

ΓΝΩΜΗ ΤΗΣ Ο.Κ.Ε.

ΓΙΑ ΤΟ

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ

του Υπουργείου Υγείας

με τίτλο

«Ρυθμίσεις για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας»

Οκτώβριος 2025

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Στις 15 Σεπτεμβρίου 2025 εστάλη στην Ο.Κ.Ε. προς γνωμοδότηση από το Τμήμα Α΄ της Διεύθυνσης Νομοπαρασκευαστικής Διαδικασίας της Γενικής Γραμματείας Νομικών και Κοινοβουλευτικών Θεμάτων της Προεδρίας της Κυβέρνησης, το Σχέδιο Νόμου του Υπουργείου Υγείας με τίτλο: «Ρυθμίσεις για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας».

Για την επεξεργασία του εν λόγω Σχεδίου Νόμου συγκροτήθηκε Επιτροπή Εργασίας αποτελούμενη από τους κ.κ. **Μιχάλη Μητσόπουλο, Γεώργιο Αμβράζη, Φώτη Κολεβέντη, Ηλία Δόλγυρα, Άγγελο Δημαρά, Δρ. Γεώργιου Ελευθερίου και Νικόλαο Τσεμπερλίδη.**

Ως Πρόεδρος της Επιτροπής Εργασίας ορίστηκε ο **κ. Ηλίας Δόλγυρας**, Μέλος της Εκτελεστικής Επιτροπής της Ο.Κ.Ε.

Στις εργασίες της Επιτροπής Εργασίας συμμετείχαν ως εμπειρογνώμονες ο **κ. Μάρκος Ολλανδέζος**, Οικονομολόγος Υγείας, Επιστημονικός Διευθυντής Πανελλήνιας Ένωσης Φαρμακοοικονομίας (ΠΕΦ), ο **κ. Σταμάτης Βαρδαρός**, Διευθυντής ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ, η **κα Σταυρούλα Γεωργάκη**, Μέλος Εκτελεστικής Επιτροπής ΑΔΕΔΥ, Πρόεδρος Εργαζομένων στον Ερυθρό Σταυρό και στο Κοργιαλένιο- Μπενάκειο, Νοσηλεύτρια και ο **κ. Αγάπιος Τερζίδης**, Παιδίατρος, Ακαδημαϊκός Σύμβουλος στο Π.Μ.Σ. του Ε.Κ.Π.Α. με τίτλο «Παγκόσμια Υγεία - Ιατρική των Καταστροφών».

Από πλευράς Ο.Κ.Ε. συμμετείχε και είχε τον επιστημονικό συντονισμό του έργου της Επιτροπής ο **κ. Δημήτριος Μπίμπας**, Επιστημονικός Συνεργάτης της Ο.Κ.Ε.

Η Επιτροπή Εργασίας ολοκλήρωσε το έργο της σε 3 (τρεις) συνεδριάσεις, την Τρίτη 07 Οκτωβρίου 2025.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟΥ.....	4
ΓΕΝΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ	10
ΣΧΟΛΙΑ Ο.Κ.Ε. ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΡΧΗΣ ΤΟΥ Ν/Σ.....	15
ΘΕΣΕΙΣ ΕΠΙ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΝ	17
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ Ο.Κ.Ε. ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΒΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ	52
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ- ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΣ ΧΑΡΤΗΣ- ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ.....	56

Γνώμη της Ο.Κ.Ε. επί του Σχ/Ν του Υγείας με τίτλο

«Ρυθμίσεις για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας»

ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟΥ

Ο τομέας υγείας στην Ελλάδα, ιδιωτικός και δημόσιος, διήλθε την τελευταία δεκαπενταετία μέσα από σημαντικά ιστορικά ορόσημα και κρίσεις, που σχετίζονταν κατά κύριο λόγο με την εφαρμογή των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής (με αρχική συνέπεια τον απότομο περιορισμό της δαπάνης υγείας) και την εκδήλωση της πανδημίας Covid-19 (με άμεσο απότοκο την αύξηση της σχετικής δαπάνης για την αντιμετώπιση των επείγουσών αναγκών). Τούτο σημαίνει ότι οι αντίστοιχες πολιτικές υγείας δεν ακολούθησαν συντεταγμένα τις επιστημονικές εξελίξεις, ούτε προγραμματίστηκαν ανάλογα, αλλά κυρίως επηρεάστηκαν και καθοδηγήθηκαν από επείγουσες συνθήκες και όχι από την ανάγκη εκσυγχρονισμού και αναβάθμισης του εμβληματικού ΕΣΥ.

Εξάλλου, η ανάδυση νέων σύγχρονων θεραπευτικών πρωτοκόλλων, αυξημένης αποτελεσματικότητας σε πλήθος ασθενειών, ιδιαίτερα των αυτοάνοσων, μετέβαλλε άρδην και πάντως όχι γραμμικά τις υγειονομικές προτεραιότητες, επιδρώντας δομικά στον οικονομικό προγραμματισμό του δημόσιου τομέα, γεγονός που συνεπαγόταν αύξηση το κατά κεφαλή κόστος θεραπείας στις συγκεκριμένες κατηγορίες θεραπειών.

Τόσο η δημοσιονομική όσο και η πανδημική κρίση οδήγησαν σε σημαντική αναδιάταξη του ρυθμιστικού πλαισίου και των συνθηκών παροχής υπηρεσιών υγείας de facto, λειτουργώντας άλλοτε αντίρροπα και άλλοτε συμπληρωματικά προς την κατεύθυνση αναδιάρθρωσης του συστήματος υγείας που καλείται σήμερα να ανταποκριθεί αποτελεσματικότερα στις νέες συνθήκες και τις σύγχρονες ιατροβιοτεχνολογικές προκλήσεις της εποχής. Ενδεικτικά, την αρχική απόπειρα

συγκράτησης δαπανών (βάσει διακηρυκτικού στόχου των προγραμμάτων οικονομικής προσαρμογής) ακολούθησε η αναγκαιότητα άμεσης προσαρμογής στις δυσκολίες διαχείρισης της πανδημίας, και τούτο δημιούργησε αναπόφευκτα διαχειριστικά και ταμιακά κενά, επικαλύψεις, αναδιαρθρώσεις. Αυτές οι φαινομενικά αντίρροπες δυναμικές εκφράστηκαν εν πολλοίς στο νομοθετικό έργο των τελευταίων ετών, το οποίο τροποποιήθηκε διαδοχικά με τους πρόσφατους Ν. 4931/2022, 5102/2024, 5157/2024.

Οι μεταβαλλόμενες πολιτικές, που διαμορφώθηκαν και ασκήθηκαν πολλές φορές μέσα σε ασφυκτικά πλαίσια, σηματοδότησαν μεταφορά πόρων και μεταβολή προτεραιοτήτων, ενώ επηρέασαν συνολικά την αλυσίδα του τομέα υγείας (παρόχους υπηρεσιών και φαρμάκων, ασθενείς, ιατρούς, νοσοκομειακές δομές, αγορά ιατροτεχνολογικών προϊόντων, φαρμακοβιομηχανία).

Τούτου δοθέντος, το υπό διαβούλευση νομοσχέδιο φαίνεται να απαντά στην παραπάνω ακολουθία συμβάντων που οδήγησε στην ανάγκη επικαιροποιημένων νομοτεχνικών βελτιώσεων και αποτελεσματικότερων διευθετήσεων στο ρυθμιστικό πλαίσιο που διέπει τον τομέα υγείας στο σύνολο σχεδόν των υγειονομικών δραστηριοτήτων, επηρεάζοντας όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη (φάρμακα, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, νοσοκομεία, ΕΟΠΥΥ, επιχειρήσεις του κλάδου υγείας, φυσικοθεραπευτές κα).

Επί του συγκεκριμένου, με το υπό μελέτη ερανιστικό νομοσχέδιο «*Ρυθμίσεις για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας*», σύμφωνα με το αρμόδιο Υπουργείο Υγείας, επιχειρείται:

α) η εξασφάλιση της ομαλής λειτουργίας του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η αποτελεσματική ρύθμιση ζητημάτων που αφορούν το προσωπικό που υπηρετεί σε αυτά,

β) ο εξορθολογισμός και η συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης,

γ) η εύρυθμη λειτουργία των εποπτευόμενων φορέων του Υπουργείου Υγείας και ιδίως του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), του

Ινστιτούτου Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας Μ.Α.Ε. (Ι.Φ.Ε.Τ. Μ.Α.Ε) και της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας (Ε.Κ.Α.Π.Υ.),

δ) η ενίσχυση και η στελέχωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας,

ε) η ορθή λειτουργία των φαρμακείων και του Πανελλήνιου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών,

στ) η εύρυθμη διοικητική λειτουργία της Ένωσης Ασθενών Ελλάδας και

ζ) ο εκσυγχρονισμός των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας (ΜΗΝ) και των ιδιωτικών κλινικών.

Πρέπει να επισημανθεί ότι στην παρούσα νομοθετική πρόταση δεν υπήρχε μέχρι και στο παρόν αναρτημένη αιτιολογική έκθεση, γεγονός που δυσχεραίνει περαιτέρω την έγκυρη και έγκαιρη αξιολόγηση των προτεινόμενων διατάξεων, σύμφωνα με τα όσα έχουν αναρτηθεί στη Δημόσια Διαβούλευση *23.09.2025).

Είναι χαρακτηριστικό ότι το υπό μελέτη σχέδιο νόμου (σ/ν) με τίτλο «Ρυθμίσεις για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας και την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας» αναρτήθηκε προς διαβούλευση στις 23/9/2025 ώρα 23:45, με καταληκτική ημέρα ώρα ολοκλήρωσης της διαδικασίας στις 08/10/2025 ώρα 20:00. Δηλαδή συνολικά σχεδόν 15 ημέρες. Στην Ο.Κ.Ε απεστάλη προς γνωμοδότηση στις 24/09/2025.

Είναι προφανές, ότι ο χρόνος για την ολοκληρωμένη επεξεργασία του νομοθετικού υλικού (σ/ν) σε ένα τόσο σημαντικό πεδίο πολιτικής, όπως είναι ο τομέας υγείας δεν κρίνεται επαρκής για τους θεσμικούς φορείς κοινωνικού διαλόγου, τους επιστημονικούς και τους κοινωνικούς φορείς. Χωρίς, μάλιστα, την αιτιολογημένη γνώμη της Ο.Κ.Ε., η οποιαδήποτε προσπάθεια αξιολόγησης τείνει να αυτοακυρώνεται και να υποβαθμίζει το περιεχόμενο της ανάλυσης συνεπειών ρύθμισης.

Όπως έχει επανειλημμένα υπογραμμίσει και σε προηγούμενες γνώμες της, η Ο.Κ.Ε. εκτιμά ότι ο επίσημος χρόνος της διαβούλευσης, πέραν του χρόνου προδιαβούλευσης και συζήτησης με τους κοινωνικούς εταίρους, θα πρέπει να εκτείνεται σε τουλάχιστον 15 πραγματικές εργάσιμες ημέρες, ενώ στις περιπτώσεις

κατά τις οποίες εισάγεται αναθεωρημένη έκδοση προς ψήφιση στο Ελληνικό Κοινοβούλιο, θα πρέπει να προβλέπεται επιπλέον χρόνος μιας εβδομάδας για την αξιολόγηση των επικαιροποιημένων προτεινόμενων διατάξεων. Επιπλέον, η ενσωμάτωση των νομοθετικών ρυθμίσεων χωρίς την αιτιολογική έκθεση και την απαραίτητη κωδικοποίηση δημιουργεί τις προϋποθέσεις για κακή νομοθέτηση και σε συνδυασμό με την αποσπασματική διαδικασία διαβούλευσης κινδυνεύει να οδηγήσει σε πιθανή νέα αναθεώρηση της σχετικής νομοθεσίας στο εγγύτερο μέλλον, με προφανείς κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις για τους παρόχους και λήπτες υπηρεσιών υγείας.

Το νομοσχέδιο, όπως έχει κατατεθεί στη Δημόσια Διαβούλευση¹, αποτελείται από 3 Μέρη, 10 Κεφάλαια (εκ των οποίων τα 8 πρώτα οποία αφορούν το Μέρος Α) και περιλαμβάνει 107 διακριτά άρθρα.

Το **Μέρος Α («ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΙΣΧΥΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ»)** αποτελείται από 8 Κεφάλαια και 101 άρθρα (1- 101).

- Το **Κεφάλαιο Α («ΓΕΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ»)**, στα **άρθρα 1-2** περιγράφει το αντικείμενο (λύση εκκρεμοτήτων προσωπικού, ρυθμίσεις ΕΟΠΥΥ, ενίσχυση ΕΣΥ, ρυθμίσεις για επαγγελματικούς συλλόγους) και το γενικό σκοπό του νομοσχεδίου (ομαλή λειτουργία ΕΣΥ, εξορθολογισμός φαρμακευτικής δαπάνης κ.λπ.).
- Το **Κεφάλαιο Β («ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΥΠΗΡΕΤΟΥΝ ΣΕ ΑΥΤΟ»)**, αποτελείται από 19 άρθρα (άρθρα 3 έως 21), και επικεντρώνεται στα εξής ζητήματα:
 - (α) ετήσια σχέδια δράσης/αξιολόγηση διοικήσεων νοσοκομείων και ΔΥΠΕ,
 - (β) ρύθμιση ιδιωτικού έργου για ιατρούς ΕΣΥ/ΤΟΜΥ/ΜΨΥ/ΕΚΑΒ,
 - (γ) διοικητικές αλλαγές (αυτοτέλεια νοσοκομείων, ορισμοί αντιπροέδρων/ΔΣ),

¹ <https://www.opengov.gr/yyka/?p=5510>

- (δ) ειδικές πολεοδομικές ρυθμίσεις (Κως, Γρεβενά),
- (ε) ηλεκτρονική διασύνδεση ιατρικών συλλόγων,
- (στ) θεσμικές/μεταβατικές ρυθμίσεις (Ανακουφιστική Φροντίδα, μη αναζήτηση παροχών, διαγραφές οφειλών ΕΟΠΥΥ
- Το **Κεφάλαιο Γ («ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΔΑΠΑΝΗ ΚΑΙ ΤΟΝ ΕΘΝΙΚΟ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»)**, αποτελείται από 29 άρθρα (άρθρα 22 έως 50), και περιλαμβάνει την αναθεώρηση διατάξεων που αφορούν τη διαχείριση της φαρμακευτικής δαπάνης και τον εποπτικό ρόλο του ΕΟΠΥΥ στη διαδικασία αυτή.
 - Το **Κεφάλαιο Δ («ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΦΟΡΕΙΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ»)**, αποτελείται από 5 άρθρα (άρθρα 51 έως 55), αντίστοιχα περιλαμβάνει διατάξεις που αφορούν θέματα εποπτευόμενων φορέων του υπουργείου.
 - Το **Κεφάλαιο Ε («ΘΕΜΑΤΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΟΠΤΕΥΟΜΕΝΩΝ ΦΟΡΕΩΝ»)** αποτελείται από 19 άρθρα (άρθρα 56 έως 74) και περιλαμβάνει διατάξεις σχετικά με το προσωπικό των δομών υγείας.
 - Το **Κεφάλαιο ΣΤ («ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΛΛΟΓΟ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ»)** αποτελείται από 6 άρθρα (άρθρα 75 έως 80) και ρυθμίζει επαγγελματικά θέματα των φυσικοθεραπευτών ενώ αναγνωρίζει ως ΝΠΔΔ τον Πανελλήνιο Σύλλογο Φυσικοθεραπευτών.
 - Το **Κεφάλαιο Ζ («ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ»)** αποτελείται από 17 άρθρα (81 έως 97) και ρυθμίζει πλήθος ζητημάτων που αφορούν τη συνεργασία του Υπουργείου με φορείς και οργανισμούς του τομέα υγείας, ενώ περιλαμβάνει διατάξεις για τις Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας και τον προσωπικό γιατρό.
 - Τέλος, το **Κεφάλαιο Η «ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ»** αποτελείται από 4 άρθρα (98 έως 101) και αναφέρεται σε ρυθμίσεις για την προστασία της δημόσιας υγείας των ζώων και τη μεταφορά των ψυχικά ασθενών.

Το Μέρος Β («ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΙΚΕΣ - ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ – ΚΑΤΑΡΓΟΥΜΕΝΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ»), αποτελείται από 2 κεφάλαια και 5 άρθρα (άρθρα 102 έως 106), και περιλαμβάνει εξουσιοδοτικές διατάξεις που αφορούν στη λειτουργία του ΝΙΜΤΣ, τα ηλεκτρονικά ραντεβού, τη συνεργασία του ΕΟΦ με το ΙΦΕΤ.

Τέλος, το Μέρος Γ αναφέρεται αποκλειστικά στην περίοδο έναρξης ισχύος του νομοθετήματος (άρθρο 107).

Συνοπτικά, τα πιο σημαντικά σημεία στα οποία εστιάζει το συγκεκριμένο νομοσχέδιο είναι η ενίσχυση και αποτελεσματικότερη λειτουργία της πλατφόρμας της ΗΔΙΚΑ για τα ηλεκτρονικά ραντεβού με τους συμβεβλημένους ιατρούς του ΕΟΠΥΥ. Επίσης, προβλέπεται ο εκσυγχρονισμός του πλαισίου λειτουργίας των Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας, τόσο εντός νοσοκομείων όσο και αυτόνομων δομών.

Ακόμη το σχέδιο νόμου εισάγει ρυθμίσεις για την άσκηση ιδιωτικού έργου από επικουρικό προσωπικό, υπό προϋποθέσεις και με βάση την κλινική εμπειρία, ενώ παράλληλα προβλέπει μέτρα για τη συγκράτηση της φαρμακευτικής δαπάνης, τη διασφάλιση της λειτουργίας των υγειονομικών περιφερειών και των νοσοκομείων, και την αξιολόγηση των διοικήσεών τους.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ενίσχυση της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας, στην αξιολόγηση των βιοδεικτών, και στην ένταξή τους στη διαδικασία αξιολόγησης τεχνολογιών υγείας.

