



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ – MASTER IN LAW AND ECONOMICS»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

**«Διασφάλιση δικαιωμάτων ασθενών στο Δημόσιο Νοσοκομείο:
ο ρόλος της Διοίκησης και της Κοινωνικής Υπηρεσίας»**



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

Αγαπούλα Γιολδάση (ΜΔΟ1807)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Μαρία Κοντούλη – Γείτονα

ΠΕΙΡΑΙΑΣ, 2021

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΜΑΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΚΑΙΟ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ»**

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

(περιλαμβάνεται ως ξεχωριστή (δεύτερη) σελίδα στο σώμα της διπλωματικής εργασίας)

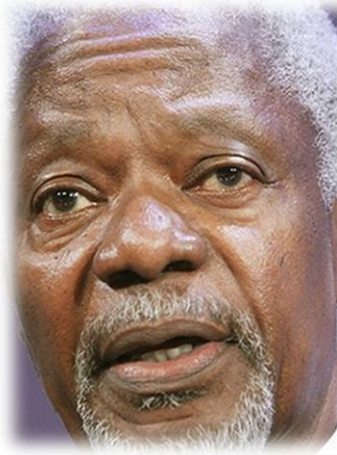
Δηλώνω υπεύθυνα ότι η διπλωματική εργασία για τη λήψη του μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, του Πανεπιστημίου Πειραιώς, «Δίκαιο και Οικονομία» με τίτλο «Διασφάλιση δικαιωμάτων ασθενών στο Δημόσιο Νοσοκομείο: ο ρόλος της Διοίκησης και της Κοινωνικής Υπηρεσίας» έχει συγγραφεί από εμένα αποκλειστικά και στο σύνολό της. Δεν έχει υποβληθεί ούτε έχει εγκριθεί στο πλαίσιο κάποιου άλλου μεταπτυχιακού προγράμματος ή προπτυχιακού τίτλου σπουδών, στην Ελλάδα ή στο εξωτερικό, ούτε είναι εργασία ή τμήμα εργασίας ακαδημαϊκού ή επαγγελματικού χαρακτήρα.

Δηλώνω επίσης υπεύθυνα ότι οι πηγές στις οποίες ανέτρεξα για την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας, αναφέρονται στο σύνολό τους, κάνοντας πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου.

Υπογραφή Μεταπτυχιακού Φοιτητή/ τριας.....

Όνοματεπώνυμο..Γιολδάση Αγαπούλα

Ημερομηνία....19/3/2021



It is my aspiration that health finally will be seen not as a blessing to be wished for, but as a human right to be fought for.

— *Kofi Annan* —

AZ QUOTES

*7th Secretary – General of the United Nations,
Kofi Annan*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας Διπλωματικής Εργασίας με θέμα «*Διασφάλιση δικαιωμάτων ασθενών στο Δημόσιο Νοσοκομείο: ο ρόλος της Διοίκησης και της Κοινωνικής Υπηρεσίας*» παρουσίασε ιδιαίτερο ενδιαφέρον και οδήγησε στην εξαγωγή βασικών συμπερασμάτων.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα Καθηγήτρια μου κ. Γείτονα Μαίρη για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες οδηγίες της για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, καθώς και όλους τους Καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «*Δίκαιο και Οικονομία*» (του Πανεπιστημίου Πειραιώς) για την σημαντική συμβολή τους στην περάτωση των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- **ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ** ΣΕΛ.2
- **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ** ΣΕΛ.4
- **ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΤΟ ΘΕΜΑ** ΣΕΛ.7
- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο**
ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ
 - 1.1 Έννοια ανθρωπίνων δικαιωμάτων ΣΕΛ.9
 - 1.2 Έννοια δικαιωμάτων των ασθενών / Δικαίωμα προστασίας της υγείας..... ΣΕΛ.10
- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο**
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ..ΣΕΛ.13
- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο**
ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
 - 3.1.Διεθνές Θεσμικό Πλαίσιο των Δικαιωμάτων των Ασθενών..... ΣΕΛ.16
 - 3.2 Ευρωπαϊκό Θεσμικό Πλαίσιο των Δικαιωμάτων των Ασθενών ΣΕΛ.20
 - 3.2.1. Εφαρμογή Ευρωπαϊκής Χάρτας Δικαιωμάτων των Ασθενών στις Ευρωπαϊκές ΧώρεςΣΕΛ.23
 - 3.2.2. Επίμετρο για τα δικαιώματα των ασθενών στην ΕυρώπηΣΕΛ.31
 - 3.3 Ελληνικό Θεσμικό Πλαίσιο των Δικαιωμάτων των Ασθενών ΣΕΛ.34
 - 3.3.1. Σύνταγμα ΣΕΛ.34
 - 3.3.2. Ελληνική Νομοθεσία που κατοχυρώνει τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς ΣΕΛ.36
 - 3.3.3. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας ΣΕΛ.52
- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο**
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ – Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
 - 4.1 Ορισμός – Σκοπός – Κατηγορίες – Φάσεις Κλινικών Μελετών ΣΕΛ.61
 - 4.2 Διεθνείς Κώδικες Δεοντολογίας – Διεθνές Νομικό Πλαίσιο αναφορικά με τη Διεξαγωγή Κλινικών Μελετών ΣΕΛ.64
 - 4.3 Κανονιστικές Διασφαλίσεις – Νομικό Πλαίσιο για τη Διεξαγωγή των Κλινικών Μελετών στην Ελλάδα – Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας ΣΕΛ.70
 - 4.4 Θέματα Βιοηθικής στις Κλινικές Μελέτες ΣΕΛ.76
- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο**
ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΕΛ.81
- **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο**

<u>ΘΕΣΜΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</u>	ΣΕΛ.86
6.1 Θεσμοί Εσωτερικού (Εξαρτημένου) Ελέγχου.....	ΣΕΛ.87
6.2 Θεσμοί Εξωτερικού (Ανεξάρτητου) Ελέγχου	ΣΕΛ.97
6.2.α. Ανεξάρτητες Αρχές/Εθνικές Επιτροπές	ΣΕΛ.106
6.3 Ο Ρόλος και η Ευθύνη της Διοίκησης, της Κοινωνικής Υπηρεσίας και του υπόλοιπου Προσωπικού του Νοσοκομείου στη Διασφάλιση των Δικαιωμάτων των Ασθενών	ΣΕΛ.109
• <u>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</u>	ΣΕΛ.116
• <u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	ΣΕΛ.120
• <i>ΝΟΜΟΙ – ΝΟΜΙΚΑ ΚΕΙΜΕΝΑ</i>	ΣΕΛ.121
• <i>ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ</i>	ΣΕΛ.123

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΤΟ ΘΕΜΑ

Αντικείμενο μελέτης στην παρούσα εργασία αποτελεί «η Διασφάλιση δικαιωμάτων ασθενών στο Δημόσιο Νοσοκομείο : ο ρόλος της Διοίκησης και της Κοινωνικής Υπηρεσίας», που, στην σημερινή εποχή, είναι ένα σημαντικό θέμα το οποίο αφορά τον καθένα, είτε είναι ασθενής, είτε επαγγελματίας υγείας, είτε σύλλογος υγείας, είτε απλός πολίτης.

Αρχικά, επιχειρείται η προσέγγιση βασικών εννοιών, όπως αυτών της υγείας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και ειδικότερα των δικαιωμάτων των ασθενών. Στη συνέχεια, πραγματοποιείται η ανάλυση της ιστορικής αναδρομής για την εξασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών τόσο σε παγκόσμιο όσο και σε εθνικό επίπεδο, ξεκινώντας από την εποχή του Ιπποκράτη και καταλήγοντας στο σήμερα.

Έπειτα, πραγματοποιείται η λεπτομερής επεξήγηση του θεσμικού πλαισίου των δικαιωμάτων των ασθενών, μέσα στο οποίο καταγράφονται όλα τα δικαιώματα των ασθενών. Το εν λόγω θεσμικό πλαίσιο αναλύεται σε:

1. Διεθνές (θεσμικό πλαίσιο), στο οποίο παρουσιάζονται Διεθνείς Συμβάσεις και Κείμενα -Υγειονομικοί Κανονισμοί που αναφέρονται στα δικαιώματα των ασθενών, (όπως το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα του Ο.Η.Ε., η UNESCO, ο Π.Ο.Υ. κ.ά.)

2. Ευρωπαϊκό (θεσμικό πλαίσιο) , στο οποίο παρουσιάζεται η Ευρωπαϊκή νομοθεσία που αναφέρεται στο δικαίωμα για προστασία της υγείας (→ Συνθήκη Μάαστριχτ, Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών → πραγματοποιείται γενική αναφορά στα δικαιώματα των ασθενών που συναντάμε γενικά στην Ευρώπη, πως εφαρμόζονται και επηρεάζουν την εθνική νομοθεσία των Ευρωπαϊκών Χωρών φέρνοντας ως παράδειγμα, και συγκρίνοντας μεταξύ τους, την περίπτωση της Γαλλίας και της Ελλάδας). Επίσης, με αναφορά στην γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής, σχετικά με τα «δικαιώματα του ασθενούς», παρουσιάζονται προτάσεις για την εξασφάλιση των συλλογικών δικαιωμάτων των ασθενών.

3. Ελληνικό /Εθνικό (θεσμικό πλαίσιο), στο οποίο επεξηγείται λεπτομερώς η Ελληνική νομοθεσία που κατοχυρώνει τα δικαιώματα του Νοσοκομειακού ασθενούς (→ Σύνταγμα, Ν.2071/1992) που είναι ο βασικός Νόμος που διατυπώνει, άμεσα και για πρώτη φορά, τα δικαιώματα των ασθενών στη Χώρα μας, νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας του Ν.3418/2005, ο οποίος ισχύει μέχρι σήμερα).

Επιπλέον, πραγματοποιείται ιδιαίτερη αναφορά στα βασικά δικαιώματα των ασθενών που συμμετέχουν στις κλινικές μελέτες, που γίνονται στα Νοσοκομεία, τόσο σε διεθνές επίπεδο (→ αναφορά σε διεθνείς Κώδικες Δεοντολογίας - διεθνές Νομικό Πλαίσιο σχετικά με τη διεξαγωγή κλινικών μελετών) όσο και σε εθνικό (→ κανονιστικές διασφαλίσεις / Νομικό Πλαίσιο για τη διεξαγωγή των κλινικών μελετών στην Ελλάδα - σύσταση Εθνικής Επιτροπής Δεοντολογίας).

Στη συνέχεια, έχοντας υπόψη πως οι ασθενείς, εκτός από δικαιώματα, έχουν και σημαντικές υποχρεώσεις που θα πρέπει να τηρούν στο Δημόσιο Νοσοκομείο όπου νοσηλεύονται, κρίνεται σημαντικό να γίνει μία σύντομη αναφορά στις βασικές υποχρεώσεις που έχει ο νοσοκομειακός ασθενής ώστε να δημιουργείται καλύτερη συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας και καλύτερα αποτελέσματα της θεραπείας του.

Βασικό μέρος της παρούσας εργασίας αποτελεί η λεπτομερής αναφορά στη διασφάλιση / προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών στα Δημόσια Νοσοκομεία στη Χώρα μας. Έτσι, γίνεται ιδιαίτερη μνεία στους Θεσμούς/Όργανα ελέγχου και διασφάλισης των δικαιωμάτων των ασθενών που επικρατούν στη Χώρα μας, είτε αυτοί εντάσσονται μέσα στο Σύστημα Υγείας (→ Θεσμοί εσωτερικού/ εξαρτημένου ελέγχου), είτε εκτός του Συστήματος (Θεσμοί εξωτερικού/ανεξάρτητου ελέγχου) και είναι διαθέσιμοι στον κάθε ασθενή/πολίτη. Τέλος, ολοκληρώνοντας, επεξηγείται ποιος είναι ο ρόλος και η ευθύνη του Κράτους, της Διοίκησης, της Κοινωνικής Υπηρεσίας και του προσωπικού (εν γένει) του Νοσοκομείου στη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών και πώς μπορούν να αντιμετωπιστούν βασικά (οργανωτικά) προβλήματα των Νοσοκομείων/παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, έτσι ώστε να εξασφαλιστεί η υψηλή τους ποιότητα και να τηρηθεί το θεσμικό πλαίσιο που προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών.

Έχοντας αναπτύξει τα προαναφερθέντα ζητήματα, ο αναγνώστης της παρούσας εργασίας θα έχει σχηματίσει μία σφαιρική εικόνα περί των συγκεκριμένων θεμάτων, δηλαδή των δικαιωμάτων των ασθενών και της διασφάλισης τους στα Δημόσια Νοσοκομεία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΟΥ ΘΕΜΑΤΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ακολουθεί μία γενική προσέγγιση βασικών εννοιών, όπως αυτών των *ανθρωπίνων δικαιωμάτων*, της *υγείας* (γενικότερα) και ειδικότερα των *δικαιωμάτων των ασθενών*, για την καλύτερη κατανόηση του θέματος της παρούσας εργασίας.

1.1 Έννοια ανθρωπίνων δικαιωμάτων

Ανθρώπινα δικαιώματα είναι τα δικαιώματα που απολαμβάνει ο άνθρωπος λόγω της ανθρώπινης ιδιότητάς του, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, τον τόπο διαμονής, το φύλο, την θρησκεία ή οποιαδήποτε άλλη κατάσταση. Είναι δηλαδή μια απόρροια ενός «φυσικού δικαιώματος» που έχει ο κάθε άνθρωπος δίχως καμία διάκριση. Τα ανθρώπινα δικαιώματα είναι όλα αλληλένδετα, αλληλοεξαρτώμενα και αδιαίρετα.

Ανθρώπινα δικαιώματα είναι η δυνατότητα του ανθρώπου να ζει και να δραστηριοποιείται σύμφωνα με τους νόμους (εθνικό και διεθνές δίκαιο), για να ολοκληρώνεται και να πετυχαίνει τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του σε όλους τους τομείς. Στον όρο ανθρώπινα δικαιώματα περιλαμβάνονται τα αστικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα. Τα σημαντικότερα από τα δικαιώματα αυτά είναι το δικαίωμα στη ζωή και στην ελευθερία εν γένει (ελευθερία σκέψης, έκφρασης, θρησκείας), το δικαίωμα στην ισότητα ενώπιον του νόμου, το δικαίωμα στην ιδιοκτησία, στην εργασία, στην εκπαίδευση και το δικαίωμα στην υγεία. (Χρυσογόνος,2006, Βικιπαίδεια «Ανθρώπινα Δικαιώματα»).

1.2 Έννοια δικαιωμάτων των ασθενών / Δικαίωμα προστασίας της υγείας

Ως υγεία θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι νοείται η «κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» (→ σύμφωνα με την ευρεία έννοια που καθιέρωσε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας/Π.Ο.Υ). Ωστόσο ένας τέτοιος ορισμός φαίνεται υπερβολικά ευρύς, αφού ιδίως η ψυχική και κοινωνική «ευεξία» αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων και η συμβολή του Κράτους στη διασφάλισή της δεν μπορεί παρά να είναι επιβοηθητική της πρωτοβουλίας του ίδιου του ατόμου. Λειτουργικότερος φαίνεται συνεπώς ο ορισμός της υγείας που αποδίδεται με *αρνητικό τρόπο* ως «της φυσικής κατάστασης του ατόμου που αποκλείει κάθε μορφή ασθένειας ή αναπηρίας ικανής να μειώσει τη φυσιολογική δραστηριότητά του». Με άλλα λόγια, ένα άτομο είναι υγιές όταν δεν συντρέχει κάποια από τις περιπτώσεις τις οποίες η ιατρική επιστήμη χαρακτηρίζει ως ασθένειες. (Χρυσογόνος,2006).

Η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων συνδέεται στενά με την προστασία και την προαγωγή της υγείας, διότι η οπτική γωνία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων προσφέρει ένα κοινωνικό πλαίσιο εντοπισμού και ανταπόκρισης στους κοινωνικούς παράγοντες που επηρεάζουν και διαμορφώνουν την υγεία. Γι' αυτό η υγεία και τα ανθρώπινα δικαιώματα έχουν ορθά περιγραφεί ως έννοιες που έχουν μεγάλη αξία αλλά είναι άνισα κατανομημένες και ως έννοιες ιδιαίτερα επιθυμητές, αλλά δύσκολα διατηρήσιμες. (Γκαράνη-Παπαδάτου,2011)

Το δικαίωμα στην υγεία είναι το οικονομικό, κοινωνικό και πολιτιστικό (θεμελιώδες και αναπαλλοτρίωτο) δικαίωμα σε καθολικό ελάχιστο επίπεδο υγείας στο οποίο έχουν δικαίωμα όλα τα άτομα. Η έννοια του δικαιώματος στην υγεία έχει απαριθμηθεί σε διεθνείς συμφωνίες που περιλαμβάνουν την Οικονομική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, το Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Πολιτιστικά Δικαιώματα και τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα των Ατόμων με Αναπηρίες. (Βικιπαίδεια, «Δικαίωμα στην υγεία»).

Τα δικαιώματα των ασθενών συνιστούν κατηγορία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, εκείνων δηλαδή των δικαιωμάτων, που απολαμβάνουν οι άνθρωποι ανεξάρτητα από φυλή, εθνικότητα, θρήσκευμα και τόπο διαμονής, και πηγάζουν αυτοδίκαια από την ανθρώπινη ιδιότητά τους. Τα δικαιώματα των ασθενών είναι μία σύνθεση νομοθεσίας, ηθικών και δεοντολογικών κανόνων, που αναμένουν ικανοποίηση από το Σύστημα Υγείας αλλά και τους επαγγελματίες υγείας. Το νομικό μέρος του όρου περιλαμβάνει δικαιώματα για τους ασθενείς και υποχρεώσεις-καθήκοντα για τους επαγγελματίες υγείας. Το περιεχόμενο των δικαιωμάτων αποκτά ιδιαίτερη βαρύτητα/προσοχή στους ασθενείς, διότι λόγω της ιδιάζουσας θέσης που βρίσκονται είναι δύσκολο να τα διεκδικήσουν οι ίδιοι. (Δημητριάδου,2016).

Τα δικαιώματα των ασθενών συνδέονται με την έννοια της αυτονομίας και της ελεύθερης βούλησης του κάθε ασθενή και διακρίνονται σε ατομικά και κοινωνικά δικαιώματα. Παρόλο που η προστασία τους πάντα απασχολούσε το ιατρικό επάγγελμα, τα τελευταία χρόνια, οι ασθενείς διεκδικούν όλο και περισσότερο τα δικαιώματά τους, με αποτέλεσμα να κατοχυρωθούν αυτά τα δικαιώματα σε κείμενα διεθνών οργανισμών αλλά και στις εθνικές νομοθεσίες. Η τήρησή τους δε, διασφαλίζεται από τους προβλεπόμενους μηχανισμούς προστασίας και προαγωγής. Παρόλο που όλες οι ευρωπαϊκές χώρες συμπεριελάμβαναν στη νομοθεσία τους διατάξεις για την προστασία των ασθενών και εμμέσως των δικαιωμάτων τους, η Ελλάδα υπήρξε η πρώτη χώρα της Ευρώπης που το **1992** εισήγαγε στη νομοθεσία της άμεσα διατυπωμένα τα δικαιώματα των ασθενών (**2071/1992**) και το **1997** θεσπίστηκαν και τα όργανα προστασίας αυτών των δικαιωμάτων (**2519/1997**).

Στη Χώρα μας, εκτός από αυτά τα όργανα προστασίας και ελέγχου των δικαιωμάτων των ασθενών, λειτουργούν και συμβουλευτικές και ανεξάρτητες αρχές, όπως ο Συνήγορος του Πολίτη(και πιο συγκεκριμένα, ο Συνήγορος της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που θα αναλυθούν σε άλλο Κεφάλαιο), όπου μπορούν να προσφύγουν οι ασθενείς που θεωρούν ότι παραβιάζονται τα δικαιώματά τους στην υγεία. Ο Συνήγορος του Πολίτη ερευνά ατομικές διοικητικές πράξεις, παραλείψεις ή υλικές ενέργειες οργάνων των δημοσίων υπηρεσιών που παραβιάζουν δικαιώματα ή προσβάλλουν νόμιμα συμφέροντα φυσικών ή νομικών προσώπων.(Βικιπαιδεία «Συνήγορος του Πολίτη», <https://www.synigoros.gr/>).

Το Κράτος πρόνοιας μεριμνά για την εξασφάλιση δικαιωμάτων στον ασθενή πάντα σύμφωνα με την αρχή της εύνοιας προς τους «αδύναμους». Με γενικές αλλά και ειδικές διατάξεις νόμων ή νομοθετημάτων (οι οποίες θα αναφερθούν αναλυτικότερα παρακάτω) εκδηλώνεται μια ενδιαφέρουσα προσπάθεια ώστε να καλυφθεί το προϋπάρχον νομοθετικό κενό και να επιλυθούν βασικά προβλήματα, που είχαν ως βάση την ύπαρξη ενός κλίματος ανασφάλειας των ασθενών που έρχονταν αντιμέτωποι με το Σύστημα και τους επαγγελματίες υγείας.

Έτσι, σήμερα πλέον ο ασθενής έχει το δικαίωμα για μια αντιμετώπιση σύμφωνη με τις αρχές της νομιμότητας, της ισότητας, της πολιτικής ουδετερότητας, της αιτιολογίας των πράξεων που αφορούν τον ίδιο, τον σεβασμό της προσωπικότητάς του, της τιμής του, της σωματικής του ακεραιότητας και φυσικά της προστασίας της ζωής του. Του δίνεται το δικαίωμα να συμμετέχει πιο «δυναμικά» στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του (σε συνεργασία πάντα με τον ιατρό). Μπορεί να υπερασπίσει τα δικαιώματά του γραπτά ή προφορικά ή να καταθέσει ενστάσεις για πράξεις ή παραλείψεις των επαγγελματιών υγείας.

Επίσης, όπως αναφέρθηκε (με βάση την έννοια των ανθρωπίνων δικαιωμάτων), αξιολογείται ότι είναι το γεγονός ότι δεν επιτρέπεται καμία διάκριση λόγω εθνικότητας, φύλου, οικονομικής κατάστασης και κοινωνικής θέσης, βαρύτητας νόσου ή προσωπικών αισθημάτων. (Κηπουρού και Μπούτας, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΣΤΗΝ ΕΞΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η πρώτη αναφορά στα δικαιώματα των ασθενών έγινε από τον **Ιπποκράτη** (460-377 π.Χ.), ο οποίος θεωρείται ο πατέρας της Ιατρικής Επιστήμης. Ο όρκος του Ιπποκράτη (πιστεύεται πως γράφτηκε κατά τον 4ο αιώνα π.Χ.) είναι το πιο σύντομο αλλά και το πιο γνωστό και σημαντικό κείμενο της Ιπποκρατικής Συλλογής, για το οποίο χιλιάδες σελίδων γράφτηκαν μέχρι σήμερα. Μέσα σ' αυτόν τον περίφημο όρκο αναφέρονται οι σχέσεις μεταξύ των ιατρών και των ασθενών, αλλά και γενικά ποια είναι τα καθήκοντα που θα πρέπει να έχει ένας ιατρός απέναντι στους ασθενείς του. Έτσι, υπάρχει η υπόσχεση ότι ο ιατρός πρέπει να αποβλέπει μόνο στη βοήθεια, στο καλό και στην ωφέλεια των ασθενών του, να πράττει σύμφωνα με τους κανόνες της ηθικής, και να τηρεί κάθε μυστικό που θα γνωρίζει κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Άρα, με το συγκεκριμένο όρκο προστατεύονται τα δικαιώματα των ασθενών, δια της τήρησης του ιατρικού απορρήτου και του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Με την πάροδο των χρόνων, από την εποχή του Ιπποκράτη έως τα μέσα του 20ου αιώνα μ.Χ. δεν υπήρξε κάποια σημαντική πρόοδος όσον αφορά τα δικαιώματα των ασθενών. Οι περισσότερες συζητήσεις και αναφορές που έχουν γίνει στα δικαιώματα των ασθενών ήταν κυρίως μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο. Τα δικαιώματα αυτά βασίζονται τόσο στην ηθική όσο και στο νόμο.

Το **1948**, στη Γενεύη, δημιουργήθηκε η Παγκόσμια Διακήρυξη για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και το 1953 υδρεύεται και στην Ελλάδα η Ένωση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα. Η Ελλάδα ως ιδρυτικό, πλέον, μέλος του ΟΗΕ, είχε υπερψηφίσει την Οικουμενική Διακήρυξη και είχε προσυπογράψει την Ευρωπαϊκή Σύμβαση των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου (ΕΣΔΑ). Η Ένωση υπήρξε μεγάλη βοήθεια για την διεκδίκηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων του ανθρώπου όπως ελευθερία, δικαιοσύνη, ισότητα και σεβασμός της αξιοπρέπειας του ανθρώπου. (Τσαπόγας και Χριστόπουλος, 2004).

Από το **1970** έως και σήμερα, τα δικαιώματα των ασθενών αποτέλεσαν αντικείμενο σοβαρότερης αντιμετώπισης από όλον τον κόσμο κυρίως λόγω των πιέσεων που ασκούσαν οι ομάδες-οργανώσεις των ασθενών.

Μόλις το **1973**, η Αμερικάνικη Νοσοκομειακή Ένωση ψηφίζει τον «Κώδικα Δικαιωμάτων του Ασθενούς» και έτσι γίνεται ένα σημαντικό βήμα διότι δημιουργείται το

πρώτο επίσημο έγγραφο για τα δικαιώματα των ασθενών. Στη συνέχεια, ακολουθεί η Ευρώπη με πρώτη τη Γαλλία το **1974** με το «Χάρτη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών» και την ίδια χρονιά (1974), η Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ψηφίζει τον «Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα δικαιώματα των Ασθενών».

Το **1992**, η Ελλάδα διατύπωσε σε Νόμο (**2071/1992 άρθρο 47**) «τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς», το περιεχόμενο του οποίου άντλησε από τη συνθήκη της Λισσαβόνας το 1981 (Διακήρυξη για τα Δικαιώματα των Αρρώστων), και έτσι η Χώρα μας είναι τυπικά η πρώτη Χώρα στην Ευρώπη που εισήγαγε στη νομοθεσία της άμεσα διατυπωμένα τα δικαιώματα των ασθενών. Στη συνέχεια, ακολούθησαν και άλλες Χώρες, όπως οι Κάτω Χώρες (1994), η Ισλανδία (1997), η Γαλλία (2002), η Κύπρος (2005).

Το **1994**, ο πολίτης μπορεί πλέον με πλήρη ισονομία να απολαμβάνει το δικαίωμα στην υγεία (**N.2194/1994**). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας με τη Διακήρυξη του 1994 στο Άμστερνταμ προσδιόρισε τα δικαιώματα του ασθενούς για όλη την Ευρώπη.

Το **1997** (με το **Νόμο 2519/1997**) καθιερώνονται στην Ελλάδα τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών που είναι → η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, το Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και η Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Το **1998** (με το **Νόμο 2619/1998**) κυρώθηκε από την (Ελληνική) Βουλή η «Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική».

Το **1999** (με το **Νόμο 2716/1999**) θεσπίστηκαν στην Ελλάδα τα ειδικά δικαιώματα των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Έτσι, με αυτόν το Νόμο (2716/1999) συνιστάται το Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές καθώς και η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές (→ η οποία συστήθηκε με το άρθρο 2 παρ. 2 του Ν.2716/1999 και τροποποιήθηκε από το άρθρο 12 παρ. ΣΤ του **N.2955/2001** και στην συνέχεια αντικαταστάθηκε πάλι με το άρθρο 11 του **N.4272/2014** και πλέον με το νέο Νόμο του 2017 → **4461/2017**, στο άρθρο 7, σε κάθε Περιφερειακή Διοίκηση Τομέων Ψυχικής Υγείας, συνιστάται επταμελής Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας).

Το **2000** ανακηρύχθηκε επίσημα η Χάρτα των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2000, Νίκαια), η οποία προέκυψε από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τη προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών.

Το **2002**, το Δίκτυο Active Citizenship Network (ACN) (<http://www.activecitizenship.net/>) , (Δίκτυο του ενεργού Πολίτη), μαζί με άλλες 12

Ευρωπαϊκές οργανώσεις, συνέταξαν την Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών, η οποία εμπεριέχει 14 δικαιώματα ασθενών, τα οποία έχουν ως στόχο να εγγυηθούν ένα υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας.

Τέλος, το **2005** εκδίδεται (στην Ελλάδα) ο **N.3418/2005** που αφορά στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ιατρικό απόρρητο, ενημέρωση του ασθενούς και συναίνεση στην ιατρική πράξη, κ.α.).

Αξιοσημείωτος είναι επίσης ο **N.4213/2013** που αφορά την «προσαρμογή της εθνικής (Ελληνικής) νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/Ε.Ε του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9ης Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυννοριακής υγειονομικής περίθαλψης (L88/45/4.4.2011) και άλλες διατάξεις».

Ολοκληρώνοντας, αξίζει να αναφερθεί ο **N.4368/2016** (που εκδόθηκε στην Ελλάδα) → «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις», ο οποίος, μεταξύ άλλων, αναφέρεται στην πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας (→ άρθρο 33) αλλά και στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας με την θεσμοθέτηση του «Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας» (→ άρθρο 60).

<https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/thesmiko-plaisio/5255-thesmiko-plaisio-prostasias-dikaiwmatwn-twn-lhptwn-yphresiwn-ygeias>.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΘΕΣΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα δικαιώματα των ασθενών αποτελούν ένα βασικό θέμα στη σημερινή εποχή, γι αυτό και τα συναντάμε σε πολλές Διεθνείς Συμβάσεις και Κείμενα, στην Ευρωπαϊκή νομοθεσία αλλά και στο Εθνικό μας θεσμικό πλαίσιο μέσα από το Σύνταγμα, τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας και γενικότερα μέσα από μία σειρά Νόμων που προστατεύουν τους ασθενείς (→ βασικότερος των οποίων αποτελεί ο Ν.2071/1992 ο οποίος διατυπώνει ,άμεσα και για πρώτη φορά, τα δικαιώματα των ασθενών στην Χώρα μας). Ακολουθεί λεπτομερής επεξήγηση του θεσμικού πλαισίου των δικαιωμάτων των ασθενών, μέσα στο οποίο καταγράφονται όλα τα δικαιώματα των ασθενών, και αναλύεται σε Διεθνές, σε Ευρωπαϊκό και σε Ελληνικό/Εθνικό Θεσμικό Πλαίσιο.

3.1 Διεθνές Θεσμικό Πλαίσιο των Δικαιωμάτων των Ασθενών

(→ Διεθνείς Συμβάσεις και Κείμενα που αναφέρονται στα δικαιώματα των ασθενών)

Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας θεμελιώνεται σε αρκετές διεθνείς συνθήκες/συμβάσεις και σε διεθνή κείμενα και διακηρύξεις. Οι βασικότερες διεθνείς αυτές συνθήκες και κείμενα, που άσκησαν τη μεγαλύτερη επίδραση στο δικαίωμα για την προστασία της υγείας είναι οι εξής:

i) Διεθνές Σύμφωνο για τα Οικονομικά, Κοινωνικά και Μορφωτικά Δικαιώματα του Ο.Η.Ε (Ν. Υόρκη 1966) (→ το κείμενο περιλαμβάνεται αυτούσιο στον κυρωτικό Ν. 1532/1985).

Τα κράτη-μέλη αναγνωρίζουν στο άρθρο 12 το «δικαίωμα κάθε προσώπου να απολαμβάνει την καλύτερη δυνατή σωματική και ψυχική υγεία». Έτσι, με τη διακήρυξη αυτή κατοχυρώνεται μια σημαντική εξέλιξη. Τα μέτρα, που λαμβάνουν τα συμβαλλόμενα κράτη, δεν περιορίζονται μόνο στην οργάνωση συστημάτων περίθαλψης από ασθένειες, αλλά επεκτείνονται και σε μέτρα μείωσης της θνησιμότητας και σε μέτρα προστασίας του περιβάλλοντος από κινδύνους υγείας. Επίσης, άλλα μέτρα που λαμβάνουν τα κράτη-μέλη είναι για την διασφάλιση της οργάνωσης και λειτουργίας υπηρεσιών προφύλαξης και

θεραπείας επιδημικών, ενδημικών, επαγγελματικών και άλλων ασθενειών. (Κρεμαλής,2011).

ii) Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης του Συμβουλίου της Ευρώπης (Τορίνο 1961) (→ Η Χώρα μας κύρωσε το Χάρτη με το Ν 1426/1984).

Σε δύο ουσιαστικές ρυθμίσεις, το άρθρο 11, με θέμα το δικαίωμα για την προστασία της υγείας και το άρθρο 13, με θέμα το δικαίωμα για την κοινωνική και ιατρική αντίληψη, ανάγεται το Διεθνές Κοινωνικό Δίκαιο ως βασική πηγή του Δικαίου της Υγείας. Ο «συνδυασμός» των διατάξεων αυτών οδηγεί στην κατοχύρωση αφενός της προσφοράς υπηρεσιών υγείας για το σύνολο του πληθυσμού και ιδιαίτερα για τους ενδεείς, με την οργάνωση κρατικών φορέων ή σε συνεργασία με άλλες δημόσιες και ιδιωτικές οργανώσεις και αφετέρου της ζήτησης των υπηρεσιών αυτών, με τη θεμελίωση ενός ευρύτατου δικαιώματος που περιλαμβάνει από τις πιο απλές συμβουλευτικές υπηρεσίες και τις υπηρεσίες διαφώτισης μέχρι τις αναγκαίες υπηρεσίες πρόληψης και εξάλειψης των συνεπειών από τους κινδύνους υγείας. Στις περιπτώσεις που παραβιάζεται το δικαίωμα προστασίας της υγείας, τα συμβαλλόμενα κράτη πρέπει να καθιερώνουν ολοκληρωμένες διαδικασίες ελέγχου και κυρώσεων, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η αποτελεσματική άσκηση του δικαιώματος στην προστασία της υγείας. Επίσης, τα συμβαλλόμενα κράτη πρέπει να λαμβάνουν μέτρα που αποσκοπούν στην εξαφάνιση των αιτιών της μη ικανοποιητικής υγείας.(Κρεμαλής,2011).

Το δικαίωμα παροχών σε είδος για την κάλυψη των ασφαλιστικών κινδύνων της ασθένειας και της μητρότητας, καθώς και το δικαίωμα σε προνοιακές παροχές εξειδικεύονται σε σειρά διεθνών συνθηκών από τις οποίες οι πιο βασικές (λόγω της αποτελεσματικότητά τους) είναι **η Διεθνής Σύμβαση Εργασίας 102 της Δ.Ο.Ε** (Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας) (→ κυρώθηκε στην Ελλάδα με το Ν. 3251/1955) και **ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Κοινωνικής Ασφάλειας** (→ κυρώθηκε από την Ελλάδα με το Ν. 1136/1981 σύμφωνα με τον οποίο κατοχυρώνεται το ατομικό δικαίωμα για την προστασία της υγείας και θεσπίζονται τα ελάχιστα όρια υγειονομικής περίθαλψης).

iii) Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοηθική του Συμβουλίου της Ευρώπης (Οβιέδο 1997) (→ από την Ελλάδα έχει επικυρωθεί με το Ν. 2619/1998).

Η συγκεκριμένη σύμβαση παρουσιάζει σημαντικά και επίκαιρα ζητήματα, όπως η προστασία της αξιοπρέπειας και της ταυτότητας κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διακρίσεις κατά την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής Επιστήμης (άρθρο 1), η υπεροχή του

ατομικού συμφέροντος και της ανθρώπινης ευεξίας σε περίπτωση σύγκρουσης με αποκλίνοντα κοινωνικά ή επιστημονικά συμφέροντα (άρθρο 2), η ισότητα ευκαιριών στην ιατρική περίθαλψη ανάλογα με τις συγκεκριμένες ανάγκες και τους διαθέσιμους πόρους (άρθρο 3), η εφαρμογή συγκεκριμένων επαγγελματικών προτύπων και κανόνων σε κάθε επέμβαση στον τομέα της υγείας (άρθρο 4), η ελεύθερη και ενημερωμένη συναίνεση του ασθενούς πριν υποβληθεί σε ιατρική παρέμβαση που εγκυμονεί κινδύνους (άρθρο 5) κλπ. Επίσης προβλέπονται κανόνες για τις μεταμοσχεύσεις, για την ιατρική έρευνα, καθώς και για τις κυρώσεις κατά των παραβατών και για τις αποζημιώσεις υπέρ των ατόμων που έχουν υποστεί ζημιά από λάθη ιατρικών πράξεων. Το ενδιαφέρον στη διεθνή αυτή συνθήκη είναι επίσης ότι έχει αξιόλογες διατάξεις άμεσης εφαρμογής, οι οποίες θα μπορούσαν να θεμελιώσουν το σκεπτικό αποφάσεων των εθνικών δικαστηρίων. Περαιτέρω, επισημαίνεται ο κίνδυνος υπερβολών από την τυποποίηση των κανόνων συμπεριφοράς αυτών που εκτελούν ιατρικές πράξεις, καθώς αυτό που έχει σημασία είναι να απολαμβάνει ο ασθενής την ιατρική περίθαλψη ανάλογα με τις ανάγκες του και όχι ανάλογα «τυποποιημένες»- συνθήκες πρακτικές των επαγγελματιών υγείας.(Κρεμαλής,2011).

iv) Βασικά κείμενα μη δεσμευτικού χαρακτήρα (έμμεσες πηγές)

Αρχικά, βασική πηγή που διαμορφώνει το νομικό πλαίσιο προστασίας και προάσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών, αποτελεί η UNESCO (Οργάνωση των Ηνωμένων Εθνών για την Εκπαίδευση, την Επιστήμη και την Κουλτούρα). Επικρατούν τρεις αξιόλογες διακηρύξεις από την UNESCO, οι οποίες παίζουν βασικό ρόλο στα δικαιώματα του ατόμου: α) Η Παγκόσμια Διακήρυξη για το ανθρώπινο γονιδίωμα και τα δικαιώματα του ανθρώπου (1997), β) η Παγκόσμια Διακήρυξη για τα γενετικά ανθρώπινα στοιχεία και την προστασία τους ως ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων (2003) και γ) η Παγκόσμια Διακήρυξη για τη βιοηθική και τα δικαιώματα του ανθρώπου (2006).

Επίσης, για την υγεία, ιδιαίτερη σημασία έχουν οι διεθνείς υγειονομικοί κανονισμοί του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ιδρύθηκε το 1948 και έχει έδρα την Γενεύη), διότι είναι παγκόσμιος διεθνής οργανισμός, εξειδικευμένος σε θέματα υγείας, που έχει σαν σκοπό όλοι οι λαοί να εξασφαλίσουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας. Έτσι, σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. ο κάθε άνθρωπος, ανεξάρτητα από φυλή, θρησκεία, πολιτικές πεποιθήσεις, οικονομική ή κοινωνική κατάσταση, πρέπει να έχει δίκαιες και ισότιμες ευκαιρίες να πραγματοποιήσει στο μέγιστο βαθμό τις δυνατότητες που αφορούν την υγεία του. Γενικότερα, ο Π.Ο.Υ. έχει να επιδείξει σημαντικό έργο στην πρόταση υγειονομικών μέτρων κατά της εξάπλωσης νόσων και επιδημιών, στη σύσταση μέτρων δημόσιας υγείας και στον προσδιορισμό διεθνών

τυποποιημένων κανόνων για φάρμακα, βιολογικά και άλλα προϊόντα υγείας.

Βασικό ρόλο στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί και η διακήρυξη της Παγκόσμιας Ιατρικής Εταιρείας, η οποία υπάγεται στις Οργανώσεις αυξημένου κύρους. Η Παγκόσμια Ιατρική Εταιρεία, που δικτυώνει τις αντίστοιχες Εθνικές Επιστημονικές Εταιρείες, έχει δημοσιεύσει-μεταξύ άλλων- το Διεθνή Κώδικα της Ιατρικής Ηθικής (1949,1968, 1983 και 2006), όπου αναφέρονται οι στοιχειώδεις υποχρεώσεις του ιατρού σε σχέση με τους συναδέλφους του και με τους ασθενείς.(Κρεμαλής,2011).

3.2 Ευρωπαϊκό Θεσμικό Πλαίσιο των Δικαιωμάτων των Ασθενών

Η Ευρώπη, και συγκεκριμένα το Ευρωπαϊκό Δίκαιο της Υγείας, έχει επηρεάσει πολλαπλώς την παροχή υγειονομικών, ιατρικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών αλλά και την διασφάλιση επιμέρους δικαιωμάτων των πολιτών. Συγκεκριμένα, πρώτη η **Γαλλία** (όπως προαναφέρθηκε) το **1974 εξέδωσε το «Χάρτη των Δικαιωμάτων και Υποχρεώσεων των Ασθενών»** και την ίδια χρονιά (1974), η **Νοσοκομειακή Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων ψηφίζει τον «Ευρωπαϊκό Χάρτη για τα δικαιώματα των Ασθενών»**. Το 1994, ο πολίτης μπορεί πλέον με πλήρη ισονομία να απολαμβάνει το δικαίωμα στην υγεία. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας με τη **Διακήρυξη του 1994 στο Άμστερνταμ** προσδιόρισε τα δικαιώματα του ασθενούς για όλη την Ευρώπη. Η συγκεκριμένη διακήρυξη εστίαζε στα εξής:

- α) Ανθρώπινα δικαιώματα και αξίες στην ιατρική φροντίδα.
- β) Δικαίωμα στην πληροφόρηση για υπηρεσίες υγείας, κατάσταση υγείας ασθενών και δεύτερες γνώμες.
- γ) Δικαίωμα για πληροφορημένη συναίνεση.
- δ) Δικαίωμα στην εμπιστευτικότητα και ιδιωτικότητα.
- ε) Δικαίωμα στη φροντίδα και την θεραπεία.

Σημαντικό ρόλο για το δικαίωμα στην προστασία της υγείας αποτελεί η **συνθήκη του Μάαστριχτ (1992)**, η οποία είναι μια βασική Ευρωπαϊκή Συνθήκη μέσω της οποίας ορίστηκε για πρώτη φορά στο Ευρωπαϊκό Δίκαιο η ουσιαστική διακήρυξη για την ανάγκη προστασίας της υγείας σε υψηλό επίπεδο (άρθρ. 52 και 129).

Επίσης, βασική συνεισφορά στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί ο **Χάρτης των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης** που θεσπίζεται στη Νίκαια τον Δεκέμβριο του 2000 (που προέκυψε από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών). Το δικαίωμα του ανθρώπου στην προστασία της υγείας κατοχυρώνεται συγκεκριμένα στο άρθρο 35 του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της ΕΕ, το οποίο, με τον τίτλο «Προστασία της Υγείας» ορίζει ότι «Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικών φροντίδων, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου». Έτσι, παρατηρούμε πως το άρθρο αυτό κατοχυρώνει το δικαίωμα ισότιμης και χωρίς εμπόδια πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για την πρόληψη και θεραπεία ασθενειών (σύμφωνα με τις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές). Με τον Χάρτη, τα κράτη-μέλη δέχονται έναν ευρωπαϊκό

κατάλογο των δικαιωμάτων του ανθρώπου και πρωτοτυπούν διττώς, συγκεντρώνοντας σε ενιαίο κείμενο τα ατομικά, τα πολιτικά και τα κοινωνικά δικαιώματα του ανθρώπου και κατηγοριοποιώντας τα δικαιώματα αυτά με βάση έξι αξίες: την αξιοπρέπεια, την ελευθερία, την ισότητα, την αλληλεγγύη, τη δημοκρατία και τη δικαιοσύνη. (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017). Σε γενικές γραμμές, βασικός σκοπός του Χάρτη είναι η εφαρμογή και η τήρηση των θεμελιωδών δικαιωμάτων των πολιτών όλων των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και να δώσει την δυνατότητα στους πολίτες που ζουν σε αυτήν να απολαμβάνουν αυτά τα δικαιώματα με αποτέλεσμα να δημιουργείται ένα κλίμα εμπιστοσύνης προς τις πολιτικές που ασκεί.(Τσαντίλας,2008).

