

**ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Επιμέλεια: Τσέτσου Γεωργία

Αριθμός Μητρώου: 0801M018

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα.

**Ο θεσμός των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥΠ)
καλύπτει τις ανάγκες των περιφερειών;**

Αθήνα, Μάιος 2004

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Πρόλογος –Ευχαριστίες.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	5
1.1 Εισαγωγή – στόχος της εργασίας	5
1.2. Μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	10
2.1.Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	19
3.1. Σύντομη αναφορά στις οργανώσεις υγείας και στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και στις ΗΠΑ, στην Κίνα, στον Καναδά, στη Σουηδία και την Ελβετία.....	19
3.2. Ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσομένων χωρών	22
3.3.Ανισότητες στις χώρες με υψηλό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	24
4.1. Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια.....	24
4.2. Ποιες όμως είναι οι αδυναμίες του συστήματος υγείας στη χώρα μας?	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	30
5.1. Δαπάνες υγείας. Γενικά αίτια δαπανών υγείας και κατηγορίες δαπανών	30
5.2. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ	32
5.3. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα.....	39
5.4. Χρηματοδότηση συστήματος υγείας στην Ελλάδα.....	41
5.4.1. χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό	45
5.4.2. Χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση.....	46
5.4.3. Χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές	49
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	54
6.1 Επιπλέον στατιστικά στοιχεία του τομέα υγείας.....	54
6.2. Επενδύσεις στον κλάδο υγείας	61
6.3. Ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα, ιατρικός εξοπλισμός, δαπάνες φαρμάκων στην Ελλάδα	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7	70

7.1.Ο θεσμός των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ), οργανόγραμμα λειτουργίας, γενικά χαρακτηριστικά, στόχοι, πόροι.....	70
7.1.1. Πόροι ΠΕΣΥΠ.....	77
7.1.2. Οργανόγραμμα του Πε.Σ.Υ.Π.....	78
7.2. Περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ.	79
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.....	85
8.1.Σύγκριση της δομής και λειτουργίας των νοσοκομείων πριν και μετά τον Ν. 2889	85
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9.....	97
9.1. Ο νέος νόμος για την υγεία	97
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10.....	100
10.1. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηματολογίων. Πόσο ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε τον τομέα υγείας, στοιχεία και προτάσεις περαιτέρω βελτίωσης.....	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11.....	119
Γενικά Συμπεράσματα.....	119
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ :.....	125
ο Ερωτηματολόγια – συνεντεύξεις (προς τους υπεύθυνους των ΠΕΣΥΠ σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας τους, την απόδοσή τους, την κάλυψη των αναγκών των περιφερειών).....	125
ο Νομοθεσία.....	125
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	126
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία.....	127

Πρόλογος –Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό την περιγραφή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, διαχρονικά - δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας (Ν2889/2001). Ερευνά, με ποσοτικά και ποιοτικά κριτήρια κατά πόσο ο θεσμός των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας ανταπεξήλθε στους αρχικούς στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκε και εν'τελει καλύπτει τις υγειονομικές ανάγκες των περιφερειών.

Θα ήταν παράλειψή μου μέσα από αυτές τις γραμμές να μην ευχαριστήσω θερμά τον καθηγητή του Παντείου Πανεπιστημίου και Διευθυντή του ΕΚΚΕ κ. Ι. Σακέλλη, καθώς τον επιστημονικό συνεργάτη του ΕΚΚΕ κ. Ζιώμα Δημήτρη, τόσο για τις πολύτιμες υποδείξεις τους στην παρούσα μελέτη, όσο και για την σημαντική βοήθεια τους στην δομή της μελέτης.

Επίσης για την διεκπεραίωση της παρούσας διπλωματικής, πολύτιμη και καθοριστική ήταν η βοήθεια και η καθοδήγηση στελεχών του τομέα υγείας που αναφέρονται παρακάτω, τους οποίους και ευχαριστώ θερμά.

- κ. Μπουρσανίδης Χρήστος: *Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής Α' ΠΕΣΥΠ Αττικής.*
- κ. Μανωλέλης Χρήστος: *Διευθυντής Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού & μέλος του ΔΣ ως εκπρόσωπος των εργαζομένων.*
- κ. Αλεξιάδης Αριστείδης-Δημήτριος: *Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής Α' ΠΕΣΥΠ Κεντρικής Μακεδονίας.*
- κ. Τριανταφύλλης Βασίλειος, *Πρόεδρος ΠΕΣΥΠ Στερεάς Ελλάδας*
- κ. Μελέτη Παρασκευή, *οικονομολόγος, τμήμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και διεθνών συνεργασιών, ΠΕΣΥΠ Στερεάς Ελλάδος.*
- κ. Χλωμούδης Κωνσταντίνος, *Πρόεδρος ΠΕΣΥΠ Ιονίων Νήσων.*
- κ. Τσιαμανδουράκη Κ., *Αναπληρώτρια Γενική Διευθύντρια ΠΕΣΥΠ Ιονίων Νήσων.*

- κ. Θεοδωρόπουλος Σωτήρης, *Πρόεδρος ΠΕΣΥΠ Δυτικής Ελλάδος.*
- κ. Δέδε Ζωή, *Αναπληρώτρια Γενική Διευθύντρια Γ' ΠΕΣΥΠ Αττικής.*
- κ. Θώικου Ζέτα, *Στατιστικός Γ' ΠΕΣΥΠ Αττικής.*
- κ. Λέκος Αν., *Στατιστικός ΠΕΣΥΠ Ιονίων Νήσων.*
- κ. Μαίνα Μαρία, *Κοινωνιολόγος, τμήμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και διεθνών συνεργασιών, Α' Νοτίου Αιγαίου.*
- κ. Σούλης Σωτήρης, *Καθηγητής ΤΕΙ Αθήνας.*
- κ. Σίμου Έφη, *Σύμβουλος Υπουργού Υγείας.*
- κ. Πατούλης Γ., *Πρόεδρος Συλλόγου Ιατρών Αττικής.*
- κ. Θεοδώρου Μάμας, *Συγγραφέας, Υπάλληλος Υπουργείου Υγείας*
- κ. Κατσικάρου Σταυρούλα, *Διευθύντρια Οικονομικών Υπηρεσιών Υπουργείου Υγείας.*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή – στόχος της εργασίας

Στις σύγχρονες δημοκρατικές κοινωνίες, η προστασία της υγείας αποτελεί πρώτη στη κοινωνική ευθύνη. Η πολιτική υγείας πρέπει να διακρίνεται από το σεβασμό της ανθρώπινης προσωπικότητας και η πολιτεία οφείλει να παρέχει και να εγγυάται σε όλους τους πολίτες, υψηλού επιπέδου, υπηρεσίες υγείας. Έχει την υποχρέωση να διαθέτει όλα τα απαραίτητα μέσα που να στηρίζουν μία ολοκληρωμένη πολιτική Υγείας, σύμφωνα με τα σύγχρονα επιστημονικά δεδομένα και τις αρχές της ηθικής και της προστασίας της ανθρώπινης ζωής. Παράλληλα όμως, μπορεί να δραστηριοποιείται και η ιδιωτική πρωτοβουλία, βάσει κανόνων και προδιαγραφών που θέτει το κράτος, το οποίο και εποπτεύει την εφαρμογή τους. Με λίγα λόγια το σύγχρονο κράτος πρόνοιας έχει σκοπό την μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και την αύξηση της ανθρώπινης ευημερίας με την αρωγή του κράτους.

Ένα σύγχρονο Σύστημα Υγείας θα πρέπει να διέπεται από τις εξής αρχές:

- Να θέτει ως προτεραιότητα την προστασία της υγείας και όχι μόνο τη διαχείριση της ασθένειας.
- Να είναι δίκαιο και να εξασφαλίζει τις ίδιες δυνατότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες Υγείας για όλους τους πολίτες.
- Να είναι αποτελεσματικό και να συνδυάζει την ποιότητα των υπηρεσιών τις οποίες προσφέρει, με την αποδοτικότητα του συστήματος.
- Να είναι ευέλικτο με δυνατότητες προσαρμογής και συνεχούς αναβάθμισης, χωρίς να εμποδίζεται από δυσκίνητες, γραφειοκρατικές διαδικασίες.
- Να είναι αποκεντρωμένο σε προσωπικό και υπηρεσίες.
- Να είναι ολοκληρωμένο -περιλαμβάνοντας όλα τα επίπεδα- και να αξιοποιεί το σύνολο του ιατρικού σώματος προς όφελος των Ελλήνων πολιτών.
- Να εξασφαλίζει στους εργαζόμενους στο χώρο της Υγείας αξιοπρεπείς συνθήκες εργασίας και ικανοποιητικές αμοιβές.
- Να λειτουργεί ορθολογικά, με υπεύθυνη οικονομική διαχείριση

Στην παρούσα μελέτη αναλύεται το ελληνικό σύστημα υγείας, που κατά καιρούς δέχθηκε σημαντικές αλλαγές, με σπουδαιότερη εκείνη που επέφερε ο Ν 1397/1983, θεσπίζοντας για πρώτη φορά ένα εθνικό σύστημα υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες, ανεξαρτήτως οικονομικού ή κοινωνικού επιπέδου. Η ανάγκη για αποκεντρωμένες διαδικασίες, εκσυγχρονισμό και ποιοτική βελτίωση του τομέα υγείας οδήγησε στον Ν2889/2001, με την δημιουργία του θεσμού των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας. Αναλύεται διεξοδικά η δομή και η λειτουργία των ΠΕΣΥΠ, μέσα στα πλαίσια του συστήματος υγείας.

Επίσης επιχειρείται σύγκριση της λειτουργίας των νοσοκομείων πριν και μετά την ένταξη στο θεσμό, αναφέρονται οι αδυναμίες αλλά και τα πλεονεκτήματα που τυχόν υπάρχουν, παραθέτονται οι απαντήσεις που έδωσαν οι υπεύθυνοι των ΠΕΣΥΠ, στα ερωτηματολόγια που τους στάλθηκαν και εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα. Στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας που ακολουθεί παραθέτονται με λεπτομέρεια οι θεωρητικές και πρακτικές αναλύσεις που χρησιμοποιούνται στην παρούσα μελέτη.

1.2. Μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας

Το μεθοδολογικό πλαίσιο της μελέτης στηρίζεται στις ακόλουθες διαδικασίες:

- Το **θεωρητικό σκέλος** της εργασίας βασίζεται στο νομοθετικό πλαίσιο και σε συναφή βιβλιογραφία. Πιο συγκεκριμένα, παραθέτεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, και μια συνοπτική αναφορά για τα παγκόσμια συστήματα υγείας και κυρίως τα ευρωπαϊκά. Αναλύονται οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών και αναφέρονται οι ανισότητες στις χώρες με υψηλό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης. Ακολουθεί αναφορά στο σύστημα υγείας στην Ελλάδα, στις αδυναμίες που αυτό εμφανίζει, στις πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας, και αναλύεται πώς γίνεται η χρηματοδότηση.

Ακολουθούν συγκρίσεις με τις χώρες του ΟΟΣΑ, τόσο στη χρηματοδότηση ανά επίπεδο περίθαλψης, όσο και κατά υγειονομική περιφέρεια και επαγγελματική κατηγορία. Αναφέρεται η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας στην Ελλάδα (από τον κρατικό προϋπολογισμό, την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές). Αναλύονται οι επενδύσεις στην υγεία, ο εξοπλισμός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων καθώς και ο αριθμός των φαρμακοποιών, του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού και παραθέτονται στατιστικά στοιχεία.

Επίσης δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στον νόμο 1397/1983, δηλαδή στον θεσμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας και αναλύεται ο θεσμός των Περιφερειακών συστημάτων υγείας (ΠΕΣΥΠ), τα γενικά χαρακτηριστικά, τους στόχους που επιτελεί, το οργανόγραμμα λειτουργίας, τους πόρους, κλπ. Επίσης γίνεται συγκριτική ανάλυση της δομής και της λειτουργίας των νοσοκομείων πριν και μετά την εφαρμογή του Ν.2889/2001. Παραθέτονται τα άρθρα του τελευταίου νομοσχεδίου για την υγεία που επιφέρουν αλλαγές στον Ν2889/2001 και αφορούν θέματα ανασυγκρότησης οργάνων των ΠΕΣΥΠ και ανακατανομής αρμοδιοτήτων των στελεχών του.

Στο κεφάλαιο 11 αναλύονται οι απαντήσεις των υπευθύνων των ΠΕΣΥΠ στα ερωτηματολόγια που τους στάλθηκαν και οι απαντήσεις τους απεικονίζονται επίσης και σε μορφή πινάκων, ανά ερώτηση. Τέλος αναφέρονται τα γενικά συμπεράσματα και οι προτάσεις για περαιτέρω βελτίωση του θεσμού. Στο παράρτημα που ακολουθεί παραθέτονται τα ερωτηματολόγια όπως ακριβώς στάλθηκαν και η -σχετική με τα ΠΕΣΥΠ- νομοθεσία, που χρησιμοποιήθηκε για την διεκπεραίωση της μελέτης.

- Το **πρακτικό σκέλος** της εργασίας αφορά την συλλογή πρωτογενών δεδομένων από τα ίδια τα ΠΕΣΥΠ. Για τον σκοπό ήρθαμε σε επικοινωνία με στελέχη όλων των ΠΕΣΥΠ της χώρας αλλά και αρμοδίους του Υπουργείου Υγείας. Δομήθηκε ένα κοινό ερωτηματολόγιο, δυο σελίδων, που αφορούσε στοιχεία για το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό και υποκειμενικές ποσοτικοποιημένες απαντήσεις για την δομή και λειτουργία του θεσμού, το οποίο και στάλθηκε σε όλους τους προέδρους των ΠΕΣΥΠ.

Η ανταπόκριση όμως δεν ήταν η αναμενόμενη. Συγκεκριμένα, από τα 17 ερωτηματολόγια που εστάλησαν μόνο τα εννέα ΠΕΣΥΠ απάντησαν και συγκεκριμένα τα Α' και Γ' ΠΕΣΥΠ Αττικής, Α' Κεντρικής Μακεδονίας, Ιονίων Νήσων, Στερεάς Ελλάδος, Δυτικής Ελλάδος, Α' Νοτίου Αιγαίου, Βορείου Αιγαίου και Ηπείρου. Στο ΠΕΣΥΠ Βορείου Αιγαίου ο Πρόεδρος και τα στελέχη μόλις είχαν διοριστεί από τον Υπουργό Υγείας (Δεκέμβριος 2003 – Ιανουάριος 2004) και επικαλέσθηκαν μη επαρκή γνώση των προβλημάτων του νέου θεσμού, αν πρώτα δεν περάσει ένα εύλογο διάστημα για την ενημέρωσή τους.

Στα υπόλοιπα ΠΕΣΥΠ – εκτός του Β' ΠΕΣΥΠ Αττικής - η αρχική δέσμευση των προέδρων ήταν μεν θετική, χωρίς όμως στο τέλος να λάβουμε καμία απάντηση, κυρίως λόγω του φόρτου εργασίας των συνεργατών τους, οι οποίοι δεν ασχολήθηκαν με στοιχεία του ερωτηματολογίου που αφορούσαν το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Μόνο στο Γ' ΠΕΣΥΠ ο Πρόεδρος κ. Νικολής αρνήθηκε από την αρχή να απαντήσει στο ερωτηματολόγιο, επικαλούμενος τα πολλά παρόμοια ερωτηματολόγια που του στέλνονται από φοιτητές. Αντιθέτως στο Α' ΠΕΣΥΠ Αττικής, και Α' Κεντρικής Μακεδονίας οι Αναπληρωτές Γενικοί Διευθυντές κ.κ. Μπουρσανίδης και Αλεξιάδης αφιέρωσαν

αρκετό χρόνο για συζήτηση – συνέντευξη με θέμα τον θεσμό των ΠΕΣΥΠ, δίνοντας πολύτιμες συμβουλές. Το ίδιο συνέβη και με τον πρόεδρο του ΠΕΣΥΠ Στερεάς Ελλάδος, κ. Τριανταφύλλη Βασίλειο, οι συμβουλές του οποίου υπήρξαν πολύτιμες και τον ευχαριστώ πολύ.

Επίσης θα πρέπει να αναφέρουμε τις σημαντικές παρατηρήσεις του κ. Λέκου από το ΠΕΣΥΠ Ηπείρου, της κ. Τσιαμανδουράκη και του κ. Χλωμούδη Κων/νου από το ΠΕΣΥΠ Ιονίων Νήσων, που αφορούσαν την δυσκολία στη συγκέντρωση στοιχείων λόγω της ελλιπούς μηχανοργάνωσης αλλά και την επισήμανσή τους ότι υπάρχουν κάποια νοσοκομεία όπου το επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας είναι πάρα πολύ καλό και ορισμένα άλλα που είναι πολύ χαμηλό. Οι απαντήσεις λοιπόν που δίνουν είναι η εκτίμηση του μέσου όρου όλων των νοσοκομείων. Τέλος πρέπει να αναφέρουμε ότι έγινε συλλογή έντυπου υλικού που περιελάμβανε οργανόγραμμα, αποφάσεις μεταβίβασης αρμοδιοτήτων, κλπ, καθώς και στοιχεία για την λειτουργική διασύνδεσή του ΠΕΣΥΠ με τα νοσοκομεία.

- Τα **συμπεράσματα** που εξάγονται είναι αποτέλεσμα τόσο των συνεντεύξεων με στελέχη του τομέα υγείας και τις απαντήσεις που δόθηκαν στα σχετικά ερωτηματολόγια, αλλά και από την βιβλιογραφία, τις μελέτες και τις στατιστικές που δημοσιεύθηκαν κατά καιρούς σε διεθνείς οργανισμούς και στον τύπο. Γίνεται προσπάθεια να καταδειχθεί ο βαθμός που στην πράξη έχουν προσαρμοστεί τα νοσοκομεία στο κλίμα και τις επιταγές αυτής της μεταρρύθμισης, αποκαλύπτοντας τα δυνατά και τα αδύνατα σημεία του νόμου. Τέλος γίνονται κάποιες προτάσεις για ουσιαστική αναβάθμιση της δομής και λειτουργίας της υγείας στην ελληνική πραγματικότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.Ιστορική εξέλιξη του συστήματος υγείας στην Ελλάδα¹

Η πορεία ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι στενά συνδεδεμένη με τις πολιτικές, οικονομικές και κοινωνικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα μας ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Η Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, οι δικτατορίες και πολλοί άλλοι παράγοντες καθόρισαν την πορεία ανάπτυξης του κοινωνικού κράτους και των υπηρεσιών υγείας. Παρά τα σημαντικά αυτά προβλήματα που άφησαν την Ελλάδα τουλάχιστον είκοσι χρόνια πίσω, σε σύγκριση με άλλες Δυτικές χώρες, συγκροτήθηκε ένας υγειονομικός τομέας που απορροφά το 8,3% του ΑΕΠ και απασχολεί το 3% του εργατικού δυναμικού.

Μετά τη σύσταση του ελληνικού κράτους δεν εφαρμόστηκε σαφής υγειονομική πολιτική. Το κράτος και διάφοροι φιλανθρωπικοί φορείς παρεμβαίνουν περιστασιακά και ασυντόνιστα, δίνοντας έμφαση στην αντιμετώπιση των επιδημιών και σε ρυθμίσεις σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος. Στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί η ιδέα της φιλανθρωπίας και ιδρύονται τα πρώτα νοσοκομεία με ατομική πρωτοβουλία ευεργετών, ενώ ιδρύονται ταμεία αλληλοβοήθειας που παρείχαν κάλυψη για ατυχήματα και ασθένεια². Η απουσία εκπαιδευμένου ανθρώπινου δυναμικού συντείνει στην αδυναμία υλοποίησης υγειονομικών προγραμμάτων.

Η πρώτη κρατική ενέργεια καταγράφεται το 1833, όταν η Γραμματεία Εσωτερικών επιφορτίζεται και με καθήκοντα της «υγειονομικής αστυνομίας» και αναλαμβάνει να συγκροτήσει την πρώτη κεντρική υγειονομική οργάνωση της χώρας, εξουσιοδοτημένη να ρυθμίζει όλα τα σχετικά με την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος θέματα, την ίδρυση υγειονομικών καταστημάτων και την καταπολέμηση των λοιμωδών νόσων³. Την ίδια χρονιά εισάγεται ο θεσμός του νομίατρον, που ήταν υπεύθυνος για όλα τα θέματα υγείας του νομού.

¹ Κυριόπουλος, Γ., Σούλης Σ., 1998, Ερευνητική Μελέτη

² Μαστρογιάννης, 1960

³ Ζηλίδης Χ., 1988

Στο χώρο της εκπαίδευσης, ιδρύεται το 1837, η Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα χρόνο αργότερα συστήνεται η μαιευτική σχολή. Το 1864 με πρώτη υγειονομική νομοθετική πράξη συστήνεται ο «Οργανισμός του Φρενοκομείου της Κέρκυρας». Τα πρώτα αλληλοβοηθητικά ταμεία (του NAT, των Μεταλλωρύχων, και των Δημοσίων Υπαλλήλων) άρχισαν να ιδρύονται από το 1861 και έπειτα. Το 1875 ιδρύεται το σώμα νοσοκόμων γυναικών του Ευαγγελισμού και το 1911 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ιδρύει μια σειρά νοσηλευτικών σχολών⁴.

Το 1914 συστήνεται το Υπουργείο Περίθαλψης και εκδίδονται οι πρώτοι νόμοι για τη δημόσια υγεία, ενώ παράλληλα θεσπίζονται μέτρα ασφάλισης υγείας και προστασίας στους χώρους εργασίας⁵. Το 1922 ιδρύεται το Υπουργείο Υγιεινής Πρόνοιας και Αντίληψης και με τον νόμο 2868 προβλέπονται για πρώτη φορά ενιαίοι και υποχρεωτικοί κανόνες για την σύσταση ταμείων ασφάλισης μισθωτών και καθιερώνεται η αρχή της ίσης εισφοράς εργοδότη και εργαζόμενου.

Η οικονομική κρίση του 1929 σε συνδυασμό με την συσσώρευση προσφύγων της μικρασιατικής καταστροφής κάνουν επιτακτική την κρατική παρέμβαση στους τομείς στέγασης, συνθηκών υγιεινής και κοινωνικής ασφάλισης. Δημιουργούνται 35 νέα προσωρινά νοσοκομεία με 2.630 κλίνες για την αντιμετώπιση αυτών των πιεστικών αναγκών που δημιουργήθηκαν.

Τα περιορισμένα οικονομικά και κοινωνικά προγράμματα οδήγησαν πολλές επαγγελματικές κατηγορίες να δημιουργήσουν τα δικά τους ασφαλιστικά ταμεία. Κύριος στόχος των ταμείων ήταν η κάλυψη των κινδύνων γήρατος, ανεργίας και ασθένειας. Το 1934 ιδρύεται το ΙΚΑ (νόμος 6298), με σκοπό την ασφάλιση υγείας των μισθωτών των αστικών κέντρων και την παροχή συντάξεων. Το ΙΚΑ άρχισε να λειτουργεί τρία χρόνια αργότερα (1937) εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων και κάλυπτε τους κινδύνους ασθένειας, γήρατος και ανεργίας των εργαζομένων στα αστικά κέντρα και ειδικότερα σε βιομηχανίες με πάνω από 70 εργαζόμενους. Την περίοδο αυτή μόνο το 1/3 του πληθυσμού είχε ασφαλιστική κάλυψη.

⁴ Πανουτσοπούλου, 1984

⁵ Αγγαλόπουλος 1955

Από το 1935 και έπειτα εκδίδονται διατάγματα για την οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης και με κρατική χρηματοδότηση συστήνονται κρατικά νοσοκομεία. Με τον νόμο 965/37 δημιουργήθηκαν οι προϋποθέσεις για την ενιαία οργάνωση και λειτουργία των δημοσίων νοσοκομείων. Από την στατιστική επετηρίδα της εποχής εκείνης φαίνεται ότι το 1934 λειτουργούσαν στην Ελλάδα 111 νοσοκομεία με 13.000 κλίνες, ενώ πέντε χρόνια αργότερα οι κλίνες έφθασαν τις 16.000 και ο αριθμός των νοσοκομείων τα 117. Η ιδιωτική νοσοκομειακή περίθαλψη την περίοδο αυτή διαθέτει 209 κλινικές με 2.300 κλίνες.

Με τον Ν. 965/37 οργανώθηκε η δημόσια νοσοκομειακή περίθαλψη στη χώρα, ενώ με τον Ν 2769/1941 δίνεται η δυνατότητα στον εκάστοτε υπουργό υγείας και υπουργό οικονομικών να ιδρύουν προσωρινά κρατικά νοσοκομεία για την αντιμετώπιση των αναγκών του Β' Παγκοσμίου πολέμου. Τα νοσοκομεία που ιδρύθηκαν με τον νόμο αυτό παρέμειναν σε λειτουργία και μετά το τέλος του πολέμου για να καλύψουν τις σημαντικές ανάγκες νοσοκομειακής περίθαλψης⁶.

