



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Π.Μ.Σ.: ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ - ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΔΙΚΑΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΕΤΟΣ: 2018-2019

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
της Όλγας Εμμανουήλ Γιακουμάκη
A.M. 7340011318003

«Ο ΕΟΠΥΥ και η προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας»

Επιβλέποντες:

- α) Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη
- β) Αικατερίνη Ηλιάδου
- γ) Νικόλαος Παπασπύρου

Αθήνα, 2019

Copyright © [*Ολγα Γιακουμάκη, 2019*]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Οι απόψεις και θέσεις που περιέχονται σε αυτήν την εργασία εκφράζουν τον συγγραφέα και δεν πρέπει να ερμηνευθεί ότι αντιπροσωπεύουν τις επίσημες θέσεις του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

«Ο ΕΟΠΥΥ και η προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας»

Οι ιδιαιτερότητες του ΕΟΠΥΥ κατά τη προμήθεια των υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, κυρία Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη για την διδασκαλία της καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών και την επιστημονική της καθοδήγηση κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Επιπλέον, ευχαριστώ θερμά τους γονείς μου για την κατανόηση και την υποστήριξη τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περιεχόμενα

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
I) Μέτρα για τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας.....	13
Α) Ο ΕΟΠΥΥ «μοναδικός» αγοραστής υπηρεσιών και αγαθών υγείας.....	14
Β) Η αποζημίωση των προμηθευτών.	15
Γ) Claw-back, rebate και μέτρα μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης.....	20
II) Βιωσιμότητα και έλεγχος του ΕΟΠΥΥ.....	32
Α) Οι δικαιούχοι των προμηθειών, οι εισφορές και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης.	33
Β) Ο έλεγχος από και προς τον ΕΟΠΥΥ.....	38
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	45
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	50

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

DRG	Diagnosis-Related Groups
ΓΣΕΒΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδα
ΔΕΚ	Δικαστήριο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (μετά τη Συνθήκη της Λισσαβόνας μετονομάστηκε σε ΔΕΕ)
ΔΕφ	Διοικητικό Εφετείο
ΔΣ	Διοικητικό Συμβούλιο
ΔΥΠε	Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΚΠΥ	Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας
ΕΟΚ	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΕΟΠΥΥ	Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΣΔΑ.	Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΕΣΕΕ	Εθνική Συνομοσπονδία Ελληνικού Εμπορίου
ΕΣΥ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΤΑΑ	Ενιαίο Ταμείο Ανεξάρτητα Απασχολούμενων
ΕΤΑΠ-ΜΜΕ	Ενιαίο Ταμείο Επικουρικής Ασφάλισης Μισθωτών
ΗΑ	Ημέρες Ασφάλισης
ΙΚΑ-ΕΤΑΜ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων-Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
ΚΕΝ	Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια
ΚΕΝ	Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΔΙ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΚΑ	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου
ΠΕΔΥ.	Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας
ΠΠΠ	Πρώτο Πρόσθετο Πρωτόκολλο
ΣΕΒ	Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών
ΣΔΕΕ	Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΣτΕ	Συμβούλιο της Επικρατείας
ΤΑΥΤΕΚΩ	Ταμείο Ασφάλισης Υπαλλήλων Τραπεζών και Επιχειρήσεων Κοινής Ωφέλειας
ΥΑ	Υπουργική Απόφαση
ΥΠΕΔΥΦΚΑ	Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας

ΦΑΥ
ΦΚΑ

Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης
Φάκελος Ασφάλισης Υγείας
Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος ορίζεται ότι «*Το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών...*». Στο άρθρο 22 παρ. 5 του Συντάγματος ορίζεται ότι «*Το κράτος μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων, όπως νόμος ορίζει*». Από τα ανωτέρω άρθρα προκύπτει ότι το δικαίωμα στην υγεία αναγνωρίστηκε ως κοινωνικό δικαίωμα¹, το κράτος εγγυάται στους πολίτες την προστασία του δικαιώματος στην υγεία, το κράτος και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης εγγυώνται στους ασφαλισμένους την παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλού επιπέδου².

Η ασθένεια³ είναι ένας κοινωνικοασφαλιστικός κίνδυνος. Οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης καλύπτουν αυτό τον κίνδυνο με τη χορήγηση παροχών σε είδος και σε χρήμα⁴. Οι παροχές σε χρήμα προορίζονται για την αναπλήρωση του εισοδήματος που χάνεται λόγω της ασθένειας και της παρεπόμενης εργασιακής ανικανότητας. Οι παροχές σε είδος σχετίζονται με τα μέσα θεραπείας της ασθένειας⁵ και ουσιαστικά αντιστοιχούν στις υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας. Στην περίπτωση των παροχών σε χρήμα η κοινωνική ασφάλιση διακρίνεται εύκολα από το δικαίωμα της υγείας. Στην περίπτωση όμως των παροχών σε είδος, η διάκριση είναι δύσκολη καθώς αυτές περιλαμβάνονται συγχρόνως και στο δικαίωμα της υγείας.

Σε μια σύντομη αναδρομή βλέπουμε ότι τομή για την οργάνωση και λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας αποτέλεσε η ίδρυση του δημόσιου συστήματος υπηρεσιών υγείας με τον νόμο 1397/1983 (Εθνικό Σύστημα Υγείας)⁶. Η συνύπαρξη του ΕΣΥ με την ασφάλιση ασθένειας είχε ως αποτέλεσμα ένα σύνθετο

¹ Απόστολος Νεστ. Παπακωνσταντίνου, Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2005.

² Άγγελος Στεργίου, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2017, σελ. 161.

³ Η ασθένεια ορίζεται ως μια *ανώμαλη κατάσταση του σώματος ή του πνεύματος που συνεπάγεται είτε την ανάγκη θεραπείας είτε τη μείωση ή εξαφάνιση της ικανότητας προς εργασία ή και αμφότερα*. Ορισμός που δόθηκε από τον Χρήστο Αγαλλόπουλο, Κοινωνικά Ασφαλίσεις, Αθήνα, 1955, σελ. 235.

⁴ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Κλάδοι ασθένειας: Πρόκληση για τον εκσυγχρονισμό του ασφαλιστικού συστήματος, ΘΠΔΔ 6/2009, σελ. 682.

⁵ Όπως είναι η ιατρική περίθαλψη στα ιατρεία, η νοσηλεία, οι διάφορες παρακλινικές ή ειδικές εξετάσεις, η φαρμακευτική περίθαλψη, η φυσιοθεραπεία κλπ.

⁶ Το ΕΣΥ συγκεντρώνει χαρακτηριστικά συστήματος υγείας τύπου Beveridge, το κράτος είναι υπεύθυνο για τις κοινωνικές παροχές και τη χρηματοδότησή αυτών, η προστασία της υγείας του πληθυσμού είναι καθολική, ισότιμη, κατάλληλη, οργανώνονται κρατικές υπηρεσίες ή δημόσια νομικά πρόσωπα στα οποία ασκείται έλεγχος από το κράτος (Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017, σελ. 193-208.)

σύστημα υγείας που χαρακτηριζόταν από «αλληλοεπικαλύψεις και έλλειψη συντονισμού»⁷.

Όσον αφορά το ασφαλιστικό σύστημα, την περίοδο 1860-2008 χαρακτηριζόταν από την ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών οργανισμών⁸. Η πολυδιάσπαση του συστήματος οδηγούσε σε ανισότητες στις παροχές και στη χρηματοδότηση των φορέων⁹. Η προσπάθεια ενοποίησης των ασφαλιστικών φορέων είχε ήδη ξεκινήσει πριν ξεσπάσει η οικονομική κρίση¹⁰. Με τον Ν 3655/2008 συντελέστηκε η σπουδαιότερη σε έκταση άμεση ενοποίηση¹¹ και ακολούθησαν και άλλες¹². Στο τομέα της υγείας ήδη από πολύ νωρίς είχε προταθεί η δημιουργία ενός ενιαίου ταμείου υγείας με την ενοποίηση των κλάδων ασθενείας των ασφαλιστικών οργανισμών¹³. Το ενιαίο αυτό ταμείο υγείας θα αποτελούταν από τα ήδη υπάρχοντα ασφαλιστικά ταμεία και θα ήταν επιφορτισμένο με την αγορά υπηρεσιών και αγαθών υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα με κριτήριο το κόστος και την ποιότητα.

Βασικό επιχείρημα ήταν ο περιορισμός των δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης, η ισότητα όλων στην πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά υγείας, η επάρκεια και η ποιότητα υπηρεσιών υγείας¹⁴. Η μεταρρύθμιση έπρεπε να έχει ως στόχο τόσο την οργανωτική όσο και τη λειτουργική αναδιάρθρωση του συστήματος

⁷ Άγγελος Στεργίου, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 160.

⁸ Γ. Βακαλόπουλος, «Εξέλιξη της συνταξιοδοτικής προστασίας στη μεταπολεμική Ελλάδα», ΕΔΚΑ 1993, σελ. 497-509.

⁹ Άγγελος Στεργίου, Η μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος υπό την πίεση των μνημονίων, ΕΔΚΑ τόμος ΝΖ', 2015, σελ 255 επ.

¹⁰ Ν. 2676/1999 και Ν. 3029/2002.

¹¹ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2016, σελ. 163 επ.

¹² Ν 3863/2010, Ν 3918/2011, Ν 4052/2012, Ν 4281/2014 και Ν 4387/2016.

¹³ Το 1945 ο καθηγητής ιατρικής Νικόλαος Λούρος πρότεινε τη δημιουργία Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας σε κεντρικό επίπεδο και την ενοποίηση των κλάδων ασθενείας των ασφαλιστικών οργανισμών με τη δημιουργία ενιαίου ταμείου, τη χρηματοδότησή του από εισφορές ανάλογες με το εισόδημα και τη κάλυψη του συνόλου του πληθυσμού. (Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, ο.π., σελ. 189.)

Μεταξύ των προτάσεων ήταν να δημιουργηθεί ένας Ενιαίος Φορέας Υγείας στον οποίο θα συγκεντρώνονταν μαζί και η προσφορά και η ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Την περίοδο 2000-2002 προτάθηκε η δημιουργία του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας (Ο.ΔΙ.Π.Υ.) ενός ανεξάρτητου οργανισμού ο οποίος θα συγκεντρώνει σε ένα ταμείο τους πόρους για τη χρηματοδότηση του τομέα υγείας θα είναι αρμόδιος για τη σύναψη συμβάσεων με προμηθευτές υπηρεσιών υγείας είτε κρατικούς είτε ιδιωτικούς, την πληρωμή αυτών και τον έλεγχο και τη διαχείριση των πόρων. Ο Ο.ΔΙ.Π.Υ. ουσιαστικά θα διαχειριζόταν τους πόρους όλων των ασφαλιστικών ταμείων τα οποία θα εξακολουθούσαν να λειτουργούν το καθένα προμηθεύοντας υπηρεσίες και αγαθά υγείας. (Μιλτιάδης Νεκτάριος, Στρατηγική εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας, ΕΔΚΑ 2010, σελ.1097-1108.)

¹⁴ Μιλτιάδης Νεκτάριος, Στρατηγική εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας, ο.π., σελ.1097-1108.

υγείας, την αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Με το Ν3918/2011¹⁵ με τίτλο «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις» συστάθηκε το νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία Ενιαίος Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ).

Ο ΕΟΠΥΥ είναι ασφαλιστικός οργανισμός και προστατεύει τους ασφαλισμένους του από τον κοινωνικοασφαλιστικό κίνδυνο της ασθένειας. Αρχικά, τελούσε υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης¹⁶ και πλέον τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας¹⁷. Άρχισε τη λειτουργία του την 1^η Ιανουαρίου 2012¹⁸. Στον ΕΟΠΥΥ εντάχθηκαν αρχικά ως προς τις παροχές ασθένειας σε είδος οι κλάδοι ασθένειας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΟΓΑ, του ΟΑΕΕ και ο ΟΠΑΔ¹⁹ ενώ προβλέφθηκε ότι μπορούν να μεταφερθούν και άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί υγείας οι οποίοι λειτουργούν ως ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ²⁰. Έτσι, έως τα τέλη του 2012 εντάχθηκαν επιπλέον στον ΕΟΠΥΥ ο Οίκος Ναύτου, οι κλάδοι ασθένειας του ΤΑΥΤΕΚΩ, του ΕΤΑΑ και του ΕΤΑΠ-ΜΜΕ. Η ενοποίηση ολοκληρώθηκε με την έκδοση του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ)²¹ με την υπ' αριθ. Φ90380/25916/3294/2011 (ΦΕΚ Β' 2456) Απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης μέσω του οποίου ορίστηκαν ενιαία οι παροχές σε είδος που χορηγούνται σε όλους τους ασφαλισμένους των ενταγμένων στον ΕΟΠΥΥ κλάδων²².

Ως αρχικό σκοπό είχε την παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους²³.

¹⁵ Άρθρο 17Ν3918/2011.

¹⁶ Άρθρο 17 Ν3918/2011.

¹⁷ Ν 3863/2010.

¹⁸ Ο ΕΟΠΥΥ προοριζόταν να λειτουργήσει από τις αρχές Αυγούστου 2011 (άρθρο 17παρ. 1 Ν3918/2011), γεγονός που δεν επιτεύχθηκε λόγω οργανωτικών ζητημάτων και ελλείπει καλού σχεδιασμού.

¹⁹ Άρθρο 17παρ.2 Ν3918/2011.

²⁰ Άρθρο 17παρ.3 Ν3918/2011.

²¹ Η τελευταία σημαντική τροποποίηση του ΕΚΠΥ έγινε με την υπ' αριθ. ΕΑΛΕ/Γ.Π 80157/1-11-2018 (ΦΕΚ 4898) υπουργική απόφαση.

²² Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2016, σελ. 168.

²³ Επιπλέον, ως σκοπό είχε το συντονισμό της λειτουργίας και τη συνεργασία μεταξύ των φορέων που συνιστούσαν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, την οργάνωση της λειτουργίας των φορέων αυτών, τη θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, τη διαχείριση, τον έλεγχο της χρηματοδότησης, την αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων και το καθορισμό κριτηρίων και όρων για τη σύναψη συμβάσεων παροχής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας

Με τον Ν4238/2014 άλλαξε ο σκοπός του ΕΟΠΥΥ. Τα ιατρεία και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΕΟΠΥΥ μεταφέρθηκαν στο Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) του ΕΣΥ που λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠε) της χώρας. Σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι²⁴ 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, 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. Επιπλέον, 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 και η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και των φαρμάκων. Τέλος, η παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης σε ασφαλισμένους οι οποίοι απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα και δεν δικαιούνται υπηρεσιών φαρμακευτικής περίθαλψης από οποιονδήποτε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης (ΦΚΑ).

Η κοινωνική ασφάλιση δεν είναι πια επιφορτισμένη με την οργάνωση ξαι απευθείας διάθεση υπηρεσιών υγείας όπως γινόταν με την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας μέσω πολυιατρείων, συμβεβλημένων ιατρών και διαγνωστικών κέντρων. Η κοινωνική ασφάλιση είναι επιφορτισμένη με την αγορά των υπηρεσιών και αγαθών υγείας από το δημόσιο και τον ιδιωτικό τομέα²⁵.

Η ασφάλιση διακρίνεται πλέον από την παροχή υπηρεσιών υγείας²⁶. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) εμφανίζεται ως πάροχος δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί ως αγοραστές των υπηρεσιών για τους ασφαλισμένους τους²⁷.

περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς (Άρθρο 18 Ν3918/2011).

²⁴ Άρθρο 8 του Ν4238/2014.

²⁵ Άγγελος Στεργίου, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2017, σελ. 160.

²⁶ Πατρίνα Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 168-169.

²⁷ Άγγελος Στεργίου, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2017, σελ. 160.

Η αγορά υπηρεσιών υγείας είναι μια ιδιαίτερη, ιδιόμορφη θα λέγαμε αγορά καθώς ο χρήστης δεν μπορεί να ζητήσει, να επιλέξει και να παραγγείλει την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών που έχει ανάγκη. Ο ΕΟΠΥΥ, λοιπόν, επιχειρεί τη ρύθμιση αυτής της ζήτησης, την προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας κατά τέτοιο τρόπο που θα εξασφαλίζεται «ιατρική αποτελεσματικότητα», «οικονομική αποδοτικότητα» και «κοινωνική ισότητα»²⁸.

Ο ΕΟΠΥΥ εμφανίζεται ως μονοψώνιο καθώς είναι ο κύριος αγοραστής υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Δρα διαμεσολαβητικά μεταξύ των προμηθευτών και της ασφάλισης υγείας στο όνομα και για λογαριασμό των ασφαλισμένων του και μπορεί να συγκρατήσει τις δαπάνες υγείας.

Αφού διαπραγματευτεί με τους προμηθευτές σχετικά με τους όρους των συμβάσεων, την αμοιβή τους και τις τιμές των αγαθών και υπηρεσιών, συνάπτει μαζί τους συμβάσεις. Στα πλαίσια αυτών των συμβάσεων και έχοντας ως στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών είναι σημαντική η μέθοδος με την οποία αποζημιώνει τους προμηθευτές, ειδικά η μέθοδος αποζημίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Επιπλέον, είναι σημαντική η εφαρμογή μηχανισμών άμεσης απόδοσης (clawback) και η επιβολή μειώσεων (rebate) που σχετίζονται κυρίως με τη προμήθεια φαρμάκων και τη φαρμακευτική δαπάνη καθώς και μια σειρά από άλλα μέτρα προς το σκοπό συγκράτησης της φαρμακευτικής δαπάνης.

Ο ΕΟΠΥΥ όπως κάθε ασφαλιστικός οργανισμός για να λειτουργεί απρόσκοπτα, αποζημιώνοντας επαρκώς και σε σύντομο χρονικό διάστημα τους προμηθευτές υπηρεσιών και αγαθών υγείας πρέπει να εξασφαλίζει την οικονομική του βιωσιμότητα. Η οικονομική βιωσιμότητα ενός ασφαλιστικού συστήματος ή ενός οργανισμού κοινωνικής ασφάλισης προκύπτει²⁹ από την σύγκριση της οικονομικής θέσης στην οποία βρίσκεται σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα με τα έσοδα που αναμένεται να «εισπράξει» και τα έξοδα που υποχρεούται να «καταβάλει». Τα έσοδα με τις δαπάνες σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα πρέπει να βρίσκονται σε μια ισορροπία. Οι πόροι του ΕΟΠΥΥ κατά τη προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας

²⁸ Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, 2012, κεφάλαιο Επιτελική Σύνοψη.

²⁹ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2016, σελ. 63-66.

προέρχονται³⁰ κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές παροχών ασθενείας σε είδος ασφαλισμένου-εργοδότη και λιγότερο από την κρατική επιχορήγηση και λοιπές πηγές. Ζητήματα όπως η προσαρμογή των ασφαλιστικών εισφορών, ο προσδιορισμός των δικαιούχων των υπηρεσιών και αγαθών υγείας, η έκταση της ασφαλιστικής τους κάλυψης και της κρατικής επιχορήγησης καθορίζουν την οικονομική βιωσιμότητα του οργανισμού³¹.

