

Ποιός και πώς θα
πληρώσει τη
φαρμακευτική δαπάνη
του ανασφάλιστου
πληθυσμού;

Άντζελα Βερναδάκη

Market Access & External Relations Director

AbbVie Pharmaceuticals, SA

Μονεμβάσια, Οκτώβριος 2014



Health Voucher (11/9/2013)

Δωρεάν υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε 230.000 ανασφάλιστους πολίτες προσφέρει το Πρόγραμμα «Εισιτήριο Ελεύθερης Πρόσβασης - Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας».

Διάρκεια και όριο επισκέψεων

Στη Γενική Κατηγορία οι ηλικιακές κατηγορίες είναι: 2 μηνών-3 ετών, 3-15 ετών, 15-30 ετών, 30-60 ετών, 3η ηλικία. Η διάρκεια είναι 4 μήνες από την έκδοση του Health Voucher και οι συνολικές επισκέψεις μέχρι τη λήξη του Health Voucher είναι 3 επισκέψεις.

Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση των δανειστών μας «στο πλαίσιο του κράτους πρόνοιας κρίνεται επείγουσα η κάλυψη της φαρμακευτικής περίθαλψης των ανασφάλιστων πολιτών, δεδομένης της δυσμενούς οικονομικής συγκυρίας που έχει συντελέσει στην αύξηση του αριθμού τους». **Εκτός όμως από κοινωνική ανάγκη η ρύθμιση επιβαλλόταν ως προαπαιτούμενη δράση για την εκταμίευση της δόσης του δανείου.**

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

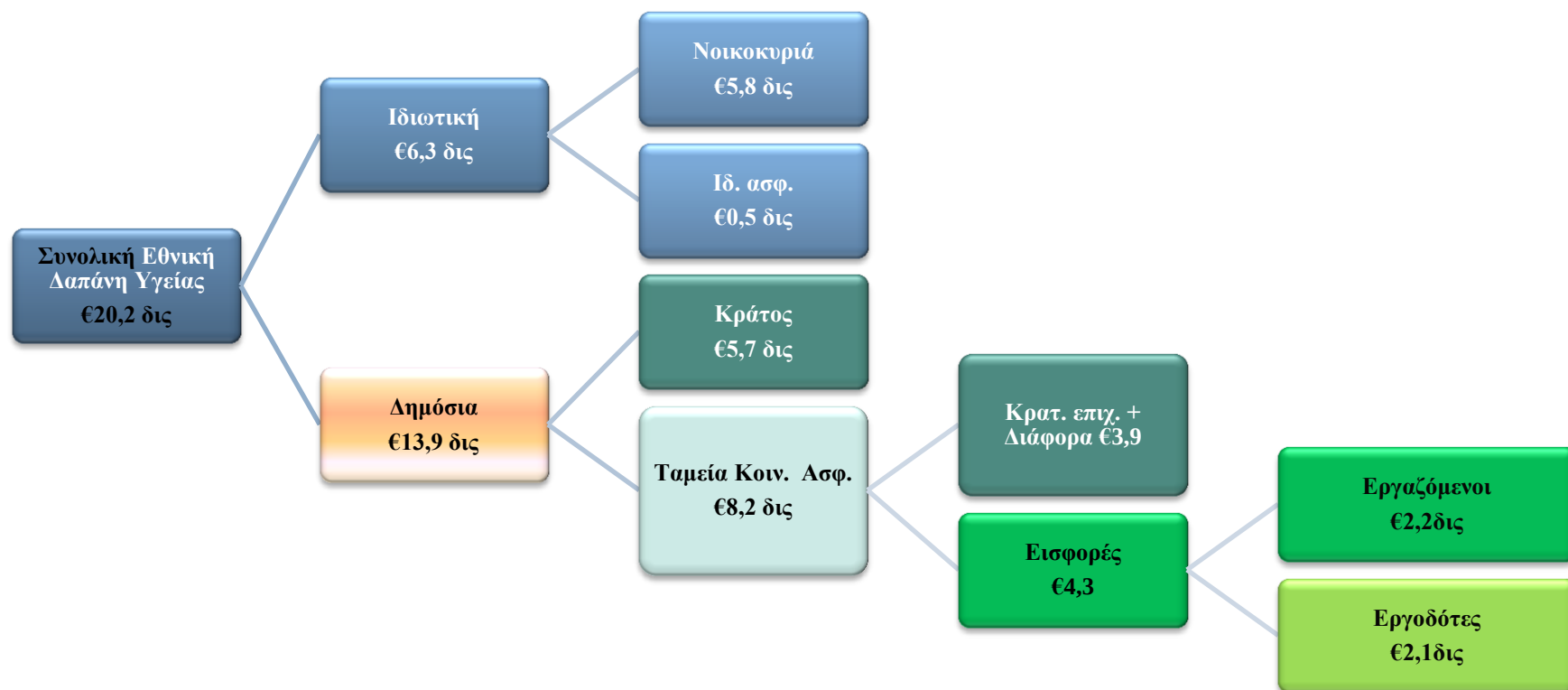
ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Αρ. Φύλλου 1753

