



## ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ. ΑΠΟ ΤΟ 1983 ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ  
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ ΤΗΣ  
ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ  
ΝΟΜΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ: ΜΑΡΓΕΛΛΟΣ ΙΑΚΩΒΟΣ  
ΜΑΡΟΥΔΑ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΤΣΟΥΝΤΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2011**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστούμε ιδιαιτέρως τους γονείς μας που μας παρείχαν την ανάλογη υποστήριξη υλική και ηθική που απαιτήθηκε για να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας. Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους καθηγητές μας κ. Τσούντα Κωνσταντίνο που μας κατεύθυνε ουσιαστικά στην διεκπεραίωση της παρούσας εργασίας καθώς και στον κ. Κουπίδη για το υλικό και την υποστήριξη που μας παρείχε από την αρχή της εργασίας.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ



ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....</b>	<b>9</b>
1.1 Ορισμός .....	9
1.2 Διάκριση Δικαιώματος της Υγείας.....	10
1.2.1 Ατομικό δικαίωμα .....	10
1.2.2 Κοινωνικό δικαίωμα .....	10
1.3 Ορισμός της έννοιας του Συστήματος Υγείας .....	11
1.4 Συστήματα Προστασίας της Υγείας .....	12
1.5 Μεθοδολογία της έρευνας – Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.....	13
1.6 Η Υγεία στην Ελλάδα πριν το 1983 .....	14
1.7 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) μέσα από τον Ν.1397/1983.....	16
1.8 Κύριες Μεταρρυθμίσεις του Ε.Σ.Υ.....	20
1.8.1 Ν. 2071/1992 «Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας».....	20
1.8.2 Ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις» .....	21
1.8.3 Ν.2519/1997 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών Ρυθμίσεις για το Φάρμακο και άλλες Διατάξεις» .....	21
1.8.4 Ν. 2703/1999 «Αναπροσαρμογή συντάξεων συνταξιούχων μελών ΔΕΠ των ΑΕΙ, ΕΠ των ΤΕΙ, Γιατρών ΕΣΥ & διπλωματικών υπαλλήλων, ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων & άλλων διατάξεων» .....	23
1.8.5 Ν.2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» .....	24
1.8.6 Ν. 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις» .....	25
1.8.7 Ν. 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» .....	26
1.8.8 Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» .....	27

1.8.9 Ν. 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων Εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» .....	28
1.8.9.1 Η Νομοθεσία για τις κεντρικές υπηρεσίες δημόσιας υγείας.....	29
1.8.9.2 Η νομοθεσία για τις περιφερειακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.....	32
1.8.10 Ν. 3863/2010 «Νέο Ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις» .....	36
1.8.11 Ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος υγείας & λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης» .....	36

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ.....

2.1 Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.....	38
2.1.1 Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία & Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων ΕΣΥ .....	40
2.1.2 Κοινωνική Ασφάλιση.....	41
2.1.3 Τοπική Αυτοδιοίκηση & παροχές υγείας.....	41
2.1.4 Ιδιωτικός Τομέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	41
2.1.5 Προβλήματα Πρωτοβάθμιας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας .....	42
2.2 Δευτεροβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.....	43
2.2.1 Δημόσια Νοσοκομεία.....	44
2.2.2 Ιδιωτικά Νοσοκομεία .....	45
2.2.3 Σύμπραξη Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της Υγείας.....	48
2.2.4 Άλλες Μορφές Σύμπραξης Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της Υγείας.....	50
2.2.5 Πλεονεκτήματα Σύμπραξης Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της Υγείας.....	51
2.2.6 Προβλήματα Δευτεροβάθμιας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας .....	53
2.3 Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.....	54
2.4 Χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ .....	54
2.5 Υφιστάμενη κατάσταση Ιδιωτικού Τομέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας .....	56

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΑΝΑΦΟΡΩΝ

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	61
Ελληνική Βιβλιογραφία.....	61
Ηλεκτρονικές Πηγές.....	63
Νομοθεσία.....	63
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	65

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υγεία είναι ένα φυσικό αγαθό το οποίο τυγχάνει συνταγματικής προστασίας. Τα συστήματα παροχής υγείας έχουν τρεις μορφές (τύπου Bismarck, τύπου Beveridge και Μεικτού τύπου). Στην Ελλάδα το σύστημα υγείας είναι μεικτού τύπου. Αυτό σημαίνει ότι συνυπάρχει ο δημόσιος τομέας στην παροχή υπηρεσιών υγείας, παράλληλα με δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς και με τον ιδιωτικό τομέα που διαχρονικά διογκώνεται.

Το 1983 ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», που αποτελεί το θεμελιώδη νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Για πρώτη φορά η χώρα αποκτά ένα οργανωμένο σύστημα υγείας στο οποίο όλοι οι Έλληνες έχουν πρόσβαση με ίσο τρόπο, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν στις υπηρεσίες υγείας.

Στόχοι του νόμου 1397/83 ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η ισοκατανομή, η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και ο διαχωρισμός του δημοσίου από τον ιδιωτικού τομέα υγείας. Με βάση το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε τρία επίπεδα την Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας, τη Δευτεροβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Με την ίδρυση του ΕΣΥ περιορίστηκε αρκετά ο ιδιωτικός τομέας στη παροχή υπηρεσιών υγείας προς χάριν της ενίσχυσης του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι διαχρονικές αδυναμίες που παρουσιάστηκαν κατά την εξέλιξή του, οδήγησαν το σύστημα σε έντονες παθογένειες αφήνοντας χώρο ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος σήμερα συνυπάρχει με τον δημόσιο, χωρίς ωστόσο ο ιδιωτικός τομέας να ελέγχεται και να οριοθετείται από το κράτος.

Οι περιπέτειες μέσα από τις οποίες έχει διέλθει το Εθνικό Σύστημα Υγείας αποτυπώνεται ανάγλυφα από τις εκφράσεις που χρησιμοποιήθηκαν κατά καιρούς για

να προσδιορίσουν τις 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)».

Σήμερα 30 σχεδόν χρόνια από την ίδρυση του ΕΣΥ και στο καθεστώς της οικονομικής ύφεσης, παρ' όλες τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που επιχειρήθηκαν καθ' όλη την πορεία του και την αντιμετώπιση των εκάστοτε προβλημάτων με νέες στρατηγικές και νομοθετικές ρυθμίσεις, δεν προσφέρει ακόμα καθολική κάλυψη ισότιμη και αποδοτική στον πληθυσμό της χώρας με παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Η αντιμετώπιση των συνεχιζόμενων προβλημάτων σύμφωνα με τα σύγχρονα εργαλεία διοίκησης και η εναρμόνιση με τις Ευρωπαϊκές οδηγίες αλλά και την προσαρμογή τους στα νέα οικονομικά δεδομένα, κρίνεται απαραίτητη και αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε.

**Λέξεις Κλειδιά:** Ελλάδα, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Διοίκηση, Υπηρεσίες Υγείας, Μεταρρυθμίσεις Συστήματος Υγείας, Προβλήματα Διοίκησης.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συντελούνται τις τελευταίες δεκαετίες στη χώρα μας αλλά και στην Ευρωπαϊκή Ένωση μεταβάλλουν συνεχώς το περιβάλλον και τις παροχές στον τομέα της υγείας. Σε αυτό λοιπόν το συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον η ανάδειξη της υγείας σαν βασικό παράγοντα οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης θα πρέπει να αποτελεί ένα από τους κύριους στόχους ενός σωστά αναπτυσσόμενου κράτους με κοινωνικό χαρακτήρα.

Θεμελιώδη αρχή της πολιτικής στον τομέα της Υγείας, αποτελεί η δημιουργία ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, στο οποίο θα προέχει η προστασία της υγείας και όχι μόνο η διαχείριση της ασθένειας και θα εξασφαλίζονται ίδιες δυνατότητες εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου για όλους τους πολίτες.

Η Ελλάδα είναι μια μικρή χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που χαρακτηρίζεται από ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας που κατά παράδοξο τρόπο έχει επιτύχει μια υψηλή αποτελεσματικότητα (effectiveness) και προσπελασιμότητα (accessibility), χωρίς όμως αποδοτικότητα (efficiency), και ενώ χωρίς να έχει καταβάλει ιδιαίτερη προσπάθεια η κατάσταση της υγείας των Ελλήνων είναι από τις καλύτερες στον κόσμο, κανείς δεν είναι ικανοποιημένος από το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας<sup>1</sup>. Αυτή η αντίφαση οφείλεται όμως στον τρόπο ζωής των Ελλήνων, στις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες και σε άλλους «προσδιοριστές» της υγείας<sup>2</sup>, που όμως δεν πρέπει να εφησυχάζει κανένα, αλλά αντιθέτως πρέπει να κινητοποιήσει όλους τους απαραίτητους μηχανισμούς για την βελτίωση της ποιότητας υγείας του πληθυσμού.

Σε αντίθεση με αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες που έχουν καθιερώσει και προάγει εδώ και πολλά χρόνια, διαδικασίες και υπηρεσίες που έχουν ως στόχο την αξιολόγηση και την εφαρμογή ποιοτικών προγραμμάτων στην υγεία, στην Ελλάδα

---

<sup>1</sup> Philalithis AE. (2001)., *If I were Minister of Health: The Greek Health paradox and the Health Policy Conundrum*. Towards Unity for Health, 4:13-15, Geneva, Worth Health Organisation.

<sup>2</sup> Wilkinson R., Marmot M. (2003), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2nd edition, WHO Regional Office for Europe.

έχουμε μείνει αρκετά πίσω<sup>3</sup>. Η εθνική πολιτική της υγείας όπως εφαρμόζεται μέσα από το ΕΣΥ, δεν έχει συνεχιζόμενη εξέλιξη, με διαχρονική στρατηγική που θα ενσωματώνει τις εξελίξεις στην ιατρική και την τεχνολογία, την γήρανση του πληθυσμού, τις μεγαλύτερες προσδοκίες αλλά και γνώση των χρηστών υπηρεσιών υγείας, όπως και καινοτόμες προσεγγίσεις χρονικά προσδιορισμένες. Συνεπώς οι παρούσες συνθήκες απαιτούν ένα προσανατολισμό προς τον ασθενή-χρήστη των υπηρεσιών υγείας, με βελτίωση της διαχείρισης και διοίκησης σε συνδυασμό με την χρήση της τεχνολογίας και της πληροφορικής, και την σωστή κατανομή και διαχείριση των προϋπολογισμών βάση μιας διαχρονικής πολιτικής υποστήριξης<sup>4</sup>.

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε από τους σπουδαστές Μαργέλλο Ιάκωβο και Μαρούδα Νικολέτα στο πλαίσιο της πτυχιακής εργασίας που απαιτείται για την λήψη του πτυχίου από το Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι Καλαμάτας. Η εργασία ξεκίνησε στις 10 Μαΐου 2011 και ολοκληρώθηκε στις 28 Νοεμβρίου 2011.

Στόχος ήταν η κριτική ανασκόπηση της εξέλιξης του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα από το 1983 έως σήμερα, με βάση την υπάρχουσα νομοθεσία.

Στο πρώτο κεφάλαιο δίνονται οι ορισμοί της «Υγείας» αλλά και του «Συστήματος Υγείας» καθώς επίσης ορίζεται η υγεία ως ατομικό αλλά και κοινωνικό δικαίωμα. Επίσης πραγματοποιείται συστηματική ανασκόπηση των νόμων και των αιτιολογικών εκθέσεων αυτών με σκοπό τη μελέτη του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα από την ίδρυσή του το 1983 έως σήμερα, με παράλληλη εντόπιση και ανάλυση των κυριότερων αποπειρών μεταρρύθμισης του. Επιπρόσθετα αναφέρεται στο νομοθετικό πλαίσιο που καλύπτει τον δημόσιου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

---

<sup>3</sup> Avgerinos, E. D., Koupidis, S. A. and Filippou, D. K. (2004), Impact of the European Union enlargement on health professionals and health care systems, *Health Policy*, 69, 403-8.

<sup>4</sup> Γραμματικόπουλος Η., (2006)., Κύρια προβλήματα διοίκησης μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ. και η αντιμετώπισή τους με βάση τα σύγχρονα εργαλεία της διοίκησης, Διπλωματική εργασία στο πλαίσιο του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.



Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύεται η οργάνωση και λειτουργία του Ε.Σ.Υ. Παρουσιάζονται επίσης τα προβλήματα που έχουν εντοπιστεί στην πρωτοβάθμια, την δευτεροβάθμια με παραθέσεις των προοπτικών και των εξελίξεων του Εθνικού Συστήματος Υγείας μέσα από την σύμπραξη του Ιδιωτικού & Δημόσιου τομέα στο χώρο της υγείας αλλά και την τριτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, η εργασία ολοκληρώνεται με τα συμπεράσματα, τις προτάσεις και την παράθεση της βιβλιογραφίας που χρησιμοποιήθηκε για την συγγραφή της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>0</sup>: Η ΥΓΕΙΑ

### 1.1 Ορισμός

Σύμφωνα με τον Καταστατικό Χάρτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, ως υγεία νοείται η «κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απολύτρωση από ασθένεια και αναπηρία»<sup>5</sup>.

Καταλληλότερος ορισμός της υγείας είναι «η φυσική κατάσταση του ατόμου που αποκλείει κάθε μορφή ασθένειας ή αναπηρίας ικανής να μειώσει τη φυσιολογική δραστηριότητά του»<sup>6</sup>.

Η υγεία είναι ένα φυσικό αγαθό το οποίο έχει τύχει και συνταγματικής προστασίας κυρίως από τα άρθρα 7 παρ.2 και 21 παρ.3 του Συντάγματος όπου παρουσιάζεται ως ατομικό και κοινωνικό δικαίωμα αντιστοίχως. Η συνταγματική κατοχύρωση της υγείας έχει γίνει με την μορφή της υγείας ως αγαθού και ως δικαιώματος.

#### ***Η υγεία ως αγαθό***

Η υγεία είναι φυσικό αγαθό αναγόμενο σ' αυτή την ίδια την υπόσταση του ανθρώπου. Γι' αυτό η υγεία ανήκει στα πρωταρχικά αγαθά και η συνταγματική προστασία της είναι επιβεβλημένη. Έτσι, ο νομοθέτης ανάγει την υγεία σε συνταγματικό αγαθό, ρυθμίζοντας την αντικειμενική προστασία της στο άρθρο 5 παρ.2, 7 παρ.2 και 21 παρ.3<sup>7</sup>.

#### ***Η υγεία ως δικαίωμα***

Το Σύνταγμα κατοχυρώνει την υγεία όχι μόνο αντικειμενικά ως αγαθό αλλά και υποκειμενικά ως δικαίωμα. Από τον αντικειμενικό κανόνα της προστασίας της

<sup>5</sup> Κρεμελή Κ., (1987), Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, Αθήνα, σελ., 48-49

<sup>6</sup> Μανωλκίδη Σ., (XX), Η νομική φύση του δικαιώματος στην υγεία και η τυπική ισοδυναμία των συνταγματικών διατάξεων, τ. 17-18, σελ. 199

<sup>7</sup> Σύνταγμα της Ελλάδας, Αναρτημένο στην [http://el.wikisource.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%B3%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B7%CF%82\\_%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82#.CE.86.CF.81.CE.B8.CF.81.CE.BF\\_7](http://el.wikisource.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%B3%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B7%CF%82_%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82#.CE.86.CF.81.CE.B8.CF.81.CE.BF_7) προσπελάστηκε την 10/08/2011

ανθρώπινης υγείας απορρέουν τα ατομικά δικαιώματα υγείας. Το άρθρο 7 παρ.2 κατοχυρώνει δικαίωμα υγείας, σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του ανθρώπου. Επίσης, το άρθρο 21 παρ.3 «ιδρύει ευθεία εκ του Συντάγματος υποχρέωση του Κράτους για τη λήψη θετικών μέτρων προς προστασία της υγείας των πολιτών, στους οποίους δίνει δικαίωμα να απαιτήσουν από την Πολιτεία την πραγμάτωση της αντίστοιχης υποχρεώσεώς της».

## **1.2 Διάκριση Δικαιώματος της Υγείας**

### **1.2.1 Ατομικό δικαίωμα**

Απ' τη μια πλευρά αποτελεί ένα κλασικό ατομικό δικαίωμα, που έχει ως περιεχόμενο την υποχρέωση αποχής του Κράτους και κάθε άλλου δημοσίου ή ιδιωτικού υποκειμένου από οποιαδήποτε συμπεριφορά ικανή να προσβάλλει την υγεία των πολιτών ή να περιορίσει την ελευθερία τους να αποφασίζουν οι ίδιοι σε θέματα που αφορούν την προσωπική τους υγεία<sup>8</sup>.

### **1.2.2 Κοινωνικό δικαίωμα**

Απ' την άλλη πλευρά, το δικαίωμα υγείας ανήκει στον ευρύτερο κοινωνικό χώρο και είναι κατά συνέπεια «κοινωνικό» δικαίωμα με την ευρύτερη έννοια του όρου. Είναι, δηλαδή, ένα τυπικό κοινωνικό δικαίωμα, που συνίσταται στην παροχή εκ μέρους του κράτους υπηρεσιών που προάγουν, διατηρούν ή αποκαθιστούν την υγεία των πολιτών<sup>9</sup>.

