

# Κλάδοι ασθένειας: Πρόκληση για τον εκσυγχρονισμό του ασφαλιστικού συστήματος\*

**Περίληψη:** Ανάλυση του κοινωνικοασφαλιστικού κινδύνου της ασθένειας μέσα από τις αρχές της υψηλής ποιότητας των παροχών ασθένειας σε είδος της οικονομικότητας, της οικονομικής ισορροπίας και της βιωσιμότητας. Πρόταση για τον εκσυγχρονισμό του ασφαλιστικού συστήματος της Ελλάδας μέσα από την εξισορρόπηση των παραπάνω ήδη εφαρμοσμένων στην Ευρώπη παραμέτρων.

## Εισαγωγή

Ένας από τους κοινωνικοασφαλιστικούς κινδύνους είναι η ασθένεια, η οποία ορίζεται ως *μια ανώμαλη κατάσταση του σώματος ή του πνεύματος που συνεπάγεται είτε την ανάγκη θεραπείας είτε τη μείωση ή εξαφάνιση της ικανότητας προς εργασία ή και αμφότερα*<sup>1</sup>. Ο κλάδος ασθένειας των κοινωνικοασφαλιστικών οργανισμών καλύπτει αυτόν τον κίνδυνο χορηγώντας παροχές σε είδος και σε χρήμα. Οι παροχές σε χρήμα αναπληρώνουν την απώλεια του εισοδήματος, εξαιτίας της ασθένειας και συνακόλουθα της εργασιακής ανικανότητας. Μπορεί επίσης να καλύπτουν τα αυξημένα έξοδα που αντιμετωπίζει ο ασφαλισμένος επειδή ασθένησε, όπως τα έξοδα μεταβάσεως για

## Πατρίνα Παπαρρηγοπούλου - Πεχλιβανίδη

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νομικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Δικηγόρος

νοσηλεία στο εξωτερικό κ.ά. Οι παροχές σε είδος αντιστοιχούν στα μέσα θεραπείας της συγκεκριμένης ασθένειας. Για παράδειγμα, παροχές σε είδος είναι η ιατρική περίθαλψη στα ιατρεία ή στην οικία του ασθενή, η νοσηλεία σε θεραπευτήριο, οι παρακλινικές και ειδικές εξετάσεις, η φαρμακευτική περίθαλψη, η φυσιοθεραπεία κ.λπ. Για τον λόγο αυτό στη συνέχεια, χρησιμοποιούμε τον όρο παροχές σε είδος ως ταυτόσημο με τις υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας.

Όταν η κοινωνική ασφάλιση περιορίζεται στις παροχές σε χρήμα, η διάκριση με το δίκαιο της υγείας είναι ευχερής. Αντίθετα, καθίσταται δυσχερής, όταν η κοινωνική ασφάλιση χορηγεί παροχές σε είδος, διότι αυτές εμπíπτουν ταυτοχρόνως και στο πεδίο του δικαίου της υγείας<sup>2</sup>. Τα ίδια που ισχύουν για την ασθένεια ισχύουν και για τη μητρότητα, η οποία, αν και συνδέεται με φυσιολογικές λειτουργίες του οργανισμού

\* Εισήγηση που παρουσιάστηκε στην ημερίδα που διοργάνωσε την 25η Φεβρουαρίου 2009 στην Αθήνα, στη Νομική Βιβλιοθήκη, το περιοδικό Θεωρία και Πράξη Διοικητικού Δικαίου και το περιοδικό Επιθεώρηση Δικαίου Κοινωνικής Ασφάλισης με θέμα «Το ασφαλιστικό: Ένα οξύ και πάντα επίκαιρο πρόβλημα».

1. Ορισμός του Χρ. Αγαλλόπουλου, Κοινωνικά Ασφαλίσεις, Αθήνα, 1955, σελ. 235, τον οποίο ακολουθούν οι Αντ. Πετρόγλου, Δίκαιον κοινωνικών ασφαλίσεων, ό.π., τ. 1, σελ. 412, Κ. Κρεμαλής, Δίκαιο κοινωνικών ασφαλίσεων, ό.π., σελ. 248, Ειρ. Αναπλιώτου-Βαζαίου, Γενικές αρχές ιατρικού δικαίου, εκδ. Αφοί Π. Σάκκουλα, Αθήνα 1993, σελ. 24, Ισμ. Κριάρη-Κατράνη, Γενετική τεχνολογία και θεμελιώδη δικαιώματα, εκδ. Σάκκουλα, 1999, σελ. 51.

2. Η υγειοπροστατευτική δραστηριότητα συνίσταται στη χορήγηση ευρέως φάσματος υπηρεσιών και αγαθών υγείας που δεν σχετίζονται άμεσα με την αναδιανομή του εισοδήματος. Επιπλέον, στο επίκεντρο της δραστηριότητας για την προστασία της υγείας βρίσκεται η ζωή και η φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, πράγμα που έχει δύο συνέπειες: Πρώτον, ότι απευθύνεται και στους υγιείς (προληπτικά) και στους ασθενείς (κυρίως θεραπευτικά) και υπ' αυτήν την έννοια έχει καθολικό χαρακτήρα. Δεύτερον, ότι συνδέεται με την ιατρική πράξη και ως εκ τούτου έχει κατ' εξοχήν επιστημονικό και τεχνικό χαρακτήρα. Αυτά τα στοιχεία τη διαφοροποιούν ποιοτικά από την κοινωνική ασφάλιση, την πρόνοια και τους λοιπούς τομείς της διοικητικής δράσης γενικότερα.

σμού, εν τούτοις δικαιολογεί παροχές σε είδος και χρήμα<sup>3</sup>. Η μερική επικάλυψη της κοινωνικής ασφάλισης και της υγείας, όσον αφορά στις παροχές ασθένειας σε είδος, καθιστούν αναγκαίες τις συνολικές παρεμβάσεις του νομοθέτη στους τομείς αυτούς. Αποσπασματικές ρυθμίσεις μόνο στην κοινωνική ασφάλιση ή μόνο στην υγεία είναι επομένως καταδικασμένες σε αποτυχία.

Οι ασφαλιστικοί κλάδοι βρίσκονται γενικώς σε δυσχερή οικονομική θέση, λόγω του δημογραφικού προβλήματος και της οικονομικής ύφεσης σε συνδυασμό με το διανεμητικό οικονομικό σύστημα που εφαρμόζουν. Οι κλάδοι ασθένειας όμως αντιμετωπίζουν και ένα επιπλέον πρόβλημα: Αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης και η ζήτηση σε θεραπείες υψηλού κόστους, κυρίως λόγω της αλματώδους προόδου της επιστήμης και της τεχνολογίας, χωρίς όμως ταυτόχρονα να αυξάνεται και η προσφορά. Ανησυχίες για την αύξηση των δαπανών για την υγεία είχαν εκφραστεί από τις αρχές της δεκαετίας του '90 από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Αναπτύξεως (ΟΟΣΑ)<sup>4</sup>. Στο ευρωπαϊκό κοινοτικό δίκαιο, η υγεία περιλαμβάνεται μεταξύ των νέων πεδίων ολοκλήρωσης<sup>5</sup> και στηρίζεται σε αρχές που διέπουν το ευρωπαϊκό κοινοτικό δίκαιο γενικά<sup>6</sup>,

σε συνδυασμό με ειδικότερες αρχές που διέπουν την κοινωνική προστασία<sup>7</sup>. Η οργάνωση όμως και λειτουργία των εθνικών συστημάτων υγείας αποτελεί αρμοδιότητα των κρατών-μελών. Η ΕΕ έχει αποφασίσει τη χρήση της ανοιχτής μεθόδου συντονισμού ως μέτρου υποστηρίξεως των κρατών-μελών, προκειμένου να αναπτύξουν αυτά την προστασία της υγείας με την παροχή υψηλού επιπέδου προσβάσιμων και οικονομικά βιώσιμων υπηρεσιών<sup>8</sup>. Η ανάλυσή μας εστιάζεται στην αρχή της υψηλής ποιότητας των παροχών ασθένειας σε είδος αφ' ενός και στις αρχές της οικονομικότητας, της οικονομικής ισορροπίας και βιωσιμότητας αφ' ετέρου, επειδή η σχέση τους βρίσκεται στο επίκεντρο των μεταρρυθμίσεων των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης και υγείας στην ΕΕ.

#### **A. Η αρχή της υψηλής ποιότητας των παροχών ασθένειας σε είδος**

Υψηλή ποιότητα σημαίνει πρόσβαση στις κατάλληλες για την προστασία της υγείας παροχές κοινωνικής ασφάλισης σε είδος<sup>9</sup>. Επομένως, η υψηλή ποιότητα συναρτάται με την οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και των κλάδων υγείας. Ανακύπτουν δύο κύρια ερωτήματα: Ποιο είναι το μέτρο της υψηλής ποιότητας και με ποια μέσα επιτυγχάνεται.

3. J.-P. *Chauchard*, *Droit de la sécurité sociale*, εκδ. L.G.D.J., <sup>3</sup>2001, σελ. 281 κε., *D. Truchet*, «Liberté de prescription et prise en charge de dépenses par la solidarité nationale», στο Συνέδριο της Τουλόν, Νοέμβριος 2005, υπό τη διεύθυνση του *A. Leca & G. Rebecq*, *La prise en charge des dépenses de santé par la solidarité nationale*, εκδ. Presses Universitaires d'Aix-Marseille-Ruam, 2006, σελ. 59.

4. Βλ. *Φ. Ομπέση*, «Τάσεις περιορισμού των δαπανών στα κράτη μέλη της ΕΟΚ. Το πρότυπο του γερμανικού συστήματος υγείας», *Αρμ 5/1992*, σελ. 565 κε, υποσημ. 29. *Ε. Μπούση*, *Α. Τσάγκλα*, *Α. Πλατανιά*, *Ε. Τσατσαρέλη*, *Α. Καϊτατζής*, *Κ. Σουλιώτης*, «Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα κατά την πενταετία 2000-2004», εισήγηση που περιλαμβάνεται στο CD των Πρακτικών του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές υγείας που διοργάνωσε στην Αθήνα στις 12-15 Δεκεμβρίου 2007, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας με θέμα «Υγεία: Ποιος θα πληρώσει; Η αναζήτηση της μεταρρύθμισης στην ιατρική περίθαλψη», όπου επισημαίνεται ότι στο διάστημα 2000-2004 ο ρυθμός αύξησης αντιστοιχεί σε 36,7% και το συνολικό ποσοστό της δαπάνης υγείας στο ΑΕΠ υπολογίζεται σε 10%. Υψηλή θέση κατέχει η Ελλάδα και σε σχέση με την ιδιωτική δαπάνη υγείας στη συνολική δαπάνη, η οποία την περίοδο αυτή υπερβαίνει το 45% (47,1% το 2004).

5. Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοιν - βούλιο, την ΟΚΕ και την Επιτροπή των Περιφερειών για τη στρατηγική στον τομέα της υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, COM (2000) 285 τελικό, 2000/0119 COD, σελ. 7 κε, *Enabling Good Health for All. A Reflection Process for a New EU Strategy*, *David Burne*, Commissioner for Health and Consumer Protection, εκδ. European Communities, 2004, σελ. 7 και σελ. 10 κε για την υγεία ως παράγοντα οικονομικής ανάπτυξεως.

6. Της αναλογικότητας, της επικουρικότητας, της ισότητας, της δι - φάνειας κ.ά.

7. Της αλληλεγγύης, της καθολικότητας, της δικαιοσύνης, της κοινων - κής συνοχής, της οικονομικής βιωσιμότητας, της προλήψεως κ.λπ. Βλ. *Ν. Μούσης*, *Η κοινωνική πολιτική της Ευρωπαϊκής Ένωσης*, εκδ. Παπαζήση, 2002, σελ. 159.

8. European Commission, Health and Consumer Protection DG, *The Internal Market and Health Services Report*, Report of the High Level Committee on Health, 17.12.2001, <http://www.europa.eu.int>, σελ. 26, Commission Press Releases, *Healthcare Cooperation: Patients to Benefit from the New Commission Proposals*, IP/04/2004, 21.4.2004, <http://europa.eu.int/rapid>, σελ. 2. Ανακοίνωση της Επιτροπής στο Συμβούλιο, το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, την ΟΚΕ και την Επιτροπή των Περιφερειών σχετικά με τη στρατηγική στον τομέα της υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, COM (2000) 285 τελικό, 2000/0119 COD, σελ. 7, με αναφορά στα μέτρα ενθαρρύνσεως.

9. Βλ. *Α. Laude*, *B. Mathieu*, *D. Tabuteau*, *Droit de la santé*, *Thémis PUF*, 2007, σελ. 43 κε., *C. Évini*, *Les droits des usagers du système de santé*, εκδ. Berger - Levrault, 2002, σελ. 209, που παραπέμπει στον ορισμό των *Y. Matillon* και *P. Durieux* για την ποιότητα των υπηρεσιών στο *L'évaluation médicale, du concept à la pratique*, *Médecine, Sciences, Flammarion*, <sup>2</sup>2000. Ειδικότερα, η ποιότητα ορίζεται ως το επίπεδο το οποίο επιτυγχάνουν τα ιδρύματα υγείας με όρους αύξησεως της πιθανότητας των επιδιωκόμενων αποτελεσμάτων για τα άτομα και τον πληθυσμό και συμβατότητας με το επίπεδο των υφιστάμενων γνώσεων. Ο ορισμός αυτός λαμβάνει υπόψη ότι η ποιότητα στηρίζεται στη συνεχή εκτίμηση των αποτελεσμάτων που δικαιολογεί την αξιολόγηση των πρακτικών και των διαδικασιών σε σχέση με τις επιστημονικές γνώσεις.

### 1) Το μέτρο της υψηλής ποιότητας

Το κοινωνικό δικαίωμα για προστασία της υγείας ορίζεται ως το δικαίωμα του ανθρώπου να του παρέχει το κράτος υπηρεσίες υγείας και να προβαίνει σε θετικές ενέργειες, ώστε να εξασφαλίζεται προληπτικά ή θεραπευτικά η ανώτερη δυνατή σωματική, ψυχική και διανοητική ευεξία του<sup>10</sup>. Το δικαίωμα για προστασία της υγείας τελεί σε συνάρτηση με τους ανθρώπινους πόρους και τα υλικά μέσα που διαθέτουν για το σύστημα υγείας η νομοθετική και η εκτελεστική εξουσία. Η διάθεση αυτή και η κατανομή διαφεύγει κατ' αρχήν του δικαστικού ελέγχου. Μόνο κατ' εξαίρεση γίνεται δεκτός ο δικαστικός έλεγχος με βάση τα άρθρα 105 ή 106 του ΕισΝΑΚ και τούτο στην περίπτωση της παράλειψης της έχουσας κανονιστική αρμοδιότητα διοίκησης να ασκήσει την αρμοδιότητά της, εφόσον αυτή είναι δέσμια<sup>11</sup>.

Το Σύνταγμα και οι διεθνείς συμβάσεις δεν προσδιορίζουν το μέτρο της υψηλής ποιότητας των παροχών ασθένειας σε είδος. Οι διεθνείς συμβάσεις ακόμη και όταν είναι περισσότερο αναλυτικές δεν έχουν κατά κανόνα άμεση εφαρμογή και απαιτείται η εξειδίκευσή τους από τον εθνικό νομοθέτη. Κατά συνέπεια, το μέτρο της υψηλής ποιότητας εξαρτάται κατ' αρχήν από τις εθνικές οικονομικές δυνατότητες και οργανωτικές δομές. Ωστόσο, η εφαρμογή των διατάξεων του πρωτογενούς ευρωπαϊκού κοινοτικού δικαίου (άρθρα 49 και 50 ΣΕΚ) που αφορούν στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών<sup>12</sup> το προσδιορίζουν έμμεσα. Ειδικότερα:

10. WHO, The Domains of Health Responsiveness - A Human Rights Analysis, Health and Human Rights, Working Paper, 2003, σελ. 4. Οι συντάκτες του εγγράφου (L. Gostin, J. Hodge, N. Valentine, H. Nygren-Krug) ορίζουν το δικαίωμα της υγείας ως την υποχρέωση της πολιτείας να εξασφαλίζει τις απαραίτητες συνθήκες για την υγεία των ατόμων και των πληθυσμών.
11. Για παράδειγμα, για να ασκηθεί αγωγή κατά της παράλειψης του κανονιστικού νομοθέτη να θεσπίσει τις προβλεπόμενες από τον νόμο διατάξεις για την πρόσληψη προσωπικού προϋποτίθεται ότι η αρμοδιότητά του είναι δέσμια. Δεν θεωρείται πάντως δέσμια η αρμοδιότητα, όταν ο εξουσιοδοτών νόμος επιτρέπει τη μετάθεση του χρόνου έναρξης της ισχύος του δικαιώματος, για το οποίο παρέχεται από αυτόν η άσκηση της κανονιστικής αρμοδιότητας (ΣτΕ Ολ 1929/78, ΘΕ ΣτΕ 50/80, 2052/80, Δελτίο ΣτΕ 1980, 3, ΑΠ 59/89, ΝοΒ 1990,1160, ΣτΕ 5/01, ΕΔΚΑ 2001,351, 6/01, ΕΔΚΑ 2002,392).
12. Αναλυτικά, το ΔΕΚ, ήδη από το 1984, έχει δεχθεί ότι οι ιατρικές υπηρεσίες και γενικότερα οι υπηρεσίες υγείας εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των άρθρων 49 και 50 ΣΕΚ για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών, ανεξάρτητα από το αν παρέχονται εντός ή εκτός νοσοκομείου. Τούτο επιβεβαιώνεται και με νεότερες αποφάσεις. Το 1998, το ΔΕΚ, με την απόφασή του επί των υποθέσεων Kohl και Decker (ΔΕΚ 286/82 και 26/83, Luisi και Carbone, Σ. 1984, 377, ΔΕΚ C-159/90, Society for the protection of unborn children Ireland, Σ. 1991, I-4685) που συνεκδικάσθηκαν, εμβάθυνε στο θέμα των περιορισμών της θεμελιώδους αυτής κοινοτικής ελευθερίας και εξέτασε ειδικότερα το νόμιμο ή μη της αρνή-

1. Όσον αφορά στις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας: Οι Ευρωπαίοι πολίτες δικαιούνται να τα λάβουν σε οποιοδήποτε κράτος-μέλος χωρίς προηγούμενη έγκριση από τον οργανισμό στον οποίο ασφαλιζονται. Η απόδοση της σχετικής δαπάνης γίνεται με βάση το τιμολόγιο που ισχύει στη χώρα της υπαγωγής στην ασφάλιση<sup>13</sup>. Επομένως για τις εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες και τα αγαθά υγείας το μέτρο της υψηλής ποιότητας αντιστοιχεί σε εκείνο του κράτους-μέλους με το υψηλότερο επίπεδο και το ίδιο ή χαμηλότερο τιμολόγιο σε σχέση με το ισχύον στο κράτος της υπαγωγής<sup>14</sup>.

