

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΓΑΘΕΜΑΤΙΚΟ ΠΕΔΙΟ:

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

Το δίκαιο της υγείας

ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΥΛΙΚΟΥ

Δρ. Ειρήνη Ν. Κυριακάκη

Σημειώσεις β ειδικής βάσης

ΚΕ΄ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΑΘΗΝΑ 2017 -2018

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ

I. Το Δίκαιο της Υγείας

A. Ορισμός

B. Πηγές δικαίου της υγείας

II. Η υγεία ως συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα

A. Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία

B. Το ατομικό δικαίωμα στην υγεία

Γ. Οι υπήκοοι τρίτων χωρών ως υποκείμενο του δικαιώματος της υγείας

III. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

A. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και τα βασικά χαρακτηριστικά του

B. Κρατική ευθύνη για καθολική και ισότιμη παροχή υπηρεσιών

Γ. Διοίκηση του ΕΣΥ

1. Κεντρική Διοίκηση _ Υπουργείο Υγείας

2. Η αποκέντρωση του ΕΣΥ και η περιφερειακή του συγκρότηση

Δ. Διάρθρωση υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες

1. Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών

2. Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

3. Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

IV. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας

A. Συνταγματικό πλαίσιο λειτουργίας του

B. Η ρύθμιση ιδιωτικού τομέα υγείας στον Ν. 1397/1983

Γ. Συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας

V. Οι έννομες σχέσεις μονάδας-ιατρού-ασθενούς

A. Στο δημόσιο σύστημα υγείας

1. Οι ιατροί του ΕΣΥ ως δημόσιοι λειτουργοί

2. Οι πανεπιστημιακοί ιατροί

3. Ο ειδικευόμενοι ιατροί

B. Στον ιδιωτικό τομέα υγείας

1. Ιατροί ως ελεύθεροι επαγγελματίες

2. Οι ιατροί που παρέχουν υπηρεσίες σε ιδιωτικές κλινικές

Γ. Οι ιατροί στην κοινωνική ασφάλιση

VI. Ιατρική ευθύνη/ευθύνη για ιατρική αμέλεια

A. Αστική ευθύνη

B. Αστική ευθύνη δημοσίου

VII. Υποχρεώσεις ιατρών

A. Πηγές υποχρεώσεων ιατρών

B. Υποχρεώσεις σύμφωνα με Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας

1. Η υποχρέωση παροχής ιατρικών υπηρεσιών
2. Άρνηση ιατρών για λόγους συνείδησης
3. Η υποχρέωση εφαρμογής των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και η ελευθερία επιλογής μεθόδου
4. Η υποχρέωση σεβασμού του ασθενούς και απαγόρευσης των διακρίσεων
5. Υποχρέωση τήρησης ιατρικού αρχείου
6. Υποχρέωση ιατρικού απορρήτου
7. Υποχρέωση έκδοσης ιατρικών πιστοποιητικών
8. Υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς

VIII. Πειθαρχική ευθύνη ιατρών

A. Πειθαρχική ευθύνη ενώπιον ιατρικών συλλόγων

1. Πειθαρχικά παραπτώματα και πειθαρχικές ποινές
2. Πειθαρχικά Όργανα
 - 2.1. Πειθαρχικά Συμβούλια Ιατρικών Συλλόγων
 - 2.2. Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο

B. Πειθαρχική ευθύνη ιατρών δημοσίου συστήματος υγείας

1. Πειθαρχικά παραπτώματα
2. Πειθαρχικές ποινές
3. Πειθαρχικά όργανα
4. Πρωτοβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο
5. Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο
6. Ένδικα μέσα κατά των αποφάσεων Πρωτοβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου και Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου

IX. Δικαιώματα ληπτών υπηρεσιών υγείας

A. Πλαίσιο

B. Δικαιώματα ασθενών

1. Το δικαίωμα προσεγγίσεως του ασθενούς στις υπηρεσίες του νοσοκομείου
2. Το δικαίωμα της παροχής φροντίδας στον ασθενή με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεία του και της αναγνώρισεως των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων
3. Το δικαίωμα συναίνεσης του ασθενούς
4. Το δικαίωμα ενημέρωσης του ασθενούς
5. Το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς
6. Το δικαίωμα πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο
7. Το δικαίωμα σε δίκαιη αποζημίωση
8. Το δικαίωμα υποβολής ενστάσεων ή διαμαρτυριών

Γ. Όργανα προστασίας δικαιωμάτων ασθενών

1. Κεντρικά όργανα
2. Τοπικά/νοσοκομειακά/περιφερειακά όργανα
3. Ο ρόλος του Συνηγόρου του Πολίτη στη διερεύνηση καταγγελιών ασθενών

I. Το Δίκαιο της Υγείας

A. Ορισμός

Τα τελευταία τριάντα χρόνια επικρατεί η τάση να αυτονομηθεί το δίκαιο της υγείας ως κλάδος δικαίου που περιλαμβάνει κανόνες τόσο ιδιωτικού δικαίου όσο και δημοσίου δικαίου και καλύπτει μία ευρεία και ετερόκλητη γκάμα θεμάτων που μπορεί να αφορούν στην πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, καθώς και σε άλλες ιατρικές ή φαρμακευτικές πράξεις. Ειδικότερα ως δίκαιο της υγείας ορίζεται το σύνολο των κανόνων δικαίου που διέπουν την προστασία της υγείας του πληθυσμού και αποβλέπουν στην αποκατάσταση της υγείας μεμονωμένων ασθενών, ρυθμίζοντας την παροχή και ζήτηση υπηρεσιών υγείας, τις πολιτικές, τις αρμοδιότητες και τα δικαιώματα όσων εμπλέκονται στην κατοχύρωση του υπέρτατου αγαθού της υγείας.¹

Τμήμα του δικαίου της υγείας είναι το **ιατρικό δίκαιο** που αποτελεί το σύνολο των κανόνων που διέπουν την άσκηση της ιατρικής και τη σχέση ιατρού-ασθενούς από την άποψη του αστικού, του ποινικού και του δημοσίου δικαίου. Κλασσικό θέμα ιατρικού δικαίου είναι η ιατρική ευθύνη-ιατρική αμέλεια.² Άλλες θεματικές που εμπίπτουν στην ύλη του δικαίου της υγείας είναι οι ρυθμίσεις για την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων, η υπηρεσιακή κατάσταση των υγειονομικών οργάνων, χρηματοδότηση των φορέων υγείας προαγωγή της δημόσιας υγείας, η παράγωγή και η εμπορία φαρμάκων, η εκπαίδευση για απόκτηση ιδιότητας ιατρού, νοσηλευτή και λοιπών επαγγελματιών υγείας, η οργάνωση αξιόπιστων επαγγελματικών και εποπτικών φορέων, η νοσοκομειακή και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.³

Ειδική κατηγορία του δικαίου της υγείας αποτελεί το **δημόσιο δίκαιο της υγείας** που περιλαμβάνει τους κανόνες που διέπουν τη διοίκηση υπηρεσιών υγείας και τη διασφάλιση της υγειονομικής τάξεως και ασφάλειας (με τον έλεγχο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας και με τη διαφύλαξη της δημόσιας υγείας).⁴ Το δημόσιο δίκαιο της υγείας είναι ενταγμένο στο δίκαιο της κοινωνικής προστασίας και περιλαμβάνει τη νομοθεσία που ρυθμίζει την εξασφάλιση του ανθρώπου από τους κοινωνικούς κινδύνους.⁵

Αν και συμμετέχουν στη χρηματοδότηση του συστήματος προστασίας της υγείας για τους ασφαλισμένους και τους δικαιούχους δωρεάν περίθαλψη, το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης και το δίκαιο της κοινωνικής πρόνοιας διακρίνονται σαφώς από το δημόσιο δίκαιο της υγείας. Ειδικότερα, η κοινωνική ασφάλιση αναπληρώνει σε ικανοποιητικό βαθμό την απώλεια εισοδήματος εξαιτίας της ανικανότητας προς εργασία λόγω της επέλευσης ορισμένων ασφαλιστικών κινδύνων, μεταξύ άλλων και της ασθένειας (εργ. ατύχημα, γήρας, αναπηρία, θάνατος, μητρότητα), ενώ η κοινωνική πρόνοια προστατεύει επικουρικά άτομα ή συγκεκριμένες ομάδες με τη χορήγηση παροχών ή τη θέσπιση ειδικών νομοθετικών ρυθμίσεων, ώστε να εξασφαλίζεται αξιοπρεπής διαβίωση, καθώς και η ένταξη και συμμετοχή τους στην οικονομική και κοινωνική ζωή.⁶ Από τα

¹ Βλ. Κρεμαλής Κωνσταντίνος (2011), Δίκαιο της Υγείας, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 2.

² Βλ. Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Πατρίνα (2017), Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, 2^η έκδοση, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη σελ. 69.

³ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 3-4.

⁴ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, οπ.π., σελ. 69.

⁵ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 72 επ.

⁶ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 76.

παραπάνω διαφοροποιούνται η προστασία της υγείας και το δίκαιο που τη διέπει ως προς το ότι συνίστανται στη χορήγηση ευρέως φάσματος υπηρεσιών και αγαθών υγείας που δεν σχετίζονται με την αναδιανομή εισοδήματος, μεταξύ ασφαλισμένων ή εντός του πληθυσμού, και επιπλέον ότι απευθύνονται και στους υγιείς.⁷

B. Πηγές δικαίου της υγείας

Πρωταρχική πηγή του δικαίου της υγείας είναι το Σύνταγμα, το οποίο πέρα από το άρθρο 21 παρ. 3 Σ, περιέχει σειρά άλλων θεμελιωδών διατάξεων και αρχών που διέπουν όλο το φάρμα των υγειονομικών υπηρεσιών, αγαθών και φροντίδων, όπως ο σεβασμός και η προστασία της ανθρώπινης αξίας (2 παρ 1 Σ), η αρχή της ισότητας και της απαγόρευσης των διακρίσεων (άρθρ. 4 παρ. 1 και 5 παρ. 2 Σ), το δικαίωμα στην πληροφόρηση άρθρο 5^A παρ. 1 Σ., απαγόρευση των βασανιστηρίων (άρθρ. 7 παρ. 2 Σ.), η προστασία της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής (άρθρ. 9 Σ), το δικαίωμα προστασίας προσωπικών δεδομένων (άρθρ. 9^A Σ), η ελευθερία της έρευνας (άρθρ. 16 παρ. 1 Σ.) και το δικαίωμα στην παροχή έννομης προστασίας (άρθρ. 20 παρ. 1 Σ.).⁸

Πολυάριθμοι διαρκώς μεταβαλλόμενοι ειδικοί νόμοι με αντικείμενο το αγαθό και τις υπηρεσίες της υγείας έχουν θεσπιστεί διαχρονικά από την ελληνική πολιτεία, συνεισφέροντας στη συγκρότηση ενός εθνικού δικαίου της υγείας τόσο σε επίπεδο μονάδων υγείας, όσο και ιατρικού δικαίου, φαρμακευτικού δικαίου και βιοδικαίου. Οι νόμοι αυτοί συχνά δίνουν εξουσιοδότηση στον κανονιστικό νομοθέτη για την έκδοση κανονιστικών πράξεων ειδικού περιεχομένου που συμπληρώνουν τους νόμους. Σε αυτήν την κατηγορία πηγών συγκαταλέγονται και οι κανόνες δεοντολογίας που συνήθως περιβάλλονται τον τύπο του τυπικού νόμου ή του προεδρικού διατάγματος (πχ κώδικας ιατρικής δεοντολογίας ν. 3418/2005, κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας πδ 216/2001, κώδικας οδοντιατρικής δεοντολογίας άρθρο 73 ν. 1026/1980, κώδικας ελληνικής φαρμακευτικής δεοντολογίας πδ 340/1992), ή αποτελούν κείμενα που συντάσσουν επαγγελματικοί σύλλογοι (αρχές δεοντολογίας κοινωνικών λειτουργών, κώδικας δεοντολογίας συλλόγου ελλήνων ψυχολόγων). Στην πρώτη περίπτωση οι κώδικες αποτελούν δεσμευτικά νομικά κείμενα που ρυθμίζουν την άσκηση του επαγγέλματος και τις υποχρεώσεις των αντίστοιχων επαγγελματικών ομάδων. Στη δεύτερη περίπτωση πρόκειται για μη νομικούς κανόνες που προέρχονται από τους ίδιους τους επαγγελματίες και αποσκοπούν στον αυτοπεριορισμό τους στην ηθική του επαγγέλματός τους. Αν και δεν αποτελούν άμεσα και τυπικά πηγή δικαίου, έμμεσα επηρεάζουν την ανάπτυξή του, αφού αποτελούν εργαλείο για την ερμηνεία διατάξεων ή για την εξειδίκευση αόριστων νομικών εννοιών και τον προσδιορισμό του μέτρου της ευθύνης.

Περαιτέρω, στις πηγές του δικαίου της υγείας προστίθενται η νομολογία, καθώς και οι διεθνείς συμβάσεις με αυξημένη τυπική ισχύ, εφόσον έχουν κυρωθεί με τυπικό νόμο (άρθρο 28 Σ), όπως ο Καταστατικός Χάρτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (παρ. 3 και 10), ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης που κυρώθηκε στην Ελλάδα με τον ν. 1426/1984 (σημεία 11⁹, 13¹⁰ και άρθρα 11 και 13), το Διεθνές Σύμφωνο για τα οικονομικά, κοινωνικά και μορφωτικά δικαιώματα (άρθρο 12), η Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής/Σύμβαση για τα

⁷ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, *οπ. π.*, σελ. 72 επ.

⁸ Βλ. Κρεμαλής, *οπ. π.*, σελ. 15.

⁹ Κάθε πρόσωπο έχει δικαίωμα να απολαμβάνει κάθε μέτρο που του επιτρέπει να έχει την καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας.

¹⁰ Κάθε πρόσωπο που δεν έχει επαρκείς πόρους έχει δικαίωμα για κοινωνική και ιατρική αντίληψη.

ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοηθική του Συμβουλίου της Ευρώπης που κυρώθηκε με τον ν. 2619/1998, ή άλλες που συνιστούν μη δεσμευτικά κείμενα, όπως οι συστάσεις διεθνών οργανισμών προς τα κράτη μέλη, οι οποίες επηρεάζουν έμμεσα στο εσωτερικό δίκαιο και επηρεάζουν τη νομοθετική παραγωγή. Πολύ σημαντικές προς την κατεύθυνση αυτή είναι τα κείμενα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας

Αναφορικά με την ενωσιακή έννομη τάξη, θα πρέπει να σημειωθεί ότι στο πρωτογενές κοινοτικό δίκαιο περιλαμβάνονται αναφορές για την προστασία της υγείας και της δημόσιας υγείας και ενσωματώνεται στις λοιπές πολιτικές της Κοινότητας. Τούτο σημαίνει ότι τα κοινοτικά όργανα οφείλουν κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων τους να συνεκτιμούν την εν λόγω επιταγή και να λαμβάνουν μέτρα για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας και πρόληψης των ασθενειών.¹¹ Επιπλέον, οι λοιπές πολιτικές της Κοινότητας δεν μπορούν καταρχήν να αντιστρατεύονται την προστασία της υγείας ούτε να την περιορίζουν.¹² Εν γένει πάντως αναγνωρίζεται στο πρωτογενές δίκαιο μία επικουρική κοινοτική αρμοδιότητα για συλλογικές πολιτικές και δράσεις σε θέματα δημόσιας υγείας, σύμφωνα με τις παραπάνω διατάξεις, χωρίς όμως να προσδιορίζονται συγκεκριμένα μέτρα για τον συντονισμό ή τη σύγκλιση των εθνικών νομοθεσιών και μόνο έμμεσα θα μπορούσε να θεωρηθεί πηγή του δικαίου της υγείας.¹³

Το δικαίωμα του ανθρώπου στην προστασία της υγείας κατοχυρώνεται πάντως και στο άρθρο 35 Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ που υιοθετήθηκε στη Νίκαια τον Δεκέμβριο 2000 και ο οποίος μετά την επικύρωση της Σύμβασης της Λισσαβώνας έχει την ίδια νομική ισχύ με τις Συνθήκες. Σύμφωνα με το άρθρο αυτό «κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικών φροντίδων, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου». Το άρθρο αυτό, σε αντίθεση με το άρθρο 34 για την κοινωνική ασφάλιση και την πρόνοια, δεν θέτει περιορισμούς κατοικίας, νόμιμης διακινήσεως στην ΕΕ ή καταστάσεως ανάγκης. Οι λεπτομέρειες της εφαρμογής παραπέμπονται να ρυθμιστούν από τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές.

Επιπλέον, ο Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων (2000/2007) αφιερώνει ολόκληρο άρθρο (152) στη δημόσια υγεία, το οποίο, δεδομένης της κύρωσης της Συνθήκης της Λισσαβώνας συνιστά πρωτογενές δίκαιο της ΕΕ και κατεξοχήν πηγή του δικαίου της Υγείας. Στο εν λόγω άρθρο διατυπώνεται αναμφισβήτητα η διεύρυνση αρμοδιοτήτων της ΕΕ σε θέματα δημόσιας υγείας, ενώ υπάρχει αυστηρή διατύπωση σχετικά με την εφαρμογή της αρχής της επικουρικότητας σε θέματα υγείας. Έτσι, υπογραμμίζεται η κύρια αρμοδιότητα και ευθύνη των κρατών μελών σε θέματα πολιτικών υγείας, οργάνωσης και παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς και ιατρικής περίθαλψης, και κατανομής των πόρων στις υπηρεσίες υγείας.¹⁴ Το παράγωγο δίκαιο που έχει θεσπιστεί από κοινοτικούς θεσμούς για την εκπλήρωση των κοινοτικών στόχων στο χώρο της υγείας περιλαμβάνει τους κανονισμούς (αντικαθιστούν άμεσα το εθνικό δίκαιο με κοινοτικό είναι περιορισμένης έκτασης) και τις οδηγίες (δεσμεύουν ως προς το

¹¹ Βλ. Παπακωνσταντίνου Απόστολος (2005), Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Συνταγματική θεμελίωση, σελ. 20

¹² Βλ. Παπακωνσταντίνου, οπ. π., σελ. 21

¹³ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 10.

¹⁴ Βλ. Μητροσύλη Μαρία, Δίκαιο της Υγείας, 2009, Αθήνα: εκδ. Παπαζήση, σελ. 43.

αποτέλεσμα, αφήνοντας στα κράτη μέλη στην επιλογή του τύπου και της μορφής των ενδεδειγμένων μέτρων).

Τέλος, η απάντηση στα ηθικά προβλήματα που ανακύπτουν από τις δυνατότητες παρέμβασης στην εμφάνιση και εξέλιξη της ανθρώπινης ζωής και στον άνθρωπο των σύγχρονων ιατρικών, γενετικών και βιοτεχνολογικών εφαρμογών αποτελεί αντικείμενο της βιοηθικής που επιχειρεί να συμβιβάσει ανθρώπινες αξίες και επιστημονικές γνώσεις, ώστε να βρεθούν τρόποι εξισορρόπησης συγκρουόμενων συμφερόντων.¹⁵ Η βιοηθική δεν αποτελεί σύνολο κανόνων που ρυθμίζουν τις βιοϊατρικές δραστηριότητες, αλλά μέθοδο συλλογισμού για την εξεύρεση λύσεων, η οποία είναι απαλλαγμένη από κάθε δογματισμό. Ως τέτοια δεν αποτελεί έστω έμμεση πηγή δικαίου, αλλά ερμηνευτικό εργαλείο.¹⁶ Η θέση ερωτημάτων εκ μέρους της και η σκιαγράφηση των προβλημάτων για την εξεύρεση λύσεων κοινής αποδοχής αποτελεί προάγγελο των νομικών λύσεων.¹⁷ Η σημασία που αποδίδεται στη Βιοηθική υπογραμμίζεται και από τη σύσταση με τον ν. 2667/1998 της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής ως ανεξάρτητου συμβουλευτικού σώματος αποτελούμενου από επιστήμονες κύρους, με αποστολή την ανάδειξη της στενής σύνδεσης των εφαρμογών των βιολογικών επιστημών με τις σύγχρονες κοινωνικές αξίες. Στο πλαίσιο αυτό η Επιτροπή παρακολουθεί και επεξεργάζεται τα ηθικά, κοινωνικά και νομικά ζητήματα που ανακύπτουν από τη διαρκή εξέλιξη της βιολογίας, βιοϊατρικής, της γενετικής και της βιοτεχνολογίας, εκδίδοντας σχετικές εισηγήσεις και διατυπώνοντας προτάσεις για τη θέσπιση νομοθεσίας ή τη λήψη άλλων μέτρων πολιτικής από την πλευρά της πολιτείας.

¹⁵ Βλ. Κρεμαλής, *οπ. π.*, σελ. 23

¹⁶ Βλ. Κρεμαλής, *οπ. π.*, σελ. 23

¹⁷ Βλ. Κρεμαλής, *οπ. π.*, σελ. 23

II. Η υγεία ως συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα

Η σημασία που αποδίδει το ελληνικό δίκαιο στην υγεία αποτυπώνεται και στην κατοχύρωσή της ως συνταγματικού δικαιώματος και μάλιστα τόσο ατομικού όσο και κοινωνικού.

A. Το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία

Στο άρθρο 21 παρ. 3 Σ. ιδρύεται η υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την υγεία των πολιτών και να λαμβάνει ειδικά μέτρα για την περίθαλψη των απόρων. Αν και η αποσαφήνιση της έννοιας της υγείας είναι σημαντική για τον προσδιορισμό του κανονιστικού περιεχομένου του δικαιώματος, ο συνταγματικός νομοθέτης χρησιμοποιεί την έννοια της υγείας χωρίς να την προσδιορίζει. Μεταξύ πολλών ορισμών που έχουν προταθεί, επικρατέστερος φαίνεται να είναι ο ορισμός που διατυπώνεται στο προοίμιο του Καταστατικού Χάρτη (1946) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και ορίζει την υγεία ως την κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι απλώς απουσία νόσου ή αναπηρίας, περιλαμβάνοντας τόσο τον ασθενή όσο και τον υγιή.¹⁸ Ως κριτική διατυπώνεται ότι δεν ήταν στις προθέσεις της Πολιτείας να αναγάγει την υποχρέωση λήψης μέτρων κοινωνικής ευεξίας σε περιεχόμενο συνταγματικής επιταγής, αφού είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων και η συμβολή του κράτους στην επίτευξή της δεν μπορεί να είναι παρά επιβοηθητική.¹⁹ Έναντι ενός εκτεταμένου ορισμού έχουν διατυπωθεί και αρνητικοί ορισμοί που ορίζουν την υγεία ως απουσία της νόσου ή αναπηρίας. Ένας τέτοιος στενότερος ορισμός ακολουθείται στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης που αποσκοπεί στην κάλυψη του ασφαλιστικού κινδύνου της ασθένειας και στη διατήρηση της εργασιακής ικανότητας του ασφαλισμένου και ορίζει την υγεία ως την «έλλειψη κάθε ανώμαλης κατάστασης του σώματος ή του πνεύματος που δημιουργεί ανάγκη θεραπείας, ανικανότητα για εργασία ή και τα δύο μαζί».²⁰

Με αφετηρία έναν ευρύ ορισμό, το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία συνίσταται στην υποχρέωση του κράτους να προβαίνει σε θετικές ενέργειες, ώστε να εξασφαλίζεται προληπτικά ή θεραπευτικά, αν όχι η πλήρης, πάντως η ανώτερη δυνατή σωματική, ψυχική και διανοητική ευεξία του.²¹ Το δικαίωμα στην υγεία θα μπορούσε να περιλαμβάνει ενδεικτικά τα ακόλουθα 1) τη διαθεσιμότητα υποδομών, αγαθών και υπηρεσιών, καθώς και λειτουργικών προγραμμάτων για τη δημόσια υγεία και τη φροντίδα υγείας, 2) την προσβασιμότητα κάθε προσώπου που βρίσκεται στη δικαιοδοσία κράτους μέλους στις υποδομές, στα αγαθά και στις υπηρεσίες υγείας, 3) την αποδοχή της ιατρικής ηθικής και την καταλληλότητα των υποδομών, αγαθών και υπηρεσιών ως προς την υποδοχή σε σχέση με πρόσωπα που διαφέρουν σε σχέση με το φύλο, την ηλικία και το πολιτιστικό επίπεδο, 4) τη διασφάλιση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των υποδομών, αγαθών και υπηρεσιών του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα σε σχέση με την

¹⁸ Υπέρ αυτού Κατρούγκαλος, Γεώργιος (2006), Τα κοινωνικά δικαιώματα, Αθήνα-Κομοτηνή: εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, σελ. 175; Ως επικρατέστερος ορισμός αναφέρεται από Παπακωνσταντίνου, οπ. π., σελ. 37-38, παρότι ο ίδιος διαφωνεί με αυτόν. Ο Καταστατικός Χάρτης του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας έχει κυρωθεί από την Ελλάδα με το ΝΔ 436/21.10.1947. Βλ. Αναπλιώτου-Βαζαίου (1993), Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου, σελ. 23.

¹⁹ Βλ. Παπακωνσταντίνου, οπ. π., σελ. 39-40, Κρεμαλής, σελ. 89, Χρυσόγονος, Κώστας (1998), Ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα, Αθήνα-Κομοτηνή, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, σελ. 419.

²⁰ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 248 επ., Χρυσόγονος, οπ. π., σελ. 419.

²¹ Βλ. Παπαρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 51-52

επιστημονική και ιατρική καταλληλότητα.²² Εν τέλει η προαγωγή της υγείας είναι δυνατή με περισσότερους τρόπους και εναπόκειται στη διακριτική ευχέρεια του νομοθέτη να καθορίσει το είδος και την έκταση της συνταγματικής προστασίας με βάση την πολιτική, οικονομική και κοινωνική εκτίμηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού.²³

Έχει αποτελέσει αντικείμενο συζήτησης αν από τη διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3 Σ απορρέει αγωγή αξίωση, ανεξάρτητη από νομοθετική διαμεσολάβηση. Τον μη αγωγήμο χαρακτήρα του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία θεωρείται ότι σηματοδοτεί ήδη η χρήση του όρου «κρατική μέριμνα» στη συνταγματική διάταξη, αντί του όρου «δικαίωμα για μέριμνα».²⁴ Περαιτέρω, η κρατική υποχρέωση δεν είναι αρκετά εξειδικευμένη, για να αντιστοιχεί και σε δικαίωμα των πολιτών. Στη νομολογία έχει επιχειρηθεί να αντιστοιχηθεί η εν λόγω υποχρέωση με υποκειμενική αξίωση, χωρίς ωστόσο να προσδιορίζεται το περιεχόμενό της και ο τρόπος επιδίωξης της νομικής εκπλήρωσής της. Επομένως η συγκεκριμένη αντιστοίχιση παραμένει λεκτική (ΣτΕ 400/1986).²⁵

Ανεξάρτητα από τον αγωγήμο ή μη χαρακτήρα του, το άρθρο 21 παρ. 3 Σ. δεν παύει να έχει δεσμευτικό περιεχόμενο και ρυθμιστική ισχύ.²⁶ Ιδίως μετά την καθιέρωση του ΕΣΥ ως οργανωτικού σχήματος, επιτεύχθηκε ο αναγκαίος βαθμός εξειδίκευσης της κρατικής υποχρέωσης και δεν μπορεί να ανατραπεί στο σύνολό του το προστατευτικό αποτέλεσμα, με την πλήρη κατάργησή του και την αντικατάστασή του από ένα δημόσιο σύστημα υγείας με υπολειμματικές παροχές πρόληψης και θεραπείας σε συνδυασμό με μία ιδιωτική υγειονομική αγορά που προσφέρει τις υπηρεσίες που έπρεπε να προσφέρει ο τελευταίος και λειτουργεί με όρους που δεν εξασφαλίζουν συνεχή, αδιάλειπτη και ισότιμη πρόσβαση.²⁷ Ακόμη και αν η ειδικότερη οργανωτική μορφή ή το ύψος των διαθέσιμων πόρων αποκτήσει άλλο περιεχόμενο με νεότερο νόμο, δεν θα πρέπει πάντως να αλλοιώνεται/περιορίζεται υπέρμετρα το νόημα της συνταγματικής υποχρέωσης της πολιτείας να λαμβάνει τα αναγκαία νομοθετικά, οργανωτικά και ρυθμιστικά μέτρα για την οργάνωση ενός δημοσίου συστήματος υγείας που εγγυάται επαρκείς και συνεχείς υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου, ώστε να καθίσταται εφικτή η ανεμπόδιστη άσκηση του δικαιώματος των πολιτών για προστασία της υγείας τους (ΣτΕ 400/1986).²⁸ Μία αναδιάρθρωση πάντως της σχέσης δημόσιου και ιδιωτικού τομέα υγείας, σύμφωνα με τα παραπάνω δεν θα έπρεπε να θεωρηθεί εκ των προτέρων ότι συνεπάγεται τη μείωση του επιπέδου ικανοποίησης του δικαιώματος προστασίας της υγείας.²⁹

Β. Το ατομικό δικαίωμα στην υγεία

Στο Σύνταγμα του 1975 δεν υπήρχε συνταγματική διάταξη που να κατοχυρώνει με σαφήνεια το ατομικό δικαίωμα στην υγεία και οι ερμηνευτές και εφαρμοστές του δικαίου αναζητούσαν άλλες βάσεις για τη θεμελίωσή του.³⁰ Με την αναθεώρηση του 2001

²² Βλ. *Μητροσύλη*, οπ. π., σελ. 67-68.