Επιπροσθέτως, περιλαμβάνονται ρυθμίσεις για εποπτευόμενους φορείς όπως ο ΕΟΠΥΥ, ο ΙΦΕΤ και η ΕΚΑΠΥ και διατάξεις για τη στήριξη συλλόγων όπως ο Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών και η Ένωση Ασθενών Ελλάδας.

Τέλος, το νομοσχέδιο περιλαμβάνει ρυθμίσεις για την Επιτροπή Αξιολόγησης και Αποζημίωσης Φαρμάκων Ανθρώπινης Χρήσης (Ε.Α.Φ.Α.Χ.), και τη διασφάλιση της συνέχισης της αποτελεσματικής λειτουργίας των δομών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, μέσω της διατήρησης στο Ε.Σ.Υ. εμπειρων στελεχών.

Διαπιστωτικά, το συγκεκριμένο νομοσχέδιο περιλαμβάνει ένα σύνολο διατάξεων που καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα ρυθμίσεων στο χώρο της υγείας, δίχως αυτές οι τροποποιήσεις να υποδηλώνουν μια ουσιώδη μεταβολή της στρατηγικής κατεύθυνσης ή στόχευσης των πολιτικών υγείας, σε σχέση με αντίστοιχες προηγούμενες νομοπαρασκευαστικές προσπάθειες. Περισσότερο τείνει στην κατεύθυνση νομοτεχνικών βελτιώσεων σε πεδία που είχαν διαγνωστεί ελλείψεις ή αστοχίες σε πρότερα νομοθετήματα.

Η Ο.Κ.Ε. ασφαλώς αξιολογεί θετικά την προσπάθεια που γίνεται για σημειακές παρεμβάσεις σε τομείς που έχρηζαν βελτιώσεων ή επικαιροποιήσεων, όπως επίσης υπογραμμίζει τη σημασία των θετικών διαστάσεων που έχουν μείζονες θεσμικές παρεμβάσεις όπως η λειτουργία των πανεπιστημιακών Κέντρων Υγείας, η απόπειρα διαμόρφωσης ενός πλαισίου για την προληπτική ιατρική, η ενσωμάτωση ασφαλιστικών φορέων στον ΕΟΠΥΥ, η αναγνώριση του συλλόγου φυσικοθεραπευτών ως ΝΠΔΔ, κα.

Με το προτεινόμενο νομοσχέδιο ωστόσο δεν επιχειρείται να αντιμετωπιστούν κεντρικά ζητήματα που αφορούν στον πυρήνα της αποτελεσματικής λειτουργίας του τομέα υγείας στην Ελλάδα, όπως η υποχρηματοδότηση σε μεγάλο φάσμα παροχής υπηρεσιών υγείας και προμήθειας φαρμάκων και ιατροτεχνολογικών αγαθών, η βελτίωση της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας και η αποφόρτιση των νοσοκομείων από τα ελαφρά συμβάντα, η ενίσχυση της καινοτομίας και έρευνας στο ιατροφαρμακευτικό κλάδο, η προσέλκυση νέων ιατρών υψηλής ειδίκευσης στο ΕΣΥ και ο έγκαιρος προγραμματισμός των πληρωμών των προμηθευτών υγείας, που τροφοδοτεί ένα σπирάλ αδυναμίας πληρωμών, αύξησης κόστους χρήματος και ανατιμολογήσεων.

Άλλωστε, σύμφωνα με τα επίσημα στατιστικά δεδομένα αλλά και ανεξάρτητες έρευνες, προκύπτει ότι η ιδιωτική δαπάνη υγείας στην Ελλάδα βρίσκεται διαχρονικά σε υψηλά επίπεδα.

Από τα πιο πρόσφατα στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής² (ΕΛΣΤΑΤ, 2023) προκύπτει ότι το 38,6% της συνολικής δαπάνης για υγεία καλύπτεται από τα νοικοκυριά και την ιδιωτική ασφάλιση, ποσοστό που αντιστοιχεί σε απόλυτους αριθμούς σε 7 δις ετησίως. Το ποσοστό αυτό είναι υπερδιπλάσιο του μέσου όρου της ΕΕ, γεγονός που καταδεικνύει την υψηλή επιβάρυνση των νοικοκυριών σε πληρωμές, ενώ από την άλλη καταγράφει και τη σχετικά χαμηλή αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων ιδιωτικής ασφάλισης και την ελλιπή διασύνδεση τους με τη δημόσια υγειονομική κάλυψη.

Άλλες έρευνες δείχνουν ότι μεγάλο τμήμα του πληθυσμού καθυστερεί να λάβει ιατρική φροντίδα εξ αιτίας χαμηλού εισοδήματος και αδυναμίας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Σύμφωνα με την Eurostat³, το ποσοστό του πληθυσμού με ανεκπλήρωτες ιατρικές ανάγκες ανέρχεται στην Ελλάδα στο 9,4%, ενώ ο μ.ο. της ΕΕ είναι 1,0%. Σε άλλη μελέτη του ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ⁴, καταγράφεται ότι το 36,1% των νοικοκυριών καθυστερεί ή αδυνατεί να καλύψει ιατρικά έξοδα.

Στην τακτική έρευνα του ΟΟΣΑ Health at Glance⁵ (Greece 2023), παρατηρούνται ορισμένες σταθερές αρνητικές τάσεις ως προς το συνολικό πόσο της δημόσιας δαπάνης για υγεία, την απασχόληση των υγειονομικών στο σύστημα υγείας (5,9% έναντι 10,3% του μ.ο, στην ΕΕ).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό της δημόσιας κάλυψης δεν αποτυπώνει πάντα την πλήρη εικόνα καθώς σε χώρες με σχετικά χαμηλό συνολικό επίπεδο δαπάνης, οι ιδιωτικές πληρωμές επιβαρύνουν δυσανάλογα τα νοικοκυριά. Στην Ελλάδα, αυτή η πίεση γίνεται ιδιαίτερα αισθητή: Η συμπίεση των δημόσιων δαπανών για την υγεία αποτέλεσε κεντρικό σημείο της δημοσιονομικής προσαρμογής στο πλαίσιο των μνημονίων και οδήγησε στη συσσώρευση ενός τεράστιου χρηματοδοτικού κενού που πλέον είναι δύσκολο να καλυφθεί σε βραχύ ορίζοντα. Ως αποτέλεσμα, οι άμεσες ιδιωτικές πληρωμές συγκροτούν ένα μεγάλο

² ΕΛΣΤΑΤ, <https://www.statistics.gr/documents/20181/6378f70e-1a85-4da9-0fce-30e359e87372>

³

https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_silc_08__custom_12756899/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=c9b2d4a5-e4c9-4466-ade0-732349305ff5&c=1743452519473

⁴ Έρευνα Εισοδήματος Νοικοκυριών, 2025, ΙΜΕ ΓΣΕΒΕΕ

⁵ https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/07/health-at-a-glance-2023_39bcb58d/greece_df015b31/c59c9ebe-en.pdf

ποσοστό της υγειονομικής δαπάνης — σημαντικά υψηλότερο από τον μέσο όρο του ΟΟΣΑ.

Η υποχρηματοδότηση δημιουργεί εμπόδια στην πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας, σε μεγάλες λίστες αναμονής και καθυστερήσεις, σε ελλείψεις σε προσωπικό ή τεχνολογικό εξοπλισμό. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, οι πολίτες συχνά να αναζητούν ιδιωτικές φροντίδες υγείας για να αποφύγουν καθυστερήσεις, ή να καλύψουν υπηρεσίες που δεν παρέχονται επαρκώς στο δημόσιο. Αυτές οι συμπληρωματικές ιδιωτικές δαπάνες εντείνουν τις ανισότητες στο αγαθό της υγείας καθώς οι ασθενείς υψηλότερου εισοδήματος εξασφαλίζουν καλύτερη πρόσβαση, ενώ εκείνοι που ανήκουν σε πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες συχνά αποθαρρύνονται ή διακόπτουν ή καθυστερούν θεραπείες.

Η υποβάθμιση των δημόσιων δομών υγείας, έχουν διαμορφώσει ένα κύμα παραίτησης ιατρών από δημόσιες δομές υγείας ειδικά στην περιφέρεια, αλλά και έχουν επιβαρύνει δυσβάστακτα τους πολίτες με εκτίναξη των άμεσων ιδιωτικών πληρωμών ή/και της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας, απομειώνοντας το διαθέσιμο εισόδημα.

Παράλληλα, το ύψος και ο χρόνος των καθυστερημένων οφειλών του δημοσίου προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας ενώ έχει βελτιωθεί την τελευταία δεκαετία παραμένουν σε υψηλά επίπεδα⁶ και σε συνδυασμό με τις ρυθμίσεις του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) δημιουργούν σημαντικούς χρηματοοικονομικούς κινδύνους (ρευστότητας και αδυναμίας πληρωμών) στους προμηθευτές υγείας. Σύμφωνα με την Έκθεση του Γραφείου Προϋπολογισμού της Βουλής, τα ληξιπρόθεσμα τιμολόγια του δημοσίου που παραμένουν σε

⁶ Έκθεση του Γραφείου Προϋπολογισμού του Κράτους στη Βουλή (Οκτώβριος 2025), “Η αύξηση των ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων προέρχεται κυρίως από την Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας (ΕΚΑΠΥ) (κατηγορία Νοσοκομεία) και έχει σχέση με την πραγματοποίηση των αγορών του φαρμάκου κεντρικά από την ΕΚΑΠΥ (ξεκίνησε σταδιακά από το β’ εξάμηνο του 2023) για λογαριασμό των νοσοκομείων. Η ΕΚΑΠΥ έχει ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις τον Ιούλιο του 2025 515 εκατ. ευρώ παρουσιάζοντας αύξηση 390 εκατ. ευρώ σε σχέση με τον Δεκέμβριο 2024 ύψους 126 εκατ. ευρώ ενώ τον Ιούλιο του 2024 εμφάνιζε ληξιπρόθεσμα 86 εκατ. ευρώ (δεν είχε ληξιπρόθεσμα τον Δεκέμβριο 2023). Επίσης ο συμψηφισμός των εκπτώσεων clawback/ rebate γίνεται από την ΕΚΑΠΥ και όχι από τα νοσοκομεία και υπάρχει μία καθυστέρηση ως προς το α’ εξάμηνο του 2024. Αν συνυπολογίσουμε και το ληξιπρόθεσμο μέρος των απαιτήσεων των εκπτώσεων clawback/ rebate (δηλαδή αφαιρούμε από τις ληξιπρόθεσμες υποχρεώσεις νοσοκομείων ΕΚΑΠΥ το ληξιπρόθεσμο μέρος των απαιτήσεων από τις εκπτώσεις) η αύξηση εμφανίζεται μικρότερη δηλαδή έχουμε αύξηση των καθαρών ληξιπρόθεσμων υποχρεώσεων τον Ιούλιο 2025 σε σχέση με τον Δεκ. 2024 303 εκατ. ευρώ περίπου που είναι ισόποση με την αύξηση της αντίστοιχης περιόδου του 2024 (Ιούλιο 24 με Δεκ. 23).

εκκρεμότητα για περισσότερες από 90 ημέρες, έχουν αυξηθεί σημαντικά, με τα νοσοκομεία να είναι υπεύθυνα για το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των οφειλών. Με βάση τα στοιχεία του υπουργείου Οικονομικών, νοσοκομεία και ΕΟΠΥΥ όφειλαν τον Ιούλιο 1,769 δισ. ευρώ.

Η υποχρηματοδότηση του δημόσιου συστήματος υγείας μετατοπίζει οικονομικό βάρος όχι μόνο στους πολίτες αλλά και στις επιχειρήσεις και τους παρόχους που συναλλάσσονται με αυτό, καθώς η βραχυχρόνια οικονομική βιωσιμότητα του συστήματος εξασφαλίζεται μέσω του ελέγχου των τιμών, της επιβολής υποχρεωτικών εκπτώσεων (rebate) και του μηχανισμού αυτόματων επιστροφών (clawback) σύμφωνα με τον οποίο καθορίζεται ένας ετήσιος προϋπολογισμός π.χ. για φάρμακα και η όποιες υπερβάσεις του προϋπολογισμού επιστρέφονται στο κράτος από τις φαρμακευτικές εταιρείες.

Στην ελληνική περίπτωση, ο μηχανισμός των αυτόματων επιστροφών στον φαρμακευτικό τομέα αποτελεί ένα μάλλον ακραίο σύμπτωμα αυτής της υποχρηματοδότησης: Είναι χαρακτηριστικό ότι στην περίοδο 2014 - 2024 η φαρμακευτική δαπάνη αυξήθηκε κατά 118% ενώ η δημόσια χρηματοδότηση αυξήθηκε κατά μόλις 10,5%. Αυτό οδήγησε στην αύξηση των επιστροφών της φαρμακοβιομηχανίας κατά 710%. Η φαρμακοβιομηχανία συμβάλλει ήδη από το 2022 με υψηλότερα ποσά από ότι το κράτος για να καλυφθούν οι φαρμακευτικές ανάγκες των ασθενών. Συγκεκριμένα, το 2023, η συνεισφορά της φαρμακοβιομηχανίας στο σύστημα υγείας εκτιμάται σε ~3,27 δισ ευρώ, ενώ το κράτος συνεισφέρει 2,83 δισ ευρώ. Από το 2012, πρώτο έτος της εισαγωγής του μηχανισμού clawback, έως το 2022 (πιο πρόσφατα τελικά στοιχεία) η φαρμακοβιομηχανία έχει συνεισφέρει στη φαρμακευτική δαπάνη συνολικά 14,68 δισ ευρώ. Το περιβάλλον αυτό δεν είναι βιώσιμο.

Μια σημαντική διάσταση των όσων αναφέρονται συνολικά παραπάνω είναι οι καθυστερήσεις στη θέσπιση και ολοκλήρωση του Υγειονομικού Χάρτη⁷ της χώρας. Παρά τις φιλόδοξες εξαγγελίες, πολλές φορές η υλοποίηση περιορίζεται σε αποσπασματικές παρεμβάσεις, χωρίς ενιαίο διοικητικό και τεχνικό πλαίσιο. Η

⁷ Βλέπετε, Υπουργική Απόφαση Γ3α/οικ. 3579/2015 με τίτλο «Ο υγειονομικός χάρτης της Ελλάδας».

απουσία ενός ενημερωμένου χάρτη εξηγεί εν μέρει την ασαφή εικόνα για κενές και υπερφορτωμένες δομές, ελλείψεις προσωπικού, ανισοκατανομή υπηρεσιών.

Η απουσία ενός λειτουργικού και ολοκληρωμένου υγειονομικού χάρτη στην Ελλάδα συνεπάγεται σημαντικά εμπόδια στη στρατηγική υγείας και στην καθημερινή διαχείριση των υπηρεσιών, με κυριότερες συνέπειες την αναποτελεσματική κατανομή πόρων, τον ανεπαρκή σχεδιασμό υποδομών, τις ανισότητες πρόσβασης στην υγεία, τις καθυστερήσεις στην αντίδραση σε κρίσεις, την αδυναμία αξιολόγησης αποδοτικότητας, την λήψη μη βέλτιστων πολιτικών αποφάσεων, τη δυσκολία στον έλεγχο και τη λογοδοσία.

Συναρτώμενο με τον υγειονομικό χάρτη της χώρας, είναι ένα άλλο σημαντικό ζήτημα που δεν τυγχάνει της δέουσας προσοχής όπως η κατάσταση των μονάδων υγείας στην περιφέρεια. Σημαντικά περιφερειακά νοσοκομεία, σε πρωτεύουσες νομών, αντιμετωπίζουν κρίσιμα λειτουργικά κενά ακόμη και στις παθολογικές κλινικές, ενώ ειδικευόμενοι γιατροί σε όλη τη χώρα, όπου υπάρχουν, παραιτούνται μαζικά ή δεν αναλαμβάνουν τη ευθύνη, εξ αιτίας της ανασφάλειας και των κινδύνων που γεννά η δραματική έλλειψη ειδικευμένου προσωπικού. Τα περισσότερα κέντρα υγείας λειτουργούν με προσωπικό ασφαλείας (ακόμη και ενός ή δύο γιατρών) σε τακτικό ωράριο και όχι σε κατάσταση εφημερίας. Σήμερα το μείζον πρόβλημα στο ΕΣΥ δεν είναι τα κτήρια και τα μηχανήματα. Είναι το ανθρώπινο δυναμικό, που έχει μειωθεί κατά 8.000 μόνιμους υγειονομικούς από το 2019 μέχρι σήμερα.

Για τους σχετικούς παραπάνω λόγους, η Ο.Κ.Ε. θεωρεί ότι ο τομέας της υγείας πρέπει να αποτελέσει ένα ειδικό πεδίο συνάντησης και συναινέσεων των πολιτικών και κοινωνικών δυνάμεων και δρώντων προκειμένου να συνδιαμορφωθεί μια ενιαία εθνική στρατηγική που θα συμπεριλαμβάνει τις μείζονες πολιτικές κατευθύνσεις στον τομέα υγείας σε συνέχεια με παράλληλες δράσεις στο πεδίο άσκησης της κοινωνικής πολιτικής (δημογραφική γήρανση, ευπαθείς ομάδες, μητρότητα, ΑμεΑ, περιφερειακή σύγκλιση).

Το Σχέδιο Νόμου περιλαμβάνει παρεμβάσεις που κινούνται προς την κατεύθυνση ενίσχυσης κρίσιμων πεδίων του υγειονομικού τομέα (εφημερίες, ψυχική υγεία, Κέντρα Αναφοράς, φαρμακευτική πολιτική, κ.ο.κ). Στο βαθμό που αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να συνδυαστούν με μια ευρύτερη και ολοκληρωμένη πολιτική για την υγεία, αυτές μπορούν να αποδειχθούν καθοριστικές για την αναβάθμιση του συστήματος υγείας στη χώρα. Ωστόσο, σε επίπεδο εφαρμογής, εάν δεν συνοδευτούν από στοχευμένη διάθεση πόρων, σχέδιο μόνιμων προσλήψεων και σαφή πρωτόκολλα θα επαναλαμβάνονται οι διαχρονικές αδυναμίες του ΕΣΥ, οι οποίες διαχρονικά είναι:

- προσωρινές/επισφαλείς λύσεις αντί για στρατηγική μόνιμων προσλήψεων,
- υπερβολική εξάρτηση από υπουργικές αποφάσεις και παρακάμψεις διαδικασιών,
- ελλείψεις σε υποδομές και προσωπικό,
- κίνδυνοι διαφάνειας και ασυμμετρίας στην εφαρμογή.

