



# ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

## ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Από το ΙΚΑ στον ΕΟΠΥΥ, το χάσμα των ανισοτήτων στην ασφάλιση  
και τις παροχές Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

**Καρέλης Ανδρέας**  
Κοινωνικός Ανθρωπολόγος

- Επιβλέπων: **1. Κ. Τρομπούκης**, Επίκουρος Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Συνεπιβλέποντες: **2. Χρ. Λιονής**, Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- 3. Κ. Σουλιώτης**, Επίκουρος Καθηγητής Πολιτικής Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου





## Ευχαριστίες

Η δημιουργία αυτής της εργασίας δεν θα ήταν εφικτή δίχως την εκπαιδευτική καθοδήγηση και εξαιρετική βοήθεια του επιβλέποντά μου Επίκουρου Καθηγητή Ιστορίας Ιατρικής κ. Κων/νου Τρομπούκη. Τον ευχαριστώ θερμά για τις κατευθύνσεις του, την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και την βοήθειά του σε κάθε εμπόδιο που συνάντησα. Επίσης για την πρόσβαση που μου έδωσε στο Ερευνητικό Εργαστήριο Ιστορίας της Ιατρικής και Ιατρικής Δεοντολογίας από το οποίο άντλησα υλικό και βρήκα ενδιαφέροντα ιστορικά στοιχεία.

Ευχαριστώ την επιτροπή αξιολόγησης, τον διευθυντή σπουδών και τους καθηγητές μου που με τη μακρόχρονη διδασκαλία και γνώσεις τους, συνέβαλαν στην επιστημονική μου εξέλιξη.

Τέλος, θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω βαθιά την οικογένεια μου και τους φίλους μου για την ηθική και ψυχική συμπαράστασή τους όλα αυτά τα χρόνια.

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Από το ΙΚΑ στον ΕΟΠΥΥ, το χάσμα των ανισοτήτων στην ασφάλιση και τις παροχές Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

του: Ανδρέα Καρέλη

Υπό τη επίβλεψη του: Κ. Τρομπούκης, Επίκουρος Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ημερομηνία: Ιούνιος 2015

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα διαπιστώνουμε μείωση του επιπέδου των κοινωνικο-ασφαλιστικών παροχών. Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα συρρικνώνεται τα τελευταία χρόνια εξαιτίας κυρίως, του περιορισμού των δαπανών και του χαμηλού επιπέδου των παροχών.

Η παρούσα έρευνα δίνει μια εικόνα των ανισοτήτων που εμφανίζονται ολοένα και περισσότερο στον χώρο της Υγείας λόγω της εκτινασσόμενης ανεργίας αλλά και του αριθμού των μεταναστών, ομάδες οι οποίες εμφανίζονται να έχουν απομονωθεί από τους υγειονομικούς χώρους.

Στόχος της παρούσας έρευνας είναι να αναδειχθούν ιστορικά οι ανισότητες στην ασφάλιση και στις παροχές Υγείας στην Ελλάδα και οι οποίες έγιναν ιδιαίτερος εμφανείς με την οικονομική κρίση των τελευταίων ετών, μέσω μιας ιστορικής αναδρομής του ασφαλιστικού συστήματος διαχρονικά, με όλες τις παρεμβάσεις που έγιναν κατά καιρούς και τις κοινωνικές ανισότητες και αδικίες που δημιούργησαν στην κοινωνική διαστρωμάτωση.

Λέξεις κλειδιά: ανισότητες πρόσβασης σε δομές υγείας, ασφαλιστικές εισφορές, κοινωνική ασφάλιση, υπηρεσίες δημόσιας υγείας, κοινωνικές ανισότητες και υγεία, υγειονομική νομοθεσία.

## Abstract

Title: By IKA to EOPYY, the gap of inequalities in insurance and Health Services in Greece.

By: Andreas Karelis

Supervisor: K. Trompoukis, Assistant Professor of History of Medicine - Medical Ethics, Faculty of Medicine, University of Crete

Date: June, 2015

Recently in Greece we find a reduction in the level of social insurance benefits. The social security system in Greece is shrinking in the last years mainly due to the limitation of expenditure, and the low level of benefits.

This research gives a picture of the inequities that appear increasingly in the realm of health due to growing unemployment and the number of immigrants, groups that appear to have been isolated from health sites.

The objective of this research is to highlight historical inequities in Health benefits and insurance in Greece and which became particularly apparent with the economic crisis of recent years, through a historical retrospection of the social security system over time with all the speeches made at times and the social inequalities and injustices that they created in the social strata.

Key words: inequalities of access to health structures, insurance contributions, social insurance, public health services, social inequalities and health, health legislation

## Περιεχόμενα

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας .....	V
Abstract.....	VI
Κεφάλαιο 1 - Εισαγωγή .....	9
Κεφάλαιο 2 - Ορισμοί / Προσέγγιση.....	11
Κεφάλαιο 3 - Κοινωνικές επιδράσεις στην υγεία .....	15
Κεφάλαιο 4 - Θεσμικό πλαίσιο .....	19
Κεφάλαιο 5 - Νομοθετικό πλαίσιο .....	29
Ανασκόπηση προ ΕΣΥ .....	32
Κεφάλαιο 6 - Εθνικό σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) .....	35
Βασικοί άξονες του ΕΣΥ .....	39
Κεφάλαιο 7 - Οι ασφαλιστικές μεταρρυθμίσεις μετά ΕΣΥ 1992-2005 .....	41
Μορφή Ασφαλιστικού Συστήματος .....	42
Κεφάλαιο 8 - ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας).....	49
Κεφάλαιο 9 - Εισφορές Ασφαλιστικών Ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ .....	63
1.- ΙΚΑ (Ιδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων) .....	63
2.- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων) .....	63
3.- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών) .....	63
4.- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περιθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου) .....	64
5.- ΤΥΔΚΥ (Τομέας Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων) .....	65
6.- ΝΑΤ (Ναυτικό Απομαχικό Ταμείο).....	65
7.- ΤΑΥΤΕΚΩ (Ταμείο Ασθένειας Προσωπ. Οργαν. Κοινής Ωφέλειας) .....	66
8.- ΕΤΑΑ (Ελεύθεροι Επαγγελματίες) .....	69
9.- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (Ταμείο ασφαλίσεως υπαλλήλων τύπου).....	73
Κεφάλαιο 10 - Σύνοψη παροχών ΕΟΠΥΥ .....	75
Κοινωνική ασφάλιση.....	75
Φάρμακα .....	77
Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .....	78
Κεφάλαιο 11 - Ρυθμίσεις για τους ανασφάλιστους - Πρόσφατες εξελίξεις .....	81
Κεφάλαιο 12 - Ισχύον Ασφαλιστικό πλαίσιο .....	93
Συζήτηση.....	95
Συμπεράσματα .....	97
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία .....	101
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	102
Διαδικτυακές πηγές .....	104





## Κεφάλαιο 1 - Εισαγωγή

Η συνεχιζόμενη κρίση της οικονομίας με κύριες και δραματικές εκδηλώσεις την ύφεση και την ανεργία, οδηγεί στην μείωση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών και την αποδόμηση της κοινωνικής συνοχής. Παράλληλα η επιδείνωση των χρόνιων στρεβλώσεων στην αγορά υπηρεσιών υγείας, οδηγεί επίσης με ραγδαίο τρόπο στην *de facto* αποασφάλιση μεγάλου μέρους του πληθυσμού, γεγονός το οποίο ακυρώνει την αρχή της καθολικότητας στο σύστημα υγείας, προκαλεί στασιμότητα ή/και βλάβη στο επίπεδο υγείας και επιπροσθέτως διευρύνει τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία, ενώ ακόμη υποσκάπτει τη νομιμοποίηση του υγειονομικού τομέα και θέτει φραγμούς στην πρόσβαση του πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας.

Η παρούσα εργασία μέσω της ανασκόπησης της υφιστάμενης βιβλιογραφίας των διαθέσιμων μελετών, νόμων και πληροφοριών από διεθνείς οργανισμούς, επιχειρεί να παρουσιάσει και να αξιολογήσει ένα σύνολο ερευνών και παρατηρήσεων αναφορικά με την αμφίδρομη σχέση μεταξύ των ανισοτήτων και των Συστημάτων Υγείας.

Ο τίτλος της εργασίας περιλαμβάνει την παραδοχή ότι υφίστανται ανισότητες στην ασφάλιση και τις παροχές Υπηρεσιών Υγείας. Παρακάτω παρουσιάζεται μια συνοπτική νομοθετική αναδρομή των προσπαθειών που κατά καιρούς έχουν γίνει από την Πολιτεία, προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα των ανισοτήτων αυτών.



## Κεφάλαιο 2 - Ορισμοί / Προσέγγιση

### Κοινωνικές Ανισότητες & Υγεία

Το Περιφερειακό Γραφείο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την Ευρώπη, ζήτησε από μια ομάδα επιστημόνων να συνοψίσει τα αποδεικτικά στοιχεία σχετικά με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας, τα συμπεράσματα της οποίας δημοσιεύονται σε αρχείο του Π.Ο.Υ. (Παράρτημα Ευρώπης). Η μελέτη έδειξε ότι το επίπεδο της υγείας του Ευρωπαϊκού πληθυσμού καθορίζεται από τους εξής δέκα κοινωνικούς αλλά και τροποποιήσιμους παράγοντες: 1) την κοινωνική μας βαθμίδα, 2) το άγχος, 3) τα πρώτα χρόνια της ζωής μας, 4) τον κοινωνικό αποκλεισμό, 5) την εργασία, 6) την ανεργία, 7) την κοινωνική υποστήριξη, 8) τους εθισμούς, 9) την τροφή μας και 10) τις μεταφορές/μετακινήσεις μας (WHO, 2003).

Τι αποτελεί ισότητα στην υγεία;

Αν η ανισότητα στην υγεία είναι αθέμιτη και άδικη, τότε ποιο είναι το αντίθετο;

Ισότητα στην υγεία: Αυτή η έννοια είναι στενά συνυφασμένη με το κεντρικό νήμα των ανθρωπίνων δικαιωμάτων που διέρχεται μέσα από όλες τις διακηρύξεις του Π.Ο.Υ. από την ίδρυσή του - τη δεκαετία του 1940 - μέχρι και τα ψηφίσματα του 21<sup>ο</sup> αιώνα (WHO, 2013).

Το καταστατικό του Π.Ο.Υ (WHO, 1946) αναγνώρισε από το 1946 ότι «τα υψηλότερα πρότυπα υγείας πρέπει να είναι εφικτά από όλους, χωρίς διάκριση για λόγους φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής θέσης».

Απηχώντας αυτά τα συναισθήματα 60 χρόνια αργότερα, η ισότητα στην υγεία συνεπάγεται ότι ιδανικά ο καθένας θα έπρεπε να μπορούσε να επιτύχει το μέγιστο δυνατό στην υγεία και ότι κανένας δεν πρέπει να βρίσκεται σε μειονεκτική θέση που αναχαιτίζει αυτή του τη δυνατότητα, λόγω της κοινωνικής του θέσης ή άλλων κοινωνικά καθορισμένων περιστάσεων.

Αυτό αναφέρεται σε όλους ανεξαιρέτως και όχι μόνο σε συγκεκριμένες μειονεκτικές ομάδες που αποτελούν ένα τμήμα του πληθυσμού. Επομένως, οι προσπάθειες προαγωγής της κοινωνικής ισότητας στην υγεία έχουν ως στόχο τη δημιουργία ευκαιριών και την άρση εμποδίων για την επίτευξη της καλύτερης δυνατής υγείας από όλα τα μέλη του πληθυσμού. Περιλαμβάνουν την δίκαιη κατανομή των απαραίτητων για την υγεία πόρων, τη δίκαιη πρόσβαση στις διαθέσιμες ευκαιρίες και την ισότητα στην παρεχόμενη φροντίδα σε όλους όταν την χρειάζονται.

Το προσδοκώμενο αποτέλεσμα των προσπαθειών αυτών πρέπει να είναι η σταδιακή εξομάλυνση των συστηματικών διαφορών στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Ο απώτερος στόχος είναι η εξάλειψη των ανισοτήτων αυτών, εξισώνοντας προς τα άνω την υγεία όλων με αυτή των πιο ευνοημένων ομάδων.

Συνήθως, παρατηρείται μια κλιμακωτή, αν όχι ακόμα και γραμμική, φθίνουσα τάση στην κατάσταση υγείας όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνική θέση του ατόμου. Αυτό το φαινόμενο αναφέρεται ως κοινωνική διαβάθμιση (social gradient) (Marnot, 2004).

Η έννοια της ανισότητας στην πρόσβαση σε φροντίδα υγείας έχει αποτυπωθεί καλύτερα στον γνωστό «Νόμο της Αντίστροφης Φροντίδας» (Inverse Care Law) (Hart, 1971), ο οποίος αναφέρει ότι: «Η προσφορά ποιοτικής ιατρικής φροντίδας τείνει να είναι αντιστρόφως ανάλογη των αναγκών για φροντίδα υγείας στον πληθυσμό που εξυπηρετεί». Ο αυτοαποκαλούμενος αυτός νόμος διατυπώθηκε για πρώτη φορά από τον Tubor Hart μετά από επισκόπηση της κατάστασης που επικρατούσε στις περιοχές των ανθρακωρυχείων της Ουαλίας. Τόσο η χωροταξική κατανομή των υφιστάμενων δομών παροχής φροντίδας υγείας όσο και η ποιότητά τους, ήταν κατά πολύ χειρότερη στις φτωχότερες πόλεις, όπου διέμεναν οι ανθρακωρύχοι και οι οποίοι υπέφεραν από επαγγελματικές νόσους, από ότι στις εύπορες πόλεις όπου τα ποσοστά νοσηρότητας ήταν χαμηλότερα. Το πιο πάνω παράδειγμα της Ουαλίας αφορά κυρίως στη γεωγραφική πρόσβαση, δηλαδή, τη θέση ως προς το γεωγραφικό χώρο και συνεπώς την ουσιαστική διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας στις διάφορες περιοχές της χώρας. Μελέτες από όλη την Ευρώπη διαπίστωσαν την ύπαρξη μεγάλων διαφορών ως προς τη γεωγραφική πρόσβαση ανάμεσα στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Για παράδειγμα, στη Βόρεια Ευρώπη, και συγκεκριμένα στη Σουηδία, πρόσφατες μελέτες έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη μιας χωροταξικής συγκέντρωσης χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα στις εύπορες γειτονίες της Στοκχόλμης, ενώ παράλληλα ένα έλλειμμα σε ανάλογες υπηρεσίες σε γειτονίες χαμηλότερου εισοδήματος της ίδιας πόλης (Dahlgren, 1994).

Δυο άλλοι τύποι πρόσβασης είναι εξίσου σημαντικοί: η οικονομική και η πολιτισμική πρόσβαση. Ποια θα ήταν η χρησιμότητα της παρουσίας υπηρεσιών φροντίδας υγείας «στο κατώφλι του σπιτιού μας», αν δεν υπάρχει η οικονομική δυνατότητα να τις αξιοποιήσει κανείς; Αυτό περιγράφει την κατάσταση η οποία ισχύει στην περίπτωση πολλών από τους κατοίκους αστικών περιοχών. Το πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα του προβλήματος της οικονομικής πρόσβασης είναι όταν άτομα που χρειάζονται επείγουσα φροντίδα, αυτή δεν τους προσφέρεται από κάποια κλινική ή κάποιο νοσοκομείο και απλά αφήνονται να πεθάνουν, επειδή αδυνατούν να καλύψουν το κόστος. Αυτό είναι μεν πολύ σπάνιο στην Ευρώπη, αλλά υπάρχει ένας αυξανόμενος αριθμός περιπτώσεων ασθενών οι οποίοι λόγω

οικονομικών προβλημάτων αναβάλουν να αναζητήσουν έγκαιρα φροντίδα σε μη επείγουσες καταστάσεις. Στο Βέλγιο, πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις δαπανούν για υπηρεσίες υγείας κατά μέσο όρο 23% του διαθέσιμου εισοδήματός τους. Επίσης, το 1/3 περίπου του πληθυσμού του Βελγίου ανέφερε ότι αντιμετώπισε οικονομικές δυσκολίες στην πληρωμή της ιατρικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα το 8% των οικογενειών ανέβαλαν να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα λόγω του κόστους (Louckx, 2002).

Ο άλλος τύπος πρόσβασης, η πολιτισμική πρόσβαση, αναφέρεται στην αποδοχή και στο σεβασμό. Μήπως κάποιες ομάδες αντιμετωπίζουν πολιτισμικά εμπόδια πρόσβασης στις διαθέσιμες υπηρεσίες, καθιστώντας τις ομάδες αυτές ανεπιθύμητες; Υπάρχουν μήπως απαράδεκτες ανεπάρκειες από πλευράς των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το σεβασμό και την αξιοπρέπεια που αποδίδονται σε περιθωριοποιημένες ομάδες, όπως οι άστεγοι ή οι οικονομικά εξασθλιωμένοι ασθενείς; Γλωσσικά εμπόδια και πολιτισμικές πρακτικές, για παράδειγμα, ενδέχεται να αποτρέπουν μειονοτικές εθνοτικές ομάδες ή τους πρόσφατους μετανάστες σε μια χώρα, από την αποδοχή προληπτικής φροντίδας ή από τα οφέλη ψυχιατρικής φροντίδας, ακόμη και όταν οι υπηρεσίες αυτές προσφέρονται δωρεάν.

Πέρα από τα γλωσσικά εμπόδια, ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο υπάρχει στη σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των λιγότερο μορφωμένων ασθενών, όπου οι επαγγελματίες υγείας συχνά στερούνται αντίληψης και κατανόησης των καθημερινών δυσκολιών στις ζωές αυτών που βιώνουν κακουχίες. Επίσης, ενδέχεται να υπάρχει ανομοιομορφία στην επιμέλεια που δίνεται σε ασθενείς με μειονεκτικό υπόβαθρο και αυτό να οδηγεί σε διαφορές στο σεβασμό και στην ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν αυτοί οι ασθενείς. Διαφορές μπορεί ακόμη να παρατηρηθούν και στην έκβαση της θεραπείας μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων - για παράδειγμα, όταν η ανάκαμψη μετά από χειρουργική επέμβαση είναι πιο αργή στους φτωχότερους ασθενείς ή όταν η φαρμακευτική θεραπεία για την αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων είναι λιγότερο αποτελεσματική για τους ασθενείς που διαβιούν σε ακατάλληλες συνθήκες στέγασης. Τέτοιες διαφορές μπορεί να προκύψουν ακόμη και όταν η θεραπεία παρασχέθηκε κατά τρόπο ισότιμο, ως αποτέλεσμα των δυσμενέστερων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών κάτω από τις οποίες διαβιούν αυτοί οι ασθενείς. Οι διαφορές στην έκβαση της θεραπείας είναι αποτέλεσμα των ανισοσκελιών στους ευρύτερους κοινωνικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της υγείας, για τους οποίους οι υπηρεσίες υγείας έχουν μικρό έως και καθόλου έλεγχο. Για το λόγο αυτό, η ισότητα στην έκβαση της θεραπείας δεν είναι πάντοτε ένας εφικτός αγώνας για τις υπηρεσίες υγείας (WHO, 2013).



### Κεφάλαιο 3 - Κοινωνικές επιδράσεις στην υγεία

Δεδομένου ότι στις κοινωνίες απαντάται εκτεταμένη παρουσία ανισοτήτων, ακολούθως και οι κοινωνικοί παράγοντες που επενεργούν στην υγεία είναι άνισα κατανομημένοι, εδραιώνοντας διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών, των κοινωνιών, καθώς και των πολιτών (Μωυσίδου Α., 2011).

Εκτεταμένες ανισότητες παρουσιάζονται σε χώρες όπου οι «out of pocket» πληρωμές δεσπόζουν, ενώ οι δημόσιες δαπάνες υγείας χαρακτηρίζονται αδύναμες (η περίπτωση της Ελλάδας). Έτσι, τα φτωχότερα και περισσότερο ευάλωτα τμήματα του πληθυσμού πλήττονται κατά κόρον από τις υγειονομικές ανισότητες.

Η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια εισοδήματος για διαβίωση έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές (ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη), προβλήματα εθισμού και εξάρτησης σε ουσίες και υιοθέτηση μη υγιεινού τρόπου ζωής με αυξανόμενη κατανάλωση τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, καπνού και οινοπνεύματος και επιπλέον πλημμελούς διαχείρισης των νοσημάτων από τις επιβαρυνόμενες υγειονομικές υπηρεσίες.

Η οικονομική κρίση και η μακρόχρονη ανεργία οδηγεί πολλά άτομα στον κοινωνικό αποκλεισμό και στη φτώχεια, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα και υψηλή νοσηρότητα κυρίως σε άτομα τα οποία ανήκουν σε μειονότητες, στους μετανάστες και τους χρονίως πάσχοντες από ψυχικά ή σωματικά νοσήματα.

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία κατανομονται διαφορετικά στην κοινωνική κλιμάκωση, ενώ τα άτομα και οι οικογένειες που βρίσκονται σε χαμηλή θέση διατρέχουν περισσότερο τον κίνδυνο πρόωρου θανάτου και αυξημένης νοσηρότητας εξαιτίας των προβλημάτων στο εισόδημα, την εκπαίδευση, την ιατρική περίθαλψη, τη στέγαση και τη διατροφή, τα οποία δρουν αθροιστικά (Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., 2010).

Οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία λόγω της οικονομικής κρίσης δημιουργούν, όπως είναι λογικό, μια επιπλέον ζήτηση στις υπηρεσίες υγείας. Η ζήτηση αυτή επιβαρύνει κυρίως τις δημόσιες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς έχειδειχθεί ότι σε περιόδους μείωσης του εισοδήματος οι καταναλωτές-ασθενείς στρέφονται σε υπηρεσίες οι οποίες έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας και στα αποτελέσματά τους, δηλαδή στο επίπεδο υγείας, εντείνονται. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα φαίνεται ότι υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση της χρήσης υπηρεσιών υγείας και του επιπέδου της υγείας με το εισόδημα. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνονται και από την

ΕΣΥΕ, όπου, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, το 2006 το 20,3% του πληθυσμού της χώρας (838.910 νοικοκυριά) ανήκε σε νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα. Σε σχέση με την υγεία, τα μέλη των νοικοκυριών σε κίνδυνο φτώχειας δηλώνουν ότι έχουν χειρότερη υγεία. Ειδικότερα, ο πτωχός πληθυσμός έχει κάποιο χρόνιο πρόβλημα κατά 35% περισσότερο από το μη πτωχό πληθυσμό (Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., 2010).

Απ' όλους τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία ο πιο σημαντικός είναι η οικονομική κατάσταση. Η φτώχεια αποτελεί την μεγαλύτερη απειλή για την υγεία. Λόγω της σοβαρής οικονομικής πίεσης, υπάρχει μια αυξανόμενη απροθυμία των πολιτών να πληρώνουν ανεπίσημα και μια αυξανόμενη ζήτηση για αυτές τις πληρωμές ως προϋπόθεση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες ή ως εξαργύρωση για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Αυτό το "κρυφό" οικονομικό βάρος του τουλάχιστον 27% έχει αρνητικές επιπτώσεις στις συνθήκες διαβίωσης των νοικοκυριών (Souliotis K. et al, 2015).

Επειδή οι ανθρώπινες κοινωνίες χαρακτηρίζονται από την ύπαρξη ανισοτήτων, είναι φανερό ότι οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι επίσης άνισα καταμετρημένοι σε κάθε πληθυσμό. Το γεγονός αυτό έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη σοβαρών ανισοτήτων στην υγεία, όχι μόνο από κοινωνία σε κοινωνία, αλλά και μεταξύ των μελών κάθε κοινωνίας, ανάλογα με τη θέση που κατέχουν σε αυτήν (Τούντας Γ., 2008).

Απ' όλους τους κοινωνικούς παράγοντες που επιδρούν στην υγεία, τον πιο σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν:

- α. Η κοινωνική θέση, δηλαδή η σχέση προς τα μέσα παραγωγής και ο τρόπος ένταξης στην παραγωγική διαδικασία.
- β. Οι υλικές συνθήκες διαβίωσης, έτσι όπως αυτές καθορίζονται από την κοινωνική θέση.
- γ. Οι κοινωνικές αξίες, που καθορίζουν στάσεις και συμπεριφορές ως προς την υγεία και την αρρώστια.

Παρόλα αυτά εκτός από την οικονομία, σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν κι άλλοι κοινωνικοί παράγοντες και κυρίως η μορφή της κοινωνικής οργάνωσης.

Δύο ιστορικά παραδείγματα:

Στο δεκαήμερο του Βοκάκιου αλλά και σε άλλα χρονικά επιδημιών πανώλης, καταγράφονται μαζικές φυγές των πλουσίων από τις περιοχές που είχαν πληγεί καθώς και μεγάλη θνησιμότητα στους φτωχούς που κατά κανόνα παρέμεναν στις μολυσμένες πόλεις.

Η ύπαρξη πληρέστερων επιδημιολογικών καταγραφών και στατιστικών αναλύσεων στα τέλη του 18<sup>ου</sup> αιώνα επέτρεψε στο Γερμανό γιατρό Johann-Peter Frank να καταλήξει στο συμπέρασμα ότι «κάθε κοινωνική ομάδα έχει το



δικό της τύπο υγείας και αρρώστιας έτσι όπως αυτός καθορίζεται από τον τρόπο και τις συνθήκες ζωής» και ότι «η φτώχεια αποτελεί την μητέρα των ασθενειών». Όμως, η πρώτη τεκμηριωμένη περιγραφή και ανάλυση των κοινωνικών ανισοτήτων αποδίδεται στο γνωστό φιλόσοφο Ζαν Ζακ Ρουσό.

Εκτός από τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, η κοινωνική θέση επηρεάζει και τη συχνότητα υιοθέτησης επικίνδυνων για την υγεία στάσεων και συμπεριφορών.

Οι κοινωνικές επιδράσεις στην υγεία έχουν μελετηθεί και στη χώρα μας όπου έχει καταγραφεί μειωμένη θνησιμότητα στις ανώτερες τάξεις και στα υψηλότερα εισοδήματα, ενώ αυξημένη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλήν εισόδημα. Παράδειγμα η Θράκη η οποία κατά το παρελθόν παρουσίαζε το χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο, είχε και τους υψηλότερους δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας.

Άνδρες, νέοι, κάτοικοι των περιοχών της Ελλάδας εκτός Αττικής, και άτομα με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό προφίλ κάνουν χρήση υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας συχνότερα (Souliotis K. et al, 2015)

Έχει αποδειχθεί ότι το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο γεννιέται και εξελίσσεται το άτομο, επιδρά έντονα στην υγεία του. Μεταξύ των αναρίθμητων παραγόντων διακρίνεται η οικογένεια, η εκπαίδευση, η μορφή κοινωνικής οργάνωσης, η εργασία, το εισόδημα, οι υπηρεσίες υγείας, η ενημέρωση, ο πολιτισμός, οι κοινωνικές αξίες και το οικονομικό υπόβαθρο του ατόμου (European Commission, 2008).

Γλωσσικά εμπόδια έχουν επίσης αποδειχθεί ότι περιορίζουν την πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη μεταξύ των μεταναστών και των εθνοτικών μειονοτήτων. Επίσης, οι μετανάστες που προέρχονται από χώρες με πολύ διαφορετικά συστήματα, που μπορεί να διαφέρουν σημαντικά από αυτό που βρίσκουν στη χώρα υποδοχής. Επιπλέον, οι μετανάστες μπορεί να εμφανίσουν διαφορετική στάση απέναντι στην υγεία και την ασθένεια και διαφορετικές στάσεις και συμπεριφορές για την διατήρηση της υγείας τους.

Άτομα με ειδικές ανάγκες, επίσης έχουν πολύ συγκεκριμένες ανάγκες όσον αφορά την προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων υγειονομικής περίθαλψης και την πρόσβαση σε πληροφορίες. Για παράδειγμα, σε ορισμένες περιπτώσεις είναι αναγκαίο να εγγυηθούμε ότι οι συγκεκριμένες εγκαταστάσεις είναι εύκολα προσβάσιμες για χρήστες αναπηρικών αμαξιδίων ή ότι πηγές πληροφοριών παρέχονται σε κατάλληλες μορφές για εκείνους με προβλήματα όρασης. Το θέμα δεν αντιμετωπίζεται κατάλληλα στις περισσότερες χώρες αν και μεγαλύτερα βήματα προόδου έχουν γίνει στο εξωτερικό.

*Παραδείγματα των Ρομά ως κοινωνική ομάδα με διαφορετική αντιμετώπιση από το Σύστημα Υγείας.*

«Περί απαγορεύσεως προσέλευσης αθίγγανων». «Απαγορεύεται η είσοδος εις την επικράτειαν προερχομένων εκ μερών υπόπτων ή μολυσμένων από χολέρα». Εφημερίς Κυβερνήσεως, Αριθμ.118 άρθρο 53. (Πομώνης Δ., 1925).

Στοιχεία από τις εκθέσεις της Health QUEST δείχνουν ότι οι Ρομά είναι μία από τις εθνοτικές μειονότητες που πλήττονται περισσότερο από τις πολιτιστικές διαφορές. Επίσης συχνά στιγματίζονται ως άτομα και τυγχάνουν θύματα διακρίσεων. Στην Ελλάδα, για παράδειγμα, παρά τη νομική τους ισότητα ως πολίτες, έχει διαπιστωθεί ότι οι πολιτιστικές διαφορές μπορεί να οδηγήσουν σε δυσκολίες πρόσβασης για αυτή την ομάδα, καθώς υπάρχει συνήθως και άγνοια από τους ίδιους για τα δικαιώματά τους, με αποτέλεσμα να μην επωφελούνται και να τυγχάνουν διαφορετικής αντιμετώπισης.

Ένα πολύ δύσκολο εμπόδιο πρόσβασης τόσο για τους Ρομά όσο και τους μετανάστες στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί η έλλειψη μεταφραστικής υπηρεσίας στις μονάδες υγείας.

Η μελέτη SHARE διαπίστωσε ότι για πολλούς ανθρώπους με σοβαρούς λειτουργικούς περιορισμούς δεν είναι δυνατό να χρησιμοποιούν τις συγκοινωνίες, να πάνε για ψώνια, ή ακόμη και να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά. Αυτό μπορεί να περιορίσει την ικανότητά τους να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έγκαιρα (Avendano, Mauricio et al., 2005). Πολλές εκθέσεις χωρών επιβεβαίωσαν ότι το πρόβλημα της φυσικής πρόσβασης, είναι από τα κύρια εμπόδια για την πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας για εξαρτημένα και ηλικιωμένα άτομα.

Επίσης διακρίσεις συναντούμε σε ασθενείς με ψυχικές διαταραχές, με το σημαντικότερο εμπόδιο για την πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, να είναι το στίγμα το οποίο αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς και τις διακρίσεις που συνδέονται με την κακή ψυχική υγεία (European Commission, 2008).

## Κεφάλαιο 4 - Θεσμικό πλαίσιο

Ένα αποτελεσματικό εθνικό σύστημα υγείας δομείται με τέτοιο τρόπο ώστε να υλοποιούνται κάποιοι βασικοί για το σύστημα στόχοι, όπως είναι η προαγωγή της δημόσιας υγείας, η βελτίωση της υγείας και της κοινωνικής προστασίας του πληθυσμού, η αναβάθμιση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, η ισότιμη κατανομή των παρεχόμενων υπηρεσιών σε ολόκληρη τη χώρα και η εξασφάλιση της δίκαιης οικονομικής συνεισφοράς στη χρηματοδότηση του συστήματος υγείας (Δανιηλίδου Α., 2009).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως έντονα νοσοκομειοκεντρικό. Σε αυτό συμβάλλουν η απουσία κανόνων πρόσβασης και η ελευθερία του ασθενούς να απευθυνθεί σε οποιονδήποτε τύπο υπηρεσίας. Η πολλαπλότητα των φορέων που προσφέρουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, έχει ως αποτέλεσμα η διαχωριστική γραμμή μεταξύ εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής φροντίδας, να γίνεται ιδιαίτερα δυσδιάκριτη. Οι δικαιούχοι κάλυψης από τους ασφαλιστικούς φορείς έχουν ελεύθερη πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία, καθώς και στις συμβεβλημένες με το ασφαλιστικό τους ταμείο ιδιωτικές κλινικές (Οικονόμου Χ., 2012).

