



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ**

**Διπλωματική Εργασία**

**Επιβλέπουσα καθηγήτρια: ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΥΤΟΥΠΑ**

**“ΔΗΜΟΣΙΟ ΔΙΚΑΙΟ ΥΓΕΙΑΣ – ΜΙΑ ΔΙΚΑΙΟΠΟΛΙΤΙΚΗ  
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ”**

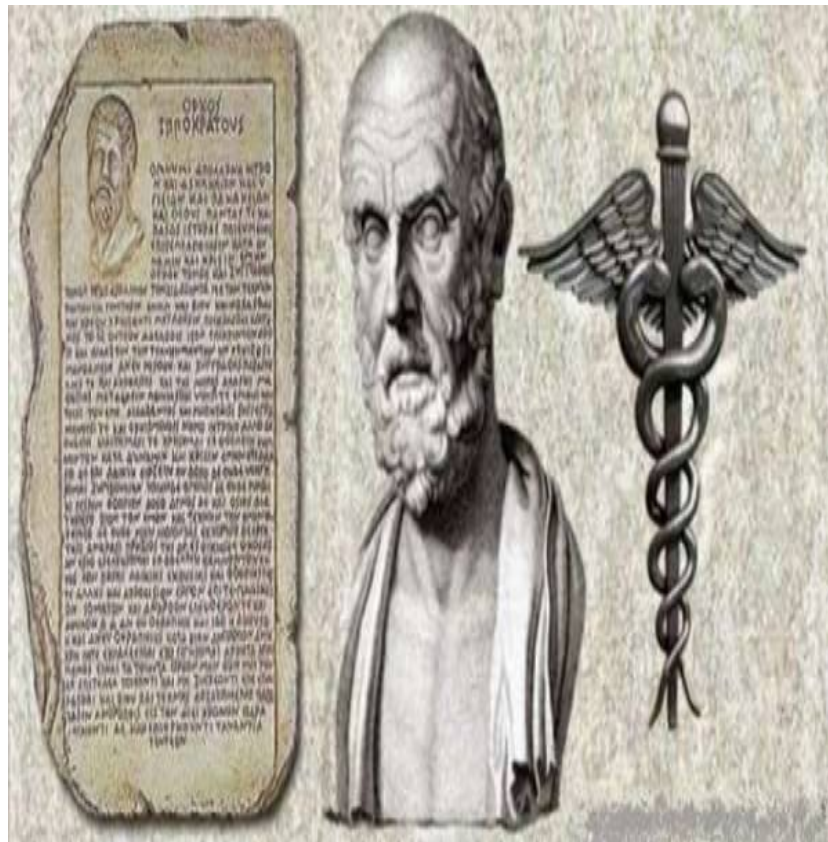
**Της**

**Ελένης Αντωνίου Καραντώνη**

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος  
ειδίκευσης στη Δημόσια Διοίκηση

**ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2018**

**Στον γιο μου**



**<Ουκ ένι ιατρικήν είδέναι,  
όστις μη οίδεν ότι εστίν άνθρωπος>**

**Ιπποκράτης ( 460 – 377 π.χ.) πατέρας της Ιατρικής**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας πρωτίστως θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινείς μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτρια που μου εμπιστεύτηκε την εργασία αυτή αλλά κυρίως για την πολύτιμη καθοδήγηση και την αμέριστη συμπαράσταση που μου πρόσφερε κατά ην εκπόνησή της.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τον γιο μου, τους γονείς και τα αδέρφια μου για την υπομονή και την στήριξη τους ώστε να ολοκληρώσω και αυτό το ταξίδι γνώσης.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η υγεία αποτελεί θεμελιώδες Συνταγματικό δικαίωμα ατομικό και κοινωνικό και συνεπώς Νομικό αγαθό. Από αυτή την σκοπιά η Ελλάδα ως μέλος της Ε.Ε. και των Διεθνών Οργανισμών με σκοπό αρχικά την διασφάλιση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ειδικότερα των δικαιωμάτων των πολιτών στην υγεία, καλείται, να ενισχύσει το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο με σύγχρονη νομοθεσία, νομολογία και καλές πρακτικές μέσα από το Δημόσιο Δίκαιο Υγείας ως αυτοτελή κλάδο του Ειδικού Διοικητικού Δικαίου.

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την οργάνωση των Ελληνικών Δημόσιων υπηρεσιών υγείας μέσα από τη μελέτη του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου και τις αρχές λειτουργίας του, συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, καθώς και τα δικαιώματα, και τις υποχρεώσεις των χρηστών και λειτουργών των υπηρεσιών υγείας. Αποσαφηνίζονται όροι όπως Συστήματα Υγείας, ιατρική ευθύνη, ιατρικό λάθος, ιατρική αμέλεια αλλά και βιοηθικά ζητήματα όπως η δωρεά οργάνων, οι μεταμοσχεύσεις, η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή και η ευθανασία.

Επίσης εξετάζονται οι υφιστάμενες στρατηγικές και πολιτικές της προαγωγής και προστασίας της υγείας των πολιτών.

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:** Δημόσιο Ιατρικό Δίκαιο, Δικαιώματα Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Αυτοδιάθεση, Θεραπεία, Ιατρικό Απόρρητο, Συναίνεση, Ιατρική Αμέλεια, Μεταμοσχεύσεις, Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή, Βιοηθική.

## ABSTRACT

Health is a fundamental constitutional right of individuals and society and therefore legal commodity.

From this perspective the Greece as a member of the EU and international organizations in order first to ensure human rights and especially the rights of citizens to health is called to strengthen the existing institutional framework with modern legislation, jurisprudence and good practices through the Public Health law as an independent branch of the special Administrative law.

This paper discusses the organization of the Greek Public health services through the study of the existing institutional framework and operating principles, compared with other European countries, as well as the rights and obligations of health service users and its functionaries. Clarify terms such as health systems, medical liability, medical error, medical malpractice and bioethical issues such as organ donation, transplants, medically-assisted reproduction and euthanasia.

Also examined the existing strategies and policies to promote and protect the health of citizens.

**KEYWORDS:** Public Medical Law, Rights of Users of Health Services, Self, Healing, Medical Privacy, Consent, Medical Malpractice, Transplants, Medically Assisted Reproduction, bioethics.

-

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ .....	3
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	5
ABSTRACT .....	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ .....	7-8
ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ .....	9-11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:Οριοθέτηση Εννοιολογικής Διαμόρφωσης Δικαίου Υγείας .....</b>	<b>13</b>
1.1. Υγεία και Δημόσια Υγεία .....	13
1.1.1. Υγεία .....	13 - 16
1.1.2. Δημόσια Υγεία .....	16 - 18
1.2. Δημόσιο Δίκαιο Υγείας .....	18 - 19
1.3. Διεθνές και Ευρωπαϊκό Δίκαιο Υγείας .....	19 - 23
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Οργάνωση των Δημόσιων υπηρεσιών υγείας .....</b>	<b>24</b>
2.1. Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας .....	24 - 26
2.1.1. Το Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου .....	26 - 28
2.1.2. Το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας .....	28 - 29
2.1.3. Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας .....	29 - 31
2.2. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας .....	31
2.2.1. Ιστορική αναδρομή .....	31-35
2.2.2. Ο Νόμος 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας».....	35-36
2.2.3. Γενικές αρχές Ε.Σ.Υ. ....	36- 42
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Δικαιώματα χρηστών των δημόσιων υπηρεσιών υγείας .....</b>	<b>42</b>
3.1 Ιστορική αναδρομή των δικαιωμάτων του χρήστη υπηρεσιών υγείας .....	42-44
3.2 .Διάκριση δικαιωμάτων των χρηστών υγείας .....	45
3.2.1 Η Ενημέρωση .....	45-48
3.2.2 Η ιδιωτικότητα των πληροφοριών υγείας .....	48-53
3.2.3. Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου στον πόνο και τον θάνατο .....	53-54
3.2.4. Η αυτονομία του ατόμου .....	54-55
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Η αστική ευθύνη του Δημοσίου στα Νοσοκομεία.....</b>	<b>55-64</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Ιατρική ευθύνη, Ιατρικό σφάλμα .....</b>	<b>65</b>
5.1 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας .....	65-82

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Μεταμοσχεύσεις</b> .....	<b>83</b>
6.1.1 Έννοιες – Θεωρίες .....	83-84
6.1.2.Θεσμικό πλαίσιο μεταμοσχεύσεων .....	84-87
6.2 Ο Ν 3984/2011 Δωρεά και μεταμοσχεύσεις & άλλες διατάξεις .....	87
6.2.1 Αρχές και προϋποθέσεις Δωρεάς Οργάνων .....	88
6.2.2 Λήψη οργάνων από ζώντα δότη .....	88-91
6.2.3 Λήψη όργανων από νεκρό δότη .....	91-93
6.3.Ποιότητα και ασφάλεια οργάνων .....	93
6.4 Ανταλλαγές οργάνων με τρίτες χώρες και Ευρωπαϊκοί οργανισμοί ανταλλαγής οργάνων και πληροφοριών .....	94
 <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: Ευθανασία</b> .....	<b>95</b>
7.1 Ορισμοί – Διεθνής και Ευρωπαϊκή έννομη τάξη .....	95-98
7.1.1.Ευρωπαϊκό δικαστήριο ανθρωπίνων δικαιωμάτων .....	99 - 100
7.2 Ελληνική νομοθεσία για την ευθανασία .....	100 - 103
 <b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή</b> .....	<b>104</b>
8.1. Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή .....	105-110
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Βιοηθική</b> .....	<b>111</b>
9.1. Βιοηθική.....	111-114
 <b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>115-117</b>
 <b>ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ</b> .....	<b>117-130</b>



## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΕΔ	Ανώτατο Ειδικό Δικαστήριο
ΑΕΙ	Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΑΚ	Αστικός Κώδικας
ΑμεΑ	Άτομα με Αναπηρία
ΑΠ	Άρειος Πάγος
ΑΥΕ	Πρωτοβάθμια Υγειονομική Επιτροπή
ΒΔ	Βασιλικό Διάταγμα
Βλ.	Βλέπε
ΓΣ	Γενική Συνέλευση
ΔΕΚ	Δικαστήριο Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων
ΔΟΕ	Διεθνής Οργανισμός Εργασίας
ΔΣ	Διοικητικό Συμβούλιο
ΔΣΕ	Διεθνής Σύμβασης Εργασίας
ΕΑΙΥΑ	Εθνική Αρχή Ιατρικός Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
ΕΔΔΑ	Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Κ.Χ.	Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης
ΕισΑΠ	Εισαγγελέας Αρείου Πάγου
ΕΟΚΕ	Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή
ΕΟΦ	Οργανισμός Φαρμάκων
ΕΟΜ	Ελληνικός οργανισμός μεταμοσχεύσεων
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.
ΕΣ	Ελεγκτικό Συνέδριο
ΕΣΔΑ	Ευρωπαϊκή Σύμβαση Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.ΣΥ.Κ.Π.	Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Πολιτικής
Ε.ΣΥ.Κ.Π.	Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Προστασίας
ΕΦΚΑ	Ενιαίος Φορέας Κοινωνικής Ασφάλισης
ΕΥΥ	Εθνική Υπηρεσία Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλιστέων

ΚΔΔ	Κώδικας Διοικητικής Διαδικασίας
ΚΕΕΛ	Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων
ΚΕΕΛΠΝΟ	Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων
ΚΕΣΥ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας
ΚΕΣΥΠΕ	Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών
ΜΚΕΑ	Μονάδες Κοινωνικής Ένταξης και Αποκατάστασης
ΜΨΥ	Μονάδες Ψυχικής Υγείας
ΜΙΥΑ	Μονάδα Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής
Ν	Νόμος
ΝΔ	Νομοθετικό Διάταγμα
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ΝΣΚ	Νομικό Συμβούλιο του Κράτους
ΟΑΕΕ	Οργανισμός Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών
ΟΓΑ	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
ΟΗΕ	Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
ΟΚΕ	Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας & Ανάπτυξης
ΟΠΑΔ	Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου
Ο.Τ.Α	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΠΔ/πδ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠεΣΥ	Περιφερειακό Σύστημα Υγείας
ΠεΣΥΠ	Περιφερειακό σύστημα υγείας και Πρόνοιας
ΠΚ	Ποινικός Κώδικας
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΣΕΕ	Συνθήκη Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΣΕΥΥΠ	Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας
ΣΛΕΕ	Συνθήκη για την Λειτουργία της Ευρωπαϊκής Ένωσης
ΣτΕ	Συμβούλιο της Επικρατείας
Στο	Συνήγορος του Πολίτη
ΣΥΠΕ	Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας
ΥΑ	Υπουργική Απόφαση
ΥΕ	Υγειονομική Επιτροπή
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια

AHAs	Area Health Authorities
DHAs	District Health Authorities
DHSS	Department Of Health And Social Security
EISS	European Institute Of Social Security
GMC	General Medical Council
ISO	International Standard Organization
NHS	National Health Services
RHAs	Regional health authorities
WHO	World Health Organization

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας άπτεται πολλών αντικειμένων, καθώς πρόκειται για ένα νομοθετικό πλαίσιο που αφορά τις δημόσιες δραστηριότητες της υγείας. Η νομοθεσία υπόκειται συχνά σε αλλαγές, καθώς επηρεάζεται από τις τεχνολογικές εξελίξεις αλλά και από τις δημοσιονομικές ανάγκες. Οι τομείς το Δημοσίου Δικαίου της Υγείας έχουν άμεση σχέση με το ασφαλιστικό δίκαιο, με την δημόσια οργάνωση των δομών ακόμη και με την τήρηση των κανόνων της ιατρικής επιστήμης. Πρόκειται για ένα φάσμα ετερόκλητο που αποσκοπεί στην προστασία και την προαγωγή του σημαντικότερου αγαθού της υγείας. Είναι ευτυχές ότι η υγεία στο Δημόσιο Δίκαιο δεν προστατεύεται μόνο με κανόνες εσωτερικού δικαίου, αλλά και με ευρωπαϊκούς κανόνες και με συμβάσεις διεθνούς δικαίου. Με τον τρόπο αυτό η κατοχύρωση είναι πιο στέρεη αφού πρώτον επαφίεται σε περισσότερες υπερεθνικές νομικές βάσεις και δεύτερον επηρεάζεται από τις διεθνείς εξελίξεις. Φυσικά, έχοντας η υγεία υπερεθνική κατοχύρωση ταυτόχρονα σημαίνει ότι όσοι έχουν έννομο συμφέρον έχουν το δικαίωμα να στραφούν σε διεθνή δικαιοδοτικά όργανα και δικαστήρια για την απόλαυση του εν λόγω αγαθού. Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας σχετίζεται με πολλά ζητήματα , τα οποία είναι πάντοτε επίκαιρα και εξελισσόμενα. Με την παρούσα εργασία αρχικά θα αναλυθούν οι βασικοί όροι , ώστε έχοντας κοινό κτήμα τις κυριότερες έννοιες , να προχωρήσουμε στα περαιτέρω αντικείμενα. Κατόπιν αναλύεται η Οργάνωση των Δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας στην Ευρώπη και αναφέρεται ειδικότερα το σύστημα υγείας της Αγγλίας, της Γερμανίας και της Γαλλίας. Ακολούθως αναλύεται το Ελληνικό Σύστημα, αρχικά με την ιστορική αναδρομή συγκρότησής του, στην συνέχεια με τα κυριότερα νομοθετήματα και τις γενικές αρχές που διέπουν το ΕΣΥ. Το επόμενο κεφάλαιο έχει ως αντικείμενο τα δικαιώματα των χρηστών των δημοσίων Υπηρεσιών Υγείας , δηλαδή της ενημέρωσης, της ιδιωτικότητας κτλ και στην συνέχεια αναλύεται η αστική ευθύνη του Δημοσίου στα Νοσοκομεία , όπου συνοδεύεται με οικεία νομολογία. Περαιτέρω, η εργασία αναφέρεται στην διαφορετική περίπτωση της ιατρικής ευθύνης και σφάλματος και συνεχίζει με την ανάλυση των επίκαιρων νομικών ζητημάτων που προκύπτουν από την ευθανασία και τις μεταμοσχεύσεις. Εν κατακλείδι επιχειρείται εξαγωγή συμπερασμάτων και επισκόπηση.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΟΡΙΟΘΕΤΗΣΗ ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 Υγεία και Δημόσια Υγεία

#### 1.1.1. Υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.)<sup>1</sup> η υγεία ορίζεται ως η πλήρης σωματική, νοητική και κοινωνική ευεξία του ατόμου και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Η ευρύτητα του εν λόγω ορισμού, είναι το σημαντικότερο χαρακτηριστικό του, γιατί εμπεριέχει την ανθρώπινη ανάταση σε επίπεδο σωματικό και πνευματικό<sup>2</sup> Ο ορισμός αυτός ισχύει σήμερα όπως ορίστηκε στον πρόλογο του καταστατικού του Π.Ο.Υ. στην Νέα Υόρκη στις 19-22 Ιουνίου του 1946 και τέθηκε σε ισχύ στις 7 Απριλίου 1948 με τη Διεθνή Διάσκεψη για την Υγεία του Οργανισμού των Ηνωμένων Εθνών. Στην διάσκεψη συμμετείχαν 51 χώρες μέλη και 10 χώρες μη μέλη του οργανισμού. Σύμφωνα με το σύνταγμα του Π.Ο.Υ. τα Συμβαλλόμενα Κράτη δηλώσαν ότι βασικές αρχές για την ευτυχία, τις αρμονικές σχέσεις και την ασφάλεια όλων των λαών είναι :

Η απόλαυση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης.

Η υγεία όλων των λαών είναι θεμελιώδους σημασίας για την επίτευξη της ειρήνης και της ασφάλειας και εξαρτάται από την ολιστική συνεργασία μεταξύ των ατόμων και των χωρών.<sup>3</sup>

Έμφαση δίνεται στην υγιή ανάπτυξη των παιδιών και την ικανότητα να ζουν αρμονικά σε ένα μεταβαλλόμενο περιβάλλον .

Τα οφέλη της ιατρικής και ψυχολογικής γνώσης απαιτείται να επεκτείνονται σ' όλους τους λαούς, με στόχο την πληρέστερη επίτευξη της υγείας τους.

Προς την κατεύθυνση αυτή η ενημέρωση, η γνώμη και η ενεργό συνεργασία εκ μέρους των πολιτών είναι ύψιστης σημασίας.

Οι κυβερνήσεις έχουν την πλήρη ευθύνη για την υγεία των λαών τους η οποία μπορεί να διασφαλιστεί μόνο με την παροχή επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων. Αυτό επιτυγχάνεται με την αποδοχή των παραπάνω αρχών παράλληλα με την συνεργασία μεταξύ τους με σκοπό την προώθηση και την προστασία της υγείας όλων των λαών.

Με δεδομένο ότι δεν υπάρχει συντακτικό νομοθέτημα για τον ορισμό της υγείας, χρησιμοποιείται ευρέως ο ορισμός του Π.Ο.Υ., ο οποίος ανταποκρίνεται πληρέστερα στις απαιτήσεις προστασίας της υγείας μέσα από τα θεσμοθετημένα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης.

Η υγεία είναι θεμελιώδες Συνταγματικό δικαίωμα ατομικό και κοινωνικό και συνεπώς Νομικό αγαθό και προστατεύεται από το Σύνταγμα.<sup>4</sup>

Η πρωταρχική κανονιστική λειτουργία κάθε συνταγματικού δικαιώματος είναι η θεμελίωση αξιώσεων για τον φορέα του και συνακόλουθων αντίστοιχων υποχρεώσεων για τον αποδέκτη του. Η Συνταγματική καταχώρηση της υγείας έχει δύο διαστάσεις, την υγεία ως αντικειμενικό νομικό αγαθό που απορρέει από την υπόσταση του ίδιου του ανθρώπου και υποκειμενικά ως κοινωνικό δικαίωμα (άρθρο 21 § 3). Το δικαίωμα στην προστασία της ατομικής υγείας είναι ένα κλασικό ατομικό δικαίωμα που έχει ως περιεχόμενο την υποχρέωση του κράτους να απέχει από οποιαδήποτε συμπεριφορά ικανή να περιορίσει την ελευθερία του να αποφασίζει το ίδιο το υποκείμενο για την προσωπική του υγεία και θεμελιώνεται στο άρθρο 5, παρ. 2 και 5 του Συντάγματος ενώ στην περίπτωση που η προσβολή της υγείας δεν προέρχεται από κρατικά όργανα τότε θεμελιώνεται από το άρθρο 25, παρ. 1 και το άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος<sup>5</sup>.

Ως κοινωνικό δικαίωμα απορρέει από την υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την υγεία των πολιτών λαμβάνοντας τα κατάλληλα μέτρα για την περίθαλψη σε περίπτωση εκδήλωσης νόσου, προστασίας της νεότητας, του γήρατος και των ατόμων με αναπηρίες. Το δικαίωμα της υγείας εμπεριέχει προστατευτικό, διασφαλιστικό και αμυντικό περιεχόμενο.<sup>6</sup>

Το εν λόγω λοιπόν κοινωνικό δικαίωμα θεμελιώνει εν πρώτοις υποχρέωση του κράτους να λαμβάνει αναγκαία μέτρα για την προστασία της υγείας.<sup>7</sup> Η εν λόγω υποχρέωση έχει μάλιστα διττό περιεχόμενο , καθώς περιλαμβάνει την λήψη προληπτικών και κατασταλτικών μέτρων. Προληπτικά είναι τα μέτρα<sup>8</sup> που στοχεύουν στην παρεμπόδιση και την αποτροπή της βλάβης της υγείας και κατασταλτικά είναι τα μέτρα που στοχεύουν στην αποκατάσταση και επανόρθωση της ήδη συντελεσθείσας βλάβης της υγείας .Τα πρώτα σχετίζονται με την αρχή της πρόληψης ή προληπτικής δράσης και την αρχή της προφύλαξης , ενώ τα δεύτερα σχετίζονται με την υποχρέωση να διασφαλίζεται εκ μέρους του κράτους ένα ικανοποιητικό σύστημα υγειονομικής και νοσοκομειακής περίθαλψης ανεξαρτήτων οικονομικής δυνατότητας ή άλλων χαρακτηριστικών.<sup>9</sup>

Επιπλέον η προστασία της υγείας σχετίζεται άμεσα με το δημόσιο συμφέρον, καθώς οι διατάξεις του α.21παρ.3, 5παρ.5,18 παρ.3,22παρ.4 του Συντάγματος θεμελιώνουν ως δημόσιο ή κοινωνικό συμφέρον την προστασία της υγείας. Το εν λόγω δημόσιο συμφέρον κατατάσσεται σε μία ιδιαίτερη υψηλή κλίμακα των συνταγματικών αξιών. Το εν λόγω δημόσιο συμφέρον δεσμεύει τον κοινό νομοθέτη τόσο θετικά , υποχρεώνοντας τον να επιδιώκει την προαγωγή του, όσο και αρνητικά. Δεν μπορεί δηλαδή να θεσπίζει κανόνες οι οποίοι διακυβεύουν το αγαθό της υγείας ή πολύ περισσότερο το βλάπτουν. Δεσμεύει ακόμη την διοίκηση κατά την άσκηση της διακριτικής ευχέρειας και την υποχρεώνει να συνεκτιμά την προστασία της υγείας και να απέχει από ενέργειες που θα συνεπάγονταν την προσβολή της.<sup>10</sup>

Το κοινωνικό δικαίωμα αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και σαν τέτοιο παρέχεται σ' όλους τους πολίτες της χώρας ανεξάρτητα ή όχι από την νόμιμη παραμονή τους σ' αυτήν επισημαίνοντας ότι στο άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος το δικαίωμα στην προστασίας ης υγείας δίνεται ρητά στους Έλληνες πολίτες. Οι αλλοδαποί προστατεύονται από Διεθνείς συμβάσεις οι όποιες δεσμεύουν την χώρα. Σύμφωνα με το Ν.4251/2014 <sup>11</sup>. άρθρο 26 σχετικά με τις υποχρεώσεις υπηρεσιών και υπαλλήλων οι δημόσιες υπηρεσίες, ΝΠΔΔ, οι ΟΤΑ Α' και Β' βαθμού, οι οργανισμοί και επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας και οι οργανισμοί κοινωνικής ασφάλισης υποχρεούνται να μ η ν παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε πολίτες τρίτης χώρας, οι οποίοι δεν έχουν διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο που αναγνωρίζεται από διεθνείς συμβάσεις και θεώρηση εισόδου ή άδεια διαμονής και γενικά δεν έχουν την δυνατότητα να αποδείξουν ότι διαμένουν νόμιμα στην Ελλάδα . Εξαιρούνται τα νοσοκομεία, τα θεραπευτήρια, οι κλινικές και δομές κοινωνικής

μέριμνας που λειτουργούν στο πλαίσιο των Ο.Τ.Α., όταν πρόκειται για πολίτες τρίτων χωρών που εισάγονται εκτάκτως για νοσηλεία, τοκετό και για τα ανήλικα παιδιά. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι υπάλληλοι των υπηρεσιών και φορέων που παραβαίνουν τις διατάξεις του άρθρου 26 παρ. 1, διώκονται πειθαρχικά και τιμωρούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα, για παράβαση καθήκοντος. Κατά συνέπεια με το άρθρο 26 η παροχή νοσηλείας εστιάζεται μόνο στα έκτακτα περιστατικά και τους ανήλικους μη νόμιμους αλλοδαπούς.<sup>12</sup>

Η Ελλάδα και η Ιταλία λόγω της γεωγραφικής τους θέσης αποτελούν τις πύλες εισόδου της ΕΕ παράνομων μεταναστών, ένα πρόβλημα που έχει διογκωθεί και προστίθεται σ' αυτό και ο μεγάλος αριθμός προσφύγων που φιλοξενεί η χώρα μας και συνεπώς απαιτείται να ληφθούν άμεσα μέτρα από την ΕΕ για την χρηματοδότηση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης των παράνομων μεταναστών, των προσφύγων αλλά και για την προστασία και προαγωγή της υγείας τους. Πέρα από τα ανωτέρω, η αιφνιδιαστική οικονομική κρίση επηρέασε το ήδη ευάλωτο σύστημα υγείας που διέθετε η χώρα μας. Οι πολιτικές λιτότητας απαιτούν διαθρωτικές μεταρρυθμίσεις που άπτονται της δημόσιας πολιτικής υγείας, κατ' εφαρμογή των Προγράμματος Οικονομικής Προσαρμογής που υπέγραψε η Ελλάδα με την τριμερή πιστωτική επιτροπή - Τρόικα . Η λιτότητα λοιπόν, πιέζει αφόρητα και το σύστημα υγείας, το οποίο οφείλει να ανταποκριθεί στην αυξημένη ανάγκη κάλυψης του πληθυσμού ταυτόχρονα με την μειωμένη χρηματοδότησή του.

### **1.1.2 Δημόσια Υγεία**

Σύμφωνα με τους R. Beaglehole και R. Bonita ( 2004) Δημόσια Υγεία είναι η συλλογική δράση για αειφόρο (διαρκή) ανάπτυξη της υγείας του πληθυσμού (Public Health : Collective action for sustained population – wide health improvement).

Η έννοια και το περιεχόμενο της Δημόσιας Υγείας αποτυπώνεται από τον Ν 3370/2005 σύμφωνα με τον οποίο «Ως δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η Δημόσια υγεία έχει χαρακτήρα πολυτομεακό, απευθύνεται κυρίως σε πληθυσμούς και κοινότητες και, ως έννοια, είναι ευρύτερη της υγιεινής και της πρόληψης ή της κοινωνικής ιατρικής ή της



ιατρικής στη Δημόσια υγεία» Αποτελεί δημόσια πολιτική, είναι ευθύνη του κράτους, είναι διατομεακή και ασκείται με διεπιστημονική μεθοδολογία και προσέγγιση. Κατά το άρθρο 2 του Ν 3370/2005 «Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της δημόσιας υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτεραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Δράσεις που σχετίζονται με την κοινωνική φροντίδα και τις ειδικές ανάγκες εύάλωτων ομάδων του πληθυσμού, που ζουν σε μειονεκτικές, κοινωνικά, συνθήκες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, το γήρας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η απουσία εισοδήματος, και η προσπάθεια άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, περιέχονται στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας».

Η Δημόσια υγεία κεντρικά ασκείται από το Υπουργείο Υγείας αλλά και την Περιφερειακή διοίκηση, τους ΟΤΑ Α' και Β' βαθμού, τις μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, στην κοινότητα και στους χώρους ομαδικής διαβίωσης και εργασίας και, γενικά σε κάθε χώρο κοινωνικής δραστηριότητας. Οι παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και ασκούνται με βάση τους κανόνες της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.<sup>13</sup> .

«Οι πολιτικές και οι στρατηγικές Δημόσιας υγείας διαμορφώνονται σύμφωνα με τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας και βασίζονται στις ακόλουθες προϋποθέσεις;

- Στη διατομεακή συνεργασία σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, στο σχεδιασμό και στις εφαρμογές σε πληθυσμιακή βάση, στη δημιουργία ενιαίων διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων.
- Στη διεπιστημονική προσέγγιση και στις παρεμβάσεις στους καθημερινούς χώρους ζωής και εργασίας και στην ενεργό συμμετοχή του πολίτη.
- Στη χρησιμοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων με καθορισμένους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους.
- Στην αντιμετώπιση των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στον αποτελεσματικό έλεγχο και στη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.

- Στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, στην άρση των ανισοτήτων, την ικανοποίηση των αναγκών των φτωχών και των ευπαθών ομάδων και στην προαγωγή υγιών τρόπων ζωής».<sup>14</sup>

Σε γενικές γραμμές πρέπει να υπομνησθεί ότι ο βαθμός πρόσβασης της ολότητας ή μέρους των πολιτών συνδέεται αναπόσπαστα με την χρηματοδότηση, αλλά δεν είναι ο μόνος τρόπος άσκησης επιρροής στην επιβάρυνση των συστημάτων. Με μία πιο ολοκληρωμένη πολιτική που θα εποπτεύει τις συνθήκες απασχόλησης και γενικότερα την κοινωνική προστασία, θα βοηθάει την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών πριν καν χρειαστεί να γίνουν χρήστες των συστημάτων υγείας.<sup>15</sup>

## 1.2 Δημόσιο Δίκαιο Υγείας

Το Διοικητικό Δίκαιο περιλαμβάνει το σύνολο των κανόνων δικαίου που διέπουν την δράση της Δημόσιας Διοίκησης. Η δημόσια διοίκηση είναι η δραστηριότητα του κράτους για την πραγματοποίηση των σκοπών του στο πλαίσιο της έννομης τάξης, με την εξαίρεση της νομοθεσίας και της δικαιοσύνης.<sup>16</sup> Το δίκαιο της υγείας ορίζεται ως το σύστημα των κανόνων δικαίου που εφαρμόζονται στην υγειοπροστατευτική δραστηριότητα. Το δίκαιο της υγείας δεν ταυτίζεται αλλά περιλαμβάνει το ιατρικό δίκαιο.<sup>17</sup> Το ιατρικό δίκαιο καθορίζει τόσο τα δικαιώματα, όσο και τις υποχρεώσεις των γιατρών οι οποίοι σαν λειτουργοί υπηρετούν την υγεία των πολιτών. Περιλαμβάνει κανόνες δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου. «Οι σχέσεις του ιδιωτικού δικαίου ρυθμίζουν κατ' αρχήν τις σχέσεις μεταξύ των ιδιωτών με βάση την ισοτιμία της βουλήσεως και οι κανόνες του δημοσίου δικαίου διέπουν τη διοίκηση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και την τήρηση της υγειονομικής τάξης και ασφάλειας με τον έλεγχο των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας και των επαγγελματιών υγείας και με τη διαφύλαξη τη δημόσιας υγείας. Οι κανόνες αυτοί έχουν ειδικό χαρακτήρα σε σχέση με τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου και συγκροτούν το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας» σύμφωνα με την Παπαρηγοπούλου – Πεχλιβανίδη (2009). Το δίκαιο της υγείας εκτός από το Ιατρικό δίκαιο όπως προαναφέραμε περιλαμβάνει και το, δίκαιο της Δημόσιας υγείας, το νοσοκομειακό δίκαιο, το φαρμακευτικό, το δίκαιο δικαιωμάτων ασθενών κ.α.

Εκτός από το δίκαιο της υγείας ένας άλλος κλάδος του Διοικητικού δικαίου είναι το δίκαιο της κοινωνικής προστασίας το οποίο διακρίνεται στο δίκαιο της Κοινωνικής Ασφάλισης και το δίκαιο της Πρόνοιας με αντικείμενο την Κρατική Κοινωνική

Αλληλεγγύη, τα οποία εξυπηρετούν διαφορετικούς σκοπούς το καθένα αλλά και με διαφορετικές αρχές. Η κοινωνική ασφάλιση παρέχει υπηρεσίες σε είδος και χρήματα όμως οι παροχές σε είδος εμπίπτουν και στο πεδίο του δικαίου υγείας με αποτέλεσμα τμηματικά να επικαλύπτεται το δίκαιο της υγείας με το δίκαιο της κοινωνικής ασφάλισης. Αυτό δεν συμβαίνει με την Πρόνοια γιατί απευθύνεται σε συγκεκριμένες ομάδες (ευάλωτες) στόχους με την χορήγηση παροχών για την εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης, περίθαλψης και επανένταξης στην οικονομική και κοινωνική ζωή.

Πηγές του δημοσίου Δικαίου υγείας είναι νόμοι, διατάγματα, Διεθνής και Ευρωπαϊκές Συμβάσεις, Διεθνείς Οργανισμοί οι οποίοι σύμφωνα με τις καταστατικές τους διατάξεις μπορεί να θέτουν υποχρεωτικούς ή μη κανόνες στα μέλη τους, Επαγγελματικοί Κώδικες δεοντολογίας των επαγγελματιών υγείας και η νομολογία των Δικαστηρίων.

### **1.3 Διεθνές και Ευρωπαϊκό Δίκαιο Υγείας**

Δικαίωμα ένας όρος που περιλαμβάνει ηθική μέσα από τις κρατούσες ηθικές αρχές αλλά και νομική υπόσταση κατοχυρωμένη από τον Νόμο , «εξουσίες» παρέχονται από το Δίκαιο στα άτομα με σκοπό την εξασφάλιση των συμφερόντων τους και επιβάλλονται με κυρώσεις. Η πρώτη διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην Ευρώπη δημιουργήθηκε στην Γαλλία το 1789 με βάση την διακήρυξη της Αμερικανικής επανάστασης του 1776 «Η Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και του Πολίτη» και τα διατάγματα της 4ης και 11ης Αυγούστου 1789 αποτέλεσαν τον θεμέλιο λίθο του Συντάγματος της Γαλλίας μετά την Γαλλική Επανάσταση. Μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο με αφορμή τις θηριωδίες που έλαβαν χώρα και το ολοκαύτωμα επαναπροσδιορίζεται η αξία της ζωής και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων θέμα που τίθεται στην Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών, το 1948 στο Παρίσι με την απόφαση 217 Α (III) της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε. στις 10 Δεκεμβρίου 1948 (A/RES/217/10/12/1968) υιοθετείται το προσχέδιο της Οικουμενικής Διακήρυξης των ανθρωπίνων Δικαιωμάτων που ήταν αποτέλεσμα της συνεργασία του Τζών Πήτερς Χάμφρεϋ (Καναδάς) , της Ελέανορ Ρούσβελτ ( ΗΠΑ) του Ρενέ Κασίν (Γαλλία), του Π. Σ. Τσάνγκ (Κίνα) και άλλων.

Η Οικουμενική Διακήρυξη των ανθρωπίνων Δικαιωμάτων αντιπροσωπεύει το Διεθνές Εθνικό Δίκαιο, δεν είναι νομικό έγγραφο, αποτέλεσε την βάση για δυο νομικές συνθήκες το Διεθνές Σύμφωνο για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα (International Covenant on Civil and Political Rights ) και το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights ) τα δικαιώματα των οποίων είναι δεσμευτικά για το σύνολο των κρατών – μελών που έχουν υπογράψει δημιουργώντας έτσι το Δίκαιο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων το οποίο περιλαμβάνει πολλές διακηρύξεις και συνθήκες με τις παρακάτω (συμπεριλαμβανόμενων των προηγούμενων ) να θεωρούνται βασικές για την μετέπειτα εξέλιξη του όπως :

-Το 1969 η Σύμβαση υπέρ της εξάλειψης όλων των μορφών φυλετικής διάκρισης .

-Το 1979 η Σύμβαση υπέρ της εξάλειψης όλων των μορφών διακρίσεων κατά των γυναικών

-Το 1987 η Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών ενάντια στα βασανιστήρια.

-Επίσης το 1987 η Σύμβαση των δικαιωμάτων του παιδιού η οποία αποτέλεσε τον πρώτο οικουμενικά , νομικά δεσμευτικό, κώδικα των δικαιωμάτων των παιδιών.

-Το 2003 η Διεθνής σύμβαση για την Προστασία των δικαιωμάτων των μεταναστών εργατών και των μελών των οικογενειών τους

-Το 2008 η Σύμβαση των δικαιωμάτων των ατόμων με αναπηρία.

-Την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών όπως τροποποιήθηκε (Πρωτοκόλλο No. 11 και 14) και υπογράφηκε στη Ρώμη στις 4η Νοεμβρίου 1951 με έναρξη ισχύος την 3η Σεπτεμβρίου του 1953<sup>2</sup> , όπως κυρώθηκε με το Νομοθετικό Διάταγμα 53 της 19/20 Σεπτεμβρίου 1974 : περί κυρώσεως της εν Ρώμη την 4ην Νοεμβρίου 1950 υπογραφείσης Συμβάσεως «Δια την Προάσπισιν των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών», ως και του Προσθέτου εις αυτήν Πρωτοκόλλου των Παρισίων της 20ης Μαρτίου 1952. (ΦΕΚ 256, τ. Α΄) και τροποποιήθηκε με το Ν. 2400 της 29.5/4.6.1996 Κύρωση του Πρωτοκόλλου No. 11 στη Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, στο πλαίσιο της αναμόρφωσης του μηχανισμού ελέγχου που θεσπίστηκε από τη Σύμβαση (ΦΕΚ 96, τ. Α΄) και το Ν. 3344/2005(ΦΕΚ 133/τ. Α΄)]: Κύρωση του Πρωτοκόλλου

υπ' αριθ. 142 στη Σύμβαση για την Προάσπιση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και των Θεμελιωδών Ελευθεριών, το οποίο τροποποιεί το σύστημα ελέγχου της Σύμβασης; Κυρώνεται και έχει την ισχύ, που ορίζει το άρθρο 28 παρ. 1 του Συντάγματος, το Πρωτόκολλο υπ' αριθμόν 14 που υπογράφηκε στο Στρασβούργο, στις 13 Μαΐου 2004

Ειδικότερα το δικαίωμα του υψηλότερου επιπέδου υγείας το συναντάμε στο προοίμιο του Παγκοσμίου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) το οποίο δεν είναι δεσμευτικό νομικά. Επίσης στο άρθρο 12 του «Διεθνούς Συμφώνου για τα Οικονομικά Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα» με το οποίο κατοχυρώνεται το δικαίωμα στη σωματική και την ψυχική υγεία.<sup>18</sup> και τα κράτη μέλη απαιτείται να λάβουν μέτρα της μείωσης της θνησιμότητας των βρεφών, την βελτίωση της Περιβαλλοντικής Υγιεινής, την πρόληψη, θεραπεία και καταπολέμηση των επαγγελματικών και άλλων νόσων και την παροχή σ' όλους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.

Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης ο οποίος εστιάζει στα αίτια και την εξάλειψη τους για την μη παροχή ικανοποιητικής υγείας και την πρόληψη επιδημικών και ενδημικών ασθενειών και ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Κοινωνικής Ασφάλισης.

Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας ατομικής και Δημόσιας εισάγεται στο Ευρωπαϊκό Δίκαιο με τη Συνθήκη του Μάαστριχ το 1992<sup>19</sup> με την οποία η Κοινότητα οφείλει να προβεί σ' όλα τα απαραίτητα μέτρα για τη παροχή υψηλού επιπέδου προστασίας της υγείας, την πρόληψη, την ενημέρωση και την διαπαιδαγώγηση σε θέματα υγείας. Η ρύθμιση σχετικών με αυτήν θεμάτων είναι αρμοδιότητα του κάθε κράτους μέλους και ο ρόλος της Κοινότητας είναι παράλληλος, συμπληρώνοντας τα κράτη μέλη για μείωση της βλάβης από τα ναρκωτικά, την ασφάλεια και την ποιότητα των ανθρωπίνων οργάνων και ουσιών όπως το αίμα, περιλαμβάνοντας και τον φυτοϋγειονομικό και κτηνιατρικό έλεγχο (τρόφιμα). Η δράση της ΕΕ εμπεριέχει και υποστηρικτικά μέτρα τα οποία δεν έχουν δεσμευτικό χαρακτήρα αλλά με γνώμονα το κοινό συμφέρον της Ένωσης συμβάλουν στην ενίσχυση των εθνικών πολιτικών του κάθε κράτους – μέλους.

Οι αρχές του Ευρωπαϊκού Δικαίου είναι κανόνες δικαίου, το περιχεόμενο τους είναι γενικό, παρέχει κατευθύνσεις σε εκείνον που εφαρμόζει το δίκαιο για να διαμόρφωση

ο ίδιος δίκαιο. Για τα δικαιώματα της υγείας, του περιβάλλοντος και του καταναλωτή οι αρχές είναι:

Η αρχή της προφύλαξης η οποία για πρώτη φορά διατυπώθηκε στη διακήρυξη του Ρίο ντε Τζανέιρο <sup>20</sup> έχει δεσμευτικό χαρακτήρα και αφορά το δικαίωμα στην υγεία, το περιβάλλον και τα δικαιώματα του καταναλωτή.

Η αρχή της προληπτικής δράσης η οποία αποτελεί και στόχο της υγείας στην ΕΕ.

Η αρχή της Βιώσιμης ανάπτυξης αφορά την προστασία του περιβάλλοντος και η αρχή της υψηλής ποιότητας των προστατευομένων αγαθών (υγεία, ασφάλιση, περιβάλλον).

Στην ΕΕ τα δικαιώματα κατατάσσονται σε κατηγορίες με βάση την αξία της ελευθερίας, της αξιοπρέπειας, της δημοκρατίας, της ισότητας και της δικαιοσύνης.

Η υγεία ως άμεσα συνδεδεμένη με την υπόσταση και την αξιοπρέπεια του Ανθρώπου συνιστά την "ευεξία" του σε επίπεδο σωματικό, κοινωνικό και νοητικό. Η υγεία δεν ορίζεται εξ αντιδιαστολής ως έλλειψη οποιασδήποτε ασθένειας ή υστέρησης, και αυτό ισχύει ήδη από το 1946. Η αιματηρή εμπειρία του δεύτερου παγκοσμίου πολέμου κατέστησε σαφές ότι ο Άνθρωπος πρέπει να απολαμβάνει το αγαθό της υγείας, απλώς και μόνο λόγω της φύσης του και γι' αυτό το λόγο σε ύψιστο πολιτικό επίπεδο επιδιώχθηκε η καθιέρωσή του σε όλο τον κόσμο. Θεμέλια λίθος του ευρωπαϊκού συνταγματισμού ως προς τα δικαιώματα, αποτελεί η δυνατότητα απόλαυσης του δικαιώματος στην υγεία για κάθε άνθρωπο δίχως να λαμβάνονται υπόψη οι θρησκευτικές του επιλογές, η εθνικότητά του και οι οικονομικές, πολιτικές ή κοινωνικές συνθήκες που διαβιεί. Φυσικά η συνεργασία των κρατών είναι απαραίτητη προϋπόθεση ώστε μαζί με την επιζητούμενη ειρήνη και ασφάλεια να καθιερωθεί και η υγεία των πολιτών. Εξάλλου η αρμονική συμβίωση είναι ζήτημα που άπτεται της συνεργασίας των κρατών αλλά και των πολιτών με τις κυβερνήσεις. Η κρατική ευθύνη ως προς το επίπεδο της υγείας που απολαμβάνουν οι πολίτες τους, διασφαλίζεται με υγειονομικά και κοινωνικά μέτρα αλλά και με την επαρκή ενημέρωση, ώστε να καταστούν γνώστες όλοι όσοι τελούν υπό την προστασία του εκάστοτε κράτους.