Ο ΕΟΠΥΥ κατά τη προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας για να επιτύχει αφενός τους σκοπούς του και αφετέρου την οικονομική του βιωσιμότητα καθώς και την βέλτιστη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων είναι θεμιτό να ελέγχει και να ελέγχεται. Ο έλεγχος μπορεί να είναι άμεσος ή έμμεσος, να προέρχεται από το κράτος ή από ειδικά προς το σκοπό αυτό ελεγκτικά όργανα, να σχετίζεται με τους προμηθευτές ή τους ασφαλισμένους.

Επομένως, στο πρώτο μέρος της παρούσας εργασίας (I) θα μελετήσουμε τα μέτρα που λαμβάνει ο ΕΟΠΥΥ κατά την προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας προκειμένου να εξορθολογήσει και να εξοικονομήσει τις δαπάνες υγείας και θα εξετάσουμε νομικές τους διαστάσεις. Στη συνέχεια, στο δεύτερο μέρος (II) θα μελετήσουμε αν κατά την προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας και εφαρμόζοντας το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο ο ΕΟΠΥΥ εξασφαλίζει τη βιωσιμότητα του και πως πέρα από τις δαπάνες διαχειρίζεται τα έσοδα του. Τέλος, θα μελετήσουμε αν πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας ασκεί ή δέχεται κάποιο είδος ελέγχου.

³⁰ Άρθρο 19 Ν3918/2011, Άρθρο 8 παρ. 3 Ν 4238/2014.

³¹ Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο.π., σελ. 30-32.

Ι) Μέτρα για τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας

Ο ΕΟΠΥΥ έχει μεταξύ άλλων ως στόχο την εξοικονόμηση των δαπανών υγείας. Η αγορά υπηρεσιών υγείας είναι μια ιδιόμορφη αγορά και το κόστος των υπηρεσιών είναι υψηλό. Ο ΕΟΠΥΥ κατά τη προμήθεια των αγαθών και υπηρεσιών υγείας καλείται από τη μία να διασφαλίσει για τους ασφαλισμένους την πρόσβαση σε υπηρεσίες υψηλής ποιότητας από την άλλη να ελέγξει τις δαπάνες αποτρέποντας την αδικαιολόγητη αύξηση τους³². Οι λόγοι για τους οποίους αυξάνονται οι δαπάνες υγείας μπορούν να αναζητηθούν τόσο στην προσφορά όσο και στη ζήτηση των υπηρεσιών³³. Οι δαπάνες πρέπει να συγκρατούνται τόσο ως προς την πλευρά της προσφοράς όσο και ως προς την πλευρά της ζήτησης. Στα πλαίσια αυτά ο ΕΟΠΥΥ εμφανίζεται ως ο «κύριος» αγοραστής υπηρεσιών και αγαθών υγείας (Α) επιχειρώντας την σύσταση μονοψωνίου, δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη μέθοδο αποζημίωσης των προμηθευτών του (Β) και ειδικότερα των νοσοκομειακών υπηρεσιών γνωστή ως μέθοδος αποζημίωσης βάσει DRG-KEN (Κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων). Τέλος, εφαρμόζει μηχανισμούς όπως το claw-back και το rebate αλλά και λοιπά μέτρα που επικεντρώνονται στη μείωση της φαρμακευτικής δαπάνης (Γ), όπως η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, η χρήση γενόσημων φαρμάκων και η θετική λίστα φαρμάκων.

³² Αγγελος Στεργίου, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 167-168.

³³ Λόγοι αύξησης των δαπανών είναι για παράδειγμα η γήρανση του πληθυσμού, η υπερκατανάλωση, η ταχεία ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης, η μόλυνση του περιβάλλοντος.

A) Ο ΕΟΠΥΥ «μοναδικός» αγοραστής υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

Γενικά, η αγορά υπηρεσιών υγείας είναι μια ιδιόμορφη αγορά. Σε μία κανονική αγορά η ζήτηση ρυθμίζεται ανάλογα με τις δυνατότητες που έχουν οι χρήστες των υπηρεσιών και αγαθών. Στην υγεία η αγορά είναι ατελής καθώς ο χρήστης δεν έχει τη δυνατότητα να ζητήσει, να επιλέξει και να παραγγείλει την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών και των αγαθών που χρειάζεται³⁴. Η ζήτηση καθορίζεται και υπαγορεύεται κατά κύριο λόγο από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας³⁵. Για το λόγο αυτό είναι συχνό το φαινόμενο της προκλητής ζήτησης³⁶ το οποίο όμως έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνονται διαρκώς οι δαπάνες υγείας. Παράλληλα, οι συνθήκες που επικρατούν σε μια χώρα, η οικονομική ύφεση και η ανεργία είναι παράγοντες που συντελούν στην αύξηση των δαπανών υγείας. Είναι σημαντική η ύπαρξη ενός ασφαλιστικού οργανισμού που θα ρυθμίζει τη ζήτηση και τις συνθήκες της αγοράς στοχεύοντας στον εξορθολογισμό των δαπανών.

Ο ΕΟΠΥΥ ως ενιαίος οργανισμός που έχει συγκεντρώσει τους μεγαλύτερους ασφαλιστικούς οργανισμούς κάλυψε το 90% του πληθυσμού. Αυτό του προσδίδει μονοψωνιακή δύναμη³⁷ καθώς έχει μεγάλη διαπραγματευτική δύναμη απέναντι στους προμηθευτές υγείας. Με τον ΕΟΠΥΥ και τον τρόπο που οργανώθηκε και λειτουργεί επιχειρείται η σύσταση μονοψωνίου³⁸. Ως κύριος αγοραστής υπηρεσιών και αγαθών υγείας μπορεί να ασκήσει πίεση στις τιμές και τις συνθήκες προσφοράς ελέγχοντας το κόστος και συγκρατώντας τις δαπάνες υγείας. Μπορεί να δράσει ως διαμεσολαβητικός μηχανισμός μεταξύ των προμηθευτών και της ασφάλισης υγείας συμβάλλοντας στον εξορθολογισμό του υγειονομικού συστήματος.

³⁴ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017, σελ. 164.

³⁵ Ως προμηθευτές εννοούνται οι γιατροί, τα νοσοκομεία, οι φαρμακευτικές εταιρείες κτλπ.

³⁶ Μιλτιάδης Νεκτάριος, Στρατηγική εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας, ΕΔΚΑ 2010, σελ.1100.

³⁷ Μονοψώνιο είναι μορφή της αγοράς στην οποία υπάρχει ένας μόνο αγοραστής ο οποίος ζητά από πολλούς πωλητές μία υπηρεσία ή ένα προϊόν <https://el.wiktionary.org/wiki/%CE%BC%CE%BF%CE%BD%CE%BF%CF%88%CF%8E%CE%BD%CE%B9%CE%BF>.

³⁸ Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, 2012, σελ.6-8

στο http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%91%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%85%CE%B3%CE%BA%CF%81%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%A7%CF%81%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B4%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_final.pdf?fbclid=IwAR1c26XGeKWh8i5hbKwWtCJHJnanr mOrZzIC6P85e0BM1LzYdlfiaAoZrAE

Ωστόσο, το μονοψώνιο μπορεί να έχει και αρνητικές προεκτάσεις καθώς δεν εστιάζει στην αποδοτικότητα των υπηρεσιών αλλά στη μείωση των δαπανών³⁹. Δεν δρα περιορίζοντας τις «μονοπωλιακές τάσεις» του συστήματος υγείας και είναι πιθανό να οδηγήσει στην ανισορροπία προσφοράς και ζήτησης με αποτέλεσμα να αυξηθεί το κόστος, ο χρόνος και οι τιμές με τελική κατάληξη την ελλιπή αποπληρωμή των υπηρεσιών και αγαθών υγείας⁴⁰.

Στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ, αμφισβητείται⁴¹ σε ένα βαθμό ο μονοψωνιακός του χαρακτήρας καθώς εμφανίζονται στη σχέση του με τους προμηθευτές και άλλοι τύποι αγοράς⁴². Επιπλέον⁴³, δεν δρα στην ουσία ως «διαμεσολαβητικός» μηχανισμός μεταξύ της ασφάλισης υγείας και των προμηθευτών, δεν εκπροσωπεί ενόπιον των προμηθευτών τους καταναλωτές αλλά περιορίζεται στον να εισπράττει έσοδα και να εξοφλεί δαπάνες. Ενώ αδυνατεί να ρυθμίσει τις τιμές κατά τέτοιο τρόπο ώστε να είναι ανάλογες με την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών και αγαθών υγείας που «προμηθεύεται».

B) Η αποζημίωση των προμηθευτών.

Μεταξύ άλλων σκοπός του ΕΟΠΥΥ είναι να καθορίσει τα κριτήρια και τους όρους σύναψης των συμβάσεων για την αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς τόσο του δημοσίου όσο και του ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς. Επιπλέον, αναθεωρεί και τροποποιεί τους όρους των συμβάσεων αυτών όποτε αυτό κρίνεται αναγκαίο. Διαπραγματεύεται με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους σχετικά με

³⁹ Mark V. Pauly, "Market Power, Monopsony and Health Insurance Markets", *Journal of Health Economics*, 1988, Mark V Pauly, "Managed care, Market Power and Monopsony", *Health Services Research*, 1998, p. 1439-1460.

⁴⁰ Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο.π., σελ. 6-12.

⁴¹ Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο.π., σελ. 6-12.

⁴² Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη παρέχονται κυρίως μέσω των νοσοκομείων του ΕΣΥ τα οποία εποπτεύονται όπως και ο ΕΟΠΥΥ από το κράτος. Δημιουργείται ατελές διμερές μονοπώλιο εφόσον και τα δύο ελέγχονται από το κράτος.

Τα νοσοκομεία μειώνουν την μονοψωνιακή ισχύ του ΕΟΠΥΥ καθώς δεν λειτουργούν στα πλαίσια του ανταγωνισμού ενώ η απουσία ευθύνης και αυτονομίας δεν ευνοεί τη διαπραγμάτευση των τιμών.

⁴³ Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο.π., σελ. 6-14.

τις αμοιβές τους, τους όρους των συμβάσεων και τις τιμές των ιατροτεχνολογικών υλικών και των φαρμάκων.

Αφού ο ΕΟΠΥΥ διαπραγματευτεί⁴⁴ και επιτευχθεί συμφωνία οφείλει να συνάψει συμβάσεις με τους παρόχους⁴⁵ υπηρεσιών, ιατροτεχνολογικών προϊόντων, υλικών και διαιτητικών τροφίμων για ειδικούς ιατρικούς σκοπούς, που προβλέπονται από τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών. Προϋπόθεση για τη σύναψη σύμβασης είναι να έχει καταχωρηθεί κάθε πάροχος υπηρεσιών υγείας στο «Μητρώο Αποζημιούμενων Προϊόντων Ε.Ο.Π.Υ.Υ.». Αρμόδιος για τη δημιουργία και τη τήρηση του Μητρώου είναι ο οργανισμός ο οποίος το χρηματοδοτεί και το επεξεργάζεται ανάλογα με τις ανάγκες του. Το ΔΣ του ΕΟΠΥΥ με απόφαση του καθορίζει κάθε διαδικαστική λεπτομέρεια για την εγγραφή στο Μητρώο. Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας αφού εκπληρώσουν αυτή την προϋπόθεση συνάπτουν συμβάσεις με τον Οργανισμό, αποδέχονται τους όρους και αποστέλλουν τα οριζόμενα δικαιολογητικά. Σε περίπτωση μη προσκόμισης ή ελλιπούς προσκόμισης των αναγκαίων δικαιολογητικών, οι συμβάσεις είναι ανυπόστατες, δεν παράγουν έννομα αποτελέσματα και δεν αποζημιώνονται αναδρομικά από τη σύνασή τους.

Οι όροι των συμβάσεων πρέπει να συμφωνούν με την ισχύουσα νομοθεσία. Προκειμένου να συναφθεί μια σύμβαση οι πάροχοι πρέπει να συγκεντρώνουν ορισμένες προϋποθέσεις⁴⁶. Ο ΕΟΠΥΥ προκειμένου να καθορισθούν οι όροι της σύμβασης και οι τιμές αποζημίωσης διαπραγματεύεται με τους παρόχους υγείας μέσω

⁴⁴ Άρθρο 8 παρ. 1δ Ν. 4238/2014.

⁴⁵ Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας είναι φυσικά και νομικά πρόσωπα τα οποία ασκούν δραστηριότητα στο χώρο της υγείας. Χαρακτηριστικά σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 9 του ΕΚΠΥ φυσικά πρόσωπα είναι οι ιατροί, οι οδοντίατροι, οι φαρμακοποιοί, οι φυσικοθεραπευτές, οι λογοθεραπευτές, οι εργοθεραπευτές, οι ψυχοθεραπευτές (ψυχολόγοι, ψυχίατροι, παιδοψυχίατροι), οι προμηθευτές ιατροτεχνολογικών ειδών και λοιποί επαγγελματίες υγείας. Νομικά πρόσωπα είναι τα Νοσοκομεία, τα Κέντρα Υγείας, οι Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ) ή κάθε άλλη Δημόσια Δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας, Κέντρα Δημέρευσης Ημερήσιας Φροντίδας, Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης, Στέγες Αυτόνομης Διαβίωσης, Ιδιωτικά Διαγνωστικά Εργαστήρια, Κέντρα Αποθεραπείας και Αποκατάστασης, Πολύιατρεία, Οδοντιατρεία, Πολυοδοντιατρεία, Τμήματα Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείων και ιδιωτικών Κλινικών, Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης- Μονάδες Τεχνητού Νεφρού, ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, Ιατρικές Εταιρείες κάθε μορφής, Κέντρα Ειδικών Θεραπειών- Ειδικής Αγωγής- Λογοθεραπείας-Εργοθεραπείας-Ψυχοθεραπείας και κάθε άλλη υγειονομική δομή η οποία θα είναι αναγνωρισμένη από το κράτος και θα παρέχει κατά τρόπο νόμιμο ιατρικές υπηρεσίες ή υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

⁴⁶ Συγκεκριμένα, δεν πρέπει να έχουν καταδικαστεί για ποινικά αδικήματα τα οποία ορίζονται ειδικά στον ΕΚΠΥ (Άρθρο 1 παρ. 3 α β), να τελούν ή να έχει κινηθεί διαδικασία για την κήρυξή τους σε πτώχευση, εκκαθάριση, αναγκαστική διαχείριση, να έχουν καταδικαστεί λόγω της επαγγελματικής διαγωγής τους ή να έχουν διαπράξει επαγγελματικό παράπτωμα που βρίσκεται σε συνάφεια με το αντικείμενο της σύμβασης, να μην έχουν ασφαλιστική και φορολογική ενημερότητα και να έχουν κηρυχθεί έκπτωτοι από σύμβαση προμηθειών ή υπηρεσιών του δημοσίου ή να έχουν αποκλεισθεί από αντίστοιχους διαγωνισμούς.

της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης⁴⁷. Οι τιμές αποζημίωσης δεν μπορούν σε κάθε περίπτωση να υπερβαίνουν τις τιμές που έχουν αποφασισθεί από το Δ.Σ. και έχουν δημοσιευτεί σε ΦΕΚ ή προβλέπονται στους ισχύοντες νόμους. Σε περίπτωση που διαπιστωθεί ότι έχει παραβιαστεί κάποιος όρος της σύμβασης, ο ΕΟΠΥΥ έχει δικαίωμα να προβεί οποιαδήποτε στιγμή και χωρίς ζημία στην καταγγελία της σύμβασης.

Η μέθοδος κατά την οποία αποζημιώνονται οι προμηθευτές υπηρεσιών και αγαθών υγείας είναι σημαντική τόσο για τη συγκράτηση των δαπανών όσο και για τη δημιουργία κινήτρων για τους προμηθευτές υγείας για ένα αποδοτικότερο και ποιοτικότερο σύστημα υγείας⁴⁸. Ο ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής υπηρεσιών και αγαθών υγείας καλείται να αποζημιώσει του προμηθευτές αυτών των υπηρεσιών.

Ο ΕΟΠΥΥ για τις παροχές σε είδος αποζημιώνει τους παρόχους⁴⁹ είτε σύμφωνα με τη μεταξύ τους σύμβαση είτε με βάση την ασφαλιστική τιμή όπως καθορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας έπειτα από προτάσεις του Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ ή της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης είτε σύμφωνα με τις τιμές του κρατικού τιμολογίου όταν δεν ορίστηκε ασφαλιστική τιμή ή δεν έγινε διαπραγμάτευση. Η τιμή αποζημίωσης πρέπει κάθε φορά να μην ξεπερνά το ποσό που προβλέπεται στο κρατικό τιμολόγιο με εξαίρεση τις περιπτώσεις που αυτή καθορίζεται ειδικά στον ΕΚΠΥ. Με απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ καθορίζονται οι χρεώσεις των δαπανών νοσοκομειακής περίθαλψης για θεραπεία, παρακολούθηση και αποκατάσταση των δικαιούχων περίθαλψης⁵⁰. Ειδικότερα, δημοσιεύονται οδηγίες οι οποίες δύναται να επικαιροποιηθούν σε συνάρτηση με τα συμπεράσματα και τα αποτελέσματα του κλινικού και διοικητικού ελέγχου, της εκκαθάρισης και τις συμβάσεις.

Σημαντική για το σύστημα υγείας της Ελλάδας, τη σχέση ΕΟΠΥΥ και προμηθευτών και τον εξορθολογισμό των δαπανών είναι η μεταρρύθμιση σχετικά με τη μέθοδο πληρωμής των προμηθευτών από τον ΕΟΠΥΥ για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Υπάρχουν διάφοροι μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων, παραδοσιακές⁵¹ και σύγχρονες.

⁴⁷ ΦΕΚ 2453-B-10/10/2013.

⁴⁸ Π. Ξένος, Μ. Νεκτάριος, Ν. Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος, «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2014, σελ. 172-174 στο <https://www.mednet.gr/archives/2014-2/pdf/172.pdf>.

⁴⁹ Άρθρο 4 ΕΚΠΥ.

⁵⁰ Άρθρο 4 ΕΚΠΥ.

⁵¹ Μέθοδοι χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι:

Μέχρι το 2011 η πληρωμή από τα ασφαλιστικά ταμεία για τη νοσηλεία των ασφαλισμένων τους γινόταν με βάση τις ημέρες νοσηλείας καθώς και τα κρατικά τιμολόγια των ιατρικών υλικών και των φαρμάκων⁵². Από τις αρχές του 2012 οι πληρωμές από τον ΕΟΠΥΥ γίνονται με βάση το μηχανισμό αποζημίωσης των DRG⁵³ ή κατά την ελληνική απόδοση κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων (KEN)⁵⁴.

Η μέθοδος αποζημίωσης βάσει DRG ή κλειστών ενοποιημένων νοσηλίων⁵⁵ εφαρμόστηκε πρώτη φορά εν έτη 1983 από το Αμερικανικό Κογκρέσο προκειμένου να πληρωθούν νοσοκομεία τα οποία παρείχαν εξυπηρέτηση σε ασθενείς σύμφωνα με το ομοσπονδιακό πρόγραμμα υγειονομικής περίθαλψης ηλικιωμένων και αναπήρων Medicare. Κύρια ιδέα⁵⁶ ήταν να ταξινομηθούν σε ομάδες με κοινά χαρακτηριστικά η πληθώρα ιατρικών περιπτώσεων. Με τη μέθοδο αυτή, όπως εφαρμόζεται στη χώρα μας, οι αμοιβές υπολογίζονται ανάλογα με το είδος και όχι με τις ημέρες της νοσηλείας⁵⁷.

