ζήτημα των σκευασμάτων ειδικής διατροφής, τα επιθέματα και το αναλώσιμο υγειονομικό υλικό με τους προμηθευτές των οποίων ο ΕΟΠΥΥ προχώρησε σε συμβάσεις από 1-1-2017, η κατάσταση της δαπάνης για τα έτη 2014-2016 προ συμβάσεων και για το έτος 2017 που υπεγράφησαν συμβάσεις αποτυπώνεται στον πίνακα 4.13 που ακολουθεί.

Παρατηρώντας λοιπόν τον πίνακα καταλήγουμε στις εξής διαπιστώσεις. Καταρχάς για όλες τις κατηγορίες που αναφέρονται στον πίνακα υπάρχει διαχωρισμός των δαπανών σε χρονικές περιόδους διότι για τα έτη 2014-2016 η αποζημίωση όλων των κατηγοριών γινόταν απευθείας στους ασφαλισμένους ελλείψει συμβάσεων ενώ από το έτος 2017 άλλαξε η διαδικασία χορήγησης αυτών των υλικών, καθώς πλέον γίνεται μόνο μέσα από το δίκτυο συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ παρόχων. Επιπλέον όπως ανωτέρω αναφέρθηκε ειδικά για το έτος 2017 υπήρξε καθορισμός συγκεκριμένου ορίου δαπάνης για κάθε κατηγορία, το οποίο δε δύναται να υπερβεί.

Σε σχέση με το ζήτημα της δαπάνης διαπιστώνεται σε όλες τις κατηγορίες ανοδική τάση από το έτος 2014-2016 που η αποζημίωση γινόταν απευθείας στους ασφαλισμένους. Το 2017 ωστόσο, υπήρξε αλλαγή των συσχετισμών με πτωτική στάση στη δαπάνη σε όλες τις κατηγορίες σε σχέση με τα προηγούμενα έτη.

Συγκεκριμένα για τα Σκευάσματα Ειδικής Διατροφής η δαπάνη για το έτος 2017 ανήλθε στα 38.231.066,15€ ενώ το ανώτατο όριο δαπάνης (claw back)κυμάνθηκε στα 20.000.000,00€. Σε σχέση με το 2016 η δαπάνη είχε μεταβολή μικρότερη κατά 3.563.096,02€ και ποσοστιαία μείωση 8,53% ενώ σε σχέση με την πραγματική δαπάνη που ορίζεται από το claw back η ποσοστιαία μεταβολή παρουσιάζει μείωση κατά 52,15%.

Στα επιθέματα η δαπάνη για το έτος 2017 ανήλθε στα 48.644.004,50€ ενώ το ανώτατο όριο δαπάνης (claw back)κυμάνθηκε στα 37.000.000,00€. Σε σχέση με το 2016 η δαπάνη παρουσίασε μείωση κατά 12.204.906,92€ και ποσοστιαία μείωση 20,51% ενώ σε σχέση με την πραγματική δαπάνη που ορίζεται από το claw back η ποσοστιαία μεταβολή παρουσιάζει μείωση κατά 37,81%.

Στα αναλώσιμα για το διαβήτη η δαπάνη για το έτος 2017 ανήλθε στα 83.046.488,44€ ενώ το ανώτατο όριο δαπάνης (claw back)κυμάνθηκε στα 60.000.000,00€. Σε σχέση με το 2016 η δαπάνη είχε μεταβολή παρουσίασε μείωση κατά 12.174.997,56€ και ποσοστιαία μείωση 12,79% ενώ σε σχέση με την πραγματική δαπάνη που ορίζεται από το claw back η ποσοστιαία μεταβολή παρουσιάζει μείωση κατά 36,99%.

Πίνακας 4.13.: Συγκεντρωτικά στοιχεία δαπανών ΣΕΔ, Επιθεμάτων και Αν. Διαβήτη ετών 2014-2017

| ΣΕΔ | | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|---------------------|-------------------------|---------------------|
| ΕΤΟΣ | ΔΑΠΑΝΗ (ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ) | ΔΑΠΑΝΗ Α' ΕΞΑΜΗΝΟ (ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ ΠΑΡΟΧΟ) | ΔΑΠΑΝΗ Β' ΕΞΑΜΗΝΟ (ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ ΠΑΡΟΧΟ) | ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ | ΟΡΙΟ Υ.Α. | ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΔΑΠΑΝΗΣ | ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ | ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΟΠΥΥ | ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ |
| 2014 | 22.106.442,25 € | --- | | 22.106.442,25 € | - | | --- | 22.106.442,25 € | |
| 2015 | 37.498.538,73 € | | | 37.498.538,73 € | - | 15.392.096,48 € | 69,63% | 37.498.538,73 € | 69,63% |
| 2016 | 41.794.162,17 € | | | 41.794.162,17 € | - | 4.295.623,44 € | 11,46% | 41.794.162,17 € | 11,46% |
| 2017 | 347.008,72 € | 21.664.685,18 € | 16.219.372,25 € | 38.231.066,15 € | 20.000.000,00 € | -3.563.096,02 € | -8,53% | 20.000.000,00 € | -52,15% |
| Επιθέματα | | | | | | | | | |
| ΕΤΟΣ | ΔΑΠΑΝΗ (ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ) | ΔΑΠΑΝΗ Α' ΕΞΑΜΗΝΟ (ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ ΠΑΡΟΧΟ) | ΔΑΠΑΝΗ Β' ΕΞΑΜΗΝΟ (ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ ΠΑΡΟΧΟ) | ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ | ΟΡΙΟ Υ.Α. | ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΔΑΠΑΝΗΣ | ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ | ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΟΠΥΥ | ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ |
| 2014 | 55.461.718,64 € | | | 55.461.718,64 € | | --- | --- | | --- |
| 2015 | 70.934.339,67 € | | | 70.934.339,67 € | | 32.806.297,53 € | 59,15% | | 27,90% |
| 2016 | 59.493.189,30 € | | | 59.493.189,30 € | | -10.926.112,66 € | -15,40% | | -16,13% |
| 2017 | 208.372,60 € | 23.771.618,09 € | 24.664.013,81 € | 48.644.004,50 € | 37.000.000,00 € | -12.204.906,92 € | -20,51% | 37.000.000,00 € | -37,81% |
| Αναλώσιμα Διαβήτη | | | | | | | | | |
| ΕΤΟΣ | ΔΑΠΑΝΗ (ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ) | ΔΑΠΑΝΗ Α' ΕΞΑΜΗΝΟ (ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ ΠΑΡΟΧΟ) | ΔΑΠΑΝΗ Β' ΕΞΑΜΗΝΟ (ΣΥΜΒΑΣΗ ΜΕ ΠΑΡΟΧΟ) | ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ | ΟΡΙΟ Υ.Α. | ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΔΑΠΑΝΗΣ | ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ | ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΕΟΠΥΥ | ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΗ |
| 2014 | 78.174.802,16 € | | | 78.174.802,16 € | | --- | --- | 78.174.802,16 € | --- |
| 2015 | 86.894.331,17 € | | | 86.894.331,17 € | | 8.719.529,01 € | 11,15% | 86.894.331,17 € | 11,15% |
| 2016 | 95.221.486,00 € | | | 95.221.486,00 € | | 8.327.154,83 € | 9,58% | 95.221.486,00 € | 9,58% |
| 2017 | 0,00 € | 47.706.615,00 € | 35.339.873,44 € | 83.046.488,44 € | 60.000.000,00 € | -12.174.997,56 € | -12,79% | 60.000.000,00 € | -36,99% |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Σε σχέση με το ζήτημα της εφαρμογής της στατιστικής μεθοδολογίας για τον έλεγχο των συμβεβλημένων παρόχων: α) συμπληρωμάτων ειδικής διατροφής, β) ιατροτεχνολογικού υλικού και γ) ανοιχτής περίθαλψης (διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπεία), όπως ανωτέρω στο κεφάλαιο 3 αναφέρθηκε, ήδη έχουν δημοσιευτεί τα πρώτα στοιχεία για το πρώτο εξάμηνο του 2018 και εκτίθενται στους πίνακες (4.14-4.18) που έπονται.

Η στατιστική μεθοδολογία που ακολουθείται είναι η εξής: Για κάθε συμβεβλημένο με τον Οργανισμό πάροχο εξάγονται τα εξής δεδομένα προς ανάλυση:

- Ο εκτελών τη γνωμάτευση συμβεβλημένος πάροχος με στοιχεία κωδικού εγκατάστασης, ΑΦΜ και επωνυμίας.
- Η κατηγορία σύμβασης στην οποία ανήκει ο πάροχος
- Η κατηγορία/υποκατηγορία κλειστού προϋπολογισμού (claw back) στην οποία ανήκει.
- Ο Νομός στον οποίο βρίσκεται ο εκτελών.
- Το πλήθος των εκτελέσεων για το ανωτέρω χρονικό διάστημα.
- Η ποσότητα των χορηγούμενων ειδών.
- Η δαπάνη που προκλήθηκε (προ rebate).
- Το πλήθος των μοναδικών ασθενών (ΑΜΚΑ) που έλαβαν τα σκευάσματα για το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.
- Η δαπάνη του 1ου, 2ου και 3ου σε συνταγογράφηση γιατρού που εκτελέστηκαν από κάθε πάροχο.
- Το ποσοστό της δαπάνης του 1ου, 2ου και 3ου γιατρού σε συνταγογράφηση έναντι του συνόλου.

Στη συνέχεια γίνεται ταξινόμηση της δαπάνης κάθε παρόχου από τη μεγαλύτερη προς τη μικρότερη τιμή και εφαρμόζεται η ανάλυση κατά Pareto για να προσδιοριστούν οι πάροχοι που προκαλούν το 80% της δαπάνης και κατ' επέκταση να προσδιοριστεί το σύνολο των ελεγχόμενων παρόχων.

Ως δείκτες ελέγχου χρησιμοποιούνται τα εξής:

1. Η δαπάνη του 1ου σε συνταγογράφηση γιατρού για κάθε πάροχο (**Δ1**).
2. Το ποσοστό του 1ου σε συνταγογράφηση γιατρού έναντι του συνόλου της δαπάνης για κάθε πάροχο (**Δ2**).
3. Το άθροισμα των ποσοστών του 1ου και 2ου σε συνταγογράφηση γιατρού για κάθε πάροχο (**Δ3**).
4. Το άθροισμα των ποσοστών του 1ου, 2ου και 3ου σε συνταγογράφηση γιατρού για κάθε πάροχο (**Δ4**).
5. Η δαπάνη ανά ΑΜΚΑ κάθε παρόχου (**Δ5**).

και ειδικά για την κατηγορία σύμβασης των διαγνωστικών εξετάσεων:

1. Το μέσο κόστος ανά παραπεμπτικό κάθε παρόχου
2. Η μέση ποσότητα ανά παραπεμπτικό κάθε παρόχου

Οι ανωτέρω δείκτες διερευνούν τυχόν διασύνδεση του παρόχου που εκτελεί με το συνταγογράφο γιατρό, ενώ στους πίνακες (4.14-4.18) διαπιστώνεται ο αριθμός των παρόχων που για το πρώτο εξάμηνο του 2018 έχουν υπερβεί τον αντίστοιχο δείκτη και βρίσκονται σε διαδικασία περαιτέρω ελέγχων από την ΥΠΕΔΥΦΚΑ. Το μέτρο χρήσης δεικτών ωστόσο, αν και πρωτοποριακό, δείχνει την τάση των παρόχων. Για τη θεμελίωση της ενδεχόμενης παράβασης όμως, απαιτούνται έλεγχοι και διασταυρώσεις από τα αρμόδια ελεγκτικά όργανα πριν οι πάροχοι κληθούν σε εξηγήσεις και αποφασιστεί η ενδεχόμενη επιβολή ποινών. Το γεγονός αυτό καθιστά τη διαδικασία εξαιρετικά χρονοβόρα και δε διασφαλίζει τη θωράκιση του Οργανισμού έναντι της προκλητής ζήτησης και της κατευθυνόμενης συνταγογράφησης σε πραγματικό χρόνο.

