



ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ  
Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.  
ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ ΛΗΤΩ



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΣΙΟΥΝΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΣΤΕΡΓΙΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΥΡΕΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2018

ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ: ‘Η ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ  
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ  
ΑΣΦΑΛΙΣΗ-ΤΟ ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΤΟΥ ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟΥ  
ΛΗΤΩ’

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:ΣΙΟΥΝΑ ΓΕΩΡΓΙΑ

ΑΜ: 2012049

ΣΤΕΡΓΙΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΑΜ: 2012074

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΜΑΥΡΕΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2018

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Η συγγραφή της παρούσας πτυχιακής δεν θα είχε καταστεί δυνατή χωρίς τη συμβολή ορισμένων ανθρώπων, τους οποίους θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον επιβλέποντα καθηγητή μας κ. Κωνσταντίνο Μαυρέα που μας έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθούμε με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα καθώς και για τη βοήθεια και την καθοδήγηση του για την εκπόνηση αυτής της εργασίας.

Ακόμη δεν θα παραλείψουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μας, προς τις οικογένειες μας για την κατανόηση και την ηθική, ψυχολογική και οικονομική υποστήριξη που μας παρείχαν καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας, όσο και κατά την διάρκεια όλων των σπουδών μας.

## Πίνακας περιεχομένων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	7
1.1 Τι είναι η υγεία και τι σύστημα υγείας; .....	7
1.2 Μορφές συστημάτων υγείας .....	8
1.3 Το Ελληνικό σύστημα υγείας- Ιστορική Αναδρομή.....	12
1.3.1 Διακρίσεις Μονάδων Συστήματος Υγείας Ελλάδας.....	15
1.4 Χρηματοδότηση του Ελληνικού συστήματος υγείας .....	17
1.5 Αλλαγές και παρεμβάσεις λόγω της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας- Το παράδειγμα του ΕΟΠΠΥ και των ΚΕΝ/DRGS .....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	25
2.1 Κοινωνική Ασφάλιση .....	25
2.2 Γενικές αρχές της κοινωνικής ασφάλισης.....	29
2.3 Ιστορική αναδρομή της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα.....	29
2.4 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας.....	32
2.4.1 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα ιδιωτικής ασφάλισης.....	33
2.4.2 Διαφορές ανάμεσα σε κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση .....	34
2.4.3 Συγκριτική ανάλυση παροχών κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	39
3.1 Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα.....	39
3.1.2 Στατιστικά στοιχεία ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας.....	40
3.2 Ιστορική αναδρομή του ΛΗΤΩ.....	41
3.3 Παρεχόμενες υπηρεσίες του ΛΗΤΩ.....	45
3.4 ΕΟΠΥΥ και ΛΗΤΩ.....	55
3.5 Κόστος τοκετού στο μαιευτήριο ΛΗΤΩ.....	58
3.6Χρηματοδότηση ΛΗΤΩ και συνεργασίαμεσασφαιστικους οργανισμούς.....	60
3.7Ανάλυση χρηματοοικονομικών δεδομένων του Λητώ .....	61
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	65

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι έντονες διαφοροποιήσεις που έχουν υπάρξει τα τελευταία χρόνια στον τομέα της υγείας, έχουν ως αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα τεράστιος προβληματισμός γύρω από το συγκεκριμένο ζήτημα. Αυτός είναι ένας από τους λόγους, που επιλέξαμε να αναλάβουμε την παρούσα πτυχιακή εργασία, καθώς αφορά άμεσα το αντικείμενό μας και μας κέντρισε το ενδιαφέρον. Όσον αφορά το σύστημα της κοινωνικής ασφάλισης, έχει κατορθώσει να διατηρήσει το επίπεδο της υγείας σε επαρκή πλαίσια, παρά τα μειονεκτήματα που παρουσιάζει. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή στο Ελληνικό σύστημα υγείας, που αναφέρονται στοιχεία για το πώς λειτουργούσε παλιότερα αλλά και οι καινοτομίες και οι τροποποιήσεις που εφαρμόστηκαν από το 1934 μέχρι το 2012. Τη δεκαετία του 1980 αναπτύσσεται για πρώτη φορά ένα εθνικό σύστημα υγείας. Στην Ελλάδα σήμερα υπάρχει το δημόσιο σύστημα υγείας και ο ιδιωτικός τομέας. Το δημόσιο σύστημα υγείας απαρτίζεται από το ΕΣΥ και τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής ασφάλισης. Γίνεται επίσης λεπτομερής αναφορά στην χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, στους τρόπους χρηματοδότησης αλλά και στις παραμέτρους που λαμβάνονται υπόψη για την παροχή τους. Επιπροσθέτως, έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στην οικονομική κρίση και στην επιρροή που ασκεί στο σύστημα υγείας, καθώς και στις αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με τον ΕΟΠΥΥ και τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια. Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναλυτική αναφορά στην κοινωνική ασφάλιση η οποία επικαλύπτει το δημόσιο συμφέρον. Επίσης, διασφαλίζει την κοινωνική προστασία των εργαζομένων με την απομάκρυνση ορισμένων κινδύνων και αποτρέπει την ύπαρξη καταστροφικών συνεπειών. Στη συνέχεια, ακολουθεί η ιστορική αναδρομή της κοινωνικής ασφάλισης στην χώρα μας από το 1851 μέχρι και σήμερα. Αναφέρεται ακόμη η μέθοδος της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, η οποία έχει εθελούσιο χαρακτήρα και στην συγκεκριμένη περίπτωση οι βλάβες που μπορεί να υποστεί κάποιος ασφαλισμένος καλύπτονται υπό όρους από τις ασφαλιστικές εταιρίες. Επίσης, είναι αξιοσημείωτη η διαφορά ανάμεσα στην κοινωνική και την ιδιωτική ασφάλιση και η σύγκριση των παροχών τους. Στο τρίτο κεφάλαιο, επισημαίνεται ο ιδιωτικός τομέας της υγείας καθώς και κάποια στατιστικά στοιχεία ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Έπειτα, παρουσιάζεται

η ιστορική αναδρομή της ιδιωτικής κλινικής Λητώ (Μαιευτικό Γυναικολογικό και Χειρουργικό Κέντρο) από το 1966 που υπήρξε η ιδέα της ίδρυσής του από εγκεκριμένους ιατρούς της μαιευτικής μέχρι και σήμερα που συνεχίζει να λειτουργεί και να εντάσσεται στις καλύτερες ιδιωτικές μαιευτικές και γυναικολογικές κλινικές της χώρας μας. Έτσι, έγινε πραγματικότητα το όραμα που είχε η ομάδα ίδρυσής του, αφού πληρεί τις προδιαγραφές τόσο σε ιατρικό-τεχνολογικό εξοπλισμό όσο και σε επίπεδο φροντίδας και παροχής υπηρεσιών. Σήμερα το ελληνικό σύστημα υγείας επηρεάζεται σε μέγιστο βαθμό από την οικονομική κρίση. Το δημόσιο έχει τον κυρίαρχο ρόλο αποτελούμενο από υποδομές, χρηματοδότηση και εξουσία, ενώ τα ασφαλιστικά ταμεία έχουν περάσει σε δεύτερο ρόλο, παρουσιάζοντας τεράστια οικονομικά προβλήματα και ευρύτερη αδυναμία λειτουργίας. Ο ιδιωτικός τομέας απορροφά το 1/3 των δαπανών υγείας(Τσιάντου και Κυριόπουλος, 2010). Ενώ, το εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα νοσεί στηριζόμενο στον κρατικό προϋπολογισμό, ο οποίος λόγω της κρίσης αδυνατεί να στηρίζει την υγεία. Συνοψίζοντας και λαμβάνοντας υπόψη ότι υπάρχει διεθνής τάση υιοθέτησης και λειτουργίας μικτών συστημάτων υγείας, στην Ελλάδα φαίνεται πως το σύστημα υγείας αθροίζει τα μειονεκτήματα από τα τρία μοντέλα (δημόσιο, κοινωνικής ασφάλισης, ιδιωτικό), παρά τα πλεονεκτήματα. Το ΕΣΥ ολοκληρώθηκε στην ουσία μόνο στο νοσοκομειακό επίπεδο και η κοινωνική ασφάλιση ουσιαστικά μόνο στο πρωτοβάθμιο επίπεδο (Τούντας, 2003). Η εξέλιξη αυτής της μικτής πορείας χωρίς την κάθετη ολοκλήρωση και επομένως χωρίς τη δυνατότητα αξιοποίησης των πλεονεκτημάτων αυτών των μοντέλων, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ελληνικό σύστημα υγείας σήμερα.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## 1.1 Τι είναι η υγεία και τι σύστημα υγείας;

Τα τελευταία χρόνια, ο τομέας της Υγείας αποτελεί αντικείμενο έντονου προβληματισμού κάθε κοινωνίας για διάφορους λόγους. Πρώτον, η πρόοδος της ιατρικής και η ανακάλυψη νέων μορφών θεραπείας και παρεμβάσεων Φροντίδας Υγείας έχουν αυξήσει την προσφορά των υπηρεσιών Υγείας. Δεύτερον, η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης και η γήρανση του πληθυσμού έχει αυξήσει εκρηκτικά τη ζήτηση των υπηρεσιών Υγείας. Τρίτον, ο πολλαπλασιασμός των κοινωνικών προβλημάτων έχει δημιουργήσει δημοσιονομικά διλήμματα στην κατανομή των πόρων μεταξύ του τομέα της Υγείας και των υπόλοιπων κοινωνικών τομέων. Τέταρτον, η αυξανόμενη απαίτηση των πολιτών για αποτελεσματική κάλυψη των αναγκών Υγείας μέσω παροχής υπηρεσιών υψηλής ποιότητας επιδρά σημαντικά στην κοινωνική πολιτική.

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Είναι γνωστό ακόμα ότι ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού, βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας. Το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων, τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού. (Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτα, Π. 2007).

Το σύστημα υγείας έχει ένα και μοναδικό λόγο ύπαρξης, που είναι η προστασία και η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού. Η παροχή υπηρεσιών υγείας (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση), έχει νόημα μόνο στο βαθμό που συνεισφέρει στο σκοπό αυτό. Σύμφωνα με τους Καλογεροπούλου και Μουρδουκούτα (2007, σ.66), το σύστημα υγείας αποτελείται από τρία υποσυστήματα: το πρώτο υποσύστημα αναφέρεται στους παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού, το δεύτερο υποσύστημα αναφέρεται στην παραγωγή υπηρεσιών και

αγαθών υγείας και το τρίτο υποσύστημα αναφέρεται στους μηχανισμούς κάλυψης των δαπανών.

Το σύστημα υγείας έχει κάποια κύρια χαρακτηριστικά (Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ., Σούλης Σ., κ.ά., 2001), τα οποία είναι :

- *Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας:* Το σύστημα προσφέρει τις υπηρεσίες του στον πληθυσμό 24 ώρες το 24ωρο χωρίς χρονικούς περιορισμούς .
- *Προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας:* Κάθε άτομο, ανεξαρτήτως κοινωνικό-οικονομικής θέσης έχει το δικαίωμα να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας .
- *Συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών:* Το σύστημα προσφέρει τις υπηρεσίες του, όχι μόνο στο στάδιο της θεραπείας, αλλά πριν και μετά την εμφάνιση της νόσου .
- *Ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών:* Η ισότητα έχει δύο εννοιολογικούς προσδιορισμούς. Ο πρώτος αφορά την ίση μεταχείριση μεταξύ ίσων (οριζόντια ισότητα) και ο δεύτερος αφορά την άνιση μεταχείριση μεταξύ μη – ίσων ατόμων (κάθετη ισότητα).

## 1.2 Μορφές συστημάτων υγείας

Το σύστημα υγείας έχει τρεις μορφές οι οποίες είναι οι εξής :

- Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark)
  - Εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge)
  - Φιλελεύθερο σύστημα υγείας
- 
- *Σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark):*

Με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γερμανία, την Αυστρία, την Γαλλία και το Βέλγιο, που έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

Όταν το κράτος καλύπτει τις κοινωνικές ανάγκες των πολιτών έχοντας ως άξονα αναφοράς την εργασία, καλύπτει δηλαδή κατά κύριο λόγο τους εργαζομένους, τότε το σύστημα υγείας αναφέρεται ως σύστημα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismark.



Κύριο ρόλο κατέχει η κοινωνική ασφάλιση που εκπροσωπείται από διάφορα ασφαλιστικά ταμεία, τα οποία χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω των εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων. Συνεπώς, το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Το μοντέλο αυτό δίνει έμφαση στο δικαίωμα του καθενός να επιλέξει τους τρόπους κάλυψης των αναγκών υγείας του μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, πληρώνοντας και το απαιτούμενο ποσό (εισφορές). Το κύριο πλεονέκτημα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι ότι θεωρείται περισσότερο αποδοτικό και αποτελεσματικό από το φιλελεύθερο σύστημα υγείας. Έχει καταφέρει να διασφαλίσει ένα ικανοποιητικό επίπεδο υγείας μέσα σε συνθήκες ισότητας και δικαιοσύνης. Το μειονέκτημα αυτού του συστήματος υγείας είναι ότι στην περίπτωση των επαγγελματικών ομάδων ασφαλίζει μόνο τους επαγγελματίες και ότι οι παροχές διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο ανάλογα με το Ταμείο Ασφάλισής του.

- *Το Εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge):*

Με αντιπροσωπευτικές χώρες του οποίου είναι η Μεγάλη Βρετανία, με το National Health Service(N.H.S.), και η Ιταλία. Χρηματοδοτείται από τον κρατικό μηχανισμό (φορολογία) ή την τοπική φορολογία και οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν στο κράτος. Το μοντέλο αυτό βασίζεται στην αρχή ότι η υγεία είναι δημόσιο αγαθό παρά ατομικό δικαίωμα και γι αυτό υποχρεούται το κράτος να παρέχει τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα αυτού του συστήματος είναι ότι διασφαλίζεται πλήρης, καθολική και ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως της κοινωνικό-οικονομικής τους κατάστασης. Επιπλέον λόγω της ενιαίας και κεντρικής χρηματοδότησης, το κράτος παρεμβαίνει και έτσι έχουμε έλεγχο των δαπανών, αποτελεσματική διαχείριση, βελτίωση της ποιότητας, κλπ. Εκτός από τα πλεονεκτήματα, αυτό το σύστημα διαθέτει και μειονεκτήματα όπως η ανάπτυξη της γραφειοκρατίας η οποία εμποδίζει την ιατρική και επιβαρύνει τις υπηρεσίες με περισσότερες εργασίες. Άλλα μειονεκτήματα που παρατηρούνται είναι η εμφάνιση λίστας αναμονών λόγω του ότι προτεραιότητα έχουν τα σοβαρά περιστατικά και όχι η οικονομική δυνατότητα των πολιτών. Τέλος, δεν υπάρχει η ελεύθερη επιλογή γιατρού και νοσοκομείου από τους ασθενείς.

- *Το φιλελεύθερο σύστημα υγείας ή σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης:*

Με πιο αντιπροσωπευτική χώρα τις Η.Π.Α, βασίζεται στην πλήρη ελευθερία γιατρών και ασθενών και λειτουργεί με τις δυνάμεις της αγοράς και με την ελάχιστη παρέμβαση του κράτους. Στο σύστημα αυτό επικρατεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική και ελεύθερη επιλογή του καθενός, δηλαδή ο καθένας αποφασίζει ελεύθερα αν πρέπει ή όχι να ασφαλιστεί. Ο καθένας επιλέγει ελεύθερα είτε να ασφαλιστεί σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ατομικά, επιλέγοντας το πακέτο υπηρεσιών που ο ίδιος πιστεύει πως τον ικανοποιεί και μπορεί να το πληρώσει, είτε να ασφαλιστεί μέσω του εργοδότη του ο οποίος του πληρώνει μέρος ή ολόκληρο το ποσό των ασφαλιστρών. Όσοι επιλέγουν να μείνουν ανασφάλιστοι (φτωχοί, άνεργοι κτλ.), καλούνται να πληρώσουν τις δαπάνες με το ατομικό τους εισόδημα κάθε φορά που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών και οι τιμές καθορίζονται με βάση την προσφορά και τη ζήτηση και η χρήση των υπηρεσιών αυτών εξαρτάται από την ικανότητα του ασθενή να πληρώσει.

Το σημαντικότερο πλεονέκτημα αυτού του συστήματος για τον ασθενή είναι η διασφάλιση του δικαιώματος να επιλέγει τον γιατρό και το νοσοκομείο που επιθυμεί. Το δικαίωμα αυτό υπάρχει μόνο για τους οικονομικά εύπορους ενώ οι οικονομικά αδύνατοι το έχουν όσο το επιτρέπει η οικονομική τους δυνατότητα.

Από την πλευρά του γιατρού το σύστημα αυτό παρέχει πλήρη ελευθερία εγκατάστασης, οργάνωσης και λειτουργίας. Ο γιατρός έχει την ελευθερία να εγκατασταθεί όπου θέλει, να καθορίσει το ωράριο λειτουργίας του ιατρείου του και να καθορίσει το ύψος της αμοιβής του. Με την αύξηση του αριθμού των γιατρών μόνο λίγοι μπορούν να έχουν τέτοιου είδους ελευθερίες. Οι υπόλοιποι αναγκάζονται να συμβληθούν με διάφορες ασφαλιστικές εταιρείες.

Βασικό μειονέκτημα του συστήματος αυτού είναι ότι οδηγεί σε μεγάλες υγειονομικές ανισότητες, αφού η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενή. Στο σύστημα αυτό απουσιάζει η καθολική και πλήρης κάλυψη του πληθυσμού. Είναι κοινωνικά άδικο και δεν προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη. Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η αύξηση της προκλητής

ζήτησης από την πλευρά των γιατρών, η οποία οδηγεί στην αύξηση άσκοπων επισκέψεων, εξετάσεων και εγχειρήσεων, με αποτέλεσμα ο τομέας υγείας να απορροφά πολλούς πολύτιμους πόρους χωρίς να έχει ανάλογα αποτελέσματα. Επιπλέον, επειδή το σύστημα αυτό βασίζεται στο κέρδος, εστιάζεται κυρίως στη θεραπευτική αντιμετώπιση και αποκατάσταση της νόσου και ελάχιστα στην πρόληψη και αποθεραπεία εκτός του νοσοκομείου.