Τέλος, σημαντική συμβολή στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί η **Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών** (European Charter of Patients Rights, 2002), την οποία συνέταξαν το Δίκτυο Active Citizenship Network (ACN) (<http://www.activecitizenship.net/>) (→Δίκτυο του Ενεργού Πολίτη) μαζί με άλλες 12 Ευρωπαϊκές Οργανώσεις (το 2002). Η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών διακηρύσσει 14 δικαιώματα ασθενών (βασίζονται στο άρθρο 35 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης) τα οποία έχουν σαν βασικό στόχο να εγγυηθούν ένα «υψηλό επίπεδο προστασίας της ανθρώπινης υγείας» και να εξασφαλίσουν την υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται από τους διάφορους εθνικούς φορείς υγείας στην Ευρώπη. Τα 14 αυτά δικαιώματα (<http://www.activecitizenship.net/>, Σύνδεσμος Αμυλοείδωσης Κύπρου <https://fapcyprus.org/dikeoume/efropaiki-charta-dikeomaton-ton-asthenon>, <https://www.kastoriahospital.gr/files/DA.pdf>), τα οποία θα αναφερθούν αναλυτικότερα και στην αμέσως επόμενη Υποενότητα της παρούσας εργασίας, είναι τα εξής:

- 1. Δικαίωμα της πρόληψης**
- 2. Δικαίωμα της πρόσβασης**
- 3. Δικαίωμα της πληροφόρησης**
- 4. Δικαίωμα της συγκατάθεσης**
- 5. Δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής**
- 6. Δικαίωμα της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας**
- 7. Δικαίωμα στον σεβασμό του χρόνου του ασθενούς**
- 8. Δικαίωμα της τήρησης προδιαγραφών ποιότητας**
- 9. Δικαίωμα της ασφάλειας**
- 10. Δικαίωμα της καινοτομίας**
- 11. Δικαίωμα της αποφυγής περιττής ταλαιπωρίας και πόνου**
- 12. Δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας**

13. Δικαίωμα έκφρασης παραπόνων

14. Δικαίωμα αποζημίωσης

3.2.1. Εφαρμογή Ευρωπαϊκής Χάρτας Δικαιωμάτων των Ασθενών στις Ευρωπαϊκές Χώρες

(→ περίπτωση/παράδειγμα Ελλάδας και Γαλλίας)

Σύμφωνα με την γνωμοδότηση της **Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής** (στην συνεδρίαση της 26^{ης} Σεπτεμβρίου 2007) με θέμα: «Τα δικαιώματα του ασθενούς» (2008/C 10/18 → Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αριθ. C 010 της 15/1/2008 σ. 67-71), εδώ και πολλά χρόνια οι Ευρωπαϊκές Χώρες και η Ευρωπαϊκή Κοινότητα ασχολούνται με το θέμα των δικαιωμάτων των ανθρώπων που προσφεύγουν στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, είτε καταρτίζοντας Χάρτες, είτε θεσπίζοντας νόμους για την κατοχύρωση αυτών των δικαιωμάτων. Τα δικαιώματα εξαρτώνται προφανώς από την ποιότητα του Συστήματος Υγείας και την οργάνωση της περίθαλψης. Ωστόσο, εξαρτώνται και από την συμπεριφορά και την συνεργασία των επαγγελματιών του κλάδου της υγείας με τους ίδιους τους ασθενείς: συνεπώς θα μπορούσαν να προβλεφθούν βελτιώσεις στο εγγύς μέλλον.

Σημαντική συμβολή στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί η **Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών**, η οποία, όπως προαναφέρθηκε και στην προηγούμενη Υποενότητα, προτάθηκε το 2002 από το “active citizenship Network”(→ Δίκτυο του Ενεργού Πολίτη) και το Σεπτέμβριο του 2007 στις Βρυξέλλες υιοθετήθηκε από την Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή. Η Ευρωπαϊκή αυτή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών, που αποτελεί πλέον μέρος του Ευρωπαϊκού Δικαίου, διακηρύσσει 14 δικαιώματα ασθενών τα οποία βασίζονται στον Χάρτη των Θεμελιωδών δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (άρθρο 35→«Κάθε πρόσωπο δικαιούται να έχει πρόσβαση στην πρόληψη σε θέματα υγείας και να απολαύει ιατρικών φροντίδων, σύμφωνα με τις προϋποθέσεις που ορίζονται στις εθνικές νομοθεσίες και πρακτικές. Κατά τον καθορισμό και την εφαρμογή όλων των πολιτικών και δράσεων της Ένωσης, εξασφαλίζεται υψηλού επιπέδου προστασία της υγείας του ανθρώπου») και καταλαμβάνουν ιδιαίτερη θέση στις σχέσεις που οι Ευρωπαίοι Πολίτες διατηρούν με το Σύστημα Υγείας. Αυτά τα 14 δικαιώματα αποτελούν την βάση των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων τα οποία *θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να είναι σεβαστά σε κάθε χώρα*. Βασικός τους στόχος είναι η εγγύηση ενός υψηλού επιπέδου προστασίας της ανθρώπινης υγείας και η εξασφάλιση υψηλής ποιότητας των υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται από τους διάφορους εθνικούς φορείς υγείας στην Ευρώπη. Σχετίζονται με υποχρεώσεις και υπευθυνότητες τις οποίες θα πρέπει να αναλάβουν όλοι οι πολίτες αλλά και γενικά όλοι οι εμπλεκόμενοι στην παροχή υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη. Παρά ταύτα, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησαν οργανώσεις των πολιτών σε 14 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης,

το επίπεδο προστασίας αυτών των δικαιωμάτων διαφέρει πολύ από χώρα σε χώρα. Γενικά παρατηρούμε πως οι διαφορές των δικαιωμάτων των ασθενών από χώρα σε χώρα και η διάκριση τους βασίζεται κυρίως σε πολιτιστικά και κοινωνικά κριτήρια. Η Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των ασθενών εφαρμόζεται σε όλα τα άτομα χωριστά, αναγνωρίζοντας το γεγονός ότι διαφορές όπως ηλικία, φύλο, θρησκεία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, κ.λπ., μπορεί να επηρεάσουν τις διαφορετικές ανάγκες υγείας. (<http://www.activecitizenship.net/>, Σύνδεσμος Αμυλοείδωσης Κύπρου <https://fapcyprus.org/dikeoume/efropaiki-charta-dikeomaton-ton-asthenon>).

Παρακάτω παρουσιάζονται αναλυτικά αυτά τα 14 δικαιώματα της Ευρωπαϊκής Χάρτας καθώς και τα αντίστοιχα εθνικά δικαιώματα που εφαρμόζονται σε διάφορες Ευρωπαϊκές Χώρες, όπως στην Ελλάδα και στην Γαλλία.

Τα 14 αυτά δικαιώματα της Ευρωπαϊκής Χάρτας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (που αποτελεί πλέον μέρος του Ευρωπαϊκού Δικαίου, το οποίο πρέπει να ακολουθείται πιστά και από τη Χώρα μας αλλά και από κάθε Ευρωπαϊκή Χώρα) που θα πρέπει να αναγνωρίζονται και να είναι σεβαστά σε κάθε Χώρα, είναι τα εξής:

1) Το δικαίωμα της πρόληψης:

Κάθε άτομο έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει την παροχή των κατάλληλων υπηρεσιών έτσι ώστε να εμποδίσει την εμφάνιση ασθενειών.

Το δικαίωμα αυτό προβλέπεται έμμεσα στη Νομοθεσία της *Χώρας μας*, στην παράγραφο 1 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, η οποία αναφέρει πως «ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του».

2) Το δικαίωμα της πρόσβασης:

Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας που αντιστοιχούν στις ανάγκες τους. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εξασφαλίζουν ισότιμη πρόσβαση σε όλους χωρίς διακρίσεις ως προς την οικονομική κατάσταση, τον τόπο κατοικίας, το είδος της ασθένειας ή το χρόνο πρόσβασης στις υπηρεσίες.

Αυτό το δικαίωμα προβλέπεται (άμεσα) στη Νομοθεσία της *Ελλάδας*, στην παράγραφο 1 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα της πρόσβασης του κάθε ασθενούς στις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του υπηρεσίες του Νοσοκομείου(→ δικαίωμα το οποίο θα αναλυθεί λεπτομερέστερα στην επόμενη Υποενότητα της παρούσας εργασίας).

Επίσης, το δικαίωμα αυτό το συναντάμε και σε πολλές άλλες Ευρωπαϊκές Χώρες, όπως για παράδειγμα στην Γαλλία. Στην Γαλλία, την 4η Μαρτίου 2002, ψηφίζεται ο νόμος για τα δικαιώματα των ασθενών και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ο οποίος είναι αρκετά σημαντικός διότι απαντά στους έντονους προβληματισμούς της γαλλικής κοινωνίας αναφορικά με τη μη ικανοποιητική λειτουργία του Συστήματος Υγείας και διότι συγκεντρώνει τα διάσπαρτα νομοθετικά και νομολογιακά κείμενα (π.χ. τη νομολογία για το δικαίωμα της ενημέρωσης και συναίνεσης τους ασθενούς) για τα δικαιώματα του ασθενούς στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα και αναβαθμίζει το δικαίωμα στην προστασία της υγείας καθιερώνοντάς το ως θεμελιώδες δικαίωμα του ανθρώπου και διευρύνει το περιεχόμενο του δικαιώματος στην προστασία της υγείας. Το δικαίωμα αυτό, στην προστασία της υγείας, περιλαμβάνει, πέρα από την ισότιμη πρόσβαση στις φροντίδες, και τη συνεχή παροχή υπηρεσιών και την πρόληψη και το δικαίωμα σε κατάλληλες φροντίδες και την υγειονομική ασφάλεια. (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

3) Το δικαίωμα της πληροφόρησης:

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε κάθε είδος πληροφορίας σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, τις υπηρεσίες υγείας και τον τρόπο χρήσης τους καθώς επίσης και σε κάθε διαθέσιμη επιστημονική έρευνα και τεχνολογική καινοτομία.

Το αντίστοιχο εθνικό δικαίωμα που προβλέπεται στη Νομοθεσία της Χώρας μας, το συναντάμε στην παράγραφο 4 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα της πληροφόρησης του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του και συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του (→ δικαίωμα το οποίο θα αναλυθεί λεπτομερέστερα στην επόμενη Υποενότητα της παρούσας εργασίας).

Στην περίπτωση της Γαλλίας, το Συνταγματικό Συμβούλιο έχει δεχθεί ότι η πλήρης και σαφής ενημέρωση/πληροφόρηση του ασθενούς θεμελιώνεται στη συνταγματική περιωπής αρχή της προστασίας της αξιοπρέπειας του ανθρώπου. Η γαλλική νομολογία δέχεται, όσον αφορά στις τυχόν επιπλοκές και κινδύνους από τις ιατρικές πράξεις, ότι ο ιατρός οφείλει να ενημερώνει αναλυτικά για τους γνωστούς κινδύνους με βάση όσα γνωρίζει η ιατρική επιστήμη κατά τον χρόνο που γίνεται η επέμβαση, για τις σοβαρές επιπλοκές και κινδύνους, δηλαδή αυτούς που μπορεί να επιφέρουν τον θάνατο ή να καταστήσουν ανάπηρο τον ασθενή ή να τον παραμορφώσουν, για τους συχνούς κινδύνους ακόμη και αν δεν είναι σοβαροί και, τέλος, για τους εξαιρετικά σπάνιους κινδύνους, εφόσον μπορεί να προβλεφθούν. Γενικά, η κατάλληλη ενημέρωση περιλαμβάνει τις διάφορες εξετάσεις και θεραπείες που προτείνονται, τον επείγοντα ή μη χαρακτήρα τους, τους κινδύνους, τις εναλλακτικές θεραπείες και τις συνέπειες στην περίπτωση της άρνησης του ασθενούς να συναινέσει σε αυτές. Η ενημέρωση

καλύπτει και τα διοικητικά – οικονομικά στοιχεία της περίθαλψης –φροντίδας.

Επίσης, στην Γαλλία (όπως και στην Ελλάδα) υπάρχουν και νόμιμες εξαιρέσεις από την ενημέρωση / πληροφόρηση του ασθενούς. Δηλαδή, ο ιατρός δικαιούται να μην ενημερώνει τον ασθενή σε ειδικές τρεις περιπτώσεις και συγκεκριμένα α) εάν ο ασθενής επιλέγει να μην ενημερωθεί, β)εάν αδυνατεί να ενημερωθεί (για αντικειμενικούς λόγους), και γ) εάν συντρέχει περίπτωση επείγουσας φροντίδας. Το άρθρο 35 του γαλλικού Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας εξομοιώνει τις περιπτώσεις που ο ασθενής είναι ιδιαίτερα ευάλωτος ψυχολογικά με τις περιπτώσεις αδυναμίας των ασθενών να ενημερωθούν, με αποτέλεσμα να δικαιούται ο ιατρός να μην τους ενημερώνει ή να μην τους ενημερώνει πλήρως. Ο γαλλικός Άρειος Πάγος έχει δεχθεί ότι μπορεί να περιορισθεί νόμιμα η ενημέρωση χάριν προστασίας του ασθενούς και ότι το συμφέρον του ασθενούς καθορίζεται μεν από τον ιατρό, αλλά ελέγχεται από τα δικαστήρια με βάση τα έξης κριτήρια: τη φύση της παθολογίας, την προβλέψιμη εξέλιξή της και την προσωπικότητα του ασθενούς. Δηλαδή, στη Γαλλία, γίνεται δεκτή μια παραλλαγή του θεραπευτικού προνομίου, αφού όμως έχει εξασφαλισθεί ο δικαστικός έλεγχος της κρίσεως ως προς την αδυναμία για ενημέρωση και ο έλεγχος των αποφάσεων που για λογαριασμό του ασθενούς λαμβάνει ο ιατρός. (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

4) Το δικαίωμα της συγκατάθεσης:

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε κάθε είδος πληροφορίας η οποία μπορεί να τον βοηθήσει να συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων οι οποίες αφορούν την υγεία του, και έτσι να μπορέσει να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Έτσι, η πληροφόρηση αυτή πρέπει να αποτελεί προϋπόθεση για κάθε θεραπεία και διαδικασία συμπεριλαμβανόμενης της συμμετοχής σε επιστημονικά ερευνητικά προγράμματα.

Το δικαίωμα αυτό προβλέπεται στη Νομοθεσία της Χώρας μας, στην παράγραφο 3 (αλλά και στην παραγρ.5) του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης του ασθενούς σε κάθε διαγνωστική η θεραπευτική πράξη (→ δικαίωμα που θα παρουσιαστεί αναλυτικότερα στην επόμενη Υποενότητα της παρούσας εργασίας).

Όσον αφορά την περίπτωση της Γαλλίας, στο γαλλικό δίκαιο καθιερώνεται το δικαίωμα συναπόφασης (η συναπόφαση και η συνεργασία του ιατρού με τον ασθενή, αποτελεί βασική "λειτουργία" της συναίνεσης) του επαγγελματία υγείας με τον χρήστη που δέχεται τις υπηρεσίες του. Η συναπόφαση προσεγγίζει σε μεγαλύτερο βαθμό την πραγματικότητα, διότι απηχεί τον σημαντικό ρόλο των επαγγελματιών υγείας, την «ασυμμετρία των γνώσεων» που

διέπει τη σχέση ιατρού και ασθενούς, καθώς και την ανάγκη πραγματικής συνεργασίας μεταξύ τους (ιατρού – ασθενούς). Εξάλλου, ο σεβασμός της βούλησης του ασθενούς προβλέπεται και στον Κώδικα Δεοντολογίας. Το γαλλικό ΣτΕ δέχεται ότι το δικαίωμα του ασθενούς να συναινέσει αποτελεί θεμελιώδη ελευθερία κατά του ΚΔΔ. Χαρακτηριστικό παράδειγμα σ' αυτή την περίπτωση αποτελούν οι μάρτυρες του Ιεχωβά. Κατά καιρούς έχουν τεθεί αρκετά προβλήματα με την άρνηση των μαρτύρων του Ιεχωβά να δεχθούν μετάγγιση αίματος. Πριν το 2002, τα γαλλικά δικαστήρια δέχονταν ότι η παρά την άρνηση τους μετάγγιση αίματος, εφόσον είναι αναγκαία για την επιβίωση τους, δεν αποτελεί σοβαρή και πρόδηλη παραβίαση της θεμελιώδους ελευθερίας ούτε παραβιάζει το άρθρο 9 της ΕΣΔΑ. Ωστόσο, μετά την έκδοση του νόμου της 4ης Μαρτίου 2002 για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, η νομολογία των διοικητικών δικαστηρίων έχει μεταφραστεί και πλέον δεν είναι νόμιμη η μετάγγιση αίματος σε ενήλικα ασθενή, μάρτυρα του Ιεχωβά που δεν συναινεί προς τούτο. (Στην Ελλάδα, το δικαίωμα άρνησης θεραπευτικής αγωγής – μετάγγισης αίματος – από μάρτυρα του Ιεχωβά ανήκει στις διατάξεις της Νομοθεσίας που αφορούν το δικαίωμα ενημερωμένης συγκατάθεσης ή άρνησης του ασθενούς και το δικαίωμα σεβασμού των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων. Ωστόσο, έχει κριθεί νομολογιακά ότι η υγειονομική φροντίδα με τη μορφή μετάγγισης αίματος σε ένα μάρτυρα του Ιεχωβά ή στο παιδί του είναι σύννομη/νόμιμη, αφού δεν συνιστά απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση).

Επίσης, η νομοθεσία της Γαλλίας περιέχει ενδιαφέρουσες διατάξεις για την προστασία των ανηλίκων. Προβλέπει ότι, αν κινδυνεύει η ζωή του ανήλικου, ο ιατρός οφείλει να προστατεύσει την υγεία και τη ζωή του ασθενούς και να προβεί στις απαιτούμενες ενέργειες ακόμη και χωρίς τη συναίνεση των νόμιμων αντιπροσώπων του. Επίσης, προβλέπει ότι στην περίπτωση που ο ανήλικος δεν επιθυμεί να ενημερωθούν αυτοί που ασκούν τη γονική μέριμνα για την κατάσταση της υγείας του, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να τον πείσουν να δεχθεί να τους ενημερώσουν. Ωστόσο, αν ο ανήλικος επιμένει, οφείλουν να προχωρήσουν στις αναγκαίες επεμβάσεις, εφόσον ο ανήλικος συνοδεύεται από έναν ενήλικα της επιλογής του. Όσον αφορά τους ενήλικες, ενδιαφέρουσα είναι, επίσης, η πρόβλεψη του προσώπου εμπιστοσύνης, το οποίο κάθε ενήλικας μπορεί να διορίζει εγγράφως και ελεύθερα ανά πάσα στιγμή να ανακαλεί. Ο ασθενής κατά τη διάρκεια νοσηλείας του καλείται να διορίσει πρόσωπο εμπιστοσύνης. Αυτό το πρόσωπο εμπιστοσύνης ενημερώνεται και δίνει την προβλεπόμενη συναίνεση στην περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει τη βούλησή του. (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2017).

5) Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής :

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να επιλέγει ελεύθερα ανάμεσα στις διάφορες

θεραπευτικές διαδικασίες και στους ειδικούς των υπηρεσιών υγείας κατόπιν επαρκούς πληροφόρησης.

Το δικαίωμα αυτό προκύπτει από τα προηγούμενα δύο δικαιώματα (της πλήρους πληροφόρησης και της συγκατάθεσης) και προβλέπεται στη Νομοθεσία της *Ελλάδας* στις παραγράφους 3, κυρίως στην 4 αλλά και στην 5 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, οι οποίες αναφέρονται στο δικαίωμα της πλήρους πληροφόρησης του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, αλλά και για τις διάφορες θεραπευτικές διαδικασίες και για τα επιστημονικά ερευνητικά προγράμματα, στο δικαίωμα της ελεύθερης συμμετοχής του στη λήψη αποφάσεων και στο δικαίωμα συγκατάθεσης ή άρνησης κάθε θεραπευτικής πράξης.

Όσον αφορά το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ειδικών/επαγγελματιών που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας, αυτό προβλέπεται, στην Νομοθεσία της *Χώρας μας*, στο άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος και στο άρθρο 20 του Ν.2071/1992. Το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ιατρού, θεραπευτηρίου και υγειονομικής μονάδας απορρέει κυρίως από την ανάγκη ανάπτυξης σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Στην αντίστροφη του θεώρηση, το δικαίωμα αυτό αντιστοιχεί στο δεοντολογικό καθήκον του ιατρού να σέβεται τις προτιμήσεις των ασθενών και να μην τις παρεμποδίζει κατά την άσκηση του επαγγέλματος ή του λειτουργήματος του. Δυστυχώς όμως, το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής ιατρού και υγειονομικής μονάδας περιορίζεται σε μεγάλο βαθμό στην πράξη και η εφαρμογή των μέτρων που έχουν θεσπισθεί για την καθιέρωση και προστασία αυτού του δικαιώματος δεν έχει ολοκληρωθεί (κυρίως λόγω της έλλειψης ιατρικών ειδικοτήτων, της πλημμελούς στελέχωσης των Νοσοκομείων και των κλινικών και της έλλειψης επαρκούς ή σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού). (Κρεμαλής,2011).

6) Το δικαίωμα της εχεμύθειας και της εμπιστευτικότητας :

Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να παραμένουν εμπιστευτικά τα προσωπικά τους δεδομένα, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων που αφορούν την κατάσταση της υγείας τους και τις σχετικές διαγνωστικές ή θεραπευτικές διαδικασίες, καθώς επίσης και να προστατεύεται η ιδιωτικότητα τους κατά την εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων και γενικά ιατρικών χειρουργικών πράξεων.

Το αντίστοιχο εθνικό δικαίωμα που προβλέπεται στη Νομοθεσία της *Χώρας μας*, το συναντάμε στην παράγραφο 6 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς και διαφύλαξης του απορρήτου (→ δικαίωμα το οποίο θα παρουσιαστεί αναλυτικότερα στην επόμενη Υποενότητα της παρούσας εργασίας).

Όσον αφορά γενικά τα κράτη μέλη της ΕΕ, αυτά προστατεύουν το απόρρητο αφενός με

βάση τη συμβατική ευθύνη και την εμπιστοσύνη που διέπει τη σχέση των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών και αφετέρου με βάση την ιδιωτικότητα σύμφωνα με το άρθρο 8 της ΕΣΔΑ και τους σχετικούς εθνικούς κανόνες δικαίου. Η πρώτη νομική βάση εμποδίζει τους επαγγελματίες υγείας να ανακοινώνουν προσωπικά δεδομένα του ασθενούς χωρίς τη συναίνεση του, αλλά δεν προστατεύει την ιδιωτικότητα του. Η δεύτερη προστατεύει την ιδιωτικότητα του ασθενούς, καθώς και την ανακοίνωση και την επεξεργασία των πληροφοριών που εμπίπτουν στο επαγγελματικό απόρρητο ή/και στα προσωπικά δεδομένα. Άρα, οι διατάξεις που αφορούν την προστασία της ιδιωτικότητας παρέχουν πληρέστερη προστασία στον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών υγείας. (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2017)

7) Το δικαίωμα του σεβασμού του χρόνου του ασθενούς:

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει την κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (και περίθαλψη) σε σύντομο και προκαθορισμένο χρονικό διάστημα. Το δικαίωμα αυτό ισχύει για κάθε φάση της θεραπείας.

Το συγκεκριμένο δικαίωμα δεν προβλέπεται άμεσα στη Νομοθεσία της Χώρας μας.

8) Το δικαίωμα της τήρησης των προδιαγραφών ποιότητας:

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας τόσο ως προς την εξειδίκευση, όσο και ως προς την τήρηση συγκεκριμένων προδιαγραφών και κανόνων.

Το συγκεκριμένο δικαίωμα δεν προβλέπεται άμεσα στη Νομοθεσία της Χώρας μας, αλλά το συναντάμε με έμμεσο τρόπο στην παράγραφο 1 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα προσέγγισης του ασθενούς στις υπηρεσίες του κατάλληλου Νοσοκομείου.

9) Το δικαίωμα της ασφάλειας :

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας και θεραπείες οι οποίες πληρούν αυστηρά πρότυπα ασφάλειας, έτσι ώστε ο ασθενής να είναι απαλλαγμένος από βλάβες που προκαλούνται από την πλημμελή λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και από τα ιατρικά σφάλματα.

Το συγκεκριμένο δικαίωμα δεν προβλέπεται άμεσα στη Νομοθεσία της Χώρας μας, αλλά το συναντάμε με έμμεσο τρόπο στην παράγραφο 1 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα της πρόσβασης του ασθενούς στις κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του υπηρεσίες του Νοσοκομείου, το οποίο δικαίωμα απορρέει από την βασική αρχή της ασφάλειας που διέπει γενικά τη λειτουργία της δημόσιας υπηρεσίας (→ η αρχή της ασφάλειας θα παρουσιαστεί αναλυτικότερα στην επόμενη Υποενότητα της παρούσας

εργασίας).

10) Το δικαίωμα της καινοτομίας :

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα της πρόσβασης σε καινοτόμες διαδικασίες (συμπεριλαμβανόμενων των διαγνωστικών διαδικασιών) που συμβάλλουν στην εξέλιξη των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με διεθνείς προδιαγραφές και ανεξάρτητα από οικονομικούς παράγοντες.

Το συγκεκριμένο δικαίωμα δεν προβλέπεται άμεσα στη Νομοθεσία της *Ελλάδας*.

11) Το δικαίωμα της αποφυγής της περιττής ταλαιπωρίας και πόνου:

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να αποφύγει όσο το δυνατόν περισσότερο την περιττή ταλαιπωρία και πόνο σε κάθε φάση της ασθένειάς του.

Το συγκεκριμένο δικαίωμα δεν προβλέπεται άμεσα στη Νομοθεσία της *Ελλάδας*. (Το δικαίωμα αυτό με έμμεσο τρόπο απορρέει/προκύπτει από την παράγραφο 2 του άρθρου 47 του Ν.2071/ 1992, η οποία αναφέρεται στο γενικότερο δικαίωμα σε παροχή φροντίδας στον ασθενή, με τον δέοντα σεβασμό της αξιοπρέπειας του).

12) Το δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας :

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να λαμβάνει διαγνωστικές ή θεραπευτικές υπηρεσίες που είναι σχεδιασμένες, κατά το δυνατόν, στις δικές του ατομικές ανάγκες.

Το συγκεκριμένο δικαίωμα δεν προβλέπεται άμεσα στη Νομοθεσία της *Χώρας μας*.

13) Το δικαίωμα έκφρασης παραπόνων :

Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να εκφράσουν παράπονα, διαμαρτυρίες και ενστάσεις, οποτεδήποτε έχουν υποστεί ζημιά καθώς και το δικαίωμα να λάβουν απάντηση η άλλη ενημέρωση η γενικά αλλού είδους ανατροφοδότηση στα παράπονά τους.

Το αντίστοιχο εθνικό δικαίωμα που προβλέπεται στη Νομοθεσία της *Χώρας μας*, το συναντάμε στην παράγραφο 8 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, η οποία αναφέρεται στο δικαίωμα του ασθενούς για κατάθεση διαμαρτυρίας και ενστάσεως και για γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων (→ δικαίωμα το οποίο θα παρουσιαστεί αναλυτικότερα στη συνέχεια της παρούσας εργασίας).

14) Το δικαίωμα της αποζημίωσης :

Όλοι οι άνθρωποι έχουν το δικαίωμα να λάβουν ικανοποιητική αποζημίωση μέσα σε λογικά σύντομο χρονικό διάστημα, οποτεδήποτε έχουν υποστεί φυσική, ηθική ή ψυχολογική ζημιά εξαιτίας μιας θεραπείας/ιατρικής πράξης που παρείχε μια υπηρεσία υγείας.

Το συγκεκριμένο δικαίωμα δεν προβλέπεται άμεσα στη Νομοθεσία της *Χώρας μας*.

(<http://www.activecitizenship.net/>, <https://fapcyprus.org/dikeoume/efropaiki-charta-dikeomaton-ton-asthenon>, <https://www.kastoriahospital.gr/files/DA.pdf>).

3.2.2. Επίμετρο για τα δικαιώματα των ασθενών στην Ευρώπη

Αναφορικά με την *Ευρωπαϊκή Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή*, κατά την συνεδρίαση της (στις 26/9/2007), υιοθέτησε, όπως προαναφέρθηκε, την σχετική με «τα δικαιώματα του ασθενούς» γνωμοδότηση σύμφωνα με την οποία παρατηρούμε ότι αναγνωρίζονται τα εξής:

Ο σεβασμός των δικαιωμάτων εξαρτάται προφανώς από την ποιότητα του Συστήματος Υγείας και την οργάνωση της περίθαλψης, άλλα και από την συμπεριφορά και την συνεργασία των επαγγελματιών του κλάδου της υγείας με τους ίδιους ασθενείς.

Επίσης, στην γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής για τα δικαιώματα του ασθενούς αναφέρεται (στις «Συστάσεις για την άσκηση των δικαιωμάτων των ασθενών») ότι η κατοχύρωση και η άσκηση των δικαιωμάτων των ασθενών δημιουργούν ερωτηματικά σε πολλούς επαγγελματίες, ασθενείς, αρμοδίους για τις πολιτικές της υγείας και ενώσεις χρηστών. Θεωρείται επιτακτική η ανάγκη να σταματήσει η αντιπαράθεση μεταξύ των δικαιωμάτων των μεν και των υποχρεώσεων των δε. Ο σεβασμός των δικαιωμάτων των ασθενών κατανέμει και εξισορροπεί εξίσου τα καθήκοντα και τις ευθύνες των επαγγελματιών.

Επιπλέον, τονίζεται ότι είναι προς όφελος όλων μας να φέρουμε συλλογικά την ευθύνη για παροχή βοήθειας και υποστήριξης στους επαγγελματίες υγείας, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν καλύτερα στις εν λόγω προσδοκίες (→ προσδοκίες των ασθενών):

→ Με την ένταξη στην κατάρτιση τους των πτυχίων της δεοντολογίας, του σεβασμού του ατόμου και των δικαιωμάτων του, έτσι ώστε να κατανοούν τη σχετική δυναμική και τις επακόλουθες συνέπειες προκειμένου να μην αντιμετωπίζεται ο σεβασμός των δικαιωμάτων των ασθενών ως μια επιπλέον υποχρέωση.

→ Με τη δημιουργία χώρων συναντήσεων, επικοινωνίας και συζήτησης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (→ αναμεταξύ τους) και μεταξύ των επαγγελματιών και χρηστών υγείας, έτσι ώστε να υπάρχει η κατάλληλη συνεργασία.

→ Με την καθιέρωση νέων διαδικασιών ενημέρωσης και κατάρτισης των ασθενών που θα κινητοποιούν το σύνολο των παραγόντων του Συστήματος Υγείας.

→ Με την δημιουργία νέων παιδαγωγικών μεθόδων συναίνεσης που θα οδηγούν σε μια θεραπευτική συμμαχία.

→ Με την κατάρτιση και διάδοση νέων οργανωτικών και παιδαγωγικών μεθόδων με απώτερο σκοπό τον περιορισμό, κατά το δυνατόν, του άγχους, που υφίστανται τα παιδιά εξαιτίας της ιατρικής αγωγής στην οποία υποβάλλονται, και κυρίως της παραμονής τους στο

Νοσοκομείο.

→ Με τη σύσταση/δημιουργία επιτροπών Κλινικής Δεοντολογίας εντός των ιδρυμάτων υγείας, που θα επιτρέψουν την υποστήριξη των επαγγελματιών και το σεβασμό των δικαιωμάτων των ασθενών.

→ Με τη συμπερίληψη της προστασίας και της προώθησης των δικαιωμάτων των ασθενών σε Κώδικες Δεοντολογίας και Επαγγελματικής Συμπεριφοράς.

→ Με την ενίσχυση - "ενδυνάμωση" της φιλικότητας του Συστήματος Υγείας έναντι των χρηστών, με την αναβάθμιση της θέσης και του ρόλου του συνόλου των επαγγελματιών υγείας.

→ Με την επινόηση νέων συλλογικών μορφών άσκησης στις οποίες θα συμμετέχουν οι ιατροί και γενικά όλοι οι επαγγελματίες του κλάδου της υγείας :

- i) άσκηση σε ομάδες – ιατρικοί οίκοι υγείας,
- ii) διασύνδεση μεταξύ επαγγελματιών ιατρών, κοινωνικο-ιατρικών επαγγελματιών και κοινωνικών λειτουργών.

→ Με τον εκσυγχρονισμό της θέσης των ενώσεων των ασθενών και γενικότερα των χρηστών υπηρεσιών υγείας, των καταναλωτών, των οικογενειών και των πολιτών, που θα πραγματοποιηθεί:

- i) με την ένταξη των αντιπροσώπων των χρηστών στις αρχές αντιπροσώπευσης,
- ii) με την αναγνώριση του ρόλου ορισμένων ενώσεων στην θεραπευτική αγωγή, στην πρόληψη, στην ενημέρωση των ασθενών, κ.λπ.,
- iii) με την διασύνδεση – συνεργασία μεταξύ συνεταιριστικών και επαγγελματικών μηχανισμών,
- iv) με την χορήγηση των κατάλληλων μέσων στις ενώσεις για την ανάπτυξη των δράσεων τους και της έκφρασης τους (κατάρτιση, χορήγηση άδειας για αντιπροσώπευση...),
- v) με την δημιουργία ουδέτερων, ευχάριστων και φιλικών χώρων στις Νοσοκομειακές δομές, που θα επιτρέπουν και θα διευκολύνουν τους ασθενείς να διατυπώνουν τα ερωτήματα τους και να ετοιμάζουν, με την υποστήριξη των ενώσεων χρηστών, την ανταλλαγή απόψεων με τους επαγγελματίες υγείας,
- vi) με την εμπλοκή των ενώσεων, καθώς και των επαγγελματιών υγείας στην ανάλυση των παραπόνων και στον καθορισμό των μέτρων για τη βελτίωση της ποιότητας της παροχής φροντίδων.

Τέλος, η γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής (για τα

δικαιώματα του ασθενούς) κλείνει με ένα γενικό συμπέρασμα προς την επιβεβαίωση των συλλογικών δικαιωμάτων. Έτσι λοιπόν στο συμπέρασμα της εν λόγω γνωμοδότησης αναφέρεται ότι είναι ανάγκη να καταβληθούν προσπάθειες για την καθιέρωση της δημοκρατίας στον υγειονομικό τομέα που συνεπάγεται τη συλλογική κινητοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας και την εκπροσώπηση τους στις διάφορες βαθμίδες του Συστήματος Υγείας.

Συνεχίζει τονίζοντας πως τα δικαιώματα του ασθενούς αποτελούν μια από τις εκφάνσεις των δικαιωμάτων του ανθρώπου, σε καμία όμως περίπτωση μια ξεχωριστή κατηγορία – εκδηλώνουν τη βούληση κάθε ασθενούς να μη θεωρείται ως διαφορετικό άτομο και κυρίως να μην τίθεται εκτός κοινωνίας. Πρέπει να αναγνωρισθεί το γεγονός ότι με την πάροδο των χρόνων οι χρήστες του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης εκφράζουν όλο και πιο έντονα τις απόψεις τους όσον αφορά τις συνθήκες παροχής της περίθαλψης, λόγω της προσωπικής τους πείρας, αλλά και της καλύτερης ενημέρωσης τους και της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων (σε ό,τι αφορά την κατάσταση τους).

Συνεπώς πρέπει να εξεταστεί ποια είναι η θέση του ασθενούς στο Σύστημα λήψης αποφάσεων που τον αφορούν, λαμβάνοντας μέριμνα για τη διαφάνεια των διαδικασιών και το σεβασμό της ατομικότητας και της αξιοπρέπειας του καθενός. Έτσι, επισημαίνεται ότι το θέμα δεν είναι να υιοθετηθεί μια νομικίστικη καταναλωτική συμπεριφορά αλλά να αναγνωριστεί ότι ο ασθενής είναι αρκετά ώριμος, συγκροτημένος και καταρτισμένος για να συμμετέχει στις αποφάσεις που τον αφορούν με βάση το σεβασμό των δικαιωμάτων του.

Καταλήγοντας, θεωρείται πλέον απαραίτητο να δίδεται ο λόγος στους χρήστες (του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης) και στους αντιπροσώπους τους εφόσον οι προβληματισμοί για την υγεία υπεισέρχονται και σε άλλους τομείς, όπως: τρόπος παραγωγής, τρόπος ζωής, συνθήκες εργασίας, προστασία του περιβάλλοντος κλπ. Συνεπάγονται δηλαδή κοινωνικές, οικονομικές, δεοντολογικές επιλογές οι οποίες βαίνουν πέραν της ευθύνης των επαγγελματιών της υγείας και μόνον. (Δημητριάδου, 2016, Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2008 → <https://eur-lex.europa.eu/homepage.html>, <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2008:010:FULL&from=EL>, https://www.beststrong.org.gr/el/living_with_cancer/therightsofcancerpatients/patientsrightseurope/).

3.3 Ελληνικό Θεσμικό Πλαίσιο των Δικαιωμάτων των Ασθενών

3.3.1. Σύνταγμα

Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας προστίθεται αργά και μάλλον «δειλά» στα δημόσια δικαιώματα, επειδή η υγεία αρχικά θεωρείται ατομική υπόθεση, στη συνέχεια πράξη φιλανθρωπίας και ευεργεσίας και τα τελευταία χρόνια κοινωνικό αγαθό. (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

Στο Ελληνικό Σύνταγμα διασφαλίζονται τα ατομικά, πολιτικά και κοινωνικά δικαιώματα των Ελλήνων πολιτών. Υπάρχουν πολλά άρθρα του Συντάγματος που θεμελιώνουν το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, είτε ως ατομικό (λόγω της υποχρέωσης του Κράτους να την προστατεύει → άρθρο 5 παρ. 5 του Συντάγματος), είτε ως κοινωνικό δικαίωμα (εφόσον το Κράτος οφείλει να μεριμνά για την υγεία των πολιτών και να προβαίνει σε ενέργειες που την προάγουν, την διατηρούν ή την αποκαθιστούν → άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος), και γενικότερα καλύπτουν όλο το φάσμα των υγειονομικών υπηρεσιών, αγαθών και φροντίδων.

Αρχικά, το **άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος** αποτελεί μια βασική συνταγματική διάταξη που αναφέρεται στον σεβασμό και στην προστασία της ανθρώπινης αξίας ως πρωταρχική υποχρέωση της Πολιτείας.

Στα **άρθρα 4 παρ. 1 και 5 παρ. 2 του Συντάγματος** καθιερώνεται η αρχή της ισότητας και της απαγόρευσης των διακρίσεων, ενώ το **άρθρο 5 παρ. 2 και 5 του Συντάγματος**, γενικότερα, προστατεύει τη ζωή, την υγεία και τη γενετική ταυτότητα από βιοϊατρικές επεμβάσεις. Το **άρθρο 7 παρ. 2 του Συντάγματος** απαγορεύει τα βασανιστήρια, τις σωματικές κακώσεις ή βλάβες της υγείας, την άσκηση ψυχολογικής βίας και γενικά κάθε άλλη προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.

Το δικαίωμα στην προστασία της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα περιέχει την υποχρέωση του Κράτους να παρέχει υπηρεσίες ή να προβαίνει σε ενέργειες που προάγουν, διατηρούν ή αποκαθιστούν την υγεία των ανθρώπων. Αυτό το δικαίωμα θεμελιώνεται στο **άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος**, που προβλέπει «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων». Το άρθρο αυτό συνδυάζεται με το άρθρο 5 παρ. 5 του Συντάγματος που καθιερώνει το ατομικό δικαίωμα στην προστασία της υγείας και της γενετικής του ταυτότητας. Το κοινωνικό δικαίωμα προστασίας της υγείας ορίζεται ως το δικαίωμα του ανθρώπου να του παρέχει το Κράτος υπηρεσίες υγείας και να προβαίνει σε

θετικές ενέργειες, ώστε να εξασφαλίζεται προληπτικά ή θεραπευτικά η καλύτερη δυνατή σωματική, ψυχική και διανοητική ευεξία του. Το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος καλύπτει τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, ενώ τα άρθρα 5 και 22 του Συντάγματος κατοχυρώνουν τις ιδιωτικές. Επίσης, στο άρθρο 21 του Συντάγματος καθιερώνεται η κοινωνική πρόνοια, δηλαδή σύστημα αποσπασματικής κοινωνικής προστασίας από τον κίνδυνο της φτώχειας και από τις αυξημένες ανάγκες που αντιμετωπίζουν ειδικές κατηγορίες του πληθυσμού. (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

Τέλος, από το άρθρο 21 παρ. 3 του Συντάγματος προκύπτει ότι το Κράτος θα πρέπει να απέχει από ενέργειες οι οποίες προσβάλλουν την υγεία του ατόμου ή την ατομική ελευθερία υγείας. Η ελευθερία αυτή απαγορεύει όχι μόνο τις ενέργειες που είναι σκόπιμα επιβλαβείς για την υγεία αλλά ακόμη απαγορεύει και την ιατρική επέμβαση ή περίθαλψη χωρίς την συναίνεση του ασθενούς. (Βουλή των Ελλήνων <https://www.hellenicparliament.gr/>, Σύνταγμα της Ελλάδας <https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma>).

3.3.2. Ελληνική Νομοθεσία που κατοχυρώνει τα Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς

(→ Ν.2071/1992 και άλλοι σχετικοί Νόμοι)

Στην Ελλάδα ισχύει το μικτό Σύστημα Υγείας. Χαρακτηρίζεται ως μικτό Σύστημα Υγείας διότι περιλαμβάνει δομές και υπηρεσίες τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Το Σύστημα αυτό, με γνώμονα τις κοινωνικές ανάγκες και αξίες και κυρίαρχο το δικαίωμα της «υγιούς ζωής» από την πλευρά των πολιτών, καθιστά το Κράτος εγγυητή και υπεύθυνο της λειτουργίας του.

Σε μια αναδρομική επισκόπηση, τα δικαιώματα των ασθενών των υγειονομικών ιδρυμάτων προστατεύονταν, για πολλά χρόνια, έμμεσα μέσω του Α.Ν. (Αναγκαστικού Νόμου) **1565/1939 περί Κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος**. Η συμβολή του στα δικαιώματα των ασθενών περιορίζεται στην υποχρέωση της ευσυνείδητης άσκησης της ιατρικής και την αποτροπή της προσβολής του ιατρικού επαγγέλματος.

Το 1955 με το Β.Δ. (Βασιλικό Διάταγμα) περί ιατρικής δεοντολογίας (**1955→ Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας**) ρυθμίζεται μεταξύ άλλων το ζήτημα του ιατρικού απορρήτου και το θέμα της ιατρικής ευθύνης. Έτσι, στα άρθρα 7-15 διατυπώνονται έμμεσα τα δικαιώματα των ασθενών, όπως ο σεβασμός στην τιμή και την αξιοπρέπεια του ασθενούς, η ισότητα στην ιατρική μέριμνα, η απαγόρευση της πειραματικής πρόκλησης ασθένειας για επιστημονικούς λόγους, ως έκφραση υποχρέωσης εκ μέρους του ιατρού κατά την άσκηση του καθήκοντός του.

Μετά το 1955 (μέχρι το 1983), οι μόνες «σοβαρές» προσπάθειες περιλαμβάνουν την έκδοση μιας Υπουργικής Απόφασης για τη Σύσταση Επιτροπών Δεοντολογίας στα νοσηλευτικά ιδρύματα της Χώρας και μιας ακόμα για τη Διεξαγωγή Κλινικών Δοκιμών Φαρμάκων και Προστασία του Ανθρώπου.

Το 1983 ψηφίζεται ο ιδρυτικός Νόμος 1397 του Ε.Σ.Υ (Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας). Με το Νόμο αυτόν (**1397/1983**) ιδρύεται και λειτουργεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Χώρας μας και κατοχυρώνεται η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας για το σύνολο των πολιτών. Έτσι, στο άρθρο 1 ορίζεται σαφώς η ευθύνη του Κράτους για ισότιμη και δωρεάν παροχή ιατρικής φροντίδας προς όλους τους Έλληνες πολίτες (ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση).

Παρ' όλα αυτά, δεν υπάρχει ένα θεσμικό-νομικό πλαίσιο λειτουργίας, εφαρμογής και προστασίας των *δικαιωμάτων των ασθενών στο Δημόσιο Νοσοκομείο*.

Με την πάροδο των ετών, τα δικαιώματα των ασθενών θεσπίζονται και περιγράφονται σε ένα συνδυασμό διατάξεων.

Έτσι, η άμεση διατύπωση των δικαιωμάτων των ασθενών στο Δημόσιο Νοσοκομείο

συναντάται αρχικά, στη Χώρα μας, το 1992. Τότε τίθεται σε ισχύ στη Χώρα μας για πρώτη φορά ο **Νόμος 2071/1992** («Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας»), όπου με το άρθρο **47** κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των Νοσοκομειακών ασθενών. Η Ελλάδα ήταν από τις πρώτες Χώρες που θεσμοθέτησε δικαιώματα του Νοσοκομειακού ασθενούς, πρώτα για τα ιδρύματα υγειονομικού ενδιαφέροντος και στη συνέχεια για όλους τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Τα δικαιώματα αυτά, με τα άρθρα 1 και 2 του Νόμου 2519/1997, επεκτάθηκαν και εφαρμόστηκαν στους πολίτες-χρήστες των υπηρεσιών υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας).