Στη συγκεκριμένη ενότητα καταγράφονται οι βασικές θέσεις των φορέων που εκπροσωπούν τον ιατρικό κόσμο, σχετικά με τέσσερις διαστάσεις του νομοσχεδίου που αξιολογούνται ως σημαντικότερες (ιδιωτικό έργο ιατρών, διασύνδεση συστημάτων- μητρώων, αξιολόγηση διοικήσεων, στελέχωση δομών υγείας).

Σύμφωνα με στοιχεία που παραθέτει ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος⁸ σχεδόν το ~14% των ιατρών ΕΣΥ αξιοποίησαν τη δυνατότητα ιδιωτικού έργου στο 1ο 6μηνο και δια τούτο επισημαίνεται ότι η “κατάργηση του αποκλειστικού χαρακτήρα” δεν επιλύει τα δομικά προβλήματα (υποστελέχωση, μισθολόγιο, συνθήκες). Έχει άλλωστε καταγράψει ως βασική πρόταση η επαναφορά της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του ΕΣΥ με σοβαρή αναβάθμιση του μισθολογίου στον μέσο όρο των αμοιβών των χωρών της ΕΕ.

⁸ <https://pis.gr/126415/>

Αντίστοιχα, σχετικά με την ηλεκτρονική διασύνδεση η οποία «βρίσκεται σε πορεία υλοποίησης» θετική στάση στην ψηφιακή ολοκλήρωση, έχει καταγραφεί η θετική στάση των φορέων.

Ως προς την αξιολόγηση διοικήσεων νοσοκομείων/ΔΥΠΕ υπογραμμίζεται ότι έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο της παρατεταμένης «εκκρεμότητας αξιολόγησης διοικήτων» ως παράγοντα δυσλειτουργίας του ΕΣΥ, και για αυτό το λόγο θα πρέπει να προβλεφθούν τεχνοκρατικά κριτήρια και αδιάβλητες διαδικασίες.

Σχετικά με τα κίνητρα για τη στελέχωση των υπηρεσιών και δεδομένης της Νησιωτικής ιδιαιτερότητας της χώρας και των αυξημένων εποχικών αναγκών οι εφαρμοζόμενες πολιτικές πρέπει να δώσουν προτεραιότητα στην ουσιαστική αναδιάρθρωση των ΥΠε, με παροχή ισχυρών οικονομικών κινήτρων, συνδυαστικά με εξασφάλιση στέγης (Bonus εγκατάστασης), και φορολογικές απαλλαγές. Καταγράφονται ανάγκες που δεν εμφανίζονται στο ν/σ για ενίσχυση ΕΚΑΒ, της τηλεϊατρικής και της καθιέρωσης πρότυπων ΤΕΠ.

Επιπλέον, αξίζει να γίνει μνεία σχετικά με τις εκπτώσεις που η ελληνική πολιτεία επανυπολογίζει επί των καθυστερημένων οφειλών προς ιδιώτες παρόχους. Παρά τη χρησιμότητα των εργαλείων δημοσιονομικής αποσυμφόρησης, η ρύθμιση του άρθρου 50 αναδεικνύει το διαχρονικό πρόβλημα της αδυναμίας του κράτους να εξασφαλίσει έγκαιρη, διαφανή και σταθερή ροή πληρωμών προς τους παρόχους του συστήματος υγείας. Η επιλογή της έκπτωσης ως μηχανισμού επιτάχυνσης της εκκαθάρισης μεταθέτει το βάρος της καθυστέρησης από τον δημόσιο προϋπολογισμό στους ιδιώτες επαγγελματίες, οι οποίοι στην πράξη χρηματοδοτούν την κρατική αδυναμία έγκαιρης αποπληρωμής. Αν και η άμεση εξόφληση ενισχύει πρόσκαιρα τη ρευστότητα και διευκολύνει τη δημοσιονομική διαχείριση, η απουσία θεσμικής εγγύησης για την αποτροπή νέων καθυστερήσεων καθιστά τη ρύθμιση περισσότερο μέτρο ανάγκης παρά διαρθρωτική λύση. Μακροπρόθεσμα, τέτοιες πρακτικές υπονομεύουν τη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ κράτους και παρόχων, ενισχύουν την αίσθηση θεσμικής αστάθειας και αποθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή επιχειρήσεων και επαγγελματιών υγείας στο δημόσιο σύστημα, με τελική απώλεια για την ίδια την κοινωνία και τους ασθενείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β (Μέρος Α)

Στο μέρος Α, κεφάλαιο Β περιλαμβάνονται διατάξεις που αφορούν τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τους ιατρούς που υπηρετούν σε αυτό. Ως προς τα εν λόγω άρθρα, η Ο.Κ.Ε. σχολιάζει και προτείνει τα εξής:

Τα **άρθρα 3, 14–16** ενισχύουν τυπικά τον κύκλο στόχοι → σχέδιο → αξιολόγηση και ασκούν θετική επίδραση προς την κατεύθυνση της διαφάνειας και λογοδοσίας. Είναι κρίσιμο να οριστούν αντικειμενικοί δείκτες (εξιτήρια, λίστα χειρουργείου, ικανοποίηση ασθενών, χρόνοι ΤΕΠ) και να δημοσιεύονται.

Απουσιάζει ωστόσο η θέσπιση μηχανισμού ελέγχου των προϋποθέσεων του Νόμου. Για την Ο.Κ.Ε. είναι προφανές ότι η επιλογή και οι ανανεώσεις διοικήσεων πρέπει να πραγματοποιούνται με τεχνοκρατικά κριτήρια & εξωτερικούς αξιολογητές.

Θετικές θεωρούνται οι προσθήκες στα άρθρα που αφορούν τα πανεπιστημιακά κέντρα υγείας (άρθρο 5), αν και η βασική προβληματική διάσταση είναι η στελέχωση και ο συντονισμός τους.

Σχετικά με τα άρθρα 7–9 (υποδομές/χωροταξία), προτείνεται η ενσωμάτωση μελέτης ροών ΕΚΑΒ πριν από κάθε πολεοδομική ρύθμιση.

Ως προς την ψηφιακή ολοκλήρωση των συστημάτων υγείας, το άρθρο 11 μπορεί να λύσει σε ασυνέχειες μητρώων (άδειες, ειδικότητες, μεταβολές), βελτιώνοντας το επίπεδο διαφάνειας και εξυπηρέτησης των ασθενών.

Σχετικά με την άσκηση ιδιωτικού έργου (άρθρα 4 & 6), απαιτούνται σαφείς κανόνες και προϋποθέσεις για να μη θίγεται η διαθεσιμότητα του ΕΣΥ και να διασφαλιστεί η διαφάνεια (λίστα χειρουργείου, υπεράριθμες εφημερίες, σύγκρουση συμφερόντων) Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να προβλέπονται ρητά ασυμβίβαστα για ίδια περιστατικά (τακτικά/λίστα χειρουργείου) για 6–12 μήνες, ανώτατο ωριαίο όριο

ιδιωτικού έργου/εβδομάδα και υποχρεωτική δημοσιοποίηση αδειών. Είναι απαραίτητη δε η θεσμοθέτηση αξιόπιστου μηχανισμού ελέγχου των προϋποθέσεων του Νόμου για άσκηση ιδιωτικού έργου από γιατρούς του ΕΣΥ.

Η ΟΚΕ αξιολογεί θετικά τη διάταξη για την αυτοτέλεια νοσοκομείων (άρθρο 12), η οποία προϋποθέτει την αποσύνδεση μονάδων με διαφορετικό προφίλ και γεωγραφικά χαρακτηριστικά. Το διετές μεταβατικό στάδιο είναι ρεαλιστικό αν συνοδευτεί από αντίστοιχο στόχο-χρονοδιάγραμμα στελέχωσης.

Οι ειδικές ρυθμίσεις των άρθρων 18–21 αποτελούν χρήσιμες παρεμβάσεις για χρονίζουσες εκκρεμότητες, αλλά απαιτούν αποτίμηση δημοσιονομικού/ηθικού κινδύνου (ηθικός κίνδυνος επανάληψης οφειλών/υπερβάσεων). Θετικά αξιολογείται η διεύρυνση των αρμοδιοτήτων των επισκεπτών υγείας.

Αναφορικά με τις διατάξεις για τον εθελοντισμό και τους επισκέπτες υγείας, είναι απαραίτητη η εφαρμογή προτύπων εκπαίδευσης & μηχανισμός ποιότητας/ελεγκτικό για εθελοντικές οργανώσεις, καθώς και η αναβάθμιση ρόλου Επισκεπτών Υγείας σε προγράμματα πρόληψης/νήσων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ (Μέρος Α)

Το συγκεκριμένο Κεφάλαιο περιλαμβάνει ρυθμίσεις για τη φαρμακευτική δαπάνη και τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Παρακάτω παρουσιάζεται η αξιολόγηση των σημαντικότερων άρθρων.

Άρθρα 22 -23

Τα άρθρα 22 και 23 εισάγουν ρυθμίσεις που αφορούν στην ένταξη και του Λογαριασμού Υγείας Μελών Σώματος Ορκωτών Ελεγκτών Λογιστών ΛΥΜ-ΣΟΕΛ στο υφιστάμενο πλαίσιο ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης (μαζί με το ΤΥΠΕΤ και τον ΕΔΟΕΑΠ που έχουν ήδη ενταχθεί με το ν. 4683/2020).

Η ρύθμιση στοχεύει στη δημιουργία ενός ενιαίου, διαφανούς και ισότιμου μηχανισμού ελέγχου της φαρμακευτικής δαπάνης, διασφαλίζοντας ότι οι ίδιες αρχές κοστολόγησης και οι ίδιοι συντελεστές επιστροφών θα εφαρμόζονται ανεξάρτητα από τον ασφαλιστικό φορέα που καλύπτει τον δικαιούχο.

Σε πρακτικό επίπεδο, η αλλαγή αυτή συνεπάγεται ότι οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις θα καταβάλλουν ομοιόμορφες επιστροφές προς όλα τα ταμεία, γεγονός που ενισχύει την προβλεψιμότητα των οικονομικών ροών και διευκολύνει τη δημοσιονομική παρακολούθηση του συνόλου της φαρμακευτικής δαπάνης. Παράλληλα, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί αποκτούν ένα κοινό πλαίσιο ελέγχου και αποζημίωσης, το οποίο ενισχύει τη διαφάνεια και επιτρέπει πιο αξιόπιστη σύγκριση μεταξύ τους, προωθώντας την ενοποίηση κανόνων και την ορθολογική διαχείριση πόρων. Επιφυλάξεις υφίστανται ως προς τη διαχειριστική και νομική διάσταση της εφαρμοσιμότητας του μέτρου.

Η εφαρμογή ενός τέτοιου ενιαίου μηχανισμού αναμένεται να οδηγήσει σε άμεση μείωση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης μέσω θεσμοθετημένων εκπτώσεων, συμβάλλοντας έτσι στη βελτίωση της δημοσιονομικής πειθαρχίας και στη σταθεροποίηση των προϋπολογισμών των ταμείων. Ωστόσο, η αποτελεσματικότητα του μέτρου εξαρτάται από το κατά πόσο θα συνοδευτεί από δομικές πολιτικές ελέγχου της ζήτησης και από διαφανείς μηχανισμούς ανακατανομής των επιστροφών. Χωρίς παράλληλες παρεμβάσεις για την παρακολούθηση της κατανάλωσης, την ορθολογική συνταγογράφηση και την ενίσχυση της πρόληψης, η επέκταση του μηχανισμού αυτόματων επιστροφών κινδυνεύει να λειτουργήσει περισσότερο ως λογιστικό μέτρο εξοικονόμησης παρά ως εργαλείο βιώσιμης μεταρρύθμισης. Η μακροπρόθεσμη ισορροπία του συστήματος θα εξαρτηθεί όχι μόνο από την ομοιομορφία των κανόνων, αλλά και από την ικανότητα της Πολιτείας να περιορίσει τη σπατάλη στη ρίζα της και να κατευθύνει τη δαπάνη σε θεραπείες πραγματικής αξίας.

Άρθρο 24 -25

Τα άρθρα 24 και 25 αφορούν στη σύσταση, τη σύνθεση και το έργο της Επιτροπής Αξιολόγησης ρυθμίζοντας θέματα αρμοδιοτήτων και διαδικασιών αξιολόγησης στο πλαίσιο των κοινών επιστημονικών διαβουλεύσεων και αξιολογήσεων των νέων φαρμάκων που προβλέπονται στον Κανονισμού (ΕΕ) 2021/2282

Άρθρο 26

Το Άρθρο 26 προβλέπει τη συμμετοχή εκπροσώπων ασθενών στη διαδικασία αξιολόγησης φαρμάκων και στη διαμόρφωση αποφάσεων για την αποζημίωσή τους. Η ρύθμιση αξιολογείται θετικά καθώς ενισχύει τη συμμετοχικότητα και τη διαφάνεια στη λήψη αποφάσεων, εισάγει τη διάσταση της εμπειρίας του ασθενούς στη διαδικασία αξιολόγησης, και εντάσσει το ελληνικό σύστημα σε ένα ευρωπαϊκό πλαίσιο καλών πρακτικών. Με αυτόν τον τρόπο, η λήψη αποφάσεων για την αποζημίωση φαρμάκων γίνεται πιο ισορροπημένη, καθώς λαμβάνει υπόψη όχι μόνο οικονομικά και επιστημονικά δεδομένα αλλά και την ανθρώπινη διάσταση της θεραπείας.

Άρθρο 27

Το άρθρο 27 ενισχύει τη διαφάνεια και θωρακίζει θεσμικά την Επιτροπή Αξιολόγησης Φαρμάκων, θεσπίζοντας ασυμβίβαστο για τα μέλη της που διατηρούσαν οποιαδήποτε σχέση με φαρμακευτική εταιρεία, της οποίας το φάρμακο τελεί υπό αξιολόγηση, κατά τα τελευταία δύο έτη.

Άρθρο 28

Η ρύθμιση θέτει σαφή όρια στις δαπάνες για τις ηπαρίνες αποβλέποντας στον δημοσιονομικό έλεγχο και στη βελτίωση της οικονομικής βιωσιμότητας του συστήματος φαρμακευτικής φροντίδας, μέσω της πρόβλεψης ανώτατων ορίων δαπανών (κλειστών προϋπολογισμών) η υπέρβαση των οποίων βαρύνει τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις με στόχο τη διατήρηση της ισορροπίας ανάμεσα στην πρόσβαση των ασθενών στις εν λόγω θεραπείες και στη συγκράτηση της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης.

Άρθρο 29-30

Με τα άρθρα 29 και 30 εισάγονται ειδικές διατάξεις αποσκοπούν αφενός στη δημοσιονομική προσαρμογή των ορίων δαπανών για το έτος 2025, προκειμένου να καλυφθούν αυξημένες ανάγκες σε επιμέρους κατηγορίες υπηρεσιών υγείας, αφετέρου στη διευθέτηση εκκρεμοτήτων που ανέκυψαν κατά την εφαρμογή του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) για το έτος 2022, με γνώμονα την εύρυθμη και ομαλή λειτουργία του συστήματος αποζημίωσης δαπανών υγείας.

Άρθρο 31

Η τροποποίηση της ρύθμισης προβλέπει την δυνατότητα έκδοσης άυλων ηλεκτρονικών γνωματεύσεων για παροχές του Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μειώνοντας την άσκοπη γραφειοκρατία προς όφελος των ασφαλισμένων.

Άρθρα 32 -34

Ρύθμιση θεμάτων εσωτερικής λειτουργίας του ΕΟΠΥΥ (32: Ειδική Επιτροπή Ενστάσεων Φαρμακείων και Λοιπών Παρόχων Υγείας / 33 Κατάλογος Γνωμοδοτούντων Ιατρών ΣΗΠ/ 34 Αρμοδιότητες ΔΣ ΕΟΠΥΥ

Άρθρο 35

Το άρθρο εισάγει ένα αυτοματοποιημένο σύστημα ελέγχου της ιατρικής συνταγογράφησης (διαγνωστικών εξετάσεων και ιατρικών πράξεων) από τον ΕΟΠΥΥ. Καθορίζονται ακριβείς στατιστικοί δείκτες (π.χ. μέσο πλήθος παραπεμπτικών, μέση δαπάνη ανά ασθενή) που αξιολογούνται αυτόματα από το πληροφοριακό σύστημα του ΕΟΠΥ. Η Επιτροπή Ελέγχου εστιάζει στους ιατρούς που παρουσιάζουν ακραίες αποκλίσεις σε σχέση με το μέσο όρο της ειδικότητας τους. Στην περίπτωση αδικαιολόγητης συνταγογράφησης προβλέπονται διοικητικές κυρώσεις, όπως σύσταση, πρόστιμο (έως 30.000 ευρώ) και, στην τρίτη παράβαση, προσωρινός αποκλεισμός από τη συνταγογράφηση.

Παρά το γεγονός ότι ο έλεγχος της ιατρικής συνταγογράφησης αποτελεί κεντρικό στοιχείο στον εξορθολογισμό της φαρμακευτικής δαπάνης και στη μείωση των

καταχρήσεων, στην πράξη συναντά αρκετά τεχνικά, θεσμικά και λειτουργικά προβλήματα :

Καθυστερημένος και αποσπασματικός έλεγχος: Οι περισσότεροι έλεγχοι σήμερα πραγματοποιούνται μετά την εκτέλεση της συνταγής (εκ των υστέρων). Αυτό σημαίνει ότι η καταχρηστική ή υπερβολική συνταγογράφηση δεν αποτρέπεται, αλλά απλώς καταγράφεται. Όταν εντοπίζεται η υπέρβαση, το κόστος έχει ήδη επιβαρύνει το σύστημα.