²³ Βλ. *Κατρούγκαλος*, οπ. π., σελ. 180.

²⁴ Βλ. *Κρεμαλής*, οπ. π., σελ. 88.

²⁵ Βλ. *Παπαρηγοπούλου*, οπ. π., σελ. 55 *Χρυσόγονος*, οπ. π., σελ. 422.

²⁶ Βλ. *Παπαρηγοπούλου*, οπ. π., σελ. 53, *Κρεμαλής*, οπ. π., σελ. 88.

²⁷ Βλ. *Κοντιάδης Ξενοφών* (2004), *Συνταγματικές εγγυήσεις και θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας*, Αθήνα-Κομοτηνή: εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα σελ. 442, *Χρυσόγονος*, σελ. 420. *Παπακωνσταντίνου*, σελ. 87, *Ανθόπουλος, Χαράλαμπος* (1993), *Η προστασία της υγείας ως θεμελιώδες κοινωνικό δικαίωμα*, ΤοΣ 1993, σελ. 782.

²⁸ Βλ. *Κρεμαλής*, οπ. π., σελ. 91, *Παπαρηγοπούλου*, οπ. π., σελ. 59-60, *Χρυσόγονος*, οπ. π., σελ. 420, *Παπακωνσταντίνου*, οπ. π., σελ. 84.

²⁹ Βλ. *Κοντιάδης*, οπ. π., σελ. 443.

³⁰ Βλ. *Κρεμαλής*, οπ. π., σελ. 93.

προστέθηκε το άρθρο 5 παρ. 5 Σ, σύμφωνα με το οποίο καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Νόμος ορίζει τα σχετικά με την προστασία κάθε προσώπου έναντι των βιοϊατρικών παρεμβάσεων. Έτσι το ατομικό δικαίωμα στην υγεία αποκτάει αυτοτελή συνταγματική κατοχύρωση και η περιεχόμενο επιτακτικότερο και περισσότερο από.³¹

Συγκεκριμένα, το περιεχόμενο του ατομικού δικαιώματος στην προστασία της υγείας συνίσταται στην υποχρέωση του κράτους και κάθε ιδιώτη (μέσω της τριτενέργειας των ατομικών δικαιωμάτων) να απέχει από οποιαδήποτε συμπεριφορά ικανή να προσβάλει τη σωματική ή ψυχική ευεξία των ανθρώπων ή να περιορίσει την ελευθερία τους να αποφασίζουν οι ίδιοι για θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγεία (αμυντική λειτουργία).³² Η συνταγματική του κατοχύρωση ως ατομικού δικαιώματος εδράζεται, όταν οι προσβολές προέρχονται από το κράτος, εκτός από το άρθρο 5 παρ. 5 Σ, και στο άρθρο 7 παρ. 2 Σ. που απαγορεύει τις σωματικές κακώσεις ή βλάβες της υγείας ή την άσκηση ψυχολογικής βίας, ενώ όταν οι προσβολές προέρχονται από ιδιώτες και στα άρθρα 25 παρ. 1 και 2 παρ. 1 Σ σχετικά με την υποχρέωση του κράτους να διασφαλίζει την ακώλυτη και αποτελεσματική άσκηση των δικαιωμάτων με τη λήψη των κατάλληλων νομοθετικών και διοικητικών μέτρων και με γνώμονα την αξία και την αξιοπρέπεια του ανθρώπου.³³

Γ. Οι υπήκοοι τρίτων χωρών ως υποκείμενο του δικαιώματος της υγείας

Ως προς την αμυντική του διάσταση το ατομικό δικαίωμα στην υγεία, λόγω και της άμεσης σύνδεσής του με την αρχή σεβασμού της αξίας του ανθρώπου και της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας (άρθρ. 2 παρ. 1 Σ. και 5 παρ. 1 Σ), καταλαμβάνει όλο τον πληθυσμό. Διχογνωμία υπάρχει σχετικά με το αν το κοινωνικό δικαίωμα για προστασία της υγείας κατοχυρώνεται εξίσου για όλους τους ανθρώπους, ημεδαπούς ή αλλοδαπούς, νόμιμα ή παράνομα διαμένοντες. Σύμφωνα με το γράμμα του άρθρου 21 παρ. 3 Σ, η κρατική μέριμνα για την προστασία της υγείας κατοχυρώνεται μόνο για τους πολίτες, δηλαδή για τους Έλληνες υπηκόους.³⁴ Με τους Έλληνες εξομοιώνονται και οι κοινοτικοί υπήκοοι, εφόσον ασκούν τη θεμελιώδη κοινωνική ελευθερία της μετακίνησης εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης.³⁵

Οι υπήκοοι τρίτων χωρών φαίνεται καταρχήν να μην εμπίπτουν στους φορείς του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας, προστατεύονται ωστόσο και πάλι, τουλάχιστον ως προς την εξασφάλιση των ελάχιστων υγειονομικών παροχών, με βάση διεθνείς συμβάσεις που δεσμεύουν τη χώρα είτε με βάση άλλες διατάξεις, όπως για την ανθρώπινη αξία και αξιοπρέπεια, την αρχή της ισότητας, την απαγόρευση των διακρίσεων, την ανάπτυξη της προσωπικότητας και του κοινωνικού κράτους δικαίου.³⁶ Τέτοιες συμβάσεις είναι η [Διεθνής Σύμβαση της Γενεύης του 1951 για το Καθεστώς των Προσφύγων](#), ο αναθεωρημένος Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Ιατρική και Κοινωνική Αντίληψη και οι Διεθνείς Συμβάσεις Εργασίας της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας. Ειδική μνεία πρέπει να γίνει στη ΔΣΕ 11 σχετικά με την ισότητα μεταχείρισης (1962) που ορίζει ότι κάθε κράτος μέρος υποχρεώνεται να

³¹ Βλ. Παπακωνσταντίνου, οπ. π., σελ. 55

³² Βλ. Παπαρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 50

³³ Βλ. Παπαρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 50

³⁴ Βλ. Κατρούγκαλος, οπ. π., σελ. 177.

³⁵ Βλ. Κατρούγκαλος, οπ. π., σελ. 178

³⁶ Βλ. Παπαρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 62-63, Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 89, Χρυσόγονος, οπ. π., σελ. 424.

χορηγήσει στο έδαφός του στους υπηκόους οποιασδήποτε άλλης χώρας ισότητα μεταχείρισης σε ό,τι αφορά στα δικαιώματα της κοινωνικής ασφάλειας».³⁷

Πλέον με τη μετατροπή, ήδη από τη δεκαετία του 90, της Ελλάδας σε χώρα υποδοχής μεταναστών έχει ενισχυθεί δικαιοπολιτικά η ερμηνευτική προσέγγιση ότι φορείς των κοινωνικών δικαιωμάτων και ιδίως του κοινωνικού δικαιώματος της υγείας θα πρέπει να αποτελούν και οι υπήκοοι τρίτων χωρών που διαμένουν μόνιμα και νόμιμα στη χώρα και αποτελούν μέλη του κοινωνικού συνόλου.³⁸ Υπέρ μίας τέτοιας θεώρησης συνηγορεί το γεγονός ότι έχουν φορολογικές και άλλες υποχρεώσεις, συμμετέχουν στην παραγωγή του υπό διανομή προϊόντος και αντιμετωπίζουν τους ίδιους κοινωνικούς κινδύνους με τους Έλληνες. Πέραν τούτου, ενισχύει τον καθολικό χαρακτήρα των δικαιωμάτων αυτών και η άμεση σύνδεσή τους με τη διασφάλιση ενός ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης και τη διαφύλαξη του πυρήνα της αξίας του ανθρώπου, της ζωής και της σωματικής ακεραιότητας.

Πάντως, ανεξάρτητα από τη συνταγματική κατοχύρωση των υπηκόων τρίτων χωρών ως φορέων του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία, ο κοινός νομοθέτης δεν εμποδίζεται να προβλέψει τους υπηκόους τρίτων χωρών ως αποδέκτες υπηρεσιών και παροχών υγείας. Η θεώρηση αυτή αποτυπωνόταν ή στο άρθρο 1 παρ. 1 ν. 1397/1983, σύμφωνα με το οποίο το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών, ενώ στο άρθρο 15 γίνεται αναφορά στο σύνολο του πληθυσμού συγκεκριμένης περιφέρειας ως προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη.³⁹

³⁷ Βλ. Κυριακάκη, Ειρήνη, (2008), *Η δωρεάν πρόσβαση υπηκόων τρίτων χωρών σε υπηρεσίες υγείας. Ο ρόλος και η εμπειρία του Συνηγόρου του Πολίτη*, Εφαρμογές Δημοσίου Δικαίου, ειδικό τεύχος 2008, σελ. 246

³⁸ Βλ. Κοντιάδης, οπ. π., σελ. 447, Κυριακάκη (2008), οπ. π., υποση. 37, σελ. 247επ, Παπακωνσταντίνου, οπ. π., σελ. 95.

³⁹ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 89. Βλ. και άρθρο 1 παρ. 1, 3 ν. 4486/2017, όπου περιγράφονται οι γενικές αρχές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και ορίζεται η ευθύνη του κράτους για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών ΠΦΥ στο σύνολο του πληθυσμού, καθώς και η οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών ΠΦΥ σύμφωνα με την αρχή, μεταξύ άλλων, της καθολικής υγειονομικής κάλυψη του πληθυσμού.

III. Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα

Ως σύστημα καλείται ένα αρμονικά οργανωμένο σύνολο που αποτελείται από επί μέρους στοιχεία (μονάδες) που βρίσκονται σε συνεχή συνεργασία και αλληλεξάρτηση κατά την επιδίωξη υλοποίησης ενός σκοπού.

A. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) και τα βασικά χαρακτηριστικά του

Η ίδρυση ενός συστήματος υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα συντελέστηκε ιδίως με τον ν. 1397/1983 και ικανοποίησε ένα μακροχρόνιο κοινωνικό και πολιτικό αίτημα. Με την ψήφιση του ν.1397/83 καθιερώθηκε για πρώτη φορά θεσμικά στη χώρα ένα σύστημα υγείας δημόσιου χαρακτήρα, με σκοπό την προσφορά αναβαθμισμένων/υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας σε όλο τον πληθυσμό χωρίς διακρίσεις. Χαρακτηρίζεται ως δημόσιο, επειδή χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους και διαπνεόταν από την αρχή ότι η υγεία συνιστά δημόσιο αγαθό και το κράτος έχει την ευθύνη να παρέχει την αναγκαία περίθαλψη, εξασφαλίζοντας την ενεργή συμμετοχή πληθυσμού στον σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής υγείας μέσω της άσκησης κοινωνικού ελέγχου.⁴⁰

Το ΕΣΥ στην αρχική του φάση εμπνεόταν και πληρούσε σε μεγάλο βαθμό τα χαρακτηριστικά συστήματος τύπου Beveridge,⁴¹ στηριζόμενο στις ακόλουθες αρχές: κρατική ευθύνη για την προστασία της υγείας και χρηματοδότηση, καθολική ισότιμη και κατάλληλη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό, εφαρμογή ενός ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης και λειτουργίας των υγειονομικών υπηρεσιών μέσω διαδικασιών ενιαίου προγραμματισμού και ισότιμης κατανομής των πόρων. Περαιτέρω, θεμελιώδεις οργανωτικές αρχές του συστήματος αποτελούν η αποκέντρωση των υπηρεσιών και ο κοινωνικός έλεγχος, η οργάνωση σε κρατικές υπηρεσίες ή δημόσια νομικά πρόσωπα που ελέγχονται από το κράτος, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω των κέντρων υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων των νομαρχιακών νοσοκομείων και των περιφερειακών ιατρείων ως αποκεντρωμένων μονάδων των κέντρων υγείας και η πρόβλεψη σημαντικών περιορισμών για τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας.⁴²

Το ΕΣΥ στη διάρκεια των 35 περίπου χρόνων από τη θέσπισή του τροποποιήθηκε επανειλημμένα ως προς τις ιδεολογικές κατευθύνσεις του και τη δομή του, καταδεικνύοντας ότι δεν υπάρχει πολιτική συναίνεση ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά του.⁴³ Χαρακτηριστική είναι η ορολογία που χρησιμοποιήθηκε, για να τιτλοφορηθούν οι παρεμβάσεις που επιχειρήθηκαν: «Εκσυγχρονισμός (1992), Αναδιοργάνωση (1992), Αποκατάσταση (1994), Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός (1997), Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός (2001), Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός (2003), Τροποποίηση και Συμπλήρωση (2003), Αναβάθμιση (2010) και Διαρθρωτικές Αλλαγές (2011)».

⁴⁰ Βλ. *Μητροσύλη*, σελ. 80.

⁴¹ Τα συστήματα Bismarck ρυθμίζουν τις παροχές που πρέπει να χορηγούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί στα πρόσωπα που υπάγονται σε αυτούς, εφόσον συμπληρώνουν τις απαιτούμενες χρονικές και οικονομικές προϋποθέσεις και κινδυνεύουν από μείωση των εσόδων τους ή από αύξηση των δαπανών τους. *Παπαρρηγοπούλου*, *οπ. π.*, σελ. 136. Τα συστήματα Beveridge είναι καθολικά και καλύπτουν όλους τους πολίτες, με ομοιόμορφες παροχές για όλους τους κινδύνους, εκτός από τον κίνδυνο του εργατικού ατυχήματος, ανεξάρτητα από το εισόδημα που αποκομίζει από την εργασία του ο δικαιούχος, και κατάλληλες που καλύπτουν ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπρεπούς διαβίωσης και χρηματοδοτούνται μέσω της φορολογίας. Βλ. *Παπαρρηγοπούλου*, *οπ. π.*, σελ. 137

⁴² Βλ. *Κοντιάδης*, *οπ. π.*, σελ. 415, *Παπαρρηγοπούλου*, *οπ. π.*, σελ. 194

⁴³ Βλ. *Παπαρρηγοπούλου*, *οπ. π.*, σελ. 194.

B. Κρατική ευθύνη για καθολική και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας

Σύμφωνα με το άρθρο 1 του ν. 1397/1983 το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών (παρ. 1) και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας (παρ. 2). Παράλληλα, προέβλεψε τη διεύρυνση δημοσίου τομέα έναντι του ιδιωτικού με τη λειτουργία των νοσοκομείων με τη μορφή νπδδ και τη μετατροπή των νοσοκομείων που λειτουργούν ως νπιδ και επιχορηγούνται εν μέρει ή εν τω συνόλω τους από το κράτος σε νπδδ, με εξαίρεση τα νοσοκομεία των ΑΕΙ και τα στρατιωτικά. Η αναφορά στην ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας έχει το νόημα ότι το δημόσιο σύστημα υγείας πρέπει να οργανώνει τις υπηρεσίες του στην ίδια τιμή, με ενιαία κρατική διατίμηση, ώστε να μην εμπορευματοποιείται το προστατευόμενο αγαθό της υγείας.

Στο όνομα του περιορισμού του ρόλου του κράτους και της μεγαλύτερης ελευθερίας επιλογής υπηρεσιών από τους ασθενείς, τροποποιήθηκε το άρθρο 1 παρ. 1 ν. 1397/1983 με το άρθρο 1 του ν. 2071/1992 και πλέον το κράτος δεν παρέχει υπηρεσίες υγείας, αλλά μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων, είτε δημοσίων είτε ιδιωτικών, για την εξασφάλιση της υγείας των πολιτών και τη δυνατότητα της άσκησης του δικαιώματός τους για προστασία στην υγεία. Προς αυτήν την κατεύθυνση προβλέφθηκε με την τροποποίηση του άρθρου 5 ν. 1397/1983 από το άρθρο 11 ν. 2071/1992 ότι η περίθαλψη παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Παράλληλα, σύμφωνα με την παρ. 2 του ίδιου άρθρου του ν. 2071/1992, το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα στον πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα του διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και το σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Περαιτέρω, καταργήθηκε η αποκλειστική νομική μορφή των ιδρυόμενων από το κράτος νοσηλευτικών ιδρυμάτων ως νπδδ και προβλέπεται ότι μπορούν να έχουν οποιαδήποτε μορφή (άρθρ. 48 ν. 2072/1997).

Ως αποτέλεσμα της κυβερνητικής αλλαγής το 1993, η πλειονότητα των ρυθμίσεων του ν. 2071/1992 καταργήθηκε από τον ν. 2194/1994, με τον οποίον επανήλθαν σε ισχύ οι βασικές επιλογές του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ. Μεταξύ άλλων, αποκαταστάθηκε η αρχή της κρατικής ευθύνης και της ισότιμης πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας και τα κέντρα υγείας υπάχθηκαν εκ νέου στα γενικά νοσοκομεία ως αποκεντρωμένες μονάδες. Με την ψήφιση του ν. 2889/2001 επιχειρήθηκε η ενίσχυση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, προκειμένου να εξασφαλισθεί η απολεσθείσα εμπιστοσύνης του πολίτη έναντι του Κράτους.

Συνοψίζοντας, σε συνδυασμό με τις διατάξεις που ακολούθησαν τον ιδρυτικό του νόμο, το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει τα χαρακτηριστικά ενός μεικτού συστήματος, χωρίς να μεταβληθεί ο δημόσιος χαρακτήρας του. Έτσι περιέχει χαρακτηριστικά του κρατικού προτύπου της Μεγάλης Βρετανίας με χρηματοδότηση της μισθοδοσίας προσωπικού, του εξοπλισμού και των έργων από το κράτος. Επίσης, περιέχει και χαρακτηριστικά των υπηρεσιών Υγείας του μοντέλου της Κοινωνικής ασφάλισης της Γερμανίας με χρηματοδότηση μέσω των ασφαλιστικών εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων.

Με την ίδρυση του ΕΟΠΥΥ (2011) και την ενοποίηση των κλάδων ασθένειας και των κανονισμών παροχών τους, αποκαθίσταται η ισότητα μεταξύ των ασφαλισμένων. Σε σχέση με τους ανασφάλιστους έλληνες, κοινοτικούς υπηκόους: δωρεάν περίθαλψη χωρίς

εισοδηματικά κριτήρια (ν. 4368/2016)/ αυτονομία του δικαιώματος στην προστασία της υγείας και σταδιακή απεξάρτηση από την τεχνική της κοινωνικής ασφάλισης

Περαιτέρω, από το 2016 (άρθρ. 33 παρ. 1 ν. 4368/2016) αποτελούν πλέον δικαιούχους δωρεάν περίθαλψης στις δημόσιες δομές και νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και οι υπήκοοι τρίτων χωρών εν γένει, ενώ σύμφωνα με το προϊσχύσαν νομικό πλαίσιο η δυνατότητα της δωρεάν περίθαλψης αναγνωριζόταν σε συγκεκριμένες κατηγορίες υπηκόων τρίτων χωρών με κριτήριο τις διεθνείς υποχρεώσεις της Ελλάδας, όπως για παράδειγμα οι πρόσφυγες, οι αιτούντες άσυλο, οι κατέχοντες ανθρωπιστικό καθεστώς, και οι υπήκοοι κρατών μερών του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Χάρτη (Τουρκία, πρώην γιουγκοσλαβική δημοκρατία της Μακεδονίας, Νορβηγία, Ισλανδία). Πολύ σημαντική είναι και η τρίτη κατηγορία δικαιούχων, στην οποία περιλαμβάνονται πρόσωπα από συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες, ανεξαρτήτως του νομικού καθεστώτος στο οποίο βρίσκονται και της κατοχής νομιμοποιητικών εγγράφων παραμονής στη χώρα: i) ανήλικοι έως 18 ετών, ii) γυναίκες σε κατάσταση εγκυμοσύνης, iii) άτομα με αναπηρία που φιλοξενούνται σε δομές των Κέντρων Κοινωνικής Πρόνοιας, iv) άτομα που φιλοξενούνται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας του ν. 2716/1999 (Α'96), v) άτομα που φιλοξενούνται σε όλες τις θεραπευτικές δομές των εγκεκριμένων οργανισμών θεραπείας του ν. 4139/2013 (Α'74) ή παρακολουθούνται στους ίδιους οργανισμούς ως εξωτερικοί ασθενείς, vi) οι κρατούμενοι σε φυλακές, οι φιλοξενούμενοι σε ιδρύματα αγωγής ανηλίκων και σε στέγες φιλοξενίας ανηλίκων των εταιρειών ανηλίκων (Ν.Π.Δ.Δ.) και οι τελούντες σε καθεστώς διοικητικής κράτησης, vii) όσοι παρέχουν κοινωφελή εργασία στο πλαίσιο έκτισης ποινής ή ως αναμορφωτικό μέτρο, viii) άτομα με αναπηρία 67% και πάνω και άτομα που η κατάσταση της υγείας τους απαιτεί νοσηλεία ή χρειάζονται συνεχή ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή αποκατάσταση λόγω δυσίατων ή χρόνιων ή ανίατων ή σπάνιων νοσημάτων-παθήσεων και τα άτομα λοιπών χρόνιων νοσημάτων, εφόσον το χρόνιο νόσημα βεβαιώνεται από ιατρικές γνωματεύσεις θεραπόντων ιατρών Δημόσιων Δομών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ή Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων.

Γ. Διοίκηση του ΕΣΥ

1. Κεντρική Διοίκηση _ Υπουργείο Υγείας

Το 1914 συστήθηκε το Υπουργείο Περιθάλψεως, ενώ η σύσταση ενός Υπουργείου με κατά κλάδο αρμοδιότητα τα θέματα υγείας ανάγεται στον Δεκέμβριο του 1922 με την ονομασία «Υπουργείο Υγιεινής-Πρόνοιας-Αντιλήψεως». Έκτοτε η ονομασία του άλλαξε συχνά, συμβολίζοντας τη ανάθεση ή αφαίρεση τομέων της κυβερνητικής πολιτικής, όπως η κοινωνική ασφάλιση, η ασφάλιση ασθένειας, οι κοινωνικές υποθέσεις, οι πολιτικές για την οικογένεια, για τους νέους, τους ηλικιωμένους, τα άτομα με αναπηρία.⁴⁴ Τον Μάρτιο 2004 το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μετονομάστηκε το 2004 σε Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σηματοδοτώντας την αλλαγή προσέγγισης με την προώθηση πολιτικών και υπηρεσιών στον χώρο της κοινωνικής φροντίδας, σε αντίθεση με την πρόνοια που αφορά στην προστασία των αδυνάτων και παράγει πολιτικές εξαρτήσεις από τις κρατικές υπηρεσίες.⁴⁵ Από το 2012 ονομάζεται Υπουργείο Υγείας, ενώ το χαρτοφυλάκιο της Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει προσαρτηθεί στο Υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Σύμφωνα με το άρθρο 1 ΠΔ 121/2017 αποστολή του Υπουργείου Υγείας είναι η προάσπιση, προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, μέσω του

⁴⁴ Βλ. *Μητροσύλη*, σελ. 83.

⁴⁵ Βλ. *Μητροσύλη*, σελ. 83.

προγραμματισμού και της υλοποίησης πολιτικών Δημόσιας Υγείας, της διασφάλισης της καθολικής και ισότιμης πρόσβασης στην παροχή ποιοτικά και ποσοτικά επαρκών υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς επίσης και η ρύθμιση της λειτουργίας και την άσκηση εποπτείας στους Φορείς υγειονομικής φροντίδας του ιδιωτικού τομέα. Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας η Κεντρική Υπηρεσία είναι αρμόδια, σύμφωνα με το άρθρο 2, ιδίως για τα ακόλουθα: 1. την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου, 2. την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων, 3. την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου, 4. τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.

Εκτός από τον Υπουργό Υγείας, η ηγεσία του Υπουργείου αποτελείται από τον Αναπληρωτή Υπουργό Υγείας και δύο Γενικούς Γραμματείς κι έναν αναπληρωτή Γενικό Γραμματέα. Κατά τα λοιπά το Υπουργείο Υγείας έχει κάθε μορφή οργάνωσης κατά το πυραμιδικό πρότυπο σε Γενικές Διευθύνσεις, Διευθύνσεις, Τμήματα και Γραφεία. Δεν υπάγονται στην πυραμίδα της διοικητικής ιεραρχίας οι αυτοτελείς διευθύνσεις, τα τμήματα ή γραφεία που υπάγονται απευθείας στον υπουργό και έχουν επιτελικό χαρακτήρα και δρουν σε οριζόντια οργάνωση. Σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 ΠΔ 121/2017 Υπηρεσίες υπαγόμενες απ' ευθείας στον Υπουργό είναι οι ακόλουθες: α. Διεύθυνση Επιστημονικής Τεκμηρίωσης, Διοικητικής και Γραμματειακής Υποστήριξης Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), β. Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (Ε.Κ.ΕΠ.Υ.) -Διεύθυνση Ε.Κ.ΕΠ.Υ, γ. Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), δ. Διεύθυνση Στρατηγικού Σχεδιασμού, ε. Αυτοτελές Τμήμα Εποπτείας, Ανάπτυξης και Λειτουργίας Ε.Ο.Π.Υ.Υ, στ. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (Ε.Σ.Δ.Υ.).

Υπηρεσίες υπαγόμενες απευθείας στον Γενικό Γραμματέα είναι το αυτοτελές τμήμα προστασίας δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας και το αυτοτελές τμήμα οργάνωσης και λειτουργίας υγειονομικών περιφερειών (ν. 1278/1982). Στους εποπτευόμενους από το Υπουργείο Υγείας φορείς ανήκουν οι 7 υγειονομικές περιφέρειες, νοσοκομεία ειδικού νομικού καθεστώτος, όπως το ΑΧΕΠΑ και το Παπαγεωργίου της Θεσσαλονίκης, εφετειακοί σύλλογοι επιστημόνων μαιών-μαιευτών Ελλάδος, ΕΚΑΒ, ΕΚΕΑ, ΕΟΦ, ΠΙΣ, Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία, Πανελλήνιος Φαρμακευτικός Σύλλογος, ΕΝΕ, Πανελλήνιος Σύλλογος Φυσικοθεραπευτών, ΕΣΔΥ και νπιδ, όπως το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ) Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου", Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού Νοσοκομείο Παιδών "Η Αγία Σοφία", Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών, Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Ε.Ο.Μ.), Ελληνικό Ινστιτούτο ΠΑΣΤΕΡ, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών (ΙΙΒΕΑΑ), Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.), Ανώνυμη Εταιρεία Μονάδων Υγείας Α.Ε. (Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.).

2. Η αποκέντρωση του ΕΣΥ και η περιφερειακή του συγκρότηση

Κεντρικής σημασίας για το ΕΣΥ από την ίδρυσή του αποτέλεσε η αποκεντρωμένη του διάρθρωση. Με τον ν. 1397/1983 η αποκέντρωση πραγματοποιείται αφενός με τη μεταβίβαση γνωμοδοτικών αρμοδιοτήτων στα νομαρχιακά συμβούλια για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Κυρίως όμως προβλεπόταν η δημιουργία ισχυρών

περιφερειακών υγειονομικών αρχών και η μεταβίβαση σε αυτές μεγάλου φάσματος διοικητικών αρμοδιοτήτων κυρίως με τη διαίρεση της χώρας αρχικά σε 8-10 υγειονομικές περιφέρειες (άρθρο 2 ν. 1397/1983) που σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση θα ήταν γεωγραφικές μονάδες πολυνομαρχιακού επιπέδου, στις οποίες θα αναπτύσσονταν οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης. Για τη διοίκηση των υγειονομικών περιφερειών συστήθηκαν σε κάθε περιφέρεια Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας, τα οποία είχαν προβλεφθεί ως γνωμοδοτικά όργανα σε θέματα προγραμματισμού, παρακολούθησης και εποπτείας του συστήματος στην περιφέρεια τους και παρακολούθησής και αξιολόγησης του συστήματος, ιδίως όσον αφορά στον εθνικό προγραμματισμό υγείας.