Σύμφωνα με την απόφαση ΣτΕ Ολ. 1187/2009 και μετά από τον συνδυασμό των άρθρων 21 και 22 του Συντάγματος συνάγεται ότι το Κράτος οφείλει να παρέχει στα ασφαλιζόμενα πρόσωπα υπηρεσίες υψηλού επιπέδου. Η υποχρέωση αυτή υπόκεινται σε νομοθετικούς περιορισμούς εφόσον αυτοί δεν οδηγούν στην ανατροπή του δικαιώματος στην προστασία της υγείας.

Η απόφαση του ΣτΕ 1374/1997 ενισχύει το άρθρο 21 και 16 όπου ορίζει ότι το κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και δεν θεσπίζει κρατικό μονοπώλιο

---

<sup>8</sup> Κρεμαλη Κ.,(2011), Δίκαιο της Υγείας Τόμος 1, Εκδόσεις Νομική βιβλιοθήκη, Σελ 92

<sup>9</sup> Κρεμαλη Κ.,(2011), Δίκαιο της Υγείας Τόμος 1, Εκδόσεις Νομική βιβλιοθήκη, Σελ 88

παροχής υπηρεσιών. Επίσης υποχρεούται να ενισχύει την επιστημονική έρευνα από όποιο φορέα και αν προέρχεται είτε ιδιωτικό είτε δημόσιο.

### **1.3 Ορισμός της έννοιας του Συστήματος Υγείας**

Στο σημερινό πολύπλοκο κόσμο είναι δύσκολο να καθοριστεί επακριβώς τι είναι ένα σύστημα υγείας, από τι αποτελείται, που αρχίζει και που τελειώνει. Ένας ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να περιλαμβάνει, όλες τις δραστηριότητες των οποίων ο κύριος στόχος είναι η προαγωγή, η επαναφορά και διατήρηση της υγείας.

Το «σύστημα» σύμφωνα με το Oxford English Dictionary αποτελεί μια σειρά πραγμάτων αλληλεξαρτώμενων και συνδεόμενων με τέτοιο τρόπο ώστε να διαμορφώνουν μια σύνθετη ενότητα. Επομένως το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο αλληλεξαρτώμενων υποσυστημάτων που στοχεύουν στη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού μέσω των παρεμβάσεων της πολιτείας.

Ο όρος Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) αποτελεί κατά λέξη μετάφραση του αγγλικού National Health System (NHS), της ονομασίας για το δημόσιο σύστημα φροντίδας υγείας που εφαρμόστηκε για πρώτη φορά στη Βρετανία, το 1948. Το βρετανικό NHS συγκροτήθηκε αρχικά από τρία μέρη: τους γενικούς γιατρούς, τους οδοντιάτρους και τα νοσοκομεία. Αργότερα, τη θέση των οδοντιάτρων κατέλαβε η καλούμενη «υγεία της κοινότητας» (community health). Ο κλάδος αυτός της ιατρικής περίθαλψης αφορά ομάδες ατόμων και όχι μεμονωμένα άτομα και υπηρετείται από γιατρούς δημόσιας υγείας, διαχειριστές υπηρεσιών υγείας (managers), επιδημιολόγους κ.λπ. Στη χώρα μας, ο όρος ΕΣΥ έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά στο Νόμο 1397/Φ.43Α/7.10.83.

#### 1.4 Συστήματα Προστασίας της Υγείας

Ουσιαστικά απαντώνται τρία συστήματα προστασίας την υγείας, αυτά είναι τύπου **Bismarck**, τύπου **Beveridge** και **Μεικτού** τύπου<sup>10</sup>. Το σύστημα τύπου Bismarck παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 1881 και ρυθμίζει τις παροχές που χορηγούν οι ασφαλιστικοί οργανισμοί στα πρόσωπα που υπάγονται σε αυτούς, εφόσον συμπληρώσουν τις απαιτούμενες χρονικές και οικονομικές προϋποθέσεις και κινδυνεύουν από μείωση των εσόδων τους ή από αύξηση των δαπανών τους. Το κλασικό σύστημα Bismarck, διαθέτει μια ποικιλία ημι-δημόσιων πληρωτών. Το «δημόσιο» χρήμα, χρησιμοποιείται για να πληρώνει τις περισσότερες υπηρεσίες υγείας. Η ιατρική περίθαλψη αποτελείται από την δημόσια, την ιδιωτική, και τις μη κερδοσκοπικές ιατρικές υπηρεσίες. Οι μεταρρυθμίσεις που πραγματοποιήθηκαν στις χώρες όπου εφαρμόζεται το σύστημα Bismarck, περιλαμβάνουν περιορισμούς στους αυξανόμενους ρυθμούς των δαπανών, την εισαγωγή κονδυλίων για όλους τους ιατρικούς κλάδους, και την προσμέτρηση των ιατρικών υπηρεσιών στον προϋπολογισμό των νοσοκομείων. Στο πεδίο των φαρμακοβιομηχανιών, οι μεταρρυθμίσεις είχαν ως αποτέλεσμα να οριστούν ενδεικτικές τιμές και να μειωθούν οι τιμές των φαρμάκων τείνοντας να πλησιάσουν την μέση τιμή των αντίστοιχων φαρμάκων στη διεθνή αγορά. Τα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης που λειτουργούν με συστήματα τύπου Bismarck είναι η Γερμανία, η Αυστρία, το Βέλγιο, η Γαλλία, το Λουξεμβούργο και η Ολλανδία.

Το σύστημα τύπου Beveridge πρωτοπαρουσιάστηκε κατά την διάρκεια του Β' Παγκόσμιου Πολέμου. Το σύστημα αυτό είναι καθολικό και κάλυπτε όλους τους πολίτες με τις ίδιες παροχές. Το σύστημα αυτό προϋποθέτει να εργάζεται ο πολίτης για να καλύψει τις ασφαλιστικές τους εισφορές. Στο σύστημα Beveridge οι προμηθευτές ανήκουν κυρίως στο δημόσιο, και οι χρηματικοί πόροι συλλέγονται κυρίως μέσω των γενικών φόρων. Η Μ. Βρετανία, η Δανία, η Ιρλανδία, η Σουηδία και η Φιλανδία λειτουργούν με συστήματα τύπου Beveridge.

Τέλος από την προσέγγιση των δύο παραπάνω συστημάτων προέκυψαν τα μεικτά συστήματα. Η Ιταλία, η Ελλάδα και η Πορτογαλία, μοιράζονται την

---

<sup>10</sup> Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π. (2009), Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ.118-123

ομοιότητα της «καθυστερημένης ανάπτυξης» στα συστήματα υγείας, συγκρινόμενες με τις νότιες χώρες της Ευρώπης που ακολουθούν το Beveridge σύστημα. Έχουν αυξήσει τις δημόσιες δαπάνες στο σύστημα υγείας με το πέρασμα των χρόνων, παρόλα αυτά όμως συνεχίζουν να παραμένουν «χαμηλά» όσον αφορά τα δημόσια έξοδα. Επειδή, αυτές οι χώρες άρχισαν να αναπτύσσουν το εθνικό τους σύστημα υγείας σε μια περίοδο όπου η παγκόσμια οικονομία επέβαλλε όρια στις δημόσιες δαπάνες και περιόρισε τις δημόσιες υπηρεσίες, γι' αυτό το λόγο, ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα παραμένει βαρυσήμαντος σε αυτές τις χώρες.

### *1.5 Μεθοδολογία της έρευνας – Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας*

Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε περιλάμβανε τα ψηφισθέντα νομοσχέδια, τις αιτιολογικές εκθέσεις των σχεδίων νόμων, καθώς και σχετικές αποφάσεις του Σ.τ.Ε που εντάσσονται στην σχετική νομολογία όπως επίσης και τα προγράμματα Εθνικής Στρατηγικής Ανάπτυξης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η επιλεκτική μελέτη και ανασκόπηση της πρόσφατης (μετά το 1994) σχετικής – με τα προβλήματα διοίκησης υπηρεσιών υγείας του ΕΣΥ – βιβλιογραφίας, τόσο Ελληνικής όσο και ξενόγλωσσης. Μελετήθηκαν οι κυριότεροι νόμοι της Δ.Υ και οι εισηγητικές τους εκθέσεις, η έκθεση της ειδικής επιτροπής εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές υπηρεσίες υγείας του 1994, η μελέτη για τη Δ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης του 2008, το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, τα επιμέρους ειδικά σχέδια δράσης για τη Δ.Υ. πληθώρα βιβλίων πολιτικών υγείας και δημόσιας υγείας καθώς και σχετικά άρθρα από ελληνικά και ξένα περιοδικά σχετικά με τη Δ.Υ. στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και παγκοσμίως.

Η διαδικασία της αναζήτησης υπαρχόντων βιβλιογραφικών δεδομένων καλείται τεχνικά βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ουσιαστικά αποτελεί τη συστηματική, εκτεταμένη και πλήρη εξέταση των βιβλιογραφικών πηγών οι οποίες σχετίζονται με το ερευνητικό ή τα ερευνητικά ερωτήματα που τίθενται στη μελέτη.

## 1.6 Η Υγεία στην Ελλάδα πριν το 1983

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών. Το 1836 ιδρύεται το πρώτο νοσοκομείο στην Αθήνα. Πρόκειται για το Δημοτικό Νοσοκομείο, η ανέγερση του οποίου αποπερατώθηκε το 1841<sup>11</sup>.

Στο χώρο της εκπαίδευσης, ιδρύεται το 1837, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα χρόνο αργότερα συστήνεται η μαιευτική σχολή<sup>12</sup>. Το 1914 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι που αφορούν τον τομέα της υγείας. Η οικονομική κρίση του 1929 σε συνδυασμό με την συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής και κοινωνικής ασφάλισης. Δημιουργούνται 35 νέα προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες για την αντιμετώπιση αυτών των πιεστικών αναγκών που δημιουργήθηκαν. Το 1934 δημιουργείται το ΙΚΑ (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων), που αποτελεί μέχρι σήμερα τον ενιαίο φορέα κοινωνικής και υγειονομικής ασφάλισης όλων των εργαζομένων στον ιδιωτικό τομέα<sup>13</sup>. Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία.

Με τον νόμο 965/37 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Από την στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες έφθασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117. Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή διαθέτει 209 κλινικές με 2.300 κλίνες. Με τον Ν. 965/37 οργανώθηκε η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα, ενώ με τον Ν 2769/1941 δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να

<sup>11</sup> Τούντας Γ., (1998), Υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας, σελ. 529

<sup>12</sup> Αλεξιάδης Α-Δ., (2003), Το εθνικό σύστημα υγείας στην αρχή του 21<sup>ου</sup> αιώνα, Εκδόσεις Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη, σελ. 13

<sup>13</sup> Τούντας Γ., (1998), Υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας, σελ. 531

ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με τον νόμο αυτό παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, εκδόθηκε το Ν.Δ. 2592/1953 «περί οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως» το οποίο με ειδική διάταξη διαιρεί την χώρα σε δεκατρείς (13) υγειονομικές περιφέρειες<sup>14</sup>. Στην δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους με κύριο χαρακτηριστικό την κατάτμηση του συστήματος σε πολλούς φορείς με διαφορετικά νομικά καθεστώτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό<sup>15</sup>. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ αποτελούν τους δυο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα.

Από το 1974 και μετά η πολιτεία αρχίζει να επιζητά λύση στα προβλήματα που ταλανίζουν τον χώρο της υγείας. Η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) που πρότεινε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών<sup>16</sup>.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα παρέμειναν σημαντικά και οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση που θα περιορίζε την εμπορευματοποίηση και την παραοικονομία στο χώρο της υγείας γινόντουσαν ολοένα και μεγαλύτερες. Οι πρώτες ενέργειες ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του

---

<sup>14</sup> Αλεξιάδης Α.-Δ., (2003), Το εθνικό σύστημα υγείας στην αρχή του 21<sup>ου</sup> αιώνα, Εκδόσεις Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη, σελ. 19

<sup>15</sup> Κυριακόπουλος Γ.-Σισσούρας Α., (1997), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα & Αυταπάτη, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.161

<sup>16</sup> Κυριακόπουλος Γ.-Σισσούρας Α., (1997), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα & Αυταπάτη, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, σελ.163



νόμου 1316/83 για τη σύσταση του εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Οι αδυναμίες του συστήματος υγείας μέχρι πριν το 1983 έχουν να κάνουν με το ότι η κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι πλήρης. Έως τότε ασφαλιζόνταν μόνο οι εργαζόμενοι και δεν έχει παράλληλα αναπτυχθεί ο θεσμός της κοινωνικής πρόνοιας. Το σύστημα δημιουργεί ανισότητες ως προς το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχονται αφενός μεταξύ των ασφαλισμένων σε διαφορετικούς οργανισμούς και αφετέρου μεταξύ των δικαιούχων της πρόνοιας και των ασφαλισμένων. Η νομολογία, ΣτΕ 2253/1976, δέχεται ότι δεν αντίκειται στην αρχή της ισότητας η διαφοροποίηση των κανονιστικών ρυθμίσεων κατά κατηγορίες πολιτών, εφόσον δεν δημιουργούνται ακραίες ανισότητες και καταστάσεις αντίθετες με το αίσθημα δικαίου. Επίσης σύμφωνα με τις ΣτΕ 1852/1977, ΣτΕ 897,898/1979, ΑΠ Ολ 1411/1984 & ΑΠ Ολ. 926/1982 δεν απαγορεύεται από τον κοινό νομοθέτη η άνιση μεταχείριση των πολιτών που τελούν σε διαφορετική νομική πραγματική κατάσταση και είναι ασφαλισμένοι σε διαφορετικούς ασφαλιστικούς φορείς.

### *1.7 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ) μέσα από τον Ν.1397/1983*

Τριάντα έτη μετά την υγειονομική μεταρρύθμιση του 1953 η πολιτεία έκρινε σκόπιμο να προχωρήσει στην μεγάλη αλλαγή στο χώρο της υγείας ανατρέποντας το ισχύον σύστημα υγείας. Το 1983 ψηφίζεται ο Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», που αποτελεί το θεμελιώδη νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τη βάση της σύγχρονης οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Για πρώτη φορά η χώρα αποκτά ένα οργανωμένο σύστημα υγείας στο οποίο έχουν όλοι οι Έλληνες πρόσβαση με ίσο τρόπο, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν<sup>17</sup>. Υπάρχουν τρεις λόγοι που δηλώνουν την κρισιμότητα της θέσπισης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, κατά πρώτο λόγο εξειδικεύεται το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, δεύτερον η προστασία της υγείας αντιμετωπίζεται συστηματικά και τρίτον ανατρέπεται το σύστημα τύπου Bismarck που ίσχυε έως τότε.

---

<sup>17</sup> Αλεξιάδου Σ. Α. κ.α, (1990), Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, Περιοδικό: Διοικητική Ενημέρωση, Τεύχος 35, σελ.108

Βασικές αρχές του νόμου Ν.1397/1983 ήταν<sup>18</sup>:

- ✓ η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας,
- ✓ η κρατική ευθύνη στην προστασία της υγείας,
- ✓ η καθολική και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας
- ✓ ο ενιαίος προγραμματισμός,
- ✓ έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας με δημιουργία κέντρων υγείας,
- ✓ και η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Στόχοι του νόμου 1397/83 ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η ισοκατανομή, η αναδιοργάνωση των νοσοκομείων, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, και ο διαχωρισμός του δημόσιου από τον ιδιωτικού τομέα υγείας<sup>19</sup>.

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι, ο νόμος Ν.1397/1983 όριζε την σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και δέκα (10) Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (ΠΕΣΥ). Ακόμη σταδιακά θα έπρεπε να γίνει ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας. Ο νόμος προέβλεπε επίσης την επαναπροκήρυξη όλων των ιατρικών θέσεων στα νοσοκομεία, οι γιατροί πλέον θα έχουν σχέση πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Μια άλλη σημαντική πλευρά του νέου νόμου ήταν η ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) με την δημιουργία 400 κέντρων υγείας (ΚΥ) σε όλη την χώρα.

