



ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**  
**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ»**

*Διπλωματική Εργασία*

**Η Εφαρμογή Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στις Μονάδες Υγείας του  
Δημοσίου Τομέα**

**Του**

**Παπαρήστου Γεώργιου (ΑΜ 7113Μ027)**

**Επιβλέπων Καθηγητής: κ. Φίλος Ιωάννης**

Η ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας συγχρηματοδοτήθηκε μέσω του έργου «Υποτροφίες ΙΚΥ» από πόρους του ΕΠ «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση», του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (ΕΚΤ) του ΕΣΠΑ, 2007-2013

**ΙΟΥΛΙΟΣ 2015**

## Περίληψη

*Η παρούσα διπλωματική εργασία που εκπονείται στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Φορολογία και Ελεγκτική» του τμήματος Δημόσιας Διοίκησης του Παντείου Πανεπιστημίου Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, έχει ως στόχο την αξιολόγηση και μέτρηση της αξίας εφαρμογής Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στα Δημόσια Νοσοκομεία. Μέσω μιας ενδελεχούς ανάλυσης των αρχών και κανόνων εταιρικής διακυβέρνησης που πρέπει να χαρακτηρίζουν κάθε οργανισμό του Δημοσίου Τομέα, περιγράφεται η εφαρμογή τους στον τομέα της Υγείας. Με τη χρήση κατάλληλα σχεδιασμένων ερωτηματολογίων επιχειρείται η μέτρηση της αξίας που μπορεί να προσδώσει η εφαρμογή ενός κώδικα στους νευραλγικούς τομείς της Διοίκησης, του Ελέγχου και της Επικοινωνίας με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας και τη βιβλιογραφική επισκόπηση, η εφαρμογή Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στα νοσοκομεία του Δημοσίου Τομέα, αναμένεται να αυξήσει σημαντικά την αξία και ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών και να βελτιώσει τη γενικότερη λειτουργία τους.*

**Λέξεις – Κλειδιά:** Εταιρική Διακυβέρνηση, Δημόσιος Τομέας, Υγεία, Δημόσια Νοσοκομεία, Κώδικας Εταιρικής Διακυβέρνησης

## ***Abstract***

*This postgraduate project is elaborated as part of the MSc “Taxation and Audit” of the Department of Public Administration of Panteion University. Its objective is to measure and evaluate the worthiness which the compliance of corporate governance code will provide to public hospitals. Through an analysis of the principles and norms of corporate governance that should characterize the function of each public sector’s organization, it is described their application in healthcare sector. Sending appropriate designed questionnaires we measure and analyze the impact that the implementation of a code would have to hospitals’ administration, control system and communication with stakeholders. According to the results and literature review, the implementation of a corporate governance code by public hospitals is estimated to add value to the provided healthcare services and improve significantly their function.*

**Keywords:** Corporate governance, Public Sector, Health, Public Hospitals, Corporate Governance Code

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη .....	2
<i>Abstract</i> .....	3
Πίνακας Συντμήσεων .....	7
Κεφάλαιο 1: Αντικείμενο και Αναγκαιότητα της Διπλωματικής Εργασίας .....	8
1.1.Εισαγωγή .....	8
1.2.Αναγκαιότητα της Διπλωματικής Εργασίας .....	8
1.3.Διάρθρωση της Διπλωματικής Εργασίας .....	8
Κεφάλαιο 2: Εννοιολογικό Πλαίσιο Εταιρικής Διακυβέρνησης .....	10
2.1. Εισαγωγή .....	10
2.2. Ιστορική Αναδρομή – Ορισμός .....	10
2.3. Συστήματα Εταιρικής Διακυβέρνησης .....	12
2.3.1 Αγγλοσαξονικό Σύστημα .....	13
2.3.2 Μοντέλο Ηπειρωτικής Ευρώπης .....	14
2.3.3 Ιαπωνικό Σύστημα .....	14
2.4. Διεθνής Νομική Αντιμετώπιση του ζητήματος της Εταιρικής Διακυβέρνησης .....	15
2.5. Η Εταιρική Διακυβέρνηση στην Ελλάδα .....	17
Κεφάλαιο 3: Εταιρική Διακυβέρνηση στο Δημόσιο Τομέα .....	20
3.1. Εισαγωγή .....	20
3.2. Εννοιολογικό Πλαίσιο .....	20
3.3. Ιστορική εξέλιξη της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης .....	20
3.4. Ο Δημόσιος Τομέας στην Ελλάδα .....	24
3.5. Οι παθογένειες του Ελληνικού Δημόσιου Τομέα .....	25
3.6. Η έννοια της Εταιρικής Διακυβέρνησης στο Δημόσιο Τομέα .....	27
3.7. Αρχές Εταιρικής Διακυβέρνησης Δημοσίου Τομέα .....	27
3.7.1 Διαφάνεια .....	28
3.7.2 Ακεραιότητα .....	28
3.7.3 Λογοδοσία .....	28
3.8. Πλεονεκτήματα Εφαρμογής Εταιρικής Διακυβέρνησης στο Δημόσιο Τομέα .....	28
Κεφάλαιο 4: Οργάνωση και Δομή Συστημάτων Υγείας .....	31
4.1. Εισαγωγή .....	31

4.2. Έννοια και Δομή του Συστήματος Υγείας.....	31
4.3. Διεθνή Πρότυπα Οργάνωσης και Διοίκησης Συστημάτων Υγείας.....	32
4.3.1. Γενικά.....	32
4.3.2. Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας.....	32
4.3.3. Τα μικτά συστήματα υγείας.....	32
4.3.4. Τα εθνικά συστήματα υγείας.....	33
4.4. Συστήματα Υγείας στα Κράτη – Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης.....	33
4.4.1. Γενικά.....	33
4.4.2. Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας.....	33
4.4.3. Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας.....	34
4.5. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα.....	36
4.5.1. Γενικά.....	36
4.5.2. Ιστορική Εξέλιξη και Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	36
4.5.3. Δομή και Οργάνωση.....	38
4.5.4. Αδυναμίες και Παθογένειες του ΕΣΥ.....	39
Κεφάλαιο 5: Εταιρική Διακυβέρνηση στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα.....	41
5.1. Γενικά.....	41
5.2. Η σημασία της εφαρμογής κανόνων εταιρικής διακυβέρνησης.....	41
5.3. Δομή Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης για τα Δημόσια Νοσοκομεία.....	43
5.3.1 Διοικητικό Συμβούλιο.....	44
5.3.2 Ενδιαφερόμενα Μέρη.....	45
5.3.3 Έλεγχος.....	46
Κεφάλαιο 6: Έρευνα – Μελέτη Αξίας Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα.....	51
6.1. Γενικά.....	51
6.2. Σκοπός της Έρευνας και Περιγραφή του Ερωτηματολογίου.....	51
6.3. Συλλογή Δεδομένων και Μέθοδος Δειγματοληψίας.....	51
6.4. Ανάλυση Αποτελεσμάτων.....	52
Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	57
7.1. Εισαγωγή.....	57
7.2. Συμπεράσματα Διπλωματικής Εργασίας.....	57

7.3. Δυσχέρειες Διπλωματικής Εργασίας.....	58
7.4. Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.....	58
Βιβλιογραφία .....	60
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ .....	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι .....	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	69
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ.....	89

## Πίνακας Συντμήσεων

ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
ΕΔ	Εταιρική Διακυβέρνηση
ΚΕΔ	Κώδικας Εταιρικής Διακυβέρνησης
ΟΤΑ	Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης
ΝΠΔΔ	Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου
ΝΠΙΔ	Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου
ΔΣ	Διοικητικό Συμβούλιο
ΟΚΑ	Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας
ΙΚΑ	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια

# Κεφάλαιο 1: Αντικείμενο και Αναγκαιότητα της Διπλωματικής Εργασίας

## 1.1.Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται αρχικά το αντικείμενο και η συνεισφορά της παρούσας μελέτης, που αφορά στην εφαρμογή ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα, στη βιβλιογραφία. Στη συνέχεια, γίνεται μία σύντομη περιγραφή της διάρθρωσης και του περιεχομένου της εργασίας.

## 1.2.Αναγκαιότητα της Διπλωματικής Εργασίας

Οι οικονομικές και πολιτικές συγκυρίες που επικρατούν τα τελευταία πέντα χρόνια στην παγκόσμια οικονομία ως αποτέλεσμα της δημοσιονομικής κρίσης, έχουν οδηγήσει στην αμφισβήτηση και παράλληλη αναζήτηση νέων μεθόδων διακυβέρνησης. «Όχημα» στην αλλαγή του τρόπου διακυβέρνησης των επιχειρήσεων αποτελεί η εφαρμογή ενός συγκεκριμένου Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης. Ωστόσο, για την ανάπτυξη ενός βιώσιμου οικονομικού περιβάλλοντος απαιτείται η εφαρμογή αρχών Εταιρικής Διακυβέρνησης και στους οργανισμούς του Δημοσίου Τομέα.

Στόχο της παρούσας μελέτης αποτελεί η μέτρηση της αξίας που θα προσδώσει η εφαρμογή ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στα Νοσοκομεία του Δημοσίου Τομέα. Αρχικά, παρουσιάζοντας τη δομή του ελληνικού Δημοσίου Τομέα, περιγράφονται οι αρχές της Εταιρικής Διακυβέρνησης που πρέπει να χαρακτηρίζουν κάθε οργανισμό και τα οφέλη που είναι πιθανό να αποκομίσουν οι δημόσιες Μονάδες Υγείας από την υιοθέτησή τους. Καθώς ο Τομέας της Υγείας αποτελεί βασικό πλώνα ανάπτυξης και λειτουργίας του Κράτους και λαμβάνοντας υπόψη το μέγεθος των κρατικών δαπάνων υγείας, προτείνεται συγκεκριμένος Κώδικας Εταιρικής Διακυβέρνησης για τα Δημόσια Νοσοκομεία.

Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της εμπειρικής έρευνας, σχετικά με την επίδραση της εφαρμογής ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης σε καθορισμένους τομείς των Δημόσιων Νοσοκομείων, και γίνονται προτάσεις για τον τρόπο υιοθέτησης των συγκεκριμένων αρχών αλλά και για περεταίρω έρευνα.

## 1.3.Διάρθρωση της Διπλωματικής Εργασίας

Η παρούσα διπλωματική εργασία διαρθρώνεται σε επτά (7) θεματικές ενότητες, μέσα από τις οποίες επιχειρείται ο εννοιολογικός προσδιορισμός και η περιγραφή της έννοιας της εταιρικής διακυβέρνησης σύμφωνα με την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία, καθώς και η εφαρμογή συγκεκριμένων αρχών και κανόνων στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα.

Το πρώτο κεφάλαιο αποτελεί την εισαγωγή της παρούσας διατριβής, όπου περιγράφεται εν συντομία η αναγκαιότητα και η συμβολή της στη μελέτη του κλάδου, ενώ παράλληλα γίνεται αναφορά στη διάρθρωση και το περιεχόμενό της.



Στο δεύτερο κεφάλαιο προσδιορίζεται η έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης και τα συστήματα που επικρατούν σε παγκόσμιο επίπεδο. Γίνεται ιστορική αναδρομή του όρου και της σημασίας του, ενώ επίσης παρουσιάζεται η εφαρμογή της Εταιρικής Διακυβέρνησης στην Ελλάδα και το υφιστάμενο νομοθετικό πλαίσιο.

Στο τρίτο κεφάλαιο της διατριβής γίνεται ιδιαίτερη μνεία στην εφαρμογή και αξιολόγηση της Εταιρικής Διακυβέρνησης στον ελληνικό Δημόσιο Τομέα. Αναλύεται η δομή και διάρθρωση της ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης και παρουσιάζονται τα οφέλη που θα προσδώσει η υιοθέτηση συγκεκριμένων αρχών και προτύπων στους φορείς του Δημοσίου.

Στο τέταρτο κεφάλαιο περιγράφεται λεπτομερώς η δομή και οργάνωση των εφαρμοζόμενων συστημάτων υγείας. Γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά των διεθνών προτύπων οργάνωσης και διοίκησης των συστημάτων υγείας και αναλύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας τόσο χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και της Ελλάδας, από την πρώτη εφαρμογή του έως και σήμερα.

Στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται η σημασία εφαρμογής κανόνων Εταιρικής Διακυβέρνησης στα Δημόσια Νοσοκομεία και λαμβάνοντας υπόψη τα πρότυπα κωδίκων ιδιωτικών κλινικών, επιχειρείται η δόμηση ενός καθορισμένου Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης για τις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα, με σκοπό τη βελτίωση της οργάνωσης και συνολικής λειτουργίας τους.

Το έκτο κεφάλαιο αποτελεί την εμπειρική μελέτη της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Γίνεται περιγραφή της δομής του ερωτηματολογίου, του τρόπου συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων, ενώ επίσης παρουσιάζονται τόσο περιγραφικά όσο και διαγραμματικά τα αποτελέσματα.

Τέλος, στο έβδομο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της διατριβής, όπως αυτά προέκυψαν από τη βιβλιογραφική επισκόπηση και την ποσοτική έρευνα, κι επιπλέον, γίνεται αναφορά στις δυσχέρειες που αντιμετωπίστηκαν και προτείνονται συγκεκριμένα σημεία για περαιτέρω έρευνα.

## Κεφάλαιο 2: Εννοιολογικό Πλαίσιο Εταιρικής Διακυβέρνησης

### 2.1. Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή του όρου της εταιρικής διακυβέρνησης. Αρχικά αναλύονται οι λόγοι που οδήγησαν στη δημιουργία της συγκεκριμένης έννοιας και παρατίθενται ορισμοί σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στη συνέχεια, παρουσιάζονται λεπτομερώς τα συστήματα εταιρικής διακυβέρνησης που εφαρμόζονται σε διεθνές επίπεδο και εντοπίζονται οι διαφορές τους. Τέλος, γίνεται αναφορά στην εφαρμογή κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης στην Ελλάδα και στο ισχύον νομοθετικό πλαίσιο.

### 2.2. Ιστορική Αναδρομή – Ορισμός

Το ζήτημα της εταιρικής διακυβέρνησης αποτελεί ένα «πρόβλημα» το οποίο έχει τις ρίζες του στα πρώτα χρόνια της δημιουργίας των επιχειρήσεων. Ήδη κατά τη διάρκεια του 18<sup>ου</sup> και 19<sup>ου</sup> αιώνα υπάρχουν αναφορές στο ζήτημα, χωρίς ωστόσο κανείς να αναφέρει τον συγκεκριμένο όρο. Πρώτη φορά το πρόβλημα της εταιρικής διακυβέρνησης τέθηκε σε εφαρμογή στις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Ειδικότερα, οι Berle και Means (1932) θεωρούνται οι πρώτοι που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο ζήτημα, καθώς έδωσαν μία νέα διάσταση στο ρόλο που διαδραματίζει ο ιδιοκτήτης στη διακυβέρνηση της επιχείρησης. Στην εργασία τους, χαρακτηρίζουν τον ιδιοκτήτη ως παθητικό παρατηρητή των εξελίξεων και της λειτουργίας της επιχείρησης, η οποία πλέον διενεργείται από διοικητικά στελέχη εξαιρετικά καταρτισμένα που διαθέτουν επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες ανάλογες των αναγκών.

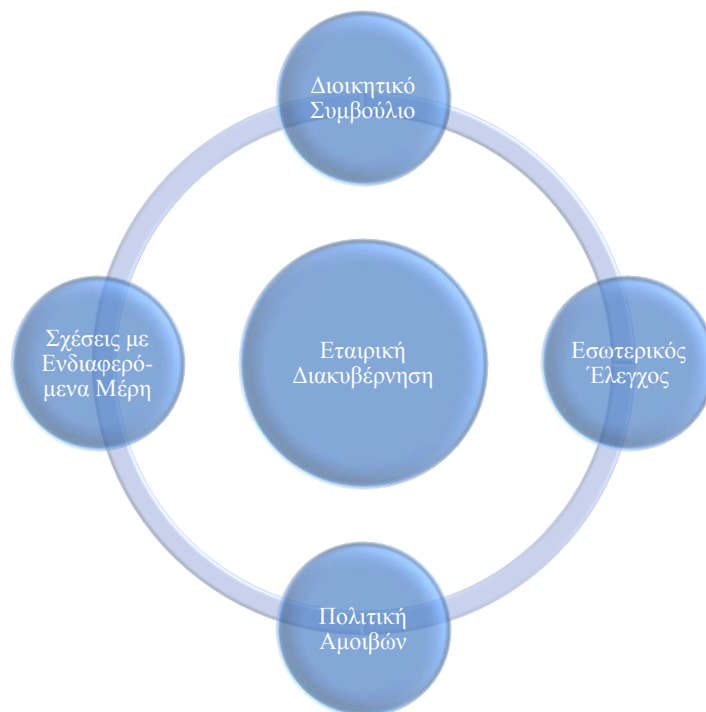
Ωστόσο, παρότι το θέμα της εταιρικής διακυβέρνησης τέθηκε στην πράξη το 1932, δεν αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης και οι επιχειρήσεις δεν επένδυσαν στην έρευνα και εφαρμογή της. Μόλις στις αρχές του 1970 δόθηκε στην εν λόγω έννοια η δέουσα σοβαρότητα και ξεκίνησε η έρευνα του συγκεκριμένου τομέα. Καθώς όμως το ζήτημα της εταιρικής διακυβέρνησης εξακολουθούσε να αποτελεί κομμάτι έρευνας, τα αλληπάλληλα σκάνδαλα που ξέσπασαν στο χώρο των επιχειρήσεων σε παγκόσμια κλίμακα και η κατάρρευση μεγάλων εταιρικών κολοσών (Lehman Brothers, Enron) λόγω κακοδιαχείρισης και οργανωτικών προβλημάτων στις αρχές της δεκαετίας του 2000, οδήγησαν τις επιχειρήσεις να δαπανήσουν ποσά με σκοπό την εξέταση της

δημιουργίας ενός κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης με καθορισμένους κανόνες και αρχές τόσο προς τους εργαζόμενους όσο και προς τη διοίκηση.

Ενδεικτικό της έμφασης που δίνεται στο πρόβλημα αυτό αποτελεί η ενασχόληση του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) με την έκδοση τεσσάρων βασικών αρχών. Επιλέγει την ευθύνη, τη λογοδοσία, την εντιμότητα-αμεροληψία και τη διαφάνεια (Fremond και Caraul, 2002), επιχειρώντας με αυτό τον τρόπο, όχι να δημιουργήσει συγκεκριμένο πλαίσιο λειτουργίας και συμπεριφοράς των επιχειρήσεων, αλλά να τονίσει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα ενός οργανισμού.

Άλλωστε, το γεγονός ότι μια επιχείρηση αποτελεί έναν οργανισμό με πολύπλευρο χαρακτήρα, που περιλαμβάνει εκτός από οικονομικά-χρηματοοικονομικά στοιχεία, και πολιτικά, κοινωνικά, ηθικά και οργανωτικά στοιχεία γίνεται αντιληπτό λαμβάνοντας υπόψη τόσο τους ορισμούς που έχουν δοθεί κατά καιρούς για τον οργανισμό όσο και από τους ορισμούς που επιχειρούν να δωθούν για την έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης.

Με γνώμονα τις παραπάνω αρχές οι περισσότερες ιδιωτικές επιχειρήσεις έχουν θεσπίσει κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης. Ισότιμα τμήματα του κώδικα, των οποίων ορίζονται οι ευθύνες και τα καθήκοντα, αποτελούν το Διοικητικό Συμβούλιο, ο Εσωτερικός Έλεγχος, η Πολιτική Αμοιβών και οι Σχέσεις με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη.



Διάγραμμα 1: Τμήματα Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης

Η πρώτη προσπάθεια ορισμού της εταιρικής διακυβέρνησης σύμφωνα με τους Λαζαρίδη και Δρυμπέτα (2011) έγινε από τον Tricker ο οποίος θεωρεί πως «εάν η διοίκηση σχετίζεται με τη λειτουργία της επιχείρησης, η εταιρική διακυβέρνηση σχετίζεται με το εάν λειτουργεί σωστά» (Tricker, 1984). Αρκετά αργότερα, ο Monks ορίζει ότι «η εταιρική διακυβέρνηση αποτελεί μια διαδικασία αποτελεσματικής λογοδοσίας της διοίκησης σε ενημερωμένους και ενεργούς ιδιοκτήτες» (Monks, 2002). Υιοθετώντας μια πιο χρηματοοικονομική οπτική οι Shleifer και Vishny ορίζουν την εταιρική διακυβέρνηση «ως το εργαλείο μέσω του οποίου οι προμηθευτές του κεφαλαίου εξασφαλίζουν για τον εαυτό τους απόδοση για την επένδυσή τους» (Shleifer και Vishny, 1997). Παρατηρώντας τη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται αντιληπτό ότι οι περισσότεροι ορισμοί εστιάζουν στις σχέσεις μεταξύ της διοίκησης και των ενδιαφερόμενων μερών (προμηθευτές, ιδιοκτήτες, μέτοχοι). Με άλλα λόγια οι προαναφερθέντες ορισμοί ακολουθούν την αγγλοσαξονική προσέγγιση της έννοιας της επιχείρησης και του τρόπου λειτουργίας της.

### 2.3. Συστήματα Εταιρικής Διακυβέρνησης

Ωστόσο, χώρες με διαφορετική αντίληψη και ανάπτυξη της επιχειρηματικότητας (πχ Γερμανία, Γαλλία, Ιαπωνία) αντιμετωπίζουν το ζήτημα της εταιρικής διακυβέρνησης με διαφορετικό τρόπο από αυτό των αγγλοσαξονικών, αναπτύσσοντας παράλληλα τα δικά τους συστήματα εταιρικής διακυβέρνησης.

Ειδικότερα, σύμφωνα με την ευρωπαϊκή και διεθνή βιβλιογραφία, υφίστανται τέσσερα διαφορετικά συστήματα εταιρικής διακυβέρνησης: το αγγλοσαξονικό (ΗΠΑ, Ηνωμένο Βασίλειο, Καναδάς, Αυστραλία), το γερμανικό (Γερμανία, Αυστρία, Δανία), το λατινικό (Γαλλία, Ιταλία, Ισπανία) και το ιαπωνικό (Ιαπωνία).

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται επιγραμματικά σύμφωνα με τους Λαζαρίδη και Δρυμπέτα (2011) και τον Μέκο (2003) τα χαρακτηριστικά του κάθε συστήματος.

	<b>Αγγλοσαξονικό Σύστημα</b>	<b>Γερμανικό Σύστημα</b>	<b>Λατινικό Σύστημα</b>	<b>Ιαπωνικό Σύστημα</b>
<b>Προσανατολισμός</b>	Αγορά	Αγορά	Δίκτυο	Αγορά
<b>Ιδιοκτησία</b>	Μετοχική, Μη Εταιρική	Συγκεντρωμένη, Οικογενειακή, Τραπεζική	Συγκεντρωμένη, Οικογενειακή, Τραπεζική	Λιγότερο Συγκεντρωμένη

<b>Δομή ΔΣ</b>	Ένα Επίπεδο (εκτελεστικά και μη εκτελεστικά μέλη)	Δύο Επίπεδα (εκτελεστικά μέλη και επιτροπή εποπτείας)	Προαιρετική επιλογή ενός ή δύο επιπέδων	Ένα Επίπεδο (γραφεία αντιπροσωπευτικών μελών)
<b>Αμοιβή Στελεχών</b>	Υψηλή	Μέτρια	Μέτρια	Χαμηλή
<b>Εξαγορές</b>	Πολλές	Ελάχιστες	Ελάχιστες	Ελάχιστες
<b>Βασικό Ενδιαφερόμενο Μέρος</b>	Μέτοχοι	Βιομηχανικές Τράπεζες, Εργαζόμενοι και ολιγαρχικές ομάδες	Συμμετοχές από Εταιρείες συμ- μετοχών, Κυβέρνηση και ολιγαρχικές ομάδες	Εμπορικές Τράπεζες, Χρηματοοικονομικά Ιδρύματα, Υπάλληλοι και ολιγαρχικές ομάδες

Πίνακας 1: Χαρακτηριστικά Συστημάτων Εταιρικής Διακυβέρνησης

Μελετώντας τον παραπάνω πίνακα, στον οποίο παρουσιάζονται περιληπτικά τα χαρακτηριστικά των συστημάτων εταιρικής διακυβέρνησης, γίνεται αντιληπτό ότι μεταξύ των συστημάτων υπάρχουν αρκετές διαφορές. Εξαίρεση αποτελούν το γερμανικό και το λατινικό σύστημα τα οποία ομοιάζουν αρκετά. Ιδιαίτερα, έχοντας την ίδια αντίληψη για την έννοια της εταιρίας, τα δύο αυτά συστήματα ακολουθούν παρόμοιο ιδιοκτησιακό και οργανωσιακό καθεστώς. Ως εκ τούτου, συχνά στη βιβλιογραφία αντιμετωπίζονται ως ένα σύστημα, το λεγόμενο «Μοντέλο της Ηπειρωτικής Ευρώπης». Τα υπόλοιπα συστήματα έχουν ποικίλες διαφορές τόσο ως προς το ιδιοκτησιακό καθεστώς όσο και ως προς το οικονομικό και οργανωτικό τους επίπεδο.

### 2.3.1 Αγγλοσαξονικό Σύστημα

Κύριο χαρακτηριστικό του αγγλοσαξονικού μοντέλου εταιρικής διακυβέρνησης σύμφωνα με τους Λαζαρίδη και Δρυμπέτα (2011), αποτελεί η διάχυση των μετοχικών μεριδίων και η διαρκώς αυξανόμενη κινητικότητα των μετόχων. Αυτοί είναι κυρίως θεσμικοί επενδυτές και κατέχουν σχετικά μικρά μετοχικά μερίδια. Αποτέλεσμα αυτής της πολυδιάσπασης του

μετοχικού κεφαλαίου είναι η δημιουργία ενός νέου καθεστώτος. Ο έλεγχος διενεργείται από το Διοικητικό Συμβούλιο και κυρίως από εξωτερικούς εξειδικευμένους συμβούλους και τα ανεξάρτητα μέλη. Επιπλέον, καθώς οι κεφαλαιαγορές είναι αρκετά ρευστές δίνεται η δυνατότητα κινητικότητας των μετόχων και κατ' απέκταση διενέργειας πολλών και συνεχών εξαγορών και συγχωνεύσεων. Τέλος, όπως επισημαίνει ο La Porta et al (1997) οι αγγλοσαξονικές χώρες και το εν λόγω σύστημα δίνουν ιδιαίτερη σημασία στην προστασία των δικαιωμάτων της ιδιοκτησίας των μετόχων, κάτι που επιτυγχάνεται μέσω των κανονισμών και μηχανισμών λειτουργίας και οργάνωσης της κεφαλαιαγοράς.

### **2.3.2 Μοντέλο Ηπειρωτικής Ευρώπης**

Χαρακτηριστικό γνώρισμα του μοντέλου της Ηπειρωτικής Ευρώπης (Γερμανικό και Λατινικό Σύστημα) αποτελεί η συγκέντρωση της ιδιοκτησίας και η ύπαρξη οικογενειακών επιχειρήσεων. Υπάρχουν μέτοχοι με μεγάλα μερίδια στην κατοχή τους, κυρίως μέλη της οικογένειας, τα οποία μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά. Οι κεφαλαιαγορές δεν είναι αρκετά ρευστές και ως επακόλουθο ο αριθμός των εξαγορών και συγχωνεύσεων είναι περιορισμένος. Επιπλέον, χαρακτηριστικό του συστήματος αποτελεί η εμπιστοσύνη μεταξύ των μετόχων και η ελαχιστοποίηση των εταιρικών συγκρούσεων, καθώς όντας τα μέλη συγγενείς δεν λειτουργούν καιροσκοπικά και δεν υπάρχουν διαφωνίες. Ωστόσο, όπως τονίζεται από τους Berghé και Carchon (2003) το γεγονός ότι τα μέλη της επιχείρησης επιλέγονται και προάγονται με αποκλειστικό κριτήριο το βαθμό συγγένειας και όχι βάσει των ικανοτήτων και των επαγγελματικών του προσόντων, μπορεί να οδηγήσει τόσο σε μη αποδοτική διοίκηση και λειτουργία όσο και σε καιροσκοπικές συμπεριφορές από την πλευρά των υπαλλήλων που δεν είναι μέλη της οικογένειας.

### **2.3.3 Ιαπωνικό Σύστημα**

Σύμφωνα με τους Λαζαρίδη και Δρυμπέτα (2011), το ιαπωνικό μοντέλο εταιρικής διακυβέρνησης χαρακτηρίζεται από τη σημαντική συμμετοχή των τραπεζών. Οι τράπεζες στην Ιαπωνία διαδραματίζουν παράλληλα το ρόλο του εποπτικού φορέα, του συνέταιρου, του κύριου μετόχου, του συμβούλου και του υποστηρικτή όταν αυτό απαιτείται από τις εταιρίες. Οι εξαγορές είναι ελάχιστες, καθώς δεν είναι εύκολο να αμφισβητηθεί η δύναμη των τραπεζών, ενώ

η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο αλλά με την έννοια της φατριάς. Με άλλα λόγια, η οικογένεια συμμετέχει σε πολλές εταιρίες ταυτόχρονα, με συνδετικό κρίκο σε κάθε περίπτωση τις τράπεζες και απώτερο στόχο όχι τη βραχυπρόθεσμη κερδοφορία της κάθε εταιρίας μεμονομένα, αλλά ολόκληρου του κλάδου.

Αναλύοντας, τα παραπάνω συστήματα εταιρικής διακυβέρνησης, γίνεται αντιληπτό ότι αυτά περιλαμβάνουν τόσο θετικά όσο και αρνητικά στοιχεία, τα οποία αντανakλούν κυρίως στις αντιλήψεις, την ιδεολογία και τον τρόπο επιχειρηματικότητας των κρατών. Σύμφωνα με τον Kaplan (1997) το αγγλοσαξονικό σύστημα, όπως αυτό εφαρμόζεται από τις ΗΠΑ, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Αυστραλία και τον Καναδά, πλεονεκτεί έναντι των λοιπων συστημάτων. Ιδιαίτερα, ο Kaplan θεωρεί ότι στην περίπτωση εταιριών με καλή επίδοση και κατά κύριο λόγο σε αγορές όπου δεν επικρατεί πλήρης ανταγωνισμός, τα ανώτατα στελέχη όντας ταυτόχρονα και μέτοχοι έχουν κίνητρο να μην υπερεπενδύουν σπαταλώντας πόρους της επιχείρησης άσκοπα.

#### **2.4. Διεθνής Νομική Αντιμετώπιση του ζητήματος της Εταιρικής Διακυβέρνησης**

Η ανάγκη για διαφάνεια στην πληροφόρηση των ενδιαφερόμενων μερών και την ανάπτυξη της εύρυθμης λειτουργίας των επιχειρήσεων και του Διοικητικού Συμβουλίου, αποτέλεσαν σημαντικούς λόγους για την ανάληψη σημαντικών νομοθετικών πρωτοβουλιών από κράτη της Ευρώπης και ειδικότερα από το Ηνωμένο Βασίλειο.

Το πρώτο νομοθετικό κείμενο του Ηνωμένου Βασιλείου έκανε την εμφάνισή του το 1992 με τίτλο «Financial Aspects of Corporate Governance», ή όπως είναι ευρύτερα γνωστό Cadbury Report. Αντικείμενό του ήταν η θέσπιση οδηγιών για τη διάρθρωση του Διοικητικού Συμβουλίου και λογιστικών συστημάτων με σκοπό την ελαχιστοποίηση των κινδύνων και των αποτυχιών της εταιρικής διακυβέρνησης. Σε συνέχεια του παραπάνω νόμου και με στόχο την αναθεώρησή του, αναπτύχθηκαν από το Ηνωμένο Βασίλειο και άλλα νομοθετικά κείμενα, όπως το Greenbury Report (1995) και το Hampel Report (1998). Την επόμενη χρονιά μάλιστα, με στόχο τη διασφάλιση του εσωτερικού ελέγχου διαμορφώθηκε ο νόμος Internal Control: Guidance for Directors on Combined Code, γνωστός ως Turnbull Report (1999) που αφορούσε αποκλειστικά τις εισηγμένες στο Χρηματιστήριο του Λονδίνου εταιρείες.

Ωστόσο, βασικό νομοθετικό κείμενο που αφορά την εταιρική διακυβέρνηση αποτελεί ο νόμος Sarbanes-Oxley (SOX) που ψηφίστηκε από τη Γερουσία των ΗΠΑ το 2002 και μέχρι σήμερα είναι το νομοθέτημα πάνω στο οποίο στηρίζεται η ανάπτυξη νομοθετικών κειμένων τόσο από τα όργανα της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και από τα εθνικά Κοινοβούλια των κρατών σε διεθνές επίπεδο. Εφαλτήριο στη ψήφιση του εν λόγω νόμου αποτέλεσε μια σειρά επιχειρηματικών αποτυχιών, κατάρρευσης εταιρικών κολοσών και αποκάλυψης οικονομικών σκανδάλων με απόγειο το σκάνδαλο της Enron το 2001. Ο SOX εστιάζει πρωτίστως στην παραγωγή, πρόσβαση και παρουσίαση ορθών, από κάθε ουσιώδες σφάλμα, χρηματοοικονομικών καταστάσεων και πληροφοριών και σε θέματα εσωτερικού ελέγχου. Τροχοπέδη στην εφαρμογή και υιοθέτηση του συγκεκριμένου νομοθετικού πλαισίου αποτέλεσε, για αρκετούς μελετητές όπως οι Engel, Hayes και Wang (2006), το κόστος αλλαγής και συμμόρφωσης που ιδιαίτερα για τις μικρές και μεσαίες οντότητες χαρακτηρίζεται «απαγορευτικό».

Τα κυριότερα σημεία του SOX, όπως αυτά αποτυπώνονται και αναλύονται από τους Λαζαρίδη και Δρυμπέτα (2011), τα οποία αποτελούν τη βάση ανάπτυξης των λοιπών ευρωπαϊκών νομοθετημάτων και κοινοτικών οδηγιών συνοψίζονται παρακάτω στον Πίνακα 2.