Τα ΠΕΣΥ διοικούνταν από την ολομέλεια και την εκτελεστική επιτροπή και η σύνθεσή τους εξασφάλιζε τη συμμετοχή των εκπροσώπων των ιατρών, του νοσηλευτικού προσωπικού, της τοπικής αυτοδιοίκησης, του επιστημονικού προσωπικού των ΑΕΙ, των εργατικών κέντρων, των εκπαιδευτικών μέσης και στοιχειώδους εκπαίδευσης. Από την άλλη η ετερόκλητη αυτή σύνθεση στερούσε από τα ΠΕΣΥ την αναγκαία συνοχή για την αποτελεσματική λειτουργία τους. Λόγω έλλειψης εξειδικευμένου επιστημονικού προσωπικού και της απουσίας επαρκών διοικητικών δομών τα ΠΕΣΥ δεν λειτούργησαν και το σύστημα υγείας παρέμεινε πλήρως εξαρτημένο από την Κεντρική Διοίκηση και το Υπουργείο Υγείας.⁴⁶

Ένα πρώτο ουσιαστικό βήμα για την αποκέντρωση του σχεδιασμού, της διαχείρισης και της ρύθμισης του ΕΣΥ συντελέστηκε με τις παρεμβάσεις του 2001 (ν. 2889/2001 για την περιφερειακή δομή του ΕΣΥ) και 2003 (ν. 3106/2003 για την περιφερειακή δομή του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας).⁴⁷ Ειδικότερα με το άρθρο 1 ν. 2889/2001 η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες που ταυτίζονται με τις διοικητικές και στις οποίες αποδίδεται νομική προσωπικότητα. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ιδρύεται νπδδ με την επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας (ΠεΣΥ) που υπόκειται στον έλεγχο και την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, με εξαίρεση τις Υγειονομικές Περιφέρειες Αττικής, Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου, όπου ιδρύονται τρία και ανά δύο ΠεΣΥ αντίστοιχα.

Τα ΠεΣΥ είναι αρμόδια α) για τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, τα οποία θα εγγυώνται μία πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας από την πρόληψη και προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία, β) για τον συντονισμό των δράσεων και της πολιτικής παροχής υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την παρ. 4 του άρθρου 1 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 μεταφέρονται αυτοδικαίως σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του οικείου ΠεΣΥ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Σύμφωνα με το άρθρο 2 το ΠεΣΥ διοικείται από ένα εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο και β) τον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Π.ε.Σ.Υ, ο οποίος είναι και Γενικός Διευθυντής του Π.ε.Σ.Υ.

Συνολικά δημιουργήθηκαν 17 ΠεΣΥ με οικονομική και δημοσιονομική αυτοτέλεια, τα οποία με τον ν. 3106/2003 μετονομάστηκαν σε ΠεΣΥΠ και ενέταξαν στις αρμοδιότητές

⁴⁶ Βλ. Οικονόμου, (2012), *Το θεσμικό πλαίσιο των παροχών ασθένειας στην Ελλάδα. Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ, σελ. 21

⁴⁷ Βλ. Οικονόμου, οπ. π., σελ. 22.

τους και τα νπδδ του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και οι υπηρεσίες του Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας. Έτσι πραγματοποιείται σε περιφερειακό επίπεδο η σύνδεση οργανωτικά και λειτουργικά του ΕΣΥ με τις κοινωνικές υπηρεσίες, στις οποίες περιλαμβάνονται και οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας και οι άλλες κοινωνικές φροντίδες και δράσεις. Κάθε ΠεΣΥΠ ήταν νπδδ, διοικούμενο από 10μελές συμβούλιο και τον πρόεδρο, ο οποίος οριζόταν από τον Υπουργό Υγείας, έπειτα από την έγκριση του Κοινοβουλίου. Έτσι καθιερώθηκε μία θεσμικά κατοχυρωμένη διαδικασία δόμησης των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), στα οποία εκχωρήθηκαν πολιτικές και επιχειρησιακές αρμοδιότητες για τον συντονισμό των δραστηριοτήτων και την αποτελεσματική οργάνωση, λειτουργία και διαχείριση όλων των μονάδων υγείας και πρόνοιας. Μέσω της σύνδεσης της υγείας με την κοινωνική ευεξία μακροχρόνια θα μπορούσε να περιορισθεί η προσφυγή στις υπηρεσίες υγείας για ορισμένες παθήσεις που αντιμετωπίζονται οικονομικότερα στο σπίτι με τη βοήθεια των κοινωνικών υπηρεσιών.⁴⁸ Ωστόσο, η σύνδεση των υπηρεσιών συνίσταται στο ότι απλώς λειτουργούν υπό κοινή εποπτεύουσα αρχή και δεν ενισχύεται περαιτέρω με τον συντονισμό και την επίτευξη κοινών στόχων, ώστε να επεξεργασθούν κοινά προγράμματα και να λειτουργήσουν συμπληρωματικά τόσο αναφορικά με την πρόληψη όσο και την παροχή υπηρεσιών υγείας.⁴⁹

Το Υπουργείο Υγείας διατήρησε τον ρόλο του στρατηγικού σχεδιασμού σε εθνικό επίπεδο, καθώς και του συντονιστή των ΠεΣΥΠ. Η συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας θα επιτυγχανόταν μέσω ενός Συντονιστικού Συμβουλίου (ΣυΠεΣΥΠ), αποτελούμενου από τον Γενικό Γραμματέα Υγείας και τους 17 Προέδρους των ΠεΣΥΠ. Οι περισσότερες από τις αρμοδιότητες των ΠεΣΥΠ είχαν είτε τη μορφή προτάσεων προς τον Υπουργό Υγείας είτε προϋπέθεταν για την εφαρμογή τους την υπουργική έγκριση, γεγονός που υποδήλωνε ότι δεν είχε επιτευχθεί η πραγματική αποκέντρωση των αρμοδιοτήτων στον τομέα της υγείας.⁵⁰

Με την κυβερνητική αλλαγή καταργήθηκε η προηγούμενη νομοθεσία και ψηφίστηκε ο ν. 3329/2005, με τον οποίο καταργήθηκαν τα ΠεΣΥΠ και στις υγειονομικές περιφέρειες ιδρύθηκαν νπδδ με την ονομασία Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (ΔΥΠΕ). Το 2007 με τον ν. 3527/2007 ο αριθμός τους μειώθηκε σε 7. Οι ΔΥΠΕ ελέγχονται και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής αλληλεγγύης κι έχουν αρμοδιότητες ίδιες με αυτές των ΠεΣΥΠ, δηλαδή την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού τους, τον σχεδιασμό και την αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας, την οργάνωση, λειτουργία και διαχείριση προμηθευτών υγείας εντός της περιοχής ευθύνης τους, την υποβολή προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της περιφέρειάς τους και παρακολούθηση της εφαρμογής από τις διοικήσεις των εποπτευόμενων φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας. Η διοίκησή τους είχε ανατεθεί σε διοικητικό συμβούλιο επτά ατόμων υπό την προεδρία ενός διοικητή, ενώ στη συνέχεια καταργήθηκαν τα διοικητικά συμβούλια και το σύνολο των αρμοδιοτήτων ασκούσαν ο διοικητής και οι δύο υποδιοικητές κάθε ΔΥΠΕ.

⁴⁸ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 225.

⁴⁹ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 226

⁵⁰ Βλ. Οικονόμου, οπ. π., σελ. 22.

Για τον συντονισμό του έργου των Διοικητών των ΥΠΕ και την εναρμόνιση των πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη καταργείται το ΣυΠεΣΥΠ και συστήνεται σύμφωνα με το άρθρο παρ. 1 6 ν. 3329/2005, στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ.). Το ΚΕ.Σ.Υ.ΠΕ. αποτελείται από: α) τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως Πρόεδρο αναπληρούμενο από τον Υφυπουργό Υγείας, β) τον Υφυπουργό Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναπληρούμενο από τον Γενικό Γραμματέα Κοινωνικής Αλληλεγγύης, γ) τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναπληρούμενο από τον Γενικό Γραμματέα Δημόσιας Υγείας, δ) τους Διοικητές όλων των Υγειονομικών Περιφερειών, αναπληρούμενους από τους υποδιοικητές των Δ.Υ.ΠΕ.

Περαιτέρω, στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνιστάται, σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 4 ν. 3329/2005, το Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.ΠΕ.) που γνωμοδοτεί προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για θέματα ανάπτυξης των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην Περιφέρεια, το συντονισμό των Διοικήσεων των Νοσοκομείων και των λοιπών φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και την εναρμόνιση των πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη. Το Σ.Υ.ΠΕ. αποτελείται από την Ολομέλεια και τη Συντονιστική Επιτροπή. Η Ολομέλεια του Σ.Υ.ΠΕ. επιλαμβάνεται θεμάτων που αφορούν στη δημόσια υγεία, την προστασία και την προαγωγή της υγείας των κατοίκων της Υγειονομικής Περιφέρειας και έχει γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης που αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην περιφέρεια ευθύνης του, καθώς και για το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών, τα οποία υποβάλλονται για έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για την ίδρυση, μείωση, συγχώνευση ή μεταφορά του συνόλου, μονάδων ή τμημάτων των ΦΠΥΥΚΑ, στο πλαίσιο του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδίου της ΔΥΠΕ, και στο πλαίσιο του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδίου της Υγειονομικής Περιφέρειας, για κάθε θέμα που της υποβάλει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας.

Η Συντονιστική Επιτροπή του Σ.Υ.ΠΕ. έχει τις παρακάτω ειδικές αρμοδιότητες: α) συντονίζει και παρακολουθεί την εφαρμογή και εκτέλεση του επιχειρησιακού προγράμματος δράσης της Περιφέρειας, καθώς και των αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, β) γνωμοδοτεί, στο πλαίσιο του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδίου της Περιφέρειας, σε κάθε θέμα που της υποβάλει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας, γ) αξιολογεί συγκριτικά την εν γένει λειτουργία τα φορέων του στη βάση ποιοτικών, ποσοτικών και οικονομικών δεικτών, δ) σχεδιάζει μέτρα για την ανάπτυξη και διαρκή βελτίωση των διαδικασιών οργάνωσης και λειτουργίας των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ και της Δ.Υ.ΠΕ, ε) σχεδιάζει μέτρα και προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ανάπτυξης και αξιοποίησης των ανθρώπινων πόρων, συντονίζει και παρακολουθεί την εκτέλεσή τους, στ) γνωμοδοτεί για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των ΦΠΥΥΚΑ της Υγειονομικής Περιφέρειας, και ζ) γνωμοδοτεί σχετικά με το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων των ΦΠΥΥΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, κατά το τελευταίο τρίμηνο του έτους.

Πέρα από την κριτική που προαναφέρθηκε και για τα ΠεΣΥΠ, πρόβλημα σε σχέση με τις ΔΥΠΕ αποτελούσε το γεγονός ότι τα όρια των διοικητικών περιφερειών δεν συνέπιπταν με αυτά των υγειονομικών περιφερειών, με συνέπεια τον περιορισμό των δυνατοτήτων

συντονισμού και την αδυναμία ανάπτυξης μίας ολοκληρωμένης και συνεκτικής κοινωνικής πολιτικής και πολιτικής υγείας.⁵¹ Πλέον οι 7 ΔΥΠΕ που προέκυψαν από τη μετονομασία των ΠεΣΥΠ δυνάμει του άρθρου ν. 3329/2005 αντιστοιχούν στις 7 αποκεντρωμένες διοικήσεις του προγράμματος Καλλικράτη και είναι οι εξής: 1^η ΥΠΕ Αττικής με έδρα την Αθήνα, 2^η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου με έδρα τον Πειραιά, 3^η ΥΠΕ Μακεδονίας με έδρα τη Θεσσαλονίκη, 4^η ΥΠΕ Μακεδονίας-Θράκης με έδρα τη Θεσσαλονίκη, 5^η ΥΠΕ Στερεάς Ελλάδας με έδρα τη Λάρισα, 6^η ΥΠΕ Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας με έδρα την Πάτρα και 7^η ΥΠΕ Κρήτης με έδρα το Ηράκλειο. '

Πάντως η μετονομασία των ΠεΣΥΠ σε ΔΥΠΕ δεν επηρέασε την οργανωτική δομή του συστήματος, η οποία διαμορφώνεται 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).

Δ. Διάρθρωση υπηρεσιών υγείας σε πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες

Η υγειονομική περιφέρεια αποτελεί τη βάση για τη ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας και περιλαμβάνει τα Κέντρα Υγείας που παρέχουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, τα περιφερειακά νοσοκομεία (πανεπιστημιακά, γενικά ειδικά), τα ερευνητικά και επιστημονικά κέντρα. Σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 1 ν. 1397/1983 η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια που παρέχεται από τα νοσοκομεία, ενώ στη συνέχεια, ως τροποποιήθηκε με το άρθρο 11 ν. 2071/1992 προβλεπόταν ότι παρέχεται από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Επίσης, σύμφωνα με την παρ. 3 του ίδιου άρθρου, ως είχε τροποποιηθεί, εξαιρούνταν από το πεδίο εφαρμογής του νόμου μονάδες περίθαλψης που ανήκουν στο Πανεπιστήμιο ή στις Ενοπλες Δυνάμεις.

1. Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών

Με τον όρο πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών νοούνται όλες οι υπηρεσίες ή πράξεις που διενεργούνται με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση των βλαβών υγείας και για τις οποίες δεν απαιτείται εισαγωγή του πολίτη σε νοσηλευτικό ίδρυμα. Οι υπηρεσίες περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη της νόσου, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την ολοκληρωμένη φροντίδα και τη συνέχεια αυτής.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 ν. 1397/1983 η πρωτοβάθμια παρεχόταν από τα κέντρα υγείας τα περιφερειακά ιατρεία τους και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Με τον ν. 1387/1983 τα Κέντρα Υγείας διακρίνονταν σε αυτά των αστικών και των αγροτικών περιοχών και αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων του νομού. Η έδρα κάθε κέντρου υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής (άρθρ. 14 παρ. 1). Επίσης, συνιστώνται περιφερειακά ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας, τα οποία διακρίνονται σε ιατρεία με ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας (άρθρ. 14 παρ. 1). Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο κέντρο υγείας (άρθρ. 14 παρ. 1).

⁵¹ Βλ. *Οικονόμου*, οπ. π., σελ. 22.

Τα Κέντρα Υγείας παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα σε όλη την επικράτεια και είναι υπεύθυνα, μεταξύ άλλων, 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 άσκοπων εισαγωγών στα νοσοκομεία. Στους σκοπούς των κέντρων υγείας περιλαμβάνονται σύμφωνα με το άρθρο 15, α) η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σε αυτή, β) η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο, γ) η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο, δ) η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο Νοσοκομείο, ε) η οδοντιατρική περίθαλψη, στ) η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού, ζ) η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα, η) η ιατρική της εργασίας, θ) η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής, ι) η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού Προγραμματισμού, ια) η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας, ιβ) η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, ιγ) η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

Στο άρθρο 17 παρ. 1 ν. 1397/1983 προβλεπόταν η ίδρυση κέντρων υγείας αστικών περιοχών, στα οποία υπηρετούν α) Γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων και β) Οικογενειακοί γιατροί που ανήκουν στον παθολογικό τομέα των νοσοκομείων. Θέσεις οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνουν, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, παιδίατροι ή γιατροί γενικής ιατρικής για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών και γιατροί γενικής ιατρικής ή παθολόγοι για τις υπόλοιπες ηλικίες. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται η δυνατότητα πρόσληψης οικογενειακών γιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα απαιτούμενα γι' αυτό προσόντα. Τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου περιθάλπουν τους πολίτες ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού ή απευθείας σε τακτή ώρα έπειτα από προηγούμενη συνεννόηση.

Περαιτέρω, στο άρθρο 18 ν. 1397/1983 προβλεπόταν η οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών, στα οποία προσφέρουν υπηρεσίες γιατροί των αντίστοιχων τομέων του Νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας. Οι γενικοί γιατροί πέρα από την υπηρεσία τους στο κέντρο υγείας ή το περιφερειακό ιατρείο εκτελούν και επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων ανάλογα με την κατάστασή τους. Σε ειδικές περιπτώσεις, επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός γιατρός εκτελούν και ο γιατροί, των κλινικών ειδικοτήτων της περίπτωσης β'. Επίσης, στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παραμονή αρρώστων, που έχουν ανάγκη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση. Σε έκτακτες ανάγκες κάθε γιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, εφόσον κληθεί από το γιατρό εφημερίας.

Τέλος, το άρθρο 16 παρ. 1 ν. 1397/1983 όριζε την κατάργηση των κέντρων υγείας, πολυϊατρείων, ιατρείων και οποιασδήποτε άλλης μονάδας παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία και οποιοδήποτε άλλο φορέα κοινωφελούς χαρακτήρα.

Η ίδρυση των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων αναμφίβολα συνέβαλε στην άρση των περιφερειακών ανισοτήτων αναφορικά με την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, αν και τελικά ιδρύθηκαν μόνο κέντρα υγείας αγροτικού τύπου, ενώ η ίδρυση αστικών κέντρων υγείας δεν υλοποιήθηκε και η πρωτοβάθμια φροντίδα παρεχόταν από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων. Επιπλέον, δεν προχώρησε η κατάργηση των άλλων μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και διατηρήθηκε η πανσπερμία δομών και υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Με τον ν. 3235/2004 «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» αναδιοργανώθηκε 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, 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 μία δέσμη επαρκών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αναφέρεται επίσης 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. Σε αντίθεση με τις αρχές που διέπουν το ΕΣΥ, προβλεπόταν η ελεύθερη επιλογή ιατρού. Επίσης, προβλεπόταν ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας, ενώ κατοχυρωνόταν και η αρχή της εμπιστευτικότητας κατά την πρόσβαση στις πληροφορίες (άρθρ. 10). Δεν εκδόθηκε, ωστόσο, η Υπουργική απόφαση που θα καθόριζε τα αναγκαία στοιχεία υποδομής, τον τύπο και το περιεχόμενο του ηλεκτρονικού φακέλου του ασφαλισμένου, τις συνθήκες ασφάλειας του συστήματος, τις βασικές πληροφορίες που θα περιέχονται στην ηλεκτρονική κάρτα υγείας, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία πληροφορία.

2. Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας

Ως Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας νοείται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου, χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό/ όλες οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πράξεις που διενεργούνται εντός των τμημάτων των νοσοκομείων, στις συμβεβλημένες ιδιωτικές κλινικές, στις μονάδες ψυχικής υγείας, στα κέντρα αποθεραπείας-αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και στα θεραπευτήρια χρονίων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.

Βασικός πυλώνας της δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι τα νοσοκομεία που με τον ν. 1397/1983 μετατράπηκαν σε νπδδ και διακρίνονται σε γενικά, τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας όλων ή των περισσότερων ειδικοτήτων και σε ειδικά που έχουν τμήματα νοσηλείας ορισμένων μόνο ειδικοτήτων. Επίσης, τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονταν σε νομαρχιακά που κάλυπταν τις ανάγκες του πληθυσμού κάθε νομού και

σε περιφερειακά, τα οποία εκτός από υπηρεσίες υγείας, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και παράγουν έρευνα.. Η διάκριση που καταργήθηκε με το άρθρο 5 παρ. 2^α ν. 2889/2001.

Σύμφωνα με το άρθρο 8 παρ. 4 ν. 1397/1983 με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών. Περαιτέρω, σύμφωνα με την παρ. 5 του ίδιου άρθρου, τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διασυνδέονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Η πιο πάνω διασύνδεση είναι και λειτουργική επιτρέπεται δε και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή περισσότερων υγειονομικών περιφερειών, εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες περίθαλψης των ασθενών και η καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων.

3. Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας

Ως τριτοβάθμια φροντίδα υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν στη μελέτη και αντιμετώπιση σπανίων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών, στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας και στη μόνιμη και δια βίου εκπαίδευση ιατρών και επαγγελματιών υγείας, στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε πρωτοβάθμιο και δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών υγείας. Η διάκριση σε τριτοβάθμια περίθαλψη δεν περιλαμβανόταν αρχικά στο άρθρο 5 ν. 1397/1983, όπου γινόταν αναφορά μόνο σε πρωτοβάθμια (εξωνοσοκομειακή) και νοσοκομειακή (δευτεροβάθμια) περίθαλψη, και προστέθηκε με το άρθρο 11 ν. 2071/1992, παρέχεται δε από τις Πανεπιστημιακές Κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες με κατάλληλο εξοπλισμό ή προσωπικό, ενταγμένες σε νοσοκομεία του ΕΣΥ ή στα Πανεπιστημιακά νοσοκομεία (πχ Αρεταίειο) και **συνδέεται επιστημονικά** με τα οικεία τμήματα των ΑΕΙ.⁵²

Οι τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, υψηλά εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις και δεξιότητες (τεχνογνωσία), σύγχρονο εξοπλισμό και υποδομές, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. και την υποστήριξη διαφόρων ειδικοτήτων και επαγγελματιών υγείας. Στην τριτοβάθμια περίθαλψη εξελίσσονται νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μέθοδοι και ωθούνται οι κοινωνικές υπηρεσίες υγείας σε υψηλότερο επίπεδο.⁵³ Παραδείγματα που χρήζουν τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας: αορτοστεφανιαία παράκαμψη, ορισμένες πλαστικές χειρουργικές επεμβάσεις, σοβαρό έγκυμα, πολύπλοκες θεραπείες ή διαδικασίες (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία), μεταμοσχεύσεις οργάνων

⁵² Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 45.

⁵³ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 45.

IV. Ο ιδιωτικός τομέας υγείας

A. Συνταγματικό πλαίσιο λειτουργίας ιδιωτικού τομέα υγείας

Το άρθρο 21 παρ. 3 Σ ιδρύει ευθεία υποχρέωση του κράτους για τη λήψη μέτρων για την προστασία της υγείας (ΣτΕ 3292/1998), χωρίς να επιβάλλει ή να απαγορεύει την παροχή υπηρεσιών υγείας από τον ιδιωτικό τομέα. Όσο δεν θα επιτρεπόταν ως αντισυνταγματική η πλήρης υποκατάσταση του κράτους στον ρόλο του ως εγγυητή του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία από ιδιώτες⁵⁴, άλλο τόσο η επιβολή κρατικού μονοπωλίου και ο αποκλεισμός της ιδιωτικής πρωτοβουλίας (ΣτΕ 1374/1997) δεν συνάδει με τη συνταγματικά κατοχυρωμένη οικονομική ελευθερία και ιδιωτική αυτονομία.⁵⁵ Οι ιδιωτικές επενδύσεις κατοχυρώνονται ιδίως από τα άρθρα 5 παρ. 1 για την οικονομική ελευθερία, την ελευθερία άσκησης επαγγέλματος και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, το άρθρο 22 παρ. 1 Σ για την ελευθερία της εργασίας. Οι διατάξεις αυτές οριοθετούνται από το άρθρο 106 παρ. 1, 2 Σ που αναφέρονται στον συντονισμό της εθνικής οικονομίας, προκειμένου να εξασφαλισθεί το γενικότερο συμφέρον του κράτους, η κοινωνική ειρήνη και η ανάπτυξη ιδιωτικής πρωτοβουλίας.⁵⁶

Εναπόκειται εν τέλει στον κοινό νομοθέτη να αποφασίσει τις σχέσεις μεταξύ του δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και να επιλέξει τον περιορισμό του τελευταίου, εφόσον κρίνει ότι έτσι εξυπηρετείται καλύτερα το δημόσιο συμφέρον.⁵⁷ Παρότι αρχικά επικράτησε η αντίληψη ότι η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και για την εξασφάλιση της αποτελεσματικής και κοινωνικά δίκαιης κατανομής υπηρεσιών υγείας δεν επαρκούν οι μηχανισμοί της αγοράς, σύντομα εισήχθησαν στοιχεία που άπτονται της ιδεολογικής αντίληψης ότι η υγεία δεν διαφοροποιείται από άλλα αγαθά και μπορεί να παρασχεθεί με βάση τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου και τους μηχανισμούς της αγοράς, με συνέπεια το σύστημα να απολέσει τη συνοχή και αξιοπιστία του.⁵⁸ Το κράτος ωστόσο οφείλει να υποβάλλει τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας σε καθεστώς εποπτείας και διοικητικών ελέγχων της ποιότητας των υπηρεσιών τους, τόσο προληπτικά κατά το στάδιο της αδειοδότησης όσο και κατασταλτικά κατά τη λειτουργία τους.⁵⁹

B. Η ρύθμιση ιδιωτικού τομέα υγείας στον ν. 1397/1983

Με τον ν. 1397/1983 διευρύνθηκε ο δημόσιος τομέας σε βάρος του ιδιωτικού ως εξής: 1) σύμφωνα με το άρθρο 6 παρ. 1-6 τα νοσοκομεία λειτουργούν μόνο ως νπδδ κα θεσπίζεται διαδικασία, σύμφωνα με την οποία τα νοσοκομεία που λειτουργούν ως νπιδ και επιχορηγούνται εν μέρει ή εν τω συνόλω τους από το κράτος μετατρέπονται σε νπδδ, με εξαίρεση τα νοσοκομεία των ΑΕΙ και τα στρατιωτικά. 2) με το άρθρο 6 παρ. 7 απαγορεύεται, μετά την έναρξη ισχύος του νόμου, η ίδρυση, η επέκταση και η μετατροπή της νομικής μορφής των ιδιωτικών κλινικών. Λόγω των περιορισμών που τέθηκαν στον ιδιωτικό τομέα σε σχέση με τη νοσοκομειακή περίθαλψη, σημειώθηκε έξαρση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων, χωρίς παράλληλο έλεγχο της λειτουργίας τους σε σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.⁶⁰

⁵⁴ Βλ. Παπακωνσταντίνου, οπ. π., σελ. 88

⁵⁵ Βλ. Κοντιάδης, οπ. π., σελ. 416, Χρυσόγονος, οπ. π., σελ. 419, Παπακωνσταντίνου, οπ. π., σελ. 89

⁵⁶ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 52

⁵⁷ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 208

⁵⁸ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 215

⁵⁹ Βλ. Χρυσόγονος, οπ. π., σελ. 420.

⁶⁰ Βλ. Οικονόμου, οπ. π., σελ. 84

Στη συνέχεια με τα άρθρα 11, 12 και 13 ν. 2071/1992 καταργήθηκαν οι περιοριστικές για τον ιδιωτικό τομέα ρυθμίσεις του ν. 1387/1993 και ορίστηκε ότι η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται και από τις μονάδες περίθαλψης των ασφαλιστικών οργανισμών και από τα συγκροτήματα των εξωτερικών ιατρείων των νπιδ, καθώς και από τα ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, πολυϊατρεία, διαγνωστικά εργαστήρια, οδοντιατρικά κέντρα, πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα, εργαστήρια φυσικοθεραπείας. Περαιτέρω στο άρθρο 48 ορίστηκε ότι τα ιδρύματα από το κράτος νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να έχουν οποιαδήποτε νομική μορφή. Με τον ν. 2194/1994 με τον οποίο επανήλθε σε ισχύ το άρθρο 1 ν. 1397/1983, χωρίς όμως να επανέλθουν σε ισχύ οι περιοριστικές για τον ιδιωτικό τομέα διατάξεις του άρθρου 6 παρ. 7.

Ο νόμος 1397/1983 οδηγούσε στην αντιπαράθεση μεταξύ δημοσίων και ιδιωτικών οργανισμών και στόχευε στη συρρίκνωση του ιδιωτικού τομέα, ενώ ο ν. 2071/1992 απελευθερώνει τους ιδιωτικούς οργανισμούς και τους καθιστά ανεξάρτητους από τους δημόσιους, διαμορφώνοντας το περιεχόμενο των σχέσεων του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα, χωρίς όμως να προβλέπει η δυνατότητα της συνεργασίας μεταξύ τους.⁶¹ Ήδη με το ΠΔ 247/91 επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών, καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές. Παράλληλα, με το ΠΔ 517/91 τίθενται νέες αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών, στο πλαίσιο της κρατικής μέριμνας για την ίδρυση και λειτουργία ποιοτικών ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας. Το θεσμικό αυτό πλαίσιο ρυθμίζει τις τεχνικές προδιαγραφές υποδομών, τις ελάχιστες απαιτήσεις στελέχωσης, τις προϋποθέσεις επιστημονικής και διοικητικής οργάνωσης και τις αναγκαίες ελεγκτικές διαδικασίες σε επίπεδο κεντρικής ή περιφερειακής διοίκησης.