Ως υπέρτατο αγαθό για τον Άνθρωπο το δικαίωμα στην υγεία συμπεριλαμβάνεται στο Σύνταγμα, ώστε να κατοχυρώνεται σε ύψιστο δικαιοκρατικό βαθμό. Βέβαια, τα κοινωνικά δικαιώματα, ουσιαστικά συνιστούν "παροχές" του κράτους, οπότε όπως αντιλαμβάνεται κανείς συνδέεται άμεσα με τις οικονομικές δυνατότητες του κράτους. Τα τελευταία χρόνια με την δημοσιονομική κρίση που έχει πλήξει πολλά δυτικά κράτη, ο διάλογος περί της δυνατότητας κατοχύρωσης των κοινωνικών δικαιωμάτων

έχει ανοίξει και είναι καταλυτικός, αφού υπάρχουν φωνές που αρνούνται ακόμη και την ύπαρξή τους. Ωστόσο, η κατοχύρωση ενός κοινωνικού δικαιώματος και ιδιαίτερα αυτού της υγείας που συνδέεται αναπόσπαστά με την υπόσταση και την αξιοπρέπεια του ατόμου, δεν μπορεί να εξαρτάται από δημοσιονομικούς αριθμούς, διότι είναι κάτι ανώτερο από στατιστικές και κρατικά έσοδα. Αυτό επιβάλλεται και από την συμμετοχή της χώρας μας σε Διεθνείς Οργανισμούς, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στην ΕΣΔΑ, στον Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Χάρτη κτλ. Υπό τις δύσκολες δημοσιονομικές συνθήκες που διανύει ο ευρωπαϊκός νότος, σε συνδυασμό με τις αυξημένες μεταναστευτικές ροές λόγω της εμπόλεμης κατάστασης στην Μ. Ανατολή, είναι πιο απαιτητή από ποτέ η συνδρομή της Ένωσης και των άλλων Διεθνών Οργανισμών που συμμετέχει η χώρα μας, ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί στην παροχή του αγαθού της υγείας.

Για το τέλος θα πρέπει να κρατήσουμε το εξής : η υγεία ως στοιχειώδες αγαθό που συνδέεται άρρηκτα με την ανθρώπινη υπόσταση, εμπεριέχει την ανάγκη φροντίδας, η οποία αποτελεί εμπορεύσιμο και εκτιμώμενο είδος καθώς περιλαμβάνει τις υπηρεσίες υγείας , από την κρατική νοσηλεία έως τα φαρμακευτικά σκευάσματα .Ως αντικείμενο συναλλαγής λοιπόν, τίθενται σε συνθήκες αγοράς, δηλαδή απαιτούν κεφάλαιο και εργασία και απευθύνεται σε καταναλωτές που την καταναλίσκουν μαζικά ή μεμονωμένα<sup>21</sup>. Η υγεία λοιπόν, ασκεί επιρροή στην οικονομική παραγωγικότητα καθώς αφενός από τον κλάδο αυτό περνούν τεράστια οικονομικά ποσά αφετέρου ο υγιής άνθρωπος είναι αποδοτικότερος από τον ασθενή, προωθώντας την ανάπτυξη πολυπλεύρως.<sup>22</sup>

Κατόπιν της σύντομης ανάλυσης των βασικότερων σημείων της “υγείας” ως όρο και έχοντας ως κοινό κτήμα την ανωτέρω έννοια, τότε μπορούμε να συνεχίσουμε με τα επιμέρους ζητήματα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

#### 2.1 Ευρωπαϊκά Συστήματα Υγείας

Την υγεία ως δημόσιο αγαθό και δικαίωμα απαιτείται να διασφαλίζουν τα κράτη παρέχοντας υψηλού επιπέδου, περίθαλψη στους πολίτες τους ισότιμα δηλαδή ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση ή την κοινωνική τους θέση. Αυτό επιτυγχάνεται με την θεσμοθέτηση Εθνικών Συστημάτων Υγείας, που σκοπό έχουν να εξασφαλίσουν, την προστασία και προαγωγή της υγείας των πολιτών. Η παροχή υπηρεσιών υγείας είναι βασική υποχρέωση της κοινωνίας απέναντι στην κοινωνική συνεισφορά του πολίτη, μέσα από την εργασία του. Ένα σύστημα υγείας αποφέρει άμεσα και έμμεσα ευεργετήματα στην δημόσια και ιδιωτική παραγωγικότητα.

Μια τέτοια θεώρηση αναδεικνύει το σύστημα υγείας ως μέσο συντήρησης, ενίσχυσης και ελέγχου της παραγωγικότητας των πολιτών.

Επιπλέον, τα ποσά που χρηματοδοτεί ένα κράτος στο σύστημα υγείας που διαθέτει, αλλά και οι μέθοδοι και η συχνότητα των μεταβολών έχει άμεση σχέση με το ευρύτερο δημοσιονομικό-υγειονομικό σύστημα. Το γεγονός αυτό γίνεται ευκολότερα αντιληπτό σε περιόδους οικονομικής κρίσης, κατά τις οποίες το κράτος προσπαθώντας να εξοικονομήσει πόρους προχωρά σε διαθρωτικές αλλαγές όπως ο έλεγχος των δαπανών στα δημόσια νοσοκομεία, την καθιέρωση του συστήματος Λογαριασμών Υγείας κτ<sup>23</sup> Ειδικότερα η συνάρτηση του συνολικού εισοδήματος ενός κράτος και των δαπανών προς την υγεία αντικατοπτρίζει την δημοσιονομική κατάσταση της, ανάλογα βέβαια με το σύστημα που ακολουθεί<sup>24</sup>

Τα Συστήματα υγείας<sup>25</sup> ανάλογα με την χρηματοδότηση, τον τρόπο οργάνωσης και διανομής των υπηρεσιών τους διακρίνονται σε τρεις βασικές μορφές :

- Το Ιδιωτικό ή Φιλελεύθερο,<sup>26</sup> που λειτουργεί σε αντιστοιχία με τις δυνάμεις της αγοράς και τη μικρότερη δυνατή κρατική παρέμβαση και επιβάρυνση, όπου οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται με χρηματοδότηση από τους ίδιους (ιδιωτικά)



ασφαλιστέους και ενίοτε τους εργοδότες τους, χωρίς όμως τη συμμετοχή στα ταμεία να είναι υποχρεωτική (αναπτύχθηκε και εφαρμόζεται κατ' εξοχήν στις ΗΠΑ).

- Το Εθνικό ή Δημόσιο, που χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό μέσω της φορολογίας και αποσκοπεί στην ισότιμη και δωρεάν κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού, γνωστό και ως μοντέλο Beveridge, που αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο.

- Το σύστημα της Κοινωνικής Ασφάλισης,<sup>27</sup> το οποίο στηρίζεται στην ύπαρξη πολλών διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων, που χρηματοδοτούν το σύστημα μέσω εισφορών εργοδοτών και εργαζομένων, γνωστό και ως μοντέλο Bismarck, που αναπτύχθηκε στη Γερμανία.<sup>28</sup>

Στις αμιγείς μορφές τους τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Beveridge, είναι καθολικά συστήματα κοινωνικής αλληλεγγύης, διότι εξασφαλίζουν ένα ελάχιστο επίπεδο κοινωνικής διαβίωσης για όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το ύψος των εισοδημάτων τους και χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό. Αντίθετα τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Bismarck καλύπτουν μόνο τους εργαζόμενους και οι παροχές εξαρτώνται κυρίως από το ύψος των ασφαλιστικών εισφορών (εργοδοτών και εργαζομένων) στους ασφαλιστικούς οργανισμούς.<sup>29</sup>

Τα συστήματα τύπου Bismarck, αποκαλούνται και κλασικά συστήματα κοινωνικής ασφάλισης ή συστήματα επαγγελματικής αλληλεγγύης ή προστασίας ή πολλαπλά συστήματα ή συστήματα επαγγελματικών οργανωμένων ομάδων. Τα συστήματα τύπου Beveridge, αποκαλούνται και συστήματα κοινωνικής ασφάλισης ή καθολικά συστήματα ελάχιστου εισοδήματος ή συστήματα καλύψεως ολόκληρου του πληθυσμού ή ενιαία συστήματα. Τα συστήματα Bismarck και Beveridge έχουν σταδιακά προσέγγιση το ένα το άλλο και από αυτά έχουν δημιουργηθεί άλλα μεικτά συστήματα με προέχοντα χαρακτηριστικά άλλοτε του ενός τύπου και άλλοτε του άλλου<sup>30</sup>.

Το κοινό στοιχείο και στα δύο συστήματα, είναι ότι η κοινωνική ασφάλιση αφορά την λήψη κατασταλτικών ή προληπτικών μέτρων για την εξάλειψη ή έστω τον περιορισμό των κινδύνων.<sup>31</sup> Οι περισσότερες χώρες σήμερα έχουν υιοθετήσει μεικτές μορφές οργάνωσης των συστημάτων υγείας τους. Σ' αυτά διακρίνονται δύο μορφές περίθαλψης και τρία επίπεδα οργάνωσης. Η περίθαλψη διακρίνεται ως εξωνοσοκομειακή ή ανοικτή περίθαλψη και νοσοκομειακή ή κλειστή περίθαλψη. Οι

υπηρεσίες της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης παρέχονται από γενικούς γιατρούς καθώς και άλλους επαγγελματίες υγείας «κτίζοντας» το πρωτοβάθμιο επίπεδο<sup>32</sup> . περίθαλψης όπου ο πολίτης σε τοπικό επίπεδο άμεσα και εύκολα έχει πρόσβαση για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας του. Αντίθετα οι υπηρεσίες εξειδικευμένων γιατρών παρέχονται μέσα στα γενικά νοσοκομεία τα οποία βρίσκονται σε κοντινές πόλεις. Υπάρχει και η τριτοβάθμια περίθαλψη η οποία διενεργείται σε ειδικά νοσοκομεία/ιατρικά κέντρα για την αντιμετώπιση σπανίων περιστατικών.

Με βάση συστήματα κοινωνικής ασφάλισης τύπου Beveridge αντιπροσωπευτικό δείγμα καλής εφαρμογής του μοντέλου αυτού είναι το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (Αγγλία) ενώ του μοντέλου Bismarck η Γερμανία.

### **2.1.1 Το Σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου**

Η Βρετανική υπηρεσία υγείας (National Health Service) ιδρύθηκε το 1948 κάτω από το πρίσμα ενός μεταπολεμικού κράτους πρόνοιας, με βάση την ιδέα του Λόρδου Beveridge το 1942.

Κύριο χαρακτηριστικό του συστήματος είναι ότι το κράτος αναλαμβάνει όλο το οικονομικό βάρος για την λειτουργία του σε όφελος του συνόλου των πολιτών χωρίς διακρίσεις, γεγονός οξύμωρο δεδομένου ότι η χώρα έχει ελεύθερη οικονομία. Η χρηματοδότηση είναι εξ' ολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό και όχι από την κοινωνική ασφάλιση. Την πρωτοβάθμια περίθαλψη την παρέχει η τοπική αυτοδιοίκηση ενώ την νοσοκομειακή το κράτος, την εποπτεία των φαρμακοποιών, των οφθαλμιάτρων και των οδοντιάτρων ασκούν οι αντίστοιχοι επαγγελματικοί σύλλογοι.

Η διασπορά αυτή θεωρείται και η αδυναμία του συστήματος. Το 1974 ως το 1982 η δομή καθίσταται ενιαία και η Τοπική Αυτοδιοίκηση κρατά μόνο τις κοινωνικές υπηρεσίες.<sup>33</sup>

Από την δεκαετία του 1990 εφαρμόστηκε ο διαχωρισμός μεταξύ των αγοραστών και των προμηθευτών, ώστε να υπάγεται ευκολότερα σε έλεγχο το κόστος και ο ανταγωνισμός.<sup>34</sup>

Έπειτα και από τις μεταρρυθμίσεις του 1991 επί πρωθυπουργίας Θάτσερ του NHS, υπάρχουν οι Περιφερειακές αρχές υγείας ( Regional health authorities ), οι τοπικές

αρχές υγείας (District health authorities), οι διαχειριστές κεφαλαίου γενικής ιατρικής (General practice fundholders) και τα δίκτυα φροντίδας υγείας του NHS (NHS trusts)<sup>35</sup>.

Πιο συγκεκριμένα οι Περιφερειακές αρχές υγείας ήταν αρμόδιες για τον έλεγχο και την διοίκηση της Περιφέρειας, εκπροσωπώντας την Κεντρική Διοίκηση του NHS ως το 1994 που μετατράπηκαν σε περιφερειακά γραφεία της, χάνοντας μεγάλο μέρος της αυτονομίας τους.

Οι Τοπικές Αρχές Υγείας ήταν συνεταιριστικά σώματα, με επικεφαλής έναν πρόεδρο διορισμένο από την κυβέρνηση και ένα συμβούλιο διευθυντών (Διοικητικών και μη). Με την μετατροπή των RHAs σε περιφερειακά γραφεία της Κεντρικής Διοίκησης υπάρχει μόνο μια βαθμίδα αρχών υγείας, τα DHAs, τα οποία πλέον ονομάζονται απλά «Αρχές Υγείας».

Διαχειριστές κεφαλαίων ονομάστηκαν γενικοί γιατροί, στους οποίους εγκρίθηκαν κεφάλαια από τον κρατικό προϋπολογισμό, με τα οποία μπορούσαν να αγοράσουν απευθείας διαγνωστικές και άλλες επιλεγμένες υπηρεσίες για λογαριασμό εγγεγραμμένων σ' αυτούς ασθενών. Το 1995 η κυβέρνηση ενέκρινε τη δημιουργία Κέντρων πλοήγησης ολικής αγοράς υπηρεσιών υγείας (Total purchasing pilot sites (TPPs) δηλαδή ιατρεία γενικής ιατρικής ή πολυιατρεία καλυπτόμενου πληθυσμού από 12.000 έως 80.000 κατοίκων, τα οποία δυνητικά μπορούσαν να αγοράσουν όλες τις Νοσοκομειακές και λοιπές υπηρεσίες υγείας όπως, επισκέψεις υγείας, ψυχιατρικές υπηρεσίες, νοσηλευτική φροντίδα, φυσιοθεραπείες κλπ. για τους ασθενείς που εγγράφονταν σε αυτά.

Επιπλέον εισήχθησαν μηχανισμοί εσωτερικού ανταγωνισμού δηλαδή ύπαρξη προκαθορισμένης δαπάνης για αυτούς που παράγουν και αγοράζουν υπηρεσίες συνδεδεμένοι με το ΕΣΥ.

«Ο ανταγωνισμός λειτουργούσε ως έξης: Οι παραγωγοί συναγωνίζονταν να παράγουν χαμηλές σε κόστος και υψηλές σε ποιότητα και αγαθά υγείας για να τα προτιμήσουν και να τα αγοράσουν οι προμηθευτές. Από την άλλη οι προμηθευτές συναγωνίζονται να αγοράσουν οικονομικές και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες και αγαθά υγείας για να προσελκύσουν τον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό χρηστών. Περαιτέρω η μεταρρύθμιση ενθαρρύνει τις διαπραγματεύσεις και τις συμβάσεις μεταξύ του Δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος του Υπουργείου συνοψίζεται στον καθορισμό των προτεραιοτήτων για την υγεία και των προδιαγραφών ποιότητας

στις οποίες οφείλουν να συμμορφώνονται οι συμβάσεις μεταξύ των προμηθευτών και των παραγωγών»<sup>36</sup>

Με την εισαγωγή του «ανταγωνισμού» διαπιστώθηκε αύξηση της γραφειοκρατίας αλλά μείωση στις λίστες αναμονής που αποτελεί έναν από τους στόχους της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας της Βρετανίας.

### **2.1.2 Το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας**

Το Γερμανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας συνδέεται με το όνομα του Otto von Bismarck, του πρώτου καγκελάριου της Γερμανικής Πολιτείας και της πρότασής του το 1880 για ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας το οποίο τελικά ψηφίστηκε το 1883 με τον Νόμο της Κοινωνικής Ασφάλισης. Αρχικά υποχρεωτικά ασφαλίστηκαν οι εργάτες χειρονακτικής εργασίας και αργότερα το σύνολο του πληθυσμού. Το 1884 η ασφάλεια περιλαμβάνει τα ατυχήματα, το 1889 την ασφάλιση από την ανεργία και το 1995 την υποχρεωτική ασφάλιση για νοσηλευτική φροντίδα για την οποία απαιτείται συνεισφορά στη

χρηματοδότηση με την πληρωμή ασφαλιστρών η οποία είναι ανάλογη με την οικονομική τους δυνατότητα.<sup>37</sup> Τα χρήματα των πολιτών για την ασφάλισή τους δεν επιτρέπεται να τα διαχειριστεί η Πολιτεία, εξαλείφοντας έτσι τον κίνδυνο του ελλείμματος.

Σε γενικές γραμμές το σύστημα της Γερμανίας χαρακτηρίζεται από την “επικουρικότητα” και την “αλληλεγγύη”, οι οποίες ωστόσο επιβάλλουν εισφορές ανάλογες με το εισόδημα. Όταν η φροντίδα αναλαμβάνεται από το κράτος τότε περιορίζεται η ελευθερία λήψης αποφάσεων, γεγονός που εγείρει προβληματισμούς ως προς το κατά πόσο αυτό συνάδει με την αρχή της ελεύθερης επιλογής του ατόμου.<sup>38</sup>

Η οργανωτική δομή του Συστήματος Υγείας της Γερμανία είναι η διαίρεση της εξουσίας στην Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση και τις πολιτείες της.<sup>39</sup>

Στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκεται το Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας, ακολουθεί η «ένωση» των 16 πολιτειών-κρατιδίων και τέλος η κάθε μια πολιτεία - κρατίδιο.

Τα νοσοκομεία δεν είναι νομικά πρόσωπα αλλά ιδιωτικοί εθελοντικοί οργανισμοί.

Η θέσπιση των κανόνων για την ίση παροχή και χρηματοδότηση των κοινωνικών υπηρεσιών καθώς και ο έλεγχος εφαρμογής τους επιβλέπονται σε ομοσπονδιακό επίπεδο. Το «Βιβλίο Κοινωνικού Κώδικα» ρυθμίζει το σύνολο των δημοσίων κοινωνικών ασφαλιστικών πακέτων.

Σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία οι ασφαλιστικές παροχές περιλαμβάνουν την πρόληψη, , διάγνωση, θεραπεία και μεταφορά<sup>40</sup>.

Προβλέπονται επιδόματα από τα ασφαλιστικά ταμεία η διάρκεια των οποίων μπορεί να αγγίξει σχεδόν τα δυο έτη. Το ύψος τους έπειτα από την πάροδο των πρώτων έξι εβδομάδων μπορεί να φτάσει το ογδόντα τοις εκατό της αμοιβής του ασφαλισμένου.

Τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας συλλέγουν τις ασφαλιστικές εισφορές απευθείας από τους εργοδότες ή τις δημόσιες εταιρίες και επιβάλλονται κυρώσεις σε περίπτωση αποφυγής πληρωμής.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από αυτοαπασχολούμενους γιατρούς, η πλειοψηφία των οποίων είναι συμβεβλημένοι με τα Δημόσια Ασφαλιστικά Ταμεία, ο δε ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει ελεύθερα όποιον γιατρό επιθυμεί.

Η Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που παρέχεται από τα νοσοκομεία διακρίνεται όπως προείπαμε από το ποιός φορέας λειτουργεί το κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα. Φορείς λειτουργίας μπορεί να είναι οι Δήμοι ή τα κρατίδια, Ινστιτούτα, εκκλησίες , Μ.Κ.Ο. και ομάδες γιατρών.

Εν κατακλείδι πρέπει να υπομνησθεί , ότι το σύστημα της Γερμανίας διέπεται από τα εξής χαρακτηριστικά : α. οι φορείς απολαμβάνουν διοικητική αυτονομία και αυτοδιοίκηση, β. υπάρχουν υποχρεωτικά ασφαλιστικά Ταμεία τα οποία δεν διαθέτουν δικά τους Νοσοκομεία<sup>41</sup> , γ. μεταξύ των Ταμείων και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών συννομολογούνται συμβάσεις με συλλογικό χαρακτήρα<sup>42</sup> δ. όλοι οι απασχολούμενοι εντάσσονται σε ασφάλιση με υποχρεωτική καταβολή εισφορών<sup>43</sup>.

### **2.1.3 Το Γαλλικό Σύστημα Υγείας**

Το Σύστημα Υγείας της Γαλλίας αρχικά ακολούθησε το μοντέλο Bismarck, στην συνέχεια με την επέκταση της ασφάλισης ασθένειας του συνόλου του πληθυσμού εξελίχθηκε σε μεικτό σύστημα. Η χρηματοδότηση αρχικά γινόταν από τον κρατικό

προϋπολογισμό ενώ αργότερα και από τις ασφαλιστικές εισφορές σε σχέση με την προσφορά και την ζήτηση των υπηρεσιών και αγαθών υγείας. Ως το 2003 το σύνολο των νοσοκομείων χρηματοδοτείται εκ των προτέρων σε ετήσια βάση από την κοινωνική ασφάλιση και το κράτος. Από το 2004 κοστολογούνται οι νοσοκομειακές δραστηριότητες και προσαρμόζεται αντίστοιχα ο προϋπολογισμός τους.

Ουσιαστικά αυτό το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ενέχει στοιχεία από το μοντέλο Bismark , αλλά και του μοντέλου Beveridge, χαρακτηριζόμενου ως ‘‘μεικτού τύπου’’, χρηματοδοτούμενο ταυτόχρονα και από την φορολογική βάση, επιδεχόμενο δε και κρατική παρέμβαση.<sup>44</sup> Η υποχρεωτική ασφάλιση υγείας καλύπτεται από τον εργοδότη, τον απασχολούμενο και του φόρους <sup>45</sup>. Η υποχρεωτική ασφάλιση συνυπάρχει με την προαιρετική-ιδιωτική ασφάλιση <sup>46</sup> . Η Γαλλία καλύπτει το 100% του μόνιμου πληθυσμού της, πραγματοποιεί προγράμματα για όσους δεν μετέχουν όπως οι μετανάστες αλλά απαιτεί υψηλότερες εισφορές που φτάνουν στο 20% και καλύπτει το 40% έως 100% των δαπανών<sup>47</sup>.

Ορόσημο για το σύστημα υγείας της Γαλλίας αποτελούν οι χρονολογίες 1970 οπότε με το Ν 78-1331 της 31<sup>ης</sup> Μαρτίου 1970 (νόμος Boulin) ιδρύεται η δημόσια υπηρεσία νοσοκομειακής περίθαλψης και έτσι τα νοσοκομεία γίνονται Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και ορίζονται οι κανόνες συμμετοχής των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Δημόσια υπηρεσία., καθορίζεται η διάγνωση, η θεραπεία, η πρόληψη, η υγιεινή, η ιατρική έρευνα και η εκπαίδευση ως αποστολή των Δημοσίων Νοσοκομείων. Το 1991 με το Ν 91-748 της 31<sup>ης</sup> Ιουλίου 1991 (νόμος Evrin) εισάγονται οι περιφερειακοί οργανωτικοί χάρτες οι οποίοι περιλαμβάνουν τα κριτήρια για την κατανομή του νοσοκομειακού εξοπλισμού. Παράλληλα δίνεται μεγάλη έμφαση στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας με την ίδρυση ΝΠΔΔ «Ίδρυμα για την αξιολόγηση στον τομέα υγείας» με σκοπό την αξιολόγηση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και ασφάλειας. Το 2004 το ίδρυμα καταργείται και στην θέση του δημιουργήθηκε η «Ανώτατη Αρχή Υγείας». Η αξιολόγηση δεν καταλήγει σε διοικητικές αποφάσεις αλλά σε μια ετήσια έκθεση. Θεσμικά το σύστημα υγείας επηρεάστηκε από την μεταρρύθμιση Ζιουπέ του 1996 , καθώς εισήγαγε τον κοινοβουλευτικό έλεγχο και αύξησε τον ρόλο των περιφερειών με την ίδρυση νέων θεσμών .<sup>48</sup>

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας στηρίζεται στο τρίπτυχο νοσοκομεία - ιατροκοινωνικές δομές - πρωτοβάθμια φροντίδα. Οι τρεις φορείς υφίστανται με τρόπο

που να διευκολύνει και να μην επιβαρύνει ο ένας τον άλλον, αφού μόνο έτσι ο στόχος της ολοκληρωμένης φροντίδας επιτυγχάνεται. Ο συντονισμός των φορέων , ελέγχεται από το αρμόδιο υπουργείο, ενώ παράλληλα σέβεται την ελεύθερη επιλογή του ασθενούς να επιλέξει τον ιατρό του. Τέλος , το γαλλικό σύστημα επενδύει στην καινοτομία, προωθεί την έρευνα , εισάγει πρότυπες μεθόδους και επιβραβεύει την αριστεία, αποτελώντας ένα από τα καλύτερα ευρωπαϊκά συστήματα<sup>49</sup>.

Συμπερασματικά από τα συστήματα υγείας των κρατών μελών της ΕΕ προκύπτει ότι υπάρχουν κοινά, προβλήματα που αποζητούν λύση όπως η χρηματοδότηση τους ώστε να μην αποτελούν δυσβάστακτο δημοσιονομικό κόστος, η σχέση του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα και η εφαρμογή των αποφάσεων των κυβερνήσεων αλλά και του Ευρωπαϊκού Δικαίου για υψηλότερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

## **2.2 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

### **2.2.1 Ιστορική Αναδρομή**

Η θέσπιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας ήρθε με τον Νόμο 1397/1983 « Εθνικό Σύστημα Υγείας», στην Ελλάδα, εξειδικεύοντας το δικαίωμα των Ελλήνων πολιτών στην προστασία της υγείας τους συστηματικά για πρώτη φορά ανατρέποντας την τύπου Bismarck προστασία της υγείας.<sup>50</sup> Η ψήφιση του νόμου έγινε δεκτή με ιδιαίτερη ικανοποίηση από τον λαό αλλά και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ικανοποιώντας ένα πάγιο αίτημα τους.

Από την ίδρυση του Ελληνικού κράτους ως το 1953 ελάχιστη ήταν η κρατική παρέμβαση στον χώρο της υγείας, γεγονός που οφείλεται στα ελάχιστα οικονομικά μέσα εκείνης της εποχής και εξαντλείτε στην αντιμετώπιση των μολυσματικών μεταδοτικών νόσων.

Τα πρώτα νομοθετήματα υπογράφησαν από τον Όθωνα και των αντιβασιλέων της τότε κυβέρνησης και ήταν, το ΒΔ. 8/20 Φεβρουαρίου 1834 «Περί συστάσεως ιατρών κατά Νομούς και περί των καθηκόντων αυτών»<sup>51</sup> το ΒΔ. 13/25 Μαΐου 1834 «Περί συστάσεως Ιατροσυνεδρίου» (Ε.Τ. φ. 24, 12/24 Ιουλ. 1834) όπου ενέταξαν τον τομέα της υγείας και την άσκηση των καθηκόντων της υγειονομικής αστυνομίας στο Υπουργείο Εσωτερικών, υπό τη διεύθυνση του ιατροσυμβουλίου. Το τμήμα αυτό είχε

κύρια καθήκοντα τον έλεγχο της ιατρικής γνώσης, την οργάνωση του ιατρικού, φαρμακευτικού, μαιευτικού και κτηνιατρικού επαγγέλματος, την ίδρυση και λειτουργία των νοσοκομείων και την καταπολέμηση των χρόνιων παθήσεων ,το ΒΔ. 7/19 Δεκ. 1834 « Περί αδείας του επαγγέλλεσθαι την ιατρικήν, χειρουργίαν, φαρμακοποιίαν, κτηνιατρικήν, οδοντικήν και μαιευτικήν» (Ε. Τ. φ. 8, 9/21 Μαρτ. 1835) όπου εισάγεται υποχρεωτικά η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος των ιατρικών και παραϊατρικών επαγγελμάτων, το ΒΔ. 15/27 Ιουν. 1836 «Περί μαιών» (ΕΤ φ 27, 18 Ιουν. 1835) σύμφωνα με το οποίο οι μαιές υποχρεωτικά παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους σε άπορες γυναίκες και για αυτή τους την υπηρεσία αμείβονται από τον Δήμο.

Με το ΒΔ της 1/13 Δεκ. 1836 , (ΕΤ Φ 72) «Περί διοικήσεως των αγαθοεργών καταστημάτων» δηλαδή τα νοσοκομεία, ορφανοτροφεία, νοθοτροφεία κλπ. δίνεται η δυνατότητα να διοικούνται και από «αδελφάτα» δηλαδή επιτροπή που αποτελείτε από τον Δήμαρχο του οικείου Δήμου με δυο ή τέσσερις δημότες. Μέτρα προβλέπονταν να ληφθούν για την μολυσματική ασθένεια της ψώρας, και του κοκκύτη, επιβάλλοντας την απαγόρευση εισόδου στα σχολεία μαθητών και δασκάλων αλλά και στα δημόσια ή ιδιωτικά καταστήματα με την ευθύνη εφαρμογής του και πάλι στην αστυνομία. Με το ΒΔ. της 31 Δεκ. 1836 /12 Ιαν. 1837 (Ε. τ. φ. 83) «Περί εμποδισμού της μεταδόσεως των μολυσματικών αρρωστιών».

Με το νόμο ΤΝΣ «Περί εμπειρικών μαιών» (8 Σεπτ. 1856, φ 49 ), ιδρύεται το μαιευτικό σχολείο και δίνεται η δυνατότητα στις εμπειρικές μαιές με την προϋπόθεση ότι ήταν μεταξύ 40-60 χρόνων, κατόπιν εξετάσεων να τους χορηγηθεί άδεια ασκήσεως επαγγέλματος ώστε να ασκούν επίσημα το επάγγελμα τους, απαγορεύοντας τους ρητά να χορηγούν οποιοδήποτε φάρμακο. Στις 22 Μαρτ. 1862 με τον νόμο ΨΜΒ « Περί συστάσεως Φρενοκομείων» ιδρύονται οι πρώτες δομές ψυχικής υγείας.

Με τη διοικητική διαίρεση της Ελλάδας σε Νομούς και επαρχίες, ταυτόχρονα δημιουργείται μια ιατροδιοικητική πυραμίδα, την διοίκηση και τον πλήρη έλεγχο της οποίας έχει η βασιλική εξουσία, και μάλιστα αυτή επεκτείνεται και στους ιδιώτες γιατρούς θέτοντας κριτήρια εγκατάστασης τους με στόχο την κάλυψη των αναγκών σε γιατρούς σ' όλη την Ελληνική Επικράτεια.



Ως καθ' ύλη αρμόδιο το Υπουργείο Εσωτερικών ιδρύει και λειτουργεί κυρίως με δωρεές Εθνικών ευεργετών, ομάδες εύπορων πολιτών και κληροδοτήματα, δημόσια δημοτικά και μειονοτικά νοσοκομεία. Έτσι το 1827 ιδρύεται από τους εμπόρους της Σύρου το «Βαρδάκειο και Πρώιον Νοσοκομείο Σύρου», στην Αθήνα το 1834 ιδρύεται το «Στρατιωτικών» και το «Πολιτικών» δημόσιο νοσοκομείο, το Δημοτικό Νοσοκομείο «Ελπίς» (1836), το «Νοσοκομείο οφθαλμιώντων» (1854) που σήμερα ονομάζεται «Οφθαλμιατρείο Αθηνών», η «Πανεπιστημιακή Αστυκλινική» (1857), το «Τζάνειο» (1875), ο «Ευαγγελισμός» και το «Θεραπευτήριο Κολλητικών Νοσημάτων ή «Νοσοκομείο Αφροδισίων Νόσων» που μετονομάστηκε σε νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός». Στην Θεσσαλονίκη το 1908 ιδρύεται το νοσοκομείο «Χιρς» ενώ το 1906 το «Γαλλικό Νοσοκομείο» και το «Ρωσικό Νοσοκομείο» το οποίο μετονομάστηκε σε «Αγία Σοφία» και σήμερα ονομάζεται «Ιπποκράτειο» κ.α.

Κατά την περίοδο 1910 -1930 επιχειρείται να ρυθμιστεί με περισσότερα νομοθετήματα ο υπανάπτυκτος υγειονομικός τομέας.<sup>52</sup> Με το ΒΔ της 1 Ιουν, 1917, ιδρύεται για πρώτη φορά στην Ελλάδα αυτοτελές Υπουργείο για την υγεία που ονομάζεται «Υπουργείο Περιθάλψεως» χωρίς να παραχωρούνται όλες οι αρμοδιότητες σ' αυτό και κάποιες υπηρεσίες δημόσιας υγείας παραμένουν στο Υπουργείο Εσωτερικών. Η κύρια αρμοδιότητα του ήταν ο έλεγχος και η αντιμετώπιση των μεταδοτικών νόσων.

Οι Βαλκανικοί πόλεμοι και η Μικρασιατική καταστροφή το 1922 διογκώνουν τα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα της χώρας οδηγώντας την επέκταση των αρμοδιοτήτων του υπουργείου Περιθάλψεως στην κάλυψη και των κοινωνικών προβλημάτων, μετονομάζοντας το σε «Υπουργείο Υγιεινής και Κοινωνικής Πρόνοιας».

Τα δυσεπίλυτα προβλήματα κοινωνικά και υγειονομικά εξακολουθούν να ταλαντεύουν την χώρα, έτσι το 1925 με υπουργική απόφαση ιδρύονται τα λαϊκά φαρμακεία, με νομοθετικό διάταγμα, σκοπός του οποίου ήταν η παροχή δωρεάν ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης για οποιαδήποτε ασθένεια μολυσματική ή μη σε άπορους πολίτες. Ακολούθησε ο θεσμός των εξωτερικών ιατρείων και φαρμακείων στα δημόσια Νοσοκομεία, που θα επιτελούσε παρόμοιο έργο με αυτό των λαϊκών ιατρείων. Στον ιδιωτικό τομέα, δημοσιεύτηκε ΝΔ «Περί ιδρύσεως ιδρυμάτων υγιεινής και ιατρικής εν γένει», που θεσμοθέτησε τον κρατικό έλεγχο σε διαγνωστικά

κέντρα ή εργαστήρια, όπως σε λυσοιατρεία κλπ. Με το Νομοθετικό Διάταγμα της 18-09-1928 «Περί μέτρων προς πρόληψη και καταπολέμηση επιδημικών νόσων» επιτρέπεται στον Υφυπουργό της Υγιεινής για την πρόληψη και καταπολέμηση επιδημικών νόσων ή καταπολέμηση αυτών, να εκδίδει σχετικές διατάξεις και η εκτέλεση τους να διενεργείται από τα αστυνομικά ή άλλα δημόσια όργανα και εισάγει για τους παραβάτες ποινικές και διοικητικές (αφαίρεση άδειας για ένα εξάμηνο) κυρώσεις.

Ο Α.Ν. 965/1937 «Περί οργανώσεως των δημοσίων νοσηλευτικών και υγειονομικών ιδρυμάτων» επικεντρώθηκε στη θέσπιση της διαμόρφωσης του νοσοκομειακού συστήματος καθορίζοντας την νομική τους μορφή, πρόκειται για ΝΠΔΔ , τα οποία διοικούνται από ένα ΔΣ, τον αριθμό, τη σύνθεση και τις ακριβείς αρμοδιότητες των οποίων καθορίζει καθώς και το προσωπικό και την οικονομική διαχείριση εισάγοντας το Δημόσιο Λογιστικό. Η χρηματοδότηση προέρχεται από την κρατική επιχορήγηση, τα νοσήλια που κατέβαλαν οι ασθενείς, τη φορολογία υπέρ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, την ειδική τοπική φορολογία, εισοδήματα προερχόμενα από την περιουσία τους, τις επιχορηγήσεις Δήμων και Κοινοτήτων και δυνητικά από εράνους, κληρονομίες και δωρεές. Ταυτόχρονα έδωσε τη δυνατότητα στη διοίκηση να προάγει την πρωτοβάθμια φροντίδα, με την ίδρυση δημοσίων πολυϊατρείων κοινωνικής υγιεινής και ιατρικής αντίληψης, καθώς και γενικών ή ειδικών ιατρείων, που τα ενέταξε στα υγειονομικά κέντρα της περιοχής τους. Επίσης, εισήγαγε τη συγκρότηση ενός οργάνου σχεδιασμού, του Συμβουλίου Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων, στην έδρα κάθε υγειονομικού κέντρου. Το όργανο αυτό αποτελούνταν από τους εκπροσώπους όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, δημοσίων και ιδιωτικών, της περιφέρειας του υγειονομικού κέντρου και οι αρμοδιότητες του αφορούσαν το συντονισμό της λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου στην περιφέρεια του υγειονομικού κέντρου, καθώς και τον καθορισμό ενιαίου πλαισίου διοικητικής και οικονομικής οργάνωσης, με γνώμονα το συμφέρον των πολιτών (Θεοδώρου & Μητροσύλη, 1999).

Ακολουθεί η Υγειονομική Διάταξη της 14-11-1938 «Περί καθηκόντων των Υγειονομικών Επιτροπών Δήμων και Κοινοτήτων και λήψεως μέτρων προστασίας της δημοσίας υγείας στο Νομό Αττικοβοιωτίας» όπου για πρώτη φορά θεσμοθετούνται κανόνες Δημοσίας Υγείας. Ειδικότερα καθορίζονται τα καθήκοντα του Δημοτικού ή Κοινοτικού γιατρού, θεσμοθετείται η Δημοτική ή Κοινοτική Υγειονομική Επιτροπή

και οι αρμοδιότητες της, ιδρύεται η αστιατρική υπηρεσία με αντικείμενο τον έλεγχο των υγειονομικών καταστημάτων και καθορίζονται μέτρα προστασίας για την ύδρευση -πηγές - υδραγωγεία – φρέατα, τα πωλούμενα πόσιμα ύδατα, βιβλιάριο υγείας και υδροπωλητών, την αποχέτευση- υπόνομοι - βόθροι – αποχωρητήρια, υπαίθριες και αγροτικές εγκαταστάσεις, καθαριότητα - απορρίμματα - απόβλητα ύδατα, άρδευση, λίπανση λαχανόκηπων, θαλάσσια λουτρά, στάσιμα ύδατα, παροχετεύσεις ακαθάρτων και μη υδάτων, δεξαμενές ύδατος, χωματερές - χωματοληψία – αμμοληψία, στάβλοι και βουστάσια, ποιμνιοστάσια, χοιροστάσια, σφαγεία.

Στην προσπάθεια εισαγωγής ενός δημόσιου συστήματος υγείας εκδίδεται το Ν.Δ. 2592/1953<sup>53</sup> με στόχο την αποκέντρωση γεωγραφικά των υπηρεσιών υγείας, διαιρώντας την Ελλάδα σε 13 υγειονομικές περιφέρειες υπαγόμενες στις αρμοδιότητες του Νομάρχη, με έδρα συνήθως την πρωτεύουσα ενός Νομού ή μια πόλη ομόρων Νομών.

Οι σημαντικότερες διατάξεις του καταργούνται νωρίς και διατηρούνται μόνο αυτές που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία των νοσοκομείων, οι οποίες ισχύουν ως σήμερα.

Με το Ν 3487/1955<sup>54</sup> «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των αγροτών» ο οποίος κρίθηκε πολύ σημαντικός δημιουργούνται αγροτικά ιατρεία για την εξυπηρέτηση του πληθυσμού της υπαίθρου τα οποία ως πόρο χρηματοδότησης έχουν τον κρατικό προϋπολογισμό. Ο Νόμος 4169/1961<sup>55</sup> ,Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων εισάγει και ρυθμίζει την κοινωνική ασφάλιση των αγροτών δίνοντας τους προνόμια σε σχέση με κλάδους άλλων εργαζομένων.<sup>56</sup>

Με το Νομοθετικό Διάταγμα 2698/53<sup>57</sup> «Περί διοικήσεως του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μεταρρυθμίσεως της περί αυτού νομοθεσίας, ως και άλλων τινών διατάξεων» ιδρύεται ο φορέας ασφάλισης των εργατών.

Παρ' όλα αυτά είναι γενικά παραδεκτό ότι από το 1953 ως το 1982 το Ελληνικό κοινωνικοασφαλιστικό σύστημα που ίσχυε ως τότε δεν ήταν αποτελεσματικό και επισημάνθηκε η ανάγκη της εισαγωγής ενός νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας<sup>58</sup>

## **2.2.2. Ο Νόμος 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας»**

Το 1983, κατ' επιταγή του άρθρου 21 του Συντάγματος ψηφίζεται ο Ν 1397/1983 του οποίου προηγείται χρονικά ο Ν 1278/1982<sup>58</sup> «Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας» και ακολουθεί ο Ν 1316/1983<sup>59</sup> «Ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.), της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της Φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις». Οι Θεοδώρου & Μητροσύλη (1999) επισημαίνουν ότι ο νόμος του ΕΣΥ συνάντησε έντονες αντιδράσεις και αντιστάσεις από τις φιλελεύθερες πολιτικές δυνάμεις, το ιατρικό κατεστημένο, τα προνομιούχα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς και από τον ιδιωτικό τομέα. Ακόμη και η εκκλησία και τα φιλανθρωπικά ιδρύματα και σωματεία αντιτάχθηκαν, καθώς έβλεπαν να χάνουν τον έλεγχο μεγάλου μέρους του πληθυσμού, που χειραγωγούσαν, μέσω της νοσηλείας τους στα κοινωφελή νοσηλευτικά ιδρύματα.<sup>61</sup>

Ο Ν 1397/1983 ενώ ρυθμίζει πολλά θέματα μεταξύ αυτών και τις υπηρεσιακές σχέσεις των γιατρών δεν κάνει καμία αναφορά στα δικαιώματα ή την αξιολόγηση των δημοσιών υπηρεσιών υγείας. Τέλος δε, τονίζεται η ανάγκη λογοδοσίας και αποδοτικότητας για να επέλθει η επιζητούμενη πρόοδος.<sup>62</sup>

## **2.2.3 Γενικές αρχές του ΕΣΥ**

Το ΕΣΥ εμπνέεται και πληροί τα χαρακτηριστικά συστήματα Τύπου Beveridge, όπου η ευθύνη για τις κοινωνικές παροχές μετατίθεται από τις οργανωμένες ομάδες στο κράτος<sup>63</sup>. Τα βασικά στοιχεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας, εκτός από την κρατική ευθύνη και χρηματοδότηση, είναι η καθολική ισότιμη και κατάλληλη προστασία της υγείας του πληθυσμού και η οργάνωση σε κρατικές υπηρεσίες ή δημόσια νομικά πρόσωπα που ελέγχονται από το κράτος<sup>64</sup>. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας επιδέχεται επιδράσεις από την συνολικότερη οικονομία που εμφανίζονται στο κόστος της φροντίδας<sup>65</sup> και την καθημερινή μας ζωή. Οι κρατικοί πόροι<sup>66</sup> συνδέονται αναπόσπαστα με την λειτουργία του ΕΣΥ, το οποίο πρέπει να εξακολουθεί να υφίσταται και να τηρεί τις Αρχές του.

**Αρχή της κρατικής ευθύνης για την υγεία των πολιτών.** Στο άρθρο 1 παράγραφος 1 του Ν 1316/1983 ορίζετε ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών .

**Αρχή της καθολικής και ισότιμης παροχής υγείας.** Με την παράγραφο 2 του άρθρου 1 αναγράφεται ότι οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.<sup>67</sup> Η χρήση του όρου ισοτιμία παραπέμπει στην κρατούσα ελληνική έννομη τάξη αναλογική ισότητα<sup>68</sup> .Με την αναφορά του νομοθέτη στο σύνολο του πληθυσμού αυτό περιλαμβάνει πέρα από τους Έλληνες πολίτες, τους νόμιμα διαμένοντες στην χώρα αλλοδαπούς, τους μετανάστες, προσφυγές αλλά και τους παράνομα διαμένοντες για τους οποίους προβλέπεται ιατρική μέριμνα σε έκτακτες και δύσκολες καταστάσεις.

**Η αρχή της ενιαίας και αποκεντρωμένης δομής του συστήματος.** Στην κορυφή της οργανωτικής πυραμίδας βρίσκεται το Υπουργείο Υγείας και το ΚΕΣΥ το οποίο όπως προείπαμε θεσμοθετήθηκε με το Ν 1278/1982.

Μεταξύ άλλων αποστολή του Υπουργείου Υγείας είναι:

- Η προαγωγή, τη προστασία, η διατήρηση και η αποκατάσταση της υγείας του ατόμου.
- Η ισότητα στην παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών και αγαθών υγείας.
- Η προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας.
- Η προστασία του φυσικού περιβάλλοντος και η λήψη μέτρων για την διασφάλιση και προαγωγή υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής.
- Η ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την προστασία και προαγωγή της υγείας.
- Η εξάλειψη των διακρίσεων των Ατόμων με Ειδικές ανάγκες.
- Οι εισηγήσεις, θεσμοθέτησης μέτρων στην Κυβέρνηση για την προστασία της υγείας ατομικής και δημόσιας.
- Η ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων αλλά και του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου.
- Η χάραξη της κοινής κοινωνικής πολιτικής στην υγεία και κοινωνική αλληλεγγύη.

- Η εκπροσώπηση της Ελλάδας πέρα από την Ευρωπαϊκή Ένωση, σε Διεθνείς Οργανισμούς και Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές.

Στο έργο του Υπουργείου Υγείας συνεπικουρούν<sup>69</sup> κυρίως ως ανώτατα γνωμοδοτικά όργανα το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, το Συμβούλιο Συντονισμού Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας, το Ανώτατο Ειδικό Επιστημονικό Συμβούλιο Υγείας, Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων, το Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής, η Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας και Επιτροπή διαχείρισης κρίσεων, η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας που μετονομάστηκε σε Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας.