Άρθρο	Τίτλος	Περιγραφή
409	Δημοσιοποίηση Εκδότη σε πραγματικό χρόνο	Όλες οι πληροφορίες που θα μπορούσαν να φανούν χρήσιμες στη λήψη επιχειρηματικών αποφάσεων θα δημοσιοποιούνται σε πραγματικό χρόνο
401	Αποκαλύψεις πληροφοριών σε περιοδικές αναφορές	Ο έλεγχος θα διενεργείται σε πραγματικό χρόνο και οι αλλαγές στο περιβάλλον θα πρέπει να αναλύονται, να παρακολουθούνται και να καταγράφονται αναλυτικά κατά τη διάρκεια διενέργειας της αλλαγής
302 906	Εταιρική Ευθύνη για τις Χρηματοοικονομικές Καταστάσεις	Τα εταιρικά στελέχη είναι υπεύθυνα για την ορθή σύνταξη των χρηματοοικονομικών καταστάσεων και την ευρυθμη λειτουργία και αποτελεσματικότητα του εσωτερικού ελέγχου
406	Κώδικας Ηθικής για να ανώτερα χρηματοοικονομικά στελέχη	Κάθε οργανισμός έχει την υποχρέωση υιοθέτησης κώδικα ηθικής για τα ανώτερα στελέχη του και δημοσιοποίησης κάθε μεταβολής του κώδικα και των



	λόγων που επέφεραν τις συγκεκριμένες αλλαγές
--	----------------------------------------------

Πίνακας 2: Κυριότερα Σημεία του SOX (2002)

Παράλληλα μετά τη ψήφιση του SOX στις ΗΠΑ, ο ΟΟΣΑ το 2004 τροποποίησε τις αρχές που είχαν θεσπιστεί για την Εταιρική Διακυβέρνηση ήδη από το 1999 και αποτέλεσαν ένα συγκριτικό πρότυπο για τους σχεδιαστές πολιτικής, τους επενδυτές, τις εταιρίες και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη σε διεθνές επίπεδο. Οι αρχές του ΟΟΣΑ, αντιμετωπίζοντας την επιχείρηση ως ένα σύνολο, αποτελούν ένα γενικό κείμενο που παρέχει κατευθύνσεις και καθοδήγηση ως προς τον τρόπο διαχείρισης, οργάνωσης και λειτουργίας κάθε οργανισμού.

## 2.5. Η Εταιρική Διακυβέρνηση στην Ελλάδα

Παρότι η εταιρική διακυβέρνηση, όπως έχει ήδη προαναφερθεί παραπάνω, αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης και νομοθετικών ρυθμίσεων σε αναπτυγμένες χώρες ήδη από τις αρχές της δεκαετίας του 1990, στην Ελλάδα το ζήτημα δεν αποτελούσε προτεραιότητα για τις επιχειρήσεις. Όπως μάλιστα αναφέρουν οι Φλώρου και Γκαλαρνιώτης (2007) «οι ελληνικές εταιρείες ίσως να μην έχουν «πεισθεί» ακόμη από τα ωφέληματα της ΕΔ, αντίθετα, η ΕΔ μπορεί να ειπωθεί ως ένα «αναπόφευκτο κόστος».

Η διαφορετική αντιμετώπιση του θέματος σε σχέση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες, όπως τονίζουν οι Λαζαρίδης και Δρυμπέτας (2011), έγκειται και στους λόγους που οδήγησαν στην εφαρμογή της ΕΔ. Ενώ στις αγγλοσαξονικές χώρες (ΗΠΑ, Η.Β., Καναδάς, Αυστραλία) η εφαρμογή της ΕΔ προέκυψε ως μια ανάγκη των εταιριών προκειμένου να βελτιώσουν την εικόνα τους προς τους επενδυτές και να ελαχιστοποιήσουν τις συγκρούσεις στο εσωτερικό τους, στην Ελλάδα το ζήτημα παρουσιάστηκε ως μια απαίτηση της Ευρωπαϊκής Ένωσης ώστε να συμμορφωθεί η χώρα προς τις Κοινοτικές Οδηγίες και Κανονιστικά Πλαίσια. Άλλοι σημαντικοί λόγοι που οδήγησαν στην υιοθέτηση και εφαρμογή ΕΔ είναι η αύξηση τόσο του αριθμού όσο και της σημασίας των θεσμικών επενδυτών στη μετοχική σύνθεση των επιχειρήσεων καθώς και η ανάπτυξη της κεφαλαιαγοράς. Μάλιστα, αξίζει να σημειωθεί ότι παρότι στις αγγλοσαξονικές χώρες το πρότυπο της ΕΔ έχει τη μορφή της εθελοντικής εφαρμογής ή αλλιώς έχει την έννοια του «συμμορφώσου ή εξήγησε», στην Ελλάδα υπάρχει νομική

υποχρέωση συμμόρφωσης, γεγονός που κατά διαστήματα έχει προκαλέσει πολυάριθμες και ποικίλες αντιδράσεις.

Το πρώτο νομοθετικό κείμενο του 1920 (Ν.2190/1920) «Περί Ανωνύμων Εταιριών» αποτελεί το βασικό εταιρικό δίκαιο, το οποίο έκτοτε έχει τροποποιηθεί αναρίθμητες φορές, χωρίς όμως να υπάρχουν προβλέψεις για ζητήματα Εταιρικής Διακυβέρνησης. Η πρώτη εμφάνιση κειμένου σχετικά με την αντιμετώπιση του ζητήματος εντοπίζεται το 1999, όταν η Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς εξέδωσε συστάσεις με τίτλο «Αρχές Εταιρικές Διακυβέρνησης στην Ελλάδα: Συστάσεις για την Ενίσχυση της Αποτελεσματικότητας και του Ανταγωνιστικού Μετασχηματισμού της». Η Επιτροπή βασισμένη στη λογική των αγγλοσαξονικών κρατών πρότεινε την εφαρμογή των απαραίτητων μεταρρυθμίσεων στην προσέγγιση «συμμόρφωση ή εξήγηση».

Ωστόσο, όπως αναφέρει ο Μούζουλας (2003) το μοναδικό νομοθέτημα στην Ελλάδα είναι ο Ν.3016/2002, ο οποίος διαμορφώθηκε από την επεξεργασία όλων των μέχρι τότε σχετικών κειμένων και μελετών (London Business School, 2003, Grant Thornton και ΕΚΠΑ, 2006, Ελληνικό Παρατηρητήριο ΕΔ, 2008). Χαρακτηριστικό όμως της σημασίας που προσδόθηκε στο συγκεκριμένο νομοθετικό κείμενο αποτελεί όπως τονίζουν οι Λαζαρίδης και Δρυμπέτας (2011) το μέγεθος του νόμου, μόλις έντεκα (11) άρθρα (Παράρτημα Ι).

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ Ε.Δ.
1920	Βασικό Εταιρικό και Επιχειρηματικό Δίκαιο Ν.2190/1920
1998	Μελέτη του ΧΑΑ για την ΕΔ
1999, Οκτώβριος	Κώδικας ΕΔ (εθελοντικός) από την Επιτροπή ΕΔ στην Ελλάδα (κατάρτιση από την Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς)
2000	Τα Υπουργεία Εθνικής Οικονομίας και Ανάπτυξης σχημάτισαν μία νομοπαρασκευαστική επιτροπή για την ΕΔ (Επιτροπή Ρόκκα)
2000, Ιούλιος	Απόφαση Επιτροπής Κεφαλαιαγοράς 1/195/2000: «Δημόσια πρόταση αγοράς κινητών αξιών»
2000, Νοέμβριος	Θέσπιση από την Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς της απόφασης 5/204/2000 «Κανόνες συμπεριφοράς των εταιρειών που έχουν εισαγάγει τις μετοχές τους στο Χρηματιστήριο Αξιών Αθηνών και των συνδεδεμένων με αυτές προσώπων»
2001, Αύγουστος	Αρχές ΕΔ από το Σύνδεσμο Βιομηχανιών Ελλάδος

2002, Μάρτιος	Διαμόρφωση συστήματος μέτρησης και αξιολόγησης της ΕΔ από το Κέντρο Οικονομικών Ερευνών του Πανεπιστημίου Αθηνών (χρηματοδότηση από το ΧΑΑ)
2002, Μάιος	Ν.3016/2002: «Για την εταιρική διακυβέρνηση, θέματα μισθολογίου και άλλες διατάξεις»

Πίνακας 3: Βασικό Νομικό Πλαίσιο Εταιρικής Διακυβέρνησης στην Ελλάδα. Πηγή: Σπανός (2005)

## Κεφάλαιο 3: Εταιρική Διακυβέρνηση στο Δημόσιο Τομέα

### 3.1. Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο γίνεται μνεία στην εφαρμογή και αξιολόγηση της εταιρικής διακυβέρνησης στον ελληνικό Δημόσιο Τομέα. Αρχικά παρατίθεται το εννοιολογικό πλαίσιο του όρου «Δημόσια Διοίκηση» και παρατίθεται η ιστορική εξέλιξη της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται αναλυτικά η δομή και διάρθρωση του Δημοσίου Τομέα και γίνεται εκτενής αναφορά στις παθογένειές του, όπως αυτές έχουν εντοπιστεί και καταγραφεί από μελέτες και έρευνες. Τέλος, παρουσιάζεται η έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης στο Δημόσιο Τομέα και τα πλεονεκτήματα που θα προσδώσει στους φορείς του Δημοσίου Τομέα η υιοθέτηση συγκεκριμένων αρχών και προτύπων.

### 3.2. Εννοιολογικό Πλαίσιο

Διοίκηση είναι η ενέργεια του «διοικείν». Συχνά χρησιμοποιείται και ο αγγλικός όρος management. Σύμφωνα με την Πετρίδου (2011) ο όρος περιλαμβάνει μια σειρά λειτουργιών προκειμένου να επιτευχθούν οι αντικειμενικοί στόχοι των οργανισμών και των μελών τους. Με άλλα λόγια, η διοίκηση έχει λειτουργικό χαρακτήρα και απώτερο σκοπό την επίτευξη καθορισμένων στόχων.

Βασισμένη στον παραπάνω ορισμό και λαμβάνοντας υπόψη ότι η διοίκηση συνδέεται άμεσα με την ανθρώπινη φύση και τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτικές συνθήκες, η Κτιστάκη (2014) επισημαίνει ότι «ο αρχαίος ελληνικός πολιτισμός διαπνέεται από αρχές που αφορούν στην ικανότητα του οργανώνειν και γενικότερα του διοικείν. Ωστόσο, ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η οργανωμένη συμβίωση των ανθρώπων από την εξουσιαστική δράση της Πολιτείας. Έτσι γίνεται λόγος για τη διεύθυνση των κοινών ή κατά τη σύγχρονη έννοια, για τη δημόσια διοίκηση».

### 3.3. Ιστορική εξέλιξη της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης

Το Ελληνικό Κράτος συστάθηκε το 1821 κατά τη διάρκεια του εθνοαπελευθερωτικού αγώνα. Ωστόσο, βασικό ζήτημα αποτέλεσε η δομή και η διαρθρωτική οργάνωση του κράτους. Η

πρώτη προσπάθεια που αφορούσε τη Διοίκηση του συνόλου της ελληνικής επικράτειας επιχειρήθηκε το 1822 με το Προσωρινό Πολίτευμα της Επιδαύρου. Εκεί συγκροτήθηκαν δύο σώματα, το Βουλευτικό και το Εκτελεστικό, ενώ κατά τη Δεύτερη και Τρίτη Εθνοσυνέλευση ψηφίστηκαν τα Πολιτεύματα του Άστρους (1823) και της Τροιζήνας (1827) αντίστοιχα, με τα οποία εισήχθη η αρχή της διάκρισης των εξουσιών.

Στη συνέχεια, την εποχή του Ιωάννη Καποδίστρια θεσπίστηκε η περιφερειακή διοίκηση και δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την καθιέρωση της νομαρχιακής διοίκησης και της τοπικής αυτοδιοίκησης, κάτι που πραγματοποιήθηκε επί της Αντιβασιλείας και της εποχής του Όθωνα. Ειδικότερα, η τότε Ελληνική Επικράτεια διαιρέθηκε σε νομούς, επαρχίες και δήμους ενώ παράλληλα δημιουργήθηκε το Συμβούλιο της Επικρατείας (ΒΔ της 18/30-09-1833) με σκοπό το συντονισμό και την εύρυθμη λειτουργία της Δημόσιας Διοίκησης. Επιπλέον, με το Διάταγμα της 3ης/8/1833 «περί εισαγωγής των βιβλίων ποιότητας των δημοσίων υπηρετών» καθιερώθηκε το σύστημα αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού στη δημόσια διοίκηση.

Έπειτα, από το 1844 έως και το 1910 ψηφίστηκαν νομοθετικά κείμενα σχετικά με την αξιολόγηση, τις προαγωγές και τις απολύσεις των δημοσίων υπαλλήλων, αρκετά εκ των οποίων αναθεωρήθηκαν κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης περιόδου. Σταθμό στην εξέλιξη της Δημόσιας Διοίκησης αποτέλεσε το Κίνημα στο Γουδί (1909) όπου επί Ελευθερίου Βενιζέλου θεσμοθετήθηκαν νομοθετικά κείμενα που αφορούσαν τόσο το σύστημα προσλήψεων όσο και τη μονιμοποίηση των Δημοσίων Υπαλλήλων.

Από την αναθεώρηση του Συντάγματος (1911) έως την εκ νέου αναθεώρηση (1985) ψηφίστηκαν αρκετά μέτρα με σκοπό την επιβαλλόμενη, σύμφωνα με το Δόγμα Τρούμαν (1947), εξυγίανση του Δημοσίου Τομέα, ενώ άξια αναφοράς είναι η θέσπιση του πρώτου Υπαλληλικού Κώδικα (1977).

Τέλος, με την ίδρυση της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης (1985), του Ανώτατου Συμβουλίου Επιλογής Προσωπικού (1994) και την ψήφιση του Υπαλληλικού Κώδικα (1999) και την αναθεώρησή του (2007) έγινε προσπάθεια εξυγίανσης του συστήματος προσλήψεων και αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού.

Αναλύοντας την παραπάνω ιστορική εξέλιξη της Δημόσιας Διοίκησης γίνεται αντιληπτό, όπως επισημαίνει η Κτιστάκη (2014), ότι τα τελευταία 30 έτη έχουν υλοποιηθεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις που αφορούν την οργάνωση και λειτουργία του Δημοσίου καθώς και την τοπική αυτοδιοίκηση. Ειδικότερα, τονίζονται οι εδαφικές αναδιαρθρώσεις με κυριότερες τη δημιουργία

της δευτεροβάθμιας αυτοδιοίκησης (1994) και την υποχρεωτική συγχώνευση των αναρίθμητων πρωτοβάθμιων ΟΤΑ (1997), ενώ ριζική αναδιάρθρωση επιχειρήθηκε με το Πρόγραμμα «Καλλικράτης» (2010). Το εν λόγω πρόγραμμα οδήγησε σε συγχώνευση αρκετών Δήμων και Κοινοτήτων με σκοπό την οργάνωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στη βάση της ιδέας ότι η διοίκηση της χώρας θα γίνει πιο αποτελεσματική εάν η τοπική αυτοδιοίκηση καλύπτει ευρύτερα γεωγραφικά σύνολα.

<b>ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ</b>	<b>ΓΕΓΟΝΟΣ</b>
<b>1821</b>	Ψηφίζεται το Προσωρινό Πολίτευμα της Επιδάουρου
<b>1823</b>	Ψηφίζεται το Πολίτευμα του Άστρους, κατά τη Β΄ Εθνοσυνέλευση, στις 29/3/1823
<b>1827</b>	Το πολίτευμα του Άστρους αναθεωρείται από την Τρίτη Εθνική Συνέλευση της Τροιζήνος, 1827, η οποία ψήφισε το «Πολίτευμα της Τροιζήνος» ή αλλιώς «Πολιτικό Σύνταγμα της Τροιζήνος» ή «Σύνταγμα της Τροιζήνος»
<b>1828</b>	Άφιξη στην Ελλάδα του Ι. Καποδίστρια
<b>1833</b>	Άφιξη στην Ελλάδα του Όθωνα και της Αντιβασιλείας
<b>1833</b>	Με το Διάταγμα της 3ης/8/1833 «περί εισαγωγής των βιβλίων ποιότητας των δημοσίων υπηρετών» καθιερώνεται το σύστημα αξιολόγησης του ανθρώπινου δυναμικού των εργαζομένων στη δημόσια διοίκηση
<b>1833</b>	Με τα Β.Δ. της 18/30-9-1833 «Οργανικόν διάταγμα περί συστάσεως του Συμβουλίου της Επικρατείας» δημιουργήθηκε το Συμβούλιο της Επικρατείας
<b>1844</b>	Ψηφίζεται το Σύνταγμα του 1844. Ο Όθωνας το κύρωσε στις 18/3/1844
<b>1846</b>	Με τον ν. ΛΓ΄/1846 «περί διοργανισμού των Υπουργείων» καθιερώθηκε ο όρος Υπουργός και δημιουργήθηκε η θέση των Γενικών Γραμματέων των Υπουργείων
<b>1864</b>	Ψηφίζεται το νέο Σύνταγμα
<b>1877-1878</b>	Με την ψήφιση των Ν. ΧΝΖ΄/1877 και ΧΝΣΤ΄/1877 εξασφαλίζεται η μονιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων
<b>1884</b>	Με τον νόμο της 14ης/5/1884 ορίστηκε ότι οι δημόσιοι λειτουργοί απολύονταν μόνο με αιτιολογημένη έκθεση του προϊσταμένου τους και αφού είχε αποδειχθεί ότι ήταν ανίκανοι να εκπληρώσουν τα καθήκοντά τους
<b>1890</b>	Ο Ν. ΑΩΠ΄/1890 τροποποίησε προηγούμενους νόμους για τα προσόντα και τις πειθαρχικές τιμωρίες των δημοσίων υπαλλήλων
<b>1910</b>	Ψηφίζεται ο Ν. ΓΨΒ΄/1910, σχετικά με τα προσόντα, την πειθαρχία και τη

	μονιμότητα των υπαλλήλων του Υπ. Εσωτερικών
<b>1911</b>	Αναθεώρηση του Συντάγματος
<b>1927</b>	Αναθεώρηση του Συντάγματος
<b>1947</b>	Το δόγμα Τρούμαν (22/3/1947) επέβαλε την εξυγίανση της δημόσιας διοίκησης
<b>1948</b>	Ο Α.Ν.516/1948 «περί ελέγχου νομιμοφροσύνης των δημοσίων υπαλλήλων και υπηρετών» θεωρεί ως κύριο «προσόν» πρόσληψης των δημοσίων υπαλλήλων τη νομιμοφροσύνη
<b>1951</b>	Ψηφίζεται ο Ν.1811/1951 «περί κώδικος καταστάσεως των δημοσίων διοικητικών υπαλλήλων»
<b>1959</b>	Ψηφίζεται το Ν.Δ.3983/1959 «περί μέτρων τινών προς βελτίωσιν της λειτουργίας των δημοσίων υπηρεσιών»
<b>1975</b>	Αναθεώρηση του Συντάγματος
<b>1977</b>	Ψηφίζεται ο Υπαλληλικός Κώδικας (Π.Δ. 611/1977)
<b>1983</b>	Ψηφίζεται ο Ν.1320/1983 για την εγκαθίδρυση ενός μηχανογραφικού συστήματος προσλήψεων προσωπικού με «μόρια»
<b>1985</b>	Αναθεώρηση του Συντάγματος
<b>1985</b>	Ιδρύεται η Εθνική Σχολή Δημόσια Διοίκηση (Ε.Σ.Δ.Δ.)
<b>1994</b>	Ψηφίζεται ο Ιδρυτικός νόμος του Ανωτάτου Συμβουλίου Επιλογής Προσωπικού (Ν. 2190/1994, γνωστός και ως «νόμος Πεπονή»)
<b>1994</b>	Ψηφίζεται ο Ν.2218/1994 «ίδρυση νομαρχιακής αυτοδιοίκησης, τροποποίηση διατάξεων για την πρωτοβάθμια αυτοδιοίκηση και την περιφέρεια και άλλες διατάξεις»
<b>1994</b>	Ψηφίζεται ο Ν.2240/1994 «Συμπλήρωση διατάξεων για τη νομαρχιακή αυτοδιοίκηση και άλλες διατάξεις»
<b>1996</b>	Ψηφίζεται ο Ν.2431/1996 «Διορισμός ή πρόσληψη πολιτών της Ε.Ε. στη δημόσια διοίκηση»
<b>1997</b>	Ψηφίζεται ο Ν.2539/1997 για την υποχρεωτική συγχώνευση πρωτοβάθμιων ΟΤΑ
<b>1999</b>	Ψηφίζεται ο Ν.2683/1999 «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ και άλλες διατάξεις
<b>2001</b>	Αναθεώρηση του Συντάγματος
<b>2007</b>	Ψηφίζεται ο Ν.3528/2007 «Κύρωση του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών

	Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ»
<b>2008</b>	Αναθεώρηση του Συντάγματος
<b>2010</b>	Ψηφίζεται ο Ν.3852/2010 «Νέα Αρχιτεκτονική της Αυτοδιοίκησης και της Αποκεντρωμένης Διοίκησης»

Πίνακας 4: Ιστορική Εξέλιξη της Ελληνικής Δημόσιας Διοίκησης. Πηγή: Ασπριίδης (2013)

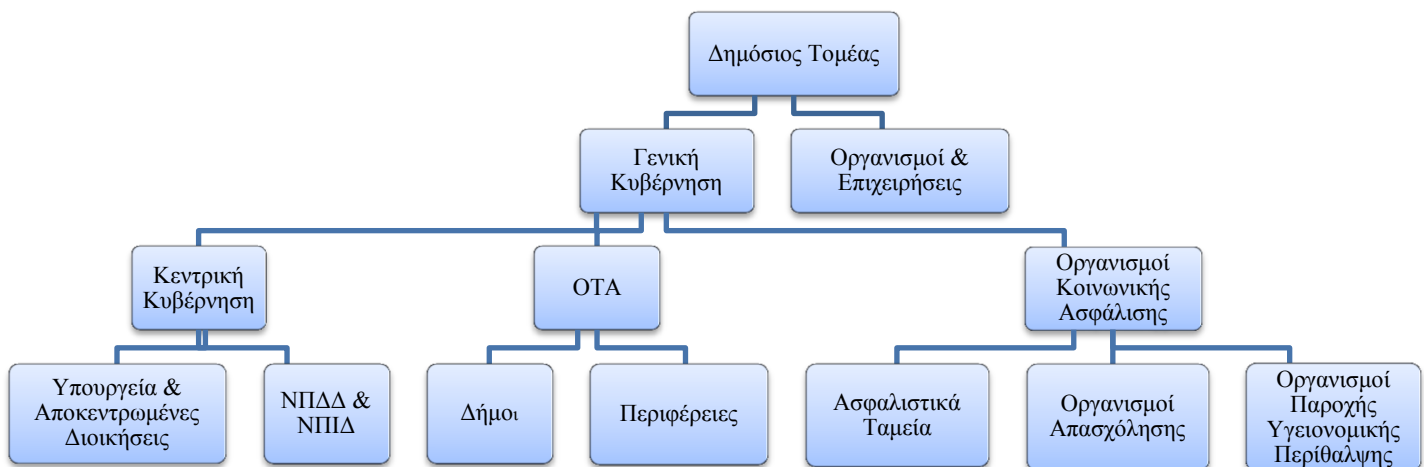
### 3.4. Ο Δημόσιος Τομέας στην Ελλάδα

Ο Δημόσιος Τομέας στην Ελλάδα αποτελεί ένα πολυδαίδαλο σχήμα, το οποίο αποτελείται από οργανισμούς, υπηρεσίες και επιχειρήσεις με ποικίλη δομή και λειτουργία. Η συγκρότηση του ελληνικού δημοσίου τομέα αποτελεί ένα μίγμα ιδεών, αρχών και κανόνων πολλών ετών, οι οποίες ακολουθούν το ελληνικό κράτος από την ίδρυσή του. Κοινή συνιστώσα αυτών των αρχών και κανόνων είναι η εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος. Υπό την έννοια αυτή, η διάρθρωση του δημοσίου τομέα και η κατηγοριοποίηση των διαφόρων οργανισμών και υπηρεσιών υπό την ευρύτερη έννοια του δημοσίου τομέα, λαμβάνει υπόψη σαφώς τα οργανικά κριτήρια, αλλά κυρίως το στοιχείο του λειτουργικού σκοπού του κάθε φορέα. Με άλλα λόγια, φορέας του δημοσίου τομέα είναι αυτός που επιδιώκει το δημόσιο συμφέρον, την προστασία συγκεκριμένου κάθε φορά κοινωνικού (δημοσίου) αγαθού και κυρίως την παροχή ζωτικών κοινωνικών υπηρεσιών και αγαθών στα μέλη του κοινωνικού συνόλου.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανωτέρω επισημάνσεις, συμπεραίνεται ότι ο ελληνικός δημόσιος τομέας διακρίνεται σε δυο μεγάλες κατηγορίες: Την γενική κυβέρνηση και τους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις, οι οποίες βρίσκονται εκτός γενικής κυβέρνησης. Η γενική κυβέρνηση χωρίζεται στις εξής κατηγορίες: α. Την κεντρική κυβέρνηση, η οποία περιλαμβάνει τη Βουλή, τα Υπουργεία, τις Αποκεντρωμένες Διοικήσεις, Ανεξάρτητες Αρχές και νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου που υπάγονται στα Υπουργεία, β. Τους οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης, που περιλαμβάνουν τους δήμους και τις περιφέρειες, και γ. Τους οργανισμούς κοινωνικής ασφάλισης, στους οποίους περιλαμβάνονται τα ασφαλιστικά ταμεία, οι οργανισμοί απασχόλησης και οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η δομή του ελληνικού δημοσίου τομέα, όπως αναλύθηκε ανωτέρω, παρουσιάζεται σχηματικά παρακάτω στο Διάγραμμα 2.





Διάγραμμα 2: Η δομή του Δημοσίου Τομέα στην Ελλάδα

### 3.5. Οι παθογένειες του Ελληνικού Δημοσίου Τομέα

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται δυσλειτουργία του Δημοσίου Τομέα τόσο σε επίπεδο οργάνωσης όσο και παραγωγικότητας των φορέων. Σημαντικό ρόλο σε αυτή διαδραματίζουν παράγοντες της Δημόσιας Διοίκησης που λειτουργούν ως τροχοπέδη στην εφαρμογή καινοτομιών και στην εγρήγορση των διαδικασιών.

Βασικό ανασταλτικό παράγοντα στη λειτουργικότητα των διοικητικών θεσμών και γενικότερα του Δημοσίου Τομέα αποτελεί η διαφθορά. Συχνά παρατηρείται το φαινόμενο καταγγελίας ζητημάτων διαφθοράς τόσο από πολιτικά κόμματα της αντιπολίτευσης όσο και από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αλλά και μεμονομένους πολίτες. Τα φαινόμενα διαφθοράς που εντοπίζονται, όπως επισημαίνει η Κτιστάκη (2014), αφορούν παραβιάσεις της διοικητικής νομιμότητας, της ισονομίας, αξιοκρατίας και του ίσου δικαιώματος πρόσβασης στη Διοίκηση. Επιπλέον, εγείρονται θέματα ομαλής και διαφανούς λειτουργίας του Δημοσίου Τομέα που προκύπτουν είτε από την κατασπατάληση των κρατικών πόρων είτε από την χρησιμοποίησή τους με σκοπό την επίτευξη προσωπικών και οικονομικών φιλοδοξιών από τους έχοντες την εξουσία. Γενικότερα, η έννοια της διαφθοράς στη δημόσια διοίκηση, σύμφωνα με την Βενετσανοπούλου (2014), «περιλαμβάνει κάθε μορφή παράνομης πράξης δημοσίων οργάνων που επιφέρει καίριο πλήγμα στην εξυπηρέτηση του δημοσίου συμφέροντος». Με σκοπό την αντιμετώπιση φαινομένων διαφθοράς και την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης των πολιτών στη

Διοίκηση, θεσπίστηκε ο θεσμός του Γενικού Επιθεωρητή Δημόσιας Διοίκησης. Ωστόσο, παρά τις συνεχείς ενέργειές του και τους συνεχείς ελέγχους, ζητήματα διαφθοράς ακόμα υφίστανται, λειτουργώντας αρνητικά στην κρατική «μηχανή».

Άλλος παράγοντας που συνιστά αιτία δυσλειτουργίας της σύγχρονης δημόσιας διοίκησης είναι η γραφειοκρατία. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στη Γαλλία τον 18<sup>ο</sup> αιώνα, όπου αναφερόταν στο ύφασμα που σκέπαζε τα γραφεία των κυβερνητικών και διοικητικών αξιωματούχων. Ωστόσο, με την πάροδο των ετών η έννοια άλλαξε σημασία και κατέληξε να σχετίζεται με το αξίωμα αυτού που χρησιμοποιούσε το γραφείο. Παρόλα αυτά, ουσιαστικά αποτελεί τον μηχανισμό διοίκησης ενός κράτους του οποίου η διάρθρωση είναι ιεραρχική. Με άλλα λόγια πρόκειται για μια σειρά κανόνων που οργανώνουν και καθορίζουν με σαφήνεια τις αρμοδιότητες και τα καθήκοντα κάθε ιεραρχικού επιπέδου. Η ύπαρξη του γραφειοκρατικού συστήματος είναι επιτακτική και αναγκαία. Οι παράγοντες όμως που προσδίδουν στο φαινόμενο της γραφειοκρατίας αρνητική σημασία, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι τα πολύπλοκα οργανωτικά και λειτουργικά συστήματα, η ύπαρξη πολλών νόμων και οδηγιών καθώς και η περιορισμένη και σε ορισμένες περιπτώσεις ανύπαρκτη επαγγελματική και επιμορφωτική κατάρτιση των υπαλλήλων.

Τέλος, εξίσου ανασταλτικό ρόλο διαδραματίζει η χαμηλή παραγωγικότητα των δημοσίων υπαλλήλων. Ειδικότερα, τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται μείωση της αποδοτικότητας της δημόσιας διοίκησης, η μείωση αυτή είναι άμεσα συνδεδεμένη με το ανθρώπινο δυναμικό. Η ανισοκατανομή των υπαλλήλων στις δημόσιες υπηρεσίες και κυρίως το καθεστώς της ευνοιοκρατίας και του «κομματισμού» οδήγησαν σε φαινόμενα κακοδιαχείρισης και ελαχιστοποίησης της παραγωγικότητας δημόσιων φορέων και υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, η συγκέντρωση του προσωπικού σε κεντρικές υπηρεσίες και η υποστελέχωση των περιφερειών οδήγησαν είτε σε μη ορθή κατανομή αρμοδιοτήτων είτε σε έλλειψη διαθέσιμου προσωπικού για την επίτευξη στόχων. Επιπλέον, η επιλογή και πρόσληψη προσωπικού με κριτήρια όχι αξιοκρατικά (μόρφωση, επαγγελματική εμπειρία, εξετάσεις) αλλά αποκλειστικά «κομματικά» λειτούργησαν αρνητικά, καθώς συχνά εντοπίζονται φαινόμενα όπου υπάλληλοι δεν διαθέτουν τις απαιτούμενες γνώσεις για τη θέση που καλύπτουν. Άμεσο επακόλουθο αυτών των φαινομένων είναι η χαμηλή αποδοτικότητα της δημόσιας διοίκησης και η δυσaréσκεια του κοινωνικού συνόλου.

### **3.6. Η έννοια της Εταιρικής Διακυβέρνησης στο Δημόσιο Τομέα**

Συνδυάζοντας τον ορισμό και τη διάρθρωση του Δημοσίου Τομέα, όπως παρουσιάστηκαν στην ενότητα 3.4, με την εννοιολογική προσέγγιση της έννοιας της εταιρικής διακυβέρνησης, επιχειρείται να δωθεί ένας ορισμός της εταιρικής διακυβέρνησης του Δημοσίου Τομέα.

Διαφορετικά μοντέλα διακυβέρνησης εφαρμόζονται από χώρα σε χώρα, αλλά και σε οργανισμούς που εδρεύουν εντός του ίδιου κράτους. Όντας ο Δημόσιος Τομέας αρκετά πολύπλοκος δεν είναι εφικτό να εφαρμοστεί ένα ενιαίο πλαίσιο διακυβέρνησης για όλους τους οργανισμούς του. Ωστόσο με βάσει τις αρχές της εταιρικής διακυβέρνησης που αναλύονται παρακάτω, θα μπορούσαμε να ορίσουμε την εταιρική διακυβέρνηση δημόσιου τομέα ως «μία διαδικασία διοίκησης, διαχείρισης της κινητής και ακίνητης περιουσίας του δημοσίου και ελέγχου, με σκοπό την ικανοποίηση των ενδιαφερόμενων μερών και τη βελτίωση της λειτουργίας των δημόσιων οργανισμών».

Λόγω της οικονομικής κρίσης που μαστίζει τα περισσότερα κράτη τα τελευταία χρόνια, κυρίως αυτά της Μεσογείου, θεωρείται επιτακτική ανάγκη πλέον η εφαρμογή αρχών και κανόνων εταιρικής διακυβέρνησης και στο Δημόσιο Τομέα.

Η εφαρμογή εταιρικής διακυβέρνησης στους οργανισμούς του Δημοσίου θα έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της λειτουργίας τους και κατ' επέκταση τη βελτίωση της χρηματοοικονομικής θέσης του κράτους. Με σωστή διοίκηση, διαχείριση αλλά και συνεχή έλεγχο, είτε εσωτερικό είτε εξωτερικό, θα επιτευχθεί καλύτερη αποδοτικότητα των φορέων, κι ως επακόλουθο θα βελτιωθεί η ποιότητα ζωής της κοινωνίας (καλύτερη εκπαίδευση, μείωση της θνησιμότητας, αύξηση του κατά κεφαλήν εισοδήματος).

Επιπροσθέτως, στόχο της εφαρμογής κανόνων εταιρικής διακυβέρνησης στους φορείς του Δημοσίου Τομέα αποτελεί η παροχή καλύτερης ποιότητας υπηρεσιών και η ικανοποίηση των ενδιαφερόμενων μερών. Ενδιαφερόμενα μέρη για το Δημόσιο Τομέα, εν αντιθέσει με τον Ιδιωτικό, δεν αποτελούν οι επενδυτές. Για τους φορείς του Δημοσίου, ενδιαφερόμενα μέρη είναι οι Υπουργοί, το Κοινοβούλιο, το κοινωνικό σύνολο, άλλες κυβερνήσεις κρατών καθώς και οι διεθνείς οργανισμοί ή ενώσεις στους οποίους συμμετέχει η κάθε χώρα (NATO, Ευρωπαϊκή Ένωση).

### **3.7. Αρχές Εταιρικής Διακυβέρνησης Δημοσίου Τομέα**

Η δημιουργία ενός κοινού πλαισίου εφαρμογής εταιρικής διακυβέρνησης που να μπορεί να εφαρμοστεί στον ευρύτερο δημόσιο τομέα θεωρείται δύσκολη, λόγω του γεγονότος ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους οργανισμούς ως προς τη δομή, τον τρόπο διοίκησης, τη διαχείριση και τον έλεγχο. Παρόλα αυτά, υπάρχουν ορισμένες βασικές αρχές εταιρικής διακυβέρνησης οι οποίες είναι εφαρμοστέες σε όλους του οργανισμούς.

Καθώς στόχος του Δημοσίου Τομέα είναι η διασφάλιση του δημοσίου συμφέροντος, η διαχείριση της περιουσίας του κράτους και η όσο το δυνατό καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών, βασικές αρχές αποτελούν η διαφάνεια, η ακεραιότητα και η λογοδοσία.