Με βάση το **άρθρο 47 του Ν.2071/1992, κάθε ασθενής που νοσηλεύεται σε Δημόσιο Ίδρυμα Υγειονομικού Ενδιαφέροντος/Νοσοκομείο, έχει συνολικά τα εξής δικαιώματα:**

Αρχικά αξίζει να σημειωθεί πως τα δικαιώματα του χρήστη των δημοσίων υπηρεσιών υγείας κατατάσσονται κυρίως σε δύο κατηγορίες, με βάση τους κανόνες από τους οποίους απορρέουν. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τα δικαιώματα που στηρίζονται στη δημόσια υπηρεσία, τα οποία αποσκοπούν στη συμμετοχή των ανθρώπων στα διαθέσιμα κοινωνικά αγαθά. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει δικαιώματα που στηρίζονται στη συνταγματική αρχή της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου και στις ατομικές ελευθερίες του, τα οποία αναφέρονται στα ατομικά δικαιώματα των ασθενών εντός του δημοσίου Συστήματος Υγείας. (→ Ειδικότερα, στην δεύτερη κατηγορία, κατοχυρώνονται υπέρ του νοσοκομειακού ασθενούς το δικαίωμα της παροχής φροντίδας με σεβασμό στην αξιοπρέπειά του, της ενημέρωσης και της συναίνεσης, της προστασίας της ιδιωτικής του ζωής, του σεβασμού των ιδεολογικών και θρησκευτικών του πεποιθήσεων και της υποβολής αναφορών και ενστάσεων στα αρμόδια όργανα, τα οποία δικαιώματα θα αναλυθούν λεπτομερέστερα παρακάτω). (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

Έτσι, βάσει της πρώτης κατηγορίας δικαιωμάτων, προβλέπεται:

1) το βασικό ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΙΣ ΠΛΕΟΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΤΟΥ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ:

Σύμφωνα με αυτό το δικαίωμα, ο ασθενής, ως χρήστης δημόσιας υπηρεσίας υγείας δικαιούται να έχει πρόσβαση σε κατάλληλες, σε σχέση με την κατάσταση της υγείας του και τις δυνατότητες του Συστήματος Υγείας, υπηρεσίες προληπτικού ή θεραπευτικού χαρακτήρα. Το συγκεκριμένο δικαίωμα απορρέει από τις βασικές αρχές που διέπουν τη λειτουργία της δημόσιας υπηρεσίας, οι οποίες είναι:

1) Η αρχή της ισότητας:

Η αρχή της ίσης μεταχείρισης των χρηστών των δημοσίων υπηρεσιών απορρέει από τη συνταγματικά κατοχυρωμένη αρχή της ισότητας. Με βάση την αρχή της ισότητας, απαγορεύονται οι διακρίσεις κατά την πρόσβαση στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας καθώς και οι διακρίσεις μεταξύ των χρηστών των υπηρεσιών υγείας που τελούν υπό τις αυτές συνθήκες. Αυτές οι διακρίσεις μπορεί να στηρίζονται στο φύλο, στην κατάσταση της υγείας ή στην αναπηρία, στην ηλικία, στην ιθαγένεια, στις θρησκευτικές και γενικότερα στις ιδεολογικές πεποιθήσεις, στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, κ.α. Εντούτοις, στις ημέρες μας εντοπίζονται αρκετά προβλήματα ισότητας, κυρίως, όσον αφορά στην οικονομική κάλυψη της ασθένειας, στη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών υγείας και στα διαφορετικά όρια ηλικίας για τη συνταξιοδότηση των ανδρών και των γυναικών, τα οποία έμμεσα μπορεί να επηρεάζουν τις παροχές ασθενοείας.

ii) Η αρχή της συνέχειας (στη λειτουργία της δημόσιας υπηρεσίας υγείας):

Το δικαίωμα του χρήστη/ασθενούς να έχει πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες υγείας διασφαλίζεται και από την αρχή της συνέχειας, σύμφωνα με την οποία «δεν επιτρέπεται η διακοπή της λειτουργίας των δημοσίων υπηρεσιών λόγω της σπουδαιότητας των βασικών αναγκών στην ικανοποίηση των οποίων αποσκοπούν».(Σπηλιωτόπουλος,2011).Στην αρχή αυτή θέτονται βασικοί κανόνες όπως είναι η πρόβλεψη και η ύπαρξη προσωπικού ασφαλείας σε περίπτωση απεργίας, η απαγόρευση των δημοσίων υπαλλήλων να αποχωρούν από την υπηρεσία προτού γίνει αποδεκτή η παραίτησή τους, η υποχρέωση της διοίκησης να καλύπτει τις κενές οργανικές θέσεις με προαγωγή υπαλλήλων κατώτερων βαθμών, η επίταξη των υπηρεσιών των επαγγελματιών υγείας εκτός τακτικού ωραρίου για να αντιμετωπισθεί άμεση κοινωνική ανάγκη που μπορεί να θέτει σε κίνδυνο τη δημόσια υγεία, κλπ. Επίσης ειδικότερη εφαρμογή της αρχής της συνέχειας στη δημόσια υπηρεσία υγείας αποτελούν οι εφημερίες των επαγγελματιών υγείας, για τις οποίες έχουν θεσπιστεί βασικές διατάξεις για τη ρύθμισή τους. Το θέμα των εφημεριών είναι αρκετά ουσιώδες, καθώς οι εφημερίες εξασφαλίζουν την αδιάκοπη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας και συνακόλουθα το δικαίωμα του χρήστη-ασθενούς να έχει πρόσβαση κάθε στιγμή σε αυτές.

iii) Η αρχή της προσαρμοστικότητας (στις σύγχρονες ανάγκες των χρηστών – ασθενών) (αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας):

Η δημόσια υπηρεσία οφείλει να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες απαιτήσεις του δημοσίου συμφέροντος και να εξυπηρετεί τις βασικές ανάγκες των διοικουμένων, όπως αυτές εξελίσσονται και διαμορφώνονται. Έτσι, μια δημόσια υπηρεσία υγείας πρέπει να προσαρμόζεται στις σύγχρονες συνθήκες και να παρέχει υπηρεσίες υψηλής ποιότητας στους χρήστες και για αυτόν τον λόγο οφείλει να λειτουργεί αποτελεσματικά, επιτυγχάνοντας

συγκεκριμένους στόχους, και αποδοτικά πετυχαίνοντας αυτούς τους στόχους στον μεγαλύτερο δυνατό βαθμό με το μικρότερο δυνατό κόστος. Ταυτόχρονα, η προσαρμογή στη μεταβαλλόμενη πραγματικότητα οδηγεί στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Άρα, η αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση της δημόσιας υπηρεσίας αποτελεί προϋπόθεση και ταυτόχρονα αποτέλεσμα της αρχής της προσαρμοστικότητας.

iv) Η αρχή της οικονομικότητας (αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος):

Η οικονομικότητα, δηλαδή «η ικανοποίηση των βασικών αναγκών των διοικούμενων με τη μικρότερη δυνατή οικονομική θυσία αυτών εν όψει και του επιδιωκόμενου δημοσίου ή γενικότερου οικονομικού συμφέροντος»(Σπηλιωτόπουλος,2011), συνδέεται με την αποδοτικότητα και κατ' επέκταση με την προσαρμοστικότητα. Η οικονομικότητα μπορεί να διασφαλιστεί με την ορθολογική οργάνωση και διαχείριση. Επίσης, η οικονομικότητα συνδέεται και επηρεάζει θετικά την οικονομική ισορροπία της κοινωνικής ασφάλισης και της υγείας και κατ' επέκταση το είδος, το ύψος και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Γενικότερα, το περιεχόμενο των αρχών της προσαρμοστικότητας και της οικονομικότητας (αρχές που συνδέονται στενά μεταξύ τους) προσεγγίζει εννοιολογικά την υψηλή ποιότητα παροχών και τη βιώσιμη οικονομική ανάπτυξη.

v) Η αρχή της ασφάλειας (των υπηρεσιών υγείας)
(αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας):

Η ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας έχει την έννοια ότι ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας δικαιούται τις πλέον κατάλληλες φροντίδες και τις θεραπείες με αναγνωρισμένη αξία σε σχέση με τις ιατρικές γνώσεις που είναι διαθέσιμες, αν ληφθεί υπόψη η κατάσταση της υγείας του και ο επείγων χαρακτήρας των επεμβάσεων που απαιτούνται. Η αρχή της ασφάλειας εξειδικεύει την αρχή της καλής λειτουργίας της διοίκησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας. Στις ημέρες μας, η ανάγκη για ασφάλεια είναι περισσότερο επιτακτική από ποτέ σε όλους τους τομείς, κυρίως λόγω της ραγδαίας εξέλιξης της επιστήμης και της τεχνολογίας, ιδίως των βιοτεχνολογιών και της πληροφορικής. Η ασφάλεια των υπηρεσιών υγείας επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη της πρόληψης των ασθενειών (→ η πολιτική για την πρόληψη πρέπει να έχει ως βασικό στόχο την μείωση των κινδύνων για την υγεία και την βελτίωση των συνθηκών ζωής), την υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ανάπτυξη συνεκτικής πολιτικής για την υγεία, την αναστολή άσκησης του επαγγέλματος υγείας εφόσον τίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, τη συνεχή ιατρική εκπαίδευση, την πλήρη ενημέρωση των χρηστών, τη βελτίωση των δικτύων υγείας, την αποτελεσματική λειτουργία των μηχανισμών εσωτερικών και εξωτερικών ελέγχων των

παρεχόμενων υπηρεσιών κ.λπ.

vi) Η αρχή της συμμετοχής (των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στον καθορισμό της πολιτικής για την υγεία) / Η δημοκρατία στην υγεία (αναφέρεται στην παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας):

Η «δημοκρατία στην υγεία» συνοψίζεται στη θέσπιση διατάξεων που αναγνωρίζουν τα δικαιώματα των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, επιτρέποντάς τους μεγαλύτερη συμμετοχή στον καθορισμό της πολιτικής για την υγεία και στη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας (η συμμετοχή των χρηστών υπηρεσιών υγείας-ασθενών στη λήψη των αποφάσεων που τους αφορούν δεν εξετάζεται εδώ, αλλά αναφέρεται αναλυτικότερα παρακάτω). Οι ρυθμίσεις αυτές επιδιώκουν να αποκαταστήσουν μια νέα ισορροπία και εμπιστοσύνη μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Η συμμετοχή των χρηστών ως καταναλωτών διακρίνεται από τη συμμετοχή των χρηστών ως πολιτών. Στην πρώτη περίπτωση (χρήστες ως καταναλωτές) δίνεται έμφαση στην υγεία ως ατομικό αγαθό που ρυθμίζεται μέσω της αγοράς με την παρέμβαση ισχυρών καταναλωτικών κινήματων. Αντίθετα, στη δεύτερη περίπτωση (χρήστες ως πολίτες) δίνεται έμφαση στην υγεία ως κοινωνικό αγαθό και στον υπεύθυνο πολίτη, δηλαδή αυτόν που δραστηριοποιείται εντός της κοινότητας των πολιτών. Ο «υπεύθυνος πολίτης» και ο «κυρίαρχος καταναλωτής» είναι δυο συμπληρωματικές προσεγγίσεις που απηχούν την κοινωνική και την ατομική διάσταση του δικαιώματος στην υγεία.

(Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017, σελίδες 246-278).

Στην δεύτερη κατηγορία δικαιωμάτων κατατάσσονται, όπως προαναφέρθηκε, τα δικαιώματα που απορρέουν από την αξία, την αξιοπρέπεια και την αυτονομία του ανθρώπου και από τις ατομικές ελευθερίες του. Αυτά τα δικαιώματα είναι ενδεικτικά τα εξής:

2. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΟΝΤΑ ΣΕΒΑΣΜΟ ΣΤΗΝ ΑΞΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ ΤΟΥ:

Ο ασθενής έχει δικαίωμα σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, ως απόρροιας της ανθρώπινης αξίας και των κανόνων της βιοηθικής και του βιοδικαίου.

Οι έννοιες της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου βρίσκονται στην καρδιά και αποτελούν θεμέλιο όλων των δικαιωμάτων του ανθρώπου αλλά και απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία της δημοκρατικής κοινωνίας. Κατοχυρώνονται δε στο Σύνταγμα (άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος, όπως έχει προαναφερθεί), σε διεθνείς συμβάσεις, στο Ευρωπαϊκό Δίκαιο και σε πολλούς νομούς. Το περιεχόμενο της αρχής της προστασίας της αξίας και της

αξιοπρέπειας του ανθρώπου συνοψίζεται στην αξία που πρέπει να έχει ο άνθρωπος ως συνειδητό ον, ως «πρόσωπο» και εξειδικεύεται νομολογιακώς με βάση συγκεκριμένες υποθέσεις που έχουν απασχολήσει τα δικαστήρια. Η αρχή αυτή έχει καθολικό χαρακτήρα, διότι καλύπτει το σύνολο της ανθρώπινης ύπαρξης και όχι μόνο πλευρές της ψυχικής ή σωματικής ακεραιότητάς της. Η νομική αξία αυτής της αρχής έγκειται στο ότι το Κράτος υποχρεούται να εξασφαλίσει το ουσιώδες περιεχόμενο των δικαιωμάτων του ανθρώπου και στο ότι η αξία και η αξιοπρέπεια του ανθρώπου είναι οι κεντρικές έννοιες από τις οποίες απορρέει η κατοχύρωση πολλών ειδικότερων εγγυήσεων και αποτελούν βασικό εργαλείο για την ερμηνεία κάθε άλλης διάταξης. (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

Οι ειδικότερες εφαρμογές της προστασίας της αξίας και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου στο πλαίσιο της υγείας αφορούν κυρίως στην ισότητα, στην αποφυγή διακριτικής μεταχείρισης, στο δικαίωμα των ασθενών να αξιολογούν τις υπηρεσίες που τους παρέχονται (θέματα που έχουν αναπτυχθεί παραπάνω), στην ενημέρωση (και συναίνεση) των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους, στο δικαίωμα στην πληροφόρηση, στη σωματική και ψυχική τους ακεραιότητα, στον σεβασμό/προστασία της ιδιωτικής τους ζωής και στο δικαίωμα στην αυτονομία. (θέματα που θα αναλυθούν παρακάτω).

Επίσης, αξιοσημείωτο είναι και το θέμα της φροντίδας που θα πρέπει να παρέχεται στον ασθενή πάντα με βάση τον οφειλόμενο σεβασμό στην αξιοπρέπεια και στην προσωπικότητά του. Η φροντίδα αυτή (όπως αναγνωρίζεται στη νομοθεσία μας → παρ.2 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992) περιλαμβάνει όχι μόνο την άσκηση ιατρικής και νοσηλευτικής (υπηρεσίας), αλλά και γενικότερα τις παραϊατρικές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση. Ο ασθενής μπορεί να αξιώσει την παράλειψη του ιατρού να παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του, εκτός από το μέτρο, το βαθμό και την έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών. Ακόμα και στην τελευταία περίπτωση, ο ασθενής πρέπει να έχει επιτρέψει αυτή την παρέμβαση. Επίσης, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί στον ιατρό την εκμετάλλευση της σχέσης εμπιστοσύνης μέσω άσκησης οικονομικών ή άλλων πιέσεων, υπόδειξη θεραπείας ή παραπομπής σε εξετάσεις που δεν είναι προς το συμφέρον του. Σε ακραία περίπτωση, ο ασθενής έχει την δυνατότητα να αρνηθεί να καταβάλει τη νόμιμη αμοιβή, όταν η είσπραξή της επιδιώκεται όχι με ευπρέπεια και σεβασμό, αλλά με τρόπο που αντιβαίνει προς την αξιοπρέπεια και τον κατεξοχήν ανθρωπιστικό χαρακτήρα του ιατρικού επαγγέλματος. Ιδιαίτερες εγγυήσεις για σεβασμό της αξιοπρέπειας και προσωπικότητας των ασθενών, στο πλαίσιο των θεμελιωδών ηθικών αξιών, μπορούν να απαιτήσουν οι ειδικές ομάδες ασθενών που έχουν μεγαλύτερη

ανάγκη φροντίδας όπως οι ηλικιωμένοι ασθενείς, οι ασθενείς που βρίσκονται σε κώμα και γενικά οι ασθενείς που χρήζουν φροντίδας ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας, βάσει νομολογίας, έχουν το δικαίωμα (και οι ίδιοι οι ασθενείς αλλά και οι οικείοι τους) να απαιτήσουν την παρουσία του ιατρού έως το τέλος της ζωής καθώς και συνεχείς φροντίδες ανακούφισης των ψυχοσωματικών πόνων, ώστε να διατηρηθεί η αξιοπρέπεια μέχρι το τέλος της ζωής.

(Κρεμαλής,2011).

Η ανακούφιση του πόνου και η ηθική και ψυχολογική συμπαράσταση αποτελούν σήμερα υποχρέωση κυρίως του Κράτους, το οποίο οφείλει να λάβει θετικά μέτρα και να οργανώσει ειδικές υπηρεσίες παρηγορητικής φροντίδας. Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια να εισαχθεί η συστηματική παροχή παρηγορητικής φροντίδας από εξειδικευμένες υγειονομικές μονάδες. Τέτοιες δομές λειτουργούν κυρίως στα νοσοκομεία παιδιών «Αγία Σοφία» και «Παναγιώτη και Αγλαΐας Κυριακού» με την υποστήριξη σωματείων γονέων παιδιών που πάσχουν από ανίατες ή δυσίατες παθήσεις και εθελοντών, καθώς και στα νοσοκομεία για τους καρκινοπαθείς «Άγιος Σάββας» και «Μεταξά». (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

3.ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ Ή ΤΗΝ ΑΡΝΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ Ή ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ (Σε συνδυασμό με τα δικαιώματα των άρθρων 12 και 28 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας → Ν.3418/2005):

Όπως, προαναφέρθηκε, ο ασθενής έχει δικαίωμα σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, ως απόρροιας της ανθρώπινης αξίας και των κανόνων της βιοηθικής και του βιοδικαίου, η οποία του επιτρέπει να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Έτσι, προκύπτει και το δικαίωμα του ασθενούς για την προστασία της σωματικής, πνευματικής και ψυχικής του ακεραιότητας αλλά και το δικαίωμα για την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητάς του.

Η συγκατάθεση-συναίνεση επιτελεί δύο αλληλοτεμνόμενες λειτουργίες: Από τη μία εξασφαλίζει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία του ασθενούς με τον ιατρό και από την άλλη νομιμοποιεί τις επεμβάσεις στο πρόσωπο του ασθενούς, ώστε να μην θίγεται η αυτονομία και η αξιοπρέπειά του.

Στο Ελληνικό Δίκαιο (άρθρο 12, παρ. 1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας → Ν.3418/2005, και άρθρο 5 της Σύμβασης για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική) ισχύει ο κανόνας ότι ο ιατρός δεν επιτρέπεται να προβεί στην εκτέλεση οποιασδήποτε

ιατρικής πράξης (διαγνωστική ή θεραπευτική) χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενούς. Η *έγκυρη συναίνεση* προϋποθέτει: **α)** Την προηγούμενη πλήρη, σαφή και αναλυτική ενημέρωση του ασθενούς (θέμα που θα παρουσιαστεί παρακάτω), **β)** την ικανότητά του για συναίνεση, **γ)** την ανυπαρξία πλάνης, απάτης ή απειλής ή αντίθεσης με τα χρηστά ήθη. Στην περίπτωση της *ανικανότητας*, επιτρέπονται οι ιατρικές πράξεις, εφόσον έχουν άμεσο όφελος για τον ανίκανο. Εάν πρόκειται για ανήλικο , η συναίνεση δίνεται από τους ασκούντες τη γονική μέριμνα ή τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλειά του. Εάν πρόκειται για ενήλικα που έχει μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα στον οποίο εστιάζει η παρ. 3 του άρθρου 47 του Ν.2071/1992, η συναίνεση δίνεται από όποιον ενεργεί νόμιμα για λογαριασμό του. Ο ασθενής που πάσχει από ψυχικές διαταραχές μπορεί να απαιτήσει από τον ψυχίατρο να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του, αλλά και να ζητήσει να συμμετέχει στην αποφασιστική διαδικασία σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες και προτιμήσεις. (→ άρθρο 28 παρ. 3 και 4 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας → Ν.3418/2005).

(Κρεμαλής,2011, Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

4.ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΤΟΥ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ (Σε συνδυασμό με το δικαίωμα του άρθρου 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας → Ν.3418/2005):

Ο ασθενής δικαιούται να πληροφορηθεί με σαφή, πλήρες και κατανοητό τρόπο ό,τι αφορά στην πραγματική κατάσταση της υγείας του. Δεν αρκούν τα ενημερωτικά φυλλάδια, όσο παραστατικά και εκλαϊκευμένα και αν είναι. Η ενημέρωση πρέπει να συνδέεται με επιστημονικές συμβουλές και ανταλλαγή απόψεων. Αυτή η ενημέρωση, συγκεκριμένα, πρέπει να περιλαμβάνει τόσο τη διάγνωση δηλαδή τη διαπίστωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς όσο και το είδος της θεραπευτικής αγωγής με ό,τι αυτή συνεπάγεται, συγκρινόμενη και με άλλες εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας. Απαιτείται δηλαδή η σαφής πληροφόρηση για το εύρος και τις συνέπειες κάθε ιατρικής πράξης στην οποία θα προβεί ο ιατρός ή θα προτείνει να ακολουθήσει και να τηρήσει ο ασθενής, ώστε η συναίνεση του ασθενούς να προκύψει συνειδητά μετά από την πλήρη και κατανοητή, γι' αυτόν, ενημέρωσή του.

Όπως αναφέρει η παρ. 4 του άρθρου 47 του Ν. 2071/1992, αλλά και το άρθρο 11 παρ.1 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (→ Ν. 3418/2005), το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Ειδικότερα, ο ιατρός έχει καθήκον αλήθειας προς τον ασθενή και οφείλει να τον ενημερώνει πλήρως και κατανοητά για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, το

περιεχόμενο και τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τις συνέπειες και τους πιθανούς κινδύνους ή επιπλοκές από την εκτέλεσή της, τις εναλλακτικές προτάσεις, καθώς και για τον πιθανό χρόνο αλλά και το κόστος αποκατάστασης, έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να σχηματίζει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων και συνεπειών της κατάστασής του και να προχωρεί, ανάλογα, στη λήψη αποφάσεων που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

Επίσης, αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί και το γεγονός πως ο ιατρός οδηγείται πολλές φορές σε ιατρικό σφάλμα επειδή παραπληροφορεί και πείθει εύκολα τον ασθενή που έχει έλλειψη ειδικής γνώσης να ακολουθήσει την συγκεκριμένη προτεινόμενη ιατρική πράξη ή θεραπεία (που θα του προτείνει ο θεράπων ιατρός). Έτσι, ο ιατρός εύκολα παρουσιάζει ως αναπόφευκτη μια ιατρική πράξη ή θεραπεία, χωρίς καθόλου να ενημερώσει τον ασθενή για την ύπαρξη και άλλων εναλλακτικών επιστημονικώς αποδεκτών ιατρικών μεθόδων αντιμετώπισης του προβλήματός του, (οι οποίες θα έπρεπε να προηγηθούν) στερώντας του, έτσι, την ελπίδα θεραπείας με διαφορετικό και όχι, κάποιες φορές τόσο επώδυνο και μη αναστρέψιμο τρόπο. Άρα, όπως αναφέρθηκε, ο ιατρός θα πρέπει να δίνει πάντα αληθείς, ακριβείς και κατανοητές πληροφορίες (με εναλλακτικές προτάσεις) στον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του. Το δικαίωμα αυτό του ασθενούς (της ακριβής πληροφόρησης) έχει σκοπό την ενεργό συμμετοχή του στην ανταλλαγή απόψεων και στη λήψη αποφάσεων, ώστε να μην είναι παθητικός δέκτης των αποφάσεων των επαγγελματιών υγείας.

(Καλαμπούκα-Γιαννοπούλου,2011).

5. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΛΗΡΟΥΣ ΕΚ ΤΩΝ ΠΡΟΤΕΡΩΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΑΣΥΝΗΘΩΝ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΩΝ ΠΡΑΞΕΩΝ ΚΑΙ ΑΝΑΚΛΗΣΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ (Σε συνδυασμό με το δικαίωμα του άρθρου 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας → Ν.3418/2005):

Όπως αναφέρθηκε, ο ιατρός οφείλει, με ειλικρινή, πλήρες και κατανοητό τρόπο, να ενημερώνει τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, δηλαδή για την διάγνωση, την θεραπεία, την εξέλιξη της ασθένειάς του, τους κινδύνους, τις επιπλοκές, τις εναλλακτικές διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, το κόστος θεραπείας όπως και για οποιαδήποτε πειραματική, διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διεξαχθεί. Έτσι, ο ασθενής εφόσον έχει ενημερωθεί πλήρως για την ιατρική παρέμβαση, τη φύση της και τις ενδεχόμενες επιπλοκές από αυτήν, έχει την δυνατότητα της ελεύθερης απόφασης για την τέλεση ή την ακύρωσή της. (Εδώ απορρέουν και τα δικαιώματα του Συντάγματος για την

αυτοδιάθεση, τον αυτοκαθορισμό και την ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας, που όπως παρουσιάστηκαν παραπάνω, είναι: άρθρο 2 παρ. 1 του Συντάγματος → δικαίωμα της αυτοδιάθεσης και του αυτοκαθορισμού, άρθρο 5 παρ. 1 του Συντάγματος → δικαίωμα της ελεύθερης ανάπτυξης της προσωπικότητας).

Η συναίνεση-συγκατάθεση στην ιατρική παρέμβαση θα πρέπει να δίνεται από τον ίδιο τον ασθενή, εφόσον το επιτρέπει η κατάσταση της υγείας του. Σε διαφορετική περίπτωση, αν ο ασθενής δεν διαθέτει την ικανότητα έγκυρης συναίνεσης, πριν την εκτέλεση ιατρικής πράξης, ο ιατρός οφείλει να ενημερώσει τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν την εξουσία να συναινέσουν για την εκτέλεση της πράξης αυτής και να ενεργήσουν κατά νόμο για λογαριασμό του (είτε πρόκειται για ανήλικο που η συναίνεση δίνεται από τους ασκούντες τη γονική μέριμνα ή από πρόσωπα που έχουν την επιμέλεια του, είτε πρόκειται για ενήλικα που είναι διανοητικά μερικώς ή ολικώς ανίκανος που η συναίνεση δίνεται από όποιον ενεργεί νόμιμα για λογαριασμό του, πχ δικαστικός συμπαραστάτης ή οικεία πρόσωπα του ασθενούς, όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω στην παράγραφο/δικαίωμα 3).

Δεν υπάρχει δικαίωμα συναίνεσης, δηλαδή, ο ιατρός, κατ' εξαίρεση μπορεί να διενεργήσει την ιατρική πράξη χωρίς την συναίνεση του ασθενούς ή του νόμιμου αντιπροσώπου του, στις εξής περιπτώσεις (σύμφωνα και με την παρ. 3 του άρθρου 12 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας → Ν. 3418/2005):

- α) Όταν συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη παροχής φροντίδας,
- β) στην περίπτωση της απόπειρας αυτοκτονίας,
- γ) όταν υπάρχει άρνηση συναίνεσης από τα τρίτα πρόσωπα, που έχουν τη νόμιμη εξουσία συναίνεσης, ενώ υφίσταται μεγάλη ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για τη ζωή ή την υγεία του ασθενούς.

Επίσης, η παρ. 5 του άρθρου 47 του Ν. 2071/1992, εκτός των παραπάνω, αναφέρει πως εάν τελικά ο ασθενής αποφασίσει να συναινέσει ώστε να πραγματοποιηθεί η ιατρική πράξη, η συναίνεση αυτή μπορεί να ανανεωθεί ή να ανακληθεί, από τον ασθενή, ανά πάσα στιγμή. Έτσι, λοιπόν, ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφαση του να δεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση και η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή. Τέλος, σε περίπτωση που κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επέμβασης ο ιατρός αναγκαστεί να αλλάξει την ήδη επιλεγμένη θεραπευτική του μέθοδο, τότε θα πρέπει να επιλέξει εκείνη τη λύση που θα επιφέρει τον μικρότερο κίνδυνο, για τη ζωή του ασθενούς και θα συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας του, γεγονός το οποίο θα πρέπει να αποτελεί πάντα βασικό σκοπό του ιατρού. (Κρεμαλής,2011).

6.ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΗΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΖΩΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΥΛΑΞΗΣ ΤΟΥ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ (Σε συνδυασμό με τα δικαιώματα των άρθρων 13 και 14 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας → Ν. 3418/2005):

Το δικαίωμα του ασθενούς, για την διαφύλαξη της ιδιωτικότητας των προσωπικών του δεδομένων και αρχείων που αφορούν την υγεία, αφορά μία γενικότερη υποχρέωση για εχεμύθεια και μία ειδικότερη υποχρέωση του ιατρού για τήρηση του ιατρικού απορρήτου. Το ιατρικό απόρρητο περιλαμβάνει κάθε πληροφορία που αναφέρεται στην κατάσταση της υγείας, καθώς και σε προσωπικά στοιχεία του ασθενούς των οποίων έλαβε γνώση ο επαγγελματίας υγείας κατά την άσκηση της επαγγελματικής του δραστηριότητας και τα οποία δεν επιτρέπεται να αποκαλύψει ακόμα και μετά τον θάνατο του ασθενούς. Στις πληροφορίες αυτές εντάσσονται και ανθρώπινες ουσίες από τις οποίες μπορεί να αναγνωρισθεί η ταυτότητα του προσώπου. Έτσι, το ιατρικό απόρρητο ταυτίζεται με την αυστηρή και απόλυτη εχεμύθεια που πρέπει να τηρεί ο ιατρός για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή του ή του αποκαλύπτει ο ασθενής ή τρίτοι, στο πλαίσιο άσκησης ιατρικών καθηκόντων. Άρα, το ιατρικό απόρρητο στηρίζεται στη σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Εξάλλου, το ιατρικό απόρρητο πρωτοεμφανίζεται ήδη από την αρχαιότητα, στον όρκο του Ιπποκράτη, που αναφέρει ότι: "Όσα κατά τη διάρκεια της θεραπείας θα δω ή θα ακούσω ή, πέρα από τις ασχολίες μου στην καθημερινή ζωή, όσα δεν πρέπει ποτέ να κοινολογούνται στους έξω, θα τα αποσιωπώ, θεωρώντας ότι αυτά είναι μυστικά".

Το ιατρικό απόρρητο εξυπηρετεί δύο βασικούς σκοπούς: *Πρώτον*, την αποτελεσματική άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και εν γένει των επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενείς εμπιστεύονται στους επαγγελματίες υγείας πληροφορίες σχετικά με την υγεία και την οικογενειακή και την προσωπική τους κατάσταση, γνωρίζοντας ότι, λόγω του απορρήτου, δεν κινδυνεύουν να τις αποκαλύψουν σε τρίτους. *Δεύτερον*, την προστασία του κοινωνικά ευάλωτου ασθενή από την αποκάλυψη προσωπικών πληροφοριών, των οποίων λαμβάνει γνώση ο επαγγελματίας υγείας κατά την άσκηση του επαγγέλματός του. Άρα, παρατηρούμε πως το ιατρικό απόρρητο εξυπηρετεί και το ιδιωτικό συμφέρον του ασθενούς αλλά και το επαγγελματικό συμφέρον των ιατρών. Επίσης το απόρρητο διακρίνεται από την ανωνυμία, η οποία μπορεί να προβλεφθεί νομοθετικά για ορισμένες περιπτώσεις, όπως για παράδειγμα τις μεταμοσχεύσεις, ώστε να μη γίνεται γνωστός ο δότης, στις γεννήσεις με καθεστώς ανωνυμίας, ώστε να μην μπορεί, καταρχήν, το παιδί να μάθει την ταυτότητα της βιολογικής του μητέρας, στους ασθενείς που πάσχουν από το σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας, ώστε να μη στιγματίζονται κοινωνικά, κλπ.

Ο επαγγελματίας υγείας είναι, κατά κάποιον τρόπο, "θεματοφύλακας" όσων πληροφοριών λαμβάνει γνώση κατά την άσκηση της δραστηριότητάς τους σχετικά με την υγεία, την οικογενειακή και την προσωπική ζωή του ασθενούς. Οι πληροφορίες αυτές ανήκουν στον ασθενή με αποτέλεσμα αφενός να έχει πρόσβαση σε αυτές και να διατίθενται ελεύθερα από αυτόν, εφόσον ο νόμος το επιτρέπει, και αφετέρου το απόρρητο να μη στρέφεται εναντίον του ασθενή ή των προσώπων που αυτός έχει νόμιμα εξουσιοδοτήσει. Μπορεί επίσης να καθιερώνεται η έμμεση πρόσβαση του ασθενούς στον ιατρικό του φάκελο, δηλαδή με την κοινοποίηση των στοιχείων σε ιατρό της εμπιστοσύνης του και όχι απευθείας στον ίδιο τον ασθενή.

Με την εξέλιξη των επιστημών και της τεχνολογίας, η άσκηση της ιατρικής και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας σήμερα γίνεται κατά κανόνα *ομαδικά*. Οι πληροφορίες για την υγεία του ασθενούς γίνονται γνωστές στην ευρύτερη ομάδα των επαγγελματιών υγείας που τον φροντίζει. Έτσι, το απόρρητο δεν δεσμεύει μόνο τον ιατρό, αλλά όλους τους επαγγελματίες υγείας που λαμβάνουν γνώση των πληροφοριών αυτών συνδράμοντας τον ιατρό κατά την άσκηση των καθηκόντων του, όπως νοσοκόμους, μαίες, φοιτητές ιατρικής, καθώς και όλες τις υπηρεσίες μιας υγειονομικής μονάδας, όπως διοικητικές, γραμματειακές και οικονομικές υπηρεσίες.

(Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

Στις ημέρες μας υπάρχουν και αρκετές περιπτώσεις, προκαθορισμένες από το νόμο, κατά τις οποίες επιτρέπεται η άρση του ιατρικού απορρήτου (σε αντίθεση με παλαιότερα, που το ιατρικό απόρρητο είχε καθιερωθεί ιστορικά ως απόλυτο, ενώ σήμερα ισχύει ως σχετικό και επιδέχεται εξαιρέσεις). Έτσι, πιο συγκεκριμένα, με βάση την παράγραφο 3 του άρθρου 13 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (→ Ν. 3418/2005), το ιατρικό απόρρητο *αίρεται*:

α) όταν ο ιατρός πρέπει να εκπληρώσει ένα νόμιμο καθήκον (π.χ. την αποκάλυψη μολυσματικής νόσου), **β)** όταν ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή άλλου δικαιολογημένου, ουσιώδους δημοσίου συμφέροντος (π.χ. την ασφαλή χρήση ιατρικού εξοπλισμού από το κοινό) ή **γ)** όταν συντρέχουν λόγοι κατάστασης ανάγκης και άμυνας. Επίσης, η υποχρέωση να τηρηθεί το ιατρικό απόρρητο αίρεται, αν συναινεί σε αυτό εκείνος υπέρ του οποίου έχει τεθεί, εκτός αν η σχετική δήλωση του δεν είναι έγκυρη, όπως στην περίπτωση που αυτή είναι προϊόν πλάνης, απάτης, απειλής, σωματικής ή ψυχολογικής βίας, ή αν η άρση του απορρήτου προσβάλλει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (άρθρο 13, παρ.4 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας). Τέλος, σύμφωνα με την παρ.5 του άρθρου 13 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου, επιθεώρησης ή πραγματογνωμοσύνης απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης ιατρικού απορρήτου

μόνο απέναντι στους εντολείς τους και μόνο ως προς το αντικείμενο της εντολής τους.

Σύμφωνα με την παράγραφο 6 του άρθρου 47 του Ν. 2071/1992, ο ασθενής έχει δικαίωμα στο μέτρο και στις πραγματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, για την προστασία της ιδιωτικής του ζωής. Στην Ελλάδα, σειρά κανόνων του συνταγματικού, του διεθνούς και του ευρωπαϊκού δικαίου, καθώς και η κοινή νομοθεσία προστατεύουν το δικαίωμα του ασθενούς για σεβασμό της ιδιωτικής και της οικογενειακής του ζωής καθώς και την αυτοδιάθεση των πληροφοριών που αφορούν στα προσωπικά του δεδομένα. (Σε συνταγματικό επίπεδο, κατοχυρώνεται η αυτοδιάθεση των πληροφοριών σχετικά με την ιδιωτική και οικογενειακή ζωή στην παρ.1 και 2 του άρθρου 9 του Συντάγματος σε συνδυασμό με το άρθρο 5, παρ.1 και το άρθρο 2, παρ.1).

Στην συνέχεια της παρ. 6 του άρθρου 47 του Ν. 2071/1992, αναφέρεται πως ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων που αφορούν τον φάκελο του ασθενούς θα πρέπει να είναι εγγυημένος. Άρα, βάσει της παραγράφου αυτής του άρθρου 47, επιβάλλεται η τήρηση του ιατρικού απορρήτου το οποίο περιλαμβάνει όλους όσους παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Ο ασθενής ή τρίτο πρόσωπο που έχει έννομο συμφέρον δικαιούται να ζητήσει γραπτά η προφορικά ιατρικό πιστοποιητικό για την παρούσα κατάσταση της υγείας του ασθενούς μετά από προηγούμενη εξέταση του. Τα ιατρικά πιστοποιητικά ή οι ιατρικές γνωματεύσεις παραδίδονται μόνο σε αυτόν που παραδεκτά τα ζήτησε ή σε τρίτο πρόσωπο ειδικά εξουσιοδοτημένο. Είναι προς το συμφέρον του ασθενούς να τηρείται ιατρικό αρχείο, για μερικά χρόνια, με τα βασικά δεδομένα που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με την ασθένειά του. (Η προστασία των προσωπικών δεδομένων από τα αρχεία ιατρικών δεδομένων που τηρούνται σε ηλεκτρονική ή όχι μορφή ρυθμίζεται από το Ν.2472/1997. Πρόκειται, προφανώς, για μία εξειδικευμένη προστασία, σε σχέση με το γενικότερο καθήκον ιατρικής εχεμύθειας). Μόνο με τη γραπτή συναίνεση του ασθενούς μπορεί ο ιατρός να χρησιμοποιήσει δεδομένα του αρχείου που γνωστοποιούν την ταυτότητα του ασθενούς. Επίσης, με βάση το άρθρο 14 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (→ Ν. 3418/2005), ο ασθενής ή οι κληρονόμοι του (μέχρι τέταρτου βαθμού συγγένειας) έχουν δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία, καθώς και δικαίωμα λήψης αντιγράφων του ιατρικού φακέλου.

(Κρεμαλής,2011).

7.ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΤΟΥ ΣΕΒΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΑΓΝΩΡΙΣΕΩΣ ΤΩΝ ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΙΔΕΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (Σε συνδυασμό με τα δικαιώματα των άρθρων 8 και 28 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας → Ν. 3418/2005):

Το δικαίωμα του ασθενούς για σεβασμό και αναγνώριση των θρησκευτικών και

ιδεολογικών του πεποιθήσεων το συναντάμε αρχικά στο άρθρο 5 παρ. 2 του Συντάγματος, όπου (όπως προαναφέρθηκε) απαγορεύονται οι διακρίσεις με βάση, μεταξύ άλλων, τη θρησκεία ή τις πολιτικές πεποιθήσεις των πολιτών. Ακόμα, κατοχυρώνεται και στο άρθρο 13 παρ. 1 του Συντάγματος, το οποίο αναφέρει ότι: "Η ελευθερία της θρησκευτικής συνείδησης είναι απαραβίαστη. Η απόλαυση των ατομικών και πολιτικών δικαιωμάτων δεν εξαρτάται από τις θρησκευτικές πεποιθήσεις καθενός".

Μέσα από την παράγραφο 7 του άρθρου 47 του Ν. 2071/1992, η οποία αναφέρεται στον σεβασμό των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων, εξασφαλίζεται το δικαίωμα άσκησης γενικών θρησκευτικών καθηκόντων του νοσοκομειακού ασθενούς, το δικαίωμα άρνησης θεραπευτικής αγωγής, π.χ. μετάγγισης αίματος από μάρτυρα Ιεχωβά (σ' αυτήν την περίπτωση, κρίθηκε, ωστόσο νομολογιακά ότι η υγειονομική φροντίδα με τη μορφή μετάγγισης αίματος σε ένα μάρτυρα του Ιεχωβά ή στο παιδί του είναι σύνηθες/νόμιμη, αφού δεν συνιστά απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση), κ.α.

Επίσης, το δικαίωμα αυτό το συναντάμε και στο άρθρο 8 παρ. 4 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (→ Ν. 3418/2005), όπου αναφέρεται ότι ο ασθενής έχει δικαίωμα σεβασμού των θρησκευτικών, φιλοσοφικών, ηθικών ή πολιτικών απόψεων και αντιλήψεων του κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών. Ειδικά, όπως αναφέρει το άρθρο 28 παρ. 6 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (→ Ν. 3418/2005), στην περίπτωση φροντίδων ψυχικής υγείας πρέπει να γίνεται σεβαστή η πνευματική, συναισθηματική και ηθική αυτονομία του ανθρώπου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Για αυτό τον λόγο, κατά τη θεραπεία, ο ασθενής μπορεί να απαιτήσει τη λήψη μέτρων που να διασφαλίζουν την άσκηση των θρησκευτικών και πολιτικών επιλογών, καθώς και τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες που δεν επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική του κατάσταση.

(Κρεμαλής,2011).

8. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΔΙΑΜΑΡΤΥΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΝΣΤΑΣΕΩΣ ΚΑΙ ΓΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠ' ΑΥΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ:

Σύμφωνα με την παράγραφο 8 του άρθρου 47 του Ν. 2071/1992, ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες ή ενστάσεις, να παραπονεθεί σε περίπτωση που έχει υποστεί ζημιά, καθώς και το δικαίωμα να λάβει πλήρη και σαφή ενημέρωση και γνώση για τις ενέργειες και τα αποτελέσματα αυτών.

Για την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενούς καθίσταται δυνατή η προσφυγή του σε διάφορες διοικητικές αρχές – όργανα εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας, όπου μπορούν να εξεταστούν αυτές οι διαμαρτυρίες του, όπως το Γραφείο

Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, ο Συνήγορος του Πολίτη – Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας – Εθνική Αρχή Διαφάνειας και άλλα όργανα – αρχές που θα παρουσιαστούν σε επόμενο Κεφάλαιο.

Έτσι, κάνοντας μια σύγκριση μεταξύ των δικαιωμάτων που προβλέπονται στην Ευρωπαϊκή Χάρτα των Ασθενών (→ που είναι Ευρωπαϊκό Δίκαιο και η Χώρα μας, όπως και κάθε Ευρωπαϊκή Χώρα, πρέπει να το ακολουθεί πιστά) και των δικαιωμάτων που προβλέπει η Ελληνική Νομοθεσία (→ στο Ν.2071/1992), παρατηρούμε ότι 7 από τα 14 δικαιώματα της Ευρωπαϊκής Χάρτας δεν προβλέπονται αυτούσια και άμεσα στη Νομοθεσία της Χώρας μας (παρά κάποια εκ της Ευρωπαϊκής Χάρτας προασπίζονται στη Χώρα μας, *εμμέσως*, είτε με αναλογικές εφαρμογές διατάξεων και δικαιωμάτων του Συντάγματος, είτε εμμέσως από άλλες γενικότερες διατάξεις του ΑΚ και συναφών νόμων). Αυτά τα 7 δικαιώματα, που δεν προβλέπονται αυτούσια και άμεσα στη Νομοθεσία της Χώρας μας, είναι συνολικά:

- 1. Το δικαίωμα του σεβασμού του χρόνου του ασθενούς
- 2. Το δικαίωμα της τήρησης προδιαγραφών ποιότητας
- 3. Το δικαίωμα της ασφάλειας
- 4. Το δικαίωμα της καινοτομίας
- 5. Το δικαίωμα της αποφυγής περιττής ταλαιπωρίας και πόνου (και διακρίσεων)
- 6. Το δικαίωμα της εξατομικευμένης θεραπείας
- 7. Το δικαίωμα της αποζημίωσης

(Δημητριάδου,2016, Δαχτάρη,2016→<https://www.iatronet.gr/vima-astheni/imerides-vimata-asthenwn/topic/1122/ta-dikaiwmata-twn-asthenwn-kai-i-proaspisi-toys.html>).

Στη συνέχεια της Ελληνικής Νομοθεσίας για τα δικαιώματα των ασθενών στο Δημόσιο Νοσοκομείο, όπως αναφέρθηκε και στην ιστορική αναδρομή, έχουμε το **Ν.2519/1997** με τον οποίο καθιερώνονται πλέον τα Όργανα Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (→ Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη, Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων των Ασθενών).

Επίσης, με το **Ν.2619/1998** κυρώνεται από τη Βουλή η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα για τη Βιοϊατρική (που υπογράφηκε τον Απρίλιο του 1997 στο Οβιέδο της Ισπανίας). Ο νόμος αυτός στο πρώτο του άρθρο περιλαμβάνει 14 κεφάλαια και 38

άρθρα, όπου τίθενται διεξοδικά όλοι οι υποχρεωτικοί όροι προστασίας όλων των δικαιωμάτων και ελευθεριών του ατόμου, όπως: η ίση ευκαιρία όλων στην πρόσβαση και την ποιοτική περίθαλψη, η τήρηση της επαγγελματικής δεοντολογίας, η ελεύθερη συναίνεση του ασθενούς έναντι οποιασδήποτε πράξης και κατόπιν πλήρους πληροφόρησης και αντίστοιχα η προστασία της αδυναμίας συναίνεσης καθώς και ο σεβασμός της προσωπικής ζωής.

Αξιοσημείωτη είναι και η αναφορά στα ειδικά δικαιώματα των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές. Με το άρθρο 2 παρ. 2 του **N.2716/1999** (όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 12 παρ. ΣΤ του Ν. 2955/2001 και στη συνέχεια αντικαταστάθηκε πάλι με το άρθρο 11 του **N.4272/2014**) συστήνεται η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, που μέχρι τώρα έχει διαπράξει διαπιστωμένα έργα. Ο νέος Νόμος **4461/2017** που δημιουργήθηκε για τη Μεταρρύθμιση της Διοικητικής Οργάνωσης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, στο άρθρο 7, συστήνει πλέον σε κάθε Περιφερειακή Διοίκηση Τομέων Ψυχικής Υγείας, επταμελή Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Ψυχικής Υγείας.

Επίσης, βασικός είναι και ο **N.4213/2013** που αφορά την «προσαρμογή της εθνικής (Ελληνικής) νομοθεσίας στις διατάξεις της Οδηγίας 2011/24/Ε.Ε του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 9^{ης} Μαρτίου 2011 περί εφαρμογής των δικαιωμάτων των ασθενών στο πλαίσιο της διασυνοριακής υγειονομικής περίθαλψης (L88/45/4.4.2011) και άλλες διατάξεις».