Σε Περιφερειακό επίπεδο με τον Ν 3329/2005 «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» ακολουθούν οι Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) ως περιφερειακά όργανα που αποστολή έχουν τον προγραμματισμό, τον συντονισμό, την εποπτεία και τον έλεγχο στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, την λειτουργία όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Σε κάθε υγειονομική περιφέρεια συστήνεται Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας ως γνωμοδοτικό όργανο. Στην υγειονομική Περιφέρεια ανήκουν τα Νοσοκομεία (δευτεροβάθμια περίθαλψη) τα οποία χωρίζονται σε γενικά με πολλά τμήματα πολλών ειδικοτήτων, σε περιφερειακά και νομαρχιακά.<sup>70</sup>

Με τον Ν 2889/2001 «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστημάτων υγείας» οι υγειονομικές περιφέρειες ταυτίζονται με τις Διοικητικές και ιδρύονται 17 Περιφερειακά Συστήματα Υγείας σε κάθε υγειονομική περιφέρεια ως ΝΠΔΔ δημοσιονομικά και οικονομικά αυτοτελή. Το άρθρο 1 παράγραφος τέσσερα προβλέπει ότι τα νοσοκομεία τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά ιατρεία που ανήκουν στο ΕΣΥ και βρίσκονται στην τοπική αρμοδιότητα των ΠεΣΥ θεωρούνται αυτοδίκαια μονάδες του. Εξαιρούνται το νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», «Άγιος Σάββας», «Ανδρέας Συγγρός», «Δρομοκαϊτειο» «Καραμανδάνειο» Πατρών και «Ελπίς» διατηρώντας το προηγούμενο καθεστώς τους. Ο αριθμός των ΔΥΠΕ μειώνεται με τον Ν 3527/2007 «Κύρωση συμβάσεων υπέρ νομικών προσώπων εποπτευομένων από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» από δέκα επτά σε επτά.

Με τον Ν 3106/2003 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις.» τα ΠεΣΥ ονομάζονται πλέον Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας και Πρόνοιας με σκοπό την παροχή και υπηρεσιών πρόνοιας.

Ο Ν 3918/2011<sup>71</sup> «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας» αποτελεί σήμερα το σημαντικότερο και πιο καινοτόμο νομοθέτημα στο ΕΣΥ και ειδικότερα στο κεφάλαιο Β΄ συστήνεται ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας ως ΝΠΔΔ το οποίο τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με έδρα την Αθήνα. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρονται και εντάσσονται ως υπηρεσίες, αρμοδιότητες και προσωπικό ο Κλάδος Υγείας του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, το Ενιαίο Ταμείο Ασφάλισης Μισθωτών (ΙΚΑ-ΕΤΑΜ) με τις μονάδες υγείας του, το κέντρο διάγνωσης ιατρικής της εργασίας του ΙΚΑ με το σύνολο του εξοπλισμού του, οι Κλάδοι Υγείας του Οργανισμού Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) και του Οργανισμού Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (Ο.Α.Ε.Ε.), ο Οργανισμός Περίθαλψης Ασφαλισμένων Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.), όπως διαμορφώθηκε με τις διατάξεις του Ν 3655/2008 ως προς τις παροχές σε είδος. Στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μεταφέρεται, από την έναρξη λειτουργίας του, η Υπηρεσία Ελέγχου Δαπανών Υγείας Φορέων Κοινωνικής Ασφάλισης και υπάγεται απευθείας στον Διοικητή του Οργανισμού. Σκοπός του οργανισμού είναι η παροχή υπηρεσιών υγείας στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, ο λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του και των συμβεβλημένων ιατρών του, καθώς και άλλων οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. Με αποφάσεις του Συμβουλίου Συντονισμού διαρρυθμίζεται ο χάρτης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με σκοπό την καλύτερη και σωστή εξυπηρέτηση των δικαιούχων. Επίσης η οργάνωση της λειτουργίας των φορέων, η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβεβλημένους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.<sup>72</sup>

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται στους ασφαλισμένους του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ από τις Μονάδες Υγείας του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, από τους συμβεβλημένους με το ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, τον ΟΑΕΕ και τον Ο.Π.Α.Δ. ιατρούς και από τους ιατρούς των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων.

Δύναται με Υ.Α. η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας να παρέχεται και από άλλους ιδιώτες ιατρούς, ανάλογα με τις ανάγκες που θα προκύψουν ανά γεωγραφική περιφέρεια και ειδικότητα.<sup>73</sup>

Από τις 01-06-2011 στο ΕΣΥ εντάσσονται τα Νοσοκομείων ΙΚΑ – ΕΤΑΜ και ειδικότερα το 1<sup>ο</sup> Αθήνας με το Σισμανόγλειο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αττικής, το 2ο Νοσοκομείο ΙΚΑ-ΕΤΑΜ Θεσσαλονίκης στο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Αγ. Παύλος», το ογκολογικό Νοσοκομείο Αθήνας «Γεώργιος Γεννηματάς» στο Αντικαρκινικό - Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας», το 7ο Νοσοκομείο Αθήνας στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «Αγία Όλγα – Κωνσταντοπούλειο», το Νοσοκομείο Βραχίας Νοσηλείας ΙΚΑ –ΕΤΑΜ στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Πολυκλινική» τα ποια αποτελούν τα πρώτα διασυνδεδεμένα νοσοκομεία.

Με το άρθρο 66 παράγραφος 11 του Ν 3984/2011 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων» ορίζεται ότι τα νοσοκομεία που διασυνδέονται είναι ΝΠΔΔ και διοικούνται από ενιαίο συλλογικό όργανο η θητεία τους είναι διετής και η λειτουργίας τους διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 13,14, και 15 του Ν 2690/1999 που αφορά την λειτουργία των συλλογικών οργάνων της Διοίκησης.

Παρά το γεγονός ότι το ΕΣΥ εφαρμόζεται εδώ και τριάντα και πλέον χρόνια δεν κατάφερε να γίνει βιώσιμο, αποτελεσματικό και αποδοτικό σύστημα. Σύμφωνα με τους Δερβένη και Βογιατζή (2016) « Τα τελευταία χρόνια, όλες οι αναπτυγμένες χώρες προχώρησαν σε συνεχείς αλλαγές και μεταρρυθμίσεις των εθνικών τους συστημάτων υγείας, κυρίως στο διοικητικό μοντέλο του συστήματος (εισαγωγή του New Public Management ή/και αργότερα του Governance). Ο κύριος στόχος ήταν η συγκράτηση των δαπανών, που έγιναν δυσβάστακτες, αλλά στόχευαν επίσης και στην ικανοποίηση των αναγκών υγείας των πολιτών και στην ενσωμάτωση των επιτευγμάτων της επιστήμης και της ιατρικής που εξελίσσονται ταχύτατα.

Οι πολίτες απέκτησαν περισσότερες επιλογές, αλλά λιγότερη ικανοποίηση. Τα συστήματα έγιναν περισσότερο αποτελεσματικά, αλλά όχι αποδοτικά, διότι δεν άλλαξε το business model, δεν αντιμετωπίστηκαν δηλαδή τα δομικά τους προβλήματα



και δεν ήταν κατάλληλα προετοιμασμένα για να αντιμετωπίσουν τις γρήγορες αλλαγές που συμβαίνουν στο εξωτερικό και στο εσωτερικό περιβάλλον».

Τα συστήματα υγείας εξακολουθούν να λειτουργούν με το μοντέλο που παγιώθηκε πριν 100 περίπου χρόνια δηλαδή το γενικό νοσοκομείο και την ατομική άσκηση της ιατρικής<sup>74</sup>. Οι βασικές αιτίες των προβλημάτων βρίσκονται στην αναντιστοιχία μεταξύ των σημερινών αναγκών υγείας των πολιτών και των παλαιών δομών οργάνωσης και αποζημίωσης των υπηρεσιών, στη μη έγκαιρη εφαρμογή της τεκμηριωμένης γνώσης της επιστήμης και της ιατρικής στην καθημερινή πράξη, στις αυξανόμενες προσδοκίες των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας και στην λανθασμένη αντιμετώπιση της αυξανόμενης πολυπλοκότητας του συστήματος.

Σήμερα όλα τα συστήματα χαρακτηρίζονται από υψηλές δαπάνες (σε ποσοστό του ΑΕΠ ξεπερνούν το 10-11% με αυξητικές τάσεις), από χαμηλή αποδοτικότητα και αυξημένη δυσαρέσκεια των πολιτών. Αποτέλεσμα των παραπάνω, είναι η αύξηση της σπατάλης στο σύστημα, δηλαδή παροχή υπηρεσιών που δεν δημιουργεί αξία. Υπολογίζεται στην Αγγλία (NHS) και ΗΠΑ ότι το ένα τρίτο των δαπανών υγείας είναι σπατάλη, και οφείλεται στο ότι πληρώνουμε για περισσότερη υγεία και όχι για καλύτερη υγεία.<sup>75</sup> Ιδιαίτερα εμπόδια για τον μετασχηματισμό των συστημάτων υγείας ώστε να καταστούν αποδοτικά αποτελούν α) ο μεγάλος αριθμός των οικογενειακών γιατρών και ο ρόλος τους στο σύστημα, β) η έλλειψη ικανού αριθμού ειδικών γιατρών ιδιαίτερα στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, γ) ο κατακερματισμός των υπηρεσιών, δ) ο στρεβλός διαχωρισμός μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών, ε) η ψευδής διχοτόμηση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας, και στ) η ανεπαρκής εκμετάλλευση των δυνατοτήτων που προσφέρει η τεχνολογία.<sup>76</sup>

Τα συστήματα υγείας υπάρχουν για να αντιμετωπίζουν ικανοποιητικά τις ανάγκες υγείας των πολιτών. Οι σημερινές ανάγκες υγείας είναι τελείως διαφορετικές από ότι ήταν πριν 30-40 χρόνια όταν δημιουργήθηκαν τα περισσότερα εθνικά συστήματα υγείας.

Σήμερα οι ανάγκες οφείλονται κυρίως στην «επιδημία» των χρόνιων παθήσεων. Περισσότεροι από το 40% των πολιτών πάσχει από μία χρόνια πάθηση (το 40% αυτών πάσχει από περισσότερες από μία).

Για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων δαπανώνται περισσότερο από το 75% των συνολικών πόρων για την υγεία, ενώ μόνο 4 χρόνιες παθήσεις (καρδιοαγγειακά νοσήματα, διαβήτης, χρόνια αναπνευστικά και κοινός καρκίνος) προκαλούν 3 στους 5 θανάτους, και απορροφούν το 50% των συνολικών πόρων.

Είναι επίσης τεκμηριωμένο ότι το 80% των καρδιοπαθειών, των εγκεφαλικών και του διαβήτη προλαμβάνονται, ενώ το ίδιο μπορεί να επιτευχθεί στο 40% των κοινών καρκίνων.

Για να αντιμετωπισθούν ικανοποιητικά και αποδοτικά οι νέες ανάγκες υγείας απαιτείται η δημιουργία νέων, ειδικών δομών παροχής υπηρεσιών και νέοι τρόποι αποζημίωσης των υπηρεσιών (νέο μοντέλο).<sup>77</sup>

Η εστίαση θα είναι στην αξία στην ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και στην ενοποίηση τους. Μόνο η αύξηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών μπορεί να μειώσει το κόστος. Το κόστος αυξάνεται με την πολυπλοκότητα του συστήματος ενώ η ποιότητα αυξάνεται με την ενοποίηση των υπηρεσιών.<sup>78</sup>

Οι υπάρχουσες δομές, η οργάνωση και η μέθοδος της αποζημίωσης των υπηρεσιών δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά τις ανάγκες υγείας των χρόνιων πασχόντων, ούτε μπορούν να προλάβουν την ανάπτυξή τους<sup>79</sup> διότι τα συστήματα είναι τέλεια σχεδιασμένα για να παράγουν τα αποτελέσματα που παράγουν. Αν θέλουμε διαφορετικά αποτελέσματα θα πρέπει να αλλάξουμε το σύστημα.

Τα σημερινά συστήματα υγείας, βασίζονται στις υπηρεσίες του οικογενειακού γιατρού. Αλλά παρ' όλες τις φιλότιμες προσπάθειες των οικογενειακών γιατρών είναι ανθρωπίνως αδύνατο να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά και αποδοτικά το σύνολο των πολύπλοκων καταστάσεων από τις οποίες πάσχουν οι ασθενείς τους, κυρίως δε από τα χρόνια νοσήματα. Πολύ δε περισσότερο, να έχουν επαρκή χρόνο για να εφαρμόσουν τις πολιτικές πρόληψης που είναι απολύτως αναγκαίες. Για να αντιμετωπίσουν ικανοποιητικά και σύμφωνα με τις οδηγίες τις ανάγκες υγείας των πολιτών που παρακολουθούν απαιτείται να δουλεύουν 21,7 ώρες το 24ωρο.

Σε αυτό το σημείο αξίζει να υπομνησθεί ότι τα συστήματα υγείας αποτελούν σημαντικό κεφάλαιο της κοινωνικής πολιτικής και περιλαμβάνει την συμβατική περίθαλψη αλλά και παραπλήσιους τομείς όπως ο κλάδος της πρόληψης, της πρωτοβάθμιας φροντίδας κτλ. Το σύστημα υγείας συνιστούν οι υγειονομικές μονάδες, οι οποίες τίθενται σε συνεργασία και αλληλεξάρτηση ώστε να προάγουν το αγαθό της υγείας με τρόπο πολύπλευρο και αποτελεσματικό.

Ωστόσο ένα σύγχρονο σύστημα υγείας πρέπει να διέπεται από ποιότητα, ισότητα και συμπληρωματικότητα με την έννοια της αλληλεπίδρασης κράτους-αγοράς και του

διαχωρισμού των προμηθευτών από τους αγοραστές, χωρίς ταυτόχρονα να καταργείται και η δυνατότητα δωρεάν περίθαλψης.<sup>80</sup>

Εν κατακλείδι, το σωστά οργανωμένο σύστημα ασκεί θετική επιρροή στους κοινωνικούς, εργασιακούς και ευρύτερα οικονομικούς παράγοντες ενός κράτους, αλλά ταυτόχρονα αποτελεί αντικείμενο που επιδέχεται μεταβολές από την οικονομική κατάσταση του κράτους.<sup>81</sup>

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

### **ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΧΡΗΣΤΩΝ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **3.1 Ιστορική αναδρομή της θεσμοθέτησης των δικαιωμάτων του χρήστη υπηρεσιών υγείας**

Τον 4ο π.χ. αιώνα ο Ιπποκράτης έθεσε την έννοια της προστασίας του ασθενούς και αναφέρθηκε στο δικαίωμα του απορρήτου και της εμπιστευτικότητας «...και όσα τυχόν βλέπω ή ακούω κατά την διάρκεια της θεραπείας ... δεν θα τα κοινοποιώ θεωρώντας ότι είναι ιερά μυστικά».

Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων όπως προαναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο στόχο έχει να διασφαλίσει την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής σε ένα πλαίσιο σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.<sup>82</sup>

Μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο η Γαλλία και άλλα κράτη αρχίζουν να συζητούν το θέμα των δικαιωμάτων των ατόμων που προσφεύγουν στις υγειονομικές υπηρεσίες κατοχυρώνοντας τα με Χάρτες ή ψηφίζοντας νόμους. Η Αμερικανική Νοσοκομειακή Ένωση ψηφίζει το 1976 τον «Κώδικας Δικαιωμάτων του Ασθενούς».

Στην Γαλλία την επόμενη χρονιά εκδίδεται «Ο Χάρτης των Δικαιωμάτων και των Υποχρεώσεων των Ασθενών». Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας στο Amsterdam το 1994 εκδίδει την Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη.

Ακολουθεί το 2002 η «Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών» με στόχο να διασφαλιστεί «ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας».

Στην Ελλάδα με το άρθρο 21 παράγραφος 3 του Συντάγματος ορίζετε ότι « το Κράτος μεριμνά για την υγεία των Πολιτών...». Όμως τελικά το 1992 με τον Νόμο 2071/1992<sup>83</sup> άρθρο 47 διατυπώνονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς και στη συνέχεια με τον Νόμο 2619/1998<sup>84</sup> κατοχυρώνεται από τη χώρα μας και η σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής ( Oviedo 04-04-1997).

Με τον Ν 2519/1997<sup>85</sup> καθιερώνονται για πρώτη φορά όργανα προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών και θεσμοθετούνται στο Υπουργείο Υγείας όπως η Αυτοτελή Υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων ασθενών σε επίπεδο τμήματος, υπαγόμενη στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου υγείας και πρόνοιας και η Επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών.

Και τα δύο όργανα έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης του θεσμού.

Δύο χρόνια μετά με τον Νόμο 2716/99<sup>86</sup> ,άρθρο 2 προβλέπεται Γραφείο Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές διαταραχές στην αυτοτελή υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών που συστάθηκε στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, κατ' αντιστοιχία με τον Ν 2519/1997. Επίσης προβλέπεται Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'/21.8.1997) με τον οποίο δημιουργήθηκαν σε κάθε Νοσοκομείο, Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη.

Το 2004 θεσμοθετείται «Ο Συνήγορος της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» που έχει ενσωματωθεί στην Ανεξάρτητη Αρχή του Συνηγόρου του Πολίτη με αρμοδιότητα την εισήγηση προς το Υπουργείο μέτρων για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών .

Τέλος με τον νόμο 4368/2016<sup>37</sup> αρ.60 συστήνεται στα Νοσοκομεία «Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας» το οποίο μεταξύ άλλων είναι αρμόδιο για τα δικαιώματα χρηστών υπηρεσιών υγείας εντός του Νοσοκομείου ή σε εξωνοσοκομειακή υπηρεσία του.

Τα δικαιώματα αυτά αφορούν τόσο τους επαγγελματίες υγείας όσο και τους πολίτες που προσέρχονται στο Νοσοκομείο προκειμένου να διασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή συνεργασία σε θέματα που αφορούν την υγεία και την ασθένεια.

Χρήστες των δημοσίων υπηρεσιών υγείας είναι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας, οι πολίτες, και οι επαγγελματίες υγείας. Ο πολίτης ως χρήστης υγείας<sup>88</sup> έχει υποχρέωση να συμμορφώνεται με τους κανόνες λειτουργίας των φορέων υγείας, να συνεργάζεται ως προς την οικονομική συμμετοχή του αλλά πρωτίστως δίνοντας στον θεράποντα γιατρό όλες τις πληροφορίες που απαιτούνται για την σωστή διαμόρφωση γνώμης της κατάστασης της υγείας διευκολύνοντας τον ως προς την διάγνωση και την προτεινόμενη θεραπεία, η πίστη εφαρμογή της οποίας μαζί με την λήψη των απαραίτητων φαρμάκων είναι ευθύνη και υποχρέωση του κάθε ασθενή.

Στην περίπτωση που ο ασθενής πάσχει από λοιμώδη μεταδοτικό νόσημα η πιστή τήρηση της θεραπείας, είναι αδιαπραγμάτευτη υποχρέωση του γιατί απειλείται η δημόσια υγεία. Είναι δε τόσο σημαντική που στην αντίθετη περίπτωση προβλέπονται κυρώσεις.

### **3.2 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.**

Σύμφωνα με το άρθρο 110 παράγραφος 1 του Συντάγματος η διάταξη του άρθρου 2 παρ. 1 είναι θεμελιώδης και δεν υπόκειται σε αναθεώρηση. Η αρχή της προστασίας και της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου κυριαρχεί πέρα από το Σύνταγμα της χώρας μας και στο Ευρωπαϊκό και Διεθνές Δίκαιο και είναι ο θεμέλιος λίθος όλων των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Σύμφωνα με τον Παντελή Α. (2005)<sup>89</sup> η νομική αξία της παραπάνω αρχής είναι ότι η κρατική εξουσία υποχρεούται να εξασφαλίζει το ουσιώδες περιεχόμενο των δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Ο Μανιτάκης (1994) στο βιβλίο του «Κράτος δικαίου και δικαστικός έλεγχος της συνταγματικότητας» επισημαίνει ότι η αξία και η αξιοπρέπεια του ανθρώπου αποτελούν εργαλείο για την ερμηνεία κάθε άλλης σχετικής διάταξης. Η εφαρμογή της παραπάνω αρχής στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας αναφέρεται στον χρήστη υγείας αλλά και στους επαγγελματίες υγείας. Οι διατάξεις της διακρίνονται στην αξιοπρέπεια του χρήστη των υπηρεσιών υγείας για το σύνολο των ιατρικών πράξεως αλλά και σ'

αυτές που θεωρούνται ειδικές ιατρικές πράξεις, μεταμοσχεύσεις ή την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή στις οποίες θα αναφερθούμε στο τελευταίο κεφάλαιο.

Η προστασία και η αξιοπρέπεια του χρήστη των υπηρεσιών υγείας εκδηλώνεται με την αρχή της ισότητας και ειδικότερα την απαγόρευση των γενετικών διακρίσεων αλλά και των λοιπών διακρίσεων.<sup>90</sup> Το δικαίωμα στην ενημέρωση της κατάστασης της υγείας τους. Το δικαίωμα της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας που τους παρέχονται.<sup>91</sup> Το δικαίωμα της αυτονομίας του ατόμου, η προστασία του ασθενή μπροστά στον πόνο και τον θάνατο, τον σεβασμό στην ιδιωτική ζωή που διασφαλίστηκε με την θεσμοθέτηση του ιατρικού απορρήτου αλλά και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων.

### 3.2.1 Η Ενημέρωση

Η ενημέρωση αποτελεί πρωταρχικό δικαίωμα του χρήστη και έχει ως σκοπό την ενεργό συμμετοχή του στην λήψη αποφάσεων για την υγεία του.<sup>92</sup> Η ενημέρωση λαμβάνει χώρα όχι μόνο στην αρχή της επαφής του χρήστη με τον γιατρό αλλά και κατά την διάρκεια και μετά την διενέργεια των ιατρικών πράξεων δηλαδή την με οποιαδήποτε αποδέκτη επιστημονική μέθοδο πρόληψης, διάγνωσης θεραπείας και αποκατάστασης της υγείας του ανθρώπου όπως θα αναλύσουμε στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

Πριν την συναίνεση του ασθενή προηγείται υποχρεωτικά η ενημέρωση του η οποία αποτελεί προϋπόθεση για την εφαρμογή των απαιτούμενων ιατρικών πράξεων.<sup>93</sup> Διεθνώς χρησιμοποιείται ο όρος «informed consensus» που σημαίνει ενημερωμένη συναίνεση.

Στον ισχύον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας<sup>94</sup> συναντάται ο όρος «συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή». Εκτός από το Σύνταγμα, σχετικά νομοθετήματα για την ενημέρωση του χρήστη υπηρεσιών υγείας στην χώρα μας είναι η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και την Βιοϊατρική που ενσωματώθηκε στην Εθνική μας νομοθεσία όπως προαναφέρθηκε παραπάνω με τον Ν 2619/1998, ο Ν 2251/1994<sup>95</sup>, ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας όπως προαναφέρθηκε Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας και το άρθρο 47 του Ν 2071/1992 με το οποίο καθορίζονται τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς όπως το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του, της

παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή Θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν.<sup>96</sup> Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του, δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό, τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

Το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθιστων ή πειραματικών διαγνωστικών και Θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκεκριμένη συγκατάθεση του ίδιου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση.<sup>97</sup>

Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή. Επίσης έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασία της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που τον αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και ευρημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων καθώς και τις τυχόν ενστάσεις λαμβάνοντας ενημέρωση σχετικά με τις ενέργειες και πορίσματα αυτών.

Παρ' όλο που το άρθρο 47 είναι σαφές παραλείπει να προβλέψει κυρώσεις στην περίπτωση μη εφαρμογής των παραπάνω και δεν ορίζει τι συμβαίνει στις περιπτώσεις

όπου ο ασθενής δεν είναι σε θέση να ασκήσει τα δικαιώματά του, γεγονός που λύνεται με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας ο οποίος ρυθμίζει το θέμα.

Η υποχρέωση ενημέρωσης για τις προϋποθέσεις, τις συνθήκες και το κόστος των ιατρικών παροχών γίνεται παράλληλα και από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς .

Η αξιολόγηση της ενημέρωσης γίνεται υπό το πρίσμα τριών κριτηρίων και ειδικότερα το κριτήριο του γιατρού (του μέσου συνετού γιατρού) ο οποίος γνωρίζει καλύτερα από τον ασθενή το συμφέρον του και μπορεί να τον προστατεύσει. Το δεύτερο κριτήριο είναι του μέσου συνετού ασθενή και το τρίτο του συγκεκριμένου ασθενή. Σύμφωνα με τα δυο τελευταία κριτήρια θεωρείται ο ασθενής ότι είναι σε θέση να αντιληφτεί την κρισιμότητα της κατάστασής του, γνωρίζει το συμφέρον του και μπορεί να επιλέξει τις ιατρικές πράξεις που θέλει να υποβληθεί.<sup>98</sup>

Οι εξαιρέσεις της ενημέρωσης είναι δυο και συγκεκριμένα η πρώτη αφορά την περίπτωση του χρήστη υπηρεσιών υγείας που δεν επιθυμεί να ενημερωθεί όποτε ο νομοθέτης προβλέπει την υπόδειξη από μέρους του ασθενή άλλου ή άλλων προσώπων που θα ενημερωθούν για λογαριασμό του για την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες, τις πιθανότητες ή και τους κινδύνους από την εκτέλεσή της.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε ειδικές επεμβάσεις, όπως μεταμοσχεύσεις, μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, επεμβάσεις αλλαγής ή αποκαταστάσεως φύλου, αισθητικές ή κοσμητικές επεμβάσεις.

Η δεύτερη αφορά τα πρόσωπα που δεν έχουν την ικανότητα να συναινέσουν για την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός τα ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό αλλά υποχρεούται επίσης να ενημερώσει και τα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής και ειδικότερα όταν ο ασθενής είναι ανήλικος, απαιτείται πάντοτε η συναίνεση των προσώπων που ασκούν τη γονική μέριμνα του ανηλίκου, αλλά και η γνώμη του ανηλίκου ασθενή όταν κατά την κρίση του ιατρού, έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του, το περιεχόμενο της ιατρικής πράξης και τις συνέπειες ή τα αποτελέσματα ή τους κινδύνους της πράξης αυτής.

Στην περίπτωση που ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, η συναίνεση για την εκτέλεση ιατρικής πράξης δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη, εφόσον



αυτός έχει οριστεί. Αν δεν υπάρχει δικαστικός συμπαραστάτης, η συναίνεση δίδεται από τους οικείους του ασθενή. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό ο γιατρός να προσπαθήσει να εξασφαλίσει την εκούσια συμμετοχή, σύμπραξη και συνεργασία του ασθενή, και κυρίως εκείνου του ασθενή που αντιλαμβάνεται την κατάσταση της υγείας του, τους πιθανούς κινδύνους, τη θεραπεία και την αποκατάσταση της.

### **3.2.2 Η ιδιωτικότητα των πληροφοριών υγείας**

Η ιδιωτική και οικογενειακή ζωή στην χώρα μας προστατεύονται από κανόνες δικαίου, διεθνείς, Ευρωπαϊκούς και Συνταγματικούς. Σύμφωνα με το σύνταγμα της Ελλάδος ελευθερία του ατόμου είναι η ικανότητα ανάπτυξης της προσωπικότητας με την προϋπόθεση ότι δεν βλάπτονται τα δικαιώματα των άλλων, δεν παραβιάζεται το Σύνταγμα, τα χρηστά ήθη και το Δημόσιο συμφέρον. Επίσης στο άρθρο 9 του Συντάγματος κατοχυρώνεται η αυτοδιάθεση των πληροφοριών της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής τα οποία αποτελούν τα προσωπικά δεδομένα. όπως προαναφέρθηκε εκτός από τα προηγούμενα νομοθετήματα (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας κλπ) το απόρρητο ρυθμίζεται και από τον Ποινικό Κώδικα. Με τον όρο απόρρητο εννοείται κάθε πληροφορία που αφορά την υγεία και τα προσωπικά δεδομένα του χρήστη υπηρεσιών υγείας ακόμα και τις ανθρώπινες ουσίες από τις οποίες μπορεί να ταυτοποιηθεί, τα οποία έλαβε γνώση ο επαγγελματίας υγείας κατά την άσκηση των καθηκόντων του και απαγορεύεται να αποκαλυφθούν ακόμα και μετά τον θάνατο του ασθενή. Οι σκοποί του απορρήτου είναι αφενός η αποτελεσματικότερη άσκηση καθηκόντων του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και αφετέρου η προστασία κοινωνικά ευάλωτων ομάδων πληθυσμού.<sup>99</sup>

Αρχικά το απόρρητο ήταν απόλυτο σε αντίθεση με σήμερα όπου εφαρμόζεται με τις απαιτούμενες εξαιρέσεις γιατί πέρα από την διασφάλιση των επαγγελματιών υγείας, του συμφέροντος του ασθενή υπάρχει και το κοινωνικό συμφέρον που είναι η διασφάλιση της Δημόσιας Υγείας, η ανακοίνωση των γεννήσεων και θανάτων στις αρμόδιες αρχές κλπ.

Στο άρθρο 13 του Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας αναγράφεται «Ο ιατρός οφείλει να τηρεί αυστηρά απόλυτη εχεμύθεια για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψη

του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο της άσκησης των καθηκόντων του, και το οποίο αφορά στον ασθενή ή τους οικείους του.

Για την αυστηρή και αποτελεσματική τήρηση του ιατρικού απορρήτου, ο ιατρός οφείλει: α) να ασκεί την αναγκαία εποπτεία στους βοηθούς, στους συνεργάτες ή στα άλλα πρόσωπα που συμπράττουν ή συμμετέχουν ή τον στηρίζουν με οποιονδήποτε τρόπο κατά την άσκηση του λειτουργήματός του και β) να λαμβάνει κάθε μέτρο διαφύλαξης του απορρήτου και για το χρόνο μετά τη με οποιονδήποτε τρόπο παύση ή λήξη άσκησης του λειτουργήματός του».<sup>100</sup>

Η άρση του ιατρικού απορρήτου επιτρέπεται όταν <sup>101</sup>

α) Ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος. Νομικό καθήκον συντρέχει, όταν η αποκάλυψη επιβάλλεται από ειδικό νόμο, όπως στις περιπτώσεις γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων και άλλες, ή από γενικό νόμο, όπως στην υποχρέωση έγκαιρης αναγγελίας στην αρχή, όταν ο ιατρός μαθαίνει με τρόπο αξιόπιστο ότι μελετάται κακούργημα ή ότι άρχισε ήδη η εκτέλεσή του και, μάλιστα, σε χρόνο τέτοιο, ώστε να μπορεί ακόμα να προληφθεί η τέλεση ή το αποτέλεσμα του.

β) Ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος ή συμφέροντος του ίδιου του ιατρού ή κάποιου άλλου, το οποίο δεν μπορεί να διαφυλαχθεί διαφορετικά.

γ) Όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας.

Η υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου αίρεται, εάν συναινεί σε αυτό εκείνος στον οποίο αφορά, εκτός εάν η σχετική δήλωσή του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση, που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή εάν η άρση του απορρήτου συνιστά προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του ιατρικού απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής και τους λοιπούς όρους χορήγησής της.

Η υποχρέωση τήρησης και διαφύλαξης του ιατρικού απορρήτου δεν παύει να ισχύει με το θάνατο του ασθενή».<sup>102</sup>

Το ιατρικό απόρρητο διασφαλίζει το ιδιωτικό συμφέρον του ασθενή αλλά και το επαγγελματικό συμφέρον του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ο Ποινικός Κώδικας εφαρμόζεται στις περιπτώσεις που παραβιάζεται το απόρρητο και δημοσιοποιούνται στοιχεία του ασθενή.

Με την εξέλιξη της πληροφορικής και την ηλεκτρονική διακυβέρνηση η ιδιωτικότητα του ατόμου κινδυνεύει από την επεξεργασία και αποθήκευση του ιατρικού του φάκελου.

Για τα ιατρικά αρχεία ειδικές διατάξεις υπάρχουν στην 108 Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία του ατόμου από την Αυτοματοποιημένη επεξεργασία πληροφοριών προσωπικού χαρακτήρα<sup>4</sup> αλλά και στον Ευρωπαϊκό Κώδικα ιατρικής δεοντολογίας όπου η τήρηση ηλεκτρονικά των φακέλων των ασθενών προβλέπεται να γίνεται από ορισμένο για τον σκοπό αυτό γιατρό.

Ο Ν 2472/1997 « Προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» ενσωματώνει την οδηγία 95/45/EΚ στην εσωτερική έννομη τάξη.

Στο άρθρο 2 δίνονται οι ορισμοί για τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και τα ευαίσθητα δεδομένα.

Δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα ορίζεται η κάθε πληροφορία που αναφέρεται στο υποκείμενο των δεδομένων. Δεν λογίζονται ως δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τα στατιστικής φύσεως συγκεντρωτικά στοιχεία, από τα οποία δεν μπορούν να προσδιορισθούν τα υποκείμενα των δεδομένων.

«Ευαίσθητα δεδομένα» είναι τα δεδομένα που αφορούν στη φυλετική ή εθνική προέλευση, στα πολιτικά φρονήματα, στις θρησκευτικές ή φιλοσοφικές πεποιθήσεις, στη συμμετοχή σε συνδικαλιστική οργάνωση, στην υγεία, στην κοινωνική πρόνοια και στην ερωτική ζωή, στα σχετικά με ποινικές διώξεις ή καταδίκες, καθώς και στη συμμετοχή σε συναφείς με τα ανωτέρω ενώσεις προσώπων.

Η συλλογή και η επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων απαγορεύεται. Επιτρέπεται η συλλογή και η επεξεργασία ευαίσθητων δεδομένων, καθώς και η ίδρυση και λειτουργία σχετικού αρχείου, μόνο ύστερα από άδεια της Αρχής Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων .

Η άδεια χορηγείται όταν το υποκείμενο εκούσια έδωσε τη γραπτή συγκατάθεση του, η επεξεργασία είναι αναγκαία για τη διαφύλαξη ζωτικού συμφέροντος του υποκειμένου ή συμφέροντος τρίτου στην περίπτωση που το υποκείμενο τελεί σε φυσική ή νομική αδυναμία να δώσει τη συγκατάθεσή του.<sup>104</sup>

Η επεξεργασία αφορά δεδομένα που δημοσιοποιεί το ίδιο το υποκείμενο ή είναι αναγκαία για την αναγνώριση, άσκηση ή υπεράσπιση δικαιώματος ενώπιον δικαστηρίου ή πειθαρχικού οργάνου.

Η επεξεργασία εκτελείται από Δημόσια Αρχή και είναι αναγκαία είτε για λόγους εθνικής ασφάλειας είτε για την εξυπηρέτηση των αναγκών εγκληματολογικής ή σωφρονιστικής πολιτικής και αφορά τη διακρίβωση εγκλημάτων, ποινικές καταδίκες ή μέτρα ασφαλείας είτε για λόγους προστασίας της δημόσιας υγείας, είτε δ) για την άσκηση δημόσιου φορολογικού ελέγχου ή δημόσιου ελέγχου κοινωνικών παροχών.

Η επεξεργασία πραγματοποιείται για ερευνητικούς και επιστημονικούς αποκλειστικά σκοπούς και υπό τον όρο ότι τηρείται η ανωνυμία και λαμβάνονται όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων των προσώπων στα οποία αναφέρονται 105. Από την υποχρέωση λήψης άδειας απαλλάσσεται η επεξεργασία που αφορά θέματα υγείας και εκτελείται από πρόσωπο που ασχολείται κατ' επάγγελμα με την παροχή υπηρεσιών υγείας και υπόκειται σε καθήκον εχεμύθειας ή σε συναφείς κώδικες δεοντολογίας, υπό τον όρο ότι η επεξεργασία είναι απαραίτητη για την ιατρική πρόληψη, διάγνωση, περίθαλψη ή τη διαχείριση υπηρεσιών υγείας. Επισημαίνεται ότι δεν εμπίπτουν στην απαλλαγή τα νομικά πρόσωπα παροχής υπηρεσιών υγείας όπως τα νοσοκομεία, οι κλινικές, τα Κέντρα Υγείας ασφαλιστικά ταμεία, ασφαλιστικές εταιρίες.

Οι προϋποθέσεις τήρησης των ιατρικών αρχείων αναγράφονται στο άρθρο 14 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας σύμφωνα με τον οποίο καθορίζεται ότι ο γιατρός υποχρεούται να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα που συνδέονται άρρηκτα με την ασθένεια ή την υγεία των ασθενών του εφαρμόζοντας τις διατάξεις του ν. 2472/1997.

Τα ιατρικά αρχεία πρέπει να περιέχουν το ονοματεπώνυμο, το πατρώνυμο, το φύλο, την ηλικία, το επάγγελμα, τη διεύθυνση του ασθενή, τις ημερομηνίες της επίσκεψης,

καθώς και κάθε άλλο ουσιώδες στοιχείο που συνδέεται με την παροχή φροντίδας στον ασθενή, όπως, ενδεικτικά και ανάλογα με την ειδικότητα, τα ενοχλήματα της υγείας του και το λόγο της επίσκεψης, την πρωτογενή και δευτερογενή διάγνωση ή την αγωγή που ακολουθήθηκε.

Οι κλινικές και τα νοσοκομεία τηρούν στα ιατρικά τους αρχεία και τα αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών εξετάσεων.<sup>106</sup>

Υποχρέωση διατήρησης ιατρικών αρχείων έχουν τα ιδιωτικά ιατρεία και οι λοιπές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του ιδιωτικού τομέα, για μία δεκαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή και σε κάθε άλλη περίπτωση, για μία εικοσαετία από την τελευταία επίσκεψη του ασθενή.

Ο γιατρός λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε στην περίπτωση επιστημονικών δημοσιεύσεων<sup>107</sup> να μην γνωστοποιείται με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα του ασθενή στον οποίο αφορούν τα δεδομένα. Εάν, λόγω της φύσης της δημοσίευσης, είναι αναγκαία η αποκάλυψη της ταυτότητας του ασθενή ή στοιχείων που υποδεικνύουν ή μπορούν να οδηγήσουν στην εξακρίβωση της ταυτότητάς του, απαιτείται η ειδική έγγραφη συναίνεσή του.

Ο γιατρός τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Στα ιατρικά αρχεία δεν πρέπει να αναγράφονται κρίσεις ή σχολιασμοί για τους ασθενείς, παρά μόνον εάν αφορούν στην ασθένειά τους.<sup>108</sup>

Ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και λήψης αντιγράφων του φακέλου του. Το δικαίωμα αυτό, μετά το θάνατό του, ασκούν οι κληρονόμοι του, εφόσον είναι συγγενείς μέχρι τετάρτου βαθμού.

Δεν επιτρέπεται σε τρίτο η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία ασθενή εξαιρουμένων των δικαστικών και εισαγγελικών αρχών κατά την άσκηση των καθηκόντων τους αυτεπάγγελτα ή μετά από αίτηση τρίτου που επικαλείται έννομο συμφέρον και σύμφωνα με τις νόμιμες διαδικασίες και σε άλλα όργανα της Ελληνικής Πολιτείας, που με βάση τις καταστατικές τους διατάξεις έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα.

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης<sup>109</sup> σύμφωνα με τις οικείες διατάξεις, στα εθνικά ή διεθνή αρχεία στα οποία έχουν εισέλθει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που τον αφορούν. Η πρόσβαση του διασφαλίζεται με τον Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας που προβλέπει την πρόσβαση του διοικούμενου σε δημόσια έγγραφα. Από το υφιστάμενο θεσμικό πλαίσιο κατοχυρώνεται ικανοποιητικά η διασφάλιση της ιδιωτικότητας και των πληροφοριών υγείας των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

### **3.2.3. Η αξιοπρέπεια του ανθρώπου στον πόνο και τον θάνατο**

Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (αρ. 29) ορίζεται ότι ο γιατρός, σε περίπτωση ανίατης ασθένειας που βρίσκεται στο τελικό της στάδιο, ακόμη και αν εξαντληθούν όλα

τα ιατρικά θεραπευτικά περιθώρια, οφείλει να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων του ασθενή.<sup>110</sup>

Του προσφέρει παρηγορητική αγωγή και συνεργάζεται με τους οικείους του ασθενή προς αυτήν την κατεύθυνση. Σε κάθε περίπτωση, συμπαρίσταται στον ασθενή μέχρι το τέλος της ζωής του και φροντίζει ώστε να διατηρεί την αξιοπρέπιά του μέχρι το σημείο αυτό. Ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τις επιθυμίες που είχε εκφράσει ο ασθενής, ακόμη και αν, κατά το χρόνο της επέμβασης, ο ασθενής δεν είναι σε θέση να τις επαναλάβει.

Ο ιατρός οφείλει να γνωρίζει ότι η επιθυμία ενός ασθενή να πεθάνει, όταν αυτός βρίσκεται στο τελευταίο στάδιο, δεν συνιστά νομική δικαιολόγηση για τη διενέργεια πράξεων οι οποίες στοχεύουν στην επίσπευση του θανάτου (ενεργητική ή παθητική ευθανασία).

Ο πόνος αντιμετωπίζεται με την συνταγογράφηση ισχυρών αναλγητικών φαρμάκων αλλά και την ψυχολογική υποστήριξη από εξειδικευμένο προσωπικό ή εθελοντές.

Μονάδες παρηγορητικής φροντίδας λειτουργούν στο νοσοκομείο παιδών "Αγλαΐα Κυριακού», με την υποστήριξη σωματείων και συλλόγων γονέων των όποιων τα παιδιά τους πάσχουν ή έπασχαν από ανίατες παθήσεις και εθελοντών και για τους καρκινοπαθείς το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας» και «Μεταξά»

### 3.2.4 Η αυτονομία του ατόμου

Η αρχή της προστασίας της αυτονομίας του ανθρώπου κατοχυρώνεται από το άρθρο 5 παράγραφο 1 του Συντάγματος ως προς την ανάπτυξη ελεύθερα της προσωπικότητας του αλλά και στην παράγραφο 2 του ίδιου άρθρου για την προστασία της τιμής και της ελευθερίας του και στην παράγραφο 5 την προστασία της υγείας και στο άρθρο 7 παράγραφος 2 το δικαίωμα της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας του.<sup>111</sup>

Η προστασία της αυτονομίας του χρήστη στις υπηρεσίες υγείας εκδηλώνεται με την ελεύθερη διάθεση του σώματος του, με προορισμό την προστασία, την αξία και την αξιοπρέπεια του ανθρώπου, χωρίς οικονομικό όφελος. Τέτοιες πράξεις είναι η δωρεά οργάνων την οποία θα αναλύσουμε παρακάτω, η προσφορά αίματος, κλπ.

Την ελεύθερη επιλογή γιατρού, και την ελεύθερη διάθεση των ιατρικών του δεδομένων.

Η ελεύθερη επιλογή γιατρού πλην των ιδιωτών δεν ήταν εφικτή από τα ιδρύματα πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας.

Με τον Ν 2889/2001, άρθρο 9 εισάγεται η ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων, και δίνεται το δικαίωμα στους μόνιμους ειδικευμένους γιατρούς του νοσοκομείου όλων των βαθμών, στους πανεπιστημιακούς γιατρούς που κατέχουν τίτλο ειδικότητας και εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσηλευτικά ιδρύματα, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ., στο νοσηλευτικό, το παραϊατρικό, το επιστημονικό μη ιατρικό και το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου να μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους κατά τις απογευματινές ώρες, με την προϋπόθεση ότι παρέχουν υπηρεσίες στην πρωινή λειτουργία των τακτικών ιατρειών τουλάχιστον μια (1) ημέρα την εβδομάδα και δεν εφημερεύουν κατά τις ημέρες αυτές. Ο αριθμός των περιστατικών, που εξετάζονται από κάθε ιατρό ανά εβδομάδα, μετά το τακτικό ωράριο δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει τον αριθμό των αντίστοιχων πράξεων, που διενεργούνται από τον ίδιο ιατρό στο τακτικό ωράριο.

