

Η ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΟΥ ΠΙΣ ΓΙΑ ΕΝΙΑΙΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ  
ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ κ.ΜΙΧΑΗΛ  
ΒΛΑΣΤΑΡΑΚΟΣ

- ❖ Εθνικός σχεδιασμός και ενδυνάμωση των Υπηρεσιών Πρόληψης.
  - α. Καταπολέμηση και προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (πρωτογενής πρόληψη), και πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας (δευτερογενής πρόληψη).
  - β. Ιατρό-κοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
  - γ. Άσκηση προληπτικής ιατρικής και υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού
  - δ. Ιατρική εργασία με βελτίωσης των όρων Υγιεινής και ελαχιστοποίησης των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων
  - ε. Έλεγχο ρύπανσης του περιβάλλοντος
  - στ. Αγωγή υγείας και παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και προστασίας ατόμων, ευπαθών ομάδων πληθυσμού
  - ζ. Παροχή υπηρεσιών προσχολικής και σχολικής υγιεινής και οικογενειακού προγραμματισμού

Για τον εθνικό σχεδιασμό χρειάζεται η λειτουργία:

Στο Υπουργείο Υγείας, Γενικής Διεύθυνσης Π.Φ.Υ. η οποία συνεργάζεται με ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΕΣΔΥ και επιστημονικούς φορείς.

Σε επίπεδο Περιφέρειας Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας – Πρόληψης.

Όλοι οι ασφαλισμένοι του Ενιαίου Συστήματος Π.Φ.Υ. πρέπει να έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής ιατρού και θεραπευτηρίου. Όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως ασφαλιστικής κάλυψης πρέπει να έχουν δικαίωμα δωρεάν πρόσβασης στις δημόσιες δομές ΠΦΥ.

## ΑΣΤΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ- ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΟΜΕΣ-ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΕΝΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Δημιουργία Αστικών Κέντρων Υγείας, τα οποία λειτουργούν επί 24 ώρα βάσεως. Αποστολή τους η προνοσοκομειακή φροντίδα και αντιμετώπιση ιδιαίτερα επειγόντων περιστατικών.

Επίσης παροχή υπηρεσιών σε ειδικές ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, χρονίως πάσχοντες, απόρους και ανασφάλιστους.

Θα προκύψουν κυρίως από μετεξέλιξη ορισμένων σημερινών πολυιατρείων του ΕΟΠΥΥ.

Τα Αστικά Κέντρα Υγείας θα αποτελέσουν τα φίλτρα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Θα πάψουν οι εικόνες ντροπής των Νοσοκομείων και θα σωθούν ανθρώπινες ζωές.

Θα αναβαθμισθεί και Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Περίθαλψη. Τα Αστικά Κέντρα θα στελεχωθούν από επαρκές ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό, Διοικητικό, βοηθητικό. **Εδώ έχει θέση η ΠΑΑ.**

Πρέπει να αξιοποιηθούν όλοι οι ειδικευμένοι ιατροί, με την ίδια εργασιακή σχέση, που υπηρετούν σήμερα στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη, σε δημόσιες δομές σε κάθε Δήμο, στοιχίζουν φτηνά, προσφέρουν εξειδικευμένη υπηρεσία και αποφεύγονται επιπλοκές στους ασθενείς.

Οι ανάγκες καλύπτονται από τους ιατρούς όλων των ειδικοτήτων και ορισμένα από αυτά στελεχώνονται και από ιατρούς ιδιαίτερης εξειδίκευσης, για αντιμετώπιση ασθενειών της ειδικότητάς τους.

Σε κάθε Καλλικρατικό Δήμο διατηρούνται υπάρχουσες Δημόσιες Δομές ή δημιουργούνται νέες, για κάλυψη του πληθυσμού στους τόπους κατοικίας με στελέχωση όλων των βασικών ιατρικών ειδικοτήτων. Με την ίδια εργασιακή σχέση σε προσωποπαγείς θέσεις των υπηρετούντων ιατρών και επαναπρόσληψη όσων αποχώρησαν και επιθυμούν να ενταχθούν πάλι στο ΠΕΔΥμε πλήρη απασχόληση σε προσωποπαγείς θέσεις.

