

ΠΡΟΤΑΣΗ Π.Ι.Σ. ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Εγκρίθηκε¹ από το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ. την 3/7/2020

Το Ελληνικό σύστημα υγείας χρήζει ριζικού μετασχηματισμού και κινείται με αργούς ρυθμούς προς τη διαμόρφωση ενός πιο σύγχρονου, αποτελεσματικού και βιώσιμου συστήματος. Αρχικά δόθηκε έμφαση στην υλοποίηση διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων για την ενίσχυση της αποτελεσματικότητας και στη μείωση του κόστους, χωρίς την ενίσχυση μηχανισμών για την επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων. Υπάρχει πλέον πλήρης ασφαλιστική κάλυψη υγείας για όλους τους πολίτες αλλά είναι αδήριτη ανάγκη η κυβέρνηση να εργαστεί προς την κατεύθυνση δημιουργίας ενός λειτουργικού συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας, για να αντιμετωπίσει αδυναμίες, όπως ο κατακερματισμός, οι υπερβολικές φαρμακευτικές δαπάνες, η αναποτελεσματικότητα των κρατικών συμβάσεων και η αδύναμη πρωτοβάθμια φροντίδα.

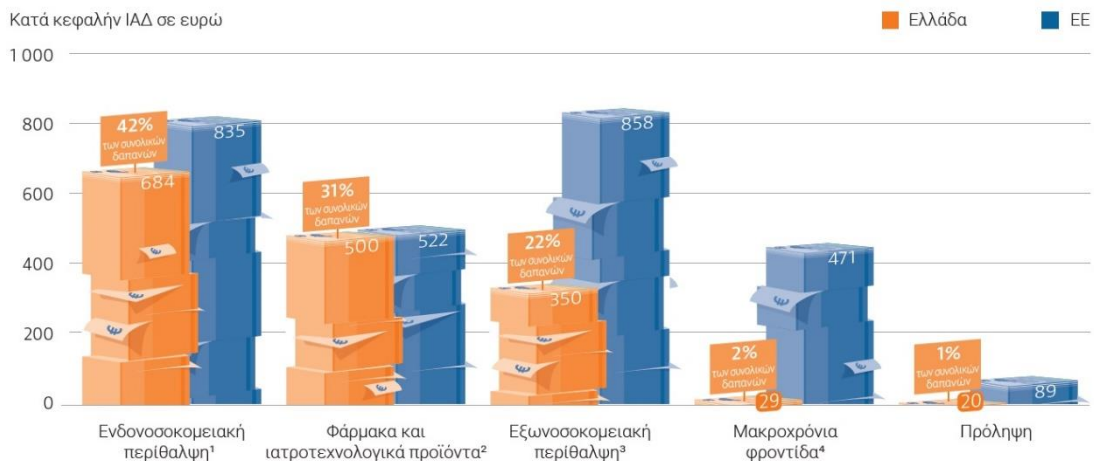
Βάσει των στοιχείων της ΕΛΣΤΑΤ, το ποσοστό της συνολικής χρηματοδότησης των δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Σύστημα Λογαριασμών 2010 (European System of Accounts - ESA 2010), για τα έτη 2014 έως 2018 είναι ο ακόλουθος:

Έτος	Συνολική χρηματοδότηση για Δαπάνες Υγείας (ως ποσοστό του ΑΕΠ)
2014*	7,85%
2015*	8,02%
2016*	8,21%
2017*	7,97%
2018	7,72%

*Αναθεωρημένα στοιχεία

Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ 2019, το 2017 η Ελλάδα δαπάνησε 1.623 € κατ' άτομο για υγειονομική περίθαλψη, ποσό πολύ χαμηλότερο από τον μέσο όρο στην ΕΕ (2.884 €). Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 8 % του ΑΕΠ, επίσης κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (9,8 %). Πάνω από το ένα τρίτο των δαπανών υγείας προέρχεται από τα νοικοκυριά (συμπεριλαμβανομένων των άτυπων πληρωμών)· πρόκειται για ένα από τα υψηλότερα ποσοστά στην ΕΕ και οφείλεται στις υψηλές άμεσες ιδιωτικές δαπάνες για φάρμακα, εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (ή ανοιχτή νοσηλεία) και νοσοκομειακές υπηρεσίες. Ο κρατικός προϋπολογισμός για την υγεία εκτιμάται σε περίπου 9,1 δισ. € ή λίγο κάτω από το 5 % του ΑΕΠ. Επιπλέον, με τον μηχανισμό αυτόματης επιστροφής (clawback) προστέθηκε επιπλέον 1 % του ΑΕΠ στους δημόσιους πόρους που διατίθενται ετησίως για την υγειονομική περίθαλψη, κεφάλαιο που προέρχεται από τους ιατρούς και τους παρόχους που συνεργάζονται με τον ΕΟΠΥΥ ως οριζόντια καταχρηστική περικοπή.