Ολοκληρώνοντας, σημαντικό είναι να αναφερθεί και ο νέος Νόμος **4368/2016** → «Μέτρα για την επιτάχυνση του κυβερνητικού έργου και άλλες διατάξεις», ο οποίος, μεταξύ άλλων, αναφέρεται στην πρόσβαση των ανασφάλιστων και των κοινωνικά ευάλωτων ομάδων στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας και έτσι διευκρινίζεται με ακρίβεια η δυνατότητα της ισότιμης πρόσβασης όλων των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας (→ άρθρο 33). Ο νόμος αυτός αναφέρεται επίσης και στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας με την καθιέρωση του «Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας» (→ άρθρο 60).

3.3.3. Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

(→ Ν. 3418/2005)

Κώδικας Δεοντολογίας:

Ορισμός :

«δέον + λόγος» = υπόδειξη των δεόντων

«κώδικας» = λογική και συστηματική καταγραφή κανόνων.

Ένας Κώδικας Δεοντολογίας περιλαμβάνει κανόνες συμπεριφοράς που θεσπίζονται, είτε από Επαγγελματικές Οργανώσεις, ως μηχανισμός αυτορρύθμισης, δηλαδή θεσπίζονται αυτόνομα από τα ίδια τα μέλη ενός επαγγελματικού κλάδου (→ Soft Law), είτε από την Πολιτεία. Σε περίπτωση που θεσπίζονται από την Πολιτεία, έχουν ισχύ Τυπικού Νόμου. Η παραβίαση των κανόνων συμπεριφοράς (=ετερόνομοι κανόνες) επιφέρουν Πειθαρχικές Κυρώσεις. Επίσης, η εκ μέρους (εν προκειμένω) του ιατρού (κλπ) παραβίαση των κανόνων συνιστά παράνομη συμπεριφορά, πράγμα που έχει μεγάλη σημασία για τη θεμελίωση της ιατρικής αστικής και ποινικής ευθύνης.

Κώδικας Δεοντολογίας :

Η Νομική Επιστήμη στοχεύει στην → Ασφάλεια Δικαίου → συνεπώς η Ιατρική Ηθική (όπως και η Νοσηλευτική, Οδοντιατρική και η Φαρμακευτική Ηθική) → κατέστησαν περιεχόμενο τυπικού(-ών) Νόμου(-ων).

Στην Ελλάδα, τα δικαιώματα των ασθενών των υγειονομικών ιδρυμάτων προστατεύονταν έμμεσα μέσω κανόνων ιατρικής δεοντολογίας που πρωτοεμφανίστηκαν ήδη από το 1926 (διάταγμα 1.3.1926 "περί πρόσκαιρου Κώδικος της δεοντολογίας του Ιατρικού επαγγέλματος). Έπειτα, όπως αναφέρθηκε, η προστασία τους περιήλθε έμμεσα στον Αναγκαστικό Νόμο 1565/1939 "περί Κώδικος ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος" και στη συνέχεια στο Βασιλικό Διάταγμα της 25.5/6.7 του 1955 "περί κανονισμού ιατρικής δεοντολογίας".

Το 2005 εμφανίστηκε ένας νέος Κώδικας δεοντολογίας με προφανή σκοπό να εκσυγχρονίσει το παρωχημένο τότε ισχύον πλαίσιο. Σύμφωνα με την Αιτιολογική Έκθεση του **Ν. 3418/2005**, που είναι ο νέος Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, ο στόχος του νέου Κώδικα ήταν "όχι μόνο να προσφέρει ένα γενικό πλαίσιο, αλλά να καλύψει το κενό που υπήρχε, καθώς το προηγούμενο σχετικό νομοθέτημα (ΒΔ της 25.5/6.7 του 1955) είχε γίνει σε μία εποχή που τόσο η άσκηση της Ιατρικής, όσο και η γενικότερη επιστημονική εξέλιξη διέφεραν

σημαντικά σε σχέση με την σημερινή τους μορφή... Λόγω των επιστημονικών μεταβολών που σημειώθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες, κρίθηκε απαραίτητη η προσθήκη... όχι μόνο κάποιων νέων άρθρων, αλλά και ολόκληρων κεφαλαίων".

Έτσι, σήμερα, τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών κατοχυρώνονται και προστατεύονται άμεσα (εκτός των όσων αναφέρθηκαν στις προηγούμενες υποενότητες, δηλαδή εκτός από το Σύνταγμα, εκτός από το Ν.2071/1992, και γενικά εκτός από τις διατάξεις που αναφέρθηκαν) και από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του Νόμου 3418/2005. Πρόκειται για νομικούς κανόνες που έχουν απόλυτο δεσμευτικό χαρακτήρα για τον ιατρό που παρέχει υπηρεσίες στον ασθενή. Το περιεχόμενο του αποτελείται από 45 άρθρα και 12 κεφάλαια. Σε αυτόν τον Κώδικα, αναλύονται οι νομικές υποχρεώσεις των ιατρών απέναντι στους ασθενείς, μέσω των οποίων θεμελιώνονται, οριοθετούνται και προστατεύονται τα δικαιώματά τους (των ασθενών). Στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας παρατηρούμε πως αποτυπώνονται οι Θεμελιώδεις Αρχές του Δικαίου της Υγείας ως νομοθετικές/δεσμευτικές επιταγές: 1) η αρχή του αυξημένου σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, 2) η αρχή της ελευθερίας της ιατρικής επιλογής (ασθενούς και ιατρού) και 3) η αρχή της ισότητας στο χώρο της υγείας.

Αρχικά, στο **Κεφάλαιο Α** και *άρθρο 1* του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (→Ν.3418/2005) δίνονται οι ορισμοί της ιατρικής πράξης, του ασθενούς και του οικείου προσώπου / συγγενούς.

Στο **Κεφάλαιο Β** του Κώδικα αναφέρονται γενικοί κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, μέσω των οποίων εξασφαλίζονται τα δικαιώματα των ασθενών. Συγκεκριμένα στο *άρθρο 2* τονίζεται πως η ιατρική πρέπει να ασκείται ως λειτούργημα που έχει σαν βασικό σκοπό την προστασία της υγείας του ανθρώπου. Η πιο βασική παράγραφος του άρθρου 2 είναι η τρίτη, στην οποία αναφέρεται ότι "το ιατρικό λειτούργημα ασκείται σύμφωνα με τους γενικά αποδεκτούς και ισχύοντες κανόνες της ιατρικής επιστήμης. Διέπεται από απόλυτο σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και απευθύνεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς διάκριση φύλου, φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, ηλικίας, σεξουαλικού προσανατολισμού, κοινωνικής θέσης ή πολιτικής ιδεολογίας". Στο *άρθρο 3* του Κεφαλαίου Β, γίνεται αναφορά για την ηθική και επιστημονική ανεξαρτησία του ιατρού. Η πιο ουσιώδης παράγραφος του άρθρου 3 είναι η δεύτερη, σύμφωνα με την οποία "ο ιατρός οφείλει να ενεργεί με βάση: α) την εκπαίδευση που του έχει παρασχεθεί κατά τη διάρκεια των προπτυχιακών του σπουδών, την άσκηση του για την απόκτηση τίτλου ιατρικής ειδικότητας και τη συνεχιζόμενη ιατρική του εκπαίδευση, β) την πείρα και τις δεξιότητες που αποκτά κατά την άσκηση της Ιατρικής και γ) τους κανόνες της τεκμηριωμένης και βασισμένης σε ενδείξεις

ιατρικής επιστήμης". Στο *άρθρο 4* του Κεφαλαίου Β, επισημαίνεται η εξασφάλιση της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της υγειονομικής φροντίδας ή της θεραπείας που θα πρέπει να παρέχεται από τον ιατρό στον ασθενή. Έτσι, η τήρηση όλων των παραπάνω κανόνων από τη μεριά του ιατρού, διασφαλίζει, κατά κάποιο τρόπο, το δικαίωμα του ασθενούς στην κατάλληλη, ποιοτική, και αποτελεσματική φροντίδα του.

Το **Κεφάλαιο Γ** του Κώδικα αναφέρεται στη σχέση ιατρού και ασθενή. Όσον αφορά αυτή τη σχέση (ασθενή- ιατρού), θα ήταν σημαντικό να αναφερθούν κάποια γενικά στοιχεία από την χαρακτηρίζουν.

Σε γενικές γραμμές, η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή φαίνεται πως έχει μεταβληθεί δραματικά τις τελευταίες δεκαετίες, διότι η σύγχρονη άσκηση της Ιατρικής επιστήμης συνοδεύεται από την αναβάθμιση του ρόλου των ασθενών. Στην αρχή ο ρόλος των ασθενών περιοριζόταν στην παθητικότητα και στην εξάρτηση. Αργότερα όμως, με την πάροδο των ετών, οι ασθενείς είναι σε θέση να σταθμίζουν οι ίδιοι την κατάσταση της υγείας τους σε συνάρτηση προς το γενικότερο τρόπο ζωής τους, όχι ως παθητικοί δέκτες, αλλά ως αυτόνομα πρόσωπα, συμμετέχοντας ενεργά στην ανταλλαγή απόψεων και στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία τους. Έτσι, οι ασθενείς έχουν τον ρόλο του άξιου συνεργάτη σε μία "ανοικτή" διαδικασία που απαιτεί τη συνεργασία όχι μόνο ιατρών – ασθενών, αλλά και άλλων φορέων και εργαζομένων στη φροντίδα υγείας. Οι αρχές που επηρεάζουν τη σχέση ιατρού - ασθενούς είναι κυρίως η κατάρτιση, η επικοινωνία, το ιατρικό απόρρητο και το σύστημα λειτουργίας. Επίσης, οι βασικές προϋποθέσεις για τη δημιουργία ουσιαστικής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι η δυνατότητα επιλογής του ιατρού από τον ασθενή, η ιατρική ικανότητα, η συμπόνια, η διάρκεια σχέσης και η απουσία σύγκρουσης συμφερόντων. Η επικοινωνιακή ικανότητα του ιατρού επιδρά σημαντικά στη σχέση του με τον ασθενή και ειδικά κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι δεξιότητες επικοινωνίας μπορούν να βελτιωθούν μέσα από μαθησιακές προσεγγίσεις και κυρίως μέσω της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης και ενημέρωσης. Οι στάσεις των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας απέναντι στη νόσο και στον ασθενή είναι τα βασικά σημεία για τα δικαιώματα με ιδιαίτερη έμφαση στον βαθμό της ενημέρωσης του ασθενούς. Συμπερασματικά, η συνεχής βελτίωση της σχέσης ιατρού - ασθενούς και η επίτευξη μιας "*θεραπευτικής συμμαχίας*" μεταξύ τους, θεωρείται καθοριστικός παράγοντας στην ιατρική φροντίδα και στην υγεία.

Σχετικά με τον Κώδικα, το *άρθρο 8* του Κεφαλαίου Γ παρουσιάζει την σχέση ιατρού - ασθενούς ως μία σχέση που πρέπει να διέπεται από αμοιβαία εμπιστοσύνη και σεβασμό. Η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που προσήκει και αρμόζει στην επιστήμη του (παρ. 1 / αρθρ. 8). Ο ιατρός οφείλει να ακούει τους ασθενείς του,

να τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και να σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους (παρ. 2 / αρθρ.8). Επίσης, ο ιατρός πρέπει να σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις των ασθενών (παρ. 4 / αρθρ.8) και δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη τους ασκώντας οικονομικές ή άλλες πιέσεις και συστήνοντας θεραπείες ή εξετάσεις που δεν είναι προς το συμφέρον τους (παρ. 5 / αρθρ.8). Τέλος, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του (παρ. 7 / αρθρ.8).

Στο *άρθρο 9* του Κεφαλαίου Γ αναφέρονται κάποιες βασικές υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή (και έτσι έμμεσα οριοθετούνται και βασικά δικαιώματα των ασθενών), όπως η προστασία της υγείας του ασθενούς, που θα πρέπει να αποτελεί βασική προτεραιότητα του ιατρού (παρ. 1), η παροχή υπηρεσιών του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών, ανεξάρτητα από την ειδικότητά του (η υποχρέωση αυτή ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενούς σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης) (παρ. 3) και η δυνατότητα (του ιατρού) να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών του μόνο για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του ασθενούς, υποχρεούμενος, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωση του (παρ. 4). Τέλος, τονίζεται και η υποχρέωση του ιατρού να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του (έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση) σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξης του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών (παρ. 5).

Στο *άρθρο 10* του Κεφαλαίου Γ τονίζεται η υποχρέωση του ιατρού για συνεχιζόμενη δια βίου εκπαίδευση και ενημέρωση του σχετικά με τις εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης (παρ. 1), καθώς και η υποχρέωση του για επαγγελματική συνεργασία η οποία είναι απαραίτητη για την παροχή ποιοτικής και αποτελεσματικής φροντίδας υγείας (παρ. 2).

Στο *άρθρο 11* του Κεφαλαίου Γ επισημαίνεται η υποχρέωση του ιατρού για την πλήρη και κατανοητή ενημέρωση του ασθενούς που αφορά την πραγματική κατάσταση της υγείας του (→ το άρθρο αυτό του Κώδικα έχει αναλυθεί παραπάνω, στην προηγούμενη υποενότητα, σε συνδυασμό με το δικαίωμα "πληροφόρησης για την κατάσταση της υγείας του ασθενούς και συμμετοχής του στη λήψη αποφάσεων" το οποίο κατοχυρώνεται στο άρθρο 47 του Ν. 2071/1992). Έτσι, με βάση το άρθρο 11 του Κώδικα, ο ασθενής (υπό την προϋπόθεση της πλήρους και κατανοητής ενημέρωσης) αποκτά ενεργό πλέον ρόλο στη διεύθυνση της κατάστασης της υγείας του, ως ισότιμος συμμετέχων στις αποφάσεις του ιατρού. Επίσης, το άρθρο αυτό αναφέρεται και στα άτομα τα οποία επιλέγουν να μην ενημερωθούν (παρ. 2),

κάτι το οποίο αποτελεί δικαίωμα για τον ασθενή και πρέπει να γίνεται σεβαστό από τον ιατρό (→ δικαίωμα άγνοιας του ασθενούς). Στην περίπτωση αυτή, οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να ορίσουν άλλο πρόσωπο για να ενημερωθεί (από τον ιατρό) εκ μέρους τους. Τέλος, όσον αφορά τους ασθενείς που δεν έχουν την ικανότητα να ενημερωθούν και να συναινέσουν, ο ιατρός τους ενημερώνει στο βαθμό που αυτό είναι εφικτό και στη συνέχεια ενημερώνει τα άτομα που είναι εξουσιοδοτημένα για να συναινέσουν (παρ. 4).

Το άρθρο 12 του Κεφαλαίου Γ αναφέρεται στη συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς για την εκτέλεση ιατρικής πράξης (→ το άρθρο αυτό του Κώδικα έχει αναλυθεί παραπάνω σε συνδυασμό με το αντίστοιχο δικαίωμα του άρθρου 47 του Ν. 2071/1992). Η συναίνεση του ασθενούς για να είναι έγκυρη θα πρέπει να παρέχεται μετά από πλήρη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση (στον ασθενή), να μην είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής, να μην έρχεται σε σύγκρουση με τα χρηστά ήθη και, τέλος, ο ασθενής θα πρέπει να έχει την ικανότητα για αυτήν (τη συναίνεση). Στην περίπτωση του ανήλικου ασθενούς, η συναίνεση δίδεται από αυτούς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή έχουν την επιμέλεια του (λαμβάνεται, όμως, υπόψη και η γνώμη του ανήλικου, εφόσον έχει την ηλικιακή, πνευματική και συναισθηματική ωριμότητα) και στην περίπτωση που ο ασθενής δεν διαθέτει ικανότητα συναίνεσης, λόγω ψυχικής ή διανοητικής διαταραχής, η συναίνεση δίδεται από τον δικαστικό συμπαραστάτη ή από τους οικείους του ασθενούς (παρ. 2). Επίσης, το συγκεκριμένο άρθρο του Κώδικα αναφέρεται και στην εξαίρεση κατά την οποία δεν απαιτείται η συναίνεση του ασθενούς για την εκτέλεση ιατρικής πράξης (παρ. 3) : **α)** στις επείγουσες περιπτώσεις κατά τις οποίες συντρέχει άμεση, απόλυτη και κατεπείγουσα ανάγκη, **β)** στην περίπτωση της απόπειρας αυτοκτονίας και **γ)** όταν υπάρχει άρνηση συναίνεσης από τρίτα πρόσωπα, που έχουν τη νόμιμη εξουσία συναίνεσης, ενώ υφίσταται μεγάλη ανάγκη άμεσης παρέμβασης, προκειμένου να αποτραπεί ο κίνδυνος για την υγεία ή τη ζωή του ασθενούς.

Το άρθρο 13 του Κεφαλαίου Γ αναφέρεται στο ιατρικό απόρρητο, το οποίο αποτελεί την υποχρέωση του ιατρού (και όλων των συνεργατών του → νοσηλευτές, μαιές, χειριστές ιατρικών μηχανημάτων, διοικητικοί υπάλληλοι) να μην αποκαλύπτει αυθαίρετα σε τρίτους όσα πληροφορήθηκε για την υγεία του ασθενούς, στον οποίο προσέφερε τις υπηρεσίες του (→ το άρθρο αυτό του Κώδικα έχει αναλυθεί παραπάνω σε συνδυασμό με το αντίστοιχο δικαίωμα για προστασία ιδιωτικής ζωής και διαφύλαξης απορρήτου του άρθρου 47 του Ν.2071/1992). Έτσι, απαιτείται από τον ιατρό τήρηση απόλυτης εχεμύθειας, για οποιοδήποτε προσωπικό στοιχείο του ασθενούς (ακόμα και μετά το θάνατο του ασθενούς), δομώντας κατ' αυτόν τον τρόπο σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού - ασθενούς. Επίσης, στο άρθρο 13 του Κώδικα καθιερώνονται εξαιρέσεις που επιτρέπουν την άρση του ιατρικού απορρήτου, οι

οποίες είναι (παρ. 3): **α)** όταν ο ιατρός αποβλέπει στην εκπλήρωση νομικού καθήκοντος (δήλωση γέννησης, θανάτου, μολυσματικών νόσων, κ.α), **β)** όταν ο ιατρός αποβλέπει στη διαφύλαξη έννομου ή δημοσίου συμφέροντος και **γ)** όταν συντρέχει κατάσταση ανάγκης ή άμυνας. Τέλος, οι ιατροί που ασκούν δημόσια υπηρεσία ελέγχου απαλλάσσονται από την υποχρέωση τήρησης του απορρήτου μόνο έναντι των εντολών τους (παρ. 5).

Στο *άρθρο 14* του Κεφαλαίου Γ τονίζεται η υποχρέωση του ιατρού να τηρεί ιατρικό αρχείο, σε ηλεκτρονική ή μη μορφή (→ και αυτό το άρθρο έχει αναλυθεί παραπάνω σε συνδυασμό με το αντίστοιχο δικαίωμα του άρθρου 47 του Ν.2071/1992). Ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να λαμβάνει όλα τα αναγκαία μέτρα, έτσι ώστε στην περίπτωση επιστημονικών δημοσιεύσεων, να μην γνωστοποιείται με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα του ασθενούς (παρ. 5). Επίσης, ο ιατρός οφείλει να τηρεί τα επαγγελματικά του βιβλία με τέτοιο τρόπο, ώστε να εξασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο και η προστασία των προσωπικών δεδομένων (παρ. 6) (εφαρμογή του Ν.2472/1997). Τέλος, αναφέρεται πως δεν επιτρέπεται σε τρίτο η πρόσβαση στα ιατρικά αρχεία του ασθενούς, παρά μόνο κατ' εξαίρεση σε δικαστικές και εισαγγελικές αρχές και σε όργανα της Ελληνικής Πολιτείας που έχουν τέτοιο δικαίωμα και αρμοδιότητα (παρ. 9).

Στο **Κεφάλαιο Δ** του Κώδικα αναφέρεται στις σχέσεις ιατρού και κοινωνίας εν γένει. Το πιο βασικό άρθρο- σε σχέση με το πλαίσιο που εξετάζουμε- του Κεφαλαίου Δ, είναι το *άρθρο 20* που αναφέρεται στην άσκηση της ιατρικής, και γενικά στις υποχρεώσεις του ιατρού, στο πλαίσιο της κοινωνικής ασφάλισης. Συγκεκριμένα η παράγραφος 2 (του άρθρου 20/ Κεφαλ. Δ) τονίζει ότι «ο ιατρός οφείλει να ενεργεί με κύριο γνώμονα το συμφέρον των ασθενών ασφαλισμένων, πάντα όμως στο πλαίσιο του κανονισμού υγειονομικής περίθαλψης του οικείου φορέα κοινωνικής ασφάλισης».

Το **Κεφάλαιο Ζ** του Κώδικα αναφέρεται στην επιστημονική ιατρική έρευνα και γενικότερα θίγεται το θέμα των κλινικών μελετών, το οποίο θα αναλυθεί λεπτομερέστερα παρακάτω (→ σε επόμενο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας). Το Κεφάλαιο Ζ μας παρουσιάζει γενικά το νομικό πλαίσιο διεξαγωγής έρευνας στον άνθρωπο από το *άρθρο 24 έως και το άρθρο 27*. Πιο συγκεκριμένα, με λίγα λόγια, το *άρθρο 24* αναφέρεται αποκλειστικά στην ιατρική έρευνα, που οφείλει να διέπεται από την τήρηση των θεμελιωδών, πνευματικών και ηθικών αξιών, στις προϋποθέσεις υπό τις οποίες επιτρέπεται η διεξαγωγή της στον άνθρωπο (παρ. 2), στις ιδιαίτερες περιπτώσεις των ατόμων που δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης (παρ. 3) και τέλος αναφέρεται στις κυρώσεις (πειθαρχικές) που θα έχει ο ιατρός – ερευνητής που δεν τηρεί τις προϋποθέσεις που αναφέρονται στον Κώδικα. Το *άρθρο 25* σχετίζεται με την κλινική έρευνα με νέα φάρμακα ή νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους. Το *άρθρο 26*

αναφέρεται στην μη θεραπευτική βιοϊατρική έρευνα, όπου τονίζεται ότι η ιατρική έρευνα σε ανθρώπους επιτρέπεται, για καθαρώς επιστημονικούς λόγους, κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως η προστασία της ζωής και της αξιοπρέπειας του συμμετέχοντος ασθενούς, που θα πρέπει να θεωρείται ως βασικό καθήκον του ιατρού – ερευνητή. Τέλος, το άρθρο 27 αναφέρεται στην υποχρέωση δημοσίευσης των αποτελεσμάτων από τον ιατρό – ερευνητή.

Έπειτα, ιδιαίτερης σημασίας- σε σχέση με το πλαίσιο που εξετάζουμε-είναι το **Κεφάλαιο Η**, και το άρθρο 28, το οποίο αναφέρεται στον ιατρό και στην ιδιαίτερη φροντίδα ψυχικής υγείας (και αυτό το άρθρο του Κώδικα έχει αναλυθεί παραπάνω σε συνδυασμό με το αντίστοιχο δικαίωμα του άρθρου 47 του Ν.2071/1992). Το άρθρο 28 τονίζει την υποχρέωση του ιατρού (συγκεκριμένα του ψυχίατρο) να προσφέρει την καλύτερη δυνατή θεραπεία και να παρέχει τις φροντίδες του μέσα στο πλαίσιο του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών των ανθρώπων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές (παρ 1/αρθρ.28). Επίσης, ο ασθενής που πάσχει από ψυχικές διαταραχές μπορεί να απαιτήσει από τον ψυχίατρο να προβαίνει σε θεραπευτικές παρεμβάσεις στο μέτρο που αυτές περιορίζουν ελάχιστα την ελευθερία του (παρ. 3/αρθρ.28), αλλά και να ζητήσει να συμμετέχει στην αποφασιστική διαδικασία σύμφωνα με τις προσωπικές του αξίες και προτιμήσεις (παρ.4/αρθρ.28). Επιπλέον, βασική είναι και η παρ.6/αρθρ.28, που αναφέρει πως πρέπει να γίνεται σεβαστή η πνευματική, συναισθηματική και ηθική αυτονομία του ατόμου που πάσχει από ψυχικές διαταραχές. Για αυτόν τον λόγο, κατά τη θεραπεία, ο ασθενής μπορεί να απαιτήσει τη λήψη μέτρων που να διασφαλίζουν άσκηση των θρησκευτικών και πολιτικών επιλογών, καθώς και τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες που δεν επηρεάζουν αρνητικά την ψυχική του κατάσταση.

Στο **Κεφάλαιο Θ** του Κώδικα παρουσιάζονται ορισμένα βασικά («ειδικά») θέματα, όπως οι ιατρικές αποφάσεις που θα πρέπει να παίρνονται στο τέλος της ζωής του ασθενούς, η ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή, η τεχνητή διακοπή κύησης, οι μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, η αιμοδοσία και η προστασία γενετικής ταυτότητας.

Συγκεκριμένα, το άρθρο 29 αναφέρεται στις ιατρικές αποφάσεις που πρέπει να παίρνονται για τους ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας. Στην παρ. 1 του άρθρου, τονίζεται η υποχρέωση του ιατρού να προσφέρει παρηγορητική αγωγή και να φροντίζει για την ανακούφιση των ψυχοσωματικών πόνων(δηλαδή όχι μόνο για τους σωματικούς πόνους αλλά και εν γένει για την ηθική και ψυχολογική συμπαράσταση) του ασθενούς που βρίσκεται στο τελικό στάδιο μιας ανίατης ασθένειας, έτσι ώστε να διατηρηθεί η αξιοπρέπεια μέχρι το τέλος της ζωής.

Το *άρθρο 30* αναφέρεται στην ιατρική υποβοήθηση στην ανθρώπινη αναπαραγωγή. Ο ιατρός οφείλει να παράσχει στον ενδιαφερόμενο κάθε χρήσιμη πληροφορία, και να τον ενημερώνει πλήρως για τις θετικές και αρνητικές συνέπειες, σχετικά με το θέμα της ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής. Επίσης, ο ιατρός μπορεί να ενθαρρύνει την προσφυγή στις μεθόδους ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής σε συγκεκριμένες περιπτώσεις ιατρικής αδυναμίας απόκτησης παιδιών με φυσικό τρόπο ή προκειμένου να αποφευχθεί η μετάδοση σοβαρής ασθένειας στο παιδί. Η εφαρμογή αυτών των μεθόδων διέπεται από το σεβασμό στην προσωπικότητα του ανθρώπου και την ελεύθερη και σοβαρή βούληση του, όπως αυτή σχηματίζεται μετά από πλήρη και τεκμηριωμένη ενημέρωση (παρ. 2).

Στο *άρθρο 31* θίγεται το θέμα της τεχνητής διακοπής της κύησης. Εδώ τονίζεται η υποχρέωση του ιατρού να παρέχει συμβουλευτική υποστήριξη στη γυναίκα που ζητεί την παροχή των υπηρεσιών του, πριν προχωρήσει στην διακοπή κύησης (παρ. 2). Ο ιατρός μπορεί, επικαλούμενος τους κανόνες και τις αρχές της ηθικής συνείδησης του, να αρνηθεί να εφαρμόσει την τεχνητή διακοπή της κύησης. Αν, όμως, υπάρχει αναπότρεπτος κίνδυνος για τη ζωή της εγκύου ή σοβαρή και διαρκή βλάβη της υγείας της, ο ιατρός οφείλει να εφαρμόσει την τεχνητή διακοπή της κύησης διότι, σε αυτή την περίπτωση, η διακοπή της κύησης συνιστά θεραπευτική πράξη για την γυναίκα και ασφαλής αποκατάσταση της υγείας της (παρ. 1).

Το *άρθρο 32* αναφέρεται στις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, όπου ο ιατρός οφείλει να ενθαρρύνει να γίνονται ,μόνο όταν γίνονται για θεραπευτικούς λόγους και δεν παρέχει τις υπηρεσίες του όταν επιχειρείται η μεταμόσχευση να γίνει για οποιοδήποτε αντάλλαγμα ή προκύπτει κάτι τέτοιο (→ η καταβολή των δαπανών που είναι απαραίτητες για τη μεταμόσχευση δεν συνιστά αντάλλαγμα). Ο ιατρός πρέπει να παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση και φροντίδα και να προστατεύει, με κάθε τρόπο, το απόρρητο της ταυτότητας του δότη και του λήπτη.

Στο *άρθρο 33* γίνεται αναφορά στην εθελοντική και μη αμειβόμενη αιμοδοσία , η οποία θα πρέπει να ενθαρρύνεται από τον ιατρό που θα οφείλει να μεριμνά για την υγεία και την ασφάλεια και του αιμολήπτη αλλά και του αιμοδότη. Και σε αυτή την περίπτωση, ο ιατρός πρέπει να παρέχει την κατάλληλη ενημέρωση σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους που εμπεριέχει η διαδικασία της αιμοδοσίας, αλλά και να λαμβάνει κάθε μέτρο για την τήρηση της ανωνυμίας μεταξύ αιμοδοτών και αιμοληπτών (εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι, όπως η διασφάλιση της υγείας του αιμολήπτη ή λόγοι ηθικής ευπρέπειας ή συγγενικής ή κοινωνικά πρόσφορης αλληλεγγύης).

Το *άρθρο 34* αναφέρεται στην προστασία της γενετικής ταυτότητας. Οι παρεμβάσεις του ιατρού που οδηγούν στην τροποποίηση του ανθρώπινου γονιδιώματος γίνονται μόνο για

προληπτικούς, διαγνωστικούς ή θεραπευτικούς σκοπούς και σε καμία περίπτωση η τροποποίηση αυτή δεν μπορεί να μεταφέρεται στο γονιδίωμα της επόμενης γενεάς (παρ. 1).

Τέλος, το **Κεφάλαιο ΙΑ**, και το *άρθρο 36*, του Κώδικα αναφέρεται στις πειθαρχικές κυρώσεις που επιβάλλονται στον ιατρό σε περίπτωση που παραβιάσει τις διατάξεις του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, και συνεπώς και τα δικαιώματα των ασθενών και αθετήσει τα καθήκοντα του απέναντι τους.

Επίσης, παράβαση των διατάξεων του Κώδικα, εκτός των πειθαρχικών κυρώσεων που αναφέρονται στο *άρθρο 36*, επισύρει και ενδοσυμβατική ευθύνη (330 επ. ΑΚ) του ιατρού, αδικοπρακτική ευθύνη (914 ΑΚ) αλλά και την ευθύνη του βάσει του *άρθρου 8 Ν.2251/1994* (για την προστασία του καταναλωτή).

Στην περίπτωση αυτή, όμως, κάθε ιατρός που κατηγορείται (στο πλαίσιο αστικής, ποινικής ή πειθαρχικής διαδικασίας) έχει το δικαίωμα του απόλυτου σεβασμού της προσωπικότητάς του. Επίσης, όπως αναφέρει και η παράγραφος 3 του *άρθρου 36* του Κώδικα, ο ιατρός έχει δικαίωμα σε αποζημίωση και αποκατάσταση κάθε είδους βλάβης που υπέστη από την εναντίον του άσκηση κάθε είδους αβάσιμης αναφοράς από φυσικά ή νομικά πρόσωπα.

Εν κατακλείδι, παρατηρούμε πως οι σημαντικότερες υποχρεώσεις των ιατρών προβλέπονται στο Κώδικα Ιατρικής δεοντολογίας (Ν. 3418/2005) που αποτελεί εμμέσως πηγή της ιατρικής ευθύνης μέσω της οποίας θεμελιώνονται, οριοθετούνται και προστατεύονται τα δικαιώματα των ασθενών. Επίσης, τα δικαιώματα των ασθενών προστατεύονται και από την εφαρμογή άλλων Κωδικών Δεοντολογίας άλλων επαγγελμάτων υγείας, όπως από τον *Κώδικα Νοσηλευτικής Δεοντολογίας* (→ *Προεδρικό Διάταγμα 216/2001*), τον *Κώδικα Οδοντιατρικής Δεοντολογίας* (→ *Προεδρικό Διάταγμα 39/2009*) και τον *Κώδικα Φαρμακευτικής Δεοντολογίας* (→ *Προεδρικό Διάταγμα 340/1992*).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ - Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ακολουθεί αναφορά στα βασικά δικαιώματα των ασθενών που συμμετέχουν στις **κλινικές μελέτες**, που γίνονται στα Νοσοκομεία, τόσο σε διεθνές επίπεδο όσο και σε εθνικό.

4.1 Ορισμός – Σκοπός – Κατηγορίες – Φάσεις Κλινικών Μελετών

Οι κλινικές μελέτες είναι προσεκτικά σχεδιασμένες ερευνητικές μελέτες για φαρμακευτικά σκευάσματα που διεξάγονται σε εθελοντές για να απαντηθούν βασικά επιστημονικά ερωτήματα και να βρεθούν πιο γρήγοροι και καλύτεροι τρόποι ώστε να διαγνωστούν, να θεραπευτούν ή να προληφθούν παθήσεις. Παράλληλα, οι μελέτες αυτές συχνά βοηθούν τους επιστήμονες να κατανοήσουν σε βάθος παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς της νόσου. Μια κλινική μελέτη πραγματοποιείται με σκοπό να αποφασιστεί εάν ένα καινούργιο φάρμακο που πρόκειται να βγει στην αγορά είναι ασφαλές και αποτελεσματικό για τους ανθρώπους. Τα άτομα που συμμετέχουν είναι εθελοντές ασθενείς που λαμβάνουν ένα νέο φάρμακο ή ιατροτεχνολογικό βοήθημα ή θεραπεία ή συσκευή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, κάποια από αυτά τα ερευνητικά φάρμακα δεν έχουν έγκριση κυκλοφορίας από τους Οργανισμούς φαρμάκων, αλλά υπόκεινται σε ειδικές αξιολογήσεις από Επιστημονικές, Εγκριτικές και Δεοντολογικές Αρχές πριν από την χρήση τους στο πλαίσιο των κλινικών μελετών. (Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 2017 [https://www.mednet.gr/sites/default/files/pdf/Dikaioma_Clinical%20Trials_\(GR1707667598\).pdf](https://www.mednet.gr/sites/default/files/pdf/Dikaioma_Clinical%20Trials_(GR1707667598).pdf)).

Σκοπός των κλινικών μελετών είναι η απάντηση σε συγκεκριμένες ερωτήσεις που αφορούν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των παρεμβάσεων και των διαγνωστικών μεθόδων, όπως για παράδειγμα αν η πειραματική θεραπεία που ακολουθείται επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τη νόσο (δηλαδή αν έχουμε βελτίωση ή επιδείνωση), πόσο ανεκτή είναι αυτή η πειραματική θεραπεία, κατά πόσο σχετίζεται η θεραπεία αυτή με ανεπιθύμητα συμβάντα / τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες, κ.α. Σε γενικές γραμμές, οι κλινικές μελέτες (αφού

ακολουθήσουν συγκεκριμένες υποχρεωτικές φάσεις και στάδια) χρησιμοποιούνται κατά κύριο λόγο ώστε να βεβαιωθεί ότι τα νέα αναπτυσσόμενα φάρμακα, πριν κυκλοφορήσουν στην αγορά, εγγυώνται αποτελεσματικότητα και ασφάλεια για τους ασθενείς.

Οι κατηγορίες των κλινικών μελετών είναι οι εξής :

α) *Οι Παρεμβατικές Κλινικές Μελέτες*, που διεξάγονται στον άνθρωπο και έχουν ως σκοπό τον ορισμό και την τεκμηρίωση των ενδείξεων, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας ενός υπό έρευνα φαρμάκου με ταυτόχρονο προσδιορισμό των ανεπιθύμητων ενεργειών του αλλά και των κλινικών και φαρμακολογικών χαρακτηριστικών του.

β) *Οι Μη Παρεμβατικές Κλινικές Μελέτες*, σύμφωνα με τις οποίες το φάρμακο συνταγογραφείται βάσει των οδηγιών που περιλαμβάνονται στην άδεια κυκλοφορίας του (το φάρμακο αυτό έχει ήδη κυκλοφορήσει στο εμπόριο). Εφαρμόζονται επιδημιολογικές μέθοδοι για την ανάλυση των δεδομένων συλλογής και καταγράφονται οι παρενέργειες, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα ζωής των ασθενών. Η περίοδος της παρατήρησης είναι μεγάλη, το κόστος μικρότερο από τις Παρεμβατικές Μελέτες και η χρησιμότητά τους αρκετά σημαντική λόγω του εύρους δείγματος.

Οι περισσότερες κλινικές μελέτες που αφορούν τη δοκιμή ενός νέου σκευάσματος ακολουθούν μία συγκεκριμένη σειρά βημάτων, τα οποία ονομάζονται **Φάσεις**. Αυτή η διαδικασία επιτρέπει στους ερευνητές να θέτουν και να απαντούν ερωτήματα με τέτοιο τρόπο ώστε να προκύψουν αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια, την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα του σκευάσματος και κατ' επέκταση την ασφάλεια των ασθενών. Έτσι, αυτές οι **Φάσεις των κλινικών μελετών** είναι:

α) *Φάση I* (Παρεμβατικές Μελέτες): διενεργείται με τη συμμετοχή μικρού αριθμού υγιών (συνήθως) εθελοντών (περίπου 20 - 80 άτομα) και η χρονική διάρκεια αυτής της Φάσης είναι σύντομη (2-3 εβδομάδες). Ο αριθμός των εθελοντών είναι μικρός και η διάρκεια της μελέτης σύντομη επειδή ενδεχομένως υπάρχει ο κίνδυνος άγνωστων παρενεργειών. Σκοπός της Φάσης I είναι να γίνει μία πρώτη και μικρή σε χρονική διάρκεια δοκιμή και εκτίμηση του φαρμάκου.

β) *Φάση II* (Παρεμβατικές Μελέτες): διενεργείται με τη συμμετοχή περισσότερων ασθενών (100-300 άτομα) και μπορεί να κρατήσει από μερικούς μήνες μέχρι και χρόνια (περίπου δύο χρόνια). Από τη συγκεκριμένη Φάση και μετά, τα άτομα της κλινικής μελέτης είναι οι ασθενείς που πάσχουν από τη νόσο για την οποία αναπτύσσεται η φαρμακευτική αγωγή. Σκοπός της Φάσης II είναι να γίνει η αρχική

εκτίμηση της δοσολογίας, έλεγχος του θεραπευτικού αποτελέσματος του φαρμάκου και γενικά να αξιολογηθεί περαιτέρω η ασφάλεια της χρήσης.

γ) *Φάση III* (Παρεμβατικές Μελέτες): είναι το τελευταίο στάδιο για την αξιολόγηση του φαρμάκου πριν εγκριθεί από τον αρμόδιο κρατικό μηχανισμό, όπως για παράδειγμα, στην περίπτωση της Ελλάδας, από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (ΕΟΦ). Διευκρινίζονται οι πλέον ευνοϊκές συνθήκες κάτω από τις οποίες τα φάρμακα λειτουργούν καλύτερα. Αυτή η Φάση Μελέτης διενεργείται με τη συμμετοχή μεγάλου αριθμού ασθενών (1000-3000). Σκοπός είναι να επιβεβαιωθεί το θεραπευτικό αποτέλεσμα του υπό έρευνα φαρμάκου, να παρακολουθηθούν οι ανεπιθύμητες ενέργειες αυτού και να δοκιμαστεί η αποτελεσματικότητα αυτής της Φάσης σε σχέση με άλλες αγωγές. Αυτή η Φάση διαρκεί περίπου 2 -4 χρόνια. Καθώς απασχολεί μεγάλο αριθμό ανθρώπων, η παρατήρηση δευτερευουσών παρενεργειών γίνεται πιο επισταμένα. Τα φαρμακευτικά προϊόντα που ολοκληρώνουν επιτυχώς τις κλινικές μελέτες της Φάσης III, εφόσον αξιολογηθούν θετικά από τις Εγκριτικές Αρχές, λαμβάνουν στη συνέχεια την απαραίτητη έγκριση κυκλοφορίας.

(→ Οι Φάσεις II και III έχουν ονομαστεί ελεγχόμενες δοκιμές, διότι συγκρίνουν την αποτελεσματικότητα των δοκιμαζόμενων φαρμάκων έναντι κάποιων αγωγών που λειτουργούν ως αναφορά.)

δ) *Φάση IV* (Παρεμβατικές ή Μη Παρεμβατικές): διενεργείται μετά την έγκριση της κυκλοφορίας των φαρμάκων όπου καταγράφονται πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τα οφέλη, τις ανεπιθύμητες ενέργειες, τους κινδύνους χορήγησης προκειμένου να επιβεβαιωθεί η καλύτερη δυνατή χρήση τους. Τέλος, με τις κλινικές μελέτες που πραγματοποιούνται σε αυτή τη Φάση αξιολογούνται τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των φαρμακευτικών προϊόντων και ελέγχονται σπάνιες μεν αλλά δυνητικά σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Βασικός μοχλός στην επιτυχή διεξαγωγή των κλινικών ερευνών αποτελεί η ύπαρξη των εθελοντών ασθενών. Οι ασθενείς που συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες έχουν ενεργό ρόλο στη φαρμακευτική τους περίθαλψη, αποκτούν πρόσβαση σε νέες θεραπείες πριν αυτές γίνουν ευρέως γνωστές και βοηθούν στην εξέλιξη της φαρμακευτικής έρευνας. Οι κλινικές μελέτες διεξάγονται σύμφωνα με το Νομοθετικό Πλαίσιο που ισχύει σε κάθε Χώρα.

(Γιατζίδης,2017 <https://medlabgr.blogspot.com/2016/05/clinical-trials.html>).

4.2 Διεθνείς Κώδικες Δεοντολογίας – Διεθνές Νομικό Πλαίσιο αναφορικά με τη Διεξαγωγή Κλινικών Μελετών

Οι σημαντικότεροι **διεθνείς Κώδικες Δεοντολογίας**, (που ισχύουν διεθνώς) που αναφέρονται στην διεξαγωγή των κλινικών ερευνών και έχουν επηρεάσει καθοριστικά τη διαμόρφωση της σύγχρονης ηθικής στην έρευνα αλλά και τη διαμόρφωση άλλων κανόνων, κατευθυντήριων οδηγιών και σχετικών νομοθεσιών με εφαρμογή είτε σε τοπικό είτε σε διεθνές επίπεδο, είναι οι εξής :

1)Κώδικας Νυρεμβέργης (Nuremberg Code) :

Συντάχθηκε το 1947 και αποτέλεσε τον πρώτο διεθνή Κώδικα Δεοντολογίας συμβουλευτικής φύσεως, αναφορικά με τον τρόπο διεξαγωγής επιστημονικών πειραμάτων/ερευνών με υποκείμενο το ανθρώπινο είδος. Η σύνταξη του υπήρξε καθοριστική, και επηρέασε την ιατρική έρευνα μακροπρόθεσμα. Δημιουργήθηκε ως αποτέλεσμα των Δικών της Νυρεμβέργης μετά το πέρας του Β΄ Παγκόσμιου Πολέμου. Μία από αυτές τις Δίκες έγινε γνωστή ως «Δίκες των Ιατρών». Δικάστηκαν οι υπεύθυνοι ιατροί για τη πράξη ανήθικων ιατρικών πειραμάτων σε ανθρώπους κατά τη διάρκεια του πολέμου. Επικεντρώθηκε όχι μόνο σε ιατρούς που έκαναν απάνθρωπα και ανήθικα πειράματα σε στρατόπεδα συγκέντρωσης, όμως και σε εκείνους που συμμετείχαν σε 3.500.000 στείρωσεις Γερμανών πολιτών.

Έτσι, με τη δίκη της Νυρεμβέργης ο άνθρωπος ήρθε σε επαφή με τις όχι απλώς εκτός ορίων αντιδεοντολογικές αλλά και ποινικά κολάσιμες συμπεριφορές, τις οποίες είχαν μεταχειριστεί ερευνητές-ιατροί στο όνομα της επιστήμης και της έρευνας. Γι' αυτόν τον λόγο, ο Κώδικας της Νυρεμβέργης έθεσε ως πρωταρχικό στόχο την πρόληψη τέτοιων φαινομένων και συμπεριφορών προς τους ανυπεράσπιστους εθελοντές, ασθενείς αλλά και υγιείς ανθρώπους. Έτσι, ο Κώδικας αυτός περιλαμβάνει 10 κανόνες-αρχές, για ένομη ιατρική έρευνα, όπως την εθελοντική συναίνεση του ενημερωμένου ασθενούς, την απουσία εξαναγκασμού, τον κατάλληλα διατυπωμένο επιστημονικό πειραματισμό και την ευεργεσία και προστασία απέναντι στους συμμετέχοντες σε πειράματα. Θεωρείται ότι βασίστηκε κυρίως στις αρχές του Όρκου του Ιπποκράτη, ο οποίος ερμηνεύθηκε ως πρεσβεύων της πειραματικής προσέγγισης της ιατρικής, που συμπεριλαμβάνει παράλληλα και την προστασία του ασθενούς. Σύμφωνα με αυτές τις αρχές-κανόνες του Κώδικα, δημιουργήθηκε η βάση για τη διαμόρφωση της σύγχρονης θεωρίας βιοηθικής και διασφαλίστηκαν βασικά δικαιώματα των συμμετεχόντων ασθενών, όπως ο σεβασμός στην αυτονομία του ατόμου και η υποχρέωση του ιατρού να μην προκαλεί (με εκούσιο τρόπο) βλάβη και πόνο στον ασθενή (αρχή του μη βλάπτειν) αλλά να του προσφέρει βοήθεια, καλό και ωφέλεια (αρχή της

ωφελιμότητας). Ωστόσο, αυτά τα δικαιώματα περιγράφονται έμμεσα και υπονοούνται στον Κώδικα της Νυρεμβέργης (αλλά και στη Διακήρυξη του Ελσίνκι), ενώ όπως θα δούμε στη συνέχεια στην Αναφορά του Μπελμόντ περιγράφονται πιο άμεσα και με μεγαλύτερη σαφήνεια.