Για την οργάνωση του ελληνικού μηχανισμού αποζημίωσης των DRGs-KEN χρησιμοποιήθηκαν ως παράδειγμα το αυστραλιανό και το γερμανικό σύστημα

-
1. Η «πληρωμή κατά πράξη» η οποία έχει παρατηρηθεί ότι οδηγεί από την πλευρά των προμηθευτών σε υπερπροσφορά υπηρεσιών προκειμένου να αυξήσουν τα έσοδά τους, οδηγώντας σε αύξηση των δαπανών υγείας.
 2. Η «πληρωμή ανά κεφαλή εξυπηρετούμενου πληθυσμού» στην οποία η πληρωμή των προμηθευτών είναι προκαθορισμένη, αφορά ουσιαστικά ένα πακέτο υπηρεσιών για συγκεκριμένο αριθμό ατόμων και για συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Στην περίπτωση που η τιμή του πακέτου υπηρεσιών είναι μικρότερη από το προβλεπόμενο κόστος αυτών, οι προμηθευτές προκειμένου να μη ζημιωθούν μπορεί να μειώσουν το χρόνο παρακολούθησης των ασθενών ή να επιλέγουν ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας (δεν είναι «ψηλού κινδύνου»).
 3. Οι σφαιρικοί ή οι «ανά κατηγορία» προϋπολογισμοί οι οποίοι είναι προκαθορισμένες συνολικές πληρωμές για μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Συνήθως για το ύψος των πληρωμών λαμβάνονται υπόψη προηγούμενες πληρωμές που έχουν προσαρμοστεί στον παράγοντα του πληθωρισμού. Οι «ανά κατηγορία» προϋπολογισμοί μπορεί να οδηγήσουν σε ελλιπή παροχή κάποιων υπηρεσιών καθώς δεν δίνουν τη δυνατότητα να ανακαταμεμηθούν οι πόροι μεταξύ των διάφορων κατηγοριών κονδυλίων όπως είναι οι μισθοί, τα φάρμακα, ο εξοπλισμός κτλπ. στο Π. Ξένος, Μ. Νεκτάριος, Ν. Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος, «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2014, σελ. 174-176 στο <https://www.mednet.gr/archives/2014-2/pdf/172.pdf>.

⁵² <http://www.imop.gr/urotools-KEN>

⁵³ Diagnosis-Related Groups-Ομοειδείς Διαγνωστικές Ομάδες (DRG).

⁵⁴ Άρθρο 15 ΕΚΠΥ.

⁵⁵ Ξένος, Μ. Νεκτάριος, Ν. Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος, «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα», ο.π., σελ. 175-185

⁵⁶ Ιδέα των Fetter και Thompson του Πανεπιστημίου Yale των ΗΠΑ.

⁵⁷ Άγγελος Στεργίου, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2017, σελ 168.

DRG⁵⁸. Μετά την αρχική εφαρμογή του συστήματος οι τιμές προσαρμόστηκαν στο πραγματικό νοσοκομειακό κόστος γεγονός που οδήγησε σε μείωση κατά 10% των αρχικών τιμών ανά κατηγορία. Οι κατηγορίες των DRGs-KEN αυξήθηκαν σε 760⁵⁹ και τα Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια μετονομάστηκαν σε Κλειστά Ελληνικά Νοσήλια με τη διατήρηση του αρχικού ακρωνυμίου⁶⁰.

Με την τεχνική αυτή⁶¹ είναι δυνατή η συγκράτηση των δαπανών καθώς εισπράττονται από τα νοσοκομεία ίδιες αμοιβές για τις ίδιες κατηγορίες DRG. Επιπλέον, επιτυγχάνεται η διαφάνεια ως προς το πώς αποδίδουν οι προμηθευτές και πώς καταναλώνονται οι πόροι. Συνδέεται το κόστος με τη δραστηριότητα, κατανέμονται οι οικονομικοί πόροι των νοσοκομείων ανάλογα με τις παρεχόμενες υπηρεσίες και αποτρέπεται η παροχή μη απαραίτητης ιατρικής περίθαλψης. Βέβαια, υπάρχει η πιθανότητα δεδομένου ότι η αμοιβή παραμένει σταθερή να υποβαθμιστεί η ποιότητα ώστε να επιτευχθεί μείωση του κόστους. Επιπλέον, όσον αφορά πρακτικά ζητήματα της εφαρμογής του μηχανισμού οι μέρες νοσηλείας που ορίζονται σε ορισμένα ΚΕΝ σε κάποιες περιπτώσεις είναι ανεπαρκείς ενώ σε κάποιες άλλες είναι υπεραρκετές.

Ο μηχανισμός αποζημίωσης των DRGs-KEN τέθηκε σε εφαρμογή στην Ελλάδα σε σύντομο χρονικό διάστημα⁶² χωρίς να υπάρξει στάδιο πιλοτικής εφαρμογής και μελέτης των επιπτώσεων του μηχανισμού στην αποδοτικότητα και βιωσιμότητα του συστήματος υγείας. Δεν ερευνήθηκε αν επιτεύχθηκε ο αρχικός στόχος ήτοι η συγκράτηση των δαπανών υγείας. Σε κάθε περίπτωση η αποζημίωση παρέχεται από τον ΕΟΠΥΥ. Όταν ο ΕΟΠΥΥ δεν έχει τους απαιτούμενους πόρους δεν μπορεί να καλύψει και την αποζημίωση των ΚΕΝ. Συνεπώς, βασική προϋπόθεση είναι η βιωσιμότητα του ΕΟΠΥΥ που θα επιτρέψει την κάλυψη των δαπανών νοσηλείας.

⁵⁸ Ξένος, Μ. Νεκτάριος, Ν. Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος, «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα», ο.π., σελ. 182.

⁵⁹ Λίστα ΚΕΝ <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-yeia/kwdikopoihseis/kleista-enopoihmena-noshlia/1079-nea-lista-ken-apo-1-3-2012-kostos-mdn>.

⁶⁰ Υ4α/οικ.105494 ΚΥΑ (ΦΕΚ 3096/Β/2012) «Τροποποίηση της αριθμ.Υ4α/οικ.18051 ΚΥΑ (ΦΕΚ 946/Β/2012) «Τροποποίηση της αριθμ.Υ4α/οικ.85649 ΚΥΑ «Κλειστά Ενοποιημένα Νοσήλια και Ημερήσιο Νοσήλιο στο ΕΣΥ»(ΦΕΚ 1702/Β/2011)».

⁶¹ Άγγελος Στεργίου, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2017, σελ 168, Ξένος, Μ. Νεκτάριος, Ν. Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος, «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα», ο.π., σελ. 175-185.

⁶² Δημήτρης Νιάκας, «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας», 2014 στο https://www.researchgate.net/profile/Dimitris_Niakas/publication/281148778_Greek_financial_crisis_and_the_effects_on_health_care_system/links/55d88aaf08ae9d65948f911b.pdf.

Γ) Claw-back, rebate και μέτρα μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης.

Το claw-back⁶³ η αλλιώς μηχανισμός αυτόματων επιστροφών και το rebate⁶⁴ αποτελούν μέτρα που απασχολούν πολύ τελευταία τη θεωρία και τη νομολογία της χώρας.

Με το νόμο 4047/2012 κυρώθηκε η Πράξη Νομοθετικού Περιεχομένου σχετικά με τη λήψη κατεπειγόντων μέτρων για την εφαρμογή του Μεσοπρόθεσμου Πλαισίου Δημοσιονομικής Στρατηγικής 2012-2015. Δυνάμει αυτής επιχειρήθηκε η άμεση ρύθμιση του καθεστώτος λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ καθώς και ζητημάτων σχετικά με τις απαιτήσεις ασφαλιστικών φορέων κατά των φαρμακευτικών εταιρειών «με συμψηφιστική εξόφληση απαιτήσεων και υποχρεώσεων»⁶⁵ μεταξύ ασφαλιστικών ταμείων, δημόσιων νοσοκομείων και φαρμακευτικών εταιρειών χωρίς να επιβαρυνθεί ο κρατικός προϋπολογισμός⁶⁶.

Βέβαια, οι αυτόματες επιστροφές είναι μηχανισμός άμεσης απόδοσης και απαντώνται γενικά σε κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα οποία δεν έχουν απαραίτητα «μνημόνια» ή οικονομική κρίση. Είναι μηχανισμός για την διατήρηση ενός ασφαλιστικού συστήματος βιώσιμου και οικονομικά ισόρροπου⁶⁷.

Συνοπτικά στον τομέα υγείας το claw back είναι η επιστροφή χρηματικού ποσού που δικαιούνται οι προμηθευτές για την προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών

⁶³ Ο όρος claw back αποδίδεται ως η πράξη ανάκτησης χρημάτων που έχουν ήδη καταβληθεί, συνήθως μέσω της φορολογίας (Oxford English-Greek Learner's Dictionary).

⁶⁴ Ο όρος rebate σημαίνει έκπτωση (Oxford English-Greek Learner's Dictionary).

⁶⁵ Σταυρούλα Ν Κτιστάκη, Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα κοινωνικά δικαιώματα, ΕΔΚΑ 2012, σελ. 495-497.

⁶⁶ Σταυρούλα Ν. Κτιστάκη, Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα κοινωνικά δικαιώματα, ΕΔΚΑ, τόμος ΝΔ', 2012, σελ. 495-497.

⁶⁷ Τα τελευταία χρόνια η φαρμακευτική δαπάνη στην Ευρώπη έχει αυξητική τάση που οφείλεται κυρίως στη γήρανση του πληθυσμού, στο ιδιαίτερα υψηλό κόστος των φαρμάκων τελευταίας γενιάς και στην υπερσυνταγογράφηση (αντιβιοτικά και αντικαταθλιπτικά). Έτσι, από την Ευρωπαϊκή Ένωση ελήφθησαν ήδη από το 1989 μέτρα για να περιοριστεί η αυξητική τάση της δαπάνης με τη σύγχρονη διατήρηση φαρμάκων αποτελεσματικών και ποιοτικών. Ένα παράδειγμα είναι η Οδηγία 89/105/ΕΟΚ που αφορά τη κοστολόγηση και την απόδοση της δαπάνης για τα φάρμακα για ανθρώπινη χρήση με τρόπο διαφανή, την αξιολόγηση και τον έλεγχο των φαρμάκων μέσα από κατάλληλους μηχανισμούς και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των δαπανών για τα φάρμακα με τη χρήση της ανοικτής μεθόδου συντονισμού. Χαρακτηριστικά, το 2010 η ιδιωτική και η δημόσια φαρμακευτική δαπάνη ανήλθε σε ποσοστό 1,6% του ΑΕΠ στην ΕΕ και 2,1% του ΑΕΠ για την Ελλάδα, όπου η ιδιωτική φαρμακευτική δαπάνη ήταν μικρή σε σύγκριση με τα υπόλοιπα κράτη μέλη. Επιπλέον, η Ελλάδα είχε τη μεγαλύτερη δημόσια επιβάρυνση για την εξωνοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη στην ΕΕ, από 2,3% σε 5,6% μέσα στο χρονικό διάστημα 1970-2010, (βλτε Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, «Οι αποφάσεις ΣτΕ 2439-2445/2015 για τον μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (claw back) από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων» στο Το Δημόσιο Δίκαιο μέσα από τις αποφάσεις των Δικαστηρίων-3^ο Επιστημονικό Συνέδριο της Ένωσης Ελλήνων Δημοσιολόγων (ΕΕΔ) (επιμ. Βασίλης Τζέμος), Νομική Βιβλιοθήκη, 2016, σελ. 19, 20, 24.)

υγείας προς τον ΕΟΠΥΥ και το rebate είναι η ακούσια έκπτωση την οποία δίνουν οι προμηθευτές στον ΕΟΠΥΥ.

Σύμφωνα με το άρθρο 11 του Ν 4052/2012, το claw back ή αλλιώς μηχανισμός αυτόματων επιστροφών είναι η υποχρεωτική και αναλογική επιστροφή από τους Κατόχους Άδειας Κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων ή από τις φαρμακευτικές εταιρίες μέρους από το ποσό που πρέπει να εισπράξουν από τον ΕΟΠΥΥ για την προμήθεια φαρμάκων όταν η μηνιαία φαρμακευτική δαπάνη του ΕΟΠΥΥ υπερβαίνει το 1/12 του κονδυλίου που είναι εγγεγραμμένο στον ετήσιο κοινωνικό προϋπολογισμό και αφορά τη φαρμακευτική περίθαλψη. Το ποσό αυτό υπολογίζεται κάθε έξι μήνες και καταβάλλεται από τους Κατόχους Άδειας Κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων ή από τις φαρμακευτικές εταιρίες εντός μηνός από την πιστοποίηση του σε τραπεζικό λογαριασμό που υποδεικνύεται από τον ΕΟΠΥΥ. Ο τρόπος υπολογισμού των ποσών αυτών καθορίζεται αναλυτικά με απόφαση του Υπουργού Υγείας⁶⁸. Ο ΕΟΠΥΥ μπορεί να συμψηφίζει αυτοδικαίως τα ποσά αυτά με ισόποσες οφειλές του προς τους Κατόχους Άδειας Κυκλοφορίας φαρμακευτικών προϊόντων ή τις φαρμακευτικές εταιρίες για την προμήθεια των φαρμακείων του με φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα. Ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής καθιερώνεται και για τη νοσοκομειακή φαρμακευτική δαπάνη⁶⁹ και το όριο των δαπανών ορίζεται ειδικά στο νόμο.

Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 100 Ν4172/2013 θεσπίζεται μηχανισμός αυτόματης επιστροφής για υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από συμβεβλημένους ιδιώτες όπως για διαγνωστικές εξετάσεις, νοσηλεία, φυσικοθεραπείες, ειδική αγωγή καθώς για ιατροτεχνολογικά προϊόντα και συμπληρώματα διατροφής από συμβεβλημένους με τον ΕΟΠΥΥ.

⁶⁸ Άρθρο 11 Ν4052/2012, άρθρο 54 παρ. 2 Ν 4262/2014: «Επιπροσθέτως με απόφαση του Υπουργού Υγείας εξειδικεύεται η μεθοδολογία υπολογισμού του ποσού της υπέρβασης, καθώς και η μεθοδολογία επιμερισμού του ποσού επιστροφής των φαρμακευτικών εταιρειών, σε περιπτώσεις υπέρβασης των φαρμακευτικών δαπανών του ΕΟΠΥΥ από τους προκαθορισμένους στον εκάστοτε ετήσιο προϋπολογισμό του στόχου. Για τον υπολογισμό της υπέρβασης ή τον επιμερισμό του ποσού επιστροφής δύναται να χρησιμοποιείται η καθαρή δαπάνη του ΕΟΠΥΥ, όπως αυτή προκύπτει αφότου αφαιρεθούν ο ΦΠΑ, οι συμμετοχές των ασθενών, οι εκπτώσεις των φαρμακευτικών επιχειρήσεων και φαρμακείων, το rebate εισαγωγής στο θετικό κατάλογο και το rebate όγκου των φαρμακευτικών εταιρειών, η δαπάνη για φάρμακα της λίστας ΙΑ του ν. 3816/2010, το ποσοστό χονδρεμπορικού κέρδους που επιστρέφουν οι φαρμακευτικές εταιρείες, όταν πωλούν απευθείας στα φαρμακεία, και άλλα ποσά τα οποία προσδιορίζονται στη σχετική απόφαση...»

⁶⁹ Για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, το ΓΝΘ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.

Ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής του άρθρου 11 Ν4052/2012 και του άρθρου 100 Ν 4172/2013, όπως έχουν τροποποιηθεί και ισχύουν σήμερα ενώ είχε προβλεφθεί αρχικά να έχει ισχύ μέχρι το 2015 παρατάθηκε μέχρι το 2018⁷⁰ και εντέλει για τα έτη 2019-2022.

Όπως αναφέρεται ανωτέρω, το rebate είναι η ακούσια έκπτωση την οποία υποχρεούνται να δώσουν σε συγκεκριμένες περιπτώσεις στον ΕΟΠΥΥ οι «προμηθευτές» υπηρεσιών και αγαθών υγείας⁷¹. Το ποσό της έκπτωσης (rebate) υπολογίζεται συνήθως και αφαιρείται κατά τη μηνιαία υποβολή δαπάνης του παρόχου-προμηθευτή αλλά μπορεί να αφαιρείται και ετήσια. Στις περισσότερες περιπτώσεις το ποσό της έκπτωσης που οφείλει ο πάροχος-προμηθευτής υπολογίζεται επί των νόμιμων παραστατικών και συμψηφίζεται με το ποσό που οφείλει να καταβάλει ο ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία εφαρμόζεται ένα σύστημα διπλού rebate⁷². Πρόκειται για ποσοστιαίες επιστροφές από τις φαρμακευτικές εταιρείες προς τον ΕΟΠΥΥ, ενιαίο rebate 9% επί της τιμής παραγωγού για όλα τα φάρμακα τα οποία καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ και επιπλέον κλιμακούμενο rebate 2% έως 8% επί της τιμής παραγωγού ανάλογα με τις τριμηνιαίες πωλήσεις κάθε φαρμακευτικού προϊόντος άνω του ποσού των 400.000,00€.

Οι αυτόματες επιστροφές και οι υποχρεωτικές εκπτώσεις παρουσιάζουν τόσο πλεονεκτήματα όσο και μειονεκτήματα⁷³. Όσον αφορά τα πλεονεκτήματα, τα μέτρα αυτά έχουν άμεσα αποτελέσματα, προκαλούν τους «παραγωγούς» να προβούν σε μείωση των πωλήσεων και των φαρμάκων που σημειώνουν μικρό κέρδος ώστε να μην παρατηρείται υπέρβαση της αντίστοιχης φαρμακευτικής δαπάνης στον προϋπολογισμό. Έτσι, επιτυγχάνεται καλύτερη και αποτελεσματικότερη διαπραγμάτευση των τιμών και περιορίζεται η ζήτηση.

Όσον αφορά τα μειονεκτήματα, παρατηρείται επιβάρυνση των παραγωγών και των φαρμακείων με μέρος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης. Στην περίπτωση που ο προϋπολογισμός για τη φαρμακευτική δαπάνη είναι υψηλός συγκριτικά με τις ανάγκες του πληθυσμού τότε οι «παραγωγοί» και τα φαρμακεία

⁷⁰ Άρθρο 25 Ν 4549/2018.

⁷¹ Στα άρθρα 34 και 35 του Ν3918/2011 για παράδειγμα καθιερώνονται ποσά έκπτωσης από ιδιωτικά φαρμακεία ή φαρμακευτικές εταιρείες υπέρ του ΕΟΠΥΥ.

⁷² <https://www.pef.gr/oi-theseis-mas/rebate-clawback/>.

⁷³ Πατρίνα Παπαρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, «Οι αποφάσεις ΣτΕ 2439-2445/2015 για τον μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (claw back) από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων» στο Το Δημόσιο Δίκαιο μέσα από τις αποφάσεις των Δικαστηρίων-3^ο Επιστημονικό Συνέδριο της Ένωσης Ελλήνων Δημοσιολόγων (ΕΕΔ) (επιμ. Βασίλης Τζέμος), Νομική Βιβλιοθήκη, 2016, σελ. 17-19.