Σχήμα 9. Οι δαπάνες για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν τη μερίδα του λέοντος στην Ελλάδα

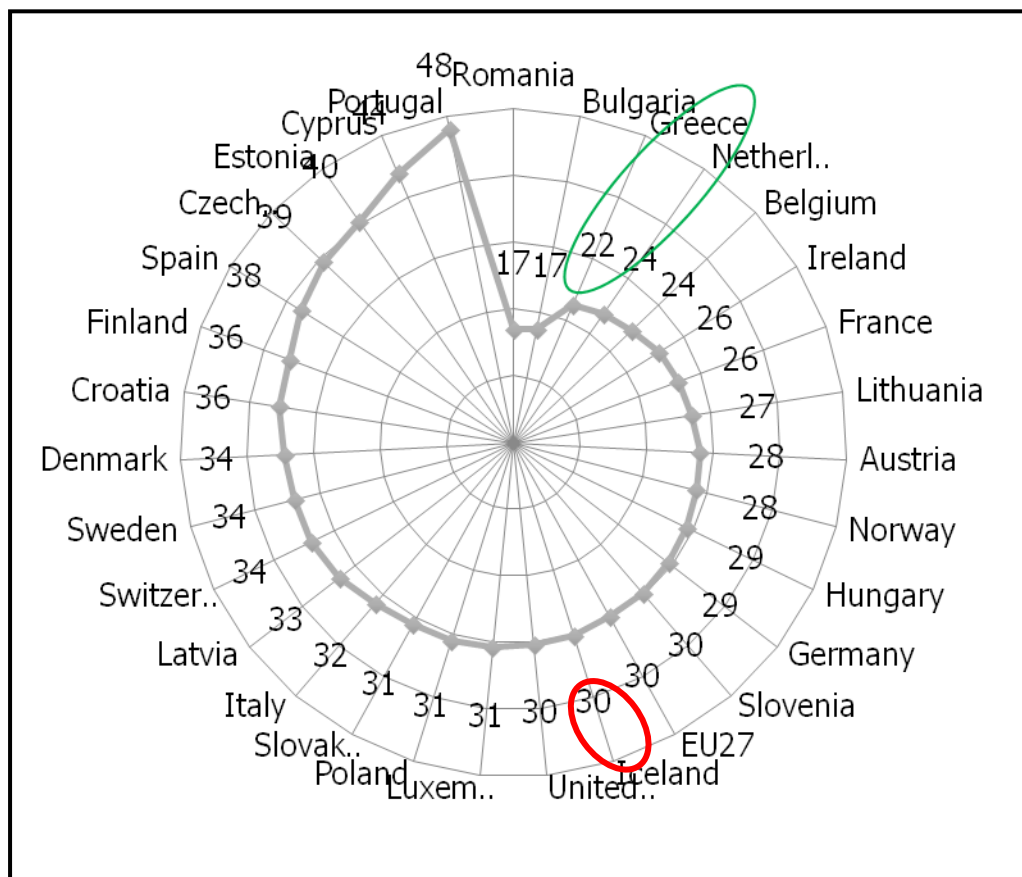


Σημειώσεις: Δεν περιλαμβάνονται οι διοικητικές δαπάνες. ¹ Περιλαμβάνονται η θεραπευτική φροντίδα και η φροντίδα αποκατάστασης σε νοσοκομεία και άλλες δομές. ² Περιλαμβάνεται μόνο η αγορά εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. ³ Περιλαμβάνεται η κατ' οίκον περίθαλψη. ⁴ Περιλαμβάνεται μόνο το σκέλος που αφορά την υγεία.

Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την Υγεία 2019, βάση δεδομένων της Eurostat (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