Πίνακας 4.14.: Διαγνωστικά- Άνω όριο ελέγχου το 99% ποσοστημόριο

| | Δ1 | Δ2 | Δ3 | Δ4 | Δ5 | Δ6 |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| C(99%) | 102.882,61 | 0,45 | 0,65 | 0,78 | 144,30 | 136,70 |
| ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(δ) | 13.634,64 | 0,08 | 0,13 | 0,17 | 35,79 | 20,05 |
| ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(μ) | 18.591,35 | 0,10 | 0,16 | 0,20 | 45,89 | 30,40 |
| ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ(σ) | 17.935,75 | 0,09 | 0,12 | 0,15 | 29,41 | 28,33 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΡΙΑΣ(sk) | 3,63 | 2,49 | 4,33 | 6,39 | 4,44 | 5,10 |
| 1 ^ο ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q1) | 7.867,33 | 0,05 | 0,08 | 0,11 | 30,52 | 17,25 |
| 3 ^ο ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q3) | 22.674,68 | 0,13 | 0,20 | 0,25 | 51,10 | 31,08 |
| ΔΙΑΦΟΡΑ Q3-Q1 (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος IQR) | 14.807,35 | 0,08 | 0,12 | 0,14 | 20,58 | 13,83 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ(CV) | 1,09 | 0,98 | 1,73 | 2,39 | 0,58 | 0,69 |
| ΠΑΡΟΧΟΙ ΑΝΩ ΤΟΥ 99% | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.15.: Φυσικοθεραπεία- Άνω όριο ελέγχου το 99% ποσοστημόριο

| | Δ1 | Δ2 | Δ3 | Δ4 | Δ5 |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| C(99%) | 35.895,00 | 0,65 | 0,79 | 0,86 | 154,46 |
| ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(δ) | 7.500,00 | 0,23 | 0,37 | 0,46 | 150,00 |
| ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(μ) | 9.210,19 | 0,26 | 0,39 | 0,47 | 150,29 |
| ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ(σ) | 6.980,02 | 0,14 | 0,16 | 0,16 | 1,17 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΡΙΑΣ(sk) | 3,07 | 1,00 | 0,52 | 0,30 | 2,04 |
| 1 ^ο ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q1) | 4.650,00 | 0,16 | 0,27 | 0,35 | 149,81 |
| 3 ^ο ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ | 11.700,00 | 0,34 | 0,49 | 0,58 | 150,64 |

| | | | | | |
|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q3) | | | | | |
| ΔΙΑΦΟΡΑ Q3-Q1 (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος IQR) | 7.050,00 | 0,18 | 0,23 | 0,24 | 0,83 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ(CV) | 0,94 | 0,77 | 0,61 | 0,51 | 0,01 |
| ΠΑΡΟΧΟΙ ΑΝΩ ΤΟΥ 99% | 11 | 11 | 11 | 11 | 11 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.16.: Επιθέματα- Άνω όριο ελέγχου το Q3

| | Δ1 | Δ2 | Δ3 | Δ4 | Δ5 |
|--|------------|----------|----------|----------|----------|
| C(99%) | 176.769,19 | 0,90 | 0,97 | 0,98 | 1.472,96 |
| ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(δ) | 70.529,36 | 0,22 | 0,37 | 0,49 | 835,86 |
| ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(μ) | 83.297,66 | 0,28 | 0,41 | 0,50 | 806,38 |
| ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ(σ) | 48.273,70 | 0,22 | 0,26 | 0,27 | 266,17 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΡΙΑΣ(sk) | 0,52 | 1,27 | 0,42 | -0,12 | 0,65 |
| 1° ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q1) | 39.164,98 | 0,12 | 0,21 | 0,30 | 609,16 |
| 3ο ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q3) | 126.704,40 | 0,36 | 0,54 | 0,68 | 930,46 |
| ΔΙΑΦΟΡΑ Q3-Q1 (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος IQR) | 87.539,42 | 0,24 | 0,33 | 0,38 | 321,30 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ(CV) | 1,24 | 1,08 | 0,89 | 0,77 | 0,38 |
| ΠΑΡΟΧΟΙ ΑΝΩ ΤΟΥ Q3 | 5 | 7 | 7 | 6 | 3 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.17.: ΣΕΔ- Άνω όριο ελέγχου το Q3

| | Δ1 | Δ2 | Δ3 | Δ4 | Δ5 |
|--|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| C(99%) | 169.091,38 | 0,98 | 1,00 | 1,00 | 1.975,09 |
| ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(δ) | 28.412,72 | 0,34 | 0,54 | 0,66 | 841,73 |
| ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(μ) | 43.218,55 | 0,40 | 0,56 | 0,66 | 906,86 |
| ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ(σ) | 38.900,44 | 0,25 | 0,26 | 0,24 | 402,98 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΡΙΑΣ(sk) | 1,60 | 0,90 | 0,23 | -0,18 | 2,56 |
| 1° ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q1) | 15.911,10 | 0,21 | 0,36 | 0,48 | 642,54 |
| 3ο ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q3) | 58.042,05 | 0,49 | 0,76 | 0,89 | 1.113,42 |
| ΔΙΑΦΟΡΑ Q3-Q1 (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος IQR) | 42.130,95 | 0,28 | 0,40 | 0,41 | 470,88 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ(CV) | 1,48 | 0,82 | 0,73 | 0,62 | 0,56 |
| ΠΑΡΟΧΟΙ ΑΝΩ ΤΟΥ Q3 | 10 | 19 | 22 | 21 | 15 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Πίνακας 4.18.: Καθετήρες/Ουροσυλλέκτες- Άνω όριο ελέγχου το Q3

| | Δ1 | Δ2 | Δ3 | Δ4 | Δ5 |
|--|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| C(99%) | 1.138.819,52 | 0,96 | 1,00 | 1,00 | 2.293,67 |
| ΔΙΑΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(δ) | 150.095,86 | 0,29 | 0,42 | 0,52 | 1.393,89 |
| ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ(μ) | 243.723,33 | 0,34 | 0,45 | 0,52 | 1.323,10 |
| ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ(σ) | 293.664,04 | 0,30 | 0,33 | 0,34 | 577,55 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΣΥΜΜΕΤΡΙΑΣ(sk) | 2,67 | 1,03 | 0,36 | 0,05 | -0,17 |
| 1 ^ο ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q1) | 87.842,73 | 0,07 | 0,11 | 0,15 | 850,99 |
| 3 ^ο ΤΕΤΑΡΤΗΜΟΡΙΟ ΚΑΤΑΝΟΜΗΣ(Q3) | 225.745,58 | 0,40 | 0,69 | 0,85 | 1.665,75 |
| ΔΙΑΦΟΡΑ Q3-Q1 (Ενδοτεταρτημοριακό εύρος IQR) | 137.902,85 | 0,33 | 0,58 | 0,70 | 814,76 |
| ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑΣ(CV) | 0,92 | 1,12 | 1,38 | 1,33 | 0,58 |
| ΠΑΡΟΧΟΙ ΑΝΩ ΤΟΥ Q3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

Τέλος σε σχέση με το ζήτημα των ποινών και των προστίμων που επιβλήθηκαν ως απόρροια όλων των ανωτέρω μέτρων που αναφέρθηκαν και υιοθετήθηκαν από τον Οργανισμό στον πίνακα 4.19 που ακολουθεί καταγράφονται τα ποσά που εισπράχθηκαν γι' αυτή την αιτία. Στο έτος 2012 καταγράφεται μηδενική εισπραξη ποσών για ποινές και πρόστιμα. Το γεγονός αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι τότε ήταν η πρώτη χρονιά λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ και ακόμη η διαδικασία ένταξης των φορέων σε αυτόν και κατ' επέκταση των συμβεβλημένων προμηθευτών ήταν σε εξέλιξη. Η δυναμική διαδικασία ένταξης των φορέων σε συνδυασμό με την προσπάθεια του Οργανισμού να οργανώσει το δίκτυο ελέγχου και αποπληρωμής των προμηθευτών προκειμένου να υπάρξει απρόσκοπτη ροή στην παροχή υπηρεσιών δεν επέτρεπαν ενδεχομένως τη δυνατότητα περαιτέρω ελέγχων και επιβολής προστίμων για αντισυμβατικές συμπεριφορές. Για το έτη 2013 και 2014 τα ποσά εκτός από ποινές περιλαμβάνουν πρόστιμα και παράβολα και βασίζονται σε δεδομένα από τους απολογισμούς χρήσεως ετών 2012-2014 όπως αναλύονται ανωτέρω στο κεφάλαιο 3 ενώ για τα έτη 2015-2018 τα στοιχεία αφορούν αμιγώς σε έσοδα από ποινές που επιβλήθηκαν σε συμβεβλημένους παρόχους για αντισυμβατική συμπεριφορά.

Πίνακας 4.19: Έσοδα ΕΟΠΥΥ από ποινές ετών 2012-2018¹⁷⁸

| ΈΤΟΣ | ΕΙΣΠΡΑΧΘΕΝ ΠΟΣΟ |
|------|-----------------|
| 2012 | 0,00 |
| 2013 | 35.218,57 |
| 2014 | 494.330,75 |
| 2015 | 658.147,33€ |
| 2016 | 912.443,29€ |
| 2017 | 1.445.544,80€ |
| 2018 | 973.241,40€ |

Πηγή: Βάση Δεδομένων ΕΟΠΥΥ, 2019

4.3.Η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας

Η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη είναι η δυνατότητα που δίδεται στον πληθυσμό μιας χώρας να προσανατολιστεί στο σύστημα υγείας και να επωφεληθεί από ένα μέρος ή στο σύνολο των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Προϋποθέτει επαρκείς και διαθέσιμους υγειονομικούς πόρους και εκφράζει τη δυνατότητα ισότιμης χρήσης των υπηρεσιών υγείας από το σύνολο του πληθυσμού χωρίς γεωγραφικά ή οικονομικά εμπόδια ενώ προσδιορίζεται τόσο από τον αριθμό των ατόμων που αναμένεται να χρησιμοποιήσουν κάποιες υπηρεσίες υγείας όσο και από τον χρόνο μετάβασης και από το χρόνο αναμονής μέχρι τη χρήση αυτών (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000).

Όπως ανωτέρω στην εισαγωγή αναφέρθηκε, ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας μεταξύ άλλων προϋποθέτει το δικαίωμα των πολιτών να επιλέξουν που και πως θα νοσηλευτούν ή που θα προσφύγουν για ιατρικές υπηρεσίες χωρίς καθυστερήσεις, εμπόδια και πρόσθετες πληρωμές.

Στους πίνακες 4.20 και 4.21 καθώς και στην εικόνα 4.1 που ακολουθούν αποτυπώνεται το τρέχον δίκτυο συμβεβλημένων παρόχων με τον ΕΟΠΥΥ σε επίπεδο επικράτειας καθώς και η αναλογία των προμηθευτών ανά 1.000 κατοίκους. Επισημαίνεται ότι ειδικά για την

¹⁷⁸ Για τα έτη 2012-2014 τα ποσά εκτός από ποινές περιλαμβάνουν πρόστιμα και παράβολα και βασίζονται στους απολογισμούς χρήσεως ετών 2012-2014 όπως αναλύονται ανωτέρω στο κεφάλαιο 3 ενώ για τα έτη 2015-2018 τα στοιχεία αφορούν αμιγώς σε έσοδα από ποινές.

κατηγορία των συμβεβλημένων ιδιωτών ιατρών(παθολόγοι, γενικοί ιατροί και παιδίατροι), άλλαξε το καθεστώς μέσα στο έτος 2018 και έπαψαν αυτοδίκαια να ισχύουν από 31-7-2018 οι συμβάσεις τους με τον Οργανισμό καθώς από 1-8-2018 εφαρμόζεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού.

Μελετώντας λοιπόν τους πίνακες 4.20 και 4.21 που ακολουθούν, διαπιστώνουμε την πληθώρα των συμβεβλημένων φαρμακείων καθώς σε απόλυτο αριθμό σε επίπεδο επικράτειας ανέρχονται στα 10.748 ενώ η αναλογία αντιστοιχεί σε 0,99φαρμακεία/1.000 κατοίκους. Επίσης σε γιατρούς ειδικοτήτων φαίνεται να υπάρχει επαρκές συμβεβλημένο δίκτυο καθώς τα διαγνωστικά εργαστήρια ανέρχονται στα 2.766 και η αναλογία στα 0,25/1.000 κατοίκους. Το ίδιο παρατηρούμε και στις περιπτώσεις των γιατρών ειδικοτήτων που εκτελούν επισκέψεις και πράξεις καθώς σε απόλυτο αριθμό ανέρχονται στους 3.564 σε επίπεδο επικράτειας ενώ η αναλογία στους 0,33/1.000 κατοίκους.

Το πρόβλημα εστιάζεται στους ιατρούς ειδικότητας παθολογίας, γενικής ιατρικής και παιδιατρικής που εκτελούν μόνο επισκέψεις καθώς από 1.796 και αναλογία 0,17/1.000 κατοίκους που υπήρχε μέχρι 31.7.2018, από τη 1.8.2018 που ξεκίνησαν οι συμβάσεις με τους οικογενειακούς γιατρούς και η προσπάθεια εφαρμογής του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, οι συμβεβλημένοι γιατροί των παραπάνω ειδικοτήτων ανέρχονται μόλις στους 699 και η αναλογία στους 0,06/1.000 κατοίκους.

Την έλλειψη αυτή προσπάθησε να την ισορροπήσει το Υπουργείο Υγείας με την υποχρεωτική προσχώρηση στο δίκτυο συμβεβλημένων οικογενειακών γιατρών των γιατρών των παραπάνω ειδικοτήτων που απασχολούνται στα Κέντρα Υγείας και στα ΤΟΜΥ, οι ανάγκες ωστόσο του πληθυσμού και ο μικρός αριθμός των γιατρών δε στάθηκε ικανός να άρει τα εμπόδια στην πρόσβαση στους γιατρούς των παραπάνω ειδικοτήτων με αποτέλεσμα την προσφυγή μεγάλου τμήματος του πληθυσμού σε ιδιώτες πιστοποιημένους αλλά μη συμβεβλημένους παιδίατρος, παθολόγους και γενικούς γιατρούς επ' αμοιβή προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες του.

Επιπλέον παρατηρώντας τους ίδιους πίνακες, διαπιστώνουμε ότι στο δίκτυο των συμβεβλημένων παρόχων με τον ΕΟΠΥΥ δεν περιλαμβάνονται οδοντίατροι, ορθοδοντικοί και οδοντοτεχνίτες. Η μόνη πρόσβαση που μπορεί να έχει ο πληθυσμός σε αυτές τις κατηγορίες προμηθευτών, εφόσον υπάρχουν, είναι μόνο μέσα από τις δημόσιες δομές και δη τα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας.

Αποτέλεσμα της έλλειψης αυτής είναι να μην υπάρχει οδοντιατρική περίθαλψη για τους ασφαλισμένους και να αναγκάζονται να πληρώνουν ίδια δαπάνη τις οδοντιατρικές εργασίες τις οποίες τυχόν θα χρειαστούν χωρίς να έχουν το δικαίωμα επιστροφής χρημάτων από τον ΕΟΠΥΥ όπως γίνεται σήμερα για άλλες κατηγορίες παροχών (γυαλιά οράσεως, θεραπείες

ειδικής αγωγής ανηλίκων) για τις οποίες επίσης ο Οργανισμός δε διαθέτει δίκτυο συμβεβλημένων παρόχων.