28 Ιουνίου 2014

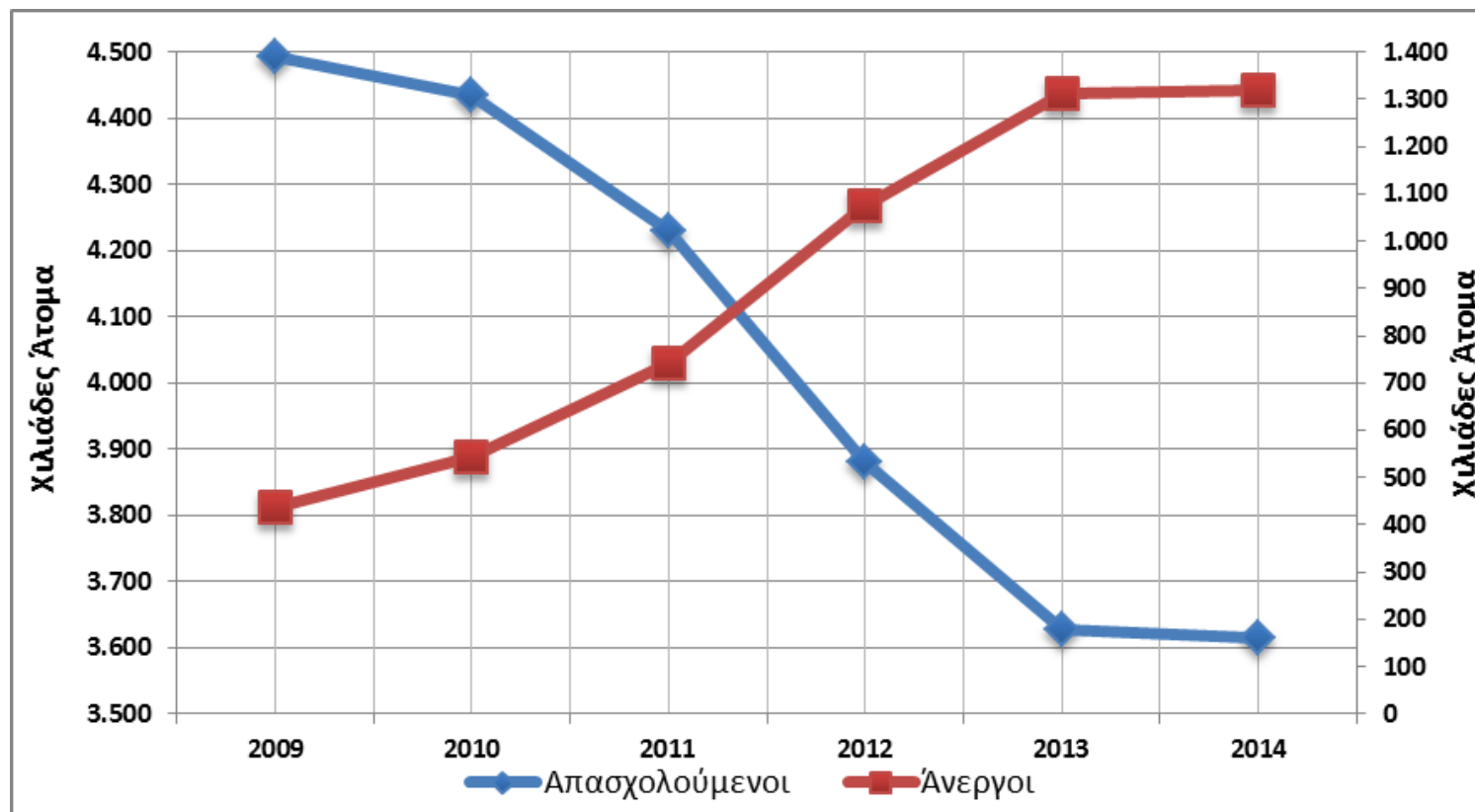
Για την συνταγογράφηση των φαρμάκων αυτών στους δικαιούχους της παραγρ. 1 ισχύουν οι όροι και οι προϋποθέσεις συνταγογράφησης, ελέγχων και συμμετοχών που ισχύουν κατά την συνταγογράφηση τους σε ασφαλισμένους. Η συνταγογράφηση των αναγκαίων φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων για τους ανασφάλιστους θα γίνεται από τις δημόσιες δομές μέσω του συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης με την έκδοση ηλεκτρονικών συνταγών επί των οποίων θα προβλεφθεί ειδική ένδειξη. Οι δικαιούχοι θα έχουν πρόσβαση σε όλο το φάσμα της φαρμακευτικής περίθαλψης που αφορά οξεία περιστατικά, χρόνιες παθήσεις, καθώς και φάρμακα υψηλού κόστους, με τους ίδιους όρους, προϋποθέσεις, διαδικασίες και προβλεπόμενες επιβαρύνσεις που ακολουθούνται και για τους ασφαλισμένους.

Η κατανομή της χρηματοδότησης της υγείας, 2011



Η εικόνα το 2014 δεν είναι ουσιαστικά διαφορετική, με τα δεδομένα ελαφρώς χαμηλότερα.

