

Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου - Πεκλιβανίδη
Καθηγήτρια στη Νομική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας
Δικαιώματα του χρήστη
Δημόσια υγεία



2η έκδοση



ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας
Δικαιώματα του χρήστη
Δημόσια υγεία

Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας
Πατρίνα Παπαρηγοπούλου - Πεκλιβανίδη

ISBN 978-960-622-284-9

Σύμφωνα με το Ν. 2121/93 για την Πνευματική Ιδιοκτησία απαγορεύεται η αναδημοσίευση και γενικά η αναπαραγωγή του παρόντος έργου, η αποθήκευσή του σε βάση δεδομένων, η αναμετάδοσή του σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή και η φωτοανατύπωσή του με οποιονδήποτε τρόπο, χωρίς γραπτή άδεια του εκδότη.

ΔΗΛΩΣΗ ΕΚΔΟΤΙΚΟΥ ΟΙΚΟΥ

Το περιεχόμενο του παρόντος έργου έχει τύχει επιμελούς και αναλυτικής επιστημονικής επεξεργασίας. Ο εκδοτικός οίκος και οι συντάκτες δεν παρέχουν διά του παρόντος νομικές συμβουλές ή παρεμφερείς συμβουλευτικές υπηρεσίες, ουδεμία δε ευθύνη φέρουν για τυχόν ζημία τρίτου λόγω ενέργειας ή παράλειψης που βασίστηκε εν όλω ή εν μέρει στο περιεχόμενο του παρόντος έργου.

Art Director: Θεόδωρος Μαστρογιάννης
Υπεύθυνος Παραγωγής: Ανδρέας Μενούνος
Φωτοστοιχειοθεσία: Θεώνη Χαραλαμπίκη
Παραγωγή: NB Production AM261017M23



ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Μαυρομυχάλη 23, 106 80 Αθήνα
Τηλ.: 210 3678 800 • Fax: 210 3678 819
<http://www.nb.org> • e-mail: info@nb.org
Αθήνα: Μαυρομυχάλη 2, 106 79 • Τηλ.: 210 3607 521
Πειραιάς: Φίλωνος 107-109, 185 36 • Τηλ: 210 4184 212
Πάτρα: Κανάρη 15, 262 22 • Τηλ.: 2610 361 600
Θεσ/νίκη: Φράγκων 1, 546 26 • Τηλ.: 2310 532 134



number of Athens's 500
dynamic entrepreneurs



Committed to excellence

Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου - Πεκλιβανίδη
Καθηγήτρια στη Νομική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών

ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας
Δικαιώματα του χρήστη
Δημόσια υγεία

2η έκδοση



ΝΟΜΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Public Law of Health

Patrina Paparrigopoulou - Pechlivanidi,
Professor at the Athens School of Law

Abstract: This book examines public law of health, i.e. a branch of public law which includes both rules governing the organization of public health services and rules for the respect of hygiene and safety, such as rules controlling private and public health services and health professionals. Public law of health is categorized as a branch of social protection law, since society collectively faces healthcare risks by creating policies to prevent or remedy damages. The book first analyses the sources of this branch of law and emphasizes the principles of prevention, precaution, quality of services, sustainability and cooperation, which in the EU's legal regime are used not only for the pillar of health but for the environmental and consumer pillars as well. Then it analyzes the organization of health services (in the UK, France and Greece) and the rules for the protection of the rights of the users of public health services. Finally, it examines primary prevention and secondary prevention settings aiming at the hygiene and security of the population in Greece. The book focuses on the hygiene and safety of food, beverages, water and air, work and workplaces, on the protection of the genetic material, the fetus, the maternity and the child, the protection against contagious and non-communicable diseases, and on dependences such as drugs, nicotine and alcohol.

ISBN 978-960-622-284-9

COPYRIGHT

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, without the prior permission of NOMIKI BIBLIOTHIKI S.A., or as expressly permitted by law or under the terms agreed with the appropriate reprographic rights organisation. Enquiries concerning reproduction which may not be covered by the above should be addressed to NOMIKI BIBLIOTHIKI S.A. at the address below.

DISCLAIMER

The content of this work is intended for information purposes only and should not be treated as legal advice. The publication is necessarily of a general nature; NOMIKI BIBLIOTHIKI S.A. makes no claim as to the comprehensiveness or accuracy of the information provided; Information is not offered for the purpose of providing individualized legal advice. Professional advice should therefore be sought before any action is undertaken based on this publication. Use of this work does not create an attorney-client or any other relationship between the user and NOMIKI BIBLIOTHIKI S.A. or the legal professionals contributing to this publication.



NOMIKI BIBLIOTHIKI

23, Mavromichali Str., 106 80 Athens Greece
Tel.: +30 210 3678 800 • Fax: +30 210 3678 819
<http://www.nb.org> • e-mail: info@nb.org



© 2017, NOMIKI BIBLIOTHIKI S.A.

Στην κόρη μου Ηρωφίλη - Κυριακή

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 2ης ΕΚΔΟΣΗΣ

Το δημόσιο δίκαιο της υγείας είχε κινήσει το επιστημονικό ενδιαφέρον μου ήδη από την περίοδο εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής μου, διότι ήταν ένας κλάδος του διοικητικού δικαίου με μικρή ανάπτυξη και θεωρητική εμβάθυνση σε σχέση με το αντικείμενό του, την υγειοπροστατευτική δραστηριότητα και την αξία της ζωής και της υγείας του ανθρώπου τις οποίες υπηρετεί. Τα τελευταία χρόνια το δίκαιο της υγείας και άλλοι κλάδοι του ειδικού διοικητικού δικαίου, όπως το δίκαιο του περιβάλλοντος, σημειώνουν μεγάλη ανάπτυξη, κυρίως υπό την επίδραση του διεθνούς και του ευρωπαϊκού κοινοτικού δικαίου, της αλματώδους ανάπτυξης της επιστήμης και της τεχνολογίας και των παγκόσμιων προβλημάτων που αντιμετωπίζει η δημόσια υγεία και το περιβάλλον, τα οποία απαιτούν συντονισμένη δράση των κρατών. Η νομοθεσία, η νομολογία και η βιβλιογραφία καθημερινά εμπλουτίζονται και δίνεται έμφαση στα θέματα βιοηθικής, στην προστασία της δημόσιας υγείας και στην οργάνωση και τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας για το σύνολο του πληθυσμού. Τα θέματα αυτά απασχολούν και την Ελλάδα, που καλείται να ανταποκριθεί σε διεθνείς και ευρωπαϊκούς κανόνες και αρχές του δικαίου, σε ελάχιστα όρια προστασίας, προδιαγραφές υψηλής ποιότητας και δράσεις.

Η πρώτη έκδοση του δημοσίου δικαίου της υγείας εστίαζε στην οριοθέτηση του δημοσίου δικαίου της υγείας, στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και στα θεμελιώδη δικαιώματα του χρήστη των υπηρεσιών υγείας με βάση τις αρχές λειτουργίας της δημόσιας υπηρεσίας υγείας και με βάση τις αξίες της αυτονομίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου.

Η παρούσα έκδοση περιλαμβάνει τις νομοθετικές και νομολογιακές εξελίξεις που έχουν επέλθει στην περίοδο που μεσολάβησε από την πρώτη έκδοση (2009) μέχρι σήμερα (2017). Σημαντικές εξελίξεις είναι η αναδιοργάνωση των συστημάτων υγείας της Γαλλίας και του Ηνωμένου Βασιλείου που έχουν αποτελέσει πρότυπα για το ελληνικό σύστημα, η συμπλήρωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας με την οργάνωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η έκδοση του Κανονισμού της ΕΕ 2016/679/ΕΕ για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και η από την έναρξη της ισχύος του Κανονισμού (25.5.2018) κατάργηση της Οδηγίας 96/46/ΕΚ (που ενσωματώθηκε με τον Ν 2472/1997), η έκδοση της Οδηγίας 2011/24/ΕΕ για την απόδοση των δαπανών νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης στην ΕΕ που εφαρμόζεται παράλληλα με τον Κανονισμό 883/2004 και έχει μεταφερθεί στην ελληνική έννομη τάξη με τον Ν 4213/2013 κ.λπ.

Επιπλέον, η παρούσα έκδοση έχει εμπλουτισθεί με τέταρτο μέρος που εξετάζει τη δημόσια υγεία, δηλαδή τις ρυθμίσεις της εξουσιαστικής διοίκησης που έχουν σκοπό να προλάβουν και να περιορίσουν προσβολές της υγειονομικής ασφάλειας. Η δημόσια υγεία αξιολογεί τους κινδύνους για την υγεία του πληθυσμού ή μιας ομάδας ανθρώπων, αναπτύσσει στρατηγικές για την πρόληψη των κινδύνων και ελέγχει τα αποτελέσματα αυτών. Αναλύεται η πρωτοβάθμια πρόληψη, δηλαδή η καταπολέμηση της επέ-

λευσης ατυχημάτων και της εμφάνισης ασθενειών με τη λήψη μέτρων που εξουδετερώνουν τα αίτιά τους καθώς και η δευτεροβάθμια πρόληψη, δηλαδή η παρέμβαση σε αρχικό στάδιο για να αποτραπεί η εμφάνιση των πρώτων κλινικών και βιολογικών συμπτωμάτων των ασθενειών. Η δημόσια υγεία στηρίζεται στην ευρωπαϊκή και διεθνή συνεργασία, στη συνεργασία του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα, στις αρχές της πρόληψης και της προφύλαξης και στην ενεργοποίηση όλων των επαγγελματιών υγείας και της κοινωνίας στην αντιμετώπιση των υγειονομικών κινδύνων. Οι επιτυχίες της δημόσιας υγείας καταγράφονται από τα επιδημιολογικά δεδομένα, την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής.

Αθήνα, Οκτώβριος 2017

Πατρίνα Παπαρηγοπούλου - Πεκλιβανίδα

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 1ης ΕΚΔΟΣΗΣ

Στη διάρκεια του προηγούμενου αιώνα ολοκληρώθηκε το θεωρητικό πλαίσιο με το οποίο οι έννοιες της υγείας και της δημόσιας υγείας γίνονται αντιληπτές στη σύγχρονη κοινωνία.

Η υγεία, ήδη από το 1946, ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας.

Η δημόσια υγεία ορίζεται ως η επιστήμη και η τέχνη της πρόληψης των νοσημάτων, της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης και της προαγωγής της υγείας μέσω της οργανωμένης κοινωνικής προσπάθειας (*EA Winslow, 1923*).

Η βιοϊατρική διάσταση της υγείας αποτελεί αντικείμενο πολλών επιστημών που διδάσκονται εκτεταμένα στο Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αντίθετα, η διάσταση ως ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα και συλλογικό αγαθό -αντικείμενα των επιστημών του δικαίου- είτε δεν καλύπτονται εκτεταμένα στο Πανεπιστήμιο Αθηνών είτε η διδασκαλία τους, στο πλαίσιο του Δημοσίου Δικαίου, περιορίζεται στο Τμήμα Νομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών.

Εν τούτοις, η συνεχής όσμωση της ελληνικής και της ευρωπαϊκής ιατρικής στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης δημιουργεί ένα τεράστιο πεδίο ρυθμίσεων στις οποίες ο Έλληνας ιατρός δεν είναι εξοικειωμένος. Επίσης, οι αποκλίνουσες απόψεις όσον αφορά στη διασφάλιση του ατομικού και κοινωνικού δικαιώματος προστασίας της υγείας οδηγούνται συχνά στα δικαστήρια της χώρας.

Αποτελεί πεποίθηση, διαμορφωμένη κατά τη μακροχρόνια εμπειρία μου ως ακαδημαϊκού δασκάλου, ότι η αποτελεσματικότερη διασφάλιση των δικαιωμάτων ιατρών και ασθενών μπορεί να επιτευχθεί μόνο με καλή γνώση (κυρίως από τους πρώτους) των γενικών κανόνων που διέπουν το δημόσιο δίκαιο της υγείας.

Το βιβλίο «Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας» της Επίκουρης Καθηγήτριας κ. Πατρίνας Παπαρρηγοπούλου - Πεκλιβανίδη αποτελεί σημαντική προσπάθεια γεφύρωσης του κενού αυτού. Στις 370 περίπου σελίδες του βιβλίου, με γραφή απλή και σαφή, διευκρινίζονται έννοιες όπως η οριοθέτηση του δημοσίου δικαίου της υγείας, η οργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και τα δικαιώματα του χρήστη αυτών, τόσο στο πλαίσιο του Ελληνικού Συστήματος Υγείας όσο και με βάση τις γενικές αρχές του Ευρωπαϊκού Δικαίου.

Εύχομαι το βιβλίο αυτό να διαβαστεί από όσο το δυνατόν περισσότερους ιατρούς και άλλους λειτουργούς υγείας της χώρας μας.

Χρήστος Κίττας

Πρύτανης Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ήδη από τα φοιτητικά μου χρόνια ο ομότιμος καθηγητής και ακαδημαϊκός κύριος Επαμεινώνδας Σπηλιωτόπουλος υποστήριξε πνευματικά και ηθικά την ενασχόλησή μου με το δίκαιο της κοινωνικής προστασίας. Μου παρέιχε απλόχερα την υποστήριξή του, αφιερώνοντας χρόνο στην ανάγνωση προηγούμενων έργων μου, διατυπώνοντας πολύτιμες παρατηρήσεις και σκέψεις. Τον ευγνωμονώ για άλλη μια φορά για την ανάγνωση και αυτού του χειρογράφου και για την ενθάρρυνσή του να ασχοληθώ με το δημόσιο δίκαιο της υγείας.

Εκφράζω επίσης τις θερμές ευχαριστίες μου στον Πρύτανη του Πανεπιστημίου Αθηνών, καθηγητή Ιατρικής κύριο Χρήστο Κίττα, ο οποίος με τίμησε προλογίζοντας την πρώτη έκδοση του παρόντος έργου και υποστηρίζοντας έμπρακτα την προσέγγιση της ιατρικής με τη νομική επιστήμη, προκειμένου να εξασφαλισθούν τα δικαιώματα και των ασθενών και των ιατρών.

Οφείλω να ευχαριστήσω και τον ομότιμο καθηγητή κύριο Κωνσταντίνο Κρεμαλή, γιατί στη διάρκεια της συνεργασίας μας ανταλλάξαμε απόψεις και προβληματισμούς που κατέληξαν στις θέσεις που περιλαμβάνονται στο παρόν έργο.

Ευχαριστώ επίσης θερμά την κυρία Ελένη Μπεχράκη για τις χρήσιμες παρατηρήσεις της και τη γλωσσική επιμέλεια του κειμένου της πρώτης έκδοσης και τον εκδοτικό οίκο Νομική Βιβλιοθήκη που ανέλαβε με προθυμία την έκδοση αυτού του βιβλίου.

Θα ήταν παράλειψή μου να μην ευχαριστήσω για άλλη μια φορά την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράστασή της στα επιστημονικά και επαγγελματικά μου βήματα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 2ns ΕΚΔΟΣΗΣ.....	9
ΠΡΟΛΟΓΟΣ 1ns ΕΚΔΟΣΗΣ.....	11
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	13
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	25

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Υποτυπώδης ανάπτυξη του δημοσίου δικαίου της υγείας στο εσωτερικό δίκαιο	33
2. Σταδιακή εδραίωση της αυτονομίας του δημοσίου δικαίου της υγείας στο ευρωπαϊκό δίκαιο	33
3. Σκοπός και μέθοδος της έρευνας	35

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

4. Θεμελίωση του δημοσίου δικαίου της υγείας στην κοινωνική αλληλεγγύη	43
--	----

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

I. Η έννοια της υγείας.....	44
5. Ορισμός της υγείας	44
6. Η υγεία ως ατομικό και συλλογικό αγαθό	46
II. Το δικαίωμα προστασίας της υγείας στο Σύνταγμα	48
7. Το ατομικό δικαίωμα στην προστασία της υγείας.....	49
8. Το κοινωνικό δικαίωμα στην προστασία της υγείας.....	51
9. Το προσωπικό πεδίο εφαρμογής του κοινωνικού δικαιώματος	62

III. Το δημόσιο δίκαιο της υγείας.....	66
10. Ορισμός του δημοσίου δικαίου της υγείας.....	66
11. Το δημόσιο δίκαιο της υγείας ως κλάδος του δικαίου της κοινωνικής προστασίας.....	70
12. Η διάκριση του δικαίου της υγείας από το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης και το δίκαιο της κοινωνικής πρόνοιας.....	72

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΥΠΕΡΚΡΑΤΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ
ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

I. Το διεθνές δίκαιο.....	78
13. Διακρίσεις των διεθνών συμβάσεων που κατοχυρώνουν το δικαίωμα στην προστασία της υγείας.....	78
14. Σημαντικές διεθνείς συμβάσεις που εξειδικεύουν το δικαίωμα στην προστασία της υγείας.....	86
15. Σύγκριση της κατοχύρωσης των δικαιωμάτων στην προστασία της υγείας, της κοινωνικής ασφάλισης και πρόνοιας σε διεθνές επίπεδο.....	87
II. Το ευρωπαϊκό δίκαιο.....	88
A. Η νομική κατοχύρωση του δικαιώματος στην προστασία της υγείας.....	89
16. Οι διατάξεις για την εσωτερική αγορά.....	89
17. Το άρθρο 168 της ΣΛΕΕ.....	92
18. Η προστασία της υγείας ως δικαίωμα του ανθρώπου.....	97
19. Η πολιτική της ΕΕ και οι δράσεις για την προστασία της υγείας.....	100
B. Η αλληλεπίδραση του δημοσίου δικαίου της υγείας, του περιβάλλοντος και του καταναλωτή στο ευρωπαϊκό δίκαιο.....	105
20. Η κατοχύρωση του δικαιώματος στην προστασία του περιβάλλοντος και των δικαιωμάτων του καταναλωτή.....	105
21. Σύγκριση της νομικής κατοχύρωσης των δικαιωμάτων στην προστασία του περιβάλλοντος, του καταναλωτή και της υγείας.....	110
22. Κοινές αρχές των δικαιωμάτων στην προστασία της υγείας, του περιβάλλοντος και του καταναλωτή.....	113
23. Κοινές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στα δικαιώματα στην προστασία της υγείας, του περιβάλλοντος και του καταναλωτή.....	120

ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ	124
24. Το δημόσιο δίκαιο της υγείας ως ιδιαίτερος κλάδος του δικαίου της κοινωνικής προστασίας.....	124
25. Οι αρχές του ευρωπαϊκού δικαίου παράγοντας συνοχής του δημοσίου δικαίου της υγείας.....	124

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

26. Η έννοια της δημόσιας υπηρεσίας προστασίας της υγείας	129
---	-----

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

27. Διακρίσεις.....	134
I. Χαρακτηριστικά	135
28. Τα πρότυπα Bismarck και Beveridge	135
29. Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.....	140
30. Το σύστημα υγείας της Γαλλίας	149
II. Κοινά προβλήματα και αρχές για την αντιμετώπισή τους	162
31. Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας.....	163
32. Η οργάνωση των συστημάτων υγείας	168
33. Το μέτρο της υψηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας στην ΕΕ.....	172

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

I. Κύρια χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος	187
34. Η προστασία της υγείας πριν από τον Ν 1397/1983	187
35. Η προστασία της υγείας μετά τον Ν 1397/1983	193
36. Οι γενικές αρχές του ΕΣΥ	194
37. Η σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.....	208
38. Κανόνες, μέθοδοι και μέτρα αποδοτικής διαχείρισης.....	216
II. Η επίδραση των αρχών του ευρωπαϊκού δικαίου στο ΕΣΥ	223
39. Ρυθμίσεις συμβατές με τις αρχές του ευρωπαϊκού δικαίου.....	224
40. Πεδία της νομοθεσίας για το ΕΣΥ δεκτικά προσαρμογών.....	227

ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ	230
41. Ο έλεγχος των δαπανών περνάει μέσα από τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών στη λειτουργία του συστήματος υγείας	230
42. Ιδιότυπη μορφή ανταγωνισμού όσον αφορά στο μέτρο της υψηλής ποιότητας εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας με βάση το ευρωπαϊκό δίκαιο	231
43. Η οργάνωση του ΕΣΥ δεν εστιάζεται στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας	231

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΧΡΗΣΤΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

44. Καθιέρωση και διακρίσεις των δικαιωμάτων του χρήστη	235
---	-----

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΑΡΧΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

45. Αναβάθμιση της θέσεως του χρήστη των υπηρεσιών υγείας	245
I. Η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας	246
46. Η αρχή της ισότητας	246
47. Η αρχή της συνέχειας.....	253
II. Η πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας	258
48. Η αρχή της προσαρμοστικότητας	258
49. Η αρχή της οικονομικότητας	262
50. Η αρχή της ασφάλειας	268
51. Η δημοκρατία στην υγεία.....	274

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΙΣ ΘΕΜΕΛΙΩΔΕΙΣ ΣΥΝΤΑΓΜΑΤΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΕΣ

52. Η ανάπτυξη αυτοτελών δικαιωμάτων για την προστασία του χρήστη.....	279
I. Ο σεβασμός της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου	282
53. Η νομική κατοχύρωση της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου	282

54. Η ενημέρωση	284
55. Η προστασία της ιδιωτικότητας και των πληροφοριών που αφορούν στην υγεία.....	296
<i>A. Η προστασία της ιδιωτικότητας και το επαγγελματικό απόρρητο</i>	<i>296</i>
<i>B. Τα αρχεία με προσωπικά ιατρικά δεδομένα</i>	<i>308</i>
56. Η προστασία της αξιοπρέπειας του ανθρώπου μπροστά στον πόνο και/ή στον θάνατο.....	316
II. Ο σεβασμός της αυτονομίας του ανθρώπου	326
57. Η νομική κατοχύρωση της αυτονομίας	326
58. Η ελεύθερη επιλογή ιατρού στη δημόσια υπηρεσία υγείας	329
59. Η συναίνεση κύριο μέσο για την προστασία της φυσικής και της ψυχικής ακεραιότητας του χρήστη	331
ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ	345
60. Οι αρχές λειτουργίας των δημόσιων υπηρεσιών εξασφαλίζουν την πρόσβαση σε υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.....	345
61. Η εξειδίκευση της αξίας και της αυτονομίας του ανθρώπου ασπίδα προστασίας απέναντι στους κινδύνους από την εξέλιξη της επιστήμης στην ιατρική	346

ΤΕΤΑΡΤΟ ΜΕΡΟΣ

Η ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

62. Η έννοια της πρωτοβάθμιας πρόληψης.....	351
I. Η προστασία της δημόσιας υγείας από τη μόλυνση του περιβάλλοντος	355
63. Η υγιεινή και ασφάλεια των τροφίμων και ποτών	355
1. <i>Η έννοια του τροφίμου και της υγιεινής και ασφάλειας των τροφίμων και ποτών.....</i>	<i>355</i>
2. <i>Οι υγειονομικοί κανονισμοί</i>	<i>356</i>
<i>a. Ο Codex Alimentarius του Οργανισμού Επισιτισμού και Γεωργίας και του ΠΟΥ</i>	<i>357</i>
<i>β. Η Συμφωνία για την Εφαρμογή Μέτρων Υγειονομικής και Φυτοϋγειονομικής Προστασίας του ΠΟΕ</i>	<i>358</i>
<i>γ. Οι υγειονομικοί κανονισμοί της ΕΕ</i>	<i>360</i>
<i>δ. Οι εθνικοί υγειονομικοί κανονισμοί</i>	<i>365</i>