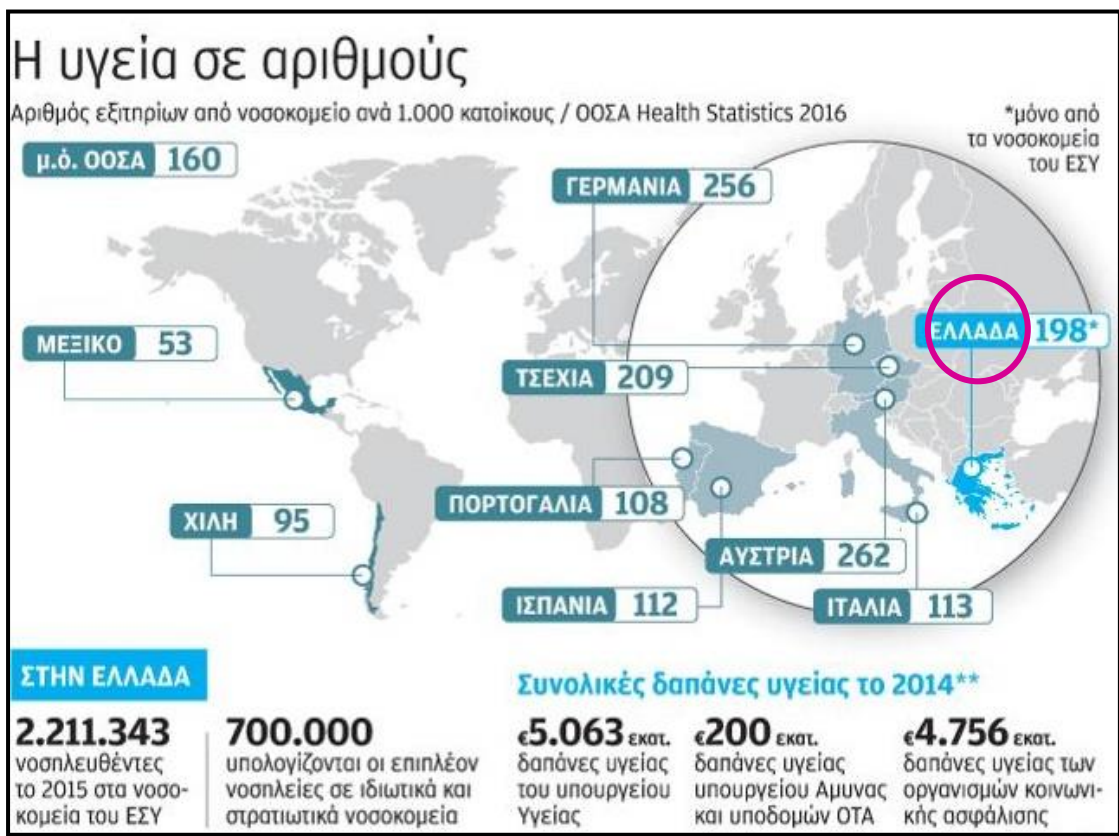
Το 2017 το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών (42 %) διατέθηκε για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, ενώ ακολουθούν τα φάρμακα (31 %) και η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (22 %). Περίπου το ήμισυ των δαπανών για φάρμακα και υπηρεσίες εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και το ένα τέταρτο των δαπανών για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη προέρχονται από άμεσες ιδιωτικές πληρωμές. Η Ελλάδα δαπανά συγκριτικά ελάχιστους πόρους για προληπτική φροντίδα, μόλις 20€ ανά άτομο (έναντι 89 €, που είναι ο μέσος όρος της ΕΕ) ή 1,3 % των δαπανών υγείας.

Πέραν από τη γενικευμένη υποχρηματοδότηση, στην Ελλάδα καταγράφεται η **τρίτη μικρότερη δαπάνη πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (22%), έναντι 30% μέσου όρου στις χώρες της Ε.Ε.**



Η Ελλάδα, με ποσοστό **198 εξιτηρίων / 1.000 κατοίκους για το έτος 2016, κατατάσσεται 4η μεταξύ των 24 χωρών** που συμμετέχουν στον ΟΟΣΑ.

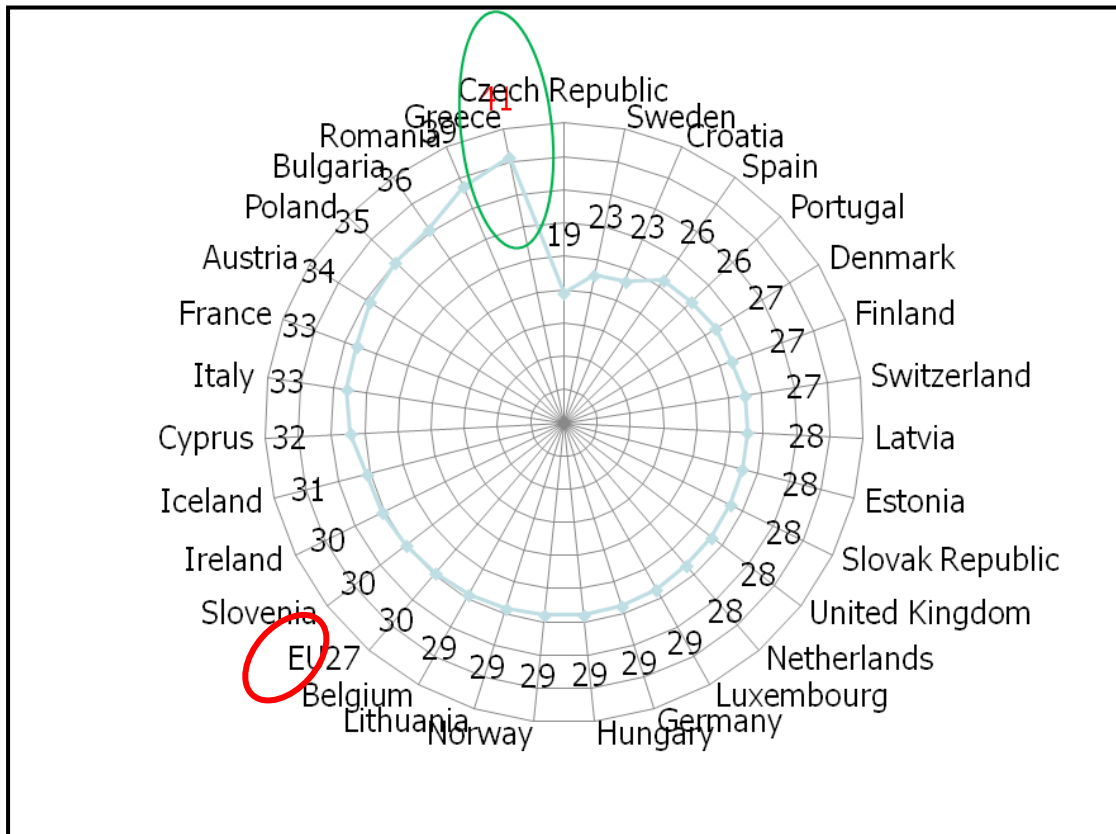
Κάθε χρόνο νοσηλεύονται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ περίπου 2,2 εκατομμύρια περιστατικά, ενώ στον ιδιωτικό τομέα και στα στρατιωτικά νοσοκομεία γίνονται περίπου 700.000 νοσηλείες. Πρόκειται για πρώτες εισαγωγές, αλλά και επανεισαγωγές. Με βάση τα επιδημιολογικά και πληθυσμιακά δεδομένα της χώρας, δεν θα έπρεπε να γίνονται περισσότερες από 1,7 με 1,8 εκατομμύρια εισαγωγές.



