

# Οικονομικά και θεσμικά προβλήματα των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών



**Χιώτης Ιωάννης**

Ψυχίατρος, Επιστημονικός Διευθυντής Ιδιωτικής Ψυχιατρικής Κλινικής

**Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές προσφέρουν, εδώ και πολλές δεκαετίες, υπηρεσίες περίθαλψης στους ψυχικά ασθενείς, προσαρμοζόμενες σε κάθε φάση εξέλιξης της ψυχιατρικής πραγματικότητας. Την περίοδο που διανύουμε όμως, οι συνθήκες που διαμορφώνονται καθιστούν την επιτέλεση του έργου τους ιδιαίτερα δυσχερή.**

Πληθώρα στοιχείων δείχνει ότι τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα υπάρχει αύξηση της ψυχιατρικής νοσηρότητας (κυρίως της κατάθλιψης) (Οικονόμου και συν., 2018), αλλά και της ανάγκης νοσηλείας ασθενών με νόσους όπως οι γεροντικές ψυχώσεις και η σχιζοφρένεια (ΕΛΣΤΑΤ, 2012). Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση οδήγησε στη συρρίκνωση των μεγάλων δημόσιων ψυχιατρείων, αλλά απέτυχε να οργανώσει τις δομές της κοινότητας και να διασυνδέσει τις υπηρεσίες των τομέων ψυχικής υγείας, ώστε να καλύπτονται οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες του γενικού πληθυσμού, αλλά και ειδικών ομάδων ψυχικά ασθενών. Παράλληλα, η οικονομική κρίση είχε ως συνέπεια τη μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος των Ελλήνων και τη δραστική περικοπή των δημόσιων δαπανών για την υγεία (ΕΛΣΤΑΤ, 2019). Τέλος, η νομοθεσία που διέπει τη λειτουργία των δομών ψυχικής υγείας παραμένει σε πολλά σημεία αναχρονιστική.

Λόγω των ανωτέρω συνθηκών, αλλά και μια σειράς πολιτικών αποφάσεων, διαμορφώνεται για τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές ένα περιβάλλον, όπου καλούνται να αντιμετωπίσουν κρίσιμα οικονομικά και θεσμικά ζητήματα.

## ΠΛΑΙΣΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Στην Ελλάδα λειτουργούν σήμερα 41 ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, με συνολική δύναμη περίπου 5500 κλινών. Η αρχαιότερη από αυτές ιδρύθηκε το 1929. Έκτοτε έχουν λειτουργήσει κλινικές σε διάφορους νομούς της χώρας, καλύπτοντας μεγάλο μέρος της επικράτειας. Στην Αττική υπάρχουν 13 κλινικές, στη Μακεδονία 14, στη Θεσσαλία 12, στη Θράκη 1 και στην

Κρήτη 1, ενώ δεν υπάρχουν ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές στην υπόλοιπη Στερεά Ελλάδα, στην Ήπειρο, στην Πελοπόννησο, στα Επτάνησα και στα Δωδεκάνησα.

Το πλαίσιο λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών καθορίζεται, ανάλογα με την περίοδο κτήσης της άδειας λειτουργίας τους, από τα Π.Δ. 247/1991, Π.Δ. 517/1991 και Π.Δ. 235/2000, αλλά και τον πρόσφατο Ν. 4600/2019, ο οποίος ενοποίησε όλες τις προηγούμενες διατάξεις. Στα νομοθετήματα αυτά καθορίζονται οι νοσηλευτικές μονάδες, τα μετρικά στοιχεία των χώρων, ο ιατρικός εξοπλισμός και η σύνθεση του προσωπικού κάθε κλινικής, ανάλογα με τον αριθμό νοσηλευόμενων της άδειας.

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές υπάγονται στις διατάξεις του Ν. 2716/1999. Είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου κερδοσκοπικού χαρακτήρα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, που προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη σε ασθενείς με ψυχιατρικά ή μικτά νευρολογικά – ψυχιατρικά νοσήματα. Υπάγονται στην εποπτεία των οικείων Περιφερειών και του Υπουργείου Υγείας. Σε κάθε Περιφέρεια υπάρχει η Πρωτοβάθμια Επιτροπή Κλινικών, που απαρτίζεται από έναν ιατρό της Υ.Π.Ε., έναν μηχανικό και έναν ιατρό που υποδεικνύεται από τον ιατρικό σύλλογο της περιοχής. Οι Πρωτοβάθμιες Επιτροπές διενεργούν τακτικούς ελέγχους τουλάχιστον μία φορά το χρόνο, εποπτεία την εν γένει τήρηση των νόμων και διατάξεων. Κατόπιν, ο Περιφερειάρχης χορηγεί βεβαίωση καλής λειτουργίας. Στο Υπουργείο Υγείας υπάγονται η Δευτεροβάθμια Επιτροπή Κλινικών, οι Ελεγκτές του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας, η ειδική Επιτροπή Διοικητικού, Οικονομικού και Διαχειριστικού Ελέγχου ▶

► (ΕΔΟΔΕ) και η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές. Οι επιτροπές αυτές εκτελούν ελέγχους εκτάκτως ή κατόπιν καταγγελιών.

Σε κάθε ιδιωτική κλινική ο Διοικητικός Διευθυντής είναι υπεύθυνος για την καλή λειτουργία, ενώ ο Επισημονικός Διευθυντής και οι Επισημονικοί Υπεύθυνοι των τμημάτων φέρουν την ευθύνη της σωστής διάγνωσης και θεραπείας των νοσηλευόμενων, της κατανομής εργασίας στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και της τήρησης των αρχείων. Στις κλινικές απασχολούνται επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων (ψυχίατροι, ιατροί άλλων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, εργασιοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, οδηγοί ασθενοφόρων, φύλακες, μάγειρες, τραπεζοκόμοι, προσωπικό καθαριότητας κλπ), με το συνολικό αριθμό εργαζομένων να φτάνει περίπου τους 3000.

### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), εδώ και δύο περίπου δύο δεκαετίες επισημαίνει την ανάγκη μεταρρύθμισης της χρηματοδότησης και αύξησης των πόρων για την ψυχική υγεία (World Health Organization 2001; 2003). Επιπλέον, πολλές ερευνητικές εργασίες έχουν επιβεβαιώσει ότι η αύξηση της κρατικής δαπάνης για νοσηλεία σε ψυχιατρικές δομές οδηγεί σε βελτίωση της παροχομενης φροντίδας (Knapp et al., 1999; Salisbury et al., 2017). Παρόλα αυτά, στην Ελλάδα, η χρηματοδότηση της υγείας γίνεται με βάση έναν χαμηλό, κλειστό προϋπολογισμό, με την κατά κεφαλήν δαπάνη να είναι κατά 45% χαμηλότερη από τον μέσο όρο της ΕΕ (ΟΟΣΑ, 2019).

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές λειτουργούν σε όλη τη περίοδο της οικονομικής κρίσης, αλλά και πριν από αυτή, σε ένα ασφυκτικό περιβάλλον οικονομικής στενότητας, που απειλεί τη βιωσιμότητά τους.

Από τη μία, τα λειτουργικά τους έξοδα συνεχώς αυξάνουν, λόγω της ανόδου του μισθολογικού, ασφαλιστικού και φορολογικού κόστους, αλλά και του κόστους για τον εκσυγχρονισμό και την προσαρμογή τους σε ευρωπαϊκές οδηγίες, που αφορούν την εφαρμογή προτύπων ISO και HACCP, τη διαχείριση απόβλητων, τη διασφάλιση του απορρήτου των προσωπικών δεδομένων των ασθενών και των εργαζομένων σύμφωνα με τις αρχές του GDPR κλπ. Από την άλλη, τα έσοδά τους συνεχώς μειώνονται, λόγω της εφαρμογής των σκληρών οικονομικών μέτρων της περιόδου των μνημονίων, αλλά και των επιλογών της πολιτικής ηγεσίας.

Τα σημαντικότερα κυβερνητικά μέτρα που έχουν οδηγήσει στην υποχρηματοδότηση των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών περιγράφονται παρακάτω.

### ΗΜΕΡΗΣΙΟ ΝΟΣΗΛΙΟ

Οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές είναι συμβεβλημένες με τον ΕΟΠΥΥ και αμείβονται για τις υπηρεσίες τους με το κλειστό ημερήσιο νοσήλιο που προβλέπεται από την νομοθεσία, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει. Η σημερινή εγκεκριμένη τιμή του νοσηλίου ανέρχεται σε 41,97€ ανά ημέρα και περιλαμβάνει όλες τις αναγκαίες πράξεις θεραπείας, τη σίτιση, τα αναλώσιμα υλικά, τα είδη προσωπικής υγιεινής, τους καθετήρες σίτισης, τους ουροκαθετήρες, τα πάσης φύσεως επιθέματα, το υγειονομικό υλικό και τις εργαστηριακές εξετάσεις. Πέραν του ημερήσιου νοσηλίου καταβάλλεται στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, ως ημερήσια φαρμακευτική δαπάνη, ποσό έως 8€ ανά ασθενή, σύμφωνα με τον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του ΕΟΠΥΥ (ΕΚΠΥ) (ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157). Επιπλέον οι κλινικές αντλούν έσοδα από την αναβάθμιση θέσης που μπορεί να επιλέξουν κάποιοι από τους νοσηλεύομενους.

Από το 2013, η πολιτική ηγεσία έχει μετακυλήσει μέρος της δαπάνης νοσηλείας στον ασθενή, θεσμοθετώντας την υποχρεωτική οικονομική συμμετοχή στο κόστος της νοσηλείας. Σύμφωνα με τον πρόσφατο ΕΚΠΥ, το ποσοστό συμμετοχής για όλους τους ασφαλισμένους ανέρχεται σε 10%. Αυτό σημαίνει ότι το ημερήσιο νοσήλιο που καλείται να καταβάλλει ο ΕΟΠΥΥ στις κλινικές περιορίζεται σε 37,77€.

Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο των 41,97€ (+ έως 8€ για φαρμακευτική δαπάνη) είναι εξαιρετικά χαμηλό. Η σύγκριση με την αντίστοιχη δαπάνη στις αναπτυγμένες ιατρικά χώρες αναδεικνύει πολύ μεγάλες διαφορές. Στη Μεγάλη Βρετανία, η ημερήσια κατά κεφαλήν δαπάνη για ψυχιατρική νοσηλεία στο NHS κυμαίνεται μεταξύ 300£ και 500£ (Department of Health, 2015). Στη Γερμανία, το αντίστοιχο ποσό είναι 226.58€/ημέρα (Zentner et al., 2015). Στις Ηνωμένες Πολιτείες το κόστος της νοσηλείας έχει υπολογιστεί σε 850\$/ημέρα για ασθενείς με σχιζοφρένεια, 840\$/ημέρα για ασθενείς με διπολική διαταραχή, 870\$/ημέρα για ασθενείς με κατάθλιψη, 900\$/ημέρα για ασθενείς με εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες και 1100\$/ημέρα για ασθενείς με εξάρτηση από το αλκοόλ (Stensland et al., 2012). Στην Αυστραλία, την περίοδο 2016-17, το μέσο κόστος νοσηλείας ήταν 1117\$AUS/ημέρα, με τη δαπάνη για τα ιδιωτικά ψυχιατρικά νοσοκομεία να αυξάνεται από 362 εκατ. \$AUS την περίοδο 2012-13, σε 536 εκατ. \$AUS, την περίοδο 2016-17 (AIHW, 2018).

Διάφορες υπάρχουν όμως και μεταξύ των διαφορετικών δομών ψυχικής υγείας στην Ελλάδα. Για παράδειγμα, στις Στέγες Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες προβλέπεται, για τα άτομα με βαριά νοητική στέρωση, ημερήσιο νοσήλιο – τροφέο έως 70 ευρώ (Δ29α/Φ.ΘΕΣΜ./ΓΠ26275/1048/2014),

ενώ το ημερήσιο κόστος νοσηλείας στις δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές εκτιμάται ότι ξεπερνά τα 100 ευρώ.