Τέλος ο νόμος του ΕΣΥ διαχώριζε πλήρως τον δημόσιο από τον ιδιωτικό τομέα της υγείας, καθώς στόχος ήταν η ανάπτυξη του δημόσιου χαρακτήρα της υγείας. Έτσι με τον Ν. 1397/1983 διευρύνεται ο δημόσιος τομέας εις βάρος του ιδιωτικού καθώς τα νοσοκομεία λειτουργούν μόνον ως ΝΠΔΔ και αυτά που λειτουργούν ως ΝΠΙΔ μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ με εξαίρεση τα νοσοκομεία των ΑΕΙ

---

<sup>18</sup> Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π. (2009), Το δημόσιο δικαίο της υγείας, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ.170-171

<sup>19</sup> Τούντας Γ., (1998), Υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας, σελ. 533-534

και των Ενόπλων Δυνάμεων. Επίσης η νομοθεσία απαγόρευε την ίδρυση νέων ιδιωτικών κλινικών και την μεταβίβαση μεριδίων συμμετοχής μιας ιδιωτικής κλινικής. Αυτές οι αλλαγές απασχόλησαν τα ανώτατα δικαστήρια ως προς την ένταξη των κοινωφελών ιδρυμάτων στο ΕΣΥ. Η νομολογία με τις αποφάσεις ΣτΕ 797/1940, 1134/1957, 882/1960, 276/1961, 1689/1962, 2227/1972, 3402/1974, 2152/1979, 1324/1982 έκριναν ότι απαγορεύεται η μεταβολή του σκοπού και των διατάξεων της διαθήκης ή της δωρεάς, καθώς και των όρων που αναφέρονται στη διαχείριση και την διοίκηση της περιουσίας που καταλήφθηκε για κοινωφελή ή δημόσιο σκοπό. Ως προς την μετατροπή των κοινωφελών ιδρυμάτων σε ΝΠΔΔ, αρχικά οι αποφάσεις ΣτΕ 356 & 353/1953 ορίζουν ότι η μετατροπή δεν αντίκειται στην συνταγματική κατοχύρωση των ιδρυμάτων. Μετέπειτα με τις αποφάσεις 317/1944, 2059 & 2061/1961 στηρίζεται ότι η μετατροπή τους αντίκειται στην συνταγματική κατοχύρωσή τους. Τελικά με την απόφαση ΣτΕ Ολ. 1310/1983 ορίζεται ότι η μετατροπή είναι έγκυρη εφόσον πληροί τις εξής προϋποθέσεις, πρώτον να μην απαγορεύεται ρητά από την διαθήκη ή την δωρεά και δεύτερον να μην μεταβάλλεται η βούληση του διαθέτη από την μετατροπή του σε ΝΠΔΔ. Τέλος με την απόφαση ΣτΕ Ολ. 400/1986 κρίθηκε συνταγματική η προβλεπόμενη από το ΕΣΥ ένταξη στο ΕΣΥ των κοινωφελών ιδρυμάτων που είχαν συσταθεί με διάταξη της τελευταίας βουλήσεως ή με δωρεά εν ζωή. Η απόφαση του ΣτΕ Ολ. 400/1986 αποτελεί σταθμό καθώς και οι μετέπειτα αποφάσεις του ΣτΕ 201/2004 & 3420/2004 που εξετάζουν τη μεταβολή των όρων διαθήκης ή δωρεάν περιορίζονται στη διαφύλαξη του πυρήνα της βουλήσεως του διαθέτη<sup>20</sup>.

Μια εκ των βασικών αρχών του νέου Νόμου είναι αλλαγή του διοικητικού συστήματος της υγείας. Αυτό σήμαινε ότι καταργούνταν τα παλαιά Διοικητικά Συμβούλια των Νοσοκομείων και την θέση τους καταλάμβαναν νέα, με νέα σύνθεση και αριθμό μελών και με άκρως αυξημένες αρμοδιότητες. Παράλληλα χορηγούνται στον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρο, αυτού, αυξημένες αρμοδιότητες για πρώτη φορά ενώ επίσης για πρώτη φορά θεσπίζεται ο θεσμός του Έμμισθου Προέδρου και Αντιπροέδρου για Διοικητικά Συμβούλια Νοσοκομείων με 5μελή και 7μελή σύνθεση αντίστοιχα. Αμφότεροι προσφέρουν τις υπηρεσίες των με πλήρη απασχόληση.

---

<sup>20</sup> Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π. (2009), Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ. 185-187

Παράλληλα με άλλη διάταξη του Νόμου ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Νοσοκομείου προΐσταται όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων τους που υπάγονται σ' αυτό. Επίσης για πρώτη φορά θεσπίζεται ο θεσμός του Συντονιστή Διοίκησης Νοσοκομείου με πενταετή θητεία ο οποίος ασκεί καθήκοντα Διοικητικού προϊστάμενου των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και κατευθύνει το έργο τους. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μπορεί με απόφασή του να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στον Συντονιστή.

Ένα άλλο θέμα είναι ο κοινωνικός έλεγχος που καθίσταται για πρώτη φορά πραγματικότητα στους φορείς της υγείας, όπως είναι τα Διοικητικά Συμβούλια, αφού στα όργανα αυτά των νοσοκομείων συμμετέχουν για πρώτη φορά στην ιστορία του θεσμού αυτού, ως ισότιμα μέλη, τόσο ο εκπρόσωπος των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας όσο και ο εκπρόσωπος των λοιπών εργαζομένων στο χώρο της υγείας καταργηθέντος έτσι του μέχρι της στιγμής εκείνης ισχύοντος περιορισμού στην συμμετοχή των υπαλλήλων των Νοσοκομείων στην διοίκηση αυτού.

Όσον δε αφορά τους εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης η συμμετοχή τους είχε πραγματοποιηθεί και παλαιότερα στα εν λόγω όργανα πλην όμως για μικρά χρονικά διαστήματα. Εξάλλου με την διάταξη της παρ. 5 της προαναφερθείσας διάταξης καθιερώθηκε κώλυμα για τους ιατρούς οι οποίοι ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα, ότι δεν δύνανται να διορισθούν ως Πρόεδροι και Αντιπρόεδροι του Διοικητικού Συμβουλίου, ενώ η αντικατάσταση μέλους του εν λόγω οργάνου αποδεσμεύθηκε από όλους τους περιορισμούς και κατέστη ελεύθερη<sup>21</sup>.

Από το 1983 που έγινε η σύσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας έως το 1992 που έγινε η πρώτη μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ υπάρχει πλήθος νομοθετημάτων. Συγκεκριμένα με τον Ν. 1316/1983 γίνεται η ίδρυση & οργάνωση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (ΕΦ) και της

---

<sup>21</sup> Ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» Φ. 143<sup>Α</sup>/7.10.83

Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.). Με τον Ν. 1471/1984 ρυθμίζονται θέματα περί των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, των Αγροτικών Ιατρείων και των υγειονομικών σταθμών. Τον ίδιο χρόνο με τον Ν. 1431 ρυθμίζονται θέματα των Φορέων Κοινωνικής Πρόνοιας. Με τον Ν. 1729/1987 γίνεται ένα νομικό πλαίσιο για την καταπολέμηση της διάδοσης των ναρκωτικών και την προστασία των νέων. Τέλος το 1988 με τον Ν. 1820 συστήνεται το νομικό πλαίσιο περί αιμοδοσίας.

## **1.8 Κύριες Μεταρρυθμίσεις του Ε.Σ.Υ**

### **1.8.1 Ν. 2071/1992 «Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας»**

Η ψήφιση του Ν. 2071/1992 δεν εισήγαγε κανένα νέο στοιχείο στην διοίκηση των νοσοκομείων όσον αφορά τον θεσμό των Δ.Σ. αυτών, αφού ο θεσμός παρέμεινε ως είχε με απλοποιημένες μόνο λειτουργικές διαφοροποιήσεις από εκείνου του Ν. 1397/1983 και ιδίως στην θητεία και τον αριθμό των μελών αυτού. Όμως η καινοτομία την οποία εισήγαγε ο Νόμος αυτός ήταν η καθιέρωση του θεσμού του Γενικού Διευθυντή στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953. Σύμφωνα με διάταξη του Ν. 2071/1992 ο Γενικός Διευθυντής προϊσταται όλων των υπηρεσιών του Νοσηλευτικού Ιδρύματος συντονίζει και ελέγχει το έργο αυτών, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του Διοικητικού Συμβουλίου, εισηγείται σε αυτό, κάθε φορά, τα θέματα που τίθενται προς συζήτηση και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου. Τα ιδιαίτερα καθήκοντα και οι αρμοδιότητες του Γενικού Διευθυντή, καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων<sup>22</sup>.

Την ίδια χρονιά συστήνεται ο Ν. 2082 με τον οποίο γίνεται η αναδιοργάνωση της Κοινωνικής Πρόνοιας και η καθιέρωση νέων θεσμών Κοινωνικής Προστασίας όπως αυτός της αναδοχής.

---

<sup>22</sup> Ν. 2071/1992 «Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας» Φ. 123<sup>Α</sup>/15.7.92

### **1.8.2 Ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις»**

Το 1994 έχουμε την πρώτη ουσιαστική μεταρρύθμιση του ΕΣΥ. Με το νόμο 2194/1994 ετέθησαν οι βάσεις για τη σύγχρονη οργάνωση του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (ΕΚΑΒ), με στόχο τη λειτουργία του ως φορέα επείγουσας προνοσοκομειακής νοσηλείας με εξειδικευμένες μονάδες, εκπαίδευση του προσωπικού και συμμετοχή γιατρών στη λειτουργία του. Επίσης η Υγειονομική Σχολή Αθηνών μετονομάστηκε σε Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) με πλήρη διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η ΕΣΔΥ αποτελεί Εκπαιδευτικό και Ερευνητικό Ίδρυμα με μεταπτυχιακό χαρακτήρα. Η αναβάθμιση της ΕΣΔΥ είχε ως σκοπό την παραγωγή υψηλού επιπέδου στελεχών δημόσιας υγείας και διοίκησης υπηρεσιών υγείας για τις ανάγκες των υπηρεσιών υγείας και δημόσιας υγείας της χώρας. Τέλος με τον νόμο αυτό θεσπίστηκε η συστηματική μετεκπαίδευση των ιατρών του ΕΣΥ<sup>23</sup>.

### **1.8.3 Ν.2519/1997 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών Ρυθμίσεις για το Φάρμακο και άλλες Διατάξεις»**

Ο νόμος Ν.2519/1997, προέβλεπε τη σύσταση Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας - Πρόνοιας ως τμήμα της Γενικής Διεύθυνσης κάθε Διοικητικής Περιφέρειας. Οι Περιφέρειες είναι 13 και προϊστάμενος είναι ο Περιφερειάρχης. Οι Περιφέρειες ανήκουν διοικητικά στο Υπουργείο Εσωτερικών. Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας - Πρόνοιας της Περιφέρειας προέβλεπε τρία τμήματα, το Δημόσιας Υγείας, Υπηρεσιών Υγείας και Υπηρεσιών Πρόνοιας<sup>24</sup>

Με το νόμο αυτό ψηφίσθηκαν επίσης ορισμένα άρθρα που αφορούσαν τη «Δημόσια Υγεία», όπως η σύσταση Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας στο άρθρο 4, ακόμη από το άρθρο 6 στο Υπουργείο Υγείας και δημιουργήθηκε ο θεσμός των

<sup>23</sup> Ν. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις» Φ. 34<sup>Α</sup>/16.3.94

<sup>24</sup> Ν.2519/1997 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών Ρυθμίσεις για το Φάρμακο και άλλες Διατάξεις» Φ. 165<sup>Α</sup>/21.8.97

Ιατρών Δημόσιας Υγείας ΕΣΥ. Ο θεσμός αυτός έδωσε τη δυνατότητα για ειδικό μισθολόγιο στους γιατρούς δημόσιας υγείας ΕΣΥ με σκοπό την προσέλκυση νέου ιατρικού δυναμικού για τη στελέχωση του Υπουργείου Υγείας και άλλων φορέων της δημόσιας υγείας των περιφερειών και νομαρχιών.

Ο Νόμος στην προσπάθειά του να συμβάλει στην ανασυγκρότηση του διοικητικού συστήματος των Νοσοκομείων εισήγαγε δύο βασικές καινοτομίες. Η πρώτη καινοτομία του Νόμου αυτού είναι ότι για πρώτη φορά η επιλογή των Προέδρων των Δ.Σ. των μεν Περιφερειακών και Ειδικών Νοσοκομείων θα γίνεται με δημόσια διαδικασία, γνώμη δηλ. της ειδικής Επιτροπής της Βουλής, των δε Νομαρχιακών Νοσοκομείων ύστερα από γνώμη του οικείου Περιφερειακού Συμβουλίου, με βάση αυστηρά αξιοκρατικά κριτήρια, ενώ τα πρόσωπα αυτά θα πρέπει να διαθέτουν ξεχωριστές ικανότητες, ιδιαίτερη εμπειρία, γνώση και επιστημονική συγκρότηση. Πράγματι η νέα αυτή διαδικασία εισάγει νέα ήθη στον τομέα της διοίκησης των Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων αφού είναι δυνατόν να επιλεγούν και άτομα κομματικώς μη προσκείμενα στο εκάστοτε κυβερνών κόμμα όπως συνέβαινε μέχρι σήμερα και τούτο θα έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό του κομματισμού στον χώρο της υγείας και την απαγκίστρωση της διοίκησης από το εκάστοτε κυβερνών κόμμα.

Μια δεύτερη καινοτομία του Νόμου αυτού είναι όχι απλώς η ενεργοποίηση του θεσμού του Γενικού Διευθυντή σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 17 του Νόμου αλλά η διαφοροποίηση αυτού, αρκετά από τον θεσπισθέντα με την διάταξη του άρθρου 55 του Ν. 2071/1992. Η διαφοροποίηση αυτού έγκειται στο ότι δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο ως MANAGER επί των οικονομικών της υγείας με ξεχωριστές αρμοδιότητες τις οποίες καθόρισε απευθείας ο Νόμος, πράγμα που δεν συνέβη κατά την αρχική θέσπιση του θεσμού αυτού με το Ν. 2071/92 αφού τότε άφηνε ο Νόμος το δικαίωμα καθορισμού των αρμοδιοτήτων στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Από τον συνδυασμό των παραπάνω προκύπτει ότι με βάση την διάταξη του άρθρου 17 του Ν. 2519/1997, ο Πρόεδρος του Δ.Σ. παύει να είναι ο Προϊστάμενος όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου αφού η αρμοδιότητα αυτή περιήλθε στον Γενικό Διευθυντή του Νοσοκομείου.

Το 1998 συστήνεται ο Ν. 2646 για την «Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας» ο οποίος αναφέρεται στην ανάπτυξη εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας, κυρίως για τις ευπαθείς μονάδες του πληθυσμού, ενώ παράλληλα δημιουργείται το Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας, καθώς και το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΒ).

Με τον Ν. 2716/1999 για την «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας» ο οποίος αναφέρεται στην ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, με βάση τις αρχές της τομεοποίησης, της κοινοτικής ψυχιατρικής και της αποϊδρυματοποίησης.

#### **1.8.4 Ν. 2703/1999 «Αναπροσαρμογή συντάξεων συνταξιούχων μελών ΔΕΠ των ΑΕΙ, ΕΠ των ΤΕΙ, Γιατρών ΕΣΥ & διπλωματικών υπαλλήλων, ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων & άλλων διατάξεων»**

Με την διάταξη του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 επέρχονται ορισμένες αλλαγές στην σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου των Νοσοκομείων και κυρίως στα πρόσωπα τα οποία διορίζει ο Υπουργός και ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας ανάλογα με τον αριθμό κλινών του Νοσοκομείου επέρχεται κυρίως στο πρόσωπο του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου και ιδίως για τα Νοσοκομεία με δύναμη άνω των 500 κλινών. Συγκεκριμένα με την διάταξη του άρθρου 21 παρ. 4 του ίδιου Νόμου η επιλογή του προέδρου των ανωτέρω νοσοκομείων γίνεται από το Ειδικό Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 159 του Ν. 2683/1999 μετά από προκήρυξη. Οι υποψήφιοι πρέπει να είναι πτυχιούχοι Α.Ε.Ι. στο Δημόσιο και με αξιολογημένη διοικητική εμπειρία σε οργανισμούς ή επιχειρήσεις του ευρύτερου δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα<sup>25</sup>.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας εξειδικεύονται και μοριοποιούνται τα κριτήρια για την αξιολόγηση των υποψηφίων, Ο διορισμός γίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, και η θητεία τους είναι πενταετής. Πρόωρη

---

<sup>25</sup> Ν. 2703/1999 «Αναπροσαρμογή συντάξεων συνταξιούχων μελών ΔΕΠ των ΑΕΙ, ΕΠ των ΤΕΙ, Γιατρών ΕΣΥ & διπλωματικών υπαλλήλων, ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων & άλλων διατάξεων»Φ. 96<sup>Α</sup>/17.5.99



λήξη αυτής επέρχεται για σπουδαίο λόγο με απόφαση του Υπουργού μετά γνώμη του Ειδικού Υπηρεσιακού Συμβουλίου και αζημίως για το Δημόσιο και το Νοσοκομείο. Επίσης με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι μηνιαίες αποδοχές του Προέδρου. Παράλληλα σύμφωνα με το άρθρο 16 του παρόντος νόμου, ο πρόεδρος έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- i. Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του νοσοκομείου, στο πλαίσιο της γενικής πολιτικής και του προγραμματισμού που αποφασίζει το Διοικητικό Συμβούλιο, καθώς και τα μέτρα για την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και την ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των πόρων.
- ii. Προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου και του Κ.Υ. και Π.Ι που υπάγονται σε αυτό, ασκεί τον ιεραρχικό έλεγχο σε όλο το προσωπικό και έχει την ευθύνη της οργάνωσης συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου για να ανταποκρίνονται στην αποστολή του.
- iii. Έχει ευθύνη για την κατάρτιση και εισήγηση στο Δ.Σ. του προϋπολογισμού και για την εκτέλεσή του, ως και για την κατάρτιση και εισήγηση στο Δ.Σ. του επιχειρησιακού σχεδιασμού, την εκπόνηση του προγράμματος προμηθειών του νοσοκομείου
- iv. Την εν γένει αποτελεσματική, ποιοτική και αποδοτική λειτουργία των υπηρεσιών του νοσοκομείου. Για τη διεκπεραίωση του έργου του μπορεί να συγκροτεί ομάδες διοίκησης έργου.

#### **1.8.5 Ν.2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας»**

Ο νόμος Ν.2889/2001 εισήγαγε τη λειτουργία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ) με σκοπό την αποκέντρωση της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας. Τα ΠΕΣΥ αντιπροσώπευαν περιφερειακές δομές του Υπουργείου Υγείας. Κάθε ένα ήταν υπεύθυνο για την αντίστοιχη υγειονομική περιφέρεια. Οι υγειονομικές περιφέρειες είναι 13 αλλά για καλύτερη εξυπηρέτηση ορισμένων γεωγραφικών περιοχών ιδρύθηκαν 17 ΠΕΣΥ, τα τρία (3) στην περιοχή Αττικής, δύο (2) στην Κεντρική Μακεδονία και δύο (2) στο Αιγαίο. Σκοπός της ίδρυσης των ΠΕΣΥ ήταν η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας

σε επίπεδο περιφέρειας. Με τον ανωτέρω νόμο υπήρξε επίσης αλλαγή στη σύνθεση των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων και τοποθετήθηκαν «managers» ως διοικητές των νοσοκομείων<sup>26</sup>.