Τα ανασφάλιστα και φτωχά στρώματα του πληθυσμού έχουν πρόσβαση στα δημόσια νοσοκομεία έπειτα από έλεγχο των μέσων διαβίωσης (μέσω της Υπηρεσίας Πρόνοιας). Όλος ο πληθυσμός της χώρας έχει το δικαίωμα επιλογής της χρήσης ιδιωτικών νοσοκομείων, αλλά στην περίπτωση αυτή υφίσταται το κόστος της νοσηλείας.

Η υγεία είναι κατοχυρωμένη στο ελληνικό Σύνταγμα ως κοινωνικό δικαίωμα. Σύμφωνα με αυτό, όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα σε προστασία της υγείας και της γενετικής τους ταυτότητας (Άρθρο 5.5). Το κράτος φροντίζει για την υγεία των πολιτών και υιοθετεί ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων (Άρθρο 21.3). Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρα που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας (Άρθρο 21.6). Ο καθένας έχει το δικαίωμα να εργάζεται και το κράτος υποχρεούται να παρέχει κοινωνική ασφάλεια στους εργαζομένους (Άρθρο 22.5).

Δύο είναι οι βασικές αρχές με βάση τις οποίες εξασφαλίζεται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Η μία είναι η αρχή της ιδιότητας του πολίτη, η οποία αφορά την πρόσβαση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχονται από το ΕΣΥ, και η άλλη είναι η αρχή του καθεστώτος απασχόλησης και της καταβολής ασφαλιστικών εισφορών, η οποία εξασφαλίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες που παρέχονται και

χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση. Η πρόσβαση με βάση την ιδιότητα του πολίτη περιλαμβάνει δύο τύπους παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΕΣΥ: τα αγροτικά κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Η πρόσβαση σε όλες τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας κατοχυρώνεται με βάση το επάγγελμα. Εδώ εντάσσονται τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και οι ιδιώτες προμηθευτές (ιατροί, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές) που έχουν σύμβαση με αυτά, καθώς και η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Η ένταξη σε κάποιο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης είναι υποχρεωτική με βάση το επάγγελμα και δεν υπάρχει η δυνατότητα επιλογής του εργαζομένου σε ποιο από αυτά θα ασφαλιστεί. Μια τρίτη αρχή για την κατοχύρωση δικαιώματος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι το καθεστώς απορίας. Οι φτωχοί που στερούνται ασφάλισης και εισοδήματος έχουν δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στα κέντρα υγείας και στα δημόσια νοσοκομεία, έπειτα από έλεγχο των μέσων διαβίωσης. Τέλος, μια τέταρτη αρχή πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι η δυνατότητα και η πρόθεση καταβολής ιδίων πληρωμών. Κάποιος, ανεξάρτητα από το εάν καλύπτεται ή όχι από ένα ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, έχει την ελευθερία προσφυγής σε ιδιωτική υπηρεσία υγείας μη συμβεβλημένη με το ταμείο του, με την προϋπόθεση ότι θα καλύψει με δικούς του πόρους το κόστος περίθαλψης. Επιπροσθέτως, οποιοσδήποτε πολίτης θέλει και έχει το διαθέσιμο εισόδημα μπορεί να συνάψει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, όπου το εύρος της κάλυψης ποικίλλει ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου (Οικονόμου Χ., 2012).

#### Μετανάστες:

Στη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών, η Ελλάδα μετατράπηκε από χώρα αποστολής σε χώρα υποδοχής μεταναστών. Αναφορικά με το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, για τους μετανάστες που διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα και διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ισχύει ότι και για τους έλληνες πολίτες. Για όσους όμως διαμένουν παράνομα στη χώρα, προβλέπεται η παροχή μόνο επείγουσας νοσοκομειακής περίθαλψης σε περιπτώσεις όπου απειλείται η υγεία κάποιου και μέχρι το σημείο σταθεροποίησης της κατάστασής του. Επιπροσθέτως, οι παράνομοι μετανάστες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχονται από δημοτικά ιατρεία και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις. Στην περίπτωση των αιτούντων άσυλο, όσοι αποκτήσουν την ιδιότητα αυτή έχουν τα ίδια δικαιώματα με αυτά των ελλήνων πολιτών. Μέχρι όμως να αποκτήσουν την ιδιότητα αυτή, έχουν δικαίωμα πρόσβασης μόνο σε επείγουσα νοσοκομειακή περίθαλψη, όπως και οι παράνομα διαμένοντες στη χώρα. Η παραπάνω εικόνα δείχνει τη λειτουργία ενός θεσμικού πλαισίου περιοριστικού για την πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας, κατάσταση η οποία περιπλέκεται ακόμα περισσότερο λόγω της αδυναμίας πολλές φορές ανταπόκρισης των φορέων υγείας στις ιδιαίτερες ανάγκες των μεταναστών, αλλά και της διακριτικής μεταχείρισης ή άρνησης παροχής υπηρεσιών. Η απουσία επαρκών διαθέσιμων δεδομένων δυσχεραίνει τη

χάραξη μιας αποτελεσματικής πολιτικής, με αποτέλεσμα η περίθαλψη των μεταναστών να προσεγγίζεται μόνο από την άποψη του οικονομικού κόστους για το σύστημα υγείας και όχι από την οπτική των κινδύνων δημόσιας υγείας στην περίπτωση που δεν τους παρασχεθεί φροντίδα (Φούσκας και Οικονόμου, 2011).

Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ αποσκοπούσε στην ισότιμη, ολοκληρωμένη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, αυτό μόνο εν μέρει έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, λόγω της ύπαρξης σημαντικών διαφορών μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης ως προς το επίπεδο της παρεχόμενης κάλυψης (έκταση, περιεχόμενο, διαδικασίες, ποιότητα κάλυψης). Τα περισσότερα από τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν κάλυψη για πρωτοβάθμια, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη και σε μερικές περιπτώσεις καλύπτουν επίσης διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, καθώς και την αγορά γυαλιών.

Το ΙΚΑ, ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας, παρέχει την πιο ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, η οποία περιλαμβάνει σχεδόν τα πάντα εκτός από κοσμητική χειρουργική. Επιπροσθέτως, τα περισσότερα ταμεία παρέχουν χρηματικά βοηθήματα στην περίπτωση απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας, επιδόματα μητρότητας, λουτροθεραπείας κ.λπ.

### Κοινωνική Ασφάλιση

Το 2007, τα έσοδα από την κοινωνική ασφάλιση για την υγεία αντιπροσώπευαν το 31,2% του συνόλου των υγειονομικών δαπανών. Η κύρια πηγή χρηματοδότησης για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης είναι οι υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, το ύψος των οποίων ποικίλλει μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών. Για παράδειγμα, το ποσοστό της εισφοράς για υγεία στο ΙΚΑ ανέρχεται σε 7,65% επί του ακαθάριστου μισθού, από το οποίο το 2,55% επιβαρύνει τον ασφαλισμένο και το 5,10% τον εργοδότη. Για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ η εισφορά του ασφαλισμένου για τον κλάδο υγείας ορίζεται σε ποσοστό 2,5% επί του ποσού των ασφαλιστικών κατηγοριών στις οποίες έχουν καταταγεί οι ασφαλισμένοι. Στον ΟΠΑΔ, οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν το 2,55% των αποδοχών τους, ενώ υπάρχει και εργοδοτική εισφορά του δημοσίου σε ποσοστό 5,10%. Στην περίπτωση του ΟΑΕΕ, οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν μεταξύ 14 ασφαλιστικών κλάσεων και για την ασφάλιση υγείας πληρώνουν εισφορές σε ποσοστό 7,65% της εκάστοτε ασφαλιστικής κατηγορίας στην οποία εντάσσονται (Οικονόμου Χ., 2012).

Οι εισφορές για την ασφάλιση ασθένειας των συνταξιούχων των φορέων κύριας ασφάλισης ποικίλλουν. Στην πλειοψηφία τους όμως οι συνταξιούχοι καταβάλλουν 4% επί του ποσού της συντάξεώς τους και ο ασφαλιστικός οργανισμός 6% επί του ποσού αυτού. Στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ, οι

ασφαλιστικές εισφορές προβλέπεται να είναι ενιαίες για ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ για τον κλάδο υγείας (7,65%: 5,10% εργοδότης και 2,55% εργαζόμενος), εκτός του ΟΓΑ, που για τους νέους ασφαλισμένους-εργαζομένους είναι 2,55%, ενώ για τους παλαιούς είναι μηδενικές.

Οι ασθενείς που προσέρχονταν στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ για μια ιατρική εξέταση καλούνταν να καταβάλλουν από 1/1/2011 το ποσό των 5 ευρώ, το οποίο μέχρι τότε ήταν 3 ευρώ. Το ποσό αυτό καταβάλλεται απευθείας από τον ασθενή και δεν βαρύνει τον ασφαλιστικό φορέα. Από αυτή την καταβολή εξαιρούνταν μόνο οι προσερχόμενοι ως επείγοντα περιστατικά, οι κάτοχοι βιβλιαρίου οικονομικής αδυναμίας ή πιστοποιητικού κοινωνικής προστασίας, καθώς και οι πολιτικοί πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο αλλοδαποί. Επίσης, από 1/1/2011 η συμμετοχή των 5 ευρώ θεσμοθετήθηκε και για τις επισκέψεις στα κέντρα υγείας. Εξαιρούνταν της καταβολής οι προσερχόμενοι στα κέντρα υγείας στο πλαίσιο προγράμματος προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, τα άτομα που έχουν ποσοστό αναπηρίας άνω του 67%, τα άτομα που πάσχουν από μεσογειακή αναιμία, αιμορροφιλία, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου ή μεταμοσχευθέντες νεφροπαθείς, καθώς και άτομα που πάσχουν από Σύνδρομο Επίκτητης Ανοσοποιητικής Ανεπάρκειας (AIDS).

Ωστόσο, η υποχρέωση καταβολής των 5 ευρώ για κάθε ιατρική επίσκεψη στα τακτικά πρωινά εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ, αναιρέθηκε με πρόσφατη υπουργική απόφαση.

Αν και δεν υφίστανται χρεώσεις στους ασφαλισμένους για παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης από τα δημόσια νοσοκομεία, καταβάλλονται ωστόσο, ορισμένες ιδιωτικές πληρωμές οι οποίες περιλαμβάνουν έξοδα για νοσηλεία σε ανώτερη θέση από αυτή που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας, πληρωμές για ορισμένα φαρμακευτικά προϊόντα, ιδιωτικές πληρωμές για λοιπές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως ορισμένες εργαστηριακές ή διαγνωστικές εξετάσεις (Οικονόμου Χ., 2012).

Όλες οι επισκέψεις σε ιατρούς και σε διαγνωστικά κέντρα που έχουν σύμβαση με ασφαλιστικά ταμεία είναι δωρεάν για τον ασθενή. Ωστόσο, λόγω των διαρθρωτικών και οικονομικών προβλημάτων, οι ασθενείς συχνά είναι αναγκασμένοι να αναζητήσουν πρωτοβάθμια περίθαλψη όχι μόνο δημόσια αλλά και ιδιωτική. Μερικά ασφαλιστικά ταμεία επιτρέπουν στους ασφαλισμένους τους να επισκεφθούν μη συμβεβλημένο ιατρό πληρώνοντάς τον οι ίδιοι άμεσα, σύμφωνα με τις τιμές που επικρατούν στην αγορά, ενώ στη συνέχεια λαμβάνουν από το ταμείο τους ένα συγκεκριμένο ποσό ως επιστροφή, το οποίο όμως ανέρχεται σε περίπου 20 ευρώ. Το ποσό αυτό είναι κατά πολύ χαμηλότερο από την τιμή της αγοράς (η οποία κατά μέσο όρο ξεπερνά τα 50 ευρώ). Η συμμετοχή για τις διαγνωστικές και εργαστηριακές

εξετάσεις κυμαίνεται από 0-30%, ανάλογα με τη δέσμη ασφάλισης που προσφέρει το κάθε ασφαλιστικό ταμείο (Οικονόμου Χ., 2012).

Σε κάθε κείμενο που πραγματεύεται κοινωνικά αγαθά είναι πάντα παρούσες οι αναφορές των αξιών της ισότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης, της κοινωνικής ευημερίας, της κοινωνικής συνοχής και της αλληλεγγύης.

Στον ίδιο νόμο εμπίπτει και το αγαθό της υγείας. Οι θεωρητικοί (Hayek, Buchanan, Friedman, Lees) πιστεύουν ότι θα πρέπει να υπάρχει το δικαίωμα της ελευθερίας της επιλογής στην παροχή υπηρεσιών υγείας και της ελεύθερης λειτουργίας της αγοράς της, υποχρεώνοντας τα κρατικά συστήματα για πλήρη έλεγχο του δικαιώματος από την γραφειοκρατία και για κατεύθυνση των δαπανών σε συγκεκριμένους παρόχους. Από την άλλη πλευρά, άλλοι θεωρητικοί (Marshall, Mill) παρουσιάζουν το αγαθό της υγείας ως δικαίωμα προστατευμένο από το κράτος, παρεχόμενο δίχως όρους και αγοραίες συνθήκες, θεωρώντας ότι το δικαίωμα αυτό πηγάζει από την ανθρώπινη ύπαρξη ή και την υπόσταση του πολίτη (citizenship). Θεωρούν την υγεία ως αγαθό που προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη μέσα από «την υπό τους ίδιους όρους πρόσβαση», ως ένα αγαθό που η απουσία ή η διακύβευσή του θα υπέσκαπτε αυτόν τον ίδιο τον πολιτισμό (Mill).

Στην Ελλάδα το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώνεται συνταγματικά έχοντας αρνητικό (negativus), θετικό (positivus) και συμμετοχικό (activus) περιεχόμενο (status). Εγείρει αξιώσεις για λήψη μέτρων προστασίας της καλής σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής κατάστασης, ώστε ο άνθρωπος να ζει σε υγιεινές και ασφαλείς συνθήκες, προλαμβάνοντας παράλληλα παραδοσιακούς και σύγχρονους κινδύνους. Επίσης, εγείρει αξιώσεις για ισότιμη περίθαλψη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση (εξισωτική λειτουργία, παροχή καθολική χωρίς διακρίσεις). Επιπλέον, εγείρει αξιώσεις για υψηλού επιπέδου δωρεάν, πλήρεις και επαρκείς παροχές, κατάλληλες για την αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων υγείας όσον αφορά στην πρόληψη, στην περίθαλψη και στην φαρμακευτική κάλυψη. Το αγαθό βρίσκεται υπό κρατική εγγυοδοσία, όχι μόνον όσον αφορά την παραγωγή και διανομή του, αλλά και την διαρκή εξέλιξή του βάσει των κοινωνικών αναγκών και της ιατρικής επιστήμης.

Συνεπώς, στην Ελλάδα το περιεχόμενο του αγαθού της υγείας εμπεριέχει την κρατική, δωρεάν, ισότιμη και καθολική παροχή του σε επίπεδο πρόληψης, αλλά και θεραπείας (δίχως όμως να αποκλείει τον ιδιωτικό τομέα). Στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθώ στην ύπαρξη ηθικών ζητημάτων, τα οποία αφορούν όχι μόνο τον βαθμό ικανοποίησης των συνταγματικών αξιώσεων, αλλά ψευδοδιλλήματα ύπαρξης πόρων, υπακοής πολιτικών στις συνταγματικές επιταγές, αποφυγής των κρατικών μηχανισμών για την εφαρμογή των νόμων και απόκρυψης ή στρέβλωσης στοιχείων ή και στάσεων (Μακαρώνης Ν., 2011).

Η παραπάνω όμως περιγραφή του περιεχομένου του δικαιώματος στην υγεία, δεν αποτυπώνει και την ισχύουσα κατάσταση, όπου και εντοπίζονται δυσλειτουργίες που παράγουν ανισότητες.

Το θεσμικό πλαίσιο για την υγεία παρουσιάζει αδυναμία να ακολουθήσει τις σύγχρονες εξελίξεις, ενώ τα πολιτικά κόμματα περιορίζονται σε αλληλοαναιρέσεις νόμων (Σουλιώτης Κ., 2004), οι οποίοι συνθέτουν ένα πολύπλοκο, πολυκεραματισμένο και ασαφές θεσμικό πλαίσιο. Αποτελούν περισσότερο όχι το αποτέλεσμα της έκφρασης των αναγκών, αλλά της ισορροπίας των υφιστάμενων πολιτικών, κοινωνικών και οικονομικών δυνάμεων υπό το πρίσμα των στρεβλώσεων που προκαλούν τα χαρακτηριστικά του λεγόμενου από ορισμένους «Νοτιο - Ευρωπαϊκού μοντέλου» και του «πελατειακού κορπορατισμού».

Αν και ουδέποτε δεν παρουσιάστηκε από τα ελληνικά κόμματα η υγεία ως κύριο πολιτικό διακύβευμα (Μαλούτας, 1996), εν τούτοις, η παρέμβασή τους στο σύστημα υγείας είναι εμφανής, λαμβάνοντας συχνά τη μορφή διορισμών «έμπιστων» προσώπων σε νευραλγικές θέσεις ή παρέμβασης στο ιατρικό έργο για ψηφοθηρικούς λόγους. Ανισομέρεια στις αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία προέρχεται και από τις αυξημένες αρμοδιότητες και το κύρος των ιατρών εντός και εκτός του συστήματος υγείας.

Η γεωγραφική ανισοκατανομή (ποσοτική και ποιοτική) των υπηρεσιών υγείας, σε συνδυασμό με την μεγάλη έκταση του νησιωτικού τμήματος και την υπανάπτυξη των περιφερειών στην Ελλάδα γεννά ανισότητες όσον αφορά την προσβασιμότητα, τις δαπάνες των νοικοκυριών και την στελέχωση των περιφερειακών δομών. Ανισότητες εντοπίζονται και μεταξύ περιφέρειας και κέντρου, όσον αφορά τους δείκτες υγείας, αλλά και όσον αφορά την κατανομή και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας.

Η μετάβαση μεταξύ της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης αποτελεί ένα ακόμη πρόβλημα που προκύπτει από την γεωγραφική ανισοκατανομή, από κοινωνικές και οικονομικές ανισότητες, από ανισότητες μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων και από γραφειοκρατικές πολύπλοκες διαδικασίες. Ακόμη, ζήτημα προκύπτει από την ελλιπή μέριμνα που δίνεται στην πρόληψη έναντι της θεραπείας.

Επιπλέον, δομικοί παράγοντες που ενισχύουν τις ανισότητες, είναι οι μη αποτελεσματικές συνέργειες μεταξύ σχετιζόμενων ιατρικών ειδικοτήτων, του υποστηρικτικού δυναμικού ή και των διαφορετικών μερών του υγειονομικού συστήματος, καθώς και η αδυναμία των μηχανισμών επαγρύπνησης και ταχείας αντίδρασης για την αντιμετώπιση έκτακτων κινδύνων και απειλών κατά της υγείας.

Παρατηρείται έλλειμμα και συχνά απουσία ενημέρωσης των καταναλωτών των υπηρεσιών και αγαθών υγείας, όχι μόνον σε θέματα πρόληψης και προστασίας της υγείας, αλλά και σε θέματα δικαιωμάτων και διαδικασιών.



Το έλλειμμα αυτό προκαλεί ανασφάλεια, σύγχυση και ανισότητες στην προσβασιμότητα των καταναλωτών, αλλά και άσκοπο φόρτο εργασίας στους παρόχους.

Οι ανισότητες στην προσβασιμότητα και την χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας, εμφανίζονται όπου επικρατούν οι μηχανισμοί της αγοράς και όπου η εξισορρόπηση της ζήτησης και της προσφοράς γίνεται δια μέσου των τιμών (Maynard A.K., 1982).

Αν και οι παράγοντες που συντελούν σημαντικά στην κατανάλωση υπηρεσιών υγείας ως κοινωνικό αγαθό είναι δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί, επιδημιολογικοί και παράγοντες δομής του υγειονομικού συστήματος (Borras J.M., 1994), η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας σήμερα βασίζεται σε ιδιωτικοοικονομικά κριτήρια και στην ύπαρξη ασφάλισης, παράγοντες που περιορίζουν την πρόσβαση σε κοινωνικές ομάδες με περιορισμένους πόρους (Ζάβρας Α, 2002). Το πρόβλημα αυτό επιδεινώνεται από την καταβολή πρόσθετων «άτυπων» πληρωμών στο κόστος της φροντίδας, που είναι εξαιρετικά υψηλό, έτσι ώστε το σύνολο των ιδίων πληρωμών και παραπληρωμών, να προσεγγίζει το 40% των συνολικών δαπανών υγείας (Κυτιοπουλος, et. al, 1998).

Η ιδιωτική δαπάνη, συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών, αυξάνεται διαρκώς, φτάνοντας σήμερα σε πάνω από το 50% των συνολικών δαπανών της υγείας. Υψηλά ποσοστά εξόδων της ιδιωτικής υγείας μπορεί να αποδοθούν στη χαμηλή ικανοποίηση για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας των πολιτών, οι οποίοι στρέφονται συχνά προς τους παρόχους ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης ή προς τις άτυπες πληρωμές είτε για να αποκτήσουν πρόσβαση, είτε για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης.

Αυτό τείνει να ανακυκλώνει το πρόβλημα, καθώς τρέφει το σύστημα με εισόδημα που δεν μπορεί να φορολογηθεί και ενισχύει τις ανισότητες στην πρόσβαση.

Οι άτυπες πληρωμές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για πολλούς ανθρώπους, καθώς ως ποσοστό επί του ΑΕΠ αυξήθηκε από περίπου 0,3% το 1974 σε 1,4% το 2006. Σε γενικές γραμμές, οι κρυφές πληρωμές στον τομέα της υγείας που υπολογίστηκαν σε σχεδόν 1,5 δις ευρώ για το έτος 2012, αντιπροσωπεύουν το 28% των δαπανών υγείας των νοικοκυριών (Souliotis et al. 2015).

Η Ελλάδα έχει ένα από τα υψηλότερα επίπεδα των δαπανών υγείας σε σχέση με το ΑΕΠ, στην Ευρώπη. Το γεγονός ότι ένα σημαντικό μέρος των δαπανών για την υγεία χρηματοδοτείται από την τσέπη (out of pocket), καταδεικνύει ότι τα νοικοκυριά έχουν να αντιμετωπίσουν την υπερβολική οικονομική επιβάρυνση για τη διασφάλιση πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη. Υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία για την Ελλάδα, ότι οι πληθυσμιακές ομάδες

που πλήττονται δυσανάλογα από την οικονομική επιβάρυνση των δαπανών για την υγεία περιλαμβάνουν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, νόμιμους και παράνομους μετανάστες, αιτούντες άσυλο, τους αναπήρους, χαμηλού εισοδήματος και κοινωνικά μειονεκτούσες ομάδες γενικότερα. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, το 2,4% των Ελληνικών νοικοκυριών αντιμετωπίζουν καταστροφικές για την υγεία δαπάνες.

Έρευνες έχουν δείξει ότι, οι ανισότητες στην υγεία αυξάνονται τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα όσον αφορά το επίπεδο υγείας, την έκθεση σε κινδύνους και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, ως αποτέλεσμα αύξησης των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων. Τα ευρήματά τους έχουν αποδείξει την συσχέτιση του οικονομικού επιπέδου με το βιοτικό επίπεδο, το επίπεδο μόρφωσης, το επίπεδο απασχολησιμότητας, την περιοχή κατοικίας και συνέχεια όλων αυτών με το επίπεδο υγείας και την προσβασιμότητα στο σύστημα. Η περιγραφή αυτή αποτελεί έναν φαύλο κύκλο, ο οποίος επιδεινώνει συνεχώς την ευημερία του ατόμου, ζητώντας την θεραπεία από τον κρατικό παρεμβατισμό. Τα αίτια των ανισοτήτων στη χρήση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, ανάγονται κυρίως στην πολυδιάσπαση των ταμείων και στις άνισες παροχές τους, καθώς και στη συνεχή υποβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η σύνδεση των παροχών υγείας με τον ασφαλιστικό δεσμό και η συνεχώς αναπτυσσόμενη διεισδυτικότητα του ιδιωτικού τομέα, κάνει έκδηλη την εμπορευματοποίηση του αγαθού της υγείας και την μεταβολή του δικαιώματος σε δυνατότητα. Στόχος πρέπει να είναι η επίτευξη της από-εμπορευματοποίησης της υγείας, η κατοχύρωση καθολικού και αδιαπραγμάτευτου δικαιώματος, η απρόσκοπτη προσβασιμότητα και η παροχή του αγαθού σεβόμενη τις αξίες της κοινωνικής ισότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Οποιοδήποτε σύστημα υγείας κι αν επιλεγεί, θα πρέπει να διέπεται από τις αδιαμφισβήτητες αλήθειες ότι η υγεία προάγει τόσο το ζην, όσο και το ευ ζην (Αριστοτέλης), ότι προάγει την ελευθερία αίροντας αρνητικούς παράγοντες όπως η ασθένεια, που πρέπει να εξαλειφθούν από την ανθρώπινη κοινωνία (Mill), ότι διασφαλίζει την αναπαραγωγή της κοινωνίας (Marx) και την δικαιοσύνη ως ισότητα (Rawls).

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας συναρτάται με τις υγειονομικές ανισότητες ως προς την άνιση κατανομή του επιπέδου των δαπανών και των παροχών σε οποιοδήποτε σύστημα υγείας, που “μεταφράζεται” στην διαφοροποίηση ως προς την κατανάλωση και την προσφορά των υγειονομικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της πανελλαδικής έρευνας Hellas Health I, τα χρόνια νοσήματα είναι πιο συχνά στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις σε σύγκριση με τις ανώτερες (36,9% έναντι 30,4%) (Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής, 2006).

Σημαντικές διαφορές παρατηρούνται και στις μετρήσεις της «Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με την υγεία», όπου τα άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό

επίπεδο εμφανίζουν καλύτερους δείκτες από τα άτομα των χαμηλότερων στρωμάτων, τόσο στη γενική υγεία, όσο και στις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Το ίδιο ισχύει και για τους εφήβους μαθητές. Σύμφωνα με τη μελέτη του Κέντρου Μελετών Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών για την ποιότητα ζωής των Ελλήνων εφήβων μαθητών (12-18 ετών), η οικονομική κατάσταση της οικογένειας καθορίζει, σε μεγάλο ποσοστό, την ποιότητα ζωής που δηλώνουν οι έφηβοι (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012).

Οι ανισότητες στην χρήση υπηρεσιών εντοπίζεται έτσι σε δύο κύριους άξονες:

- α) σε αυτόν της **προσφοράς των υπηρεσιών υγείας**, με κυριότερα εμπόδια την ύπαρξη χρόνων αναμονής για θεραπείας (λίστες αναμονής), την γεωγραφική τοποθεσία των υπηρεσιών, το οικονομικό κόστος της υγειονομικής φροντίδας και την έλλειψη επαρκούς πληροφόρησης για την διαθέσιμη φροντίδα. και
- β) σε αυτόν της **ζήτησης υπηρεσιών υγείας**, με τις μεταβλητές ανισοτήτων να αφορούν το εισόδημα, την ηλικία, το φύλο, τη γνώση, τις πεποιθήσεις, τις προτιμήσεις και τις ευκαιρίες.

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα εμπόδια στην πρόσβαση και στην χρήση των υπηρεσιών υγείας δεν αφορούν πάντα τον άξονα της προσφοράς ή της ζήτησης διαζευκτικά, αλλά συχνά οι δύο άξονες αλληλοεπιδρούν δημιουργώντας έντονες υγειονομικές ανισότητες (European Commission, 2008).



## Κεφάλαιο 5 - Νομοθετικό πλαίσιο

### Ιστορική αναδρομή

Στο πέρασμα των αιώνων η ίδρυση νοσηλευτικών ιδρυμάτων υλοποιούνταν πάντα υπό την πίεση μεγάλων κοινωνικών ζητημάτων της κάθε εποχής και για το λόγο αυτό η παροχή υπηρεσιών σε αυτά έπαιρνε τα χαρακτηριστικά της. Έτσι από την ανάπτυξη των Ασκληπιείων της αρχαιότητας ως θεραπευτικά και λατρευτικά κέντρα ταυτόχρονα, η μορφή παροχής υπηρεσιών υγείας πέρασε στα φιλανθρωπικά νοσοκομεία κατά τη Βυζαντινή περίοδο ανάλογα με τα κοινωνικά προβλήματα ορισμένων ομάδων (πτωχοκομεία, γηροκομεία, ορφανοτροφεία) για να δώσουν τη θέση τους στα νοσοκομεία που ίδρυσαν εκκλησιαστικοί και σταυροφόροι στο Δυτικό Μεσαίωνα (Miller, 1985).

Έχει ενδιαφέρον η μελέτη των προσπαθειών οι οποίες εκδηλώθηκαν από την αρχαιότητα ακόμα και εξακολουθούν να εκδηλώνονται μέχρι τις μέρες μας, με σκοπό πάντοτε την εξομάλυνση του χώρου της υγείας. Είναι άλλωστε γνωστό ότι στο χώρο της υγείας πολλά προβλήματα παρουσιάζουν αξιοσημείωτη διαχρονικότητα (Δανιηλίδου Α., 2009).

Την περίοδο της Αναγέννησης δημιουργούνται τα νοσοκομεία με τη μορφή και το σκοπό που υπάρχουν και σήμερα, και εξελίχθηκαν μέχρι τον 20<sup>ο</sup> αιώνα δεχόμενα επιδράσεις από τα γεγονότα της κάθε εποχής για να καταλήξουν στον 21<sup>ο</sup> αιώνα σύγχρονα νοσοκομεία χαρακτηριζόμενα από διεπιστημονική προσέγγιση (Πολύζος Ν., 1999).

Ο θεσμός του «δημόσιου ιατρού» συναντάται σε αρκετές πόλεις της αρχαίας Ελλάδας, αν και ορισμένες από αυτές στρέφονταν σε πλούσιους ιδιώτες/χορηγούς προκειμένου να καλύψουν τις δαπάνες για δωρεάν περίθαλψη των πολιτών. Εναλλακτικά, η πολιτεία μπορούσε να καταφύγει στην επιβολή φόρου, του λεγόμενου «ιατρικού» κατά τον οποίο ο ασθενής μπορούσε να πληρώσει τα έξοδα θεραπείας του σε είδος, π.χ. μέρος κάποιας καλλιέργειας (σιτηρά κλπ).

Η ανάγκη κάλυψης των δαπανών περίθαλψης από πλευράς κράτους, οδήγησε σταδιακά στη δημιουργία των «εράνων» δηλαδή των σωματείων τα οποία διέθεταν κοινό ταμείο, με σκοπό την πληρωμή των νοσηλίων. Οι πόροι προέρχονταν από τις συνεισφορές των μελών τους. Τα σωματεία αυτά απέκτησαν επιρροή και μπορούσαν να παρέμβουν και στη διαμόρφωση της πολιτικής κατάστασης της εποχής. Οι ιστορικοί θεωρούν τα σωματεία αυτά μια πρόδρομη μορφή των σημερινών ασφαλιστικών εταιρειών (Τιβέριος Μ., 1999).

Σε νομοθετικό διάταγμα του 1836 (Εφημερίς Κυβερνήσεως Αριθ. 83) «περί εμποδισμού της μεταδόσεων μολυσματικών αρρώστιων», «αποκλείονται οι Λεπροί εκ των υγείων ανθρώπων..... εις μεμονωμένα μέρη», ενώ χαρακτηρίζεται η ασθένεια ως «το κακόν τούτο», δείγμα κοινωνικού αποκλεισμού (Πομώνης Δ., 1925).

Το 1922, με το Ν. 2882 - ΦΕΚ.122, ιδρύεται για πρώτη φορά το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας, που αποτελεί σταθμό στην εξέλιξη των υγειονομικών υπηρεσιών.