	ΜΟΝΤΕΛΟ BEVERIDGE	ΜΟΝΤΕΛΟ BISMARK
ΓΕΝΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	Η πρόληψη της φτώχειας	Η διατήρηση του επιπέδου του εισοδήματος
ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΑ ΑΡΧΗ	Η προτεραιότητα στην εξασφάλιση της εργασίας και του δικαιώματος σε αυτή	Η κοινωνική ασφάλεια σαν αυτόνομη αρχή
ΕΙΔΙΚΟΣ ΣΤΟΧΟΣ	Η εγγύηση ενός ελάχιστου κοινωνικού επιπέδου διαβίωσης	Η διατήρηση της κοινωνικής θέσης μέσω του επιπέδου του εισοδήματος
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΥΛΟΠΟΙΗΣΗ	Από το κράτος ή τους εργαζόμενους	Από τους κοινωνικούς εταίρους (εργοδότες και εργαζόμενους)
ΚΑΛΥΨΗ ΠΑΡΟΧΩΝ	Σε όλους τους πολίτες (καθολικότητα)	Μόνο στους εργαζόμενους (επιλεξιμότητα)
ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΟΧΩΝ	Σταθερού Επιπέδου παροχές για το σύνολο των πολιτών	Σχετιζόμενο με το ύψος του εισοδήματος
ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	Μέσω της Προοδευτικής φορολογίας	Μέσω εισφορών των εργαζομένων και των εργοδοτών
ΜΟΝΤΕΛΟ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ	Αναδιανεμητικό	Κεφαλαιοποιητικό

Πίνακας 1.1

Πηγή: S. Kuhnle, “Basic historical trends in European Social Security” στο EISS Year Book 1994, σελ.16

### 1.3 Το Ελληνικό σύστημα υγείας- Ιστορική Αναδρομή

Έως το χρονικό διάστημα του 1974, η πολιτική υγείας στον ελλαδικό χώρο παραμένει ασαφής δίχως συγκεκριμένες προτεραιότητες. Το 1934 με το νόμο 6298 δημιουργήθηκε το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων(ΙΚΑ) κατοχυρώνοντας εξωνοσοκομειακή περίθαλψη που αφορούσε τον αστικό πληθυσμό, χωρίς να καλύπτει ιατρικά το υπόλοιπο ποσοστό της τάξης του 67%. Σύμφωνα με το διάταγμα 2592 του έτους 1953 της νομοθεσίας «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», είχε τονιστεί η ανάγκη για νέες μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην περιφέρεια. Έτσι πρωτοαναφέρθηκε η δημιουργία ενός Ενιαίου Λογαριασμού Υγείας (ΕΦΥ).

Το έτος 1981 σημειώνεται το νομοσχέδιο του υπουργού Υγείας Σ. Δοξιάδη «Μέτρα Προστασίας της Υγείας», όπου περιλάμβανε για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας την ίδρυση κέντρων υγείας, στην έδρα κάθε τομέα υγείας ως αποκεντρωμένη μονάδα του γενικού κρατικού νοσοκομείου και τα αγροτικά ιατρεία ως κέντρα υγείας. Το νομοσχέδιο Δοξιάδη δέχτηκε πολιτικές αντιστάσεις, ενώ με το Ν. 1397/1983 του ιδρυτικού νόμου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας τέθηκε το ζήτημα της πλήρους κάλυψης των ζητούμενων του πληθυσμού και ορίστηκαν οι αρχές της νέας πολιτικής για την υγεία με ιδιαίτερη έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Ο νόμος αυτός άμβλυσε τα όρια του κοινωνικού κράτους ορίζοντας ένα μεικτό σύστημα υγείας με δείγματα παρεμβατισμού. Η δωρεάν, πλήρης και ισότιμη κάλυψη του πληθυσμού θεωρούνταν οι κύριες αρχές του νόμου, με βασικό στόχο του 1397/83 τον ενιαίο προγραμματισμό, και λειτουργία του ΕΣΥ, την ισάξια κατανομή των πόρων και την ισομερή ανάπτυξη της ΠΦΥ, με κύριους άξονες τα Κέντρα Υγείας και τον οικογενειακό γιατρό.

Είναι άξιο αναφοράς ότι ο Ν. 1397/1983, παρά το ότι είχε ελλείψεις ήταν για την Ελλάδα η πιο μεγάλη νομοθετική μεταρρύθμιση στο χώρο της υγείας την τελευταία σαρακονταετία, μιας και με το νόμο επιχειρήθηκε να τεθούν τα πλαίσια σε ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σημαντικά αυτό το διάστημα, ενώ βελτιώθηκε σημαντικά η υποδομή των νοσοκομείων με προσωπικό και με βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης.

Στους κλάδους της οργάνωσης της διαχείρισης δεν έγινε καμιά βασική μεταβολή, μιας και επικράτησε ο ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος και η έντονη «κρατικιστική» αντίληψη που τον εξέφραζε, με αποτέλεσμα να αγνοηθεί πλήρως ο ιδιωτικός τομέας και να απουσιάσουν αποτελεσματικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης και μέτρων ελέγχου του κόστους. Ακόμα, δεν ολοκληρώθηκε η δεύτερη φάση για την άνθιση κέντρων υγείας στις αστικές περιοχές και δεν πραγματοποιήθηκε η αρχή του κοινωνικού ελέγχου με τη συγκρότηση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας.

Η νομοθεσία 1579/217/ΤΑ/23-12-85 άρθρο 13 αναφέρεται στη σύσταση των νοσοκομείων και στις συνθήκες λειτουργίας των μονάδων, που θεωρούνται απαραίτητες για την εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πρόληψης και ρυθμίζονται με υπουργικές αποφάσεις(Νόμος 1597/1985). Έπειτα, με το ΕΣΥ ψηφίστηκαν τρεις καινοτόμοι νόμοι ο 2071/1992, ο 2194/1994 και ο 2519/1997, δίχως όμως να αλλάζει η φιλοσοφία και οι αρχές που διέπουν τον οργανισμό.

Η νομοθεσία Ν. 2071/1992 που αφορά τα περί «Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας», έδειχνε τις προθέσεις της φιλελεύθερης παράταξης επεκτείνοντας την έννοια της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και προσδιόρισε τόσο το πλέγμα των υπηρεσιών που είναι δυνατόν να παρέχει η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, καθώς και την νομική τους μορφή. Η εν λόγω νομοθετική διάταξη εφαρμόστηκε μέσα από το θεσμό της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ, και αναφερόταν στην κατ' οίκον νοσηλεία, τον οικογενειακό ιατρό και τη συμμετοχή του ιδιώτη ιατρού στην ΠΦΥ (2071/1992). Ο χρήστης έχει πλέον το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής και συμμετοχής σε υπηρεσίες υγείας. Με το Ν. 2519/1994 τα κέντρα υγείας μετατρέπονται και λειτουργούν ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των γενικών νοσοκομείων του νομού, ενώ οι υγειονομικοί σταθμοί μετατράπηκαν σε περιφερειακά ιατρεία, που ενεργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες υγειονομικών μονάδων και οργανισμών. Με το Ν. 2519/1997 αναβαθμίζεται η πρωτοβάθμια φροντίδα στις αγροτικές περιοχές της χώρας όπως για παράδειγμα μέσα από διορισμούς, ενώ προβλέπει την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις αστικές και μη περιοχές με την ίδρυση Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (2519/1997).

Η νομοθεσία 2889/2001 σχετικά με τη «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», εισήγαγε τροποποιήσεις στην

οργανωτική διάρθρωση του υγειονομικού συστήματος, καθώς προχώρησε στην ίδρυση Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Π.Ε.Σ.Υ), που εποπτεύουν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα του Ε.Σ.Υ. Επίσης, εφαρμόζεται για πρώτη φορά το πρόγραμμα «υγειονομικός χάρτης» για την καταγραφή και αξιοποίηση των δεδομένων όλων των φορέων. Ένας ακόμη σημαντικός θεσμός που αφορά άμεσα την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, είναι η λειτουργία απογευματινών ιατρείων στα νοσοκομεία. Ο θεσμός αυτός έχει σαν στόχο να αλλάξει ριζικά τον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων και τον τρόπο παροχής υπηρεσιών σε αυτά (2889/2001).

Η νομοθεσία 3235 /2004 για την πρωτοβάθμια φροντίδα, προσδιορίζει το κράτος ως εγγυητή των κύριων υπηρεσιών υγείας που θα ορίσει και τη συνέχειά τους. Δίνει έμφαση στις έννοιες της πλήρους φροντίδας, της συνέχειας στην υγειονομική φροντίδα και στη διασφάλιση της συντονισμένης κίνησης του πληθυσμού και του προσανατολισμού του χρήστη στο σύστημα υγείας. Η εφαρμογή του παραπάνω νόμου αποτελεί μια πρόκληση για το ελληνικό σύστημα υγείας, λόγω του ότι εξακολουθούν να υφίστανται λόγοι που σχετίζονται με την παρακάλυψη της εφαρμογής και προηγούμενων νομοθεσιών.

Προσδιορίζεται ο θεσμός του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού σε κάθε πολίτη. Επιπλέον, εισάγεται ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος κάθε πολίτη της χώρας που αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται γι' αυτόν, σε οποιοδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ακόμη, με την υλοποίηση της ηλεκτρονικής κάρτας υγείας του πολίτη γίνεται πιο εύκολη η πρόσβαση στην υγεία.

Η σημερινή κατάσταση του Ελληνικού συστήματος υγείας θεωρείται ιδιαίτερα δυσμενής κυρίως λόγω της οικονομικής κρίσης που διανύει η χώρα μας τα τελευταία έτη, η οποία επιδεινώνει το εργασιακό κλίμα, αυξάνει τον κίνδυνο της πρόωρης θνησιμότητας και υψηλής νοσηρότητας ειδικά σε άτομα με αδυναμία πρόσβασης στην υγεία, αλλά και σε άτομα με χρόνιες παθήσεις. Η παραπάνω κατάσταση συμβάλει στην αύξηση της θνησιμότητας κατά 20% έως και 25% (Κυριόπουλος, κα, 2012).

### *1.3.1 Διακρίσεις Μονάδων Συστήματος Υγείας Ελλάδας*

Οι μονάδες υγείας του συστήματος υγείας στην Ελλάδα αποτελούν τον κύριο φορέα παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών και διακρίνονται σε διάφορα επίπεδα φροντίδας τα οποία διαμορφώνονται ως εξής:

*1.Πρωτοβάθμιο επίπεδο:* Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα δίνεται από ένα πλήθος φορέων, οι οποίοι αναπτύσσονται μέσα από τέσσερις βασικές δομές (Λ. Λιαρόπουλος, 2007).

- Το ΕΣΥ μέσω κέντρων υγείας αλλά και περιφερειακών ιατρείων, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, καθώς και το ΕΚΑΒ, αναπτύσσει τις δράσεις του και παρέχει υπηρεσίες προς τους πολίτες. Η χρηματοδότηση των φορέων του γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό.
- Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης μέσω των πολύ-ιατρείων που διαθέτουν και μέσω των συμβεβλημένων ιδιωτών προμηθευτών. Οι δαπάνες στη συγκεκριμένη περίπτωση καλύπτονται από τις εισφορές των εργοδοτών και εργαζομένων.

- Τον ιδιωτικό τομέα, που αναφέρεται σε ιδιώτες γιατρούς, συμβεβλημένους και μη με ασφαλιστικά ταμεία, εργαστήρια, διαγνωστικά κέντρα και εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών. Η αμοιβή των ιδιωτών γιατρών βασίζεται στην κατά πράξη και κατά περίπτωση αποζημίωση σε ορισμένες από το κράτος τιμές και καλύπτεται από τις ασφαλιστικές εισφορές, ενώ οι λοιποί αμείβονται με άμεση καταβολή των χρηστών είτε από την ιδιωτική ασφάλιση.

2. *Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας:* Αυτό είναι το επόμενο στάδιο φροντίδας υγείας που καλύπτει τις ανάγκες των ασθενών που έχουν ανάγκη νοσηλείας σε κλινικές ή νοσοκομεία εξειδικευμένης αγωγής ή ακόμα και εγχείρησης. Στο σημείο αυτό θα τονιστεί ότι το ΕΣΥ έχει νοσοκομειοκεντρικό χαρακτήρα, λόγω της έλλειψης κανόνων ρύθμισης προσβασιμότητας αλλά και της ελευθερίας του ασθενούς να αποφανθεί σε οποιαδήποτε φορέα υπηρεσίας, όσο και της πολυπλοκότητας των φορέων που προσφέρουν την ίδια στιγμή πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα.

3. *Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας:* Η τριτοβάθμια φροντίδα υγείας δίδεται μέσα από ένα ευρύτερο πλαίσιο νοσοκομειακής περίθαλψης με τη διαφορά να αναφέρεται στο γεγονός ότι απαιτεί ειδικές γνώσεις και εξοπλισμό, ενώ προσφέρεται από τις πανεπιστημιακές κλινικές που διαθέτουν τη κατάλληλη τεχνική υποδομή και το ειδικευμένο προσωπικό για τη παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε: α) γενικά νοσοκομεία που διαθέτουν χειρουργικό και παθολογικό τομέα και β) ειδικά, που έχουν τμήμα νοσηλείας σε μια μόνο ειδικότητα. Επίσης, ανάλογα με τη διάρκεια νοσηλείας διαχωρίζονται σε οξείας νοσηλείας και χρόνιων παθήσεων. Με βάση τη γεωγραφική έκταση που καλύπτουν διαχωρίζονται σε περιφερειακά, που καλύπτουν ευρύτερες περιφέρειες και δίδουν τη δυνατότητα για ανάπτυξη εκπαιδευτικού και ερευνητικού έργου και σε νομαρχιακά νοσοκομεία που υπάρχουν σε κάθε νομό, αν και ο νόμος Ν.2889/2001 κατήργησε τη διάκριση σε νομαρχιακά και περιφερειακά ενώ διατήρησε το διαχωρισμό σε γενικά και ειδικά νοσοκομεία.





(Εικόνα 1): Επίπεδα Περίθαλψης.  
 Πηγή: Σιγάλας Ι, 2008

#### 1.4 Χρηματοδότηση του Ελληνικού συστήματος υγείας

Τα συστήματα υγείας και ο γρήγορος ρυθμός εξέλιξής τους, οδήγησε την οικονομική επιστήμη της υγείας να ασχοληθεί με την εύρεση πόρων για την καλύτερη λειτουργία των συστημάτων υγείας. Η έννοια της χρηματοδότησης μπορεί να προσδιοριστεί ως η ανάγκη εύρεσης πόρων και η κατανομή αυτών. Στην περίπτωση των συστημάτων υγείας, η έννοια παίρνει ένα σύνθετο περιεχόμενο για να συμπεριλάβει τις πηγές και τους φορείς προέλευσης των πόρων, τις μεθόδους χρηματοδότησης, τους τρόπους διαχείρισης, και τέλος τα κριτήρια κατανομής τους. (Λ. Λιαρόπουλος, 2007).

Το σύστημα χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας συνιστά μία σύνθετη και περίπλοκη διαδικασία. Ένα σύστημα υγείας προκειμένου να θεωρείται ως αποτελεσματικό θα πρέπει να παρέχει αποτελεσματικές, ασφαλείς, ποιοτικές προσωπικές και συλλογικές παρεμβάσεις σε αυτούς που τις έχουν ανάγκη, όταν τις χρειάζονται, χωρίς την κατασπατάληση των πόρων.

Η Ελλάδα συγκαταλέγεται στις χώρες που δαπανούν αρκετά για την υγεία. Σύμφωνα με τα τελευταία δεδομένα, η δαπάνη για την υγεία αρχίζει και πάλι να αυξάνεται όσο πλησιάζουμε προς την έξοδο από την κρίση, αλλά και πάλι ο ρυθμός αύξησης της δαπάνης υγείας παραμένει χαμηλότερος σε σύγκριση με άλλες χώρες, κυρίως στην Ευρώπη. Οι Ηνωμένες Πολιτείες διατηρούν την 1η θέση καθώς δαπάνησαν 17,2% του ΑΕΠ για την υγεία, περισσότερα δηλαδή κατά 91,11% από το μέσο όρο στις

χώρες του ΟΟΣΑ(Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης), κατά 38,71% περισσότερα από την Ελβετία (2η θέση-12,4%) και κατά 52,21% περισσότερα από τη Γερμανία (3η θέση-11,3%). Η Ελλάδα βρίσκεται στην 25η θέση δαπανώντας 8,3% του ΑΕΠ για την υγεία, ποσοστό χαμηλότερο κατά 8,43% από το μέσο όρο στις χώρες του ΟΟΣΑ (Πίνακας 1.2).

	ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
ΕΛΛΑΔΑ	4,8	3,5	8,3
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	9,5	1,7	11,3
ΓΑΛΛΙΑ	8,7	2,3	11,0
ΗΝΩΜΕΝΕΣ ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ	8,5	8,8	17,2
ΕΛΒΕΤΙΑ	7,9	4,5	12,4
ΟΟΣΑ35	6,5	2,5	9,0

Πίνακας 1.2

Πηγή: ΟΟΣΑ 2016.

Οι βασικές πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας που εντοπίζονται, είναι οι δημόσιες με την κρατική χρηματοδότηση να διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο και οι ιδιωτικές πηγές.

Στις δημόσιες πηγές υπάγεται η φορολογία, στην οποία οι επιβαλλόμενοι φόροι διακρίνονται σε άμεσους και έμμεσους φόρους και εφαρμόζονται σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.

- Η άμεση φορολογία περιλαμβάνει την φορολογία εισοδημάτων των φυσικών προσώπων, την φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας.
- Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των συναλλαγών και των εμπορευμάτων και διακρίνεται σε γενική, η οποία καλύπτει τις ανάγκες του προϋπολογισμού συνολικά, όπως ο φόρος προστιθέμενης αξίας (Φ.Π.Α.) και σε

ειδική ή υποθηκευμένη, η οποία προορίζεται για καθορισμένο σκοπό και εφαρμόζεται σε συγκεκριμένα αγαθά, όπως ο φόρος επί του αλκοόλ ή του καπνού.

- Μια άλλη δημόσια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος υγείας είναι η κοινωνική ασφάλιση η οποία σε σχέση με την ιδιωτική διαθέτει μεγάλη κάλυψη του ασφαλιστικού κινδύνου, καθώς η ασφαλιστική της βάση δεν περιορίζεται στους ασφαλισμένους μιας επιχείρησης αλλά περιλαμβάνει μεγάλες ομάδες πληθυσμού.

Η κρατική χρηματοδότηση εκφράζει την πρόθεση της καθολικότητας του αγαθού, της θεώρησής του ως δικαίωμα και της αναδιανομής του πλούτου. Ένα από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα της εν λόγω πηγής χρηματοδότησης είναι ότι καθιστά ευκολότερη την επιβολή φραγμών για τον έλεγχο των δαπανών και την ένταξή της στο γενικότερο σχεδιασμό της δημοσιονομικής πολιτικής της εκάστοτε κυβέρνησης. Ωστόσο, δεν πρέπει να παραλειφθεί ότι αυτού του είδους η χρηματοδότηση τίθεται πάντοτε κάτω από την κρίση της δημοσιονομικής πολιτικής, ενώ από την άλλη επικρατεί γενική απροθυμία και τάση αποφυγής πληρωμής των φόρων στην Ελλάδα (Μπουλούτζα, 2014).

