

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

–

ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΑΡΙΑ Κ. ΤΖΕΚΟΥ

ΙΣΧΥΟΝ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ
ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Διπλωματική εργασία για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2012

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ – ΤΕΙ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΑΡΙΑ Κ. ΤΖΕΚΟΥ

ΙΣΧΥΟΝ ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΩΝ
ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Διπλωματική εργασία για την απόκτηση

Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Καθηγητής ΒΛΑΣΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΠΕΙΡΑΙΑΣ 2012

UNIVERSITY OF PIRAEUS – T.E.I OF PIRAEUS

MASTER OF
HEALTH MANAGEMENT

CURRENT INSTITUTIONAL FRAMEWORK AND ADMINISTRATION
OF PRIVATE CLINICS IN GREECE

GRADUATE THESIS OF MARIA K. TZEKOU

SUPERVISOR:

Dr VLASSIS IOANNIS

PIRAEUS 2012

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω

Τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Βλάσση Ιωάννη για το σημαντικό του έργο στην διαμόρφωση του ερευνητικού πεδίου αλλά και για τη σημαντική του συμβολή σε όλες τις φάσεις πραγματοποίησης της εργασίας αυτής

και την οικογένεια μου για την ηθική συμπαράσταση καθ' όλη τη διάρκεια παρακολούθησης του Π.Μ.Σ.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εργαζόμενους του Υπουργείου Υγείας, της βιβλιοθήκη της Βουλής των Ελλήνων και του Συμβουλίου της Επικρατείας για την ευγενική συνδρομή τους κατά την αναζήτηση του υλικού της βιβλιογραφίας.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου που διέπει την ίδρυση, την λειτουργία και την διοικητική οργάνωση των ιδιωτικών κλινικών στην Ελλάδα. Για την ανάλυση του θεσμικού πλαισίου χρησιμοποιήθηκαν, ως πρωτογενείς πηγές, τα Προεδρικά Διατάγματα που έχουν εκδώσει και οι νόμοι που έχουν ψηφίσει οι φορείς του Ελληνικού κράτους. Η συλλογή των πρωτογενών πηγών ολοκληρώθηκε από το αρχείο του Υπουργείου Υγείας, την βιβλιοθήκη της Ελληνικής Βουλής και την βιβλιοθήκη του Συμβουλίου της Επικρατείας.

Η αναζήτηση του θεσμικού πλαισίου έδειξε πως βασικά εργαλεία του τρόπου αδειοδότησης και λειτουργίας μιας ιδιωτικής κλινικής είναι τα Π.Δ 247/91 «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», Π.Δ 517/91 «Τεχνικές προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91», Π.Δ. 235/2000 «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών» και Π.Δ 198/2007 «Τροποποίηση του π.δ/τος 235/2000».

Τα προεδρικά διατάγματα που παρουσιάζονται περιέχουν διατάξεις σχετικά με τον ορισμό των ιδιωτικών κλινικών, την διάκριση και την δύναμη των κλινών τους, την ανάπτυξη τμημάτων νοσηλείας, τις προδιαγραφές λειτουργίας των τμημάτων/εργαστηρίων/ υπηρεσιών που την απαρτίζουν, την διαδικασία που απαιτείται για την χορήγηση άδειας ίδρυσης και άδειας λειτουργίας, την εξυπηρέτηση μη νοσηλευόμενων ασθενών στα πλαίσια είτε επειγόντων περιστατικών είτε πραγματοποίησης εργαστηριακών εξετάσεων και την διοικητική και επιστημονική διεύθυνση της κλινικής.

Η μελέτη των προεδρικών αυτών διαταγμάτων αλλά και των νόμων από τους οποίους λαμβάνουν το νόμιμο έρεισμα ανέδειξαν ένα αυστηρό πλαίσιο το οποίο καθιστά ιδιαίτερα αποθαρρυντική την δραστηριοποίηση ιδιωτών στην δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη αν μάλιστα συνδυαστεί με το υψηλό κόστος και το μακροχρόνιο χαρακτήρα της επένδυσης της δημιουργίας νέας νοσηλευτικής μονάδας. Επίσης, οι υψηλές προδιαγραφές γύρω από κτιριακές υποδομές, τεχνολογικό εξοπλισμό και σύνθεση προσωπικού όπως αυτά διατυπώνονται στο Π.Δ 517/91 προκαλούν υψηλό

κόστος ιδιαίτερα για τις κλινικές μικρής δυναμικότητας με αποτέλεσμα την αδυναμία προσαρμογής τους που επιτείνεται και από την αδυναμία των δημόσιων ταμείων να αποπληρώσουν το κόστος νοσηλείας των ασφαλισμένων τους στις μικρές ιδιωτικές κλινικές, βασικός χρηματοδότης των οποίων είναι τα ασφαλιστικά ταμεία. Επίσης, αναδεικνύεται και η έλλειψη συνέχειας ως προς τον ρόλο που επιθυμεί η πολιτεία να διαδραματίσει ο ιδιωτικός τομέας στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας αφού η εκάστοτε κυβέρνηση τροποποιεί βασικές διατάξεις ώστε και προκαλεί αναταράξεις στην λειτουργία των ιδιωτικών μονάδων. Οι παράγοντες αυτοί οδηγούν τα τελευταία χρόνια στην τάση επικράτησης μεγάλων ομίλων παροχής υπηρεσιών υγείας με την εξαγορά μικρών και παλαιών κλινικών και την διαμόρφωση ολιγοπωλίου.

Η διαμόρφωση ενός πλαισίου που θα κινητοποιεί την δραστηριοποίηση επιχειρηματικών κεφαλαίων και την ανάπτυξη υγιούς ανταγωνισμού πρέπει να αποτελεί βασική μέριμνα στην πολιτική που εφαρμόζει το κράτος για τον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, πρέπει να εγγυάται με τους κατάλληλους ελέγχους την προστασία της υγείας και της παρουσίας των πολιτών από παροχής υπηρεσιών με καταχρηστικό τρόπο.

Λέξεις – κλειδιά: Θεσμικό πλαίσιο, ίδρυση και λειτουργία, ιδιωτικές κλινικές, Προεδρικά Διατάγματα, κρατικός παρεμβατισμός.

CURRENT INSTITUTIONAL FRAMEWORK AND ADMINISTRATION OF PRIVATE CLINICS IN GREECE

MARIA K. TZEKOU

Graduate Thesis Submitted for the Degree “Master in Health Management”
University of Piraeus –TEI of Piraeus, Greece

Supervisor: Dr Vlassis Ioannis

The purpose of this study is to present the institutional framework governing the establishment, operation and administrative organization of private clinics in Greece. For the analysis of the institutional framework were used as primary sources the Presidential Decrees issued and the laws that have been voted from the Greek state. The collection of primary sources was made from the archive of the Ministry of Health, the library of the Greek Parliament and the library of the Council of State. The search showed that basic tools for licensing and operating a private clinic are the Presidential Decrees 247/91 “Terms, conditions and procedure for the establishment, operation and transfer of private clinics”, 517/91 “Technical specifications, medical equipment, discrimination and mix of staff and filling of No 247/91”, 235/2000 “Special arrangements for the modernization and operation of private clinics” and 198/2007 “Modification of the Presidential Decree No 235/2000”.

The Presidential Decrees presented contain provisions concerning the definition of private clinics, the distinction and power of them, the development of nursing parts, the operating specifications of the operating parts/ workshops/ services that compose it, the process required for licensing establishment and authorization, service of non-hospitalized patients in either emergency or performance of laboratory tests and the administrative and scientific management of the clinic.

The study of these presidential decrees and laws from which they take legal basis revealed a rigid framework that makes it very unattractive to private involvement in secondary care hospital even if combined with the high cost and long-term nature of investment for the creation of new nursing unit. Also, the high standards around building infrastructure, technology and personal composition as set out in Presidential Decree 517/91 are very costly especially for small clinics resulting in the inability to adapt and exacerbated by the inability of public funds to repay the cost of hospitalization of the

insured in small private clinics whose main sponsor is the insurance funds. It also highlights the lack of continuity in the role that the state wants the private sector to play since the government amends key provisions and causes turbulence in the operation of private facilities. These factors are driving the trend in recent years of the prevalence of large groups to provide health services with the acquisition of small and old clinics and the configuration of oligopoly.

Developing the framework to mobilize the involvement of venture capital and the development of healthy competition can be a major concern in the policy of the State for private health care. At the same time, should ensure appropriate controls to protect the health and the property of citizens from services in an abusive manner.

Keywords: Institutional framework, establishment and operation, Presidential Decrees, government interventionism.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦ. 1 ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	3
1.1 Κρατικός παρεμβατισμός στον τομέα της υγείας	3
1.2 Ο ιδιωτικός τομέας στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας	7
1.2.1 Ορισμός Συστήματος Υγείας	7
1.2.2 Τύποι Συστημάτων Υγείας	7
1.2.3 Το Ελληνικό παράδοξο	9
ΚΕΦ. 2 ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	10
2.1 Ιστορική αναδρομή θεσμικού πλαισίου	10
2.2 Οι ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα	16
2.2.1 Ορισμός ιδιωτικής κλινικής	16
2.2.2 Διάκριση κλινικών και δυναμικότητα	16
2.2.3 Ζήτηση και προσφορά των υπηρεσιών των ιδιωτικών κλινικών	19
2.2.4 Χαρακτηριστικά της αγοράς και ανταγωνισμός	20
2.2.5 Μέριμνα εξωτερικών ασθενών	22
2.2.6 Εποπτεία από το κράτος	23
2.3 Αδειοδότηση, Λειτουργία και Οργάνωση ιδιωτικών κλινικών	26
2.3.1 Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής	26
2.3.2 Επέκταση, Μετατροπή αντικειμένου, Μεταστέγαση, Μεταβίβαση/ Αναθεώρηση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας	31
2.3.3 Διακοπή λειτουργίας	32
2.3.4 Απαραίτητα για την λειτουργία Τμήματα, Διαγνωστικά Εργαστήρια, Υπηρεσίες Υποστήριξης	34
2.3.5 Αναπτυσσόμενα Τμήματα νοσηλείας	40
2.3.6 Εξυπηρέτηση εξωτερικών ασθενών	43
2.3.7 Τήρηση βιβλίων εντός της κλινικής	44
2.3.8 Διοικητική και Επιστημονική Διεύθυνση	44
2.3.9 Λειτουργία φαρμακείου ιδιωτικής κλινικής	46
2.3.10 Ιατρική κάλυψη – εφημερία	47
ΚΕΦ. 3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ, ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Βασική Νομοθεσία για τις ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα	15
Πίνακας 2: Διάκριση ιδιωτικών κλινικών βάση αντικειμένου	17
Πίνακας 3: Ελάχιστος αριθμός κλινών ανά κατηγορία ιδιωτικής κλινικής	18
Πίνακας 4: Αριθμός ιδιωτικών κλινικών κατά έτος & γεωγραφικό διαμέρισμα	22
Πίνακας 5: Παρέμβαση του κράτους στην λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών	25
Πίνακας 6: Μελέτες κτιρίου για την υποβολή αίτησης άδειας ίδρυσης	28
Πίνακας 7: Διακοπή λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής	33
Πίνακας 8: Οι ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα	48
Σχήμα 1: Οργανόγραμμα του υπουργείου Υγείας για τις ιδιωτικές κλινικές	24
Σχήμα 2: Βήματα χορήγησης άδειας ίδρυσης και άδειας λειτουργίας	30

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα υγείας στο οποίο συνυπάρχουν το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (πρότυπο Bismark) και το εθνικό σύστημα υγείας (πρότυπο Beveridge) άρα συνυπάρχουν ο κρατικός προϋπολογισμός και τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία. Σε κάθε περίπτωση, το ελληνικό σύστημα βασίζεται στο δημόσιο χαρακτήρα του αγαθού υγεία βάση του οποίου επηρεάζει την διαδικασία της παραγωγής άρα και την οικονομική ανάπτυξη και πρέπει να διανέμεται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα και χαρακτηρίζεται από σαφή κρατικό παρεμβατισμό. Άλλωστε, η ελληνική κοινωνία έχει αναπτύξει τη φιλοσοφία της κρατικής ευθύνης για την κοινωνική πρόνοια και την παροχή υπηρεσιών υγείας στα πρότυπα των ευρωπαϊκών χωρών. Η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας το 1983 επισφράγισε αυτή τη φιλοσοφία βασιζόμενη στην αρχή της ευθύνης του κράτους για την παροχή υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών και στην ισότιμη παροχή των υπηρεσιών σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας. Η ψήφιση του νόμου αυτού στόχευε, σε ό,τι αφορά στον ιδιωτικό τομέα, στην εξόντωση της ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης αφού απαγόρευσε ρητώς την ίδρυση νέων κλινικών ή την μεταστέγαση και μεταβίβαση των κλινικών που ήδη λειτουργούσαν. Εντούτοις, ο ιδιωτικός τομέας γιγαντώθηκε εκμεταλλευόμενος κυρίως την παθολογία του δημόσιου συστήματος και την αδυναμία του να καλύψει τις προσδοκίες των πολιτών. Η απαγόρευση άρθηκε αρχικά με τον νόμο 1892/90 «Για τον εκσυγχρονισμό, την ανάπτυξη και άλλες διατάξεις» και μεταγενέστερα με το Νόμο 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» που ουσιαστικά επιδίωξε την αλλαγή φιλοσοφίας του ελληνικού συστήματος υγείας μετατοπίζοντας την ευθύνη του κράτους από αποκλειστικού φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας σε εγγυητή της ελευθερίας επιλογής του πολίτη να επιλέξει είτε δημόσιο είτε ιδιωτικό φορέα.

Στόχος της παρούσης εργασίας είναι η μελέτη του ισχύοντος θεσμικού πλαισίου για την ίδρυση και λειτουργία της ιδιωτικής κλινικής και της διοικητικής της οργάνωσης. Η εργασία απαρτίζεται από τρία (3) κεφάλαια και πέντε (5) ενότητες. Συγκεκριμένα, στην 1^η ενότητα παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του αγαθού υγείας και οι βασικές απόψεις περί του χαρακτήρα του αγαθού υγεία και στην 2^η ενότητα παρουσιάζονται οι κύριοι τύποι των συστημάτων υγείας και ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα σε αυτούς. Στο 2^ο

κεφάλαιο επιχειρείται η προσέγγιση της λειτουργίας της ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, στην 3^η ενότητα παρουσιάζεται η εξέλιξη των νομοθετικών πράξεων που αφορά την ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη στην χώρα μας και στην 4^η ενότητα περιγράφεται η διάκριση των ιδιωτικών κλινικών, η διαμόρφωση της αγοράς των ιδιωτικών κλινικών, η μέριμνα που λαμβάνουν για μη νοσηλεύόμενους ασθενείς και τα όργανα που παρεμβαίνουν από την πλευρά του κράτους για να ρυθμίσουν την λειτουργία τους. Στην 7^η ενότητα παρουσιάζεται η διαδικασία με την οποία μία ιδιωτική κλινική μπορεί να πάρει την άδεια ίδρυσης και την άδεια λειτουργίας, μπορεί να επεκταθεί ή να μετατρέψει το αντικείμενο της ή να διακόψει την λειτουργία της. Επίσης, περιγράφονται τα τμήματα νοσηλείας που μπορεί να αναπτύξει, οι προδιαγραφές που πρέπει να πληρούνται για τα τμήματα νοσηλείας, τα διαγνωστικά εργαστήρια και τις υπηρεσίες υποστήριξης, ο τρόπος εξυπηρέτησης εξωτερικών ασθενών, λειτουργίας φαρμακείου και εφημερίας της κλινικής και η οργάνωση της διοικητικής και επιστημονικής διεύθυνσης. Τέλος, στο 3^ο κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της εργασίας, ακολουθεί η βιβλιογραφία, ενώ το παράρτημα περιλαμβάνει τα βασικά Προεδρικά Διατάγματα που χρησιμοποιήθηκαν ως πρωτογενείς πηγές, Π.Δ 247/91, Π.Δ 517/91, Π.Δ 235/2000 και Π.Δ 198/2007.

1. ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΕΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Κρατικός παρεμβατισμός στον ιδιωτικό τομέα υγείας

Βασικό ζήτημα για την ανάπτυξη του θέματος της παρούσας εργασίας είναι σε ποιο βαθμό είναι επιθυμητή η εμπλοκή του κράτους και ακόμα αν είναι εφικτή η εφαρμογή κανόνων αγοράς και συνθηκών ανταγωνισμού στον τομέα της υγείας. Προκειμένου να θεμελιωθεί γνώμη επί αυτού, παραθέτουμε τα βασικά χαρακτηριστικά της υγειονομικής περίθαλψης¹.

A. Παρουσία και εύρος αβεβαιότητας: Ο Kenneth Arrow το 1963 τόνισε την αβεβαιότητα στην υγειονομική περίθαλψη τόσο στην πλευρά της ζήτησης όσο και της προσφοράς. Οι καταναλωτές είναι αβέβαιοι για την κατάσταση της υγείας τους και ζητούν υγειονομική περίθαλψη σε κάθε προσεχή περίοδο. Αυτό σημαίνει ότι η ζήτηση για υγειονομική περίθαλψη είναι ακανόνιστη εκ φύσεως άρα και η ζήτηση που μια υγειονομική μονάδα έχει να αντιμετωπίσει. Από την πλευρά της προσφοράς ενώ πολλά αγαθά που προσφέρονται από τους προμηθευτές είναι απτά και η απόλαυση που προσφέρουν εύκολα κατανοητή, στην υγειονομική περίθαλψη οι καταναλωτές συχνά δεν γνωρίζουν το αποτέλεσμα μιας θεραπείας ή οι γιατροί (ως προμηθευτές) δεν μπορούν να προβλέψουν το αποτέλεσμα μιας θεραπείας.

B. Εξέχουσα θέση της ασφάλισης: Οι καταναλωτές ασφαλίζονται για να αντιμετωπίσουν την αβεβαιότητα και τον κίνδυνο χωρίς όμως να πληρώνουν το πλήρες κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Τα κόστη πληρώνονται έμμεσα από την συνασφάλιση και τα ασφάλιστρα συχνά προέρχονται από την συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό. Πάντως, η διάκριση ανάμεσα σε άμεση πληρωμή (απευθείας από τον καταναλωτή) και σε έμμεση (ιδιωτική ασφάλιση ή/ και κρατικά προγράμματα) μεταβάλλει την επίδραση στις τιμές, την ζήτηση και τα κίνητρα των προμηθευτών.

Γ. Προβλήματα Πληροφόρησης: Η αβεβαιότητα οφείλεται εν μέρει στην έλλειψη πληροφόρησης είτε είναι συνολική (αφορά δηλαδή προμηθευτές και καταναλωτές) είτε αφορά μόνο τους καταναλωτές (ασύμμετρη πληροφόρηση). Η αγορά των αγαθών υγείας απέχει από το μοντέλο εκείνο που οι καταναλωτές αποφασίζουν βάση της ποιότητας, της τιμής και της απόλαυσης των αγαθών αφού το πιθανότερο είναι να αγνοούν ποιο

¹ S.Folland, A.Goodman, M.Stano, The Economics of health and health care, New Jersey, Pearson Education Inc., 2007, p.11-14

νοσοκομείο είναι καλό, επαρκές κτλ. Αυτή η έλλειψη πληροφόρησης αναγκάζει τον καταναλωτή να εξαρτάται από τον προμηθευτή γιατί προσφέρει τόσο την πληροφόρηση όσο και την υπηρεσία.

Δ. Ρόλος Μη Κερδοσκοπικών Μονάδων / Φορέων: Η ύπαρξη προμηθευτών υγείας που είναι μη κερδοσκοπικοί (νοσοκομεία, ασφαλιστικοί οργανισμοί, κέντρα υγείας) μεταβάλλουν το οικονομικό μοντέλο στο οποίο οι φορείς επιδιώκουν την μεγιστοποίηση του κέρδους αφού οι μη κερδοσκοπικοί φορείς εμφανίζουν διαφορές τόσο στην συμπεριφορά όσο και στα κίνητρα τους.

Ε. Περιορισμοί Ανταγωνισμού: Οι οικονομικοί αναλυτές υμνούν τον ανταγωνισμό γιατί η ύπαρξη πολλών προμηθευτών μειώνει τις τιμές και μεγιστοποιεί τα οφέλη του καταναλωτή. Ο υγειονομικός τομέας όμως έχει αναπτύξει πολλές πρακτικές για να περιορίσει τον ανταγωνισμό όπως οι απαιτήσεις αδειών για τους προμηθευτές, οι περιορισμοί στην διαφήμιση, τα επίπεδα ηθικής συμπεριφοράς. Οι κανονισμοί που προωθούν την ποιότητα και συγκρατούν τα κόστη επίσης περιορίζουν την ελευθερία επιλογών των προμηθευτών και επηρεάζουν αρνητικά τον ανταγωνισμό.

ΣΤ. Ρόλοι Ισότητας και Ανάγκης: Το ενδιαφέρον που συχνά προκαλεί η μη υγεία συνανθρώπων είναι ένας επιπλέον λόγος που διακρίνει την υγειονομική περίθαλψη από άλλα αγαθά και υπηρεσίες. Πολλοί ισχυρίζονται ότι οι άνθρωποι δικαιούνται περίθαλψης ανεξάρτητα από το αν μπορούν να την αγοράσουν.

Ζ. Κρατική Επιχορήγηση και Δημόσια Παροχή: στις περισσότερες χώρες η κυβέρνηση διαδραματίζει έναν κορυφαίο ρόλο στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης είτε παρέχοντας την μέσω νοσοκομείων είτε χρηματοδοτώντας την πληρωμή των υπηρεσιών.

Η βασική διάκριση για την φύση του αγαθού υγείας είναι ως ιδιωτικό ή δημόσιο αγαθό. Η άποψη που την αντιλαμβάνεται ως ιδιωτικό αγαθό υποστηρίζει ότι μπορεί να αφηθεί στις δυνάμεις της αγοράς και του ελεύθερου ανταγωνισμού και ότι η κρατική παρέμβαση οφείλει να περιοριστεί σε θέματα ενημέρωσης του συνόλου πάνω σε θέματα υγείας χωρίς όμως την υποχρέωση να αναλάβει την κάλυψη του κόστους των επιβλαβών συμπεριφορών των ατόμων. Έτσι, ο καταναλωτής εκδηλώνει την ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες πληρώνοντας για αυτές τους προμηθευτές των υπηρεσιών (όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε άλλο αγαθό) σε τιμή που διαμορφώνεται στην ελεύθερη αγορά, χωρίς κρατική παρέμβαση. Οι υποστηρικτές του ανταγωνισμού στις υπηρεσίες υγείας δίνουν μεγάλη σημασία στην επίτευξη της αποδοτικότητας διαμέσου της δυνατότητας που προσφέρουν οι ανταγωνιστικές αγορές: Σε ένα ιδιωτικό σύστημα υγείας

επιτυγχάνεται η μείωση του κόστους των υπηρεσιών και ελαχιστοποιούνται οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και τα χρηματοδοτικά προβλήματα². Οι αντιτιθέμενοι στις πολιτικές εισαγωγής του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα, αν και δεν αμφισβητούν τον στόχο της αποδοτικότητας, δίνουν μεγάλη προσοχή και τονίζουν ότι ο ανταγωνισμός είναι δυνατόν να επηρεάσει αντίστροφα ορισμένες ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες και να διευρύνει τις ανισότητες ή ακόμα να επιδράσει αρνητικά στους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας³. Η άποψη που αντιλαμβάνεται το αγαθό υγεία ως δημόσιο τονίζει ότι οι αρνητικές επιδράσεις της ασθένειας διαχέονται στο κοινωνικό σύνολο (άρα επηρεάζουν την διαδικασία της παραγωγής και την οικονομική ανάπτυξη) και κυρίως ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να διανέμονται με κριτήριο την ανάγκη και όχι το εισόδημα ώστε να αποφεύγονται οι μονοπωλιακές τάσεις στην αγορά και τα φαινόμενα αποκλεισμού για τους οικονομικά ασθενέστερους. Άρα απαιτείται κρατικός έλεγχος στην κατανομή των πόρων, στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών, στην προσφορά των υπηρεσιών και στο συνολικό σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής για να εξασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των υπηρεσιών⁴.