Πίνακας: 4.20.: Συμβεβλημένοι πάροχοι με τον ΕΟΠΥΥ

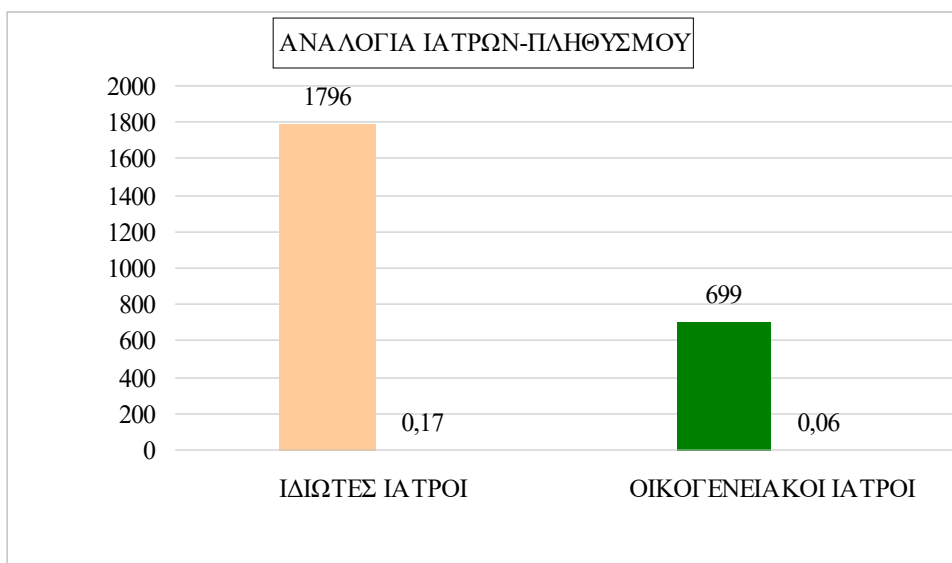
| ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΧΩΡΑΣ: 10.858.018 | | |
|---------------------------------------|---------------|---------------------------------|
| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΣΥΜΒ.ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΩΝ | ΣΥΝΟΛΟ | ΑΝΑΛΟΓΙΑ/1.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ |
| Φαρμακεία | 10.748 | 0,99 |
| Διαγνωστικά Εργαστήρια | 2.766 | 0,25 |
| Αποκατάσταση και Αποθεραπεία | 2.507 | 0,23 |
| Ιδιωτικά Πολυϊατρεία | 211 | 0,02 |
| Αιμοκάθαρση | 170 | 0,02 |
| Ιδιωτικές Κλινικές | 142 | 0,01 |
| Νοσοκομεία | 135 | 0,01 |
| ΠΕΔΥ-Κέντρα Υγείας | 2.027 | 0,19 |
| Μονάδες Ψυχικής Υγείας | 603 | 0,06 |
| Μονάδες Εξειδ. Φροντίδας | 200 | 0,02 |
| Ιδιώτες Γιατροί (Επισκέψεις& Πράξεις) | 3.564 | 0,33 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2019

Πίνακας 4.21: Συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί(επισκέψεις)

| ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ | ΙΔΙΩΤΕΣ ΙΑΤΡΟΙ | ΟΙΚΟΓΕΝ. ΙΑΤΡΟΙ |
|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| Σύνολο Πληθυσμού | 10.858.018 | 10.858.018 |
| Πλήθος Συμβάσεων | 1796 | 699 |
| Ποσοστό/10.000 κατοίκους | 0,17 | 0,06 |

Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ,2019



Εικόνα 4.1: Συμβεβλημένοι ιδιώτες ιατροί(επισκέψεις)
Πηγή: Βάση δεδομένων του ΕΟΠΥΥ, 2019

Μείωση επίσης υπήρξε και στο εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς κάθε φορά που γίνεται τροποποίηση του Κανονισμού Παροχών του ΕΟΠΥΥ υπάρχει είτε μείωση του αριθμού των παρεχόμενων υπηρεσιών είτε προσθήκη συμμετοχής των ασφαλισμένων σε παροχές που στον προηγούμενο Κανονισμό Παροχών δεν υπήρχαν. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα προσθήκης συμμετοχής 10% στη νοσηλεία των ψυχιατρικών κλινικών και στις θεραπείες φυσικοθεραπείας από 1-11-2018 με την εφαρμογή του νέου ΕΚΠΥ του ΕΟΠΥΥ¹⁷⁹ και της μείωσης των παρεχόμενων θεραπειών στο πλαίσιο της ειδικής αγωγής παιδιών έως 18 ετών.

Συγκεκριμένα ενώ ο προηγούμενος κανονισμός παροχών που ίσχυε μέχρι 31-10-2018 προέβλεπε 15 λογοθεραπείες-εργοθεραπείες και θεραπείες ειδικής διαπαιδαγώγησης για σοβαρά αμιγή νοητικά, ψυχιατρικά και ψυχολογικά προβλήματα ή ΔΕΠΥ¹⁸⁰ με μέγιστη ισχύ γνωμάτευσης έως 1 έτος και επανεκτίμηση,¹⁸¹ στο νέο κανονισμό παροχών που ισχύει από 1-11-2018 ο μέγιστος αριθμός συνεδριών κυμαίνεται από 4-12 συνεδρίες κατ' είδος το μήνα ανάλογα με την πάθηση του παιδιού ενώ η γνωμάτευση ισχύει κατά περίπτωση από 4 μήνες έως 1 χρόνο με δυνατότητα επανεκτίμησης.¹⁸²

¹⁷⁹ Άρθρα 12 και 39 αντίστοιχα ΚΥΑ ΕΑΛΕ/ΓΠ.80157/ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

¹⁸⁰ Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής

¹⁸¹ Άρθρο 17 ΚΥΑ ΕΜΠ5/ΦΕΚ 3054 Β'/18-11-2012 που τροποποιεί την υπ' αριθμ. Φ90380/25916/3294/ΦΕΚ 2456/β'/3-11-2011 και την υπ' αριθμ. Φ90380/5383/738/2012(ΦΕΚ 1233/Β'/11-4-2012 ΚΥΑ.

¹⁸² Υπ' αριθμ. 47305/ΦΕΚ 5571/Β'/12-12-2018 παράρτημα του άρθρου 45 ΚΥΑ ΕΑΛΕ/Γ.Π.80157/ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018

Αποτέλεσμα όλων των ανωτέρω αναφερομένων είναι να δημιουργούνται φραγμοί στην πρόσβαση των ασφαλισμένων στις παροχές υγείας του Οργανισμού καθότι με την αύξηση της συμμετοχής τους στις παροχές και τη μείωση του εύρους των υπηρεσιών όπως ανωτέρω αναλύθηκαν, επωμίζονται οι ασφαλισμένοι το κόστος των επιπλέον θεραπειών που απαιτούνται.

Λαμβάνοντας υπόψη λοιπόν όλα τα ανωτέρω σχετικά με τον Κανονισμό Παροχών του ΕΟΠΥΥ αλλά και το γεγονός που ήδη προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο 2 ότι οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία οι οποίες λαμβάνουν τη μορφή των άμεσων πληρωμών από το σύνολο του πληθυσμού είναι το κύριο χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας, θα επιχειρήσουμε να σκιαγραφήσουμε την προσβασιμότητα του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας από το 2010 και μέχρι το 2017 που υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.

Παρατηρώντας τον πίνακα 4.22 και την εικόνα 4.2 που ακολουθούν και προς επίρρωση των ανωτέρω, διαπιστώνεται ότι οι άμεσες πληρωμές από το 2010 βαίνουν συνεχώς αυξανόμενες και έχουν ξεπεράσει το ένα τρίτο (34,34% το 2016) των συνολικών δαπανών για την υγεία ενώ και ως ποσοστό % επί του ΑΕΠ η κλίμακα από το 2010 βαίνει συνεχώς αυξανόμενη.

Σύμφωνα με μια μελέτη του ΟΟΣΑ σε συνεργασία με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο συστημάτων Υγείας και Πολιτικών και την Ευρωπαϊκή Επιτροπή για το προφίλ υγείας των Ελλήνων, ο κύριος όγκος των άμεσων πληρωμών από τους ασθενείς (90%) αφορά την αγορά ιδιωτικών υπηρεσιών κι όχι τη συμμετοχή στις πληρωμές¹⁸³.

Όπως ανωτέρω στην ανάλυση των παροχών του ΕΟΠΥΥ αναφέρθηκε, η συμμετοχή των ασφαλισμένων θεσμοθετήθηκε στις διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις σε ιδιώτες συμβεβλημένους παρόχους, στα φάρμακα που χορηγούνται εκτός νοσοκομείου και φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ και σε κάποιες κατηγορίες ασθενών, στην κλειστή νοσηλεία ιδιωτών συμβεβλημένων προμηθευτών και στις ιατρικές πράξεις που τελούν οι ιδιώτες συμβεβλημένοι ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ. Πέρα όμως από τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στις υπηρεσίες υγείας και τη μείωση του εύρους των υπηρεσιών, εντοπίζονται και άλλες αιτίες των αυξημένων ιδιωτικών πληρωμών.

Καταρχάς υπάρχει μεγάλη διαφορά μεταξύ των ποσών αποζημίωσης βάσει κρατικού τιμολογίου ή ασφαλιστικής τιμής και των πραγματικών αμοιβών που καταβάλλονται σε

¹⁸³ OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>[accessed 19 Nov.2018]

συμβεβλημένους παρόχους με αποτέλεσμα να επιβάλλονται επιπλέον χρεώσεις στους ασφαλισμένους.

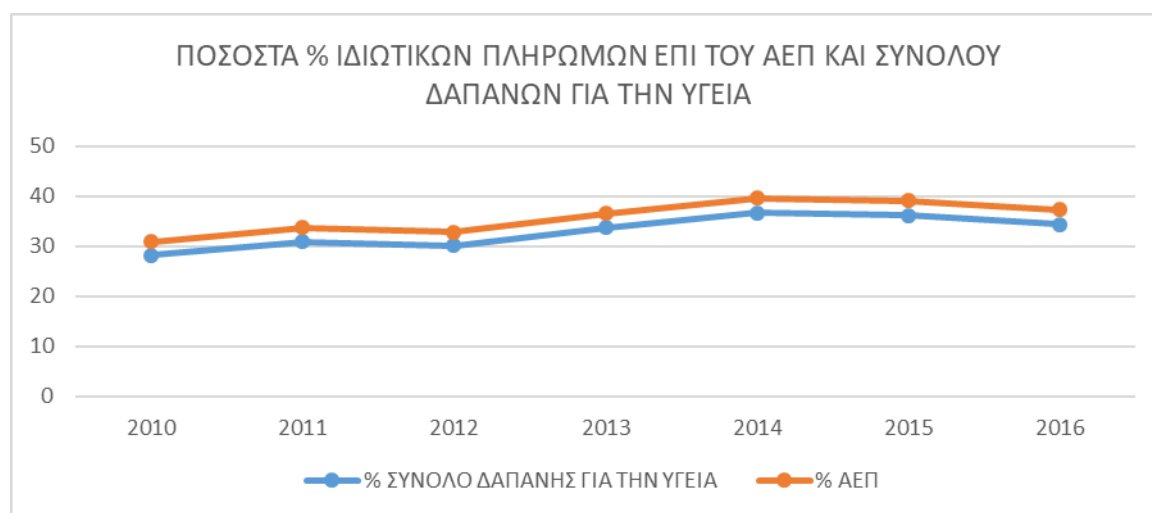
Η απουσία, όπως προαναφέρθηκε, ικανού αριθμού οικογενειακών γιατρών και η απουσία συστήματος παραπομπών, αναγκάζει τους ασθενείς να αναζητήσουν πρωτοβάθμια περίθαλψη σε ιδιωτικές δομές και σ' ένα δίκτυο υπερπροσφοράς ιδιωτών γιατρών με ελεύθερη αμοιβή.

Στο επίπεδο της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας και δη στα νοσοκομεία με τα οποία έχει σύμβαση ο ΕΟΠΥΥ, η χρήση άτυπων πληρωμών για παράκαμψη των λιστών αναμονής ιδίως στα χειρουργεία και για καλύτερη αντιμετώπιση από τους νοσοκομειακούς γιατρούς και οι επισκέψεις των ασθενών στα «απογευματινά ιατρεία» για τα οποία καταβάλλουν άμεση αμοιβή αποτελούν αιτίες της τόσο αυξημένης ιδιωτικής δαπάνης για την υγεία (ΟΟΣΑ & Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Συστημάτων Υγείας και Πολιτικών, 2017)

Πίνακας 4.22. Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία ως ποσοστά % ΑΕΠ και συνόλου δαπάνης για την υγεία

| ΕΛΛΑΔΑ/ΕΤΗ | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| % ΣΥΝΟΛΟ ΔΑΠΑΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ | 28,13 | 30,92 | 30,14 | 33,69 | 36,63 | 36,16 | 34,34 |
| % ΑΕΠ | 2,69 | 2,81 | 2,68 | 2,83 | 2,91 | 2,96 | 2,9 |

Πηγή: Eurostat, 2019



Εικόνα 4.2. Ιδιωτικές πληρωμές για την υγεία

Πηγή: Eurostat, 2019

Αν επιχειρήσουμε να δούμε το μέγεθος της ιδιωτικής δαπάνης σε απόλυτους αριθμούς κατά κεφαλή, μελετώντας τον πίνακα 4.23 και την εικόνα 4.3 που ακολουθούν, θα διαπιστώσουμε

ότι εξακολουθεί να βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα κατά τη διάρκεια των ετών 2010-2016, παρόλη την καθοδική πορεία(546,52€ το 2010, 469,37€ το 2016).