Στις ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης ανήκουν οι δωρεές από φιλανθρωπικές οργανώσεις και εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες. Αυτός ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας παρατηρείται σε χώρες του τρίτου κόσμου οι οποίες έχουν χαμηλό ΑΕΠ και στηρίζονται σε μεγάλο βαθμό από την εξωτερική βοήθεια για να χρηματοδοτήσουν το σύστημα υγείας τους. Επιπλέον, άλλη ιδιωτική πηγή είναι οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες οι οποίες εξασφαλίζουν υπηρεσίες Ιατρικής της Εργασίας που συνίστανται σε περιοδικές προληπτικές εξετάσεις των εργαζομένων καθώς και την παροχή φροντίδας υγείας στον τόπο εργασίας σε έκτακτες περιπτώσεις. Τέλος, στις ιδιωτικές πηγές υπάγονται και οι πληρωμές των χρηστών. Αυτή η πηγή χρηματοδότησης θεωρείται η λιγότερο ισότιμη διότι βασίζεται στο ατομικό ή οικογενειακό εισόδημα, δεν προάγει την κοινωνική αλληλεγγύη και προκαλεί ανισότητες ως προς την πρόσβαση ( Λ. Λιαρόπουλος, 2007).

## 1.5 Αλλαγές και παρεμβάσεις λόγω της οικονομικής κρίσης στο ελληνικό σύστημα υγείας-Το παράδειγμα του ΕΟΠΠΥ και των ΚΕΝ/DRGS



Κατά την διάρκεια της οικονομικής κρίσης υπήρξαν προσπάθειες συγκράτησης των δαπανών και επιπρόσθετα μέτρα σχετικά με τη διακυβέρνηση του συστήματος υγείας. Παρακάτω αναφέρονται οι σπουδαιότεροι νόμοι με έπαιξαν πρωταγωνιστικό ρόλο στις προσπάθειες αυτές:

- Με το νόμο 3863/2010, πραγματοποιείται προσπάθεια διαμόρφωσης ενός ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της χώρας και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί και κλάδοι υγείας διαχωρίστηκαν από το συνταξιοδοτικό σύστημα και από την εποπτεία του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και πλέον εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αναλυτικότερα ο νόμος προέβλεπε την ένταξη και λειτουργία σε ενιαίο πλαίσιο των μονάδων πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγείας του ΕΣΥ, των φορέων κοινωνικής ασφάλισης αρμοδιότητας της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του Οίκου Ναύτου, καθώς επίσης και τη σύσταση στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενός συμβουλίου συντονισμού, με σκοπό το σχεδιασμό ενιαίων κανόνων αγοράς υπηρεσιών υγείας σε δημόσιο και ιδιωτικό επίπεδο για λογαριασμό των ασφαλιστικών οργανισμών και τον καθορισμό των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης με όλους τους παρόχους υγείας προκειμένου να αρθεί ο κατατεταγμένος χαρακτήρας του συστήματος και να επιτευχθεί μείωση της δαπάνης.
- Με τον νόμο 3892/2010, για την ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων και ιατρικών συνταγών, οι γιατροί που είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης και οι φαρμακοποιοί υποχρεούνται να εγγράφονται στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Στόχος του μέτρου είναι ο έλεγχος της συνταγογραφικής συμπεριφοράς των ιατρών.

- Με το νόμο 3918/2011, εισάγονται σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Πρώτη και βασική μεταβολή υπήρξε η σύσταση του οργανισμού, ενός ενιαίου φορέα υγείας, του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), που εποπτεύεται από το Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στην έναρξη της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ τα ταμεία που εντάχθηκαν ήταν το ΙΚΑ, ο ΟΠΑΔ, ο ΟΑΕΕ και ο ΟΓΑ. Στην πορεία εισήχθησαν και άλλα ταμεία και πλέον προέρχεται από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών οργανισμών :

ΙΚΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012

ΟΓΑ, από 1η Ιανουαρίου 2012

ΟΑΕΕ, από 1η Ιανουαρίου 2012

ΟΠΑΔ, από 1η Ιανουαρίου 2012

ΤΥΔΚΥ, από 1η Ιανουαρίου 2012

ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ (Από 1η Απριλίου 2012)

ΤΑΥΤΕΚΩ (από 1η Μαΐου 2012)

ΕΤΑΑ ( από 1η Νοεμβρίου 2012 )

ΕΤΑΠ-ΜΜΕ/ΤΑΙΣΥΤ ( από 1η Δεκεμβρίου 2012 )

ΛΙΜΕΝΙΚΟ ( από τον Μάιο του 2013, μέσω του ΟΠΑΔ )

Η ένταξη του ΤΑΥΤΕΚΩ στον ΕΟΠΥΥ συνεπάγεται την εισχώρηση των παρακάτω κλάδων υγείας οι οποίοι τον αποτελούν:

- 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)

Η ένταξη του ΕΤΑΑ στον ΕΟΠΥΥ συνεπάγεται την εισχώρηση 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 Δικηγόρων Επαρχιών & Δικαστικών Επιμελητών (ΤΥΔΕ-ΤΠΔΕ)
- Τομέας Νομικών Τομέας Συμβολαιογράφων Πρόνοιας Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΠΕΔΕ).

Με την ενοποίηση των παραπάνω ταμείων το ποσοστό πληθυσμιακής κάλυψης του ΕΟΠΥΥ πλησιάζει το 90%. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας με το ΕΣΥ, η εξοικονόμηση πόρων και η διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με όρους ισονομίας για όλους τους πολίτες, καθώς και η βελτίωση της διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικότητας. Παρέχεται ιατρική περίθαλψη σε όλους τους ασφαλισμένους από όλες τις κατά τόπους δομές: νοσοκομεία των σχηματισμών του ΕΣΥ, στρατιωτικά νοσοκομεία, πανεπιστημιακά νοσοκομεία, νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, κέντρα υγείας, αγροτικά ιατρεία, πολύ-ιατρεία, ιατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών, οικογενειακούς γιατρούς, γιατρούς συμβεβλημένους με τους φορείς, κέντρα αποκατάστασης-αποθεραπείας, κλινικές και ιδρύματα χρόνιων παθήσεων. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας, ήταν η συγκέντρωση όλων των πόρων του υγειονομικού τομέα με σκοπό την αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας.

Η Λίστα των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτών ιατρών υπάρχει αναρτημένη στην ιστοσελίδα του ΕΟΠΥΥ ([www.eopyy.gov.gr](http://www.eopyy.gov.gr)) στις ιστοσελίδες των εντασσόμενων στον ΕΟΠΥΥ Ταμείων ΙΚΑ-ΕΤΑΜ ([www.ika.gr](http://www.ika.gr)), ΟΑΕΕ ([www.oaee.gr](http://www.oaee.gr)), ΟΠΑΔ ([www.opad.gr](http://www.opad.gr)), ΟΓΑ ([www.oga.gr](http://www.oga.gr)) καθώς και στην ιστοσελίδα της Ηλεκτρονικής Σύνταγογράφησης ([www.e-syntagografisi.gr](http://www.e-syntagografisi.gr)).

Σε Ευρωπαϊκό επίπεδο κατά την προσωρινή διαμονή του Έλληνα ασφαλισμένου πολίτη σε μια από τις 28 χώρες της ΕΕ, την Ισλανδία, το Λιχτενστάιν, τη Νορβηγία και την Ελβετία, ο ΕΟΠΥΥ παρέχει μια δωρεάν κάρτα, που ονομάζεται Ευρωπαϊκή Κάρτα Ασφάλισης Ασθενείας (ΕΚΑΑ), η οποία προσφέρει πρόσβαση σε ιατρικά αναγκαία, κρατική περίθαλψη με τους ίδιους όρους και το ίδιο κόστος (σε ορισμένες χώρες, δωρεάν) με τους ασφαλισμένους της εν λόγω χώρας. (Εικόνα 2.1)



(Εικόνα 2.1: Ευρωπαϊκή κάρτα ασφάλισης ασθενείας)

Σε Ελληνικό νοσοκομειακό επίπεδο, σημαντική παρέμβαση του Ν. 3918/2011 αποτελεί και η αλλαγή στον τρόπο αποζημίωσης των προμηθευτών καθώς εφαρμόστηκαν τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια (ΚΕΝ)/Diagnostics Related Groups (DRGs). Η μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομείων μέχρι τότε πραγματοποιούνταν κατά βάση με :

- Το ημερήσιο νοσήλιο
- Επιπλέον πληρωμή ορισμένων πράξεων ή φαρμάκων/υλικών
- Ορισμένων «πακέτων» νοσηλίων

Με αυτό τον τρόπο όμως δημιουργούνταν συνεχώς ελλείμματα στα νοσοκομεία εξαιτίας της απόκλισης ανάμεσα του πραγματικού κόστους νοσηλείας και του επιπέδου αποζημίωσης.

Τα DRGs, ανακαλύφθηκαν στις Ηνωμένες πολιτείες Αμερικής από ερευνητές στο πανεπιστήμιο του Yale. Αποτελούν μια μεθοδολογία ταξινόμησης των υπηρεσιών που προσφέρει ένα νοσοκομείο. Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης, με βάση τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, τη διάγνωση, τις επιπλοκές, τις συνυπάρχουσες παθήσεις, την ηλικία και το φύλο, οι νοσηλευόμενοι κατατάσσονται σε Ομοιογενείς Διαγνωστικές Κατηγορίες. Από τα μέσα τις δεκαετίας του '80 χρησιμοποιούνται για

την αποζημίωση υπηρεσιών στις υπηρεσίες υγείας στα νοσοκομεία των ΗΠΑ. Έτσι και στα νοσοκομεία του ΕΣΥ πλέον αποζημιώνονται μέσω του μηχανισμού των ΚΕΝ. Ο ασφαλιστικός οργανισμός για κάθε νοσηλεία εγκρίνει συγκεκριμένο αντίτιμο ως αποζημίωση το οποίο είναι ήδη ορισμένο. Το αντίτιμο ή αλλιώς το ΚΕΝ που αποζημιώνεται το νοσοκομείο για την εκάστοτε νοσηλεία απορρέει από την ταξινόμηση του στις Ομοιογενής Διαγνωστικές Κατηγορίες.

Για παράδειγμα, εάν κάποιος εισαχθεί σε ένα νοσοκομείο για οξεία χολοκυστίτιδα και χρειαστεί να υποβληθεί σε επέμβαση χολοκυστεκτομής τότε το ταμείο αποζημιώνει τον πάροχο υπηρεσιών υγείας με το αντίστοιχο ΚΕΝ που προκύπτει από το συνδυασμό του κωδικού διάγνωσης (Icd10) και του κωδικού της πράξης (Icpr).

Το σύστημα των ΚΕΝ/DRGs είναι γεγονός ότι φέρνει πιο κοντά τη χρέωση των ασφαλιστικών ταμείων με το πραγματικό κόστος νοσηλείας. Αυτό οδηγεί προς την μείωση της τάσης δημιουργίας ελλειμμάτων των δημοσίων νοσοκομείων, καθώς προηγουμένως αποζημιώνονταν όχι με βάση το πραγματικό κόστος νοσηλείας αλλά με αρκετά χαμηλότερο.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### 2.1 Κοινωνική Ασφάλιση

Ένας από τους πρωταρχικούς στόχους μιας κοινωνικής πολιτικής είναι η παροχή κοινωνικής προστασίας ως προς τους πολίτες της. Για την επίτευξη του στόχου της κοινωνικής προστασίας η κάθε πολιτεία λαμβάνει μέτρα για την κοινωνική ασφάλεια των μελών της. Η έννοια της κοινωνικής ασφάλειας υποδιαιρείται σε 3 επιμέρους έννοιες-χώρους κοινωνικής προστασίας: την κοινωνική ασφάλιση, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια.

Η κοινωνική ασφάλιση συγκεκριμένα αποτελεί καρπό μακροχρόνιων αγώνων των εργαζομένων τάξεων και πολλών άλλων προσωπικοτήτων, εξασφαλίζοντας την «κοινωνική ασφάλεια», αποτελώντας θεμέλιο του «Κράτους Ευημερίας» και αφορά στα προληπτικά ή κατασταλτικά μέτρα κοινωνικής προστασίας, τα οποία παίρνει μια κοινωνία για την άρση ή τη μείωση των δυσμενών συνεπειών από ορισμένους κινδύνους.

«Κοινωνική Ασφάλιση είναι η δραστηριότητα με την οποία το κράτος άμεσα ή με τη μεσολάβηση οργανισμών που βρίσκονται υπό τον έλεγχό του, προσφέρει στον εργαζόμενο αντί ορισμένης τακτικής χρηματικής καταβολής, υλικές παροχές και υπηρεσίες σε περιπτώσεις ασθένειας, σωματικής ή πνευματικής βλάβης, αναπηρίας και γήρατος. Οι δαπάνες καλύπτονται με τις υποχρεωτικές εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών, τις οποίες έχουν θεσπίσει οι σύγχρονες νομοθεσίες». (Μιλτιάδης, 2003)

Αφορά την κάλυψη των κινδύνων που απειλούν άμεσα, κυρίως τα πρόσωπα. Ο κίνδυνος αντιπροσωπεύει την αβεβαιότητα της επέλευσης ενός ζημιογόνου ενδεχόμενου και την πιθανότητα που υπάρχει το ενδεχόμενο αυτό να μην είναι ευνοϊκό. Ο κίνδυνος υφίσταται σε διάφορες καταστάσεις που αφορούν άτομα, επιχειρήσεις αλλά και την κοινωνία στο σύνολό της. Η έννοια του κίνδυνου με αυτή της αβεβαιότητας δεν ταυτίζονται διότι αβεβαιότητα είναι η κατάσταση στην οποία κάποιος αντιμετωπίζει δυσκολία στον καθορισμό της πιθανότητας των αποτελεσμάτων μιας απόφασης είτε λόγω έλλειψης πληροφόρησης, είτε έλλειψης γνώσης σχετικά με τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ενώ κίνδυνος είναι η κατάσταση

στην οποία κάποιος δεν γνωρίζει τα ακριβή αποτελέσματα μιας απόφασης αλλά πιθανολογείται ότι θα κυμαίνονται σε ένα συγκεκριμένο εύρος αποτελεσμάτων. (Λαζαρίδης & Παπαδόπουλος, 2002)

Η ασφαλιστική σχέση που συνδέει φορείς και ασφαλισμένους ρυθμίζεται από διατάξεις του δημοσίου δικαίου και έχει χαρακτήρα αναγκαστικό. Η κοινωνική ασφάλιση εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον. Για τον σκοπό αυτό, για τις περιπτώσεις που υπάρχει σχέση εξαρτημένης εργασίας (υπάλληλοι, εργάτες κα.), οι ασφαλιστικές εισφορές δεν καταβάλλονται μόνο από τους ασφαλισμένους, αλλά από το Κράτος, από τρίτους (εργοδότες), καθώς και από διάφορους «κοινωνικούς πόρους» . ( Βουρλούμης, 2005)

Όλα τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης έχουν ένα τουλάχιστον κοινό χαρακτηριστικό, όπως για παράδειγμα να μεταφέρουν κοινωνικούς πόρους μεταξύ γενεών. Η λειτουργία του κάθε συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι συνυφασμένη τόσο με οικονομικά ζητήματα όσο και με ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης. Έχει σκοπό την προστασία των ατόμων στις περιόδους της ζωής τους που αποκτούν ανεπαρκή εισοδήματα ή που αδυνατούν εντελώς να εργασθούν. Η κοινωνική ασφάλιση παρέχει στο άτομο τη διέξοδο να μοιραστεί με μια ευρύτερη κοινωνική ομάδα το κόστος αντιμετώπισης αυτών των δύσκολων συγκυριών. Όλες οι κοινωνίες έχουν κάποιας μορφής σύστημα ή «σύστημα» κοινωνικής ασφάλισης. Στις παραδοσιακές αγροτικές κοινότητες, βάση της ομαδικής ασφάλειας υπήρξε η οικογένεια ή μια ευρύτερη ομάδα συγγενών ή γειτόνων. Στις βιομηχανικές κοινωνίες, όπου οι δεσμοί ανάμεσα στις ομάδες συγγενών ή γειτόνων είναι ασθενέστεροι, το σημαντικότερο ρόλο για τη δημιουργία ενός πλαισίου κοινωνικής ασφάλισης αναλαμβάνει το κράτος. (Ρωμανιάς, 2007)

Το Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα μπορεί να χαρακτηριστεί ως μικτό, κυρίως λόγω του γεγονότος ότι χρηματοδοτείται και από τις ασφαλιστικές εισφορές αλλά και από την φορολογία. Εκτός των άλλων, ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να έχει χαρακτηριστική συμβολή στην χρηματοδότηση αλλά και στην παροχή των υπηρεσιών υγείας. Τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Οικονομικών, Εθνικής Αμύνης, Προστασίας του Πολίτη, καθώς και της Βουλής των Ελλήνων και διαρθρώνεται σε τρεις πυλώνες:

- 1ος πυλώνας: Κύρια και επικουρική ασφάλιση

Το ελληνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης του πρώτου πυλώνα ασφάλισης είναι ένα σύστημα δημοσίου δικαίου, συνταγματικά κατοχυρωμένο, με δημόσιο, καθολικό, υποχρεωτικό, αυτεπάγγελτο και αναδιανεμητικό χαρακτήρα (δηλαδή χρηματοδοτούμενο με εισφορές). Το σύστημα του πρώτου πυλώνα καλύπτει δύο επίπεδα ασφάλισης: κύρια ασφάλιση (πρώτο επίπεδο – περίπου 80% του συνόλου των συντάξεων) και επικουρική ασφάλιση (δεύτερο επίπεδο).

- *1ο Επίπεδο: Κύρια Υποχρεωτική Δημόσια Κοινωνική Ασφάλιση*

Η κύρια ασφάλιση παρέχεται από το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης ΙΚΑ-ΕΤΑΜ. Τα κυριότερα ασφαλιστικά Ταμεία είναι το ΙΚΑ (για τους μισθωτούς), ο ΟΓΑ (για τους αγρότες) και ο ΟΑΕΕ για τους ελεύθερους επαγγελματίες. Οι συντάξεις των μισθωτών και αυτοαπασχολούμενων αποτελούν προκαθορισμένες παροχές.