Η δαπάνη για την ιατρική επίσκεψη, τις διαγνωστικές, θεραπευτικές και επεμβατικές πράξεις, που πραγματοποιούνται κατά την πέραν του τακτικού ωραρίου λειτουργία του νοσοκομείου, βαρύνει τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς ή την ασφαλιστική του εταιρία ή τον ίδιο τον ασθενή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η αστική ευθύνη του Δημοσίου στα Νοσοκομεία και στις δομές υγείας

Η χρήση του όρου “ ευθύνη”<sup>112</sup> συναντάται ιδιαίτερα συχνά , αντικατοπτρίζοντας κατά κάποιο τρόπο την υποχρέωση προσοχής. Βέβαια οι επιπτώσεις μίας λανθασμένης δραστηριότητας δεν θα πρέπει απλώς να καταμετρώνται, αλλά και να αποκαθίστανται. Με την επανόρθωση του λάθους, εάν καταρχήν είναι δυνατόν ,επανέρχεται και το ζήτημα της λογοδοσίας, ως απαραίτητο στοιχείο της ύπαρξης σφάλματος.<sup>113</sup> Η έννοια της ευθύνης, εμπεριέχει μεν τα στοιχεία κατά την χρήση της στην καθομιλουμένη, αλλά στην νομική επιστήμη αποδίδεται περισσότερο εμπλουτισμένη. Ο όρος αυτός αφορά την υποχρέωση αποκατάστασης του ατόμου που δέχτηκε τις δυσχερείς συνέπειες από μία παράνομη πράξη ή παράλειψη ή υλική ενέργεια<sup>114</sup>. Φυσικά, σε αντιδιαστολή με την ηθική/κοινωνική, η νομική ευθύνη αποτυπώνεται σε σαφές νομοθετικό πλαίσιο. Πρόκειται δηλαδή για δεσμευτική υποχρέωση που έχει περιβληθεί με τον μανδύα της νομοθετικής κατοχύρωσης. Ειδικότερα, η ευθύνη επιφέρει υποχρέωση αποκατάστασης κατά του κράτους και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου, διότι νοείται ως η ευθύνη των φορέων αυτών να αποζημιώνουν τα άτομα που επλήγησαν με τρόπο ηθικό ή υλικό από την παράνομη δράση των οργάνων τους όσο ασκούσαν τα καθήκοντά τους.<sup>115</sup> Ο Εισαγωγικός Νόμος του Αστικού Κώδικα στο άρθρο 105 και 106 αποτελεί το νομοθετικό πλαίσιο ρύθμισης της αστικής ευθύνης ήδη από το 1946, ενώ έχει περιληφθεί και στον ανώτατο νόμο του κράτους στο άρθρο 4 παρ.1 και 5 του Συντάγματος.<sup>116</sup> Η αστική ευθύνη αποτελεί δραστηριότητα αποκαταστατικής δικαιοσύνης , ώστε να επέρχεται η ισορροπία στα υποκείμενα της έννομης τάξης, να επιτυγχάνεται η νομιμότητα και η ισότητα . Η έννοια της ευθύνης διαφέρει από την οπτική του ιδιωτικού και του δημοσίου δικαίου, διότι στην πρώτη περίπτωση απαιτείται η συνδρομή του δόλου ή της αμέλειας, δηλαδή κάποια μορφή υπαιτιότητας , ενώ στην δεύτερη περίπτωση δεν απαιτείται. Ειδικότερα, το Δημόσιο ευθύνεται με τρόπο αντικειμενικό, με την έννοια ότι όταν συμβεί η βλάβη , τότε δημιουργεί δικαίωμα στο υποκείμενο να αξιώσει αποζημίωση. Κατόπιν της σύντομης θεωρητικής ανάλυσης , θα αναφερθούν ορισμένες σημαντικές



δικαστικές αποφάσεις σχετικά με την ευθύνη του Δημοσίου , ώστε να υπάρξει αμφίπλευρη διερεύνηση.

Ως προς τα ανωτέρω ζητήματα αξιοσημείωτη είναι η υπ'αρ.121/2002 απόφαση του Συμβουλίου της Επικρατείας, κατά την οποία επιβεβαιώθηκε η ευθύνη του Δημοσίου κατά τα άρθρα 105 και 106 ΕισΝΑΚ. Επιπλέον η ευθύνη προς αποκατάσταση υφίσταται και στην περίπτωση που εκλείπουν τα απαραίτητα κατά την υπηρεσία ιδιαίτερα καθήκοντα των αρμοδίων της Διοίκησης. Οι δε ΟΤΑ και ΝΠΔΔ είναι υποχρεωμένοι να καταβάλλουν αποζημίωση και να αποκαταστήσουν την θετική και την αποθετική ζημία που προξένησαν αλλά και να αποδώσουν την επιδικασθείσα ψυχική οδύνη στους συγγενείς του θύματος. Ως προς το ιστορικό της εν λόγω υπόθεσης, στις 16 Οκτωβρίου 1995 εκδηλώθηκε πυρκαγιά στην πτέρυγα των πρόωρων νεογνών του Νοσοκομείου από ηλεκτρολογική βλάβη σε πολύπριζο με αποτέλεσμα να χάσει την ζωή του το νεογνό των αναιρεσειόντος που ευρίσκονταν εντός της θερμοκοιτίδας. Το συμβάν αυτό , κατά τους πραγματογνώμονες θα είχε αποφευχθεί εάν υπήρχε αυτόματο σύστημα διαρροής τάσης, εάν οι καλωδιώσεις δεν ήταν στο πάτωμα εκτεθειμένες σε κινήσεις, εάν δεν γινόταν αφειδώς χρήση του πολύπριζου αλλά του συστήματος σταθερής ηλεκτροροής, εάν υπήρχε σύστημα πυρανίχνευσης οπότε και το συμβάν θα γινόταν αντιληπτό αμεσότατα. Αρμόδιο για τις παραλείψεις αυτές , κατά το άρθρο 7 ν.4483/1965 ήταν το Νοσοκομείο, ως ιδιοκτήτης των εγκαταστάσεων. Κατά την πρωτόδικη απόφαση ελήφθη ως αποκλειστικά υπεύθυνο το Νοσοκομείο για τις ανωτέρω σοβαρές παραλείψεις και έκανε μερικώς δεκτό το αίτημα των γονέων για ψυχική οδύνη επιδικάζοντας στον καθένα το ποσό των 15.000.000 δρχ, επί της οποίας απόφασης το Νοσοκομείο άσκησε το ένδικο μέσο της έφεσης λόγω κακής εκτίμησης των αποδεικτικών στοιχείων, ζητώντας τον περιορισμό της αποκατάστασης στα 4.000.000 δρχ συνολικά. Εντούτοις το δευτεροβάθμιο δικαστήριο επικύρωσε την απόφαση του πρωτοβάθμιου διότι οι παραλείψεις του Νοσοκομείου μπορούσαν να οδηγήσουν κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων στον θάνατο του βρέφους. Το Νοσοκομείο άσκησε αναίρεση κατά της εν λόγω απόφασης , διότι ως γνωστόν απαιτείται η ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ του βλαπτικού γεγονότος και της επέλευσης του θανάτου. Έτσι επειδή , μεσολάβησαν αστάθμητοι παράγοντες όπως μαίες/νοσοκόμες το Νοσοκομείο επικαλείται την διάρρηξη του αιτιώδους συνδέσμου και την εξάλειψη της ευθύνης του. Εν κατακλείδι δεν έγινε δεκτός ο ανωτέρω λόγος λόγω του γεγονότος ότι οι μαίες/νοσοκόμες κτλ κατά τις μαρτυρικές καταθέσεις έλαβαν όλα τα αναγκαία μέτρα για την απομάκρυνση

των θερμοκοιτίδων, άρα δεν διεκόπη ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της παράλειψης και του θανάτου. Έτσι, η αναίρεση απερρίφθη.

Μία διαφορετική απόφαση που περιλαμβάνει διαφορετικές πτυχές της ευθύνης ενός Νοσοκομείου είναι η με αρ. 2439/2008 ΣτΕ. Πιο συγκεκριμένα, κατά την πρωτόδικη απόφαση ο θεράπων ιατρός παρέλειψε να ασκήσει τα καθήκοντά του ως εφημερεύων του νοσοκομείου και αφέθηκε στην άπειρη διάγνωση της ειδικευόμενης ιατρού για μία εμπύρετη εισαγωγή στα εξωτερικά ιατρεία. Αποτέλεσμα της παράλειψης του ήταν να προκληθεί θάνατος, ο οποίος θα είχε αποτραπεί με μία έγκαιρη διάγνωση και έτσι επεδικάσθη ως ψυχική οδύνη το ποσό των 15.000.000 δρχ. Το Νοσοκομείο προσέφυγε στο δευτεροβάθμιο δικαστήριο περιόρισε το ποσό στο μισό, διότι απεδείχθη ότι απεκρύφθη η προηγηθείσα έκτρωση και οι συγγενείς προχώρησαν στην άσκηση αναίρεσης λόγω πλημμελούς αιτιολογίας. Περαιτέρω επιβεβαιώνεται ότι οι διαφορές από πράξεις/παραλείψεις ΝΠΔΔ είναι διοικητικές, άρα ως προς αυτές επιλαμβάνονται τα διοικητικά δικαστήρια. Το συντρέχον πταίσμα ελέγχεται από τα δικαστήρια και στην περίπτωση μας απεδείχθη σε δεύτερο βαθμό, ενώ ενώπιον του ΣτΕ απερρίφθη η αναίρεση διότι η κρινόμενη αιτιολογία ήταν επαρκής.

Αξίζει να υπομνησθεί η απόφαση ΣτΕ με αρ.1405/2013 κατά την οποία αποτυπώθηκε η δικαστική γνώμη ότι ‘ η οικονομική κατάσταση του νοσοκομείου και η κοινωνική του αποστολή δεν αποτελούν στοιχεία κρίσιμα κατά τον καθορισμό του ύψους της χρηματικής αποζημίωσης.’ Ειδικότερα, θεράπων ιατρός δεν ακολούθησε ενδεδειγμένη μέθοδο θεραπείας σε ασθενή με αποτέλεσμα να επέλθει ο θάνατος. Έτσι το δικαστήριο έλαβε υπόψη του ότι το ύψος της αποζημίωσης εξαρτάται από τις συνθήκες θανάτου, το βαθμό συγκίνησης που προκαλεί στους συγγενείς λόγω της ηλικίας, της κατάσταση της υγείας κτλ ( ΣτΕ 2100/2006, ΣτΕ2986/2009 κτλ) . Όμως η αποζημίωση δεν μπορεί να εξαρτάται από την περιουσιακή/δημοσιονομική κατάσταση του Δημοσίου ή του ΝΠΔΔ, ούτε ασκεί επιρροή το οικονομικό μέγεθος των ΝΠΔΔ στον προσδιορισμό του ποσού. Στην ίδια γραμμή βρίσκονται και οι με αρ. 3839/2012 ΣΤΕ, 4988/2012 ΣτΕ, 2579/2006 ΣτΕ, 1243/2010 ΣτΕ. Η επίτευξη κοινωφελούς έργου από το εν λόγω ΝΠΔΔ δεν συνιστά μειωτικό στοιχείο της επιδικασθείσας χρηματικής ικανοποίησης. Η πρόκληση του θανάτου επέφερε τεράστιο ψυχικό άλγος στους συγγενείς της ασθενούς, για τους οποίους επιδικάσθηκε συνολική αποζημίωση άνω των 550.000 ευρώ. Το Νοσοκομείο άσκησε έφεση επικαλούμενο ότι το εν λόγω ποσό οδηγεί στην οικονομική εξουθένωση του δημοσίου σκοπού και της κοινωνικής αποστολής για την παροχή δημόσιας υγείας, χωρίς εντούτοις να γίνει δεκτό και

επιβεβαιώθηκε η πρωτόδικη απόφαση. Κατά της δευτεροβάθμιας απορριπτικής το Νοσοκομείο άσκησε αναίρεση λόγω πλημμελούς αιτιολογίας. Το αναιρεσιδόν ΝΠΔΔ ισχυρίστηκε ότι η απόφαση βρίσκεται σε αντίθεση με την αρχή της αναλογικότητας, διότι ως υπέρογκα ποσά οδηγούν σε υπέρμετρο πλουτισμό. Ωστόσο το ΣτΕ επανέλαβε ότι η αναλογικότητα ερμηνεύθηκε σωστά, ότι εκτιμήθηκαν ορθά τα κριτήρια και τα στοιχεία που τέθηκαν υπόψη του και απέρριψε την αίτηση.

Μία ακόμη περίπτωση επιδίκασης αποζημίωσης Νοσοκομείου λόγω αστικής ευθύνης εντοπίζεται στην με αρ. απόφαση 1977/2012 ΣτΕ. Το πρωτοβάθμιο δικαστήριο έκρινε ότι πληρούνται οι προϋποθέσεις των α.105 και 106 ΕισΝΑΚ, και επέβαλε αποζημίωση ύψους .....ευρώ για ψυχική οδύνη στους συγγενείς. Ως προς το ιστορικό της υπόθεσης, ο θανών νοσηλεύτηκε για συρραφή σε ορθοπεδικό νοσοκομείο από αυτοτραυματισμό σε προηγηθείσα απόπειρα αυτοκτονίας. Εντούτοις το προσωπικό που είναι ανειδίκευτο σε περιπτώσεις βαριάς ψυχικής ασθένειας δεν τήρησε τους προβλεπόμενους κανόνες ασφαλείας, δεν ασφάλισε τα κιγκλιδώματα με αποτέλεσμα ο ασθενής να αυτοκτονήσει. Το προσωπικό δηλαδή, δεν έλαβε υπόψη καθόλου τον λόγο της εισαγωγής του ψυχικά πάσχοντος ούτε τις προηγούμενες αποτυχημένες απόπειρας αυτοκτονίας, αλλά έδρασε σαν να επρόκειτο για τυπικά τραυματισμένο ασθενή. Το πρωτοβάθμιο δικαστήριο επιδίκασε ως ψυχική οδύνη το ποσό των 205.000 ευρώ στην μητέρα και στον αδελφό 88.000 ευρώ, ποσά τα οποία περιορίστηκαν στις 100.000 και τις 30.000 ευρώ στο Εφετείο. Το διοικητικό εφετείο έκρινε ότι τα αρμόδια όργανα του νοσοκομείου, αν και ήταν υποχρεωμένα εκ της φύσεως και του είδους των καθηκόντων τους να επιδείξουν ιδιαίτερη προσοχή και επιμέλεια κατά την άσκηση αυτών, παρέλειψαν να λάβουν τα προβλεπόμενα και επιβαλλόμενα από τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τα δεδομένα της κοινής πείρας μέτρα, ώστε να αποτραπεί μια νέα απόπειρα αυτοκτονίας του ασθενούς, η παράληψη δε αυτή είχε ως συνέπεια τη διευκόλυνση της νέας απόπειρας αυτοκτονίας, που κατέληξε στο θάνατό του. Απορρίπτοντας δε τους περί του αντιθέτου ισχυρισμούς του αναιρεσιδόντος, το διοικητικό εφετείο έκρινε ότι οι παράνομες αυτές παραλείψεις των οργάνων του νοσοκομείου θεμελίωσαν ευθύνη του για χρηματική ικανοποίηση των αναιρεσιβλήτων λόγω ψυχικής οδύνης βάσει των διατάξεων του άρθρου 932 Α.Κ., η ευθύνη δε αυτή δεν μειωνόταν λόγω συντρέχοντος πταίσματος του θανόντος κατ' εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 300 Α.Κ. διότι το προσωπικό παραβίασε την υποχρέωση ως υπεύθυνο φύλαξης του ασθενούς να μην τον εγκαταλείπουν μόνο του, να επιβλέπουν τα παράθυρα και να τον επιτηρούν, καθώς γνώριζαν την βαριά

ψυχική του νόσο. Τέλος επειδή η αιτιολόγηση ήταν επαρκής δεν στοιχειοθετείται λόγος ευδοκίμησης της αναίρεσης της απόφασης του Εφετείου και γι' αυτό τον λόγο απερρίφθη στο σύνολό της.

Επίσης η με αρ. 2011/2014 απόφαση ΣτΕ έχει ως αντικείμενο την αστική ευθύνη του Δημοσίου και συγκεκριμένα του ΠεΣΥ σε αποζημίωση, ενώ άπτεται και της υποχρέωσης διευκόλυνσης προσδιορισμού του εναγομένου. Ειδικότερα, στην αιτιολόγηση η απόφαση αναφέρει ότι αρχικά αγωγή κατά τον ΚΔΔ ασκεί ο έχων χρηματική αξίωση από έννομη σχέση δημοσίου δικαίου, κατά του εν λόγω ΝΠΔΔ, το οποίο ευθύνεται αποζημίωσης, πρέπει η ζημία να προήλθε από παράνομη πράξη ή παράλειψη ή παράνομη υλική ενέργεια ή παράλειψη οφειλόμενης νόμιμης υλικής ενέργειας οργάνου ευρισκομένου στην υπηρεσία τους. Το δε ΠεΣΥ αποτελεί περιφερειακό ΝΠΔΔ στο οποίο εντάσσονται οι Νοσοκομειακές Μονάδες, Κέντρα υγείας κτλ ως ανήκοντα στη περιφερειακή αρμοδιότητα του αλλά ταυτόχρονα απολαμβάνουν διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Εντούτοις με μεταγενέστερο νόμο του 2005 μετατράπηκαν σε αυτοτελή ΝΠΔΔ, ενώ οι Περιφέρειες περιορίστηκαν σε επτά. Παρ' όλα αυτά, οι ιατροί των νοσοκομείων του εθνικού συστήματος υγείας είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και συνδέονται με υπηρεσιακή σχέση με τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. στα οποία συνεχίζουν να υπηρετούν, ανεξαρτήτως της ειδικότερης -κατά τα προεκτεθέντα- νομικής μορφής κάθε νοσοκομείου ως αυτοτελούς νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ή ως αποκεντρωμένης δημοσίας υπηρεσίας (πρβλ. ΣτΕ Ολομ. 1191-2/2009, ΣτΕ 1517/2003, 1735/2009, 735/2010).

Ως προς το ιστορικό, το 2004 οι γονείς τέκνου που απεβίωσε λίγο μετά την γέννηση του ζήτησαν με την αγωγή τους το ποσό των 750.000 ευρώ συνολικά. Η αγωγή αυτή απερρίφθη λόγω ελλείψεως παθητικής νομιμοποίησης του ως άνω Ν.Π.Δ.Δ., καθόσον, σύμφωνα με την κρίση του πρωτοβαθμίου δικαστηρίου, στη δίκη αυτή δεν ενομιμοποιείτο παθητικώς το Πε.Σ.Υ. Κρήτης, αλλά το Γενικό Νοσοκομείο Σητείας, ως υπηρεσία απολαμβάνουσα διοικητικής και οικονομικής αυτοτέλειας, της οποίας όργανο ήταν ο ανωτέρω ιατρός. Κατά της αποφάσεως αυτής οι ήδη αναιρεσιόντες άσκησαν έφεση, ισχυριζόμενοι ότι έστρεψαν την αγωγή τους κατά του Πε.Σ.Υ Κρήτης ως ευρύτερη μονάδα που περιλαμβάνει και το Νοσοκομείο Σητείας. Περαιτέρω, έλαβε υπ' όψιν ότι οι νοσοκομειακές μονάδες του Ε.Σ.Υ. που λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ. μετατράπηκαν αυτοδικαίως σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες, με διοικητική, όμως, και οικονομική αυτοτέλεια, ότι αυτές συνέχισαν να έχουν τη διοίκηση του προσωπικού τους και ότι,

ναι μεν η περιουσία τους περιήλθε αυτοδικαίως στα Πε.Σ.Υ., εντούτοις η αποκλειστική χρήση και διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων παρέμεινε σ' αυτές, καθώς και η ικανότητα διεξαγωγής των δικών που τις αφορούν. Το δικάσαν εφετείο συνεκτίμησε ακόμη το γεγονός ότι ο ανωτέρω ιατρός ανήκει στο προσωπικό του Νοσοκομείου Σητείας και ότι, σε περίπτωση που οι αναιρεσεύοντες δικαιούτο να λάβουν την αιτηθείσα χρηματική ικανοποίηση θα υποχρεωνόταν να την καταβάλει το Νοσοκομείο, το οποίο έχει οικονομική αυτοτέλεια και διατήρησε τη διαχείριση της περιουσίας του, όργανο του οποίου ευθύνετο, κατά τους αναιρεσεύοντες, και όχι το Πε.Σ.Υ. Κρήτης, στη χωρική μόνον αρμοδιότητα του οποίου ανήκει το ως άνω Νοσοκομείο. Εξ άλλου, σύμφωνα με την ίδια κρίση, ο ανωτέρω ιατρός δεν κατέστη όργανο του Πε.Σ.Υ. Έτσι το Εφετείο αποφάσισε ότι το Πε.Σ.Υ. Κρήτης δεν νομιμοποιείται παθητικά και απέρριψε την έφεση. Εντούτοις το ΣτΕ έκρινε ότι ναι μεν τα Νοσοκομεία απολαμβάνουν διοικητικής και περιουσιακής αυτοτέλειας αλλά το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των Νοσοκομείων περιέρχεται αυτοδικαίως κατά κυριότητα και χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξεως ή συμβολαίου στο οικείο Πε.Σ.Υ., αλλά - είναι δυνατό, ως εκ της πολυπλοκότητας των εισαγομένων με αυτές ρυθμίσεων, να δημιουργήσουν εύλογες αμφιβολίες στους διοικουμένους ως προς το ποιο είναι, πράγματι, το υπόχρεο για τη χρηματική ικανοποίηση, από έννομο σχέση δημοσίου δικαίου πρόσωπο και ειδικότερα, ως προς το εάν ενομιμοποιείτο παθητικώς εν προκειμένω το οικείο Νοσοκομείο ή το οικείο Πε.Σ.Υ. Έτσι λόγω της σπουδαιότητας του ζητήματος παρέπεμψε την υπόθεση στην επταμελή σύνθεση.

Ενδεικτική είναι και η απόφαση με αρ. 102/2014 ΔΠρΑθ κατά την οποία επιβεβαιώνεται η 105 και 106 ΕισΝΑΚ, συντρέχει όχι μόνο όταν από πράξεις ή παραλείψεις ή υλικές ενέργειες των οργάνων του κατά την ενάσκηση της ανατιθέμενης σε αυτά ιατρικής περίθαλψης ασθενών, που σχετίζεται με την άσκηση δημόσιας εξουσίας παραβιάζεται συγκεκριμένη διάταξη νόμου ή όταν τα εν λόγω όργανα παραλείπουν τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις, οπότε πλήττεται το αγαθό της υγείας. Έτσι, καταδικάσθηκαν οι ιατροί που δεν εκτίμησαν σωστά τα προηγηθέντα περιστατικά του ασθενούς και προσεβλήθη από πνευματική εμβολή. Αντίθετη είναι η με αρ. 771/2013 ΔΕφΑθ κατά την κρίση του οποίου ορθώς απερρίφθη η αγωγή αποζημίωσης κατά μαιευτηρίου για κακή εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης που οδήγησε σε υδροκέφαλο νεογνό. Εντούτοις απεδείχθη ότι εφαρμόστηκε η αποδεκτή κατά την ιατρική επιστήμη μέθοδος. Αποδέχτηκε δηλαδή το δευτεροβάθμιο

δικαστήριο ότι κάθε επιμελής ιατρός θα εφαρμόζε τις ίδιες μεθόδους με τις ίδιες συνθήκες, περιστάσεις και τα ίδια μέσα που είχε στην διάθεσή του. Άρα έχει διαρραγεί ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της γένεσης του υδροκέφαλου και των πράξεων των ιατρών, αφού κατά την συνήθη πορεία των πραγμάτων το αποτέλεσμα θα επέρχονταν. Έτσι το ΝΠΔΔ “Αλεξάνδρα” δεν απεδείχθη ότι παρέλειψε να αντιμετωπίσει σωστά το περιστατικό που εισήχθη κατά τους κανόνες της επιστήμης που υποχρεούται να συμμορφώνεται. Στην συνέχεια η με αρ.2447/2013 απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών αφορά αγωγή κατά του Δημοσίου βάσει του άρθρου 105ΕισΝΑΚ, επιδικάζοντας κατά το πρωτοβάθμιο δικαστήριο αποζημίωση πέραν των υπολοίπων και για μελλοντική ζημία. Ειδικότερα, επιδικάστηκε στο Νοσοκομείο αποζημίωσης, για την αποκατάσταση της θετικής ζημίας που υπέστη ο ενάγων, εξαιτίας παράνομων παραλείψεων ιατρών του Δημοσίου, κατά τη διενέργεια χειρουργικής επέμβασης, κατά το χρονικό διάστημα που υπηρετούσε τη στρατιωτική θητεία του αλλά και χρηματική ικανοποίηση για την ηθική βλάβη που υπέστη από την ίδια αιτία. Το ιστορικό της υπόθεσης αφορά έναν στρατιώτη που εισήλθε στο δημόσιο Νοσοκομείο για επέμβαση-ρουτίνας, δηλαδή ανάπλασης του ρινικού διαφράγματος. Εντούτοις, στα πλαίσια του μετεγχειρητικού ελέγχου τα όργανα του Δημοσίου προκάλεσαν εκτεταμένες βλάβες που μπορούσαν να αποφευχθούν εάν δρούσαν σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης και πείρας. Κατόπιν του λάθους ο ενάγων απώλεσε την εμπιστοσύνη προς το εν λόγω Δημόσιο Νοσοκομείο και απευθύνθηκε σε άλλο ιδιωτικό φορέα για την αποκατάσταση και την μετεγχειρητική φροντίδα. Το δικάσαν λοιπόν απεφάνθη ότι η συμπεριφορά που επέδειξε ήταν η προσήκουσα για τον μέσο και συνετό άνθρωπο και δεν διέκοψε τον αιτιώδη σύνδεσμο μεταξύ της εγχείρησης και της βλάβης της υγείας του που ήδη είχε συμβεί πριν στραφεί σε άλλο φορέα. Μάλιστα δέχθηκε την αποζημίωση του για μελλοντική ζημία, αφού αποδεδειγμένα υπόκειται σε δαπάνες αποκατάστασης.

Αξιοσημείωτη είναι και η απόφαση με αρ .34/2011 του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών κατά την οποία απεδόθη ευθύνη σε Δημόσιο Νοσοκομείο λόγω πρόκλησης αναπηρίας. Ειδικότερα η επί δεκαετία εργαζόμενη νοσηλεύτρια παρουσίασε έντονη αλλεργία, ζήτησε την μετάθεσή της στο Αναισθησιολογικό Τμήμα αλλά η διοίκηση του Νοσοκομείου απέρριψε το αίτημά της και την μετέθεσε στην ΜΕΘ. Παράλληλα εξετάστηκε από την αρμόδια επιτροπή όπου επιβεβαιώθηκαν οι κρίσεις αλλεργίας από σκόνη, λατέξ κτλ. Κατόπιν υπέβαλε νέα αίτηση για τον λόγο της μη μετάθεσής της,

διότι καθημερινά δεν μπορούσε να φορέσει τα γάντια της, έπρεπε να αλλάζει σεντόνια και εκτίθετο στην σκόνη κτλ .Μάλιστα η Δευτεροβάθμια Επιτροπή επαναγνωμάτευσε ότι όλη αυτή η χρόνια έκθεση και ο φόβος που αντιμετώπιζε κατά την άσκηση της εργασίας της προκάλεσε έντονο ψυχικό άλγος που ισούται με αναπηρία 50%. Βάσει της ανωτέρω γνωμάτευσης άσκησε αγωγή στο Νοσοκομείο ζητώντας να αποκαταστήσει την ηθική βλάβη εξαιτίας της παράνομης συμπεριφοράς των οργάνων του. Το Δικάσαν εκτίμησε την απουσία οποιουδήποτε αποτρεπτικού μέτρου επιδείνωσης της χρόνιας νόσου, εκ μέρους του Νοσοκομείου αλλά και την έντονη σωματική και ψυχική ταλαιπωρία που υφίστατο η νοσηλεύτρια κατά την άσκηση των καθηκόντων της επί σειρά ετών. Το πρωτόδικο δικαστήριο επιδίκασε αποζημίωση ύψους 10.000 ευρώ , επί της οποίας ασκήθηκαν εκατέρωθεν εφέσεις .Η μεν ενάγουσα αιτήθηκε την αύξηση του ποσού στα 80.000 ευρώ, επικαλούμενη νομολογία , το δε ΝΠΔΔ την εξάλειψη της πρωτόδικης απόφασης. Το Εφετείο έκρινε ότι ο προσδιορισμός του ποσού της εύλογης χρηματικής ικανοποίησης αφέθηκε στην ελεύθερη κρίση του δικαστηρίου, η σχετική κρίση του οποίου δεν υπόκειται σε ανααιρετικό έλεγχο, καθόσον σχηματίζεται από την εκτίμηση των εκάστοτε πραγματικών γεγονότων και χωρίς υπαγωγή του πορίσματος σε νομική έννοια, ώστε να μπορεί να νοηθεί εσφαλμένη εφαρμογή του νόμου είτε ευθέως είτε εκ πλαγίου (Α)Π 1234/2001) και εν τέλει απέρριψε τις εφέσεις ως αβάσιμες. Ανάλογη απόφαση θεμελίωσης αστικής ευθύνης του Δημοσίου αποτελεί και η με αρ. απόφαση 2818/2005 ΣτΕ . Συγκεκριμένα το Νοσοκομείο υποχρεώθηκε σε αποκατάσταση της ζημίας και επιδίκαση αποζημίωσης λόγω παράνομων πράξεων ή παραλείψεων κατά την ενάσκηση της εξουσίας του ως προς τον προγραμματισμό και τις συνθήκες διεξαγωγής των εφημεριών. Ως προς το ιστορικό της υπόθεσης ο ιατρός του ΕΚΑΒ μετά από υπερβολικές και συνεχόμενες εφημερίες στο τμήμα των αεροδιακομιδών , υπέστη τραυματισμό από την πόρτα του ελικοπτέρου. Λόγω της απουσίας προσωπικού έλαβε την μικρότερη κατά το δυνατό αναρρωτική άδεια και συνέχισε επαναλαμβανόμενες εφημερίες άνω του 24ωρου, για πολλές φορές μέσα στην ίδια εβδομάδα. Αποτέλεσμα του συσσωρευμένου άγχους του και της άρνησης του Διευθυντή να ανταποκριθεί στο πρόβλημα που αντιμετώπιζε ήταν ο αιφνίδιος θάνατος του από ανακοπή καρδιάς κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του. Οι συγγενείς του άσκησαν αγωγή κατά του Δημοσίου , επί της οποίας το διοικητικό δικαστήριο δέχθηκε ότι παράνομη πράξη ή παράλειψη υπάρχει και όταν παραλείπονται οι ενέργειες εκείνες που προσιδιάζουν στην συγκεκριμένη υπηρεσία και απορρέουν από την

κείμενη εν γένει νομοθεσία, τα δεδομένα της κοινής πείρας, της επιστημονικής και επαγγελματικής εκπαίδευσης ή εμπειρίας και της καλής πίστεως. Κατόπιν, άσκησε το ΝΠΔΔ έφεση λόγω πλημμελούς αιτιολογίας και απουσίας αιτιώδους συνδέσμου, η οποία δεν έγινε δεκτή. Μετά την προσφυγή του νοσοκομείου στο ΣτΕ , απεφάνθη και πάλι ίδια , και απέρριψε την αίτηση, επιβεβαιώνοντας την χρηματική ικανοποίηση για ψυχική οδύνη.

Αξιοσημείωτη είναι και η με αρ. 1001/2014 απορριπτική απόφαση του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών , η οποία αφορά την αστική ευθύνη του δημοσίου Νοσοκομείου για την πρόκληση θανάτου λόγω παράνομων ελλείψεων των οργάνων του .Συγκεκριμένα, με την έφεση ζητείτο η εξαφάνιση της πρωτόδικης απόφασης που απέρριψε την επιδίκαση ψυχικής οδύνης σε σύζυγο νοσηλευομένου που απεβίωσε λόγω παραλείψεων οργάνων κατά την υπηρεσία τους και συγκεκριμένα λόγω υποβολής σε επέμβαση που δεν ενδείκνυτο για την εγκεφαλική του πάθηση. Φυσικά για τη θέσπιση δε της ως άνω ευθύνης απαιτείται να υπάρχει αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ της κατά τα ανωτέρω παράνομης πράξεως ή παραλείψεως και της επελθούσης ζημίας (ΣτΕ 3102/1999, 526/2006).Ο ασθενής, ελαιοχρωματιστής στο επάγγελμα είχε προσέλθει λόγω εργατικού ατυχήματος- πτώσης από σκαλωσιά στο Νοσοκομείο, όπου οι γιατροί προχώρησαν σε πλήρη αποκατάστασή του, αλλά λόγω της επιβαρημένης υγείας του από διαβήτη, υπέρταση κτλ του συνέστησαν να επανέλθει εντός 10 ημερών από το εξιτήριο του για επανέλεγχο. Ο ασθενής αδιαφόρησε για την σύσταση των ιατρών και αιφνιδιαστικά μετά από ένα μήνα εισήχθη στα επείγοντα περιστατικά με ανεύρυσμα, υπεβλήθη άμεσα σε επέμβαση εβρισκόμενος σε κωματώδη κατάσταση και εν τέλει κατέληξε. Η σύζυγος και τα τέκνα επικαλέσθηκαν ότι οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό του Νοσοκομείου αυτού περιέθαλψαν τον αποθανόντα πλημμελώς, χωρίς να διερευνήσουν το είδος και την έκταση της κακώσεως της κεφαλής του. Ο πραγματογνώμονας έλεγξε την επάρκεια του τρόπου αντιμετώπισης του περιστατικού σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, σε ποιες εξετάσεις υπεβλήθη, σε ποια κατάσταση βρισκόταν όταν εξήλθε από το νοσοκομείο, που οφείλονταν η αιμορραγία και πως αντιμετωπίστηκε. Επειδή βάσει των πιστοποιητικών και των λοιπών ιατρικών στοιχείων απεδείχθη ότι ο μη επανέλεγχος εντός του κρίσιμου 10ημέρου από την έξοδό του από το νοσοκομείο ήταν καθοριστικός, γιατί δεν έγιναν οι απαραίτητες εξετάσεις που θα προέβλεπαν το εγκεφαλικό πρόβλημα, τότε διερράγη ο αιτιώδης σύνδεσμος που απαιτείται για την απόδοση αστικής ευθύνης στο ΝΠΔΔ βάσει α.105 και 106 ΕισΑΚ .



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ, ΙΑΤΡΙΚΟ ΣΦΑΛΜΑ

#### 5.1 Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

Συχνό φαινόμενο τα τελευταία χρόνια και στην χώρα μας είναι οι αγωγές από ασθενείς κατά ιατρικών λειτουργιών για ποινικές και αστικές ευθύνες και αξίωση για αποζημίωση λόγω ιατρικών λαθών.<sup>117</sup>

Το φαινόμενο ξεκίνησε την δεκαετία του 60 στην Αμερική όπου σήμερα καταγράφονται 250.000 ιατρικά λάθη τον χρόνο.<sup>118</sup> Η αιτία μεταξύ άλλων φαίνεται να οφείλεται στην διατάραξη της σχέσης εμπιστοσύνης του ασθενή με τον γιατρό.

Η σχέση γιατρού ασθενή καθορίζεται με τον Ν 3418/2005 με τον οποίο επικυρώθηκε ο «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας». Στο πρώτο άρθρο ορίζεται η ιατρική πράξη ως εκείνη που έχει ως σκοπό τη με οποιαδήποτε παραδεκτή επιστημονική μέθοδο πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση της υγείας του ανθρώπου. Ως ιατρικές πράξεις θεωρούνται και εκείνες οι οποίες έχουν ερευνητικό χαρακτήρα, εφόσον αποσκοπούν στην ακριβέστερη διάγνωση, στην αποκατάσταση ή και τη βελτίωση της υγείας των ανθρώπων και της προαγωγής της επιστήμης.<sup>119</sup>

Στην έννοια της ιατρικής πράξης περιλαμβάνονται και η συνταγογράφηση, η εντολή για διενέργεια πάσης φύσεως παρακλινικών εξετάσεων, η έκδοση ιατρικών πιστοποιητικών και βεβαιώσεων και η γενική συμβουλευτική υποστήριξη του ασθενή.

Χαρακτηριστικά της ιατρικής πράξης είναι η καταλληλότητα της σύμφωνα με την ιατρική επιστήμη για την θεραπεία ή αποκατάσταση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας σε συνάρτηση με την συναίνεση του ασθενούς η οποία αποτελεί, νομικά, και λόγο άρσης του παράνομου χαρακτήρα της υπό το πρίσμα της θεραπείας ή μη του ασθενή.

Ορίζονται οι κανόνες της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος – λειτουργήματος όπως το προσδιορίζει ο νομοθέτης: Η άσκηση της ιατρικής είναι λειτουργήμα που αποσκοπεί στη διατήρηση, βελτίωση και αποκατάσταση της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, καθώς και στην ανακούφισή του από τον πόνο.

Οι κανόνες αυτοί εστιάζουν στην τήρηση του όρκου του Ιπποκράτη, στην άσκηση του ιατρικού έργου σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία και απαιτείται, κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, να αποφεύγεται κάθε πράξη ή παράλειψη η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του γιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα<sup>120</sup>.

Η διατήρηση σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματικής συμπεριφοράς του γιατρού, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος είναι ένα ακόμα ζητούμενο. Η συμπεριφορά αυτή πρέπει να υιοθετείται όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφρασης της προσωπικότητάς του.

Το ιατρικό λειτουργήμα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης.

Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας.

Πρωταρχικό στόχο αποτελεί ο σεβασμός της ανθρώπινης ζωής ακόμη και κάτω από απειλή. Επίσης η μη εφαρμογή των ιατρικών γνώσεων ενάντια στις αρχές του ανθρωπισμού, η υποστήριξη σε βασανιστήρια ή άλλες μορφές εξευτελιστικής και απάνθρωπης συμπεριφοράς, οποιαδήποτε και αν είναι η πράξη για την οποία κατηγορείται ή θεωρείται ένοχο ή ύποπτο το θύμα αυτών των διαδικασιών, σε καιρό ειρήνης ή πολέμου.

Δίνεται στον γιατρό το δικαίωμα να μη μετέχει σε νόμιμες ιατρικές επεμβάσεις στις οποίες αντιτίθεται συνειδησιακά, εκτός από επείγουσες περιπτώσεις.

Προσδιορίζεται η περίπτωση Αν η κρίση του ιατρού ενδέχεται να επηρεασθεί από μία ιατρική κατάσταση από την οποία υποφέρει, καθώς και εάν ο ιατρός πάσχει ή είναι φορέας ενός μεταδοτικού νοσήματος, πρέπει να αναζητήσει συμβουλή από ιατρό εργασίας ή κατάλληλα καταρτισμένους συναδέλφους σχετικά με την αναγκαιότητα ή τον τρόπο αλλαγής παροχής των υπηρεσιών του. Στις περιπτώσεις αυτές, ο ιατρός δεν πρέπει να επαφίεται στην αποκλειστική προσωπική του εκτίμηση σχετικά με την ύπαρξη κινδύνου.

Κάθε ιατρός απολαύει κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επιστημονικής ελευθερίας και ελευθερίας της συνείδησής του, παρέχει δε τις ιατρικές του υπηρεσίες με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειας.

Ο ιατρός ενεργεί με βάση την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκησή του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της ιατρικής και τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις ιατρικής επιστήμης. Ο ιατρός, κατά την άσκηση της ιατρικής, ενεργεί με πλήρη ελευθερία, στο πλαίσιο των γενικά αποδεκτών κανόνων και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης, όπως αυτοί διαμορφώνονται με βάση τα αποτελέσματα της εφαρμοσμένης σύγχρονης επιστημονικής έρευνας.

Έχει δικαίωμα για επιλογή μεθόδου θεραπείας, την οποία κρίνει ότι υπερτερεί σημαντικά έναντι άλλης, για τον συγκεκριμένο ασθενή, με βάση τους σύγχρονους κανόνες της ιατρικής επιστήμης, και παραλείπει τη χρήση μεθόδων που δεν έχουν επαρκή επιστημονική τεκμηρίωση.

Οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος, η οποία δεν εφαρμόζεται από τη διεθνή επιστημονική κοινότητα, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο σύμφωνα με το νομικό και δεοντολογικό πλαίσιο που διέπει τη διεξαγωγή της επιστημονικής έρευνας.

Οφείλει, επίσης, να αποφεύγει τη διακριτική μεταχείριση που προκύπτει από εκπαιδευτικές, νομικές, οικονομικές, κοινωνικές και γεωγραφικές διαφοροποιήσεις και χωρίς να περιορίζεται η ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του, και χωρίς να παραβλέπει το όφελος του συγκεκριμένου ασθενή, να συνυπογραφεί και να προχωρεί μόνο στις ιατρικές πράξεις οι οποίες είναι απαραίτητες για την εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που παρέχεται.

Απαιτείται τόσο ατομικά όσο και μέσω των ιατρικών εταιρειών και συλλόγων, να συμβάλλει στη δημιουργία και εφαρμογή μηχανισμών που στοχεύουν στην ενθάρρυνση της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας και τέλος το σημαντικότερο να συνεργάζεται αρμονικά με τους συναδέλφους του και το λοιπό προσωπικό και να προβαίνει σε κάθε ενέργεια, προκειμένου να αποφευχθούν τα ιατρικά λάθη, εξασφαλίζοντας την ασφάλεια των ασθενών.

Κριτήριο για την δικαιοδοσία των δικαστηρίων σε μια ιατρική δίκη αποτελεί ο φορέας παροχής των υπηρεσιών υγείας. Όταν πρόκειται για ιδιώτη γιατρό ή ιδιωτική κλινική ή νοσοκομείο αρμόδια είναι τα Πολιτικά Δικαστήρια σύμφωνα με το άρθρο 1 του Κώδικα Πολίτικης Δικονομίας, με δεδομένο ότι πρόκειται για διαφορά ιδιωτών.

Στην περίπτωση που ο πάροχος υπηρεσιών υγείας είναι δημόσιο νοσοκομείο, τότε δικαιοδοσία έχουν τα τακτικά διοικητικά δικαστήρια δεδομένου ότι ο γιατρός έχει

δημοσιοϋπαλληλική σχέση με το νοσηλευτικό ίδρυμα. Οι γιατροί του Ε.Σ.Υ., καλύπτουν λειτουργικές ανάγκες ΝΠΔΔ, αλλά αποτελούν όργανα του κράτους

Κατά το άρθρο 105 του Εισαγωγικού Νόμου του Α.Κ. “Για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του Δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί, το δημόσιο ενέχεται σε αποζημίωση, εκτός αν η πράξη ή η παράλειψη έγινε κατά παράβαση διάταξης, που υπάρχει για χάρη του γενικού συμφέροντος. Μαζί με το δημόσιο ευθύνεται εις ολόκληρο και το υπαίτιο πρόσωπο, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων για την ευθύνη υπουργών”.

Στον Δημοσιοϋπαλληλικό Κώδικα ουσιαστικά προβλέπεται η αστική ευθύνη του συνόλου των δημοσίων υπαλλήλων άρα και του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, όταν αυτό κατά την εκτέλεση των καθηκόντων του λόγω δόλου ή βαρειάς αμέλειας είναι

υπαίτιο ώστε να προκληθεί ζημία στο κράτος..

Για να παγιωθεί η ιατρική ευθύνη απαιτείται να εξεταστεί η αμέλεια. Το άρθρο 330 εδάφιο 2 του Αστικού Κώδικα ορίζει την αμέλεια ως την παράληψη της επιμέλειας που απαιτείται σε κάθε συναλλαγή. Συνήθως, η έννοια του ιατρικού σφάλματος ταυτίζεται με την παράβαση κανόνων της ιατρικής επιστήμης και τέχνης και είναι διαφορετική από την «κοινή» αμέλεια, η οποία δεν σχετίζεται με την άσκηση της ιατρικής.

Σύμφωνα με την με αριθμό 1270/1989 απόφαση του Άρειου Πάγου προκύπτει ότι ο ιατρός ευθύνεται σε αποζημίωση για τη ζημία που έπαθε ο ασθενής πελάτης του από κάθε αμέλειά του , ακόμη και ελαφρά, εάν, κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων (διάγνωση, χορήγηση θεραπευτικής αγωγής, χειρουργική επέμβαση), παρέβη την υποχρέωση επιμελείας του να ενεργήσει *lege artis*.

Στην Ελλάδα σε αντίθεση με τις άλλες Ευρωπαϊκές και μη χώρες ,η ιατρική ευθύνη δεν διαφοροποιείται (έχει δεχτεί δυσμενείς κριτικές γι αυτό) και υπάγεται, στις διατάξεις του Ν 2251/1994<sup>121</sup> «Προστασία των καταναλωτών», όπου στο άρθρο 8 οριοθετείται η ευθύνη για κάθε υλική ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψή του, όποιος παρέχει υπηρεσίες στο πλαίσιο της επαγγελματικής του δραστηριότητας στον καταναλωτή. Συνεπώς η νομική φύση της ιατρικής ευθύνης διαρθρώνεται ως «νόθος» αντικειμενική, δηλαδή προϋπόθεση για τυχόν ευθύνης του γιατρού είναι η παράνομη και υπαίτια συμπεριφορά του. Το βάρος της απόδειξης για την έλλειψη παρανομίας ή υπαιτιότητας φέρει στην προκειμένη περίπτωση ο γιατρός<sup>5</sup>, προς απαλλαγή από την ευθύνη απαιτείται η απόδειξη της απουσίας παράνομης και υπαιτίας πράξης του και η απουσία σύνδεσης μεταξύ αιτίας και ζημίας, ενώ ο ασθενής οφείλει να αποδείξει την συγκεκριμένη παροχή υπηρεσίας που έλαβε, την ζημία ή βλάβη που υπέστη και την αιτιώδη σύνδεση μεταξύ της παροχής της υπηρεσίας και της βλάβης.

Με κριτήριο τις συνέπειες που υφίσταται ο γιατρός η ιατρική ευθύνη διακρίνεται στην πειθαρχική όπου ο γιατρός είναι αντιμέτωπος με τον κατά τόπους Ιατρικό Σύλλογο στον οποίο είναι εγγεγραμμένος καθώς και στον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Στην ποινική η όποια απορρέει από το αν για τις πράξεις ή παραλείψεις του γιατρού προκύπτει ποινικό αδίκημα και προβλέπεται από τον νόμο επιβολή ποινής.