### **3.7.1 Διαφάνεια**

Η διαφάνεια αποτελεί κύριο πυλώνα στη λειτουργία κάθε οργανισμού προκειμένου τα ενδιαφερόμενα μέρη να εμπιστεύονται και να θεωρούν αξιόπιστο τον τρόπο διαχείρισης της περιουσίας του κράτους. Επιτυγχάνεται μέσω της ενημέρωσης του κοινωνικού συνόλου για κάθε ενέργεια και την ακριβή πληροφόρηση αυτού είτε μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης είτε μέσω ανακοινώσεων από την Κυβέρνηση. Επίσης, η εφαρμογή αποδεκτών λογιστικών προτύπων (Διεθνή Λογιστικά Πρότυπα Δημοσίου Τομέα), θα προσέδιδε διαφάνεια στις οικονομικές καταστάσεις των δημόσιων οργανισμών και θα συνέβαλε στην παροχή αξιόπιστων και αληθών χρηματοοικονομικών πληροφοριών.

### **3.7.2 Ακεραιότητα**

Η ακεραιότητα συνίσταται από δύο χαρακτηριστικά στοιχεία, την ευθύτητα και την ειλικρίνεια. Βασίζεται στο υψηλό επίπεδο γνώσης και επιμόρφωσης των υπαλλήλων ως προς τη διαχείριση του δημοσίου χρήματος και της κρατικής ακίνητης περιουσίας και εξασφαλίζεται μέσω της εφαρμογής συγκεκριμένων κανόνων συμπεριφοράς και επαγγελματισμού. Για τη διασφάλιση της ακεραιότητας των στελεχών σημαντικό ρόλο διαδραματίζει το σύστημα εσωτερικού ελέγχου κάθε οργανισμού, καθώς προλαμβάνει φαινόμενα απάτης, κακοδιαχείρισης, κλοπής και επισημαίνει ζητήματα σύγκρουσης συμφερόντων (πχ ύπαρξη ζευγαριών εντός των ίδιων οργανισμών).

### **3.7.3 Λογοδοσία**

Η λογοδοσία αποτελεί ίσως τη σημαντικότερη αρχή της εταιρικής διακυβέρνησης. Επιτυγχάνεται μέσω του καθορισμού των ρόλων και των αρμοδιοτήτων που έχει το κάθε μέλος ενός φορέα ώστε μετά τη διαδικασία του ελέγχου να μπορούν να αποδοθούν και οι αντίστοιχες ευθύνες. Με αυτό τον τρόπο τα ενδιαφερόμενα μέρη, διαπιστώνουν την ορθή λειτουργία της κρατικής μηχανής και την απόδοση ευθυνών σε εργαζόμενους που δεν υπηρετούν τους στόχους του δημοσίου, αλλά λειτουργούν προς ίδιο όφελος.

## **3.8. Πλεονεκτήματα Εφαρμογής Εταιρικής Διακυβέρνησης στο Δημόσιο Τομέα**

Όπως αναλύθηκε παραπάνω, ο Δημόσιος Τομέας στην Ελλάδα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα, τα οποία παρά τις ενέργειες που έχουν γίνει έως σήμερα από τις κυβερνήσεις

παραμένουν άλυτα. Η εφαρμογή όμως συγκεκριμένων αρχών και κανόνων θα συμβάλει στην πάταξη αυτών των παθογενειών.

Ειδικότερα, η εφαρμογή των παραπάνω αρχών εταιρικής διακυβέρνησης στο Δημόσιο Τομέα θα συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση του τρόπου διοίκησης και διαχείρισης και θα γίνει εφικτή η διατύπωση ενός συγκεκριμένου στρατηγικού σχεδιασμού των φορέων του Δημοσίου. Με άλλα λόγια, θα τεθούν συγκεκριμένοι στόχοι προς υλοποίηση εντός ενός προκαθορισμένου χρονικού διαστήματος, θα δημιουργηθεί πυραμίδα ιεραρχίας σε κάθε φορέα και το ανθρώπινο δυναμικό θα λειτουργεί με βάση ορισμένους κανόνες και πλάνο εργασίας.

Επιπροσθέτως, καθώς τα τελευταία χρόνια υπάρχουν πολλά παράπονα για τον τρόπο λειτουργίας της κρατικής μηχανής (γραφειοκρατία, ανειδίκευτοι υπάλληλοι) ο καθορισμός συγκεκριμένων κανόνων και αρχών θεωρείται αναγκαίος. Μέσω αυτού θα δοθεί η δυνατότητα απόδοσης συγκεκριμένων ρόλων στα στελέχη των δημόσιων φορέων, γεγονός που θα έχει ως άμεσο επακόλουθο τη βελτίωση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας του κράτους. Επίσης, έχοντας ορισμένα καθήκοντα τα στελέχη, θα μπορεί η εκάστοτε διοίκηση να ασκεί καλύτερο έλεγχο, να μετρά την απόδοση των εργαζομένων και να αποδίδει ανάλογα τις ευθύνες όπου αυτές αντιστοιχούν.

Επιπλέον, εφόσον οι φορείς του ευρύτερου δημοσίου τομέα διακρίνονται από τις αρχές της διαφάνειας, της ακεραιότητας και της λογοδοσίας, ο Δημόσιος Τομέας και κατ' επέκταση το κράτος και η κυβέρνηση θα ανακτήσουν την αξιοπιστία και την εμπιστοσύνη του κοινωνικού συνόλου. Αποτέλεσμα θα είναι η βελτίωση της κρατικής οικονομίας και η βελτίωση της δημοσιονομικής θέσης της χώρας, καθώς οι πολίτες έχοντας εμπιστοσύνη στη διαχείριση της κρατικής περιουσίας θα τακτοποιούν έγκαιρα τις φορολογικές τους υποχρεώσεις και τις υπόλοιπες οφειλές τους προς το κράτος.

Με την προϋπόθεση μάλιστα εφαρμογής των παραπάνω αρχών ο έλεγχος των στελεχών και των χρηματοοικονομικών καταστάσεων των δημόσιων οργανισμών θα είναι υπόθεση ρουτίνας. Στόχος του ελέγχου δεν θα είναι η καταστολή φαινομένων απάτης και κακοδιαχείρισης, αλλά η πρόληψη αυτών. Ως αποτέλεσμα αυτού του τρόπου ελέγχου, το τμήμα εσωτερικού ή εξωτερικού ελέγχου των φορέων του Δημοσίου Τομέα θα έχει περιθώρια ώστε να παρέχει εξειδικευμένες συμβουλές προς τις διοικήσεις των οργανισμών. Ειδικότερα, θα μπορεί να προτείνει καλύτερους τρόπους διαχείρισης (best practices) της περιουσίας, τρόπους προσέλκυσης επενδυτών και γενικότερα θα συμβάλει αποφασιστικά στη βελτίωση του Δημοσίου Τομέα.

Τέλος, η εφαρμογή των παραπάνω αρχών εταιρικής διακυβέρνησης στον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα θα βοηθήσει στον καθορισμό συγκεκριμένης πολιτικής από την κυβέρνηση και στη διαμόρφωση ενός μακροπρόθεσμου στρατηγικού σχεδιασμού. Με αυτό τον τρόπο, θα βελτιωθεί η χρηματοοικονομική θέση της χώρας και η εικόνα της προς τους διεθνείς οργανισμούς και τις διεθνείς αγορές, καθώς θα πραγματοποιούνται επενδύσεις και έργα ανάπτυξης που θα έχουν ως στόχο όχι τη βραχυπρόθεσμη και χωρίς συνέχεια ανάπτυξη αλλά τη μακροχρόνια βελτίωση της οικονομικής κατάστασης και την αύξηση της ποιότητας ζωής των

πολιτών. Αποτέλεσμα θα είναι η αύξηση της εμπιστοσύνης των ξένων αγορών και η δυνατότητα δανεισμού, σε περίπτωση ανάγκης (πχ Ελλάδα, Ιρλανδία), με χαμηλότερα επιτόκια.

## Κεφάλαιο 4: Οργάνωση και Δομή Συστημάτων Υγείας

### 4.1. Εισαγωγή

Το παρόν κεφάλαιο περιγράφει λεπτομερώς τη δομή και οργάνωση των εφαρμοζόμενων συστημάτων υγείας. Αρχικά, γίνεται αναφορά στην έννοια και τα χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας και αναλύονται λεπτομερώς τα διεθνή πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης συστημάτων υγείας σε παγκόσμια κλίμακα. Στη συνέχεια, περιγράφονται τα υφιστάμενα συστήματα υγείας σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο) και αναλύεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας, από την ίδρυσή του έως σήμερα.

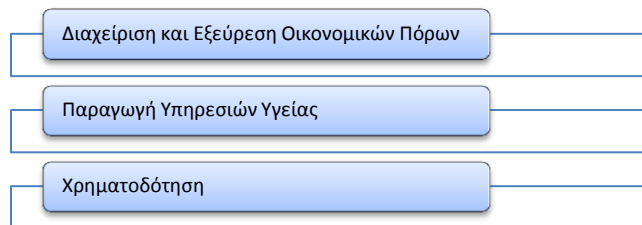
### 4.2. Έννοια και Δομή του Συστήματος Υγείας

Όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η υγεία αποτελεί μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Με σκοπό την μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, αναπτύχθηκαν τα οργανωμένα συστήματα υγείας. Σύμφωνα με τον Λιαρόπουλο (2000), το «οργανωμένο σύστημα υγείας» ορίζεται ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της Υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στα πλαίσια των διατιθέμενων πόρων επιδιώκει την μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού. Με άλλα λόγια, το οργανωμένο σύστημα υγείας αποτελεί ένα συνδυασμό πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στο κοινωνικό σύνολο.

Οι Καθαράκη και Θαλασσοχώρης (2007) επισημαίνουν ότι το σύστημα υγείας αποτελείται ουσιαστικά από τρία αλληλοεξαρτόμενα υποσυστήματα:

- την εξέλιξη του επιπέδου υγείας του πληθυσμού
- την παραγωγή υπηρεσιών υγείας και ιατρικών αγαθών
- τους μηχανισμούς κάλυψης των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Αναφορικά με το πλαίσιο λειτουργίας και τη δομή των συστημάτων υγείας, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αυτό παρουσιάζει ορισμένες βασικές λειτουργίες που πρέπει να επιτευχθούν. Παρότι, κάθε σύστημα υγείας είναι διαφορετικό, κάθε ένα οφείλει να περιλαμβάνει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και να επιτελεί καθορισμένες λειτουργίες, όπως παρουσιάζονται στο διάγραμμα 3.



Διάγραμμα 3: Χαρακτηριστικά και Λειτουργίες του Συστήματος Υγείας

### **4.3. Διεθνή Πρότυπα Οργάνωσης και Διοίκησης Συστημάτων Υγείας**

#### **4.3.1. Γενικά**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, παρότι τα συστήματα υγείας διαφέρουν σε αρκετά σημεία μεταξύ τους, οφείλουν να εκπληρώνουν ορισμένες λειτουργίες. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ τα βασικά κριτήρια διάκρισης των συστημάτων είναι: η πηγή χρηματοδότησης, η μέθοδος αποζημίωσης των προμηθευτών και ο βαθμός παρέμβασης του κράτους. Παρακάτω αναλύονται η δομή και τα βασικά χαρακτηριστικά των κυριότερων μορφών που επικρατούν σήμερα διεθνώς.

#### **4.3.2. Τα φιλελεύθερα συστήματα υγείας**

Όπως αναφέρθηκε ήδη, βασικό σημείο διάκρισης των συστημάτων υγείας αποτελεί η πηγή χρηματοδότησης. Ωστόσο, σε κάθε χώρα το υφιστάμενο σύστημα επηρεάζεται από κοινωνικούς, πολιτικούς και οικονομικούς παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν τόσο τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά όσο και τον τρόπο ανάπτυξης, οργάνωσης και λειτουργίας αυτού.

Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2003), τα φιλελεύθερα συστήματα είναι βασισμένα σε ένα σύστημα τιμών, το οποίο επηρεάζει και τελικά διαμορφώνει την αγορά των αγαθών και των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, σε αυτού του είδους τα συστήματα η υγειονομική κάλυψη αποτελεί ιδιωτική πρωτοβουλία και η ασφάλιση είναι εθελοντική. Η κρατική παρέμβαση είναι ιδιαίτερα περιορισμένη και αφορά μόνο τα ασθενέστερα τμήματα του πληθυσμού που δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα για ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελούν τα προγράμματα Medicaid και Medicare τα οποία εφαρμόζονται στις ΗΠΑ, όπου κυριαρχεί το φιλελεύθερο σύστημα.

Ωστόσο, η ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης και περίθαλψης και η εξάρτηση του αγαθού της υγείας από την οικονομική κατάσταση του κάθε πολίτη, οδηγεί σε φαινόμενα κοινωνικής ανισότητας και μη υγειονομικής κάλυψης του συνόλου του πληθυσμού. Έτσι, συχνά εγείρεται το ερώτημα της ίσης μεταχείρισης του πληθυσμού από το κράτος.

#### **4.3.3. Τα μικτά συστήματα υγείας**

Τα μικτά συστήματα υγείας βασίζονται στο θεσμό της κοινωνικής ασφάλισης και των ταμείων πρόνοιας. Τα ταμεία αυτά είτε λαμβάνουν τη μορφή ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων (Γερμανία) είτε αποτελούν ένα ολοκληρωμένο εθνικό σύστημα ασφάλισης (Γαλλία). Το πρώτο σύστημα αυτού του τύπου εφαρμόστηκε για πρώτη φορά από τον Γερμανό Καγκελάριο Bismark το 1880 και προβλέπει καθολική ασφάλιση για το σύνολο του πληθυσμού και υπολογισμό των αντίστοιχων εισφορών σύμφωνα με την ικανότητα πληρωμής και όχι με τον κίνδυνο της ασθένειας.



Βασικά χαρακτηριστικά του λεγόμενου προτύπου Bismark, είναι η αλληλεγγύη, που σύμφωνα με την Τσεκούρα (2012), επιχειρεί να επηρεάσει την κοινωνική δικαιοσύνη μέσω της συλλογικής κάλυψης και δράσης, η χρηματοδότηση μέσα από τις εισφορές των πολιτών στα αντίστοιχα ταμεία, ο υποχρεωτικός χαρακτήρας της ασφάλισης και η έντονη κρατική παρέμβαση. Ειδικότερα, η κρατική παρέμβαση είναι θεσμοθετημένη και θεωρείται αναγκαία για τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας των ασφαλιστικών φορέων, καθώς η αγορά έχει περιορισμένο ρόλο. Παρόλα αυτά, η έντονη κρατική παρέμβαση έχει οδηγήσει πολυάριθμες φορές σε προβλήματα και περιορισμούς της ελεύθερης επιλογής του αγαθού της υγείας, έχοντας ως αποτέλεσμα την αμφισβήτηση και αρνητικής κριτική ως προς την αναγκαιότητα του κρατικού χαρακτήρα και σχεδιασμού.

#### **4.3.4. Τα εθνικά συστήματα υγείας**

Φιλοσοφία των εθνικών συστημάτων υγείας (πρότυπο του Beveridge) αποτελεί η καθολική υγειονομική περίθαλψη του πληθυσμού τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και αποκατάστασης. Η κρατική παρέμβαση είναι εξαιρετικά σημαντική και η παραγωγή και διανομή των υπηρεσιών υγείας είναι υπό τον έλεγχο του κράτους. Η χρηματοδότησή τους προέρχεται είτε απευθείας από τον κρατικό προϋπολογισμό είτε από τα έσοδα της φορολογίας και τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, ενώ παράλληλα η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας είναι ελεύθερη χωρίς οικονομική επιβάρυνση.

Παρότι τα εθνικά συστήματα υγείας εκπροσωπούν την ισότιμη και δίκαιη παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και αγαθών στους πολίτες, η εφαρμογή τους έχει ως επακόλουθο την αύξηση των δαπανών υγείας σε σχέση με το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν κάθε χώρας και την σημαντική επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού. Χώρες που ακολουθούν το συγκεκριμένο σύστημα παραχής υγειονομικών υπηρεσιών είναι η Μεγάλη Βρετανία και οι Σκανδιναβικές.

### **4.4. Συστήματα Υγείας στα Κράτη – Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης**

#### **4.4.1. Γενικά**

Σύμφωνα με τους Καθαράκη και Θαλασσοχώρη (2007) η κάλυψη των υγειονομικών αναγκών στα κράτη – μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ξεπερνά το 85% του πληθυσμού. Άξια αναφοράς είναι το σύστημα υγείας της Γερμανίας και του Ηνωμένου Βασιλείου, καθώς σε αυτά βασίζεται κατά κύριο λόγο η ανάπτυξη των υγειονομικών συστημάτων των υπολοίπων κρατών της Ευρώπης.

#### **4.4.2. Το Γερμανικό Σύστημα Υγείας**

Το γερμανικό πρότυπο αποτελεί ουσιαστικά ένα μικτό σύστημα υγείας και αποτελεί τη βάση του προτύπου Bismark. Αποτελεί ένα σύστημα υγείας στο οποίο κυρίαρχο ρόλο

διαδραματίζει το κράτος, με την κρατική παρέμβαση να είναι θεσμοθετημένη. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται από δημόσια, ιδιωτικά και μη κερδοσκοπικά ιδρύματα, ενώ στη πλειοψηφία τους τα νοσοκομεία είναι δημόσια και οι ιατροί επαγγελματίες ιδιώτες.

Σχεδόν στο σύνολο τους οι πολίτες είναι ασφαλισμένοι στο Θεσμικό Πρόγραμμα Ασφάλισης Υγείας, το οποίο αποτελεί εθνικό ασφαλιστικό πρόγραμμα και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων εξωνοσοκομειακή και νοσοκομειακή περίθαλψη, αποκατάσταση, συνταγογραφήσεις φαρμάκων, επισκέψεις στο σπίτι και αποζημίωση ασθενείας για εγκύους και μητέρες βρεφών. Επιπλέον, υπάρχει ιδιαίτερη μέριμνα για την πρόληψη και αντιμετώπιση σοβαρών ασθενειών, όπως για παράδειγμα τον καρκίνο και το AIDS. Ειδικότερα, στο γερμανικό σύστημα υγείας προβλέπεται η χρηματοδότηση, μέσω της φορολογίας των εισοδημάτων και των ασφαλιστικών εισφορών των εργαζομένων, ορισμένων προγραμμάτων που έχουν ως αποστολή την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση των παραπάνω νοσημάτων.

Η δομή, οργάνωση και λειτουργία του συστήματος βασίζεται κυρίως στην πολιτειακή οργάνωση της χώρας, που είναι ομόσπονδη. Η Ομοσπονδιακή Κυβέρνηση μαζί με τα ομόσπονδα κρατίδια έχουν την αποκλειστική ευθύνη για τη θέσπιση πολιτικών υγείας και τον έλεγχο των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης και γενικότερα του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας.

Το εύρος των υπηρεσιών που καλύπτονται και οι ασφαλιστικές εισφορές που οφείλουν να καταβάλουν οι εργαζόμενοι κυμαίνονται σε διαφορεικά επίπεδα κι εξαρτώνται τόσο από τον ασφαλιστικό οργανισμό του κάθε εργαζόμενου όσο και από το ασφαλιστικό πρόγραμμα που έχει επιλέξει ο καθένας.

Παρόλο που το γερμανικό υγειονομικό σύστημα αποτελεί κατά πολλούς πρότυπο οργάνωσης, διάρθρωσης και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών, όπως επισημαίνουν οι Καθάρακη και Θαλασσόπουλος (2007) δεν παύει να χαρακτηρίζεται από σημαντικά προβλήματα και να του ασκείται αρνητική κριτική. Πιο συγκεκριμένα, οι κριτικές επικεντρώνονται κυρίως στον μη αναδιανεμητικό χαρακτήρα του συστήματος, στην περίθαλψη με βάση τις εισφορές του εργοδότη και του εργαζόμενου και στην ύπαρξη ιδιωτών ιατρών στα δημόσια νοσοκομεία, γεγονός που συχνά εγείρει υποψίες διαφθοράς και χρηματισμού.

#### **4.4.3. Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας**

Το Βρετανικό Σύστημα Υγείας ή το λεγόμενο National Health Service (NHS), ήταν το πρώτο σύστημα που καρείχε καθολική και δωρεάν ασφάλιση στο σύνολο του πληθυσμού. Ειδικότερα, το συγκεκριμένο σύστημα έχει τις ρίζες του στη Λευκή Βίβλο που συνέταξε ο Sir William Beveridge το 1943, όπου πρότεινε για πρώτη φορά στη παγκόσμια ιστορία μια ριζοσπαστική αλλαγή. Η πρότασή του περιελάμβανε τη θέσπιση ενός ενιαίου δημόσιου συστήματος υγείας, το οποίο θα προσέφερε υγειονομική περίθαλψη σε όλους τους πολίτες χωρίς κόστος. Αρχικά η πρόταση αντιμετώπισε πληθώρα αντιδράσεων, καθώς οι ιατροί δεν δέχονταν να εργαστούν σε δημόσια νοσοκομεία. Ωστόσο, παρότι το εν λόγω σύστημα ψηφίστηκε το 1946,

εφαρμόστηκε δύο χρόνια μετά και έπειτα από σημαντική αύξηση των μισθών των ιατρών (σε ορισμένες περιπτώσεις ήταν μεγαλύτερος και από τον ιδιωτικό τομέα).

Το σύστημα υγείας της χώρας χρηματοδοτείται απευθείας από τη γενική φορολογία και η κρατική παρέμβαση είναι έντονη. Η πολιτική που ακολουθείται χαράσσεται από τον εκάστοτε Υπουργό Υγείας, ρόλος του οποίου είναι η θέσπιση στρατηγικών και στόχων. Το βρετανικό σύστημα προσφέρει πλήρη υγειονομική περίθαλψη στο σύνολο του πληθυσμού ανεξαρτήτως εισοδήματος ή εθνικότητας και η συμμετοχή στο NHS είναι υποχρεωτική.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας εκτός από ιατρική περίθαλψη καλύπτει και οδοντιατρική και οφθαλμολογική φροντίδα, προσφέρει υπηρεσίες ιατρικής αποκατάστασης και φαρμακευτικές αγωγές.

Σημαντικό ρόλο στο βρετανικό σύστημα υγείας διαδραματίζουν οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, κάθε μία εκ των οποίων αποτελείται από περίπου πενήντα ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care trusts –PCTs) και έχουν την ευθύνη για την υγειονομική κάλυψη μιας περιοχής διακοσίων πενήντα χιλιάδων κατοίκων. Η ομάδα περιλαμβάνει διαγνωστικά κέντρα, εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων θεραπευτηρίων, τα οποία λειτουργούν με εγκαταστάσεις όμοιες με των νοσοκομείων, και μικροβιολογικά εργαστήρια. Βασικές αρμοδιότητες των PCTs είναι ο καθορισμός των αναγκών των υπηρεσιών υγείας της περιοχής και η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη πραγματοποιείται κυρίως από τους γενικούς ιατρούς, οι οποίοι δύναται να προσφέρουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιου επιπέδου. Ο ρόλος τους ωστόσο είναι διττός, καθώς λειτουργούν και ως «θυρωροί» των νοσοκομείων. Πιο συγκεκριμένα, όπως αναφέρει η Τσεκούρα (2012), σε ποσοστό μεγαλύτερο του 99% οι Βρετανοί είναι εγγεγραμμένοι σε λίστες Γενικών Ιατρών οι οποίοι προσφέρουν πληθώρα προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε εικοσιτετράωρη βάση. Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα επιλογής του δικού τους γενικού ιατρού, με αποκλειστικό περιορισμό τα γεωγραφικά όρια των PCTs.

Η παραπομπή των ασθενών σε νοσοκομεία γίνεται αποκλειστικά κατόπιν εντολής του γενικού ιατρού, γεγονός που ενισχύει το ρόλο και τη σημασία του. Σε αντίθεση με άλλες χώρες, στη Μεγάλη Βρετανία οι ασθενείς δεν έχουν ελεύθερη πρόσβαση σε εξειδικευμένους ιατρούς, πλην σοβαρών περιπτώσεων που χρήζουν άμεσης και ειδικής αντιμετώπισης (πχ τροχαία ατυχήματα).

Σύμφωνα με τους Καθαράκη και Θαλασσόπουλο (2007) η οργάνωση και λειτουργία του βρετανικού εθνικού συστήματος υγείας, όπως αυτή περιγράφεται παραπάνω, και η ύπαρξη ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας, έχουν οδηγήσει σε ελαχιστοποίηση των φαινομένων άσκοπης συνταγογράφησης και στη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, ο θεσμός του γενικού/οικογενειακού ιατρού και παραπομπή των ασθενών στα νοσοκομεία μόνο κατόπιν εισήγησής του, έχουν επιφέρει σημαντικά οικονομικά οφέλη στις νοσοκομειακές μονάδες, καθώς έχει περιοριστεί η άσκοπη και αλόγιστη πρισφυγή των πολιτών στα νοσοκομεία.

Το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας θεωρείται ένα από τα πλέον επιτυχημένα πρότυπα όχι μόνο λόγω των ιδιαίτερων καινοτομιών που έχει εισάγει αλλά και εξαιτίας του γεγονότος ότι

διατηρεί σε χαμηλά επίπεδα τους δείκτες κόστους και δαπανών ενώ παράλληλα διακατέχεται από υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Παρόλα αυτά όμως, χαρακτηρίζεται από τις μεγάλες λίστες αναμονής για επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία και χειρουργικές επεμβάσεις, που αποτελούν μείζονα μειονεκτήματά του.

#### **4.5. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα**

##### **4.5.1. Γενικά**

Η πορεία ανάπτυξης και εξέλιξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές συγκυρίες, όπως το τέλος του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, η Μικρασιατική Καταστροφή και η παγκόσμια οικονομική κατάρρευση του 1929. Το Ελληνικό Σύστημα Υγείας ανήκει στα μικτά συστήματα υγείας (πρότυπο Bismark), σύμφωνα με το άρθρο 1 του ιδρυτικού νόμου του Ε.Σ.Υ (Ν.1394/1983) που αναφέρει ότι «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση».

##### **4.5.2. Ιστορική Εξέλιξη και Μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας στην Ελλάδα**

Μετά την ανεξαρτησία και τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε καμία υγειονομική πολιτική. Ορισμένα περιστατικά και επιδημίες αντιμετωπίζονταν ασυντόνιστα από το Κράτος και διάφορους φιλανθρωπικούς οργανισμούς. Τα πρώτα νοσοκομεία ιδρύθηκαν με προσωπική πρωτοβουλία ευεργετών και είχαν χαρακτήρα φιλανθρωπικό. Ωστόσο, η απουσία εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού για τη στελέχωσή τους λειτουργούσε ως τροχοπέδη στην ανάπτυξη και εφαρμογή υγειονομικών προγραμμάτων.

Η πρώτη κρατική προσπάθεια αποτυπώνεται το 1833, όταν η Γραμματεία Εσωτερικών ανέλαβε να συγκροτήσει την πρώτη κεντρική υγειονομική οργάνωση της χώρας. Αρμοδιότητές της ήταν η ίδρυση μονάδων υγείας, η αντιμετώπιση λοιμωδών νόσων και η επιμέρους ρύθμιση θεμάτων που αφορούσαν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Παράλληλα, θεσμοθετήθηκε η έννοια του νομιάτρου, ο οποίος είχε την ευθύνη για όλα τα υγειονομικά ζητήματα του νομού, ενώ το 1837 ιδρύθηκε η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών με σκοπό την εκπαίδευση του προσωπικού.

Έπειτα από τριάντα περίπου χρόνια, το 1861 συστάθηκαν τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία, ενώ το 1911 ο Ερυθρός Σταυρός ίδρυσε μία σειρά από νοσηλευτικές σχολές. Το 1914 ιδρύεται το Υπουργείο Περίθαλψης και ψηφίζονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία, την ασφάλιση και προστασία των εργαζομένων. Μάλιστα, μετά την ίδρυση του Υπουργείου Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης το 1922, με το Ν.2868/22 ψηφίστηκαν κανόνες υποχρεωτικού χαρακτήρα για τη σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώθηκε η ισότιμη μεταχείριση και η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζόμενου. Χρονολογία ορόσημο για

τα ασφαλιστικά ταμεία αποτελεί το 1934, όταν με το Ν.6298/34 ιδρύθηκε το ΙΚΑ. Απώτερος σκοπός του οργανισμού ήταν η υγειονομική ασφάλιση των μισθωτών των αστικών κέντρων και η παροχή συντάξεων.

Από το 1935 και έπειτα εκδόθηκε σειρά νομοθετικών διαταγμάτων με σκοπό την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης, ενώ ταυτόχρονα ιδρύθηκαν μέσω κρατικής χρηματοδότησης κρατικά νοσοκομεία. Με το Ν.965/37 διαμορφώθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων νοσοκομείων, ενώ με το Ν.2769/41 δόθηκε στον εκάστοτε Υπουργό Υγείας και Υπουργό Οικονομικών το δικαίωμα ίδρυσης προσωρινών κρατικών νοσοκομείων προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι αυξημένες ανάγκες του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, τόσο οι ανθρώπινες όσο και οι υλικοτεχνικές υποδομές του τομέα της υγείας παρουσίαζαν σημαντικές ελλείψεις. Ειδικότερα, παρουσιάστηκε το πρόβλημα της συγκέντρωσης ιδιαίτερα του διπλωματούχου προσωπικού (νοσηλευτών) στην Αθήνα. Προς αντιμετώπιση της περεταίρω επέκτασης αυτού του φαινομένου, με το Ν.2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως», το κράτος προχώρησε σε μία διοικητική αναδιάρθρωση και αποκέντρωση με κριτήρια τον πληθυσμό και τους δείκτες νοσηρότητας. Με αυτό τον τρόπο επιχειρήθηκε η ανάπτυξη και επιστημονική στελέχωση των επαρχιακών νοσοκομείων, προσδίδοντας στο αγαθό της υγείας κοινωφελή χαρακτήρα.

Την επόμενη δεκαετία ιδρύθηκε πλήθος ιατρείων και υγειονομικών σταθμών κυρίως για την εξυπηρέτηση του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς ασφάλισης συνέχισαν να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας χωρίς όμως κατάλληλο σχεδιασμό και συντονισμό. Στη δεκαετία του 1960 η κοινωνική ασφάλιση επεκτάθηκε στους αγρότες, τους ιδιωτικούς και τους δημόσιους υπαλλήλους, ενώ το 1961 ιδρύθηκε ο Οργανισμός Αγροτικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) με το Ν.4169/61, έχοντας ως στόχο την υγειονομική κάλυψη και εξυπηρέτηση των αγροτών.

Στις δεκαετίες του '60 και '70 η ελληνική οικονομία σημείωσε αξιοσημείωση ανάπτυξη και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών ταμείων βασιζόταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, παρέχοντας πλήρη και ταυτόχρονα υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη. Η δικτατορία της περιόδου όμως λειτουργησε ανασταλτικά στη διαμόρφωση πολιτικής υγείας με επακόλουθο την παρακμή του τομέα. Βασικό χαρακτηριστικό της περιόδου εκείνης ήταν η άνιση πρόσβαση των πολιτών στο αγαθό της υγείας και η ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ του κέντρου και της περιφέρειας.

Για την αντιμετώπιση των παραπάνω οξύτατων προβλημάτων και την αξιοθρήνητη κατάσταση στην οποία βρίσκονταν τα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, συστάθηκε το 1982 το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕΣΥ) και εν συνεχεία την επόμενη χρονιά με το Ν.1316/83 ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκου (ΕΟΦ).

Σημείο ορόσημο στην ιστορική εξέλιξη του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας αποτέλεσε η ψήφιση του Ν.1397/83, όπως παρατίθεται στο Παράρτημα ΙΙ, με τον οποίο θεσμοθετήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ). Με το συγκεκριμένο νόμο έμπαιναν για πρώτη φορά στην ιστορία του ελληνικού κράτους τα θεμέλια για την ανάπτυξη ενός Εθνικού

Συστήματος Υγείας στο οποίο όλοι οι πολίτες θα είχαν δωρεάν και ίση πρόσβαση στην υγεία, ανεξαρτήτως κοινωνικού, πολιτικού, εθνικού ή οικονομικού επιπέδου. Ο νόμος αναγνώριζε την υγεία ως κοινωνικό αγαθό, προήγαγε την ισότιμη παροχή των υπηρεσιών και την ίση κατανομή των πόρων, την αποκέντρωση και την εφαρμογή ενός ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Αποκλειστικός στόχος του ήταν η εξυπηρέτηση του ευρύτερου κοινωνικού συνόλου και του δημοσίου συμφέροντος.

Επιπροσθέτως, με την ψήφιση και εφαρμογή του Εθνικού Συστήματος Υγείας δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο διαχωρισμό της υγείας σε τρία επίπεδα: στην πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη των πολιτών (εξωτερικά ιατρεία, κέντρα υγείας), στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νοσοκομεία) και στην τριτοβάθμια φροντίδα (ειδικά νοσοκομεία, ερευνητικές μονάδες). Με τους Ν.1579/85 και Ν.1759/88 συμπληρώθηκε ο νόμος του ΕΣΥ και ρυθμίστηκαν θέματα σχετικά με την ειδίκευση του ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, την εκπαίδευση των νοσηλευτών και τον τρόπο διορισμού των ιατρών.

Με τον πάροδο των ετών διαπιστώθηκαν ελλείψεις στον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ, με αποτέλεσμα το 1992 το κράτος να προχωρήσει σε αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, ενώ δύο χρόνια μετά ο Ν.2194/94 «για την αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας» κατήργησε μια σειρά διατάξεων του Ν.2071/92 και επανέφερε σε ισχύ τη φιλοσοφία και ορισμένες ειδικές διατάξεις του Ν.1397/83.

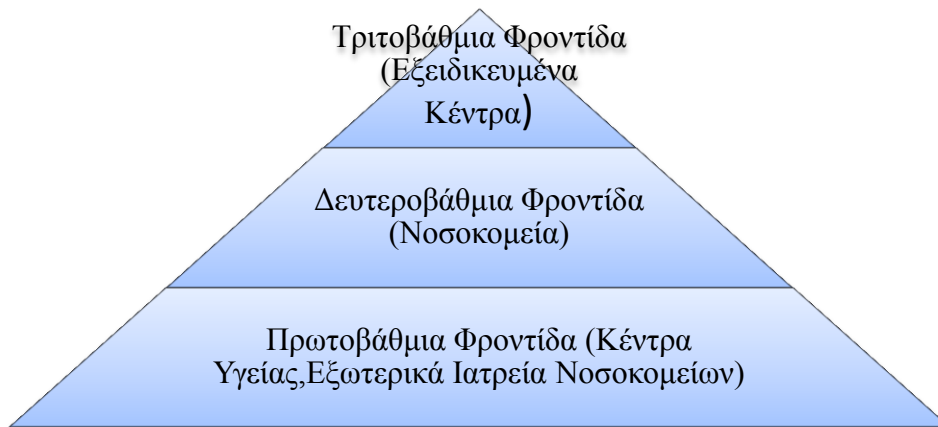
Προκειμένου να ενισχυθεί ο κοινωνικός χαρακτήρας του ΕΣΥ, με το Ν.2519/97 θεσπίστηκαν κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και ιδιαίτερα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας στις αστικές περιοχές. Επίσης, καθόρισε τη νομική μορφή των νοσοκομείων, τα οποία έως και σήμερα αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ) εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας.