- *2ο Επίπεδο: Επικουρική Υποχρεωτική Δημόσια Κοινωνική Ασφάλιση*

Ισχύει μέσα από ομοειδείς ομάδες ασφαλισμένων, επαγγέλματα και επιχειρήσεις, και πρόσφατα, (σε ορισμένες χώρες έχει γίνει υποχρεωτικό) και για τους ελεύθερους επαγγελματίες. Εισφορές καταβάλλουν οι εργαζόμενοι και οι εργοδότες και οι παροχές μπορεί να είναι απόλυτα ή μερικά ανταποδοτικές.

Στόχος του συστήματος αυτού είναι να ενισχύει το ποσοστό αναπλήρωσης της σύνταξης, έτσι ώστε η σύνταξη του ασφαλισμένου να έχει σχέση με τον μισθό τον οποίο έπαιρνε όταν εργαζόταν. Αφορούν τους μισθωτούς και ένα μικρό ποσοστό των αυτοαπασχολούμενων και τυπικά παρέχουν πρόσθετα ποσοστά αναπλήρωσης έως και 20%.

Επικουρική ασφάλιση παρέχουν πολλοί φορείς επικουρικής ασφάλισης, εκ των οποίων ο σημαντικότερος είναι το ΕΤΕΑΜ, που αποτελεί κλάδο του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ.

- 2ος πυλώνας: Συμπληρωματικά – Προαιρετικά συστήματα Κοινωνικής Ασφάλισης –Επαγγελματικά ταμεία ( Επαγγελματικές συντάξεις)

Ο θεσμός της επαγγελματικής ασφάλισης (δεύτερος πυλώνας) εισήχθη στην Ελλάδα με τα άρθρα 7 και 8 του Ν. 3029/2002. Με τις διατάξεις του Νόμου αυτού παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης, ως νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.

Σκοπός των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης είναι η παροχή στους ασφαλισμένους και τους δικαιούχους των παροχών, συμπληρωματικής ασφαλιστικής προστασίας, πέραν της παρεχόμενης από την υποχρεωτική ασφάλιση για τους ασφαλιστικούς κινδύνους γήρατος, αναπηρίας, θανάτου, επαγγελματικού ατυχήματος, ασθένειας, διακοπής της εργασίας κ.ά., θωρακίζοντας τους ασφαλισμένους ταυτόχρονα με τη δημόσια ασφάλιση. Οι παροχές που χορηγούν μπορεί να είναι σε είδος ή σε χρήμα και να καταβάλλονται περιοδικά (μηνιαία) ή εφάπαξ.

Τα ταμεία επαγγελματικής ασφάλισης ιδρύονται προαιρετικά ανά επιχείρηση ή κλάδο ή κλάδους εργαζομένων, με πρωτοβουλία των εργαζομένων ή των εργοδοτών ή με συμφωνία των εργοδοτών και των εργαζομένων, καθώς επίσης με πρωτοβουλία των αυτοτελώς απασχολούμενων ή των ελεύθερων επαγγελματιών ή των αγροτών ή των επαγγελματιών τους οργανώσεων, υπό την προϋπόθεση ότι ο αριθμός των ασφαλιζόμενων μελών τους υπερβαίνει τους 100. Υπογραμμίζεται ιδιαίτερα, ότι η υπαγωγή στην ασφάλιση των ταμείων επαγγελματικής ασφάλισης είναι προαιρετική, σε αντίθεση με τον υποχρεωτικό χαρακτήρα της δημόσιας κοινωνικής ασφάλισης. Τα επαγγελματικά ταμεία που χορηγούν συνταξιοδοτικές παροχές, λειτουργούν με βάση το κεφαλαιοποιητικό σύστημα .

- 3ος Πυλώνας: Προγράμματα Ιδιωτικής Ασφαλιστικής Κάλυψης

Αφορά την ατομική προαιρετική συνταξιοδοτική εξασφάλιση, μέσω αποταμιεύσεων και ιδιωτικών ασφαλιστηρίων ζωής. Εισφορές καταβάλλει ο ασφαλισμένος, ενώ ο

πυλώνας είναι απόλυτα ανταποδοτικός και χρηματοδοτείται με τον κεφαλαιοποιητικό τρόπο. Οι παροχές του τρίτου πυλώνα από ασφάλεια ζωής λαμβάνουν συνήθως τη μορφή εφάπαξ ποσών και σπάνια τη μορφή ετήσιων πληρωμών.

## 2.2 Γενικές αρχές της κοινωνικής ασφάλισης

Η κοινωνική ασφάλιση διέπεται από ορισμένες αρχές, οι οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης: επιβάλλει τη διαχωριστική ερμηνεία των τεχνικών υπολογισμού των ασφαλιστικών εισφορών με σκοπό την ενδυνάμωση των χρηματοδοτικών πόρων των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης
- Αρχή της εύνοιας των ασφαλισμένων: επιβάλλει την επίλυση διαφορών για ασφαλιστικές παροχές με προστασία του αδύνατου μέρους
- Αρχή της καλής πίστης: επιβάλλει την απόδοση δικαίου και τη μη εκμετάλλευση του πολίτη ή τη δημιουργία κατάστασης πλάνης, απάτης ή απειλής αυτού
- Αρχή της χρηστής διοίκησης: επιβάλλει στα διοικητικά όργανα να ασκούν τις αρμοδιότητες τους σύμφωνα με το περί δικαίου αίσθημα που επικρατεί γενικά στους πολίτες και να προστατεύουν τα έννομα συμφέροντα του πολίτη και να τον διευκολύνουν στην άσκηση των δικαιωμάτων του

## 2.3 Ιστορική αναδρομή της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα

Το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (Ν.Α.Τ.), ήταν ο πρωτογενής ασφαλιστικός φορέας και αποτελούσε το βασικό ίδρυμα [κοινωνικής προστασίας](#) των Ελλήνων ναυτικών. Εμφανίστηκε με το διάταγμα της 15ης Δεκεμβρίου 1836, με το οποίο συστάθηκε το Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο (ΝΑΤ) και τέθηκε σε λειτουργία το 1861.

- Το 1851 έως το 1856 έχουμε τη δημιουργία αλληλοβοηθητικών ταμείων για τους στρατιωτικούς και για τους δικαστικούς,
- το 1853 για τις χήρες και τα ορφανά των αξιωματικών του στρατού,
- το 1855 για τους δασκάλους,
- το 1856 για τις χήρες και τα ορφανά των αξιωματικών του ναυτικού,
- Το 1861 δημιουργείται το μετοχικό ταμείο των δημοσίων υπαλλήλων και το ασφαλιστικό ταμείο για τους εργάτες των μεταλλείων,
- το 1867 το ταμείο για τους υπαλλήλους της Εθνικής Τράπεζας,
- Το 1907 ιδρύεται το Ταμείου Συντάξεως των Σιδηροδρομικών Πειραιώς Αθηνών Πελοποννήσου καθώς και των Θεσσαλικών Σιδηροδρομικών,
- Το 1908 ιδρύεται το Ταμείου Σιδηροδρομικών Βορειοδυτικής Ελλάδας,
- Το 1922 ψηφίζεται ο Νόμος 2868/1922 «Περί υποχρεωτικής ασφαλίσεως των εργατών και των ιδιωτικών υπαλλήλων» που αποτέλεσε τομή στην Κοινωνική Ασφάλιση, μιας και είναι ο πρώτος γενικός ασφαλιστικός Νόμος της Ελλάδας,
- Από το 1923-1932, ιδρύονται διάφορα ταμεία ασφάλισης όπως των καπνεργατών, των αρτεργατών και μυλεργατών, των τυπογράφων, των συμριδεργατών της Νάξου, των λιμενεργατών, των κεραμοποιών,
- το 1928 ιδρύεται το ΤΣΑΥ, το Ταμείο Νομικών και των Εφημεριδοπωλών,
- το 1930 το Ταμείο Εκτελωνιστών,
- το 1931 το Ταμείο Τυπογράφων,
- Το 1932 ψηφίζεται ο νόμος Ν.5733/1932 για την Ίδρυση του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Προέβλεπε την ίδρυση ενός ασφαλιστικού ταμείου υποχρεωτικής ασφάλισης για τους μισθωτούς και τους εργαζόμενους στον ιδιωτικό τομέα, τους οποίους θα κάλυπτε για τους κινδύνους της ασθένειας, του εργατικού ατυχήματος, του γήρατος και του θανάτου, καθώς επίσης παρείχε επιδόματα για την προστασία της μητρότητας και ανεργίας των

εργαζομένων. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί το 1937 εξ' αιτίας οικονομικών προβλημάτων.

- το 1934 ιδρύεται το ΤΣΜΕΔΕ 1934 και το ΤΕΒΕ,
- το 1935 ιδρύεται το Ταμείο Εργατών Τύπου, το επικουρικό ταμείο ασφάλισης των εργατών μετάλλου,
- το 1936 ιδρύεται το επικουρικό ταμείο ασφάλισης των αρτοποιών,
- το 1939 ιδρύεται το επικουρικό ταμείο ασφάλισης των υπαλλήλων εμπορικών καταστημάτων,
- το 1940 το Ταμείο Χρηματιστών και το ΤΑΕ,
- την περίοδο της Γερμανικής Κατοχής, ιδρύονται και νέα επικουρικά ταμεία όπως αυτά των ηλεκτροτεχνιτών, των υπαλλήλων δέρματος, των φαρμακοϋπαλλήλων κ.ά. Την περίοδο 1934-1940 ο αριθμός των κύριων και επικουρικών ταμείων αγγίζει τα 150.

Με το νόμο Ν.1951/1951, πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια αναδιοργάνωσης του ΙΚΑ και θεσπίστηκε η συμμετοχή του Κράτους στη χρηματοδότηση του ΙΚΑ. Ο Νόμος εισήγαγε την αρχή της συγχώνευσης στο ΙΚΑ όσων ταμείων δεν ήταν ικανά να καλύψουν τις υποχρεώσεις τους και να παρέχουν ίσες ή υψηλότερες παροχές από αυτές του ΙΚΑ. Το 1953, καθιερώνονται τα κατώτατα όρια σύνταξης με τον Ν. 2698. Τη δεκαετία αυτή, έχουμε και την παράλληλη δημιουργία μιας σειράς οργανισμών κοινωνικής προστασίας όπως τον Οργανισμό Εργατικής Εστίας(1954), και τον Οργανισμό Απασχόλησης και Ασφάλισης Ανεργίας(1954) που μετονομάστηκε σε Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού(1969). Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61, σύμφωνα με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό. Κύριος σκοπός του ήταν η χορήγηση παροχών συντάξεων γήρατος, χηρείας και η παροχή ιατρικής περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Ο ΟΓΑ παρείχε αποζημιώσεις για τις γεωργικές καταστροφές μέσω του ειδικού κλάδου ασφαλίσεως της γεωργικής παραγωγής. Η εξέλιξή του από το 1961 έως το 1997, χαρακτηρίζεται από την ενδυνάμωση της ασφαλιστικής του προστασίας κυρίως με προσθήκη παροχών όπως σύνταξη αναπηρίας, φαρμακευτική

περίθαλψη, κ.α. Το 1998 ο ΟΓΑ μετετράπη σε ταμείο Κύριας Ασφάλισης Αγροτών με το νόμο Ν. 2458/97 και παρέχει πλήρες φάσμα ασφαλιστικής προστασίας. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ, αποτελούν τους δύο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Το 1965 ιδρύεται το ταμείο για τους εργαζομένους στην ΕΤΒΑ και το 1966 ιδρύεται το ταμείο για τους εργαζομένους στη ΔΕΗ.

Όπως προαναφέρθηκε στην Ελλάδα υπήρχε ο διαχωρισμός των ασφαλιστικών ταμείων αναλόγως με το επάγγελμα των ασφαλισμένων. Με τον νέο ασφαλιστικό νόμο Ν.4387/16 (ΦΕΚ 85 Α/12-05-2016) εντάσσονται όλα τα παραπάνω ταμεία στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (Ε.Φ.Κ.Α.).

Ο Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης (ΕΦΚΑ) τέθηκε σε εφαρμογή την 1/1/2017. Αποτελεί τη συνένωση των φορέων κοινωνικής ασφάλισης που υπήρχαν στη χώρα πριν από αυτή την ημερομηνία πχ (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ΟΓΑ, ΝΑΤ κ.α.), οι οποίοι έκτοτε έπαψαν να υπάρχουν. Όλοι πλέον ασφαλίζονται στον Ενιαίο Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης, στον οποίο καταβάλλουν τις εισφορές τους, είτε μισθωτοί είτε αυτοαπασχολούμενοι. Από τον ΕΦΚΑ λαμβάνουν την κύρια σύνταξή τους όλοι οι συνταξιούχοι. Σκοπός του είναι η ενοποίηση των προϋπαρχόντων φορέων κοινωνικής ασφάλισης και η απλοποίηση και ο εκσυγχρονισμός όλων των σχετικών ασφαλιστικών διαδικασιών. Στόχος του είναι επίσης οι διάφορες συναλλαγές με τον πολίτη να πραγματοποιούνται πιο γρήγορα και αποτελεσματικά και με την πλήρη αξιοποίηση των νέων τεχνολογιών. Άλλοι στόχοι δημιουργίας του ΕΦΚΑ είναι η εξοικονόμηση πόρων αλλά και η εξάλειψη της εισφοροδιαφυγής.

## 2.4 Ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Όλες οι χώρες πέρα από την κοινωνική ασφάλιση εφαρμόζουν και τον θεσμό της ιδιωτικής ασφάλισης. Η ιδιωτική ασφάλιση είναι η ασφάλιση που παρέχεται κυρίως από ιδιωτικούς φορείς και ισχύουν οι διατάξεις του ιδιωτικού δικαίου. Χαρακτηριστικό γνώρισμα της είναι ο προαιρετικός και ο συμπληρωματικός χαρακτήρας της. Σε αντίθεση με την κυρία και την επικουρική, η ιδιωτική ασφάλιση



βασίζεται, στην υπογραφή ελεύθερων συμβάσεων (μεταξύ των ατόμων και των επιχειρήσεων) οι οποίες υποχρεώνουν τις ασφαλιστικές εταιρείες να αποκαταστήσουν τη ζημιά που ενδέχεται να υποστεί κάποιος ασφαλισμένος, κάτω όμως από ορισμένες προϋποθέσεις.. Ως ασφαλιστικός κίνδυνος ορίζεται η περίπτωση εκείνη κατά την οποία θα επέλθει μελλοντικό και αβέβαιο γεγονός και θα έχει σαν αποτέλεσμα την μείωση της περιουσίας του ατόμου ή την βλάβη της προσωπικής του ακεραιότητας. Το ασφάλιστρο που θα καταβληθεί είναι συνάρτηση του χρόνου που διαρκεί η ασφάλεια, του ύψους του ασφαλιζόμενου κεφαλαίου και της ηλικίας αυτού που ασφαρίζεται (Μηνακάκης, 2008). Η ιδιωτική ασφάλιση είναι στην ουσία ένα σύστημα εισροών-εκροών, δηλαδή αποταμίευσης και αποζημίωσης το οποίο χρηματοδοτείται με καθορισμένες εισφορές, έχει χαρακτηριστικά πλήρως κεφαλαιοποιητικά και λειτουργεί σε αναλογιστική βάση. Υπόχρεος για την καταβολή των εισφορών είναι ο ίδιος ο ασφαλισμένος, στον οποίο στις περισσότερες περιπτώσεις μεταβιβάζεται και ο κίνδυνος της απόδοσης των επενδύσεων αφού το τελικό ποσό δεν είναι εγγυημένο.

#### *2.4.1 Πλεονεκτήματα-Μειονεκτήματα ιδιωτικής ασφάλισης*

Ως πλεονεκτήματα της ιδιωτικής ασφάλισης θα μπορούσαν να αναφερθούν τα παρακάτω:

- Ενίσχυση των εισοδημάτων των ασφαλισμένων κατά την περίοδο της συνταξιοδότησης.
- Η αύξηση της αποταμίευσης.
- Δεν επηρεάζει την αγορά εργασίας.
- Εμφανίζει ανθεκτικότητα απέναντι στις δημογραφικές αλλαγές.
- Υπάρχει σύνδεση μεταξύ παροχών και αποδόσεων.
- Υπάρχει ευελιξία στην καταβολή των εισφορών, αφού λαμβάνονται υπόψη οι πρόσκαιρες διακοπές της σταδιοδρομίας και οι περίοδοι μερικής απασχόλησης.
- Υψηλές αποδόσεις, μεγαλύτερες συντάξεις.

Ενώ στα μειονεκτήματα καταγράφονται:

- Ο αποκλεισμός ατόμων από την ιδιωτική ασφάλιση λόγω υψηλού κόστους.
- Κάμπτεται η κοινωνική αλληλεγγύη, η κοινωνική συνοχή και η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών.
- Δεν παρέχονται εγγυήσεις για το τελικό ποσό (πχ κλείσιμο της «Ασπίς»).
- Οι υψηλές αποδόσεις εξαρτώνται εν μέρει και από την ακολουθούμενη φορολογική πολιτική.
- Το ασφαλιστικό προϊόν ενδέχεται να μην είναι κατάλληλο για τον αντισυμβαλλόμενο.
- Μειώνονται τα εισοδήματα κατά την περίοδο του εργασιακού βίου.

#### *2.4.2 Διαφορές ανάμεσα σε κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση*

Οι διαφορές ανάμεσα σε κοινωνική και ιδιωτική ασφάλιση είναι οι παρακάτω: (Χλέτσος, 2013)

- Η κοινωνική ασφάλιση έχει υποχρεωτικό χαρακτήρα ενώ η ιδιωτική ασφάλιση είναι προαιρετική.
- Η ιδιωτική ασφάλιση στηρίζεται στη σύμβαση, ενώ η κοινωνική ασφάλιση στο νόμο.
- Τα ασφάλιστρα στην ιδιωτική ασφάλιση προσδιορίζονται σύμφωνα με τον κίνδυνο ενώ οι εισφορές στην κοινωνική ασφάλιση κλιμακώνονται σύμφωνα με τις απολαβές του προστατευόμενου προσώπου.
- Η επιλογή του κινδύνου γίνεται από τον ιδιωτικά ασφαλιζόμενο, ενώ με την

κοινωνική ασφάλιση ασφαλίζονται στο σύνολό τους κοινωνικές τάξεις ανεξάρτητα από την πιθανότητα κινδύνου.

- Η χρηματοδότηση της ιδιωτικής ασφάλισης πραγματοποιείται μόνο από εισφορές (ασφάλιστρα) των ασφαλισμένων ενώ η κοινωνική ασφάλιση εξασφαλίζει πόρους και από αλλού.
- Οι φορείς της κοινωνικής ασφάλισης είναι οργανωμένοι υπό του Δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ), ενώ οι ασφαλιστικές εταιρίες διέπονται από το Ιδιωτικό δίκαιο (ΝΠΙΔ).