Στις 12.1.1926 το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας καταργείται και οι αρμοδιότητές του επανέρχονται στο Υπουργείο Εσωτερικών, ενώ οι υπηρετούντες νομιάτροι απολύονται. Τον Αύγουστο όμως του ίδιου χρόνου, με Ν.Δ. της 28.8.1926, το Υπουργείο επανιδρύεται και οι απολυθέντες νομιάτροι επιστρέφουν στις θέσεις τους.

Το 1928, ιδρύεται αυτοτελές Υφυπουργείο Υγιεινής μέσα στο Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Το ίδιο έτος η κυβέρνηση Ελευθερίου Βενιζέλου με Υπουργό Υγείας το γιατρό Α. Παππά και Υφυπουργό Υγιεινής τον Απόστολο Δοξιάδη αποφασίζει τη ριζική αναδιοργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών και απευθύνεται στην Κοινωνία των Εθνών στο Τμήμα Διεθνούς Υγείας. Επιτροπή από ξένους εμπειρογνώμονες επισκέπτεται τη χώρα και στις αρχές του 1929 παραδίδει την έκθεση της στην ελληνική κυβέρνηση. Η έκθεσή της περιελάμβανε 148 επιμέρους εκθέσεις, οι οποίες συνέδεαν τις συνθήκες υγιεινής με τις δημογραφικές, οικονομικές και οικιστικές συνθήκες κάθε περιοχής. Τα συμπεράσματα είχαν διεθνές αντίκτυπο καθώς έγιναν αντικείμενο διπλωματικής αλληλογραφίας στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Χαρακτηριστικά αναφέρεται: «Η Ελλάδα είναι επικίνδυνη χώρα από άποψη υγιεινής... για την Ευρώπη γενικότερα». (Κρεμαστινού Τζ., 2007).

Με τον Ν. 4172 του 1929 - ΦΕΚ 201/16.06.1929, το Υφυπουργείο Υγιεινής μετατρέπεται σε αυτοτελές Υπουργείο. Το ίδιο έτος, με το Ν. 4333/1929, ιδρύεται το Υγειονομικό Κέντρο Αθηνών και με το Ν. 4069/1929 ιδρύεται η Υγειονομική Σχολή Αθηνών.

Το 1934, ψηφίζεται ο Ν. 6008/1934 «Περί οργανώσεως της Περιφερειακής Υγειονομικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Κρατικής Υγιεινής και Αντιλήψεως» με τον οποίο επιχειρείται αναδιοργάνωση των περιφερειακών υπηρεσιών.

Το 1934 ψηφίστηκε ο βασικός νόμος 6298/1934 «Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων» ο οποίος ορίζει τη σύσταση του ΙΚΑ για την ασφάλιση των μισθωτών ιδιωτικών υπαλλήλων και εργατών. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί τρία χρόνια αργότερα (1937). Την ίδια περίοδο προωθήθηκαν επίσης νομοθετικά μέτρα για την ίδρυση φορέων κύριας ασφάλισης, όπως του Ταμείου Ασφαλίσεως Εμπόρων (ΤΑΕ) και του Ταμείου Επαγγελματιών και Βιοτεχνών (ΤΕΒΕ), που άρχισαν να λειτουργούν το 1940.

Το 1935 καθιερώθηκε η υποχρεωτική ασφάλιση όλων των μισθωτών στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ), που αποτέλεσε το γενικό φορέα κοινωνικής ασφάλισης των μισθωτών. Η λειτουργία του ΙΚΑ άρχισε την 1.1.1937, αλλά η χορήγηση παροχών ρυθμίστηκε το 1951 με τον Αναγκαστικό Νόμο 1846/51, ο οποίος με τις διαδοχικές του τροποποιήσεις συνθέτει και το ισχύον θεσμικό πλαίσιο του φορέα.

Το 1940, με τον Αναγκαστικό Νόμο 2588/1940 «Περί μετονομασίας του Υπουργείου Υγιεινής και Αντιλήψεως και οργανώσεως των υπηρεσιών αυτού» γίνεται τροποποίηση στον οργανισμό του υπουργείου.

#### Η Μεταπολεμική Περίοδος μέχρι την Ίδρυση του Ε.Σ.Υ.

Αμέσως μετά τον πόλεμο και την απελευθέρωση:

Με το Ν. 8/1944, το προπολεμικό ενιαίο Υπουργείο Εθνικής Πρόνοιας διαχωρίζεται στα Υπουργεία Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας. Τον επόμενο χρόνο, τα δύο Υπουργεία επανενώνονται και τρεις μήνες μετά, διαχωρίζονται και πάλι.

Το 1951, με το Ν. 1671/1951, συστήνεται εκ νέου το ενιαίο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας.

Το 1951 επίσης, ψηφίζεται ο αναγκαστικός νόμος Ν. 1846/51 (ΦΕΚ 179/Α/1-8-51) Περί Κοινωνικών Ασφαλίσεων ο οποίος ορίζει τον τρόπο παροχής της ιατρικής περιθάλψεως και την έκταση των παροχών στους ασφαλισμένους.

Το 1953 ψηφίζεται το Ν.Δ. 2592/1953 «Περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», με το οποίο καθορίζεται η οργάνωση και λειτουργία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Το 1960, με το Β.Δ. 682/1960 «Περί οργανώσεως του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας» επανακαθορίζεται ο οργανισμός του υπουργείου.

Το 1961 με το Ν.3169/61, δημιουργείται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) με τον οποίο ιδρύονται και 500 αγροτικά ιατρεία.

Το 1964 με το Ν.Δ. 4372/1964 δημιουργήθηκε ανεξάρτητο Υπουργείο Υγιεινής, το οποίο λίγο αργότερα με τον Α.Ν. 7/1967 συγχωνεύθηκε και πάλι ως Γενική Διεύθυνση Υγιεινής στο Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, το οποίο με το Ν.Δ. 1/1968 μετονομάστηκε σε Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών.

Με το Π.Δ. 544/1977 «Περί Οργανισμού του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών» καθορίζεται η οργάνωση και οι αρμοδιότητες των κεντρικών και Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Το 1983 ψηφίζεται ο Ν. 1397 - ΦΕΚ 143, 7-10-83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», που αποτελεί τον θεμελιώδη νόμο του **Εθνικού Συστήματος Υγείας** και τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα.

## Ανασκόπηση προ ΕΣΥ

Είναι γεγονός ότι η Ελλάδα διανύει μια περίοδο κατά την οποία τα δικαιώματα και οι κατακτήσεις εργαζομένων συμπιέζονται και το κοινωνικό κράτος συρρικνώνεται. Διαχρονικά για λόγους ιστορικούς και πολιτικούς υπήρξε μια σημαντική καθυστέρηση στην κατοχύρωση και ανάπτυξη θεσμών με κοινωνικό περιεχόμενο με επίπτωση στον κρατικό παρεμβατισμό και στο βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού.

Τα κύρια χαρακτηριστικά του Ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος είναι η πολυπλοκότητα και ο πολυκερματισμός των υπηρεσιών. Πρόκειται για ένα μεικτό σύστημα με στοιχεία και από τα δύο κλασσικά συστήματα προστασίας Beveridge και Bismark, ευάλωτο σε διακυμάνσεις με όλες τις σχετικές συνέπειες.

Παρ ότι η αρχική μελέτη για την εξυγίανση του ασφαλιστικού συστήματος έχει εκπονηθεί το 1951 και στην οποία καταγράφονται τα αίτια της παθογένιάς του, εντούτοις μέχρι και σήμερα αυτά εξακολουθούν σε μεγάλο βαθμό να υφίστανται παρά τα σχετικά νομοθετήματα που ψηφίστηκαν και εφαρμόστηκαν.

Τα αίτια διακρίνονται σε ενδογενή και εξωγενή και στα οποία συμπεριλαμβάνονται το δημογραφικό, η ανεργία, η οικονομική ύφεση, ο μεγάλος αριθμός των φορέων, η εισφοροδιαφυγή, η πολυπλοκότητα της νομοθεσίας, η έλλειψη μηχανοργάνωσης, οι ευνοϊκές ρυθμίσεις, τα όρια ηλικίας κλπ. Ο λόγος για τον οποίο το ασφαλιστικό πρόβλημα παραμένει ανεπίλυτο είναι ότι το ίδιο είναι βαθύτατα διαρθρωτικό και δομικό. Το σύστημα ως προς την οργανωτική του μορφή και την κλαδική του διάσταση προσομοιάζει προς ένα ιδιωτικό κεφαλαιοποιητικό σύστημα ενώ ως προς τη χρηματοδότησή του είναι διανεμητικό. Χαρακτηριστικά στοιχεία επαγγελματικής και δημόσιας ασφάλισης καθολικών συστημάτων συνυπάρχουν με κλαδική κατάτμηση των φορέων που δεν επιτρέπουν τη λειτουργία της αρχής της αλληλεγγύης με την οποία συγκρούεται η αρχή της ανταποδοτικότητας και δεν επιτρέπουν οι κρατικές ενισχύσεις και η οιαδήποτε συμμετοχή του κράτους να κατευθύνεται προς τις κατηγορίες εκείνες του πληθυσμού που έχουν τις περισσότερες ανάγκες ενώ παράλληλα δεν μπορεί να καταπολεμηθεί και η εισφοροδιαφυγή μόνο με μέτρα αστυνόμευσης και τη μετατροπή των ασφαλιστικών φορέων σε υπηρεσίες αστυνομικής διάρθρωσης και λειτουργίας.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα έχει μικρή ιστορία. Σταδιακά δημιουργήθηκε και ανδρώθηκε μια πολυδιάσπαση υπηρεσιών, αλληλοεπικάλυψη αρμοδιοτήτων, δαιδαλώδης και αντιφατική νομοθεσία. Η συνεχής επιχειρούμενη μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού είναι ένα μείζονος σημασίας θέμα. Επικεντρώνεται σε τρεις βασικούς άξονες αλλαγών: στην



διοικητική αναδιάρθρωση, σε στοχευμένες ασφαλιστικές παρεμβάσεις και σε μέτρα ενίσχυσης του θεσμικού πλαισίου. Θεσπίζεται μια σειρά μέτρων προκειμένου να απαλειφθούν οι στρεβλώσεις, να παταχθεί η εισφοροδιαφυγή, να σταματήσουν οι ανισότητες στις παροχές και οι σπατάλες στις δαπάνες περίθαλψης.

Η πρώτη σοβαρή προσπάθεια για τη διαμόρφωση κάποιας ασφαλιστικής πολιτικής υγείας έγινε στις αρχές του '30. Μετά από μεγάλες κοινωνικές πιέσεις και έντονες πολιτικές αντιπαραθέσεις η δικτατορία του Μεταξά αναγκάζεται να ψηφίσει το νόμο 6298/1934, βάσει του οποίου δημιουργείται το Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων (ΙΚΑ) για την ασφάλιση των μισθωτών ιδιωτικών υπαλλήλων και εργατών. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί τρία χρόνια αργότερα (1937) εξ' αιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε τους κινδύνους της ασθένειας, του γήρατος και της ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζόμενους. Την περίοδο αυτή μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη. Στις δεκαετίες του '60 και '70, η ελληνική οικονομία με κινητήριο μοχλό τον κατασκευαστικό τομέα, σημειώνει μια ραγδαία ανάπτυξη, μέσα από την οποία γεννήθηκαν μια σειρά επιχειρήσεων και τραπεζών που δημιούργησαν τους δικούς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Η χρηματοδότησή τους βασιζόταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, 2006).

Το 1961 ψηφίζεται ο Ν.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-χρηρείας και η παροχή ιατρικής περίθαλψης στον αγροτικό πληθυσμό της χώρας. Η εξέλιξη 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 μετατρέπεται σε ταμείο Κόριας Ασφάλισης Αγροτών με βάση τον Νόμο υπ' αριθ. 2458/97 (ΦΕΚ 15/14-2-97) και παρέχει ευρύ και 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 1999 έγιναν νομοθετικές αλλαγές στη δομή των ασφαλιστικών οργανισμών, καθώς πολλοί καταργήθηκαν και άλλοι συγχωνεύτηκαν.

Η κρίση του 1973 δημιούργησε και στην Ελλάδα οικονομικά προβλήματα ίδια με αυτά των άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί η ανάγκη άσκησης ολοκληρωμένης κοινωνικής πολιτικής. Το 1980 υπάρχουν περίπου 10530 φορείς, με μεγαλύτερους το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ, τον ΟΓΑ, το ΤΑΕ, το ταμείο του ΟΤΕ, των τραπεζών κ.α.



## Κεφάλαιο 6 - Εθνικό σύστημα Υγείας (ΕΣΥ)

### Δημιουργία και σύσταση του ΕΣΥ Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143, 7-10-83)

Άρθρο 1.

«Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας».

Άρθρο 15.

«Σκοπός των κέντρων υγείας είναι: Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σ' αυτή».

### Ρυθμίσεις για εφαρμογή και Ανάπτυξη του ΕΣΥ

Ν. 2579/1985, Άρθρο 7, Σύσταση ΝΠΔΔ «ΕΚΑΒ»

Το ΕΚΑΒ υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με σκοπό την παροχή σε έκτακτες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ιατρικής φροντίδας στους πολίτες και μεταφορά τους σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

ΦΕΚ 514/11-7-1991, Καθορισμός αμοιβής εξετάστρων στα Ιατρεία Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων:

- α) Οι προσερχόμενοι εις τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων ασθενείς για εξέταση, καταβάλλουν 1000 δχμ. ως αμοιβή εξετάστρων η οποία προκειμένου για ασφαλισμένους βαρύνει τον οικείο ασφαλιστικό φορέα.
- β) Εξαιρούνται οι οικονομικά αδύνατοι και λοιποί ανασφάλιστοι δικαιούμενοι δωρεάν περίθαλψης ασθενείς, οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ, καθώς και οι προσερχόμενοι για επείγοντα περιστατικά ασθενείς.

Με τον Ν. 2071 - ΦΕΚ 123/92, αρχίζει η αποδέσμευση του ιδιωτικού τομέα με μεταφορά κάποιων δραστηριοτήτων πάντα υπό τον έλεγχο του κράτους. Κύρια χαρακτηριστικά του νόμου είναι η μεταφορά σημαντικού αριθμού μέρους της χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στους οικογενειακούς προϋπολογισμούς.

Ν.Δ.2592/93 Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης, Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικής Ασφάλισης

- α) Την παροχή δωρεάν νοσηλείας στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του Ν.Δ. 2592/93, σε ανασφάλιστους εθελοντές αιμοδότες που δίνουν αίμα συστηματικά, τουλάχιστον μία φορά το χρόνο χωρίς αμοιβή.
- β) Επίσης παρέχεται δωρεάν ιατρική εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία, ανεξάρτητα αν καλύπτονται από ασφαλιστικό φορέα.
- γ) Από τις διατάξεις της απόφασης αυτής προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Ν.Δ.2592/93 (Νομοθετικό Διάταγμα «Περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντίληψης») το ύψος της οποίας δεν μπορεί να προσδιοριστεί.

Ν. 2519/1997 Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, Οργάνωση Υγειονομικών Υπηρεσιών, Ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις  
 Άρθρο 4. Η Γενική Διεύθυνση Υγείας του ΥΥΠ μετονομάζεται σε Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας  
 Άρθρο 11. Σύσταση Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης των Υπηρεσιών Υγείας.

ΦΕΚ 1643/2001, Τροποποιήσεις Άρθρων Παλαιότερων Νόμων  
 Από αρχές 2002 επιτρέπεται στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ η λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων.

Η αμοιβή για την επίσκεψη κατατίθεται απευθείας στο νοσοκομείο από τον εξεταζόμενο ασθενή. Καθηγητές 90 € ... όλοι οι ειδικευμένοι ιατροί 30 €. Για μικρή επέμβαση που δεν απαιτεί νοσηλεία 50€.

Η αμοιβή για διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις καταβάλλεται είτε από τον ασθενή είτε από τον ασφαλιστικό τους φορέα.

Ν.2889, 2 Μαρτίου 2001. Υγεία για τον πολίτη. Ίδρυση Περιφερειακού Συστήματος Υγείας (ΠΕΣΥ).

Σκοπός του η μετεξέλιξη του συστήματος υγείας σε πιο σύγχρονο και αποτελεσματικό που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις προσδοκίες του έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης.

ΦΕΚ 53/23 Ιανουαρίου 2003. Τροποποίηση Ν. 91 (ΦΕΚ 514) «Καθορισμός αμοιβής εξετάστρων Εξωτερικών Ιατρείων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων: «Οι προσερχόμενοι στα Εξωτερικά Ιατρεία Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων ασθενείς για εξέταση, καταβάλλουν 3 € ως αμοιβή εξετάστρων η οποία προκειμένου για ασφαλισμένους βαρύνει τον οικείο ασφαλιστικό φορέα τηρουμένων των διατάξεων των κανονισμών τους περί παροχής ιατρικής περίθαλψης».

Ν. 3106/2003 μετονομασία του ΠΕΣΥ σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) και στις αρμοδιότητές τους προστίθεται αυτή της παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και πρόνοιας. Συστήνεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας» με σκοπό τη συμβολή στη χάραξη πολιτικών στον τομέα της

πρόνοιας. Ιδρύεται επίσης νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με την επωνυμία «Εθνικό Παρατηρητήριο Ατόμων με Αναπηρίες» που προωθεί και ελέγχει την εφαρμογή μέτρων και προγραμμάτων που πραγματοποιούνται για τα άτομα με αναπηρίες, με σκοπό την ενεργό και ισότιμη συμμετοχή τους στην οικονομική και κοινωνική ζωή της χώρας.

Ν. 3204 - ΦΕΚ 296/23 Δεκεμβρίου 2003. Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το ΕΣΥ και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του ΥΥΠ. Συντονισμός ΠΕΣΥΠ. Μισθολόγιο, προμήθειες

Ν. 3235 - ΦΕΚ 53/18-2-2004. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ)  
 Άρθρο 1. Το σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας αποσκοπεί στην ικανοποίηση των αρχών:

- α) Της ισότητας στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους κατοίκους της χώρας
- β) Της ισότητας στην φροντίδα που επιτρέπει τη διαχείριση οξέων και χρόνιων προβλημάτων υγείας από τον ίδιο ιατρό ή ομάδα ιατρών στη διάρκεια του χρόνου.
- γ) Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενούς

Ν. 3329/2005 - ΦΕΚ 81/Α/4.4.2005. Μετονομασία των ΠεΣΥΠ σε Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ). Περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Άρθρο 1. Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.

Η Επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές.

Άρθρο 2. Σκοπός της Δ.Υ.ΠΕ.

Είναι ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικίας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 42. Κατάργηση ΠΕ.Σ.Υ.Π.

Από την 3<sup>η</sup> Μαΐου 2005 καταργούνται τα ΠΕ.Σ.Υ.Π. τα οποία είχαν συσταθεί με τον Ν. 2889/2001 και στη θέση τους συγκροτούνται 17 Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ) μία σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια.

Ν. 3370-ΦΕΚ 176/Α/11.7.2005

Άρθρο 3. Διάρθρωση και σκοπός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων έχουν σκοπό την πρόληψη των νόσων, την προαγωγή υγείας, την ενίσχυση της κοινωνικής ισότητας σε θέματα υγείας και τον σχεδιασμό, οργάνωση και ανάπτυξη των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Έμφαση δίνεται στην πολιτική αναβάθμιση της δημόσιας υγείας μέσω της ίδρυσης Γενικής Γραμματείας Δημόσιας Υγείας.

Ν.3418, 28 Νοεμβρίου 2005, Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Άρθρο 41. Ο Ιατρός πρέπει να προάγει την ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και την ίση κατανομή των πόρων. Οφείλει επίσης να αποφεύγει την διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις.

Άρθρο 46. Ο ιατρός και η κοινωνία

Ο ιατρός απέχει από οποιαδήποτε ενέργεια η οποία μπορεί να οδηγήσει στον κοινωνικό αποκλεισμό ή στη διακριτική μεταχείριση ασθενών ή που είναι φορείς νόσων οι οποίες ενδέχεται να προκαλέσουν κοινωνικό στίγμα. Αντίθετα, μεριμνά για το σεβασμό της αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους, παρέχοντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή αντιμετώπισή τους.

Ο ιατρός δίνει ιδιαίτερη προσοχή στην παροχή φροντίδας σε άτομα τα οποία ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες, όπως γυναίκες που ζουν σε ελλειμματικές συνθήκες ασφάλειας, παιδιά προβληματικών οικογενειών, νεαρά άτομα που διαβιώνουν σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου, άτομα με χρόνια νοσήματα ή άτομα της τρίτης ηλικίας.

Ν. 3527/2007 - ΦΕΚ 25Α /9-2-2007, περί «Κύρωσης συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το ΥΥΚΑ, στοχεύει στη μείωση των ΔΥΠΕ (από 17 σε 7) και στην αυτονόμηση των νοσοκομείων.

## Βασικοί άξονες του ΕΣΥ

Ο νόμος 1397 - ΦΕΚ 143/7-10-83 για το ΕΣΥ, αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα, αφού για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Οι στόχοι του νόμου ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. (Υπουργείο Ανάπτυξης, 2007).

Η φιλοσοφία του νόμου βασίστηκε στην αρχή ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και κάθε πολίτης ανεξάρτητα από την κοινωνικό-οικονομική του θέση έχει δικαίωμα για υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας. Υπό αυτή την έννοια το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας και αυτό εναρμονίζεται με το ελληνικό σύνταγμα που ορίζει ότι «το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών».

Οι βασικές αρχές και προβλέψεις του νόμου ήταν:

- α. Κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες. Αποκέντρωση των υπηρεσιών μέσα από τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη συμμετοχή της κοινότητας στις αποφάσεις με τη σύσταση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕΣΥ) και την εκχώρηση γνωμοδοτικών και εποπτικών αρμοδιοτήτων στα Νομαρχιακά συμβούλια.
- β. Έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας.
- γ. Βελτιώσεις στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών μέσα από την ταχύρρυθμη ανάπτυξη της υποδομής και οργάνωσης των νοσοκομείων.

Η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα του ασφαλιστικού συστήματος από την οποία εξαρτάται η κοινωνική συνοχή και η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, δεν μπορεί να εξασφαλιστεί με ψήφιση νόμων αλλά με τη διαρκή προσπάθεια ενίσχυσής του και αντιμετώπισης των αιτιών που δημιουργούν τα προβλήματα. Ειδικότερα, πρέπει να περιλαμβάνει το μοντέλο ανάπτυξης, το φορολογικό πλαίσιο, τους μηχανισμούς αναδιανομής του πλούτου, τις πολιτικές για την αύξηση της απασχόλησης, τη μείωση της ανεργίας, τις πολιτικές αντιμετώπισης του δημογραφικού προβλήματος, τις συντάξεις, κλπ.

Αν και ο Ν. 1397 θεωρείται ακόμη και σήμερα ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στη χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας

και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, εντούτοις του καταλογίζονται και ελλείψεις και παραλείψεις. Αυτές συμπυκνώνονται:

- α) στην αδυναμία να αφομοιώσει και αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών αλλά και τα κριτικά συμπεράσματα της ΠΟΥ, πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας,
- β) στη μη πρόβλεψη ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα ελάμβανε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα οδηγούσε σε χαλιναγώγηση του κόστους, και
- γ) στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων.



## Κεφάλαιο 7 - Οι ασφαλιστικές μεταρρυθμίσεις μετά ΕΣΥ 1992-2005

Στη σύγχρονη ιστορία της χώρας μας στον τομέα της υγείας και της ασφάλισης, έχουν εξαγγελθεί ριζικές αλλαγές, κυρίως από τη δεκαετία του '80 και μετά, των οποίων όμως η εφαρμογή υπήρξε αποσπασματική και ελλιπής, εν μέρει και λόγω του αυξημένου πολιτικού αλλά και διοικητικού κόστους.

Κατά τη διάρκεια του 1990 σημειώθηκε έντονη κρίση ρευστότητας του ασφαλιστικού συστήματος ως επιστέγασμα ευρύτερων δημοσιονομικών προβλημάτων. Κατά την περίοδο 1990-93, πραγματοποιήθηκε η ψήφιση δύο ασφαλιστικών νόμων (Ν.1902/90 και Ν.2084/92), των οποίων κύριο χαρακτηριστικό ήταν η αλλαγή όρων ασφάλισης και συνταξιοδότησης για όσους θα εισέρχονταν στην αγορά εργασίας μετά το 1993, με στόχο την επιμήκυνση των ορίων ηλικίας προς συνταξιοδότηση και μείωση των συνταξιοδοτικών δαπανών.

Από το 1996 και μετά συνεχίζεται η προσπάθεια μεταρρύθμισης της ασφάλισης, με επιστέγασμα αυτής της στρατηγικής την ψήφιση του ασφαλιστικού νόμου (Ν.3029/2002).

1996: Καθιέρωση του Επιδόματος Κοινωνικής Αλληλεγγύης Συνταξιούχων (ΕΚΑΣ), με στόχο την καταπολέμηση της ένδειας των ηλικιωμένων.

1998: Νέο ταμείο κύριας ασφάλισης του ΟΓΑ, που ολοκλήρωσε την κάλυψη του πληθυσμού των αγροτών με ένα συμμετοχικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Έτσι, πλέον, όλες οι περιοδοί εργασίας σε οποιονδήποτε κλάδο της οικονομίας οδηγούν σε δημιουργία ασφαλιστικών δικαιωμάτων. Νομιμοποίηση των μεταναστών ώστε να αποτελέσουν παράγοντα επίλυσης του ασφαλιστικού-συνταξιοδοτικού.

1999: Συνένωση των ταμείων των αυτοτελώς απασχολούμενων και πολλών επικουρικών ταμείων με αποτέλεσμα τη μείωση του αριθμού των Ταμείων ασφάλισης.

2000-2001: Διοικητικός εκσυγχρονισμός του μεγαλύτερου ταμείου των μισθωτών (ΙΚΑ) με στόχο την βελτίωση των σχέσεων του φορέα με τους εργαζόμενους και τους εργοδότες. Ειδικότερα, η μηχανοργάνωση της διαδικασίας πληρωμών/εισφορών έχει οδηγήσει σε θεαματικές μειώσεις της εισφοροδιαφυγής.

2002: Θέσπιση του Ν. 3029/2002, ο οποίος αποτελεί σημαντική μεταρρύθμιση και ο οποίος ψηφίστηκε μετά από μακρόχρονη συνεννόηση με τους κοινωνικούς εταίρους και επέφερε σημαντικές αλλαγές:

### Μορφή Ασφαλιστικού Συστήματος

Το ελληνικό ασφαλιστικό σύστημα, όπως άλλωστε και τα αντίστοιχα της Ευρώπης και όχι μόνο, είναι δημόσιο και αναδιανεμητικό. Το σύστημα ως αναδιανεμητικό επιβάλλει και αναδεικνύει την αλληλεγγύη των γενεών. Κάθε γενιά αναλαμβάνει να καταβάλει τις συντάξεις της προηγούμενης. Το ασφαλιστικό σύστημα κατοχυρώνει την κοινωνική συνοχή και την καταπολέμηση του αποκλεισμού, μέσω της συμμετοχής στην ανάπτυξη της οικονομίας. Με αυτή την έννοια η μακροχρόνια ισορροπία του ασφαλιστικού συστήματος είναι βασική συνισταμένη της ανάπτυξης. Αντίθετα απειλές στην ισορροπία αυτή υποσκάπτουν μεσοπρόθεσμα την ανάπτυξη.

Ο Ν. 3918/2011, εισάγει σοβαρές διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας. Οι σημαντικότερες από τις αλλαγές αυτές αναφέρονται στο νέο σύστημα προμηθειών υγείας, στη δημιουργία του ΕΟΠΥΥ και την ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ.

Στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν οι κλάδοι υγείας των τεσσάρων μεγαλύτερων ασφαλιστικών φορέων, δηλαδή του ΙΚΑ, του ΟΓΑ, του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ, με σκοπό να ενταχθούν αργότερα σε αυτόν οι κλάδοι υγείας και άλλων ταμείων. Η βασική επιδίωξη της ίδρυσης ενός ενιαίου ταμείου υγείας είναι να συγκεντρωθούν σε αυτό όλοι οι πόροι υγείας και να λειτουργήσει ως μονοπώλιο, με αυξημένη διαπραγματευτική δύναμη έναντι των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η ομογενοποίηση των παροχών υγείας προς όλους τους ασφαλισμένους και η πρόσβαση σε ενιαίο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, ως προς το είδος, την έκταση, το ύψος, τον τρόπο και τη διαδικασία χορήγησης. Στο σημείο αυτό, όμως, προκύπτει ένα κρίσιμο ερώτημα. Η ομογενοποίηση των παροχών συντελείται προς τα πάνω, και συνεπώς βελτιώνεται το επίπεδο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, ή αντίθετα προς τα κάτω, με μείωση των παροχών; Όπως προκύπτει από τις προβλέψεις του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (2011), σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει μείωση παροχών και αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στο κόστος. Για παράδειγμα, μείωση παρατηρείται στις παροχές που σχετίζονται με τοκετό, αεροθεραπεία, λουτροθεραπεία, μεσογειακή αναιμία, νεφροπάθεια, λογοθεραπεία. Αύξηση συμμετοχής προβλέπεται στις δαπάνες για συμμετοχή στο αναλώσιμο υγειονομικό υλικό, στα προϊόντα ειδικής διατροφής, για νοσηλεία στο εξωτερικό σε χώρες εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης, για προθέσεις και βοηθητικά θεραπευτικά μέσα, ορθοπεδικά είδη, υγειονομικό και

αναλώσιμο υλικό, καθώς και αναπνευστικές συσκευές (Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, 2011).

Ένα δεύτερο πρόβλημα αναφορικά με τον ΕΟΠΥΥ σχετίζεται με τους ιδιώτες ιατρούς που απασχολεί με σύμβαση και την πρόβλεψη αυτοί να προσφέρουν υπηρεσίες μία φορά την εβδομάδα στα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων. Μια τέτοια πρόβλεψη μπορεί να αντιμετωπίζει εν μέρει τις ελλείψεις ιατρικού δυναμικού στα δημόσια νοσοκομεία, αλλά είναι πιθανό, εάν δεν αναπτυχθούν μηχανισμοί ελέγχου, να οδηγήσει σε αύξηση της παραοικονομίας στο σύστημα υγείας και σε αθέμιτες πρακτικές άγρας πελατείας και κατεύθυνσης των πολιτών προς ιδιωτικά ιατρεία. Στη σωστή κατεύθυνση είναι η ένταξη των νοσοκομείων του ΙΚΑ στο ΕΣΥ, δεδομένου ότι με αυτό τον τρόπο επιτυγχάνεται η οργανική ενοποίηση του κλάδου υγείας, που μέχρι σήμερα υπαγόταν στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης, με το ΕΣΥ και επιτυγχάνονται τόσο η εξοικονόμηση πόρων όσο και η διασφάλιση της πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα με όρους ισονομίας για όλους τους πολίτες.

Συνήθως, παρατηρείται μια κλιμακωτή, αν όχι ακόμα και γραμμική, φθίνουσα τάση στην κατάσταση υγείας, όσο χαμηλότερη η κοινωνική θέση του ατόμου. Αυτό το φαινόμενο αναφέρεται ως κοινωνική διαβάθμιση (social gradient) (Marnot, 2004).

Η ανεπαρκής πρόσβαση σε ουσιώδεις υπηρεσίες υγείας είναι ένας από τους πολλούς προσδιοριστικούς παράγοντες των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Μπορεί να μην είναι ο κυριότερος παράγοντας, αλλά είναι καθοριστικής σημασίας για τις ίδιες τις υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, η οικονομική επιβάρυνση από το κόστος των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μια όλο και αυξανόμενη αιτία φτώχειας - ιδιαίτερα για τις κοινωνικά ευάλωτες ομάδες.

Το δημογραφικό πρόβλημα υπάρχει και επηρεάζει, όμως δεν είναι το άπαν της κρίσης της κοινωνικής ασφάλισης. Για την ελληνική περίπτωση, η μελέτη έχει αποδείξει ότι τον πρώτο ιστορικό ρόλο κατέχει η ανορθολογική αξιοποίηση των αποθεματικών των ταμείων από το κράτος, σε συνδυασμό με τη μη θεσμοθέτηση της τριμερούς χρηματοδότησης και, στη σημερινή φάση, τον πρώτο λόγο κατέχει η ανεργία.