Από την πλευρά της παραγωγής, βασικό κριτήριο για την επιλογή του κράτους είναι η καθολικότητα και η αμεσότητα της ανάγκης. Μόνο το κράτος μπορεί να αναλάβει την ευθύνη της παροχής υπηρεσιών οι οποίες είναι δυνατό να είναι κερδοφόρες στις τιμές που μπορεί να πληρώσει και ο τελευταίος πολίτης. Επίσης, μπορεί να εξασφαλίσει θετικά αποτελέσματα οικονομικής αποδοτικότητας και κοινωνικής ισότητας μέσω του ελέγχου της διανομής των υπηρεσιών, του ελέγχου της δραστηριότητας του ιατρικού σώματος και της ανάπτυξης της βιοϊατρικής τεχνολογίας. Ο ιδιωτικός τομέας ως παραγωγός των υπηρεσιών είναι αμφιβόλου αποτελεσματικότητας λόγω του υψηλού κόστους κεφαλαίου σε σχέση με το δημόσιο και τη μεταφορά των αμοιβών εργασίας (το κόστος προσωπικού είναι χαμηλότερο στον ιδιωτικό παρά στον δημόσιο τομέα) σε χαμηλότερη φορολογία ή σε κέρδη των μετόχων και όχι σε μεγαλύτερη αποδοτικότητα για την κοινωνία. Εξάλλου, μια ιδιωτική επιχείρηση αναλαμβάνει μια παραγωγική διαδικασία μόνο όταν προσδοκά κέρδος σε κάποιο λογικό χρονικό ορίζοντα και καθορίζει το ύψος της παραγωγής στο σημείο που μεγιστοποιεί το κέρδος της. Είναι προφανές όμως ότι η κοινωνία δεν μπορεί

² Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 31-32

³ Γ. Κυριόπουλος, Κράτος ή Αγορά: Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα, από Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Αθήνα, Θεμέλιο, 1995, σελ.21

⁴ Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 31-32

να στερηθεί τις αναγκαίες υπηρεσίες υγείας όταν η κερδοφορία των ιδιωτικών επιχειρήσεων μειώνεται σε σχέση με άλλες επενδυτικές ευκαιρίες⁵.

Από την πλευρά της προστασίας της υγείας, υπάρχουν δύο συνιστώσες. Η πρώτη αφορά στην πρόληψη, την δημόσια υγιεινή, τον έλεγχο της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Οι δραστηριότητες αυτές δεν μπορούν να αναληφθούν πρωτογενώς από τον ιδιωτικό τομέα, πολύ δύσκολα μπορεί κανείς να φανταστεί τη λειτουργία μιας αντίστοιχης αγοράς. Η δεύτερη αφορά την θεραπεία και την αποκατάσταση, δηλαδή εξατομικευμένες ανάγκες υγείας σε κάποια στιγμή της ζωής μας και έχει έντονο το στοιχείο του απρόβλεπτου, του επείγοντος ή του απειλητικού για τη ζωή. Για τέτοιες καταστάσεις, το άτομο θεωρητικά είναι διατεθειμένο να πληρώσει, όσο μπορεί, για υπηρεσίες που θεωρητικά προσφέρονται εξίσου αποτελεσματικά από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς. Ο χώρος λοιπόν είναι διεκδικήσιμος και αποτελεί το πεδίο ανταγωνισμού και συνεργασίας του ιδιωτικού και δημοσίου τομέα⁶.

Εξάλλου, πρέπει να τονιστεί ότι μέσα από την μελέτη των μεταρρυθμιστικών έργων των κυβερνήσεων προκύπτει ότι τόσο τα μακροοικονομικά μέτρα όσο και εκείνα που έχουν ως αντικείμενο τον περιορισμό της ζήτησης για περίθαλψη προκαλούν τόσο ορατές συνέπειες (λίστες αναμονής στα νοσοκομεία, αμφιβολίες του κοινού για την ποιότητα της παρεχόμενης δημόσιας περίθαλψης, ανεπάρκεια των νοσοκομείων να ανταποκριθούν σε συγκεκριμένες ανάγκες των ασθενών) όσο και τη στροφή της ζήτησης στις ιδιωτικές κλινικές. Τα επιτεύγματα των μεταρρυθμίσεων για ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας και απεμπλοκή του κράτους από τον χώρο της υγείας αποτιμώνται στον αποκλεισμό από τις υπηρεσίες περίθαλψης ενός μεγάλου τμήματος του πληθυσμού και αναμένεται να διευρύνεται όσο προτιμάται η αντιμετώπιση των πιέσεων που ασκούνται στα οικονομικά μεγέθη εξαιτίας των υψηλών δαπανών περίθαλψης από την βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας⁷.

Στα πλαίσια αυτής της εργασίας, η προσοχή στρέφεται στην διερεύνηση του τρόπου λειτουργίας του ιδιωτικού τομέα στην Ελλάδα στον κλάδο της νοσοκομειακής περίθαλψης. Επίσης, προσεγγίζονται οι νομοθετικές πρωτοβουλίες των οργάνων της πολιτείας αρχικά για την ίδρυση και έπειτα για τον τρόπο λειτουργίας μιας ιδιωτικής

⁵ Λ. Λιαρόπουλος, Τα «Εγώ» του ΕΣΥ, Αθήνα, ΒΗΤΑ, 2005, σελ.110-111

⁶ Λ. Λιαρόπουλος, Τα «Εγώ» του ΕΣΥ, Αθήνα, ΒΗΤΑ, 2005, σελ.109

⁷ Λ. Αντωνοπούλου, Οι μεταρρυθμίσεις των συστημάτων υγείας. Προφάσεις και αποφάσεις με αρνητικό κοινωνικό πρόσημο, από Κοινωνία των 2/3. Διαστάσεις του σύγχρονου κοινωνικού προβλήματος, Πάντειο, Αθήνα, 201

κλινικής. Προκειμένου να μην τίθεται ζήτημα έλλειψης ασφάλειας για τον ασθενή, η παρέμβαση του κράτους κρίνεται επιβεβλημένη.

1.2. Ο ιδιωτικός τομέας στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας

1.2.1. Ορισμός του Συστήματος Υγείας

Σύστημα υγείας είναι το σύνολο των οργανισμών, των θεσμών και των πόρων, κύριος σκοπός των οποίων είναι η βελτίωση της υγείας. Ένα σύστημα υγείας χρειάζεται προσωπικό, κεφάλαια, ενημέρωση, προμήθειες, μεταφορές και επικοινωνία και γενικά καθοδήγηση και κατευθύνσεις ενώ πρέπει να παρέχει υπηρεσίες με ευαισθησία, οικονομική δικαιοσύνη και αξιοπρέπεια (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Νοέμβριος 2005). Ένα εύρυθμη λειτουργίας σύστημα υγείας ανταποκρίνεται ισορροπημένα στις ανάγκες και τις προσδοκίες των πολιτών βελτιώνοντας το επίπεδο υγείας του ατόμου, των οικογενειών και των κοινοτήτων, προστατεύοντας τον πληθυσμό από οτιδήποτε μπορεί να βλάψει την υγεία του και από τις οικονομικές επιπτώσεις της μη- υγείας, παρέχοντας δίκαιη πρόσβαση στην φροντίδα και δημιουργώντας τις συνθήκες που θα επιτρέψουν στους πολίτες να συναποφασίσουν για το σύστημα υγείας (Π.Ο.Υ, Μάιος 2010). Τα βασικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας είναι η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών ώστε αυτές να παρέχονται στο σύνολο του πληθυσμού χωρίς εμπόδια, η προσπελασιμότητα δηλαδή η ισότιμη κατανομή των υπηρεσιών βάση των αναγκών του πληθυσμού, η συνέχεια στην προσφορά των υπηρεσιών ώστε οι υπηρεσίες να αφορούν τόσο την περίοδο της ασθένειας όσο και το πριν και το μετά της εμφάνισης της νόσου, ισότητα στην χρήση των υπηρεσιών υγείας και το οργανωτικό επίκεντρο του συστήματος γύρω από το οποίο διαμορφώνεται και αναπτύσσεται το σύστημα στο σύνολο του⁸.

1.2.2. Τύποι Συστήματος Υγείας

Στην βιβλιογραφία έχουν επικρατήσει τρία βασικά συστήματα υγείας, διάφορες παραλλαγές των οποίων εφαρμόζονται από τα κράτη ανάλογα με την πολιτική και κοινωνική τους προσέγγιση. Σε κάθε περίπτωση, ένα σύστημα υγείας πρέπει να εξασφαλίζει επάρκεια και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ισοτιμία στην παροχή των υπηρεσιών υγείας ώστε κανένα άτομο ή κοινωνική ομάδα να μην εξαιρείται από αυτές, μακροοικονομική αποτελεσματικότητα για την επίτευξη στόχων με όχι περισσότερους πόρους από τους απαραίτητους και μικροοικονομική αποτελεσματικότητα, δηλαδή μέγιστη οικονομική αποδοτικότητα και ιατρική αποτελεσματικότητα⁹. Το φιλελεύθερο σύστημα (σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης) λειτουργεί βάση των δυνάμεων της αγοράς με

⁸ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, Συστήματα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2001, σελ. 76-78

⁹ Λ. Λιαρόπουλος, Τα «Εγώ» του ΕΣΥ, Αθήνα, ΒΗΤΑ, 2005, σελ.15

την ελάχιστη κρατική παρέμβαση όπου οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν σε ιδιώτες και ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και οι τιμές τους καθορίζονται από την προσφορά και την ζήτηση. Η υγειονομική κάλυψη γίνεται μέσω της ιδιωτικής ασφάλισης και εξαρτάται από την ικανότητα του ασθενή να πληρώσει. Παρόλο που η απομόνωση ενός τέτοιου συστήματος από το πολιτικό σύστημα ευνοεί την σταθερότητα του, στην πραγματικότητα χαρακτηρίζεται από μεγάλες υγειονομικές ανισότητες και αποκλεισμό κοινωνικών ομάδων από τις υπηρεσίες υγείας. Τα σημαντικότερα μειονεκτήματα του φιλελεύθερου συστήματος είναι η κάλυψη του ασθενή ανάλογα με την δυνατότητα του να πληρώσει που οδηγεί σε μεγάλη υγειονομική ανισότητα, η προκλητή ζήτηση από την πλευρά των ιατρών εξαιτίας της απουσίας κεντρικού σχεδιασμού και συντονισμού, η ελάχιστη μέριμνα για την πρόληψη λόγω του προσανατολισμού στην αποκατάσταση της βλάβης, οι γεωγραφικές ανισότητες και η έλλειψη υπηρεσιών που κρίνονται μη κερδοφόρες¹⁰. Βασικός εκπρόσωπος του φιλελεύθερου συστήματος είναι οι Η.Π.Α.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (πρότυπο Bismark) βασίζεται στις εισφορές εργοδοτών και εργαζομένων και το κράτος επιβλέπει την παροχή υγειονομικής φροντίδας από τα ασφαλιστικά ταμεία τα οποία συχνά βρίσκονται υπό την διαχείριση επαγγελματιών ενώσεων¹¹ αλλά και καθορίζει τον προγραμματισμό των υπηρεσιών (π.χ. ίδρυση και λειτουργία νοσοκομείων). Η ασφάλιση του πληθυσμού είναι υποχρεωτική και αποτελεί καθολικό δικαίωμα ανεξάρτητα από το εισόδημα και την υγειονομική κατάσταση των ατόμων. Οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν στο κράτος, στα ασφαλιστικά ταμεία, την τοπική αυτοδιοίκηση αλλά και σε ιδιώτες. Βασικός εκπρόσωπος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είναι η Γαλλία και η Γερμανία.

Το εθνικό σύστημα υγείας (πρότυπο Beveridge) χρηματοδοτείται από τα φορολογικά έσοδα και τον κρατικό προϋπολογισμό, η κάλυψη είναι πλήρης και καθολική και το κράτος ρυθμίζει την παραγωγή και την διανομή των υπηρεσιών. Το σύστημα αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία ως δημόσιο αγαθό παρά ως ατομικό δικαίωμα. Βασικός εκπρόσωπος είναι η Βρετανία και αντίστοιχη πολιτική ακολούθησαν στην πορεία η Σουηδία, η Ιταλία.

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το εθνικό σύστημα υγείας βασίζονται αμφότερα στον δημόσιο χαρακτήρα του αγαθού υγεία και εμφανίζουν έντονο κρατικό παρεμβατισμό. Βασικότερα πλεονεκτήματα τους είναι η ισότιμη κάλυψη ανεξάρτητα του εισοδήματος, της κοινωνικής θέσης και του τόπου διαμονής του ατόμου, η δίκαιη

¹⁰ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, Συστήματα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2001, σελ. 76-78

¹¹ T. Rice, Τα οικονομικά Υγείας σε επανεξέταση, Αθήνα, Κριτική, 2006, σελ.281

κατανομή των πόρων χάρη στο κεντρικό σχεδιασμό της παροχής υπηρεσιών, η ενιαία χρηματοδότηση, η έμφαση που δίνεται στην πρόληψη και την δημόσια υγείας, ο περιορισμένος επαγγελματικός ανταγωνισμός ανάμεσα σε ιατρούς. Τα βασικότερα μειονεκτήματα είναι η ανάπτυξη γραφειοκρατικών εμποδίων στην άσκηση της ιατρικής και της παροχής των υπηρεσιών, η επαγγελματική χαλάρωση των ιατρών, οι αναμονές ασθενών για νοσηλεία και χειρουργικές επεμβάσεις, ο περιορισμός της ελεύθερης επιλογής ιατρού και νοσοκομείου από τον ασθενή και η απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών του συστήματος.

Είναι προφανές λοιπόν πως καθοριστικός παράγοντας για την λειτουργία του ιδιωτικού τομέα στην υγεία είναι το σύστημα υγείας που εφαρμόζεται σε ένα κράτος.

1.2.3. Το ελληνικό παράδοξο

Το ελληνικό σύστημα υγείας είναι ένα σύστημα στο οποίο συνυπάρχουν ο κρατικός προϋπολογισμός με το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η κοινωνική ασφάλιση με τα πολλά ασφαλιστικά ταμεία.

Σε ένα σύστημα υγείας όπως τα ευρωπαϊκά ο δημόσιος τομέας έχει το κύριο μέρος της ευθύνης για την χρηματοδότηση και την παροχή των υπηρεσιών υγείας (άρα έχει την ευθύνη της κάλυψης των αναγκών της κοινωνίας σε υπηρεσίες υγείας) ενώ ο ιδιωτικός τομέας είναι συμπληρωματικός (προσφέρει εναλλακτική ελευθερία επιλογής σε αυτούς που μπορούν να πληρώσουν). Το ελληνικό παράδοξο έγκειται στο ότι πρόκειται για μια κοινωνία που έχει πολιτική φιλοσοφία με ισχυρές ρίζες στην ευρωπαϊκή παράδοση της κρατικής ευθύνης για την κοινωνική πρόνοια και ταυτόχρονα έχει αναπτύξει ραγδαίως τον ιδιωτικό τομέα¹². Το «ιδιωτικοποιημένο» εθνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη του ΕΣΥ και την έντονη δραστηριοποίηση της ιδιωτικής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης¹³, αν και στόχος του Ν. 1397/83 ήταν η εξόντωση της. Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα υγείας μπορεί να είναι συμπληρωματικός αλλά ενεργός με την προϋπόθεση να μπορεί η πολιτεία να τον ελέγξει και να τον αξιοποιήσει.

¹² Λ. Λιαρόπουλος, Τα «Εγώ» του ΕΣΥ, Αθήνα, ΒΗΤΑ, 2005, σελ.88

¹³ Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 93

2. ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

2.1. Ιστορική αναδρομή θεσμικού πλαισίου

Η επιβίωση και η ανάπτυξη της ιδιωτικής μονάδας, η οποία αποτελούσε ατομική επιχείρηση ενός ειδικού ιατρού ή ομάδας ιατρών, βασίστηκε ιστορικά σε έσοδα που προέρχονταν από την κοινωνική ασφάλιση γιατί μέχρι την δεκαετία του 1980 ούτε το οικογενειακό εισόδημα ήταν αρκετό ούτε η ιδιωτική ασφάλιση είχε αναπτυχθεί. Τα δύο μεγάλα ασφαλιστικά ταμεία (Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων) συμβάλλονταν με τον ιδιωτικό τομέα και αποζημίωναν την κλινική με βάση το ημερήσιο νοσήλιο το οποίο καθοριζόταν από το Υπουργείο Υγείας και όφειλε να προσεγγίζει το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών του ασθενούς ανά ημέρα νοσηλείας¹⁴. Ήδη λοιπόν από την δεκαετία του 1930 λειτουργούσαν στην περιοχή της Αθήνας περίπου 70 ιδιωτικές κλινικές ενώ στην Θεσσαλονίκη περίπου 20 με αποτέλεσμα μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1970, ο ιδιωτικός τομέας είχε στην διάθεση του το 70% των νοσοκομειακών κλινών¹⁵.

Από την δεκαετία του 1980 και έπειτα, η υγειονομική πολιτική στην χώρα μας επηρεάστηκε από τις ιδεολογικές και πολιτικές αναμετρήσεις που συντελέστηκαν και είχαν ως αποτέλεσμα ποικίλου περιεχομένου θεσμικές παρεμβάσεις. Η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση συντελέστηκε με τη θεσμοθέτηση του ΕΣΥ και την ψήφιση του νόμου Ν.1397/83, βασικοί άξονες του οποίου ήταν η αντιμετώπιση της εμπορευματοποίησης της υγείας, η δωρεάν παροχή υπηρεσιών, η βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η ισότητα στην περίθαλψη η βελτίωση της εκπαίδευσης και η θεσμοθέτηση της πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης των νοσοκομειακών ιατρών¹⁶. Ειδικότερα βάση του νόμου αυτού απαγορεύεται η ίδρυση, ή η επέκταση σε αριθμό κλινών ή η μεταβίβαση των ιδιωτικών κλινικών (μετά την παρέλευση τρίμηνης προθεσμίας)¹⁷, δημιουργώντας σοβαρά προβλήματα στενότητας στην προσφορά υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Το ιδιωτικό κεφάλαιο επένδυσε κυρίως σε διαγνωστικά κέντρα με αποτέλεσμα να

¹⁴ Δ. Νιάκας, Η μέθοδος αποζημίωσης του ελληνικού νοσοκομείου και το μάνατζμεντ: μια απόπειρα διερεύνησης της σχέσης, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, σειρά Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α', Πάτρα, 2002, σελ. 103

¹⁵ Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 164

¹⁶ Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 95

¹⁷ Ν.1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», άρθρο 6, παρ. 7

δημιουργηθούν εκατοντάδες κυρίως στα αστικά κέντρα για των οποίων την ποιότητα και την καταλληλότητα των υπηρεσιών δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία ενώ επιβάρυναν τους προϋπολογισμούς των ασφαλιστικών ταμείων με τα οποία είναι συμβεβλημένα¹⁸. Όσες μονάδες πάντως συνέχισαν την λειτουργία τους είχαν δύο επιλογές:

- I. Αποζημίωση με τις υφιστάμενες χαμηλές τιμές των νοσηλίων που καθόριζαν αυθαίρετα οι δημόσιες αρχές. Οι κλινικές όμως αυτές αύξαναν ακόμα και με πλασματικό τρόπο τις ημέρες νοσηλείας των ασθενών που προσελκύουν και ταυτόχρονα μειώνουν το κόστος παραγωγής των υπηρεσιών τους. Αυτό πρακτικά σημαίνει περιορισμούς στην τεχνολογία, υποβάθμιση της ποιότητας σε μη αποδεκτά πρότυπα για την σύνθεση προσωπικού, την υποδομή, την ξενοδοχειακή εξυπηρέτηση και λειτουργία για την κάλυψη αναγκών άλλου τύπου (π.χ. ασθενείς με χρόνιες παθήσεις)¹⁹.
- II. Στήριξη της χρηματοδότησης τους στο αυξανόμενο διαθέσιμο οικογενειακό εισόδημα και την ιδιωτική ασφάλιση υγείας που εκείνη την εποχή γνώρισε ραγδαία ανάπτυξη. Οι μονάδες αυτές επένδυσαν στην ξενοδοχειακή υποδομή και έκαναν χρήση της αποζημίωσης κατά πράξη και περίπτωση θέτοντας πρόσθετη τιμή για κάθε ιατρική πράξη. Επίσης ξεκίνησαν συνεργασία με ιατρούς που βρέθηκαν εκτός ΕΣΥ ή πανεπιστημιακούς. Βάση του νόμου 1397/83 οι θέσεις των νοσοκομειακών ιατρών είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Οι ιατροί γίνονται μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και απαγορεύεται να ασκούν ελεύθερο επάγγελμα ή να κατέχουν άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση καθώς και να μετέχουν σε εταιρείες αντίστοιχου αντικειμένου²⁰. Η διάταξη αυτή ώθησε αρκετούς ιατρούς να εγκαταλείψουν το δημόσιο σύστημα παρά τις προβλεπόμενες μισθολογικές αυξήσεις. Εξάλλου το μάνατζμεντ των ιδιωτικών κλινικών βασίστηκε στην ταύτιση των επιδιώξεων τους με τους παραγωγούς των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή τους ιατρούς αφού όσο περισσότερες διαγνωστικές και άλλες πράξεις πραγματοποιούν οι παραγωγοί – ιατροί μέσα στο νοσοκομείο, τόσο

¹⁸ Μ. Θεοδώρου, Μ. Σαρρής, Σ. Σούλης, *Συστήματα Υγείας*, Αθήνα, Παπαζήση, 2001, σελ. 196

¹⁹ Δ. Νιάκας, *Η μέθοδος αποζημίωσης του ελληνικού νοσοκομείου και το μάνατζμεντ: μια απόπειρα διερεύνησης της σχέσης, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, ΕΑΠ, σειρά Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α', Πάτρα, 2002, σελ. 103-104

²⁰ Ν.1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας», άρθρο 6, παρ. 24

αυξάνουν τα έσοδα της κλινικής αλλά και τα εισοδήματά τους²¹. Βασικότερο χαρακτηριστικό τους όμως είναι η εκμετάλλευση του ανταγωνισμού των ασφαλιστικών εταιρειών οι οποίες επιδιώκοντας την αύξηση του μεριδίου της αγοράς, παρείχαν ελεύθερη νοσοκομειακή πρόσβαση και κατανάλωση στους δικαιούχους διαμορφώνοντας τις τιμές των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων στη βάση του νοσηλίου που καλύπτει τον τομέα της ξενοδοχειακής εξυπηρέτησης και την πρόσθετη τιμή για κάθε ιατρική πράξη. Επομένως η ιδιωτική ασφάλιση έγινε σημαντικό κομμάτι της χρηματοδότησης των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας δημιουργώντας υπερβάλλουσα ζήτηση, αύξηση των τιμών και τελικά υπέρογκα έξοδα για τον εαυτό της χωρίς παράλληλη αύξηση της προσφοράς²². Οι μεγάλες ζημιές των ασφαλιστικών εταιρειών από τον κλάδο υγείας, οδήγησαν σε περικοπή της κάλυψης (ουσιαστικά έπαψε να είναι απεριόριστη) και ανταμοιβή των πελατών που θα επιλέξουν να νοσηλευθούν σε δημόσιο νοσοκομείο²³. Σταδιακά λοιπόν, όλα αυτά συνετέλεσαν στην ανάπτυξη ολιγοπωλίου για τις ιδιωτικές μονάδες που προσφέρουν υψηλό επίπεδο νοσηλευτικών υπηρεσιών με την διαμόρφωση υψηλών τιμών, τη διόγκωση της κατανάλωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών, την εκμετάλλευση της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας²⁴.

Δύο χρόνια μετά την ψήφιση του Ν.1397/83, δημοσιεύθηκε ο νόμος 1579/85 με τον οποίο επιδιώχθηκε η καταγραφή και επίλυση των προβλημάτων που δεν είχαν προβλεφθεί στο προγενέστερο νομοσχέδιο²⁵. Σύμφωνα με τον νέο νόμο καθορίζεται η άσκηση εποπτείας και ελέγχου της λειτουργίας των ιδιωτικών κλινικών από τον οικείο νομάρχη και με την βοήθεια ειδικής επιτροπής η οποία αποτελείται από έναν εκπρόσωπο των κλινικαρχών, έναν εκπρόσωπο της Τοπικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων, έναν εκπρόσωπο του ιατρικού συλλόγου, έναν εκπρόσωπο του ιατρικού κέντρου και δύο

²¹ Δ. Νιάκας, Η μέθοδος αποζημίωσης του ελληνικού νοσοκομείου και το μάνατζμεντ: μια απόπειρα διερεύνησης της σχέσης, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, σειρά Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α', Πάτρα, 2002, σελ. 105

²² Λ. Λιαρόπουλος, Τα «Εγώ» του ΕΣΥ, Αθήνα, ΒΗΤΑ, 2005, σελ.92

²³ Από έρευνα της Ελευθεροτυπίας, ένθετο Οικονομία, 02/03/2008

²⁴ Οι ασφαλιστικές εταιρείες απάντησαν με τα ολοκληρωμένα προγράμματα ασφάλισης και παροχής υπηρεσιών υγείας δημιουργώντας την δική τους νοσοκομειακή υποδομή.

²⁵ Εισηγητική έκθεση για το Σχέδιο Νόμου «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», παρ. 7

γιατρούς του νομαρχιακού νοσοκομείου²⁶. Επίσης παρέχεται η δυνατότητα εκσυγχρονισμού της λειτουργίας τους (μετά από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας) χωρίς όμως τη δυνατότητα επέκτασης του αντικειμένου ή μεταβολή της νομικής τους μορφής²⁷.

