

ΤΕΙ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΩΝ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**“Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ**  
**ΕΛΛΑΔΑ, Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ.”**

Κωνσταντόπουλος Νικόλαος, Α.Μ.:2004041

Μπουζιούρης Μιχαήλ , Α.Μ.:2005140

Επιβλέπων Καθηγητής: Πισιμίσης Θεόδωρος

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2014**



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε τον κύριο Θ. Πισιμίση για την ανάθεση και επίβλεψη του θέματος, καθώς και για την αμέριστη βοήθεια του κατά την εκπόνηση της εργασίας. Ευχαριστούμε ιδιαίτερα την κυρία Λ. Μαραζοπούλου (Προϊσταμένη Γραφείου Κινήσεως) Νοσοκομείο Φιλιατών Θεσπρωτίας για την βοήθεια της σε θέματα που μας προβλημάτισαν.

Τέλος, από καρδιάς ευχαριστούμε τις οικογένειές μας και όσους μας στάθηκαν ηθικά στη δύσκολη αυτή πορεία της εκπόνησης της εργασίας μας.

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

**ΜΠΟΥΖΙΟΥΡΗΣ ΜΙΧΑΗΛ**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η πτυχιακή αυτή συνιστά μια περιεκτική και κριτική προσέγγιση της ίδρυσης και λειτουργίας του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Η προσέγγιση επιχειρείται με όρους οικονομίας της υγείας και θέλει να αναδείξει τα προβλήματα και τις στρεβλώσεις που υπάρχουν στον υγειονομικό τομέα της χώρας μας, με έμφαση στο ζήτημα της λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ, την χρηματοδότηση του βάση πάντα των περιοριστικών συνθηκών της οικονομικής συγκυρίας από τη μέρα που ιδρύθηκε έως σήμερα. Με βάση τις εμπειρικές ενδείξεις, τα πρώτα οικονομικά αποτελέσματα και τις επιπτώσεις στην παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας αποδεικνύονται κρίσιμα σημεία τα οποία σχετίζονται με την δομή, την οργάνωση και τη χρηματοδότηση του οργανισμού τα οποία απαιτούν ανάλυση και επιλογή των κατάλληλων διαρθρωτικών παρεμβάσεων. Γι' αυτό το λόγο θα αναλυθούν μια σειρά εναλλακτικών σχημάτων χρηματοδότησης αλλά και μετασχηματισμών στη δομή του χαρακτήρα και τις πολιτικές του οργανισμού οι οποίοι δύνανται να βοηθήσουν στην ορθολογική λειτουργία του οργανισμού.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Πρωτοβάθμια περίθαλψη, ΕΟΠΥΥ, ΠΕΔΥ.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

- 1.1 Χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....σελ: 1
- 1.2 Εισαγωγή για τον ΕΟΠΥΥ.....σελ: 2
- 1.3 Ίδρυση-σκοπός.....σελ: 3
- 1.4 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί.....σελ:6

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

- 2.1 Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ.....σελ: 9
- 2.2 Συμβάσεις-Αναγνώριση Δαπανών-Υποχρεώσεις.....σελ: 10
- 2.3 Το εγχείρημα του ασφαλιστικού μονοπωλίου.....σελ: 12
- 2.4 Τα πρώτα προβλήματα του ΕΟΠΥΥ.....σελ: 14
- 2.5 Η εκτίμηση της κατάστασης του ΕΟΠΥΥ κατά τα έτη 2013-2014...σελ: 16

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

- 3.1 Μέτρα ανασυγκρότησης του ΕΟΠΥΥ.....σελ: 21
- 3.2 Σωστός προϋπολογισμός και εσωτερικός ανταγωνισμό.....σελ: 24
- 3.3 Χρηματοδότηση.....σελ: 25

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

- 4.1 Ανάπτυξη έρευνας.....σελ: 27
- 4.2 Δηλώσεις για τις εξελίξεις του ΕΟΠΥΥ κατά τη τελευταία περίοδο του 2013.....σελ: 34

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

- 5.1 Συμπεράσματα.....σελ: 39
- 5.2 Βασικές Κινήσεις Αναδιάρθρωσης Οργανισμού – Η δημιουργία του Π.Ε.Δ.Υ.....σελ: 40
- 5.3 Βασικές διαφορές του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. από το Π.Ε.Δ.Υ.....σελ.: 42

### ΕΠΙΛΟΓΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### 1.1 Χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα, παρά τις επαναλαμβανόμενες προτάσεις, ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του '50, υπήρχε η ανάγκη να καθιερωθεί ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας, η ίδρυσή του δεν υλοποιήθηκε πριν από το 1983.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) θεσμοθετήθηκε το 1982 από την Κυβέρνηση του Ανδρέα Παπανδρέου στα πλαίσια μεταρρύθμισης και αναβάθμισης της δημόσιας υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης. Σκοπός του οργανισμού είναι η ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική κάλυψη των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού και όσων διαμένουν στην Ελλάδα μέσω της παροχής δωρεάν υπηρεσιών. Αιχμή του συστήματος ήταν η δημιουργία Κέντρων Υγείας, περιφερειακών και νομαρχιακών Νοσοκομείων στην Ελλάδα. Η μεταρρύθμιση αυτή εισήχθη με το νόμο 1397/83.

Μονάδες Υγείας:

- Κέντρα Υγείας: Μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.
- Νοσοκομεία: Δευτεροβάθμια/τριτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Ωστόσο, το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) δεν έλαβε ποτέ τα χαρακτηριστικά ενός καθολικού συστήματος, δεδομένου ότι συνέχισαν να λειτουργούν διάφορα ασφαλιστικά ταμεία και, κατά συνέπεια, οι ανισότητες και οι διαφορετικοί όροι σχετικά με την κατανομή των δαπανών και των παροχών σε ολόκληρο τον πληθυσμό συνέχισαν να ισχύουν. Τα κυριότερα προβλήματα που έπρεπε να έχουν λύσει οι σχεδιαστές της πολιτικής για την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα είναι τα κίνητρα χρηματοδότησης, η έλλειψη συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης και η αδυναμία αντιμετώπισης των κεκτημένων δικαιωμάτων των οργανωμένων ομάδων.

Μπορούμε να συνοψίσουμε τα σημαντικότερα προβλήματα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα ως εξής:

- Έντονος κατακερματισμός των φορέων, με διαφορετικά και ασύνδετα σχήματα, μεγάλες ανισότητες στις εισφορές και στις παροχές, πολυσύνθετες διαδικασίες, επικαλύψεις.
- Σοβαρή έλλειψη ιατρών γενικής ιατρικής και νοσηλευτικού προσωπικού.
- Περιορισμένη διαθεσιμότητα του συστήματος κατά τις απογευματινές και βραδινές ώρες, καθώς και κατά τα σαββατοκύριακα και τις αργίες, με αποτέλεσμα την προσφυγή των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων ή σε ιδιώτες ιατρούς.
- Ανυπαρξία μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης του συστήματος.
- Χαμηλή αξιοπιστία του συστήματος της δημόσιας υγείας <sup>1</sup>.

## 1.2 Εισαγωγή για τον ΕΟΠΥΥ

Όπως είναι γνωστό το Μάιο του 2010 η Ελλάδα τέθηκε υπό δημοσιονομική επιτήρηση από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, την Ευρωπαϊκή Κεντρική Τράπεζα και το Διεθνές Νομισματικό Ταμείο εξαιτίας των υψηλών δημοσιονομικών ελλειμμάτων, του μεγάλου δημόσιου χρέους και τελικά της κρίσης δανεισμού από τις διεθνείς χρηματαγορές.

Η εξέλιξη αυτή προκαλείται από τα φαινόμενα δημοσιονομικού εκτροχιασμού, απορρύθμισης της πραγματικής οικονομίας και τελικά χρηματοδοτικής εμπλοκής της κοινωνικής πολιτικής και συγκεκριμένα στο τομέα της υγείας. Η ύφεση και η ανεργία αναδεικνύονται σε κρίσιμους παράγοντες στη διαμόρφωση του κοινωνικού και πολιτικού πλαισίου, με δυσμενή επίδραση στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού και στο σύστημα υγείας γενικά. Η αύξηση της ανεργίας και η απώλεια εισοδήματος προκαλούν σημαντική μείωση της ευημερίας των πολιτών και οδηγούν μεγάλο τμήμα του πληθυσμού σε συνθήκες φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού.

Ο διεθνής οικονομικός έλεγχος υπό τον οποίο έχει περιέλθει η χώρα, πλην των γενικών δραματικών επιπτώσεων στην κοινωνική και οικονομική ζωή, επιβάλλει,

---

<sup>1</sup> Γ. Πολλάλης 2010 Αναπληρωτής Καθηγητής του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης Πανεπιστημίου Πειραιώς. Διαθέσιμο στο: [http://www.onassis.gr/enim\\_deltio/36\\_07/article\\_1.php](http://www.onassis.gr/enim_deltio/36_07/article_1.php)

ειδικότερα στον υγειονομικό τομέα, ο οποίος αντιστοιχεί σε σημαντικό τμήμα της κοινωνικής παραγωγής, μια μεγάλη μείωση των ανθρώπινων, τεχνολογικών και οικονομικών πόρων. Έτσι σύμφωνα με τους όρους της δανειακής σύμβασης και του μνημονίου προβλέπεται μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία και την δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου του ΕΟΠΥΥ.

### 1.3 Ίδρυση-Σκοπός

Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας είναι Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Δημιουργήθηκε με τη φιλοδοξία να επαναφέρει τον ασφαλισμένο στο επίκεντρο των υπηρεσιών υγείας και να εξασφαλισθεί η ισότιμη πρόσβαση όλων των ασφαλισμένων σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, που έχει ως σκοπό την πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, βελτίωση, αποκατάσταση και προστασία της υγείας των δικαιούχων, όπου και όποτε τις έχουν ανάγκη.

Ειδικότερα με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ καθορίζονται οι παροχές υγείας σε είδος, η έκταση, το ύψος, ο τρόπος και η διαδικασία χορήγησής τους και προσδιορίζονται οι δικαιούχοι των παροχών αυτών, καθώς και ο τρόπος αποζημίωσης της σχετικής δαπάνης.

Ως παροχές υγείας νοούνται:

Παροχές Υγείας σε Είδος:

1. Πρόληψη και προαγωγή της υγείας.
2. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ιατρική περίθαλψη.
3. Διαγνωστικές ιατρικές εξετάσεις
4. Παρακλινικές εξετάσεις.
5. Φυσικοθεραπεία, λογοθεραπεία, ψυχοθεραπεία
6. Φαρμακευτική περίθαλψη
7. Οδοντιατρική ,στοματολογική περίθαλψη
8. Ειδική αγωγή



9. Λοιπή περίθαλψη

- 10) Χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας
- 11) Δαπάνες μετακίνησης ασθενών
- 12) Μαιευτική περίθαλψη ,επίδομα τοκετού
- 13) Νοσηλεία στο εξωτερικό
- 14) Αποκατάσταση της υγείας
- 15) Παροχή θεραπευτικών μέσων και προθέσεων ,πρόσθετη περίθαλψη
- 16) Επιδόματα λουτροθεραπείας, αεροθεραπείας<sup>2</sup>.

Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων – Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ–ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (ΟΠΑΔ), όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του ν. 3655/2008 (ΦΕΚ 58 Α'), ως προς τις παροχές σε είδος. Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων συγκεντρωτικά:

- ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), από 1<sup>η</sup> Ιανουαρίου 2012
- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
- ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
- Οίκος Ναύτου ή ΝΑΤ, από 1η Απριλίου 2012
- ΤΑΥΤΕΚΩ από 1η Μαΐου 2012
- ΕΤΑΑ, ΚΑΠ–ΔΕΗ από 1η Νοεμβρίου 2012
- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ από 1η Δεκεμβρίου 2012

---

<sup>2</sup> ΦΕΚ 2011, Ε.Κ.Π.Υ. Άρθρο 1 – Άρθρο 5

- Το ΛΙΜΕΝΙΚΟ, από Μάιο 2013 με ένταξη στον ΟΠΑΔ

Τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία δεν εντάχθηκαν είναι τα εξής:

- Στρατός Ξηράς, Ναυτικό, Αεροπορία
- ΤΥΠΕΤ (Εθνική Τράπεζα)
- ΤΥΠΕΤ (Εθνική Τράπεζα)
- ΤΥΠΑΤΕ (Αγροτική Τράπεζα)
- ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
- ΕΔΟΕΑΠ (Δημοσιογράφων)
- ΕΥΔΑΠ
- ΑΕΙ-ΤΕΙ<sup>3</sup>

Επίσης οι πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. θα προέρχονται από:

- τις προβλεπόμενες εισφορές ασφαλισμένου, εργοδότη, συνταξιούχων, ασφαλιστικού ταμείου
- την ετήσια επιχορήγηση από τον Κρατικό Προϋπολογισμό ως συμμετοχή του δημοσίου στην τριμερή χρηματοδότηση νέων ασφαλισμένων, σύμφωνα με το άρθρο 35 του Ν. 2084/1992 (Α', 65)
- τα έσοδα από τυχόν κοινωνικούς πόρους υπέρ των Φορέων και Κλάδων Υγείας
- προσόδους περιουσίας, απόδοση κεφαλαίων και αποθεματικών, καθώς και κάθε άλλο έσοδο που προβλέπεται από την οικεία νομοθεσία ή άλλες γενικές διατάξεις νόμων
- δωρεές, κληρονομίες, κληροδοτήματα και κτήσεις από άλλη χαριστική αιτία
- από προσόδους από τη χρηματοοικονομική διαχείριση των διαθεσίμων κεφαλαίων και αξιών
- ποσά από επιβολή προστίμων και άλλων χρηματικών ποινών
- έσοδα από παροχή υπηρεσιών σε ασφαλισμένους ασφαλιστικών εταιρειών, οι οποίες συνάπτουν συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς

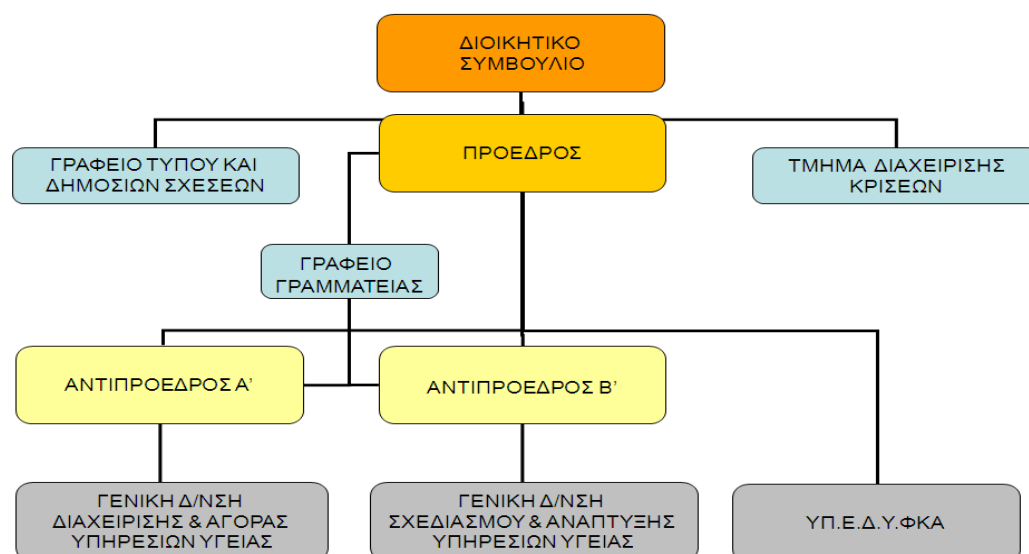
<sup>3</sup> Ιστοσελίδα Wikipedia, Διαθέσιμο στο: <http://el.wikipedia.org>

φορείς, καθώς και σε αλλοδαπούς, σύμφωνα με τις συμβατικές υποχρεώσεις της χώρας

- έσοδα από την παροχή στατιστικών δεδομένων που αφορούν στην αγορά και κατανάλωση φαρμάκων και υγειονομικού υλικού
- οι προβλεπόμενοι πόροι από τις διατάξεις του άρθρου 19 του Ν. 3918/2011 (Α΄ 31),
- είσπραξη ποσών επιστροφής (rebate) από φαρμακεία και φαρμακευτικές εταιρείες, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 34 και 35 του Ν. 3918/2011, όπως ισχύουν κάθε φορά,
- καθώς επίσης και οποιαδήποτε άλλη επιστροφή (rebate) που θεσμοθετείται ή συμφωνείται μετά από διαπραγμάτευση της Διοίκησης του Οργανισμού.