Με τον Ν.2889/2001 απαγορεύεται 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. Τα ζητήματα που έχουν εξεταστεί από το Γ τμήμα του ΣτΕ αφορούν την ακαδημαϊκή ελευθερία και την ελευθερία της έρευνας στο πλαίσιο των πανεπιστημιακών νοσοκομείων. Σύμφωνα με τις αποφάσεις του ΣτΕ 428, 429/2006 η απομάκρυνση των ιατρών που παραβαίνουν τον Ν. 2889/2010 δεν παραβιάζει το αυτοδιοίκητο των ΑΕΙ. Στον ίδιο άξονα είχε κινηθεί και η απόφαση του ΣτΕ 4126/1980 ΝοΒ 1981 με την οποία κρίθηκε για θεμιτό περιορισμό της συνταγματικά κατοχυρωμένης επαγγελματικής ελευθερίας των ιατρών που δικαιολογείται, επειδή αποσκοπεί στην ταχεία βελτίωση των υγειονομικών συνθηκών της χώρας με την αφιέρωση του διδακτικού προσωπικού στα υψηλά καθήκοντα στη διδασχή. Τέλος ο Άρειος Πάγος έχει ασχοληθεί με το θέμα της αστικής ευθύνης των πανεπιστημιακών ιατρών. Με την ΑΠ 1659/2003 κρίνεται ότι οι πανεπιστημιακοί ιατροί δεν υπάγονται στις διατάξεις του Κώδικα Καταστάσεως Δημοσίων Πολιτικών Υπαλλήλων που αποκλείει την ατομική τους ευθύνη για τυχόν ζημιές που προξένησαν από πράξεις ή παραλήψεις κατά την άσκηση των καθηκόντων τους<sup>27</sup>.

#### **1.8.6 Ν. 2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις»**

Με τον νόμο 2920/2001 δημιουργήθηκε το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας (ΣΕΥΥΠ), του οποίου ο σκοπός είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και φορείς αρμοδιοτήτων ή εποπτείας του ΥΥΚΑ και των υπηρεσιών υγείας των Ασφαλιστικών Φορέων σε

---

<sup>26</sup> Ν.2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» Φ. 37<sup>Α</sup>/2.3.01

<sup>27</sup> Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π. (2009), Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα, σελ. 180-182

όλη την Ελλάδα. Το ΣΕΥΥΠ έχει αρμοδιότητα και στους φορείς δημόσιας υγείας. Το ΣΕΥΥΠ διαρθρώνεται σε τρεις τομείς: α) Υγειονομικού - Φαρμακευτικού Ελέγχου, β) Διοικητικού - Οικονομικού Ελέγχου, γ) Ελέγχου Φορέων Πρόνοιας<sup>28</sup>.

Με τον Ν. 2955/2001 «Προμήθειες Νοσοκομείων και Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και άλλες Διατάξεις» ο οποίος ρυθμίζει τις προμήθειες των νοσοκομείων και μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, κυρίως μέσω των ΠεΣΥ, με την κατάρτιση μητρώου, τη σύσταση πενταμελών επιτροπών εμπειρογνώμων και τη δημιουργία ειδικών πιστωτικών συμβάσεων.

#### **1.8.7 Ν. 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις»**

Ο νόμος 3106/2003 είχε ως στόχο κυρίως την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών Πρόνοιας. Ο νόμος αναφέρεται στην Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών πρόνοιας σε επίπεδο Περιφέρειας. Έτσι τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (ΠΕΣΥ) μετονομάστηκαν σε Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ). Σε κάθε ΠΕΣΥΠ συνεστήθη αυτοτελές τμήμα Κοινωνικών Υπηρεσιών υπεύθυνο για τις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας. Στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας υπάγονται μονάδες όπως Π.χ. Χρόνια θεραπευτήρια, Παιδοπόλεις, το Κέντρο Βρεφών Μητέρα, Κέντρα Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Υποστήριξης, κ.α<sup>29</sup>.

Με τον Ν. 3172/2003 «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες Διατάξεις» ο οποίος αφορά την οργάνωση και εκσυγχρονισμό των υπηρεσιών δημόσιας υγείας, σε κεντρικό και περιφερειακό επίπεδο, με τη δημιουργία Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας, Διαγραμματιστικής

---

<sup>28</sup> Ν.2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις» Φ. 131<sup>Α</sup>/27.6.01

<sup>29</sup> Ν.3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» Φ. 30<sup>Α</sup>/10.2.03

Συντονιστικής Δημόσιας Υγείας και την ίδρυση αυτοτελούς Τμήματος Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας.

Τον ίδιο χρόνο με τον Ν. 3204 «Τροποποίηση και Συμπλήρωση της Νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ρυθμίσεις άλλων Θεμάτων Αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας», με αυτόν το νόμο ορίζονται τα θέματα διορισμού και αξιολόγησης των γιατρών του ΕΣΥ, καθώς και τα θέματα του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), των νοσοκομειακών φαρμακοποιών, του ΟΚΑΝΑ, του ΚΕΕΛ και του ΕΚΑΒ.

Το 2004 ψηφίζεται ο Ν. 3235 για την «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», με αυτό τον νόμο εισέρχονται καινοτομίες το χώρο της υγείας που αφορά την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, την καθιέρωση του οικογενειακού και προσωπικού γιατρού, την ηλεκτρονική κάρτα υγείας και τη λειτουργική υπαγωγή όλων των μονάδων ΠΦΥ στην εποπτεία των ΠεΣΥΠ.

Με τον Ν. 3252/2004 περί «Σύστασης ένωσης Νοσηλευτών –τριών και άλλες Διατάξεις», ιδρύεται η Ένωση Νοσηλευτών Ελλάδας και καθιερώνονται οι προϋποθέσεις για την άδεια άσκησης του επαγγέλματος του νοσηλευτή, ενώ παράλληλα συγκροτούνται περιφερειακά συμβούλια επιλογής γιατρών του ΕΣΥ.

#### **1.8.8 Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»**

Ο νόμος 3329/2005 επέφερε αλλαγές στη λειτουργία κυρίως των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας. Στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας καταργήθηκαν τα ΠΕΣΥΠ και συνεστήθη Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ ΥΠΕ). Σκοπός των Δ ΥΠΕ είναι ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Ν. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»Φ. 81<sup>Α</sup>/4.4.05

Ως φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας ορίζονται οι ακόλουθοι, Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης, Λοιπά Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου του Δημοσίου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Επίσης την ίδια χρόνια με τον Ν. 3370 περί «Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές Διατάξεις» ιδρύεται η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας και καθίσταται το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας ανεξάρτητη αρχή, ενώ ταυτόχρονα μετονομάζεται το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (ΚΕΕΛ) σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ).

Ένας ακόμη σημαντικός νόμος που ψηφίζεται το 2005 είναι ο Ν.3418 περί «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας» με το συγκεκριμένο νομικό κείμενο καθιερώνεται ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας για την εξασφάλιση της ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας των ιατρικών πράξεων, καθώς και την υποχρέωση των γιατρών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση.

#### **1.8.9 Ν. 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων Εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»**

Το 2007 με το νόμο 3527/2007 τρίτο άρθρο, η επικράτεια του ελληνικού κράτους διαιρείται σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες (ΥΠ) με 7 αντίστοιχες ΔΥΠΕ. Με το νόμο αυτό όργανα διοίκησης της κάθε ΔΥΠΕ είναι: α) ο διοικητής της ΥΠΕ και β) δύο υποδιοικητές. Ο διοικητής και οι υποδιοικητές είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και έχουν διετή θητεία. Με άλλο άρθρο του ίδιου νόμου το Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (ΚΕΠΙΧΣΟΤΥ) μετονομάζεται σε Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας (ΕΚΕΠΥ), το οποίο υπάγεται απευθείας στον Υπουργό, συντονίζεται από το Γενικό Γραμματέα του ΥΥΚΑ και διοικείται από

διοικητή και υποδιοικητή πλήρους και όχι αποκλειστικής απασχόλησης, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας<sup>31</sup>.

Με τον Ν.3580/2005 περί «Προμήθειες Φορέων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες διατάξεις». Συγκροτείται ενιαία Επιτροπή Προμηθειών Υγείας η οποία διενεργεί ή εγκρίνει όλες τις προμήθειες των φορέων που εποπτεύονται από το ΥΥΚΑ.

#### **1.8.9.1 Η νομοθεσία για τις κεντρικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας**

Η νομοθεσία για τις κεντρικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας αναφέρεται ουσιαστικά στον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, στον οποίο εντάσσονται αυτές οι υπηρεσίες. Ουσιαστικά υπάρχουν δύο βασικά νομοθετήματα που καθόρισαν τον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας και άλλα δύο για τη Δημόσια Υγεία. Τα νομοθετήματα αυτά είναι τα εξής:

- Το ΠΔ 138/1992 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων» (ΦΕΚ68Α'/1992)
- Το ΠΔ 95/2000 «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 76Α'/2000)
- Το Ν 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»(ΦΕΚ 197Α'/2003)
- Το Ν 3370/2005 "Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις" (ΦΕΚ 196Α'/2005).

Ο ισχύον οργανισμός του Υπουργείου Υγείας είναι αυτός που καθορίζεται με βάση το ΠΔ 95/2000 και τις τροποποιήσεις που επέφεραν σ' αυτό, σε ότι αφορά τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, οι νόμοι 3172/03 και 3370/05. Με βάση τις ισχύουσες διατάξεις, η δομή των κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας της χώρας είναι η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, η οποία έχει την πολιτική ευθύνη της χάραξης,

---

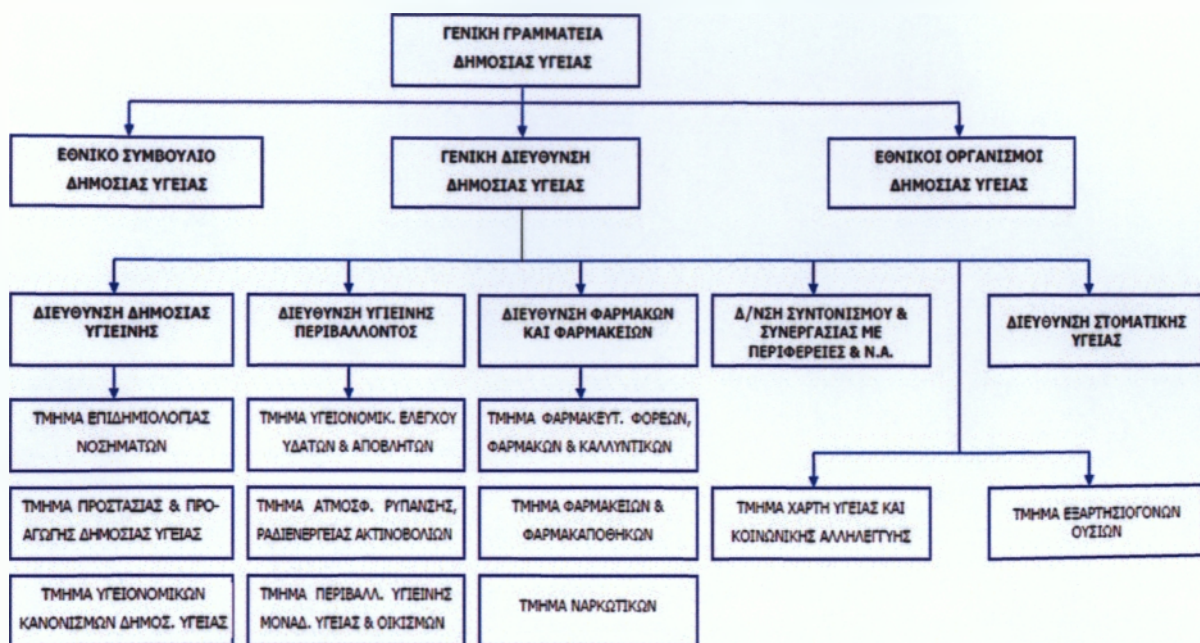
<sup>31</sup> Ν. 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων Εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» Φ. 134Α/18.6.07

άσκησης και εποπτείας της πολιτικής Δημόσιας Υγείας, καθώς και της λειτουργίας των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.

Οι κεντρικές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου είναι συγκροτημένες σε μία Γενική Διεύθυνση, τη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, στην οποία υπάγονται πέντε Διευθύνσεις και δύο αυτοτελή Τμήματα τα οποία είναι:

- i.** Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής
- ii.** Διεύθυνση Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος
- iii.** Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων
- iv.** Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με Περιφέρειες & Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις
- v.** Διεύθυνση Στοματικής Υγείας
- vi.** Αυτοτελές Τμήμα Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- vii.** Αυτοτελές Τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών.

Στο ακόλουθο διάγραμμα παρουσιάζεται σε μορφή οργανογράμματος η δομή των κεντρικών υπηρεσιών υγείας.



*Διάγραμμα 1.1:* Οργανόγραμμα κεντρικών υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας.



### 1.8.9.2 Η νομοθεσία για τις περιφερειακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Στις Περιφερειακές Διοικήσεις μεταβιβάστηκαν αρμοδιότητες Υγείας και Πρόνοιας. Έτσι το 1997 ιδρύθηκαν 13 περιφερειακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, οι οποίες ανήκαν στις αντίστοιχες Περιφέρειες της χώρας το 2007 οι Περιφέρειες αυτές συμπίπτηκαν σε 7. Η νομοθεσία που διέπει τις περιφερειακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας καθορίζεται με τα εξής νομοθετήματα:

- Το Ν 2503/1997 «Διοίκηση, Οργάνωση, στελέχωση της Περιφέρειας, ρύθμιση θεμάτων για την τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ107Α'/1997)
- Το Ν 2519/1997 «Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 165Α'/1997).
- Την ΥΑ Δ3α/οικ.357/1998 «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας» (ΦΕΚ 435Β'/1998)
- Την ΥΑ Δ3α/οικ.509/1999 «Σύσταση θέσεων προσωπικού στις Διευθύνσεις Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας»(ΦΕΚ 1593Β'/1999).
- Το Ν 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003) και
- Το Ν 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).
- Το Ν 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

Ο νόμος με τον οποίο οι 17 ΔΥΠΕ συγχωνεύτηκαν σε 7 Υγειονομικές Περιφέρειες είναι ο προαναφερθέντας 3527/2007 και είναι οι εξής:

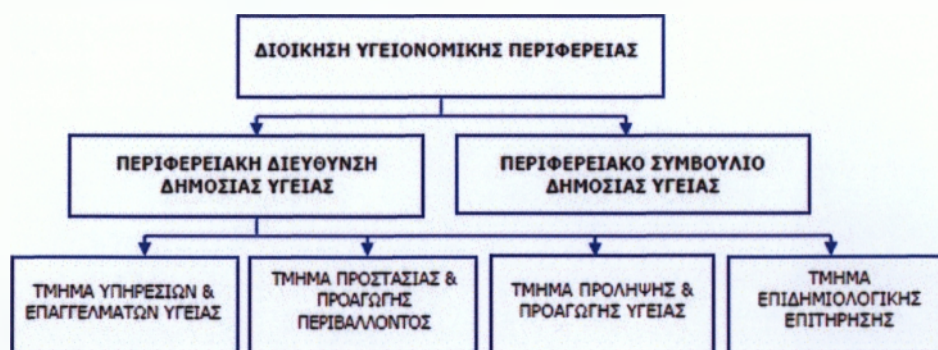
- 1 Υ.ΠΕ. ΑΤΤΙΚΗΣ
- 2 Υ.ΠΕ. ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ
- 3 Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
- 4 Υ.ΠΕ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ
- 5 Υ.ΠΕ. ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

- 6 Υ.ΠΕ. ΠΕΛΛΟΠΟΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
- 7 Υ.ΠΕ. ΚΡΗΤΗΣ

Σύμφωνα με το Ν 3172/2003 και τις τροποποιήσεις του με βάση το Ν. 3370/05, κάθε Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει τα ακόλουθα Τμήματα:

- i. Τμήμα Υπηρεσιών και Επαγγελματιών Υγείας
- ii. Τμήμα Προστασίας και Προαγωγής Περιβάλλοντος
- iii. Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας
- iv. Τμήμα Επιδημιολογικής Επιτήρησης

Η κύρια αρμοδιότητα των Υγειονομικών Περιφερειών έγκειται στο γεγονός ότι σε περίπτωση εμφάνισης κινδύνου για τη δημόσια υγεία, ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να εκδίδει περιφερειακές υγειονομικές διατάξεις για την προστασία της δημόσιας υγείας, οι οποίες μπορούν να έχουν ισχύ είτε στο σύνολο είτε σε μέρος της συγκεκριμένης Περιφέρειας. Όμως οι διαδοχικές αλλαγές στο διοικητικό καθεστώς των περιφερειακών υπηρεσιών και η μη στελέχωσή τους, δεν επέτρεψαν την ανάπτυξή τους. Έτσι, οι υπηρεσίες αυτές δεν υφίστανται ακόμη και δεν λειτουργούν ή υπολειτουργούν.