### **4.5.3. Δομή και Οργάνωση**

Όπως αναφέρει η Μανιού (2009), μέχρι σήμερα ο υγειονομικός τομέας αποτελείται από τρεις αυτόνομες αγορές: το ΕΣΥ, τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ιδιωτικό τομέα. Λόγω της αναγκαιότητας συντονισμού των τριών αγορών και τη διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου και συνεκτικού συστήματος υγείας, με το Ν.2889/01 δημιουργήθηκε ο θεσμός των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας. Τα ΠΕΣΥΠ αποτελούν ΝΠΔΔ με οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια.

Πιο συγκεκριμένα, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, η ελληνική επικράτεια είναι χωρισμένη σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες με γεωγραφικό προσδιορισμό (Παράρτημα ΙΙΙ). Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας έχουν ιδρυθεί αντίστοιχα ΠΕΣΥΠ, με σκοπό την παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας στο σύνολο των πολιτών.

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με τα ευρωπαϊκά πρότυπα σε τρία επίπεδα: την πρωτοβάθμια, τη δευτεροβάθμια και την τριτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη.



Διάγραμμα 4: Επίπεδα Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα

Ο όρος πρωτοβάθμια υγειονομική περίθαλψη περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα, χωρίς να είναι αναγκαία η διανυκτέρευση των ασθενών. Εκπρόσωποι της πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και τα κέντρα υγείας, τα οποία λειτουργούν με σκοπό την αποδοτικότερη και οικονομικότερη αντιμετώπιση της ασθένειας.

Με τον όρο δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας νοείται το σύνολο των παρεχόμενων διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, για την εφαρμογή των οποία καθίσταται επιτακτική η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου. Λειτουργική μονάδα της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελούν τα νοσοκομεία. Στην Ελλάδα, οι εν λόγω υπηρεσίες παρέχονται από τα Κρατικά νοσοκομεία του ΕΣΥ, τα Πανεπιστημιακά και τα Στρατιωτικά (Παράρτημα IV).

Τέλος, η τριτοβάθμια υγειονομική φροντίδα περιλαμβάνει υπηρεσίες ιδιαίτερα εξειδικευμένες που έχουν χαρακτήρα διαγνωστικό, θεραπευτικό, ερευνητικό και εκπαιδευτικό. Σήμερα υπάρχουν αρκετά εξειδικευμένα Ινστιτούτα και εργαστήρια, τα οποία όμως υποχρηματοδοτούνται και ως επακόλουθο δεν έχουν τη δυνατότητα εξέλιξης και προαγωγής της ιατρικής επιστήμης.

Η άσκηση και ο έλεγχος της υγειονομικής πολιτικής γίνεται από το Υπουργείο Υγείας, τις επτά Υγειονομικές Περιφέρειες και τα αντίστοιχα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας.

#### 4.5.4. Αδυναμίες και Παθογένειες του ΕΣΥ

Παρότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας θεσμοθετήθηκε πριν περίπου 30 χρόνια με σκοπό την αναβάθμιση της δημόσιας υγείας και της λειτουργικής ενοποίησης των δημόσιων υποδομών περίθαλψης, όπως επισημαίνει ο Σταφανάδης (2013), από τότε ελάχιστες είναι οι τροποποιήσεις και οι αλλαγές που έχουν επέλθει επί της ουσίας. Ιδιαίτερα, η οικονομική κρίση που μαστίζει τη χώρα λειτουργεί ως ανασταλτικός παράγοντας οποιασδήποτε μεταρρυθμιστικής ενέργειας και ως εκ τούτου παθογένειες και αδυναμίες που υφίστανται, όχι μόνο δεν αντιμετωπίζονται αλλά εδραιώνονται.

Πιο συγκεκριμένα, σοβαρές είναι οι ελλείψεις που παρατηρούνται στις υλικοτεχνικές και ξενοδοχειακές υποδομές των νοσοκομείων, στο ιατροφαρμακευτικό υλικό καθώς και η έλλειψη μη ιατρικού προσωπικού (κυρίως νοσηλευτικού). Εξίσου σημαντική παθολογία του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί η μη κατάλληλη οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Κέντρα Υγείας), με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία τους και την άσκοπη συσσώρευση ασθενών στα νοσοκομεία. Επιπλέον, η υποχρηματοδότηση του συστήματος, η γραφειοκρατία, η καθυστέρηση στην εξόφληση των οφειλών των ασφαλιστικών ταμείων και η αδυναμία συντήρησης του διαγνωστικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, έχουν οδηγήσει σε υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας και σε φαινόμενα διαφθοράς και παράνομου χρηματισμού.

Τέλος, σημαντική αδυναμία του υφιστάμενου συστήματος αποτελεί η έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και διαρκούς επιμόρφωσης των επαγγελματιών υγείας με μέριμνα του Υπουργείου. Σήμερα, συχνά παρατηρούνται φαινόμενα χρηματοδότησης ιατρικών εκπαιδεύσεων από φαρμακευτικές εταιρίες, με επακόλουθο την πιθανή δημιουργία πελατειακών σχέσεων μεταξύ των προμηθευτών φαρμάκων και του ιατρικού προσωπικού των δημόσιων νοσοκομείων.



## Κεφάλαιο 5: Εταιρική Διακυβέρνηση στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα

### 5.1. Γενικά

Στο παρόν κεφάλαιο επιχειρείται η πρόταση ενός κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης για τις μονάδες υγείας του Δημοσίου Τομέα, βασισμένο στις αρχές και τα πρότυπα κωδίκων ιδιωτικών κλινικών του εσωτερικού και εξωτερικού. Αρχικά, γίνεται αναφορά στη σημασία της εφαρμογής κανόνων εταιρικής διακυβέρνησης στα δημόσια νοσοκομεία και εν συνεχεία αναλύονται οι αρχές εταιρικής διακυβέρνησης που θα μπορούσαν να εφαρμοστούν προκειμένου να βελτιωθεί η λειτουργία των μονάδων και να αυξηθεί η συνολική τους αξία.

### 5.2. Η σημασία της εφαρμογής κανόνων εταιρικής διακυβέρνησης

Η υγειονομική περίθαλψη αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της κυβερνητικής πολιτικής κάθε χώρας, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα. Η δημόσια ασφάλιση στοχεύει κυρίως στην παροχή στους πολίτες συντάξεως και υγειονομικής περίθαλψης. Το κάθε κοινωνικό σύνολο απαιτεί από την εκάστοτε κυβέρνηση την εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υπηρεσιών υγείας, οι οποίες μάλιστα απαιτεί να είναι δημόσιες και να αντιπροσωπεύουν τις εισφορές των πολιτών στα δημόσια ταμεία. Η πρόνοια την οποία οφείλει να επιδεικνύει η κυβέρνηση για την εξασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών υγείας πρέπει να είναι καθημερινή και όσο το δυνατόν πιο εξατομικευμένη, καθόσον απαιτείται να καλύπτει το σύνολο των πολιτών. Γι' αυτό το λόγο, το δημόσιο σύστημα υγείας πρέπει να είναι καλά οργανωμένο, να διοικείται αποτελεσματικά και να εποπτεύεται επαρκώς. Στόχος της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι ο πολίτης.

Αν και η σημασία του εν λόγω τομέα κοινωνικής ασφάλισης πάντα ήταν και συνεχίζει να είναι πολύ ιδιαίτερη, η εμπιστοσύνη των πολιτών, οι οποίοι αποτελούν τον αποδέκτη των υπηρεσιών υγείας, έχει επηρεαστεί αρνητικά από διάφορα γεγονότα που σημάδεψαν την υγειονομική περίθαλψη. Η ιστορία έχει καταγράψει αρκετές περιπτώσεις απάτης, κακοδιαχείρισης, σπατάλης, πολιτικών σκοπιμοτήτων, ακατάλληλων μανάτζερ και λανθασμένων επιτηρήσεων. Αποτέλεσμα αυτών των ενεργειών είναι το σύστημα υγείας να στερείται πλέον οικονομικών πόρων και να απαιτεί πλήρη και ουσιαστική αναδιάρθρωση. Το σημαντικότερο όμως είναι ο δημόσιος τομέας υγειονομικής περίθαλψης να κερδίσει και πάλι την εμπιστοσύνη των πολιτών.

Πηγή των προβλημάτων της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης είναι το γεγονός ότι αποτελεί ένα σύστημα πολυδαίδαλο, με πολλά επίπεδα διοίκησης, το οποίο συχνά διακρίνεται από έλλειψη συντονισμού των συναρμόδιων φορέων και αναποτελεσματικότητα. Όπως ήδη έχει αναλυθεί σε προηγούμενα κεφάλαια, τόσο ο ελληνικός δημόσιος τομέας όσο και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν μεγάλα διοικητικά συστήματα. Ειδικότερα, το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, με τα νοσοκομεία και τους λοιπούς φορείς υγείας, λόγω της σημαντικότητάς του, απαιτεί να βρίσκεται σε συνεργασία με τους λοιπούς φορείς της δημόσιας διοίκησης.

Η εποπτεία των μονάδων υγείας και γενικότερα του συστήματος υγείας, αποτελεί αρμοδιότητα του Υπουργείου Υγείας, το οποίο είναι υπεύθυνο για την παροχή κατευθυντήριων γραμμών στα δημόσια νοσοκομεία, την κατανομή του κρατικού προϋπολογισμού, την εξεύρεση πόρων, την επιτήρηση των οικονομικών μεγεθών των νοσοκομείων, την παρακολούθηση της εκτέλεσης των στόχων τους εντός των τιθέμενων ορίων προϋπολογισμού. Επιπλέον, το Υπουργείο Υγείας συγκροτεί τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων, διορίζει και αναθέτει καθήκοντα στον Γενικό Διευθυντή του εκάστοτε νοσοκομείου και παρακολουθεί την εκτέλεση των καθηκόντων τους.

Το διοικητικό συμβούλιο του κάθε νοσοκομείου και ο Γενικός Διευθυντής είναι τα όργανα διοίκησης του νοσοκομείου που διασφαλίζουν την ορθή και εύρυθμη λειτουργία του. Οι αποφάσεις του διοικητικού συμβουλίου συμβάλλουν στην οργάνωση και τη λειτουργία του νοσοκομείου, και αποσκοπούν στην εξασφάλιση ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Η λειτουργία του κάθε νοσοκομείου κυρίως αποσκοπεί στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Ωστόσο, ο ασθενής, αν και ο πιο σημαντικός, δεν είναι το μόνο ενδιαφερόμενο μέλος στο υπάρχον σύστημα υγείας. Οι προμηθευτές υγείας, οι γιατροί, το προσωπικό, η διοίκηση και η κυβέρνηση είναι επίσης ενδιαφερόμενα μέλη του συστήματος υγείας. Η λειτουργία λοιπόν ενός νοσοκομείου πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις απαιτήσεις του κάθε ενδιαφερόμενου μέλους.

Η ευρωπαϊκή και η ελληνική νομοθεσία έχει προβλέψει ειδικές νομοθετικές διατάξεις που ρυθμίζουν τη δομή και τη λειτουργία της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η πολυνομοθεσία, οι αλλαγές που έχουν επέλθει και η λειτουργία των νοσοκομείων σε ένα ευμετάβλητο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον, δημιουργούν πολλά προβλήματα συντονισμού, διοίκησης και οργάνωσης στο κάθε νοσοκομείο. Αποτέλεσμα αυτού είναι να μην υπάρχει κοινή λειτουργία των νοσοκομείων και το επίπεδο υπηρεσιών υγείας να διαφέρει σημαντικά σε ποιότητα, αποτελεσματικότητα και απόδοση από νοσοκομείο σε νοσοκομείο.

Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης σαφώς και θα πρέπει να αποτελεί σε κάθε χώρα πρωτεραιότητα και να αποδίδεται ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην εξυπηρέτηση των πολιτών με κάθε πρόσφορο μέσο. Ένα άλλο σημαντικό θέμα που προκύπτει είναι το δημοσιονομικό κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Ο ανεξέλεγκτος τρόπος λειτουργίας των νοσοκομείων και η παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες χωρίς να υπάρχει ένα όριο είχε ως αποτέλεσμα στην Ελλάδα το ελληνικό δημόσιο να έχει ένα υπέρογκο δημόσιο χρέος και να υφίστανται μεγάλο ύψος οφειλών προς τους προμηθευτές υγείας. Ενδεικτικά, αναφέρεται ότι ετησίως τα νοσηλευτικά ιδρύματα επιχορηγούνται με 400.000.000 € για την κάλυψη ληξιπρόθεσμων οφειλών τους, οι οποίες αποτέλεσαν αποτέλεσμα κακοδιαχείρισης, υπερτιμολογήσεων και σπατάλης του συστήματος υγείας.

Η υγειονομική περίθαλψη είναι ένας ευαίσθητος τομέας της εθνικής οικονομίας λόγω των ανελαστικών αναγκών των νοσοκομείων για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Η σημασία που πρέπει να αποδίδει η κάθε χώρα στο σύστημα υγείας ενισχύεται και από αυτόν το λόγο. Η συγκράτηση των δημοσιονομικών μεγεθών κάθε χώρας έρχεται σε απόλυτη

συνάρτηση με τη συγκράτηση των δημοσιονομικών μεγεθών του τομέα της δημόσιας υγειονομικής περίθαλψης.

Λαμβάνοντας υπόψη τις ανωτέρω επισημάνσεις, συμπεραίνεται ότι οι πόροι των νοσοκομείων είτε αυτοί προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό είτε από τους εσωτερικούς τους πόρους πρέπει να διαχειρίζονται όσον το δυνατόν πιο αποδοτικά και ορθολογικά. Η οικονομική διαχείριση του τομέα της υγείας, ειδικά στην Ελλάδα του υψηλού δημοσίου χρέους και των οφειλών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από τη διοίκηση του εκάστοτε νοσοκομείου. Ο εξορθολογισμός των δαπανών, η συγκεντρωτική προμήθεια φαρμάκου και λοιπού υγειονομικού υλικού, η δημιουργία οικονομιών κλίμακας, η αποδοτικότερη χρησιμοποίηση των εσόδων, η μέτρηση της απόδοσης και της αποτελεσματικότητας των μονάδων υγείας πρέπει να αποτελούν στρατηγική επιλογή και στόχο της διοίκησης του νοσοκομείου. Επιπλέον, θα πρέπει να αποτελούν κατευθυντήρια γραμμή του προσωπικού των νοσοκομείων, καθώς και των λοιπών ενδιαφερόμενων μερών, προκειμένου να επιτυγχάνεται η ποιοτική και οικονομική παροχή υγειονομικής περίθαλψης στους πολίτες.

Η ανάγκη ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης αν και πρέπει να αποτελεί στόχο της κάθε χώρας ξεχωριστά, θα πρέπει να είναι ταυτόχρονα και ευρωπαϊκός στόχος. Οι ευρωπαίοι πολίτες απαιτούν από τις κυβερνήσεις τους να έχουν ένα ελάχιστο αποδεκτό επίπεδο υγειονομικής περίθαλψης ανεξάρτητα από τη χώρα νοσηλείας τους. Η ευρωπαϊκή επιτροπή θα πρέπει να λάβει υπόψη της το συγκεκριμένο αίτημα της πλειονότητας των ευρωπαίων πολιτών προκειμένου να αναλάβει δράσεις για την εύρεση ενός κοινά αποδεκτού πλαισίου παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Για να καταστεί αυτό δυνατόν θα πρέπει, εκτός των ευρωπαϊκών οδηγιών επί του θέματος, να μεταβιβάζονται ευρωπαϊκά κονδύλια στα κράτη – μέλη της Ε.Ε., προκειμένου να υλοποιούν άμεσα τις ευρωπαϊκές οδηγίες. Η Ευρώπη αποτελεί σύνολο και έτσι θα πρέπει να προβάλλεται σε κάθε τομέα της κοινωνικής δράσης της.

Συμπερασματικά, με σκοπό την εύρυθμη λειτουργία και οργάνωση των μονάδων υγείας και του τομέα της υγείας γενικότερα, αλλά και την αντιμετώπιση των παθογενειών και αδυναμιών του, προτείνεται η θέσπιση κανόνων και αρχών εταιρικής διακυβέρνησης που θα προσδώσουν ιδιαίτερη αξία στα νοσοκομεία και θα βελτιώσουν την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών.

### **5.3. Δομή Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης για τα Δημόσια Νοσοκομεία**

Η σημασία της δημιουργίας ενός κώδικα διακυβέρνησης στα Νοσοκομεία έχει αναπτυχθεί στις ανωτέρω παραγράφους. Γενικά, ο κώδικας θα πρέπει να καταγράφει τις βέλτιστες πρακτικές διακυβέρνησης ενός Νοσοκομείου σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και το δημοσιονομικό περιβάλλον λειτουργίας.

Ειδικότερα, ο Κώδικας στοχεύει στη υιοθέτηση των βέλτιστων πρακτικών διακυβέρνησης που εφαρμόζονται στο σύστημα υγείας, ευρωπαϊκά ή και παγκόσμια, για τη λειτουργία ενός σύγχρονου Νοσοκομείου. Επιπλέον, στοχεύει στην ανάπτυξη επικοινωνίας με τα ενδιαφερόμενα μέρη και τη συμμόρφωση με τις απαιτήσεις της ισχύουσας νομοθεσίας. Η

υιοθέτηση των αρχών διακυβέρνησης από ένα Νοσοκομείο συνεισφέρει στην αύξηση της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και του ελέγχου του. Με άλλα λόγια, ο Κώδικας διασφαλίζει τη βέλτιστη διακυβέρνησή του.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω, η δομή ενός Κώδικα Διακυβέρνησης των Δημόσιων Νοσοκομείων πρέπει να περιλαμβάνει τουλάχιστον αρχές και κανόνες που αναφέρονται στα ακόλουθα θέματα:

- Διοικητικό Συμβούλιο
- Έλεγχος
- Ενδιαφερόμενα Μέρη

### **5.3.1 Διοικητικό Συμβούλιο**

Όπως και στον ιδιωτικό έτσι και στο δημόσιο τομέα η διοίκηση αποτελεί το βασικότερο συστατικό στοιχείο κάθε οργανισμού. Λόγω της διαφορετικής δομής και του σκοπού που εξυπηρετεί κάθε οργανισμός, είναι ανέφικτη η δημιουργία ενός κοινού πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας. Παρακάτω αναλύονται τα χαρακτηριστικά που θεωρείται ότι πρέπει, σύμφωνα με τη νομοθεσία και τα πρότυπα ιδιωτικών νοσοκομείων, να χαρακτηρίζουν τη διοίκηση ενός δημόσιου νοσοκομείου.

#### **5.3.1.1 Σύνθεση και Μέγεθος**

Το μέγεθος και η σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου θα πρέπει να είναι προς το συμφέρον του νοσοκομείου, να βοηθάει την εύρυθμη και αποτελεσματική άσκηση των καθηκόντων του και να αντικατοπτρίζει το μέγεθος και τη δραστηριότητα του νοσοκομείου. Τα μέλη του ΔΣ θα πρέπει να χαρακτηρίζονται από ακραιότητα, υψηλό επίπεδο και ποικιλία γνώσεων, εμπειρία και προσόντα, ώστε να είναι αποτελεσματική η λειτουργία του νοσοκομείου.

#### **5.3.1.2 Επιλογή Μελών**

Η επιλογή των μελών που θα απαρτίζουν το ΔΣ θα πρέπει να γίνεται αξιοκρατικά και με αντικειμενικά κριτήρια, όπως το επίπεδο γνώσεων, η εμπειρία σε θέσεις διοίκησης και τα προσόντα. Θα πρέπει να υπάρχει φροντίδα για την ομαλή και άμεση διαδοχή των μελών προκειμένου να μην επηρεαστεί η λειτουργία του νοσοκομείου.

#### **5.3.1.3 Αρμοδιότητες και Ευθύνες**

Το ΔΣ είναι υπεύθυνο για την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου, τη διαχείριση των περιουσιακών του στοιχείων και την κατανομή των πόρων του είτε αυτοί προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό είτε από δωρεές ή άλλες εκμεταλλεύσεις. Επιπλέον, τα μέλη του ΔΣ πρέπει να φροντίζουν για την εκπλήρωση των στόχων που έχουν τεθεί από τη Διοίκηση και το

Υπουργείο Υγείας και για την δίκαιη και ισότιμη μεταχείριση και εξυπηρέτηση των ασθενών. Επίσης, πρέπει να μεριμνά για την συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού και να λαμβάνει υπ' όψιν του όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη τα οποία συνδέονται με το νοσοκομείο.

#### 5.3.1.4 Ρόλος του Προέδρου του ΔΣ

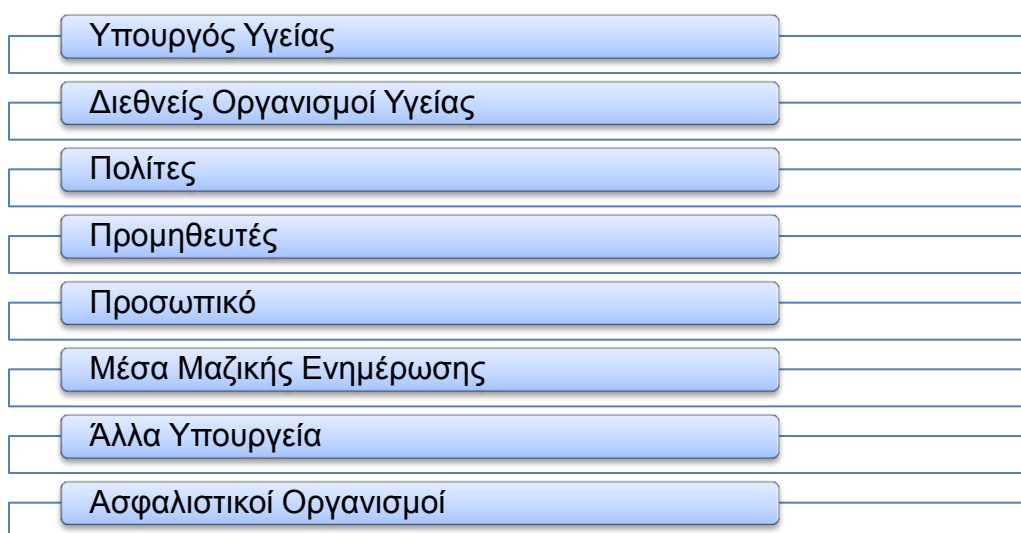
Ο πρόεδρος προΐσταται του ΔΣ. Εκτός από τα καθήκοντα που τυχόν του έχουν ανατεθεί από το ΔΣ, είναι υπεύθυνος για τη διασφάλιση της καλής και αποτελεσματικής λειτουργίας του ΔΣ και την ομαλή διεξαγωγή των συνεδριάσεών του. Ευθύνη του επίσης αποτελεί η διαπίστωση της έγκαιρης και ορθής πληροφόρησης των μελών και η εξασφάλιση της διαρκούς επικοινωνίας με τα ενδιαφερόμενα μέρη.

#### 5.3.2 Ενδιαφερόμενα Μέρη

Ο λόγος ύπαρξης ενός δημόσιου νοσοκομείου είναι η παροχή όσο το δυνατό καλύτερων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες. Παράλληλα όμως ένα νοσοκομείο πρέπει να μεριμνά και για την ικανοποίηση των ενδιαφερόμενων μερών.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, τα ενδιαφερόμενα μέρη ενός δημόσιου οργανισμού διαφέρουν σημαντικά από αυτά μίας ιδιωτικής επιχείρησης. Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές κι εντός των οργανισμών του δημοσίου τομέα, καθώς κάθε οργανισμός έχει άλλο σκοπό λειτουργίας κι επηρεάζει άλλα πρόσωπα.

Για τον δημόσιο τομέα υγείας, τα ενδιαφερόμενα μέρη παρουσιάζονται στο διάγραμμα 5 που ακολουθεί.



Διάγραμμα 5: Ενδιαφερόμενα Μέρη Μονάδων Υγείας του Δημοσίου Τομέα

### **5.3.2.1 Επικοινωνία με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη**

Για να διασφαλίσουν την ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη των ενδιαφερόμενων μερών, τα δημόσια νοσοκομεία πρέπει να αναπτύξουν επικοινωνία μαζί τους. Αυτή θα πρέπει να βασίζεται στη διαφάνεια και στην αμοιβαία αξιοπιστία. Να είναι έγκαιρη, τακτική, κατανοητή και ισορροπημένη. Για να επιτευχθεί αποτελεσματική επικοινωνία θα πρέπει να χρησιμοποιηθούν συγκεκριμένοι δίαυλοι μέσω των οποίων θα γίνεται όχι παθητική αλλά ενεργητική πληροφόρηση. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να δίνεται η δυνατότητα στα ενδιαφερόμενα μέρη να αναφέρουν τις αντιρρήσεις τους ή τα παράπονά τους επί των πληροφοριών κι όχι να είναι απλοί δέκτες αυτών. Με αυτό τον τρόπο θα υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και αξιοπιστία καθώς τα ενδιαφερόμενα μέρη θα αισθάνονται ότι συμμετέχουν κι αυτά στη διοίκηση του νοσοκομείου.

Η ενημέρωση των ενδιαφερόμενων μερών θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες για την οικονομική διαχείριση των δημόσιων πόρων και την επιμέρους κατανομή αυτών, τις προσφερόμενες υπηρεσίες του νοσοκομείου και την ποιότητα αυτών, την αποκάλυψη φαινομένων κακοδιαχείρισης ή απάτης, τα παράπονα που τυχόν έγιναν τόσο από τους εργαζόμενους όσο και από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν, τις εκκρεμότητες του νοσοκομείου απέναντι σε προμηθευτές και ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα εκπαιδευτικά προγράμματα που έγιναν ή προγραμματίζεται να γίνουν μελλοντικά και για όποιο άλλο θέμα κρίνει η διοίκηση του νοσοκομείου ότι πρέπει να πληροφορήσει τα ενδιαφερόμενα μέρη ή θα ήθελε την άποψή τους.

Η αμφίδρομη επικοινωνία της διοίκησης με τα ενδιαφερόμενα μέρη πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και τουλάχιστον μία φορά κάθε τρεις μήνες ώστε να είναι έγκαιρη και εποικοδομητική. Η επικοινωνία αυτή μπορεί να πραγματοποιείται είτε επίσημα είτε ανεπίσημα. Ειδικότερα, η διοίκηση μπορεί να δημοσιεύει επίσημη τριμηνιαία έκθεση πεπραγμένων στην οποία θα παρουσιάζονται τουλάχιστον τα προαναφερθέντα στοιχεία, να διαθέτει ενεργή ηλεκτρονική σελίδα του νοσοκομείου προκειμένου να παρέχει επίκαιρες πληροφορίες και γενικότερα να χρησιμοποιεί τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για διάλογο με τα ενδιαφερόμενα μέρη.

### **5.3.3 Έλεγχος**

#### **5.3.3.1. Διαχείρισης Κινδύνων**

Η διαχείριση κινδύνου (Risk Management) ορίζεται ως η μέτρηση της αβεβαιότητας και αποτελεί ένα σύνολο διαδικασιών με στόχο την κατανόηση των οργανωτικών σκοπών, τον εντοπισμό και αξιολόγηση των κινδύνων και την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων για την αντιμετώπιση διαπιστωμένων κινδύνων.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου πρέπει να διασφαλίζει ότι αποτελεσματικά συστήματα διαχείρισης κινδύνου έχουν καθιερωθεί ως μέρους του πλαισίου ελέγχου. Επίσης,

αρμοδιότητα του ΔΣ είναι να αναγνωρίζει διαρκώς τους εσωτερικούς και εξωτερικούς κινδύνους, ώστε να μπορεί να αντιδρά στις αλλαγές έγκαιρα και με κατάλληλο τρόπο.

Η λειτουργία του Νοσοκομείου σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον επιβάλλει στο ΔΣ να διασφαλίζει την καθιέρωση διαδικασιών με σκοπό:

- Τον εντοπισμό και την αξιολόγηση των εσωτερικών κινδύνων και ευκαιριών που αφορούν σε ποικίλες δραστηριότητες και πόρους του Νοσοκομείου.
- Τον εντοπισμό και την αξιολόγηση νέων κινδύνων και αναδυόμενων ευκαιριών από νέους στόχους ή εξωτερικούς κινδύνους.
- Τη μέτρηση των πιθανών υποχρεώσεων και ευκαιριών.
- Την ανασκόπηση παλαιών κινδύνων.
- Την πρόληψη μελλοντικών κινδύνων και αλλαγών.

Ο εντοπισμός κινδύνων και ευκαιριών, καθώς και η μέτρηση της πιθανότητας και των συνεπειών εμφάνισής τους, πρέπει να ακολουθείται από την καθιέρωση κατάλληλων πολιτικών και διαδικασιών για τη διαχείρισή τους, ανάλογα με τον κίνδυνο ή την ευκαιρία.

Η Διοίκηση του Νοσοκομείου πρέπει να γνωρίζει τους κινδύνους που μπορεί να αποδεχτεί τόσο η ίδια, όσο και τα λοιπά ενδιαφερόμενα μέρη. Η αναγνώριση των κινδύνων και η εν συνεχεία ενημέρωση των ενδιαφερόμενων μερών θα πρέπει να γίνεται με τη καθιέρωση μιας διαρκούς επικοινωνίας.

### **5.3.3.2. Εσωτερικός Έλεγχος**

Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου ορίζεται το σύνολο των διαδικασιών που τίθενται σε εφαρμογή από το ΔΣ, τη Διοίκηση και το υπόλοιπο προσωπικό του Νοσοκομείου και αποσκοπεί στη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των εργασιών του Νοσοκομείου, στην αξιοπιστία της χρηματοοικονομικής πληροφόρησης και στη συμμόρφωση με τους εφαρμοστέους νόμους και κανονισμούς.

Το ΔΣ οφείλει να διατηρεί ένα αποτελεσματικό σύστημα εσωτερικού ελέγχου, με σκοπό την περιφρούρηση των επενδύσεων και των περιουσιακών στοιχείων του Νοσοκομείου. Η αξιολόγηση της επάρκειας και της αποδοτικότητας του συστήματος εσωτερικού ελέγχου θα πρέπει να γίνεται ετησίως από το ΔΣ και την Επιτροπή Ελέγχου. Επιπλέον, το ΔΣ θα πρέπει να πιστοποιεί με έγγραφη δηλωσή του ότι οι ετήσιες και ενδιάμεσες οικονομικές καταστάσεις απεικονίζουν με αντικειμενικό τρόπο την οικονομική κατάσταση του Νοσοκομείου, και ότι το σύστημα εσωτερικού ελέγχου είναι επαρκές και κατάλληλο για παράσχει διασφάλιση.

Η Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου του Νοσοκομείου πρέπει να λειτουργεί σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας και να αξιολογεί την καταλληλότητα του συστήματος εσωτερικού ελέγχου. Επίσης, θα πρέπει να είναι ανεξάρτητη, να μην υπάγεται ιεραρχικά σε καμία άλλη υπηρεσιακή μονάδα του Νοσοκομείου και να αναφέρεται στην Επιτροπή Ελέγχου. Κατά τη διάρκεια εκτέλεσης του έργου της πρέπει να έχει

πρόσβαση σε όλα τα έγγραφα του Νοσοκομείου, τις υπηρεσίες, τους υπαλλήλους ή οτιδήποτε άλλο κρίνεται απαραίτητο για την αποτελεσματική ολοκλήρωση του έργου της.

Η λειτουργία της Μονάδας Εσωτερικού Ελέγχου πρέπει να είναι αντικειμενική, ανεξάρτητη από τη διοίκηση του Νοσοκομείου και να στηρίζεται κατά την εκτέλεση του έργου της σε αποδεκτές αρχές και κανόνες ελέγχου, καθώς και σε σχετικές έγγραφες διαδικασίες και οδηγίες. Επιπλέον, χρειάζεται να έχει το σεβασμό και τη συνεργασία του ΔΣ, της Διοίκησης και της Επιτροπής Ελέγχου.

Οι αρμοδιότητες της Μονάδας Εσωτερικού Ελέγχου περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Την καταγραφή, την κριτική αξιολόγηση και τον έλεγχο του συστήματος εσωτερικού ελέγχου του Νοσοκομείου.
- Την αξιολόγηση του συστήματος χρηματοοικονομικής και διαχειριστικής πληροφόρησης της Διοίκησης.
- Τη διασφάλιση της επίτευξης των στόχων του Νοσοκομείου μέσω των εφαρμοζόμενων πολιτικών και διαδικασιών.
- Τον έλεγχο του λογιστικού και πληροφοριακού συστήματος του Νοσοκομείου.
- Την επισκόπηση των μεθόδων διασφάλισης των περιουσιακών στοιχείων του Νοσοκομείου.
- Τον έλεγχο εφαρμογής του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας και την εισήγηση προς το ΔΣ για τυχόν αναθεώρησή του.
- Τον έλεγχο των αμοιβών και λοιπών δικαιωμάτων των μελών της Διοίκησης και του ΔΣ σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και την πολιτική αμοιβών του Νοσοκομείου.

Κατά τη διενέργεια των ελέγχων και επιθεωρήσεων, η Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου μπορεί να υποβάλει εισηγήσεις που αποσκοπούν στη διαρκή βελτίωση του συστήματος εσωτερικού ελέγχου προς επίτευξη μεγαλύτερης παραγωγικότητας και αποδοτικότητας.

### **5.3.3.3. Εξωτερικός Έλεγχος**

Το ΔΣ του Νοσοκομείου πρέπει να διασφαλίζει τη διατήρηση μιας αντικειμενικής και επαγγελματικής σχέσης με τους εξωτερικούς ελεγκτές. Οι αρμοδιότητες, τα καθήκοντα, τα δικαιώματα και η αμοιβή των εξωτερικών ελεγκτών, καθώς και τα λοιπά θέματα του ελέγχου πρέπει να καταγράφονται επαρκώς κατά την ανάθεση του έργου.

Η Επιτροπή Ελέγχου είναι υπεύθυνη για τη διαχείριση της σχέσης με τους εξωτερικούς ελεγκτές. Μεταξύ των αρμοδιοτήτων της Επιτροπής Ελέγχου, όσον αφορά στη σχέση της με τους εξωτερικούς ελεγκτές, είναι:

- Η εισήγηση για το διορισμό του εξωτερικού ελεγκτή, την αμοιβή του και τυχόν θέματα παραίτησης ή απόλυσης του ελεγκτή.



- Η εισήγηση σχετικά με το σκοπό, το εύρος και την αμοιβή του εξωτερικού ελεγκτή για τη διενέργεια ενός μη χρηματοοικονομικού ελέγχου ή μίας προτεινόμενης συμβουλευτικής εργασίας.
- Η συζήτηση με τους εξωτερικούς ελεγκτές επί του εύρους του ελέγχου, του συστήματος εσωτερικού ελέγχου και του συστήματος χρηματοοικονομικής πληροφόρησης του Νοσοκομείου.
- Η συζήτηση επί των ευρημάτων του ελέγχου και των σημαντικών θεμάτων που προέκυψαν από τον έλεγχο των οικονομικών καταστάσεων.
- Η επανεξέταση των εφαρμοζόμενων διαδικασιών σύμφωνα με τις εισηγήσεις των εξωτερικών ελεγκτών.