Ο Νόμος που διέπει τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ είναι το ΦΕΚ ΤΕΥΧΟΣ Β ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 2456/2011.

Ως νέος οργανισμός ο ΕΟΠΥΥ έχει το εξής οργανόγραμμα:



#### 1.4 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Ως «οργανισμός – φορέας» νοείται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).

Ως «δικαιούχοι» νοούνται οι ασφαλισμένοι των εντασσομένων στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ταμείων, καθώς και τα μέλη οικογένειας αυτών, που σύμφωνα με τα επιμέρους οριζόμενα δικαιούνται υγειονομικής περίθαλψης.

Ως «περίθαλψη» νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, που πραγματοποιούν επαγγελματίες υγείας ή οργανισμοί φροντίδας υγείας και οι οποίες σκοπό έχουν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία της νόσου και την αποκατάσταση της υγείας<sup>4</sup>.

Ως «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Π.Φ.Υ.) νοούνται όλες οι υπηρεσίες και πράξεις, οι οποίες διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας:

- Στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, στα ολοήμερα ιατρεία και τα διαγνωστικά εργαστήρια αυτών
- Στις υπηρεσίες του ΕΚΑΒ
- Στα Κέντρα Υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία
- Στα Αγροτικά Ιατρεία
- Στα Πολυιατρεία και Ιατρεία του ΕΟΠΥΥ
- Στα Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης Ημερήσιας Νοσηλείας
- Στις Ιδιωτικές Κλινικές που λειτουργούν εξωτερικά ιατρεία και διαπιστευμένα Διαγνωστικά Εργαστήρια.
- Στους Ιδιωτικούς Φορείς, όπως περιγράφονται στο άρθρο 28 του Ν. 3846/2010 (Α', 66)
- Στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- Στις Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης
- Στις Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Υγείας του άρθρου 14 του Ν. 2071/1992 (Α', 123)
- Στους Σταθμούς Προστασίας Μάνας, Παιδιού & Εφήβου, όπου διαθέτει ο Οργανισμός.
- Στα Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας του Οργανισμού, στα Ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικοθεραπείας και στους κατ' οίκον φυσικοθεραπευτές.

---

<sup>4</sup> ΦΕΚ 2011, Ε.Κ.Π.Υ. Άρθρο 5 – Άρθρο 2 . Διαθέσιμο στο: <http://www.eopyy.gov.gr>

Ως «Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας» (Δ.Φ.Υ.) νοούνται όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις, που διενεργούνται εντός των τμημάτων των Νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας – αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### 2.1 Η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ

Η συνένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών οργανισμών (ΙΚΑ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ και ΟΓΑ) σε έναν ενιαίο οργανισμό, αποτελεί την βασική αλλαγή στην κοινωνική ασφάλιση και την αγορά υπηρεσιών υγείας. Ο νέος οργανισμός καλύπτει το 90% του πληθυσμού και κατ' επέκταση κατέχει θεωρητικά ισχυρή διαπραγματευτική ισχύ απέναντι στους προμηθευτές υγείας.

Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ αναμένεται σύμφωνα τουλάχιστον με τον αρχικό σχεδιασμό, να αποτελέσει το βασικό μοχλό ελέγχου του κόστους και συγκράτησης της δαπάνης και η μονοπωλιακή δύναμη την οποία θεωρητικά κατέχει έχει ήδη ευρεία αποδοχή από την πλειοψηφία των εταίρων εξαιτίας του προσδοκώμενου οφέλους το οποίο δύναται να φέρει, στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Η διαπίστωση αυτή δικαιολογείται σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της οικονομικής συγκυρίας στην οποία βρίσκεται η χώρα και των πιέσεων οι οποίες ασκούνται προς περιορισμό της δημόσιας δαπάνης και ορθολογισμό του υγειονομικού συστήματος. Στην προοπτική αυτή, οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης πολυιατρεία ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών οργανισμών, συμβεβλημένοι γιατροί και άλλες υπηρεσίες με εξαίρεση τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ συνιστούν το προνομιακό πεδίο εφαρμογής της πολιτικής του ΕΟΠΥΥ υπό τις παρούσες συνθήκες.

Σύμφωνα με την πολιτική και τον κανονισμό του ΕΟΠΥΥ η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται σε όλους τους ασφαλισμένους του Οργανισμού από τις κατά τόπους υφιστάμενες δομές, είτε από τα πολυιατρεία και ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ,από τα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων, των πανεπιστημιακών νοσοκομείων, των κέντρων υγείας, τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και από ιατρούς οικογενειακούς, πολυιατρεία και ιατρικές εταιρείες συμβεβλημένες με τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Παρόλα αυτά, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εξακολουθεί να χαρακτηρίζεται από πολλά προβλήματα με κυριότερες το υψηλό κόστος χρήματος και χρόνου για τα νοικοκυριά, την δυσχέρεια στην πρόσβαση και κυρίως στη συνέχεια της φροντίδας, την μικρή ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών, τις εκτεταμένες ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές.

## 2.2 Συμβάσεις-Αναγνώριση Δαπανών-Υποχρεώσεις

Θα πρέπει ωστόσο να προσέξουμε και τον τρόπο καθορισμού με τον οποίο θα γίνονται οι συμβάσεις και οι δαπάνες του οργανισμού καθώς επίσης και ποιες θα είναι οι υποχρεώσεις του απέναντι στους ασφαλισμένους σύμφωνα με το νόμο ίδρυσης του ΕΟΠΥΥ.

### Συμβάσεις

Για την αγορά υπηρεσιών νοσοκομειακής, ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, καθώς και μέσων περίθαλψης, ο Οργανισμός συνάπτει συμβάσεις με τους παρόχους υγείας, με τις οποίες προσδιορίζονται οι όροι που διέπουν τις συμβατικές υποχρεώσεις των συμβαλλομένων, μέσα στο πλαίσιο των κειμένων κάθε φορά διατάξεων για τα προβλεπόμενα όρια αμοιβών.

### Έλεγχος

Η άσκηση του Δευτεροβάθμιου ελέγχου των δαπανών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, της επιθεώρησης συμβεβλημένων παρόχων υγείας και ο εσωτερικός έλεγχος του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. γίνονται από τα αρμόδια όργανα της Υπηρεσίας Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.) και στα πλαίσια της νομοθεσίας που διέπει τη λειτουργία της. Εντεταλμένοι ελεγκτές ιατροί Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ελέγχουν παραστατικά δαπανών υγείας, εγκρίνουν παροχές υγειονομικών υλικών, φαρμάκων, νοσήλια, εισαγωγή και έξοδο ασθενών από συμβεβλημένους παρόχους υγείας και κάθε άλλη διαδικασία, όπου αυτό προβλέπεται από τον Ενιαίο Κανονισμό του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τις αποφάσεις του Δ.Σ. και του Προέδρου, όπως και την κείμενη νομοθεσία. Κατ' εξαίρεση και για λόγους αναγκαιότητας, ο Οργανισμός μπορεί να αναθέτει συγκεκριμένο ελεγκτικό έργο, εκτός από τους ιατρούς Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και σε ιατρούς των Σωμάτων Ασφαλείας, σε Στρατιωτικούς ιατρούς, σε ιατρούς δημόσιων νοσοκομείων, Κέντρων Υγείας και ιατρούς του ιατρείου της Βουλής των Ελλήνων, εντός των δομών τους. Η όλη εποπτεία κάθε ελέγχου υπάγεται στην ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.

### Αναγνώριση δαπανών

1. Η αναγνώριση των δαπανών γίνεται από τα αρμόδια όργανα του φορέα με την υποβολή των προβλεπόμενων από τον παρόντα κανονισμό παραστατικών – δικαιολογητικών, καθώς και από τις σχετικές διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά περί υγειονομικής περίθαλψης.

2. Δαπάνες ιατρικών πράξεων, παρακλινικών εξετάσεων και θεραπειών που δεν περιλαμβάνονται στο κρατικό τιμολόγιο δεν αναγνωρίζονται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

3. Δεν αποζημιώνεται η ιατρική επίσκεψη σε μη συμβεβλημένους ιατρούς.

4. Είδος παροχών που δεν αναφέρεται στον κανονισμό δεν αναγνωρίζεται από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

### Υποχρεώσεις

Οι υποχρεώσεις των θεραπόντων και ελεγκτών ιατρών, των συμβεβλημένων φαρμακοποιών, των ασφαλιστικών οργανισμών, καθώς και οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε περίπτωση μη τήρησής τους, διέπονται από τις διατάξεις του Π.Δ. 121/2008 (Α', 183) ή όπως προκύπτει από τη σχετική Νομοθεσία. Οι υποχρεώσεις των ασφαλισμένων καθώς και οι κυρώσεις που επιβάλλονται σε περίπτωση μη τήρησής τους διέπονται από τις διατάξεις του Π.Δ. 191/2005 (Α', 234), όπως ισχύει κάθε φορά. Επί ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, οι υποχρεώσεις των ιατρών, των φαρμακοποιών και των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, διέπονται από το Ν. 3892/2010 (Α', 189), σύμφωνα με τις διατάξεις του οποίου είναι υποχρεωμένοι να διαθέτουν την απαραίτητη υποδομή για την εγγραφή, την ταυτοποίηση και τη σύνδεσή τους με το Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ.), καθώς και για την επεξεργασία, καταχώριση και εκτύπωση ηλεκτρονικών συνταγών και παραπεμπτικών. Ήδη από την πρώτη δανειακή σύμβαση της Ελλάδας (Μνημόνιο Ι) προβλεπόταν η καθιέρωση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Αυτή άρχισε σταδιακά μέσα στο 2011, με πιστοποίηση των ιατρών και την ένταξη ορισμένων Ταμείων. Στις 31-12-2011 μετά από έντονες αντιπαραθέσεις του Ιατρικού σώματος και του Διοικητού του ΕΟΠΥΥ κ. Γεράσιμου Βουδούρη, υπεγράφη Κοινή Υπουργική Απόφαση με την οποία όλοι οι ιατροί της Ελλάδας - ανεξάρτητα



συμβάσεως ή όχι με τον ΕΟΠΥΥ - να μπορούν να συνταγογραφούν ηλεκτρονικά τα φάρμακα στους ασθενείς τους. Την τεχνική υποδομή και την υποστήριξη του Ιατρικού λογισμικού για την ηλεκτρονική συνταγογράφηση έχει η κρατική εταιρεία ΗΔΙΚΑ Α.Ε.

### **2.3 Το εγχείρημα του ασφαλιστικού μονοψωνίου**

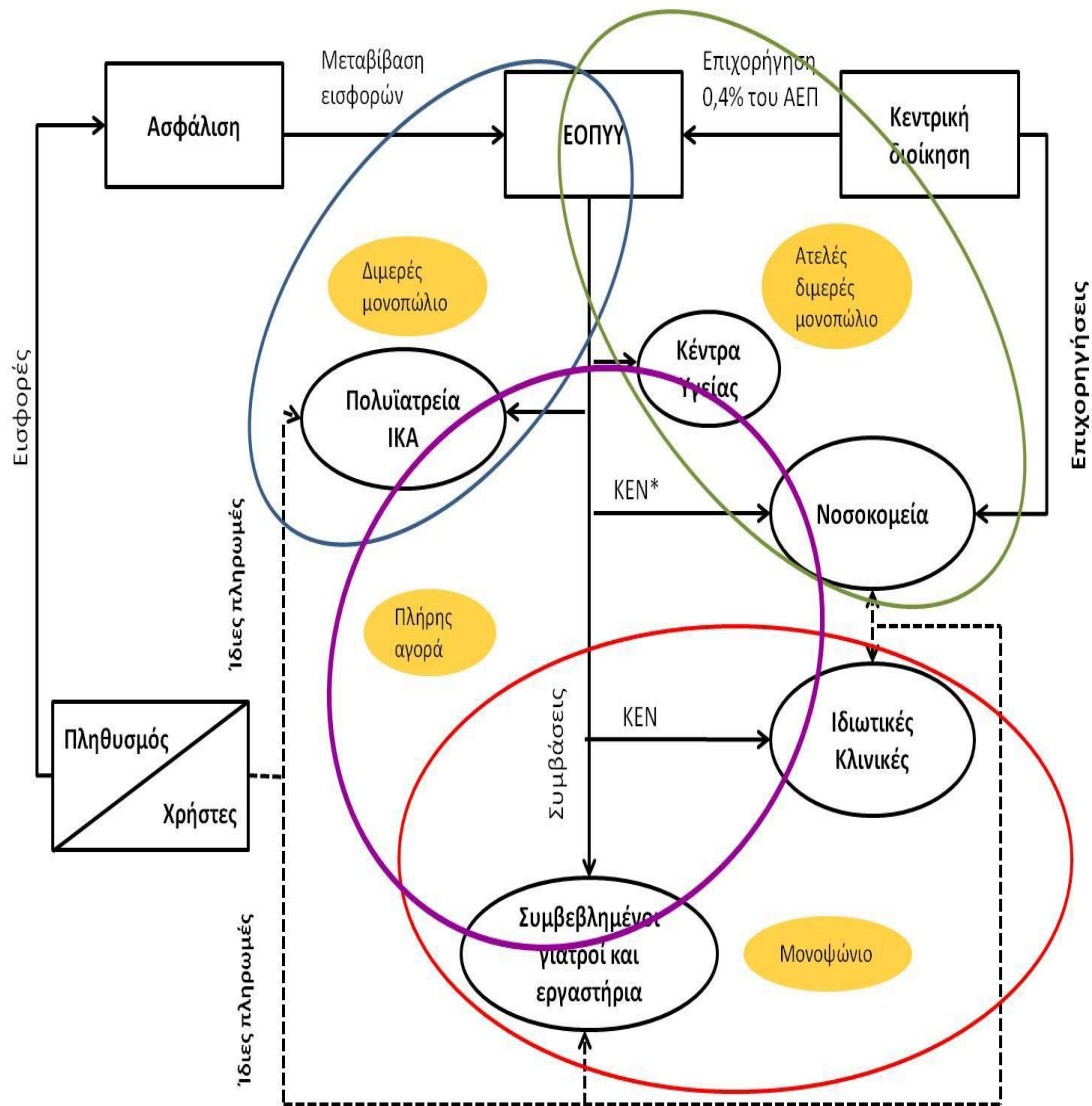
Στο πλαίσιο αυτό, η προσπάθεια σύστασης μονοψωνίου με διάκριση της προσφοράς από τη ζήτηση για την άρση της ασυνέπειας του συστήματος υγείας εικάζεται ότι μπορεί να συνεισφέρει στη μείωση της δημόσιας δαπάνης αλλά αδυνατεί να αποφύγει το σύνολο των στρεβλώσεων καθώς σύμφωνα με τον Mark Pauly ένα δημόσιο μονοψώνιο ενδιαφέρεται πρωτίστως για τη συγκράτηση του κόστους και τη μείωση της δαπάνης παρά για την κοινωνική αποδοτικότητα.

Επίσης, το μονοψώνιο δεν περιορίζει τις μονοπωλιακές τάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν το σύστημα υγείας και αποτελούν μια από τις κύριες συνιστώσες της αναποτελεσματικότητας, ενώ μπορεί να επιτείνει την ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους του χρόνου και των τιμών και κατά συνέπεια των παραπληρωμών. Ακόμη και ο μονοψωνιακός χαρακτήρας του οργανισμού τίθεται υπό αμφισβήτηση καθώς η σχέση του με το σύνολο των προμηθευτών υγείας έχει προσαρμοστεί στην πραγματικότητα και περικλείει διαφορετικότητες και ενδεχομένως αντιφάσεις της πρότερης κατάστασης με αποτέλεσμα εντός του ΕΟΠΥΥ να συνυπάρχουν τέσσερις διαφορετικοί τύποι αγοράς όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 2.1.

