



Αθήνα, 8 Σεπτεμβρίου 2025

ΤΡΟΠΟΛΟΓΙΑ - ΠΡΟΣΘΗΚΗ

Στο σχέδιο νόμου του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, με τίτλο: «Κοινωνική αντιπαροχή, κοινωνική μίσθωση, τριτεκνική ιδιότητα και άλλες διατάξεις».

Θέμα: Διαφάνεια στη χρέωση των υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας

Αιτιολογική Έκθεση

Η υγεία είναι ένα δημόσιο αγαθό, στο οποίο δικαίωμα έχουν όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την οικονομική τους δυνατότητα. Γι' αυτό, και η χρηματοδότηση των δαπανών υγείας πρέπει να στηρίζεται κυρίως στις δημόσιες δαπάνες υγείας και επικουρικά στις ιδιωτικές. Στη χώρα μας, ωστόσο, οι δημόσιες δαπάνες υγείας καταλαμβάνουν ποσοστό 61% των συνολικών δαπανών υγείας, με αποτέλεσμα οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας να διαμορφώνονται στο 39% όταν ο αντίστοιχος μέσος όρος στην Ευρωπαϊκή Ένωση ανέρχεται σε 14,3%.

Στον δε τομέα των υπηρεσιών νοσηλείας η αποδυνάμωση του Ε.Σ.Υ., η ανάπτυξη μεγάλων Ομίλων που οδηγούν σε ολιγοπωλιακή διάρθρωση της αγοράς καθώς και η απουσία μέριμνας για την προαγωγή του ανταγωνισμού και την αντιμετώπιση των αδιαφανών και καταχρηστικών πρακτικών δυσχεραίνουν και δοκιμάζουν, σήμερα ακόμη περισσότερο, την πρόσβαση στο δημόσιο αγαθό της υγείας. Η Τράπεζα της Ελλάδος διαπιστώνει καθεστώς ολιγοπωλίων στα ιδιωτικά νοσοκομεία. Η Επιτροπή Ανταγωνισμού στην «Τελική Έκθεση επί της έρευνας που διεξήγαγε στην Παροχή Ιδιωτικών Υπηρεσιών Υγείας και συναφών Υπηρεσιών Ασφάλισης», που έδωσε στη δημοσιότητα στις 5 Αυγούστου διαπιστώνει «αδιαφάνεια» στην τιμολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, καθώς και κατακόρυφη αύξηση των

ασφαλιστρών υγείας στη διάρκεια των τελευταίων χρόνων, λόγω του «τιμαρίθμου υγείας» που χρησιμοποιούνταν μέχρι πρόσφατα. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι δημόσιες δαπάνες για τη νοσηλευτική περίθαλψη αυξήθηκαν το 2023 κατά 3,3% σε σχέση με το 2022 όταν η αντίστοιχη αύξηση των ιδιωτικών δαπανών ανήλθε σε 16,5%.

Η Κυβέρνηση φέρει καίρια ευθύνη όχι μόνο για την υποχρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας (με τις δημόσιες δαπάνες να ανέρχονται σε 5,8% του ΑΕΠ, όταν ο μέσος όρος στην Ε.Ε. είναι 8,9%) και τις ανεκμετάλλευτες ευκαιρίες για την ενίσχυσή του, αλλά και για το καθεστώς ασυδοσίας που με την αδράνειά της ενθαρρύνει και όλο και περισσότερο αναπτύσσεται στο χώρο της ιδιωτικής υγείας. Είναι, άλλωστε, αυτή που επέτρεψε την ανεξέλεγκτη διαμόρφωση και διόγκωση των ασφαλιστρών υγείας και την εν γένει αύξηση της συνολικής δαπάνης υγείας, προκειμένου να διευκολυνθεί η επιθετική επέκταση των μεγάλων νοσοκομειακών ομίλων. Απέφυγε διαρθρωτικά μέτρα για την ενίσχυση του ανταγωνισμού, ενώ απέχει και από κάθε νομοθετική πρωτοβουλία για την επιβολή κανόνων διαφάνειας και την αποκατάσταση της ισορροπίας στις συναλλακτικές σχέσεις μεταξύ ασθενών και παρόχων υπηρεσιών υγείας. Η μοναδική της δε, άλλωστε, παρέμβαση περιορίστηκε στην επανάληψη της υποχρέωσης των παρόχων αυτών να αναρτούν χαοτικούς τιμοκαταλόγους στο διαδίκτυο. Οι ασθενείς κατέβαλαν το 2023, δίχως να υπολογίζεται η συμμετοχή της ιδιωτικής ασφάλισης, 2,6 δις για νοσοκομειακή περίθαλψη.