#### **5.3.3.4. Επιτροπή Ελέγχου**

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου ιδρύει μια Ελεγκτική Επιτροπή, με ευθύνη την ανεξάρτητη επισκόπηση του πλαισίου ελέγχου και της διαδικασίας εξωτερικού ελέγχου.

Η αποστολή της Ελεγκτικής Επιτροπής είναι να διασφαλίζει την αποδοτικότητα των μηχανισμών ελέγχου, τη λειτουργία των συστημάτων διαχείρισης κινδύνου, τη συμμόρφωση με το νομικό και νομοθετικό πλαίσιο και την αποδοτικότητα της εφαρμογής του κώδικα διακυβέρνησης του Νοσοκομείου.

Η Ελεγκτική Επιτροπή αποτελείται από τουλάχιστον δυο μη εκτελεστικά μέλη και ένα εκτελεστικό μέλος του ΔΣ του Νοσοκομείου, τα οποία προτείνονται από το ΔΣ του Νοσοκομείου. Τα μέλη της Ελεγκτικής Επιτροπής μπορεί να είναι και μέλη του ΔΣ, χρειάζεται να είναι επαρκώς καταρτισμένα, με εξειδικευμένες γνώσεις στα αντικείμενα της λογιστικής και της ελεγκτικής. Επιπλέον, λαμβάνουν κατάλληλη πληροφόρηση, οδηγίες και εκπαίδευση προκειμένου να εκτελούν το ρόλο τους αποδοτικά.

Ο Πρόεδρος της Ελεγκτικής Επιτροπής πρέπει να έχει την εμπιστοσύνη του ΔΣ, των εσωτερικών και των εξωτερικών ελεγκτών. Επιπλέον, δεν πρέπει να είναι ταυτόχρονα Πρόεδρος του ΔΣ, ούτε να εκπληρώνει εκτελεστικά καθήκοντα στο Νοσοκομείο, ούτε ο ρόλος του στο Νοσοκομείο να συγκρούεται με το ρόλο του στην Ελεγκτική Επιτροπή. Με πρόσκληση του Προέδρου της Ελεγκτικής Επιτροπής, η Επιτροπή μπορεί να συνεδριάζει όσο συχνά απαιτείται, αλλά τουλάχιστον κάθε τρίμηνο.

Για να είναι πλήρως αποδοτικός ο ρόλος της, η Ελεγκτική Επιτροπή είναι ανεξάρτητη από τη Διοίκηση του Νοσοκομείου. Για το πετύχει αυτό θα πρέπει:

- Να ιδρυθεί ως επιτροπή με ιδιαίτερο κύρος και τα μέλη της να λαμβάνουν γραπτές οδηγίες αναφορικά με την ιδιότητά τους, τον ρόλο τους, την εξουσία και τα καθήκοντά τους.
- Τα μέλη της Επιτροπής δεν χρειάζεται να είναι όλα μέλη του ΔΣ, ενώ θα πρέπει να απαρτίζεται και απο μη εκτελεστικά μέλη.
- Ο υπεύθυνος ή διευθυντής λογιστηρίου, ο επικεφαλής εσωτερικός ελεγκτής και ο εξωτερικός ελεγκτής συμμετέχουν τακτικά σε συσκέψεις με την Ελεγκτική Επιτροπή και έχουν απευθείας πρόσβαση στην Επιτροπή ανά πάσα στιγμή.

- Η Ελεγκτική Επιτροπή προγραμματίζει συζητήσεις με τους ελεγκτές τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, χωρίς της συμμετοχή των μελών της Διοίκησης, για να διασφαλίσει ότι δεν υπάρχουν άλυτα προβλήματα που τυχόν να προκαλούν ανησυχία.

- Η Ελεγκτική Επιτροπή έχει ρητή εξουσία να ερευνά κάθε ζήτημα που υπόκειται στην αντίληψή της.

Οι κύριες αρμοδιότητες της Ελεγκτικής Επιτροπής περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- Να εποπτεύει το σύστημα εσωτερικού ελέγχου του Νοσοκομείου, να αξιολογεί τις εργασίες των εσωτερικών και εξωτερικών ελεγκτών και να διασφαλίζει το συντονισμό των ελεγκτικών εργασιών, την ανεξαρτησία, την ποιότητα και την εκτέλεση του ελεγκτικού έργου.

- Να αξιολογεί τα αποτελέσματα των ελεγκτικών εργασιών με την ανασκόπηση των αναφορών των εσωτερικών και εξωτερικών ελεγκτών.

- Να επισκοπεί, να εγκρίνει και να ελέγχει την εκτέλεση του προγράμματος ελέγχου της Μονάδας Εσωτερικού Ελέγχου.

- Να εισηγείται τη διενέργεια ειδικών ελέγχων από τη Μονάδα Εσωτερικού Ελέγχου.

- Να αξιολογεί τους εσωτερικούς ελεγκτές, σε συνεργασία με τη Διοίκηση του Νοσοκομείου.

- Να αξιολογεί την ανεξαρτησία και τη καταλληλότητα των εξωτερικών ελεγκτών, σε συνεργασία με τη Διοίκηση του Νοσοκομείου. Εισηγείται στο ΔΣ την πρόσληψη ή αποχώρηση του εξωτερικού ελεγκτή.

- Να διοργανώνει συναντήσεις με τους εξωτερικούς ελεγκτές και να λαμβάνει επισκόπηση των εργασιών τους. Ιδιαίτερα, να λαμβάνει αναφορές των εξωτερικών ελεγκτών για την εξέλιξη των υποχρεωτικών εργασιών ελέγχου, την καταλληλότητα του συστήματος εσωτερικού ελέγχου και τις πιθανές ανεπάρκειες στις διαδικασίες της χρηματοοικονομικής πληροφόρησης.

- Να αξιολογεί τα αποτελέσματα των ελεγκτικών εργασιών και να ανωφέρει στο ΔΣ του Νοσοκομείου τα σημαντικά ευρήματα.

- Να λαμβάνει πληροφόρηση για τη χρηματοοικονομική κατάσταση του Νοσοκομείου, να αξιολογεί τα αποτελέσματα σε συνεργασία με τη Διοίκηση και τους εξωτερικούς ελεγκτές και να προβαίνει σε ενημέρωση του ΔΣ, εφόσον απαιτείται.

- Να αξιολογεί τη συμμόρφωση με τους νόμους, τους κανονισμούς και το κώδικα διακυβέρνησης του Νοσοκομείου, και να εισηγείται τυχόν τροποποιήσεις ή βελτιώσεις που θα συμβάλουν στη βελτίωση της αποδοτικότητας.

## Κεφάλαιο 6: Έρευνα – Μελέτη Αξίας Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα

### 6.1. Γενικά

Στο παρόν κεφάλαιο αρχικά περιγράφεται ο σκοπός της έρευνας και αναλύονται ο τρόπος συλλογής και ανάλυσης των δεδομένων. Γίνεται λεπτομερής περιγραφή των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου και παρουσιάζονται τόσο περιγραφικά όσο και διαγραμματικά τα αποτελέσματα.

### 6.2. Σκοπός της Έρευνας και Περιγραφή του Ερωτηματολογίου

Σκοπός της παρούσας εμπειρικής έρευνας είναι να εξεταστεί η αξία που κατά τις Διοικήσεις των Δημόσιων Νοσοκομείων μπορεί να προσδοθεί στις Μονάδες Υγείας με την εφαρμογή ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης, όπως αυτός αναλύθηκε παραπάνω.

Λαμβάνοντας υπόψη τη προτεινόμενη δομή του Κώδικα του προηγούμενου κεφαλαίου, εξετάστηκε η επίπτωση που θα είχε η εφαρμογή του Κώδικα στη Διοίκηση, το Σύστημα Ελέγχου και την Επικοινωνία με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη.

Η έρευνα διενεργήθηκε με τη χρήση κατάλληλα σχεδιασμένων ερωτηματολογίων (Παράρτημα ΙΙΙ) τα οποία απεστάλησαν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο Διοικητή κάθε Μονάδας Υγείας. Στο ερωτηματολόγιο της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε για τις ερωτήσεις η βαθμολογική κλίμακα του Likert (πενταβάθμια κλίμακα). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη κλίμακα, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε κάθε ερώτηση επιλέγοντας μία από τις ακόλουθες επιλογές «Καθόλου», «Λίγο», «Αρκετά», «Πολύ», «Πάρα Πολύ». Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε με τρόπο που να διευκολύνει την ταχεία συμπλήρωση του, για το λόγο αυτό απαρτίζεται από τρία μέρη.

Ειδικότερα, το Α Μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις προσωπικών δεδομένων (φύλο και ηλικία). Το Β Μέρος αφορά ερωτήσεις σχετικά με την αξία που θα προσδώσει ο Κώδικας Εταιρικής Διακυβέρνησης σε επιμέρους τομείς της Διοίκησης, του Ελέγχου και της Επικοινωνίας με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη. Το Γ Μέρος, περιλαμβάνει μία γενική ερώτηση (τύπου ΝΑΙ ή ΟΧΙ) σχετικά με την αλληλεπίδραση του Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στην ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και στην αξία του νοσοκομείου.

### 6.3. Συλλογή Δεδομένων και Μέθοδος Δειγματοληψίας

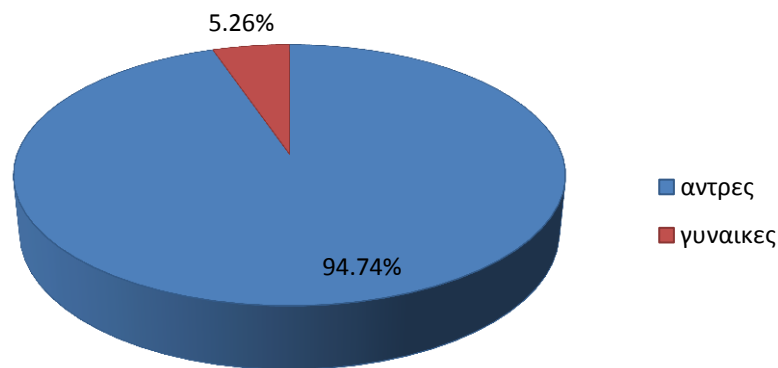
Το σύνολο των Μονάδων Υγείας στην Ελλάδα (100) σύμφωνα με τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας ανήκει σε επτά Υγειονομικές Περιφέρειες. Κατόπιν άδειας που εξασφαλίστηκε από τις Υγειονομικές Περιφέρειες, επιλέχθηκε δείγμα 19 νοσοκομείων με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας. Η επιλογή και ανάλυση των στατιστικών αποτελεσμάτων διενεργήθηκε με R-programming.

Η αποστολή των ερωτηματολογίων έγινε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου κατόπιν τηλεφωνικής επικοινωνίας με τους Διοικητές των Νοσοκομείων. Το δείγμα θεωρείται κατάλληλο και αντιπροσωπευτικό καθώς αντιστοιχεί στο 19% του πληθυσμού και αναλογεί σε Μονάδες Υγείας τόσο της Περιφέρειας Αττικής όσο και της ευρύτερης ελληνικής Επικράτειας.

#### 6.4. Ανάλυση Αποτελεσμάτων

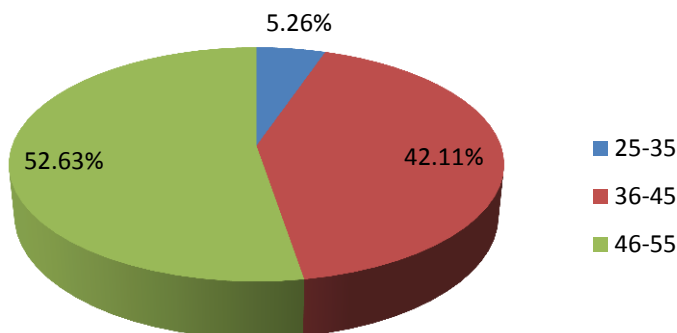
Στις ερωτήσεις κλειστού τύπου του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε η 5βάθμια κλίμακα Likert. Οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν κατά πόσο ισχύει ή όχι ένα σύνολο καταστάσεων και εν συνεχεία από το 1 έως το 5 αξιολογούν την επίπτωση της εφαρμογής κανόνων εταιρικής διακυβέρνησης σε συγκεκριμένες λειτουργίες της Διοίκησης, του Ελέγχου και της Επικοινωνίας με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη.

Όπως αναφέρθηκε, το Α Μέρος περιλαμβάνει προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Στην ερώτηση 1, σχετικά με το φύλο, οι 18 στους 19 Διοικητές ήταν άντρες ενώ μόλις 1 ήταν γυναίκα, κάτι που παρουσιάζεται ποσοστιαία στο διάγραμμα 6. Αυτό επιβεβαιώνεται μάλιστα μελετώντας τη διάρθρωση των Διοικητικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων και τις Διοικήσεις αυτών.



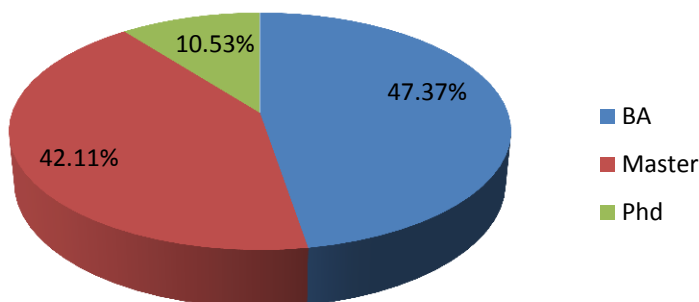
Διάγραμμα 6: Φύλλο Συμμετεχόντων στην Έρευνα

Στην ερώτηση 2, σχετικά με την ηλικία των ερωτηθέντων, 1 στους 19 Διοικητές ήταν μόλις 25-35, 8 από τους συμμετέχοντες 36-45 και 10 ήταν μεταξύ 46 και 55. Από την εν λόγω ανάλυση προκύπτει ότι οι Διοικητές έχουν επαρκές ηλικιακό επίπεδο και σχετική εμπειρία και ωριμότητα προκειμένου να κρίνουν ορθολογικά την εφαρμογή αρχών ΕΔ (Διάγραμμα 7).



Διάγραμμα 2: Ηλικιακή Διάρθρωση Ερωτηθέντων

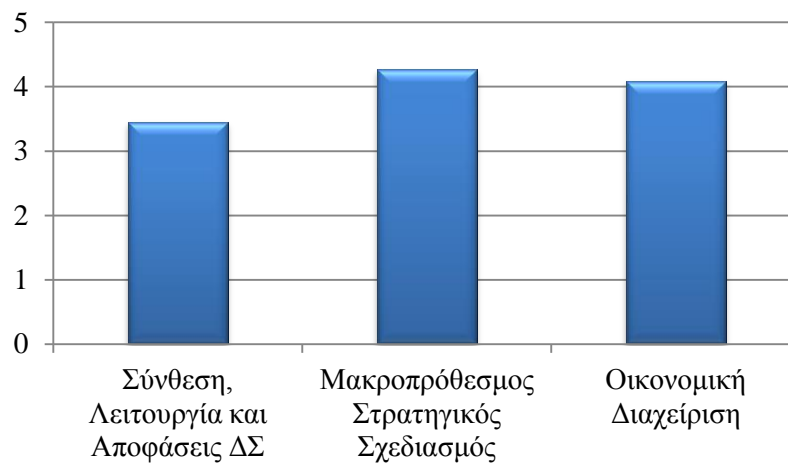
Στην ερώτηση 3, που αφορά το μορφωτικό επίπεδο των Διοικητών που συμμετείχαν στην έρευνα, 9 ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου (BA), 8 ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος, 2 κάτοχοι Διδακτορικού Διπλώματος, ενώ κανένας δεν ήταν απλά απόφοιτος Λυκείου (Διάγραμμα 8).



Διάγραμμα 7: Μορφωτικό Επίπεδο Ερωτηθέντων

Το Β Μέρος του ερωτηματολογίου, περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου οι ερωτηθέντες καλούνται να αξιολογήσουν από το 1 έως το 5 κατά πόσο η εφαρμογή αρχών εταιρικής διακυβέρνησης θα συνέβαλε σε συγκεκριμένους τομείς της Διοίκησης, του Συστήματος Ελέγχου και της Επικοινωνίας με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη.

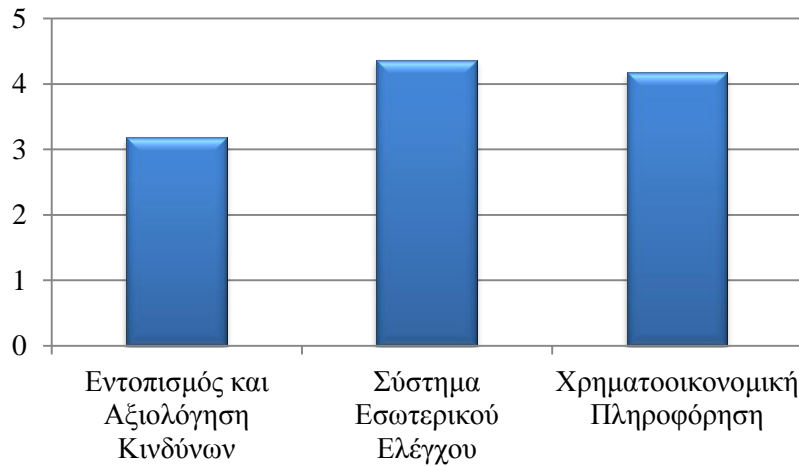
Στην ερώτηση 1, αρχικά οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν θεωρούν ότι η εφαρμογή ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης θα βελτιώνει τη Διοίκηση. Η απάντηση ήταν καταφατική από όλους τους συμμετέχοντες. Εν συνεχεία, σε κλίμακα Likert οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τη συμβολή σε συγκεκριμένους τομείς της Διοίκησης. Ως προς τη σύνθεση, τη λειτουργία και τις αποφάσεις του ΔΣ αξιολογήθηκε ότι θα υπάρχει αρκετή βελτίωση, ενώ ως προς το μακροπρόθεσμο στρατηγικό σχεδιασμό και την οικονομική διαχείριση η συνεισφορά του ΚΕΔ θεωρείται μεγάλη (Διάγραμμα 8).



Διάγραμμα 8: Συμβολή ΚΕΔ σε τομείς της Διοίκησης

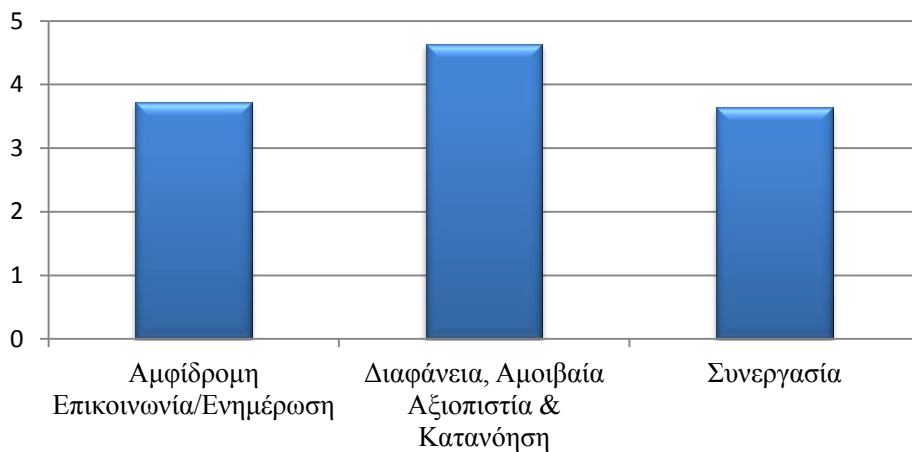
Ομοίως, στην ερώτηση 2, αρχικά οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν θεωρούν ότι η εφαρμογή ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης θα βελτιώνει το Σύστημα Ελέγχου του Νοσοκομείου. Η απάντηση ήταν καταφατική από όλους τους συμμετέχοντες. Εν συνεχεία, σε κλίμακα Likert οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τη συμβολή σε συγκεκριμένους τομείς του Ελέγχου. Ως προς τον εντοπισμό και την αξιολόγηση κινδύνων οι συμμετέχοντες έκριναν ότι με τη θέσπιση ΚΕΔ θα υπήρχε αρκετή βελτίωση.

Ωστόσο, ως προς το σύστημα εσωτερικού ελέγχου και τη χρηματοοικονομική πληροφόρηση θεωρούν ότι η βελτίωση θα είναι αρκετά μεγάλη (Διάγραμμα 9).



Διάγραμμα 9: Συμβολή ΚΕΔ σε τομείς του Ελέγχου

Κατ' αντιστοιχία, στην ερώτηση 3, αρχικά οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να απαντήσουν εάν θεωρούν ότι η εφαρμογή ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης θα βελτιώνει την Επικοινωνία με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη του Νοσοκομείου (Υπουργείο, Πολίτες, Προμηθευτές, ΜΜΕ, Προσωπικό, Ασφαλιστικοί Οργανισμοί). Η απάντηση ήταν καταφατική από όλους τους συμμετέχοντες. Εν συνεχεία, σε κλίμακα Likert οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν τη συμβολή σε συγκεκριμένους τομείς της Επικοινωνίας. Ως προς την αμφίδρομη επικοινωνία/ενημέρωση και τη συνεργασία κρίθηκε ότι η εφαρμογή ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης θα συμβάλει αρκετά έως πολύ στη βελτίωση των συγκεκριμένων τομέων. Ωστόσο, ως προς τη διαφάνεια, την αμοιβαία αξιοπιστία και κατανόηση κρίνεται πολύ μεγάλη η συμβολή της εφαρμογής εξειδικευμένων αρχών ΕΔ (Διάγραμμα 10).



Διάγραμμα 10: Συμβολή ΚΕΔ σε τομείς της Επικοινωνίας με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη

Τέλος, στο Γ Μέρος του ερωτηματολογίου, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν εάν θεωρούν ότι η εφαρμογή ενός Κώδικα Εταρικής Διακυβέρνησης για τα Δημόσια Νοσοκομεία θα προσέδιδε συνολική αξία στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου. Στο σύνολό τους, οι ερωτηθέντες απάντησαν καταφατικά, κάτι που φανερώνει τη θέλησή τους και την πίστη τους πως πρέπει τα δημόσια νοσοκομεία να εφαρμόσουν αρχές διακυβέρνησης παρόμοιες με αυτές των ιδιωτικών κλινικών του εσωτερικού και του εξωτερικού.

Επιπλέον, η θετική αξιολόγηση του ΚΕΔ, δείχνει ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν ότι η συσχέτιση μεταξύ κόστους και οφέλους είναι αρνητική, καθώς πιστεύουν ότι θα βελτιώνονταν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και θα αυξανόταν η συνολική αξία του νοσοκομείου.



## Κεφάλαιο 7: Συμπεράσματα – Προτάσεις

### 7.1. Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο αρχικά παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της διατριβής όπως αυτά προέκυψαν από την μελέτη της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας, αλλά και από την εμπειρική έρευνα στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα. Στη συνέχεια επισημαίνονται οι δυσχέρειες και τα προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν κατά τη διενέργεια της παρούσας διπλωματικής εργασίας, ενώ στο τέλος προτείνονται θέματα για περαιτέρω μελέτη και έρευνα.

### 7.2. Συμπεράσματα Διπλωματικής Εργασίας

Αναλύοντας τα συστήματα υγείας που επικρατούν σε ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο και λαμβάνοντας υπόψη τον ιδρυτικό νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας συμπεραίνεται ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας συγκαταλέγεται στα λεγόμενα μικτά συστήματα (πρότυπο Bismark). Μάλιστα, όπως ρητά αναφέρεται στο άρθρο 1 του Ν.1394/1983 «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση».

Επιπροσθέτως, μελετώντας τη δομή του Δημοσίου Τομέα και τη διάρθρωση των Δημόσιων Νοσοκομείων, όπως αυτά κατηγοριοποιούνται σε Υγειονομικές Περιφέρειες εντοπίζονται δυσχέρειες και προβλήματα τόσο στην οργάνωση όσο και στη γενικότερη λειτουργία τους. Πιο συγκεκριμένα, εντοπίζονται μεταξύ αυτών φαινόμενα κακοδιαχείρισης, διαφθοράς, απάτης, παράνομου χρηματισμού, γραφειοκρατείας, παροχής υγειονομικών υπηρεσιών μη αποδεκτού επιπέδου για τους πολίτες.

Αποτέλεσμα αυτών των φαινομένων αποτελεί η ανάπτυξη συγκεκριμένων αρχών και κανόνων, οι οποίοι θα ενσωματώνονται σε έναν Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης. Ειδικότερα, όπως διατυπώνεται και σε Εσωτερικούς Κανονισμούς Λειτουργίας Ιδιωτικών Κλινικών του εσωτερικού και εξωτερικού, αρχές όπως η διαφάνεια, η ακεραιότητα και η λογοδοσία αποτελούν βασικούς πλώνες στην θέσπιση ενός τέτοιου Κώδικα.

Ενδεικτικά οφέλη από την ανάπτυξη συγκεκριμένων αρχών εταιρικής διακυβέρνησης αποτελούν η καταπολέμηση της διαφθοράς και της γραφειοκρατείας, η βελτίωση του τρόπου Διοίκησης με την υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών λήψης αποφάσεων, η βελτίωση και ενδυνάμωση του πραγματικού ρόλου του εσωτερικού ελέγχου και γενικότερα η ορθολογικότερη αξιοποίηση των πόρων του Νοσοκομείου.

Με σκοπό την πιστοποίηση των ανωτέρω πλεονεκτημάτων που θα μπορούσε να αποκομίσει ένα Δημόσιο Νοσοκομείο από τη θέσπιση ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης επιχειρήθηκε εμπειρική μελέτη προκειμένου να διαπιστωθεί εάν οι Διοικητές των Νοσοκομείων του Δημοσίου Τομέα θεωρούν ότι ο Κ.Ε.Δ θα προσέδιδε αξία στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και αν θα βελτίωνε συγκεκριμένους τομείς λειτουργίας.

Όπως προέκυψε από την εμπειρική μελέτη που διενεργήθηκε σε δείγμα 19 Δημόσιων Νοσοκομείων, με τη χρήση ερωτηματολογίου, το σύνολο των Διοικητών επισήμανε πως η εφαρμογή καθορισμένων αρχών και κανόνων Εταιρικής Διακυβέρνησης θα αύξανε τη συνολική αξία του Νοσοκομείου και την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Επιπλέον, από τη συγκεκριμένη έρευνα διαπιστώθηκε ότι η ανάπτυξη ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης για τα Δημόσια Νοσοκομεία θα μπορούσε να βελτιώσει σε σημαντικό επίπεδο βασικές λειτουργίες της Διοίκησης και του Εσωτερικού Ελέγχου, ενώ θεωρείται ότι θα αναπτύσσονταν καλύτερες σχέσεις με τα Ενδιαφερόμενα Μέρη (Προμηθευτές, Υπουργείο, Πολίτες) προκειμένου να αποκατασταθεί παράλληλα η χαμένη αξιοπιστία και εμπιστοσύνη προς το Ελληνικό Σύστημα Υγείας.

Τέλος, όπως γίνεται αντιληπτό τόσο από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και την εμπειρική μελέτη, η ανάπτυξη Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης για τα Δημόσια Νοσοκομεία καθίσταται επιτακτική, καθώς τα πιθανά οφέλη είναι πολυάριθμα και ποικίλα, όπως άλλωστε έχει ήδη αποδειχθεί μέσα από την εφαρμογή αρχών εταιρικής διακυβέρνησης σε ιδιωτικές κλινικές του εξωτερικού και του εσωτερικού την τελευταία πενταετία.

### **7.3. Δυσχέρειες Διπλωματικής Εργασίας**

Κατά τη διενέργεια της παρούσας διπλωματικής εργασίας αντιμετωπίστηκαν ορισμένα προβλήματα και δυσχέρειες. Ειδικότερα, παρουσιάστηκαν προβλήματα στη συλλογή του βιβλιογραφικού υλικού καθώς η έννοια της εταιρικής διακυβέρνησης στο χώρο του Δημοσίου Τομέα είναι καινούργια κι ως επακόλουθο δεν υπήρχε επαρκής σχετική βιβλιογραφία. Επιπλέον, σημαντικό ζήτημα στη συλλογή και ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων αποτέλεσε η πολύκροκη διαδικασία προκειμένου να αποσταλούν τα σχετικά ερωτηματολόγια στις επιλεγμένες Μονάδες Υγείας, καθόσον απαιτήθηκε σχετική έγκριση από τις αντίστοιχες Υγειονομικές Περιφέρειες, κάτι που δυσκόλεψε την εν λόγω διαδικασία.

### **7.4. Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα**

Η παρούσα διατριβή πραγματεύεται το ζήτημα της εφαρμογής ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα της Ελλάδας. Ειδικότερα, έχοντας ως πρότυπο Κώδικες Εταιρικής Διακυβέρνησης Ιδιωτικών Κλινικών επιχειρείται η σύνταξη και αξιολόγηση του Κώδικα από τους Διοικητές των Νοσοκομείων προκειμένου να διαπιστωθεί κατά πόσο θα συμβάλει στη βελτίωση της λειτουργίας και των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη τη σχετική βιβλιογραφία και τα αποτελέσματα της παρούσας εμπειρικής μελέτης, προτείνεται η επέκταση του Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στο ευρύτερο σύστημα υγείας (Υπουργείο, Ασφαλιστικοί Οργανισμοί, Υγειονομικές Περιφέρειες), με σκοπό την ενσωμάτωση νέων αρχών και κανόνων στον Κ.Ε.Δ, καθώς και τη μέτρηση της απόδοσής τους στη λειτουργία των υπόψη φορέων.

Εξίσου σημαντικό αντικείμενο μελέτης θα μπορούσε να αποτελέσει η ανάπτυξη Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στους λοιπούς φορείς της Γενικής Κυβέρνησης, ήτοι Κεντρική Κυβέρνηση (Υπουργεία, ΝΠΔΔ, ΝΠΙΔ), Οργανισμοί Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Δήμοι, Περιφέρειες) και Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης (Ασφαλιστικά Ταμεία, Οργανισμοί Απασχόλησης).

## Ξένη Βιβλιογραφία

1. Ballas, A., & Tsoukas, H. (2004). *Measuring Nothing: The case of the Greek National Health System*. SAGE Publications.
2. Bianchi, M. (2014, March 27). *The Road to Revision: OECD Corporate Governance Principles*. 14th European Corporate Governance Conference, Athens.
3. Economou, C., & Giorno, C. (2009). *Improving the Performance of the Public Health Care System in Greece*. OECD.
4. Horhota, L. (2014, September 25). *Internal Control - Support tool for the decisional management in public entities*. International Conference "Global Financial Market and Corporate Governance: Issues of Efficiency and Performance", Nuremberg, Germany.
5. International Public Sector Committee. (2001). *Governance in the Public Sector: A Governing Body Perspective*. IFAC.
6. Lister, E. (2005). Trends in Health Care Governance. Στο *Readings in Health Care Governance* (σσ. 24-26). Chubb.
7. McNamara, S. (2005). Health Care Boards: Reenergize, Reorganize and Reduce Risk. Στο *Readings in Health Care Governance* (σσ. 3-6). Chubb.
8. Mynhardt, R. (2014, May 8). *Universal Corporate Governance Standards: Recommendations following the global financial crisis*. International Conference "Corporate Governance: a Search for Advanced Standards in the Wake of Crisis", Milan, Italy.
9. OECD. (2004). *OECD Principles of Corporate Governance*. OECD.
10. Papachristou, G., & Papachristou, M. (2014). The Worthiness of Corporate Governance in Public Sector. The case of public healthcare sector in Greece. *Corporate Ownership and Control*, 490-501.
11. Savedoff, W. (2011). *Governance in the Health Sector, A Strategy for Measuring Determinants and Performance*. The World Bank.
12. Spanos, L. (2005). Corporate Governance in Greece: developments and policy implications. *Corporate Governance: the International Journal of Business in Society*, 15-30.
13. The Netherlands Ministry of Finance. (2000). *Government Governance: Corporate Governance in the public sector, why and how?* Government Audit Policy Directorate.
14. Thorton, G., & ΟΠΑ. (2005). *Έρευνα Εταιρικής Διακυβέρνησης*. Ανάκτηση Μάιος 5, 2015, από [www.grant-thorton.gr](http://www.grant-thorton.gr).

## Ελληνική Βιβλιογραφία

15. Αθανασόπουλος, Δ. (1983). *Η Ελληνική Διοίκηση*. Εκδόσεις Παπαζήση.
16. Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, σσ. 109-120.
17. Βενετσανοπούλου, Μ. (2014). *Κακοδιαχείριση και Διαφθορά στη Δημόσια Διοίκηση*. Εκδόσεις Σάκκουλα.
18. Γενική Γραμματεία Δημοσίων Εσόδων. (2015). *Εγχειρίδιο Διενέργειας Εσωτερικών Ελέγχων*. Υπουργείο Οικονομικών.
19. Ελληνικό Παρατηρητήριο Εταιρικής Διακυβέρνησης. (2007). *Επιθεώρηση Ελληνικού Παρατηρητηρίου Εταιρικής Διακυβέρνησης, Τεύχος 1*. Ανάκτηση Μάιος 5, 2015, από [www.sev.org.gr](http://www.sev.org.gr).
20. Ελληνικό Παρατηρητήριο Εταιρικής Διακυβέρνησης. (2008). *Επιθεώρηση Ελληνικού Παρατηρητηρίου Εταιρικής Διακυβέρνησης, Τεύχος 2*. Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών.
21. Ελληνικό Συμβούλιο Εταιρικής Διακυβέρνησης. (2013). *Ελληνικός Κώδικας Εταιρικής Διακυβέρνησης για τις Εισηγμένες Εταιρείες*. Σύνδεσμος Επιχειρήσεων και Βιομηχανιών.
22. Καθαρακή, Μ., & Θαλασσοχώρης, Χ. (2007). *Ο Τομέας της Υγείας*. ΕΚΠΑ.
23. Κατοστάρα, Ν. (2007). *Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα*. ΕΚΠΑ.
24. Κουτούπης, Α. (2009). *Οι επιδράσεις του θεσμικού πλαισίου εταιρικής διακυβέρνησης και των βέλτιστων πρακτικών στην ανάπτυξη των συστημάτων εσωτερικού ελέγχου επιχειρήσεων*. Πάντειο Πανεπιστήμιο.
25. Κουτούπης, Α. (2011). *Εταιρική Διακυβέρνηση*. Ανάκτηση Μάρτιος 7, 2015, από [www.euro2day.gr](http://www.euro2day.gr).
26. Κουτούπης, Α. (2011). *Η υιοθέτηση βέλτιστων πρακτικών εταιρικής διακυβέρνησης από τις εισηγμένες επιχειρήσεις στην Ελλάδα - Κριτική επισκόπηση στη νομοθεσία και στον κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης του ΣΕΒ*. Ανάκτηση Απρίλιος 2, 2015, από [www.netakias.com](http://www.netakias.com).
27. Κουτούπης, Α. (2011). *Ο ρόλος του εσωτερικού ελέγχου στις μονάδες υγείας: Τυπική συμμόρφωση ή προσθήκη αξίας*. Ανάκτηση Μάρτιος 7, 2015, από [www.euro2day.gr](http://www.euro2day.gr).
28. Κουφόπουλος, Δ., Καλλιός, Κ., & Αγαλιώτη, Ν. (2007). *Η Διακυβέρνηση στο Εθνικό Σύστημα Υγείας - Μια εμπειρική προσέγγιση. Ναυτεμπορική*.