σεως των ασφαλιστικών οργανισμών να αποδώσουν τη δαπάνη για εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες που είχαν ληφθεί χωρίς προηγούμενη έγκριση των αρμόδιων ασφαλιστικών οργανισμών. Η υπόθεση Kohl αφορά στην άρνηση ασφαλιστικού οργανισμού του Λουξεμβούργου να αποδώσει σε ασφαλισμένο του, υπήκοο του Λουξεμβούργου, τη δαπάνη για ορθοδοντικές εργασίες στην ανήλικη κόρη του, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στη Γερμανία, με την αιτιολογία ότι ο ασφαλισμένος δεν είχε λάβει έγκριση προ της εκτέλεσης των εργασιών. Η υπόθεση Decker αναφέρεται στην άρνηση ασφαλιστικού οργανισμού του Λουξεμβούργου να αποδώσει σε ασφαλισμένο του, υπήκοο του Λουξεμβούργου, τη δαπάνη για την προμήθεια γυαλιών στο Βέλγιο με συνταγή ιατρού του Λουξεμβούργου, επειδή ομοίως δεν είχε προηγηθεί η έγκριση πριν από την προμήθεια. Το ΔΕΚ και στις δύο περιπτώσεις κρίνει ότι εφαρμόζονται τα άρθρα 49 και 50 της ΣΕΚ και για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών και ότι εθνική ρύθμιση που εξαρτά την απόδοση των δαπανών για ιατρικές υπηρεσίες που πραγματοποιήθηκαν σε άλλο κράτος-μέλος από προηγούμενη έγκριση του οικείου ΟΚΑ αντίκειται κατ' αρχήν στη Συνθήκη. Ειδικότερα, το Δικαστήριο δέχεται ότι τέτοια εθνική ρύθμιση αποθαρρύνει τους ασφαλισμένους σε ένα κράτος-μέλος να απευθύνονται στους εγκατεστημένους σε άλλο κράτος-μέλος παρέχοντες ιατρικής φύσεως υπηρεσίες και συνιστά τόσο για τους τελευταίους όσο και για τους ασθενείς τους εμπόδιο στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών. Το ΔΕΚ εξετάζει επίσης αν λόγοι που αναφέρονται στον έλεγχο των δαπανών υγείας εμποδίζουν την εφαρμογή των διατάξεων για την ελεύθερη παροχή υπηρεσιών και κρίνει ότι η εθνική ρύθμιση δεν δικαιολογείται από την ανάγκη ελέγχου των δαπανών υγείας, διότι τα ίδια χρηματικά ποσά βαρύνουν τον εθνικό ΟΚΑ είτε ο ασφαλισμένος απευθυνθεί σε εθνικό οργανισμό υπηρεσιών υγείας είτε σε οργανισμό άλλου κράτους-μέλους. Επισημαίνει επίσης ότι σκοποί αμιγώς οικονομικής φύσεως δεν επαρκούν για να δικαιολογήσουν εμπόδια στη θεμελιώδη αρχή της ελεύθερης παροχής υπηρεσιών υγείας.

13. Κατά το δευτερογενές ευρωπαϊκό κοινοτικό δίκαιο απαιτείται η προηγούμενη έγκριση για την παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης. Ωστόσο, στην περίπτωση αυτή ο ασφαλιστικός οργανισμός αποδίδει τη δαπάνη με βάση το ισχύον στη χώρα λήψης των παροχών τιμολόγιο.
14. Επισημαίνουμε ότι για τη διάκριση σε νοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές υπηρεσίες δεν έχει καμία σημασία αν το σύστημα υγείας χορηγεί παροχές σε είδος ή αποδίδει τις δαπάνες με βάση προκαθορισμένο τιμολόγιο. Τα κράτη που εφαρμόζουν σύστημα παροχών σε είδος οφείλουν να προβλέψουν σύστημα απόδοσης των δαπανών για υπηρεσίες υγείας που παρασκήθηκαν σε άλλο κράτος-μέλος και μάλιστα να καθορίσουν με αντικειμενικό και διαφανή τρόπο τα εκάστοτε αποδιδόμενα ποσά.

2. Όσον αφορά στη νοσηλεία: Το μέτρο της υψηλής ποιότητας είναι αυτό των δημόσιων εθνικών νοσοκομείων και στην περίπτωση που δεν μπορούν να χορηγήσουν θεραπεία και κινδυνεύει η υγεία του ασφαλισμένου είναι των ιδιωτικών νοσοκομείων, εφόσον αυτά μπορούν να χορηγήσουν την κατάλληλη θεραπεία. Η νομοθεσία του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, ήδη από το 1957, κατοχυρώνει το δικαίωμα του ασφαλισμένου να νοσηλευθεί σε ιδιωτικό νοσοκομείο, εφόσον η κατάσταση της υγείας του δεν μπορεί να αντιμετωπισθεί σε δημόσιο<sup>15</sup>. Είναι εντελώς διαφορετικό το ζήτημα ότι τα ιδιωτικά νοσοκομεία ενίοτε σε έκτακτες εισαγωγές χρεώνουν κατά παράβαση του άρθρου 12 παρ. 13 του Ν 3796/1957 και του ΠΔ 234/80 τους ασφαλισμένους με το πραγματικό και όχι με το κρατικό νοσήλιο<sup>16</sup>.

15. Ειδικότερα, το άρθρο 31 παρ. 1 του ΑΝ 1846/1951 καθορίζει τους δικαιούχους ιατρικής περιθάλψεως από τον κλάδο ασφαλίσεως ασθένειας του ΙΚΑ και προβλέπει ότι: Δια Κανονισμού ορισθήσεται ο τρόπος παροχής της ιατρικής περιθάλψεως και η έκταση των παροχών. Η παρ. 4 του ίδιου άρθρου εξειδικεύει το περιεχόμενο της ιατρικής περιθάλψεως. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει «... ιατρικές φροντίδας, παρακλινικές εξετάσεις πάσης φύσεως, ειδικές θεραπείες, φάρμακα, συνήθη και ειδικά θεραπευτικά μέσα και προθέσεις, λουτροθεραπεία καθώς και περίθαλψιν εις πάσης φύσεως θεραπευτήρια, ως τοιούτων νοουμένων των ασύλων και των σανατορίων εφόσον παρίσταται ανάγκη και εις ην έκτασιν επιβάλλει η κατάσταση του ασθενούς. Το ΙΚΑ δύναται να καθορίση δια Κανονισμού ποσοστό συμμετοχής του ασφαλισμένου ή συνταξιούχου ή επιδοματούχου λόγω αναπροσαρμογής η των εν άρθρω 33 αναφερόμενων μελών οικογενείας τούτων εις την σχετικήν δαπάνην μη δυνάμενην να υπερβή το 1/4 ταύτης». Ο Κανονισμός Νοσοκομειακής Περιθάλψεως (ΑΥΕ 33651/Ε/1089/1956, ΦΕΚ Β', 126/1.6.1956) προβλέπει στις παρ. 1 και 2 του άρθρου 3 ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται σε δημόσια νοσοκομεία και σε ιδιωτικά, εφόσον όμως το ΙΚΑ έχει συνάψει σύμβαση με τα τελευταία. Η παρ. 3 του ίδιου άρθρου, όπως έχει συμπληρωθεί με τις υπ' αριθμ. 19373/1.144/2.4/2.5.1957 και 65815/1.483/29.8/25.9.1964 αποφάσεις του Υπουργού Εργασίας και στη συνέχεια με την υπ' αριθμόν 416/2355/10.8.1974 απόφαση του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών, επιτρέπει τη νοσηλεία και σε μη συμβεβλημένα με το ΙΚΑ ιδιωτικά νοσοκομεία σε επείγουσες περιπτώσεις. Το ΙΚΑ υποχρεούται να καταβάλει πλήρη τα νοσήλια, σύμφωνα με την ισχύουσα κρατική διατίμηση για νοσηλεία ιδιωτική σε Γ' θέση ή σε ανώτερη, εφόσον ο ασθενής την δικαιούται για το χρονικό διάστημα που δεν επιτρέπεται η μετακίνηση του ασθενή σε συμβεβλημένο νοσοκομείο. Επομένως, η νομοθεσία του ΙΚΑ κατοχυρώνει πλήρως τα συνταγματικά κατοχυρωμένα δικαιώματα για προστασία της υγείας και για κοινωνικοασφαλιστική κάλυψη από τον κίνδυνο της ασθένειας. Βλ. και Π. Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, «Η έκτακτη νοσηλεία ασφαλισμένων σε ιδιωτικά νοσοκομεία μη συμβεβλημένα με ασφαλιστικούς οργανισμούς. Με αφορμή την απόφαση ΣτΕ 2738/2006», Διδικ 2/2007,291κε.

16. Με το άρθρο 12 παρ. 13 του Ν 3796/1957 προβλέπεται ότι: Δια ΒΔ/τος εκδιδόμενου προτάσει του Υπουργού Κοινωνικής Πρόνοιας καθορίζεται το τιμολόγιο νοσηλείων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ιδιωτικών κλινικών πάσης φύσεως και κατηγορίας κατ' αναλογίαν προς την ειδικότητα, την έδρα, τον αριθμόν κλι-

Τέλος, στην περίπτωση που δεν μπορεί να παρασχεθούν οι κατάλληλες νοσοκομειακές υπηρεσίες στην ημεδαπή αλλά θα μπορούσαν να παρασχεθούν στην αλλοδαπή, το μέτρο της υψηλής ποιότητας είναι αυτό που ισχύει στην αλλοδαπή. Ειδικότερα δε για νοσηλεία σε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ απαιτείται κατ' αρχήν η προηγούμενη έγκριση για την