έχουν ένα έναυσμα προκειμένου να αυξηθεί η δαπάνη. Αν ο προϋπολογισμός για τη φαρμακευτική δαπάνη είναι χαμηλός συγκριτικά με τις ανάγκες του πληθυσμού τότε οι παραγωγοί και τα φαρμακεία «πλήττονται». Επιπλέον, οι μηχανισμοί αυτόματων επιστροφών αποτελούν αρνητικό παράγοντα για την είσοδο στην αγορά νέων φαρμάκων δεδομένου ότι ένα νέο φάρμακο έχει συνήθως μεγάλο κόστος επιβαρύνοντας τον προϋπολογισμό. Δεν επιτυγχάνεται δε η ασφάλεια των χρηστών καθώς είναι υποχρεωτική η πληρωμή όλων των δαπανών, αναγκαίων και μη με μοναδικό όρο να μην υπερβαίνουν τον προϋπολογισμό.

Οι αυτόματες επιστροφές χαρακτηρίζονται από τους «παραγωγούς»⁷⁴ ως μέτρο άδικο. Συγκεκριμένα, οι παραγωγοί υποστηρίζουν ότι η αύξηση των δαπανών οφείλεται στην υπερσυνταγογράφηση από τη πλευρά των γιατρών. Επιπλέον, στην περίπτωση μη καταβολής της επιστροφής ο ΕΟΠΥΥ δεν τους αποζημιώνει θέτοντας τα προϊόντα τους εκτός «θετικής λίστας». Έτσι, υπάρχει ο κίνδυνος μείωσης του κύκλου των εργασιών δεδομένου ότι ο ΕΟΠΥΥ είναι ο μοναδικός «αγοραστής» υπηρεσιών και αγαθών υγείας (μονοψώνιο). Προτείνουν δε⁷⁵ να καταργηθεί ο μηχανισμός αυτόματων επιστροφών (clawback) με την ενσωμάτωση του στο κλιμακωτό rebate πωλήσεων. Επιπροσθέτως, να διαχωριστεί το ενιαίο rebate 9% σε 4% για φαρμακευτικά προϊόντα που παράγονται στη χώρα μας, σε 6% για φαρμακευτικά προϊόντα που συσκευάζονται στη χώρα μας και σε 9% για αυτά που εισάγονται με το επιχείρημα ότι στα παραγόμενα και συσκευαζόμενα προϊόντα η προσφορά ασφαλιστικών εισφορών είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τα εισαγόμενα⁷⁶. Τέλος, να εφαρμοστεί δυναμική τιμολόγηση αυξάνοντας τα ποσοστά του πρόσθετου κλιμακούμενου rebate σύμφωνα με τις πωλήσεις και μειώνοντας εμμέσως τις τιμές.

Όσον αφορά τη νομολογία, έχουν δημοσιευθεί μέχρι σήμερα πολλές αποφάσεις σχετικά με το μηχανισμό των αυτόματων επιστροφών. Το ΣτΕ έκρινε

⁷⁴ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, «Οι αποφάσεις ΣτΕ 2439-2445/2015 για τον μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (claw back) από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων» στο Το Δημόσιο Δίκαιο μέσα από τις αποφάσεις των Δικαστηρίων-3^ο Επιστημονικό Συνέδριο της Ένωσης Ελλήνων Δημοσιολόγων (ΕΕΔ) (επιμ. Βασίλης Τζέμος), Νομική Βιβλιοθήκη, 2016, σελ. 18-19.

⁷⁵ <https://www.pef.gr/oi-theseis-mas/rebate-clawback/>

⁷⁶ Ωστόσο, η διάκριση αυτή θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ποσοτικός περιορισμός ή μέτρο ισοδύναμου αποτελέσματος αντίθετη στο άρθρο 34 της ΣΛΕΕ περί ελεύθερης κυκλοφορίας των εμπορευμάτων στην ΕΕ (ΔΕΕ, C-267/1991, C-268/1991, Keck και Mithourart, S. 1993, ΣτΕ 318/2006 (Ολ.) (βλτε Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, «Οι αποφάσεις ΣτΕ 2439-2445/2015 για τον μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (claw back) από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων» στο Το Δημόσιο Δίκαιο μέσα από τις αποφάσεις των Δικαστηρίων-3^ο Επιστημονικό Συνέδριο της Ένωσης Ελλήνων Δημοσιολόγων (ΕΕΔ) (επιμ. Βασίλης Τζέμος), Νομική Βιβλιοθήκη, 2016, σελ. 18-19, υποσημ. 7).

αρχικά ότι ο μηχανισμός αυτός είναι «μέτρο προσωρινής ισχύος» για το χρονικό διάστημα από 1-1-2012 έως 31-12-2015 και στοχεύει «στη συγκράτηση της ετήσιας φαρμακευτικής δαπάνης εντός των ορίων του εκάστοτε προϋπολογισμού των φορέων κοινωνικής ασφάλισης». Ωστόσο, το μέτρο αυτό αρχικά παρατάθηκε μέχρι το 2018 και πλέον έχει παραταθεί μέχρι το 2022. Είναι δε ασαφές πότε ένα μέτρο κρίνεται ως προσωρινό και πότε όχι⁷⁷.

Επιπλέον, το ΣτΕ έχει αποφανθεί ότι τα μέτρα που ρυθμίζουν θέματα επιστροφής από τους παρόχους-προμηθευτές υπηρεσιών υγείας είτε με τη μορφή «αυτόματης επιστροφής» (clawback) είτε με τη μορφή κλιμακούμενου ποσοστού «επιστροφής» (rebate) έχουν χαρακτήρα «περιορισμού των χρηματικών απαιτήσεων των παρόχων (επιχειρήσεων ή ιδιωτών) κατά του ΕΟΠΥΥ και όχι φόρου ή κοινωνικής εισφοράς ως πόρου των φορέων κοινωνικής ασφάλισης και αποσκοπούν στον περιορισμό των δημοσίων δαπανών»⁷⁸. Η μειοψηφία⁷⁹ υποστηρίζει ότι η οικονομική επιβάρυνση των παρόχων-προμηθευτών υπηρεσιών υγείας έχει ως στόχο να ενισχύσει τους πόρους των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης και για το λόγο αυτό αποτελεί κοινωνικό πόρο⁸⁰.

⁷⁷ Με την υπ' αριθ. 2287/2015 απόφαση του για τις περικοπές των συντάξεων το ΣτΕ έκρινε ότι τα δύο πρώτα χρόνια της οικονομική κρίσης (2010-2012) ελήφθησαν από το Κράτος έκτακτα μέτρα για την περιστολή των δημόσιων δαπανών, τα οποία δεν ήταν αντίθετα με το Σύνταγμα και την ΕΣΔΑ. Αντίθετα, μετά τη πάροδο διετίας από την αρχή της οικονομικής κρίσης τα μέτρα αυτά δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ως σύμφωνα με το Σύνταγμα. Ο νομοθέτης δεδομένου ότι τα μέτρα αυτά δεν είχαν το προσδοκώμενο αποτέλεσμα όφειλε στο διάστημα αυτό να μελετήσει τις συνολικές επιπτώσεις των περικοπών αξιολογώντας την προσφορότητα και την καταλληλότητα τους (βλτ. Πατρίνα Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, «Οι αποφάσεις ΣτΕ 2439-2445/2015 για τον μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (claw back) από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων»ο.π., σελ. 21).

⁷⁸ ΣτΕ 3047/2017, ΣτΕ 2049/2017, ΣτΕ 2439/2015, ΝΟΜΟΣ.

⁷⁹ ΣτΕ 2439 έως 2445/2015, ΝΟΜΟΣ.

⁸⁰ Σύμφωνα με την άποψη της καθηγήτριας Πατρίνας Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη: Ως κοινωνικοί πόροι σύμφωνα με τη κρατούσα θεωρία και νομολογία νοούνται οι ειδικές οικονομικές επιβαρύνσεις των προσώπων που προορίζονται για ορισμένες από τον νόμο συναλλαγές υπέρ μίας ομάδας ασφαλισμένων έχοντας ουσιαστικά χαρακτήρα έμμεσων φόρων υπέρ τρίτων. Ως φόρος σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ νοείται οποιαδήποτε πληρωμή καταβάλλεται υποχρεωτικά στη γενική κυβέρνηση χωρίς να αντιστοιχεί σε κάποια συγκεκριμένη παροχή για τους βαρυνόμενους. Οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης είναι μέρος της γενικής κυβέρνησης, η αυτόματη επιστροφή είναι ένα μέτρο υποχρεωτικό το οποίο δεν συνεπάγεται για τους βαρυνόμενους κάποια παροχή αντίστοιχη με το ποσό που κατέβαλαν. Σύμφωνα με τη νομολογία του ΣτΕ και του ΑΠ χαρακτηρίζονται ως κοινωνικοί πόροι τα έσοδα των ασφαλιστικών οργανισμών που δεν σχετίζονται με την απασχόληση συγκεκριμένων προσώπων και τις αντίστοιχες αποδοχές αυτών. Από όλα τα ανωτέρω σε συνδυασμό με το ότι σε άλλες έννομες τάξεις ο μηχανισμός αυτόματης προσαρμογής χαρακτηρίζεται ως φόρος φαίνεται πιο ορθή η άποψη της μειοψηφίας ότι ο μηχανισμός αυτόματης προσαρμογής θεωρείται κοινωνικός πόρος. Δεν ισχύει το ίδιο για το κλιμακούμενο ποσοστό επιστροφής (rebate) καθώς αυτό είναι ήδη γνωστό στους παρόχους πριν να εκδοθούν τα αντίστοιχα τιμολόγια και μπορεί να χαρακτηριστεί ως περιορισμός των χρηματικών τους απαιτήσεων (βλτ. Πατρίνα Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, «Οι αποφάσεις ΣτΕ 2439-2445/2015 για τον μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (claw back) από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων»ο.π., σελ. 22).

Σύμφωνα με το ΣτΕ, τα ανωτέρω μέτρα δεν αντίκεινται⁸¹ στο Σύνταγμα, στο άρθρο 1 του Πρώτου Πρόσθετου Πρωτοκόλλου της ΕΣΔΑ και στα άρθρα 11 και 13 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη. Επιπλέον, δεν αντίκεινται στις περί της ελεύθερης κυκλοφορίας των εμπορευμάτων, ελευθερίας εγκαταστάσεως και ελεύθερης παροχής υπηρεσιών διατάξεις της ΣΛΕΕ, στους «ενωσιακούς» κανόνες περί ανταγωνισμού, στις διατάξεις της Οδηγίας 89/105/ΕΟΚ «σχετικά με την κάλυψη των μέτρων που ρυθμίζουν τον καθορισμό των τιμών των φαρμάκων για ανθρώπινη χρήση και την κάλυψη του κόστους τους στα πλαίσια των εθνικών ασφαλιστικών συστημάτων υγείας» καθώς και στις αρχές της ισότητας και της αναλογικότητας.

Χαρακτηριστικά, σύμφωνα με την υπ' αριθ. 101/2019 απόφαση του ΣτΕ σχετικά με τον περιορισμό της φαρμακευτικής δαπάνης από εξωνοσοκομειακές πωλήσεις φαρμάκων προς χρήση των ασφαλισμένων των ΦΚΑ κατά το άρθρο 11 του Ν 4052/2012, το μέτρο αυτό στοχεύει στον εξορθολογισμό των φαρμακευτικών δαπανών και στην επίτευξη οικονομικής ισορροπίας και βιωσιμότητας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης συμβάλλοντας στη προστασία των ασφαλισμένων και της δημόσιας υγείας και στη διατήρηση του κύκλου εργασιών των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται σε αυτό το χώρο. Για το λόγο αυτό και δεδομένου ότι δεν είναι απρόσφορο ή μη αναγκαίο για την επίτευξη του επιδιωκόμενου σκοπού δημοσίου συμφέροντος δεν αντίκειται στα άρθρα 4 παρ. 1 και 5, 25 παρ. 4, 5 παρ. 1, 106 παρ. 1 και 2, 21 παρ. 3, 22 παρ. 5 του Συντάγματος καθώς και στα άρθρα 11 και 12 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη και τις αρχές της ισότητας και της αναλογικότητας.

Επιπλέον, σύμφωνα με την ανωτέρω απόφαση, δεν υφίσταται εναρμόνιση σε κοινοτικό επίπεδο σχετικά με τις προϋποθέσεις των παροχών κοινωνικής ασφάλισης και συνεπακόλουθα ως προς το μέγεθος του δημοσιονομικού κόστους. Το δίκαιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης δεν απαγορεύει τη θέσπιση περιορισμών στη δημόσια φαρμακευτική δαπάνη, τις εκπτώσεις ή τον περιορισμό των χρηματικών απαιτήσεων των επιχειρήσεων. Για το λόγο αυτό ο μηχανισμός αυτόματης επιστροφής (claw back) δεν αντίκειται στις διατάξεις της Οδηγίας 89/105/ΕΟΚ.

Παράλληλα, το ύψος της φαρμακευτικής δαπάνης των ΦΚΑ βρίσκεται υπό παρακολούθηση και οι πάροχοι επιβαρύνονται ανά έξι μήνες εφόσον υπάρξει

⁸¹ ΣτΕ 109/2019, ΣτΕ 334/2019, ΣτΕ 867/2019, ΣτΕ 869/2019, ΣτΕ 3047/2017, ΣτΕ 2049/2017 ΝΟΜΟΣ.

υπέρβαση του προϋπολογισμού των ΦΚΑ και αφού συλλεχθούν από δημόσιες υπηρεσίες τα απαραίτητα στοιχεία. Για το λόγο αυτό δεν αντίκειται το μέτρο στο άρθρο 5 Α του Συντάγματος σχετικά με το δικαίωμα στην πληροφόρηση, διαφάνεια και φανερή δράση της διοίκησης.

Τέλος, σύμφωνα με την υπ' αριθ. 2036/2019 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών⁸² τα μέτρα (claw back και rebate) δεν αντίκεινται στο άρθρο 1 του Πρώτου Πρόσθετου Πρωτοκόλλου της ΕΣΔΑ. Τα μέτρα αυτά εξυπηρετούν σκοπό «επιτακτικού δημοσίου συμφέροντος, συνιστάμενου στην προστασία της δημοσιονομικής ισορροπίας και της περιουσίας του Κράτους υπό ευρεία έννοια»⁸³. Η δε επιβάρυνση του προσφεύγοντος εξετάζεται κάθε φορά ανάλογα με την έκταση της και στην κρινόμενη περίπτωση δεν έχει τόσο μεγάλη έκταση ώστε να προσβάλει τον πυρήνα της αξίωσης⁸⁴ διαταράσσοντας την εφαρμογή της αρχής της δίκαιης ισορροπίας μεταξύ του γενικού συμφέροντος το οποίο αφορά το κοινωνικό σύνολο και των αξιώσεων σχετικά με την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ατόμου⁸⁵ που θα είχαν ως αποτέλεσμα να αντίκειται στο άρθρο 1 του ΠΠΠ της ΕΣΔΑ. Επιπλέον, δεν προκύπτει όπως θα έπρεπε άμεση αιτιώδης σχέση μεταξύ της επιβάρυνσης λόγω των επίμαχων μέτρων και της μη κερδοφόρας λειτουργίας της επιχείρησης δεδομένου ότι ο πάροχος υπηρεσιών υγείας έχει σε κάθε περίπτωση γνώση σχετικά με τις επικείμενες επιβαρύνσεις και αποδέχεται τον επιχειρηματικό κίνδυνο παραμένοντας συμβεβλημένος με τον ΕΟΠΥΥ.

Σύμφωνα με τη γνώμη της μειοψηφίας, στη κρινόμενη περίπτωση η επιβάρυνση του παρόχου υπηρεσιών υγείας λόγω των ανωτέρω μέτρων υπολογιζόταν σε ποσοστό 47,31 %. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η επιχείρηση του παρόχου να σημειώσει ζημία, ο περιορισμός των χρηματικών του απαιτήσεων να ξεπερνά το μέτρο και να παραβιάζεται η αρχή της δίκαιης ισορροπίας μεταξύ του γενικού συμφέροντος που αφορά το κοινωνικό σύνολο και των αξιώσεων για την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων του σε αντίθεση με το άρθρο 1 του ΠΠΠ της ΕΣΔΑ.

⁸² ΔιοκΕφΑθ 2036/2019, ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ.

⁸³ <https://www.ddikastes.gr/node/4531>

⁸⁴ ΣτΕ 2839/2017, ΝΟΜΟΣ.

⁸⁵ ΣτΕ 3564/2015, ΝΟΜΟΣ.

Στην ίδια λογική εξοικονόμησης των δαπανών υγείας κινούνται μια σειρά από μεταρρυθμίσεις που αφορούν την αγορά φαρμάκου⁸⁶ και επηρεάζουν τη σχέση του ΕΟΠΥΥ με τους προμηθευτές υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Στα μέτρα αυτά περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης εντάσσονται η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, η προώθηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων και η θετική λίστα φαρμάκων.

Σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 5 του Ν 4052/2012 και την υπ' αριθ. ΔΥΓ3(α)/οικ.ΓΥ/149/1.3.2012 απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης «Εφαρμογή συνταγογράφησης με Δραστική Ουσία», από την 1^η Απριλίου 2012 οι γιατροί που συνταγογραφούν για λογαριασμό των ΦΚΑ οφείλουν να συνταγογραφούν τους ασφαλισμένους χρησιμοποιώντας αποκλειστικά τη χημική ονομασία (δραστική ουσία) των φαρμάκων των δέκα μεγαλύτερων σε κατανάλωση δραστικών ουσιών για τις οποίες υπάρχουν φάρμακα με δίπλωμα ευρεσιτεχνίας και γενόσημα, εξαιρουμένων αυτών για τις χρόνιες παθήσεις. Οι συγκεκριμένες δραστικές ουσίες καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Από την 1^η Ιουνίου 2012 η συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία είναι υποχρεωτική και καθολική. Από τον ΕΟΦ καταρτίζεται κατάλογος με τις χημικές ονομασίες των δραστικών ουσιών και τα εμπορικά ονόματα των φαρμάκων. Ο Υπουργός Υγείας με απόφασή του μπορεί να καθορίζει μειωμένο ποσοστό συμμετοχής των ασφαλισμένων στην φαρμακευτική περίθαλψη στην περίπτωση που εφόσον συναινεί ο ασφαλισμένος του χορηγείται φαρμακευτικό προϊόν το οποίο έχει όμοια δραστική περιεκτικότητα και φαρμακοτεχνική μορφή με το συνταγογραφημένο από τον γιατρό αλλά είναι φθηνότερο. Προκειμένου να εφαρμοστεί αυτό το μέτρο δίνεται στον φαρμακοποιοό η δυνατότητα χορήγησης του φθηνότερου φαρμακευτικού προϊόντος. Αν ο ασφαλισμένος επιλέξει να πάρει ακριβότερο φάρμακο ο φορέας κοινωνικής ασφάλισης αποζημιώνει το φθηνότερο και ο ασφαλισμένος θα πρέπει να πληρώσει ο ίδιος τη διαφορά της τιμής. Έτσι με τις ανωτέρω διατάξεις εισήχθη σύστημα υποχρεωτικής συνταγογράφησης σύμφωνα με τη δραστική ουσία του φαρμάκου⁸⁷ και

⁸⁶ Σ. Ξανθοπούλου, Κ. Κατσαλιάκη, «Αξιολόγηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2016 στο <https://www.mednet.gr/archives/2016-5/pdf/583.pdf>, Στέλλα Χριστοφορίδου, Επίκαιρα ζητήματα προστασίας της δημόσιας υγείας, ΘΠΔΔ 4-5/2018, σελ. 485-488.