3. Οι γενικές αρχές του δημοσίου δικαίου της υγείας στη νομολογία του ΔΕΕ για τα τρόφιμα και ποτά.....	367
α. Η αρχή της διασφάλισης υψηλής ποιότητας τροφίμων και ποτών.....	367
• Το παράδειγμα της σπογγώδους εγκεφαλοπάθεια των βοοειδών.....	370
• Το παράδειγμα των καταλοίπων	372
• Το παράδειγμα των πρόσθετων ουσιών και συστατικών	374
• Το παράδειγμα των γενετικά τροποποιημένων οργανισμών και των νέων τροφίμων	375
β. Η αρχή της προληπτικής δράσεως.....	378
γ. Η αρχή της προφύλαξης	381
δ. Η αρχή της συνεργασίας	383
ε. Οι αρχές της διαφάνειας και της δημοσιότητας	387
64. Η υγιεινή και ασφάλεια του νερού ανθρώπινης κατανάλωσης	389
1. Οι υγειονομικοί κανονισμοί	389
2. Οι γενικές αρχές του δημοσίου δικαίου της υγείας στη νομολογία του ΔΕΕ για το νερό	394
α. Η αρχή της υψηλής ποιότητας	394
β. Η αρχή της προληπτικής δράσεως	397
γ. Η αρχή της προφύλαξης	398
δ. Η αρχή της συνεργασίας και της διαφάνειας	398
65. Η υγιεινή και ασφάλεια του αέρα	399
1. Οι υγειονομικοί κανονισμοί	399
α. Οι διεθνείς συμβάσεις	399
1. Διεθνείς συμβάσεις με αντικείμενο την προστασία της ατμόσφαιρας	400
2. Διεθνείς συμβάσεις που έμμεσα αναφέρονται στο περιβάλλον	402
β. Το ευρωπαϊκό δίκαιο	403
γ. Οι εθνικοί υγειονομικοί κανονισμοί	404
2. Οι γενικές αρχές του δημοσίου δικαίου της υγείας στη νομολογία του ΔΕΕ για τον αέρα	404
α. Η αρχή της υψηλής ποιότητας	404
β. Η αρχή της προληπτικής δράσεως	405
γ. Η αρχή της προφύλαξης	406
δ. Η αρχή ο ρυπαίων πληρώνει	406
ε. Η αρχή της συνεργασίας και της διαφάνειας	407
66. Η υγιεινή και ασφάλεια των χώρων εργασίας	408
1. Οι υγειονομικοί κανονισμοί	408
2. Οι γενικές αρχές του δημοσίου δικαίου της υγείας για την υγιεινή και ασφάλεια των χώρων εργασίας	410
67. Η υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας	412
1. Αντικείμενο του εργατικού δικαίου και του δημοσίου δικαίου της υγείας	412
2. Οι υγειονομικοί κανονισμοί	415

3. Οι γενικές αρχές του δημοσίου δικαίου της υγείας για την υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας	418
α. Η αρχή της συνεργασίας	418
β. Η αρχή της προληπτικής δράσεως.....	422
γ. Η αρχή της διασφάλισης υψηλής ποιότητας συνθηκών υγιεινής και ασφάλειας	426
δ. Η αρχή της διαφάνειας	430
II. Οι προληπτικές υπηρεσίες υγείας.....	430
68. Έννοια και πηγές	430
69. Η προστασία της αναπαραγωγής, του γεννητικού υλικού, του εμβρύου και της μητρότητας	433
1. Ο οικογενειακός προγραμματισμός και η διακοπή της κύησης	435
2. Η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και η παρένθετη μητρότητα	438
3. Ο προεμφυτευτικός και ο προγεννητικός έλεγχος	451
4. Η έρευνα και τα δικαιώματα ευρεσιτεχνίας στο ανθρώπινο γενετικό υλικό	454
5. Η κύηση και ο τοκετός	459
6. Η αναγκαστική στείρωση	461
70. Η προστασία του παιδιού	462
1. Νεογέννητα με σοβαρές ανωμαλίες	463
2. Οι εμβολιασμοί.....	467
3. Η σχολική υγεία	473

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Η ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΠΡΟΛΗΨΗ

71. Η έννοια της δευτεροβάθμιας πρόληψης	476
I. Η προστασία από μεταδοτικές ασθένειες, επιδημίες και πανδημίες	479
72. Τα γενικά μέτρα προστασίας στους υγειονομικούς κανονισμούς	479
1. Ο Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός (ΔΥΚ) του ΠΟΥ.....	479
2. Οι υγειονομικοί κανονισμοί της ΕΕ για τις μεταδοτικές ασθένειες	485
3. Οι εθνικοί υγειονομικοί κανονισμοί για την πρόληψη των μεταδοτικών ασθενειών.....	486
73. Τα ειδικά μέτρα προστασίας	490
1. Τα σεξουαλικώς μεταδιδόμενα νοσήματα	490
2. Το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (Aids-HIV)	491
3. Η γρίπη	494
4. Οι λοιμώξεις λόγω μικροβιακής αντοχής και οι λοιμώξεις στους χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας	495

II. Η προστασία από δυνητικά επικίνδυνες μη μεταδοτικές ασθένειες.....	497
74. Οι ψυχικές ασθένειες	497
1. Η νοσηλεία των ψυχικά ασθενών	498
2. Η ακούσια νοσηλεία	507
75. Η πρόληψη των ανιάτων, δυσίατων και χρόνιων ασθενειών	518
1. Η πρόληψη των καρδιο-αγγειακών παθήσεων	519
2. Η πρόληψη του καρκίνου	520
3. Οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) και εντατικής νοσηλείας νεογνών (ΜΕΝ)	523
III. Η προστασία από τις εξαρτήσεις	530
76. Η έννοια των εξαρτήσεων	530
77. Η εξάρτηση από τη νικοτίνη	531
78. Η εξάρτηση από το αλκοόλ και η κατάχρηση αλκοόλ.....	538
79. Η εξάρτηση από τα ναρκωτικά και τις ψυχοτρόπους ουσίες	545
ΠΟΡΙΣΜΑΤΑ	554
80. Η πρωτοβάθμια πρόληψη	554
81. Η δευτεροβάθμια πρόληψη	556
ΓΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	559
82. Το δημόσιο δίκαιο της υγείας εστιάζεται στην υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών και στην υγειονομική δημόσια τάξη	559
83. Ο δημόσιος τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι ο κορμός του συστήματος υγείας	560
84. Η εμπέδωση της σχέσεως εμπιστοσύνης και της συνεργασίας του επαγγελματία υγείας με τον χρήστη τελικός σκοπός των δικαιωμάτων του χρήστη.....	561
85. Το θεσμικό πλαίσιο για τη δημόσια υγεία βελτιώνεται συνεχώς με κανόνες που θέτουν ο ΠΟΥ και η ΕΕ	562
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	565
Ελληνική	565
Ξενόγλωσση	583
ΠΗΓΕΣ	601
I. Ευρωπαϊκή Ένωση	601

II. ΠΟΥ.....	604
III. ΟΚΕ.....	604
IV. Συνήγορος του Πολίτη	604
V. Εθνικά Στοιχεία.....	605
VI. Επιστημονικές Εταιρείες.....	606
ΑΛΦΑΒΗΤΙΚΟ ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ	607

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Γενικές

ΑΔΕΔΥ	Ανώτατη Διοίκηση Ενώσεων Δημοσίων Υπαλλήλων
ΑΕΔ	Ανώτατο Ειδικό Δικαστήριο
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΗΦΥ	Ατομικός Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας
ΑΧΣ	Ανώτατο Χημικό Συμβούλιο
ΑΚ	Αστικός Κώδικας
ΆμεΑ	Άτομα με αναπηρίες
ΑΜΚΑ	Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης
ΑΝ	Αναγκαστικός Νόμος
ΑΟΚ	Ανώτατα όρια καταλοίπων
ΑΠ	Άρειος Πάγος
ΑΣΕ	Ανώτατο Συμβούλιο Εργασίας
ΑΣΕΠ	Ανώτατο Συμβούλιο Επιλογής Προσωπικού
ΑΥΕ	Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή
ΒΔ	Βασιλικό Διάταγμα
ΓΣ	Γενική Συνέλευση
ΓΣΒΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Επαγγελματιών, Βιοτεχνών και Εμπόρων Ελλάδος
ΓΣΕΕ	Γενική Συνομοσπονδία Εργατών Ελλάδος
ΓΤΟ	Γενετικά τροποποιημένοι οργανισμοί
ΔΕΚ	Δικαστήριο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, ήδη Γενικό Δικαστήριο*

* Υπό τον όρο «Δικαστήριο Ευρωπαϊκής Ένωσης» (ΔΕΕ) πλέον νοείται το σύνολο των δικαστηρίων της ΕΕ, δηλαδή το Γενικό Δικαστήριο (πρώην ΔΕΚ), το Δικαστήριο (πρώην ΠΕΚ) και τα

ΔΕφ	Διοικητικό Εφετείο
ΔΟΕ	Διεθνής Οργανισμός Εργασίας
ΔΠρ	Διοικητικό Πρωτοδικείο
ΔΣ	Διοικητικό συμβούλιο
ΔΣΕ	Διεθνής Σύμβαση Εργασίας
ΔΥΚ	Διεθνής Υγειονομικός Κανονισμός (ΠΟΥ)
ΔΥΠΕ	Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
ΕΑΙΥΑ	Εθνική Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
ΕΔΔΑ	Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΕΕΠ	Ενιαία Ευρωπαϊκή Πράξη
ΕΚΕΒΥΛ	Ερευνητικό Κέντρο Βιολογικών Υλικών
ΕΚΤΕΠΝ	Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης και Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά και την Τοξικομανία
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚΑΠΥ	Εθνική Κεντρική Αρχή Προμηθειών Υγείας
ΕΚΕΠΥ	Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων
ΕΚΦ	Επιτροπή Κτηνιατρικών Φαρμάκων
ΕΛΙΝΥΑΕ	Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας
ΕΞΥΠΠ	Εξωτερικές Υπηρεσίες Προστασίας και Πρόληψης
ΕΟΚ	Ευρωπαϊκή Οικονομική Κοινότητα
ΕΟΦ	Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου
ΕΟΑΦΠ	Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Αξιολόγηση Φαρμακευτικών Προϊόντων
ΕΣ	Ελεγκτικό Συνέδριο
ΕΣΔΑ	Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΕΣΕΕ	Ένωση Εμπορικών Συλλόγων Ελλάδος

ειδικευμένα δικαστήρια και συγκεκριμένα το Δικαστήριο των Υπαλλήλων της ΕΕ καθώς και άλλα που στο μέλλον δημιουργηθούν κατά τους όρους του άρθρου 257 της ΣΛΕΕ.

ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΕΥΑΕ	Επιτροπή Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων
Εφ	Εφετείο
ΕΦΕΤ	Ενιαίος Φορέας Ελέγχου των Τροφίμων
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΗΒ	Ηνωμένο Βασίλειο
ΘΕ ΣτΕ	Θεματικά Ευρητήρια ΣτΕ
ΙΚΑ - ΕΤΑΜ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων - Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών
ΚΔΔ	Κώδικας Διοικητικής Δικονομίας
ΚΕΕΛ	Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕΘΕΑ	Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων
ΚΔΚ	Κώδικας Δήμων και Κοινοτήτων
ΚΝΝ	Κώδικας Νόμων περί Ναρκωτικών
ΚΕΔΥ	Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΚΕΣΥΠΕ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών
ΚοιΣΕΠΕ	Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης
ΚΠολΔ	Κώδικας Πολιτικής Δικονομίας
ΚΣΤΕ	Σύστημα Ταχείας Ειδοποιήσεως
ΚΨΥ	Κέντρα Ψυχικής Υγείας
ΜΕΘ	Μονάδες Εντατικής Θεραπείας
ΜΕΝ	Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών
ΜηΚυΟ	Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις
ΜΙΥΑ	Μονάδες Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
ΜΠρ	Μονομελές Πρωτοδικείο
ΜΨΥ	Μονάδες Ψυχικής Υγείας
Ν	Νόμος

ΝΔ	Νομοθετικό διάταγμα
ΝΕΥΑΕ	Νομαρχιακές Επιτροπές Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΝΣΚ	Νομικό Συμβούλιο του Κράτους
ΟΑΕΕ - ΤΕΒΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών - Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΚΑΝΑ	Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών
ΟΚΑ	Οργανισμός Κοινωνικής Ασφάλισης
ΟΚΕ	Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΟΤΑ	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΕΔΥ	Περιφερειακό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας
ΠΔ	Προεδρικό διάταγμα
ΠΕΚ	Πρωτοδικείο των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, ήδη Γενικό Δικαστήριο
ΠεΣΥ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΠεΣΥΠ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας
ΠΕΥΑΕ	Περιφερειακή Υπηρεσία Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
ΠΟΕ	Παγκόσμιος Οργανισμός Εμπορίου
ΠΟΕ - ΟΤΕ	Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων στους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΕΒ	Σύνδεσμος Ελληνικών Βιομηχανιών
ΣΕΕ	Συνθήκη Ευρωπαϊκής Ένωσης

ΣΕΚ	Συνθήκη Ευρωπαϊκής Κοινότητας
ΣΕΟΚ	Συνθήκη Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας
ΣΕΠΕ	Σώμα Επιθεωρητών Εργασίας
ΣΕΣΑ	Σύστημα έγκαιρου συναγερμού και αντίδρασης
ΣΕΥΥΠ	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας
ΣΛΕΕ	Συνθήκη για τη Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ενώσεως (Συνθήκη Λισσαβώνας της 13ης Δεκεμβρίου 2007)
ΣπΕΒ	Σπογγώδης Εγκεφαλοπάθεια των Βοοειδών
ΣτΕ	Συμβούλιο της Επικρατείας
ΣτΠ	Συνήγορος του Πολίτη
ΣΥΑΕ	Συμβούλιο Υγείας και Ασφάλειας των Εργαζομένων
ΣΥΠΕ	Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας
ΣΥΠεΣΥΠ	Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας
ΤΕΒΕ	Ταμείο Επαγγελματιών και Βιοτεχνών Ελλάδας
ΤΕΕ	Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος
ΤΟΜΥ	Τοπική Ομάδα Υγείας
ΤΟΠΦΥ	Τομείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
ΤΨΥ	Τομείς Ψυχικής Υγείας
ΥΑ	Υπουργική Απόφαση
ΥΕ	Υγειονομική Επιτροπή
ΥΕΚΑΚΑ	Υπουργείο Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
ΥΥ	Υπουργείο Υγείας
ΨΝΑ	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής
AHAs	Area Health Authorities
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
BEUC	Bureau Européen des Unions de Consommateurs
DG	Direction Générale (της Επιτροπής της ΕΕ)

DHAs	District Health Authorities
DHSS	Department of Health and Social Security
EISS	European Institute of Social Security
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction
ENA	École Nationale d'Administration
GMC	General Medical Council
HACCP	Hazard Analysis and Critical Control Points
INAHTA	International Network for Health Technology Assessment
ISO	International Standard Organization (Διεθνής Οργανισμός Τυποποιήσεως)
Missoc	Mutual Information System on Social Protection
NHS	National Health Service
PARNUTS	Particular Nutritional Uses
Rec	Recommendation
RHAs	Regional Health Authorities
RMOs	Références Médicales Opposables

Περιοδικά

Αρμ	Αρμενόπουλος
ΑρχΝ	Αρχείο Νομολογίας
ΔΕΕ	Δίκαιο Επιχειρήσεων και Εταιρειών
ΔΕΝ	Δελτίο Εργατικής Νομοθεσίας
Δ/νη	Δικαιοσύνη
ΔκΠ	Δίκαιο και Πολιτική
ΔιΔικ	Διοικητική Δίκη
ΔτΑ	Δικαιώματα του Ανθρώπου
ΕΔΚΑ	Επιθεώρηση Δικαίου Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΕΕμπΔ	Επιθεώρηση Εμπορικού Δικαίου

EEN	Εφημερίδα Ελλήνων Νομικών
EEργ	Επιθεώρηση Εργατικού Δικαίου
ΕευρΔ	Επιθεώρηση Ευρωπαϊκού Δικαίου
ΕΛΕπαγγ	Ελεύθερος Επαγγελματίας
ΕΛΛΔ	Ελληνική Δικαιοσύνη
ΕφημΔΔ	Εφημερίδα Διοικητικού Δικαίου
ΘΕ	Θεματικά ευρετήρια Συμβουλίου της Επικρατείας
ΘΠΔΔ	Θεωρία και Πράξη Διοικητικού Δικαίου
ΝοΒ	Νομικό Βήμα
ΠερΔικ	Περιβάλλον και Δίκαιο
ΠοινΔικ	Ποινική Δικαιοσύνη
ΠοινΧρ	Ποινικά Χρονικά
Σ	Συλλογή (Νομολογίας ΔΕΚ)
ΤοΣ	Το Σύνταγμα
ΧρΙΔ	Χρονικά Ιδιωτικού Δικαίου
ΦορΕπιθ	Φορολογική Επιθεώρηση
AJDA	Actualité juridique de droit administratif
EELR	European Environmental Law Review
JCP	Jurisqueur périodique
OJ	Official Journal
R	Recueil
RD publ.	Revue de droit public
RDSS	Revue de droit sanitaire et social
RFAS	Revue française des affaires sociales
RFFP	Revue française des finances publiques
RGDM	Revue générale de droit médical
RTDeur	Revue trimestrielle de droit européen
RTDSS	Revue trimestrielle de droit sanitaire et social

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Ι. Κύρια χαρακτηριστικά και ιδιαιτερότητες του ελληνικού συστήματος

Κρίσιμη είναι η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 για τρεις λόγους. Πρώτον, διότι εξειδικεύεται το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, δεύτερον, διότι για πρώτη φορά η προστασία της υγείας αντιμετωπίζεται συστηματικά, και τρίτον, διότι ανατρέπεται η τύπου Bismarck προστασία από τον κίνδυνο της ασθένειας, που ίσχυε έως τη θέσπιση του νόμου.

34. Η προστασία της υγείας πριν από τον Ν 1397/1983

α. Η περίοδος από την ίδρυση του ελληνικού κράτους έως το 1953 χαρακτηρίζεται από την περιορισμένη κρατική παρέμβαση. Ο ρόλος του κράτους, προφανώς εξαιτίας των λιγοστών διαθέσιμων οικονομικών μέσων, εξαντλείται στην αντιμετώπιση των μεταδοτικών νόσων⁴²². Αρχικά ιδρύονται νοσοκομεία κυρίως με πρωτοβουλία και δωρεές των εθνικών ευεργετών⁴²³ ή με πρωτοβουλία ομάδων πολιτών⁴²⁴. Παράλληλα ιδρύονται αρχικά ολιγάριθμα, αλλά σταδιακά όλο και περισσότερα δημόσια⁴²⁵, δημοτικά⁴²⁶ και μειονοτικά⁴²⁷ νοσοκομεία. Μετά

422. Ιδρύεται η Ιατρική Αστυνομία και θεσπίζεται ο Υγειονομικός Κανονισμός. Βλ. Αλεξιάδης Α.-Δ., Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας, ό.π., σ. 45 κε, επίσης ο ίδιος, Το εθνικό σύστημα υγείας στην αρχή του 21ου αιώνα. Η προσπάθεια του ν. 2889/01, εκδ. Μ. Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη 2001, σ. 11 κε.

423. Το 1875 ιδρύεται το «Τζάνειο» και το 1884 ο «Ευαγγελισμός» και το «Θεραπευτήριο Κοληπτικών Νοσημάτων» που μετονομάζεται στη συνέχεια σε «Νοσοκομείο των Αφροδισίων Παθών» και σήμερα ονομάζεται νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός».

424. Το 1827 ιδρύεται από εισφορές των εμπόρων και κατοίκων της Σύρου το «Βαρδάκειον και Πρώιον Νοσοκομείον Σύρου».

425. Το 1834 ιδρύεται το «Στρατιωτικόν» και το 1836 το «Πολιτικόν» νοσοκομείο.

426. Το 1857 ιδρύεται η «Πανεπιστημιακή Αστυκλινική». Βλ. Αλεξιάδης Α.-Δ., Το εθνικό σύστημα υγείας, ό.π., σ. 12. Το 1836 ιδρύεται στην Αθήνα το δημοτικό νοσοκομείο «Ελπίς». Το 1854 ιδρύεται το «Νοσοκομείο Οφθαλμιώντων», σήμερα «Οφθαλμιατρείο Αθηνών».

427. Στη Θεσσαλονίκη ιδρύονται το 1906 το «Γαλλικό Νοσοκομείο» και το «Ρωσικό Νοσοκομείο», το οποίο αργότερα μετονομάστηκε σε «Αγία Σοφία» και σήμερα ονομάζεται «Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης». Το 1908 ιδρύεται το «Ισραηλιτικό Νοσοκομείο Χίρς».

το 1870 ιδρύονται 15 δημοτικά γενικά νοσοκομεία, οκτώ γενικά νοσοκομεία αγαθοεργούς ιδιωτικής πρωτοβουλίας, 14 κρατικά ειδικά νοσοκομεία και ένα ειδικό κρατικό νοσοκομείο, δηλαδή συνολικά 38 νοσοκομεία⁴²⁸. Η διοίκηση των νοσοκομείων ρυθμίζεται από τα οικεία καταστατικά⁴²⁹. Με το ΒΔ 13-25 Μαΐου 1834 ιδρύεται το Ιατροσυνέδριο, που είναι αρμόδιο για τη χορήγηση των αδειών άσκησης επαγγέλματος υγείας και τον έλεγχο του Υγειονομικού Κανονισμού. Το 1917 ιδρύεται το Υπουργείο Περιθάλψεως, το οποίο έχει ως κύρια αρμοδιότητα τον έλεγχο των επιδημιών και των μεταδοτικών νόσων, αρμοδιότητα που μέχρι τότε ασκούσε το Υπουργείο Εσωτερικών. Οι Βαλκανικοί Πόλεμοι και στη συνέχεια η Μικρασιατική Καταστροφή και τα τεράστια οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα που προέκυψαν επιταχύνουν την επέκταση των αρμοδιοτήτων του Υπουργείου Περιθάλψεως, που το 1922 μετονομάζεται σε Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας και αναλαμβάνει το δυσχερές και πολυσύνθετο έργο της κάλυψης των υγειονομικών και κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Το Ιατροσυμβούλιο καταργείται και στη θέση του δημιουργείται το Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο.

Η χώρα το 1928 αντιμετωπίζει δυσεπίλυτα κοινωνικά και υγειονομικά προβλήματα. Το Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας για να αντεπεξέλθει σε αυτά καλεί με παρέμβαση της Κοινωνίας των Εθνών εμπειρογνώμονες από τον ΠΟΥ και τους αναθέτει να μελετήσουν το σύστημα υγείας και να γνωμοδοτήσουν περί του πρακτέου. Το 1929 η επιτροπή εμπειρογνομένων⁴³⁰ συντάσσει το τελικό πόρισμα της που είναι απογοητευτικό όσον αφορά στο επίπεδο των υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας⁴³¹. Προτείνεται να δημιουργηθεί κεντρική υπηρεσία υγείας για να συντονίζει και να διοικεί τα τοπικά Κέντρα Υγείας που θα παρείχαν θεραπευ-

428. Αλεξιάδης Α.-Δ., Το εθνικό σύστημα υγείας, ό.π., σ. 13 με παραπομπή σε σχετική βιβλιογραφία. Βλ. επίσης Μπουλούτζα Π., «Τα νοσοκομεία της Αθήνας», Καθημερινή, 6 Νοεμβρίου 2005, σ. 30.

429. Κατά κανόνα τα δημοτικά διοικούνται από «αδελφάτο», στο οποίο προεδρεύει ο εκάστοτε δήμαρχος, και τα ιδιωτικά από ΔΣ ή από εφορεία. Βλ. Αλεξιάδης Α.-Δ., Το εθνικό σύστημα υγείας, ό.π., σ. 14.