Ο ασθενής βρίσκεται σε μία θέση όπου η άσκηση των δικαιωμάτων του ως καταναλωτή γίνεται υπόθεση εξαιρετικά δυσχερή. Δεν έχει τις γνώσεις για να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ιατρικών πράξεων ή το εύλογο των εξόδων με τα οποία τον επιβαρύνουν. Με διάφορες δικαιολογίες, προσχήματα ή μεθοδεύσεις το κόστος της νοσηλείας διογκώνεται. Συχνά μάλιστα διατυπώνονται μομφές για διαδικασίες προμήθειας υλικών ή φαρμάκων που βλάπτουν τα συμφέροντα των πελατών και υποκρύπτουν αδιαφανείς και συγκαλυμμένες αμοιβές. Οι καταναλωτές, που συχνά καταφεύγουν σε ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, εξαιτίας της δυσπραγίας του δημόσιου συστήματος υγείας, αιφνιδιάζονται από τις μεγάλες επιβαρύνσεις για τις οποίες δεν ενημερώθηκαν ή δεν υπολόγιζαν.

Εξάλλου, όλο και περισσότεροι καταναλωτές επιλέγουν συνειδητά σήμερα τη νοσηλεία σε ιδιωτικά νοσοκομεία εξαιτίας της ιδιωτικής ασφαλιστικής κάλυψης που διαθέτουν. Ωστόσο, τα πλεονεκτήματα που παρέχει η ιδιωτική ασφαλιστική κάλυψη συχνά κλονίζονται, καθώς αυτή γίνεται, ιδίως στα μεγάλα θεραπευτήρια, αιτία για την πρόκληση τεχνητής ζήτησης, εκμετάλλευσης και διόγκωσης του κόστους νοσηλείας. Το πρόσθετο όμως αυτό κόστος που προκαλείται από τις αδικαιολόγητες αυτές πρακτικές, μετακυλίεται τελικά μέσα από την αύξηση των ασφαλιστρών σε όλους τους καταναλωτές.

Η αδιαφάνεια στο χώρο της ιδιωτικής υγείας πλήττει και τους ασφαλισμένους των φορέων κοινωνικής ασφάλισης. Ο Συνήγορος του Πολίτη στο από 9.7.2024 και με αρ. πρωτ. 337552/34033 πόρισμά του διαπιστώνει καταχρηστικές και παράνομες, σε βάρος των ασφαλισμένων χρεώσεις, από συμβεβλημένες με το ΕΟΠΥΥ κλινικές αλλά και, συχνά, ελλιπείς ελέγχους ή και αδράνεια του τελευταίου στην προάσπιση των δικαιωμάτων τους, με

αποτέλεσμα να ακυρώνεται ο ρόλος του ως κοινωνικοασφαλιστικού οργανισμού.

Το ΠΑΣΟΚ, με την παρούσα τροπολογία, όπως είχε δεσμευτεί και με την τροπολογία του για τη διαφάνεια στα ασφάλιστρα υγείας, εισηγείται μία σειρά από μέτρα που αντιμετωπίζουν φαινόμενα και πρακτικές ασυδοσίας στο χώρο της ιδιωτικής υγείας και προστατεύουν τα δικαιώματα των ασφαλισμένων και των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας. Οι διατάξεις της διασφαλίζουν την έγκαιρη ενημέρωση των ασθενών, προάγουν τις αρχές της διαφάνειας στη χρέωση των υπηρεσιών, αποτρέπουν τον οικονομικό αιφνιδιασμό και την εκμετάλλευση των ασθενών αλλά και των τρίτων φορέων που συμμετέχουν στην κάλυψη του κόστους και προάγουν τον υγιή ανταγωνισμό. Περαιτέρω, εισάγουν κατάλληλα εργαλεία για την τεκμηρίωση και τον έλεγχο των πραγματοποιούμενων δαπανών, ενώ προάγονται κίνητρα για τη σύναψη ειδικών συμφωνιών ανάμεσα στα ιδιωτικά νοσοκομεία και τις ασφαλιστικές εταιρείες με σκοπό τη μείωση της ασφαλιστικής δαπάνης. Στο πλαίσιο αυτό εισάγεται και αξιοποιείται για τον προσδιορισμό, τον έλεγχο και την παρακολούθηση του κόστους των υπηρεσιών νοσηλείας, τόσο εκ μέρους των ασθενών όσο και εκ μέρους των ασφαλιστικών εταιρειών, το Σύστημα Διαγνωστικών Ομοιογενών Ομάδων (DRGs).