⁸⁷ International Nonproprietary Name (I.N.N.) prescribing.

όχι την ονομασία του στο εμπόριο και σύστημα υποκατάστασης των φαρμάκων με άλλα φθηνότερα με όμοια δραστική περιεκτικότητα και φαρμακοτεχνική μορφή⁸⁸

Όσον αφορά τα γενόσημα φάρμακα πρέπει να σημειωθεί ότι αυτά είναι «νόμιμα (επιτρεπόμενα) αντίγραφα αρχέτυπων φαρμακευτικών σκευασμάτων»⁸⁹. Η παραγωγή και η εμπορευματοποίηση των γενοσήμων είναι επιτρεπτή όταν είτε έχει λήξει η προστασία του αρχέτυπου σκευάσματος με δικαίωμα βιομηχανικής ιδιοκτησίας είτε κάποια χώρα δεν προβλέπει τέτοια προστασία. Στην τιμή των γενοσήμων δεν εμπεριέχεται το χρηματικό ποσό που καταβάλλεται για την προστασία της βιομηχανικής ιδιοκτησίας και έτσι τα γενόσημα φάρμακα έχουν μειωμένο κόστος συγκριτικά με τα αρχέτυπα. Για το λόγο αυτό υποστηρίζεται ότι η κυκλοφορία τους στην αγορά θα συντελέσει στον περιορισμό των δαπανών και του κόστους των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης. Στη συνείδηση πάντως αρκετών καταναλωτών τα γενόσημα φάρμακα θεωρούνται λιγότερο ασφαλή σε σύγκριση με τα αρχέτυπα.

Σύμφωνα με τη νομολογία⁹⁰, η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία δεν παραβιάζει τα άρθρα 5 παρ. 1, 21 παρ. 3 και 25 του Συντάγματος. Η παραγωγή και η κυκλοφορία των γενοσήμων φαρμάκων χαρακτηρίζεται από εγγυήσεις ασφάλειας οι οποίες είναι ανάλογες με τις εγγυήσεις που ισχύουν για τα φάρμακα αναφοράς. Αναφέρονται δε και στις δραστικές και άλλες ουσίες που εισάγονται από τρίτες χώρες και με τη χρήση των οποίων παράγονται και προϊόντα αναφοράς. Η επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού δεν επηρεάζεται από την υποχρέωσή του να συνταγογραφεί με βάση την δραστική ουσία. Εξάλλου, ο ιατρός έχει δικαίωμα να υποδεικνύει στον ασθενή του συγκεκριμένο φάρμακο αναφοράς, το οποίο κρίνει πιο κατάλληλο. Επιπλέον, η ρύθμιση αυτή δεν αντίκειται στο κοινοτικό δίκαιο ούτε παραβιάζει το άρθρο 4 του Συντάγματος. Τέλος, δεν είναι αναγκαίο να διενεργηθεί μελέτη για το αν η διάθεση φαρμάκων με βάση τη δραστική ουσία εγκυμονεί κινδύνους για τη δημόσια υγεία.

Τέλος, μέτρο για τον περιορισμό των δαπανών είναι η θετική λίστα φαρμάκων η οποία συνδέεται ουσιαστικά με την αποζημίωση της φαρμακευτικής δαπάνης από τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης.

⁸⁸ Generic substitution.

⁸⁹ Βασιλείος Σ. Καραγιάννης, Το Δίκαιο των Γενοσήμων Φαρμάκων, Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, σελ. 1-3.

⁹⁰ ΣτΕ (Ολομ.)3802/2014 ΝΟΜΟΣ.

Η θετική λίστα περιλαμβάνει φάρμακα τα οποία μπορούν να συνταγογραφούνται και το κόστος τους καλύπτεται από τον ΕΟΠΥΥ ενώ η αρνητική λίστα περιλαμβάνει φάρμακα που μπορούν να συνταγογραφούνται αλλά δεν αποζημιώνονται από τον ΕΟΠΥΥ⁹¹. Το σύστημα της θετικής λίστας εφαρμοζόταν έως το 2006 με τη μορφή καθολικής αποζημίωσης και την πρόβλεψη ελάχιστων εξαιρέσεων. Η εφαρμογή αυτού του συστήματος δεν είχε τα προσδοκώμενα αποτελέσματα καθώς περιελάμβανε μεγάλο αριθμό φαρμάκων, δημιουργούσε μεγάλες καθυστερήσεις στην έγκριση νέων φαρμάκων και μπορούσε να παρακαμφθεί εύκολα από τους γιατρούς⁹². Καταργήθηκε με τον Ν3457/2006 ενώ τέθηκε ξανά σε ισχύ με το Ν3816/ 2010 έχοντας βελτιωθεί τόσο λειτουργικά όσο και οργανωτικά⁹³.

Σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ. 1 του Ν 3816/2010, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει μέχρι σήμερα, «1. α. Το Δημόσιο, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και κάθε φορέας και κλάδος ασφάλισης δικαιούχων περίθαλψης εγκρίνουν και εξοφλούν ιατρικές συνταγές μόνο εφόσον αυτές περιλαμβάνουν φάρμακα που περιέχονται σε κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων και μόνο για τις εγκεκριμένες ενδείξεις, όπως αυτές καθορίζονται στην περίληψη χαρακτηριστικών του φαρμακευτικού προϊόντος. Το Δημόσιο, οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης και κάθε φορέας και κλάδος ασφάλισης δικαιούχων περίθαλψης δεν εγκρίνουν και δεν εξοφλούν ιατρικές συνταγές που περιλαμβάνουν φαρμακευτικά προϊόντα που χορηγούνται και χωρίς ιατρική συνταγή σύμφωνα με την άδεια κυκλοφορίας τους που χορηγείται από τον Ε.Ο.Φ.....β. Για την κατάρτιση, την αναθεώρηση και τη συμπλήρωση του καταλόγου εφαρμόζεται σύστημα κατάταξης φαρμακευτικών προϊόντων, σύμφωνα με το σύστημα Ανατομικής Θεραπευτικής Χημικής Κατηγοριοποίησης (Anatomic Therapeutic Chemical Classification - ATC) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) και εισάγεται σύστημα τιμών αναφοράς (T.A.) ανά κατηγορία φαρμακευτικών προϊόντων. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και οι Φ.Κ.Α. αποζημιώνουν τα φάρμακα που τελούν σε περίοδο προστασίας των δεδομένων τους ως προς τη δραστική τους ουσία και έχουν πάρει άδεια κυκλοφορίας.....»

⁹¹ Κυρίως είναι βοηθητικά σκευάσματα, τα οποία δεν έχουν κάποιο ιδιαίτερο αποτέλεσμα ή αξία ως μέσα θεραπείας.

⁹² Δήλωση Ιωάννης Τούντας Πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων, 2011 στο <https://www.in.gr/2011/03/17/plus/afieromata/lista-farmakwn-2/>.

⁹³ Βασίλειος Σ. Καραγιάννης, Το Δίκαιο των Γενόσημων Φαρμάκων, Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, σελ. 43-46.

Αξίζει να σημειωθεί στο σημείο αυτό η θέση του ΔΕΚ, ήδη από πολύ νωρίς, σχετικά με το κατά πόσο είναι συμβατές με τις διατάξεις για την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων οι εθνικές νομοθεσίες που αποκλείουν κάποια φάρμακα από το σύστημα αποζημίωσης των φαρμακευτικών δαπανών από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς⁹⁴. Με την απόφαση της 7^{ης} Φεβρουαρίου 1984, Duphar BV και λοιποί κατά ολλανδικού δημοσίου⁹⁵ το ΔΕΚ έκρινε ότι δεν προσβάλλεται από το κοινοτικό δίκαιο η εξουσία που έχουν τα κράτη μέλη να ρυθμίζουν την κατανάλωση των φαρμακευτικών προϊόντων προκειμένου να εξασφαλίσουν την οικονομική ισορροπία των ασφαλιστικών τους συστημάτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης.

Οι διατάξεις που θεσπίζονται από την εθνική νομοθεσία και αποκλείουν τη χορήγηση στους ασφαλισμένους συγκεκριμένων φαρμάκων τα οποία δεν αποζημιώνονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς είναι σύμφωνη με το άρθρο 30 της Συνθήκης ΕΟΚ (νυν 34 ΣΛΕΕ) υπό την προϋπόθεση ότι τα φάρμακα που αποκλείονται επιλέγονται χωρίς να έχει προηγηθεί διάκριση λόγω της καταγωγής των προϊόντων και με αντικειμενικά κριτήρια τα οποία δύναται να ελεγχθούν όπως είναι η ύπαρξη στην αγορά άλλων προϊόντων με το ίδιο θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά φθηνότερων, η ελεύθερη διάθεση των προϊόντων αυτών στο εμπόριο χωρίς ιατρική συνταγή ή ο χαρακτηρισμός τους ως προϊόντων για τα οποία δεν αποδίδονται τα έξοδα για λόγους φαρμακοθεραπευτικής φύσεως που δικαιολογούνται από την προστασία της δημόσιας υγείας. Επιπλέον, πρέπει να είναι εφικτή η τροποποίηση των πινάκων με βάση τα προβλεπόμενα κριτήρια.

Το άρθρο 36 της Συνθήκης ΕΟΚ (νυν 36 ΣΛΕΕ) δεν αφορά μέτρα οικονομικής φύσεως και για το λόγο αυτό δεν γίνεται να δικαιολογήσει μέτρα δημοσιονομικού χαρακτήρα με στόχο να μειωθούν οι δαπάνες λειτουργίας του ασφαλιστικού συστήματος στον τομέα της υγείας.

⁹⁴ Βασίλειος Σ. Καραγιάννης, Το Δίκαιο των Γενόσημων Φαρμάκων, Νομική Βιβλιοθήκη, 2013, σελ. 41.

⁹⁵ ΔΕΚ C-238/82- Duphar BV και λοιποί κατά ολλανδικού δημοσίου. Αφορούσε την έκδοση προδικαστικής απόφασης ως προς την ερμηνεία των άρθρων 3,5,30,34,36,85,86 της Συνθήκης και των οδηγιών 65/65 και 75/319 του Συμβουλίου που αφορούσαν διατάξεις σχετικά με τα φαρμακευτικά ιδιοσκευάσματα με αφορμή διάταγμα που εξέδωσε στις 22/7/1982 ο Ολλανδός Υπουργός Υγιεινής και Περιβάλλοντος με στόχο τη μείωση των φαρμακευτικών δαπανών που βάρυναν το ασφαλιστικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και με το οποίο απαριθμούνταν λίστα φαρμάκων τα οποία δικαιούταν ο ασφαλισμένος ή δικαιούταν υπό όρους αποκλείοντας ορισμένα άλλα φάρμακα.

Το άρθρο 34 της Συνθήκης ΕΟΚ (νυν 35 ΣΛΕΕ) αφορά τα εθνικά μέτρα που έχουν ως αντικείμενο ή αποτέλεσμα τον περιορισμό των εξαγωγών με την εισαγωγή διαφορετικής μεταχείρισης για το εσωτερικό και το εξαγωγικό εμπόριο ενός κράτους μέλους εξασφαλίζοντας ιδιαίτερο πλεονέκτημα στην εθνική παραγωγή ή στην εσωτερική αγορά του κράτους.

II) Βιωσιμότητα και έλεγχος του ΕΟΠΥΥ

Η οικονομική βιωσιμότητα του ΕΟΠΥΥ προκύπτει μέσα από τη σύγκριση της θέσης στην οποία βρίσκεται οικονομικά με τα έσοδα που αναμένει και τα έξοδα που οφείλει. Σημαντικοί πόροι για τη προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας από τον ΕΟΠΥΥ είναι οι ασφαλιστικές εισφορές. Για να εξεταστεί το ζήτημα της βιωσιμότητας πρέπει να προσδιοριστούν οι δικαιούχοι των προμηθειών, το μέγεθος των εισφορών και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης (Α). Βέβαια, ο ΕΟΠΥΥ ως νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου επιφορτισμένο με την ασφάλιση υγείας πρέπει να ελέγχει και να ελέγχεται, γενικά αλλά και ειδικά κατά τη προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Ο έλεγχος (Β) προς τον ΕΟΠΥΥ προέρχεται από το κράτος, ελεγκτικά όργανα, τους προμηθευτές και τους ασφαλισμένους. Ο έλεγχος από τον ΕΟΠΥΥ (Β) ασκείται κυρίως στους προμηθευτές.

A) Οι δικαιούχοι των προμηθειών, οι εισφορές και η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης.

Δικαιούχοι των υπηρεσιών και των αγαθών υγείας που προμηθεύεται ο ΕΟΠΥΥ είναι⁹⁶ οι άμεσα ασφαλισμένοι στους Κλάδους Υγείας των Ασφαλιστικών Ταμείων που έχουν ενταχθεί στον ΕΟΠΥΥ, τα μέλη της οικογένειάς τους σύμφωνα με όσα ορίζονται κάθε φορά στο νόμο και τους κανονισμούς των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης, όσοι υπάγονται στην εφαρμοστέα νομοθεσία του ΕΟΠΥΥ ως αρμόδιου φορέα του τύπου διαμονής ή κατοικίας δυνάμει των Κανονισμών ΕΚ/883/2004 και ΕΚ/987/2009⁹⁷ καθώς και κάθε πολίτης ο οποίος αν και έχει απολέσει την ασφαλιστική του κάλυψη δικαιούται περίθαλψης κατά τα οριζόμενα στη νομοθεσία.

Από 1/1/2017 η ασφαλιστική εισφορά υπέρ υγειονομικής περίθαλψης των μισθωτών⁹⁸ και των λοιπών κατηγοριών που έχουν υπαχθεί στον ΕΟΠΥΥ ορίζεται σε ποσοστό 7,10 % επί των πάσης φύσεως αποδοχών και όσον αφορά τις παροχές ασθένειας σε είδος κατανέμεται για αυτές ποσοστό 6,45% από το οποίο με το 2,15 % βαρύνεται ο ασφαλισμένος και με το 4,30% βαρύνεται ο εργοδότης. Η ασφαλιστική εισφορά υπέρ υγειονομικής περίθαλψης των ελεύθερων επαγγελματιών⁹⁹, των ανεξάρτητα απασχολούμενων που υπάγονται στον ΕΟΠΥΥ αντιστοιχεί σε ποσοστό 6,95% επί του ασφαλιστέου εισοδήματός τους, βαρύνει αποκλειστικά αυτούς και για τις παροχές σε είδος κατανέμεται κατά 6,45 %. Η εισφορά υγειονομικής περίθαλψης υπέρ ΕΟΠΥΥ των συνταξιούχων¹⁰⁰ για παροχές ασθένειας σε είδος ορίζεται σε ποσοστό 6%.

Οι παροχές υγείας δηλαδή οι υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας ορίζονται στο άρθρο 1 του ΕΚΠΥ¹⁰¹ και εξειδικεύονται λεπτομερώς σε άλλα άρθρα του ΕΚΠΥ. Οι

⁹⁶ Άρθρο 2 ΕΚΠΥ.

⁹⁷ Οι Κανονισμοί αυτοί αφορούν των συντονισμό των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας και των όρων των διμερών συμφωνιών κοινωνικής ασφάλειας.

⁹⁸ Άρθρο 41 παρ. 1 Ν 4387/2016.

⁹⁹ Άρθρο 41 παρ. 2 Ν 4387/2016.

¹⁰⁰ Άρθρο 44 Ν 4387/2016.

¹⁰¹ Οι παροχές υγείας είναι οι εξής:

- α) η πρόληψη και η προαγωγή της υγείας,
- β) η πρωτοβάθμια περίθαλψη, με τις διαγνωστικές και θεραπευτικές της πράξεις,
- γ) οι φυσιοθεραπευτικές πράξεις,
- δ) η λογοθεραπεία, η εργοθεραπεία και η ψυχοθεραπεία σε ενήλικες,
- ε) η φαρμακευτική περίθαλψη,
- στ) η οδοντιατρική περίθαλψη (προληπτική, θεραπευτικής, προσθετική),
- ζ) η λογοθεραπεία, η εργοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία σε Παιδιά και Εφήβους,
- η) η νοσοκομειακή περίθαλψη,
- θ) η αποζημίωση αποκλειστικής νοσοκόμας σε δημόσια νοσοκομεία,
- ι) η αποζημίωση μετακίνησης ασθενών για ιατρικό σκοπό,

παροχές ασθένειας σε είδος χορηγούνται στους ασφαλισμένους και τα μέλη της οικογένειας τους για χρονικό διάστημα ενός έτους που ξεκινά από την 1^η Μαρτίου κάθε έτους και ανάλογα με τις ημέρες ασφάλισης τους¹⁰². Έτσι, για παράδειγμα για την περίοδο 1/3/2019 έως 29/2/2020 οι παροχές ασθένειας σε είδος χορηγούνται από τον ΕΟΠΥΥ¹⁰³ στον άμεσα ασφαλισμένο και στα μέλη της οικογένειας του υπό την προϋπόθεση της πραγματοποίησης από τον ασφαλισμένο μισθωτό 50 τουλάχιστον ΗΑ κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος ή κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο πριν από την ημερομηνία προσέλευσης ή επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου και για τον ασφαλισμένο μη μισθωτό τη συμπλήρωση τουλάχιστον δύο μηνών ασφάλισης κατά το προηγούμενο ημερολογιακό έτος ή κατά το τελευταίο δωδεκάμηνο πριν από την ημερομηνία προσέλευσης ή επέλευσης του ασφαλιστικού κινδύνου και εφόσον έχουν καταβληθεί οι απαιτούμενες ασφαλιστικές εισφορές κατά τον Ν 4387/2016. Οι ΗΑ από την 1.1.2009 έχουν μια αύξηση κατά δέκα κάθε έτος και φτάνουν τις 100 ΗΑ για τους κοινούς ασφαλισμένους και τις 80 ΗΑ για τους εργαζομένους σε οικοδομοτεχνικά έργα. Η παροχή της ιατρικής περίθαλψης διαρκεί για όσο χρόνο διαρκεί η ασθένεια ακόμη και αν στο ενδιάμεσο διάστημα έπαυσαν να συγκεντρώνονται στο πρόσωπο του ασφαλισμένου οι απαραίτητες προϋποθέσεις. Για την παροχή νέας περίθαλψης πρέπει ο ασφαλισμένος να πληροί όλες τις προϋποθέσεις.