Τα ποινικά αδικήματα των έννομων αγαθών της ζωής και της σωματικής ακεραιότητας είναι αυτά στα οποία πιθανόν να υποπέσει ο ιατρικός λειτουργός είτε από πρόθεση είτε από αμέλεια. Στην περίπτωση της πρόθεσης ανήκουν η σωματική βλάβη, η ευθανασία η οποία απαγορεύεται ρητά από το ελληνικό δίκαιο και η υποβοήθηση σε αυτοκτονία ενώ στην περίπτωση της αμέλειας το έγκλημα της ανθρωποκτονίας και η ελαφριά ή βαριά σωματική βλάβη. Η αστική ιατρική ευθύνη απορρέει από μια αδικοπραξία ή από ένα συμβατικό πταίσμα του γιατρού. Η σύμβαση ιατρικής αγωγής είναι μια σύμβαση «*sui generis*» γιατί περιλαμβάνει την υποχρέωση της προστασίας της ζωής, της υγείας, της προσωπικότητας, του σεβασμού, της ισότητας, της ενημέρωσης και γενικά του ολιστικού ενδιαφέροντος του γιατρού προς τον ασθενή.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στις συμβατικές υποχρεώσεις του γιατρού προς τον ασθενή δεν συμπεριλαμβάνεται η επιτυχία της ιατρικής πράξης που οδηγεί οπωσδήποτε στην θεραπεία αλλά ο γιατρός εγγυάται το άμεσο υλικό αποτέλεσμα αλλά όχι την μετέπειτα πορεία του ασθενή.

Το ιατρικό σφάλμα αποτελεί τον κορμό της αστικής ιατρικής ευθύνης και την νομική βάση για κάθε αγωγή. Με τον όρο ιατρικό σφάλμα αποδίδεται η παραβίαση από τον γιατρό των αρχών και κανόνων της ιατρικής επιστήμης. Το ιατρικό σφάλμα διακρίνεται στο αμιγές ιατρικό ή «τεχνικό» το οποίο είναι μετρήσιμο με ιατρικά κριτήρια και αυτού που αξιολογείται με βάση την «κοινή» αμέλεια και το οποίο δεν συνδέεται με ιατρική πράξη. Άλλη διάκριση του ιατρικού σφάλματος είναι σε πραγματικού τύπου που περιλαμβάνει άστοχη ενέργεια, λάθος θεραπεία κλπ και νομικού τύπου βάσει της αμέλειας του αστικού δικαίου. Ο όρος ιατρικό σφάλμα είναι συνυφασμένος με τον όρο σοβαρό ιατρικό σφάλμα δηλαδή αντίθετο με την ιατρική γνώση και πείρα και το σφάλμα ανάληψης όπου ο γιατρός αναλαμβάνει την ιατρική αγωγή χωρίς να πληροί τις προϋποθέσεις εξάσκησης της και άλλες έννοιες της ιατρικής όπως η έννοια της διάγνωσης ή διαφορικής διάγνωσης<sup>6</sup> εσφαλμένη η μη, της

θεραπευτικής ενημέρωσης η οποία αποτελεί υποχρέωση του γιατρού ενώ η παράληψη της αποτελεί ιατρικό σφάλμα.

Στην περίπτωση ύπαρξης συμβατικής σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς, το ιατρικό σφάλμα που προκάλεσε ζημία στον ασθενή αποτελεί περίπτωση συρροής δικαιοπρακτικής και αδικοπρακτικής ευθύνης του γιατρού.

Η σχηματισθείσα Ελληνική νομολογία<sup>122</sup> δέχεται ότι ο γιατρός που παραβαίνει τις υποχρεώσεις επιμέλειας πρέπει να ευθύνεται με τους ίδιους όρους, ανεξάρτητα από το αν τον συνδέει ή όχι συμβατική σχέση με τον ασθενή.

Στην Ελληνική έννομη τάξη η αστική ιατρική ευθύνη σύμφωνα με το άρθρο 914 του ΑΚ αποτελεί αδικοπρακτική ευθύνη που σήμερα τείνει να αποτελέσει από μόνη της μια υποκατηγορία.

Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα που την ιατρική ευθύνη την εντάσσει στον Ν 2251/1994 ο οποίος πραγματεύεται την προστασία του καταναλωτή, υιοθετώντας ο νομοθέτης την άποψη ότι και αυτή παρέχει χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης.

Σε κάθε σχεδόν υπόθεση ιατρικής ευθύνης ως βάση των δικαστικών διεκδικήσεων αποτελούν οι παραπάνω διατάξεις είτε μόνες τους είτε σωρευτικά όπως θα παρατηρήσουμε με την μελέτη της περίπτωσης της με αριθμό 88/16 απόφασης του Πολιτικού Τμήματος του Αρείου Πάγου σχετικά με το ερώτημα της ύπαρξης ή μη ιατρικής ευθύνης του θεράποντος γιατρού για τον θάνατο Κυοφορούσας, 23 ετών, στα Τρίκαλα της Περιφερειακής Ενότητας Τρικάλων.

Η ένδικη διαφορά άρχισε με την από 11-7-2001 αγωγή που κατατέθηκε στο Πολυμελές Πρωτοδικείο Τρικάλων για την οποία εκδόθηκε η απόφαση 149/2003 του ίδιου Δικαστηρίου, καθώς και η με αριθμό 708/2006 μη οριστική και 697/2008 οριστική απόφαση του Εφετείου Λάρισας.

Στις 10-1-2009 με αίτησή του ο κατηγορούμενος ζήτησε την αναίρεση της τελευταίας απόφασης επί της οποίας εκδόθηκε η 1293/2012 απόφαση του Αρείου Πάγου, που διέταξε την επανάληψη της συζήτησης. Την υπόθεση επανέφεραν προς συζήτηση οι καλούντες με την από 24-11-2014 κλήση τους.

Στις 28-7-1996, ημέρα Κυριακή, η θανούσα ηλικίας 23 ετών, η οποία διένυε τον όγδοο μήνα της κύησης της, επιστρέφοντας από ημερήσια εκδρομή στη θάλασσα με

το σύζυγό της επισκέφτηκε το πατρικό της σπίτι στα Τρίκαλα, όπου διέμενε προσωρινά.

Στις 22:30 η ανωτέρω αισθάνθηκε αδιαθεσία και συγκεκριμένα ρίγος, τρεμούλα και παρουσίασε κυάνωση των άνω και κάτω άκρων. Μεταφέρθηκε αμέσως από τον σύζυγό της στο Κέντρο Υγείας, αλλά λόγω του ότι βρίσκονταν στον όγδοο μήνα της κύησης, συνεστήθη από την εκεί εφημερεύουσα αγροτική ιατρό να μεταφερθεί στη μαιευτική κλινική για να την εξετάσει ο μαιευτήρας- γυναικολόγος που την παρακολουθούσε .

Ο σύζυγος και οι γονείς της αμέσως μετά την μετέφεραν στη μαιευτική κλινική του γιατρού της.

Κατά την διάρκεια της μεταφοράς της παρουσίασε και υψηλό πυρετό (40 C), ταχυκαρδία και εμετό. Εκεί, λόγω του ότι ο θεράπων γιατρός της απουσίαζε ειδοποιήθηκε ο έτερος ιδιοκτήτης της κλινικής, μαιευτήρας-γυναικολόγος και συνεργάτη του θεράποντα μαιευτήρα-γυναικολόγου της, ο οποίος την εξέτασε γυναικολογικά-μαιευτικά, και αφού δεν διαπίστωσε κάποιο πρόβλημα, ενημέρωσε τους συγγενείς της ότι το περιστατικό δεν οφείλεται στην εγκυμοσύνη της, αλλά σε παθολογικά αίτια τα οποία, λόγω της ειδικότητας του ως γυναικολόγου, δεν ήταν σε θέση να εντοπίσει και τους συνέστησε να καλέσουν ένα παθολόγο-καρδιολόγο για να την εξετάσει, καθόσον πέραν των άλλων συμπτωμάτων είχε και ταχυκαρδία.

Η προϊσταμένη της κλινικής, ενημέρωσε τηλεφωνικά τον γιατρό της για την κατάσταση της εγκύου καθώς και για το πόρισμα του συναδέλφου του, ο οποίος σε τηλεφωνική επικοινωνία με τον σύζυγο της εγκύου, συνέστησε να κληθεί και ένας παθολόγος - καρδιολόγος για να εξετάσει την ασθενή.

Στις 12.00 το βράδυ, κλήθηκε από την προϊσταμένη και ήρθε στην κλινική καρδιολόγος ιατρός ο οποίος εξέτασε την ασθενή μόνο καρδιολογικά, διενεργώντας της καρδιογράφημα, το οποίο δεν έδειξε κάποιο καρδιολογικό πρόβλημα.

Επειδή όμως η ασθενής παρουσίαζε υψηλό πυρετό και ταχυκαρδία και δεδομένου ότι ο ανωτέρω ιατρός ενημερώθηκε ότι δεν είχε γυναικολογικό πρόβλημα και ότι της είχε χορηγηθεί το προαναφερόμενο αντιπυρετικό φάρμακο, παρέμεινε επί δίωρο στην κλινική για να παρακολουθήσει την εξέλιξη της ασθενούς, και δη αναμένοντας την



πτώσει του πυρετού και την εξέλιξη της ταχυκαρδίας, χωρίς να της χορηγήσει κάποια θεραπευτική άλλη αγωγή, επικοινωνώντας τηλεφωνικά με τον θεράποντα γυναικολόγο ιατρό, τον οποίο ενημέρωσε σχετικά.

Στις 02:00 πμ. αποχώρησε από την κλινική, επισημαίνοντας στην προϊσταμένη της κλινικής ότι θα επικοινωνήσει τηλεφωνικά μαζί της για να ενημερωθεί για την κατάσταση της ασθενούς. Στην συνέχεια επικοινωνήσε τηλεφωνικά με την Προϊσταμένη στις 03.00' πμ. και ενημερώθηκε από αυτήν ότι ο πυρετός είχε λίγο υποχωρήσει αλλά οι σφυγμοί της ήταν πάνω από 120 ανά λεπτό και ότι δεν μπορούσε να τους μετρήσει ακριβώς. Το γεγονός αυτό ανησύχησε τον καρδιολόγο ο οποίος εξέφρασε την γνώμη στην προϊσταμένη να μεταφερθεί η ασθενής στο νοσοκομείο, γνώμη που δεν υιοθετήθηκε.

Η ασθενής παρέμεινε στην κλινική ολόκληρο το βράδυ και την επομένη το πρωί της 29.07.1996 στις 10.00 ο θεράπων ιατρός της πήγε στην κλινική και επισκέφθηκε την ανωτέρω εγκυμονούσα, της οποίας τα ανωτέρω συμπτώματα είχαν υποχωρήσει.

Προχώρησε σε υπερηχογράφημα και διαπίστωσε ότι το κυοφορούμενο ήταν καλά, την εξέτασε γυναικολογικά-μαιευτικά και εφόσον δεν διαπίστωσε κάποιο γυναικολογικό πρόβλημα, ενημέρωσε τους οικείους της ότι δεν έχει τίποτε, αποδίδοντας την εμφανισθείσα μη φυσιολογική κατάσταση της ασθενούς σε δηλητηρίαση -γαστρεντερίτιδα και τους είπε ότι μπορούν να πάρουν την ασθενή και να αποχωρήσουν από την κλινική, χωρίς να παραπέμψει να γίνουν επείγοντως εργαστηριακές εξετάσεις για να διαπιστωθούν τα αίτια του ανωτέρω μη φυσιολογικού συμπτωματικού, που είχε εμφανίσει το προηγούμενο βράδυ η έγκυος ασθενής (υψηλό πυρετό, περιφερειακή κυάνωση, ταχυκαρδία κλπ.) και το οποίο δεν οφείλονταν, όπως και ο ίδιος διέγινε σε μαιευτικά - γυναικολογικά αίτια.

Πράγματι, η ασθενής αποχώρησε από την κλινική στις 12:00 συνοδευόμενη από τους οικείους της και μετέβη στην οικία της .Εκεί όμως, εντός ολίγου χρόνου και περί ώρα 13.00, εμφάνισε τα ίδια συμπτώματα της προηγούμενης ημέρας.

Μεταφέρθηκε στο Κέντρο Υγείας όπου της προτάθηκε να επεσκέφθη την ιδιωτική κλινική του θεράποντος ιατρού της ή το Νοσοκομείο Τρικάλων .

Οι οικείοι και η ασθενής επέλεξαν να μεταφερθεί στην κλινική λόγω της ιδιαίτερης σχέσης εμπιστοσύνης που υπήρχε με τον γιατρό της. Εκεί, στις 14.30, ο θεράπων γιατρός αφού προέβη σε μία απλή εξέταση αυτής, συνέστησε να της βάλουν ορό και ανέφερε στους συνοδευόντες αυτή συγγενείς της ότι, μόλις τελειώσει ο ορός μπορούν να αποχωρήσουν από την κλινική, διότι δεν είχε τίποτα το ανησυχητικό, παραλείποντας και πάλι την εντολή διενέργειας παρακλινικών εξετάσεων.

Οι συγγενείς όμως, επειδή ήταν ανήσυχοι από τα επαναλαμβανόμενα περιστατικά, επέμειναν να παραμείνει στην κλινική όλη την νύκτα για παρακολούθηση, όπως και έγινε. Στις 3.00 στις 30.07.1996 η ανωτέρω ασθενής και ενώ βρισκόταν στο μαιευτήριο, παρουσίασε και πάλι τα ίδια συμπτώματα, δύσπνοια και δυσουρία.

Επιλήφθηκε το προσωπικό της κλινικής (προϊσταμένη και νοσοκόμες) και ενημερώθηκε ο γιατρός ο οποίος βρισκόταν εκείνη την ώρα στην κλινική, ασχολούμενος με τοκετούς, ο οποίος επιλήφθηκε την ασθενή στις 4.30 πρωινή και αφού της χορήγησε σχετική θεραπευτική αγωγή με ένεση, καθησύχασε τους συγγενείς της και αποχώρησε από την κλινική.

Στις 6.00 η ώρα της ίδιας ημέρας η ασθενής εμφάνισε την ίδια ως άνω κλινική εικόνα και κλήθηκε επείγοντως ο γιατρός για να την εξετάσει.

Ο τελευταίος βρήκε την ασθενή σε διέγερση, με περιφερειακή κυάνωση, ταχυπαλμία, πίεση 100/50, πυρετό 38 C, δύσπνοια, άτονο σφυγμό, δυσουρία, με δέρμα θερμό και ρίγος και τότε μόνο, αφού της χορήγησε θεραπευτική αγωγή (οξυγόνο, ορό, αντιβίωση κορτιζόνη), αναφέρει στους οικείους της ότι κάτι άλλο συμβαίνει και χρειάζεται ενδελεχής έλεγχος και μετέβη στο Νοσοκομείο για να κανονίσει την μεταφορά της ασθενούς εκεί πλην όμως, αξιολογώντας τις δυνατότητες αντιμετώπισης του περιστατικού κατά το χρόνο εκείνο εκεί, επέστρεψε και μόνο μετά την πάροδο τρίωρου (περί ώρα 9.30) και ενώ η κατάσταση της ασθενούς είχε επιδεινωθεί αρκετά, η τελευταία μεταφέρεται με ασθενοφόρο στο νοσοκομείο Τρικάλων σε κατάσταση περιφερειακού collapsus, κυανωτική, συγχυδιαγερτική (SHOCK) όπου της χορηγήθηκε οξυγόνο και φάρμακα και διασωληνώθηκε ταχύτατα, αλλά παρά τις προσπάθειες των ιατρών του νοσοκομείου η ασθενής μετά από λίγο απεβίωσε καθώς επίσης και το κυοφορούμενο, συνεπεία τοξιναιμικού σοκ οφειλομένου στη διάμεση νεφρίτιδα σύμφωνα με την ιατροδικαστική έκθεση .

## **Ιατρική Ευθύνη**

Με βάση τα παραπάνω γεγονότα ο μαιευτήρας -γυναικολόγος γιατρός Τρικάλων και θεράπωντας γιατρός της θανούσης, παρότι από το πρωί της 29.7.1996 μέχρι το πρωί στις 9:00 στις 30.07.1996 την εξέτασε κατ' επανάληψη γυναικολογικά παρέλειψε, όπως είχε υποχρέωση, σύμφωνα με τους βασικούς κανόνες της ιατρικής επιστήμης, να δώσει έγκαιρη εντολή για παρακλινικές εξετάσεις αίματος και ούρων για τη διάγνωση αυξημένων λευκών αιμοσφαιρίων, πράγμα που θα τον οδηγούσε στη διάγνωση της οξείας νεφρίτιδας προς καταστολή της οποίας θα χορηγούνταν αμέσως αντιβιοτικά ευρέως φάσματος, αλλά και να προωθήσει την ασθενή εγκαίρως στο νοσοκομείο για να διαγνωσθεί το είδος της παθήσεως της και να εφαρμοσθεί ανάλογη θεραπευτική αγωγή, και αρκέστηκε σε απλές γυναικολογικές εξετάσεις και σε καθυσύχαση των οικείων της, με αποτέλεσμα να παρέλθει αρκετό και κρίσιμο χρονικό διάστημα χωρίς η παθούσα να έχει λάβει την κατάλληλη για την πάθηση της θεραπευτική αγωγή, με περαιτέρω συνέπεια, εξαιτίας της παραλείψεώς του αυτής η ασθενής να καταλήξει.

Η ανωτέρω παράλειψη του θεράποντος ιατρού συνιστά παράνομη και υπαίτια (αμελή) συμπεριφορά αυτού κατά την εκτέλεση των ιατρικών του καθηκόντων, καθόσον ο τελευταίος δεν επέδειξε την απαιτούμενη για ιατρό επιμέλεια κατά παράβαση των θεμελιωδών αρχών της ιατρικής επιστήμης και της κτηθείσης πείρας που προβλέπεται από το άρθρο 24 του α. ν 1565/1939 "περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος" και ήταν ικανή και μπορούσε αντικειμενικά να επιφέρει κατά τη συνήθη πορεία των πραγμάτων τον επελθόντα θάνατο της ανωτέρω και θεμελιώνει την αδικοπρακτική αυτού ευθύνη και συνεπώς υφίσταται ο αναγκαίος αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ συμπεριφοράς και αποτελέσματος.

## **Αρχή της ενημέρωσης του ασθενή**

Σύμφωνα με τον Εισαγωγικό Νόμο του ΑΚ, ορίζετε ότι για παράνομες πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων του δημοσίου κατά την άσκηση της δημόσιας εξουσίας που τους έχει ανατεθεί, το δημόσιο ενέχεται σε αποζημίωση, εκτός αν η πράξη ή παράλειψη έγινε κατά παράβαση διάταξης που υπάρχει για χάρη του γενικού συμφέροντος.

Οι παραπάνω διατάξεις εφαρμόζονται και για την ευθύνη των δήμων, των κοινοτήτων ή των άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου από πράξεις ή παραλείψεις των οργάνων που βρίσκονται στην υπηρεσία τους.

Κατά την έννοια των διατάξεων αυτών, ευθύνη του Δημοσίου ή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου προς αποζημίωση γεννάται όχι μόνο από την έκδοση μη νόμιμης εκτελεστής διοικητικής πράξης ή από τη μη νόμιμη παράλειψη έκδοσης τέτοιας πράξης αλλά και από μη νόμιμες υλικές ενέργειες των οργάνων του Δημοσίου ή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ή από παραλείψεις οφειλομένων νομίμων υλικών ενεργειών αυτών, εφ' όσον οι υλικές αυτές ενέργειες ή παραλείψεις συνάπτονται με την οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων υπηρεσιών ή των υπηρεσιών του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου και δεν σχετίζονται με την ιδιωτική διαχείριση του Δημοσίου ή του νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου ούτε οφείλονται σε προσωπικό πταίσμα οργάνου που ενήργησε εκτός του κύκλου των υπηρεσιακών του καθηκόντων (ΑΕΔ 5/1995), η ευθύνη δε αυτή είναι αντικειμενική, χωρίς, δηλαδή, να εξαρτάται από τη συνδρομή υπαιτιότητας ή μη του ζημιωθέντος οργάνου.

Εξ άλλου, ευθύνη του Δημοσίου ή νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, τηρουμένων και των λοιπών προϋποθέσεων του νόμου, υπάρχει όχι μόνο όταν με πράξη ή παράλειψη οργάνου αυτών παραβιάζεται συγκεκριμένη διάταξη νόμου αλλά και όταν παραλείπονται τα ιδιαίτερα καθήκοντα και υποχρεώσεις που προσιδιάζουν στη συγκεκριμένη υπηρεσία και προσδιορίζονται από την κειμένη εν γένει νομοθεσία, τα διδάγματα της κοινής πείρας και τις αρχές της καλής πίστης.<sup>123</sup>

Απαραίτητη, πάντως, προϋπόθεση για την επιδίκαση αποζημίωσης είναι η ύπαρξη αιτιώδους συνδέσμου μεταξύ της παράνομης πράξης ή παράλειψης ή υλικής ενέργειας ή παράλειψης υλικής ενέργειας του οργάνου και της επελθούσας ζημίας, αιτιώδης δε σύνδεσμος υπάρχει, όταν, κατά τα διδάγματα της κοινής πείρας, η πράξη ή η παράλειψη είναι επαρκώς ικανή (πρόσφορη) και μπορεί αντικειμενικά κατά τη συνήθη και κανονική πορεία των πραγμάτων να επιφέρει ζημία .

Περαιτέρω, κατά την έννοια των ίδιων διατάξεων, ανεξάρτητα από την αποζημίωση για την περιουσιακή ζημία, το αρμόδιο δικαστήριο δύναται, κατ' εφαρμογή της διάταξης

του άρθρου 932 του Αστικού Κώδικα, να επιδικάσει στον παθόντα εύλογη χρηματική ικανοποίηση λόγω ηθικής βλάβης του, κατά δε τα ειδικότερα οριζόμενα στη

διάταξη του τρίτου εδαφίου του άρθρου αυτού του ΑΚ, σε περίπτωση θανάτωσης προσώπου χρηματική ικανοποίηση λόγω ψυχικής οδύνης επιδικάζεται στα μέλη της οικογένειάς του, στα οποία περιλαμβάνονται οι εγγύτεροι και στενώς συνδεόμενοι με τον θανόντα συγγενείς, που δοκιμάσθηκαν ψυχικά από την απώλειά του και προς ανακούφιση του πόνου των οποίων στοχεύει η εν λόγω διάταξη, υπό την προϋπόθεση, βεβαίως, της ύπαρξης αισθημάτων αγάπης και στενής επικοινωνίας των ανωτέρω προσώπων με τον θανόντα κατά το χρόνο που ήταν εν ζωή.

Για τον υπολογισμό της χρηματικής αυτής ικανοποίησης στα μέλη της οικογένειας του θανόντος, παρέχεται στο δικαστήριο της ουσίας η ευχέρεια, αφού εκτιμήσει τα συγκεκριμένα πραγματικά περιστατικά (βαθμός πταίσματος του υπόχρεου, συνθήκες υπό τις οποίες επήλθε ο θάνατος, βαθμός του ψυχικού άλγους, περιουσιακή και κοινωνική κατάσταση των μερών κ.ά.) και με βάση τους κανόνες της κοινής πείρας και λογικής, να καθορίσει το δικαιούμενο ποσό χρηματικής ικανοποίησης, το οποίο πρέπει να είναι εύλογο, σύμφωνα, εξ άλλου, με την θεσπιζόμενη στο άρθρο 25 παρ.1 του Συντάγματος αρχή της αναλογικότητας, χωρίς δε να συνιστά μειωτικό στοιχείο της χρηματικής αυτής ικανοποίησης το κοινωφελές έργο το οποίο επιτελεί ένα νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου.

Στα άρθρα 5 (παρ. 5) και 21 (παρ. 3) του Συντάγματος ορίζεται, αντιστοίχως, ότι καθένας έχει δικαίωμα στην προστασία της υγείας του και ότι το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών, στα δε άρθρα 5 και 10 του Ν 2619/1998, με το άρθρο πρώτο του οποίου κυρώθηκε και απέκτησε την ισχύ του άρθρου 28 παρ. 1 του Συντάγματος η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την Βιοϊατρική, ορίζεται ότι επέμβαση σε θέματα υγείας μπορεί να υπάρξει μόνο αφού το ενδιαφερόμενο πρόσωπο δώσει την ελεύθερη συναίνεσή του με την προϋπόθεση της προηγούμενης κατάλληλης σχετικής ενημέρωσής του ως προς το σκοπό και τη φύση της επέμβασης, καθώς και ως προς τα επακόλουθα και τους κινδύνους που αυτή

συνεπάγεται και με δεδομένο ότι το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται.

Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατόν να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

Με τις εκτεθείσες στην προηγούμενη σκέψη υπερνομοθετικής ισχύος διατάξεις της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την βιοϊατρική θεσπίζεται το δικαίωμα του ασθενούς έναντι των αρμοδίων οργάνων των Νοσοκομείων για την ενημέρωση τόσο για την κατάσταση της υγείας, το συγκεκριμένο είδος της ασθένειας και την ανάγκη θεραπείας του όσο και για την θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου και τους συναφείς κινδύνους.

Από αυτό το δικαίωμα απορρέει αντίστοιχη υποχρέωση των αρμοδίων οργάνων των Νοσοκομείων.

Κατά συνέπεια, η από τα αρμόδια όργανα των δημοσίων νοσοκομείων μη ενημέρωση του ασθενούς ή η πλημμελής ενημέρωσή του για την κατάσταση της υγείας του και την ανάγκη θεραπείας του συνιστά παράλειψη οφειλομένης νομίμου ενεργείας, η οποία δύναται να στοιχειοθετήσει ευθύνη αυτών προς αποζημίωσή του.

Στις 31.8.1999 ο ..., γεννηθείς το 1945, σύζυγος της πρώτης και πατέρας της δεύτερης εγκαλούσας προσήλθε στα Εξωτερικά Ιατρεία του εφεσίβλητου Νοσοκομείου και εξετάστηκε από την ιατρό ..., λόγω ενός εμφανισθέντος στην εξωτερική πλευρά του αριστερού του βραχίονα μορφώματος (σπίλου/«ελιάς»).

Στις 19.10.1999 υποβλήθηκε, ως εξωτερικός ασθενής, σε επέμβαση αφαίρεσης του ως άνω μορφώματος στο χειρουργείο των Εξωτερικών Ιατρείων του Νοσοκομείου, και το δείγμα που αφαιρέθηκε στάλθηκε στο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο του ίδιου Νοσοκομείου για ιστολογική εξέταση.

Το συμπέρασμα της ιστολογικής αυτής εξέτασης, όπως διατυπώνεται στο με χρονολογία 3.11.1999 διαγνωστικό έγγραφο της ιατρού του ανωτέρω Νοσοκομείου, ήταν: «Μελάνωμα ευρισκόμενο στην κάθετη φάση ανάπτυξης σταδίου IV κατά Clark και βάθος διήθησης 4,5 χιλ κατά Breslow. Ο όγκος αποτελείται κυρίως από ατρακτόμορφα κυτταρικά στοιχεία με μετρίου βαθμού εναπόθεση μελανίνης και

εξεγκλώνει την επιδερμίδα. Έχει εξαιρεθεί σε υγιείς ιστούς. Συνιστάται ευρύτερη εκτομή».

Σύμφωνα με χρονολογημένο το 2004 έγγραφο του Διοικητικού Δ/ντή του ίδιου Νοσοκομείου, τα ιατρικά διαγνωστικά έγγραφα παραμένουν σε ειδικό χώρο στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου και δίδονται στους ίδιους τους ασθενείς, κατόπιν γνωστοποίησεως σ' αυτούς του πιθανού χρόνου έκδοσής τους. Περαιτέρω, ο ανωτέρω ασθενής περί τα τέλη του 1999 μετέβη για επαγγελματικούς λόγους στην Ιταλία, όπου και του αφαιρέθηκαν τα ράμματα από την ως άνω χειρουργική αφαίρεση, τον δε Ιούλιο του έτους 2001 εισήχθη στο ανωτέρω Νοσοκομείο, στο οποίο και υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία θώρακος, βιοχημικές και αιματολογικές εξετάσεις, καθώς και σε νέα ιστολογική εξέταση. Επί της τελευταίας αυτής ιστολογικής εξέτασης εκδόθηκε το με χρονολογία 8.8.2001 διαγνωστικό έγγραφο της ως άνω ιατρού, όπου αναφέρεται «υποτροπή μελανώματος αριστερού βραχίονα» και συμπέρασμα το εξής: «Εστία ατρακτοκυτταρικού μελανώματος εξ υποτροπής χωρίς εναπόθεση μελανίνης. Κατά το χόριο και υποδόριο του εξαιρεθέντος ιστοτεμαχίου ανευρέθη επίσης περιφερειακή εστία μδ: 0,5 εκ. πλησίον του ορίου εκτομής». Λόγω των πνευμονικών και εγκεφαλικών μεταστάσεων της νόσου αυτής του ανωτέρω ασθενούς (καρκίνου), υποβλήθηκε αυτός σε χημειοθεραπείες στο Νοσοκομείο στις 14.6.2002, όμως η ασθένειά του επιδεινώθηκε ραγδαία με αποτέλεσμα να αποβιώσει στις 24.3.2003 με αιτία θανάτου «καρδιακή ανακοπή – Ca πνεύμονα», σύμφωνα με τη σχετική ληξιαρχική πράξη θανάτου του.

Η σύζυγος στις 10/05/2004 υπέβαλε στην Εισαγγελία Πλημ/κών Αθηνών μηνυτήρια αναφορά» κατά παντός υπευθύνου, λόγω της μη ενημερώσεως του θανόντος και αυτής προσωπικά, ως συζύγου του, από τα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου, για το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης του 1999 με συνέπεια την μη έγκαιρη ιατρική αντιμετώπιση της προκειμένης νόσου του συζύγου της και, συνακολούθως, τον θάνατό του, επικαλούμενη, ειδικότερα, βαρύτατη αμέλεια των ιατρών που τον εξέτασαν.

Η μηνυτήρια αναφορά απορρίφθηκε ως αβάσιμη με την ΕΓ137-04/347/20Δ/2004 Διάταξη της Εισαγγελέα Πλημμελειοδικών Αθηνών με την αιτιολόγηση μη επαρκών ενδείξεων ενοχής των δύο ιατρών ούτε άλλου οργάνου του Νοσοκομείου γιατί αφαιρέθηκε με τοπική αναισθησία στις 19.10.1999 ο καρκινικός όγκος από τον

αριστερό βραχίονα του ασθενή και εστάλει το αφαιρεθέν μέρος στο Παθολογοανατομικό Τμήμα του Νοσοκομείου όπου μετά την ολοκλήρωση της ιστολογικής εξέτασης το πόρισμα διαβιβάστηκε υπηρεσιακώς στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου, και όφειλαν να προσέλθουν ο ασθενής ή οι οικείοι, του, για να το παραλάβουν σύμφωνα με τις οδηγίες του σχετικώς χορηγημένου στους ασθενείς πληροφοριακού εντύπου, που συνιστά τη συνήθη νοσοκομειακή πρακτική ενημέρωσης των ασθενών.

Στις 27/04/2004 η σύζυγος και η κόρη άσκησαν στο Διοικητικό Πρωτοδικείου Αθηνών αναγνωριστική αγωγή με την οποία υποστήριζαν ότι, παρά την έκδοση στις 3.11.1999 του προαναφερθέντος εγγράφου της ιατρού, με το οποίο διαγνώστηκε καρκίνος του δέρματος στον θανάοντα, τα αρμόδια όργανα του Νοσοκομείου παράνομα παρέλειψαν να ενημερώσουν αυτόν και τις ίδιες προσωπικώς για την νόσο του, καθότι είχαν υποχρέωση προς τούτο δυνάμει άτυπης σύμβασης ιατρικής αγωγής, η οποία υποχρεώνει τα όργανα του Νοσοκομείου σε πληροφόρηση του ασθενούς για την ασθένειά του και την προβλεπόμενη θεραπεία της.

Οι εγκαλούσες υποστήριζαν ότι αποτέλεσμα της ως άνω παράνομης παράλειψης ήταν η μη έγκαιρη λήψη των απαραίτητων ιατρικών μέτρων για την αποφυγή της επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς (μετάσταση της νόσου του στους πνεύμονες και στον εγκέφαλο) από τον οποίο προκλήθηκε ο θάνατος του και σ' αυτές έντονη ψυχική οδύνη, που κατέληξε να υποστεί η σύζυγος έμφραγμα του μυοκαρδίου και να υποβληθεί σε αγγειοπλαστική, αναγκασθείσα δε να εργάζεται για να συντηρεί τον εαυτό της και την κόρη της η οποία ήταν φοιτήτρια του ΤΕΙ Λαμίας, ζητώντας από το νοσοκομείο το πόσο του 1.000.000 ευρώ με το νόμιμο τόκο.

Το Νοσοκομείο υποστήριξε με το σχετικό του υπόμνημα ότι ουδεμία ευθύνη το βαρύνει, αφού σε όλους τους εξωτερικούς ασθενείς δίδεται έντυπο οδηγιών προκειμένου να πληροφορηθούν για το αν είναι έτοιμη η σχετική ιατρική διάγνωση, στο οποίο και επισημαίνεται ότι τις διαγνωστικές απαντήσεις θα τις παραλάβουν οι ίδιοι οι ασθενείς από τα Εξωτερικά Ιατρεία, τέτοιο δε έντυπο δόθηκε και στον συγκεκριμένο ασθενή, ο οποίος, συνεπώς, ευθύνεται αποκλειστικά για τη μη ενημέρωσή του σχετικά με το αποτέλεσμα της προκειμένης ιστολογικής εξέτασης.

Προς απόδειξη του ισχυρισμού του το Νοσοκομείο προσκόμισε έντυπα υπό τον τίτλο «Οδηγίες στον ασθενή που θα υποβληθεί σε επέμβαση με τοπική αναισθησία», το



οποίο όμως δεν έφερε ημερομηνία και υπογραφή του προκειμένου ασθενούς (προς απόδειξη της παραλαβής του).

Το έντυπο ενημέρωνε ότι για να πληροφορηθούν οι ασθενείς αν είναι έτοιμη η διαγνωστική απάντηση πρέπει να επικοινωνήσουν τηλεφωνικώς με το Νοσοκομείο, στον συγκεκριμένα αναφερόμενο αριθμό τηλεφώνου, τριάντα (30) περίπου ημέρες μετά την επέμβαση (εξέταση) και, εν συνεχεία, να προσέλθουν για την παραλαβή της στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου.

Το Τριμελές Διοικητικό Πρωτοδικείο Αθηνών με την 13096/2009 απόφασή του, έκρινε ότι το ανωτέρω Νοσοκομείο δεν έπρεπε να αρκεσθεί στον συνήθη τρόπο ενημέρωσης των ασθενών, με την παράδοση σ' αυτούς του σχετικού πληροφοριακού εντύπου οδηγιών, εντύπου που δόθηκε και στον εν λόγω ασθενή, αλλά είχε την νόμιμη υποχρέωση να προβεί μέσω της Γραμματείας των Εξωτερικών Ιατρείων του στην αναζήτηση και ενημέρωση αυτού για την διαπιστωθείσα με την ανωτέρω ιστολογική εξέταση επικινδυνότητα της καταστάσεώς της υγείας του και την ανάγκη ιατρικής αντιμετώπισής της νόσου του, σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας, τις αρχές της καλής πίστης και της χρηστής διοίκησης, από δε την παράλειψη των οργάνων του προκειμένου Νοσοκομείου να εκπληρώσουν την υποχρέωσή τους αυτή στοιχειοθετείται παράλειψη οφειλομένης νομίμου ενεργείας τους. Περαιτέρω, με την ίδια δικαστική απόφαση διατάχθηκε η διενέργεια ιατρικής πραγματογνωμοσύνης, προκειμένου να διακριβωθεί αν η ανωτέρω παράλειψη συνδέεται αιτιωδώς με την επιδείνωση της υγείας του προαναφερθέντος ασθενούς.

Με βάση την ανωτέρω έκθεση ιατρικής πραγματογνωμοσύνης και τα λοιπά αποδεικτικά στοιχεία, κρίθηκε ότι υφίσταται αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της παραλείψεως των οργάνων του Νοσοκομείου να ενημερώσουν τον προαναφερθέντα ασθενή για την διαπιστωθείσα με την κατά το έτος 1999 ιστολογική εξέταση δυσμενή κατάσταση της υγείας του και της συγκεκριμένης εξελίξεως της υγείας του, συγκεκριμένα δε ότι ναι μεν δεν προκύπτει ότι εάν ο ασθενής ελάμβανε έγκαιρα θεραπευτική αγωγή θα καθίστατο απολύτως υγιής, πλην, όμως, δεν μπορεί να αποκλεισθεί ότι θα μπορούσε να επιβιώσει για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, δεδομένου ότι επιβίωσε τρία (3) έτη και τέσσερεις (4) μήνες περίπου μετά την κατά το έτος 1999 αρχική αφαίρεση του σπίλου αντί του ιατρικώς προβλεπομένου χρονικού διαστήματος της πενταετίας για τους μισούς περίπου ασθενείς με την ίδια νόσο ή και.

ενδεχομένως, πέραν της πενταετίας, με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, για το υπόλοιπο 50% περίπου των ασθενών με τη νόσο αυτή (42-46%).

Κρίθηκε, επίσης, με την εκκαλουμένη απόφαση ότι η ως άνω αιτιώδης συνάφεια δεν διακόπηκε από την συνυπαιτιότητα του προαναφερθέντος ασθενούς για την προκειμένη επιδείνωση της υγείας του, ο οποίος είχε ενημερωθεί με το σχετικό έντυπο οδηγιών από τα όργανα του προκειμένου Νοσοκομείου, όπως κρίθηκε με την ανωτέρω προδικαστική απόφαση. Εν όψει τούτων και κατ' εκτίμηση των συνθηκών υπό τις οποίες τελέσθηκε η προκειμένη αδικοπραξία, του βαθμού της ευθύνης των οργάνων του Νοσοκομείου, της συνυπαιτιότητας του θανόντος, της ηλικίας αυτού κατά τη χρονολογία του θανάτου του (58 ετών), των οικογενειακών δεσμών των εγκαλουσών με τον θανόντα και της επικοινωνίας τους μ' αυτόν, κρίθηκε ότι πρέπει να αναγνωρισθεί η υποχρέωση του Νοσοκομείου να καταβάλει σε κάθε μία των εκκαλουσών – εφεσίβλητων το ποσό των 15.000 ευρώ νομιμοτόκως από την επίδοση σ' αυτό της αγωγής τους (χρονολογία επιδόσεως 25.9.2008), ως εύλογη αποζημίωσή τους για την ψυχική οδύνη την οποία κατά τα ανωτέρω υπέστησαν, λόγω των στενών οικογενειακών δεσμών αυτών με τον θανόντα (σύζυγος και κόρη, αντιστοίχως) και της μεταξύ τους αγάπης και επικοινωνίας, ως προκύπτει από τα στοιχεία της δικογραφίας και δεν αμφισβητείται από το διάδικο Νοσοκομείο, δεδομένης και της ηλικίας του θανόντος .

Συνεπώς απέρριψε την έφεση του Νοσοκομείου και δέχθηκε την έφεση των οικείων του θανόντος, μεταρρυθμίζοντας την 9056/2013 απόφαση του Τριμελούς Διοικητικού Πρωτοδικείου Αθηνών.

Συμπερασματικά μελετώντας τις δυο υποθέσεις παρ' ότι η μια αφορά ιδιώτη γιατρό οπότε πρόκειται για ιδιωτική διαφορά και η άλλη για δημόσιο νοσοκομείο άρα έννομη σχέση Δημοσίου Δικαίου, διαπιστώνει κανείς ότι και στις δυο περιπτώσεις αποδείχτηκε παράνομη υπαίτια παράληψη, στην μεν πρώτη δεν δόθηκε εντολή για παρακλινικές εξετάσεις ή μεταφορά και εισαγωγή της ασθενούς σε νοσοκομείο ενώ στην δεύτερη δεν ενημερώθηκε ο ασθενής για τα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης κατά την πρώτη του βιοψία. Επίσης και στις δυο περιπτώσεις υφίσταται η αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της παραλήψεως και του αποτελέσματος (θάνατος των ασθενών).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΕΙΣ

#### 6.1 Μεταμοσχεύσεις

##### 6.1.1. Έννοιες – θεωρίες

Η μεταμόσχευση οργάνων είναι μια πολύπλοκη διαδικασία κατά την οποία, με εγχείριση, μεταφέρονται υγιή όργανα, από νεκρό ή ζωντανό δότη σε έναν σοβαρά πάσχοντα λήπτη με σκοπό την αποκατάσταση της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού του. Ουσιαστικά αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες κατακτήσεις της ιατρικής του 20ού αιώνα και έχει καθιερωθεί πλέον ως μια θεραπευτική πρακτική.<sup>124</sup>

Επιτρέπει την αποκατάσταση των λειτουργιών του σώματος, που είχαν μέχρι τότε χαθεί ή είχαν υποκατασταθεί με μια μηχανικού τύπου μέθοδο. Πιο συγκεκριμένα, η μεταμόσχευση είναι η εγχείριση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα μεταφέρονται από έναν εκλιπόντα ή ζωντανό δότη σε ένα χρονίως πάσχοντα ασθενή, με σκοπό την αποκατάσταση της λειτουργίας κάποιου οργάνου του, το οποίο βρίσκεται σε ανεπάρκεια.

Τα όργανα που μπορούν να μεταμοσχευτούν είναι οι νεφροί, η καρδιά, το ήπαρ, οι πνεύμονες, το πάγκρεας και τμήμα του λεπτού εντέρου. Οι ιστοί και τα κύτταρα που μπορούν σήμερα να μεταμοσχευτούν είναι δέρμα, επιδερμίδα, οστά, χόνδροι, μύες, τένοντες, σύνδεσμοι, αγγεία, βαλβίδες της καρδιάς, σκληρός χιτώνας του οφθαλμού, εμβρυϊκή μεμβράνη, χόριο, ενδοκρινείς ιστοί και ενδοκρινικά κύτταρα, νευρικά κύτταρα, κερατοειδής χιτώνας, αιμοποιητικά κύτταρα κ.α. Οι τεχνικές συνεχώς βελτιώνονται και σύντομα θα είναι δυνατή η μεταμόσχευση και άλλων οργάνων, ιστών και κυττάρων.

Η δωρεά οργάνων ως πολυδιάστατο θέμα εμπλέκει πέρα από το ιατρικό και άλλα επιστημονικά πεδία όπως την Ψυχολογία υπό το πρίσμα της βοήθειας και της αγάπης προς τον συνάνθρωπο που πάσχει. Από την άλλη πλευρά υπάρχει η φιλελεύθερη οικονομική προσέγγιση που υποστηρίζει ότι τα όργανα, οι ιστοί και τα κύτταρα θα πρέπει να προσφέρονται έναντι οικονομικού ανταλλάγματος με σκοπό την αύξηση της προσφοράς εξισορροπώντας έτσι την σχέση ζήτησης και προσφοράς με δεδομένο την υφιστάμενη κατάσταση όπου η προσφορά και η ζήτηση είναι αντιστρόφως ανάλογες..

Από πλευράς κοινωνιολογίας η ύπαρξη ασθενών με σοβαρά περιβλήματα επηρεάζει δυσμενώς την κοινωνία οπότε οι μεταμοσχεύσεις λύνουν άμεσα αυτά τα προβλήματα. Πέρα από την Νομική η οποία καθορίζει τις σχέσεις κράτους – πολίτη εισέρχεται και η βιοηθική η οποία καλείται να διαχειριστεί θέματα σχέσεων λήπτη και δότη υπό το πρίσμα της ηθικής.<sup>125</sup>

Σύμφωνα με τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων ένας από τους σκοπούς του είναι η Ιδέα της Δωρεάς Οργάνων και Ιστών να συνδεθεί με το ευρύτερο πνεύμα του εθελοντισμού και να καθιερωθεί ως πράξη ανθρωπισμού και πολιτισμού από όλους μας, καθώς η δωρεά οργάνων αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για την πραγματοποίηση του ιατρικού θαύματος της μεταμόσχευσης.

Χωρίς όμως κατάλληλα και επαρκή μοσχεύματα αυτή η θεραπευτική λύση δεν είναι εφικτή. Η έλλειψη μοσχευμάτων και η διαρκώς αυξανόμενη ψαλίδα ανάμεσα στα διαθέσιμα προς μεταμόσχευση όργανα και στις ανάγκες των ασθενών, δυστυχώς διευρύνεται συνεχώς και μάλιστα σε παγκόσμιο επίπεδο.

Μεταξύ των λόγων για τους οποίους επιφυλάσσονται οι πολίτες να γίνουν δότες πτωματικών οργάνων είναι ο φόβος έναντι συμφερόντων άλλων για αφαίρεση των οργάνων τους πριν την πραγματική επέλευση του θανάτου τους.

### **6.1.2 Θεσμικό πλαίσιο μεταμοσχεύσεων**

Όπως προαναφέρθηκε στο τρίτο κεφάλαιο η Ελλάδα ενσωμάτωσε στο εσωτερικό της δίκαιο με τον Ν 2619/98 την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την Βιοηθική γνωστή και ως σύμβαση του Οβιέδο η οποία εναρμονίζει την ιατρική πρόοδο με τα θεμελιώδη δικαιώματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια <sup>126</sup> και ειδικότερα με τα άρθρα 19 ως 21 του κεφαλαίου VI με τίτλο «Αφαίρεση οργάνων και ιστών από ζώντες δότες με σκοπό την μεταμόσχευση», χωρίς ωστόσο να γίνεται καμία αναφορά σε νεκρούς δότες.<sup>127</sup>

Οι προϋποθέσεις που τίθενται στο άρθρο 19 είναι σκοπός της αφαίρεσης οργάνων, ιστών ή κυττάρων να είναι θεραπευτικός, να μην υπάρχει άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος, να προηγούνται οι μεταμοσχεύσεις από νεκρό δότη και να υπάρχει γραπτή συναίνεση του δότη έχοντας αυτός την ικανότητα συναίνεσης, εξαιρούνται οι αναπλαστικοί ιστοί και δεν υπάρχει συμβατός δότης με

ικανότητα συναίνεσης και ο λήπτης είναι αδελφός ή αδελφή που κινδυνεύει άμεσα η ζωή του.