Είναι φανερό ότι οι χρονολογίες – ορόσημα για την έναρξη υπηρεσιών υγείας ή ασφαλιστικής κάλυψης συνδέονται με σημαντικές κοινωνικοοικονομικές συγκυρίες, όπως με το τέλος του Πρώτου Παγκοσμίου Πολέμου, τη Μικρασιατική καταστροφή, την Παγκόσμια οικονομική κατάρρευση του 1929, αλλά και με τους κοινωνικούς αγώνες διάφορων κοινωνικών ομάδων για το δικαίωμα στην εργασία και την κοινωνική ασφάλιση.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950, οι υποδομές του τομέα υγείας σε ειδικευμένο προσωπικό και εγκαταστάσεις παρουσίαζαν σημαντικές ελλείψεις. Πιο συγκεκριμένα, το νοσηλευτικό και τεχνικό προσωπικό παρουσίαζε υψηλό βαθμό συγκέντρωσης, αφού για παράδειγμα και οι 405 διπλωματούχες νοσοκόμες εργαζόντουσαν στην Αθήνα, ενώ στα επαρχιακά νοσοκομεία εργαζόντουσαν πρακτικές νοσοκόμες⁷.

⁶ Λαδά – Χαντζοπούλου, 1978

⁷ AMAG, 1952

Σύμφωνα με τα πρακτικά των συζητήσεων της Βουλής του 1953, υπήρχαν 3.456 νοσοκόμες και μαίες ενώ οι απαιτούμενες ανάγκες για την κάλυψη θέσεων εργασίας ήταν 8.676 νοσοκόμες. Σε πολλά μαιευτήρια χρησιμοποιούνταν πρακτικές μαίες, ενώ η αναγνώριση της αξίας του νοσηλευτικού επαγγέλματος ήταν χαμηλή.

Με τον Ν. 2592/53 «περί οργανώσεως της ιατρικής αντιλήψεως», αναδιοργανώνονται οι υπηρεσίες υγείας και εφαρμόζεται διοικητική αποκέντρωση στον τομέα της υγείας με βάση τον πληθυσμό και την νοσηρότητα. Δίνεται έμφαση στον κοινωφελή χαρακτήρα της νοσοκομειακής περίθαλψης και επιχειρείται η ορθολογική γεωγραφική κατανομή των υλικών και των ανθρώπινων πόρων υγείας⁸. Ο νόμος όμως εφαρμόστηκε μερικώς ή με κάποιες τροποποιήσεις. Τα χρόνια που ακολούθησαν ιδρύονται αρκετά ιατρεία και υγειονομικοί σταθμοί για τις ανάγκες του αγροτικού πληθυσμού, ενώ το ΙΚΑ και άλλοι φορείς συνεχίζουν ασυντόνιστα και απρογραμματίστα να δημιουργούν νέες μονάδες υγείας.

Στην δεκαετία του 1960 επεκτείνεται η κοινωνική ασφάλιση στους αγρότες, τους αυτοαπασχολούμενους και τους δημόσιους υπαλλήλους με κύριο χαρακτηριστικό την κατάτμηση του συστήματος σε πολλούς φορείς με διαφορετικά νομικά καθεστάτα λειτουργίας και διαφορετικά επίπεδα παροχών. Ως εκ τούτου εμφανίστηκαν ανισότητες και διαφοροποιήσεις ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και ως προς τη χρηματοδότηση του συστήματος. Το ύψος των δαπανών υγείας δεν ξεπερνούσε το 2,5% του ΑΕΠ, τη στιγμή που οι ετήσιοι ρυθμοί ανάπτυξης της οικονομίας ήταν γύρω στο 8%, μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν είχε ιατρική περίθαλψη, ενώ η απουσία κεντρικού συντονιστικού οργάνου συνέτεινε στην έντονη γεωγραφική κατανομή των υλικών και ανθρώπινων πόρων.

Το 1961 ψηφίζεται ο νόμος 4169/61 με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ αποτελούν τους δυο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Στις δεκαετίες του '60 και '70 η ελληνική οικονομία σημειώνει ραγδαία ανάπτυξη (κυρίως στον κατασκευαστικό τομέα)

⁸ Κοντούλη – Γείτονα, 1992

και η χρηματοδότηση των ασφαλιστικών οργανισμών βασίζονταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλής ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη.

Η δικτατορία της περιόδου εκείνης εμπόδισε την διαμόρφωση συγκεκριμένης πολιτικής για την υγεία⁹, με αποτέλεσμα την υπανάπτυξη του χώρου. Το κύριο πρόβλημα δεν ήταν τόσο η ανισόρροπη ανάπτυξη μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα, αλλά η ίδια η μεταξύ τους σχέση και λειτουργία. Μια σχέση που υπάκουε όχι σε προκαθορισμένες ρυθμίσεις και κανόνες, αλλά αντίθετα βασιζόταν σε ένα πλέγμα καταστρατηγήσεων και ανεξέλεγκτων διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και χρηματοδότησης. Το κυρίαρχο χαρακτηριστικό εκείνης της εποχής ήταν οι έντονες ανισότητες στην πρόσβαση του πολίτη στις υπηρεσίες υγείας, έτσι όπως αυτές εκφράζονται μέσα από την ανισοκατανομή των νοσοκομειακών κλινών, του ιατρικού δυναμικού και των οικονομικών πόρων μεταξύ κέντρου και περιφέρειας

Για την αντιμετώπιση των οξύτατων προβλημάτων του υγειονομικού τομέα διατυπώθηκαν προτάσεις για την αναδιοργάνωση του συστήματος, σημαντικότερες από τις οποίες είναι οι ακόλουθες:

- Το σχέδιο Πάτρα (1968), που πρότεινε τη δημιουργία ενιαίου ταμείου υγείας, τη σύσταση ενός συντονιστικού υγειονομικού οργάνου, την εισαγωγή του θεσμού των γενικών γιατρών, τη σύσταση περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων και τη σύνταξη εθνικού συνταγολογίου.
- Η έκθεση του ΚΕΠΕ (1976) που πρότεινε τη θέσπιση μηχανισμού συντονισμού και συνεργασίας των υφιστάμενων φορέων με την ίδρυση ενιαίου ταμείου υγείας και την ενοποίηση των υπηρεσιών υγείας των μεγάλων ασφαλιστικών οργανισμών.
- Το νομοσχέδιο Δοξιάδη (1980) που πρότεινε τη δημιουργία εθνικού φορέα υγείας, το θεσμό του νοσοκομειακού γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, την περιφερειακή κατανομή των υπηρεσιών και την ίδρυση αγροτικών κέντρων υγείας.

⁹ Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων,, Ιούνιος 1994, Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος, Αθήνα.

Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80 τα προβλήματα του υγειονομικού τομέα παρέμειναν σημαντικά και οι πιέσεις για μια δραστική κρατική παρέμβαση που θα περιορίζε την εμπορευματοποίηση και την παραοικονομία στο χώρο της υγείας γινόντουσαν ολοένα και μεγαλύτερες. Οι πρώτες ενέργειες της σοσιαλιστικής κυβέρνησης του ΠΑΣΟΚ ήταν η ψήφιση του νόμου 1278/82 για τη σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του νόμου 1316/83 για τη σύσταση του εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Ο Ν. 1397/1983 θεσμοθετεί το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.)¹⁰ αποτελεί τη μεγαλύτερη νομοθετική ρύθμιση στο Ελληνικό υγειονομικό σύστημα. Για πρώτη φορά έμπαιναν τα πλαίσια και οι βάσεις για την ανάπτυξη ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας στο οποίο θα είχαν δωρεάν πρόσβαση όλοι οι πολίτες ανεξαρτήτως πνευματικού, οικονομικού και κοινωνικού επιπέδου τους, απολαμβάνοντας με αυτό τον τρόπο το ύψιστο κοινωνικό αγαθό της υγείας.

Οι αρχές που στηρίζεται ο νέος νόμος είναι αυτές της αναγνώρισης της υγείας ως κοινωνικού αγαθού, της ισότητας στην παροχή των υπηρεσιών και στην κατανομή των πόρων, της αποκέντρωσης, της εφαρμογής ενιαίου πλαισίου ανάπτυξης, λειτουργίας, προγραμματισμού και σχεδιασμού των υπηρεσιών. Βασικός κατευθυντήριος άξονας είναι το ευρύτερο κοινωνικό και λαϊκό συμφέρον στο ενιαίο πλαίσιο της ανάπτυξης και λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

Δίνεται επίσης έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, (με τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, τα κέντρα υγείας, τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας και προληπτικής υγιεινής), στη δευτεροβάθμια περίθαλψη (νομαρχιακά νοσοκομεία) και στην τριτοβάθμια περίθαλψη που υλοποιείται μέσα από τα περιφερειακά νοσοκομεία, τα ειδικά νοσοκομεία, τις ερευνητικές μονάδες και τα ειδικά επιστημονικά κέντρα.

¹⁰ Μαρδας Γ., (1993), σελ.105.

Το 1985 ψηφίστηκε ο νόμος **1579/1985**, συμπληρωματικός του νόμου του ΕΣΥ, με τον οποίο ρυθμίστηκαν τόσο θέματα ειδίκευσης ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού, όσο και εκπαίδευσης νοσηλευτών. Στη συνέχεια εκδόθηκε ο Νόμος 1759/1988 όπου γινόταν αναφορά και στον διορισμό των γιατρών του ΕΣΥ.

Αν και ο 1397/83 θεωρείται ως η σημαντικότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ στην χώρα μας στον τομέα ανάπτυξης μιας ενιαίας και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας, εντούτοις του καταλογίζονται και ελλείψεις και παραλείψεις¹¹. Αυτές συμπεκνώνονται α) στην αδυναμία να αφομοιώσει και αξιοποιήσει την εμπειρία άλλων χωρών αλλά και τα κριτικά συμπεράσματα της ΠΟΥ πάνω στις διαδικασίες ανάπτυξης εθνικών συστημάτων υγείας, β) στη μη πρόβλεψη ενός μηχανισμού διαχείρισης και χρηματοδότησης που θα ελάμβανε υπόψη την εξελισσόμενη οικονομική κρίση και θα οδηγούσε σε περιορισμό του κόστους και γ) στον ιατροκεντρικό χαρακτήρα των περισσότερων ρυθμίσεων.

Ο Ν. 2071/1992 αναδιοργανώνει το σύστημα υγείας και προβλέπει την υπαγωγή των κέντρων υγείας στις νομαρχίες. Επίσης δίνει την δυνατότητα στους νοσοκομειακούς γιατρούς να επιλέξουν μεταξύ της πλήρους και μερικής απασχόλησης με το δικαίωμα της παράλληλης άσκησης ιδιωτικής ιατρικής. Με τον νόμο αυτό παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης και λειτουργίας ιδιωτικών θεραπευτηρίων, ενώ με μια σειρά μέτρων αυξάνεται η συμμετοχή του χρήστη στην αγορά φαρμάκων, θεσπίζεται εισιτήριο για τις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αυξάνονται τα ημερήσια νοσήλια.

Όσον αφορά την δομή και οργάνωση των νοσοκομείων, καθίστατο ενιαία η σύνθεση των ΔΣ όλων των νοσοκομείων της χώρας ανεξαρτήτως του αριθμού των κλινών τους. Παράλληλα θεσπίστηκε για πρώτη φορά ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή, ρυθμίστηκαν θέματα προγραμματισμού και ελέγχου των λειτουργικών δαπανών των δημοσίων φορέων και προβλέφθηκε η δημιουργία νέων επιστημονικών φορέων και η αναδιάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας.

¹¹ Κυριόπουλος Γ., (1990), σελ.87

Με τον Ν. 2194/1994 για την «αποκατάσταση του εθνικού συστήματος υγείας» καταργήθηκαν μια σειρά άρθρων του Ν.2071/1992 και επανατέθηκαν σε ισχύ τόσο η φιλοσοφία, όσο και ειδικότερες διατάξεις του Ν. 1397/83. Η απουσία επαρκών μηχανισμών σχεδιασμού, προγραμματισμού και διαχείρισης καθώς και οι πιέσεις από εξωγενείς προς το σύστημα παράγοντες, όπως η αλλαγή του διεθνούς περιβάλλοντος και τα δημοσιονομικά προβλήματα της χώρας, οδήγησαν στη διατύπωση νέων προτάσεων μεταρρύθμισης του ΕΣΥ.

Ο Ν. 2519/97 ενσωματώνει μερικές από αυτές τις προτάσεις και θεσπίζει κανόνες για την ανάπτυξη της Δημόσιας Υγείας και της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στις αστικές περιοχές. Η φιλοσοφία αυτού του νόμου ήταν παρόμοια με αυτή του νόμου για το ΕΣΥ, διευρύνοντας τον δημόσιο και κοινωνικό χαρακτήρα του ΕΣΥ και παρέχοντας στους πολίτες ίσες ευκαιρίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά τη νομική μορφή των νοσοκομείων, αυτά συστήνονταν, όπως προέβλεπε ο νόμος, ως ΝΠΔΔ και υπάγονταν στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας.

Με την διάταξη του άρθρου 21 του Ν. 2703/1999 επέρχονται κάποιες αλλαγές στην σύνθεση του Διοικητικού Συμβουλίου των Νοσοκομείων και κυρίως στα πρόσωπα που διορίζει ο Υπουργός και ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας ανάλογα με τον αριθμό των κλινών του νοσοκομείου. Οι διατάξεις αυτές αφορούν περισσότερα τον Πρόεδρο των νοσοκομείων, οι αρμοδιότητες, η αξιολόγηση του.

Όμως το ΕΣΥ που ικανοποίησε ένα πάγιο και βασικό αίτημα της κοινωνίας μας, υγεία στον πολίτη, δέχθηκε νομοθετικές παρεμβάσεις που αλλοίωσαν εν μέρει τον βασικό χαρακτήρα του δημόσιου συστήματος υγείας στην χώρα μας. Μέχρι σήμερα ο υγειονομικός τομέας της χώρας συνίσταται από τρεις αυτόνομες και ενδεχομένως αλληλοαναιρούμενες αγορές: α) το ΕΣΥ, β) τα ασφαλιστικά ταμεία και τον ιδιωτικό τομέα. Στα πλαίσια αυτά τίθεται το ζήτημα του συντονισμού μεταξύ των τριών αυτών δομών και ιδιαίτερα μεταξύ ΕΣΥ και ασφαλιστικού συστήματος και της δημιουργίας ενός λειτουργικά ολοκληρωμένου και λογικά συνεκτικού συστήματος υγείας.

Την κάλυψη αυτής της ανάγκης ήρθαν να εκπληρώσουν τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας, που ιδρύθηκαν με το Ν 2889/2.3.2001, και αποτελούν διοικητικές μονάδες για τον συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας. Αν και στην συνέχεια θα αναλύσουμε τον νέο θεσμό των ΠΕΣΥΠ πρέπει στο σημείο αυτό να τονίσουμε ότι η ανάγκη αυτών των νέων ρυθμίσεων συνίσταται στην αποκέντρωση που θα οδηγήσει στην κάλυψη των πραγματικών αναγκών υγείας των περιφερειών και στην καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων.

Τέλος, με την ψήφιση του νομοσχεδίου για την υγεία, τον Νοέμβριο του 2003, γίνονται κάποιες τροποποιήσεις, του Ν2889/2001 οι οποίες αφορούν την σύσταση του Συμβουλίου Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας, τις αρμοδιότητες του Διοικητή των νοσοκομείων, τους πανεπιστημιακούς γιατρούς, τους γιατρούς άνευ ειδικότητας καθώς και την καθαριότητα και φύλαξη των χώρων του ΠΕΣΥΠ. Μετά τις εκλογές της 11 Απριλίου 2004, ανακοινώθηκε η πρόθεση της νέας κυβέρνησης, να καταργήσει τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας αφού κατά την άποψη των στελεχών τους δεν επιτυγχάνουν τους στόχους για τους οποίους δημιουργηθήκανε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1. Σύντομη αναφορά στις οργανώσεις υγείας και στα συστήματα υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης, καθώς και στις ΗΠΑ, στην Κίνα, στον Καναδά, στη Σουηδία και την Ελβετία.

Η ανάγκη για βελτίωση της υγείας σε παγκόσμια κλίμακα οδήγησε 72 κράτη και 9 διεθνείς οργανώσεις που ασχολούνται με ειδικά υγειονομικά θέματα να ιδρύσουν την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας¹² (19/6/1946). Με το ν.δ. 436/21-10-47 κυρώθηκαν και στην Ελλάδα, ο Καταστατικός Χάρτης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και η Συμφωνία Ίδρυσης Προσωρινής Επιτροπής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Ο Καταστατικός Χάρτης της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας είναι μέχρι σήμερα η μόνη σύγχρονη διεθνής σύμβαση που μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει, όχι μόνο το ηθικό κύρος της παγκοσμιότητας, αλλά και τη νομική ισχύ σε παγκόσμια κλίμακα. Άλλες διεθνείς οργανώσεις σχετικά με την υγεία είναι η UNICEF, η FAO, η Ένωση Οικογενειών του ΟΗΕ, και η Επιτροπή Υγείας του Συμβουλίου της Ευρώπης.

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να πούμε ότι το σύγχρονο κράτος πρόνοιας μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένα κατεξοχήν ευρωπαϊκό φαινόμενο που αναπτύχθηκε έντονα μεταπολεμικά με σκοπό την μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων και την αύξηση της ανθρώπινης ευημερίας με την αρωγή του κράτους¹³. Στις δεκαετίες του 1950 και 1960, η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη των βιομηχανικών χωρών οδήγησε σε αύξηση των πόρων για τα προγράμματα υγείας, ασφάλισης, παιδείας, στέγασης, κλπ. Η οικονομική ευμάρεια δημιούργησε ένα κράτος ευημερίας και πρόνοιας.

Μέχρι το 1973, οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία αυξάνονταν με ρυθμούς ταχύτερους από εκείνους του ΑΕΠ. Οι πετρελαϊκές κρίσεις που ακολούθησαν, οδήγησαν σε υψηλή ανεργία, πληθωρισμό και μικρή ή αρνητική αύξηση του εθνικού προϊόντος. Η οικονομική κρίση σήμαινε και την κρίση του κράτους πρόνοιας η οποία σε αρκετές

¹² Αναπλιώτη – Βαζαίου Ειρήνη, 1987, Παγκόσμιες αποδοχές στην Υγεία και εθνικά ζητήματα, Αθήνα

¹³ Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 1997

χώρες συνεχίζεται μέχρι σήμερα και χαρακτηρίζεται από την αδυναμία της εφαρμοζόμενης πολιτικής:

- να γεφυρώσει τις ανισότητες ως προς την παρεχόμενη περίθαλψη στις διάφορες κοινωνικό-οικονομικές ομάδες,
- να εξαλείψει τις ανισότητες στην επικράτηση της νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων
- να βελτιώσει τη σχέση της λειτουργίας των ιατροκοινωνικών υπηρεσιών και της αποτελεσματικότητάς τους.

Γενικότερα τα περισσότερα προβλήματα στον τομέα της υγείας στις ευρωπαϊκές χώρες εμφανίζουν παρόμοια αναγνωρίσιμα χαρακτηριστικά. Τα προβλήματα όμως κάθε χώρας αντανακλούν την πολυπλοκότητα των κοινωνικών φαινομένων και είναι συνδεδεμένα με τον πολιτισμό, την ιστορία και την κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη της χώρας. Για παράδειγμα, τα συστήματα υγείας των Σκανδιναβικών χωρών θεωρούνται τα πιο πετυχημένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με υψηλές δαπάνες υγείας και ικανοποιημένους πολίτες.

Αντίθετα σε μεσογειακές κυρίως χώρες, ανάμεσά τους και η Ελλάδα, η θεώρηση της υγείας ως κοινωνικό αγαθό παρουσίασε μια σημαντική χρονική υστέρηση σε σύγκριση με χώρες του Ευρωπαϊκού βορά. Η υστέρηση αυτή αποδίδεται σε διαρθρωτικούς και πολιτισμικούς λόγους. Πρέπει να αναφέρουμε ότι ο σχεδιασμός του ελληνικού συστήματος υγείας έχει ως υπόδειγμα το Βρετανικό σύστημα υγείας. Πιο κάτω θα αναφέρουμε εν συντομία την λειτουργία των συστημάτων υγείας¹⁴ στις Ηνωμένες Πολιτείες, την Κίνα, τον Καναδά, την Σουηδία και την Ελβετία.

Οι **Ηνωμένες Πολιτείες** αποτελούν κλασσικό παράδειγμα εναρμόνισης του συστήματος ελεύθερης ιδιωτικής πρωτοβουλίας στον τομέα της υγείας. Η χρηματοδότηση των δαπανών για την υγεία προέρχεται, κατά το μεγαλύτερο ποσοστό, από τον ιδιωτικό τομέα και ιδίως μέσα από ένα δίκτυο ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιριών. Από την άλλη ο κρατικός προϋπολογισμός αναλαμβάνει δαπάνες πρόνοιας και εκπαίδευσης πέρα από τα προγράμματα υγείας της προληπτικής ιατρικής.

¹⁴ Αναπλιώτη – Βαζαίου Ειρήνη, 1987.

Οι αρχές του συστήματος υγείας στην **Κίνα** στηρίζονται στην μεγιστοποίηση των αρχών της κοινωνικής ευημερίας. Υπάρχει απόλυτη αρμονία μεταξύ της κομμουνιστικής ιδεολογίας και των πρακτικών λύσεων στα προβλήματα του λαού. Οι παροχές υγειονομικών φροντίδων δεν δίνονται δωρεάν αλλά επιβαρύνουν τους εργατικούς και αγροτικούς συνεταιρισμούς όπου υπάγεται ο άρρωστος. Για να μπορέσει ο κινέζικος λαός να ξεπεράσει τις δύσκολες συνθήκες που κληρονόμησε μετά ίδρυση της Λαϊκής Δημοκρατίας έφτιαξε από την αρχή δίκτυο υγειονομικών υπηρεσιών για τις αστικές περιοχές και για την ύπαιθρο κατά προτεραιότητες.

Ο **Καναδάς** θεωρείται ότι έχει ένα από τα πιο πετυχημένα συστήματα υγείας στον κόσμο, που στηρίζεται στην ύπαρξη ενιαίου φορέα ασφάλισης και υγείας. Οι δαπάνες από τον κρατικό προϋπολογισμό για την υγεία αυξάνουν θεαματικά κάθε χρόνο, ενώ το σημαντικότερο επίτευγμα της Καναδικής πολιτικής είναι η προσαρμογή της οργάνωσης των διοικητικών υπηρεσιών στην επίτευξη των στόχων της υγείας και η απόλυτη διοικητική και οργανωτική αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας.

Πετυχημένο θεωρείται το σύστημα υγείας και στην **Σουηδία**, όπως και σε όλες τις Σκανδιναβικές χώρες. Οι δαπάνες λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας καλύπτονται κυρίως από ασφαλιστικές εισφορές (εργοδοτών και εργαζομένων) κατά 85% και από το κράτος κατά 15%. Σε ότι αφορά το ΑΕΠ οι συνολικές δαπάνες για την υγεία είναι οι πιο υψηλές στον κόσμο, ενώ η ιδιωτική δαπάνη κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Το σύστημα υγείας στην Σουηδία αποτελεί ιδεατό παράδειγμα προς μίμηση της επιτυχίας του κράτους της κοινωνικής ευημερίας.

Το σύστημα υγείας στην **Ελβετία** θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως «Αντισύστημα υγείας», αφού προσφέρει παραδειγματικές καταστάσεις για μίμηση ή για αποφυγή. Παράδειγμα για μίμηση είναι η τέλεια αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας και παραδείγματα για αποφυγή αποτελούν ο ελλιπής συντονισμός και η ανισότητα κατανομής των υπηρεσιών υγείας. Η Ελβετία έχει την αναμφισβήτητη παγκόσμια παραδοχή της παραδοσιακής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, η οποία όμως στοιχίζει πολύ. Η έλλειψη ελέγχου τιμών στα θέματα υγείας επιβαρύνει τον πολίτη πλην όμως οι υγειονομικές παροχές διατηρούνται σε πολύ υψηλό επίπεδο.

3.2. Ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών¹⁵

Οι ανισότητες στην υγεία είναι πολύ έντονες μεταξύ των ανεπτυγμένων και των υπανάπτυκτων χωρών. Οι ιδιαίτερα φτωχές χώρες της αφρικανικής ηπείρου δαπανούν για την υγεία 1\$-5\$ ΗΠΑ κατά κεφαλή, σε αντίθεση με τις πολύ ανεπτυγμένες βιομηχανικά χώρες που δαπανούν 1.000\$ -1.500\$ ΗΠΑ. Αξίζει να σημειώσουμε ότι το 20% του παγκόσμιου πληθυσμού εισπράττει το 83% του παγκόσμιου εισοδήματος. Το 1960 τα άτομα στην κορυφή της παγκόσμιας κοινωνικής πυραμίδας ήταν 30 φορές πλουσιότερα από αυτά στη βάση που συνιστούν το 20% των φτωχότερων. Σήμερα το 20% στην κορυφή είναι πλουσιότερο 61 φορές από το 20% στη βάση.