Ειδικότερα:

Σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (άρθρο 11 ν. 3418/2011) η υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς περιλαμβάνει και τα στοιχεία εκείνα που επιτρέπουν στον ασθενή να σχηματίζει πλήρη εικόνα των οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων. Οι διατάξεις του παρόντος άρθρου εξειδικεύουν την υποχρέωση αυτή, ιδίως στο πλαίσιο των οργανωμένων μονάδων παροχής ιατρικών υπηρεσιών. Είναι αδιανόητο να μην διασφαλίζεται η αυτονόμη αυτή πληροφόρηση στον πλέον κρίσιμο τομέα των υπηρεσιών υγείας. Έτσι:

Με την πρώτη παράγραφο υποχρεώνονται τα ιδιωτικά νοσοκομεία να εφαρμόζουν και αυτά το Σύστημα των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων (Diagnosis Related Groups, DRGs) για την κατηγοριοποίηση των νοσηλευτικών περιστατικών σύμφωνα με τα πρότυπα που ορίζει το «ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» (ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ). Με το σύστημα αυτό οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται με βάση κοινά κλινικά χαρακτηριστικά σε ομάδες για τις οποίες έχει προϋπολογιστεί ένα προκαθορισμένο πακέτο υπηρεσιών. Με αυτό τον τρόπο κάθε ασθενής έχει τη δυνατότητα, μέσω του πληροφοριακού συστήματος κατηγοριοποίησης της επικείμενης νοσηλείας του, να ενημερωθεί για το ακριβές κόστος της νοσηλείας. Ενόψει της ιδιαιτερότητας της ιδιωτικής νοσηλείας, και στο βαθμό που δεν υφίσταται αντίστοιχες συμφωνίες, τα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι κατ' αρχήν ελεύθερα να προσδιορίζουν το κόστος της αντίστοιχης κατηγοριοποιημένης νοσηλείας. Οφείλουν, ωστόσο, να προσδιορίσουν το ακριβές ύψος του. Με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται για τους ασθενείς και τις ασφαλιστικές εταιρίες καθοριστικά η συγκρισιμότητα των παροχών.

Με τη δεύτερη παράγραφο προβλέπεται ότι το ιδιωτικό νοσοκομείο θα καλύψει, χωρίς πρόσθετη επιβάρυνση του ασθενούς, αποκλίσεις (π.χ. παράταση της νοσηλείας, επιπλοκές) από το μέσο κόστος της διαγνωστικής ομάδας που εντάσσεται ο ασθενής, εκτός αν εμφανιστούν σοβαρές επιπλοκές ή άλλες νόσοι οι οποίες δικαιολογούν την ένταξη του ασθενούς σε άλλη διαγνωστική ομάδα με βάση τις κατηγοριοποιήσεις του ΚΕΤΕΚΝΥ, οπότε το τυχόν πρόσθετο κόστος προσδιορίζεται σύμφωνα με τα ισχύοντα για την ομάδα αυτή.

Η τρίτη παράγραφος ρυθμίζει την ενημέρωση του ασθενούς εξαιτίας της άλλης διάγνωσης ή εκδήλωσης νέας νόσου ή σοβαρών επιπλοκών που οδηγούν σε ανακατάταξη του ασθενούς σε άλλη διαγνωστική κατηγορία με υψηλότερο κόστος νοσηλείας.

Με την τέταρτη παράγραφο προβλέπεται η έναρξη ισχύος του παραπάνω συστήματος σε έξη μήνες από την δημοσίευση το παρόντος νόμου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, προκειμένου να παρασχεθεί στις ιδιωτικές κλινικές ο αναγκαίος χρόνος ώστε να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα τιμολόγησης των υπηρεσιών τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας διευκρινίζονται λεπτομέρειες και ζητήματα σχετικά με την εφαρμογή των διατάξεων.

Η πέμπτη παράγραφος ρυθμίζει το ζήτημα της ενημέρωσης σε περίπτωση που εξαιτίας του επείγοντος χαρακτήρα δεν καταστεί δυνατή η ενημέρωση του ασθενούς ή των οικείων του.

Η έκτη παράγραφος διασφαλίζει τη στοιχειώδη υποχρέωση κάθε παρέχοντος ιατρικές ή νοσηλευτικές υπηρεσίες να ενημερώνει, σε εύλογο χρόνο πριν την έναρξη της νοσηλείας, εγγράφως, τον συγκεκριμένο κάθε φορά ασθενή σχετικά με το κόστος των υπηρεσιών της.

Με την έβδομη παράγραφο τα ιδιωτικά νοσοκομεία υποχρεώνονται να αναρτούν ενημέρωση για το κόστος νοσηλείας και θεραπείας στην ιστοσελίδα τους και για τις συνήθεις συγκεκριμένες διαγνωστικές κατηγορίες, όπως αυτές προσδιορίζονται από το ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ.