Αύξηση ανεργίας - Μείωση απασχόλησης



Ελλάδα: Αύξηση Ανεργίας & Μείωση Απασχόλησης, Ιανουάριος 2009-2014

Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ.

Συστήματα Ασφάλισης Υγείας - Ελληνικό Μοντέλο

Οι δύο επικρατέστεροι τρόποι ασφάλισης υγείας είναι τα κρατικά συστήματα Beveridge,⁴ όπως της Βρετανίας και του Καναδά, που στηρίζονται σε χρηματοδότηση από τη γενική φορολογία, και τα συστήματα Bismarck,⁵ που στηρίζονται από φορείς κοινωνικής ασφάλισης μέσω εισφορών.^{vi} Υπάρχουν και συστήματα, όπως των ΗΠΑ και της Ολλανδίας, στα οποία τον κύριο ρόλο παίζει η ιδιωτική ασφάλιση. Όμως, ακόμη και σε αυτά υπάρχει σημαντική παρέμβαση από τον δημόσιο τομέα για κατηγορίες ασφαλισμένων, όπως οι ηλικιωμένοι και οι άποροι.

Η θεσμοθέτηση του ΕΣΥ στην χώρα μας το 1983 και στις δεκαετίες που ακολούθησαν, είχε ένα κρίσιμο σχεδιαστικό σφάλμα. **Η συνύπαρξη, των μοντέλων Beveridge και Bismarck στο ίδιο σύστημα, οδήγησε στην άνοδο των δαπανών υγείας, αναπαρήγαγε και διεύρυνε τις κοινωνικές ανισότητες (από το πεδίο των εισοδημάτων στο πεδίο της κοινωνικής προστασίας), επιτρέποντας στις πιο εύπορες ομάδες να εξαιρούνται από την αναγκαστική αλληλεγγύη ενός ενιαίου συστήματος.** Ενώ αρχικά στόχευε στην ενοποίηση των ταμείων υγείας, όπως συνέβη στην Ιταλία (εν μια νυκτί) και στην Ισπανία (σε βάθος 20ετίας), στην Ελλάδα, ΕΣΥ και ταμεία υγείας συνυπάρχουν μέχρι το 2014, ακόμη και μετά την ένταξή τους στον ΕΟΠΥΥ.

Μειονεκτήματα

Η ασφάλιση της υγείας στη χώρα μας, στηρίχθηκε κυρίως σε εισφορές ασφαλισμένων και εργοδοτών, επιβαρύνοντας τον «ασφαλιστικό μισθό» με το κόστος της ασφάλισης. Τέτοια συστήματα ασφάλισης υποφέρουν από τρία μειονεκτήματα σε σχέση με αυτά που στηρίζονται στη συνολική φορολογία εισοδήματος της εργασίας, του κεφαλαίου και της περιουσίας.

- α) είναι λιγότερο ισότιμα αφού επιβαρύνουν μόνο την εργασία.
- β) επιβαρύνουν την ανταγωνιστικότητα της οικονομίας αυξάνοντας το κόστος της εργασίας.
- γ) υποφέρουν από τον «οικονομικό κύκλο» ανάπτυξης-ύφεσης.

Ανεργία

Στοιχεία Ανεργίας: Ιανουάριος 2009-2014						
Άτομα	Ιανουάριος					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Απασχολούμενοι	4.494.173	4.435.866	4.228.772	3.879.789	3.628.739	3.613.826
Άνεργοι	438.131	543.777	740.517	1.074.285	1.311.034	1.317.848
Οικονομικά μη ενεργοί	3.370.885	3.323.206	3.337.378	3.354.952	3.377.287	3.386.498
Ποσοστό (%) Ανεργίας	8,9	10,9	14,9	21,7	26,5	26,7

Ποσοστό (%) Ανεργίας ανά ομάδες ηλικιών: Ιανουάριος 2009-2014						
Ομάδες Ηλικιών	Ιανουάριος (%)					
	2009	2010	2011	2012	2013	2014
15-24	25,9	30,3	37,8	52,7	60,4	56,8
25-34	11,6	14,2	21,4	29,4	34,3	35,5
35-44	6,9	9,1	12,3	18,2	23,8	23,7
45-54	5,3	7,3	10,2	15,6	20,5	20,5
55-64	4,1	5,3	7,2	11,6	16,9	18,2
65-77	1	1,4	2	3,6	7,5	11,6
Ποσοστό (%) Ανεργίας	8,9	10,9	14,9	21,7	26,5	26,7