Πίνακας 4.23. Κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη για την υγεία

| ΧΩΡΑ/ΕΤΗ | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| ΕΛΛΑΔΑ | 546,52 | 524,43 | 463,46 | 467,04 | 477,66 | 482,78 | 469,37 |

Πηγή: Eurostat, 2019



Εικόνα 4.3. Κατά κεφαλή ιδιωτική δαπάνη για την υγεία
Πηγή: Eurostat, 2019

Συμπερασματικά και με βάση τα ανωτέρω αν επιχειρήσουμε να σκιαγραφήσουμε την πρόσβαση των Ελλήνων στις υπηρεσίες υγείας από τη σκοπιά των ακάλυπτων ιατρικών και οδοντιατρικών αναγκών υγείας, θα διαπιστώσουμε ότι βαίνουν συνεχώς αυξανόμενες.

Συγκεκριμένα όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 4.24 και στην εικόνα 4.4. που ακολουθούν, οι ακάλυπτες ανάγκες υγείας στο σύνολο του πληθυσμού λόγω κόστους, χρόνου αναμονής και απόστασης για το 2010 στην Ελλάδα κυμαινόταν στο 5,5% έναντι το 3,1% του μέσου όρου της ΕΕ των 28 χωρών και στη διάρκεια των ετών που ακολούθησαν, έβαινε συνεχώς αυξανόμενο με αποκορύφωμα το 2016 που κυμάνθηκε στο 13,1% ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τις 28 χώρες της ΕΕ ανερχόταν στο 2,5%.

Τα αυξανόμενα αυτά ποσοστά μπορούν να εξηγηθούν από το γεγονός ότι για το ίδιο ανωτέρω διάστημα η ανεργία είχε αυξηθεί σημαντικά¹⁸⁴ με αποτέλεσμα η πλειονότητα όσων έμεναν άνεργοι ή αδυνατούσαν ως αυτοαπασχολούμενοι να καταβάλλουν τις εισφορές σταματούσε να έχει ασφαλιστική ικανότητα και κατ' επέκταση ασφαλιστική κάλυψη. Το 2016 θεσπίστηκε νέα νομοθεσία¹⁸⁵ η οποία εξασφάλισε την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη όλων των πολιτών και για το λόγο αυτό την επόμενη χρονιά το ποσοστό των ακάλυπτων αναγκών υγείας παρουσιάζει μείωση σε σχέση με το 2016 καθώς κυμάνθηκε στο 10% για την Ελλάδα έναντι του 1,7% των 28 χωρών της ΕΕ.

Αντίστοιχα όπως αποτυπώνεται στον πίνακα 4.25 και στην εικόνα 4.5., οι ακάλυπτες οδοντιατρικές ανάγκες λόγω κόστους, χρόνου αναμονής και απόστασης στην Ελλάδα το έτος 2010 ανέρχονταν σε ποσοστό 6,0% έναντι 4,6% των 28 χωρών της ΕΕ και βαίνοντας συνεχώς αυξανόμενο κατέληξε στο 13,8% για την Ελλάδα το 2016 και 4,0% αντίστοιχα για τις 28 χώρες της ΕΕ και μετά τη νομοθετική ρύθμιση για τη διασφάλιση της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα υγείας το 2016, το ποσοστό για το 2017 εμφανίζεται βελτιωμένο και ανήλθε στο 10,0% έναντι του 2,9% του μέσου όρου των 28 χωρών της ΕΕ.

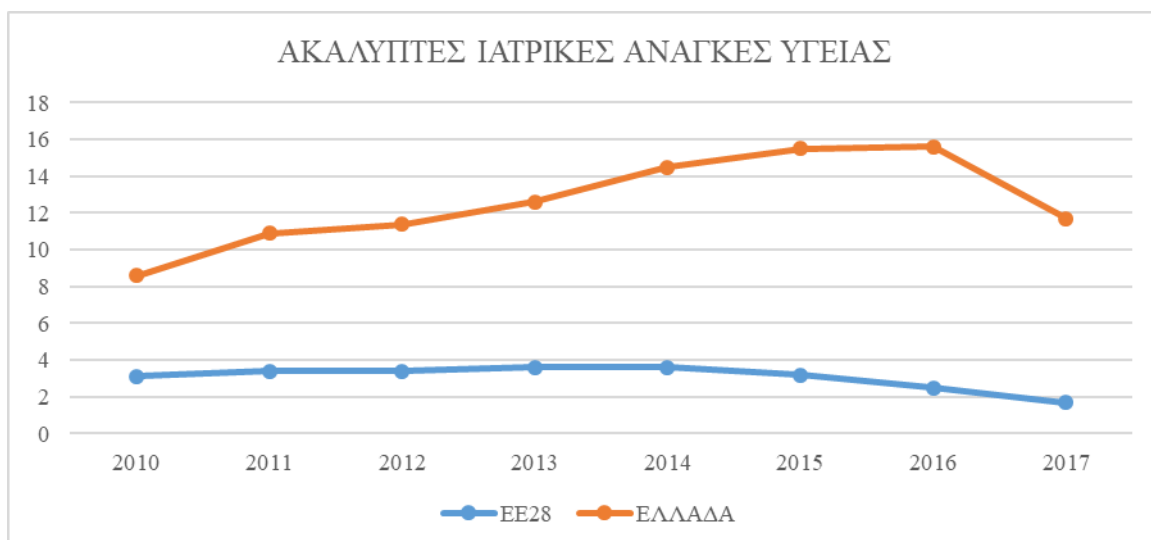
Πίνακας 4.24. Ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους/απόστασης και χρόνου αναμονής ετών 2010-2017 στην Ελλάδα και ΕΕ28

| ΧΩΡΑ/ΕΤΗ | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ΕΕ28 | 3,1 | 3,4 | 3,4 | 3,6 | 3,6 | 3,2 | 2,5 | 1,7 |
| ΕΛΛΑΔΑ | 5,5 | 7,5 | 8,0 | 9,0 | 10,9 | 12,3 | 13,1 | 10,0 |

Πηγή: Eurostat, 2019

¹⁸⁴ Βλ. ανωτέρω κεφάλαιο 2

¹⁸⁵ Άρθρο 33 ν. 4368/2016(ΦΕΚ 21/Α'/21-2-2016) και ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016



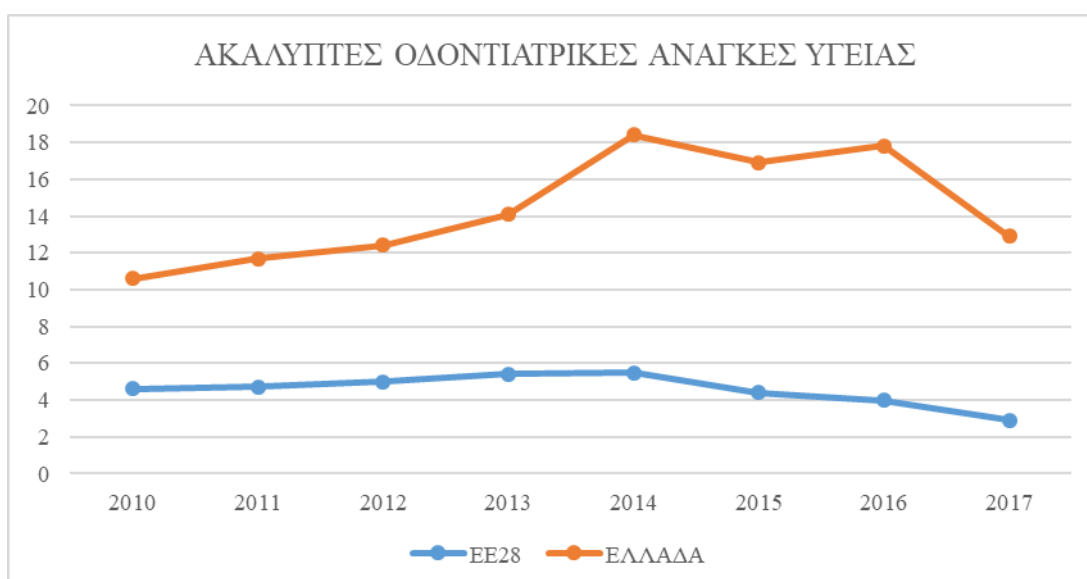
Εικόνα 4.4. Ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους/απόστασης και χρόνου αναμονής ετών 2010-2017 στην Ελλάδα και ΕΕ28

Πηγή: Eurostat, 2019

Πίνακας 4.25. Ακάλυπτες οδοντιατρικές ανάγκες λόγω κόστους/απόστασης και χρόνου αναμονής ετών 2010-2017 στην Ελλάδα και ΕΕ28

| ΧΩΡΑ/ΕΤΗ | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ΕΕ28 | 4,6 | 4,7 | 5,0 | 5,4 | 5,5 | 4,4 | 4,0 | 2,9 |
| ΕΛΛΑΔΑ | 6,0 | 7,0 | 7,4 | 8,7 | 12,9 | 12,5 | 13,8 | 10,0 |

Πηγή: Eurostat, 2019



Εικόνα 4.5. Ακάλυπτες οδοντιατρικές ανάγκες λόγω κόστους/απόστασης και χρόνου αναμονής ετών 2010-2017 στην Ελλάδα και ΕΕ28
Πηγή: Eurostat, 2019

Περαιτέρω, εξετάζοντας την αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής βάσει πεμπτημορίου εισοδήματος(πίνακας 4.26 και εικόνα 4.7) και ανά κατάσταση απασχόλησης(πίνακας 4.27 και εικόνα 4.8) για τα έτη 2010-2017 διαπιστώνουμε τα εξής: Καταρχάς υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ του υψηλότερου πεμπτημορίου εισοδήματος και του χαμηλότερου, γεγονός που καταδεικνύει την ανισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών μεταξύ των εισοδηματικών ομάδων. Συγκεκριμένα το 2010, το χαμηλότερο πεμπτημόριο δήλωνε ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής σε ποσοστό 9,0% και στη διάρκεια των ετών αυξήθηκε ραγδαία με αποκορύφωμα το 2016 που παρουσιάζεται σχεδόν τετραπλάσιο (35,2%) ενώ για το 2017 λόγω της εξασφάλισης της πρόσβασης των ανασφάλιστων στη δημόσια υγεία, όπως ανωτέρω αναλύθηκε, το ποσοστό έπεσε στο 18,6% εξακολουθώντας ωστόσο να παραμένει υψηλό. Επίδραση στην πρόσβαση υπήρχε και για το υψηλότερο πεμπτημόριο η οποία σαφώς είναι πιο χαμηλή σε σχέση με το χαμηλότερο καθώς το αντίστοιχο ποσοστό κυμαινόταν για το 2010 στο 2,1%, αλλά φαίνεται να διπλασιάζεται κατά τη διάρκεια των ετών(2012, 4,8%), μειώνεται το 2016 στο 1,0% αλλά στη συνέχεια το 2017 υπερδιπλασιάστηκε (3,0%).

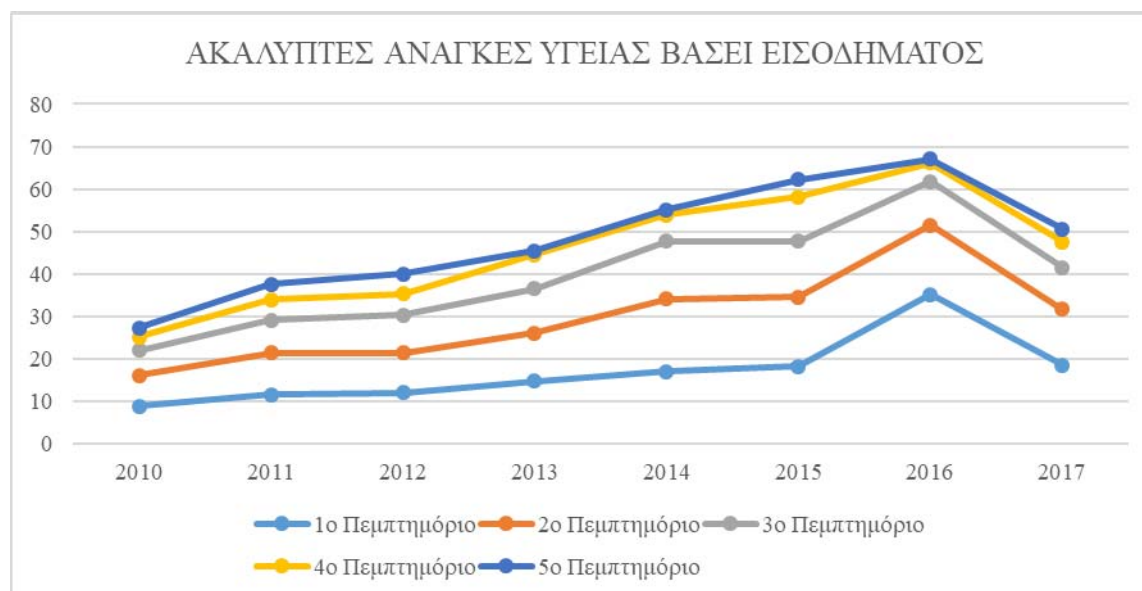
Εξετάζοντας την αυτοαναφερόμενη μη ικανοποιούμενη ανάγκη για ιατρική περίθαλψη λόγω κόστους, απόστασης ή χρόνου αναμονής βάσει κατάστασης απασχόλησης διαπιστώνουμε τις ανισότητες και στις κατηγορίες των εργαζομένων, μισθωτών, ανέργων και συνταξιούχων με τις κατηγορία των ανέργων να πλήττεται περισσότερο καθώς υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ 2010 και 2016 (από 9,5% σε 21,5%) αλλά το 2017 μειώθηκε στο 11,5% λόγω του δικαιώματος της πρόσβασης στις δημόσιες δομές υγείας.