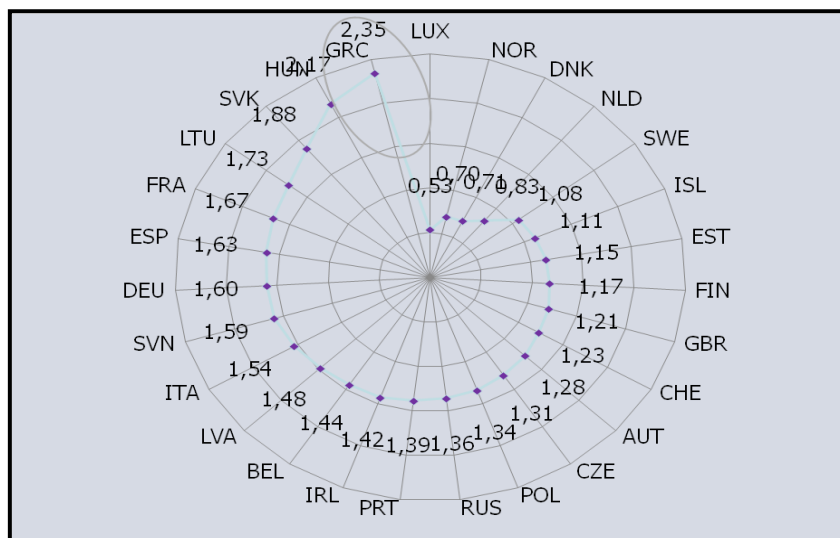
Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα αντιστοιχούν 198 εξιτήρια από νοσοκομεία του ΕΣΥ ανά 1.000 κατοίκους, έναντι 160/1.000 κατοίκους που είναι ο μέσος όρος των άλλων χωρών. Εάν συνυπολογιστούν και οι νοσηλείες στον ιδιωτικό τομέα και στα στρατιωτικά νοσοκομεία, τότε η αναλογία στην Ελλάδα φτάνει ακόμα και τα 260 εξιτήρια ανά 1.000 κατοίκους.

Ο μεγάλος αριθμός εισαγωγών οφείλεται στην έλλειψη ενός αποτελεσματικού συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Υπολογίζεται ότι με την οργάνωση προγραμμάτων παρακολούθησης των ασθενών και την ανάπτυξη κέντρων χρόνιας νοσημάτων, θα μπορούσαν να μειωθούν οι νοσηλείες τουλάχιστον κατά 510.000 με αντίστοιχη μείωση της νοσοκομειακής δαπάνης κατά περίπου 450 εκατ. ευρώ (το μέσο κόστος νοσηλείας υπολογίζεται σε 900 ευρώ).

Η Ελλάδα εμφανίζει τη μεγαλύτερη ενδονοσοκομειακή δαπάνη (41%) επί του συνόλου των δαπανών υγείας, έναντι 30% μέσου όρου στις χώρες της Ε.Ε. Το 2017 υπήρχαν 4,2 νοσοκομειακές κλίνες ανά 1 000 κατοίκους — λίγο κάτω από τον μέσο όρο της ΕΕ (5,0). Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη, υπάρχουν μακροχρόνια προβλήματα λόγω των υψηλών επιπέδων λοιμώξεων που σχετίζονται με τους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, με έναν στους δέκα ασθενείς να αναπτύσσει τέτοια λοίμωξη (το υψηλότερο ποσοστό στην ΕΕ και διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ· Suetens et al., 2018). Επιπλέον, η Ελλάδα έχει το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό λοιμώξεων με ανθεκτικά στα αντιβιοτικά βακτήρια στην ΕΕ (μετά την Ιταλία), με αποτέλεσμα περισσότερους από 1 600 θανάτους ανά έτος (Cassini et al., 2019).