430. Τα μέλη της επιτροπής ήταν οι: L. Bernard (διευθυντής του ΠΟΥ), Sir G. Buchanan (υποδιευθυντής του ΠΟΥ), Dr. Rajchman (ιατρικός διευθυντής), H. Emerson (καθηγητής του Πανεπιστημίου Columbia), A. McLaughlin (Οργανισμός Υγείας των ΗΠΑ), C.L. Parc (Οργανισμός Υγείας της Αυστραλίας), B. Borcic (διευθυντής της Σχολής Υγιεινής του Ζάγκρεμπ), M.D. Machkenzie (υγιεινολόγος της Κοινωνίας των Εθνών). Βλ. *Venieris D.*, «The History of Health Insurance in Greece: The Nettle Government Failed to Grasp», London School of Economics and Political Science, 1997, υποσημ. 10, σ. 48.

431. Όπως αναφέρει ο *Venieris D.*, ό.π., σ. 14 κε, η Ελλάδα χαρακτηρίζεται *επικίνδυνη χώρα* και διαπιστώνεται η ανάγκη να ληφθούν επείγοντα μέτρα. Ο Dr. Rajchman (μέλος της επιτροπής) το 1929 δηλώνει: *Έχω επισκεφθεί πολλές χώρες με το κατώτατο πολιτιστικό επίπεδο, όμως δεν είδα σε καμία χώρα τέτοια απουσία υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, όπως στην Ελλάδα*. Προφανώς είχε δίκιο, διότι την περίοδο αυτή το ποσοστό θνησιμότητας ήταν το τρίτο υψηλότερο στην Ευρώπη.

τικές φροντίδες και θα ανελάμβαναν προληπτικές δράσεις. Το πόρισμα δίνει μεγάλη σημασία στην εκπαίδευση των ιατρών και στη δημιουργία συμβουλευτικού σώματος εμπειρογνομόνων. Η εφαρμογή του σχεδίου θα ολοκληρωνόταν σε μία δεκαετία. Οι προτάσεις της επιτροπής δεν υιοθετήθηκαν κυρίως για πολιτικούς λόγους⁴³². Ωστόσο, το πόρισμά της είναι σημαντικό, διότι αποτελεί την πρώτη, έστω και ανεπιτυχή, προσπάθεια για τη δημιουργία δημόσιου συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Ακολουθεί ο AN 965/1937 *περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων* που θεσπίζει το νομικό πλαίσιο για την οργάνωση και τη διοίκηση των δημόσιων νοσοκομείων. Προβλέπεται ότι έχουν τη μορφή του ΝΠΔΔ, διοικούνται από ΔΣ, χρηματοδοτούνται κυρίως από κρατική επιχορήγηση και εποπτεύονται από το κράτος. Σταδιακά αυξάνεται ο αριθμός των νοσοκομείων, κυρίως των ιδιωτικών, που παρέχουν ευρύτερο φάσμα υγειονομικών υπηρεσιών. Την ίδια χρονική περίοδο καλύπτεται ασφαλιστικά το σύνολο των μισθωτών από το ΙΚΑ⁴³³. Ιδρύονται επίσης και άλλοι ασφαλιστικοί οργανισμοί που καλύπτουν διάφορες επαγγελματικές κατηγορίες⁴³⁴. Λίγο αργότερα δημοσιεύεται ο AN 2769/1941 με τον οποίο, λόγω του πολέμου, δημιουργούνται προσωρινά νοσοκομεία. Ορισμένα από αυτά εξακολουθούν και σήμερα να λειτουργούν, όπως το Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών.

Το 1945, αμέσως μετά τον Πόλεμο, γίνεται άλλη μια άγονη προσπάθεια εισαγωγής δημόσιου συστήματος υγείας. Ο καθηγητής ιατρικής Νικόλαος Λούρος προτείνει να δημιουργηθεί μια Εθνική Υπηρεσία Υγείας σε κεντρικό επίπεδο, που θα ελέγχει τις δαπάνες υγείας, και αποκεντρωμένες διοικητικές υπηρεσίες. Προτείνει επίσης να ενοποιηθούν οι κλάδοι ασθένειας των ασφαλιστικών οργανισμών και να δημιουργηθεί ενιαίο ταμείο ασθένειας, το οποίο θα χρηματοδοτείται από εισφορές ανάλογες με το εισόδημα και θα καλύπτει το σύνολο του πληθυσμού. Το σχέδιο Λούρου προβλέπει ότι οι επαγγελματίες υγείας είναι δημόσιοι λειτουργοί και ταυτόχρονα ότι οι ασθενείς επιλέγουν τον ιατρό τους. Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρέχονται σε τοπικό επίπεδο από τις πολυκλινικές και τα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και από αγροτικά ιατρεία. Τέλος, για να εξασφαλισθεί η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για το σύνολο του πληθυσμού δημιουργούνται περιφερειακά νοσοκομεία. Ο Νικόλαος Λούρος, έχοντας επίγνωση ότι οι αλλαγές αυτές απαιτούν χρόνο, προτείνει τη σταδιακή εφαρμογή του σχεδίου και την ολοκλήρωσή του σε διάστημα 18 ετών. Όμως ούτε το σχέδιο αυτό ευτύχησε, κυρίως διότι απαιτούσε τη διάθεση οικονομικών πόρων που είτε δεν υπήρχαν είτε δεν διαθέθηκαν, και επιπλέον προϋπέθετε την ύπαρξη διοικητικής υποδομής και τη συναι-

432. Στο ίδιο, σ. 15-16.

433. Ν 6298/1934 ο οποίος αντικαταστάθηκε από τον AN 1846/1951 που επανειλημμένα τροποποιήθηκε και ισχύει μέχρι σήμερα.

434. Ν 6234/1934 για τους επαγγελματίες και βιοτέχνες (ΤΕΒΕ).

νεση των ιατρών να εγκαταλείψουν την ιδιωτική άσκηση της ιατρικής και να ενταχθούν στο σύστημα υγείας⁴³⁵. Το 1947 κλιμάκιο του Διεθνούς Γραφείου Εργασίας επισκέπτεται την Ελλάδα και διαπιστώνει ότι το ασφαλιστικό σύστημα είναι πολύπλοκο, κατακερματισμένο και δεν παρέχει ικανοποιητικές παροχές ασθενείας⁴³⁶.

Εν κατακλείδι, στη διάρκεια αυτής της περιόδου επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση των εργαζομένων και γίνονται ζυμώσεις για την εισαγωγή δημόσιου συστήματος υγείας, κυρίως με τη μορφή των προτάσεων εμπειρογνομώνων.

Β. Η περίοδος από το 1953 έως το 1982 χαρακτηρίζεται από τη βελτίωση της οικονομικής κατάστασης της χώρας και την ασφαλιστική και προνοιακή κάλυψη του μεγαλύτερου μέρους του πληθυσμού⁴³⁷. Παράλληλα θεσπίζονται νόμοι που επιχειρούν να εισαγάγουν ένα δημόσιο σύστημα υγείας, οι οποίοι όμως αναιρούνται λίγο μετά τη θέσπισή τους. Παρά το αποτυχημένο αυτών των προσπαθειών, παρατηρείται σημαντική πρόοδος σε σχέση με την αμέσως προηγούμενη περίοδο, κατά την οποία οι προσπάθειες εισαγωγής ενός δημόσιου συστήματος υγείας εξαντλούνταν στις εισηγήσεις και στα σχέδια νόμων.

Το 1953 θεσπίζεται ο Ν 2592 *περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως* που επιδιώκει τη συνολική κάλυψη του πληθυσμού. Ο νόμος προβλέπει τη δημιουργία 13 υγειονομικών περιφερειών, στην έδρα των οποίων θα λειτουργούσε αποκεντρωμένη υπηρεσία του Υπουργείου Κοινωνικής Πρόνοιας αρμόδια για τον προγραμματισμό και τον συντονισμό των υπηρεσιών ιατρικής αντιλήψεως και των νοσοκομείων της κάθε περιφέρειας. Επίσης, ο νόμος καθορίζει τον τρόπο διοίκησης των δημόσιων νοσοκομείων⁴³⁸. Οι σημαντικότερες διατάξεις του νόμου σύντομα καταργούνται, με αποτέλεσμα να εφαρμοσθεί μόνον ως προς την οργάνωση και τη λειτουργία των νοσοκομείων του δημόσιου τομέα. Οι διατάξεις αυτές ισχύουν μέχρι σήμερα.

435. *Venieris D.*, ό.π., σ. 22.

436. Στο ίδιο, σ. 23.

437. Πολύ σημαντικός είναι ο Ν 3487/1955 με τον οποίο δημιουργούνται αγροτικά κέντρα υγείας για τον πληθυσμό της υπαίθρου και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Επίσης, σημαντική είναι η ίδρυση του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) με τον Ν 4169/1961 *περί Γεωργικών Ασφαλίσεων*, ο οποίος παρά την ονομασία του εξασφαλίζει προνοιακές παροχές στους αγρότες και χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Για μια συνοπτική αναδρομή της νομοθεσίας του ΟΓΑ και ανάλυση των ιδιαιτεροτήτων του σε σχέση με τους άλλους ασφαλιστικούς οργανισμούς, βλ. το Πόρισμα του Συνηγόρου του Πολίτη, Προτάσεις για την Οργάνωση και τη Λειτουργία του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ), Αθήνα 2003, δημοσιευμένο στην ιστοσελίδα της Αρχής, ό.π., σ. 5-12.

438. Ο αριθμός των μελών του ΔΣ καθορίζεται ανάλογα με τον αριθμό των κρεβατιών, η θητεία των μελών του ΔΣ προβλέπεται τετραετής κ.λπ.

Έως το 1976 επικρατεί στασιμότητα όσον αφορά στην εισαγωγή του δημόσιου συστήματος υγείας, με εξαίρεση το Σχέδιο Πάτρα⁴³⁹ επί χούντας, που όμως ούτε και αυτό υλοποιείται. Το σχέδιο προτείνει τη δημιουργία ενός Εθνικού Συμβουλίου Υγείας για να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τις υπηρεσίες υγείας, τη δημιουργία ενιαίου ταμείου για την κάλυψη του πληθυσμού από τον κίνδυνο της ασθένειας, και την προστασία των οικονομικά αδύναμων πολιτών που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Το σύστημα χρηματοδοτείται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και από το κράτος. Ειδικότερα, οι ασφαλιστικοί οργανισμοί καλύπτουν τις δαπάνες για τους ασφαλισμένους τους και το κράτος για τους ανασφάλιστους καθώς και για τις επενδύσεις. Τέλος, εισηγείται την εισαγωγή του θεσμού του γενικού παθολόγου που θα πληρώνεται με μεικτό σύστημα, δηλαδή ανάλογα με τον αριθμό των εγγεγραμμένων πολιτών και ανά ιατρική πράξη, και τη δημιουργία οκτώ νέων περιφερειακών νοσοκομείων, τα οποία συνδέονται με τις ιατρικές σχολές, ώστε να επιτελούν ταυτόχρονα και εκπαιδευτικό έργο.

Το 1976 ολοκληρώνεται η σύνταξη του πενταετούς Προγράμματος Οικονομικής και Κοινωνικής Αναπτύξεως από το Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών (ΚΕΠΕ). Για τη σύνταξη του προγράμματος απασχολείται διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από πανεπιστημιακούς, ερευνητές και υπηρεσιακούς παράγοντες⁴⁴⁰. Το πρόγραμμα θέτει ως στόχους της εθνικής πολιτικής υγείας τη διασφάλιση της υψηλής ποιότητας των παροχών και την ισότιμη εξασφάλιση των υπηρεσιών και των αγαθών υγείας για το σύνολο του πληθυσμού. Το πρόγραμμα εξετάζει τρεις εναλλακτικούς τρόπους για τη μετάβαση σε ένα δημόσιο σύστημα υγείας: α) τη δημιουργία μιας ενιαίας εθνικής υπηρεσίας, β) την ενοποίηση των κλάδων ασθένειας του ΙΚΑ, του ΤΕΒΕ, του ΟΓΑ και όσων ασφαλιστικών οργανισμών αποφασίσουν να ενοποιηθούν, και γ) τη θέσπιση ευρείας συνεργασίας και συντονισμού των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Το πρόγραμμα, που χαρακτηρίζεται από ρεαλισμό, προκρίνει την ευρεία συνεργασία και τον συντονισμό των υγειονομικών οργανισμών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν οι αντιδράσεις και να καταστεί δυνατή η εφαρμογή του.

Το πρόγραμμα του ΚΕΠΕ αποτελεί τη βάση για το νομοσχέδιο Δοξιάδη⁴⁴¹ με τον τίτλο *Μέτρα προστασίας της υγείας*, που όμως καταψηφίζεται από τη Βουλή⁴⁴².

439. Ο Λουκάς Πάτρας ήταν καθηγητής πανεπιστημίου. Βλ. *Venieris D.*, ό.π., σ. 31.

440. Πρόεδρος ήταν η Γενική Διευθύντρια του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών Μ. Βιολάκη-Παρασκευά, υπεύθυνοι των ομάδων ήταν οι Σπ. Δοξιάδης, Αθ. Ζωγρομαλλίδης, Λ. Λιαρόπουλος, Γ. Μαρκαντωνάτος, Α. Σισσούρας, Δ. Τριχόπουλος.

441. Ο Σπ. Δοξιάδης, καθηγητής ιατρικής, διετέλεσε Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας επί κυβερνήσεων της Νέας Δημοκρατίας.

442. Παραδόξως, καταψηφίσθηκε και από βουλευτές του κυβερνώντος τότε κόμματος της Νέας Δημοκρατίας. Βλ. την αγόρευση του Παν. Κανελλόπουλου κατά τη συζήτηση του Ν 1397/1983, Πρακτικά της Βουλής, Τμήμα Διακοπής Εργασιών Βουλής, Συνεδρίαση ΛΖ', 23

Το νομοσχέδιο αποσκοπεί στον προγραμματισμό της υγείας κατόπιν αξιολόγησης των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού, στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στη συγκέντρωση και την ανάπτυξη των μεγαλύτερων νοσοκομείων σε νομαρχιακό επίπεδο, ώστε να μη σπαταλώνται πόροι σε νοσηλευτικές μονάδες μικρές και ανεπαρκείς ως προς το φάσμα των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην αποκέντρωση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών, προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση του πληθυσμού και να καλύπτονται και οι μακροχρόνιες ανάγκες, στη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στον προγραμματισμό, στην αποτίμηση και στη βελτίωση της εκπαίδευσής, της εξειδίκευσής και της κατάρτισής των επαγγελματιών υγείας.

Την περίοδο αυτή γίνεται δεκτό ότι το ισχύον κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα για την κάλυψη του κινδύνου της ασθένειας δεν καλύπτει αποτελεσματικά την υγεία, παρ' ότι σταδιακά ασφαλιζεται το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού⁴⁴³.

Αυγούστου 1983, σ. 1353 και την αγόρευση του Ι. Κεφαλογιάννη, ως εισηγητή της μειοψηφίας, στις σ. 1343 και 1344.

443. Οι κύριες αδυναμίες είναι οι ακόλουθες: α) Η κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι πλήρης. Ασφαλιζονται μόνον οι εργαζόμενοι και δεν έχει παράλληλα αναπτυχθεί ικανοποιητικά ο θεσμός της κοινωνικής πρόνοιας για να εξασφαλίσει συνολικά και με κρατική χρηματοδότηση την προστασία της υγείας για τους ανασφάλιστους, ιδίως αυτούς που δεν έχουν επαρκή εισοδήματα. Χαρακτηριστικά, οι ασφαλιστικοί φορείς είχαν αναλάβει την εκπαίδευση και την περίθαλψη των ανάπηρων παιδιών (Ν 861/1979), τη συνταξιοδότηση, την εκπαίδευση και την περίθαλψη των τυφλών (Ν 612/1977) κ.λπ. Στην πραγματικότητα, δεν επρόκειτο για διεύρυνση της έννοιας του ασφαλισμένου, αλλά για ανάθεση της χορήγησης των προνοιακών παροχών στους ασφαλιστικούς οργανισμούς, συχνά δε με δική τους επιβάρυνση. Παρά τις σχετικές διατάξεις του Ν 465/1970, το κράτος παρέλειψε να αποδώσει στους ασφαλιστικούς οργανισμούς τα ποσά με τα οποία επιβαρύνθηκαν από τη χορήγηση των προνοιακών παροχών. β) Η κοινωνική ασφάλιση δεν καλύπτει τις προληπτικές υπηρεσίες υγείας. Ενδεικτικά, ενώ το άρθρο 42, παρ. 1 του Ν 1846/1951 για την ασφάλιση στο ΙΚΑ προβλέπει την έκδοση ειδικού κανονισμού για τη χορήγηση των προληπτικών παροχών, εν τούτοις τέτοιος κανονισμός δεν εκδόθηκε. γ) Το σύστημα δημιουργεί ανισότητες ως προς το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται αφενός μεταξύ των ασφαλισμένων σε διαφορετικούς οργανισμούς και αφετέρου μεταξύ των δικαιούχων της πρόνοιας και των ασφαλισμένων. Η νομολογία δέχεται ότι δεν αντίκειται στην αρχή της ισότητας η διαφοροποίηση των κανονιστικών ρυθμίσεων κατά κατηγορίες πολιτών, εφόσον δεν δημιουργούνται ακραίες ανισότητες και καταστάσεις αντίθετες με το αίσθημα δικαίου. Βλ. ενδεικτικά ΣτΕ 2253/1976, ΕΔΚΑ 1976, 691. Επίσης, δεν απαγορεύεται από τον κοινό νομοθέτη η άνηση μεταχείριση των πολιτών που τελούν σε διαφορετική νομική και πραγματική κατάσταση και είναι ασφαλισμένοι σε ξεχωριστούς ασφαλιστικούς φορείς, βλ. ΣτΕ 1852/1977, ΤοΣ 1977, 454, ΑΠ Ολ 1411/1984, ΕΔΚΑ 1976, 476, ΣτΕ 897, 898/1979, 2101/1981, ΕΔΚΑ 1982, 149, ΑΠ Ολ 926/1982, ΕΔΚΑ 1983, 74 κ.ά. Καταβάλλονται προσπάθειες να διευρυνθεί ο κύκλος των ασφαλισμένων και των δικαιούχων της πρόνοιας (άρθρο 6 του Ν 861/1979), καθώς και η έννοια της ασθένειας (άρθρο 46 του Ν 2698/1953). Ωστόσο, οι προσπάθειες αυτές δεν ευοδώνονται, διότι δεν υποστηρίζονται από τη μεταβίβαση οικονομικών πόρων προς τους οργανισμούς κοινωνικής προστασίας.

Συνοπτικά, η τριακονταετία 1953-1982 προετοιμάζει επιστημονικά, κοινωνικά και πολιτικά την εισαγωγή του δημόσιου συστήματος υπηρεσιών υγείας. Το ΕΣΥ θεσπίσθηκε την αμέσως επόμενη περίοδο και είχε αποτελέσει αντικείμενο προεκλογικής εξαγγελίας του κυβερνώντος κόμματος⁴⁴⁴.

35. Η προστασία της υγείας μετά τον Ν 1397/1983

Η ίδρυση του δημόσιου συστήματος υπηρεσιών υγείας ικανοποιεί ένα μακροχρόνιο κοινωνικό και πολιτικό αίτημα και γίνεται με τρεις σημαντικούς νόμους. Ο πρώτος κατά χρονική σειρά είναι ο Ν 1278/1982, *Σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας*, ακολουθεί ο Ν 1316/1983, *Ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Κρατικής Φαρμακαποθήκης*, και τέλος εκδίδεται ο Ν 1397/1983, *Εθνικό Σύστημα Υγείας*. Η τριλογία αυτή ρυθμίζει οργανωτικά ζητήματα κρίσιμα για την ίδρυση του ΕΣΥ και αποφεύγει να εμπλακεί σε οτιδήποτε δεν είναι αναγκαίο για την εξυπηρέτηση του σκοπού αυτού. Ενδεικτικά, ενώ προβαίνει σε εξαντλητική ρύθμιση των υπηρεσιακών σχέσεων των ιατρών του ΕΣΥ, εν τούτοις αποφεύγει να θίξει άλλα θέματα που αφορούν στους ιατρούς εντός και εκτός ΕΣΥ⁴⁴⁵.

Στην Ελλάδα λειτουργούν συνολικά 317 θεραπευτήρια με 52.511 κρεβάτια. Στον αριθμό αυτό δεν περιλαμβάνονται τα στρατιωτικά νοσοκομεία. Από αυτά τα 141 είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου με 36.554 κρεβάτια, 6 νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με 1568 κρεβάτια και 170 ιδιωτικές κλινικές με 14.389 κρεβάτια. Συνολικά δαπανάται το 9,1% του ΑΕΠ και αναλυτικά το 60% σε δημόσιες υπηρεσίες και το 40% σε ιδιωτικές. Το 54% της δαπάνης προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και το υπόλοιπο 46% από την κοινωνική ασφάλιση. Η δαπάνη κατανέμεται ως εξής: 60% για νοσοκομειακή φροντίδα, 20% για εξωνοσοκομειακή, 16% για φαρμακευτική και 4% για λοιπή φροντίδα⁴⁴⁶.

444. Το ΠΑΣΟΚ είχε εξαγγείλει τη δημιουργία του ΕΣΥ. Βλ. την αγόρευση του Γρ. Σολωμού στη Βουλή, ως εισηγητή της πλειοψηφίας, κατά τη συζήτηση του Ν 1397/1983, Πρακτικά της Βουλής, ό.π., σ. 1338.

445. Για παράδειγμα, η καθιέρωση δικαιωμάτων του νοσηλευόμενου, η αξιολόγηση των παρεχόμενων δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

446. Βλ. συνοπτική στατιστική επετηρίδα της Ελλάδος 2007, δημοσιευμένη στην ιστοσελίδα της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας <http://www.statistics.gr/documents/Yearbook.pdf>, επίσημης, Ελληνική Δημοκρατία, ΥΥΚΑ, Προτάσεις Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για τη σύνταξη των κατευθύνσεων εθνικής στρατηγικής ανάπτυξης 2007-2013, Αθήνα 1.2.05. Παράρτημα 3, Διημερίδα Εργασίας για το Εθνικό Σχέδιο Ανάπτυξης του Τομέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007-2013, που διοργανώθηκε από το ΥΥΚΑ και το ΕΚΤ. Ωστόσο, τα στοιχεία που δίδονται παρουσιάζουν διαφορές με αυτά της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι στον ιδιωτικό τομέα υπάρχουν 234 νοσοκομεία και κλινικές με 15.600 κλίνες, 250 διαγνωστικά κέντρα, 30.000 ιατρεία και εργαστήρια, 11.000 οδοντιατρεία και 12.000 φαρμακεία. Βλ. και παραπάνω υποσημ. 95.

Το ΕΣΥ, στη διάρκεια των 35 περίπου ετών που διήλθαν από τη θέσπισή του, τροποποιήθηκε επανειλημμένα ως προς τις ιδεολογικές κατευθύνσεις και τη δομή του. Οι μεταρρυθμίσεις που έγιναν αποβλέπουν κυρίως στα εξής: Στις αρχές που το διέπουν, στη σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα, στη σχέση του κέντρου με την περιφέρεια, στον ρόλο του ιατρού και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας και στην αποδοτική διοίκηση. Τα ζητήματα αυτά είναι κομβικά για κάθε δημόσιο σύστημα υγείας. Η συνεχής όμως και εκτεταμένη παλινδρόμηση ως προς τις κύριες κατευθύνσεις του ΕΣΥ καταδεικνύει ότι ενώ υπάρχει πολιτική συναίνεση επί της αρχής, δηλαδή ως προς τη θέσπιση ενός δημόσιου συστήματος υπηρεσιών υγείας, εν τούτοις είναι ανύπαρκτη ως προς τα χαρακτηριστικά του⁴⁴⁷. Οι σχέσεις του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα, το επιθυμητό σύστημα διοικητικής οργάνωσης και ο ρόλος των ιατρών βρίσκονται στο επίκεντρο κάθε μεταρρυθμίσεως του ΕΣΥ.