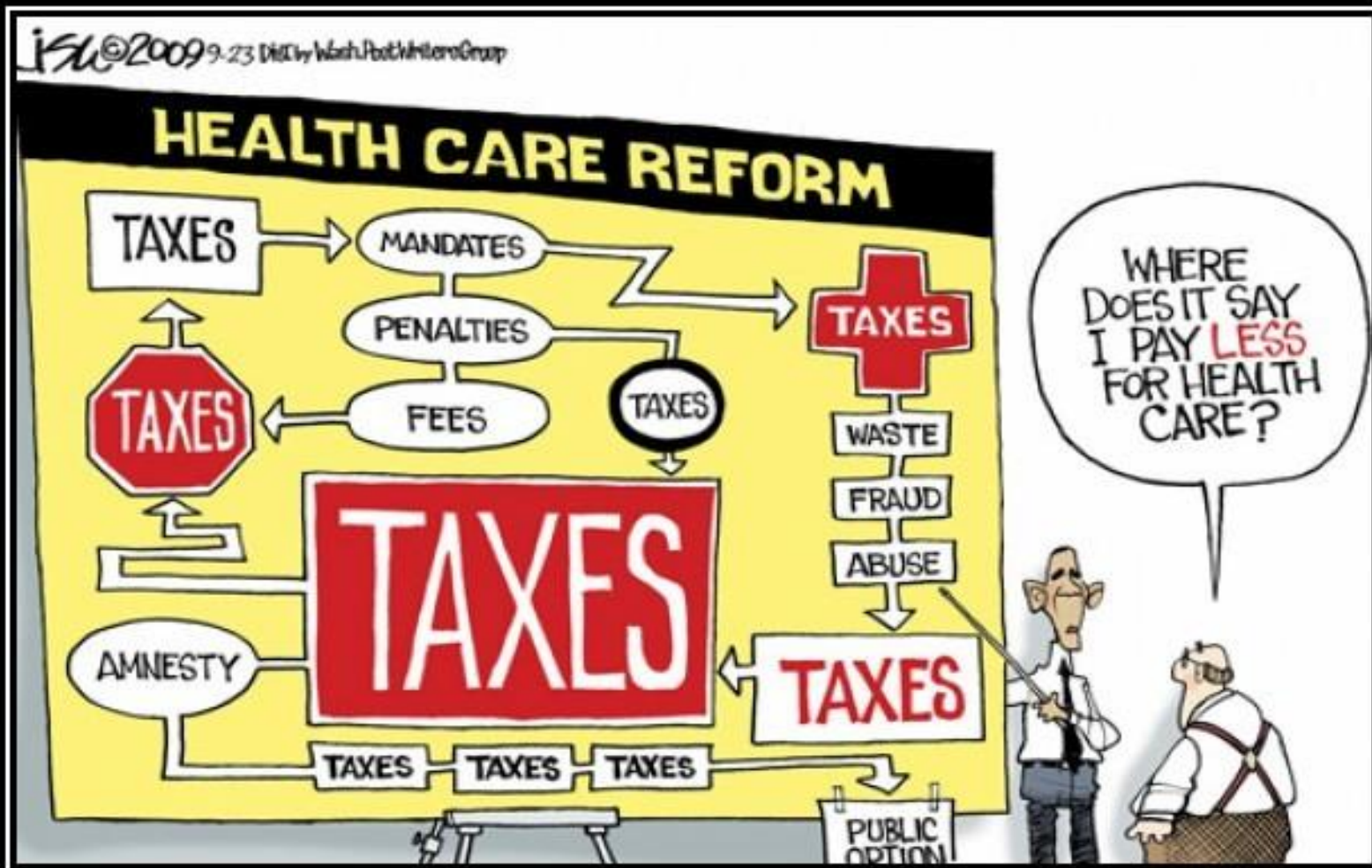
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ 2014

Πραγματικότητα

Όταν στην Ελλάδα, το ποσοστό ανεργίας προσεγγίζει το 30% μπορούμε να μιλάμε για «ασφάλιση» υγείας, από εισφορές εργασίας;

Η επιβάρυνση της εργασίας με το κόστος της ασφάλισης δημιουργεί πρόβλημα ανταγωνιστικότητας (*Μαύρη εργασία; Εισφοροδιαφυγή;*)

Η επιταχυνόμενη γήρανση του πληθυσμού σε συνδυασμό με τη πρόοδο στη τεχνολογία και την ιατρική ασκούν ανοδικές πιέσεις στις δαπάνες για την υγεία;



HEALTH CARE REFORM

I'm starting to understand it...

Πόσο κοστίζει, ποιοι πληρώνουν και πόσα για την υγεία;

	2009	2010	2011	2012	Δ12/09 €	Δ12/09 %
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ (δισ €)	23,19	20,75	20,2	17,71	-5,48	-24
• ΚΡΑΤΟΣ	6,3	5,5	5,7	5,0	-1,3	-21
• ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	9,8	8,5	8,2	7,0	-2,8	-29
• ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΑ	6,59	6,015	5,8	5,1	-1,38	-23
• ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	0,434	0,536	0,534	0,526	0,009	+21

ΠΗΓΕΣ: ΣΛΥ- Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας ΕΚΠΑ, 2013 .