Η δεύτερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια χρονολογείται στις αρχές της δεκαετίας του 1990 με κύριους άξονες την ενθάρρυνση της ιδιωτικοποίησης, τον έλεγχο των δημοσίων δαπανών και τη μεταφορά σημαντικού βάρους της χρηματοδότησης στον οικογενειακό προϋπολογισμό. Δεν πρέπει να παραβλεφθεί βέβαια η επιδίωξη της τότε κυβέρνησης υπονόμευσης του ΕΣΥ στα πλαίσια ιδεολογικής κυριαρχίας του νεοφιλελευθερισμού²⁸. Όπως είδαμε βάση του Ν.1397/83, είχε σταματήσει η έκδοση αδειών για ίδρυση νέων κλινικών ή επέκταση των ήδη υφισταμένων. Αυτό διακόπηκε αρχικά με τον νόμο 1892/90 «Για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη και άλλες διατάξεις» που επιτρέπει την ίδρυση, την επέκταση σε δύναμη κρεβατιών και την μετατροπή ιδιωτικών κλινικών κατά αντικείμενο ή νομική μορφή της επιχείρησης. Στην εισηγητική έκθεση του σχεδίου νόμου η δυνατότητα ίδρυσης ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων θεωρείται τομή στον τομέα των αποκρατικοποιήσεων αφού η απαγόρευση αυτής έχει προκαλέσει μία ολιγοπωλιακή κατάσταση όπου ένας μικρός αριθμός ιδιωτικών νοσηλευτηρίων εξυπηρετεί εν μέρει την τεράστια ζήτηση για υγειονομικές υπηρεσίες αλλά και διαρροή συναλλάγματος αφού πολλοί ασθενείς στρέφονται στο εξωτερικό. Έτσι η άρση του ολιγοπωλιακού καθεστώτος θα βοηθήσει στην αποσυμφόρηση και αναβάθμιση των νοσοκομείων του ΕΣΥ μέσω της ενίσχυσης του ανταγωνισμού²⁹. Ειδικότερα, τονίζεται ότι εξαιτίας της αποτυχίας της αποστολής της Πολιτείας να αναλάβει την αποκλειστική ευθύνη για την προστασία της υγείας των πολιτών (με αποτέλεσμα ασθενείς να παραμένουν επί αρκετό χρόνο στους διαδρόμους των νοσοκομείων για να εξασφαλίσουν κλίνη νοσηλείας ή για να εξετασθούν) και λόγω της επικείμενης οικονομικής ένωσης του 1992³⁰ η κυβέρνηση προωθεί την υπό αυστηρούς όρους και προϋποθέσεις (που θα καθοριστούν εντός ενός έτους από σχετικό

²⁶ Ν.1579/85, «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», άρθρο 20, παρ.3

²⁷ Ν.1579/85, «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», άρθρο 20, παρ. 1

²⁸ Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (Συνθήκη του Μάαστριχτ)579/85, «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», άρθρο 20, παρ.1

²⁹ Γ. Κυριόπουλος, Κράτος ή Αγορά: Η κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα, από Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Αθήνα, Θεμέλιο, 1995, σελ.15

²⁹ Γενική Εισηγητική Έκθεση για το Σχέδιο Νόμου «Για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη και άλλες διατάξεις», σελ. 1

³⁰ Συνθήκη για την Ευρωπαϊκή Ένωση (Συνθήκη του Μάαστριχτ)

Προεδρικό Διάταγμα) ίδρυση ιδιωτικών κλινικών αλλά και την προσαρμογή των υφισταμένων ιδιωτικών κλινικών σε προθεσμία ενός έτους από το σχετικό Π.Δ³¹. Το σχετικό Π.Δ έμελε να ήταν το Π.Δ. 247/91 (νόμιμο έρεισμα του οποίου ήταν το άρθρο 53 του Ν.1892/90³²) που παρ' όλο που έθετε πολλούς περιορισμούς και προϋποθέσεις, ιδιαίτερα για τις κτιριακές εγκαταστάσεις, ενεργοποίησε το επενδυτικό ενδιαφέρον για την ιδιωτική δευτεροβάθμια περίθαλψη λόγω και της δυνατότητας ίδρυσης διαγνωστικών μονάδων εντός των κλινικών³³. Συμπληρωματικά του προαναφερθέντος Π.Δ λειτούργησε το Π.Δ 517/91 «Τεχνικές προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.». Επιπλέον η τότε κυβέρνηση ψήφισε τον νόμο 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας» που στόχευε στην αναμόρφωση του ΕΣΥ αλλά ουσιαστικά στην αλλαγή της φιλοσοφίας του. Αυτό προκύπτει κυρίως από την ελευθερία των πολιτών να επιλέξουν τον φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας με την εγγύηση της πολιτείας για την ύπαρξη τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών φορέων³⁴. Επίσης εισήχθη ο θεσμός του ιατρού μερικής απασχόλησης, δίνοντας έτσι την δυνατότητα στους νοσοκομειακούς ιατρούς να ασκήσουν και ιδιωτικά το επάγγελμα τους και να συνάψουν συνεργασία με ιδιωτικές κλινικές αν και λόγω του μισθολογικών μειώσεων ελάχιστοι τον επέλεξαν τελικά³⁵.

Με την επάνοδο στην εξουσία της κυβέρνησης που θέσπισε το ΕΣΥ, ψηφίζεται ο νόμος 2194/94 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» με τον οποίο επαναφέρεται η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των ιατρών και παρατείνεται η περίοδος προσαρμογής των ιδιωτικών κλινικών στα πλαίσια του Ν. 1892/90 μέχρι και την 31/12/1994. Αξίζει εδώ να αναφερθούμε και στην επιτροπή των ξένων εμπειρογνώμων που συγκροτήθηκε από το Υπουργείο Υγείας και το 1994 που παρουσίασε το πόρισμα με τις αδυναμίες του συστήματος και τις προτάσεις για την μεταρρύθμιση του: εντύπωση προκαλεί η απουσία αναφοράς στον ιδιωτικό τομέα υγείας παρ' όλο που καλύπτει σημαντικό μέρος των αναγκών του ελληνικού πληθυσμού και επιβαρύνει το διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών³⁶. Αρκετά χρόνια αργότερα ακολούθησε το Π.Δ 235/2000 με ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την

³¹ Ν.1892/90, «Για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη και άλλες διατάξεις», άρθρο 53, παρ. 4

³² Γνωμοδότηση Συμβουλίου της Επικρατείας (τμήμα Ε') αριθμός 193/1991, Μάρτιος 1991

³³ Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 164-166

³⁴ Ν.2071/92, «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», άρθρο 1, παρ. 2

³⁵ Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 101

³⁶ Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 104

λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών ενώ η τελευταία νομοθετική παρέμβαση ήταν η τροποποίηση αυτού το 2007.

Πίνακας 1: Βασική Νομοθεσία για τις ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα (Ιδία επεξεργασία)

N.1397/83	«Εθνικό Σύστημα Υγείας»	ΦΕΚ 143/Α/1983
N.1579/85	«Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»	ΦΕΚ 217/Α/1985
N.1892/90	«Για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη και άλλες διατάξεις»	ΦΕΚ 101/Α/1990
Π.Δ. 247/91	«Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών»	ΦΕΚ 93/Α/1991
Π.Δ. 517/91	«Τεχνικές προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.»	ΦΕΚ 202/Α/1991
N.2071/92	«Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»	ΦΕΚ 123/Α/1992
N.2194/94	«Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις»	ΦΕΚ 34/Α/1994
Π.Δ. 235/2000	«Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών»	ΦΕΚ 199/Α/2000
Π.Δ. 198/2007	«Τροποποίηση του Π.Δ 235/2000»	ΦΕΚ 225/Α/2007

2.2. Οι ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα

2.2.1. Ορισμός Ιδιωτικής Κλινικής

Ιδιωτική κλινική ορίζεται η υγειονομική μονάδα στην οποία παρέχονται υπηρεσίες υγείας και νοσηλείας ασθενών, σύμφωνα με τις παραδεδεγμένες σύγχρονες αντιλήψεις και μεθόδους της Ιατρικής Επιστήμης³⁷. Βασική φιλοσοφία και σκοπός του ιδιωτικού νοσοκομείου είναι η επιβίωση του η οποία επιτυγχάνεται με την προσέλκυση ασθενών και την ύπαρξη θετικού ισοζυγίου μεταξύ των εσόδων και των εξόδων του³⁸.

2.2.2. Διάκριση ιδιωτικών κλινικών και δυναμικότητα

Οι κλινικές στην χώρα μας διακρίνονται αναλόγως του αντικειμένου και του μεγέθους τους. Βάση των τμημάτων και των ειδικοτήτων που αναπτύσσουν, οι ιδιωτικές κλινικές διακρίνονται σε Γενικές, Μικτές και Ειδικές. Γενικές θεωρούνται όσες διαθέτουν οπωσδήποτε τμήματα νοσηλείας παθολογικού και χειρουργικού τομέα. Ειδικές όσες διαθέτουν τμήματα νοσηλείας αποκλειστικά μιας μόνο ειδικότητας και Μικτές εκείνες που διαθέτουν αμιγώς παθολογικού και χειρουργικού τομέα³⁹. Στις Γενικές και Μικτές ιδιωτικές κλινικές απαγορεύεται η ανάπτυξη μονάδων που αφορούν στη νοσηλεία παιδιών μέχρι 14 ετών, εξαιρουμένης της μονάδας νεογνών (για βρέφη ηλικίας μέχρι 30 ημερών) που λειτουργεί στα πλαίσια Μαιευτικού τμήματος⁴⁰. Πάντως, οι Παιδιατρικές και Ψυχιατρικές κλινικές αποτελούν ξεχωριστή κατηγορία. Στις Ψυχιατρικές κλινικές νοσηλεύονται ψυχικά πάσχοντες καθώς και ασθενείς μικτών παθήσεων (νευρολογικών και ψυχιατρικών). Οι ειδικές κλινικές που αναπτύσσουν τμήμα ειδικότητας νευρολογίας (Νευρολογικές Κλινικές) νοσηλεύουν μόνο νευρολογικούς ασθενείς και ασθενείς νευρολογικών και ψυχιατρικών παθήσεων. Στις Παιδιατρικές κλινικές απαγορεύεται η συστέγαση άλλης ιατρικής ειδικότητας εκτός από εκείνες που αφορούν το παιδί⁴¹.

³⁷ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 1, παρ. 2

³⁸ Δ.Νιάκας, Η μέθοδος αποζημίωσης του ελληνικού νοσοκομείου και το μανάτζμεντ: Μια απόπειρα διερεύνησης της σχέσης, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, ΕΑΠ, σειρά: Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α', Πάτρα, 2002, σελ. 103

³⁹ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 6, παρ.1

⁴⁰ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 6, παρ.2

⁴¹ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 36

Πίνακας 2: Διάκριση ιδιωτικών κλινικών βάση αντικειμένου (Ιδία επεξεργασία)

ΓΕΝΙΚΕΣ	Τμήματα ειδικοτήτων παθολογικού και χειρουργικού τομέα
ΕΙΔΙΚΕΣ	Τμήματα μίας μόνο ειδικότητας παθολογικού ή χειρουργικού τομέα
ΜΙΚΤΕΣ	Τμήματα ειδικοτήτων παθολογικού ή χειρουργικού τομέα
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΕΣ	Τμήματα ειδικότητας παθολογικού και χειρουργικού τομέα μόνο για νοσηλεία παιδιών μέχρι 14 ετών
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ	Νοσηλεία ασθενών νευρολογικών και ψυχιατρικών παθήσεων

Η δυναμικότητα των κλινικών προκύπτει από το σύνολο της πάσης φύσεως κλινών της (νοσηλείας, απομονώσεις⁴², Ειδικών Μονάδων)⁴³. Ο αριθμός αυτός αναγράφεται στην άδεια λειτουργίας και η υπέρβαση αυτού απαγορεύεται⁴⁴, όπως και η διατήρηση νοσηλευτικών κλινών σε ιδιωτικά ιατρεία (με το νέο νομοσχέδιο θα επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών Μονάδων Ημερήσιας Νοσηλείας εκτός ιδιωτικών κλινικών για την εκτέλεση χειρουργικών και επεμβατικών πράξεων για τις οποίες δεν απαιτείται γενική, ραχιαία ή επισκληρίδιος αναισθησία και νοσηλεία). Στις Γενικές, Μικτές και Ειδικές και Παιδιατρικές κλινικές ο μέγιστος αριθμός κλινών ανά τμήμα είναι σαράντα με την δυνατότητα δημιουργίας περισσότερων του ενός τμήματος ανά ειδικότητα. Στις Γενικές κλινικές ο ελάχιστος αριθμός κλινών για την Αττική και το Νομό Θεσσαλονίκης είναι εξήντα κλίνες, για την υπόλοιπη Ελλάδα είναι τριάντα κλίνες. Στις Μικτές κλινικές ο ελάχιστος αριθμός κλινών είναι τριανταπέντε κλίνες για την Αττική και το Ν. Θεσσαλονίκης και είκοσι για τους υπόλοιπους νομούς. Στις Ειδικές και Παιδιατρικές κλινικές ο ελάχιστος αριθμός είναι είκοσι για Αττική, Ν. Θεσσαλονίκης και δεκαπέντε για τους υπόλοιπους νομούς. Στις Ψυχιατρικές κλινικές ο ελάχιστος αριθμός κλινών είναι σαράντα για την Αττική και το Ν. Θεσσαλονίκης και είκοσι για την υπόλοιπη Ελλάδα⁴⁵.

⁴² Βάση του άρθρου 36 του Π.Δ. 247/91, απαγορεύεται ρητά η χρησιμοποίηση κλινών απομόνωσης για την νοσηλεία συνήθων ασθενών

⁴³ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 6, παρ. 6

⁴⁴ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 36

⁴⁵ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 6, παρ. 5

Πίνακας 3: Ελάχιστος αριθμός κλινών ανά κατηγορία ιδιωτικής κλινικής. (Ιδία επεξεργασία)

	ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ	ΝΟΜΟΣ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ	ΥΠΟΛΟΙΠΗ ΕΛΛΑΔΑ
ΓΕΝΙΚΕΣ	60 κλίνες	60 κλίνες	30 κλίνες
ΜΙΚΤΕΣ	35 κλίνες	35 κλίνες	20 κλίνες
ΕΙΔΙΚΕΣ	20 κλίνες	20 κλίνες	15 κλίνες
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΕΣ	20 κλίνες	20 κλίνες	15 κλίνες
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ	40 κλίνες	40 κλίνες	20 κλίνες

Στις Γενικές κλινικές, ο ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού και χειρουργικού τμήματος δεν μπορεί να είναι μικρότερος των δεκαπέντε, των λοιπών τμημάτων μικρότερος των πέντε αν η κλινική εδρεύει στην Αττική ή το Ν. Θεσσαλονίκης ενώ αν εδρεύει σε άλλο νομό ο αντίστοιχος αριθμός κλινών του παθολογικού και χειρουργικού δεν μπορεί να είναι μικρότερος των δέκα και για τα λοιπά τμήματα μικρότερος των πέντε. Στις μικτές κλινικές που εδρεύουν σε Αττική και Ν. Θεσσαλονίκης, ελάχιστος αριθμός κλινών του παθολογικού ή χειρουργικού τμήματος δεν μπορεί να είναι μικρότερος των δεκαπέντε και για τα λοιπά τμήματα μικρότερος των πέντε ενώ για την υπόλοιπη Ελλάδα ο αντίστοιχος αριθμός του παθολογικού ή χειρουργικού τμήματος δεν μπορεί να είναι μικρότερος των δέκα και για τα άλλα τμήματα μικρότερος των πέντε. Όσον αφορά τις Ψυχιατρικές κλινικές (των οποίων ο μέγιστος αριθμός κλινών είναι οι τριακόσιες συμπεριλαμβανομένων των θαλάμων αυξημένης παρακολούθησης και των απομονώσεων), κάθε νοσηλευτική μονάδα περιλαμβάνει μέχρι εκατόν πενήντα κλίνες αποτελούμενη από τμήματα μέγιστης δυναμικότητας πενήντα κλινών⁴⁶.

Βάση του μεγέθους τους, οι ιδιωτικές κλινικές διακρίνονται σε μεγάλες κλινικές (πολυδύναμες κλινικές δυναμικότητας άνω των 300 κλινών, λίγες στον αριθμό, με έδρα κυρίως την Αθήνα και την Θεσσαλονίκη που διατηρούν συμφωνίες τόσο με δημόσια ταμεία όσο και με ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και τα έσοδα τους προέρχονται από εσωτερικούς – νοσηλευόμενους ασθενείς αλλά και επισκέπτες των εξωτερικών ιατρείων), μεσαίες κλινικές (δυναμικότητας 100-300 κλινών, διατηρούν συμβάσεις με ασφαλιστικές εταιρείες του ιδιωτικού τομέα και με ταμεία του δημοσίου), μικρές κλινικές (δυναμικότητας 41-100 κλινών που καλύπτουν ολόκληρο ή μέρος του κόστους νοσηλείας

⁴⁶ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 6, παρ. 5

των ασθενών τους μέσω των συμβάσεων που έχουν συνάψει με διάφορους ασφαλιστικού οργανισμού)⁴⁷.

2.2.3. Ζήτηση και προσφορά των υπηρεσιών των ιδιωτικών κλινικών

Η προσφορά και η ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας προσαρμόζουν την αγορά για υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης από ιδιωτικούς φορείς. Οι παράγοντες που επηρεάζουν τη ζήτηση είναι δημογραφικοί και κοινωνικοί δηλαδή η ηλικία και το βιοτικό επίπεδο, οικονομικοί παράγοντες όπως είναι το εισόδημα και το επίπεδο ασφάλισης, το επίπεδο των δημόσιων νοσηλευτικών υπηρεσιών αφού παράγοντες όπως οι ώρες αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία, οι συνθήκες νοσηλείας, η ξενοδοχειακή υποδομή στρέφουν συχνά το κοινό προς τις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας, τα γραφειοκρατικά εμπόδια των ασφαλιστικών ταμείων για την έγκριση σημαντικών εξετάσεων των ασφαλισμένων τους που αναγκάζουν ασθενείς να καταφύγουν σε ιδιώτες και τις επενδύσεις του ιδιωτικού τομέα σε διαγνωστική τεχνολογία και την παράλληλη έλλειψη κυρίως των επαρχιακών νοσοκομείων σε εξοπλισμό, κλίνες και ιατρικό προσωπικό⁴⁸. Ειδικότερα για τις ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα η αύξηση της ζήτησης συσχετίζεται με την βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, την αύξηση του οικογενειακού εισοδήματος και την προσδοκία για παρατεταμένη και υγιή διαβίωση, την αύξηση των μεταναστών που καταφεύγουν στα δημόσια νοσοκομεία για οικονομικούς λόγους με αποτέλεσμα οι Έλληνες ιδιώτες να στρέφονται στην ιδιωτική περίθαλψη ώστε να αποφύγουν την αναμονή, την υπο-ασφάλιση του πληθυσμού και την απροθυμία μελών ορισμένων ταμείων να κάνουν χρήση της ασφαλιστικής τους κάλυψης αλλά και με την αναβάθμιση της υποδομής των ιδιωτικών κλινικών και την δυνατότητα πραγματοποίησης εξειδικευμένων εξετάσεων. Αξίζει όμως να αναφερθεί ότι η διόγκωση της ιδιωτικής δευτεροβάθμιας περίθαλψης ιδιαίτερα από την δεκαετία του '90 και έπειτα οφείλεται και στο ότι οι ιδιωτικές μονάδες ουσιαστικά εκμεταλλεύτηκαν την παθογένεια των δημόσιων νοσοκομείων, δηλαδή την έλλειψη κατάλληλων στελεχών διοίκησης, την απουσία δομών μάλιστα σαφών προγραμματικών στόχων, την γραφειοκρατία κατά την λήψη των αποφάσεων, την αδυναμία συντονισμού μεταξύ των τμημάτων, την έλλειψη φιλικότητας προς τον πολίτη και των έλλειψη κινήτρων αυξημένης παραγωγικότητας⁴⁹. Βασικό χαρακτηριστικό της προσφοράς ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι η επιδίωξη των ιδιωτικών φορέων να καλύψουν την ζήτηση που δεν μπορεί να καλύψει ο

⁴⁷ ICAP, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Ιούλιος 2005, σελ. 2-3

⁴⁸ ICAP, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Ιούλιος 2008, σελ. 11

⁴⁹ Α. Σίσσουρας, Προτεραιότητες για την αναμόρφωση της διοίκησης – διαχείρισης του συστήματος υπηρεσιών υγείας, Θεμέλιο, 2000, σελ. 249

δημόσιος. Σημαντική ώθηση δόθηκε επίσης από την συνεργασία των ιδιωτικών κλινικών με τις ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες που όπως είδαμε και προηγουμένως προσέφεραν απεριόριστη κάλυψη προκειμένου να διεκδικήσουν μερίδιο της αγοράς. Εντούτοις, για αρκετά χρόνια η εμπλοκή ιδιωτών στο χώρο της νοσοκομειακής περίθαλψης ήταν μη ελκυστική εξαιτίας της περιοριστικής πολιτικής που ακολουθήθηκε βάση της μεταρρύθμισης του ΕΣΥ, του χαμηλού νοσηλίου με το οποίο οι ασφαλιστικοί φορείς αποζημιώνουν τις ιδιωτικές κλινικές για την νοσηλεία των μελών τους και του υψηλού κόστους κατασκευής και εξοπλισμού και του μακροχρόνιου χαρακτήρα της επένδυσης που συνεπάγεται η δημιουργία μίας νέας νοσηλευτικής μονάδας⁵⁰. Το επενδυτικό ενδιαφέρον αναζωπυρώθηκε με το Π.Δ 517/91 που κατάργησε τον περιορισμό για την ίδρυση και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών και έδωσε την δυνατότητα ίδρυσης διαγνωστικών μονάδων εντός των κλινικών άρα και την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης από τις ιδιωτικές κλινικές. Πάντως, το αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο που εξακολουθεί να διέπει την κατασκευή νέων μονάδων και η δυσκολία εισόδου νέων μονάδων στον κλάδο λόγω του υψηλού κόστους και του χρόνου που απαιτείται για να υλοποιηθεί μια τέτοια επένδυση τοποθετεί σε πλεονεκτική θέση τις υπάρχουσες μονάδες που επενδύουν στον εκσυγχρονισμό και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

2.2.4. Χαρακτηριστικά της αγοράς και ανταγωνισμός

Βασικά χαρακτηριστικά της ιδιωτικής νοσοκομειακής περίθαλψης είναι η διαρκής αναβάθμιση του ιατρικού εξοπλισμού ως αποτέλεσμα της δυνατότητας για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (οι νέες τεχνολογίες διείσδυσαν περισσότερο στις διαγνωστικές υπηρεσίες, ακολούθως στις επεμβατικές και πολύ λιγότερο στα πληροφοριακά συστήματα), τον προσανατολισμό ως προς τις ειδικότητες της μαιευτικής και της νευροψυχιατρικής (σε σχέση με τον προσανατολισμό των δημόσιων νοσοκομείων), η έντονη γεωγραφικά συγκέντρωση στην Αττική (βλ. πίνακα 4) και η μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας σε σχέση με τα δημόσια νοσοκομεία (φαινόμενο που επιτείνει την προκλητή ζήτηση και αφορά, όπως ήδη αναφέρθηκε, τις μικρές ιδιωτικές κλινικές βασικός χρηματοδότης των οποίων είναι η κοινωνική ασφάλιση⁵¹). Επίσης τα τελευταία χρόνια ο κλάδος χαρακτηρίζεται από εξαγορές και συγχωνεύσεις των τομέων γενικές κλινικές, μαιευτικές- γυναικολογικές και διαγνωστικά κέντρα με αποτέλεσμα την

⁵⁰ Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 159-160

⁵¹ Κ. Σουλιώτης, Ο ρόλος του ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000, σελ. 170

επικράτηση πολυδύναμων επιχειρηματικών ομίλων παροχής ιατρικών υπηρεσιών⁵². Σε περίοδο οικονομικής κρίσης η τάση αυτή εντείνεται: οι ισχυροί του κλάδου παρ' όλο που εφαρμόζουν αμυντική τακτική με περικοπή των λειτουργικών εξόδων και χαμηλότερα τιμολόγια, σκοπεύουν να εκμεταλλευτούν τις επενδυτικές ευκαιρίες που γεννά η κρίση με συγχωνεύσεις και εξαγορές μικρότερων θεραπευτηρίων ενώ οι μικρές ιδιωτικές κλινικές τα έσοδα των οποίων προέρχονται κατά κύριο λόγο από τα ασφαλιστικά ταμεία προχωρούν σε μαζικές απολύσεις και στάση πληρωμών προς το προσωπικό λόγω των καθυστερήσεων της εξόφλησης οφειλών (των ταμείων προς αυτές)⁵³.

Οι επιχειρήσεις του κλάδου αναπτύσσουν τον ανταγωνισμό τους μέσω του ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, της ταχύτητας των υπηρεσιών, της συνεργασίας με ασφαλιστικούς φορείς και ασφαλιστικές εταιρείες, της δυνατότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες, του εταιρικού μεγέθους και της τιμολογιακής πολιτικής. Στον τομέα του εξοπλισμού υπερέχουν οι πολυδύναμες μονάδες του κλάδου που διαθέτουν τα ποσά για την πραγματοποίηση των επενδύσεων σε αντίθεση με τις μικρές κλινικές που αδυνατούν να ανταποκριθούν στην ταχεία απαξίωση του μηχανολογικού εξοπλισμού. Εναλλακτική λύση απόκτησης του μηχανολογικού εξοπλισμού αποτελεί η χρηματοδοτική μίσθωση (leasing). Επίσης, τόσο ο τεχνολογικός εξοπλισμός όσο και η κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Όσον αφορά την ταχύτητα των υπηρεσιών παρατηρείται η τάση μείωσης του χρόνου νοσηλείας (One Day Clinic- ODC) και ανάρρωσης κατ' οίκον. Αυτό ερμηνεύεται από το ότι το μεγαλύτερο μερίδιο του κόστους νοσηλείας προκύπτει κατά την εισαγωγή του ασθενούς με τις απαραίτητες διαγνωστικές εξετάσεις και ιατρικές πράξεις. Η συνεργασία με ασφαλιστικούς φορείς αποτελεί πεδίο ανταγωνισμού για τις μικρές ιδιωτικές κλινικές με στόχο την ύπαρξη ενός σταθερού πελατολογίου αν και η αδυναμία των ασφαλιστικών ταμείων να αποπληρώσουν το κόστος νοσηλείας προκαλεί προβλήματα στην βιωσιμότητα των μονάδων. Τέλος, η τιμολογιακή πολιτική αφορά στην δημιουργία καρτών υγείας που μέσω ετήσιας συνδρομής παρέχονται δωρεάν ιατρικές επισκέψεις, έκπτωση στις διαγνωστικές εξετάσεις και στη νοσηλεία των ασθενών αλλά και οι διευκολύνσεις εξόφλησης με πιστωτικής κάρτας, άτοκων δόσεων, συναλλαγματικής.