### REBATE KAI CLAW BACK

Κύρια αιτία της οικονομικής δυσπραγίας των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών αποτελούν τα μέτρα του rebate και του claw back. Τα μέτρα αυτά ψηφίστηκαν με αναδρομική ισχύ το 2013, προκειμένου να συμβάλλουν στη μείωση της κρατικής δαπάνης και στην εφαρμογή των κλειστών προϋπολογισμών για την υγεία. Rebate είναι η υποχρεωτική έκπτωση που επιβάλλεται στο ποσό που αιτούνται οι ιδιωτικές κλινικές, βάσει της σύμβασης, ως αποζημίωση για τις υπηρεσίες τους στους ασφαλισμένους του ΕΟΠΥΥ και Claw back είναι η υποχρεωτική επιστροφή από τις κλινικές προς στον ΕΟΠΥΥ, ποσών που έχουν λάβει για υπηρεσίες που έχουν προσφέρει, αλλά υπερβαίνουν τον καθορισμένο κλειστό προϋπολογισμό. Τα μέτρα του rebate και του claw back έχουν οδηγήσει μεσοσταθμικά σε μείωση του νοσηλίου των κλινικών σε ποσοστό 45%-50%. Αυτό σημαίνει ότι αντί για το κλειστό νοσήλιο των 37,77€/ημέρα, ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει τις κλινικές με μόλις 18€-20€/ημέρα. Επιπλέον, ο αναδρομικός, αλλά και ασαφής τρόπος υπολογισμού του claw back καθιστά αδύνατο οποιονδήποτε οικονομικό σχεδιασμό για τις κλινικές.

Είναι αξιοσημείωτο ότι αν και τα rebate και claw back είχαν θεσμοθετηθεί ως έκτακτα και προσωρινά μέτρα της μνημονιακής περιόδου, συνεχίζουν να εφαρμόζονται σήμερα (μετά την έξοδο της χώρας από τα μνημόνια και την ανάδειξη υπερπλεονάσματος στον κρατικό προϋπολογισμό) και μάλιστα έχει ψηφιστεί να ισχύσουν μέχρι το 2022.

Η δεινή οικονομική κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει λόγω του claw back, όχι μόνο οι ιδιωτικές κλινικές, αλλά το σύνολο των παρόχων υπηρεσιών υγείας, επισημαίνεται και από την Κομισιόν. Στην τρίτη έκθεση της μεταμνημονιακής εποπτείας για την Ελλάδα (European Commission, 2019) αναφέρεται πως η διαδικασία είσπραξης του claw back βαίνει ικανοποιητικά, αλλά οι υποχρεώσεις που δημιουργούνται στους παρόχους απειλούν τη βιωσιμότητά τους. Οι Ευρωπαίοι εκφράζουν ανησυχία για τη δυνατότητα είσπραξης του claw back τα επόμενα χρόνια, που αναμένεται να επηρεάσει τη ρευστότητα του ΕΟΠΥΥ. Προτείνουν μάλιστα, ως αντισταθμιστικό μέτρο στο claw back, έναν μηχανισμό κινήτρων για τους παρόχους.

### ΦΟΡΟΣ ΠΡΟΣΤΙΘΕΜΕΝΗΣ ΑΞΙΑΣ (ΦΠΑ)

Μία ακόμα σημαντική αιτία του οικονομικής ασφυξίας των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών είναι η υπαγωγή τους στον υψηλό συντελεστή ΦΠΑ (24%), Ο φόρος αυτός περιορίζει τα διαθέσιμα ποσά που

αντιστοιχούν στις κλινικές από τον κλειστό προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ, ενώ επιβαρύνει και την οικονομική συμμετοχή των νοσηλευομένων.

Όσον αφορά την ιστορική εξέλιξη του ΦΠΑ στον κλάδο, αυτό που ίσχυε μέχρι το 2010 ήταν ότι ιδιωτικές κλινικές εξαιρούνταν από τον φόρο. Κατά την αρχική περίοδο της οικονομικής κρίσης, εισήχθη ΦΠΑ 11%, (ΠΟΛ 1110/24.6.2010). Το 2011, με τον Ν. 3899/2010 εφαρμόστηκε ο νέος χαμηλός συντελεστής ΦΠΑ, της τάξης του 13%. Το 2015, με την ΠΟΛ 1160/17.7.2015, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών υπήχθησαν στον υψηλό συντελεστή (23%). Τέλος, το 2016, με τον Ν. 4389/2016, ο συντελεστής αυξήθηκε σε 24%, που ισχύει μέχρι σήμερα.

Η ελληνική νομοθεσία για τον ΦΠΑ των ιδιωτικών κλινικών δεν εναρμονίζεται με την Κοινωνική Οδηγία 2006/112/ΕΚ, η οποία εκδόθηκε για να εξασφαλίσει τον υγιή ανταγωνισμό μεταξύ επιχειρήσεων, αλλά κυρίως για να προστατέψει τις αδύνατες κοινωνικές ομάδες. Όπως αναφέρει η Οδηγία «...μεταξύ των μελών κρατών ...είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθεί εναρμόνιση των νομοθεσιών περί των φόρων κύκλου εργασιών, μέσω ενός συστήματος φόρου προστιθέμενης αξίας (ΦΠΑ), με αντικειμενικό σκοπό την εξάλειψη κατά το δυνατόν των παραγόντων οι οποίοι δύνανται να νοθεύσουν τους όρους του ανταγωνισμού, τόσο σε εθνικό όσο και σε κοινοτικό επίπεδο». Ο ΦΠΑ λοιπόν θα έπρεπε αντίστοιχος με τον φόρο των ιδιωτικών κλινικών στα άλλα μέλη - κράτη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Γαλλία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Φιλανδία κα), δηλαδή μηδενικός.