Όσον αφορά το ποσοστό ασφαλιστικής κάλυψης του πληθυσμού για την υγεία πρέπει να σημειώσουμε ότι στον ευρωπαϊκό χώρο τα ποσοστά κάλυψης του πληθυσμού για ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη κυμαίνονται μεταξύ 90-100%. Αντίθετα σε πολλές χώρες της Αφρικής και της Λατινικής Αμερικής τα ποσοστά είναι περίπου 8-20%. Χαρακτηριστικό είναι εξάλλου ότι η αναλογία κατοίκων ανά γιατρό είναι 344 κάτοικοι ανά γιατρό στις ανεπτυγμένες χώρες και 5.767 κάτοικοι ανά γιατρό στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η μεγάλη διαφορά στο επίπεδο του συστήματος υγείας μπορεί να φανεί και από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή στις ανεπτυγμένες χώρες ασχολούνται με θέματα γενετικής ευθανασίας, ενώ σε αναπτυσσόμενες χώρες ενδιαφέρονται για το πόσες βρύσες πόσιμου ύδατος είναι διαθέσιμο για τις στοιχειώδεις ανάγκες υγιεινής των κατοίκων. Οι κάτοικοι της ευρωπαϊκής ένωσης έχουν μέσο όρο ζωής τα 76,8 έτη, ενώ οι κάτοικοι του τρίτου κόσμου 63,3 έτη. Το ποσοστό της βρεφικής θνησιμότητας είναι 19% για τις ανεπτυγμένες χώρες και 93% για τις αναπτυσσόμενες, ενώ σε κάποιες χώρες φθάνει και το 200%. Τα 3/5 των λοιμώξεων αφορούν χώρες της Αφρικής ενώ το 1/5 την Ασία.

¹⁵ Σούλης Σωτήρης, (1999), Οικονομική της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση, σελ43-44

3.3.Ανισότητες στις χώρες με υψηλό δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης¹⁶.

Έντονες είναι και οι ανισότητες που παρουσιάζονται σε διάφορες πληθυσμιακές ομάδες που κατοικούν σε ανεπτυγμένες χώρες και σχετίζεται είτε με τις συνθήκες διαβίωσης (πχ. αθίγγανοι) ή με επαγγελματικές κατηγορίες. Για παράδειγμα οι ανθρακωρύχοι στην Μ. Βρετανία έχουν ειδικό δείκτη πιθανότητας θανάτου από όλες τις αιτίες 180, ενώ ο αντίστοιχος δείκτης των δασκάλων δεν ξεπερνά τα 60. Οι άστεγοι στο Λονδίνο έχουν μέσο όρο προσδόκιμης ζωής 42 έτη, ενώ ο μέσος εθνικός πλησιάζει τα 80. Στην Ελλάδα οι αθίγγανοι έχουν μέσο όρο ζωής τα 57 έτη.

Έχει αποδειχθεί ότι υπάρχουν τουλάχιστον 7 χρόνια διαφορά στο προσδόκιμο επιβίωσης μεταξύ χαμηλών και υψηλών εισοδηματικών τάξεων, ενώ η βρεφική θνησιμότητα στις χαμηλότερες εισοδηματικές τάξεις είναι 2-3 φορές μεγαλύτερη από τις υψηλότερες¹⁷. Η κατανάλωση υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από την κοινωνικό-επαγγελματική κατηγορία και τον ασφαλιστικό φορέα που ανήκουν οι πολίτες μιας χώρας. Για παράδειγμα, στην Ελλάδα η ετήσια κατά κεφαλή δαπάνη για υγεία των τραπεζικών υπαλλήλων ανέρχεται σε 195,83 ευρώ και των αγροτών σε 51,62 ευρώ και για τα νοσήλια στο εξωτερικό επωφελούνται 76 αγρότες σε 1.000.000 ασφαλισμένους έναντι 2.627 τραπεζικών.

¹⁶ Σούλης Σωτήρης,(1999), σελ. 44

¹⁷ Υφαντόπουλος Ι. (1986), Τεύχος 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1. Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα: Πρωτοβάθμια, Δευτεροβάθμια, Τριτοβάθμια.

Όπως είναι γνωστό, οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας. Με τον όρο **Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας** ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος. Η Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, οι οποίες δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, και είναι οι ακόλουθες:

- Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών ή πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη από τη διαχείριση της ασθένειας. Άλλωστε, όλοι συμφωνούν ότι είναι προτιμότερο το να προλαμβάνεις παρά το να θεραπεύεις. Στην Ελλάδα ο τομέας της πρόνοιας δεν ανταποκρίνεται ικανοποιητικά στις απαιτήσεις αλλά και στις ανάγκες των ασφαλισμένων και γενικότερα των πολιτών.

Το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας-Πρόληψης καλύπτει κυρίως:

- Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της αρρώστιας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση της αρρώστιας (δευτερογενής πρόληψη).
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.

- Την ιατρική της εργασίας, με στόχο συγκεκριμένα τη βελτίωση των όρων υγιεινής και την ελαχιστοποίηση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής.
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού και ευγονικής, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές της ανθρωπότητας, όπως το AIDS.
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Την αγωγή Υγείας.
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που παρατηρούνται σε άτομα ή ομάδες και παράλληλα την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις καλούμενες ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, μειονεκτικά άτομα, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λπ.)
- Την αγωγή στοματικής υγείας και την άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής μέσα από την τακτική εξέταση του πληθυσμού, δεδομένου ότι με αυτό θα αποτραπούν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν πολυέξοδες θεραπείες που επιβαρύνουν σημαντικά το ασφαλιστικό σύστημα.

Με τον όρο **Δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας** ορίζεται το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι αναγκαία η νοσηλεία των ασθενών εντός του νοσοκομείου - χωρίς να είναι υποχρεωτική η διανυκτέρευση σε αυτό. Λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι το Νοσοκομείο.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλη τη χώρα από νοσοκομεία:

- Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί αλλά και γιατροί του Ε.Σ.Υ. Όμως, ο Πρόεδρος του νοσοκομείου, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου και οι Διευθυντές των κλινικών και των εργαστηρίων, απαιτείται να είναι μέλη Δ.Ε.Π. της Ιατρικής σχολής.

- Στρατιωτικά, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί ως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- Ειδικού καθεστώτος στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα. Σε αυτά υπηρετούν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου.
- Ιδιωτικά θεραπευτήρια

Ως Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που αποσκοπούν:

- Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων και σύνθετων ιατρικών περιστατικών
- Στην προαγωγή της Ιατρική έρευνας
- Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας
- Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρομηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Σήμερα υπάρχουν αρκετές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (εξειδικευμένα Ινστιτούτα, Κλινικές και Εργαστήρια) τα οποία λειτουργούν υπό διαφορετικό καθεστώς ή υποχρηματοδοτούνται.

Η άσκηση της κοινωνικής πολιτικής που γίνεται από το Υπουργείο Υγείας περιλαμβάνει γενικότερα τον σχεδιασμό, προγραμματισμό, εφαρμογή, παρακολούθηση, αξιολόγηση, επανεκτίμηση του έργου με τη συμμετοχή των φορέων του κοινωνικού συνόλου.

Πιο συγκεκριμένα αποστολή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας είναι η άσκηση κοινωνικής πολιτικής για την Υγεία και την Πρόνοια, και πρέπει να περιλαμβάνει:

- Την προαγωγή, την προστασία, τη διατήρηση και την αποκατάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και του κοινωνικού συνόλου.
- Την ισότητα στην παροχή του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υπηρεσιών και αγαθών υγείας και πρόνοιας στο κοινωνικό σύνολο και ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ατόμου.
- Την προστασία των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων κατά την παροχή των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.
- Την προστασία του φυσικού περιβάλλοντος, τον έλεγχο των αγαθών και υπηρεσιών που επηρεάζουν την υγεία των ατόμων και η λήψη μέτρων για την προαγωγή της καλύτερης δυνατής ποιότητας ζωής.
- Τον καθορισμό, την εκπαίδευση, τον έλεγχο και την προαγωγή των επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, καθώς και τον καθορισμό και τον έλεγχο παραγωγής, διακίνησης και κατανάλωσης των αγαθών υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του κοινωνικού συνόλου.
- Την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου για την προστασία και προαγωγή της υγείας και των υγιεινών τρόπων διαβίωσης, καθώς και για την αποφυγή και αντιμετώπιση των νόσων και των αναπηριών και τις διαδικασίες επανένταξης των ατόμων στο κοινωνικό σύνολο.

Για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, η Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου είναι αρμόδια ιδιαίτερα για:

1. Την εισήγηση στην Κυβέρνηση των μέτρων για την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.
2. Την ενημέρωση των μελών της Βουλής των Ελλήνων.
3. Την εκπροσώπηση της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ένωση, σε αλλοδαπά Κράτη, σε Διεθνείς Οργανισμούς και λοιπές Οργανώσεις, ημεδαπές ή αλλοδαπές, με σκοπό την εκπλήρωση της αποστολής του Υπουργείου.

4. Τη συνεργασία με τα λοιπά Υπουργεία, Δημόσιες Υπηρεσίες και Οργανισμούς για τη χάραξη της κοινής κοινωνικής πολιτικής στον τομέα της υγείας και πρόνοιας

4.2. Ποιες όμως είναι οι αδυναμίες¹⁸ του συστήματος υγείας στη χώρα μας?

Οι αδυναμίες που εμφανίζει το σύστημα υγείας στην χώρα μας μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (κυρίως στα αστικά κέντρα) και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας
- Έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία.
- Σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού)
- Υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας.
- Ανεπαρκή διοίκηση, που συνίσταται σε συγκεντρωτισμό, γραφειοκρατία, έλλειψη μηχανογράφησης και σύγχρονου μάνατζμεντ.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών σχεδιάστηκε η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας με τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) και στόχο την αποκέντρωση των υπηρεσιών. Τα τελευταία δέκα χρόνια, ιδρύθηκαν 15 νέα περιφερειακά νοσοκομεία, κάποια εκ των οποίων πανεπιστημιακά, ανακαινίστηκαν κάποια άλλα, ή πτέρυγες νοσοκομείων και ενισχύθηκε το ανθρώπινο δυναμικό με 20.000 προσλήψεις, (εκ' των οποίων το ½ νοσηλευτικό προσωπικό). Ψηφίστηκαν νόμοι για τους Επιθεωρητές Υγείας, την προμήθεια των νοσοκομείων, και την Δημόσια Υγεία.

¹⁸ Πρόγραμμα ΠΑΣΟΚ 2004, «Υγεία: Προτεραιότητες, στόχοι, πρωτοβουλίες» σελ 65.

Όλες αυτές οι υποδομές αποτελούν έργα υψίστης σημασίας για την χώρα μας και κυρίως για την ελληνική περιφέρεια. Παρόλαυτά τα προβλήματα στο χώρο της υγείας παραμένουν και η δυσανεμία των πολιτών είναι μεγάλη. Εύλογο είναι το ερώτημα γιατί οι υπηρεσίες υγείας δεν βελτιώθηκαν παρόλο που κατασκευάστηκαν τόσα νοσοκομεία;

Η απάντηση δεν είναι τόσο απλή αλλά θα τολμήσουμε να επισημάνουμε ότι η κατασκευή των νέων νοσοκομείων έγινε στην ελληνική περιφέρεια περισσότερο, και όχι στα αστικά κέντρα παρόλο που η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Δηλαδή την ίδια στιγμή που στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη ο πληθυσμός αυξάνεται, οι κλίνες παραμένουν σχεδόν οι ίδιες, ενώ στις περιφέρειες που ο πληθυσμός μειώνεται, δημιουργούνται νέα νοσοκομεία, λόγω των χρηματοδοτήσεων που λαμβάνει η χώρα μας ως αποτέλεσμα της περιφερειακής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Επίσης εξακολουθεί να υπάρχει σοβαρό πρόβλημα οργάνωσης των νοσοκομείων, αλλά και ελλιπής προγραμματισμός σε θέματα ανθρώπινου δυναμικού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό του νέου νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟ», που όταν ολοκληρώθηκε η κατασκευή του ήταν τέλεια εξοπλισμένο με ιατρικά μηχανήματα, αλλά παρατηρήθηκε σοβαρή έλλειψη σε νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, του οποίου η πρόσληψη ήταν χρονοβόρα. Επίσης τα περισσότερα νοσοκομεία δεν διαθέτουν ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα και συχνά το υπάρχον διοικητικό προσωπικό δεν διαθέτει την απαραίτητη εξειδίκευση για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σύγχρονου νοσοκομείου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1. Δαπάνες υγείας. Γενικά αίτια δαπανών υγείας και κατηγορίες δαπανών

Η σημαντική ανάπτυξη των συστημάτων υγείας άρχισε την μεταπολεμική περίοδο, γεγονός που οδήγησε τις συνολικές δαπάνες υγείας σε πολύ υψηλά επίπεδα παγκοσμίως. Η ταχεία επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης, η διόγκωση της προσφοράς αγαθών και υπηρεσιών, οι δημογραφικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, καθώς και ένα νέο καταναλωτικό πρότυπο για τις υπηρεσίες υγείας, αποτελούν τους βασικούς παράγοντες αύξησης των δαπανών υγείας και επέκτασης της κοινωνικής ασφάλισης. Τα αίτια που οδήγησαν σε αύξηση των δαπανών υγείας, σε παγκόσμιο επίπεδο, μπορούν να συνοψισθούν ως ακολούθως:

- **Δημογραφικοί Παράγοντες** (η σημαντική γήρανση του πληθυσμού και οι ολιγομελείς οικογένειες του δυτικού κόσμου)
- **Επιδημιολογικοί παράγοντες** (το σημερινό επιδημιολογικό πρότυπο κυριαρχείται από τις καρδιοπάθειες, τα νεοπλάσματα, τις ψυχικές νόσους, τα ατυχήματα, τις αναπηρίες και το AIDS)
- **Οικονομικοί παράγοντες** (αύξηση του διαθέσιμου εισοδήματος, μείωση του κόστους ευκαιρίας του χρόνου, επέκταση και διεύρυνση της κοινωνικής ασφάλισης, αύξηση του αριθμού των ανέργων)
- **Ψυχο-κοινωνικο-πολιτισμικοί παράγοντες** (ιατρικοποίηση των κοινωνικών προβλημάτων, βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου, επαγγελματική αποκατάσταση, εγκατάλειψη παραδόσεων και δοξασιών)
- **Αύξηση της διαθεσιμότητας και προσπελασιμότητας** (περισσότεροι γιατροί, νοσοκομεία, θεραπευτικά μέσα, φάρμακα, κλπ, είσοδος στο σύστημα τεχνολογίας υψηλού κόστους, ανετότερες διαδικασίες παροχής υπηρεσιών, περιορισμός των γεωγραφικών ανισοτήτων στην κατανομή των υπηρεσιών, πρόοδος στις συγκοινωνίες και επικοινωνίες)
- **Βελτίωση των αμοιβών** (αύξηση των επαγγελματιών υγείας, εξίσωση αμοιβών ανδρών και γυναικών)
- **Ιδιομορφίες της αγοράς** (προκλητή ζήτηση)

Οι ανεπτυγμένες χώρες προωθούν μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στα συστήματα υγείας, με στόχο να συγκρατήσουν τις δαπάνες σε μεγέθη υποφερτά από τις οικονομίες. Οι παρεμβάσεις αυτές απευθύνονται τόσο προς την πλευρά της ζήτησης (ασθενείς) όσο και προς την πλευρά της προσφοράς (προμηθευτές). Έχει αποδειχθεί ότι το ύψος των δαπανών υγείας, η ανάπτυξη των συστημάτων υγείας και η κοινωνικο-οικονομική ανάπτυξη συνδέονται στενά μεταξύ τους. Αν συγκρίνουμε τις δαπάνες υγείας σε διάφορες χώρες συμπεραίνουμε ότι χώρες με υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα τείνουν να εμφανίζουν και υψηλές δαπάνες υγείας. Παρόλ'αυτά υπάρχουν και κάποιες χώρες που δεν ακολουθούν τη γενική αυτή τάση και δαπανούν λιγότερα ή περισσότερα από ότι το επίπεδο οικονομικής τους ανάπτυξης επιτρέπει.

Οι βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας είναι οι ιατρικές, οι νοσοκομειακές, οι δαπάνες φαρμακευτικών αγαθών και άλλων προϊόντων, οι δαπάνες διοικητικού προσωπικού, οι δαπάνες για την πρόληψη και την αγωγή υγείας, για κατάρτιση και επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας, καθώς και οι δαπάνες για επενδύσεις και έρευνα. Οι τρεις πρώτες κατηγορίες δαπανών αναλύονται στον ακόλουθο πίνακα.

Πίνακας : Βασικές κατηγορίες δαπανών υγείας

Ιατρικές	Νοσοκομειακές	Φαρμακευτικές
Αμοιβές ιατρών	Δαπάνες για νοσήλια	Δαπάνες για φάρμακα
Αμοιβές οδοντιάτρων	Δαπάνες επεμβάσεων	Δαπάνες για πρόσθετη περίθαλψη (οπτικά, ορθοπαιδικά, κλπ)
Αμοιβές φυσιοθεραπευτών	Δαπάνες εργαστηριακών & παρακλινικών εξετάσεων	
Δαπάνες για εργαστηριακές και ακτινοδιαγνωστικές εξετάσεις	Δαπάνες για φάρμακα	
Δαπάνες για διάφορες θεραπείες		

5.2. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ

Οι χώρες του ΟΟΣΑ δεν αποτελούν αντιπροσωπευτικό δείγμα των χωρών του πλανήτη μας και συνεπώς τα ποσοτικά δεδομένα των συστημάτων υγείας σε αυτές τις χώρες απέχουν πάρα πολύ από τα αντίστοιχα των αναπτυσσόμενων χωρών. Για παράδειγμα ενώ στις χώρες του ΟΟΣΑ ο βαθμός ανάπτυξης μπορεί να μετράται με την ετήσια μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας, στις αναπτυσσόμενες χώρες μετράται με το πόσες βρύσες με πόσιμο νερό βρίσκονται σε απόσταση 20 λεπτών περπάτημα από τις κατοικημένες περιοχές.

Οι δαπάνες υγείας μετριοούνται ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, εκφράζονται δηλαδή ως ποσοστό επί της εγχώριας κατανάλωσης, δείκτης που έχει υιοθετηθεί πρόσφατα από διεθνείς οργανισμούς, γιατί οι δαπάνες κάποιων χωρών υποεκτιμούνται αφού δεν είναι δυνατή η καταγραφή, ιδιαίτερα των ιδιωτικών επενδύσεων.

Με τους πίνακες που παρατίθενται πιο κάτω γίνονται συγκρίσεις και εξάγονται χρήσιμα συμπεράσματα για την κατάσταση που επικρατεί στον τομέα της υγείας σε διάφορες χώρες του κόσμου. Πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι για την πλειοψηφία των χωρών του ΟΟΣΑ το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών υγείας προέρχεται από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση.

Στον πίνακα που ακολουθεί παραθέτονται στοιχεία από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 2000. Παρατηρούμε ότι οι ΗΠΑ είναι η πρώτη χώρα στην κατάταξη χωρών του ΟΟΣΑ ως προς τις δαπάνες υγείας (13,7%), ενώ οι ιδιωτικές δαπάνες είναι 55,9% και οι δημόσιες 44,1%. Ακολουθεί η Ελβετία και η Γερμανία με ποσοστά του ΑΕΠ της τάξεως του 10,1% και 10,5% αντίστοιχα. Επίσης σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες αλλά και στον Καναδά το ποσοστό των δημοσίων δαπανών υγείας επί του συνόλου των δαπανών υγείας είναι σχεδόν το τριπλάσιο ποσοστό από το αντίστοιχο των ιδιωτικών. Η Ελλάδα βρίσκεται στην τριακοστή θέση στην κατάταξη ως προς τις δαπάνες υγείας (8% του ΑΕΠ κατά τον ΠΟΥ, και 8,3% κατά τον OECD) ενώ παρατηρούμε ότι οι δημόσιες δαπάνες είναι οι διπλάσιες αυτές των ιδιωτικών με ποσοστό 65,8% έναντι 34,2%.

Αναλύοντας την διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ, όπως φαίνεται και από τον πιο κάτω πίνακα, παρατηρούμε ότι τις δεκαετίες 1972 έως και 1992 οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και στην Τουρκία είναι οι μικρότερες από όλες τις ανεπτυγμένες χώρες ,αρκετά δε μικρότερες ακόμη και από τον μέσο όρο των χωρών που παραθέτονται στον πίνακα . Εδώ θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η μικρή αύξηση των δαπανών υγείας την δεκαετία 1980-1990, οφείλεται κυρίως στον αυξανόμενο ρόλο της ιδιωτικής ασφάλισης υγείας. Αντίθετα οι ΗΠΑ, ο Καναδάς αλλά και πολλές χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης δαπανούν υψηλά ποσοστά του ΑΕΠ για την υγεία, ακόμη και πάνω από τον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ

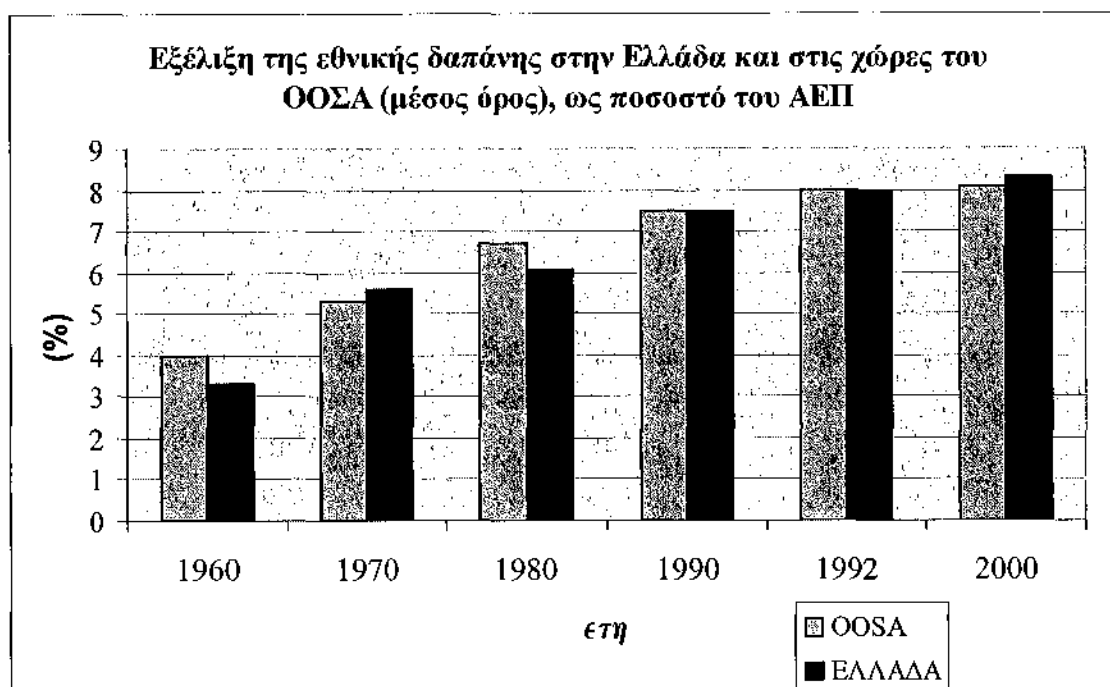
Επίσης η συνεχώς αυξανόμενη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας επιβαρύνει τις υπηρεσίες υγείας σε όλο τον κόσμο με υπέρογκες δαπάνες, χωρίς όμως τα αναμενόμενα οφέλη στην υγεία του πληθυσμού. Σε αυτό το συμπέρασμα καταλήγει πρόσφατη έρευνα εμπειρογνομόνων του ΟΟΣΑ για την υγεία, από την οποία αναδεικνύονται οι σημαντικές ελλείψεις του συστήματος ασφάλισης υγείας και στη χώρα μας, σε μια εποχή μάλιστα που εντείνονται τα προβλήματα γήρανσης του πληθυσμού.

Στον πίνακα και στο ιστόγραμμα που ακολουθεί παρατηρούμε την συνολική εθνική δαπάνη ως ποσοστό (%) επί του ΑΕΠ, από το 1960 έως και το 2000 σε σχέση με τον μέσο των χωρών του ΟΟΣΑ. Παρατηρούμε ότι από το 1960 έως σήμερα οι δαπάνες υγείας αυξήθηκαν στο διπλάσιο τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες του ΟΟΣΑ. Η Ελλάδα βρίσκεται κοντά στον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ.