Στο πλαίσιο αυτό, η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποδίδεται μέσω ενός δικτύου προμηθευτών το οποίο αποτελείται από τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, τα οποία έχει απορροφήσει ο ΕΟΠΥΥ, τα Κέντρα Υγείας (ΚΥ) και από συμβεβλημένους γιατρούς. Ωστόσο, διαμορφώνεται ένα διμερές μονοψώνιο το οποίο χαρακτηρίζει τη σχέση του ΕΟΠΥΥ με τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ, ένα διμερές μονοπώλιο μεταξύ του ταμείου και των κέντρων υγείας καθώς αυτά εξακολουθούν να υπάγονται διοικητικά και οικονομικά στα νοσοκομεία, και μια μορφή μονοπωλίου μεταξύ του οργανισμού και των συμβεβλημένων ιδιωτών γιατρών, ενώ σημαντικό μέρος της αγοράς στην πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει τη μορφή πλήρους αγοράς

(χωρίς ρυθμίσεις δια μέσου της κρατικής παρέμβασης) η οποία διαχέεται συμπληρωματικά και συζευκτικά στο σύνολο του υγειονομικού τομέα<sup>5 6</sup>.

Διάγραμμα 2.1 Γραφική απεικόνιση της μορφής αγοράς των υπηρεσιών υγείας



\*Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια

Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2011

<sup>5</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2012, *Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας (Το Εγχείρημα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)*. Διαθέσιμο στο: <http://www.nsph.gr>

<sup>6</sup> Pauly M., *Market power, Monopsony and Health Insurance Markets* *Journal of Health Economics* 1988; 7: 111-128

Η κατάσταση αυτή δημιουργεί συνθήκες σύγχυσης και εμποδίζει την ανάπτυξη άσκησης πολιτικής για αποδοτική κατανομή και χρήση των σπάνιων υγειονομικών πόρων. Σχετικά με την παροχή δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης αυτή παρέχεται σε σημαντικό βαθμό μέσω των νοσοκομείων του ΕΣΥ (75-80% των εισαγωγών), τα οποία, όπως και ο ΕΟΠΥΥ, βρίσκονται υπό την πλήρη εποπτεία του κράτους. Κατ' επέκταση, η μορφή αγοράς, η οποία δημιουργείται μπορεί να χαρακτηριστεί ως διμερές μονοπώλιο. Ένα σημαντικό μέρος της νοσοκομειακής περίθαλψης παρέχεται από τις ιδιωτικές κλινικές (20-25%) επί των οποίων η μονοπωλιακή ισχύς δεν ασκείται επαρκώς ενώ εμφανίζονται έντονα φαινόμενα επιλεκτικής εισαγωγής περιπτώσεων δηλαδή φαινόμενα αντίστροφης επιλογής με βάση οικονομικά κριτήρια.

Η μονοπωλιακή δύναμη του οργανισμού δεν μπορεί να ασκηθεί στην περίπτωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων καθώς τα δημόσια νοσοκομεία δεν δραστηριοποιούνται σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον και η έλλειψη επιχειρησιακής ευθύνης και αυτονομίας σε συνδυασμό με το καθεστώς “κρατικής προστασίας” δεν παρέχει δυνατότητες για διαπραγμάτευση του όγκου και των τιμών στις υπηρεσίες υγείας. Οπότε είναι προφανές ότι η σχέση του ΕΟΠΥΥ με τα δημόσια νοσοκομεία και τις ιδιωτικές κλινικές ενισχύει τις υπάρχουσες δομικές μονοπωλιακές τάσεις της πλευράς της προσφοράς οι οποίες ελαχιστοποιούν την άσκηση μονοψωνιακής ισχύος.

## **2.4 Τα πρώτα προβλήματα του ΕΟΠΥΥ**

Ο ΕΟΠΥΥ θα έπρεπε να λειτουργήσει από τις αρχές Ιουλίου του 2011. Λόγω προχειρότητας σχεδιασμού, πλήρους έλλειψης οργάνωσης, υποδομών και μηχανογράφησης, η έναρξη λειτουργίας αναβλήθηκε για τις αρχές Ιανουαρίου του 2012. Τα προβλήματα λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ συνεχίστηκαν και το έτος 2012.

Είναι προφανές ότι το νέο εγχείρημα και η σύσταση μονοπωλίου μετά την πίεση της τρόικας στην αγορά υπηρεσιών υγείας η χώρα αντιμετωπίζει ήδη σοβαρές δυσκολίες και η ικανοποίηση των αναμενόμενων προσδοκιών έχει τεθεί ήδη σε αμφισβήτηση πράγμα το οποίο κινητοποιεί τάσεις κοινωνικής κατακραυγής κατά του εγχειρήματος. Εκτός από τα μειονεκτήματα ενός μονοπωλίου και των αναμενόμενων εκβάσεων της πολιτικής, την οποία ακολουθεί ο οργανισμός εμφανίζεται να αντιμετωπίζει άμεσα προβλήματα χρηματοδότησης αλλά και εξ αιτίας του γρήγορου

πολιτικού σχεδιασμού και των πιέσεων της μνημονιακής επιτήρησης για μείωση της δημόσιας δαπάνης για την υγεία. Οι εισροές του οργανισμού με βάση τις αρχικές εκτιμήσεις προέρχονται κατά το μεγαλύτερο μέρος τους από την ετήσια κρατική επιχορήγηση και από τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών σύμφωνα με τις αρχικές εκτιμήσεις των αρμοδίων δημοσίων αρχών.

Σύμφωνα με μελέτη της Σχολής Δημόσιας Υγείας <sup>4</sup>, η δύσκολη αυτή κατάσταση επιδεινώθηκε από την επιχειρηματική δραστηριότητα στην οποία εμφανίζεται αρνητικό ισοζύγιο μεταξύ επιχειρήσεων οι οποίες ιδρύονται και αυτών οι οποίες διακόπτουν την λειτουργία τους. Στην ίδια κατεύθυνση παρατηρείται σημαντική μείωση της ρευστότητας των επιχειρήσεων, εξαιτίας της μεγάλης μείωσης του τραπεζικού δανεισμού και ιδίως των επιχειρηματικών δανείων. Συνεπώς επιδεινώνεται η θέση κυρίως των μικρών και μεσαίων επιχειρήσεων η οποία μεταφράζεται σε αδυναμία καταβολής των εργοδοτικών εισφορών, διόγκωση του φαινομένου της μαύρης εργασίας και του ρυθμού αύξησης της ανεργίας και συνεπώς σε δυσχέρεια συγκέντρωσης των αναμενόμενων ασφαλιστικών εσόδων.

Σύμφωνα με αυτή την κατάσταση τα αποτελέσματα δεν ήταν τα αναμενόμενα και συμπεραίνουμε ότι:

(α) υπάρχει απόκλιση μεταξύ αρχικού σχεδιασμού και υλοποίησης του εγχειρήματος του ΕΟΠΥΥ, λόγω της παρέκκλισης από τους στόχους των αναφερόμενων εισροών, από τις κρατικές επιχορηγήσεις, την προσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών αλλά το πιο σημαντικό είναι η αύξηση της ανεργίας.

(β) δεν επιτεύχθηκε η προσπάθεια διαμόρφωσης ενός ασφαλιστικού μονοπωλίου και υπήρχε έλλειψη απουσίας ιατροασφαλιστικής πολιτικής.

(γ) δεν προβλέφθηκε η λήψη διαρθρωτικών μέτρων για την ενίσχυση της θέσης της ασφάλισης και την εισαγωγή εσωτερικού ανταγωνισμού για τη μείωση της μονοπωλιακής θέσης της πλευράς της προσφοράς και την διασφάλιση τιμών και όγκου υπηρεσιών οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τη ζήτηση υπηρεσιών .

δ) χρειαζόταν αναδιάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης ώστε να υπάρξει διασφάλιση και επάρκεια στην χρηματοδοτική υποστήριξη του οργανισμού.

## **2.5 Η εκτίμηση της κατάστασης του ΕΟΠΥΥ κατά τα έτη 2013 - 2014.**

Σύμφωνα με τον κρατικό προϋπολογισμό για το 2013 για τον ΕΟΠΥΥ τέθηκαν οι εξής στόχοι:

Ο εξορθολογισμός λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ με στόχο την οικονομική του εξυγίανση και την κάλυψη των αναγκών υγείας των ασφαλισμένων ευθύνης του, αποτελεί προτεραιότητα μείζονος σημασίας του Υπουργείου Υγείας και για το σκοπό αυτό έχουν προγραμματιστεί ενέργειες όπως:

- Η ένταξη του συνόλου των ασφαλιστικών ταμείων (κλάδοι ασφάλειας υγείας) στον ΕΟΠΥΥ και ο εξορθολογισμός των παροχών προς τους ασφαλισμένους, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο,
- Η αναδιοργάνωση του Οργανισμού, η βελτίωση της οικονομικής του λειτουργίας και η ενίσχυση του ελεγκτικού του ρόλου, η ενίσχυση της διαπραγματευτικής δύναμης του ΕΟΠΥΥ με την ανάπτυξη μηχανισμού είσπραξης νοσηλίων,
- Η ενεργοποίηση του συστήματος του οικογενειακού ιατρού για τον έλεγχο της πρόσβασης στα νοσοκομεία,
- Η υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και προαγωγής υγείας με την ενημέρωση των πολιτών και τη διεξαγωγή προληπτικών ελέγχων σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες για καρδιοαγγειακά, καρκινικά νοσήματα και ασθένειες τρίτης ηλικίας,
- Η βελτίωση της εφαρμογής του Συστήματος Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης, ώστε ο κύριος όγκος των συνταγών να καταχωρείται ηλεκτρονικά προκειμένου να αποτρέπεται η κατευθυνόμενη συνταγογράφηση και
- Η πληρωμή νοσηλευτικών υπηρεσιών που παρέχονται σε ασφαλισμένους αλλοδαπούς από τους οικείους ασφαλιστικούς τους φορείς.

Το 2013 προβλέπεται ταμειακό πλεόνασμα 360 εκατ. ευρώ, κυρίως λόγω της μείωσης των λειτουργικών δαπανών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων κατά 302 εκατ. ευρώ και την αύξηση των μεταβιβάσεων των φορέων κοινωνικής ασφάλισης κατά

155 εκατ. ευρώ. Προβλέπεται, επίσης, περαιτέρω μείωση των ανεξόφλητων υποχρεώσεων κατά 400 εκατ. ευρώ.

Ωστόσο τίποτα από όλα αυτά δεν πραγματοποιήθηκε. Τα χρέη αυξάνονταν ανεξέλεγκτα. Με βάση τα νέα δεδομένα, ο Οργανισμός καλείται να επιβιώσει με τα ελάχιστα έσοδα που έχουν τα ταμεία που τον απαρτίζουν. Βέβαια, αν λάβουμε υπόψη μας ότι η υστέρηση εσόδων στο ΙΚΑ ξεπερνά το 1,5 δισ. ευρώ, στον ΟΓΑ υπάρχουν καθυστερούμενες εισφορές από το 2012 που αγγίζουν τα 500 εκατομμύρια ευρώ, ενώ στο ΟΑΕΕ, από τους 780 χιλιάδες ασφαλισμένους πληρώνουν εισφορές μόνο οι 400 χιλιάδες, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η λειτουργία του Οργανισμού χωρίς περαιτέρω κρατική χρηματοδότηση σύμφωνα με τις επιταγές της Τρόικας θα είναι πολύ δύσκολα επιτεύξιμη.

Όλα αυτά, βέβαια, ήταν μάλλον αυτονόητα και επόμενο να συμβούν ήδη από την έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού, ο οποίος δημιουργήθηκε με τη συνένωση ελλειμματικών ταμείων, και φυσικά επιφορτίστηκε με το άθροισμα των χρεών τους. Ως εκ τούτου, το αποτέλεσμα είναι ένας Οργανισμός που χρωστάει σε γιατρούς, εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα για το χρονικό διάστημα από το 2010 μέχρι και το πρώτο πεντάμηνο του 2013, το ποσό των 1,7 δισεκατομμυρίων ευρώ, σε ιδιωτικές κλινικές από το 2007 μέχρι και το 2012, 700 εκατομμύρια ευρώ (τα οποία αυξάνονται κατά 40 εκατομμύρια ευρώ κάθε μήνα), και προς τις φαρμακευτικές εταιρίες, από το 2011 μέχρι και το πρώτο πεντάμηνο του 2013, το ποσό των 695 εκατομμυρίων ευρώ.

Η εκκαθάριση αυτών των οφειλών προχωρεί με πολύ αργούς ρυθμούς, καθώς αν και το υπουργείο Οικονομικών έχει εγκρίνει αίτημα εκταμίευσης κονδυλίου ύψους 2,6 δισεκατομμυρίων συνολικά, για την τακτοποίηση των ληξιπρόθεσμων χρεών του Οργανισμού, οι ελλείψεις στο διοικητικό προσωπικό του ΕΟΠΥΥ έχουν ως αποτέλεσμα τις μεγάλες αυτές καθυστερήσεις στις εκκαθαρίσεις.

Η άσχημη κατάσταση του Οργανισμού έχει σοβαρές επιπτώσεις και στους ασφαλισμένους, καθώς οι συμβεβλημένοι γιατροί και τα μικροβιολογικά και διαγνωστικά κέντρα, απειλούν με νέες επισχές εργασίας λόγω των ληξιπρόθεσμων χρεών του Οργανισμού. Παράλληλα, ήδη σε πολλά νοσοκομεία της χώρας δεν μπορούν ούτε τα προγραμματισμένα χειρουργεία να φέρουν σε πέρας, καθώς οι διοικητές δεν προβαίνουν σε παραγγελίες υλικών μέχρι να αποσαφηνιστεί η οικονομική κατάσταση, ενώ σημειώνονται σημαντικές ελλείψεις και σε προσωπικό που θα κάλυπτε βάρδιες και εφημερίες.

Δυστυχώς, οι άμεσοι αποδέκτες της κακής λειτουργίας του Οργανισμού είναι οι ασφαλισμένοι, που για άλλη μία φορά πρέπει να ταλαιπωρηθούν σε ουρές προκειμένου να πάρουν τα φάρμακά τους, να περιμένουν έως και ένα μήνα για να κάνουν μια εξέταση, αλλά και να καλύψουν τις ανάγκες τους με όσα νοσοκομεία θα έχουν απομείνει μετά το «πέραςμα της Τρόικας». Ενδεικτική είναι η κατάσταση όπου ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ, αναγκάζονται να περιμένουν με τις ώρες στις μακριές ουρές που σχηματίζονται μπροστά από τα φαρμακεία του Οργανισμού, για να προμηθευτούν φάρμακα, που αρκετές φορές δεν υπάρχουν λόγω έλλειψης. Σε ότι αφορά στη διαδικασία που πρέπει να ακολουθήσει ένας ασφαλισμένος για να κλείσει ραντεβού με ένα γιατρό ή για να κάνει κάποια εξέταση, οι ασφαλισμένοι καταγγέλλουν πως το προσωπικό που υπάρχει για να απαντά αυτές τις κλήσεις είναι χαμηλό, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να εξυπηρετηθούν. Έπειτα, εάν το πρόβλημά τους δεν αξιολογηθεί ως επείγον, μπορεί να χρειαστεί να περιμένουν ένα μήνα ή και παραπάνω για να εξεταστούν. Η γραφειοκρατία όμως συνεχίζει να είναι εμπόδιο για το πολίτη, καθώς η έγκριση ενός ακριβού φαρμάκου πρέπει να περάσει από επιτροπή, με αποτέλεσμα να έχουν καταγραφεί περιπτώσεις όπου ο ασθενής έπρεπε να περιμένει μέχρι και 20 ημέρες για να του χορηγηθεί το φάρμακό του. Και όλα αυτά όταν ήδη η συμμετοχή των ασθενών για την αγορά φαρμάκων είχε αυξηθεί από το 12,71% που ήταν το 2012, στο σχεδόν διπλάσιο 24,17% το 2013!

Συνοπτικά διαπιστώνουμε ότι οι Έλληνες ασθενείς συναντούν σοβαρά εμπόδια στην πρόσβαση τους στο σύστημα περίθαλψης, σύμφωνα και με τα αποτελέσματα έρευνας του Τομέα Οικονομικών της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας.