Περιορισμένη διασυνδεσιμότητα πληροφοριακών συστημάτων : Το σύστημα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης δεν είναι πλήρως συνδεδεμένο με όλα τα υπόλοιπα πληροφοριακά συστήματα:

- Τα εργαστηριακά αποτελέσματα συχνά δεν είναι διαθέσιμα ή δεν συνδέονται αυτόματα με τη διάγνωση.
- Τα μητρώα χρόνιων παθήσεων δεν είναι πάντα ενημερωμένα ή διαλειτουργικά.

Απουσία ουσιαστικού ελέγχου βάσει των θεραπευτικών πρωτοκόλλων: Τα θεραπευτικά πρωτόκολλα υπάρχουν, αλλά συχνά είναι μη δεσμευτικά ή δεν είναι ενσωματωμένα στην ηλεκτρονική πλατφόρμα και δύναται να παρακαμφθούν. Ακόμη, το σύστημα δεν ελέγχει σε πραγματικό χρόνο εάν η επιλογή φαρμάκου ή δοσολογίας είναι σύμφωνη με το πρωτόκολλο.

Έλλειψη αυτοματοποιημένων «κόφτων» και δεικτών κατανάλωσης σε πραγματικό χρόνο: Δεν υπάρχουν ενσωματωμένοι μηχανισμοί που να μπλοκάρουν ή να προειδοποιούν για υπέρβαση θεραπευτικών ορίων, π.χ. υπερβολική συνταγογράφηση αντιβιοτικών ή μη τεκμηριωμένων συνδυασμών φαρμάκων. Στα σύγχρονα συστήματα (όπως της Σουηδίας ή της Ολλανδίας), αυτά τα φίλτρα λειτουργούν.

Ανεπαρκής εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε θέματα ορθής και οικονομικά αποδοτικής συνταγογράφησης.

Ανεπαρκής χρήση αναλυτικών εργαλείων: Παρότι υπάρχει μεγάλος όγκος δεδομένων συνταγογράφησης (big data), αυτά δεν αξιοποιούνται για προληπτική

ανάλυση ή προβλεπτικά μοντέλα. Ένα πραγματικά αυτοματοποιημένο σύστημα θα μπορούσε, μέσω τεχνητής νοημοσύνης, να εντοπίζει πρότυπα καταχρήσεων ή αδόκιμης δραστηριότητας. Ένα τέτοιο σύστημα επιτυγχάνει εξορθολογισμό της δαπάνης όχι με οριζόντιες περικοπές, αλλά με βελτίωση της ποιότητας και της στόχευσης της συνταγογράφησης.

Διοικητικά και νομικά εμπόδια: Η μέχρι του παρόντος απουσία θεσμικού πλαισίου για προληπτικό έλεγχο και η έλλειψη σαφών κυρώσεων ή κινήτρων οδηγούν σε διοικητική αδράνεια.

Άρθρο 36

Το άρθρο απλοποιεί τη διαδικασία για την επανέκδοση της βεβαίωσης μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) σε μεμονωμένους παρόχους που υπέβαλαν εκπρόθεσμα τα τιμολόγια τους, Συγκεκριμένα εάν ένας πάροχος απαλλαγεί από την εκπρόθεσμη υποβολή λόγω ανωτέρας βίας, ο ΕΟΠΥΥ μπορεί να του επανεκδώσει τη βεβαίωση clawback χωρίς να χρειαστεί να επανεκδώσει βεβαιώσεις σε όλους τους παρόχους της ίδιας κατηγορίας, εφόσον η μεταβολή στο συνολικό μηχανισμό αυτόματης επιστροφής (clawback) είναι μικρότερη του 1%. Η ρύθμιση αποσκοπεί στη μείωση της γραφειοκρατίας και των καθυστερήσεων λόγω του επανυπολογισμού του clawback για το σύνολο των παρόχων, όταν το πρόβλημα αφορά έναν μόνο πάροχο.

Άρθρο 37

Το άρθρο προβλέπει την πληρωμή των εκκρεμών οφειλών του ΕΟΠΥΥ προς άλλες ευρωπαϊκές χώρες για ιατρικές παροχές που έλαβαν Έλληνες ασφαλισμένοι στο εξωτερικό (βάσει κανονισμών κοινωνικής ασφάλισης της ΕΕ) για τα έτη 2015 έως 2020.

Άρθρο 38

Το άρθρο αφορά στην επέκταση του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) ώστε να καλύπτει συγκεκριμένα διαβητολογικά υλικά (π.χ. αισθητήρες, συστήματα συνεχούς παρακολούθησης γλυκόζης - CGM) που διανέμονται από ιδιωτικά φαρμακεία. Σύμφωνα με τη νέα ρύθμιση η οικονομική ευθύνη για το υπερβάλλον ποσό του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) για αυτά τα προϊόντα

βαρύνει τους κατασκευαστές ή τους εισαγωγείς/προμηθευτές, και όχι τα ίδια τα φαρμακεία προστατεύοντάς τα από το οικονομικό βάρος του clawback για ακριβά ιατροτεχνολογικά προϊόντα.

Άρθρο 39

Προβλέπεται η εξαίρεση από το rebate 0,8% που βαρύνει τους φαρμακοποιούς εφόσον χορηγούν φάρμακα αναφοράς ενώ υπάρχουν γενόσημα της ίδιας δραστικής, στις περιπτώσεις που είτε ο ιατρός έχει συνταγογραφήσει το φάρμακο γράφοντας συγκεκριμένα την εμπορική του ονομασία (και όχι τη δραστική ουσία) είτε ο ασθενής επιλέγει ρητά, πριν την εκτέλεση της συνταγής, να λάβει φάρμακο αναφοράς. Η ρύθμιση αποκαθιστά την αδικία της επιβολής του εν λόγω rebate στις ως άνω περιπτώσεις όπου ο φαρμακοποιός δεν έχει δυνατότητα να ελέγξει τη διάθεση του φαρμάκου.

Άρθρο 40

Εισάγεται εφάπαξ τέλος που πρέπει να καταβάλλουν οι πάροχοι υγείας (ιατρεία, κλινικές, εταιρίες ιατροτεχνολογικών προϊόντων) για να συμμετάσχουν στη διαδικασία διαπραγμάτευσης τιμών με τον ΕΟΠΥΥ. Το τέλος αποτελεί δημόσιο έσοδο για τον ΕΟΠΥΥ και στοχεύει στην κάλυψη των δαπανών λειτουργίας της Επιτροπής Διαπραγμάτευσης (αποζημίωση μελών, εμπειρογνομόνων, γραμματείας).

Άρθρα 41 -43

Τα άρθρα εισάγουν ένα νέο πλαίσιο για την αξιολόγηση και αποζημίωση των εξετάσεων βιοδεικτών (diagnostic biomarkers), που είναι απαραίτητες για τη χορήγηση συγκεκριμένων ακριβών θεραπειών. Σύμφωνα με τη ρύθμιση, όταν μια νέα θεραπεία απαιτεί μια εξέταση βιοδείκτη για να συνταγογραφηθεί (π.χ. γενετική εξέταση), η Επιτροπή Αξιολόγησης Φαρμάκων (ΕΑΑΦΑΧ) θα αξιολογεί ταυτόχρονα και τη θεραπεία και την αντίστοιχη εξέταση. Η αξιολόγηση μιας εξέτασης βιοδείκτη γίνεται στη βάση των κριτηρίων της ακρίβειας και αξιοπιστίας της εξέτασης (ευαισθησία, ειδικότητα), της κλινικής της χρησιμότητας (δηλ. του κατά πόσον συμβάλει πραγματικά στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων) και του κόστους της / της επίπτωσής της στον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ.

Ο στόχος των ρυθμίσεων είναι να εξασφαλιστεί ότι ο ΕΟΠΥΥ αποζημιώνει μόνο εξετάσεις που είναι ακριβείς, κλινικά χρήσιμες και αποτελεσματικές σε σχέση με το κόστος, δημιουργώντας ένα ολοκληρωμένο σύστημα αξιολόγησης για τη θεραπευτική δέσμη (φάρμακο + διαγνωστική εξέταση).

Άρθρο 44

Η διάταξη παρέχει μεγαλύτερη διοικητική ευελιξία και αποκέντρωση στον ΕΟΠΥΥ. Συγκεκριμένα, επεκτείνει τις αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου, επιτρέποντάς του να εγκρίνει απευθείας ανακατανομές ποσών μεταξύ διαφόρων ετών ή μηνών σε υφιστάμενες πολυετείς συμβάσεις για προμήθειες, υπηρεσίες, μισθώσεις και έργα. Η νέα ρύθμιση εξαλείφει την ανάγκη για πρόσθετες εγκρίσεις από άλλους φορείς όπως το Υπουργείο Υγείας ή το Υπουργείο Οικονομικών, υπό τον όρο ότι η ανακατανομή δεν υπερβαίνει το συνολικό εγκεκριμένο ποσό της σύμβασης. Η ρύθμιση στοχεύει στην επιτάχυνση των διοικητικών διαδικασιών, στον περιορισμό της γραφειοκρατίας και την ενδυνάμωση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων εντός του οργανισμού, και τη βελτίωση της αποδοτικής διαχείριση των πόρων του.

Άρθρο 45

Το Άρθρο 45 ρυθμίζει και περιορίζει την προχορήγηση φαρμάκων από τα φαρμακεία, με στόχο να καλυφθούν επείγουσες ανάγκες των ασφαλισμένων, αλλά με αυστηρές προϋποθέσεις για να διασφαλιστεί η οικονομική διαφάνεια και να αποτραπεί η αδόκιμη διάθεση. Συγκεκριμένα, η προχορήγηση επιτρέπεται μόνο υπό την προϋπόθεση ότι ο ασφαλισμένος θα προσκομίσει την αντίστοιχη ηλεκτρονική συνταγή εντός ενός (1) μήνα από την ημερομηνία που του παραδόθηκαν τα φάρμακα. Μόνο τότε το φαρμακείο μπορεί να αποζημιωθεί από το ασφαλιστικό ταμείο. Ταυτόχρονα, για να εξασφαλιστεί η παρακολούθηση και η γνησιότητα των προϊόντων, ο φαρμακοποιός υποχρεούται να καταχωρίσει και να απενεργοποιήσει τους μοναδικούς κωδικούς ασφαλείας των συσκευασιών στο Σύστημα Ηλεκτρονικής Συνταγογράφησης (Σ.Η.Σ.) αμέσως μετά την παράδοση. Αυτό κλείνει τον κύκλο και εμποδίζει τη δυνατότητα παράνομης πώλησης ή επανάχρησης της ίδιας συσκευασίας.

Άρθρα 46 -47

Τα άρθρα αφορούν στην δημιουργία και λειτουργία μιας υποχρεωτικής, ενιαίας ψηφιακής πλατφόρμας για τον προγραμματισμό ραντεβού των πολιτών με παρόχους υγείας σε ολόκληρη τη χώρα. Η πλατφόρμα αναπτύσσεται και λειτουργεί από την ΗΔΙΚΑ για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας. Η συμμετοχή είναι υποχρεωτική για όλους τους παρόχους του ΕΣΥ καθώς και για τους ιδιώτες ιατρούς και παρόχους που έχουν σύμβαση με τον ΕΟΠΥΥ. Ακόμη, το άρθρο 47 προβλέπει αυστηρά πρωτόκολλα για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, συμμορφούμενο με τον ΓΚΠΔ, και ορίζει ότι η πλατφόρμα θα διαλειτουργεί με άλλα κρατικά ψηφιακά υποσυστήματα (π.χ. ΣΗΣ, ΑΗΦΥ, ΑΜΚΑ) για να εξυπηρετεί καλύτερα τους πολίτες. Η ρύθμιση στοχεύει στην απλοποίηση της διαδικασίας κράτησης ραντεβού για τους πολίτες, στην ενίσχυση της διαφάνειας στις διαθεσιμότητες των ιατρών και στη βελτίωση της συνολικής οργάνωσης του συστήματος υγείας.

Άρθρο 48

Το άρθρο αφορά στη διεύρυνση του καταλόγου των τελωνειακών αρχών μέσω των οποίων επιτρέπεται η εξαγωγή προϊόντων φαρμακευτικής κάνναβης, με την προσθήκη έξι ακόμη σημείων στα ήδη υφιστάμενα σημεία του 1ου Τελωνείου Πειραιά και του 1ου Τελωνείου Θεσσαλονίκης. Η εξαγωγή επιτρέπεται για προϊόντα που έχουν ειδική έγκριση κυκλοφορίας στην Ελλάδα ή άδεια παραγωγής αποκλειστικά για εξαγωγή, και απαιτεί την προσκόμιση άδειας εισαγωγής από τη χώρα προορισμού. Η ρύθμιση στοχεύει στην ενίσχυση της δυναμικής της βιομηχανίας φαρμακευτικής κάνναβης στην Ελλάδα, διευκολύνοντας τις εξαγωγικές της δραστηριότητες μέσω πιο ευέλικτων και αποκεντρωμένων διαδικασιών.

Άρθρα 49- 50

Τα άρθρα 49 και 50 αποτελούν μια διττή στρατηγική για την επίλυση δύο μεγάλων μακροχρόνιων χρηματοοικονομικών θεμάτων που κληροδοτήθηκαν από το παρελθόν στο ελληνικό σύστημα υγείας. Στόχος τους είναι η οικονομική αποκατάσταση, η αποσαφήνιση των υποχρεώσεων και η βελτίωση της ρευστότητας τόσο του κράτους όσο και των πιστωτών.

Το άρθρο 49 αφορά τις ληξιπρόθεσμες οφειλές ΕΟΠΥΥ προς τα στρατιωτικά νοσοκομεία για τις υπηρεσίες που παρείχαν τα έτη 2012 έως 2022. Η ρύθμιση επεκτείνει την προθεσμία εξόφλησης για τις ληξιπρόθεσμες οφειλές του ΕΟΠΥΥ προς τα στρατιωτικά νοσοκομεία για τα έτη 2012-2022 με νέα προθεσμία την 31η Δεκεμβρίου 2026. Το συνολικό ποσό των ~106,8 εκατομμυρίων ευρώ θα εξοφληθεί με έκπτωση 10%.

Το άρθρο 50 αφορά στην επέκταση του προγράμματος ρύθμισης για παλιές οφειλές του κλάδου υγείας. Ως νέα προθεσμία για την εκκαθάριση και πληρωμή ληξιπρόθεσμων οφειλών (από 1/1/2006 και μετά) προς φαρμακεία, ιατρούς, κλινικές και άλλους παρόχους, που δημιουργήθηκαν από Φορείς Κοινωνικής Ασφάλισης πριν ενταχθούν στον ΕΟΠΥΥ είναι η 30η Ιουνίου 2026.

Σημειώνεται ότι οι πάροχοι μπορούν να εξοφληθούν αμέσως, αλλά με μείωση (έκπτωση) στο οφειλόμενο ποσό, που κυμαίνεται από 3.5% έως 45% ανάλογα με τον τύπο του παρόχου και το ύψος της οφειλής. Η ρύθμιση μπορεί να συνιστά ένα ρεαλιστικό τρόπο για να δοθεί λύση σε ένα μακροχρόνιο πρόβλημα, βελτιώνοντας τη ρευστότητα για το σύστημα υγείας και τις επιχειρήσεις Ταυτόχρονα όμως νομιμοποιεί μια βαθιά άνιση πρακτική που δεν αποτελεί παρά μετατόπιση του προβλήματος από τα κρατικά ταμεία στους επαγγελματίες υγείας και τις επιχειρήσεις, με πιθανές δυσμενείς συνέπειες για την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη και τη βιωσιμότητα του συστήματος

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ (Μέρος Α)

Το Κεφάλαιο Δ περιλαμβάνει διατάξεις για τους εποπτευόμενους φορείς του υπουργείου Υγείας, οι οποίες αξιολογούνται παρακάτω.

Άρθρο 51

Δίνεται η δυνατότητα στο «Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας Μ.Α.Ε.» να απασχολήσει προσωπικό με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών, πρακτική που ισχύει και σε άλλους εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου Υγείας, με αμφίβολη ωστόσο επίδραση ως προς την ελκυστικότητα

μιας τέτοιου τύπου σχέσης εργασίας ή τον βαθμό αφοσίωσης του συνεργαζόμενου επιστημονικού προσωπικού

Άρθρο 52

Αφορά τη μεταβίβαση κονδυλίου ύψους 5 εκ. € από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων προς τη μονοπρόσωπη ανώνυμη εταιρεία με την επωνυμία «Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Εταιρεία» για την προμήθεια και δωρεάν διάθεση ρεμντεσιβίρης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Ακόμη και χωρίς αιτιολογική έκθεση μπορεί κανείς να εικάσει ότι η μεταβίβαση δημόσιων πόρων από ένα ΝΠΔΔ σε μία Α.Ε. αποφασίζεται να νομοθετείται για λόγους ταχύτητας και ευελιξίας, θεωρώντας δεδομένη την αποτελεσματικότητα της όποιας διαδικασίας και μηχανισμού ελέγχου της συγκεκριμένης εταιρείας.

Άρθρο 53

Αυτό το άρθρο προβλέπει αναδιάρθρωση Υπηρεσιών της Εθνικής Κεντρικής Αρχής Προμηθειών Υγείας.

Άρθρο 54

Με το άρθρο 54 προβλέπεται η δυνατότητα του ΔΣ της ΕΚΑΠΥ να αποφασίζει για τυχόν τροποποιήσεις και ανακατανομές δαπάνης για προμήθειες, υπηρεσίες ή υλοποιούμενα έργα κοινοποιώντας τις όποιες αποφάσεις αμελλητί στον Υπουργό Υγείας

Άρθρο 55

Για τη διανομή φαρμάκων από τον ΕΟΠΥΥ στα ιδιωτικά φαρμακεία για την εξυπηρέτηση των ασθενών, προβλέπεται αμοιβή 3 ευρώ κατά περίπτωση, στις φαρμακαποθήκες. Πρόκειται νέα πρόσθετη δαπάνη στο σύστημα διαχείρισης των ΦΥΚ (φάρμακα υψηλού κόστους) που έρχεται να προστεθεί στην αποζημίωση των εταιρειών μεταφοράς (courier) φαρμάκων απευθείας σε ασθενείς. Αυτή η δαπάνη επιβαρύνει τον προϋπολογισμό του ΕΟΠΥΥ, χωρίς να υπολογίζεται στο συνολικό όριο της φαρμακευτικής δαπάνης του Οργανισμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε (Μέρος Α)

Το συγκεκριμένο Κεφάλαιο αναφέρεται σε ρυθμίσεις θεμάτων προσωπικού του Υπουργείου Υγείας και των εποπτευόμενων φορέων. Παρατίθεται η ανάλυση επί των σημαντικότερων άρθρων του Κεφαλαίου.