Επίσης η ανεργία για 550.000 περίπου πολίτες κοστίζει στο Ελληνικό σύστημα ένα ποσό κοντά στα 2,2 δις ευρώ ετησίως και αποτελεί μια από τις βασικές αιτίες του ασφαλιστικού προβλήματος. Μεγάλες είναι και οι απώλειες που έχουν τα Ταμεία από την διεύρυνση της μερικής απασχόλησης σε όλες τις μορφές της και σε αντικατάσταση θέσεων πλήρους απασχόλησης. (Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος, 2002)

Η εξέλιξη του συστήματος των κοινωνικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα, δεν εντάχθηκε σε ένα ολοκληρωμένο θεσμικό πλαίσιο κοινωνικής προστασίας, με αποτέλεσμα η αναζήτηση διεξόδων, κυρίως σε διαχειριστικό επίπεδο, να μην έχει επιφέρει μέχρι σήμερα τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

Η απουσία ενός ισχυρού κοινωνικού κράτους, αναδεικνύει μεταξύ άλλων, την ευθύνη των πελατειακών σχέσεων στη συγκρότηση της κοινωνικής ασφάλισης, οι οποίες συνέβαλλαν σε σημαντικό βαθμό στον κατακερματισμό και την πολυδιάσπασή του.

Τα τελευταία 20 χρόνια το σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων στην Ελλάδα και την Ευρώπη, διέρχεται μια παρατεταμένη κρίση, η οποία έχει τις ρίζες της στις αναδιαρθρώσεις που συντελούνται στο εσωτερικό των οικονομικών και κοινωνικών σχηματισμών, προκειμένου να εξασφαλιστεί η διεύρυνση της αναπαραγωγής, ιδιαίτερα στην οικονομική σφαίρα. Η παρατήρηση αυτή σημαίνει ότι η σημερινή κρίση, η οποία εκδηλώνεται στην οικονομική σφαίρα της κοινωνικής ασφάλισης με τα ελλείμματα, αλλά και στην κοινωνική σφαίρα, με την αδυναμία ικανοποίησης των κοινωνικο-ασφαλιστικών αναγκών του πληθυσμού, είναι κυρίως αποτέλεσμα της ανορθολογικής διαχείρισης των πόρων, της αύξησης της ανεργίας και της δημογραφίας.

Κατά συνέπεια, βλέπουμε ότι το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα συρρικνώνεται τα τελευταία χρόνια και έχει καταστεί ανελαστικό, εξαιτίας κυρίως, του περιορισμένου επιπέδου των δαπανών και του χαμηλού επιπέδου των παροχών.

Στο ζήτημα της πρόσβασης και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από τα άτομα με κριτήριο τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, διαπιστώνεται μεγάλος βαθμός συσχέτισης.

Μελέτες έχουν αποδείξει πως οι ανώτερες εισοδηματικές ομάδες του πληθυσμού, μπορούν και έχουν τη γνώση ώστε να αξιοποιήσουν με καλύτερο τρόπο τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, ενώ η έλλειψη πληροφόρησης σε άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, στερεί τη δυνατότητα εκτίμησης της κατάστασης υγείας τους, με αποτέλεσμα πολλές φορές να γίνονται και αντικείμενο εκμετάλλευσης (Titmouss, 1968).

Ασφαλιστικό Σύστημα και διαμόρφωση ανισοτήτων. Το παράδειγμα της χώρας μας όπως αναφέρεται στην μελέτη των Καράγιωργα συν, με τίτλο «Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα», δείχνει υψηλότερους δείκτες νοσηρότητας σε ασθενείς που υπάγονται σε ασφαλιστικά ταμεία με χαμηλές παροχές.

Αξιίζει να υπογραμμιστεί ότι βασικό γνώρισμα του ΕΣΥ αποτελεί ο συγκεντρωτισμός και η έντονη κρατική παρέμβαση σε κάθε παράμετρο της

υγείας, όπως στη χρηματοδότηση, τη ρύθμιση και την παροχή. Ως αποτέλεσμα, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης θεωρείται αρμόδιο για τη διευθέτηση καίριων ζητημάτων πολιτικής υγείας, όπως το ζήτημα του σχεδιασμού, του προγραμματισμού, της εφαρμογής, της εποπτείας και της αξιολόγησης.

Βασικές ανισότητες που καταγράφονται εντός του ΕΣΥ:

#### *Γεωγραφική πρόσβαση*

Στον πυρήνα του Εθνικού Συστήματος Υγείας βρίσκεται η δυνατότητα ίσης πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες, ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και τον τόπο διαμονής του ατόμου. Αν και το ΕΣΥ έχει συμβάλει σημαντικά στην επέκταση της υγειονομικής φροντίδας και στις απομακρυσμένες αγροτικές περιοχές, αδυνατεί να διευθετήσει επαρκώς τα ζητήματα αποκέντρωσης, ισότητας και ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η Ελλάδα είναι η χώρα της ΕΕ που παρουσιάζει, με διαφορά, το μεγαλύτερο ποσοστό πληθυσμού το οποίο δεν μπόρεσε να πραγματοποιήσει ιατρική εξέταση, λόγω γεωγραφικής απόστασης από την υγειονομική υπηρεσία. Το γεγονός ότι δεν υφίστανται αποτελεσματικοί μηχανισμοί κατανομής των πόρων, με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού, αναπαράγει ανισότητες μεταξύ των γεωγραφικών περιοχών.

Μπορούμε λοιπόν να υποστηρίξουμε πως η αποκέντρωση με την ορθότερη κατανομή του ανθρώπινου δυναμικού και των πόρων ανά γεωγραφική περιοχή αποτελεί καθοριστικό παράγοντα στη διαδικασία άμβλυνσης των υγειονομικών ανισοτήτων (Allin and Masseria, 2009).

Μελέτες από όλη την Ευρώπη διαπίστωσαν την ύπαρξη μεγάλων διαφορών ως προς τη γεωγραφική πρόσβαση ανάμεσα στις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Για παράδειγμα, στη Βόρεια Ευρώπη, και συγκεκριμένα στη Σουηδία, πρόσφατες μελέτες έχουν διαπιστώσει την ύπαρξη μιας χωροταξικής συγκέντρωσης δημόσια χρηματοδοτούμενων υπηρεσιών από τον ιδιωτικό τομέα στις εύπορες γειτονίες της Στοκχόλμης, ενώ παράλληλα ένα έλλειμμα σε ανάλογες υπηρεσίες σε γειτονίες χαμηλότερου εισοδήματος της ίδιας πόλης (Dahlgren, 1994).

#### *Λίστες αναμονής*

Το ΕΣΥ παρουσιάζει μεγάλες λίστες αναμονής που συνδυάζονται με την ανισομερή κάλυψη του πληθυσμού και την παροχή προνομίων σε ορισμένα «ευγενή» ταμεία. Αυτό αποτυπώνεται στους ιδιαίτερα χαμηλούς δείκτες ικανοποίησης των πολιτών από το σύστημα υγείας.

Οι μεγάλες λίστες αναμονής πλήττουν κατεξοχήν τα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα, κυρίως λόγω της αδυναμίας τους να έχουν εναλλακτική επιλογή ή ιδιωτική κάλυψη των δαπανών υγείας.

*Ικανοποίηση πολιτών από το σύστημα*

Η Ελλάδα παρουσιάζει ιδιαίτερα χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης των πολιτών από την ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας του συστήματος υγείας. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται μόλις στο 25% και είναι το χαμηλότερο μεταξύ των χωρών της ΕΕ και κατά πολύ χαμηλότερο από το μέσο ποσοστό της ΕΕ(27). Δεδομένου ότι το ΕΣΥ έχει σχεδιαστεί να εξασφαλίζει την πλήρη και ελεύθερη πρόσβαση των πολιτών στις υγειονομικές παροχές, στην πράξη οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες αποτελούν συνήθως μονόδρομο για τους περισσότερους πολίτες, γεγονός που συνιστά βασική πηγή δυσαρέσκειας. Συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της ΕΕ, η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά δημόσιων δαπανών στον τομέα της υγείας, γεγονός που έχει αρνητικές επιπτώσεις στις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης και αλληλεγγύης (Liaropoulos and Tragakes 1998, Κυριόπουλος και Σουλιώτης, 2002).

Σε έρευνα της κοινής γνώμης για τις υγειονομικές υπηρεσίες που διενεργήθηκε για λογαριασμό της ΕΕ και του Ευρωβαρόμετρου το 1992, φάνηκε ότι σε γενικές γραμμές οι Έλληνες πολίτες θεωρούν ανεπαρκείς τις υγειονομικές υπηρεσίες και είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερο αν αυτό τους εξασφαλίσει καλύτερες υπηρεσίες υγείας (Abel - Smith et al, 1994), παρόλο που οι δαπάνες για την υγεία ξεπερνούν το μέσο όρο δαπανών των άλλων χωρών της ΕΕ. Χώρες με πολύ μικρό ποσοστό του ΑΕΠ για δαπάνες στην υγεία, έχουν πολύ υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης ασθενών από το σύστημα υγείας, λιγότερες «ιδιωτικές κλίνες» και κεντρική χρηματοδότηση από τον δημόσιο τομέα (European Commission 1998, Mossialos 1997).

Σήμερα οι Έλληνες κατατάσσουν ως πέμπτο μεγαλύτερο πρόβλημα της χώρας το υπάρχον σύστημα υγείας σε ποσοστό 16% και θεωρούν ότι η ΕΕ μπορεί να παίξει θετικό ρόλο στο σύστημα υγείας σε ποσοστό 31% (Standard Eurobarometer 61, 2004).

*Συμμετοχή στο κόστος*

Η ύπαρξη ανισοτήτων στο σύστημα υγείας της Ελλάδας τροφοδοτείται από τις άτυπες πληρωμές (μίξεις ή φακελάκια). Παρά το γεγονός ότι θεωρείται τεκμήριο διαφθοράς του συστήματος, από ορισμένους εκλαμβάνεται ως μέσο με το οποίο οι ασθενείς και τα ασφαλισμένα άτομα μπορούν να αποκτήσουν καλύτερη πρόσβαση, ποιότητα, μεταχείριση και προτεραιότητα σε υγειονομικές υπηρεσίες (Σουλιώτης κ.ά., 2002).

Σε μελέτη της Eurostat του 2009 (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>) για τις ανεκπλήρωτες ανάγκες ιατρικής εξέτασης λόγω υψηλού κόστους (ποσοστό % του πληθυσμού), η Ελλάδα είναι η χώρα της ΕΕ με το υψηλότερο ποσοστό του πληθυσμού που δεν πραγματοποιεί κάποια ιατρική εξέταση λόγω του υψηλού κόστους.

Επιπλέον οι αυξημένες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία στερούν αναλογικά περισσότερους πόρους από τα νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα, τους οποίους θα μπορούσαν να διαθέσουν στην κάλυψη άλλων καταναλωτικών αναγκών, με προφανείς επιδράσεις στο επίπεδο διαβίωσής τους.

Το ΕΣΥ υστερεί στην αποτελεσματική εφαρμογή του θεμελιώδους τρίπτυχου «προαγωγή, αποκατάσταση και διατήρηση της υγείας», κυρίως στο πεδίο προαγωγής και πρόληψης. Παράλληλα, οι ήδη διογκωμένες ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία συνεχίζουν να αυξάνονται ανησυχητικά, προκαλώντας έντονη δυσαρέσκεια στους Έλληνες πολίτες, λόγω των ανεπαρκειών του ΕΣΥ και της υποχρηματοδότησής του, συγκριτικά με τα αντίστοιχα συστήματα υγείας άλλων χωρών της ΕΕ.

Το 2004 θεσπίζεται στον τομέα της υγείας και πρόνοιας, ο θεσμός του Συνηγόρου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η διαμεσολάβηση του οποίου αφορά μεταξύ άλλων και τη δυσχέρεια πρόσβασης του ασθενούς σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Η εισαγωγή του Συνηγόρου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στο Εθνικό Σύστημα της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης πραγματοποιήθηκε με το Άρθρο 18 του Ν.3293/2004 και εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο της συνταγματικά κατοχυρωμένης ανεξάρτητης αρχής Συνήγορος του Πολίτη και ειδικότερα στον κύκλο Κοινωνικής Προστασίας.

- Κοινή Υπουργική Απόφαση ΦΕΚ 2080/31.12.2010, Καθορισμός αμοιβής εξετάστρων των προσερχόμενων στα Νοσηλευτικά Ιδρύματα και στα Κέντρα Υγείας.

Οι προσερχόμενοι στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων ασθενείς για εξέταση καταβάλλουν από 1.1.2011, 5 ευρώ ως αμοιβή εξετάστρων.

Εξαιρούνται οι οικονομικά αδύνατοι και λοιποί ανασφάλιστοι δικαιούμενοι δωρεάν περίθαλψης ασθενείς, καθώς και οι προσερχόμενοι για επείγοντα περιστατικά ασθενείς.

Οι προσερχόμενοι στα Κέντρα Υγείας για εξέταση καταβάλλουν από 1.1.2011, 5 ευρώ ως αμοιβή εξετάστρων, εξαιρουμένων όσων προσέρχονται μόνο για περιοδική σταθερή συνταγογράφηση εξαιτίας χρόνιου νοσήματος.





## Κεφάλαιο 8 - ΕΟΠΥΥ (Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας)

Ν. 3918 - ΦΕΚ 31/2-3-2011 Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.

Άρθρο 17 Σύσταση - Επωνυμία Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας

1. Συνιστάται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) με την επωνυμία Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (εφεξής Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ή Οργανισμός), το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έδρα την Αθήνα. Η έναρξη λειτουργίας του Οργανισμού ορίζεται έξι μήνες μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.
2. 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 Ελευθέρων 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.
3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας να μεταφέρονται στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και άλλοι Ασφαλιστικοί Οργανισμοί παροχής υγείας που λειτουργούν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου.
4. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρεται, από την έναρξη λειτουργίας του, η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης (ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.) και υπάγεται απευθείας στον Διοικητή του Οργανισμού.
5. Με προεδρικό διάταγμα σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 20 του ν. 2503/1997, καταρτίζεται Οργανισμός μετά από γνώμη του Δ. Σ του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Άρθρο 18 Σκοπός-Υπαγόμενα Πρόσωπα

1. Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:
  - α. Η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερόμενων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα από τον προβλεπόμενο στο άρθρο 30 Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του παρόντος νόμου.

- β. Ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., κατά τα προβλεπόμενα στο άρθρο 23 και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Η συνεργασία πραγματοποιείται με βάση τους όρους που καθορίζονται με απόφαση του Συμβουλίου Συντονισμού του άρθρου 31 του ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115 Α'). Με αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού διαρρυθμίζεται επίσης και ο χάρτης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την καλύτερη και σωστή εξυπηρέτηση των της περίπτωση α' του παρόντος άρθρου δικαιούχων.
- γ. Η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων της προηγούμενης παραγράφου, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.
- δ. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.
2. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ: α) από τις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, β) από τους συμβεβλημένους με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ ιατρούς και γ) από τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων. Με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μπορεί να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα, με σκοπό την απρόσκοπτη εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων.
3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης καθορίζονται οι όροι, οι διαδικασίες, ο τρόπος και το χρονικό διάστημα παροχής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς και το ύψος και ο τρόπος χορήγησης της αποζημίωσης από το ΙΚΑΕΤΑΜ των ιατρών που είναι συμβεβλημένοι με το ΙΚΑ, τον ΟΑΕΕ και τον ΟΠΑΔ, καθώς και των ιδιωτών ιατρών που θα ενταχθούν στο σύστημα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την απόφαση της προηγούμενης παραγράφου.

4. Οι συνταγές φαρμάκων, που εκδίδονται για λογαριασμό των ασφαλισμένων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από ιατρούς του ΟΠΑΔ και του ΟΑΕΕ, εκτελούνται χωρίς προηγούμενη θεώρηση από αρμόδιο ελεγκτή ιατρό ανεξαρτήτως ποσού και μέχρι τη χορήγηση στους ασφαλισμένους του ατομικού συνταγολογίου. Το ανώτατο όριο, που έχει τεθεί για την εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων σε ασφαλισμένους του ιδρύματος από ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα παύει να ισχύει μέχρι τη σύναψη των ενιαίων συμβάσεων κατ' εφαρμογή του άρθρου 32 παράγραφος 2 του ν. 3863/2010 (ΦΕΚ 115 Α').

#### *Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup> - Παροχές Υγείας σε είδος*

#### *Άρθρο 6 Πρόληψη και προαγωγή υγείας*

Με σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και τη λήψη μέτρων για την πρόληψη της εκδήλωσης ή την ανατροπή της εμφάνισης νοσηρών καταστάσεων παρέχονται στα πλαίσια της προληπτικής ιατρικής, υποχρεωτικά και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, τα εξής: α) Εμβολιασμοί παιδιών και ενηλίκων, σύμφωνα με το εγκεκριμένο από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμού β) Εξετάσεις προγεννητικού ελέγχου σε γυναίκες και άνδρες με σκοπό τη γέννηση υγιών παιδιών και συγκεκριμένα: • αιματολογικές εξετάσεις (γεν. αίματος, φεριττίνης και εγκλειστών) για τη διαπίστωση ετεροζυγωτών μεσογειακής αναιμίας, • ηλεκτροφόρηση αιμοσφαιρίνης, εφόσον προκύψουν ενδείξεις από τις παραπάνω εξετάσεις, • εξέταση DNA του εμβρύου, εφόσον έχει διαπιστωθεί ότι και οι δύο γονείς έχουν γενετική επιβάρυνση για μεσογειακή αναιμία και κάλυψη της μεθόδου λήψης του υλικού, • προσδιορισμός αντισωμάτων ερυθράς, • έλεγχος καρυοτύπου του εμβρύου σε γυναίκες άνω των 35 ετών. γ) Για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του μαστού μαστογραφία με την ακόλουθη συχνότητα: κάθε δύο χρόνια σε γυναίκες ηλικίας από 40 έως 50 ετών και κάθε χρόνο σε γυναίκες ηλικίας άνω των 50 ετών ή σε γυναίκες άνω των 35 ετών, εφόσον οι τελευταίες ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Για την τελευταία περίπτωση απαιτείται παραπομπή ειδικού γιατρού. δ) Για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, τεστ PAP κάθε χρόνο σε όλες τις γυναίκες από την έναρξη της σεξουαλικά ενεργούς ζωής. ε) Για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του προστάτη τεστ PSA, κάθε δύο χρόνια σε άνδρες ηλικίας άνω των 50 ετών και κάθε χρόνο σε άνδρες ηλικίας άνω των 60 ετών. στ) Για την πρόληψη των καρδιοπαθειών, εξετάσεις χοληστερόλης ολικής και κλασμάτων υψηλής και χαμηλής πυκνότητας καθώς και τριγλυκεριδίων με σκοπό τη διάγνωση δυσλιπιδαιμιών, κάθε πέντε χρόνια σε άνδρες και γυναίκες από 15 έως 30 ετών και κάθε τρία χρόνια σε άνδρες και γυναίκες άνω των 30 ετών. ζ) Για την πρόωμη διάγνωση του καρκίνου του παχέως εντέρου, μικροσκοπική εξέταση ανίχνευσης αιμοσφαιρίνης στα κόπρανα κάθε 2 χρόνια σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 έως 70 ετών και κολονοσκόπηση κάθε πέντε έτη σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 50 ετών και άνω ή κάθε έτος σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 40 ετών και άνω εφόσον

ανήκουν σε ομάδα υψηλού κινδύνου. Στην τελευταία περίπτωση απαιτείται παραπομπή ειδικού ιατρού.

#### Άρθρο 7 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

- A. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται σε όλους τους ασφαλισμένους από τις κατά τόπους υφιστάμενες δομές, ήτοι από τα εξωτερικά ιατρεία των κέντρων υγείας, των κρατικών νοσοκομείων, των στρατιωτικών νοσοκομείων, των πανεπιστημιακών νοσοκομείων, τα αγροτικά ιατρεία, τα περιφερειακά ιατρεία, τα πολυϊατρεία και ιατρεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών νοσοκομείων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα καθώς και από οικογενειακούς ιατρούς και ιατρούς συμβεβλημένους με τον Φορέα. Δεν αποζημιώνεται η ιατρική επίσκεψη σε περίπτωση μη συμβεβλημένου ιατρού.
- B. Η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει την εξέταση στο ιατρείο ή στο σπίτι του ασφαλισμένου, εφόσον αυτό είναι απαραίτητο. Επίσης, περιλαμβάνει τις ιατρικές πράξεις που είναι αναγκαίες για τη διάγνωση και την θεραπεία του ασθενούς.
- Γ. Οι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να ελέγχουν την ταυτοπροσωπία και την ασφαλιστική ικανότητα των ασφαλισμένων ασθενών που εξετάζουν και σε περίπτωση μη ύπαρξης αυτής να μην προβαίνουν σε χορήγηση οποιασδήποτε παροχής προς τους ασφαλισμένους. Συνταγογράφηση, παραπομπή για εξετάσεις και οποιαδήποτε παροχή περίθαλψης κατευθυνόμενη απαγορεύεται και επισύρει την επιβολή των προβλεπόμενων κυρώσεων από την κείμενη νομοθεσία και στον παραπέμποντα και στον εκτελούντα. Οι συμβεβλημένοι ιατροί είναι υποχρεωμένοι να συμμορφώνονται με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας, του π.δ. 121/2008 (Α', 183) όπως ισχύει και των οδηγιών περί του τρόπου, χρόνου και όρων παροχής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και να τηρούν τους όρους της σύμβασης. Ο Φορέας διατηρεί το δικαίωμα να διενεργεί ελέγχους σε όλους τους ιατρούς για τη διαπίστωση της τήρησης των διατάξεων του παρόντος κανονισμού, των ισχυουσών διατάξεων περί υγειονομικής περίθαλψης καθώς και των όρων της σύμβασης.

#### Άρθρο 8 Παρακλινικές εξετάσεις

Στους δικαιούχους παρέχονται παρακλινικές εξετάσεις πάσης φύσεως, που εκτελούνται από συμβεβλημένους εργαστηριακούς ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, διαγνωστικά εργαστήρια (π.δ. 84/2000), πολυϊατρεία και γενικότερα φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ.), καθώς και στα εξωτερικά εργαστήρια των συμβεβλημένων ιδιωτικών κλινικών ύστερα από έγκριση του Φορέα από του ποσού των εκατό (100) ευρώ και άνω επί χειρόγραφων παραπεμπτικών. Επί ηλεκτρονικών παραπεμπτικών δεν απαιτείται έγκριση του Φορέα. Η περίθαλψη αυτή παρέχεται επίσης και στα

εξωτερικά ιατρεία των κρατικών ή πανεπιστημιακών νοσοκομείων, των στρατιωτικών νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, υγειονομικών σταθμών, πολυϊατρείων και ιατρείων του Οργανισμού, χωρίς έγκριση ελεγκτή ιατρού. Για την εκτέλεση παρακλινικών εξετάσεων αναγράφονται αυτές από τον θεράποντα ιατρό, στο ατομικό βιβλιάριο υγείας του ασφαλισμένου, θεωρούνται εντός δέκα (10) ημερών από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό, και εκτελούνται εντός μηνός από τη θεώρηση. Για την πραγματοποίηση μικροβιολογικών εξετάσεων, ακτινογραφιών, υπερηχογραφημάτων, λοιπών εξετάσεων και εξετάσεων υψηλού κόστους ο Οργανισμός αποδίδει το ποσό που προβλέπεται από το κρατικό τιμολόγιο ή το ποσό που προκύπτει μετά από διαπραγμάτευση με βάση την ισχύουσα σύμβαση, με ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων (άμεσα και έμμεσα) 15%. Σε περίπτωση πραγματοποίησης των εξετάσεων εντός των μονάδων του Οργανισμού ή των σχηματισμών του Ε.Σ.Υ. δεν προβλέπεται συμμετοχή του ασφαλισμένου. Δεν αποζημιώνονται εξετάσεις που διενεργούνται σε μη συμβεβλημένα εργαστήρια.

#### Άρθρο 9 Φαρμακευτική περίθαλψη

Η φαρμακευτική περίθαλψη περιλαμβάνει τα αναγκαία φάρμακα για την αποκατάσταση της υγείας και της ικανότητας προς εργασία των ασθενών ή για ανακούφιση από τη νοσηρή τους κατάσταση, τις αναγκαίες για τη διάγνωση των νόσων ουσίες, καθώς και λοιπά δόκιμα θεραπευτικά μέσα, δηλαδή σκευάσματα ειδικής διατροφής και αναλώσιμα υγειονομικά υλικά. Τα φάρμακα παρέχονται μόνο εφόσον κυκλοφορούν νόμιμα, υπάρχει έγκριση να χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή ανεξάρτητα από την ονομασία και τη μορφή και περιλαμβάνονται στον ενιαίο κατάλογο των συνταγογραφούμενων ιδιοσκευασμάτων, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 3816/2010, όπως ισχύει. Δεν καλύπτεται η δαπάνη για φάρμακα, που περιέχονται στην αρνητική λίστα, όπως αυτή ισχύει κάθε φορά. Κατ' εξαίρεση δύναται να αναγνωρίζεται και να καταβάλλεται η αξία ιδιοσκευασμάτων που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα, σύμφωνα με την εκάστοτε ισχύουσα νομοθεσία. Τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα χορηγούνται βάσει ιατρικών συνταγών, που εκδίδονται από τους αρμόδιους για τον οργανισμό ιατρούς και είτε καταχωρούνται και εκτελούνται ηλεκτρονικά κατ' εφαρμογή των διατάξεων του ν. 3892/2010 (Α', 189) «Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων», είτε αναγράφονται αποκλειστικά στο ενιαίου τύπου συνταγολόγιο. Κάθε φάρμακο θα συνταγογραφείται από ιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας (με τις εξαιρέσεις του π.δ. 121/2008, όπως ισχύει) βάσει των εγκεκριμένων ενδείξεων. Η συνταγή των φαρμάκων θα πρέπει να εκτελεστεί εντός πέντε (5) εργασίμων ημερών, αφού προηγουμένως έχει θεωρηθεί από τον αρμόδιο ελεγκτή ιατρό, όπου τούτο προβλέπεται και εντός του ίδιου χρονικού διαστήματος. Ο γιατρός ελέγχει το βιβλιάριο υγείας και συνταγογραφεί τα χορηγούμενα φάρμακα.

Για την αναγκαιότητα θεραπείας με φάρμακα που δεν κυκλοφορούν στην Ελλάδα καθώς και με φάρμακα υψηλού κόστους ειδικών παθήσεων γνωματεύουν επιτροπές αποτελούμενες από γιατρούς ειδικότητας σχετικής με τη νόσο για την οποία συνταγογραφείται το σκεύασμα, φαρμακοποιούς και ειδικούς επιστήμονες στην οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας ή τα οικονομικά της υγείας του Φορέα ή ιατρούς του Ε.Σ.Υ. ή των στρατιωτικών νοσοκομείων, με αναπληρωματικά μέλη, η διάρκεια των οποίων θα είναι διετής. Πρόεδρος της κάθε επιτροπής ορίζεται ένα από τα τακτικά μέλη και γραμματέας ένας υπάλληλος του Φορέα. Οι Επιτροπές συγκροτούνται με απόφαση του Προέδρου και σε αριθμό που κρίνεται απαραίτητος για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Τα ανωτέρω φάρμακα παρέχονται μόνο από τα φαρμακεία του Οργανισμού ή τα κρατικά νοσοκομεία. Το γενικό ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων όλων των ασφαλιστικών οργανισμών είναι το οριζόμενο από την κείμενη κάθε φορά φαρμακευτική νομοθεσία. Στις συνταγές πρέπει να αναγράφονται μόνο οι ποσότητες φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων για θεραπεία 1 μηνός το ανώτερο (π.δ. 121/2008) και υποχρεωτικά η δοσολογία, ανεξάρτητα του αριθμού των εμβολαγίων, ενώ στις περιπτώσεις μειωμένης ή μηδενικής συμμετοχής αυτή πρέπει να αναγράφεται από το θεράποντα ιατρό και να βεβαιώνεται με υπογραφή και σφραγίδα του εκτός και εάν η συνταγή έχει καταχωρηθεί από τον ιατρό ηλεκτρονικά οπότε δεν απαιτείται υπογραφή και σφραγίδα στο ποσοστό συμμετοχής. Συνταγές με διορθώσεις δε γίνονται αποδεκτές από τις υπηρεσίες του Ταμείου, εκτός εάν υπάρχει επί των διορθώσεων υπογραφή και σφραγίδα του ιατρού. Η εκτέλεση της συνταγής γίνεται από τα συμβεβλημένα με τον Οργανισμό φαρμακεία, από τα φαρμακεία του Οργανισμού ή τα φαρμακεία των Κρατικών Νοσοκομείων. Η χορήγηση φαρμάκων από τα Φαρμακεία του Οργανισμού γίνεται χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου και χωρίς να απαιτείται θεώρηση. Η σύμβαση υπογράφεται μεταξύ του Οργανισμού και του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου (Π.Φ.Σ.) ή των Οκείων Τοπικών Φαρμακευτικών Συλλόγων. Στην περίπτωση κατά την οποία για οποιαδήποτε αιτία δεν υπογράφεται σύμβαση με τον Π.Φ.Σ. ή τον Οκείο Τοπικό Φαρμακευτικό Σύλλογο, ο Οργανισμός έχει το δικαίωμα να υπογράψει ατομική σύμβαση με κάθε φαρμακοποιό. Ο συμβεβλημένος φαρμακοποιός είναι υποχρεωμένος να συμμορφώνεται με τους όρους της σύμβασης, τις εκάστοτε σχετικές αποφάσεις, τις εγκυκλίους οδηγίες και τις αποφάσεις του Προέδρου του Φορέα για τον τόπο και χρόνο χορήγησης φαρμάκων και οφείλει να εκτελεί κάθε κανονικά εκδοθείσα και εμπρόθεσμα υποβληθείσα συνταγή, σύμφωνα προς τον παρόντα κανονισμό και τις γενικές διατάξεις περί φαρμακευτικής περίθαλψης, όπως ισχύουν κάθε φορά. Η εκτέλεση της συνταγής και η παραλαβή του φαρμάκου από το δικαιούχο βεβαιώνεται με την υπογραφή επί της συνταγής του φαρμακοποιού που την εκτέλεσε ή του υπευθύνου του φαρμακείου με τη σφραγίδα του φαρμακείου και την ημερομηνία εκτέλεσης της συνταγής καθώς και με υπογραφή επί της συνταγής του παραλήπτη του φαρμάκου. Επί εκτέλεσης της συνταγής ηλεκτρονικά επισυνάπτεται και η συνταγή του γιατρού. Το καταβλητέο από

τον Οργανισμό ποσό στους φαρμακοποιούς προσδιορίζεται με βάση την εκάστοτε ισχύουσα κρατική διατίμηση χωρίς καμιά προσαύξηση και με γενική για όλες τις κατηγορίες των φαρμάκων έκπτωση υπέρ του Φορέα, σύμφωνα με το ν. 3918/2011 (Α', ) «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις». Τα αρμόδια όργανα της ΥΠΕΔΥΦΚΑ, της Φαρμακευτικής Διεύθυνσης και των Περιφερειακών υπηρεσιών μπορούν να διενεργούν ελέγχους για την τήρηση από τους γιατρούς και φαρμακοποιούς των διατάξεων του παρόντος κανονισμού, των αποφάσεων του Διοικητή, των σχετικών εγκυκλίων και της φαρμακευτικής νομοθεσίας. Οι συμβεβλημένοι με τον Οργανισμό φαρμακοποιοί υποβάλλουν κάθε μήνα και εντός των πέντε (5) πρώτων εργάσιμων ημερών του επόμενου μήνα τους λογαριασμούς και τις συνταγές που έχουν εκτελέσει. Ανεξαρτήτως του χρόνου ελέγχου και εκκαθάρισης του λογαριασμού καταβάλλεται στο φαρμακοποιό, ύστερα από πρόχειρο λογιστικό έλεγχο και μετά από αφαίρεση των νόμιμων κρατήσεων, το πληρωτέο ποσό του λογαριασμού, εντός 45 ημερών από την υποβολή του λογαριασμού. Εάν κατά τον έλεγχο και εκκαθάριση του λογαριασμού προκύψει τελικό ποσό μικρότερο από αυτό που αιτείται ο φαρμακοποιός και έχει εξοφλήσει ο Οργανισμός, η διαφορά παρακρατείται από οποιονδήποτε από τους επόμενους λογαριασμούς του φαρμακοποιού, σε περίπτωση δε που δεν υποβληθεί νεότερος, η διαφορά αυτή αναζητείται κατά τις κείμενες διατάξεις για την αναγκαστική είσπραξη των καθυστερούμενων εισφορών του Οργανισμού. Ο έλεγχος της τιμολόγησης των συνταγών και της τήρησης των διατυπώσεων περί έκδοσης και εκτέλεσης αυτών διενεργείται χειρόγραφα ή μηχανογραφικά επί του συνόλου των συνταγών του λογαριασμού ή επί δείγματος τούτων, αποτελούμενου τουλάχιστον εκ του ενός δέκατου του συνόλου των συνταγών. Η αρμόδια υπηρεσία συνοδεύει την εκκαθάριση κάθε λογαριασμού με σημείωμα των κυριότερων κατά τον έλεγχο παρατηρήσεων της, εφόσον υπάρχουν τέτοιες. Επί διαφωνίας του φαρμακοποιού, που αφορά τον έλεγχο του λογαριασμού του οποίου έλαβε γνώση μπορεί εντός 15ημέρου από την κοινοποίηση σ' αυτόν του σημειώματος των παρατηρήσεων, να υποβάλλει αίτηση αναθεώρησης ελέγχου του λογαριασμού του, στην οποία να εκθέτει τις τυχόν αντιρρήσεις του. Για την αίτηση αυτή και ύστερα από αιτιολογημένη έκθεση του Προϊσταμένου της Φαρμακευτικής Υπηρεσίας, αποφαινεται οριστικώς η αρμόδια επιτροπή, όπου τούτο προβλέπεται. Στους φαρμακοποιούς που παραβαίνουν τις διατάξεις του Κανονισμού και τη Φαρμακευτική Νομοθεσία κατά την εκτέλεση συνταγών του Φορέα επιβάλλονται οι προβλεπόμενες από τις ισχύουσες διατάξεις κυρώσεις. Επίσης, στους ασφαλισμένους που παραβαίνουν τις υποχρεώσεις έναντι του Οργανισμού που έχουν καθορισθεί με το π.δ. 199/2005, επιβάλλονται από το αρμόδιο όργανο του ασφαλιστικού φορέα οι προβλεπόμενες από το ίδιο διάταγμα κυρώσεις. Σύμφωνα με τις διατάξεις του α.ν. 1846/1951 άρθρο 31 παρ. 8 είναι δυνατόν να εισάγονται, να αποθηκεύονται και να χορηγούνται φάρμακα, φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό. Για λόγους που εκτιμώνται από τον Πρόεδρό του, ο Οργανισμός μπορεί να ιδρύει δικά του φαρμακεία από τα οποία μπορούν να

παρέχονται φάρμακα υψηλού κόστους καθώς και φάρμακα των οποίων η χορήγηση μέσω των φαρμακείων των νοσοκομείων ή μέσω των ιδιωτικών φαρμακείων καθίσταται αδύνατη, λοιπά δόκιμα θεραπευτικά μέσα και ουσίες προς διάγνωση των νόσων αποκλειστικά στους ασφαλισμένους του. Για τη λειτουργία των φαρμακείων χρησιμοποιούνται αποκλειστικά φαρμακοποιοί και βοηθοί φαρμακείων. Οι φαρμακοποιοί πρέπει να διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και δεν επιτρέπεται να διατηρούν δικό τους φαρμακείο, φαρμακαποθήκη ή εργοστάσιο φαρμακευτικών προϊόντων ή να έχουν οποιαδήποτε σχέση εργασίας με τέτοια επιχείρηση. Στη Διοίκηση του Φορέα και στις Περιφερειακές Υπηρεσίες του λειτουργούν αποθήκες υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού καθώς και θεραπευτικών μέσων παροδικής χρήσης, που διευθύνονται από φαρμακοποιούς ή βοηθούς φαρμακείου με την εποπτεία στη δεύτερη περίπτωση γιατρού, εφοδιάζονται δε με τα απαραίτητα είδη μέσω των αρμοδίων κρατικών φορέων. Οι φαρμακαποθήκες του Φορέα εφοδιάζουν με τα είδη που διαθέτουν τα εργαστήρια, τα ιατρεία και τις λοιπές Μονάδες αυτού.