#### *2.4.3 Συγκριτική ανάλυση παροχών κοινωνικής και ιδιωτικής ασφάλισης*

Η διάκριση του δημόσιου από το ιδιωτικό φαίνεται να έχει ως συνέπεια την διαφοροποίηση του ρόλου του κράτους. Στην πρώτη περίπτωση ο ρόλος του κράτους είναι πιο ενεργός με συμμετοχή στη χρηματοδότηση και τη διοίκηση. Ενώ στη δεύτερη ο νομοθέτης δεν απουσιάζει, αλλά απλώς αυτοπεριορίζεται σε ένα ρυθμιστικό, εποπτικό και διορθωτικό ρόλο. Με την ιδιωτικοποίηση, μετατίθεται ένα μέρος της ευθύνης στο άτομο και ο ιδιωτικός τομέας συμμετέχει στην οργάνωση της κοινωνικής ασφάλισης.

Η κοινωνική ασφάλιση όσον αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη καλύπτει: ιατρικές επισκέψεις προγραμματισμένες ή έκτακτες, οι οποίες διενεργούνται σε συμβεβλημένο ιατρείο ή στα εξωτερικά ιατρεία δημόσιου νοσοκομείου και διαγνωστικές εξετάσεις, όταν αυτές αφορούν την πρόληψη (π.χ. εμβολιασμοί, προγεννητικές προληπτικές, μαστογραφία, τεστ Παπανικολάου, πρόληψη καρδιαγγειακών κ.ο.κ.), στις δομές του Ε.Σ.Υ., χωρίς καμία συμμετοχή, ή σε εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου (για έκτακτα περιστατικά), η αλλιώς με 15% συμμετοχή με παραπεμπτικό από ιατρό αντίστοιχης ιδιότητας και να διεξάγονται σε συμβεβλημένα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Οι οφθαλμιατρικές εξετάσεις καλύπτονται και αυτές σε κρατικά νοσοκομεία.

Καλύπτονται επίσης φάρμακα και αναλώσιμα, κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις. Η συνταγογράφηση εξαρτάται πάντοτε από τη δραστική ουσία, ενώ συνταγογραφείται το φθηνότερο γενόσημο με βάση την ημερήσια αγωγή. Κάθε

ιατρός έχει συγκεκριμένα όρια συνταγογράφησης. Τα ποσοστά συμμετοχής του ασφαλισμένου κυμαίνονται από 0% ως 25%, με ανώτερη συμμετοχή τα 50 ευρώ ανά μοναδιαίο σκεύασμα.

Χρηματοδοτεί ψυχοθεραπείες, εργοθεραπείες, φυσιοθεραπείες και λογοθεραπείες. Είναι δυνατό αυτές να διενεργούνται σε εργαστήρια του ΕΟΠΥΥ, σε δημόσια νοσοκομεία, σε ιδιωτικές κλινικές ή σε συμβεβλημένα ιατρεία. Το ποσό που προσφέρει η κοινωνική ασφάλιση υγείας είναι 15 ευρώ ανά συνεδρία και μέχρι 10 συνεδρίες, 2 φορές το χρόνο. Υπάρχουν, βέβαια, και οι ειδικές περιπτώσεις, όπως το εγκεφαλικό, οι παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και οι πολυκαταγματίες, όπου οι συνεδρίες που καλύπτονται είναι σαφώς περισσότερες. Η οδοντιατρική πρόληψη και περίθαλψη παρέχεται από τη δημόσια ασφάλιση υγείας σε οδοντίατρους στα Δημόσια Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας και τις λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ., σύμφωνα με τους εσωτερικούς κανονισμούς λειτουργίας τους.

Όσον αφορά τη δευτεροβάθμια περίθαλψη καλύπτονται νοσηλείες απλές αλλά και νοσηλείες σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας ή σε Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας.

Όσον αφορά την ιδιωτική ασφάλιση από την άλλη, σύμφωνα με τον ασφαλιστικό σύμβουλο κ. Γκάρλα Βασίλειο, καλύπτονται τα έξοδα νοσηλείας, όλες οι παροχές και οι υπηρεσίες που σχετίζονται με την αιτία εισαγωγής, δηλαδή κρεβάτι και τροφή, εργαστηριακές και παρακλινικές εξετάσεις, φάρμακα που παρέχονται μέσα στο νοσοκομείο, μεταγίσεις, έξοδα χειρουργείου και νάρκωσης, καθώς και υλικά. Ο περιορισμός είναι ότι όλα τα παραπάνω πρέπει να σχετίζονται με την αιτία για την οποία έχει γίνει η νοσηλεία.

Τα έξοδα νοσηλείας στην ιδιωτική ασφάλιση υγείας αφορούν, επίσης, την αμοιβή νυκτερινής αποκλειστικής νοσοκόμου του ασφαλισμένου, μετά από έγκριση του θεράποντος ιατρού και με ανώτατο όριο τις 30 ημέρες κατά νοσηλεία. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας καλύπτει και τα έξοδα συνοδού του ασφαλισμένου, τα οποία χρεώνονται από το νοσοκομείο και μόνο όταν πρόκειται για νοσηλεία ανηλίκου και υπό την προϋπόθεση ότι δεν θα καταβληθεί αμοιβή νυκτερινής νοσοκόμου. Σχετικά με τις αμοιβές των ιατρών, αυτές εξαρτώνται από τη βαρύτητα των επεμβάσεων. Αν η νοσηλεία δεν ενέχει επέμβαση, τότε η αμοιβή του ιατρού καθορίζεται από τις ημέρες νοσηλείας.

Σε περίπτωση χειρουργικής επέμβασης του ασφαλισμένου, χωρίς να πραγματοποιηθεί μία τουλάχιστον διανυκτέρευση στο νοσοκομείο, η ιδιωτική ασφάλιση υγείας αναγνωρίζει και καλύπτει συνήθως :

Τα ιατρικώς αναγκαία έξοδα, τα οποία πραγματοποιήθηκαν και χρεώθηκαν από το Νοσοκομείο, καθώς και την αμοιβή χειρουργού και αναισθησιολόγου.

Τα έξοδα που πραγματοποιεί ο ασφαλισμένος για χημειοθεραπείες και ακτινοθεραπείες χωρίς διανυκτέρευση, ακόμη και αν δεν αποτελούν χειρουργική επέμβαση.

Βέβαια η ιδιωτική ασφάλιση υγείας θέτει και κάποια αυστηρά όρια και σε πολλές περιπτώσεις δεν καλύπτει την νοσηλεία ή οποιαδήποτε άλλα έξοδα προκύπτουν, τα οποία οφείλονται ή έχουν σχέση με τις παρακάτω περιπτώσεις:

- Απόπειρα αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμό και τις επιπλοκές του, ανεξάρτητα από τη διανοητική κατάσταση του ασφαλισμένου. Παθήσεις της ψυχικής υγείας, διανοητικές αναπηρίες, συμπεριλαμβανομένων οποιωνδήποτε νευρώσεων ή ψυχοσωματικών εκδηλώσεών τους.
- Αλκοολική ηπατοπάθεια και μέθη οδηγού όπως αυτή προσδιορίζεται από την ισχύουσα νομοθεσία. Εκούσια λήψη φαρμάκων χωρίς συνταγή ιατρού, χρήση ναρκωτικών και παραισθησιογόνων ουσιών.
- Πολεμικά γεγονότα, επίδραση πυρηνικής ενέργειας, ιοντίζουσες ακτινοβολίες, βιολογικά «όπλα», ή χημική μόλυνση.

Επίσης, από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας δεν καλύπτεται η συμμετοχή του ασφαλισμένου:

- Σε στρατιωτικά γυμνάσια των Ενόπλων Δυνάμεων οποιασδήποτε χώρας ή οργανισμού.
- Σε παράνομες ή εγκληματικές δραστηριότητες, καθώς και συμμετοχή σε ταραχές , επανάσταση, στρατιωτική στάση και σε κάθε μορφής τρομοκρατική ενέργεια.
- Σε αγώνες(επαγγελματικούς ή ερασιτεχνικούς) ή συναγωνισμούς ή στοιχήματα ταχύτητας με οποιοδήποτε μηχανοκίνητο μέσο, σε προπονήσεις ή αγώνες

πυγμαχίας ή πάλης ή πολεμικών τεχνών, καθώς επίσης και σε ειδικές δραστηριότητες, όπως ενδεικτικά καταδύσεις, αναρριχήσεις, αλεξιπτωτισμό, αιωροπτερισμό, ανεμοπτερισμό, πτήση με αερόστατο, εκτός αν ο ασφαλιστής είναι ήδη ενήμερος για τις δραστηριότητες αυτές.

- Προγενέστερη σωματική βλάβη ή ασθένεια ή οποιαδήποτε βλάβη του οργανισμού και οι τυχόν επιπλοκές τους, οι οποίες αν και ήταν γνωστές, δεν δηλώθηκαν στην αίτηση ασφάλισης υγείας.
- Νοσηλεία για αλλαγή φύλου.
- Γενικές ιατρικές εξετάσεις και κάθε μορφής προληπτική θεραπεία συμπεριλαμβανομένων εμβολιασμών, ανοσοποίησης και αλλεργικών τεστ. Όλων των ειδών οι εναλλακτικές, πειραματικές, μη εγκεκριμένες από επίσημο φορέα ή αναπόδεικτες ως προς την αποτελεσματικότητά τους θεραπείες και φαρμακευτικές αγωγές που δεν είναι ιατρικά αποδεκτές.
- Κύηση και τοκετό. Εξαιρούνται, καλύπτονται δηλαδή, από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας, η εξωμήτριος κύηση και οι επιπλοκές κύησης και η ιατρικά επιβεβλημένη διακοπή κύησης.
- Κυστική ίνωση, πολυκυστική νόσο, οικογενήπολυδίαση και οικογενήπολυποδιασικά σύνδρομα. Έλεγχος και θεραπείες γονιδίων, ενζύμων, αμινοξέων, καθώς και κυτταροθεραπείες.
- Έξοδα και δαπάνες για την αφαίρεση και μεταφορά οργάνων για μεταμόσχευση, τα έξοδα δότη που αφορούν την αφαίρεση οργάνων, τμήματα οργάνων ή και ιστών καθώς και της προετοιμασίας επεξεργασίας, αποθήκευσης και μεταφοράς αυτών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### 3.1 Ο ιδιωτικός τομέας υγείας στην Ελλάδα

Ιδιωτικός τομέας υγείας καλείται το σύνολο των προμηθευτών υγείας, οι οποίοι δραστηριοποιούνται εκτός δημοσίου τομέα και των οποίων ο σκοπός μπορεί να είναι είτε φιλανθρωπικός (philanthropic) είτε εμπορικός (commercial). Περιλαμβάνει μικρές και μεγάλες κερδοσκοπικές εταιρίες, ομάδες ιατρών, εθνικούς και υπερεθνικούς μη κυβερνητικούς οργανισμούς (nongovernmental organizations, NGOs) και ατομικούς προμηθευτές. Παρέχει υπηρεσίες οι οποίες περιλαμβάνουν νοσοκομεία, μαιευτήρια, γηροκομεία, κλινικές ιδιωτών ιατρών, διαγνωστικές υποδομές όπως μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια καθώς και φαρμακεία για τη διακίνηση και εμπορία φαρμάκων.

Τα παραδοσιακά όρια παρόλα αυτά, δημόσιου-ιδιωτικού στο χώρο της υγείας τείνουν να γίνουν δυσδιάκριτα, ιδίως τα τελευταία 3 χρόνια. Η ευρωπαϊκή εμπειρία έχει να επιδείξει πλειάδα περιπτώσεων, όπου δημόσιος και ιδιωτικός τομέας, συμπράττουν με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας. Στο νέο αυτό περιβάλλον, για παράδειγμα, οι υποστηρικτικές, οι κλινικές υπηρεσίες ή ακόμη και η διοίκηση δημόσιων νοσοκομείων ανατίθενται σε ιδιώτες, ενώ σε άλλες περιπτώσεις ιδιωτικές κοινοπραξίες αναλαμβάνουν την κατασκευή δημόσιων νοσοκομείων ή κέντρων υγείας με ίδια κεφάλαια, λειτουργώντας ή νοικιάζοντας τις νέες αυτές υποδομές στο δημόσιο τομέα. (Αποστολάκη, 2010)

Οι βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση για υπηρεσίες υγείας του ιδιωτικού τομέα, είναι οι ακόλουθοι: (Αποστολάκη, 2010)

- Δημογραφικοί και κοινωνικοί: Ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, βιοτικό/ πολιτιστικό επίπεδο, πολιτιστικό επίπεδο.
- Οικονομικοί: Εισόδημα, τιμές υπηρεσιών, επίπεδο κοινωνικής ασφάλισης.
- Η ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών από τον δημόσιο τομέα. Όταν υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στην οργάνωση και τη λειτουργία

των νοσηλευτικών υπηρεσιών, οι πολίτες επιλέγουν τον ιδιωτικό τομέα ώστε να απολαμβάνουν ποιοτικότερη περίθαλψη.

- Τα προβλήματα γραφειοκρατίας, οι λίστες αναμονής υποχρεώνουν πολλούς ασθενείς να καταφύγουν στον ιδιωτικό τομέα.
- Η πρόοδος της τεχνολογίας και ο εξελιγμένος ιατρομηχανολογικός εξοπλισμός προσφέρουν καλύτερα αποτελέσματα στη διάγνωση και στη θεραπεία.

### *3.1.2 Στατιστικά στοιχεία ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας*

Όσον αφορά τη διάρθρωση της αξίας της αγοράς των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας ανά κατηγορία, σημειώνονται τα ακόλουθα:

α) Κλινικές. Η αγορά των ιδιωτικών κλινικών εμφανίζει τη πιο μεγάλη μεταξύ 1997-2015 με μέσο ετήσιο ποσοστό 15,2%.

β) Μαιευτικές – γυναικολογικές κλινικές. Σταδιακή αύξηση 10,9% σημειώνει το μέγεθος αγοράς των ιδιωτικών μαιευτικών –κλινικών μεταξύ 1997-2015.

γ) Διαγνωστικά κέντρα

- Ο τομέας χαρακτηρίζεται από υψηλό κατακερματισμό
- Ο μέσος ρυθμός ανάπτυξης φτάνει το 13,2%
- Μερίδια αγοράς εταιρειών και ομίλων

Αναφορικά με τα δεδομένα του Υπουργείου Υγείας στην Ελλάδα υπάρχουν 166 ιδιωτικές κλινικές σε σύνολο 313 νοσοκομείων και πάνω από 400 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα. Οι 5 από τους ισχυρότερους ομίλους του κλάδου είναι :

1. Υγεία
2. Ιατρικό Αθηνών



3. Όμιλος Euromedica
4. Βιοιατρική
5. Λητώ

Η συμμετοχή κάθε ομίλου στο σύνολο των πωλήσεων των πέντε ομίλων:

1. ΥΓΕΙΑ: 29% ( 299 εκ € )
2. ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ: 12% (128,3 εκ € )
3. ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ: 23% ( 233,4 εκ €)
4. ΙΑΣΩ: 14% (149,07 εκ € )
5. EUROMEDICA: 22% ( 223,7 εκ €)

Οι Πελάτες του ιδιωτικού τομέα υγείας είναι οι ακόλουθοι:

1. Τα ασφαλιστικά ταμεία: Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης δίνουν αποζημιώσεις στους παρόχους υγείας για τις υπηρεσίες τους
2. Οι ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες: Στην ιδιωτική ασφάλιση οι ασφαλιστικές εταιρείες αποζημιώνουν τους προμηθευτές για τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους ασθενείς,
3. Ιδιωτική δαπάνη υγείας:
  - α) υπηρεσίες που προσφέρθηκαν σε ασθενείς που δεν ανήκουν σε ταμείο
  - β) οι νόμιμες προκαθορισμένες συμμετοχές των ασφαλισμένων στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ

### **3.2 Ιστορική αναδρομή του ΛΗΤΩ**

Το 1966: Μια ομάδα γνωστών και καλών ιατρών μαιευτικής συνέλαβαν το όραμα της «Πρότυπης Μαιευτικής & Γυναικολογικής Μονάδας». Στην ομάδα ανήκαν οι εξής ιατροί: Παναγιώτης Αγρανιώτης, Εμμανουήλ Βασσάλος, Θωμάς Βιτάλης, Αθανάσιος Καθαρός, Κωνσταντίνος Λάμπας, Επαμεινώνδας Μεγαπάνος, Γεώργιος

Νούτσος, Νικόλαος Παπαδάκης, Παναγιώτης Παπαδιόχος, Αριστοτέλης Σταυρόπουλος, Ιωάννης Βασίλας, Χρήστος Βρεττός, Τηλέμαχος Ζωίδης, Νικόλαος Κολιόπουλος, Νικόλαος Λιακάκος και Κωνσταντίνος Παπαπέτρου (ΛΗΤΩ , 2017).

Το 1970: Στις 14 Ιουνίου, το μαιευτήριο ΛΗΤΩ άρχισε την πορεία του με όνομα εμπνευσμένο από την ελληνική μυθολογία και τη Λητώ, μητέρα της Άρτεμις και του Απόλλωνα, που απεικονίζει την ευγονία με όραμα των ιδρυτών του μαιευτηρίου τη διαρκή άνοδο και εξέλιξη των υπηρεσιών, σε ένα άρτιο περιβάλλον. Το 1986: Εντός του νοσοκομείου οργανώθηκε η πρώτη κλινική μαστού στον ιδιωτικό κλάδο.

Το 1991: Το Λητώ διατήρησε τις αρχικές του ιδέες, συνεχίζοντας την ανοδική του πορεία στον υγειονομικό κλάδο και το νομικό του πρόσωπο μετατρέπεται σε Ανώνυμη Εταιρεία. Ελήφθησαν μεγάλες αποφάσεις για μελέτη των υπάρχουσών υπηρεσιών, με την εξαγορά κοντινών οικοπέδων που θα συνεισφέρουν στη δημιουργία χώρου στάθμευσης, και τη δημιουργία γραφείων προσωπικού. Το 1995: Το νοσοκομείο κατασκεύασε τη θυγατρική “Αλφαlab” ένα Κέντρο Μοριακής Βιολογίας και Κυτταρογενετικής, που περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες γενετικής και προγεννητικού ελέγχου, καθώς και εξετάσεις και εφαρμογές της μοριακής βιολογίας με τον πλέον αξιόπιστο τρόπο. Το 1999: Το ΛΗΤΩ έγινε το πρώτο μαιευτήριο στην Ελλάδα που κάνει τοκετό στο νερό, σε διαμορφωμένη πισίνα εντός της αίθουσας Τοκετών.