Επίσης, στην παράγραφο γ, του άρθρου 133, της ίδιας Οδηγίας αναφέρεται «οι τιμές (του ΦΠΑ) πρέπει να είναι κατώτερες αυτών που καθορίζονται για ανάλογες πράξεις από εμπορικές επιχειρήσεις οι οποίες υπόκεινται στον ΦΠΑ». Αντίθετα με ότι προτείνεται στην Οδηγία, στην Ελλάδα υπάρχουν μεγάλες διαφορές στον ΦΠΑ μεταξύ των διάφορων παρόχων της ιδιωτικής υγείας. Έτσι, απαλλάσσονται από τον ΦΠΑ οι υπηρεσίες των ιδιωτών ιατρών (είτε προσφέρονται στα ιδιωτικά ιατρεία, είτε σε ιδιωτικές μονάδες) και οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (όπου δηλαδή δεν απαιτείται διανυκτέρευση) από αυτοτελείς Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) (ΠΟΛ 1178/20.9.2018), υπάγονται σε μειωμένο ΦΠΑ τα φάρμακα, τα ιατρικά είδη και οι υπηρεσίες των οικοτροφείων, των οίκων ευγηρίας και των δομών φιλοξενίας ΑΜΕΑ, ενώ υπάγονται στον υψηλό ΦΠΑ οι αισθητικές επεμβάσεις και οι υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των στρεβλώσεων που προκαλούν οι παραπάνω διαφορές είναι ότι οι ιδιωτικές κλινικές αγοράζουν τα φάρμακα από τις φαρμακευτικές εταιρίες με ΦΠΑ 6%, ενώ τα τιμολογούν στον ΕΟΠΥΥ με ΦΠΑ 24%. ▶

### ► ΛΗΞΙΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΟΦΕΙΛΕΣ

Μια ακόμα αιτία του οικονομικού αδιεξόδου των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών αποτελούν οι ληξιπρόθεσμες οφειλές προς αυτές. Υπάρχει σταθερά καθυστέρηση αρκετών μηνών στην ροή αποπληρωμής των δεδουλευμένων τους από τον ΕΟΠΠΥ, γεγονός που δημιουργεί σημαντικό πρόβλημα ρευστότητας. Το χειρότερο όμως είναι ότι υπάρχουν ληξιπρόθεσμες οφειλές των ασφαλιστικών ταμείων προς τις κλινικές, από την περίοδο 2006-2012. Τις οφειλές αυτές έχει επωμιστεί πλέον ο ΕΦΚΑ, ως καθολικός διάδοχος των διάφορων ασφαλιστικών ταμείων. Με το πρόβλημα των ληξιπρόθεσμων οφειλών έχουν ασχοληθεί διαδοχικά όλοι οι Υπουργοί Υγείας των κυβερνήσεων των τελευταίων χρόνων, ενώ παλαιότερα είχαν γίνει κινητοποιήσεις από πλευράς προσωπικού και διοικήσεων των κλινικών, χωρίς αποτέλεσμα. Πρόσφατα, με το άρθρο 41, του Ν. 4647/2019 του Υπουργείου Εργασίας, αποφασίστηκε η εκκαθάριση και πληρωμή των ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων του κλάδου υγείας του ΕΦΚΑ που εντάχθηκαν στον ΕΟΠΥΥ, η οποία, παρά την καθυστέρηση πολλών ετών, θα γίνει με επιβολή έκπτωσης της τάξης του 10%.

### ΘΕΣΜΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Πέραν των οικονομικών μέτρων, το θεσμικό πλαίσιο που διαμορφώνεται τα τελευταία χρόνια για τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές δυσχεραίνει τη πρόσβαση των ασθενών σε αυτές και δημιουργεί σοβαρές δυσκολίες στην άσκηση του επιστημονικού τους έργου.

### ΑΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Ένα από τα κυριότερα θεσμικά προβλήματα των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών εποτελεί η απαγόρευση της ακούσιας νοσηλείας ασθενών σε αυτές.

Ακούσιες νοσηλείες εκτελούνταν κανονικά στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, μετά από αίτημα της οικογένειας του ασθενούς, μέχρι τη δεκαετία του 1990. Στο Ν. 2071/1992 υπήρξε πρόβλεψη για ακούσια νοσηλεία σε ιδιωτικές κλινικές, υπό την προϋπόθεση ότι θα εκδίδονταν η αντίστοιχη Απόφαση του Υπουργού Υγείας. Στην παράγραφο 2, του άρθρου 101, του Ν. 2071/1992 (για τους ιδιωτικούς φορείς ψυχικής υγείας) αναφέρεται «...Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις, όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού». Αντίστοιχη πρόβλεψη υπήρξε και στο άρθρο 16, του Ν. 2716/1999. Οι σχετικές υπουργικές αποφάσεις όμως δεν εκδόθηκαν ποτέ.

Αυτό είχε ως αποτέλεσμα τα τελευταία χρόνια να

δημιουργηθεί μια ιδιότυπη κατάσταση στη χώρα, όπου σε ορισμένες περιοχές υπήρχε πλήρης απαγόρευση της αναγκαστικής νοσηλείας σε ιδιωτικές κλινικές, ενώ σε άλλες (όπως στην Αττική) επιτρεπόταν, μέσω της εισαγωγής του ασθενούς σε κλινική δημόσιου νοσοκομείου και, κατόπιν αιτήματος της οικογένειας και εντολής Εισαγγελέα, μετατροπή της νοσηλείας σε εκούσια και μεταφορά του ασθενούς σε ιδιωτική κλινική. Η διαδικασία αυτή γινόταν βάσει της παραγράφου 5, του άρθρου 94, του Ν. 2071/1992, σύμφωνα με την οποία «... Αν ο ασθενής που νοσηλεύτηκε ακούσια «ζητήσει» την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους ή επ' αδυναμίας εξεύρεσης δεύτερου ψυχιάτρου από ένα ψυχίατρο και ένα ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του...».

Το 2018, με αφορμή πόρισμα της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, μετά από έκτακτο έλεγχο σε ιδιωτική ψυχιατρική κλινική, η Εισαγγελία Πρωτοδικών Αθηνών, σε εκτέλεση σχετικής παραγγελίας της Εισαγγελέως του Αρείου Πάγου, έκρινε παράτυπες τις μεταφορές ασθενών από δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, στο πλαίσιο της διαδικασίας της αναγκαστικής νοσηλείας. Η Εισαγγελία επισήμανε όμως «...Να συμπληρωθούν τα νομοθετικά κενά από το Υπουργείο Υγείας με την έκδοση των σχετικών υπουργικών αποφάσεων του άρθρου 101 του ν. 2071/1992 και ιδιαίτερα του άρθρου 16 του ν. 2716/1999». Τέτοια απόφαση δεν ελήφθη, αλλά ούτε υπήρξε πρόβλεψη για νοσηλεία ασθενών σε ιδιωτικές κλινικές στο προσχέδιο νόμου για την ακούσια νοσηλεία που δόθηκε σε δημόσια διαβούλευση το 2019 (Υπουργείο Υγείας, 2019).