ών κατά θάλαμον και την θέσιν νοσηλείας. Οι παραβάται του εκάστοτε καθοριζόμενου τιμολογίου νοσηλίων τιμωρούνται δια προστίμου 10.000-50.000 δρχ. Και εν υποτροπή δια φυλακίσεως μέχρι 6 μηνών. Με βάση την διάταξη αυτή έχει εκδοθεί το ΠΔ 234/1980 το οποίο στο άρθρο 31 ορίζει ότι: Τα τιμολόγια νοσηλίων που καθορίζονται από τις σχετικές διατάξεις (ημερήσια νοσήλια, αμοιβές ιατρικών πράξεων και έξοδα χειρουργείου) για ασφαλισμένους καθώς και για ασθενείς των οποίων η δαπάνη νοσηλείας βαρύνει το Δημόσιο, σε περιπτώσεις εκτάκτου εισαγωγής εφαρμόζονται υποχρεωτικά και από τις ιδιωτικές κλινικές και τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ανεξάρτητα αν υπάρχει η όχι σύμβαση μεταξύ τούτων και των ασφαλιστικών φορέων. Συνεπώς, το ιδιωτικό, μη συμβεβλημένο με τον ασφαλιστικό οργανισμό νοσοκομείο, υποχρεούται να χρεώσει τον ασθενή με βάση το τιμολόγιο νοσηλείας και όχι με βάση το πραγματικό νοσήλιο, το οποίο δεν αποκλείεται να είναι ανώτερο του καθοριζόμενου από την κρατική διατίμηση. Ήδη, ο ισχύων Ν 1579/1985 στο άρθρο 16 προβλέπει ότι με Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών, ύστερα από σύμφωνη γνώμοδότηση του ΚΕΣΥ καθορίζεται το τιμολόγιο των νοσηλίων των νοσοκομείων και ιδιωτικών κλινικών, ενώ παράλληλα προβλέπεται ότι με απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να αυξάνονται τα πρόστιμα που προβλέπει η παρ. 13 του άρθρου 12 του Ν 3796/1957. Δηλαδή, με το ισχύον καθεστώς διατηρείται η κρατική διατίμηση, αλλά απλοποιείται η διαδικασία, αφού πλέον δεν απαιτείται η έκδοση προεδρικού διατάγματος. Τίθεται το ερώτημα αν οι παραπάνω κανόνες δικαίου που υποχρεώνουν τα ιδιωτικά νοσοκομεία σε περιπτώσεις έκτακτων εισαγωγών ασφαλισμένων να χρεώνουν με βάση το τιμολόγιο νοσηλείας αποτελούν συνταγματικά επιτρεπόμενη προσβολή της ιδιοκτησίας και της επαγγελματικής ή επιχειρηματικής ελευθερίας (άρθρα 5 και 106 του Συντ.). Κατά μια άποψη, πρόκειται για νόμιμο περιορισμό των παραπάνω δικαιωμάτων, εφόσον η καθοριζόμενη τιμή δεν είναι χαμηλότερη του κόστους παραγωγής του αγαθού ή της υπηρεσίας (Πρ. Δαγτόγλου, «Ο νομικός χαρακτήρας της κρατικής καλύψεως ελλειμμάτων λόγω διατιμήσεως κάτω του κόστους», Γνωμοδότηση, ΝοΒ 1984,1003, ΣτΕ Ολ 2998/88, ΝοΒ 1989,819). Κατά τη νομολογία του ΣτΕ (ΣτΕ 3347/2006 και 3551/2006, δημοσιευμένες στην ιστοσελίδα Νόμος, ό.π. και μερίδα της θεωρίας, (βλ. Αρ. Γέροντας, ό.π., σελ. 329 κε.), το τιμολόγιο πρέπει να καθορίζεται ύστερα από συνεκτίμηση του κόστους παραγωγής που επιτυγχάνει μια ορθολογικά οργανωμένη κλινική και ενός εύλογου περιθωρίου κέρδους, ικανού για την εξασφάλιση της επιβιώσεως της εν λόγω κλινικής (ΣτΕ 3347/2006 και 3551/2006, δημοσιευμένες στην ιστοσελίδα Νόμος). Στην περίπτωση πάντως του καθορισμού του τιμολογίου σε ποσό χαμηλότερο του κόστους παραγωγής της υπηρεσίας ή του προϊόντος, η σχετική απόφαση μπορεί να ακυρωθεί και το δημόσιο οφείλει να αποζημιώσει το ιδιωτικό νοσοκομείο για τη ζημία που υφίσταται (Πρ. Δαγτόγλου, «Ο νομικός χαρακτήρας», ό.π., σελ. 1005. Επίσης, ΣτΕ 1600/2005, 3624/2001, 1686/2002, ΣτΕ Ολ 3662/2005, δημοσιευμένες στην ιστοσελίδα Νόμος, ό.π.).

απόδοση των δαπανών νοσηλείας και η δαπάνη στην περίπτωση αυτή αποδίδεται με βάση το τιμολόγιο που ισχύει στο κράτος που παρέχεται η νοσηλεία<sup>17</sup>.

Εν κατακλείδι, το μέτρο της υψηλής ποιότητας καθορίζεται από τις δυνατότητες του συστήματος υγείας των κρατών μελών της ΕΕ με εξαίρεση τις εξωνοσοκομειακές παροχές, όπου το μέτρο της υψηλής ποιότητας αντιστοιχεί σε αυτό του κράτους μέλους με το υψηλότερο επίπεδο και ίδιο ή χαμηλότερο τιμολόγιο από το κράτος της υπαγωγής. Για τη νοσηλεία είναι αυτό των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ στις περιπτώσεις που δεν μπορεί να παρασχεθεί η κατάλληλη θεραπεία σε δημόσια νοσοκομεία είναι αυτό των ιδιωτικών και αν ούτε και αυτά μπορούν να την παράσχουν το μέτρο της ποιότητας είναι αυτό που ισχύει σε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ που μπορεί να την παράσχει. Υπό αυτήν την έννοια, το ευρωπαϊκό κοινοτικό δίκαιο παρέχει στους ευρωπαίους πολίτες τη δυνατότητα παρακάμψης των οργανωτικών και οικονομικών περιορισμών που ισχύουν στις χώρες τους.

17. ΔΕΚ C-385/99, Müller-Fauré και Van Riet, Σ. I-4509, σκέψη 75. Βλ. επίσης σχόλιο της Π. Πετρόγλου κάτω από την απόφαση αυτή, ΕΔΚΑ 4/2003, 267 κε. Ειδικότερα, η Müller-Fauré ζήτησε να της επιστραφούν από τον ασφαλιστικό οργανισμό της στην Ολλανδία οι δαπάνες για οδοντιατρική θεραπεία που πραγματοποίησε στη Γερμανία. Το αίτημά της απορρίφθηκε, διότι στην Ολλανδία τα ταμεία χορηγούν παροχές σε είδος και διότι δεν συνέτρεχαν εξαιρετικοί λόγοι για να εγκριθούν εκ των υστέρων οι δαπάνες που έγιναν σε άλλο κράτος-μέλος. Η Van Riet προέβη σε αρθροσκόπηση στο Βέλγιο, διότι εκεί ο χρόνος αναμονής ήταν μικρότερος σε σχέση με την Ολλανδία όπου ήταν ασφαλισμένη. Το ταμείο της αρνήθηκε να της αποδώσει τη σχετική δαπάνη με παρόμοιο σκεπτικό. Το ΔΕΚ δικαίωσε τις προσφεύγουσες επαναλαμβάνοντας προγενέστερη νομολογία του, σύμφωνα με την οποία οι υπηρεσίες υγείας εμπίπτουν στο πεδίο εφαρμογής των διατάξεων περί ελεύθερης παροχής υπηρεσιών. Ειδικότερα, ο Ευρωπαίος πολίτης δικαιούται να λάβει εξωνοσοκομειακή περίθαλψη σε άλλο κράτος-μέλος χωρίς να απαιτείται η προηγούμενη έγκριση του ασφαλιστικού οργανισμού για την απόδοση της σχετικής δαπάνης. Η απόφαση διευκρινίζει ότι τούτο ισχύει, ανεξαρτήτως αν το εθνικό σύστημα προβλέπει δωρεάν παροχές σε είδος και υπηρεσίες ή αν προβλέπει απόδοση των δαπανών στις οποίες ο ασφαλισμένος έχει προβεί για την προμήθεια ειδών και υπηρεσιών υγείας. Το κράτος-μέλος μπορεί να προβλέψει σύστημα εγκρίσεων για την απόδοση των δαπανών για νοσηλεία σε άλλο κράτος-μέλος, ωστόσο δεν μπορεί να αρνηθεί την έγκριση στην περίπτωση που το σύστημα δεν παρέχει έγκαιρα εξίσου αποτελεσματική θεραπεία. Η προϋπόθεση του εγκαίρου κρίνεται αφού ληφθεί υπόψη το σύνολο των περιστάσεων. Τέλος, λόγοι αμιγώς οικονομικής φύσεως δεν δικαιολογούν εμπόδια στην ελεύθερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Επίσης, σχετικά με το έγκαιρο της αποτελεσματικής θεραπείας βλ. και την απόφαση ΔΕΚ C-372/2004, The Queen on the Application of Yvonne Watts κατά Bedford Primary Care Trust και του Secretary of State for Health, ΕΔΚΑ, 7/2006, με παρατηρήσεις Αθ. Πετρόγλου, σελ. 503 κε.

## 2) Τα μέσα για την επίτευξη της υψηλής ποιότητας

Περιοριζόμαστε στην αξιολόγηση και τον διοικητικό έλεγχο. Η ευθύνη προς αποζημίωση επίσης συμβάλλει στην επίτευξη της υψηλής ποιότητας, ωστόσο η παρουσίασής της θα υπερέβαινε τον χρόνο της παρούσας.

ι. Η αξιολόγηση:

Η ποιότητα διασφαλίζεται με τη συνεχή εκτίμηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, διαδικασιών και πρακτικών σε σχέση με τις επιστημονικές γνώσεις και με τις ασφαλείς υπηρεσίες σύμφωνα με τις αρχές της προλήψεως και της προφυλάξεως.<sup>18</sup> Η αξιολόγηση αφορά και στις υπηρεσίες υγείας και στους επαγγελματίες υγείας και πραγματοποιείται με τη χρήση δεικτών και προτύπων σε σχέση με την κοινοτική ή εθνική πολιτική υγείας. Ενδεικτικά, αξιολογείται η δραστηριότητα των υπηρεσιών και των επαγγελματιών υγείας με βάση τις τυχόν οδηγίες καλής πρακτικής, τα ιατρικά πρωτόκολλα, τη συμμετοχή σε προγράμματα επιμορφώσεως κ.λπ. Η επιτυχία της αξιολόγησης εξαρτάται από τη συναίνεση και τη συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας και ιδίως των ιατρών στις διαδικασίες ελέγχου και από μια σύγχρονη οριοθέτηση της επαγγελματικής τους ελευθερίας<sup>19</sup>, που όμως δεν πρέπει να καταλήγει σε κατάλυση ή σε ουσιώδη περιορισμό της.