Οι δομές Π.Φ.Υ. διασυνδέονται με τα Αστικά Κέντρα και υπάγονται σε αυτά για αλληλοκάλυψη αναγκών και υπηρεσιών.

Με κάθε Αστικό Κέντρο συνεργάζονται - διασυνδέονται και οι ιδιώτες ιατροί συμβεβλημένοι με κατά πράξη και περίπτωση αμοιβή, με τον ΕΟΠΥΥ, καλύπτοντας τον πληθυσμό.

Πρέπει επίσης να γίνει σαφής περιγραφή των όρων συνεργασίας των συμβεβλημένων ιατρών.

- Επανακωδικοποίηση - κοστολόγηση του συνόλου των ιατρικών πράξεων με βάση τα ευρωπαϊκά και διεθνή δεδομένα. Απαγόρευση άσκησης από μη ιατρούς.

Δημιουργήθηκε ήδη, σύμφωνα με τις θέσεις του Π.Ι.Σ, ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολόγου και παιδίατρο για τη διαχείριση της υγείας και του ασθενούς – ιατρικού του φακέλου (ηλεκτρονική), παρακολούθηση της πορείας και συντονισμού της και σε συνεργασία με τους ειδικούς ιατρούς. Αποτελεί δικαίωμα και όχι υποχρέωση. Η επίσκεψη στον ειδικό ιατρό ή παραπομπή δεν απαιτεί προηγούμενη υποχρεωτική επίσκεψη στον οικογενειακό ιατρό.

Κύρια υποχρέωση του οικογενειακού ιατρού, η πρόληψη και αγωγή της υγείας.

Η μελέτη των αποτελεσμάτων εφαρμογής με όποιες διαρθρωτικές αλλαγές κριθούν αναγκαίες θα συντελέσει στην εξορθολογική εφαρμογή του Συστήματος.

Θα δημιουργήσει επίσης συγκεκριμένα κίνητρα-αντικίνητρα για ασθενείς και ιατρούς, ώστε να αποφευχθούν η κατάχρηση παροχών, υπηρεσιών και άσκηση δικαιώματος.

Όταν παρατηρείται κακή χρήση ή κατάχρηση δικαιώματος για τον ασθενή θα συνεπάγεται συμμετοχή στις δαπάνες και για τον ιατρό χρηματική επιβάρυνση ή διακοπή σύμβασης για σημαντικό χρονικό διάστημα.

Όλοι οι ασφαλισμένοι δεν έχουν περιορισμό επίσκεψης στα Αστικά Κέντρα, Δημόσιες Δομές, οικογενειακό ιατρό, αλλά περιορισμό επίσκεψης στον ιατρό επιλογής, βάσει διεθνών προδιαγραφών και αποτελεσμάτων της εφαρμογής.

### 3)Ε.Ο.Π.Υ.Υ

- Συλλογική σύμβαση με τον Π.Ι.Σ. και τους κατά τόπους Ιατρικούς Συλλόγους, προκειμένου μέσα από πραγματικό υγειονομικό χάρτη να καλυφθούν οι ανάγκες και να προσφέρονται υπηρεσίες υψηλής στάθμης.
- δυνατότητα άμεσης πρόσβασης 10.000.000 πολιτών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη
- βασικός υποστηρικτής πρωτοβάθμιας περίθαλψης που θα περιλαμβάνει ανοικτές συμβάσεις με τους γιατρούς που επιθυμούν, χωρίς αποκλεισμούς
- Προκήρυξη 30 εκ.επισκέψεων τη στιγμή που οι ανάγκες της χώρας μας σε επισκέψεις ανέρχονται ετησίως σε 40 εκ.

Αναβάθμιση της ιατρικής επίσκεψης στα 20 ευρώ τουλάχιστον, από το εξευτελιστικό 10ευρω που είναι σήμερα.

Ηλεκτρονικοποίηση του συστήματος, real-time παρακολούθηση και επιστημονικός, όχι λογιστικός τρόπος συνταγογράφησης φαρμάκων και διαγνωστικών εξετάσεων.

Προϋπολογισμοί που να εξυπηρετούν τις ανάγκες των πολιτών σε φάρμακα και εξετάσεις **με διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα** και κατάργηση του απαράδεκτου claw-back και rebate.