Άρθρο 56: Παράταση του χρόνου παραμονής στην υπηρεσία ιατρών κλάδου Εθνικού Συστήματος Υγείας και ιατρών Δημόσιας Υγείας Εθνικού Συστήματος Υγείας, για την άσκηση κλινικών και εργαστηριακών καθηκόντων για τα έτη 2026 και 2027 Εφημερίες μικτού τύπου και ετοιμότητας (ΠΕ/ΤΕ Βιοϊατρικών Επιστημών – Ακτινολογία/Ακτινοθεραπεία)

Περιεχόμενο: Ιατροί και οδοντίατροι ΕΣΥ των οποίων η σχέση λύεται στο 67ο έτος μπορούν να παραμείνουν έως και ένα έτος ακόμη, αν η θέση τους δεν έχει προκηρυχθεί. Η παραμονή αφορά αποκλειστικά κλινικό/εργαστηριακό έργο, χωρίς διοικητικά καθήκοντα.

Θετικά:

- Διατήρηση έμπειρων γιατρών στο ΕΣΥ για ένα επιπλέον έτος, σε περίοδο μεγάλων ελλείψεων προσωπικού,
- Εξασφαλίζεται η συνέχεια και σταθερότητα στην παροχή κλινικών και εργαστηριακών υπηρεσιών,
- Οι γιατροί παραμένουν σε καθαρά κλινικό έργο, αξιοποιώντας την εμπειρία τους χωρίς να εμποδίζεται η ανανέωση στις διοικητικές/διευθυντικές θέσεις,
- Παρέχει ευελιξία στα νοσοκομεία, ιδιαίτερα σε τμήματα όπου η αντικατάσταση είναι δύσκολη.

Προκλήσεις:

- Εκκρεμεί η προκήρυξη και η στελέχωση νέων θέσεων, περιορίζοντας την είσοδο νεότερων γιατρών στο ΕΣΥ, ενώ η ρύθμιση θα πρέπει να αφορά θέσεις για τις οποίες ενώ προκηρύχθηκαν, δεν πληρώθηκαν ή κατέστησαν άγονες.

- Θα οδηγήσει σε «τεχνητή παράταση» αντί για ουσιαστικές προσλήψεις, καλύπτοντας προσωρινά ορισμένα από τα κενά,
- Κίνδυνος οι παρατάσεις να γίνουν μόνιμη πρακτική αντί για στρατηγικό σχεδιασμό ανανέωσης προσωπικού,
- Ενδέχεται να δημιουργηθούν ανισότητες ανάμεσα σε γιατρούς που παραμένουν με παράταση και σε νεότερους που περιμένουν προκηρύξεις θέσεων.

Συμπερασματικά:

Η παράταση της παραμονής των ιατρών στο ΕΣΥ μετά το 67ο έτος μπορεί να εξασφαλίσει τη **συνέχιση της λειτουργίας τμημάτων που αντιμετωπίζουν σοβαρές ελλείψεις προσωπικού** και η συμβολή τους μπορεί να αποδειχθεί κρίσιμη σε ειδικότητες όπου η στελέχωση είναι δυσχερής και η εκπαίδευση νέων επαγγελματιών απαιτεί χρόνο.

Ωστόσο, η ρύθμιση αποτελεί μια προσωρινή λύση και δεν υποκαθιστά την ανάγκη για συστηματικές και έγκαιρες προσλήψεις νέου προσωπικού, οι οποίες είναι αναγκαίες ώστε να διασφαλιστεί η βιωσιμότητα και η ανανέωση του ΕΣΥ. Υπάρχει ο κίνδυνος η δυνατότητα παράτασης να οδηγήσει σε καθυστερήσεις προκηρύξεων, με αποτέλεσμα να **αναβάλλεται η ανανέωση του ανθρώπινου δυναμικού** και να **ενισχύεται η εξάρτηση από μεταβατικές λύσεις**.

Επιπλέον, θα χρειαστεί να ληφθούν **σαφή και ρητά μέτρα και ορισμένου χρονοδιαγράμματος, προκειμένου να μην υπάρξουν κενά στις διοικητικές και διευθυντικές θέσεις**, καθώς ο άμεσος αποκλεισμός των παρατευνόμενων ιατρών από αυτές μπορεί να δημιουργήσει **κενό ηγεσίας στα τμήματα**, άρα και σε **προβλήματα συντονισμού και στη δυσκολία λήψης κρίσιμων αποφάσεων**.

Συνολικά, το άρθρο για να έχει μία πρακτική αξία για τη διατήρηση της επιχειρησιακής ετοιμότητας του ΕΣΥ και να αποδώσει μακροπρόθεσμα χρειάζεται να ενταχθεί σε έναν **ευρύτερο σχεδιασμό που θα προάγει τη μόνιμη στελέχωση και αύξηση αυτής, την ανανέωση του ιατρικού δυναμικού και την ισορροπία ανάμεσα στην εμπειρία και τη νέα γενιά επαγγελματιών υγείας**.

Προτείνεται η παράταση του ορίου να αφορά ειδικότητες και θέσεις στις οποίες υπάρχουν ελλείψεις στο σύστημα, ενώ η άσκηση του λειτουργήματος θα πρέπει να αφορά μόνο στις περιπτώσεις περιφερειακών νοσοκομείων και μονάδων υγείας.

Άρθρο 57

Τα τελευταία χρόνια προκηρύχθηκαν πολλές θέσεις σε ΤΕΠ κι ιατροί που ανήκαν στην γενιά που δεν είχε πρόσβαση σε διορισμούς το διάστημα 2010- 2016, όπου δεν είχε ανοίξει καμία θέση λόγω μνημονίων, κατέλαβαν πολλές από αυτές τις θέσεις όχι απαραίτητα ως πρώτη επιλογή.

Τα ΤΕΠ παρέμειναν υποστελεχωμένα, λειτουργώντας στα τριτοβάθμια νοσοκομεία με μικτό προσωπικό από κλινικές και ΤΕΠ, καθώς ποτέ δεν έγιναν ταυτόχρονοι διορισμοί στους αριθμούς που θα απαιτούνταν ώστε:

- α) οι συνθήκες εργασίας να είναι ελκυστικές
- β) να απελευθερωθούν οι ιατροί των κλινικών από τα ΤΕΠ ώστε να αυξηθεί η παραγωγικότητά τους στο έργο των κλινικών και εξωτερικών ιατρείων

Αποτέλεσμα η εκπαίδευση και η ικανότητα των ιατρών που εργάζονται σε ΤΕΠ να χειρίζονται αυτόνομα όλη την γκάμα των περιστατικών, με συμβουλευτική μόνο υποστήριξη από τις κλινικές.

Γι' αυτό το λόγο οι περισσότεροι (πλην ίσως των γενικών ιατρών) αποφεύγουν να λάβουν τον τίτλο για να μην υποχρεώνονται να παρέχουν υπηρεσίες στα ΤΕΠ πέραν της ειδικότητάς τους. Ως αντικίνητρο είχε οριστεί η μη εξέλιξη τους χωρίς τίτλο εξειδίκευσης. Με αυτήν την έννοια προκειμένου να μην υπάρξει μεγαλύτερη διαρροή, η μη εφαρμογή της διάταξης ως και 6- 12- 2022 απαντά σε αυτό το πρόβλημα. Καθώς όμως οι βασικοί λόγοι που οδηγούν σε αυτήν την κατάσταση (κακές συνθήκες εργασίας, έλλειψη επαρκούς στρατηγικής για την ανάπτυξη πλήρους λειτουργίας αυτόνομων ΤΕΠ χωρίς επικουρική υποστήριξη από ιατρούς ειδικοτήτων σε πλήρη βάρδια) παραμένουν, το αδιέξοδο θα διαιωνίζεται. Ίσως χρειάζεται περισσότερος χρόνος για την ανάπτυξη και εμπέδωση ειδικότητας επείγουσας Ιατρικής, αλλά εξακολουθεί να μην υπάρχει ένα στρατηγικό όραμα έστω και αν αυτό θα απαιτούσε έναν σταδιακό και μακροχρόνιο προγραμματισμό. Η

εξουθένωση, η ηθική βλάβη, κίνδυνος υπερκόπωσης (Burn out) είναι ο λόγος που η στρατολόγηση νέων ιατρών στην ειδικότητα να πάσχει. Η εργασία στα ΤΕΠ, έστω και περιοδικού χαρακτήρα, παράλληλα με το έργο ειδικοτήτων με κλινικές νοσηλείας, μεταφέρει το πρόβλημα στην ελκυστικότητα του ΕΣΥ και στα υπόλοιπα τμήματα. Ίσως η πλήρης εφαρμογή με ικανό προσωπικό, χώρους και ελκυστικές συνθήκες εργασίας να δημιουργούσε έναν μοντέλο που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως scale up. Δεν μπορεί να γίνει παρά μόνον σε περιοχή με 1 νοσοκομείο διότι διαφορετικά θα κατακλυζόταν π.χ στην Αθήνα ή την Θεσσαλονίκη από υπερβολικό αριθμό ασθενών ακυρώνοντας την προσπάθεια για μοντέλο με συγκεκριμένο πληθυσμό ευθύνης για εξαγωγή επιδημιολογικών συμπερασμάτων με ποιοτικά χαρακτηριστικά (πχ Αλεξανδρούπολη, Ηράκλειο, Πάτρα, Τρίπολη, Λάρισα Μυτιλήνη κτλ.)

Άρθρο 58: Εφημερίες προσωπικού κλάδου Βιοϊατρικών Επιστημών, ειδικότητας ΠΕ Ακτινολογίας - Ακτινοθεραπείας και ΤΕ Ραδιολογίας – Ακτινολογίας – Προσθήκη παρ. 2α στο άρθρο 4 του ν. 4498/2017

Περιεχόμενο: Το προσωπικό των ακτινολογικών και ακτινοθεραπευτικών τμημάτων δύναται, πέραν των εναλλασσόμενων βαρδιών, να πραγματοποιεί εφημερίες μικτού τύπου και εφημερίες ετοιμότητας. Οι λεπτομέρειες ορίζονται με κοινή υπουργική απόφαση.

Θετικά:

- Οι ακτινολογικές και ακτινοθεραπευτικές υπηρεσίες διασφαλίζουν κρίσιμη υποστήριξη στα επείγοντα,
- Η συμμετοχή σε μεικτές και ετοιμότητας εφημερίες δίνει ευελιξία στους Φ.Π.Υ. για κάλυψη αναγκών,
- Εξασφαλίζεται διαθεσιμότητα εξειδικευμένου προσωπικού οποιαδήποτε στιγμή.

Προκλήσεις:

- Αυξημένη επιβάρυνση για το προσωπικό, ιδίως σε τμήματα με ελλείψεις,

- Κίνδυνος υποαμοιβής, καθώς οι εφημερίες ετοιμότητας πληρώνονται λιγότερο ενώ δεσμεύουν ουσιαστικά την εργαζόμενο/η,
- Πιθανή ανισοκατανομή, με λίγους εργαζόμενους να σηκώνουν το βάρος, ειδικά σε μικρά νοσοκομεία,
- Τα χρόνια προβλήματα (υπερβάσεις ωραρίων, καθυστερήσεις πληρωμών, burn-out) θα επιδεινωθούν,
- Η εξάρτηση από υπουργικές αποφάσεις αφήνει αβεβαιότητα και περιθώριο για καθυστερήσεις ή καταχρήσεις.

Συμπερασματικά:

Η θεσμοθέτηση εφημεριών μικτού τύπου και ετοιμότητας για το προσωπικό των ακτινολογικών και ακτινοθεραπευτικών τμημάτων αναγνωρίζει τον **καθοριστικό τους ρόλο στη λειτουργία των νοσοκομείων, ιδιαίτερα σε επείγουσες καταστάσεις** όπου η άμεση πρόσβαση σε απεικονιστικές εξετάσεις μπορεί να αποβεί σωτήρια. Η δυνατότητα αυτή παρέχει στα νοσοκομεία μεγαλύτερη ευελιξία στην οργάνωση των υπηρεσιών τους, βοηθώντας να καλυφθούν κενά και να διασφαλιστεί η συνεχής λειτουργία κρίσιμων τμημάτων.

Ωστόσο, η ρύθμιση συνοδεύεται από σημαντικούς κινδύνους, καθώς η επιβολή **πρόσθετων εφημεριών σε τμήματα που ήδη λειτουργούν με ελλιπές προσωπικό μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω υπερκόπωση, επαγγελματική εξουθένωση και μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών**. Επιπλέον, υπάρχει ο κίνδυνος οι εφημερίες να **κατανέμονται άνισα**, με αποτέλεσμα λίγοι εργαζόμενοι να επωμίζονται δυσανάλογο βάρος, **ιδιαίτερα σε μικρότερα νοσοκομεία με περιορισμένο προσωπικό**. Παράλληλα, **το ζήτημα της αποζημίωσης παραμένει ασαφές**, καθώς οι εφημερίες ετοιμότητας τυπικά αμείβονται λιγότερο.

Επιπλέον, το γεγονός ότι **το πλαίσιο παραμένει γενικό και η τελική εξειδίκευση θα δοθεί μέσω υπουργικών αποφάσεων** αφήνει περιθώριο για καθυστερήσεις, διαφορετικές ερμηνείες και πιθανές καταχρήσεις. Η έλλειψη σαφών κανόνων μπορεί να οδηγήσει σε **ανισομέρεια μεταξύ διαφορετικών φορέων υγείας**.

Συνολικά, ενώ η διάταξη απαντά σε μια πραγματική ανάγκη και διευκολύνει την επιχειρησιακή λειτουργία των νοσοκομείων, **η επιτυχία της θα εξαρτηθεί από την ορθή ρύθμιση των όρων εφαρμογής, την εξασφάλιση δίκαιης και επαρκούς αποζημίωσης, καθώς και τη διασφάλιση ισότιμης κατανομής του φόρτου εργασίας** ώστε να αποφευχθεί η περαιτέρω επιβάρυνση του ήδη πιεσμένου υγειονομικού προσωπικού.

Άρθρο 60 Μεταφορά κενών οργανικών θέσεων – Προσθήκη παρ. 10 στο άρθρο 7 του ν. 5129/2024

Περιεχόμενο: Έως 8% κενές οργανικές θέσεις νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού γενικών και πανεπιστημιακών νοσοκομείων μεταφέρονται αυτοδίκαια στις ΔΥΠε για κάλυψη δομών ψυχικής υγείας.

Θετικά:

- Ενισχύεται το Εθνικό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας με προσωπικό,
- Η μεταφορά γίνεται αυτοδικαίως με διαπιστωτικές πράξεις -> γρήγορος μηχανισμός (βέβαια είναι και *red flag*/μπορεί να λειτουργήσει και καταχρηστικά),
- Το όριο του 8% λειτουργεί ως δικλείδα ασφαλείας,
- Αναγνωρίζεται θεσμικά η ανάγκη προτεραιότητας στην ψυχική υγεία.

Προκλήσεις:

- Δεν ορίζεται χρονικό κριτήριο για το πότε μια θέση θεωρείται κενή. Εφόσον αυτό αφήνεται στη δικαιοδοσία των Δ.Υ.Πε. μπορεί να οδηγήσει σε άνιση ή αυθαίρετη εφαρμογή,
- Υπάρχει κίνδυνος αποδυνάμωσης των νοσοκομείων, που χάνουν θέσεις οι οποίες θα μπορούσαν να προκηρυχθούν για τις δικές τους ανάγκες,
- Αντί να δημιουργηθούν νέες οργανικές θέσεις ψυχικής υγείας, ουσιαστικά γίνεται «ανακατανομή ελλείψεων» εις βάρος άλλων τμημάτων και ειδικοτήτων,
- Μπορεί να δημιουργήσει εντάσεις μεταξύ νοσοκομείων και δομών ψυχικής υγείας για την κατανομή πόρων,
- Η ρύθμιση αποτελεί διοικητική λύση και όχι μέρος ενός ολοκληρωμένου σχεδίου για ανθρώπινο δυναμικό στο ΕΣΥ,

- Ενισχύεται η διοικητική ισχύς των Δ.Υ.Πε., χωρίς παράλληλους μηχανισμούς ελέγχου για τον τρόπο που θα αξιοποιηθεί η ρύθμιση.

Συμπερασματικά:

Η διάταξη που προβλέπει την αυτοδίκαιη μεταφορά κενών οργανικών θέσεων έως 8% από τα γενικά και πανεπιστημιακά νοσοκομεία προς τις ΔΥΠε για την ενίσχυση των δομών ψυχικής υγείας αντανakλά την ανάγκη να ενισχυθεί ένας τομέας που παραδοσιακά υποχρηματοδοτείται και υποστελεχώνεται. Η ρύθμιση αυτή προσφέρει μεγαλύτερη ευελιξία στη διαχείριση ανθρώπινων πόρων, δίνοντας τη δυνατότητα να κατευθύνονται διαθέσιμες θέσεις σε υπηρεσίες με υψηλή κοινωνική σημασία, όπως η ψυχική υγεία, που παρουσιάζει αυξημένες ανάγκες.