Επίσης, ο Κώδικας της Νυρεμβέργης δεν έγινε επίσημα δεκτός ως νόμος, γεγονός το οποίο μείωνε άμεσα την πρακτική του ισχύ. Θεωρήθηκε ότι περιείχε πολλές γενικότητες και ασάφειες και ότι η εφαρμογή του ήταν αδύνατη και ανελαστική.

Παρ' όλα αυτά, ο Κώδικας αυτός αποτελεί το πιο σημαντικό έγγραφο στην ιστορία της ηθικής δεοντολογίας της κλινικής έρευνας, η οποία είχε μαζική επιρροή στα παγκόσμια ανθρώπινα δικαιώματα. Δημιούργησε την ιδέα (→ αποτέλεσε την βάση) της ενημερωμένης συγκατάθεσης, η οποία έχει γίνει παγκοσμίως αποδεκτή και αποτελεί σήμερα το άρθρο 7 του Διεθνούς Συμφώνου των Ηνωμένων Εθνών για τα Ατομικά και Πολιτικά Δικαιώματα, καθώς και χρησίμευσε ως βάση για τις Διεθνείς Οδηγίες Δεοντολογίας για την Βιοϊατρική Έρευνα με αντικείμενο τον άνθρωπο που πρότεινε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

(Βικιπαίδεια «Κώδικας της Νυρεμβέργης», Τζαβέλλα, 2010 → <https://www.mednet.gr/archives/2010-2/pdf/230.pdf>).

2) Διακήρυξη Ελσίνκι (Declaration of Helsinki):

Σταθμό στη δεοντολογική πρακτική της κλινικής έρευνας αποτέλεσε η διακήρυξη του Ελσίνκι. Με τη διακήρυξη του Ελσίνκι από τη 18^η Συνέλευση της Παγκόσμιας Ιατρικής Ένωσης (World Medical Association, WMA) στο Ελσίνκι της Φιλανδίας τον Ιούνιο του 1964, αναπτύχθηκε και υιοθετήθηκε μία σειρά αρχών δεοντολογίας με στόχο την παροχή βασικών κατευθυντήριων οδηγιών στους συμμετέχοντες ερευνητές στην κλινική έρευνα. Αν και δεν συνιστά κείμενο με δεσμευτική ισχύ, εντούτοις αποτελεί ισχυρό Κώδικα ηθικής και μέτρο για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για όσους εμπλέκονται σε ανθρώπινα πειράματα.

Η Διακήρυξη του Ελσίνκι αποτελεί έναν από τους πλέον σημαντικότερους Κώδικες Δεοντολογίας, με αναφορά στον πειραματισμό στον άνθρωπο, και έχει θεωρηθεί πιο σαφής και πλήρης από τον Κώδικα της Νυρεμβέργης. Βασικές προϋποθέσεις που επισημαίνονται στο κείμενο της Διακήρυξης αυτής είναι κυρίως: η ενυπόγραφη πληροφορημένη συναίνεση του ασθενούς (η οποία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση έτσι ώστε η έρευνα να είναι ηθικά αποδεκτή), η κατάθεση ερευνητικού πρωτοκόλλου (που πρέπει απαραίτητα να εγκρίνεται από επιτροπή επιστημών ανεξάρτητη με την έρευνα) και το δικαίωμα του ασθενούς να έχει πρωταρχική θέση στην έρευνα καθώς επίσης τονίζεται και η διαφοροποίηση της

θεραπευτικής από τη μη θεραπευτική έρευνα. (Η διαφορά που εντοπίζεται στη Διακήρυξη του Ελσίνκι από τον Κώδικα της Νυρεμβέργης είναι ότι προστίθεται η μη θεραπευτική κλινική έρευνα, ενώ μέχρι πρότινος τα ανθρώπινα πειράματα προβλέπονταν αποκλειστικά για θεραπευτικούς λόγους).

Παρ' όλα αυτά, το αρχικό κείμενο της Διακήρυξης του Ελσίνκι κρίθηκε ότι επιδεχόταν βελτιώσεις και γι αυτό τροποποιήθηκε σε μία σειρά επόμενων συνελεύσεων, και συγκεκριμένα, στις συνελεύσεις του Τόκιο (29^η, Οκτώβριος 1975), της Βενετίας (35^η, Οκτώβριος 1983), του Χονγκ Κονγκ (41^η, Σεπτέμβριος 1989), του Σόμερσετ Γουέστ της Δημοκρατίας της Νότιας Αφρικής (48^η, Οκτώβριος 1996), του Εδιμβούργου (52^η, Οκτώβριος 2000), της Σεούλ (59^η, Οκτώβριος 2008).

(Τζαβέλλα,2010→ <https://www.mednet.gr/archives/2010-2/pdf/230.pdf>).

3)Αναφορά /Έκθεση Μπελμόντ (Belmont Report):

Η Αναφορά του Μπελμόντ είναι ο τρίτος σημαντικότερος διεθνής ηθικός Κώδικας που αναφέρεται στις κλινικές μελέτες. Δημιουργήθηκε από την Εθνική Επιτροπή για την προστασία των ανθρωπίνων θεμάτων / ζητημάτων της Βιοϊατρικής και της Συμπεριφορικής Έρευνας. Ο πλήρης τίτλος είναι : «Report of the National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research». Δημοσιεύθηκε το 1979 στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (ΗΠΑ).

Η Αναφορά του Μπελμόντ θέτει τρεις θεμελιώδεις ηθικές αρχές που πρέπει να καθορίζουν την ιατρική έρευνα:

α) Σεβασμός των ατόμων: σεβασμός και προστασία της αυτονομίας των ασθενών και κυρίως των ευάλωτων ατόμων. Βασικός στόχος εδώ είναι η πληροφορημένη συναίνεση του κάθε ατόμου.

β) Η διασφάλιση της ωφελιμότητας – ευεργεσίας της έρευνας: η φιλοσοφία – αρχή του «μη βλάπτειν», δηλαδή να μεγιστοποιούνται τα πιθανά οφέλη και να ελαχιστοποιούνται οι πιθανές βλάβες.

γ) Δικαιοσύνη: δίκαιη κατανομή του κόστους / των βαρών και των οφελών της έρευνας.

Τέλος, σε σύγκριση με τη Διακήρυξη του Ελσίνκι, η Αναφορά / Έκθεση του Μπελμόντ είναι πιο σαφής και πλήρης όσον αφορά κυρίως τις υποχρεώσεις ου ερευνητή – ιατρού και το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου (πληροφορημένη συναίνεση – αξιολόγηση κινδύνων και ωφελειών – επιλογή συμμετεχόντων).

(https://en.wikipedia.org/wiki/Belmont_Report).

Επίσης, όσον αφορά την ηθική διεξαγωγή των κλινικών μελετών, έχουν συνταχθεί γενικές

– κατευθυντήριες Οδηγίες και από διάφορους κυβερνητικούς, διεθνείς οργανισμούς όπως για παράδειγμα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) [που σε συνεργασία με το Συμβούλιο για τους Διεθνείς Οργανισμούς των Ιατρικών Επιστημών (Council for International Organizations of Medical Sciences – CIOMS) έχει εκδώσει κατευθυντήριες Οδηγίες, παγκόσμιας απήχησης, γνωστές ως International Ethical Guidelines for Health – related Research Involving Humans], αλλά και από την Ευρωπαϊκή Ένωση (γνωστές ως Additional Protocol to the Convention for the Protection on Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine). Γενικά, όλες οι κατευθυντήριες οδηγίες για την ηθική διεξαγωγή των κλινικών μελετών έχουν ως βάση (και έχουν επηρεαστεί στο σύνολό τους) από τους προαναφερόμενους Διεθνείς Κώδικες Δεοντολογίας.

Έτσι, παρατηρούμε πως η επίδραση της Διακήρυξης του Ελσίνκι και η συνεισφορά της Αναφοράς του Μπελμόντ υπήρξαν καθοριστικές για την έμπνευση αρχών και ιδανικών και για την σύσταση και χορήγηση πολλών βασικών κατευθυντήριων Οδηγιών παγκόσμιας απήχησης.

Ωστόσο, η πρακτική ισχύς και η δυνατότητα της επιβολής στην πράξη των διεθνών Κωδίκων Δεοντολογίας (σχετικά με τις κλινικές μελέτες) αποτελεί αντικείμενο έντονου προβληματισμού. Η πρακτική χρησιμότητα ενός Κώδικα παραμένει αμφισβητούμενη διότι διακρίνεται συχνά από ασάφεια και κενά και δεν έχει την ίδια ισχύ με έναν κανονισμό.

Στο βαθμό που ένας Κώδικας παίρνει τη μορφή δεσμευτικού κανονισμού, τότε στην ουσία αντικείμενο εξέτασης πρέπει να είναι αυτός ο κανονισμός που ενσωματώνεται στο Κώδικα, και όχι καθαυτός ο Κώδικας. Τα παραπάνω προβλήματα απεικονίζονται στους Κώδικες Δεοντολογίας που καθορίζουν σήμερα την ιατρική έρευνα. Έτσι, γίνεται λοιπόν κατανοητό ότι οι Κώδικες ηθικής δεν αρκούν για να κατευθύνουν την πράξη, γι αυτό και χρειάζεται ένας κανονισμός με περισσότερο δεσμευτικό χαρακτήρα, όπως είναι για παράδειγμα ο νόμος. Άρα, παρατηρούμε πως είναι απαραίτητη η ύπαρξη και η εφαρμογή ενός σαφούς νομικού πλαισίου, με δεσμευτικό περιεχόμενο – χαρακτήρα, που θα κατευθύνει την πράξη.

Έτσι, η αναγκαιότητα ύπαρξης ενός **νομικού πλαισίου, αναφορικά με τον τρόπο διεξαγωγής των κλινικών μελετών**, οδήγησε πολλές Χώρες στη δημιουργία ενός αντίστοιχου νομικού πλαισίου με δεσμευτικό χαρακτήρα. Οι νόμοι αυτοί έχουν επηρεαστεί από τους προαναφερόμενους Διεθνείς Κώδικες Δεοντολογίας και κυρίως από τη Διακήρυξη του Ελσίνκι. Στις ΗΠΑ, η Αναφορά του Μπελμόντ και η Διακήρυξη του Ελσίνκι ενσωματώνονται στο νόμο 45 CFR/46 ή Common Rule, (<https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/regulations/45-cfr-46/index.html>), ο οποίος καθόρισε την σύσταση των Επιτροπών

Ηθικής και Έρευνας για τον έλεγχο και την εξασφάλιση της ηθικής ακεραιότητας στις κλινικές μελέτες.

Το 1996, με βάση το Διεθνές Συνέδριο Εναρμόνισης Τεχνικών Απαιτήσεων για την Εγγραφή Φαρμακευτικών Προϊόντων για Ανθρώπινη Χρήση (International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use → ICH) στο οποίο συμμετείχαν η Ευρωπαϊκή Ένωση, οι ΗΠΑ και η Ιαπωνία, τροποποιήθηκε περαιτέρω η εν λόγω νομοθεσία. Το Διεθνές αυτό Συνέδριο εξέδωσε κατευθυντήριες Οδηγίες, σχετικά με τις κλινικές μελέτες, γνωστές ως Harmonized Tripartite Guideline for Good Clinical Practice (GCP), οι οποίες συμβάλλουν στην προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων που συμμετέχουν σε μία κλινική δοκιμή.

Στα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης η σχετική νομοθεσία ορίζεται από την Οδηγία 2001/20/ΕΚ του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 4^{ης} Απριλίου 2001 για την προσέγγιση των νομοθετικών, κανονιστικών και διοικητικών διατάξεων των κρατών μελών όσον αφορά την εφαρμογή της ορθής κλινικής πρακτικής κατά τις κλινικές δοκιμές (φαρμάκων) προορισμένων για τον άνθρωπο. Η Κοινοτική αυτή Οδηγία είναι γνωστή ως European Union Directive on Good Clinical Practice for Clinical Trials (GCP) και έχει δημοσιευτεί το Μάιο του 2001. Όπως προαναφέρθηκε, η σχετική νομοθεσία των Χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης αλλά και γενικά οι διεθνείς νόμοι έχουν επηρεαστεί σε μεγάλο βαθμό από τη Διακήρυξη του Ελσίνκι, η οποία αναγνωρίζεται διεθνώς ως βάση κυρίως για τα ηθικά ζητήματα τα οποία προκύπτουν κατά τη διεξαγωγή κλινικών μελετών σε ανθρώπινους πληθυσμούς.

Έτσι, παρατηρούμε πως οι κλινικές μελέτες που διεξάγονται διεθνώς βρίσκονται κάτω από αυστηρό επιστημονικό, κανονιστικό, νομικό πλαίσιο, ακολουθώντας διεθνείς κανονισμούς (→ **ICH – GCP**) που διασφαλίζουν την ασφάλεια και την ακεραιότητα των συμμετεχόντων ασθενών, ενώ οι διαδικασίες παρακολουθούνται από συνεχείς ελέγχους (audits / inspections) τοπικών και διεθνών αρχών και οργανισμών, όπως από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (European Medicines Agency → **EMA**) και από την Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (Food and Drug Administration → **FDA** στις ΗΠΑ → υπηρεσία που ρυθμίζει τις κλινικές μελέτες για προϊόντα που υπάγονται στη δικαιοδοσία της, όπως φάρμακα, βιολογικά προϊόντα και ιατρικές συσκευές). (https://en.wikipedia.org/wiki/Good_clinical_practice, https://en.wikipedia.org/wiki/International_Council_for_Harmonisation_of_Technical_Requirements_for_Pharmaceuticals_for_Human_Use,

<https://www.onmed.gr/farmako/story/366849/sfee-h-ellada-mporei-na-metatrapei-se-diethnes-kentro-diexagogis-klinikon-meleton>).

4.3. Κανονιστικές Διασφαλίσεις - Νομικό Πλαίσιο για τη Διεξαγωγή των Κλινικών Μελετών στην Ελλάδα - Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας

Στην Ελλάδα, το βασικό θεσμικό και νομικό πλαίσιο, αναφορικά με τη διεξαγωγή των ιατρικών μελετών – ερευνών, ορίζεται από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (<http://www.bioethics.gr/>), την Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος (<http://www.bioethics.org.gr/>), το Υπουργείο Υγείας (<https://www.moh.gov.gr/>) και από τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (<http://www.eof.gr>) (ο οποίος αποτελεί έδρα για την Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας).

Οι κλινικές μελέτες διεξάγονται σύμφωνα με τους κανόνες που διέπουν τις Διεθνείς Δεοντολογικές Αρχές κλινικής πρακτικής και σύμφωνα με το Νομοθετικό Πλαίσιο που ισχύει σε κάθε Χώρα. Οι ηθικές αρχές που πρέπει να διέπουν τη διεξαγωγή μιας κλινικής μελέτης δεσμεύουν τους ερευνητές από τη φάση του σχεδιασμού έως και τη δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Στην Ελλάδα, υπάρχουν πολλοί κανόνες ασφαλείας που πρέπει να τηρούνται, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η καλή υγεία των συμμετεχόντων ασθενών σε μία κλινική μελέτη. Οι συμμετέχοντες πριν λάβουν μέρος στην κλινική μελέτη συμπληρώνουν ένα **έντυπο πληροφόρησης και συγκατάθεσης**, το οποίο αποτελεί γραπτή απόδειξη νομικής ισχύος, και παρέχει στους συμμετέχοντες ασθενείς ολοκληρωμένη, σαφή και κατανοητή ενημέρωση για το νόσημα, το σκοπό διεξαγωγής της δοκιμής-μελέτης, τις διαδικασίες που θα ακολουθήσουν και για τα οφέλη και τους πιθανούς κινδύνους από τη συμμετοχή στην κλινική μελέτη. Οι ιατροί - ερευνητές οφείλουν να αναλύουν και να συζητούν διεξοδικά το περιεχόμενο αυτού του εντύπου με όλους τους ασθενείς που εντάσσονται σε κάθε κλινική μελέτη. Το έντυπο αυτό εξηγεί λεπτομερώς το σκοπό της κλινικής μελέτης, τα προσδοκώμενα οφέλη, τους πιθανούς κινδύνους και τα δικαιώματα και τις ευθύνες του ασθενούς. Οι ασθενείς, αν επιθυμούν να ενταχθούν σε μία κλινική μελέτη, πρέπει να μελετήσουν προσεκτικά αυτό το έντυπο, και αφού συζητήσουν όλες τις απορίες τους με τον ιατρό - ερευνητή, μπορούν να το υπογράψουν δηλώνοντας έτσι την συγκατάθεσή τους.

Όσον αφορά τους *ανήλικους*, μπορούν και αυτοί να συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες, ωστόσο θεωρούνται ευαίσθητος πληθυσμός και για αυτό το λόγο θα πρέπει να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στην λήψη συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης. Οι ανήλικοι, που δεν μπορούν να έχουν προσωπική κρίση, θα πρέπει να ενημερώνονται προφορικά και να τους δοθούν γραπτές πληροφορίες ειδικά διατυπωμένες για το επίπεδο κατανόησης της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Ο νόμιμος εκπρόσωπος τους (γονείς ή νόμιμοι κηδεμόνες

που ορίζονται από το νόμο) λαμβάνει όλες τις ευκρινείς πληροφορίες σχετικά με την κλινική μελέτη και υπογράφει το έντυπο συγκατάθεσης (απαιτείται να υπογράψει και το παιδί αν είναι άνω των 10 ετών), εάν το παιδί συμφωνεί να συμμετέχει στην κλινική μελέτη ή / και δεν δείξει ενδείξεις άρνησης συμμετοχής.

Στην περίπτωση των ενηλίκων που δεν διαθέτουν την ικανότητα και την κατάλληλη κρίση για να συμμετέχουν σε κλινικές μελέτες, μπορούν και αυτοί να συμμετέχουν, ωστόσο θεωρούνται ευαίσθητος πληθυσμός και η συγκατάθεση σε αυτή την περίπτωση δίνεται από τον νόμιμο εκπρόσωπο. Η κλινική μελέτη γενικά, όπως προαναφέρθηκε, μπορεί να πραγματοποιηθεί εάν το ενδιαφερόμενο άτομο έχει δώσει τη συγκατάθεσή του, την οποία εκχώρησε ύστερα από πλήρη ενημέρωση και έχοντας πλήρη αντίληψη της κατάστασης και με πλήρη τεκμηρίωση ή, στη συγκεκριμένη περίπτωση, εάν η συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης έχει δοθεί εγγράφως από τον νόμιμο εκπρόσωπο, αν δεν υπάρχει διαθέσιμη τεκμηριωμένη συγκατάθεση για το εν λόγω άτομο. Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, το εν λόγω άτομο πρέπει να μην εκφράζει εμφανώς την αντίθεσή του στην κλινική μελέτη.

Συνεπώς, αναγνωρίζονται τα δικαιώματα που προκύπτουν για κάθε ασθενή που αποφασίζει να συμμετέχει σε κλινικές μελέτες. Αντίστοιχα με οποιαδήποτε άλλη ιατρική διαδικασία, η απόφαση για τη συμμετοχή ή όχι στη κλινική μελέτη ανήκει αποκλειστικά και μόνο στον ασθενή (και στον νόμιμο εκπρόσωπο του στις ειδικές περιπτώσεις των ευάλωτων πληθυσμών, όπως του ανήλικου και του ενήλικου που δεν διαθέτει την κατάλληλη ικανότητα και κρίση). Κανείς δεν μπορεί να αναγκάσει ή να επηρεάσει τον ασθενή με οποιονδήποτε τρόπο. Εάν δεν δεχτεί να συμμετέχει στην κλινική μελέτη, ο θεράπων ιατρός οφείλει να τον ενημερώσει πλήρως για την καλύτερη διαθέσιμη θεραπεία. Εάν αποφασίσει να συμμετέχει, μπορεί πάντα να αλλάξει άποψη και δεν απαιτείται να αιτιολογήσει την απόφασή του αν δεν δώσει συγκατάθεση ή αποφασίσει να την αποσύρει. Επίσης, ο ασθενής έχει δικαίωμα για περισσότερες πληροφορίες, πριν από τη κλινική μελέτη, κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της και μετά από την ολοκλήρωσή της, καθώς και το δικαίωμα να απευθύνει τις ερωτήσεις του στον υπεύθυνο ιατρό οποιαδήποτε στιγμή (τα στοιχεία επικοινωνίας του ιατρού πρέπει πάντα να παρατίθενται στο έντυπο πληροφοριών).

(Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 2017
[https://www.mednet.gr/sites/default/files/pdf/Dikaioma_Clinical%20Trials_\(GR1707667598\).pdf](https://www.mednet.gr/sites/default/files/pdf/Dikaioma_Clinical%20Trials_(GR1707667598).pdf)).

→ Άρα, συμπεραίνουμε πως καλύπτονται τα βασικά δικαιώματα του ασθενούς για ολοκληρωμένη και κατανοητή ενημέρωση και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (που

αναλύονται και στον Ν. 2071/1992→άρθρο 47 και στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του Ν. 3418/2005 στα άρθρα 11 και 12) αλλά και το θεμελιώδες δικαίωμα της αυτονομίας, αυτοδιάθεσης και αυτοκαθορισμού του ατόμου, το οποίο εντάσσεται στο πλαίσιο της συνταγματικά κατοχυρωμένης προστασίας της προσωπικότητας και αξίας του ανθρώπου (άρθρο 2 παρ.1 του Συντάγματος).

Επίσης, αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της κλινικής μελέτης συλλέγονται προσωπικές πληροφορίες των ασθενών, όπως το ιατρικό ιστορικό και τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων. Ο χορηγός (→ αρμόδιος για ελέγχους που αφορούν την ορθή διεξαγωγή του έργου που αφορά τις κλινικές μελέτες) είναι υπεύθυνος για τη συμμόρφωση με τις εθνικές και διεθνείς οδηγίες προστασίας δεδομένων. Όλες οι προσωπικές και ιατρικές πληροφορίες καθώς και τα δείγματα που συγκεντρώνονται στο πλαίσιο της κλινικής μελέτης κωδικοποιούνται, το οποίο σημαίνει ότι αναγνωρίζονται μόνο από έναν αύξοντα αριθμό. Ο χορηγός οφείλει να διατηρήσει τα ίδια πρότυπα προστασίας των δεδομένων για τα προσωπικά δεδομένα και τα δείγματα που αποστέλλονται σε άλλες χώρες. Η κλινική μελέτη μπορεί να εξεταστεί από τις αρμόδιες αρχές, ή την Επιτροπή Δεοντολογίας ή τον χορηγό, έτσι ώστε να αξιολογηθούν οι διαδικασίες που διασφαλίζουν ότι τηρείται ο απαιτούμενος σεβασμός σε θέματα ασφάλειας. Σε περίπτωση ελέγχου, ο ερευνητής μπορεί να χρειαστεί να επιτρέψει την πρόσβαση των προσωπικών και ιατρικών δεδομένων των ασθενών στις αρμόδιες αρχές και στον χορηγό, οι οποίοι είναι υποχρεωμένοι να διασφαλίζουν την εμπιστευτικότητα των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων ασθενών.

(Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 2017
[https://www.mednet.gr/sites/default/files/pdf/Dikaioma_Clinical%20Trials_\(GR1707667598\).pdf](https://www.mednet.gr/sites/default/files/pdf/Dikaioma_Clinical%20Trials_(GR1707667598).pdf)).

→ Άρα, συμπεραίνουμε πως όλα τα άτομα -προσωπικό- που συμμετέχουν στη κλινική μελέτη οφείλουν να τηρούν τους αυστηρότερους κανόνες εμπιστευτικότητας και να σέβονται και να προστατεύουν απόλυτα τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων ασθενών. Έτσι, μ' αυτόν τον τρόπο, καλύπτεται το δικαίωμα των ασθενών για προστασία της ιδιωτικής τους ζωής και διαφύλαξης του απορρήτου (→ βασικό δικαίωμα που απορρέει από το Σύνταγμα → στην παρ. 1 και 2 του άρθρου 9 σε συνδυασμό με το άρθρο 5, παρ.1 και το άρθρο 2, παρ. 1, από το άρθρο 47 του Ν.2071/1992 και από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας του Ν.3418/2005 στα άρθρα 13 και 14).

Επιπλέον, όσον αφορά τα άρθρα του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (→ Ν.3418/2005),

που σχετίζονται με τις κλινικές έρευνες, είναι (εκτός από αυτά που ήδη αναφέρθηκαν παραπάνω, δηλαδή τα άρθρα 11, 12, 13 και 14 είναι επιπλέον και) :

→ Το άρθρο 24 ΚΙΔ, το οποίο αναφέρεται στην Ιατρική έρευνα που οφείλει να διέπεται από την τήρηση των θεμελιωδών ηθικών αρχών του σεβασμού των προσώπων και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Πιο συγκεκριμένα, στην δεύτερη παράγραφο αναφέρονται οι προϋποθέσεις υπό τις οποίες επιτρέπεται η διεξαγωγή της έρευνας στον άνθρωπο (και ιδιαίτερα τονίζεται, στην παρ. 2δ, η προϋπόθεση έγκρισης του ερευνητικού προγράμματος από αρμόδια Επιτροπή Δεοντολογίας ή Επιστημονικό Συμβούλιο), στην τρίτη παράγραφο αναφέρεται πότε επιτρέπεται η έρευνα σε άτομα τα οποία δεν διαθέτουν ικανότητα συναίνεσης και τέλος στην τέταρτη και τελευταία παράγραφο ορίζεται ότι οποιαδήποτε διαγνωστική ή θεραπευτική μέθοδος δεν εφαρμόζεται διεθνώς, χαρακτηρίζεται ως πειραματική και η εφαρμογή της επιτρέπεται μόνο κατόπιν έγκρισης από το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας, και στη συνέχεια κλείνει με τις πειθαρχικές κυρώσεις των ιατρών που δεν τηρούν τις προϋποθέσεις που ορίζουν τα άρθρα του ΚΙΔ.

→ Το άρθρο 25 ΚΙΔ, το οποίο σχετίζεται με την κλινική έρευνα με νέα φάρμακα ή νέες διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους.

→ Το άρθρο 26 ΚΙΔ, το οποίο αναφέρεται στην μη θεραπευτική βιοϊατρική έρευνα, όπου τονίζεται ότι η ιατρική έρευνα σε ανθρώπους επιτρέπεται, για καθαρώς επιστημονικούς λόγους, κάτω από συγκεκριμένες προϋποθέσεις, όπως η προστασία της ζωής και της αξιοπρέπειας του συμμετέχοντος ασθενούς, που θα πρέπει να θεωρείται ως βασικό καθήκον του ιατρού – ερευνητή.

→ Τέλος, το άρθρο 27 ΚΙΔ, αναφέρεται στην υποχρέωση δημοσιοποίησης των αποτελεσμάτων από τον ερευνητή-ιατρό (στην ιατρική κοινότητα), με στόχο την άσκηση γόνιμης κριτικής επ' αυτών.

Ένα βασικό μέτρο, που ορίζει ο νόμος για την εξασφάλιση της ηθικής ακεραιότητας της έρευνας-μελέτης που διεξάγεται σε ανθρώπους, είναι η σύσταση των Επιτροπών Ηθικής και Έρευνας. Έτσι, το 2003, με βάση την Υπουργική Απόφαση ΑΡ. ΔΥΓ. 3/89292 ΦΕΚΒ' 1973/31.12.2003 με την οποία γίνεται εναρμόνιση της Ελληνικής Νομοθεσίας με την Κοινοτική Οδηγία 2001/20/Ε.Ε., ιδρύεται η **Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας (Ε.Ε.Δ.)** η οποία λειτουργεί ως ανεξάρτητο γνωμοδοτικό όργανο, με έδρα τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Η Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας συγκροτείται και στελεχώνεται με απόφαση του Υπουργείου Υγείας μετά από πρόταση του ΔΣ του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Έτσι, προσδιορίζεται ως ανεξάρτητο όργανο-ανεξάρτητη αρχή που αποτελείται συνήθως από ιατρούς και γενικά από επαγγελματίες υγείας και άλλους επιστήμονες και από μη-ιατρικά

μέλη, των οποίων καθήκον είναι να προστατεύουν τα δικαιώματα, την ασφάλεια και την υγεία των ασθενών που συμμετέχουν σε μία κλινική μελέτη και να παρέχουν δημόσια διασφάλιση αυτής της προστασίας, εκφέροντας, μεταξύ άλλων, γνώμη για το πρωτόκολλο της μελέτης και την καταλληλότητα των ερευνητών, καθώς και για τις μεθόδους και τα έγγραφα που χρησιμοποιούνται για την ενημέρωση των συμμετεχόντων ασθενών προκειμένου να ληφθεί η μετά από ενημέρωση συγκατάθεσή τους. Άρα, βασικός στόχος της Εθνικής Επιτροπής Δεοντολογίας είναι να διασφαλίσει την προστασία των συμμετεχόντων ασθενών και να εξασφαλίσει ότι η κλινική μελέτη διεξάγεται σύμφωνα με τους ηθικούς και νομικούς κώδικες που διέπουν τις ιατρικές πρακτικές στην Χώρα.

Με βάση την Υπουργική Απόφαση *“Σύσταση και Κανονισμός λειτουργίας της Εθνικής Επιτροπής Δεοντολογίας για κλινικές μελέτες”* (ΦΕΚ 1503, Τεύχος β, 7.10.2004), η Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας :

→ αποτελείται από 9 μέλη (και 9 αναπληρωματικά) τα οποία είναι : 6 επιστήμονες υγείας, 1 νομικός, 1 θεολόγος και 1 εξειδικευμένος στη Βιοηθική, ενώ από 22/3/2017 με βάση την Υ.Α Αριθμ. Γ5α/59676 (→ ΦΕΚ 4131, Τεύχος Β/22.12.2016), η Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας αποτελείται από 10 μέλη, με συμμετοχή εκπροσώπου ασθενών → μέλος νομίμως συσταθέντος σωματίου διασφάλισης των δικαιωμάτων των ασθενών.

Η θητεία των μελών είναι τριετής και ανανεώσιμη.

→ Επίσης, η Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας γνωμοδοτεί για τη διεξαγωγή κλινικών δοκιμών (παρεμβατικές μελέτες φαρμάκων) ή κλινικών Ερευνών ιατροτεχνολογικών προϊόντων, εφαρμόζοντας τις εξής γενικές αρχές:

- Συμμόρφωση των κλινικών μελετών με γενικές δεοντολογικές αρχές, τη Διακήρυξη του Ελσίνκι, τις αρχές και τα πρότυπα ορθής κλινικής πρακτικής καθώς και την τρέχουσα Ελληνική και Ευρωπαϊκή Νομοθεσία.
- Προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας, της κοινωνικής ευημερίας, της αξιοπρέπειας και των ηθικών δικαιωμάτων των συμμετεχόντων ασθενών.
- Διασφάλιση της εμπιστευτικότητας των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων ασθενών.
- Ιδιαίτερη προσοχή στους ευάλωτους πληθυσμούς (ανήλικοι, ενήλικοι που δεν διαθέτουν την κατάλληλη ικανότητα και κρίση).
- Διασφάλιση της ακεραιότητας και της διαφάνειας των κλινικών δοκιμών.

(<http://www.eof.gr>).

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3α 79602/07 (ΦΕΚ 64/Β/25.01.2007) η

Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας προστατεύει, τα βασικά έγγραφα που σχετίζονται με μια κλινική μελέτη, για τρία τουλάχιστον έτη μετά την ολοκλήρωση της. Επίσης, η γνωστοποίηση εγγράφων και η επικοινωνία μεταξύ της Εθνικής Επιτροπής Δεοντολογίας και του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων πραγματοποιείται μέσω κατάλληλων και αποτελεσματικών συστημάτων, σύμφωνα με τις διατάξεις της κείμενης νομοθεσίας.

Τέλος, ο πιο επίκαιρος σταθμός για τις κλινικές δοκιμές αντιπροσωπεύεται από τη νέα Υπουργική Απόφαση Γ5α/59676 (ΦΕΚ Β' 4131/22.12.2016) σύμφωνα με την οποία η Ελληνική νομοθεσία εναρμονίζεται με τις διατάξεις για την εφαρμογή του **νέου Κανονισμού (Ε.Ε) αριθ. 536/2014** του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 16ης Απριλίου 2014 για τις κλινικές δοκιμές φαρμάκων που προορίζονται για τον άνθρωπο και την κατάργηση της Οδηγίας 2001/20/ΕΚ.

Μία σύντομη ανασκόπηση, με τα βασικά στοιχεία, του **νέου Ευρωπαϊκού Κανονισμού αριθ. 536/2014 για τις κλινικές δοκιμές**, παρουσιάζεται αμέσως παρακάτω:

Ο νέος Ευρωπαϊκός Κανονισμός αριθ. 536/2014 (http://www.eof.gr/assets/Kanonismos536_2014_EOF_booklet.pdf), για τις κλινικές δοκιμές που προορίζονται για τον άνθρωπο, που δημοσιεύτηκε στην επίσημη εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης στις 27 Μαΐου 2014, έχει ως βασικό στόχο την εναρμόνιση των διαδικασιών κατάθεσης /έγκρισης των κλινικών παρεμβατικών μελετών σε όλες τις Χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Βασικό ζητούμενο είναι να εκτελούνται, σε όλες τις εμπλεκόμενες Χώρες, οι κλινικές μελέτες σύμφωνα με τα υψηλά πρότυπα ασφάλειας και προστασίας των συμμετεχόντων ασθενών. Ειδικότερα, σχετικά με τα δικαιώματα των συμμετεχόντων ασθενών, στα άρθρα 17, 23,25,29,46,51,55,57,73 και 76 του Κανονισμού διασφαλίζονται τα δικαιώματα αξιοπρέπειας, ευδαιμονίας και ασφάλειας των ασθενών καθώς και προστατεύεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των πειραματικών και ερευνητικών δεδομένων που έχουν συγκεντρωθεί. Επίσης, βάσει του Κανονισμού 536/2014, τα συμφέροντα των συμμετεχόντων ασθενών πρέπει πάντα να έχουν προτεραιότητα έναντι όλων των άλλων συμφερόντων.

Σχετικά με την εφαρμογή του συγκεκριμένου Κανονισμού στην Ελλάδα, για την εναρμόνιση της Ελληνικής νομοθεσίας με την Ευρωπαϊκή, εκδόθηκε η Υπουργική Απόφαση Γ5α/59676 (ΦΕΚ Β'4131/22.12.2016) η οποία περιγράφει τις συνθήκες που πρέπει να συντρέχουν για την υλοποίηση της κλινικής μελέτης. Στον εν λόγω νόμο περιγράφεται ουσιαστικά η όλη οργάνωση που θα πρέπει να υιοθετεί έτσι ώστε να υπάρχουν οφέλη για το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Παρουσιάζονται, δηλαδή, τα απαραίτητα βήματα και οι εναλλακτικές λύσεις που θα πρέπει να ακολουθηθούν προκειμένου να αντιμετωπιστούν

διάφορα προβλήματα. Έτσι, αποτελεί ταυτόχρονα και έναν οδηγό για όλους τους ενδιαφερόμενους και εμπλεκόμενους.

4.4. Θέματα Βιοηθικής στις Κλινικές Μελέτες

Η ηθική αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της κλινικής μελέτης / έρευνας, από τη σύλληψη μιας ιδέας και τη φάση του σχεδιασμού μέχρι και τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων αυτής της έρευνας. Η βιοηθική για τις κλινικές μελέτες αποτελεί κλάδο εφαρμοσμένης ηθικής και εξετάζει φιλοσοφικά, κοινωνικά και νομικά ζητήματα που ανακύπτουν στις βιοϊατρικές επιστήμες. Εμφανίζεται αρχικά στις ΗΠΑ, ως χωριστός επιστημονικός κλάδος στις αρχές της δεκαετίας του '60. Ενώ η διεξαγωγή έρευνας έχει οφέλη για το κοινωνικό σύνολο, παράλληλα εγκυμονεί και αρκετούς κινδύνους για τους συμμετέχοντες ασθενείς. Πολλές φορές, η επιλογή μιας απόφασης σχετικά με ένα βιοηθικό ζήτημα απαιτεί τη δυνατότητα ισορροπίας μεταξύ ηθικών αρχών που τη διέπουν.

Οι κλινικές έρευνες θα πρέπει να διέπονται από ηθικές αρχές (**βασικές αρχές βιοηθικής** <https://blogs.biomedcentral.com/bmcseriesblog/2012/07/13/measuring-the-four-principles-of-beauchamp-and-childress/>) έτσι ώστε να συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας αλλά και στην αποτελεσματική προστασία των ασθενών στους οποίους πραγματοποιούνται αυτές οι έρευνες. Έτσι, αυτές οι ηθικές αρχές (οι οποίες βασίζονται και στον όρκο του Ιπποκράτη), που διέπουν τη βιοϊατρική ηθική είναι οι εξής (Σύμφωνα με τους Αμερικανούς φιλοσόφους Beauchamp και Childress, 2001):

1) Αρχή του σεβασμού της αυτονομίας (principle of respect for autonomy):

Όπως έχει αναλυθεί και σε προηγούμενες ενότητες, η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας ορίζει πως κάθε άτομο έχει το δικαίωμα στην πλήρη και κατανοητή ενημέρωση και συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων αλλά και το δικαίωμα στην αυτοδιάθεση και στον αυτοκαθορισμό. Έτσι, το κάθε άτομο μπορεί, μετά από μία ολοκληρωμένη ενημέρωση, να λάβει τις απαραίτητες αποφάσεις για τον εαυτό του ενεργώντας ελεύθερα, αυτοβούλως και χωρίς επιρροές. Ο ασθενής, με βάση αυτήν την αρχή, έχει δικαίωμα στην ελεύθερη και χωρίς καταναγκασμό λήψη αποφάσεων για την υγεία του, αφού πρώτα έχει προηγηθεί η κατάλληλη ενημέρωση, γεγονός που προϋποθέτει και στοιχειοθετεί την αναγνώριση του ασθενούς ως προσώπου με δικαιώματα, όπως δικαίωμα στην ενημέρωση, στην ιδιωτικότητα και στη λήψη φροντίδας και θεραπείας.

Η αρχή της προστασίας της αυτονομίας του ατόμου κατοχυρώνεται στο Σύνταγμα, σε διεθνείς συμβάσεις, στο Ευρωπαϊκό δίκαιο και σε πολλούς νόμους. Η ελεύθερη ανάπτυξη της προσωπικότητας αποτελεί συνέπεια της αξίας του ανθρώπου. Ειδικότερα, το Σύνταγμα προβλέπει στο άρθρο 5 το δικαίωμα κάθε ανθρώπου να αναπτύσσει ελεύθερα την προσωπικότητά του (παρ. 1), την προστασία της ζωής, της τιμής και της ελευθερίας του ατόμου (παρ. 2), την προστασία της υγείας και της γενετικής ταυτότητας (παρ. 5) και στο άρθρο 7 το δικαίωμα της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας (παρ. 2). (Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

Έτσι, η συναίνεση του ασθενούς θα πρέπει να προκύπτει συνειδητά μετά από ολοκληρωμένη, αληθή και κατανοητή πληροφόρηση για το εύρος και τις συνέπειες κάθε ιατρικής έρευνας - μελέτης στην οποία θα προβεί ο ιατρός - ερευνητής.

Οπότε, η αρχή του σεβασμού της αυτονομίας στηρίζεται και στους ισχύοντες νόμους αλλά και το ηθικό δίκαιο.

2) Αρχή της αγαθοεργίας (principle of beneficence):

Πολλές φορές, η αρχή της αγαθοεργίας και η αρχή της αυτονομίας φαίνεται ότι μπορεί να λειτουργούν αντίθετα, όταν η πρώτη αντιμετωπίζει τον ασθενή μόνο ως οργανισμό, αγνοώντας τα ιδιαίτερα γνωρίσματα και τις επιδιώξεις του. Έτσι, στις περισσότερες περιπτώσεις, φαίνεται ότι η αρχή της αυτονομίας είναι πιο σημαντική από την αρχή της αγαθοεργίας στην ιατρική ηθική.

Η αρχή της αγαθοεργίας υποστηρίζει την ηθική άποψη της ωφέλειας του άλλου και ταυτόχρονα την αποφυγή βλάβης του. Στο χώρο της υγείας η αρχή αυτή σημαίνει το ηθικό καθήκον του ιατρού να προσφέρει τη βοήθεια του με σκοπό το όφελος του ασθενούς και την πρόληψη ή αποφυγή της βλάβης της υγείας του ή και της ζωής του. Επίσης, η αρχή της αγαθοεργίας βρίσκει εφαρμογή τόσο σε ατομικό επίπεδο με την προσφορά βοήθειας σε κάθε πάσχοντα άνθρωπο, που έχει ανάγκη, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο με τη λήψη ενεργειών προς αποφυγή της εξάπλωσης των διαφόρων νοσημάτων.

3) Αρχή του μη βλάπτειν (principle of nonmaleficence):

Σύμφωνα με την αρχή του μη βλάπτειν, ο ιατρός έχει σαφή υποχρέωση να μην προξενήσει, με εκούσιο τρόπο, βλάβη και πόνο στον ασθενή. Η βλάβη αυτή μπορεί να είναι σωματική ή διανοητική. Μπορεί, επίσης, να σχετίζεται και με άλλες διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής και ευημερίας, όπως με μία ιδιότητα ή ένα δικαίωμα που με άδικο τρόπο δεν αποδίδεται στον κάτοχό του ή αφαιρείται από αυτόν.

Η ιατρική φροντίδα παρέχεται στους ασθενείς σύμφωνα με συγκεκριμένα πρότυπα και νόμους έτσι ώστε να αποτρέπεται ή να μειώνεται η πιθανότητα πρόκλησης βλάβης στον

κάθε ασθενή. Έτσι, η αποφυγή πρόκλησης βλάβης δεν επιβάλλεται μόνο από τον ηθικό νόμο για την προστασία της ανθρώπινης ζωής, αλλά απαιτείται και από τους νόμους της πολιτείας.

4) Αρχή της δικαιοσύνης (principle of justice):

Η αρχή της δικαιοσύνης αφορά κυρίως στην κατανομή των αγαθών και των υπηρεσιών προς τους ανθρώπους. Στον χώρο της υγείας, η αρχή αυτή καθορίζει, μεταξύ των άλλων υποχρεώσεων του ιατρού, και το καθήκον να φροντίζει και να προστατεύει την υγεία του κάθε ασθενούς, ανεξάρτητα από το φύλο, τη φυλή και την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Έτσι, με βάση αυτή την αρχή, δίνεται έμφαση στη δικαιοσύνη και στην ισότητα μεταξύ των ατόμων.

Το δικαίωμα στην υγεία περιλαμβάνει την ιατρική φροντίδα για τη σωματική και ψυχική υγεία, τη διατροφή, την υγιεινή και την προστασία της υγείας από διάφορες μολύνσεις και λοιμώξεις. Η Παγκόσμια Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα, στο άρθρο 25 παρ.1, ορίζει ότι ο κάθε άνθρωπος έχει δικαίωμα σε ένα ορισμένο επίπεδο υγείας και ευημερίας για τον εαυτό του αλλά και την οικογένειά του. Επίσης, το δικαίωμα στην υγεία απορρέει έμμεσα από τον Ιατρικό Κώδικα Ηθικής της Διακήρυξης της Γενεύης. Ωστόσο, παρουσιάζεται πρόβλημα στη διανομή και στη χρήση των πόρων που διατίθενται για την υγεία. Δυστυχώς, οι δυνάμεις της αγοράς αποτυγχάνουν στην προσπάθεια επίτευξης μιας δίκαιης κατανομής των πόρων στον τομέα της υγείας, λόγω κυρίως του συχνά περιορισμένου αριθμού αυτών των πόρων.

Για αυτό το λόγο η κατανομή αυτών των περιορισμένων πόρων οδήγησε στην ανάγκη δημιουργίας των εξής κριτηρίων στον χώρο της υγείας: i) το κριτήριο της νομιμότητας (δηλαδή το σύνολο των αρχών και συνθηκών βάσει των οποίων θα αποφασιστούν οι υπηρεσίες που θα προσφερθούν) και ii) το κριτήριο της αμεροληψίας.

Επιπρόσθετα των τεσσάρων αυτών ηθικών αρχών έχουν καταγραφεί και άλλοι δευτερεύοντες κανόνες (που αποτελούν *δικαιώματα των ασθενών*), που διέπουν τη βιοϊατρική ηθική, όπως:

- η υποχρέωση παροχής αλήθειας στον ασθενή (που σχετίζεται με την Αρχή της ειλικρίνειας) (tell the truth),
- η προστασία της ιδιωτικότητας (protect the privacy),
- η τήρηση του ιατρικού απορρήτου (confidentiality),
- η πληροφορημένη συναίνεση (informed consent),
- ο σεβασμός της σύμβασης μεταξύ ιατρού και ασθενούς,
- η τιμιότητα και

→ η αποφυγή πρόκλησης θανάτωσης

Η προστασία της ιδιωτικότητας και η τήρηση ιατρικού απορρήτου σχετίζεται με την *Αρχή της εμπιστοσύνης* (σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή).

Πολλοί από τους παραπάνω κανόνες θεωρούνται και ως απόρροια των Αρχών της Βιοηθικής.

(Κατσιμίγκας και Βασιλοπούλου, 2010 http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2010/VOLUME%2002_10/VA_REV_4_09_02_10.pdf).