#### Άρθρο 10 Νοσοκομειακή περίθαλψη

- A. Η νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει τη νοσηλεία του πάσχοντα, την ενδιαίτησή του, την οποιαδήποτε φύσεως ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική προς αυτόν συνδρομή και ειδικότερα τη δέουσα αγωγή και θεραπεία για αποκατάσταση σωματικών και ψυχικών αναπηριών ή νοσηρών εν γένει καταστάσεων, καθώς και τις αναγκαίες θεραπείες, παρακλινικές εξετάσεις, κάθε αναγκαία φαρμακευτική αγωγή, ειδικά θεραπευτικά μέσα και προθέσεις.
- B. Η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται στα: α) νοσηλευτικά ιδρύματα των σχηματισμών του Ε.Σ.Υ., β) πανεπιστημιακά νοσοκομεία, γ) νοσηλευτικά ιδρύματα Ν.Π.Δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα δ) συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, ε) στρατιωτικά νοσοκομεία, στ) κέντρα αποκατάστασης - αποθεραπείας κλειστής νοσηλείας, ζ) κλινικές και ιδρύματα χρόνιων παθήσεων, η) Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης και θ) Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Η νοσηλεία σε όλες τις ανωτέρω περιπτώσεις παρέχεται στη βάση σχετικών συμβάσεων και ειδικότερα στις περιπτώσεις γ και δ στη βάση συμβάσεων κατ' εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 11 του ν. 2071/1992 (Α', 123), όπως ισχύει, και ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Γ. Η εισαγωγή του ασθενή για νοσηλεία γίνεται με έντυπο αναγγελίας εισαγωγής, που εκδίδεται από το αρμόδιο όργανο του Οργανισμού μετά από ιατρική γνωμάτευση του θεράποντα ιατρού για την αναγκαιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Στο έντυπο αναγράφεται η δικαιούμενη θέση νοσηλείας και η διάγνωση εισόδου. Η διαδικασία εισαγωγής πραγματοποιείται και μέσω ηλεκτρονικής καταχώρησης, κατ' εφαρμογή των διατάξεων του ν. 3892/2010 (Α', 189) (ηλεκτρονική αναγγελία και



έκδοση εντύπου αναγγελίας εισαγωγής). Για τις ιδιωτικές κλινικές η ηλεκτρονική αναγγελία είναι υποχρεωτική. Νοσηλεία πέραν των τριάντα (30) ημερών δικαιολογείται ύστερα από έγκριση του αρμόδιου οργάνου του Φορέα και έγγραφη γνωμάτευση του αρμόδιου οργάνου του Νοσοκομείου ή της Κλινικής για την αιτιολόγηση της ανάγκης συνέχισης της νοσηλείας. Το μέτρο αυτό ισχύει στις περιπτώσεις που η μέση διάρκεια νοσηλείας βάσει του κλειστού ενοποιημένου νοσηλίου, που περιγράφεται κατωτέρω, είναι μικρότερη των τριάντα ημερών και για τον πέραν των ημερών αυτών χρόνο νοσηλείας. Εξαιρούνται του περιορισμού των τριάντα (30) ημερών οι νοσηλευόμενοι σε ψυχιατρικές κλινικές ή ψυχιατρικά τμήματα κρατικών νοσοκομείων και θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων.

- Δ. Οι δαπάνες για νοσήλια που καταβάλλουν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί είναι αυτές που καθορίζονται κάθε φορά με προεδρικά διατάγματα, κοινές υπουργικές αποφάσεις ή αποφάσεις των Δ.Σ. των φορέων και εμπεριέχονται αναλυτικά στους όρους των συμβάσεων. Ειδικότερα: α) για νοσηλεία σε νοσηλευτικά ιδρύματα σχηματισμών του Ε.Σ.Υ. ή των στρατιωτικών νοσοκομείων, εφαρμόζεται η νέα τιμολόγηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) καθώς και του ημερήσιου νοσηλίου των υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.83649/277- 2011 (Β', 1702) και υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.105604/27-9-2011 (Β', 2150) κοινών υπουργικών αποφάσεων. Στην έννοια του Κλειστού Ενοποιημένου Νοσηλίου, όπως περιγράφεται στην ανωτέρω κοινή υπουργική απόφαση, περιλαμβάνεται κάθε ιατρική και νοσηλευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, που παρέχεται από το Νοσοκομείο καθώς και η σχετική δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή σ' αυτόν των ανωτέρω υπηρεσιών, ανεξαρτήτως θέσεως νοσηλείας. Επίσης, στην έννοια αυτή περιλαμβάνονται και τα εξαιρούμενα του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου, που περιγράφονται στην υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.1320/102-1998 (Β' 99) κοινή υπουργική απόφαση, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει. Όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ανωτέρω Κ.Ε.Ν., ή σε περίπτωση νοσηλείας που δεν περιλαμβάνεται στα Κ.Ε.Ν., τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο), σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Υ4α/οικ. 1320/10-2-1998 (Β' 99) κοινή υπουργική απόφαση, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει και με βάση την αναπροσαρμογή του ημερήσιου νοσηλίου της ανωτέρω κοινής υπουργικής απόφασης. Επίσης αποδίδουν εξαιρούμενα του νοσηλίου, ήτοι φάρμακα στη νοσοκομειακή τιμή, ιατρικές πράξεις σύμφωνα με το κρατικό τιμολόγιο και υγειονομικό υλικό στην τιμή του παρατηρητηρίου. Όσον αφορά τη νοσηλεία σε Μονάδες Αιμοκάθαρσης αποδίδεται για τις πέραν της ΜΔΝ ημέρες, το ειδικό νοσήλιο της υπ' αριθμ. Υ4ε/οικ. 60730/2007 (Β', 807), όπως ισχύει. Για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας αποδίδεται το ειδικό ενοποιημένο (κλειστό) νοσήλιο, που προβλέπεται από την υπ' αριθμ. Υ5β/Γ.Π οικ. 35724/2002 (Β', 485) υπουργική απόφαση, όπως ισχύει. β) Για

νοσηλεία σε συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές εφαρμόζεται η νέα τιμολόγηση των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (Κ.Ε.Ν.) της υπ' αριθμ. Υ4α/οικ.83649/ 27-7-2011 κοινής υπουργικής απόφασης προσαυξημένη κατά 20%. Στην έννοια του ενοποιημένου κλειστού νοσηλίου περιλαμβάνεται κάθε αναγκαία ιατρική, νοσηλευτική και φαρμακευτική προς τον άρρωστο συνδρομή, καθώς και η δαπάνη που πραγματοποιείται για την παροχή των περιγραφόμενων στην ανωτέρω κοινή υπουργική απόφαση Υπηρεσιών, ανεξαρτήτως θέσεως νοσηλείας. Επίσης, στην έννοια αυτή περιλαμβάνονται και τα εξαιρούμενα (ιατρικές πράξεις, υγειονομικό υλικό και φάρμακα) του ημερήσιου ενοποιημένου (κλειστού) νοσηλίου. Όταν κάποια νοσηλεία υπερβαίνει τη μέση διάρκεια νοσηλείας (ΜΔΝ) του κάθε ανωτέρω Κ.Ε.Ν. ή σε περίπτωση νοσηλείας που δεν περιλαμβάνεται στα Κ.Ε.Ν., τα ασφαλιστικά ταμεία καλύπτουν τη δαπάνη για τις πρόσθετες ημέρες νοσηλείας (ημερήσιο κλειστό νοσήλιο), σύμφωνα με τις υπ' αριθμ. Υ4ε/130675/2008 (Β', 2115), Υ4ε/οικ.12971/2007 (Β', 326) υπουργικές αποφάσεις καθώς και τα εξαιρούμενα ως κατωτέρω:

Εξαιρούμενα του νοσηλίου των Ιδιωτικών Κλινικών

- Α. Νοσηλεία σε ΜΕΘ και σε Μονάδες Εγκαυμάτων
- Β. Νοσηλεία σε ΜΑΦ – Ειδικές Μονάδες
- Γ. Νοσηλεία σε ΜΕΝΝ για νοσηλεία σε νεογνική Μονάδα
- Δ. Κέντρα Αποθεραπείας – Αποκατάστασης
- Ε. Αποκλειστική νοσηλεύτρια/τής
- ΣΤ. Μεταφορά ασθενούς
- Ζ. Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων

Άρθρο 11 Νοσηλεία στο Εξωτερικό

Άρθρο 12 Οδοντιατρική – στοματολογική περίθαλψη

Άρθρο 13 Μαιευτική περίθαλψη – εξωσωματική γονιμοποίηση

Άρθρο 14 Φυσικοθεραπείες – λογοθεραπείες – εργοθεραπείες – ψυχοθεραπείες

Άρθρο 15 Πρόσθετη περίθαλψη και θεραπευτικά μέσα

- Νόμος υπ' αριθμ. 4238, 17 Φεβρουαρίου 2014, ΦΕΚ 38/17-2-2014 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις

Γενικές αρχές

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.) συνιστάται Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.Πε.) της Χώρας.
  3. Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, 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.
- Υπουργική απόφαση Υπουργού Υγείας ΦΕΚ 2050, 29 Ιουλίου 2014

Χαρακτηρισμός ως άγονων, απομακρυσμένων, νησιωτικών και προβληματικών περιοχών για την παροχή κινήτρων στους επικουρικούς ιατρούς.

Δίνεται μια λίστα περιοχών που χαρακτηρίζονται ως άγονες και προβληματικές λόγω των γεωγραφικών, κοινωνικών, συγκοινωνιακών και οικονομικών τους συνθηκών και δίδονται κίνητρα σε γιατρούς και τις οικογένειές τους προκειμένου να καλύψουν αυτές τις περιοχές, σε μία προσπάθεια άμβλυσης των ανισοτήτων πρόσβασης των κατοίκων στις υπηρεσίες Υγείας, των ακριτικών αυτών περιοχών.

- Στην Κοινή Υπουργική Απόφαση με αριθμό Φ.90380/25916/3294 ΦΕΚ 2456, 3 Νοεμβρίου 2011 στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ υπάγονται οι ασφαλισμένοι των Κλάδων Υγείας τεσσάρων ασφαλιστικών οργανισμών, των εξής: οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο ασθένειας του ΙΚΑ – ΕΤΑΜ, οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο υγείας του ΟΑΕΕ, οι ασφαλιζόμενοι στον κλάδο υγείας του ΟΓΑ, οι ασφαλιζόμενοι στον ΟΠΑΔ και στον Τομέα Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων του ΟΠΑΔ, και τα μέλη της οικογένειάς τους.
- Στην τροποποίηση του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΦΕΚ 3054) που έγινε στις 18 Νοεμβρίου 2012, ενώ ο σκοπός, οι παροχές (εξαιρέση η εξέταση προσδιορισμού αντισωμάτων ερυθράς) και οι πόροι (με εξαίρεση τα έσοδα από την παροχή στατιστικών δεδομένων που αφορούν στην αγορά και κατανάλωση φαρμάκων και υγειονομικού υλικού) είναι όμοιοι, εντάχθηκαν στους δικαιούχους, ασφαλισμένοι σε τέσσερις επιπλέον ασφαλιστικούς οργανισμούς και πιο συγκεκριμένα οι ασφαλιζόμενοι στον Οίκο Ναύτη, οι ασφαλιζόμενοι του κλάδου υγείας του Τ.Α.Υ.Τ.Ε.Κ.Ω., οι ασφαλισμένοι του κλάδου υγείας του Ε.Τ.Α.Α. και του ΚΑΔΕΗ., οι ασφαλισμένοι του Ε.Τ.Α. Μ.Μ.Ε. από 1/12/2012, καθώς και οι ασφαλισμένοι του Κλάδου Υγείας οποιουδήποτε άλλου ασφαλιστικού οργανισμού που θα ενταχθεί μελλοντικά στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Ασφαλιστικά Ταμεία που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ

Το 1972 δημοσιεύεται σχέδιο για την κοινωνικοασφαλιστική μεταρρύθμιση και οργάνωση της χώρας, στο οποίο ο τότε Υπουργός Υγείας Λ. Πάτρας προτείνει την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και την ίδρυση ενιαίου φορέα υγείας και ασφάλισης. Το σχέδιο αυτό δεν προχώρησε ποτέ, κυρίως εξαιτίας έντονων αντιδράσεων από τα λεγόμενα «ευγενή» ταμεία (Γαλανόπουλος, 2001).

Μετά τη μεταπολίτευση του 1974 και για τα επόμενα χρόνια προτάθηκαν διάφορα προγράμματα που δεν υλοποιήθηκαν, με σημαντικότερη μία πρόταση το 1980 του τότε Υπουργού Υγείας Σπ. Δοξιάδη, η οποία όμως δέχθηκε σφοδρές αντιδράσεις και από μερίδα του ιατρικού κόσμου και ουδέποτε εφαρμόστηκε, παρά τις καινοτόμες προτάσεις που διατύπωνε.

Ο ΕΟΠΥΥ προήλθε (2012) από συνένωση των Κλάδων Υγείας των παρακάτω ασφαλιστικών Ταμείων:

1. ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
2. ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων), από 1η Ιανουαρίου 2012
3. ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών), από 1η Ιανουαρίου 2012
4. ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περιθαλψής Ασφαλισμένων Δημοσίου), από 1η Ιανουαρίου 2012
5. ΤΥΔΚΥ (Ταμείο Υπαλλήλων Δήμων και Κοινοτήτων), από 1η Ιανουαρίου 2012
6. Οίκος Ναύτου ή NAT (Ναυτικό απομαχικό Ταμείο), από 1η Απριλίου 2012
7. ΤΑΥΤΕΚΩ (Ταμείο Ασθένειας Προσωπικού Οργανισμών Κοινής Ωφέλειας), από 1η Μαΐου 2012
8. ΕΤΑΑ (Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων), από 1η Νοεμβρίου 2012
9. ΕΤΑΠ-ΜΜΕ (Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης), από 1η Δεκεμβρίου 2012
10. Το ΛΙΜΕΝΙΚΟ από Μάιο 2013 με ένταξη στον ΟΠΑΔ.

Ασφαλιστικά Ταμεία που ΔΕΝ εντάχθηκαν

1. Στρατός Ξηράς, Ναυτικό, Αεροπορία
2. ΤΥΠΕΤ (Εθνική Τράπεζα)
3. ΤΥΠΑΤΕ (Αγροτική Τράπεζα)
4. ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
5. ΕΔΟΕΑΠ (Δημοσιογράφων)
6. ΕΥΔΑΠ
7. ΑΕΙ-ΤΕΙ

Οι Ιατρικές Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ παρέχονται θεωρητικά από την 1η Ιανουαρίου 2012 και θα παρέχονται δωρεάν στην Ελλάδα από 4 τομείς:

- (α) Κρατικά Νοσοκομεία του ΕΣΥ
- (β) Κέντρα Υγείας του ΕΣΥ
- (γ) Κέντρα Υγείας Αστικού Τύπου (τέως Ιατρεία ΙΚΑ).
- (δ) Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί με τον ΕΟΠΥΥ
- (ε) Μη Συμβεβλημένοι Ελευθεροεπαγγελματίες Ιατροί (με χρέωση ασθενούς).



## Κεφάλαιο 9 - Εισφορές Ασφαλιστικών Ταμείων που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ

### 1.- ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων)

Οι ασφαλιστικές εισφορές των ασφαλισμένων στο ΙΚΑ καταβάλλονται ποσοστιαία από τον εργαζόμενο και από τον εργοδότη. Το ποσοστό συμμετοχής για τον κλάδο ασθένειας του εργαζομένου είναι 2,55% του μηνιαίου μισθού του και ο εργοδότης καταβάλλει το 5,10% της μηνιαίας αμοιβής του ασφαλισμένου (2,55 + 5,10) = 7,65%. Από το 2,55% της εισφοράς του ασφαλισμένου το 2,15% είναι για την ασθένεια σε είδος και το 0,40% σε χρήμα. Από το 5,10% που αποδίδει ο εργοδότης το 4,30% είναι για την ασθένεια σε είδος και το 0,80% σε χρήμα. Από 1/7/2014 από 0,80% μειώθηκε στο 0,25% για την ασθένεια σε χρήμα για τον εργοδότη.

Προϋπόθεση για να έχει ασφαλιστική κάλυψη, ο εργαζόμενος με ασφάλιση ΙΚΑ, είναι η συμπλήρωση 50 τουλάχιστον ασφαλισμένων ημερομισθίων το έτος.

Είναι χαρακτηριστικές οι περικοπές σε παροχές που προήλθαν με την ένταξη του ΙΚΑ στον ΕΟΠΥΥ μερικές από τις οποίες είναι: η κατάργηση του επιδόματος τοκετού, η μείωση στα έξοδα κηδείας, αυστηρότερες προϋποθέσεις για νοσηλεία σε κέντρα του εξωτερικού κ.ά.

### 2.- ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων)

Η μηνιαία εισφορά για παροχές ασθένειας ανέρχεται σε ποσοστό 2,5% επί του ποσού της ασφαλιστικής κατηγορίας που έχει καταταγεί ο ασφαλισμένος, ενώ από 01-01-2013 (Ν.4093/2012) σε ποσοστό 2,5% επί του ποσού της ασφαλιστικής κατηγορίας που έχει καταταγεί ο ασφαλισμένος και δεν μπορεί να είναι μικρότερη από αυτή που αναλογεί στο ποσό της 5ης ασφαλιστικής κατηγορίας. Η εισφορά για ασθένεια, είναι υποχρεωτική για όλους τους ασφαλισμένους του Κλάδου πλην των μοναχών και συνεισπράττεται υποχρεωτικά μαζί με τις εισφορές για σύνταξη και για ΛΑΕ.

Ποσά εισφορών έτους 2015 αυτοτελώς απασχολούμενων αγροτών Κλάδου Κύριας Ασφάλισης

Οι ασφαλιστικές κατηγορίες του οργανισμού είναι 7. Η μηνιαία εισφορά για την 1<sup>η</sup> έως την 5<sup>η</sup> ασφαλιστική κατηγορία είναι 26,64€. Για την 6<sup>η</sup> ανέρχεται στο ποσό των 30,86€ ενώ για την 7<sup>η</sup> στα 35,05€.

### 3.- ΟΑΕΕ (Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών)

Με τον Ν. 2676/99 συστάθηκε ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ) στον οποίο εντάσσονται αφού καταργούνται το ΤΑΕ, το ΤΕΒΕ και το ΤΣΑ και περιέρχονται αυτοδικαίως στον κλάδο σύνταξης και υγείας του ΟΑΕΕ.

Ο Οργανισμός εντάσσει τους ασφαλισμένους του σε 14 Κλάσεις και τους διαχωρίζει σε παλαιούς ασφαλισμένους πριν το 1993 και νέους ασφαλισμένους μετά το 1993.

- α) Για μεν τους παλαιούς ασφαλισμένους (προ του 1993) η εισφορά για περίθαλψη ανεξαρτήτως Κλάσης είναι 92,79 €.
- β) Για δε τους νέους ασφαλισμένους η εισφορά για περίθαλψη είναι για την 1<sup>η</sup> Κλάση 58,30 € και βαίνει κλιμακούμενη έως την 14<sup>η</sup> Κλάση που φθάνει τα 196,16 €.

#### **4.- ΟΠΑΔ (Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου)**

Στο ΦΕΚ 96/Β'/31.1.2012 δημοσιεύθηκε η Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΚΥΑ) του Υπουργού Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης και του Υπουργού Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το πώς διαμορφώνεται ο τομέας υγείας των ασφαλισμένων του Δημοσίου.

Σύμφωνα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση οι προβλεπόμενες υπέρ του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (ΟΠΑΔ) ασφαλιστικές εισφορές συνολικού ποσοστού 7,65% επί των πάσης φύσεως αποδοχών, κατανέμονται από 1/1/2012 σε ποσοστό 7,15% υπέρ του ΕΟΠΥΥ, για παροχές ασθένειας σε είδος, επιμεριζόμενο σε 2,30% για τον ασφαλισμένο και σε 4,85% για τον εργοδότη και σε ποσοστό 0,50% επί των πάσης φύσεως αποδοχών υπέρ του Τομέα Υγείας Ασφαλισμένων Δημοσίου, για παροχές ασθένειας σε χρήμα, επιμεριζόμενο σε 0,20% για τον ασφαλισμένο και σε 0,30% για τον εργοδότη.

Ακόμη, η προβλεπόμενη υπέρ ΟΠΑΔ εισφορά συνταξιούχων ποσοστού 2,55% (παλαιών ασφαλισμένων), το οποίο από 1-1-2012 αυξάνεται κατά 0,70 % και από 1-1-2013 κατά 0,75% με τελική διαμόρφωση 4% επί των καταβαλλομένων συντάξεων και ποσοστού 10% (για ασφαλισμένους μετά την 1-1-1993), από το οποίο 4% σε βάρος του συνταξιούχου και 6% σε βάρος του φορέα συνταξιοδότησης, αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ.

Οι προβλεπόμενες υπέρ του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου ασφαλιστικές εισφορές συνολικού ποσοστού 15,05% επί των πάσης φύσεως αποδοχών, κατανέμονται από 3/9/2011 σε ποσοστό 13,85% υπέρ του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας για παροχές ασθένειας σε είδος, επιμεριζόμενο σε 2,15% για τον ασφαλισμένο και σε 11,70% για τον εργοδότη και σε ποσοστό 1,20% επί των πάσης φύσεως αποδοχών υπέρ του Τομέα Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων για παροχές ασθένειας



σε χρήμα, επιμεριζόμενο σε 0,40% για τον ασφαλισμένο και σε 0,80% για τον εργοδότη.

Η προβλεπόμενη υπέρ του ΟΠΑΔ εισφορά συνταξιούχων ποσοστού 15,5% ή 16,5% (3% η οποία από 1-1-2012 διαμορφώνεται σε 4% σε βάρος των συνταξιούχων και 12,5% σε βάρος του φορέα συνταξιοδότησης) επί των καταβαλλομένων συντάξεων αποδίδονται στον ΕΟΠΥΥ.

Τέλος και το ποσοστό εισφοράς 1% επί των πάσης φύσεως αποδοχών ή των καταβαλλομένων συντάξεων για κάθε προστατευόμενο μέλος οικογένειας των ασφαλισμένων στον Τομέα Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων αποδίδεται στον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.

### **5.- ΤΥΔΚΥ** (Τομέας Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων)

Στην ΚΥΑ που δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 96/Β'/31.1.2012 γίνεται διαχωρισμός των ασφαλιστικών εισφορών μεταξύ του ΕΟΠΥΥ και του Τομέα Υγείας των Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων.

- α) Οι προβλεπόμενες υπέρ ΟΠΑΔ/ΤΥΔΚΥ (Τομέας Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων) ασφαλιστικές εισφορές συνολικού ποσοστού 15,05% επί των πάσης φύσεως αποδοχών κατανέμονται από 3/9/2011 σε ποσοστό 13,85% υπέρ του ΕΟΠΥΥ, για παροχές ασθένειας σε είδος, επιμεριζόμενο σε 2,15% για τον ασφαλισμένο και σε 11,70% για τον εργοδότη και σε ποσοστό 1,20% επί των πάσης φύσεως αποδοχών υπέρ του ΤΥΔΚΥ, για παροχές ασθένειας σε χρήμα, επιμεριζόμενο σε 0,40% για τον ασφαλισμένο και σε 0,80% για τον εργοδότη.
- β) Η προβλεπόμενη υπέρ ΟΠΑΔ/ΤΥΔΚΥ εισφορά συνταξιούχων ποσοστού 15,5% ή 16,5% (3% η οποία από 1.1.2012 διαμορφώνεται σε 4% σε βάρος των συνταξιούχων και 12,5% σε βάρος του φορέα συνταξιοδότησης) επί των καταβαλλόμενων συντάξεων, αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ.
- γ) Το προβλεπόμενο από τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του από 18-22.2.1950 Β.Δ. (ΦΕΚ 53/Α'), όπως ισχύουν, ποσοστό εισφοράς 1% επί των πάσης φύσεως αποδοχών ή των καταβαλλόμενων συντάξεων για κάθε προστατευόμενο μέλος οικογένειας των ασφαλισμένων στον ΤΥΔΚΥ αποδίδεται στον ΕΟΠΥΥ.

### **6.- NAT** (Ναυτικό Απομαχικό Ταμεία)

Για τον καθορισμό των εισφορών στον Κλάδο Υγείας των Ναυτικών, φαίνεται να είναι σε ισχύ ο Ν. 792/1978 (Α' 220), παρ. 12α του άρθρου 84 του

κωδικοποιημένου με το π.δ. 913/1978. «Άρθρο: 84 Τακτικά εισφορά: 12. α) Εκ του συνόλου των κατά τας προηγούμενας παραγράφους τακτικών εισφορών ποσοστών μέχρι τριάκοντα επί τοις εκατόν (30%) αποτελεί πόρον του παρά τω ΝΑΤ Κεφαλαίου ανεργίας και ασθένειας ναυτικών και του Ειδικού λογαριασμού προστασίας φυματικών ναυτικών. Το ύψος του ως άνω ποσοστού και το της κατανομής τούτου μεταξύ των ανωτέρω λογαριασμών ορίζονται εν αρχή εκάστου οικονομικού έτους δια αποφάσεως του Υπουργού εκδιδομένης μετά από γνώμη του ΔΣ».

## 7.- ΤΑΥΤΕΚΩ (Ταμείο Ασθένειας Προσωπ. Οργαν. Κοινής Ωφέλειας)

Τα ποσοστά εισφορών στο Ταμείο Ασθένειας Προσωπικού Οργανισμών Κοινής Ωφέλειας ορίζονται ως εξής:

- σε ποσοστό 1,20% (0,80% σε βάρος εργοδοτών και 0,40% σε βάρος των ασφαλισμένων) ως εισφορά λογαριασμού παροχών σε χρήμα ΤΑΥΤΕΚΩ. Στο ως άνω αναφερόμενο ποσοστό, προστίθεται το μισό της προβλεπόμενης εισφοράς 0,50 % για κάθε προστατευόμενο μέλος ασφαλισμένου.
- και σε ποσοστό 6,45% ( 4,30% σε βάρος των εργοδοτών και 2,15% σε βάρος των ασφαλισμένων) ως εισφορά παροχών σε είδος - ΕΟΠΥΥ. Στο ως άνω αναφερόμενο ποσοστό, προστίθεται το μισό της προβλεπόμενης εισφοράς 0,50 % για κάθε προστατευόμενο μέλος ασφαλισμένου.
  - ο Από την 1/10/2008 ο κλάδος ασθένειας του Ταμείου Ασφάλισης Προσωπικού ΟΤΕ εντάχθηκε στον κλάδο υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ με πλήρη λογιστική και οικονομική αυτοτέλεια ως Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΟΤΕ (ΤΑΠ-ΟΤΕ). Από την 1/5/2012 οι αρμοδιότητες του ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Στο ΤΑΥΤΕΚΩ παραμένουν οι αρμοδιότητες που αφορούν στη χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας (υπαγωγή στην ασφάλιση, διαγραφή κλπ) και στην έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (Ε.Κ.Α.Α.) στους ασφαλισμένους και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγεται η χορήγηση παροχών σε χρήμα (πχ. έξοδα κηδείας κλπ), σύμφωνα με τις καταστατικές διατάξεις του Τομέα.
  - ο Από την 1/10/2008 ο κλάδος ασθένειας του Οργανισμού Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ εντάχθηκε στον κλάδο υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ με πλήρη λογιστική και οικονομική αυτοτέλεια ως Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΔΕΗ (ΤΑΠ- ΔΕΗ). Από την 1/5/2012 οι αρμοδιότητες του ΚΑΠ-ΔΕΗ ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας εντάχθηκαν

στον ΕΟΠΥΥ. Στο ΤΑΥΤΕΚΩ παραμένουν οι αρμοδιότητες που αφορούν στη χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας (υπαγωγή στην ασφάλιση, διαγραφή κλπ) και στην έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (Ε.Κ.Α.Α.) στους ασφαλισμένους και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγεται η χορήγηση παροχών σε χρήμα (πχ. έξοδα κηδείας κλπ), σύμφωνα με τις καταστατικές διατάξεις του Τομέα.