Δύο ερωτήματα τίθενται εδώ: Εάν σταδιακά επήλθε συναίνεση ως προς τα προαναφερθέντα κρίσιμα ζητήματα και εάν οι γενικές αρχές του ευρωπαϊκού δικαίου συμβάλλουν στην επίτευξη συναίνεσης και αποτελούν σταθεροποιητικό παράγοντα για την περαιτέρω εξέλιξη του ΕΣΥ.

36. Οι γενικές αρχές του ΕΣΥ

Το ΕΣΥ εμπνέεται και πληροί τα χαρακτηριστικά συστήματος υγείας τύπου Beveridge, όπου η ευθύνη για τις κοινωνικές παροχές μετατίθεται από τις οργανωμένες ομάδες στο κράτος. Τα βασικά στοιχεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εκτός από την κρατική ευθύνη και χρηματοδότηση, είναι η καθολική, ισότιμη και κατάλληλη προστασία της υγείας του πληθυσμού και η οργάνωση σε κρατικές υπηρεσίες ή δημόσια νομικά πρόσωπα που ελέγχονται από το κράτος⁴⁴⁸. Δεν αποτελούν κύρια στοιχεία του ΕΣΥ ούτε η υπηρεσιακή σχέση των ιατρών ούτε η ελεύθερη επιλογή του ιατρού από τον ασθενή ούτε η τυχόν συνεργασία των ιδιωτικών οργανισμών με τους δημόσιους ούτε ο μικρότερος ή μεγαλύτερος βαθμός αυτοδιοίκησης ή αποκέντρωσης. Ειδικότερα, ως προς τα κύρια στοιχεία του ΕΣΥ:

α. Το περιεχόμενο της κρατικής ευθύνης για προστασία της υγείας. Ο Ν 1397/1983 ορίζει στο άρθρο 1 ότι: Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα

447. Λιαρόπουλος Λ., «Η πολιτική διοίκηση στον τομέα υγείας: Διαπιστώσεις και προτάσεις», εισήγηση στα Πρακτικά του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου «Υγεία: Ποιος θα πληρώσει; Η αναζήτηση της μεταρρύθμισης στην ιατρική περίθαλψη», ό.π. Ο εισηγητής υποστηρίζει ορθώς ότι η για την αποτυχία στον χώρο της υγείας ευθύνεται η έλλειψη συνέχειας στην άσκηση πολιτικής υγείας και το γεγονός ότι κανένα από τα «νέα» νομοσχέδια δεν έχει εφαρμοσθεί.

448. Αλεξιάδης Α.-Δ., Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας, ό.π., σ. 19.

υγείας. Το κράτος παρέχει τις υπηρεσίες υγείας στους πολίτες και ενώ δεν καταργεί τον ιδιωτικό τομέα περιορίζει την επέκτασή του και ασκεί αυστηρότατο έλεγχο⁴⁴⁹. Με τον Ν 4238/2014 στο ΕΣΥ εντάσσεται και η πρωτοβάθμια περίθαλψη και έτσι το ΕΣΥ ολοκληρώνεται και δεν είναι μόνο νοσοκομειακή υπηρεσία.

Η διάταξη αυτή τροποποιείται από τον Ν 2071/1992 που ορίζει ότι: Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση της υγείας των πολιτών. Το κράτος δεν παρέχει υπηρεσίες υγείας, αλλά μεριμνά για τη λειτουργία των κατάλληλων φορέων, είτε δημόσιων είτε ιδιωτικών. Με άλλα λόγια, το κράτος υποχρεούται να εξασφαλίζει ότι υπάρχουν και λειτουργούν συνεχώς οι υγειονομικοί φορείς, ώστε να καθίσταται εφικτή στους πολίτες η άσκηση του δικαιώματός τους στην προστασία της υγείας⁴⁵⁰. Η κρατική ευθύνη εξαντλείται στην εξασφάλιση της συνεχούς λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Τίθεται επίσης το ζήτημα ότι ο κοινός νομοθέτης, χωρίς τούτο να επιβάλλεται από το Σύνταγμα, μπορεί να ρυθμίσει την παροχή των υπηρεσιών υγείας και να επιβάλει περιορισμούς στους ιδιωτικούς φορείς, λιγότερο ή περισσότερο αυστηρούς, όπως έκανε για παράδειγμα με τον Ν 1397/1983⁴⁵¹. Πάντως, παρά τις διαφορές τους, οι διατάξεις του 1983 και του 1992 έχουν κοινό παρονομαστή: και οι δύο κατοχυρώνουν την προστασία της υγείας για το σύνολο των πολιτών, ανεξάρτητα από το εάν αυτοί είναι εργαζόμενοι ή όχι και ανεξάρτητα από το εάν πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις. Περαιτέρω, ο Ν 2071/1992 καταργεί τους περιορισμούς που είχε επιβάλει ο Ν 1397/1983 στα ιδιωτικά νοσοκομεία και συγκεκριμένα την απαγόρευση ίδρυσης, επέκτασης, μεταβίβασης ιδιωτικών νοσοκομείων καθώς και τη χρήση του όρου νοσοκομείο από αυτά.

Στη συνέχεια, με το άρθρο 1 του Ν 2194/1994 επαναφέρεται σε ισχύ το άρθρο 1 του Ν 1397/1983 χωρίς όμως ταυτόχρονα να επανέλθουν σε ισχύ οι περιορισμοί στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας που είχε θέσει το άρθρο 6 του Ν 1397/1983. Αν και το άρθρο 1 του Ν 2071/1992 ίσχυσε μόλις δύο έτη, φαινομενικά και μόνον αποτελεί μικρή παρένθεση στη διαχρονική εξέλιξη του ΕΣΥ. Ο Ν 2071/1992 διαμορφώνει το περιεχόμενο των σχέσεων του δημόσιου με τον ιδιω-

449. Βλ. παρακάτω ενότητα 37.

450. Βλ. παραπάνω ενότητα 8.

451. Μεταξύ άλλων προβλέπεται ότι τα ΝΠΙΔ που επικορηνούνται από το κράτος για να συνεχίσουν να επικορηνούνται πρέπει να ενταχθούν στο ΕΣΥ και να μετατραπούν σε ΝΠΔΔ, απαγορεύεται η ίδρυση, η επέκταση και η μετατροπή της νομικής μορφής των ιδιωτικών κλινικών, υποχρεώνονται οι μέτοχοι ιδιωτικών κλινικών που λειτουργούν ως ανώνυμες εταιρείες να μετατρέψουν τις μετοχές τους σε ονομαστικές, άλλως θεωρούνται άκυρες και μετά την πάροδο ορισμένης προθεσμίας περιέρχονται στην κυριότητα του δημοσίου, απαγορεύεται η χρήση του όρου νοσοκομείο από ιδιωτικό νομικό πρόσωπο κ.λπ. Βλ. παρακάτω ενότητα 37.

τικό τομέα και κατ' αυτόν τον τρόπο συμβάλλει ουσιαστικά στον προσδιορισμό του περιεχομένου της κρατικής ευθύνης για την προστασία της υγείας.

β. Η καθολική και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας. Η χρήση του όρου ισοτιμία αντί ισότητα παραπέμπει στην κρατούσα στην ελληνική έννομη τάξη αναλογική ισότητα⁴⁵² και απηχεί την επιλογή του νομοθέτη να καλύπτονται οι παροχές υγείας με υπηρεσίες που προσφέρονται με κρατική διατίμηση⁴⁵³. Η καθολική προστασία κατά τον Ν 1397/1983 αναφέρεται στο σύνολο των πολιτών. Σε συνδυασμό όμως με τις προαναφερθείσες συνταγματικές διατάξεις και άλλους νόμους, στο σύνολο αυτό περιλαμβάνονται και οι νόμιμα διαμένοντες στη χώρα αλλοδαποί και οι ανήλικοι, ενώ οι παράνομα διαμένοντες στη χώρα μόνο στις περιπτώσεις των έκτακτων ή των σοβαρών περιστατικών⁴⁵⁴.

γ. Ενιαία και αποκεντρωμένη δομή. Όλοι οι δημόσιοι οργανισμοί που παρέχουν υπηρεσίες και αγαθά υγείας εντάσσονται σε ενιαία οργανωτική δομή. Εκτός από την κεντρική διοίκηση, λειτουργούν και σε περιφερειακό επίπεδο υπηρεσίες υγείας. Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια.

1. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη: Κατά τον Ν 1397/1983 τα Κέντρα Υγείας, που διακρίνονται σε Κέντρα αστικών περιοχών και Κέντρα αγροτικών περιοχών, παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη σε όλη την επικράτεια. Ειδικότερα, είναι υπεύθυνα για την πρόληψη, την ενημέρωση του πληθυσμού, την αντιμετώπιση των βασικών προβλημάτων υγιεινής στον τόπο κατοικίας και τη μεταφορά όσων έχουν ανάγκη νοσηλείας στο νοσοκομείο, την αποφυγή των άσκοπων εισαγωγών στα νοσοκομεία, την προστασία του περιβάλλοντος, την προστασία των εργαζομένων στον χώρο εργασίας, την ένταξη των τομέων της κοινωνικής ιατρικής και της κοινωνικής φροντίδας των πολιτών· προβλέπεται επίσης ο οικογενειακός ιατρός. Τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού. Επίσης, συνιστώνται περιφερειακά ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας.

Το άρθρο 16 του Ν 1397/1983 προβλέπει την κατάργηση των μονάδων παροχής πρωτοβάθμιας περιθάλψεως που λειτουργούν από τους ασφαλιστικούς φορείς και την απόδοση των δαπανών περιθάλψεως και νοσηλείας των ασφαλισμένων στα νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας. Όμως μέχρι σήμερα δεν έχει εφαρμοσθεί, παρά τις επισημάνσεις ακόμη και της επιτροπής εμπειρογνομόνων που συστάθηκε το 1994 υπό την προεδρία του Abel Smith⁴⁵⁵.

452. Κρεμαλής Κ., Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, ό.π., σ. 115 κε.

453. Κοντάδης Ξ., Συνταγματικές εγγυήσεις, ό.π., σ. 419, Εμμανουηλίδης Δ., Παπαγιάννης Ι., ό.π., σ. 995.

454. Βλ. παραπάνω ενότητα 9.

455. Η επιτροπή προτείνει να συσταθεί ενιαίο ταμείο υγείας και να ενταχθούν σε αυτό οι κλάδοι ασφάλισης ασθενείας των ταμείων κοινωνικής ασφάλισης, να αποκεντρωθεί το σύστημα

Με τον Ν 3235/2004, *Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας*, αναδιοργανώνεται το σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες δεν απαιτούν εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών και τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη των νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας, τον οικογενειακό προγραμματισμό, τις απαραίτητες υποδομές για την εξασφάλιση και τη διαχείριση όλων των ιατρικών πληροφοριών και δεδομένων του πληθυσμού, την οδοντιατρική φροντίδα, τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής φροντίδας και τις υπηρεσίες αποκατάστασης, την παρακολούθηση χρονίως πασχόντων για τους οποίους δεν απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Ο νόμος κάνει για πρώτη φορά αναφορά στον στόχο της κοινωνικής συνοχής και της πρόσβασης σε μια δέσμη επαρκών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αναφέρεται ότι οι αρχές που διέπουν την πρωτοβάθμια φροντίδα είναι της ισότητας στην πρόσβαση και στη φροντίδα, της ολοκληρωμένης φροντίδας υπό την έννοια της διαχείρισης των κινδύνων της υγείας στο περιβάλλον του χρήστη, της εμπιστευτικότητας των πληροφοριών υγείας, της ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού και του προσωπικού ιατρού. Οι αρχές αυτές αντιστοιχούν στις αρχές της καθολικής, ισότιμης, χωρίς διακρίσεις παροχής υπηρεσιών υγείας, τις οποίες όμως εξειδικεύουν όσον αφορά στην ολοκληρωμένη πρόσβαση. Όμως, σε αντίθεση με τις αρχές που διέπουν το ΕΣΥ, προβλέπεται η ελεύθερη επιλογή ιατρού.

Ο νόμος 3235/2004 εισάγει επίσης τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο και την ηλεκτρονική κάρτα υγείας⁴⁵⁶. Ο ηλεκτρονικός φάκελος περιέχει τις ιατρικές πληροφορίες για κάθε πολίτη, οι οποίες προέρχονται από οποιονδήποτε οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας. Με ξεχωριστή διάταξη καθιερώνεται η αρχή της εμπιστευ-

υγείας με τη σύσταση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και να αναδιοργανωθούν τα νοσοκομεία. Ειδικότερα, να παραμείνουν στον δημόσιο τομέα, αλλά να αποκτήσουν μεγαλύτερη αυτονομία, να εφαρμοσθεί ο θεσμός του οικογενειακού ιατρού, να ανατεθεί σε επαγγελματίες η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, να υποστεί μεταρρυθμίσεις το καθεστώς των ιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας και συγκεκριμένα να μην είναι δημόσιοι υπάλληλοι και να αμείβονται κατά πράξη και κατά περίπτωση. Μέλη της επιτροπής ήταν οι Brian Abel-Smith, Johan Calltrop, Ad. J. Dunning, Robert Evans, Walter Holland, Brian Jarman, Maureen Dixon και Ηλίας Μόσιαλος. Βλ. και *Matsaganis M.*, «From the North Sea to the Mediterranean? Constraints to Health Reform in Greece», *International Journal of Health Services* 2/1998, σ. 333 κε.

456. Δεν έχει εκδοθεί η προβλεπόμενη από το άρθρο 9, παρ. 5 του νόμου απόφαση του Υπουργού Υγείας για τον καθορισμό των αναγκαίων στοιχείων υποδομής, τον τύπο και το περιεχόμενο του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου του ασφαλισμένου, οι συνθήκες ασφαλείας του συστήματος, οι βασικές πληροφορίες που θα περιέχονται στην ηλεκτρονική κάρτα υγείας, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

τικότητας κατά την πρόσβαση στις πληροφορίες⁴⁵⁷ και ποινικές κυρώσεις εις βάρος αυτών που παραβιάζουν την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών κατά τα ειδικότερα οριζόμενα στο άρθρο 11 του νόμου. Συναφώς, με τον Ν 3892/2010 εισάγεται η ηλεκτρονική καταχώριση και εκτέλεση των ιατρικών συνταγών για εξετάσεις προκειμένου να αντιμετωπισθεί η υπερσυνταγογράφηση. Ήδη με το άρθρο 51 παρ. 4 του Ν 4238/2014 προβλέπεται ο ατομικός ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (ΑΗΦΥ) που περιέχει το συνοπτικό ιστορικό υγείας, με ενιαίο και υποχρεωτικό σε εθνικό επίπεδο περιεχόμενο, για όλους τους Έλληνες πολίτες.

Με τον νόμο 4238/2014 δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ) στο ΕΣΥ που λειτουργεί στις 7 Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (που έχουν προκύψει από τη μετονομασία των ΠεΣΥΠ δυνάμει του Ν 3329/2005 και δυνάμει του Ν 4052/2012 αντιστοιχούν στις 7 αποκεντρωμένες διοικήσεις του προγράμματος Καλλικράτη). Ο νόμος αυτός εντάσσει το προβλεπόμενο ήδη από τον Ν 3235/2004 σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ΕΣΥ και όλες οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) παρέχονται με βάση τις παραπάνω γενικές αρχές του ΕΣΥ. Κατά το άρθρο 1 παρ. 4 του νόμου, η ΠΦΥ αποτελεί «πύλη εισόδου» στο σύστημα υγείας και παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας. Ειδικότερα, οι υπηρεσίες ΠΦΥ περιλαμβάνουν όλες τις υπηρεσίες για τις οποίες δεν απαιτείται εισαγωγή σε νοσηλευτικό ίδρυμα, την εκτίμηση των αναγκών υγείας των πολιτών, τον σχεδιασμό και την υλοποίηση μέτρων για την πρόληψη νοσημάτων, την καθολική εφαρμογή του προγράμματος προσυμπτωματικού ελέγχου για επιλεγμένα νοσήματα και την προαγωγή της υγείας, την παροχή πρώτων βοθημάτων, την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας ψυχικής υγείας, την παραπομπή και παρακολούθηση περιστατικών σε γενικό ή ειδικό νοσοκομείο, την τακτική παρακολούθηση των ασθενών με χρόνια νοσήματα, τις υπηρεσίες μετανοσοκομειακής και κατ' οίκον φροντίδας υγείας καθώς και αποκατάστασης, τον οικογενειακό προγραμματισμό και τις υπηρεσίες μητέρας - παιδιού, τη διασύνδεση με τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας, την παροχή ανακουφιστικής και παρηγορητικής φροντίδας, την πρωτοβάθμια οδοντιατρική και ορθοδοντική φροντίδα με έμφαση στην πρόληψη, την υλοποίηση προγραμμάτων εμβολιασμού.

457. Ειδικότερα, κατά το άρθρο 10 του νόμου, πρόσβαση έχει ο ίδιος ο πολίτης για το σύνολο των πληροφοριών, ο οικογενειακός ή ο προσωπικός ιατρός στο σύνολο των πληροφοριών εκτός από τις πληροφορίες στις οποίες ο πολίτης αρνείται την πρόσβαση, οι καθ' ύλην αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πληροφοριών του πολίτη στον οποίο η μονάδα παρέχει τις υπηρεσίες αυτές. Στην περίπτωση επιστημονικών αναλύσεων και μελετών, και για την αξιολόγηση των υπηρεσιών, επιτρέπεται η χρήση δεδομένων με τη συναίνεση του πολίτη ή χωρίς αυτήν, εφόσον δεν δημοσιοποιείται η ταυτότητά του.

Κατά το άρθρο 2 του νόμου, οι δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ΠΕΔΥ είναι 1. Τα Κέντρα Υγείας και οι υπόλοιπες Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των ΔΥΠΕ. 2. Τα Κέντρα Υγείας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) που αποτελούν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των ΔΥΠΕ καθώς και τα Ειδικά Κέντρα Υγείας και τα Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία τα οποία έχουν συσταθεί ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων του ΕΣΥ. 3. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) εξαιρουμένων των Φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ. Όλες οι παραπάνω μονάδες ΠΦΥ διασυνδέονται με τα νοσοκομεία της ΔΥΠΕ στην οποία υπάγονται. Για την ίδρυση και λειτουργία των νέων κέντρων υγείας απαιτείται έγκριση σκοπιμότητας από τον Υπουργό Υγείας έπειτα από εισήγηση της οικίας ΔΥΠΕ και απόφαση του ΚΕΣΥΠε. Τα κριτήρια που λαμβάνονται υπόψη είναι ιδίως η αναγκαιότητα της ίδρυσης, τα πληθυσμιακά δεδομένα, η γειτνίαση με υφιστάμενες μονάδες υγείας, οι συνθήκες της κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της περιοχής, η προσβασιμότητα των περιοχών και οι συγκοινωνιακές συνθήκες. Η περιοχή ευθύνης κάθε κέντρου υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΤοΠΦΥ) της ΔΥΠΕ και όλες οι δομές εντός του ΤοΠΦΥ συνιστούν το τοπικό δίκτυο υπηρεσιών. Σε κάθε Δήμο αντιστοιχεί τουλάχιστον ένας ΤοΠΦΥ (άρθρο 3 παρ. 1-5 του νόμου)

Ο νόμος στο άρθρο 5 επαναλαμβάνει αντίστοιχες προβλέψεις του άρθρου 7 του Ν 3235/2004 για τον οικογενειακό ιατρό. Ο πολίτης έχει δικαίωμα επιλογής και αλλαγής μία φορά στη διάρκεια κάθε έτους και κάθε άλλη φορά που συμφωνεί με τον ιατρό. Στο άρθρο 28 του Ν 4238/2014 προβλέπεται ότι οι ιδιωτικοί φορείς ΠΦΥ με όποια ονομασία ή νομική μορφή λειτουργούν υποχρεούνται να εφαρμόσουν τις διατάξεις του νόμου και να λάβουν άδεια λειτουργίας παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ εντός έτους από τον οικείο ιατρικό σύλλογο.

Με το άρθρο 106 του Ν 4461/2017 προβλέπεται η συγκρότηση των Τοπικών Ομάδων Υγείας (ΤΟΜΥ) από τον Διοικητή της υγειονομικής περιφέρειας για την υποστήριξη του έργου που παρέχουν η δημόσιες δομές παροχής ΠΦΥ. Οι ΤΟΜΥ αποτελούνται από 12 επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας διοικητικό προσωπικό κ.λπ.) και η περιοχή ευθύνης τους κυμαίνεται από 10.000 έως 12.000 κατοίκους, εκτός αν οι τοπικές ανάγκες επιβάλλουν κάτι διαφορετικό. Συνάπτονται συμβάσεις εργασίας ορισμένου χρόνου, πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, διάρκειας δύο ετών ανανεώσιμη, κατόπιν προκήρυξης (από το Υπουργείο Υγείας και μετά έγκριση του ΑΣΕΠ) των αντίστοιχων θέσεων και χωρίς την έγκριση του άρθρου 2 της ΠΥΣ 33/2006, όπως ισχύει. Υπεύθυνος για τη λειτουργική οργάνωση της Ομάδας είναι ο Συντονιστής που ορίζεται με ψηφοφορία μεταξύ των μελών της. Οι ΤΟΜΥ στεγάζονται σε κτίρια του ΠΕΔΥ ή άλλα κτίρια του Δημοσίου ή των ΟΤΑ ή φορέων που τους τα παραχωρούν ή

σε κτίρια που μισθώνει η ΔΥΠΕ για τη στέγασή τους. Η μισθοδοσία των ΤΟΜΥ αποφασίζεται με ΚΥΑ των Υπουργών Οικονομίας και Ανάπτυξης και Υγείας και καλύπτεται από πόρους της ΕΕ με τους όρους των Κανονισμών για τα Ευρωπαϊκά Διαρθρωτικά και Επενδυτικά Ταμεία, στο πλαίσιο τετραετούς συγχρηματοδοτούμενου προγράμματος με αξιοποίηση πόρων από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο. Οι ΤΟΜΥ είναι κατ' ουσίαν μονάδες οικογενειακής ιατρικής με εγγεγραμμένο πληθυσμό στην ευθύνη τους.

Ήδη, σε λιγότερο από 3 χρόνια από τη θέσπιση της ΠΦΥ του ΠΕΔΥ, σχεδιάζεται η μεταρρύθμισή του. Ειδικότερα, σχεδιάζεται η παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ σε δύο επίπεδα. Στο πρώτο οι ΤΟΜΥ (μη αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας), τα περιφερειακά ιατρεία, τα περιφερειακά (πολυδύναμα, ειδικά και τοπικά ιατρεία) που μπορεί να μετονομάζονται και σε ΤΟΜΥ, εφόσον το επιτρέπει η σύνθεση του προσωπικού τους, παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ και στο δεύτερο οι υπηρεσίες «περιπατητικής φροντίδας», δηλαδή εξωνοσοκομειακής εξειδικευμένης φροντίδας, από τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου. Τα κέντρα υγείας παρέχονται ειδικές υπηρεσίες υγείας που παραπέμπονται από την ΤΟΜΥ ή άλλες μονάδες της ΤοΠΦΥ και τα έκτακτα και επείγοντα περιστατικά Τα Κέντρα Υγείας διασυνδέονται άμεσα με τα νοσοκομεία. Τέλος, προβλέπεται διαδικασία ακρόασης κοινωνικών φορέων και πολιτών με σκοπό ο Συντονιστής του ΤοΠΦΥ να αντιμετωπίζει τα προβλήματα κακοδιοίκησης που αντιμετωπίζουν οι πολίτες στον Τομέα. Η διαδικασία ακρόασης διεξάγεται μια φορά κάθε έξι μήνες με κανόνες δημοσιότητας και τηρούνται πρακτικά.