ΣΗΜ: Στις δαπάνες της ΚΑ μέχρι το 2011 περιλαμβάνεται και ο ΟΠΑΔ όπως απαιτεί η μεθοδολογία του ΟΟΣΑ. Οι δαπάνες της ιδιωτικής ασφάλισης για το 2009 είναι υπό-εκτιμημένες καθώς η έρευνα της Ένωσης Ασφαλιστικών Εταιρειών Ελλάδος επικεντρωνόταν τότε στο νοσοκομειακό τομέα και στα ατομικά συμβόλαια. Δ = Μεταβολή

Στο διάστημα της «δημοσιονομικής προσαρμογής», το μερίδιο του Κράτους στη συνολική δαπάνη υγείας ανέβηκε από 27,2% το 2009 σε 28,2% το 2012. Κάπως λιγότερο αυξήθηκε η ιδιωτική δαπάνη από 28,4% σε 28,8%, ενώ η δαπάνη των ασφαλιστικών ταμείων έπεσε πολύ από 42,2% σε 39,5%.

Το μεγάλο μέρος της δαπάνης υγείας επωμίζονται οι εργαζόμενοι, μισθωτοί και ελεύθεροι επαγγελματίες και σε πολύ μεγάλο βαθμό τα νοικοκυριά μέσω της συμμετοχής στο κόστος και των άτυπων πληρωμών.

ΣΛΥ: Σύστημα Λογαριασμών Υγείας

Είναι το σύστημα συμβατό με τη δημοσιονομική προσαρμογή;

Η δημοσιονομική προσαρμογή στην Υγεία, τουλάχιστον στο διάστημα 2009-2012 για το οποίο υπάρχουν αξιόπιστα δεδομένα, είναι εντυπωσιακή. Το πρωτογενές δημοσιονομικό έλλειμμα της χώρας μειώθηκε κατά 16,5 δις, (€24,2 δις το 2009 σε €7,7 δις το 2012) και στο μηδέν το 2013. Το ίδιο διάστημα, η δημόσια δαπάνη υγείας μειώθηκε από €16,1 δις το 2009 σε €13,8 δις. το 2011, και στα €12 δις για το 2012.

Με τα ισχύοντα δεδομένα, ο τομέας της Υγείας έχει συμβάλει στη δημοσιονομική προσαρμογή σε ποσοστό της τάξης του 25%. Η προσαρμογή όμως δεν ήταν παρόμοια για όλες τις πηγές χρηματοδότησης. Στη διετία 2010-11, όταν άρχισε η προσπάθεια προσαρμογής, η ποσοστιαία μείωση ήταν πολύ μεγαλύτερη στην κρατική δαπάνη, μικρότερη στις δαπάνες των ταμείων (επιταχύνθηκε μόλις στο 2012) και πολύ μικρότερη στην επιβάρυνση των νοικοκυριών τα οποία έχασαν μέρος της «κάλυψης», ενώ αυξήθηκε και η προσφυγή στην ιδιωτική ασφάλιση.

Η Κοινωνική Ασφάλιση «κινήθηκε» πιο δύσκολα όταν οι αποφάσεις αφορούσαν μειώσεις στις δαπάνες και δεν συνεισέφερε το ίδιο στη δημοσιονομική προσαρμογή.

Δικαιοσύνη στην επιβάρυνση

2. Ιδιωτική δαπάνη

- a. Μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης
- b. Μέσω του οικογενειακού προϋπολογισμού, χωρίς απόδοση δαπάνης από την ΚΑ
- c. Μέσω άτυπων πληρωμών

1. Δημόσιες δαπάνες

- a. Από τον Κρατικό Προϋπολογισμό για δαπάνες μισθοδοσίας νοσοκομείων, κέντρων υγείας και άλλων κρατικών δομών.
- b. Από φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης για πληρωμές στους παραγωγούς υπηρεσιών υγείας και άλλους προμηθευτές, όπως φαρμακοποιοί και διαγνωστικά κέντρα κ.α.

Οι υπηρεσίες υγείας έχουν κόστος, αλλά η ανάγκη δεν σημαίνει και δυνατότητα πληρωμής. Η δικαιοσύνη στην ασφάλιση σχετίζεται με τον συγκερασμό ανάγκης και δυνατότητας πληρωμής, δηλαδή την ομαδοποίηση του κινδύνου σε μία ή περισσότερες «δεξαμενές» από τις οποίες γίνεται η κάλυψη της δαπάνης. Στην Ελλάδα, μέχρι το 2012, η κάλυψη της δαπάνης γινόταν με πολλούς τρόπους.

Δικαιοσύνη στην επιβάρυνση

Άρα, το κράτος ξοδεύει για να παράγει υπηρεσίες, τις οποίες «αγοράζει» πάλι από το κράτος σε τιμές που καθορίζει το κράτος, αλλά χωρίς να έχουν καμία σχέση με το πραγματικό κόστος παραγωγής.

Άρα αλληπάλληλες αλληλοτροφοδοτούμενες «φούσκες» χρεών μεταξύ Κράτους, ασφαλιστικών φορέων, νοσοκομείων και ιδιωτών παραγωγών. Η δημιουργία του ΕΟΠΥΥ το 2012 πολύ λίγο έχει αλλάξει την κατάσταση μέχρι στιγμής.

Φαίνεται ότι η συγχώνευση των αντικειμένων αγοραστή και παραγωγού δεν θα είναι η προτιμώμενη οδός, αλλά μάλλον η διαιώνιση του σημερινού καθεστώτος.