Η όγδοη παράγραφος ορίζει ως υποχρεωτική την ενημέρωση του παρόχου της υπηρεσίας για την ολική ή μερική κάλυψη του κόστους από τον ασφαλιστικό του οργανισμό. Οι πρόσφατες υπουργικές αποφάσεις δεν αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο και την πρακτική των αδιαφανών χρεώσεων σε βάρος των ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τις οποίες στηλιτεύει το παραπάνω πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη. Η αλλαγή κλίνης, βασικό εργαλείο τέτοιων πρακτικών, προϋποθέτει τη χορήγηση έγγραφης βεβαίωσης στον Ασφαλισμένο για τη διαθεσιμότητα ή μη ελεύθερης κλίνης από τις δεσμευμένες με βάση τη σύμβαση για την εξυπηρέτηση των ασφαλισμένων. Η δε δήλωση συγκατάθεσης του ασφαλισμένου για τη διαφορά νοσηλείας θα πρέπει να περιλαμβάνει αναλυτικά τις πρόθετες χρεώσεις. Ο δε Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καθίσταται συνυπεύθυνος για τις τυχόν παράνομες πρακτικές των συμβεβλημένων με αυτόν κλινικών σε βάρος των ασφαλισμένων.

Η ένατη παράγραφος ρυθμίζει ζητήματα διαφάνειας σχετικά με τη χρέωση των ιατροτεχνολογικών προϊόντων και των υλικών. Στο βαθμό που τα

ιατροτεχνολογικά προϊόντα δεν καλύπτονται από το κόστος νοσηλείας της διαγνωστικής κατηγορίας θεσπίζεται η υποχρέωση διακεκριμένης ενημέρωσης του ασθενούς για τα προϊόντα αυτά, ήδη πριν την έναρξη της νοσηλείας, ώστε να ελέγχεται και να σταθμίζεται το κόστος τους στην επιλογή του καταναλωτή και να αποτρέπεται ο αιφνιδιασμός του. Το νοσοκομείο οφείλει να ακολουθεί διαδικασίες προμήθειας που λαμβάνουν υπόψη και προστατεύουν τα οικονομικά συμφέροντα του ασθενούς. Η τήρηση της εν λόγω υποχρέωσης μπορεί να ελέγχεται και διοικητικά, με βάση τις διαπιστώσεις του Παρατηρητηρίου Τιμών Υγείας ή και σε συνάρτηση και με τις τιμές που καταγράφονται και για άλλες χώρες. Προκειμένου να καταπολεμηθούν συναλλακτικές τεχνικές διόγκωσης του κόστους προβλέπεται η δυνατότητα των ασφαλιστικών εταιρειών να διαμεσολαβούν για την προμήθεια ή την αναπλήρωση των ιατροτεχνολογικών προϊόντων όταν προκύπτει μείωση κόστους.

Η παράγραφος 10 προβλέπει ότι η ενημέρωση δεν είναι υποχρεωτική εφόσον το κόστος των ιατρικών πράξεων ή της θεραπείας καλύπτεται ολικά από ασφαλιστικό οργανισμό δυνάμει διατάξεων ή ειδικών συμφωνιών.

Με την παράγραφο 11 απαγορεύεται η διαφοροποίηση των τιμών των ιατρικών πράξεων, εργαστηριακών ή παρακλινικών εξετάσεων εξαιτίας της κατηγορίας νοσηλείας που επιλέγει ο ασθενής. Απαγορεύεται περαιτέρω η διακεκριμένη χρέωση υπηρεσιών που αποτελούν αναπόσπαστο συστατικό της βασικής υπηρεσίας που συχνά αιφνιδιάζουν τον ασθενή και οδηγούν στην επιπρόσθετη χρέωση της ίδιας υπηρεσίας.

Με την παράγραφο 12 απαγορεύεται η άμεση ή έμμεση επιβολή αυξημένων χρεώσεων για την ιατρική πράξη, νοσηλεία ή θεραπεία εξαιτίας της μερικής ή ολικής κάλυψης αυτών από ασφαλιστή, ώστε να διευκολύνεται η αποκάλυψη πρακτικών που εκμεταλλεύονται την ύπαρξη της ασφαλιστικής κάλυψης για τη διόγκωση του κόστους νοσηλείας.

Με την παράγραφο 13 υποχρεώνεται το ιδιωτικό νοσοκομείο να παρέχει αναλυτικό τιμολόγιο το αργότερο εντός 24 ωρών από το εξιτήριο του ασθενούς.