Πρακτικά, η περιοχή ευθύνης της ΔΥΠΕ διαιρείται σε ΤοΠΦΥ, σε κάθε Δήμο λειτουργεί τουλάχιστον ένα Κέντρο Υγείας και σε κάθε δημοτική ενότητα τουλάχιστον ένας ΤΟΜΥ που στελεκώνεται από μια ομάδα υγείας. Οι οικογενειακοί ιατροί μπορεί να είναι είτε γιατροί του ΕΣΥ που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε δημόσιες μονάδες ΠΦΥ, είτε συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ και με εγγεγραμμένο πληθυσμό ευθύνης, είτε μέλη της ΤΟΜΥ και να έχουν ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, και παιδίατροι για τα παιδιά. Οι οικογενειακοί ιατροί αμείβονται κατά κεφαλήν, ενώ οι ιατροί ειδικότητας κατά πράξη, όταν εκτελούν παραπεμπτικό οικογενειακού ιατρού ή με πάγια αντιμισθία και εφόσον τηρούν το ημερήσιο και εβδομαδιαίο χρόνο απασχόλησης για τον πληθυσμό της ευθύνης τους.

Εν κατακλείδι, η ΠΦΥ είχε παραμεληθεί στα πρώτα χρόνια λειτουργίας του ΕΣΥ. Το ΕΣΥ ήταν «νοσοκομειοκεντρικό»⁴⁵⁸. Τούτο είχε ως αποτέλεσμα οι πολίτες να έχουν στραφεί στον ιδιωτικό τομέα (ιδιωτική ασφάλιση, ιδιωτικές πληρωμές). Μετά το 2010, λόγω της κρίσης, λαμβάνονται συστηματικά μέτρα για την ανάπτυξη της ΠΦΥ. Σκοπός είναι αφενός η καθήλωση της δαπάνης για την υγεία στο 6% του ΑΕΠ και αφετέρου η δικαιότερη δυνατή κατανομή των διαθέσιμων πόρων. Οι δομές

458. Με εξαίρεση τον Ν 2519/1997 που περιείχε ρυθμίσεις για την ειδικότητα της γενικής ιατρικής και για τα δίκτυα ΠΦΥ που έτυχαν περιορισμένης εφαρμογής.

ΠΦΥ ενοποιούνται, καθίστανται τμήμα του ΕΣΥ και διασυνδέονται με τα νοσοκομεία. Η υλοποίηση των μέτρων για την ΠΦΥ μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων, στη διασφάλιση της ισότιμης και δωρεάν πρόσβασης των πολιτών στις απαιτούμενες, ανάλογα με κατάσταση της υγείας τους, υπηρεσίες υγείας καθώς και στην πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή του επιπέδου της υγείας στη χώρα υπό την αυτονόητη προϋπόθεση ότι το ΑΕΠ διατηρείται, ως ποσόν, στο ίδιο περίπου επίπεδο. Αν όμως το ετήσιο ποσόν του ΑΕΠ μειώνεται σημαντικά, τότε η ΠΦΥ και η νοσοκομειακή περίθαλψη δεν είναι σε θέση να καλύψουν τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού. Το ΑΕΠ της χώρας στην περίοδο 2009-2015 έχει μειωθεί κατά 26% περίπου και συνακόλουθα το μέσο κατά κεφαλήν ποσόν που δαπανάται για την υγεία στη χώρα έχει μειωθεί και είναι πολύ κάτω του μέσου όρου της ΕΕ και του μέσου όρου του ΟΟΣΑ αλλά πάντως στο ίδιο περίπου επίπεδο με αυτό της Πορτογαλίας, της Ισπανίας και της Ιταλίας. Ταυτόχρονα έχουν αυξηθεί η ανεργία, οι προσφυγικές ροές, η φτώχεια, καθώς και η συμμετοχή στα φάρμακα και στις υπηρεσίες υγείας, με αποτέλεσμα να καταγράφεται αύξηση του ποσοστού των αναγκών σε υπηρεσίες υγείας που δεν έχει καταστεί δυνατόν να ικανοποιηθεί από το ΕΣΥ (π.χ. εξαιτίας του κόστους, της απόστασης, των λιστών αναμονής κ.λπ.) και να τίθεται θέμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας⁴⁵⁹.

2. Οι περιφερειακές υπηρεσίες υγείας: α) Με τον Ν 1397/1983 η αποκέντρωση πραγματοποιείται με τη διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και τη σύσταση σε κάθε υγειονομική περιφέρεια των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας ως γνωμοδοτικών οργάνων σε θέματα προγραμματισμού, οργάνων παρακολούθησής και εποπτείας του συστήματος στην περιφέρειά τους και οργάνων παρακολούθησής και αξιολόγησης του συστήματος, ιδίως όσον αφορά στον εθνικό προγραμματισμό υγείας· επίσης, με τη μεταβίβαση γνωμοδοτικών αρμοδιοτήτων στα νομαρχιακά συμβούλια για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στον νομό. Η υγειονομική περιφέρεια αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας που παρέχουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη, τα περιφερειακά νοσοκομεία (πανεπιστημιακά, γενικά και ειδικά), τα ερευνητικά και τα επιστημονικά κέντρα. Τα ΠεΣΥ διοικούνται από την ολομέλεια και την εκτελεστική επιτροπή και η σύνθεσή τους εξασφαλίζει τη συμμετοχή των εκπροσώπων των ιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, της τοπικής αυτοδιοίκησης, του επιστημονικού προσωπικού των ΑΕΙ, των εργατικών κέντρων, των εκπαιδευτικών μέσων και στοιχειώδους εκπαίδευσης κ.λπ. Όμως η ετερόκλητη και πολυάριθμη αυτή σύνθεση στερεί από τα ΠεΣΥ την αναγκαία συνοχή για την αποτελεσματική τους λειτουργία.

459. Βλ. στατιστικά στοιχεία στο Espros 2016, επίσης, Μπούσιου Σ., Σαράφης Π., «Νοτιοευρωπαϊκό μοντέλο κράτους πρόνοιας και οικονομική κρίση», Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας 4/2013, σ. 147-161, OECD, Health at a Glance, 2015, δημοσιευμένο στην ιστοσελίδα του Οργανισμού.

Τα νοσοκομεία (δευτεροβάθμια περίθαλψη) διακρίνονται σε γενικά, τα οποία έχουν τμήματα νοσηλείας όλων ή των περισσότερων ειδικοτήτων, και ειδικά, που έχουν τμήματα νοσηλείας ορισμένων μόνον ειδικοτήτων. Επίσης διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά⁴⁶⁰. Τα περιφερειακά, εκτός από τις υπηρεσίες υγείας, παρέχουν εκπαίδευση και παράγουν έρευνα.

β) Με το άρθρο 2 του Ν 2071/1992 προβλέπεται ότι οι υγειονομικές περιφέρειες μπορεί με ΠΔ να αναδιορθώνονται με βάση τις υγειονομικές και τις κοινωνικές ανάγκες⁴⁶¹. Επίσης, προβλέπεται ότι σε κάθε έδρα ΠεΣΥ ιδρύεται Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας με την οποία αποκεντρώνεται η εποπτεία που ασκεί το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις υπηρεσίες υγείας.

γ) Με το άρθρο 1 του Ν 2889/2001, *Εθνικό Σύστημα Υγείας και άλλες διατάξεις*, ορίζεται ότι οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίζονται με τις διοικητικές⁴⁶² και σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ιδρύεται ΝΠΔΔ με την επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας. Η επικράτεια διαιρείται σε 17 υγειονομικές περιφέρειες στις οποίες οργανώνονται τα ΠεΣΥ ως ΝΠΔΔ με οικονομική και δημοσιονομική αυτοτέλεια. Τα ΠεΣΥ είναι αρμόδια: α) *Για τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, τα οποία θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και τη νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία*⁴⁶³. β) *Για τον συντονισμό*

460. Η διάκριση αυτή καταργείται με το άρθρο 5, παρ. 2α του Ν 2889/2001.

461. Καταργήθηκε με το άρθρο 12 του Ν 2190/1994.

462. Με εξαίρεση την Περιφέρεια Αττικής όπου ιδρύονται τρία ΠεΣΥ και της Κεντρικής Μακεδονίας και του Νοτίου Αιγαίου όπου ιδρύονται από δύο ΠεΣΥ.

463. Σχετικά με την κατ' οίκον νοσηλεία, βλ. *Σπυράκη Χ., Φραγκιαδάκη Ε., Σουσαμλής Μ., Καρατάσης Π.*, «Κατ' οίκον νοσηλεία: Μια εναλλακτική μορφή περίθαλψης», *Επιθεώρηση Υγείας* 3-4/2006, σ. 21 κε. Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, πρόκειται για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται στα άτομα και στις οικογένειές τους στον χώρο που ζουν, κατευθυνόμενες προς την προαγωγή, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου ή την ελαχιστοποίηση των επιδράσεων της ασθένειας και της αναπηρίας. Μπορεί να λάβει από την πολύ απλή μορφή της που ονομάζεται «βοήθεια στο σπίτι» μέχρι τη συνθετότερη που ονομάζεται «κατ' οίκον νοσοκομειακή φροντίδα». Στην Ελλάδα, και πριν από τη θέσπιση των νόμων 2071/1992 και 2519/1997 (άρθρα 21, 28, 29), που ρυθμίζουν ειδικότερα τις προϋποθέσεις λειτουργίας και ορίζουν τους δικαιούχους των υπηρεσιών της κατ' οίκον νοσηλείας, παρέχονται μεμονωμένα τέτοιες υπηρεσίες. Ειδικότερα, στο νοσοκομείο «Μεταξά» (ήδη από το 1970), στο ογκολογικό νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι» (από το 1986) και στο ογκολογικό νοσοκομείο ΙΚΑ «Γεώργιος Γεννηματάς» προσφέρονται υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας. Επίσης το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) διαθέτει υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας για ασθενείς με AIDS, το εθνικό πρόγραμμα «Ψυχαργός» παρέχει υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας με επισκέψεις στα σπίτια των ψυχικά ασθενών. Τέλος, και ο ιδιωτικός τομέας προσφέρει κατ' οίκον νοσηλεία και αναφέρεται ενδεικτικά το νοσοκομείο «Υγεία».

των δράσεων και της πολιτικής παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας και τη διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του ΕΣΥ που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.

Η παράγραφος 4 του άρθρου 1 του νόμου προβλέπει ότι όλες οι νοσοκομειακές μονάδες, τα Κέντρα Υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία που ανήκουν στο ΕΣΥ και εμπίπτουν στην τοπική αρμοδιότητα κάθε ΠεΣΥ από τη δημοσίευση του νόμου μετατρέπονται αυτοδικαίως σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του οικείου ΠεΣΥ⁴⁶⁴ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια⁴⁶⁵. Κατά την παράγραφο 10 του άρθρου 13, διατηρούν το υφιστάμενο νομικό καθεστώς τους και δεν υπάγονται στη διάταξη της παραγράφου 4 του άρθρου 1 τα νοσοκομεία «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης, «Άγιος Σάββας», «Ανδρέας Συγγρός», «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο», «Ασκληπιείο Βούλας», «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού», «Παμμακάριστος», «Δρομοκαϊτειο», «Καραμανδάνειο» Πατρών, το δημοτικό νοσοκομείο «Ελπίς», το Σπηλιοπούλειο Παθολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αγία Ελένη» και το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας. Αυτά τα νοσοκομεία είναι κοινωφελή ιδρύματα που είχαν ενταχθεί υποχρεωτικά στο ΕΣΥ με το άρθρο 6, παρ. 1 του Ν 1397/1983. Τα νοσοκομεία αυτά συνδέονται λειτουργικά με το οικείο ΠεΣΥ και η οργάνωση και η διοίκησή τους γίνεται σύμφωνα με τα άρθρα 5, 6, 7 και 8 του νόμου, αλλά οι αρμοδιότητες των ΔΣ του ΠεΣΥ και του συμβουλίου διοίκησης που προβλέπει ο νόμος για τα νοσοκομεία ασκούνται από τα ΔΣ αυτών των νοσοκομείων, τα οποία συγκροτούνται με βάση τις

464. Οι αποκεντρωμένες μονάδες συνεχίζουν να διοικούν το προσωπικό τους και οι υπάλληλοι διατηρούν τους κλάδους και τις θέσεις τους. Στο ΠεΣΥ περιέρχεται αυτοδικαίως και χωρίς την τήρηση κανενός τύπου, πράξεως ή συμβολαίου το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των μονάδων αυτών, οι οποίες εξακολουθούν να έχουν την αποκλειστική χρήση και διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων. Η δικαστική και η εξώδικη εκπροσώπηση των προαναφερόμενων αποκεντρωμένων και αυτοτελών μονάδων ανήκει στον διοικητή του ΠεΣΥ. Εξάλλου, όλες οι αρμοδιότητες των ΔΣ και των προέδρων των νοσοκομείων περιέρχονται στην αρμοδιότητα του ΔΣ κάθε αρμόδιου ΠεΣΥ, εκτός από τις αρμοδιότητες που αναφέρονται στην παρ. 7 του άρθρου 5 του Ν 2889/2001, οι οποίες ανατίθενται στον διοικητή, και τις αρμοδιότητες που αναφέρονται στην παρ. 5 του ίδιου άρθρου, οι οποίες ανατίθενται στο ΔΣ.

465. Σπηλιωτόπουλος Επ., Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, ό.π., σ. 255 και 256. Η δημοσιονομική αυτοτέλεια συνίσταται στη σύνδεση ορισμένων εσόδων ή περιουσιακών στοιχείων με ειδικό σκοπό και στην κατάρτιση ιδιαίτερου προϋπολογισμού για την υπηρεσιακή μονάδα που τον επιδιώκει. Διοικητική αυτοτέλεια καλείται η διοικητική οργάνωση μιας υπηρεσιακής μονάδας που επιδιώκει ορισμένο σκοπό όταν έχει δικά της διοικητικά όργανα (μονομελή ή συλλογικά), τα οποία έχουν αποφασιστική αρμοδιότητα, σχετική με τη δραστηριότητα που αφορά τον ειδικό αυτόν σκοπό (ρυθμιστική ή παραγωγική) και όταν για την άσκηση της δραστηριότητας αυτής η υπηρεσιακή μονάδα έχει δικό της προσωπικό που διακρίνεται από το υπόλοιπο προσωπικό του ίδιου υπουργείου.

ισχύουσες διατάξεις κατά τον χρόνο της δημοσίευσης του νόμου. Ο διοικητής των νοσοκομείων αυτών είναι ταυτόχρονα και πρόεδρος τους, εκτός αν η ιδιότητα αυτή επιφυλάσσεται για συγκεκριμένο πρόσωπο από τις διατάξεις της πράξεως δωρεάς εν ζωή ή της διαθήκης ή της σύμβασης ή του ειδικού νόμου με τον οποίο έχουν συσταθεί.

Το ΠεΣΥ διοικείται από το ΔΣ και τον πρόεδρό του, που είναι και γενικός διευθυντής. Στο άρθρο 5 προβλέπεται ότι τα νοσοκομεία ιδρύονται ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των ΠεΣΥ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, διοικούνται από το συμβούλιο διοίκησης και τον διοικητή, οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Της ιατρικής και της νοσηλευτικής υπηρεσίας, οι οποίες διαρθρώνονται σε τμήματα και τομείς⁴⁶⁶, προϊστάται ο ιατρός διευθυντής και ο διευθυντής νοσηλευτικής υπηρεσίας αντίστοιχα. Με το άρθρο 9 του νόμου εισάγεται η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων, δηλαδή η μετά τη λήξη του τακτικού ωραρίου λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων.

Ακολουθεί ο Ν 3106/2003, *Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις*, με τον οποίο τα ΠεΣΥ μετονομάζονται σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) και καθίστανται αρμόδια και για τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε επίπεδο περιφέρειας.

δ) Ο Ν 3204/2003, *Τροποποίηση και συμπλήρωση της εθνικής νομοθεσίας για το ΕΣΥ και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας*, εισάγει ειδικότερες διατάξεις για τη βελτίωση του συντονισμού των ΠεΣΥΠ, για την ενίσχυση της αποκέντρωσης των αρμοδιοτήτων από το υπουργείο στα ΠεΣΥΠ και από αυτά προς τις αποκεντρωμένες μονάδες τους.

ε) Με τον Ν 3293/2004, *Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*, για πρώτη φορά συνιστάται ΝΠΙΔ για τη διαχείριση των δημόσιων μονάδων υγείας. Το νομικό αυτό πρόσωπο έχει τη μορφή της ανώνυμης εταιρείας κοινής ωφέλειας που ανήκει στο ελληνικό δημόσιο (τουλάχιστον το 51% του μετοχικού κεφαλαίου), λειτουργεί χάριν του δημοσίου συμφέροντος με βάση τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας, τελεί υπό την εποπτεία του κράτους, και ειδικότερα η εποπτεία ασκείται από τον Υπουργό Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου και τις διατάξεις που ισχύουν για τις ανώνυμες εταιρείες. Η διάρκεια της εταιρείας ορίζεται στα 50 χρόνια και μπορεί να

466. Κατά το άρθρο 7 του νόμου, οι βασικοί τομείς είναι οι: παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός, ψυχικής υγείας. Η δυναμικότητα κάθε τομέα δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 200 κλίνες. Σε κάθε τομέα προϊστάται ο διευθυντής του τομέα. Κάθε τομέας απαρτίζεται από τμήματα με συναφές επιστημονικό αντικείμενο που έχουν επιστημονική αυτοτέλεια, και επιστημονικός υπεύθυνος είναι ο διευθυντής.

παρατείνεται με απόφαση της γενικής συνέλευσης που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας. Το μετοχικό κεφάλαιο ορίζεται στα 10.000.000 ευρώ και διαιρείται σε 100 μετοχές που ανήκουν στο ελληνικό δημόσιο και εκπροσωπούνται από τον Υπουργό Υγείας. Το μετοχικό κεφάλαιο καλύπτεται με χρήμα και με εισφορές σε είδος (κτίριο, εξοπλισμός κ.λπ.). Οι μετοχές μπορεί να μεταβιβασθούν σε άλλα ΝΠΔΔ του δημόσιου τομέα, όχι όμως σε ποσοστό μεγαλύτερο του 49%. Η ΓΣ αποτελείται από το σύνολο των μετόχων και οι αρμοδιότητές της είναι οι συνήθειες σε μια επιχείρηση του δημόσιου τομέα. Το ΔΣ έχει διετή θητεία⁴⁶⁷ και τις συνήθειες αρμοδιότητες ενός ΔΣ μιας επιχειρήσεως του δημόσιου τομέα, δηλαδή διαμορφώνει τη στρατηγική και την πολιτική ανάπτυξης της εταιρείας, παράλληλα δε εποπτεύει και ελέγχει τη διαχείριση της περιουσίας της. Αποτελείται από 11 μέλη και ο πρόεδρος εκλέγεται από τα μέλη του ΔΣ· ο διευθύνων σύμβουλος ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Μέτοχος που κατέχει 10% του μετοχικού κεφαλαίου μπορεί να προτείνει στον Υπουργό Υγείας ένα μέλος του ΔΣ με τον νόμιμο αναπληρωτή του. Τα έσοδα της ανώνυμης αυτής εταιρείας είναι το κεφάλαιό της, επιχορηγήσεις του δημοσίου, κονδύλια του κρατικού προϋπολογισμού, προγράμματα που χρηματοδοτούνται από την ΕΕ ή άλλους διεθνείς οργανισμούς, δωρεές ή επιχορηγήσεις φυσικών ή νομικών προσώπων ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας⁴⁶⁸, έσοδα από τη λειτουργία της εταιρείας και την εκμετάλλευση του ενεργητικού της. Η οικονομική διαχείριση γίνεται σύμφωνα με τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας, τους κανόνες της λογιστικής και της ελεγκτικής και με χρήση του διπλογραφικού συστήματος. Ο έλεγχος γίνεται από ορκωτούς ελεγκτές. Το καθεστώς του προσωπικού πλην του ιατρικού είναι ιδιωτικού δικαίου⁴⁶⁹.

Ο νόμος αυτός είναι σημαντικός, διότι για πρώτη φορά μετά τον ΑΝ 965/1937 *περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων* προβλέπεται νομικό πλαίσιο για την οργάνωση και τη διοίκηση των δημοσίων νοσοκομείων άλλο από αυτό του ΝΠΔΔ. Το νοσοκομείο παραμένει δημόσιο, όμως εισάγεται πιλοτικά η μορφή της ανώνυμης εταιρείας⁴⁷⁰.

467. Κατά την εισηγητική έκθεση του νόμου, τούτο γίνεται για να εξασφαλίζεται η δυνατότητα αλλαγής των μελών σε περίπτωση αλλαγής της πολιτικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας ή των επικεφαλής των ασφαλιστικών οργανισμών και να εξασφαλίζεται συνακόλουθα η τήρηση της δημοκρατικής αρχής σε καθεστώς σύμπτυξης με τους φορείς- μετόχους του.

468. Κατά την εισηγητική έκθεση του νόμου, η έγκριση απαιτείται για να αποφευχθούν εξαρτήσεις που θα υπονομεύσουν τη διαφάνεια της λειτουργίας του νομικού προσώπου.

469. Άρθρο 16 του νόμου.

470. Η εισηγητική έκθεση του νόμου δηλώνει από την αρχή ότι: *Το παρόν σχέδιο νόμου, που περιλαμβάνει άλλη κοινωνική και φιλελεύθερη πρόταση της κυβέρνησης για τον χώρο της υγείας, θέτει σε νέα βάση τις σχέσεις πολίτη-ασθενή-ασφαλισμένου. Πυλώνες της πρότασης αυτής αποτελούν το σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον στον χώρο της υγείας, η δεδομένη πρόοδος της ιατρικής επιστήμης και η δυνατότητα νέων εξειδικευμένων μορφών φροντίδας της υγείας που αυτή προσφέρει. Φιλοσοφία του σχεδίου νόμου είναι ο*

Δεν πρόκειται ούτε για κοινωνικοποίηση της αγοράς υγείας ούτε για ιδιωτικοποίηση, αφού ο περιουσιακός έλεγχος και η διοίκηση των δημόσιων νομικών προσώπων δεν μεταβιβάζονται σε ιδιώτες. Η νομική μορφή της ανώνυμης εταιρείας δεν είναι άγνωστη στο δημόσιο δίκαιο και μάλιστα συνηθίζεται στις δημόσιες επιχειρήσεις, όπου η πλειονότητα των μετοχών ανήκει στο δημόσιο, το οποίο κατ' αυτόν τον τρόπο ορίζει τη διοίκηση. Στη συγκεκριμένη περίπτωση οι μετοχές είναι μεταβιβάσιμες αποκλειστικά και μόνο σε ΝΠΔΔ, όπως σε ασφαλιστικούς οργανισμούς, με αποτέλεσμα το σύνολο των μετοχών να παραμένει στον δημόσιο τομέα. Πρόκειται απλώς για δοκιμαστική εισαγωγή κανόνων ιδιωτικού δικαίου και μηχανισμών της αγοράς στην οργάνωση και τη λειτουργία του ΕΣΥ. Ωστόσο, το καθεστώς της ανώνυμης εταιρείας προϋποθέτει την αποδοχή της άποψης ότι το έργο του νοσοκομείου έχει πρωτίστως επιχειρηματικό χαρακτήρα. Τούτο δεν αληθεύει, διότι το νοσοκομείο έχει πρωτίστως κοινωνικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό χαρακτήρα.