Πίνακας: Συνολική εθνική δαπάνη ως ποσοστό (%) επί του ΑΕΠ-

Μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ

	1960	1970	1980	1990	1992	2000
ΟΟΣΑ	4,0	5,3	6,7	7,5	8,0	8,1
ΕΛΛΑΔΑ	3,3	5,6	6,1	7,5	8,0	8,3



Πηγή: Σούλης Σωτήριος, Οικονομική της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση, σελ.149

Πίνακας: Δαπάνες υγείας – 2000

(% επι του ΑΕΠ, των δημοσίων & ιδιωτικών δαπανών, στο σύνολο δαπανών υγείας)

Κατάταξη χωρών ως προς τις δαπάνες υγείας	Χώρες	% του ΑΕΠ	% δημόσιες δαπάνες υγείας επί του συνόλου δαπανών υγείας	% ιδιωτικών δαπανών υγείας επί του συνόλου δαπανών υγείας
1 ^η	ΗΠΑ	13,7	44,1	55,9
2 ^η	Ελβετία	10,1	69,3	30,7
3 ^η	Γερμανία	10,5	77,5	22,5
4 ^η	Γαλλία	9,8	76,9	23,1
5 ^η	Λουξ/γο	6,6	91,4	8,6
6 ^η	Αυστρία	9,0	67,3	32,7
7 ^η	Σουηδία	9,2	78,0	22,0
8 ^η	Δανία	8,0	84,3	15,7
9 ^η	Ολλανδία	8,8	70,7	29,3
10 ^η	Καναδάς	8,6	72,0	28,0
30 ^η	Ελλάδα	8,0	65,8	34,2

Πηγή: Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Παγκόσμια Έκθεση Υγείας (2000)

Πίνακας : Δαπάνες για την υγεία – 2000

ΧΩΡΕΣ	Συνολικές δαπάνες για την υγεία, % επί ΑΕΠ	Κατά κεφαλήν δαπάνες για την υγεία, σε δολάρια ισοδύναμης αγοραστικής δύναμης	% δημοσίων δαπανών στις συνολικές δαπάνες
Αυστραλία	8,3	2,211	72,4
Αυστρία	8,0	2,162	69,7
Βέλγιο	8,7	2,269	71,2
Καναδάς	9,1	2,535	72,0
Τσεχία	7,2	1,301	92,5
Δανία	8,3	2,420	82,1
Φιλανδία	6,6	1,664	75,1
Γαλλία	9,5	2,349	76,0
Γερμανία	10,6	2,748	75,1
Ελλάδα	8,3	1,399	55,2
Ουγγαρία	6,8	841	81,6
Ισλανδία	8,9	2,608	83,9
Ιρλανδία	6,7	1,953	75,8
Ιταλία	8,1	2,032	73,7
Ιαπωνία	7,8	2,012	80,3
Ελβετία	10,7	3,222	55,6
Μ. Βρετανία	7,3	1,763	82,9
ΗΠΑ	13,0	4,631	44,3

Πηγή: OECD, 2000

Πίνακας : Δαπάνες υγείας ως ποσοστό επί του ΑΕΠ: 1972, 1982,1992

Χώρες	1972	1982	1992	%μεταβολής 1972/1982	% μεταβολής 1982/1992
Αυστραλία	5,8	7,7	8,8	+31	+14
Αυστρία	5,4	8,0	8,8	+48	+10
Καναδάς	7,2	8,4	10,1	+17	+20
Δανία	6,3	6,8	6,5	+8	-3
Φιλανδία	6,0	6,8	9,4	+13	+38
Ελλάδα	3,9	4,4	5,4	+13	+23
Ισλανδία	5,7	6,9	8,5	+21	+23
Ιταλία	5,9	6,9	8,5	+17	+23
Ιαπωνία	4,8	6,8	6,9	+42	+3
Λουξεμβούργο	4,6	6,9	7,4	+50	+7
Νέα Ζηλανδία	5,3	6,9	7,7	+ 30	+12
Νορβηγία	5,9	6,8	8,3	+15	+18
Πορτογαλία	4,1	6,3	6,0	+24	-5
Σουηδία	7,5	9,6	7,9	+28	-18
Ελβετία	5,5	7,5	9,3	+36	-
Τουρκία	Μ/δ	3,6	4,1	-	+14
ΗΠΑ	7,6	10,3	14,0	+36	+36
Βέλγιο	4,3	7,4	8,2	+65	+11
Γαλλία	6,2	8,0	9,4	+29	+17
Γερμανία	6,5	8,6	8,7	+32	+1
Ιρλανδία	6,7	8,4	7,1	+25	-15
Ολλανδία	6,7	8,4	8,6	+25	+2
Ισπανία	4,4	6,0	7,0	+36	+23
Μ. Βρετανία	4,7	5,9	7,1	+26	+20
Μέσος Όρος	5,7	7,2	8,1	+26	+13

Πηγή: OECD 1994

Οι δαπάνες υγείας σε όλο τον κόσμο έχουν ρυθμό αύξησης 50% μεγαλύτερο, από ότι το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν στις χώρες μέλη του ΟΟΣΑ. Όπως φαίνεται και από τα στοιχεία του πιο πάνω πίνακα, οι ΗΠΑ έχουν 4.631 δολάρια κατά κεφαλήν το χρόνο και η μέση δαπάνη στα κράτη-μέλη, κυμαίνεται στα 2000 δολάρια ισοδύναμης αγοραστικής αξίας. Οι αυξημένες δαπάνες στις ΗΠΑ αποδίδονται από τον ΟΟΣΑ στην αυξημένη χρήση της ιατρικής τεχνολογίας, ένα φαινόμενο που παρατηρείται και στην χώρα μας.

Σύμφωνα με την έκθεση του ΟΟΣΑ για την υγεία, το 2000, παρά το υψηλό κόστος δεν φαίνεται να υπάρχει προνομιακή, αποκλειστική, θετική επίδραση της μεγάλης χρήσης της βιοιατρικής τεχνολογίας στους δείκτες υγείας, όπως είναι το προσδόκιμο επιβίωσης ή η βρεφική θνησιμότητα. Αντίθετα, μεγάλη συμβολή στη βελτίωση του επιπέδου υγείας, έχουν άλλοι κοινωνικοί και περιβαντολλογικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, οι συνθήκες διαβίωσης, η διατροφή και η φυσική άσκηση.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι ενώ οι ΗΠΑ κατέχουν την πρώτη θέση όσον αφορά τις δαπάνες υγείας, το προσδόκιμο επιβίωσης των Αμερικανών είναι χαμηλότερο από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Παράλληλα, άλλες χώρες που άσκησαν πετυχημένες πολιτικές με σκοπό τον περιορισμό των παραγόντων κινδύνου, την μείωση της κατανάλωσης καπνού κλπ., όπως η Σουηδία, είχαν καλύτερα αποτελέσματα. Στους παράγοντες κινδύνου προστίθεται ένας ακόμη που αναμένεται ότι θα επηρεάσει σημαντικά τους δείκτες υγείας τα προσεχή χρόνια: είναι το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία. Και εδώ οι ΗΠΑ έχουν την πρώτη θέση.

5.3. Η εξέλιξη των δαπανών υγείας στην Ελλάδα¹⁹

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα συνδέθηκε με τις κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές εξελίξεις που επικράτησαν στην χώρα, ιδιαίτερα μετά την ανεξαρτησία της. Η Μικρασιατική καταστροφή, οι δυο Παγκόσμιοι πόλεμοι, ο εμφύλιος, η δικτατορίες, η αστάθεια στο κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον και άλλοι παράγοντες καθόρισαν την ανάπτυξη του κοινωνικού κράτους, που ήταν σαφώς μικρότερη από τις αντίστοιχες των δυτικοευρωπαϊκών και Σκανδιναβικών χωρών.

Την περίοδο 1965 – 1975, η ετήσια αύξηση των δαπανών υγείας είναι περιορισμένη σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ (περίπου γύρω στο 4% του ΑΕΠ όταν ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ είναι 6,5%). Η περίοδος που ακολούθησε την αποκατάσταση της δημοκρατίας στη χώρα μας χαρακτηρίζεται από μια επεκτατική κοινωνική πολιτική, ιδιαίτερα μετά την ψήφιση του νόμου για το ΕΣΥ και τις αυξημένες επενδύσεις που έγιναν σε υλικές υποδομές και ανθρώπινους πόρους. Οι επενδύσεις αυτές είχαν ως αποτέλεσμα να φέρουν την χώρα μας κοντά στον μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Βέβαια στην περίπτωση της Ελλάδας ισχύει το εξής αντιφατικό: σε περιόδους διεθνούς οικονομικής ανάπτυξης (1965-1975) διατίθεντο περιορισμένοι πόροι για την υγεία, ενώ σε περιόδους ύφεσης (1975-1985) οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονταν με υψηλούς ρυθμούς. Η απάντηση βρίσκεται στις πολιτικές καταστάσεις των εκάστοτε περιόδων.

Την δεκαετία του 1990 τα σημαντικά προβλήματα της εθνικής οικονομίας και της απασχόλησης προκαλούν ανισορροπία στους προϋπολογισμούς της υγείας και της κοινωνικής ασφάλισης, που σε συνδυασμό με τη δημοσιονομική απορύθμιση δημιουργούν ένα δαιμονικό φαύλο κύκλο ελλειμμάτων. Το συνολικό σωρευτικό έλλειμμα των νοσοκομείων υπερέβαινε τα 100δισ δρχ. (1994) προκαλώντας υψηλό δείκτη πληθωρισμού στις υπηρεσίες υγείας, ο οποίος με τη σειρά του διευρύνει τα ελλείμματα. Ο φαύλος κύκλος «ελλείμματα – πληθωρισμός – ελλείμματα» έχει τη βάση του στον πληθωρισμό κόστους και στην ανεξέλεγκτη λειτουργία της προσφοράς.

¹⁹ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1997), σελ. 208

Στην Ελλάδα το 1991 μόλις το 5,3% του ΑΕΠ δαπανούνταν για την υγεία (δηλαδή 400 δολάρια κατά κεφαλή), ποσοστό μεγαλύτερο μόνο από την Τουρκία, όπως έχουμε ήδη αναλύσει στους προηγούμενους πίνακες. Με βάση τα πρόσφατα στοιχεία του ΟΟΣΑ (2002), η Ελλάδα κατατάσσεται στις χώρες που δαπανούν πολύ λίγα για την υγεία και ότι οι Έλληνες «κατέχουν αρνητικές πρωτιές» στην Ευρώπη, τόσο ως προς τον δείκτη της ικανοποίησής τους από το σύστημα υγείας όσο και στο ποσοστό των συνολικών δαπανών υγείας που χρηματοδοτείται από το διαθέσιμο εισόδημά τους. Πιο συγκεκριμένα το ποσοστό αυτό είναι 43,5% (ξεπερνά τα 440 εκ. ευρώ ή 150 δις. δρχ ετησίως), ενώ ακολουθεί η Πορτογαλία με 38,8% και οι Ιταλοί με 33,8%.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι η χώρα μας σήμερα διαθέτει μόνο το 5% του ΑΕΠ στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας²⁰, και καταλαμβάνει την 13^η θέση στην Ευρωπαϊκή Ένωση, με υπολειπόμενους μόνο την Πορτογαλία (4,7%) και την Ιρλανδία (4,9%). Οι δυο βασικές κρατικές πηγές δημόσιας χρηματοδότησης της υγείας προέρχονται από τον κρατικό προϋπολογισμό (60%) και από τα ασφαλιστικά ταμεία υγείας (40%), όπως θα αναλυθεί πιο κάτω. Οι δαπάνες του κρατικού προϋπολογισμού για την υγεία κατευθύνονται στη νοσοκομειακή περίθαλψη (64%), κυρίως στην κάλυψη της μισθοδοσίας των κρατικών νοσοκομείων, στη φαρμακευτική (22%) και την πρωτοβάθμια μόλις (14%).

²⁰ (Πηγή: εφημ. Ελευθερος τύπος, 5 Ιανουαρίου 2003)

5.4. Χρηματοδότηση συστήματος υγείας στην Ελλάδα

Η χρηματοδότηση του τομέα της υγείας, ανά επίπεδο περίθαλψης, τείνει να είναι νοσοκομειοκεντρική, αφού απορροφά το 64% των δημοσίων πόρων, τη στιγμή που η πρωτοβάθμια περίθαλψη απορροφά μόλις το 14% και η φαρμακευτική με τις λοιπές φροντίδες το υπόλοιπο 22%. Η απόκλιση στην χρηματοδότηση μεταξύ νοσοκομειακής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης μεγαλώνει συνεχώς, αφού στα τέλη της δεκαετίας του '80 η κατανομή ήταν 52% για την πρώτη και 18% για την δεύτερη.

Προβλήματα ισότητας στην κατανομή των πόρων διαπιστώνονται και κατά υγειονομική περιφέρεια. Η περιφερειακή κατανομή των πόρων γινόταν με βάση τον αριθμό των μονάδων υγείας, το προσωπικό που τις στελεχώνει καθώς και την ικανότητα και τις προσβάσεις του κάθε νοσοκομείου στο υπουργείο υγείας. Με τον θεσμό των ΠΕΣΥΠ έγινε μια σοβαρή προσπάθεια για αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας αλλά τα αποτελέσματα δεν είναι και τόσο ευοίωνα.

Τέλος ανισότητες εμφανίζονται και κατά επαγγελματικές κατηγορίες ασφαλισμένων, αφού παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στις κατά κεφαλή δημόσιες δαπάνες υγείας κατά ασφαλιστικό ταμείο. Για παράδειγμα η κατά κεφαλή δαπάνη υγείας για ένα ασφαλισμένο τραπεζικό υπάλληλο είναι υπερδιπλάσια από ένα ασφαλισμένο του ΙΚΑ.

Από τα όσα αναφέρθησαν διαπιστώνουμε ότι το Ελληνικό Σύστημα Υγείας είναι πολύπλοκο και ανορθόδοξο όσον αφορά τον τρόπο αλλά και τις πηγές χρηματοδότησης του. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως μικτό σύστημα, με κύριες πηγές χρηματοδότησης:

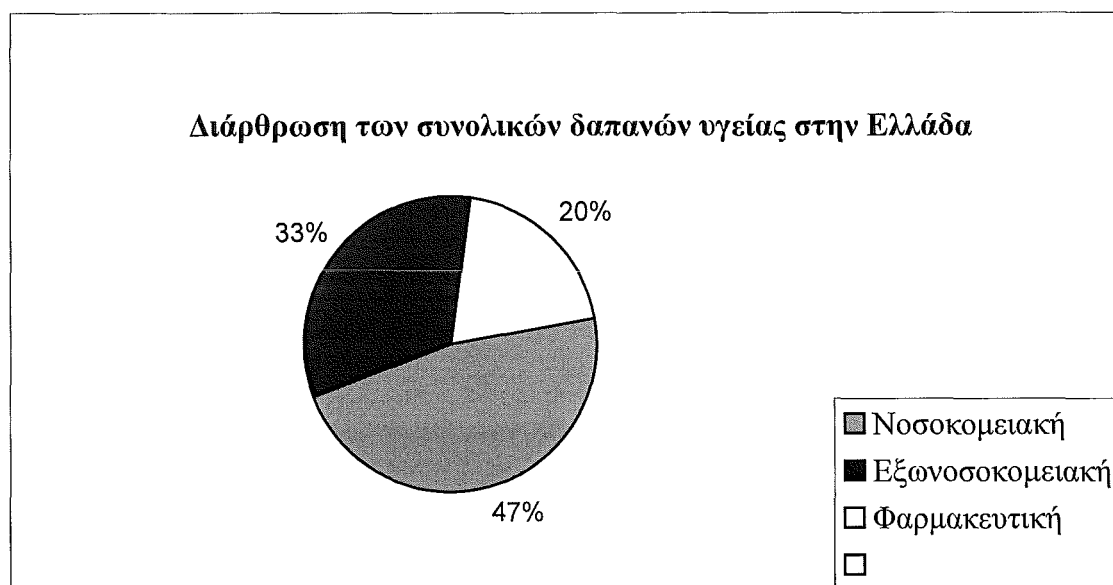
- **τον κρατικό προϋπολογισμό**, δηλαδή τους άμεσους και έμμεσους φόρους που καλύπτουν περίπου 36% των συνολικών δαπανών.
- **την κοινωνική ασφάλιση**, δηλαδή τις εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών που αποτελούν περίπου το 24% των συνολικών δαπανών
- **τις ιδιωτικές πληρωμές**, που καλύπτουν το υπόλοιπο 40% των δαπανών.

Τα ποσοστά συμμετοχής των τριών πηγών χρηματοδότησης, παρουσιάζουν διαχρονικά έντονες διακυμάνσεις, χωρίς να υπάρχουν συγκεκριμένοι στρατηγικοί στόχοι. Επακόλουθο είναι ο κρατικός προϋπολογισμός να υποκαθιστά χρηματοδοτικά την κοινωνική ασφάλιση. Χαρακτηριστικά, ενώ το 1975 η σχέση των δαπανών από κοινωνική ασφάλιση και κρατικό προϋπολογισμό ήταν 60 προς 40, το 1990 η σχέση αυτή έγινε 40 προς 60.

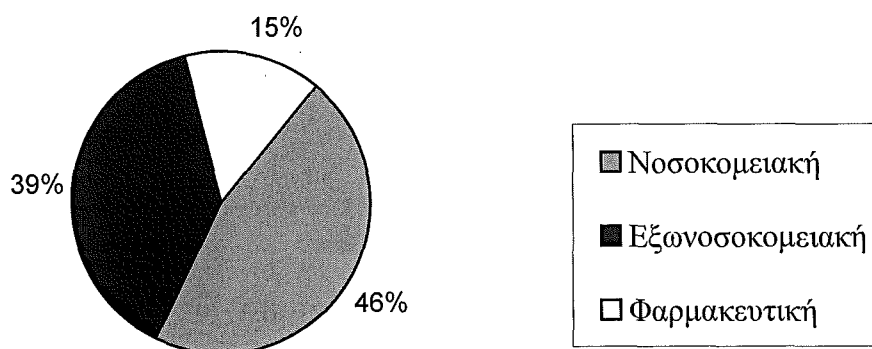
Πίνακας: Ποσοστιαία (%) διάρθρωση των δαπανών υγείας

Είδος Δαπανών Κατηγορία Περίθαλψης	Δημόσιες Δαπάνες (Κρατικός Προϋπολ.)	Ιδιωτικές Δαπάνες	Ασφαλιστικοί Οργανισμοί	Συνολικές Δαπάνες Υγείας (Ελλάδα)	Συνολικές Δαπάνες Υγείας (ΟΟΣΑ)
Νοσοκομειακή	63	15	29	47	46
Εξωνοσοκομειακή	15	68	25	23	39
Φαρμακευτική	22	17	39	20	15
ΣΥΝΟΛΟ	100	100	100	100	100

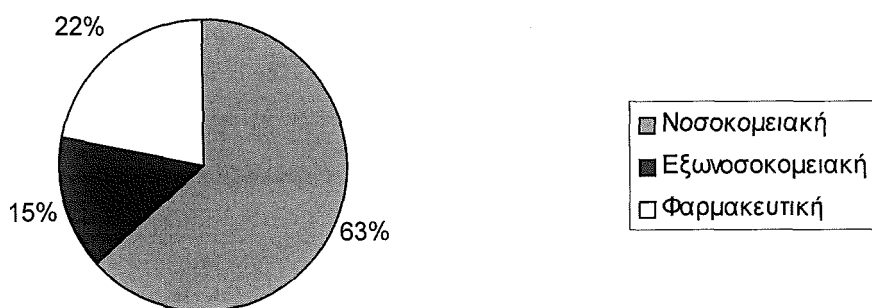
Πηγή: Μπέσης (1993), Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, εκ. IOBE, Αθήνα, (ίδιες εκτιμήσεις)



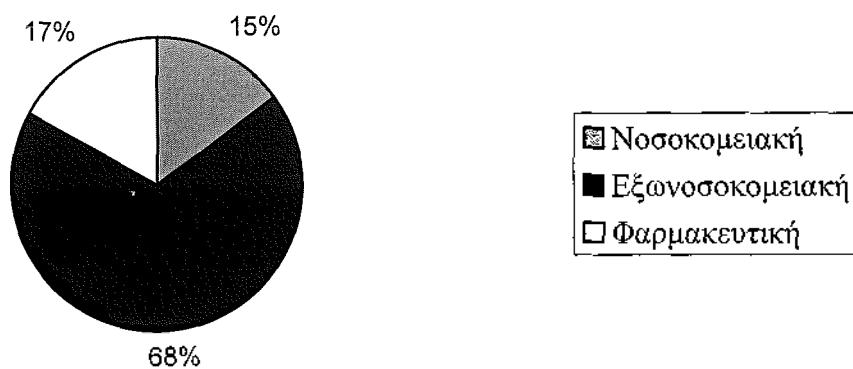
Διάθρωση των συνολικών δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ

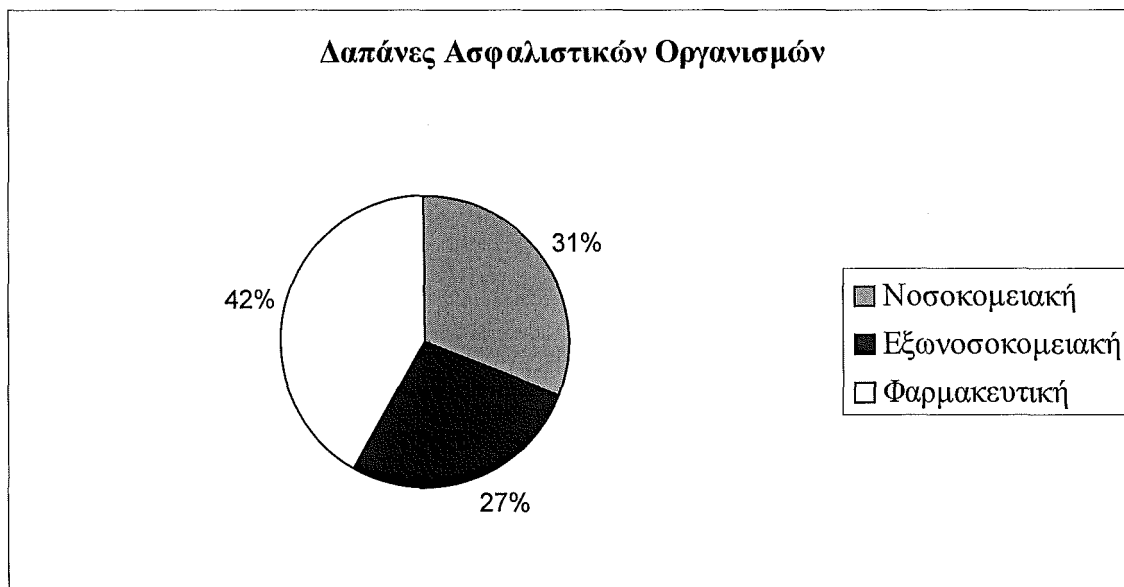


Δημόσιες Δαπάνες



Ιδιωτικές Δαπάνες





Πηγή: Μπέσης (1993), Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας, εκ. IOBE, Αθήνα, (ίδιες εκτιμήσεις)

Οι ανεπάρκειες και οι ελλείψεις παγιωμένων κανόνων λειτουργίας του δημόσιου τομέα υγείας, η υπερπροσφορά γιατρών και η δημιουργία ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων τα τελευταία χρόνια δημιουργούν συνθήκες αυξημένης πραγματικής ή προκλητής ζήτησης υπηρεσιών υγείας. Ο υπερδιπλασιασμός των γιατρών σε σχέση με τις ανάγκες της χώρας μας και η απουσία συντονισμένου προγράμματος δράσης της ιατρικής δημογραφίας αποτελεί τον σοβαρότερο ανασταλτικό παράγοντα ελέγχου των δαπανών υγείας και σοβαρό εμπόδιο στην σωστή οργάνωση και αποτελεσματική διαχείριση του εθνικού συστήματος υγείας. Αν το ΕΣΥ οργανωθεί σωστά και αποτελεσματικά απορροφώντας μόνο το ποσοστό των γιατρών που χρειάζεται για να καλύψει τις ανάγκες, τότε στενεύουν πολύ τα περιθώρια ικανοποιητικής επαγγελματικής δραστηριότητας του υπόλοιπου ιατρικού δυναμικού, που θα παραμείνει αναγκαστικά εκτός ΕΣΥ.

5.4.1. χρηματοδότηση από τον κρατικό προϋπολογισμό

Κύρια μορφή χρηματοδότησης των δημοσίων μονάδων υγείας αποτελεί ο κρατικός προϋπολογισμός. Μέσω αυτού καλύπτεται το μεγαλύτερο μέρος του κόστους ασφάλισης των δημοσίων υπαλλήλων, καλύπτεται η ασφάλιση υγείας των αγροτών, οι δαπάνες για νοσοκομεία, τα κέντρα υγείας του ΕΣΥ, τα στρατιωτικά νοσοκομεία, οι ιατρικές έρευνες, κλπ.

Ιστορικά, από τη σύσταση του ελληνικού κράτους μέχρι και τα μέσα του 20ου αιώνα, ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελούσε την μοναδική σχεδόν πηγή χρηματοδότησης των δημοσίων μονάδων υγείας, αφού δεν είχε αναπτυχθεί η κοινωνική ασφάλιση. Με την επέκταση των ασφαλιστικών ταμείων, ένα όλο και μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας μεταφέρεται από το κράτος στα ταμεία. Αρχικά το μεγαλύτερο μέρος των νοσοκομειακών προϋπολογισμών χρηματοδοτείται από πληρωμές των ασφαλιστικών ταμείων. Από την δεκαετία του 1970 και έπειτα η γενική φορολογία παίζει ένα ολοένα και αυξανόμενο ρόλο στη χρηματοδότηση του τομέα υγείας.