Στο ελληνικό ασφαλιστικό δίκαιο η σύναψη και η ανανέωση των συμβάσεων με τις ιδιωτικού δικαίου υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει εκ των πραγμάτων μια αξιολόγηση και έναν έλεγχο της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

18. Μεγάλη έμφαση στην αξιολόγηση δόθηκε και από τον ΠΟΥ, που στους στόχους 38 και 31 του προγράμματος Υγεία για Όλους αναφέρει ότι: «Ως το 1990, όλα τα κράτη-μέλη θα πρέπει να έχουν εγκαταστήσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς που εξασφαλίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων φροντιδών στο πλαίσιο των ιδιαίτερων συστημάτων τους. Πριν από το 1990 όλα τα κράτη-μέλη θα πρέπει να έχουν θεσπίσει έναν επίσημο μηχανισμό συστηματικής αξιολόγησης της καταλληλότητας χρησιμοποιήσεως των τεχνολογιών στην υγεία καθώς και της αποτελεσματικότητας, ικανότητας και αποδοχής τους και των ανταποκρίσεών τους στις εθνικές πολιτικές υγείας και τους οικονομικούς περιορισμούς, σύμφωνα με όσα προδιαγράφουν σε εθνικό επίπεδο οι πολιτικές υγείας και οι οικονομικοί περιορισμοί». Επίσης, ο ΟΟΣΑ επισημάνει ότι στη σταθεροποίηση των δαπανών υγείας συμβάλλει η εισαγωγή των κριτηρίων της κλινικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας των δαπανών υγείας, η εισαγωγή σύγχρονων μεθόδων διοικήσεως των υπηρεσιών υγείας, ο έλεγχος στην ανάπτυξη του ιατρικού δυναμικού, ο έλεγχος στην ανάπτυξη των νοσοκομειακών κρεβατιών και η στροφή προς οικονομικότερες και κοινωνικότερες μορφές περιθάλψεως, καθώς και ο έλεγχος στη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας. Βλ. Φ. Ομπέση, ό.π., σελ. 565.

19. Βλ. M. Aubry, «Les réformes portent leurs fruits», *Droit Social* 11/1999, σελ. 891, που τονίζει ότι απαιτείται αλλαγή της συμπεριφοράς των ιατρών για να επιτευχθεί ο στόχος του ελέγχου των δαπανών.

Η αξιολόγηση αναφέρεται λογικά και στη θεραπεία και στο κόστος, αλλά δεν ακολουθείται μια νομοθετημένη διαδικασία με βάση συγκεκριμένους δείκτες και στοιχεία. Για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ισχύει το κρατικό τιμολόγιο και δεν γίνεται αξιολόγηση με το δίδου αυτονόητο σκεπτικό ότι την ποιότητα των δημόσιων υπηρεσιών υγείας εγγυάται η δημόσια ευθύνη και οργάνωση<sup>20</sup>.

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται οι πρώτες προσπάθειες για την εισαγωγή ολοκληρωμένου θεσμικού πλαισίου για τον έλεγχο της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Το θεσμικό αυτό πλαίσιο είναι ακόμη ατελές. Για παράδειγμα, ο Ν 3172/2003 *Οργάνωση, εκσυγχρονισμός υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις* προβλέπει στο άρθρο 18 τη δημιουργία του Χάρτη Υγείας της χώρας<sup>21</sup> και ο Ν 3370/2005 *Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και άλλες διατάξεις* προβλέπει την εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και την ανάπτυξη μέτρων για τη βελτίωσή τους. Ωστόσο, το θεσμικό πλαίσιο είναι ατελές, διότι εξαντλείται στον καθορισμό των στοιχείων και δεικτών που θα συλλέγονται με τον Χάρτη Υγείας χωρίς να προβλέπεται διαδικασία για την αξιολόγησή των στοιχείων και των παρεχόμενων υπηρεσιών, ώστε ο σκοπός του ελέγχου να μπορεί να πραγματοποιηθεί. Ομοίως το θεσμικό πλαίσιο που προέβλεπε ο Ν 2519/97 δεν είχε καταστεί δυνατό να εφαρμοσθεί, διότι δεν είχαν διατεθεί οι προβλεπόμενοι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι<sup>22</sup>. Σημαντικά βήματα πάντως γίνονται για τη διασφάλιση της ποιότητας και της οικονομικότητας στις προμήθειες ιατροτεχνολογικών προϊόντων<sup>23</sup>. Προσπάθεια καταβάλλεται και

για τις προμήθειες των νοσοκομείων<sup>24</sup> χωρίς όμως να έχει ολοκληρωθεί και να έχει αποτελέσματα.

#### ii) Οι διοικητικοί έλεγχοι

Εστιάζουμε σε δύο ζητήματα: Το πρώτο αναφέρεται στον έλεγχο των ιατρών. Νομικά ενδιαφέρει αν ο ιατρός υποχρεούται να προτιμά μεταξύ περισσότερων εναλλακτικών θεραπευτικών μεθόδων την πλέον οικονομική και αν είναι ανεξέλεγκτη η κρίση του για το ποια μέθοδο επιβάλλει το συμφέρον του ασθενή. Στο Ηνωμένο Βασίλειο γίνεται δεκτή η διπλή ευθύνη του ιατρού, δηλαδή και έναντι του ασθενή και έναντι της Αρχής Υγείας στην οποία υπηρετεί, δεδομένου ότι αυτή έχει ως αποστολή την ομοιόμορφη και ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό<sup>25</sup>. Στη Γαλλία γίνεται επίσης δεκτό ότι οι ιατροί κατά τη συνταγογράφηση οφείλουν να επιδιώκουν τη μεγαλύτερη δυνατή οικονομία, λαμβάνοντας υπόψη την ποιότητα, την ασφάλεια του χρήστη και την αποτελεσματικότητα της συνταγής

των εξαρτημάτων τους. Ειδικότερα, ως εναρμονισμένα πρότυπα θεωρούνται οι τεχνικές προδιαγραφές που έχουν εγκριθεί από την εντολή της Επιτροπής από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Τυποποίησης (CEN) ή την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Τυποποίησης Ηλεκτροτεχνικών Προϊόντων (CENELC) ή και από τους δύο αυτούς οργανισμούς, κατά την Οδηγία 83/189/ΕΟΚ και σύμφωνα με τα κεκτημένα υπό μορφή μονογραφιών της ευρωπαϊκής φαρμακοποιίας. Άλλες Οδηγίες θέτουν προδιαγραφές για τα ενεργά εμφυτεύσιμα προϊόντα (Οδηγία 90/385/ΕΟΚ), τα φάρμακα (Οδηγία 65/65/ΕΟΚ), τα καλλυντικά (Οδηγία 76/768/ΕΟΚ), το ανθρώπινο αίμα και πλάσμα ή κύτταρα, τα μοσχεύματα ή κύτταρα ζωικής προελεύσεως κ.λπ. Οι Οδηγίες αυτές διασφαλίζουν την ελεύθερη διάθεση στο εμπόριο, την αξιολόγηση της λειτουργίας και τη σήμανση πιστότητας (CE) των εν λόγω προϊόντων, καθώς και την εναρμόνιση με αυτές των εθνικών διατάξεων για την ασφάλεια και την προστασία της υγείας των χρηστών των προϊόντων που αναφέρθηκαν.

20. Βλ. C. Évin, *Les droits des usagers du système de santé*, ό.π., σελ. 207-249, που αναφέρει ενδεικτικά, ως συνέπειες της δημόσιας ευθύνης και οργάνωσης, τις υποχρεώσεις των επαγγελματιών υγείας να λάβουν άδεια άσκησης επαγγέλματος, να παρακολουθούν προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης κ.ά. Επίσης, σημειώνει τις υποχρεώσεις των υπηρεσιών υγείας να λάβουν άδεια λειτουργίας, να ανανεώνουν τον εξοπλισμό τους κ.ά.
21. Ο Χάρτης θα καταγράφει και θα μετρά το επίπεδο υγείας των πολιτών, την επάρκεια, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας της χώρας (δημόσιου και ιδιωτικού τομέα) και θα παρέχει πληροφορίες για τα δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία, για τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους, καθώς και αναλυτικά στοιχεία για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας.
22. Ενδεικτικά, η σύσταση των θέσεων ιατρών δημόσιας υγείας είχε γίνει με τον Ν 2519/1997, αλλά ο συνολικός αριθμός που έχει καλυφθεί υπολείπεται σημαντικά των κενών θέσεων. Το ίδιο ισχύει και για τους επόμενες δημόσιας υγείας, τις επισκέπτριες δημόσιας υγείας και το υπόλοιπο επιστημονικό προσωπικό δημόσιας υγείας.
23. Η Οδηγία 93/42/ΕΟΚ για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα προβλέπει την τυποποίηση των ιατροτεχνολογικών προϊόντων και

24. Ο Ν 2955/2001 για τις προμήθειες των νοσοκομείων καθιερώνει το μητρώο των επιτρεπόμενων ιατροτεχνολογικών προϊόντων και καθορίζει τις τεχνικές προδιαγραφές για κάθε προϊόν που εγγράφεται στο μητρώο. Λαμβάνονται υπόψη τα τεχνικά χαρακτηριστικά του προϊόντος για τα οποία υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση ότι επηρεάζουν τη δυνατότητα ή την αποτελεσματικότητα της χρήσεώς του, τις αντίστοιχες προδιαγραφές της ευρωπαϊκής φαρμακοποιίας και τα τεχνικά χαρακτηριστικά ειδών ανάλογων προς τα ζητούμενα, τα οποία προσφέρονται προς πώληση στην ελεύθερη αγορά, ιδίως μέσω του Διαδικτύου. Σε κάθε διαγωνισμό πρέπει να υπάρχει η πρόβλεψη ότι ο προμηθευτής υποχρεούται να συνοδεύει την τεχνική προσφορά του με οδηγίες χρήσης και συντήρησης του προϊόντος στην ελληνική γλώσσα, οι οποίες να αποδίδουν πιστά το πρωτότυπο κείμενο και να φέρουν την έγκριση του κατασκευαστή. Επίσης, πρέπει να προβλέπεται η παροχή εκπαίδευσης στο ιατρικό, παραϊατρικό και τεχνικό προσωπικό για τη χρήση, τη συντήρηση και την επισκευή των προϊόντων που προσφέρει.
25. Αυτές οι σκέψεις οδηγούν πρακτικά σε προσαρμογή του πειθαδικού δικαίου των ιατρών ή ακόμη και σε πρόβλεψη για αποζημίωση της Αρχής Υγείας εκ μέρους του ιατρού σε περίπτωση ευθύνης του τελευταίου.