Η επιλογή της νομικής μορφής της ανώνυμης εταιρείας δεν ταιριάζει στα δημόσια νοσοκομεία. Η αρμοδιότητα που τους έχει ανατεθεί έχει πρωτίστως παραγωγικό και όχι επιχειρηματικό χαρακτήρα, αφού τα νοσοκομεία δεν επιδιώκουν ορισμένο οικονομικό σκοπό στο πλαίσιο της οικονομικής οργάνωσης της αγοράς⁴⁷¹. Επιπλέον, η νομική μορφή της ανώνυμης εταιρείας δεν συνάδει με τον σκοπό τον οποίο εξυπηρετούν τα νοσοκομεία. Συνεπώς, στα νοσοκομεία ταιριάζει η νομική μορφή των δημόσιων νομικών προσώπων, είτε αυτών που διέπονται κατ' αρχήν από το δημόσιο δίκαιο είτε αυτών που διέπονται κατ' αρχήν από το ιδιωτικό. Ο νομοθέτης, ανάλογα με το σε ποια έκταση επιθυμεί να εφαρμόζεται το ιδιωτικό ή το διοικητικό δίκαιο, επιλέγει κάποιο από τα είδη των δημόσιων νομικών προσώπων.

Στη Γαλλία τα νοσοκομεία μπορεί να έχουν τη νομική μορφή του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου υγείας (*établissement public de santé*) που συνδυάζει χαρακτηριστικά του παραδοσιακού ΝΠΔΔ με τις δημόσιες επιχειρήσεις, έτσι ώστε να έχουν τη δυνατότητα ανάπτυξης εμπορικής και βιομηχανικής δραστηριότητας και να εκμεταλλεύονται δικαιώματα ευρεσιτεχνίας⁴⁷². Επίσης, έχει υποστηριχθεί ότι ίσως η νομική μορφή του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου με επιστημονικό και πολιτιστικό χαρακτήρα⁴⁷³ αρμόζει στα νοσοκομεία και στην ανθρωπι-

ασθενής ως πολίτης και ως καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας να απολαμβάνει τυπικά και ουσιαστικά όλα τα δικαιώματά του. Λίγες γραμμές παρακάτω αναφέρεται ότι: Το νέο νομικό πρόσωπο που συστήνεται, του οποίου πρωταρχικός σκοπός είναι η πιλοτική λειτουργία της Πολυκλινικής του Ολυμπιακού Χωριού, αποτελεί μια δημιουργική πρωτοβουλία για την κοινωνικοποίηση της αγοράς υγείας.

Η ρητορική της εισηγητικής έκθεσης υπερβάλλει.

471. Σπηλιωτόπουλος Επ., Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, ό.π., σ. 375.

472. Dupont M., Bergoignan-Esper C., Paire C., ό.π., σ. 172 κε.

473. *Établissements publics administratifs scientifiques et culturels, loi d'orientation de l'enseignement supérieur* du 26 Janvier 1984.

στική, επιστημονική και εκπαιδευτική αποστολή τους⁴⁷⁴. Τα νομικά αυτά πρόσωπα έχουν τρία χαρακτηριστικά⁴⁷⁵: Πρώτον, είναι αρμόδια να εξειδικεύσουν τον νόμο που χαράσσει το γενικό πλαίσιο της λειτουργίας τους. Δεύτερον, οι διδάσκοντες και οι διδασκόμενοι εκλέγουν τα αντιπροσωπευτικά τους όργανα. Τρίτον, η εποπτεία εξαντλείται στον έλεγχο της νομιμότητας.

Στην Ελλάδα τέτοια χαρακτηριστικά συγκεντρώνουν τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα (ΑΕΙ), των οποίων μάλιστα η *πλήρης αυτοδιοίκηση* κατοχυρώνεται ρητώς από το άρθρο 16, παρ. 5 του Συντάγματος⁴⁷⁶. Δεν αποκλείεται παρόμοια αυτοδιοίκηση να εισαγάγει ο κοινός νομοθέτης και για τα νοσοκομεία, ιδίως για τα πανεπιστημιακά, που μετέχουν πολύ εντονότερα από τα άλλα στην εκπαίδευση και στην έρευνα. Όμως, η ανώτατη εκπαίδευση και η έρευνα προϋποθέτουν την ακαδημαϊκή ελευθερία και την ελευθερία της διδασκαλίας και ως εκ τούτου διαφοροποιούνται από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, με εξαίρεση ίσως τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία, δεν απαιτείται τέτοιας έκτασης αυτοδιοίκηση για την ανάπτυξη και την προαγωγή της προστασίας της υγείας από τα νοσοκομεία ή από άλλους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας.

στ) Με τον Ν 3329/2005, *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις* διατηρούνται οι υγειονομικές περιφέρειες και στην έδρα κάθε περιφέρειας ιδρύεται ΝΠΔΔ με την επωνυμία Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (ΔΥΠΕ), το οποίο εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τα ΠεΣΥΠ καταργούνται, τα νοσοκομεία ανακτούν τη νομική προσωπικότητα με τη μορφή των ΝΠΔΔ, καθώς και τα περιουσιακά τους στοιχεία που είχαν μεταβιβασθεί, όπως προαναφέρθηκε, στο ελληνικό δημόσιο, η διοίκηση των νοσοκομείων ανατίθεται στο ΔΣ και στον διοικητή τους⁴⁷⁷, οι μονάδες κοινωνικής φροντίδας μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ και υπόκεινται, όπως και τα νοσοκομεία, στον έλεγχο και την εποπτεία του διοικητή της οικείας ΔΥΠΕ.

Τελικώς, η κύρια αλλαγή που επήλθε με τον Ν 3329/2005 είναι ότι τα νοσοκομεία επανέρχονται στο καθεστώς που είχαν προ του Ν 2889/2001. Η μετονομασία των ΠεΣΥΠ σε ΔΥΠΕ δεν επηρεάζει την οργανωτική δομή του συστήματος, η οποία διαμορφώνεται πλέον ως εξής: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, διοικήσεις υγειονομικών περιφερειών (ΝΠΔΔ) και νοσοκομεία (ΝΠΔΔ) με αποκεντρωμένες υπηρεσίες τους τα Κέντρα Υγείας και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας περιθάλψεως και μονάδες κοινωνικής φροντίδας (ΝΠΔΔ)⁴⁷⁸. Ένα ορθολογικά οργα-

474. *de Forges J.-M.*, «La réforme hospitalière», ό.π., σ. 326 κε.

475. *Rivero J.*, ό.π., σ. 493.

476. *Δαγτόγλου Πρ.*, Γενικό διοικητικό δίκαιο, ό.π., τ. 1, σ. 677 κε.

477. Ιδιαίτερη πρόβλεψη γίνεται πάλι για τα κοινωφελή ιδρύματα.

478. Ο Στ. *Μουζουράκης*, στο άρθρο του «Περιφερειακή οργάνωση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης», ΔιΔικ 1/2006, 297, υποστηρίζει ορθώς ότι τα ΠεΣΥΠ ήταν εξαι-

νωμένο σύστημα υγείας, στηρίζεται στη μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων στην περιφέρεια (είτε σε αποκεντρωμένες υπηρεσίες είτε σε αυτοδιοικούμενες). Το υπουργείο περιορίζεται κυρίως στην εκπόνηση και την υιοθέτηση του εθνικού προγράμματος υγείας, στη διεκδίκηση του μεγαλύτερου δυνατού ποσοστού χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικής λειτουργίας του συστήματος. Σήμερα, η διοικητική οργάνωση του ΕΣΥ μοιάζει με την ισχύουσα στο Ηνωμένο Βασίλειο πριν από τη μεταρρύθμιση Θάτσερ και με την ισχύουσα στη Γαλλία.

ζ) Ακολουθεί ο Ν 3527/2007 με τον οποίο μειώνεται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών από δέκα επτά σε επτά⁴⁷⁹. Η μείωση αυτή πάντως δεν συνδέει τις υγειονομικές περιφέρειες με τις δέκα τρεις διοικητικές.

η) Τούτο συμβαίνει λίγο αργότερα με τον Ν 4052/2012.

37. Η σχέση του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας

Το άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος δεν επιβάλλει την παροχή των υπηρεσιών υγείας από το κράτος ή από ΝΠΔΔ και τον περιορισμό του ιδιωτικού τομέα. Ούτε όμως απαγορεύει κάτι τέτοιο, εφόσον κρίνεται ότι εξυπηρετεί καλύτερα το δημόσιο συμφέρον. Συνεπώς, εναπόκειται στον κοινό νομοθέτη να αποφασίσει τις σχέσεις μεταξύ του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Με τον Ν 1397/1983 διευρύνεται ο δημόσιος τομέας εις βάρος του ιδιωτικού με δύο τρόπους: Πρώτον, κατά το άρθρο 6, παρ. 1-6 του Ν 1397/1983 τα νοσοκομεία λειτουργούν μόνον ως ΝΠΔΔ και θεσπίζεται μια διαδικασία σύμφωνα με την οποία τα ΝΠΙΔ που επιχορηγούνται εν μέρει ή στο σύνολό τους ή υπάγονται στις ρυθμίσεις του ΝΔ 2592/1953 μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ με εξαίρεση τα νοσοκομεία των ΑΕΙ και των Ενόπλων Δυνάμεων. Δεύτερον, κατά το άρθρο 6, παρ. 7 του ίδιου νόμου απαγορεύεται μετά την έναρξη της ισχύος του η ίδρυση, η επέκταση και η μετατροπή της νομικής μορφής των ιδιωτικών κλινικών. Επίσης, απαγορεύεται η μεταβίβαση των ιδιωτικών κλινικών ως επιχειρήσεων καθώς και η μεταβίβαση των μεριδίων συμμετοχής ακόμη και λόγω κληρονομικής διαδοχής. Τέλος, οι κύριοι ανώνυμων μετοχών σε ιδιωτικές κλινικές υποχρεώνονται να τις μετατρέψουν σε ονομαστικές εντός τριμήνου από τη δημοσίευση του νόμου, άλλως θεωρούνται άκυρες, και μετά την πάροδο

ρετικά δυσλειτουργικά λόγω των πολλών αρμοδιοτήτων που είχαν περιέλθει σε αυτά και της υπερβολικής αύξησης των δαπανών και της γραφειοκρατίας.

479. Άρθρο 3 του νόμου. Πρόκειται για την 1η Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, τη 2η Υγειονομική Περιφέρεια Περαιώς και Αιγαίου, την 3η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας, την 4η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης, την 5η Υγειονομική Περιφέρεια Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας και την 7η Υγειονομική Περιφέρεια Κρήτης.

ορισμένης προθεσμίας οι μετοχές αυτές εκδίδονται στο όνομα του δημοσίου⁴⁸⁰. Από τη θεωρία έχει ασκηθεί κριτική στο γεγονός ότι ο νομοθέτης δεν τηρεί τη συνταγματική αρχή της αναλογικότητας σε σχέση με τους περιορισμούς που ο νόμος επέβαλε στις ιδιωτικές κλινικές, δεδομένου ότι οι στόχοι του ΕΣΥ μπορούσαν να επιτευχθούν με πολύ ηπιότερα μέτρα, όπως για παράδειγμα με τον ουσιαστικό έλεγχο και την ενίσχυση του ανταγωνισμού μεταξύ της ιδιωτικής και της κρατικής δραστηριότητας⁴⁸¹. Ωστόσο, αμφισβητήσεις για τη συνταγματικότητα των προαναφερθέντων περιορισμών απασχόλησαν τα δικαστήρια μόνον όσον αφορά στην ένταξη των κοινωφελών ιδρυμάτων στο ΕΣΥ. Ειδικότερα, η ένταξη των κοινωφελών ιδρυμάτων στο ΕΣΥ ήγειρε πρόβλημα ουσίας που συνοψίζεται στην προστασία που απολαύουν τα κοινωφελή ιδρύματα σύμφωνα με το άρθρο 109 του Συντάγματος⁴⁸² και πρόβλημα εγκυρότητας της διαδικασίας για την ένταξη⁴⁸³. Σχετικά με την έκταση της συνταγ-

480. Έντονη ήταν η συζήτηση, ο προβληματισμός και οι αντιπαραθέσεις κατά τη συζήτηση του νομοσχεδίου στη Βουλή. Ειδικότερα, όσον αφορά στην έκδοση των μετοχών σε ιδιωτικές κλινικές επ' ονόματι του ελληνικού δημοσίου, στην περίπτωση που δεν ονομαστικοποιηθούν έγκαιρα, επισημαίνεται ότι αποτελούν απαλλοτρίωση, χωρίς όμως να προβλέπεται η καταβολή αποζημίωσης υπέρ του κυρίου των μετοχών, και ως εκ τούτου αντίκειται στο Σύνταγμα. Επίσης, ότι η απαγόρευση της μεταβίβασης, ιδίως στις περιπτώσεις της δωρεάς ή της μεταβιβάσεως αιτία θανάτου, δημιουργεί παρόμοια ζητήματα αντισυνταγματικότητας (βλ. *I. Βαρβιτσιώτης*, Πρακτικά της Βουλής, Συνεδρίαση ΜΓ', 1η Σεπτεμβρίου 1983, σ. 1609).

481. *Νικολακοπούλου-Στεφάνου Η.*, «Το ΕΣΥ ως μεικτό σύστημα υπηρεσιών υγείας», ΕΔΚΑ 11/1989, σ. 518-519.

482. *Ίδρυμα είναι η οργάνωση που έχει αποκτήσει νομική προσωπικότητα και επιδιώκει ορισμένο σκοπό διά περιουσίας που έχει αφιερωθεί προς αυτό.* Τα ιδρύματα που επιδιώκουν κοινωφελή σκοπό διέπονται από τις διατάξεις των άρθρων 108-120 του ΑΚ, του Ν 2039/1939 που διατηρήθηκε σε ισχύ σύμφωνα με το άρθρο 101 του ΕισΝΑΚ, του άρθρου 6 του ΝΔ 11/1972 και απολαύουν ιδιαίτερης συνταγματικής προστασίας. Το άρθρο 109 του Συντ. ορίζει ότι δεν επιτρέπεται η μεταβολή του περιεχομένου ή των όρων διαθήκης, κωδίκελου ή δωρεάς, ως προς τις διατάξεις τους υπέρ του δημοσίου ή υπέρ κοινωφελούς σκοπού. Κατ' εξαίρεση επιτρέπεται η επωφελέστερη διάθεση του καταλειφθέντος για τον ίδιο ή για άλλο κοινωφελή σκοπό, εφόσον βεβαιωθεί με δικαστική απόφαση ότι η θέληση του διαθέτη ή του δωρητή κατέστη ανέφικτη. Πηγή του άρθρου 109 του ισχύοντος Συντ. είναι το άρθρο 20 του Συντ. του 1927. Βλ. *Σβώλος Α.Ι.* και *Σόντης Ι.Μ.*, Γνωμοδότηση, ΕΕΝ 8/1941, σ. 256-261, *Βεγλερής Φ.*, «Η συνταγματική προστασία των δωρεών και κληροδοσιών υπέρ κοινωφελών σκοπών», Σύμμεικτα Αλεξάνδρου Σβώλου, Αθήνα 1961, σ. 495 κε, *Γαζής Α.*, «Η κατά το άρθρο 109 του Συντάγματος προστασία των δωρεών και κληροδοσιών υπέρ κοινωφελών σκοπών και το εθνικό σύστημα υγείας (Ν 1397/83)», Γνωμοδότηση, ΝοΒ 7-8/1984, σ. 987 κε.

483. Η ένταξη των κοινωφελών ιδρυμάτων στο ΕΣΥ ρυθμίζεται από το άρθρο 6, παρ. 4 του Ν 1397/1983. Προβλέπεται ότι τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν ως ΝΠΙΔ υπάγονται στις διατάξεις του Ν 2592/1953, άλλως διακόπτεται η επιχορήγησή τους από το κράτος. Η υπαγωγή γίνεται με ΠΔ που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μέσα σε έναν χρόνο από τη δημοσίευση του νόμου. Η υπαγωγή δεν είναι υποχρεωτική για τα κοινωφελή ιδρύματα, εφόσον η συστατική πράξη τους περιλαμβάνει ρητά αντίθετη

ματικής προστασίας των κοινωφελών ιδρυμάτων, έχουν διατυπωθεί τρεις απόψεις σε θεωρητικό επίπεδο: Η πρώτη υποστηρίζει ότι προστατεύεται αποκλειστικά και μόνον ο δημόσιος ή κοινωφελής σκοπός της διαθήκης ή της δωρεάς. Η δεύτερη, ότι προστατεύονται όλες οι διατάξεις της διαθήκης ή της δωρεάς που αναφέρονται στον δημόσιο ή τον κοινωφελή σκοπό⁴⁸⁴. Τέλος, η τρίτη άποψη δέχεται ότι προστατεύονται ο σκοπός και οι ουσιώδεις υπέρ του σκοπού διατάξεις της διαθήκης ή της δωρεάς⁴⁸⁵.

Η νομολογία έως το 1986 είχε κρίνει δύο ζητήματα: Ως προς την έκταση της συνταγματικής προστασίας είχε δεχθεί ότι απαγορεύεται η μεταβολή όχι μόνο του σκοπού, αλλά και όλων των διατάξεων της διαθήκης ή της δωρεάς, καθώς και των όρων που αναφέρονται στη διαχείριση και τη διοίκηση της περιουσίας που καταλήφθηκε για κοινωφελή ή δημόσιο σκοπό, και τούτο επειδή και οι όροι αυτοί αποτελούν ουσιώδεις και κύριο μέρος της διαθήκης⁴⁸⁶. Ως προς τη μετατροπή των κοινω-

διάταξη. Πάντως, τα ελλείμματα στα κοινωφελή ιδρύματα προέρχονταν από τον διά νόμου καθορισμό των νοσηλίων σε επίπεδα χαμηλότερα από τα πραγματικά. Το κράτος είχε υποχρεώσει τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου να νοσηλεύουν άπορους ασθενείς ή ασφαλισμένους έναντι νοσηλίου που δεν κάλυπτε τα πραγματικά έξοδα της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός είχε υποχρεωθεί να νοσηλεύει άπορους ασθενείς και ασφαλισμένους έναντι νοσηλίου 1.000 δρχ. ημερησίως, ενώ σε άλλα νοσοκομεία το νοσήλιο ήταν δεκαπενταπλάσιο. Βλ. Πρακτικά της Βουλής, Ολομέλεια, Συνεδρίαση της 16ης Δεκεμβρίου 1985, σ. 2511, ομιλητής Ι. Κεφαλογιάννης. Συνεπώς, η επιχορήγηση του κράτους είχε επανορθωτικό χαρακτήρα, διότι αποκαθιστούσε την προερχόμενη από το κράτος ζημία των κοινωφελών ιδρυμάτων. Σχετικά βλ. και *Δαγτόγλου Πρ.*, Ατομικά δικαιώματα, ό.π., τ. 2, σ. 1003. Σε περίπτωση της μη ένταξης στο ΕΣΥ προβλέπεται η διακοπή της επιχορήγησης. Λόγω των συνεπειών που επέρχονται από τη διακοπή, μπορεί να γίνει λόγος για *κύρωση* κατά των κοινωφελών ιδρυμάτων που δεν εντάσσονται στο ΕΣΥ. Προβληματίζει ως προς την εγκυρότητά της η δήλωση βουλήσεως περί εντάξεως και το γεγονός ότι το κράτος καθιλώνοντας νομοθετικά το νοσήλιο έχει εν τοις πράγμασι καταστήσει ανέφικτο τον σκοπό του κοινωφελούς ιδρύματος, πράγμα που θίγει και τον κοινωφελή σκοπό και το περιεχόμενο της διαθήκης.

484. Την άποψη αυτή δέχονται οι *A.I. Σβώλος, I.M. Σόντης, A. Γαζής* κ.ά. με βάση τη λογική και τη συστηματική ερμηνεία.

485. Βλ. *Βεγλερής Φ.*, «Επίμετρο στο ζήτημα της συνταγματικής προστασίας των ιδιωτικών κοινωφελών ιδρυμάτων», ΤοΣ 3/1987, σ. 501-511 και *Αραβάνης Θ.*, ό.π.

486. Βλ. ΣτΕ 797/1940 που ερμηνεύει το άρθρο 20 του Συντ. του 1927. Η απόφαση αυτή αποτελεί σταθμό για την ερμηνεία του άρθρου 20 του Συντ. του 1927, διότι κρίνει ευθέως την έκταση της συνταγματικής προστασίας και δέχεται ότι κατοχυρώνεται ο σκοπός και οι εν γένει διατάξεις της διαθήκης ή της δωρεάς που θέτει περιουσία για δημόσιο ή κοινωφελή σκοπό. Εξαιρέση γίνεται δεκτή όταν η νομοθετική ρύθμιση εμπίπτει στη δημόσια τάξη ή στους κανόνες της ηθικής, οπότε υπερσχύει η εισαγόμενη νομοθετική ρύθμιση έναντι της διάταξης της διαθήκης ή της δωρεάς. Τέλος, ο έλεγχος και η εποπτεία που ασκεί το κράτος στο ίδρυμα περιορίζονται σε έλεγχο νομιμότητας. Η νομολογία αυτή παγιώνεται. Ενδεικτικά, όσον αφορά στο εύρος της προστασίας, οι αποφάσεις ΣτΕ 1134/1957, 882/1960, 276/1961, 1689/1962, 2227/1972, 3402/1974 που δεν έχουν δημοσιευθεί και οι αποφά-

φελών ιδρυμάτων σε ΝΠΔΔ, αρχικά το ΣτΕ είχε δεχθεί ότι η μετατροπή δεν αντίκειται στη συνταγματική κατοχύρωση των ιδρυμάτων⁴⁸⁷, στη συνέχεια είχε ακολουθήσει την εκ διαμέτρου αντίθετη άποψη⁴⁸⁸ και τελικώς είχε επικρατήσει η ενδιάμεση, σύμφωνα με την οποία η μετατροπή είναι έγκυρη, εφόσον πληροί δύο προϋποθέσεις: Να μην απαγορεύεται τούτο ρητά από τη διαθήκη ή τη δωρεά και να μη μεταβάλλεται η βούληση του διαθέτη ως προς τους όρους λειτουργίας της διοίκησης του μετατρεπόμενου σε ΝΠΔΔ ιδρύματος⁴⁸⁹. Πάντως η μετατροπή, ανεξάρτητα από τη νομική εγκυρότητά της, δεν είναι άμοιρη προβλημάτων, ιδίως λόγω του παραμερισμού των διατάξεων του ΑΚ και την εφαρμογή ενός μεικτού καθεστώτος.

Η παραπάνω νομολογία του ΣτΕ μεταστράφηκε με την απόφαση της Ολομέλειας 400/1986, με την οποία κρίθηκε συνταγματική η προβλεπόμενη από τον Ν 1397/1983 υποχρεωτική ένταξη στο ΕΣΥ των κοινωφελών ιδρυμάτων που είχαν συσταθεί με διάταξη τελευταίας βουλήσεως ή με δωρεά εν ζωή⁴⁹⁰. Αντίθετα με όσα στο παρελθόν γίνονταν δεκτά, το δικαστήριο έκρινε ότι: *Το άρθρο 109 του Συντάγματος προστατεύει όχι μόνο τον σκοπό, αλλά και τις διατάξεις της συστατικής πράξεως των κοινωφελών ιδρυμάτων. Τα κοινωφελή όμως ιδρύματα δεν εξαιρούνται από την εφαρμογή γενικότερων νομοθετικών μέτρων που αποβλέπουν στην εξυπηρέτηση του γενικότερου δημοσίου συμφέροντος, όταν μάλιστα για τη θέσπιση των μέτρων αυτών προνοεί το Σύνταγμα. Το αντίθετο θα δημιουργούσε ανεπίτρεπτο προνόμιο υπέρ των κοινωφελών ιδρυμάτων, πράγμα που υπερακοντίζει τη βούληση του νομοθέτη.* Η απόφαση δέχεται επίσης ότι: *Το άρθρο 21, παρ. 3 του*

σεις 2152/1979, 1324/1982, ΘΕ ΣτΕ 1982, 602, 112/1983, ΝοΒ 1983, 1259, κρίνουν ότι απαγορεύεται με διοικητική ή νομοθετική πράξη η αλλοίωση των όρων διαθήκης ή δωρεάς που αναφέρονται στη διοίκηση ή τη διαχείριση της καταληφθείσας περιουσίας, καθώς και στον τρόπο εκλογής των διαχειριστών. Οι αποφάσεις ΣτΕ 401/1967, 95/1959 που δεν έχουν δημοσιευθεί κρίνουν ότι με νόμο μπορεί να καθορισθεί ο αριθμός του ιατρικού προσωπικού αναλόγως με τον αριθμό των κρεβατιών που διατίθενται. Με το ίδιο σκεπτικό η ΣτΕ 94/1959, που δεν έχει δημοσιευθεί, δέχεται τον καθορισμό τιμολογίου νοσηλίου στα κοινωφελή ιδρύματα παρά την αντίθετη βούληση του διαθέτη. Τα μέτρα αυτά αποβλέπουν στην εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος και της δημόσιας τάξεως.