Ηλεκτρονικός φάκελος και ηλεκτρονική κάρτα ασθενή και εξορθολογισμός δαπανών και αποφυγής συμπτωμάτων παθολογείας που αμαυρώνουν τον ιατρικό κόσμο.

## Η ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟΝ ΝΗΣΙΩΤΙΚΟ ΧΩΡΟ

Στελέχωση των Κέντρων Υγείας με ιατρούς ειδικοτήτων και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και σύγχρονο εξοπλισμό.

Συστηματικές επισκέψεις κινητών μονάδων με ιατρούς ειδικοτήτων και εργαστήρια και όχι αποσπασματικές όπως γίνεται.

Ήδη ο Π.Ι.Σ. έδωσε σύγχρονες προδιαγραφές μέσω ΚεΣΥ, των κινητών αυτών Μονάδων για κάλυψη ιδιαίτερα αυτών των περιοχών.

- Ειδικά κίνητρα (οικονομικά, επαγγελματικά, επιστημονικά) και την προσέλευση ιατρών ειδικοτήτων)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Είναι ανάγκη σήμερα να ενισχυθεί η κρατική επιχορήγηση για την Π.Φ.Υ. αλλά και την περίθαλψη γενικά για να αντιμετωπιστεί η κρίση της υγείας και να μπορέσουμε να στηρίξουμε πρόληψη- περίθαλψη-δημόσια υγεία-κοινωνική προστασία.

Η επιχορήγηση από τον Κρατικό προϋπολογισμό στον ΕΟΠΥΥ πρέπει να αυξηθεί τουλάχιστον στο 1% του ΑΕΠ, από 0,35% που ήταν το 2014, και 0,28% του ΑΕΠ, που περιλαμβάνεται στον προϋπολογισμό του 2015, δηλαδή κατά 1.300 εκατ. ευρώ.

Χωρίς κρατική επιχορήγηση παραδεκτή, η χώρα μας δεν θα μπορέσει να αντιμετωπίσει την ανθρωπιστική κρίση και το Σύστημα Υγείας θα καταρρεύσει, με όλα τα επακόλουθα για την υγεία, την περίθαλψη και την ζωή των πολιτών.

Οι Δημόσιες δαπάνες από 4,3% του ΑΕΠ που περιλαμβάνονται στον προϋπολογισμό του 2015 για να φτάσει στο μέσο ευρωπαϊκό όρο που είναι 6,9% του ΑΕΠ χρειάζονται να αυξηθούν κατά 5 δις περίπου.

## Το Δημόσιο Πρωτοβάθμιο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Παναγιώτη Ψυχάρη Μέλους ΔΣ ΠΣΣ  
κ' Προέδρου της ΠΟΣΕΥΠ ΕΟΠΥΥ-ΠΕΔΥ

ΚΩΣ 26 Σεπτεμβρίου 2015

Η χώρα μας έχει υποστεί πλήγματα σε ότι έχει σχέση με την Υγεία και την Πρόνοια. Έχει πέσει σε επίπεδα που ξεφεύγουν από τα πλαίσια της Κοινωνικής Πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Το ποσοστό του ΑΕΠ που αντιστοιχεί στην Υγεία για το 2016 θα αντιστοιχεί σε 4% του ΑΕΠ-από 4,5% το έτος 2015.

Το 2011 ψηφίστηκε νόμος που αφορούσε την ενιοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων (ΕΟΠΥΥ), πλην όμως η κρατική χρηματοδότηση συνεχώς μειωνόταν και ο φορέας δεν στάθηκε ποτέ στο οικονομικό ύψος που έπρεπε. Η χρηματοδότηση του συστήματος είναι τριμερής και εκτός της κρατικής επιχορήγησης συμμετέχουν ο εργαζόμενος και ο εργοδότης. Σε ένα περιβάλλον που χαρακτηριστικό του είναι η ανεργία και η οικονομική ύφεση η κατάσταση επιδεινώνεται χρόνο με το χρόνο.