(βλ. άρθρο L. 162-2-1 του Κώδικα Κοινωνικής Ασφάλισης). Πάντως, το γαλλικό ΣτΕ έχει ακυρώσει την επιβολή οικονομικών κυρώσεων που είχαν επιβληθεί σε βάρος ιατρών για τη μη τήρηση ιατρικών πρωτοκόλλων<sup>26</sup>. Από την άλλη, έχει δεχθεί ότι οι συστάσεις καλής πρακτικής υπόκεινται σε δικαστικό έλεγχο, εφόσον έχουν συνταχθεί με επιτακτικό τρόπο<sup>27</sup>. Επίσης, θεωρεί ότι ένας κατάλογος ισοδύναμων θεραπευτικά φαρμάκων που έχει συνταχθεί από τους συμβατικούς εταίρους ακόμη και αν δεν έχει υποβληθεί προς έγκριση στον Υπουργό, αποτελεί διοικητική πράξη<sup>28</sup>. Το δικαστήριο επεκτείνει τον έλεγχό του σε μέσα των οποίων η νομική φύση είναι αβέβαιη αλλά η σημασία όλο και μεγαλύτερη. Τούτο έχει ως αποτέλεσμα τα μέσα αυτά να αποκτούν οιοδήποτε δεσμευτικό χαρακτήρα και να επιτρέπουν έναν ουσιαστικό έλεγχο των ιατρών ως προς την άσκηση του λειτουργήματός των.

Το δεύτερο ζήτημα στο οποίο εστιάζουμε είναι ο αποσπασματικός χαρακτήρας των διοικητικών ελέγχων και η διενέργειά τους σε μη πραγματικό χρόνο. Επιβάλλεται η εγκατάσταση και λειτουργία ηλεκτρονικού συστήματος και η έκδοση κάρτας υγείας που θα είναι προσβάσιμη στον ασφαλιστικό οργανισμό, στον φαρμακοποιό, στον επαγγελματία υγείας, στον οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας και στον ίδιο τον ασφαλισμένο. Το σύστημα αυτό θα επιτρέπει σε πραγματικό χρόνο τον έλεγχο του είδους και της εκτάσεως των παροχών σε είδος από διοικητικής και θεραπευτικής πλευράς. Ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος και η ηλεκτρονική κάρτα υγείας προβλέπονται στον Ν 3235/2004<sup>29</sup>. Ο ηλεκτρονικός φάκελος θα περιέχει τις ιατρικές πληροφορίες για κάθε πολίτη, οι οποίες προέρχονται από οποιονδήποτε οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας. Με ξεχωριστή διάταξη καθιερώνεται η αρχή της εμπιστευτικότητας κατά την πρόσβαση στις πληροφορίες<sup>30</sup>

και ποινικές κυρώσεις σε βάρος αυτών που παραβιάζουν την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών κατά τα ειδικότερα οριζόμενα στο άρθρο 11 του νόμου. Ωστόσο, δεν έχουν εκδοθεί οι κανονιστικές πράξεις που θα επέτρεπαν την υλοποίηση των παραπάνω διατάξεων.

### ***B. Οι αρχές της οικονομικότητας της οικονομικής ισορροπίας και της βιωσιμότητας***

Η οικονομικότητα, αρχή του διοικητικού δικαίου βρίσκει πεδίο εφαρμογής και στους κλάδους ασθένειας. Ορίζεται ως η ικανοποίηση των βασικών αναγκών των ασφαλισμένων με τη μικρότερη δυνατή οικονομική θυσία αυτών εν όψει και του επιδιωκόμενου δημοσίου ή γενικότερου οικονομικού συμφέροντος<sup>31</sup>. Η αρχή αυτή συνδέεται με την αποδοτικότητα και διασφαλίζεται με την ορθολογική οργάνωση και διαχείριση. Η οικονομικότητα συνδέεται και επηρεάζει θετικά την οικονομική ισορροπία των κλάδων ασθένειας<sup>32</sup>. Η ανατροπή πάντως της οικονομικής ισορροπίας είναι μια ακραία κατάσταση. Συνηθέστερες είναι οι μεγαλύτερες διάρκειας και μικρότερης εντάσεως και εκτάσεως πιέσεις των οικονομικών της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης που υποβαθμίζουν την ποιότητα των παροχών ασθένειας σε είδος. Στη Γαλλία, η οικονομική ισορροπία του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης έχει αναχθεί σε γενική αρχή του κοινωνικοασφαλιστικού δικαίου με συνταγματική

οποία η μονάδα παρέχει τις υπηρεσίες αυτές. Στην περίπτωση επισημονικών αναλύσεων και μελετών, και για την αξιολόγηση των υπηρεσιών, επιτρέπεται η χρήση δεδομένων με τη συναίνεση του πολίτη ή χωρίς αυτήν, εφόσον δεν δημοσιοποιείται η ταυτότητά του.

31. Βλ. *Επ. Σπηλιωτόπουλος*, Εγχειρίδιο διοικητικού δικαίου, εκδ. Αντ. Ν. Σάκουλα, 112001, παρ. 20, υποσ. 3.

32. *Η. Κονδύλης, Λ. Αντωνοπούλου, Ν. Ντόμπρος, Α. Μπένος*, «Ροή χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας (Ελλάδα 2001-2003)», εισήγηση που περιλαμβάνεται στο CD των Πρακτικών του 3ου Πανελληνίου Συνεδρίου για τη διοίκηση, τα οικονομικά και τις πολιτικές υγείας που διοργάνωσε στην Αθήνα στις 12-15 Δεκεμβρίου 2007, η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας με θέμα «Υγεία: Ποιος θα πληρώσει; Η αναζήτηση της μεταρρύθμισης στην ιατρική περίθαλψη». Οι συγγραφείς παρατηρούν ότι κατά την τριετία 2001-2003 οι πληρωμές των ασφαλιστικών ταμείων του ΙΚΑ-ΕΤΑΜ, του ΤΕΒΕ και του ΟΠΑΔ ξεπέρασαν τα 520 εκατομμύρια Ευρώ, κατά μέσο όρο. Όμως τα ποσά αυτά δεν αντιπροσωπεύουν την πραγματική ροή χρηματοδότησης από τα ασφαλιστικά ταμεία προς τον ιδιωτικό τομέα υγείας, διότι δεν περιλαμβάνονται: α) Οι πληρωμές προς τις μονάδες τεχνικού νεφρού, β) οι πληρωμές από το ΙΚΑ προς ιδιωτικά ασφαλιστικά κέντρα και γ) τα στοιχεία για τα υπόλοιπα 31 ταμεία υγείας της χώρας, τα οποία καλύπτουν το 14,9% του ασφαλιστικού πληθυσμού. Συνεπώς, οι παραπάνω πληρωμές αντιπροσωπεύουν ποσοστό 52-60% του εκτιμώμενου κύκλου εργασιών του ιδιωτικού τομέα υγείας στη χώρα.

26. Απόφαση της 28.6.1998 «Συνδικάτο ιδιωτικών ιατρών».

27. Απόφαση της 26.9.2005 Conseil national de l'ordre des médicaments.

28. Απόφαση της 30.12.1998 Syndicat national de l'industrie pharmaceutique.

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

30. Ειδικότερα, κατά το άρθρο 10 του νόμου, πρόσβαση έχει ο ίδιος ο πολίτης για το σύνολο των πληροφοριών, ο οικογενειακός ή ο προσωπικός ιατρός στο σύνολο των πληροφοριών εκτός από τις πληροφορίες στις οποίες ο πολίτης αρνείται την πρόσβαση, οι καθ' ύλην αρμόδιοι επαγγελματίες υγείας της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πληροφοριών του πολίτη στον

κατοχύρωση<sup>33</sup>. Στην Ελλάδα, η οικονομική ισορροπία του συστήματος της κοινωνικής ασφάλισης δεν έχει καθιερωθεί από τη νομολογία ως αρχή της κοινωνικής ασφάλισης και μάλιστα ως αρχή συνταγματικού επιπέδου. Έχει πάντως απασχολήσει τη νομολογία η καθιέρωση της συγγενούς αρχής της βιώσιμης ανάπτυξης (όρο που χρησιμοποιούμε ως ταυτόσημο με των όρο «βιωσιμότητα») στο κοινωνικο-ασφαλιστικό δίκαιο<sup>34</sup>. Η αρχή αυτή σημαίνει ότι η σημερινή γενεά δεν επιτρέπεται να εξαντλεί όλες τις πλουτοπαραγωγικές πηγές και κατ' αυτόν τον τρόπο να υποθηκεύει το μέλλον των επόμενων γενεών. Συνεπώς, συνδέεται εν μέρει με την οικονομική ισορροπία της κοινωνικής ασφάλισης και συγκεκριμένα με τον σκοπό της εξασφάλισης της λειτουργίας της δημόσιας υπηρεσίας.

Τα ευρωπαϊκά κράτη επιδιώκουν την οικονομικότητα, οικονομική ισορροπία και βιωσιμότητα του συστήματος υγείας με δύο διαμετρικά αντίθετους τρόπους: Με τον εσωτερικό ανταγωνισμό των δημόσιων υπηρεσιών υγείας (Ηνωμένο Βασίλειο) από τη μιά και με τη συνεργασία του ιδιωτικού με τον δημόσιο τομέα (Γαλλία) από την άλλη. Η σχετική επιλογή αναδεικνύει τη σύγκρουση δύο διαμετρικά αντίθετων ιδεολογικών αντιλήψεων. Από τη μια, η υγεία δεν διαφοροποιείται από τα άλλα αγαθά και μπορεί να παρασχεθεί με βάση τους κανόνες του ιδιωτικού δικαίου και τους μηχανισμούς της αγοράς. Από την άλλη, η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και για την εξασφάλιση της προστασίας της δεν επαρκούν οι μηχανισμοί της αγοράς. Η σχετική αντιπαράθεση στην ΕΕ είναι έντονη και έχει οδηγήσει στην εξαίρεση των υπηρεσιών υγείας από το πεδίο εφαρμογής της Οδηγίας για τις υπηρεσίες<sup>35</sup>. Ωστόσο, η Επιτροπή συζητά το ενδεχόμενο θέσπισης ειδικής οδηγίας για τις κοινωνικές υπηρεσίες γενικότερου οικονομικού συμφέροντος<sup>36</sup> στις οποίες θα περιλαμβάνονται και τα νοσοκομεία.