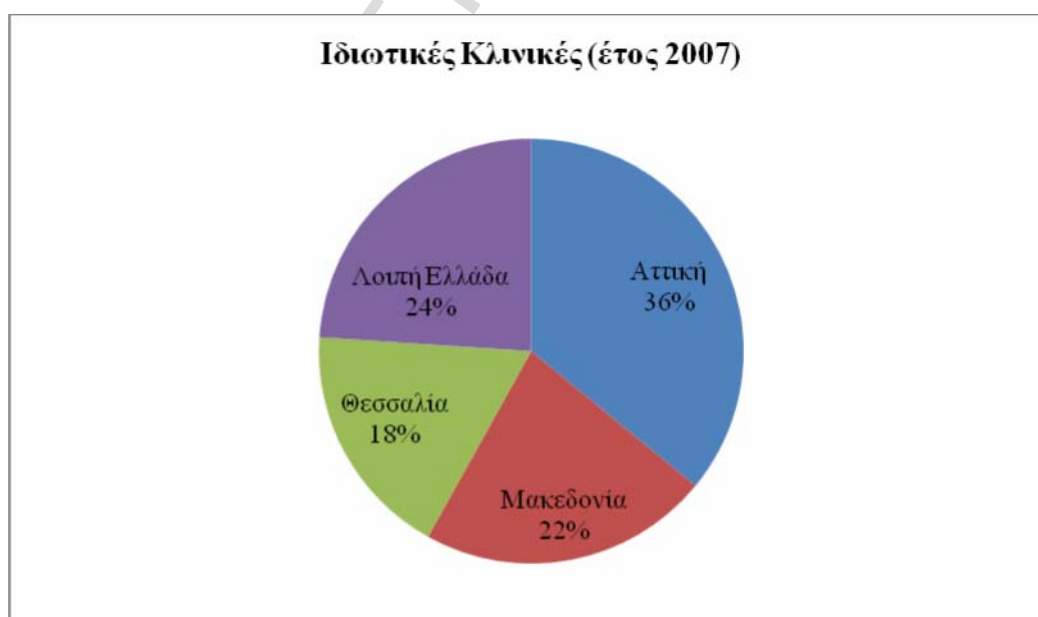
⁵² ICAP, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Ιούλιος 2008, σελ. 22

⁵³ Κ. Νάνος, «Στην εντατική οι μικροί, ετοιμάζουν deals οι μεγάλοι», Έθνος, 6/11/2011

Πίνακας 4: Αριθμός ιδιωτικών κλινικών κατά έτος & γεωγραφικό διαμέρισμα (Ιδία επεξεργασία)

ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ	ΕΤΟΣ								
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ΑΤΤΙΚΗ	68	67	68	65	65	62	60	60	60
ΛΟΙΠΗ ΣΤ.ΕΛΛΑΔΑ	13	13	13	12	11	11	11	11	11
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ	14	13	13	12	12	10	10	10	10
ΙΟΝΙΟΙ ΝΗΣΟΙ	2	2	1	1	1	1	1	1	1
ΗΠΕΙΡΟΣ	3	2	2	2	2	2	2	2	2
ΘΕΣΣΑΛΙΑ	31	31	32	31	31	33	33	32	30
ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ	45	46	44	39	40	37	37	37	37
ΘΡΑΚΗ	4	3	3	3	3	3	3	3	2
ΝΗΣΟΙ ΑΙΓΑΙΟΥ	4	4	4	4	4	4	4	5	5
ΚΡΗΤΗ	11	11	11	10	10	9	9	9	9

Πηγή: ΕΣΥΕ



2.2.5. Μέρμνα εξωτερικών ασθενών

Η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών προβλέπει λοιπόν και την μέριμνα μη νοσηλευόμενων ασθενών. Ειδικότερα, οι ιδιωτικές κλινικές δύνανται να διαθέτουν και κατάλληλα διαρρυθμισμένους χώρους για την εξυπηρέτηση εξωτερικών ασθενών⁵⁴ είτε μέσω του τμήματος Εξωτερικών Ιατρείων είτε μέσω του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Από την έναρξη ισχύος του Π.Δ 235/2000 (άρθρο 18, παρ. 1) απαγορεύεται η ένταξη και λειτουργία σε ιδιωτικές κλινικές ιδιωτικών φορέων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) που ανήκουν σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ενώ για κλινικές που λειτουργούν τέτοιοι φορείς, η ισχύς της διάταξης παρατείνεται για δύο έτη μετά την δημοσίευση του συγκεκριμένου προεδρικού διατάγματος. Η συγκεκριμένη διάταξη καταργεί το άρθρο 32 του Π.Δ 247/91 βάση του οποίου «επιτρέπεται η ένταξη και λειτουργία σε ιδιωτικές κλινικές μιας ή περισσότερων μονάδων εξειδικευμένων υγειονομικών υπηρεσιών, διαγνωστικού ή θεραπευτικού χαρακτήρα, που ανήκουν σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα». Σύμφωνα με το νόμο 2256/94, οι μονάδες αυτές είναι ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, ιδιωτικά πολυιατρεία και πολυοδοντιατρεία, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια και ιδιωτικά εργαστήρια φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης⁵⁵ αντικαθιστώντας παλιότερη διατύπωση κατά την οποία η ιδιωτική Π.Φ.Υ. παρέχεται από ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία, ιδιωτικά πολυιατρεία, ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα, ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια, πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα και ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας⁵⁶. Όμως, με το Π.Δ 198/2007, επανέρχεται η ουσία της διάταξης του Π.Δ. 247/91 ώστε να επιτρέπεται η ένταξη και λειτουργία μονάδων Π.Φ.Υ. που ανήκουν σε άλλα νομικά ή φυσικά πρόσωπα⁵⁷.

2.2.6. Εποπτεία από το κράτος

Σύμφωνα με το άρθρο 17 (παρ. 2) του Π.Δ. 247/91 η εποπτεία και ο έλεγχος των ιδιωτικών κλινικών αφορά κυρίως τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας στους νοσηλευόμενους, στην διασφάλιση ικανοποιητικής συντήρησης, αξιοπιστίας των ιατρικών μηχανημάτων, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και τυχόν εκπαιδευτικού έργου και γενικά στην τήρηση των νόμων, διατάξεων και εγκυκλίων για τις ιδιωτικές κλινικές.

⁵⁴ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 17, παρ.3

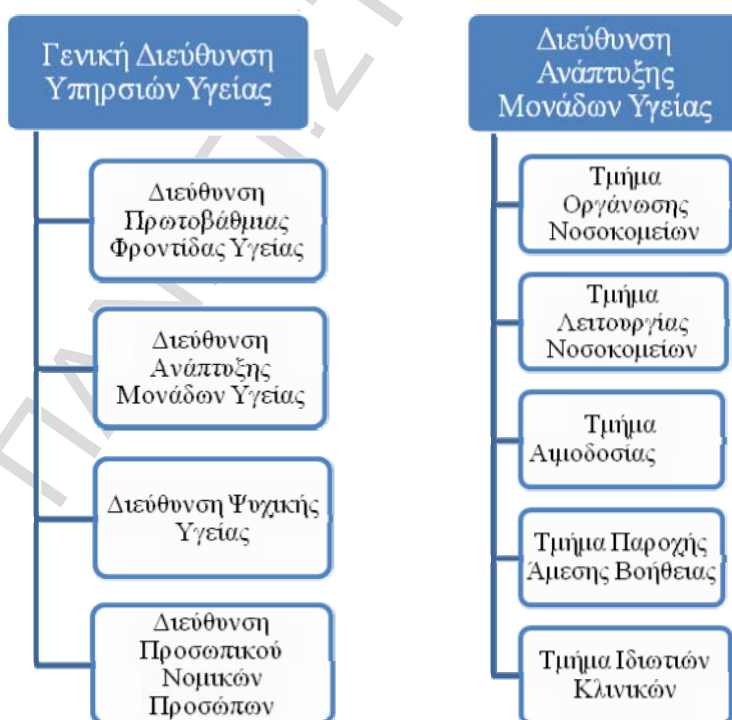
⁵⁵ Ν. 2256/94, «Συμβούλια κρίσης και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού και άλλες διατάξεις», άρθρο 4, παρ. 1

⁵⁶ Ν.2071/92, «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», άρθρο 13, απρ. 1

⁵⁷ Π.Δ. 198/2007, «Τροποποίηση του Π.Δ. 235/2000»

Η εποπτεία και ο έλεγχος των ιδιωτικών κλινικών (άρα και ο τρόπος που παρεμβαίνει το κράτος στην λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών) ασκείται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και από την Επιτροπή Ιδιωτικών Κλινικών και πραγματοποιείται τακτικά (και υποχρεωτικά) μια φορά το χρόνο ή έκτακτα όταν ειδικοί λόγοι το επιβάλλουν. Με τη σημερινή του μορφή και βάση του οργανογράμματος του υπουργείου, η λειτουργία του διακρίνεται στην Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, τη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Ποιότητας Ζωής, τη Γενική Διεύθυνση Υγείας, τη Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας και τη Γενική Διεύθυνση Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών. Επίσης, κάποιες υπηρεσίες υπάγονται απευθείας στον Υπουργό, το Γενικό Γραμματέα, το Γενικό Γραμματέα Πρόνοιας. Η λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών ανήκει στη Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας. Συγκεκριμένα αποτελεί διακριτό τμήμα υπό την ονομασία Τμήμα Ιδιωτικών Κλινικών της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας που ανήκει στην Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας. Η Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας περιλαμβάνει επίσης τα τμήματα Οργάνωσης Νοσοκομείων, Λειτουργίας Νοσοκομείων, Αιμοδοσίας, Παροχής Άμεσης Βοήθειας. Η Υπουργική απόφαση 1059 (1990) καθόρισε πως εκτός της χάραξης θεμάτων γενικής πολιτικής του υπουργείου, η Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας ανήκει στην άσκηση αρμοδιοτήτων του υπουργού υγείας.

Σχήμα 1: Οργανόγραμμα του υπουργείου για τις ιδιωτικές κλινικές(Ιδία επεξεργασία)



Η Επιτροπή Ιδιωτικών Κλινικών υπάγεται στην έδρα κάθε Νομαρχίας, συγκροτείται με απόφαση του οικείου Νομάρχη και αποτελείται από ένα ιατρό της Διεύθυνσης ή Τμήματος Υγιεινής, έναν αρχιτέκτονα/ πολιτικό μηχανικό/ μηχανολογοληκτρολόγο που υπηρετεί σε Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας ή στην Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών της οικείας Νομαρχίας και έναν εκπρόσωπο του Ιατρικού Συλλόγου οριζόμενο από το Διοικητικό Συμβούλιο του Συλλόγου εντός τριάντα ημερών, αλλιώς από το Νομάρχη. Έργο της Επιτροπής Ιδιωτικών Κλινικών είναι η γνωμοδότηση για χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών, η επιθεώρηση των εγκαταστάσεων, η εποπτεία και ο έλεγχος των κλινικών, η εισήγηση για επιβολή ποινών⁵⁸. Σε περίπτωση προσφυγής των ενδιαφερομένων αιτούντων κατά των αποφάσεων της (η προσφυγή πρέπει να υποβληθεί εντός είκοσι ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης) συγκροτείται, με απόφαση του Υπουργού, η Δευτεροβάθμια Επιτροπή Κλινικών στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου αποτελούμενη από το Γενικό Διευθυντή Υγιεινής, έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), έναν εκπρόσωπο του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.) και τους διευθυντές των Διευθύνσεων Βιοϊατρικής Τεχνολογίας, Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας, Τεχνικών Υπηρεσιών και Υγειονομικής Μηχανικής⁵⁹.

Πίνακας 5: Παρέμβαση του κράτους στην λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών (Ιδία επεξεργασία)

Τμήμα ιδιωτικών κλινικών	Υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Επιτροπή Ιδιωτικών Κλινικών	Υπάγεται στην έδρα της οικείας Νομαρχίας, συγκροτείται από το Νομάρχη Πρωτοβάθμιο Όργανο, άμεση επαφή με την ίδρυση και λειτουργία των κλινικών
Δευτεροβάθμια Επιτροπή Ιδιωτικών Κλινικών	Υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συγκροτείται από τον υπουργό Δευτεροβάθμιο όργανο, για την περίπτωση προσφυγής κατά των αποφάσεων της επιτροπής της νομαρχίας

⁵⁸ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 4

⁵⁹ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 5

2.3. Αδειοδότηση, Λειτουργία και Οργάνωση Ιδιωτικών κλινικών

2.3.1. Άδεια ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής

Κάθε ιδιωτική κλινική πρέπει να πληροί τις Γενικές Τεχνικές Προδιαγραφές, τις Τεχνικές Προδιαγραφές των επιμέρους Τμημάτων, τις προδιαγραφές του ιατρικού εξοπλισμού και του προσωπικού όπως αυτές περιγράφονται στα Παραρτήματα Α, Β, Γ, Δ αντίστοιχα του Π.Δ. 517/91⁶⁰.

Για την ίδρυση και λειτουργία της κλινικής απαιτείται άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, όμοιες άδειες και στην περίπτωση επέκτασης, μετατροπής, αύξησης ή ανακατανομής των κλινών της⁶¹.

Αίτηση για μία ή περισσότερες άδειες ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής υποβάλλονται από φυσικά πρόσωπα με προϋπόθεση να μην έχουν καταδικαστεί για παράβαση διατάξεων του Ποινικού Νόμου που συνεπάγεται ανικανότητα κτήσης της δημοσιοϋπαλληλικής ιδιότητας ή για παράβαση του νόμου για ναρκωτικά και από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι και διαχειριστές δεν έχουν καταδικαστεί για παράβαση διατάξεων του Ποινικού Νόμου που συνεπάγεται ανικανότητα κτήσης της δημοσιοϋπαλληλικής ιδιότητας ή για παράβαση του νόμου για ναρκωτικά. Σε κάθε περίπτωση, δεν χορηγείται άδεια σε γιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Η άδεια ίδρυσης χορηγείται μέσα σε τρεις μήνες από την υποβολή της αίτησης, ακυρώνεται εάν μετά το πέρας της τετραετίας δεν έγινε η έναρξη λειτουργίας και προηγείται της ανέγερσης, αγοράς, μίσθωσης ή χρησιμοποίησης κτιρίου για την εγκατάσταση και λειτουργία της κλινικής⁶². Προϋπόθεση για την χορήγηση άδειας ίδρυσης είναι η ύπαρξη αυτοτελούς και ανεξάρτητου από άλλες χρήσεις κτηρίου που πληροί τις προβλεπόμενες κτιριολογικές και κτιριοδομικές προδιαγραφές και τις σχετικές για οικοδομική άδεια διατάξεις⁶³. Επίσης, κατατίθενται στη αρμόδια πολεοδομική αρχή με θεώρηση από την Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών του Υπουργείου, πλήρεις αρχιτεκτονικές και στατικές μελέτες, μελέτες ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων⁶⁴

⁶⁰ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», άρθρο 1

⁶¹ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 6

⁶² Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 7, παρ. 1 & 2

⁶³ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 8

⁶⁴ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 9, παρ. 1

και μελέτες του κατάλληλου συστήματος αποχέτευσης και διάθεσης των αποβλήτων της κλινικής που προκαλούνται από ασθενείς, εργαστήρια, μαγειρεία, διοικητικές και άλλες υπηρεσίες⁶⁵. Για όλες αυτές τις μελέτες προαπαιτείται θεώρηση από την Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Οι αρχιτεκτονικές μελέτες περιλαμβάνουν ένα πλήρες τοπογραφικό διάγραμμα του οικοπέδου, ένα διάγραμμα κάλυψης στο οποίο θα αναγράφεται το εμβαδόν του οικοπέδου και οι επιφάνειες του κτιρίου, τις κατόψεις, τις όψεις, τις τομές, το σχέδιο περιβάλλοντος χώρου, το διάγραμμα σχηματικής απεικόνισης, έναν πίνακα επιφανειών των χώρων της κλινικής, μία τεχνική έκθεση, τα σχέδια αποτύπωσης της υπάρχουσας κατάστασης, την τεχνική περιγραφή των υλικών, την τεχνική περιγραφή ειδικών κατασκευών, ένα αναλυτικό χρονοδιάγραμμα φάσεων κατασκευής σε περιπτώσεις προσθηκών και επεκτάσεων και μία μελέτη πυροπροστασίας.

Οι στατικές μελέτες περιλαμβάνουν το σχέδιο θεμελίωσης, τα σχέδια ξυλοτύπων, τομές, στοιχεία και σχέδια σε περίπτωση προσθήκης, τις γενικές απαιτήσεις.

Οι μελέτες ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων περιλαμβάνουν την προγραμματική έκθεση με πλήρη στοιχεία για τις κλιματολογικές συνθήκες (με προτάσεις προβλεπομένων εγκαταστάσεων και με το σύστημα κάθε προβλεπόμενης εγκατάστασης), τους υπολογισμούς για την εκτίμηση του μεγέθους παροχών- απορροών, τα σχέδια κατόψεων των χώρων εγκαταστάσεων, δικτύων, κατόψεων θέσεων συσκευών, κατόψεων χώρων κεντρικών μηχανημάτων, τα τεύχη (την τεχνική έκθεση, αναλυτικούς υπολογισμούς για κάθε είδους εγκατάσταση, τεχνικά χαρακτηριστικά όλων των κεντρικών συσκευών και μηχανημάτων, προδιαγραφές όλων των συσκευών, μηχανημάτων και υλικών, τρόποι κατασκευής των εγκαταστάσεων, τρόποι ελέγχου και δοκιμών) και τις γενικές απαιτήσεις (σχέδια και περιγραφές για όλες τις Η/Μ εγκαταστάσεις βάση του τρόπου έκδοσης οικοδομικών αδειών, αντιμετώπιση των δεσμεύσεων που επιβάλλουν η αρχιτεκτονική και στατική μελέτη)⁶⁶.

⁶⁵ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 9, παρ. 2

⁶⁶ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», άρθρο 1

Πίνακας 6: Μελέτες κτιρίου για την υποβολή αίτησης άδειας ίδρυσης (Ιδια επεξεργασία)

Αρχιτεκτονικές Μελέτες	Τοπογραφικό διάγραμμα οικοπέδου Διάγραμμα κάλυψης Κατόψεις Όψεις Τομές Σχέδιο περιβάλλοντος χώρου Διάγραμμα σχηματικής απεικόνισης Πίνακας επιφανειών των χώρων της κλινικής Τεχνική έκθεση Σχέδια αποτύπωσης της υπάρχουσας κατάστασης Τεχνική περιγραφή υλικών Τεχνική περιγραφή ειδικών κατασκευών Αναλυτικό χρονοδιάγραμμα φάσεων κατασκευής Μελέτη πυροπροστασίας
Στατικές μελέτες	Σχέδιο θεμελίωσης Σχέδια ξυλοτύπων Τομές Στοιχεία – σχέδια σε περίπτωση προσθήκης Γενικές απαιτήσεις
Μελέτες Ηλεκτρομηχανολογικών (Η/Μ) εγκαταστάσεων	Προγραμματική έκθεση Υπολογισμοί Σχέδια Τεύχη Γενικές Απαιτήσεις
Μελέτες αποβλήτων & αποχέτευσης	

Ο φάκελος που κατατίθεται για την χορήγηση της άδειας ίδρυσης πρέπει να περιλαμβάνει:⁶⁷

- I. Αίτηση
- II. Υποβολή της άδειας οικοδομής του κτιρίου
- III. Περιγραφή των δεδομένων οργάνωσης και λειτουργίας της κλινικής ανάλογα με το είδος της κλινικής (γενική, μικτή, ειδική), την συνολική δύναμη της κλινικής, τα τμήματα που θα αναπτύξει και τον αριθμό κλινών ανά τμήμα
- IV. Αντίγραφο καταστατικού όταν πρόκειται για εταιρεία και τίτλο κτήσεως οικοπέδου ή κτηρίου ή μισθωτήριο συμβόλαιο (τα οποία όμως δύναται να καταθέσει με την αίτηση για άδεια λειτουργίας)
- V. Δήλωση περί του υπολογιζόμενου χρόνου έναρξης των δραστηριοτήτων της κλινικής,
- VI. Κατάλογο με το προβλεπόμενο ιατρικό προσωπικό ανά κατηγορία και ειδικότητα λαμβάνοντας υπόψη το παράρτημα Δ' του Π.Δ. 517/91⁶⁸

⁶⁷ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 11 & Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», άρθρο 8

⁶⁸ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Δ: Διάκριση και σύνθεση προσωπικού

- VII. Περιγραφή των δυνατοτήτων της κλινικής για περίθαλψη και ο προβλεπόμενος εξοπλισμός βάση του παραρτήματος Γ' του Π.Δ. 517/91⁶⁹
- VIII. Περιληπτικό προϋπολογισμό κόστους ανέγερσης κτιρίου, εγκαταστάσεων και του τρόπου χρηματοδότησης τους
- IX. Γραμμάτιο είσπραξης του Δημοσίου Ταμείου αξίας 5.000δρχ. για κάθε κλίνη
- X. Κατάλογο με το προβλεπόμενο νοσηλευτικό, διοικητικό, βοηθητικό προσωπικό λαμβάνοντας υπόψη το παράρτημα Δ' του Π.Δ. 517/91⁷⁰.

Σε περίπτωση που ο φάκελος παρουσιάζει ελλείψεις, ορίζεται εύλογη προθεσμία από τον οικείο νομάρχη ώστε να υποβληθούν όλα τα συμπληρωματικά στοιχεία⁷¹.

Η ιδιωτική κλινική που έχει λάβει άδεια ίδρυσης πρέπει πριν την έναρξη λειτουργίας της να εφοδιαστεί και με ειδική άδεια λειτουργίας η οποία χορηγείται εντός τριμήνου από την σχετική αίτηση. Η κλινική δεν δύναται να λειτουργήσει χωρίς αυτήν και σε αντίθετη περίπτωση (εάν δηλαδή κάνει έναρξη λειτουργίας χωρίς την άδεια λειτουργίας), η άδεια ίδρυσης ανακαλείται κι επιβάλλονται οι προβλεπόμενες κυρώσεις.

Η χορήγηση άδειας λειτουργίας απαιτεί την κατάθεση των εξής:

- I. Αίτηση που να αναφέρει την επωνυμία της κλινικής και αντίγραφο ποινικού μητρώου των προσώπων που περιγράφονται ως δικαιούχοι
- II. Δήλωση με την οποία θα ορίζεται ο Επιστημονικός Διευθυντής και οι υπεύθυνοι τμημάτων της κλινικής καθώς και αντίγραφα των ποινικών τους μητρώων
- III. Κατάλογος των ιατρών που θα απασχοληθούν στην κλινική και συνημμένα τα πιστοποιητικά από τα οποία θα προκύπτει ότι είναι εγγεγραμμένοι στον οικείο Ιατρικό Σύλλογο (της νομαρχίας που εδρεύει η κλινική), ο χρόνος λήψης του πτυχίου, η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος και η άδεια χρησιμοποίησης του τίτλου της ιατρικής ειδικότητας
- IV. Κατάλογος του λοιπού προσωπικού ανά κατηγορία (νοσηλευτικό, διοικητικό, βοηθητικό)
- V. Κατάλογος του εξοπλισμού της κλινικής
- VI. Εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας της κλινικής

⁶⁹ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Γ: Πίνακας Ιατρικού Εξοπλισμού Ιδιωτικών Κλινικών ανά λειτουργική μονάδα ή τμήμα

⁷⁰ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Δ: Διάκριση και σύνθεση προσωπικού

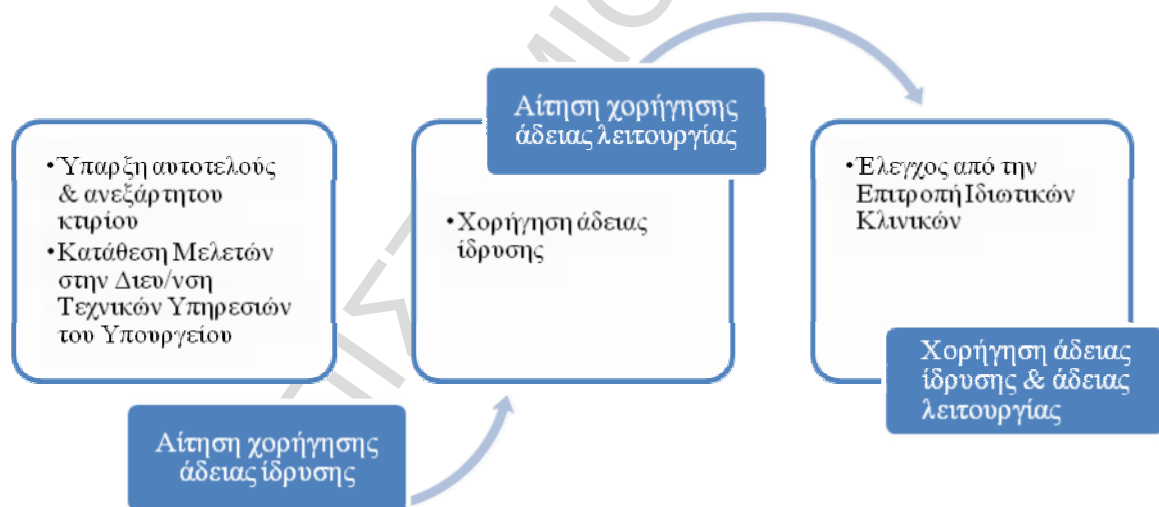
⁷¹ Π.Δ. 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 12

- VII. Πιστοποιητικό από την οικεία Πυροσβεστική Υπηρεσία για την ύπαρξη των επιβαλλομένων μέτρων πυρασφάλειας
- VIII. Υπεύθυνη δήλωση υπογεγραμμένη από τον ιδιοκτήτη/ νόμιμο εκπρόσωπο του νομικού προσώπου στο όνομα του οποίου έχει εκδοθεί η άδεια ίδρυσης και από τους υπεύθυνους μηχανικούς που θα βεβαιώνουν την τήρηση, από την κλινική, των κατάλληλων αρχιτεκτονικών, στατικών, ηλεκτρομηχανολογικών προδιαγραφών, των πολεοδομικών διατάξεων και προϋποθέσεων.