Γ. Συνεργασία μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας

Με τον ν. 3370/2005 προβλέφθηκε η συνεργασία δημοσίων νοσοκομείων με ιδιωτικά θεραπευτήρια μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ειδικότερα σε σχέση με την παραπομπή ασθενών από νοσοκομεία του ΕΣΥ στις μονάδες εντατικής θεραπείας των ιδρυμάτων αυτών. Επίσης, παρέχεται η δυνατότητα επεκτάσεως της συνεργασίας και σε άλλους τομείς με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ειδικότερα είναι δυνατή η απόκτηση της ιατρικής ειδικότητας στα ιδρύματα αυτά μετά την έκδοση αποφάσεως του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με την οποία αναγνωρίζεται η καταλληλότητα των ιδρυμάτων αυτών για τη χορήγηση της ειδικότητας.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 32 ν. 3370/2005 «Οργάνωση-λειτουργία υπηρεσιών δημοσίας υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ Α 176) *«επιτρέπεται η συνεργασία μεταξύ Νοσοκομείων του ΕΣΥ και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες υγείας. Για την έναρξη της συνεργασίας απαιτείται απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία εκδίδεται ύστερα από τις σχετικές αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων του Νοσοκομείου ΕΣΥ και του ΝΠΙΔ κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με τις οποίες καθορίζονται και οι τομείς, στους οποίους εκτείνεται η συνεργασία».*

Περαιτέρω, στο άρθρο 33 ν. 3370/2005 ορίζεται ότι *«η συνεργασία μπορεί να αφορά είτε στον επιστημονικό και εκπαιδευτικό τομέα είτε στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας είτε και στους δύο τομείς»* (παρ. 1). Συγκεκριμένα, *«στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, η συνεργασία αφορά στη νοσηλεία ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας*

⁶¹ Βλ. Παπαρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 213

των ΝΠΙΔ κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Για την εκπλήρωση του ως άνω σκοπού, το νοσοκομείο ΝΠΙΔ κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα διαθέτει ποσοστό επί των κλινών της ΜΕΘ του για την περίθαλψη ασθενών που παραπέμπονται από το συνεργαζόμενο νοσοκομείο του ΕΣΥ. Το ποσοστό αυτών των κλινών, καθώς και οι λοιπές δεσμεύσεις των συνεργαζόμενων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, οι οποίες απορρέουν από τη μεταξύ τους συνεργασία, καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία εκδίδεται ύστερα από τις σχετικές αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων των οικείων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η διακομιδή των ασθενών από το Νοσοκομείο ΕΣΥ στο Νοσοκομείο ΝΠΙΔ κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα γίνεται από το ΕΚΑΒ. Σε περίπτωση επείγοντος περιστατικού η διακομιδή μπορεί να γίνει απευθείας από το ΕΚΑΒ στο Νοσοκομείο ΝΠΙΔ κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, εφόσον αυτό προβλέπεται στην Υπουργική Απόφαση του ανωτέρω εδαφίου» (παρ. 3).

Τέλος, «η νοσηλεία των ασθενών των ασφαλιστικών ταμείων που παραπέμπονται από νοσοκομεία του ΕΣΥ ή απευθείας από το ΕΚΑΒ σε νοσοκομεία νπιδ κοινωφελούς χαρακτήρα χρεώνεται για τις ιατρικές πράξεις (κλινικές και εργαστηριακές), τα φάρμακα και πάσης φύσεως υλικά σύμφωνα με την κοστολόγηση που προβλέπεται για τα νοσοκομεία του ΕΣΥ (κλειστό νοσήλιο). Η συνολική δαπάνη νοσηλείας και κάθε σχετική δαπάνη βαρύνει το παραπέμπον Νοσοκομείο ΕΣΥ, το οποίο εν συνεχεία την αναζητά από τον ασφαλιστικό φορέα του ασφαλισμένου ασθενή. Κάθε επέκταση της συνεργασίας μεταξύ νοσοκομείων ΕΣΥ και νοσοκομείων ΝΠΙΔ κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας ρυθμίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία εκδίδεται ύστερα από σχετικές αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων των οικείων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η ευθύνη συντονισμού και ελέγχου της τήρησης των προβλεπόμενων στην παρούσα φάση παράγραφο ανατίθεται σε μέλος της Διοίκησης ή σε υπηρεσιακό παράγοντα του Νοσοκομείου του ΕΣΥ, κατόπιν σχετικής αποφάσεως του οικείου Διοικητικού Συμβουλίου» (παρ. 4, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο όγδοο παρ. 1 ν. 3527/2007 (ΦΕΚ Α 25).

Με την ΥΑ Υ4α/85958/2005 «Έγκριση συνεργασίας του ΓΝΑ «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» ΕΕΣ με το Νοσηλευτικό Ίδρυμα «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ» (ΦΕΚ Β 1202/30.8.2005) εγκρίνεται η συνεργασία μεταξύ των δύο νοσηλευτικών ιδρυμάτων για νοσηλεία ασθενών του πρώτου στη ΜΕΘ του δεύτερου, χωρίς πάντως να αναφέρεται το ποσοστό των κλινών που διατίθενται.

Με τον ν. 3389/2005 προβλέφθηκε η εφαρμογή του θεσμού των ΣΔΙΤ «Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα» για την ανάληψη επενδύσεων στον χώρο της δημόσιας υγείας και ανάθεσης μέρους των υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ιδιωτικούς φορείς. Ανάλογη εμπειρία υπάρχει από την εκτέλεση έργων με το σύστημα παραχώρησης και εκμετάλλευσης, όπως στη Ζεύξη Ρίου-Αντιρρίου, στην Αττική Οδό, στο αεροδρόμιο Ελευθέριος Βενιζέλος, αλλά και από τον χώρο της υγείας, με τη φύλαξη και καθαριότητα νοσοκομείων από ιδιώτες. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ν. 3389/2005 «οι δημόσιοι φορείς μπορούν σε τομείς της αρμοδιότητάς τους να συνάπτουν έγγραφες συμβάσεις συνεργασίας από επαχθή αιτία (συμβάσεις σύμπραξης) με νομικά πρόσωπα του ιδιωτικού τομέα για την εκτέλεση έργων ή και την παροχή υπηρεσιών». Από την σύμπραξη δημοσίου και ιδιωτικού τομέα εξαιρούνται δραστηριότητες που κατά το Σύνταγμα ανήκουν άμεσα και αποκλειστικά στο κράτος και ιδίως η εθνική άμυνα, η αστυνόμευση, η απονομή δικαιοσύνης και η εκτέλεση των ποινών που επιβάλλονται από τα αρμόδια δικαστήρια. Μία σύμπραξη μεταξύ ενός νοσοκομείου νπδδ και ενός ιδιωτικού φορέα

μπορεί να έχει ως αντικείμενο την ανέγερση της υποδομής, τη φύλαξη, την παροχή φαγητού, την καθαριότητα, τη διοικητική υποστήριξη (πχ μηχανοργάνωση, λογιστήριο) και τη συντήρηση του κτιρίου και του εξοπλισμού, με παροχή υπηρεσιών υψηλής τεχνολογίας και υψηλού κόστους, εργαστηριακή υποδομή, προμήθειες υγειονομικού και φαρμακευτικού υλικού, ή τη χρήση και νοσηλεία σε ειδικές μονάδες ΜΕΘ ή ΜΕΝΝ).⁶²

Σε σχέση με την εφαρμογή των ΣΔΙΤ στον τομέα της υγείας είχε εκφραστεί ο προβληματισμός ότι υπάρχει ο κίνδυνος ανάθεσης υπηρεσιών που ανήκουν στο κράτος σε ιδιωτικούς φορείς.⁶³ Ωστόσο, με τον ν. 3389/2005 δεν τίγεται η συνταγματική επιταγή του άρθρου 21 παρ. 3 Σ., αφού οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες θα συνεχίσουν να παρέχονται από το Δημόσιο και μάλιστα αναβαθμισμένες. Αντιθέτως, οι ΣΔΙΤ μπορούν να αποτελέσουν αναγκαίο συμπληρωματικό εργαλείο για την ενίσχυση του συστήματος υγείας, με την εξεύρεση και διάθεση πόρων από τον ιδιωτικό τομέα για τη βελτίωση των υποδομών και την αναβάθμιση των εν γένει υπηρεσιών. Πάντως, 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, δεν αναφέρεται συνολικά στον συντονισμό της αναπτύξεως του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα υγείας.⁶⁴

⁶² Βλ. *Μητροσύλη*, οπ. π., σελ. 182

⁶³ Βλ. *Μητροσύλη*, οπ. π., σελ. 181 επ

⁶⁴ Βλ. *Παπαρρηγοπούλου*, οπ. π., σελ. 215.

V. Οι έννομες σχέσεις μονάδας υγείας-ιατρού-ασθενούς

A. Στο δημόσιο σύστημα υγείας

1. Οι ιατροί του ΕΣΥ ως δημόσιοι λειτουργοί

Με την καθιέρωση του ΕΣΥ συστήθηκαν στο ΥΥΠΚΑ θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης του «κλάδου ιατρών ΕΣΥ», οι οποίες προστέθηκαν στους οργανισμούς των νοσοκομείων με μορφή νπδδ και αυτοί που τις στελεχώνουν χαρακτηρίζονται ως «μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί» (άρθρ. 25 ν. 1397/83, άρθρ. 63 ν. 2071/92). Πρόκειται δηλαδή για όργανα του κράτους που προσφέρουν υπηρεσίες σε αποκεντρωμένα νπδδ του ΕΣΥ, που εποπτεύονται και αμείβονται από το αρμόδιο Υπουργείο, αλλά υπάγονται στον διοικητή του νοσοκομείου. Με τον διορισμό και την ένταξή τους στο ΕΣΥ αποτελούν υποκείμενα δημόσιας έννομης σχέσης προστασίας, με τη συμπεριφορά τους δεσμεύουν το κράτος και απαγορεύεται να ασκούν ελεύθερο επάγγελμα.

Με την καθιέρωση των ιατρών του ΕΣΥ ως δημοσίων λειτουργών και με άλλα οικονομικά και όχι μόνο κίνητρα επιδιώχθηκε η καλύτερη δυνατή στελέχωση του ΕΣΥ. Η κάλυψη των θέσεων του ΕΣΥ αντιμετώπισε σειρά νομικών και διοικητικών προβλημάτων. Στα νομικά προβλήματα ανήκει η πρόβλεψη ηλικιακού ορίου ήδη στον ν. 1397/1983 για την πρόσληψη στο ΕΣΥ μη συμβατού με την αρχή της απαγόρευσης των διακρίσεων. Στην διάταξη του αρ. 2 παρ. 2 περίπτ. α) του ν. 4368/16, εν τέλει έχει οριστεί ως απαιτούμενο κριτήριο για την κατάληψη θέσης ειδικευμένου ιατρού ΕΣΥ στον βαθμό Επιμελητή Β΄, η μη υπέρβαση του ορίου ηλικίας των 50 ετών, στον βαθμό του Επιμελητή Α των 55 ετών και στον βαθμό του Διευθυντή των 60 ετών. Πρόκειται για ένα ανώτατο ηλικιακό όριο, το οποίο είχε αρχικώς καθορισθεί με την διάταξη του αρ. 26 παρ. 2 του ν. 1397/83 στα 45 έτη, εν συνεχεία, με το αρ. 65 παρ. 2 περ. α΄ του ν. 2071/92, ανήλθε στα 50 έτη, επανήλθε στα 45 έτη με την διάταξη του αρ. 35 του ν. 2519/97 και τελικώς, σήμερα, καθορίζεται και πάλι στα 50 έτη, με τον ν. 4368/16.

Το ΣτΕ με την απόφαση 3184/2017 έκρινε ότι η σχετική διάταξη θεωρήθηκε μη νόμιμη, ως αντικείμενη στις διατάξεις της σχετικής κοινοτικής Οδηγίας 2000/78, η οποία ενσωματώθηκε στην εθνική έννομη τάξη με τον ν. 4443/16. Ειδικότερα, από το σκεπτικό της εν λόγω δικαστικής απόφασης, προκύπτει ότι ο δικαιολογητικός λόγος θέσπισης συγκεκριμένου ανωτάτου ηλικιακού ορίου για την κάλυψη θέσεων ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ. στον βαθμό Επιμελητή Β΄, δεν στοιχειοθετείται από κανένα επίσημο στοιχείο. Επιπλέον, το Δικαστήριο έκρινε ότι, ακόμη και στην περίπτωση που θεωρηθεί ότι ο σκοπός για την επιβολή του εν λόγω ηλικιακού ορίου συνίσταται στη διασφάλιση της υγείας των ασθενών από τους κινδύνους που συνεπάγεται η παροχή υπηρεσιών από μεγαλύτερης ηλικίας ιατρούς, και πάλι, ο σκοπός αυτός δεν μπορεί να δικαιολογήσει ούτε την αυστηρότητα του επιλεγόμενου μέσου, ούτε όμως και το γεγονός ότι το όριο ηλικίας αποδεδειγμένα συνιστά χαρακτηριστικό ουσιώδους σημασίας για την άσκηση των καθηκόντων της θέσης.

Πολλές παρεμβάσεις για το ζήτημα των ηλικιακών περιορισμών σε σχέση με την πρόσληψη ιατρών στο ΕΣΥ έχει πραγματοποιήσει και ο συνήγορος του Πολίτη. Εν τέλει, την κατάργηση των ανώτατων ορίων ηλικίας για την κατάληψη θέσεων ιατρών ΕΣΥ, προβλέπει το τέταρτο άρθρο του ν. 4528/2018 («Κύρωση Σύμβασης για τη λειτουργία του Ελληνικού Ινστιτούτου Παστέρ και άλλες διατάξεις»).

Η σχέση παροχής υπηρεσιών από ιατρούς ως δημοσίους λειτουργούς του ΕΣΥ είναι δημοσίου δικαίου και διέπεται αυστηρά από ειδικούς κανόνες και σε αμφιβολία από κανόνες του γενικότερου διοικητικού δημοσιοϋπαλληλικού δικαίου. Δεν υπάρχει περιθώριο κατάρτισης παράλληλης σύμβασης με το νοσοκομείο ή με τους ασθενείς τους. Προϋπόθεση για την παροχή υγειονομικής προστασίας είναι η υγειονομική ανάγκη. Κανόνας είναι η αυτεπάγγελτη ενέργεια της διοίκησης, ιδίως για την παροχή ιατρικής, νοσηλευτικής και φαρμακευτικής περίθαλψης σε επείγοντα περιστατικά.⁶⁵ Ενεργός συμμετοχή του ασφαλισμένου στη διοικητική διαδικασία.

Αμφισβήτηση υπάρχει σχετικά με την έννομη σχέση ιατρού/ασθενούς κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων του ΕΣΥ (άρθρ. 9 ν. 2889/2001). Αφενός, η ενέργεια γίνεται στον χώρο του νοσοκομείου με τη συνδρομή του νοσηλευτικού και άλλου προσωπικού του νοσοκομείου και ο προγραμματισμός όσο και το είδος της εργασίας βρίσκονται κάτω από τη σφαίρα ευθύνης των διευθυντών του τομέα, του τμήματος, ενώ η αμοιβή του ιατρού καταβάλλεται σε ειδικό λογαριασμό του νοσοκομείου και κατανέμεται σε προκαθορισμένο ποσοστό προς τους ιατρούς απογευματινής απασχόλησης που απασχολούνται στα ιατρεία, στα χειρουργεία ή στα εργαστήρια του νοσοκομείου. Η έννομη σχέση, ωστόσο, είναι δυνατόν να υπάγεται στους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου, αν γίνει δεκτό ότι συνάπτεται σύμβαση ιατρικής αγωγής, καθώς η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων αποτελεί μορφή άσκησης ιδιωτικής ιατρικής.⁶⁶

2. Οι πανεπιστημιακοί ιατροί

Στην κατηγορία των δημοσίων λειτουργών ανήκουν και οι πανεπιστημιακοί ιατροί, σύμφωνα με διάταξη για τα μέλη ΔΕΠ (άρθρ. 13 παρ. 4 ν. 1268/1982). Είναι υπάλληλοι των ΑΕΙ που τους προσλαμβάνουν με την ειδική διαδικασία εκλογής μελών ΔΕΠ και όχι των νοσοκομείων νπδδ του ΕΣΥ, στις πανεπιστημιακές κλινικές των οποίων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Η συνταγματικά κατοχυρωμένη ακαδημαϊκή ελευθερία (άρθρ. 16 παρ. 1 Σ) δικαιολόγησαν, μεταξύ άλλων, το διαφορετικό εργασιακό καθεστώς τους και τη δυνατότητα ιδιωτικής απασχόλησης, ιδίως σε περιπτώσεις απασχόλησής τους σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ή κλινικές.⁶⁷ Επίσης, το ΔΣ των νοσοκομείων δεν μπορεί να τους αφαιρέσει ή περιορίσει το κλινικό, διδακτικό ή ερευνητικό έργο, που έχει ανατεθεί στον πανεπιστημιακό ιατρό από τα πανεπιστημιακά όργανα στο πλαίσιο της λειτουργίας των πανεπιστημιακών μονάδων, μπορεί όμως να τους υποχρεώσει στην εκτέλεση εφημεριών (άρθρ. 1 ν. 3754/09 και άρθρ. 1 ν. 3868/2010).⁶⁸

Στην πρακτική της τριτοβάθμιας περίθαλψης δημιουργούνται συχνά ενδιαφέροντα νομικά ζητήματα στάθμισης συμφερόντων ή φαινομενικής σύγκρουσης συνταγματικών κανόνων μεταξύ του ατομικού δικαιώματος της ακαδημαϊκής έρευνας και του κοινωνικού δικαιώματος της κρατικής μέριμνας για ισότιμη και υπεύθυνη οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης.⁶⁹

⁶⁵ Βλ. Κρεμαλής, *οπ. π.*, σελ. 97

⁶⁶ Βλ. Μητροσύλη, *οπ. π.*, σελ. 276.

⁶⁷ Βλ. Κρεμαλής, *οπ. π.*, σελ. 28

⁶⁸ Βλ. Χρυσανθάκης Χαράλαμπος (2010), *Η αστική ευθύνη του δημοσίου νοσοκομείου*, Αθήνα: Νομική Βιβλιοθήκη, σελ. 52.

⁶⁹ Βλ. Κρεμαλής, *οπ. π.*, σελ. 46

Με τον ν. 2889/2001 απαγορεύτηκε ρητά στους πανεπιστημιακούς ιατρούς που εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του ΕΣΥ ή των ΑΕΙ να παρέχουν υπηρεσίες με οποιαδήποτε σχέση σε ιδιωτικές κλινικές. Έχει κριθεί ότι πρόκειται για θεμιτό περιορισμό της συνταγματικά κατοχυρωμένης επαγγελματικής ελευθερίας των ιατρών που δικαιολογείται από την επιδίωξη της ταχείας βελτίωσης των υγειονομικών συνθηκών της χώρας με την αφιέρωση του διδακτικού προσωπικού στη διδασκαλία. Με νόμο του 2011 επιτράπηκε εκ νέου στους πανεπιστημιακούς ιατρούς η τήρηση ιδιωτικού ιατρείου, εφόσον συμμετέχουν σε απογευματινά ιατρεία (ν. 2025/2011).

3. Ο ειδικευόμενος ιατροί

Η έννομη σχέση που ιδρύεται μεταξύ νοσηλευτικού ιδρύματος και ειδικευόμενου ιατρού δεν είναι σύμβαση εξαρτημένης εργασίας ορισμένου χρόνου, όπως χαρακτηρίζεται από τον νομοθέτη, αλλά σχέση εκπαιδευτική, δημοσίου δικαίου, διεπόμενη από ειδικούς κανόνες του διοικητικού δικαίου, η οποία αποσκοπεί στην παροχή δυνατότητας άσκησης του τελευταίου για την απόκτηση κύριας ειδικότητας και όχι στην εξασφάλιση της εργασίας αυτού. Η καταβαλλόμενη αποζημίωση έχει σκοπό την εξασφάλιση των μέσων συντήρησής του, ώστε να επιδίδεται απερίσπαστος στην ειδίκευση, και δεν αποτελεί αντάλλαγμα για την παρεχόμενη εργασία αυτού.⁷⁰

Ο ειδικευόμενος ιατρός που παρέχει υπηρεσίες ορισμένης ειδικότητας σε νοσοκομείο εμφανίζεται στις σχέσεις του προς τους ασθενείς ως όργανο νπδδ, αλλά δεν είναι πριν αποκτήσει την άδεια ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος με τη συγκεκριμένη ειδικότητα, η οποία αποτελεί τυπική προϋπόθεση για την ένταξη κάποιου στη συγκεκριμένη οργανική θέση και τη θεώρησή του ως οργάνου νπδδ.⁷¹

Β. Στον ιδιωτικό τομέα υγείας

1. Ιατροί ελεύθεροι επαγγελματίες

Ο ιατρός ως ελεύθερος επαγγελματίας παρέχει ανεξάρτητες υπηρεσίες προς τους ασθενείς του κατά τη διάταξη 648 επ ΑΚ, καθώς δεσμεύεται να προβεί σε διάγνωση και θεραπεία/ιατρικές πράξεις, ακολουθώντας τις ενδεδειγμένες μεθόδους κατά τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης.⁷² Η παροχή ιατρικών υπηρεσιών με μορφή σύμβασης έργου (681 επ ΑΚ) προς τον ασθενή προσκρούει καταρχήν στο γεγονός ότι ο ιατρός δεν μπορεί να εγγυηθεί απόλυτα το αποτέλεσμα των υγειονομικών φροντίδων, αλλά έγκειται και στον ασθενή να εγγυηθεί την ορθότητα της διάγνωσης και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής, με τη συμμόρφωσή του με τις ιατρικές οδηγίες και την ακριβή περιγραφή των συμπτωμάτων ή ενοχλήσεων και του ιατρικού ιστορικού του εν γένει.⁷³ Ακόμη και στις κοσμητικές επεμβάσεις, παρότι ενδιαφέρει τον ασθενή κατά κύριο λόγο το αποτέλεσμα, προέχουν οι εμπειρίες, οι δεξιότητες και όχι η αστάθμητη επιτυχία της επέμβασης. Δεν ισχύει το ίδιο όταν η παροχή ιατρικών υπηρεσιών αποσκοπεί και ταυτίζεται με συγκεκριμένο αποτέλεσμα, πχ τοποθέτηση εμφυτευμάτων από οδοντίατρο, οπότεν στη σύμβαση μίσθωσης ανεξάρτητων υπηρεσιών ενυπάρχουν στοιχεία σύμβασης έργου.⁷⁴

⁷⁰ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 29

⁷¹ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 29

⁷² Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 31.

⁷³ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 31.

⁷⁴ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π. σελ. 31.

Όταν ο ασθενής προστρέχει στις ανεξάρτητες υπηρεσίες στον ιδιωτικό τομέα, καταρτίζεται σύμβαση υγειονομικών υπηρεσιών ή φροντίδων με τον ιατρό ή την ιατρική εταιρεία. Η σύμβαση αυτή δεν απαιτείται να περιβληθεί ορισμένο γραπτό τύπο, αλλά υπόκειται στους γενικότερους κανόνες της ελευθερίας των συμβάσεων. Αρκεί η σιωπηρή βούληση του ασθενούς να εξυπηρετηθεί από τον ιατρό. Έτσι ο ασθενής καθίσταται αντισυμβαλλόμενος του ιατρού, αναλαμβάνοντας δικαιώματα και υποχρεώσεις στο πλαίσιο μίας αμοιτεροβαρούς σύμβασης που αποτελεί εκδήλωση της επαγγελματικής ελευθερίας του τελευταίου.

2. Οι ιατροί που παρέχουν υπηρεσίες σε ιδιωτικές κλινικές

Ιατροί-μισθωτοί είναι οι προσλαμβανόμενοι από τον ιδιοκτήτη ιδιωτικού υγειονομικού φορέα με σύμβαση εξαρτημένης εργασίας, ώστε με τη νομική και προσωπική τους δέσμευση να προσφέρουν υπηρεσίες που δικαιολογούνται από τη σύμβαση εργασίας ή από την επιχειρησιακή πρακτική, συμπεριλαμβανομένων των εθίμων και των συναλλακτικών ηθών. Οι ιατροί αυτής της κατηγορίας υπόκεινται στην άσκηση του διευθυντικού δικαιώματος εκ μέρους της κλινικής, μέσω της οποίας υποδεικνύονται ο τόπος, το ωράριο, η οργάνωση εκτέλεσης καθηκόντων: πχ ποιος θα χειρουργήσει ποιον, ποια ημέρα της εβδομάδας. Ακόμη πάντως και όταν συνδέεται με τον εργοδότη του με υπαλληλική σχέση, διατηρεί σημαντικό βαθμό ελευθερίας και ανεξαρτησίας κατά την άσκηση των επαγγελματικών του καθηκόντων του. Σύμβαση παροχής εξαρτημένης εργασίας ιδιωτικού δικαίου υπάρχει καταρχήν στην περίπτωση που ο ιατρός δεσμεύεται να παρέχει υγειονομικές ή και διοικητικές υπηρεσίες σε νοσηλευτικό κέντρο με μισθό (ανεξάρτητα πως καθορίζεται και καταβάλλεται αυτός) και υποβάλλεται σε νομική και προσωπική εξάρτηση από τον εργοδότη του (νοσηλευτικό κέντρο), η οποία εκδηλώνεται με δικαίωμα του τελευταίου να εποπτεύει και να ελέγχει την εργασία του, δίνοντας δεσμευτικές οδηγίες ως προς τον τόπο, τον χρόνο και τον τρόπο της παρεχόμενης εργασίας (συμπεριφορά προς ασθενείς, τήρηση ωραρίου), όχι όμως και τον τρόπο νοσηλείας, ακόμη και αν η εξάρτηση είναι χαλαρότερη λόγω πρωτοβουλιών που αναπτύσσονται από τον υπάλληλο-ιατρό λόγω επιστημονικών ή τεχνικών γνώσεων που διαθέτει.⁷⁵ Στην περίπτωση αυτή ο ασθενής συνάπτει μία ενιαία σύμβαση με νοσηλευτικό ίδρυμα για δύο παροχές: μία ξενοδοχειακή και μία υγειονομική, οπότε ο ιατρός ευθύνεται μόνο για τις ενέργειες, πέραν της ανατεθείσας.⁷⁶ Κατά την άσκηση των καθηκόντων του ο ιατρός υπάλληλος δεν παύει να δεσμεύεται από την υποχρέωση διασφάλισης τόσο της δημόσιας υγείας όσο και της υγείας των ασθενών και οφείλει να ενεργήσει κατά την κρίση του και χωρίς συνέπειες από τις αντίθετες υποδείξεις του εργοδότη του, όταν διαπιστώσει ότι κίνδυνο λόγω ελλείψεων στις διαγνωστικές ή θεραπευτικές υποδομές του εργοδότη.⁷⁷

Σε πολλές περιπτώσεις, ο ιατρός δεν είναι μισθωτός της κλινικής, αλλά προσφέρει κατά περίπτωση τις υπηρεσίες του ως συνεργαζόμενος ελεύθερος επαγγελματίας, εντασσόμενος στο πεδίο της επιχειρηματικής δράσης της ιδιωτικής κλινικής, η οποία επωφελείται, επεκτείνοντας τον κύκλο δραστηριότητάς της, άρα φέρει και την ευθύνη για κινδύνους από δραστηριότητα του ιατρού. Στην περίπτωση αυτή, ο ασθενής καταρτίζει, κατά κανόνα, δύο συμβάσεις: μία με την ιδιωτική κλινική που αναλαμβάνει την ξενοδοχειακή και νοσοκομειακή φροντίδα και μία με τον θεράποντα ιατρό που είναι συνυπεύθυνος για την πλημμελή παροχή ιατρικών υπηρεσιών.

⁷⁵ Βλ. Βουγιούκας, οπ. π., σελ. 255.

⁷⁶ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 33.

⁷⁷ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 34

Ο ασθενής μπορεί να απαιτήσει από το ιδιωτικό νοσηλευτικό ίδρυμα τις ρητά ή σιωπηρά συμφωνηθείσες υγειονομικές υπηρεσίες ή φροντίδες με τον τρόπο που επιβάλλει η ιατρική επιστήμη και τέχνη, αλλά και στην έκταση και την ποιότητα που δικαιολογείται από την καλόπιστη ερμηνεία των συμβάσεων (ΑΚ 288). Κατά την εκπλήρωση έργου ή εργασίας η παροχή πρέπει να ανταποκρίνεται στα συμφωνηθέντα ή στην αναμενόμενη από την καλή πίστη και τα χρηστά ήθη μέση ποιότητα. Στην εξατομικευμένη υγειονομική περίθαλψη επιβάλλεται η προαγωγή της αρχής του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγειονομικής προστασίας. Ο ασθενής μπορεί να στραφεί κατά του ιδιωτικού υγειονομικού φορέα είτε για αντισυμβατική συμπεριφορά (ΑΚ 914) είτε για εξωσυμβατική συμπεριφορά (ΑΚ 922).