Με την παράγραφο 14 θεσπίζεται η δυνατότητα του Υπουργού Υγείας να θεσπίζει ανώτατα όρια νοσηλείας και παροχής ιατρικών υπηρεσιών, όταν διαπιστώνονται συνθήκες ακραίας εκμετάλλευσης των ασθενών ή υπέρμετρες επεμβάσεις και καταχρήσεις στην κάλυψη των εν λόγω δαπανών από ασφαλιστικές επιχειρήσεις. Η διάταξη σέβεται και αναγνωρίζει το δικαίωμα της επιχειρηματικής ελευθερίας και στο χώρο της ιδιωτικής υγείας. Συγχρόνως, όμως το κράτος έχει χρέος να διασφαλίζει το δημόσιο συμφέρον και το δικαίωμα στην υγεία, σύμφωνα με το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος, και να επεμβαίνει σε συνθήκες που εξαιτίας του ελλειπούς ανταγωνισμού ή της αδιαφανούς μετακύλισης του κόστους στους ασφαλισμένους γίνεται η νοσηλεία του ασθενούς αντικείμενο άκρατης κερδοσκοπικής εκμετάλλευσης. Για την έκδοση μίας τέτοιας απόφασης λαμβάνονται ιδίως υπόψη μεγάλες ή υπέρμετρες αποκλίσεις κόστους από τον μέσο όρο κόστους αντίστοιχων περιστατικών στην Ελλάδα ή σε ευρωπαϊκές χώρες, η απουσία ή η ανεπαρκής επέκταση αντίστοιχων συμφωνιών μεταξύ παρόχων των υπηρεσιών αυτών και ασφαλιστικών εταιριών για την οριοθέτηση του κόστους.

Σύμφωνα με την παράγραφο 15 οι δαπάνες για νοσηλευτικές ή ιατρικές υπηρεσίες που παρασχέθηκαν στο πλαίσιο νοσηλείας και τελούν σε προφανή δυσαναλογία προς τις παρασχεθείσες υπηρεσίες ή αποκλίνουν υπέρμετρα και αδικαιολόγητα από την ακολουθούμενη συνήθη πρακτική του παρέχοντος τις υπηρεσίες ή από καθιερωμένα ή αναγνωρισμένα πρωτόκολλα θεραπείας είναι κατά το υπερβάλλον μέρος άκυρες και ανίσχυρες. Η καταβολή από τον ασφαλιστή της δαπάνης για την κάλυψη ιατρικών ή νοσηλευτικών εξόδων του ασφαλισμένου δεν αποκλείει τη δυνατότητα του ασφαλιστή να αμφισβητήσει την αιτία ή το ύψος αυτών, εκτός εάν έγγραφα και ρητά παραιτείται από το δικαίωμα αυτό. Και η διάταξη αυτή συνεισφέρει στην αποτροπή πρακτικών δυσμενούς τιμολογιακής μεταχείρισης των περιπτώσεων που καλύπτονται από ιδιωτική ασφάλιση.

Εξαιτίας της δυσχερούς θέσης που βρίσκονται οι ασθενείς το βάρος απόδειξης της τήρησης των υποχρεώσεων του παρόντος άρθρου φέρει, σύμφωνα με την παρ. 16, ο παρέχων την ιατρική υπηρεσία. Αυτό ισχύει και όσον αφορά τη διοικητική εφαρμογή των κανόνων του παρόντος άρθρου.

Η παραβίαση των παραπάνω διατάξεων, πέραν ασφαλώς της ευθύνης προς αποκατάσταση της ζημίας που υπέστη ο ασθενής, επιφέρει την εφαρμογή των κυρώσεων της παραγράφου 17.

Οι δύο τελευταίες παράγραφοι αποβλέπουν στην ενίσχυση και διεύρυνση του ανταγωνισμού με την ενεργότερη και ισότιμη συμμετοχή στην παροχή των εν λόγω υπηρεσιών, των μικρότερων μονάδων και κλινικών.

Ειδικότερα, με την παράγραφο 18 προβλέπεται η διεύρυνση, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕΣΥ, των επεμβατικών ιατρικών πράξεων που μπορούν να διενεργούνται σε Μονάδες ημερήσιας Νοσηλείας, ώστε να υπάρχει ενεργότερη συμμετοχή στην παροχή υπηρεσιών από μικρότερες μονάδες.

Τέλος, με την παράγραφο 19 επιδιώκεται προς χάρη του ανταγωνισμού και της ποιοτικής αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η ενίσχυση και η στήριξη των ιδιωτικών Γενικών Κλινικών έως 150 κλίνες που επενδύουν συστηματικά σε υποδομές και εξοπλισμό, σύμφωνα με τα προβλεπόμενα κριτήρια ποιότητας του άρθρου 4 του ν. 4931/2022. Συγκεκριμένα, προβλέπεται η δυνατότητα μερικής απαλλαγής από τις αυτόματες επιστροφές (clawback) στις δαπάνες κλειστής νοσηλείας, εφόσον κατά το προηγούμενο έτος έχουν πραγματοποιηθεί σχετικές επενδύσεις. Η απαλλαγή αυτή μπορεί να ανέλθει έως το 50% του ποσού των περικοπών, στο βαθμό που αυτό αντιστοιχεί σε επιβεβαιωμένες επενδύσεις, ενισχύοντας έτσι έμπρακτα την ποιοτική αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και την ορθολογική αξιοποίηση των πόρων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Τροπολογία - Προσθήκη

Στο σχέδιο νόμου του Υπουργείου Κοινωνικής Συνοχής και Οικογένειας, με τίτλο: «Κοινωνική αντιπαροχή, κοινωνική μίσθωση, τριτεκνική ιδιότητα και άλλες διατάξεις».