Η απαγόρευση της ακούσιας νοσηλείας σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές έχει σοβαρές επιπτώσεις για τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και τις οικογένειές τους. Καταρχάς, οι ασθενείς στερούνται του δικαιώματος επιλογής ιατρού και θεραπευτηρίου, που έχουν όλοι οι υπόλοιποι πολίτες της χώρας. Ακόμα και αν θεωρήσουμε ότι κατά το χρόνο της αναγκαστικής νοσηλείας κάποιοι από αυτούς δε διαθέτουν ικανότητα λήψης αποφάσεων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η προγενέστερα εκφρασθείσα επιθυμία τους (ψυχιατρική διαθήκη) ή την επιθυμία των εξουσιοδοτημένων συγγενών, όπως εξάλλου ορίζεται στη Σύμβαση του Οβιέδο και τους άλλους κώδικες δεοντολογίας. Επιπλέον, συχνά οι ψυχικά ασθενείς στερούνται του συνταγματικού δικαιώματος για παροχή υγειονομικής περίθαλψης κοντά στον τόπο διαμονής τους. Σε πολλές περιοχές της χώρας όπου δεν υπάρχουν δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές, οι ασθενείς μεταφέρονται με οχήματα της αστυνομίας για ακούσια νοσηλεία σε Νοσοκομεία

άλλων νομών, που μπορεί να βρίσκονται εκατοντάδες χιλιόμετρα μακριά. Η επιβάρυνση (οικονομική, επαγγελματική, ψυχολογική) που υφίστανται τόσο οι ψυχικά ασθενείς, όσο και οι οικογένειές τους είναι πολλαπλάσια, ενώ αναπόφευκτα χάνεται η συνέχεια στη φροντίδα.

Οι συνέπειες όμως της απαγόρευσης ακούσιων νοσηλειών σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές αφορούν και το σύστημα υγείας. Στη χώρα μας, όπου το 50% των νοσηλείων είναι ακούσιες (WHO, 2017), ο αποκλεισμός των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών, οδηγεί σε υπερφόρτωση των δημόσιων δομών, όπως εξάλλου έχει διαπιστώσει η Επιτροπή για την Πρόληψη των Βασανιστηρίων και της Απάνθρωπης ή Ταπεινωτικής Μεταχείρισης ή Τιμωρίας (CPT) του Συμβουλίου της Ευρώπης (Council of Europe, 2019). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υποβάθμιση των συνθηκών περίθαλψης, την εξουθένωση του προσωπικού και τη μείωση των χρόνων νοσηλείας, που μπορεί να οδηγήσει σε συχνότερες υποτροπές (Keown et al., 2011; Rains et al., 2019). Αντίθετα με ότι συμβαίνει στην Ελλάδα, στις περισσότερες επιστημονικά προηγμένες χώρες, ακούσιες νοσηλείες πραγματοποιούνται σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, είτε μετά από επιθυμία του ασθενούς ή των συγγενών, είτε σε περίπτωση που δεν υπάρχουν δημόσιες δομές ή διαθέσιμες κλίνες στην περιοχή διαμονής του ασθενούς.

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΤΙΚΑ ΜΕΤΡΑ

Σε συνέχεια της απόφασης για την απαγόρευση της ακούσιας νοσηλείας στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, εκδόθηκε από το Υπουργείο Υγείας η Εγκύκλιος με αριθμ Πρωτ. οικ. 87136/12.11.2018, όπου αναφέρεται «...η ακούσια νοσηλεία σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές δεν είναι σύμφωνη με το νόμο. Ως εκ τούτου, απαγορεύεται σε κάθε περίπτωση η χρήση μέτρων περιορισμού των ασθενών σε ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές».

Τα προβλήματα που δημιουργεί η συγκεκριμένη εγκύκλιος είναι προφανή. Ο ψυχίατρος οφείλει να προστατεύει την ελευθερία του ψυχικά ασθενούς, αλλά ταυτόχρονα είναι υποχρεωμένος να λαμβάνει μέτρα όταν απειλείται η ζωή και η σωματική ακεραιότητα, τόσο του ασθενούς, όσο και των άλλων νοσηλευομένων, του προσωπικού και των επισκεπτών μιας κλινικής. Υπάρχουν περιπτώσεις νοσηλευομένων οι οποίοι, ανεξάρτητα του αν έχουν εισαχθεί εκουσίως ή ακουσίως, μπορεί να εκδηλώσουν καταστροφική συμπεριφορά προς τον εαυτό ή τους άλλους. Αν οι τεχνικές αποκλιμάκωσης δεν έχουν αποτέλεσμα, είναι αναγκαία η χρήση μέτρων περιορισμού. Επιπλέον, υπάρχουν περιστατικά, ηλικιωμένων συνήθως ασθενών, τα οποία πρέπει να λάβουν επείγοντως κάποια θεραπεία για σωματική τους νόσο (πχ χορήγηση

ορού), αλλά δε μπορούν να συνεργαστούν, λόγω σύγχυσης. Τα περιστατικά αυτά θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με την ακινητοποίηση του άνω άκρου, μέχρι το πέρας της αγωγής. Σε κάθε περίπτωση, τα περιοριστικά μέτρα εφαρμόζονται ως έσχατη λύση και πάντα υπό συνεχή επιτήρηση, για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα και σύμφωνα με τις οδηγίες της CPT και της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

Με την πλήρη απαγόρευση της χρήσης μέτρων περιορισμού η μόνη επιλογή, όταν παρουσιάζονται περιστατικά όπως τα παραπάνω, σύμφωνα με την παράγραφο 1, του άρθρου 96 του Ν. 2071/1992, είναι η ενημέρωση των στενών συγγενών ή νόμιμων εκπροσώπων και αν αυτοί το επιθυμούν, η εκκίνηση της διαδικασίας ακούσιας νοσηλείας, με τη μεταφορά του ασθενούς σε δημόσια δομή.