Αντίθετα η κατηγορία των συνταξιούχων που δεν αντιμετώπισε προβλήματα ασφαλιστικής κάλυψης στη διάρκεια της κρίσης αλλά μεταβολές στο εισόδημά της λόγω των περικοπών των συντάξεων και της γενικότερης δημοσιονομικής πολιτικής των κυβερνήσεων, φαίνεται να εξακολουθεί να αντιμετωπίζει δυσκολίες στην πρόσβαση μεταξύ των ετών 2010-2017 καθώς είναι η μόνη μονάδα που δηλώνει με σταθερά ανοδικά ποσοστά (από 8,9% το 2010 σε 15,8% το 2017) ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους, χρόνου αναμονής και απόστασης.

Πίνακας 4.26. Ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους/απόστασης και χρόνου αναμονής ετών 2010-2017 στην Ελλάδα βάσει εισοδήματος

| ΕΛΛΑΔΑ | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|----------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1 ^ο Πεμπτημόριο | 9,0 | 11,7 | 12,1 | 14,8 | 17,1 | 18,3 | 35,2 | 18,6 |
| 2 ^ο Πεμπτημόριο | 7,2 | 9,8 | 9,4 | 11,4 | 17,1 | 16,3 | 16,3 | 13,2 |
| 3 ^ο Πεμπτημόριο | 5,9 | 7,7 | 8,9 | 10,3 | 13,5 | 13,1 | 10,3 | 9,8 |
| 4 ^ο Πεμπτημόριο | 3,2 | 4,8 | 4,9 | 8,0 | 6,3 | 10,5 | 4,3 | 6,0 |
| 5 ^ο Πεμπτημόριο | 2,1 | 3,6 | 4,8 | 1,0 | 1,1 | 4,0 | 1,0 | 3,0 |

Πηγή: Eurostat, 2019



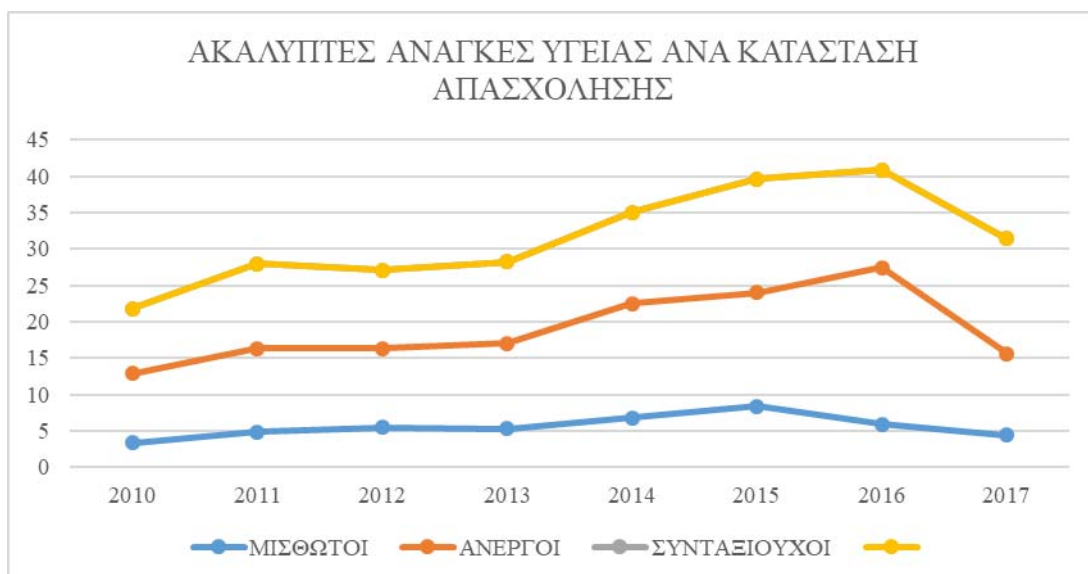
Εικόνα 4.6. Ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους/απόστασης και χρόνου αναμονής ετών 2010-2017 στην Ελλάδα βάσει εισοδήματος

Πηγή: Eurostat, 2019

Πίνακας 4.27. Ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους/απόστασης και χρόνου αναμονής ετών 2010-2017 στην Ελλάδα βάσει κατάστασης απασχόλησης

| ΕΛΛΑΔΑ | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΙ | 3,1 | 4,7 | 5,6 | 6,1 | 7,4 | 8,8 | 8,0 | 5,2 |
| ΜΙΣΘΩΤΟΙ | 3,4 | 4,9 | 5,5 | 5,3 | 6,8 | 8,4 | 5,9 | 4,4 |
| ΑΝΕΡΓΟΙ | 9,5 | 11,4 | 10,8 | 11,7 | 15,7 | 15,6 | 21,5 | 11,2 |
| ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ | 8,9 | 11,7 | 10,8 | 11,2 | 12,5 | 15,6 | 13,4 | 15,8 |

Πηγή: Eurostat, 2019



Εικόνα 4.7. Ακάλυπτες ανάγκες υγείας λόγω κόστους/απόστασης και χρόνου αναμονής ετών 2010-2017 στην Ελλάδα ανά κατάσταση απασχόλησης
 Πηγή: Eurostat, 2019

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΔΙΑΠΙΣΤΩΣΕΙΣ

Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ ως μεταρρύθμιση χαρακτηρίζεται από την αναγκαιότητα της ενοποίησης των υγειονομικών πόρων με κύριο σκοπό των εξορθολογισμό των δαπανών και την ισότιμη και καθολική πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Η σύσταση και δημιουργία του ωστόσο ήταν αποτέλεσμα μνημονιακής δέσμευσης και η κατεύθυνση των παρεμβάσεων του χαρακτηρίστηκε από τη γενικότερη πολιτική αλληπάλληλων περικοπών των δαπανών υγείας ανεξάρτητα από τις ανάγκες των πολιτών με αποτέλεσμα τον περιορισμό των παροχών προς τους ασφαλισμένους.

Για τη διακρίβωση της επιτυχίας της αποστολής του ΕΟΠΥΥ ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να εξεταστεί μια σειρά παραμέτρων που σχετίζονται με τη λειτουργία του και τη χρηματοδότηση του σε σχέση με τις ευρύτερες οικονομικές πολιτικές που ακολουθήθηκαν από το 2010 που υπεγράφη το πρώτο μνημόνιο και μετά.

Καταρχάς, όπως προαναφέρθηκε, η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ υπήρξε μνημονιακή δέσμευση και ξεκίνησε να λειτουργεί σε εξαιρετικά σύντομο χρονικό διάστημα στο πλαίσιο της ευρύτερης εφαρμογής πολιτικών «σοκ» που ακολουθεί το ΔΝΤ στην υγεία σε συνθήκες οικονομικής κρίσης. Γι' αυτές τις πολιτικές «σοκ» ωστόσο, οι απότομες, δραστικές και ευρείας κλίμακας μεταρρυθμίσεις στην υγεία είναι λιγότερο αποτελεσματικές σε σχέση με τις μεταρρυθμίσεις που υιοθετούν σταδιακές και προγραμματισμένες προσεγγίσεις προσανατολισμένες στην εισαγωγή μέτρων που στοχεύουν στην ανάδειξη και βελτιστοποίηση συγκεκριμένων δυσλειτουργιών και ανεπαρκειών του συστήματος υγείας (Economou et al, 2014). Το πρόβλημα φαίνεται να επιδεινώνεται όταν ο ταχύς ρυθμός της μεταρρύθμισης επιβάλλεται από εξωτερικά θεσμικά κέντρα τα οποία δεν αντιλαμβάνονται σε πλήρη έκταση το εύρος των δυνατοτήτων και ικανοτήτων της δημόσιας διοίκησης που καλείται να υλοποιήσει αυτές τις δραστικές αλλαγές σε σύντομο χρονικό διάστημα (Economou et al, 2014).

Σε αυτό το πλαίσιο διαπιστώνεται ότι ακόμη και μετά από έξι χρόνια λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, εμφανίζονται αστοχίες στο σχεδιασμό και την εφαρμογή μέτρων όπως ο υφιστάμενος Κανονισμός Παροχών του ΕΟΠΥΥ ο οποίος, ως μνημονιακό προαπαιτούμενο, από την ψήφισή του τον Ιούνιο του 2018 δεν έχει ακόμη στην πράξη εφαρμοστεί καθώς έχει ήδη τροποποιηθεί και αντικατασταθεί¹⁸⁶ και επίκειται και νέα τροποποίηση με νομοθετική

¹⁸⁶ Κανονισμός Παροχών ΕΟΠΥΥ (2018). Αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157(ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018). *Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με*

ρύθμιση, καθώς πολλές από τις διατάξεις του δε μπόρεσαν από την ισχύ του στη 1.11.2018 στην πράξη να εφαρμοστούν διότι είτε δεν υπήρχαν οι υποδομές(βλ. εφαρμογή ηλεκτρονικών γνωματεύσεων ειδικής αγωγής)¹⁸⁷ είτε δεν είχε διασφαλιστεί η συνεργασία με άλλους φορείς όπως στις περιπτώσεις της παράτασης νοσηλείας σε ψυχιατρική κλινική που απαιτείται επανεκτίμηση Συντονιστή Διευθυντή Ψυχιατρικής Κλινικής δημόσιου νοσοκομείου όταν δεν υφίστανται ελεγκτικά όργανα τα οποία δεν κατονομάζει ρητά¹⁸⁸. Σε αυτή την περίπτωση μία νομοθετική ρύθμιση που θα ορίζει μεταβατικό διάστημα ισχύος του νέου ΕΚΠΥ μέχρι την οριστική ρύθμιση των ανωτέρω ζητημάτων αλλά και μία ύστατη τροποποίησή του που να απλουστεύει τις διαδικασίες χορήγησης των ειδών και απόδοσης των δαπανών θα ήταν μία λύση προκειμένου να μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς προσκόμματα.

Επιπλέον και ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και ο ρόλος του ως ηθμού στο σύστημα υγείας παρόλη τη χρεία να εφαρμοστεί σε πλήρη μορφή από 1-1-2019, ήδη υπολειτουργεί συνεπεία της έλλειψης ικανού αριθμού ιατρών σε επίπεδο επικράτειας με αποτέλεσμα να δημιουργεί προβλήματα στην πρόσβαση των πολιτών, όπως ανωτέρω στο κεφάλαιο 4 αναπτύχθηκε. Η πρόσκληση του Οργανισμού για σύναψη συμβάσεων δεν έτυχε μεγάλης αποδοχής διότι ο αριθμός των ασθενών που πρέπει να εγγραφούν στον κατάλογο του κάθε ιατρού και η οικονομική ανταμοιβή γι αυτές τις παροχές υπηρεσιών δεν υπήρξε ικανοποιητική και ικανή να προσελκύσει τους ιδιώτες ιατρούς για τη σύναψη σχετικών συμβάσεων. Αποτέλεσμα όλης αυτής της εξέλιξης είναι ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και ο ρόλος του στην πλήρη ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να παραμένει μέχρι και σήμερα υποτυπώδης εξαιτίας της άμεσης και χωρίς σωστό σχεδιασμό για την εφαρμογής του. Σε αυτή την περίπτωση μία εκ νέου πρόσκληση για σύναψη συμβάσεων με καλύτερες αποδοχές και λιγότερους εγγεγραμμένους στον κατάλογο του κάθε γιατρού έτσι ώστε να υπάρχει ουσιαστικός χρόνος για κάθε ασθενή θα τύχαινε καλύτερης αποδοχής από τον ιατρικό κόσμο.

Ο δεύτερος άξονας προβληματισμού σχετίζεται με το βαθμό στον οποίο οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα στον Οργανισμό μπορούν να εξορθολογήσουν τη λειτουργία του και όχι απλά να περιορίσουν το δημοσιονομικό βάρος απαξιώνοντας το ανθρώπινο δυναμικό και τις ανάγκες των πολιτών(Οικονόμου, 2013). Ο ΕΟΠΥΥ ξεκίνησε ελλειμματικός καθότι

περιεχόμενο«Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ)του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)».

¹⁸⁷ Άρθρο 45 παρ. 6 Κανονισμού Παροχών Αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157(ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018).

¹⁸⁸ Άρθρο 27παρ. 3 Κανονισμού Παροχών Αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157(ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018).

επωμίστηκε τα χρέη των εντασσόμενων σε αυτόν φορέων ενώ και η ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό όπως ανωτέρω αναφέρθηκε βάσει του Ν. 3918/2011 ενώ ορίζεται σε ποσοστό 0,6% του ΑΕΠ και θα έπρεπε να κυμαίνεται περίπου στο Ιδισεκατομμύριο ευρώ κατ' έτος, συνεχώς μειώνεται δημιουργώντας συνθήκες οικονομικής στενότητας στον Οργανισμό που αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες των ασφαλισμένων.

Όπως είδαμε ανωτέρω, τα μέτρα που πάρθηκαν για τη βιωσιμότητα του Οργανισμού προσανατολίζονταν κυρίως στην ικανοποίηση των εξωτερικών επιταγών που επέβαλε το μνημόνιο και όχι ως απόρροια εσωτερικής αναγκαιότητας εξορθολογισμού των δαπανών με κύριο κατευθυντήριο άξονα τις ανάγκες των ασφαλισμένων. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα που ο ίδιος ο νέος ΕΚΠΥ παραθέτει, καθώς όπως ανωτέρω στο κεφάλαιο 4 για την πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας του αναφέρθηκε, σε αρκετές περιπτώσεις που δεν υπήρχαν,¹⁸⁹ προσέθεσε ποσοστά συμμετοχής στους ασφαλισμένους, επιβάρυνε του πολίτες με 1 ευρώ ανά συνταγή φαρμάκων ενώ σε άλλες μείωσε το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών¹⁹⁰ μεταβιβάζοντας το χρηματοδοτικό βάρος στους πολίτες.