Το 2004: Ολοκληρώθηκε το κτίριο της διοίκησης του μαιευτηρίου ΛΗΤΩ. Σ’ αυτό στεγάζεται και χώρος για συνεδριάσεις που υλοποιούνται επιστημονικές εκδηλώσεις για ιατρούς, ενώ φιλοξενούνται εκδηλώσεις ιατρικού ενδιαφέροντος που διοργανώνονται από άλλους. Το 2007: Το μαιευτήριο, συνεχίζει να εξελίσσεται, στο μεγαλύτερο Ιδιωτικό Όμιλο στο χώρο της υγείας, αυτόν του «ΥΓΕΙΑ». Σε αυτό τον όμιλο εμπεριέχονται και ενώνουν τις δυνάμεις τους, τα νοσοκομεία «ΥΓΕΙΑ», «ΜΗΤΕΡΑ», και το «Παιδών ΜΗΤΕΡΑ», η προμηθευτική κ.ά. Το 2010: Το έτος 2010 το νοσοκομείο συμπλήρωσε 40 έτη λειτουργίας. Το μαιευτήριο ανακαινίστηκε, με διαρκείς πρωτοπορίες, ενώ επεκτείνει τις υπηρεσίες του. Έτσι, όσες γυναίκες θέλουν μπορούν να βιώσουν τη μοναδική εμπειρία της κύησης και του τοκετού, όσο το δυνατόν πιο κοντά και εναρμονισμένα με τους ρυθμούς της μητέρας φύσης. Τοκετός στο νερό, σαν στο σπίτι, μαθήματα yoga, ψυχολογική υποστήριξη και τμήμα βελονισμού, είναι μόλις κάποια από τα τμήματα που εγκαινιάστηκαν. Την ίδια χρονιά, το ΆλφαLab πιστοποιήθηκε κατά ΕΛΟΤ EN ISO 15189:2007 από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης.

Το 2011: Η ανακαίνιση των σημείων της κλινικής ολοκληρώνεται με την ανακαίνιση της Αίθουσας Τοκετών, αλλά και η προσφορά δωρεάν μαιευτικών υπηρεσιών σε γυναίκες που φροντίζει η "Κιβωτός του Κόσμου", τονώνοντας το έργο του ιδρύματος. Το 2012: Το μαιευτήριο προχώρησε σε συνεργασία με τον ασφαλιστικό φορέα του ΕΟΠΥΥ. Το 2013: Ένα νέο τμήμα ΩΡΛ δημιουργήθηκε και αυξήθηκαν και οι κλίνες στη Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών. Το 2014: Στο Χειρουργείο έγινε λαπαροσκοπική επέμβαση και λαπαροσκοπική σε γυναίκα που διένυε τον 6ο μήνα εγκυμοσύνης. Το 2015: Ανακοινώθηκαν τα εντυπωσιακά στατιστικά, σύμφωνα με τα οποία στο ΛΗΤΩ το 2015, τρεις στις τέσσερις γυναίκες γέννησαν με φυσιολογικό τοκετό, μετά από καισαρική τομή. Το 2016: Τα Κεντρικά Εργαστήρια του ΛΗΤΩ, πιστοποιήθηκαν από τον Φορέα Πιστοποίησης TÜV AustriaHellas, με το πρότυπο ISO 9001:2008, που αφορά στα συστήματα Διαχείρισης Ποιότητας.

- ***Το Όραμα και η κοινωνική προσφορά του ΛΗΤΩ***

Στις 14 Ιουνίου 1970, το Μαιευτήριο ΛΗΤΩ γεννιέται με όραμα τη δημιουργία μιας Πρότυπης Μαιευτικής, Γυναικολογικής Μονάδας, με ανθρώπινο πρόσωπο, που θα προσέφερε στην Ελληνίδα σωστή διάγνωση, θεραπεία και θαλπωρή σε ένα από τα πλέον οργανωμένα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας (ΛΗΤΩ , 2017). Οι εμπνευστές του, ένα επιτελείο ήδη καταξιωμένων ιατρών γυναικολόγων που κατάφεραν να δημιουργήσουν μια σύγχρονη νοσηλευτική μονάδα, που έμελλε να αποτελέσει το τέλειο «εργαλείο», για την παροχή φροντίδας υψηλών προδιαγραφών στη γυναίκα, τη μητέρα και το παιδί. Με το πέρασμα των χρόνων πολλοί νέοι μαιευτήρες και ιατροί γυναικολόγοι εντάχθηκαν στο νοσοκομείο, ανανεώνοντας τις ιατρικές διαδικασίες. Οι αρχές που στηρίχθηκαν οι ιδρυτές του νοσοκομείου και ακολουθούνται ακόμα είναι:

- Η αντιμετώπιση κάθε επιτόκου / ασθενούς ως μοναδικού περιστατικού, με υψηλό αίσθημα ευθύνης και σεβασμού.
- Η αξιοποίηση προηγμένης τεχνολογίας με καινοτόμα δεδομένα της ιατρικής τεχνολογίας.
- Η δημιουργία περιβάλλοντος οικογενειακού χαρακτήρα.

Η αναγνώριση που επιδέχεται το νοσοκομείο μέσα στα χρόνια αφορά στο υψηλό επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών, τονώνοντας τις προσπάθειες του

προσωπικού για τη συνέχιση του έργου του. Το νοσοκομείο αποτελεί ένα διευρυνόμενο οργανισμό που προσφέρει στο ανθρώπινο δυναμικό του ένα δημιουργικό περιβάλλον, όπου μπορούν να επιτύχουν και να ανελιχθούν σε επαγγελματικό επίπεδο. Με σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας, η Διοίκηση του ΛΗΤΩ προσελκύει στελέχη υψηλών προδιαγραφών, που λειτουργούν προς όφελος της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.

Το Μαιευτήριο πιστεύει στις ανθρώπινες αξίες της καθημερινή μας ζωή. Πώς θα μπορούσε διαφορετικά, άλλωστε, αφού στους χώρους του γεννιέται καθημερινά ζωή.

Το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου βρέθηκε στο ακριτικό Καστελλόριζο προκειμένου να πραγματοποιήσει δωρεάν ιατρικό προληπτικό έλεγχο των κατοίκων του νησιού. Η ιατρική ομάδα του ΛΗΤΩ αποτελείται από τον Μαιευτήρα - Γυναικολόγο, Λεωνίδα Παπαδόπουλο, την Παιδιάτρο Γεωργία Ιωάννου, τον Παθολόγο - Καρδιολόγο Δημήτρη Κοτσιώνη, την Προϊσταμένη Μαία Βάσω Παπαδημητρίου και παραϊατρικό προσωπικό. Στους σεισμόπληκτους του 2000, το ΛΗΤΩ πρόσφερε δωρεάν τους τοκετούς και τις νοσηλείες, τις παιδιατρικές εξετάσεις όλων των παιδιών των σεισμοπλήκτων, καθώς και την παρασκευή, συσκευασία και διάθεση ικανού αριθμού μερίδων φαγητού. Το μαιευτήριο βοήθησε στα προβλήματα του γιουγκοσλαβικού λαού, αποστέλλοντας νοσοκομειακό εξοπλισμό (ΛΗΤΩ , 2017). Το νοσοκομείο βοήθησε τους πυρόπληκτους του νομού Ηλείας προσφέροντας ιατροφαρμακευτικό υλικό. Στο χώρο της Παραλαβής Ασθενών του Μαιευτηρίου ΛΗΤΩ, υπάρχει κυτίο συλλογής χρημάτων, προς βοήθεια για το "ΧΑΜΟΓΕΛΟ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ". Το κοινωνικό έργο του ΛΗΤΩ πραγματοποιεί δωρεάν γυναικολογικούς ελέγχους στην γιορτή της γυναίκας ετησίως και μαστογραφίες ενώ επίσης προσφέρει στην Τράπεζα αίματος με εθελοντικές αιμοδοσίες του ανθρώπινου δυναμικού. Επίσης προσφέρει βοήθεια στο έργο της ΜΚΟ "Κιβωτός του Κόσμου" (ΛΗΤΩ , 2017).

### 3.3 Παρεχόμενες υπηρεσίες του ΛΗΤΩ

#### **Μαιευτικό Κέντρο**

Στο νοσοκομείο από την πρώτη μέρα ίδρυσης έως σήμερα έχουν γίνει περίπου 170.000 γεννήσεις σε πάνω από 190.000 παιδιών. Το Λητώ ακολουθεί τις τεχνολογικές εξελίξεις αποτελούμενο από ένα ικανό επιτελείο ιατρών με σύγχρονα μηχανήματα και σύγχρονες μεθόδους ιατρικής (ΛΗΤΩ , 2017).

#### **Γυναικολογικό και Διαγνωστικό Κέντρο**

Το νοσοκομείο πέρα από τις μαιευτικές υπηρεσίες της θεωρείται και μικτή κλινική εξοπλισμένη με τελευταίας γενιάς ιατροτεχνικά μηχανήματα όπως προαναφέρθηκε προσφέροντας διαγνωστικές εξετάσεις και θεραπείες υπηρεσίες υψηλής ποιότητας (ΛΗΤΩ , 2017).

#### **Εξοπλισμός**

Στο Μαιευτήριο ΛΗΤΩ, υπάρχουν τα πλέον σύγχρονα ιατρικά μέσα και μηχανήματα. Ο τεχνολογικός εξοπλισμός του ΛΗΤΩ ελαχιστοποιεί τον χρόνο εξέτασης, καθώς και τα ποσοστά επεμβατικών πράξεων. Ακολουθούν τα αντίστοιχα μηχανήματα για κάθε περίπτωση (ΛΗΤΩ , 2017) :

#### **ΚΑΡΔΙΟΤΟΚΟΓΡΑΦΟΙ**

- Oxfordteamduo
- Sonicaidteam
- Sonicaidteamcareduo

#### **ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ**

- g.eprecisionrx/i

#### **ΚΡΥΟΠΗΞΙΑ**

- Wallach II-50X

#### **ΚΟΛΠΟΣΚΟΠΙΑ**

- Zeissphotocolposcope
- Kapssom 52

#### ΑΝΑΛΟΓΙΚΟΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΟΣ ΜΕ ΣΤΕΡΕΟΤΑΚΤΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ

- Senographedmrplus + stereotix 2

#### ΨΗΦΙΑΚΟΣ ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΟΣ

- SEnographeessential

#### ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΝΑΛΥΤΗΣ

- Abbotcelldyn 3700 SL

#### ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΣ-ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΝΑΛΥΤΗΣ

- Biomerieuxminividas

#### ΒΙΟΧΗΜΙΚΟΣ ΑΝΑΛΥΤΗΣ

- Dadebehring dim rxlw

#### ΗΜΙΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΑΝΑΛΥΤΗΣ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ-ΝΤΙΒΙΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

- Biomerieuxminiapi

#### ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟΣ ΑΝΑΛΥΤΗΣ

- Abbotaxsymplus v5.10

#### ΠΛΗΡΩΣ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ ΑΝΑΛΥΤΗΣ ΝΟΣΟΑΝΤΙΔΡΑΣΕΩΝ (PAPP-A)

- Brahmskryptor

#### ΘΕΡΜΙΚΟΙ ΚΥΚΛΟΠΟΙΗΤΕΣ - PCR

- Hybaidthermopxe
- Thermopxe thermocycler with 0.2ml block
- Thermo sprint thermocycler with 0.2ml block

#### ΑΥΤΟΜΑΤΟΣ ΘΕΡΜΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΠΟΙΗΤΗΣ

- Applied biosystemsgeneampcr system 2400

#### ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΑΝΑΛΥΤΕΣ (SEQUENCER)

- Appliedbiosystems 3100 avant
- Alflexpress II

#### ΣΥΣΤΗΜΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΥ & FISH

- Metasystems

#### ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ

- Hologicqdrdelphi W

#### ΑΝΑΛΥΤΗΣ ΑΕΡΙΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ

- Novaphox

#### ΑΝΑΡΡΟΦΗΣΕΙΣ ΦΟΡΗΤΕΣ

- Medelavario 026 secretionaspirator
- Medelabasic 30

#### ΑΝΤΛΙΕΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΥΓΡΩΝ

- Abbotlifecare 5000

#### ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΕΣ

- Ohmedaohiocareplus 3000

#### ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ

- Atom V2100G

#### ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΕΣ ΑΝΟΙΧΤΟΥ ΤΥΠΟΥ

- Ohmedaohio infant warmer system 2001
- Atom V505

#### ΦΟΡΗΤΗ ΘΕΡΜΟΚΟΙΤΙΔΑ

- Internationalbiomedicalinc. model 185A

#### ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

- Philipsmedical M3150B

#### ΜΟΝΙΤΟΡ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΝΕΟΓΝΩΝ

- Artemadiascopeneonatal

- Philipsmedical M3046A

#### ΣΥΣΚΕΥΗ ΠΙΝΙΚΟΥ C/PAP

- Hamiltonmedicalarabella

#### ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

- Medelabilibed
- Medelanewphototherapy lamp

#### ΥΠΕΡΗΧΟΙ

- Alocaechocamera ssd-500
- Esaotebiomedica au530
- Toshibapowervision 6000
- Generalelectricsystemfive
- Toshibaaplio (ssa-770a)
- Toshibafamio 8 (ssa-530a)
- Toshibanemio 30 (ssa-550a)
- G.E Voluson 730 expert
- Logiqbookxpro

#### ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΓΚΡΟΤΗΜΑΤΑ

- Datexohmeda aestiva/5 7900
- Datexohmedaaestiva 5/7100
- Datexohmedaexcel 210 se/7800
- Datexohmedaexcel 210 se/7900

#### ΔΙΑΘΕΡΜΙΕΣ

- Berchtoldelectrotom 390
- Martin me200
- Martin me400
- Storz 20523520



- Berchtoldelectrotom 505
- Lemkehf 400
- Storz-autocon ii 400

#### ΚΕΝΤΡΙΚΟΣ ΣΤΑΘΜΟΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Philipsmedical m3153a

#### ΜΟΝΙΤΟΡ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Philipsmedical m3046a

## Τμήματα κλινικής

Τα τμήματα της κλινικής είναι τα ακόλουθα (ΛΗΤΩ , 2017):

- Αγγειολογικό - Αγγειοχειρουργικό: παρέχει δυνατότητα διάγνωσης και θεραπείας των φλεβικών κυρίως, αλλά και κάποιων αρτηριακών παθήσεων.
- Ακτινολογικό - Ακτινοδιαγνωστικό : πραγματοποιούνται όλες οι σύγχρονες Ακτινολογικές Εξετάσεις.
- Γενικών Υπερήχων Σώματος (Μαλακών Μορίων & Άνω και κάτω κοιλίας). Το τμήμα ασχολείται με την εξέταση των μαλακών μορίων (θυρεοειδούς αδένα, οσχέων και μαστών), ως επίσης και με την εξέταση των οργάνων της άνω και κάτω κοιλίας (ηπαρ, χοληφόρα, πάγκρεας, σπλήνας, νεφρών, ουροδόχου κύστης, και προστατικού αδένα).
- Γυναικολογικό: Αντιμετώπιση όλων των γυναικολογικών παθήσεων.
- Δερματολογικό. Λειτουργεί πλήρως εξοπλισμένο δερματολογικό Ιατρείο.
- Εμβρυομητρικής Ιατρικής. Οι υπερηχογραφικές ιατρικές πράξεις χωρίζονται σε διαγνωστικές και επεμβατικές.
  - Α) Διαγνωστικές
    - Μέτρηση αυχενικής διαφάνειας (11-14 εβδ.)
    - Βιοχημικός προγεννητικός έλεγχος (16-20 εβδομάδα) A - TEST
    - Υπερηχογράφημα β' επιπέδου (20-22 εβδ.)
    - Έγχρωμο doppler κήσεως
    - Βιοφυσικό προφίλ
  - Β) Επεμβατικές
    - Λήψη τροφοβλάστης
    - Αμνιοπαρακέντηση
    - Λήψη εμβρυϊκού αίματος
    - Ενδομήτρια μετάγγιση αίματος
    - Εκκενωτική αμνιοπαρακέντηση
    - Ενδαμνιακή έγχυση φαρμάκων

- Ενδοκρινολογικό– Διαβητολογικό. Το ενδοκρινολογικό και Διαβητολογικό Ιατρείο ασχολείται με την διάγνωση, θεραπεία και παρακολούθηση των παθήσεων των ενδοκρινών αδένων.
- Ενδοσκοπικής Χειρουργικής και εφαρμογών Laser. Εκτελούνται διαγνωστικές και θεραπευτικές επεμβάσεις με τη χρήση ενδοσκοπίων (λαπαροσκόπιο-υστεροσκόπιο).
- Εξωσωματική Γονιμοποίηση - "Εμβρυογονία". Το κέντρο εξωσωματικής γονιμοποίησης "Εμβρυογονία", που λειτουργεί στο "Μαιευτήριο Λητώ", έχει πραγματοποιήσει το όνειρο χιλιάδων ζευγαριών με προβλήματα υπογονιμότητας.
- Ανδρολογικό εργαστήριο - Εργαστήριο σπέρματος: Ανδρολογική εξέταση, διερεύνηση, θεραπεία και παρακολούθηση.
- Σπερμοδιάγραμμα - Μορφολογία Σπερματοζωαρίων ( Semenanalysis ).
- Percolltest και επεξεργασία σπέρματος για σπερματέγχυση - IUI.
- Επεξεργασία σπέρματος για εξωσωματική γονιμοποίηση, κλασσική, ICSI καθώς και TESA - MESA και νέες Τεχνικές στην IVF.
- Προσδιορισμός ακροσίνης- Acrosinetest και έλεγχος αντισωμάτων- MAR TEST.
- HUHNER TEST- POST COITAL TEST.
- Ειδική χρώση αιμοσφαιρίων με υπεροξειδάση Peroxidasetest.
- Τράπεζα σπέρματος.
- Κατάψυξη και φύλαξη σπέρματος καθώς και ιστών όρχεως- Cryopreservation.
- Υπέρηχοι:
  - Ενδοκολπικό υπερηχογράφημα.
  - Σειρά κολπικών υπερηχογραφημάτων για παρακολούθηση ωορρηξίας.
  - Ενδοκολπικό έγχρωμο υπερηχογράφημα Doppler.
  - Ενδοκολπικό έγχρωμο Doppler για διερεύνηση σε γυναικολογικούς όγκους.
  - Ενδοκολπικό έγχρωμο Doppler για την διερεύνηση της υποδεκτικότητας του ενδομητρίου σε περιπτώσεις υπογονιμότητος και σε καθ έξιν αποβολές.
  - Παρακεντήσεις κύστεων με διακολπική υπερηχογραφική προσπέλαση.

- Κλινική υπογονιμότητα:
  - Κλινική διερεύνηση ζεύγους.
  - Προσδιορισμός εργαστηριακής μελέτης.
  - Υστεροσκοπήσεις - Λαπαροσκοπήσεις.
  - Σχήματα προκλήσεως ανάπτυξης ωοθυλακίων.
  - Σπερματεγχύσεις.
  - Ωοληψίες - Εμβρυομεταφορές – GIFT.
  