Το 2014 ψηφίστηκε νόμος (Ν.4238) που ανάγκασε τους μισούς από τους 5500 γιατρούς του Δημόσιου Πρωτοβάθμιου Συστήματος σε απόλυση. Από τους 2200 γιατρούς που βρίσκονται μέσα στο σύστημα οι μισοί εργάζονται με δικαστικές αποφάσεις. Πολλές δημόσιες μονάδες 40% έχουν κλείσει, ενώ οι περισσότερες υπολειπούνται. Έχουν δοθεί και εξάμηνες συμβάσεις σε ιδιώτες γιατρούς-4000 πανελλαδικά- με 200 επισκέψεις ανά μήνα που συχνά εξαντλούνται το πρώτο δεκαήμερο και ο ασθενής αναγκάζεται μετά το δεκαήμερο να πληρώνει. Οι γιατροί αυτοί αποζημιώνονται από το κράτος μετά από 5 και 6 μήνες. Η συνέπεια της μείωσης του ιατρικού προσωπικού στον δημόσιο χώρο και σε συνδυασμό με μη διαθέσιμους ιδιώτες γιατρούς με συμβάσεις σε πολλές περιοχές της χώρας μας, ιδίως στην περιφέρεια έχει καταργήσει στην πράξη την προσβασιμότητα. Για παράδειγμα μεγάλες περιοχές δεν έχουν παιδίατρο, νευρολόγο και ψυχίατρο. Πολλοί γιατροί αποσπώνται στα κρατικά νοσοκομεία, που και εκεί υπάρχει μεγάλη έλλειψη ιατρικού προσωπικού, με συνέπεια τα κενά να διογκώνονται.

Οι συνέπειες του Νόμου 4238 ήταν καταστροφικές και στα εργαστήρια του συστήματος. Πολλά έκλεισαν ενώ ταυτόχρονα έχει διογκωθεί εν μέσω οικονομικής κρίσης ο μεγάλος ιδιωτικός εργαστηριακός τομέας. Στα δημόσια εργαστήρια η συμμετοχή του ασθενούς είναι 0% στα ιδιωτικά είναι 15%. Ο ασθενής αναγκάζεται να αναζητά τον ιδιωτικό τομέα για εξετάσεις.

Η συμμετοχή στο φάρμακο έχει αυξηθεί δραματικά και πολλοί ασθενείς δεν λαμβάνουν τακτικά την αγωγή τους.

Η Ελλάδα είναι από τις πρώτες χώρες στην Ευρώπη σε ιδιωτικές δαπάνες υγείας.

Το θέμα της πρόσβασης των ανασφάλιστων στο δημόσιο σύστημα-30% του πληθυσμού- δεν έχει επαρκώς επιλυθεί. Η πολιτεία οφείλει άμεσα να θεσπίσει μέτρα αντιμετώπισης γιατί σήμερα η χώρα μας βρίσκεται σε ανθρωπιστική κρίση.

Το χαρακτηριστικό της ιατρικής σύνθεσης στην ΠΦΥ, ήταν και είναι μέχρι σήμερα ο ειδικευμένος γιατρός. Ένα σύστημα με ειδικευμένους-πέρα από μειονεκτήματα στην πράξη-έχει συμβάλει τα μέγιστα στην ποιοτική αντιμετώπιση των ασθενών. Ο Έλληνας πολίτης απευθύνεται σε ειδικευμένο γιατρό για την πάθηση του και δεν εμπλέκεται σε γρανάζια που θα τον ταλαιπωρήσουν χρονικά, αλλά και ιατρικά.

Κατά καιρούς έχουν δημοσιοποιηθεί σχέδια για την αναβάθμιση του Πρωτοβάθμιου Συστήματος Υγείας. Κανένα δε είχε αντικειμενικά βρει τρόπο να αναβαθμίσει ποιοτικά και οικονομικά την παρούσα κατάσταση.

Πολιτικές επιλογές που υπαγορεύονται από περικοπές λόγω μνημονίων θα οδηγήσουν σύντομα το σύστημα σε πλήρη κατάρρευση.

Οι Ιατρικοί Σύλλογοι και ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (ΠΙΣ) έχουν σχέδιο που προτάσσουν στο Υπουργείο Υγείας.

Ο Θεσμικός Συνομιλητής και Σύμβουλος του Υπουργείου Υγείας ο ΠΙΣ συχνά, αν όχι πάντα αποκλείεται από κάθε σχεδιασμό.

Η Υγεία πρέπει να βασίζεται στο Δημόσιο και πρέπει απαραίτητα να λαμβάνει υπόψη της τις προτάσεις όλων των φορέων των εργαζομένων σε αυτήν.