Αν δεν υπάρχουν στενοί συγγενείς ή νόμιμοι εκπρόσωποι, ο ψυχίατρος μπορεί να ενημερώσει τον Εισαγγελέα Πρωτοδικών για να κινήσει την αυτεπάγγελτη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας.

Η διαδικασία αυτή προφανώς είναι χρονοβόρα και δημιουργεί κινδύνους για τους νοσηλευόμενους και το προσωπικό μια κλινικής. Επίσης, αν οι συγγενείς δεν επιθυμούν ακούσια νοσηλεία, η μόνη δυνατότητα του προσωπικού είναι να προσπαθήσει να ηρεμήσει τον ασθενή με μη βίαια μέσα και αν αυτός το ζητήσει, να τον διευκολύνουν να αποχωρήσει από την κλινική (Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, 2012), πράξη που είναι αμφίβολο αν συνάδει με την ιατρική δεοντολογία.

## ΕΚΟΥΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Πέραν της απαγόρευσης των ακούσιων νοσηλειών στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, συχνά διατυπώνονται ενστάσεις για το είδος των περιστατικών, τη διαδικασία εισαγωγής και τη διάρκεια νοσηλείας των εκούσιων εισαγωγών.

Στην παράγραφο 2, του άρθρου 94, του Ν. 2071/1992 αναφέρεται «...Προϋποθέσεις για την Εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμιμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας». Πολλές κατηγορίες ασθενών, όπως τα άτομα με άνοια, αυτισμό ή νοητική στέρση, που παρουσιάζουν συχνά ψυχιατρική συμπτωματολογία και διαταραχές της συμπεριφοράς είναι πιθανό να μην έχουν την ικανότητα να κρίνουν για την υγεία τους. Οι ασθενείς αυτοί προβλέπεται να λαμβάνουν βραχυπρόθεσμης υποστήριξης σε ειδικές δομές της κοινότητας (Γ3α,β/Γ.Π.οικ.84743/3.12.2019), οι οποίες όμως δεν επαρκούν, συχνά βρίσκονται σε γεωγραφικά ►

- ▶ απομακρυσμένες περιοχές και δε διαθέτουν δυνατότητες αυξημένης ασφάλειας και συνεχούς ιατρικής φροντίδας.

Όσον αφορά τη διάρκεια της νοσηλείας, διατυπώνεται η άποψη ότι εφόσον οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές είναι μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης, η διάρκεια της νοσηλείας δεν μπορεί να ξεπερνά τους 3 μήνες, αφού οι ασθενείς πρέπει να κατευθύνονται σε μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ο στόχος της ψυχιατρικής φροντίδας είναι αναμφίβολα η επιστροφή του ασθενούς στην κοινότητα. Αυτό όμως δεν είναι πάντα εφικτό, πόσο μάλλον όταν γίνεται υπό χρονικούς περιορισμούς. Ένα μικρό ποσοστό ασθενών, παρά τη χορήγηση θεραπείας, μπορεί να εμφανίσει ανθεκτική συμπτωματολογία ή αποδιοργάνωση της συμπεριφοράς που να απαιτούν συνεχή νοσοκομειακή φροντίδα και να μην επιτρέπουν τη διαμονή του σε κοινοτική δομή.

Για τους «ιδρυματοποιημένους» ασθενείς, που έχουν παραμείνει για πολλά χρόνια νοσηλεύμενοι σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, η μεταστέγαση τους σε δομές ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης είναι πιθανό να οδηγήσει όχι σε βελτίωση, αλλά σε απορρύθμιση της ζωής τους και στο φαινόμενο της «περιστρεφόμενης πόρτας», δηλαδή στην υποτροπή και ανάγκη επαναεισαγωγής τους σε ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Τέλος, δεν πρέπει να παραβλέπουμε το γεγονός το γεγονός ότι οι διαθέσιμες σήμερα κοινοτικές δομές δεν επαρκούν. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα της ιδιωτικής ψυχιατρικής κλινικής «Παλλάδιον Θεραπευτήριο», δυναμικότητας 220 κλινών, που ενώ από το 2014 μπήκε σε διαδικασία πτώχευσης και αναστολής της λειτουργίας της, παρέμεινε ανοιχτή μέχρι τα τέλη του 2019, λόγω της μεγάλης δυσκολίας εύρεσης δομών φιλοξενίας για τους νοσηλεύμενούς της.

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί οι υπεύθυνοι λειτουργίας των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών είναι οι Διοικητικοί Διευθυντές και οι Επιστημονικοί Διευθυντές / Υπεύθυνοι των τμημάτων. Οι υπεύθυνοι λειτουργίας εκπίπτουν από τη θέση τους αν υπάρχει κώλυμα που αναφέρεται στο άρθρο 3 του Ν. 4600/2019. Κώλυμα προκύπτει για αυτούς που έχουν καταδικαστεί για κακούργημα ή πλημμέλημα, αλλά και για αυτούς που έχουν απλά παραπεμφθεί σε δικαστήριο για τα ανωτέρω αδικήματα. Ουσιαστικά δηλαδή τα πρόσωπα που κατέχουν τις ανωτέρω θέσεις στερούνται του τεκμηρίου της αθωότητας για διάστημα πολλών χρόνων μέχρι την έκδοση αμετάκλητης απόφασης, ενώ ταυτόχρονα καθίστανται ευάλωτοι σε κακόβουλες ενέργειες που μπορεί να τους εμπλέξουν σε δίκες. Επιπλέον, στα αδικήματα που μπορεί να οδηγήσουν σε

έκπτωση από τη θέση, εκτός των κακούργημάτων (πχ κλοπή, , απάτη, εκβίαση, παράβαση του νόμου περί ναρκωτικών, δωροδοκία, οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας κλπ) περιλαμβάνονται και πολύ ελαφρύτερα πλημμελήματα, όπως παραπτώματα οικονομικής ή επαγγελματικής φύσης.

Όσον αφορά στην ιατρική ευθύνη, είναι αξιοσημείωτο είναι ότι την επωμίζονται πάντα οι Επιστημονικοί Διευθυντές και Υπεύθυνοι, ανεξαρτήτως των πράξεων ή των παραλείψεων των θεραπόντων ιατρών.