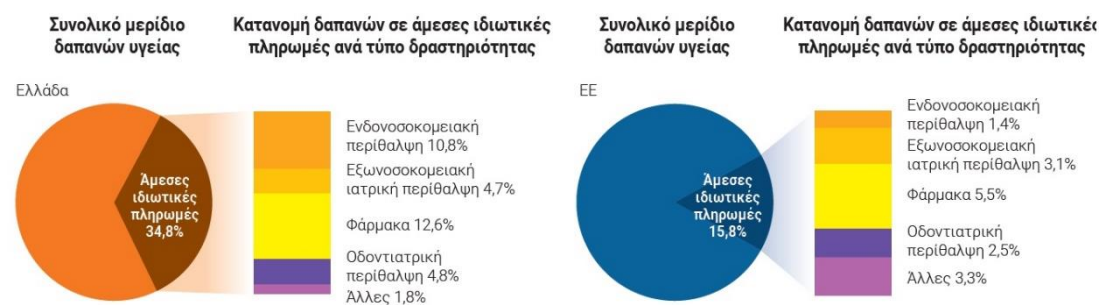
Για την εξωνοσοκομειακή προμήθεια φαρμάκων η Ελλάδα διαθέτει το 25% του συνόλου των δαπανών υγείας, έναντι μέσου όρου 17% στις χώρες της Ε.Ε.



Ιδιωτική δαπάνη

Από το 10 % των νοικοκυριών με μη καλυπτόμενες ανάγκες, τέσσερα στα πέντε αναφέρουν το κόστος ως το κυριότερο εμπόδιο στην πρόσβαση στην περίθαλψη. Η Ελλάδα έχει πολύ υψηλά ποσοστά άμεσων ιδιωτικών πληρωμών, που ανέρχονται στο 35 % των δαπανών υγείας, ποσοστό διπλάσιο από τον μέσο όρο της ΕΕ. Οι πληρωμές για φάρμακα συνιστούν το μεγαλύτερο μερίδιο των δαπανών σε άμεσες ιδιωτικές πληρωμές (12,6 %), ακολουθούμενες από τις πληρωμές για ενδονοσοκομειακές υπηρεσίες (10,8 %).

Σχήμα 15. Τα φάρμακα και η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη αποτελούν τους μεγαλύτερους τομείς άμεσων ιδιωτικών δαπανών



Πηγές: Στατιστικές του ΟΟΣΑ για την υγεία 2019 (τα στοιχεία αφορούν το 2017).

Βάσει της ΕΛΣΤΑΤ προκύπτει η πενταετής διανομή της δημόσιας και ιδιωτικής χρηματοδότησης υγείας ως εξής:



ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Από τους 4.024 οικογενειακούς γιατρούς που είχε προκηρύξει η προηγούμενη κυβέρνηση (1.195 στα ΤΟΜΥ και 2.829 συμβεβλημένοι), στην πραγματικότητα διαθέσιμοι είναι μόνο 1350 (550 ΤΟΜΥ, 800 ΕΟΠΥΥ) Πανελλαδικά.

Οι απώλειες από τη μεταρρύθμιση της ΠΦΥ με τη θέσπιση της σύμβασης των οικογενειακών ιατρών και την καταγγελία περίπου 1.800 συμβάσεων του ΕΟΠΥΥ δημιούργησε σημαντικό κενό στην ΠΦΥ. Το καλοκαίρι του 2019 περισσότερες από τις μισές (127) από τις 239 σχεδιαζόμενες τοπικές μονάδες υγείας λειτουργούσαν σε όλη τη χώρα, καλύπτοντας 2 εκατομμύρια κατοίκους, ήτοι το ένα πέμπτο του συνολικού πληθυσμού. Το μέγεθος αυτό προσεγγίζει το μέγιστο όριο ικανότητας του σημερινού αριθμού γενικών ιατρών του δημόσιου τομέα.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) εξασφαλίζει την ισότιμη πρόσβαση όλου του πληθυσμού στα ιατρεία, σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο. Αποσκοπεί στην πρόληψη, διατήρηση, προαγωγή, αποκατάσταση και ενδυνάμωση της υγείας, στην έγκαιρη και σωστή διάγνωση με την διαγνωστικών εργαστηριακών εξετάσεων, αλλά και την χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής. Οι φορείς πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας είναι:

Το Κρατικό Δίκτυο:

1. Τα Κέντρα Υγείας, αγροτικών και ημιαστικών περιοχών.
2. Τα πολυδύναμα περιφερειακά ιατρεία.
3. Οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς και τις υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, οι οποίες εντάσσονται στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
4. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Το Ιδιωτικό Δίκτυο :

1. Τα ιδιωτικά ιατρεία και πολυϊατρεία.
2. Τα διαγνωστικά και μικροβιολογικά εργαστήρια.
3. Τα ιδιωτικά οδοντιατρεία και πολυιατρεία.
4. Τα εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης.
5. Τα εργαστήρια φυσικοθεραπείας.
6. Τις ιδιωτικές μονάδες ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας.