Στη θετική κατεύθυνση βρίσκεται η ολοκλήρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και η σταδιακή εφαρμογή πρωτοκόλλων συνταγογράφησης με κωδικοποίηση της νόσου, η εφαρμογή στατιστικών μοντέλων και δεικτών για την ανάδειξη των ιατρών και των φαρμακοποιών, που παρουσιάζουν απόκλιση έναντι των στατιστικών κριτηρίων που θέτει ο ΕΟΠΥΥ και θα παραπέμπονται για περαιτέρω διερεύνηση στις αρμόδιες υπηρεσίες του Οργανισμού, η εφαρμογή μητρώων ασθενών στον αντίποδα της συνεχούς μείωσης των τιμών των φαρμάκων και αναμορφώσεις θετικών και αρνητικών λιστών που διαμορφώνονταν τα προηγούμενα χρόνια και η παροχή κινήτρων στους φαρμακοποιούς για εκτέλεση συνταγών γενόσημων φαρμάκων.

Η εφαρμογή των στατιστικών μοντέλων ωστόσο, όσο ρηξικέλευθη και να παρουσιάζεται, δείχνει την τάση, τη ροπή των συνταγογράφων ιατρών προς την προκλητή ζήτηση και των εκτελούντων φαρμακοποιών προς την κατευθυνόμενη συνταγογράφηση. Για την τεκμηρίωση ωστόσο της υπέρβασης, απαιτούνται έλεγχοι των ενδείξεων που παρουσιάζουν τα στατιστικά μοντέλα προκειμένου στη συνέχεια να επιβληθούν ποινές και πρόστιμα γεγονός που καθιστά τη διαδικασία εξαιρετικά χρονοβόρα και το αποτέλεσμα των ελέγχων αμφίβολο και ετεροχρονισμένο. Μια λύση που προτείνεται σε αυτή την περίπτωση είναι η εφαρμογή

¹⁸⁹ Συμμετοχή 10% σε νοσηλεία σε ψυχιατρικές κλινικές και φυσικοθεραπείες

¹⁹⁰ Αριθμός θεραπειών ειδικής αγωγής καθώς από 15 που προβλέπονταν στον προηγούμενο ΕΚΠΥ, κυμαίνονται από 4-12 ανάλογα με την κωδικοποίηση ανά νόσο στο νέο ΕΚΠΥ.

δικλειδών ασφαλείας στο συνταγογράφο ιατρό ο οποίος θα αδυνατεί να προχωρήσει στην έκδοση ηλεκτρονική γνωμάτευσης αν δεν πληρούνται τα κριτήρια που θα θέσει ο Οργανισμός κατά τη συνταγογράφηση.

Για δε τα υπόλοιπα προαναφερθέντα μέτρα απαιτούνται συνεχείς βελτιώσεις και ανατροφοδότηση των δεδομένων προκειμένου να μπορεί ο Οργανισμός να θωρακίζεται και να ελέγχει τις δαπάνες του.

Σε σχέση με το ζήτημα των αλλαγών στον τρόπο ελέγχου των λογαριασμών των συμβεβλημένων προμηθευτών και στην εφαρμογή κλειστών προϋπολογισμών, καταλυτικός υπήρξε και ο ρόλος των ομάδων συμφερόντων στην προώθηση και εδραίωση αυτών των αλλαγών ιδίως στο ζήτημα της εφαρμογής της τελικής εκκαθάρισης των λογαριασμών των προμηθευτών και στην εφαρμογή του clawback και του rebate δεδομένου ότι από την μία πλευρά η ηγεσία του Υπουργείου Υγείας και η Διοίκηση του ΕΟΠΥΥ και από την άλλη οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας διαφωνούσαν ριζικά μεταξύ τους αναφορικά με τις κατευθύνσεις των υγειονομικών μεταρρυθμίσεων. Το γεγονός αυτό οδήγησε στις δικαστικές διαμάχες για την ακύρωση του μέτρου του claw back και rebate, στις συνεχείς ενστάσεις επί των πράξεων εκκαθάρισης των μηνιαίων λογαριασμών των προμηθευτών και στις συνεχείς παρατάσεις της εφαρμογής της τελικής εκκαθάρισης των μηνιαίων λογαριασμών συνταγών φαρμάκων των φαρμακείων παρεμποδίζοντας την πλήρη εφαρμογή της σε όλο το φάσμα των συμβεβλημένων προμηθευτών.

Στην τελευταία δε περίπτωση παρουσιάζεται ως αποτέλεσμα μέχρι και σήμερα η εκκαθάριση των ιδιωτών προμηθευτών να λειτουργεί σε δύο ταχύτητες, αυτή της τελικής εκκαθάρισης συνεπεία της εφαρμογής του Ν. 4430/2016 στην οποία εντάσσονται όλες οι κατηγορίες συμβεβλημένων ιδιωτών με τον ΕΟΠΥΥ προμηθευτών πλην των φαρμακοποιών για συνταγές φαρμάκων και σε αυτή του πρόχειρου λογιστικού ελέγχου του Ν. 3965/2011 που αφορά στην απόδοση του 100% του αιτούμενου ποσού των λογαριασμών των φαρμακείων για συνταγές φαρμάκων. Η στελέχωση του Οργανισμού με εξειδικευμένο προσωπικό από τα εντασσόμενα ταμεία όπως γιατροί και φαρμακοποιοί και η συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού θα είναι ικανή να εξαλείψει αυτή την ανομοιογένεια στην εκκαθάριση των προμηθευτών και σταδιακά να εκκαθαρίζονται οι λογαριασμοί όλων των προμηθευτών με τον ίδιο τρόπο.

Το μεγάλο ζητούμενο του Οργανισμού ωστόσο παραμένει η εξασφάλιση της ισότιμης και καθολικής πρόσβασης των ασφαλισμένων σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Η επέκταση του δικτύου συμβεβλημένων παρόχων προκειμένου να μπορούν οι ασφαλισμένοι να καταβάλλουν μόνο το προβλεπόμενο ποσοστό συμμετοχής βρίσκεται προς τη θετική

κατεύθυνση. Η αποτυχία όμως ένταξης στο δίκτυο συμβεβλημένων ειδικοτήτων όπως η οδοντίατροι, οι οπτικοί και οι λογοθεραπευτές και εργοθεραπευτές είχε ως αποτέλεσμα στην πρώτη περίπτωση να μην υπάρχει καθόλου οδοντιατρική περίθαλψη πέρα από κάποιες περιπτώσεις οδοντιάτρων που εξυπηρετούν πολίτες(ασφαλισμένοι και ανασφάλιστοι) που προσέρχονται σε δημόσιες δομές που διαθέτουν οδοντιάτρους ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις οι ασφαλισμένοι αγοράζουν τις υπηρεσίες υγείας ίδια δαπάνη και καταθέτοντας τα απαραίτητα δικαιολογητικά στις κατά τόπους υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ, περιμένουν την επιστροφή του προβλεπόμενου κατά περίπτωση βάσει του Κανονισμού Παροχών ποσού αφού αφαιρεθεί το προβλεπόμενο κάθε φορά ποσοστό συμμετοχής. Οι συγκεκριμένες πρακτικές ωστόσο, προϋποθέτουν την οικονομική δυνατότητα των ασφαλισμένων να μπορούν να αποκτήσουν πρόσβαση τις υπηρεσίες υγείας για τις οποίες στη συνέχεια θα αναμένουν αποζημιωθούν, γεγονός που εξαιτίας της οικονομικής κρίσης δεν είναι πάντα δεδομένο με αποτέλεσμα να τίθενται εμπόδια στη πρόσβαση των ασφαλισμένων ιδίως σε παροχές επαναλαμβανόμενες όπως οι δαπάνες ειδικής αγωγής που γίνονται κάθε μήνα. Απαιτούνται λοιπόν εκ νέου διαπραγματεύσεις με τις εν λόγω κατηγορίες προμηθευτών και παροχή κινήτρων όπως δέσμευση για άμεση αποπληρωμή των λογαριασμών τους προκειμένου να δεχτούν να συνάψουν συμβάσεις με τον Οργανισμό.

Επιπλέον ουδέποτε αναπτύχθηκαν μηχανισμοί αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ανά συμβεβλημένο προμηθευτή, προκειμένου να συσχετιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών με τις τιμές και την αποζημίωση των προμηθευτών. Αποτέλεσμα της απουσίας αυτής, είναι αφενός να αποζημιώνονται όλοι ανεξαιρέτως οι προμηθευτές χωρίς να ελέγχεται η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν στους ασφαλισμένους κι αφετέρου να μην πριμοδοτούνται όσοι προμηθευτές επιλέγουν να λειτουργούν με κανόνες ποιότητας και να παρέχουν υπηρεσίες αναβαθμισμένες στους πολίτες. Οι εντατικοποίηση των ελέγχων με κλιμάκια σε πραγματικό χρόνο και η συμμετοχή σε αυτούς των ασφαλισμένων με την υποχρεωτική συμπλήρωση ανώνυμων ερωτηματολογίων κατά την εξυπηρέτησή τους θα μπορούσε να εξασφαλίσει τον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους συμβεβλημένους προμηθευτές και την ανάλογη αμοιβή τους γι' αυτές τις παροχές.

Συνοψίζοντας, οι μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα στον ΕΟΠΥΥ επικεντρώθηκαν κυρίως σε διαστάσεις λειτουργίας, εξοικονόμησης δαπανών και διαχείρισης στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει τα σοβαρά οικονομικά προβλήματα που κληρονόμησε από τους εντασσόμενους σε αυτόν φορείς κατά την ίδρυσή του. Από την πολιτική αυτή της διαχείρισης φαίνεται να απουσιάζει η πλευρά του πολίτη-ασφαλισμένου καθώς παραμελήθηκε η προσανατολισμένη στον πολίτη και στις ανάγκες του παροχή υπηρεσιών όπως η απρόσκοπτη

και ποιοτική εξασφάλιση στη φροντίδα. Απουσιάζουν οι διαδικασίες παραπομπής του οικογενειακού γιατρού και υπηρεσίες όπως η οδοντιατρική περίθαλψη αλλά και κυρίως η ανακουφιστική ιατρική και οι υπηρεσίες για ασθενείς τελικού σταδίου. Σε πολλές περιπτώσεις, όπως ανωτέρω στην περίπτωση του νέου ΕΚΠΥ, των οικογενειακών γιατρών και των στατιστικών μοντέλων αναπτύχθηκε, ξεκίνησαν να εφαρμόζονται πρακτικές χωρίς προηγουμένως να έχουν εξασφαλιστεί οι υποδομές και το δίκτυο συνεργαζόμενων φορέων προκειμένου να υλοποιηθούν απρόσκοπτα οι αλλαγές και να υπάρξουν άμεσα αποτελέσματα. Προκειμένου λοιπόν, να επιτευχθεί η αποστολή του Οργανισμού ως αγοραστή υπηρεσιών υγείας δεν αρκεί η αποπληρωμή των προμηθευτών και η διαπραγμάτευση των τιμών αποζημίωσης αυτών αλλά απαιτείται ο προσανατολισμός του στον πολίτη και στις ανάγκες του προκειμένου η όλη προσπάθειά να μη χαρακτηριστεί τεχνοκρατική-διαχείριση αλλά λειτουργική με έντονα στοιχεία ανθρωποκεντρικού προσανατολισμού.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ:

Economou, C. (2010) *Greece. Health system review, in Health System in Transition*, European Observatory on Health Systems and Policies. Διαθέσιμο στο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/130729/e94660.pdf [πρόσβαση 16/9/2018].

Economou, C., (2012) *The impact of the economic crisis on health care systems*, Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη. 7(1): 5-9. Διαθέσιμο στο: http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_1.Economou-Kaitelidou.pdf. [πρόσβαση 1.10.2018].

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., et al (2014) *The impact of the financial crisis on the health system and health in Greece*. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies (in press). Διαθέσιμο στο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisis-on-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf. [πρόσβαση 3.10.2018].

Economou C., Kaitelidou D., Kentikelenis A., Maresso A., et al, (2015) “*The impact of the crisis on health system and health in Greece*”, in: *Maresso A., Mladovsky P., Thomson S., Sagan A., (eds.), Economic Crisis, Health systems and Health in Europe*, Country experience. Copenhagen, European Observatory on Health Systems and Policies (in press). Διαθέσιμο στο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/279820/Web-economic-crisis-health-systems-and-health-web.pdf?ua=1. [πρόσβαση 3.10.2018].

European Commission. (2009) *Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses*, Luxembourg. European Economy 7, Διαθέσιμο στο: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/pages/publication15887_en.pdf[πρόσβαση 18/9/2018].

Gazier, B., (1992) *Η κρίση του 1929* μετάφραση Αντρέα Τάκη. Αθήνα: Χατζηνικολής

Gilpin, R., (2010) *Η πρόκληση του παγκόσμιου καπιταλισμού*. 9^η έκδοση. Αθήνα: Ποιότητα.

Goranitis, I., Siskou, O., & Liaropoulos, L., (2014), *Health policy making under information constraints: An evaluation of the policy responses to the economic crisis in Greece*. *Health Policy* 117(3): 279-284. Διαθέσιμο στο: https://www.sfee.gr/wp-content/uploads/2015/01/Goranitis-Siskou-Liaropoulos-2014_Health-Policy.pdf. [πρόσβαση 15.10.2018].