Επίσης, διενεργείται από την Επιτροπή Ιδιωτικών Κλινικών της εκάστοτε νομαρχίας (βλ. 2.2.6) επιθεώρηση του κτιρίου και των εγκαταστάσεων της κλινικής για να διαπιστωθεί εάν έχουν τηρηθεί τα προβλεπόμενα στα συγκεκριμένα σχέδια και αν τηρούνται οι προϋποθέσεις για την χορήγηση της άδειας λειτουργίας.

Σχήμα 2: Βήματα χορήγησης άδειας ίδρυσης & άδειας λειτουργίας (Ιδία επεξεργασία)

Ω



Σε περίπτωση που η ιδιωτική κλινική λειτουργεί χωρίς να έχει λάβει άδεια λειτουργίας, κλείνεται αμέσως και επιβάλλεται πρόστιμο 150.000€⁷² είτε στον κάτοχο της άδειας (φυσικά πρόσωπα) είτε στους νόμιμους εκπροσώπους (νομικά πρόσωπα). Οι παραβάτες δεν δικαιούνται την χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας για οποιαδήποτε κλινική για μία διετία από την διαπίστωση της παράβασης. Η απόφαση για

⁷² Π.Δ. 198/2007, «Τροποποίηση του Π.Δ 235/2000», άρθρο 10

το σφράγισμα της κλινικής λαμβάνεται από τον οικείο νομάρχη, εκτελείται από τα όργανα της νομαρχίας με την παρουσία αστυνομικής και εισαγγελικής αρχής⁷³.

2.3.2. *Επέκταση, Μετατροπή αντικειμένου, Μεταστέγαση, Μεταβίβαση/ Αναθεώρηση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας*

Το Π.Δ 235/2000 «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών» περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο μία κλινική θα ρυθμίσει την επέκταση (ή μείωση/ αύξηση σε δύναμη ή ανακατανομή των κλινών) και μετατροπή του αντικειμένου της, την μεταστέγαση της, την μεταβίβαση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ή την αναθεώρηση της. Έχει ήδη το Π.Δ. 247/91 απαγορεύσει την μεταφορά, μετατροπή, αύξηση / μείωση και ανακατανομή των κλινών χωρίς προηγούμενη άδεια της οικείας νομαρχίας⁷⁴.

Σε περίπτωση επέκτασης, εάν ο συνολικός αριθμός των κλινών της κλινικής δεν προσ αυξάνεται περισσότερο του 20%, επιτρέπεται η αναθεώρηση σύμφωνα με τα όσα ίσχυαν κατά την έκδοση της αρχικής άδειας. Εάν όμως η αύξηση των συνολικών κλινών υπερβαίνει το 20%, η αναθεώρηση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας επιτρέπεται μόνο εφόσον ισχύουν οι προϋποθέσεις που ορίζει το Π.Δ. 517/91 (εάν δεν ικανοποιούνται από την παρούσα άδεια, απαιτείται η προσαρμογή σε αυτές). Σε κάθε περίπτωση, από την πάροδο του χρόνου προσαρμογής της επέκτασης (ανεξαρτήτου μεγέθους), οι ιδιωτικές κλινικές υπάγονται στις διατάξεις του Π.Δ 517/91 ενώ για την χορήγηση της νέας άδειας αποφασίζει ο οικείος νομάρχης με την γνώμη της Επιτροπής Ιδιωτικών Κλινικών⁷⁵.

Η μεταστέγαση ιδιωτικής κλινικής επιτρέπεται έπειτα από αίτηση των δικαιούχων μόνο για λόγους ανωτέρας βίας, εντός των ορίων της οικείας νομαρχίας και μετά την χορήγηση νέας άδειας ίδρυσης και λειτουργίας από τον οικείο νομάρχη, με την γνώμη της Επιτροπής Ιδιωτικών Κλινικών⁷⁶. Η διάταξη αυτή αντικαθιστά προγενέστερη σύμφωνα με την οποία για την μεταστέγαση δεν απαιτείτο χορήγηση νέας άδειας παρά αποφασίζεται από τον νομάρχη με την σύμφωνη γνώμη της Επιτροπής Ιδιωτικών Κλινικών σύμφωνα με τους όρους που ίσχυαν στην αρχική άδεια ίδρυσης και λειτουργίας⁷⁷.

⁷³ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 11, παρ. 2

⁷⁴ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 36

⁷⁵ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 2

⁷⁶ Π.Δ. 198/2007, «Τροποποίηση του Π.Δ 235/2000», άρθρο 1

⁷⁷ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 3

Η μεταβίβαση της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας επιτρέπεται έπειτα από αίτηση των δικαιούχων προς πρόσωπα που μπορούν να οριστούν ως δικαιούχοι⁷⁸ και με απόφαση του οικείου νομάρχη.

Η σημαντικότερη διάταξη που εισάγει το Π.Δ. 235/2000 είναι η υποχρέωση όσων κλινικών έχουν ιδρυθεί πριν την έναρξη ισχύος των Π.Δ. 247/91 και Π.Δ 517/91 (άρα ιδρύθηκαν πριν το 1983 αφού με το νομοσχέδιο του ΕΣΥ διεκόπη η ίδρυση νέων κλινικών μέχρι την άρση της απαγόρευσης το 1991) καθώς και των κλινικών του άρθρου 149 του Ν.2071/92 να προσαρμοστούν στις διατάξεις του και να ζητήσουν την έκδοση νέας άδειας λειτουργίας η οποία και εκδίδεται με απόφαση του αρμοδίου νομάρχη⁷⁹. Οι περιπτώσεις του άρθρου 149 είναι:

- I. Κλινικές εταιρικής μορφής που λόγω θανάτου εταίρου είχαν διακόψει τη λειτουργία και υπέβαλλαν αίτηση συνέχισης λειτουργίας της εντός τριών μηνών από την δημοσίευση του νόμου ή κλινικές που συνέχισαν την λειτουργία τους μετά τον θάνατο του προσώπου στο οποίο είχε εκδοθεί η άδεια λειτουργίας και υπέβαλλαν αίτηση συνέχισης λειτουργίας της εντός τριών μηνών από την δημοσίευση του νόμου,
- II. Φυσικά ή νομικά πρόσωπα που είχαν λάβει άδεια ίδρυσης αλλά όχι άδεια λειτουργίας λόγω των απαγορευτικών διατάξεων του Ν.1397/83 (παρ 'όλο που αποδεδειγμένα είχαν αποπερατώσει το κτίριο) και επαναυπέβαλλαν αίτηση για άδεια λειτουργίας εντός τριών μηνών από την δημοσίευση του νόμου,
- III. Επιζών σύζυγος και τέκνα αποθανόντα προσώπου που είχε λάβει άδεια ίδρυσης και λειτουργίας και επαναυπέβαλλαν αίτηση συνέχισης λειτουργίας εντός δύο μηνών από την δημοσίευση του Ν.1397/83 αφού αρχικά είχε απορριφθεί λόγω των απαγορευτικών διατάξεων του Ν.1397/83,
- IV. Κλινικές που υπέβαλλαν αίτηση εντός διμήνου από την δημοσίευση του νόμου αίτηση για μετατροπή αντικειμένου ή νομικής μορφής.

2.3.3. Διακοπή Λειτουργίας

Η διακοπή λειτουργίας της κλινικής μπορεί να είναι οριστική, οπότε και ανακαλείται η άδεια ή προσωρινή.

Η λειτουργία της ιδιωτικής κλινικής διακόπτεται οριστικά μετά από αίτηση και υπεύθυνη δήλωση του δικαιούχου της άδειας, μετά την διαπίστωση παραβάσεων για την

⁷⁸ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 2 & 3

⁷⁹ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 3

τήρηση των όρων λειτουργίας κατά την παροχή υπηρεσιών από την κλινική (εκτός αν η επιβολή ποινής που προκύπτει από την παράβαση των διατάξεων είναι χρηματικό πρόστιμο από 35.000€ έως 45.000€ το οποίο και εισπράττεται ως δημόσιο έσοδο⁸⁰), μετά την παρέλευση τριμήνου από την προσωρινή διακοπή λειτουργίας της κλινικής και αν στο μεταξύ δεν έχει υποβληθεί αίτηση επαναλειτουργίας της. Η διακοπή αποφασίζεται από τον οικείο νομάρχη μετά από γνωμοδότηση της Επιτροπής Ιδιωτικών Κλινικών η οποία και γνωματεύει για τον τρόπο διατήρησης του αρχείου των ασθενών και την πρόσβαση σε αυτό⁸¹.

Η προσωρινή διακοπή λειτουργίας της κλινικής πραγματοποιείται για διάστημα έως δώδεκα μηνών για λόγους κτιριακής επέκτασης, γενικής ανακαίνισης ή μεταστέγασης μετά από αίτηση του δικαιούχου⁸². Ο δικαιούχος μπορεί επίσης να ζητήσει την διακοπή λειτουργίας τμήματος της κλινικής για ένα εξάμηνο εξαιτίας αδυναμίας εξεύρεσης επιστημονικού υπευθύνου και αν μετά το πέρας του εξαμήνου η θέση δεν έχει καλυφθεί, το τμήμα καταργείται και οι συνολικές κλίνες είτε μειώνονται είτε ανακατανέμονται⁸³. Οι διατάξεις αυτές εφαρμόστηκαν μετά την έναρξη εφαρμογής του Π.Δ 198/2007: Έως τότε το άρθρο 7 του Π.Δ. 235/2000 όριζε τα χρονικά διαστήματα σε έξι και τρεις μήνες αντίστοιχα.

Επισημαίνεται ότι σε κάθε περίπτωση (προσωρινή ή μόνιμη διακοπή λειτουργίας), για τις ψυχιατρικές κλινικές απαιτείται η γνωμοδότηση της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας για την μεταφορά των νοσηλευομένων ασθενών⁸⁴. Επίσης, απαγορεύεται ρητά η διακοπή λειτουργίας χωρίς την έκδοση της σχετικής άδειας⁸⁵.

Πίνακας 7: Διακοπή λειτουργίας ιδιωτικής κλινικής (Ιδία επεξεργασία)

Οριστική διακοπή λειτουργίας	Αίτηση δικαιούχου Παράβαση όρων λειτουργίας Παρέλευση τριμήνου από προσωρινή διακοπή
Προσωρινή διακοπή λειτουργίας	Κτιριακή επέκταση/ μεταστέγαση/ ανακαίνιση Μη εξεύρεση επιστημονικού υπευθύνου επί εξαμήνου
Άμεσο κλείσιμο	Λειτουργία χωρίς άδεια

⁸⁰ Π.Δ. 198/2007, «Τροποποίηση του Π.Δ 235/2000», άρθρο 11

⁸¹ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 8

⁸² Π.Δ. 198/2007, «Τροποποίηση του Π.Δ 235/2000», άρθρο 3, παρ. 1

⁸³ Π.Δ. 198/2007, «Τροποποίηση του Π.Δ 235/2000», άρθρο 3, παρ. 2

⁸⁴ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 8

⁸⁵ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 8

2.3.4. Απαραίτητα για την λειτουργία Τμήματα, Διαγνωστικά Εργαστήρια, Υπηρεσίες Υποστήριξης

Σύμφωνα με τα όσα ορίζει το άρθρο 2 του Π.Δ. 517/91, ανεξάρτητα της κατηγορίας της (γενική, ειδική, μικτή), κάθε ιδιωτική κλινική πρέπει να διαθέτει εκτός από νοσηλευτικές μονάδες και τα εξής:

- I. Εργαστήριο Μικροβιολογικό- Βιοχημικό- Αιματολογικό διακριθέν σε τύπο E1 ή E2 ή E3 ή E4 ανάλογα με τον αριθμό και τα είδη των εξετάσεων που εκτελεί. Στο εργαστήριο τύπου E1 όλες οι εργαστηριακές εξετάσεις γίνονται σε ενιαίο βασικό χώρο στον οποίο γίνονται οι στοιχειώσεις εξετάσεις. Στο E2 προβλέπονται ένας χώρος για τις μικροβιολογικές και αιματολογικές εξετάσεις και ένας χώρος για τις βιοχημικές. Ο τύπος E3 προβλέπει τρεις ξεχωριστούς χώρους εργαστηρίων, έναν για τον μικροβιολογικό, έναν για το βιοχημικό και έναν για το αιματολογικό (που εξυπηρετεί και στοιχειώδεις λειτουργίες αιμοδοσίας). Στο E4 προβλέπονται δύο ξεχωριστοί χώροι για κάθε εργαστήριο (μικροβιολογικό και αιματολογικό)⁸⁶. Επίσης προβλέπονται ανά ωράριο εργασίας (βάρδια) ένας μικροβιολόγος ως επιστημονικός υπεύθυνος, ένας μικροβιολόγος, ένας νοσηλευτής-τρια TEI/ ισότιμων σχολών ημεδαπής/ αλλοδαπής, δύο παρασκευαστές TEI/ ισότιμων σχολών ημεδαπής/ αλλοδαπής⁸⁷. Πάντως η νομοθεσία ορίζει πως κλινικές ανεξαρτήτου ειδικότητας με δύναμη άνω των τριάντα κλινών θα διαθέτουν υποχρεωτικά Μικροβιολογικό – Βιοχημικό εργαστήριο ενώ οι μικρότερης δυναμικότητας κλινικές θα πρέπει να συνεργάζονται με αντίστοιχο εργαστήριο που θα αναγράφεται στην άδεια λειτουργίας.
- II. Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο το οποίο δεν απαιτείται για τις Ψυχιατρικές και Παιδιατρικές κλινικές. Σκοπός του τμήματος είναι η διενέργεια εξετάσεων με τη βοήθεια μηχανημάτων που λειτουργούν με ακτίνες X των εσωτερικών αλλά και των εξωτερικών ασθενών της κλινικής. Είναι προτιμότερο να τοποθετείται στο υπόγειο ή ισόγειο του κτιρίου και πρέπει να είναι εύκολα προσπελάσιμο από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, των Εξωτερικών Ιατρείων, την κεντρική είσοδο της κλινικής και το συγκρότημα χειρουργείων. Το τμήμα πρέπει να διακρίνεται στην περιοχή υποδοχής και αναμονής των ασθενών, διάγνωσης και

⁸⁶ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β5.1 Μικροβιολογικό- Βιοχημικό- Αιματολογικό

⁸⁷ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Δ: Διάκριση και Σύνθεση Προσωπικού, 18. Εργαστήριο Μικροβιολογίας

εργασίας προσωπικού και βοηθητικών χώρων⁸⁸. Στο ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο προβλέπεται η παρουσία ενός ειδικευμένου στην Ακτινοδιαγνωστική ιατρού, ενός τεχνολόγου ακτινολογίας, ενός εμφανιστή – χειριστή μέσων και ενός νοσηλευτή ανά ωράριο εργασίας⁸⁹.

- III. Συγκρότημα Χειρουργείων όταν αναπτύσσει τμήματα χειρουργικού τομέα στο οποίο θα γίνονται χειρουργικές προγραμματισμένες ή επείγουσες επεμβάσεις σε εξωτερικούς ή εσωτερικούς ασθενείς. Το συγκρότημα διακρίνεται στο τμήμα άσηπτων χειρουργικών επεμβάσεων, στο τμήμα σηπτικών χειρουργικών επεμβάσεων και στο τμήμα ενδοσκοπήσεων. Το τμήμα άσηπτων χειρουργικών επεμβάσεων δεν μπορεί να βρίσκεται με κανένα άλλο τμήμα σε άμεση σχέση παρά μόνο με την Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) ενώ το τμήμα σηπτικών και των ενδοσκοπήσεων βρίσκονται σε άμεση σχέση μεταξύ τους⁹⁰. Όσον αφορά την σύνθεση προσωπικού, ανά ωράριο εργασίας απαιτούνται ένας αναισθησιολόγος ανά χειρουργική τράπεζα, ένας νοσηλεύτης-τρια TEI/ ισότιμης σχολής ημεδαπής ή αλλοδαπής ως προϊστάμενος-η του συγκροτήματος, τρεις νοσηλεύτές-τριες TEI/ ισότιμης σχολής ημεδαπής ή αλλοδαπής ανά χειρουργική τράπεζα κατά την διαδικασία, ένας νοσηλεύτης-τρια για την νάρκωση ή ένας βοηθός αναισθησιολόγου ανά χειρουργική τράπεζα, ένας νοσηλεύτης-τρια TEI/ ισότιμης σχολής ημεδαπής ή αλλοδαπής ως προϊστάμενος νάρκωσης και μία καθαρίστρια ανά τέσσερα χειρουργικά τραπέζια⁹¹.
- IV. Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) σε κλινικές με κλίνες άνω των ογδόντα, ελάχιστης δυναμικότητας 6 κλινών. Σε κλινικές κάτω των ογδόντα απαιτείται η δημιουργία πολυδύναμης ή της αντίστοιχης ειδικότητας τουλάχιστον τεσσάρων κλινών αν αναπτύσσει χειρουργικό τομέα ή καρδιολογική/ πνευμονολογική ειδικότητα του παθολογικού τομέα. Δεν απαιτείται σε ψυχιατρικές, παιδιατρικές, κλινικές αλλεργιολογίας, Δερματολογίας, ενδοκρινολογίας, οφθαλμολογίας. Είναι

⁸⁸ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β5.5 Εργαστήρια Απεικονίσεων

⁸⁹ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Δ: Διάκριση και Σύνθεση Προσωπικού, 23. Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο

⁹⁰ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β3 Συγκρότημα Επεμβάσεων

⁹¹ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Δ: Διάκριση και Σύνθεση Προσωπικού, ΣΤ.1 Συγκροτήματος Χειρουργείων

ο χώρος που παρέχεται το υψηλότερο δυνατό επίπεδο συνεχούς και αδιάσπαστης παρακολούθησης, φροντίδας και θεραπείας σε ασθενείς που οι ζωτικές τους λειτουργίες βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση. Η Μ.Ε.Θ. βρίσκεται σε 24ωρη ετοιμότητα για αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών και μπορεί να είναι πολυδύναμη καλύπτοντας πολλές ειδικότητες ή ειδική καλύπτοντας μία ειδικότητα (Μετεγχειρητική, Εμφραγμάτων, Αναπνευστικής Ανεπάρκειας, Παιδιατρική)⁹². Η πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. πρέπει να γειτονεύει με τα χειρουργεία (ειδικά την αίθουσα ανάνηψης), τα Τ.Ε.Π. και το Μαιευτήριο. Αποτελείται από τέσσερις λειτουργικές ενότητες: α) νοσηλεία (περιλαμβάνει χώρο ασθενών, βάση/εποπτεία προσωπικού που θα εξασφαλίζει την οπτική και ακουστική παρακολούθηση των ασθενών, εργαστήριο για άμεσες κλινικές εξετάσεις ελάχιστου εμβαδού 12m², ακάθαρτα, ένα W.C. ανά έξι ασθενείς, φορητό ακτινολογικό μηχάνημα, λινόθηκη και χώρο καθαριότητας), β) χώροι προσωπικού (περιλαμβάνει γραφείο ιατρών, ανάπαυση προσωπικού ελάχιστου εμβαδού 9m², διανυκτέρευση ιατρού ελάχιστου εμβαδού 6m², αποθήκη εξοπλισμού και αναλώσιμων ειδών, συντήρηση μηχανημάτων δηλαδή των αναπνευστικών συσκευών και του ηλεκτρονικού εξοπλισμού, κουζίνα για την παρασκευή ελαφριών γευμάτων στους ασθενείς και αποδυτήρια προσωπικού- χώροι υγιεινής), γ) χώρος επισκεπτών (περιλαμβάνει υποδοχή επισκεπτών ακριβώς στην είσοδο της μονάδας, παραμονή συγγενών με πολυθρόνες, ελάχιστου εμβαδού 15m²). Στην πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. απαιτείται ένας ιατρός (παθολόγος, χειρουργός, αναισθησιολόγος, πνευμονολόγος, καρδιολόγος) διευθυντής προϋπηρεσίας ως επιστημονικός υπεύθυνος, ένας ειδικευμένος (ιδίων ειδικοτήτων) με διετή εξειδίκευση σε Μ.Ε.Θ. ανά ωράριο εργασίας επί 24ώρου βάσεως, ένας νοσηλεύτης-τρια ανά 1^{1/2} κλίνη επί 24ώρου βάσεως ως προϊστάμενος, τέσσερις βοηθοί νοσοκόμοι μοιρασμένοι για τις τρεις οκτάωρες βάρδιες, δύο φυσιοθεραπευτές για το πρωινό ωράριο και ένας για το απογευματινό, τρεις παρασκευαστές για την εκτέλεση εξειδικευμένων εξετάσεων και την φροντίδα του μηχανήματος, δύο ηλεκτρονικοί και ένας αποστειρωτής⁹³. Η μετεγχειρητική Μ.Ε.Θ. προβλέπεται σε ιδιωτικές κλινικές με συγκρότημα επεμβάσεων

⁹² Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β2.7 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας

⁹³ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Δ: Διάκριση και Σύνθεση Προσωπικού, 10. ΜΕΘ πολυδύναμη-6 κλινών

(χειρουργείο ή μαιευτήριο) και δέχεται ασθενείς σε κρίσιμη φάση της ανάρρωσης τους μετά από κάποια σοβαρή χειρουργική επέμβαση, ασθενείς που έχουν υποστεί πολλαπλά τραύματα, ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη φάση για την διατήρηση των αναγκαίων ζωτικών λειτουργιών⁹⁴. Η ύπαρξη Μονάδας Εμφραγμάτων (ή καρδιολογική Μ.Ε.Θ. ή Στεφανιαία Μονάδα) είναι υποχρεωτική όταν προβλέπεται από την κλινική καρδιολογική νοσηλευτική μονάδα και προορίζεται αποκλειστικά για ασθενείς που πάσχουν ή έστω κινδυνεύουν από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αρρυθμίες ή άλλες επείγουσες καρδιακές καταστάσεις⁹⁵. Η Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας είναι υποχρεωτική όταν προβλέπεται πνευμονολογική νοσηλευτική μονάδα και χρειάζεται σε προγράμματα αποκατάστασης χρόνιων ασθενειών των πνευμόνων⁹⁶. Τέλος, η Παιδιατρική Μ.Ε.Θ. νοσηλεύει παιδιά ηλικίας 1 μηνός έως 14 ετών και διέπεται από τις ίδιες αρχές οργάνωσης και λειτουργίας που ισχύουν και για τις άλλες Μ.Ε.Θ. Η ελάχιστη απαίτηση τετραγωνικών ανά κρεβάτι είναι 20m² και πρέπει να υπάρχει οπωσδήποτε ο διαχωρισμός της νοσηλείας σε εντατική, ενδιάμεση (για πιο ελαφριά ή αναρρωνύοντα παιδιά) και σε μόνωση⁹⁷.