Πιο συγκεκριμένα το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με την Επιτροπή Τιμών και Εισοδημάτων του Υπουργείου Εμπορίου τιμολογούν τις υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης πολύ κάτω του πραγματικού κόστους. Το 1988 το ποσοστό αυτό έφτασε το 7,5%. Η πολιτική χαμηλών τιμών είχε ως στόχο να περιορίσει τα έσοδα του ιδιωτικού τομέα υγείας. Βέβαια ο ιδιωτικός τομέας εφεύρε άλλους τρόπους για να αυξήσει τα έσοδά του εις βάρος του κρατικού προϋπολογισμού, ενώ τα νοσοκομεία από την άλλη μεριά οδηγούνταν σε ολοένα και αυξανόμενα ελλείμματα που καλύπτονται αναγκαστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Το 1983 μετά την ψήφιση του νόμου για το ΕΣΥ, το κράτος καλύπτει όλα τα έξοδα μισθοδοσίας των νοσοκομείων, κάτι που συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Παρά τον σχεδόν εξαπλασιασμό του νοσηλίου τα τελευταία χρόνια οι αυξήσεις στο πραγματικό ημερήσιο κόστος νοσηλείας στα δημόσια νοσοκομεία είναι περίπου τετραπλάσιο του νοσηλίου που τα ασφαλιστικά ταμεία πληρώνουν.

Θα πρέπει να διευκρινισθεί εδώ ότι η χρηματοδότηση του τομέα υγείας από τον κρατικό προϋπολογισμό ταξινομείται σε δαπάνες:

- για λειτουργικά έξοδα, πχ. μισθοί προσωπικού
- για επενδύσεις, πχ. κτίρια, εξοπλισμός, κλπ.
- για εκπαίδευση και έρευνα στην υγεία
- για τη δημόσια υγεία
- για την κεντρική διοίκηση
- για επιχορηγήσεις ελλειμματικών κλάδων υγείας ασφαλιστικών οργανισμών

Από το 1990 και έπειτα, οι κλάδοι σύνταξης των ασφαλιστικών ταμείων έγιναν ελλειμματικοί κυρίως λόγω της μεγάλης αύξησης των νοσηλίων των κρατικών νοσοκομείων.

5.4.2. Χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση

Τα ασφαλιστικά ταμεία αντλούν τα έσοδά τους από τις εισφορές εργοδοτών, εργαζομένων και αυτοαπασχολούμενων και καλύπτουν ένα μεγάλο μέρος του κόστους της εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης των ασφαλισμένων. Το συνολικό ποσοστό εισφορών (εργοδότη και εργαζομένου) για παροχές υγείας είναι κατά μέσο όρο στο 7-8% του ακαθάριστου μηνιαίου μισθού. Το μεγαλύτερο μέρος των εσόδων υγείας δαπανάται στο φάρμακο, με συνεχώς αυξανόμενη τάση, ενώ το αμέσως επόμενο τμήμα των εσόδων δαπανάται σε νοσοκομειακές δαπάνες και μετά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Σήμερα λειτουργούν 39 ασφαλιστικά ταμεία, τα μεγαλύτερα των οποίων είναι το ΙΚΑ, το ΤΕΒΕ, το ταμείο δημοσίων υπαλλήλων, κλπ. Οι ασφαλισμένοι του ΟΓΑ (δεύτερο σε αριθμό ασφαλισμένων ταμείο) καλύπτουν τις ανάγκες υγείας εξολοκλήρου από τον κρατικό προϋπολογισμό, αφού δεν είχαν εισφορές για τον κλάδο υγείας. Η ενοποίηση πάντως ορισμένων ταμείων υγείας αποτελεί εξαγγελία και των δυο μεγάλων κομμάτων

Οι πολίτες ταλαιπωρούνται στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη. Το ΙΚΑ –για παράδειγμα- χαρακτηρίζεται από ταλαιπωρία, μεγάλες λίστες αναμονής, έλλειψη βασικών ειδικοτήτων. Οι υπηρεσίες υγείας του ΙΚΑ, και δευτερευόντως άλλων ταμείων, δεν προτιμούνται από τους ασφαλισμένους με αποτέλεσμα τη μεγάλη διαρροή του οικογενειακού εισοδήματος προς την ιδιωτική αγορά. πρέπει να σημειώσουμε ότι τα τελευταία δυο χρόνια έγινε αξιόλογη προσπάθεια να μηχανογραφηθούν όλες οι υπηρεσίες του και να ορίζονται τα ραντεβού των πολιτών με τους γιατρούς τηλεφωνικά για την καλύτερη ικανοποίηση.

Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης που ο κάθε ασφαλιστικός οργανισμός επιλέγει και εφαρμόζει ένα δικό του - συνήθως γραφειοκρατικό- σύστημα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, με αποτέλεσμα τη μη διευκόλυνση των ασφαλισμένων. Είναι μοναδικό στη χώρα μας σε σχέση με άλλες χώρες της Ε.Ε., το φαινόμενο της παραγωγής υπηρεσιών υγείας από τα ίδια τα ασφαλιστικά ταμεία.

Στον πρώτο πίνακα που ακολουθεί παραθέτονται στοιχεία των χρημάτων που δαπανούνται στην πρωτοβάθμια νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη ανά φορέα ασφάλισης, τα έτη 1998 – 2000. Στον δεύτερο πίνακα παραθέτονται οι συνολικές δαπάνες υγείας (σε εκατ. δραχμές) τα έτη 1998, 1999, 2000 ανά φορέα ασφάλισης καθώς και οι κατά κεφαλή δαπάνες των δικαιούχων.

Δαπάνες Ιατρικής, νοσοκομειακής & φαρμ/κής φροντίδας 1998-2000 (εκ. δρχ)

ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	Α'ΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		ΝΟΣΟΚ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ		ΦΑΡΜ/ΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ	
	'98-00	Κατά κεφαλή	'98-00	Κατά κεφαλή	'98-00	Κατά κεφαλή
ΙΚΑ	133.010	24.052	227.672	41.170	161.561	29.215
ΟΓΑ	58.822	27.359	137.595	63.998	90.930	42.293
ΟΠΑΔ	74.461	57.766	56.294	43.774	59.995	46.544
ΤΕΒΕ	15.326	13.660	27.081	21.136	17.190	15.321
ΤΑΕ	1.550	5.167	4.399	14.663	2.056	6.853
ΟΙΚΟΣ ΝΑΥΤΟΥ	8.170	40.246	11.152	56.709	10.386	51.164
ΣΥΝΟΛΟ	291.339	21.500	464.553	43.851	342.118	32.294

Δαπάνες υγείας σε είδος (1998-2000)

ΦΟΡΕΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	Συνολικές Δαπάνες Υγείας,εκ.δρχ			Δαπάνες κατά κεφαλή δικαιούχου σε δρχ
	1998	1999	2000	
ΙΚΑ	457.901	521.430	596.371	94.979
ΟΓΑ	259.370	289.032	321.685	134.897
ΟΠΑΔ	164.766	214.412	206.271	151.396
ΤΕΒΕ	51.835	57.747	69.947	53.336
ΤΑΕ	7.583	8.636	11.157	30.414
ΟΙΚΟΣΝΑΥΤΟΥ	19.886	39.484	36.448	157.337
ΣΥΝΟΛΟ	961.341	1.130.738	1.241.879	104.901

Πηγή: εφημ. Ελευθερος τύπος, 5 Ιανουαρίου 2003

5.4.3. Χρηματοδότηση από ιδιωτικές πληρωμές

Οι πληρωμές που καταβάλλουν οι ασφαλισμένοι και προέρχονται από το προσωπικό ή το οικογενειακό τους εισόδημα, αποτελούν την τρίτη και μεγαλύτερη πηγή χρηματοδότησης του συστήματος. Σημαντικοί παράγοντες των υψηλών ιδιωτικών δαπανών είναι οι ακόλουθοι:

- ο δυσανάλογα μεγάλος αριθμός ιατρικού δυναμικού και ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων σε σχέση με τον πληθυσμό.
- Ελλιπής ασφαλιστική κάλυψη σε συνδυασμό με τη χαμηλή ποιότητα και αξιοπιστία του δημοσίου συστήματος υγείας
- Περιοριστική πολιτική τιμών στις υπηρεσίες υγείας
- Αύξηση των ατομικών εισοδημάτων των ασθενών κατά την πρόσφατη και τρέχουσα περίοδο

Οι ιδιωτικές πληρωμές περιλαμβάνουν την θεσμοθετημένη συμμετοχή του ασθενή στο κόστος των υπηρεσιών που παρέχονται από το ΕΣΥ και αφορούν:

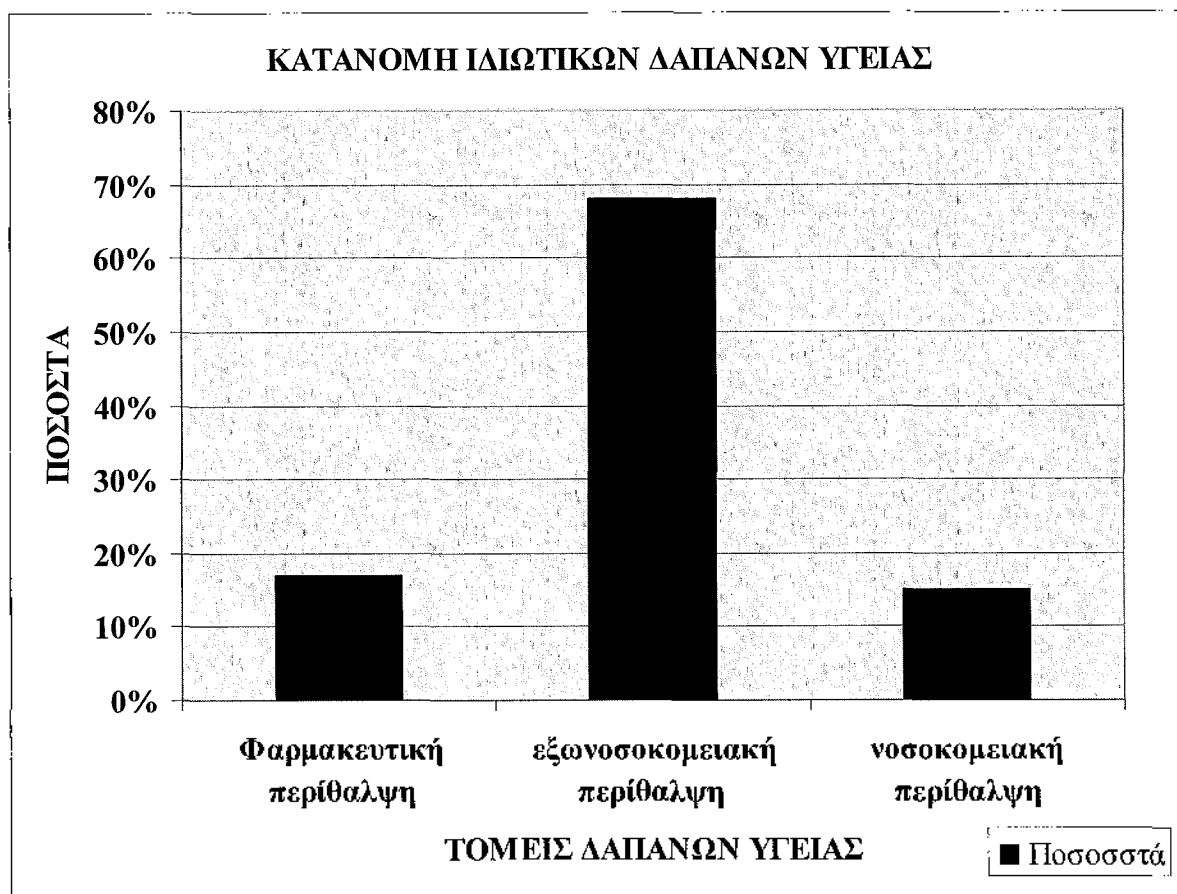
- την νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη,
- τις αμοιβές των επισκέψεων στους ιδιώτες ιατρούς που δεν είναι συμβεβλημένοι με τα ταμεία
- την διαφορά των αμοιβών που καταβάλλονται από τους ασθενείς στις ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας και του ποσού που τελικά εγκρίνεται
- τα ασφάλιστρα που καταβάλλονται σε ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες ως ασφάλιση υγείας.

Η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών υγείας στην Ευρώπη, λόγω της αδυναμίας του δημοσίου να καλύψει σε ικανοποιητικό βαθμό τις ανάγκες υγείας των πολιτών. Υπολογίζεται ότι στη χώρα μας σήμερα, οι δαπάνες υγείας αντιστοιχούν στο 3% του ΑΕΠ, δηλαδή στο 35-40% των συνολικών δαπανών υγείας. Το αντίστοιχο ποσοστό στην Ευρώπη, κατά μέσο όρο είναι 1% του ΑΕΠ, δηλαδή μεταξύ 5-10% των συνολικών δαπανών. Πρέπει να σημειωθεί επίσης ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών (υπολογίζεται περίπου στο 1,5-2% του ΑΕΠ) διαφεύγουν από τις επίσημες καταγραφές, αποτελούν παραοικονομία και κάνουν δυσχερέστερη την θέση της Ελλάδας.

Σήμερα, όπως προκύπτει από τα στοιχεία που ανακοίνωσε ο ΟΟΣΑ το 2003, μόλις το 56% της συνολικής δαπάνης για την Υγεία στην Ελλάδα είναι δημόσια, ενώ το 44% είναι ιδιωτική. Τα αντίστοιχα μεγέθη στην Ευρωπαϊκή Ένωση βρίσκονται περίπου στο 74% και 26%. Δηλαδή για κάθε 100 ευρώ που δαπανώνται για υπηρεσίες υγείας στην χώρα μας, τα 44 ευρώ τα καταβάλει ο πολίτης από την τσέπη του – ενώ οι αντίστοιχες δαπάνες των Ευρωπαίων πολιτών είναι περίπου 26 ευρώ.

Επίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΟΟΣΑ, στην Ελλάδα το 2001 το σύνολο της δημόσιας και ιδιωτικής δαπάνης για την Υγεία ανήλθε στο 9,4% του ΑΕΠ ενώ ο μέσος όρος της Ε.Ε. ήταν 9,3%. Παρόλα αυτά, οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας είναι σε χαμηλό επίπεδο. Αυτό οφείλεται τόσο στην μη σωστή διαχείριση της δημόσιας δαπάνης, όσο και στο ότι το σύνολο της ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης δεν χρηματοδοτεί συντεταγμένα ένα καλά οργανωμένο σύστημα υγείας.

Από τις έρευνες των οικογενειακών προϋπολογισμών, οι επίσημες ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατανέμονται ως εξής: για εξωνοσοκομειακή περίθαλψη κατανέμεται η μερίδα του λέοντος δηλαδή το 68% αφού οι επισκέψεις των ασθενών σε ιδιώτες γιατρούς είναι αυξημένη λόγω της χαμηλής εμπιστοσύνης στο δημόσιο σύστημα. Ακολουθεί η νοσοκομειακή περίθαλψη όπου κατανέμεται το 15% και για φαρμακευτική περίθαλψη το 17% των δαπανών υγείας.



Πηγή: Ζηλίδης και Φιλαλήθης, 1992, (σελ 19-35)

Όπως φαίνεται και στο παραπάνω ιστόγραμμα, η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη απορροφά την μερίδα του λέοντος των ιδιωτικών δαπανών και αυτό είναι λογικό αφού η αξιοπιστία του δημόσιου τομέα υγείας είναι χαμηλή και οι Έλληνες ασθενείς επισκέπτονται συχνά ιδιώτες γιατρούς. Πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι τέσσερις στους δέκα ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ επισκέπτονται κάποιον ιδιώτη γιατρό τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, (συχνότερες επισκέψεις παρατηρούνται σε οδοντίατρους, γυναικολόγους και παιδίατρους). Αντίθετα στη νοσοκομειακή περίθαλψη κυριαρχεί ο δημόσιος τομέας. Τέλος οι ιδιωτικές δαπάνες για φαρμακευτική περίθαλψη διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, λόγω της δωρεάν χορήγησης φαρμάκων, στους ασφαλισμένους του ΟΓΑ.

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2002, οι δαπάνες των ασφαλιστικών ταμείων καλύπτουν τις: α) αγορές υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης με ποσοστό 27% β) νοσοκομειακής περίθαλψης με ποσοστό 42% και γ) φαρμακευτικής περίθαλψης με ποσοστό 31%. Εάν στις δημόσιες δαπάνες υγείας προστεθούν οι ιδιωτικές, τότε συνολικά, αυτές φθάνουν στο 8,6% και η χώρα μας κατατάσσεται στην 4^η θέση μετά την Γερμανία (10,7%), τη Γαλλία (9,6%) και τη Σουηδία (8,6%).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το χρονικό διάστημα 1989-2000, οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν κατά 0,5 ποσοστιαίες μονάδες, ενώ οι ιδιωτικές κατά 1,2 ποσοστιαίες μονάδες. Η υψηλή ιδιωτική δαπάνη προέρχεται από την αυξημένη ζήτηση των πολιτών για υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης από ιδιώτες γιατρούς και ιδιωτικά κέντρα διαγνωστικής ιατρικής.

Η στροφή των ασφαλισμένων – και μη – στον ιδιωτικό τομέα οφείλεται στην αδυναμία του δημοσίου να καλύψει την αυξημένη ζήτηση για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. Για το χρονικό διάστημα 1989-1998, το δημόσιο σύστημα διατήρησε, σε ότι αφορά τη χρηματοδότησή του, το «νοσοκομειοκεντρικό» χαρακτήρα του, απορροφώντας για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας περίθαλψης περισσότερο από το 35% των δημοσίων δαπανών υγείας. Για ορισμένες κατηγορίες περίθαλψης, όπως η οδοντιατρική, η δημόσια συμμετοχή κυμάνθηκε σε εξαιρετικά χαμηλό επίπεδο (1,23% επί του συνόλου).

Είναι γνωστό ότι η εξωνοσοκομειακή δημόσια περίθαλψη δεν καλύπτει τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά μια σειρά παροχών. Αυτό οφείλεται στους εξής λόγους:

1. Στην έλλειψη ανθρώπινων πόρων (για παράδειγμα παρουσιάζεται σημαντική στέρηση ειδικοτήτων γιατρών στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας).
2. Στην αδυναμία τεχνολογικής συντήρησης διαγνωστικών μέσων.
3. Στη χαμηλή ποιότητα υποδομών και αισθητικής (πχ στα υποκαταστήματα του ΙΚΑ).
4. Στο χαμηλό μισθολογικό επίπεδο των γιατρών και κυρίως το ενδιαφέρον τους για παράλληλο προσωπικό ιδιωτικό ιατρείο.

5. Στην απουσία κινήτρων για την κάλυψη θέσεων στην περιφέρεια.
6. Στην κοινωνική, ιδεολογική και ηθική οπισθοδρόμηση του ιατρικού σώματος.

Χαρακτηριστικά είναι τα όσα επισημαίνει σε συνέντευξη που παραχώρησε στην εφημερίδα Καθημερινή²¹, ο καθηγητής Οικονομικών της Υγείας, της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας, κ. Γιάννης Κυριόπουλος: *«Το υψηλό ποσοστό των ιδιωτικών δαπανών στη χώρα μας, δρα ως μηχανισμός αντίστροφης αναδιανομής και αυξάνει δυσανάλογα τα βάρη για τα στρώματα του πληθυσμού που έχουν χαμηλή εκπαίδευση και μικρό εισόδημα. Πιο συγκεκριμένα, υπό την πίεση μιας σοβαρής χρόνιας αρρώστιας ή ενός αιφνίδιου συμβάντος υγείας, κυρίως του αρχηγού της οικογένειας, πρέπει να ξοδέψουν μεγάλο μέρος του εισοδήματός τους και αυτό έχει καταστροφικές συνέπειες, όχι μόνο οικονομικές, αλλά και κοινωνικές».*

²¹ Εφημερίδα Καθημερινή, 21 Ιουλίου 2002.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Επιπλέον στατιστικά στοιχεία του τομέα υγείας

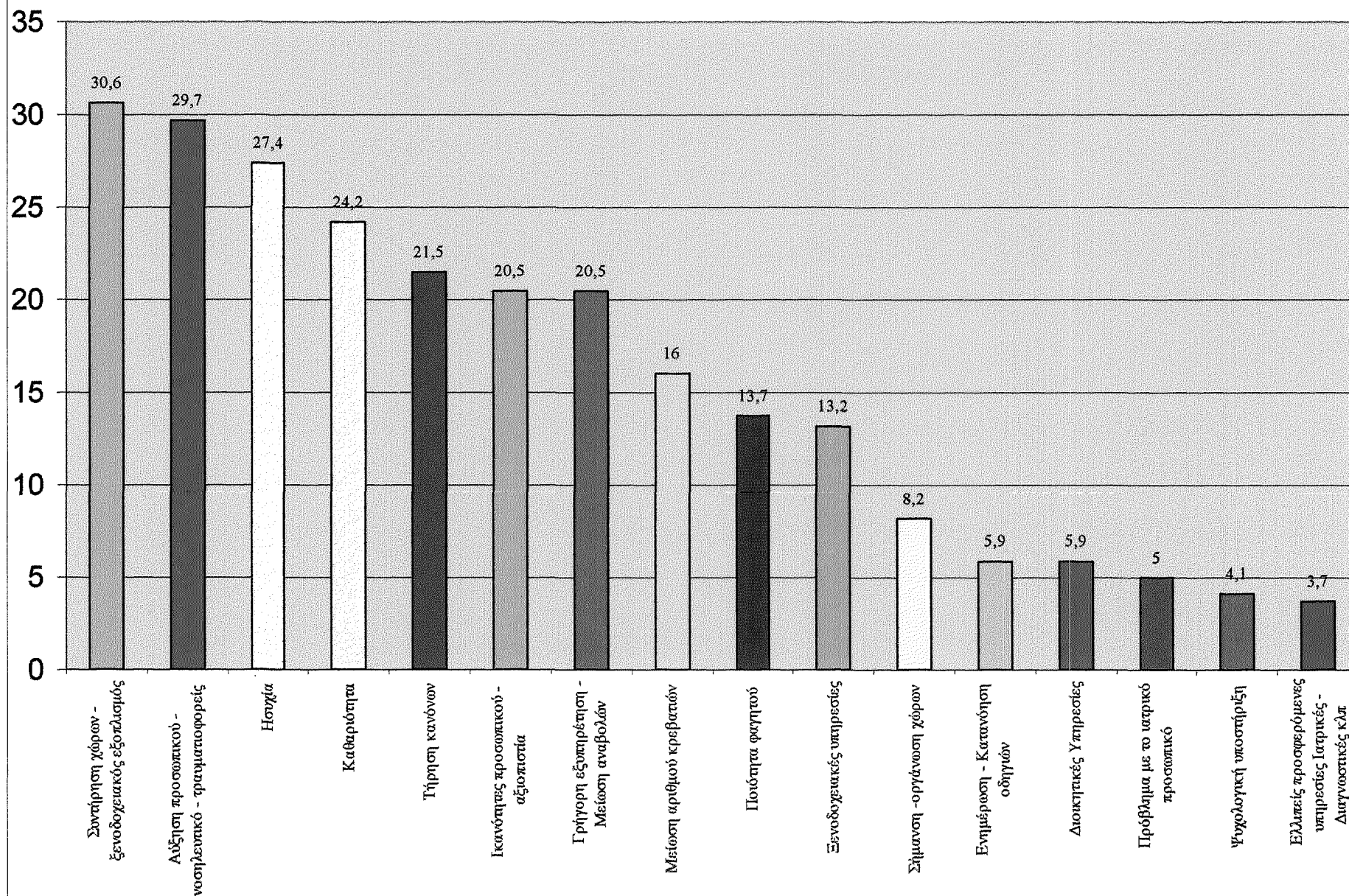
Σύμφωνα με στοιχεία του «Ευρωβαρόμετρου» το 2002, οι Έλληνες είναι οι δεύτεροι – μετά τους Πορτογάλους- πλέον δυσαρεστημένοι σε σύγκριση με τους κατοίκους των υπόλοιπων κρατών – μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Έξι στους δέκα πολίτες (ποσοστό 64,8%) δηλώνουν από «λίγο» έως «πολύ δυσαρεστημένοι» από τις υπηρεσίες υγείας. Το υπόλοιπο 23,8% δεν είναι «ούτε δυσαρεστημένοι» αλλά «ούτε ικανοποιημένοι». Μόνο το (8,2%) δηλώνει «μάλλον ικανοποιημένο» έως «πολύ ικανοποιημένο».

Η χαμηλή ικανοποίηση των χρηστών και η δυσαρέσκειά τους οφείλεται σε ένα μεγάλο βαθμό: α) στο υψηλό κόστος χρόνου – λόγω της δυσχέρειας πρόσβασης και β) στην χαμηλή ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, κυρίως εξαιτίας της έλλειψης ποιοτικού ελέγχου.