Το πρώτο που είναι απαραίτητο είναι η σύνταξη Υγειονομικού Χάρτη των αναγκών. Η Ελλάδα δεν μπορεί να συγκριθεί με χώρες όπως η Ολλανδία για παράδειγμα γιατί η όμορφη χώρα μας έχει ιδιόμορφη και «δύσκολη γεωγραφία»-εκατοντάδες νησιά και χιλιάδες ορεινά χωριά. Μετά θα αναλυθούν οι πραγματικές ανάγκες σε ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό καθώς και οι ανάγκες σε δημόσιες δομές.

Μέχρι τότε υπάρχει ανάγκη να ενισχυθούν όσες μονάδες έχουν απομείνει με προσωπικό και με αναβαθμισμένες εργαστηριακές δομές. Υπάρχει ανάγκη επίσης, οι νέοι γιατροί στη χώρα μας να ενταχθούν στο σύστημα υγείας για να σταματήσει η επιστημονική αιμορραγία σε χώρες της Ευρώπης και της Ασίας.

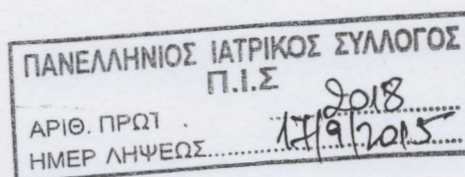
**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ**  
**ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΤΡΩΝ**  
**( Ν. Π. Δ. Δ. )**

Διεύθυνση: Βότση 42, Τ.Κ.26 221 ΠΑΤΡΑ  
Τηλέφωνα: 2610278866, 2610277553, Fax: 2610275609

Αριθ. Πρωτ.: 8698

Πάτρα: 17-9-2015

Προς τον Πρόεδρο & τα μέλη του Δ.Σ.  
του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου  
Πλουτάρχου 3 & Υψηλάντου  
106 75 ΑΘΗΝΑ



Αγαπητέ κε Πρόεδρε,

Αξιότιμα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου

σας διαβιβάζω την πρόταση εισήγησης για τη λειτουργία του  
διαγνωστικού ιδιωτικού τομέα ΠΦΥ που συνετάχθη και ελέγχθηκε από τα  
μέλη του ΔΣ Άννα Μαστοράκου, Βλαδίμηρο Παναγιωτίδη και Μιχάλη  
Ψαλτάκο.

Μετά τιμής



Άννα Μαστοράκου

## Καθεστώς λειτουργίας ιδιωτικού διαγνωστικού τομέα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

### Εισαγωγή

Η ίδρυση του ΕΟΠΥΥ το 2012, σηματοδότησε την κλιμάκωση μιας μάχης επιβίωσης των ατομικών εργαστηρίων και ιατρείων, μέσω των συνδικαλιστικών τους οργάνων και του ΠΙΣ, απέναντι στο οργανωμένο επιχειρηματικό συμφέρον που προσπάθησε με συνεχή πίεση προς την εκάστοτε ηγεσία του ΥΓΚΑ και διοίκηση του ΕΟΠΥΥ να επιβάλει καθεστώς βαρύνουσας ζημίας της μικρομεσαίας διαγνωστικής μονάδας από το πλαίσιο λειτουργίας του Οργανισμού.

Οι αρχικές συμβάσεις με τα ιδιωτικά βιοπαθολογικά εργαστήρια και τους ιατρούς κατά πράξη και περίπτωση, προέβλεπαν αποζημίωση εξετάσεων στο κρατικό τιμολόγιο με έκπτωση 10% σε μηνιαίο αιτούμενο ποσό άνω των 20.000€, ενώ στα ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια (ΙΔΕ) υπήρχε επιπλέον τμηματική έκπτωση και στους ιατρούς κατά πράξη και περίπτωση υπήρχε έκπτωση 30% για μηνιαίο τζίρο άνω των 1.500€ (κατηγορία Α με ειδικότητες καρδιολογία, γαστρεντερολογία, νευρολογία, γυναικολογία και φυσιατρική) και 30% για τζίρο άνω των 1.000€ (κατηγ. Β λοιπές ειδικότητες).