Γ. Οι ιατροί στην κοινωνική ασφάλιση

Η θεμελίωση δικαιώματος σε παροχές ασθένειας εξαρτάται από την πλήρωση των προϋποθέσεων της κοινωνικοασφαλιστικής νομοθεσίας και το ύψος και η έκτασή τους ποικίλει και καθορίζεται ανάλογα με την οικονομική δυνατότητα των ασφαλιστικών φορέων. Επομένως, οι κανόνες που διέπουν την ασφαλιστική σχέση, επηρεάζουν άμεσα την ιατρική σχέση και διαμορφώνουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτήν.⁷⁸ Έτσι, η λειτουργούσα ιατρική σχέση στο πλαίσιο της ασφαλιστικής σχέσης παρουσιάζει ιδιαιτερότητες, που καθιστούν αναγκαία την ειδική αναφορά σε αυτήν.⁷⁹

Στους ασφαλιστικούς φορείς υπηρετούν είτε ιατροί που συνδέονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου με τον ασφαλιστικό φορέα ή μόνιμο ιατρικό προσωπικό ή ιατροί που έχουν συνάψει συμβάσεις αορίστου χρόνου. Η σχέση του μόνιμου ιατρικού προσωπικού με τον φορέα κοινωνικής ασφάλισης είναι εξαρτημένης εργασίας, με αντικείμενο την ιατρική αγωγή των ασφαλισμένων, και διέπεται από τους κανόνες του δημοσίου δικαίου ως προς την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού (την αμοιβή του ιατρού και το ωράριο εργασίας), όχι όμως και ως προς τον τρόπο άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος.⁸⁰ Όταν ο ασθενής απευθύνεται στο μόνιμο ιατρικό προσωπικό, συνάπτει σύμβαση ιατρικής αγωγής με τον ασφαλιστικό φορέα, η οποία διέπεται από τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου. Πρόκειται για σύμβαση προσχωρήσεως σε ιατρικές υπηρεσίες που είναι εκ των προτέρων γνωστό ότι παρέχει το ταμείο και, ως τέτοια, δεν μπορούν να την επηρεάσουν. Οι ανήκοντες στο μόνιμο ιατρικό προσωπικό ιατροί λειτουργούν ως βοηθοί εκπλήρωσης της υποχρέωσης του ταμείου να παρέχει ιατρικές υπηρεσίες. Πλέον, ο ΕΟΠΥΥ δεν έχει ιατρεία, αλλά έχει καταστεί αγοραστής υπηρεσιών υγείας, ενώ οι μονάδες υγείας των ασφαλιστικών φορέων που εντάχθηκαν σε αυτόν αποτελούν μονάδες του ΠΕΔΥ.

Η σχέση των συμβεβλημένων ιατρών με τον ασφαλιστικό φορέα είναι ιδιωτικού δικαίου και λειτουργεί κατά το πρότυπο της σύμβασης παροχής ανεξάρτητων υπηρεσιών με αντικείμενο την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Στην ουσία είναι σύμβαση προσχωρήσεως, διότι οι όροι είναι προδιατυπωμένοι και οι αμοιβές για τις ιατρικές υπηρεσίες που καλύπτονται από τον ασφαλιστικό φορέα προκαθορισμένες, χωρίς ο ιατρός να μπορεί να επιφέρει κάποια μεταβολή.⁸¹ Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι πρόκειται για γνήσια σύμβαση υπέρ τρίτου, αφού ο ασθενής μπορεί να αξιώσει ο ίδιος την εκτέλεση των

⁷⁸ Βλ. *Αναπλιώτη-Βαζαίου* (1993), *Γενικές αρχές ιατρικού δικαίου*, σελ. 24.

⁷⁹ Βλ. *Κυριακάκη* (2013), εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου, *Ιατρική Δεοντολογία*, σελ. 200.

⁸⁰ Βλ. *Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη*, *οπ. π.*, σελ. 30.

⁸¹ Βλ. *Κυριακάκη* (2013), εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου, *Ιατρική Δεοντολογία*, σελ. 200 επ., με περαιτέρω βιβλιογραφικές παραπομπές.

υποχρεώσεων του ιατρού που απορρέουν από τη σύμβαση.⁸² Έτσι διαμορφώνεται μία τριμερής σχέση, η οποία περιλαμβάνει, εκτός από τη σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασφαλιστικό φορέα και τον ασθενή και τον ασφαλιστικό φορέα, και τη σχέση ασθενούς και ιατρού. Η τελευταία είναι σύμβαση ιατρικής αγωγής, απευθείας ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή, ο οποίος και επιλέγει τον πρώτο, που διέπεται ως προς τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μερών (έκταση και μέτρο ευθύνης του ιατρού) από τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου. Παράλληλα, διαπλέκεται με στοιχεία δημοσίου δικαίου, δεδομένου ότι την αμοιβή οφείλει να καταβάλει ο ασφαλιστικός φορέας, ενώ ο ασφαλισμένος δεν ενέχεται, ακόμη και όταν ο ασφαλιστικός φορέας δεν εκπληρώνει την υποχρέωσή του.⁸³

Στο πλαίσιο της σύμβασης ιατρικής αγωγής, ο θεραπευτής ιατρός, μόνιμος ή συμβεβλημένος, υποχρεούται να παρέχει για τον συμφωνημένο χρόνο ιατρικές υπηρεσίες σε ορισμένο ή αόριστο (κατά μήνα συνήθως) αριθμό ασφαλισμένων έναντι συμφωνημένου μισθού, προκαθορισμένης μηνιαίας αμοιβής ή αποζημίωσης κατά πράξη και περίπτωση που θα λάβει από τον ασφαλιστικό φορέα για την παροχή όποιων ιατρικών υπηρεσιών καλύπτονται κοινωνικοασφαλιστικά.⁸⁴ Δεν έχει, αντίθετα, αξίωση αμοιβής από τον ασθενή, ακόμη και αν ο ασφαλιστικός φορέας δεν εκπληρώνει τη νόμιμα αναληφθείσα υποχρέωση πληρωμής ιατρικής αμοιβής ή συμφωνημένης αποζημίωσης. Μόνη περίπτωση αξίωσης αμοιβής έναντι του ασφαλισμένου είναι η αμοιβή να αντιστοιχεί σε παροχή πρόσθετων ιατρικών υπηρεσιών, που δεν καλύπτονται από τον φορέα κοινωνικής ασφάλισης.

⁸² Βλ. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, *οπ.π.*, σελ. 32.

⁸³ Βλ. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, *οπ. π.*, σελ. 29 επ.· Γεωργιάδης, σελ. 199· Φουντεδάκη, *οπ. π.*, σελ. 263, 295 επ.

⁸⁴ Βλ. Ανδρουλιδάκη-Δημητριάδη, *οπ. π.*, σελ. 30.

VI. Ιατρική ευθύνη/ευθύνη για ιατρική αμέλεια

A. Αστική ευθύνη

Αστική ιατρική ευθύνη μπορεί να προκύψει από τη συμβατική ενοχική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς ή από αδικοπραξία. Η ευθύνη του νοσηλευτικού ιδρύματος ως νπιδ μπορεί να είναι συμβατική ή εξωσυμβατική-αδικοπρακτική. Σύμφωνα με το άρθρο 922 ΑΚ αντικειμενική ευθύνη του προστηθέντος απορρέει από το ότι ωφελείται οικονομικά από την εργασία του προστηθέντος, ώστε είναι δίκαιο να φέρνει αυτός ο κλινικάρχης την ευθύνη των ζημιών που γίνονται σε τρίτους. Ο ιατρός εργάζεται για λογαριασμό του κλινικάρχη και υπό τις οδηγίες του και εξ αυτού διαφαίνεται ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της ζημίας του τρίτου και της ευθύνης του κλινικάρχη που ασκει τον έλεγχο μόνος του ή δια μέσου άλλου.

Ειδικότερα, αν ο ιατρός τελεί, έστω, σε χαλαρή σχέση εξάρτησης από το νοσηλευτικό ίδρυμα και λειτουργεί ως εκτελεστής εντολών του νοσηλευτικού ιδρύματος ως προς τον τόπο, χρόνο και τους όρους παροχής υπηρεσιών, συντρέχει περίπτωση παροχής υπηρεσιών από ιατρό-προσθηθέντα και άρα ευθύνη και του προστήσαντος που είναι η ιδιωτική κλινική σύμφωνα με το άρθρο 922 ΑΚ. Κρίσιμα πραγματικά περιστατικά για τον χαρακτηρισμό του ιατρού ως προστηθέντος είναι το προσποριζόμενο κέρδος για την κλινική, η εξάρτηση του ιατρού από την υλικοτεχνική της υποδομή (συνηθισμένο φαινόμενο σε διαγνωστικά κέντρα και χειρουργεία ή μαιευτήρια), καθώς και η ένταξη του ιατρού στον επαγγελματικό και επιχειρηματικό κύκλο δράσης του ιδιωτικού φορέα. Όταν διαπιστώνονται τέτοιες συνθήκες, ο ασθενής χαρακτηρίζεται ως δέκτης υπηρεσιών προστηθέντος, για τις οποίες φέρει ευθύνη και ο προστήσας/ιδιωτική κλινική. Μάλιστα, η ευθύνη του προστήσαντος ιδιωτικής κλινικής είναι γνήσια αντικειμενική ευθύνη προστήσαντος, δεν απαλλάσσεται δηλαδή, ακόμη και αν αποδείξει ότι δεν έχει πταίσμα ως προς την επιλογή προστηθέντος

Δεν ευθύνεται η κλινική για ιατρικό σφάλμα ιατρού, όταν:

1) ο ιατρός δεν μετέχει στον κύκλο εργασιών της κλινικής, αλλά χρησιμοποιεί τις εγκαταστάσεις και το προσωπικό της για τη θεραπεία ασθενών που αναλαμβάνει ως ελεύθερος επαγγελματίας, χωρίς να υπόκειται στις δεσμευτικές οδηγίες κλινικάρχη ως προς τον τόπο, χρόνο και την οργάνωση της παροχής υπηρεσιών από μέρους του. Μόνη σχέση που τον συνδέει με κλινικάρχη είναι οι συμβατικοί όροι, βάσει των οποίων καθορίζεται τότε αυτός θα χρησιμοποιήσει τις εγκαταστάσεις της κλινικής,⁸⁵ και 2) η κλινική είναι μικρή, έχει ανύπαρκτη οργάνωση και προσφέρει μόνο ξενοδοχειακές υπηρεσίες: δεν υπάρχει πρόστηση, αν ο ιατρός είναι εξωτερικός και χρησιμοποιεί χώρους για απλές επεμβάσεις δικό του προσωπικό και δικά του εργαλεία.⁸⁶

B. Αστική ευθύνη δημοσίου

Αστική ευθύνη του δημοσίου καλείται η υποχρέωση του δημοσίου ή/και νπδδ να αποκαθιστούν τις ζημιολογικές συνέπειες από παράνομες πράξεις, παραλείψεις ή υλικές ενέργειες των οργάνων τους με τις προϋποθέσεις των άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ, πχ παράλειψη συντήρησης υποδομών, λήψης μέτρων ασφαλείας. Προϋποθέσεις είναι η πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια να έχει συντελεστεί στο πλαίσιο της άσκησης δημόσιας εξουσίας από το ιατρικό, νοσηλευτικό ή λοιπό προσωπικό που κατέχει οργανική θέση και ταυτίζεται με τη δημόσια υπηρεσία, να είναι παράνομη, να έχει

⁸⁵ Βλ. Γεωργίου, Κυριάκος, Η ευθύνη της κλινικής ως προστήσας από ιατρικό σφάλμα, εις: ΝοΒ 2012, σελ. 843-844.

⁸⁶ Βλ. Πούλου Ελισάβετ, παρατηρήσεις στην ΑΠ 1226/2007, εις: ΕφΑΔ 2008, σελ. 62.

παραβιάσει διατάξεις νόμου ή τις θεμελιώδεις αρχές και τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και επαγγελματικής πείρας, με γνώμονα τον συνετό ιατρό, τους κανόνες της καλής λειτουργίας της διοίκησης, η διάταξη που έχει παραβιαστεί να μην έχει τεθεί για την εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος, να έχει προκληθεί ζημία και να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ συμπεριφοράς και ζημίας.⁸⁷ Δεν εξετάζεται η υπαιτιότητα του οργάνου, η ευθύνη είναι αντικειμενική. Όριο η συνδρομή τυγχρών γεγονότων ή περιστατικών ανώτερης βίας που διακόπτουν τον αιτιώδη σύνδεσμο.

Οι υπάλληλοι δεν ευθύνονται έναντι τρίτων για τις παράνομες ή ζημιογόνες πράξεις τους, ευθύνεται μόνο έναντι του Δημοσίου για κάθε ζημία που προκάλεσε κατά την άσκηση των καθηκόντων του από δόλο ή βαριά αμέλεια και για την αποζημίωση που κατέβαλε το δημόσιο για πράξεις ή παραλείψεις του κατά την άσκηση των καθηκόντων του, εφόσον οφείλονται σε δόλο ή βαριά αμέλεια.

Ευθύνη δημοσίου ή νπδδ, όταν με πράξη ή παράλειψη οργάνων των νομικών αυτών προσώπων παραβιάζεται συγκεκριμένη διάταξη νόμου, αλλά και όταν παραλείπονται τα ιδιαίτερα καθήκοντα και υποχρεώσεις που προσιδιάζουν στη συγκεκριμένη υπηρεσία και προσδιορίζονται από την κείμενη εν γένει νομοθεσία, τα διδάγματα της κοινής πείρας και τις αρχές της καλής πίστης. Συνέπειες άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ για την ευθύνη του Δημοσίου.

Οι ιατροί του ΕΣΥ, παρότι έχουν επιστημονική ανεξαρτησία σε σχέση με τη παροχή υπηρεσιών υγείας, οι ιατρικές πράξεις τους, επειδή διενεργούνται στο πλαίσιο των νοσοκομείων και συνδέονται με την οργάνωση και λειτουργία τους, θεμελιώνουν το ανεύθυνο αυτών. Η έννομη σχέση δεν είναι συμβατική και ο ιατρός δεν έχει αστική ευθύνη ατομικά, αλλά ως διαφορά δημοσίου δικαίου, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 105-106 ΕισΝΑΚ.⁸⁸

Έχει κριθεί από τη νομολογία (ΑΠ 1659/2003, ΑΠ 3/2009) ότι οι πανεπιστημιακοί ιατροί δεν υπάγονται στις διατάξεις του Κώδικα Καταστάσεως Δημοσίων Πολιτικών Υπαλλήλων που αποκλείει την ατομική τους ευθύνη για τυχόν ζημίες που προξένησαν από πράξεις ή παραλείψεις κατά την άσκηση των καθηκόντων τους, αλλά ευθύνονται αυτοτελώς και εις ολόκληρος με το οικείο νομικό πρόσωπο.⁸⁹ Με το άρθρο 1 ν. 3754/2009 εξομοιώθηκαν οι πανεπιστημιακοί με τους νοσοκομειακούς ιατρούς σε σχέση με την υπαγωγή τους στους κανόνες της αστικής ευθύνης του δημοσίου.

⁸⁷ Βλ. Κρεμαλής, οπ.π., σελ. 125 επ.

⁸⁸ Βλ. Μητροσύλη, οπ.π., σελ. 275.

⁸⁹ Βλ. Χρυσανθάκης, οπ.π., σελ. 42.

VII. Υποχρεώσεις ιατρών

A. Πηγές υποχρεώσεων ιατρών

Η τεχνολογική εξέλιξη της ιατρικής και η ολοένα και μεγαλύτερη εξειδίκευση των ιατρών έχει αυξήσει την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της ασθένειας, έχει συμβάλει και στην απροσωποποίηση της σχέσης ιατρών-ασθενών, στην υποχώρηση της ολιστικής αντιμετώπισης του ασθενούς και στην τρώση της εμπιστοσύνης του τελευταίου έναντι του ιατρού.⁹⁰ Υπό το πρίσμα άλλωστε της συνταγματικής κατοχύρωσης του δικαιώματος στην υγεία επιτάσσεται η νομοθετική διείσδυση στην οργάνωση του ιατρικού επαγγέλματος και βρίσκει έρεισμα σειρά περιορισμών της επαγγελματικής και επιχειρηματικής δραστηριότητας.⁹¹ Οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας τυποποιούν την ενδεδειγμένη ιατρική συμπεριφορά έναντι του ασθενούς, όπως έχει διαμορφωθεί ιστορικά εξελικτικά.⁹² Πλέον η πατερναλιστική προσέγγιση του ασθενούς εκ μέρους του ιατρού, ο οποίος αποφασίζει να λαμβάνει αποφάσεις για λογαριασμό του ασθενούς που αφορούν το σώμα και την υγεία του έχει αντικατασταθεί από μία δεοντολογία που οριοθετεί την ελευθερία του ιατρού και συναρμολογεί τις υποχρεώσεις πρόληψης και θεραπείας του ιατρού με δικαιώματα του ασθενούς για αυτοδιάθεση και με τις απαιτήσεις της κοινωνίας για περισσότερη δικαιοσύνη στην κατανομή των περιορισμένων πόρων υγείας.⁹³

Ο ν. 3418/2005 με τον οποίον ψηφίστηκε ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας αποτελεί σημαντική παράμετρο για τον εκσυγχρονισμό και την αναβάθμιση των όρων άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, καθώς και για την ενίσχυση του πλέγματος ρυθμίσεων που διέπουν τη σχέση ιατρού-ασθενή και τα εκατέρωθεν δικαιώματα και υποχρεώσεις. Παράλληλα θέτει τους άξονες για την απάντηση σε κρίσιμα ηθικά διλήμματα που ανακύπτουν κατά την άσκηση της ιατρικής.⁹⁴ Πρόκειται για νομικό κείμενο που έχει περιβληθεί τον τύπο του νόμου, για να εξασφαλιστεί μεγαλύτερη ασφάλεια δικαίου και δεσμευτικότητα και να επιτευχθεί διανυγότερη ρύθμιση της ηθικής διάστασης της άσκησης της ιατρικής, απαλλαγμένη από υποκειμενικές θεωρήσεις ή αμφισβητούμενες γνώμες.⁹⁵ Πολύ σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι διατάξεις του ν. 3418/2005 εφαρμόζονται κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα και ανεξάρτητα από τον τρόπο ή τη μορφή της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, ατομικά ή ομαδικά ή με τη μορφή ιατρικής εταιρείας ως ελεύθερο επάγγελμα ή όχι (άρθρ. 1 παρ. 5).

Περαιτέρω πηγές υποχρεώσεων των ιατρών είναι για τους υπηρετούντες στο δημόσιο σύστημα υγείας ο κώδικας δημοσίων, δημοτικών και πολιτικών υπαλλήλων, καθώς κι εν γένει το συγκεκριμένο πλαίσιο έννομης σχέσης, με την οποία ο ιατρός συνδέεται με τον ασθενή. Ειδική κατηγορία αποτελούν οι συμβεβλημένοι με τον ΕΟΠΥΥ ιατροί σε σχέση με τις επιπλέον υποχρεώσεις τους που απορρέουν από την σύμβασή τους αυτή.

⁹⁰ Βλ. Κρεμαλής, σελ. 20

⁹¹ Βλ. Κοντιάδης, σελ. 451.

⁹² Βλ. Κρεμαλής, σελ. 20

⁹³ Βλ. Κρεμαλής, σελ. 20

⁹⁴ Βλ. Κρεμαλής, σελ. 18.

⁹⁵ Βλ. Κρεμαλής, σελ. 18.

B. Υποχρεώσεις σύμφωνα με Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας

Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας κατηγοριοποιούνται οι υποχρεώσεις των ιατρών σε αυτές που άπτονται της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, των σχέσεων ιατρού και ασθενή, των σχέσεων ιατρού και κοινωνίας, των σχέσεων με συναδέλφους και των καθηκόντων απέναντι στον ιατρικό σύλλογο, στον οποίον υπάγονται. Περαιτέρω, υπάρχουν διατάξεις που εξειδικεύουν τις υποχρεώσεις των ιατρών σε σχέση με συγκεκριμένες ιατρικές πράξεις, όπως η ιατρική έρευνα, η αιμοδοσία, οι μεταμοσχεύσεις, η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναφορά, η φροντίδα ψυχικής υγείας, η τεχνητή διακοπή κύησης, προστασία γενετικής ταυτότητας, την ιατρική στο τέλος της ζωής.

1. Η υποχρέωση παροχής ιατρικών υπηρεσιών

Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτούργημα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο (άρθρο 2 παρ. 1 ν. 3418/2005). Ειδικότερα, πρωταρχικό καθήκον του ιατρού είναι να διατηρεί τη ζωή, να προστατεύει και να αποκαθιστά την υγεία, καθώς και να ανακουφίζει τον πόνο, όπως προβλέπεται και στον όρκο του Ιπποκράτη, τον οποίο οφείλει να τηρεί (άρθρο 2 παρ. 2 ν. 3418/2005), ασκώντας το ιατρικό λειτούργημα σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης και με απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια.⁹⁶

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με το άρθρο 9 παρ. 1 ν. 3418/2005 «ο ιατρός δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενούς».⁹⁷ Επίσης, τον βαρύνει ιδιαίτερη νομική υποχρέωση για παροχή ιατρικής βοήθειας⁹⁸ και «δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός αν συντρέχει ειδικός λόγος που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του» (άρθρ. 9 παρ. 2 ν. 3418/2005).⁹⁹ Τέτοια περίπτωση είναι η έλλειψη κατάλληλων μέσων για την άσκηση ιατρικής ή η ασθένεια του ιατρού.¹⁰⁰

Περαιτέρω, ο ιατρός μπορεί «να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών που ήδη προσφέρει στον ασθενή του για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η ζωή ή υγεία του τελευταίου. Στην περίπτωση αυτή οφείλει, εφόσον του ζητηθεί να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του» (άρθρο 9 παρ. 4 ν. 3418/2005).¹⁰¹ Προϋπόθεση εφαρμογής της διάταξης είναι να μην τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του ασθενούς, να μη συντρέχει δηλαδή επείγον περιστατικό. Το μέτρο επομένως είναι η κατεπείγουσα ανάγκη και το περιθώριο εναλλακτικής ενέργειας. Η υπόδειξη άλλου συναδέλφου διασφαλίζει τη συνέχεια της «αρχής της εμπιστοσύνης» του πολίτη προς τον ιατρό, αφού στην περίπτωση αυτή ο ιατρός υπέχει σχετική

⁹⁶ Βλ. Ραβδάς, Π., εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 13 επ.

⁹⁷ Βλ. Καπαρτζιάνη, Χ./Σολδάτος, Π., εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 84 επ.

⁹⁸ Η ίδια υποχρέωση υπαγορευόταν και από το άρθρο 9 ΒΔ της 25-5/6-7-1955 «Περί Κανονισμού Ιατρικής Δεοντολογίας».

⁹⁹ Βλ. Καπαρτζιάνη, Χ./Σολδάτος, Π., εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 85 επ.

¹⁰⁰ Βλ. Πελλένη, σελ. 74

¹⁰¹ Βλ. Καπαρτζιάνη, Χ./Σολδάτος, Π., εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 89.

υποχρέωση αναπλήρωσής του. Στο σημείο αυτό δεν μπορούν, παρά να ισχύουν αναλογικά και όλες εκείνες οι υποχρεώσεις του ιατρού σχετικά με τη λήψη των αναγκαίων μέτρων και την τήρηση των απαραίτητων διαδικασιών (συνολική ενημέρωση για το περιστατικό, πλήρης φάκελος, επικοινωνία με τον νέο ιατρό κ.ά.) για την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη προστασία του ασθενούς (άρθρο 8 παρ. 6 ν. 3418/2005).¹⁰² Σε κάθε περίπτωση ο ιατρός θα πρέπει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες (άρθρο 9 παρ. 3 ν. 3418/2005) και να προσφέρει έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση τις ιατρικές υπηρεσίες του κατά την επέλευση έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών και ανεξαρτήτως ειδικότητας ή ύπαρξης κατάλληλων μέσων για την άσκηση ιατρικής.¹⁰³ Για την ενεργοποίηση αυτού του καθήκοντος, δεν είναι απαραίτητος ο κίνδυνος ζωής, αλλά αρκεί ο κίνδυνος χειροτέρευσης της υγείας του ασθενούς.¹⁰⁴

2. Άρνηση ιατρών για λόγους συνείδησης

Σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 5 ν. 3418/2005, ο ιατρός επικαλούμενος λόγους συνείδησης, έχει δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις, στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις. Με το δικαίωμα ένστασης συνείδησης εισάγεται μια ειδική εξαίρεση από τον κανόνα της κατ' αρχήν υποχρέωσης του ιατρού να προσφέρει τις υπηρεσίες του.¹⁰⁵ Η εξαίρεση δεν ισχύει, όταν συντρέχει επείγουσα περίπτωση, οπότε και προκρίνεται η διασφάλιση της υγείας του ασθενούς ακόμη και παρά την τυχόν συνειδησιακή αντίρρηση του ιατρού. Παράλληλα με τη γενικότερη διάταξη προβλέπεται η ειδικότερη άσκησή της σε σχέση με την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στο άρθρο 30 παρ. 5 ν. 3418/2005 και σε σχέση με την τεχνητή διακοπή κύησης στο άρθρο 31 ν. 3418/2005.

Με την κατοχύρωση του δικαιώματος αυτού αποσκοπείται η διαφύλαξη της ελευθερίας της συνείδησής του και της ηθικής του ανεξαρτησία ως πυλώνων ασκήσεως του ιατρικού λειτουργήματος και εισάγεται εξαίρεση από τον βασικό δεοντολογικό κανόνα της κατ' αρχήν απαγόρευσης της άρνησης του ιατρού να προσφέρει τις υπηρεσίες του σύμφωνα με το άρθρο 9 παρ. 2 ν. 3418/2005, εκτός αν συντρέχει ειδικός λόγος που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.

3. Η υποχρέωση εφαρμογής των κανόνων της ιατρικής επιστήμης και η ελευθερία επιλογής μεθόδου

Κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος ο ιατρός απολαμβάνει επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησής του, παρέχει δε τις ιατρικές υπηρεσίες του με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια (άρθρ. 3 παρ. 1 ν. 3418/2005). Ειδικότερα, σύμφωνα με την παρ. 2 του ίδιου άρθρου «Ο ιατρός ενεργεί με βάση: α) την εκπαίδευση

¹⁰² Βλ. Ραβδάς, Π., εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 80.

¹⁰³ Έτσι και άρθρο 25 ΑΝ 1565/1939 που ορίζει ότι «πας ιατρός οφείλει να παρέχει κατά πάσαν ώραν της ημέρας ή της νυκτός την πρώτην ιατρικήν βοήθειαν επί των αιφνιδίων κλπ επικίνδυνων ή σοβαρών ασθενειών και ατυχημάτων, χωρίς να εξαρτά την παροχήν συνδρομής ταύτης εκ της αμέσου πληρωμής. Της υποχρεώσεως ταύτης απαλλάσσεται ο ιατρός, όταν υπάρχωσι λόγοι δικαιολογούντες αυτόν ή όταν η βοήθεια δύναται να παρασχεθεί υπό άλλου προχειρότερου ιατρού». Πρβλ. και άρθρο 441 ΠΚ, το οποίο προβλέπει νομικές κυρώσεις για τον ιατρό που χωρίς δικαιολογημένο κώλυμα αρνείται την εκτέλεση του έργου του. Βλ. Σακελλαροπούλου Β. Η ποινική αντιμετώπιση του ιατρικού σφάλματος, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2007, σελ. 61 επ.

¹⁰⁴ Βλ. Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη, εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2003, σελ. 406.

¹⁰⁵ Βλ. Ραβδάς, εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 20 επ.

που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκηση του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης». Ενεργώντας με πλήρη ελευθερία στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας (άρθρ. 3 παρ. 3 ν. 3418/2005), ο ιατρός έχει δικαίωμα να επιλέξει τη μέθοδο εκείνη που κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης για τον συγκεκριμένο ασθενή με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής, παραλείπει δε εκείνες που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση ή εγκυμονούν περισσότερους κινδύνους από ό,τι οφέλη (άρθρ. 3 παρ. 3 ν. 3418/2005).¹⁰⁶ Στο δικαίωμα αυτό του ιατρού αντιστοιχεί η επιταγή του άρθρου 4 της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής (εφεξής: Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική), η οποία κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον ν. 2619/1998 (ΦΕΚ Α 132) και έχει αποκτήσει αυξημένη τυπική ισχύ (άρθρ. 28 παρ. 1 Σ.), ότι «κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της έρευνας, πρέπει να επιτελείται σύμφωνα με τις σχετικές επαγγελματικές υποχρεώσεις και πρότυπα».

4. Η υποχρέωση σεβασμού του ασθενούς και απαγόρευσης των διακρίσεων

Σύμφωνα με το άρθρο 8 ν. 3418/2005 ο ιατρός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη-ασθενή, ακούει του ασθενούς του, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση, σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους (άρθρ. 2 παρ. 2 ν. 3418/2005) και λειτουργεί όπως αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματός του (άρθρ. 2 παρ. 1 ν. 3418/2005). Αυτό ισχύει ειδικότερα, σε σχέση με άτομα που υποφέρουν ήδη από έλλειψη κοινωνικής αναγνώρισης, πχ ηλικιωμένα άτομα, άτομα που είναι σε κατάσταση κοινωνικής ανασφάλειας, άτομα που υποφέρουν από φυσική, ψυχική ή νοητική αναπηρία κλπ. Περαιτέρω, ο ιατρός κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές και πολιτικές αντιλήψεις του ασθενή και οι απόψεις του σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν την φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται (άρθρ. 8 παρ. 4 ν. 3418/2005). Είναι αναγκαίο να διασφαλιστεί ότι στην άρνηση αυτή δεν εμφολωθούν καθόλου στοιχεία έστω και υπόνοιας για διακριτική και όχι ίση μεταχείρισης ασθενών.¹⁰⁷ Στο καθήκον αυτό του ιατρού αντιστοιχεί το δικαίωμα του ασθενούς για σεβασμό και αναγνώριση σε αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων (άρθρ. 47 παρ. 7 ν. 2071/1992)

5. Υποχρέωση τήρησης ιατρικού αρχείου

Σκοπός της τήρησής του είναι η προστασία της υγείας των ασθενών μέσω της διασφάλισης της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, διότι η πλήρης καταγραφή του ιστορικού του ασθενούς αποτρέπει διπλές θεραπείες, τη χορήγηση διαφορετικών φαρμάκων κι εν τέλει άσκοπα έξοδα του ασθενή. Επιτρέπει τη συνέχεια της θεραπείας

¹⁰⁶ Βλ. Καπαρτζάνη Χ./Σολδάτος Π., εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 28 επ.