- ο Το Ταμείο Ασφάλισης Ασθένειας ιδρύθηκε το 1976 (Ν 271 ΦΕΚ 48Α 4.3.1978) από τις **Τράπεζες ALPHABANK** (τότε Τράπεζα Πίστηως), **GENIKIBANK** (τότε Γενική Τράπεζα της Ελλάδος), και AMERIKAN EXPRESS που σήμερα δε λειτουργεί στην Ελλάδα, ενώ η καταβολή παροχών άρχισε την 1/1/1978 (ΠΔ 554 ΦΕΚ 182Α/28.6.1977). Αργότερα εντάχθηκε σε αυτό και το Προσωπικό και άλλων ιδιωτικών Τραπεζών. Από την 1/10/2008 το Ταμείο Ασφάλισης Προσωπικού Τραπεζών Πίστηως, Γενικής και Αμερικαν Εξπρές εντάχθηκε στον κλάδο υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ με πλήρη λογιστική και οικονομική αυτοτέλεια ως Τομέας Ασθένειας Προσωπικού Τραπεζών Πίστηως, Γενικής και Αμερικαν Εξπρές (ΤΑΑΠΤΠΓΑΕ). Από την 12/11/2012 οι αρμοδιότητες του ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Στο ΤΑΥΤΕΚΩ παραμένουν οι αρμοδιότητες που αφορούν στη χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας (υπαγωγή στην ασφάλιση, διαγραφή κλπ) και στην έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (Ε.Κ.Α.Α.) στους ασφαλισμένους και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγεται η χορήγηση παροχών σε χρήμα (πχ. έξοδα κηδείας κλπ), σύμφωνα με τις καταστατικές διατάξεις του Τομέα.
- ο Από την 1/10/2008 ο κλάδος ασθένειας του Ταμείου Ασφάλισης Προσωπικού **Εμπορικής Τράπεζας** της Ελλάδος εντάχθηκε στον κλάδο υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ με πλήρη λογιστική και οικονομική αυτοτέλεια ως Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΕΤΕ (ΤΑΠΕΤΕ). Από την 12/11/2012 οι αρμοδιότητες του ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Στο ΤΑΥΤΕΚΩ παραμένουν οι αρμοδιότητες που αφορούν στη χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας (υπαγωγή στην ασφάλιση, διαγραφή κλπ) και στην έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (Ε.Κ.Α.Α.) στους ασφαλισμένους και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγεται η χορήγηση παροχών σε χρήμα (πχ. έξοδα κηδείας κλπ), σύμφωνα με τις καταστατικές διατάξεις του Τομέα.
- ο Από την 1/10/2008 ο κλάδος ασθένειας του Ταμείου αλληλοβοήθειας **Προσωπικού ΗΣΑΠ** εντάχθηκε στον κλάδο υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ με πλήρη λογιστική και οικονομική αυτοτέλεια ως Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΗΣΑΠ (ΤΑΠ-ΗΣΑΠ). Από την 1/5/2012 οι αρμοδιότητες του ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Στο ΤΑΥΤΕΚΩ παραμένουν οι αρμοδιότητες που αφορούν στη

- χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας (υπαγωγή στην ασφάλιση, διαγραφή κλπ) και στην έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (Ε.Κ.Α.Α.) στους ασφαλισμένους και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγεται η χορήγηση παροχών σε χρήμα (πχ. έξοδα κηδείας κλπ), σύμφωνα με τις καταστατικές διατάξεις του Τομέα.
- Από την 1/10/2008 ο κλάδος ασθένειας του Ταμείου αλληλοβοήθειας **Προσωπικού ΗΛΠΑΠ** εντάχθηκε στον κλάδο υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ με πλήρη λογιστική και οικονομική αυτοτέλεια ως Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΗΛΠΑΠ (ΤΑΠ-ΗΛΠΑΠ). Από την 1/5/2012 οι αρμοδιότητες του ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Στο ΤΑΥΤΕΚΩ παραμένουν οι αρμοδιότητες που αφορούν στη χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας (υπαγωγή στην ασφάλιση, διαγραφή κλπ) και στην έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (Ε.Κ.Α.Α.) στους ασφαλισμένους και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγεται η χορήγηση παροχών σε χρήμα (πχ. έξοδα κηδείας κλπ), σύμφωνα με τις καταστατικές διατάξεις του Τομέα.
  - Το Ταμείο Ασφάλισης **Προσωπικού Ασφαλιστικής Εταιρείας «ΕΘΝΙΚΗ»**, ιδρύθηκε την 14η Απριλίου 1952. Αρχικά είχε τρεις οικονομικά αυτοτελούς κλάδους α) Κλάδο ασφάλισης ασθένειας και μητρότητας, β) Κλάδο ασφάλισης αναπηρίας - γήρατος - θανάτου (Συντάξεων) και γ) Κλάδο Πρόνοιας (βοηθήματα εφ' άπαξ). Ο κλάδος ασθένειας και μητρότητας μετά τις συγχωνεύσεις των Ταμείων, υπάχθηκε στο ΤΑΥΤΕΚΩ. Από την 1/5/2012 οι αρμοδιότητες του ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Στο ΤΑΥΤΕΚΩ παραμένουν οι αρμοδιότητες που αφορούν στη χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας (υπαγωγή στην ασφάλιση, διαγραφή κλπ) και στην έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (Ε.Κ.Α.Α.) στους ασφαλισμένους και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγεται η χορήγηση παροχών σε χρήμα (πχ. έξοδα κηδείας κλπ), σύμφωνα με τις καταστατικές διατάξεις του Τομέα.
  - Από την 1/10/2008 ο κλάδος ασθένειας του Ταμείου Ασφάλισης **Προσωπικού ΕΤΒΑ** εντάχθηκε στον κλάδο υγείας του ΤΑΥΤΕΚΩ με πλήρη λογιστική και οικονομική αυτοτέλεια ως Τομέας Ασθένειας Προσωπικού ΕΤΒΑ (ΤΑΠ-ΕΤΒΑ). Από την 12/11/2012 οι αρμοδιότητες του ως προς την παροχή υπηρεσιών υγείας εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ. Στο ΤΑΥΤΕΚΩ παραμένουν οι αρμοδιότητες που αφορούν στη χορήγηση ασφαλιστικής ικανότητας (υπαγωγή στην ασφάλιση, διαγραφή κλπ.) και στην έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (Ε.Κ.Α.Α.) στους ασφαλισμένους και στα μέλη της οικογένειάς τους. Επίσης στις αρμοδιότητες του συγκαταλέγεται η χορήγηση παροχών σε χρήμα (πχ. έξοδα κηδείας κλπ.), σύμφωνα με τις καταστατικές διατάξεις του Τομέα. Οι υπηρεσίες που αφορούν την

παροχή υπηρεσιών υγείας σε είδος (νοσηλεία, φάρμακα κλπ) παρέχονται στους ασφαλισμένους των ανωτέρων ταμείων από τον ΕΟΠΥΥ.

## 8.- ΕΤΑΑ (Ελεύθεροι Επαγγελματίες)

Οι Κλάδοι και οι Τομείς που αποτελούν το Ε.Τ.Α.Α. είναι:

### α) Μηχανικών & ΕΔΕ (ΤΣΜΕΔΕ)

Για τους *ελεύθερους επαγγελματίες* Μηχανικούς και Εργολήπτες Δημοσίων Έργων, η εισφορά στον Τομέα Υγείας για παλαιούς και νέους ασφαλισμένους είναι ενιαία ορισμένη στα 44,72 € μηνιαίως.

Για τους *μισθωτούς* Μηχανικούς και Εργολήπτες Δημοσίων Έργων, η εισφορά στον Τομέα Υγείας (ΚΥΤ) για παλαιούς και νέους ασφαλισμένους είναι ενιαία ορισμένη σε ποσοστό του μισθού ως εξής: 2,15% για τον εργαζόμενο και 4,30% για τον εργοδότη (σύνολο εισφορών 6,45%).

### β) Υγειονομικών (ΤΣΑΥ)

Ασφαλίζονται υποχρεωτικά οι γιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί και κτηνίατροι που ασκούν νόμιμα το επάγγελμα στην Ελλάδα. Στο ταμείο λειτουργούν 2 Κλάδοι: Σύνταξης και Πρόνοιας. Οι ασφαλισμένοι στο ΕΤΑΑ - Τομείς Υγειονομικών αυτήν την στιγμή είναι περίπου 120.000

Για τους παλαιούς ασφαλισμένους η μηνιαία εισφορά για περίθαλψη ανέρχεται στα 49,21 €

Για τους νέους ασφαλισμένους που εντάσσονται στην 1<sup>η</sup> ασφαλιστική κατηγορία η εισφορά ανέρχεται στα 44,70 €, ενώ για την 2<sup>η</sup> ασφαλιστική κατηγορία στα 55,00€, είτε έχουν συμπληρώσει 5ετία από την έναρξη των υποχρεώσεων τους είτε όχι. Το ποσό των εισφορών κλιμακώνεται ανάλογα με την ασφαλιστική τους κατηγορία που φτάνει στην 14<sup>η</sup> με το ποσό των 150,50€.

### γ) Νομικών (ΤΑ.Ν)

Σύμφωνα με την Φ.80000/οικ.16397/635/14-07-2011 εγκυκλίου της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι ετήσιες εισφορές στον *Τομέα της Υγείας των Νομικών*, ορίζονται ως εξής:

#### Αμισθοί

- Ασφαλισμένοι υπαχθέντες στην Κοινωνική Ασφάλιση μέχρι 31-12-92, ετήσια εισφορά 690,60€
- Ασφαλισμένοι από 01-01-1993 έως 31-12-2007, ετήσια εισφορά 782,76 €
- Ασφαλισμένοι από 01/01/2008 έως 31/12/2009, ετήσια εισφορά 391,38 €

- Ασφαλισμένοι από 01/01/2010 έως 31/12/2013, ετήσια εισφορά 318,24 €

#### Εμμισθοι

- Ασφαλισμένοι μέχρι 31-12-92, Εργοδότης 990,08 € Εργαζόμενος 495,04 €, ετήσια εισφορά 1.485,12 € (1386,70 X 7,65% X 14 μήνες)
- Ασφαλισμένοι μετά την 01-01-93, Εργοδότης 990,08 € Εργαζόμενος 495,04€, ετήσια εισφορά 1.485,12 € (1386,70 X 7,65% X 14 μήνες)

#### Ασκούμενοι

Ασφαλιζονται υποχρεωτικά στον Τομέα της Υγείας (Ν. 3996/05-08-2011) ΦΕΚ 170 Α' και καταβάλλουν ετήσιες εισφορές σε χρήμα, 318,24 €.

#### **δ)** Συμβολαιογράφων (ΤΑΣ)

Ασφαλιστικές εισφορές μέχρι 16-11-1996

Στον κλάδο Υγείας καταβάλλεται χωριστή εισφορά και ανεξάρτητη από αυτήν που καταβάλλεται από τον Κλάδο Προνοίας και καθορίζεται ως ακολούθως:

Αναλογική εισφορά 1% από τα, σύμφωνα με τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις, δικαιώματα που εισπράττει ο συμβολαιογράφος ή ο συμβολαιογραφών για κάθε συμβολαιογραφικό έγγραφο.  
(Ο συμβολαιογράφος δεν μπορεί να καταβάλει εισφορά στον Κλάδο Υγείας του Ταμείου κατά μήνα μικρότερη των δρχ 2500)

Από 21/1/2012 επαναπροσδιορίζεται εισφορά 1% από τα συμβολαιογραφικά δικαιώματα επίσης αναλογικά για τον κλάδο Υγείας.

#### **ε)** Δικηγόρων Αθηνών (ΤΠΔΑ)

Ασφαλιστικές εισφορές έτους 2014

A.- Παλαιοί Ασφαλισμένοι (πριν την 1-1-1993)

A1.- Άνω 5ετίας

Ετήσια εισφορά 636,48 € (693,35€ X 7,65% =53,04€ X 12) μηνιαία 53,04€

Πρόσθετη εισφορά 54,08 €

Σύνολο 690,56 €

A2.- Κάτω 5ετίας

Ετήσια εισφορά 782,76 €

B.- Ασφαλισμένοι από 01/01/2009 έως 31/12/2010

Ετήσια εισφορά 391,38 €

Γ.- Ασφαλισμένοι από 01/01/2011 έως 31/12/2014

Ετήσια εισφορά 318,24 €

Δ.- Ασκούμενοι δικηγόροι

Ετήσια εισφορά 318,24 €

Ε.- Έμμισθοι Δικηγόροι

Ασφαλισμένοι μέχρι 31-12-1992

Ετήσια εισφορά: Εργοδότη 990,08 € + Δικηγόρου 495,04 € = 1.485,12 €

Ασφαλισμένοι από 1-1-1993 και μετά

Ετήσια εισφορά: Εργοδότη 990,08 € + Δικηγόρου 495,04 € = 1.485,12 €

στ) Δικηγόρων Θεσσαλονίκης (ΤΠΔΘ)

Α.- Ασφαλισμένοι μέχρι 31/12/1992

A1\_Μέχρι 5 χρόνια ασφάλισης : 494,00 €

I. Εισφορά περιόδου 01/01-31/12/2014 ..... 440,00 €

II. Πρόσθετη Εισφορά περιόδου 01/01-31/12/2014, 54,00 € = 494,00 €

Μηνιαία εισφορά 41,17 €

A2\_ Άνω της πενταετίας : 604,00 €

I. Εισφορά περιόδου 01/01-31/12/2014 ..... 550,00 €

II. Πρόσθετη Εισφορά περιόδου 01/01-31/12/2014, 54,00 € = 604,00 €

Μηνιαία εισφορά 50,33 €

Β.- Ασφαλισμένοι από 01/01/1993

B1\_Ασφαλισμένο που ανήκουν στην Α' ασφαλιστική Κατηγορία

[Υπαχθέντες στην κοινωνική ασφάλιση μετά την 01/01/2011]

I. Εισφορά περιόδου 01/01 - 31/12/2014 ..... 325,00 €

Μηνιαία εισφορά 27,08 €

B2\_Ασφαλισμένοι που ανήκουν στη Β' ασφαλιστική Κατηγορία (άρθρο 44 παρ. 15 του Ν.3986/2011 τροπ. άρθρο 20 παρ. 5α του Ν.4019/2011)

[Υπαχθέντες στην κοινωνική ασφάλιση ΜΕΧΡΙ ΤΗΝ 31/12/2010]

I. Εισφορές από 01/01 - 31/12/2014..... 782,64 €

Μηνιαία εισφορά 65,22 €

ζ) Δικηγόρων Πειραιά (ΤΥΔΠ)

Ασφαλιστικές εισφορές έτους 2014

Α.- Παλαιοί Ασφαλισμένοι (πριν την 1-1-1993)

A1.-Άνω 5ετίας

Ετήσια εισφορά 636,48 € (X 7,65% =53,04€ X 12) μηνιαία 53,04€

Πρόσθετη εισφορά 54,08 €

Σύνολο 690,56 €

A2.-Κάτω 5ετίας

Ετήσια εισφορά 318,24 € (636,48€ X 50% ) μηνιαία 26,52€

Πρόσθετη εισφορά 54,08 €

Σύνολο 372,32 €

**Β.- Παλαιοί Ασφαλισμένοι (μετά την 1-1-1993)**

**B1. Κάτω 3ετίας (ήτοι ασφαλισμένοι 1/1/2009-31/12/2012)**  
(υπολογισμός με βάση την 1η ασφαλιστική κατηγορία)

Ετήσια εισφορά 318,24 € ( 693,35 €X 7,65% =53,04 X 12 =636,48 X50%)  
μηνιαία 26,52€

**B2. Άνω 3ετίας αλλά κάτω της 5ετίας (ήτοι ασφαλισμένοι 1/1/2007-31/12/2008)** (υπολογισμός με βάση την 2η ασφαλιστική κατηγορία X 50%)

Ετήσια εισφορά 391,38€ ( 852,63 €X 7,65% = 65,23€ X 12μήνες X 50%)  
μηνιαία 32,62€

**B3. Άνω 5ετίας (ήτοι ασφαλισμένοι 1/1/1993-31/12/2006)**

(υπολογισμός με βάση την 2η ασφαλιστική κατηγορία )

Ετήσια εισφορά 782,76€ ( 852,63 €X 7,65% = 65,23€ X 12μήνες)  
μηνιαία 65,23€

**Γ.- Ασκούμενοι Δικηγόροι (ασφαλιζονται υποχρεωτικά από 5-8-2011)**

318,24€ (693,35€ X 7,65% X12= 636,48 X50%) μηνιαία 26,52€

Η εισφορά των ασκουμένων καταβάλλεται μόνο με χρήματα.

**Δ.- Έμμοιθοι Δικηγόροι**

Ασφαλισμένοι πριν και μετά την 1-1-1993

Ασθένεια εργοδότης: 5,10 % X ποσό μηνιαίων αποδοχών X 14

Ασθένεια ασφαλισμένος: 2,55 % X ποσό μηνιαίων αποδοχών X 14

Συνολικό ποσοστό 7,65%

**η) Δικηγόρων Επαρχιών & Δικαστικών Επιμελητών (ΤΥΔΕ-ΤΠΔΕ)**

Σύμφωνα με τις καταστατικές διατάξεις του Τομέα Υγείας Δικηγόρων, Υποθηκοφυλάκων και Δικαστικών Επιμελητών Επαρχιών, οι εισφορές τους για τον κλάδο Υγείας ανεξάρτητα εάν είναι παλαιοί ή νέοι ασφαλισμένοι, έχουν ως εξής:

1. Άνω της 5ετίας 50,00 € μηνιαίως
2. Κάτω της 5ετίας 25,00 € μηνιαίως

**θ) Προνοίας Εργοληπτών Δημοσίων Έργων (ΤΠΕΔΕ)**

Οι μηνιαίες εισφορές των ασφαλισμένων από 1/1/1993 ανέρχονται:

Για όλους ανεξαρτήτως τάξης πτυχίου σε 27,73 ευρώ το μήνα, που αντιστοιχούν στην 1η κατηγορία. Όσοι ασφαλισμένοι έχουν συμπληρώσει 3 χρόνια πραγματικής ασφάλισης (ΜΕΕΠ) την 1/7/2011, υπάγονται στην 2η ασφαλιστική κατηγορία με εισφορές 34,11€ το μήνα. Όσοι ασφαλισμένοι έχουν συμπληρώσει 3 χρόνια πραγματικής ασφάλισης (ΜΕΕΠ) στη 2η ασφαλιστική κατηγορία, υπάγονται στην 3η ασφαλιστική κατηγορία με εισφορές 40,43€ το μήνα.



## **9.- ΕΤΑΠ-ΜΜΕ** (Ταμείο ασφαλίσεως υπαλλήλων τύπου)

Για το ταμείο ασφαλίσεως ιδιοκτητών, συντακτών και υπαλλήλων τύπου, οι εισφορές για τον κλάδο ασθένειας διαμορφώνονται ως εξής:

Για τους ιδιοκτήτες 6%, για τους υπαλλήλους 2% ενώ για τους εργοδότες τους 4%.

Για τους συντάκτες μισθωτούς επίσης 2% και 4% για τους εργοδότες.

Για τους συντάκτες με δελτίο παροχής υπηρεσιών και τους αυτασφαλισμένους (ως μισθωτοί) 6%, ενώ για τους δημοσιογράφους του Υπουργείου Τύπου και Μ.Μ.Ε. 2% για τον ασφαλισμένο και 4% για τον εργοδότη.



## Κεφάλαιο 10 - Σύνοψη παροχών ΕΟΠΥΥ

Η εγκαθίδρυση του ΕΣΥ αποσκοπούσε στην ισότιμη, ολοκληρωμένη και καθολική κάλυψη του πληθυσμού για υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, αυτό μόνο εν μέρει έχει επιτευχθεί μέχρι σήμερα, λόγω της ύπαρξης σημαντικών διαφορών μεταξύ των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης ως προς το επίπεδο της παρεχόμενης κάλυψης (έκταση, περιεχόμενο, διαδικασίες, ποιότητα κάλυψης). Τα περισσότερα από τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν κάλυψη για πρωτοβάθμια, νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη και σε μερικές περιπτώσεις καλύπτουν επίσης διαγνωστικές και εργαστηριακές εξετάσεις, καθώς και την αγορά γυαλιών. Το ΙΚΑ, ο μεγαλύτερος ασφαλιστικός φορέας της χώρας, παρέχει την πιο ολοκληρωμένη δέσμη υπηρεσιών, η οποία περιλαμβάνει σχεδόν τα πάντα εκτός από κοσμητική χειρουργική. Πρόσθετα, τα περισσότερα ταμεία παρέχουν χρηματικά βοηθήματα στην περίπτωση απώλειας εισοδήματος λόγω ασθένειας, επιδόματα μητρότητας, λουτροθεραπείας κ.λπ.

Η οδοντιατρική φροντίδα αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των μεγάλων διαφοροποιήσεων που παρατηρούνται μεταξύ των ασφαλιστικών ταμείων. Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ καλύπτονται μόνο για σφραγίσματα, τεχνητές οδοντοστοιχίες και προσθετική που παρέχονται από οδοντιάτρους στα πολυϊατρεία του ταμείου. Οι δικαιούχοι του ΟΓΑ έχουν περιορισμένη οδοντιατρική κάλυψη στα κέντρα υγείας και στα δημόσια νοσοκομεία. Ασφαλισμένοι άλλων ταμείων καλούνται να καταβάλλουν συμπληρωμές ή πληρώνουν οι ίδιοι και στη συνέχεια τους επιστρέφεται από το ταμείο τους ένα μικρό ποσοστό της δαπάνης που έκαναν.

Η ίδρυση και η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ το 2011, με την ενοποίηση των κλάδων υγείας των ταμείων που εντάχθηκαν, αποσκοπεί στην εφαρμογή ενιαίων κανόνων και κοινής δέσμης παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασφαλισμένους.

### **Κοινωνική ασφάλιση**

Η κύρια πηγή χρηματοδότησης για τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης είναι οι υποχρεωτικές εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, το ύψος των οποίων ποικίλλει μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών.

Το ποσοστό της εισφοράς για υγεία στο ΙΚΑ ανέρχεται σε 7,65% επί του ακαθάριστου μισθού, από το οποίο το 2,55% επιβαρύνει τον ασφαλισμένο και το 5,10% τον εργοδότη.

Για τους ασφαλισμένους του ΟΓΑ η εισφορά του ασφαλισμένου για τον κλάδο υγείας ορίζεται σε ποσοστό 2,5% επί του ποσού των ασφαλιστικών κατηγοριών στις οποίες έχουν καταταγεί οι ασφαλισμένοι.

Στον ΟΠΑΔ, οι ασφαλισμένοι καταβάλλουν το 2,55% των αποδοχών τους, ενώ υπάρχει και εργοδοτική εισφορά του δημοσίου σε ποσοστό 5,10%.

Στην περίπτωση του ΟΑΕΕ, οι ασφαλισμένοι μπορούν να επιλέξουν μεταξύ 14 ασφαλιστικών κλάσεων και για την ασφάλιση υγείας πληρώνουν εισφορές σε ποσοστό 7,65% της εκάστοτε ασφαλιστικής κατηγορίας στην οποία εντάσσονται.

Οι εισφορές για την ασφάλιση ασθένειας των συνταξιούχων των φορέων κύριας ασφάλισης ποικίλλουν. Στην πλειοψηφία τους όμως οι συνταξιούχοι καταβάλλουν 4% επί του ποσού της συντάξεώς τους και ο ασφαλιστικός οργανισμός 6% επί του ποσού αυτού.

Στο πλαίσιο του ΕΟΠΥΥ, οι ασφαλιστικές εισφορές προβλέπεται να είναι ενιαίες για ΙΚΑ, ΟΑΕΕ και ΟΠΑΔ για τον κλάδο υγείας (7,65%: 5,1% εργοδότης και 2,55% εργαζόμενος), εκτός του ΟΓΑ, που για τους νέους ασφαλισμένους-εργαζομένους είναι 2,55%, ενώ για τους παλαιούς είναι μηδενικές.

Η υγεία είναι κατοχυρωμένη στο ελληνικό Σύνταγμα ως κοινωνικό δικαίωμα. Σύμφωνα με αυτό, όλα τα άτομα έχουν δικαίωμα σε προστασία της υγείας και της γενετικής τους ταυτότητας (Άρθρο 5.5). Το κράτος φροντίζει για την υγεία των πολιτών και υιοθετεί ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων (Άρθρο 21.3). Τα άτομα με αναπηρίες έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν μέτρα που εξασφαλίζουν την αυτονομία, την επαγγελματική ένταξη και τη συμμετοχή στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της χώρας (Άρθρο 21.6). Ο καθένας έχει το δικαίωμα να εργάζεται και το κράτος υποχρεούται να παρέχει κοινωνική ασφάλεια στους εργαζομένους (Άρθρο 22.5).

Δύο είναι οι βασικές αρχές με βάση τις οποίες εξασφαλίζεται το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας.

Η μία είναι η αρχή της *ιδιότητας* του πολίτη, η οποία αφορά την πρόσβαση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας που παρέχονται από το ΕΣΥ, και η άλλη είναι η αρχή του καθεστώτος απασχόλησης και της καταβολής ασφαλιστικών εισφορών, η οποία εξασφαλίζει την πρόσβαση σε υπηρεσίες που παρέχονται και χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση. Η πρόσβαση με βάση την ιδιότητα του πολίτη περιλαμβάνει δύο τύπους παρεχόμενων υπηρεσιών από το ΕΣΥ: τα αγροτικά κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων.

Η πρόσβαση σε όλες τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας κατοχυρώνεται με βάση το *επάγγελμα*. Εδώ εντάσσονται τα πολυϊατρεία των ασφαλιστικών ταμείων και οι ιδιώτες προμηθευτές (ιατροί, διαγνωστικά κέντρα, κλινικές) που έχουν σύμβαση με αυτά, καθώς και η νοσηλεία στα δημόσια νοσοκομεία της χώρας. Η ένταξη σε κάποιο ταμείο κοινωνικής ασφάλισης είναι υποχρεωτική με βάση το επάγγελμα και δεν υπάρχει η δυνατότητα επιλογής του εργαζομένου σε ποιο από αυτά θα ασφαλιστεί.

Μια τρίτη αρχή για την κατοχύρωση δικαιώματος πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι το *καθεστώς απορίας*. Οι φτωχοί που στερούνται ασφάλισης και εισοδήματος έχουν δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στα κέντρα υγείας και στα δημόσια νοσοκομεία, έπειτα από έλεγχο των μέσων διαβίωσης.

Τέλος, μια τέταρτη αρχή πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας είναι η δυνατότητα και η πρόθεση καταβολής ιδίων πληρωμών. Κάποιος, ανεξάρτητα από το εάν καλύπτεται ή όχι από ένα ταμείο κοινωνικής ασφάλισης, έχει την ελευθερία προσφυγής σε ιδιωτική υπηρεσία υγείας μη συμβεβλημένη με το ταμείο του, με την προϋπόθεση ότι θα καλύψει με δικούς του πόρους το κόστος περίθαλψης. Επιπροσθέτως, οποιοσδήποτε πολίτης θέλει και έχει το διαθέσιμο εισόδημα μπορεί να συνάψει ιδιωτική ασφάλιση υγείας, όπου το εύρος της κάλυψης ποικίλλει ανάλογα με τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασφαλισμένου.

Αναφορικά με το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, για τους μετανάστες που διαθέτουν τα απαραίτητα έγγραφα και διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα ισχύει ότι και για τους Έλληνες πολίτες.

## **Φάρμακα**

Το ποσοστό συμμετοχής των ασθενών στα συνταγογραφούμενα φάρμακα ανέρχεται στο 25% για όλα τα ασφαλιστικά ταμεία. Ποσοστό 10% προβλέπεται για τους συνταξιούχους που είναι δικαιούχοι του ΕΚΑΣ και για την αγορά φαρμάκων υψηλού κόστους που χορηγούνται για ορισμένες χρόνιες παθήσεις. Δωρεάν, χωρίς ποσοστό συμμετοχής, χορηγούνται τα φάρμακα για τη μητρότητα, το εργατικό ατύχημα, τις επιλοκές της μεσογειακής αναιμίας, για ορισμένες χρόνιες παθήσεις, τα φάρμακα για τους φορείς και ασθενείς με AIDS και για τους μεταμοσχευθέντες. Επίσης, δωρεάν παρέχονται ορισμένα ακριβά φάρμακα από τα φαρμακεία των κρατικών νοσοκομείων, τα φαρμακεία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, καθώς και τα ιδιωτικά φαρμακεία.

## Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης παίζουν σημαντικό ρόλο στη χρηματοδότηση και παροχή υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το *Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων* (ΙΚΑ) είναι το μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο, το οποίο καλύπτει σχεδόν το 50% του πληθυσμού της χώρας, παρέχοντας περίθαλψη κυρίως στους μισθωτούς του ιδιωτικού τομέα και στα μέλη των οικογενειών τους. Ειδικότερα, είναι υπεύθυνο για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στους 5,6 εκατ. δικαιούχους του, μέσω ενός εκτεταμένου και αποκεντρωμένου δικτύου 272 πολυϊατρείων. Θεωρητικά, το ΙΚΑ παρέχει στους δικαιούχους του ένα ευρύ φάσμα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, καθώς και υπηρεσιών αποκατάστασης, όπως γενική ιατρική φροντίδα για τους ενήλικες και τους ηλικιωμένους, προαγωγή υγείας, παιδική φροντίδα, οδοντιατρικές υπηρεσίες, γυναικολογικές εξετάσεις, προγεννητική φροντίδα και οικογενειακό προγραμματισμό, ιατρική της εργασίας, πρώτες βοήθειες, εμβολιασμούς, συνταγογράφηση φαρμάκων, επιδημιολογική έρευνα και κοινωνική φροντίδα. Στην πράξη, όμως, το μεγαλύτερο μέρος των παρεχόμενων από το ΙΚΑ πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας περιορίστηκε στη συνταγογράφηση (45% των περιπτώσεων), στην παραπομπή των ασθενών σε νοσοκομεία, καθώς και στην παραπομπή των ασφαλισμένων σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα για τη διενέργεια υψηλού κόστους διαγνωστικών εξετάσεων (κυρίως των ηλικιωμένων που είναι οι βασικοί χρήστες των υπηρεσιών του ΙΚΑ).

Ο *Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων* (ΟΓΑ) παρέχει υγειονομική περίθαλψη στους αγρότες, καλύπτοντας περίπου το 20% του ελληνικού πληθυσμού (2,03 εκατ. δικαιούχοι). Δεν έχει δικές του μονάδες υγείας, αλλά οι δικαιούχοι του περίθαλψης μπορούν να επισκέπτονται τα αγροτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων ή των συμβεβλημένων με τον ΟΓΑ ιδιωτικών κλινικών, προκειμένου να τους παρασχεθούν ιατρικές φροντίδες, να υποβληθούν σε μικροβιολογικές ή άλλες παρακλινικές εξετάσεις και για συνταγογράφηση φαρμάκων. Ο ΟΓΑ έχει επίσης σύμβαση με περίπου 10.680 ιδιώτες ιατρούς, ο ρόλος των οποίων είναι η συνταγογράφηση φαρμάκων. Η δαπάνη της επίσκεψης σε αυτούς επιβαρύνει τον ασφαλισμένο και δεν αποδίδεται από τον ΟΓΑ στον ασφαλισμένο.