**Διάγραμμα 1.2:** Οργανόγραμμα Περιφερειακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

### 1.8.9.3 Η νομοθεσία για τις νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας

Οι νομαρχιακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας έχουν τις ρίζες τους της στην ίδρυση του Ελληνικού κράτους. Εντούτοις, η σύγχρονη φυσιογνωμία των νομαρχιακών υπηρεσιών καθορίστηκε από μια σειρά νομοθετημάτων, τα οποία είναι τα εξής:

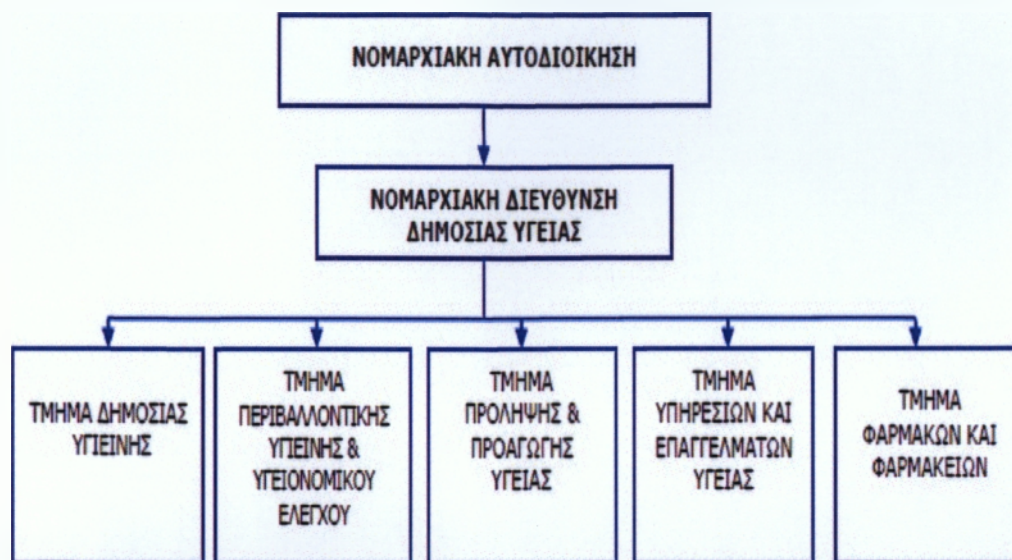
- Το ΠΔ 224/1989 «Οργάνωση Νομαρχιακών υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας» (ΦΕΚ 104Α'/1989)
- Το Ν 2218/1994 «Ίδρυση Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ90Α'/1994)
- Το Ν 2240/1994 «Συμπλήρωση διατάξεων για τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 153Α'/1994).
- Το ΠΔ 51/2001 «Οργάνωση και λειτουργία του Οργανισμού Περιθαλψής Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.)» (ΦΕΚ 41Α'/2001).
- Το Ν 3172/2003 «Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 197Α'/2003) και
- Το Ν 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 196Α'/2005).

Λόγω των αλλαγών που επήλθαν έπειτα από τον καλλικρατικό νόμο οι νομαρχιακές υπηρεσίες δημόσιας υγείας καταργήθηκαν καθώς και οι νομαρχιακές διευθύνσεις υγιεινής που αναφέρονται παρακάτω.

Συγκεκριμένα με το ΠΔ 224/89, καθορίστηκε η δομή, η διάρθρωση και οι αρμοδιότητες των Νομαρχιακών Διευθύνσεων Υγιεινής. Με το ΠΔ 51/01, οι νομαρχιακές υπηρεσίες απαλλάχθηκαν από τις αρμοδιότητες περίθαλψης των δημοσίων υπαλλήλων και απέκτησαν την τελική μορφή και τις σημερινές τους αρμοδιότητες. Τέλος, με το Ν 3127/03 καθορίζεται ένα ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας. Έτσι κάθε νομαρχιακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας περιλαμβάνει στη διάρθρωσή της τα παρακάτω Τμήματα:

- i. Τμήμα Δημόσιας Υγιεινής
- ii. Τμήμα Πρόληψης και Προαγωγής της Υγείας
- iii. Τμήμα Περιβαλλοντικής Υγιεινής και Υγειονομικού Ελέγχου

- iv. Τμήμα Υπηρεσιών και Επαγγελματών Υγείας
- v. Τμήμα Φαρμάκων και Φαρμακείων



**Διάγραμμα 1.3:** Οργανόγραμμα Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας

#### 1.8.9.4 Η νομοθεσία για τους οργανισμούς Δημόσιας Υγείας

Παράλληλα με την εξέλιξη της νομοθεσίας για τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας, έχει συγκροτηθεί σταδιακά στη χώρα ένα νομικό πλαίσιο που διέπει μια σειρά οργανισμών Δημόσιας Υγείας, οι οποίοι ιδρύθηκαν και λειτουργούν σήμερα, και οι οποίοι εξυπηρετούν τις ανάγκες και τις λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας.

Στους δημόσιους οργανισμούς υγείας περιλαμβάνονται:

- i. Το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας
- ii. Τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας
- iii. Το Ελληνικό Ινστιτούτο PASTEUR
- iv. Η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας
- v. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού
- vi. Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)
- vii. Ο Οργανισμός Καταπολέμησης Ναρκωτικών (Ο.ΚΑ.ΝΑ.)
- viii. Ο Ενιαίος Φορέας Ελέγχου Τροφίμων (Ε.Φ.Ε.Τ.)
- ix. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ)

#### **1.8.10 Ν. 3863/2010 «Νέο Ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις»**

Το 2010 υπό το βάρος της οικονομικής κρίσης επιβάλλονται αλλαγές στο ασφαλιστικό σύστημα. Σε αυτό τον νόμο περιλαμβάνονται σημαντικές διατάξεις, κυρίως συνταξιοδοτικές. Ειδικότερα, με τις διατάξεις του άρθρου 10 αυξάνονται τα όρια ηλικίας και τα έτη ασφάλισης που απαιτούνται για τη συνταξιοδότηση λόγω γήρατος των ασφαλισμένων σε όλους τους φορείς κύριας ασφάλισης, ενώ με τις διατάξεις του άρθρου 25 παρέχονται κίνητρα για παραμονή στην εργασία και πέραν των 35 ετών<sup>32</sup>.

#### **1.8.11 Ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος υγείας & λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης»**

Με τον νόμο 3868/ 2010 καθιερώνεται ουσιαστικά η ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων, εφαρμόζεται για πρώτη φορά απαγόρευση του καπνίσματος στους δημόσιους χώρους και ρυθμίζονται θέματα όπως η ανάπτυξη ιατρικού δυναμικού στις μονάδες υγείας του ΕΣΥ. Επανασυστήνεται η λειτουργία & διοίκηση φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τέλος, εφαρμόζονται νέες διατάξεις που αφορούν την ψυχική υγεία και ιδρύεται το Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (ΕΣΥΔΥ)<sup>33</sup>.

---

<sup>32</sup> Ν. 3863/2010 «Νέο Ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις» Φ. 115<sup>Α</sup>/15.7.10

<sup>33</sup> Ν. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος υγείας & λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης» Φ. 129<sup>Α</sup>/3.8.10

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: Η ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Ο όρος «*υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες*» περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Αυτός ο όρος εμπεριέχει την έννοια της «*φροντίδας υγείας*» και την έννοια της «*περίθαλψης*». Η φροντίδα υγείας αναφέρεται σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας ή μιας χώρας, ενώ αντίθετα η περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Οι παράγοντες που προσδιορίζουν την προσφορά των υπηρεσιών υγείας είναι<sup>34</sup>:

- ❖ η επάρκεια των ανθρωπίνων πόρων
- ❖ η ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων
- ❖ το επιδημιολογικό πρότυπο
- ❖ η κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη

Τα βασικά αυτά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας είναι τα εξής:

- Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι διαθέσιμες στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης κατά τη διάρκεια ολόκληρου του 24ώρου.
- Η δυνατότητα των πολιτών να τις προσπελάσουν για να τις χρησιμοποιήσουν. Η προσπελασιμότητα έχει τον χαρακτήρα της τοποχρονικής δυνατότητας παροχής ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης στον καθένα από τους κατοίκους της χώρας ή μιας συγκεκριμένης περιοχής, σε κάθε σημείο της περιοχής ευθύνης των υπηρεσιών και επίσης στη διάρκεια ολόκληρου του 24ώρου.
- Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό δεν περιορίζεται όμως μόνο στο στάδιο της αντιμετώπισης κάποιου συγκεκριμένου υγειονομικού προβλήματος, μιας ασθένειας, αλλά καλύπτει επίσης και τα στάδια πριν και

---

<sup>34</sup> Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε., (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού

μετά την εμφάνιση του δηλαδή προληπτική ιατρική και αποκατάσταση. Επομένως πρέπει να είναι εξασφαλισμένη η συνέχεια της προσφοράς των υπηρεσιών υγείας.

Στην Ελλάδα οι υπηρεσίες υγείας διακρίνονται σε τρία επίπεδα:

- την Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας
- τη Δευτεροβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας
- την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

### **2.1 Πρωτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας**

Με τον όρο Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος. Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, κι είναι οι ακόλουθες:

- Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας - Πρόληψης καλύπτει κυρίως<sup>35</sup>:

- ✓ Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόωπη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας

---

<sup>35</sup> Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε., (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού, σελ.389-390

- ✓ Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού
- ✓ Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
- ✓ Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων
- ✓ Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής
- ✓ Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες -απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS
- ✓ Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος
- ✓ Την αγωγή υγείας
- ✓ Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού
- ✓ Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού, δεδομένου ότι με αυτό θα αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.

Η παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας πραγματοποιείται μέσα από τις εξής δομές<sup>36</sup>:

- i) Τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ που περιλαμβάνουν τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία

---

<sup>36</sup> Τούντας Γ., (1998), Υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας, σελ.544



- ii) Τις δομές κοινωνικής ασφάλισης που αποτελούνται από τις μονάδες υγείας του ΙΚΑ και τους συμβεβλημένους με τα ταμεία ιδιώτες ιατρούς και τα διαγνωστικά εργαστήρια.
- iii) Τον ευρύτερο δημόσιο τομέα που περιλαμβάνει τις στρατιωτικές μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τις μονάδες παροχής υγείας των ΟΤΑ και τα ΚΑΠΗ
- iv) Τον ιδιωτικό τομέα που περιλαμβάνει τους ιδιώτες ιατρούς, τα διαγνωστικά κέντρα, τα κέντρα αποκατάστασης και τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών κλινικών.

### **2.1.1 Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία & Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων ΕΣΥ**

Το 1983 με τον Ν.1397 γίνεται μια μεγάλη ανατροπή στο σύστημα υγείας της χώρας. Θεσπίζεται η πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω Κέντρων Υγείας και Περιφερειακών Ιατρείων τα οποία παρέχουν υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου. Έτσι σε κάθε Νομό ιδρύονται Κέντρα Υγείας ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων του Νομού και Περιφερειακά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Υγείας. Το πλαίσιο της στελέχωσης των Κέντρων Υγείας διέπεται από την αρχή ότι αυτά θα πρέπει να έχουν πολυδύναμο χαρακτήρα ώστε να καλύπτουν τις πρωτοβάθμιες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Από τον αρχικό σχεδιασμό έως σήμερα επιχειρήθηκαν διάφορες οργανωτικές παρεμβάσεις μέσω μίας σειράς νομοθετημάτων και οργανωτικών ρυθμίσεων. Συγκεκριμένα με την ψήφιση του Ν. 2071/1992 καθιερώνεται η λειτουργία πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα και αλλάζει η δομή των Κ.Υ & των Π.Ι. Ο Νόμος αυτός όμως δεν εφαρμόστηκε κατ' ουσίαν ποτέ καθώς το 1997 με τον Ν.2194 και το 1999 με τον Ν. 2519 επανήλθαν οι διατάξεις του 1397/1983. Ουσιαστική αλλαγή δομής του ΕΣΥ πραγματοποιήθηκε το 2001 με τον Ν.2889 αλλά και πάλι δεν επηρεάστηκε το σύστημα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης αφού η μόνη αλλαγή ήταν η υπαγωγή των μονάδων υγείας στα Π.Ε.Σ.Υ.Π της χώρας. Με τον Ν.3235/2004 επανακαθορίζονται οι αρχές και οι μονάδες μέσω των οποίων παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας αλλά και προβλέπεται ενοποίηση των πρωτοβάθμιων

υπηρεσιών υγείας. Τέλος με αυτόν τον Νόμο επαναπροσδιορίζεται το ζήτημα του οικογενειακού ιατρού ή αλλιώς του προσωπικού ιατρού<sup>37</sup>.

Στα νοσοκομεία του ΕΣΥ λειτουργούν Εξωτερικά Ιατρεία, τα οποία καλύπτουν το σύνολο των ιατρικών ειδικοτήτων. Με τον Νόμο 2889 του 2001 θεσπίστηκε η λειτουργία Απογευματινών Ιατρείων μέσα στα νοσοκομεία στα οποία μπορούν να ασκήσουν ιδιωτικό έργο οι πανεπιστημιακοί και νοσοκομειακοί ιατροί.

### **2.1.2 Κοινωνική Ασφάλιση**

Σε ότι αφορά την πρωτοβάθμια περίθαλψη, αυτή παρέχεται από 23 φορείς ασφάλισης ασθένειας<sup>38</sup>. Όμως τόσο ο τρόπος των παροχών όσο και το είδος διαφέρει από φορέα σε φορέα. Κοινή συνισταμένη είναι ότι παροχές υγείας μπορούν να λάβουν όλοι οι ασφαλισμένοι μέσω των φορέων του ΕΣΥ.

### **2.1.3 Τοπική Αυτοδιοίκηση & παροχές υγείας**

Η τοπική αυτοδιοίκηση συμμετέχει ενεργά στην πρωτοβάθμια παροχή υγείας στους πολίτες. Σε πολλούς δήμους λειτουργούν δημοτικά ιατρεία που διαθέτουν τις βασικές ιατρικές ειδικότητες. Επίσης μέσω των δήμων έχουν ξεκινήσει προγράμματα «Βοήθειας στο Σπίτι» αλλά και προγράμματα αγωγής και προαγωγής υγείας. Ακόμη στην χώρα μας λειτουργούν εκατοντάδες ΚΑΠΗ τα οποία στηρίζουν τους ηλικιωμένους αλλά και περισσότερα από 70 Κέντρα Πρόληψης εξαρτημένων ατόμων από ουσίες.

### **2.1.4 Ιδιωτικός Τομέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

Ο ιδιωτικός τομέας της πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που προσφέρουν οι ιδιώτες ιατροί, οι στρατιωτικοί ιατροί, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα, τα εξωτερικά ιατρεία των ιδιωτικών θεραπευτηρίων και άλλες

<sup>37</sup> Αλεξιάδη Α., (2005), Το αποκεντρωτικό σύστημα της Π.Φ.Υ, Ε.Δ.Δ.Δ.Δ

<sup>38</sup> Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης, Αναρτημένο: <http://www.ypakp.gr/>, 1-09-2011

μονάδες υγείας, όπως φυσικοθεραπευτήρια, λογοθεραπευτήρια. κ.λπ. Στον ιδιωτικό τομέα δραστηριοποιούνται και παρέχουν πρωτοβάθμιες υπηρεσίες 25.000 ιδιώτες ιατροί και 12.000 οδοντίατροι. Ο αριθμός αυτός ολοένα αυξάνεται και κρίνεται πολύ μεγάλος με βάση τις ανάγκες της χώρας. Στον ιδιωτικό τομέα δραστηριοποιούνται επίσης περισσότερα από 400 διαγνωστικά κέντρα και εργαστήρια. Είναι ενδεικτικό ότι το ποσοστό των επενδύσεων του ιδιωτικού τομέα στην υψηλή τεχνολογία ανέρχεται σε 90% επί του συνόλου των επενδύσεων έναντι 30% του ΕΣΥ.

### **2.1.5 Προβλήματα Πρωτοβάθμιας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

Το κύριο πρόβλημα της παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα μπορεί να συνοψιστεί στην απουσία ενός οργανωμένου συστήματος σχεδιασμού, συντονισμού και ελέγχου των επιμέρους υπηρεσιών, που να ανταποκρίνεται στις προδιαγραφές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Συγκεκριμένα τα προβλήματα εντοπίζονται στην απουσία συστηματικής έρευνας πάνω στην Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας και στις επενδύσεις σε οικονομικούς και ανθρώπινους πόρους που θα πρέπει να τη συνοδεύουν. Επίσης στην έλλειψη μηχανισμών αποτίμησης της αποδοτικότητας των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας και αξιοποίησης των συμπερασμάτων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας και μείωση του κόστους των υπηρεσιών αυτών. Στην αποσπασματική και συχνά αλληλοεπικαλυπτόμενη παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας από διάφορους φορείς. Στην έλλειψη μηχανοργάνωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του δημόσιου τομέα και της κοινωνικής ασφάλισης και στην απουσία ηλεκτρονικού φακέλου υγείας του ασθενούς που να παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα για την κατάσταση της υγείας του. Στις γενικευμένες ελλείψεις νοσηλευτικού προσωπικού και στη γεωγραφική ανισοκατανομή του ιατρικού δυναμικού. Τέλος στην ύπαρξη μεγάλου αριθμού ειδικευμένων ιατρών και στην έλλειψη σημαντικού αριθμού γενικών ιατρών<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> Τούντας Γ., (1998), Υπηρεσίες υγείας, Εκδόσεις Οδυσσέας, σελ.574-577

## Νομολογία που αφορά Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Με τις αποφάσεις του ΣτΕ 754/2009 και 444/2010 οι Μονάδες Χρόνιας Αιμοκάθαρσης που ιδρύονται εκτός νοσοκομείων και κλινικών είναι, με βάση τα κριτήρια που αναφέρθηκαν, υγειονομικές μονάδες πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης, οι οποίες αντιδιαστέλλονται σαφώς από τις κλινικές και τις μονάδες δευτεροβάθμιας περίθαλψης γενικά, γιατί δεν έχουν ως αποστολή την εσωτερική νοσηλεία των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών επιβάλλει τη στενότερη επιστημονική και λειτουργική διασύνδεση των ΜΧΑ και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού τους με τα νοσοκομεία του ΕΣΥ της περιοχής τους, που διαθέτουν αντίστοιχες μονάδες τεχνητού νεφρού. Έτσι ο νόμος επιβάλλει την εγκατάστασή τους σε μεμονωμένα ειδικά κτίρια αποκλειστικής χρήσης και θεσπίζει συγκεκριμένες αυστηρές προδιαγραφές σχετικά με το είδος και το μέγεθος των χώρων, του τεχνικού εξοπλισμού, καθώς και του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού τους.