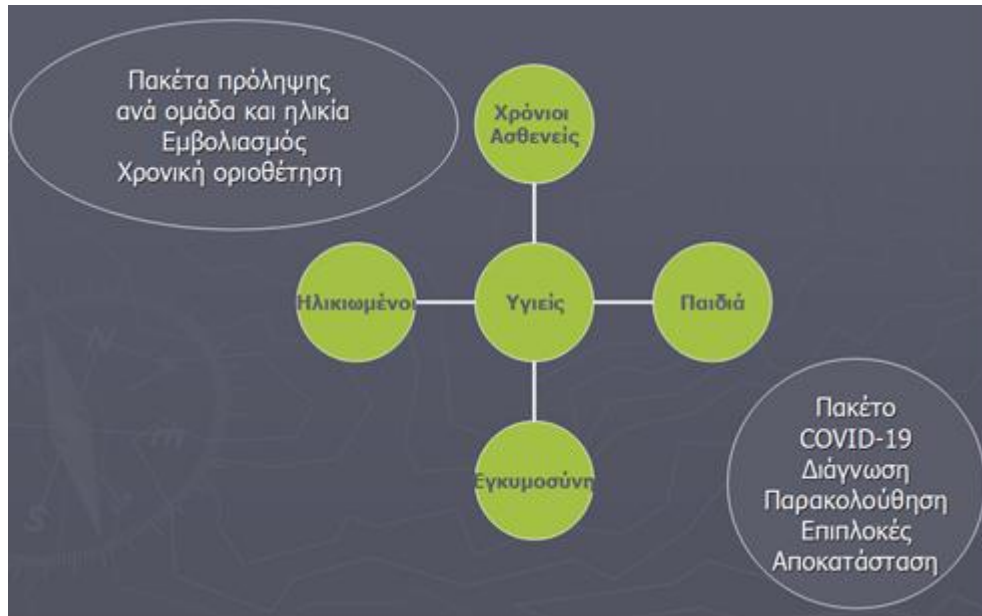
Η ένταξη των ιδιωτικών φορέων στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θα γίνεται με την υποβολή δήλωσης συμμετοχής του ενδιαφερόμενου φορέα. Οι εντασσόμενοι στο Εθνικό Δίκτυο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ιδιωτικοί φορείς υποχρεούνται να εφαρμόζουν τα εκάστοτε ισχύοντα πρωτόκολλα διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας.

Πυλώνες στήριξης, βασικές αρχές ενός αξιόπιστου, λειτουργικού αποτελεσματικού και κοινωνικά δίκαιου συστήματος αποτελούν:

- **Πλήρης διαχωρισμός της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** από την δευτεροβάθμια φροντίδα. Το ΕΚΑΒ επιβάλλεται να ανήκει διοικητικά και επιχειρησιακά στην πρωτοβάθμια ως λειτουργικός φορέας διασύνδεσης.
- **Δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας** με διακομματική θεσμική στελέχωση και 5ετη θητεία.
- **Ανάπτυξη και προγραμματισμός ανά Διοικητική Περιφέρεια** με την συμμετοχή εκπροσώπων της ιατρικής και της νοσηλευτικής κοινότητας. Συλλογική σύμβαση με τους Ιατρικούς Συλλόγους.
- **Συλλογική σύμβαση με τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο**, ως σύμβουλο της πολιτείας αλλά και όργανο ελέγχου και αυτορρύθμισης.
- **Ελεύθερη επιλογή ιατρού** από τον πολίτη.
- **Αμοιβή των ιατρών κατά πράξη** και περίπτωση.
- **Εφαρμογή δυναμικού κλειστού προϋπολογισμού ανά ασθενή** για εξετάσεις και ιατρικές επισκέψεις λαμβάνοντας υπόψη το φύλο, την ηλικία και τη νοσηρότητα. Δίδει την δυνατότητα στον ασθενή να αναλάβει την διαχείριση

των οικονομικών της υγείας του. Οι χρόνιες ασθένειες είναι εκτός του ατομικού κλειστού προϋπολογισμού και ακολουθούν το δικό τους, ανά ασθένεια, επιστημονικό πρωτόκολλο.

- **Έμφαση στη πρόληψη** αξιοποιώντας τους ενωσιακούς πόρους για την δημιουργία προγραμμάτων πρόληψης στην κοινότητα, με πρωτοβουλία του Ι.Ε.Ε. σε άμεση συνεργασία με τις Ιατρικές Επιστημονικές Εταιρείες.