Λόγω των οικονομικών συνθηκών της χώρας μας και της ανεργίας υπάρχουν ομάδες εργαζομένων οι οποίοι δεν μπορούν να ασφαλισθούν. Προκειμένου να

ια) η αποζημίωση δαπανών τοκετού,
ιβ) η ιατρικός υποβοηθούμενη αναπαραγωγή,
ιγ) οι παροχές υγείας σε είδος σε κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.) και λοιπές χώρες,
ιδ) η αποζημίωση θεραπευτικών μέσων και προθέσεων, τεχνικών μέσων υγείας-πρόσθετη περίθαλψη,
ιε) η αποζημίωση της λουτροθεραπείας, η χορήγηση επιδόματος αεροθεραπείας και κάθε άλλης αποζημίωσης έπειτα από σχετική απόφαση του ΔΣ του ΕΟΠΥΥ ή την έκδοση σχετικού νόμου,
ιστ) οι θεραπείες αποκατάστασης σε εξωτερικούς και νοσηλευόμενους ασθενείς.
Με τον όρο (άρθρο 2 ΕΚΠΥ) περίθαλψη εννοούνται οι υπηρεσίες και οι πράξεις που πραγματοποιούνται από τους επαγγελματίες υγείας ή τους φορείς φροντίδας υγείας για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία μιας νόσου και την αποκατάσταση της υγείας. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αφορά πράξεις οι οποίες απαιτούν νοσηλεία και διενεργούνται στις προβλεπόμενες από τη νομοθεσία δομές. Η φαρμακευτική περίθαλψη αφορά τη χορήγηση φαρμάκων για την αποκατάσταση της υγείας, ουσιών για τη διάγνωση νόσων, χορήγηση αναγκαίων θεραπευτικών μέσων.

¹⁰² Οι ΟΚΑ οι οποίοι δεν είναι ενταγμένοι στον ΕΟΠΥΥ χορηγούν τις παροχές σε είδος σύμφωνα με τη νομοθεσία τους. Είναι υποχρεωμένοι όμως να χορηγούν παροχές ασθένειας οι οποίες δεν είναι λιγότερες ούτε σε ύψος ούτε σε έκταση από αυτές που χορηγούνται από το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ (άρθρο 34 παρ. 2 Ν. 2084/1992). Επομένως και αυτοί οι ΟΚΑ οφείλουν να χορηγούν κατ' ελάχιστο τις παροχές σε είδος οι οποίες δικαιολογούνται από τον ΕΚΠΥ.

¹⁰³ Άρθρο 31 ΑΝ 1846/1951, Άρθρο 31 Ν 4611/2019.

αντιμετωπισθούν τέτοια ζητήματα σε ορισμένες περιπτώσεις μειώνεται ο αριθμός των απαιτούμενων ημερών ασφάλισης¹⁰⁴.

Η ασφαλιστική ικανότητα των δικαιούχων βεβαιώνεται μέσα από έλεγχο στην ηλεκτρονική διασύνδεση των συστημάτων των Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης. Επιπλέον, η απόκτηση δικαιώματος στις παροχές υγειονομικής περίθαλψης πιστοποιείται ηλεκτρονικά αφού ο ασφαλισμένος επιδείξει έγκυρο βιβλιάριο.

Η αναγκαία προστασία περιορίζεται¹⁰⁵ με τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στις δαπάνες υγείας η οποία καθορίζεται κάθε φορά κατά περίπτωση από τον ΕΚΠΥ. Οι δικαιούχοι στην περίπτωση που λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας ή νοσηλείας σε συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ ιδιωτικές δομές περίθαλψης υποχρεούνται μόνο στη πρόσθετη οικονομική επιβάρυνση που προβλέπεται στο Κανονισμό. Επιπλέον, η αναγκαία προστασία περιορίζεται όταν καθορίζονται χρονικοί ή άλλοι περιορισμοί σχετικά με την προμήθεια των παροχών ιατρικής περίθαλψης¹⁰⁶.

Επιπλέον, με τον νόμο 4368/2016 και την ΚΥΑ Α3 (γ)/ΓΠ/οικ. 25132/4-4-2016 για πρώτη φορά οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες έχουν δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης¹⁰⁷.

Πρόκειται για σημαντική αλλαγή καθώς κατά το προηγούμενο καθεστώς η πρόσβαση στο δημόσιο σύστημα υγείας είχε ως προϋπόθεση την ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης, ήταν δωρεάν μόνο για τα επείγοντα περιστατικά και όχι για όλους τους πολίτες. Ενώ, όσοι δεν ήταν δικαιούχοι ασφάλισης ασθένειας μέσω του ΕΟΠΥΥ καλύπτονταν σε επίπεδο νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης από την πρόνοια ως οικονομικά αδύναμοι¹⁰⁸. Η προνοιακή προστασία είχε συμπληρωματική λειτουργία με την ασφάλιση και την οικογενειακή αλληλεγγύη¹⁰⁹

¹⁰⁴ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 465-466. Πχ. Άρθρο 35 Ν 3996/2011, άρθρο 5 παρ. 4 Ν 2768/1999, άρθρο 30 Ν 4320/2015.

¹⁰⁵ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 463-464.

¹⁰⁶ Για παράδειγμα στο άρθρο 32 παρ. 3δ του ΕΚΠΥ προβλέπεται ότι εάν ένα περιστατικό αντιμετωπίζεται σε κάποια χώρα της Ε.Ε. αλλά ο ασφαλισμένος επιθυμεί τη νοσηλεία του σε άλλη χώρα ευρωπαϊκή ή μη, ο Οργανισμός καλύπτει μόνο το 20% του συνόλου των δαπανών νοσηλείας, μετάβασης ή επιστροφής και διαμονής-διατροφής ασθενούς ή και του συνοδού του έπειτα από την υποβολή των νόμιμων παραστατικών.

¹⁰⁷ <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anaptyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>

¹⁰⁸ ΝΔ 57/1973.

¹⁰⁹ Άγγελος Στεργίου, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 169.

Βασική αλλαγή του Ν. 4368/2016 ήταν ότι εξισώθηκε το δικαίωμα πρόσβασης στο δημόσιο σύστημα υγείας των ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου¹¹⁰. Οι ανασφάλιστοι δικαιούνται ότι και οι ασφαλισμένοι. Έχουν δωρεάν πρόσβαση σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας, μπορούν να διενεργούν δωρεάν νοσηλευτικές και διαγνωστικές πράξεις, χειρουργεία που έχουν προγραμματιστεί, οδοντιατρικές εργασίες. Μπορούν να απολαμβάνουν δωρεάν μαιευτική περίθαλψη, τη πρόληψη και τη προαγωγή της υγείας τους, ιατρικά βοηθήματα και αναλώσιμα υλικά ενώ δικαιούνται σε αρκετές περιπτώσεις φαρμακευτική αγωγή με μηδενική συμμετοχή. Για την παροχή αυτών των υπηρεσιών απαιτείται να κατέχουν ΑΜΚΑ αν είναι Έλληνες ή διαμένουν μόνιμα στην Ελλάδα και Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (Κ.Υ.Π.Α.) αν διαμένουν παράνομα στην Ελλάδα αλλά ανήκουν σε κάποια ευάλωτη ομάδα. Ο ΕΟΠΥΥ ως αγοραστής υπηρεσιών και αγαθών υγείας καλύπτει τις ανωτέρω δαπάνες υγείας για τους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες¹¹¹.

Ειδικότερα, για την φαρμακευτική περίθαλψη είχε ήδη προστεθεί στους σκοπούς του ΕΟΠΥΥ¹¹² η παροχή φαρμακευτικής περίθαλψης σε ασφαλισμένους οι οποίοι απώλεσαν την ασφαλιστική τους ικανότητα και δεν δικαιούνται υπηρεσιών φαρμακευτικής περίθαλψης από οποιονδήποτε Φορέα Κοινωνικής Ασφάλισης. Οι δικαιούχοι μπορούν να προμηθεύονται φάρμακα από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και τα ιδιωτικά φαρμακεία που είναι συμβεβλημένα με τον ΕΟΠΥΥ. Τα φάρμακα υψηλού κόστους τα οποία ανήκουν στις κατηγορίες φαρμάκων του άρθρου 12 παρ. 2 α Ν 3816/2010 χορηγούνται μόνο από τα Νοσοκομεία και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ και η συμμετοχή των δικαιούχων είναι μηδενική¹¹³. Κατά τ' άλλα, οι ανασφάλιστοι υποχρεούνται να καταβάλλουν για φάρμακα τις ίδιες συμμετοχές με τους ασφαλισμένους ενώ δικαιούνται μηδενικής συμμετοχής όταν το

¹¹⁰ <https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>

¹¹¹ Αν υπάρχει ιδιωτική ασφάλιση υγείας ή έχει παραταθεί η ασφαλιστική κάλυψη επιτρέπεται η πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας εφόσον για το συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας απαιτείται άμεση νοσηλευτική ή διαρκής ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή υπάρχει εγκυμοσύνη που δεν καλύπτεται από την ασφάλιση.

¹¹² Άρθρο 8 παρ. 1 Ν. 4238/2014.

¹¹³ Εγκύκλιος Α3γ/2016: ΕΓΚ. ΥΠ. ΥΓΕΙΑΣ: 21-7-2016: Φαρμακευτική κάλυψη των ανασφάλιστων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

εισόδημα τους ή η αξία της ακίνητης περιουσίας τους ή οι καταθέσεις τους δεν υπερβαίνουν το καθοριζόμενο κάθε φορά όριο¹¹⁴.

Η διεύρυνση των δικαιούχων και η έκταση των παροχών είναι αμφιλεγόμενη. Από τη μία, το Σύνταγμα στο άρθρο 21 παρ. 3 προστατεύει το δικαίωμα στην υγεία και την ελεύθερη πρόσβαση όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις και ανεξαρτήτως της εισοδηματικής και ασφαλιστικής τους κατάστασης. Από την άλλη, ο ΕΟΠΥΥ έχοντας την υποχρέωση να καλύψει τις επιπλέον δαπάνες που προκύπτουν τόσο από τη μείωση των απαιτούμενων ημερών ασφάλισης για απόκτηση ασφαλιστικής ικανότητας για συγκεκριμένες κατηγορίες του πληθυσμού όσο και από την ελεύθερη πρόσβαση στις δημόσιες δομές υγείας και παροχής νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για τους ανασφάλιστους και τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, επωμίζεται το βάρος της προνοιακής προστασίας¹¹⁵. Οι παροχές βαρύνουν δημοσιονομικά τον ΕΟΠΥΥ και το δημόσιο σύστημα υγείας κάτι το οποίο είναι πολύ πιθανό να πλήξει τους ασφαλισμένους¹¹⁶ οι οποίοι θα επωμιστούν επιπλέον επιβαρύνσεις¹¹⁷.

Για να επιτευχθεί η οικονομική βιωσιμότητα του ΕΟΠΥΥ και ακολούθως η προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας υψηλής ποιότητας θα μπορούσε να ρυθμιστεί η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης των ανέργων και των αυτοαπασχολούμενων οι οποίοι διακόπτουν την δραστηριότητα τους με ειδικά προγράμματα μέσω ΕΟΠΥΥ τα οποία θα λαμβάνουν χρηματοδότηση από το κράτος¹¹⁸. Επιπλέον, θα μπορούσαν να αναπροσαρμοσθούν οι εισφορές και το ύψος της κρατικής επιχορήγησης. Γενικά ο τομέας της υγείας έχει πληγεί και οι επιχορηγήσεις διαρκώς μειώνονται¹¹⁹. Η επιχορήγηση προς τον ΕΟΠΥΥ ακόμα και αν παραμένει σταθερή δεν συμβάλλει στην οριστική εξάλειψη του χρέους.

¹¹⁴ Σύμφωνα με την παρ. 2^Α του Α. 6 της ΚΥΑ Α3 (γ)/ΓΠ/οικ. 25132/4-4-2016 το όριο για μηδενική συμμετοχή είναι όσον αφορά το εισόδημα ποσό 2.400,00€ ετησίως, την αξία της ακίνητης περιουσίας ποσό 150.000,00€ ετησίως και τις καταθέσεις ποσό 7.200,00€ ετησίως.

¹¹⁵ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 64, υποσημ. 108.

¹¹⁶ Ειρήνη Κυριακάκη, Νομοθετικές εξελίξεις σε σχέση με την πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας, ΕΔΚΑ 2015, σελ 16-36.

¹¹⁷ Παράδειγμα επιπλέον επιβάρυνσης συνιστά η αύξηση της συμμετοχής των ασφαλισμένων στη φαρμακευτική περίθαλψη.

¹¹⁸ Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο.π., σελ. 37.

¹¹⁹ Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί ότι οι επιχορηγήσεις των νοσοκομείων και των Υγειονομικών Περιφερειών (ΥΠΕ) μειώθηκαν κατά 38, 66%, από 1.293.000.000.000 Ευρώ το 2017 σε

Είναι ανοικτή η συζήτηση για εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ¹²⁰ όπως είναι ο «κοινωνικός ασφαλιστικός φόρος επί της προστιθέμενης αξίας». Πρόκειται για την ιδέα αντικατάστασης τμήματος των ασφαλιστικών εισφορών υγείας από τα έσοδα που προέρχονται από τον Φ.Π.Α.¹²¹, ήτοι από την κατανάλωση. Άλλη ιδέα είναι η ειδική φορολόγηση προϊόντων τα οποία έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία του ανθρώπου, όπως είναι ο καπνός, τα οινόπνευματώδη ποτά, τα αναψυκτικά με αυξημένη ποσότητα σακχάρου και τα τρόφιμα με αυξημένη ποσότητα άλατος και λιπαρών. Παράλληλα, θα μειωθεί η ζήτηση και άρα η κατανάλωση των ανωτέρω προϊόντων και η επίδραση αυτών στη νοσηρότητα και θνησιμότητα του πληθυσμού. Επιπλέον, μπορεί να μελετηθεί η ιδέα εφαρμογής της τεχνικής «της μερικής εξαίρεσης κάλυψης» ανάλογα με το εισόδημα. Έτσι, όσοι ανήκουν στην κατηγορία αυτή μέχρι ένα χρηματικό όριο καλύπτουν με δική τους χρηματική επιβάρυνση το κόστος των υπηρεσιών και αγαθών υγείας που χρησιμοποιούν και αφού ξεπεράσουν το καθορισμένο χρηματικό όριο ενεργοποιείται το ασφαλιστικό τους δικαίωμα. Τέλος, μπορεί να ρυθμιστεί η συμμετοχή των ασφαλισμένων στο κόστος «αναλόγως του εισοδήματος και αντιστρόφως ανάλογα της δαπάνης», προς τη διασφάλιση της αρχής της ισότητας.

B) Ο έλεγχος από και προς τον ΕΟΠΥΥ

Γενικά¹²², οι έννομες σχέσεις των οργανισμών κοινωνικής ασφάλισης οι οποίοι είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου έχουν έρεισμα στο νόμο και κατά συνέπεια είναι υποχρεωτική η εφαρμογή των κανόνων που σχετίζονται με την υπαγωγή, τις προϋποθέσεις, τους κινδύνους και τις παροχές της κοινωνικής ασφάλισης. Η υποχρεωτικότητα έχει ως αποτέλεσμα την καθολικότητα. Οι

793.000.000 Ευρώ το 2018 (<https://www.minfin.gr/documents/20182/4681901/27-12-2018+%CE%95%CE%BA%CF%84%CE%B5%CE%BB%CE%B5%CF%83%CE%B7+%CF%80%CF%81%CE%BF%CF%85%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%BF%CF%85.pdf/af794f52-eeaa-4b0a-ae7f-8ff69fcd4669>, <https://www.iatronet.gr/eidiseis-nea/perithalpsi-asfalisi/news/48906/nosokomeia-kai-eopyy-apoxairetoyn-to-2018-me-psalidismeni-kata-3866-tin-kratiki-epixorigisi.html>)

¹²⁰ Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο.π., σελ. 37-42.

¹²¹ «Κοινωνικός Φ.Π.Α.»

¹²² Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 183-195.

νομοθετικοί ΟΚΑ ιδρύονται με ειδικό νόμο, με την νομική μορφή ΝΠΔΔ και προστατεύονται κατά ανάλογο τρόπο με το δημόσιο. Η ρύθμιση των σχέσεων μεταξύ των ΟΚΑ και των ασφαλισμένων τους γίνεται μέσω διοικητικών πράξεων των αρμόδιων οργάνων των ΟΚΑ.

Κριτήριο για το βαθμό αυτοδιοίκησης των ΟΚΑ είναι αφ' ενός η εξουσία διαχείρισης που έχουν και αφ' ετέρου το αν οι εκπρόσωποι των ασφαλισμένων συμμετέχουν στα διοικητικά τους συμβούλια. Η αυτοδιοίκηση τους περιορίζεται κυρίως σε πράξεις όπως η απονομή των παροχών, η καθοδήγηση του προσωπικού τους και η διαχείριση της περιουσίας τους. Ο περιορισμός αυτός της αυτοδιοίκησης τους οφείλεται στο ότι το κράτος είναι υποχρεωμένο να μεριμνά για την κοινωνική ασφάλιση και χορηγείται σημαντικό ποσοστό του ΑΕΠ προς το σκοπό αυτό¹²³. Το εποπτεύον Υπουργείο εγκρίνει κάθε σημαντική διαχειριστική ενέργεια των ΟΚΑ. Οι ΟΚΑ είναι αρμόδιοι για κατάρτιση του προϋπολογισμού, ισολογισμού και απολογισμού τους, την έκδοση ατομικών διοικητικών πράξεων σχετικά με την υπαγωγή στην ασφάλιση, την επιβολή εισφορών και τη χορήγηση παροχών καθώς και για άλλες ενέργειες αλλά δεν είναι αρμόδιοι για τον καθορισμό του ύψους των ασφαλιστικών παροχών ή την θέσπιση νέων. Στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ, το Διοικητικό του Συμβούλιο αποτελείται¹²⁴ από έντεκα μέλη εκ των οποίων ένα μέλος είναι εκπρόσωπος των ασφαλισμένων και των συνταξιούχων και προτείνεται από τις οικείες τριτοβάθμιες οργανώσεις και ένα μέλος είναι εκπρόσωπος των εργοδοτών και προτείνεται από τον Σ.Ε.Β., τη ΓΣΕΒΕΕ και την ΕΣΣΕ¹²⁵. Το ΣτΕ έχει κρίνει το ζήτημα της εκπροσώπησης των ασφαλισμένων στα ΔΣ και έχει αποφανθεί ότι οι επαγγελματικές οργανώσεις όταν προτείνουν για τη διοίκηση των ΟΚΑ συγκεκριμένους αντιπροσώπους δρουν συμβουλευόντας και όχι δεσμεύοντας τη διοίκηση. Επιπλέον, οι εκπρόσωποι των επαγγελματικών τάξεων κατά την εκπροσώπηση ενώπιον των διοικήσεων των ΟΚΑ δεν δρουν δεσμευτικά για την επαγγελματική κατηγορία που εκπροσωπούν¹²⁶.

Παράλληλα, οι ΟΚΑ εποπτεύονται από το κράτος. Ο ΕΟΠΥΥ εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας σε αντίθεση με του υπόλοιπους ΟΚΑ που εποπτεύονται

¹²³ Αντώνιος Πετρόγλου, Δίκαιον Κοινωνικής Ασφάλισης, Τόμος Α, ΕΔΚΑ, Αθήνα, 1974, σελ. 671.

¹²⁴ Άρθρο 20 Ν 3918/2011.

¹²⁵ Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών (Σ.Ε.Β.), Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών Βιοτεχνών Εμπόρων Ελλάδα (ΓΣΕΒΕΕ), Εθνική Συνομοσπονδία Ελληνικού Εμπορίου (ΕΣΣΕ).