Όπως αναφέρθηκε, οι παραπάνω ηθικές αρχές της Βιοηθικής θα πρέπει να καθορίζουν τις κλινικές έρευνες και να κατέχουν εξέχουσα θέση στην καθημερινή ιατρική πρακτική, έτσι ώστε να υπάρχει βελτίωση της φροντίδας της υγείας αλλά και αποτελεσματική προστασία των ασθενών.

Η κατανόηση της ηθικής και των κανόνων που καθορίζει τις κλινικές έρευνες απαιτεί την κατανόηση των παρακάτω αρχών:

→ Η ηθική διεξαγωγή της έρευνας και η προστασία των ασθενών που συμμετέχουν σε αυτή δεν είναι καθήκον μόνο του ερευνητή – ιατρού, αλλά και της υπόλοιπης ερευνητικής ομάδας και του οργανισμού στον οποίο διεξάγεται η έρευνα.

→ Η συμμετοχή του ατόμου - ασθενούς στην έρευνα δεν είναι υποχρεωτική και η απόφαση για τη συμμετοχή ή όχι στην κλινική μελέτη ανήκει αποκλειστικά και μόνο στον ασθενή και κανένας δεν μπορεί να τον αναγκάσει ή να τον επηρεάσει με οποιονδήποτε τρόπο.

→ Οι κλινικές μελέτες που πραγματοποιούνται σε ανθρώπους προσφέρουν την προοπτική οφελών για όλους - για την κοινωνία (δηλαδή οφέλη όπως κοινωνική προσφορά, επένδυση στην καινοτομία, στην τεχνογνωσία, ενίσχυση της επιχειρηματικότητας και της απασχόλησης, πρόσβαση σε νέες θεραπείες / καινοτόμα φάρμακα, βελτίωση των λαμβανομένων υπηρεσιών υγείας κ.ά.), αλλά μπορεί να επιφέρει κινδύνους μόνο για άτομα που συμμετέχουν σε αυτήν (κίνδυνοι όπως αρνητικές επιπτώσεις - ανεπιθύμητες ενέργειες στην υγεία του ατόμου, αναποτελεσματικότητα μεθόδου, αυξημένες απαιτήσεις σε χρόνο, κ.ά.)

→ Βασική παράμετρος: διασφάλιση διαφάνειας των κλινικών δοκιμών.

- *Πληροφορίες για τις κλινικές μελέτες:*

Όλες οι κλινικές μελέτες που διεξάγονται παγκοσμίως καταχωρίζονται σε μία βάση δεδομένων, στην οποία κάθε ενδιαφερόμενος μπορεί να ανατρέξει για εξεύρεση πληροφοριών: <https://www.clinicaltrials.gov/>.

Οι κλινικές μελέτες που πραγματοποιούνται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης καταχωρούνται στο: <https://www.clinicaltrialsregister.eu/> .

Έτσι, είναι εφικτό στο κοινωνικό σύνολο, δηλαδή σε ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, δημόσιους λειτουργούς αλλά και σε οποιονδήποτε άλλο ενδιαφερόμενο, να έχει εύκολα στη διάθεσή του πληροφορίες σχετικά με κλινικές μελέτες, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η διαφάνεια και να βελτιώνεται η διαδικασία των κλινικών ερευνών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Οι ασθενείς, εκτός από δικαιώματα, έχουν και σημαντικές υποχρεώσεις, που θα πρέπει να τηρούν, στο Δημόσιο Νοσοκομείο όπου νοσηλεύονται.

Στο Εθνικό Σύστημα Υγείας αναπτύσσονται τριμερείς έννομες σχέσεις μεταξύ των ασθενών, των επαγγελματιών υγείας και των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Έτσι, σε γενικές γραμμές, οι πιο βασικές υποχρεώσεις των ασθενών έναντι των δημοσίων υπηρεσιών υγείας όπου νοσηλεύονται, είναι κυρίως οι εξής:

- 1) Η υποχρέωση του ασθενούς να συμμορφώνεται με τον κανονισμό λειτουργίας του οργανισμού υγείας όπου νοσηλεύεται (→ θεμελιώδης/βασική υποχρέωση στην οποία εντάσσονται ειδικότερες υποχρεώσεις που θα αναλυθούν παρακάτω).
- 2) Η υποχρέωση του ασθενούς να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για την υγεία του (π.χ. δήλωση του ιστορικού του) στους επαγγελματίες υγείας καθώς και να συνεργάζεται μαζί τους, έτσι ώστε να διευκολύνεται η διάγνωση και η θεραπεία (→ και αυτή αποτελεί βασική υποχρέωση στην οποία περιλαμβάνονται άλλες επιμέρους υποχρεώσεις που θα αναλυθούν παρακάτω).
- 3) Η υποχρέωση του ασθενούς να εφαρμόζει τις εντολές των ιατρών του (και γενικά τις εντολές όλων των επαγγελματιών υγείας) και να εκτελεί τη θεραπεία που του προτείνεται καθώς και να λαμβάνει τα φάρμακα που του συνταγογραφούνται. Επίσης, ο ασθενής θα πρέπει να ακολουθεί πιστά, εκτός της φαρμακευτικής αγωγής που του προτείνεται, και το διαιτολόγιο που του έχει καθορίσει ο θεράπων ιατρός του, λαμβάνοντας την παρεχόμενη από το Νοσοκομείο τροφή και όχι κάθε άλλη τροφή που του προσφέρεται από τους οικείους του. Άρα, για να εφαρμοστεί σωστά η θεραπεία που προτείνεται από τον θεράποντα ιατρό, ο ασθενής θα πρέπει να συνεργάζεται με τον ιατρό του και να εκτελεί πιστά την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και την κατάλληλη διατροφή/διαιτολόγιο.
- 4) Η υποχρέωση του ασθενούς να καταβάλει την τυχόν προβλεπόμενη συμμετοχή στη σχετική δαπάνη. (→ Βλ. Ισχύ του νέου Νόμου Ν.4368/2016 σχετικά με τις αλλαγές στην πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας).

(Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017).

Ειδικότερα, σύμφωνα με την καθηγήτρια Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, στο "Δημόσιο

Δίκαιο της Υγείας", (2017), οι κύριες υποχρεώσεις του ασθενούς ταξινομούνται σε πιο συγκεκριμένες / ειδικές υποχρεώσεις που έχουν ιδιαίτερη σημασία.

Έτσι, σύμφωνα με αυτή την ταξινόμηση (της καθηγήτριας Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη,2017), στην (1η) υποχρέωση συμμόρφωσης του ασθενούς με τον κανονισμό λειτουργίας του οργανισμού υγείας όπου νοσηλεύεται, εντάσσονται οι εξής επιμέρους υποχρεώσεις:

α) Η υποχρέωση του ασθενούς (και των οικείων του) να μην καπνίζει εντός του θαλάμου υγείας

β) Η υποχρέωση του ασθενούς να μην παίζει τυχερά παιχνίδια

γ) Η υποχρέωση του ασθενούς να μην κάνει χρήση οινόπνευματων ποτών και παράνομων ναρκωτικών

δ) Η υποχρέωση του ασθενούς (και των οικείων του) να μην προκαλεί θόρυβο (π.χ. με την χρήση μουσικών οργάνων) εντός του Νοσοκομείου, για το όφελος και τον σεβασμό αυτών που βρίσκονται γύρω του καθώς οι περισσότεροι ασθενείς έχουν μεγάλη ανάγκη ηρεμίας και ησυχίας.

ε) Απαγορεύεται ο ασθενής να εισέρχεται στα γραφεία των ιατρών ή άλλων Υπηρεσιών-χώρων του Νοσοκομείου χωρίς άδεια.

στ) Απαγορεύεται ο ασθενής (και οι οικείοι του) να συμπεριφέρεται απρεπώς στο ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό του Νοσοκομείου, αλλά έχει την υποχρέωση να συμπεριφέρεται με σεβασμό και εκτίμηση προς τα άτομα που τον φροντίζουν. Η ευγένεια, ένα απλό ευχαριστώ και γενικά η καλή συμπεριφορά και η κάθε ηθική επιβράβευση της προσπάθειας που καταβάλλει το προσωπικό, πρέπει να είναι η αμοιβή του για τη συνέχιση της προσφοράς του προς τους ασθενείς.

ζ) Ο ασθενής έχει την υποχρέωση να παραμένει στο Νοσοκομείο καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του και να μην απομακρύνεται από αυτό άνευ αδειάς. Σε περίπτωση που ο ασθενής εξέλθει από τον χώρο του Νοσοκομείου άνευ αδειάς, τότε θεωρείται ότι εξέρχεται με δική του ευθύνη και έτσι του επισύρονται οι ανάλογες νόμιμες κυρώσεις, δηλαδή η υποχρεωτική έξοδος του από το Νοσοκομείο, με πειθαρχικό εξιτήριο και φυσικά μόνο στην περίπτωση που η υγεία του δεν διατρέχει κανέναν κίνδυνο.

(<https://kavalahospital.gr/>).

Σύμφωνα με την ταξινόμηση των κύριων υποχρεώσεων του ασθενούς, στο "Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας", 2017, της καθηγήτριας Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, στην (2η) υποχρέωση παροχής πληροφοριών και συνεργασίας, περιλαμβάνονται οι εξής ειδικότερες υποχρεώσεις:

α) Ο ασθενής έχει την υποχρέωση να δηλώσει το ιστορικό του (σχετικά με την κατάσταση της υγείας του) στο ιατρικό προσωπικό που τον παρακολουθεί. Οφείλει να παρέχει ακριβείς και πλήρεις πληροφορίες για το δικό του αλλά και της οικογένειάς του σχετικό ιατρικό ιστορικό (κυρίως όσον αφορά στην ασθένεια την οποία αντιμετωπίζει τη δεδομένη στιγμή που νοσηλεύεται), συμπεριλαμβανομένου όλα τα φάρμακα, τις θεραπείες ή τις ουσίες που τυχόν έπαιρνε πριν την εισαγωγή του στο Νοσοκομείο. Επίσης, ο ασθενής υποχρεούται να εξιστορεί με κάθε ειλικρίνεια τα πραγματικά περιστατικά και τα συμπτώματα ή τις ενοχλήσεις της ασθένειας, αλλά και την αποτελεσματικότητα της θεραπείας ή τυχόν παρενέργειες και επιπλοκές. Έτσι, εάν ο ασθενής συνεργάζεται με ειλικρίνεια με τους επαγγελματίες υγείας τότε, με αυτόν τον τρόπο, συμπράττει με τη συμπεριφορά του στην επιτυχία της θεραπείας του.

β) Ο ασθενής έχει την υποχρέωση να δηλώσει εγγράφως αν συγκατατίθεται ή όχι στην περίπτωση που επιβάλλεται να πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση ή να του χορηγηθεί γενική ή μερική νάρκωση ή να υλοποιηθεί οποιαδήποτε άλλη επικίνδυνη για την υγεία του επέμβαση και θεραπεία. Όσον αφορά τις ιδιαίτερες περιπτώσεις των ευάλωτων πληθυσμών (που τίθεται θέμα ανικανότητας), εάν πρόκειται για ανήλικο, η συναίνεση δίνεται από τους ασκούντες τη γονική μέριμνα ή τα πρόσωπα που έχουν την επιμέλεια του. Εάν πρόκειται για ενήλικα που έχει μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η συγκατάθεση δίνεται από όποιον ενεργεί νόμιμα για λογαριασμό του (→ σύμφωνα με το άρθρο 47 του Ν.2071/1992). Ειδικά στην περίπτωση των κλινικών μελετών που διεξάγονται σε εθελοντές ασθενείς, όπως αναλύθηκε σε προηγούμενο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, ο κάθε ασθενής απαιτείται να υπογράψει γραπτή δήλωση συγκατάθεσης για τη συμμετοχή / ένταξή του στην ανάλογη κλινική έρευνα (και εδώ ισχύουν οι ίδιες διαδικασίες σχετικά με τους ευαίσθητους πληθυσμούς, δηλαδή στην περίπτωση του ανήλικου απαιτείται και η συγκατάθεση του γονέα ή του νόμιμου κηδεμόνα του και στην περίπτωση των ενήλικων που δεν διαθέτουν την κατάλληλη κρίση και ικανότητα απαιτείται η συγκατάθεση από τον νόμιμο εκπρόσωπο τους. Παρ' όλα αυτά όμως, κυρίως στις περιπτώσεις των κλινικών μελετών, όλα τα άτομα, ακόμα και οι ευαίσθητοι πληθυσμοί, πρέπει να μην εκφράζουν εμφανώς την αντίθεσή τους στις επεμβάσεις που θα πραγματοποιήσουν σε αυτούς ή στη συμμετοχή τους στις κλινικές μελέτες).

γ) Ο ασθενής έχει την υποχρέωση, αμέσως μετά την είσοδο του στο Νοσοκομείο, να δηλώσει τον ασφαλιστικό του οργανισμό (εφόσον είναι ασφαλισμένος) έτσι ώστε να καλυφτεί η νοσηλεία του (→ γενικά η νοσηλεία του ασθενούς καλύπτεται είτε από το ασφαλιστικό του ταμείο είτε, στην περίπτωση που είναι ανασφάλιστος, από το Δημόσιο). Στην περίπτωση που

ο ασθενής είναι ανασφάλιστος, ισχύουν οι διατάξεις του νέου Νόμου (→4368/2016) σχετικά με την πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας.[→ Από το 2016 ισχύει ο νέος νόμος για την πρόσβαση των ανασφάλιστων πολιτών στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Έτσι, με τον Ν.4368/2016 και την ΚΥΑ Α3(γ)/ΓΠ/οικ.25132/4-4-2016 θεσπίζεται το δικαίωμα ελεύθερης πρόσβασης σε όλες τις Δημόσιες Δομές Υγείας για την παροχή νοσηλευτικής και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης σε ανασφάλιστους πολίτες και σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες. Η πλέον θεμελιώδης αλλαγή που εισάγει το ανωτέρω θεσμικό πλαίσιο είναι η εξίσωση του δικαιώματος ασφαλισμένων, ανασφάλιστων και πρώην κατόχων Ατομικού Βιβλιαρίου Οικονομικά Αδυνάμου ή Ανασφάλιστου ως προς την πρόσβαση στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας. Η υγειονομική κάλυψη που εγγυάται το νέο θεσμικό πλαίσιο είναι πλήρης και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική, διαγνωστική και φαρμακευτική κάλυψή τους.

Δικαιούχοι των παροχών είναι όλοι οι πολίτες, Έλληνες και νόμιμα διαμένοντες αλλοδαποί, κάτοχοι ΑΜΚΑ ή Κάρτας Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού (→ η Κάρτα Υγειονομικής Περίθαλψης Αλλοδαπού είναι για τα άτομα που δεν μένουν νόμιμα στην Ελλάδα αλλά ανήκουν σε κάποια ευάλωτη ομάδα που χρήζει άμεσης υγειονομικής κάλυψης όπως έγκυες, παιδιά, χρόνιοι, ανάπηροι ψυχικά ασθενείς, κλπ)].

<https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapytyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>).

Έτσι, λοιπόν, όλοι οι ασθενείς θα πρέπει να τηρούν υπεύθυνα τις υποχρεώσεις τους στο Δημόσιο Νοσοκομείο όπου νοσηλεύονται. Σε περίπτωση που δεν τηρηθούν ορισμένες από τις απαιτούμενες υποχρεώσεις, τότε επισύρονται και οι αντίστοιχες *κυρώσεις*. Οι κυρώσεις αυτές αφορούν κυρίως στην περίπτωση της άρνησης του ασθενούς να δώσει πληροφορίες (σχετικά με την κατάσταση της υγείας του) και να εφαρμόσει πιστά την θεραπεία. Οι συγκεκριμένες κυρώσεις προβλέπονται εξαιρετικώς, ιδίως στα λοιμώδη και στα μεταδοτικά νοσήματα, χάριν προστασίας της δημόσιας υγείας, και συνεπάγονται κυρίως περιορισμούς της ελευθερίας του ατόμου με τη μορφή του αναγκαστικού εμβολιασμού, της αναγκαστικής νοσηλείας, κλπ. (η υποσημείωση στο "Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας", 2017, της καθηγήτριας Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, σελ. 235, υποσημείωση 532, μας παραπέμπει σε Moreau J., Truchet D, ό.π., σ.210, που παρατηρούν ότι η πηγή, η φύση, το περιεχόμενο και οι κυρώσεις για την παράβαση των υποχρεώσεων του ασθενούς παραμένουν ασαφείς. Επίσης, αναφέρει ότι η Moquet – Anger M.L., "Le droit des personnes hospitalisees", RDss 4/2002, σ.670, τονίζει ότι οι υποχρεώσεις του ασθενούς είναι αόριστες και χωρίς κυρώσεις). Τέλος, όπως αναφέρεται και στο "Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας", 2017, της καθηγήτριας Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, η παράβαση των υποχρεώσεων του ασθενούς μπορεί να έχει συνέπειες όσον αφορά στην

ευθύνη του επαγγελματία υγείας και του δημοσίου ή του οικείου δημοσίου νομικού προσώπου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΘΕΣΜΟΙ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΦΑΛΙΣΗΣ ΤΩΝ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για την διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών ως χρηστών των υπηρεσιών και αγαθών υγείας, έχουν θεσπιστεί βασικές διοικητικές διαδικασίες (διοικητικά όργανα) εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας, με μια σειρά από ειδικά νομοθετήματα, όπως ενδεικτικά ο Ν.2519/1997, ο Ν.2716/1999, ο Ν.2920/2001, μετά από τροποποιήσεις με τους Ν.3204/2003 και Ν.3252/2004, ο Ν.3094/03, ο Ν.3293/2004, ο Ν.3339/2005 κ.α. Παράλληλα, ισχύουν και οι γενικές διατάξεις του τυπικού ιεραρχικού διοικητικού ελέγχου. Βασικοί στόχοι της λειτουργίας αυτών των θεσμών/διαδικασιών ελέγχου είναι να εμποδιστεί η παραβίαση των δικαιωμάτων των ασθενών που νοσηλεύονται σε κάποιο υγειονομικό ίδρυμα και να εξεταστούν οι διαμαρτυρίες / παράπονα και ενστάσεις που προέρχονται από τους ασθενείς ή από τους νόμιμους αντιπροσώπους τους. Εξάλλου, η κατάθεση διαμαρτυρίας και ενστάσεως καθώς και η γνώση των επ' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων, αποτελεί βασικό δικαίωμα του ασθενούς που ορίζεται στο άρθρο 47 παρ.8 του Ν.2071/1992. Άρα, μέσω αυτού του δικαιώματος του ασθενούς (αρθρ.47, παρ.8 του Ν.2071/1992), παρατηρούμε ότι ο κάθε ασθενής μπορεί να προκαλέσει τόσο τον εσωτερικό όσο και τον εξωτερικό έλεγχο των υγειονομικών οργάνων με απώτερο σκοπό την διασφάλιση των θεμελιωδών δικαιωμάτων του. (Κρεμαλής,2011).

Έτσι, οι θεσμοί – υπηρεσίες που προστατεύουν τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών είναι:

1. **Θεσμοί Εσωτερικού (Εξαρτημένου) Ελέγχου** (→ εντάσσονται μέσα στο Σύστημα Υγείας).
2. **Θεσμοί Εξωτερικού (Ανεξάρτητου) Ελέγχου** (→ εξωτερικοί μηχανισμοί ελέγχου, που βρίσκονται δηλαδή εκτός Συστήματος Υγείας, και είναι διαθέσιμοι στον ασθενή / πολίτη) στους οποίους ανήκουν και οι
2α. **Ανεξάρτητες Αρχές – Ανεξάρτητες Εθνικές Επιτροπές.**

6.1. Θεσμοί Εσωτερικού (Εξαρτημένου) Ελέγχου

(→ αναφορά και στο νέο νόμο προάσπισης των δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας → Ν.4368/ 2016)

Όπως αναφέρθηκε στην ιστορική αναδρομή για την εξασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών, από το 1997 άρχισαν να θεσπίζονται τα όργανα προστασίας και ελέγχου των δικαιωμάτων των ασθενών. Έτσι, με το **Ν.2519/1997** σχετικά με την «την ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, την οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, τις ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις» καθιερώνονται τα *έξης όργανα προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών (άρθρο 1 του Ν.2519/1997)*:

- i) **«Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών»**, που αποτελεί Τμήμα υπαγόμενο στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας. Έργο της Υπηρεσίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η εξέταση των παραπόνων και των καταγγελιών (που αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς) καθώς και η εισήγηση αυτών των θεμάτων προς τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας.
- ii) **«Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών»**, που αποτελείται από εκπροσώπους κρατικών φορέων, επαγγελματικών συλλόγων (ιατρών, νομικών), συνδικαλιστικών ενώσεων και ομοσπονδιών. Έργο της Επιτροπής, καθώς και των εξουσιοδοτημένων μελών της, είναι να διαπιστώνουν παραβάσεις και να υποβάλουν τα πορίσματα τους στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας για τις νόμιμες διοικητικές ενέργειες ή στην Εισαγγελική Αρχή για τυχόν ποινικές δίωξεις.
- iii) **«Το Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη»** (εντός του Νοσοκομείου), το οποίο υπάγεται στον διοικητή του Νοσοκομείου, για να μεσολαβεί στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου προς επίλυση τυχόν προβλημάτων και να ενημερώνει τους ασθενείς και τους πολίτες για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους κυρίως σε θέματα κοινωνικών υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με την παράγραφο 4 του εν λόγω άρθρου (άρθρο 1 Ν.2519/1997), αυτό το Γραφείο λειτουργεί (εκτός από τις εργάσιμες μέρες και ώρες) και κατά τις ώρες του επισκεπτηρίου και επεκτείνει τη λειτουργία του κατά τις ημέρες των εφημεριών μέσω της Γραμματείας των Επειγόντων Περιστατικών. Επίσης, στην παράγραφο 4, του άρθρου 1 Ν.2519/1997, αναφέρεται ότι με απόφαση του Δ.Σ. (Διοικητικού Συμβουλίου) κάθε Νοσοκομείου συγκροτείται:

- iv) «Τριμελής Επιτροπή Προάσπισης των Δικαιωμάτων του Πολίτη – Ασθενούς», που λειτουργεί στο Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη. Στην συγκεκριμένη Επιτροπή συμμετέχει και εκπρόσωπος τυχόν συνεστημένου σωματίου φίλων του Νοσοκομείου, που έχει ως σκοπό την εθελοντική στήριξη του. Αρμοδιότητα της Επιτροπής είναι να εξετάζει καταγγελίες ασθενών καθώς και να παρακολουθεί την τήρηση διατάξεων σχετικών με τα δικαιώματα των ασθενών.
(Κρεμαλής,2011)

Η καθιέρωση του Γραφείου Επικοινωνίας με τον Πολίτη (1997), εντός του Νοσοκομείου, υπήρξε ένα πολύ σημαντικό βήμα για να υιοθετηθεί, μέσα στα χρόνια, ο θεσμός των Γραφείων Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών (εντός των Νοσοκομείων), μέσω των οποίων οι ασθενείς έχουν την δυνατότητα να έρχονται σε επαφή εντός των Νοσοκομείων με τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό τόσο την έκφραση των παραπόνων τους, όσο και τη λύση των προβλημάτων τους καθώς και τον απαιτούμενο σεβασμό των δικαιωμάτων τους.

Έτσι, παρακάτω παρουσιάζεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή του θεσμού των *Γραφείων Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών*, η καθιέρωση των οποίων αποτέλεσε το πιο βασικό ρόλο στην διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών στα Δημόσια Νοσοκομεία.

Με την πάροδο του χρόνου, το 2001, το Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη μετονομάστηκε, με το **N.2889/2001** (άρθρο 6, παρ.4) σε «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών». Το Γραφείο Υποδοχής Ασθενών στελεχώνεται από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό που απασχολείται αποκλειστικά με την υποδοχή και την πληροφόρηση κάθε προσερχόμενου στο Νοσοκομείο πολίτη. Επίσης, το προσωπικό του Γραφείου καθοδηγεί τους προσερχόμενους ασθενείς για τις διαδικασίες της εισόδου και της παραμονής τους στο Νοσοκομείο και τους ενημερώνει για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους αλλά και γενικά για την συνολική λειτουργία του Νοσοκομείου. Στο Γραφείο Υποδοχής μπορεί κάθε πολίτης να καταθέσει καταγγελία ή αναφορά παραπόνων για οποιοδήποτε θέμα που έχει σχέση με τη λειτουργία του Νοσοκομείου. (<https://www.metaxa-hospital.gr/features/grafeio-ypodoxhs/>).

Κατόπιν ακολούθησε το 2010 η μετονομασία του Γραφείου Υποδοχής Ασθενών σε «Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη», με την παράγραφο 4 του άρθρου 6 του N.2889/2001 να αντικαθίσταται από το άρθρο 9 του **N.3868/2010**.

Σύμφωνα, λοιπόν, με το *άρθρο 9 του N.3868/2010* σε κάθε Νοσοκομείο συνίσταται πλέον Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη, το οποίο είναι αρμόδιο για την υποδοχή, ενημέρωση,

παρακολούθηση διακίνησης, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και την εν γένει προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Επίσης, σύμφωνα με το άρθρο 9, κάθε έτος συντάσσεται με επιμέλεια του Γραφείου Υποστήριξης έκθεση πεπραγμένων, η οποία περιέχει στατιστικά στοιχεία για την καταγραφή των θεμάτων που προέκυψαν και αντιμετωπίστηκαν, προτάσεις για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κάθε άλλο βασικό στοιχείο για την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών. Και εδώ προβλέπεται λειτουργία του Γραφείου πέραν του τακτικού ωραρίου, καθώς και η σύνδεση με τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών τις ημέρες εφημερίας των Νοσοκομείων. Το Γραφείο Υποστήριξης υπάγεται άμεσα στον Αναπληρωτή Διοικητή σε Νοσοκομεία με οργανικές κλίνες άνω των 400, αλλιώς στον Αντιπρόεδρο. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε Νοσοκομείου συγκροτείται *Τριμελής Επιτροπή παρακολούθησης* της λειτουργίας του Γραφείου που αποτελείται από διοικητικά στελέχη όπως από τον Αναπληρωτή Διοικητή ή Αντιπρόεδρο του κάθε Νοσοκομείου και τους Διευθυντές της Ιατρικής και Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

Βάσει της Υπουργικής Απόφασης Υ4α/οικ.106298 (ΦΕΚ Β' 1496 / 6.09.2010), στην οποία εξειδικεύεται το άρθρο του Νόμου, στο Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη υπάγονται συνολικά οι εξής αρμοδιότητες:

- Η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προάσπισης των δικαιωμάτων των προσερχόμενων πολιτών.
- Ο σχεδιασμός, η οργάνωση και η παρακολούθηση της υποδοχής και καθοδήγησης των προσερχόμενων πολιτών.
- Η άμεση, πλήρης και σωστή ενημέρωση και πληροφόρηση τους για θέματα που αφορούν στην εξυπηρέτηση τους από τις υπηρεσίες του κάθε Νοσοκομείου.
- Η διαμεσολάβηση μεταξύ των πολιτών και των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό τη διευκόλυνση της επικοινωνίας και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η επιμέλεια για την παραγωγή και την διανομή έντυπου και ηλεκτρονικού υλικού στο οποίο εμπεριέχονται σαφείς και απαραίτητες πληροφορίες σχετικά με τα Τμήματα και τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Νοσοκομείου.
- Η συλλογή και η διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων που αφορούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας και η παραπομπή τους για εξέταση στα αρμόδια όργανα.
- Η συγκέντρωση, ταξινόμηση και αξιολόγηση των στοιχείων που αφορούν τη δραστηριότητα του Γραφείου. Η δημιουργία και η ενημέρωση ηλεκτρονικού αρχείου /

μητρώου και η στατιστική καταγραφή και επεξεργασία των δεδομένων και των συμβάντων.

- Η σύνταξη έκθεσης πεπραγμένων σε ετήσια βάση και η υποβολή στοιχείων της λειτουργίας του προς την Τριμελή Επιτροπή παρακολούθησης του Γραφείου.

(https://www.asklepiefio.gr/index.php?option=com_content&task=view&id=165&Itemid=270&lang=el)

Στη συνέχεια, το 2016, με το άρθρο 60 του νέου Νόμου 4368/2016 αντικαθίσταται το άρθρο 9 του Ν.3868/2010 και πλέον δημιουργείται σε κάθε Νοσοκομείο της Χώρας το «Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας» το οποίο ισχύει μέχρι σήμερα. Έτσι, σύμφωνα με το *άρθρο 60 του Ν.4368/2016*, το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας είναι αρμόδιο για την υποδοχή και την ενημέρωση σχετικά με τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες και τα δικαιώματα των ληπτών υπηρεσιών υγείας, την παρακολούθηση διακίνησης και εξυπηρέτησης του λήπτη εντός του Νοσοκομείου ή σε εξωνοσοκομειακή υπηρεσία του, τη διοικητική υποστήριξη και για τη συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων.

Ως νέο στοιχείο, σε σχέση με τους προηγούμενους νόμους (και ειδικά τον τελευταίο) και τα προηγούμενα Γραφεία που αντικατέστησε ο νέος Νόμος με το νέο Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, προστίθεται και επομένως καθιερώνεται η σχέση του Γραφείου αυτού με το Συνήγορο του Πολίτη, τις Εθνικές Επιτροπές Δικαιωμάτων του Ανθρώπου και Βιοηθικής και τις Επιτροπές Δικαιωμάτων στο Υπουργείο Υγείας και με άλλες αρμόδιες ελεγκτικές αρχές (αυτές οι ελεγκτικές αρχές και επιτροπές θα αναλυθούν λεπτομερέστερα και παρακάτω, αφού αποτελούν τους βασικούς θεσμούς /όργανα εξωτερικού ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών). Για τη σύσταση των Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, το Υπουργείο Υγείας διαβουλευτήκε με την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, το Συνήγορο του Πολίτη και την Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου ενσωματώνοντας τις παρατηρήσεις αυτών των ανεξάρτητων αρχών/επιτροπών. Η εμπλοκή των Γραφείων με αυτές τις ανεξάρτητες αρχές/επιτροπές είναι πολύ σημαντική σε σχέση με τη διαδικασία διασφάλισης των δικαιωμάτων των ασθενών, διότι μέσα από αυτή την συνεργασία ενδυναμώνεται η θέση του ασθενούς καθώς του δίνεται η δυνατότητα να προβεί σε δράσεις που προστατεύουν τα δικαιώματά του. Έτσι, μέσω της αρμοδιότητας πλέον του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων προσφέρεται στους ασθενείς / πολίτες η διευκόλυνση να υποβάλουν αναφορές στις παραπάνω ελεγκτικές αρχές / επιτροπές.

Έπειτα, ο νόμος αναφέρει πως τα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών

Υπηρεσιών Υγείας εξακολουθούν να υπάγονται διοικητικά στον Αναπληρωτή Διοικητή σε Νοσοκομεία με οργανικές κλίνες άνω των 400, άλλως στον Αντιπρόεδρο (όπως δηλαδή και με τα Γραφεία Υποστήριξης του Πολίτη του Ν.3868/2010). Το νέο στοιχείο που εισάγει ο Ν.4368/2016 είναι η συνεργασία των Γραφείων με την *Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων* του Υπουργείου Υγείας και με την *Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας*. Η συγκεκριμένη Επιτροπή Ελέγχου συστήνεται, στο Υπουργείο Υγείας, κατ' εφαρμογή του άρθρου 59 του ιδίου Νόμου (→4368/2016). Έτσι, καταργείται το άρθρο 1 παρ. 1 εδάφιο Β' του Ν. 2519/1997 που αναφέρει για την Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών και πλέον ισχύει το άρθρο 59 του Ν.4368/2016, σύμφωνα με το οποίο η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας είναι ενδεκαμελής και αποτελείται από:

- τρεις ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων (που ορίζονται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο) με τους αναπληρωτές τους,
- έναν νοσηλευτή, έναν φυσικοθεραπευτή και έναν κοινωνικό λειτουργό (καθένας από τους οποίους ορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του φορέα του) με τους αντιστοίχους αναπληρωτές τους,
- δυο νομικούς (που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας) με τους αναπληρωτές τους, και
- τρεις εκπροσώπους ληπτών υπηρεσιών υγείας (που ορίζονται με κλήρωση μετά από προτάσεις των αντίστοιχων συλλόγων).

Η συγκρότηση της Επιτροπής, η θητεία της οποίας είναι πενταετής, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, με την οποία ορίζονται και οι Πρόεδρος, Αντιπρόεδρος και Γραμματέας της. Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής είναι να εποπτεύει και να ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας στους φορείς ή μονάδες της πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας και περίθαλψης του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, όπως το δικαίωμα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις, το δικαίωμα σε αξιοπρεπείς συνθήκες φροντίδας υγείας και περίθαλψης, το δικαίωμα στην πληροφόρηση για την παροχή κατάλληλης και τεκμηριωμένης υπηρεσίας υγείας, το δικαίωμα στον αυτοκαθορισμό και στην αυτονομία, στην ενημέρωση και στην συναίνεση, στην ιδιωτικότητα, το δικαίωμα αναφοράς και λήψης γραπτής απάντησης και άλλα βασικά δικαιώματα των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας. Ειδικότερα η Επιτροπή:

- δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε λήπτη υπηρεσίας υγείας, χωρίς διακρίσεις, και από κάθε οργάνωση, Επιτροπή ή Αρχή,
- οφείλει να επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα αλλά και έκτακτα (αυτεπαγγέλτως) τις υπηρεσίες υγείας,

- οφείλει να συνεργάζεται με τα Γραφεία Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων και με το Αυτοτελές Τμήμα Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας,
- οφείλει να ενημερώνει τον πληθυσμό για τα δικαιώματα των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας μέσα από ενημερωτικές εκδηλώσεις, φυλλάδια, ανάρτηση στην Ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας των πορισμάτων και εκθέσεων της, και τέλος
- οφείλει να ενημερώνει τον Υπουργό Υγείας για τυχόν παραβιάσεις των δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, για δικές του ενέργειες και σε περίπτωση που διαπιστώνει σοβαρές παραβιάσεις δικαιωμάτων, προβαίνει σε συστάσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για πειθαρχική ή ποινική δίωξη .

(Επίσης, όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενα Κεφάλαια της παρούσας εργασίας, στο Υπουργείο Υγείας έχει συγκροτηθεί και «Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές» κατ' εφαρμογή του άρθρου 2 του Ν.2716/1999, όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 12 παρ. ΣΤ του Ν.2955/2001 και στη συνέχεια αντικαταστάθηκε πάλι με το άρθρο 11 του Ν.4272/2014 και πλέον με το νέο Νόμο του 2017 →4461/ 2017, στο άρθρο 7, σε κάθε Περιφερειακή Διοίκηση Τομέων Ψυχικής Υγείας, συνίσταται επταμελής Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας).

Σε συνέχεια του νέου Νόμου 4368/2016 (στο άρθρο 60), σχετικά με τα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, αναφέρεται πως οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων υποχρεούνται να παραχωρήσουν χώρο εντός των Νοσοκομείων για την στέγαση αυτών των Γραφείων και τριμελές προσωπικό για τη στελέχωση τους. Επίσης, αναφέρεται πως κάθε εξάμηνο συντάσσονται πορίσματα για την κατάσταση των δικαιωμάτων, καθώς και έκθεση πεπραγμένων σε ετήσια βάση, που περιέχει στατιστικά στοιχεία από την καταγραφή των περιπτώσεων που αντιμετωπίστηκαν, προτάσεις και οποιοδήποτε άλλο απαραίτητο στοιχείο για την προστασία των δικαιωμάτων και τη βελτίωση της εξυπηρέτησης των ληπτών υπηρεσιών υγείας. Τα παραπάνω πορίσματα και εκθέσεις υποβάλλονται πλέον στην Αυτοτελή Υπηρεσία Προστασίας Δικαιωμάτων και στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας του Υπουργείου Υγείας. Επίσης, όπως και με τους προηγούμενους Νόμους, έτσι και μ' αυτόν το Νόμο προβλέπεται λειτουργία του Γραφείου πέραν του τακτικού ωραρίου, καθώς και η σύνδεση με τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών τις ημέρες εφημερίας των Νοσοκομείων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας (→ Αριθμ. Α3δ/ Γ.Π.οικ10976/2017 – ΦΕΚ 662Β /2017)

καθορίζονται ειδικότερα θέματα οργάνωσης, λειτουργίας, στελέχωσης και αρμοδιοτήτων του Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών /τριών Υπηρεσιών Υγείας των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. Η συγκεκριμένη Υπουργική Απόφαση (η οποία εξειδικεύει την λειτουργία του Γραφείου) περιλαμβάνει 4 άρθρα που αναφέρονται σχετικά με το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας (του Ν.4368/2016) τα οποία, συγκεκριμένα αφορούν την οργάνωση και λειτουργία του Γραφείου (→ άρθρο 1), την στελέχωση του Γραφείου (→ άρθρο 2), το αντικείμενο και τις αρμοδιότητες του Γραφείου (→ άρθρο 3) και την διασφάλιση των δικαιωμάτων (όπως αυτά ορίζονται από τις κείμενες διατάξεις) των Ληπτών / τριών Υπηρεσιών Υγείας (→ που είναι και ο βασικός σκοπός των Γραφείων) (→ άρθρο 4).

Έτσι, σύμφωνα με το άρθρο 3 της υπ' αριθμ. Α3δ / ΓΠ.οικ.10976/ 2017 (ΦΕΚ 662Β/ 2017) Υπουργικής Απόφασης (βάσει και της ιστοσελίδας του Υπουργείου Υγείας <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/foreis-kai-armodia-organa-prostasias-dikaiwmatwn/5263-grafeia-prostasias-dikaiwmatwn-lhptwn-riwn-yphresiwn-ygeias-twn-nosokomeiwn>), οι συγκεντρωτικές/συνολικές αρμοδιότητες/αντικείμενα των Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών / τριών Υγείας είναι οι εξής:

- ❖ Η ενημέρωση των ληπτών υπηρεσιών υγείας σχετικά με τις ενδονοσοκομειακές διαδικασίες και τα δικαιώματά τους,
- ❖ η έγκαιρη ενημέρωση των ανασφάλιστων ασθενών και των οικείων τους για τις διαδικασίες υγειονομικής και φαρμακευτικής κάλυψής τους,
- ❖ η παρακολούθηση διακίνησης και εξυπηρέτησης των ληπτών/τριών εντός του Νοσοκομείου ή σε εξωνοσοκομειακή υπηρεσία του,
- ❖ η συλλογή κ' η διεκπεραίωση καταγγελιών, παραπόνων αλλά και θετικών εντυπώσεων για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, (οι καταγγελίες, τα παράπονα κ' οι θετικές εντυπώσεις των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας υποβάλλονται τόσο με τη φυσική παρουσία τους στα Γραφεία, όσο και μέσω συστημένης επιστολής, τηλεομοιοτυπίας, μηνύματος ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, καθώς και με οποιοδήποτε άλλο πρόσφορο μέσο).
- ❖ η διευκόλυνση των ληπτών/τριών ώστε να υποβάλλουν σχετικές αναφορές στον Συνήγορο του Πολίτη, στην Εθνική Επιτροπή για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, στις Επιτροπές Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας και Ψυχικής Υγείας και σε κάθε ελεγκτική αρχή,
- ❖ η παρέμβαση στις αντίστοιχες υπηρεσίες του Νοσοκομείου για την ομαλή διευθέτηση διαφορών και τυχόν προβλημάτων και την ποιοτική εξυπηρέτηση των ληπτών/τριών

υπηρεσιών υγείας,

- ❖ η ενημέρωση του προσωπικού του Νοσοκομείου σχετικά με τις ορθές κάθε φορά διαδικασίες, σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία και την ιατρική δεοντολογία,
- ❖ και τέλος η διαρκή βελτίωση των διαδικασιών υποδοχής και εξυπηρέτησης των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας και, γενικά, η διασφάλιση των δικαιωμάτων τους.

Επίσης, αξιοσημείωτο είναι και το άρθρο 4 της συγκεκριμένης Υπουργικής Απόφασης (→ Α3δ/ Γ.Π.οικ.10976/2017 – ΦΕΚ 662Β/2017), το οποίο αναφέρει αναλυτικά τα δικαιώματα των Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας, η διασφάλιση των οποίων αποτελεί βασικό σκοπό των Γραφείων. Έτσι, σύμφωνα με το άρθρο 4 της Υπουργικής Απόφασης, αυτά τα δικαιώματα (όπως αυτά ορίζονται από τις κείμενες διατάξεις) αφορούν:

- την υψηλή ποιότητα υπηρεσιών υγείας (→ παροχή υπηρεσιών υγείας με επίκεντρο τον ασθενή και τις ιδιαίτερες ανάγκες του),
- την καθολική κάλυψη των ασθενών,
- την λήψη υπηρεσιών πρόληψης,
- την πρόσβαση σε ασφαλείς καινοτόμες διαδικασίες,
- την (κατά το δυνατόν) αποφυγή της σωματικής κ' ψυχικής καταπόνησης κ' ταλαιπωρίας,
- τον σεβασμό στην αξιοπρέπεια και στην προσωπικότητα των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας (→ συνταγματικά κατοχυρωμένο δικαίωμα),
- την παροχή υπηρεσιών υγείας με βάση τα διαγνωστικά και θεραπευτικά πρωτόκολλα, στη βάση της ισότιμης και καθολικής πρόσβασης στο σύστημα υγείας (ανεξαρτήτως φυλής, εθνικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, ηλικίας, ασθένειας, οικονομικής, οικογενειακής ή κοινωνικής κατάστασης, σεξουαλικού προσανατολισμού, κ.α.)
- την εν γένει πληροφόρηση / ενημέρωση των ασθενών για τα δικαιώματά τους, αλλά και την συναίνεση τους σε ιατρικές πράξεις και θεραπείες,
- την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων, ώστε ο κάθε ασθενής να μην καθίσταται παθητικός δέκτης των αποφάσεων των επαγγελματιών υγείας,
- το ιατρικό απόρρητο, την εχεμύθεια κ' τις συνθήκες ιδιωτικότητας που επιβάλλει η ιατρική δεοντολογία,
- την ευγένεια και τη διακριτικότητα,
- την φυσική και ηθική επανόρθωση σε περίπτωση παραβίασης των δικαιωμάτων με τη συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου,

- την εμπιστευτικότητα και την εξομάλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των ληπτών/τριών υπηρεσίας υγείας, των επαγγελματιών υγείας και της διοίκησης των Νοσοκομείων, η οποία είναι απαραίτητη για την εύρυθμη λειτουργία τους, καθώς και για την αναβάθμιση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού,
- την απαραίτητη υποστήριξη του ανθρώπινου δυναμικού του Νοσοκομείου για την αντιμετώπιση ζητημάτων που άπτονται των δικαιωμάτων και της μεταχείρισης των ληπτών/τριών υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, το άρθρο 4 τονίζει πως ειδική μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται, από τα Γραφεία, για την προστασία των ιδιαίτερα ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως των ανήλικων ληπτών/τριών υγείας, των ψυχικά ασθενών, των κρατούμενων, των αιτούντων/ουσών άσυλο, των προσφύγων και των μεταναστών/τριών.

Ανακεφαλαιώνοντας, ο θεσμός των Γραφείων Προστασίας των Δικαιωμάτων των ασθενών εμφανίστηκε για πρώτη φορά στο Εθνικό Σύστημα Υγείας το έτος 1997 με τα «Γραφεία Επικοινωνίας με τον Πολίτη», ύστερα ακολούθησε το 2001 η μετονομασία των Γραφείων σε «Γραφεία Υποδοχής Ασθενών», στη συνέχεια, το 2010, η μετονομασία των τελευταίων σε «Γραφεία Υποστήριξης του Πολίτη» και τέλος, το 2016, η αντικατάσταση των Γραφείων αυτών σε «Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας». Έτσι, συμπεραίνουμε πως από την επικοινωνία με τους ασθενείς περνάμε στην υποδοχή, από εκεί στην υποστήριξη και τελικά στην προστασία των δικαιωμάτων.

Επομένως, γίνεται αντιληπτό ότι η υιοθέτηση όλων των Γραφείων Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών, από το 1997 (με το Ν.2519/1997) μέχρι και το νέο νόμο του 2016 (Ν.4368/2016) που ισχύει και σήμερα σε σχέση με τα Γραφεία Προστασίας των Δικαιωμάτων Ληπτών/τριών Υπηρεσιών Υγείας, αποτέλεσε ιδιαίτερη σημασία για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών στα Δημόσια Νοσοκομεία. Πλέον, μέσω αυτών των Γραφείων, ο κάθε ασθενής έχει την δυνατότητα να έρχεται σε επαφή, εντός των Νοσοκομείων, με τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό τόσο την έκφραση των παραπόνων του, όσο και τη λύση των προβλημάτων του καθώς και τον απαιτούμενο σεβασμό των δικαιωμάτων του.