Χαρακτηριστική είναι η έρευνα που διεξήγαγαν τα Πανεπιστήμια Αθήνας και Πάτρας, το 2003, όπου ιεραρχούνται τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Έλληνες ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία. Από το ιστόγραμμα που ακολουθεί παρατηρούμε ότι η δυσαρέσκεια των Ελλήνων επικεντρώνεται περισσότερο στα θέματα της συντήρησης των χώρων του νοσοκομείου και του ξενοδοχειακού εξοπλισμού, την καθαριότητα, την ποιότητα του φαγητού, την μείωση του αριθμού των κρεβατιών ανά δωμάτιο αλλά και την αύξηση του νοσηλευτικού προσωπικού και των τραυματιοφορέων.

Λιγότερα προβλήματα φαίνεται να έχουν με το ιατρικό προσωπικό γεγονός που ερμηνεύεται από την υπερπροσφορά ιατρικού προσωπικού. Παράλληλα, σημαντικά προβλήματα στους πολίτες δημιουργεί η αναγκαιότητα καταβολής υψηλών άτυπων ποσοστών συνασφάλισης. Ακόμη διαπιστώνεται καθημερινά ένα ιδιαίτερα υψηλό κόστος διαμεσολάβησης για λογαριασμό των πολιτών μέσω της προσφυγής τους σε πολιτικά «μέσα» και γνωριμίες, καθιστώντας την αρχή της ίσης πρόσβασης για ίση ανάγκη, σαν μια ακόμη από τις πολλές «μάταιες» ρήσεις.

Ιεράρχηση προβλημάτων ασθενών στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία



Πηγή: Έρευνα Πανεπιστημίου Αθήνας και Πάτρας

Ενώ σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών Υγείας είναι αποτέλεσμα των εφαρμογών της συνεχούς εξέλιξης της τεχνολογίας και της βελτίωσης των υπηρεσιών, στην Ελλάδα το κόστος αυξάνεται χωρίς να βελτιώνονται ούτε ποιοτικά, ούτε ποσοτικά οι παρεχόμενες υπηρεσίες Υγείας στον Έλληνα πολίτη. Γι' αυτό και η Ελλάδα είναι η χώρα της Ε.Ε. με την χαμηλότερη ικανοποίηση του πληθυσμού από το σύστημα υγείας (Ευρωβαρόμετρο 2002).

Αξίζει να επισημάνουμε και άλλη μια έρευνα της Επιτροπής Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων που διεξήγαγε το 1998, και έδειξε τα υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας των Ελλήνων για τις υπηρεσίες υγείας σε σχέση με άλλους Ευρωπαίους. Τέθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα και την επάρκεια των υγειονομικών υπηρεσιών, τον βαθμό βελτίωσης των υπηρεσιών στο μέλλον αλλά και την προθυμία τους να καταβάλλουν υψηλότερο τίμημα προκειμένου να επιτευχθεί βελτίωση στις υγειονομικές υπηρεσίες.

Όσον αφορά το ερώτημα δηλαδή το αν πιστεύουν ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή, οι Έλληνες έχουν το χαμηλότερο ποσοστό σημειώνοντας σημαντικές αποκλίσεις από τους άλλους ευρωπαίους. Στο δεύτερο ερώτημα δηλαδή αν οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκείς και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε, η Ελλάδα εμφανίζει ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά, μαζί με την Ιταλία.

Στην τρίτη ερώτηση που αφορά τις μελλοντικές υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη και το αν αυτές θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών, οι Έλληνες εμφανίζονται μάλλον απαισιόδοξοι, όπως όμως και οι περισσότεροι Ευρωπαίοι. Τέλος στην ερώτηση αν οι πολίτες της κάθε χώρας είναι πρόθυμοι να πληρώσουν περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμη και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους οι Έλληνες εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό. Αυτά φαίνονται αναλυτικά στα ποσοστά του πίνακα που ακολουθεί:

Πίνακας: Έρευνα Κοινής Γνώμης για τις υγειονομικές υπηρεσίες²² (ποσοστά αποκρίσεων)

Χώρα	Καλές Υπηρεσίες¹	Ανεπαρκείς Υπηρεσίες²	Λιγότερο καλές στο μέλλον³	Προθυμία να πληρώσουν περισσότερο⁴
Βέλγιο	92	37	54	47
Γερμανία	91	27	53	32
Δανία	93	46	67	54
Ισπανία	36	72	39	51
Γαλλία	95	36	49	38
Ελλάδα	25	82	47	65
Ιρλανδία	74	58	65	37
Ιταλία	34	82	55	52
Λουξεμβούργο	89	32	27	61
Ολλανδία	93	32	57	45
Ην. Βασίλειο	81	43	64	54

1. «Σε γενικές γραμμές πιστεύεις ότι η ποιότητα των υγειονομικών υπηρεσιών είναι καλή;»

2. « Οι υγειονομικές υπηρεσίες που προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη είναι ανεπαρκείς και οι ασθενείς δεν τυγχάνουν της μεταχείρισης που θα έπρεπε».

3. «Στο μέλλον οι υγειονομικές υπηρεσίες που θα προσφέρονται κατά μέσο όρο στον πολίτη αυτής της χώρας θα είναι χειρότερες από τις σημερινές εξαιτίας των αυξανόμενων δαπανών.»

4. «Είμαι πρόθυμος να πληρώσω περισσότερο για καλύτερες υγειονομικές υπηρεσίες ακόμη και αν αυτό σημαίνει αυξημένους φόρους».

Πηγή: Ferrara M., EC Citizens and Social Protection: main results from a Euro barometer survey, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες 1998.

²² Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 1998, Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα

Πίνακας: Δείκτες υγείας και Περιθάλψης 2000

Χώρες	Αρ.γιατρών ανά 1000 κατοίκους	Νοσοκομειακές κλίνες ανά 1000 κατοίκους	Κατανάλωση αλκοόλ κατά κεφαλή-λίτρα	Προσδόκιμο ζωής γυναικών	Προσδόκιμο ζωής ανδρών	% πληθ. άνω των 65 ετών.
Αυστραλία		8,5	11,3	80,9	75,1	
Αυστρία	3,0	9,2	10,2	80,8	74,4	15,5
Βέλγιο	3,8	7,3		81,7	76,3	17,0
Καναδάς	2,1	3,9	11,8	78,1	71,4	12,6
Τσεχία	3,0	8,7	11,6	79,0	74,2	13,8
Δανία	3,4		8,6	81,0	73,8	15,0
Φιλανδία	3,1	7,6	12,9	82,5	75,0	14,9
Γαλλία		8,4	10,5	80,7	74,7	16,0
Γερμανία	3,3	9,2	9,4			16,4
Ελλάδα	4,4	5,0	11,1	80,6	75,5	17,6
Ουγγαρία	3,2	8,3	6,1	81,4	77,5	14,6
Ισλανδία	3,4		12,3	79,1	73,9	11,7
Ιρλανδία	2,3		8,7			11,3
Ιταλία	5,9	4,9		84,0	77,1	18,1
Ιαπωνία		16,4		79,2	71,7	17,2
Κορέα	1,3	5,5	14,9	81,2	74,7	7,1
Λουξεμβούργο	3,1		4,6	77,3	72,8	14,4
Μεξικό	1,7	1,1	10,0	80,5	75,3	4,7
Ολλανδία	3,1	11,1	8,9	80,8	75,7	13,7
Ν. Ζηλανδία	2,3		5,6	81,1	75,6	11,7
Νορβηγία	2,8	14,4	8,5	77,5	68,8	15,4
Πολωνία	2,3	5,1	13,0	79,1	72,0	12,1
Πορτογαλία	3,2	3,9	9,2	77,0	69,0	15,6
Ισπανία	3,1	3,6	11,7	82,4	74,9	11,4
Σουηδία	2,9	4,1	6,2	81,9	77,0	17,0
Ελβετία	3,4	3,7	11,2	82,5	76,8	17,4
Τουρκία	1,2	2,6	1,5	70,7	66,1	16,0
Μ. Βρετανία	1,8	4,1	10,2	79,8	75,0	5,8
ΗΠΑ	2,6	3,6		79,4	73,9	15,8

Πηγή : OECD

Σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ το 2000 που παρατίθενται στον παραπάνω πίνακα των δεικτών υγείας και περίθαλψης, η Ελλάδα διατηρεί ένα υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, έχει τον υψηλότερο δείκτη γήρανσης πληθυσμού μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ, αμέσως μετά την Ιταλία. Έτσι ενώ τα άτομα άνω των 65 ετών αναλογούσαν το 1960 στο 8,3% του πληθυσμού της χώρας, σήμερα αντιπροσωπεύουν το 17,65% των κατοίκων. Όμως ο γηρασμένος πληθυσμός μας απαιτεί περισσότερους πόρους για υπηρεσίες υγείας. Στον ίδιο πίνακα παρατηρούμε ότι οι νοσοκομειακές κλίνες στη χώρα μας βρίσκονται σε χαμηλό ποσοστό σε σχέση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ ενώ αντίθετα υπάρχει υψηλή αναλογία γιατρών, γεγονός που θα το αναλύσουμε στη συνέχεια.

Από το σύνολο των δαπανών υγείας περίπου το 56% ή το 4,8% του ΑΕΠ προέρχεται από δημόσιες πληρωμές, δηλαδή από τον κρατικό προϋπολογισμό και την κοινωνική ασφάλιση. Το υπόλοιπο 40% ή 3,2% του ΑΕΠ προέρχεται από ιδιωτικές πληρωμές. Σε σύγκριση με άλλες χώρες του ΟΟΣΑ όπου οι ιδιωτικές δαπάνες υγείας διαχρονικά συρρικνώνονται υπέρ των δημοσίων, στην Ελλάδα εμφανίζεται ένα από τα μεγαλύτερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών.

Η Ελλάδα, μαζί με τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ελβετία, κατέχουν τις πρώτες θέσεις, όσον αφορά την ιδιωτική δαπάνη, δηλαδή τα χρήματα που πληρώνουν απευθείας οι πολίτες για την υγεία. Κάθε Έλληνας πολίτης δίνει – με απόδειξη, χωρίς δηλαδή να προσμετρηθούν τα «φακελάκια» και η κάθε είδους «μαύρη» συναλλαγή – κάθε χρόνο, 665 ευρώ για την υγεία του. Πρόκειται για την υψηλότερη δαπάνη στον κόσμο, αν εξαιρεθούν οι ΗΠΑ οι οποίες όμως έχουν ιδιωτικό σύστημα υγείας.

Το ότι κάθε πολίτης «πληρώνει» πολλά από την τσέπη του δεν είναι άσχετο από τις εξαιρετικά χαμηλές δημόσιες δαπάνες για την υγεία. Η δημόσια δαπάνη που καταβάλλει το κράτος και τα ασφαλιστικά ταμεία, δεν υπερβαίνει το 56% των συνολικών δαπανών, όταν στο Λουξεμβούργο φθάνει το 92,8%, στην Τσεχία το 92,5%, στη Μεγάλη Βρετανία το 82,9%, στην Ιαπωνία το 80,3%, στην Ισλανδία το 83,9% και στην Ουγγαρία το 81,6%.

Κάθε χρόνο για κάθε κάτοικο της Ελλάδας δαπανώνται από δημόσιους και ιδιωτικούς πόρους 1.448 ευρώ για υγειονομική και φαρμακευτική περίθαλψη (το ποσό είναι προσαρμοσμένο με βάση το κόστος ζωής), δηλαδή το 9,4% του ΑΕΠ. Οι όροι αυτοί είναι ιδιαίτερα υψηλοί, οι έκτοι παγκοσμίως μετά από πολύ πλούσια κράτη, όπως η Ελβετία, η Γερμανία, η Γαλλία, ο Καναδάς και η ΗΠΑ. Αντίθετα, χαμηλά στην παγκόσμια κατάταξη βρίσκεται η συνεισφορά του ελληνικού δημοσίου. Μετέχει μόνο με το 56% των συνολικών δαπανών υγείας, δηλαδή 846 ευρώ ανά κάτοικο (προσαρμοσμένα σε όρους αγοραστικής δύναμης).

Ως ποσοστό του ΑΕΠ το κράτος συνεισφέρει μόλις το 5,2%, με την πιο χαμηλή αναλογία στην Ε.Ε. και την έκτη μικρότερη μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (μετά την Κορέα, την Τουρκία, το Μεξικό, την Ουγγαρία και την Πολωνία). Επίσης η Ελλάδα διαθέτει και τα πιο λίγα χρήματα σε σχέση με το σύνολο των κρατικών δαπανών, μετά την Φιλανδία που δαπανά το 10,7% του συνόλου έναντι του 16,6% της Γερμανίας. Κατά συνέπεια η ιδιωτική δαπάνη είναι τεράστια, αφού φθάνει το 4,1% του ΑΕΠ και αντισταθμίζει σε ένα βαθμό τις χαμηλές δημόσιες δαπάνες υγείας.

Χιλιάδες ελληνικά νοικοκυριά οδηγούνται σε σημαντική μείωση του εισοδήματός τους, επειδή επωμίζονται δυσανάλογα βάρη για υπηρεσίες υγείας. Το 2,5% των ελληνικών οικογενειών, βρίσκονται κάθε χρόνο αντιμέτωπες με καταστροφικές δαπάνες υγείας, λόγω κάποιου έκτακτου γεγονότος ή χρόνιας πάθησης. Στην προσπάθειά τους να μειώσουν το κόστος του χρόνου αναμονής και να εξασφαλίσουν ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, ξοδεύουν, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, περισσότερο από το 40% του εισοδήματός τους (5,5 δις ευρώ σε άμεσες πληρωμές).

Η έρευνα Οικογενειακών Προϋπολογισμών δείχνει αύξηση των ιδιωτικών δαπανών από 1.250 ευρώ ανά οικογένεια το 1998 σε 1.600-1700 ευρώ. Εάν μάλιστα λάβει κανείς υπόψη του τις δαπάνες για νοσηλευτική φροντίδα χρονίως πασχόντων ηλικιωμένων κλπ. θα φθάσει τα 2000 ευρώ τον χρόνο. Να επισημάνουμε εδώ ότι το 35% των δαπανών αφορά οδοντιατρική περίθαλψη, η ασφάλιση της οποίας είναι υποτυπώδης και καλύπτεται μόνο κατά 10% από το κράτος και τα ταμεία. Περίπου το 45% των δαπανών για φάρμακα είναι ιδιωτικές, διότι οι πολίτες προτιμούν να πληρώσουν παρά να υποστούν τις χρονοβόρες διαδικασίες για την συνταγογράφισή τους.

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, ο ελληνικός δείκτης των ιδιωτικών δαπανών υγείας είναι ιδιαίτερα ανησυχητικός καθώς ο αντίστοιχος μέσος δείκτης στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι 0,4%. Τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα πιέζονται περισσότερο. Ο δείκτης χρηματοδοτικής δικαιοσύνης στην κατανομή των βαρών είναι 0,88 με άριστα το 1, όταν στις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες είναι 0,97-0,98.

Οι κοινωνικές ανισότητες είναι στην Ελλάδα κοινός παρανομαστής και στο επίπεδο της υγείας και στην ανταπόκριση των υπηρεσιών και στην κατανομή των βαρών. Τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση έχουν χειρότερη υγεία, μικρότερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες και επωμίζονται δυσανάλογα μεγάλο κόστος. Αυτό σημαίνει ότι έχουν δυσκολότερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και λιγότερες δυνατότητες διαμεσολάβησης²³.

6.2. Επενδύσεις στον κλάδο υγείας

Αντίστοιχη είναι η κατάσταση και στις επενδύσεις. Παρά τους κοινοτικούς πόρους για έργα στον κλάδο υγείας, το 75,5% των επενδύσεων είναι καθαρά ιδιωτικές και δεν συμπληρώνουν την δυναμική παρουσία του δημοσίου, απλώς την υποκαθιστούν σύμφωνα με στοιχεία του ΟΟΣΑ. Βέβαια πρέπει να σημειωθεί εδώ ότι την τελευταία δεκαετία υλοποιήθηκαν 15 περιφερειακά νοσοκομεία που αποτελούν σημαντικά έργα υποδομών για την βελτίωση του τομέα υγείας.

Οι συνολικές επενδύσεις στον κλάδο υγείας είναι σχετικά ικανοποιητικές (στα 63 ευρώ ανά κάτοικο ή στο 0,4% του ΑΕΠ). Στο ποσό αυτό όμως το κράτος συμμετέχει μόνο με 15 ευρώ ανά άτομο ετησίως (πιο μικρό ποσοστό δαπάνη μόνο το Μεξικό και η Σλοβακία). Η χρηματοδότηση αυτή ανέρχεται μόνο στο 0,1% του ΑΕΠ και στο 1,8% των δημοσίων δαπανών υγείας, ποσοστό που ξεπερνά μόνο τις επενδύσεις του ιδιωτικού κατά βάση συστήματος υγείας των ΗΠΑ. Αντιθέτως οι ιδιωτικές επενδύσεις είναι πολύ υψηλές. Αναλογούν 47 ευρώ για κάθε κάτοικο ετησίως, το 0,3% του ΑΕΠ και το πέμπτο υψηλότερο ποσό παγκοσμίως. Μάλιστα η δαπάνη αυξήθηκε από το 1995 κατά 56%, δείχνοντας την έμφαση που δίνεται για επενδύσεις από ιδιώτες στον κλάδο υγείας.

²³ Εφημερίδα ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ 9 Νοεμβρίου 2003.

Πίνακας : Επενδύσεις στον κλάδο υγείας

ΧΩΡΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ* (κατά κεφαλήν)	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ* (ως % του ΑΕΠ)	ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΙΔΙΩΤΙΚΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ ΤΩΝ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	123	0,4%	100
ΗΠΑ	67	0,2%	77,5
ΕΛΛΑΔΑ	63	0,4%	75,5
ΙΤΑΛΙΑ	130	0,5%	60,2
ΒΡΕΤΑΝΙΑ	88	0,3%	41,4
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	207	0,7%	36,8
ΣΟΥΗΔΙΑ	112	0,4%	28
ΙΣΠΑΝΙΑ	51	0,2%	12,5
ΚΑΝΑΔΑΣ	118	0,4%	10,9
ΟΥΓΓΑΡΙΑ	38	0,3%	10,4
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	221	0,6%	6,2
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	79	0,3%	3,1
ΤΣΕΧΙΑ	46	0,3%	-
ΔΑΝΙΑ	73	0,3%	-
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	64	0,2%	-
ΓΑΛΛΙΑ	58	0,2%	-
ΜΕΞΙΚΟ	5	0,1%	-
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	12	0,1%	-

Πηγή: OECD, HEALTH DATA, 2003

*: Σε ευρώ, προσαρμοσμένα με βάση το κόστος ζωής

Σε συνέντευξή του στην εφημερίδα Καθημερινή στις 9/11/03 ο κ. Γ. Κυριόπουλος, καθηγητής του τομέα Υγείας στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας ανέφερε τα εξής:

«Η έρευνα ανταποκρισιμότητας ανέδειξε δυο πολύ σημαντικές αιτίες, που αφορούν την μόνιμη πηγή δυσφορίας για τον πληθυσμό: την ξενοδοχειακή υποδομή, η οποία μπορεί να βελτιώνεται στην περιφέρεια, όχι όμως και στα μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία και κυρίως τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας χειρίζονται τους αρρώστους. Αποτέλεσμα είναι η ταλαιπωρία, η αναμονή και η αύξηση του κόστους χρόνου για τους ασθενείς που οδηγούν σε ιδιωτικές πληρωμές και παραπληρωμές.

Η πρόσβαση, η υποδοχή των ασθενών και η στρατηγική διάγνωσης και θεραπείας εκ μέρους των υπηρεσιών υγείας εμφανίζει προβλήματα, ενώ ο χειρισμός των αρρώστων εκ μέρους των γιατρών είναι αποσπασματικός και ακανόνιστος. Γι' αυτό χρειάζεται μια συστηματική προσπάθεια στο μικροεπίπεδο των υπηρεσιών, τόσο στο διοικητικό όσο και στο κλινικό, ώστε να γίνει μια συστηματική τυποποίηση της αντιμετώπισης των ασθενών βάση πρωτοκόλλων. Οι στόχοι της πολιτικής υγείας πρέπει να υπερβούν τις προσπάθειες για οργανωτική και διοικητική ανασυγκρότηση του υγειονομικού συστήματος με την μορφή νομικιστικών παρεμβάσεων που αποτελούν κενό γράμμα και μένουν στο χαρτί».

6.3. Ιατρικά και παραϊατρικά επαγγέλματα, ιατρικός εξοπλισμός, δαπάνες φαρμάκων στην Ελλάδα²⁴

Ο ευρύτερος κλάδος των ιατρικών και νοσοκομειακών επαγγελμάτων²⁵ απασχολεί έναν σημαντικό αριθμό ατόμων. Κάθε χρόνο εντάσσονται στο ιατρικό σώμα περίπου 2000 νέοι γιατροί από τους οποίους οι 700 προέρχονται από τις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και οι 300 από χώρες της Δυτικής Ευρώπης. Ο αριθμός των γιατρών το έτος 2001, σύμφωνα με στοιχεία του Ιατρικού συλλόγου Αθηνών έχει φθάσει περίπου τους 54.000, από τους οποίους οι 19.039 είναι εγκατεστημένοι στην Αθήνα και οι 6.711 στην Θεσσαλονίκη. Το ίδιο έτος, οι άνεργοι γιατροί που ήταν εγγεγραμμένοι στους καταλόγους του ΟΑΕΔ αριθμούσαν τα 3.500 άτομα. Η αναλογία γιατρών προς τον πληθυσμό της χώρας είναι 1/185 και στην Αθήνα 1/150 κατοίκους, όταν η ευρωπαϊκή αντίστοιχη αναλογία είναι 1/350-400.

Και ενώ στην Αθήνα παρατηρούνται φαινόμενα υπερσυγκέντρωσης, δεν ισχύει το ίδιο και στην επαρχία και ιδιαίτερα σε απομακρυσμένες περιοχές, όπου παρατηρείται κατά περίπτωση σοβαρή έλλειψη γιατρών σε ορισμένες ειδικότητες. Η υπερπροσφορά όμως εργασίας από αποφοίτους ιατρικών σχολών επιφέρει αυξημένη πλασματική ζήτηση ιατρικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών, που οφείλονται στις ανάγκες επιβίωσης των υποαπασχολούμενων γιατρών, με συνακόλουθες δυσάρεστες συνέπειες στην υγεία του πληθυσμού.

Πρώτο λοιπόν σε γιατρούς αλλά τελευταίο σε νοσοκομειακό και βοηθητικό προσωπικό είναι το ελληνικό σύστημα υγείας, δημιουργώντας πρόβλημα στην εξοικονόμηση των αναγκών των νοσοκομείων. Σύμφωνα με τα στοιχεία για την υγεία του ΟΟΣΑ, τα 2003, στην Ελλάδα αντιστοιχούν 4,3 παθολόγοι ανά 1000 άτομα, πιο πολύ από κάθε άλλο μέρος του κόσμου και αυξάνονται ταχύτατα (από 3,9 γιατρούς το 1995). Σε άλλα κράτη η αναλογία είναι πολύ πιο μικρή: στη Σουηδία αντιστοιχούν 2,8 παθολόγοι ανα 1000 κατοίκους, στην Ελβετία και στην Γαλλία 3,3, στην Γερμανία 3,2, στην Βρετανία 1,9, και

²⁴ Ανδριώτη Δέσποινα, 1998, σελ.85

²⁵ Κατσανέβας Θ., 2002, σελ 176.

στις ΗΠΑ 2,7. Παγκόσμια πρωτιά έχουμε και σε ειδικευμένους γιατρούς: αναλογούν 3 ανά 1000 κατοίκους, 2,2 στην Γερμανία και στη Σουηδία και μόλις 1,5 στην Βρετανία..

Παρόμοιο με τους γιατρούς πρόβλημα υπερπληθωρισμού και άνισης χωροταξικής κατανομής διαπιστώνεται και με τους οδοντιάτρους. Μόνο στην Ελλάδα αντιστοιχούν 1,2 οδοντίατροι ανά 1000 κατοίκους, ενώ σε όλα σχεδόν τα υπόλοιπα κράτη του κόσμου, το αντίστοιχο ποσοστό είναι άνω του ενός. Σε εμπεριστατωμένη έρευνα του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής, διαπιστώθηκε ότι το 1998 οι οδοντίατροι ανέρχονται σε 14.095 άτομα, (εκ των οποίων οι 6.096 συγκεντρώνονται στην Αττική), ενώ το 1980 ήταν 7.725.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στη χώρα μας αναλογούν 879 κάτοικοι ανά οδοντίατρο, στην Ιταλία 1.216, στη Γαλλία 1.505, στη Μ. Βρετανία 2,435 και στην Πορτογαλία 4.090. Μεγάλος είναι και ο αριθμός των φαρμακοποιών (0,9), αν και υπάρχουν 4 χώρες: η Φιλανδία, η Γαλλία, η Ιαπωνία και η Ιταλία που έχουν περισσότερους.

Εντελώς ανάστροφη είναι η κατάσταση στο βοηθητικό προσωπικό των νοσοκομείων: αντιστοιχούν μόνο 3,9 νοσοκόμες για 1000 κατοίκους, με μόνο το Μεξικό, την Πορτογαλία και την Τουρκία να βρίσκονται σε χειρότερη μοίρα, ενώ στην Φιλανδία 1000 κάτοικοι εξυπηρετούνται από 14 νοσοκόμες. Παράλληλα με τον χαμηλό αριθμό κλινών στα νοσοκομεία, η ανεπάρκεια βοηθητικού προσωπικού είναι μεγάλη: αντιστοιχούν 1,4 άτομα ανά κρεβάτι (δεύτερη χαμηλότερη αναλογία μετά την Ουγγαρία) έναντι 4 ατόμων στην Βρετανία και στις ΗΠΑ.