Ο *Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών* (ΟΑΕΕ), η λειτουργία του οποίου ξεκίνησε το 2007, ασφαλίσει τους αυτοαπασχολούμενους, τους επαγγελματίες, τους βιοτέχνες, τους εμπόρους και τους αυτοκινητιστές και προήλθε από την ενοποίηση των καταργηθέντων ταμείων ΤΕΒΕ, ΤΑΕ και ΤΣΑ. Με το Ν. 3655/2008 για τη διοικητική και οργανωτική μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης, στον ΟΑΕΕ εντάχθηκαν ο κλάδος κύριας ασφάλισης του Ταμείου Ασφάλισης Ναυτικών Πρακτόρων και

Υπαλλήλων (ΤΑΝΠΥ), το Ταμείο Πρόνοιας Ξενοδόχων και οι κατά κύρια ασφάλιση ασφαλισμένοι του Ταμείου Πρόνοιας και Επικουρικής Ασφάλισης Προσωπικού Ιπποδρομιών (ΤΑΠΕΑΓΠ). Παρέχει στους περίπου 2,06 εκατ. Ασφαλισμένους του ιατρικές υπηρεσίες από συμβεβλημένους ιατρούς ειδικοτήτων, καθώς και μικροβιολογικές και ακτινολογικές εξετάσεις σε συμβεβλημένα εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα ύστερα από παραπομπή του θεράποντα ιατρού. Στην περίπτωση αυτή, υπάρχει συμμετοχή του ασφαλισμένου στο κόστος κατά 25% επί της τιμής του κρατικού τιμολογίου που ισχύει κάθε φορά. Οι παρακλινικές εξετάσεις μπορεί να εκτελούνται και από μη συμβεβλημένα με τον ΟΑΕΕ εργαστήρια χωρίς παραπεμπτικό του θεράποντα ιατρού, αλλά ύστερα από γνώμάτευση ιατρού υπό ορισμένες προϋποθέσεις. Σε αυτή την περίπτωση ο ΟΑΕΕ καταβάλλει το 75% της τιμής του κρατικού τιμολογίου.

Ο *Οργανισμός Περιθαλψής Ασφαλισμένων του Δημοσίου* (ΟΠΑΔ) αποτελεί το τέταρτο μεγαλύτερο ασφαλιστικό ταμείο υγείας στη χώρα. Συστάθηκε ως ΝΠΔΔ με το Ν. 2768/1999, ενώ με το Ν. 3918/2011 μετατράπηκε σε ασφαλιστικό ταμείο. Παρέχει κάλυψη για ιατρική φροντίδα σε περίπου 1,5 εκατ. δικαιούχους, μέσω συμβάσεων με 12.744 ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, 2.685 ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια, 710 φυσιοθεραπευτές, 1.108 οπτικούς και 9.735 φαρμακεία. Με το Ν. 3655/2008, στον ΟΠΑΔ εντάχθηκαν και οι περίπου 150.000 ασφαλισμένοι του Ταμείου Υγείας Δημοτικών και Κοινοτικών Υπαλλήλων (ΤΥΔΚΥ) (Σουλιώτης, 2010).

Τα παραπάνω 4 ταμεία καλύπτουν περίπου το 95% του ελληνικού πληθυσμού. Με τη σύσταση του ΕΟΠΥΥ, τα εν λόγω ταμεία ενοποιούνται σε ένα φορέα, όπου όλοι οι ασφαλισμένοι αυτών έχουν πλέον θεωρητικά πρόσβαση στις ίδιες υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.





## Κεφάλαιο 11 - Ρυθμίσεις για τους ανασφάλιστους - Πρόσφατες εξελίξεις

Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, η ανεργία υπερβαίνει το 27% του ενεργού πληθυσμού, δηλαδή 1,34 εκατομμύρια, ενώ το 80% αναφέρεται σε μακροχρόνια ανέργους οι οποίοι ταυτοχρόνως είναι ανασφάλιστοι. Το ποσοστό της ανασφάλιστης εργασίας το 2012 έχει αυξηθεί στο 36,2%, εκ των οποίων το 31% αφορά ημεδαπούς και το 46,9% αλλοδαπούς. Η συνδυαστική ανάγνωση των δεδομένων αυτών οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού στερείται ασφαλιστικής ικανότητας, το οποίο με βάση τις εκτιμήσεις του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. προσεγγίζει τα 3,06 εκατομμύρια πολιτών. Ως εκ τούτου, ένα σημαντικό τμήμα του πληθυσμού, το οποίο προσεγγίζει και ενδεχομένως υπερβαίνει το 25%, αντιμετωπίζει σοβαρά εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υπό ασφαλιστική κάλυψη.

Η δραματική μείωση των εισοδημάτων των νοικοκυριών περιορίζει τη δυνατότητα ιδιωτικής χρηματοδότησης της υγείας και διογκώνει τα προϋπάρχοντα «ταξικά» χαρακτηριστικά της πρόσβασης.

Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι το 23,1% των πολιτών (914.873 νοικοκυριά) βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας, ενώ το μέσο διαθέσιμο εισόδημα ανά νοικοκυριό έχει μειωθεί σε 17.977 ευρώ ετησίως (10.676 ευρώ ανά άτομο). Παρά ταύτα, ενώ η ιδιωτική δαπάνη σε τρέχουσες τιμές έχει μειωθεί κατά 9,7% μεταξύ 2009 και 2011, η αντίστοιχη αναλογική συνεισφορά της στη συνολική δαπάνη έχει αυξηθεί, γεγονός το οποίο σε συνδυασμό με τις προηγούμενες επισημάνσεις οδηγεί σε βάσιμες ενδείξεις αύξησης των νοικοκυριών τα οποία υπόκεινται σε καταστροφικές δαπάνες για τη φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τις προσωρινές εκτιμήσεις για τα έτη 2012 και 2013, η συρρίκνωση της δημόσιας δαπάνης αναμένεται να συνεχιστεί (εκτίμηση μείωσης δημόσιας δαπάνης >15%), ώστε να τίθεται ζήτημα βιωσιμότητας του δημόσιου δικτύου παραγωγής και διανομής ιατρικής περίθαλψης. Η εξέλιξη αυτή οφείλεται κυρίως στην επιλογή μείωσης της δημόσιας δαπάνης αντί της πολιτικής αναζήτησης της αποδοτικότητας με κύριο στόχο την περιοριστική πολιτική ελέγχου και μείωσης των κοινωνικών εξόδων αναπαραγωγής της εργασίας, ώστε να ενισχυθεί η ανταγωνιστικότητα της οικονομίας.

Οι παρακάτω Υπουργικές αποφάσεις αφορούν στην προσπάθεια της πολιτείας να καλύψει τις ανάγκες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των ανασφάλιστων πολιτών.

**Κοινή Υπουργική Απόφαση - ΦΕΚ 1747 / 30-11-2006.** «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλιστών και οικονομικά αδυνάτων πολιτών».

Καθορίζουμε τους όρους, τις προϋποθέσεις και τις κατηγορίες δικαιούχων δωρεάν νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στα Νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 και στα συμβεβλημένα μετά του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή θεραπευτήρια του ΙΚΑ, καθώς και σε προνοιακά νοσηλευτικά ιδρύματα ως εξής:

Α. Καθορισμός Δικαιούχων: Δωρεάν δικαιούχοι νοσοκομειακής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης εφόσον δεν δικαιούνται τοιαύτη άμεσα ή έμμεσα από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα, και διαμένουν νόμιμα και μόνιμα στη χώρα: 1 Α. Έλληνες πολίτες ή ελληνικής καταγωγής (ομογενείς, κάτοχοι ειδικού δελτίου ταυτότητας ομογενούς) ή αν ιθαγενείς ή υπήκοοι των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, είναι ανασφάλιστοι και το οικογενειακό ετήσιο εισόδημά τους δεν ξεπερνά το ποσό των 6.000 Ευρώ, προσαυξανόμενο κατά 20% για τη σύζυγο και για κάθε ανήλικο ή προστατευόμενο παιδί, με την προϋπόθεση βέβαια ότι αυτό το εισόδημα δεν προέρχεται από επαγγελματική δραστηριότητα τέτοια που να του παρέχει τη δυνατότητα ασφάλισης. Το καθορισθέν αυτό εισόδημα, αυξάνεται κατά 50% στις περιπτώσεις ατόμων με αναπηρία 67% και άνω. Ως εισόδημα νοείται το φορολογούμενο πραγματικό ή τεκμαρτό και το απαλλασσόμενο ή φορολογούμενο με ειδικό τρόπο. 2 Α α. Ανασφάλιστοι λογοτέχνες και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα τέκνα. β. Ανασφάλιστα μέλη του Επιμελητηρίου Εικαστικών Τεχνών Ελλάδος και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα τέκνα) και μέλη των Κρατών Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και Έλληνες ομογενείς. γ. Ανασφάλιστοι Έλληνες μουσικοί, τραγουδιστές και λοιποί απασχολούμενοι στο θέαμα-ακρόαμα που εργάζονται περιστασιακά. δ. Ανασφάλιστοι πρώην βουλευτές και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα τέκνα). ε. Άτομα που φιλοξενούνται στις θεραπευτικές κοινότητες για απεξάρτηση, ΟΚΑΝΑ, Νόστος ή παρακολουθούνται ως εξωτερικοί ασθενείς. Στους ανωτέρω δικαιούχους χορηγείται βιβλιάριο ανασφαλιστού για ένα (1) έτος. 3 Α α. Παιδιά που διαμένουν σε Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας ή άλλα ιδρύματα Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. β. Αγωνιστές της Εθνικής Αντίστασης - τραυματίες πολέμου και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους. γ. Έλληνες μοναχοί και μοναχοί και λαϊκοί της Ιεράς Μονής Σινά και κληρικοί των Πατριαρχείων. δ. Ανασφάλιστες άγαμες επίτοκες και μητέρες ως και τα παιδιά αυτών. ε. Παιδιά που τοποθετούνται σε ανάδοχες οικογένειες. Στους ανωτέρω δικαιούχους χορηγείται βιβλιάριο ανασφαλιστού για ένα (1) έτος. 4 Α α. Ομογενείς που διαθέτουν βεβαίωση κατάθεσης δικαιολογητικών για απόκτηση ειδικού δελτίου ταυτότητας ομογενούς ή απόκτησης της ελληνικής ιθαγένειας. β. Αλλοδαποί με άδεια παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους (υγείας) γ. Οι υπήκοοι των Κρατών Μελών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη

δ. Αλλογενείς σύζυγοι Ελλήνων ή ομογενών ή Κρατών Μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης καθώς και τα τέκνα αυτών. Στους δικαιούχους αυτών των κατηγοριών χορηγείται πιστοποιητικό κοινωνικής προστασίας εφόσον υπάρχει αποδεδειγμένο πρόβλημα υγείας. 5 Α. Σύμφωνα με τις διατάξεις του π.δ. 266/1999: α) Οι αναγνωρισμένοι πολιτικοί πρόσφυγες β) Οι αλλοδαποί οι οποίοι έχουν υποβάλει αίτηση για αναγνώριση προσφυγικής ιδιότητας και η οποία βρίσκεται στο στάδιο εξέτασης από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης, καθώς και γ) οι έχοντες έγκριση παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους ή έχει ταχθεί σε αυτούς προθεσμία η οποία δεν έχει εκπνεύσει ακόμη, έχουν τη δυνατότητα της δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης με την άμεση επίδειξη του δελτίου ταυτότητας πρόσφυγα ή του δελτίου αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή του ειδικού δελτίου παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους αλλοδαπού αντίστοιχα, στις υπηρεσίες του ΕΣΥ. 6 Α. Οι αλλοδαποί θύματα των εγκλημάτων των 323, 323Α, 349, 351 και 351Α του Ποινικού Κώδικα (σύμφωνα με το π.δ. 233/2003), που είναι ανασφάλιστοι είναι δικαιούχοι άμεσης και δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης από τις υπηρεσίες του ΕΣΥ, για όσο χρονικό διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής και με την επίδειξη μόνο της σχετικής βεβαίωσης από την οικεία Αστυνομική Διεύθυνση, απευθείας στις υπηρεσίες του ΕΣΥ και στην οποία θα αναγράφεται ρητά ο χρόνος προστασίας και αρωγής. 7 Α. Οι κρατούμενοι σε φυλακές, φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και φιλοξενούμενοι σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων, των εταιρειών ανηλίκων (Ν.Π.Δ.Δ.) είναι δικαιούχοι δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης με επίδειξη της σχετικής βεβαίωσης του σωφρονιστικού καταστήματος, του ιδρύματος αγωγής ή της στέγης φιλοξενίας, απευθείας στην υπηρεσία του ΕΣΥ.

#### Β. Δικαιολογητικά για την έκδοση Βιβλιαρίου Ανασφάλιστου

Για τους ομογενείς, επικυρωμένο αντίγραφο του ειδικού δελτίου ταυτότητας ομογενούς. Για τους ομογενείς, αλλοδαπούς ή πρόσφυγες, γίνεται έλεγχος του διαβατηρίου για την είσοδο και έξοδο από τη χώρα και κρατούνται επικυρωμένα φωτοαντίγραφα στο σχετικό φάκελο.

#### Δ. Παροχές στους δικαιούχους Βιβλιαρίου

Στους δικαιούχους βιβλιαρίου δωρεάν ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης παρέχεται: 1. Δωρεάν πλήρης νοσηλεία σε κλίνες Γ' θέσης. Ειδικά όμως οι Αρχιερείς των Πατριαρχείων δικαιούνται Α' θέση ενώ οι ιερείς και λαϊκοί αυτών ΒΒ' θέση. 2. Εξέταση και δωρεάν χορήγηση φαρμάκων (λίστας) στα ιδρύματα που αναφέρονται στην Απόφαση και διενέργεια παρακλινικών ή εργαστηριακών εξετάσεων. 3. Μεταφορά ασθενών με πλωτό ή αεροπορικό μέσο. Η χορήγηση βιβλιαρίου με τη νέα διαδικασία έχει ισχύ από την ημέρα δημοσίευσής της στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

- Εγκύκλιος 2, 02/05/2012, Αρ.Πρωτ. Υ4α/οικ. 45610  
Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

ΘΕΜΑ: Διευκρινήσεις σχετικά με την πρόσβαση στο σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης της χώρας σε Αλλοδαπούς και Ανασφάλιστους.

Προκειμένου να επιτευχθεί έλεγχος, περιορισμός και εξορθολογισμός των δαπανών στα Δημόσια Νοσοκομεία της Χώρας, δεδομένου ότι δεχόμαστε μεγάλο κύμα μεταναστών, παρακαλούμε να εφαρμοστούν τα ακόλουθα:

1. Διεθνής Σύμβαση περί της Νομικής Κατάστασης των Προσφύγων, υπογραφείσα στη Γενεύη την 28.7.1951 ορίζει ότι ως «πρόσφυγας» νοείται, μεταξύ άλλων, και ΑΔΑ: Β49ΚΘ-55Π κάθε πρόσωπο, το οποίο «συνεπεία δικαιολογημένου φόβου διώξεως λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξεως ή πολιτικών πεποιθήσεων ευρίσκεται εκτός της χώρας, της οποίας έχει την υπηκοότητα και δεν δύναται ή λόγω του φόβου τούτου δεν επιθυμεί να απολαύσει της προστασίας της Χώρας ταύτης»
2. Το άρθρο 23 του ΝΔ3989/1959 (Κύρωση Πολυμερούς Σύμβασης Νομικής Κατάστασης Προσφύγων) ορίζει ότι η Ελλάδα υποχρεούται να επιφυλάσσει στους νόμιμα διαμένοντες πρόσφυγες μεταχείριση όμοια με αυτήν που επιφυλάσσει στους πολίτες της, όσον αφορά την πρόνοια και συνδρομή που παρέχει το Δημόσιο, όπως προσδιορίζονται από το εθνικό δίκαιο και τα οποία θα πρέπει να ερμηνεύονται ευρέως.
3. Το άρθρο 15 του ΠΔ 266/1999 (Διοικητική υπαγωγή και λειτουργία του υφισταμένου στο Λαύριο Αττικής Κέντρου Προσφύγων και κοινωνική προστασία των αναγνωρισμένων προσφύγων, των αιτούντων άσυλο και των παραμενόντων για ανθρωπιστικούς λόγους) αναφέρει ότι η ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται δωρεάν σε αλλοδαπούς που βρίσκονται στην Ελληνική Επικράτεια με την προϋπόθεση ότι είναι ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύνατοι και ανήκουν σε μια από τις κατωτέρω κατηγορίες: α) Έχουν αναγνωρισθεί από τις αρμόδιες αρχές ως πρόσφυγες. β) Έχουν υποβάλλει αίτηση για αναγνώριση προσφυγικής ιδιότητας η οποία βρίσκεται στο στάδιο εξέτασης από το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης. γ) Έχει εγκριθεί η παραμονή τους για ανθρωπιστικούς λόγους ή έχει ταχθεί προθεσμία η οποία δεν έχει εκπνεύσει.
4. Το άρθρο 29 του Π.Δ. 96/2008 σε συνδυασμό με το άρθρο 2 ορίζει ότι «οι δικαιούχοι του καθεστώτος διεθνούς προστασίας », δηλ. τα πρόσωπα που έχουν αναγνωρισθεί από τις αρμόδιες ελληνικές αρχές, είτε ως πρόσφυγες είτε ως δικαιούχοι επικουρικής ΑΔΑ: Β49ΚΘ-55Π προστασίας, «έχουν πρόσβαση σε ιατρική περίθαλψη με τους όρους που έχουν για τους Έλληνες πολίτες».

5. Οι διατάξεις του άρθρου 28 παρ. 6 του Π.Δ. 114/2010 ορίζουν ρητά ότι «τα δικαιώματα των αιτούντων, στους οποίους έχει χορηγηθεί καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς λόγους εξομοιώνονται με αυτά των δικαιούχων επικουρικής προστασίας».
6. Το άρθρο 14 του Π.Δ. 220/2007 προβλέπει ότι στους αιτούντες άσυλο αλλοδαπούς «παρέχεται δωρεάν η απαραίτητη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με την προϋπόθεση ότι αυτοί είναι ανασφάλιστοι και οικονομικά αδύναμοι». Κατόπιν των ανωτέρω, οι κατηγορίες των εν λόγω αλλοδαπών είναι οι εξής τέσσερις: α) αναγνωρισμένοι πρόσφυγες, β) αιτούντες άσυλο αλλοδαποί, γ) δικαιούχοι επικουρικής προστασίας και δ) υπαχθέντες στο καθεστώς προστασίας για ανθρωπιστικούς λόγους. Μόνο απαιτούμενο δικαιολογητικό για την εν λόγω παροχή είναι για κάθε μία από τις άνω κατηγορίες αντίστοιχα: (α) η «άδεια παραμονής αλλοδαπού», καθώς και η «άδεια παραμονής μελών οικογενείας αλλοδαπού», διάρκειας πέντε ετών (β) το «δελτίο αιτήσαντος άσυλο αλλοδαπού ή σχετικό» υπηρεσιακό σημείωμα ή άλλο αποδεικτικό στοιχείο εκδοθέν από τις αρμόδιες υπηρεσίες, από το οποίο προκύπτει η υποβολή του αιτήματος ασύλου (γ) και (δ) «άδεια παραμονής αλλοδαπού», (όπου, κατά κανόνα, τίθενται η σφραγίδα «Επικουρική προστασία» ή «Ανθρωπιστικό Καθεστώς» αντίστοιχα), ή «ειδικό δελτίο υπό ανοχή αλλοδαπού που δεν έχει αναγνωρισθεί ως πρόσφυγας», διετούς διάρκειας. Ειδικότερα, η ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη περιλαμβάνει: ΑΔΑ: Β49ΚΘ-55Π α) Εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία των κρατικών νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των κρατικών περιφερειακών ιατρείων και διενέργεια παρακλινικών, ιατρικών και εργαστηριακών εξετάσεων. β) Παροχή φαρμάκων με συνταγή ιατρού υπηρετούντος στα ιδρύματα του προηγούμενου εδαφίου, θεωρημένη από το Διευθυντή της κλινικής. Η νοσοκομειακή περίθαλψη ισχύει για νοσηλεία σε κλινική της Γ' θέσεως των κρατικών νοσοκομείων. Το ΠΔ 266/99, καθώς και το Π.Δ. 220/2007, σε συνδυασμό και με τις διατάξεις των Π.Δ. 96/2008 και 114/2010, αναγνωρίζοντας, προφανώς, το ευάλωτο της κατάστασης των προσφύγων και γενικότερα των δικαιούχων διεθνούς προστασίας και των αιτούντων άσυλο προέβλεψαν δωρεάν ιατρική και νοσοκομειακή περίθαλψη κατ' αρχήν υπέρ των οικονομικά ασθενέστερων εξ' αυτών, χωρίς ωστόσο στην πράξη να τίθενται προϋποθέσεις οικονομικού χαρακτήρα. Οι δημόσιες υπηρεσίες, τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης, οι οργανισμοί και επιχειρήσεις κοινής ωφελείας και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης υποχρεούνται να μην παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε υπηκόους τρίτης χώρας, οι οποίοι δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις, θεώρηση εισόδου ή άδεια διαμονής και γενικά δεν αποδεικνύουν ότι έχουν εισέλθει και διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα. Εξαιρούνται τα νοσοκομεία,

θεραπευτήρια και κλινικές, όταν πρόκειται για υπηκόους τρίτων χωρών που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία και για ανήλικα παιδιά, ασυνόδευτα ή μη για τα οποία σε κάθε περίπτωση (έκτακτη ή μη) και ανεξάρτητα από το νομικό τους καθεστώς και γενικότερα την τυχόν έλλειψη νομιμοποιητικών εγγράφων, πρέπει να διασφαλίζεται η απρόσκοπτη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Στην εν λόγω διαδικασία, πλην των ανωτέρω ρητά αναφερομένων κατηγοριών, δεν έχουν δικαίωμα πρόσβασης οι μη νομίμως διαμένοντες αλλοδαποί.

Ρητή και μοναδική εξαίρεση αποτελούν τα περιστατικά που προσέρχονται ως επείγοντα και αφορούν σε απειλητικές για τη ζωή και υπερεπείγουσες καταστάσεις, που εισάγονται από το ΤΕΠ κάθε Νοσοκομείου. Επίσης, τα προσερχόμενα άτομα που έχουν μολυνθεί από HIV ή άλλα λοιμώδη νοσήματα εφόσον χρήζουν θεραπευτικής αγωγής και μέχρι σταθεροποίησης της υγείας τους. Σε κάθε άλλη περίπτωση θα καταβάλλεται η προβλεπόμενη κατά περίπτωση δαπάνη από τους ιδίους, με βάση την εκάστοτε ισχύουσα ΚΥΑ.

#### **Κοινή Υπουργική Απόφαση 03-06-2014 - ΦΕΚ 1465 / 05-06-2014.**

«Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμ. 139491/2006 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1747/τ.Β'). Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών».

Τροποποίηση και συμπλήρωση της υπ' αριθμ. 139491/2006 κοινής υπουργικής απόφασης (ΦΕΚ 1747/τ.Β'), «Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων και οικονομικά αδυνάτων πολιτών».

2. Η δαπάνη που θα προκληθεί από την εν λόγω απόφαση θα βαρύνει τους εγκεκριμένους προϋπολογισμούς των Νοσοκομείων.
3. Την ανάγκη διεύρυνσης των κατηγοριών δικαιούχων δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης (πολυήμερης ή βραχείας) εξαιτίας των δυσμενών οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών της χώρας,

αποφασίζουμε:

Τροποποιούμε και συμπληρώνουμε την υπ' αριθμ.139491/2006 κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Οικονομίας και Οικονομικών, ως ακολούθως:

Στο τέλος του Κεφαλαίου Α της απόφασης προστίθενται οι ακόλουθες παράγραφοι:

8. Δικαιούχοι δωρεάν νοσοκομειακής περίθαλψης (πολυήμερης ή βραχείας) καθίστανται οι ακόλουθες κατηγορίες πολιτών:
  - α. Ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες ή πολίτες ελληνικής καταγωγής (ομογενείς, κάτοχοι δελτίου ταυτότητας ομογενούς) ή υπήκοοι κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή υπήκοοι τρίτων χωρών, νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, οι οποίοι στερούνται των προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφαλιστού και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και
  - β. Ασφαλισμένοι που έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία Ασφαλιστικά Ταμεία, όπως επίσης και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους.
9. Αρμόδια για την κρίση των δικαιούχων της παραγράφου 8 είναι τριμελής επιτροπή του Νοσοκομείου. Σε κάθε Νοσοκομείο ορίζονται τριμελείς επιτροπές από το Διοικητή κατά περίπτωση στο Παθολογικό, Χειρουργικό και Ψυχιατρικό Τομέα. Οι εν λόγω Επιτροπές συγκροτούνται από το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας ως Πρόεδρο, το Συντονιστή Διευθυντή του αντίστοιχου Τομέα και το Διευθυντή της Διοικητικής Οικονομικής Υπηρεσίας, ως μέλη. Με την ίδια απόφαση ορίζεται γραμματέας της Επιτροπής διοικητικός υπάλληλος του Νοσοκομείου. Οι συνεδριάσεις των επιτροπών πραγματοποιούνται εντός ωραρίου εργασίας.
10. Για τις οριζόμενες κατηγορίες δικαιούχων της παραγράφου 8, ορίζεται:
  - α. Για τους έχοντες πρόβλημα υγείας, παρέχεται δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη μόνον εφόσον αυτοί προσκομίσουν με αίτησή τους, ιατρική γνωμάτευση υπογεγραμμένη από το θεράποντα ιατρό και τον προϊστάμενο του αντίστοιχου τμήματος στη τριμελή Επιτροπή του Νοσοκομείου στο οποίο έχουν παραπεμφθεί. Οι οριζόμενες στην παρούσα απόφαση επιτροπές συνεδριάζουν άμεσα προκειμένου να λάβουν απόφαση επί των υποβαλλομένων αιτημάτων και εισηγούνται στο Διοικητικό Συμβούλιο για την τελική έγκριση της δαπάνης. Η δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη αυτών αφορά εξολοκλήρου σε ότι έχει σχέση με τη πάθησή τους και παρέχεται μόνο από το Νοσοκομείο που τους παρακολουθεί και για όσο διάστημα χρειάζεται.
  - β. Για τους προσερχόμενους στα επείγοντα, ορίζεται ως προϋπόθεση ο χαρακτηρισμός των περιστατικών ως επειγόντων από τον υπεύθυνο των ΤΕΠ. Για την εν λόγω κατηγορία παρέχεται δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη μόνον εφόσον αυτοί προσκομίσουν ιατρική γνωμάτευση από τον υπεύθυνο των ΤΕΠ στις οριζόμενες Επιτροπές και ακολουθείται η ως άνω οριζόμενη διαδικασία. Η δωρεάν νοσοκομειακή περίθαλψη αυτών αφορά στο χρονικό διάστημα από την προσέλευση στα επείγοντα μέχρι τη γραπτή διαβεβαίωση των

υπευθύνων ιατρών ότι διενεργήθηκαν όλες οι απαραίτητες εξετάσεις ή επεμβατικές πράξεις και δεν κινδυνεύει πλέον η υγεία τους.

11. Οι οριζόμενοι στην περίπτωση α. δικαιούχοι νοσοκομειακής περίθαλψης παραπέμπονται σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ από τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.ΔΥ. και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων.
12. Για τις ως άνω περιπτώσεις η ασφαλιστική ικανότητα βεβαιώνεται από το οικείο Ασφαλιστικό Ταμείο ή οποιονδήποτε φορέα που νομιμοποιείται για τη βεβαίωση ασφαλιστικής ικανότητας. Οι απαιτούμενες ενέργειες για τη διαπίστωση της ασφαλιστικής ικανότητας διενεργούνται αυτεπάγγελα από τα Νοσοκομεία.
13. Οι αποφάσεις των ανωτέρω οριζομένων τριμελών Επιτροπών και των Διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων δύνανται να υπόκεινται σε έλεγχο από το Σ.Ε.Υ.Π.Π.
14. Οι δικαιούχοι της παραγράφου 8 υποχρεούνται να έχουν ΑΜΚΑ, προκειμένου να υπαχθούν στις διατάξεις της παρούσας απόφασης.

#### **Κοινή Υπουργική Απόφαση 28-6-2014-ΦΕΚ 1753/28-6-2014.**

«Καθορισμός προϋποθέσεων, κριτηρίων και διαδικασιών πρόσβασης στο σύστημα φαρμακευτικής περίθαλψης ανασφαλιστών και οικονομικά αδυνάτων πολιτών.»

1. Οι ανασφάλιστοι Έλληνες πολίτες, οι νομίμως διαμένοντες στην ελληνική επικράτεια ομογενείς, οι υπήκοοι κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και οι υπήκοοι τρίτων χωρών, νόμιμα και μόνιμα διαμένοντες στην Ελλάδα, οι οποίοι στερούνται των προϋποθέσεων έκδοσης βιβλιαρίου ανασφαλιστού και δεν είναι ασφαλισμένοι σε κανένα δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα και οι ασφαλισμένοι που έχουν απωλέσει την ασφαλιστική τους ικανότητα λόγω οφειλών στα οικεία Ασφαλιστικά Ταμεία, όπως επίσης και τα εξαρτώμενα μέλη της οικογένειάς τους, δικαιούνται δωρεάν φαρμακευτική φροντίδα.
2. Αρμόδιοι για την συνταγογράφηση φαρμάκων σε δικαιούχους της άνω παραγράφου είναι αποκλειστικά και μόνον ιατροί των Νοσοκομείων του ΕΣΥ και των δημοσίων δομών παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.ΔΥ. Τα φάρμακα τα οποία καλύπτονται ανήκουν αποκλειστικά και μόνον στον θετικό κατάλογο αποζημιούμενων φαρμάκων του ν. 3816/2010. Για την συνταγογράφηση των φαρμάκων αυτών στους δικαιούχους της παραγρ. 1 ισχύουν οι όροι και οι προϋποθέσεις συνταγογράφησης, ελέγχων και συμμετοχών που ισχύουν κατά την συνταγογράφηση τους σε ασφαλισμένους. Η συνταγογράφηση των αναγκαίων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων για τους ανασφάλιστους



θα γίνεται από τις δημόσιες δομές μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με την έκδοση ηλεκτρονικών συνταγών επί των οποίων θα προβλεφθεί ειδική ένδειξη. Οι δικαιούχοι θα έχουν πρόσβαση σε όλο το φάσμα της φαρμακευτικής περίθαλψης που αφορά οξεία περιστατικά, χρόνιες παθήσεις, καθώς και φάρμακα υψηλού κόστους, με τους ίδιους όρους, προϋποθέσεις, διαδικασίες και προβλεπόμενες επιβαρύνσεις που ακολουθούνται και για τους ασφαλισμένους.

3. Οι δικαιούχοι της παραγράφου 1 θα προμηθεύονται τα φάρμακά τους από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και όλα τα συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικά φαρμακεία. Στην περίπτωση φαρμάκων που χορηγούνται εντός νοσοκομείων κατά την διάρκεια νοσηλείας ή σε ημερήσια και εξωτερική βάση, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων της παραγράφου 2<sup>α</sup> του άρθρου 12 του ν. 3816/2010, ισχύουν οι όροι και οι προϋποθέσεις των παραγράφων της παρούσης κοινής υπουργικής απόφασης και της κείμενης νομοθεσίας. Η προμήθεια των φαρμάκων αυτών από τα νοσοκομεία γίνεται σύμφωνα με τα οριζόμενα στις κείμενες διατάξεις περί τιμολόγησης, εκπτώσεων και συμμετοχών. Στην περίπτωση φαρμάκων που ελέγχονται από επιτροπές του ΕΟΠΥΥ και η χρήση τους προεγκρίνεται στην περίπτωση των ασφαλισμένων, εφαρμόζονται αναλογικά ίδιες ρυθμίσεις για την περίπτωση των ανασφαλιστών.