Η έρευνα η οποία διεξήχθη το διάστημα Φεβρουαρίου – Μαρτίου 2013 σε δείγμα 1600 ασθενών έδειξε μεταξύ άλλων ότι <sup>7</sup>:

- Το 60% των χρόνιων πασχόντων αντιμετωπίζει οικονομικούς περιορισμούς οι λίστες αναμονής στην πρόσβαση του στις υπηρεσίες υγείας.
- Οι χρόνιως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 30% τις επισκέψεις τους σε Υπηρεσίες Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας κατά την τριετία 2011 – 2013.
- Οι χρόνιως πάσχοντες έχουν μειώσει κατά 50% τις δαπάνες για την Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας κατά τη τριετία 2011 – 2013.

Δυσοίονες είναι οι προβλέψεις και για το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα. Κατά τρία χρόνια έχουν μειωθεί από το 2009 το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, ενώ για

---

<sup>7</sup> Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος 2013, Διαθέσιμο στο:  
[http://www.ish.gr/content/attachements.el/pis\\_11\\_12\\_2013.pdf](http://www.ish.gr/content/attachements.el/pis_11_12_2013.pdf)

πρώτη φορά καταγράφεται αύξηση της βρεφικής θνησιμότητας. Η δημόσια δαπάνη υγείας συρρικνώθηκε κατά 40% από το 2009 έως το 2013 και η φαρμακευτική δαπάνη μειώθηκε κατά περίπου 60% (από 5.5 εκατομμύρια το 2009 σε 2.37 το 2013<sup>8</sup>).

Σε κίνδυνο όμως βρίσκεται και η Δημόσια Υγεία. Τα τελευταία χρόνια κάνουν την εμφάνιση τους ξεχασμένα νοσήματα, εξαιτίας της ανεπαρκούς εμβολιαστικής κάλυψης του πληθυσμού. Σε αυτό έχει συντελέσει και η επιδείνωση των συνθηκών διαβίωσης λόγω της οικονομικής κρίσης. Έτσι παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων φυματίωσης, ελονοσία, ηπατίτιδα, AIDS. Επίσης, η αιθαλομίχλη η οποία κάνει την εμφάνιση της κατά τους χειμερινούς μήνες σε συνδυασμό με τις άσχημες συνθήκες διαβίωσης μεγάλου μέρους του πληθυσμού, συμβάλει στην αύξηση των αναπνευστικών και καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Ο προϋπολογισμός για το 2014 για την Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας είναι σημαντικά μειωμένος σε σχέση με το 2013. Ειδικότερα τα έσοδα του ΕΟΠΥΥ για το 2011 είναι 5.253 εκατ. ευρώ από 7.441 εκατ. ευρώ που ήταν το 2013 ενώ τα έξοδα 5.193 εκατ. ευρώ από 7.326 εκατ. ευρώ που ήταν το 2013. Παρουσιάζεται δηλαδή μείωση κατά 2.2 δις. Ευρώ. Μειωμένη είναι και η επιχορήγηση του ΕΟΠΥΥ από τον κρατικό προϋπολογισμό. Από 1.108 εκατ. ευρώ το 2013, φθάνει στα 774 εκατ. ευρώ το 2014(μείωση κατά 334 εκατ. ευρώ). Οι ασφαλιστικές εισφορές προβλέπονται επίσης μειωμένες κατά 87 εκατ. ευρώ (από 3.942 εκατ. ευρώ το 2013, φθάνουν στα 3.855 εκατ. το 2014). Μειωμένη κατά 352 εκατ. ευρώ παρουσιάζεται και η εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη (από 2.371 εκατ. ευρώ το 2013 σε 2.019 εκατ. ευρώ το 2014). Φθίνουσα πορεία έχουν και οι λοιπές παροχές ασθενείας, οι οποίες εμφανίζονται μειωμένες κατά 539 εκατ. ευρώ (από 2.179 εκατ. ευρώ το 2013, σε 1.640 εκατ. ευρώ το 2014).

---

<sup>8</sup> Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος 2013, Διαθέσιμο στο:  
[http://www.ish.gr/content/attachements.el/pis\\_11\\_12\\_2013.pdf](http://www.ish.gr/content/attachements.el/pis_11_12_2013.pdf)



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### 3.1 Μέτρα ανασυγκρότησης του ΕΟΠΥΥ

Είναι προφανές από την προηγούμενη ανάλυση ότι η δραματική μείωση των υγειονομικών πόρων απαιτεί διαρθρωτικές αλλαγές για τη διασφάλιση σχετικής επάρκειας των υπηρεσιών υγείας. Λόγω της κατάστασης αυτής και παρά το γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ συνιστά την «πύλη εισόδου» της υγειονομικής μεταρρύθμισης, καθίσταται σαφές ότι το εγχείρημα αυτό χρειάζεται σοβαρή επανεξέταση για την διασφάλιση της βιωσιμότητας και της εύρυθμης λειτουργίας του. Όπως ήδη έχει αναφερθεί, η συγκρότηση μιας μορφής δημόσιου μονοπωλίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας δεν διασφαλίζει την αποδοτικότητα του συστήματος. Το μονοπώλιο κρίνεται ασθενές και μη αποδοτικό και οι δυνητικές οικονομίες οι οποίες αναμένονται, δεν αποσκοπούν στην επίτευξη αποδοτικότητας, γεγονός το οποίο θα επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών, στο σύστημα υγείας, αλλά και στην οικονομία της χώρας.

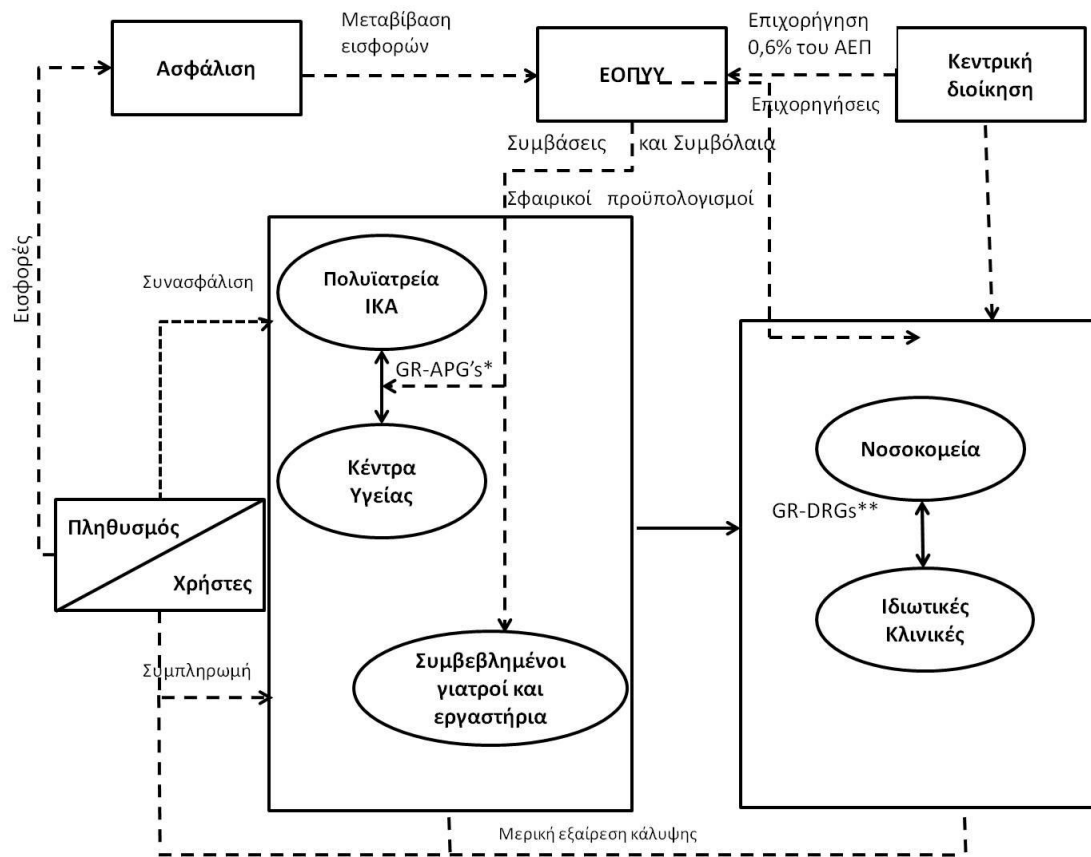
Γι αυτό το λόγο, η ανάληψη πρωτοβουλίας για την οργανωτική και διοικητική συγκρότηση του οργανισμού, αλλά και για τις κύριες πλευρές της ασφαλιστικής πολιτικής είναι αναγκαία. Όπως ήδη έχει επισημανθεί, η μονοπωλιακή δύναμη του νέου φορέα ασκείται σχεδόν αποκλειστικά προς την κατεύθυνση περιστολής της δαπάνης και δεν έχει επιδράσει στην αναζήτηση της αποδοτικότητας. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην αδυναμία του υπάρχοντος μονοπωλίου να προσδιορίσει τιμές οι οποίες αντανακλούν την ποσότητα και την ποιότητα, των προς αποζημίωση, αγαθών και υπηρεσιών υγείας, λόγω καθυστέρησης του ΕΟΠΥΥ να δημιουργήσει ένα κατανοητό σύστημα κωδικοποιημένων ιατρικών πράξεων. Το σύστημα το οποίο δημιούργησε ο ΕΟΠΥΥ έφερε αναστάτωση στους ιατρούς οι οποίοι για κάθε πράξη τους, έπρεπε να χρησιμοποιούν και ένα κωδικό. Πολλές φορές υπήρξε ασυνεννοησία για την αντιστοίχιση των πράξεων με το κωδικό που έπρεπε να χρησιμοποιήσουν.

Ωστόσο η εισαγωγή τιμών, δηλαδή το Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο (ΚΕΝ) θεωρείται απαραίτητη για την αποδοτική κατανομή των πόρων μια ενδεχόμενη άμεση εφαρμογή της απειλεί την βιωσιμότητα των δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας (κέντρα, πολυϊατρεία, νοσηλευτικά ιδρύματα) καθώς προκαλεί την άρση της

«κρατικής προστασίας» την οποία απολαμβάνουν, και θέτει υπό αμφισβήτηση την ικανότητα τους να ανταποκριθούν σε ένα ανταγωνιστικό περιβάλλον. Το Κλειστό Ενοποιημένο Νοσήλιο είναι η αντιστοίχιση της ιατρικής πράξης που προαναφέραμε με τη τιμή της. Η εισαγωγή αυτών των τιμών, προϋποθέτει αλλά και επιβάλλει την αποδοτική λειτουργία των δημοσίων οργανισμών υγείας, καθώς ένα σύστημα τιμών καθιστά τις δομές αυτές υπεύθυνες για τον ετήσιο προϋπολογισμό τους, πράγμα το οποίο κρίνεται εξαιρετικά δυσχερές, δεδομένης της τρέχουσας αναποτελεσματικής λειτουργίας τους υπό συνθήκες αντιοικονομικών κλίμακας και φάσματος, αλλά και των δύσκαμπτων και γραφειοκρατικών μεθόδων διοίκησης και διαχείρισης. Με αποτέλεσμα η άμεση εισαγωγή τιμών (KEN) να είναι δυσχερής και μπορεί να οδηγήσει στη διόγκωση των ελλειμμάτων ιδίως των νοσηλευτικών ιδρυμάτων πολλά από τα οποία εμφανίζουν χαμηλή αποδοτικότητα πράγμα το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε αναγκαστική και μη ευκαταία αναδιάρθρωση δια μέσου περικοπών, συγχωνεύσεων και ακόμη στην αναγκαστική διακοπή λειτουργίας.

Η προσέγγιση η οποία προτείνεται είναι η αλλαγή της δομής της αγοράς υπηρεσιών υγείας η οποία διαμορφώνεται από την παρουσία του ΕΟΠΥΥ δια μέσου της απομάκρυνσης από το ασθενές εγχείρημα του μονοπωλίου και την μετακίνηση προς τη συγκρότηση ενός λειτουργικού συμβολαιακού διμερούς μονοπωλίου μεταξύ του οργανισμού και του συνόλου των προμηθευτών πρωτοβάθμιας περίθαλψης της χώρας (πολυϊατρεία, κέντρα υγείας, συμβεβλημένοι γιατροί) μέσω συμβολαίων και προγραμματικών συμβάσεων (Διάγραμμα 3.1).

Διάγραμμα 3.1 Οργανωτικό πλαίσιο και χρηματοδοτική ροή σε συνθήκες διμερούς μονοπωλίου (προοπτική εξέλιξη)



Πηγή: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2012

Εξ άλλου η μακροχρόνια εμπειρία των πολυιατρείων του ΙΚΑ και των κέντρων υγείας του ΕΣΥ συνιστά ένα συγκριτικό πλεονέκτημα επί του οποίου η ανασυγκρότηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μπορεί να έχει άμεσα αποτελέσματα σε υγειονομικούς και οικονομικούς όρους. Οι Μονάδες Υγείας του νέου ΕΟΠΥΥ θα υπαχθούν σε έναν ενιαίο φορέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ), ο οποίος θα ενσωματώνει ταυτόχρονα τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ. Ο Φορέας αυτός θα είναι υπεύθυνος για την εποπτεία, τη λειτουργία και τη χρηματοδότηση τους. Δηλαδή μετατρέπουν τον ΕΟΠΥΥ σε αποκλειστικό αγοραστή υπηρεσιών Υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα. Σε ένα μεγάλο δηλαδή ασφαλιστικό Οργανισμό Υγείας, με διοικητική αυτοτέλεια και οικονομική βιωσιμότητα. Κατά συνέπεια, είναι αναγκαίο να εξετασθεί η συμβολαιακή υπαγωγή των κέντρων υγείας Στο εγχείρημα αυτό και ταυτόχρονα η

ανασυγκρότηση των σημείων διανομής πρωτοβάθμιας φροντίδας (>600) τα οποία ελέγχονται από το κράτος υπό καθεστώς κλειστών προϋπολογισμών σε συνθήκες εσωτερικού ανταγωνισμού, ώστε οι εισροές (ανθρώπινοι, οικονομικοί και τεχνολογικοί πόροι) να αντιστοιχούν σε ανάλογες εκροές, οι οποίες είναι αναγκαίο να αξιολογούνται συστηματικά. Στο σχήμα αυτό, θα ήταν χρήσιμο να συνδεθεί δια συμβολαίων ο μέγιστος δυνατός αριθμός συμβεβλημένων ιατρών ώστε να είναι δυνατή η ανάπτυξη ανταγωνιστικών συνθηκών. Ο ανταγωνισμός μετακινείται από τον ΕΟΠΥΥ προς το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προς τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ώστε η πρωτοβάθμια φροντίδα να είναι πιο αποτελεσματική.

### **3.2 Σωστός προϋπολογισμός και εσωτερικός ανταγωνισμός**

Η υπαγωγή των δομών της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε μια λειτουργική σχέση με τον ΕΟΠΥΥ είναι αναγκαίο να συνοδευθεί με την διασφάλιση τακτικής και πλήρους χρηματοδοτικής ροής των ασφαλιστικών εισφορών και της κρατικής επιχορήγησης. Το ύψος της οποίας παραμένει αδιευκρίνιστο λόγω των προβλημάτων δημοσιονομικής προσαρμογής. Επιπροσθέτως, και με την προϋπόθεση οργανωτικής και διοικητικής ανασυγκρότησης του νοσοκομειακού ιστού της χώρας, είναι αναγκαίο να εξετασθεί η μεταφορά του συνόλου των κρατικών επιχορηγήσεων στον ΕΟΠΥΥ και την αποζημίωση των νοσοκομείων με τη μέθοδο της προοπτικής χρηματοδότησης μόνο μέσω του ΕΟΠΥΥ. Πρόκειται για διορθωτικές αλλαγές που μπορούν να οδηγήσουν στη δίκαιη κατανομή και αποδοτική χρήση των πόρων<sup>9</sup>.