33. Το γαλλικό Συνταγματικό Συμβούλιο με την απόφαση 97-393 DC της 17ης Δεκεμβρίου 1997 αναγνωρίζει ότι η οικονομική ισορροπία της κοινωνικής ασφάλισης αποτελεί αρχή της κοινωνικής ασφάλισης συνταγματικής περιωπής που συνάγεται από τον συνταγματικό νόμο της 22ας Φεβρουαρίου 1996 για τη χρηματοδότηση της κοινωνικής ασφάλισης, σύμφωνα με τον οποίο οι νόμοι της χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης καθορίζουν τις γενικές συνθήκες της οικονομικής της ισορροπίας. Κάποιες μεμονωμένες επιφυλάξεις που έχουν διατυπωθεί, ως προς το αν από τον «αόριστο» σκοπό του νόμου περί χρηματοδότησης της κοινωνικής ασφάλισης επιτρέπεται να συναχθεί γενική αρχή του κοινωνικοασφαλιστικού δικαίου και μάλιστα με συνταγματική αξία, δεν ευσταθούν.

34. Μειοψηφία στις αποφάσεις ΣτΕ 3099-3101/2001 ΣτΕ.

35. Οδηγία 2006/123/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 12ης Δεκεμβρίου 2006 σχετικά με τις υπηρεσίες στην εσωτερική αγορά.

36. Το ευρωπαϊκό δίκαιο και κατ' επέκταση η νομολογία του Δικ - στηρίου των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (ΔΕΚ) δεν χρησιμοποιούν

### 1) Η εισαγωγή κανόνων εσωτερικού ανταγωνισμού

Βασική είναι η διάκριση σε: (α) **παραγωγούς υπηρεσιών και αγαθών υγείας**, όπως για παράδειγμα σε επαγγελματίες υγείας, νοσοκομεία κ.λπ. που προσφέρουν υπηρεσίες και αγαθά υγείας, (β) **προμηθευτές**, δηλαδή αυτούς που μαζικά αγοράζουν υπηρεσίες και αγαθά υγείας και τα προμηθεύουν στους ασφαλισμένους ή τους ασθενείς τους και (γ) **χρήστες των υπηρεσιών υγείας**, δηλαδή τους τελικούς καταναλωτές. Μεταξύ των παραγωγών και των προμηθευτών αφενός και των προμηθευτών και των χρηστών αφετέρου γίνονται διαπραγματεύσεις και συνάπτονται συμβάσεις. Ο ανταγωνισμός λειτουργεί ως εξής: Οι παραγωγοί συναγωνίζονται να προσφέρουν χαμηλές σε κόστος και υψηλές σε ποιότητα υπηρεσίες 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 των χρηστών. Ο χαρακτηρισμός «εσωτερικός» οφείλεται στο ότι η συνολική δαπάνη υγείας είναι προκαθορισμένη και αυτοί που προσφέρουν και αγοράζουν υπηρεσίες συνδέονται με το σύστημα υγείας.

τον όρο δημόσια υπηρεσία, αλλά επιχείρηση γενικότερου οικονομικού συμφέροντος στα άρθρα 16 ΣΕΚ, 86, παρ. 2 της ΣΕΚ και στο άρθρο 36 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ. Η έννοια αυτή διαφέρει από τη δημόσια υπηρεσία ως προς το ότι οριοθετείται με βάση το οργανικό κριτήριο, ενώ η επιχείρηση γενικότερου οικονομικού συμφέροντος με βάση το λειτουργικό. Περιέχει όμως στοιχεία της δημόσιας υπηρεσίας, όπως τον σκοπό γενικότερου συμφέροντος που συνίσταται στη διασφάλιση της υψηλής ποιότητας υπηρεσιών με ανεκτό για όλους κόστος και τις αρχές λειτουργίας. Η νομολογία του ΔΕΚ έχει δεχθεί ότι οι βασικές αρχές της δημόσιας υπηρεσίας (συνέχεια, ισότητα, μεταβλητότητα, προσαρμογή και οικονομικότητα) ισχύουν για τις επιχειρήσεις γενικότερου οικονομικού συμφέροντος, ταυτόχρονα όμως ισχύουν και νέες αρχές, όπως της διαφάνειας, της ουδετερότητας, της διαβουλευσεως με τους χρήστες κ.ά. Βλ. Π. Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Η επικουρική κοινωνική ασφάλιση στο ευρωπαϊκό δίκαιο του ανταγωνισμού, εκδ. Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2002, σελ. 113 κε, Services sociaux d'intérêt général (SSIG). Βλ. Les services sociaux et de santé d'intérêt général: droits fondamentaux versus marché intérieur?, Pref. Spidla V., Bruylant 2008, σελ. 5 κε. Επίσης, Επιτροπή, Λευκή Βίβλος για τις υπηρεσίες γενικότερου οικονομικού συμφέροντος, COM (2004) 374 τελικό, Ανακοίνωση από την Επιτροπή προς το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, το Συμβούλιο, την ΕΟΚΕ και την Επιτροπή των Περιφερειών, Υπηρεσίες γενικού συμφέροντος, περιλαμβανομένων των κοινωνικών υπηρεσιών γενικού συμφέροντος: Μια νέα ευρωπαϊκή δέσμευση, COM (2007), 724 τελικό, Communication from the Commission, Implementing the Community Lisbon programme: Social services of general interest in the EU, COM (2006) 177 final, Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, A Single Market for 21st century Europe, COM (2007) 725 final.



Στο Ηνωμένο Βασίλειο προβλέπεται η συμμετοχή των ΝΠΙΔ και των φυσικών προσώπων στη λειτουργία της ΕΥΥ. Ειδικότερα, ομάδες ιατρών ή ιδιωτικές ασφαλιστικές επιχειρήσεις δύνανται να συμβάλλονται και να αγοράζουν και διαθέτουν υπηρεσίες για τους ασθενείς-ασφαλισμένους τους. Επίσης, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νομικά πρόσωπα μπορούν να αναλάβουν τη διαχείριση των Αρχών Υγείας. Τέλος, χορηγείται δικαίωμα επιλογής ιατρού και οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας (δημόσιου ή ιδιωτικού).

Πάντως, το ελληνικό σύστημα υγείας, σε αντίθεση με το σύστημα του Ηνωμένου Βασιλείου, έχει έναν ιδιαίτερα ανεπτυγμένο ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας<sup>37</sup>. Το κράτος επομένως δεν έχει δεσπόμενη θέση<sup>38</sup>. Για τον λόγο αυτό ενδεχόμενη εισαγωγή κανόνων εσωτερικού ανταγωνισμού προϋποθέτει προηγούμενη εξέταση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του ελληνικού συστήματος υγείας, προκειμένου να διαπιστωθεί αν πράγματι θα ωφελούσε<sup>39</sup>.

## 2) Η συνεργασία του δημοσίου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας με τον ιδιωτικό

Η συνεργασία του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα συνάγεται στο γαλλικό δίκαιο για την οργάνωση της υγείας<sup>40</sup>.

37. *M. Matsaganis*, «From the North Sea to the Mediterranean? Constraints to Health Reform in Greece», *International Journal of Health Services* 2/1998, σελ. 335 κε, *Κ. Σουλιώτης*, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο ελληνικό σύστημα υγείας, εκδ. Παπαζήση, 2000, σ. 155 κε, *Γ. Κοντιάδης*, Συνταγματικές εγγυήσεις και θεσμική οργάνωση του συστήματος κοινωνικής ασφάλειας, εκδ. Αντ. Ν. Σάκουλα, 2004, σελ. 432-433.

38. Αντίθετα με όσα υποστηρίζουν οι *Δ. Εμμανουηλίδης* και *Ι. Παπαγιάννης*, «Κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία, αστική ευθύνη από παράνομες ιατρικές πράξεις ή παραλείψεις δημοσίων νοσηλευτικών ιδρυμάτων», *ΔτΑ* 8/2000, σελ. 994 κε. Κατά τη γνώμη των συγγραφέων, ο Ν 1397/1983 αναδεικνύει δύο κυρίαρχα χαρακτηριστικά της αναμείξεως του κράτους στην προστασία της υγείας των πολιτών. Το πρώτο είναι η δεσπόμενη θέση των κρατικών υπηρεσιών στο σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών και το δεύτερο η νομοθετικά διακηρυγμένη υποχρέωση του κράτους να παρέχει ισότιμα υπηρεσίες προς τους πολίτες.

39. *M. Matsaganis*, ό.π., σελ. 345 κε.

40. Στη Γαλλία η συνεργασία αυτή εκτείνεται πέραν της δημόσιας υπηρεσίας νοσοκομειακής περιθάλψεως στην καθιέρωση κοινού τρόπου χρηματοδότησεως των δημοσίων και ιδιωτικών νοσοκομείων, στη δημιουργία δομών που προάγουν τον συντονισμό του ιδιωτικού με τον δημόσιο τομέα και στην από κοινού παροχή υπηρεσιών στον πληθυσμό, όπως για παράδειγμα με τη δημιουργία δικτύων υγείας. Τα δίκτυα υγείας έχουν σκοπό να διευκολύνουν την πρόσβαση στις φροντίδες, να συντονίσουν τη συνεχή και διεπιστημονική προσέγγιση, να εξασφαλίσουν τη φροντίδα του ασθενή ανάλογα με τις ανάγκες του, την εκπαίδευση, την πρόληψη, την αξιολόγηση και τη συμμετοχή στις δράσεις της δημόσιας υγείας. Αποτελούνται από τα δίκτυα πειραματικών φροντίδων και τα δίκτυα των νοσοκομειακών φροντίδων. Σε αυτά συμμετέχουν δημόσια και ιδιωτικά νομικά πρόσωπα καθώς και επαγγελματίες

Η συνεργασία αυτή παρουσιάζει πλεονεκτήματα και για το κράτος και για τα ιδιωτικά νομικά πρόσωπα. Ενδεικτικά, το κράτος μπορεί να παρέμβει κατά το στάδιο της δημιουργίας, της επεκτάσεως των ιδιωτικών και δημόσιων νομικών προσώπων και των επενδύσεων σε δαπανηρό εξοπλισμό. Επίσης, μπορεί να κατευθύνει τη δράση τους, ώστε να αποφεύγεται ο ανταγωνισμός μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, η υπερκάλυψη των κινδύνων και συνακόλουθα η σπατάλη οικονομικών πόρων. Από την άλλη, τα ιδιωτικά κερδοσκοπικά νομικά πρόσωπα αποκτούν ένα χρονικά και χωρικά περιορισμένο προνόμιο αποκλειστικότητας, υπό την προϋπόθεση ότι εξυπηρετούνται οι υγειονομικές ανάγκες του πληθυσμού. Περαιτέρω, σε ειδικότερους τομείς, τα δημόσια νοσοκομεία έχουν το δικαίωμα να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικά νοσηλευτήρια για την εκπλήρωση επί μέρους θεραπευτικών ή διαγνωστικών πράξεων, όπως την εξωσωματική γονιμοποίηση, δηλαδή προβλέπεται και η μερική συνεργασία.