Τα προγράμματα πρόληψης πρέπει να εναρμονίζονται με την ηλικία την νοσηρότητα και το φύλο των πολιτών. Ειδική αντιμετώπιση και έμφαση των δυσμενών συνεπειών της νόσου COVID-19 που θα πρέπει να διαγνωσθούν και να χρηματοδοτηθούν με ιδιαίτερα κονδύλια.

- **Αξιοποίηση της ψηφιακής τεχνολογίας** με την ηλεκτρονική κάρτα υγείας που συνδέεται άμεσα με τον δυναμικό κλειστό προϋπολογισμό του πολίτη. Μειώνει την γραφειοκρατία οδηγεί στον εξορθολογισμό και τον διαρκή έλεγχο της δαπάνης επισκέψεων, εξετάσεων και φαρμάκων (επεκταση της άυλης συνταγογράφησης και στα παραπεμπτικά των εξετάσεων -SMS – ειδοποίηση στον πολίτη για κάθε συνταγή που γράφεται).
- **Δημιουργία Αστικού Τύπου Κέντρων Υγείας 24ώρου εφημερίας** με καθεστώς **μονάδων ημερήσιας νοσηλείας (MHN)** (αυτόνομα Τμήματα Επειγόντων μετατροπή των TOMY και των μονάδων υγείας) με ελεύθερους επαγγελματίες γιατρούς των ειδικοτήτων πρώτης γραμμής (αναισθησιολόγος, παθολόγος, παιδίατρος, γενικός ιατρός, ορθοπαιδικός, γενικός χειρουργός, ΩΡΛ, πνευμονολόγος) και συμβάσεις τύπου locum, για την αντιμετώπιση των επειγόντων που δεν χρειάζονται νοσηλεία. Ειδικότητες δεύτερης γραμμής καλύπτονται με εφημερία ετοιμότητας. Προάγουν την ταχύτητα αντιμετώπισης, ελαττώνουν την ταλαιπωρία του ασθενούς, αποφορτίζουν τα νοσοκομεία. Η ανάπτυξη του ιδιαίτερα στην νησιωτική Ελλάδα ενδυναμώνει το αίσθημα ασφάλειας των συμπολιτών μας.

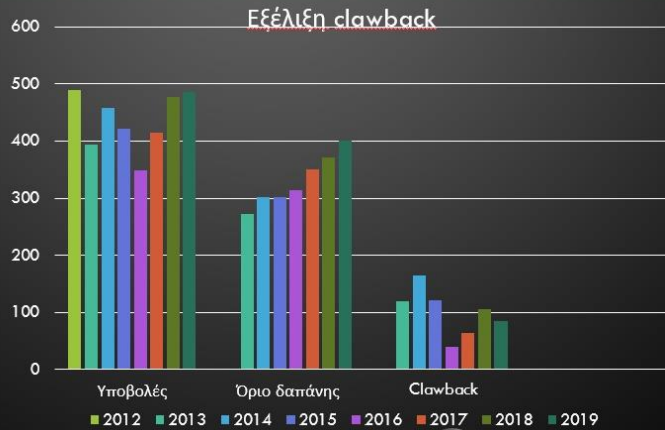
- **Δημιουργία Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλίας (ΜΗΝ)** με το ίδιο καθεστώς και τις προϋποθέσεις Αστικού Τύπου Κέντρα Υγείας 24ώρου λειτουργίας. Με τον τρόπο αυτό αντιμετωπίζονται με τον καλύτερο τρόπο τα επείγοντα περιστατικά που δεν χρειάζονται νοσηλεία και μπορούν να ενισχυθεί δυναμικά και η περίθαλψη στην νησιωτική Ελλάδα.
- **Ισοτιμία προδιαγραφών, λειτουργίας και πρόσβασης μεταξύ δημόσιου-ιδιωτικού τομέα. Αδειοδότηση και εποπτείας λειτουργίας φορέων δημόσιας ΠΦΥ από Ιατρικούς Συλλόγους.**
- **Αξιοποίηση όλου του ιατρικού δυναμικού της χώρας, ελευθέρων επαγγελματιών και του κρατικού τομέα. Η πρωτοβάθμια υγεία στα μεγάλα αστικά κέντρα ασκείται κυρίως από τους ελεύθερους επαγγελματίες ιατρούς με αποτελεσματικότητα και αξιοπιστία, γεγονός που επιβεβαιώθηκε κατά την πρώτη φάση, του περιορισμού, της πανδημίας covid 19.** Εδραιώνει επίσης την ελεύθερη επιλογή γιατρού από τον πολίτη. Δίδει κίνητρο παραμονής στους νέους γιατρούς, ποιότητα, αξιοπιστία και αποτελεσματικότητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Ο οικογενειακός ή προσωπικός ιατρός, είναι ο ιατρός υπεύθυνος για την πρόληψη, την διατήρηση του ιατρικού φακέλου του ασθενούς, την παρακολούθηση της πορείας και τον συντονισμό της συνεργασίας με τους ειδικούς. Ο οικογενειακός ιατρός είναι δικαίωμα και όχι υποχρέωση του πολίτη. Κάθε πολίτης δικαιούται να επιλέξει ελεύθερα, χωρίς οποιονδήποτε περιορισμό, τον ιατρό του. Οι ειδικοί γιατροί, έχουν την υποχρέωση της συμπλήρωσης του ιατρικού φακέλου του πολίτη κάθε φορά που τον εξετάζουν.
- **Η παραπομπή από ιατρό σε ιατρό είναι ελεύθερη, ψηφιακή και αμφίδρομη.**
- **Η διεξαγωγή ιατρικών εξετάσεων** πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, γίνεται σύμφωνα με τα πρωτόκολλα διάγνωσης, πρόληψης και θεραπείας κατόπιν παραπομπής από τον θεράποντα ιατρό.
- **Η συνταγογράφηση φαρμάκων,** γίνεται σύμφωνα με τα πρωτόκολλα πρόληψης και θεραπείας. Η χορήγηση φαρμάκων γίνεται μόνο με ιατρική συνταγή.
- **Η τακτική εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα γίνεται μόνο με παραπεμπτικό σημείωμα του θεράποντος ιατρού** και με τη σύμφωνη γνώμη του νοσοκομειακού ιατρού υποδοχής.