Αυτό δημιουργεί πρακτικές δυσκολίες στην καθημέρα άσκηση της ψυχιατρικής, καθώς δεν είναι εφικτό να επικοινωνεί ο θεράπων ιατρός με τον Επιστημονικό Διευθυντή ή Υπεύθυνο για τη λήψη κάθε ιατρικής απόφασης, πόσο μάλλον σε επείγουσες καταστάσεις.

Περαιτέρω, σύμφωνα με τον προσφάτως δημοσιευθέντα Ν. 4600/2019 και συγκεκριμένα το άρθρο 19, παράγραφος 5, σε περίπτωση που διακοπεί η λειτουργία ιδιωτικής κλινικής, η ευθύνη για την ασφαλή μεταφορά των νοσηλευόμενων ασθενών για την συνέχιση της νοσηλείας τους σε άλλες Μονάδες Ψυχικής Υγείας, βαρύνει τον Διοικητικό Διευθυντή της κλινικής, σε αντίθεση με το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο όπου η ευθύνη βάρυνε τον Τομέα Ψυχικής Υγείας και την Διεύθυνση Υγείας της Περιφέρειας.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ιδιωτικές κλινικές προσφέρουν διαχρονικά νοσοκομειακές υπηρεσίες σύμφωνα με τους αποδεκτούς κανόνες της ψυχιατρικής επιστήμης, με γνώμονα τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ψυχικά ασθενών και σε ιδιαίτερα χαμηλό κόστος για το κράτος. Η προσφορά τους είναι ελάχιστα αναγνωρισμένη και προβεβλημένη, ενώ είναι χαρακτηριστικό ότι μέχρι και πριν λίγα χρόνια δεν ήταν καν καταγεγραμμένες στο χάρτη υγείας της χώρας. Αντίθετα, αναφορά στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές γίνεται συνήθως κατόπιν αρνητικών, για τις ίδιες, συγκυριών, που οδηγούν σε αδικαιολόγητες στερεοτυπικές γενικεύσεις και επιφυλακτικότητα απέναντί τους.

Όσον αφορά στο οικονομικό σκέλος της λειτουργίας τους, η επιλογή της πολιτικής ηγεσίας να θέτει δημοσιονομικές και όχι θεραπευτικές προτεραιότητες στην υγεία έχει φέρει τις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές σε αδιέξοδο.

Παρά την κοινή παραδοχή ότι μέτρα όπως ο κλειστός προϋπολογισμός, το claw back και το rebate, ο υψηλός Φ.Π.Α. κλπ είναι άδικοι και επαχθή τόσο για τις δομές, όσο και τους ασθενείς, μέχρι σήμερα δεν έχει εκδοθεί κάποια απόφαση για την κατάργηση ή τροποποίησή τους. Ο άδικος χαρακτήρας των μέτρων ενισχύεται από το γεγονός ότι εφαρμόζεται σε ασθενείς οι οποίοι, στις πλείστες των περιπτώσεων,

δυσκολεύονται να διαβιώσουν με το οικογενειακό τους περιβάλλον, αδυνατούν να εργαστούν, στερούνται επαρκών εσόδων, στερούνται της δυνατότητας για σύναψη ιδιωτικής ασφάλειας, απαιτείται να νοσηλευτούν για μακρά χρονικά διαστήματα και, εν ολίγοις, εξαρτώνται απολύτως από το κοινωνικό χαρακτήρα του Κράτους.

Όσον αφορά στο θεσμικό πλαίσιο, ενώ στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας λειτουργούν συνεργατικά και συμπληρωματικά, στην προσπάθεια κάλυψης των κενών του συστήματος και βελτίωσης των υπηρεσιών, στη χώρα μας συνεχίζει να υφίσταται ο διαχωρισμός των δυο τομέων, συνήθως με πρόσχημα την αδυναμία του κράτους να καθορίσει το πλαίσιο λειτουργίας και να ασκήσει έλεγχο στους ιδιώτες.