29. Κτιστάκη, Σ. (2014). *Εισαγωγή στη Δημόσια Διοίκηση*. Εκδόσεις Παπαζήση.
30. Λαζαρίδης, Θ. (2009). *Η εταιρική διακυβέρνηση στην Ελλάδα: εφικτότητα εφαρμογής στο σύγχρονο επιχειρησιακό - οργανωσιακό - πληροφοριακό - στρατηγικό και νομικό περιβάλλον*. ΔΠΘ.
31. Λαζαρίδης, Θ., & Δρυμπέτας, Ε. (2011). *Εταιρική Διακυβέρνηση, Διεθνής Πρακτική & Ελληνική Εμπειρία*. Εκδόσεις Σοφία.
32. Μανιού, Μ., & Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, σσ. 380-400.
33. Μάνος, Ι. (2014). *Αξιολόγηση Εσωτερικού Ελέγχου Δημόσιων και Στρατιωτικών Μονάδων Υγείας*. Πάντειο Πανεπιστήμιο.
34. Μέκος, Κ. (2003). *Η εταιρική διακυβέρνηση: όψεις του προβλήματος και πιθανές απαντήσεις*. Εκδόσεις Σταμούλης.
35. Μονογιός, Β. (2015). *Ο ρόλος των ελεγκτών στην εφαρμογή του συστήματος εταιρικής διακυβέρνησης*. Ανάκτηση Ιούνιος 5, 2015, από [www.accountancygreece.gr](http://www.accountancygreece.gr).
36. Μουζούλας, Σ. (2003). *Εταιρική Διακυβέρνηση, Διεθνής Εμπειρία, Ελληνική Πραγματικότητα*. Εκδόσεις Σάκκουλα.
37. Μούζουλας, Σ. (2003). *Ο Ν.3016/2002 για την εταιρική διακυβέρνηση. Κατ' άρθρο ερμηνεία: Αξιολόγηση από τη σκοπιά των θεσμικών επενδυτών*. Εκδόσεις Σάκκουλα.
38. Ν.1397/1983. (ΦΕΚ 143/Α/7.10.1983). *Εθνικό Σύστημα Υγείας*.
39. Ν.2071/1992. (ΦΕΚ 123/Α/15.7.1992). *Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας*.
40. Ν.2289/2001. (ΦΕΚ 37/Α/02.03.2001). *Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*.
41. Ν.3016/2002. (ΦΕΚ 110/Α/17.05.2002). *Για την εταιρική διακυβέρνηση, θέματα μισθολογίου και άλλες διατάξεις*.
42. Ν.3329/2005. (ΦΕΚ 81/Α/4.4.2005). *Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις*.
43. Ν.3868/2010. (ΦΕΚ 129/Α/3.8.2010). *Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις*.
44. Ξανθάκης, Μ., Τσιπούρη, Λ., & Σπανός, Λ. (2003). *Εταιρική Διακυβέρνηση*. Εκδόσεις Παπαζήση.

45. Ξύδης, Χ. (2013). *Διεθνές Πλαίσιο για την Εφαρμογή του Εσωτερικού Ελέγχου*. Ελληνικό Ινστιτούτο Εσωτερικών Ελεγκτών.
46. Οικονόμου, Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών υγείας στην Ελλάδα*. Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.
47. Παπαδημόπουλος, Ι. (2013). Στο Γ. Ασπιδίδη, *Εισαγωγή στην πολιτική και διοικητική οργάνωση του Ελληνικού Κράτους* (σσ. 9-40). Εκδόσεις Προπομπός.
48. Σεβαστάκη, Ε., & Διλιντάς, Α. (2005). Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα: Σύστημα Υγείας ή Σύστημα Ασθενείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, σσ. 11-15.
49. Τμήμα Οργάνωσης Κεντρικής Διοίκησης. (2014). *Μητρώο Υπηρεσιών και Φορέων της Ελληνικής Διοίκησης*. Υπουργείο Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.
50. Τσεκούρα, Κ. (2012). *Συγκριτική Ανάλυση των Συστημάτων Υγείας και Μελέτων των Δημόσιων και Ιδιωτικών Δαπανών*. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
51. Φίλος, Ι. (2004). *Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου Επιχειρήσεων*. Αθήνα: Εκδόσεις IQ Group.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι : Ν.3016/2002 «Για την εταιρική διακυβέρνηση, θέματα μισθολογίου και άλλες διατάξεις»

Παράρτημα ΙΙ : Ν.1397/1983 « Εθνικό Σύστημα Υγείας»

Παράρτημα ΙΙΙ : Ερωτηματολόγιο Εμπειρικής Μελέτης



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

## ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3016 / 2002

*«Για την εταιρική διακυβέρνηση, θέματα μισθολογίου και άλλες διατάξεις»  
(ΦΕΚ 110/17.05.2002)*

*όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 26 του νόμου 3091/2002 (ΦΕΚ, 330/24.12.2002)  
(Άρθρα 1- 11)*

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α

#### ΕΙΔΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΝΩΝΥΜΩΝ ΕΤΑΙΡΙΩΝ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΕΙΣΗΓΜΕΝΕΣ ΜΕΤΟΧΕΣ Ή ΑΛΛΕΣ ΚΙΝΗΤΕΣ ΑΞΙΕΣ ΤΟΥΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΧΡΗΜΑΤΙΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΓΟΡΑ ΠΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΕΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

##### Άρθρο 1

###### Πεδίο εφαρμογής

Οι διατάξεις του παρόντος κεφαλαίου εφαρμόζονται στις ανώνυμες εταιρίες που εισάγουν ή έχουν εισαγάγει μετοχές ή άλλες κινητές αξίες τους σε οργανωμένη χρηματιστηριακή αγορά. Οι διατάξεις του Κ.ν. 2190/1920, όπως κάθε φορά ισχύει, εφαρμόζονται, εφόσον δεν είναι αντίθετες με τις διατάξεις του νόμου αυτού. Με απόφασή της, η Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς μπορεί να ορίσει οργανωμένες αγορές στις οποίες οι διατάξεις των άρθρων 2 έως 8 δεν εφαρμόζονται, εν όλω ή εν μέρει."

\*\*\* Το άρθρο 1 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.10 άρθρ.52 Ν.3371/2005,ΦΕΚ Α 178/14.7.2005.

##### Α. Διοικητικό Συμβούλιο

##### Άρθρο 2

###### Υποχρεώσεις - Καθήκοντα

1. Πρώτιστη υποχρέωση και καθήκον των μελών του διοικητικού συμβουλίου (Δ.Σ.) κάθε εισηγμένης σε οργανωμένη χρηματιστηριακή αγορά εταιρίας είναι η διαρκής επιδίωξη της ενίσχυσης της μακροχρόνιας οικονομικής αξίας της εταιρίας και η προάσπιση του γενικού εταιρικού συμφέροντος.
2. Τα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου και κάθε τρίτο πρόσωπο στο οποίο έχουν ανατεθεί από το Δ.Σ. αρμοδιότητες του απαγορεύεται να επιδιώκουν ίδια συμφέροντα που αντιβαίνουν στα συμφέροντα της εταιρίας.
3. Τα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου και κάθε τρίτος στον οποίο έχουν ανατεθεί αρμοδιότητες του οφείλουν έγκαιρα να αποκαλύπτουν στα υπόλοιπα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου τα ίδια συμφέροντά τους, που ενδέχεται να ανακύψουν από συναλλαγές της εταιρίας που εμπíπτουν στα καθήκοντά τους, καθώς και κάθε άλλη σύγκρουση ιδίων συμφερόντων με αυτών της εταιρίας ή συνδεδεμένων με αυτήν επιχειρήσεων κατά την έννοια του άρθρου 42ε παρ. 5 του Κ.Ν. 2190/1920, που ανακύπτει κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.
4. Το Διοικητικό Συμβούλιο κατ' έτος συντάσσει έκθεση στην οποία αναφέρονται αναλυτικά οι συναλλαγές της εταιρίας με τις συνδεδεμένες με αυτήν επιχειρήσεις του άρθρου 42ε παρ. 5 του Κ.Ν. 2190/1920. Η έκθεση αυτή γνωστοποιείται στις εποπτικές αρχές.

\*\*\* Η παρ.4 ΚΑΤΑΡΓΗΘΗΚΕ με το άρθρο 15 Ν.3756/2009,ΦΕΚ Α 53/31.3.2009.

##### Άρθρο 3

###### Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο αποτελείται από εκτελεστικά και μη εκτελεστικά μέλη. Εκτελεστικά μέλη θεωρούνται αυτά που ασχολούνται με τα καθημερινά θέματα διοίκησης της εταιρίας, ενώ μη εκτελεστικά τα επιφορτισμένα με

την προαγωγή όλων των εταιρικών ζητημάτων. Ο αριθμός των μη εκτελεστικών μελών του διοικητικού συμβουλίου δεν πρέπει να είναι μικρότερος του 1/3 του συνολικού αριθμού των μελών. Αν προκύψει κλάσμα, στρογγυλοποιείται στον επόμενο ακέραιο αριθμό. Μεταξύ των μη εκτελεστικών μελών πρέπει να υπάρχουν δύο τουλάχιστον ανεξάρτητα μέλη κατά την έννοια του άρθρου 4 του νόμου αυτού. Η ύπαρξη ανεξαρτήτων μελών δεν είναι υποχρεωτική, όταν στο Διοικητικό Συμβούλιο ορίζονται ρητά και συμμετέχουν ως μέλη εκπρόσωποι της μειοψηφίας των μετόχων. "Η ιδιότητα των μελών του διοικητικού συμβουλίου ως εκτελεστικών ή μη ορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο. Τα ανεξάρτητα μέλη ορίζονται από τη Γενική Συνέλευση. Αν εκλεγεί από το Διοικητικό Συμβούλιο προσωρινό μέλος μέχρι την πρώτη Γενική Συνέλευση σε αναπλήρωση άλλου ανεξάρτητου που παραιτήθηκε, εξέλιπε ή για οποιονδήποτε λόγο κατέστη έκπτωτο, το μέλος που εκλέγεται πρέπει να είναι και αυτό ανεξάρτητο"

\*\*\* Το άνω εντός" " εδάφιο προστέθηκε με την παρ.1 άρθρ.26 Ν.3091/2002,ΦΕΚ Α 330/24.12.2002.

2. Θέματα που αφορούν τις κάθε είδους αμοιβές που καταβάλλονται στα διευθυντικά στελέχη της εταιρίας, τους εσωτερικούς ελεγκτές αυτής και τη γενικότερη πολιτική των αμοιβών της εταιρίας αποφασίζονται από το Διοικητικό Συμβούλιο.

#### **Άρθρο 4**

##### **Ανεξάρτητα μη εκτελεστικά μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου**

1. Τα ανεξάρτητα μη εκτελεστικά Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου πρέπει κατά τη διάρκεια της θητείας τους να μην κατέχουν μετοχές σε ποσοστό μεγαλύτερο του 0,5% του μετοχικού κεφαλαίου της εταιρίας και να μην έχουν σχέση εξάρτησης με την εταιρία ή με συνδεδεμένα με αυτή πρόσωπα. Σχέση εξάρτησης υπάρχει όταν μέλος του διοικητικού συμβουλίου:

α. Διατηρεί επιχειρηματική ή άλλη επαγγελματική σχέση με την εταιρία ή με συνδεδεμένη με αυτή επιχείρηση κατά την έννοια του άρθρου 42ε παρ.5 του Κ.Ν. 2190/1920, η οποία σχέση από τη φύση της επηρεάζει την επιχειρηματική της δραστηριότητα, όταν ιδίως είναι σημαντικός προμηθευτής ή πελάτης της εταιρίας.

β. Είναι πρόεδρος του Δ.Σ. ή διευθυντικό στέλεχος της εταιρίας, καθώς και εάν έχει τις ως άνω ιδιότητες ή είναι εκτελεστικό μέλος του διοικητικού συμβουλίου σε συνδεδεμένη με την εταιρία επιχείρηση κατά την έννοια του άρθρου 42ε παρ. 5 του Κ.Ν. 2190/1920 ή διατηρεί σχέση εξαρτημένης εργασίας ή έμμισθης εντολής με την εταιρία ή τις συνδεδεμένες με αυτήν επιχειρήσεις.

γ. Έχει συγγένεια μέχρι δεύτερου βαθμού ή είναι σύζυγος εκτελεστικού μέλους του διοικητικού συμβουλίου ή διευθυντικού στελέχους ή μετόχου που συγκεντρώνει την πλειοψηφία του μετοχικού κεφαλαίου της εταιρίας ή συνδεδεμένης με αυτήν επιχείρησης κατά την έννοια του άρθρου 42ε παρ. 5 του Κ.Ν. 2190/1920.

δ. Έχει διοριστεί σύμφωνα με το άρθρο 18 παρ. 3 του Κ.Ν. 2190/1920.

\*\*\* Το πρώτο εδάφιο της παρ.1 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.1β άρθρ.26 Ν.3091/2002,ΦΕΚ Α 330/24.12.2002.

2. Τα ανεξάρτητα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου μπορούν να υποβάλλουν, ο καθένας ή από κοινού, αναφορές και ξεχωριστές εκθέσεις από αυτές του διοικητικού συμβουλίου προς την τακτική ή έκτακτη γενική συνέλευση της εταιρίας, εφόσον κρίνουν τούτο αναγκαίο.

3. Προκειμένου να ελεγχθεί η τήρηση των διατάξεων του νόμου αυτού η εταιρία, μέσα σε είκοσι ημέρες από τη συγκρότηση σε σώμα του Δ.Σ., υποβάλλει στην Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς το πρακτικό της γενικής συνέλευσης που εξέλεξε τα ανεξάρτητα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου. Ομοίως υποβάλλεται μέσα στην ίδια προθεσμία και το πρακτικό του διοικητικού συμβουλίου, στο οποίο ορίζεται η ιδιότητα του κάθε μέλους του διοικητικού συμβουλίου ως εκτελεστικού, μη εκτελεστικού ή εκλέγεται προσωρινό ανεξάρτητο μέλος σε αντικατάσταση άλλου που παραιτήθηκε, εξέλιπε ή για οποιονδήποτε λόγο κατέστη έκπτωτο.

\*\*\* Η παρ.1 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.1γ άρθρ.26 Ν.3091/2002,ΦΕΚ Α 330/24.12.2002.

#### **Άρθρο 5**

##### **Αμοιβή των μη εκτελεστικών μελών**

Η αμοιβή και οι τυχόν λοιπές αποζημιώσεις των μη εκτελεστικών μελών .....

## **B. Εσωτερικός κανονισμός και εσωτερικός έλεγχος**

### **Άρθρο 6**

#### **Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας**

1. Προκειμένου μία εταιρία να εισαγάγει μετοχές ή άλλες κινητές αξίες της σε οργανωμένη χρηματιστηριακή αγορά, κατά την υποβολή της αίτησης περί εισαγωγής πρέπει να διαθέτει Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας. Ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας καταρτίζεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου της εταιρίας.

#### 2. Ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας περιλαμβάνει:

α. Τη διάρθρωση των υπηρεσιών της εταιρίας, τα αντικείμενά τους, καθώς και τη σχέση των υπηρεσιών μεταξύ τους και με τη διοίκηση. Στον Κανονισμό προβλέπονται τουλάχιστον υπηρεσίες Εσωτερικού Ελέγχου, Εξυπηρέτησης Μετόχων και Εταιρικών Ανακοινώσεων.

β. Τις αρμοδιότητες των εκτελεστικών και μη εκτελεστικών μελών του διοικητικού συμβουλίου.

γ. Τις διαδικασίες πρόσληψης των διευθυντικών στελεχών της εταιρίας και αξιολόγησης της απόδοσής τους.

δ. Τις διαδικασίες παρακολούθησης:

αα) των συναλλαγών που πραγματοποιούν τα πρόσωπα που απασχολεί η εταιρία είτε με σύμβαση εργασίας είτε άλλως και τα οποία έχουν πρόσβαση σε προνομιακές πληροφορίες, καθώς και τα πρόσωπα που ασκούν διευθυντικά καθήκοντα στην εταιρία και οι έχοντες στενό δεσμό με αυτά τα πρόσωπα, σε κινητές αξίες της εταιρείας ή συνδεδεμένων επιχειρήσεων κατά την έννοια του άρθρου 42ε παρ. 5 του κ.ν. 2190/1920, εφόσον οι κινητές αξίες είναι υπό διαπραγμάτευση σε οργανωμένη αγορά,

ββ) άλλων οικονομικών δραστηριοτήτων των προσώπων που ασκούν διευθυντικά καθήκοντα σε εταιρία και οι οποίες σχετίζονται με την εταιρία και τους βασικούς πελάτες ή προμηθευτές.

ε. Τις διαδικασίες δημόσιας γνωστοποίησης συναλλαγών των προσώπων που ασκούν διευθυντικά καθήκοντα στην εταιρία και των προσώπων που έχουν στενό δεσμό με αυτά τα πρόσωπα, καθώς και άλλων προσώπων για τα οποία η εταιρία έχει υποχρέωση γνωστοποίησης σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

στ. Τους κανόνες που διέπουν τις συναλλαγές μεταξύ συνδεδεμένων εταιρειών, την παρακολούθηση των συναλλαγών αυτών και την κατάλληλη γνωστοποίησή τους στα όργανα και τους μετόχους της εταιρείας."

\*\*\* Η παρ.2 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.3 άρθρου 32 Ν.3340/2005,ΦΕΚ Α` 112/10.5.2005.ΕΝΑΡΞΗ ΙΣΧΥΟΣ δύο μήνες μετά την δημοσίευση του Ν.3340/2005.

### **Άρθρο 7**

#### **Οργάνωση του εσωτερικού ελέγχου**

1. Η οργάνωση και λειτουργία εσωτερικού ελέγχου αποτελεί προϋπόθεση για την εισαγωγή των μετοχών ή άλλων κινητών αξιών σε οργανωμένη χρηματιστηριακή αγορά. Η διενέργεια εσωτερικού ελέγχου πραγματοποιείται από ειδική υπηρεσία της εταιρίας."

\*\*\* Η παρ.1 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.1γ άρθρ.26 Ν.3091/2002,ΦΕΚ Α 330/24.12.2002.

2. Οι εσωτερικοί ελεγκτές κατά την άσκηση των καθηκόντων τους είναι ανεξάρτητοι, δεν υπάγονται ιεραρχικά σε καμία άλλη υπηρεσιακή μονάδα της εταιρίας και εποπτεύονται από ένα έως τρία μη εκτελεστικά μέλη του διοικητικού συμβουλίου.

3. Οι εσωτερικοί ελεγκτές ορίζονται από το Διοικητικό Συμβούλιο της εταιρίας και είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Δεν μπορούν να ορισθούν ως εσωτερικοί ελεγκτές Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, διευθυντικά στελέχη τα οποία έχουν και άλλες εκτός του εσωτερικού ελέγχου αρμοδιότητες ή συγγενείς των παραπάνω μέχρι και του δεύτερου βαθμού εξ αίματος ή εξ αγχιστείας. Η εταιρία υποχρεούται να ενημερώνει την Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς για οποιαδήποτε μεταβολή στα πρόσωπα ή την Οργάνωση του εσωτερικού ελέγχου εντός δέκα εργάσιμων ημερών από τη μεταβολή αυτήν.

\*\*\* Η παρ.3 αντικαταστάθηκε ως άνω με την παρ.1ε άρθρ.26 Ν.3091/2002,ΦΕΚ Α 330/24.12.2002.

4. Κατά την άσκηση των καθηκόντων τους οι εσωτερικοί ελεγκτέςδικαιούνται να λάβουν γνώση οποιουδήποτε βιβλίου, εγγράφου, αρχείου, τραπεζικού λογαριασμού και χαρτοφυλακίου της εταιρίας και να έχουν πρόσβαση σε οποιαδήποτε υπηρεσία της εταιρίας. Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου οφείλουν να συνεργάζονται και να

παρέχουν πληροφορίες στους εσωτερικούς ελεγκτές και γενικά να διευκολύνουν με κάθε τρόπο το έργο τους. Η διοίκηση της εταιρίας οφείλει να παρέχει στους εσωτερικούς ελεγκτές όλα τα απαραίτητα μέσα για τη διευκόλυνση του έργου τους.

#### **Άρθρο 8**

##### **Αρμοδιότητες της Υπηρεσίας Εσωτερικού Ελέγχου**

Η Υπηρεσία Εσωτερικού Ελέγχου έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α. Παρακολουθεί την εφαρμογή και τη συνεχή τήρηση του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας και του καταστατικού της εταιρίας, καθώς και της εν γένει νομοθεσίας που αφορά την εταιρία και ιδιαίτερα της νομοθεσίας των ανωνύμων εταιριών και της χρηματιστηριακής.

β. Αναφέρει στο Διοικητικό Συμβούλιο της εταιρίας περιπτώσεις σύγκρουσης των ιδιωτικών συμφερόντων των μελών του διοικητικού συμβουλίου ή των διευθυντικών στελεχών της εταιρίας με τα συμφέροντα της εταιρίας, τις οποίες διαπιστώνει κατά την άσκηση των καθηκόντων του.

γ. Οι εσωτερικοί ελεγκτές οφείλουν να ενημερώνουν εγγράφως μια φορά τουλάχιστον το τρίμηνο το Διοικητικό Συμβούλιο για το διενεργούμενο από αυτούς έλεγχο και να παρίστανται κατά τις γενικές συνελεύσεις των μετόχων.

δ. Οι εσωτερικοί ελεγκτές παρέχουν, μετά από έγκριση του Δ.Σ. της εταιρίας, οποιαδήποτε πληροφορία ζητηθεί εγγράφως από Εποπτικές Αρχές, συνεργάζονται με αυτές και διευκολύνουν με κάθε δυνατό τρόπο το έργο παρακολούθησης, ελέγχου και εποπτείας που αυτές ασκούν.

#### **Γ. Λοιπές και Μεταβατικές διατάξεις**

#### **Άρθρο 9**

##### **Αυξήσεις του μετοχικού κεφαλαίου με καταβολή μετρητών - Αποκλίσεις στη χρήση αντληθέντων κεφαλαίων**

.....

#### **Άρθρο 10**

##### **Συνέπειες παραβίασης των διατάξεων του παρόντος**

.....

#### **Άρθρο 11**

##### **Μεταβατικές διατάξεις**

.....

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397 / 1983

*«Εθνικό Σύστημα Υγείας»*

*(ΦΕΚ 143/07.10.1983)*

*όπως τροποποιήθηκε έως σήμερα*

#### **Άρθρο 1**

##### **Γενικές αρχές**

1. Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας στοβσύνολο των πολιτών.
2. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο εθνικό σύστημα υγείας, που οργανώνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

\*\*\*Το άρθρο 1 που είχε αντικατασταθεί με το άρθρο 1 του Ν. 2071/1992 ΦΕΚ Α 123, (το οποίο όμως καταργήθηκε με την παρ.2 του άρθρου 12 του Ν.2194/1994 ΦΕΚ Α 34), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την αντικατάστασή του με τον Ν.2071/1992

#### **Άρθρο 2**

##### **Υγειονομικές περιφέρειες**

1. Η Χώρα διαιρείται σε Υγειονομικές περιφέρειες.
2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του συμβουλίου υγείας (Κ.Ε.Σ.Υ), ορίζονται ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών, τα όρια και η έδρα τους.

\*\*\*Το άρθρο 2, που είχε αντικατασταθεί με το άρθρο 2 του Ν.2071/1992 ΦΕΚ Α 123, (το οποίο όμως καταργήθηκε με την παρ.2 του άρθρου 12 του Ν.2194/1994 ΦΕΚ Α 34), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως αυτό ίσχυε πριν από την αντικατάστασή του με τον Ν.2071/1992

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Σχετικά εκδόθηκε το Π.Δ. 31/1986 (Α' 12), με το οποίο ορίστηκε ότι η Χώρα διαιρείται σε 9 υγειονομικές περιφέρειες.

#### **Άρθρο 3**

##### **Περιφερειακά συμβούλια υγείας**

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).
2. Τα ΠΕ.Σ.Υ. είναι όργανα (α) γνωμοδοτικά σε θέματα προγραμματισμού (β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους και (γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του συστήματος σε περιφερειακό επίπεδο και της εφαρμογής προγραμμάτων υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προγραμματισμό και το γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ.
3. Τα ΠΕ.Σ.Υ. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της προηγούμενης παραγράφου γνωμοδοτούν και εισηγούνται στο ΚΕ.Σ.Υ. με δική τους πρωτοβουλία ή ύστερα από σχετικό ερώτημα.
4. Οι πρόεδροι των ΠΕ.Σ.Υ. ή οι νόμιμοι αναπληρωτές τους μετέχουν στην ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. έχουν όμως δικαίωμα ψήφου μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρειά τους.
5. Τα νομαρχιακά συμβούλια εκφράζουν γνώμη στα ΠΕ.Σ.Υ. για θέματα παροχής υπηρεσιών υγείας στο νόμο τους.

\*\*\*Το άρθρο 3 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευση του Ν.2071/1992. ΚΑΤΑΡΓΗΘΗΚΕ εκ νεου με την παρ. 3 αρθ 14 του Ν.2889/2.3.2001 (ΦΕΚ Α 37)

#### **Άρθρο 4**

#### **Συγκρότηση - λειτουργία - όργανα - εκπροσώπηση ΠΕ.Σ.Υ.**

1. Τα ΠΕ.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη:

α) Δύο εκπροσώπους των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο μετά από προτάσεις των ιατρικών συλλόγων της περιφέρειας

β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική ομοσπονδία, μετά από προτάσεις των οδοντιατρικών συλλόγων της περιφέρειας.

γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από τον πανελλήνιο φαρμακευτικό σύλλογο μετά από προτάσεις των φαρμακευτικών συλλόγων της περιφέρειας.

δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο του αντίστοιχου τμήματος.

ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων που ανήκουν σ' αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. από υποψήφιους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση.

στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική ένωση δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.) μετά από προτάσεις των τοπικών ενώσεων δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.

ζ) Έναν εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από τη Γ.Σ.Ε.Ε. μετά από προτάσεις των εργατικών κέντρων της περιφέρειας.

η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών οργάνωσεων των αγροτών της υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την οικεία ανώτατη συνδικαλιστική επαγγελματική οργάνωση αγροτών μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων συλλόγων.

θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχειώδους και μέσης εκπαίδευσης που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρεια, ο οποίος εκλέγεται μεταξύ εκπροσώπων, που ορίζονται από τη ΔΟΕ, την ΟΛΜΕ και την ΟΛΤΕ, μετά από πρόταση των πρωτοβάθμιων αντίστοιχων οργανώσεων της περιφέρειας.

ι) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ή Ν.Π.Δ.Δ., που εποπτεύεται από αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

ια) Έναν υπάλληλο του Υπουργείου Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή Ν.Π.Δ.Δ. που εποπτεύεται απ' αυτό, ο οποίος ορίζεται από τον Υπουργό Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ιβ) Δύο πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

2. Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αν κάποιος φορέας δεν ορίζεται εμπρόθεσμα τον εκπρόσωπό του, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε μέλος ορίζεται με την ίδια διαδικασία ο αναπληρωτής του.

3. Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

4. Στα ΠΕ.Σ.Υ. μετέχουν χωρίς ψήφο οι πρόεδροι των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων της υγειονομικής περιφέρειας.

5. Η θητεία των μελών των ΠΕ.Σ.Υ. είναι 3ετής. Στην πρώτη εφαρμογή του νόμου η θητεία των μελών των ΠΕ.Σ.Υ. είναι 3ετής. Στην πρώτη εφαρμογή του νόμου η θητεία των μελών των ΠΕ.Σ.Υ. λήγει με τη λήξη της θητείας των μελών του ΚΕ.Σ.Υ. Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους ΠΕ.Σ.Υ. για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του. Η ολομέλεια του ΠΕ.Σ.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία. Ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των γιατρών-μελών του ΠΕ.Σ.Υ.

6. Το ΠΕ.Σ.Υ. εκπροσωπείται από τον πρόεδρο και σε περίπτωση κωλύματος από τον αντιπρόεδρο.

7. Όργανα του ΠΕ.Σ.Υ. είναι η ολομέλεια και η εκτελεστική επιτροπή.

8. Η ολομέλεια είναι το αποφασιστικό όργανο του ΠΕ.Σ.Υ. για όλα τα θέματα της αρμοδιότητάς της και οι αποφάσεις του λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των μελών που βρίσκονται στη συνεδρίαση. Για τη συγκρότηση απαρτίας απαιτείται η παρουσία των τριών πέμπτων (3/5) τουλάχιστον των μελών του ΠΕ.Σ.Υ. Μέλος του ΠΕ.Σ.Υ. που απουσιάζει αδικαιολόγητα σε περισσότερες από δύο συνεχείς συνεδριάσεις αντικαθίσταται.

9. Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και ένα (1) μέλος του που εκλέγεται από την ολομέλεια στην πρώτη της συνεδρίαση με μυστική ψηφοφορία. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα θέματα για συζήτηση, συντάσσοντας ειδική εισήγηση για κάθε θέμα. Η εισαγωγή των θεμάτων για συζήτηση στην ολομέλεια γίνεται με πρωτοβουλία της ή ύστερα από ανάθεση της ολομέλειας ή ύστερα από παραπομπή του ΚΕ.Σ.Υ. Η εκτελεστική επιτροπή έχει την ευθύνη για την προώθηση και υλοποίηση των αποφάσεων της ολομέλειας. Η εκτελεστική επιτροπή μπορεί να προτείνει τη σύσταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας για την εκτέλεση συγκεκριμένου έργου στα πλαίσια των σκοπών του ΠΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση των προτεινόμενων επιτροπών και ομάδων εργασίας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της εκτελεστικής επιτροπής, του ΚΕ.Σ.Υ. Με την απόφαση συγκρότησης κάθε επιτροπής, ή ομάδας εργασίας, καθορίζονται το έργο, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις των μελών της, η καταβολή ή μη αποζημιώσεις στα μέλη κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

10. Τα μέλη της εκτελεστικής επιτροπής του ΠΕ.Σ.Υ. ασκούν το έργο τους με πλήρη απασχόληση. Με επιφύλαξη των διατάξεων των άρθρων 1,3,4 και 6 του ν.1256/1982 (ΦΕΚ Α 65) , όπως τροποποιήθηκε από το άρθρο 33 του ν.1326/1983 (ΦΕΚ Α 19), τους καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή που το ύψος της καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Για τα λοιπά μέλη του ΠΕ.Σ.Υ. και τα μέλη των επιτροπών και ομάδων εργασίας της προηγούμενης παραγράφου, η αποζημίωση κατά συνεδρίαση ή εφάπαξ ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την επιφύλαξη των παραπάνω διατάξεων του ν.1256/1982. Η αποζημίωση αυτή καταβάλλεται και στον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο εφόσον δεν δικαιούνται να παίρνουν τη μηνιαία αμοιβή της παραγράφου αυτής.

11. Στη νομαρχία της έδρας κάθε ΠΕ.Σ.Υ. λειτουργεί γραμματεία αυτού. Η γραμματεία στελεχώνεται με υπαλλήλους της νομαρχίας και υπαλλήλους Ν.Π.Δ.Δ. που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Οι υπάλληλοι αυτοί τοποθετούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν συναρμόδιου Υπουργού. Η γραμματεία συγκεντρώνει και επεξεργάζεται τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για το έργο του συμβουλίου και διεξάγει κάθε εργασία σχετική με το έργο αυτό.

12. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, και να προσθέτονται στον οργανισμό του θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου των ΠΕ.Σ.Υ. Οι θέσεις αυτές αποτελούν ιδιαίτερο κλάδο και ο αριθμός τους δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από πέντε (5) για κάθε ΠΕ.Σ.Υ. Με το π.δ/γμα σύστασης ορίζονται τα προσόντα για την κατάληψη των θέσεων αυτών και η αμοιβή των προσλαμβανομένων. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν.993/1979 (ΦΕΚ 281). Οι υπάλληλοι που προσλαμβάνονται στις θέσεις αυτές υπηρετούν στις έδρες των ΠΕ.Σ.Υ.

13. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας γράφονται κάθε χρόνο σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του ΚΕ.Σ.Υ. και των ΠΕ.Σ.Υ.

14. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας των ΠΕ.Σ.Υ., οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών τους και των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής τους, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας της γραμματείας των ΠΕ.Σ.Υ. και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

\*\*\*Το άρθρο 4 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευσή του Ν.2071/1992

## **Άρθρο 5**

### **Μονάδες Περίθαλψης**

1. Η περίθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, παρέχεται δε από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.
2. Η περίθαλψη γενικά πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων του δημοσίου από ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης ή ιδιώτες ιατρούς, γίνεται με ειδικές συμβάσεις ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε συναρμόδιου Υπουργού.
3. Στις διατάξεις του παρόντος νόμου, δεν υπάγονται μονάδες περίθαλψης που ανήκουν στο Πανεπιστήμιο ή στις Ενοπλες Δυνάμεις.

\*\*\* Το άρθρο 5 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 11 Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123)

## **Άρθρο 6**

### **Νοσοκομεία**

\*\*\*Το άρθρο 6 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123)

\*\*\* Η παρ.1 ΚΑΤΑΡΓΗΘΗΚΕ με το άρθρ.14 Ν.2889/2001,ΦΕΚ Α 37/2.3.2001

## **Άρθρο 7**

### **Εποπτεία νοσοκομείων**

1.Όλα τα νοσοκομεία, οποιασδήποτε νομικής μορφής υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίο ανήκουν. Η εποπτεία ασκείται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, τον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 και τα Ν.Π.Ι.Δ. που επιχορηγούνται από το κράτος υπόκεινται και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων.

\*\*\*Η παρ.1 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν.2071/1992 (Α 123),επανήλθε σε ισχύ με το άρθρο 14 του Ν.2519/1997 (Α 165)

\*\*\*Το άρθρο 7 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123)

## **Άρθρο 8**

### **Διάκριση νοσοκομείων**

1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς, χειρουργικό και παθολογικό. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.
2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά νοσοκομεία της οικείας υγειονομικής περιφέρειας καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες της, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας. Τα νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκες κυρίως του πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.
3. Η κατάταξη των νοσοκομείων κατά κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται με τον οργανισμό τους.
4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών.
5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διασυνδέονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της



υγειονομικής περιφέρειας όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Η πιο πάνω διασύνδεση είναι και λειτουργική επιτρέπεται δε και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή περισσότερων υγειονομικών περιφερειών, εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες περίθαλψης των ασθενών και η καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων."