Ωστόσο, το μέτρο έχει σαφή όρια και αδυναμίες. **Η μεταφορά αφορά οργανικές θέσεις και όχι πραγματικούς ανθρώπινους πόρους, γεγονός που σημαίνει ότι το πρόβλημα της έλλειψης προσωπικού δεν επιλύεται άμεσα.** Επιπλέον, οι δομές ψυχικής υγείας δεν ενισχύονται αυτόματα με νέο προσωπικό, αλλά αποκτούν τη δυνατότητα να προκηρύξουν θέσεις, διαδικασία που μπορεί να καθυστερήσει σημαντικά. **Επιπλέον, δεν υπάρχει ρητός χρονικός ορισμός για το πότε μια θέση θεωρείται «κενή», κάτι που αφήνει περιθώρια αυθαίρετης ή άνισης εφαρμογής.**

Παράλληλα, **η μεταφορά οργανικών θέσεων ενέχει τον κίνδυνο να αποδυναμώσει νοσοκομεία που ήδη υποφέρουν από ελλείψεις,** καθώς μεταφέρεται η δυνατότητα κάλυψης χωρίς να δημιουργούνται νέες θέσεις. Έτσι, το μέτρο ενδέχεται να λειτουργήσει περισσότερο ως «ανακύκλωση» ελλείψεων παρά ως πραγματική ενίσχυση του συστήματος.

Συνολικά, η διάταξη αναγνωρίζει σωστά την προτεραιότητα της ψυχικής υγείας και επιχειρεί να δώσει λύσεις μέσω ευελιξίας, αλλά **στην πράξη αποτελεί περισσότερο ένα προσωρινό διαχειριστικό μέτρο παρά μια στρατηγική επένδυση.** Για να είναι αποτελεσματική, πρέπει να συνδυαστεί με **δημιουργία νέων οργανικών θέσεων, σαφή κριτήρια για το πότε μια θέση είναι κενή, καθώς και με στοχευμένες πολιτικές προσέλκυσης προσωπικού.**

Άρθρο 61: Επικουρικό προσωπικό – Τροποποίηση παρ. 2 άρθρου 10 ν. 3329/2005

Περιεχόμενο: Κατά παρέκκλιση, μπορούν να προσλαμβάνονται επικουρικά άτομα με βεβαίωση κατάρτισης από ΙΕΚ/ΣΑΕΚ, ακόμη και χωρίς ολοκλήρωση όλων των εξαμήνων.

Θετικά:

- Αντιμετωπίζει την έλλειψη πληρωμάτων ασθενοφόρων, διευρύνοντας τα προσόντα και επιτρέποντας πιο γρήγορες προσλήψεις επικουρικού προσωπικού,
- Δημιουργεί μια πιο ευέλικτη «δεξαμενή» προσωπικού, σημαντική σε συνθήκες πίεσης (π.χ. αυξημένα επείγοντα, ελλείψεις στην επαρχία).

Προκλήσεις:

- Ενδεχόμενη υποβάθμιση των απαιτήσεων εκπαίδευσης μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλότερη ποιότητα υπηρεσιών και ενδεχόμενο κίνδυνο για την ασφάλεια των ασθενών,
- Υπάρχει κίνδυνος ανισότητας μεταξύ πλήρως καταρτισμένων διασωστών και όσων προσλαμβάνονται με μερική εκπαίδευση,
- Η ρύθμιση είναι προσωρινή (μέχρι την τροποποίηση του π.δ. 85/2022) δημιουργώντας ανασφάλεια στους/στις προσληφθέντες/είσες και σύγχυση στο σύστημα
- Ενδέχεται να θεωρηθεί ότι γίνεται μια εμβλωματικού τύπου λύση που αφορά σε ένα χρόνιο πρόβλημα (ελλείψεις προσωπικού), αντί για στρατηγική επένδυση στην εκπαίδευση και μόνιμες προσλήψεις (έλλειψη προσωπικού → επισφαλείς προσλήψεις → αποδυνάμωση κύρους επαγγέλματος → λιγότεροι νέοι μπαίνουν στην εκπαίδευση).

Συμπερασματικά:

Η πρόσληψη επικουρικού προσωπικού ΕΚΑΒ με βεβαιώσεις κατάρτισης από ΙΕΚ ή ΣΑΕΚ δύναται να διευκολύνει την ταχεία κάλυψη επειγουσών αναγκών, κάτι που είναι κρίσιμο σε ένα σύστημα όπου οι ελλείψεις διασωστών/τριών συχνά

μεταφράζονται σε καθυστερήσεις στις διακομιδές και σε μειωμένη επιχειρησιακή ετοιμότητα. Επιπλέον, δίνει την ευκαιρία σε νέους επαγγελματίες να εισέλθουν στην αγορά εργασίας και να αποκτήσουν εμπειρία, ενισχύοντας δυνητικά το μελλοντικό δυναμικό του ΕΚΑΒ.

Ωστόσο, η εφαρμογή του μέτρου απαιτεί προσεκτικά βήματα υλοποίησης που θα εγγυώνται τη βέλτιστη ασφάλεια και τις βέλτιστες συνθήκες άσκησης του λειτουργήματος του διασώστη. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να συνδεθεί με ενδεχόμενη υποβάθμιση του επαγγελματικού επιπέδου που ενδέχεται να επηρεάσει την ποιότητα φροντίδας, ιδίως σε μια υπηρεσία που λειτουργεί σε συνθήκες πίεσης και όπου τα λάθη μπορεί να έχουν υψηλό κόστος.

Επιπλέον, η έμφαση σε επικουρικές λύσεις αντί για μόνιμες προσλήψεις αφήνει το πρόβλημα ουσιαστικά άλυτο. Οι προσλήψεις αυτές καλύπτουν προσωρινά κενά αλλά δεν εξασφαλίζουν τη σταθερότητα και τη συνέχεια που χρειάζεται το ΕΚΑΒ. Τίθεται επίσης το ερώτημα εάν το ζήτημα είναι πραγματική έλλειψη διαθέσιμου προσωπικού στην αγορά εργασίας ή αν αφορά την απροθυμία για προκηρύξεις μόνιμων θέσεων, που θα προσέφεραν ασφάλεια και θα έκαναν το επάγγελμα πιο ελκυστικό.

Συνολικά, η ρύθμιση μπορεί να αποδώσει βραχυπρόθεσμα **αποκλειστικά σε επίπεδο αύξησης προσωπικού**, αλλά χωρίς παράλληλη στρατηγική για μόνιμες προσλήψεις και αναβάθμιση της εκπαίδευσης των διασωστών/τριών, **κινδυνεύει να εδραιώσει ένα καθεστώς προσωρινότητας και άνισης ποιότητας στην παροχή υπηρεσιών προνοσοκομειακής φροντίδας.**

Άρθρο 64: Θέματα προσωπικού των Κέντρων Αναφοράς AIDS/Πετροϊών - Τροποποίηση άρθρου 67 ν. 5102/2024

Περιεχόμενο: Δημιουργούνται οργανικές θέσεις Ε.Τ.Ε.Π (6 στην Αθήνα, 4 στη Θεσσαλονίκη) για τα Πανεπιστημιακά Εργαστήρια που φιλοξενούν τα Κέντρα Αναφοράς. Οι θέσεις προκηρύσσονται εντός 6 μηνών. Δεν επιτρέπεται μετάταξη/απόσπαση χωρίς διπλή έγκριση.

Θετικά:

- Σταθερή στελέχωση κρίσιμων Κέντρων Αναφοράς,
- Προτεραιοποίηση διαδικασιών προκήρυξης,
- Εγγύηση αφοσίωσης προσωπικού στο έργο του Κέντρου.

Προκλήσεις:

- Είναι μικρής κλίμακας (μόλις 10 θέσεις) και δεν αντιμετωπίζει συνολικά το πρόβλημα της υποστελέχωσης,
- Η στελέχωση περιορίζεται σε Ε.Τ.Ε.Π., χωρίς πρόβλεψη για άλλες ειδικότητες (π.χ. ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό προσωπικό), ωστόσο τα Κέντρα έχουν ευρύτερες ανάγκες,
- Το αυστηρό πλαίσιο «δέσμευσης» θέσεων μπορεί να δημιουργήσει διοικητική ακαμψία, αν χρειαστεί ανακατανομή πόρων σε περιόδους κρίσης.

Συμπερασματικά:

Η πρόβλεψη για σύσταση δέκα (10) οργανικών θέσεων Ειδικού Τεχνικού Εργαστηριακού Προσωπικού (ΕΤΕΠ) στα Πανεπιστημιακά Εργαστήρια που φιλοξενούν τα Κέντρα Αναφοράς AIDS/ Ρετροϊών αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς τη σταθερή στελέχωση κρίσιμων δομών. Τα Κέντρα Αναφοράς έχουν καίριο ρόλο στη διάγνωση, παρακολούθηση και έρευνα γύρω από τον HIV/ρετροϊών, και η θεσμοθέτηση μόνιμων θέσεων διασφαλίζει ότι θα υπάρχει σταθερό προσωπικό αφοσιωμένο στο έργο τους. Η πρόβλεψη για προκήρυξη των θέσεων εντός συγκεκριμένου χρονικού ορίου έξι (6) μηνών δείχνει πρόθεση προτεραιοποίησης της διαδικασίας, αποτρέποντας χρονοβόρες καθυστερήσεις που συχνά παρατηρούνται στο δημόσιο. Επιπλέον, οι περιορισμοί σε μετακινήσεις ή μετατάξεις προσωπικού, με την απαίτηση διπλής έγκρισης, λειτουργούν ως εγγύηση ότι οι εργαζόμενοι θα παραμένουν προσηλωμένοι στο έργο του Κέντρου και δεν θα αποσπώνται αλλού.

Παρά τα θετικά στοιχεία, **υπάρχουν και σημαντικοί περιορισμοί**. Καταρχάς, η **δημιουργία μόλις δέκα (10) θέσεων** (έξι (6) στην Αθήνα και τέσσερις (4) στη Θεσσαλονίκη) **είναι ανεπαρκής σε σχέση με τις ανάγκες** που έχουν συσσωρευτεί σε

αυτούς τους εξειδικευμένους χώρους. Επιπλέον, οι περιορισμοί κινητικότητας, αν και προστατεύουν τα Κέντρα, ενδέχεται να λειτουργήσουν αποτρεπτικά για πιθανούς/ες υποψηφίους/ες που αναζητούν περισσότερες δυνατότητες εξέλιξης ή μετακίνησης. Τέλος, η διαδικασία επιλογής και προκήρυξης εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα πανεπιστημιακά όργανα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερήσεις ή σε αποκλίσεις ανάλογα με την εσωτερική λειτουργία κάθε Ιατρικής Σχολής.

Η ρύθμιση κινείται στη σωστή κατεύθυνση της ενίσχυσης των Κέντρων Αναφοράς με μόνιμο προσωπικό, αλλά η περιορισμένη κλίμακα και η εξάρτηση από τις πανεπιστημιακές διαδικασίες περιορίζουν την αποτελεσματικότητά της. Ενώ δείχνει πρόθεση ενίσχυσης της επιτήρησης HIV/ρετροϊών, αποτελεί περισσότερο «ενέσιμη λύση» παρά ολοκληρωμένο σχέδιο. Για να έχει ουσιαστικό αντίκτυπο, θα πρέπει να συνοδευτεί από μεγαλύτερο αριθμό θέσεων, διασφάλιση ταχύτερων και σαφών διαδικασιών βάσει κανονισμών και πρόνοιες που θα καθιστούν τις θέσεις ελκυστικές για εξειδικευμένο προσωπικό υψηλής κατάρτισης.

Άρθρο 65: Ρυθμίσεις θεμάτων Νοσοκομείων Εθνικού Συστήματος Υγείας, Κέντρων Υγείας και Εθνικού Οργανισμού Πρόληψης και Αντιμετώπισης Εξαρτήσεων – Τροποποίηση παρ. 1 άρθρου 41 ν. 4058/2012

Περιεχόμενο: Νοσοκομεία, πανεπιστημιακά, ΕΟΔΥ, ΕΟΠΑΕ, ΕΚΑΒ, Κέντρα Υγείας νησιών, φυλακών κ.λπ. μπορούν να συνεργάζονται με επαγγελματίες υγείας και άλλες ειδικότητες με συμβάσεις κατά παρέκκλιση.

Θετικά:

- Ευελιξία για κάλυψη αναγκών σε δύσκολες και απομακρυσμένες περιοχές και ειδικές δομές,
- Δυνατότητα αξιοποίησης ευρέος φάσματος επαγγελματιών.

Προκλήσεις:

- Επισφαλείς εργασιακές σχέσεις,

- Κίνδυνος καταστρατήγησης κανόνων διαφάνειας,
- Υπερβολικά γενική διάταξη, χωρίς ιεράρχηση προτεραιοτήτων,
- Παγίωση κουλτούρας προσωρινής στελέχωσης αντί για μόνιμες λύσεις.

Συμπερασματικά:

Η διάταξη που επιτρέπει τη συνεργασία νοσοκομείων, πανεπιστημιακών δομών, κέντρων υγείας απομακρυσμένων περιοχών, αλλά και ειδικών μονάδων με επαγγελματίες υγείας και άλλες ειδικότητες, επιδιώκει να αντιμετωπίσει την πάγια δυσκολία στελέχωσης σε «δύσκολα» σημεία του συστήματος υγείας και δίνει τη δυνατότητα άμεσης κάλυψης κενών σε περιοχές όπου οι μόνιμες προσλήψεις καθυστερούν ή αποτυγχάνουν λόγω χαμηλού ενδιαφέροντος. Επιπλέον, το ευρύ φάσμα ειδικοτήτων που περιλαμβάνεται δίνει στις δομές υγείας τη δυνατότητα να αντλήσουν προσωπικό με ποικίλα προσόντα και δεξιότητες, ενισχύοντας την διατομεακότητα και την άμεση λειτουργικότητα.

Ωστόσο, η ρύθμιση ενέχει σοβαρούς κινδύνους, καθώς οι συνεργασίες βασίζονται σε επισφαλή εργασιακά σχήματα (δελτία παροχής υπηρεσιών, συμβάσεις ορισμένου χρόνου), γεγονός που αποδυναμώνει τη σταθερότητα του ανθρώπινου δυναμικού και επιβαρύνει το προσωπικό με ανασφάλεια. **Η μεγάλη ευελιξία, χωρίς σαφείς μηχανισμούς ελέγχου, μπορεί να οδηγήσει σε καταστρατήγηση κανόνων διαφάνειας, ιδιαίτερα στις διαδικασίες επιλογής και σύναψης συνεργασιών.**

Επιπλέον, η διάταξη είναι υπερβολικά γενική: περιλαμβάνει σχεδόν όλες τις ειδικότητες, χωρίς σαφή ιεράρχηση αναγκών ή κριτήρια προτεραιότητας. Αυτό εγκυμονεί τον κίνδυνο αποσπασματικών λύσεων, όπου οι δομές θα καλύπτουν κενά με τρόπο ευκαιριακό, χωρίς στρατηγικό σχεδιασμό. Μακροπρόθεσμα, η συχνή χρήση τέτοιων ρυθμίσεων μπορεί να παγιώσει μια κουλτούρα προσωρινότητας, όπου οι επισφαλείς συνεργασίες θεωρούνται «κανονικότητα» αντί να αναζητούνται μόνιμες λύσεις στελέχωσης.

Συνολικά, η διάταξη δίνει χρήσιμα εργαλεία σε ευάλωτες δομές και περιοχές, **αλλά αν δεν συνδυαστεί με παράλληλη πολιτική μόνιμων προσλήψεων και σαφείς**

κανόνες διαφάνειας, κινδυνεύει να διαιωνίσει τα χρόνια προβλήματα επισφάλειας και αποσπασματικότητας στη στελέχωση του ΕΣΥ.

Άρθρο 73

Προβλέπονται μετακινήσεις προσωπικού ΕΚΑΒ για έκτακτες ανάγκες ως 4 μήνες/έτος. Δεν υπάρχει αναφορά για κάλυψη εξόδων και εκτός έδρας αμοιβή (εκτός αν προβλέπεται σε διαφορετική νομοθεσία).

Θα έπρεπε να υπάρχει αντίστοιχη διάταξη και για άλλες κλινικές υγειονομικές ειδικότητες (πλην ιατρών).

Άρθρο 80

Η ρύθμιση είναι προς την σωστή κατεύθυνση. Απαραίτητη η επαρκής στελέχωση. Τόσο η αναπνευστική, όσο και η κινητική φυσικοθεραπεία είναι σαφώς ανεπαρκείς ειδικά σε τμήματα ειδικά για υπερήλικες ασθενείς και επηρεάζει αρνητικά τα αποτελέσματα, τον χρόνο νοσηλείας, το κόστος και την επιβίωση.

Άρθρο 81

Η ρύθμιση κινείται προς την σωστή κατεύθυνση αλλά θα παρατηρούσαμε ότι απαιτείται ένας μηχανισμός εγγύησης διαφάνειας π.χ η υποχρέωση για ακέραιους ορκωτούς λογιστές και προϋποθέσεις με παρόμοιο τρόπο όπως για τον ρόλο των εθελοντικών οργανώσεων στην προώθηση της Δημόσιας Υγείας.

Άρθρο 83

Η προτεινόμενη διάταξη κινείται προς την σωστή κατεύθυνση, αλλά ωστόσο δεν υπάρχει εκπρόσωπος ασθενών ή και φροντιστών-οικογενειών αυτών. Δεν είναι του παρόντος νομοσχεδίου, αλλά δεν προβλέπεται τίποτε συστηματικό ως προς την υποστήριξη της εργασίας σε κοινωνικά προσανατολισμένο πλαίσιο.

Επίσης ένα λεπτό ζήτημα αποτελεί το δικαίωμα της παραμονής στην εργασία, η νομική προστασία ιατρών και νοσηλευτών με ψυχική νόσο, η πρόσβαση των υγειονομικών σε υπηρεσίες στήριξης ,ειδικά για αυτούς στους φορείς παροχής υγείας καθώς τα ποσοστά burn -out είναι ιδιαιτέρως υψηλά .

Πιθανό βέβαια να είναι το πρώτο βήμα και το κλειδί να είναι η παράγραφος 3. Θ

Άρθρο 86

Η ρύθμιση κινείται προς την σωστή κατεύθυνση. Βέβαια διεθνώς τέτοια τμήματα έχουν και εξειδικευμένα νοσοκομεία ώστε να υπάρχει διασύνδεση για χρόνιους ασθενείς π.χ τμήματα: ογκολογικά, αιματολογικά, λοιμώξεων, καρδιολογικά, πνευμονολογικά, νευρολογικά κ.τ.λ

Άλλο παράδειγμα που μπορεί να αναφερθεί είναι οι θεραπείες OPAT (outpatient antibiotic treatment) για μακροχρόνιες ενδοφλέβιες θεραπείες για ενδοκαρδίτιδα, οστεομυελίτιδα κτλ. Είναι σημαντικό να διασφαλίζεται η επιστημονική συνέχεια, τα πρωτόκολλα, η διασφάλιση ποιότητας και η νομική ευθύνη για θεραπευτικές αποφάσεις και προσαρμογές αυτών.