Στο άρθρο 21 απαγορεύει την ύπαρξη οικονομικού οφέλους και το εμπόριο ιστών και οργάνων και με το άρθρο 18 παρ. 2 απαγορεύεται η δημιουργία ανθρώπινων εμβρύων για ερευνητικούς σκοπούς και είναι ανεπίτρεπτη οποιαδήποτε ερευνητική προσπάθεια κλωνοποίησης ανθρώπινων εμβρύων με σκοπό την μελλοντική αφαίρεση βιολογικού υλικού τους για τους σκοπούς της μεταμόσχευσης

Στο άρθρο 32 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν 3418/2005) αναγράφεται ότι «ο ιατρός οφείλει να ενθαρρύνει τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων που γίνονται για θεραπευτικούς λόγους, παρέχοντας σωστή ενημέρωση και συνεργαζόμενος με τους αντίστοιχους φορείς και υπηρεσίες. Ο ιατρός δεν παρέχει τις υπηρεσίες του εάν η μεταμόσχευση γίνεται ή επιχειρείται να γίνει με οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή υποκρύπτει τέτοιο. Η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη μεταμόσχευση δεν συνιστά αντάλλαγμα ιατρός προστατεύει, με κάθε τρόπο, το απόρρητο της ταυτότητας του δότη και του λήπτη»

Παρ' όλα αυτά, μεταξύ των λόγων για τους οποίους επιφυλάσσονται οι πολίτες να γίνουν δότες πτωματικών οργάνων είναι ο φόβος έναντι συμφερόντων άλλων για αφαίρεση των οργάνων τους πριν την πραγματική επέλευση του θανάτου τους.

Με τον Ν 2737/1999<sup>128</sup> καταργήθηκαν όλα τα προγενέστερα νομοθετήματα των μεταμοσχεύσεων και ειδικότερα η παράγραφος 5 του άρθρου 9 του Ν.Δ. 67/1967, ο Ν. 1383/1983 «Αφαιρέσεις και Μεταμοσχεύσεις ανθρωπίνων ιστών και οργάνων», τα άρθρα 130 του Ν. 2071 /1992, και το άρθρο 8 του Ν. 2194/1994, «Σύσταση και ανασύνθεση του Εθνικού συμβουλίου Μεταμοσχεύσεων», η με αριθμό Α2γ/1468/6.3.85 υπουργική απόφαση «Σύσταση Υπηρεσία Συντονισμού και Ελέγχου Προγράμματος Τελικού Σταδίου Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας και Μεταμοσχεύσεων», όπως είχε τροποποιηθεί, μόνο σε ότι αφορά τον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Εξαιρούνταν όλες οι κανονιστικές υπουργικές αποφάσεις, που έχουν εκδοθεί με βάση το Ν. 1383/1983 οι οποίες εξακολουθούσαν να ισχύουν μέχρι εκδόσεως κατ' εξουσιοδότηση του νόμου αυτού σχετικές αποφάσεις, με την προϋπόθεση ότι δεν αντίκεινται στο περιεχόμενό του.

Στις 27 Ιουνίου του 2011 ψηφίζεται ο Ν 3984 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις» ο οποίος τροποποιήθηκε με τον Ν 4075/2012, τον Ν 4272/14 και τον Ν 4368/2016.

Στην αιτιολογική έκθεση του παραπάνω νομοθετήματος<sup>129</sup> τεκμηριώνεται η αναγκαιότητα μεταρρύθμισης του υπάρχοντος νομικού πλαισίου μετά την πάροδο δωδεκαετούς εφαρμογής του Ν 2737/1999 ο οποίος για τα τότε δεδομένα υπήρξε πρωτοπόρος. Δυστυχώς η χώρα μας το 2011 αλλά και ως σήμερα κατέχει την τελευταία θέση σε Ευρωπαϊκό επίπεδο στις μεταμοσχεύσεις οργάνων.

Ένα άλλο φαινόμενο που εντοπίστηκε προς επίλυση, ήταν η πρακτική της επιλεκτικής μετάβασης ασθενών στο εξωτερικό που πέρα από την διακριτή μεταχείριση των υποψήφιων ληπτών επιβάρυνε και τα ασφαλιστικά ταμεία. Σ' αυτό ήρθε να προστεθεί η αύξηση των περιπτώσεων σύμφωνα με τις αστυνομικές αρχές και τα ΜΜΕ λόγω και της οικονομικής κρίσης, κυκλωμάτων εμπορίας ανθρώπων και οργάνων.

Παράλληλα, ρυθμίζεται για πρώτη φορά η λειτουργία ιδιωτικών «Τραπεζών» φύλαξης κυττάρων ομφαλοπλακουντιακού αίματος, βλαστοκυττάρων όπως είναι γνωστά στο ευρύ κοινό.

Επίσης ενσωματώνεται η Οδηγία 2010/53/ΕΕ<sup>130</sup> του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της Ευρώπης « Πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας των ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση» η οποία θεσπίζει κανόνες ώστε να εξασφαλίζονται τα πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας για τη μεταμόσχευση οργάνων. Επιδιώκει να διασφαλίζει ότι στους δότες και στους λήπτες ανεξάρτητα από το πού διαμένουν, παρέχονται εγγυημένα τα ίδια πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας καθώς και οι ίδιοι νομικοί κανόνες.<sup>131</sup>

Τα βασικά σημεία της οδηγίας είναι ότι καλύπτεται νομικά όλη η διαδρομή από την δωρεά ως την μεταμόσχευση ή την αποβολή του οργάνου του ιστού ή του κυττάρου. Διασφαλίζετε η παροχή των ελάχιστα απαιτούμενων προσωπικών στοιχείων του δότη και οριοθετούνται οι προδιαγραφές και η πιστοποίηση των εξειδικευμένων κέντρων μεταμόσχευσης και των επαγγελματικών προσόντων του προσωπικού τους.

Υιοθετείται η ιχνηλασιμότητα από τον δότη ως τον λήπτη και αντίστροφα με την υποχρέωση τήρησης των σχετικών αρχείων κατ' ελάχιστο για 30 χρόνια.

## **6.2 Ο Ν 3984/2011 «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις»**

Ο Νόμος 3984/2011 καθορίζει τις αρχές και τις προϋποθέσεις αφαίρεσης οργάνων από ζώντες και θανόντες ανθρώπους με σκοπό τη μεταμόσχευση στο ανθρώπινο σώμα, ενσωματώνει όπως αναφέραμε παραπάνω στην ελληνική έννομη τάξη την Οδηγία 2010/53/ΕΕ και ενισχύει το πλαίσιο ποινικών διατάξεων για την καταπολέμηση του εμπορίου οργάνων και θέτει τις εξαιρέσεις εφαρμογής του όπως στις αυτομεταμοσχεύσεις, από τις οποίες εξαιρούνται οι αυτόλογες μεταμοσχεύσεις αιμοποιητικών κυττάρων (μυελού των οστών) αυστηρά για θεραπευτικούς λόγους.

Στη δωρεά, στην προμήθεια, στον έλεγχο, στην κωδικοποίηση, στην επεξεργασία, στη συντήρηση, στην αποθήκευση και στη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων που προορίζονται για εφαρμογές στον άνθρωπο, καθώς και επεξεργασμένων προϊόντων που προέρχονται από ανθρώπινους ιστούς και κύτταρα, που προορίζονται για εφαρμογές στον άνθρωπο, που διέπονται από τις διατάξεις του Π.Δ. 26/2008<sup>132</sup> Επίσης δεν εφαρμόζεται σε ιστούς και κύτταρα που χρησιμοποιούνται ως αυτόλογα μοσχεύματα κατά τη διάρκεια μιας και της αυτής χειρουργικής διαδικασίας,

Στη δωρεά αίματος και συστατικών αίματος, που διέπεται από το Π.Δ. 138/2005 (Α' 195) και στην αφαίρεση και χρήση αναπαραγωγικών κυττάρων, με σκοπό την εφαρμογή μεθόδων ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής, που διέπονται από το Ν. 3305/ 2005 (Α'17). Παράλληλα με την νομοθετική τροποποίηση του νόμου το κράτος οφείλει να μεριμνήσει σε ευρεία και συστηματική ενημέρωση της κοινής γνώμης για την αξία της δωρεάς οργάνων, για την ορθή κατανόηση των ευαίσθητων ιατρικών όρων, όπως η έννοια του εγκεφαλικού θανάτου.<sup>133</sup>

### **6.2.1 Αρχές και προϋποθέσεις Δωρεάς οργάνων**

Η βασική αρχή στην αφαίρεση για δωρεά οργάνων με σκοπό την μεταμόσχευση είναι ότι επιτρέπεται να πραγματοποιείται μόνο για θεραπευτικούς λόγους και χωρίς οικονομικό αντάλλαγμα αποτρέποντας έτσι την εκμετάλλευση οικονομικά αδυνάτων ανθρώπων.<sup>134</sup>

Στην έννοια του οικονομικού ανταλλάγματος δεν συμπεριλαμβάνονται οι παροχές δηλαδή οι δαπάνες μεταμοσχεύσεις που καταβάλλονται από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς και οι σχετικές αποζημιώσεις που προβλέπονται σε περίπτωση θανάτου ή αναπηρίας του δότη κατά την αφαίρεση οργάνων.

## 6.2.2 Λήψη οργάνου από ζώντα δότη

Το άρθρο 7 εστιάζεται στην ενημέρωση του ζώντα δυνητικού δότη η οποία καθίσταται υποχρεωτική καθορίζοντας τα πρόσωπα που θα παρέχουν την ενημέρωση και συγκεκριμένα την ειδικότητα του γιατρού ο οποίος μπορεί να είναι ο θεράπων γιατρός, η ιατρική ομάδα των Οργανισμών Αφαίρεσης ή οι γιατροί των Μονάδων Μεταμόσχευσης ή οι Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων ή τέλος ορισμένοι, πιστοποιημένοι για το σκοπό αυτό υπάλληλοι του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων.

Η ενημέρωση πρέπει να επισημαίνει την φύση της επέμβασης αφαίρεσης των οργάνων, την αναγκαία προετοιμασία του δότη, τη διαδικασία και το χρόνο αποκατάστασης της υγείας του, τους κινδύνους που εγκυμονεί για τη ζωή και την υγεία του, αλλά οφέλη για τον λήπτη, καθώς και το είδος και ύψος της δαπάνης και πως αυτή μπορεί να καλυφτεί.

Η ενημέρωση απαιτείται να είναι πλήρης, εύκολα κατανοητή, αντικειμενική και να παρέχεται με διακριτικότητα και σεβασμό στην ελευθερία, την προσωπικότητα, τις θρησκευτικές, κοινωνικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις του ατόμου.<sup>135</sup> Είναι δυνατόν να επαναληφθεί περισσότερες φορές, με τη συμμετοχή περισσότερων και διαφορετικών κάθε φορά ιατρών, εφόσον το επιθυμεί ο δυνητικός δότης. Για την απόδειξη της ενημέρωσης προβλέπεται προδιατυπωμένο έντυπο από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, το οποίο υπογράφεται από τον δότη και τον ιατρό ή τους ιατρούς που την παρέχουν και αντίγραφο του παραμένει στον ιατρικό φάκελο. Το έντυπο πρέπει να υπάρχει σε όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα ιδιωτικά και δημόσια.

Στην περίπτωση θανάτου ανηλίκου τέκνου η ενημέρωση των ασκούντων τη γονική μέριμνα προσώπων προκειμένου να γίνει η αφαίρεση οργάνου ή οργάνων του, (άρθρο 9) παρέχεται με τον ίδιο τρόπο που περιγράφηκε παραπάνω. Διαφοροποιείται στο ότι



η ενημέρωση πρέπει να εστιάζεται κυρίως στην αναγκαιότητα της δωρεάς, του ή των οργάνων και τα οφέλη για τον λήπτη, όπως και τον κατεπείγοντα χαρακτήρα της και το πρωτοδιατυπωμένο έντυπο, υπογράφεται από τα πρόσωπα που συναινούν για λογαριασμό του ανήλικου θανόντος δότη και τον ιατρό ή τους ιατρούς που την παρέχουν και αντίγραφο του οποίου παραμένει στον ιατρικό φάκελο του δότη.

Ο κάθε ενδιαφερόμενος πολίτης ελεύθερα μπορεί να απευθύνεται στους φορείς υπηρεσιών υγείας, στους Οργανισμούς Αφαίρεσης και στις Μονάδες Μεταμόσχευσης, όπως και στους Συντονιστές Μεταμοσχεύσεων και στον Ε. Ο. Μ. προκειμένου να λάβει ειδικότερη πληροφόρηση για τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του Ε.Ο.Μ. στην ενημέρωση των πολιτών σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τις μεταμοσχεύσεις. Επιτρέπεται ο Υπουργός Υγείας να συνάπτει συμφωνία για την ανάληψη δράσεων ενημέρωσης και με άλλους Υπουργούς, όπως με τον Υπουργό Εθνικής Άμυνας, Παιδείας, Δια Βίου Μάθησης και Θρησκευμάτων, με την Εκκλησία της Ελλάδος, καθώς και με άλλους αρμόδιους φορείς. Ειδική μέριμνα απαιτείται να λαμβάνεται για το περιεχόμενο των ενημερωτικών εντύπων και της ιστοσελίδας του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων.

Σύμφωνα με το άρθρο 8 «Η αφαίρεση οργάνων από ζώντα δότη επιτρέπεται μόνον όταν πρόκειται να γίνει μεταμόσχευση: α) στον σύζυγο του, β) σε ασθενή με τον οποίο ο δότης συνδέεται με σύμφωνο ελεύθερης συμβίωσης άνω των τριών χρόνων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στο Ν. 3719/2008, γ) σε συγγενή μέχρι και τον τέταρτο βαθμό εξ αίματος, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή, δ) σε συγγενή μέχρι το δεύτερο βαθμό εξ αγχιστείας, ε) σε πρόσωπο με το οποίο έχει προσωπική σχέση και συνδέεται συναισθηματικά. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται άδεια με δικαστική απόφαση, που εκδίδεται με τη διαδικασία της εκούσιας δικαιοδοσίας, ύστερα από έλεγχο όλων των προϋποθέσεων αφαίρεσης οργάνου από ζώντα πρόσωπο και επιπλέον της ψυχικής υγείας του δυνητικού δότη, της προσωπικής σχέσης και του συναισθηματικού δεσμού του με τον υποψήφιο λήπτη, όπως και της ανιδιοτέλειας της προσφοράς, στ) αν ο σύζυγος ή συγγενής με τον ανωτέρω βαθμό συγγένειας, ασθενούς, που χρήζει μεταμόσχευσης, επιθυμούν να κάνουν δωρεά του αναγκαίου οργάνου, αλλά δεν υπάρχει ιστοσυμβατότητα, πραγματοποιείται η αφαίρεση του οργάνου και ταυτόχρονα ο ασθενής προτάσσεται στην κατάταξη στο Εθνικό Μητρώο, ζ) εάν δεν υπάρχει

ιστοσυμβατότητα μεταξύ δύο υποψήφιων ληπτών μοσχεύματος και του ζώντα συζύγου τους ή συγγενή τους με τον καθορισμένο βαθμό συγγένειας ως άνω, αλλά υπάρχει ιστοσυμβατότητα μεταξύ του ενός υποψήφιου λήπτη και του ζώντα συζύγου ή συγγενή του άλλου, επιτρέπεται η δωρεά οργάνων αμοιβαία, με απόφαση του Εθνικού Οργανισμού μεταμοσχεύσεων» με τις παρακάτω προϋποθέσεις όπως η αφαίρεση γίνεται μόνο από ενήλικο πρόσωπο το οποίο σωρευτικά δεν τελεί υπό δικαστική συμπαράσταση, έχει δικαιοπρακτική ικανότητα, και έχει προηγηθεί η προβλεπόμενη υποχρεωτική του ενημέρωση και ρητή και ειδική συναίνεση

Η συναίνεση παρέχεται είτε με συμβολαιογραφικό έγγραφο, είτε με έγγραφο στο οποίο βεβαιώνεται η γνησιότητα της υπογραφής του δότη και φυλάσσεται στον ιατρικό του φάκελο.

Η συναίνεση του δότη είναι ελεύθερα ανακλητή με οποιοδήποτε αποδεκτό τρόπο και μέχρι τη χρονική στιγμή αρχής της ιατρικής πράξης της αφαίρεσης του οργάνου.

Το άρθρο εννέα εστιάζει στις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την λήψη οργάνων από θανόντα δότη όπως η ενηλικιότητα του, ενώ στην περίπτωση ανηλίκου επιτρέπεται αν υπάρχει συναίνεση των γονέων ή του γονέα, που έχει την επιμέλεια του τέκνου

Η συναίνεση δίνεται πέρα από έγγραφη δήλωση με βεβαίωση της γνησιότητας της υπογραφής και με προφορική δήλωση, που καταχωρίζεται σε ειδικό βιβλίο, το οποίο τηρείται στον Οργανισμό Αφαίρεσης ή στη Μονάδα Μεταμόσχευσης. Κατά τη δήλωση παρίστανται δύο μάρτυρες, οι οποίοι συνυπογράφουν στο ειδικό βιβλίο. Η συναίνεση πρέπει να είναι ρητή και ειδική και αυτά τα έγγραφα φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο του δότη. Άλλη μια σημαντική προϋπόθεση αποτελεί η έκφραση αντίθετης με την αφαίρεση των οργάνων του άποψη όσο ήταν στην ζωή.

Ο καθορισμός του τρόπου και κάθε άλλης λεπτομέρειας για την εκδήλωση θετικής ή αρνητικής δήλωσης του κάθε ατόμου και η συγκέντρωση αυτών καθορίζονται με Υ.Α. του Υπουργού Υγείας.

Για την τήρηση του αρχείου των αρνητικών δηλώσεων των πολιτών για την αφαίρεση μετά τον θάνατο τους όργανα, αρμόδιος είναι ο Ε.Ο.Μ. και τα στοιχεία αποτελούν

ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα σύμφωνα με τον Ν 2472/1997 και απαιτείται μέγιστη προσοχή στην διαφύλαξη του απορρήτου.

Κάθε ενήλικος πολίτης μπορεί ελεύθερα να αποστέλλει στον Ε.Ο.Μ. σχετική δήλωση η οποία δεν έχει συγκεκριμένο τύπο και να εκφράζει την άρνηση του στην αφαίρεση μετά τον θάνατο του, των οργάνων του. Η δήλωση αυτή είναι ελεύθερα ανακλητή και η ανάκληση γίνεται με νεότερη δήλωση ανάκλησης, η οποία αποστέλλεται ομοίως στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων όπου η αρχική δήλωση διαγράφεται από το αρχείο και θεωρείται ως μη γενόμενη.

### **6.2.3. Λήψη οργάνου από νεκρό δότη**

«Η αφαίρεση οργάνων από θανόντα δότη διενεργείται μετά την επέλευση του θανάτου, κριτήριο για τον οποίο είναι η νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους, σύμφωνα με τα ευρέως αποδεκτά και σύγχρονα δεδομένα της επιστήμης, όπως ορίζεται στην απόφαση του ΚΕ.Σ.Υ. περί διάγνωσης του εγκεφαλικού θανάτου (απόφαση 9 της 21/20.3.1985)»

Η οριοθέτηση του θανάτου<sup>136</sup> με την νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους σύμφωνα με την παραπάνω απόφαση του ΚΕΣΥ παρότι είναι νομικά θεσμοθετημένη, βρίσκει διχασμένη την επιστημονική κοινότητα διότι μια μερίδα της υποστηρίζει ότι το ανθρώπινο σώμα δε συνιστά απλό άθροισμα οργάνων αλλά ένα ενιαίο, αυτοδύναμο σύστημα λειτουργιών. Η αρμονική συλλειτουργία των ανθρωπίνων οργάνων δεν επιτυγχάνεται μέσω του εγκεφάλου, ώστε η ανθρώπινη ζωή να τελειώνει με τη νέκρωσή του εγκεφαλικού στελέχους, αλλά μέσω της κυκλοφορίας του αίματος, αφού όσο αυτή εξακολουθεί, ακόμη και μετά την επέλευση του εγκεφαλικού θανάτου, ο ανθρώπινος οργανισμός λειτουργεί ως ενιαίο σύνολο χάνοντας σταδιακά την πληρότητά του. Σύμφωνα με αυτή τη θεώρηση, ο θάνατος επέρχεται με την οριστική διακοπή της κυκλοφορίας του αίματος, γιατί τότε παύει να υφίσταται ο οργανισμός ως ενιαίο σύνολο.<sup>137</sup>

Ο καθηγητής του Harvard και βιοηθικιστής Dr. Robert Truog υποστηρίζει ότι ο εγκεφαλικός θάνατος παραμένει ασυνάρτητος στη θεωρία και συγκεκριμένος στην πράξη<sup>138</sup> ενώ Ο Dr. Alan Shewmon παιδίατρος μέσα από δυο επιστημονικά του

άρθρα σε έγκριτα ιατρικά περιοδικά, υποστηρίζει ότι ο θάνατος επέρχεται με την ανεπίστρεπτη παύση της λειτουργίας της καρδιάς.<sup>139</sup>

Όταν ο θεράπων ιατρός διαγνώσει νέκρωση του εγκεφαλικού στελέχους<sup>140</sup> και εφόσον η λειτουργία ορισμένων οργάνων διατηρείται με τεχνητά μέσα, υποχρεούται να προβεί από κοινού με έναν αναισθησιολόγο και έναν νευρολόγο ή νευροχειρουργό στη σύνταξη πιστοποιητικού θανάτου. Στην πιστοποίηση του θανάτου δεν συμμετέχει ιατρός που ανήκει στη μεταμοσχευτική ομάδα. Στη συνέχεια, ο θεράπων ιατρός υποχρεούται να ενημερώσει σχετικά, χωρίς καθυστέρηση, τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, εφόσον υφίσταται στο νοσοκομείο και τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, προκειμένου να ενημερωθεί εάν το ενήλικο, θανάτων πρόσωπο έχει δηλώσει την άρνηση του να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον. Εάν ο θανάτων είναι ανήλικος, ο θεράπων ιατρός από κοινού με τον Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων, εφόσον υφίσταται στο νοσοκομείο, υποχρεούται να μεριμνήσει για την ανεύρεση των προσώπων που είναι αρμόδια να συναινέσουν στην αφαίρεση των οργάνων, για την ενημέρωσή τους και τη λήψη της συναίνεσής τους.

Εφόσον λάβει τη συναίνεση, ενημερώνει σχετικά, χωρίς καθυστέρηση, τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων. Εάν πρόκειται να πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση, συνεχίζεται η τεχνητή υποστήριξη του θανάτωντος προσώπου» (άρθρο 9, παρ.6) Κατά την αφαίρεση των οργάνων από θανάτωντα δότη πρέπει να γίνετε με τον απαιτούμενο σεβασμό και να αποκαθιστάται η εικόνας του.

Με τα άρθρα 10 και 11 ο νομοθέτης προστατεύει την ανωνυμία μεταξύ δότη και λήπτη απαγορεύοντας την γνωστοποίηση της ταυτότητας τους και επιτρέπει μόνο την ανακοίνωση της επιτυχίας ή αποτυχίας της μεταμόσχευσης.

Επίσης διασφαλίζει τις ίδιες πιθανότητες λήψης του μοσχεύματος σε περίπτωση θανάτωντος δότη με τον περιορισμό ότι η διάθεση των οργάνων δεν προκαθορίζεται από τον δότη ή τους οικείους του.

Με το άρθρο 24 ιδρύεται ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων ο οποίος μεταξύ άλλων αρμοδιοτήτων όπως προαναφέραμε τηρεί και το Εθνικό Μητρώο ληπτών στο οποίο εγγράφονται πιστοποιημένοι λήπτες. Η πιστοποίηση γίνεται από Μονάδα Μεταμόσχευσης της επιλογής του και από τον θανάτωντα ιατρό τους, βάσει ιατρικών ηθικών και δεοντολογικών κριτηρίων. Το Εθνικό Μητρώο είναι μοναδικό, ενιαίο και

τηρείται για όλη την επικράτεια. «Η Γεωγραφική διαίρεση της χώρας και διάθεση οποιουδήποτε είδους μοσχεύματος με κριτήριο τη γεωγραφική εγγύτητα στον οργανισμό αφαίρεσης απαγορεύεται.<sup>141</sup>

Οι εγγεγραμμένοι στο Εθνικό Μητρώο λήπτες καλούνται από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο , να προσκομίσουν βεβαίωση από τον θεράποντα ιατρό τους σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Αν εγείρεται ζήτημα ακαταλληλότητας για λήψη μοσχεύματος, ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων καλεί τον υποψήφιο λήπτη για επαναξιολόγηση. Η απόφαση της Μονάδας Μεταμόσχευσης, που πραγματοποιεί την αξιολόγηση, περί ακαταλληλότητας του υποψήφιου λήπτη είναι ειδικά αιτιολογημένη και κοινοποιείται τόσο στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων όσο και στον υποψήφιο λήπτη. Με βάση την απόφαση αυτή ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων προβαίνει σε διαγραφή του ασθενούς από το Εθνικό Μητρώο» .

Τα κριτήρια ένταξης στο Μητρώο βαθμολογούνται και είναι το είδος του οργάνου που πρόκειται να μεταμοσχευθεί, το στάδιο της νόσου από την οποία πάσχει ο υποψήφιος λήπτης, η ομάδα αίματος δότη και λήπτη, η ιστοσυμβατότητα, ο χαρακτήρας του επείγοντος της επέμβασης, η ηλικία, το σωματικό βάρος, το ιατρικό ιστορικό και η κλινική τους εξέταση σε περίπτωση ισοβαθμίας, έχοντας όλοι το δικαίωμα στην ενημέρωση της σειράς κατάταξης τους.

### **6.3 Ποιότητα και Ασφάλεια των οργάνων**

«Τα στάδια της αλυσίδας από τη δωρεά έως τη μεταμόσχευση ή την αποβολή του οργάνου διέπονται από πλαίσιο ποιότητας και ασφάλειας, το οποίο καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μετά από πρόταση του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων και γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Το πλαίσιο ποιότητας και ασφάλειας αφορά τους επαγγελματίες υγείας που συμμετέχουν, τα ιατρικά πρωτόκολλα, τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τα αρχεία που τηρούνται και κάθε άλλο σχετικό θέμα», σύμφωνα με το άρθρο 12 παρ. 1.

Η διασφάλιση της ποιότητας και της ασφάλειας επιτυγχάνεται με την υιοθέτηση εγκεκριμένων διαδικασιών που να αφορούν την επαλήθευση της ταυτότητας του δότη, την επαλήθευση της συναίνεσης του εν ζωή ή νεκρού δότη, την επαλήθευση του χαρακτηρισμού του οργάνου και του δότη, την προμήθεια, τη συντήρηση, τη συσκευασία και επισήμανση και μεταφορά των οργάνων, την εξασφάλιση της

ιγνηλασιμότητας, την προστασία των ατόμων από την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων, την διασφάλιση του ιατρικού απορρήτου και την για τη διαχείριση των σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων και αντιδράσεων.

Η αφαίρεση οργάνων απαγορεύεται να πραγματοποιηθεί έκτος από τους «Οργανισμούς Αφαίρεσης», που είναι νοσοκομεία Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς και μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ή ιδιωτικές κλινικές, που έχουν λάβει τη σχετική άδεια και είναι διασυνδεδεμένοι με τον ΕΟΜ και τις Μονάδες μεταμοσχεύσεων.

#### **6.4 Ανταλλαγές οργάνων με τρίτες χώρες και Ευρωπαϊκοί οργανισμοί ανταλλαγής οργάνων και πληροφοριών**

Η ανταλλαγή οργάνων με Ευρωπαϊκές και τρίτες χώρες επιτρέπεται υπό την επίβλεψη του Ε.Ο.Μ. Μέσα από την σύναψη συμφωνιών μεμονωμένα ή από κοινού με αντίστοιχους Ευρωπαϊκούς οργανισμούς με την προϋπόθεση ότι η εκτέλεση συμμορφώνονται στις απαιτήσεις ποιότητας και ασφάλειας .

Ο Ε.Ο.Μ. υποχρεώνεται να τηρεί αρχείο με τις δραστηριότητες των Οργανισμών Αφαίρεσης και των Μονάδων Μεταμόσχευσης, συγκεντρωτικά αριθμητικά στοιχεία για τους ζώντες και τους θανόντες δότες, καθώς και τα είδη και τις ποσότητες οργάνων που αφαιρέθηκαν και μεταμοσχεύθηκαν ή αποβλήθηκαν με άλλον τρόπο, σύμφωνα με τις διατάξεις για την προστασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και το στατιστικό απόρρητο, να καταρτίζει και να δημοσιοποιεί ετήσια έκθεση σχετικά με τις εν λόγω δραστηριότητες και να καταρτίζει και να τηρεί ενημερωμένο αρχείο των Οργανισμών Αφαίρεσης και των Μονάδων Μεταμόσχευσης.

Επίσης έπειτα από αίτημα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής ή άλλου κράτους - μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης παρέχει στοιχεία σχετικά με το αρχείο των Οργανισμών Αφαίρεσης και των Μονάδων Μεταμόσχευσης (άρθρο 31). Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης πρέπει να υποβάλλει την πρώτη έκθεση στην Ευρωπαϊκή Επιτροπή πριν από τις 27 Αυγούστου 2013 και, στη συνέχεια, ανά τριετία για τις δραστηριότητες που πραγματοποιήθηκαν κατ' εφαρμογή διατάξεων της κείμενης νομοθεσίας και για την πείρα που αποκτήθηκε κατά την εφαρμογή της.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ

#### 7.1 Ορισμοί – Διεθνής και Ευρωπαϊκή έννομη τάξη

Η λέξη ευθανασία προέρχεται από την αρχαία ελληνική γλώσσα και χρησιμοποιείται ως έκφραση για να αποσαφηνιστεί ο θάνατος και η σημασία του.

Το πρόθεμα ευ είναι το επίρρημα «Εὖ» (καλώς, ευχάριστα) ή το επικό «ἔϋ» (το ουδέτερο του επιθέτου ἔϋς που σημαίνει καλός, ωραίος, γενναίος, ευγενής)<sup>142</sup> άρα ένας κάλος ανώδυνος ευτυχής θάνατος σε αντίθεση με τον πριν την ώρας του, αφύσικο και οδυνηρό θάνατο ο οποίος στα ελληνικά αποδίδεται με τον όρο «κήρ». Η ευθανασία αποτελεί ένα από τα πιο πολυσυζητημένα και πολυδιάστατα ηθικά διλήμματα της εποχής μας.

Αφορά εκείνα τα άτομα που πάσχουν από ανίατες ασθένειες, επιθυμούν τον θάνατο ως λύτρωση από τα δεινά τους αλλά δεν είναι σωματικά ικανά για να δώσουν τέλος στην ζωή τους. Υπό το πρίσμα της αυτοκτονίας η έννοια ταυτίζεται μ' αυτήν και διαφοροποιείτε μόνο στο γεγονός ότι δεν μπορούν τα ίδια τα άτομα να δώσουν τέλος στην ζωή τους σε αντίθεση με τους αυτόχειρες. Η ύπαρξη, όμως, επιθυμίας και συναίνεσης από τη μεριά του πάσχοντος προϋποθέτει την πνευματική του διαύγεια.

Με κριτήριο την έκφραση της συναίνεσης του πάσχοντος η ευθανασία διακρίνεται σε εκούσια, ακούσια και μη εκούσια ή ευθανασία με εικαζόμενη συναίνεση στις περιπτώσεις εκείνες που το άτομο δεν έχει πνευματική διαύγεια ή έχασε την επαφή με το περιβάλλον.

Με γνώμονα τον τρόπο διενέργειάς της η ευθανασία διακρίνεται σε ενεργητική, παθητική, και ιατρικά υποβοηθούμενη .

Ο τρόπος με τον οποίο ρυθμίζονται τα θέματα της ευθανασίας ποικίλει ανάλογα με τις ηθικές αξίες της κάθε χώρας καθώς και του νομικού της πολιτισμού.

Σε κάποιες περιπτώσεις, μη υφιστάμενου νομικού πλαισίου, αναζητείται λύση στη νομολογία. Οι περιπτώσεις καταδίκης γιατρών ή συγγενών που συνέργησαν ή διενέργησαν ευθανασία είναι ελάχιστες στις περισσότερες χώρες.

Ενώ, όμως, οι Ποινικοί Κώδικες πολλών κρατών συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν την ευθανασία ως ανθρωποκτονία, ή στην καλύτερη περίπτωση ως συνέργεια σε αυτοκτονία, είναι δύσκολο για τα αρμόδια δικαστήρια να συμβιβάσουν το γράμμα του νόμου με τις σύγχρονες απαιτήσεις, τα δικαιώματα των ασθενών με τις κοινωνικές υποχρεώσεις, το νομικό με το ανθρωπιστικό καθήκον των γιατρών.<sup>143</sup>

Παρακάτω παρατίθενται μερικές χώρες πρωτοπόρες ανά τον κόσμο σε σχέση με την ψήφιση νόμων που καθιστούν την ευθανασία νόμιμη. Ο πρωταγωνιστής της Ευρώπης είναι η νομοθεσία της Ολλανδίας για τη νομιμοποίηση του δικαιώματος στον θάνατο. Στην Ολλανδία, με τον ισχύοντα μέχρι σήμερα νόμο 22572 της 9-2-1993, αναγνωρίζεται όχι μόνο το δικαίωμα του ατόμου στον θάνατο, αλλά και η εικαζόμενη βούλησή του για τον τερματισμό της ζωής, δηλαδή η «ευθανασία» ως ανθρωποκτονία με όλες τις διακρίσεις. Το τελευταίο στάδιο πρωτοπορίας της Ολλανδίας είναι ο νόμος που ψηφίστηκε από την Ολλανδική Βουλή στις 28 Νοεμβρίου 2000 και από τη Γερουσία στις 10 Απριλίου 2001, μετά από συμπληρωματικές διευκρινίσεις και δηλώσεις. Ένα χρόνο αργότερα, τον Απρίλιο του 2002, ο νόμος τέθηκε σε ισχύ.<sup>144</sup> Σύμφωνα με αυτόν οι προϋποθέσεις για ευθανασία είναι η βούληση του ασθενή, η ανυπόφορη οδύνη και η μη αντιστρεψιμότητα της, η ολιστική ενημέρωση από τον θεράποντα γιατρό της κατάστασης της υγείας, απουσία εναλλακτικής λύσης, και τέλος προσφυγή σε τρίτο γιατρό εμπειρογνώμονα για την εξέταση των παραπάνω παραμέτρων. Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο η δυνατότητα ευθανασίας εφόσον συντρέχουν σωρευτικά οι προϋποθέσεις δίνεται από τα 16 έτη.

Το Βέλγιο, ακολουθώντας το παράδειγμα της Ολλανδίας, λίγους μήνες αργότερα έγινε η δεύτερη χώρα στον κόσμο που νομιμοποίησε την ευθανασία με το νόμο “The Belgian Act on Euthanasia” που τέθηκε σε ισχύ το Μάιο του 2002<sup>145</sup> Έπειτα από το Βέλγιο προστέθηκε και το Λουξεμβούργο το οποίο μετά την άρνηση του μέγα Δούκα του Λουξεμβούργου το 2008 να ψηφίσει τον σχετικό με την ευθανασία νόμο πρωτοτύπησε και ψήφισε το 2009 τον σχετικό νόμο αφού είχε προηγηθεί αναθεώρηση του Συντάγματος όπου και αφαιρέθηκε αυτή η αρμοδιότητα από τον Μέγα Δούκα. Με τον συγκεκριμένο νόμο «η πράξη ενός γιατρού να ανταποκριθεί σε ένα αίτημα για ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία δεν είναι ποινικά κολάσιμη και δεν μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο αγωγής για αποζημίωση ή ηθική βλάβη»<sup>146</sup>

Ο Ελβετικός νόμος απαγορεύει την ενεργητική ευθανασία δεν θεωρεί, όμως, την υποβοηθούμενη αυτοκτονία ως άδικη πράξη, ήδη από το 1941. Επιτρέπει μάλιστα



την αρωγή για τη διενέργειά της σε άτομα τα οποία δεν φέρουν την ιδιότητα του γιατρού. Σύμφωνα με το άρθρο 115 του Ελβετικού Ποινικού Κώδικα η συμμετοχή σε αυτοκτονία δεν διώκεται, όταν το κίνητρο του δράστη δεν είναι εγωιστικό. Ποινική δίωξη ασκείται μόνο στις περιπτώσεις που εγείρονται αμφιβολίες για την ικανότητα του ασθενούς να προβεί σε μια «αυτόνομη» επιλογή. Τούτο, βεβαίως συμβαίνει σπανίως<sup>147</sup> Σήμερα με δεδομένο ότι η Ολλανδία και η Ελβετία δεν έχουν περιορισμό για την ευθανασία όπως έχει το Βέλγιο που την επιτρέπει μόνο στους κατοίκους της χώρας, άνθισε ο λεγόμενος «Τουρισμός αυτοκτονίας». Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δεν υπάρχει ενιαία Νομοθεσία, η κάθε πολιτεία έχει καθήκον να νομοθετεί τους δικούς της νόμους με μόνη δέσμευση το Σύνταγμα.

Η πρώτη πολιτεία που επέτρεψε την υποβοηθούμενη αυτοκτονία το 1994 ήταν το Όρεγκον θέτοντας σε ισχύ τον νόμο «θάνατος με αξιοπρέπεια» με αυστηρές προϋποθέσεις. Σύμφωνα με τον νόμο αυτόν, επιτρέπεται σε ενήλικο διανοητικά υγιή ασθενή, αποκλειστικά και μόνο πολίτη του Όρεγκον, για τον οποίο έχει διαγνωσθεί ότι πάσχει από ανίατη ασθένεια σε τελικό στάδιο, με προσδόκιμο επιβίωσης έως έξι μήνες, να αιτηθεί γραπτώς προς τον θεράποντα γιατρό του τη συνταγογράφηση θανατηφόρας δόσης φαρμάκων με σκοπό τον τερματισμό της ζωής του. Το αίτημα πρέπει να επιβεβαιωθεί από δύο μάρτυρες, ο ένας εκ των οποίων δεν πρέπει να σχετίζεται με κανέναν τρόπο με τον ασθενή. Μετά την υποβολή του αιτήματος, ένας δεύτερος γιατρός πρέπει να επιβεβαιώσει το μη αναστρέψιμο της ασθένειας του. Στη συνέχεια, αν το αίτημά του γίνει δεκτό, πρέπει να περιμένει άλλες δεκαπέντε ημέρες και να υποβάλλει εκ νέου προφορικά όμως αυτή τη φορά το αίτημά του, προκειμένου να του δοθεί η θανατηφόρα συνταγή. Ο ασθενής δικαιούται να ανακαλέσει την απόφαση του οπότε το επιθυμεί.<sup>148</sup> Η Πολιτεία της Ουάσινγκτον ήταν η δεύτερη που επέτρεψε με τις ίδιες προϋποθέσεις με αυτές του Όρεγκον, τη διενέργεια της ευθανασίας<sup>149</sup> Η τρίτη πολιτεία ήταν η Μοντάνα, όχι όμως εκούσια αλλά έπειτα από δικαστική απόφαση για την οποία προσέφυγε στο Ανώτατο Δικαστήριο<sup>150</sup>

Στις 25 Ιανουαρίου του 2016, το Ανώτατο Δικαστήριο του Καναδά επικύρωσε απόφαση που επιτρέπει την υποβοηθούμενη αυτοκτονία κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες σε όλους τους πολίτες της χώρας, οι οποίοι μπορούν να υποβάλουν αίτημα στα ανώτατα δικαστήρια των επαρχιών τους για δικαστική εξουσιοδότηση σε όσους επιθυμούν να ασκήσουν το δικαίωμά τους σε υποβοηθούμενη αυτοκτονία υπό την

επιτήρηση ιατρού δίνοντας στην ομοσπονδιακή κυβέρνηση διάστημα 4 μηνών για να κάνει την απόφαση, νόμο του κράτους.

Σύμφωνα με την απόφαση, οι γιατροί θα επιτρέπεται να διευκολύνουν και να επισπεύδουν τον θάνατο, μέσω υποβοηθούμενης ευθανασίας, των ασθενών στην επαρχία του Κεμπέκ, στην οποία τον Δεκέμβριο του 2015 τέθηκε σε ισχύ σχετικός νόμος.

### **7.1.1. Ευρωπαϊκό δικαστήριο ανθρωπίνων δικαιωμάτων του Συμβουλίου της Ευρώπης**

Μια από τις πρόσφατες υποθέσεις που απασχόλησε το Ευρωπαϊκό Δικαστήριο Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων το 2015 ήταν η απόφαση με αριθ. 46043/14 με την οποία έκρινε ότι Γάλλοι γιατροί μπορούν να απενεργοποιήσουν το σύστημα υποστήριξης της ζωής ενός τετραπληγικού ανθρώπου που βρισκόταν για επτά χρόνια σε κώμα.

Συγκεκριμένα, το ΕΔΔΑ με ευρεία σύνθεση, έκρινε την υπόθεση Lambert και λοιποί κατά Γαλλίας και αποφάσισε, κατά πλειοψηφία, ότι δεν θα υπήρχε καμία παραβίαση στο δικαίωμα στη ζωή της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, στην περίπτωση εφαρμογής της απόφασης του Γαλλικού Συμβουλίου της Επικρατείας (Conseil d'Etat ) στις 24ης Ιουνίου 2014, με την οποία εξουσιοδοτήθηκε η διακοπή της τεχνητής παροχής τροφής και νερού του Vincent Lambert 39 ετών ο οποίος έπειτα από ατύχημα το 2008 ήταν τετραπληγικός και σε κωματώδη κατάσταση, μένοντας στη ζωή με τεχνητή παροχή τροφής και νερού, μέσω γαστρικού σωλήνα επτά χρόνια.

Οι συγγενείς και οι γιατροί του ήταν διχασμένοι για το πως θα πρέπει να αντιμετωπιστεί η κατάστασή του, με τη σύζυγό του, Rachel, να συντάσσεται με την άποψη των ιατρών ότι θα πρέπει να τεθεί τέλος στην παροχή τροφής και νερού που τον κρατούσε ζωντανό.<sup>151</sup>

Σύμφωνα με την ακροαματική διαδικασία κατά της εκδίκασης της υπόθεσης , ο Lambert είχε εμπιστευθεί στην σύζυγό του και σε ένα από τα αδέρφια του, ότι δεν επιθυμούσε να διατηρηθεί στη ζωή σε μια τόσο εξαρτώμενη κατάσταση, χωρίς ωστόσο να αφήσει επίσημη δήλωση. Η Γαλλική νομοθεσία δεν επιτρέπει την ευθανασία ή την υποβοηθούμενη αυτοκτονία, αλλά επιτρέπει στους γιατρούς να διακόψουν τη θεραπεία, μόνο αν η συνέχισή της συνιστά «παράλογη επιμονή».

Το γαλλικό Συμβούλιο Επικρατείας (Conseil d' Etat) είχε εγκρίνει, με απόφασή του, το αίτημα της συζύγου του να τερματίσει τη ζωή του, έπειτα από έξι χρόνια σε κώμα.

Οι γονείς και κάποια από τα αδέρφια του Lambert, όμως, προσέφυγαν ενώπιον του ΕΔΔΑ, υποστηρίζοντας ότι η διακοπή της παροχής τροφής και νερού είναι αντίθετη στο

δικαίωμα στην ζωή της Ευρωπαϊκής Σύμβασης για τα ανθρώπινα δικαιώματα, το οποίο εγγυάται το δικαίωμα στη ζωή. Επιπλέον, η διακοπή παροχής τροφής και νερού, αποτελεί απάνθρωπη και εξευτελιστική μεταχείριση που ανάγεται σε βασανιστήρια.

Κατόπιν συγκριτικής μελέτης του θεσμικού πλαισίου στα πλαίσια των κρατών μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης, το ΕΔΔΑ κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει ακόμα consensus μεταξύ των κρατών-μελών του Συμβουλίου της Ευρώπης με το αν θα πρέπει να επιτραπεί η διακοπή της υποστήριξης στις περιπτώσεις αυτές, αφήνοντας ένα ευρύ περιθώριο εκτίμησης στους εθνικούς νομοθέτες, προκειμένου να κρίνουν με βάση τις ισχύουσες ηθικές αρχές της κάθε χώρας. Το Δικαστήριο, ωστόσο, έκρινε ότι το σχετικό νομοθετικό πλαίσιο, όπως ερμηνεύθηκε από το Conseil d' Etat, αλλά και η διαδικασία λήψης της απόφασης, η οποία είχε έλαβε χώρα με σχολαστικό τρόπο, είναι συμβατά με τις επιταγές του δεύτερου άρθρου .