Ολοκληρώνοντας το συγκεκριμένο υποκεφάλαιο (*"Θεσμοί εσωτερικού – εξαρτημένου ελέγχου"*), βασικό στοιχείο που πρέπει να αναφερθεί είναι πως στον εσωτερικό ποιοτικό έλεγχο των κοινωνικών υπηρεσιών υγείας εντάσσεται και η πειθαρχική ευθύνη των οργάνων του Δημοσίου ή των επαγγελματιών υγείας, η οποία (πειθαρχική ευθύνη) στοχεύει κυρίως στην αποκατάσταση του κύρους της δημόσιας υγειονομικής μονάδας και του κύρους του

ιατρικού ή άλλου επαγγέλματος υγείας. *Πειθαρχική εξουσία* θεωρείται εκείνη που ο νόμος ή τα σωματειακά καταστατικά επιφυλάσσουν στις οργανώσεις των επαγγελματιών υγείας (π.χ. Φαρμακευτικοί Σύλλογοι), και η οποία μπορεί από απλή διατύπωση σύστασης να φθάσει μέχρι τη διαγραφή μελών. Ειδικά όσον αφορά τους ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας προβλέπονται δύο πειθαρχικά όργανα (Διοικητικό Συμβούλιο Νοσοκομείου και Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο), καθώς και η δυνατότητα άσκησης έφεσης κατά ορισμένων αποφάσεων του ΔΣ ενώπιον του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου. Επομένως, προκύπτει η υποχρέωση των αρμόδιων οργάνων, αφενός να κοινοποιούν πλήρη αντίγραφα των πειθαρχικών αποφάσεων στους τιμωρηθέντες κ' αφετέρου να τους γνωστοποιούν μαζί με τη κοινοποίηση, ποιο ένδικο μέσο μπορούν να ασκήσουν και σε ποια προθεσμία. Διαφέρει από την πειθαρχική ποινή της αργίας η άμεση απομάκρυνση ιατρού από την ενεργό άσκηση των κύριων και παρεπόμενων καθηκόντων του (δυσνητική αργία), συνεπώς και από την εκτέλεση εφημεριών, ως εξαιρετικό διοικητικό μέτρο, όταν λόγοι υπηρεσιακοί ή δημοσίου συμφέροντος το επιτάσσουν, μέχρι το αρμόδιο πειθαρχικό συμβούλιο να αποφανθεί ως προς την ευθύνη του παραπεφθέντος για πειθαρχικά παραπτώματα. (Κρεμαλής,2011).

- ❖ Πειθαρχικές κυρώσεις που επιβάλλονται στους ιατρούς, σε περίπτωση που προβούν σε παραβιάσεις των δικαιωμάτων των ασθενών και σε αθέτηση των καθηκόντων τους, τις συναντάμε και στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (→Ν.3418/2005).

6.2. Θεσμοί Εξωτερικού (Ανεξάρτητου) Ελέγχου

Εκτός των παραπάνω διοικητικών Οργάνων / Θεσμών που λειτουργούν ως μηχανισμοί εσωτερικού ελέγχου της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, υπάρχουν και θεσμοί εξωτερικού – ανεξάρτητου ελέγχου, δηλαδή εξωτερικοί μηχανισμοί που βρίσκονται εκτός του Συστήματος Υγείας και είναι διαθέσιμοι στον ασθενή/πολίτη για την διασφάλιση των δικαιωμάτων του. Αυτοί οι θεσμοί είναι οι εξής :

i) «Το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) – Εθνική Αρχή Διαφάνειας»:

Με το **N.2920/2001** ιδρύεται το «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας, (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)» που υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και έχει πλήρη ελεγκτική ανεξαρτησία. Αυτό το Σώμα Επιθεωρητών εκτελεί συστηματικές επιθεωρήσεις, ελέγχους και έρευνες σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς αρμοδιότητας η εποπτείας του Υπουργού Υγείας, (οι Επιθεωρητές κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους ενεργούν ως εξουσιοδοτημένοι από το νόμο, εκπρόσωποι του Υπουργού Υγείας, και έχουν δικαιώματα και καθήκοντα ανακριτικού υπαλλήλου), καθώς και στις υπηρεσίες υγείας των ασφαλιστικών φορέων. Αυτές οι έρευνες και οι επιθεωρήσεις γίνονται είτε αυτεπάγγελτα, είτε μετά από εντολή που δίνεται από τον Υπουργό Υγείας ή τον Γενικό Επιθεωρητή, είτε ακόμα και μετά από αίτημα του Συνηγόρου του Πολίτη. Στόχος του Σώματος αυτού είναι η βελτίωση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών και αγαθών υγείας, αλλά και η εξάλειψη της κακοδιοίκησης, της κακοδιαχείρισης και της διαφθοράς στο χώρο της υγείας. (Μπεσίλα-Μακρίδη,2006), επιχειρώντας προληπτικό και κατασταλτικό έλεγχο στις υπηρεσίες του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. (Κρεμαλής,2011).

Το 2019, σύμφωνα με το **Νόμο 4622/7-8-2019** Άρθρο 82, το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.), (με βάση την ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας → <https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/foreis-kai-armodia-organa-prostasias-dikaiwmatwn/5259-swma-epithewrhtwn-yphresiwn-ygeias-kai-pronoias-s-e-y-y-p>), καταργείται και το σύνολο των αρμοδιοτήτων, δικαιωμάτων και υποχρεώσεων του μεταφέρεται στην «Εθνική Αρχή Διαφάνειας» (ΕΑΔ), η οποία καθίσταται καθολικός του διάδοχος.

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα της Εθνικής Αρχής Διαφάνειας (ΕΑΔ) (<https://aead.gr/el/>), η *Εθνική Αρχή Διαφάνειας* είναι μια ενιαία και ανεξάρτητη αρχή, η οποία έχει τα απαιτούμενα εχέγγυα ανεξαρτησίας και αμεροληψίας, σύμφωνα με τις καλές διεθνείς πρακτικές και τις απαιτήσεις του Διεθνούς Δικαίου. Ιδρύθηκε με το Νόμο 4622/2019 (Α' 133) και αποτελεί μια καινοτόμο διαρθρωτική μεταρρύθμιση για την ενίσχυση της διαφάνειας, της ακεραιότητας, του ελέγχου και της λογοδοσίας και την καταπολέμηση της διαφθοράς και της κακοδιοίκησης.

Η Αρχή αυτή αναλαμβάνει το σύνολο των αρμοδιοτήτων βασικών ελεγκτικών δημόσιων φορέων, αποτελείται δηλαδή από τις εξής συγχωνευμένες υπηρεσίες:

- Γραφείο Γενικού Επιθεωρητή Δημόσιας Διοίκησης,
- Σώμα Επιθεωρητών – Ελεγκτών Δημόσιας Διοίκησης,
- *Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας,*
- Σώμα Επιθεωρητών Δημοσίων Έργων,
- Σώμα Επιθεωρητών – Ελεγκτών Μεταφορών και
- Γενική Γραμματεία καταπολέμησης της Διαφθοράς.

Στα άρθρα 82-103 και 118-119 καθορίζεται το θεσμικό πλαίσιο της λειτουργίας της Αρχής. Σύμφωνα, λοιπόν, με το θεσμικό πλαίσιο της Εθνικής Αρχής Διαφάνειας, παρατηρούμε ότι 5 φορείς ελέγχου και 1 Φορέας συντονισμού συγχωνεύονται σε μία ενιαία διοικητική οντότητα με μια κοινή στρατηγική αντίληψη που στόχο έχει την καταπολέμηση της διαφθοράς και της κακοδιοίκησης. Επίσης, βάσει του θεσμικού πλαισίου:

- η Εθνική Αρχή Διαφάνειας υπόκειται μόνο σε κοινοβουλευτικό έλεγχο
- καθορίζεται η επιβολή αυστηρών κυρώσεων στους ελεγχόμενους που αρνούνται να παρέχουν/αποκρύπτουν πληροφορίες ή δεδομένα
- καθορίζονται υποχρεωτικές συστάσεις των ελέγχων, καθώς και επιβάλλεται η παρακολούθηση εφαρμογής των συστάσεων αυτών
- καθορίζεται η ελεύθερη πρόσβαση ελεγκτών της Εθνικής Αρχής Διαφάνειας στο Μητρώο Λογαριασμών Τραπεζών και Πληρωμών
- Δίνεται η δυνατότητα αξιοποίησης ιδιωτικών εμπειρογνομόνων
- Το προσωπικό της Εθνικής Αρχής Διαφάνειας δεν διώκεται για ενέργειες που αφορούν στην άσκηση των καθηκόντων τους
- Σε περίπτωση ποινικής δίωξης, τα δικαστικά έξοδα καλύπτονται από την Εθνική Αρχή Διαφάνειας.

Με απώτερο σκοπό την αλλαγή των προτύπων και των αντιλήψεων για τη Δημόσια ηθική και ακεραιότητα, η Εθνική Αρχή Διαφάνειας έχει τους εξής στρατηγικούς στόχους:

- ❖ Ενίσχυση Ελέγχων → Συνεχίζονται όλοι οι διενεργούμενοι έλεγχοι και ο ελεγκτικός

μηχανισμός ενισχύεται με διευρυμένο πλαίσιο αρμοδιοτήτων. Για πρώτη φορά προβλέπονται εκτεταμένες αρμοδιότητες ελέγχων και των ιδιωτικών φορέων με επιβολή προστίμων μέχρι 100.000 ευρώ. Άρα, με την ενίσχυση των ελεγκτικών μηχανισμών, και γενικά την βελτίωση της αποτελεσματικότητας και της αποφασιστικότητας των ελέγχων, υπάρχει μηδενική ανοχή στη διαφθορά.

- ❖ Εμπέδωση Διαφάνειας → Προϋπόθεση για ένα βιώσιμο αναπτυξιακό πρότυπο
- ❖ Προώθηση λογοδοσίας → Θέλοντας να ενισχύσει τους μηχανισμούς λογοδοσίας και διαφάνειας στη Δημόσια Διοίκηση, η Εθνική Αρχή Διαφάνειας εισάγει σημαντικές διαρθρωτικές και επιχειρησιακές καινοτομίες, με βασικό στόχο την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης των πολιτών στα κοινά/στους θεσμούς. Πρωτοπορεί, υπερβαίνοντας τη μονοδιάστατη αντίληψη περί συγκέντρωσης όλων των διαθέσιμων δυνάμεων στον έλεγχο, στον εντοπισμό και στην αντιμετώπιση των φαινομένων κακοδιοίκησης και διαφθοράς, επενδύοντας παράλληλα στις ενεργητικές πολιτικές πρόληψης και στην υλοποίηση δράσεων για την κινητοποίηση του συνόλου της κοινωνίας. Στο πλαίσιο αυτό, η Αρχή δομείται σε 3 βασικούς πυλώνες, εισάγοντας για πρώτη φορά στην Ελλάδα ένα ολοκληρωμένο οργανωτικό και επιχειρησιακό μοντέλο καινοτόμων δράσεων για την ενίσχυση της διαφάνειας και της λογοδοσίας. Οι πυλώνες αυτοί καλύπτουν τους εξής τομείς (παρέμβασης):

- Διενέργειας Επιθεωρήσεων και Ελέγχων
- Εκπόνησης πολιτικών Πρόληψης και Ακεραιότητας
- Υλοποίησης δράσεων Ευαισθητοποίησης της Κοινωνίας (→ δράσεις ενημέρωσης, προώθηση της ενεργής συμμετοχής των πολιτών στη μάχη κατά της διαφθοράς).

Η βασική αποστολή της Εθνικής Αρχής Διαφάνειας αφορά στο Δημόσιο ήθος, τις κοινωνικές αξίες και την ποιότητα της Δημοκρατίας μας. Η Αρχή φιλοδοξεί να κινητοποιήσει το σύνολο των υγιών δυνάμεων του Δημόσιου και Ιδιωτικού τομέα συμπεριλαμβανόμενης της κοινωνίας των πολιτών, προκειμένου να σχηματίσει μια κοινωνική πλειοψηφία που θα απαιτεί αλλά και θα συμμετέχει ενεργά στη δημιουργία προτύπων και μηχανισμών που θα προάγουν και θα προωθούν τη διαφάνεια, την ακεραιότητα, τον έλεγχο και τη λογοδοσία στο σύνολο της κοινωνίας δημιουργώντας ένα περιβάλλον που δεν θα ευνοεί την ανάπτυξη φαινομένων διαφθοράς και κακοδιοίκησης.

Για την επίτευξη των παραπάνω στόχων, η Εθνική Αρχή Διαφάνειας χρησιμοποιεί διάφορα καινοτόμα μεθοδολογικά εργαλεία όπως: ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης καταγγελιών, καινοτόμο εγχειρίδιο εσωτερικού ελέγχου, σύγχρονα ελεγκτικά πρότυπα,

αποδοτικό εργαλείο διαχείρισης κίνδυνου, συμπεριφορικές αναλύσεις και άλλα εργαλεία που ενδυναμώνουν τη διαφάνεια και την ακεραιότητα στη Δημόσια Διοίκηση.

(https://aead.gr/nta/apostoli-kai-armodiotites#NTA_thesmiko_plaisio).

ii) «Συνήγορος του Πολίτη (ΣτΠ) – Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης»

Ο «Συνήγορος του Πολίτη» (<https://www.synigoros.gr/>) είναι Ανεξάρτητη (Διοικητική) Αρχή κατοχυρωμένη στο Σύνταγμα. Στην Ελλάδα, ιδρύθηκε με το **N.2477/1997** (→ ιδρυτικός νόμος) και στη συνέχεια τροποποιήθηκε με το **N.3094/2003** [και κατόπιν με άλλους Νόμους, όπως 3293/2004, 3304/2005, 3769/2009 (άρθρο 11), 3896/2010 (άρθρο 25), 4097/2012 (άρθρο 8), 4443/2016 (→ προώθηση της αρχής της ίσης μεταχείρισης και καταπολέμηση των διακρίσεων)]. Όσον αφορά τις διατάξεις του Συντάγματος, με την αναθεώρηση του Συντάγματος του 2001 ο Συνήγορος του Πολίτη κατοχυρώνεται συνταγματικά ως Ανεξάρτητη Αρχή με το άρθρο 101Α και το άρθρο 103 παρ.9 (του Συντάγματος). Διεθνώς είναι γνωστός ως «Διαμεσολαβητής» (Ombudsman), θεσμός που υπάρχει σε 85 Χώρες σε όλο τον κόσμο και σε 27 Ευρωπαϊκές Χώρες.

Αποστολή του Συνηγόρου του Πολίτη είναι η διαμεσολάβηση μεταξύ των πολιτών και της Δημόσιας Διοίκησης με απώτερο σκοπό την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, την υπεράσπιση του κάθε πολίτη έναντι των διακρίσεων εις βάρος του, την καταπολέμηση της κακοδιοίκησης και την τήρηση της νομιμότητας. Ερευνά ατομικές διοικητικές πράξεις ή παραλείψεις ή υλικές ενέργειες οργάνων των δημόσιων υπηρεσιών που παραβιάζουν δικαιώματα ή προσβάλλουν νόμιμα συμφέροντα φυσικών ή νομικών προσώπων. Ειδικότερα, ο Συνήγορος του Πολίτη έχει ως αποστολή:

- ❖ την προώθηση της ίσης μεταχείρισης και την καταπολέμηση των διακρίσεων στον δημόσιο τομέα για λόγους φυλετικής ή εθνοτικής καταγωγής, θρησκευτικών ή άλλων πεποιθήσεων, αναπηρίας, ηλικίας ή σεξουαλικού προσανατολισμού.
- ❖ την προάσπιση και προαγωγή των δικαιωμάτων του παιδιού (για την προάσπιση των δικαιωμάτων του παιδιού, ο ΣτΠ είναι αρμόδιος και για θέματα που ανάγονται σε ιδιώτες).
- ❖ την παρακολούθηση και την προώθηση της εφαρμογής της ίσης μεταχείρισης μεταξύ ανδρών και γυναικών (σε εργασιακά ζητήματα τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, στην πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες του δημόσιου τομέα)
- ❖ την προάσπιση των δικαιωμάτων των ευπαθών ομάδων.

Επίσης, ο Συνήγορος του Πολίτη μπορεί είτε αυτεπάγγελα να διεξάγει έρευνα (για τη

διενέργεια της οποίας μπορεί να ζητήσει την συνδρομή και άλλων ελεγκτικών σωμάτων)είτε να διαμεσολαβήσει (μεταξύ του πολίτη και της Διοίκησης/υπηρεσίας) εφόσον ο πολίτης απευθυνθεί εγγράφως στην υπηρεσία με την οποία έχει τη διαφορά. Ως διαμεσολαβητής, διατυπώνει συστάσεις και προτάσεις (για βελτίωση των δημόσιων υπηρεσιών) προς τη Δημόσια Διοίκηση, αλλά δεν επιβάλλει κυρώσεις ούτε ακυρώνει τις παράνομες πράξεις της Δημόσιας Διοίκησης. Επίσης, δεν είναι αρμόδιος για υποθέσεις που εκκρεμούν ενώπιον των δικαστηρίων και δεν εκπροσωπεί τους πολίτες στα δικαστήρια και δεν ελέγχει πράξεις ιδιωτών (εκτός από τις δυο εξαιρέσεις που αναφέρθηκαν, δηλαδή στην περίπτωση της προσβολής των δικαιωμάτων του παιδιού και στην περίπτωση της άניσης μεταχείρισης μεταξύ ανδρών και γυναικών σε εργασιακά θέματα).

Σύμφωνα με το Π.Δ. 273/1999 (→ καθιέρωση κανονισμού λειτουργίας του Συνηγόρου του Πολίτη), οι δραστηριότητες του Συνηγόρου οργανώνονται σε Κύκλους. Έτσι, ο Συνήγορος του Πολίτη περιλαμβάνει έξι συνεπικουρικούς θεματικούς κύκλους οι οποίοι εποπτεύονται και συντονίζονται από αντίστοιχους Βοηθούς Συνηγόρους. Αυτοί οι Κύκλοι είναι οι εξής :

- Κύκλος Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
- *Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας*
- Κύκλος Ποιότητας Ζωής
- Κύκλος Σχέσεων Κράτους-Πολίτη
- Κύκλος Δικαιωμάτων του Παιδιού
- Κύκλος Ισότητας των Φύλων

Οι δραστηριότητες του *Κύκλου Κοινωνικής Προστασίας* (που μας αφορά περισσότερο διότι σχετίζεται με τα δικαιώματα των ασθενών) αποτυπώνονται κατά τον καλύτερο τρόπο στις Ετήσιες Εκθέσεις του Συνηγόρου του Πολίτη από το 1998. Έτσι, ο Κύκλος Κοινωνικής Προστασίας ασχολείται με την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών στην υγεία γενικότερα αλλά και στην πρόνοια, στην κοινωνική ασφάλιση καθώς και με την προστασία των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, τα άτομα με αναπηρίες, οι σωματικά και ψυχικά ασθενείς κ.α. (ασχολείται δηλαδή κυρίως με την προστασία των κοινωνικών δικαιωμάτων των πολιτών).

(Κρεμαλής,2011, Βικιπαιδεία «Συνήγορος του Πολίτη»).

Στον τομέα δραστηριότητας (του Κύκλου) της Κοινωνικής Προστασίας του Συνηγόρου του Πολίτη εντάσσεται και ο «Συνήγορος της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης». Έτσι, σύμφωνα με το άρθρο 18, Κεφ. Β΄, του Νόμου **3293/2004** (ΦΕΚ 231Α/2004), ο Συνήγορος του Πολίτη ασκεί και τα καθήκοντα του Συνηγόρου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Κατά την άσκηση των σχετικών με τα δικαιώματα της υγείας, πρόνοιας και κοινωνικής αλληλεγγύης αρμοδιοτήτων του, ο Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης εισηγείται προς το αρμόδιο Υπουργείο μέτρα για την αποκατάσταση και προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών, την καταπολέμηση των φαινομένων κακοδιοίκησης και διαφθοράς, την τήρηση της αρχής της νομιμότητας και για τη βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και των σχέσεων τους με τον πολίτη. Έτσι, παρατηρούμε πως ο ρόλος του είναι διαμεσολαβητικός μεταξύ των πολιτών και των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών.

Ο Υπουργός Υγείας μπορεί να παραπέμπει στον Συνήγορο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, έτσι ώστε αυτός να διερευνήσει στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων του, αναφορές πολιτών που δεν μένουν ικανοποιημένοι και θεωρούν ότι παραβιάζονται τα δικαιώματά τους στην υγεία και έτσι στρέφονται κατά των δημοσίων υγειονομικών και προνοιακών υπηρεσιών.

(<https://www.synigoros.gr/?i=health-and-social-welfare.el>,

<https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/foreis-kai-armodia-organa-prostasias-dikaiwmatwn/5260-synhgoros-ygeias-kai-koinwnikhs-allhleggyhs>).

Ειδικότερα, μερικές από τις αρμοδιότητες του Συνηγόρου της Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι οποίες αφορούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο χρήστης υπηρεσιών υγείας, είναι:

- Ο έλεγχος της μη σωστής και ακατάλληλης περίθαλψης, δηλαδή της περίθαλψης που δεν είναι σύμφωνη με τους κανόνες της επιστήμης και τους Κώδικες Δεοντολογίας των Επαγγελματιών Υγείας και θίγει την προσωπικότητα και αξιοπρέπεια του ασθενούς.
- Η παρακολούθηση εφαρμογής της ίσης μεταχείρισης όλων των ασθενών (→ ίση μεταχείριση χωρίς διακρίσεις λόγω εθνικότητας, οικονομικής κατάστασης, ασθένειας, κ.α.)
- Ο έλεγχος για την πρόσβαση του ασθενούς σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας (→ κατάλληλη οργάνωση μονάδων υγείας, ασφαλή και έγκαιρη μεταφορά ασθενών σε αυτές, επάρκεια υλικών πόρων, ανθρώπινου δυναμικού, κ.α.). Εδώ παράδειγμα μπορεί να αποτελέσει το γεγονός ότι ο Συνήγορος της Υγείας εξετάζει αναφορές που σχετίζονται με την καθυστέρηση του ΕΚΑΒ να μεταφέρει ασθενή, την απουσία εφημερεύοντος ιατρού, κ.α.
- Εξετάζει αν ενημερώθηκαν κατάλληλα οι ασθενείς για τη διάγνωση της ασθένειας τους, τα στάδια της θεραπείας τους και το κόστος αυτής (της θεραπείας) ή αν υποβλήθηκαν οι ασθενείς εν αγνοία τους σε ιατρικές πράξεις με υψηλό κίνδυνο για την υγεία τους.
- Εξετάζει αν διενεργήθηκαν ιατρικές πράξεις χωρίς την προηγούμενη συγκατάθεση του

ασθενούς.

- Έλεγχος τήρησης ιατρικού απόρρητου που αφορά εμπιστευτικές πληροφορίες των ασθενών (→ προστασία ιδιωτικής ζωής και διαφύλαξης απορρήτου).
- Έλεγχος της τήρησης του ιατρικού φακέλου από τα νοσηλευτικά ιδρύματα, της πληρότητας αυτού, της εξασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών έναντι τρίτων καθώς και της πρόσβασης του ασθενούς ή των εξουσιοδοτημένων από αυτόν προσώπων στον φάκελο.
- Παρακολούθηση προβλημάτων στη χορήγηση παροχών ασθένειας από τους ασφαλιστικούς οργανισμούς (→ απόδοση δαπανών, ενημέρωση ασφαλισμένων για τις προβλεπόμενες διαδικασίες, προθεσμίες, δικαιολογητικά, κ.α.).
- Παρακολούθηση γενικών προβλημάτων των επαγγελματιών υγείας τόσο του Ε.Σ.Υ. όσο και των ασφαλιστικών οργανισμών, στην πρόσβαση και άσκηση του επαγγέλματός τους.
- Έλεγχος γενικών θεμάτων υγείας (→ όπως οργάνωσης ιατρικών υπηρεσιών και ανάπτυξης κοινωνικών μηχανισμών που διασφαλίζουν την πρόληψη νοσημάτων, την προστασία, την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής).

(https://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/therightsofcancerpatients/advocateofhealth/).

iii) «Ανεξάρτητη Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Α.Π.Δ.Π.Χ.)»:

Σύμφωνα με την Ιστοσελίδα της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (<https://www.dpa.gr/>), η «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα» είναι συνταγματικά κατοχυρωμένη Ανεξάρτητη Αρχή που ιδρύθηκε με το **Ν.2472/1997**, ο οποίος είχε ενσωματώσει στο Ελληνικό δίκαιο την Ευρωπαϊκή Οδηγία 95/46/ΕΚ για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών. Με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και Συμβουλίου (**Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων**), ο οποίος τέθηκε σε εφαρμογή στις 25/5/2018 σε όλες τις Χώρες της ΕΕ, η Οδηγία 95/46/ΕΚ καταργήθηκε.

Πλέον από 29/8/2019 ισχύει ο **Ν.4624/2019**, στον οποίο τα άρθρα 9 έως και 20 (δηλαδή όλο το Κεφάλαιο Β΄) αναφέρονται στην Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (εποπτική αρχή). Ο Νόμος 2472/1997 (με τον οποίο ιδρύθηκε η συγκεκριμένη

Αρχή) έχει πλέον καταργηθεί (από την 29/8/2019), εκτός ορισμένων διατάξεων που αναφέρονται ρητά στο άρθρο 84 του νέου Νόμου 4624/2019. Ο Ν. 4624/2019 περιλαμβάνει και την ενσωμάτωση στην ελληνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27ης Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα από αρμόδιες αρχές για τους σκοπούς της πρόληψης, ανίχνευσης ή δίωξης ποινικών αδικημάτων ή της εκτέλεσης ποινικών κυρώσεων και για την ελεύθερη κυκλοφορία των δεδομένων αυτών και την κατάργηση της απόφασης – πλαίσιο 2008/977 / ΔΕΥ του Συμβουλίου.

Όσον αφορά την προστασία των προσωπικών δεδομένων στον τομέα των ηλεκτρονικών επικοινωνιών, η Αρχή εφαρμόζει το Ν.3471/2006 (→ μεταγενέστερη τροποποίηση του ιδρυτικού Νόμου 2472/1997) που αντίστοιχα ενσωματώνει στο εθνικό δίκτυο την Ευρωπαϊκή Οδηγία 58/2002 . (<https://www.dpa.gr/el/arxi/profile>).

Έτσι, βασική αποστολή της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είναι η εποπτεία της εφαρμογής του *Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων*, του Ν.4624/2019, του Ν.3471/2006 και άλλων ρυθμίσεων που αφορούν την προστασία του ατόμου από την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθώς και την άσκηση των αρμοδιοτήτων που της ανατίθενται κάθε φορά. (<https://www.dpa.gr/el/arxi/apostoli>).

Σύμφωνα με την ιστοσελίδα της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, σχετικά με τα καθήκοντα αυτής της Αρχής (<https://www.dpa.gr/el/arxi/armodiotes>), γενικά είναι επιφορτισμένη με την παρακολούθηση της εφαρμογής των διατάξεων του *Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων* (Ε.Ε.) 2016/ 679 (ΓΚΠΔ), με σκοπό την προστασία των θεμελιωδών δικαιωμάτων και ελευθεριών των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων που τα αφορούν και τη διευκόλυνση της ελεύθερης κυκλοφορίας των δεδομένων στην Ένωση (άρθρο 51 παρ.1, αιτ. 123 του ΓΚΠΔ). Συμβάλλει στη συνεκτική εφαρμογή του ΓΚΠΔ σε ολόκληρη την Ένωση και για τον λόγο αυτό συνεργάζεται με τις εποπτικές αρχές των κρατών μελών της ΕΕ και με την Επιτροπή (άρθρο 51 παρ.2, αιτ.123 του ΓΚΠΔ).

Η Αρχή είναι αρμόδια να εκτελεί τα καθήκοντά της, βάσει του άρθρου 57 του ΓΚΠΔ, και να ασκεί τις εξουσίες που της ορίζονται, βάσει του άρθρου 58 του ΓΚΠΔ, στο έδαφος της (άρθρο 55 παρ.1 αιτ.122,129 του ΓΚΠΔ) με πλήρη ανεξαρτησία (άρθρο 52, αιτ. 117-118, 121 του ΓΚΠΔ).

Ειδικότερα, οι αρμοδιότητες της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, είναι οι εξής :

- Έλεγχος της εφαρμογής του ΓΚΠΔ.

- Ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης στα θέματα προστασίας προσωπικών δεδομένων και των υπεύθυνων και εκτελούντων επεξεργασία σχετικά με τις υποχρεώσεις τους δυνάμει του ΓΚΠΔ. Ιδιαίτερη προσοχή σε δραστηριότητες που απευθύνονται σε παιδιά.
- Παροχή συμβουλών στο Εθνικό Κοινοβούλιο, την Κυβέρνηση και σε άλλα όργανα και οργανισμούς για νομοθετικά και διοικητικά μέτρα που αφορούν την προστασία των προσωπικών δεδομένων.
- Παροχή, ύστερα από αίτημα, πληροφοριών στα υποκείμενα των δεδομένων σχετικά με την άσκηση των δικαιωμάτων τους.
- Διαχείριση καταγγελιών που αφορούν παραβάσεις των διατάξεων του ΓΚΠΔ.
- Διατήρηση καταλόγου σχετικά με την απαίτηση για διενέργεια εκτίμησης αντίκτυπου (άρθρο 35 παρ.4 του ΓΚΠΔ) και παροχή συμβουλών σχετικά με τις πράξεις επεξεργασίας του άρθρου 32 παρ.2 του ΓΚΠΔ.
- Έγκριση Κωδικών δεοντολογίας και κριτηρίων πιστοποίησης και σχεδιασμός κριτηρίων διαπίστευσης.
- Συμβολή στις δραστηριότητες του Ευρωπαϊκού Συμβουλίου Προστασίας Δεδομένων – ΕΣΠΔ.

Έτσι, παρατηρούμε πως η Αρχή έχει εξουσίες ελέγχου καθώς και διορθωτικές, συμβουλευτικές και αδειοδοτικές εξουσίες, όπως αυτές εξειδικεύονται στο άρθρο 58 του ΓΚΠΔ.

Τέλος, η Αρχή καταρτίζει ετήσια έκθεση των δραστηριοτήτων της, την οποία υποβάλλει στο Εθνικό Κοινοβούλιο, την Κυβέρνηση και άλλες αρχές και την καθιστά διαθέσιμη στο κοινό, την Επιτροπή και το ΕΣΠΔ (άρθρο 59 του ΓΚΠΔ).

Όσον αφορά τον τομέα της *υγείας*, ως θεσμός εξωτερικού (ανεξάρτητου) ελέγχου, η Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είναι υπεύθυνη για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών και γενικά όλων των χρηστών υπηρεσιών υγείας, σχετικά με τη διαχείριση δεδομένων υγείας από ιατρούς και φορείς υγείας και κοινωνικής φροντίδας, τα οποία χαρακτηρίζονται ως ευαίσθητα και αποτελούν αντικείμενο ιδιαίτερης προστασίας. (→ το ιατρικό ιστορικό του κάθε ασθενούς, το οποίο περιλαμβάνει διαγνώσεις, συνταγές, παραπομπές, παραπεμπτικά γνωματεύσεις, αποτελέσματα εργαστηριακών και απεικονιστικών εξετάσεων, και άλλα προσωπικά δεδομένα που αφορούν την κατάσταση της υγείας του και την ιδιωτική του ζωή, αποτελούν *ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα* και για αυτό είναι υπό την προστασία της Αρχής). Οπότε, και στον τομέα της υγείας, η Αρχή εξετάζει

παράπονα των υποκειμένων των δεδομένων, απευθύνει συστάσεις και υποδείξεις στους υπεύθυνους επεξεργασίας και αντιμετωπίζει παραβάσεις σε περίπτωση που διαπιστωθούν κατά τη δημοσιοποίηση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. (Κρεμαλής,2011).

6.2.α. Ανεξάρτητες Αρχές / Εθνικές Επιτροπές:

i) «Η Εθνική Επιτροπή Δικαιωμάτων του Ανθρώπου» (ΕΕΔΑ) (<http://www.nchr.gr/>)

είναι ανεξάρτητο συμβουλευτικό όργανο της Ελληνικής Πολιτείας σε θέματα προστασίας Δικαιωμάτων του Ανθρώπου. Θεσπίστηκε με το **N.2667/1998** (όπως ισχύει μετά τις τροποποιήσεις με το άρθρο 15 του Ν.2790/2000, το άρθρο 18 του Ν.3051/2002, το άρθρο 23 του Ν.3156/2003, το άρθρο 113 του Ν.4314/2014, το άρθρο 12 του Ν.4366/2016, άρθρο δεύτερο του Ν.4382/2016, άρθρο 38 του Ν.4465/2017 και άρθρο 11 του Ν.4606/2019) και λειτουργεί σύμφωνα με τις Αρχές των Παρισίων, των Ηνωμένων Εθνών και συγκροτήθηκε για πρώτη φορά σε σώμα στις 10 Ιανουαρίου 2000. Στην Εθνική Επιτροπή Δικαιωμάτων του Ανθρώπου εκπροσωπούνται Ανεξάρτητες Αρχές, Πανεπιστημιακές σχολές νομικών και πολιτικών επιστημών, συνδικαλιστικές οργανώσεις, ΜΚΟ, πολιτικά κόμματα και Υπουργεία.

Ο κύριος λόγος που οδήγησε στην δημιουργία της ΕΕΔΑ είναι η ανάγκη για συνεχή παρακολούθηση των εξελίξεων που αφορούν το καθεστώς των δικαιωμάτων του ανθρώπου στην Ελλάδα αλλά και στο εξωτερικό, η ανάγκη για ενημέρωση της κοινής γνώμης για τους σχετικούς κινδύνους παραβίασης που παραμονεύουν και κυρίως η ανάγκη για παροχή πληροφοριών και συμβουλών για τη χάραξη σωστής κεντρικής πολιτικής για θέματα που σχετίζονται με τα δικαιώματα του ανθρώπου. Έτσι, η ΕΕΔΑ έχει ως βασικό σκοπό τη συνεχή επισήμανση σε όλα τα όργανα της Πολιτείας της ανάγκης για αποτελεσματική κατοχύρωση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων. (Κρεμαλής,2011).

Έτσι, σύμφωνα με την ιστοσελίδα της Εθνικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου (<https://www.nchr.gr/eeda.html>), η κύρια αποστολή αυτής της Επιτροπής είναι η συνεχής παρακολούθηση της εξέλιξης των θεμάτων που σχετίζονται με την περιφρούρηση και την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου και η συνεχής ενημέρωση και η προώθηση της σχετικής έρευνας. Επίσης, σαν αποστολή έχει την ανταλλαγή εμπειριών σε διεθνές επίπεδο με τους αρμόδιους διεθνείς οργανισμούς, όπως ο ΟΗΕ, το Συμβούλιο της Ευρώπης, ο ΟΑΣΕ, με τις ομόλογες Επιτροπές άλλων Κρατών και με την κοινωνία των πολιτών. Τέλος, μεταξύ των άλλων, στόχος της αποτελεί και η αποτελεσματική διαμόρφωση προτάσεων πολιτικής σε θέματα δικαιωμάτων του ανθρώπου.

Η ΕΕΔΑ υπάγεται απευθείας στον Πρωθυπουργό και υποστηρίζεται ως προς την στελέχωση και την υποδομή της από τη Γενική Γραμματεία της Κυβέρνησης. Οι δαπάνες λειτουργίας της Επιτροπής βαρύνουν τον Κρατικό Προϋπολογισμό.

Η εσωτερική οργάνωση της ΕΕΔΑ αποτελείται από τα εξής πέντε τμήματα:

- Τμήμα Ατομικών και Πολιτικών Δικαιωμάτων
- Τμήμα Κοινωνικών, Οικονομικών και Πολιτιστικών Δικαιωμάτων
- Τμήμα Εφαρμογής των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου στους Αλλοδαπούς.
- Τμήμα Προώθησης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου
- Τμήμα Διεθνούς Επικοινωνίας και Συνεργασίας

ii) Η «Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής» είναι ανεξάρτητη αρχή/συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας που θεσπίστηκε με το **N.2667/1998** (όπως ισχύει με τις τελευταίες αλλαγές από το N.4606/2019). Σύμφωνα με την ιστοσελίδα της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής (<http://www.bioethics.gr/>), αυτή η Επιτροπή ασκεί αποκλειστικά συμβουλευτικές αρμοδιότητες, απευθυνόμενη, είτε με δική της πρωτοβουλία είτε εφόσον της ζητηθεί, προς οποιοδήποτε όργανο της Πολιτείας. Βασική της αποστολή είναι να προβάλλει την συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ των εφαρμογών των βιολογικών Επιστημών και των σύγχρονων κοινωνικών αξιών. Αναγκαία στοιχεία αυτής της αποστολής είναι τόσο η έγκυρη ενημέρωση των πολιτών, όσο και η κατάλληλη υποστήριξη των σχετικών κρατικών πολιτικών.

Έτσι, στο πλαίσιο αυτό, σύμφωνα με το Κεφάλαιο Β' του άρθρου 10 του Ν.2667/1998, η Επιτροπή εξετάζει κάθε ηθικό, κοινωνικό ή νομικό ζήτημα σχετικό με τις εξελίξεις, ιδίως στη Βιολογία, τη Βιοτεχνολογία, την Ιατρική και τη Γενετική, έχοντας ως βασική υποχρέωση να ενημερώνει τους πολίτες με κάθε πρόσφορο μέσο για θέματα που αφορούν την εξέλιξη των βιολογικών επιστημών και τις συνέπειες των εφαρμογών τους (Κρεμαλής,2011). Επίσης, συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς στη Χώρα μας (αρμόδια Υπουργεία) και διατυπώνει προτάσεις συνολικής πολιτικής και συγκεκριμένων ενεργειών για ειδικά προβλήματα σε σχετικά θέματα. Επιπλέον, συνεργάζεται με αρμόδιους φορείς και σε διεθνές επίπεδο (όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, διεθνείς οργανισμούς, ομόλογές της Επιτροπές, κ.λπ.), μεριμνώντας για την ενεργό συμμετοχή της Χώρας μας στον προβληματισμό και στην λήψη των αποφάσεων στα διεθνή fora. Τέλος, η Επιτροπή έχει την αρμοδιότητα του συντονισμού των επιμέρους κρατικών Επιτροπών βιοηθικής της Χώρας μας, που δραστηριοποιούνται σε ειδικούς τομείς. (<http://www.bioethics.gr/index.php/el/site-map/synthesi>).

Ζητήματα που απασχολούν την Επιτροπή Βιοηθικής (σχετικά με τον τομέα της υγείας)

είναι κυρίως οι μεταμοσχεύσεις, η ιατρικώς υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, η τεχνητή διακοπή της κύησης (άμβλωση), οι κλινικές δοκιμές, κ.α.

Η Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, όπως και η Εθνική Επιτροπή Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, υπάγεται απευθείας στον Πρωθυπουργό και υποστηρίζεται ως προς τη στελέχωση και την υποδομή της από τη Γενική Γραμματεία του Υπουργικού Συμβουλίου και εντάσσεται στον προϋπολογισμό αυτής της υπηρεσίας.

6.3. Ο Ρόλος και η Ευθύνη της Διοίκησης, της Κοινωνικής Υπηρεσίας και του υπόλοιπου Προσωπικού του Νοσοκομείου στη Διασφάλιση των Δικαιωμάτων των Ασθενών

Για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών, στα Δημόσια Νοσοκομεία, ευθύνεται κυρίως το Κράτος (→ όπως αναφέρθηκε σε προηγούμενο Κεφάλαιο της παρούσας εργασίας, το δικαίωμα στην προστασία της υγείας ως κοινωνικό δικαίωμα περιέχει την υποχρέωση του Κράτους να παρέχει υπηρεσίες ή να προβαίνει σε ενέργειες που προάγουν, διατηρούν ή αποκαθιστούν την υγεία των ανθρώπων → Βάση του άρθρου 21 παρ.3 του Συντάγματος, το οποίο προβλέπει ότι «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων») και γενικά η διοικητική οργάνωση και το ανθρώπινο δυναμικό των Νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, μεγάλη ευθύνη έχει η Διοίκηση/Διοικητικά Όργανα που έχουν το πιο βασικό ρόλο στην προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών (→ όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα), η Κοινωνική Υπηρεσία του κάθε Νοσοκομείου (που λειτουργεί μαζί με τα Γραφεία Προστασίας των Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας) καθώς και το ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό.

Η Κοινωνική Υπηρεσία του κάθε Νοσοκομείου έχει στην ουσία τους ίδιους στόχους και αρμοδιότητες με τα νεοϊδρυθέντα Γραφεία Προστασίας των Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας του νέου Νόμου 4368/2016, που μέχρι σήμερα είναι υπεύθυνα για την ποιοτική εξυπηρέτηση των ασθενών, για την λύση των προβλημάτων τους και για τον απαιτούμενο σεβασμό των δικαιωμάτων τους. Συγκεκριμένα, η Κοινωνική Υπηρεσία έχει ως στόχο να παρέχει στους ασθενείς και στις οικογένειές τους εξειδικευμένες υπηρεσίες, με κανόνες εμπιστευτικότητας και σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Οφείλει να παρέχει στους ασθενείς ενημέρωση για τα δικαιώματά τους, υποστήριξη και κατεύθυνση γύρω από κοινωνικής κυρίως φύσεως θέματα. Επίσης, είναι απαραίτητο να μεριμνά για την αποφυγή σωματικής και κυρίως ψυχικής καταπόνησης και ταλαιπωρίας των ασθενών παρέχοντας τους ψυχολογική υποστήριξη, ενδυνάμωση και συνηγορία. Γενικότερα, οφείλει να φροντίζει για την αποκατάσταση και την μετανοσοκομειακή περίθαλψη των ασθενών καλύπτοντας τις ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες. Τέλος, όπως αναφέρθηκε και στις αρμοδιότητες των Γραφείων Προστασίας των Δικαιωμάτων Ληπτών/ριών Υπηρεσιών Υγείας, ειδική μέριμνα πρέπει να λαμβάνεται για την προστασία των ιδιαίτερα ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως των ανηλίκων ληπτών/ριών υγείας, των ψυχικά ασθενών, των μεταναστών/τριών, των ατόμων με

έντονα οικονομικά προβλήματα, κ.α.

Εκτός από τους θεσμούς/όργανα διοικητικού ελέγχου (εσωτερικού και εξωτερικού) που αναφέρθηκαν, βασικό ρόλο στην προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών έχει, αρχικά, και η γενική οργάνωση και λειτουργία των Δημόσιων Νοσοκομείων. Τα οργανωτικά σφάλματα των Νοσοκομείων (κακή οργάνωση και λειτουργία των Νοσοκομείων) ενδέχεται να προκαλούν στους ασθενείς βλάβες και πολλές αιτίες, οι οποίες δεν εντάσσονται στην έννοια των ιατρικών λαθών. Σύμφωνα με την Ετήσια Έκθεση 2010 του Συνηγόρου του Πολίτη, εκδ. Εθνικού Τυπογραφείου, Αθήνα 2010, σελ.69 (→ «Προβλήματα Υπηρεσιών Υγείας»), έχουν τεθεί κατ' επανάληψη υπόψη του Συνηγόρου του Πολίτη προβλήματα υποστελέχωσης και έλλειψης υποδομών, με διάφορες συνέπειες, που εκτείνονται από την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τη μη πλήρωση των ελάχιστων προδιαγραφών ασφαλούς περίθαλψης, όπου αυτές προβλέπονται, όπως π.χ. για την ασφαλή χορήγηση αναισθησίας, την πλημμελή τήρηση των κανόνων καθαριότητας, απολύμανσης και αντισηψίας, έως την αναστολή λειτουργίας ολόκληρων τμημάτων Νοσοκομείων.

Έτσι, αυτές οι αιτίες της κακής οργάνωσης και δυσλειτουργίας των Νοσοκομείων (Κρεμαλής,2011), που μπορούν να προκαλέσουν βλάβες στους νοσηλευόμενους ασθενείς, οφείλονται κυρίως:

- Στην εν γένει εσφαλμένη διοικητική οργάνωση ή στον κακό διοικητικό προγραμματισμό που εντάσσονται η *έλλειψη στελέχωσης*, δηλαδή η έλλειψη επαρκούς ή/και κατάλληλου ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού και τεχνικού προσωπικού και η *έλλειψη υποδομής*, όπως για παράδειγμα η έλλειψη αναγκαίου ιατρικού μηχανήματος (με τα αναγκαία εξαρτήματα και αναλώσιμα), ελλείψεις φαρμάκων και σκευασμάτων, κλινών νοσηλείας κ.α. Σ' αυτή την κατηγορία εντάσσονται επίσης και οι αναποτελεσματικές εφημερίες.
- Στην εσφαλμένη συντήρηση του Νοσοκομειακού εξοπλισμού από διοικητικούς ή τεχνικούς υπάλληλους, η οποία μπορεί να προκαλέσει βλάβες στους ασθενείς και στους οικείους τους. *Χαρακτηριστικό παράδειγμα* αποτελεί η περίπτωση θανάτου ενός νεογέννητου βρέφους σε μονάδα πρόωρων νεογνών από καθολικά εγκαύματα πυρκαγιάς που έκαψε την θερμοκοιτίδα του (ΣτΕ 1221/02 ΤΝΠ ΔΣΑ- Ισοκράτης). Η πυρκαγιά εκδηλώθηκε από βραχυκύκλωμα λόγω υπερκατανάλωσης ρεύματος ή από την κακή συναρμογή των πριζών, δηλαδή από αιτίες που όφειλαν να προβλέψουν οι συντηρητές μιας μονάδας που λειτουργεί με πολλά ηλεκτρικά μηχανήματα, π.χ. θερμοκοιτίδες, αναπνευστήρες με υγραντήρες κλπ.
- Στην εσφαλμένη εποπτεία και στον πλημμελή έλεγχο/παρακολούθηση των ασθενών

κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους ή και ανεξάρτητα από αυτή. *Χαρακτηριστικά παραδείγματα* αυτής της περίπτωσης: Από έλλειψη κατάλληλης εποπτείας εκ μέρους των νοσηλευτών συνοδών προκλήθηκε στη θάλασσα πνιγμός ενός νεαρού αγοριού που έπασχε από εγκεφαλοπάθεια και βαριά νοητική καθυστέρηση – επιληψία και νοσηλεύονταν σε παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο (ΣτΕ 2320/03 ΤΝΠ ΔΣΑ-Ισοκράτης). Στη συγκεκριμένη περίπτωση, λόγω της φύσης της ασθένειας, η παρακολούθηση έπρεπε να συνίσταται σε διαρκή οπτική επαφή. Άλλο παράδειγμα αποτελεί η παράλειψη να τοποθετηθεί προστατευτικό κιγκλίδωμα στην εξεταστική τράπεζα, με αποτέλεσμα την πτώση ενός αναισθητοποιημένου ασθενούς, την πρόκληση κάκωσης κεφαλής (αμφοτερόπλευρο υποσκληρίδιο αιμάτωμα) και την ανάγκη αποκατάστασής της με χειρουργική επέμβαση (ΔΠρ Αθ 3043/05 ΝοΒ 2006, 1162). Στη συγκεκριμένη περίπτωση αναγνωρίστηκε ευθύνη του νοσηλευτικού προσωπικού για την παράλειψη τοποθέτησης προστατευτικού κιγκλιδώματος. Όμως, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ο ασθενής δεν μπόρεσε να αποδείξει άλλο δικαίωμα από τη συγκεκριμένη παρανομία παρά μόνο την ηθική βλάβη που ικανοποιήθηκε με 15.000,00 ευρώ (αρθρ.932 ΑΚ).