International Monetary Fund. (2009), *Global Economic Slump Challenges Policies*. Διαθέσιμο στο: <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2016/12/31/Global-Economic-Slump-Challenges-Policies> [πρόσβαση 16.09.2018]

Ifanti, A., Argyriou, A., Kalofonou, F., & Kalofonos, H.(2014), *Physicians' brain drain in Greece: A perspective on the reasons why and how to address it*. *Health Policy*. 117: 210-215. Διαθέσιμο στο: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24794987>. πρόσβαση 5.10.2018].

Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J. et al., (2012), *Health policy responses to financial crisis in Europe*. Policy Summary 5. European Observatory on Health systems and Policies, WHO Regional Health for Europe, Copenhagen. Διαθέσιμο στο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/170865/e96643.pdf [πρόσβαση 1.09.2018].

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, (2017) *Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017*. State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Διαθέσιμο στο: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285224-el>[accessed 19 Nov.2018].

Reinhart, C. M., & Rogoff, K., (2009) *This time is different: 8 centuries of financial folly* N. Jersey: Princeton University Press,

Simai, M., (2010) *Το φόντο τα χαρακτηριστικά και οι συνέπειες της τρέχουσας παγκόσμιας κρίσης και η μετάβαση στον κόσμο μετά την κρίση*, Delkelet Europa – South-East Europe International Relations Quarterly. 1(3) (Fall 2010). Διαθέσιμο στο : http://www.southeast-europe.org/pdf/03/DKE_03_G_W_SIMAI-M_Koutoulakou-M.pdf [πρόσβαση 1.10.2018]

Στάκλερ, Ν. & Σάντζει Μ.(2014) *Πολιτικές ζωής και θανάτου. Πως η κρίση επηρεάζει την ανθρώπινη υγεία* , μεταφρ. Μ. Μυρώνη. Αθήνα: Ψυχογιός.

Thomson S., Figueras J., Evetovits T. et al., (2014) *Economic Crisis, Health systems and Health in Europe, Impact and implications for policy*, European Observatory on Health systems and Policies, WHO Regional Health for Europe, Copenhagen. Διαθέσιμο στο: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/289610/Economic-Crisis-Health-Systems-Health-Europe-Impact-implications-policy.pdf?ua=1 [πρόσβαση 1.10.2018].

ΕΛΛΗΝΙΚΗ:

Αντωνοπούλου, Λ., (2008) *Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία*. Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη. 3(2): 109-120. Διαθέσιμο στο: http://www.epeksa.gr/assets/variousFiles/file_2.Antonopoulou.pdf. [πρόσβαση 27.07.2018].

Κονδύλης, Η. (2009) *Ο Ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα*. Διδακτορική Διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο στο: <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/22539#page/1/mode/2up>. [πρόσβαση 3.08.2018].

Κουκουφίλιππου, Ι., Μπόγρη, Δ., Κοϊνης, Α.,(2016) *Συγκράτηση δαπανών υγείας & Εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης του ΕΣΥ*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 8(2): 57-63.

Διαθέσιμο στο: <http://www.inhealthcare.gr/download/en/article/sugkratisi-dapanon-ugeias-enallaktikes-piges-xrimatodotisis-tou-esu.pdf>. [πρόσβαση 27.07.2018].

Κυριόπουλος, Γ., & Τσιάντου, Β., (2010) *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 27(5): 834-840. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2010-5/pdf/834.pdf>. [πρόσβαση 27.07.2018].

Μόσιαλος, Η., & Θεοδώρου, Μ., (2003). *Η Χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη*, στο Δ. Νιάκας(επιμ. σε θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας). Αθήνα.: Mediforce.

Μπιτσώρη, Ζ., & Μπαλάσκα Δ., (2016) *Υπηρεσίες υγείας και η χρηματοδότησή τους*, Περιεγχειρητική Νοσηλευτική. 5(2): 113-124. Διαθέσιμο στο: https://www.spnj.gr/articlefiles/volume5_issue2/pn_may_5_113_124.pdf. [πρόσβαση 3.08.2018].

Μπογοσιάν, Ε., (2017) *Οικονομική κρίση και Υγεία. Η υγεία στην Ελλάδα την περίοδο 2010-2014*, Ελληνική Νοσοκομειακή Οδοντιατρική. 10: 19-16. Διαθέσιμο στο: <http://www.hospitaldentistry.gr/assets/documents/journal/2017/02.pdf>. [πρόσβαση 5.10.2018].

Νιάκας, Δ., (2014) *Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας*. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας-Διατροφής. 5(1): 3-7. Διαθέσιμο στο: <http://www.hjnutrdiet.gr/i-oikonomiki-krisi-kai-oi-epiptoseis-s/>. [πρόσβαση 28.07.2018]

Οικονόμου, Χ., (2012) *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων, Αθήνα. Διαθέσιμο στο: <https://ineobservatory.gr/wp-content/uploads/2014/08/report7.pdf>. [πρόσβαση 3.08.2018].

Οικονόμου, Χ., (2013) *Η λιτότητα βλάπτει σοβαρά την υγεία. Υγεία, σύστημα υγείας και κοινωνική ευημερία: Μια αποσιωπημένη σχέση με μοιραία αποτελέσματα*. Foreign Affairs Hellenic Edition. Διαθέσιμο στο: <https://foreignaffairs.gr/articles/69587/xaralampos-oikonomoy/i-litotita-blaptei-sobara-tin-ygeia%E2%80%A6>. [πρόσβαση 28.07. 2018].

Τούντας, Ι., (2003) *Συγκριτική ανάλυση συστημάτων υγείας δέκα ανεπτυγμένων χωρών*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής. 20(1): 76-87. Διαθέσιμο στο: <http://www.mednet.gr/archives/2003-1/pdf/76.pdf>. [πρόσβαση 1.09.2018].

Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α., Σαράφης, Π., & Μπαμίδης, Π., (2015) *Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης*, Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας. 7(4): 151-164. Διαθέσιμο στο: <http://www.inhealthcare.gr/download/en/article/sugkritiki-meleti-tis-katastasis-ugeias-tou-ellinikou-plithusmou-me-tin-ugeia-ton-28-xoron-tis-europis.pdf>. [πρόσβαση 15.09.2018]

Χλέτσος, Μ., (2015) *Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας και οι Έλληνες πολίτες την εποχή της κρίσης*. Quality in health. Διαθέσιμο στο: <http://www.isoinhealth.com/index.php/arthra/katigories-arthrwn/item/151-to-elliniko-systima-ygeias-kai-oi-ellines-polites-tin-epoxi-tis-krisis-tou-mixali-xletsou>. [πρόσβαση 3.08.2018].

NOMΟΘΕΣΙΑ:

(Διατίθεται στην ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου: www.et.gr)

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ Αριθμ. οικ. 47305, (2018), «*Προσθήκη παραρτήματος στο άρθρο 45 «ΕΙΔΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ (ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ, ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ, ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ, ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ) ΠΑΙΔΙΩΝ/ΕΦΗΒΩΝ» της με αριθμ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β' /3-11-2011) «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)»*», όπως αντικαταστάθηκε με την αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157/1-11-2018 κοινή υπουργική απόφαση (ΦΕΚ Β' 4898/2018)», (ΦΕΚ 5571/12-12-2018).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157, (2018), «*Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής*

υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)», (ΦΕΚ 4898/Β'/1-11-2018).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4549/2018, (2018) «Διατάξεις για την ολοκλήρωση της Συμφωνίας Δημοσιονομικών Στόχων και Διαρθρωτικών Μεταρρυθμίσεων - Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2019-2022 και λοιπές διατάξεις», (ΦΕΚ 105^Α/14-6-2018).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΚΥΑ Αριθμ. Α1β/Γ.Π. οικ.22881, (2018) , «Συγκρότηση και ορισμός μελών στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.», (ΦΕΚ 163/Υ.Ο.Δ.Δ./21-3-2018).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4517/2018, (2018), «Κύρωση της πράξης ολοκλήρωσης της Σύμβασης Δωρεάς Εθνικής Τράπεζας της Ελλάδος υπέρ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ν.Π.Δ.Δ. Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός - Οφθαλμιατρείο Αθηνών - Πολυκλινική» και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ Α 22 - 08.02.2018).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ Αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 1560, (2018), «Τροποποίηση της με αριθ. πρωτ. Γ3γ/Γ.Π.37400/19-05-2017 απόφασης του Αναπληρωτή Υπουργού Υγείας, με θέμα «Επιτρεπόμενα όρια δαπανών του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) για παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους και για παροχή ιατροτεχνολογικών προϊόντων και συμπληρωμάτων ειδικής διατροφής από συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κατασκευαστές, εισαγωγείς, διανομείς/προμηθευτές, έτους 2017» (Β'1752)», (ΦΕΚ 26 Β'/15-1-2018).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ. Αρ.Δ3(α)/74015, (2017), «Αναθεώρηση των καταλόγων για τη θεραπεία σοβαρών ασθενειών της παρ. 2 του άρθρου 12ν. 3816/2010 (ΦΕΚ 6/Α'/2010)», ΦΕΚ 3805/Β'/27.10.2017).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4486/2017, (2017), «Μεταρρύθμιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, επείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ 115^Α/7-8-2017).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ Γ3γ/Γ.Π.58976, (2017), «Κλιμακωτό ποσοστό εκπτώσεων (rebate) επί των μηνιαίων μη εκκαθαρισμένων υποβαλλόμενων δαπανών των οριζόμενων στην παρ. 1 του άρθρου 100 του ν. 4172/2013», (ΦΕΚ 2746B'/4-8-2017).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ Γ5(α)/οικ. 43125, (2017), «Λεπτομέρειες και διαδικασία υπολογισμού και συμψηφισμού της παρεχόμενης προς τα φαρμακεία έκπτωσης προς τα γενόσημα, του άρθρου 88 του ν. 4472/2017(A'74)», (ΦΕΚ 1984B'/8-6-2017).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4472/2017, (2017), «Συνταξιοδοτικές διατάξεις Δημοσίου και τροποποίηση διατάξεων του ν. 4387/2016, μέτρα εφαρμογής των δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων, μέτρα κοινωνικής στήριξης και εργασιακές ρυθμίσεις, Μεσοπρόθεσμο Πλαίσιο Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2018-2021 και λοιπές διατάξεις», (ΦΕΚ 74^A/19-5-2017).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4461/2017, (2017), «Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Κέντρα Εμπειρογνωμοσύνης σπάνιων και πολύπλοκων νοσημάτων, τροποποίηση συνταξιοδοτικών ρυθμίσεων του ν. 4387/2016 και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ 38^A/28-3-2107).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4447/2016, (2016), «Χωρικός σχεδιασμός - Βιώσιμη ανάπτυξη και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ 241 Α'/23-12-2016).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Κ.Υ.Α. Α3(γ)/οικ.76492, (2016), «Κοστολόγηση και ανακοστολόγηση ιατρικών πράξεων», (ΦΕΚ 3458B' /26-10-2016).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ Γ3γ/40426,(2016), «Κανόνες παραπομπής διαγνωστικών εξετάσεων», (ΦΕΚ 2221 Β'/18-7-2016).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Β2β/οικ.38642 ΚΥΑ, (2016), «Έλεγχος και εκκαθάριση δαπανών συμβεβλημένων παρόχων υγείας», (ΦΕΚ 1536B'/31-5-2016).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ. Γ3γ/οικ. 33766, (2016), «*Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243/Β/18-8-2014) υπουργικής απόφασης «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων»*», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει», ΦΕΚ 1543Β'/1-6-2016).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ Αριθ. Γ3γ/οικ. 28501, (2016), «*Τροποποίηση της υπ' αριθ. Υ9/οικ.70521/14-8-2014 (ΦΕΚ 2243/Β/18-8-2014) υπουργικής απόφασης «Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου της Συνταγογράφησης και Εκτέλεσης Εργαστηριακών Εξετάσεων»*», όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει», (ΦΕΚ 1115/Β'/19-4-2016).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4368/2016, (2016), «*Μέτρα επιτάχυνσης του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις*», (ΦΕΚ21Α'/21-2-2016).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΚΥΑ Αριθμ. Α1β/Γ.Π.οικ.: 12298, (2016), «*Ορισμός μελών στην Επιτροπή Διαπραγμάτευσης του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)*», (ΦΕΚ 81'/Υ.Ο.Δ.Δ./17-2-2016).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Αριθμ. Γ3γ/ΓΠ/77011, (2015), «*Ορισμός κλιμακούμενου ποσοστού επί των οφειλών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για νοσηλεία, διαγνωστικές εξετάσεις και φυσικοθεραπείες των ασφαλισμένων του προς τους συμβεβλημένους με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ιδιώτες παρόχους, ως επιστροφή (rebate)*», (ΦΕΚ Β' 2391/06-11-2015).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ. Γ3γ/70907, (2015), «*Επιτρεπόμενα όρια δαπανών του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. για τις προς αυτόν παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας από τους συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους, ανά κατηγορία παρεχόμενης υπηρεσίας*», (ΦΕΚ Β' 2059/18-09-2015).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4336/2015, (2015), «*Συνταξιοδοτικές διατάξεις – Κύρωση του Σχεδίου Σύμβασης Οικονομικής Ενίσχυσης από τον Ευρωπαϊκό Μηχανισμό Σταθερότητας και ρυθμίσεις για την υλοποίηση της Συμφωνίας Χρηματοδότησης*», (ΦΕΚ 94^Α/14-8-2015).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ οικ. Γ5/63587, (2015), «*Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών clawback φαρμακευτικής δαπάνης έτους 2016, 2017 και 2018*», (ΦΕΚ 1803/20-8-2015).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ 9/οικ.70521, (2014), «*Βραχυπρόθεσμα και Μακροπρόθεσμα Μέτρα Ελέγχου*», (ΦΕΚ 2243B'/18-8-2014).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Υ9/οικ.38071, (2014), «*Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών ("clawback") φαρμακευτικής δαπάνης έτους 2014 και 2015*» (ΦΕΚ 1145B'/5-5-2014).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4238/2014, (2014), « *Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας(Π.Ε.Δ.Υ), αλλαγή σκοπού του ΕΟΠΥΥ και λοιπές διατάξεις*», (ΦΕΚ 38^A /17-2-2014).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ 3457, (2014), «*Ρύθμιση θεμάτων τιμολόγησης φαρμάκων*», (ΦΕΚ 64 B'/16-1-2014).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4213/2013, (2013), «*Προσαρμογή της εθνικής νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (L 88/45/ 4.4.2011) και άλλες διατάξεις*», (ΦΕΚ 261^A'/9-12-2013).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΚΥΑ 90168/30-9-2013, (2013), «*Σύσταση και συγκρότηση Επιτροπής Διαπραγμάτευσης στον Εθνικό Οργανισμό Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)*», (ΦΕΚ 2543B'/ 10-10-2013).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΚΥΑ Υ9α/οικ.83951, (2013), «*Καθορισμός Αρμοδιοτήτων των Τμημάτων των Περιφερειακών Διευθύνσεων του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας καθώς των αρμοδιοτήτων των μονάδων υγείας που έχουν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ*», (ΦΕΚ.2351B'/ 20-9-2013).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4172/2013, (2013), «*Φορολογία εισοδήματος, επείγοντα μέτρα εφαρμογής του ν. 4046/2012, του ν. 4093/2012 και του ν. 4127/2013 και άλλες διατάξεις*», (ΦΕΚ Α' 167/23-7-2013).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4163/2013, (2013), «Κύρωση της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου «Τροποποίηση του άρθρου 1 της από 30.10.2012 Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου, η οποία κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του ν. 4118/2013 «Κύρωση της Πράξης Νομοθετικού Περιεχομένου «Ρυθμίσεις για την αντιμετώπιση των εξαιρετικά επειγουσών και απρόβλεπτων αναγκών του κοινωφελούς, μη κερδοσκοπικού ιδρύματος με την επωνυμία «ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ»»» και άλλες διατάξεις (Α' 32)», (ΦΕΚ 115 Α'/28-6-2013).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ ΕΜΠ4, (2012), «Μηχανισμός εφαρμογής και ενημέρωσης ιατρών για τη συνταγογράφηση βάσει δραστικής ουσίας και εξαιρέσεις από το σύστημα συνταγογράφησης βάσει δραστικής ουσίας», (ΦΕΚ 3057/Β'/18-11-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΚΥΑ Αριθμ. ΕΜΠ5, (2012), «Τροποποίηση της υπ' αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ 2456/Β'/3-11-2011) κοινής υπουργικής απόφασης «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (Ε.Κ.Π.Υ.) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)», όπως αυτή τροποποιήθηκε με την υπ' αριθ. Φ90380/5383/738/2012 (ΦΕΚ 1233/Β'/11-4-2012) κοινή υπουργική απόφαση και ισχύει», (ΦΕΚ 3054/Β'/18-11-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4093/2012, (2012), «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016 – Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016», (ΦΕΚ 222^Α'/12-11-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ 110040, (2012), «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών *clawback* έτους 2012», (ΦΕΚ 3034Β'/15-11-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ 110034, (2012), «Μηχανισμός αυτόματων επιστροφών *clawback* έτους 2013», (ΦΕΚ 3035Β'/15-11-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4093/2012, (2012), «Έγκριση Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013-2016-Επείγοντα Μέτρα Εφαρμογής του ν. 4046/2012 και