Η Πολιτεία οφείλει να προσδιορίσει ποιός θέλει να είναι ο ρόλος των ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών κατά τη μετάβαση στη νέα εποχή για την ψυχική υγεία, που διαμορφώνεται με την ολοκλήρωση της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Οφείλει επίσης να εξασφαλίσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις, ώστε η ευάλωτη ομάδα των ψυχικά ασθενών να έχει απρόσκοπτη πρόσβαση στις κλινικές και να επωφελείται στο μέγιστο βαθμό από τις υποδομές, το προσωπικό και την τεχνογνωσία τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Australian Institute of Health and Welfare (2018). Health expenditure Australia 2016–17. Health and welfare expenditure series no. 58. Cat. no. HWE 68. Canberra: AIHW.
2. Council of Europe (2019). Report to the Greek Government on the visit to Greece carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 10 to 19 April 2018. <https://rm.coe.int/1680930c9a> [πρόσβαση 24/1/2020].
3. Council of Europe (2017). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Means of restraint in psychiatric establishments for adults (Revised CPT standards) <https://rm.coe.int/16807001c3> [πρόσβαση 24/1/2020].
4. Department of Health (2015). NHS reference costs 2013-2014, <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-reference-costs-2013-to-2014>. [πρόσβαση 24/1/2020].
5. European Commission (2019). Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Enhanced Surveillance Report – Greece, June 2019. Communication from the Commission and accompanying Commission Staff Working Document Luxembourg: Publications Office of the European Union [https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economic-and-financial-affairs-publications_en).
6. Keown, P., Weich, S., Bhui, K.S., Scott, J. (2011). Association between provision of mental illness beds and rate of involuntary admissions in the NHS in England 1988–2008: ecological study. *BMJ*, 343: d3736
7. Knapp, M., Hallam, A., Beecham, J., Baines, B. (1999). Private, voluntary or public? Comparative cost-effectiveness in community mental healthcare. *Policy Polit* 27:25–41.
8. Rains, L. S., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys S., Branthonne-Foster, S., et al. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5):403-417.
9. Salisbury, T., Killaspy, H., & King, M. (2017). Relationship between national mental health expenditure and quality of care in longer-term psychiatric and social care facilities in Europe: Cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 211(1):45-49.
10. Stensland, M., Watson, P. R., Grazier, K. L. (2012). An Examination of Costs, Charges, and Payments for Inpatient Psychiatric Treatment in Community Hospitals. *Psychiatric Services*. 63(7):666-571.
11. World Health Organization (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization.
12. World Health Organization (2003). *Mental Health Policy and Service Guidance Package-The Mental Health Context*.
13. World Health Organization (2017). *Mental Health ATLAS 2017 Member State Profile – Greece* [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/atlas/profiles-2017/GRC.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/GRC.pdf?ua=1) [πρόσβαση 24/1/2020].
14. Zentner, N., Baumgartner, I., Becker, T., Puschner, B. (2015). Course of health care costs before and after psychiatric inpatient treatment: patient-reported vs. administrative records. *International journal of health policy and management*, 4(3):153–160.
15. Απόφαση ΔΒ3Ε/οικ.2946 Καθορισμός κλειστού ημερήσιου νοσηλίου συμβεβλημένων ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών. (ΦΕΚ 468/18.02.2019)
16. Απόφαση ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157 Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ / Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) (ΦΕΚ 4898/1.11.2018).
17. Απόφαση Δ29α/Φ.ΘΕΣΜ./ΓΠ26275/1048/2014 Ορισμός ειδικού νοσηλίου – τροφείου για τις Στέγες Υποστηρίζουσας Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρίες (ΦΕΚ 172/Β/30-1-2014).
18. Απόφαση οικ. 87136/12.11.2018 Απαγόρευση της χρήσης μέτρων περιορισμού στις Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές. Νοσηλεία ασθενών σε Ιδιωτικές Ψυχιατρικές Κλινικές, κατά τη διάρκεια ακούσιας νοσηλείας.
19. Εγκύκλιος Γ3α,β/Γ.Π.οικ.84743/3.12.2019 Τροποποίηση-συμπλήρωση της αριθμ. Γ3α,β/Γ.Π.οικ.96899/12-12-2018 εγκυκλίου με θέμα «Διαδικασία μετάβασης ψυχικά ασθενών σε Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης».
20. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (2008). Περιοριστικά μέτρα κατά την ψυχιατρική νοσηλεία. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/c312-psyikh-ygeia/1398-eidikh-epitroph-elegxoy-prostasias-twn-dikaiwmatwn-twn-atomwn-me-psyhikes-diataraxes> [πρόσβαση 24/1/2020].
21. Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (2008). Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές για Εφαρμογή Περιοριστικών Μέτρων κατά την Εκούσια Εξέταση ή και Νοσηλεία. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-drasesis-gia-thn-ygeia/c312-psyikh-ygeia/1398-eidikh-epitroph-elegxoy-prostasias-twn-dikaiwmatwn-twn-atomwn-me-psyhikes-diataraxes> [πρόσβαση 24/1/2020].

- 22. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2012). Αριθμός εξελθόντων ασθενών κατά κατηγορίες νόσων και νόσο (Ιανουαρίου 2002 - Δεκεμβρίου 2012). <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE12/2010-M01>. [πρόσβαση 22/1/2020].
23. Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) (2019). ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ. Σύστημα Λογαριασμών Υγείας (ΣΛΥ) έτους 2017. <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SHE35/> [πρόσβαση 22/1/2020].
24. Νόμος υπ' αριθ. 2071/1992 Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας (ΦΕΚ 123/15.07.1992).
25. Νόμος υπ' αριθ. 2619/1998 Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής: Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (ΦΕΚ 132/Α/19.6.1998).
26. Νόμος υπ' αριθ. 2716/1999 Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 96/Α/17.5.1999).
27. Νόμος υπ' αριθ. 4389/2016 Επείγουσες διατάξεις για την εφαρμογή της συμφωνίας δημοσιονομικών στόχων και μεταρρυθμίσεων και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 94/Α/30.5.16).
28. Νόμος υπ' αριθ. 3899/2010 Επείγοντα μέτρα εφαρμογής του προγράμματος στήριξης της ελληνικής οικονομίας (ΦΕΚ 212/17.12.2010).
29. Νόμος υπ' αριθ. 4600/2019 Εκσυγχρονισμός και Αναμόρφωση Θεσμικού Πλαισίου Ιδιωτικών Κλινικών, Σύσταση Εθνικού Οργανισμού Δημόσιας Υγείας, Σύσταση Εθνικού Ινστιτούτου Νεοπλασιών και λοιπές διατάξεις (ΦΕΚ 43/Α/09.03.2019).
30. Νόμος υπ' αριθ. 4647/2019 Κατεπείγουσες ρυθμίσεις αρμοδιότητας των Υπουργείων Υγείας, Εσωτερικών, Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και άλλες διατάξεις (ΦΕΚ 204/Α/13.12.2019).
31. Οικονόμου, Μ., Χαρίτση, Μ., Πέππου Α. Ε., Διέλου, Ε., Σουλιώτης, Κ. (2018). Η ψυχική υγεία στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης: κοινωνικοοικονομικοί προσδιοριστές της κατάθλιψης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(1), 17-26.
32. ΟΟΣΑ/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας (2019). Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2019, Η Κατάσταση της Υγείας στην ΕΕ, ΟΟΣΑ, Παρίσι/Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο για τα Συστήματα και τις Πολιτικές Υγείας, Βρυξέλες.
33. ΠΟΛ.1100/24.6.2010 Κοινοποίηση των διατάξεων των άρθρων 59, 60, 61, 62, 63 και 81 του ν.3842/23.4.2010 (ΦΕΚ 58Α) «αποκατάσταση φορολογικής δικαιοσύνης, αντιμετώπιση της φοροδιαφυγής και άλλες διατάξεις».
34. ΠΟΛ.1178/2018 Παροχή διευκρινίσεων αναφορικά με τη φορολογική αντιμετώπιση από πλευράς ΦΠΑ των παροχών των υγειονομικών μονάδων που ορίζονται ως Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.).
35. Υπουργείο Υγείας. Διαδικτυακός τόπος Διαβουλεύσεων (2019) Ακούσια ψυχιατρική περίθαλψη. <http://www.open.gov.gr/gyka/?p=2832> [πρόσβαση 24/1/2020]. ■