Ο καθορισμός του ύψους του ετήσιου προϋπολογισμού της εκάστοτε περιοχής οφείλει να λαμβάνει υπ' όψιν εκτός του μεγέθους του πληθυσμού και παράγοντες οι οποίοι δύνανται να αντανakλούν την ανάγκη για φροντίδα υγείας και κατ' επέκταση την πρόβλεψη της ζήτησης για υπηρεσίες υγείας. Στο δίκτυο του ΕΟΠΥΥ, εκτός των δημόσιων δομών (κέντρα υγείας και πολυϊατρεία), κρίνεται αναγκαία όπως ήδη έχει σημειωθεί η συμμετοχή του μεγαλύτερου δυνατού μέρους των συμβεβλημένων γιατρών για την εισαγωγή συνθηκών και εσωτερικού ανταγωνισμού δια μέσου της ελεύθερης επιλογής των χρηστών. Η αποζημίωση των δημόσιων μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας προτείνεται να ακολουθεί τη μέθοδο αποζημίωσης των Ομάδων Επισκέψεων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΟΕΠΦΥ), η οποία ενώ

---

<sup>9</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2012, *Ανασυγκρότηση και Χρηματοδότηση της Ασφάλισης Υγείας (Το Έγχειρμα του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.)*. Διαθέσιμο στο: <http://www.nsph.gr>

παράλληλα προϋποθέτει την ανακοστολόγηση και ανατιμολόγηση των ιατρικών πράξεων και παρεμβάσεων γεγονός το οποίο αποτελεί ανάγκη του συστήματος την δεδομένη στιγμή, αλλά ταυτόχρονα παρέχει τη δυνατότητα ελέγχου τόσο του όγκου των υπηρεσιών όσο και των τιμών στα πλαίσια κλειστών προϋπολογισμών .

Κατ' αναλογία οι συμβεβλημένοι γιατροί πρώτης επαφής (γενικοί γιατροί, παθολόγοι και ενδεχομένως γυναικολόγοι, καρδιολόγοι και παιδίατροι) αποζημιώνονται με βάση την κατά κεφαλήν αποζημίωση, με το ετήσιο εισόδημά τους να διαμορφώνεται αναλόγως των εγγεγραμμένων ασθενών, καθώς επίσης με πρόσθετα κριτήρια, τα οποία απομακρύνουν τα μειονεκτήματα της συγκεκριμένης μεθόδου και προάγουν την ισότιμη πρόσβαση των ασθενών ενισχύοντας την πρωτοβάθμια περίθαλψη ενώ ταυτόχρονα περιορίζουν τη διόγκωση της ζήτησης προς τα νοσοκομεία. Ο συνδυασμός της μεθόδου αποζημίωσης και του εσωτερικού ανταγωνισμού, ο οποίος αναπτύσσεται στη βάση ενός κλειστού προϋπολογισμού για γιατρούς πρώτης επαφής, προάγει την ελεύθερη επιλογή του ασθενή, μειώνει το κόστος χρόνου και χρήματος. Είναι παγκοσμίως γνωστό ότι το σύστημα αναδρομικής αποζημίωσης των νοσοκομείων με βάση το νοσήλιο (κλειστό-ανοικτό), έχει απορριφθεί διεθνώς επειδή ενοχοποιείται για τη μη αποδοτική κατανομή των πόρων, καθώς και για την πρόκληση πληθωρισμού ιατρικών πράξεων και τη δημιουργία ελλειμμάτων στην ασφάλιση υγείας.

Ο ΕΟΠΥΥ και γενικά η ασφάλιση υγείας κινδυνεύει να συνθλιβεί ανάμεσα στην κρίση χρηματοδότησης και την ασφυκτική κυριαρχία της πλευράς της προσφοράς και ιδιαίτερα της νοσοκομειακής τεχνολογικής περίθαλψης. Η υποτίμηση αυτού του φαινομένου οφείλεται μερικώς στο γεγονός ότι ο ΕΟΠΥΥ και η ασφάλιση αποζημιώνει τα νοσηλευτικά ιδρύματα με μειωμένες τιμές εξ αιτίας της ευθείας επιχορήγησης των νοσοκομείων από τον κρατικό προϋπολογισμό, πράγμα το οποίο προκαλεί αλλοίωση των τιμών και στρεβλή απεικόνιση των οικονομικών μεγεθών και ακύρωση των εργαλείων αποδοτικής διαχείρισης, ελέγχου και αξιολόγησης.

### **3.3 Χρηματοδότηση**

Η χρηματοδοτική ροή του ΕΟΠΥΥ όπως αυτή παρουσιάζεται στη παρούσα συγκυρία έχει ήδη τεθεί υπό αμφισβήτηση και εκφράζονται έντονες επιφυλάξεις για την εφαρμογή του αρχικού χρηματοδοτικού σχήματος. Δεδομένου πάντα της

οικονομικής κατάστασης της χώρας και του πρόχειρου σχεδιασμού του οργανισμού. Εκτός των τεχνικών ζητημάτων τα οποία έχουν σημειωθεί προηγουμένως, τίθενται και πολιτικά ερωτήματα σε διοικητικό και επιχειρησιακό επίπεδο, αλλά και σε επίπεδο διαπραγματεύσεων με το μηχανισμό δημοσιονομικής επιτήρησης και των αντιφάσεων τους οποίους περικλείει το πρόγραμμα δημοσιονομικής πειθαρχίας από τους δανειστές μας.

Η οικονομική βιωσιμότητα του ΕΟΠΥΥ προϋποθέτει την επανεξέταση ζητημάτων όπως το ύψος της κρατικής επιχορήγησης και πόσο εύκολο είναι να γίνει προσαρμογή των εισφορών στο 7,65%. Επίσης προϋποθέτει τη δυνατότητα πραγματοποίησης εσωτερικής ανακατανομής, η πραγματοποίηση της οποίας φέρει αμφιβολίες δεδομένου της πορείας της ελληνικής οικονομίας. Ήδη με την έναρξη λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ οι δυο βασικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης, κρατική επιχορήγηση και προσαρμογή ασφαλιστικών εισροών, έχουν καταρρεύσει σε σχέση με τον αρχικό σχεδιασμό.

Όμως είναι αναγκαία η διερεύνηση της υιοθέτησης πρόσθετων εναλλακτικών πηγών χρηματοδότησης μερικές από τις οποίες κατά καιρούς έχουν συζητηθεί στη χώρα μας και διεθνώς αλλά δεν είναι εύκολο να αυξήσουν την χρηματοδότηση του οργανισμού. Αξίζει να σημειωθεί, ότι ο προϋπολογισμός του ΕΟΠΥΥ, ύψους 5,5 δις ευρώ δεν είναι σε θέση να καλύψει τη δαπάνη υγείας των ασφαλισμένων ενώ συγχρόνως εμφανίζει σημαντικά προβλήματα ρευστότητας. Το κύριο βάρος του προϋπολογισμού αναφέρεται στη φαρμακευτική και τη νοσοκομειακή περίθαλψη, το οποίο σε συνδυασμό με το πρόβλημα της μικρής χρηματοδότησης ασκεί ασφυκτική πίεση στην υποστήριξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και της ανάγκης ανταπόκρισης στην ζήτηση ώστε να επιτευχθεί συγκράτηση προς τη δαπανηρή νοσοκομειακή περίθαλψη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### 4.1 Αποτέλεσμα έρευνας

Η συγκρότηση του ΕΟΠΥΥ, ενός ενιαίου φορέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, που θα διασφάλιζε 30 χρόνια μετά την πρώτη του εξαγγελία, την ισότιμη πρόσβαση των πολιτών σε μια αναβαθμισμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, απέχει πολύ από τις αρχικές προσδοκίες. Αυτή η εξέλιξη αποτυπώνεται στην έρευνα του Ινστιτούτου Μικρών Επιχειρήσεων της ΓΣΕΒΕΕ (ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ), που πραγματοποιήθηκε σε πανελλαδικό δείγμα 1200 ατόμων (800 ασφαλισμένοι & 400 συνταξιούχοι), από τις 14 έως 20 Μαΐου 2013, η οποία είχε στόχο να καταγράψει το επίπεδο ικανοποίησης των ασφαλισμένων και συνταξιούχων του ΟΑΕΕ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΓΝΩΜΗΣ (25 Ιουλίου 2013)

##### ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΙ & ΕΟΠΥΥ

Το βασικότερο εύρημα της έρευνας <sup>10</sup>, αποτελεί η δυσαρέσκεια για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ.

Συγκεκριμένα :

1. Σχεδόν οι 6 στους 10 ασφαλισμένους (58,1%) αξιολογούν ως χειρότερη τη παρεχόμενη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του Οργανισμού, σε σχέση με την κατάσταση προ σύστασης ΕΟΠΥΥ. Μόλις το 8,7%, θεωρεί ότι το επίπεδο των παροχών βελτιώθηκε.
2. Οι 3 στους 10 ασφαλισμένους (32,1%) δηλώνουν ότι πάντα πληρώνουν από τη τσέπη τους για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη τα τελευταία 1-2 χρόνια, ενώ συνολικά πάνω από τους 6 στους 10 ερωτηθέντες (65,1%), απαντά ότι έχει χρειαστεί να επιβαρυνθεί οικονομικά.
3. Σχεδόν οι μισοί ασφαλισμένοι του ΕΟΠΥΥ που συμμετείχαν στην έρευνα (54,1%), απαντούν ότι εάν δεν είχαν πρόσβαση στην περίθαλψη λόγω έλλειψης ασφαλιστικής ενημερότητας, θα αναγκάζονταν να πληρώσουν για τις ιατροφαρμακευτικές παροχές, ενώ μόλις οι 3 στους 10 (33,9%), θα είχαν

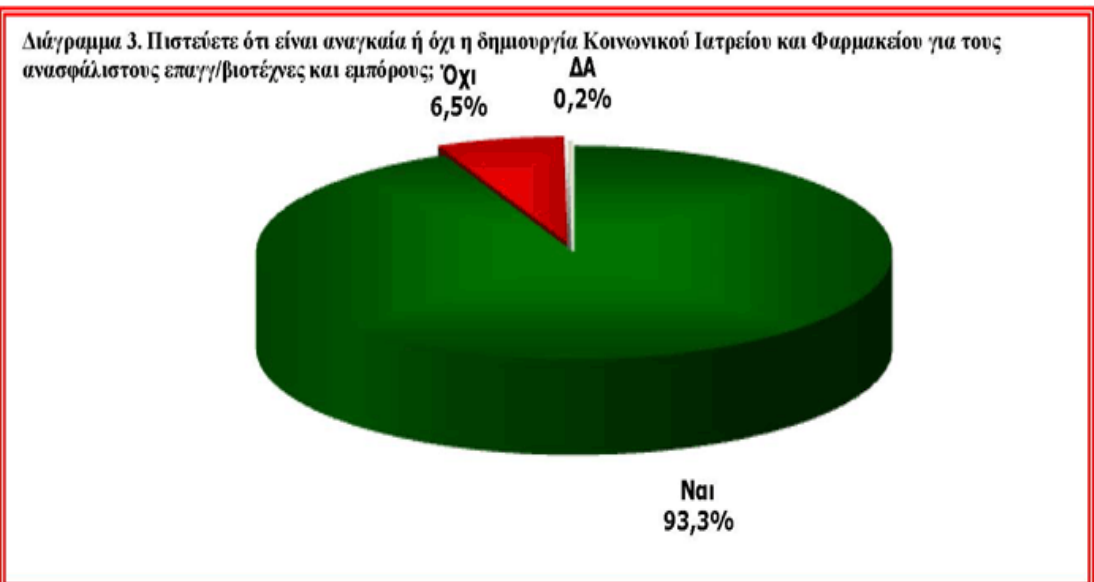
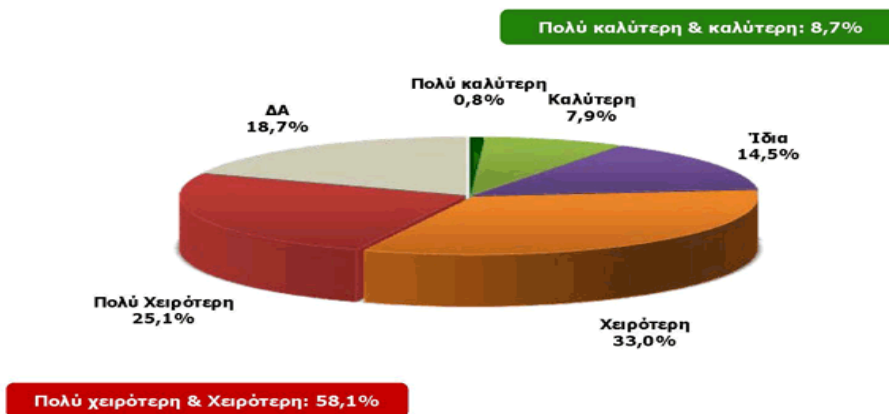
---

<sup>10</sup> *Ινστιτούτο Μικρών Επιχειρήσεων 2013, Διαθέσιμο στο: [www.eea.gr/system/uploads/asset/data/2902/EREYNA\\_GSEBEE.doc](http://www.eea.gr/system/uploads/asset/data/2902/EREYNA_GSEBEE.doc)*

τη δυνατότητα να καλύψουν τις ανάγκες τους μέσω ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.

4. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασφαλισμένων (93,3%), κρίνει αναγκαία τη δημιουργία Κοινωνικού Ιατρείου και Φαρμακείου για τους ανασφάλιστους επαγγελματιοβιοτέχνες και εμπόρους

**Πως κρίνετε το επίπεδο υπηρεσιών από τον ΕΟΠΥΥ (ιατρικές επισκέψεις, φάρμακα, εξετάσεις, κόστος κλπ) σε σχέση με την προ-ΕΟΠΥΥ κατάσταση;**



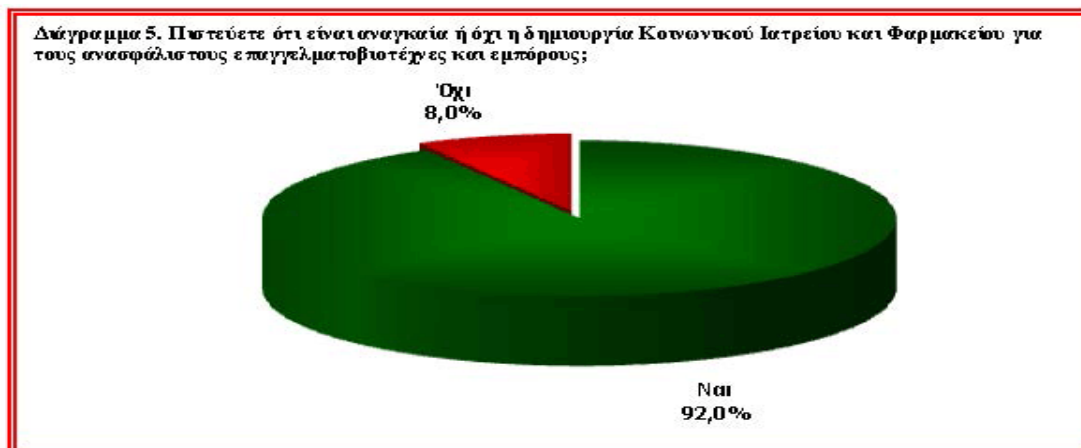
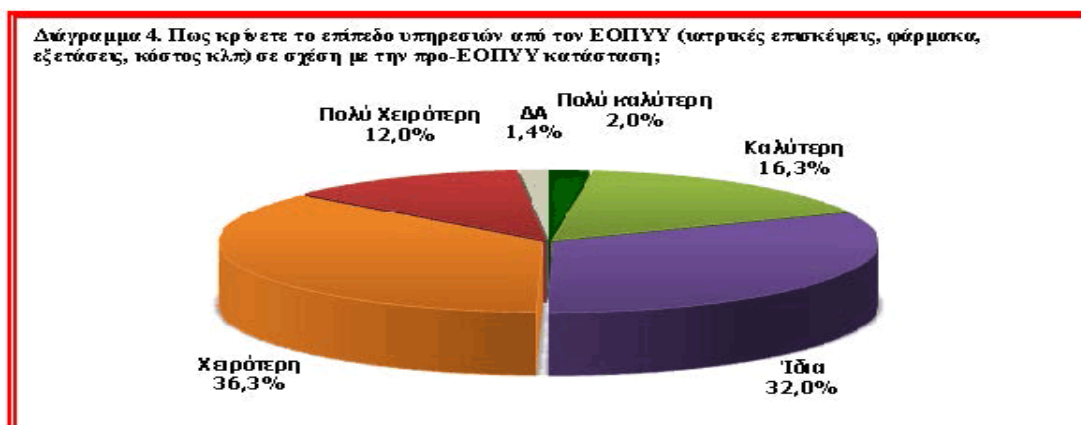


## ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΙ & ΕΟΠΥΥ

Σημαντικά συμπεράσματα αντλούνται και από την ειδική έρευνα στους συνταξιούχους που προστρέχουν στις υπηρεσίες του Οργανισμού.