\*\*\* Το άρθρο 8 που είχε αντικατασταθεί ως άνω με το άρθρο 54 Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123),ΚΑΤΑΡΓΗΘΗΚΕ με το άρθρο 14 Ν.2889/2001

## **Άρθρο 9**

### **Διοίκηση νοσοκομείων**

4. Κατεξάιρεση, το διοικητικό συμβούλιο του Δημοτικού Συμβουλίου Νοσοκομείου Αθηνών ``ΕΛΠΙΣ`` που υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ.2592/1953, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ.6 του αρ.6 το νόμου αυτού, αποτελείται από 7 μέλη:

Α)το Δήμαρχο Αθηναίων ή δημοτικό σύμβουλο που ορίζεται απ' αυτόν ως Πρόεδρος,

Β)έναν (Ι) εκπρόσωπο του Δήμου Αθηναίων, που ορίζεται από το Διοικητικό Συμβούλιο,

Γ)έναν (Ι) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (Ι) εκπρόσωπο των υπολοίπων εργαζομένων στο Νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς,

Δ) 3 πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκρότησης του Δ.Σ. ορίζεται και ο αντιπρόεδρος αυτού, ο οποίος προσφέρει στο Νοσοκομείο τις υπηρεσίες του με πλήρη απασχόληση εκτός αν με πράξη του Δ.Σ.μεταβιβασθούν αρμοδιότητές του σε συντονιστή.

\*\*\*Η παρ.4 εξακολουθεί να ισχύει σύμφωνα με την παρ.2 του άρθρου 57 του Ν.2519/1997 (Α 165)

\*\*\*Το άρθρο 9 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

## **Άρθρο 10**

### **Οργάνωση νοσοκομείων**

\*\*\*Το άρθρο 10 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123)

## **Άρθρο 11**

### **Διάρθρωση ιατρικής υπηρεσίας**

\*\*\*Το άρθρο 11 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123)

\*\*\* Η παρ.3 ΚΑΤΑΡΓΗΘΗΚΕ με το άρθρ.14 Ν.2889/2001,ΦΕΚ Α 37/2.3.2001

## **Άρθρο 12**

### **Επιστημονική επιτροπή**

1. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, που αποτελείται από πέντε (5) μέλη.....

\*\*\* Η παρ.1 ΚΑΤΑΡΓΗΘΗΚΕ με το άρθρ.14 Ν.2889/2001,ΦΕΚ Α 37/2.3.2001

2. Η επιστημονική επιτροπή εκφράζει γνώμη για κάθε θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου που έχει σχέση με την ιατρική υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό σε τεχνολογικό υλικό του νοσοκομείου, συντονίζει και ελέγχει την εκπαίδευση των γιατρών για την λήψη ειδικότητας και χορηγεί τα πιστοποιητικά άσκησης και απόδοσής τους. Για την καλύτερη εφαρμογή των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, την εκτίμηση και αξιολόγηση της απόδοσής τους, η επιστημονική επιτροπή των νομαρχιακών νοσοκομείων συνεργάζεται με τις πανεπιστημιακές κλινικές του περιφερειακού νοσοκομείου της υγειονομικής περιφέρειας, στο πλαίσιο της διασύνδεσης των νοσοκομείων σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

3. Στις συνεδριάσεις της επιστημονικής επιτροπής καλούνται και συμμετέχουν, χωρίς ψήφο, οι διευθυντές των τομέων της ιατρικής υπηρεσίας.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζονται ειδικότερα η οργάνωση και λειτουργία της επιστημονικής επιτροπής, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών της τα καθήκοντα των επιστημονικών υπευθύνων των τμημάτων, ο τρόπος εκλογής και ανάκλησης των διευθυντών των τομέων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Με απόφαση του ΠΕ.Σ.Υ. οι πρόεδροι των επιστημονικών επιτροπών των νοσοκομείων της περιφέρειας συνέρχονται τουλάχιστον μια φορά τον χρόνο τακτική συνεδρίαση για τον καλύτερο συντονισμό της ιατρικής λειτουργίας των νοσοκομείων της περιφέρειας.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Κατά το άρθρο 10 παρ.2 εδ.δεύτερο του Ν.1579/1985 (Α217): "Στην επιστημονική επιτροπή των ειδικών κέντρων που ορίζεται με το άρθρο 12 του Ν.1397/1983 συμμετέχει και μέλος του ΔΕΠ ιατρικών τμημάτων των πανεπιστημίων της Χώρας, όπως ορίζεται με τον οργανισμό τους."

\*\*\*Το άρθρο 12 που είχε αντικατασταθεί με το άρθρο 60 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με το πρώτο εδάφιο της παρ.7 του άρθρου 8 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν την αντικατάστασή του με τον Ν.2071/1992.Το άρθρο 60 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123) καταργήθηκε με το δεύτερο εδάφιο της παρ.7 του άρθρου 8 Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34).Οι διατάξεις του παρόντος άρθρου ισχύουν και για τις κατά την δημοσίευση του Ν.2194/1994 εκλεγμένες επιστημονικές επιτροπές.

### **Άρθρο 13**

#### **Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες**

1. Στα νοσοκομεία μπορεί να εγκαθίστανται και να λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που στελεχώνονται αποκλειστικά με πανεπιστημιακό ιατρικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό. Η διάταξη αυτή δεν αναφέρεται στους ειδικευόμενους και μετεκπαιδευόμενους. Οι πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες εντάσσονται στον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου και αποτελούν τμήματά του. Η δύναμη κάθε πανεπιστημιακής κλινικής δεν υπερβαίνει τα σαράντα πέντε (45) κρεβάτια. Η διάταξη ισχύει και για τις πανεπιστημιακές κλινικές που λειτουργούν σήμερα στα νοσοκομεία. Η εγκατάσταση γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, ύστερα από γνώμη του ιατρικού τμήματος και πρότασης του ΚΕ.Σ.Υ. Με όμοιες αποφάσεις μεταφέρονται πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες που λειτουργούν σήμερα στα νοσοκομεία. "Το όριο αυτό μπορεί να αυξάνεται ή να μειώνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως".

\*\*\*Το ως άνω εντός " " εδάφιο προστέθηκε στην παρ. 1, διά του άρθρου 19 παρ. 1 του Ν. 1579/1985 (Α 217).

2. Τα πανεπιστημιακά τμήματα στα πλαίσια του τομέα που υπάγονται λειτουργούν και διοικούνται σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 11 και 12 του νόμου αυτού. Το πανεπιστημιακό προσωπικό, σε ό,τι αφορά την υπηρεσία του στο νοσοκομείο, θεωρείται ότι βρίσκεται σε οργανική σχέση με αυτό και υπάγεται στη δικαιοδοσία, τον επιστημονικό και ιεραρχικό έλεγχο των αρμόδιων οργάνων του νοσοκομείου, όπως και το λοιπό προσωπικό της ιατρικής υπηρεσίας.

3. Μέσα σε δώδεκα μήνες από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, οι συμβάσεις που ισχύουν για την εγκατάσταση πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων σε νοσοκομεία λήγουν χωρίς αποζημίωση. Διατάξεις νόμου ή π.δ/τα για την εγκατάσταση πανεπιστημιακών κλινικών εργαστηρίων και ειδικών μονάδων σε νοσηλευτικά ιδρύματα του ΝΔ.2592/1953 καταργούνται. Οι κλινικές αυτές, τα εργαστήρια και οι ειδικές μονάδες εξακολουθούν να λειτουργούν στα παραπάνω νοσοκομεία μέχρι την εγκατάστασή τους σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού.

### **Άρθρο 14**

#### **Κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία**

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται σε κάθε νομό κέντρα υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Με την ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή ευθύνης των περιφερειακών ιατρείων του και συνιστώνται οι θέσεις του προσωπικού του, που προσθέτονται στις θέσεις που προβλέπονται στον οργανισμό του νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας. Η έδρα κάθε κέντρου υγείας ορίζεται με κριτήριο την ισόρροπη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Τα περιφερειακά ιατρεία των

κέντρων υγείας διακρίνονται σε ιατρεία με ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας. Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο κέντρο υγείας.

2. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο πιστώσεις για το σκοπό αυτόν σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Κατά το άρθρο 12 παρ.3 του Ν.1579/1985 (Α 217): "Η έδρα και η περιοχή ευθύνης των περιφερειακών ιατρείων και τα αγροτικά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί, που συγχωνεύονται σε κάθε κέντρο υγείας, σύμφωνα με τα άρθρα 14 και 20 του ν. 1397/1983, ορίζονται με απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά την έκδοση της κοινής απόφασης σύστασης των κέντρων υγείας και μέχρι τις 31.12.1986. Η σύσταση των προσωρινών θέσεων και η κατάταξη των υπαλλήλων, σύμφωνα με το άρθρο 20 του παραπάνω νόμου, γίνεται μετά την σύσταση των κέντρων υγείας με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων".

4. Στα Κέντρα Υγείας μπορεί να διορίζεται, με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας τριμελής Διοικούσα Επιτροπή, η οποία αποτελείται: α) από τον Πρόεδρο, που ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, β) από τον Υπεύθυνο για το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας και γ) από έναν δημοτικό σύμβουλο του δήμου της έδρας του Κέντρου Υγείας, που ορίζεται από το δήμο. Η θητεία των μελών της Διοικούσας Επιτροπής είναι τριετής. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζονται οι αρμοδιότητες της Διοικούσας Επιτροπής του Κέντρου Υγείας.

\*\*\*Η παρ.4 του άρθρου 14, η οποία προστέθηκε με το άρθρο 62 του Ν.1759/1988 (Α'50), το οποίο αφού είχε καταργηθεί με το Ν.2071/92, επανήλθε πάλι σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (Α 34) και αντικαταστάθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 24 του Ν. 3172/2003 (ΦΕΚ Α 197), αντικαταστάθηκε εκ νέου ως άνω με το άρθρο 26 παρ.1 του Ν.4025/2011 (ΦΕΚ Α 228 2.11.2011)

\*\*\*Το άρθρο 14 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευση του Ν.2071/1992.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, Περιφερειακά Ιατρεία που λειτουργούν σε περιοχές που δεν λειτουργούν ή δεν έχουν συσταθεί Κέντρα Υγείας και μέχρι τη λειτουργία τους ή τη σύστασή τους μπορούν να λειτουργήσουν ως αποκεντρωμένες μονάδες των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

\*\*\*Η νέα παρ.4 προστέθηκε με την παρ.10 του άρθρου 28 του Ν.2646/1998 (Α 236)

## **Άρθρο 15**

### **Σκοπός των κέντρων υγείας**

1. Σκοπός των κέντρων υγείας είναι:

- α) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όσους προσωρινά διαμένουν σύ αυτή.
- β) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους απο το νοσοκομείο.
- γ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
- δ) Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.
- ε) Η οδοντιατρική περίθαλψη.
- στ) Η άσκηση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- ζ) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
- η) Η ιατρική της εργασίας.
- θ) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής

- ι) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
- ια) Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
- ιβ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
- ιγ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δεν λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να αναθέτονται στα κέντρα υγείας και άλλες αρμοδιότητες.

\*\*\*Το άρθρο 15 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευση του Ν.2071/1992.

## **Άρθρο 16**

### **Κατάργηση μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης**

.....

## **Άρθρο 17**

### **Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας κέντρων υγείας αστικών περιοχών**

1. Στα κέντρα υγείας αστικών περιοχών υπηρετούν

α) Γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων.

β) Οικογενειακοί γιατροί που ανήκουν στον παθολογικό τομέα των νοσοκομείων.

Θέσεις οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνουν, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, παιδίατροι ή γιατροί γενικής ιατρικής για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών και γιατροί γενικής ιατρικής ή παθολόγοι για τις υπόλοιπες ηλικίες. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται η δυνατότητα πρόσληψης οικογενειακών γιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα απαιτούμενα γι' αυτό προσόντα.

2. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι ιατρός γενικής ιατρικής ή παθολόγος ή παιδίατρος, ο οποίος κατέχει οργανική θέση Διευθυντή Ε.Σ.Υ. και ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

\*\*\* Το πρώτο εδάφιο της παραγράφου 2, όπως είχε αντικατασταθεί με την παρ. 3 άρθρου 41 Ν.4058/2012, ΦΕΚ Α 63/22.3.2012, αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 26 Ν.4316/2014, ΦΕΚ Α 270/24.12.2014.

Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ο οποίος κατέχει οργανική θέση Διευθυντή Ε.Σ.Υ., ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να αναθέσει το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας στον αρχαιότερο ιατρό με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ο οποίος πήρε το βαθμό του Διευθυντή με αναβάθμιση ή που κατέχει προσωποπαγή θέση. Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός αυτών των ειδικοτήτων σε οργανική θέση Διευθυντή ή θέση Διευθυντή από αναβάθμιση ή σε προσωποπαγή θέση, ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να αναθέσει το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας σε ιατρό άλλης ειδικότητας ή οδοντίατρο με βαθμό Διευθυντή και εφόσον δεν υπάρχουν, σε Επιμελητή Α' του Κέντρου Υγείας. Η θητεία του Υπεύθυνου για το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι τριετής. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζονται οι ειδικότερες αρμοδιότητες, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ως άνω υπεύθυνου. Οι ιατροί της περίπτωσης α' της παρ. 1 του άρθρου αυτού προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο Κέντρο Υγείας και τον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, στα όρια του τακτικού ωραρίου εργασίας και του προγράμματος εφημερίας του νοσοκομείου και του Κέντρου Υγείας.

\*\*\* Η παράγραφος 2, όπως είχε τροποποιηθεί με την παρ. 2 άρθρου 24 Ν. 3172/2003 (ΦΕΚ Α 197) και την παρ.2 άρθρου 26 Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ Α 228), αντικαταστάθηκε ως άνω με την παράγραφο 1 άρθρου 6 Ν.4052/2012, ΦΕΚ Α 41/1.3.2012.

3. Τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου περιθάλπουν τους πολίτες ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού ή απευθείας σε τακτή ώρα ύστερα από προσυνεννόηση.

4. Οι οικογενειακοί γιατροί δέχονται τους αρρώστους στο κέντρο υγείας ή τα περιφερειακά ιατρεία και σε ειδικές περιπτώσεις τους επισκέπτονται και τους περιθάλπουν στο σπίτι τους. Στα περιφερειακά ιατρεία του κέντρου υγείας

προσφέρει υπηρεσία ομάδα οικογενειακών γιατρών. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού μεταξύ των γιατρών των κέντρων υγείας της πόλης όπου κατοικούν. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο το Σεπτέμβριο. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα στη διάρκεια του χρόνου να ζητήσουν την αλλαγή του οικογενειακού τους γιατρού μετά από αιτιολογημένη αίτησή τους στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, που αποφασίζει τελικά. Οι οικογενειακοί γιατροί όταν απαιτείται, παραπέμπουν τους αρρώστους για ειδικές εξετάσεις στους γιατρούς της περίπτωσης α της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού ή τα εργαστήρια του κέντρου υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου ή για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Κάθε οικογενειακός γιατρός έχει την ιατρική φροντίδα 1.800 ατόμων. Επιτρέπεται να αναλάβει τη φροντίδα μέχρι 2.500 ατόμων. Οι οικογενειακοί παιδίατροι έχουν τη φροντίδα 1.200 παιδιών. Επιτρέπεται να αναλάβουν τη φροντίδα μέχρι 2.000 παιδιών. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται για τον οικογενειακό γιατρό και παιδίατρο επίδομα, ανά 100 άτομα άνω των 1.800 ή 1.200 αντίστοιχα. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί να αναθέτει στον οικογενειακό γιατρό η παιδίατρο που έχει στη φροντίδα τους πολίτες κάτω από 1.800 η 1.200 αντίστοιχα και την παροχή συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών στο κέντρο υγείας. Μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των 1.800 ή 1.200 ο γιατρός δεν μπορεί να αρνηθεί να αναλάβει την ιατρική φροντίδα οποιουδήποτε κατοίκου της πόλης που υπηρετεί, εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι αδυναμίας συνεργασίας. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός υποβάλλει δικαιολογημένη αναφορά, με αίτηση εξαίρεσης του συγκεκριμένου ατόμου στον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Ο υπεύθυνος κάνει δεκτή την αναφορά, παραπέμπει τον ενδιαφερόμενο σε άλλον οικογενειακό γιατρό του κέντρου. Με τις ίδιες προϋποθέσεις και την ίδια διαδικασία, ο γιατρός μπορεί να ζητήσει τη διακοπή παροχής ιατρικής φροντίδας από αυτόν σε συγκεκριμένο πολίτη. Ο καθημερινός χρόνος εργασίας των οικογενειακών γιατρών κατανέμεται στο κέντρο υγείας, στα περιφερειακά ιατρεία του και σε επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων σύμφωνα με πρόγραμμα εργασίας, που καταρτίζεται από το κέντρο υγείας, στα πλαίσια του εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας του.

5. Το ωράριο λειτουργίας των κέντρων υγείας αστικών περιοχών ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ενιαία ή κατά περιοχή. Η απόφαση αυτή εκδίδεται μετά από πρόταση του αρμοδίου Π.Ε.Σ.Υ. εφόσον έχει συγκροτηθεί. Για τις ώρες και τις ημέρες που δεν λειτουργεί το κέντρο υγείας ορίζονται από το γιατρό του κέντρου υγείας που έχει την ευθύνη για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του, οικογενειακοί γιατροί που εφημερεύουν.

\*\*\*Το άρθρο 17 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992(ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευση του Ν.2071/1992.

## **Άρθρο 18**

### **Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών**

1. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών και στα περιφερειακά τους ιατρεία προσφέρουν υπηρεσίες γιατροί των αντίστοιχων τομέων του νοσοκομείου στο οποίο υπάγεται το κέντρο υγείας, ως εξής:

α) Οι γιατροί που κατέχουν θέσεις γενικού γιατρού υπηρετούν στην έδρα του κέντρου υγείας ή περιφερειακού ιατρείου του που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητας, "και επισκέπτονται τα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες".

\*\*\*Η ως άνω εντός " " φράση προστέθηκε στο εδάφιο α' της παρ. 1, διά του άρθρου 12 παρ. 4 του Ν. 1579/1985 (Α 217).

β) Οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων οι οποίες ορίζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας τοποθετούνται σύ αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες τους.

γ) Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που επισκέπτονται περιοδικά το κέντρο υγείας.

Οι γενικοί γιατροί πέρα από την υπηρεσία τους στο κέντρο υγείας ή το περιφερειακό ιατρείο εκτελούν και επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων ανάλογα με την κατάστασή τους. Σε ειδικές περιπτώσεις, επισκέψεις στα σπίτια των αρρώστων όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός γιατρός εκτελούν και ο γιατροί, των κλινικών ειδικοτήτων της περίπτωσης β'.

2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε τακτό 8ωρο ωράριο πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν όλες τις λοιπές ημέρες και ώρες. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας λειτουργούν σε τακτό ωράριο, που καθορίζεται από τον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Τα περιφερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας

λειτουργούν σε τακτό οκτάωρο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημερία ετοιμότητας για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες.

3. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών λειτουργεί μοναδα νοσηλείας για παραμονή αρρώστων, που έχουν ανάγκη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση.

4. Σε έκτακτες ανάγκες κάθε γιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, εφόσον κληθεί από το γιατρό εφημερίας.

5 «Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι ιατρός γενικής ιατρικής ή παθολόγος ή παιδίατρος, ο οποίος κατέχει οργανική θέση Διευθυντή Ε.Σ.Υ. και ορίζεται με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.» Με την ίδια απόφαση ορίζεται και ο αναπληρωτής του.

\*\*\* Το πρώτο της παραγράφου 5, όπως είχε αντικατασταθεί με την παρ. 3 άρθρου 41 Ν.4058/2012, ΦΕΚ Α 63/22.3.2012, αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 27 Ν.4316/2014, ΦΕΚ Α 270/24.12.2014.

Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ο οποίος κατέχει οργανική θέση Διευθυντή Ε.Σ.Υ., ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να αναθέσει το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας στον αρχαιότερο ιατρό με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας, ο οποίος πήρε το βαθμό του Διευθυντή με αναβάθμιση ή που κατέχει προσωποπαγή θέση. Εάν στο Κέντρο Υγείας δεν υπηρετεί ιατρός αυτών των ειδικοτήτων σε οργανική θέση Διευθυντή ή θέση Διευθυντή από αναβάθμιση ή σε προσωποπαγή θέση, ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να αναθέσει το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας σε ιατρό άλλης ειδικότητας ή οδοντίατρο με βαθμό Διευθυντή και εφόσον δεν υπάρχουν, σε Επιμελητή Α' του Κέντρου Υγείας. Η θητεία του Υπεύθυνου για το συντονισμό της Επιστημονικής Λειτουργίας του Κέντρου Υγείας είναι τριετής. Με απόφαση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζονται οι ειδικότερες αρμοδιότητες, τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις του ως άνω Υπεύθυνου.»

\*\*\* Η παρ. 5, η οποία είχε αντικατασταθεί με την παρ. 2 άρθρου 24 τ.Ν. 3172/2003 (ΦΕΚ Α 197) και στη συνέχεια με την παρ.2 του άρθρου 26 Ν. 4025/2011 (ΦΕΚ Α 228), αντικαταστάθηκε ως άνω με την παράγραφο 2 άρθρου 6 Ν.4052/2012, ΦΕΚ Α 41/1.3.2012.

\*\*\* Το άρθρο 18 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευσή του Ν.2071/1992

## **Άρθρο 19**

### **Διασύνδεση κέντρου υγείας με το νοσοκομείο**

1. Τα κέντρα υγείας βρίσκονται σε άμεση επιστημονική νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική σύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διοικητικά.

2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους σε ιατρικό προσωπικό των περιπτώσεων β και γ της παρ. 1 του προηγούμενου άρθρου προγραμματίζεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζεται ιδιαίτερα ο χρόνος υπηρεσίας του κέντρου υγείας των γιατρών της παραπάνω περίπτωσης β'.

\*\*\* ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Κατά το άρθρο 12 παρ. 6 του Ν. 1579/1985 (Α 21&): "Τα νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν στον ίδιο νομό και ως κέντρα υγείας ή μη και δεν διαθέτουν γιατρούς ορισμένων ειδικοτήτων, επισκέπτονται ειδικοί γιατροί του νομαρχιακού νοσοκομείου σε τακτές ημέρες και ώρες, που καθορίζονται από τα διοικητικά συμβούλια των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, σύμφωνα με τη διαδικασία της παραγράφου 2 του άρθρου 19 του ν. 1397/1983. Σε περίπτωση διαφωνίας μεταξύ των διοικητικών συμβουλίων αποφασίζει ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η διασύνδεση αυτή είναι λειτουργική".

3. Ειδικότερα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ορίζονται ο τρόπος εφαρμογής των διατάξεων του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

\*\*\* Το άρθρο 19 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευσή του Ν.2071/1992

## **Άρθρο 20** **Συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων**

\*\*\*Το άρθρο 20 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

## **Άρθρο 21** **Ψυχιατρική περίθαλψη**

\*\*\*Το άρθρο 21 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

## **Άρθρο 22** **Οικογενειακός προγραμματισμός**

1. Οι παρ. παρ. 2 και 3 του άρθρου 1 του ν.δ. 1036/1980 (ΦΕΚ 66) αντικαθίστανται με τις ακόλουθες:
2. Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται απο υπεύθυνα κρατικά όργανα που ορίζονται απο τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ.
3. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργαστηριακός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και τα κέντρα υγείας που υπάρχουν σε αυτά.

## **Άρθρο 23** **Βιοϊατρική έρευνα**

.....

## **Άρθρο 24** **Γιατροί του εθνικού συστήματος υγείας Ε.Σ.Υ.**

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων οποιασδήποτε νομικής μορφής και των κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού κέντρων υγείας, εκτός από τα νοσοκομεία των ενόπλων δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., συνιστώνται ως θέσεις γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Κατά το άρθρο πέμπτο παρ.2 του Ν. 1408/1983 (Α 198):

"Μέχρι το χρόνο πλήρωσης των θέσεων γιατρών του Κλάδου Ε.Σ.Υ. επιτρέπεται η πρόσληψη γιατρών σε οργανικές θέσεις προσωρινά και με τις προϋπάρχουσες του Ν. 1397/1983 διατάξεις, καθώς και ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού ειδικού προσωπικού εκτός οργανικών θέσεων με τη διαδικασία του Κεφ. Β' του Ν. 993/1979, για την κάλυψη απρόβλεπτων και επειγουσών αναγκών σύ όλα τα ιδρύματα του άρθρου 24 παρ. 1 του Ν.1397/1983 και στα νέα τμήματα αυτών που θα ιδρυθούν στο μεταξύ".

2. Οι γιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και απαγορεύεται να ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα ή οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση με συγγραφική ή καλλιτεχνική δραστηριότητα και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση. "Επίσης απαγορεύεται να είναι ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρείες με αντίστοιχα αντικείμενα".

\*\*\*Το εντός " " δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 αντικαταστάθηκε ως ανωτέρω διά του άρθρου 29 παρ. 10 του Ν. 1579/1985 (Α 217).

\*\*\*Το άρθρο 24 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευση του Ν.2071/1992

\*\*\*Κατά το άρθρο 19 του Ν.1771/1988 (ΦΕΚ Α' 71),όπως αυτό αντικαταστάθηκε από την παρ.3 του άρθρου 2 του Ν.1821/88 (ΦΕΚ Α' 271): "Οι διατάξεις του άρθρου 24 του Ν.1397/1983 (ΦΕΚ Α' 143) δεν έχουν εφαρμογή στα μέλη Δ.Ε.Π. τμημάτων ιατρικής και νοσηλευτικής Α.Ε.Ι.,που υπηρετούν ή διορίζονται ως γιατροί του Ε.Σ.Υ.στην έδρα του τμήματος του οποίου είναι μέλη μόνον όσον αφορά τη διατήρηση της πανεπιστημιακής τους θέσης.Οι γιατροί αυτοί δεν επιτρέπεται να ασκούν ιδιωτικό έργο".

## **Άρθρο 25** **Κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.**

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

\*\*\*Οι παρ.2,3 και 4 καταργήθηκαν με το άρθρο 132 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

2. Οι θέσεις του κλάδου ειδικευμένων ιατρών Ε.Σ.Υ., συνιστώνται κατά ειδικότητα με απόφαση των Υπουργών Υγείας, Οικονομικών και Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, κατά Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας, Πολυδύναμο Περιφερειακό Ιατρείο ή και Δ.Υ.Πε., ύστερα από εισήγηση των οικείων Διοικητών των Υ.Π.Ε. και έγκριση από το ΚΕ.Σ.Υ.Πε."

\*\*\*Η παρ. 2 προστέθηκε με τη παρ.1 του άρθρου 22 του Ν. 4238/2014 (ΦΕΚ Α` 38/17/02/2014)

## **Άρθρο 26. Προσόντα**

\*\*\* Το άρθρο 26 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

2. Ειδικότερα: α) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Β απαιτείται η κατοχή του τίτλου ειδικότητας και ηλικία μέχρι 45 ετών. β) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Α` απαιτείται η άσκηση ειδικότητας για 4 τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι 50 ετών και γ) για την κατάληψη θέσης διευθυντή απαιτείται η άσκηση της ειδικότητας για 7 τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι 55 ετών. δ. Για την κατάληψη θέσης βοηθού απαιτείται άδεια άσκησης επαγγέλματος και ηλικία μέχρι 45 ετών.

\*\*\*Η περ.δ στο πρώτο εδάφιο της παρ.2 του άρθρου 26 προστέθηκε με το άρθρο55 παρ.2 του Ν. 1759/1988 (Α` 50).

Για την κατάληψη θέσεων απο οδοντογιατρούς απαιτείται

α ) Για θέση βοηθού άδεια άσκησης επαγγέλματος και ηλικία μέχρι 35 ετών.

β) Για θέση επιμελητή Β` η άσκηση του επαγγέλματος για 5 χρόνια και ηλικία μέχρι 40 ετών.

γ) Για θέση επιμελητή Α η άσκηση του επαγγέλματος για 9 χρόνια και ηλικία μέχρι 45 ετών και δ) Για θέση διευθυντή η άσκηση του επαγγέλματος για 12 χρόνια και ηλικία μέχρι 50 ετών.

Στις ανωτέρω περιπτώσεις, ο περιορισμός του ορίου ηλικίας δεν ισχύει για τους ιατρούς και οδοντίατρος που επιθυμούν να καταλάβουν θέσεις, οι οποίες προκηρύσσονται σε περιοχές άγονες και προβληματικές Α` κατηγορίας, όπως ορίζονται στο Π.Δ. 131/1987 (ΦΕΚ 73 Α`)."

\*\*\*Το εντος " " εδάφιο γ` προστέθηκε με το άρθρο 34 του Ν.3329/2005 (ΦΕΚ Α 81/2005)

\*\*\*Η παρ.2 επανήλθε σε ισχύ με την παρ.6 άρθρ.34 Ν.2519/1997 σύμφωνα με την οποία ορίζεται ότι:

6. Για διορισμό σε θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., ως προς τα όρια ηλικίας επαναφέρονται δια του παρόντος σε ισχύ οι διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 26 του ν.1397/1983. Από τις διατάξεις αυτές εξαιρούνται όσοι υπηρετούν στον κλάδο και διορίζονται σε άλλη θέση αυτού ή κρίνονται για παράταση της θητείας τους. Ως προς το χρόνο άσκησης της ειδικότητας για κατάληψη θέσης γιατρού Ε.Σ.Υ., οι διατάξεις του άρθρου 65 παράγραφος 2, περιπτ. β` και γ` του ν. 2071/1992 ισχύουν και για τις θέσεις τέως συναφών ειδικοτήτων. Η διάταξη της περίπτωσης δ` της αυτής παραγράφου, ως και η διάταξη της παραγράφου 2 του άρθρου 26 του ν.1579/1985 καταργούνται".

## **Άρθρο 27 Διαδικασία πλήρωσης θέσης**

\*\*\*Το άρθρο 27 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), οι διατάξεις όμως των παρ. 4, εκτός της περίπτωσης δ` αυτής, και 5 επανήλθαν σε ισχύ με την παρ.1 του άρθρου 1 του Ν.2256/1994 (Α 196)

4. Οι υποψήφιοι γιατροί κρίνονται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του άρθρου 6 του Ν. 1278/1982.

Για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων λαμβάνονται υπόψη:

α) Η ιατρική προϋπηρεσία (σε νοσοκομεία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, ελεύθερο επάγγελμα).

β) Το επιστημονικό έργο και η επιστημονική δραστηριότητα.

γ) Η εκπαιδευτική δραστηριότητα (ως εκπαιδευτή ή εκπαιδευόμενου).



- δ) Η αξιοσημείωτη κοινωνική προσφορά και δράση.  
 ε) Οι εκθέσεις των επιτροπών αξιολόγησης του νοσοκομείου της παρ. 11 του άρθρου αυτού.

Οι επιστημονικές εργασίες των γιατρών συνιστούν κριτήριο υπεροχής κατά την αξιολόγηση και επιλογή για την κατάληψη θέσης, μόνο εάν έχουν δημοσιευθεί σε αναγνωρισμένα ειδικά επιστημονικά περιοδικά που εκδίδονται από επίσημους επιστημονικούς φορείς στην Ελλάδα ή σε ξένη χώρα. Τα περιοδικά αυτά προσδιορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Για τον πρώτο διορισμό στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. εφαρμόζονται τα κριτήρια α,β,γ και δ. Τα συμβούλια επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους, με τη σειρά αξιολόγησής τους, για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα προσόντα προτάσσεται κατά σειρά:

α) εκείνος που υπηρετεί στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ., β) εκείνος που στο πρόσωπο του συντρέχει περίπτωση συνυπηρέτησης συζύγου και γ) εκείνος που διαμένει στο νομό που βρίσκεται το νοσοκομείο 5 τουλάχιστον χρόνια συνεχώς. Η γ' περίπτωση δεν ισχύει για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε κάθε θέση διορίζεται ο πρώτος στη σειρά αξιολόγησης, ή ο επόμενος, εφόσον ο προηγούμενος δεν αποδέχεται το διορισμό του. Δε διορίζεται ο γιατρός που α) δεν είναι γραμμένος στα μητρώα αρρένων ή για γυναίκες στα γενικά μητρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή δεν έχει νόμιμα απαλλαγεί, γ) είναι ανυπότακτος ή καταδικασμένος για λιποταξία, δ) έχει στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση, ε) έχει καταδικασθεί για κακούργημα, έγκλημα κατά των ηθών, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη πλαστογραφία, ψευδορκία, ψευδή καταμήνυση, συκοφαντική δυσφήμιση, δωροδοκία, δόλια χρεωκοπία ή για εγκλήματα που ανάγονται στην προστασία του δημοκρατικού πολιτεύματος και στ) δεν είναι υγιής.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Κατά το άρθρο 29 παρ. 12 του Ν. 1579/1985 (Α 217): "Η αληθής έννοια του εδαφίου 4 της παραγράφου 4 του άρθρου 27 του ν. 1397/1983, σε ό,τι αφορά το διορισμό του επόμενου στη σειρά αξιολόγησης κατά την πρώτη πλήρωση των θέσεων, είναι ότι διορίζεται ο επόμενος που δεν διορίζεται σε καμία από τις τρεις θέσεις που είχε ζητήσει με την αίτηση-δήλωσή του. Εφόσον ο επόμενος διορίζεται σε άλλη θέση γίνεται επαναπροκήρυξη της κενής θέσης".

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από προτάσεις των ιατρικών τμημάτων του Α.Ε.Ι. της χώρας και γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. μπορεί να κατατάσσονται και να αξιολογούνται ιεραρχικά τα στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για διορισμό γιατρών, όπως: οι επιστημονικοί τίτλοι, οι επιστημονικές εργασίες και δημοσιεύσεις σε ξένα και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά, η μετεκπαίδευση στην Ελλάδα και το εξωτερικό, ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας, ο χρόνος υπηρεσίας στην ύπαιθρο, ο βαθμός του πτυχίου και κάθε άλλο στοιχείο που μπορεί να συμπεριληφθεί στην έννοια των κριτηρίων που ορίζονται στην παρ.4 του άρθρου αυτού.

## **Άρθρο 28** **Εξέλιξη στον κλάδο**

\*\*\*Το άρθρο 28 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123)

## **Άρθρο 29** **Χρόνος εργασίας**

\*\*\*Το άρθρο 29, καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α' 123).