(Κρεμαλής,2011).

- Επίσης, σύμφωνα με τον καθηγητή Κονταράτο (2003), άλλα αίτια που οδηγούν στην δυσλειτουργία των Δημοσίων Νοσοκομείων είναι η έλλειψη συντονισμού μεταξύ συνιστωσών του Συστήματος Υγείας, η γεωγραφική ανισοκατανομή ιατρικού, νοσηλευτικού και άλλου προσωπικού σε πλήθος και ειδικότητες μεταξύ των κέντρων και υπαίθρου, οι ανεπαρκείς επενδύσεις στα Νοσοκομεία για αναβάθμιση και διατήρηση της ποιότητας τους, η έντονη εξάρτηση των Κρατικών Νοσοκομείων από το Υπουργείο Υγείας, το οποίο πολλές φορές δεν επιτρέπει την ανάληψη πρωτοβουλιών από τις Διοικήσεις τους, όπως είναι η χάραξη στρατηγικής, ο εκσυγχρονισμός του εξοπλισμού και η πρόσληψη προσωπικού, έστω και μέσα στα πλαίσια ενός εγκεκριμένου προϋπολογισμού, καθώς και άλλα οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα που οδηγούν στην υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και μπορούν να προκαλέσουν προβλήματα και βλάβες στους ασθενείς.

Ο βασικός στόχος του Κράτους (σχετικά με το Σύστημα Υγείας και την προστασία των ασθενών) και όλων των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι η ιδανική εξυπηρέτηση/ικανοποίηση του κάθε ασθενούς πέρα από κάθε του προσδοκία με το μικρότερο δυνατό κόστος, έτσι ώστε

να του προσφερθούν υψηλής ποιότητας υπηρεσίας υγείας. Σύμφωνα με τον καθηγητή Α. Κονταράτο (2003), η πραγματοποίηση αυτού του στόχου εξαρτάται από την αποτελεσματική συνέργια του συστήματος διοίκησης, της σωστής οργάνωσης των υπηρεσιών και από την σωστή συμπεριφορά των εργαζομένων (→ δέσμευση, συνεργατικότητα). *Ιδανική εξυπηρέτηση* του ασθενούς πέρα από κάθε του προσδοκία, σημαίνει μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του από την γενική ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δηλαδή από την ποιότητα της θεραπευτικής έκβασης, της ιατρικής ενημέρωσης και πληροφόρησης επί της κατάστασης του και επί του τρόπου αντιμετώπισης της νόσου του, της νοσηλευτικής αντιμετώπισης και φροντίδας, της διοικητικής αντιμετώπισης και εξυπηρέτησης, της εργαστηριακής υποστήριξης και ανταπόκρισης, του βιοϊατρικού εξοπλισμού κ.α. Σημαίνει, επίσης ικανοποίηση του από τη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας του Νοσοκομείου σε πρώτη ζήτηση με κύρια παράμετρο τη διαθεσιμότητα κλίνης, την ευκολία προσπέλασης των γραφειοκρατικών διαδικασιών εισαγωγής, διαχείρισης και εξόδου του και γενικά από τις κλινικές διαδικασίες ιατρικής και νοσηλευτικής διαχείρισης του.

Η σημασία της φράσης με το *μικρότερο δυνατό κόστος* αφορά την ελαχιστοποίηση βασικών μεταβλητών, όπως των άσκοπων ιατρικών πράξεων (διαγνωστικών, θεραπευτικών), της άσκοπης συνταγολογίας (κυρίως αντιβιοτικής), της σπατάλης αναλώσιμων υλικών, του λειτουργικού κόστους υποδομών και γενικά ελαχιστοποίηση του ύψους γενικών εξόδων χωρίς αντίστοιχη υποβάθμιση της ποιότητας περίθαλψης (→ βελτιστοποίηση της σχέσης οφέλους – κόστους).

Έτσι, οι οργανωτικές και λειτουργικές απαιτήσεις για την διασφάλιση της υψηλής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας απαιτούν την παρακολούθηση και τον έλεγχο της ποιότητας και του κόστους περίθαλψης, την συγκριτική αξιολόγηση θεραπευτικής αποτελεσματικότητας με κέντρα του εξωτερικού μέσω διαθέσιμων προγραμμάτων, την διεξαγωγή επιστημονικής ιατρικής και νοσηλευτικής έρευνας και την συνεχή εκπαίδευση και δικτύωση του ιατρικού, νοσηλευτικού, τεχνικού και διοικητικού προσωπικού.

Η συνεχής εκπαίδευση όλων των εργαζόμενων των Νοσοκομείων (σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας), καθώς και η διαρκής ενημέρωσή τους, η (κοινωνική) δικτύωσή τους, η μεταξύ τους συνεργασία και ανταλλαγή εμπειριών για τις στρατηγικές που πρέπει να ακολουθήσουν, αποτελεί ένα ιδιαίτερα κομβικό σημείο και σημαντικό βήμα που θα οδηγήσει στην αντιμετώπιση οργανωσιακών προβλημάτων και στην σωστή τήρηση του θεσμικού πλαισίου που διέπει και προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών.

Έτσι, η συνεχής εκπαίδευση, ενημέρωση και συνεργασία οδηγεί στην ρύθμιση της σωστής νοοτροπίας όλων των εργαζόμενων των Νοσοκομείων. Από την πλευρά των

διευθυντών/προϊσταμένων (των ιατρικών, νοσηλευτικών, διοικητικών, εργαστηριακών και τεχνικών τμημάτων) του κάθε Νοσοκομείου, θα πρέπει καταρχάς να υπάρχει αυτοέλεγχος και αυτοαξιολόγηση. Όλοι οι διευθυντές/προϊστάμενοι οφείλουν να μάθουν να κρίνουν τη διοικητική τους συμπεριφορά από τη σκοπιά των αναγκών, των επιφυλάξεων και των προσδοκιών των εργαζόμενων. Με την σειρά τους όλο το προσωπικό (σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας) οφείλει να μάθει να κρίνει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει από τη σκοπιά των αναγκών, των επιφυλάξεων και των προσδοκιών του κάθε ασθενούς αλλά και εν γένει του κοινωνικού συνόλου. Οι διευθυντές/προϊστάμενοι (→ διευθυντές όλων των υπηρεσιών, οι συντονιστές διευθυντές των ιατρικών τμημάτων, οι προϊστάμενοι των νοσηλευτικών, διοικητικών, εργαστηριακών και τεχνικών τμημάτων του Νοσοκομείου) πρέπει να αναλαμβάνουν τα αυξημένα διοικητικά τους καθήκοντα και αρμοδιότητες (βάση της σωστής ιεράρχησης των αρμοδιοτήτων που καθορίζονται από τους οργανισμούς των Νοσοκομείων), τα οποία λανθασμένα πιστεύεται ότι ανήκουν μόνο στους υφισταμένους υπαλλήλους και στελέχη των διοικητικών υπηρεσιών των Νοσοκομείων. Οι διαδικασίες, που όλη η ιεραρχία οφείλει να ακολουθεί, περιγράφονται σε μεγάλο βαθμό στον *Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας (→ Ν.2690/1999)*, οι διατάξεις του οποίου εφαρμόζονται στο Δημόσιο και γενικά σε όλα τα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου [τα βασικότερα άρθρα του Κώδικα σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών είναι κυρίως τα: 3, 4, 5, 7 (→ το οποίο είναι αρκετά σημαντικό διότι αναφέρεται στην εγγύηση της *αμεροληψίας* που πρέπει να φέρουν όλα τα διοικητικά όργανα), και το 10].

Όλοι οι εργαζόμενοι/ανθρώπινο δυναμικό των Νοσοκομείων πρέπει να πεισθούν ότι η ιδανική εξυπηρέτηση του ασθενούς και η προστασία των δικαιωμάτων του επιτυγχάνεται με την ιδανική συνεργασία μεταξύ τους. Επίσης, πρέπει να πεισθούν πως η προσπάθεια για υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας και για την διαφύλαξη των δικαιωμάτων του κάθε ασθενούς, δεν έχει τέλος και ότι συνεχίζεται ακούραστα και πεισματικά με συνεχείς βελτιώσεις ώστε τελικά η εξυπηρέτηση του ασθενούς να ξεπερνά τις προσδοκίες του. Οφείλουν, πρόσθετα, να μάθουν να νοιάζονται για όλα και να αισθάνονται υπόλογοι για ό,τι κάνουν απέναντι στον εαυτό τους και στους συνεργάτες τους. Πρέπει ακόμα να πεισθούν ότι αυτό που κάνει κάθε Νοσοκομείο ξεχωριστό δεν είναι τόσο η ποσότητα των υπηρεσιών που προσφέρει, όσο η ποιότητα εξυπηρέτησης του ασθενούς και η ποιότητα υποστήριξης του.

Ο κάθε ασθενής προσδοκά από το Νοσοκομείο, στο οποίο νοσηλεύεται, να είναι έντιμο στις συναλλαγές μαζί του, αξιόπιστο στις υποχρεώσεις του, γρήγορο και αποτελεσματικό στις δεσμεύσεις του. Επίσης, προσδοκά από το προσωπικό που τον εξυπηρετεί να του φέρεται με σεβασμό, με ευγένεια, με κατανόηση, με ευχάριστο τρόπο και, γενικά, να τον νοιάζεται, να τον

υποστηρίζει και να τον φροντίζει. Το κοινωνικό σύνολο, εν γένει, προσδοκά από το κάθε Νοσοκομείο σεβασμό στους Νόμους και στις ηθικές αξίες.

Η ηγεσία του κάθε Νοσοκομείου οφείλει να καθορίσει ένα κατευθυντήριο όραμα και να το ενσταλάξει στο προσωπικό. Αυτό το όραμα επιβάλλει τον κοινό στόχο όλου του προσωπικού (→ ποιότητα πέραν πάσης προσδοκίας) αλλά και τις κοινές αξίες όλου του προσωπικού (→ έγνοια και φροντίδα για όλα). Οι στόχοι ενεργοποιούν την συμπεριφορά του προσωπικού για δράση, οι αξίες κατευθύνουν τη συμπεριφορά δράσης, οι συνέπειες της δράσης διορθώνουν τη συμπεριφορά και η καταληκτική συμπεριφορά (→ "αδιάσπαστη" αφοσίωση στο έργο και πεισματική προσπάθεια για τελειότητα) πραγματοποιεί το όραμα. Έτσι, πρέπει όλοι σε όλα τα επίπεδα ιεραρχίας να δεσμευθούν στο όραμα και στις αντίστοιχες υποστηρικτικές του αξίες.

Επίσης, βασικό στοιχείο για την αντιμετώπιση οργανωσιακών προβλημάτων, για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση για την σωστή τήρηση του θεσμικού πλαισίου που διέπει και προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών, είναι ο *σωστός σχεδιασμός δράσης*. Για αυτό απαιτείται να λειτουργεί σωστά ένα σύστημα παρακολούθησης και προσμέτρησης των αποτελεσμάτων στο οποίο θα βοηθήσει η χρήση *ερωτηματολογίων* που συμπληρώνονται από ασθενείς με βάση τις εντυπώσεις, αντιδράσεις, προτιμήσεις, επιθυμίες και ανάγκες εξυπηρέτησης τους. Έτσι, γίνεται συμπλήρωση ερωτηματολογίων από ασθενείς αλλά και διεξάγονται προσωπικές συνεντεύξεις ασθενών για τον σωστό προσδιορισμό του βαθμού ικανοποίησής τους από την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρθηκε, και από τη συμπεριφορά του προσωπικού, που τους εξυπηρέτησε. Κάθε φορά πρέπει να δίνεται μεγάλη προσοχή στις λεπτομέρειες και να μην αφήνεται τίποτα στην τύχη, έτσι ώστε να σχηματίζονται οι σωστές εντυπώσεις. Κάθε ασθενής αποκομίζει διάφορες εμπειρίες εξυπηρέτησης, οι οποίες μπορεί να είναι είτε θετικές, είτε αρνητικές, είτε ουδέτερες. Για ένα σωστό Νοσοκομείο που ενδιαφέρεται για την ποιότητα του, οι αρνητικές και ουδέτερες εμπειρίες του ασθενούς δεν θα πρέπει να υπάρχουν. Αποδέκτες είναι μόνο οι θετικές εμπειρίες του ασθενούς και "στο χέρι" του κάθε Νοσοκομείου είναι να δημιουργεί τέτοιου είδους εμπειρίες και μόνο.

Επιπλέον, θα πρέπει να λειτουργεί ένα σωστό σύστημα ανταπόκρισης και αποκατάστασης που να διορθώνει τα λάθη. Λάθη γίνονται ακόμα και όταν η δουλειά τείνει στην τελειότητα. Ο ασθενής ανέχεται το λάθος όταν του δίνονται αμέσως ικανοποιητικές εξηγήσεις και όταν ακολουθεί αμέσως αποδεκτή διόρθωση. Οπότε αυτό που έχει μεγάλη σημασία δεν είναι τόσο το λάθος που έκανε το Νοσοκομείο, όσο το γεγονός ότι δεν το χειρίστηκε σωστά και ότι δεν προθυμοποιήθηκε να το διορθώσει. Τα λάθη, οι παραβιάσεις (των δικαιωμάτων των

ασθενών), οι παραλείψεις (του ανθρώπινου δυναμικού) των Νοσοκομείων δεν συμβαίνουν, βεβαίως σκοπίμως, αλλά κυρίως λόγω της έλλειψης της κατάλληλης ενημέρωσης και εκπαίδευσης (σχετικά κυρίως με την άσκηση της διοίκησης) και της έλλειψης του κατάλληλου σχεδιασμού δράσης και συμπεριφοράς.

Άρα, καταλήγοντας, συμπεραίνουμε ότι ο στόχος για να αριστοποιηθεί η εξυπηρέτηση του ασθενούς και για να διορθώνονται αποτελεσματικά τα λάθη, απαιτεί → την κατάλληλη ενημέρωση και εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού του κάθε Νοσοκομείου και → την σύνταξη προδιαγραφών δράσης και συμπεριφοράς του προσωπικού, που να προσδιορίζουν και να οριοθετούν τον επιθυμητό τρόπο ανταπόκρισης στο σφάλμα και την επιθυμητή έκταση διόρθωσης του. (Κονταράτος,2003, σελ. 7-35).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ολοκληρώνοντας την παρούσα εργασία διαπιστώνουμε ότι τα ανθρώπινα δικαιώματα, το δικαίωμα στην υγεία και ειδικότερα τα δικαιώματα των ασθενών αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στη σημερινή εποχή, για αυτό και τα συναντάμε σε πολλές διεθνείς συμβάσεις, διεθνή κείμενα και υγειονομικούς κανονισμούς, σε Ευρωπαϊκές συνθήκες και Χάρτες, στο Σύνταγμα, σε Κώδικες Δεοντολογίας και σε πολλούς Νόμους (είτε σε διεθνές, ευρωπαϊκό επίπεδο, είτε σε εθνικό).

Η διατύπωση μιας σειράς δικαιωμάτων στην υγειονομική Νομοθεσία αλλά και σε Κώδικες (ιατρικής) Δεοντολογίας αποτελεί ένα σημαντικό βήμα για την ενδυνάμωση των πολιτών. Όλοι οι νόμοι που αναφέρονται στα δικαιώματα των ασθενών έχουν σαν σκοπό τη διασφάλιση της θέσης του ασθενούς ως καταναλωτή υπηρεσιών υγείας.

Η νομοθετική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών στη Χώρα μας οδηγεί σε *αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας* και συμβάλλει στην χάραξη πολιτικών υγείας οι οποίες θα έχουν ως βασικό πυρήνα τον ίδιο τον ασθενή. Η Ελλάδα ενδυνάμωσε τη νομική θέση των ασθενών με την άμεση διατύπωση των δικαιωμάτων τους το 1992. Τότε τίθεται σε ισχύ στη Χώρα μας για πρώτη φορά ο Νόμος 2071/1992, όπου με το άρθρο 47 κατοχυρώνονται τα δικαιώματα των Νοσοκομειακών ασθενών (η Ελλάδα ήταν από τις πρώτες Χώρες που θεσμοθέτησε τα εν λόγω δικαιώματα). Έτσι, τα δικαιώματα του κάθε ασθενούς, που είναι η ισότιμη πρόσβαση στις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειας του υπηρεσίες του Νοσοκομείου, η παροχή φροντίδας με τον δέοντα σεβασμό στην αξία και αξιοπρέπεια του, η συγκατάθεση ή η άρνηση σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη, η πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας του και η ενεργός συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων, η πλήρης εκ των προτέρων ενημέρωση του για τους κινδύνους ασυνηθών πειραματικών πράξεων, η προστασία της ιδιωτικής ζωής του και η διαφύλαξη του απορρήτου, ο σεβασμός των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων, η κατάθεση διαμαρτυρίας/ενστάσεως και η γνώση των επ' αυτών αποτελεσμάτων, αποτελούν καίρια σημεία και βασικά ηθικά ζητήματα στη σημερινή εποχή, έχοντας γίνει αντικείμενο προσοχής τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες και συλλόγους υγείας καθώς και από τον κάθε απλό πολίτη.

Επίσης, στη Χώρα μας τα δικαιώματα των ασθενών προστατεύονται και από πολλά άρθρα του Συντάγματος που θεμελιώνουν το δικαίωμα στην προστασία της υγείας, είτε ως *ατομικό* (λόγω της υποχρέωσης του Κράτους να την προστατεύει → άρθρο 5 παράγραφος 5 του Συντάγματος → προστασία της υγείας και της γενετικής ταυτότητας του κάθε ατόμου),

είτε ως κοινωνικό δικαίωμα (εφόσον το Κράτος οφείλει να μεριμνά για την υγεία των πολιτών και να προβαίνει σε ενέργειες που την προάγουν, την διατηρούν ή την αποκαθιστούν → άρθρο 21, παράγραφος 3 του Συντάγματος). Ακόμα, δικαιώματα ασθενών κατοχυρώνονται και στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (→ του Νόμου 3418/2005 που ισχύει μέχρι σήμερα), ο οποίος περιλαμβάνει άρθρα τα οποία αναλύουν τις νομικές υποχρεώσεις των ιατρών απέναντι στους ασθενείς, μέσω των οποίων θεμελιώνονται, οριοθετούνται και διασφαλίζονται τα δικαιώματα των ασθενών, εφόσον τα (νόμιμα) δικαιώματα του κάθε ασθενούς αποτελούν καθήκοντα για τον ιατρό και τον κάθε επαγγελματία υγείας. (Άλλοι Κώδικες Δεοντολογίας που προστατεύουν τα δικαιώματα των ασθενών είναι ο Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας, ο Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας και ο Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας).

Βασικό θέμα στη σημερινή εποχή αποτελεί και η διεξαγωγή κλινικών μελετών και η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών που συμμετέχουν σε αυτές. Έτσι, έχουν καθιερωθεί διεθνώς Κώδικες Δεοντολογίας καθώς και Νόμοι με δεσμευτικό χαρακτήρα που προστατεύουν τον κάθε ασθενή που αποφασίζει να συμμετέχει σε οποιαδήποτε κλινική μελέτη. Αλλά και σε εθνικό επίπεδο έχει θεσπιστεί ισχυρό νομικό πλαίσιο (κυρίως με τη σύσταση Επιτροπών Ηθικής και Έρευνας, όπως την Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας) που εξασφαλίζουν τη νομιμότητα και την ηθική ακεραιότητα της έρευνας που διεξάγεται σε ανθρώπους. Οπότε, οι κλινικές μελέτες πλέον διέπονται από ασφάλεια, διαφάνεια και ηθικές αρχές που συμβάλλουν στη βελτίωση της φροντίδας και στην αποτελεσματική προστασία των συμμετεχόντων ασθενών. Αποτελούν μία επένδυση στην υγεία, το φάρμακο, την καινοτομία, την τεχνολογία και την οικονομία ενισχύοντας την επιχειρηματικότητα και την απασχόληση. Παρόλα αυτά απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή στην διεξαγωγή τους διότι μπορεί να επιφέρουν κινδύνους στα άτομα που συμμετέχουν σε αυτές, όπως αρνητικές επιπτώσεις - ανεπιθύμητες ενέργειες στην υγεία του ατόμου, αναποτελεσματικότητα μεθόδου, αυξημένες απαιτήσεις σε χρόνο, κ.ά.

Η ενδυνάμωση των ασθενών διασφαλίζεται μέσα από την καθιέρωση Θεσμών/Οργάνων ελέγχου και προστασίας των δικαιωμάτων τους. Στη χώρα μας, οι ασθενείς εκπροσωπούνται από Θεσμούς/Όργανα που ελέγχουν και διασφαλίζουν τα δικαιώματά τους, τα οποία (Όργανα) είτε εντάσσονται μέσα στο Σύστημα Υγείας (→ Θεσμοί εσωτερικού/εξαρτημένου ελέγχου), είτε εκτός του Συστήματος (→ Θεσμοί εξωτερικού/ανεξάρτητου ελέγχου). Από τους πιο βασικούς Θεσμούς (εσωτερικού) ελέγχου είναι τα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας (N.4368/2016) τα οποία αποτελούν έναν πολύ βασικό θεσμό και έχουν ιδιαίτερη σημασία για τη διασφάλιση

των δικαιωμάτων των ασθενών στα Δημόσια Νοσοκομεία. Πλέον, μέσω αυτών των νεοϊδρυθέντων Γραφείων, ο κάθε ασθενής έχει τη δυνατότητα να έρχεται σε επαφή, εντός των Νοσοκομείων, με τους επαγγελματίες υγείας με σκοπό τόσο την έκφραση των παραπόνων του, όσο και τη λύση των προβλημάτων του καθώς και τον απαιτούμενο σεβασμό των δικαιωμάτων του. Έτσι, τα Γραφεία αυτά με την κατάλληλη στελέχωση, οργάνωση και λειτουργία, θα μπορέσουν να προστατεύουν και να προασπίζουν τα δικαιώματα όλων των ασθενών αλλά και των επαγγελματιών υγείας με τρόπο πολύ πιο αποτελεσματικό, ασφαλές, ειρηνικό και αποδοτικό (κυρίως μέσω της διαμεσολάβησης και χωρίς εντάσεις και προστριβές).

Βασικό ρόλο και μεγάλη ευθύνη στη διασφάλιση των δικαιωμάτων των ασθενών έχουν, αρχικά, το Κράτος και, έπειτα, η Διοίκηση, η Κοινωνική Υπηρεσία, η οποία στην ουσία εκτελεί τα ίδια καθήκοντα και έχει τους ίδιους στόχους με τα νεοϊδρυθέντα Γραφεία Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας (του νέου Νόμου 4368/2016), και το (εν γένει) *προσωπικό του Νοσοκομείου* (δηλαδή το ιατρικό, νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό). Η γενική οργάνωση και λειτουργία του κάθε Νοσοκομείου έχουν μεγάλο αντίκτυπο στους ασθενείς. Η εσφαλμένη διοικητική οργάνωση λόγω έλλειψης στελέχωσης και υποδομής, η εσφαλμένη συντήρηση του Νοσοκομειακού εξοπλισμού από διοικητικούς ή τεχνικούς υπαλλήλους, η εσφαλμένη εποπτεία και ο πλημμελής έλεγχος των ασθενών, οι ανεπαρκείς επενδύσεις στα Νοσοκομεία, η έλλειψη συντονισμού, ο "κακός" διοικητικός προγραμματισμός και άλλοι οργανωτικοί, κυρίως, παράγοντες μπορούν να βλάψουν τους ασθενείς και να επηρεάσουν αρνητικά τον σεβασμό των δικαιωμάτων τους. Οπότε, για να επιτευχθεί η διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας και συνακόλουθα των δικαιωμάτων των ασθενών, βασικός στόχος του Κράτους και όλων των Νοσοκομείων θα πρέπει να είναι η ιδανική εξυπηρέτηση του κάθε ασθενούς, δηλαδή η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς από την γενική ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με το μικρότερο δυνατό κόστος, δηλαδή με την ελαχιστοποίηση των βασικών μεταβλητών (→ ελαχιστοποίηση του ύψους γενικών εξόδων) χωρίς αντίστοιχη υποβάθμιση της ποιότητας περίθαλψης.

Για την αντιμετώπιση οργανωτικών προβλημάτων των Νοσοκομείων / παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και για την εξασφάλιση της υψηλής τους ποιότητας καθώς και κατ' επέκταση για τη σωστή τήρηση του θεσμικού πλαισίου που προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών απαιτείται αρχικά η *συνεχής εκπαίδευση* όλων των εργαζομένων των Νοσοκομείων (σε όλα τα επίπεδα της ιεραρχίας), η διεξαγωγή επιστημονικής ιατρικής και νοσηλευτικής έρευνας, η διαρκής ενημέρωσή τους, η κοινωνική δικτύωση τους, η μεταξύ τους συνεργασία και η ανταλλαγή εμπειριών για τις στρατηγικές που πρέπει να ακολουθήσουν. Η συνεχής

εκπαίδευση του ιατρικού, νοσηλευτικού, τεχνικού και διοικητικού προσωπικού κατά ειδικότητες εξασφαλίζει ενημέρωση πάνω στις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις, βελτιώνοντας διαχρονικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η διεξαγωγή επιστημονικής έρευνας εμπλουτίζει τη γνωστική βάση βελτιώνοντας αντίστοιχα και αυτή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η εκπαίδευση, ενημέρωση και συνεργασία έχουν σαν αποτέλεσμα τη ρύθμιση μιας σωστής νοοτροπίας όλων των εργαζομένων των Νοσοκομείων που τηρούν υπεύθυνα όλους τους Νόμους και τις ηθικές αξίες και σέβονται τα δικαιώματα όλων των ασθενών.

Επίσης, για την εξασφάλιση υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και για τη σωστή τήρηση του θεσμικού πλαισίου που προστατεύει τα δικαιώματα των ασθενών, απαιτείται ο κατάλληλος σχεδιασμός δράσης και συμπεριφοράς (του προσωπικού του Νοσοκομείου) με τη σωστή χρήση ενός συστήματος παρακολούθησης και προσμέτρησης των αποτελεσμάτων και ενός συστήματος ανταπόκρισης και αποκατάστασης των λαθών. Η παρακολούθηση και προσμέτρηση των αποτελεσμάτων γίνεται με τη χρήση ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται από ασθενείς με βάση τις εντυπώσεις τους και τις ανάγκες εξυπηρέτησής τους, και η ανταπόκριση και αποκατάσταση των λαθών συνίσταται στον κατάλληλο χειρισμό και στην "προθυμία" του κάθε Νοσοκομείου να διορθώσει τα λάθη του.

Τέλος, στην εξασφάλιση της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών σημαντικό ρόλο διαδραματίζει (σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ), εκτός από την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στα δικαιώματα των ασθενών, και η εκπαίδευση/ενημέρωση των ίδιων των πολιτών, σχετικά με το τι θα πρέπει να περιμένουν από τις Κυβερνήσεις τους και τους παρόχους υγείας, σχετικά με τη φροντίδα της υγείας τους, το είδος της θεραπείας και το σεβασμό που τους οφείλεται.

Καταλήγοντας, παρατηρούμε πως τα δικαιώματα των ασθενών αποτελούν μία από τις πιο βασικές εκφάνσεις των δικαιωμάτων του ανθρώπου και για αυτό θα πρέπει να εξετάζονται με περισσή προσοχή και επιμέλεια. Η διασφάλιση και η προαγωγή τους θα πρέπει να αποτελούν βασική προτεραιότητα σε κάθε σχεδιασμό στο χώρο της υγείας, με αποτέλεσμα την αποτελεσματική βελτίωση της ποιότητας του Συστήματος Υγειονομικής Περίθαλψης και κατ' επέκταση την βελτίωση του τρόπου ζωής όλων των ανθρώπων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ❖ Γκαράνη-Παπαδάτου Τ. (2011), «Ανθρώπινα δικαιώματα και υγεία: Η διεθνής διάσταση», στο: Βαλάσση-Αδάμ Ε., Παναγοπούλου-Κουτνατζή Φ. «Ηθική και Δεοντολογία της Υγείας» (Liber amicorum), Εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ. 155-162.
- ❖ Δημητριάδου Α. (2016), «Δικαιώματα των ασθενών και σακχαρώδης διαβήτης», στο: Καζάκος Κ. «Σακχαρώδης Διαβήτης, Σύγχρονες απόψεις», Εκδ. Πασχαλίδη, Αθήνα, σελ. 809-830.
- ❖ Καλαμπούκα-Γιαννοπούλου Π. (2011), «Η προστασία του ασθενούς ως καταναλωτή», Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- ❖ Κηπουρού Α., Μπούτας Α. (2001), «Ιατρικό δίκαιο και δικαιώματα ασθενούς», *Interpres*, τεύχος 1.
- ❖ Κονταράτος Α. (2003), «Η τέχνη της διοίκησης των Νοσοκομείων», Εκδ. Παρισιάνου, Αθήνα, σελ. 7-35.
- ❖ Κρεμαλής Κ. (2011), «Δίκαιο της Υγείας, Γενικές Αρχές των Κοινωνικών Υπηρεσιών Υγείας», Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- ❖ Μπεσίλα-Μακρίδη Ε. (2006), «Έλεγχος της Διοίκησης - Γενικός Επιθεωρητής Δημόσιας Διοίκησης - Σώμα Επιθεωρητών Ελεγκτών Δημόσιας Διοίκησης - Συντακτικό Όργανο Επιθεώρησης και Ελέγχου», Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα.
- ❖ Παπαρρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη Π. (2017), «Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας: Οργάνωση των δημόσιων υπηρεσιών υγείας, δικαιώματα του χρήστη, δημόσια υγεία», β' έκδοση, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- ❖ Σπηλιωτόπουλος Επ. (2011), «Εγχειρίδιο Διοικητικού Δικαίου», τόμος 1, 14^η έκδοση, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.
- ❖ Τσαντίλας Π. (2008), «Ευρωπαϊκό και Εθνικό Δίκαιο της Υγείας», Εκδ. Σάκκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- ❖ Τσαπόγας Μ., Χριστόπουλος Δ. (2004), «Τα Δικαιώματα στην Ελλάδα 1953-2003», Ελληνική Ένωση για τα Δικαιώματα του Ανθρώπου, Εκδ. Καστανιώτη, Αθήνα.
- ❖ Χρυσογόνος Κ. (2006), «Ατομικά και Κοινωνικά Δικαιώματα», γ' έκδοση, Εκδ. Νομική Βιβλιοθήκη, Αθήνα.

NOMOI – ΝΟΜΙΚΑ ΚΕΙΜΕΝΑ

- (Αναγκαστικός Νόμος) 1565/1939
- Ν.3251/1955
- Ν.1136/1981
- Ν.1397/1983
- Ν.1426/1984
- Ν.1532/1985
- Ν.2071/1992
- Ν.2194/1994
- Ν.2251/1994
- Ν.2472/1997
- Ν.2477/1997
- Ν.2519/1997
- Ν.2619/1998
- Ν.2667/1998
- Ν.2690/1999
- Ν.2716/1999
- Ν.2790/2000
- Ν.2889/2001
- Ν.2920/2001
- Ν.2955/2001
- Ν.3051/2002
- Ν.3094/2003
- Ν.3156/2003
- Ν.3204/2003
- Ν.3252/2004
- Ν.3293/2004
- Ν.3304/2005
- Ν.3339/2005
- Ν.3418/2005(→ Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας)
- Ν.3471/2006
- Ν.3769/2009
- Ν.3868/2010

- Ν.3896/2010
- Ν.4097/2012
- Ν.4213/2013
- Ν.4314/2014
- Ν.4366/2016
- Ν.4368/2016
- Ν.4382/2016
- Ν.4443/2016
- Ν.4461/2017
- Ν.4465/2017
- Ν.4606/2019
- Ν.4622/2019
- Ν.4624/2019

- ❖ Προεδρικό Διάταγμα 340/1992 → Κώδικας Φαρμακευτικής Δεοντολογίας
- ❖ Προεδρικό Διάταγμα 216/2001 → Κώδικας Νοσηλευτικής Δεοντολογίας
- ❖ Προεδρικό Διάταγμα 39/2009 → Κώδικας Οδοντιατρικής Δεοντολογίας
 - ✓ Προεδρικό Διάταγμα 273/1999 → Κανονισμός λειτουργίας του Συνηγόρου του Πολίτη
- Υπουργική Απόφαση Αρ. ΔΥΓ. 3/89292 ΦΕΚΒ' 1973/31.12.2003
- Υπουργική Απόφαση (Υ.Α ΔΥΓ. 3(α)/69150/2004) ΦΕΚ 1503, Τεύχος Β, 7.10.2004
- Υπουργική Απόφαση ΔΥΓ3α 79602/07 (ΦΕΚ 64/Β/25.01.2007)
- Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 106298 (ΦΕΚ Β' 1496/6.9.2010)
- Κοινή Υπουργική Απόφαση Α3 (γ)/ΓΠ/οικ. 25132/4-4-2016
- Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Γ5α/59676→ ΦΕΚ 4131, Τεύχος Β/22.12.2016
- Υπουργική Απόφαση Αριθμ. Α3δ/Γ.Π. οικ. 10976/2017-ΦΕΚ 662Β/2017
- 🇪🇺 Κοινοτική Οδηγία 2001/20/Ε.Ε
- 🇪🇺 Ευρωπαϊκή Οδηγία 58/2002
- 🇪🇺 Οδηγία 2011/24/Ε.Ε
- 🇪🇺 Κανονισμός (Ε.Ε) αριθ. 536/2014
- 🇪🇺 Ευρωπαϊκή Οδηγία 95/46/Ε.Κ.
- 🇪🇺 Κανονισμός (Ε.Ε) 2016/679
- 🇪🇺 Οδηγία (Ε.Ε) 2016/680

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- ❖ Γιατζίδης Α. (2017), «Τι είναι οι Κλινικές Μελέτες; Γιατί είναι πολύ σημαντικές για τους ασθενείς;» [<https://medlabgr.blogspot.com/2016/05/clinical-trials.html>]
- ❖ Δαχτάρη Μ. (2016), «Τα δικαιώματα των Ασθενών και η Προάσπισή τους» [<https://www.iatronet.gr/vima-astheni/imerides-vimata-asthenwn/topic/1122/tai-dikaiwmata-twn-asthenwn-kai-i-proaspisi-toys.html>]
- ❖ Καλαϊτζίδου Σ. (2018), «Ανθρώπινα Πειράματα: Η Σκοτεινή Πλευρά της “Ιατρικής Εξέλιξης” και Διεθνές Δίκαιο» [<https://powerpolitics.eu/%cf%83%ce%b1%ce%b2%ce%b2%ce%af%ce%bd%ce%b1-%ce%ba%ce%b1%ce%bb%ce%b1%cf%8a%cf%84%ce%b6%ce%af%ce%b4%ce%bf%cf%85-28-09-%ce%b9%ce%b1%cf%84%cf%81%ce%b9%ce%ba%ce%ac-%cf%80%ce%b5%ce%b9%cf%81%ce%ac%ce%bc/>]
- ❖ Κατσιμίγκας Γ. και Βασιλοπούλου Γ. (2010), «Βασικές αρχές βιοηθικής και ορθόδοξης ηθικής», Το Βήμα του Ασκληπιού, Τόμος 9^{ος}, Τεύχος 2^ο, σελ. 158-170 [http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2010/VOLUME%2002_10/VA_REV_4_09_02_10.pdf]
- ❖ Το Βήμα του Ασκληπιού [<http://ejournals.uniwa.gr/index.php/tovima/index>]
- ❖ Τζαβέλλα Φ.Α. (2010), «Δεοντολογικά προβλήματα στην κλινική έρευνα. Το Έντυπο Συγκατάθεσης», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, σελ. 230-238 [<https://www.mednet.gr/archives/2010-2/pdf/230.pdf>]
- ❖ Beauchamp T.L and Childress J.F. (2001) “Principles of Biomedical Ethics”, (5th edn), Oxford University Press, New York. [<https://blogs.biomedcentral.com/bmcseriesblog/2012/07/13/measuring-the-four-principles-of-beauchamp-and-childress/>]
- ❖ Εθνικό Τυπογραφείο [<http://www.et.gr/>]
- ❖ Μηχανή Αναζήτησης Ελληνικής Νομοθεσίας [<https://www.kodiko.gr/>]
- ❖ Βουλή των Ελλήνων [<https://www.hellenicparliament.gr/>]
- ❖ Το Σύνταγμα της Ελλάδας [<https://www.hellenicparliament.gr/Vouli-ton-Ellinon/To-Politevma/Syntagma>]
- ❖ Ελληνική Κυβέρνηση, «Σύσταση Γραφείων Προστασίας Δικαιωμάτων Ασθενών» [<https://government.gov.gr/sistasi-grafion-prostasias-dikeom/>]
- ❖ Υπουργείο Υγείας (2018), «Θεσμικό πλαίσιο προστασίας δικαιωμάτων των ληπτών υπηρεσιών υγείας» [<https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/thesmiko-plaisio/5255-thesmiko-plaisio-prostasias-dikaiwmatwn-twn-lhptwn-yphresiwn-ygeias>], «Πρόσβαση των Ανασφάλιστων στο Δημόσιο Σύστημα

Υγείας (2016)» [<https://www.moh.gov.gr/articles/health/anapyksh-monadwn-ygeias/3999-prosbash-twn-anasfalistwn-sto-dhmosio-systhma-ygeias>], «Γραφεία προστασίας δικαιωμάτων ληπτών/ριών υπηρεσιών υγείας των Νοσοκομείων» [<https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/foreis-kai-armodia-organa-prostasias-dikaiwmatwn/5263-grafeia-prostasias-dikaiwmatwn-lhptwn-riwn-yphresiwn-ygeias-twn-nosokomeiwn>], «τ. Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Π.) - Εθνική Αρχή Διαφάνειας» [<https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/foreis-kai-armodia-organa-prostasias-dikaiwmatwn/5259-swma-epithewrhtwn-yphresiwn-ygeias-kai-pronoias-s-e-y-p>], «Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης» [<https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/foreis-kai-armodia-organa-prostasias-dikaiwmatwn/5260-synhgoros-ygeias-kai-koinwnikhs-allhleggyhs>]

- ❖ Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2008), Γνωμοδότηση της Ευρωπαϊκής Οικονομικής και Κοινωνικής Επιτροπής με θέμα «Τα δικαιώματα του ασθενούς», (2008/C 10/18), Επίσημη Εφημερίδα ΕΕ αριθ. C010 της 15/01/2008 σ.67-71 [<https://eur-lex.europa.eu/homepage.html>], [<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EL/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2008:010:FULL&from=EL>]
- ❖ Βικιπαίδεια, «Ανθρώπινα Δικαιώματα» [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%91%CE%BD%CE%B8%CF%81%CF%8E%CF%80%CE%B9%CE%BD%CE%B1_%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%B9%CF%8E%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1], «Δικαίωμα στην Υγεία» [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CE%AF%CF%89%CE%BC%CE%B1_%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD_%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1], «Συνήγορος του Πολίτη» [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A3%CF%85%CE%BD%CE%AE%CE%B3%CE%BF%CF%81%CE%BF%CF%82_%CF%84%CE%BF%CF%85_%CE%A0%CE%BF%CE%BB%CE%AF%CF%84%CE%B7], «Κώδικας της Νυρεμβέργης» [https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9A%CF%8E%CE%B4%CE%B9%CE%BA%CE%B1%CF%82_%CF%84%CE%B7%CF%82_%CE%9D%CF%85%CF%81%CE%B5%CE%BC%CE%B2%CE%AD%CF%81%CE%B3%CE%B7%CF%82], «Belmont Report» [https://en.wikipedia.org/wiki/Belmont_Report], «Good clinical practice» [https://en.wikipedia.org/wiki/Good_clinical_practice], «International Council for Harmonisation of Technical Requirements for Pharmaceuticals for Human Use»

[\[https://en.wikipedia.org/wiki/International_Council_for_Harmonisation_of_Technical_Requirements_for_Pharmaceuticals_for_Human_Use\]](https://en.wikipedia.org/wiki/International_Council_for_Harmonisation_of_Technical_Requirements_for_Pharmaceuticals_for_Human_Use)

- ❖ Συνήγορος του Πολίτη [\[https://www.synigoros.gr/\]](https://www.synigoros.gr/), Συνήγορος της Υγείας και της Κοινωνικής Αλληλεγγύης – Κοινωνική Προστασία [\[https://www.synigoros.gr/?i=health-and-social-welfare.e!\]](https://www.synigoros.gr/?i=health-and-social-welfare.e!)
- ❖ Δίκτυο του Ενεργού Πολίτη [\[http://activecitizenship.net/\]](http://activecitizenship.net/)
- ❖ Σύνδεσμος Αμυλοείδωσης Κύπρου/FAP ASSOCIATION OF CYPRUS(2016), «Ευρωπαϊκή Χάρτα Δικαιωμάτων των Ασθενών» [\[https://fapcyprus.org/dikeoume/efropaiki-charta-dikeomaton-ton-asthenon\]](https://fapcyprus.org/dikeoume/efropaiki-charta-dikeomaton-ton-asthenon)
- ❖ Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (2014), «Ο νέος Ευρωπαϊκός Κανονισμός για τις Κλινικές Δοκιμές Φαρμάκων» [\[http://www.eof.gr/assets/Kanonismos536_2014_EOF_booklet.pdf\]](http://www.eof.gr/assets/Kanonismos536_2014_EOF_booklet.pdf)
- ❖ Εθνική Επιτροπή Δεοντολογίας [\[https://www.eof.gr/web/guest/eed;jsessionid=cbd9e114543081e63e9b176f0141?p_p_id=62_INSTANCE_35Gk&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=3&_62_INSTANCE_35Gk_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_35Gk_groupId=12225&_62_INSTANCE_35Gk_articleId=2515454&_62_INSTANCE_35Gk_version=1.0\]](https://www.eof.gr/web/guest/eed;jsessionid=cbd9e114543081e63e9b176f0141?p_p_id=62_INSTANCE_35Gk&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=3&_62_INSTANCE_35Gk_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_35Gk_groupId=12225&_62_INSTANCE_35Gk_articleId=2515454&_62_INSTANCE_35Gk_version=1.0)
- ❖ Κλινικές Μελέτες, που διεξάγονται παγκοσμίως [\[https://clinicaltrials.gov/\]](https://clinicaltrials.gov/)
- ❖ Κλινικές Μελέτες, που πραγματοποιούνται στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης [\[https://www.clinicaltrialsregister.eu/\]](https://www.clinicaltrialsregister.eu/)
- ❖ Ιατρική Εταιρεία Αθηνών [\[http://www.mednet.gr/\]](http://www.mednet.gr/)
- ❖ Ιατρική Εταιρεία Αθηνών (2017), Δικαίωμα στην υγεία, Εκστρατεία Ενημέρωσης για τα δικαιώματα των ασθενών, «Βασικές πληροφορίες για τις κλινικές μελέτες» [\[https://www.mednet.gr/sites/default/files/pdf/Dikaioma_Clinical%20Trials_\(GR17076_67598\).pdf\]](https://www.mednet.gr/sites/default/files/pdf/Dikaioma_Clinical%20Trials_(GR17076_67598).pdf)
- ❖ Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος [\[https://www.sfee.gr/\]](https://www.sfee.gr/)
- ❖ <https://www.onmed.gr/> (2018), «ΣΦΕΕ: Η Ελλάδα μπορεί να μετατραπεί σε Διεθνές Κέντρο διεξαγωγής Κλινικών Μελετών» [\[https://www.onmed.gr/farmako/story/366849/sfee-h-ellada-mporei-na-metatrapei-se-diethnes-kentro-diexagogis-klinikon-meleton\]](https://www.onmed.gr/farmako/story/366849/sfee-h-ellada-mporei-na-metatrapei-se-diethnes-kentro-diexagogis-klinikon-meleton)
- ❖ European Medicines Agency / Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων (EMA) [\[https://www.ema.europa.eu/en\]](https://www.ema.europa.eu/en)
- ❖ Food and Drug Administration / Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) [\[https://www.fda.gov/\]](https://www.fda.gov/)

συμβουλευτικό όργανο της Πολιτείας» [<https://www.nchr.gr/eeda.html>]

- ❖ Επιτροπή Βιοηθικής της Εκκλησίας της Ελλάδος / Κέντρο Βιοϊατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας [<https://www.bioethics.org.gr/>]
- ❖ Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής, «Σύνθεση - Αρμοδιότητες» [<http://www.bioethics.gr/index.php/el/site-map/synthesi>]