Άρθρο ..

«Διαφάνεια στη χρέωση των υπηρεσιών ιδιωτικής υγείας»

1. Κάθε επιχείρηση παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών διαθέτει εφαρμογή του Συστήματος των Διαγνωστικά Ομοιογενών Ομάδων για την κατηγοριοποίηση των νοσηλευτικών περιστατικών σύμφωνα με τα πρότυπα που ορίζει το «ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΛΟΓΗΣΗΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ» (ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ). Ο ασθενής, πριν την έναρξη της παροχής των υπηρεσιών, ενημερώνεται για την αντιστοίχισή του, με βάση το ιατρικό ιστορικό του, στη διαγνωστική κατηγορία και το κόστος που προκύπτει για τη νοσηλεία του. Σε περίπτωση που το κόστος διαφοροποιείται από αυτό που ορίζεται για την αντίστοιχη κατηγορία από το ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ η επιχείρηση ενημερώνει τον ασθενή για το ύψος του κόστους αυτού. Ο ασθενής ενημερώνεται για το ακριβές ύψος αμοιβών ιατρών που δεν περιλαμβάνονται στο κόστος νοσηλευτικής περίθαλψης με βάση τη διαγνωστική κατηγορία.

2. Η επιχείρηση αναλαμβάνει να καλύψει, χωρίς πρόσθετη επιβάρυνση του ασθενούς, αποκλίσεις (π.χ. παράταση της νοσηλείας, μικρές επιπλοκές) από το μέσο κόστος της διαγνωστικής ομάδας που εντάσσεται ο ασθενής, εκτός αν επισυμβούν βαριές επιπλοκές ή άλλη νόσος που δεν σχετίζεται με το ιστορικό του ασθενούς, οπότε το τυχόν πρόσθετο κόστος προσδιορίζεται σύμφωνα με τις αντίστοιχες διαγνωστικές κατηγορίες που εντάσσει ο ΚΕΤΕΚΝΥ τις περιπτώσεις αυτές.

3. Ο ασθενής ενημερώνεται άμεσα σε κάθε περίπτωση που κατά τη διάρκεια της θεραπείας ή της νοσηλείας προκύπτει εξαιτίας νέας διάγνωσης, ή σοβαρών επιπλοκών αύξηση του κόστους σε σχέση με την παρασχεθείσα ενημέρωση ή ανακατάταξη του ασθενούς σε ειδικότερη ή άλλη διαγνωστική κατηγορία με υψηλότερο κόστος νοσηλείας.

4. Οι διατάξεις του παρόντος άρθρου σχετικά με την εφαρμογή του συστήματος των ομοιογενών διαγνωστικών ομάδων για τον προσδιορισμό του κόστους των νοσηλευτικών περιστατικών τίθεται σε εφαρμογή έξι μήνες από την δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας ορίζονται οι λεπτομέρειες σχετικά με τις διαδικασίες, την ένταξη του ασθενούς σε διαγνωστική κατηγορία και την περιγραφή του αντίστοιχου κόστους νοσηλευτικής περίθαλψης .

5. Σε περίπτωση επείγουσας παροχής ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών για τις οποίες δεν είναι δυνατή ή ιατρικά ενδεδειγμένη η προηγούμενη ενημέρωση του ασθενούς για το κόστος αυτών, η ενημέρωση παρέχεται στα πρόσωπα εκείνα που έχουν εξουσία συναίνεσης για τη διενέργεια των πράξεων αυτών, άλλως στους οικείους του.

6. Ο παρέχων ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες οφείλει να παρέχει στον ασθενή, πριν την έναρξη της νοσηλείας, σαφή, πλήρη και κατανοητή έγγραφη ενημέρωση για το κόστος της ιατρικής και νοσηλευτικής πράξης.

7. Οι επιχειρήσεις παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών οφείλουν να αναρτούν σε εμφανή, διακεκριμένα και προσιτά για τους ασθενείς σημεία, όπως στους χώρους ιατρικών επισκέψεων ή στους χώρους εισαγωγής ασθενών καθώς και στην ιστοσελίδα τους ενημέρωση σχετικά με το κόστος των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων. Το ΚΕ.ΤΕ.Κ.Ν.Υ. προσδιορίζει κατάλογο συνήθων διαγνωστικών κατηγοριών για τις οποίες κάθε επιχείρηση του πρώτου εδαφίου οφείλει να παρέχει ενημέρωση σχετικά με το κόστος που αντιστοιχεί σύμφωνα με την πρώτη παράγραφο.