487. Βλ. ΣτΕ 356 και 359/1953 που δεν έχουν δημοσιευθεί.

488. Βλ. ΣτΕ 317/1944, 2059 και 2061/1961 που δεν έχουν δημοσιευθεί.

489. ΣτΕ 1310/1983, Δελτίο ΣτΕ 1983, σ. 10.

490. ΣτΕ Ολ 400/1976, ΝοΒ 1986, 939. Το θέμα προέκυψε όταν το Νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» και το κοινωφελές ίδρυμα «Αντικαρκινικό Ινστιτούτο» στο οποίο ανήκει το εν λόγω νοσοκομείο ζήτησαν την ακύρωση των Κοινών Αποφάσεων των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Υγείας και Πρόνοιας, με τις οποίες συστάθηκαν θέσεις ιατρών του ΕΣΥ και κατανεμήθηκαν στα νοσοκομεία, μεταξύ των οποίων και στον «Άγιο Σάββα». Το ΣτΕ απέρριψε την αίτηση ακυρώσεως και δέχθηκε ότι οι προσβαλλόμενες αποφάσεις είναι συνταγματικές, επειδή οι διατάξεις του Ν 1397/1983, στις οποίες έχουν έρεισμα, εξυπηρετούν το γενικότερο δημόσιο συμφέρον της παροχής στους πολίτες υγείας υψηλού επιπέδου, για το οποίο μάλιστα προνόησε ο ίδιος ο συνταγματικός νομοθέτης στο άρθρο 21, παρ. 3.

Συντάγματος 1975 ιδρύει ευθεία υποχρέωση στο κράτος να λάβει θετικά μέτρα για την προστασία της υγείας των πολιτών. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα να απαιτήσουν από το κράτος την πραγμάτωση της παραπάνω υποχρέωσής του.

Η μεταστροφή της νομολογίας σχολιάσθηκε εκτεταμένα και επικρίθηκε από την επιστημονική κοινότητα που συντάχθηκε με την άποψη της μειοψηφίας της απόφασης ΣτΕ Ολ 400/1986⁴⁹¹. Ειδικότερα: α) Επικρίθηκε η παραδοχή της απόφασης ότι ο κοινός νομοθέτης δύναται να εξειδικεύσει το δημόσιο συμφέρον όταν αυτό έχει ήδη προσδιορισθεί από τον συνταγματικό⁴⁹². β) Επικρίθηκε η παραδοχή της απόφασης ότι με επίκληση λόγων δημοσίου συμφέροντος επιτρέπεται να μην εφαρμόζεται μια συνταγματική διάταξη. Η εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος δεν θέτει τους νόμους υπεράνω του Συντάγματος. Κάτι τέτοιο θα κατέληγε σε άρνηση της νομιμότητας και της ιεραρχίας των κανόνων δικαίου. Στην προκειμένη περίπτωση, με την επίκληση του δημοσίου συμφέροντος, ο Ν 1397/1983 καθιστά ανενεργό το άρθρο 109 του Συντάγματος. γ) Επικρίθηκε η παραδοχή της απόφασης ότι με ερμηνεία των διατάξεων του Συντάγματος και με βάση την αρχή του κοινωνικού κράτους επιτρέπεται να μην εφαρμοσθεί συνταγματική διάταξη. Οι διατάξεις που εξειδικεύουν τα κοινωνικά δικαιώματα δεν μπορεί να υπερβαίνουν το φιλελεύθερο πολίτευμα και να απολαύουν συνταγματικής ασυλίας⁴⁹³. Συνεπώς, με επίκληση του άρθρου 21, παρ. 3 του Συντάγματος δεν επιτρέπεται να καταργηθεί το άρθρο 109 του Συντάγματος ή άλλα άρθρα που προστατεύουν ατομικά δικαιώματα, όπως το άσυλο της κατοικίας κ.ά.

Έκτοτε η νομολογία ακολουθεί σταθερά την απόφαση 400/1986 της Ολομέλειας του ΣτΕ. Χαρακτηριστικά, στις αποφάσεις της Ολομέλειας του ΣτΕ 2807/2002, 201/2004 και 3420/2004, οι οποίες εξετάζουν τη μεταβολή των όρων διαθήκης ή δωρεάς που αφορούν στον τρόπο διοίκησης και διαχείρισης της περιουσίας η οποία έχει διατεθεί υπέρ του δημοσίου ή υπέρ κοινωφελούς σκοπού, ερμηνεύουν συσταλτικά το άρθρο 109 του Συντάγματος και περιορίζονται στη διαφύλαξη του πυρήνα της βουλήσεως του διαθέτη⁴⁹⁴.

491. Βεγλερής Φ., «Η συνταγματική προστασία των δωρεών», ό.π., σ. 485 κε, ο ίδιος, «Επίμετρο», ό.π., σ. 501 κε, Γαζής Α., ό.π., σ. 987 κε, Δαγτόγλου Πρ., «Δημόσιο συμφέρον και Σύνταγμα», ΤοΣ 4/1986, σ. 426 κε, Αραβάνης Θ., ό.π., σ. 493 κε.

492. Δαγτόγλου Πρ., «Δημόσιο συμφέρον και Σύνταγμα», ό.π., σ. 432. Ο συγγραφέας χαρακτηριστικά γράφει: *Αν ο κοινός νομοθέτης, επικαλούμενος το δημόσιο συμφέρον, μπορεί να μην εφαρμόζει το Σύνταγμα, τότε η δεσμευτικότητα του Συντάγματος καταργείται ως εξαρτώμενη από τη συγκτάθεση του δεσμευομένου. Η άποψη αυτή οδηγεί στην κατάργηση της έννοιας της αντισυνταγματικότητας του νόμου και κατά συνέπεια στην αντικατάσταση του Συντάγματος από το δημόσιο συμφέρον.*

493. Βεγλερής Φ., «Επίμετρο», ό.π., σ. 505.

494. Παπακωνσταντίνου Απ., «Νομολογία του Σ.τ.Ε. για το περιβάλλον», Νόμος και Φύση, Δεκέμβριος 2004, <http://www.nomosphysis.org.gr>

Πάντως, αν και το εν λόγω ζήτημα από την ίδρυση του ΕΣΥ μονοπωλούσε το ενδιαφέρον του νομικού τύπου, εν τούτοις ήταν περιορισμένης εμβέλειας, διότι κρίνει μια επί μέρους μόνο διάταξη του ΕΣΥ.

Στη συνέχεια, με τα άρθρα 11, 12 και 13 ο Ν 2071/1992 καταργεί τις περιοριστικές για τον ιδιωτικό τομέα ρυθμίσεις του Ν 1397/1983 και ορίζει ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται και από τις μονάδες περιθάλψεως των ασφαλιστικών οργανισμών και από τα συγκροτήματα εξωτερικών ιατρείων των ΝΠΙΔ και από τα ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, πολυϊατρεία, διαγνωστικά εργαστήρια, οδοντιατρικά κέντρα, πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια φυσιοθεραπείας⁴⁹⁵. Περαιτέρω, στο άρθρο 48 ορίζεται ότι στο μέλλον τα ιδρύσιμα από το κράτος νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να έχουν οποιαδήποτε νομική μορφή. Όπως αναφέρεται στην εισηγητική έκθεση του νόμου, η διάταξη αυτή κρίθηκε σκόπιμη, διότι *υλοποιούσε τη φιλοσοφία της περιαγωγής όλων των νοσηλευτηρίων στο δημόσιο και κατά συνέπεια την ανάληψη από το κράτος της αποκλειστικής ιδιότητας και ευθύνης του παραγωγού υπηρεσιών περίθαλψης. Παράλληλα, ήταν ένα αποθαρρυντικό νομικό πλαίσιο για κάθε σημαντικό δωρητή ή κληροδότη που θα επιθυμούσε η πρόσσδος της περιουσίας του, εάν ετάσσετο υπέρ της δημιουργίας και της λειτουργίας νοσηλευτικού ιδρύματος, να παραμείνει εμπλεκόμενη στη γραφειοκρατική δυσλειτουργία του δημοσίου*. Ακολουθεί ο Ν 2194/1994 με τον οποίο επαναφέρεται σε ισχύ το άρθρο 1 του Ν 1397/1983, χωρίς όμως να επανέλθουν σε ισχύ οι περιοριστικές για τον ιδιωτικό τομέα διατάξεις του άρθρου 6, παρ. 7.

Ο Ν 1397/1983 οδηγεί στην αντιπαράθεση μεταξύ των δημόσιων και των ιδιωτικών οργανισμών και στοχεύει στη συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα. Αντίθετα, ο Ν 2071/1992 απελευθερώνει τους ιδιωτικούς οργανισμούς και τους καθιστά ανεξάρτητους από τους δημόσιους, χωρίς όμως να προβλέπεται η δυνατότητα της συνεργασίας μεταξύ τους.

Η συνεργασία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα συναντάται στο γαλλικό δίκαιο. Η συνεργασία αυτή παρουσιάζει πλεονεκτήματα και για το κράτος και για τα ιδιωτικά νομικά πρόσωπα. Ειδικότερα, το κράτος μπορεί να παρέμβει κατά το στάδιο της δημιουργίας, της επέκτασης των ιδιωτικών νομικών προσώπων και των επενδύσεων σε δαπανηρό εξοπλισμό. Επίσης, μπορεί να κατευθύνει τη δράση τους, ώστε να αποφεύγεται ο ανταγωνισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και η σπατάλη οικονομικών πόρων. Από την άλλη, τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νομικά πρόσωπα αποκτούν ένα χρονικά και χωρικά περιορισμένο προνόμιο αποκλειστι-

495. Στο άρθρο 11, παρ. 1 και 2 προβλέπεται ότι η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια και παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Η περίθαλψη γενικά πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια με δαπάνες του δημοσίου από ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης ή ιδιώτες ιατρούς γίνεται με ειδικές συμβάσεις ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε συναρμόδιου Υπουργού.

κότητας. Το κράτος αναλαμβάνει την υποχρέωση, για ένα χρονικό διάστημα και για μια ορισμένη περιοχή, να μην επιτρέψει την ίδρυση ή την επέκταση νοσοκομείων ή άλλων νοσηλευτηρίων στα πεδία δράσεως που έχει αναλάβει ο ανάδοχος της δημόσιας υπηρεσίας. Όμως η δέσμευση του κράτους τελεί υπό την προϋπόθεση ότι εξυπηρετούνται οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, όπως καθορίζονται από τον Υγειονομικό Χάρτη της χώρας. Περαιτέρω, σε ειδικότερους τομείς, τα δημόσια νοσοκομεία έχουν το δικαίωμα να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικά νοσηλευτήρια για την εκπλήρωση επί μέρους θεραπευτικών ή διαγνωστικών πράξεων, όπως την εξωσωματική γονιμοποίηση, δηλαδή προβλέπεται και η μερική συνεργασία. Φαίνεται πάντως ότι ο Έλληνας νομοθέτης συνειδητά δεν είχε ασχοληθεί με το πρόβλημα της συνεργασίας, δεδομένου ότι στο ελληνικό διοικητικό δίκαιο είναι γνωστή η ανάθεση της δημοσίας υπηρεσίας σε ιδιωτικούς οργανισμούς και έχει αναπτυχθεί ο σχετικός με τη συνεργασία προβληματισμός.

Τα άρθρα 33-35, παρ. 3 και 4 του Ν 3370/2005, όπως ισχύουν, προβλέπουν τη συνεργασία των νοσοκομείων του ΕΣΥ με νοσηλευτικά ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ειδικότερα την παραπομπή ασθενών από νοσοκομεία του ΕΣΥ στις μονάδες εντατικής θεραπείας των ιδρυμάτων αυτών και παρέχεται η δυνατότητα επέκτασης της συνεργασίας και σε άλλους τομείς με απόφαση του Υπουργού Υγείας. Επίσης, είναι δυνατή η απόκτηση της ιατρικής ειδικότητας στα ιδρύματα αυτά μετά την έκδοση απόφασης του Υπουργού Υγείας με την οποία αναγνωρίζεται η καταλληλότητα των ιδρυμάτων αυτών για τη χορήγηση της ειδικότητας⁴⁹⁶. Οι διατάξεις αυτές εντάσσονται στην πολιτική για τη σύναψη συμπράξεων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όπως ρυθμίζεται από τον Ν 3389/2005⁴⁹⁷. Ωστόσο, δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο σύμπραξης οι δραστηριότητες που κατά το Σύνταγμα ανήκουν άμεσα και αποκλειστικά στο κράτος και ιδίως η εθνική άμυνα, η αστυνόμευση, η απονομή της δικαιοσύνης και η εκτέλεση των ποινών που επιβάλλονται από τα δικαστήρια (άρθρο 2, παρ. 3). Ο

496. Η απόφαση αυτή εκδίδεται ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕΣΥ. Πρακτικά, η καταλληλότητα προϋποθέτει την κατάλληλη επιστημονική παρακολούθηση των ειδικευόμενων ιατρών και την ύπαρξη επιστημονικού προσωπικού υψηλού επιπέδου.

497. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του νόμου, στο πεδίο εφαρμογής του μπορεί να υπάγονται οι συμπράξεις, εφόσον πληρούν σωρευτικά τις εξής προϋποθέσεις: α) έχουν αντικείμενο την εκτέλεση έργων ή και την παροχή υπηρεσιών που ανήκουν στην αρμοδιότητα των δημοσίων φορέων, β) προβλέπουν ότι οι ιδιωτικοί φορείς, έναντι ανταλλάγματος που καταβάλλεται εφάπαξ ή τμηματικά από τους δημόσιους φορείς, τους τελικούς χρήστες των έργων ή των υπηρεσιών αυτών, αναλαμβάνουν ουσιαστές μέρος των κινδύνων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη διαθεσιμότητα ή τη ζήτηση του αντικειμένου της συμπράξεως και των συναφών κινδύνων, όπως ενδεικτικά τον τεχνικό ή διαχειριστικό κίνδυνο, γ) προβλέπουν ότι η χρηματοδότηση θα γίνει με κεφάλαιο των ιδιωτικών φορέων, και δ) το συνολικό προϋπολογιζόμενο κόστος δεν υπερβαίνει το ποσό των 200.000.000 ευρώ χωρίς τον αναλογούντα φόρο προστιθέμενης αξίας.

περιορισμός αυτός κατά την αιτιολογική έκθεση του νόμου αντιστοιχεί στη νομολογία του ΣτΕ που δέχεται ότι δεν επιτρέπεται οι ιδιώτες να υποκαθιστούν το κράτος και να ασκούν δημόσια εξουσία είτε όσον αφορά στις εκφάνσεις του κράτους δικαίου είτε όσον αφορά στο κοινωνικό κράτος, στο μέτρο που το τελευταίο έχει διασφαλισθεί συνταγματικά. Ήδη, με τροποποίηση του καταστατικού του κοινωφελούς ιδρύματος «Ερρίκος Ντυνάν» προβλέπεται η δυνατότητα σύμπραξης του ιδρύματος με φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα⁴⁹⁸, η δυνατότητα μεταφοράς στο ίδρυμα νοσηλευτικών μονάδων του ΕΣΥ και η απασχόληση στο ίδρυμα ιατρικού προσωπικού του ΕΣΥ με όρους και διαδικασίες που αποφασίζει το ίδρυμα και εγκρίνει ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και ταυτόχρονα αίρονται οι προϋποθέσεις για την επιχορήγηση του ιδρύματος από το ελληνικό δημόσιο⁴⁹⁹. Η επέκταση της λογικής για τις συμπράξεις θα καθιστούσε εκ των πραγμάτων παρωχημένη τη νομολογία του ΣτΕ (Ολ. 400/1986 κ.λπ.)⁵⁰⁰. Ωστόσο, ο νόμος για τις συμπράξεις, ενώ διευκολύνει τις σχέσεις του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα και επιτρέπει την από κοινού εκτέλεση ενός δημόσιου έργου ή την παροχή μιας δημόσιας υπηρεσίας, εν τούτοις δεν αναφέρεται συνολικά στον συντονισμό της ανάπτυξης του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα υγείας.

Πίσω από τις παλινωδίες της νομοθεσίας βρίσκεται η σύγκρουση δύο διαμετρικά αντίθετων ιδεολογικών αντιλήψεων. Από τη μια, η υγεία δεν διαφοροποιείται από τα άλλα αγαθά και μπορεί να παρασχεθεί με βάση τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου και τους μηχανισμούς της αγοράς. Από την άλλη, η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και για την εξασφάλιση της προστασίας της δεν επαρκούν οι μηχανισμοί της αγοράς. Το ΕΣΥ ιδρύεται με βάση την τελευταία αντίληψη, αλλά σε πολύ

498. Το άρθρο 18, παρ. 1 του Ν 3454/2006 για την ενίσχυση της οικογένειας και λοιπές διατάξεις τροποποιεί το άρθρο 49 του Ν 2082/1992 και προσθέτει την περ. ζ' στο άρθρο 2, σύμφωνα με την οποία επιτρέπεται η σύμπραξη με φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα για την υλοποίηση δράσεων στον χώρο της υγείας και την πραγματοποίηση ενεργειών συναφών με τους καταστατικούς σκοπούς του ιδρύματος.

499. Οι προϋποθέσεις αυτές ήταν η καταβολή νοσηλίου μικρότερου από το 50% του πραγματικού κόστους λειτουργίας των αντίστοιχων κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ισοδύναμο σε απόδοση με εκείνο των κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

500. Βλ. παραπάνω παρ. 8. Ωστόσο, όπως ορθώς παρατηρεί ο *Καϊδατζής Α.*, «Το πεδίο εφαρμογής των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα: Συνταγματική θεώρηση εν όψει της νομολογίας του Σ.τ.Ε.», στο Καϊτς Αθ. (επιμ.), ΣΔΙΤ. Ο Ν 3389/2005 για τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, εκδ. Αντ. Ν Σάκκουλα, 2006, σ. 73, τα πεδία της παρέχουσας διοίκησης, στο μέτρο που συνιστούν εκπλήρωση συνταγματικής αποστολής και στον βαθμό που δεν συνεπάγονται ενάσκηση δημόσιας εξουσίας, μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Έτσι, ένας ιδιώτης μπορεί να αναλάβει την κατασκευή της πτέρυγας ενός νοσοκομείου. Βλ. επίσης *Χατζητόλιος Α.*, «Οι συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της υγείας», στο ΣΔΙΤ. Ο Ν 3389/2005 για τις συμπράξεις δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, ό.π., σ. 97 κε.

σύντομο χρονικό διάστημα εισάγονται στοιχεία από τις αντίθετες αντιλήψεις, με αποτέλεσμα το σύστημα να κλυδωνίζεται και να μειώνεται η συνοχή και η αξιοπιστία του⁵⁰¹.

38. Κανόνες, μέθοδοι και μέτρα αποδοτικής διαχείρισης

Η αποδοτική διαχείριση στα περισσότερα κράτη-μέλη αποσκοπεί στον περιορισμό και τον προσανατολισμό των δαπανών και ταυτόχρονα στη βελτίωση του επιπέδου

501. Θεωρούμε ότι η επιστημονική διχογνωμία που αντανακλά και την πολιτική και κοινωνική πόλωση στο θέμα αυτό αποτυπώνεται στις ακόλουθες δύο γνώμες της ΟΚΕ. Στη Γνώμη 132, που έχει εκδοθεί για το νομοσχέδιο «Οργάνωση και λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές διατάξεις» (ήδη Ν 3370/2005), στα άρθρα 33-35, τα οποία αναφέρονται στη συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, διατυπώνονται δύο απόψεις: Κατά την πρώτη, η παγίωση της συνεργασίας υποβαθμίζει τα δημόσια νοσοκομεία και θα επιβαρύνει τα ασφαλιστικά ταμεία. Επιβάλλεται να τεθούν αμέσως σε λειτουργία τα 132 κρεβάτια μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) που είναι πλήρως εξοπλισμένα, αλλά δεν λειτουργούν ελλείψει του απαιτούμενου για τη λειτουργία τους νοσηλευτικού προσωπικού. Κατά τη δεύτερη άποψη, το θέμα της συνεργασίας πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο διαλόγου και να συμπληρωθεί το άρθρο 34, παρ. 4 ως προς τη ρύθμιση του ανοικτού νοσηλίου. Στη Γνώμη 115 για το νομοσχέδιο Ολυμπιακό Χωριό, Συνήγορος της Υγείας και Λοιπές Διατάξεις (ήδη Ν 3293/2004) διατυπώνονται ομοίως δύο απόψεις όσον αφορά στην επιλογή της νομικής μορφής της ανώνυμης εταιρείας για νοσηλευτική μονάδα του ΕΣΥ. Κατά την πρώτη άποψη, η δημιουργία στο πλαίσιο του δημοσίου, ανώνυμης εταιρείας για την παροχή φροντίδων υγείας αποτελεί ένα πρώτο βήμα προς την κατεύθυνση της ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας. Το νομοσχέδιο χαρακτηρίζεται από την απουσία οποιουδήποτε ελέγχου από πλευράς του αρμόδιου υπουργού στο κοστολόγιο των υπηρεσιών που θα παρασχεθούν, την ένταξη των ασφαλιστικών ταμείων στην ιδιοκτησία και τη διοίκηση του φορέα, με αποτέλεσμα να συνυπάρχουν σε ένα ενιαίο σχήμα οι παρέχοντες υπηρεσίες και οι καταβάλλοντες το κόστος αυτών, τη δυνατότητα μεταβίβασης μετοχών που μπορεί να μην έχουν καμία σχέση με τον χώρο της υγείας και που τίποτε δεν διασφαλίζει ότι θα παραμείνουν και στο μέλλον στον δημόσιο τομέα, την υπαγωγή των εργασιακών σχέσεων σε σχήματα ιδιωτικής οικονομίας και της προσλήψεις έξω από το πλαίσιο του ΑΣΕΠ. Τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά υπονομεύουν τον δημόσιο χαρακτήρα του δημιουργούμενου φορέα και θα έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και των εργασιακών σχέσεων. Προτείνεται να έχει τη μορφή ΝΠΔΔ ο δημιουργούμενος φορέας. Αντίθετα, κατά τη δεύτερη άποψη, ο χαρακτηρισμός του φορέα ως ΝΠΙΔ δεν αναιρεί τον δημόσιο χαρακτήρα του, καθώς οι μετοχές του ανήκουν στο ελληνικό δημόσιο. Εξάλλου, οι πρόσθετες και εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας που θα παρέχει ο φορέας αυτός δεν αντικαθιστούν υπηρεσίες οι οποίες παρέχονται σήμερα από τα νοσοκομεία και εν γένει το ΕΣΥ, και ο χαρακτήρας τους είναι τέτοιος ώστε να δικαιολογεί τη δημιουργία ενός ΝΠΙΔ δημοσίου συμφέροντος. Αναμένεται όταν λειτουργήσει ο φορέας ως ΝΠΙΔ να έχει την απαραίτητη ευελιξία ώστε οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας να ανταποκριθούν καλύτερα στην ανάγκη αναβάθμισης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, προς όφελος των ασθενών και γενικότερα της κοινωνίας, και στη μείωση του κόστους μέσα από την αποτελεσματικότερη λειτουργία του και την ορθολογικότερη αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού.