Προβλέπεται βέβαια η ίδρυση νομικών προσώπων Ι.Δ στην παράγραφο γ) μη κερδοσκοπικών καθώς και εταιρείες τοπικής αυτοδιοίκησης δ). Στην πραγματικότητα όμως εταιρείες μεγάλες ή μικρότερες θα κυριαρχήσουν στο πεδίο. Πάνω από όλα, αποτελεί μια πολύ χρήσιμη παρέμβαση που έχει καθυστερήσει σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες και πρέπει να την επικροτήσει και να αγκαλιάσει ο ιατρικός κόσμος ειδικά στο ΕΣΥ.

Άρθρο 87

Πρόκειται για θετική ρύθμιση αλλά απαραίτητη προϋπόθεση για να εφαρμοσθεί αποτελεσματικά να υποστηριχτούν με επαρκή χρηματοδότηση και στελέχωση για το ΕΣΥ. Μπορεί να δρουν συνεργικά με την κατ' οίκον νοσηλεία σε κάποιες κατηγορίες ασθενών, μειώνοντας σημαντικά τις μέρες νοσηλείας, το κόστος καθώς και τις ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις.

Οι αλλαγές που προτείνονται θα πρέπει να συνοδεύονται με μια αξιολόγηση των προϋποθέσεων ίδρυσης και λειτουργίας, ώστε να διασφαλίζεται η τήρηση των αναγκών για την προστασία της δημόσιας υγείας προδιαγραφών σε όρους επάρκειας υποδομών και εξοπλισμού, ενώ πρέπει να διασφαλιστεί και η διατήρηση συνθηκών ισότιμου ανταγωνισμού στην αγορά σε ό, τι αφορά την αντιμετώπιση από φορολογικής πλευράς (ΦΠΑ).

Άρθρο 98: Προσθήκη συνιστώμενων διοικητικών μέτρων συμμόρφωσης στον τομέα της υγείας και προστασίας των ζώων - Τροποποίηση παρ. 1 άρθρου 13 ν. 4235/2014

Περιεχόμενο: Διεύρυνση λίστας μέτρων για μη συμμορφώσεις σε υγεία/ζωική προστασία· προσθήκες όπως καταστροφή ή επαναποστολή φορτίων, διακοπή λειτουργίας, απομόνωση φορτίων (*κστβ, κστγ, κζ*).

Θετικά:

- Εκσυγχρονισμός και εναρμόνιση με Κανονισμό (ΕΕ) 2017/625,
- Περισσότερα εργαλεία για τις αρχές,
- Ενίσχυση δημόσιας υγείας και καλής διαβίωσης ζώων.

Προκλήσεις:

- Η καταστροφή φορτίου ζώων ή αγαθών, δε συνοδεύεται από ρητές διαδικαστικές εγγυήσεις διαφάνειας
- Οικονομική επιβάρυνση εκτροφέων/μεταφορέων (π.χ. καταστροφή, επαναποστολή), χωρίς το άρθρο να προβλέπει μηχανισμό αποζημίωσης ή κάλυψης εξόδων,
- Πιθανές κοινωνικές αντιδράσεις σε μέτρα καταστροφής ζώων/προϊόντων, ειδικά αν δεν υπάρχει τεκμηρίωση γιατί δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί άλλη λύση (π.χ. καραντίνα, θεραπεία)
- Ανομοιόμορφη εφαρμογή από διαφορετικές περιφέρειες,
- Η ρήτρα «κάθε άλλο μέτρο» αφήνει περιθώρια παρερμηνείας, καθώς δεν είναι σαφές εκ των προτέρων ποια μέτρα μπορεί να θεωρηθούν «κατάλληλα» και ενέχει κίνδυνο αυθαιρεσίας στην εφαρμογή, αν δεν υπάρχουν ρητές οδηγίες ή όρια.
- Το προβλεπόμενο ύψος προστίμου σύμφωνα με το άρθρο 23 σημείο γ, του ίδιου Νόμου (ν. 4235/2014) για επιχειρήσεις με κύκλο εργασιών >10 εκ. €, έως 3% επί του συνολικού κύκλου εργασιών ανεξαρτήτως συνάφειας του αντικειμένου με το μη συμμορφούμενο είδος προτείνεται να αναθεωρηθεί, ώστε η αναλογικότητα να είναι σαφής.

Συμπερασματικά:

Η τροποποίηση του άρθρου 13 του ν. 4235/2014, με την προσθήκη νέων διοικητικών μέτρων συμμόρφωσης στον τομέα της υγείας και της προστασίας των ζώων, αποτελεί μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού του θεσμικού πλαισίου και εναρμόνισής του με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2017/625. Η διεύρυνση των διαθέσιμων εργαλείων παρέχει στις αρμόδιες αρχές περισσότερες δυνατότητες παρέμβασης, επιτρέποντας πιο ευέλικτη και άμεση αντίδραση σε περιπτώσεις μη συμμορφώσεων που απειλούν τη δημόσια υγεία ή την καλή διαβίωση των ζώων. Με τον τρόπο αυτό ενισχύεται επιπλέον τόσο η προστασία των καταναλωτών όσο και η εμπιστοσύνη προς τα συστήματα ελέγχου.

Παράλληλα, η ρύθμιση προβλέπει μέτρα που εστιάζουν στη βελτίωση της ευζωίας των ζώων και στην αποτροπή της διασποράς νοσημάτων, συμβάλλοντας έτσι σε μια πιο ολιστική προσέγγιση για τη δημόσια υγεία και την ασφάλεια της τροφικής αλυσίδας.

Ωστόσο, η εφαρμογή του νέου πλαισίου δεν είναι χωρίς προκλήσεις. Η πολυπλοκότητα και η πληθώρα επιλογών που δίνονται στις αρχές μπορεί να οδηγήσουν σε ασυνέπειες ή δυσκολίες στην πράξη, ειδικά αν δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες. **Η ρήτρα «κάθε άλλο μέτρο» δημιουργεί επιπλέον ασάφεια, καθώς αφήνει περιθώριο για αυθαίρετη ή υπερβολικά αυστηρή ερμηνεία από τις αρχές, χωρίς τυποποιημένα κριτήρια αναλογικότητας.**

Σημαντικός είναι και ο κίνδυνος οικονομικής επιβάρυνσης για τους εκτροφείς και τους μεταφορείς, καθώς μέτρα όπως η καταστροφή ή η επαναποστολή φορτίων ενδέχεται να συνεπάγονται σημαντικό κόστος χωρίς να υπάρχει σαφής πρόβλεψη για αποζημίωση. Επιπλέον, η καταστροφή ζώων ή προϊόντων μπορεί να προκαλέσει κοινωνικές αντιδράσεις, ιδιαίτερα αν δεν υπάρχει διαφάνεια και επαρκής αιτιολόγηση.

Τέλος, χωρίς ενιαίους μηχανισμούς εποπτείας και σαφή πρωτόκολλα, είναι πιθανό οι διαφορετικές περιφέρειες να εφαρμόζουν τις διατάξεις με διαφορετικά επίπεδα αυστηρότητας, οδηγώντας σε ασυμμετρίες και ανισότητες στην αγορά.

Συνολικά, η διάταξη κινείται στη σωστή κατεύθυνση του εκσυγχρονισμού και της εναρμόνισης με τα ευρωπαϊκά πρότυπα, αλλά **η αποτελεσματικότητά της θα εξαρτηθεί από την ύπαρξη ενιαίων οδηγιών εφαρμογής, διαφανών διαδικασιών και μηχανισμών στήριξης των παραγωγών** ώστε να μην επωμιστούν δυσανάλογα το κόστος.

Άρθρο 101 Διαδικασία μεταφοράς φερόμενων ως ψυχικά ασθενών – Τροποποίηση παρ. 5 άρθρου 96 ν. 2071/1992

Περιεχόμενο: Η μεταφορά ασθενών για ακούσια εξέταση γίνεται πλέον από το ΕΚΑΒ, με όριο 48 ωρών και με σεβασμό στην αξιοπρέπεια.

Θετικά:

- Ρητή ανάθεση αρμοδιότητας στο ΕΚΑΒ για τις μεταφορές,
- Διασφάλιση ότι η μεταφορά γίνεται με υγειονομικό προσωπικό και όχι αποκλειστικά με αστυνομία,
- Αναφορά στον σεβασμό της αξιοπρέπειας του/της ασθενή,
- Θέσπιση ανώτατου χρονικού ορίου (48 ώρες) για την παραμονή προς εξέταση

Προκλήσεις:

- Περαιτέρω επιβάρυνση του ΕΚΑΒ, που ήδη αντιμετωπίζει ελλείψεις,
- Έλλειψη εξειδίκευσης των πληρωμάτων του ΕΚΑΒ στη διαχείριση ψυχιατρικών κρίσεων,
- Ασαφής όρος «υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν σεβασμό»· μπορεί να οδηγήσει σε ανομοιογενείς πρακτικές,
- Συνεχιζόμενη εμπλοκή της αστυνομίας στην πράξη (συνοδεία), που ενισχύει το στίγμα,
- Ελλιπείς υποδομές σε ψυχιατρικές κλινικές για βραχεία παραμονή προς εξέταση.

Συμπερασματικά:

Η τροποποίηση της διαδικασίας ακούσιας νοσηλείας, με τη σαφή ανάθεση της αρμοδιότητας μεταφοράς ασθενών στο ΕΚΑΒ, συνιστά μια σημαντική τομή. **Η μεταφορά του ασθενή από καθαρά υγειονομικό φορέα σηματοδοτεί απομάκρυνση από την παλιά πρακτική της αστυνομικής διαχείρισης, που συχνά στιγμάτιζε τους ασθενείς και παραβίαζε την αξιοπρέπειά τους.** Με αυτόν τον τρόπο ενισχύεται η προστασία των δικαιωμάτων, καθώς η διαδικασία αντιμετωπίζεται ως ιατρικό και όχι κατασταλτικό ζήτημα. **Το σαφές όριο των 48 ωρών για την παραμονή του ασθενούς στην κλινική έως ότου ολοκληρωθούν οι αναγκαίες εξετάσεις λειτουργεί επιπλέον ως ασφαλιστική δικλείδα, αποτρέποντας καταχρήσεις ή αδικαιολόγητες παρατάσεις της κράτησης.**

Ωστόσο, η νέα ρύθμιση φέρνει μαζί της και προκλήσεις. **Το ΕΚΑΒ, ήδη επιβαρυνμένο με πληθώρα αρμοδιοτήτων, καλείται να αναλάβει ένα ακόμη απαιτητικό έργο χωρίς να έχει εξασφαλιστεί ότι θα διαθέτει τους πόρους και το προσωπικό που χρειάζεται.** Το προσωπικό του συχνά **δεν διαθέτει ειδική εκπαίδευση για την αντιμετώπιση ψυχιατρικών κρίσεων**, κάτι που μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τόσο την **ασφάλεια του/της ασθενούς όσο και των εργαζομένων.**

Επιπλέον, **απουσιάζουν σαφή πρωτόκολλα που να καθορίζουν τον τρόπο μεταφοράς, τις συνθήκες και τον επιμερισμό ευθυνών, κάτι που αφήνει μεγάλο περιθώριο διαφοροποίησης ανά περιοχή.** Ακόμη και όταν η μεταφορά γίνεται σωστά, **οι ελλείψεις υποδομών στις ψυχιατρικές κλινικές – όπως ανεπαρκείς θάλαμοι ή προσωπικό – καθιστούν δυσχερή την ομαλή υλοποίηση της διαδικασίας.**

Συνολικά, η διάταξη αποτελεί σημαντικό βήμα προς μια πιο ανθρώπινη και δικαιωματική προσέγγιση της ακούσιας νοσηλείας, αλλά για να αποδώσει στην πράξη απαιτούνται **α)** ενίσχυση του ΕΚΑΒ με προσωπικό και υλικοτεχνικούς πόρους, **β)** εξειδικευμένη εκπαίδευση διασωστών/τριών στη διαχείριση κρίσεων ψυχικής υγείας και σε μη βίαιες πρακτικές, **γ)** καθορισμός σαφών πρωτοκόλλων (SOPs) για τον σεβασμό της αξιοπρέπειας κατά τη μεταφορά, **δ)** ρητές κατευθυντήριες οδηγίες, **ε)** δημιουργία ειδικών χώρων βραχείας παραμονής σε ψυχιατρικές κλινικές και **στ)** παράλληλες επενδύσεις σε υποδομές ψυχικής υγείας, ώστε η αλλαγή να μη μείνει μόνο στο επίπεδο της νομοθεσίας.

Άρθρο 104 Εξουσιοδοτική διάταξη - Μεταβίβαση από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων προς τη μονοπρόσωπη ανώνυμη εταιρεία με την επωνυμία «Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Εταιρεία» για την προμήθεια και δωρεάν διάθεση ρεμντεσιβίρης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας

Περιεχόμενο: Ο ΕΟΦ μεταβιβάζει μέσω υπουργικής απόφασης αρμοδιότητες στην ΙΦΕΤ για προμήθεια και δωρεάν διάθεση ρεμντεσιβίρης στο ΕΣΥ.

Θετικά:

- Διασφάλιση πρόσβασης σε κρίσιμο φάρμακο,
- Ευελιξία και ταχύτητα μέσω ΙΦΕΤ,
- Δωρεάν διάθεση σε ασθενείς.

Προκλήσεις:

- Ειδικά για τη συγκεκριμένη διάταξη, που αφορά ένα φάρμακο υψηλής ζήτησης, προτείνεται απευθείας η νομοθετική πρόβλεψη, καθώς η εξουσιοδότηση σε υπουργική απόφαση συγκεντρώνει μεγάλη ισχύ χωρίς πρόβλεψη για κοινοβουλευτικό έλεγχο ή δημόσια λογοδοσία,
- Ο ΕΟΦ μεταβιβάζει κρίσιμες αρμοδιότητες σε μια ανώνυμη εταιρεία (ΙΦΕΤ) η οποία λειτουργεί με κανόνες ιδιωτικού δικαίου, άρα με πιο «χαλαρούς» μηχανισμούς ελέγχου
- Εξάρτηση από εξωτερικούς προμηθευτές χωρίς στρατηγική εγχώριας παραγωγής,
- Ασάφεια στη λογιστική καταγραφή των δαπανών.

Συμπερασματικά:

Η εξουσιοδοτική διάταξη για τη μεταφορά αρμοδιοτήτων από τον ΕΟΦ στο ΙΦΕΤ σχετικά με την προμήθεια και δωρεάν διάθεση ρεμντεσιβίρης στο ΕΣΥ ανταποκρίνεται στην ανάγκη ταχείας πρόσβασης των ασθενών σε ένα κρίσιμο φάρμακο. Η επιλογή του ΙΦΕΤ, ως εξειδικευμένης εταιρείας φαρμακευτικής διαχείρισης, προσφέρει μεγαλύτερη ευελιξία και ταχύτητα σε σχέση με τους πιο

βαρύς μηχανισμούς του δημοσίου, ενώ η πρόβλεψη δωρεάν διάθεσης στους ασθενείς ενισχύει την ισότητα στην πρόσβαση σε θεραπεία, χωρίς οικονομικούς φραγμούς.

Ωστόσο, η **ρύθμιση δημιουργεί σημαντικά ζητήματα διαφάνειας και λογοδοσίας**. Η εξάρτηση από υπουργική απόφαση για τον καθορισμό κρίσιμων λεπτομερειών (κωδικοί χρέωσης, τρόπος πίστωσης, κατανομή ποσών) συγκεντρώνει υπερβολική εξουσία στο εκτελεστικό επίπεδο, χωρίς να υπάρχει θεσμοθετημένος κοινοβουλευτικός έλεγχος ή δημόσια λογοδοσία. Παράλληλα, η συγκέντρωση αρμοδιοτήτων σε μια ανώνυμη εταιρεία ιδιωτικού δικαίου, όπως το ΙΦΕΤ, σημαίνει ότι κρίσιμες αποφάσεις για τη δημόσια υγεία λαμβάνονται με χαλαρότερους μηχανισμούς ελέγχου από ό,τι σε έναν δημόσιο εποπτικό φορέα.

Η **ρύθμιση αφήνει επίσης ανοιχτό το ζήτημα της στρατηγικής επάρκειας**. Η **προμήθεια βασίζεται σε εξωτερικούς προμηθευτές, χωρίς να συνοδεύεται από μέτρα που θα ενίσχυαν την εγχώρια παραγωγή ή αποθήκευση κρίσιμων φαρμάκων**. Αυτό καθιστά το ΕΣΥ ευάλωτο σε διεθνείς ελλείψεις ή ανατιμήσεις. Επιπλέον, η **ασάφεια στη λογιστική καταγραφή των δαπανών στο ΙΦΕΤ** δημιουργεί ερωτήματα ως προς τη διαχείριση των πόρων, τον έλεγχο κόστους και τη διασφάλιση ότι οι δαπάνες αξιοποιούνται αποδοτικά.

Συνολικά, η διάταξη εξυπηρετεί έναν επείγοντα και ουσιαστικό στόχο – την άμεση και δωρεάν πρόσβαση σε ένα σωτήριο φάρμακο – αλλά χωρίς ενισχυμένες εγγυήσεις διαφάνειας, μηχανισμούς ελέγχου και στρατηγική αυτονομίας, κινδυνεύει να δημιουργήσει ένα προηγούμενο συγκέντρωσης αρμοδιοτήτων με περιορισμένη λογοδοσία.

Άρθρο 105: Μεταβατικές διατάξεις

Περιεχόμενο: Η υπουργική απόφαση του 2014 για τεχνικές προδιαγραφές συστήγησης ιδιωτικών φορέων ΠΦΥ παραμένει σε ισχύ μέχρι την έκδοση νέας (άρθρο 90).