¹⁰⁷ Πχ. η άρνηση ιατρικής φροντίδας και συνδρομής σε ασθενείς με κάποιο λοιμώδες νόσημα αποτελεί διάκριση και παραβίαση ανθρωπίνων δικαιωμάτων, συνιστά δε ένα σοβαρό πρόβλημα διάκρισης και τιμωρείται πειθαρχικά ειδικά υπό το πρίσμα ότι το ιατρικό επάγγελμα ενέχει σε κάθε περίπτωση έκθεση σε κινδύνους

του ασθενούς και την επικοινωνία του με τον ασθενή. Επίσης, αποτελεί αξιόπιστο αποδεικτικό μέσο σε δίκες ιατρικής ευθύνης.¹⁰⁸

Σύμφωνα με το άρθρο 14 παρ. 1 ν. 3418/2005 «ο ιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται αρρήκτως ή αιτιωδώς με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του. Για την τήρηση του αρχείου αυτού και την επεξεργασία των δεδομένων του εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 2472/1997 (ΦΕΚ Α 50)». Στην παρ. 2 ορίζεται ότι τα ιατρικά αρχεία πρέπει να περιέχουν το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης, καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, όπως ενδεικτικά και ανάλογα με την ειδικότητα, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, την πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση ή την αγωγή που ακολουθήθηκε. Σύμφωνα με την παρ. 3 του άρθρου 14 ν. 3418/2005, οι κλινικές και τα νοσοκομεία τηρούν στα ιατρικά τους αρχεία και τα αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων. Η υποχρέωση διατήρησης των ιατρικών αρχείων ισχύει, σύμφωνα με την παρ. 4 του ίδιου άρθρου, στα ιδιωτικά ιατρεία και τις λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή (περ. α) και σε κάθε άλλη περίπτωση για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή (περ. β).

6. Υποχρέωση ιατρικού απορρήτου

Το άρθρο 13 ν. 3418/2005 κατοχυρώνει την υποχρέωση του ιατρού να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του και το οποίο αφορά τον ασθενή ή τους οικείους του (παρ. 1) και να εγγυάται τον απόρρητο χαρακτήρα των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου, των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων.¹⁰⁹ Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενούς (άρθρ. 13 παρ. 6 ν. 3418/2005).

Για την αποτελεσματική και αυστηρή τήρηση του ιατρικού απορρήτου ο ιατρός οφείλει να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, τους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμμετέχουν στην άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος και να λαμβάνει τα απαραίτητα μέτρα για τη διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου και μετά την παύση ή λήξη άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος. Την εξασφάλιση του ιατρικού απορρήτου και την προστασία των προσωπικών δεδομένων θα πρέπει να προάγει και ο τρόπος τήρησης των επαγγελματικών βιβλίων από τον ιατρό (άρθρ. 14 παρ. 6 ν. 3418/2005).

Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται, όταν ο ιατρός αποβλέπει 1) στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του και 2) στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου

¹⁰⁸ Βλ. επ' αυτού Μάλλιος, *Ενάγγελος*, εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), *Ιατρική Δεοντολογία*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 131 επ.

¹⁰⁹ Μάλλιος, *Ενάγγελος*, εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), *Ιατρική Δεοντολογία*, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 117 επ.

άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά. Επίσης, η άρση του ιατρικού απορρήτου αίρεται, όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας και όταν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

7. Υποχρέωση έκδοσης ιατρικών πιστοποιητικών

Η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών, γνωματεύσεων και συνταγών δεν ανήκει στον σκληρό πυρήνα της ιατρικής συνδρομής που αποσκοπεί στη διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου (άρθρ. 1 παρ. 1 ν. 3418/2005). Πάντως, περιλαμβάνεται στην έννοια της ιατρικής πράξης (άρθρ. 1 παρ. 3 ν. 3418/2005) και, ως υποβοηθητική του ιατρικού έργου, ανήκει στα ευρύτερα επαγγελματικά καθήκοντα του ιατρού, την εκπλήρωση των οποίων δεν μπορεί να αρνηθεί για λόγους άσχετους με την επιστημονική του επάρκεια σύμφωνα με το άρθρ. 9 παρ. 2 ν. 3418/2005.

Εκτός από τη σημασία τους ως ιατρικά έγγραφα που ενσωματώνουν τεχνικές κρίσεις και πιστοποιούν ιατρικής φύσεως αντικειμενικά γεγονότα, τα ιατρικά πιστοποιητικά και οι ιατρικές συνταγές και γνωματεύσεις έχουν αυξημένη σημασία στις συναλλαγές. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιούνται για την πρόσβαση σε κοινωνικοασφαλιστικές και προνοιακές παροχές που συνεχονται με ιατρικά στοιχεία. Επίσης, ενσωματώνουν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα του ατόμου και πρέπει να προστατεύονται από κάθε μορφής αθέμιτη επεξεργασία και πρόσβαση τρίτων.

Για τους παραπάνω λόγους, είναι σημαντικό να πληρούν εχέγγυα ακρίβειας, αλήθειας και πληρότητας του περιεχομένου τους και να ληφθεί μέριμνα για την αποφυγή της παράνομης πρόσβασης τρίτων σε αυτά. Προς την κατεύθυνση αυτή, το άρθρο 5 ν. 3418/2005 ρυθμίζει το κύρος και τη νομική ισχύ των ιατρικών πιστοποιητικών, βεβαιώσεων, γνωματεύσεων και συνταγών και θέτει όρους και διαδικασία για την έκδοση, προς διασφάλιση της ακρίβειας του περιεχομένου τους, αλλά και την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων που ενσωματώνουν.¹¹⁰

8. Υποχρέωση ενημέρωσης του ασθενούς

Σύμφωνα με το άρθρο 11 ν. 3418/2005 ο ιατρός έχει καθήκον αληθείας προς τον ασθενή. Ειδικότερα, οφείλει να ενημερώνει πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεση της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασης του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων.¹¹¹

Σύμφωνα με το άρθρο 11 παρ. 2 ν. 3418/2005, ο ιατρός σέβεται την επιθυμία των ατόμων τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ασθενής έχει δικαίωμα να ζητήσει από τον ιατρό να ενημερώσει αποκλειστικά άλλο ή άλλα

¹¹⁰ Βλ. Κυριακάκη Ειρήνη, εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 41 επ.

¹¹¹ Βλ. Βιδάλης, Τάκης, εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 99 επ.

πρόσωπα, που ο ίδιος θα υποδείξει, για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεση της, καθώς και για το βαθμό πιθανολόγησής τους.

Τέλος, αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου (άρθρ. 11 παρ. 4 ν. 3418/2005).

VIII. Πειθαρχική ευθύνη ιατρών

Παράλληλα με τις συμβατικές υποχρεώσεις του αστικού δικαίου και τον σεβασμό του ποινικού δικαίου διαμορφώνεται ένα συμπληρωματικό αυτόνομο σύστημα ευθύνης, μέσω του ΚΙΔ. Η πειθαρχική τιμωρία επιβάλλεται κυρίως για το συμφέρον του επαγγελματικού σώματος και της υπηρεσίας και δευτερευόντως για την ηθική ικανοποίηση του ασθενή/πολίτη. Δεν ενδιαφέρεται να επανορθώσει τη βλάβη, αποζημιώνοντας τους ασθενείς ή ακόμη να τιμωρήσει ποινικά τους ιατρούς χάριν της γενικής ή ειδικής πρόληψης.¹¹²

A. Πειθαρχική ευθύνη ενώπιον ιατρικών συλλόγων

1. Πειθαρχικά παραπτώματα και πειθαρχικές ποινές

Σύμφωνα με το άρθρο 36 παρ. 1 ν. 3418/2005 *«κάθε παράβαση των διατάξεων του ν. 3418/2005 τιμωρείται πειθαρχικά από τα αρμόδια πειθαρχικά όργανα»*. Για όλους, συμπεριλαμβανομένων των ιατρών του ΕΣΥ και των δημόσιων μονάδων υγείας εφαρμόζονται οι διαδικασίες από τα πειθαρχικά όργανα των επαγγελματικών τους συλλόγων. Περαιτέρω, σύμφωνα με την παρ. 2 του ίδιου άρθρου, ο ιατρός που παραβιάζει τις διατάξεις των άρθρων 6 παράγραφοι 4 και 5,19 παράγραφοι 5,6 και 7,24 παράγραφος 4, 28 παράγραφος 9 και 30 παράγραφος 4, τιμωρείται με προσωρινή ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και προσωρινή παύση από θέση που τυχόν κατέχει στο Δημόσιο για τουλάχιστον δύο (2) έτη και πρόστιμο ποσού πενήντα χιλιάδων (50.000,00) έως και διακοσίων χιλιάδων (200.000,00) ευρώ. Η ποινή επιβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας, η οποία εκδίδεται μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την αποστολή σχετικού ερωτήματος. Σε περίπτωση τελέσεως εκ νέου μίας από τις ανωτέρω παραβάσεις, επιβάλλεται υποχρεωτικά, με όμοια απόφαση, οριστική ανάκληση της άδειας ασκήσεως του επαγγέλματος και οριστική παύση.

2. Πειθαρχικά όργανα

Τα πειθαρχικά όργανα είναι τα πειθαρχικά συμβούλια των κατά τύπους Ιατρικών Συλλόγων που εκδικάζουν τα πειθαρχικά παραπτώματα σε πρώτο βαθμό και το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών που εκδικάζει σε δεύτερο βαθμό.

2.1. Πειθαρχικά Συμβούλια Ιατρικών Συλλόγων

Σύμφωνα με το άρθρο 321 παρ. 1. ν. 4512/2018 σε κάθε Ιατρικό Σύλλογο συστήνεται Πειθαρχικό Συμβούλιο για την εκδίκαση και την τιμωρία των πειθαρχικών παραπτωμάτων των μελών του Συλλόγου. Σε περίπτωση καταγγελίας για πειθαρχικό παράπτωμα, το οποίο έλαβε χώρα σε διαφορετικό Σύλλογο από το Σύλλογο εγγραφής, αρμόδιο για την παραπομπή στο Πειθαρχικό Συμβούλιο, καθώς και για την εκδίκαση και την επιβολή ποινής ή την απαλλαγή είναι το Διοικητικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου που τελέστηκε το παράπτωμα. Τα χρηματικά πρόστιμα εισπράττονται κατά τη διαδικασία είσπραξης του ΚΕΔΕ από τον Ιατρικό Σύλλογο που επέβαλε την ποινή, ενώ κατά τα λοιπά οι αποφάσεις εκτελούνται από τον Ιατρικό Σύλλογο στον οποίο είναι εγγεγραμμένος ο ιατρός. Η αναστολή ή η παύση ιατρικού επαγγέλματος, ως ποινή, ισχύει για όλη την επικράτεια.

¹¹² Βλ. *Μητροσύλη*, σελ. 270.

Στην παρ. 2 του ανωτέρω άρθρου ορίζεται ότι το Πειθαρχικό Συμβούλιο του Ιατρικού Συλλόγου έχει δυνατότητα, όταν ιατροί καταδικάστηκαν: α) για κακούργημα και σε οποιαδήποτε ποινή για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία, δωροδοκία, δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, καθ' υποτροπή συκοφαντική δυσφήμιση, καθώς και για οποιοδήποτε έγκλημα κατά της γενετήσιας ελευθερίας ή έγκλημα οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής, β) έχουν παραπεμφθεί με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της περίπτωσης α', έστω και αν το αδίκημα έχει παραγραφεί, γ) λόγω καταδίκης, έχουν στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση αυτή, δ) υπάρχει κίνδυνος διάπραξης από τον ιατρό νέων αδικημάτων, ε) υπάρχει κίνδυνος για την δημόσια υγεία και στ) υπάρχει κίνδυνος για τους ασθενείς, να διατάξει, με αιτιολογημένη απόφασή του, την προσωρινή αναστολή της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος-λειτουργήματος του ιατρού. Την απόφαση αυτή ο ιατρός μπορεί να προσβάλλει ενώπιον του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών (εφεξής ΑΠΣΙ), κατά τα οριζόμενα στις γενικές διατάξεις περί εφέσεων. Το Πειθαρχικό Συμβούλιο και το Α.Π.Σ.Ι. υποχρεούνται να ανακαλέσουν την αναστολή, εάν εκδοθεί τελεσίδικη αθωωτική απόφαση ποινικού δικαστηρίου ή τελεσίδικο απαλλακτικό βούλευμα.

Σε περίπτωση ελαφρών παραπτωμάτων οι Πρόεδροι των Ιατρικών Συλλόγων μπορούν οίκοθεν, μετά από κλήση σε απολογία, να επιβάλουν την ποινή της επίπληξης ή του προστίμου μέχρι πέντε χιλιάδες (5.000) ευρώ. Ένσταση κατά της απόφασης αυτής μπορεί να ασκηθεί ενώπιον του Πειθαρχικού Συμβουλίου μέσα σε προθεσμία δεκαπέντε (15) ημερολογιακών ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης (άρθρ. 321 παρ. 3).

Στους Ιατρικούς Συλλόγους που δεν συγκροτήθηκε, δεν υφίσταται ή δεν λειτουργεί Πειθαρχικό Συμβούλιο, ή παρουσιάζει δυσχέρειες λειτουργίας ή μέλη του συνδέονται με ιδιαίτερη σχέση φιλίας ή έχθρας με τον καταγγέλλοντα ή τον διωκόμενο, καθώς και για τα πειθαρχικά παραπτώματα μελών του Διοικητικού Συμβουλίου ή του Πειθαρχικού Συμβουλίου κάποιου Συλλόγου, το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (εφεξής ΠΙΣ) ορίζει ως αρμόδιο το Πειθαρχικό Συμβούλιο άλλου Ιατρικού Συλλόγου. Επιπλέον, ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος μπορεί μετά από απόφαση των Διοικητικών Συμβουλίων ή Πειθαρχικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων και αίτησή τους να αναθέσει την εκδίκαση των παραπτωμάτων σε Πειθαρχικό Συμβούλιο άλλου Συλλόγου από αυτόν που ανήκει ο ιατρός, είτε αυτεπαγγέλτως είτε μετά από αίτηση οποιουδήποτε έχει έννομο συμφέρον. Ο τιμωρηθείς ιατρός ή και το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου μπορεί να εκκαλέσει την απόφαση του Πειθαρχικού Συμβουλίου αυτού ενώπιον του ΑΠΣΙ, σε περίπτωση μη ομόφωνης απαλλακτικής απόφασης (άρθρ. 321 παρ. 4).

Σύμφωνα με το άρθρο 319 παρ. 1 ν. 4512/2018 ως πειθαρχικό παράπτωμα, το οποίο εκδικάζεται και τιμωρείται από τον Πρόεδρο του Ιατρικού Συλλόγου ή το Πειθαρχικό Συμβούλιο αυτού με πειθαρχική ποινή, ανεξαρτήτως ποινικής ευθύνης ή άλλης συνέπειας κατά την κείμενη νομοθεσία, θεωρείται: α) κάθε παράβαση των καθηκόντων και υποχρεώσεων των ιατρών, όπως ορίζονται στο νόμο καθώς και στις νόμιμες αποφάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου του Συλλόγου και του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., β) διαγωγή που δεν συνάδει με την αξιοπρέπεια του ιατρικού επαγγέλματος, γ) διαγωγή που είναι ασυμβίβαστη προς το λειτούργημα του ιατρού, δ) συμπεριφορά που δεν συνάδει με την ιατρική ηθική, επιστήμη και δεοντολογία ή που μπορεί να κλονίσει την πίστη της κοινωνίας προς το ιατρικό λειτούργημα.

Στην παρ. 2 ορίζεται ότι Ιατροί διευθύνοντες σύμβουλοι ή νόμιμοι εκπρόσωποι ιατρικών ανωνύμων εταιρειών, διαχειριστές εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, διαχειριστές και εταίροι ιδιωτικών κεφαλαιουχικών εταιρειών, ομόρρυθμοι εταίροι ή εν γένει ιδιοκτήτες προσωπικών εταιρειών καθώς και ιδιοκτήτες μονοπρόσωπων εταιρειών περιορισμένης ευθύνης ευθύνονται ως φυσικά πρόσωπα για κάθε παράπτωμα της ιατρικής νομοθεσίας και δεοντολογίας που διαπράττεται από τις εταιρείες που είναι ιδιοκτήτες ή διευθύνουν, κατά τα ανωτέρω. Παρόμοια και ο επιστημονικά υπεύθυνος ιατρός, εταιρείας παροχής ιατρικών υπηρεσιών, οφείλει να τηρεί τους κανόνες ιατρικής δεοντολογίας και είναι πειθαρχικά υπόλογος με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, εξ ονόματος και για λογαριασμό της εταιρείας (παρ. 3).

Σύμφωνα με το άρθρο 288 παρ. 1 ν. 4512/2018, το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών (Α.Π.Σ1), το οποίο εδρεύει στην Αθήνα, είναι αρμόδιο να εκδικάζει τις εφέσεις κατά αποφάσεων των Πειθαρχικών Συμβουλίων των Ιατρικών Συλλόγων κατά τις διατάξεις του παρόντος, καθώς και την εκδίκαση σε πρώτο βαθμό των πειθαρχικών αδικημάτων των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.).

2.2. Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο

Σύμφωνα με το άρθρο 271 παρ. 1 ν. 4512/2018 ο Πανελλήνιος Ιατρικός Σύλλογος (Π.Ι.Σ.) αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου σωματειακού χαρακτήρα, με έδρα την Αθήνα. Αποτελεί το κεντρικό συντονιστικό όργανο και την εποπτεύουσα οργάνωση όλων των Ιατρικών Συλλόγων και των ιατρών της χώρας. Αποτελεί το ανώτατο θεσμικό όργανο των ιατρών και συμβουλευτικό όργανο της πολιτείας για θέματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης. Για την επίτευξη των σκοπών του, όπως περιγράφονται στην παρ. 2 του ιδίου άρθρου, ο ΠΙΣ έχει, μεταξύ άλλων μέσων, και την εποπτεία της τήρησης των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας και της προαγωγής των ηθικών και δεοντολογικών κανόνων του ιατρικού επαγγέλματος.

Στην παρ. 2 του άρθρου 288 ορίζεται ότι το Α.Π.Σ.Ι. είναι πενταμελές. Αποτελείται από τον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και τρία (3) μέλη, με τους νόμιμους αναπληρωτές τους. Όλοι είναι μέλη της Γενικής Συνέλευσης του Π.Ι.Σ. και εκλέγονται από αυτήν μαζί με τις αρχαιρεσίες για την ανάδειξη των μελών του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη του Α.Π.Σ.Ι. πρέπει, για να καταλάβουν το σχετικό αξίωμα, να ασκούν τουλάχιστον είκοσι (20) έτη το ιατρικό επάγγελμα.

Η έφεση ασκείται σύμφωνα με το άρθρο 332 παρ. 1 από τον τιμωρηθέντα ιατρό, τον ασκήσαντα τη δίωξη Ιατρικός Σύλλογος ή τον αιτήσαντα αυτήν (ιατρό ή ιδιώτη) εντός δέκα (10) ημερολογιακών ημερών από την επίδοση της απόφασης ενώπιον του Ανωτάτου Πειθαρχικού Συμβουλίου Ιατρών. Η έφεση, σύμφωνα με την παρ. 2, κατατίθεται ενώπιον του Γραμματέα του Πειθαρχικού Συμβουλίου που εξέδωσε την απόφαση, και συντάσσεται σχετική έκθεση που υπογράφεται από τον εκκαλούντα και το Γραμματέα. Ο Γραμματέας υποχρεούται εντός δέκα (10) ημερών να διαβιβάσει αυτή μαζί με όλα τα σχετικά έγγραφα στη Γραμματεία του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ.

Σύμφωνα με το άρθρο 333 παρ. 1 το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών, όταν δικάζει σε δεύτερο βαθμό, δικαιούται να διατάξει νέα Ε.Δ.Ε. ή ανάκριση, η οποία ενεργείται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 326 και 327 επ. Καλεί τον τιμωρηθέντα ιατρό να απολογηθεί με τη διαδικασία που ισχύει για τα Πειθαρχικά Συμβούλια των

Ιατρικών Συλλόγων. Δύναται να μεταρρυθμίζει και να εξαφανίζει την εκκαλούμενη απόφαση.

Το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών συνεδριάζει με νόμιμη απαρτία κατά τις διατάξεις του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και αποφασίζει με απόλυτη πλειοψηφία. Στη συνεδρίαση τηρούνται πρακτικά, τα οποία είναι μυστικά. Στις συνεδριάσεις του μπορεί να μετέχει χωρίς ψήφο ο Πρόεδρος του Π.Ι.Σ. Μπορεί στη συνεδρίαση να μετέχει και ο νομικός ή τεχνικός σύμβουλος, ο οποίος αποχωρεί κατά την ψηφοφορία (άρθρ. 333 παρ. 2).

Το Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Ιατρών αποφασίζει τελεσίδικα και εκδίδει την απόφασή του το αργότερο εντός τριών (3) μηνών από την εισαγωγή της σχετικής πειθαρχικής δικογραφίας, η δε απόφαση αυτού διαβιβάζεται προς τον Πρόεδρο του οικείου Ιατρικού Συλλόγου, ο οποίος οφείλει αμελλητί να κοινοποιήσει αυτήν στον τιμωρηθέντα (άρθρ. 333 παρ. 3).

Β. Πειθαρχική ευθύνη ιατρών δημοσίου συστήματος υγείας

1. Πειθαρχικά παραπτώματα

Οι ιατροί του ΕΣΥ και των δημοσίων μονάδων υγείας εν γένει διέπονται ως προς την πειθαρχική ευθύνη τους και από τις ειδικές διατάξεις του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ν. 3528/2007) και για όσα θέματα δεν ρυθμίζονται από αυτές από τον Κώδικα Δημοσίων και Πολιτικών Υπαλλήλων (άρθρ. 2 παρ. 2). Σχετικά ορίζεται στο άρθρο 77 παρ. 9 ν. 2071/1992 ότι πειθαρχικές διατάξεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την ιατρική δεοντολογία εξακολουθούν να ισχύουν.

Περαιτέρω, ισχύουν, σύμφωνα με το άρθρο 77 παρ. 10 ν. 2071/1992, οι διατάξεις του πειθαρχικού δικαίου και οι γενικές υποχρεώσεις των δημοσίων υπαλλήλων, όπως ρυθμίζονται στο άρθρο 107, ενώ η πειθαρχική δίωξη σε περίπτωση διάπραξης πειθαρχικού παραπτώματος αποτελεί καθήκον των πειθαρχικών οργάνων, με εξαίρεση τα παραπτώματα που επισύρουν ποινή επίπληξης, η δίωξη των οποίων επαφίεται στη διακριτική τους ευχέρεια (άρθρ. 110 ν. 3528/2007). Σύμφωνα με τον ορισμό του Υπαλληλικού κώδικα πειθαρχικό παράπτωμα αποτελεί κάθε παράβαση υπαλληλικού καθήκοντος που συντελείται με υπαίτια πράξη ή παράλειψη και μπορεί να καταλογιστεί στον υπάλληλο.

Με το άρθρο 77 παρ. 1 ν. 2071/1992, πέρα από τα πειθαρχικά παραπτώματα του ΥΚ εισάγονται για τους ιατρούς του ΕΣΥ και τα ακόλουθα: α) Η άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος από τους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ή η κατοχή άλλης θέσης κατά παράβαση των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 63 του νόμου αυτού. Επίσης η άσκηση άλλου επαγγέλματος από τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ή τους ιατρούς συμβούλους, εκτός από τα επιτρεπόμενα στην παρ. 3 του άρθρου 63 του παρόντος νόμου, β) Η δωροληψία και ιδίως η λήψη αμοιβής και η αποδοχή οποιασδήποτε άλλης περιουσιακής παροχής για την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής υπηρεσίας, γ) Η συνεργασία με ιατρούς, που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, ή και με ιδιωτικές κλινικές, καθώς και η παράβαση των διατάξεων του άρθρου 63 παράγραφος 3 πλην της συνεργασίας για αποκλειστικώς επιστημονικούς λόγους, δ) Η παράβαση κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας, ε) Η άνιση μεταχείριση αρρώστων στην παροχή ιατρικών φροντίδων ή η απρεπής συμπεριφορά προς αυτούς, στ) Η παράβαση των διατάξεων του νόμου αυτού και των διατάξεων που

διέπουν την οικεία υπηρεσιακή μονάδα περίθαλψης, ζ) η αδικαιολόγητη απουσία ή εγκατάλειψη θέσης". Για το αδίκημα αυτό, μετά από δεύτερη υποτροπή, μπορεί να επιβληθεί η ποινή της οριστικής παύσης.

2. Πειθαρχικές ποινές

Πειθαρχικές ποινές είναι σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 77 ν. 2071/1992 οι ακόλουθες: α) έγγραφη επίπληξη, β) πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δέκα μηνών, γ) διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) μέχρι πέντε (5) χρόνια. Για τη διακοπή υπολογίζεται μόνο ο χρόνος κατά τον οποίο ο τιμωρούμενος έχει το προς προαγωγή τυπικά προσόντα. δ) Προσωρινή παύση μέχρι δύο (2) χρόνια, ε) οριστική παύση και στ) Αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσωρινά μέχρι δύο (2) χρόνια ή οριστικά.

Σύμφωνα με το άρθρο 77 παρ. 3 ν. 2071/1992, η διακοπή του δικαιώματος για υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσεως ανώτερου βαθμού μπορεί να επιβληθεί για τα προβλεπόμενα στην παρ. 1 περιπτώσεις β', γ', δ' και ε' του άρθρου αυτού αδικήματα, καθώς και για τα ακόλουθα: τη χρησιμοποίηση της θέσης για την εξυπηρέτηση ατομικών συμφερόντων ή τρίτων, την ατελή και μη έγκαιρη εκπλήρωση των καθηκόντων τους, την αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων, την άρνηση ή παρελκυστική καθυστέρηση παροχής υπηρεσίας, τη μη πρόπουσα συμπεριφορά προς τους πολίτες, τους προϊσταμένους και λοιπούς υπαλλήλους, τη μη έγκαιρη κατάρτιση εκθέσεων, ως και τη σύνταξη έκθεσης ουσιαστικών προσόντων από προϊστάμενο κριτή, χωρίς την επιβαλλόμενη αμεροληψία και αντικειμενικότητα, την παράβαση της εκ των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας επιβαλλόμενης εχεμύθειας, τη χρησιμοποίηση πληροφοριών τις οποίες έχουν από την υπηρεσία τους, για να αποκτήσουν όφελος οι ίδιοι ή τρίτοι, τη φθορά λόγω κακής χρησιμοποίησης, την εγκατάλειψη ή παράνομη χρησιμοποίηση πράγματος που ανήκει στο Δημόσιο ή σε νπδδ. Περαιτέρω, η ποινή αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί μόνο για τα αδικήματα της παρ. 1, περ. α' και β' του άρθρου αυτού (άρθρ. 77 παρ. 4 ν. 2071/1992).

3. Πειθαρχικά όργανα

Σύμφωνα με το άρθρο 77 παρ. 8 ν. 2071/1992 τα πειθαρχικά όργανα είναι αρμόδια να επιβάλλουν τις εξής ποινές: α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ν.π.δ.δ. έγγραφη επίπληξη και πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δεκαπέντε (15) ημερών, β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές α' έως γ' της παρ. 2 του άρθρου αυτού, γ) το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο κάθε άλλη ποινή. Για το ιατρικό προσωπικό των κέντρων υγείας αρμόδια είναι τα πειθαρχικά όργανα του Υπαλληλικού Κώδικα. Άσκηση έφεσης κατά απόφασης ΔΣ ενώπιον του κεντρικού πειθαρχικού συμβουλίου. Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι πειθαρχικώς προϊστάμενος των Διοικητών των Δ.Υ.ΠΕ., των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων και των Προέδρων "και Διοικητών" των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας.