**Υποκοστολόγηση εξετάσεων με εισαγωγή της ασφαλιστικής τιμής και κατάργηση έκπτωσης παρόχων προς τον ΕΟΠΥΥ**

Λόγω της εσφαλμένης εκτίμησης με παρέκκλιση περίπου 50% από τον αρχικό προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ, το 2012, στο άρθρο 8 του ΕΚΠΥ (ΦΕΚ 3054/18-11-12) εισάγεται η έννοια της ασφαλιστικής αποζημίωσης. Μετά από απόφαση της Διοίκησης του ΕΟΠΥΥ, καθορίστηκε η ασφαλιστική αποζημίωση, εφαρμόζοντας χαμηλότερες τιμές του κρατικού τιμολογίου σε συγκεκριμένες υψηλού κόστους και ζήτησης εξετάσεις (Μαγνητικές-Αξονικές Τομογραφίες, triplex κκ). Ταυτόχρονα αποφασίστηκε η κατάργηση του ποσοστού έκπτωσης, από 01/01/2013, του ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ της ΣΥΜΒΑΣΗΣ «ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ». Αυτή η διοικητική πράξη παραβίασε κατάφωρα την απόφαση του ΣτΕ (ΣτΕ 3619/2008, 671 & 672/2002 7μελούς συνθέσεως) που υποχρέωνε το ΥΓΚΑ σε προσαρμοστική αύξηση της κοστολόγησης των ιατρικών εξετάσεων. Εντέλει, τα μέτρα οδήγησαν σε εκτόξευση των δαπανών για διαγνωστικές εξετάσεις το 2013, καθώς επανέφεραν στο προσκήνιο την ανεξέλεγκτη υπερσυνταγογράφηση.

**Κλιμακωτή έκπτωση και κλειστός προϋπολογισμός (rebate clawback).**

Τον Ιούλιο του 2013, με την διαπίστωση της ανεξέλεγκτης αύξησης της δαπάνης, εισάγεται η έννοια του κλειστού προϋπολογισμού με ύπαρξη

νομοθετικής ρύθμισης για την καθιέρωση επιστροφής (clawback) στο ποσό της υπέρβασης του ανώτατου μηνιαίου ορίου δαπάνης του ΕΟΠΥΥ και κλιμακούμενου ποσοστού έκπτωσης (rebate) στο κύκλο εργασιών των ιδιωτικών συμβεβλημένων διαγνωστικών εργαστηρίων ή Πολυϊατρείων, ως παρακράτηση υπέρ του ΕΟΠΥΥ ανά μήνα (άρθρο 100 παρ.5 του Ν. 4172/2013 (Α', 167), με πράξη που καταλογίζεται σε εξαμηνιαία βάση.

#### Ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες (ΙΕΕ)

Η έντονη αναστάτωση και η συλλογική αντίδραση διαμαρτυρίας των ιατρών στην αναδρομική εφαρμογή «κουρέματων» βάσει των clawback & rebate, άδικο μέτρο που έπληττε περισσότερους τους τίμιους παρόχους και λιγότερο τους παραβατικούς, έφερε στο προσκήνιο την απαίτηση για οριστική πάταξη της υπερσυνταγογράφησης. Με υπουργική απόφαση και διοικητική πράξη της διοίκησης του ΕΟΠΥΥ, οι πάροχοι εξαναγκάστηκαν σε υπογραφή σύμβασης με ιδιωτικές ελεγκτικές εταιρείες, με οικονομική επιβάρυνση των ιδίων και υπό το βάρος απειλής για μη ανανέωση ή διακοπή της σύμβασης με τον Οργανισμό, για αυτούς που αρνούνται να προβούν σε σύναψη σύμβασης ΙΕΕ.

Κατ' εφαρμογή του άρθρου 100, παρ.6 του Ν.4172/2013, ο ΕΟΠΥΥ ενέκρινε με την υπ' αριθμόν 634/Συν134/10/09.2013 απόφαση του ΔΣ του το πλαίσιο λειτουργίας των ΙΕΕ, προκειμένου να εφαρμοστεί ο Νόμος και να διενεργηθεί ο Έλεγχος των Λογαριασμών συμβεβλημένων Παρόχων Υγείας για το 2013. Τα αποτελέσματα των ελέγχων έφεραν στο προσκήνιο εξαιρετικά άδικες περικοπές που είχαν να κάνουν με σφάλματα κωδικοποίησης στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης. Χωρίς τα εύλογα στοιχεία διαφάνειας, είναι άγνωστα τα συνολικά αποτελέσματα του ελέγχου και ποια διαδικασία ποινών ακολουθήθηκε για τις σοβαρές παραβάσεις κάποιων παρόχων που αποσιωπήθηκαν, αφήνοντας σοβαρές υποψίες για υπόγειες διαδρομές διαπλοκής και διαφθοράς.