Για 10ετίες ίσχυε κάποιο παρωχημένο Πρ. Διάταγμα ως τιμοκατάλογος και μόλις πρόσφατα άρχισε η κατασκευή των Κεντρικά Ενοποιημένων Νοσηλείων (ΚΕΝ), έστω και με προβλήματα.

Ποιά η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της δημόσιας ασφάλισης;

Η αποτελεσματικότητα της δαπάνης στα συστήματα υγείας κρίνεται από το κατά πόσον επιτυγχάνουν το ζητούμενο αποτέλεσμα και η αποδοτικότητα από το κατά πόσο το επιτυγχάνουν με το μικρότερο δυνατό κόστος για κάθε επίπεδο αποτελέσματος.

Πρόταση προς διαβούλευση/περαιτέρω διερεύνηση

Ένα δημόσιο σύστημα ασφάλισης υγείας χωρίς εισφορές θα είναι δικαιότερο, αποτελεσματικότερο και θα ανταποκρίνεται στις δημοσιονομικές ανάγκες;

Με δεδομένο ότι για πολλά χρόνια η Ελλάδα θα βρίσκεται σε καθεστώς οιονεί «επιτήρησης», κρίνουμε σκόπιμη τη στήριξη της δημόσιας ασφάλισης υγείας από μία μόνο πηγή, π.χ. τα συνολικά φορολογικά έσοδα της χώρας;

Στην τρίτη συνάντηση του *Δικτύου για την Δημοσιονομική Βιωσιμότητα των Συστημάτων Υγείας* του ΟΟΣΑ, που έγινε στο Παρίσι στις 24-25 Απριλίου 2014, τονίσθηκε η υπεροχή των συστημάτων που στηρίζονται σε χρηματοδότηση από φορολογικούς πόρους.

Πρόταση προς διαβούλευση/περαιτέρω διερεύνηση

- ✓ Καθιέρωση Εθνικής Ασφάλισης Υγείας για **όλους** τους Έλληνες πολίτες ανεξαρτήτως εργασιακής κατάστασης
- ✓ Καταργούνται οι ασφαλιστικές εισφορές για υγειονομική περίθαλψη Ελλήνων πολιτών.
- ✓ Άμεση κατάργηση εργοδοτικών εισφορών για εργοδότες που δεν οφείλουν στο ΙΚΑ ή σε άλλο ασφαλιστικό Οργανισμό ή έχουν ρυθμίσει τις οφειλές τους και τηρούν τη ρύθμιση για περισσότερο από ένα χρόνο (πιλοτικό).
- ✓ Η Εθνική Ασφάλιση Υγείας να παρέχει κάλυψη στο ύψος του κανονισμού παροχών του ΕΟΠΥΥ, που παρέχουν οι δημόσιοι και ιδιωτικοί συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ πάροχοι.

Πιθανά πλεονεκτήματα

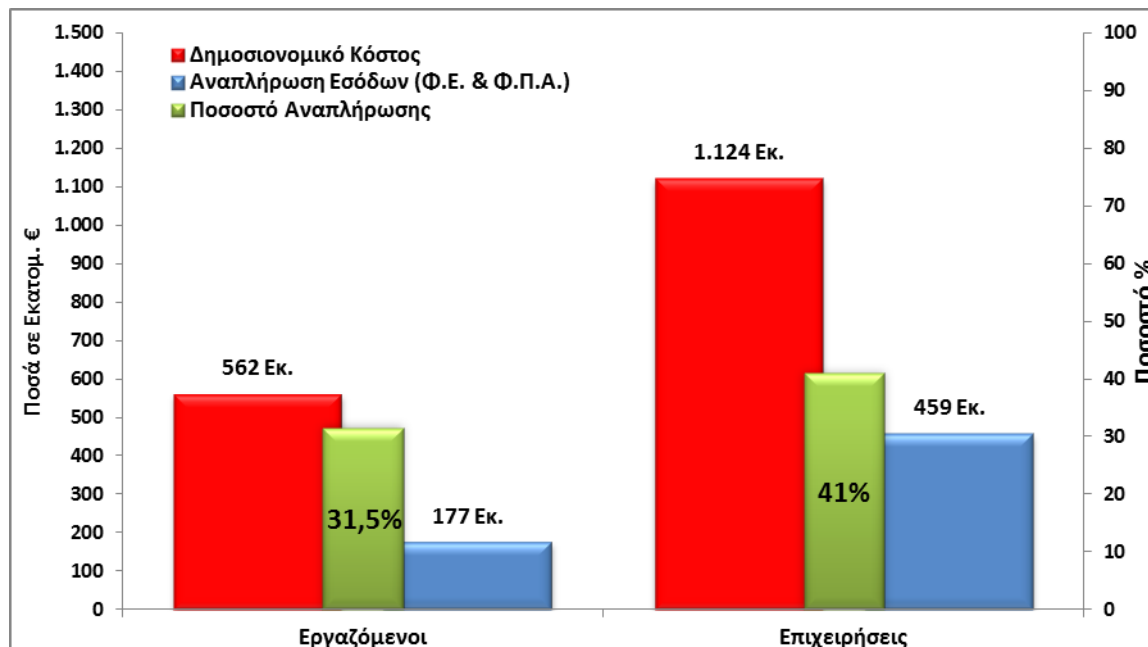
- Αύξηση του διαθέσιμου οικογενειακού εισοδήματος (άρα έσοδα απο άμεση φορολόγηση και αύξηση της κατανάλωσης)
- Αύξηση του φορολογητέου εισοδήματος επιχειρήσεων και αυτοαπασχολούμενων
- Μείωση εισφοροδιαφυγής, *μαύρης* εργασίας
- Κέρδος για το ΑΕΠ από τη βελτίωση της ανταγωνιστικότητας της οικονομίας λόγω μείωσης του εργατικού κόστους. (Η μείωση του μη μισθολογικού κόστους των επιχειρήσεων είναι από τους σημαντικότερους μνημονιακούς στόχους, που, μέχρι στιγμής, υλοποιείται μόνο εν μέρει με τη μείωση 3,9% τον Ιούλιο του 2014.)
- Οι άμεσες δημοσιονομικές επιπτώσεις θα είναι μικρότερες από ότι φαίνεται εκ πρώτης όψεως, εξαιτίας της αναπλήρωσης από Φορολογικά Έσοδα (ΦΕσ) και Φ.Π.Α. Όμως, θα τροφοδοτηθεί η ανάπτυξη, με αύξηση του ΑΕΠ και νέες θέσεις εργασίας και το δημοσιονομικό κενό, που θα εμφανιστεί κατά το πρώτο έτος της μεταρρύθμισης, θα υπερκαλυφθεί από την αναπτυξιακή ώθηση της οικονομίας.