Συγκεκριμένα :

1. Μόλις το 18,3% των ερωτηθέντων συνταξιούχων αξιολογεί θετικά το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών του ΕΟΠΥΥ
2. 1 στους 2 συνταξιούχους (48,3%) κρίνει ως ανεπαρκή τη παροχή υπηρεσιών του ταμείου.
3. Πάνω από 1 στους 2 συνταξιούχους (53,6%), επιβαρύνθηκε οικονομικά για την εξασφάλιση της αναγκαίας ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
4. Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων της έρευνας (92%), εκτιμά ότι είναι αναγκαίο να υπάρξει Κοινωνικό Ιατρείο και Φαρμακείο για τους ανασφάλιστους επαγγελματιοβιοτέχνες και εμπόρους.



## ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

### ΕΟΠΥΥ & ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Το βασικό εύρημα της έρευνας είναι ότι ο “εξορθολογισμός” και το “νοικοκύρεμα” των οικονομικών της υγείας έχουν οδηγήσει στην απαξίωση της ιατρικής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Είναι γεγονός ότι στη μικρή διάρκεια λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ βλέπουμε να διαλύονται ακόμη και αυτές οι ανεπαρκείς δομές του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ και την κρίσιμη ώρα, που η πολιτική της εσωτερικής υποτίμησης καθιστά τη δημόσια και δωρεάν περίθαλψη επιτακτικότερη, οι δημόσιες δομές αποδιαρθρώνονται και συρρικνώνονται δραματικά. Εννιάμιση εκατομμύρια ασφαλισμένοι στριμώχονται κάτω από την ομπρέλα του ΕΟΠΥΥ σε ένα σύστημα με λιγότερους γιατρούς, μειωμένες παροχές, μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση των ασθενών και έναν ελλειμματικό στην πράξη προϋπολογισμό.

Αναλυτικά και σύμφωνα με την επεξεργασία των επίσημων στοιχείων του Οργανισμού:

- Από τα 6,73 δις ευρώ που είχαν προϋπολογιστεί ως έσοδα για το 2012, μπήκαν τελικά στα ταμεία του Οργανισμού 5,655 δις ευρώ. Πρόκειται δηλαδή για υστέρηση εσόδων περίπου 1,1 δις ευρώ. Αυτή η εξέλιξη οφείλεται κατά κύριο, αν όχι αποκλειστικό λόγο, στην δραματική υστέρηση εισφορών κατά το 2012, οι οποίες από 4,634 δις που είχαν προϋπολογιστεί, εισπράχθηκαν τελικά 2,237 δις. Απώλεια που αγγίζει τα 1,4 δις ευρώ.
- Την ίδια ώρα οι δαπάνες του Οργανισμού για το 2012 ξεπερνούσαν τα 7 δις ευρώ. Αξιοσημείωτη υπέρβαση στο σκέλος των δαπανών είναι η δαπάνη για τις διαγνωστικές εξετάσεις, που από 347εκ. ευρώ έφτασε στα 486 εκ. ευρώ, καθώς και η δαπάνη για τις ιδιωτικές κλινικές που από τα προϋπολογισθέντα 583 εκ. ευρώ έφτασε τα 958 εκ. ευρώ.
- Αποτέλεσμα ήταν το συνολικό έλλειμμα του Οργανισμού για τη χρήση του 2012 να φθάσει τα 2,2 δις (Δεκέμβριος 2012). Από αυτά το μεγαλύτερο μέρος αφορά απλήρωτες υποχρεώσεις, που σαν πρακτική είναι σύνηθες να μεταφέρονται σε επόμενη χρήση, ενώ περίπου 900εκ.ευρώ αφορά ληξιπρόθεσμες οφειλές (από τη χρήση του 2012), που χρήζουν άμεσης εξόφλησης. Από τα 900 εκ. ευρώ ληξιπρόθεσμων

οφειλών, τα 563 εκ. ευρώ είναι προς τον ιδιωτικό τομέα και τα 331 εκ. ευρώ προς Φορείς της Γενικής Κυβέρνησης.

- Αντίστοιχα για το 2013 η δαπάνη προϋπολογίζεται ότι θα ξεπεράσει τα 7 ~7,5 δις ευρώ και σε αντίστοιχο επίπεδο κινούνται και τα προϋπολογισμένα έσοδα, λόγω της υποχρέωσης προς την Τρόικα για ισοσκελισμένους προϋπολογισμούς. Σε καμία ωστόσο περίπτωση αυτό το σενάριο δεν μπορεί να έχει ρεαλιστική βάση και αυτήν ακριβώς τη θέση – περί ανεφάρμοστου και «αντικοινωνικού» προϋπολογισμού – διατυπώνει μέχρι σήμερα η ΓΣΕΒΕΕ σε όλους τους τόνους..
- Δεν προκύπτει από πουθενά ότι τα έσοδα του Οργανισμού μπορούν να ξεπεράσουν το επίπεδο του 2012 (5,65 δις), ενώ και η δαπάνη σε ορισμένες κατηγορίες εμφανίζει περαιτέρω αυξητική τάση.
- Συγκεκριμένα, η προβολή της δαπάνης για τις ιδιωτικές κλινικές αναμένεται να κλείσει στα 813 εκ. ευρώ, πολύ πάνω από τα 520 εκ. ευρώ που έχουν προϋπολογιστεί για τον σχετικό κωδικό. Αντίστοιχα η δαπάνη για τα διαγνωστικά από 370 εκ. ευρώ, που έχει προϋπολογιστεί αναμένεται να ξεπεράσει τα 560 εκ. ευρώ.
- Μία προφανής εξήγηση για αυτήν την εξέλιξη υποστηρίζει, ότι για τις μεν κλινικές οι υπερχρεώσεις και η διασταλτική και πληθωριστική χρήση του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλείου αποτελούν βασική αιτία υπέρβασης της δαπάνης, ενώ για τα διαγνωστικά κέντρα η κύρια αιτία πρέπει να αναζητηθεί στην υπερ-συνταγογράφηση, που έχει προκύψει ως αποτέλεσμα και των παρά πολλών σημείων συνταγογράφησης (συμβεβλημένοι, πιστοποιημένοι γιατροί κλπ).
- Σε κάθε περίπτωση ωστόσο η όλη συζήτηση περί προκλητής ζήτησης είναι διφορούμενη και έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως ως αιτιολογική βάση σε όλες τις προσπάθειες μεταρρύθμισης (συνήθως συρρίκνωσης) των παροχών υγείας. Στην πραγματικότητα είναι πρακτικά αδύνατο να εξακριβωθεί κατά πόσο το όποιο επίπεδο ζήτησης αφορά πραγματικές και κατά πόσο προκλητές ανάγκες του πληθυσμού. Στις ανάγκες του Οργανισμού πρέπει να συνυπολογίσουμε και τους ασφαλισμένους των πρόσφατα ενταγμένων ταμείων, καθώς και το γεγονός ότι η εκτίμηση

για τις αναγκαίες δαπάνες γίνεται σύμφωνα με το υφιστάμενο επίπεδο παροχών, του οποίου η επάρκεια είναι προφανές ότι χρήζει επανεξέτασης.

- Γίνεται σαφές ότι για το δεδομένο επίπεδο υπηρεσιών και παροχών (βάσει και του τροποποιημένου προς τα κάτω Ενιαίου Κανονισμού Παροχών) το ελάχιστο ύψος δαπάνης, προκειμένου να «βγαίνει» η χρονιά στον ΕΟΠΥΥ (σε περίοδο δημοσιονομικής προσαρμογής) είναι τουλάχιστον 7 δις ευρώ σύμφωνα με την έρευνα της ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ.

Η απώλεια εσόδων από τη συρρίκνωση της εργασίας, δεν μπορεί να οδηγήσει σε αναζήτηση ισοδύναμων μέσω συρρίκνωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Είναι επιβεβλημένη η αναπλήρωση των όποιων χρηματοδοτικών διαρροών μέσω αύξησης της κρατικής χρηματοδότησης, είτε/και μέσω αναζήτησης πρόσθετων πόρων για τη χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας. Επιπλέον, η υλοποίηση από τη ΓΣΕΒΕΕ του αιτήματος της συντριπτικής πλειοψηφίας ασφαλισμένων και συνταξιούχων στον ΟΑΕΕ για λειτουργία Κοινωνικού Ιατρείου και Φαρμακείου το αμέσως επόμενο χρονικό διάστημα, σε καμία περίπτωση δεν πρόκειται και δεν μπορεί να υποκαταστήσει τον ρόλο και την ευθύνη του ΕΟΠΥΥ στην άσκηση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Μετά από τέτοια διεξοδική ανάλυση για τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας αξίζει να δούμε και τις απόψεις πολιτών, πολιτικών και ανθρώπων που τους αφορά τα προβλήματα του οργανισμού. Σας παραθέτουμε τα στοιχεία όπως τα βρήκαμε και ειπώθηκαν.

Για τον ΕΟΠΥΥ μίλησαν στην εφημερίδα «κυριακάτικη δημοκρατία» οι εξής:

Ο κ. Μάριος Σαλμάς (Αναπληρωτής Υπουργός Υγείας) δήλωσε ότι η ιδέα της δημιουργίας ενός ενιαίου ταμείου υγείας της κοινωνικής ασφάλισης θα είχε ενδιαφέρον και ταυτόχρονα αποτέλεσμα, εάν τηρούνταν μερικές αρχές και σχεδιάζονταν λιγότερο πρόχειρα. Στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ αποφασίστηκε η αναβάθμιση και εξίσωση προς τα πάνω των παρεχόμενων υπηρεσιών, με ταυτόχρονη υποβάθμιση των διαθέσιμων πόρων. Δηλαδή, ενώ από την ύφεση και τη δημοσιονομική κρίση προέκυπτε δραστική απώλεια εσόδων, εισφορών και κρατικής επιχορήγησης, στο ασφαλιστικό σύστημα συμφώνησαν γενναίες παροχές που όμως

κανείς δεν είχε προβλέψει πώς θα καλυφθούν. Ο Οργανισμός αυτός, ενώ είναι ο δεύτερος μεγαλύτερος στην Ευρώπη, δεν γνωρίζει ποιόν καλύπτει. Το ασφαλιστικό σύστημα δεν έχει μητρώο ασφαλισμένων. Αναφορικά με την εξέλιξη του προϋπολογισμού του, ο ΕΟΠΥΥ έχει συμβασιοποιήσει υποχρεώσεις που ξεπερνούν κατά πολύ τα έσοδά του. Αυτό δημιουργεί αδυναμία εξόφλησης του συνόλου των δαπανών.

Ο κ. Κώστας Λουράντος (Πρόεδρος Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής) δήλωσε ότι δεν νομίζει να υπάρχει έστω και ένας πολίτης αυτής της χώρας που να μην έχει αντιληφθεί ότι ο ΕΟΠΥΥ στήθηκε στο γόνατο, μόνο και μόνο για να ικανοποιηθεί το αίτημα της τρόικας. Χωρίς χρηματοδότηση, αυτό το πείραμα ήταν καταδικασμένο από την αρχή να αποτύχει. Το λέγαμε από την αρχή, βλέπανε τα λουκέτα που έρχονταν στον κλάδο τους. Εκτός από τα υπερχρεωμένα φαρμακεία, είναι και οι πολίτες που υποφέρουν από τις ελλείψεις σκευασμάτων.

Ο κ. Γιώργος Πατούλης (Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών) δήλωσε ότι πρώτος ο Ιατρικός Σύλλογος, τον Δεκέμβριο του 2010, είχε δηλώσει ότι είναι σύμφωνος με τη συνένωση των ταμείων, ώστε όλοι οι ασφαλισμένοι να έχουν ισότιμη πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Περίθαλψης. Ωστόσο ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών ήταν αντίθετος με τον πρόχειρο τρόπο που άρχισε να στήνεται. Οι συμβολικές καταλήψεις στο υπουργείο Υγείας τον Νοέμβριο του 2011 είχαν στόχο να αναδείξουν το θνησιγενές μόρφωμα που είχε αρχίσει να δημιουργείται και να αφυπνίσει το υπουργείο Υγείας και την ηγεσία του ΕΟΠΥΥ, που το μόνο που είχαν στο μυαλό τους ήταν οι εκλογές του 2012. Τα αποτελέσματα τα βιώνουμε σήμερα. Οι ασφαλισμένοι έχουν πολύ χαμηλότερο επίπεδο περίθαλψης από το επίπεδο του μέσου Ευρωπαίου πολίτη και πάρα πολλοί πάροχοι υγείας, φαρμακοποιοί, μικροβιολόγοι γιατροί αδυνατούν να πληρώσουν ακόμα και τα νοίκια τους.

Η κ. Ζωή Γραμματόγλου (Πρόεδρος του Συλλόγου Καρκινοπαθών Εθελοντών Φίλων Ιατρών) ισχυρίστηκε ότι είναι γεγονός ότι η ιδέα του ΕΟΠΥΥ ήταν να γίνει ένα ενιαίο ταμείο για να νοικοκυρευτεί το χάος με τα δεκάδες Ταμεία που είχε και το κράτος δεν ήξερε τι πλήρωνε, πόσους ασφαλισμένους είχε και πόσους δικαιούχους επιδομάτων. Κατά τη γνώμη της, εάν ο Οργανισμός είχε δημιουργηθεί πριν από την

οικονομική κρίση, τότε που λεφτά υπήρχαν, θα είχε πολλές πιθανότητες να πετύχει. Δυστυχώς ψάχνανε να βρουν λεφτά για να πληρώσουν τα φάρμακά τους, γιατί οι εταιρίες λένε στον ΕΟΠΥΥ: «Εάν δεν μας πληρώσεις, δεν πρόκειται να δώσουμε στα νοσοκομεία και τα φαρμακεία τα πανάκριβα σκευάσματα για τις χημειοθεραπείες».

#### **4.2 Δηλώσεις για τις εξελίξεις του ΕΟΠΥΥ κατά τη τελευταία περίοδο του 2013**

Ραγδαίες είναι οι εξελίξεις στο τομέα της υγείας κατά την τελευταία περίοδο του 2013. Πολλές αλλαγές αναμένονταν να συμβούν και ειδικά για τον ΕΟΠΥΥ. Σε αυτή την δύσκολη περίοδο άνθρωποι που σχετίζονται με τον χώρο της υγείας, μας παραθέτουν τη γνώμη τους σχολιάζοντας τις τρέχουσες εξελίξεις.

Σε κοινή γραπτή δήλωση προέβησαν την Δευτέρα 23 Δεκεμβρίου ο Α' αντιπρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΙΣ) Γιάννης Μπασκόζος και ο πρόεδρος της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (ΟΕΝΓΕ) Δημήτρης Βαρνάβας σχετικά με τις εξελίξεις στον διάλογο για τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Η κοινή δήλωση έχει ως εξής:

Στην πρώτη συνάντηση της διαπραγματευτικής ομάδας ΠΙΣ και ΠΟΣΕΥΠ ΕΟΠΥΥ έγιναν απολύτως σαφείς οι προθέσεις του υπουργού Υγείας και της κυβέρνησης. Θέλουν να διαλύσουν βίαια τον ΕΟΠΥΥ ως πάροχο υπηρεσιών υγείας για να αποτελέσει τη νέα δεξαμενή διαθεσιμότητας – απολύσεων και ταυτόχρονα να βαθύνουν την ιδιωτικοποίηση και εμπορευματοποίηση του συστήματος υγείας σε βάρος των πολιτών. Υπό το πρόσχημα της μεταρρύθμισης στην Υγεία επιχειρείται να υλοποιηθεί η μνημονιακή δέσμευση που έχει συμφωνήσει η κυβέρνηση με την τρόικα για 12.500 διαθεσιμότητες. Τα θύματα θα είναι οι γιατροί, οι εργαζόμενοι του ΕΟΠΥΥ και κυρίως η ελληνική κοινωνία.