- Βιολογικό Εργαστήριο Αναπαραγωγής:
  - Παρασκευή ειδικών υγρών για κυτταροκαλλιέργειες.
  - Κλασσική εξωσωματική γονιμοποίηση.
  - Μικρογονιμοποίηση ICSI.
  - Μικρογονιμοποίηση με σπερματοζώαρια από τον όρχι TESA ή από την επιδιδυμίδα MESA.
  - Ωρίμανση στο εργαστήριο ωαρίων που παίρνουμε από πολυκυστικές ωοθήκες χωρίς φαρμακευτική διέγερση και εξωσωματική γονιμοποίηση.
  - Ωρίμανση εμβρύων για εμβρυομεταφορά στο στάδιο της βλαστοκύστης.
  - AssistedHatching για αύξηση του ποσοστού εμφύτευσης πάνω από 37 χρόνων.
  - Εξωσωματική γονιμοποίηση σε φυσικό κύκλο χωρίς φάρμακα.
  
- Αναπαραγωγική Ενδοκρινολογία:
  - Έλεγχος και θεραπεία ενδοκρινικών προβλημάτων σε ζευγάρια με πρόβλημα υπογονιμότητας.
  - Διαταραχές ωορρηξίας, κλινική και εργαστηριακή διερεύνηση, ρύθμιση.
  - Πολυκυστικές ωοθήκες. Κλινική και εργαστηριακή διερεύνηση για θεραπεία και ρύθμιση κύκλου ή πρόκληση ωορρηξίας.

## **ΜΑΦ Ενηλίκων**

Στη Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας Ενηλίκων του Μαιευτηρίου ΛΗΤΩ οδηγούνται οι ασθενείς μετά από μια χειρουργική επέμβαση που κρίνεται βαριά και χρήζει ειδικής εντατικής φροντίδας λόγω της βαρύτητας της επέμβασης. Η μετεγχειρητική πορεία τους παρακολουθείται κάτω από ειδικές συνθήκες νοσηλευτικής και με τα πλέον σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα:

- MONITOR Μ.Ε.Θ. HEWLETT PACKARD τύπου VIRIDIA
- Αναπνευστήρας τύπου BIRD
- Απινιδωτής HEWLETT PACKARD τύπου CODEMASTER 100 με εξωτερικό σηματοδότη
- Μηχάνημα Αναρρόφησης Ενηλίκων τύπου MEDELA
- Ογκομετρική Αντλία
- Μετρητής Σακχάρου

## **Μαστός**

Σκοπός του Τμήματος είναι ο προληπτικός και διαγνωστικός έλεγχος του γυναικείου μαστού. Στο Μαστογραφικό Τμήμα εκτελούνται οι παρακάτω εξετάσεις:

- Μαστογραφία Χαμηλής Δόσης
- Εντοπιστικές Λήψεις
- Υπό μεγέθυνση Λήψεις
- Ακτινογραφία Παρασκευασμάτων (SPECIMEN MAMMOGRAPHY)
- Εντοπισμός Ασηγλάφητων βλαβών με χρήση μεταλλικού αγκίστρου (HOOK)
- Παρακεντήσεις υπό Υπερηχογραφική Καθοδήγηση
- Στερεοτακτική βιοψία μαστού (ROBOLITE)

## **Μεταβολισμού & Διατροφής**

Οποιοδήποτε άτομο αντιμετωπίζει πρόβλημα παχυσαρκίας εξετάζεται και κατόπιν σύμφωνα με τα αποτελέσματα της κλινικής εξέτασης και των σχετικών

εργαστηριακών εξετάσεων, θα παρακολουθείται για όσο χρόνο κρίνεται απαραίτητο. Επισημαίνεται ότι το μοναδικό μηχάνημα HOLOGIC DELPHI που λειτουργεί στην Ελλάδα βρίσκεται στο Μαιευτήριο ΛΗΤΩ.

### **Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Ανοσοβιολογικό, Ορμονικό**

Το εργαστήριο του Μαιευτηρίου ΛΗΤΩ αποτελείται από τα τμήματα:

- Βιοχημικό
- Ουροχημικό
- Αιματολογικό
- Μικροβιολογικό
- Ανοσοβιολογικό
- Ορμονολογικό
- Τράπεζα Αίματος

Ιατρικά Μηχανήματα:

- Βιοχημικός Αναλυτής DIMENSION AR
- Ψηφιακό Φωτόμετρο VITALAB
- Βιοχημικός Αναλυτής της Ξηράς Χημείας VITROS SYSTEM CHEMISTRY DT 60II
- Αυτόματος Αιματολογικός Αναλυτής SYSMEX K-1000
- SYSTEM 24-SKANNING DENSITOMETER για τις Ηλεκτροφορήσεις
- Κουαγκουλόμετρο COATRON JR
- Αυτοματοποιημένοι Ανοσοενζυμαναλυτές IMX, AXSYM
- Αυτόματο Φωτόμετρο ELISA SPECTRA

### **Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών & Προώρων**

Σε όλα τα νεογνά τηρούνται αυστηροί κανόνες ασφαλείας, όσον αφορά την ταυτότητα (δακτυλικά αποτυπώματα, ειδικά βραχιολάκια αναγνώρισης). Σύμφωνα με

το πρωτόκολλο του μαιευτηρίου όλα τα νεογέννητα μωρά οδηγούνται στη Μονάδα Νεογνών αμέσως μετά τη γέννησή τους για παρακολούθηση τις πρώτες τρεις ώρες.

### **Μοριακής Βιολογίας και Κυτταρογενετικής**

Αναλύσεις που πραγματοποιούνται από το Κέντρο Μοριακής Βιολογίας και Κυτταρογενετικής.

### **3.4 ΕΟΠΥΥ και ΛΗΤΩ**

Στο μαιευτήριο ΛΗΤΩ, υπάρχει διαχωρισμός ανά τμήματα λειτουργίας-υπηρεσιών που βοηθά τον οργανισμό να διαχειρίζεται καλύτερα την εσωτερική του λειτουργία. Επίσης, ενδιαφέρεται για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και τη διευκόλυνση των ασθενών σε θέματα φιλοξενίας και παροχής υπηρεσιών. Η τμηματοποίηση ανά λειτουργία είναι βασική λόγω της ύπαρξης εξειδικευμένου ιατρικού προσωπικού και βοηθά στην καλύτερη λειτουργία των κατώτερων τμημάτων. Το νοσοκομείο έχει μια διοικητική εποπτεία που λέγεται διοίκηση και αποτελείται από το διευθυντή της κλινικής και τα άτομα που τον υποστηρίζουν. Θεωρείται ότι ένας οργανισμός είτε είναι δημόσιος, είτε ιδιωτικός έχει ανάγκη για παράδειγμα για τμήμα δημοσίων σχέσεων το οποίο θα βοηθήσει στην καλή του εικόνα αλλά και για τμήμα προσωπικού το οποίο θα ασχοληθεί με την εκπαίδευση και την καλή λειτουργία των τμημάτων (Λητώ, 2017).

Οι δαπάνες του συστήματος υγείας καλύπτονται κατά κύριο λόγο από τους φόρους σε εθνικό επίπεδο, ενώ σημαντικό μερίδιο έχει η ευρύτερη συμμετοχή του κράτους, μέσω της αξιοποίησης δημόσιων πόρων. Το φάσμα των υπηρεσιών που καλύπτονται από τα ασφαλιστικά ταμεία ποικίλλει ανάλογα με το ταμείο, καθώς και την ποιότητά τους. Οι περισσότεροι παρέχουν αποζημίωση για την πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, φαρμακευτική και οδοντιατρική περίθαλψη. Ο σχεδιασμός και ο έλεγχος του αριθμού των ιατρών που δραστηριοποιούνται σε κάθε γεωγραφική περιοχή για έναν δεδομένο αριθμό κατοίκων αποτελεί απαραίτητη διαδικασία για τη συστηματική ανάπτυξη του συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Ο ΕΟΠΥΥ εποπτεύεται από το υπουργείο εργασίας και κοινωνικής ασφάλισης και από το υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης. Οι βασικοί σκοποί του είναι η κάλυψη των υπηρεσιών υγείας στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ και ο λειτουργικός συντονισμός όλων των παροχών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ).

Η πλέον πρόσφατη παρέμβαση στο χώρο της ΠΦΥ με τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ με το Νόμο 3918/2011 είναι η ενοποίηση των μονάδων παροχής ΠΦΥ, η οποία αρχικά θεωρήθηκε αντικείμενο διαφωνιών αν και υποσχόταν θετικές εξελίξεις. Ακόμα και μετά τη ψήφιση του νόμου, τα συλλογικά όργανα των ιατρών τήρησαν και τηρούν αρνητική στάση, θεωρώντας ότι καλύπτει μόνο λογιστικές παραμέτρους και ότι θίγει το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Τούντας, 2011). Ο νόμος ήταν ιδιαίτερα φιλόδοξος και κινείται σήμερα στην κατεύθυνση περιορισμού της πολυδιάσπασης της ΠΦΥ, με στόχο την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών, τη βελτίωση της διαθεσιμότητας και της αποτελεσματικότητας με παράλληλη μείωση του κόστους.

Από την αρχή η συνεργασία του ΕΟΠΥΥ με τις ιδιωτικές κλινικές είχε άριστη αντιμετώπιση από την πλευρά των κλινικών, αφού σημειώθηκε αύξηση του αριθμού των πελατών και των περιστατικών τους. Ταυτόχρονα όμως προκλήθηκαν χρονοτριβές σε μεγάλο βαθμό, εξαιτίας των ελλειμμάτων και των λανθασμένων προϋπολογισμών στην αποπληρωμή των οφειλόμενων νοσηλείων. Από την άλλη πλευρά, το Δημόσιο και οι περικοπές που εφαρμόστηκαν (Claw-back και Rebate)<sup>1</sup> είχαν ως αποτέλεσμα την ακύρωση είσπραξης των οφειλόμενων χρημάτων για την παροχή των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον ιδιωτικό τομέα.

Σύμφωνα με το άρθρο 52 του Ν. 4430/2016, τον Οκτώβριο του 2016 ανατέθηκαν όροι στον ΕΟΠΥΥ για την αποπληρωμή των ληξιπρόθεσμων οφειλών του και προτάθηκαν ορισμένες οικονομικές ελαφρύνσεις ώστε να μπορέσει να εξοφλήσει τις οφειλές όλων των προηγούμενων χρόνων. Η Διοίκηση του Λητώ έχει προμελετήσει το συγκεκριμένο άρθρο προκειμένου να αποτραπεί η οποιαδήποτε επιβάρυνση των αποτελεσμάτων της. Επιπροσθέτως, η απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας

---

<sup>1</sup>Clawback σημαίνει επιστροφή χρηματικού ποσού από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς το δημόσιο, όπου το χρηματικό ποσό της επιστροφής προς το δημόσιο και συγκεκριμένα προς τον ΕΟΠΥΥ, είναι ίσο με την ετήσια υπέρβαση του προκαταβολικά συμπεφωνημένου ορίου, για παράδειγμα, της δημόσιας εξωνοσοκομειακής φαρμακευτικής δαπάνης, δηλαδή της δαπάνης του ΕΟΠΥΥ για φάρμακα των ασφαλισμένων του.

**Rebate ονομάζεται η κάθε θεσμοθετημένη και ακούσια έκπτωση την οποία «δίνουν» οι ιδιώτες πάροχοι στον ΕΟΠΥΥ, είτε οι φαρμακοποιοί είτε οι γιατροί κ.λπ.** Η έκπτωση συνήθως καταβάλλεται ανά μήνα, αλλά μπορεί να είναι και ετήσια, υπολογιζόμενη ανά μήνα.



(ΣτΕ) με αριθμό 1874/2017 καταργεί την μείωση των τιμών σε ορισμένες διαγνωστικές εξετάσεις, που είχε αποφασίσει το 2012 το Διοικητικό Συμβούλιο του ΕΟΠΥΥ και έτσι το Λητώ εφάρμοσε εκ νέου τιμολόγηση αυτών των εξετάσεων.

Με την υπουργική απόφαση Γ3γ/37400/19.05.2017 (ΦΕΚ 1752/Β'/22.05.2017) έγινε η κατανομή των ορίων των δαπανών, τα οποία γίνονται δεκτά από τον ΕΟΠΥΥ για την παροχή υπηρεσιών υγείας από συμβεβλημένους ιδιώτες παρόχους, για συμπληρώματα διατροφής και για ιατροτεχνολογικά είδη του έτους 2017. Ανάλογα με το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών, υπάρχει όριο δαπάνης ανά έτος το οποίο κυμαίνεται στα 265 εκ. ευρώ για υπηρεσίες υγείας σε ιδιωτικές κλινικές και 350 εκ. ευρώ είναι το όριο των διαγνωστικών εξετάσεων ετησίως.

Τον Μάρτιο του 2015 η Ελεγκτική Εταιρεία ανακοίνωσε στο Λητώ τα αποτελέσματα του διοικητικού και ιατρικού ελέγχου των λογαριασμών προς τον ΕΟΠΥΥ για την περίοδο 01/01/2013-31/12/2013. Λαμβάνοντας υπόψη το κοινοποιημένο υλικό, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι οι δαπάνες οι οποίες δεν έχουν εξοφληθεί ακόμη ανέρχονται στο ποσό των 915 χιλ. ευρώ.

Κυρίως στον τομέα της υγείας, ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) έχει πρωταρχικό ρόλο όσον αφορά την αναβάθμιση και την ροή του κλάδου. Παρόλο που η υγεία ακόμη και σήμερα είναι υπό δυσμενείς συνθήκες, το Λητώ εξακολουθεί να λειτουργεί σύμφωνα με τις ανάγκες της αγοράς παρά τις όποιες αντιξοότητες. Ειδικότερα, το μαιευτήριο για το έτος 2017 κράτησε σταθερές τις τιμές του κατά τη διάρκεια όλου του έτους, παρά την ύπαρξη Rebate&Claw-Back από τον ΕΟΠΥΥ. Ακόμη, προχώρησε σε διεύρυνση των ήδη υπαρχόντων τμημάτων με τις επενδύσεις καθώς και με τους καινούριους συνεργάτες-γιατρούς, προστατεύοντας τον δανεισμό της εταιρίας σε εξαιρετικά χαμηλά επίπεδα. Παρά τις αντίξοες συνθήκες του τομέα της υγείας, η Διοίκηση της εταιρείας αποσκοπεί στην άνοδο των περισσότερων χρηματοοικονομικών δεικτών κρατώντας σε σταθερά επίπεδα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και τις τιμές. Καθοριστικός σκοπός της Διοίκησης είναι, η οικονομική κρίση η οποία στοιχειώνει την Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, να πάψει να αντιμετωπίζεται ως κίνδυνος αλλά ως αφορμή για πρόοδο και ανάπτυξη. Ταυτόχρονα, η εταιρεία εξακολουθεί να καινοτομεί και να εξελίσσεται με νέες μεθόδους όπως για παράδειγμα ο τοκετός στο νερό ή ο φυσικός τοκετός σαν στο σπίτι, μεθόδους οι οποίοι επιλέγονται όλο και περισσότερο και έχουν πλέον μεγάλη ζήτηση και από τον ελληνικό λαό. Αξιοσημείωτη είναι η σπουδαιότητα της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ και η διευθέτηση των ληξιπρόθεσμων χρεών του, επειδή

έχουν τον κυριότερο ρόλο για την ρευστότητα της εταιρείας αλλά και συγκεκριμένα για τον χώρο της υγείας.

### 3.5 Κόστος τοκετού στο μαιευτήριο ΛΗΤΩ

Με βάση τη σύμβαση του ΕΟΠΥΥ με τα Ιδιωτικά νοσοκομεία, σε περιπτώσεις νοσηλείας σε ιδιωτικό ίδρυμα ισχύει και πάλι ο πίνακας των ΚΕΝ αλλά με συμμετοχή 30%. Επομένως η κάλυψη του Δημοσίου σε Ιδιωτικό νοσοκομείο είναι μέχρι το 70% του σχετικού ΚΕΝ.

Είναι πάντα προς το συμφέρον του ασφαλισμένου να χρησιμοποιήσει και τη Δημόσια και την Ιδιωτική του ασφάλιση σε μια νοσηλεία σε Ιδιωτικό νοσοκομείο. Κατά την εισαγωγή του παραδίδει στο γραφείο κίνησης το ατομικό του βιβλιάριο και τον αριθμό του ιδιωτικού του συμβολαίου ώστε να συμμετάσχουν και οι δύο φορείς στα έξοδα. Έτσι, είναι πολύ πιθανό να μη χρειαστεί να συμμετάσχει ο ίδιος στη νοσηλεία εφόσον το 70% του ΚΕΝ φτάσει ή ξεπεράσει την απαλλαγή του συμβολαίου του.

#### Τιμές με ΕΟΠΥΥ για φυσιολογικό τοκετό

	<b>ΛΗΤΩ: Φυσιολογικός τοκετός με ΕΟΠΥΥ</b>	
	* Οι τιμές περιλαμβάνουν ΦΠΑ 24%	
	<b>Πακέτο 3 διανυκτερεύσεων</b>	<b>Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση</b>
<b>Τρίκλινο</b>	1538 ευρώ	124 ευρώ
<b>Δίκλινο</b>	1959 ευρώ	310 ευρώ
<b>Δίκλινο Superior</b>	2406 ευρώ	310 ευρώ

<b>Μονόκλινο</b>	3720 ευρώ	559 ευρώ
<b>LUX</b>	5208 ευρώ	1674 ευρώ
<b>Σουίτα</b>	8060 ευρώ	2232 ευρώ

Πίνακας 3.1

Πηγή: ΛΗΤΩ

### Τιμές με ΕΟΠΥΥ για καισαρική τομή

	<b>ΛΗΤΩ: Καισαρική τομή με ΕΟΠΥΥ</b>	
	* Οι τιμές περιλαμβάνουν ΦΠΑ 24%	
	<b>Πακέτο 4 διανυκτερεύσεων</b>	<b>Κάθε επιπλέον διανυκτέρευση</b>
<b>Τρίκλινο</b>	1699 ευρώ	124 ευρώ
<b>Δίκλινο</b>	2170 ευρώ	310 ευρώ
<b>Δίκλινο Superior</b>	2666 ευρώ	310 ευρώ
<b>Μονόκλινο</b>	4340 ευρώ	559 ευρώ
<b>LUX</b>	5828 ευρώ	1674 ευρώ
<b>Σουίτα</b>	9300 ευρώ	2232 ευρώ

Πίνακας 3.2

Πηγή: ΛΗΤΩ

### 3.6 Χρηματοδότηση ΛΗΤΩ και συνεργασία ασφαλιστικούς οργανισμούς

Τις πρώτες μέρες της ζωής του νεογνού πραγματοποιούνται εντός του μαιευτηρίου ορισμένες υποχρεωτικές εξετάσεις (όπως χολερυθρίνη, ομάδα Rhesus, έλεγχος G6PD, κ.α.) οι οποίες δεν χρεώνονται επιπλέον στις περισσότερες κλινικές, υπό την προϋπόθεση ότι υπάρχει ο αριθμός ΑΜΚΑ του νεογνού εντός των ημερών παραμονής στο μαιευτήριο. Κυρίως, η διαδικασία αυτή χρειάζεται πιο πολύ χρόνο από το χρόνο νοσηλείας της μητέρας στο νοσοκομείο, και για αυτό το λόγο ορισμένα μαιευτήρια είναι δυνατόν να ζητήσουν ως εγγύηση χρηματικό ποσό μεταξύ 100-300 ευρώ, που επιστρέφεται πίσω όταν δίνεται ο ΑΜΚΑ του νεογνού μέσα σε ορισμένο χρόνο που προσδιορίζεται από το κάθε μαιευτήριο (Λητώ, 2017).