Θετικά:

- Αποφυγή νομικού κενού,
- Συνέχεια στη λειτουργία ιδιωτικών δομών ΠΦΥ.

Προκλήσεις:

- Παράταση παλαιού πλαισίου,
- Έλλειψη σαφούς χρονοδιαγράμματος για νέα απόφαση.

Συμπερασματικά:

Η πρόβλεψη ότι η υπουργική απόφαση του 2014 για τις τεχνικές προδιαγραφές συστήγησης ιδιωτικών φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας εξακολουθεί να ισχύει μέχρι την έκδοση νέας απόφασης εξασφαλίζει τη συνέχεια στη λειτουργία των ιδιωτικών δομών και αποτρέπει τη δημιουργία νομικού κενού.

Ωστόσο, **η διάταξη παρατείνει την εφαρμογή ενός πλαισίου που έχει ήδη καταστεί σε μεγάλο βαθμό αναχρονιστικό**, δεδομένων των αλλαγών που έχουν συντελεστεί στον χώρο της υγείας την τελευταία δεκαετία. **Η διατήρηση μιας παλιάς ρύθμισης μπορεί να σημαίνει ότι οι απαιτήσεις και οι προδιαγραφές δεν ανταποκρίνονται πλέον στις σύγχρονες ανάγκες ούτε στις τεχνολογικές και επιστημονικές εξελίξεις.** Επιπλέον, **δεν υπάρχει σαφές χρονοδιάγραμμα για την έκδοση της νέας απόφασης**, κάτι που αφήνει ανοιχτό το ενδεχόμενο μακροχρόνιων καθυστερήσεων. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε στασιμότητα και σε αδυναμία εκσυγχρονισμού του τομέα.

Συνολικά, **η διάταξη λειτουργεί ως προσωρινή ασφαλιστική δικλείδα, αλλά η αποτελεσματικότητά της εξαρτάται από το αν και πότε θα εκδοθεί το νέο κανονιστικό πλαίσιο.** Χωρίς σαφή δέσμευση για επικαιροποίηση, κινδυνεύει να διαιωνίσει ένα πλαίσιο που δεν αντανάκλα τις σύγχρονες ανάγκες και προκλήσεις της πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Άρθρο 106 Καταργούμενες διατάξεις

Περιεχόμενο: Η κατάργηση του άρθρου 26 ν. 3475/2006 (προσλήψεις εκπαιδευτών/τριών και επιμορφωτών/τριών από ΟΚΑΝΑ/ΚΕΘΕΑ) και του άρθρου

96Α ν. 2071/1992 (μεταφορά ασθενών σε ακούσια νοσηλεία, με αρμοδιότητα αστυνομίας).

Θετικά:

- Εκκαθάριση παλαιών ρυθμίσεων,
- Σαφές ενιαίο πλαίσιο για ακούσια νοσηλεία (με ΕΚΑΒ).

Προκλήσεις:

- Ενδεχόμενο κενό για το πλαίσιο πρόσληψης εκπαιδευτών σε ΟΚΑΝΑ/ΚΕΘΕΑ, αν δεν καλύπτεται από ΕΟΠΑΕ,
- Υπερσυγκέντρωση ρυθμίσεων σε ένα άρθρο για την ακούσια νοσηλεία.

Συμπερασματικά:

Η κατάργηση του άρθρου 26 του ν. 3475/2006 και του άρθρου 96Α του ν. 2071/1992 επιδιώκει την εκκαθάριση παλαιών και αλληλεπικαλυπτόμενων ρυθμίσεων, συμβάλλοντας σε ένα πιο σαφές και ενιαίο θεσμικό πλαίσιο. Ειδικά για την ακούσια νοσηλεία, η ενσωμάτωση της διαδικασίας με την πρόσφατη πρόβλεψη μεταφοράς μέσω ΕΚΑΒ περιορίζει τις αλληλοεπικαλύψεις και ενισχύει την ανάγκη σαφήνειας στον ρόλο των αρμόδιων φορέων. Αυτό προσφέρει μεγαλύτερη νομική ασφάλεια και διευκολύνει την εφαρμογή, αποτρέποντας σύγχυση ανάμεσα σε διαφορετικά νομοθετικά κείμενα.

Ωστόσο, η διάταξη αφήνει ανοιχτά ζητήματα, καθώς:

α) η κατάργηση της πρόβλεψης για την πρόσληψη εκπαιδευτών/τριών και επιμορφωτών/τριών από ΟΚΑΝΑ και ΚΕΘΕΑ ενδέχεται να δημιουργήσει κενό, αν δεν καλύπτεται επαρκώς από τις νέες δομές και τις αρμοδιότητες του ΕΟΠΑΕ. Αυτό θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά την εκπαιδευτική και επιμορφωτική διάσταση των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης

β) η υπερσυγκέντρωση όλων των ρυθμίσεων για την ακούσια νοσηλεία σε ένα μόνο άρθρο, χωρίς διακριτή αναφορά σε ειδικές πτυχές ή διαδικασίες, μπορεί να περιορίσει την ευελιξία και να αφήσει γκρίζες ζώνες ερμηνείας, ιδίως σε περιπτώσεις με ιδιαίτερες ανάγκες ή ειδικά περιστατικά

Συνολικά, η ρύθμιση απλοποιεί το νομοθετικό πλαίσιο και ενισχύει την ανάγκη σαφήνειας, αλλά για να είναι λειτουργική **θα πρέπει να συνοδευτεί από εξειδικευμένες προβλέψεις για την εκπαίδευση στον χώρο των προγραμμάτων απεξάρτησης και από λεπτομερή εφαρμοστικά πρωτόκολλα για την ακούσια νοσηλεία.**

Η Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος θεωρεί ότι οι εφαρμοζόμενες πολιτικές στον τομέα υγείας αντικατοπτρίζουν σε μεγάλο βαθμό το μοντέλο κοινωνικής πολιτικής στη χώρα, με σημαντικές προεκτάσεις για την ποιότητα ζωής και το επίπεδο νοσηρότητας του πληθυσμού. Ασφαλώς, στον τομέα υγείας, εκτός από την προάσπιση του υπέρτατου αγαθού της ζωής και της υγείας, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη επιπρόσθετες διαστάσεις που σχετίζονται με τον αναπτυξιακό σχεδιασμό και την ατζέντα για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη (δείτε, Στόχοι Βιώσιμης Ανάπτυξης του ΟΗΕ).

Η κατάσταση στην φροντίδα υγείας στη χώρα απαιτεί τομές και συναινέσεις στο πολιτικό σύστημα (Ελληνικό Κοινοβούλιο), αλλά και στις εκπροσωπήσεις της Κοινωνίας των Πολιτών (Ο.Κ.Ε.). Είναι ένα εθνικό ζήτημα αξιοπρέπειας και πρόσβασης στο δημόσιο αγαθό της υγείας η αναβάθμιση των δυνατοτήτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι πεπερασμένοι πόροι, η δημογραφική μεταβολή, η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας και της φαρμακευτικής καινοτομίας δημιουργούν ανάγκες και καθιστούν αναγκαίο ένα «Εθνικό Στρατηγικό Σχέδιο για την φροντίδα υγείας» στη χώρα. Ένα σχέδιο που θα έχει το ΕΣΥ στο επίκεντρο με μία γενναία επένδυση με ανθρώπους, πόρους και δυνατότητες. Ένα σχέδιο που παράλληλα θα περιγράφει παρεμβάσεις στην επιστημονική εκπαίδευση και στη διαμόρφωση των κατάλληλων προϋποθέσεων για να παραμείνουν και να σταδιοδρομήσουν οι νέοι επιστήμονες στη χώρα, που θα ελέγχει τη σχέση δαπάνης και ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών στον ιδιωτικό και στον δημόσιο τομέα, θα επιχειρεί εξορθολογισμό του κόστους και της σχέσης δημόσιων-ιδιωτικών δαπανών, θα διασφαλίζει την πρόσβαση των πολιτών στις κατάλληλες υπηρεσίες, θα αντιμετωπίζει την προκλητή ζήτηση και τις εστίες διαφθοράς στον τομέα της υγείας.

Παρακάτω παρουσιάζεται ένα πλαίσιο προτάσεων εκ μέρους της Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής για την προώθηση των πολιτικών ενίσχυσης του τομέα υγείας και της δημόσιας υγείας, με έμφαση στο σκέλος της χρηματοδότησης, της

εξυπηρέτησης των ασθενών, της συνεργασίας ιδιωτικού και δημόσιου τομέα και της αποτελεσματικής λειτουργίας των δομών υγείας.

ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

- Σταδιακή προσαρμογή των μισθολογικών απολαβών των ιατρών ΕΣΥ, ΤΟΜΥ κλπ στο μέσο όρο των χωρών της ΕΕ
- Δωρεάν στεγαστική κάλυψη όλων των ιατρών που βρίσκονται σε απομακρυσμένες περιοχές
- Κίνητρα για την προσέλκυση ειδικοτήτων που έχουν ανάγκη τα νοσοκομεία και οι υγειονομικές μονάδες (πχ εντατικολόγοι)
- Προσαρμογή του μηχανισμού αυτόματης επιστροφής (clawback) στους ιδιώτες παρόχους με στόχο την επίτευξη μείωσης εντός 5ετίας στο μέσο όρο της ΕΕ.
- Έγκαιρη αποπληρωμή των προμηθευτών και παρόχων υγείας ιδιωτικού τομέα, στη βάση του Κανονισμού ΕΕ για τις Καθυστερημένες Πληρωμές (1 μήνας, με εξαίρεση τους 2 μήνες σε ειδικές περιπτώσεις)
- Χρηματοδότηση και ένταξη δράσεων σε ειδικούς αναπτυξιακούς νόμους για την προώθηση καινοτομίας για παραγωγή φαρμάκων και ιατρικών προϊόντων
- Εφαρμογή μηχανισμών ΑΙ για την εξεύρεση βέλτιστων αποδοτικών και οικονομικών λύσεων με ασθενοκεντρική προσέγγιση. Ειδικότερα για την εξοικονόμηση πόρων προς αποτελεσματικότερη χρήση τους εντός του συστήματος υγείας, προτείνονται:
 - ο Σταδιακή αποκατάσταση του δημόσιου προϋπολογισμού υγείας μέσα από έναν οδικό χάρτη που θα καλύπτει τα κενά, μειώνοντας το βάρος των ιδιωτικών πληρωμών
 - ο Εφαρμογή συστημάτων εξορθολογισμού και ελέγχου — διασυνδεδεμένα πληροφοριακά συστήματα (νοσοκομεία, ΠΦΥ, ασφαλιστικά ταμεία), έλεγχοι μέσω ΑΜΚΑ, φίλτρα/κόφτες σε real time, ηλεκτρονικά πρωτόκολλα που συνδέονται με εργαστηριακά δεδομένα και βιοδείκτες, μητρώα ασθενών — με στόχο την πρόληψη της σπατάλης, και της περιττής χρήσης.

- Αξιοποίηση της νέας ψηφιακής τεχνολογίας με στόχο τον εντοπισμό της αδόκιμης χρήσης, και την ορθολογική κατανομή των πόρων.
- Υιοθέτηση μοντέλων αποζημίωσης βάσει αξίας (value-based reimbursement), όπου οι πάροχοι αμείβονται με βάση την ποιότητα και το αποτέλεσμα και όχι αποκλειστικά τον όγκο υπηρεσιών.

ΑΠΡΟΣΚΟΠΤΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

- Πρόσβαση σε ανοιχτό κατάλογο ιατρών, με απόδοση οικογενειακού γιατρού ειδικότητας και στις περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων
- Εκστρατεία ενημέρωσης από επιστημονικούς φορείς και ΜΜΕ για την εμβολιαστική κάλυψη του πληθυσμού, τις δωρεάν ιατρικές καλύψεις και λοιπές προληπτικές πράξεις
- Απαλλαγή ασθενών από επιπρόσθετα διαχειριστικά κόστη εκτέλεσης συνταγών και διαγνωστικών εξετάσεων
- Δωρεάν κάλυψη περισσότερων προληπτικών ιατρικών εξετάσεων πράξεων με έμφαση στο υγειονομικό προφίλ των πολιτών
- Διεύρυνση της κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με βάση τη λειτουργία των ΤΟΜΥ και των κέντρων υγείας
- Παροχή δυνατότητας διαδημοτικών–διαπεριφερειακών δικτύων για σπάνιες ειδικότητες.
- Διευκόλυνση πρόσβασης ασθενών στα στοιχεία της υγειονομικής τους κάλυψης
- Παροχή δυνατότητας κάλυψης ιατρικών επισκέψεων στο σπίτι, για ασθενείς με κινητικά προβλήματα και χρόνιες ασθένειες, παιδιά, εγκύους κλπ
- Πρόβλεψη ειδικών παροχών για εργαζόμενους, εργοδότες, ευάλωτες οικογένειες, ηλικιωμένους σχετικά με τα πρωτόκολλα διαχείρισης ασθενών νηπίων, ανοσοκατεσταλμένων, ευάλωτων ομάδων
- Επέκταση της ηλεκτρονικής υγείας (e-health), τηλεϊατρικής και ηλεκτρονικού φακέλου ασθενούς.

ΘΕΣΜΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ

- Αναθεώρηση και πλήρη εφαρμογή του Υγειονομικού Χάρτη⁹ της χώρας
- Διαχωρισμός των επαγγελματιών υγείας μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, με σύγκλιση αμοιβών.
- Καθορισμός ωραρίου και όρων τέλεσης ιατρικών πράξεων με καθολική εφαρμογή σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα, με βάση επιστημονικά κριτήρια του αναγκαίου χρόνου ανάπαυσης, της μείωσης της πιθανότητας ιατρικών λαθών κα.
- Ανάπτυξη βάσεων δεδομένων για επιδημιολογική επιτήρηση και έρευνα.
- Εκτεταμένη χρήση τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης στη διάγνωση και στην οργάνωση υπηρεσιών.

Η Ο.Κ.Ε. υπογραμμίζει τη σημασία και ανάγκη διεξαγωγής ενός ευρύτερου μόνιμου πλαισίου κοινωνικού διαλόγου για την κατάσταση του τομέα υγείας στη χώρα, που θα περιλαμβάνει τη διμερή και τριμερή συνεργασία μεταξύ των κοινωνικών εταίρων, των οργανώσεων της κοινωνίας των πολιτών και του κράτους για τη διερεύνηση των θετικών και αρνητικών επιπτώσεων αντίστοιχων νομοσχεδίων. Η Ο.Κ.Ε. άλλωστε υποστηρίζει ότι κάθε αντίστοιχη σημαίνουσα νομοθετική πρωτοβουλία θα πρέπει να συνέχει με το συνολικό πλαίσιο της διαμορφούμενης εθνικής στρατηγικής για την κοινωνική πολιτική και τη βιώσιμη ανάπτυξη που θα περιλαμβάνει ποσοτικές και ποιοτικές αξιολογήσεις σε μια σειρά κρίσιμων οικονομικών και κοινωνικών μεταβλητών όπως: νοσηρότητα, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, δημογραφικό και στεγαστικό ζήτημα, εγχώρια παραγωγή φαρμάκων και ορθή τιμολόγηση προϊόντων και υπηρεσιών.

⁹ Δείτε υπόδειγμα στο Παράρτημα

Υπόδειγμα Υγειονομικού Χάρτη – Ελλάδα

1. Δημογραφικά & Γεωγραφικά Δεδομένα

Πληθυσμός ανά περιφέρεια και νομό.

Πυκνότητα κατοίκησης.

Ηλικιακή κατανομή (γήρανση πληθυσμού).

Ιδιαίτερες γεωγραφικές συνθήκες (νησιωτικότητα, ορεινές περιοχές).

2. Υγειονομικές Δομές

Δημόσια νοσοκομεία (ανά περιφέρεια, με αριθμό κλινών και βασικές ειδικότητες).

Κέντρα Υγείας – Τοπικές Μονάδες Υγείας (ΤΟΜΥ).

Ιδιωτικές δομές (κλινικές, ΜΗΝ, διαγνωστικά, ιδιωτικά ιατρεία).

ΕΚΑΒ: σταθμοί και χρόνοι απόκρισης.

3. Ανθρώπινο Δυναμικό

Αριθμός γιατρών ανά ειδικότητα και ανά κάτοικο.

Νοσηλευτικό προσωπικό ανά κλίνη.

Επικουρικοί – συμβασιούχοι.

Μέση ηλικία προσωπικού (πρόβλεψη συνταξιοδοτήσεων).

4. Υγειονομικοί Δείκτες

Νοσηρότητα και θνησιμότητα (καρδιαγγειακά, καρκίνοι, σακχαρώδης διαβήτης, λοιμώξεις).

Επιδημιολογικά δεδομένα ανά περιφέρεια.

Δείκτες πρόληψης (εμβολιαστική κάλυψη, προσυμπτωματικοί έλεγχοι).

5. Υποδομές & Τεχνολογία

Διαθεσιμότητα ΜΕΘ, αιμοδυναμικών εργαστηρίων, PET/CT, ρομποτικής χειρουργικής.

Ψηφιακές υπηρεσίες (τηλεϊατρική, ηλεκτρονικός φάκελος).

Ενεργειακή αποδοτικότητα και κατάσταση κτιριακών υποδομών.

6. Ανισότητες & Κενά

Περιοχές με υπερσυγκέντρωση δομών (π.χ. Αθήνα, Θεσσαλονίκη).

Περιοχές με σοβαρές ελλείψεις (νησιά, απομακρυσμένα χωριά).

Χάρτης «λευκών κηλίδων» όπου η πρόσβαση στην υγεία είναι δυσχερής.

7. Προτεινόμενες Δράσεις

Στοχευμένες προσλήψεις (με κίνητρα σε άγονες περιοχές).

Δημιουργία/αναβάθμιση μονάδων (ΜΕΘ, αιμοδυναμικά, ΜΗΝ).

Ανάπτυξη τηλεϊατρικής για νησιά και ορεινά χωριά.

Διασύνδεση δημόσιου – ιδιωτικού τομέα με ελεγχόμενα συμβόλαια.

Μόνιμη Ψηφιακή Πλατφόρμα Υγειονομικού Χάρτη με δημόσια πρόσβαση.