Ο ιατρικός εξοπλισμός πάντως είναι επαρκής. Σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα αναλογούν 13,8 αξονικοί και 2 μαγνητικοί τομογράφοι ανά 1 εκατομμύριο κατοίκους, 4,2 εξοπλισμοί θεραπείας με ακτινοβολία, 4,7 λιθοτρίφτες (πιο πολλοί από κάθε άλλο κράτος), 165,2 εργαστήρια αιματολογικών εξετάσεων (τα πιο πολλά μετά την Ιταλία) και 307 μηχανήματα μαστογραφίας. Οι κλίνες στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία είναι λίγες, αλλά φαίνεται ότι επαρκούν, καθώς κατά μέσο όρο χρησιμοποιείται το 65,6% από αυτές, το χαμηλότερο ποσοστό μεταξύ των κρατών μελών του ΟΟΣΑ, έναντι του 82% στη Γερμανία και του 79% στη Γαλλία.

Εύλογα όμως τίθεται το ερώτημα πως δικαιολογούνται τα «ράντσα» αν η επάρκεια είναι τόσο μεγάλη. Η απάντηση είναι ότι οι ανάγκες δεν είναι παντού οι ίδιες, καθώς οι δημόσιες και ιδιαίτερα οι πανεπιστημιακές κλινικές χρησιμοποιούνται πολύ περισσότερο από ιδιωτικές ή περιφερειακές κλινικές. Τα περιστατικά που εξυπηρετούνται ανά κρεβάτι είναι πολλά, όμως ταυτόχρονα ο μέσος όρος νοσηλείας είναι μικρός: περίπου 8,3 ημέρες.

Όσον αφορά την επάρκεια των δωματίων νοσηλείας, αντιστοιχούν 4 ανά 1000 άτομα έναντι 6,4 στη Γερμανία αλλά και 2,5 στη Σουηδία. Αντιθέτως οι κλίνες μακροχρόνιας νοσηλείας στα νοσοκομεία είναι οι τέταρτες λιγότερες μεταξύ των χωρών κρατών του ΟΟΣΑ : αναλογούν 1,3 ανά 1000 άτομα, έναντι 4,4 κλινών στην Γερμανία. Οι ελλείψεις γίνονται πιο φανερές αν συγκριθούν με τον αριθμό των ηλικιωμένων: αντιστοιχούν 8 κλίνες ανά 1000 άτομα, έναντι 28 στην Γερμανία.

Ο Έλληνας δεν αγοράζει πολλά φάρμακα και ταυτόχρονα η συνεισφορά του κράτους στο κόστος τους είναι η πέμπτη υψηλότερη παγκοσμίως. Στον προϋπολογισμό της υγείας η συγκεκριμένη δαπάνη φαίνεται υψηλή ως ποσοστό, καθώς το συνολικό ποσό που διατίθενται από τον κρατικό προϋπολογισμό για την περίθαλψη είναι μικρό. Κάθε Έλληνας πολίτης δίνει ετησίως (μαζί με την συνεισφορά των ταμείων) 211 ευρώ, το 14% των συνολικών δαπανών υγείας, ποσό που είναι υψηλότερο μόνο από αυτόν που πληρώνουν οι Ιρλανδοί και οι Κορεάτες. Από το ποσό αυτό, το 75,5% δηλαδή 160 ευρώ, καλύπτονται από το κράτος.

Η δημόσια κάλυψη είναι η δεύτερη υψηλότερη στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μετά την Ιρλανδία (με 93,7%) και αντιστοιχεί στο 1% του ΑΕΠ. Η δημόσια δαπάνη για φάρμακα αντιστοιχεί στο 18,9 της συνολικής κρατικής δαπάνης για την υγεία, ποσοστό υψηλό, αφού όπως προαναφέρθηκε, τα χρήματα που συνολικά δίνονται στον τομέα της υγείας είναι λίγα. Αντίστοιχα ο πληρώνει μόνο 52 ευρώ ετησίως κατά μέσο όρο, σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, το δεύτερο χαμηλότερο ποσό μετά την Ιρλανδία.

Πολύ μεγάλες είναι οι πωλήσεις των φαρμακοβιομηχανιών στην Ελλάδα, αλλά μικρή η παραγωγική τους βάση. Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ οι πωλήσεις φαρμάκων (αλλά κυρίως καλλυντικών και παρεμφερών προϊόντων) από τις εταιρίες του κλάδου φθάνουν τα 386 ευρώ ανά κάτοικο. Είναι οι υψηλότερες στην Ε.Ε. και στον κόσμο, μετά την Ελβετία και την Ισλανδία. Μόνο που η παραγωγή δεν γίνεται στην Ελλάδα αλλά στο εξωτερικό, γι'αυτό πολλές φορές η αξία των φαρμάκων είναι πολύ πιο υψηλή από ότι σε άλλα κράτη.

Η εγχώρια παραγωγή φαρμάκων είναι πολύ μικρή σε αξία, η μικρότερη παγκοσμίως, στα 71 ευρώ ανά κάτοικο, το ίδιο και η προστιθέμενη αξία του κλάδου και οι εξαγωγές (στα 44 ευρώ, είναι μεγαλύτερες μόνο από τις εξαγωγές του Μεξικού και της Πολωνίας). Γι' αυτό άλλωστε και η απασχόληση στον κλάδο είναι πολύ χαμηλή (στο 0,21% του συνόλου). Εξίσου χαμηλές είναι και οι απολαβές. Υπολογίζονται περί τα 12.750 ευρώ ετησίως (σε τιμές του 1995 όμως). Πως καλύπτεται όμως η ζήτηση? Τα πιο πολλά φάρμακα είναι εισαγόμενα (αντιστοιχούν 172 ευρώ ανά κάτοικο).

Πολύ μεγάλη είναι η αύξηση των κοινωνικών δαπανών, αλλά παραμένουν ακόμη από τις χαμηλότερες στον ΟΟΣΑ. Η πλειονότητα των πόρων καταλήγει στις συντάξεις, που φθάνουν πλέον κοντά στο 12% του ΑΕΠ και είναι οι υψηλότερες στην Ευρωπαϊκή Ένωση, μαζί με τις ιταλικές, στερώντας πόρους προς άλλες κατευθύνσεις, όπως για παράδειγμα τις δαπάνες για υγεία. Πολύ μεγάλα συγκριτικά με άλλα κράτη, είναι και τα επιδόματα ασθενείας (στο 0,8% του ΑΕΠ) αλλά και τα επιδόματα αναπηρίας (στο 0,7% του ΑΕΠ) και επιζώντων (2% του ΑΕΠ).

Αντιθέτως τα οικογενειακά επιδόματα είναι χαμηλότερα πολλών άλλων χωρών, στο 1,2% του ΑΕΠ, το ίδιο και οι δαπάνες παροχής οικογενειακών υπηρεσιών, στο 0,7% του ΑΕΠ. Στο μηδέν (0,2% του ΑΕΠ) τείνουν οι δαπάνες για την χρηματοδότηση ενεργών πολιτικών στήριξης της απασχόλησης και μόλις στο 0,5% η δαπάνη για την μείωση της ανεργίας. Πρέπει να τονίσουμε εδώ ότι στο ελληνικό σύστημα υγειονομικής και φαρμακευτικής περίθαλψης, με τα όποια μειονεκτήματά του, έχουν πρόσβαση όλοι, ασχέτως ασφάλισης, εθνικότητας, επαγγελματικής κατάστασης.

Το συγκεκριμένο καθεστώς δεν είναι παντού ο κανόνας: στις ΗΠΑ μόνο το 25,3% του πληθυσμού έχει πρόσβαση σε δημόσια περίθαλψη υγείας, στην Ολλανδία το 79%, στη Γερμανία το 90%, στο Μεξικό το 68% και στην Τουρκία το 65%. Δωρεάν φάρμακα μπορεί να λάβει μόνο το 45% των Καναδών, το 40% των Ιρλανδών και το 90% των Γερμανών και συνήθως αυτοί που δεν έχουν πρόσβαση σε αυτές τις παροχές είναι και αυτοί που έχουν την μεγαλύτερη ανάγκη. Όλα όσα αναλύθηκαν πιο πάνω διαπιστώνονται από τους ακόλουθους πίνακες:

Πίνακας : Δαπάνες για Φάρμακα

Χώρες	Κατά κεφαλή δαπάνη σε ευρώ προσαρμοσμένα με βάση το κόστος ζωής	Συμμετοχή Δημοσίου (%)
Ιρλανδία	200	93,7
Σλοβακία	232	82,7
Τσεχία	242	76,7
Ελλάδα	211	75,5
Γερμανία	402	70,6
Σουηδία	306	69,1
Γαλλία	537	65,9
Ουγγαρία	280	61,8
Ολλανδία	266	60,6
Ιταλία	493	54,2
Φιλανδία	289	51,8
Δανία	223	50,5
Καναδάς	451	36,1
Μεξικό	152	20,6
ΗΠΑ	605	18,7

Πίνακας : Ιατρικό και βοηθητικό προσωπικό ανα 1000 άτομα

Χώρες	Παθολόγοι	Ειδικευμένοι	Οδοντίατροι	Νοσοκόμες	Φαρμακοποιοί
Ελλάδα	4,3	3	1,2	3,9	0,9
Ιταλία	4,1		0,4	5,3	1,1
Βέλγιο	3,7				
Δανία	3,3	2,1	0,9	9,3	0,5
Γαλλία	3,3	1,7	0,7	6,4	1
Ισλανδία	3,3		1	14,3	
Ελβετία	3,3	2,1	0,5		
Γερμανία	3,2	2,2	0,8	9,4	0,6
Ουγγαρία	3,1			4,9	0,5
Πορτογαλία	3,1	2,2	0,4	3,7	0,8
Αυστρία	3	1,8	0,5	8,9	0,6
Τσεχία	3	2,3	0,6	8,6	0,5
Φιλανδία	3	1,4	0,9	14	1,5
Ολλανδία	2,9	0,8	0,5	12,5	0,2
Ισπανία	2,9		0,4	6,2	0,8
Σουηδία	2,8	2	0,8	9,8	
Νορβηγία	2,7	2	0,8	9,8	
ΗΠΑ	2,7			8,1	
Αυστραλία	2,5	1,2	0,5	10,6	0,8
Λουξ/γο	2,4	1,6	0,7	9,9	0,7
Πολωνία	2,3	1,8		5,5	0,6
Ιρλανδία	2,2		0,5	13,1	0,8
Ν.Ζηλανδία	2,2	0,7	0,4	9,6	
Καναδάς	2,1	1,1	0,6	10	0,6
Ιαπωνία	1,9		0,7	7,8	1,1
Βρετανία	1,9	1,5	0,4	8,4	
Κορέα	1,3		0,3		
Μεξικό	1,2	0,8	0,1	2,1	
Τουρκία	1,2	0,6	0,2	1,7	0,3
Σλοβακία		1,5	0,5		0,4

Πηγή: OECD, HEALTH DATA 2003

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1.Ο θεσμός των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ), οργανόγραμμα λειτουργίας, γενικά χαρακτηριστικά, στόχοι, πόροι.

Όταν το 1983 πραγματοποιήθηκε η μεγάλη αλλαγή στον χώρο της υγείας με την ψήφιση του Ν1397/1983 περί του Εθνικού Συστήματος υγείας, αρκετοί πίστευαν ότι το πρόβλημα υγείας στη χώρα μας είχε λυθεί οριστικά και ότι η Ελλάδα – έστω και με καθυστέρηση σε σύγκριση με άλλες Δυτικοευρωπαϊκές χώρες- εισήλθε σε μια διαδικασία σταδιακής και προγραμματισμένης υγειονομικής ανάπτυξης. Άλλαξε ο χάρτης υγείας στην Ελλάδα με την αύξηση του αριθμού των μονάδων υγείας και την δημιουργία νέων υποδομών. Όμως παρά τις προόδους αυτές, «παρά τη σημαντική ποσοτική και ποιοτική μεγέθυνση του υγειονομικού συστήματος, αυτό εξακολουθούσε να εμφανίζει αρνητικά φαινόμενα στρεβλώσεις και δυσλειτουργίες²⁶».

Το ΕΣΥ είχε να αντιμετωπίσει πολύπλοκα και πολυάριθμα προβλήματα²⁷ που θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως ακολούθως:

- Την ελλιπή οργάνωση και λειτουργία
- Τη χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα
- Την ανισότητα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι μόνο ανάμεσα στο κέντρο και την περιφέρεια αλλά ακόμα και μέσα στα όρια της ίδιας της περιφέρειας.
- Τον πληθωρισμό του ιατρικού επαγγέλματος
- Την ταχύτατη και ανεξέλεγκτη ανάπτυξη του ιδιωτικού τομέα, που εκμεταλλεύεται τις αδυναμίες του ΕΣΥ
- Την απουσία αυστηρού θεσμικού πλαισίου που να διέπει τη λειτουργία του συστήματος και να καθιερώνει μηχανισμούς ελέγχου και αξιολόγησής του.
- Τις παγιωμένες αρνητικές πρακτικές, συμπεριφορές και πρακτικές

²⁶ Εισηγητική έκθεση Ν. 2889/2001

²⁷ Αλεξιάδης Αριστείδης-Δημήτρης (2003).

Οι παραπάνω δυσλειτουργίες ακυρώνουν στην πράξη βασικές αρχές του ΕΣΥ, όπως η ολοκληρωμένη, καθολική και ισότιμη φροντίδα και περίθαλψη, ταλαιπωρούν τον ασθενή και οδηγούν σε κατασπατάληση πολύτιμων υγειονομικών πόρων. Την κατάσταση αυτή ήρθε να διορθώσει ο Ν 2889/2001, για την υγεία, θεσπίζοντας το αποκεντρωτικό σύστημα διοίκησης, και την αρχή της ενίσχυσης του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, προκαλώντας τομές στο μέχρι τότε σύστημα υγείας.

Με την αποκεντρωμένη διοίκηση στην υγεία, ο πολίτης συμμετέχει ενεργά στις τοπικές διαδικασίες λήψης αποφάσεων και στην υλοποίησή τους. Όσον αφορά την αρχή της ενίσχυσης του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ, ο νέος νόμος εισάγει ευθεία απαγόρευση νέων ιδιωτικών θεραπευτηρίων υγείας στη χώρα με οποιαδήποτε μορφή (άρθρο 6). Η μεταρρύθμιση για την υγεία περιλαμβάνει μεταξύ άλλων και την αναδιοργάνωση της δημόσιας υγείας, την ανάπτυξη και οργάνωση της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, της ενιαίας χρηματοδότησης και αποτελεσματικής διαχείρισης των πόρων, τις προμήθειες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, την οργάνωση και λειτουργία του ιδιωτικού τομέα, την εκπαίδευση των γιατρών καθώς και το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.

Ο νόμος 2889 αποτελεί την αρχή της μεταρρύθμισης στο χώρο της υγείας και περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αναφέρονται σε τρεις βασικούς άξονες:

- *Την Περιφερειακή Συγκρότηση του ΕΣΥ*
- *Την Οργάνωση των Νοσοκομείων*
- *Την Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού*

Ο βασικός στόχος²⁸ της μεταρρύθμισης ήταν η μετεξέλιξη του ΕΣΥ σε ένα σύγχρονο και αποτελεσματικό σύστημα υγείας και επιμέρους μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- I. Η άσκηση εθνικής πολιτικής με έμφαση στην πρόληψη και στην προαγωγή της υγείας. Για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού.
- II. Η κατοχύρωση ισότιμης πρόσβασης στο σύστημα υγείας και ορθής αντιμετώπισης των Ελλήνων πολιτών

²⁸ Αιτιολογική έκθεση Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την μεταρρύθμιση, Αθήνα, 2000.

- III. Η διασφάλιση του δημόσιου χαρακτήρα του ΕΣΥ
- IV. Η διοικητική αποκέντρωση του ΕΣΥ και η συγκρότηση ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας στο επίπεδο της περιφέρειας.
- V. Η αναδιοργάνωση της διοίκησης και λειτουργίας των νοσοκομείων
- VI. Η ανάδειξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της δημόσιας υγείας σε βασικούς πυλώνες του νέου συστήματος
- VII. Η επιστημονική και οικονομική αναβάθμιση των εργαζομένων στο χώρο της υγείας
- VIII. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων δημοσίων και ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας
- IX. Η ορθολογική κατανομή και αποτελεσματική διαχείριση των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων του συστήματος
- X. Η καθιέρωση και άσκηση αποτελεσματικών ελέγχων στην παροχή των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας
- XI. Η έμφαση στις πολιτικές που ενισχύουν την ιατρική, η οποία βασίζεται στην τεκμηριωμένη γνώση.

Τα Περιφερειακά συστήματα υγείας και πρόνοιας (ΠΕΣΥΠ) ιδρύθηκαν με το Νόμο 2889/2.3.2001 (ΦΕΚ 37, ΤΑ.Α΄) και αποτελούν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Η ελληνική επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Περιφερειακό Σύστημα Υγείας", που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας.

Κάθε ΠΕΣΥΠ έχει έδρα την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ο οποίος ορίζει και τους αντίστοιχους Πρόεδρος και Αναπληρωτές Διευθυντές. Συνολικά υπάρχουν 17 ΠεΣΥΠ. Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ.Π. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ.Π.

Το ΔΣ του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας, ως επιτελικό όργανο, εκπονεί επιχειρησιακό σχέδιο για την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών, προγραμματίζει τις προσλήψεις προσωπικού και την προμήθεια υλικοτεχνικού εξοπλισμού και συντονίζει, καθοδηγεί και ελέγχει τη λειτουργία αποκεντρωμένων μονάδων του, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού της περιφέρειας. Το ΔΣ του ΠΕΣΥΠ έχει την δυνατότητα να συνιστά κρατικές επιχειρήσεις για την ανάληψη των κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών των νοσοκομείων για μεγαλύτερη ευελιξία.

Πρέπει να διευκρινιστεί ότι κάθε ΠΕΣΥΠ έχει θέσει συγκεκριμένους στόχους, με επιχειρησιακό πρόγραμμα, που αφορούν την υγειονομική περιφέρεια που ανήκει. Οι στόχοι αυτοί σε γενικές γραμμές έχουν κοινά χαρακτηριστικά σε όλα τα ΠΕΣΥΠ, λαμβάνοντας όμως υπόψη τις ιδιαιτερότητες και τις ανάγκες κάθε περιοχής. Οι στόχοι αυτοί μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

1. Τη δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της Περιφέρειάς του ΠΕΣΥΠ, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία, καθώς και την πρόληψη των ασθενειών και την προστασία της υγείας.
2. Το συντονισμό των δράσεων και πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας στο επίπεδο της Περιφέρειάς του και τη διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του εθνικού συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ) που ανήκουν στην αρμοδιότητά του, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.
3. Την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου της Περιφέρειάς του για την πρόληψη των ασθενειών και τη προστασία της υγείας.

4. Τη διαρκή αξιολόγηση και έλεγχο της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας της Περιφέρειάς του και τη συλλογή όλων των απαραίτητων στοιχείων.

Όσον αφορά την οργανωτική διάρθρωση των υπηρεσιών του ΠΕΣΥΠ αυτή αποτελείται από την Κεντρική Υπηρεσία και από τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες. Η κεντρική υπηρεσία του ΠΕΣΥΠ αποτελεί Γενική Διεύθυνση η οποία διαρθρώνεται σε Διευθύνσεις, αυτοτελή τμήματα και γραφεία, ως εξής:

- α) Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Δ1)
- β) Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης (Δ2)
- γ) Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Δ3)
- δ) Αυτοτελές τμήμα Διοίκησης (Γ4)
- ε) Το γραφείο Προέδρου (Γ5)
- στ) Το νομικό γραφείο.

Αποκεντρωμένες υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ αποτελούν όλες οι Νοσοκομειακές μονάδες, καθώς και τα κέντρα υγείας με τα περιφερειακά τους ιατρεία, που ανήκουν στο ΕΣΥ και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα του ΠΕΣΥΠ. Οι μονάδες αυτές λειτουργούν ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του ΠΕΣΥΠ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και οργανώνονται και λειτουργούν όπως ορίζουν οι διατάξεις του άρθρου 1 παρ. 4 του Ν 2889/01.

Την διεύθυνση Δ1 συγκροτούν τα τμήματα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας, τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας και τέλος τμήμα έρευνας και ανάπτυξης. Στο τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας καταγράφονται και αναλύονται τα επιδημιολογικά, κοινωνιολογικά και περιβαντολλογικά στοιχεία καθώς και ότι άλλο είναι απαραίτητο για τη χάραξη της πολιτικής υγείας στην Περιφέρεια. Εκπονείται και επικαιροποιείται ο Χάρτης Υγείας της Περιφέρειας και εκπονείται το επιχειρησιακό Σχέδιο Δράσης.

Το τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων από τις μονάδες υπηρεσιών υγείας του ΠΕΣΥΠ και ελέγχει την εφαρμογή τους σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Το τμήμα έρευνας και ανάπτυξης διαχειρίζεται κονδύλια ερευνητικών, αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων που προέρχονται από χρηματοδότηση αντίστοιχων επιστημονικών προτάσεων εργαζομένων στο ΕΣΥ.

Η διαχείριση αυτή γίνεται μέσω ειδικού λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης. Επίσης το τμήμα προκηρύσσει και χρηματοδοτεί ερευνητικά ή εκπαιδευτικά προγράμματα που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη στόχων υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας ή είναι γενικότερου ενδιαφέροντος και συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τέλος παρακολουθεί μέσω της επιτροπής ηθικής και δεοντολογίας τη διενέργεια των ερευνών, ώστε αυτές να ακολουθούν τους διεθνείς κανόνες περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων βιοηθικής, δεοντολογίας, προστασίας και σεβασμού του περιβάλλοντος, εφαρμογών της βιοτεχνολογίας και χρήσεις πειραματόζων²⁹.

Με τον Ν.2889/01, η **Οργάνωση των Νοσοκομείων** ως αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων του ΠΕΣΥΠ με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια αποσκοπεί στην διασφάλιση του εργασιακού καθεστώτος των εργαζομένων παράλληλα με την αποτελεσματική ένταξη των νοσοκομείων στο περιφερειακό σύστημα υγείας.

1. Ο Διοικητής και το Συμβούλιο Διοίκησης έχουν αυξημένες αρμοδιότητες, ενώ στο Συμβούλιο Διοίκησης συμμετέχουν οι προϊστάμενοι των υπηρεσιών του νοσοκομείου για την ορθολογικότερη λειτουργία του νοσοκομείου.
2. Το Επιστημονικό Συμβούλιο ως γνωμοδοτικό όργανο συμβάλλει στην αναβάθμιση του παρεχόμενου έργου.
3. Οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου αναδιαρθρώνονται αποκτώντας ξεκάθαρη ιεραρχική δομή και προστίθενται νέα επιστημονικά τμήματα
4. Στην ιατρική υπηρεσία αποσαφηνίζονται οι αρμοδιότητες μεταξύ διευθυντών των τμημάτων, των τομέων και του Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας

²⁹ Π.Δ. 357/2001

5. Συγκροτείται Νοσηλευτικό Συμβούλιο το οποίο λειτουργεί ως υπηρεσιακό για την επιλογή των Διευθυντών και των τομεαρχών, εξασφαλίζοντας αξιοκρατικές επιλογές των διευθυντικών στελεχών.

Το νέο οργανωτικό μοντέλο μαζί με την ανάπτυξη ολοκληρωμένων πληροφοριακών συστημάτων και του ενιαίου διπλογραφικού – λογιστικού συστήματος στοχεύουν στην επίτευξη της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας στο παραγόμενο έργο του νοσοκομείου. Σύμφωνα με τις βασικές αρχές του Ν.2889/2001 για την παροχή ποιοτικά αναβαθμισμένων υπηρεσιών υγείας στον πολίτη αλλά και για την καλύτερη εξυπηρέτησή του εφαρμόζεται η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων. Οι γιατροί μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες και πέραν του τακτικού ωραρίου.

Δίνεται με τον τρόπο αυτό η δυνατότητα στα νοσοκομεία να αυξήσουν την παραγωγικότητα και την ανταγωνιστικότητά τους αξιοποιώντας τον υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμό τους, στους πολίτες να έχουν ευκολότερη πρόσβαση στον γιατρό επιλογής τους αλλά και στις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες του ΕΣΥ και στους γιατρούς να αυξήσουν νόμιμα τα εισοδήματά τους.