Με το άρθρο 11 παρ 2 ν. 3329/2005, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει με ν. 3527/2007, α) Ο Διοικητής του Νοσοκομείου, ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού του Νοσοκομείου, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων της αρμοδιότητάς του, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών, β) Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού αυτής τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών, γ) Το Διοικητικό Συμβούλιο του

Νοσοκομείου και το Διοικητικό Συμβούλιο της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, ως συλλογικά πειθαρχικά όργανα, μπορούν να επιβάλουν σε βάρος του ιατρικού προσωπικού της αρμοδιότητάς τους, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι τις αποδοχές ενός μηνός, δ) Ο Διοικητής της Δ.Υ.ΠΕ., ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού της Δ.Υ.ΠΕ. και όλων των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

Τα μονομελή πειθαρχικά όργανα οφείλουν να εκδίδουν την απόφασή τους μέσα σε έναν μήνα από την ημέρα παραλαβής του πειθαρχικού φακέλου. Για τα συλλογικά πειθαρχικά όργανα η παραπάνω προθεσμία ορίζεται σε δύο μήνες από την ημέρα παραλαβής του σχετικού φακέλου. Η υπαίτια παραβίαση των ανωτέρω προθεσμιών αποτελεί παράβαση του υπαλληλικού καθήκοντος και διώκεται πειθαρχικά.

4. Πρωτοβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο

Στην έδρα κάθε Δ.Υ.ΠΕ. συνιστάται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πρωτοβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο αρμόδιο για πειθαρχικά θέματα των ιατρών, πλην των ειδικευομένων, όλων των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ. Το Πρωτοβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο είναι πενταμελές και αποτελείται από τον Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ., ως Πρόεδρο και εισηγητή με αναπληρωτή έναν εκ των Υποδιοικητών της Δ.Υ.ΠΕ., δύο Διοικητές Νοσοκομείων της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, που ορίζονται, με τους αναπληρωτές τους, από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έναν ιατρό που ορίζεται, με τον αναπληρωτή του, από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο και έναν αιρετό εκπρόσωπο των ιατρών, με βαθμό Διευθυντή, ο οποίος εκλέγεται, με τον αναπληρωτή του, από το σύνολο των ιατρών που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Το Πρωτοβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία σε πρώτο ή σε δεύτερο βαθμό. Όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό, μπορεί να επιβάλει μόνο τις ποινές που προβλέπονται, υπό τα στοιχεία α` έως και γ`, στην παρ. 1 του άρθρου 39 ν. 2519/1997. Σε δεύτερο βαθμό, κρίνει τις ενστάσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ., του Διοικητή του Νοσοκομείου, του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, του Προέδρου και του Διοικητικού Συμβουλίου της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας. Όταν το Συμβούλιο κρίνει σε δεύτερο βαθμό ένσταση κατά πειθαρχικής απόφασης του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ., τότε ο τελευταίος εξαιρείται και στη σύνθεση του Συμβουλίου συμμετέχει, ως Πρόεδρος, ένας εκ των Υποδιοικητών της Δ.Υ.ΠΕ. Όταν το Συμβούλιο κρίνει σε δεύτερο βαθμό ένσταση κατά πειθαρχικής απόφασης Διοικητή Νοσοκομείου, τακτικού μέλους του Συμβουλίου, τότε ο τελευταίος εξαιρείται και στη σύνθεση του Συμβουλίου μετέχει το αναπληρωματικό μέλος.

Κατά των οριστικών αποφάσεων του Πρωτοβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου που επιβάλλουν από την ποινή προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων μηνών και άνω έως και την ποινή της διακοπής του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού, επιτρέπεται η άσκηση έφεσης ενώπιον του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου.

5. Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο

Το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο δικάζει σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα που μπορεί να επισύρουν μέχρι και την ποινή της αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις εφέσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων

του Πρωτοβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου που επιβάλλουν από την ποινή προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων μηνών και άνω έως και την ποινή της διακοπής του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού.

6. Ένδικα μέσα κατά των αποφάσεων Πρωτοβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου και Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου

Οι τελεσίδικες αποφάσεις του Πρωτοβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου και οι οριστικές αποφάσεις του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου υπόκεινται σε προσφυγή ενώπιον του Διοικητικού Εφετείου, μέσα σε προθεσμία τριάντα ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης. Την προβλεπόμενη ένσταση και έφεση δικαιούνται να ασκήσουν: α) Ο λειτουργός ή υπάλληλος, εντός προθεσμίας τριάντα ημερών από την ημέρα που του κοινοποιήθηκε η απόφαση, β) Κατά του λειτουργού ή υπαλλήλου, ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέσα σε τριάντα ημέρες από την έκδοση της απόφασης.

ΙΧ. Δικαιώματα ληπτών υπηρεσιών υγείας

Α. Πλαίσιο

Δομικό στοιχείο του δημοσίου συστήματος υγείας, όπως διαμορφώθηκε με αλληπάλληλους νόμους που ακολούθησαν τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, είναι η θωράκιση των ασθενών με δικαιώματα. Κάποια από αυτά έχουν τις καταβολές τους ήδη στον Όρκο του Ιπποκράτη και μπορούσαν να αντληθούν από διάφορες γενικές διατάξεις του Συντάγματος, του αστικού, του ποινικού και του πειθαρχικού δικαίου. Ειδικότερα οι κανόνες ιατρικής δεοντολογίας έχουν συνταγματική κάλυψη και θεμελιώνονται στη συστηματική ερμηνεία του άρθρου 21 παρ. 3 Σ¹¹³ σε συνδυασμό με τις αρχές της ανθρωπίνης αξίας και του αυτοκαθορισμού του προσώπου κατά το άρθρο 2 παρ. 1 Σ, καθώς επίσης με την αρχή της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας και με την προστασία της ιδιωτικής ζωής και των προσωπικών δεδομένων κατά τα άρθρα 5 παρ. 1, 9 και 9^Α Σ και εξειδικεύονται μέσω της κοινής νομοθεσίας.¹¹⁴

Ρητή διάταξη για τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς συμπεριλήφθηκε στην Ελλάδα στον ν. 2071/1992 (άρθρ. 47 ν. 2071/1992), του οποίου η ανάλογη εφαρμογή και στους χρήστες των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας προβλέφθηκε με μεταγενέστερο νόμο (άρθρ. 1 ν. 2519/1997). Με τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας που ψηφίστηκε το 2005 (ν. 3418) ενισχύεται περαιτέρω η θεσμική κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ασθενούς μέσω της δεσμευτικής καταγραφής των καθηκόντων του ιατρού απέναντι στον ασθενή, την κοινωνία και τον επαγγελματικό του σύλλογο.¹¹⁵ Συναφείς με τα δικαιώματα των ασθενών είναι και οι κώδικες δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας, πχ κώδικας ιατρικής και νοσηλευτικής δεοντολογίας, – νοσηλευτές (ΠΔ 216/2001), οι κανόνες του δημοσιοϋπαλληλικού δικαίου, οι Οργανισμοί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και λοιπών δομών του δημοσίου συστήματος υγείας.

Ιδιαίτερα πυκνή είναι η κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών σε διεθνή και ευρωπαϊκά δεσμευτικά ή μη κείμενα και εγγράφεται ως απόρροια των διεθνών διεκδικήσεων για τα δικαιώματα του ανθρώπου και του ασθενούς που ξεκίνησαν μετά τον β παγκόσμιο πόλεμο και ενισχύθηκαν ιδιαίτερα στις ΗΠΑ τη δεκαετία του 1960. Από τα δεσμευτικά κείμενα χρήζει ειδικής αναφοράς η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική που κυρώθηκε στην Ελλάδα με νόμο (ν. 2619/1998) και έχει αυξημένη τυπική ισχύ. Στα μη δεσμευτικά ανήκουν ενδεικτικά, μεταξύ πολλών άλλων, η ευρωπαϊκή χάρτα των δικαιωμάτων των ασθενών και η ευρωπαϊκή διακήρυξη των δικαιωμάτων των καρκινοπαθών.

Β. Δικαιώματα ασθενών

Αρχικά τα δικαιώματα αναφέρονται στους νοσοκομειακούς ασθενείς, στη συνέχεια προβλέφθηκε η ανάλογη εφαρμογή τους στους πολίτες που προσφεύγουν στις μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (άρθρ. 1 παρ. 2 ν. 2519/1997). Σύμφωνα με τον ν. 3418/2005 με τον όρο ασθενής νοείται κάθε χρήστη υπηρεσιών υγείας, ώστε να καλύπτεται και ο θεραπευτικός και ο προληπτικός χαρακτήρας των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και ο δημόσιος και ο ιδιωτικός τομέας παροχής υπηρεσιών υγείας.¹¹⁶ ενώ σε πρόσφατα νομοθετήματα γίνεται λόγος για λήπτη υπηρεσιών υγείας.

¹¹³ Βλ. Βλ. Χρυσόγονος, οπ. π., σελ. 420.

¹¹⁴ Βλ. Κοντιάδης, οπ. π., σελ. 449.

¹¹⁵ Βλ. επίσης και Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας ΠΔ 39/2009 (ΦΕΚ Α 55).

¹¹⁶ Βλ. Παπαρρηγοπούλου, σελ. 236-237

1. Το δικαίωμα προσεγγίσεως του ασθενούς στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του (άρθρ. 47 ν. 2071/1992).

Οι υπηρεσίες αυτές αφορούν την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία ή την αποκατάσταση. Η καταλληλότητα των υπηρεσιών σε σχέση με τη φύση της ασθένειας θα κριθεί με βάση τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης ανά ειδικότητα. Υπ' αυτήν την έννοια θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι καινοτόμες διαδικασίες σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές. Το περιεχόμενο των σχετικών παροχών είναι εξελισσόμενο και παρακολουθεί τις κοινωνικές ανάγκες και την πρόοδο της ιατρικής.¹¹⁷ Συνεπώς, παροχές που δεν καλύπτονταν στο παρελθόν, όπως η τεχνητή γονιμοποίηση, εντάσσονται πλέον στον πυρήνα του δικαιώματος.¹¹⁸ Επίσης, σύμφωνα με την αρχή της προσαρμοστικότητας, κατά τη διάρκεια της περίθαλψης μπορεί να μεταβληθούν το κόστος, ο θεράπων ιατρός και τα αγαθά υγείας, ενώ η αρχή της οικονομικότητας ορίζει ότι η προσφερόμενη περίθαλψη θα πρέπει να ακολουθεί την ορθολογική οργάνωση και διαχείριση των υγειονομικών υπηρεσιών, την ίση κατανομή των πόρων και την αποφυγή της σπατάλης των υγειονομικών πόρων.¹¹⁹ Ο παράγων χρόνος είναι επίσης καθοριστικό κριτήριο για το κατά πόσο η διοίκηση ανταποκρίθηκε επαρκώς στη συνταγματική υποχρέωση.¹²⁰ Υπ' αυτήν την έννοια, η μακροχρόνια αναμονή θεραπείας λόγω οργανωτικών αδυναμιών ή άλλων *de facto* καταστάσεων πρέπει να θεωρηθεί ότι ματαιώνει την εφαρμογή του δικαιώματος και υποχρεώνει σε εναλλακτικό τρόπο εκπλήρωσης (κάλυψη δαπάνης για νοσηλεία στο εξωτερικό).¹²¹

Πάντως, το δικαίωμα του ασθενούς ως προς τα διαθέσιμα επιστημονικά μέσα είναι περιορισμένο σε σχέση με την ευρύτερη διακριτική ευχέρεια επιλογής που επιφυλάσσει στον ιατρό η επιστήμη του και το δίκαιο να προχωράει μόνο στις ιατρικές πράξεις που είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας (άρθρ. 4 παρ. 3 ν. 3418/2005).¹²² Δηλαδή κάθε αιτούμενη προσφορά εκ μέρους του ασθενούς δεν θεμελιώνει αξίωση.¹²³ Ο ασθενής δεν έχει δικαίωμα να επιβάλει συγκεκριμένη μέθοδο υγειονομικής προστασίας, αλλά οριοθετείται από την υποχρέωση του ιατρού να προχωράει μόνο στις ιατρικές πράξεις που είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας (άρθρ. 4 παρ. 3 ν. 3418/2005). Επίσης, συνεκτιμώνται το αναγκαίο και δυνατό μέτρο, η αποστολή του κοινωνικού κράτους και η ιεράρχηση αναγκών που επιβάλλει η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης. Για παράδειγμα δεν δικαιολογείται η απαίτηση πλαστικής-αισθητικής επέμβασης από χειρουργό του ΕΣΥ, ενώ οι διαθέσιμες υπηρεσίες μόλις αρκούν για εγχειρίσεις θεραπευτικών σκοπών.¹²⁴

2. Το δικαίωμα παροχής φροντίδας στον ασθενή με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του και της αναγνωρίσεως των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων

¹¹⁷ Βλ. Κατρούγκαλος, οπ. π., σελ. 183

¹¹⁸ Βλ. Κατρούγκαλος, οπ. π., σελ. 184

¹¹⁹ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 18, Παπαρηγοπούλου, οπ. π., σελ. 258 επ.

¹²⁰ Βλ. Κατρούγκαλος, οπ. π., σελ. 185

¹²¹ Βλ. Κατρούγκαλος, οπ. π., σελ. 185

¹²² Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 98

¹²³ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 98

¹²⁴ Βλ. Κρεμαλής, οπ. π., σελ. 107.

Ο σεβασμός πρέπει να εκδηλώνεται όχι μόνο κατά την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και κατά τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση. *Αντίστοιχη είναι η υποχρέωση του ιατρού να διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και αξιοπρέπεια κατά την άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος και να μην παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενούς, παρά μόνο στο μέτρο, στον βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του και εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί (άρθρα 2 παρ. 2, 3 ν. 3418/2005).*

Περαιτέρω, ο ασθενής μπορεί να απαιτήσει τη λήψη μέτρων κατά τη θεραπεία που να διασφαλίζουν την άσκηση των θρησκευτικών και πολιτικών επιλογών, καθώς και τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες που δεν επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική του κατάσταση. Στην προαγωγή του δικαιώματος αυτού συμβάλλει η υποχρέωση του ιατρού να *απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας» (άρθρα 2 παρ. 3, 8 παρ. 4 ν. 3418/2005).* Απαγορεύεται συνεπώς η απόρριψη αιτήματος νοσηλείας για οποιαδήποτε αιτία σχετική με το πρόσωπο του ασθενούς, πχ λόγω προχωρημένης ηλικίας (ΣτΕ 43/2000).

3. Το δικαίωμα συναίνεσης του ασθενούς σε μία ιατρική πράξη

Πέρα από δικαίωμα του ασθενούς η συναίνεση αποτελεί αναγκαίο όρο για τη νόμιμη επιτέλεση μίας ιατρικής πράξης (άρθρ. 5 παρ. 1 Σύμβαση Οβιέδο).¹²⁵ Σχετικά προβλέπεται ότι *«ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε ιατρικής πράξης χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή» (άρθρο 12 παρ. 1 ν. 3418/2005).* Με τη συναίνεση αποτυπώνεται η ελεύθερη, σοβαρή και σπουδαία βούληση του ασθενούς να προβεί ή να απόσχει από μία ιατρική πράξη, την οποία προτείνει ο θεράπων ιατρός ως ενδεδειγμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η συναίνεση απαιτείται να είναι προϋφιστάμενη, ειδική και συγκεκριμένη, καλύπτοντας πλήρως τις επιμέρους ιατρικές πράξεις που κατά τόπο, χρόνο και περιστάσεις είναι αναγκαίες για την αντιμετώπιση των κλινικών συμπτωμάτων του ασθενούς (άρθρ. 12 παρ. 2 περ. δ ν. 3418/2005).

Αναγκαίοι όροι για την εγκυρότητα της συναίνεσης είναι εκτός από την ικανότητα προς συναίνεση, η ενημέρωση (άρθρ. 5 παρ. 2 Σύμβαση Οβιέδο, 12 παρ. 2 περ. α ν. 3418/2005), η τήρηση του τύπου και της διαδικασίας, όπου προβλέπονται (υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, αφαίρεση ιστών και οργάνων-μεταμόσχευση), και η εξασφάλιση της γνησιότητας της συναίνεσης. Ειδικότερα, η συναίνεση θα πρέπει να είναι ελεύθερα ανακλητή ανά πάσα στιγμή και δεν επιτρέπεται να είναι προϊόν πλάνης, απάτης ή απειλής και να έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη.

Υπό το πρίσμα της αρχής ότι η βούληση του ασθενούς είναι ο υπέρτατος νόμος της ιατρικής (πρόκειται για το διαβόητο *voluntas aegroti suprema lex* που αντικατέστησε το *salus aegroti suprema lex*) είναι προφανής η δεσμευτικότητα και της άρνησης του ασθενούς. Ο ασθενής δεν μπορεί κατ' αρχήν να υποχρεωθεί σε μία ιατρική πράξη, αντίθετα προς τη βούλησή του, ακόμη και αν αυτή επιβάλλεται προς το συμφέρον του. Τούτο ισχύει, ακόμη και όταν οι λόγοι της άρνησης κρίνονται παράλογοι ή μη συμβατοί με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

¹²⁵ Σχετικά με τη συναίνεση βλ. Παπαχρίστου, εις: Βιδάλης/Παπαχρίστου (επ.), Ιατρική Δεοντολογία, Αθήνα-Θεσσαλονίκη 2013, σελ. 109 επ.

Αν ο ασθενής είναι ανήλικος, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια του. Λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του, εφόσον ο ανήλικος, κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής. Στην περίπτωση της παραγράφου 3 του άρθρου 11 απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου (άρθρο 12 παρ. 2 περ. β) αα ν. 3418/2005).

Αν ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Σε κάθε περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και ιδίως εκείνου του ασθενή που κατανοεί την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης, τους κινδύνους, τις συνέπειες και τα αποτελέσματα της πράξης αυτής (άρθρο 12 παρ. 2 περ. β)ββ ν. 3418/2005).

Κατ' εξαίρεση δεν απαιτείται συναίνεση α) α) στις επείγουσες περιπτώσεις, κατά τις οποίες δεν μπορεί να ληφθεί κατάλληλη συναίνεση και συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής ιατρικής φροντίδας, β) στην περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας ή γ) αν οι γονείς ανήλικου ασθενή ή οι συγγενείς ασθενή που δεν μπορεί για οποιονδήποτε λόγο να συναινέσει ή άλλοι τρίτοι, που έχουν την εξουσία συναίνεσης για τον ασθενή, αρνούνται να δώσουν την αναγκαία συναίνεση και υπάρχει ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενή (άρθρ. 12 παρ. 3 ν. 3418/2005).

4. Το δικαίωμα ενημέρωσης

Στα άρθρα 47 παρ. 4 ν. 2071/1992 και 10 παρ. 2 Σύμβασης του Οβιέδο κατοχυρώνεται το δικαίωμα του ασθενούς να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει ο ίδιος αποφάσεις ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του. Ειδική αναφορά γίνεται στην πληροφόρηση που θα πρέπει να προηγηθεί της εφαρμογής στον ασθενή ασύνηθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων (άρθρ. 47 παρ. 5 ν. 2071/1992).

Η ενημέρωση διακρίνεται α) στη θεραπευτική ενημέρωση που συνίσταται στην παροχή συμβουλών και οδηγιών για προφύλαξη του ασθενούς από ενδεχόμενη βλάβη της υγείας του (λχ οδηγίες σχετικά με τη λήψη φαρμάκου, οδηγίες σχετικά με τη μετεγχειρητική συμπεριφορά του ασθενούς και περιοδικό επανέλεγχο), αποσκοπεί στην προστασία της υγείας του ασθενούς και όχι της ελευθερίας αυτοπροσδιορίσμου του και θεμελιώνεται στο γενικό καθήκον επιμέλειας που υπέχει ο ιατρός και η παράλειψή της συνιστά ιατρική πλημμέλεια¹²⁶ β) στη γενική πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας του που

¹²⁶ Βλ. Φουντεδάκη Κατερίνα (2006), Η συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, σύμφωνα με το νέο ΚΙΔ, εις Καϊάφα-Γκμπαντί/ΚΟυνογέρη-Μανωλεδάκη/Συμεωνίδου-Καστανίδου, Ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Αθήνα-Θεσσαλονίκη: εκδ. Σάκκουλα, σελ. 31

επιτρέπει στον ασθενή να λαμβάνει αποφάσεις για την υγεία του και γ) στην ενημέρωση σχετικά με συγκεκριμένη επεμβατική ιατρική πράξη που αποτελεί προϋπόθεση της έγκυρης συναίνεσης του ασθενούς (άρθρ. 47 παρ. 4 ν. 2071/1992, άρθρ. 5 Σύμβαση Οβιέδο, 11 παρ. 1 και 12 παρ. 2 ν. 3418/2005).¹²⁷ Αυτή θα πρέπει να προηγείται της συναίνεσης και να είναι σαφής, κατανοητή και πλήρης (άρθρ. 12 παρ. 2 ν. 3418/2005). Συγκεκριμένα θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους ενδεχόμενους κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις που προσιδιάζουν στην εξειδικευμένη περίπτωση, καθώς και τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης, ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων και συνεπειών της κατάστασης και να προχωράει ανάλογα στη λήψη αποφάσεων (άρθρ. 11 παρ. 1 εδ. β ν. 3418/2005).¹²⁸ Συνεπώς, κάθε τύπος γενικής πληροφόρησης ή τυποποιημένου εγγράφου που δεν εξατομικεύεται (στον συγκεκριμένο ασθενή) και δεν εξειδικεύεται (με βάση τα συγκεκριμένα ιατρικά δεδομένα) δεν συνιστά την αναγκαία για την εγκυρότητα της συναίνεσης ενημέρωση, ώστε να νομιμοποιείται η διενέργεια ιατρικών πράξεων.

Αντίστροφα η άρνηση ενημέρωσης αποτελεί εξίσου δικαίωμα του ασθενούς, ιδίως όταν αυτός υποδεικνύει άλλο ή άλλα πρόσωπα που πρέπει να ενημερωθούν για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες ή τους κινδύνους από την εκτέλεσή της, καθώς και για τον βαθμό πιθανολόγησής τους (άρθρ. 11 παρ. 2 ν. 3418/2005, άρθρο 10 παρ. 2 Σύμβαση Οβιέδο). Αν τα πρόσωπα δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό. Ενημερώνει, επίσης, τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής, κατά τις διακρίσεις του επόμενου άρθρου (άρθρ. 11 παρ. 4 ν. 3418/2005).

5. Το δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής

Στο δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν περιλαμβάνεται και η κατοχύρωση του ιδιωτικού χαρακτήρα των διαγνωστικών εξετάσεων, των επισκέψεων σε ειδικούς και εν γένει των ιατρικών και χειρουργικών πράξεων (άρθρ. 47 παρ. 6 ν. 2071/1992). Το δικαίωμα αυτό ενισχύεται από μία σειρά υποχρεώσεων, όπως η τήρηση εχεμύθειας και η προστασία των σχετικών με την υγεία του ασθενούς δεδομένων ως απόρρητων, που προβλέπονται για τον ιατρό στον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας. Ωστόσο, τα παλιά αλλά και τα σύγχρονα νοσοκομεία φιλοξενούν συνήθως περισσότερους από έναν ασθενή στο ίδιο δωμάτιο. Έτσι, τα πολύ προσωπικά θέματα του ασθενούς συχνά συζητώνται μεγάλωφωνα στο κρεβάτι του και όλες οι εξετάσεις γίνονται παρουσία των άλλων ασθενών, με συνέπεια να βάλλεται η προστασία της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς.

6. Το δικαίωμα πρόσβασης στον ιατρικό φάκελο

Σύμφωνα με το άρθρο 14 παρ. 8 ν. 3418/2005 ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του. Το δικαίωμα αυτό μετά τον θάνατό του ασκούν οι κληρονόμοι του, εφόσον είναι συγγενείς μέχρι τέταρτου βαθμού. Με την άσκηση του εν λόγω δικαιώματος και την υποβολή γραπτού αιτήματος ενεργοποιείται η αντίστοιχη υποχρέωση που βαρύνει το δημόσιο νοσοκομείο τόσο ως πάροχο υπηρεσιών υγείας όσο και ως δημόσια υπηρεσία και εφαρμόζονται οι διατάξεις

¹²⁷ Για τις κατηγορίες της ενημέρωσης βλ. *Μητροσύλη*, οπ. π., σελ. 280.

¹²⁸ Βλ. *Φουντεδάκη*, οπ. π., σελ. 31

του άρθρου 5 ν. 2690/1999. Συγκεκριμένα, στο άρθρο 5 παρ. 4 ν. 2690/1999 (ΠΔ 28/2015 - ΦΕΚ Α 34) ορίζεται ότι το δικαίωμα ασκείται : α) με μελέτη του εγγράφου στο κατάστημα της υπηρεσίας, ή β) με χορήγηση αντιγράφου, εκτός αν η αναπαραγωγή τούτου μπορεί να βλάψει το πρωτότυπο. Η σχετική δαπάνη αναπαραγωγής βαρύνει τον αιτούντα, εκτός αν ο νόμος ορίζει διαφορετικά. Αν πρόκειται για πληροφορίες ιατρικού χαρακτήρα, αυτές γνωστοποιούνται στον αιτούντα με τη βοήθεια γιατρού, ο οποίος ορίζεται για το σκοπό αυτόν. Τέλος, σύμφωνα με την παρ. 6 η χρονική προθεσμία για τη χορήγηση εγγράφων κατά τις παραγράφους 1 και 2 ή την αιτιολογημένη απόρριψη της σχετικής αίτησης του πολίτη είναι είκοσι (20) ημέρες. Επομένως, το νοσοκομείο οφείλει να απαντήσει εντός 20 ημερών στην αίτηση του ενδιαφερομένου είτε χορηγώντας αντίγραφα των αιτηθέντων, στα οποία περιλαμβάνονται τα αναγραφόμενα στο άρθρο 14 παρ. 2 ν. 3418/2005.

7. Το δικαίωμα σε δίκαιη αποζημίωση

Στο άρθρο 24 της Σύμβασης του Οβιέδο αναγνωρίζεται στον ασθενή το δικαίωμα σε δίκαιη αποζημίωση σύμφωνα με τις προϋποθέσεις και τις διαδικασίες που ορίζει ο νόμος, σε περίπτωση που έχει υποστεί φυσική, ηθική ή ψυχολογική βλάβη ως αποτέλεσμα κάποιας επέμβασης στο πλαίσιο των υπηρεσιών υγείας. Εξαιρετικά σημαντική επ' αυτού είναι η νομολογία του Ευρωπαϊκού Δικαστηρίου Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (απόφαση Κανελλοπούλου κατά Ελλάδος/ 2007). Συγκεκριμένα το δικαστήριο καταδίκασε την Ελλάδα, επειδή έξι χρόνια μετά την υποβολή της εκκρεμούσε ακόμη στο πρωτοδικείο η αγωγή αποζημίωσης μίας γυναίκας κατά ιδιώτη ιατρού για ζημία που υπέστη εξαιτίας υποτιθέμενου ιατρικού λάθους. Με σειρά αποφάσεών του, το δικαστήριο έχει δεχτεί ότι αποτελεί υποχρέωση του κράτους η εξασφάλιση ενός αποτελεσματικού και ανεξάρτητου δικαστικού συστήματος κατά τρόπο, ώστε σε περίπτωση θανάτου, από την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, να διερευνάται η αιτία και αναλόγως, αν συντρέχει σφάλμα, να λογοδοτεί ο υπεύθυνος.

Περαιτέρω, έχει προβλεφθεί ότι κάθε κράτος εκτός από τις άμεσες θετικές υποχρεώσεις για την προστασία της ζωής έχει και συμπληρωματικές υποχρεώσεις για τη γρήγορη και αποτελεσματική εξέταση των υποθέσεων ιατρικής αμέλειας, καθώς η γνώση των περιστατικών και των ενδεχόμενων σφαλμάτων κατά τη διάρκεια της ιατρικής διαδικασίας είναι απαραίτητες, προκειμένου τα εμπλεκόμενα ιατρικά ιδρύματα και το αρμόδιο προσωπικό να παύσουν άμεσα ανάλογα λάθη αλλά και να προλάβουν μελλοντική τέλεσή τους από τον ίδιο σε άλλους ασθενείς. Συνεπώς, η άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιπτώσεων ιατρικών λαθών είναι καθοριστική για την ασφάλεια του συνόλου των ατόμων που χρησιμοποιούν τις εθνικές ιατρικές υπηρεσίες (ΕΔΑΑ απόφαση Oyal κατά Τουρκίας απόφαση 20.3.2010).