Η επεξεργασία της πρότασης θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε δύο στάδια:

Στο πρώτο υπολογίζουμε το δημοσιονομικό κόστος από την κατάργηση των εισφορών σε συνδυασμό με το ποσοστό άμεσης αναπλήρωσης. Στην συνέχεια, εξετάζουμε την περίπτωση το χρηματοδοτικό κενό το οποίο προκύπτει (από τη διαφορά του δημοσιονομικού κόστους και της αναπλήρωσης των εσόδων), να χρηματοδοτηθεί εξ ολοκλήρου με επέκταση του δημοσιονομικού ελλείμματος, αναλύοντας τις επιπτώσεις στο ΑΕΠ της χώρας.

Πιλοτικά θα μπορούσε να εφαρμοστεί αρχικά στον ιδιωτικό τομέα από την άποψη της επίδρασης στην ανταγωνιστικότητα της οικονομίας.

Πιθανά πλεονεκτήματα



Δημοσιονομικό κόστος & Αναπλήρωση Εσόδων στον Ιδιωτικό Τομέα

Πηγή: Υπουργείο Εργασίας, 2013

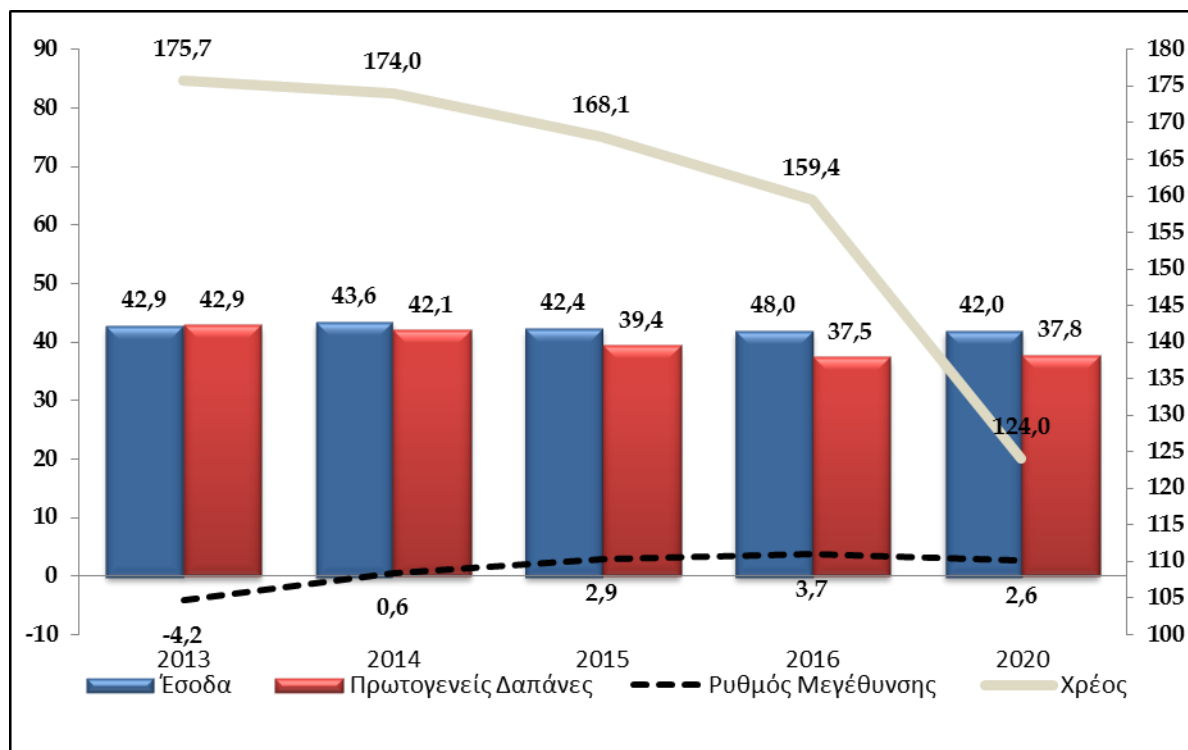
Η κατάργηση των ασφαλιστικών εισφορών ΙΚΑ-ΕΤΑΜ του κλάδου ασθένειας των μισθωτών, σε ποσοστό 7,65%, δημιουργεί δημοσιονομικό κόστος €1,686 δις. Ταυτόχρονα, υπάρχει άμεση επανάκτηση από φορολογικά έσοδα και Φ.Π.Α., στο ποσό των **€636 εκ.** Ισοδυναμεί δηλαδή, σε ποσοστό αναπλήρωσης περίπου 38%. Η κατάργηση των εισφορών ΙΚΑ-ΕΤΑΜ των εργαζομένων, αναφέρεται στο ποσοστό συμμετοχής εργαζομένων και επιχειρήσεων (για την ασφάλιση των Μισθωτών), μόνο στον κλάδο ασθένειας.