8. Ο παρέχων νοσηλευτικές υπηρεσίες οφείλει να ενημερώνει τον ασθενή για την κάλυψη και την έκταση κάλυψης του κόστους νοσηλείας και θεραπείας από τον ασφαλιστικό οργανισμό του ασθενούς. Σε περίπτωση παροχής νοσοκομειακής περίθαλψης σε Ασφαλισμένους του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δυνάμει σύμβασης αυτού με ιδιωτική κλινική, η χρήση από τον Ασφαλισμένο κλίνης διαφορετικής από αυτές που οφείλει να διαθέτει η κλινική στους ασφαλισμένους προϋποθέτει α) την παροχή έγγραφης βεβαίωσης της Κλινικής στον Ασφαλισμένο περί διαθεσιμότητας ή μη αντίστοιχης κλίνης και β) έγγραφη συγκατάθεση του Ασφαλισμένου στην οποία να αναφέρονται οι επιπλέον χρεώσεις που προκύπτουν από τη διαφορά νοσηλείας. Ο Ασφαλισμένος δύναται να ζητήσει κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του τη μεταφορά του σε διαθέσιμη για του Ασφαλισμένου του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κλίνη. Ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. οφείλει να συνδράμει τον Ασφαλισμένο στην άσκηση των δικαιωμάτων του και ευθύνεται εις ολόκληρον με την ιδιωτική κλινική για την αποκατάσταση της ζημίας του Ασφαλισμένου που προκλήθηκε από την παράβαση της σύμβασης.

9. Σε περίπτωση που χρησιμοποιούνται για την ιατρική πράξη ιατροτεχνολογικά προϊόντα που δεν καλύπτονται από το κόστος νοσηλείας που αντιστοιχεί στη διαγνωστική κατηγορία που εντάσσεται ο ασθενής παρέχεται σε αυτόν, πριν την έναρξη της νοσηλείας, διακριτή ενημέρωση για το κόστος των προϊόντων αυτών. Ο παρέχων υπηρεσίες νοσηλευτικής περίθαλψης οφείλει να προβαίνει στην προμήθεια των υλικών ή φαρμάκων κατά τρόπο που να λαμβάνει υπόψη τα οικονομικά συμφέροντα του ασθενούς. Η καλύπτουσα ολικά ή μερικά το κόστος νοσηλείας ασφαλιστική εταιρεία έχει το δικαίωμα να διαμεσολαβεί για την προμήθεια ή αναπλήρωση ιατροτεχνολογικών προϊόντων εφόσον οδηγήσει σε μείωση του κόστους.

10. Η ενημέρωση, εφόσον το ζητήσει ή παράσχει τη συγκατάθεσή του ο ασθενής, παρέχεται και στην ασφαλιστική εταιρία που καλύπτει ολικά ή μερικά τον κίνδυνο νοσηλείας. Η ενημέρωση παρέχεται στον ασθενή και στην περίπτωση που το κόστος νοσηλείας του καλύπτεται από ασφαλιστική εταιρία, εκτός αν η τελευταία έχει αναλάβει σε κάθε περίπτωση και δύναται ειδικής συμφωνίας με τον παρέχοντα την ιατρική ή νοσηλευτική υπηρεσία την κάλυψη των εξόδων.

11. Δεν επιτρέπονται διαφοροποίηση των τιμών των ιατρικών πράξεων, εργαστηριακών ή παρακλινικών εξετάσεων, εξαιτίας της κατηγορίας νοσηλείας που επιλέγει ο ασθενής και η διακεκριμένη χρέωση υπηρεσιών που αποτελούν αναπόσπαστο συστατικό βασικής υπηρεσίας.

12. Απαγορεύεται η άμεση ή έμμεση επιβολή αυξημένων χρεώσεων για την ιατρική πράξη, νοσηλεία ή θεραπεία εξαιτίας της μερικής ή ολικής κάλυψης αυτών από ασφαλιστική επιχείρηση.

13. Ο ασθενής λαμβάνει πλήρες και αναλυτικό τιμολόγιο με τις χρεώσεις των υπηρεσιών και προϊόντων που αναφέρεται το παρόν άρθρο το αργότερο εντός 24 ωρών από την έκδοση του εξιτηρίου του.

14. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας δύναται να θεσπιστεί για τις επιχειρήσεις παροχής νοσοκομειακών υπηρεσιών ανώτατος συντελεστής για τον προσδιορισμό του κόστους νοσηλείας και θεραπείας με βάση την κατηγοριοποίηση των περιστατικών κατά την παράγραφο 1. Για την έκδοση της απόφασης λαμβάνονται ιδίως υπόψη σημαντικές ή υπέρμετρες αποκλίσεις κόστους από τον μέσο όρο κόστους αντίστοιχων περιστατικών στην Ελλάδα ή σε ευρωπαϊκές χώρες, η απουσία ή η ανεπαρκής επέκταση αντίστοιχων συμφωνιών μεταξύ παρόχων των υπηρεσιών αυτών και ασφαλιστικών εταιριών για την οριοθέτηση του κόστους.