προστασίας της υγείας⁵⁰². Προς τούτο λαμβάνονται διάφορα μέτρα, όπως είναι η αξιολόγηση, οι ορθές πρακτικές, η χρήση κανόνων ιδιωτικού δικαίου και μηχανισμών της αγοράς, ο προγραμματισμός, η ανανέωση και η προσαρμογή των οργανωτικών δομών κ.λπ.

Η νομοθεσία περί ΕΣΥ εξαντλείται στη ρύθμιση των αρμοδιοτήτων των αποφασιστικών και των γνωμοδοτικών οργάνων χωρίς να κάνει, έστω και υποτυπωδώς, μνεία των σύγχρονων μεθόδων, μέσων και κριτηρίων για την αποδοτική διαχείριση του συστήματος υγείας. Το νομοθετικό πλαίσιο για τις διαπραγματεύσεις και την κατάρτιση συμβάσεων μεταξύ των ΟΚΑ, των προμηθευτών και των χρηστών αναπτύσσεται πολύ καθυστερημένα και αποσπασματικά. Μόλις το 1997, με τον Ν 2519, προβλέπεται η δυνατότητα συνάψεως συμβάσεων μεταξύ των ασφαλιστικών οργανισμών και των οργανισμών του ΕΣΥ καθώς και των ιδιωτικών οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας⁵⁰³. Αλλά και το καθεστώς των αποφασιστικών και των γνωμοδοτικών οργάνων είναι δαιδαλώδες και συχνά παλινδρομεί, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται δυσμενώς η αποδοτική λειτουργία του ΕΣΥ. Ειδικότερα:

Α. Τα γνωμοδοτικά όργανα είναι το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) και το Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕΣΥΠΕ)⁵⁰⁴. Συντονιστικό ρόλο εντός της περιφέρειας έχει το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (ΣΥΠΕ). Παράλληλα, σε επίπεδο νοσοκομείου και ΔΥΠΕ, λειτουργούν επιστημονικά συμβούλια και επιτροπές που γνωμοδοτούν για την άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής δραστηριότητας. Όπως προαναφέρθηκε, ενώ τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠεΣΥ) αρχικά είχαν γνωμοδοτικό χαρακτήρα⁵⁰⁵, στη συνέχεια έγιναν αποφασιστικά όργανα, μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ) και πρόσφατα σε ΔΥΠΕ.

1. Το ΚΕΣΥ ξεκίνησε φιλόδοξα. Σύμφωνα με τον Ν 1278/1982, είναι αρμόδιο για τον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό, τη διαμόρφωση εθνικής στρατηγικής στον τομέα της υγείας, γνωμοδοτεί για κάθε θέμα τρέχουσας πολιτικής που του παραπέμπεται, παρακολουθεί την υλοποίηση του προγράμματος και εισηγείται διορθωτικά μέτρα, έχει την ευθύνη συντονισμού και ελέγχου των ΠεΣΥ. Στη σύνθεσή του προβλέπεται η συμμετοχή εκπροσώπων του λαού, με το σκεπτικό της συμμετοχής στον καθορισμό των αναγκών και των επιλογών για τον τρόπο εφαρμογής του συστήματος. Με τον Ν 2071/1992 αφαιρείται από το ΚΕΣΥ ο συντονισμός και ο έλεγχος των ΠεΣΥ. Η γνώμη που εκφέρει από υποχρεωτική γίνεται απλή και συνεπώς δεν

502. *Tabuteau D.*, ό.π., σ. 872.

503. Βλ. το άρθρο 29 του νόμου και τα επόμενα και *Κοντιάδης Ξ.*, Συνταγματικές εγγυήσεις, ό.π., σ. 423.

504. Άρθρο 1, παρ. 8 του Ν 2889/2001.

505. Σε θέματα προγραμματισμού, εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας και εφαρμογής των εθνικών προγραμμάτων υγείας.

δεσμεύει το αποφασίζον όργανο. Κατά την εισηγητική έκθεση του νόμου η υποχρεωτική γνώμη –και παλαιότερα η σύμφωνη γνώμη– καταργήθηκαν για να αποφευχθεί η καθυστέρηση εξαιτίας της γραφειοκρατίας (sic). Είναι βέβαιο ότι θα μπορούσαν να βρεθούν άλλοι τρόποι αντιμετώπισης της γραφειοκρατίας εκτός από την αποδυνάμωση του ΚΕΣΥ. Πάντως, το ΚΕΣΥ είναι το μακροβιότερο γνωμοδοτικό όργανο του ΕΣΥ.

2. Το ΣΥΠεΣΥΠ ιδρύεται με τον Ν 2889/2001 και αρχικά ήταν αρμόδιο για τον συντονισμό των ΠεΣΥΠ και της πολιτικής των περιφερειακών οργάνων για την υγεία. Πρόεδρος του Συμβουλίου είναι ο Υπουργός Υγείας και μέλη του οι πρόεδροι των ΠεΣΥΠ και ο πρόεδρος του ΚΕΣΥ. Στη συνέχεια, με τον Ν 3329/2005, το ΣΥΠεΣΥΠ καταργείται και αντικαθίσταται από το ΚΕΣΥΠΕ και το ΣΥΠΕ. Το ΚΕΣΥΠΕ είναι αρμόδιο να συντονίζει το έργο των υγειονομικών περιφερειών και να εναρμονίζει την πολιτική τους για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη. Το ΣΥΠΕ εδρεύει σε κάθε περιφέρεια και γνωμοδοτεί στον υπουργό για θέματα ανάπτυξης της πολιτικής υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην περιφέρεια, τον συντονισμό των διοικήσεων των νοσοκομείων και των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και την εναρμόνιση της πολιτικής τους. Διοικείται από την ολομέλεια και τη συντονιστική επιτροπή, των οποίων οι αρμοδιότητες και η σύνθεση περιγράφονται εξαντλητικά στο άρθρο 6 του νόμου. Ενδιαφέρουσα είναι η αρμοδιότητα της συντονιστικής επιτροπής να αξιολογεί συγκριτικά την εν γένει λειτουργία των υγειονομικών υπηρεσιών του ΕΣΥ με βάση ποιοτικούς, ποσοτικούς και οικονομικούς δείκτες⁵⁰⁶.

3. Το επιστημονικό συμβούλιο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας συγκροτείται σε κάθε ΔΥΠΕ σύμφωνα με το άρθρο 6Α του Ν 3329/2005, το οποίο προστέθηκε με τον Ν 4025/2011.

4. Η επιστημονική επιτροπή σε επίπεδο νοσοκομείου συνιστάται αρχικά με τον Ν 1397/1983⁵⁰⁷. Αποτελείται από πέντε ιατρούς και εκφράζει γνώμη για κάθε θέμα που αφορά στη λειτουργία του νοσοκομείου και έχει σχέση με την ιατρική υπηρεσία και τον εξοπλισμό του, συντονίζει και ελέγχει την εκπαίδευση των ιατρών για την απόκτηση ειδικότητας και χορηγεί τα πιστοποιητικά για την άσκησή της και την απόδοσή τους. Στη σύνθεση της επιτροπής προβλέπεται η συμμετοχή ειδικευμένων και άλλων επιστημόνων που είναι ενταγμένοι στην ιατρική υπηρεσία⁵⁰⁸ οι αρμοδιότητές της παραμένουν γνωμοδοτικές και συντονιστικές. Με το άρθρο 5, παρ. 11 του Ν 2889/2001 προβλέπεται η σύσταση επιστημονικού συμβουλίου με περισσότερο εξειδικευμένες αρμοδιότητες σε σχέση με αυτές που είχε η προγενέστερη επιτροπή που καταργήθηκε. Με το άρθρο 9 του Ν 3329/2005 συνιστάται σε κάθε

506. Άρθρο 6, παρ. 7 του νόμου.

507. Άρθρο 12 του Ν 1397/1983 για την επιστημονική επιτροπή.

νοσοκομείο του ΕΣΥ εννεαμελές επιστημονικό συμβούλιο⁵⁰⁸ διетуός θητείας, που γνωμοδοτεί για κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς του νοσοκομείου⁵⁰⁹. Επίσης καταρτίζει και εισηγείται τις ετήσιες και μηνιαίες εφημερίες και υποβάλλει το πρόγραμμα εφημεριών στον Αναπληρωτή Διοικητή του νοσοκομείου ή αν δεν υπάρχει στον Διοικητή, η συγκρότηση και παρακολούθηση των επιστημονικών επιτροπών και ομάδων εργασίας, η οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων και η οργάνωση της επιστημονικής βιβλιοθήκης (κλασικής και ηλεκτρονικής του νοσοκομείου), οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, η εισήγηση προς τον Διοικητή μέτρων για τη βελτίωση της λειτουργίας των μονάδων του νοσοκομείου και των προτεραιοτήτων κατά τον προγραμματισμό προμηθειών υγειονομικού υλικού και εξοπλισμού.

5. Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας, που στη συνέχεια μετονομάζεται σε Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας⁵¹⁰, ιδρύεται με το άρθρο 61 του Ν 2071/1992 με κύριο έργο τη συμβολή στη χάραξη της πολιτικής του υπουργείου επί θεμάτων ηθικής και δεοντολογίας, τη γνωμοδότηση επί αυτών των θεμάτων και τη γνωμοδότηση προς άρση τυχόν διαφωνιών σε δεύτερο βαθμό των τοπικών επιτροπών ηθικής και δεοντολογίας. Έχουν επίσης ιδρυθεί τοπικές πενταμελείς επιτροπές τριετούς θητείας ηθικής και δεοντολογίας στα νοσοκομεία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα με έργο τη γνωμοδότηση επί θεμάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας προς το ΔΣ του νοσοκομείου ή της κλινικής και τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας.

Συμπερασματικά, τα γνωμοδοτικά όργανα του ΕΣΥ διατηρούν τον ασήμαντο ρόλο που είχαν κατά την ίδρυση του ΕΣΥ. Δεν αποτελεί αναβάθμιση η αλλαγή

508. Πέντε ιατρούς, δύο επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας μη ιατρούς, έναν ειδικεύμενο ιατρό, έναν νοσηλεύτη.

509. Κατά την παρ. 3 του νόμου, στις αρμοδιότητες του επιστημονικού συμβουλίου περιλαμβάνονται: Η κατάρτιση και η εισήγηση των μηνιαίων εφημεριών των ιατρών και η έγκαιρη υποβολή τους στον διοικητή για έγκριση. Κάθε τροποποίηση του προγράμματος εφημεριών γίνεται μόνο με γραπτή και αιτιολογημένη εισήγηση του προέδρου της επιστημονικής επιτροπής ή συγκρότηση και η παρακολούθηση της δραστηριότητας των επιστημονικών επιτροπών και όποιων άλλων επιτροπών του νοσοκομείου ή οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων με συμμετοχή ειδικών επιστημόνων εκτός νοσοκομείου –εφόσον κρίνεται απαραίτητο–, η οργάνωση και η ενημέρωση της κλασικής και της ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης του νοσοκομείου, ο καθορισμός των αρμοδιοτήτων της επιτροπής ηθικής και δεοντολογίας και, τέλος, η εισήγηση προς τον διοικητή μέτρων που αφορούν στη βελτίωση της λειτουργίας των επί μέρους μονάδων του νοσοκομείου, στη θέσπιση προτεραιοτήτων κατά τον προγραμματισμό της προμήθειας εξοπλισμού ή υγειονομικού υλικού και σε οτιδήποτε κριθεί από τον διοικητή ότι δύναται να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών.

510. Άρθρο 40 του Ν 3204/2003.

της ονομασίας τους ούτε η λεπτομερής απαρίθμηση των επί μέρους αρμοδιοτήτων τους. Η αναβάθμιση θα επέλθει αν η γνώμη τους από απλή γίνει σύμφωνη και σε κάθε περίπτωση υποχρεωτική. Η σύνθεσή τους σταδιακά έχει βελτιωθεί, διότι περιλαμβάνει μεγαλύτερο αριθμό εξειδικευμένων προσώπων και μάλιστα επιστημόνων με εμπειρία στα θέματα για τα οποία τα γνωμοδοτικά όργανα στα οποία μετέχουν καλούνται να γνωμοδοτήσουν⁵¹¹.

B. Τα αποφασιστικά όργανα

1. *Του νοσοκομείου:* Με τον Ν 1397/1983 προβλέπονται ουσιαστικές αλλαγές στη μέχρι τότε ισχύουσα διοικητική οργάνωση των δημόσιων νοσοκομείων. Το ΔΣ αποκτά αυξημένες αρμοδιότητες. Ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του ΔΣ έχουν πλήρη απασχόληση και συγκεκριμένες αρμοδιότητες. Προβλέπεται ο συντονιστής διοίκησης του νοσοκομείου, που προΐσταται διοικητικά των υπηρεσιών του νοσοκομείου και κατευθύνει το έργο τους. Στα ΔΣ συμμετέχουν εκπρόσωποι του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού.

Ο Ν 2071/1992, στο άρθρο 55, παράλληλα με τον πρόεδρο του ΔΣ καθιερώνει τον γενικό διευθυντή, που προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσηλευτικού ιδρύματος, συντονίζει και ελέγχει το έργο τους, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του ΔΣ και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεών του. Στον γενικό διευθυντή μπορεί ακόμη να μεταβιβασθούν και αρμοδιότητες του ΔΣ. Από τον Ν 2071/1992 δεν προκύπτει σαφώς ο διαχωρισμός των αρμοδιοτήτων του προέδρου του ΔΣ και του γενικού διευθυντή. Το άρθρο 17 του Ν 2519/1997, διατηρεί τη θέση του γενικού διευθυντή και διευκρινίζονται οι αρμοδιότητές του και οι αρμοδιότητες του προέδρου του ΔΣ⁵¹². Ο γενικός διευθυντής προΐσταται πλέον όλων των υπη-

511. Στο παρελθόν περιλάμβαναν μεγάλο σχετικά αριθμό προσώπων και όχι απαραίτητα με ειδικές γνώσεις για τα αντικείμενα που καλούνταν να γνωμοδοτήσουν. Ο κίνδυνος είναι υπό το πρόσχημα του κοινωνικού ελέγχου να νομιμοποιούνται ήδη ειλημμένες αποφάσεις.

512. Ο γενικός διευθυντής προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου και των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται σε αυτό, ασκεί τον ιεραρχικό έλεγχο σε όλο το προσωπικό και έχει την ευθύνη της οργάνωσης, του συντονισμού και του ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου για να ανταποκρίνονται στην αποστολή τους, είναι αρμόδιος για την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του, εισηγείται όλα τα θέματα στο ΔΣ, είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή των αποφάσεων του ΔΣ, συνεργάζεται με τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες του ΕΣΥ και ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα που του ανατίθεται με αποφάσεις του ΔΣ. Ιδιαίτερα μεριμνά για: α) την κατάρτιση και την εισήγηση στο ΔΣ του προϋπολογισμού του νοσοκομείου και την εκτέλεσή του, β) την κατάρτιση και την εισήγηση στο ΔΣ του επιχειρησιακού σχεδιασμού και την υλοποίησή του, γ) την εκπόνηση του προγράμματος προμηθειών του νοσοκομείου σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις και τις αποφάσεις του ΔΣ, και δ) την εν γένει αποτελεσματική, ποιοτική και αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Για τη διεκπεραίωση του έργου του μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια ελέγχου σε υπαλλήλους της δικαιοδοσίας του, καθώς και να συγκροτεί ομάδες εργασίας με υπαλλήλους για συγκεκριμένο έργο. Ο γενικός διευθυντής

ρεσιών του νοσοκομείου. Όμως, το 1999, με την παράγραφο 5 του άρθρου 21 του Ν 2703, καταργείται η θέση του γενικού διευθυντή και τα νοσοκομεία διοικούνται και πάλι από το ΔΣ και τον πρόεδρο του ΔΣ, ο οποίος πρέπει να διαθέτει ειδικά προσόντα και αξιολογείται από ειδικό υπηρεσιακό συμβούλιο μετά την προκήρυξη της θέσεως.

Δύο χρόνια αργότερα, με το άρθρο 5 του Ν 2889/2001, εισάγεται εκ νέου το καθεστώς της διοίκησης του νοσοκομείου από διοικητή. Με τον ίδιο νόμο τα δημόσια νοσοκομεία, με εξαίρεση αυτά που αναφέρονται στο άρθρο 14 του νόμου, χάνουν τη νομική προσωπικότητά τους και η περιουσία τους διά του νόμου και χωρίς καμία διατύπωση μεταβιβάζεται στα ΠεΣΥ. Τα νοσοκομεία, καθώς και τα Κέντρα Υγείας που ανήκουν στο ΕΣΥ, μετατρέπονται αυτοδικαίως σε αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες του οικείου ΠεΣΥ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Διατηρούν τη διοίκηση του προσωπικού τους και διοικούνται από τον διοικητή και το συμβούλιο διοίκησης. Ο διοικητής πριν από τον διορισμό του υπογράφει συμβόλαιο αποδοτικότητας με τους στόχους τους οποίους δεσμεύεται να επιτύχει. Αν δεν τους επιτύχει απολύεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά τη σχετική κρίση της Επιτροπής Αξιολόγησης Ανώτερων Στελεχών Υγείας η οποία λειτουργεί ως υπηρεσιακό συμβούλιο⁵¹³.

Τέσσερα χρόνια αργότερα, με τον Ν 3329/2005 διατηρείται η αποκέντρωση σε περιφέρειες, επαναχορηγείται η νομική προσωπικότητα στα νοσοκομεία και στις μονάδες κοινωνικής φροντίδας και ανατίθεται σε τεκνοκράτες η διοίκηση των νοσοκομείων⁵¹⁴. Ειδικότερα, αυτά διοικούνται από το ΔΣ και τον διοικητή του νοσοκομείου, που ταυτόχρονα είναι και πρόεδρος του ΔΣ⁵¹⁵. Οι αρμοδιότητες του διοικητή συνοψίζονται στον προγραμματισμό, την οργάνωση, τον συντονισμό, τον έλεγχο της εύρυθμης λειτουργίας του νοσοκομείου, στην εκπροσώπηση του νοσοκομείου ενώπιον κάθε δικαστικής και εξώδικης αρχής και αναλύονται λεπτομερώς σε 30 επί μέρους αρμοδιότητες. Όμως, σε αντίθεση με τους προηγούμενους νόμους, δεν προβλέπεται ανοικτή διαδικασία με προκήρυξη των θέσεων για την επιλογή

διορίζεται από την ανάληψη των καθηκόντων του και ως πρόεδρος του ειδικού υπηρεσιακού συμβουλίου του Ν 2190/1994.

513. Άρθρο 5, παρ. 6 του Ν 2889/2001.

514. Επιλέγονται με βάση τα προσόντα τους και απαιτείται *πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων σε υπηρεσίες ή οργανισμούς του Δημοσίου ή επιχειρήσεις του δημοσίου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, συνεκτιμωμένων και των μεταπτυχιακών σπουδών και επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας Νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, οικονομικών της υγείας ή κοινωνικής διοίκησης, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας* (άρθρο 5, παρ. 6 του Ν 2889/2001).

515. Προβλέπεται και αναπληρωτής διοικητής στα νοσοκομεία που έχουν περισσότερα από 400 κρεβάτια, σύμφωνα με το άρθρο 7, παρ. 4 και 9 του Ν 3329/2005.

των διοικητών-τεχνοκρατών ούτε η σύναψη συμβάσεων αποδοτικότητας οι οποίες θέτουν τους επιδιωκόμενους στόχους⁵¹⁶. Τούτο έχει ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνεται η αξιολόγηση του έργου τους. Επίσης, τρία από τα επτά μέλη του ΔΣ δεν προέρχονται από το νοσοκομείο⁵¹⁷.

Οι συνεχείς νομοθετικές παλινδρομήσεις αναδεικνύουν ως μείζον ζήτημα για τον έλληνα νομοθέτη αν θα υπάρχουν δύο διακριτοί πόλοι εξουσίας στο νοσοκομείο, δηλαδή ο πρόεδρος του ΔΣ από τη μια και ο διοικητής ή ο γενικός διευθυντής από την άλλη, ή αν θα συγκεντρωθούν όλες οι εξουσίες σε ένα όργανο. Σε κάθε περίπτωση, η θέση του διοικητή-τεχνοκράτη (manager) πρέπει να καλύπτεται μόνον έπειτα από διαφανείς διαδικασίες, δηλαδή με ανοικτό διαγωνισμό και επιλογή με βάση αντικειμενικά κριτήρια (εμπειρία, τίτλοι σπουδών κ.λπ.). Έτσι, ο manager θα έχει την ίδια αναγνώριση με τους ομολόγους του στην αλλοδαπή και θα σημειώνει τις ίδιες με αυτούς επιτυχίες.

2. *Της περιφέρειας υγείας*: Με τον Ν 2889/2001 η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες που συμπίπτουν με τις διοικητικές. Σε κάθε περιφέρεια, με εξαίρεση τις περιφέρειες Αττικής, Νοτίου Αιγαίου και Κεντρικής Μακεδονίας, δημιουργείται ένα Περιφερειακό Σύστημα Υγείας, το οποίο αποτελεί ΝΠΔΔ, φέρει το όνομα της οικείας περιφέρειας και εδρεύει στην έδρα της. Τα ΠεΣΥ διοικούνται από εννεαμελές ΔΣ του οποίου ο πρόεδρος είναι και ο γενικός διευθυντής του ΠεΣΥ. Με τον Ν 3329/2005 τα ΠεΣΥ αλλάζουν όνομα και καλούνται ΔΥΠΕ, ο αριθμός των μελών του ΔΣ μειώνεται σε επτά και ο πρόεδρος του ΔΣ καλείται πλέον διοικητής. Δηλαδή, δεν γίνονται σημαντικές αλλαγές ως προς τα όργανα της διοίκησης και ως προς την κατανομή των αρμοδιοτήτων μεταξύ του ΔΣ και του διοικητή και προέδρου του ΔΣ.

Συμπερασματικά, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από πολυνομία και οι συνεχείς τροποποιήσεις της οργανωτικής του δομής προκαλούν σύγχυση. Σε διάστημα 34 ετών έχουν δημοσιευθεί περισσότεροι από 25 θεσμικοί νόμοι. Η αναλογία είναι περίπου ένας νόμος κάθε 15 μήνες. Συχνά οι νόμοι μετονομάζουν ήδη υφιστάμενα όργανα χωρίς τούτο να συνοδεύεται πάντα από την απονομή ουσιωδώς διαφορετικών αρμοδιοτήτων ή από ουσιωδώς διαφορετική σύνθεση των οργάνων. Δεν δίνεται χρόνος να δοκιμασθούν οι θεσμοί, να αποδώσουν και να αξιολογηθούν· ενδεικτικά, τα ΠεΣΥΠ καταργήθηκαν μόλις τρία χρόνια μετά την ίδρυσή τους και αντικαταστάθηκαν από τις ΔΥΠΕ.

516. Παρόμοιας λογικής είναι και ο Ν 3429/2005, *Δημόσιες Επιχειρήσεις και Οργανισμοί*, που καταργεί διάταξη του Ν 2414/1996 για τις ΔΕΚΟ, η οποία προέβλεπε τη σύνταξη συμβολαίου διαχείρισης μεταξύ αφενός του προέδρου του ΔΣ και του διευθύνοντος συμβούλου και αφετέρου του ελληνικού δημοσίου.

517. ΟΚΕ, Γνώμη 128 για το νομοσχέδιο *Εθνικό σύστημα υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*, σ. 13.

ISBN: 978-960-622-284-9



16171