Στάση πληρωμών ληξιπρόθεσμων και τρεχουσών δεδουλευμένων αμοιβών  
Κατά την πάγια τακτική της διοίκησης του Οργανισμού, συνεχίζεται η πολυετής στάση πληρωμών του ΕΟΠΥΥ για τις ληξιπρόθεσμες και τρέχουσες οφειλές προς τους παρόχους, όπως καταδεικνύεται στον πίνακα.

Έτος	Ληξιπρόθεσμες οφειλές	Είδος οφειλής	Παρακράτηση μηνών για συμψηφισμό
2010-11	Πρώην ταμεία	ΟΠΑΔ, ΝΑΤ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΕΤΑΑ	
2012	ΕΟΠΥΥ	10%	
2013	ΕΟΠΥΥ	10%	09-10-11-12
2014	ΕΟΠΥΥ	10%	04-05-06-11-12
2015	ΕΟΠΥΥ	10%	??

Στις αρχές του 2015, χωρίς προειδοποίηση, και παρόλο το δικαστικό αγώνα των παρόχων, η διοίκηση του ΕΟΠΥΥ προέβη σε πράξη συμψηφισμού των οφειλομένων του με τα ποσά του clawback rebate, επιβάλλοντας αιφνιδιαστικά φορολογικά και οικονομικά βάρη στους παρόχους.

#### Επιβολή ανώτατου ατομικού ορίου ανά πάροχο (πλαφόν)

Το 2014 ο ΠΙΣ προσέβαλλε στο ΣΤΕ τους νόμους για το clawback για το 2014 και 2015 και ανέλαβε σημαντικές πρωτοβουλίες μέσω της Πανελληνίας Επιτροπής Διαπραγμάτευσης (ΠΕΔ) με συμμετοχή της ΠΟΣΙΠΥ και ΠΟΣΚΕ, για συνολική διαπραγμάτευση με το Υπουργείο Υγείας και ΕΟΠΥΥ, που κατέληξε στα κάτωθι διορθωτικά μέτρα:

1. Θέσπιση διαγνωστικών θεραπευτικών πρωτοκόλλων
2. Αριθμητικοί «κόφτες» στη συνταγογράφηση εξετάσεων και απόδοση του 60% της δαπάνης της αυτοπαραπομπής στις ιατρικές πράξεις.
3. Με την υπ' αριθμ. Υ9/οικ.70522/14-8-2014 (ΦΕΚ 2247 /τ.Β/18-8-2014), κατανέμεται και προσδιορίζεται αναδρομικά, ατομικό ανώτατο όριο ανά πάροχο βάσει του κύκλου εργασιών του 2013.
4. Κατανομή 24 εκατομμυρίων από τα αδιάθετα ποσά του πρώην ΙΚΑ - ΠΕΔΥ προμήθειας αντιδραστηρίων σε όλους τους παρόχους.

Δυστυχώς η υλοποίηση της συμφωνίας από πλευράς ΥΓΚΑ, είχε πολλές δυσάρεστες εκπλήξεις (αυστηρότατοι κόφτες συνταγογράφησης, «αγνώστου ταυτότητας» διαγνωστικά πρωτόκολλα, ανακοίνωση πλαφόν κατά το τέλος του Δεκεμβρίου του 2014 και κατανομή των 24 εκατ αποκλειστικά στην Αττική).

#### Αποτελέσματα - παρούσα κατάσταση

Παρατίθενται τα δεδομένα εκτελεσμένων εξετάσεων / ιατρικών πράξεων 2012, 2013 και 2014, από το οποίο διαπιστώνεται η συνεχής αύξηση των δαπανών για υπηρεσίες υγείας ΠΦΥ με ταυτόχρονη μείωση του ύψους του κλειστού προϋπολογισμού.