Η απόφαση της ολομέλειας του ΣτΕ με βάση το άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος με το οποίο προστατεύεται η οικονομική ελευθερία και η ελευθερία ασκήσεως επιχειρηματικής ή επαγγελματικής δραστηριότητας. Με τις διατάξεις του άρθρου 13 παρ. 1 του Ν. 2071/1992 όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 4 του Ν. 2256/1994 επετράπη στους ιατρούς να συμπράττουν στα πλαίσια ιδιωτικών φορέων με σκοπό την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

### **2.2 Δευτεροβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας**

Με τον όρο Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζεται 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. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο. Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία<sup>40</sup>:

---

<sup>40</sup> Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε., (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού, σελ. 390-391

- Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Όμως, ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.
- Στρατιωτικά, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- Ιδιωτικά θεραπευτήρια.

### 2.2.1 Δημόσια Νοσοκομεία

Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ παρέχουν πλήρεις νοσοκομειακές υπηρεσίες, αλλά και ένα μεγάλο μέρος των υπηρεσιών υγείας σε όλους τους έλληνες πολίτες και σε πολλούς αλλοδαπούς. Τα νοσοκομεία του ΕΣΥ, ενώ προσφέρουν υψηλής επιστημονικής στάθμης περίθαλψη, υποχρηματοδοτούνται, υποστελεχώνονται, κακοδιοικούνται και παρέχουν χαμηλής ποιότητας ξενοδοχειακές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να μην ικανοποιούνται επαρκώς οι χρήστες των υπηρεσιών τους, οι οποίοι καταφεύγουν τελικά σε ιδιωτικές κλινικές επιβαρύνοντας τα ατομικά και οικογενειακά εισοδήματα.

Σήμερα τα Δημόσια διαθέτουν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Παρόλα αυτά ο αριθμός αυτός δεν είναι σε θέση να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, δεδομένου ότι η σημαντική μείωση των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων και των ΝΠΙΔ στην δεκαετία του 1980 δεν ήταν δυνατόν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των κλινών των Δημόσιων Μονάδων. Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών, νοσοκομείων λόγω έλλειψης σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και ελλιπούς στελέχωσης με κατάλληλο

ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, δεν μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών με αποτέλεσμα να λειτουργεί με χαμηλή πληρότητα όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, αντιμετωπίζουν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής<sup>41</sup>.

### 2.2.2 Ιδιωτικά Νοσοκομεία

Ο κλάδος των ιδιωτικών κλινικών περιορίστηκε σημαντικά κατά την δεκαετία του 1980 κυρίως λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής, που είχε ως σκοπό την ενίσχυση του νεοσύστατου τότε Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Ειδικότερα με βάση τον νόμο 1397/83 είχε σταματήσει η χορήγηση αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση υφιστάμενων. Μια δεκαετία αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 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 παραπάνω ΠΔ, το ΠΔ 517/91 θέτει νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισμού των ιδιωτικών κλινικών. Οι ιδιωτικές κλινικές είναι κατά κανόνα μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειοψηφία τους διαθέτουν περιορισμένο αριθμό κλινών. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι περισσότερες κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές ενώ δύσκολα προχωρούν στην σύναψη συμβάσεων με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω του ότι δεν μπορούν τις περισσότερες φορές να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών.

Έτσι, οι ιδιωτικές κλινικές είναι κυρίως δυο κατηγοριών: Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο μέρος των ιδιωτικών κλινικών. Ειδικότερα υπάρχει ένας πολύ μεγάλος αριθμός μικρών νοσηλευτικών μονάδων που η βιωσιμότητα τους είναι αμφίβολη λόγω της αδυναμίας τους να ανταποκριθούν στην αυξανόμενη ζήτηση για άρτιες και ποιοτικά αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Οι κλινικές αυτές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου η τιμολόγηση των

---

<sup>41</sup> Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε., (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού, σελ. 391

υπηρεσιών είναι χαμηλότερη του κόστους. Επίσης λόγω των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετωπίζουν δεν υπάρχουν οι απαιτούμενοι πόροι ώστε να αναβαθμιστεί ο ξενοδοχειακός, ιατρικός και μηχανολογικός εξοπλισμός τους, ενώ λόγω των παραπάνω, αναμένεται να είναι ιδιαίτερα δύσκολη η προσαρμογή τους στους κοινοτικούς κανονισμούς. Όμως υπάρχουν, αν και ελάχιστες στο αριθμό, και μεγάλες πολυδύναμες κλινικές που βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη. Οι μονάδες αυτές είναι άρτια οργανωμένες με σύγχρονο εξοπλισμό εφάμιλλο με αυτών του εξωτερικού και προσφέρουν το σύνολο των υπηρεσιών τόσο σε πρωτοβάθμια όσο και σε δευτεροβάθμια περίθαλψη. Τα πρώτα μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια έκαναν την εμφάνιση τους επίσημα πριν από περίπου 30 χρόνια, ενώ τα διαγνωστικά κέντρα, προϊόν της μετεξέλιξης των εργαστηρίων, κάνουν την εμφάνιση τους από το 1980 και μετά, κυρίως ως αποτέλεσμα της απαγόρευσης της δημιουργίας ιδιωτικών κλινικών, καθώς οι επιχειρηματίες γιατροί έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στη δημιουργία διαγνωστικών κέντρων. Ιδιαίτερα ραγδαία ήταν η ανάπτυξη των διαγνωστικών κέντρων στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα στην περίοδο 1990-1995. Με το Νόμο 3370/2005 πραγματοποιήθηκε η συνεργασία με ιδιωτικά νοσοκομεία για κρεβάτια ΜΕΘ και νεογνών. Σήμερα υπάρχουν περί τα 120 -140 κρεβάτια ΜΕΘ στα δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, τα οποία ενώ είναι έτοιμα από πλευράς εξοπλισμού, δεν λειτουργούν λόγω έλλειψης προσωπικού<sup>42</sup>.

### **Νομολογία Μονάδων Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας**

Χαρακτηριστική είναι η απόφαση του ΣτΕ 66/1998 ΝοΒ 2000 που αφορά το την μετατροπή του νοσοκομείου Ασκληπείου Βούλας σε ΝΠΔΔ. Όπως προκύπτει από τις διατάξεις του ΠΔ 594/1995 και ειδικότερα του άρθρου 2 παρ. 2 αυτού, περιήλθαν στο νοσοκομείο αυτό, υπό την νέα του μορφή, όχι μόνο δικαιώματα και υποχρεώσεις που δημιουργήθηκαν μετά την ανωτέρω ημερομηνία αλλά επίσης και δικαιώματα και υποχρεώσεις που είχαν δημιουργηθεί μέχρι την εν λόγω ημερομηνία και αφορούσαν το νοσοκομείο αυτό υπό την προγενέστερη μορφή του.

---

<sup>42</sup> Θεόδωρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1997), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, σελ. 208

Σε ότι αφορά την απόκτηση ξενοδοχειακού εξοπλισμού εκ μέρους νοσοκομείων ΝΠΔΔ διέπεται από τις διατάξεις του ΠΔ 178/1990 περί προμηθειών. Με την απόφαση του ΣτΕ 1238/1999 οι εν λόγω διατάξεις θεσπίζουν ένα εξαιρετικό νομοθετικό καθεστώς, που αποκλίνει του κοινού δικαίου και το οποίο προσδίδει στο συμβαλλόμενο ΝΠΔΔ υπερέχουσα θέση έναντι του αντισυμβαλλόμενου και επιτρέπει σε αυτό και τη μονομερή επέμβαση στο συμβατικό δεσμό, ιδίως με την δυνατότητα μονομερούς κήρυξης του προμηθευτή εκπτώτου, κατάπτωσης της κατατεθείσας εγγύησης, επιβολής κυρώσεων. Ενόψει τούτου, ως και του δημόσιου σκοπού ο οποίος επιδιώκεται με τη σύμβαση η επίδικη σύμβαση προμήθειας είναι διοικητική.

Η απόφαση του ΣτΕ 1648/2003 αφορά τον τρόπο επιλογής των κρατικών προμηθειών. Σύμφωνα με την επίδικη διαδικασία διαπραγματεύσεως που αφορά σε κρατικές προμήθειες, κριτήριο κατακύρωσης είναι η πλέον συμφέρουσα προσφορά. Επίσης, προβλέπεται ότι αποσφραγίζονται κατ' αρχάς οι φάκελοι των τεχνικών προσφορών και γίνεται η αξιολόγηση των τελευταίων, ενώ οι φάκελοι των οικονομικών προσφορών, αποσφραγίζονται εφόσον έχουν εγκριθεί οι τεχνικές προδιαγραφές τους. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με την προμήθεια ασθενοφόρων για τις ανάγκες νοσοκομείων, η προσκόμιση των διαγραμμάτων ισχύος - στροφών και ψυκτικής απόδοσης - στροφών του συμπιεστή αποτελεί απαραίτητο όρο για τις συμμετέχουσες επιχειρήσεις και όρο του παραδεκτού κάθε προσφοράς.

Σε ότι αφορά τις ιδιωτικές κλινικές η απόφαση του ΣτΕ 4289/1999 ορίζει ότι δεν είναι δυνατή κατά το νόμο η λειτουργία εντός Μεικτής Κλινικής του Χειρουργικού τομέα, η οποία διαθέτει και τμήμα Μαιευτικής –Γυναικολογίας, τμήματος Χειρουργικής στο οποίο να παρέχεται νοσηλεία σε βρέφη που έχουν συμπληρώσει τον πρώτο μήνα της ζωής τους.

Σύμφωνα με την ΑΠ 1277/2001 οι ιδιωτικές κλινικές δεν μπορούν να θεωρηθούν υγειονομικού ενδιαφέροντος επιχειρήσεις, κατά συνέπεια οι εργαζόμενοι σε αυτές, ιατροί και λοιποί υπάλληλοι δεν είναι υποχρεωμένοι να εφοδιαστούν με βιβλιάριο υγείας.



### 2.2.3 Σύμπραξη Δημόσιου & Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της Υγείας

Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται η συνεργασία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Η συνεργασία αυτή παρουσιάζει πλεονεκτήματα και για το κράτος και για τα ιδιωτικά νομικά πρόσωπα. Ειδικότερα, το κράτος μπορεί να παρέμβει κατά το στάδιο της δημιουργίας, της επεκτάσεως των ιδιωτικών νομικών προσώπων και των επενδύσεων σε δαπανηρό εξοπλισμό. Επίσης, μπορεί να κατευθύνει τη δράση τους, ώστε να αποφεύγεται ο ανταγωνισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και η σπατάλη οικονομικών πόρων. Από την άλλη, τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νομικά πρόσωπα αποκτούν ένα χρονικά και χωρικά περιορισμένο προνόμιο αποκλειστικότητας. Το κράτος αναλαμβάνει την υποχρέωση, για ένα χρονικό διάστημα και για μια ορισμένη περιοχή, να μην επιτρέψει την ίδρυση ή την επέκταση νοσοκομείων ή άλλων νοσηλευτηρίων στα πεδία δράσεως που έχει αναλάβει ο ανάδοχος της δημόσιας υπηρεσίας. Όμως η δέσμευση του κράτους τελεί υπό την προϋπόθεση ότι εξυπηρετούνται οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού, όπως καθορίζονται από τον Υγειονομικό Χάρτη της χώρας. Περαιτέρω, σε ειδικότερους τομείς, τα δημόσια νοσοκομεία έχουν το δικαίωμα να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικά νοσηλευτήρια για την εκπλήρωση επί μέρους θεραπευτικών ή διαγνωστικών πράξεων, όπως την εξωσωματική γονιμοποίηση, δηλαδή προβλέπεται και η μερική συνεργασία. Φαίνεται πάντως ότι ο Έλληνας νομοθέτης συνειδητά δεν είχε ασχοληθεί με το πρόβλημα της συνεργασίας, δεδομένου ότι στο ελληνικό διοικητικό δίκαιο είναι γνωστή η ανάθεση της δημόσιας υπηρεσίας σε ιδιωτικούς οργανισμούς και έχει αναπτυχθεί ο σχετικός με τη συνεργασία προβληματισμός.

Το κενό στη συνεργασία μεταξύ του ιδιωτικού και δημοσίου τομέα στη υγεία έρχεται να καλύψει ο Ν. 3370/2005 όπου με τα άρθρα 33-35, παρ. 3 και 4, προβλέπουν τη συνεργασία των νοσοκομείων του ΕΣΥ με νοσηλευτικό ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ειδικότερα την παραπομπή ασθενών από νοσοκομεία του ΕΣΥ στις μονάδες εντατικής θεραπείας των ιδρυμάτων αυτών και παρέχεται η δυνατότητα επεκτάσεως της συνεργασίας και σε άλλους τομείς με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Ν. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις»Φ. 176<sup>Α</sup>/11.7.05

Επίσης προβλέπεται ότι 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. Οι διατάξεις αυτές εντάσσονται στην πολιτική για τη σύναψη συμπράξεων μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, όπως ρυθμίζεται από τον Ν 3389/2005<sup>44</sup>. Ωστόσο, δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο συμπράξεως οι δραστηριότητες που κατά το Σύνταγμα ανήκουν άμεσα και αποκλειστικό στο κράτος και ιδίως η εθνική άμυνα, η αστυνόμευση, η απονομή της δικαιοσύνης και η εκτέλεση των ποινών που επιβάλλονται από τα δικαστήρια. Ο περιορισμός αυτός κατά την αιτιολογική έκθεση του νόμου αντιστοιχεί στη νομολογία του ΣτΕ που δέχεται ότι δεν επιτρέπεται οι ιδιώτες να υποκαθιστούν το κράτος και να ασκούν δημόσια εξουσία είτε όσον αφορά σε εκφάνσεις του κράτους δικαίου είτε όσον αφορά στο κοινωνικό κράτος, στο μέτρο που το τελευταίο έχει διασφαλισθεί συνταγματικά.

Ενδεικτικό παράδειγμα είναι η τροποποίηση του καταστατικού του κοινωφελούς ιδρύματος «Ερρίκος Ντυνάν» με την οποία προβλέπεται η δυνατότητα συμπράξεως του ιδρύματος με φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα. Η δυνατότητα μεταφοράς στο ίδρυμα νοσηλευτικών μονάδων του ΕΣΥ και η απασχόληση στο ίδρυμα ιατρικού προσωπικού του ΕΣΥ με όρους και διαδικασίες που αποφασίζει το ίδρυμα και εγκρίνει ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και ταυτόχρονα αίρονται οι προϋποθέσεις για την επιχορήγηση του ιδρύματος από το ελληνικό δημόσιο. Ωστόσο, ο νόμος για τις συμπράξεις, ενώ διευκολύνει τις σχέσεις του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα και επιτρέπει την από κοινού εκτέλεση ενός δημόσιου έργου ή την παροχή μιας δημόσιας υπηρεσίας, εν τούτοις δεν αναφέρεται συνολικά στον συντονισμό της αναπτύξεως του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα υγείας.

Τα προβλήματα που ανακύπτουν στη συνεργασία ιδιωτικού και δημοσίου τομέα στην υγεία οφείλονται στις ιδεολογικές αντιλήψεις που επικρατούν. Από τη μια, η υγεία δεν διαφοροποιείται από τα άλλα αγαθά και μπορεί να παρασχεθεί με

---

<sup>44</sup> Ν. 3389/2005 «Συμπράξεις Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα» Φ. 232/22.9.05

βάση τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου και τους μηχανισμούς της αγοράς. Από την άλλη, η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και για την εξασφάλιση της προστασίας της δεν επαρκούν οι μηχανισμοί της αγοράς. Το ΕΣΥ ιδρύθηκε με βάση την τελευταία αντίληψη, αλλά σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα εισάγονται στοιχεία από τις αντίθετες αντιλήψεις, με αποτέλεσμα το σύστημα να κλυδωνίζεται και το νομικό πλαίσιο να περιπλέκεται.

#### **2.2.4 Άλλες Μορφές Σύμπραξης Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της Υγείας**

Με τις διατάξεις των Νόμων Ν. 2646/98, Ν. 2889/01, Ν. 2955/01, Ν. 3204/03 και των Προεδρικών Διαταγμάτων ΠΔ 346/98 και ΠΔ 18/2000, έχει εφαρμοστεί ήδη η Σύμπραξη Δημοσίου και Ιδιωτικού Τομέα στην παροχή Υγείας. Η συνεργασία αυτή έγινε σε πολλούς τομείς.