- V. Περιβάλλοντα χώρο κατάλληλα διαμορφωμένο καθώς και χώρους εισόδων και υποδοχής ασθενών και επισκεπτών. Περιβάλλον χώρος της κλινικής νοείται το τμήμα του οικοπέδου που παραμένει ελεύθερο προς διαμόρφωση μετά τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στο οικόπεδο η σύνδεση του με το οδικό κυκλοφοριακό δίκτυο της περιοχής. Η είσοδος στην κλινική πρέπει να ελέγχεται (απαιτείται θυρωρείο για κλινικές δυναμικότητας άνω των εξήντα κλινών) και να υπάρχει ανεξάρτητη είσοδος – έξοδος για βοηθητικές εξυπηρετήσεις, σαφώς διακεκριμένη από την είσοδο ασθενών και επισκεπτών. Μέριμνα πρέπει να

⁹⁴ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β2.7 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, 7.2 Μετεγχειρητική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

⁹⁵ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β2.7 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, 7.3 Μονάδα Εμφραγμάτων

⁹⁶ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β2.7 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, 7.4 Μονάδα Αναπνευστικής Ανεπάρκειας

⁹⁷ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β2.7 Μονάδες Εντατικής Θεραπείας, 7.5 Παιδιατρική Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

λαμβάνεται και για την οργάνωση κυκλοφορίας και στάθμευσης και την διαμόρφωση του ελεύθερου χώρου για την προστασία από θορύβους⁹⁸.

- VI. Ένα (τουλάχιστον) εξωτερικό ιατρείο- εξεταστήριο συναρτημένο με τους χώρους υποδοχής της κλινικής όταν δεν αναπτύσσει Εξωτερικά Ιατρεία.
- VII. Υπηρεσία Διατροφής η οποία αντικείμενο έχει την εξασφάλιση σωστής διατροφής ανάλογα με την ηλικία και τις ιδιαιτερότητες της πάθησης κάθε ασθενούς και την παροχή υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν τις ιδιαίτερες υγειονομικές και λειτουργικές απαιτήσεις που επιβάλλονται από την λειτουργία του νοσηλευτικού ιδρύματος. Η επιστημονική λειτουργία της υπηρεσίας ανήκει στις αρμοδιότητες της ιατρικής υπηρεσίας και η οικονομική λειτουργία της διοικητικής υπηρεσίας. Οι χώροι που την αποτελούν (και οι αντίστοιχες λειτουργικές ενότητες) είναι η παραλαβή, αποθήκευση, προετοιμασία, Παρασκευή, διανομή, χώροι καθαρισμού, χώροι εστίασης, γραφεία, αποδυτήρια προσωπικού, χώροι υγιεινής. Το μέγεθος και ο αριθμός των χώρων κάθε λειτουργικής ενότητας εξαρτάται από τον αριθμό των σιτισμένων, των κατηγοριών και του αριθμού των γευμάτων, το σύστημα παρασκευής και διανομής των γευμάτων. Ενδεικτικά, για κλινική μέχρι 70 κλίνες απαιτούνται 100m². Το προσωπικό που απαιτείται προκύπτει από το βοηθητικό προσωπικό που προβλέπεται για τις ιδιωτικές κλινικές και είναι δύο μάγειροι, ένας βοηθός μαγείρου ανά εβδομήντα κλίνες, μία καθαρίστρια ανά οκτώ κλίνες και μία τραπεζοκόμος ανά είκοσι κλίνες (στην ψυχιατρική κλινική αντιστοιχεί μία τραπεζοκόμος ανά εκατό κλίνες)⁹⁹.
- VIII. Κεντρική Αποστείρωση όταν αναπτύσσει τμήματα χειρουργικού τομέα και μικρό τμήμα κεντρικής αποστείρωσης όταν αναπτύσσει μόνο παθολογικό τομέα όπου γίνεται η διαδικασία αποστείρωσης, φύλαξης και διάθεσης του προς χρήση αποστειρωμένου υλικού στα διάφορα τμήματα της κλινικής. Το πλήρες συγκρότημα κεντρικής αποστείρωσης περιλαμβάνει την παραλαβή, ταξινόμηση, απολύμανση του υλικού, την συσκευασία του υλικού και προώθηση στους κλίβανους και την άσηπτη περιοχή παραλαβής του αποστειρωμένου υλικού για την ταξινόμηση, αποθήκευση και διανομή στα τμήματα. Επίσης, υποστηρίζεται

⁹⁸ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Α: Γενικές Τεχνικές Προδιαγραφές, Α2. Προδιαγραφές Περιβάλλοντος Χώρου

⁹⁹ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Δ: Διάκριση και Σύνθεση Προσωπικού, Δ. Βοηθητικό Προσωπικό

από τα αποδυτήρια και τους χώρους υγιεινής του τμήματος και τον χώρο πλύσης των τροχήλατων διακίνησης του υλικού.

- IX. Φαρμακείο του οποίου αντικείμενο αποτελεί η κεντρική αποθήκευση, διαχείριση και διακίνηση του φαρμακευτικού υλικού.
- X. Χώρο φύλαξης νεκρών μέχρι να γίνει η αποκομιδή σε θέση μη ορατή από τους χώρους κυκλοφορίας των ασθενών. Ο χώρος πρέπει να αερίζεται καλά, να έχει χαμηλή θερμοκρασία και ελάχιστο εμβαδό 20m².¹⁰⁰
- XI. Εγκαταστάσεις εξυπηρέτησης προσωπικού, αποδυτήρια προσωπικού, χώρους υγιεινής ώστε το προσωπικό να αλλάζει τα ρούχα πόλης με τα ρούχα εργασίας κατά την προσέλευση και το αντίθετο κατά την αποχώρηση.¹⁰¹
- XII. Κοιτώνες διανυκτέρευσης εφημερευόντων.
- XIII. Διοικητικές υπηρεσίες στις οποίες περιλαμβάνονται το διοικητικό συμβούλιο, η διοικητική διεύθυνση (διεύθυνση- γραμματεία, γραφείο κίνησης ασθενών, οικονομικό τμήμα, λογιστήριο, μισθοδοσία, προμήθειες, διαχείριση υλικού, τμήμα ιματισμού, τμήμα πληροφορικής, τεχνική υπηρεσία), η επιστημονική διεύθυνση- επιστημονική επιτροπή (ιατρική υπηρεσία, φαρμακείο, παραϊατρικά επαγγέλματα) και η νοσηλευτική υπηρεσία- διευθύνουσα. Όλοι οι χώροι διοίκησης επικοινωνούν άμεσα με τα τμήματα που σχετίζονται και αναπτύσσονται ανάλογα με το μέγεθος της κλινικής και τον αριθμό των υπαλλήλων.¹⁰²
- XIV. Τις απαιτούμενες ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις που λαμβάνουν μέριμνα για την ύδρευση, την αποχέτευση, το σύστημα κλιματισμού- αερισμού- θέρμανσης, τις ηλεκτρικές εγκαταστάσεις ισχυρών ρευμάτων, τα ασθενή ρεύματα, τα ιατρικά αέρια, τους ανελκυστήρες, την αντικεραυνική προστασία, το καύσιμο αέριο, την ενεργητική πυροπροστασία¹⁰³. Υπενθυμίζεται ότι ο σχεδιασμός και η εγκατάσταση των ηλεκτρολογικών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων πρέπει να

¹⁰⁰ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β6. Υπηρεσίες Υποστήριξης, Β6.5 Φύλαξη νεκρών

¹⁰¹ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β6. Υπηρεσίες Υποστήριξης, Β6.7 Εγκαταστάσεις Εξυπηρέτησης προσωπικού, Αποδυτήρια προσωπικού, χώροι υγιεινής

¹⁰² Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β6. Υπηρεσίες Υποστήριξης, Β6.9 Διοικητικές Υπηρεσίες

¹⁰³ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β6. Υπηρεσίες Υποστήριξης, Β6.8 Ηλεκτρομηχανολογικές εγκαταστάσεις

εξασφαλίζει την εύκολη επίσκεψη για επιθεώρηση, συντήρηση ή αντικατάσταση όλων των συσκευών, την πρόβλεψη εναλλακτικής λύσης σε περίπτωση διακοπής της παροχής και φυσικά την ασφαλή και άνετη διαμονή των ασθενών, του προσωπικού και των επισκεπτών σε αυτή¹⁰⁴.

- XV. Κεντρικό χώρο συγκέντρωσης για αποκομιδή απορριμμάτων. Τα απορρίμματα των κλινικών διακρίνονται σε ξενοδοχειακού/ οικιακού τύπου (απορρίμματα μαγειρείου, περισσεύματα τροφών, χαρτικά κενές φιάλες ορών) και σε μολυσμένα (επιδησιμικό υλικό, σύριγγες, σακουλάκια καθετήρων, λινά μίας χρήσεως, προϊόντα επεμβάσεων, βελόνες, σακουλάκια αναρροφήσεων). Ο χώρος συγκέντρωσης πρέπει να είναι σε σημείο εύκολα προσβάσιμο από το απορριμματοφόρο και μη εκτεθειμένος στην ύπαιθρο. Τα μολυσμένα απορρίμματα περισυλλέγονται σε σάκους ειδικού χρώματος και δεν διέρχονται από τους λοιπούς χώρους της κλινικής¹⁰⁵.

2.3.5. Αναπτυσσόμενα Τμήματα νοσηλείας

Κάθε ιδιωτική κλινική δύναται να αναπτύξει Παθολογικό τομέα που θα περιλαμβάνει παθολογικό, καρδιολογικό, παιδιατρικό, αιματολογικό, γαστρεντερολογικό, νευρολογικό, νεφρολογικό, ρευματολογικό, ενδοκρινολογικό, δερματολογικό – αφροδισιολογικό, πνευμονολογικό, αλλεργιολογικό, ψυχιατρικό και παιδοψυχιατρικό τμήμα και Χειρουργικό τομέα που θα περιλαμβάνει τμήμα Γενική Χειρουργικής, ουρολογικό, μαιευτικής- γυναικολογίας, χειρουργικής θώρακα, ορθοπαιδικό, Ω.Ρ.Λ., οφθαλμολογικό, πλαστικής χειρουργικής, νευροχειρουργικής, χειρουργικής αγγείων, χειρουργικής παιδών¹⁰⁶.

Το παθολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία παθήσεων της εσωτερικής παθολογίας και ειδικής νοσολογίας.

Το καρδιολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση, πρόγνωση και θεραπεία όλων των παθήσεων του καρδιακού μυός και των αγγείων. Η κλινική που αναπτύσσει καρδιολογικό τμήμα, πρέπει να διαθέτει πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. ή μονάδα εμφραγμάτων.

Το παιδιατρικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία όλων των γνωστών παθήσεων βρεφικής και παιδικής ηλικίας (0-14 ετών). Αναπτύσσεται μόνο στις

¹⁰⁴ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 16

¹⁰⁵ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», παράρτημα Β: Τεχνικές Προδιαγραφές Επιμέρους Τμημάτων, Β6. Υπηρεσίες Υποστήριξης, Β6.6 Συγκέντρωση, Αποτέφρωση, Αποκομιδή απορριμμάτων

¹⁰⁶ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», άρθρο 5

ιδιωτικές κλινικές της ειδικής κατηγορίας των παιδιατρικών και πρέπει να διαθέτει Παιδιατρική Νοσηλευτική Μονάδα, Νεογνική Μονάδα τουλάχιστον απλής νοσηλείας επιπέδου I και παιδιατρική Μ.Ε.Θ.

Το αιματολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία ασθενών που πάσχουν από νοσήματα του αίματος ή παρουσιάζουν διαταραχές που μπορεί να προκαλέσουν βλάβη στο αίμα.

Το γαστρεντερολογικό παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία ασθενών που πάσχουν από παθήσεις του πεπτικού συστήματος. Απαραίτητα διαθέτει και τμήμα ενδοσκοπήσεων για την εκτέλεση κυστεοσκοπήσεων, γαστροσκοπήσεων, κολονοσκοπήσεων, λαρυγγοσκοπήσεων, βρογχοσκοπήσεων.

Το νευρολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία ασθενών που πάσχουν από πρωτοπαθείς και δευτεροπαθείς του νευρικού και μυϊκού συστήματος.

Το νεφρολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία όλων των γνωστών παθήσεων του νεφρού και προϋποθέτει την ύπαρξη μονάδας τεχνητού νεφρού.

Το ρευματολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία ασθενών που πάσχουν από νόσους του κολαγόνου.

Το ενδοκρινολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία ασθενών που πάσχουν από παθήσεις ενδοκρινών αδένων και μεταβολισμού. Η κλινική που αναπτύσσει ενδοκρινολογικό τμήμα πρέπει να διαθέτει εργαστήριο πυρηνικής ιατρικής.

Το δερματολογικό – αφροδισιολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία δερματικών και αφροδισίων νόσων.

Το πνευμονολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία των πνευμονικών παθήσεων και της φυματίωσης. Η κλινική που αναπτύσσει πνευμονολογικό τμήμα πρέπει να διαθέτει πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. ή μονάδα αναπνευστικής ανεπάρκειας.

Το αλλεργιολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία των αλλεργικών παθήσεων.

Το ψυχιατρικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία ασθενών ηλικίας άνω των 16 ετών που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα. Αναπτύσσεται μόνο στις ιδιωτικές κλινικές της ειδικής κατηγορίας των ψυχιατρικών και πρέπει να διαθέτει ψυχιατρική νοσηλευτική μονάδα.

Το παιδοψυχιατρικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία παιδιών και εφήβων ηλικίας μέχρι 16 ετών που πάσχουν από ψυχικά νοσήματα. Αναπτύσσεται μόνο στις ιδιωτικές κλινικές της ειδικής κατηγορίας των ψυχιατρικών σε λειτουργικά ανεξάρτητο και αυτοτελές κτίριο.

Το τμήμα Γενικής χειρουργικής παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία παθήσεων, ανωμαλιών και κακώσεων των οργάνων του ανθρώπινου σώματος που χρειάζονται χειρουργική επέμβαση. Η κλινική που αναπτύσσει τμήμα γενικής χειρουργικής πρέπει να διαθέτει πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. ή μετεγχειρητική.

Το ουρολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία παθήσεων του ουροποιητικού συστήματος και του γεννητικού συστήματος του ανδρός. Για την ανάπτυξη του τμήματος η κλινική πρέπει να διαθέτει τμήμα ενδοσκοπήσεων με δυνατότητα διαδερμικών επεμβάσεων.

Το τμήμα μαιευτικής – γυναικολογίας παρέχει τα μέσα για σύγχρονα μέσα για την παρακολούθηση της γυναίκας κατά την εγκυμοσύνη, την τέλεση του τοκετού, την διάρκεια της λοχείας αλλά και για θεραπεία οποιασδήποτε πάθησης που έχει σχέση με το έσω και έξω γεννητικό σύστημα της γυναίκας. Η κλινική που αναπτύσσει αυτό το τμήμα πρέπει να διαθέτει μαιευτική νοσηλευτική μονάδα και γενική νοσηλευτική μονάδα, μονάδα μαιευτικών επεμβάσεων, μονάδα νεογνική τουλάχιστον απλής νοσηλείας, πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. ή μετεγχειρητική και σηπτικό γυναικολογικό χειρουργείο.

Το τμήμα χειρουργικής θώρακα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία παθήσεων των οργάνων που βρίσκονται στον θώρακα, δηλαδή της καρδιάς, των πνευμόνων των μεγάλων αγγείων, του οισοφάγου και του διαφράγματος. Η κλινική που αναπτύσσει τμήμα χειρουργικής θώρακα πρέπει να διαθέτει πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. ή μετεγχειρητική και αιμοδυναμικό εργαστήριο.

Το ορθοπαιδικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία παθήσεων και κακώσεων του μυοσκελετικού συστήματος. Η κλινική που αναπτύσσει ορθοπαιδικό τμήμα πρέπει να διαθέτει πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. ή μετεγχειρητική.

Το Ω.Ρ.Λ. τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία παθήσεων της μύτης, των αυτιών, του φάρυγγα και του λάρυγγα και για την ανάπτυξη του απαιτείται πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. ή μετεγχειρητική.

Το οφθαλμολογικό τμήμα παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία παθήσεων των ματιών αλλά και συγγενών παθήσεων με οφθαλμολογικές εκδηλώσεις.

Το τμήμα πλαστικής χειρουργικής παρέχει τα μέσα για επανορθωτική χειρουργική αντιμετώπιση εγκαυμάτων και αισθητικών επεμβάσεων και απαιτεί την λειτουργία πολυδύναμης Μ.Ε.Θ. ή μετεγχειρητικής στην κλινική.

Το τμήμα νευροχειρουργικής παρέχει τα μέσα για τη θεραπεία παθήσεων και κακώσεων του κεντρικού και περιφερειακού νευρικού συστήματος. Η κλινική που

αναπτύσσει νευροχειρουργικό τμήμα πρέπει να διαθέτει πολυδύναμη ή μετεγχειρητική Μ.Ε.Θ.

Το τμήμα χειρουργικής αγγείων παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία παθήσεων των αγγείων του ανθρώπινου σώματος, εκτός της καρδιάς και του εγκεφάλου.

Το τμήμα χειρουργικής παιδών παρέχει τα μέσα για διάγνωση και θεραπεία ανωμαλιών και κακώσεων του ανθρώπινου σώματος βρεφών και παιδιών. Το τμήμα αναπτύσσεται μόνο στην ειδική κατηγορία των παιδιατρικών κλινικών και πρέπει να διαθέτει παιδιατρικές νοσηλευτικές μονάδες και πολυδύναμη Μ.Ε.Θ. ή μετεγχειρητική.

2.3.6. Εξυπηρέτηση εξωτερικών ασθενών

Στην ιδιωτική κλινική είναι δυνατή η παροχή υπηρεσιών υγείας και σε εξωτερικούς ασθενείς αν διαθέτει νομίμως λειτουργούνται τμήματα, εργαστήρια και τους απαραίτητους χώρους¹⁰⁷.

Η εξυπηρέτηση εξωτερικών ασθενών σε μία ιδιωτική κλινική πραγματοποιείται είτε μέσω του Τμήματος Εξωτερικών Ιατρείων είτε μέσω του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.).

Το τμήμα εξωτερικών ιατρείων δέχεται ασθενείς για εξέταση, διάγνωση και θεραπεία σε απλά περιστατικά. Οι κλινικές έως 120 κλίνες διαθέτουν ένα τουλάχιστον εξωτερικό ιατρείο ανά τομέα (παθολογικό και χειρουργικό) που στελεχώνεται από έναν/μία νοσηλεύτη/τρια (τριετούς ή διετούς φοίτησης) ανά τομέα ενώ κλινικές μεγαλύτερης δυναμικότητας διαθέτουν ένα εξωτερικό ιατρείο για κάθε τμήμα που αναγράφεται στην άδεια λειτουργίας τους και στελεχώνεται από δύο νοσηλευτές/τριες παθολογικού και τρεις νοσηλευτές/τριες χειρουργικού. Σε κάθε περίπτωση, τα ιατρεία αναπτύσσονται σε ιδιαίτερους χώρους, εύκολα προσπελάσιμους, εξοπλισμένα με τον απαραίτητο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό με ελάχιστο εμβαδό 9τ.μ.

Το Τ.Ε.Π. αναπτύσσεται σε εφημερίες για να εξετάζει και να περιθάλπει κάθε επείγον παθολογικό και χειρουργικό περιστατικό και μπορεί να λειτουργεί σε συνδυασμό με το τμήμα εξωτερικών ιατρείων. Τοποθετείται σε ιδιαίτερους χώρους της κλινικής ελάχιστου εμβαδού 9τ.μ., προσπελάσιμους με φορείο και εξοπλισμένους με τον απαραίτητο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό. Η στελέχωση του τμήματος καθορίζεται από τον αριθμό των προβλεπόμενων περιστατικών, την βαρύτητα τους και με την προϋπόθεση συνεχούς παρουσίας ειδικευμένου προσωπικού από τον παθολογικό και χειρουργικό τομέα. Πάντως, προβλέπεται ένας τουλάχιστον νοσηλεύτης/τρια ανά ωράριο

¹⁰⁷ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 1

εργασίας, ανά είκοσι προσερχόμενους ασθενείς και δύο μεταφορείς ασθενών και βοηθητικό προσωπικό ανά ωράριο εργασίας¹⁰⁸.

2.3.7. Τήρηση βιβλίων εντός της κλινικής

Κάθε ιδιωτική κλινική υποχρεούται να τηρεί μητρώο ασθενών (εισερχόμενων και εξερχόμενων), βιβλίο αποβιωσάντων ασθενών, βιβλίο νοσηλείας τριών ομοίων αντιτύπων για την αναγραφή συνταγών, φαρμάκων και εργαστηριακών εξετάσεων, βιβλίο εργαστηριακών εξετάσεων για κάθε εργαστήριο, βιβλίο χειρουργείου που τηρείται από τον εγχειρήσαντα, βιβλία λογοδοσίας κατά κλινική ή τμήμα της νοσηλευτικής υπηρεσίας, συνταγολόγιο ναρκωτικών και τους ατομικούς φακέλους ασθενών¹⁰⁹. Οι ατομικοί φάκελοι ασθενών θα πρέπει να διατηρούνται για είκοσι έτη τουλάχιστον και να περιλαμβάνουν τα στοιχεία του ασθενούς, την ιδιότητα, την ηλικία, το φύλο και την διεύθυνση, το εισιτήριο του ασθενούς και την διάγνωση, αντίγραφο του φύλλου νοσηλείας και του ατομικού βιβλιαρίου νοσηλείας του ασθενούς, τις διάφορες εργαστηριακές, κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις, έκθεση της αγωγής που έχει ακολουθηθεί και της πορείας της υγείας του ασθενούς (υπογεγραμμένη από τον Διευθυντή του τμήματος), το εξιτήριο και αντίγραφο ενημερωτικού σημειώματος εξόδου¹¹⁰.

2.3.8 Διοικητική και Επιστημονική Διεύθυνση

Τη διοικητική ευθύνη της ιδιωτικής κλινικής έχει το πρόσωπο στο όνομα του οποίου εκδίδεται η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας της ή άλλο πρόσωπο που ορίζεται από αυτόν ή ο νόμιμος εκπρόσωπος όταν πρόκειται για εταιρεία¹¹¹. Η διάταξη αυτή αντικατέστησε την παρ. 1 του άρθρου 12 του Π.Δ 235/2000 σύμφωνα με την οποία τη διοικητική ευθύνη έχει ο δικαιούχος της άδειας ίδρυσης και λειτουργίας ή ο νόμιμος εκπρόσωπος σε περίπτωση εταιρείας. Ο διοικητικός διευθυντής έχει την ευθύνη για την καλή λειτουργία της κλινικής¹¹² αλλά και για την τήρηση των κανόνων καθαριότητας και υγιεινής του ιματισμού και των χώρων της κλινικής καθώς και της τήρησης των διατάξεων της εργατικής νομοθεσίας από τον ανάδοχο του συνεργείου όταν η κλινική

¹⁰⁸ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», Παράρτημα, παρ.2, 2.2: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

¹⁰⁹ Π.Δ. 517/91, «Τεχνικές Προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91 Π.Δ.», άρθρο 7

¹¹⁰ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 26, παρ. 1

¹¹¹ Π.Δ. 198/2007, «Τροποποίηση του Π.Δ 235/2000», άρθρο 5

¹¹² Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 24

χρησιμοποιεί ιδιωτικό συνεργείου καθαριότητας για τον καθαρισμό του χώρου της¹¹³. Το όνομα του διοικητικού διευθυντή απαραίτητα γνωστοποιείται στην οικεία νομαρχία και πρέπει να πληροί τις προϋποθέσεις για τα πρόσωπα που δύνανται να λάβουν άδεια ίδρυσης και λειτουργίας. Ο διοικητικός διευθυντής ορίζει τον επιστημονικό διευθυντή της κλινικής (που έχει την επιστημονική ευθύνη της κλινικής) αλλά και τους επιστημονικούς υπευθύνους κάθε τμήματος ή εργαστηρίου, οι οποίοι πρέπει να είναι ειδικευμένοι ιατροί της αντίστοιχης ειδικότητας. Ο διοικητικός διευθυντής που είναι γιατρός μπορεί να ασκεί και καθήκοντα επιστημονικού διευθυντή. Το σύνολο των επιστημονικών υπευθύνων – διευθυντών (και υπό την προεδρία του διοικητικού διευθυντή) απαρτίζουν την επιστημονική επιτροπή που ασκεί τα καθήκοντα της επιτροπής ενδονοσοκομειακών λοιμώξεων και της επιτροπής ηθικής και δεοντολογίας¹¹⁴. Η απαλλαγή από τα καθήκοντα τους γίνεται είτε κατόπιν αιτήσεως τους (που βάσει του Π.Δ. 198/2007 πρέπει να υποβληθεί τουλάχιστον εξήντα μέρες πριν από την δηλούμενη ημερομηνία αποχώρησης αντικαθιστώντας παλαιότερη διάταξη σύμφωνα με την οποία η σχετική αίτηση πρέπει να γίνεται τριάντα μέρες πριν την αποχώρηση¹¹⁵) είτε μετά από καταγγελία της συμβάσεως εργασίας τους η οποία θα συνοδεύεται από ταυτόχρονη αντικατάσταση του από άλλον ιατρό. Σε κάθε περίπτωση, ο διοικητικός διευθυντής γνωστοποιεί την αντικατάσταση του επιστημονικού υπευθύνου ή του υπεύθυνου τμήματος/ εργαστηρίου στην αρχή που εκδίδει την άδεια λειτουργίας υποβάλλοντας και τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για τον αντικαταστάτη. Η αντικατάσταση γνωστοποιείται στον οικείο ιατρικό σύλλογο, ειδάλλως η λειτουργία του τμήματος διακόπτεται.