του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2013–2016», (ΦΕΚ Α' 222/12-11-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4052/2012, (2012), «*Νόμος αρμοδιότητας Υπουργείων Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης για εφαρμογή του νόμου «Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας(Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημόσιου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας» και άλλες διατάξεις*», (ΦΕΚ 41^Α/1-3-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ ΔΥΓ3(α)/οικ. ΓΥ/148, (2012), «*Υποχρεωτική ηλεκτρονική καταχώριση των συνταγών στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) και στους άλλους Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης*», (ΦΕΚ 545Β'/1-3-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΚΥΑ ΔΥΓ3α/οικ. Γ.Υ.153, (2012), «*Κατάλογος φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που χορηγούνται με ιατρική συνταγή και δεν αποζημιώνονται από τους Φορείς κοινωνικής ασφάλισης*», (ΦΕΚ 544Β'/1-3-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4038/2012, (2012), «*Επείγουσες ρυθμίσεις που αφορούν την εφαρμογή του μεσοπρόθεσμου πλαισίου δημοσιονομικής στρατηγικής 2012-2015*», (ΦΕΚ 14^Α/2-2-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 4046/2012, (2012), «*Έγκριση των Σχεδίων Συμβάσεων Χρηματοδοτικής Διευκόλυνσης μεταξύ του Ευρωπαϊκού Ταμείου Χρηματοπιστωτικής Σταθερότητας (Ε.Τ.Χ.Σ.), της Ελληνικής Δημοκρατίας και της Τράπεζας της Ελλάδος, του Σχεδίου του Μνημονίου Συνεννόησης μεταξύ της Ελληνικής Δημοκρατίας, της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και της Τράπεζας της Ελλάδος και άλλες επείγουσες διατάξεις για τη μείωση του δημοσίου χρέους και τη διάσωση της εθνικής οικονομίας*», (ΦΕΚ Α' 28/14-02-2012).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 3984/2011, (2011), «*Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις*», (ΦΕΚ 150^Α/27-6-2011).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 3965/2011, (2011), «Αναμόρφωση πλαισίου λειτουργίας Ταμείου Παρακαταθηκών και Δανείων, Οργανισμού Διαχείρισης Δημοσίου Χρέους, Δημοσίων Επιχειρήσεων και Οργανισμών, σύσταση Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Περιουσίας και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ 113^Α/18-5-2011).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 3918/2011, (2011), «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚΑ'31/2-3-2011).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΚΥΑ Υ4α/οικ.165114/29-12-2010, (2010), «Καθορισμός αμοιβής εξέταστων στο προσερχομένων στα νοσηλευτικά ιδρύματα και στα κέντρα υγείας», (ΦΕΚ 2080 Β'/29-2-2010).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 3892/2010, (2010), «Ηλεκτρονική Καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων», (ΦΕΚ 189^Α/ 4-11-2010).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΥΑ 2306, (2010), «Τροποποίηση των άρθρων 334, 336, 340 και 342 του κεφαλαίου 27 «ΦΑΡΜΑΚΑ» της Α.Δ.7/2009(ΑΔ 8/2010)», (ΦΕΚ Β'1499/6-9-2010).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 3868/2010, (2010), «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης», (ΦΕΚ 129^Α/3-8-2010).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 3863/2010, (2010), «Νέο ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις», (ΦΕΚ 115^Α/15-7-2010).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 3853/2010, (2010), «Απλοποίηση διαδικασιών σύστασης προσωπικών και κεφαλαιουχικών εταιριών και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ 90^Α/17-6-2010).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 3816/2010, (2010), «Ρύθμιση επιχειρηματικών και επαγγελματικών οφειλών προς τα πιστωτικά ιδρύματα, διατάξεις για την επεξεργασία δεδομένων οικονομικής συμπεριφοράς και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ 6^Α/26.1.2010).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΠΔ 121/2008, (2008), «Καθορισμός υποχρεώσεων των ασφαλιστικών οργανισμών των θεραπόντων και ελεγκτών ιατρών και φαρμακοποιών και σχετικών κυρώσεων», (ΦΕΚ 183^Α/3-9-2008).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 3086/2002, (2002), «Οργανισμός Νομικού Συμβουλίου του Κράτους και κατάσταση των Λειτουργών και Υπαλλήλων του», (ΦΕΚ 324^Α/23-12-2002).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΚΥΑ Υ3α/ΓΠ.οικ. 88618/11.09.2002, (2002), «Καθορισμός αμοιβής στα Κέντρα Υγείας για τις παρεχόμενες από αυτά υπηρεσίες», (ΦΕΚ 1223Β'/11-9-2002).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, Ν. 2889/2001, (2001), «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», (ΦΕΚ 37^Α/2-3-2001).

Εφημερίδα της Κυβέρνησης, ΚΥΑ Υ3Α/ΓΠ/οικ. 7829/Φ.15/1991, (1991), «Καθορισμός αμοιβής εξετάστρων εξωτερικών ιατρείων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων», (ΦΕΚ 514Β'/11-7-1991).

ΕΓΚΥΚΛΙΟΙ:

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, (2018), ΑΠ. ΔΒ4Α/οικ.6110/14-2-2018 εγκύκλιος του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 75ΡΛΟΞ7Μ-ΧΙΕ)

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, (2017), ΔΒ4Α/οικ.16283/19-4-2017 εγκύκλιος του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: Ω1Τ7ΟΞ7Μ-ΝΤ3)

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, (2014), Α.Π. Οικ.18238/16-5-2014 εγκύκλιος του ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: ΒΙΦ50Ξ7Μ-Φ99)

Υπουργείο Υγείας, (2014), ΑΠ. 232/2-1-2014 (ΑΔΑ: ΒΙ6ΤΘ-ΚΦΓ)

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Α.Π. 14541/28-3-2012 εγκύκλιος ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: Β4ΒΒΟΞ7Μ-ΕΕ8).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Α.Π. 47284/14-11-2012 εγκύκλιος ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: Β4ΣΨΟΞ7Μ-74Ν).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Α.Π. 20589/30-4-2012 ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: Β496ΟΞ7Μ-ΗΙΗ).

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ ΔΣ ΕΟΠΥΥ:

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Αρ. Αποφ. 1199/495/19-09-2018 Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 64ΠΚΟΞ7Μ-ΕΤΦ).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Υπ' αριθμ. 759/472/13-6-2018 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ(ΑΔΑ: 7ΔΘ0ΟΞ7Μ-2ΧΤ).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Υπ' αριθμ. 1106/410/20-09-2017 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: ΩΨΤΜΟΞ7Μ-Μ0Φ).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Υπ' αριθμ. 292/354/22-03-2017 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 6ΛΑ8ΟΞ7Μ-66Ψ).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Υπ' αριθμ. 722/298/08-08-2016 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: Ω0ΩΣΟΞ7Μ-Ζ1Α).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Υπ' αριθμ. 566/288/29-6-2016 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 6ΟΔ2ΟΞ7Μ-ΗΜΜ).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Υπ' αριθμ. 480/281/1-6-2016 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ (ΑΔΑ: 6ΡΑ3ΟΞ7Μ-ΓΛΥ).

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, Υπ' αριθμ. 494/121/3-7-2013 απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ.

ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ:

The World Bank. (2018), Data Διαθέσιμο στο: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?end=2011&start=2008&view=chart> [πρόσβαση 09.10.2018]

Eurostat. (2017), *Newsrelease, 17 October: International Day for the Eradication of Poverty, Downward trend in the share of persons at risk of poverty or social exclusion in the EU, But still over 115 million people in this situation,*

Διαθέσιμο στο:

<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8314163/3-16102017-BP-EN.pdf>

[πρόσβαση 09.10.2018]

Eurostat, (2019), *Database - Eurostat - European Commission*, Available at:

https://ec.europa.eu/eurostat/data/database?p_p_id=NavTreeportletprod_WAR_NavTreeportletprod_INSTANCE_nPqeVbPXRmWQ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-2&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2 [πρόσβαση 2 Feb. 2019]

[Ec.europa.eu](http://ec.europa.eu), (2018), *Database-Eurostat*. [online] Διαθέσιμο στο: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> [Πρόσβαση 15.10. 2018]

European Commission. (2017), DG Health & Consumers-Public Health- Echi data tool. [online] Διαθέσιμο στο: <http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm> [Πρόσβαση 23.10.2018]

European Commission. (2017), DG Health & Consumers-Public Health- Echi data tool. [online] Διαθέσιμο στο: <http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/index.cfm> [πρόσβαση 19.11.2018]

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. (2019) . Συγκεντρωτικά στοιχεία δαπανών συμβεβλημένων παρόχων. [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.eopyy.gov.gr/professionals/documents>. [πρόσβαση 4.1.2019]

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2018), Εισόδημα και Συνθήκες Διαβίωσης των Νοικοκυριών [online] Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SFA10/2017> [πρόσβαση 23.10.2018]

Ελληνική Στατιστική Αρχή.(2018) Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια(Κλίνες-Προσωπικό-Εξοπλισμός.[online] Διαθέσιμο στο: <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE06/2016> [πρόσβαση 17.11.2018]

Ελληνική Δημοκρατία, Βουλή των Ελλήνων. (2018) Κανονισμός της βουλής.[online] Διαθέσιμο στο: <https://www.hellenicparliament.gr/UserFiles/f3c70a23-7696-49db-9148-f24dce6a27c8/kanonismos-Thematiko-syntagma-2010.pdf>. [πρόσβαση 1.10.2018].

Ελληνική Δημοκρατία, Ελληνική Στατιστική Αρχή.(2018) Κέντρα Υγείας και Θεραπευτήρια(Κλίνες-Προσωπικό-Εξοπλισμός. Απογραφή Θεραπευτηρίων [online] Διαθέσιμο στο: http://www.statistics.gr/el/statistics?p_p_id=documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-2&p_p_col_count=4&p_p_col_pos=1&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_javax.faces.resource=document&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_in=downloadResources&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_documentID=325163&documents_WAR_publicationsportlet_INSTANCE_qDQ8fBKKo4IN_locale=el [πρόσβαση 17.11.2018]