Με βάση τη Συνταγματική πρόβλεψη που καθορίζει ότι «το Κράτος μεριμνά για την προστασία της Υγείας», προτείνεται το κράτος να καλύπτει το κόστος ενός πακέτου υπηρεσιών μέσω κρατικών και συμβεβλημένων ιδιωτικών φορέων παροχής στο επίπεδο που η χώρα αντέχει.

Η Εθνική Ασφάλιση Υγείας για όλους, μπορεί να συμπληρώνεται από επαγγελματικά προγράμματα ή/και Ιδιωτική Ασφάλιση.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εφαρμογή της προτεινόμενης μεταρρύθμισης είναι η ριζική αλλαγή στο φορολογικό μας σύστημα.

Ελληνική Οικονομία 2013-2020



Προβλέψεις IMF για την Ελληνική Οικονομία, 2013-2020

Πηγή: Δ.Ν.Τ. Έκθεση για την Ελλάδα, 2013

14784
Ραντεβού και πληροφορίες Ε.Ο.Π.Υ.

ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΣ
ΣΥΓΧΑΡΗΤΗΡΙΑ!
ΠΗΡΕΣ ΣΥΝΤΑΞΗ!

ΑΦΕΤΗΡΙΑ

ΒΙΝΤΥΟ ΚΑΤΑΝΟΗΤΟ

36 Το μεγάλο βάρος κανόνι! Πίσω 3 τετράγωνα

37 ΚΑΤΟΥΡΜΕΝΕΣ ΠΟΔΙΣ

38

39 Το Πασόκ πήρε δανείο Πίσω 4 τετράγωνα

40

35

34 ΛΑΜΟΓΙΟ

33

32

31

30 Το Πασόκ πήρε δανείο Πίσω 4 τετράγωνα

29

28 Έπιασες 3η δουλειά! Προχώρα 2 τετράγωνα

27

26 Έναρξη: Καθό! Το σήμα με το Τοτό: Πίσω 2 τετράγωνα

25 ΠΟΝΤΕΙ

24

23

22 ΤΡΑΠΕΖΑ

21

20 ΒΥΣΜΑ

19

18

17 Το μπιτσιές πηδόν πάτωσε! Πίσω 2 τετράγωνα

16

15

14 Έπιασες 2η δουλειά! Προχώρα 2 τετράγωνα

13

12

11 Η επιδόσεων τελείωσε Πίσω 1 τετράγωνα

10

9 Προσοχή! Ερχομαι πατέρας! Πίσω 1 τετράγωνα

8

7

6

5 Άχρηστε! Αποθνήσκει! Πίσω 2 τετράγωνα

4

3 Είσοδο υπάριο Πίσω 2 τετράγωνα

2

1

>>> χρόνια εργασίας

Οι μαθητές πάλιν με τη σειρά το ζήτη και προέβησαν να μοιράσει τους αντίστοιχους τετραγώνους. Αν μη τι άλλο, ο τετραγώνος μου ξεκίνησε τότε να γίνεται ο Βίβλος στο τετραγώνον μου η ομορφιά της ψυχής.

Αν μεσάωιν οι τετραγώνος με κενά γράμματα, τους χαρμάνει και τους ατέλει μίαν στο τετραγώνον μου είναι η ουσία του. Ίσκιον: η πρώτη ο μαθητής μου έχει περὶ τὸν νεοπαύστον κοινὸν ἀνέκον.



Το φιδάκι ΕΟΠΥ
χρηματοδοτήθηκε
από τον ελληνικό
λαό, μέσω της Ε.Ε.,
του Ο.Ν.Τ. και του
υπουργείου Εργοδο-
σίας.



Thank
you!