## **Άρθρο 30** **Μισθολόγιο**

1. Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καθορίζεται ειδικό μισθολόγιο ανάλογα με το βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας τους σύμφωνα με τα εξής:

Βαθμός	Χρόνια υπηρεσίας		
	0-3	3-6	6-9
Βοηθός	35.000	40.000	45.000
Επιμελητής Β	60.000	65.000	70.000
Επιμελητής Α	75.000	80.000	85.000
Διευθυντής	95.000	110.000	130.000

2. Στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. χορηγούνται οι ακόλουθες μηνιαίες αποζημιώσεις και επιδόματα:

α) στους βοηθούς 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης, δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα έκτακτων αναγκών

β) στους επιμελητές Βύ 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης και 15.000 δραχμές αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα κάλυψης αναγκών συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο

γ) για τους επιμελητές Αύ 5.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης και 20.000 δραχμές αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και την ετοιμότητα κάλυψης των αναγκών συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο και

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Σύμφωνα με την Υ.Α. Δ2β/Οικ. 36201 (Υγείας) της 26.11/3.12.85, "Αναπροσαρμογή αποζημιώσεων για δαπάνες βιβλιοθήκης, κίνησης των γιατρών Ε.Σ.Υ. (Β' 725), ορίζεται ότι:

1) Το επίδομα που προβλέπει η περ. α' της παρ. 2 του άρθρου 30 του Ν.1397/83 να χορηγείται στους βοηθούς για δαπάνες βιβλιοθήκης, δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα έκτακτων αναγκών, αναπροσαρμόζεται σε 12.000 δρχ. για τις δαπάνες βιβλιοθήκης και σε 10.000 δρχ. για δαπάνες κίνησης κ.λπ.

2) Το επίδομα που προβλέπουν οι περ. β και γ της παρ. 2 του άρθρου 30 του Ν. 1397/83 να χορηγείται στους Επιμελητές Β' και Α' για δαπάνες βιβλιοθήκης διατηρείται στις 12.000 δρχ., όπως έχει διαμορφωθεί με την ανωτέρω (2) σχετική.

3) Οι ανωτέρω αναπροσαρμοσμένες αποζημιώσεις θα καταβάλλονται στους γιατρούς που διορίζονται στις θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. από την ορκωμοσία τους και στους ειδικευμένους γιατρούς από την εφαρμογή του νέου οκταώρου ωραρίου εργασίας που ορίζει ο Ν. 1397/83.

δ) για τους διευθυντές 12.000 δραχμές επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης και 25.000 δραχμές αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος, την ετοιμότητα για την κάλυψη των αναγκών συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο.

Οι αποζημιώσεις της παραγράφου αυτής μπορούν να προσαρμόζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Η παρ.3 του άρθρου 85 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123) ορίζει ότι:" Η αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω ειδικών συνθηκών επαγγέλματος και για την ετοιμότητα κάλυψης των αναγκών και συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο, που χορηγείται στους ιατρούς και αποκλειστικής απασχόλησης σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 30 του ν.1397/1983, χορηγείται και στους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

3. Οι διατάξεις του άρθρου 6 του ν. 1256/1982 (ΦΕΚ 65) δεν εφαρμόζονται στις περιπτώσεις των παρ. 14 του άρθρου 27 του νόμου αυτού και 8 του άρθρου αυτού.

4. Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καταργούνται όλα τα επιδόματα εκτός των οικογενειακών. Επίσης καταργείται η διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 5 του ν. δ. 3623/1956. (ΦΕΚ 277). Στους γενικούς γιατρούς των κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών και τους οικογενειακούς των κέντρων υγείας αστικών περιοχών καταβάλλονται οδοιπορικά έξοδα για τις μετακινήσεις τους για περίθαλψη ασθενών στο σπίτι, εκτός της έδρας του κέντρου υγείας ή του περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τους δημόσιους υπαλλήλους.

5. Για τις αμοιβές των γιατρών εφαρμόζεται η αυτόματη τιμαριθμική αναπροσαρμογή.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Κατά το άρθρο 28 παρ. 2 του Ν. 1579/1985 (Α 217):"Στην έννοια της τιμαριθμικής αναπροσαρμογής της παραγράφου 5 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 περιλαμβάνεται η ΑΤΑ σύμφωνα με τις αποφάσεις των Υπουργών Εθν. Οικονομίας και Οικονομικών που ισχύουν κάθε φορά για το Δημόσιο. Η ΑΤΑ υπολογίζεται στο μισθολόγιο που καθορίζεται με την παράγραφο 1 του άρθρου 30 του ίδιου νόμου και από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Για τον υπολογισμό της λαμβάνονται υπόψη ο βασικός μισθός, τα οικογενειακά επιδόματα, τα επιδόματα άσκησης της ειδικότητας και τριετιών, καθώς και τα ποσά των προηγούμενων κάθε φορά ΑΤΑ από 1.1.1984.

6. Για κάθε πέντε (5) χρόνια άσκησης της ιατρικής ειδικότητας και μέχρι πέντε (5) πενταετίες, χορηγείται σε όσους διορίζονται στις θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ. προσαύξηση πέντε τοις εκατό (5 %) που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμάκιο μισθού κάθε βαθμού".

\*\*\*Η παρ.6 του άρθρου 30 αντικαταστάθηκε ως άνω με το άρθρο 37 παρ. 5 του Ν. 1759/1988 (Α' 50).

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Κατά το άρθρο 7 παρ. 2 του Ν. 1821/1988 (Α' 271) "Η προσαύξηση που ορίζεται με τη διάταξη της παρ. 5 του άρθρου 37 του ν. 1759/1988 χορηγείται και στους οδοντογιατρούς διευθυντές, Επιμελητές Α' και Β'. Για τον υπολογισμό των πενταετιών ως αφετηρία λαμβάνεται η ημερομηνία της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσαυξημένη κατά πέντε (5) χρόνια".

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Η παρ.4 του άρθρου 85 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123) ορίζει ότι:"Οι διατάξεις των παρ. 3, 4 και 6 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 ισχύουν και για ιατρούς μερικής απασχόλησης."

7. Στους βοηθούς και επιμελητές Βύ και Αύ, που συμπληρώνουν εννέα (9) χρόνια υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό και δεν εξελίσσονται στον αμέσως επόμενο, χορηγείται επίδομα πολυετούς παραμονής στον ίδιο βαθμό 2% για κάθε συμπληρωμένη τριετία μετά τα εννέα χρόνια και έως επτά (7) τριετίες, που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμάκιο κάθε βαθμού (0 - 3).

8. Στους μόνιμους γιατρούς των κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών και των περιφερειακών ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας που έχουν την έδρα τους σε προβληματικές περιοχές, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου 27 του νόμου αυτού χορηγείται προσαύξηση επί του βασικού τους μισθού, ως εξής:

α) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Α κατηγορίας:

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου υπηρεσίας δεκαπέντε τοις εκατό (15%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) αναδρομικά για όλο το δεύτερο χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου σαράντα τοις εκατό (40%) αναδρομικά για όλο τον τρίτο χρόνο

β) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Βύ κατηγορίας:

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου οκτώ τοις εκατό (8%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου δεκαπέντε τοις εκατό (15%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου είκοσι τοις εκατό (20%) αναδρομικά για όλο τον τρίτο χρόνο

Για κάθε ένα συμπληρωμένο χρόνο, μετά τα τρία χρόνια είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) αναδρομικά.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Κατά το άρθρο 28 παρ. 3 του Ν. 1579/1985 (Α 217):"Οικογενειακά επιδόματα του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 είναι αυτά που ορίζονται με τους όρους και τις προϋποθέσεις του άρθρου 11 του ν.1505/1984. Ο υπολογισμός τους γίνεται επί του βασικού μισθού του Μ.Κ. 24".

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Η παρ.5 του άρθρου 85 του Ν.2071/1992 (ΦΕΚ Α 123) ορίζει ότι:"Οι διατάξεις των παρ. 7 και 8 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 δεν ισχύουν και για ιατρούς μερικής απασχόλησης."

## **Άρθρο 31**

### **Εκπαίδευση γιατρών**

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του ν. 1278/1982 επιτροπή εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης γιατρών. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής αυτής.

α) Εισηγείται τον καθορισμό, διαχωρισμό, συγχώνευση ή κατάργηση των ιατρικών και οδοντιατρικών ειδικοτήτων.

β) Εκτιμά τις ανάγκες και γνωμοδοτεί για τον αριθμό των γιατρών που απαιτούνται κατά ειδικότητα.

γ) Καταρτίζει τα προγράμματα για την εκπαίδευση των ειδικευόμενων γιατρών και καθορίζει τα κριτήρια για τον ορισμό των μονάδων, που παρέχουν εκπαίδευση για την απόκτηση ειδικότητας, το χρόνο εκπαίδευσης κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο και τον αριθμό των εκπαιδευόμενων σε αυτο γιατρών.

δ) Καταρτίζει ενιαίο πρόγραμμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γιατρών των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας, του νοσηλευτικού προσωπικού και του προσωπικού λοιπών επαγγελματιών υγείας. Η εφαρμογή του προγράμματος αυτού συντονίζεται, κατά υγειονομική περιφέρεια, από την περιφερειακή επιτροπή εκπαίδευσης, που συνιστάται σε κάθε ΠΕ.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 9 του άρθρου 4 του νόμου αυτού και υλοποιείται από την επιστημονική επιτροπή κάθε νοσοκομείου.

ε) Εγκρίνει προτάσεις για τη λειτουργία υποχρεωτικών και προαιρετικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και ιεραρχεί, εποπτεύει, συντονίζει και αξιοποιεί την εκτέλεση και απόδοση τους.

2. Με π.δ/γμα. που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος και η διαδικασία για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας. Για όσους έχουν συμπληρώσει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας έως την έκδοση του παραπάνω προεδρικού διατάγματος εφαρμόζονται οι διατάξεις που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού. "Με το ίδιο διάταγμα καθορίζονται και: α) τα κριτήρια, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία επιλογής των υποψηφίων για ειδικευση γιατρών, καθώς και για ειδικευση, εξειδίκευση και μετεκπαίδευση άλλων επιστημόνων υγείας, καθώς και η τοποθέτηση αυτών στις αντίστοιχες εκπαιδευτικές μονάδες, η αξιολόγηση των ειδικευομένων, καθώς και ο τρόπος της εκ περιτροπής κυκλικής τοποθέτησής τους στα συναφή τμήματα και μονάδες που παρέχουν ειδικευση ολική ή μερική στην αντίστοιχη ειδικότητα και β) τα της επαναξιολόγησης των μονάδων που παρέχουν ειδικότητα, καθώς και τα κριτήρια αναγνώρισης αυτών ως εκπαιδευτικών, ως επίσης και τα της ανακατανομής των συνεστημένων

θέσεων των ειδικευομένων, μεταξύ νοσοκομείων, ως και μεταξύ των τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων του ίδιου νοσοκομείου."

\*\*\*Το εντός " " εδάφιο προστέθηκε με την παρ.2 του άρθρου 20 του Ν.2519/1997 (Α 165)

\*\*\*Το άρθρο 31 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευση του Ν.2071/1992

## **Άρθρο 32**

### **Άδειες**

\*\*\*Το άρθρο 32 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

## **Άρθρο 33**

### **Απόσπαση -μετακίνηση**

\*\*\*Το άρθρο 33 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

## **Άρθρο 34**

### **Πειθαρχική δικαιοδοσία**

1. Πειθαρχική δικαιοδοσία στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. εκτός από τα πειθαρχικά συμβούλια των ιατρικών συλλόγων ασκούν μόνο:

- α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, εφόσον πρόκειται για Ν.Π.Δ.Δ.
- β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο.
- γ) Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο.

Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. που προσφέρουν υπηρεσίες σε νοσοκομεία Ν.Π.Ι.Δ. παραπέμπονται για πειθαρχικό έλεγχο στο περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο.

2. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται τριμελές περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο γιατρών Ε.Σ.Υ. που αποτελείται από:

- α) Τον πρόεδρο του αντίστοιχου ΠΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο.
- β) Έναν (1) από τους προέδρους των πειθαρχικών συμβουλίων των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής περιφέρειας, που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από τον πανελλήνιο ιατρικό σύλλογο και
- γ) Έναν (1) πρόεδρο πρωτοδικών που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης, ως πρόεδρο.

Η συγκρότηση των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Καθήκοντα γραμματέα εκτελεί υπάλληλος του ΠΕ.Σ.Υ. Η θητεία των μελών είναι τριετής. Μέχρι να ορισθούν οι υγειονομικές περιφέρειες και συγκροτηθούν τα ΠΕ.Σ.Υ., η έδρα και η περιφέρεια των πειθαρχικών συμβουλίων ορίζονται με την απόφαση συγκρότησής τους. Με την ίδια απόφαση ορίζεται αντί του προέδρου του ΠΕ.Σ.Υ. και του αναπληρωτή του γιατρός - μέλος ιατρικού συλλόγου της περιφέρειας του πειθαρχικού συμβουλίου που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από το ΚΕ.Σ.Υ.

3. Συνιστάται με έδρα την Αθήνα πενταμελές κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο γιατρών Ε.Σ.Υ. που αποτελείται από:

- α) Τον πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο.
- β) Τον πρόεδρο του ανώτατου πειθαρχικού συμβουλίου του πανελληνίου ιατρικού συλλόγου με τον αναπληρωτή του.
- γ) Έναν (1) εφέτη διοικητικών δικαστηρίων που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης.
- δ) Έναν (1) εφέτη της πολιτικής δικαιοσύνης που ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Δικαιοσύνης και
- ε) Ένα (1) μέλος του ΚΕ.Σ.Υ. που ορίζεται με τον αναπληρωτή του μετά από απόφαση της ολομελείας του. Πρόεδρος του κεντρικού πειθαρχικού συμβουλίου είναι ο αρχαιότερος κατά το διορισμό του εφέτης.

Η θητεία των μελών του συμβουλίου είναι τριετής. Η συγκρότηση του γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Γραμματέας του συμβουλίου ορίζεται με την απόφαση συγκρότησής του ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ή Ν.Π.Δ. που υπάαγετα στην εποπτεία του.

4. Για τον τρόπο λειτουργίας του κεντρικού και των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων γιατρών Ε.Σ.Υ. τη διαδικασία λήψης αποφάσεων τα καθήκοντα και τις υποχρεώσεις των μελών τους και την αντικατάστασή τους, εφαρμόζονται ανάλογα οι σχετικές διατάξεις για τα πειθαρχικά συμβούλια των δημοσίων υπαλλήλων. Στα μέλη των πειθαρχικών συμβουλίων καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση που καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου δικάζει σε πρώτο βαθμό. Τα περιφερειακά πειθαρχικά συμβούλια δικάζουν, σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα που μπορούν να επισύρουν ποινή μέχρι και τη διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) έως πέντε (5) χρόνια και σε δεύτερο βαθμό ύστερα από έφεση κατά αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου.

Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο δικάζει σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα που μπορεί να επισύρουν την ποινή της ανάκλησης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και της οριστικής παύσης και σε δεύτερο βαθμό ύστερα από έφεση κατά αποφάσεων των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων. Το συμβούλιο της επικρατείας κρίνει προσφυγές κατά των αποφάσεων του κεντρικού πειθαρχικού συμβουλίου και των περιφερειακών πειθαρχικών συμβουλίων.

\*\*\* ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Με την παρ.5 άρθρ.39 Ν.2519/1997,όπως αυτή αντικαταστάθηκε με την παρ.20 άρθρ.11 Ν.2889/2001, ορίζεται ότι:

"5. Το προβλεπόμενο από τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 34 του ν. 1397/1983 Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο αποτελείται από:  
α) έναν (1) Αντιπρόεδρο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή του έναν Νομικό Σύμβουλο του Κράτους, που ορίζονται από τον Πρόεδρο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους,  
β) έναν (1) Πρόεδρο Πε.Σ.Υ., με αναπληρωτή Πρόεδρο άλλου Πε.Σ.Υ., που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας,  
γ) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ.,  
δ) τον Πρόεδρο του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, με αναπληρωτή του τον Αντιπρόεδρο του ίδιου Συμβουλίου ή τον Πρόεδρο, με αναπληρωτή τον Αντιπρόεδρο, του Πειθαρχικού Συμβουλίου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, προκειμένου για πειθαρχική δίωξη οδοντιάτρων,  
ε) έναν (1) Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του άλλο Γενικό Διευθυντή του ίδιου Υπουργείου, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας".

### **Άρθρο 35**

#### **Πειθαρχικά αδικήματα και πειθαρχικές ποινές**

\*\*\*Το άρθρο 35 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

### **Άρθρο 36**

#### **Λύση υπηρεσιακής σχέσης**

.....

### **Άρθρο 37**

#### **Κατάργηση θέσεων**

.....

### **Άρθρο 38**

#### **Ειδικευόμενοι**

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορούν να συνιστώνται στα νοσοκομεία θέσεις ειδικευομένων ή να καταργούνται ή να μεταφέρονται σε άλλη ειδικότητα του νοσοκομείου ή να μεταφέρονται σε άλλα νοσοκομεία στην ίδια ή σε άλλη ειδικότητα.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Σχετικά εκδόθηκε η Υ.Α. (ΠΡΟΕ-ΥΓ-ΟΙΚ) Α3β/οικ.9609/17-25 Ιουλ. 1985 (Β' 469).

"Με ίδια απόφαση μπορούν να συνιστώνται θέσεις ειδικευομένων γιατρών και σε άλλες υπηρεσίες του δημόσιου τομέα για ορισμένες ειδικότητες που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Για την αναγνώριση των υπηρεσιών αυτών ως κατάλληλων για

άσκηση γιατρών εφαρμόζονται ανάλογα οι αντίστοιχες διατάξεις, που ισχύουν για την αναγνώριση των νοσοκομείων".

\*\*\*Η παράγραφος 1 συμπληρώθηκε διά των ως άνω εντός " " εδαφίων, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 6 του Ν. 1579/1985 (Α 217).

2. Τοποθέτηση γιατρού για ειδίκευση πέρα από τις θέσεις που προβλέπονται για κάθε νοσοκομείο, απαγορεύεται. Εξαιρούνται οι μόνιμοι γιατροί των ενόπλων δυνάμεων, που με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορούν να τοποθετούνται ως υπεράριθμοι άμισθοι. Με την ίδια απόφαση ορίζεται ο αριθμός των γιατρών αυτών κατά νοσοκομείο. Η τοποθέτηση των ειδικευομένων γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου, σύμφωνα με τη σειρά προτεραιότητας υποβολής των αιτήσεων.

3. Οι διατάξεις του άρθρου 29 του νόμου αυτού ισχύουν και για τους ειδικευομένους.

4. Οι ειδικευόμενοι απαγορεύεται να ασκούν ελεύθερο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν σχέση συγγραφική ή καλλιτεχνική δημιουργία. Επίσης απαγορεύεται να κατέχουν οποιαδήποτε δημόσια ή ιδιωτική θέση.

5. Στους ειδικευομένους καταβάλλεται το σύνολο των αποδοχών της θέσης των βοηθών οδοντογιατρών.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να χαρακτηρίζονται ως άγονες οι ιατρικές ειδικότητες στις οποίες δεν ασκείται ο απαιτούμενος αριθμός γιατρών σύμφωνα με τις ανάγκες που εκτιμούνται κατά τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού. Στους γιατρούς που ειδικεύονται σε άγονες ειδικότητες μπορεί με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. να χορηγείται προσαύξηση μέχρι και είκοσι πέντε τοις εκατό (25%) στο βασικό μισθό τους.

7. Γιατροί που υπηρετούν σε θέσεις επιμελητή Βύ μπορεί ύστερα από αίτησή τους να τοποθετούνται ως υπεράριθμοι, για ειδίκευση σε ειδικότητα που εντάσσεται στον προγραμματισμό του ΚΕ.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 31 του νόμου αυτού, διατηρώντας τη θέση και τις αποδοχές της. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ].

\*\*\* Η παρ.7 ΚΑΤΑΡΓΗΘΗΚΕ με το πρώτο εδάφιο του άρθρου 19 Ν.4316/2014, ΦΕΚ Α 270/24.12.2014. Με το δεύτερο εδάφιο του αυτού άρθρου ορίζεται ότι όσοι Επιμελητές του Ε.Σ.Υ. είτε εκπαιδούνται είτε είναι σε εξέλιξη η τοποθέτησή τους, σύμφωνα με τη παρ.7 δεν θίγονται.

8. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να χορηγείται υποτροφία σε αλλοδαπούς γιατρούς για ειδίκευσή τους στα νοσοκομεία της χώρας. Με την ίδια ή άλλη απόφαση καθορίζεται ο αριθμός των υποτροφιών κατά ειδικότητα και το ύψος της υποτροφίας. Οι γιατροί αυτοί τοποθετούνται ως υπεράριθμοι.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ:Η παρ.9 του άρθρου 20 του Ν.2519/1997 (Α 165) ορίζει ότι:"Οι διατάξεις της παραγράφου 8 του άρθρου 38 του Ν.1397/1983 εφαρμόζονται και για αλλοδαπούς οδοντιάτρους."

### **Άρθρο 39**

#### **Απαγόρευση άσκησης επαγγέλματος**

\*\*\*Το άρθρο 39, το οποίο είχε καταργηθεί διά του άρθρου 5 παρ. 7 εδ. τελευταίο του Ν. 1976/1991 (Α' 184), καταργήθηκε εκ νέου με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

### **Άρθρο 40**

#### **Απασχόληση εκτός θέσης**

.....

#### **Άρθρο 41** **Μετεκπαίδευση γιατρών**

1. Για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγγέλματος απαιτείται και η συμπλήρωση κάθε πέντε (5) χρόνια ογδόντα (80) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών μαθημάτων, που το πρόγραμμά τους καθορίζεται από την επιτροπή εκπαίδευσης - μετεκπαίδευσης του άρθρου 31 του νόμου αυτού καθώς και η συμπλήρωση είκοσι (20) ωρών παρακολούθησης μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων επιλογής του γιατρού ή οδοντογιατρού. Κάθε γιάτρος και οδοντογιατρός υποχρεούται να προσκομίζει μέσα σε δύο (2) μήνες από τη συμπλήρωση κάθε πενταετίας, επίσημη βεβαίωση για την παρακολούθηση αυτών των μετεκπαιδευτικών μαθημάτων.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ανακαλείται η άδεια άσκησης του ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος, από το γιατρό ή οδοντογιατρό που δεν προσκομίζει την παραπάνω βεβαίωση μετεκπαίδευσης. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος επαναχορηγείται όταν υποβληθεί η βεβαίωση.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. ορίζεται, ο χρόνος έναρξης της πρώτης πενταετίας και καθορίζονται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε σχετική λεπτομέρεια, για την εφαρμογή των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων.

4. Απαγορεύεται η χρησιμοποίηση για επαγγελματική προβολή από γιατρούς και οδοντογιατρούς που ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα οποιουδήποτε ακαδημαϊκού τίτλου ή τίτλου θέσης που κατείχε ο γιατρός κατά την υπηρεσία του στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. Η παράβαση της διάταξης αυτής συνεπάγεται την προσωρινή ανάκληση της άδειας άσκησης ιατρικού ή οδοντιατρικού επαγγέλματος από δύο μέχρι δώδεκα μήνες και σε περίπτωση υποτροπής μέχρι και την οριστική ανάκληση. Η ανάκληση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

\*\*\*Το άρθρο 41 που είχε καταργηθεί με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123), επανήλθε σε ισχύ με την περ.β' του άρθρου 1 του Ν.2194/1994 (ΦΕΚ Α 34), όπως ίσχυε πριν από την δημοσίευση του Ν.2071/1992

#### **Άρθρο 42** **Βράβευση νοσοκομείων και κέντρων υγείας**

\*\*\*Το άρθρο 42 καταργήθηκε με το άρθρο 132 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ Α 123).

#### **Άρθρο 43** **Μεταβατικές διατάξεις**

1. Οι μόνιμοι γιατροί ασφαλιστικών οργανισμών και Ταμείων Ν.Π.Δ Δ. και οι μόνιμοι αγροτικοί γιατροί που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού των οποίων οι θέσεις καταργούνται σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 16,2 του άρθρου 20 και 1 του άρθρου 37 του νόμου αυτού εντάσσονται σε οργανικές θέσεις των κέντρων υγείας της περιφέρειας του ιατρικού συλλόγου που υπηρετούν κατά την κατάργηση της θέσεως που κατείχαν.

2. Η ένταξη γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνωστοποίηση των θέσεων, υποβολή αιτήσεων των ενδιαφερομένων και κρίση από τα συμβούλια επιλογής και κρίσης γιατρών του άρθρου 6 του Ν.1278/1982 σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 27 του νόμου αυτού.

3. Η απαγόρευση άσκησης ελεύθερου επαγγέλματος, που προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου 39 του νόμου αυτού, ισχύει από την έκδοση των π.δ/των που προβλέπονται με την παράγραφο 3 του άρθρου 16 του νόμου αυτού. Η απαγόρευση για τους πανεπιστημιακούς γιατρούς ισχύει από την έκδοση του π.δ/τος που προβλέπεται από το Ν.1268/1982.

4. Η απαγόρευση της παραγράφου 2 του άρθρου 39 του νόμου αυτού ισχύει από την 1.1.1989.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ, συγκροτείται επιτροπή εκτίμησης και αξιολόγησης του εξοπλισμού εργαστηρίων εργαστηριακών γιατρών και ιατρείων οδοντογιατρών που θα διορίζονται ως γιατροί Ε.Σ.Υ.

6. Συμβάσεις έργου μεταξύ του δημοσίου ή ασφαλιστικών οργανισμών και γιατρών για την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη των ασφαλισμένων τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία δεν εμπίπτουν στις διατάξεις του Ν 1256/1982 μέχρι την έκδοση των προεδρικών διαταγμάτων που προβλέπονται στην παράγραφο 3 του άρθρου 16 του νόμου αυτού.

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Κατά το άρθρο 4 παρ. 2 εδ. τελευταίο του Ν. 1579/1985 (Α 217): "Μόνιμοι γιατροί των αγροτικών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών, που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, υπάγονται στις διατάξεις του άρθρου 43 του ν. 1397/1983".

\*\*\*ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ: Κατά το άρθρο 21 παρ. 5 του Ν. 1579/1985 (Α 217): "Τα νοσηλευτικά ιδρύματα του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 μπορούν να αγοράζουν χωρίς διαγωνισμό εξοπλισμό των ιδιωτικών ιατρείων και εργαστηρίων της παραγράφου 5 του άρθρου 43 του ν. 1397/1983 με απευθείας συμφωνία και σύμφωνα με τις διαδικασίες των διατάξεων των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 24 του π.δ. 715/1979 (ΦΕΚ 212), εφόσον ο εξοπλισμός αυτός έχει εκτιμηθεί και κριθεί κατάλληλος και κρίνεται από τα διοικητικά συμβούλια απαραίτητος για τις λειτουργικές ανάγκες των νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Η εκτίμηση και καταλληλότητα κρίνεται από την επιτροπή της παραγράφου 5 του άρθρου 43 του ν. 1397/1983. Οι όροι και προϋποθέσεις καθορίζονται με την ίδια ή άλλη απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εκδίδεται με γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ".

#### **Άρθρο 44**

Ο Ν. 1316/1983 για την "ίδρυση, οργάνωση και αρμοδιότητες του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας (Ε.Φ.), της Κρατικής Φαρμακαποθήκης (Κ.Φ.).....

#### **Άρθρο 45**

1. Τα έργα των κτιρίων των κέντρων υγείας, άσχετα από το ύψος του ολικού προϋπολογισμού και των επί μέρους προϋπολογισμών οικοδομικών εργασιών και ηλεκτρομηχανολογικών εγκαταστάσεων μπορεί να δημοπρατούνται ενιαία.....

#### **Άρθρο 46**

##### **Τελικές διατάξεις**

1. Η κοινωνικοποίηση στις υπηρεσίες υγείας ενεργείται κατά τους όρους του νόμου αυτού. Οι διαδικασίες του άρθρου 2 του Ν. 1365/1983 (ΦΕΚ 80) δεν έχουν εφαρμογή στο εθνικό Σύστημα Υγείας εφαρμόζονται όμως, οι υπόλοιπες διατάξεις του Ν. 1365/1983.

2. Μέχρι να συγκροτηθούν τα ΠΕ.Σ.Υ. οι αρμοδιότητες τους ασκούνται από το ΚΕ.Σ.Υ. εφόσον δεν ορίζεται διαφορετικά από τις επιμέρους διατάξεις του νόμου αυτού.

3. Οπου κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού για την έκδοση π.δ/των ή άλλων πράξεων της Διοίκησης απαιτείται και γνώμη απλή ή σύμφωνη φορέων ή συλλογικών οργάνων, εαν η γνώμη δεν υποβληθεί μέσα σε προθεσμία τριών μηνών, εφόσον από τις επιμέρους διατάξεις δεν ορίζεται διαφορετικά, από την σχετική πρόσκληση του αρμόδιου Υπουργού, τα π.δ/τα και οι άλλες διοικητικές πράξεις εκδίδονται χωρίς αυτή.

4. Κατεξάιρεση των διατάξεων της παραγράφου 7 του άρθρου 6 του νόμου αυτού επιτρέπεται η μεταβίβαση ονομαστικοποιημένων μετοχών και μεριδίων ΕΠΕ λόγω κληρονομικής διαδοχής ή εν ζωή σε ήδη μετόχους της ανωνύμου εταιρείας ή της ΕΠΕ.

5. Κάθε διάταξη που αντίκειται στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού καταργείται.

#### **Άρθρο 47**

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως εκτός αν ορίζουν διαφορετικά οι επιμέρους διατάξεις.



## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΜΠΕΡΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ «ΦΟΡΟΛΟΓΙΑ & ΕΛΕΓΚΤΙΚΗ»  
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Επιβλέπων Καθηγητής:	Κουτούπης Αντρέας
Υπεύθυνος Εργασίας:	Παπαχρήστου Γεώργιος
Τηλέφωνο Επικοινωνίας:	6937256716
E-mail:	g_papachristou@hotmail.com

### ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

1. Το παρόν ερωτηματολόγιο που σας αποστέλλεται συνημμένα εκπονείται στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Η Εφαρμογή Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στις Μονάδες Υγείας του Δημοσίου Τομέα». Οι απαντήσεις σας θα συμβάλουν στο ερευνητικό μέρος της εργασίας προκειμένου να αξιολογηθεί η αξία που θα προσδώσει η εφαρμογή ενός Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης σε συγκεκριμένους τομείς του Νοσοκομείου.
2. Απευθύνεται προσωπικά στο Διοικητή του Νοσοκομείου.
3. Αποτελείται από 16 ερωτήσεις. Οι 3 από αυτές αφορούν προσωπικά σας στοιχεία τα οποία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για την παρούσα έρευνα, ενώ οι υπόλοιπες 13 ερωτήσεις αφορούν την εφαρμογή Κώδικα Εταιρικής Διακυβέρνησης στα Δημόσια Νοσοκομεία. Για την συμπλήρωσή του απαιτείται να κυκλώσετε την απάντηση που αντιπροσωπεύει την άποψή σας.
4. Θα σας ήμουν ευγνώμων εάν διαθέτατε 10 λεπτά για την συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου. Οι απαντήσεις σας μπορούν να αποσταλούν είτε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στην προσωπική μου ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail:g\_papachristou@hotmail.com) είτε μέσω τηλεμοιότυπου (fax: 210-6553871)

Παραμένω στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση  
Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία.  
Με εκτίμηση,  
Γεώργιος Παπαχρήστου

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η Εταιρική Διακυβέρνηση στο Δημόσιο Τομέα θα μπορούσε να οριστεί ως «μία διαδικασία διοίκησης, διαχείρισης της κινητής και ακίνητης περιουσίας του Δημοσίου και ελέγχου, με σκοπό την ικανοποίηση των ενδιαφερόμενων μερών (Υπουργείο, Πολίτες, Προμηθευτές, ΜΜΕ, Προσωπικό, Ασφαλ. Οργανισμοί) και τη βελτίωση της λειτουργίας των δημόσιων οργανισμών».

Η έρευνα εξετάζει τη δημιουργία ενός κώδικα στον οποίο θα περιγράφονται οι αρχές και οι κανόνες που πρέπει να διέπουν τη διοίκηση, τη λειτουργία των επιμέρους Τμημάτων του Νοσοκομείου, καθώς και τη συμπεριφορά του προσωπικού.

### ΜΕΡΟΣ Α

1. Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα
2. Ηλικία: 25-35  36-45  46-55
3. Εκπαίδευση: Απόφοιτος Λυκείου   
Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ   
Κάτοχος Μεταπτυχιακού   
Κάτοχος Διδακτορικού

### ΜΕΡΟΣ Β

Η θέσπιση και η εφαρμογή ενός κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης για τα δημόσια Νοσοκομεία θεωρείτε ότι θα βελτίωνε τη λειτουργία τους στους παρακάτω τομείς;

A. Διοίκηση	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-------------	-----	-----

Σε περίπτωση θετικής απάντησης, καθορίστε από το 1 έως το 5 (1-καθόλου, 2-λίγο, 3-αρκετά, 4-πολύ, 5-πάρα πολύ) τη βελτίωση που θα προσέφερε στα παρακάτω:

α. Σύνθεση, Λειτουργία και Αποφάσεις Διοικητικού Συμβουλίου	1	2	3	4	5
β. Μακροπρόθεσμο Στρατηγικό Σχεδιασμό	1	2	3	4	5
γ. Οικονομική Διαχείριση	1	2	3	4	5

B. Έλεγχο	ΝΑΙ	ΟΧΙ
-----------	-----	-----

Σε περίπτωση θετικής απάντησης, καθορίστε από το 1 έως το 5 (1-καθόλου, 2-λίγο, 3-αρκετά, 4-πολύ, 5-πάρα πολύ) τη βελτίωση που θα προσέφερε στα παρακάτω:

α. Εντοπισμό & Αξιολόγηση Κινδύνων	1	2	3	4	5
β. Σύστημα Εσωτερικού Ελέγχου	1	2	3	4	5
γ. Χρηματοοικονομική Πληροφόρηση	1	2	3	4	5

Γ. Σχέσεις με Ενδιαφερόμενα Μέρη (Υπουργείο, Πολίτες, Προμηθευτές, ΜΜΕ, Προσωπικό, Ασφαλ. Οργανισμούς)	ΝΑΙ	ΟΧΙ
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----

Σε περίπτωση θετικής απάντησης, καθορίστε από το 1 έως το 5 (1-καθόλου, 2-λίγο, 3-αρκετά, 4-πολύ, 5-πάρα πολύ) τη βελτίωση που θα προσέφερε στα παρακάτω:

α. Αμφίδρομη Επικοινωνία & Ενημέρωση	1	2	3	4	5
β. Διαφάνεια, Αμοιβαία Αξιοπιστία & Κατανόηση	1	2	3	4	5
γ. Συνεργασία	1	2	3	4	5

### **ΜΕΡΟΣ Γ**

Η θέσπιση και η εφαρμογή ενός κώδικα εταιρικής διακυβέρνησης για τα δημόσια Νοσοκομεία θεωρείτε ότι θα προσέδιδε αξία στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας του Νοσοκομείου;

ΝΑΙ	ΟΧΙ
-----	-----

Ευχαριστώ για τη βοήθειά σας