15. Χρεώσεις αμοιβών ή δαπανών σε ασθενείς για ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που υπερβαίνουν τα όρια αμοιβών που προκύπτουν με βάση την εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος άρθρου, παρασχέθηκαν κατά παραβίαση των διατάξεων του παρόντος άρθρου ή αποκλίνουν υπέρμετρα και αδικαιολόγητα από την ακολουθούμενη συνήθη πρακτική του παρέχοντος τις υπηρεσίες ή από καθιερωμένα ή αναγνωρισμένα πρωτόκολλα θεραπείας ή από το κόστος που προκύπτει με βάση τις εφαρμοσθείσες διαγνωστικές κατηγορίες είναι κατά το υπερβάλλον μέρος άκυρες και ανίσχυρες. Τυχόν αξιώσεις αποζημίωσης του ασθενούς από την παραβίαση των διατάξεων δεν αποκλείονται. Η κάλυψη ιατρικών ή νοσηλευτικών εξόδων ασφαλισμένου ασθενούς από την ασφαλιστική εταιρεία υποκαθιστά την τελευταία στη θέση του ασθενούς και, ανεξάρτητα από την καταβολή, δεν αποκλείει το δικαίωμά της να αμφισβητήσει την αιτία ή το ύψος των χρεώσεων για τους λόγους του πρώτου εδαφίου, εκτός εάν ρητά παραιτείται από το δικαίωμα αυτό.

16. Το βάρος απόδειξης της τήρησης των υποχρεώσεων του παρόντος άρθρου φέρει ο παρέχων την ιατρική και νοσηλευτική υπηρεσία.

17. Ο έλεγχος της τήρησης των διατάξεων του παρόντος άρθρου ανατίθεται στην Εθνική Αρχή Διαφάνειας. Με απόφαση της Αρχής στους παραβάτες των διατάξεων του παρόντος άρθρου επιβάλλεται πρόστιμο ύψους από πέντε χιλιάδες (5.000) ευρώ έως ένα εκατομμύριο πεντακόσιες χιλιάδες (1.500.000) ευρώ. Για τον καθορισμό του ύψους του προστίμου λαμβάνονται ιδίως υπόψη α) η φύση, η βαρύτητα, η έκταση και η διάρκεια της παράβασης, β) ο βαθμός υπαιτιότητας της επιχείρησης, γ) ο κίνδυνος πρόκλησης βλάβης στα συμφέροντα του ασθενούς, δ) ο βαθμός συνεργασίας του φυσικού ή νομικού προσώπου με την εποπτική αρχή, ε) η κατ' εξακολούθηση τέλεση παραβάσεων ή η υποτροπή, στ) κάθε άλλο επιβαρυντικό ή ελαφρυντικό στοιχείο που προκύπτει από τις περιστάσεις της υπόθεσης. Σε περίπτωση που η επιχείρηση προέβη σε ενέργειες ή έλαβε μέτρα για την αποτροπή και μη επανάληψη της παράβασης στο μέλλον και ανόρθωσε τη ζημία που προκλήθηκε στους ασθενείς δύναται η κύρωση να περιοριστεί σε Σύσταση.

18. Στην παράγραφο 6 του άρθρου 33 του Ν. 4025/2011, όπως ισχύει, προστίθεται περίπτωση γ που έχει ως ακολούθως:

«γ. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕΣΥ, ορίζονται ειδικότητες και συγκεκριμένες επεμβατικές ιατρικές πράξεις που μπορούν να διενεργηθούν σε αυτοτελείς Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (Μ.Η.Ν.) δίχως τους περιορισμούς της πρώτης περίπτωσης καθώς και τεχνικές προδιαγραφές που θα πρέπει να πληρούνται για τη διενέργειά τους».

19. Οι εκπτώσεις επί των μη εκκαθαρισμένων υποβαλλόμενων δαπανών για τις αποζημιούμενες από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. υπηρεσίες κλειστής νοσηλείας ιδιωτικών Γενικών Κλινικών έως 150 κλινών που προκύπτουν από την εφαρμογή των κριτηρίων ποιότητας με βάση το άρθρο 4 του ν. 4931/2022 (Α' 94) περιορίζονται στο ήμισυ εφόσον κατά το προηγούμενο έτος έχουν πραγματοποιηθεί επενδύσεις σε υποδομές και εξοπλισμό που αφορούν τα κριτήρια ποιότητας ύψους τουλάχιστον μέχρι το 50% των ανωτέρω υποβαλλόμενων δαπανών.

Οι προτείνοντες Βουλευτές

Τσίμαρης Ιωάννης

Μπιάγκης Δημήτριος

Καζάνη Αικατερίνη

Χρηστίδης Παύλος

Αποστολάκη Μιλένα

Παππάς Πέτρος

Παρασκευαΐδης Παναγιώτης

Πουλάς Ανδρέας