8. το δικαίωμα υποβολής ενστάσεων ή διαμαρτυριών

Σύμφωνα με το άρθρο 47 παρ. 8 ν. 2071/1992¹²⁹ ο ασθενής έχει δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων. Το δικαίωμα αυτό ισχύει για τους συναλλασσόμενους με το δημόσιο σύστημα υγείας και καλείται σε μεγάλο βαθμό να εξισορροπήσει την επιπλέον ασυμμετρία που χαρακτηρίζει τη σχέση ασθενούς και ιατρού δημοσίου συστήματος υγείας λόγω του ότι ο τελευταίος αποτελεί και όργανο δημόσιας εξουσίας. Για διευκόλυνση του ασθενούς, η νόμιμη άσκηση του δικαιώματος δεν έχει

¹²⁹ Περισσότερα σχετικά βλ. Κυριακάκη Ειρήνη (2012), Η διοικητική διερεύνηση ενστάσεων ασθενών ως μέσο εξωδικαστικής επίλυσης διαφορών ανάμεσα σε ασθενείς και ιατρούς, ΕΙΔ 2012, σελ. 7 επ.

συνδεθεί με την τήρηση ορισμένου τυπικού ή προθεσμίας ούτε προϋποθέτει την κατοχή νομικών ή άλλων εξειδικευμένων γνώσεων.¹³⁰ Με την άσκηση του εν λόγω δικαιώματος ενεργοποιείται η υποχρέωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας να προβαίνουν σε ενέργειες και να ενημερώνουν γι' αυτές, καθώς και για τα αποτελέσματά τους.¹³¹ Η διερεύνηση και η απάντηση των καταγγελιών ασθενών προάγει μία εξωδικαστική διαδικασία επίλυσης διαφορών που απορρέουν από την σχέση ιατρού-ασθενούς που κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική για την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης μεταξύ των μερών.¹³² Σε σχέση με τους λήπτες υπηρεσιών του δημοσίου συστήματος υγείας η νομοθετική κατοχύρωση του δικαιώματος υποβολής ενστάσεων ή διαμαρτυριών, καθώς και της υποχρέωσης απάντησης της εμπλεκόμενης υπηρεσίας, εξειδικεύουν το ήδη υπάρχον συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα αναφοράς (άρθρο 10 Σ).

Παρά το άτυπο της προβλεπόμενης διαδικασίας υποβολής καταγγελιών ασθενών, η πολυδιάσπαση της ανάθεσης αρμοδιότητας διερεύνησης σε περισσότερα όργανα, διαφορετικών βαθμίδων διοίκησης και με αλληλοεπικαλυπτόμενες αρμοδιότητες, χωρίς σαφή εστίαση, δυσχεραίνει την υποβολή καταγγελιών από τους λήπτες υπηρεσιών υγείας, ενώ η οργανωτική ανεπάρκεια και η διοικητική κουλτούρα των υπηρεσιών δεν ευνοεί την αποτελεσματική άσκηση του σχετικού δικαιώματος ως μέσου αποσυμπίεσης των πολιτών ή εργαλείου για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Γ. Όργανα προστασίας δικαιωμάτων ασθενών¹³³

1. Κεντρικά όργανα

Σε κεντρικό επίπεδο έχουν θεσπιστεί πολυάριθμα όργανα με διαφορετικό πεδίο αρμοδιοτήτων που δεν σχετίζεται αμιγώς με τη διερεύνηση καταγγελιών ασθενών. Ειδικότερα πρόκειται για τα ακόλουθα:

- το **Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας**, το οποίο μετονομάστηκε σε Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής κ Δεοντολογίας, ενώ με τον ν. 2519/1997 μετονομάστηκε ξανά σε Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής κ Δεοντολογίας. Αρμοδιότητές του συγκαταλέγονται, μεταξύ άλλων, η συμβολή στη χάραξη πολιτικής του Υπουργείου Υγείας σε θέματα ιατρικής ηθικής κ δεοντολογίας, η γνωμοδότηση για θέματα που άπτονται ιατρικής ηθικής κ δεοντολογίας, η διενέργεια κατόπιν εντολής Υπουργού Υγείας προκαταρκτικής διοικητικής έρευνας και η σύνταξη πορίσματος σχετικά με την επιβολή κυρώσεων (άρθρ. 61 παρ. 1-3 ν. 2071/1992).

- η **Επιτροπή Ελέγχου της Προστασίας των Ασθενών** (άρθρ. 1 παρ. 1 περ. β ν. 2519/1997), αποτελούμενη, μεταξύ άλλων, από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους και εκπροσώπους διαφόρων φορέων, με αρμοδιότητα την εξέταση καταγγελιών ασθενών και τη σύνταξη πορίσματος, έπειτα από παραπομπή του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας. Με το άρθρο 59 παρ. 3 ν. 4368/2016 (ΦΕΚ Α 21) καταργήθηκε το άρθρο 1 παρ. 1 ν. 2519/1997 και η επιτροπή ελέγχου της προστασίας των ασθενών αντικαταστάθηκε από την **επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας**, η σύσταση, σύνθεση και λειτουργία της οποίας ρυθμίζονται στις διατάξεις του άρθρου 59 παρ. 1, 2 ν. 4386/2016. Μεταξύ των αρμοδιοτήτων της περιλαμβάνονται να εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας στους φορείς ή μονάδες πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, να

¹³⁰ Βλ. Κυριακάκη, *οπ. π.* υποσ. 129, σελ. 7.

¹³¹ Βλ. Κυριακάκη, *οπ.π.* υποσ. 129, σελ. 10 επ.

¹³² Βλ. Κυριακάκη, *οπ.π.* υποσ 129, σελ. 9 επ.

¹³³ Για τα όργανα βλ. Κυριακάκη, *οπ. π.* υποσ. 129, σελ. 12 επ.

δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε λήπτη υπηρεσιών υγείας χωρίς διακρίσεις, από κάθε οργάνωση, φορέα, επιτροπή ή αρχή μα επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα ή αυτεπαγγέλτως εκτάκτως τις υπηρεσίες υγείας, να συνεργάζεται και δέχεται εξαμηνιαίες εκθέσεις των γραφείων δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων, να συνεργάζεται με την αυτοτελή υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών, νυν τμήμα, να ενημερώνει τον πληθυσμό για τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών υγείας, να ενημερώνει τον υπουργό υγείας για τυχόν παραβιάσεις των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας για τις δικές του ενέργειες και σε περίπτωση που διαπιστώνει σοβαρές παραβιάσεις δικαιωμάτων να προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για πειθαρχική ή ποινική δίωξη.

- σύμφωνα με το άρθρο 2 του Ν.2716/17-5-1999 (ΦΕΚ 96/Τεύχος Α'), η **Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές** εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης. Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές συγκροτήθηκε, στο Υπουργείο Υγείας, σύμφωνα με την υπ' αριθμ.Α1β/Γ.Π.οικ. 36223/15-5-2017 Απόφαση του Γενικού Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας (ΦΕΚ 229/16-5-2017/Τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ.) με θέμα «Ορισμός μελών της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (2017 – 2022)». Η Ειδική Επιτροπή Προστασίας Ελέγχου των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές αποτελείται από εννέα μέλη και ισάριθμα αναπληρωματικά με πενταετή θητεία. Η θέση τους είναι τιμητική και άμισθη. Στη σύνθεσή της περιλαμβάνονται 1 ψυχίατρος, 1 παιδοψυχίατρος, 1 κοινωνικός λειτουργός, 1 νοσηλεύτης, 1 ψυχολόγος, 2 νομικοί, 1 εκπρόσωπος των ληπτών υπηρεσιών ψυχικής υγείας και 1 εκπρόσωπος των συλλόγων οικογενειών ληπτών ψυχικής υγείας.

- η **Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών** (άρθρ. 1 παρ. 1 περ. α ν. 2519/1997) που υπάγεται στον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και έχει ως αποστολή, μεταξύ άλλων, την παρακολούθηση και τον έλεγχο της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, την εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών προς τους ασθενείς, τη διενέργεια προπαρασκευαστικών ενεργειών για την παραπομπή ενυπόγραφων καταγγελιών για εξέταση στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών και την υποβολή εισηγήσεων προς τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας για την εξέταση των ανωτέρω καταγγελιών. Πλέον η αυτοτελής υπηρεσία λειτουργεί ως αυτοτελές τμήμα προστασίας δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας ασθενών υπαγόμενο απευθείας στον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας με αρμοδιότητες, μεταξύ άλλων, τον συντονισμό, τη συνεργασία, τον έλεγχο, την εποπτεία και την εύρυθμη λειτουργία των Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων, τον καθορισμό διαδικασιών λειτουργίας, τη μέριμνα για την εύρυθμη λειτουργία και τη συνεργασία με την Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας καθώς και με την Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, την ανάλυση, την επεξεργασία, τον καθορισμό διαδικασιών αξιολόγησης καθώς και την υποβολή προτάσεων επί των αποφάσεων των ΓΠΔΛΥΥ και των Επιτροπών Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας και της Ειδικής Επιτροπής

Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, τον καθορισμό διαδικασιών αναγνώρισης συνεργασίας με Φορείς και Οργανώσεις ληπτών υπηρεσιών υγείας - πολιτών για προάσπιση και προαγωγή των δικαιωμάτων τους (μητρώο ασθενών), τη συμβολή στον σχεδιασμό, στην ανάπτυξη και στην υλοποίηση προγραμμάτων ευαισθητοποίησης των εργαζομένων στον τομέα της υγείας για τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών υγείας, τη συνεργασία με συναρμόδιους Φορείς - Διευθύνσεις για την εκπόνηση σχεδίων δράσης, καθώς και την εποπτεία και την επιμέλεια προγραμμάτων ευαισθητοποίησης της κοινής γνώμης και των πολιτών για τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών υγείας, την επικοινωνία και συνεργασία με Διεθνείς Οργανισμούς, καθώς και τη συμμετοχή σε προγράμματα και δραστηριότητες που αφορούν στην προστασία δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας, την προώθηση εισηγήσεων αναφορικά με τον εκσυγχρονισμό του εν γένει θεσμικού πλαισίου, ή την εξ' αρχής νομοθέτηση επί των ανωτέρω θεμάτων άρθρο 7 παρ. 2δ ΠΔ 106/2014 -ΦΕΚ Α 173-, άρθρο 33 ΠΔ 121/2017 - ΦΕΚ Α 244-).

- το **Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Πρόνοιας** συστάθηκε με τον ν. 2920/2001, αποτελεί υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας που υπάγεται απευθείας στον Υπουργό και άρχισε να λειτουργεί στο 2002 (ΠΔ 278/2002 –ΦΕΚ Α 131) με πλήρη ανεξαρτησία, μη υπαγόμενο σε έλεγχο κατά την άσκηση της ελεγκτικής αρμοδιότητάς του. Αποστολή του ΣΕΥΥΠ είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς του δημοσίου συστήματος υγείας και τους ιδιωτικούς φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας που εμπίπτουν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Ο επιχειρησιακός ρόλος του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. είναι η ανάπτυξη και λειτουργία κεντρικού και περιφερειακού μηχανισμού για τη διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς που υπάγονται στην αρμοδιότητα ή την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και της Γενικής Γραμματείας Πρόνοιας του Υπουργείου Εργασίας, Κοινωνικής Ασφάλισης και Πρόνοιας, με σκοπό τη βελτίωση της παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας αυτών, την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, την εξάλειψη της κακοδιοίκησης και την προστασία της υγείας και της περιουσίας των πολιτών από την παροχή υπηρεσιών υγείας με καταχρηστικό τρόπο.

- Στην Κεντρική Υπηρεσία του ΕΟΠΥΥ συστήθηκε σύμφωνα με το άρθρο 12 του ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38^Α/2014), το **Γραφείο Διαχείρισης Παραπόνων και Καταγγελιών** με αρμοδιότητα τη διαχείριση παραπόνων και καταγγελιών των ασφαλισμένων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., καθώς επίσης και των συμβαλλομένων παρόχων με στόχο τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2. Περιφερειακά/νοσοκομειακά όργανα

Σε τοπικό επίπεδο προβλέφθηκε η σύσταση **πενταμελών επιτροπών ηθικής των επιστημών υγείας** σε νπδδ και ιδιωτικές κλινικές, αποτελούμενων από επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας (άρθρ. 61 παρ. 4 ν. 2071/1992). Αρμοδιότητα των επιτροπών ήταν η γνωμοδότηση επί θεμάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας προς το ΔΣ του νοσοκομείου ή της ιδιωτικής κλινικής αντίστοιχα, η διερεύνηση παραπόνων ασθενών κατά την άσκηση των δικαιωμάτων τους, καθώς και ο έλεγχος της τήρησης των κανόνων της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας. Η σύσταση των επιτροπών προϋπέθετε απόφαση του Υπουργού Υγείας, η οποία ποτέ δεν εκδόθηκε. Το 2001 ορίστηκε ότι στα νοσοκομεία του ΕΣΥ οι αρμοδιότητές τους ασκούνται από το επιστημονικό συμβούλιο.

Περαιτέρω προβλέφθηκε η λειτουργία **Γραφείου Επικοινωνίας με τον πολίτη** (άρθρ. 1 παρ. 4 ν. 2519/1997) υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του Προέδρου του ΔΣ, με αρμοδιότητα να εξετάζει παράπονα πολιτών και γραπτές καταγγελίες, να μεσολαβεί στις υπηρεσίες του νοσοκομείου για την επίλυση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, να παρακολουθεί την τήρηση των διατάξεων που αναφέρονται στα δικαιώματα των ασθενών, να ενημερώνει τους ασθενείς για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους. Στο πλαίσιο του γραφείου επικοινωνίας προβλέφθηκε η συγκρότηση με απόφαση του ΔΣ του νοσοκομείου τριμελούς επιτροπής προάσπισης των δικαιωμάτων του πολίτη.

Το 2001 ορίστηκε με νόμο (άρθρ. 6 παρ. 4 ν. 2889/2001) η υποχρεωτική σύσταση σε κάθε νοσοκομείο ειδικού **Γραφείου Υποδοχής Ασθενών**, το οποίο θα αναλάμβανε την καθοδήγηση των ασθενών εντός του νοσοκομείου και την πληροφόρησή τους σχετικά με τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου. Στο πλαίσιο αυτού του γραφείου προβλέφθηκε η συγκρότηση τριμελούς επιτροπής προάσπισης των δικαιωμάτων του πολίτη με στόχο τη βελτίωση της σχέσης νοσοκομείου-ιατρικού προσωπικού-ασθενών. Οι διατάξεις που ρύθμιζαν τη λειτουργία του προαναφερθέντος γραφείου υποδοχής ασθενών αντικαταστάθηκαν από νεότερες του 2010 που προβλέπουν τη σύσταση σε κάθε νοσοκομείο **Γραφείου Υποστήριξης Πολιτών**, το οποίο σε σχέση με το ειδικό γραφείο υποδοχής ασθενών έχει αναβαθμισμένες αρμοδιότητες που εκτείνονται πέρα από την καθοδήγηση των ασθενών και στην υποδοχή, ενημέρωση, παρακολούθηση διακίνησης, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών (άρθρ. 9 ν. 3868/2010). Με επιμέλεια του γραφείου συντάσσεται έκθεση πεπραγμένων που περιέχει στατιστικά στοιχεία για την καταγραφή των θεμάτων που προέκυψαν και αντιμετωπίστηκαν, προτάσεις και κάθε άλλο αναγκαίο στοιχείο για την προστασία των δικαιωμάτων και τη βελτίωση της εξυπηρέτησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Με ΥΑ (Υ4α/οικ 106298/2010 -ΦΕΚ Β 1496- «Πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας του «Γραφείου Υποστήριξης Πολίτη» των Νοσοκομείων του ΕΣΥ») ρυθμίστηκαν ειδικότερα θέματα οργάνωσης και λειτουργίας του Γραφείου, όπως μεταξύ άλλων η διαμόρφωση και διανομή έντυπου υλικού, στο οποίο να αναγράφονται και οδηγίες για την υποβολή παραπόνων και καταγγελιών και να περιγράφεται αναλυτικά η διαδικασία χειρισμού του θέματος με την υπόδειξη όλων των κείμενων διατάξεων που αφορούν την εξυπηρέτηση του πολίτη.

Με το άρθρο 60 ν. 4368/2016 αντικαταστάθηκε το άρθρο 9 ν. 3868/2010 και στη θέση των γραφείων υποστήριξης του πολίτη θεσπίστηκαν στα νοσοκομεία τα **Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας**, το πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας των οποίων καθορίζεται από την ΥΑ Α3δ/Γ.Π.οικ.10976/2017 (ΦΕΚ Β 662/2.3.2017). Τα γραφεία υπάγονται στον Αναπληρωτή Διοικητή για νοσοκομεία δυναμικότητας 400 κλινών και άνω ή στον αντιπρόεδρο του νοσοκομείου για νοσοκομεία δυναμικότητας έως 399 κλίνες (άρθρο 1 παρ. 1 ΥΑ) και στελεχώνονται από τουλάχιστον τρεις υπαλλήλους (άρθρο 2 ΥΑ). Στις αρμοδιότητές τους συγκαταλέγονται η ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους κατά τη λήψη ενδονοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας και η παρακολούθηση και παρέμβαση για τη διασφάλιση της προστασίας τους (άρθρο 3 ΥΑ). Ειδικότερα τα γραφεία είναι αρμόδια για την έγκαιρη ενημέρωση των ανασφάλιστων ασθενών και των οικείων τους, για τις διαδικασίες υγειονομικής και φαρμακευτικής κάλυψής τους όπως και για την επιτυχή διεκπεραίωση των σχετικών διαδικασιών σε συνεργασία με τα Γραφεία Κίνησης των Νοσοκομείων, την παρακολούθηση εξυπηρέτησης των ληπτών/ριών εντός του νοσοκομείου ή σε εξωνοσοκομειακή υπηρεσία του, τη συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων. Επίσης τη συλλογή θετικών εντυπώσεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες

υγείας, προκειμένου να εντοπίζονται και να προωθούνται οι καλές πρακτικές. Οι καταγγελίες, τα παράπονα και οι θετικές εντυπώσεις των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας υποβάλλονται τόσο με τη φυσική παρουσία τους στα γραφεία, όσο και μέσω συστημένης επιστολής, τηλεομοιοτυπίας, μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, καθώς και με οποιοδήποτε άλλο πρόσφορο μέσο, τη διευκόλυνση υποβολής αναφορών στον Συνήγορο του Πολίτη, στην Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στις Επιτροπές Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας και Ψυχικής Υγείας και σε κάθε σχετική ελεγκτική αρχή, την παρέμβαση στις αντίστοιχες υπηρεσίες του νοσοκομείου για την ομαλή διευθέτηση των προκύπτουσών διαφορών και την ποιοτική εξυπηρέτηση των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας, την ενημέρωση του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με τις ορθές κάθε φορά πρακτικές, με βάση τη νομοθεσία και την ιατρική δεοντολογία και τη διαρκή βελτίωση των διαδικασιών υποδοχής και εξυπηρέτησης των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας και για την διασφάλιση των δικαιωμάτων τους (άρθρ. 3 παρ. 1 ΥΑ), την ενημέρωση της διοίκησης, των λοιπών υπηρεσιών του νοσοκομείου, της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας, της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας, των ΥΠΕ (άρθρο 3 παρ. 2 ΥΑ), συντάσσει εξαμηνιαίες εκθέσεις πεπραγμένων, οι οποίες υποβάλλονται στην Διοίκηση του νοσοκομείου, στην αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας, στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και στις ΥΠΕ (άρθρο 3 παρ. 3 ΥΑ) και την επιμέλεια και διανομή εντύπου και ηλεκτρονικού υλικού στο οποίο αναγράφονται τα δικαιώματα του/ης ασθενούς, σύμφωνα με την υφιστάμενη ελληνική, ευρωπαϊκή και διεθνή νομοθεσία, χρήσιμα στοιχεία επικοινωνίας, πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργία του νοσοκομείου, οδηγίες υποβολής παραπόνων και καταγγελιών (άρθρο 3 παρ. 4 ΥΑ). Επιπλέον με ευθύνη του Γραφείου το προσωπικό του νοσοκομείου, ενημερώνεται και εκπαιδεύεται συστηματικά και περιοδικά για τις υποχρεώσεις του, τα δικαιώματα των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας και τις ορθές πρακτικές προσέγγισής τους. Η ενημέρωση και εκπαίδευση πραγματοποιείται ενδεικτικά με τη διανομή αντίστοιχου εντύπου και ηλεκτρονικού υλικού, τη διοργάνωση επιμορφωτικών προγραμμάτων και εκδηλώσεων κ.α (άρθρο 3 παρ. 6 ΥΑ).

Οι καταγγελίες, τα παράπονα και οι θετικές εντυπώσεις των ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας υποβάλλονται τόσο με τη φυσική παρουσία τους στα γραφεία, όσο και μέσω συστημένης επιστολής, τηλεομοιοτυπίας, μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, καθώς και με οποιοδήποτε άλλο πρόσφορο μέσο. Ειδικότερα, αναφορικά με τα παράπονα και τις καταγγελίες, καταγράφονται υποχρεωτικά από το Γραφείο τα στοιχεία του ασθενούς, η ημερομηνία εισόδου - εξόδου του, τα σημεία επαφής του με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου (Τμήματα), καθώς και κάθε είδους λεπτομέρεια που θα διευκολύνει την παρακολούθηση της καταγγελίας, την επιβεβαίωση των πραγματικών περιστατικών, την παρέμβαση και τις ενέργειες του Γραφείου, τη λήψη γενικότερων βελτιωτικών μέτρων, καθώς και την αρχειοθέτηση της καταγγελίας, με σκοπό τη συμπερίληψή της στις εκθέσεις που συντάσσει το Γραφείο (άρθρο 3 παρ. 5 ΥΑ).

Τέλος, σύμφωνα με το άρθρο 4 του νόμου 3329/2005, σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια (Υ.ΠΕ.) συνιστάται **Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών για θέματα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**, το οποίο λειτουργεί ως Αυτοτελές Τμήμα, υπαγόμενο απευθείας στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας. Με απόφαση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζεται η οργάνωση και ο κανονισμός λειτουργίας του.

3. Ο ρόλος του Συνηγόρου του Πολίτη στη διερεύνηση καταγγελιών ασθενών¹³⁴

Πέρα από τα προαναφερθέντα όργανα σε κεντρικό και τοπικό επίπεδο, ένας άλλος μηχανισμός ελέγχου, είναι αυτός του Συνηγόρου του Πολίτη. Πρόκειται για συνταγματικά κατοχυρωμένη ανεξάρτητη αρχή, που βρίσκεται εκτός του διοικητικού πλαισίου που παρήγαγε την εκάστοτε ελεγχόμενη πράξη, παράλειψη ή υλική ενέργεια και έχει ως αποστολή τη διαμεσολάβηση μεταξύ των δημοσίων υπηρεσιών και των πολιτών για την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, την καταπολέμηση της κακοδιοίκησης και την τήρηση της νομιμότητας.

Συγκεκριμένα ο Συνήγορος του Πολίτη ερευνά ατομικές διοικητικές πράξεις, παραλείψεις ή υλικές ενέργειες των δημοσίων υπηρεσιών που παραβιάζουν δικαιώματα ή προσβάλλουν νόμιμα συμφέροντα φυσικών ή νομικών προσώπων. Παρά την ελεγκτική αρμοδιότητα που εκ του νόμου ασκεί, ο Συνήγορος του Πολίτη δεν έχει κυρωτικές αρμοδιότητες ούτε επιδικάζει αποζημιώσεις. Ως έμμεση κύρωση μπορεί να λειτουργήσει η δημοσιοποίηση της μη αποδοχής των προτάσεων του Συνηγόρου του Πολίτη από τη διοίκηση, εφόσον δεν κρίνεται επαρκώς αιτιολογημένη (Ν. 2477/1997). Επίσης, μπορεί να παραπέμψει στον εισαγγελέα, εφόσον συντρέχουν επαρκείς ενδείξεις για την τέλεση αξιόποινης πράξης. Τέλος, η μη συνεργασία με τον Συνήγορο του Πολίτη έχει θεσμοθετηθεί ως πειθαρχικό παράπτωμα, η διάπραξη του οποίου επιφέρει την επιβολή κυρώσεων. Το γεγονός πάντως ότι ο Συνήγορος του Πολίτη δεν έχει τη δυνατότητα να επιβάλλει κυρώσεις, αποτελεί μάλλον πλεονέκτημα παρά αδυναμία. Με το να μην επικεντρώνεται στην αναζήτηση της ατομικής ευθύνης, μπορεί παράλληλα να εστιάζει σε προβλήματα του συστήματος ή οργανωτικές δυσλειτουργίες, συμβάλλοντας στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων από τη διοίκηση υπηρεσιών.

Σημαντική για το υπό εξέταση ζήτημα είναι η θέσπιση του Συνηγόρου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (άρθρο 18 ν. 3293/2004) που εντάχθηκε στον κύκλο κοινωνικής προστασίας. Ο Συνήγορος της Υγείας εξετάζει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων που αντιμετωπίζει ο χρήστης υπηρεσιών υγείας και είτε συνδέονται με την οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων υπηρεσιών υγείας είτε ανακύπτουν από την παραβίαση δικαιωμάτων των ασθενών. Κατά την άσκηση των αρμοδιοτήτων του ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί να εισηγηθεί προς τον αρμόδιο Υπουργό μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, την εξάλειψη των φαινομένων κακοδιοίκησης και τη βελτίωση της οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας και των σχέσεών τους με τον πολίτη.

Στο πλαίσιο της διερεύνησης αναφορών, ο Συνήγορος του Πολίτη δεν υποκαθιστά τις εμπλεκόμενες υπηρεσίες στις αρμοδιότητές του, αλλά επιλαμβάνεται, αφού η απάντηση στο αρχικό παράπονο από την εμπλεκόμενη υπηρεσία υγείας είναι εσφαλμένη, δεν βασίζεται σε στοιχεία ή είναι ελλιπής, ούτε εκφέρει ή ελέγχει ιατρικές κρίσεις. Αν και προβλέπεται η ανάθεση πραγματογνωμοσύνης, όπου η απόφαση περί νομιμότητας εξαρτάται από τεχνική κρίση, αλλά η συγκεκριμένη δυνατότητα δεν έχει αξιοποιηθεί ακόμη, με συνέπεια ο Συνήγορος του Πολίτη να μην μπορεί να διενεργήσει πρωτογενώς έλεγχο νομιμότητας των καταγγελλομένων, όταν αυτά εστιάζονται σε ζητήματα ιατρικής αμέλειας. Για τους παραπάνω λόγους αλλά και λόγω του δυσαπόδεικτου καταγγελιών για πραγματικά περιστατικά που δεν αποδεικνύονται πέραν πάσης αμφιβολίας, ο Συνήγορος του Πολίτη έχει επικεντρώσει την ελεγκτική του αρμοδιότητα σε μία διοικητική

¹³⁴ Για τα όργανα βλ. Κυριακάκη, οπ. π. υποσ. 129, σελ. 17 επ.

προσέγγιση της παθολογίας του δημοσίου συστήματος υγείας με στόχο την καταπολέμηση της απροθυμίας της διοίκησης να διαπιστώσει πλημμελή ή αντιδεοντολογική συμπεριφορά εκ μέρους των οργάνων της και να ενεργοποιήσει τους διοικητικούς μηχανισμούς αυτοελέγχου και προστασίας του χρήστη. Ειδικότερα, παρακολουθεί τη διαδικασία διερεύνησης καταγγελιών από τα πειθαρχικά αρμόδια όργανα (παρεμβαίνει, όπου χρειάζεται για την άρση πλημμελειών) και ενεργοποιεί περαιτέρω μηχανισμούς, πχ. ΣΕΥΥΠ, όπου χρειάζεται.

Όταν διαπιστώνονται διαδικαστικές παραλείψεις ή άλλες τυπικές πλημμέλειες, ο Συνήγορος του Πολίτη δράττεται από αυτές για να προχωρήσει σε ουσιαστική διερεύνηση της υπόθεσης. Ανάλογα με τα δεδομένα της εκάστοτε υπό κρίση περίπτωσης, υποδεικνύει τη συμμετοχή του ασθενούς στην έρευνα εκ μέρους της υπηρεσίας χάριν της πληρότητας των στοιχείων της υπόθεσης, επισημαίνει την υποχρέωση έγκαιρης και τεκμηριωμένης απάντηση των καταγγελιών, ελέγχει την αιτιολογία της συνταχθείσας έκθεσης και παραγγέλλει συμπλήρωση της διενεργούμενης έρευνας, όπου αυτό κρίνεται αναγκαίο, ζητάει τη διενέργεια ένορκης διοικητικής εξέτασης και αξιολογεί την εξέλιξη και την πληρότητά της, μεταθέτοντας το βάρος της απόδειξης στη διοίκηση.¹³⁵ Αν από την επισκόπηση του συνόλου των στοιχείων δεν τεκμηριώνονται τα διαλαμβανόμενα σε μία αναφορά ή υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις σχετικά με μία ανθρώπινη συμπεριφορά, πράξη ή παράλειψη, ο Συνήγορος του Πολίτη επικοινωνεί στον ασθενή με στοιχεία το απρόσφορο και αδιέξοδο της περαιτέρω διερεύνησης.

¹³⁵ Βλ. Κυριακάκη, οπ. π., σελ. 18-19.