Το ΕΔΔΑ υπογράμμισε ότι η απόφαση ελήφθη με πλήρη επίγνωση της σημασίας των ζητημάτων ηθικής, νομικής και δικαιολογιακής υφής που εγείρονται στην ένδικη διαφορά.

Έτσι, όπως ακριβώς στην υπόθεση *Vo c. France* το ΕΔΔΑ αναγνώρισε ότι, ελλείψει consensus εναπόκειται στην διακριτική ευχέρεια του Κράτους να προσδιορίσει τα ακριβή χρονικά όρια έναρξης της ζωής, έτσι και εν προκειμένω το κράτος φέρει καταρχήν την αρμοδιότητα καθορισμού της λήξης της ζωής, καίτοι τούτη η απόφαση υπόκειται στον έλεγχο του ΕΔΔΑ που καλείται να κρίνει εάν η εθνική νομοθεσία σέβεται τις θετικές υποχρεώσεις ουσιαστικού και διαδικαστικού περιεχομένου, που πηγάζουν από το δικαίωμα στην ζωή.

Σημειωτέον άλλωστε ότι υπήρξε σοβαρό ερμηνευτικό ζήτημα ως προς το παραδεκτό της προσφυγής, ενώ διατυπώθηκε ισχυρή μειοψηφία που κατηγόρησε την πλειοψηφία ότι εξετράπη της ηθικής συνείδησης που οφείλει να διέπει το νομικό σύστημα της Σύμβασης». Γενικότερα από τις διατάξεις της ΕΔΔΑ που σχετίζονται με το δικαίωμα στον θάνατο, είναι η υποχρεωτική ενημέρωση και συναίνεση του προσώπου σε κάθε

περίπτωση θεμάτων υγείας του και στον σεβασμό των προγενέστερων επιθυμιών του στην περίπτωση που δεν θα είναι σε θέση να τις εκφράσει, δηλαδή το δικαίωμα της διαθήκης εν ζωή.

Σύμφωνα με τους Βούλτσος Π.- Τσούγκας Μ. «Το ζήτημα των λεγόμενων διαθηκών ευθανασίας συσχετίζεται άμεσα με τον σεβασμό στην αυτονομία του ασθενούς και στο δικαίωμα του για αυτοκαθορισμό. Η διαδικασία για την επίτευξη νομοθετικής αποδοχής των διαθηκών ευθανασίας και ιδίως του δεσμευτικού των χαρακτήρα αντιμετωπίζει δυσχέρειες ακόμη και σε ευρωπαϊκές χώρες όπως η Αυστρία και η Γερμανία οι οποίες είναι γνωστές για τον ιδιαίτερο σεβασμό που αποδίδουν στις αρχές του φιλελευθερισμού. Δυσχέρειες, οι οποίες φαίνονται να είναι μεγαλύτερες για τη χώρα μας η οποία ανήκει στην μεσογειακή βιοηθική ζώνη, η οποία διακρίνεται για τον κοινωνικό της χαρακτήρα. Αυτό δεν αποκλείει την δυνατότητα νομοθετικής αποδοχής, ιδίως μετά την εφαρμογή του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας»<sup>152</sup>

## **7.2 Ελληνική νομοθεσία για την ευθανασία**

Στην Ελληνική έννομη τάξη ο ορός ευθανασία είναι ανύπαρκτος<sup>7</sup> και τα θέματα που προκύπτουν ρυθμίζονται με σχετικές Συνταγματικές διατάξεις, με τις διατάξεις του Ν 2619/1998 με τον οποίο κυρώθηκε η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την Βιοιατρική, τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και τις διατάξεις του Ποινικού Κώδικα.

Σύμφωνα με το άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος ορίζεται ρητά η απόλυτη προστασία της ζωής άλλα δεν προβλέπεται δικαίωμα στον θάνατο. Αξίζει να σημειωθεί ότι μέχρι πριν την αναθεώρηση του Συντάγματος το 2001 προβλεπόταν η θανατική ποινή με εξαίρεση τα πολιτικά εγκλήματα. Η θανατική ποινή καταργήθηκε με το άρθρο 33 παρ. 1 του Ν 2172/1993 "Η ποινή του θανάτου κ α τ α ρ γ ε ί τ α ι. Όπου στις κείμενες διατάξεις προβλέπεται για ορισμένη αξιόποινη πράξη αποκλειστικώς η ποινή του θανάτου, νοείται ότι απειλείται η ποινή της ισόβιας κάθειρξης. Αν η ποινή του θανάτου προβλέπεται διαζευκτικώς με άλλη ποινή, νοείται ότι απειλείται μ ό ν ο η τελευταία». Η θανατική ποινή, επιτρέπεται μόνο σε καιρό πολέμου και μόνο για κακουργήματα που σχετίζονται μ' αυτόν.

Στον Ποινικό Κώδικα δεν υπάρχει κάποια διάταξη που να τιμωρεί ρητά την ευθανασία.

Στο άρθρο 300 με τίτλο «Ανθρωποκτονία με συναίνεση» και άρθρο 301 «Συμμετοχή σε αυτοκτονία» του ΠΚ προβλέπεται έμμεσα η περίπτωση της ευθανασίας αλλά αποδοκιμάζεται και τιμωρείται.<sup>153</sup>

Στο παραπάνω άρθρο γίνεται αντιληπτό ότι αποτελεί προνομιούχα μορφή του βασικού εγκλήματος της ανθρωποκτονίας με πρόθεση και διαφοροποιείται από αυτήν γιατί τελείται σε βάρος του προσώπου το οποίο πάσχει από ανίατη νόσο και είναι αυτό που εκλιπαρεί επίμονα προσδοκώντας τον θάνατο (αντικειμενική υπόσταση) και με το δεύτερο άρθρο όπου η απόφαση λαμβάνεται με κίνητρο τον οίκτο που αισθάνεται ο δράστης για το θύμα (υποκειμενική διάσταση). Ως δράστης ορίζεται όχι μόνο ο θεράπων γιατρός αλλά και οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο συμβάλει στην πραγμάτωση του σκοπού του ασθενή όπως είδαμε στην παραπάνω περίπτωση και συνήθως συνεκτιμάται το κίνητρο του οίκτου και η ποινή είναι ηπιότερη.<sup>154</sup>

Η ευθεία ενεργητική ευθανασία, που περιλαμβάνει και την αποσύνδεση από μηχανήμα τεχνητής διατήρησης στη ζωή, η παθητική ευθανασία παρά την αντίθετη βούληση του ασθενή, ή όταν αυτός δεν μπορεί να την εκφράσει έγκαιρα και η λειτουργία του οργανισμού είναι εφικτή, ο θάνατος, βρέφους το οποίο να μην έχει σοβαρότατα προβλήματα υγείας αλλά μπορεί να συνεχιστεί η ζωή του (Α με Α) η προτροπή ή και η βοήθεια κάποιου με ανίατη ασθένεια να αυτοκτονήσει, χαρακτηρίζονται από το ισχύον δίκαιο ως άδικες πράξεις, Στον αντίποδα η παροχή βοήθειας κατά τον θάνατο χωρίς μείωση της ζωής, η παθητική ευθανασία που γίνεται με τη σύμφωνη γνώμη ή με απαίτηση του ασθενή και η αποχή του γιατρού από τη λήψη μέτρων που συνεπάγονται μόνο την τεχνητή παράταση της ζωής, όταν το άτομο δεν έχει εκφράσει διαφορετική βούληση δεν θεωρούνται άδικες πράξεις.<sup>155</sup> Αξίζει να επισημανθεί ότι στον Ελληνικό Ιατρικό Κώδικα Δεοντολογίας καλύφθηκαν κενά νόμου που υπήρχαν στην Ελληνική νομοθεσία στις σχέσεις ιατρού - ασθενή από την σκοπιά μιας συμβατής με τα σύγχρονα προβλήματα άσκησης των καθηκόντων τους, επιχειρήθηκε, ο συμβιβασμός της προστασίας της ατομικής αυτοδιάθεσης και του ανακαθορισμού με την προστασία του ύψιστου στην ιεράρχηση εννόμου αγαθού της ανθρώπινης ζωής.<sup>156</sup>

Μια τέτοια υπόθεση που απασχόλησε την Ελλάδα ήταν η περίπτωση της οδοντίατρου Γεωργίας (Γιούλης) Βαγενά και του Ματθαίου Μονσελά. Στις 11 Ιανουαρίου του 1994 σε μια ερημική τοποθεσία βρέθηκε το πτώμα της οδοντίατρου. Κατά την έρευνα

από τις αστυνομικές αρχές διαπιστώθηκε ότι δράστης της δολοφόνου ήταν ο Μονσελάς ο οποίος της αφαίρεσε με τρεις πυροβολισμούς την ζωή.

Η Βαγενά η οποία είχε σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα, μετά τον χωρισμό από τον σύζυγο της, γεγονός το οποίο δεν αποδέχτηκε ποτέ, αποζητούσε τον θάνατο αρχικά από τους οικείους της και στην συνέχεια από αγνώστους επιλέγοντας τελικά τον Μονσελά υπάλληλο του παρκινγκ που άφηνε το αυτοκίνητο της και τον οποίο τελικά έπεισε να προβεί στην αφαίρεση της ζωής της.

Η συγκεκριμένη υπόθεση ήταν πρωτοφανής στην δικαστική τάξη, γιατί επρόκειτο για μια «δολοφονία κατά παραγγελία» όπως χαρακτηρίστηκε, με σκοπό την λύτρωση του θύματος και κίνητρο τον οίκτο του θύτη χωρίς κάποιο οικονομικό όφελος, που έφερε σε πολύ δύσκολη θέση τους δικαστές και τους ένορκους.

Τελικά ο θύτης καταδικάστηκε πρωτόδικα σε ποινή 12 χρόνων και 9 μηνών την οποία σχολιάζοντας την χαρακτήρισε σωστή. Αργότερα άσκησε έφεση και η ποινή μειώθηκε σε 12 χρόνια και 6 μήνες.

Η Ένωση Ιατρικών Συνηγώνων Ελβετίας (SMLA) , δημοσιοποίησε το 2012 μια έρευνα σχετικά με την νομιμοποίηση της ευθανασίας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τέλος της ζωής τους λόγω ανιάτων ασθενειών ή μη αναστρέψιμων βλαβών στην υγείας τους ,

η οποία πραγματοποιήθηκε σε 12 χώρες της Ευρώπης και συγκεκριμένα στην Ελλάδα, Αυστρία , Γαλλία, Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Ολλανδία, Βέλγιο, Φιλανδία, Πορτογαλία, Σουηδία, και Ισπανία. Τα ποσοστά κυμάνθηκαν από 71% μέχρι 87% των ευρωπαίων πολιτών με το 71% να αντιστοιχεί στους Δανούς και Άγγλους πολίτες και ακολουθούν οι Γάλλοι με 75%, οι Ισπανοί το 78% και οι Γερμανοί με το υψηλότερο ποσοστό 87%. Το σχετικό ποσοστό στην Ελλάδα, βρίσκεται στο 52% και ήταν το χαμηλότερο, προσδιορίζοντας τους Έλληνες πολίτες **αρνητικούς** στην ευθανασία.

Συμπερασματικά οι ερευνητές καταλήγουν ότι πρέπει να επανεξεταστεί η νομοθεσία αναφορικά με την ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ή την μη υποβοηθούμενη ευθανασία, άποψη στην οποία τάσσεται μεγάλο μέρος των γιατρών, νομικών και κοινωνιολόγων.<sup>157</sup>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗ

#### 8.1 Ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή

Ένα σημαντικό πρόβλημα στο σύγχρονο κόσμο το οποίο έπρεπε να λύσει η ιατρική επιστήμη και ειδικότερα ο κλάδος της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ήταν η μελέτη και η εύρεση λύσεων στο πρόβλημα στειρότητας δηλαδή της περίπτωσης ζευγαριών που με την χρήση οποιασδήποτε εγκεκριμένης θεραπευτικής αγωγής δεν είχαν καμία πιθανότητα να επιτύχουν σύλληψη.<sup>158</sup>

Στις μέρες μας έχει γίνει αλματώδης πρόοδος στον τομέα αυτόν με ανάπτυξη σύγχρονων ιατρικών μεθόδων υποβοήθησης της ανθρώπινης αναπαραγωγής, θέτοντας ταυτόχρονα ηθικά νομικά και κοινωνιολογικά προβλήματα. Πριν την ψήφιση του Ν 3089 το 2002 για την Ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή υπήρχε νομικό κενό, με μόνο νομοθέτημα τον Ν 1329/1983 ο οποίος εκσυγχρόνισε μερικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα που αφορούσαν το Οικογενειακό Δίκαιο όπου στο άρθρο 1471 αναγνωρίζεται ότι το τέκνο είναι του συζύγου/συντρόφου εφόσον έχει συναινέσει στην σύλληψη του με τεχνητή γονιμοποίηση, θέτοντας έτσι πέρα από την βιολογική συγγένεια και την κοινωνικοσυναισθηματική συγγένεια, δηλαδή την συγγένεια για κοινωνικούς και συναισθηματικούς λόγους.<sup>159</sup>

Τα ελληνικά δικαστήρια σε βάθος χρόνου καλέστηκαν να λύσουν και αυτά σχετικές υποθέσεις, δημιουργώντας σχετική νομολογία. Χαρακτηριστική είναι η υπ αριθμ. 31/5803/176/1999 υπόθεση που αντιμετώπισε το Πολυμελές Πρωτοδικείο Ηρακλείου και αφορούσε την υιοθεσία τέκνου που κυοφορήθηκε και γεννήθηκε από γυναίκα διαφορετική από εκείνη που χορήγησε το γεννητικό υλικό, καθώς και η υπόθεση 6779/2000 του Πολυμελούς Πρωτοδικείου Αθηνών σχετικά με την αναγνώριση της πατρότητας του μόνιμου συντρόφου της γυναίκας που απέκτησε παιδί με ξένο γενετικό υλικό και προς τους δύο συντρόφους.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση αποτελεί σήμερα την πιο διαδεδομένη μέθοδο τεκνοποίησης. Η μέθοδος αναπτύχθηκε από τον βρετανό γυναικολόγο και μαιευτήρα Πάτρικ Στέππου, σε συνεργασία με τον βιολόγο και φυσιολόγο Ρόμπερτ Έντουαρτς. Το πρώτο παιδί της μεθόδου αυτής που ονομάστηκε «παιδί του σωλήνα» γεννήθηκε στις 25 Ιουλίου του 1978, στο νοσοκομείο Όλνταμ της Αγγλίας, υπό την επίβλεψη του δόκτορος Στέππου. Ήταν κορίτσι, γεννήθηκε 2 κιλά και εξακόσια γραμμάρια και ονομάστηκε Λουΐζα Μπράουν.

Στις 20 Ιανουαρίου του 1982 στην χώρα μας, γεννήθηκε στην Αθήνα με καισαρική τομή το πρώτο «παιδί του σωλήνα» με επικεφαλείς της ιατρικής ομάδας τους Έλληνες γιατρούς Α. Κόλλια και Σ Κτενά και παρόντα τον δρ. Στέππου, το οποίο ήταν το δέκατο τρίτο «παιδί του σωλήνα» στον κόσμο, σήμερα 35 ετών.

Η εξωσωματική γονιμοποίηση επιτυγχάνεται με διάφορες ιατρικές μεθόδους όπως η ενδοσωματική σπερματέγχυση (in vivo): τεχνητή εισαγωγή σπέρματος στο γυναικείο κόλπο. Υπάρχουν δυο τύποι η ομόλογη και η ετερόλογη. Ομόλογη ονομάζεται όταν η προέλευση του σπέρματος είναι από τον σύζυγο/σύντροφο ενώ η ετερόλογη από έναν τρίτο δότη, η εξωσωματική γονιμοποίηση (in vitro): γονιμοποίηση ωαρίου, έξω από το γυναικείο σώμα, σε δοκιμαστικό σωλήνα και, στην συνέχεια εμφύτευσή του στο ενδομήτριο. Η μεταφορά γαμετών στις σάλπιγγες: λήψη σπέρματος από το σύζυγο/σύντροφο και ωαρίων από τη σύζυγο/σύντροφο και τοποθέτησή τους λαπαροσκοπικά, στις σάλπιγγες. Η παρένθετη μητρότητα: η κυοφορία και η γέννηση γίνεται σε παρένθετο πρόσωπο, όπου εμφυτεύεται στην μήτρα του γονιμοποιημένο ωάριο. Το ωάριο αυτό είναι είτε του ζευγαριού που θέλει να τεκνοποιήσει είτε από τρίτο δότη ωαρίου ή σπερματοζωαρίου.

Η υποκατάστατη μητρότητα: Η υποκατάστατη μητέρα παρέχει και το ωάριο, το οποίο γονιμοποιείται με το σπέρμα του συζύγου/συντρόφου ή τρίτου δότη της γυναίκας που προσφεύγει στη διαδικασία απόκτησης τέκνου και αναλαμβάνει στην συνέχεια να το κυοφορήσει και τέλος η δυνατότητα μεταθανάτιας γονιμοποίησης με γενετικό υλικό κρυοσυντηρημένο. Η εξωσωματική γονιμοποίηση παρέχει και άλλες δυνατότητες όπως επιλογή φύλλου, ερευνητικούς και θεραπευτικούς σκοπούς.



Πέρα από την αναθεώρηση του οικογενειακού δικαίου το 1983 , σε Ευρωπαϊκό επίπεδο υπάρχει η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης,<sup>160</sup> «Για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική» με την οποία υπάρχει δέσμευση απαγόρευσης επιλογής φύλου (πλην της επιβαλλόμενης για ιατρικούς λόγους), απαγόρευση της αναπαραγωγικής κλωνοποίησης και την επιτρεπτή έρευνα σε γονιμοποιημένα ωάρια.

Στο Σύνταγμα της χώρας μας στο άρθρο 5 παρ. 1 κατοχυρώνεται το δικαίωμα της αναπαραγωγής μέσα από το δικαίωμα ανάπτυξης της προσωπικότητας του ανθρώπου και συνεπώς οι ιατρικές μέθοδοι αναπαραγωγής του προστατεύονται αρκεί να μην προσβάλλονται τα χρηστά ήθη

Ο νόμος 3089/2002 ήρθε να καλύψει το νομοθετικό κενό του αστικού δικαίου ως προς την εφαρμογή ιατρικών μεθόδων για την υποβοήθηση της ανθρώπινης αναπαραγωγής. με πνεύμα τολμηρό και ρηζικέλευθο.

Εισάγετε στον Αστικό Κώδικα όγδοο κεφάλαιο με τα άρθρα 1450-1460 και τίτλο ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή.

Στο άρθρο 1455 καθορίζονται οι προϋποθέσεις της ιατρικής υποβοήθησης στην ανθρώπινη αναπαραγωγή η οποία επιτρέπεται μόνο στην περίπτωση που υπάρχει αδυναμία απόκτησης τέκνου με βιολογικό τρόπο ή μετάδοσης σ' αυτό σοβαρής νόσου. Επιτρέπεται ως την αναπαραγωγική ηλικία, ενώ η κλωνοποίηση απαγορεύεται όπως και η επιλογή φύλλου.

Με το άρθρο 1456 ορίζονται τα προαπαιτούμενα όπως η έγγραφη συναίνεση των προσώπων που επιθυμούν να αποκτήσουν τέκνο. Στην περίπτωση άγαμης γυναίκας και του συντρόφου της απαιτείται συμβολαιογραφικό έγγραφο. Προβλέπεται η ανάκληση της συναίνεσης με τον ίδιο τρόπο με τον οποίο χορηγήθηκε και μέχρι την μεταφορά του γονιμοποιημένου ωαρίου στο σώμα της γυναίκας

Σχετικά με την μεταθανάτια γονιμοποίηση ο νομοθέτης δεν την απαγορεύει αλλά εισάγει αυστηρά κριτήρια όπως την δικαστική άδεια και την υπάρξει σωρευτικά κινδύνου στειρότητας ή θανάτου, ύπαρξη συναίνεσης με συμβολαιογραφική πράξη σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Δικαστική άδεια απαιτείται και στην περίπτωση παρένθετης μητρότητας. Εδώ ο νομοθέτης θέτει και το ζήτημα της δωρεάν και χωρίς αντάλλαγμα συμφωνίας των εμπλεκόμενων προσώπων.

Κατά κανόνα επιτρέπεται η κρυσυντήρηση ωάριων ή σπερματοζωαρίων ή γονιμοποιημένων ωάριων περισσότερων από τα επιτρεπτά, οπότε προβλέπεται με έγγραφη δήλωση στον υπεύθυνο γιατρό ή το Ιατρικό κέντρο ότι αυτά που δεν θα χρειαστούν διατίθενται χωρίς αντάλλαγμα, σε πρόσωπα, που θα επιλεγούν από τον γιατρό ή το ιατρικό κέντρο ή θα χρησιμοποιηθούν για ερευνητικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς δωρεάν ή τέλος θα καταστραφούν με την λήξη της πενταετίας. Τα μη κρυσυντηρημένα γονιμοποιημένα ωάρια καταστρέφονται έπειτα από δεκατέσσερις ήμερες από την γονιμοποίηση τους,

Σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι ισχύει το ιατρικό απόρρητο των δοτών και μόνη πρόσβαση και μόνο για ιατρικούς λόγους έχει το τέκνο.

Επίσης καθορίζονται οι ερευνητικοί σκοποί για τους οποίους είναι διαθέσιμο το πλεονάζων γενετικό υλικό και ειδικότερα στο άρθρο 11 καθορίζεται η διερεύνηση των γνώσεων για την ανθρώπινη αναπαραγωγή, την βελτίωση των μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας της υπογονιμότητας, καθώς και του ελέγχου της γονιμότητας (αντισύλληψης), εντοπισμός των αιτιολογικών παραγόντων των αποβολών και εξεύρεση τρόπων αντιμετώπισής τους, ανάπτυξη τεχνικών ελέγχου και θεραπείας των γενετικών νόσων και των συγγενών ανωμαλιών, μελέτη της βιολογίας των εμβρυϊκών βλαστικών κυττάρων και πιθανές θεραπευτικές χρήσεις τους.

Προϋπόθεση πέρα από την έγγραφη συναίνεση στην οποία αναφερθήκαμε παραπάνω, απαιτείται να υπάρχει εγκεκριμένο από την Εθνική αρχή ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής ερευνητικό πρωτόκολλο, προηγούμενη σχετική έρευνα σε πειραματόζωα, όταν αυτό είναι εφικτό επιστημονικά, και η ερευνητική ομάδα να διαθέτει την τεχνογνωσία και τον απαιτούμενο εξοπλισμό. Μετά το παραπάνω νομοθέτημα διαπιστώθηκε ότι τίθενται ζητήματα Δημόσιας Υγείας τα οποία ρυθμίστηκαν με τον Ν 3305/2005<sup>161</sup>.

Με τον παραπάνω νόμο ορίζονται τα πλαίσια εφαρμογής των μεθόδων της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής (I.Y.A.) ώστε να εξασφαλίζετε ο σεβασμός της ελευθερίας του ατόμου, το δικαίωμα της προσωπικότητας και την ικανοποίηση της επιθυμίας για απόκτηση απογόνων, το συμφέρον του παιδιού που θα γεννηθεί με βάση τα δεδομένα της ιατρικής και της βιολογίας, καθώς και τις αρχές της βιοηθικής.

Σημαντική είναι η εισαγωγή διενέργειας συγκεκριμένων ιατρικών εξετάσεων σε νοσήματα που απειλούν την Δημόσια Υγεία όπως το AIDS, η Ηπατίτιδα Β και C, και η Σύφιλη και στην περίπτωση οροθετικών προβλέπεται ειδική άδεια η οποία χορηγείται από την Εθνική αρχή ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής.

Επίσης προβλέπονται διοικητικές και ποινικές κυρώσεις. Οι διοικητικές κυρώσεις επιβάλλονται από την Εθνική αρχή ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής και δύναται να είναι χρηματικά πρόστιμα που κυμαίνονται από 1.500 ως 400.000 ευρώ ή αφαίρεση άδειας άσκησης επαγγέλματος ή ανάκληση άδειας λειτουργίας. Σε παραβατικές συμπεριφορές προβλέπονται ποινικές κυρώσεις από ποινή φυλάκισης τριών μηνών ως κάθειρξη δεκαπέντε ετών, που εξαρτώνται από την βαρύτητα της κάθε πράξης.

Το 2014 ψηφίστηκε ο Ν 4272/2014<sup>162</sup> με τον οποίο επέρχονται, αλλαγές στο υφιστάμενο ελληνικό νομικό πλαίσιο της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Στο τρίτο κεφάλαιο του Νόμου περιλαμβάνονται οι διατάξεις για την ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή (I.Y.A.) και ρυθμίζονται θέματα όπως η διάρκεια της κρυσυντήρησης του γεννητικού υλικού η οποία καθορίζεται από τρίτο δότη σε 10 έτη και από τους γονείς σε πέντε χρόνια.

Οι Τράπεζες Κρυσυντήρησης ιδρύονται με άδεια ίδρυσης και λειτουργίας από την Αρχή Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής αφού πρωτίστως ελεγχτούν οι προϋποθέσεις χορήγησης τους οι οποίες καθορίζονται λεπτομερώς.<sup>163</sup> Δικαιούχοι ίδρυσης και λειτουργίας είναι ΝΠΔΔ και ΝΠΙΔ καθώς και φυσικά πρόσωπα τα οποία διαθέτουν την σχετική άδεια άσκησης ιατρικού, ή βιοιατρικού επαγγέλματος. Η άδεια ανακαλείται από την αρχή η οποία την εξέδωσε σε περίπτωση παραβάσεων της κείμενης νομοθεσίας.

Μόλις πριν ένα χρόνο θεσμοθετήθηκαν<sup>164</sup> οι όροι και οι προϋποθέσεις χορήγησης , της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας των Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.) Οι Μ.Ι.Υ.Α. είναι υποχρεωμένες να λειτουργούν με υψηλά πρότυπα ποιότητας και να εφαρμόζουν διαδικασίες ελέγχου της ποιότητας σύμφωνα με το Π.Δ. 26/2008<sup>165</sup>, με βάση τους διεθνείς κώδικες δεοντολογίας, τους κανόνες βέλτιστων πρακτικών σύμφωνα με την διεθνή επιστημονική βιβλιογραφία, τα διεθνή ιατρικά πρότυπα σε κάθε κατηγορία ιατρικών πράξεων , τις κατευθυντήριες οδηγίες, τα πρωτόκολλα των διεθνών και εθνικών επιστημονικών εταιρειών, τις προδιαγραφές της άσκησης του επιστημονικού έργου σε κάθε επίπεδο με βάση την επιστημονική τεκμηρίωση, τα ιατρικά πρωτόκολλα και στις επιστημονικές κατευθυντήριες οδηγίες, τους κανόνες της ΕΕ και τις αποφάσεις της Ε.Α.Ι.Υ.Α.

Για το πρώτο έτος η πιστοποίηση των συστημάτων ποιότητας γίνεται με βάση το πρότυπο ISO 9001 για τον τομέα υγείας (ΕΑ 38) ή αντίστοιχο. Από το δεύτερο έτος και για τα επόμενα η πιστοποίηση και η επικαιροποίηση θα γίνεται με το ισχύον πρότυπο 15.2-24-2012. Η πιστοποίηση διενεργείται από φορείς διαπιστευμένους από το Εθνικό Σύστημα Διαπίστευσης (Ε.ΣΥ.Δ.).

Με τον προηγούμενο νόμο δεν αναγνωρίζονταν κανενός είδους δαπάνη σ' όλες της διαδικασίες της διάθεσης γενετικού υλικού ενώ με την τροποποίηση της παραγράφου 5 του άρθρου 8 του Ν 3305/2005, πλέον αναγνωρίζονται οι ιατρικές, φαρμακευτικές, νοσηλευτικές και εργαστηριακές, πριν, κατά και μετά τη λήψη των γαμετών αλλά και για την αποχή του δότη από την εργασία του, είτε για την προετοιμασία, είτε για την λήψη των γαμετών, καθώς και αποζημίωση για τη βιολογική καταπόνησή του.

Οι καλυπτόμενες δαπάνες και το ύψος της αποζημίωσης καθορίζονται με απόφαση της ΕΑΙΥΑ. Επίσης ορίζεται και η διαδικασία καταβολής των δαπανών και της αποζημίωσης οι οποίες καταβάλλονται από τους λήπτες στον γιατρό ή τον εκπρόσωπο του κέντρου οι οποίοι έχουν την υποχρέωση εκδίδοντας τα σχετικά παραστατικά τα οποία δεν επιφέρουν οποιαδήποτε φορολογική υποχρέωση, να τις καταβάλουν στους δότες.

Ρητά ορίζεται ότι οι γιατροί ή οι εκπρόσωποι των ΜΙΥΑ είναι επιφορτισμένοι με τον έλεγχο, μέσω του εθνικού αρχείου δοτών και ληπτών, για τυχόν υπέρβαση του

αριθμού των γαμετών που δύνανται να προσφέρει προς διάθεση ένας δότη/δότηρια, όπως καθορίζεται με τις σχετικές αποφάσεις της Αρχής Ι.Υ.Α.

Στην περίπτωση της παρένθετης μητρότητας δίνεται η δυνατότητα είτε στην αιτούσα, είτε στην παρένθετη μητέρα σε αντίθεση με τα προϊσχύοντα (μόνιμοι κάτοικοι) να είναι και προσωρινά διαμένοντες στην Ελλάδα. Επίσης προβλέπεται η διασύνδεση των Ιδιωτικών μονάδων ΙΥΑ με νοσοκομεία του ΕΣΥ, τις προϋποθέσεις της οποίας καθορίζει η ΕΑΙΥΑ.

Σε ότι αφορά τις ποινικές κυρώσεις<sup>166</sup> τιμωρείται με ποινή φυλάκισης τουλάχιστον δύο (2) ετών όποιος αγοράζει ή προσφέρει ή μεσολαβεί στην πώληση γενετικού υλικού ή γονιμοποιημένων ωαρίων ή υλικό προερχόμενο από γονιμοποιημένα ωάρια ή αποκρύπτει ή παραποιεί στοιχεία του ιατρικού φακέλου με σκοπό την πώληση γενετικού υλικού. Με ποινή κάθειρξης μέχρι δέκα (10) ετών όταν οι παράνομες πράξεις διενεργούνται κατ' επάγγελμα ή κατά εξακολούθηση.

Συμπερασματικά<sup>167</sup>, η Ελλάδα είναι από τις ελάχιστες χώρες που διαθέτει ένα από τα πιο προοδευτικά φιλελεύθερα,, ρεαλιστικά, ισορροπημένα νομικά πλαίσια στην Ευρώπη σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, την ρύθμιση των σχέσεων που προκύπτουν από αυτές (συγγένεια) και την αποδοχή αντί της απόρριψης της μεταθανάτιας εξωσωματικής γονιμοποίησης η οποία ως και σήμερα αποτελεί αμφιλεγόμενη ιατρική πρακτική.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΒΙΟΗΘΙΚΗ

#### 9.1 Βιοηθική

Κατά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο στα Ναζιστικά στρατόπεδα συγκέντρωσης πραγματοποιήθηκαν κάτω από φρικτές συνθήκες τα πρώτα σε τόσο μεγάλη κλίμακα πειράματα με ανθρώπινα πειραματόζωα.<sup>168</sup>

Η Διεθνής Οργάνωση Υγείας σε συνεργασία με την UNESCO τον Σεπτέμβριο του 1947 στην Γενεύη συνέταξε τον Διεθνή Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, σαφώς επηρεασμένο από την Δίκη της Νυρεμβέργης<sup>169</sup>. με τον οποίο τέθηκαν κανόνες υποχρεωτικής εφαρμογής σε κάθε πειραματική διαδικασία με αντικείμενο ανθρώπινο ον. Η συγκατάθεση αποτέλεσε τον θεμέλιο λίθο της Βιοηθικής.

Με τον όρο Βιοηθική<sup>170</sup> εννοείται ο διεπιστημονικός κλάδος της εφαρμοσμένης ηθικής με αντικείμενο τα ηθικά ζητήματα που προκύπτουν από τις νέες ανακαλύψεις της Βιολογίας και της Γενετικής Μηχανικής, με σκοπό την αποφυγή μη αναστρέψιμων καταστάσεων κατά τον χειρισμό γενετικού υλικού<sup>171</sup>.

Η βιοηθική σχετίζεται με την ηθική φιλοσοφία και είναι συναφής με τα ανθρώπινα δικαιώματα. Τον όρο "bioethics", χρησιμοποίησε πρώτος ο Potter van Rensselaer το 1971 στο έργο του «Bioethics. Bridge to the future» (Βιοηθική. Γέφυρα προς το μέλλον) ο οποίος καθιερώθηκε στην διεθνή βιβλιογραφία αντικαθιστώντας σταδιακά τον όρο "ηθική της ιατρικής".<sup>172</sup>

Η Βιοηθική αποτελεί το σημείο τομής διαφορετικών επιστημονικών πεδίων και ειδικότερα της Βιολογίας, της Γενετικής, της Βιοτεχνολογίας της Βιοϊατρικής, της Νομικής και της Θεολογίας.

Η Βιοιατρική αποσκοπεί στην βελτίωση της ποιότητας της ανθρώπινης ζωής, η θεολογία αποτελεί ασπίδα μέσω της θρησκείας από το κακό, η φιλοσοφία διασφαλίζει τα ανθρώπινα δικαιώματά και η νομική επιστήμη τα επικυρώνει. Μεγάλη σημασία έχει η επιβίωση των αξιών της ισότητας, της αξιοπρέπειας και της υγείας.<sup>173</sup>

Η βιοηθική λειτουργεί θεωρητικά και πρακτικά Αναδεικνύει τα προβλήματα, θέτει επί των ευθυνών τους επιστήμονες, δείχνοντας την διακύβευση του ανθρώπινου από τις παρεμβάσεις τους και οριοθετώντας κατευθυντήριες γραμμές.

Η επέμβαση της βιοηθικής παρατηρείται μόνο όταν απειλείται η ακεραιότητα και η αξιοπρέπεια του ανθρώπου, όταν παραβιάζονται τα θεμελιώδη δικαιώματα του από τα επιστημονικά επιτεύγματα. Χωρίς αυτό να σημαίνει ότι η σκοπιά θεώρησης της είναι αντιεπιστημονική ή νοσηρή κινδυνοφοβία. Η Βιοηθική θέτει όρια στην βιοτεχνολογία όταν αρχίσει να λειτουργεί αντίθετα από το όφελος του ανθρώπου. Δεν σταματάει την πρόοδο, αλλά υποδεικνύει ασφαλιστικές δικλείδες ως προς τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, αξιοκρατικής συμβίωσης και αυτονομίας, αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα τις θετικές ενέργειες των επιστημών για την εξάλειψη της γενετικής αδικίας.

Στην αρχή της δεκαετίας του '70 για πρώτη φορά η τεχνογνωσία επέτρεψε να επέμβει ο άνθρωπος στο γενετικό υλικό. Αφετηρία γι' αυτό αποτέλεσε η μελέτη της παθολογίας της μαστίγας του καρκίνου από τους επιστήμονες οι οποίοι στην προσπάθεια θεραπείας της νόσου επιθυμούσαν την κλωνοποίηση καρκινικών γονιδίων εισάγοντας τα στο βακτήριο *Escherichia coli*, το οποίο αποτελεί μέλος της φυσιολογικής βακτηριοχλωρίδας του πεπτικού συστήματος ανθρώπων και ζώων. Κατά το εγχείρημα αυτό υπήρχε σημαντική πιθανότητα διαφυγής γενετικά τροποποιημένων βακτηριακών στελεχών. Αυτό αποτέλεσε το έναυσμα εκατό μοριακών βιολόγων το 1975, να συμφωνήσουν ότι απαιτείται να μουν όρια στην Γενετική Μηχανική, η δε συμφωνία αυτή συνιστά την πρώτη καταγεγραμμένη απόφαση Βιοηθικής.

Αποτέλεσμα των γενετικών ερευνών ήταν η εμπορική ταυτοποίηση (πατεντάρισμα) και ανθρώπινων γονιδίων από ιδιωτικές εταιρείες που ασχολούνται με εφαρμογές της Βιοτεχνολογίας και της Γενετικής. Η αρχή έγινε το 1980 στις ΗΠΑ για ένα γενετικά τροποποιημένο βακτήριο που είχε την ικανότητα να διασπά το πετρέλαιο.<sup>174</sup>

Αντίστοιχα το 1992 το Ευρωπαϊκό Γραφείο Ευρεσιτεχνιών έδωσε δίπλωμα ευρεσιτεχνίας σε κατάλληλα γενετικά τροποποιημένο ποντικό που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα κατά του καρκίνου. Τα πράγματα όμως περιπλέχτηκαν όταν απαιτήθηκε η κατοχύρωση δικαιωμάτων των ανθρώπινων γονιδίων καθώς δεν ήταν απλά και μόνο βιολογικό υλικό αλλά στοιχείο της ταυτότητας του κάθε ατόμου ξεχωριστά.<sup>175</sup>

Αναδεικνύοντας την οξεία προβληματική του θέματος από τη μια με ιδιωτικές εταιρείες κολοσσούς να ξοδεύουν υπέρογκα ποσά για την έρευνα στο ανθρώπινο γονιδίωμα με την προσδοκία της απόσβεσης του κόστους με τις εν δυνάμει εφαρμογές στη γονιδιακή θεραπεία ενώ από την άλλη στην ακαδημαϊκή και επιστημονική κοινότητα να κερδίζει διαρκώς η άποψη ότι το γονιδίωμα είναι η ίδια η κοινή μας κληρονομιά και κανείς δεν πρέπει ούτε και μπορεί να την διεκδικήσει αποκλειστικά. Οι εφαρμογές της Γενετικής Μηχανικής, της Βιοϊατρικής και της Βιοτεχνολογίας, πέρα από τους τομείς της υγείας έχουν επιπτώσεις και στο τομέα του περιβάλλοντος και της διατροφής. Η έλλειψη τροφίμων στον πλανήτη έστρεψε τους επιστήμονες στην κλωνοποίηση θηλαστικών (πρόβατο Dolly). Η κλωνοποίηση σε θηλαστικά οδήγησε τους γενετιστές και σε μια πιθανή κλωνοποίηση ανθρώπου. Σ' αυτήν την προοπτική εντοπίστηκαν πολλά και σοβαρά ηθικά προβλήματα ξεκινώντας από τη μοναδικότητα του ατόμου, την ομοιογένεια στο γονιδίωμα κ.α.

Σύμφωνα με το ενδιαφέρον άρθρο «Ηθική και Βιοηθική» της Δραγώνα- Μονάχου (2010) αναλύοντας τον διεπιστημονικό χαρακτήρα της βιοηθικής επισημαίνεται ότι «δεν γίνεται τόσο λόγος για ειδικούς της βιοηθικής γενικώς πέρα από τη φιλοσοφική κατάρτιση και την ηθική ευαισθησία κάποιων επιστημόνων στο πλαίσιο του επιστημονικού πεδίου τους ή τον προβληματισμό κάποιων ηθικών φιλοσόφων, ύστερα από επαρκή πληροφόρηση, σε βιοϊατρικά θέματα όσο και επιτροπές και συμβούλια βιοηθικής. Ούτε αφθονούν σχετικές μονογραφίες, όπως συμβαίνει στην επιστήμη, τη φιλοσοφία και την ηθική, το κάθε θέμα της βιοηθικής χρειάζεται εξειδικευμένη γνώση και μελέτη συγκεκριμένων περιπτώσεων όσο εκδόσεις άρθρων, συλλογικοί τόμοι και ανθολογίες με κείμενα συγγραφέων διαφόρων ειδικοτήτων. Για την οποιαδήποτε ετυμηγορία και παρέμβασή της η βιοηθική πρέπει να λαμβάνει υπόψη της τα πραγματικά δεδομένα και τα πορίσματα πολλών και διαφορετικών γνωστικών περιοχών των οποίων οι θέσεις και κυρίως οι εφαρμογές έχουν επιπτώσεις στην αξιοπρέπεια και τα θεμελιώδη δικαιώματα του ανθρώπου, στις πνευματικές πεποιθήσεις της κοινωνίας και γενικώς στην ηθική ευαισθησία της κοινής γνώμης. Πριν ακόμη το δίκαιο κωδικοποιήσει σε γενικές γραμμές την προστασία του ατόμου από αθέμιτες τεχνοεπιστημονικές παρεμβάσεις, αλλά και παράλληλα προς αυτό, ως 'άγραφο νόμιμο' και μορφή αριστοτελικής 'φρόνησης' και 'επιείκειας', έρχεται η βιοηθική<sup>177</sup>. να προστατεύσει το άτομο από την αναγωγή στα γονίδια του και να κατοχυρώσει την αξιοπρέπεια, την ελευθερία, την πνευματικότητα και την αυτονομία



του. Ο άνθρωπος δεν είναι απλά το σύνολο των γονιδίων του, καθορισμένος πριν γεννηθεί για τη ζωή και τον θάνατο, αλλά ήδη από την εποχή του Δημόκριτου, είναι και αυτό που γίνεται, αυτό που κάνει ο ίδιος με την παιδεία τον εαυτό του: 'Παραπλήσιον εστί η φύσις και η διδαχή και γαρ η διδαχή μεταρρυσμοί τον άνθρωπον, μεταρρυσμούσα δε φυσιοποιεί'». <sup>178</sup>

Η Σύμβαση για την Προστασία των ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και της Βιοϊατρικής στο πρώτο άρθρο απαγορεύει οποιαδήποτε γενετική παρεμβολή που στόχο έχει τη δημιουργία γενετικά ανθρώπινου όντος όμοιου με άλλο ανθρώπινο ον, ζωντανό ή νεκρό. Αναγνωρίζεται το δικαίωμα της γνώσης κάθε ατόμου για όλες τις πληροφορίες σχετικά με την υγεία του και απαγορεύεται οποιαδήποτε διάκριση με βάση τα κληρονομικά του χαρακτηριστικά».

Στην χώρα μας το επίσημο όργανο για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και την Βιοηθική είναι δυο Επιτροπές η οποίες συστάθηκαν με τον Ν 2667/1998 και υπάγονται στον Πρωθυπουργό, καταδεικνύοντας έτσι την σπουδαιότητα των αποφάσεων τους.

Η πρώτη λειτουργεί ως ανεξάρτητο συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας στα θέματα προστασίας των δικαιωμάτων του ανθρώπου , ενώ η δεύτερη έχει και αυτή συμβουλευτικό χαρακτήρα με αποστολή τη διαρκή παρακολούθηση των θεμάτων που σχετίζονται με τις εφαρμογές των βιολογικών επιστημών και τη διερεύνηση των ηθικών, κοινωνικών και νομικών διαστάσεων και επιπτώσεων τους.

Οι αρμοδιότητες της εστιάζονται στην εξέταση κάθε ηθικού, κοινωνικού ή νομικού ζητήματος που σχετίζεται με τις εξελίξεις, στη Βιολογία, τη Βιοτεχνολογία, την Ιατρική και τη Γενετική, διατυπώνοντας σε συνεργασία με τα αρμόδια Υπουργεία, προτάσεις συνολικής πολιτικής και συγκεκριμένων ενεργειών επίλυσης των προβλημάτων αυτών. <sup>180</sup>

Πέρα από τα παραπάνω συνεργάζεται με διεθνείς οργανισμούς και παρεμφερή όργανα και είναι επιφορτισμένη με την ενημέρωση των πολιτών για θέματα που αφορούν την εξέλιξη των βιοτεχνολογικών επιστημών και τις συνέπειες των μελλοντικών εφαρμογών τους.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας ως κλάδος τα τελευταία χρόνια κατατάσσεται άλλοτε ως κλάδος του Ειδικού Διοικητικού Δικαίου και άλλοτε του Κοινωνικού Δικαίου. Εστιάζει στην υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και στην υγειονομική τάξη. Οι αρχές του Ευρωπαϊκού Δικαίου είναι κανόνες δικαίου, το περιεχόμενο τους είναι γενικό, παρέχουν κατευθύνσεις σε εκείνον που εφαρμόζει το δίκαιο για να διαμορφώσει ο ίδιος δίκαιο. Το Ευρωπαϊκό δίκαιο συνέβαλε ουσιαστικά στην εδραίωση του δικαιώματος στην προστασία της υγείας των Ευρωπαίων πολιτών άλλοτε με δεσμευτικά μέτρα και άλλοτε με μη δεσμευτικά μέτρα όπως οι οδηγίες .

Η οργάνωση των συστημάτων υγείας των κρατών μελών της ΕΕ αποτελεί ευθύνη του κάθε κράτους. Οι κυβερνήσεις έχουν την ευθύνη για την υγεία των λαών τους που μπορούν να ικανοποιηθούν μόνο με την παροχή επαρκών υγειονομικών και κοινωνικών μέτρων.

Το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει οργανωθεί με βάση το πρότυπο Beveridge με παράλληλη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα , κυρίως στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Κύριο χαρακτηριστικό του ΕΣΥ είναι η κρατική ευθύνη για την προστασία της υγείας.

Το ΕΣΥ δεν έχει συστηματικά εισαγάγει την αξιολόγηση με βάση προκαθορισμένους δείκτες παροχής υπηρεσιών. Η αξιολόγηση είναι η πιο πρόσφορη μέθοδος αποδοτικότερης διαχείρισης, και διασφάλισης της οικονομικής βιωσιμότητας.