Παρά το γεγονός ότι η αντίληψη για ασφάλιση στην Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτη σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης, πολλά τμήματα του ιδιωτικού τομέα όπως και το ΛΗΤΩ στην συγκεκριμένη περίπτωση, φαίνεται να δημιουργούν σχέσεις και συμβόλαια με τα ασφαλιστικά ταμεία με στόχο την κάλυψη των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας. Χρηματοδοτούνται κατά πράξη και περίπτωση με ποσό το οποίο έχουν ήδη διαπραγματευθεί με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Τις τιμές κόστους που ισχύουν στο Λητώ για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται, όπως και στα υπόλοιπα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία, τις επιλέγουν το Υπουργείο Οικονομικών και το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η πλειονότητα των ασφαλιστικών εταιριών, καλύπτουν συνήθως τις υπηρεσίες υγείας που παρέχει το νοσοκομείο, με συγκεκριμένα ποσά ανά διαγνωστική κατηγορία αλλά και σύμφωνα με το στάδιο ολοκλήρωσης της υπηρεσίας στο καθαρό ποσό που πρόκειται να δοθεί.

Μια από τις εμπορικές συναλλαγές που έγιναν το έτος 2012 είναι η σύμβαση συνεργασίας με ασφαλιστικές εταιρείες για απευθείας κάλυψη των πελατών τους που νοσηλεύονται στο ΛΗΤΩ. Συνεργαζόμενες ασφάλειες:

- ΕΘΝΙΚΗ
- MED NET
- ING
- GROUPAMA
- ΦΟΙΝΙΞ- METROLIFE
- ΑΓΡΟΤΙΚΗ
- ALLIANZ
- GENERALI LIFE

- INTERNATIONAL LIFE
- AXA PPP HEALTHCARE
- BUPA
- HEALTHWATCH
- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΝΩΣΗ
- ΣΩΜΑ ΟΡΚΩΤΩΝ ΕΛΕΓΚΤΩΝ ΛΟΓΙΣΤΩΝ

### 3.7 Ανάλυση χρηματοοικονομικών δεδομένων του Λητώ

Με την εφαρμογή του νέου κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων(GDPR), όλες οι επιχειρήσεις έτσι και το ΛΗΤΩ για την προστασία των δεδομένων της δεν παραχωρεί στοιχεία για κάθε έρευνα.

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία των τελευταίων χρόνων του μαιευτηρίου:

Τα συνολικά έσοδα του Λητώ για το έτος 2017 ανέρχονται στα 12,7 εκ. ευρώ παρατηρώντας μείωση κατά 13,41% καθώς τα έσοδα του προηγούμενου έτους(2016) έφθαναν τα 14,1 εκ. ευρώ. Οι λειτουργικές ζημιές του 2017 φτάνουν τα 1,65 εκ. ευρώ αντί των 0,10 εκ. ευρώ που ήταν το 2016, καθώς επίσης και τα κέρδη προ φόρων των χρηματοοικονομικών αποτελεσμάτων και αποσβέσεων του 2017 ανέρχονται σε -0,74 εκ. ευρώ (ζημιές) αντί των 0,75 εκ. ευρώ(κέρδη) που ήταν το 2016. Συμπερασματικά, παρατηρείται μείωση των χρηματοοικονομικών δεδομένων του μαιευτηρίου Λητώ για το έτος 2017 συγκριτικά με τα αποτελέσματα του έτους 2016.

Η εταιρεία περικλείεται από πολλών ειδών κινδύνους, εκ των οποίων οι πιο σημαντικοί είναι ο κίνδυνος της ρευστότητας, ο πιστωτικός κίνδυνος και ο κίνδυνος της αγοράς (τιμές της αγοράς, κτλ). Στο Λητώ υπάρχει πρόγραμμα διαχείρισης τέτοιων κινδύνων, το οποίο αποτρέπει τις αρνητικές επιρροές των χρηματοοικονομικών αγορών αλλά και την συνεχόμενη εναλλαγή των τιμών του κόστους και των πωλήσεων. Οι χρηματοοικονομικοί πόροι του Λητώ συνήθως είναι οι διάφορες δεσμεύσεις από δάνεια ή οι καταθέσεις τραπεζών.

Πριν από την συνεργασία του ΛΗΤΩ με τον ΕΟΠΥΥ όσοι ασθενείς επισκεπτόταν το μαιευτήριο πλήρωναν ιδιωτικά ή τους κάλυπτε η εκάστοτε ασφάλεια την οποία είχαν

είτε για διαγνωστικές εξετάσεις είτε για τοκετό ή οποιαδήποτε άλλη επέμβαση. Αρκετοί ασθενείς επισκέπτονται καθημερινά το μαιευτήριο για να υποβληθούν σε διαγνωστικές εξετάσεις όπως αιματολογικές, προ εγχειρητικός έλεγχος, καρδιολογικός έλεγχος μαστογραφίες, υπερήχους κλπ.

- Το 2012 όπου το ΛΗΤΩ ξεκίνησε συνεργασία με τον ΕΟΠΥΥ, οι εσωτερικοί ασθενείς υπολογίζονται στους 5.893 με τις γεννήσεις να ανέρχονται στις 3.345 από τις οποίες το 64% των ασθενών καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ και το 36% από ιδιωτικές ασφαλίσεις, οι εξωτερικοί ασθενείς στους 41.471 εκ των οποίων το 70% είναι για διαγνωστικές εξετάσεις. Οι ασθενείς έρχονται με το παραπεμπτικό τους όπου υπάρχει μια μικρή συμμετοχή από αυτούς στην εξόφληση των εξετάσεων, διαφορετικά πληρώνουν ιδιωτικά δηλαδή εξ ολοκλήρου την εξέταση οι ίδιοι.
- Το 2013 οι εσωτερικοί ασθενείς υπολογίζονται στους 7.699 με τους τοκετούς συνολικά να είναι 3.290 , από αυτούς το 80% είναι με ασφαλιστική κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ και το 20% με ιδιωτική ασφάλεια. Οι εξωτερικοί ασθενείς είναι 45.396 όπου το 75% προσήλθε για διαγνωστικές εξετάσεις.
- Το έτος 2014 οι εσωτερικοί ασθενείς υπολογίζονται στους 7.892 με τις γεννήσεις να είναι στις 3.206, από αυτές το 80% καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ και το υπόλοιπο 20% από ιδιωτική ασφάλεια. Οι εξωτερικοί ασθενείς ανέρχονται στους 46.885 όπου το 79% προσήλθε για διαγνωστικές εξετάσεις.
- Το 2015 οι εσωτερικοί ασθενείς είναι συνολικά 8.283 εκ των οποίων οι τοκετοί είναι 3.278, όπου το 85% των ασθενών έχουν κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ και το υπόλοιπο 15% έχουν ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη. Οι εξωτερικοί ασθενείς συνολικά είναι 37.395 και από αυτούς το 70% ήταν για διαγνωστικές εξετάσεις.
- Πιο αναλυτικά το έτος 2016 η πληρότητα στο μαιευτήριο έφτασε στο 40,26% εκ των οποίων οι εσωτερικοί ασθενείς ήταν 5.869, από αυτούς οι τοκετοί ήταν 1.176 και το υπόλοιπο 4.693 ήταν διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις, όπου το 85% είχαν κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ και το 15% από ιδιωτική ασφάλεια. Οι εξωτερικοί ασθενείς οι οποίοι επισκέφθηκαν την κλινική ήταν 134.754, το 80% αυτών ήταν για διαγνωστικές εξετάσεις.
- Τέλος, το 2017 οι εσωτερικοί ασθενείς είναι 8.270 και οι γεννήσεις 3.027 όπου το 87% έχουν ασφαλιστική κάλυψη από τον ΕΟΠΥΥ και το υπόλοιπο

13% έχουν ιδιωτική κάλυψη. Στην κλινική ήρθαν 30.767 εξωτερικοί ασθενείς και οι διαγνωστικές εξετάσεις ανήρθαν περίπου στο 80%.

Παρατηρείται μια ανοδική πορεία στην επισκεψιμότητα των ασθενών στο μαιευτήριο από το 2012 σε σχέση με το 2013. Το πλήθος των ασθενών που έχουν ασφάλεια ΕΟΠΥΥ όλο και αυξάνεται ενώ αρκετοί είναι αυτοί που έχουν ιδιωτική ασφάλεια. Επίσης οι διαγνωστικές εξετάσεις που γίνονται είναι περισσότερες από τους τοκετούς, αυτό σημαίνει ότι ο λόγος που οι ασθενείς επισκέπτονται το μαιευτήριο είναι πιο πολύ για να υποβληθούν σε διαγνωστικές εξετάσεις.

Επιπλέον για το έτος 2014 δεν υπάρχει σημαντική μεταβολή σε σύγκριση με τα δύο προηγούμενα χρόνια, αντίθετα το ποσοστό κάλυψης των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ αυξάνεται ανά έτος. Το 2015 οι εσωτερικοί ασθενείς αυξήθηκαν παράλληλα με το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης από τον ΕΟΠΥΥ, ενώ οι εξωτερικοί ασθενείς μειώθηκαν αρκετά. Το 2016 μειώθηκαν κατά πολύ οι εσωτερικοί ασθενείς και κατά συνέπεια και οι τοκετοί, αντίθετα με τους εξωτερικούς ασθενείς όπου αυξήθηκαν σε σχέση με όλα τα προηγούμενα χρόνια. Για το έτος 2017 γίνεται αντιληπτή η μείωση και των εσωτερικών και των εξωτερικών ασθενών σε σχέση με το έτος 2016, καθώς και η εμφανής αύξηση που υπήρξε στον αριθμό των γεννήσεων.

## **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα, παρ' όλα αυτά προβλήματα που έχουν να κάνουν με τη δομή, την οργάνωση και την λειτουργία, την χρηματοδότηση και την κατανομή των πόρων, τις ανισότητες καθώς και την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παραμένουν ακόμα άλυτα.

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να επισημάνουμε ότι ο γενικός νόμος του ΕΣΥ το 1983 και όλα τα μέτρα που επακολούθησαν, δεν κατάφεραν να μειώσουν επαρκώς τις

ιδιωτικές δαπάνες υγείας και να εξασφαλίσουν σε όλους τους πολίτες ανεξαρτήτως οικονομικών πόρων και εισοδήματος δωρεάν υγεία και ποιότητα νοσηλείας.

Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας θα πρέπει να είναι συμπληρωματικός και όχι ανασταλτικός σε σχέση με τον δημόσιο τομέα. Με τη συνεχώς αυξανόμενη ιδιωτικοποίηση του συστήματος υγείας υποβαθμίζεται όλο και περισσότερο το δημόσιο σύστημα. Η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και συνεπώς ένα βασικό πακέτο υγειονομικών φροντίδων θα πρέπει να προσφέρεται σε όλους, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση και θα πρέπει να θεσπιστεί ένας δραστικός μηχανισμός παρακολούθησης και ρύθμισης των δύο τομέων.

Με την ισότιμη κατανομή των πόρων σε συνδυασμό της αποδοτικής με της αποτελεσματικής αξιοποίησης των πόρων, στόχος των διεθνών χωρών για την ανάπτυξη σύγχρονης πολιτικής υγείας είναι η ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα. Ο σκοπός είναι η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ωφελιμότητας και η άρση των κοινωνικών και οικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. Η οικονομική κρίση στη χώρα μας αποτελεί κίνητρο για την αναβάθμιση του συστήματος χρηματοδότησης των προμηθευτών υγείας, για να πραγματοποιηθεί μεγαλύτερη οικονομική αποδοτικότητα και παραγωγικότητα των προμηθευτών, ταυτόχρονα με την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών και τη βελτίωση της βιωσιμότητας των νοσοκομείων.

Επιπρόσθετα, είναι αναγκαία η δημιουργία ελεγκτικών μηχανισμών των δαπανών για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και συστημάτων αποτίμησης της αποδοτικότητας ώστε με την αξιολόγηση και την αξιοποίηση των συμπερασμάτων να βελτιώνεται η αποτελεσματικότητα και να μειώνεται το κόστος των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς.

Σημαντικά επιχειρήματα των τελευταίων χρόνων που θα πρέπει να αναφερθούν είναι η ανάπτυξη, η αξιολόγηση και τα κίνητρα στις μονάδες του ΕΣΥ, καθώς και ο ορθολογισμός των εσόδων και των εξόδων του ΕΟΠΥΥ.

Σε κάθε χώρα οι χρηματοδοτήσεις αλλάζουν ανάλογα με την ανάπτυξη του υγειονομικού συστήματος τους. Συγκεκριμένα στο ελληνικό σύστημα υγείας συνδυάζονται στοιχεία των εθνικών συστημάτων υγείας καθώς ενσωματώνει αρκετά χαρακτηριστικά και του ιδιωτικού τομέα.



Η μέθοδος της χρηματοδότησης ενός συστήματος υγείας από μόνη της δεν επαρκεί για την επίλυση των προβλημάτων του. Τα ΚΕΝ που είναι παγκοσμίως αποτελεσματικά στην μέθοδο χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, στην Ελλάδα θα χρειαστούν χρόνο για να αποδείξουν την αποδοτικότητά τους στον περιορισμό των δαπανών του συστήματος υγείας. Τέλος, παρά τις αστοχίες που υπάρχουν σχετικά με τις εξοφλήσεις για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με την έναρξη της συνεργασίας του ΕΟΠΥΥ με κλινικές του ιδιωτικού τομέα, καταλήγουμε αβίαστα στο συμπέρασμα πως υπάρχουν τεράστια οφέλη όπως είναι ο περιορισμός περιστατικών υπέρογκων και πλασματικών δαπανών από εργαστηριακές εξετάσεις και νοσηλείες. Εν κατακλείδι, το ιδιωτικό Νοσοκομείο Λητώ παρά τις οικονομικές αντιξοότητες που επέφερε η οικονομική κρίση στην χώρα μας κατάφερε να διατηρηθεί στον τομέα της παροχής ιδιωτικής υγείας, παρέχοντας στους ασθενείς που το επισκέπτονται αξιόλογες νοσοκομειακές υπηρεσίες.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Αποστολάκη, Μ. (2010). «Δημόσιος και Ιδιωτικός Τομέας Υγείας στην Ελλάδα: συγκριτική αποτίμηση», Διπλωματική Εργασία, Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο
- Λιαρόπουλος Λ., (2007), Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα.
- Κυριόπουλος Γ., Αθανασάκης Κ., Πάβη, Ε.(2012), *Οικονομική κρίση και υγεία: Ένα δοκίμιο πολιτικής οικονομίας για την ανασυγκρότηση του υγειονομικού τομέα.*, Αθήνα: Παπαζήση
- Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (2001): Συστήματα Υγείας, εκδ. Παπαζήσης, Αθήνα.
- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. Υπηρεσίες Υγείας, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα.

- Νόμος 3863/2010, «Νέο ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις».
- Νόμος 3892/2010 «Ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων».
- Νόμος 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις».
- S. Kuhnle, “Basic historical trends in European Social Security” στο EISS Year Book 1994.
- Μπουλούτζα, Π.(2014) Νέο Εθνικό Σύστημα Υγείας εντός δυο μηνών, Ανάκτηση από <http://www.kathimerini.gr/753727/article/epikairothta/ellada/neo-e8niko-diktyo-ygeias-entos-dyo-mhnwn> [3.1.2018]
- Ζητήματα Κοινωνικού Διαλόγου”, Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης και Κοινωνικής Πολιτικής, Εκδόσεις Gutenberg
- Ν. Μιλτιάδης «Εισαγωγή στην Ιδιωτική Ασφάλιση» , Αθήνα (2003)
- Λαζαρίδης, Γ., Παπαδόπουλος, Δ., Χρηματοοικονομική Διοίκηση. Τεύχος Β. Θεσσαλονίκη : εκδόσεις Λαζαρίδης- Παπαδόπουλος(2002).
- Βουρλούμης Π., "Το ασφαλιστικό με απλά λόγια", δεύτερη έκδοση ,Αθήνα (2005)
- Ρωμανιάς, Γ. Ελληνικοί και Ευρωπαϊκοί μύθοι για το ασφαλιστικό: μύθοι για την κοινωνική ασφάλιση, εκδόσεις Βλάσσης (2007)

#### **ΙΣΤΟΤΟΠΟΙ:**

- <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

- <http://www.ypakp.gr/>
- <http://www.who.int/>
- <http://www.moh.gov.gr>
- <http://www.eopyy.gov.gr/>
- [www.ika.gr](http://www.ika.gr)
- [www.oga.gr](http://www.oga.gr)
- [www.opad.gr](http://www.opad.gr)
- [www.e-syntagografisi.gr](http://www.e-syntagografisi.gr)
- [www.oaee.gr](http://www.oaee.gr)
- [https://apothesis.lib.teicrete.gr/bitstream/handle/11713/8277/VourakiFransina\\_KoskinaGeorgiaTzortzina\\_MichalakiKrystalli2017.pdf?sequence=1](https://apothesis.lib.teicrete.gr/bitstream/handle/11713/8277/VourakiFransina_KoskinaGeorgiaTzortzina_MichalakiKrystalli2017.pdf?sequence=1)
- <http://www.sev.org.gr/>
- [http://www.letto.gr/page.aspx?p\\_id=780](http://www.letto.gr/page.aspx?p_id=780)
- [http://www.letto.gr/page.aspx?p\\_id=561](http://www.letto.gr/page.aspx?p_id=561)
- <http://www.letto.gr/articlefiles/661-415->
- <https://www.hygeia.gr/wp-content/uploads/2018/07/ALL-HYGEIA-2017-SINGLE-PAGES-2-2.pdf>