¹²⁶ Πατρίνα Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 186-187, ΣτΕ (Ολ.) 2690/1993, ΣτΕ (Ολ.) 2692/1993.

από το Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης¹²⁷. Πρόκειται για διοικητική, οικονομική και νομοθετική εποπτεία. Ασκείται εποπτεία τόσο στα όργανα με την επιλογή, το διορισμό ή τη παύση των μελών που διοικούν τον οργανισμό όσο στις πράξεις. Στην περίπτωση του ΕΟΠΥΥ, για παράδειγμα ο αντιπρόεδρος του ΔΣ διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας¹²⁸ ενώ με κοινή υπουργική απόφαση καθορίζεται ο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας» (ΕΚΠΥ)¹²⁹.

Το ΔΣ του ΕΟΠΥΥ είναι υπεύθυνο για όλες τις ενέργειες που αφορούν την οργάνωση και τη λειτουργία του¹³⁰. Οι Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ διακρίνονται σε Κεντρική και Περιφερειακές¹³¹. Στη Κεντρική Υπηρεσία του ανήκουν η Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων, η Γενική Διεύθυνση Οργάνωσης και Σχεδιασμού Αγοράς Υπηρεσιών Υγείας, Αυτοτελή Τμήματα και Γραφεία υπαγόμενα στον Πρόεδρο, η ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α. (Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης). Στις Γενικές Διευθύνσεις υπάγονται Διευθύνσεις οι οποίες ελέγχουν και συντονίζουν τη λειτουργία του ΕΟΠΥΥ. Για παράδειγμα στη Γενική Διεύθυνση Οικονομικών Υποθέσεων υπάγονται¹³² μεταξύ άλλων η Διεύθυνση Συμβάσεων που είναι αρμόδια για την κατάρτιση, τη σύναψη και τη διαχείριση συμβάσεων με τους παρόχους υγείας και η Διεύθυνση Ελέγχου και Εκκαθάρισης που είναι αρμόδια μεταξύ άλλων για τον έλεγχο της χρηματοδότησης, την αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων, τον έλεγχο των απαραίτητων παραστατικών για τις δαπάνες υγείας.

Όσον αφορά τον ΕΟΠΥΥ και τη σχέση του με τους προμηθευτές-παρόχους υπηρεσιών και αγαθών υγείας, ο ΕΟΠΥΥ έχει δικαίωμα σε περίπτωση παράβασης οποιουδήποτε όρου της σύμβασης¹³³ από τον προμηθευτή να την καταγγείλει αζημίως. Ο προμηθευτής δικαιούται να καταγγείλει αζημίως την σύμβαση σε περίπτωση αποδεδειγμένης παράβασης των όρων αυτής από τον ΕΟΠΥΥ και εφόσον υποβάλει αιτιολογημένες εξηγήσεις σχετικά με τους λόγους καταγγελίας. Επιπλέον, τα συμβαλλόμενα μέρη μπορούν να καταγγείλουν τη σύμβαση αν συντρέχει

¹²⁷ Πατρίνα Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, ο.π., σελ. 187-195.

¹²⁸ Άρθρο 20 παρ. 3 Ν 3918/2011.

¹²⁹ Υπ' αριθ. ΕΑΛΕ/Γ.Π 80157/1-11-2018 (ΦΕΚ 4898) κοινή υπουργική απόφαση-Υπουργών Οικονομίας και Υγείας.

¹³⁰ Άρθρο 22 Ν 3918/2011.

¹³¹ Άρθρο 23 Ν 3918/2011, Άρθρο 12 Ν 4238/2014.

¹³² Άρθρο 12 Ν 4238/2014.

¹³³ Συμβάσεις ΕΟΠΥΥ με προμηθευτές στο <https://www.eopyy.gov.gr/filestree/view/-1>.

σπουδαίος λόγος. Επιπλέον, στην σύμβαση μεταξύ ΕΟΠΥΥ και προμηθευτή μπορεί να προβλέπεται η επιβολή επιπλέον ποινικής ρήτρας στον προμηθευτή σε περίπτωση που παραβεί υπαιτίως τους όρους αυτής.

Σύμφωνα με το άρθρο 58 του ΕΚΠΥ υπάρχουν δύο στάδια ελέγχου, ο πρωτοβάθμιος και ο δευτεροβάθμιος. Κατά τον πρωτοβάθμιο έλεγχο όργανα του ΕΟΠΥΥ με την αντίστοιχη εντολή προβαίνουν σε έλεγχο των παραστατικών των δαπανών υγείας, σε προέγκριση και έγκριση παροχών υγειονομικών υλικών, φαρμάκων, νοσηλίων, εισαγωγής και εξόδου ασθενών από συμβεβλημένους παρόχους υγείας. Συγκεκριμένο ελεγκτικό έργο μπορεί να ανατίθεται έπειτα από απόφαση του Υπουργού Υγείας και του κατά περίπτωση Υπουργού πέρα από του ιατρούς του ΕΟΠΥΥ σε ιατρούς και σε στρατιωτικού ιατρούς, ιατρούς των σωμάτων ασφαλείας, ιατρούς του ΕΣΥ¹³⁴, ιατρούς του ιατρείου της Βουλής των Ελλήνων ή σε οποιοδήποτε άλλο ορισμένο ελεγκτικό όργανο. Οι Διευθύνσεις του ΕΟΠΥΥ που είναι αρμόδιες για τη διενέργεια ελέγχου και εκκαθάρισης των παραστατικών υγείας προκειμένου να αποδοθούν οι δαπάνες στους παρόχους και στους ασφαλισμένους-δικαιούχους επιτρέπεται να αιτούνται επιπλέον ιατρικό έλεγχο σε περίπτωση που δεν εφαρμοστεί ορθή συνταγογράφηση¹³⁵.

Αρμόδια για τον δευτεροβάθμιο έλεγχο των δαπανών υγείας του ΕΟΠΥΥ και την επιθεώρηση των συμβεβλημένων παροχών υγείας είναι τα ελεγκτικά όργανα της ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α. Η ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α.¹³⁶ (Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης) εποπτεύει και συντονίζει τις ενέργειες σχετικά με τον έλεγχο των δαπανών του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, ελέγχει τις υπηρεσίες υγείας προς τους ασφαλισμένους και τους συνταξιούχους, συντονίζει τους ελέγχους για τις παροχές περίθαλψης υπό την έγκριση γιατρού, παρακολουθεί μέσα από μηχανογραφικές εφαρμογές την κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας, αξιολογεί στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις παροχές και επιβάλλει κυρώσεις όταν διαπιστώσει ότι παραβιάστηκε η υπάρχουσα νομοθεσία. Η ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α. επιβάλλει τις προβλεπόμενες διοικητικές κυρώσεις¹³⁷ στους συμβεβλημένους παρόχους με καταλογιστική της πράξης. Το ΔΣ του ΕΟΠΥΥ προτείνει να διενεργηθούν οι προβλεπόμενες από τον νόμο ενέργειες όταν υπάρχει πρόταση για τη διακοπή

¹³⁴ Άρθρο 14 Ν4238/2014.

¹³⁵ Συνταγή φαρμάκων, ιατρική γνωμάτευση, παροχή κάθε είδος υγειονομικού υλικού, οποιαδήποτε ιατρική πράξη.

¹³⁶ Άρθρο 32 Ν2676/1999 όπως ισχύει και έχει τροποποιηθεί έως σήμερα.

¹³⁷ Συμπεριλαμβάνονται τα χρηματικά πρόστιμα.

σύμβασης ή για το καταλογισμό ποσών ως αχρεωστήτως καταβληθέντων. Το ποσό που προκύπτει σε περίπτωση που εκδοθεί διαπιστωτική πράξη σε βάρος παρόχου από την ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α. ή καταλογιστική πράξη από το Δ.Σ. του ΕΟΠΥΥ το παρακρατούν οι οικονομικές υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ συμψηφίζοντας το με οποιοδήποτε άλλο οφειλόμενο ποσό του ΕΟΠΥΥ στον πάροχο. Κατά των αποφάσεων της ΥΠΕΔΥΦΚΑ για καταλογισμό ποσών χωρεί ένσταση ενώπιον της αρμόδιας Επιτροπής. Κατά των καταλογιστικών αποφάσεων ή των διοικητικών κυρώσεων του ΔΣ κατόπιν πρότασης της ΥΠΕΔΥΦΚΑ χωρεί προσβολή ενώπιον των διοικητικών δικαστηρίων.

Με προεδρικά διατάγματα καθορίζονται οι υποχρεώσεις¹³⁸ και κυρώσεις των συμβεβλημένων με τον ΕΟΠΥΥ ιατρών, φαρμακοποιών¹³⁹ και δικαιούχων¹⁴⁰. Κυρώσεις επιβάλλονται σε περιπτώσεις «προκλητής ζήτησης», «υπερσυνταγογράφησης», «κατευθυνόμενης συνταγογράφησης-εκτέλεσης». Οι υποχρεώσεις των συμβεβλημένων παρόχων καθορίζονται από τον ισχύοντα ΕΚΠΥ, την ισχύουσα νομοθεσία και τη σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ.

Όσον αφορά τους ασφαλισμένους, ο ΕΟΠΥΥ εμφάνισε μια εφαρμογή, τον προσωπικό Φάκελο Ασφάλισης Υγείας (ΦΑΥ)¹⁴¹. Ο Φάκελος Ασφάλισης Υγείας είναι ατομικός, προσωπικός, κάθε ασφαλισμένος μπορεί να εγγραφεί ηλεκτρονικά κάνοντας χρήση αυτού. Μέσα στο φάκελο συγκεντρώνονται στοιχεία που έχουν καταγραφεί στο μηχανογραφικό σύστημα και αφορούν το σύνολο των υπηρεσιών και αγαθών υγείας που έχει λάβει ο κάθε εγγεγραμμένος ασφαλισμένος. Έτσι, ο ΕΟΠΥΥ δίνει στους ασφαλισμένους του τη δυνατότητα ενημέρωσης σχετικά με όλες τις υπηρεσίες και αγαθά υγείας που έλαβαν και θα λάβουν από τους συμβεβλημένους παρόχους και τις Υπηρεσίες του ΕΟΠΥΥ. Οι πληροφορίες αυτές συλλέγονται από στοιχεία των παρόχων αλλά και των ασφαλισμένων κατά το στάδιο της απόδοσης των αντίστοιχων παροχών. Με τον φάκελο ασφάλισης υγείας κάθε ασφαλισμένος μπορεί να συμμετέχει ενεργά και να επιτυγχάνεται διαφάνεια κατά τη λειτουργία του συστήματος.

Ο ασφαλισμένος εφόσον παραβιάζονται έννομα αγαθά του από τον προμηθευτή μπορεί να στραφεί νομικά εναντίον του ΕΟΠΥΥ. Στην περίπτωση αυτή

¹³⁸ Άρθρο 59 ΕΚΠΥ.

¹³⁹ Π.Δ. 121/2018 (Α' 138).

¹⁴⁰ Π.Δ. 191/2005 (Α' 234).

¹⁴¹ <https://www.eopyy.gov.gr/eservices/insured/2EA72D4E-0B94-4C06-9336-E389937530FC>.

ο ΕΟΠΥΥ μπορεί να στραφεί αναγωγικά κατά του προμηθευτή. Επιπλέον, ο ασφαλισμένος μπορεί να υποβάλει καταγγελία. Οι καταγγελίες¹⁴² μπορούν να υποβληθούν σε έντυπη ή ηλεκτρονική μορφή αυτοπροσώπως στην υπηρεσία ή με ταχυδρομείο, fax και μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου. Ο ασφαλισμένος μπορεί να υποβάλει καταγγελία για καταχρηστική χρέωση από πάροχο υπηρεσιών υγείας φροντίζοντας να καταγράψει όσο το δυνατόν περισσότερα για όσα καταγγείλει και διευκολύνοντας με αυτό τον τρόπο τον επικείμενο έλεγχο. Η καταγγελία μπορεί να κατατεθεί στα γραφεία της ΥΠΕΔΥΦΚΑ, να της αποσταλεί με fax ή e-mail ή να κατατεθεί μέσω του Γραφείου Διαχείρισης Παραπόνων και Καταγγελιών του ΕΟΠΥΥ. Έπειτα από κάθε έλεγχο, οι αρμόδιες Διευθύνσεις υποβάλλουν σχετικό πόρισμα στον Γενικό Επιθεωρητή της ΥΠΕΔΥΦΚΑ. Εφόσον διαπιστωθεί κάποια παράβαση, ο ελεγχόμενος καλείται από την αρμόδια διεύθυνση της ΥΠΕΔΥΦΚΑ προκειμένου να παρέχει εξηγήσεις εγγράφως εντός διαστήματος πέντε εργάσιμων ημερών από την κοινοποίηση του εγγράφου-πορίσματος. Κατόπιν, εκτιμώνται οι έγγραφες εξηγήσεις και ο Γενικός Επιθεωρητής αποφασίζει την επιβολή ή μη κυρώσεων στον ελεγχόμενο ενώ ενημερώνει και τον καταγγέλλοντα για τη πορεία της υπόθεσης.

Σύμφωνα με τον ΕΟΠΥΥ¹⁴³, κάθε χρόνο η ΥΠΕΔΥΦΚΑ λαμβάνει πλήθος καταγγελιών από ασφαλισμένους, τη διοίκηση του ΕΟΠΥΥ, το Υπουργείο Υγείας, άλλους Φορείς και Σώματα επιθεώρησης, την ΓΕΔΔ και τον αρμόδιο Εισαγγελέα. Παράλληλα, προβαίνει στη διενέργεια συχνών ελέγχων προκειμένου να διαπιστώσει αν οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας εφαρμόζουν την κείμενη νομοθεσία. Η ΥΠΕΔΥΦΚΑ αντιμετωπίζει προβλήματα και καθυστερεί λόγω της υποστελέχωσης της, του πλήθους των εκκρεμών υποθέσεων, τη δυσκολία των υποθέσεων που βρίσκονται υπό έλεγχο, τις υποχρεωτικές ανακριτικές ενέργειες. Ο καταγγέλων που δικαιολογεί έννομο συμφέρον με το πέρας της διαδικασίας ενημερώνεται σχετικά από τη Διεύθυνση Κεντρικής Υπηρεσίας της ΥΠΕΔΥΦΚΑ.

Οι υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας που αγοράζει ο ΕΟΠΥΥ πρέπει να είναι πέραν όλων των άλλων υψηλής ποιότητας. Για να υπάρχει υψηλή ποιότητα πρέπει ο ασφαλισμένος να έχει πρόσβαση σε παροχές κοινωνικής ασφάλισης σε είδος που να

¹⁴² Βλτ. Ενημέρωση σχετικά με την υποβολή καταγγελίας από τον ασφαλισμένο στο <https://www.eopyy.gov.gr/faq/%CE%91%CF%83%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%BF%CE%B9>.

¹⁴³ <https://www.eopyy.gov.gr/faq/%CE%91%CF%83%CF%86%CE%B1%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CE%BF%CE%B9>.

διασφαλίζουν την προστασία της υγείας του¹⁴⁴. Η υψηλή ποιότητα μπορεί να προστατευθεί μέσα από τις καταγγελίες των ασφαλισμένων. Κυρίως, όμως, μπορεί να διασφαλιστεί μέσα από τη διαρκή εκτίμηση και αξιολόγηση *«των αποτελεσμάτων, διαδικασιών και πρακτικών σε σχέση με τις επιστημονικές γνώσεις και με τις ασφαλείς υπηρεσίες σύμφωνα με τις αρχές της προλήψεως και της προφυλάξεως»*¹⁴⁵. Επιπλέον, καθώς απουσιάζει η αξιολόγηση των υπηρεσιών και της τεχνολογίας υγείας η ασφάλιση υγείας καλύπτει υπηρεσίες και προϊόντα τα οποία εισάγονται στην αγορά χωρίς προηγουμένως να έχει διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητά τους και αν έχουν θετικό αντίκτυπο στην υγεία των ασφαλισμένων¹⁴⁶. Ο ΕΟΠΥΥ οφείλει να «αγοράζει» τις υπηρεσίες και τα αγαθά που ανταποκρίνονται στις ανάγκες υγείας και στις προτιμήσεις των ασφαλισμένων και των οποίων η ιατρική αποτελεσματικότητα έχει αποδειχτεί επιστημονικά.

¹⁴⁴ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Κλάδοι ασθένειας: Πρόκληση για τον εκσυγχρονισμό του ασφαλιστικού συστήματος, ΘΠΔΔ, 6/2009, σελ. 683.

¹⁴⁵ Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Κλάδοι ασθένειας: Πρόκληση για τον εκσυγχρονισμό του ασφαλιστικού συστήματος, ΘΠΔΔ, 6/2009, σελ. 686.

¹⁴⁶ Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), ο.π., σελ.43-44.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ανακεφαλαιώνοντας, προέκυψε ότι η λειτουργία του ΕΟΠΥΥ επιδρά καθοριστικά στην αγορά υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ εμφανίζεται ως μονοψώνιο και έχει ως στόχο την εξοικονόμηση των δαπανών υγείας. Καθώς είναι ο κύριος αγοραστής υπηρεσιών και αγαθών υγείας μπορεί να δράσει ασκώντας πίεση στους πωλητές-προμηθευτές όσον αφορά τις τιμές και τις συνθήκες της προσφοράς. Ωστόσο, ο ΕΟΠΥΥ δεν δρα απόλυτα ως μονοψώνιο, χάνει ως ένα σημείο τον διαμεσολαβητικό του χαρακτήρα και περιορίζεται στην αγορά υπηρεσιών και την εξόφληση αυτών. Επιπλέον, δεν πετυχαίνει την αναλογική αντιστοίχιση των τιμών με την ποσότητα και την ποιότητα των υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

Σημαντική για την εξοικονόμηση των δαπανών υγείας είναι η μέθοδος με βάση την οποία αποζημιώνονται οι προμηθευτές υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Ο ΕΟΠΥΥ για τις παροχές σε είδος αποζημιώνει τους παρόχους-προμηθευτές με βάση τη μεταξύ τους σύμβαση ή την ασφαλιστική τιμή ή με τις τιμές του κρατικού τιμολογίου αν δεν έχει οριστεί ασφαλιστική τιμή ή δεν έχει γίνει διαπραγμάτευση. Σε κάθε περίπτωση, η τιμή αποζημίωσης δεν δύναται να ξεπερνά το κρατικό τιμολόγιο εκτός και αν ορίζεται διαφορετικά στον ΕΚΠΥ. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μέθοδος πληρωμής των προμηθευτών για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Πρόκειται για τη μέθοδο αποζημίωσης βάσει DRG ή Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων (KEN) ανάλογα με το είδος και όχι τις ημέρες νοσηλείας. Έτσι, όλα τα νοσοκομεία λαμβάνουν ίδιες αμοιβές για τις ίδιες κατηγορίες DRG, εξασφαλίζεται η διαφάνεια ως προς την απόδοση των προμηθευτών και την διάθεση των πόρων, η σύνδεση κόστους και παροχής, η κατανομή των πόρων των νοσοκομείων ανάλογα με τις υπηρεσίες που παρέχουν, η αποφυγή «περιττής» ιατρικής περίθαλψης. Παραμένει ο κίνδυνος υποβάθμισης της ποιότητας χάριν του κόστους. Στην Ελλάδα, το σύστημα των DRG's-KEN τέθηκε σε εφαρμογή μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα χωρίς να προηγηθεί ένα στάδιο πιλοτικής εφαρμογής και μελέτης, γεγονός που εγείρει ζητήματα για την αποτελεσματικότητά του.