Η μετατροπή του ΕΟΠΥΥ σε αποκλειστικά «αγοραστή» υπηρεσιών του ιδιωτικού τομέα υγείας, ανοίγει το δρόμο για την πλήρη υποβάθμιση της δημόσιας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Κι ενώ υποτίθεται ότι διεξάγεται διάλογος κατετέθη αιφνιδιαστικά τροπολογία από τον Υπουργό Υγείας που επιβάλλει την υποχρεωτική ένταξη όλων των γιατρών του ΕΟΠΥΥ στις Υγειονομικές Περιφέρειες σ' ένα σχήμα Πλήρους και Αποκλειστικής Απασχόλησης του ιδρυόμενου κλάδου

γιατρών ΠΕ, με αποδοχές όμως κατά πολύ μικρότερες των γιατρών του ΕΣΥ και αδιευκρίνιστα εργασιακά και ασφαλιστικά δικαιώματα, γεγονός που αποτελεί ευθύ εκβιασμό προκειμένου να εξωθήσει τους γιατρούς στο να αυτό-απολυθούν. Αν η κυβέρνηση ήθελε μεταρρύθμιση στην Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν θα διέλυε τα πάντα στο όνομα των «αλλαγών». Δεν θα χρησιμοποιούσε το μνημονιακό στόχο των απολύσεων-διαθεσιμότητας και την πάση θυσία δραματική μείωση των δαπανών υγείας, αλλά θα φρόντιζε για την ελεύθερη δωρεάν πρόσβαση όλων, ασφαλισμένων και ανασφάλιστων, στις δημόσιες δομές υγείας. Απεναντίας η κυβέρνηση επέβαλλε στους πολίτες να πληρώνουν όλο και περισσότερα για περίθαλψη, νοσηλεία και φάρμακα.

Ωστόσο η δημιουργία ολοκληρωμένου συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με κέντρα υγείας 24ωρης λειτουργίας, με οικογενειακούς γιατρούς και ομάδα υγείας, με λειτουργίες πρόληψης και αποκατάστασης, δεν διαλύει βίαια το υπάρχον σύστημα και δεν εξαθλιώνει υγειονομικούς και ασθενείς. Θα έπρεπε να αναβαθμίσει τις υπάρχουσες δομές, τα Εργαστήρια του ΙΚΑ – ΕΟΠΥΥ, να αξιοποιήσει το υπάρχον προσωπικό, να προσλάβει νέους γιατρούς Πλήρους και Αποκλειστικής Απασχόλησης και εξασφαλίζει μεταβατικό στάδιο για τους ήδη υπηρετούντες για να αποφασίσουν αν θέλουν να ενταχθούν, χωρίς απολύσεις και διαθεσιμότητες.

Εκείνο που έχει ανάγκη η κοινωνία σήμερα είναι ένα Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας που θα διασφαλίζει σε όλους τους κατοίκους της χώρας ευχερή πρόσβαση, χωρίς οικονομική επιβάρυνση του χρήστη υπηρεσιών υγείας, αξιοπρεπές, με διαφάνεια, με αυστηρές κυρώσεις σε όσους εκ των λειτουργιών του αποδεδειγμένα υπονομεύουν και επιβαρύνουν οικονομικά τον οργανισμό με ενέργειες εκτός νομιμότητας.

Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών δήλωσε ότι: Όχι στο νομοσχέδιο που ταλαιπωρεί γιατρούς και ασθενείς. Την απόσυρση του Νομοσχεδίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που κατατέθηκε στη Βουλή ζητά ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών, κάνοντας λόγο για πολλά κενά σε ένα ασαφές πλαίσιο στην Υγεία και στη Διαχείριση της Ασθένειας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών καλεί το Υπουργείο Υγείας να θέσει το κατατεθέν Σχέδιο Νόμου

σε διαβούλευση εκ νέου, εκτός Βουλής, και να το επαναπροσδιορίσει μέσα από ένα διάλογο με τους εκπροσώπους των Ιατρικών Συλλόγων και Φορέων της χώρας.

Στην έναρξη του δημόσιου Διαλόγου, ο ΙΣΑ προτείνει τα κάτωθι:

1) Για το κτίσιμο μιας Π.Φ.Υ. σε υγιείς βάσεις, ο ΙΣΑ τονίζει ότι οφείλουν να ληφθούν υπόψη οι πραγματικές καταστάσεις και η επάρκεια σε εξειδικευμένους γιατρούς που διαθέτει η χώρα μας, η αξιοποίηση των οποίων θα συμβάλει στην παροχή αποτελεσματικών και υψηλής ποιότητας Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας στους πολίτες.

2) Για να υλοποιηθεί η οποιαδήποτε πρόταση, οφείλει να έχει καταρτιστεί ο λεπτομερής Υγειονομικός Χάρτης της χώρας και να καταστεί σαφές πόθεν θα εξοικονομηθούν τα απαιτούμενα κονδύλια, πώς θα διαμορφωθούν οι συνολικές δαπάνες για την εφαρμογή και υλοποίηση της πρότασης και το ποια θα είναι η συμμετοχή του Κρατικού Προϋπολογισμού στη δαπάνη. Η μελλοντική χρηματοδότηση για την υλοποίηση της παρούσας πρότασης αποτελεί κυρίαρχο στοιχείο, το οποίο πρέπει να έχει διασφαλιστεί.

3) Αναλυτικότερα, στο άρθρο 4, ο νομοθετούμενος θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού, που αποτελεί το θεμέλιο λίθο του υπό ψήφιση νόμου για την Π.Φ.Υ., δεν εδράζεται στις πραγματικές προϋποθέσεις που επιβάλλεται να πληρούν οι ιατροί που νομοθετείται να τον στελεχώσουν. Επί 27.500 ιατρών που αριθμεί σήμερα ο Ι.Σ.Α., μόνον 299 (ποσοστό 1,1%) είναι κάτοχοι ειδικότητας Γενικού Ιατρού.

Και στο Νομοσχέδιο, ουδεμία αναφορά δε γίνεται στις διαδικασίες πρόσβασης ασφαλισμένων σε ειδικευμένους γιατρούς. Με αυτά τα αριθμητικά στοιχεία και δεδομένου ότι σήμερα η χώρα διαθέτει υψηλού επιπέδου ειδικευμένο και υπερεξειδικευμένο ιατρικό δυναμικό, στο οποίο οφείλει να στηριχτεί η Π.Φ.Υ., δεν ξεκαθαρίζεται ο θεμελιακός ρόλος που θα μπορούσαν να διαδραματίσουν στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας, στην ασφαλή διάγνωση, στην αποφυγή ταλαιπωρίας των ασθενών και σε οικονομίες κλίμακας. Αντί αξιοποίησης των ειδικών, η Ελλάδα κατέστη εξαγωγέας υψηλής στάθμης ιατρικού δυναμικού. Το 2012 μετανάστευσαν 1.802 γιατροί από τον Ι.Σ.Α.

4) Το Σχέδιο Νόμου αναλύεται κυρίως στα του Δ.Σ. του Ε.Ο.Π.Υ.Υ, τη Διοικητική Οργάνωση και την εν γένει δομή του Οργανισμού, πολύ περισσότερο από την ουσιαστική στελέχωση του ιατρικού δυναμικού στο σύστημα της Π.Φ.Υ.



5) Το εκτενέστερο κεφάλαιο του νομοσχεδίου αποτελεί το πλέον γενικόλογο και ασαφές σκοπίμως, που με βασικά εργαλεία την Κινητικότητα, Διαθεσιμότητα, Αξιολόγηση και άλλα, στοχεύει στις απολύσεις μερικών χιλιάδων ιατρών.

Και βέβαια αξιοπρόσεκτο είναι ότι στα Συμβούλια προσλήψεων-κρίσεων των Δ.Υ.Π.Ε, ουδεμία συμμετοχή εκπροσώπου του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου προβλέπεται.

6) Επίσης, το συγκεκριμένο Σχέδιο Νόμου, αντί να ανακόψει την έντονη τάση προς πλήρη εμπορευματοποίηση του αγαθού της υγείας, ενισχύει τη διαπιστωμένη ροπή προς εμπορία της ιατρικής. Και σε μία εποχή, που οι ακραίες συνθήκες αθέμιτου ανταγωνισμού μεταξύ των super markets της υγείας και των απλών διαγνωστικών εργαστηρίων των γιατρών, έχουν οδηγήσει τους μικρούς γιατρούς της γειτονιάς και τα μικρά εργαστήρια στο λουκέτο της ιατρικής και της ίδιας της ζωής τους.

7) Ο ΙΣΑ εμμένει στις διαχρονικές θέσεις του να μην απολυθεί κανείς γιατρός, οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να μην είναι αποκλειστικής απασχόλησης, να έχουν όλοι οι κάτοικοι της χώρας ισότιμο δικαίωμα στη δημόσια Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, να έχουν δικαίωμα συμβάσεων με τον ΕΟΠΥΥ όλοι οι γιατροί, να έχουν δικαίωμα εξέτασης από ειδικό γιατρό όλοι οι ασθενείς, χωρίς υποχρεωτικά να μεσολαβεί ο οικογενειακός γιατρός.

Τέλος, το Νομοσχέδιο που κάνει λόγο για ισότιμη πρωτοβάθμια περίθαλψη σε όλους τους πολίτες, δεν αναφέρει τίποτε για την τύχη των άπορων και των 3,5 εκατομμυρίων ανασφάλιστων πολιτών. Άγνωστα παραμένουν και τα δικαιώματα παροχών που θα έχει από το ταμείο του ο ασφαλισμένος πέραν των επισκέψεων του οικογενειακού του γιατρού, καθώς και η εύλογη ερώτηση αν θα μπορεί ο ασφαλισμένος να επισκεφθεί τους μέχρι σήμερα πιστοποιημένους θεράποντες γιατρούς του και να πάρει συνταγή ή παραπεμπτικό για τα φάρμακα και τις εξετάσεις του. Με δεδομένο ότι η χώρα δε διαθέτει πλέον την πολυτέλεια αλληπάλληλων μεταρρυθμίσεων που συνεπάγονται πάντα κάποιου κόστους, θεωρούμε ότι η παρούσα νομοθετική παρέμβαση επιβάλλεται να διασφαλίσει τη μέγιστη δυνατή συναίνεση των Ιατρικών Συλλόγων και Φορέων, δεδομένου ότι η Υγεία αποτελεί Εθνική Υπόθεση.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### 5.1 Συμπεράσματα

Σύμφωνα με την μελέτη μας και την έρευνα για τον ΕΟΠΥΥ καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

- Ο ΕΟΠΥΥ ιδρύθηκε χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο και αυτό είχε ως αποτέλεσμα, έναν φορέα χωρίς ταυτότητα, χωρίς σαφή υπαγωγή, χωρίς ενιαίο και συμπαγές θεσμικό πλαίσιο, δομή και τρόπο λειτουργίας. Τα σοβαρά αυτά προβλήματα αντανακλούν στην καθημερινή λειτουργία του Οργανισμού, αφού τον αναγκάζουν να αντιμετωπίζει τα συνεχή και πιεστικά ζητήματα χωρίς σαφή στρατηγική. Λειτουργεί χωρίς στρατηγική αφού κάθε καινούριος υπουργός προσπαθεί να υλοποιήσει τις ιδέες του πάνω σε ένα ήδη προβληματικό και υπερχρεωμένο οργανισμό που «αιμορραγεί από παντού».
- Η έλλειψη καταρτισμένου προσωπικού από τον οργανισμό δυσχαιρένει ακόμα περισσότερο την κατάσταση γιατί χωρίς τεχνογνωσία δεν μπορεί να ελεγχθεί και να λειτουργήσει σωστά.
- Η ανεπαρκής χρηματοδότηση επηρέασαν από την αρχή την λειτουργία του ΕΟΠΥΥ .
- Δεν υπάρχει διαλειτουργικότητα μεταξύ των μηχανογραφικών συστημάτων συνεπώς δεν υπάρχουν έγκυρα στοιχεία και κάθε περιφερειακή διοίκηση λειτουργεί με τα δικά της κριτήρια.
- Επίσης διάτρητο είναι το σύστημα ελέγχου δαπανών του ΕΟΠΥΥ. Δεν υπάρχει έλεγχος για την έγκριση νοσηλίων εξωτερικού αφήνει ελεύθερο το πεδίο σε αυθαιρεσίες, πλημμέλειες, ακόμη και έκνομες συμπεριφορές. Με συνέπεια δεκάδες εκατομμύρια ευρώ χάνονται κάθε χρόνο, καθώς στον Οργανισμό επικρατεί αδιαφάνεια, η οποία κατατρώει τους ολοένα και πιο μικρούς του πόρους. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη ενός αξιόπιστου ηλεκτρονικού συστήματος που να ελέγχει τις παροχές, τα έσοδα και τα έξοδα του οργανισμού για κάθε ασφαλισμένο .

Ωστόσο το αποτέλεσμα είναι, ότι τα Νοσοκομεία που έχουν ως βασικό πόρο για τα λειτουργικά τους έξοδα τα έσοδα από τα ασφαλιστικά ταμεία, σήμερα να μην μπορούν να ανταποκριθούν στις υποχρεώσεις τους και να παρατηρούνται

ελλείψεις σε φάρμακα και αναλώσιμα. Ακόμη λόγω ότι ο ΕΟΠΥΥ δεν πληρώνει τα φαρμακεία και οι ασφαλισμένοι λόγω της απόφασης των φαρμακοποιών να μην διαθέτουν φάρμακα με πίστωση αναγκάζονται να τα πληρώνουν από την τσέπη τους.

## **5.2 Βασικές Κινήσεις Αναδιάρθρωσης Οργανισμού – Η δημιουργία του Π.Ε.Δ.Υ.**

Κατά την άποψη μας, απαιτείται το συντομότερο δυνατό επανασχεδιασμός του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. από μηδενικής βάσεως, με την αποσαφήνιση κάποιων εννοιών όπως είναι η ταυτότητα του, οι στόχοι του καθώς επίσης και η μέθοδος δράσης του. Αυτό πραγματοποιήθηκε με την ψήφιση του νόμου 4238/2014 (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας, αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπές διατάξεις).

Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση, ο ΕΟΠΥΥ μετατρέπεται αποκλειστικά σε εθνικό ασφαλιστικό φορέα υγείας, καταργώντας τις παροχές υγείας, ενώ το ΠΕΔΥ θα αποτελεί την υγειονομική ομπρέλα των ασφαλισμένων του ΕΟΠΥΥ, καθώς κι ένα ενιαίο σύστημα πρωτοβάθμιας υγείας με καθολική πρόσβαση όλων στις δομές του. Κέντρα Υγείας και Πολυϊατρεία θα αποτελέσουν σε πρώτη φάση τον βασικό κορμό του ΠΕΔΥ, όπως έχει πει ο Α. Γεωργιάδης, ενώ κομβικό ρόλο θα έχει ο οικογενειακός γιατρός.

Γενικές αρχές του Π.Ε.Δ.Υ <sup>11</sup> είναι:

1. Το κράτος μεριμνά και εγγυάται την παροχή υπηρεσιών υγείας, μέσω της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία.
2. Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας(Ε.Σ.Υ.) δημιουργείται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας(Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.

---

<sup>11</sup> ΦΕΚ 4238/2014 Άρθρο 1

3. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη , ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση , μέσα από ένα καθολικό ,ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), που οργανώνεται και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος.

4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας :

α) Αποτελεί την πύλη εισόδου στο σύστημα υγείας , το πρώτο σημείο επαφής του πολίτη με το σύστημα υγείας.

β ) Παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

γ)Εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας που απαιτείται για τον πολίτη και την ιατρική πράξη σε όλα τα επίπεδα του συστήματος υγείας.

δ) Ανταποκρίνεται στις προσδοκίες των πολιτών, σέβεται την αυτονομία και την αξιοπρέπειά τους, στα πλαίσια των κανόνων της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.

5. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνουν:

α) Όλες τις σχετικές υπηρεσίες με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας - πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση-που δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσοκομείο.

β) την καθολική εφαρμογή εθνικού προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα.

γ) την παροχή πρώτων βοηθειών.

δ) την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας.

ε) την παραπομπή, παρακολούθηση και κατά περίπτωση συνδιαχείριση περιστατικών στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα.

στ) την τακτική παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα.

ζ) τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας, και φροντίδας στο σπίτι.