Αρχικά τα Νοσοκομεία ανέθεσαν το έργο της καθαριότητας και της φύλαξης των κτιρίων τους σε ιδιωτικούς φορείς, με διατήρηση, αν όχι βελτίωση, των αντιστοιχών υπηρεσιών και περιορισμό του κόστους κατά 20% περίπου. Ακόμη, δόθηκε η δυνατότητα στα Νοσοκομεία να αναθέσουν με συμβάσεις ορισμένου χρόνου την τροφοδοσία και τη σίτιση σε ιδιωτικούς φορείς. Μέσω των συμβάσεων αυτών εξασφαλίστηκε επιπλέον ο αναγκαίος χρόνος για την ανακατασκευή πεπαλαιωμένων υποδομών των μαγειρειών, ένα πρόσθετο δηλαδή διαχρονικό όφελος για το Νοσοκομείο.

Επίσης πραγματοποιήθηκε προμήθεια σε μεγάλα και δαπανηρά μηχανήματα, όπως σε αξονικούς, μαγνητικούς τομογράφους κ.α. με τη μέθοδο *leasing*, χωρίς καταβολή τιμήματος από την πλευρά του Νοσοκομείου, με τραπεζική χρηματοδότηση και εξόφληση κατά ιατρική πράξη, για ορισμένο χρονικό διάστημα που προσυμφωνείται με τον προμηθευτή, εξασφαλίζει εκτός από την αγορά υψηλού κόστους ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού και τη δυνατότητα ανανέωσής του μετά την εξόφληση.

Η ενεργοποίηση ενός πληρέστερου νομικού πλαισίου Σύμπραξης Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα, με βάση την εμπειρία που αποκτήθηκε, θεωρείται πλέον απολύτως απαραίτητη, για την ανάπτυξη του χώρου του Δημόσιου Τομέα της Υγείας που υστερεί, κυρίως από άποψη ανακαίνισης, ανανέωσης εγκαταστάσεων και εξοπλισμού. Το γεγονός, επίσης, ότι τα επόμενα χρόνια τα κοινοτικά κονδύλια προβλέπεται να μειωθούν, ενώ οι ανάγκες Υγείας θα αυξηθούν, οδηγεί στην αναζήτηση νέων πηγών χρηματοδότησης. Φαίνεται ότι η Σύμπραξη Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα θα αποτελέσει το απαραίτητο εργαλείο πρώτης γραμμής για την εξασφάλιση της ανάπτυξης. Με τη σύμπραξη δημόσιων και ιδιωτικών φορέων μέσω συμβάσεων και τη συνεργασία του Ιδιωτικού και Δημόσιου Τομέα, πολλά παλαιά Νοσοκομεία θα μπορούσαν να ανακατασκευασθούν ή να ανακαινισθούν, ενώ η σύμπραξη αυτή φαίνεται ως η μοναδική δυνατότητα, ώστε ο Δημόσιος Τομέας να αρχίσει και πάλι να αναπτύσσεται.

### **2.2.5 Πλεονεκτήματα Σύμπραξης Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα στο χώρο της Υγείας**

Με τη ψήφιση του Ν. 3389/2005 ο δημόσιος τομέας προσπαθεί να εκμεταλλευτεί την εμπειρία, την τεχνογνωσία, τους πόρους και τις εν γένει δυνατότητες των ιδιωτικών φορέων μέσω συνεργασιών με δημόσιους φορείς, ως μια πρόσφορη συμπληρωματική λύση για την εκτέλεση έργων και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πολίτες. Από τη διεθνή, αλλά και την εγχώρια εμπειρία, προκύπτουν ποικίλα και σημαντικά οφέλη από τις Συμπράξεις, όπως<sup>45</sup>:

- ✓ η έγκαιρη ολοκλήρωση των απαιτούμενων έργων με συγκράτηση του κόστους τους,
- ✓ η καλύτερη και αποτελεσματικότερη εποπτεία της εκτέλεσης των έργων ή της παροχής των υπηρεσιών, λόγω εμπλοκής των ιδιωτικών φορέων, με ευνόητο συμφέρον για την έγκαιρη καταγραφή και αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων,

---

<sup>45</sup> Χατζητόλιος Α., κ.α., (2007), Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας, Πολιτική Υγείας, Ιατρικό Βήμα, τεύχος Φεβρουάριος –Μάρτιος 2007, σελ. 59-60

- ✓ η μετάθεση της υποχρέωσης καταβολής του τιμήματος σε μεταγενέστερο χρόνο, η τμηματική καταβολή του αλλά και η δυνατότητα εκτέλεσης περισσότερων έργων ταυτόχρονα,
- ✓ η μεταβίβαση στους ιδιωτικούς φορείς ενός μεγάλου μέρους των κινδύνων που συνδέονται με το αντικείμενο της σύμπραξης,
- ✓ η αποφυγή της επιβάρυνσης του Δημόσιου Χρέους,
- ✓ η μεταφορά της εμπειρίας και τεχνογνωσίας των ιδιωτικών φορέων στο Δημόσιο,
- ✓ η αξιοποίηση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων των δημοσίων φορέων.

Ο νόμος για τις Σύμπραξεις Δημόσιου - Ιδιωτικού Τομέα δημιούργησε πλέον το αναγκαίο θεσμικό πλαίσιο που θα ενθαρρύνει την εκτέλεση έργων και την παροχή υπηρεσιών, μέσω Συμπράξεων. Σύμφωνα με το θεσμικό αυτό πλαίσιο:

- συστήνεται συλλογικό κυβερνητικό όργανο που θα εξειδικεύει την κυβερνητική πολιτική και θα λαμβάνει τις σχετικές αποφάσεις,
- διοικητική υπηρεσία που θα έχει την ευθύνη υποστήριξης των εμπλεκόμενων κάθε φορά δημοσίων και ιδιωτικών φορέων κατά την ανάθεση και υλοποίηση των συμβάσεων σύμπραξης,
- παρέχονται επίσης κίνητρα τόσο στους δημόσιους όσο και στους ιδιωτικούς φορείς, ώστε να επιλέγουν τη μέθοδο συμπράξεων για τα έργα ή τις υπηρεσίες που επιθυμούν να εκτελέσουν

Σε μια εποχή παγκόσμιας οικονομικής ύφεσης και δημοσιονομικής στενότητας, η Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα αποτελεί το αναγκαίο εργαλείο για την ενίσχυση του Συστήματος Υγείας. Με το νόμο Ν. 3389/2005, όχι μόνο δεν θίγεται η Συνταγματική επιταγή του άρθρου 21, αφού οι ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες θα συνεχίσουν να παρέχονται από το Δημόσιο και μάλιστα αναβαθμισμένες, αλλά αντιθέτως αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο το δικαίωμα στην Υγεία, μέσα στο πλαίσιο της ανταγωνιστικής οικονομίας της αγοράς.

Στην ίδια κατεύθυνση, προβλέπεται ρητώς ότι εξαιρούνται από το αντικείμενο των συμπράξεων μόνον οι δραστηριότητες που ανήκουν σύμφωνα με το

Σύνταγμα «άμεσα και αποκλειστικά στο Κράτος», όπως η Εθνική Άμυνα, η Δικαιοσύνη, η Αστυνόμευση και η ευθύνη εκτέλεσης ποινών που επιβάλλονται από τα ποινικά δικαστήρια.

#### **2.2.6 Προβλήματα Δευτεροβάθμιας Παροχή Υπηρεσιών Υγείας**

Το κυριότερο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία του ΕΣΥ είναι οι μεγάλες ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό, και κυρίως σε νοσηλευτές. Πολλά τμήματα λειτουργούν με νοσηλευτικό προσωπικό κάτω από τα όρια ασφαλείας, ενώ άλλα, μεταξύ των οποίων και ορισμένα ιδιαίτερα σημαντικά όπως ΜΕΘ, δεν λειτουργούν καθόλου λόγω έλλειψης προσωπικού. Παράλληλα με τις μεγάλες ελλείψεις, σημαντικός αριθμός νοσηλευτών βρίσκονται αποσπασμένοι σε διοικητικές θέσεις εντός αλλά και εκτός του υγειονομικού συστήματος.

Σε ό,τι αφορά την ιατρική υπηρεσία, μπορεί να μην υπήρχαν μεγάλες ελλείψεις, παρουσιάζονταν όμως κενά που δυσχέραιναν τη λειτουργία κρίσιμων τμημάτων. Οι καθυστερήσεις στην ολοκλήρωση των κρίσεων ήταν πολύ μεγάλες, με αποτέλεσμα το ιατρικό προσωπικό να τείνει να μετατραπεί σε «γερασμένο» και κουρασμένο σώμα λειτουργών, χωρίς ουσιαστικό όραμα και κίνητρο για προσφορά. Σε ό,τι αφορά την οργάνωση των νοσοκομείων, το μεγαλύτερο πρόβλημα προκύπτει από την έλλειψη επαρκούς ολοκληρωμένου συστήματος μηχανογράφησης. Οι οργανισμοί λειτουργίας των νοσοκομείων είναι απαρχαιωμένοι, ενώ η διαδικασία τροποποίησής τους είναι ιδιαίτερα γραφειοκρατική και χρονοβόρα με την εμπλοκή δύο τουλάχιστον υπουργείων. Πρόβλημα επίσης δημιουργεί το υπάρχον θεσμικό καθεστώς των ΝΠΔΔ που καθιστά δύσκολη την άσκηση σύγχρονου μανάτζμεντ.

Η κατάσταση αυτή επιδεινώνεται και από το ισχύον αναδρομικό σύστημα αποζημίωσης των νοσοκομείων, με συνέπεια την αδυναμία ελέγχου του συνολικού ύψους των δαπανών και την ανυπαρξία κινήτρων για τη βελτίωση της αποδοτικότητας. Η επιβολή επίσης του «κλειστού νοσηλίου» σε επίπεδα πολύ κάτω του πραγματικού κόστους, με ελάχιστες αποκλίσεις κατά την τελευταία δεκαετία και το οποίο αναμορφώνεται κάθε 8-10 χρόνια, συσσωρεύει σημαντικά ελλείμματα τα οποία επιτείνονται από τις μεγάλες καθυστερήσεις πληρωμών από την κοινωνική

ασφάλιση. Σημαντική, επίσης, αιτία των ελλειμμάτων αποτελεί η περιθάλψη των ανασφάλιστων, των απόρων και των αλλοδαπών.

### **2.3 Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας**

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν<sup>46</sup>:

- ✓ Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- ✓ Στην προαγωγή τη Ιατρικής έρευνας
- ✓ Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- ✓ Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών όπως εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια, τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται. Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.

### **2.4 Χρηματοδότηση του Ε.Σ.Υ**

Ο τρόπος χρηματοδότησης του συστήματος υγείας, καθώς και η εξεύρεση των πόρων για την λειτουργία του συστήματος αποτελούν σημαντικά ζητήματα για

---

<sup>46</sup> Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε., (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού, σελ. 390

την εκάστοτε πολιτική ηγεσία του υγειονομικού τομέα με σημαντικές πολιτικές, οικονομικές και ηθικές προεκτάσεις. Οι βασικές αρχές που θα πρέπει να διέπουν τη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας είναι οι εξής:

- **Η αρχή της μακρο-οικονομικής αποδοτικότητας**, σύμφωνα με την οποία το ποσοστό του εθνικού εισοδήματος που διατίθεται για την υγεία δεν πρέπει να υπερβαίνει εκείνο το όριο, πέραν του οποίου οι επιπλέον πόροι δεν οδηγούν σε ανάλογη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού
- **Η αρχή της μικρο-οικονομικής αποδοτικότητας**, σύμφωνα με την οποία η κατανομή των πόρων μεταξύ διαφορετικών υποσυστημάτων ή προγραμμάτων υγείας πρέπει να οδηγεί στη μεγιστοποίηση του οφέλους με δεδομένο κόστος ή στην επίτευξη συγκεκριμένου αποτελέσματος με το μικρότερο δυνατό κόστος
- **Η αρχή της ισότητας στη χρηματοδότηση**, σύμφωνα με την οποία τα οικονομικά βάρη πρέπει να κατανέμονται ισότιμα μεταξύ του μεταξύ του πληθυσμού, δηλαδή σύμφωνα με το πραγματικό εισόδημα του κάθε πολίτη.

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης διακρίνονται σε δημόσιες και ιδιωτικές. Οι δημόσιες πηγές χρηματοδότησης είναι:

- 1) **Η Φορολογία.** Η άμεση φορολογία περιλαμβάνει τη φορολογία εισοδήματος των φυσικών προσώπων, τη φορολογία των εταιρικών κερδών και το φόρο ακίνητης περιουσίας. Η έμμεση φορολογία εφαρμόζεται επί των συναλλαγών και των εμπορευμάτων
- 2) **Η κοινωνική ασφάλιση.** Οι εισφορές υπολογίζονται βάσει του εισοδήματος και της δυνατότητας πληρωμής, ανεξάρτητα από τον κίνδυνο εκδήλωσης ασθένειας, είναι υποχρεωτικές και καταβάλλονται από κοινού από τους εργοδότες και τους εργαζόμενους, προάγοντας έτσι τις έννοιες της κοινωνικής αλληλεγγύης και της κοινωνικής δικαιοσύνης.

Οι ιδιωτικές πηγές χρηματοδότησης αντίθετα είναι:



- i. Οι δωρεές από φιλανθρωπικές οργανώσεις και οι εργοδοτικές υγειονομικές δαπάνες. Οι περισσότερες χώρες του τρίτου κόσμου με πολύ χαμηλό ΑΕΠ στηρίζονται σε σημαντικό βαθμό στην εξωτερική βοήθεια για να χρηματοδοτήσουν τον τομέα της υγείας.
- ii. Η ιδιωτική ασφάλιση υγείας που απευθύνεται σε άτομα με υψηλό εισόδημα και ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης. Σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να υποκαθιστά την υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ σε άλλες να έχει πρόσθετο ή συμπληρωματικό χαρακτήρα.

## **2.5 Υφιστάμενη κατάσταση Ιδιωτικού Τομέα Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των γιατρών στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι επισκέπτες ή συνεργαζόμενοι γιατροί, οι οποίοι έχουν την επιστημονική ευθύνη της ιατρικής αντιμετώπισης των ασθενών. Οι γιατροί αυτοί αμείβονται απευθείας από τους ασθενείς κατόπιν ιδιαίτερης συμφωνίας και συνεπώς το ιδιωτικό νοσοκομείο ή κλινική δεν επιβαρύνεται με τις αμοιβές ή την μισθοδοσία των συγκεκριμένων γιατρών.

Οι γενικές και ειδικές τεχνικές προδιαγραφές που πρέπει να πληρούν τα ιδιωτικά νοσοκομεία και οι κλινικές, ο ιατρικός εξοπλισμός που είναι απαραίτητος και οφείλουν να διαθέτουν τα εργαστήρια, τα τμήματα και οι μονάδες που υποχρεωτικά πρέπει να λειτουργούν σ αυτά, το προσωπικό και η σύνθεση του κτλ ανάλογα με τον αριθμό των κλινών τους και την εξειδίκευση των τμημάτων που λειτουργούν, έχουν οριστεί με τις διατάξεις του ΠΔ 517/1991.

Η υγεία απέκτησε και ιδιωτικό χαρακτήρα για πολλούς λόγους οι οποίοι αναφέρονται παρακάτω<sup>47</sup>:

- Η γήρανση του πληθυσμού, η εμφάνιση νέων ασθενειών, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η αυξανόμενη συνειδητοποίηση σχετικά με την αξία

---

<sup>47</sup> Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε., (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8<sup>ος</sup>, Τεύχος 4<sup>ο</sup>, σελ. 392

της προληπτικής ιατρικής, οδηγούν σε αύξηση της ζήτησης για ποιοτικές υπηρεσίες υγείας και σε ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας υγείας.