Clawback

- Θα πρέπει να αυξηθεί η χρηματοδότηση των διαγνωστικών εξετάσεων με κατάργησης του μηχανισμού clawback, το οποίο είναι απαράδεκτα υψηλό με τα δεδομένα της Ευρώπης. Η σταθερότητα του ύψους των υποβολών φαίνεται από τον παρακάτω πίνακα.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ – ΙΣΤΟΡΙΚΟ

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Υποβολές	490	393	458	421	348	414	477	485
Όριο δαπάνης		273	302	302	314	350	372	400.5
Clawback		120	166	119	44	64	105	84.5



- Το 2016 (ΦΕΚ28B 15/01/16) υποκοστολογούνται κατά 43% την αποζημίωση των εργαστηριακών εξετάσεων από τον ΕΟΠΥΥ, διπλασιάζοντας λογιστικά το υφιστάμενο χρωστούμενο clawback των 407 εκατ του εργαστηριακού κλάδου που δημιουργήθηκε κατά την τριετία 2013-15,
 - λίγο αργότερα προστίθενται 86 εξετάσεις (ΦΕΚ3458B 26/10/16) στην αποζημίωση του ΕΟΠΥΥ καθώς και πανάκριβες δοκιμασίες Endopredict (ΦΕΚ4868B 31/10/18 2.200 €) και MammaPrint (ΦΕΚ950B 20/03/19 3.000€).
 - Στη συνέχεια τροποποιείται ο κανονισμός παροχών του ΕΟΠΥΥ θεσπίζοντας μηδενικές ή μειωμένες συμμετοχές ασθενών «φορτώνοντας» το οικονομικό φορτίο στους απελπισμένους εργαστηριακούς ιατρούς.
 - Τέλος, προστίθενται οι ασφαλισμένοι του ΤΥΠΕΤ, οι οποίοι μέχρι πρόσφατα δεν καλύπτονταν από το ΕΟΠΥΥ χωρίς να φέρουν μαζί και τον προϋπολογισμό από το ταμείο, αποτελεί πάλι πηγή παραγωγής κουρεμάτων.
 - Τη δημιουργία νέου, **χωριστού προϋπολογισμού πρόληψης** που θα εξαιρείται από το Clawback και το Rebate και θα περιλαμβάνει τις εξετάσεις πληθυσμιακής διαλογής.
 - Την **επέκταση του υπάρχοντος κλειστού προϋπολογισμού**, ώστε να αποζημιώνονται οι νέες εξετάσεις που προστίθενται στις ήδη υπάρχουσες.
 - Τον **εξορθολογισμό των τιμών των εξετάσεων**, ώστε να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και στις σημερινές συνθήκες διαβίωσης.
- Η εφαρμογή δυναμικού κλειστού προϋπολογισμού (plafond ανά ασθενή) συμβάλλει στη συγκράτηση των δαπανών και στον εξορθολογισμό και τον προγραμματισμό στον χώρο της υγείας.
- Εξασφάλιση της **βιωσιμότητας του εργαστηριακού τομέα** και της ποιότητας διαγνωστικών υπηρεσιών.

ⁱ Την πρόταση επεξεργάσθηκαν οι κ.κ.:

Άννα Μαστοράκου, Α΄ Αντιπρόεδρος ΠΙΣ

Γεώργιος Ελευθερίου, Γενικός Γραμματέας ΠΙΣ

Χάρης Βαβουρανάκης, Πρόεδρος του Ινστιτούτου Επιστημονικών Ερευνών του ΠΙΣ