Οι υποχρεώσεις κάθε επιστημονικού διευθυντή και υπευθύνου τμήματος περιλαμβάνουν την ευθύνη διάγνωσης και θεραπείας των νοσηλευομένων της δικαιοδοσίας του, την κατανομή εργασίας του προσωπικού της δικαιοδοσίας του, τον συντονισμό της θεραπείας, την εφαρμογή φαρμακευτικής και διαιτητικής αγωγής, την ορθή σύνταξη και τήρηση των ιατρικών αρχείων και φακέλων των ασθενών¹¹⁶. Επίσης, ο επιστημονικός διευθυντής εργαστηρίου είναι υπεύθυνος για την διάγνωση των παθήσεων των ασθενών που παραπέμπονται στο εργαστήριο, την πλήρη τήρηση του βιβλίου

¹¹³ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 15

¹¹⁴ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 13, παρ. 1 έως παρ. 5

¹¹⁵ Π.Δ. 235/2000, «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 13, παρ. 6

¹¹⁶ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 26, παρ. 1

εργαστηριακών ευρημάτων¹¹⁷. Όλοι έχουν τις υποχρεώσεις που απορρέουν από τον εσωτερικό κανονισμό της κλινικής.

Οι επιστημονικοί υπεύθυνοι ιατροί τμημάτων, εργαστηρίων, κλινικών πρέπει να έχουν άδεια ασκήσεως ιατρικού επαγγέλματος, τίτλο ειδικότητας (κλινικές ειδικότητες απαιτούν τριετή τουλάχιστον άσκηση της ειδικότητας), εγγραφή στον ιατρικό σύλλογο της περιφέρειας της κλινικής εκτός εάν ο νομάρχης, μετά από σύμφωνη γνώμη του οικείου ιατρικού συλλόγου, επιτρέψει τον ορισμό υπευθύνου από άλλο σύλλογο¹¹⁸. Αντίθετα, επιστημονικός υπεύθυνος τμήματος, εργαστηρίου, κλινικής δεν μπορεί να οριστεί πρόσωπο που έχει καταδικαστεί για παράβαση διατάξεων του Ποινικού Νόμου που συνεπάγεται ανικανότητα κτήσης της δημοσιούπαλληλικής ιδιότητας ή για παράβαση του νόμου για ναρκωτικά ή που του έχει αρθεί η άδεια ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος (για όσο διάστημα η άρση διαρκεί). Ομοίως, αυτοδίκαια εκπίπτουν από την θέση τους υπεύθυνοι που έχουν καταδικαστεί για τα ανωτέρω¹¹⁹. Υπενθυμίζεται, ότι η κλινική μπορεί να συνεργάζεται με ιδιώτες ιατρούς χωρίς επιπλέον επιβάρυνση των νοσηλευομένων και ότι οι δαπάνες νοσηλείας εισπράττονται αποκλειστικά από την κλινική¹²⁰.

2.3.9. Λειτουργία φαρμακείου ιδιωτικής κλινικής

Το φαρμακείο δεν είναι κοινό εμπορικό κατάστημα όπου διεξάγονται συνήθεις εμπορικές πράξεις, αλλά στην πραγματικότητα πρόκειται περί ενός ιδιότυπου ιδρύματος στο οποίο συνδυάζεται η υπεύθυνη επιστημονική δραστηριότητα (εκτέλεση συνταγών) και εμπορική δραστηριότητα ενώ συγχρόνως έχει και εκπαιδευτικά καθήκοντα αφού στο φαρμακοποιό γίνεται η πρακτική άσκηση των φοιτητών και των πτυχιούχων της φαρμακευτικής, καθώς και των υποψηφίων βοηθών φαρμακείου και επιπλέον είναι ένας χώρος κοινωνικής εργασίας στον οποίο παρέχονται οι στοιχειώδεις πρώτες βοήθειες, ιδιαίτερα στα μικρά μέρη και πολλές φορές ηθική και κοινωνική συμπαράσταση¹²¹. Οι ιδιωτικές κλινικές ανεξαρτήτως ειδικότητας και νομικού πλαισίου ίδρυσης και λειτουργίας που έχουν δυναμικότητα μεγαλύτερη των εξήντα κλινικών πρέπει να

¹¹⁷ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 26, παρ. 2

¹¹⁸ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 28

¹¹⁹ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 29 & 30

¹²⁰ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 25, παρ. 4

¹²¹ Εισηγητική Έκθεση προς τη Βουλή των Ελλήνων στο σχέδιο νόμου «Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας», Αθήνα, 24 Ιουνίου 1991

διαθέτουν υποχρεωτικά φαρμακείο ενώ οι κλινικές δυναμικότητας μέχρι 60 κλίνες πρέπει να διαθέτουν χώρο αποθήκευσης φαρμάκων τουλάχιστον 6τ.μ.¹²². Αντικείμενο και σκοπός του φαρμακείου μιας ιδιωτικής κλινικής είναι η κεντρική αποθήκευση, διαχείριση και διακίνηση του φαρμακευτικού υλικού της κλινικής. Το φαρμακείο πρέπει να έχει εμβαδόν τουλάχιστον 18τ.μ. Σύμφωνα με τις προδιαγραφές λειτουργίας του, που περιγράφονται στο Π.Δ. 517/91, το τμήμα θα πρέπει να εύκολη πρόσβαση από αυτοκίνητο για την τροφοδοσία του, χώρο για προσωρινή στάθμευση και καλή επικοινωνία με τα υπόλοιπα τμήματα της κλινικής. Επίσης, αποτελείται από πέντε χώρους: χώρος παραλαβής, καταγραφής, αποθήκευσης, αποστολής υλικού στα τμήματα της κλινικής, χώρος παρασκευαστηρίου – εργαστηρίου, χώρος φύλαξης ειδικών/ επικίνδυνων φαρμάκων και εύφλεκτου, χώρος φύλαξης ραδιοφαρμάκων με κατάλληλη θωράκιση και χώρος επιστροφής ή καταστροφής φαρμάκων που είναι ακατάλληλα προς χρήση. Τονίζεται πως ο εφοδιασμός των ιδιωτικών κλινικών με φαρμακευτικά προϊόντα αφορά αποκλειστικά την κάλυψη των νοσηλευόμενων ασθενών και ως εκ τούτου απαγορεύεται η μεταπώληση φαρμακευτικών προϊόντων από αυτές σε τρίτους. Η οποιαδήποτε παράβαση της απαγόρευσης αποτελεί λόγο ανάκλησης της άδειας λειτουργίας για χρονικό διάστημα από έξι έως δώδεκα μήνες μετά από απόφαση του υπουργείου Υγείας¹²³. Τέλος, οι ιδιωτικές κλινικές οφείλουν να προσαρμόζουν τη χρέωση φαρμάκων προς τους ασθενείς σύμφωνα με τα όσα προβλέπει η εκάστοτε νομοθεσία, αλλιώς δεν επιτρέπεται στους φορείς κοινωνικής ασφάλισης να συνάπτουν συμβάσεις νοσηλείας με τις κλινικές που την παραβιάζουν¹²⁴. Συγκεκριμένα το άρθρο 15 του Ν.3730/2008 «Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα και άλλες διατάξεις» προέβλεπε ότι από 1/7/2009 τα φαρμακεία των ιδιωτικών κλινικών προμηθεύονται τα φάρμακα στη νοσοκομειακή τιμή και τα πωλούν στη χονδρική τιμή, δηλαδή με προσαύξηση 5%. Ο νόμος 3846/2010 παρέτεινε την περίοδο προσαρμογής για τρεις επιπλέον μήνες από την δημοσίευσή του.

2.3.10. Ιατρική κάλυψη - εφημερία

Κάθε ιδιωτική κλινική μπορεί να εφημερεύει για όλες τις ημέρες της εβδομάδας ή για μερικές αυτής μόνο για τις ειδικότητες που αναγράφονται στην άδεια λειτουργίας και μόνο αν η διεύθυνση υγεινής της οικείας νομαρχίας έχει εγκρίνει την σχετική αίτηση. Τις ημέρες εφημερίας, η κλινική πρέπει να διαθέτει εξωτερικό ιατρείο για την αντιμετώπιση

¹²² Ν.3846/2010, «Εγγυήσεις για εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις», άρθρο 27, παρ. 4

¹²³ Ν.3846/2010, «Εγγυήσεις για εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις», άρθρο 27, παρ. 7

¹²⁴ Ν.3846/2010, «Εγγυήσεις για εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις», άρθρο 27, παρ. 1

των εκτάκτων περιστατικών (περιστατικά μόνο των ειδικοτήτων που αναγράφονται στην άδεια λειτουργίας) ενώ σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί να υποβληθεί από τον νομάρχη υποχρεωτική εφημερία, ειδικά αιτιολογημένη¹²⁵.

Επίσης, σε κάθε ιδιωτική κλινική πρέπει να υπάρχει όλο το 24ωρο ιατρική κάλυψη για τους νοσηλευόμενους ασθενείς¹²⁶.

Πίνακας 8: Οι ιδιωτικές κλινικές στην Ελλάδα

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΤΥΠΟΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ	ΚΛΙΝΕΣ	ΕΔΡΑ
Αγ. Χαράλαμπος-Ε. Τσαπάκη	Ειδική (Ψυχιατρική)	36	Ηράκλειο Κρήτης
Αγ. Γεώργιος	Γενική	60	Ηράκλειο Κρήτης
Ασκληπιείο Κρήτης- Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο Α.Ε.	Γενική	55	Ηράκλειο Κρήτης
Creta Interclinic	Γενική	52	Ηράκλειο Κρήτης
Μητέρα Κρήτης (της Euromedica Α.Ε.)	Ειδική (μαιευτική - γυναικολογική)	78	Ηράκλειο Κρήτης
Κλινική Τσεπέτη Α.Σταματάκη-Ι.Χατζάκη	Γενική	36	Χανιά Κρήτης
Θεραπευτικό Κέντρο Χανίων	Γενική	60	Χανιά Κρήτης
Ίασις Θεραπευτήριο- Κλινική Γαβριλάκη	Γενική	65	Χανιά Κρήτης
Ασκληπιός του Θεραπευτικού και Διαγνωστικού Κέντρου Ρεθύμνου Α.Ε.Ε.	Γενική	75	Ρέθυμνο Κρήτης
Γενική Κλινική Euromedica Δωδεκανήσου Α.Ε	Γενική	107	Ρόδος Δωδεκανήσων
Οι Αγ. Ανάργυροι- Ι. Αυγουστής	Γενική	30	Χίος
Ελεύθω- Ι.Αργυρούδης	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική & ΩΡΛ)	24	Χίος
Ζωοδόχος Πηγή	Γενική	30	Χίος
Διώνη- Ι. Τσίρτσης	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Κόρινθος
Ήρα Κορίνθου Α.Ε.	Μικτή	20	Κόρινθος
Μητέρα- Ήρα Ιατρική Α.Ε.	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Καλαμάτα Μεσσηνίας
Αγ. Παρασκευή- Β. Παπαδόπουλος	Ειδική (οφθαλμολογική)	114	Καλαμάτα Μεσσηνίας
Μεσσήνιον Θεραπευτήριο ΛΗΤΩ Ο.Ε.	Μικτή	26	Καλαμάτα Μεσσηνίας
Σωτήρας- Νικ. Βερβερίδη και ΣΙΑ Ο.Ε.	Μικτή	36	Αλεξανδρούπολη Έβρου

¹²⁵ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 31

¹²⁶ Π.Δ 247/91, «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», άρθρο 25, παρ. 5

Θεομήτωρ- Κληρ. Τσαραμπουλίδη	Εδική (μαιευτική-γυναικολογική)	10	Κομοτηνή Ροδόπης
Άγιος Δημήτριος ΕΠΕ	Εδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Ξάνθη
Άγιος Ελευθέριος- Αθαν. Ψωμάς	Εδική (μαιευτική-γυναικολογική)	20	Δράμα
Αγία Ειρήνη- Ψυχιατρική Κλινική Δράμας	Ειδική (ψυχιατρική)	100	Δράμα
Ελεύθω- Ν.Καραχριστιανίδη- Θ. Σιδηροπούλου	Εδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Καβάλα
ΛΗΤΩ- Κυριάκος Δούρος	Εδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Καβάλα
ΓΑΛΗΝΗ Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	168	Καβάλα
ΠΗΠΟΚΡΑΤΗΣ Α.Ε.	Γενική	48	Καβάλα
Άγιος Γεώργιος- Κ.Γ. Στασινόπουλος Νευροψυχιατρικές Κλινικές Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	186	Πανόραμα Θεσσαλονίκης
ΑΓΙΑ ΜΑΡΙΝΑ- Στασινόπουλος Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	193	Τρίλοφο Θεσσαλονίκης
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΝ Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	112	Μηχανιώνα Θεσσαλονίκης
Α. Πισσαλίδη- Α.Καρίπη Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	112	Περαία Θεσσαλονίκης
Αγία Αικατερίνη Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	116	Χορτιάτη Θεσσαλονίκης
Άγιος Αντώνιος- Κ.Γ. Στασινόπουλος Νευροψυχιατρικές Κλινικές Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	140	Τρίλοφος Θεσσαλονίκης
Β.ΜΠΑΛΤΟΥΜΑ Ε.Π.Ε.	Ειδική (νευρολογική)	69	Θεσσαλονίκη
ΑΓ. ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Ε.Π.Ε.	Ειδική (παθολογική)	75	Θεσσαλονίκη
Οι 12 ΑΠΟΣΤΟΛΟΙ- Γ Κωστόπουλου & ΣΙΑ ΕΠΕ	Ειδική (παθολογική)	80	Θεσσαλονίκη
Κεντρική Κλινική Θεσσαλονίκης	Γενική	72	Θεσσαλονίκη
ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ- Νοσηλευτική Α.Ε.	Γενική	211	Πανόραμα Θεσσαλονίκης
ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ Θεσσαλονίκης ΙΔ. Κλινική Α.Ε.	Γενική	150	Θεσσαλονίκη
Λ. Σαραφιανός- Γενική Κλινική Α.Ε.	Γενική	119	Θεσσαλονίκη
ΕΛΠΙΣ της SAN VITALE Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	200	Θέρμη Θεσσαλονίκης
EUROMEDICA ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Γενική Κλινική	Γενική	147	Θεσσαλονίκη
EUROMEDICA Α.Ε. Γενική κλινική Θεσσαλονίκης	Γενική	247	Θεσσαλονίκη
ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΒΑΛΚΑΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ	Γενική	382	Πυλαία Θεσσαλονίκης
Ευαγγελισμός Μ.ΑΓΓΕΛΗΣ Α.Ε.	Μικτή	91	Θεσσαλονίκη
ΓΕΝΕΣΙΣ Α.Ε.	Μικτή	116	Πυλαία Θεσσαλονίκης
Η ΣΤΟΡΓΗ- Χρήστος Λιβανός	Εδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Σέρρες

Ιδιωτικό Μαιευτήριο Η ΜΗΤΕΡΑ	Εδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Σέρρες
ΙΑΣΩ Γιώργος Ευθυμίου	Γενική	60	Σέρρες
ΕΛΕΥΘΩ- Γ.Πασχώνης- Ι.Βουτσάς	Εδική (μαιευτική-γυναικολογική)	18	Γιαννιτσά Πέλλας
Θήλεος Υγεία	Εδική (μαιευτική-γυναικολογική)	17	Γιαννιτσά Πέλλας
ΑΓ.ΓΕΩΡΓΙΟΣ- Α.Σπυρωνίδης- Π.Τσιρώνης	Γενική	60	Έδεσσα Πέλλας
Κλινική Αντωνιάδη ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ ΑΕ	Μικτή	30	Βέροια Ημαθίας
ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ	Ειδική (ψυχιατρική)	60	Βέροια Ημαθίας
Ιδιωτική κλινική ΒΕΛΙΚΗ	Γενική	36	Κατερίνη Πιερίας
ΕΛΠΙΔΑ Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	80	Κατερίνη Πιερίας
ΑΣΚΛΗΠΙΟΣ Α.Ε.	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	21	Κατερίνη Πιερίας
Ψυχιατρική Κλινική Ζήση Κοντογούνη & ΣΙΑ Ο.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	83	Κοζάνη
Θεραπευτήριο Ν. Σπινάρη	Ειδική (ψυχιατρική)	83	Κοζάνη
ΜΗΤΕΡΑ- κλήρον Α. Καϊνακτίδη	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	21	Κοζάνη
ΘΕΟΜΗΤΩΡ- EUROMEDICA Δυτικής Μακεδονίας Α.Ε.	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	25	Κοζάνη
Ζωοδόχος Πηγή- EUROMEDICA Δυτικής Μακεδονίας	Γενική	80	Κοζάνη
ΑΓ.ΜΗΝΑΣ- Λ. Παπαδόπουλος	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Καστοριά
ΜΗΤΕΡΑ- Ν. Φάης- Κ. Παππάς Ο.Ε.	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Ιωάννινα
ΜΗΤΕΡΑ- Π.Κοσουβάκη Π.Γαλάνη Ο.Ε.	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Άρτα
ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ- Στυλ. Θωμάς & ΣΙΑ Ε.Ε	Ειδική (ψυχιατρική)	120	Λάρισα
ΑΓΙΑ ΦΩΤΕΙΝΗ, ΑΘ.Ι. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	182	Λάρισα
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	237	Λάρισα
Θερ/ριο ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΛΑΡΙΣΑΣ	Γενική	24	Λάρισα
EUROMEDICA ΘΕΟΤΟΚΟΣ Α.Ε.	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	29	Λάρισα
Ιδιωτικό Μαιευτήριο Λάρισας Μενελάου Ρίζου & ΣΙΑ Ο.Ε. Ο ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	20	Λάρισα
ΥΓΕΙΑ	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	20	Λάρισα
ΑΓΙΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ HOME CARE Α.Ε.	Γενική	25	Λάρισα
ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ ΜΕΛΑΜΠΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΗ Α.Ε.	Γενική	36	Λάρισα

Γενική Κλινική ΕΥΤΥΧΙΟΥ- Γ. Πατσιδη	Γενική	50	Λάρισα
ΚΛΙΝΙΚΗ ΚΑΛΥΨΩ	Μικτή	80	Λάρισα
ΙΑΣΩ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ	Γενική	175	Λάρισα
Ψυχιατρική Κλινική Βόλου της ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΑΝΩ ΒΟΛΟΥ	Ειδική (ψυχιατρική)	149	Βόλος
Ψυχιατρική Κλινική Αγριάς της ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΑΝΩ ΒΟΛΟΥ	Ειδική (ψυχιατρική)	80	Αγριά Βόλου
Κλινική ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ Δ. ΒΟΥΒΑΛΟΥΔΗ	Ειδική (παθολογική)	28	Βόλος
ΑΚΕΣΩ	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	25	Βόλος
ΑΓ.ΓΕΩΡΓΙΟΣ –Κ. Γάτος & ΣΙΑ Ε.Π.Ε.	Ειδική (νευρολογική)	74	Βόλος
Νευρολογική Κλινική Βόλου της ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΑΝΩ ΒΟΛΟΥ	Ειδική (νευρολογική)	60	Βόλος
ΑΚΕΣΩ της ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΥ ΙΩΑΝΝΟΥ Α.Ε.	Μικτή	70	Βόλος
Παθολογική κλινική Γ.ΚΟΛΕΤΣΟΥ	Μικτή	39	Βόλος
Η ΕΛΠΙΣ- Δ. Παπαϊωάννου Α.Ε.	Γενική	89	Βόλος
Γενική κλινική ΚΛΗΡΟΝΟΜΩΝ ΣΚΙΑΘΙΤΗ	Γενική	30	Βόλος
Οίκος Γαλήνης Η ΑΓ.ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ	Ειδική (ψυχιατρική)	39	Τρίκαλα
Ψυχιατρική κλινική Γ. ΟΙΚΟΜΟΥ & ΣΙΑ Ε.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	47	Τρίκαλα
Ψυχιατρική κλινική Τρικάλων Α.ΧΙΩΤΗ	Ειδική (ψυχιατρική)	47	Τρίκαλα
Κλινική Ιωάννα Παπακαλούδη	Ειδική (παθολογική)	15	Τρίκαλα
Ιδιωτικό μαιευτήριο Τρικάλων Κ. Τσαγκούλης	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	20	Τρίκαλα
ΑΓ.ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ- Ι. Παντελιδάκη	Γενική	40	Τρίκαλα
Η ΚΑΣΤΑΛΙΑ Α.Ε.- Αλ Καντερέ	Ειδική (ψυχιατρική)	75	Καρδίτσα
ΠΑΝΑΓΙΑ-Κληρον. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Καρδίτσα
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.ΝΙΚΟΛΑΟΥ	Μικτή	26	Καρδίτσα
Γενική κλινική της Α.Ε. Γενική κλινική ΚΕΡΚΥΡΑΣ CORFU CLINIC	Γενική	42	Κέρκυρα
Οι 12 Απόστολοι- Κ. Κωστόπουλος	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	20	Αγρίνιο
Ιπποκράτειο ίδρυμα ΑΓΡΙΝΙΟΥ Α.Ε.	Γενική	120	Αγρίνιο
Ιδιωτική κλινική ΜΑΙΕΥΤΗΡΙΟ ΗΩ Ε.Π.Ε.	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Πάτρα
Ιδ. Ορθ/κη κλινική ΓΡΗΓ. ΣΟΛΩΜΟΣ	Ειδική (ορθοπεδική & αποκατάστασης)	54	Πάτρα
Ιδιωτικό μαιευτήριο ΠΑΤΡΩΝ Α.Ε.	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	20	Πάτρα
ΠΡΩΤΟΚΛΗΤΟΣ	Γενική	60	Πάτρα
ΟΛΥΜΠΙΟΝ Α.Ε.	Γενική	200	Πάτρα

ΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Α.Ε.	Γενική	38	Πύργος
Μητέρα- Μικτή ΧΡΓ κλινική Α.Ε	Μικτή	30	Λαμία
ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ Κ.Τσεκούρας	Γενική	30	Λαμία
ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ ΛΑΜΙΑΣ	Γενική	90	Λαμία
Ιατρική μέριμνα Λιβαδειάς Ε.Π.Ε.	Ειδική (παθολογική)	24	Λιβαδειά
Χειρουργική κλινική Γ.Κ. Παπαϊωάννου	Ειδική (χειρουργική)	20	Λιβαδειά
Κλινική ΧΡ. ΦΑΛΙΑΚΟΥ	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	15	Χαλκίδα
City clinic	Γενική	60	Αθήνα
Κλινική ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ Α.Ε.	Ειδική (παθολογική)	99	Αθήνα
Θ. ΚΑΡΡΑΣ Ε.Π.Ε.	Ειδική (ΩΡΛ)	40	Αθήνα
ΛΗΤΩ Α.Ε.	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική, χειρουργική, πλαστικής χειρουργικής)	100	Αθήνα
Κλινική Λιαπόπουλος	Ειδική (νευρολογική)	50	Αθήνα
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ	Ειδική (παιδιατρική)	80	Αθήνα
Κεντρική Κλινική Αθηνών	Γενική	140	Αθήνα
ΙΔ. Κλινική Ψυχικού –ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε.	Γενική	119	Αθήνα
ΤΥΠΕΤ- Υγείας Μέλαθρον	Γενική	81	Αθήνα
ΑΘΗΝΑ- ΝΕΑ ΑΙΓΛΗ	Γενική	79	Αθήνα
Νέο Αθήναιον Μ.Δ. HOSPITAL	Γενική	102	Παγκρατι
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΑΕ Γεν.Κλιν. Δάφνης	Γενική	102	Δάφνη
ΑΘΗΝΑΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	Γενική	98	Αθήνα
ΑΤΤΙΚΟ Θεραπευτήριο –Α. & Ι.Πέτσας Ο.Ε	Γενική	90	Αθήνα
Αριστοτέλειο θεραπευτήριο ΕΠΕ	Γενική	135	Αθήνα
ΓΑΛΗΝΟΣ Α.Ε.	Γενική	118	Αθήνα
Βιοκλινική Αθηνών	Γενική	75	Αθήνα
D.C MEDICAL Α.Ε.	Γενική	116	Αθήνα
Ευγενίδειο θεραπευτήριο- ΑΓ. ΤΡΙΑΣ Α.Ε.	Γενική	66	Αθήνα
ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ	Γενική	132	Αμπελόκηποι
DOCTORS' HOSPITAL Α.Ε.	Γενική	140	Αθήνα
ΚΥΑΝΟΥΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Α.Ε.	Γενική	74	Αθήνα
Θεραπευτήριο Κυψέλης Α.Ε.	Γενική	99	Κυψέλη
Λευκός Σταυρός Αθηνών –Α. Μούγιας Ε.Π.Ε	Γενική	77	Ιλίσια
ΠΑΝΑΓΙΑ ΤΗΣ ΤΗΝΟΥ-Γ.Δαλιάνη	Γενική	87	Μουσείο
ΠΑΝΤΟΚΡΑΤΩΡ	Γενική	76	Μουσείο
Αθήναιον Α' της EUROMEDICA Α.Ε.	Γενική	100	Βύρωνας
ΥΠΑΠΑΝΤΗ	Ειδική (οφθαλμολογική)	29	Εξάρχεια

ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΙΑΣΙΣ Αθηνών ΕΑΕ	Γενική	107	Παγκράτι
ΓΑΛΗΝΕΙΟ ΜΕΛΑΘΡΟ	Ειδική (ψυχιατρική)	90	Γλυφάδα
ΚΑΣΤΑΛΙΑ- Ν. Π. Λυμπέρης	Ειδική (ψυχιατρική)	229	Ελληνικό
Γενική κλινική ΚΑΛΛΙΘΕΑΣ ΕΠΕ	Γενική	107	Καλλιθέα
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΑΕ- Κλινική Π. Φαλήρου	Γενική	150	Παλαιό Φάληρο
Ε. Δραγίνη Α.Ε.-Mediterraneo hospital Α.Ε.	Γενική	84	Γλυφάδα
ΑΣΚΛΗΠΕΙΟΝ- Δ.Σαμέλλα Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	106	Χαλάνδρι
ΓΑΛΗΝΗ- Γ. Μαλιτάς Α.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	176	Κηφισιά
Θεραπευτήριο Αθήνα ΒΡΙΛΗΣΙΩΝ Ε.Π.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	98	Βριλήσσια
ΨΥΧΙΚΗ ΔΟΜΗ- Θεραπευτήριο Ε. Τζεράνη	Ειδική (ψυχιατρική)	300	Βριλήσσια
Κλινική ΛΥΡΑΚΟΥ	Ειδική (ψυχιατρική)	70	Μελίσσια
ΠΑΛΛΑΔΙΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ- Β. Τσίπας & ΣΙΑ Ο.Ε.	Ειδική (νευροψυχιατρική)	120	Μελίσσια
ΠΑΝΑΓΙΑ ΓΡΗΓΟΡΟΥΣΑ	Ειδική (ψυχιατρική)	219	Ηράκλειο Αττικής
ΣΑΛΠΙΕΤΕΡΗ- Ν.ΤΣΟΥΤΗΣ	Ειδική (ψυχιατρική)	112	Μεταμόρφωση
Παιδιατρική κλινική Αθηνών- ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε	Ειδική (παιδιατρική)	57	Μαρούσι
Γενική παιδιατρική ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	Ειδική (παιδιατρική)	45	Μαρούσι
ΓΕΝΕΣΙΣ ΑΘΗΝΩΝ	Μικτή	35	Χαλάνδρι
ΜΗΤΕΡΑ Α.Ε.	Γενική	343	Μαρούσι
ΙΑΣΩ GENERAL Α.Ε.	Γενική	237	Μαρούσι
ΙΑΣΩ Α.Ε.	Γενική	441	Μαρούσι
Θεραπευτήριο ΣΩΤΗΡ Α.Ε. κλινική Γρηγοριάδη	Γενική	60	Ηράκλειο Αττικής
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ Ε.Α.Ε	Γενική	231	Μαρούσι
ΥΓΕΙΑ θεραπευτικό & διαγνωστικό κέντρο Αθηνών	Γενική	369	Μαρούσι
ΙΑΤΡΟΠΟΛΙΣ Μαγνητική τομογραφία Α.Ε.	Ειδική (παθολογική)	99	Χαλάνδρι
ΑΓ.ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ- Κληρον. Γ. Γερολυμάτου & ΣΙΑ Ε.Ε.	Ειδική (ψυχιατρική)	20	Αχαρναί
ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΣ	Ειδική (ψυχιατρική)	40	Διόνυσος
ΤΑΞΙΑΡΧΑΙ- Αλεξ.Κοκκινάκης & ΣΙΑ Ε.Ε.	Γενική	72	Περιστερί
ΙΑΤΡΙΚΟ ΑΘΗΝΩΝ ΕΑΕ- Κλινική Περιστερίου	Γενική	96	Περιστερί
ΤΙΜΙΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ	Γενική	78	Αιγάλεω
ΑΓ. ΕΙΡΗΝΗ- Κων/νου Τσάκαλη	Μικτή	71	Αιγάλεω
ΒΙΟΥΓΙΟΥΚΛΑΚΕΙΟ	Γενική	169	Αιγάλεω
Ιδιωτικό μαιευτήριο Νίκη- Νίκη & Ι. Σκληρός	Ειδική (μαιευτική-γυναικολογική)	36	Περιστερί
Γενική κλινική Γεωργίου Γιάγκου ΕΠΕ	Γενική	83	Πειραιάς
ΜΗΤΡΟΠΟΛΙΤΙΚΟ Θεραπευτήριο	Γενική	220	Νέο Φάληρο

A.E			
Νικόλαος Σκέντζος & ΣΙΑ Ε.Π.Ε.	Ειδική (παθολογική)	95	Πειραιάς
Γ. ΚΑΝΑΚΙΔΗ Ε.Π.Ε.	Ειδική (παθολογική)	58	Κερατσίνι
ΠΑΝΑΓΙΑ- Π.Τζώρτζης-Γ. Χριστόπουλος & ΣΙΑ Ο.Ε.	Ειδική (παθολογική)	83	Νίκαια
ΙΩΝΙΟ Θεραπευτήριο	Μικτή	54	Πειραιάς
Ο ΓΛΥΚΥΣ ΙΗΣΟΥΣ Ε.Π.Ε.	Γενική	81	Σαλαμίνα
Χαρ. Ζηλάκος Ο.Ε.	Γενική	79	Πειραιάς
ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ Α.Ε.	Γενική	85	Πειραιάς
Βιοκλινική Πειραιά	Γενική	71	Πειραιάς
ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΟΔΗΓΗΤΡΙΑ- Πέτρου Μπαϊζου	Γενική	64	Πειραιάς
ΜΕΡΙΜΝΑ Α.Ε. Άγιος Νικόλαος	Μικτή	71	Πειραιάς
Πειραιϊκό Θεραπευτήριο	Γενική	60	Πειραιάς

Πηγή: Πανελλήνια Ένωση Ιδιωτικών Κλινικών (www.peik.gr)

3. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η παρουσίαση του θεσμικού πλαισίου που διέπει την ίδρυση, την λειτουργία και την διοικητική οργάνωση των ιδιωτικών κλινικών στην Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, ως βασικά εργαλεία της παρουσίασης αυτής χρησιμοποιήθηκαν το Προεδρικό Διάταγμα 247/91 «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», το Προεδρικό Διάταγμα 517/91 «Τεχνικές προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91», το Προεδρικό Διάταγμα 235/2000 «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών» και το Προεδρικό Διάταγμα 198/2007 «Τροποποίηση του π.δ/τος 235/2000».

Αρχικά, έγινε μία ανάλυση των δύο επικρατέστερων απόψεων περί της φύσης του αγαθού υγείας ως δημόσιο ή ιδιωτικό αγαθό. Η άποψη που αντιλαμβάνεται το αγαθό υγείας ως δημόσιο τονίζει πως η κρατική παρέμβαση εξασφαλίζει την αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών μέσω της διανομής του αγαθού με κριτήριο την ανάγκη (και όχι το εισόδημα) και της αποφυγής του αποκλεισμού από τις υπηρεσίες υγείας των οικονομικά ασθενέστερων. Η άποψη που αντιλαμβάνεται το αγαθό υγείας ως ιδιωτικό τονίζει πως ο ρόλος του κράτους πρέπει να περιορίζεται στην ενημέρωση των ατόμων σε θέματα υγείας και πως η τιμή του αγαθού υγείας πρέπει να διαμορφώνεται στην ελεύθερη αγορά (όπως και σε άλλα αγαθά) με κριτήριο την προσφορά και την ζήτηση ώστε να επιτευχθεί ο ανταγωνισμός και η οικονομική αποδοτικότητα. Απόρροια των δύο αυτών απόψεων είναι η επικράτηση τριών συστημάτων υγείας, του φιλελεύθερου συστήματος (σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης) στο οποίο επικρατεί ο ιδιωτικός χαρακτήρας του αγαθού υγείας και το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και το εθνικό σύστημα υγείας που τονίζουν το δημόσιο χαρακτήρα του αγαθού υγείας. Τα κράτη ανά τον κόσμο εφαρμόζουν παραλλαγές και εκδοχές των τριών αυτών συστημάτων επηρεαζόμενα από τις οικονομικές συνθήκες, τις πολιτικές καταβολές και τις κοινωνικές αντιλήψεις. Στην Ελλάδα, εφαρμόζεται ένα μικτό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (μέσω των ασφαλιστικών ταμείων) και εθνικού συστήματος (μέσω της χρηματοδότησης του συστήματος από τον κρατικό προϋπολογισμό) και ταυτόχρονα έχει αναπτυχθεί ένας ιδιωτικός τομέας που καταναλώνει σημαντικό μέρος του εισοδήματος των ελληνικών νοικοκυριών, το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από την συνύπαρξη του

Εθνικού Συστήματος Υγείας και την έντονη δραστηριοποίηση της ιδιωτικής πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Στα πλαίσια της ιστορικής αναδρομής που επιχειρήθηκε, αναδείχθηκαν ως κομβικά σημεία της αναδρομής αυτής ο Νόμος 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» που διέκοψε την δυνατότητα ίδρυσης αλλά και μεταβίβασης και μεταστέγασης ιδιωτικών κλινικών στα πλαίσια της ευθύνης του κράτους να παρέχει δωρεάν υπηρεσίες υγείας στο σύνολο των πολιτών και ο Νόμος 1892/90 (με τον οποίο η διάταξη περί μη ίδρυσης ιδιωτικών κλινικών καταργήθηκε) που επιδίωξε να μεταβάλλει την φιλοσοφία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και να παρέχει την ελευθερία επιλογής του φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας στους πολίτες με την υποχρέωση της πολιτείας να εγγυάται την ύπαρξη τόσο δημόσιων όσο και ιδιωτικών φορέων. Άλλα βασικές νομοθετικές πράξεις ήταν ο Νόμος 1579/85 «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», το Π.Δ 247/91 «Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών», το Π.Δ 517/91 «Τεχνικές προδιαγραφές, ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθμ. 247/91», ο Νόμος 2071/92 «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», ο Νόμος 2194/94 «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», το Π.Δ. 235/2000 «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών» και το Π.Δ 198/2007 «Τροποποίηση του π.δ/τος 235/2000». Άρα το θεσμικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσονται και λειτουργούν οι ιδιωτικές κλινικές διαμορφώνεται από τις επικρατούσες πολιτικές συνθήκες και την μεταρρύθμιση που πραγματοποιεί (ή θέλει να πραγματοποιήσει) η εκάστοτε κυβέρνηση. Βέβαια, την τελευταία δεκαετία έχει εγκαθιδρυθεί η συνύπαρξη δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και η προσοχή του κράτους στρέφεται στις προδιαγραφές λειτουργίας ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητα της παροχής των υπηρεσιών.

Σήμερα, η παρέμβαση του κράτους στη λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών πραγματοποιείται από το Τμήμα Ιδιωτικών Κλινικών που έχει συστηθεί στην Διεύθυνση Ανάπτυξης Μονάδων Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είτε από την Επιτροπή Ιδιωτικών Κλινικών που συστήνεται στην έδρα κάθε νομαρχίας.

Συνολικά, το Π.Δ. 27/91 ορίζει την ιδιωτική κλινική, παρέχει την δυνατότητα στις κλινικές να εξυπηρετήσουν εξωτερικούς ασθενείς και συμπληρώνεται από το Π.Δ 517/91 το οποίο περιγράφει λεπτομερώς τις προδιαγραφές που πρέπει να πληροί μία ιδιωτική κλινική για να αδειοδοτηθεί και να λειτουργήσει: μελέτες και δικαιολογητικά που πρέπει να υποβάλει για να δοθεί η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας, τμήματα που μπορεί να

αναπτύξει ανάλογα με την κατηγορία της, απαραίτητα τμήματα, εργαστήρια και υπηρεσίες που πρέπει να διαθέτει ανεξάρτητα της κατηγορίας της για να λειτουργήσει και τις γενικές τεχνικές προδιαγραφές, τις τεχνικές προδιαγραφές των επιμέρους τμημάτων/ μονάδων, τον απαραίτητο ιατρικό εξοπλισμό ανά λειτουργική μονάδα ή τμήμα και την σύνθεση προσωπικού.

Το Π.Δ 235/2000 διακρίνει τις κλινικές σε Γενικές, Μικτές, Ειδικές, Ψυχιατρικές και Παιδιατρικές και ορίζει τον μέγιστο και ελάχιστο αριθμό κλινών που μπορεί η κλινική να αναπτύξει ανάλογα με την κατηγορία της και την έδρα που ανήκει. Επίσης, περιγράφει τι ευθύνες, τις αρμοδιότητες, τα προσόντα και τον τρόπο αντικατάστασης των επιστημονικών υπευθύνων εργαστηρίων/ τμημάτων/ κλινικών και των διοικητικών υπευθύνων των κλινικών και τον τρόπο με τον οποίο μία ιδιωτική κλινική μπορεί να επεκταθεί/ μεταστεγασθεί, να μετατρέψει το αντικείμενο λειτουργίας της και να μεταβιβάσει την άδεια λειτουργίας της.

Το Π.Δ 198/2007 επιφέρει κάποιες αλλαγές σε διατάξεις των προγενέστερων προεδρικών διαταγμάτων περισσότερο σε θέματα προστίμων, χρόνου προσαρμογής και ζητημάτων τεχνικής φύσεως. Η σημαντικότερη διάταξη του είναι ότι επιτρέπει στις ιδιωτικές κλινικές να εντάξουν στην λειτουργία τους μονάδες παροχής υπηρεσιών διαγνωστικού ή θεραπευτικού χαρακτήρα που ανήκουν σε άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα, ένταξη που απαγορευόταν από το Π.Δ 235/2000.

Συνοψίζοντας, επισημαίνεται η ανάγκη καθολικής κάλυψης των πολιτών σε παροχή υπηρεσιών υγείας με χρηματοδότηση που θα εξασφαλίζει την κοινωνική δικαιοσύνη όπου η διανομή των υπηρεσιών γίνεται βάση της ανάγκης και όχι του εισοδήματος αλλά χρηματοδοτείται βάση του εισοδήματος των καταναλωτών. Σε ένα τέτοιο σύστημα ο ιδιωτικός τομέας δεν πρόκειται να απουσιάσει αλλά καλείται υπό την κρατική εποπτεία να λειτουργήσει συμπληρωματικά και να αναπτύξει τον ανταγωνισμό των φορέων που τον απαρτίζουν με κριτήριο την υψηλή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Άλλωστε, ο ανταγωνισμός των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο αποδοτικότητας σε ένα σύστημα υγείας με έντονη κρατική παρέμβαση όπου το κράτος προμηθεύεται τις υπηρεσίες υγείας από ιδιώτες.

Στην Ελλάδα, η αναγνώριση του δικαιώματος παροχής νοσηλείας από ιδιώτες είναι σύμφωνη με το άρθρο 5 του Συντάγματος κατά το οποίο «Κάθε πολίτης έχει δικαίωμα να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του και να συμμετέχει στην κοινωνική, οικονομική και πολιτική ζωή της Χώρας, εφόσον δεν προσβάλλει τα

δικαιώματα των άλλων και δεν παραβιάζει το Σύνταγμα ή τα χρηστά ήθη». Επίσης, αναγνωρίζεται η υποχρέωση του κράτους να παρεμβαίνει προκειμένου να θεσπίζει κανόνες αντικειμενικού χαρακτήρα προς όφελος του δημόσιου συμφέροντος αφού η μέριμνα για την προστασία της υγείας των πολιτών αποτελεί βασικό καθήκον της πολιτείας (άρθρο 21, παρ. 3 του Συντάγματος). Το υπάρχον θεσμικό πλαίσιο καθορίζει ένα αυστηρό νομοθετικό πλέγμα σχετικά με την ίδρυση νέων κλινικών και αποτελεί αποθαρρυντικό παράγοντα δραστηριοποίησης της ιδιωτικής πρωτοβουλίας επιπλέον του υψηλού κόστους και του μακροχρόνιου χαρακτήρα της επένδυσης μιας νέας νοσηλευτικής μονάδας. Ακόμη, οι προδιαγραφές λειτουργίας σχετικά με την κτιριακή υποδομή, τον μηχανολογικό εξοπλισμό αλλά και την σύνθεση του προσωπικού ρυθμίζονται από αυστηρές διατάξεις καθιστώντας αδύνατη την προσαρμογή των μικρών ιδιωτικών κλινικών εξαιτίας του υψηλού κόστους κατασκευής και εξοπλισμού των μονάδων. Ειδικότερα, το Π.Δ 517/91 οδήγησε την ιδιωτική πρωτοβουλία στην εξαγορά παλαιών κλινικών που λειτουργούσαν υπό λιγότερο αυστηρά προεδρικά διατάγματα, ουσιαστικά την εξαγορά των αδειών λειτουργίας τους με σκοπό την μεταφορά/ μεταστέγαση τους σε ιδρύματα διαφορετικής τοποθεσίας, επένδυση περισσότερο συμφέρουσα από την εκ νέου κατασκευή (βάση του Π.Δ 517/91) που απαιτεί μεγαλύτερους χώρος και περισσότερο προσωπικό. Το ζήτημα αυτό ρυθμίστηκε με το Π.Δ 235/2000 γιατί υποχρέωσε και τις κλινικές με παλαιές άδειες λειτουργίας να προσαρμοστούν για να συνεχίσουν να λειτουργούν. Εντούτοις, παραμένει το πρόβλημα των ελλιπών ελεγκτικών μηχανισμών με αποτέλεσμα πολλές κλινικές να λειτουργούν χωρίς κανόνες, έλεγχο και αξιολόγηση και να προσφέρουν υπηρεσίες μη αποδεκτής ποιότητας αλλά και να αυξάνουν το κόστος νοσηλείας εις βάρος των ασθενών είτε με την παράταση της νοσηλείας είτε με την εκτέλεση αχρείαστων εξετάσεων υψηλής τεχνολογίας. Άρα η παρέμβαση του κράτους οφείλει να εστιάσει στην προστασία της υγείας και της περιουσίας των πολιτών από την προσφορά υπηρεσιών με καταχρηστικό τρόπο, προτείνεται η επαρκής στελέχωση με δυναμικό και έμπειρο προσωπικό του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π) ώστε να μπορεί αυτό να παρεμβαίνει αποτελεσματικά και στους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας του ιδιωτικού τομέα.

Τέλος, η διατήρηση αποζημίωσης των ιδιωτικών κλινικών με χαμηλά ημερήσια νοσήλια και απαρχαιωμένη κοστολόγηση των ιατρικών πράξεων προκαλεί υπερκοστολογημένα υλικά και τιμολόγια που ζημιώνουν τόσο τους ασφαλιστικούς φορείς όσο και τους ασφαλισμένους, παραπέμποντας σε μεταγενέστερες μελέτες για το

πλαίσιο που διέπει την συνεργασία των ιδιωτικών κλινικών με τους ασφαλιστικούς φορείς και στην θέσπιση κριτηρίων για αυτήν με αναφορά στην καλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και το είδος των περιστατικών που αντιμετωπίζει η ιδιωτική κλινική αλλά και την δυνατότητα νοσηλείας σε δημόσια νοσοκομεία που ανήκουν στην ευρύτερη περιοχή της ιδιωτικής κλινικής.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Folland S., Goodman A., Stano M., The Economics of Health and Health Care, Fifth Edition, New Jersey, Pearson Education, 2007
2. Rice T., μτφ. Ρούσσος Ν., επιμέλεια Ματσαγγάνης Μ., Τα Οικονομικά της Υγείας σε επανεξέταση, Αθήνα, Κριτική, 2006
3. ICAP, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Ιούλιος 2005
4. ICAP, Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, Ιούλιος 2008
5. Torrance G, Stoddart G., O' Brien B., Drummond M., μτφ. Ρούσσος Ν., επιμέλεια Ματσαγγάνης Μ., Μέθοδοι οικονομικής αξιολόγησης των προγραμμάτων υγείας, Αθήνα, Κριτική, 2002
6. Αντωνοπούλου Α., Δαπάνες και Πολιτικές Υγείας στην Ευρώπη, Θεσσαλονίκη, Ζυγός, 2002
7. Βασιλείου Μ., «Οι ιδιώτες καλύπτουν τα κενά στην υγεία», ΤΑ ΝΕΑ, 26/8/2009
8. Γούλα Α., Διοίκηση & Διαχείριση Νοσοκομείου, Αθήνα, Παπαζήση, 2007
9. Εισηγητική έκθεση στο σχέδιο νόμου «Για τον εκσυγχρονισμό, την ανάπτυξη και άλλες διατάξεις», Αθήνα, Βουλή των Ελλήνων
10. Εισηγητική Έκθεση στο σχέδιο νόμου «Ρυθμίσεις για την εφαρμογή του ΕΣΥ και άλλες διατάξεις», 2/12/1985, Αθήνα, Βουλή των Ελλήνων
11. Εισηγητική έκθεση στο σχέδιο νόμου «Τροποποίηση και συμπλήρωση των διατάξεων της φαρμακευτικής νομοθεσίας», 24/6/1991, Αθήνα, Βουλή των Ελλήνων
12. Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. Σούλης Σ., Συστήματα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2001
13. Καϊτανίδη Μ., «Πάντρεμα ΕΣΥ και ιδιωτών», ΤΑ ΝΕΑ, 7/12/2010
14. Κατσανοπούλου Μ., «Πώς φουσκώνουν τις τιμές οι ιδιωτικές κλινικές», ΤΑ ΝΕΑ, 19/3/1998
15. Κυριόπουλος Γ. (επιμέλεια), Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Αθήνα, Θεμέλιο, 1995
16. Λιαρόπουλος Α., Τα Εγώ του ΕΣΥ, Αθήνα, Βήτα, 2005

17. Νάνος Κ., «Στην εντατική οι μικροί, ετοιμάζουν deals οι μεγάλοι», ΕΘΝΟΣ, 6/11/2010
18. Πρακτικά Συνεδριάσεως του ΣΤΕ, τμήμα Ε', αντικείμενο επεξεργασίας Σχεδίου Διατάγματος «Για τους όρους, προϋποθέσεις και τη διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών», 27/3/1991, Αθήνα, Συμβούλιο της Επικρατείας
19. Πρακτικά Συνεδριάσεως του ΣΤΕ, τμήμα Ε', αντικείμενο επεξεργασίας Σχεδίου Διατάγματος «Τεχνικές Προδιαγραφές, απαραίτητος ιατρικός εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθ. 247/91 Π.Δ.», 20/11/1991, Αθήνα, Συμβούλιο της Επικρατείας
20. Πρακτικά Συνεδριάσεως του ΣΤΕ, τμήμα Ε', αντικείμενο επεξεργασίας Σχεδίου Διατάγματος «Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των Ιδιωτικών Κλινικών, που υπάγονται στις διατάξεις της παραγρ.2 του άρθρου 8 του Ν.2345/95 Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις.», 27/6/2000, Αθήνα, Συμβούλιο της Επικρατείας
21. Σούλης Σ., Οικονομική της Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 1998
22. Σουλιώτης Κ., Ο Ρόλος του Ιδιωτικού τομέα στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Παπαζήση, 2000
23. ΦΕΚ 143/Α/1983, Νόμος υπ' αριθμ. 1397 Εθνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 07/10/1983
24. ΦΕΚ 137/Α/1985, Νόμος υπ' αριθμ. 1558 Κυβέρνηση και κυβερνητικά όργανα, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 26/07/1985
25. ΦΕΚ 217/Α/1985, Νόμος υπ' αριθμ. 1579 Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 23/12/1985
26. ΦΕΚ 295/Β/1990, Υπουργικές αποφάσεις και εγκρίσεις, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 03/05/1990
27. ΦΕΚ 101/Α/1990, Νόμος υπ' αριθμ. 1892 Για τον εκσυγχρονισμό και την ανάπτυξη και άλλες διατάξεις, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 31/07/1990
28. ΦΕΚ 93/Α/1991, Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθ. 247 Όροι, προϋποθέσεις και διαδικασία για την ίδρυση, λειτουργία και μεταβίβαση Ιδιωτικών Κλινικών, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 21/06/1991
29. ΦΕΚ 202/Α/1991, Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθ. 517/91 Τεχνικές Προδιαγραφές, απαραίτητος ιατρικό εξοπλισμός, διάκριση και σύνθεση προσωπικού και συμπλήρωση του υπ' αριθ. 247/91, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 24/12/1991

30. ΦΕΚ 213/Α/1995, Νόμος υπ' αριθμ. 2345 Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 12/10/1995
31. ΦΕΚ 199/Α/2000, Προεδρικό Διάταγμα υπ' αριθ. 235 Ειδικές ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των Ιδιωτικών Κλινικών, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 14/09/2000
32. ΦΕΚ 225/Α/2007, Προεδρικό Διάταγμα 198 Τροποποίηση του π.δ. 235/2000 «Ειδικές Ρυθμίσεις για τον εκσυγχρονισμό και την λειτουργία των ιδιωτικών κλινικών», Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 14/09/2007
33. ΦΕΚ 262/Α/2008, Νόμος υπ' αριθμ. 3730 Προστασία ανηλίκων από τον καπνό και τα αλκοολούχα ποτά και άλλες διατάξεις, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 29/12/2008
34. ΦΕΚ 66/Α/2010, Νόμος υπ' αριθμ. 3846 Εγγυήσεις για την εργασιακή ασφάλεια και άλλες διατάξεις, Αθήνα, Εθνικό Τυπογραφείο, 14/05/2010

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Α. Π.Δ 247/91

[Π.Δ. 247 του 1991.pdf](#)

Β. Π.Δ 517/91

[Π.Δ. 517 του 1991.pdf](#)

Γ. Π.Δ 235/00

[Π.Δ. 235 του 2000.pdf](#)

Δ. Π.Δ 198/07

[Π.Δ. 198 του 2007.pdf](#)