Έτος	Πλήθος Εξετάσεων	Δαπάνη €	Κλειστός προϋπολογισμός €
2012		392.435.604,27	392.435.604
2013	93.863.703	580.274.256,32	350.000.000
2014	97.591.600	601.615.085,23	329.000.000
2015		Ίδια επίπεδα με 2014	300.000.000

## Διεκδικητικό / διαπραγματευτικό πλαίσιο ΠΙΣ

1. Αύξηση της χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ για τη διάγνωση και προτάσεις για διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης του Οργανισμού. Άμεση απαίτηση για απόδοση των ασφαλιστικών εισφορών από τα ταμεία προς τον ΕΟΠΥΥ.
2. Συλλογική σύμβαση εργασίας με τον ΕΟΠΥΥ βασισμένο σε ένα νέο ισοβαρές κείμενο σύμβασης με διαπραγμάτευση των συνδικαλιστικών οργάνων υπό την αιγίδα του ΠΙΣ.
3. Άμεση απόδοση των ληξιπρόθεσμων και τρεχουσών οφειλών του ΕΟΠΥΥ.
4. Καθολική εφαρμογή των διαγνωστικών πρωτοκόλλων και του θεσπισμένου ανώτατου αριθμητικού ορίου στο σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, το οποίο χρήζει βελτιωτικών αναπροσαρμογών από τις επιστημονικές εταιρείες. Δημιουργία διαγνωστικού ιστορικού προφίλ ασθενούς με τις εκτελεσθείσες εξετάσεις, με στατιστικό έλεγχο της διαγνωστικής μονάδας σε σχέση με τη χρέωση στο ΑΜΚΑ του ασθενούς.
5. Ηλεκτρονική κάρτα υγείας ασθενούς με χρήση ειδικού μυστικού αριθμού (pin) μοναδικό για κάθε συναλλαγή για αποφυγή έκδοσης πλασματικών παραπεμπτικών με το ΑΜΚΑ του ασθενούς.
6. Κατάργηση του ελέγχου από Ι.Ε.Ε. και θέσπιση on line -real time- προκλινικού ελέγχου από τον ΕΟΠΥΥ.
7. Κατάργηση του clawback και απόδοση στο ακέραιο αμοιβής για κάθε παραπεμπτικό που εκτελείται.
8. Όχι στην οριζόντια υποκοστολόγηση των εξετάσεων σε καθεστώς μείωσης της συνταγογραφικής ύλης, καθώς οδηγεί σε χρεοκοπία τις μικρομεσαίες διαγνωστικές μονάδες, ενώ αφήνει αλώβητες τις μεγάλες επιχειρήσεις υγείας που έχουν τη δυνατότητα διαχείρισης της συνταγογράφησης. Η εξοικονόμηση 40 εκατομμυρίων με αυτό το μέτρο δεν εξασφαλίζει τα ποσά του clawback rebate που άγγιξαν τα 300 εκ στα προηγούμενα έτη. Η ιστορία έχει αποδείξει ότι η υποκοστολόγηση των εργαστηριακών εξετάσεων χωρίς σοβαρούς ελεγκτικούς μηχανισμούς οδηγεί σε αύξηση και όχι μείωση της δαπάνης. Επομένως αποτελεί ένα πρόσθετο τελικό μέτρο εξόντωσης των ατομικών ιατρείων.
9. Η επαναφορά των κλιμακωτών εκπτώσεων αποτελεί βάση συζήτησης με ένα βιώσιμο ανέκπτωτο όριο (προτεινόμενο 5.000 ευρώ) ή αριθμό ακτινολογικών εξετάσεων ανά μηχάνημα, γεγονός που εξασφαλίζει το ανελαστικό κόστος ασφαλούς λειτουργίας των ατομικών ιατρείων και εργαστηρίων με όρους διασφάλισης της ποιότητας παροχής υπηρεσιών. Το μέτρο έχει αποδείξει ότι περιόρισε την υπερσυνταγογράφηση κατά το πρώτο έτος της εφαρμογής του το 2012.
10. Η μνημονιακή απαίτηση για πληρωμές των ποσών clawback για το 2015 δεν είναι αποδεκτές, διότι οδηγούν σε μαζική κατάρρευση του ιδιωτικού διαγνωστικού τομέα της ΠΦΥ, κάτι που θα επιφέρει μαζική αποασφάλιση του πληθυσμού λόγω της παρούσας αδυναμίας αναπλήρωσης από τις δημόσιες δομές.