Τα άρθρα 33-35 παρ. 3 και 4 του Ν 3370/2005, όπως ισχύουν, προβλέπουν τη συνεργασία των νοσοκομείων του ΕΣΥ με νοσηλευτικά ιδρύματα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και ειδικότερα την παραπομπή ασθενών από νοσοκομεία του ΕΣΥ στις μονάδες εντατικής θεραπείας των ιδρυμάτων αυτών και παρέχεται η δυνατότητα επεκτάσεως της συνεργασίας και σε άλλους τομείς με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης, είναι δυνατή η απόκτηση της ιατρικής ειδικότητας στα ιδρύματα αυτά μετά την έκδοση αποφάσεως του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με την οποία αναγνωρίζεται η καταλληλότητα των ιδρυμάτων αυτών για τη χορήγηση της ειδικότητας<sup>41</sup>. Οι διατάξεις αυτές εντάσσονται στην πολιτική για τη σύναψη συμπτωμάτων μεταξύ δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όπως ρυθμίζεται από τον Ν 3389/2005<sup>42</sup>. Ωστόσο, δεν μπορούν

υγείας. Η αμοιβή των συμμετεχόντων στα δίκτυα υγείας γίνεται εκ των προτέρων. Ρυθμίζονται ειδικότερα από τα άρθρα L. 6321, D 766.1.1. του Κώδικα Δημόσιας Υγείας και μπορεί να αποκτήσουν τη νομική μορφή του σωματείου. Βλ. *M. Dupont, C. Bergoignan - Esper, C. Paire*, ό.π., σελ. 248 κε.

41. Η απόφαση αυτή εκδίδεται ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕΣΥ. Πρακτικά, η καταλληλότητα προϋποθέτει την κατάλληλη επιστημονική παρακολούθηση των ειδικευόμενων ιατρών και την ύπαρξη επιστημονικού προσωπικού υψηλού επιπέδου. Στην εισηγητική έκθεση του νόμου αναφέρεται ότι η δυνατότητα αυτή από τη μια δίνει κίνητρο στα ιδρύματα αυτά για να βελτιώσουν το επίπεδο του υφιστάμενου ανθρώπινου δυναμικού τους και από την άλλη αποσυμφορεί τις λίστες αναμονής των ιατρών που έχουν ζητήσει να εκπαιδευθούν για την απόκτηση ειδικότητας.

42. Σύμφωνα με το άρθρο 2 του νόμου, στο πεδίο εφαρμογής του μπορεί να υπάγονται οι συμπτωμάτων, εφόσον πληρούν σωρευτικά τις εξής προϋποθέσεις: α) έχουν αντικείμενο την εκτέλεση έργων ή και την παροχή υπηρεσιών που ανήκουν στην αρμοδιότητα

να αποτελέσουν αντικείμενο σύμπραξης οι δραστηριότητες που κατά το Σύνταγμα ανήκουν άμεσα και αποκλειστικά στο κράτος (άρθρο 2, παρ. 3). Περαιτέρω, με τροποποίηση του καταστατικού του κοινωφελούς ιδρύματος «Ερρίκος Ντυνάν» προβλέπεται η δυνατότητα σύμπραξης του ιδρύματος με φορείς του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα<sup>43</sup>, η δυνατότητα μεταφοράς στο ίδρυμα νοσηλευτικών μονάδων του ΕΣΥ και η απασχόληση στο ίδρυμα ιατρικού προσωπικού του ΕΣΥ με όρους και διαδικασίες που αποφασίζει το ίδρυμα και εγκρίνει ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και ταυτόχρονα αίρονται οι προϋποθέσεις για την επιχορήγηση του ιδρύματος από το ελληνικό δημόσιο<sup>44</sup>. Η επέκταση της λογικής για τις συμπράξεις θα καταστήσει εκ των πραγμάτων παρωχημένη τη νομολογία του ΣτΕ, σύμφωνα με την οποία οι κρατικές αρμοδιότητες για την υγεία και την κοινωνική ασφάλιση πρέπει να ασκούνται από το κράτος ή δημόσιες υπό οργανική έννοια υπηρεσίες (Ολ. 400/86 κ.λπ.)<sup>45</sup>. Ωστόσο, ο νόμος για τις συμπράξεις,

ενώ διευκολύνει τις σχέσεις του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα και επιτρέπει την από κοινού εκτέλεση ενός δημόσιου έργου ή την παροχή μιας δημόσιας υπηρεσίας, εν τούτοις δεν αναφέρεται συνολικά στον συντονισμό της ανάπτυξης του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα υγείας.

## Συμπεράσματα

Τα ευρωπαϊκά συστήματα υγείας εφαρμόζουν τις αρχές της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε συνδυασμό με τις αρχές της οικονομικότητας, οικονομικής ισορροπίας και βιωσιμότητας των ασφαλιστικών οργανισμών και των συστημάτων υγείας. Μέχρις στιγμής διακρίνονται δύο κατευθύνσεις: από τη μια η συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα και από την άλλη η καθιέρωση κανόνων εσωτερικού ανταγωνισμού. Ο Έλληνας νομοθέτης τελευταία, διστακτικά και αποσπασματικά θεσπίζει ρυθμίσεις για τη συνεργασία του δημόσιου με τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι σχετικές προβλέψεις όμως δεν συνοδεύονται από το κατάλληλο πλαίσιο για την άσκηση αυτών των αρμοδιοτήτων.

Η μεταρρύθμιση των κλάδων ασθένειας πρέπει να συνδυασθεί με μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας, να στηρίζεται στη ρύθμιση της σχέσεως των αρχών της υψηλής ποιότητας με την οικονομικότητα - οικονομική ισορροπία και βιωσιμότητα και να αξιοποιεί τα σύγχρονα μέσα για την οργάνωση, τη διοίκηση και τον έλεγχο. Η εξισορρόπηση αυτών των παραμέτρων, ώστε να επιτευχθεί η βέλτιστη προστασία της υγείας των ασφαλισμένων, αποτελεί πρόκληση για τον εκσυγχρονισμό του ασφαλιστικού συστήματος. Μέχρις ότου το κράτος ανταποκριθεί στην πρόκληση αυτή οι ασφαλισμένοι θα κάνουν όλο και συχνότερα χρήση των διατάξεων για την εσωτερική αγορά και θα ζητούν νοσηλεία ή εξωνοσοκομειακές παροχές σε άλλο κράτος μέλος της ΕΕ. Εκ του αποτελέσματος το ευρωπαϊκό κοινοτικό δίκαιο συμβάλλει ουσιαστικά στην προστασία της υγείας των ευρωπαϊών ασφαλισμένων στο μέτρο που τους επιτρέπει να παρακάμπτουν τις οικονομικές αδυναμίες των εθνικών συστημάτων και τις οργανωτικές τους ελλείψεις.

των δημόσιων φορέων, β) προβλέπουν ότι οι ιδιωτικοί φορείς, έναντι ανταλλάγματος που καταβάλλεται εφάπαξ ή τμηματικά από τους δημόσιους φορείς, τους τελικούς χρήστες των έργων ή των υπηρεσιών αυτών, αναλαμβάνουν ουσιαστικά μέρος των κινδύνων που συνδέονται με τη χρηματοδότηση, την κατασκευή, τη διαθεσιμότητα ή τη ζήτηση του αντικειμένου της συμπράξεως και των συναφών κινδύνων, όπως ενδεικτικά τον τεχνικό ή διαχειριστικό κίνδυνο, γ) προβλέπουν ότι η χρηματοδότηση θα γίνει με κεφάλαιο των ιδιωτικών φορέων, και δ) το συνολικό προϋπολογιζόμενο κόστος δεν υπερβαίνει το ποσό των 200.000.000 ευρώ χωρίς τον αναλογούντα Φόρο Προστιθέμενης Αξίας.

43. Βλ. το άρθρο 18 παρ. 1 του Ν 3454/2006 για την ενίσχυση της οικογένειας και λοιπές διατάξεις, που τροποποιεί το άρθρο 49 του Ν 2082/1992 και προσθέτει την περ. ζ στο άρθρο 2, σύμφωνα με την οποία επιτρέπεται η σύμπραξη με φορείς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα για την υλοποίηση δράσεων στον χώρο της υγείας και την πραγματοποίηση ενεργειών συναφών με τους καταστατικούς σκοπούς του ιδρύματος.
44. Οι προϋποθέσεις αυτές ήταν η καταβολή νοσηλίου μικρότερου από το 50% του πραγματικού κόστους λειτουργίας των αντίστοιχων κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ισοδύναμο σε απόδοση με εκείνο των κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων.
45. Βλ. παραπάνω παρ. 8. Ωστόσο, όπως ορθώς παρατηρεί ο Α. Καδατζής, «Το πεδίο εφαρμογής των συμπράξεων δημοσίου και ιδιωτικού τομέα: Συνταγματική θεώρηση ενόψει της νομολογίας του ΣτΕ», στο Καϊσής Αθ. (επιμ.), ΣΔΙΤ. Ο Ν 3389/2005 για τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, εκδ. Αντ. Ν. Σάκουλα, 2006, σελ. 73, τα πεδία της παρέχουσας διοικήσεως, στο μέτρο που συνιστούν εκπλήρωση συνταγματικής αποστολής και στον βαθμό που δεν συνεπάγονται ενάσκηση δημόσιας εξουσίας, μπορεί να αποτελέσουν αντικείμενο συμπράξεων δημοσίου και

ιδιωτικού τομέα. Έτσι, ένας ιδιώτης μπορεί να αναλάβει την κατασκευή της πτέρυγας ενός νοσοκομείου. Βλ. επίσης Α. Χατζητόλιος, «Οι συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα (ΣΔΙΤ) στο χώρο της υγείας», στο ΣΔΙΤ. Ο Ν 3389/2005 για τις συμπράξεις δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, ό.π., σελ. 97 κε.