Αντίστοιχα στην περίπτωση φαρμάκων που συνταγογραφούνται σύμφωνα με τους όρους της παρούσης για χρήση εκτός νοσοκομείων, η χορήγηση τους δύναται να γίνεται είτε από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ, είτε από τα ιδιωτικά φαρμακεία. Φάρμακα υψηλού κόστους που εμπίπτουν στο πλαίσιο της παραγράφου 2<sup>α</sup> του άρθρου 12 του ν. 3816/2010, χορηγούνται αποκλειστικά και μόνον από τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και η προμήθεια τους από τους Κατόχους Αδείας Κυκλοφορίας γίνεται σύμφωνα με τα ισχύοντα στην κείμενη νομοθεσία. Επιπρόσθετα ο ΕΟΠΥΥ δύναται να χορηγεί και φάρμακα που δεν εμπίπτουν στο πλαίσιο της παραγράφου 2<sup>α</sup> του άρθρου 12 του ν. 3816/2010, και η προμήθεια τους από τους Κατόχους Αδείας Κυκλοφορίας γίνεται ειδικά και μόνο για τις περιπτώσεις των ανασφαλιστών με τους ίδιους όρους που ισχύουν για τα φάρμακα της παραγράφου 2<sup>α</sup> του άρθρου 12 του ν.3816/2010, δηλαδή σε τιμή νοσοκομειακή και με επιπλέον έκπτωση 6,5%. Η συμμετοχή των ασθενών σε περιπτώσεις φαρμάκων υψηλού κόστους είναι μηδενική. Στην περίπτωση των φαρμάκων που δεν εμπίπτουν στις προϋποθέσεις της παραγράφου 2<sup>α</sup> του άρθρου 12 του ν.3816/2010 η διάθεση δύναται να γίνεται από τα συμβεβλημένα ιδιωτικά φαρμακεία με τον ΕΟΠΥΥ. Στην περίπτωση αυτή η συμμετοχή είναι ίδια με την συμμετοχή που ισχύει για τους ασφαλισμένους. Η συνταγογράφηση γίνεται με βάση την δραστική ουσία και χορηγείται πάντοτε το φθηνότερο φάρμακο της δραστικής ουσίας, εκτός και αν ο ασθενής καλύψει την όποια διαφορά σε περίπτωση επιλογής ακριβότερου φαρμάκου. 4. Τα νοσοκομεία και ο ΕΟΠΥΥ δύνανται σε συμφωνία με τους Κατόχους Αδείας Κυκλοφορίας (ΚΑΚ) να

προμηθεύονται τα φάρμακα ειδικά για την περίπτωση των δικαιούχων της παραγρ. 1 με επιπλέον εκπτώσεις πέραν αυτών που προβλέπει η κείμενη νομοθεσία. Έως την έκδοση αποφάσεων του Υπουργού Υγείας που θα θεσπίζουν, βάσει της κείμενης νομοθεσίας, ειδικά περιθώρια κέρδους για τους χονδρεμπόρους και τους φαρμακοποιούς ή εκπτώσεις και ειδικά επιπρόσθετα rebates για τους ΚΑΚ, ισχύουν τα προβλεπόμενα από τον νόμο περιθώρια κέρδους. 5. Οι δικαιούχοι της παραγρ. 1 υποχρεούνται να έχουν ΑΜΚΑ, προκειμένου να υπαχθούν στις διατάξεις της παρούσας απόφασης. Η συνταγογράφηση γίνεται μόνον με ειδικές ηλεκτρονικές συνταγές στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης και δημιουργείται ή χρησιμοποιείται υπάρχον ειδικό μητρώο για ανασφάλιστους στην πλατφόρμα της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης (ΗΔΙΚΑ) και τροποποιείται το λογισμικό ώστε να αναγνωρίζει τους ανασφάλιστους ως ένα επιπλέον ταμείο. Η επεξεργασία των σχετικών συνταγών γίνεται με βάση την κείμενη φαρμακευτική νομοθεσία και υπάρχει διακριτή έκδοση σχετικών παραστατικών πληρωμής που καταχωρούνται σε ειδικό κωδικό, ξεχωριστό από τον κωδικό της φαρμακευτικής περιθάλψης του ΕΟΠΥΥ, ώστε να είναι εφικτή η αποτελεσματική παρακολούθηση των σχετικών δεδομένων. Οι φαρμακοποιοί θα υποβάλλουν κάθε μήνα με αυτοτελή φάκελο και τιμολόγιο τις εν λόγω συνταγές στις υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ. Οι συνταγές ελέγχονται αυτοτελώς παράλληλα με τον κανονικό λογαριασμό ΕΟΠΥΥ και εκδίδεται ξεχωριστό ένταλμα. Κατά τον υπολογισμό του αντίστοιχου ποσού, δύναται να αφαιρεθεί από το πληρωτέο οποιοδήποτε επιπλέον ποσό που αντιστοιχεί σε επιπρόσθετες εκπτώσεις για τα φάρμακα αυτά. Αντίστοιχες ρυθμίσεις μπορούν να ορισθούν για τις εκπτώσεις και επιπρόσθετα rebates των ΚΑΚ. Το ποσό που αφορά την κάλυψη των δικαιούχων της παρούσης συνυπολογίζεται στην συνολική φαρμακευτική δαπάνη του ΕΟΠΥΥ και στο claw back και στον υπολογισμό των περιθωρίων των δικτύων διανομής. Για τα φάρμακα αυτά ισχύουν όλα τα μέτρα ελέγχου της φαρμακευτικής φροντίδας που ισχύουν για τα φάρμακα που χορηγούνται στους ασφαλισμένους (πλαφόν, στόχοι συνταγογράφησης, συνταγογράφηση με δραστική ουσία, πρωτόκολλα) ώστε να τίθεται υπό έλεγχο η εξέλιξη της συνολικής φαρμακευτικής δαπάνης.

Πρόσφατα τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση (η προθεσμία έληξε στις 11/5/2015) σχέδιο Κοινής Υπουργικής Απόφασης με θέμα «Πρόσβαση των ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας» με στόχο να διασφαλιστεί η ανεμπόδιση πρόσβαση των ανασφάλιστων στην υγειονομική περίθαλψη, στη φαρμακευτική κάλυψη και στις εργαστηριακές εξετάσεις.

Σύμφωνα με το σχέδιο, θεσπίζεται νέο σύστημα χορήγησης Βιβλιαρίου Υγείας Ανασφάλιστου (ΒΥΑ), με το οποίο διασφαλίζεται η δωρεάν πρόσβαση σε όλες τις προαναφερόμενες δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών υγείας και η νοσηλευτική και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Το ΒΥΑ θα χορηγείται, ανεξαρτήτως εισοδηματικού κριτηρίου, σε όλους όσους δεν δικαιούνται

νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης άμεσα ή έμμεσα από οποιοδήποτε ασφαλιστικό φορέα, που διαμένουν νόμιμα στη χώρα και διαθέτουν νομιμοποιητικά έγγραφα διαμονής. Σε περίπτωση που πληρούνται οι προϋποθέσεις ασφαλιστικής κάλυψης υγείας από οποιοδήποτε Φορέα ασφάλισης, παραπέμπεται άμεσα ο πολίτης στον αντίστοιχο Φορέα.

Δικαιούχοι νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ανασφάλιστων ορίζονται:

1. Έλληνες πολίτες ή ελληνικής καταγωγής ομογενείς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα, ανεξαρτήτως ιθαγένειας).
2. Πολίτες κρατών-μελών της Ε.Ε., του Ε.Κ.Χ. και λοιπών τρίτων χωρών και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα).
3. Οι δικαιούχοι διεθνούς προστασίας (αναγνωρισμένοι πρόσφυγες και δικαιούχοι επικουρικής προστασίας) και οι ανιθαγενείς και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα).
4. Όσοι είναι εγγεγραμμένοι στα μητρώα ασφαλιστικών ταμείων και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα), αλλά δεν δικαιούνται παροχών υγείας από αυτά λόγω χρεών, δικαιούνται υπαγωγής στο συγκεκριμένο πρόγραμμα τηρουμένων όλων των σχετικών προϋποθέσεων.
5. Παιδιά έως 18 ετών, εφόσον είναι ανασφάλιστα ή δεν δικαιούνται παροχών υγείας για οποιοδήποτε λόγο, ανεξαρτήτως του νομικού τους καθεστώτος.
6. Άτομα με αναπηρία που φιλοξενούνται σε δομές των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας ή άλλα ιδρύματα ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα εφόσον είναι ανασφάλιστα ή δεν δικαιούνται παροχών υγείας για οποιοδήποτε λόγο, ανεξαρτήτως του νομικού τους καθεστώτος.
7. Γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης, εφόσον είναι ανασφάλιστες ή δεν δικαιούνται παροχών υγείας για οποιοδήποτε λόγο, ανεξαρτήτως του νομικού τους καθεστώτος.
8. Άτομα με αναπηρία 67% και άνω και άτομα που η κατάσταση της υγείας τους απαιτεί νοσηλεία ή χρειάζονται συνεχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή αποκατάσταση λόγω δυσίατων (όπως αυτά ορίζονται στην υπ. αρ.16884/2001 Υ.Α. - Φ.Ε.Κ.1386 τ. Β') ή χρόνιων (όπως αυτά ορίζονται στην υπ' αρ. 104747/2012 Κ.Υ.Α. - ΦΕΚ 2883 τ. Β') ή ανίατων ή σπάνιων νοσημάτων-παθήσεων (όπως προκύπτει από ιατρικές γνωματεύσεις ή αρμόδιες υγειονομικές επιτροπές).
9. Άτομα που φιλοξενούνται σε θεραπευτικές κοινότητες για απεξάρτηση, π.χ. ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, Πρόγραμμα 18 Άνω του Ψ.Ν.Α., του Ψ.Ν.Θ. ή παρακολουθούνται ως εξωτερικοί ασθενείς.

10. Όσοι διαμένουν στην Ελλάδα με καθεστώς παραμονής για ανθρωπιστικούς ή εξαιρετικούς λόγους και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα).
11. Αιτούντες διεθνούς προστασίας και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα).
12. Θύματα των εγκλημάτων των άρθρων 323, 323Α, 349, 351 και 351Α του Ποινικού Κώδικα (σύμφωνα με το Π.Δ.233/2003), που είναι ανασφάλιστοι και για όσο χρονικό διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής και αλλοδαποί που εμπίπτουν στις διατάξεις του Ν.3875/2010 «Κύρωση και εφαρμογή της Σύμβασης των Ηνωμένων Εθνών κατά του Διεθνικού Οργανωμένου Εγκλήματος» και για όσο διάστημα διαρκούν τα μέτρα προστασίας και αρωγής.
13. Μέλη του Επιμελητηρίου Εικαστικών Τεχνών Ελλάδος και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα, ανεξαρτήτως ιθαγένειας).
14. Λογοτέχνες και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα, ανεξαρτήτως ιθαγένειας).
15. Έλληνες μουσικοί, τραγουδιστές και λοιποί εργαζόμενοι στο θέαμα-ακρόαμα που εργάζονται περιστασιακά (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα, ανεξαρτήτως ιθαγένειας).
16. Έλληνες μοναχοί και μοναχοί και λαϊκοί της Ιεράς Μονής Σινά και κληρικοί των Πατριαρχείων.
17. Αγωνιστές της Εθνικής Αντίστασης - τραυματίες πολέμου και τα μέλη των οικογενειών τους (σύζυγος και ανήλικα ή προστατευόμενα τέκνα, ανεξαρτήτως ιθαγένειας).
18. Οι κρατούμενοι σε φυλακές, οι φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων των εταιριών ανηλίκων (ΝΠΙΔ) και οι τελούντες σε καθεστώς διοικητικής κράτησης.
19. Πολίτες τρίτων χωρών, κάτοχοι γραπτής βεβαίωσης απόφασης αναβολής απομάκρυνσης κατ'εφαρμογήν των διατάξεων της παρ.4 του άρθρου 24 του Ν 3907/2011 (ΦΕΚ 7 Α/26.1.2011).

Η στόχευση αυτή αποδεικνύει ότι παρά τις κατά καιρούς ανάλογες ρυθμίσεις για την κάλυψη των ανασφάλιστων πολιτών, στην πράξη όχι μόνο δεν έχει λυθεί αλλά αντίθετα έχει επιδεινωθεί με την πρόσφατη οικονομική κρίση.

## Κεφάλαιο 12 - Ισχύον Ασφαλιστικό πλαίσιο

Η ψήφιση του Ν. 4238 για το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις, όπως αναφέρει στις γενικές αρχές του, δίνει έμφαση στην «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο σύνολο των πολιτών, οι οποίες είναι αναγκαίες και ικανές να διασφαλίσουν την υγεία τους και να προωθήσουν την κοινωνική ευημερία». «Οι υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική, επαγγελματική, ασφαλιστική του κατάσταση και τον τόπο κατοικίας του, μέσα από ένα καθολικό, ενιαίο και αποκεντρωμένο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.)»

Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:

- α) Η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, καθώς και για τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερθέντων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Οργανισμού, ο οποίος έχει εγκριθεί με την υπ' αριθμ. Φ. 90380/25916/3294 (Β' 2456), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει κάθε φορά.
- β) Η θέσπιση κανόνων σχεδιασμού, ποιότητας, ανάπτυξης, αξιολόγησης, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.
- γ) Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.
- δ) Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους και των όρων των συμβάσεων.

Αναγνωρίζεται, για άλλη μια φορά, η σημασία του θεσμού του οικογενειακού γιατρού και καθιερώνεται «για την παροχή των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο πλαίσιο των Τοπικών Δικτύων Υπηρεσιών Π.Φ.Υ.».

Οι Οικογενειακοί Ιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στις δομές Π.Φ.Υ. των Τοπικών Δικτύων Π.Φ.Υ., στα ιδιωτικά τους ιατρεία και κατ' οίκον.

Οι Οικογενειακοί Ιατροί παρέχουν δέσμη υπηρεσιών υγείας η οποία περιλαμβάνει:

- α) Τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και αποκατάστασης, και εξασφαλίζει το συντονισμό και τη διασύνδεση με άλλους ειδικούς ιατρούς του Τοπικού Δικτύου κατά περίπτωση, καθώς και με τα Νοσοκομεία Αναφοράς.

- β) Την υποστήριξη, τον προσανατολισμό και την υπεύθυνη καθοδήγηση των ασθενών και της οικογένειάς τους μέσα στο σύστημα υγείας.
- γ) Την εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικού και προσυμπτωματικού ελέγχου, καθώς και την εφαρμογή και παρακολούθηση των προγραμμάτων εμβολιασμού
- δ) Την παραπομπή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας σε άλλους ειδικούς ιατρούς και σε άλλα επίπεδα περίθαλψης, καθώς και σε διαγνωστικές εξετάσεις, συμπεριλαμβανομένων των προληπτικών και προσυμπτωματικών ελέγχων, όπως ορίζουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές και πρωτόκολλα, τα οποία ορίζονται είτε από το Υπουργείο Υγείας είτε από την οικεία Δ.Υ.Π.Ε. στη βάση των διεθνών προτύπων.
- ε) Την επιμέλεια της δημιουργίας και τήρησης του ατομικού ηλεκτρονικού φακέλου υγείας για κάθε πολίτη που είναι εγγεγραμμένος στον κατάλογό του, διασφαλίζοντας τη συνέχεια και το συντονισμό της φροντίδας, καθώς και την αποτελεσματικότητά της. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται οι λεπτομέρειες της εφαρμογής του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.

## Συζήτηση

Στην διάρκεια της έρευνας υπήρξαν κάποιες δυσκολίες, όπως η μη επαρκής βιβλιογραφία και η δυσχέρεια συλλογής στοιχείων. Ωστόσο, η επιτόπια έρευνα στους ασφαλιστικούς οργανισμούς, έδωσε έγκυρη πληροφορία για τις άνισες εισφορές των ασφαλισμένων για την κοινωνική τους ασφάλιση ανάλογα με το ταμείο στο οποίο ανήκουν, σε αντίθεση με τις ίσες παροχές που δικαιούνται.

Η συγγραφή αυτού του πονήματος οδήγησε σε συμπερασματικές σκέψεις, παρατηρήσεις και διαπιστώσεις, ανοίγοντας τον δρόμο για περαιτέρω διερεύνηση.

Έχειδειχθεί ότι τα άτομα με τη μικρότερη πρόσβαση και χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας λόγω οικονομικής αδυναμίας, είναι τα άτομα με τη μεγαλύτερη ανάγκη χρήσης των υπηρεσιών αυτών (Cleary et al, 1991).

Είναι παγκόσμια γνωστό ότι ο ιατρικός πληθωρισμός αυξάνει τις δαπάνες και συχνά σχετίζεται αρνητικά με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού (Πολύζος & Υφαντόπουλος, 2000). Στην Ελλάδα το πρόβλημα είναι ήδη έντονο, ενώ τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ετήσια αύξηση ιατρικού προσωπικού κατά 1000 - 2000 άτομα περίπου, γεγονός το οποίο οδηγεί τους ιατρούς είτε στην ανεργία είτε στη δημιουργία προκλητής ζήτησης ιατρικών υπηρεσιών (Φιλαλήθης Τ., 1995).

Από την παράθεση των σημαντικότερων νομοθετικών ρυθμίσεων για την υγεία έως σήμερα, είναι φανερό ότι σε καμία στιγμή της σύγχρονης ιστορίας της χώρας δεν εξασφαλίστηκε διακομματική συναίνεση για τα καιρία θέματα της υγείας. Ως εκ τούτου, η χάραξη και κυρίως η εφαρμογή μακροχρόνιας υγειονομικής πολιτικής δεν κατέστη εφικτή. Πρόσθετα, πριν από τις νομοθετικές προτάσεις και ρυθμίσεις σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών στη χώρα μας, δεν πραγματοποιούνται οι απαιτούμενες μελέτες εκτίμησης των υγειονομικών και χρηματοδοτικών αναγκών και καθορισμός προτεραιοτήτων (Δανιηλίδου Α., 2009).

Σύμφωνα με έρευνα του Marmot η επικέντρωση αποκλειστικά στις αδύναμες ομάδες, αδυνατεί να επιφέρει επαρκή μείωση στις ανισότητες. Έτσι η καθολικότητα φαντάζει πιο αποδοτική, διότι τα μέτρα περιορισμού των ανισοτήτων ωφελούν πολύπλευρα ολόκληρη την κοινωνία.





## Συμπεράσματα

Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό, δεν θα πρέπει να υπόκειται στους νόμους της ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς.

Σύμφωνα με τους υποστηρικτές του κοινωνικού κράτους, η υγεία αποτελεί πρωτίστως κοινωνικό αγαθό, η παροχή του οποίου δεν επιτρέπει να εξαρτάται από ή να συναρτάται με την αγοραστική δύναμη του καθενός.

Η πρόσφατη κατάθεση σε δημόσια διαβούλευση σχεδίου Νόμου (Απρίλιος 2015) που αφορά στην πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών αναδεικνύει:

- α) Ότι, η αύξηση του ανασφάλιστου πληθυσμού, μέγεθος που επιδεινώνεται δεδομένης της οικονομικής κρίσης, οδηγεί στην ανεργία και κατ'επέκταση στην μη ασφαλιστική κάλυψη.
- β) Ότι, παρ'ότι για το θέμα υπάρχουν νομοθετικές ρυθμίσεις με κυριότερο το νόμο περί ΕΣΥ «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών» και δύο σχετικές ΚΥΑ το 2006 και το 2014, στην πράξη υπάρχουν αδυναμίες εφαρμογής.

Η αδυναμία του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα οδηγεί τα τελευταία χρόνια στην ανάπτυξη ιδιωτικών δράσεων με τη μορφή «Κάρτες Υγείας», οι όροι των οποίων κρίνονται ασαφείς, με στόχο να καλύψουν ανάγκες πρόληψης και περίθαλψης ανασφάλιστων πολιτών.

Από την αναλυτική παράθεση που γίνεται παραπάνω στο Κεφάλαιο - Εισφορές ανά Ταμείο-, ανάγεται το συμπέρασμα ότι είναι μεγάλες οι διαφορές στα ποσά των Εισφορών των ασφαλισμένων, ενώ δικαιούνται ταυτόσημες παροχές.

Αποτυπώνεται μεγάλη ανισότητα στην πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας που εξαρτάται όχι μόνο από το ασφαλιστικό καθεστώς που τους διέπει, αλλά και από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση.

Ακολουθώντας τις επιταγές της αλληλεγγύης και της κοινωνικής συνοχής, το κυριότερο κριτήριο αξιολόγησης μιας μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας, είναι η πραγματική και ισότιμη πρόσβαση όλων των πολιτών στις υγειονομικές υπηρεσίες χωρίς διακρίσεις.

Ωστόσο, η εκτεταμένη μορφή οριζόντιας αλληλεγγύης και η ύπαρξη των δομών κοινωνικής προστασίας και υγείας αποτελούν θετικό στοιχείο για τη χώρα μας, καθώς μπορούν να απορροφήσουν μεγάλο τμήμα αυτής της κοινωνικής και οικονομικής έντασης και να προφυλάξουν τον πληθυσμό από τις αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

Παρόλο που η υγεία του συνολικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου βελτιώνεται, ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς συνεχίζει να αυξάνει.

Οι ιδιωτικές δαπάνες για την υγεία επιβαρύνουν δυσανάλογα τον πληθυσμό, πλήττοντας κατεξοχήν άτομα και νοικοκυριά με χαμηλά εισοδήματα τα οποία, σε σύγκριση με τις πιο εύρωστες ομάδες, καταναλώνουν το μεγαλύτερο μέρος του εισοδήματός τους. Το γεγονός αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική κοινωνική ευημερία και ταυτόχρονα συντείνει στη διεύρυνση των ανισοτήτων και της φτώχειας.

Εν κατακλείδι, η οικονομική κρίση κινητοποιεί διαδικασίες αποασφάλισης του πληθυσμού, ανατρέπει την αρχή της καθολικής κάλυψης και θέτει μείζονα εμπόδια στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Πρόκειται για μεγάλης κλίμακας αρνητικό φαινόμενο στην πρόσφατη ιστορία, το οποίο ακυρώνει το ευρωπαϊκό κοινωνικό κεκτημένο και συνιστά το πρώτιστο (προς αντιμετώπιση) πολιτικό και κοινωνικό πρόβλημα της χώρας στην παρούσα συγκυρία.

Στο πλαίσιο αυτό, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες κινδύνου (ανεργία, άγχος, μείωση εισοδήματος), οι οποίοι αναδύονται με ένταση από την οικονομική κρίση, επιδρούν αρνητικά στο επίπεδο νοσηρότητας και πρόωρης θνησιμότητας στη χώρα, και ειδικότερα η επίπτωση στα ψυχικά νοσήματα όπως φαίνεται από τα σχετικά επιστημονικά ευρήματα. Η προσπάθεια απόκρυψης και συσκότισης του κοινωνικού χαρακτήρα της επιδείνωσης του επιπέδου υγείας, συνιστά μια μη ορθολογική διαχείριση και παρεμποδίζει την ανάληψη των κατάλληλων πρωτοβουλιών και τη λήψη μέτρων πολιτικής, για τον έλεγχο και την αποτελεσματική διαχείριση των αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία.

Απαραίτητη κρίνεται η περαιτέρω διερεύνηση της επίδρασης που έχουν τα υγειονομικά συστήματα στην ανισότητα, τη φτώχεια και γενικότερα στο επίπεδο διαβίωσης των ατόμων.

Διαπιστώνεται ανεπάρκεια ή ακόμα και απουσία μιας λειτουργικής και τεκμηριωμένης μεθόδου μέτρησης, αξιολόγησης και παρακολούθησης της απόδοσης των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας.

Οι επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας οφείλουν να στοχεύουν πρωτίστως στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας των προσφερόμενων ιατρικών υπηρεσιών, στις ίσες ευκαιρίες πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα, στη μεγιστοποίηση της ανταποκρισιμότητας των πολιτών και στην επίτευξη οικονομικής αποδοτικότητας και ισότητας στη χρηματοδότηση των υγειονομικών συστημάτων. Συνεπώς, η αξιολόγηση των συστημάτων υγείας πρέπει να αποτελεί τη βάση στην οποία σχεδιάζονται και επιτελούνται οι μεταρρυθμίσεις

Παρά τα αλληπάλληλα νομοθετήματα για το ασφαλιστικό σύστημα στην Ελλάδα, τις βελτιώσεις και συμπληρώσεις του, **ζητούμενα** εξακολουθούν να είναι:

- α) η άρση των ανισοτήτων στην ασφάλιση και τις παροχές υπηρεσιών υγείας, και**
- β) η βιωσιμότητα του ίδιου του ασφαλιστικού συστήματος**

Από την παρουσίαση του ελληνικού ασφαλιστικού πλαισίου για την κοινωνική ασφάλιση, διαπιστώνεται:

- α) Οι ασφαλισμένοι στα Ταμεία τα ενταγμένα στο ΕΟΠΥΥ δικαιούνται από τον Οργανισμό ίσες παροχές, ενώ οι εισφορές παρουσιάζουν μεγάλη διακύμανση μεταξύ των Ταμείων.
- β) Διαχωρισμός παλαιών και νέων ασφαλισμένων μετά το 1993 με τη θέσπιση αυξημένων εισφορών από τους νέους ασφαλισμένους.
- γ) Η πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, παρά τις κατά καιρούς ρυθμίσεις, εξακολουθεί να είναι δύσκολη έως αδύνατη.

Η αρχή της ισότητας συνδέεται όχι μόνο με τη χορήγηση ασφαλιστικών παροχών, αλλά εξίσου και με την κατανομή βαρών στην ασφαλιστική κοινότητα. Η επίτευξη των σκοπών της κοινωνικής ασφάλισης και ειδικότερα η διατήρηση της βιωσιμότητας του θεσμού, απαιτεί την ισότιμη συμμετοχή των ασφαλισμένων στη χρηματοδότησή του.

Η άρση των ανισοτήτων μεταξύ των ασφαλισμένων διαφορετικών ταμείων, θα επιτευχθεί με την θέσπιση ενιαίων κανόνων εισφορών και παροχών, ώστε το ασφαλιστικό σύστημα να χαρακτηρίζεται από δικαιοσύνη και αλληλεγγύη.



## Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

1. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD, Delbanco TL., (1991) Patients evaluate their hospital care: a national survey, *Health Affairs*, 20: 244-252
2. Dahlgren G., Whitehead M., (1991) Policies and strategies to promote social equity in health, Stockholm: Institute for Futures Studies
3. European Commission, (1998) Citizens and Health Systems: main results from a Eurobarometer Survey, Employment and Social Affairs, Luxembourg
4. European Commission, (2008) Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, <Quality in and Equality of Access to Healthcare Services>
5. European Commission, (2008) Quality in and Equality of Access to HealthCare Services
6. Miller T., (1985), *The Birth of the Hospital in the Byzantine Empire*, London
7. Mossialos, E., (1997), 'Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union, *Health Economics*
8. Souliotis K., Golna Chr., Tountas Y., Siskou O., Kaitelidou D., Liaropoulos L.. (2015) Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last..., *Eur J Health Econ*, 3 February 2015
9. Standard Eurobarometer European Commission, (2004), Eurobarometer 61, Public Opinion in the European Union, Public Opinion Research Group, National Report Greece
10. WHO Europe, (2003) Social Determinants of Health, The Solid Facts, Second Edition

## Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Γαλανόπουλος Ν., (2001), Ιστορική αναδρομή των επιχειρηθεισών νομοθετικών αλλαγών στην υγεία, Ιατρικό Βήμα, Μάρτιος Απρίλιος
2. Γείτονα Μ., Μπούκουρα Ε. (2004): Τρίτη Ηλικία: πολιτικές αντιμετώπισης των σύγχρονων προκλήσεων στην Ελλάδα. Τετράδια Ψυχιατρικής, 85:114-124.
3. Δανηλίδου Α., (2009), Η ανταποκρισιμότητα του συστήματος Υγείας στην Ελλάδα, Δ.Δ.
4. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 - 2012
5. Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, (2001), Συστήματα Υγείας, Εκδόσεις Παπαζήση
6. ΙΝΕ, (Μάρτιος 2012), Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών εξελίξεων
7. Κρεμαστινού, Τζ. (2007) Δημόσια Υγεία: θεωρία, πράξη, πολιτικές. Τεχνόγραμμα, Αθήνα
8. Κυριόπουλος Γ., (Απρίλιος 2014), Πολιτική υγείας: αλήθειες, ψεύδη και αυταπάτες, Χρόνος, τ.12,
9. Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ., (2003), «Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια», εκδ. Παπαζήση, Αθήνα
10. Κυριόπουλος Γ., Τσιάντου Β., (2010) Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής
11. Λαζάρου Π., (2005), Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω μέτρησης ικανοποίησης του χρήστη, Δ.Δ,
12. Μωυσίδου Α., (2011), Η επίδραση του Συστήματος Υγείας στις Κοινωνικές Ανισότητες: Η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες χώρες της Ε.Ε.
13. Οικονόμου Χ., (2012), Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθένειας στην Ελλάδα, Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων
14. Παπαθεοδώρου Χρ., Μωυσίδου Αγγ., (2011), Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας ΙΝΕ
15. Πολύζος Ν., (1999), Αποδοτικότητα των νοσοκομείων με βάση την ταξινόμηση των ασθενών (D.R.Gs) ΤΥΠΙΕΤ, Αθήνα
16. Πολύζος Ν., Υφαντόπουλος Ι., (2000), Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6): 627-639
17. Πομώνης Δ., (1925), Υγειονομική Νομοθεσία, Τόμος Α', Εκ του Εθνικού Τυπογραφείου
18. Ρομπόλης Σ., Το σύστημα των Κοινωνικών Ασφαλίσεων στην Ελλάδα: Προβλήματα, τάσεις και προοπτικές

19. Ρομπόλης, Ρωμανιάς, Μαργιός, (2001) Αναλογιστική Μελέτη του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης στην Ελλάδα, ΙΝΕ ΓΣΕΕ - ΑΔΕΔΥ, Αθήνα
20. Σουλιώτης Κ., (2006), Πολιτική και Οικονομία της Υγείας Στρατηγικός Σχεδιασμός-Οργάνωση κα Διοίκηση
21. Σουλιώτης Κυρ., (2001), Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων της Υγείας στην Ελλάδα
22. Σωμαρά Ευγ., (2009), Ιστορική ανασκόπηση του ασφαλιστικού συστήματος στην Ελλάδα. Σύγκριση με χώρες της Ε.Ε.
23. Τιβέριος Μ., (1999) «Το ΕΣΥ στην αρχαία Ελλάδα και τα... φακελάκια», εφημερίδα το ΒΗΜΑ, 28/11/1999
24. Τούντας Γ., (2000), Κοινωνία και Υγεία, Εκδ. Οδυσσέας
25. Τούντας Γ., (2008), Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία, Δημοσιευμένο άρθρο στην ιστοσελίδα [ιατροnet.gr](http://ιατροnet.gr) στις 18 Φεβ. 2008
26. Τσαντίλας Π., (2008), Ευρωπαϊκό και Εθνικό Δίκαιο της Υγείας, Εκδ. Σακκουλας
27. Φιλαλήθης Τ., (1995), Η ανάπτυξη των ανθρώπινων πόρων στην υγεία. Στο: Κυριόπουλος Γ. (επιμέλ.) «Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: Στο σταυροδρόμι των Επιλογών», εκδ. Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα
28. Φούσκας και Οικονόμου, (2011) «Η πρόσβαση των μεταναστών στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Η ανάδυση μιας διακριτικής πρακτικής». Στο Μαργιπλής Δ., (επιμ.), Πολιτισμός και διαφορετικότητα. Εμείς και οι άλλοι. Σταμούλης. Θεσσαλονίκη.
29. WHO, (2013) Έννοιες και αρχές στην αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.

## Διαδικτυακές πηγές

1. <http://elocus.lib.uoc.gr/> Ιδρυματικό καταθετήριο E-Iocus Πανεπιστημίου Κρήτης
2. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
3. <http://et.gr/> (Εθνικό τυπογραφείο)
4. [http://kinisith.blogspot.gr/2011/03/blog-post\\_26.html](http://kinisith.blogspot.gr/2011/03/blog-post_26.html) Οι ανισότητες στο σύστημα Υγείας
5. <http://www.didaktorika.gr/eadd/> Εθνικό Αρχείο Διδακτορικών Διατριβών
6. <http://www.healthquest.org>
7. <http://www.ygeianet.gr/>
8. Websites Ασφαλιστικών Ταμείων
9. Αναγνώστου - Δεδούλη Α., (2002), Η προσαρμογή του ελληνικού ασφαλιστικού συστήματος στις δημογραφικές και κοινωνικές αλλαγές. Ένωση για την προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων, διαθέσιμο στο <http://www.epkodi.gr/site/>





© 2015 Ανδρέας Καρέλης  
ALL RIGHTS RESERVED