- η) τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας-παιδιού.
- θ) την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας.
- ι) τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.
- ια) την πρωτοβάθμια οδοντιατρική φροντίδα, με έμφαση στην προληπτική οδοντιατρική.
- ιβ) την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

### **5.3 Βασικές διαφορές του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. από το Π.Ε.Δ.Υ.**

Η ιατρική περίθαλψη 9 εκατομμύρια ασφαλισμένων αλλάζει με τη μετάβαση από τον ΕΟΠΥΥ στο ΠΕΔΥ (Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας). Το ΠΕΔΥ θα περιλαμβάνει τις Μονάδες Υγείας του ΕΟΠΥΥ και τα Κέντρα Υγείας, τα οποία θα λειτουργούν επτά ημέρες την εβδομάδα, 24 ώρες το 24ωρο.

Συγκεκριμένα, το ΕΣΥ διαχωρίζεται σε δύο υποσυστήματα παροχών υπηρεσιών υγείας: Το ΠΕΔΥ που θα παρέχει υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής φροντίδας στο σύνολο των Ελλήνων πολιτών. Οι υπηρεσίες θα παρέχονται από τα Κέντρα Υγείας, τα αστικά Κέντρα Υγείας και τις μονάδες υγείας του ΕΟΠΥΥ. Το ΔΕΔΥ περιλαμβάνει τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Τα Κέντρα Υγείας «περνάνε» στις υγειονομικές περιφέρειες και λειτουργούν ενιαία με τα πολυιατρεία του ΕΟΠΥΥ, τα οποία εξελίσσονται σε κέντρα υγείας αστικού τύπου. Ο ΕΟΠΥΥ από «πάροχος» και «αγοραστής» που είναι σήμερα μετατρέπεται σε «αγοραστή» υπηρεσιών υγείας, στα πρότυπα των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών. Οι βασικές αλλαγές είναι δύο: η καθιέρωση του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος είναι υποχρεωτικός για όλους τους ασφαλισμένους στον ΕΟΠΥΥ και η θέσπιση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΑΗΦΥ) <sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> *Ιστοσελίδα dikaiologitika. Διαθέσιμο στο [www.dikaiologitika.gr](http://www.dikaiologitika.gr)*

## Ο οικογενειακός γιατρός

Η πρόσβαση των ασφαλισμένων στη δευτεροβάθμια φροντίδα γίνεται μετά την επίσκεψη στον οικογενειακό γιατρό. Ο οικογενειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για τον ασθενή και τη σύνταξη του φακέλου του και θα επιλεγεί από τον ίδιο τον ασθενή από λίστες που θα έχουν δοθεί στη δημοσιότητα μέχρι το πρώτο δεκαπενθήμερο του Μαΐου, σύμφωνα με το σχεδιασμό. Ο οικογενειακός γιατρός που θα επιλέξει ο κάθε ασφαλισμένος οφείλει να ανήκει στην υγειονομική περιφέρεια που ανήκει και ο ασφαλισμένος, αλλά ο γιατρός διατηρεί το δικαίωμα να αρνηθεί την ανάληψη του ασθενή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους.

Ο κάθε ασφαλισμένος μπορεί να αλλάξει τον οικογενειακό του γιατρό μία φορά κάθε χρόνο, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο οικογενειακός γιατρός. Η επιλογή του οικογενειακού ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα. Ο οικογενειακός γιατρός θα παρέχει δωρεάν τις υπηρεσίες του στον πολίτη, καθώς θα αμείβεται από το δημόσιο σύστημα Υγείας. Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.

## Πού εμπλέκεται ο οικογενειακός γιατρός

Μέχρι σήμερα, ο ασφαλισμένος έκλεινε απευθείας ραντεβού ώστε επισκεφθεί είτε τον γιατρό του ΕΟΠΥΥ είτε να κλείσει ραντεβού σε συμβεβλημένο γιατρό του Ταμείου είτε να πάει στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Τώρα θα πρέπει να απευθύνεται στον οικογενειακό γιατρό που θα αποτελεί το σταθερό σημείο αναφοράς του, καθώς θα είναι υπεύθυνος να εκτιμήσει την κατάσταση, να προσανατολίσει τον ασθενή.

Κατ' αρχάς, έχει τη δυνατότητα να κάνει πρώτος διάγνωση και να δώσει θεραπεία για το πρόβλημά του ασθενή ή να τον παραπέμψει σε άλλον γιατρό, για εξετάσεις σε κάποιο κέντρο ή νοσοκομείο. Ο γιατρός ειδικότητας απαραίτητης, σε περίπτωση χρόνιου προβλήματος του ασθενή, θα συνεχίσει να παρακολουθεί τον ασθενή, αλλά ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να υπογράψει το παραπεμπτικό σ' αυτόν, μιας και είναι πλέον ο υπεύθυνος για ολόκληρο τον ιατρικό φάκελο του

ασθενή και θα πρέπει να γνωρίζει το πρόβλημα. Όσοι έχουν ήδη δικό τους γιατρό ειδικότητας για κάποια πάθησή τους, θα πρέπει να ενημερώσουν και τον οικογενειακό γιατρό. Με το νέο σύστημα, ο ασθενής θα παίρνει τηλέφωνο τον οικογενειακό γιατρό του και θα του περιγράφει την κατάσταση που αντιμετωπίζει. Εκείνος, βλέποντας παράλληλα το ιστορικό και έχοντας την πλήρη εικόνα του ασθενούς του, θα μπορεί όχι μόνο να τον παραπέμψει στην κατάλληλη ειδικότητα αλλά και να κρίνει εάν και πόσο επείγον περιστατικό είναι, να κρίνει εάν θα τον δει ο ίδιος εκείνη τη στιγμή ή θα τον παραπέμψει σε κάποιο Κέντρο Υγείας Αστικού Τύπου <sup>13</sup>.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο οικογενειακός γιατρός δεν είναι υποχρεωμένος να παραπέμψει τον ασθενή σε γιατρό ειδικότητας, αλλά έχει το δικαίωμα να προτείνει ο ίδιος θεραπεία. Μόνο εκείνος κρίνει αν χρειάζεται παραπομπή σε Μονάδα Υγείας ή νοσοκομείο, κάτι που έχει προκαλέσει μεγάλο σκεπτικισμό στον ιατρικό κόσμο. Σύμφωνα με το νόμο για τον οικογενειακό γιατρό, εκείνος παρέχει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας ώστε να διασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Ειδικότερα ο οικογενειακός γιατρός:

Αναλαμβάνει τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των εμβολιασμών, καθώς και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης. Συμβουλεύει, υποστηρίζει, προσανατολίζει και καθοδηγεί υπεύθυνα τον ασθενή και την οικογένεια μέσα στο σύστημα υγείας.

Επιμελείται της παραπομπής των πολιτών στα άλλα επίπεδα περίθαλψης. Ο αριθμός και το είδος των παραπομπών, καθώς και το είδος των εξετάσεων αλλά και των δοκιμασιών που εξυπηρετούν προληπτικές δραστηριότητες οφείλουν να ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές με βάση τα διεθνή πρότυπα.

Επιμελείται της δημιουργίας και τήρησης του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογο του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και την αποτελεσματικότητά της.

---

<sup>13</sup> *Ιστοσελίδα dikaiologitika. Διαθέσιμο στο [www.dikaiologitika.gr](http://www.dikaiologitika.gr)*

Οι λεπτομέρειες της εφαρμογής του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας καθορίζονται, όπως ορίζει ο νόμος, με απόφαση υπουργού.

### Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ)

Στο πρώτο του ραντεβού με τον ασθενή, ο οικογενειακός γιατρός είναι υποχρεωμένος να καταγράψει ψηφιακά όλο το ιατρικό ιστορικό. Ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ) αποτελεί ένα νέο θεσμό που θα ισχύει μοναδικά για κάθε ασφαλισμένο, θα περιέχει όλο το ιατρικό ιστορικό του ασφαλισμένου και θα ενημερώνεται ηλεκτρονικά.

Οι οικογενειακοί γιατροί που θα στελεχώσουν το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) θα ενημερώνουν διαρκώς τον εν λόγω φάκελο, ο οποίος θα ακολουθεί τον ασθενή σε κάθε του βήμα, σε κάθε εξέταση ή επίσκεψη σε γιατρό και ο κάθε αποκλειστικός γιατρός του ΠΕΔΥ λαμβάνει την υποχρέωση να ενημερώσει το φάκελο για να γνωρίζει την εξέλιξη στις εξετάσεις και γενικότερα στην υγεία του κάθε ασθενή ο οικογενειακός γιατρός.

Σύμφωνα με τον νόμο, ο Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΑΗΦΥ) θα αποτελείται από ιατρικές πληροφορίες που παράγονται σε οποιονδήποτε φορέα παροχής υπηρεσιών Υγείας, ακόμη και σε ιδιωτικό φορέα. Στον Ατομικό Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας θα καταγράφονται και οι υποχρεωτικές προληπτικές εξετάσεις, που θεσπίζονται για όλους τους ασφαλισμένους, αλλά θα γίνονται μόνο ανά ορισμένο χρονικό διάστημα.

### Εισαγωγή σε νοσοκομείο - Έκτακτα περιστατικά – Ανασφάλιστοι

Η διαδικασία που θα μπορεί κάποιος να απευθυνθεί στα νοσοκομεία που θεωρούνται δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες μονάδες Υγείας αφού θα χρειάζεται υποχρεωτικά παραπεμπτικό από τον οικογενειακό γιατρό. Για παράδειγμα, για κάθε προγραμματισμένη επέμβαση του ασθενή θα πρέπει ο οικογενειακός γιατρός να έχει κανονίσει το ραντεβού και να προτείνει γιατρό ειδικότητας για την επέμβαση.

Εάν ο ασφαλισμένος έχει ένα έκτακτο περιστατικό, θα μπορεί να πάει απευθείας στο γιατρό ειδικότητας, αλλά ο ειδικός γιατρός που θα εξετάσει τον ασθενή θα ενημερώσει για τη διάγνωση τον οικογενειακό γιατρό. Αντίστοιχα, αν του



συμβεί κάτι άλλο έκτακτο, όπως ένα τροχαίο ατύχημα, θα δεχθεί κανονικά τη νοσηλεία και κατόπιν θα ενημερωθεί και ο οικογενειακός γιατρός.

Για πρώτη φορά οι ανασφάλιστοι θα έχουν ακριβώς τα ίδια δικαιώματα με τους ασφαλισμένους, αφού θα έχουν και αυτοί υποχρέωση επιλογής οικογενειακού γιατρού αλλά δεν θα έχουν την ασφαλιστική κάλυψη σε παροχές υγείας. Οι ασφαλισμένοι των άλλων ταμείων που δεν εντάσσονται στον ΕΟΠΥΥ δεν θα έχουν οικογενειακό γιατρό αφού δεν αφορά μόνο τους ασφαλισμένους του Οργανισμού.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας οφείλει να αποτελέσει υψηλή προτεραιότητα της υγειονομικής πολιτικής και να δομηθεί σε συνεργασία με την ανασυγκρότηση του ΕΟΠΥΥ και τη συμβολή της ασφάλισης στην επίτευξη των επιμέρους στόχων της.

Μετά από μία εκτενή και περιεκτική ανάλυση της δομής του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και της πορείας του από την ίδρυση του μέχρι τη μετεξέλιξη του σε Π.Ε.Δ.Υ. συμπεραίνουμε ότι το εγχείρημα ενός παρόχου και αγοραστή υγείας ταυτόχρονα δεν λειτούργησε.

Ο πρόχειρος σχεδιασμός του οργανισμού και η εξαναγκασμένη λειτουργία του για να μειωθούν τα έξοδα στο τομέα της υγείας, είχε ως αποτέλεσμα οι υπηρεσίες που παρείχε να μην ανταποκρίνονται στο στόχο ότι όλοι οι ασφαλισμένοι θα βρίσκονται κάτω από ένα ενιαίο φορέα με σκοπό τη δημόσια και δωρεάν υγεία.

Ο Υπουργός Υγείας Άδωνις Γεωργιάδης με το νέο εγχείρημα του Π.Ε.Δ.Υ προσπαθεί να επιτύχει αυτό που προαναφέραμε, δηλαδή, δημόσια και δωρεάν υγεία για όλους μειώνοντας ταυτόχρονα τα έξοδα των υπηρεσιών υγείας. Από τις αρχές του 2014 ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ παραμένει μόνο σαν αγοραστής υπηρεσιών υγείας από ιδιωτικούς και δημόσιους φορείς και εδραιώνεται ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού για την είσοδο των πολιτών στην δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.

Το αποτέλεσμα όλων αυτών των αλλαγών για τη χώρα μας είναι ότι οι πολίτες αυτή τη στιγμή βρίσκονται σε αναμονή, ελπίζοντας ότι θα έχουν τις αναγκαίες παροχές στον ιατροφαρμακευτικό και ταυτόχρονα στον ασφαλιστικό τομέα μιας και συνδέονται άμεσα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθανασάκης Κωνσταντίνος, Βαφειάδης Γιάννης, Γαρύφαλλος Αλέξανδρος, Γιαννίρη Σοφία, Δόλγερας Απόστολος, Καλύβας Δημήτρης, Κατσιμεντέ Κυριακή, Κοντός Δημήτρης, Κυριόπουλος Γιάννης, Μοσχονάς Άγγελος, Μπραβάκος Νικόλαος, Μυλωνά Κατερίνα, Πολίτη Αναστασία, Ρηγάτος Θεοφάνης, Σκρουμπέλος Αναστάσιος και Χροναίος Κωσταντίνος (2013). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας & ο ρόλος του ΕΟΠΥΥ - 4 Βήματα για τη μεταρρύθμιση. Ανακτήθηκε 19 Δεκεμβρίου, 2013, από

[http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/EOPYY\\_first%20draft%2015\\_10%20Final.pdf](http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/EOPYY_first%20draft%2015_10%20Final.pdf)

Βικιπαίδεια, Η Ελεύθερη Εγκυκλοπαίδεια (2014). Ανακτήθηκε 3 Μαΐου, 2014, από <http://el.wikipedia.org>

Γ. Πολλάλης (2010). Διαχείριση της ζήτησης υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ολοκληρωμένα συστήματα παροχής φροντίδας υγείας. Ανακτήθηκε 11 Ιανουαρίου, 2014, από [http://www.onassis.gr/enim\\_deltio/36\\_07/article\\_1.php](http://www.onassis.gr/enim_deltio/36_07/article_1.php)

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012). Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας «Το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ». Ανακτήθηκε 12 Φεβρουαρίου, 2014, από [http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy\\_meletes\\_toy](http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy)

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013). Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα ως πύλη εισόδου των διαρθρωτικών αλλαγών στην Υγεία. Ανακτήθηκε 20 Δεκεμβρίου, 2013, από [http://www.nsph.gr/files/009\\_Oikonomikon\\_Ygeias/%CE%97%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CF%89%CF%82%20%CF%80%CF%8D%CE%BB%CE%B7%20%CE%B5%CE%B9%CF%83%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85.pdf](http://www.nsph.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%97%20%CE%A0%CE%A6%CE%A5%20%CF%89%CF%82%20%CF%80%CF%8D%CE%BB%CE%B7%20%CE%B5%CE%B9%CF%83%CF%8C%CE%B4%CE%BF%CF%85.pdf)

Ινστιτούτο Μικρών Επιχειρήσεων (2013). Έρευνα για τον Ε.Ο.Π.Π.Υ. Ανακτήθηκε 25 Νοεμβρίου, 2013, από [www.eea.gr/system/uploads/asset/data/2902/EREYNA\\_GSEBEE.doc](http://www.eea.gr/system/uploads/asset/data/2902/EREYNA_GSEBEE.doc)

Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (2013). Εκτίμηση της Σημερινής Κατάστασης. Ανακτήθηκε 17 Ιανουαρίου, 2014, από [http://www.ish.gr/content/attachements.el/pis\\_11\\_12\\_2013.pdf](http://www.ish.gr/content/attachements.el/pis_11_12_2013.pdf)

ΦΕΚ ΤΕΥΧΟΣ Β ΑΡ. ΦΥΛΛΟΥ 2456/2011 (2011), Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο

ΦΕΚ 3054/2011 (2011), Άρθρο 5 – Άρθρο 2, Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο

ΦΕΚ 4238/2014 Άρθρο 1 (2014), Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο

Τι αλλάζει για όλους τους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ αναλυτικός οδηγός (2014). Ιστοσελίδα [dikaiologitika.gr](http://dikaiologitika.gr) 17 Φεβρουάριος. Ανακτήθηκε 20 Φεβρουαρίου 2014 από [www.dikaiologitika.gr](http://www.dikaiologitika.gr)