Το ΕΣΥ μετά την υπογραφή του Μνημονίου το οποίο συνοδεύεται από σκληρές, ακραίες φιλελεύθερες πολιτικές λιτότητας περιόρισε τις κοινωνικές παροχές και τις παροχές υγείας μετά το 2010 .

Σήμερα η λειτουργία του ΕΣΥ είναι προβληματική και περιορίζεται στην επίλυση μακροχρόνια συσσωρευμένων προβλημάτων του, με κύριο την λειτουργία του και την οικονομική διαχείριση με δεδομένη την υποχρηματοδότηση, την υποβαθμισμένη ποιότητα την έλλειψη υλικών και ανθρωπίνων πόρων λόγω της οικονομικής κρίσης,

με άμεσες επιπτώσεις στην υγεία του Ελληνικού πληθυσμού και ειδικότερα στις ευάλωτες κοινωνικοοικονομικά ομάδες όπως οι άνεργοι, οι ανασφάλιστοι, οι πολίτες που βιώνουν κάτω από τα όρια της φτώχειας και οι άστεγοι.

Ένα άλλο πρόβλημα είναι η έλλειψη αποτελεσματικής και εμπνευσμένης ηγεσίας σ' όλα τα επίπεδα και η κομματικοποίηση του συστήματος που οδήγησε στην αναξιοκρατία.

Η αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί να επιτευχθεί με την αλλαγή της υπάρχουσας Εθνικής πολιτικής υγείας υιοθετώντας νέο μοντέλο οργάνωσης των υπηρεσιών με βαρύτητα στην πρόληψη. Θέσπιση βραχυπρόθεσμων, μεσοπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων μετρήσιμων στόχων ώστε να δύναται να αξιολογηθούν. Απαιτείται η ενίσχυση της χρηματοδότησης του ΕΣΥ πέρα από την κρατική χρηματοδότηση η οποία εκτιμάται ότι πρέπει να αυξηθεί και να είναι τουλάχιστον 6% του ΑΕΠ, αλλά και η εύρεση διαφορετικών οικονομικών πόρων , λόγω της αύξησης της μεγάλης ανεργίας στην χώρα μας.

Επίσης να ληφθεί μέριμνα για τα παιδιά, τους χρόνια πάσχοντες και του ηλικιωμένους δημιουργώντας ειδικά κέντρα . Απαραίτητη είναι και η ίδρυση μονάδων αντιμετώπισης εγκεφαλικών και καρδιαγγειακών παθήσεων με δεδομένο ότι αποτελούν την πρώτη αιτία θανάτου παγκοσμίως.

Να ενισχυθεί ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού και τα νοσοκομεία να λειτουργούν ως επιχειρήσεις δημοσίου συμφέροντος. Τα παραπάνω είναι ορισμένα από αυτά που πρέπει να πραγματοποιηθούν στο ΕΣΥ ώστε να επιτευχθεί ο στόχος ο οποίος δεν είναι άλλος από την παροχή υψηλών υπηρεσιών υγείας στους πολίτες.

Τα δικαιώματα του χρήστη υπηρεσιών υγείας είναι η προστασία και η αξιοπρέπεια του, που εκδηλώνεται με την αρχή της ισότητας και ειδικότερα την απαγόρευση των γενετικών διακρίσεων αλλά και των λοιπών διακρίσεων. Το δικαίωμα στην ενημέρωση της κατάστασης της υγείας του και το δικαίωμα της συναίνεσης στις ιατρικές πράξεις εξειδικεύει την αυτονομία του ατόμου. Επιπρόσθετα η συναίνεση συνιστά μέσο συνεργασίας με τον ασθενή και τους επαγγελματίες υγείας, που στο ισχύον δίκαιο της χώρας μας μόνο εμμέσως από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και τον Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, εξασφαλίζεται.

Περαιτέρω ως προς την αστική ευθύνη του Δημοσίου στα Νοσοκομεία, τα οποία αποτελούν Ν.Π.Δ.Δ. είναι σημαντική και εξετάζεται στην βάση της δράσης των οργάνων κατά την άσκηση της υπηρεσίας τους.

Ο αιτιώδης σύνδεσμος μεταξύ ζημιολόγου πράξης και επερχόμενου αποτελέσματος είναι απαραίτητος για να επιδικασθεί ηθική βλάβη ή ψυχική οδύνη.

Σχετικά με την ευθανασία οι ερευνητές καταλήγουν ότι πρέπει να επανεξεταστεί η νομοθεσία αναφορικά με την ευθανασία ή υποβοηθούμενη αυτοκτονία, ή την μη υποβοηθούμενη ευθανασία, άποψη στην οποία τάσσεται μεγάλο μέρος των γιατρών, νομικών και κοινωνιολόγων καθώς και το 52% των Ελλήνων πολιτών.

Η Ελλάδα είναι από τις ελάχιστες χώρες που διαθέτει ένα από τα πιο προοδευτικά φιλελεύθερα, ρεαλιστικά και ισορροπημένα νομικά πλαίσια στην Ευρώπη σχετικά με την υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, την ρύθμιση των σχέσεων που προκύπτουν από αυτές (συγγένεια) και την αποδοχή αντί της απόρριψης της μεταθανάτιας εξωσωματικής γονιμοποίησης η οποία ως και σήμερα αποτελεί αμφιλεγόμενη ιατρική πρακτική.

## **ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ**

### *(ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ-ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΠΗΓΕΣ)*

- 1.Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), World Health Organization (WHO), είναι ένας αυτόνομος Διεθνής διακρατικός οργανισμός που αποτελεί υπηρεσία του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) με αντικείμενο τη Διεθνή Δημόσια υγεία. Ιδρύθηκε επίσημα το 1948 με έδρα την Γενεύη. Αποτελεί μέλος της Ομάδας Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών (United Nations Development Group). Προκάτοχος του οποίου ήταν ο Οργανισμός Υγείας, ως υπηρεσία της Κοινωνίας των Εθνών.
- 2.Bradby Hannah, Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας, εκδ. Πεδίο, 2010,σελ.27
3. H. Heidenheimer, The development of Welfare State in Europe and America, Λονδίνο, 1985 σελ.45
4. Σύνταγμα της Ελλάδος, άρθρο 5 § 2,5 και άρθρο 21 § 3, [Online]available from <http://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma/article-5/> (Accessed 13h January 2017)
5. Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη(2009 σελ. 40) « Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας»
- 6.Σ.Μανωλκίδης , Η νομική φύση του δικαιώματος στην υγεία και η τυπική ισοδυναμία των συνταγματικών διατάξεων. Ένα ακόμη σχόλιο με αφορμή την ΣτΕ 400/86., στο Δίκαιο και Πολιτική,1990 σελ.199
- 7.Α.Παπακωνσταντίνου, Κοινωνική δημοκρατία και κοινωνικό κράτος δικαίου κατά το άρθρο 25 του Συντάγματος,Α.Σάκκουλας,2012 σελ.38.
- 8.Α.Μάνεσης,Αι εγγυήσεις τηρήσεως του Συντάγματος, Α. Σ.άκκουλα, 1991 σελ.23
- 9.Smith, Social Security,στο Μ. Ραφαήλ , Κοινωνική προστασία και κοινωνική διοίκηση, Α΄ Σάκκουλας, 2001 σελ.135
- 10.Ευ. Βενιζέλος, το Γενικό δημόσιο συμφέρον και οι περιορισμοί των συνταγματικών δικαιωμάτων, εκδ. Παρατηρητής , Θεσσαλονίκη, 1990 σελ.41
- 11.4251/14 (ΦΕΚ 80 Α/01-04-2014) « Κώδικας Μετανάστευσης και Κοινωνικής Ένταξης και λοιπές διατάξεις», [Online]available from <http://www.nomotelia.gr/nservice20/showdoc.asp>, (Accessed 6h January 2017)
12. Σακελλαρόπουλος Θ., Αναζητώντας το νέο κοινωνικό κράτος. Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους, εκδ. Κριτική, 1999 σελ. 43
- 13.Παραράς, οι φορείς των κοινωνικών παροχών, το Σύνταγμα , 1998 σελ.2 επ.

- 14.N. 3370/05 (ΦΕΚ-176 Α΄/11-7-05) : Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας[Online]available from <http://www.nomotelia.gr/nservice20/showdoc.asp>
- 15.Σ Μπαμπανάσης, η διαμόρφωση της φτώχειας στην Ελλάδα, Επιθεώρηση Κοινωνικών ερευνών, 1991 σελ, 18
- 16.Η έννοια της δημόσιας διοίκησης , [Online]available from <https://www.prevedourou.gr/category/έννοια-δημόσιας-διοίκησης/>, (Accessed 15 h January 2017)
- 17.Π. Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη(2009 σελ. 57) « Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας» 18.Van Langendonck J, “Κωδικοποίηση της νομοθεσίας Κοινωνικής ασφάλειας, ό.π.σ 56
- 19.Κείμενο της Συνθήκης για την Ευρωπαϊκή Ένωση, όπως υπογράφηκε στις 7 Φεβρουαρίου 1992, στο Μάαστριχτ, [Online]available from [https://europa.eu/european-union/sites/europa.eu/files/docs/body//body/treaty\\_on\\_european\\_union\\_el.pdf](https://europa.eu/european-union/sites/europa.eu/files/docs/body//body/treaty_on_european_union_el.pdf), (Accessed 15 h January 2017)
20. Έκθεση των Ην. Εθνών για το περιβάλλον [Online]available from <http://www.un.org/documents/ga/conf151/aconf15126-1annex1.htm>, (Accessed 15 h January 2017)
21. Ματσαγγάνης, Η δημόσια παρέμβαση στον τομέα της υγείας .Στο Δ. Νιάκας , επιμ. Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.σελ,15-40 .2002
22. Μ. Χλέτσος, Κοινωνική Πολιτική, στο Δ. Αγραφιώτης επιμ/Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, τόμος Β. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο σελ.97-232.
- 23.Καιτελίδου Δ., Οικονομική Κρίση και Βιωσιμότητα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας, στο Νοσηλευτική, 53, σελ.129 2014 )
- 24.Χαλκιά, Συγκριτική μελέτη της κατάστασης υγείας του ελληνικού πληθυσμού με την υγεία των 28 χωρών της Ευρώπης στο Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας , σελ.151-164 2015
- 25.Γ.Αμιτσής, Αρχές Οργάνωσης και λειτουργίας των συστημάτων κοινωνικής πρόνοιας, το ελληνικό μοντέλο των κοινωνικών υπηρεσιών και η ευρωπαϊκή εμπειρία, εκδ. Παπαζήση σελ/79-95

- 26.Fani Zervou, Social insurance system of Greece : a comparison with British, American social security systems-An econometric model-ΚΕΠΑ
- 27.Τσουκαλάς, από την κρίση στον ενιαίο φορέα ανάπτυξης, εκδ, Θεμέλιο, 2006 σελ.21
- 28.Δικαίος, Κ., Χλέτσος, Μ. (1999), Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Τόμος Β, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- 29.Λ.Αντωνοπούλου, Ρύθμιση και μεταρρύθμιση των εθνικών συστημάτων υγείας στην Ελλάδα συγκριτικά με την ευρωπαϊκή εμπειρία , στο Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη, 2003 τ. σελ.109-120
- 30.Πέτρογλου Αθαν., «Η πορεία εξέλιξης των συστημάτων κοινωνικής ασφάλειας κρατών μελών και ΕΟΚ» ΕΔΚΑ10/1989 σ. 581
- 31.Ζητήματα Κοινωνικού Διαλόγου, Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Πολιτικής, εκδ.Gutenberg 2003 σελ.1-3
- 32.Χ.Ζηλίδης, αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού, Αγροτική Τράπεζα της Ελλάδος, 2008 , Διεύθυνση Μελετών και Προγραμματισμού
- 33.OECD. The reform of health care: A complete analysis of seventeen OECD countries. Organization for Economic Co-operation.
- 34.Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs' exploration of future hospital care in 10 countries .Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs, Amsterdam 2001.
- 35.European Observatory on Health Care Systems (1999), "Health Care Systems in Transition, UK", AMS 5001890, CARE 04 01 01, Target 19 1999 European Observatory on Health Care Systems, 1999)
- 36.Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη(2009 σελ. 127) « Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας»
- 37.Gerlinger, T., Schmucker, R. (2009) A long farewell to the Bismarck system: incremental change in the German health insurance system. German Policy Studies 5:3 - 20.
38. Kamke, K. (1998) The German health care system and health care reform. Health Policy, 43(2):171 - 194.1998
- 39.Reinhard, B., Riesberg, A. (2004 ), "Health Care Systems in Transition, Germany"
40. Organization for Economic Development and Cooperation (OECD) (1998) Data on health: A comparative analysis of twenty - nine countries. Paris: OECD.

41. Von der Schulenburg, Forming and reforming the market for third party purchasing of health care: A German perspective. *Social Science & Medicine*, 39:1473 - 1481, 1994
42. Iglehand, Germany's health care system. *The New England Journal medicine*, 324: 503-508
43. Schneider, Health care cost containment in the Federal Republic of Germany, *Health Care Financing Review* 12:87, 101, 1991
44. Chevreur, France: Health system review. *Health Systems in Transition*. World Health Organization. *European Observatory on Health Systems and Policies*. 17,3 p.1-218, 2015
45. Durand-Zaleski, The French Health Care System in E. Mosialos, *International Profiles of Health Care Systems*, p.59-68 2016
46. Lundy, J. & Finder, Benjamin D., *Cost Sharing for Health Care: France, Germany and Switzerland* The Henry J. Kaiser Family Foundation. 2009 και την συμπληρωματική
47. Καρακόλιας, Οργανισμοί Ασφάλισης Υγείας Επιλεγμένων Χωρών: Γαλλία, Γερμανία, Αυστρία και ΗΠΑ. Στο Ν. Πολύζος, επιμ. *Μελέτη Οργάνωσης – Χρηματοδότησης Μονάδων ΠΦΥ που Συμβάλλονται με τον ΕΟΠΥΥ*. Κομοτηνή-Αθήνα: Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Sel.197-233. 2013
48. Santier, *Health care systems in transition France*. Copenhagen: WHO regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004
49. *Ministere de la Sante*, 2016 a
50. Λιαρόπουλος, Α. (2005) *Οργάνωση των υπηρεσιών Υγείας*, Πανεπιστημιακές Παραδόσεις εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα, 151- 153
51. Στο Εθνικό Τυπογραφείο βρίσκονται καταχωρημένα τα αναγραφόμενα στην παρούσα εργασία Νομοθετήματα από το 1823 και έπειτα, το φ. αντιστοιχεί στον αριθμό του Φύλλου έκδοσης, η πρώτη ημερομηνία αντιστοιχεί στην δημοσίευση στην Ελληνική γλώσσα και η δεύτερη στην Γερμανική γλώσσα π.χ. 8/20 Φεβ. 1823, <http://www.et.gr/index.php//2013>(Accessed 13h January 17 2017)
52. Μάρδας, Γ. (1993) *Οργανωτική και οικονομική του συστήματος κοινωνικής διοίκησης: Ανθρώπινοι πόροι, υγεία, κοινωνική πρόνοια, κοινωνική ασφάλιση, εκπαίδευση, έρευνα, δημογραφικοί δείκτες*. Αθήνα: Οικονομικό, 11-85.



- 53.Ν.Δ. 2592/53 : Περί οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως (ΦΕΚ 254/Α/1953)  
<http://www.nomotelia.gr/nservice20/showdoc.asp> , (Accessed 14h January 2017)
54. <sup>1</sup>Ν 3487/1955 «Περί Κοινωνικής Ασφάλισης των αγροτών» (ΦΕΚ 354/Α/1955)  
<http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/2013-01-29-08-13-13> , (Accessed 14h January 2017)
- 55.Ν. 4169/61 (ΦΕΚ 81 Α') : Περί Γεωργικών Κοινωνικών Ασφαλίσεων  
<http://www.nomotelia.gr/nservice20/showdoc.asp> , (Accessed 14h January 2017)
56. Σιγάλας, Ι., (1999) Οργανισμοί και Υπηρεσίες Υγείας, στο: Δίκαιος, Κ. και συν. Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, 57-112
- 57.Νομοθετικό Διάταγμα 2698/53 «Περί διοικήσεως του Ιδρύματος Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μεταρρυθμίσεως της περί αυτού νομοθεσίας, ως και άλλων τινών διατάξεων»  
[http://www.elinyae.gr/el/lib\\_file\\_upload/a315\\_53.1145436870567.pdf](http://www.elinyae.gr/el/lib_file_upload/a315_53.1145436870567.pdf) (Accessed 14h January 2017)
- 58.Νιάκας, Δ. (2003) Θέματα διοίκησης και διαχείρισης υπηρεσιών υγείας: επιλεγμένα κείμενα εργασιών του 4ου Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο Ηράκλειο Κρήτης, 24-26 Οκτωβρίου 2002..
- 59.Νόμος 1278/1982 (ΦΕΚ 105/Α/31-8-1982 Για σύσταση Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας <https://www.e-nomothesia.gr/inner.php/kat-ygeia/n-1278-1982.html?print=1> (Accessed 14h January 2017)
- 60.Νόμος 1316/1983 (ΦΕΚ 3/Α/11-1-1983) Ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.) , της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.) και τροποποίηση και συμπλήρωση της Φαρμακευτικής νομοθεσίας και άλλες διατάξεις <https://www.e-nomothesia.gr/kat-ygeia/farmakeia/n-1316-1983.html> (Accessed 14h January 2017)
- 61.Πιερράκος, Γ. (2008) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τοπική κοινωνία. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 13-23, 28-41, 49-61
- 62.Kutzin J. Anything goes on path to universal coverage? No , 2012
63. Γεωργούση, Ε., Ανδριώτη, Δ., Κυριόπουλος, Γ., Boerma, W. (1999) Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών των γενικών γιατρών στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 11(4):193-202
- 64.Αλεξιάδης Α-Δ, «Εισαγωγή στο Δίκαιο της Υγείας» 6π σ. 19

- 65.Or, Measures for curbing health expenditure, Health Policy Monitor, p.1-6, 2010
- 66.Σουλιώτης, Κ. (2002) Ανάλυση των δαπανών υγείας στην Ελλάδα 1989-2000. Μεθοδολογικές διευκρινήσεις και διαπιστώσεις για το σύστημα υγείας. Στο: Κυριόπουλος Γ., Σουλιώτης Κ. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα. Μεθοδολογικά προβλήματα στη μέτρηση και συνέπειες για τις πολιτικές υγείας. Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα, 65-77
- 67.Με το άρθ. 1 του ν. 2071/4-15 Ιουλ. 1992 (ΦΕΚ Α 123), αριθ. 78, αντικαταστάθηκε το άνω άρθ., πλην όμως επανήλθε στην αρχική μορφή του από την περιπτ. β του άρθ. 1 του ν. 2194/11-16 Μαρτ. 1994(ΦΕΚ Α 34), το δε άρθ. 1 ν. 2071/92 καταργήθηκε από το άρθ. 12 ν. 2194/94) [http://www.nomotelia.gr/nservice20/ind1\\_fram.asp?package=1](http://www.nomotelia.gr/nservice20/ind1_fram.asp?package=1) (Accessed 14h January 2017)
- 68.Κρεμαλής Κ. «Το δικαίωμα για προστασία της υγείας», σ.115κε
- 69.Ρομπόλης, Σ. (1991) Η κρίση της κοινωνικής ασφάλισης και οι εναλλακτικές πολιτικές υπέρβασής της, στο: Διαστάσεις της κοινωνικής πολιτικής σήμερα, Ίδρυμα Σ. Καραγιώργα, Αθήνα, 159 – 161
- 70..Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού - Αναγνωστοπούλου Α. (2008) Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Νοσηλευτική, 47(3):320-333.
- 71.ΕΤ Ν 3918/2011 «Διαρθρωτικές αλλαγές στο σύστημα υγείας», άρθρο <http://www.et.gr/index.php/2013-01-28-14-06-23/2013-01-29-08-13-13>,
- 72.Ρόκας, Ι. (2003) Ιδιωτική ασφάλιση: Δίκαιο της ασφαλιστικής σύμβασης, της ασφαλιστικής επιχείρησης και των διαμεσολαβούντων στην ιδιωτική ασφάλιση: με βάση τον ΑσφΝ και τα νεώτερα εθνικά και κοινοτικά νομοθετήματα. Αθήνα: Σάκκουλας, 1-39
73. Γεωργούση, Ε., Ανδριώτη, Δ., Κυριόπουλος, Γ., Boerma, W. (1999) Τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών των γενικών γιατρών στην Ελλάδα, σε σύγκριση με άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 11(4):193-202.
- 74.Τσιώτρας, Γ., Μποχώρης, Γ., Σκορδή, Α. (1998) Ποιότητα και υγεία. Βασικές έννοιες και ιστορική αναδρομή για την Ελλάδα. Συνέδριο Η ποιότητα στο χώρο της υγείας, Αθήνα, 8-14.
75. Γεωργούση, Ε. & Κυριόπουλος Γ. (2000) Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας για την Υγεία: Συγκλίσεις προς μία ενιαία υγειονομική αγορά. Στο: Γεωργούση Ε.,

- Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ. Δίκτυα Ολοκληρωμένης Φροντίδας στην Υγεία. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 63-78
- 76.Μπούρμαλη, Μ. (2007) Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα: παρελθόν, παρόν και μέλλον, Εκδόσεις Λιβάνης, Αθήνα, 117.
- 77.Υφαντόπουλος, Ι. (2005) Τα Οικονομικά της Υγείας. Εκδόσεις Δαρδάνος, Αθήνα, 238. 48
78. Χειλίδης, Η. (2009) Η πρόκληση των συστημάτων υγείας απέναντι στην παγκόσμια κοινωνικοοικονομική κρίση. Επιθεώρηση Υγείας, 20 (119): 1-10.
- 79Προβόπουλος, Γ. (1985) Η κρίση στην κοινωνική ασφάλιση: το πρόβλημα του ΙΚΑ, Ινστιτούτο Οικονομικών και Βιομηχανικών Ερευνών (ΙΟΒΕ), Αθήνα, 1985, 98.
- 80.Τούντας Ι., Η Μεταρρύθμιση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας .Στο Ε.Χατζηανδρέου & Κ. Σουλιώτης, επιμ. Μεταρρυθμίσεις Συστημάτων Υγείας, Διεθνής Εμπειρία και Ελληνική Πραγματικότητα, εκδ Παπαζήση, 2005
- 81.Θεοδώρα Μ., Συστήματα υγείας, εκδ. Παπαζήση, 2001
- 82.Αλεξιάδης Α.Δ., (Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2000), «Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(1): 101-108
- 83Ν.2071/92 (ΦΕΚ Α' 123 – Διόρθ. Σφάλμ. στο ΦΕΚ 148 Α/92) : Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας
- 84Ν. 2619/98 (ΦΕΚ-132 Α') : Κύρωση της Σύμβασης του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ατόμου σε σχέση με τις εφαρμογές της βιολογίας και της ιατρικής : Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική. <http://www.nomotelia.gr/nservice20/showdoc.asp>
- 85.N. 2519/21-8-97 (ΦΕΚ 165 Α'): Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις», κεφ. Α, άρθρο 1 και 2.
- 86.N. 2716/17-5-99 (ΦΕΚ-96 Α') : Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις
- 87.N. 4368/16 (ΦΕΚ 21 Α/21-02-2016) : «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις », τα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Δηπτών Υπηρεσιών Υγείας υπάγονται διοικητικά στον Αναπληρωτή Διοικητή σε Νοσοκομεία με οργανικές κλίνες άνω των τετρακοσίων (400), άλλως στον Αντιπρόεδρο. Ενημερώνουν, συνεργάζονται και αναφέρονται για την παραβίαση των δικαιωμάτων στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων του Υπουργείου

Υγείας και στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας του παρόντος νόμου.

88.Γρίβας Θ., Πατσωνάκης Μ., Κουτούφαρης Γ., Μπινιώρης Σπ., Βογιατζάκης Ε., (1997), Εμπειρική διάσταση και προβληματισμοί Δημόσιας Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας από την εφαρμογή των δικαιωμάτων του ασθενή, αδημοσίευτη μελέτη

89.Παντελής Α. «Ζητήματα συνταγματικών επιφυλάξεων» σελ. 285

90.Μπριασούλη Α., (Ιούλιος-Σεπτέμβριος 1996), «Η Ευρώπη υποστηρίζει νέα διακήρυξη για τα δικαιώματα των αρρώστων», Σύγχρονο Νοσοκομείο, 2(3):12

91.Πολίτης Χ. (Φεβρουάριος 1989), «Χάρτης Υποχρεώσεων του γιατρού», Ιατρικό Βήμα:27-33

92.Η τροποποιημένη πρόταση Απόφασης του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου για τη θέσπιση κοινοτικού προγράμματος δράσης στον τομέα της δημόσιας υγείας (2001-2006), (COM (2000)285 τελικό της 16ης Μαΐου 2000

93.Ζαρζώνη Σ., (2000), «Δικαιώματα ασθενών και κοινωνική εργασία», Κοινωνική Εργασία, τχ.60:286-290

94.Σήμερα ισχύει ο Ν. 3418/05 (ΦΕΚ Α 287/28-11-2005) : Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ο οποίος στην ουσία βελτίωσε σύμφωνα με τα σύγχρονα δεδομένα τον Α.Ν. 1565/1939 (ΦΕΚ Α 16) : Περί κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος»

95.Ν. 2251/94 (ΦΕΚ-191 Α') : «Προστασία των καταναλωτών» άρθρο 1: «Τα δικαιώματα και τα συμφέροντα των καταναλωτών τελούν υπό την προστασία του Κράτους» και άρθρο 2 περ. (α).. την υγεία και την ασφάλεια των καταναλωτών.  
<http://www.nomotelia.gr/nservice20/showdoc.asp>,

96.Κατσικάρου Σ., (1998), Δικαιώματα ασθενών και προστασία τους. Εισήγηση για τη συνάντηση των τριμελών Επιτροπών προάσπισης Δικαιωμάτων του Πολίτη

97.Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, (1999), Ενημερωτικό φυλλάδιο για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ασθενή

98.Γεωργους, Ε.Κυριόπουλος, Γ.Μπεαζόγλου, Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία, εκδ. Θεμέλιο σελ.4

99.Η άρση του ιατρικού απορρήτου προς όφελος της δημόσιας υγείας: ένα αμφιλεγόμενο θέμα Ε. Παπαγεωργίου, Σαράφης, Μπαμίδης, στο *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2013) Τόμος 5, Τεύχος 4, 139-146*

100. Τσουνής, Σαράφης, Ηθική και δεοντολογία στην κλινική πράξη: το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων στη σύγχρονη

πραγματικότητα, στο Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας(2012) Τόμος 4,Τεύχος 2, 63-70

101.Κ.,εράκου, Ι. Δάλλα, Π. Θεοδωρίδης, Ιατρικό απόρρητο, οι κατά συνθήκη παραβιάσεις, στο Αρχεία ελληνικής Ιατρικής 1999 , 16, σελ.540-510

102. Θ. Γιαννόπουλος "Σύγχρονες διαστάσεις της προβληματικής του επαγγελματικού απορρήτου" Δικαιοσύνη (1986), σελ. 929 επ.

<sup>1</sup>03European Treaty Series - No. 108, Convention for the Protection of Individuals with regard to Automatic Processing of Personal Data Strasbourg, 28.I.1981  
[http://www.dpa.gr/portal/page?\\_pageid=33,123482&\\_dad=portal](http://www.dpa.gr/portal/page?_pageid=33,123482&_dad=portal),

104.Αναπλιώτου - Βαζαίου "Γενικές αρχές ιατρικού δικαίου (1993), σελ. 199

105. Θ. Ντουράκη "Ιατρικό απόρρητο στο διεθνές δίκαιο" Αρχ. Ν., έτος 42ο ΜΒ' (1991), σελ. 640 επ.

106.Τ. Φιλιππίδη"Η παραβίασης της επαγγελματικής εχεμύθειας" Π.Χρον.1952 σελ. 97

107.BAFINT M.(1974) "THE DOCTOR HIS POTIENT AND ILLNESS" όπως αναφέρεται από την Π. Δάλλα - Βοργία "Απόρρητο και Ιατρική έρευνα" ΑΘΗΝΑ 1985

108.Χαμαλίδου - Αλεξιάδου "Ιατρικό απόρρητο" Διοικητική Εγκυκλοπαίδεια τευχ. 33-39 (1988-89), σελ. 25

109.Γνωμοδότηση Αντεισαγγελέα Κων. Κόλλια, Α.Π. 29/1951 σχετικά με το Ιατρικό Απόρρητο Π. Χρον. Α' σελ. 256,

110. Βλ. Κ. Χορταρέα "Οι ευθύνες των γιατρών και ιατρική νομοθεσία" (1975), σελ. 180 επ.

111.Καννελοπούλου- Μπότη Μ., «Ιατρική ευθύνη για μη ενημέρωση ή πλημμελή ενημέρωση του ασθενούς στο ελληνικό και αγγλοσαξονικό δίκαιο». Εκδόσεις Σάκκουλα 1999.

112.Γ.Μπαμπινιώτης, Λεξικό νέας ελληνικής γλώσσας, Κέντρο Λεξικολογίας, Αθήνα, 1998 σελ.691.

113.Πρ.Παυλόπουλος,, «Η αστική ευθύνη του Δημοσίου», εκδ. Α. Σάκκουλα, Αθήνα, 1986 σελ.28

114.Επ.Σπηλιωτόπουλου, «Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου», εκδ.11<sup>η</sup>, Α. Σ.άκκουλα, Αθήνα, 2001

115.Χ.Χρυσανθάκη-Π.Πανταζόπουλου, Εισηγήσεις Διοικητικού Δικαίου, εκδ. Νομ. Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2006 αρ.347

116.Α.Μεταξά-Θ.Γαλάνη, Η αστική ευθύνη του Δημοσίου για παραβάσεις του κοινοτικού δικαίου, σε "Έφαρμογές Διοικητικού και Διοικητικού Δικονομικού Δικαίου", εκδ. Νομ. Βιβλιοθήκη, Αθήνα, 2009 σελ.149 επ.

- 117.Φουντεδάκη Κ., Αστική Ιατρική Ευθύνη. Εκδόσεις Σάκουλα 1995., σελ.114 και Κότσιανος Σ.,Η Ιατρική Ευθύνη - Αστική, Ποινική. Εκδόσεις Υιοί Τριανταφύλλου, 1956., σελ. 98
118. Συνέντευξη του πρόεδρου της Επιτροπής Δεοντολογίας του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου Δρ. Βάσιου Οικονόμου σε συνέντευξη που παραχώρησε στις 25/01/2016 στην εφημερίδα «Ο ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟΣ»
- 119.Βαβούσκος Κ., Ιατρική ευθύνη από τη σκοπιά του αστικού δικαίου. Εκδόσεις Σάκουλα 2001
120. 120.Καιάφα Γκμπάντι Μ., Ε. Κουνουγέρη – Μανωλεδάκη, Ε. Συμεωνίδου Καστανίδου (Επιμ) (2006), ο νέος κώδικας ιατρικής δεοντολογίας, Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 1, Μ. Καιάφα Γκμπάντι Αθήνα –Θεσσαλονίκη : Αντ. Σάκουλας σελ. 25 επ.
- 121.Ν. 2251/94 (ΦΕΚ-191 Α') «Προστασία των καταναλωτών», άρθρο 8, παρ. 1και 4
- 122.Αποφάσεις: ΑΠ 797/2002, ΑΠ 1270/1989, ΑΠ 251/1974,ΔπρΑθ. 9602/1996, Δι.Δικ 1996, 957, ΠΠΡ ΑΘ 189/2010, ΠΠΡ ΘΕΣΣΑΛ 24772/2010, , ΠΠΡ ΧΑΝ 61/2009
123. Δάλλα – Βοργία Π. «Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου σε σχέση με την εφαρμογή της βιολογίας και της ιατρικής» Νο Β 1999 σελ.873
- 124.Παπαδημητρίου Ιωάννης,: "Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων", Αθήνα: εκδ. Γρηγ. Παρισιάνος, 1998, σελ.1.
- 125.Κωστάκης Α.: "Μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων: δώρο ζωής", Αθήνα: επιστημ. Εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε., 2004, σελ. 5.
126. Ψαρούλης Δ., Βούλτσος Π.: «Ιατρικό Δίκαιο: Στοιχεία Βιοηθικής», Θεσσαλονίκη: εκδ. University Studio Press, 2010, σελ. 414
- 127.Καιάφα-Γκμπάντι,Μ.,Ε.Κουνουγέρη-Μανωλεδάκη,Ε.Συμεωνίδου-Καστανίδου,"Μεταμοσχεύσεις", Δημοσιεύματα Ιατρικού Δικαίου και Βιοηθικής 8, εκδόσεις Σάκουλα 2008, σελ.25 επ
128. Δαρβαρέσης Θ. και Ευσταθίου Μ., "Η ιστορία των μεταμοσχεύσεων", στο περιοδικό Μεταμόσχευση, τεύχος 2, 1991, 53-63, σελ.53
- 129.Αιτιολογική Έκθεση προς τη Βουλή των Ελλήνων για τον νόμο «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις», <http://www.nomotelia.gr/intros/3984-11.pdf>, πρόσβαση 25 Ιανουαρίου 2017.

- 130.Οδηγία 2010/45/ΕΕ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου, EuR-LEX Access to European Union Law, <http://eur-lex.europa.eu/homepage.html?locale=en>, , πρόσβαση 25 Ιανουαρίου 2017.
- 131.Κούρτης Γ. Μαρίνος "Αστικό δίκαιο μεταμοσχεύσεων" Μελέτες ιδιωτικού Δικαίου, Εκδόσεις Σάκκουλα 2002, σελ. 231 – 239 Κωνσταντινίδης Α. : Η ποινική αντιμετώπιση των μεταμοσχεύσεων , Ποιν. Χρον. 2003, σελ. 481 επ.
- 132.Π.Δ. 26/2008 (Α'51 ), το οποίο ενσωμάτωσε την Οδηγία 2004/23/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 31.3.2004 (EEL102/7.4.2004) και τις συναφείς προς αυτήν Οδηγίες 2006/17/ΕΚ (EEL 38/9.2.2006) και 2006/86/ΕΚ (EEL 294/25.10.2006).
133. Βάρκα – Αδάμη Α. «Οι καινοτομίες του Ν. 3984/2011 για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων» Ελλ.Δικ 2011, σελ. 964
- 134.Κωνσταντινίδης Α. : Η ποινική αντιμετώπιση των μεταμοσχεύσεων , Ποιν. Χρον. 2003, σελ. 481 επ.
- 135.Γερολουκά-Κωστοπαναγιώτου Γεωργία " Δότης οργάνων, Εγκεφαλικός θάνατος και φροντίδα του δότη οργάνων στην μονάδα εντατικής θεραπείας και το χειρουργείο" Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης 2002, σελ.1-3
136. Βάρκα – Αδάμη Α. «Ο προσδιορισμός του θανάτου στην ελληνική νομοθεσία και η υποχρέωση ιατρικής πιστοποίησης του» Ελλ.Δικ 1996, σελ. 535- 541
- 137.Χατζηκόστας Κ., «Ο Νόμος 2737/1999 και οι “post mortem” μεταμοσχεύσεις-Μια κριτική προσέγγιση» Ποιν.Χρ. 2005, σελ. 388
138. Truog RD. Is it time to abandon brain death? Hastings Cent Rep (United States) 1997, σελ. 29-37
139. Shewmon, “Brainstem death”, “Brain death” and “death” . A critical re-evaluation of the purported equivalence, Issues in Law and Medicine 1998, σελ. 125
- 140.Βάρκα – Αδάμη Αλεξάνδρα, «Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων» Α. Σάκκουλας 1993, σε λ. 28 επ.
141. Βάρκα – Αδάμη Αλεξάνδρα, « Οι καινοτομίες του Ν. 3984/2011 για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων» Ελλ.Δικ. 2011, σελ. 964
- 142.Αφρ. Αβαγιανού, “Ευθάνατος θάνατος” Το “καλώς θανείν” στην αρχαία Ελλάδα στο, ΕΥΘΑΝΑΣΙΑ – Η σημαντική του “καλού” θανάτου, Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών Εκδόσεις «Επιστήμης -Κοινωνία», Αθήνα 2000, σ. 33.
- 143.Πρωτοπαπαδάκης,1999διαθέσιμο στο:  
<http://www.protopapadakis.gr/articlesgr.htm> (ανακτήθηκε 10-4-2012).

- 144.Αναπλιώτης, 2003, 142-144, Henk, 2003, 21
- 145 “The Belgian Act on Euthanasia of May 28th 2002”, Ethical Perspectives 9 (2-3), 112-188 στο:<http://www.kuleuven.be/ep/viewpic.php?LAN=E&TABLE=EP&ID=59>
- 146Connolly, J. “Luxembourg Parliament Passes Euthanasia Bill”, LifeSiteNews.com, Feb. 20, 2008διαθέσιμο στο: <http://www.lifesitenews.com/news/luxembourg-parliament-passes-euthanasia-bill> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).
- 147[http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia\\_in\\_Switzerland](http://en.wikipedia.org/wiki/Euthanasia_in_Switzerland) (τελευταία ενημέρωση: 2/11/2011),(ανακτήθηκε: 10-4-2012), και Hurst & Mauron, 2003, 271-273
- 148.Βλέπε Death with Dignity Organization διαθέσιμο στο: <http://www.deathwithdignity.org/history/facts/> (ανακτήθηκε: 10-4-2012) .
- 149.Βλέπε The Washington Death with Dignity Act διαθέσιμο στο: <http://apps.leg.wa.gov/RCW/default.aspx?cite=70.245> (ανακτήθηκε: 10-4-2012).
- <sup>150</sup>.Βλέπε Άρθρο του Johnson, 2009, στην εφημερίδα The New York Times, Aug. 31, 2009.
- 151.Αλεξιάδης Α.Δ., Δίκαιο της υγείας: Δεοντολογία της υγείας, νομοθεσία, νομολογία. Εκδόσεις Δημοπούλου, Θεσσαλονίκη 2000.
152. Ο Ν. 4039/12 (ΦΕΚ 15 Α/2-2-2012) «Για τα δεσποζόμενα και τα αδέσποτα ζώα συντροφιάς και την προστασία των ζώων από την εκμετάλλευση ή τη χρησιμοποίηση με κερδοσκοπικό σκοπό» είναι το μόνο Ελληνικό νομοθέτημα που υπάρχει ο ορός ευθανασία.
- 153.Μ.Μαργαρίτης, Ευθανασία , Ελληνική Δικαιοσύνη, 2000 σελ.122
154. .Ε. Παναγόπουλος, Ορισμός και ιστορική εξέλιξη της ευθανασίας, Αρχές ιατρικής ηθικής-Εκθέσεις Επιτροπής Βιοηθικής της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος, Πρακτικά Επιστημονικού Συμποσίου για την Ευθανασία, 2002
- 155Βούλτσος Π.-Τσούγκας Μ. «Ευθανασία: Ένα νομοθετικά ακάλυπτο, πολύπτυχο και οριακό ζήτημα», Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 76 Οκτώβριος-Νοέμβριος 2008, σελ. 1-2
- 156.Βούλτσος Π.-Τσούγκας Μ. «Η συναίνεση του ασθενούς στα πλαίσια του νέου κώδικα ιατρικής δεοντολογίας Ιατρικό Βήμα,Τεύχος 112, 2008, σελ. 81
- 157.Μ.Μαργαρίτης , Η ευθανασία στον νόμο Ευθανασία : ένα ακανθώδες ζήτημα επιμ. Ν.Κουράκη / Κ.Σπινέλλη, 2008, 78.
- 158.Φουντεδάκη Κ., Ανθρώπινη αναπαραγωγή και αστική ιατρική ευθύνη. Εκδόσεις Σάκκουλα 2007.



- 159.Χ.Παπαχαλαράμπος, Διαθεσιμότητα της ζωής και όψεις της ιδιώνυμης ποινικής της προστασίας κατά τα άρθρα 300, 301 ΠΚ, σε ΜΝΗΜΗ ΙΙ, α' 1996, 361
- 160.Δ.Φράγκου, Π. Γαλάνης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2016 , 33 σελ.680-688  
Ηθικά ζητήματα στην ιατρικά υποβοηθούμενη αναπαραγωγή.
- 161.Ν 3305/2005 (ΦΕΚ 17/Α/2005) «Εφαρμογή της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής»
- 162.Ν 4272/2014 «. Προσαρμογή στο εθνικό δίκαιο της Εκτελεστικής Οδηγίας 2012/25/ΕΕ της Επιτροπής της 9ης Οκτωβρίου 2012 για τη θέσπιση διαδικασιών ενημέρωσης σχετικά με την ανταλλαγή, μεταξύ των κρατών – μελών, ανθρώπινων οργάνων που προορίζονται για μεταμόσχευση – Ρυθμίσεις για την Ψυχική Υγεία και την Ιατρικώς Υποβοηθούμενη Αναπαραγωγή και λοιπές διατάξεις» (ΦΕΚ 145/Α/2014)
- 163.Με την Υ.Α με αριθμό Οικ 6901/ 2015 (ΦΕΚ 2639/Β/2015) « Ίδρυση και λειτουργία Τραπεζών Κρυσυντήρησης. Όροι και Προϋποθέσεις»
- 164.Με το Π.Δ. 10/2016 (ΦΕΚ 20/Β/2016) καθορίστηκαν οι όροι και οι προϋποθέσεις για την Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας Μονάδων Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (Μ.Ι.Υ.Α.).
- 165.Προεδρικό Διάταγμα 26/2008 - ΦΕΚ 51/Α'/24.3.2008 «Εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας προς την οδηγία 2004/23/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 31.3.2004 για τη θέσπιση προτύπων, ποιότητας και ασφάλειας για τη δωρεά, την προμήθεια, τον έλεγχο, την επεξεργασία, τη συντήρηση, την αποθήκευση και τη διανομή ανθρώπινων ιστών και κυττάρων (ΕΕL102/7.4.2004) και τις συναφείς προς αυτήν οδηγίες 2006/17/ΕΚ (ΕΕL 38/9.2.2006) και 2006/86/ΕΚ (ΕΕL 294/25.10.2006.
- 166.Άρθρο 20 § 2 του Ν 4272/2014 το οποίο τροποποιεί το άρθρο 26 του Ν 3305/2005
167. Γ. Κατσιμίγκας, Ε. Καμπά, Ηθική – Θεολογική και Νομική Θεώρηση της Εξωσωματικής Γονιμοποίησης , ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2010, 49(3): 209–219
- 168.Μπονίκος Δ., (2000), Βιοπολιτική κα Βιοπροτεραιότητες στο σύστημα υγείας, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιανού, Αθήνα,

- 169.Μεράκου Κ., Δάλλα Α., Θεοδορίδης Δ., (Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 1999), «Ιατρικό απόρρητο . Οι «κατά συνθήκη» παραβιάσεις», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 16(5):504- 510 19)
- 170.Ελληνική Επιτροπή Βιοηθικής (1998), Απόψεις της Επιτροπής Βιοηθικής για τις ηθικές επιπτώσεις της βιοτεχνολογίας, Τόμος 1, Υπουργείο Ανάπτυξης-Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας, Αθήνα
- 171.Βάντσος Μιλτιάδης, « Η σημασία της ορολογίας στην Βιοηθική », Επιστημονική Επετηρίδα Θεολογικής Σχολής Θεσσαλονίκης ,Νέα Σειρά Τμ. Ποιμαντικής, Τόμος 9, (2004), σελ.148
- 172.Γραβάνης Μ., (χ.χ.), Η Ηθική των Πειραμάτων σε Ανθρώπους, 22ο Πανελλήνιο καρδιολογικό συνέδριο, Η εφημερίδα του κόσμου της Υγείας
- 173.ΚΑΤΣΙΜΙΓΚΑΣ Γ, ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ Γ. Βασικές αρχές Βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής. Το Βήμα του Ασκληπιού 2010, 9:158–170
- 174.Δάϊκος Γ.Κ., (Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2000), «Ηθικά διλήμματα των κλινικών δοκιμών φαρμάκων»,Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(6):551-556
- 175.Soulier J.P, Πεθαίνοντας εν ειρήνη, μεταφρ. Τ.Μανδαλάκη-Γιαννιτσιώτη, 2000
- 176 Μπονίκος Δ., (2000), Βιοπολιτική κα Βιοπροτεραιότητες στο σύστημα υγείας, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα
177. Τριανταφυλλίδου Σ./Παπαγεωργίου Ε. Δεοντολογία στην διαχείριση ηθικών διλημάτων στα επαγγέλματα υγείας, Βήμα του Ασκληπιού , 10 τ., 4<sup>ο</sup> τεύχος, 2011 σελ.465
178. 178.Μυρτώ Δραγώνα- Μονάχου (2010) "Ηθική και Βιοηθική», Αντίφωνο, ,Δημοσιεύτηκε, 13 Νοέμβριος 2010, Διαθέσιμο στο <http://antifono.gr>, πρόσβαση 3 Φεβρουαρίου 2017
- 179.N. 2667/18-12-98 (ΦΕΚ 281 Α') : Σύσταση Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής .
- 180.Πίνα Ι.Ε. Ευθανασία , Υπέρ ή Κατά σε : Δικαιοπόλις, τ.3 ,2013 , σελ.22