Επιπλέον, είδαμε ότι για την εξοικονόμηση των δαπανών και τη διατήρηση ενός βιώσιμου και οικονομικά ισόρροπου ασφαλιστικού συστήματος εφαρμόζονται από τον ΕΟΠΥΥ μηχανισμοί άμεσης απόδοσης. Πρόκειται για το clawback που είναι η επιστροφή χρηματικού ποσού που δικαιούνται οι προμηθευτές για την προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας προς τον ΕΟΠΥΥ και το rebate που είναι η ακούσια

έκπτωση την οποία δίνουν οι προμηθευτές στον ΕΟΠΥΥ. Τα μέτρα αυτά έχουν άμεσα αποτελέσματα και επιτυγχάνεται πιο αποτελεσματική διαπραγμάτευση των τιμών. Από την άλλη, επιβαρύνονται οι προμηθευτές με μέρος της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης, δεν εισάγονται στην αγορά νέα φάρμακα, καθώς λόγω υψηλού κόστους επιβαρύνουν τον προϋπολογισμό και δεν εξασφαλίζεται η ασφάλεια των δικαιούχων. Οι προμηθευτές αντιδρούν χαρακτηρίζοντας τα μέτρα αυτά άδικοι καθώς η αύξηση των δαπανών οφείλεται κυρίως στην υπερσυνταγογράφηση των ιατρών ενώ αν δεν καταβάλλουν τα απαιτούμενα ποσά κινδυνεύουν να τεθούν τα προϊόντα τους εκτός «θετικής λίστας». Τα μέτρα αυτά ενώ σύμφωνα και με τη νομολογία χαρακτηρίστηκαν ως «προσωρινής ισχύος» μέχρι το 2015 παρατάθηκαν αρχικά μέχρι το 2018 και έπειτα μέχρι το 2022. Έχει κριθεί από το ΣτΕ ότι αποτελούν μέτρα για τον περιορισμό των χρηματικών απαιτήσεων των παρόχων κατά του ΕΟΠΥΥ, με στόχο τον περιορισμό των δημοσίων δαπανών και δεν έχουν χαρακτήρα φόρου ή κοινωνικού πόρου με στόχο την ενίσχυση των πόρων των ΟΚΑ. Επιπλέον, σύμφωνα με το ΣτΕ, τα μέτρα αυτά στοχεύουν στον εξορθολογισμό των δαπανών και στην επίτευξη οικονομικής ισορροπίας και βιωσιμότητας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης συμβάλλοντας στη προστασία των ασφαλισμένων και της δημόσιας υγείας και στη διατήρηση του κύκλου εργασιών των επιχειρήσεων που δραστηριοποιούνται σε αυτό το χώρο. Δεν είναι απρόσφορα ή μη αναγκαία για την επίτευξη σκοπού δημοσίου συμφέροντος. Ο δε περιορισμός των χρηματικών απαιτήσεων των παρόχων δεν ξεπερνά το μέτρο και δεν παραβιάζει την αρχή της δίκαιης ισορροπίας μεταξύ του γενικού συμφέροντος που αφορά το κοινωνικό σύνολο και των αξιώσεων για την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων τους. Για τους λόγους αυτούς, σύμφωνα με το ΣτΕ, δεν είναι αντίθετα με το Σύνταγμα, το άρθρο 1 του ΠΠΠ της ΕΣΔΑ, τα άρθρα 11 και 13 του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη, τις περί της ελεύθερης κυκλοφορίας των εμπορευμάτων, ελευθερίας εγκαταστάσεως και ελεύθερης παροχής υπηρεσιών διατάξεις της ΣΛΕΕ, τους «ενωσιακούς» κανόνες περί ανταγωνισμού, τις σχετικές οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, τις αρχές της ισότητας και της αναλογικότητας.

Στη συνέχεια, είδαμε ότι στα μέτρα περιορισμού της φαρμακευτικής δαπάνης εντάσσονται η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία, η προώθηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων, ήτοι αντιγράφων «αρχέτυπων» φαρμακευτικών σκευασμάτων που κυκλοφορούν νόμιμα, καθώς και η θετική λίστα

φαρμάκων. Η υποχρεωτική συνταγογράφηση με βάση τη δραστική ουσία δεν παραβιάζει, σύμφωνα με το ΣτΕ, τα άρθρα 4, 5 παρ. 1, 21 παρ. 3 και 25 του Συντάγματος. Η παραγωγή και η κυκλοφορία των γενόσημων φαρμάκων χαρακτηρίζεται από εγγυήσεις ασφάλειας οι οποίες είναι ανάλογες με τις εγγυήσεις που ισχύουν για τα φάρμακα αναφοράς. Η επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού δεν επηρεάζεται από την υποχρέωσή του να συνταγογραφεί με βάση την δραστική ουσία και έχει δικαίωμα να υποδεικνύει στον ασθενή του συγκεκριμένο φάρμακο αναφοράς, το οποίο κρίνει πιο κατάλληλο. Σε επίπεδο ευρωπαϊκού δικαίου το ΔΕΚ έχει κρίνει ότι δεν προσβάλλεται από το κοινοτικό δίκαιο η εξουσία που έχουν τα κράτη μέλη να ρυθμίζουν την κατανάλωση των φαρμακευτικών προϊόντων προκειμένου να εξασφαλίσουν την οικονομική ισορροπία των ασφαλιστικών τους συστημάτων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, δεν αντίκεινται στις διατάξεις για την ελεύθερη κυκλοφορία των εμπορευμάτων οι εθνικές νομοθεσίες που αποκλείουν κάποια φάρμακα από το σύστημα αποζημίωσης των φαρμακευτικών δαπανών από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς.

Παράλληλα με την εξοικονόμηση των δαπανών, είδαμε ότι ο ΕΟΠΥΥ κατά τη προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας επιχειρεί την οργάνωση του με στόχο την ύπαρξη μιας βιώσιμης χρηματοδοτικής βάσης και την εξασφάλιση της πρόσβασης σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες και αγαθά υγείας. Οι πόροι του προέρχονται κυρίως από τις ασφαλιστικές εισφορές καθώς και από το κράτος και λοιπές πηγές. Οι δικαιούχοι, οι παροχές υγείας και οι προϋποθέσεις χορήγησης παροχών σε είδος στους ασφαλισμένους και λοιπούς δικαιούχους ορίζονται ειδικά στον ΕΚΠΥ και στην κείμενη νομοθεσία. Η αναγκαία προστασία περιορίζεται με τη συμμετοχή των ασφαλισμένων στις δαπάνες υγείας και με τον καθορισμό χρονικών ή άλλων περιορισμών σχετικά με την προμήθεια ιατρικής περίθαλψης. Λόγω της οικονομικής κατάστασης της χώρας και της ανεργίας ορισμένες ομάδες εργαζομένων δεν μπορούν να ασφαλισθούν. Στην περίπτωση τους, ισχύουν ευνοϊκότερες προϋποθέσεις για την πρόσβαση στην ασφάλιση υγείας. Οι ανασφάλιστοι και οι ευάλωτες κοινωνικές ομάδες δικαιούνται ότι και οι ασφαλισμένοι και έχουν δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις δημόσιες δομές υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι δαπάνες υγείας των ανασφάλιστων και των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων καλύπτονται από τον ΕΟΠΥΥ. Αν και το δικαίωμα στην υγεία και την ελεύθερη πρόσβαση όλων στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις

και ανεξαρτήτως της εισοδηματικής και ασφαλιστικής τους κατάστασης προστατεύεται από το Σύνταγμα (άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος), ο ΕΟΠΥΥ έχοντας την υποχρέωση να καλύψει τις επιπλέον δαπάνες που δημιουργούνται επιβαρύνεται οικονομικά και αναλαμβάνει το βάρος της προνοιακής προστασίας. Αυτό ενδέχεται να πλήξει τους ασφαλισμένους επιβαρύνοντας τους οικονομικά. Γι αυτό, πρέπει να ρυθμιστεί η έκταση της ασφαλιστικής κάλυψης των ανέργων και των αυτοαπασχολούμενων, οι οποίοι διακόπτουν την δραστηριότητα τους, με ειδικά προγράμματα μέσω ΕΟΠΥΥ, τα οποία θα χρηματοδοτούνται από το κράτος. Επιπλέον, πρέπει να αναζητηθούν εναλλακτικές πηγές χρηματοδότησης του ΕΟΠΥΥ.

Τέλος, είδαμε ότι ο ΕΟΠΥΥ κατά τη προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας πρέπει να ασκεί έλεγχο και να ελέγχεται. Στη σχέση του με το κράτος ως ένα βαθμό είναι αυτοδιοικούμενος αλλά δεν παύει να εποπτεύεται διοικητικά, οικονομικά και νομοθετικά από το Υπουργείο Υγείας. Στη σχέση του με τους προμηθευτές υπάρχουν δύο στάδια ελέγχου, ο πρωτοβάθμιος και ο δευτεροβάθμιος έλεγχος. Σημαντικός είναι ο ρόλος των ελεγκτικών οργάνων της ΥΠ.Ε.Δ.Υ.Φ.Κ.Α κατά τον δευτεροβάθμιο έλεγχο των δαπανών υγείας του ΕΟΠΥΥ και κατά την επιθεώρηση των συμβεβλημένων παροχών υγείας. Η ΥΠΕΔΥΦΚΑ επιβάλλει με καταλογιστική της πράξη διοικητικές κυρώσεις στους συμβεβλημένους παρόχους. Σε κάθε περίπτωση, ΕΟΠΥΥ και προμηθευτές-πάροχοι δεσμεύονται από τη μεταξύ τους σύμβαση την οποία οφείλουν να τηρήσουν. Στη σχέση του ΕΟΠΥΥ με τους ασφαλισμένους τέθηκε σε ισχύ ο Φάκελος Ασφάλισης Υγείας που αναμένεται να συμβάλει στην συμμετοχή των ασφαλισμένων και στην εξασφάλιση διαφάνειας κατά τη λειτουργία του συστήματος. Επιπλέον, ο ασφαλισμένος μπορεί να υποβάλει καταγγελία κατά των προμηθευτών. Σύμφωνα με τον ΕΟΠΥΥ, η ΥΠΕΔΥΦΚΑ ως αρμόδια υπηρεσία δέχεται πλήθος καταγγελιών από ασφαλισμένους, τον ΕΟΠΥΥ αλλά και το Υπουργείο Υγείας και άλλα όργανα. Αντιμετωπίζει, ωστόσο, προβλήματα κατά το έργο της λόγω της υποστελέχωσης της, των πολλών εκκρεμών και δύσκολων υποθέσεων και της περίπλοκης διαδικασίας που ακολουθείται και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να καθυστερεί και να μην πετυχαίνει το έργο της. Σε κάθε περίπτωση το ζητούμενο όταν μιλάμε για υπηρεσίες και αγαθά υγείας είναι η υψηλή ποιότητα. Η υψηλή ποιότητα διασφαλίζεται μέσα από τη διαρκή εκτίμηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των υπηρεσιών στους δικαιούχους αυτών.

Παράλληλα, για να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών και αγαθών υγείας απαιτείται επιστημονική έρευνα.

Από όλα τα ανωτέρω προκύπτει ότι ο ΕΟΠΥΥ κατά τη προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας, οργανώνεται και λειτουργεί με στόχο την εξοικονόμηση και τον εξορθολογισμό των δαπανών υγείας. Εφαρμόζει σειρά μέτρων που πολλές φορές φέρνουν σε σύγκρουση την προστασία της δημόσιας υγείας και των δημοσιονομικών του κράτους με την οικονομική δραστηριότητα των ιδιωτών. Το ζητούμενο είναι αυτά τα μέτρα να έχουν τα αναμενόμενα αποτελέσματα εξυπηρετώντας τον σκοπό για τον οποίο εφαρμόστηκαν. Ήδη, το γεγονός ότι μέτρα όπως το clawback και το rebate ενώ χαρακτηρίστηκαν αρχικά ως «προσωρινής ισχύος» παρατείνονται ξανά και ξανά γεννούν ερωτήματα για την αποτελεσματικότητά τους.

Σε κάθε περίπτωση, για να εξασφαλιστεί η βιωσιμότητα του οργανισμού πρέπει να γίνουν οι απαραίτητες αναλογιστικές και οικονομικές μελέτες και φυσικά να εξεταστούν νέες μορφές χρηματοδότησης. Για να βελτιωθεί το σύστημα είναι απαραίτητο να ασκείται έλεγχος από και προς όλα τα μέρη που εμπλέκονται στην προμήθεια υπηρεσιών και αγαθών υγείας, τον ΕΟΠΥΥ, τους προμηθευτές αλλά και τους ασφαλισμένους-δικαιούχους που είναι οι τελικοί αποδέκτες των υπηρεσιών.

Τέλος, δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι οι παροχές υγείας σε είδος δεν αφορούν μόνο την κοινωνική ασφάλιση αλλά και το δίκαιο της υγείας. Δεν αρκεί μόνο ένα σύστημα βιώσιμο και οικονομικά ισόρροπο αλλά ένα σύστημα βιώσιμο, οικονομικά ισόρροπο και ποιοτικό. Η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών και αγαθών υγείας μπορεί να επιτευχθεί μέσα από τον κατάλληλο έλεγχο και την αξιολόγηση από εξειδικευμένους επιστήμονες, με σεβασμό πάντα στα δικαιώματα του χρήστη υπηρεσιών και αγαθών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

A. Συγγράμματα

- Χρήστος Αγαλλόπουλος, Κοινωνικά Ασφαλίσεις, Αθήνα, 1955.
- Βασίλειος Σ. Καραγιάννης, Το Δίκαιο των Γενόσημων Φαρμάκων, Νομική Βιβλιοθήκη, 2013.
- Απόστολος Νεστ. Παπακωνσταντίνου, Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία, Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή, 2005.
- Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2016.
- Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας, εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, 2017.
- Αντώνιος Πετρόγλου, Δίκαιον Κοινωνικής Ασφάλισης, Τόμος Α, ΕΔΚΑ, Αθήνα, 1974.
- Άγγελος Στεργίου, Δίκαιο Κοινωνικής Ασφάλισης, Εκδόσεις Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη, 2017.

B. Άρθρα

- Γ. Βακαλόπουλος, «Εξέλιξη της συνταξιοδοτικής προστασίας στη μεταπολεμική Ελλάδα», ΕΔΚΑ 1993, 497-509.
- Σταυρούλα Ν. Κτιστάκη, Η επίδραση της οικονομικής κρίσης στα κοινωνικά δικαιώματα, ΕΔΚΑ, τόμος ΝΔ', 2012, σελ. 481-506.
- Ειρήνη Κυριακάκη, Νομοθετικές εξελίξεις σε σχέση με την πρόσβαση σε δωρεάν υπηρεσίες υγείας, ΕΔΚΑ 2015, σελ. 16-36.
- Μιλτιάδης Νεκτάριος, Στρατηγική εκσυγχρονισμού του τομέα υγείας, ΕΔΚΑ 2010, σελ. 1097-1108.
- Δημήτρης Νιάκας, «Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις στο ελληνικό σύστημα υγείας», 2014 στο https://www.researchgate.net/profile/Dimitris_Niakas/publication/281148778_Greek_financial_crisis_and_the_effects_on_health_care_system/links/55d88aaf08ae9d65948f911b.pdf.

- Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Κλάδοι ασθένειας: Πρόκληση για τον εκσυγχρονισμό του ασφαλιστικού συστήματος, ΘΠΔΔ 6/2009, 682-691.
- Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου- Πεχλιβανίδη, «Οι αποφάσεις ΣτΕ 2439-2445/2015 για τον μηχανισμό αυτόματων επιστροφών (claw back) από τους κατόχους άδειας κυκλοφορίας φαρμάκων» στο Το Δημόσιο Δίκαιο μέσα από τις αποφάσεις των Δικαστηρίων-3^ο Επιστημονικό Συνέδριο της Ένωσης Ελλήνων Δημοσιολόγων (ΕΕΔ) (επιμ. Βασίλης Τζέμος), Νομική Βιβλιοθήκη, 2016, σελ 17-24.
- Σ. Ξανθοπούλου, Κ. Κατσαλιάκη, «Αξιολόγηση της χρήσης γενοσήμων φαρμάκων στην ελληνική αγορά κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2016 στο <https://www.mednet.gr/archives/2016-5/pdf/583.pdf>.
- Π. Ξένος, Μ. Νεκτάριος, Ν. Πολύζος, Ι. Υφαντόπουλος, «Σύγχρονες μέθοδοι χρηματοδότησης νοσοκομείων, ανταγωνισμός και οικονομικά κίνητρα», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2014, στο <https://www.mednet.gr/archives/2014-2/pdf/172.pdf>.
- Αναστάσης Σκρουμπέλος, Βάσω Καπάκη, Κώστας Αθανασάκης, Κυριάκος Σουλιώτης, Γιάννης Κυριακόπουλος, Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας, Το εγχείρημα του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ), Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης, 2012, στο http://www.esdy.edu.gr/files/009_Oikonomikon_Ygeias/%CE%91%CE%BD%CE%B1%CF%83%CF%85%CE%B3%CE%BA%CF%81%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%A7%CF%81%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%B4%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%83%CE%B7%20%CF%84%CE%B7%CF%82%20%CE%91%CF%83%CF%86%CE%AC%CE%BB%CE%B9%CF%83%CE%B7%CF%82%20%CE%A5%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1%CF%82_final.pdf?fbclid=IwAR1c26XGeKWh8i5hbKwWtCJHJnanrmOrZzIC6P85eoBM1LzYdlfiaAoZrAE.
- Άγγελος Στεργίου, Η μεταρρύθμιση του ασφαλιστικού συστήματος υπό την πίεση των μνημονίων, ΕΔΚΑ τόμος ΝΖ', 2015, σελ 255 επ.
- Στέλλα Χριστοφορίδου, Επίκαιρα ζητήματα προστασίας της δημόσιας υγείας, ΘΠΔΔ 4-5/2018, σελ. 485-487.

- Mark V. Pauly, "Market Power, Monopsony and Health Insurance Markets", Journal of Health Economics, 1988.
- Mark V Pauly, "Managed care, Market Power and Monopsony", Health Services Research, 1998, p. 1439-1460.

Γ. Νομολογία

- ΝΟΜΟΣ: ΣτΕ (Ολ.) 2690/1993, ΣτΕ (Ολ.) 2692/1993, ΣτΕ (Ολομ.)3802/2014, ΣτΕ 3564/2015, ΣτΕ 2439 έως 2445/2015, 3047/2017, ΣτΕ 2839/2017, ΣτΕ 2049/2017, ΣτΕ 109/2019, ΣτΕ 334/2019, ΣτΕ 867/2019, ΣτΕ 869/2019.
- ΙΣΟΚΡΑΤΗΣ: ΔιοκΕφαθ 2036/2019.
- CURIA: ΔΕΚ C-238/82- Duphar BV και λοιποί κατά ολλανδικού δημοσίου.

Δ. Διοδίκτυο

- <https://www.moh.gov.gr>.
- <https://www.pef.gr>.
- <https://www.ddikastes.gr>.
- <https://www.minfin.gr>.
- <https://www.eopyy.gov.gr>.
- <https://www.in.gr>.