- Η ζήτηση υπηρεσιών υγείας ακολουθεί την συγκέντρωση του πληθυσμού στις μεγαλουπόλεις και κυρίως στην Αθήνα και την Θεσσαλονίκη.
- Η αύξηση του ποσοστού των οικονομικών μεταναστών (εκτιμάται στο 10% του πληθυσμού) αλλάζει σημαντικά την σύνθεση ζήτησης υπηρεσιών υγείας.
- Η ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας.
- Η αύξηση των ατομικών εισοδημάτων

Όπως είναι φανερό ήταν αναγκαία η ύπαρξη και της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία βέβαια υπάρχουν αρνητικά και θετικά αυτής της προσπάθειας. Αρχικά στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη τα πλεονεκτήματα είναι αρκετά και ικανά να δώσουν ώθηση για περαιτέρω ιδιωτική πρωτοβουλία στον χώρο της υγείας, επιγραμματικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε για την πρωτοβάθμια περίθαλψη:

- Ολοκληρωμένο δίκτυο υπηρεσιών σε όλη την Ελλάδα
- 24 ωρη λειτουργία
- Ανταγωνιστική τιμολογιακή πολιτική υπηρεσιών
- Ποιότητα

Όσον αφορά την δευτεροβάθμια περίθαλψη η ιδιωτική πρωτοβουλία παρουσιάζει εκεί πλεονεκτήματα αλλά και μειονεκτήματα, συγκεκριμένα τα πλεονεκτήματα συνοψίζονται ως εξής<sup>48</sup>:

- Market Leader (μερίδιο αγοράς περίπου 30%)

---

<sup>48</sup> Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε., (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 8<sup>ος</sup>, Τεύχος 4<sup>ο</sup>, σελ. 393

- Προσφορά του συνόλου των υπηρεσιών υγείας
- Ποιοτικές υπηρεσίες υγείας
- Δίκτυο νοσοκομείων υψηλών προδιαγραφών
- Έμπειρο Management
- Τεχνολογία υψηλών προδιαγραφών

Ενώ τα μειονεκτήματα συνοψίζονται στα εξής:

- Αγορά με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά
- Ανεπαρκές σύστημα δημόσιας υγείας με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλο περιθώριο για την ιδιωτική πρωτοβουλία με μεγάλο ανταγωνισμό στο χώρο
- Ιδιωτική Υγεία δυο ταχυτήτων
- Αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο διέπει την κατασκευή νέων ιδιωτικών νοσοκομειακών μονάδων
- Έλλειψη τεχνογνωσίας παρά τη δυνατότητα απόκτησης τεχνολογίας αιχμής
- Υπο-ασφαλισμένος πληθυσμός

Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι οι μονάδες που καλύπτουν το σύνολο των περιπτώσεων διάγνωσης και νοσηλείας είναι περιορισμένες και αυτό οφείλεται στο υψηλό κόστος των επενδύσεων που απαιτείται. Από αυτές ελάχιστες είναι εκείνες που προσφέρουν πληρότητα και ποιότητα υπηρεσιών υγείας με αποτέλεσμα οι μονάδες αυτές να αδυνατούν να καλύψουν τη υφιστάμενη ζήτηση. Η δυσκολία εισόδου νέων μονάδων στον κλάδο λόγω του υψηλού κόστους των επενδύσεων και του χρόνου υλοποίησης μιας τέτοιας επένδυσης που ξεπερνά τα 3 χρόνια, θέτουν σε πλεονεκτική θέση τις νοσοκομειακές μονάδες που ήδη ανήκουν στο κλάδο με την προϋπόθεση ότι θα διατηρήσουν την ικανότητα τους στο διαρκή εκσυγχρονισμό και στην παροχή υπηρεσιών με υψηλές προδιαγραφές.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας οδηγούμαστε στα εξής συμπεράσματα. Το 1983 με τον νόμο Ν. 1397 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» οδηγούμαστε ουσιαστικά στην ίδρυση εκ βάθρων του συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Το σύστημα αυτό είναι μεικτού τύπου και για πρώτη φορά η χώρα αποκτά ένα οργανωμένο σύστημα υγείας στο οποίο έχουν όλοι οι Έλληνες πρόσβαση με ίσο τρόπο, χωρίς διακρίσεις και εντελώς δωρεάν. Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ο νόμος του ΕΣΥ το 1983 και όλες οι μεταρρυθμίσεις και τροποποιήσεις που επακολούθησαν, αν και ήταν προς την σωστή κατεύθυνση, δεν κατάφεραν να μειώσουν επαρκώς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και να εξασφαλίσουν σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδηματικών πόρων, δωρεάν υγεία και ποιότητα νοσηλείας.

Κύριος σκοπός του κράτους είναι να πραγματοποιηθεί σωστός έλεγχος των δαπανών και των πολιτικών διαχείρισης που παράγουν κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες διευρύνονται τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας. Προς αυτή της κατεύθυνση απαιτείται αναθεώρηση του συστήματος υγείας με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα και την αποφυγή της σπατάλης γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό.

Εάν λάβουμε υπόψη μας ότι κανένα Υγειονομικό Σύστημα σε καμία χώρα δεν έχει αρκετούς πόρους για να εξασφαλίσει πλήρη κάλυψη των αυξανόμενων απαιτήσεων στο τομέα της Υγείας τότε θα πρέπει να αναπτύξουμε νέους τρόπους για να εξασφαλίσουμε την κάλυψη των αναγκών. Προς αυτή την κατεύθυνση κινείται η Σύμπραξη Δημοσίου & Ιδιωτικού Τομέα στην υγεία. Ο Ν. 3389/2005 δίνει την δυνατότητα να βελτιωθούν οι υποδομές και οι υπηρεσίες του υγειονομικού μας συστήματος με στόχο την ικανοποίηση του ασθενή. Οι συμπράξεις δεν απειλούν το δημόσιο χαρακτήρα της Υγείας, αλλά αντίθετα τον βελτιώνουν και τον εκσυγχρονίζουν.

Η οικονομική κρίση που διανύουμε στις μέρες μας μπορεί να αποτελέσει αφετηρία αναδιοργάνωσης ενός αναποτελεσματικού και καταχρεωμένου συστήματος Υγείας ανοιχτού σε όλους. Για να γίνει όμως αυτό απαιτείται η αναγνώριση των

στοιχειωδών οικονομικών κανόνων λειτουργίας κάθε συστήματος περίθαλψης, η μελέτη της διεθνούς εμπειρίας και η σύνδεση, στο όνομα της συμπληρωματικότητας και της ελεγχόμενης αξιοπιστίας, του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η λειτουργική Σύμπραξη Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) Υγείας προϋποθέτει την καταγραφή του ανθρώπινου δυναμικού, των υποδομών και του εξοπλισμού ολόκληρου του συστήματος και κατανομή των καθηκόντων κάθε φορέα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΑΝΑΦΟΡΩΝ

### Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Avgerinos, E. D., Kourpidis, S. A. and Filippou, D. K. (2004), Impact of the European Union enlargement on health professionals and health care systems, *Health Policy*, 69, 403-8.

Davaki K and Mossialos E., (2005)., Plus ca change: health sector reforms in Greece. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30(1–2): 143–168.

Liaropoulos LL, Kaitelidou D., (1998)., Changing the public-private mix: an assessment of the health reforms in Greece., *Health Care Anal.*, Dec;6(4):277-85.

Philalithis AE. (2001)., *If I were Minister of Health: The Greek Health paradox and the Health Policy Conundrum*. Towards Unity for Health, 4:13-15, Geneva, Worth Health Organisation.

Wilkinson R., Marmot M. (2003), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*, 2nd edition, WHO Regional Office for Europe

### Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλεξιάδη Α., (2005), Το αποκεντρωτικό σύστημα της Π.Φ.Υ, Ε.Δ.Δ.Δ.Δ, τεύχος 1, τόμος 49

Αλεξιάδης Α-Δ., (2003), Το εθνικό σύστημα υγείας στην αρχή του 21<sup>ου</sup> αιώνα, Εκδόσεις Δημόπουλου, Θεσσαλονίκη

Αλεξιάδου Σ. Α. κ.α, (1990), Η ιστορική εξέλιξη του θεσμού της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, *Περιοδικό: Διοικητική Ενημέρωση*, Τεύχος 35

Γραμματικόπουλος Η., (2006)., Κύρια προβλήματα διοίκησης μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ. και η αντιμετώπισή τους με βάση τα σύγχρονα εργαλεία της

διοίκησης, Διπλωματική εργασία στο πλαίσιο του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας.

Θεόδωρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1997), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα

Κουτούζης Μ., κ.α., (1999), Η πολιτική Υγείας. Βασικές Αρχές Διοίκησης, Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Αθήνα

Κρεμελή Κ., (1987), Το δικαίωμα για προστασία της υγείας, Εκδόσεις Νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα

Κρεμαλη Κ., (2011), Δίκαιο της Υγείας Τόμος 1, Εκδόσεις Νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα

Κρεμαλη Κ., (2011), Δίκαιο της Υγείας Τόμος 2, Εκδόσεις Νομική βιβλιοθήκη, Αθήνα

Κυριακόπουλος Γ.-Σισσούρας Ά., (1997), Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα & Αυταπάτη, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα

Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε., (2009), Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα, Το βήμα του Ασκληπιού

Μανωλκίδη Σ., (1990), Η νομική φύση του δικαιώματος στην υγεία και η τυπική ισοδυναμία των συνταγματικών διατάξεων, τ. 17-18

Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π. (2009), Το δημόσιο δίκαιο της υγείας, Εκδόσεις Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα

Τούντας Γ., (1998), Υπηρεσίες υγείας , Εκδόσεις Οδυσσέας

Χατζητόλιος Α., κ.α., (2007), Οι Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της Υγείας, Πολιτική Υγείας, Ιατρικό Βήμα, τεύχος Φεβρουάριος –Μάρτιος 2007

## Ηλεκτρονικές Πηγές

Σύνταγμα της Ελλάδας, Αναρτημένο στην  
[http://el.wikisource.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%B3%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B7%CF%82%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82#.CE.86.CF.81.CE.B8.CF.81.CE.BF\\_7](http://el.wikisource.org/wiki/%CE%A3%CF%8D%CE%BD%CF%84%CE%B1%CE%B3%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B7%CF%82%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1%CF%82#.CE.86.CF.81.CE.B8.CF.81.CE.BF_7) προσπελάστηκε την 10/08/2011

Υπουργείο Εργασίας & Κοινωνικής Ασφάλισης, Αναρτημένο:  
<http://www.vrakra.gr/>, 1-09-2011

## Νομοθεσία

- N. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143<sup>A</sup>/1983)
- N. 2071/1992 «Για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 123<sup>A</sup>/1992)
- N. 2194/1994 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις» (ΦΕΚ 34A/1994)
- N. 2703/1999 «Αναπροσαρμογή συντάξεων συνταξιούχων μελών ΔΕΠ των ΑΕΙ, ΕΠ των ΤΕΙ, Γιατρών ΕΣΥ & διπλωματικών υπαλλήλων, ρύθμιση συνταξιοδοτικών θεμάτων & άλλων διατάξεων» (ΦΕΚ 72<sup>A</sup>/1999)
- N. 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 81<sup>A</sup>/2005)
- N. 3370/2005 «Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 176<sup>A</sup>/2005)
- N. 3389/2005 «Συμπράξεις Δημόσιου και Ιδιωτικού Τομέα» (ΦΕΚ 232<sup>A</sup>/2005)



*N. 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ Νομικών Προσώπων Εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 25<sup>Α</sup>/2007)*

*N. 3863/2010 «Νέο Ασφαλιστικό σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις» (ΦΕΚ 115<sup>Α</sup>/2010)*

*N. 3868/2010 «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος υγείας & λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης» (ΦΕΚ 129<sup>Α</sup>/2010)*

*N.2519/1997 «Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών Ρυθμίσεις για το Φάρμακο και άλλες Διατάξεις» (Φ.Ε.Κ. 165<sup>Α</sup>/1997)*

*N.2889/2001 «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας» (ΦΕΚ 37<sup>Α</sup>/2001)*

*N.2920/2001 «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 131<sup>Α</sup>/2001)*

*N.3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ. 30<sup>Α</sup>/2003)*

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Πίνακας: Νομοθεσία Εθνικού Συστήματος Υγείας

Νόμος	Τίτλος
Ν. 1278/1982 Φ.105 <sup>Α</sup> /31.8.82	Σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας
Ν. 1397/1983 Φ. 143 <sup>Α</sup> /7.10.83	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ν. 1316/1983 Φ. 3 <sup>Α</sup> /11.1.83	Ίδρυση Οργάνωση και Αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ) της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (ΕΦ) Της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ,Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της Φαρμακευτικής Νομοθεσίας και άλλες Διατάξεις
Ν. 1383/1983 Φ. 106 <sup>Α</sup> /5.8.83	Αφαιρέσεις και Μεταμοσχεύσεις Ανθρώπινων Ιστών και Οργάνων
Ν. 1471/1984 Φ. 112 <sup>Α</sup> /6.8.84	Περί Ρυθμίσεως Θεμάτων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων αγροτικών Ιατρείων και υγειονομικών σταθμών και άλλων Συναφών Διατάξεων
Ν. 1431/1984 Φ. 46 <sup>Α</sup> /16.4.84	Ρυθμίσεις Θεμάτων Φορέων Κοινωνικής Πρόνοιας
Ν. 1579/1985 Φ.217 <sup>Α</sup> /23.12.85	Ρυθμίσεις για την Εφαρμογή και Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις
Ν. 1729/1987 Φ. 44 <sup>Α</sup> /7.8.87	Καταπολέμηση της Διάδοσης των Ναρκωτικών, Προστασία των Νέων και άλλες Διατάξεις
Ν. 1820/1988 Φ. 261 <sup>Α</sup> /17.11.88	Περί Αιμοδοσίας
Ν. 2071/1992 Φ. 123 <sup>Α</sup> /15.7.92	Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας
Ν. 2082/1992 Φ. 158 <sup>Α</sup> /21.9.92	Αναδιοργάνωση της Κοινωνικής Πρόνοιας και Καθιέρωση Νέων Θεσμών Κοινωνικής Προστασίας
Ν. 2194/1994 Φ. 34 <sup>Α</sup> /16.3.94	Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες Διατάξεις
Ν. 2345/1995 Φ. 213 <sup>Α</sup> /12.10.95	Οργανωμένες Υπηρεσίες Παροχής Προστασίας από Φορείς Κοινωνικής Πρόνοιας
Ν. 2519/1997 Φ. 165 <sup>Α</sup> /21.8.97	Ανάπτυξη και Εκσυγχρονισμός του Συστήματος Υγείας και Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών Ρυθμίσεις για το Φάρμακο και άλλες Διατάξεις
Ν. 2646/1998 Φ. 236 <sup>Α</sup> /20.10.98	Ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας
Ν. 2716/1999 Φ. 96 <sup>Α</sup> /17.5.99	Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
Ν. 2737/1999 Φ. 174 <sup>Α</sup> /27.8.99	Μεταμοσχεύσεις Ανθρώπινων Ιστών και Οργάνων και άλλες Διατάξεις

N. 2889/2001 Φ. 37 <sup>Α</sup> /2.3.01	Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας
N. 2920/2001 Φ. 131 <sup>Α</sup> /27.6.01	Σώμα Επιθεωρητών Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)
N. 2955/2001 Φ. 256 <sup>Α</sup> /1.11.01	Προμήθειες Νοσοκομείων και Μονάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και άλλες Διατάξεις
N. 3172/2003 Φ. 197 <sup>Α</sup> /6.8.03	Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες Διατάξεις
N. 3204/2003 Φ. 296 <sup>Α</sup> /23.12.03	Τροποποίηση και Συμπλήρωση της Νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και Ρυθμίσεις άλλων Θεμάτων Αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
N. 3106/2003 Φ. 30 <sup>Α</sup> /10.2.03	Αναδιοργάνωση του εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες Διατάξεις
N. 3209/2003 Φ. 304 <sup>Α</sup> /24.12.03	Ρυθμίσεις Θεμάτων Αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
N. 3235/2004 Φ. 53 <sup>Α</sup> /18.2.04	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
N. 3252/2004 Φ. 132 <sup>Α</sup> /16.7.04	Σύσταση ένωσης Νοσηλευτών –τριών και άλλες Διατάξεις
N. 3293/2004 Φ. 231 <sup>Α</sup> /26.11.04	Πολυκλινική Ολυμπιακού Χωριού, συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές Διατάξεις
N. 3329/2005 Φ. 81 <sup>Α</sup> /4.4.05	Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές Διατάξεις
N. 3305/2005 Φ. 17 <sup>Α</sup> /27.1.05	Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης αναπαραγωγής
N. 3370/2005 Φ. 176 <sup>Α</sup> /11.7.05	Οργάνωση και Λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και λοιπές Διατάξεις
N. 3402/2005 Φ. 258 <sup>Α</sup> /17.10.05	Αναδιοργάνωση του Συστήματος Αιμοδοσίας και λοιπές Διατάξεις
N. 3418/2005 Φ. 287 <sup>Α</sup> /28.11.05	Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας
N. 3454/2006 Φ. 75 <sup>Α</sup> /7.4.06	Ενίσχυση της Οικογένειας και λοιπές Διατάξεις
N. 3457/2006 Φ. 93 <sup>Α</sup> /8.5.06	Μεταρρύθμιση του Συστήματος Φαρμακευτικής Περίθαλψης
N. 3459/2006 Φ. 103 <sup>Α</sup> /25.5.06	Κώδικας Νόμων για τα Ναρκωτικά
N. 3580/2007 Φ. 134Α/ 18.6.07	Προμήθειες Φορέων Εποπτευόμενων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και άλλες Διατάξεις
N. 3599/2007 Φ. 176 <sup>Α</sup> /1.8.07	Σύσταση Πανελληνίου Συλλόγου Φυσικοθεραπευτών και άλλες Διατάξεις
N. 3730/2008 Φ. 262 <sup>Α</sup> /23.12.08	Προστασία Ανηλίκων από τον Καπνό και τα Αλκοολούχα Ποτά και άλλες Διατάξεις
N. 3754/2009 Φ. 43 <sup>Α</sup> /11.3.09	Ρύθμιση Όρων Απασχόλησης των Νοσοκομειακών Ιατρών του Ε.Σ.Υ. Σύμφωνα με το Π.Δ. 76/2005 και άλλες Διατάξεις
N. 3868/2010 Φ. 129 <sup>Α</sup> /3.8.10	Καθιερώνει ξανά την ολοήμερη λειτουργία των Νοσοκομείων.

<p>N 3863/2010 Φ. 115<sup>Α</sup>/15.7.10</p>	<p>Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις.</p>
<p>N 3868/2010 Φ. 129<sup>Α</sup>/03.8.10</p>	<p>Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.</p>
<p>N 3918/2011 Φ. 31<sup>Α</sup>/02.03.11</p>	<p>Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας και άλλες διατάξεις.</p>