Η ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού με την καθιέρωση των προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλου του προσωπικού και συστήματος αξιολόγησης των γιατρών του ΕΣΥ αποτελεί βασικό άξονα της μεταρρύθμισης που επέφερε ο Ν.2889/01.Πιο συγκεκριμένα:

1. Καθιερώνονται ενιαίες εργασιακές σχέσεις για τους πανεπιστημιακούς και τους γιατρούς του ΕΣΥ
2. Η επιλογή των Διευθυντών του ΕΣΥ γίνεται σε κεντρικό επίπεδο.
3. Τα συμβούλια επιλογής και αξιολόγησης των Διευθυντών Ιατρών του ΕΣΥ με το κύρος τους, κατοχυρώνουν το αδιάβλητο των διαδικασιών
4. Διαδικασία αξιολόγησης προβλέπεται και για τους αξιολογητές του ΕΣΥ
5. Συστήνονται νέα πειθαρχικά όργανα

Η απογευματινή λειτουργία των νοσοκομείων αξιοποιεί τον εξοπλισμό των νοσοκομείων, αυξάνει νόμιμα τα εισοδήματα των γιατρών και δίνει την δυνατότητα στους ασθενείς να έχουν ελευθερία επιλογής γιατρού και παροχή ποιοτικών υπηρεσιών

υγείας. Τέλος λαμβάνεται ειδική μέριμνα για την εναρμόνιση της οργάνωσης και λειτουργικής διασύνδεσης των νοσοκομείων που λόγω των διατάξεων του άρθρου 109 του Συντάγματος να ενταχθούν στα ΠΕΣΥΠ με αυτή των ενταγμένων νοσοκομείων.

7.1.1. Πόροι ³⁰ ΠΕΣΥΠ

Κάθε ΠΕΣΥΠ ως ΝΠΔΔ προκειμένου να αντιμετωπίσει τις λειτουργικές και λοιπές δαπάνες του πρέπει να έχει δικούς του πόρους. Σύμφωνα με την διάταξη του άρθρου 4 του Ν.2889/01 στους πόρους του ΠΕΣΥΠ περιλαμβάνονται:

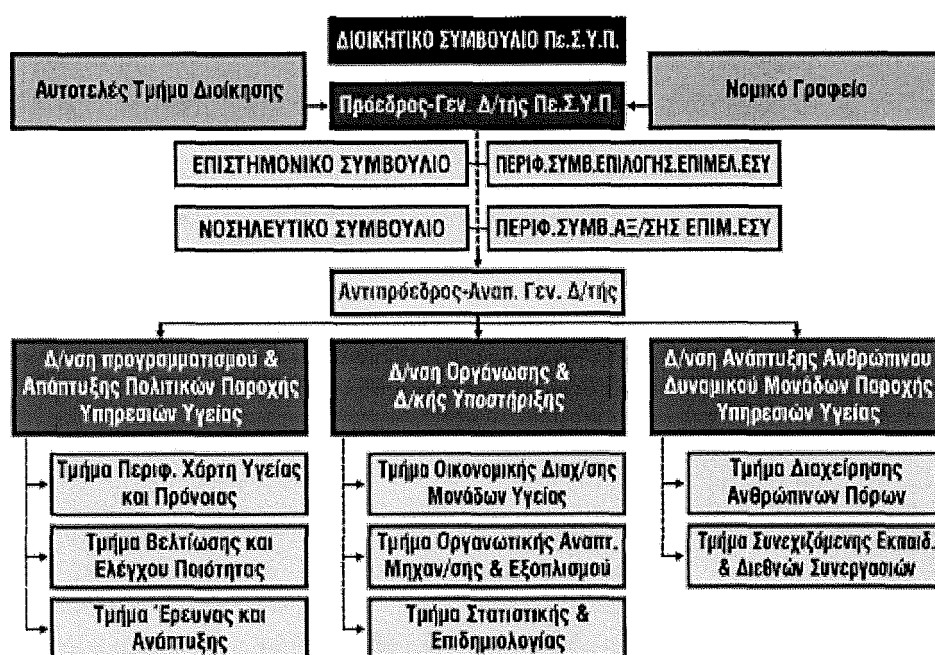
- α) οι επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό
- β) οι επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων
- γ) έσοδα προερχόμενα από την κράτηση του ποσού 1% επί του συνολικού προϋπολογισμού των Νοσοκομειακών Μονάδων του ΠΕΣΥΠ. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η κράτηση του ποσοστού 1% θα πραγματοποιείται επί του εγκεκριμένου προϋπολογισμού και θα υπολογίζεται επί των προβλεπομένων κονδυλίων που προέρχονται από την δραστηριότητα του νοσοκομείου, όπως νοσήλια, έσοδα από αξιοποίηση κινητής και ακίνητης περιουσίας, καθώς και επιχορηγήσεις από τον τακτικό προϋπολογισμό. Από το ποσοστό 1% εξαιρούνται τα Νοσοκομεία που διατηρούν το νομικό τους καθεστώς και τελούν σε λειτουργική διασύνδεση με το ΠΕΣΥΠ, στην χωρική αρμοδιότητα του οποίου ανήκουν και συνεπώς δεν υποχρεούνται στην απόδοση αυτού.
- δ) οι δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων
- ε) τα έσοδα τα προερχόμενα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων
- στ) κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τι δραστηριότητές του
- ζ) τα έσοδα τα προερχόμενα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων Ελληνικών και Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες. Πέραν αυτών θα πρέπει να τονίσουμε ότι κάθε ΠΕΣΥΠ και οι αποκεντρωμένες μονάδες του έχουν όλα τα δικονομικά και ουσιαστικά προνόμια τα οποία απολαμβάνει το δημόσιο.

³⁰ Αλεξιάδης Δημ. 2003, σελ. 112

Επίσης για τα ΠΕΣΥΠ και για τις αποκεντρωμένες μονάδες του εξακολουθούν να ισχύουν οι φορολογικές απαλλαγές που υφίστανται για τα νοσοκομεία κατά τον χρόνο έναρξης της ισχύος του Ν. 2889/01.

Επίσης τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας και Πρόνοιας έχουν συγκεκριμένο οργανόγραμμα, το οποίο και παρουσιάζεται παρακάτω:

7.1.2. Οργανόγραμμα του Πε.Σ.Υ.Π.



Στο οργανόγραμμα που παρατίθεται πιο πάνω παρατηρούμε ότι στην κορυφή της διοικητικής πυραμίδας είναι το Διοικητικό συμβούλιο κάθε ΠΕΣΥΠ και ακολουθεί ο Πρόεδρος του ΠΕΣΥΠ. Ανεξάρτητα από τον Πρόεδρο υπάρχει το νομικό γραφείο και το αυτοτελές τμήμα διοίκησης. Ακολουθεί ο Αντιπρόεδρος- Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής ο οποίος έχει τρεις διευθύνσεις: την διεύθυνση προγραμματισμού και ανάπτυξης πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας, την διεύθυνση οργάνωσης και διοικητικής υποστήριξης και την διεύθυνση ανθρώπινου δυναμικού μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η διεύθυνση προγραμματισμού και ανάπτυξης πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας έχει τρία τμήματα: Το τμήμα περιφερειακού χάρτη υγείας και πρόνοιας, το τμήμα βελτίωσης και ελέγχου ποιότητας και το τμήμα έρευνας και ανάπτυξης. Η διεύθυνση οργάνωσης και διοικητικής υποστήριξης έχει τα ακόλουθα τμήματα: τμήμα οικονομικής διαχείρισης των μονάδων υγείας, το τμήμα οργανωτικής ανάπτυξης, μηχανογράφησης και εξοπλισμού και το τμήμα στατιστικής και επιδημιολογίας.

Τέλος η διεύθυνση ανθρώπινου δυναμικού μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το τμήμα διαχείρισης ανθρωπίνων πόρων και το τμήμα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και διεθνών συνεργασιών. Επίσης υπάρχει επιστημονικό συμβούλιο, νοσηλευτικό συμβούλιο, περιφερειακό συμβούλιο επιλογής επιμελητών ΕΣΥ και περιφερειακό συμβούλιο αξιολόγησης επιμελητών ΕΣΥ.

7.2. Περιφερειακή συγκρότηση του Ε.Σ.Υ.

➤ Το Α' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, με έδρα το Δήμο Αθηναίων περιλαμβάνει:

α) Το Δήμο Αθηναίων, εκτός από την περιοχή που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και συνορεύει με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους Γαλατσίου, Ζωγράφου, Καισαριανής, Καλλιθέας, Νέας Φιλαδέλφειας, Νέας Χαλκηδόνας, Νέου Ψυχικού, Ταύρου, Φιλοθέης και Ψυχικού της Νομαρχίας Αθηνών.

➤ Το Β' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, με έδρα το Δήμο Αγίας Παρασκευής, περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Παρασκευής, Αγίου Δημητρίου, Αλίμου, Αμαρουσίου, Αργυρουπόλεως, Βριλησσιών, Βύρωνα, Γλυφάδας, Δάφνης, Εκάλης, Ελληνικού, Ηλιουπόλεως, Ηρακλείου, Κηφισιάς, Λυκόβρυσης, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης,

Νέας Ερυθραίας, Νέας Ιωνίας, Νέας Πεντέλης, Νέας Σμύρνης, Παλαιού Φαλήρου, Παπάγου, Πεντέλης, Πεύκης, Υμηττού, Χαλανδρίου και Χολαργού της Νομαρχίας Αθηνών, καθώς και την περιοχή του Δήμου Αθήνας που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και έχει όρια με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

➤ **Το Γ' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής, με έδρα το Δήμο Πειραιά, περιλαμβάνει :**

α) Τους Δήμους Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων, Αιγάλεω, Ιλίου, Καματερού, Μοσχάτου, Περιστερίου, Πετρούπολης και Χαϊδαρίου της Νομαρχίας Αθηνών.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής και

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πειραιά.

➤ **Το Α' Πε.Σ.Υ.Π. Κεντρικής Μακεδονίας, με έδρα το δήμο Θεσσαλονίκης περιλαμβάνει:**

α) Το 4ο και 5ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης και την περιοχή του 1ου Διαμερίσματος, που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Στρατού, Αγγελάκη, Εθνικής Αμύνης, Αγίου Δημητρίου και Κανταντζόγλου.

β) Τους Δήμους Αγίου Γεωργίου, Απολλωνίας, Αρέθουσας, Βασιλικών, Επανομής, Θερμαϊκού, Θέρμης, Καλαμαριάς, Καλλινδοίων, Κορωνείας, Μαδύτου, Μηχανιώνας, Μίκρας, Πανοράματος, Πυλαίας, Ρεντίνας, Σοχού, Τριανδρίας του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κιλκίς.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Σερρών και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Χαλκιδικής.

➤ **Το Β' Πε.Σ.Υ.Π. Κεντρικής Μακεδονίας, με έδρα το Δήμο Θεσσαλονίκης περιλαμβάνει:**

α) Το 1ο, 2ο και 3ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης, εκτός της περιοχής του 1ου Διαμερίσματος που περιγράφεται στην περίπτωση α' του εδαφίου Δ'.

β) Τους Δήμους Αγίου Αθανασίου, Αγίου Παύλου, Αμπελοκήπων, Αξιού, Ασσήρου, Βερτίσκου, Εγνατίας, Ελευθερίου - Κορδελίου, Ευόσμου, Εχεδώρου, Καλλιθέας, Κουφαλίων, Λαγκαδά, Λαχανά, Μενεμένης, Μυγδονίας, Νεαπόλεως, Πολίχνης, Σταυρουπόλεως, Συκεών, Χαλάστρας, Χαλκηδόνος, Χορτιάτη, Ωραιοκάστρου και τις Κοινότητες Ευκαρπίας και Πεύκων του Νομού Θεσσαλονίκης.

.γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πέλλας.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ημαθίας και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πιερίας.

- **Το Α' Πε.Σ.Υ.Π. Νοτίου Αιγαίου, με έδρα το Δήμο Ερμούπολεως** περιλαμβάνει τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κυκλάδων.
- **Το Β' Πε.Σ.Υ.Π. Νοτίου Αιγαίου, με έδρα το Δήμο Ρόδου,** περιλαμβάνει τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δωδεκανήσου.
- **Το Πε.Σ.Υ.Π. Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης**
- **Το Πε.Σ.Υ.Π. Δυτικής Μακεδονίας**
- **Το Πε.Σ.Υ.Π. Ηπείρου**
- **Το Πε.Σ.Υ.Π. Θεσσαλίας**
- **Το Πε.Σ.Υ.Π. Ιονίων Νήσων**
- **Το Πε.Σ.Υ.Π Δυτικής Ελλάδος**
- **Το Πε.Σ.Υ.Π Στερεάς Ελλάδος**
- **Το Πε.Σ.Υ.Π Πελοποννήσου**
- **Το Πε.Σ.Υ.Π Βορείου Αιγαίου**
- **Το Πε.Σ.Υ.Π Κρήτης**

Σε πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα κατέληξε η πρώτη πανελλαδική έρευνα³¹ που πραγματοποιήθηκε για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας, με σκοπό να διερευνηθεί πόσο ικανοποιημένοι είναι οι πολίτες από τα νοσοκομεία, ανά ΠΕΣΥΠ. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από την Σχολή Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, με επικεφαλής τον καθηγητή κ. Δημ. Νιάκα. Η έρευνα βασίστηκε σε απαντήσεις που έδωσαν σε ειδικό ερωτηματολόγιο 4.209 ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύτηκαν την περίοδο Απριλίου – Μαΐου 2002.

Οι ασθενείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στο σπίτι, μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και να το ταχυδρομήσουν δωρεάν. Οι ηλικιακές ομάδες ήταν 55-64, 65-74 και 75-84 αποτελούν το 55% περίπου των ανθρώπων που συμμετείχαν στην έρευνα, επιβεβαιώνοντας το γεγονός ότι οι ηλικίες αυτές έχουν και την υψηλότερη χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών. Σε ότι αφορά το φύλο, 2.190 ήταν άνδρες και 1.997 γυναίκες, ενώ οι περισσότεροι που συμμετείχαν στην έρευνα σε ποσοστό 98,1% είχαν ελληνική υπηκοότητα.

Με βάση το ασφαλιστικό ταμείο το 42,7 είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, που αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό της χώρας και καλύπτει σχεδόν το ήμισυ των ασφαλισμένων, το 26,6% είχαν ασφάλιση ΟΓΑ, το 12,1% ασφάλιση δημοσίου, 1,4% δήλωσαν άποροι και οι υπόλοιποι με τα μικρά ποσοστά δήλωσαν άλλα ταμεία ασφάλισης υγείας. Υψηλά είναι τα ποσοστά ικανοποίησης (περίπου 80%) που αφορούν την επάρκεια και την δεξιότητα των ελλήνων γιατρών αλλά και το νοσηλευτικό προσωπικό ενώ τα παράπονα εστιάζονται στην καθαριότητα, την ποιότητα, την ποιότητα του φαγητού και στις ξενοδοχειακές υποδομές—κυρίως σε νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης.

Πιο συγκεκριμένα το μεγαλύτερο ποσοστό δυσαρέσκειας από τη συνολική παραμονή στο νοσοκομείο (14,7%) εντοπίζεται στο Α' ΠΕΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας και ακολουθούν το Γ' Αττικής με 10,3%. Αντίθετα στα νοσοκομεία της Κρήτης οι ασθενείς εκφράζουν το υψηλότερο ποσοστό ικανοποίησης (81,6%) σχεδόν σε όλους τους τομείς. Πιο κάτω παραθέτονται τρεις πίνακες που αφορούν τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών ανά ΠΕΣΥΠ όσον αφορά την καθαριότητα, τους χώρους υγιεινής και τις δυνατότητες επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου.

³¹ Εφημερίδα Επενδυτής 9-3-2003, δημοσίευση της Έρευνας της Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Επιστημονικός υπεύθυνος Δημ. Νιάκας, Μάρτιος 2003.

Πίνακας 1. Καθαριότητα χώρων νοσοκομείου ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ Κακή	Δεν γνωρίζω – Δεν απαντώ
Α' Αττικής	27,0%	37,3%	20,6%	8,5%	6,7%	
Β' Αττικής	39,9%	35,6%	13,0%	6,5%	4,6%	0,5%
Γ' Αττικής	26,2%	33,8%	17,7%	11,8%	10,5%	
Α' Κ. Μακεδονίας	22,5%	33,6%	20,5%	10,6%	12,9%	
Β' Κ. Μακεδονίας	38,0%	37,6%	14,1%	5,5%	4,2%	0,6%
Αιτωτικής Μακεδονίας	47,1%	27,1%	15,5%	5,2%	5,2%	
Αν. Μακεδονίας	47,6%	30,4%	14,1%	4,8%	2,9%	0,3%
Αιτωτικής Ελλάδος	33,1%	32,5%	20,6%	8,1%	5,6%	
Ιελοποννήσου	39,8%	36,4%	13,6%	5,1%	5,1%	
Ιπείρου	30,9%	37,2%	18,4%	6,8%	5,8%	1,0%
Θεσσαλίας	42,1%	30,5%	17,9%	4,2%	3,2%	2,1%
Σρήτης	49,6%	32,1%	12,4%	2,9%	2,9%	
Περεάς Ελλάδος	50,2%	30,3%	10,4%	4,3%	4,7%	
ονίων Νήσων	12,8%	38,5%	17,9%	12,8%	17,9%	
ύνολο χώρας	35,4%	34,6%	16,4%	7,0%	6,2%	0,3%

Πίνακας 2. Χώροι Υγιεινής ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ Κακή	Δεν γνωρίζω – Δεν απαντώ
Α' Αττικής	17,7%	30,5%	22,7%	16,3%	12,2%	0,7
Β' Αττικής	26,9%	33,7%	18,3%	10,3%	10,3%	0,5%
Γ' Αττικής	18,2%	27,5%	16,1%	16,9%	21,2%	
Α' Κ. Μακεδονίας	15,7%	26,4%	17,8%	17,4%	21,6%	1,0
Β' Κ. Μακεδονίας	29,1%	33,3%	18,0%	10,0%	8,6%	1,1%
Αιτωτικής Μακεδονίας	37,0%	31,8%	14,9%	7,8%	8,4%	
Αν. Μακεδονίας	42,4%	30,9%	13,7%	6,4%	6,4%	0,3%
Αιτωτικής Ελλάδος	28,1%	30,0%	18,1%	9,4%	13,1%	1,3%
Ιελοποννήσου	33,9%	30,5%	18,6%	9,3%	7,6%	
Ιπείρου	23,7%	37,7%	20,3%	9,7%	8,2%	0,5%
Θεσσαλίας	39,4%	23,4%	13,8%	11,7%	8,5%	3,2%
Σρήτης	45,6%	31,6%	14,0%	4,4%	4,4%	
Περεάς Ελλάδος	42,9%	28,3%	13,7%	7,5%	6,6%	0,9
ονίων Νήσων	7,7%	33,3%	17,9%	12,8%	28,2%	
ύνολο χώρας	27,5%	30,9%	17,7%	11,5%	11,6%	0,7%

Πίνακας 2. Δυνατότητα επικοινωνίας εντός νοσοκομείου (σαλόνια, τηλεόραση) ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ Κακή	Δεν γνωρίζω – Δεν απαντώ
1 ^η Αττικής	15,3%	26,9%	23,9%	16,5%	12,3%	5,1%
2 ^η Αττικής	18,7%	29,7%	24,8%	13,0%	8,4%	5,4%
3 ^η Αττικής	13,7%	23,1%	25,2%	16,2%	16,2%	5,6%
4 ^η Κ. Μακεδονίας	13,6%	21,4%	18,3%	20,0%	22,2%	4,5%
5 ^η Κ. Μακεδονίας	24,6%	33,8%	20,5%	10,8%	7,4%	3,0%
6 ^η Ανατολικής Μακεδονίας	22,7%	26,7%	20,0%	15,3%	11,3%	4,0%
7 ^η Κεντρικής Μακεδονίας	19,9%	38,3%	18,6%	13,2%	8,0%	1,9%
8 ^η Αττικής Ελλάδος	19,5%	36,4%	17,5%	13,0%	9,1%	4,5%
9 ^η Πελοποννήσου	29,9%	34,2%	13,7%	11,1%	4,3%	6,8%
10 ^η Ηπείρου	14,6%	27,7%	21,4%	18,0%	12,1%	6,3%
11 ^η Θεσσαλίας	25,5%	30,9%	16,0%	12,8%	9,6%	5,3%
12 ^η Κρήτης	44,4%	38,5%	11,9%	3,0%	2,2%	
13 ^η Περιφέρειας Ελλάδος	38,6%	34,3%	11,9%	5,2%	7,6%	2,4%
14 ^η Ιονίων Νήσων	12,8%	33,3%	15,4%	7,7%	28,2%	2,6%
15 ^η Συνολο χώρας	21,9%	30,9%	20,1%	13,7%	11,1%	4,0%

Πηγή: Έρευνα Σχολής Κοινωνικών Επιστημών του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Μάρτιος 2003, εφημερίδα Επενδυτής 9-3-2003

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8.

8.1. Σύγκριση της δομής και λειτουργίας των νοσοκομείων πριν και μετά τον Ν. 2889

Πολλές είναι οι συζητήσεις και αντιπαραθέσεις που προκάλεσε η λειτουργία των ΠΕΣΥΠ. Στον πίνακα που ακολουθεί γίνεται μια προσπάθεια να αποτυπωθούν αναλυτικά οι αλλαγές που προκαλεί ο Ν. 2889 στο νομικό καθεστώς, στην οργάνωση και λειτουργία των ΠΕΣΥΠ, στις αρμοδιότητες του Διοικητή, του Συμβουλίου Διοίκησης, του Επιστημονικού Συμβουλίου και στην αξιολόγηση, τις μετακινήσεις και τις πειθαρχικές ποινές του Ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων.

Νομικό καθεστώς

Θέμα	Νόμος 1397/1983 (άρθρα 6,7,8)	Νόμος 2889/2001 (άρθρα 1,5)
Νοσοκομεία	ΝΠΙΔΔ	Αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠΕΣΥΠ. Είναι ΝΠΙΔΔ που ιδρύονται σε κάθε υγειονομική περιφέρεια της χώρας με διοικητική και οικονομική και διοικητική αυτοτέλεια. Εξακολουθούν να έχουν την αποκλειστική χρήση και διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων, αλλά το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας τους περιέχεται αυτοδικαίως στο ΠΕΣΥΠ
Θεσμικές Μεταβολές	Ίδρυση, συγχώνευση και μεταφορά έδρας νοσοκομείου με ΠΔ το οποίο εκδίδεται με πρόταση του Υπ. ΥΠ και του κατά περίπτωση αρμόδιου υπουργού, μετά από γνώμη του ΚΕΣΥ	Ίδρυση, συγχώνευση και κατάργηση με ΠΔ με πρόταση των Υπ.Εσ.ΔΔΑ, Υπ.Οικ και ΥπΥΠ
Μετατροπή νοσοκομείου σε άλλη δομή παροχής υπηρεσιών υγείας	Νοσοκομεία που υπάρχουν στο συγκρότημα, μπορούν να μετατρέπονται σε μονάδες αποκατάστασης και αποθεραπείας ολικά ή μερικά	Τα νοσοκομεία μπορούν να μετατρέπονται σε γηριατρικά νοσοκομεία, νοσοκομεία αποκατάστασης, νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων και Ειδικά Κέντρα ή Κέντρα Υγείας

Εποπτεία	Υ.Π.Υ.Π Η εποπτεία αναφέρεται στον τρόπο παροχής υγείας στον τρόπο άσκησης ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων καθώς και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και οικονομικής διαχείρισης του νοσοκομείου	Υ.Π.Υ.Π Δεν διαφοροποιούνται τα πεδία αναφοράς της εποπτείας
Διάκριση	Α) <u>Γενικά</u>: όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες. Περαιτέρω διαχωρίζονται σε Περιφερειακά (λειτουργούν στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας και καλύπτουν ανάγκες της, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας) και Νομαρχιακά (λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκες κύρια του πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας) Β) <u>Ειδικά</u>: όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία Γ) <u>Πανεπιστημιακά</u>	Α) <u>Γενικά</u> Β) <u>Ειδικά</u>: Η διάκριση σε Περιφερειακά και Νομαρχιακά καταργείται. Τα νοσοκομεία κάθε ΠΕΣΥΠ συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά κάτω από τον συντονισμό της κεντρικής υπηρεσίας του οικείου ΠΕΣΥΠ (πχ. Μετακίνηση ιατρών και λοιπού προσωπικού για κάλυψη εφημεριών και έκτακτων αναγκών για μέγιστο διάστημα 1 μήνα ο χρόνο, διενέργεια κοινών διαγωνισμών, κατάρτιση κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων κλπ με απόφαση του ΔΣ) Γ) <u>Ακαδημαϊκά</u>: Είναι νοσοκομεία του ΕΣΥ που έχουν πανεπιστημιακά τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες. Διατηρούν την ονομασία τους ως Πανεπιστημιακά τα Γενικά Νοσοκομεία Αλεξανδρούπολης, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Λάρισας, Πετρών και Χαϊδαρίου Αττικής
Νοσοκομεία με ειδικό καθεστώς		Δεν αποτελούν αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου ΠΕΣΥΠ και το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας τους δεν παρέχεται αυτοδικαίως κατά κυριότητα στο ΠΕΣΥΠ

Θέμα	Νόμος 1397/1983	Νόμος 2889/2001
Προϋπολογισμός	Το ΔΣ και ο Πρόεδρος του Νοσοκομείου ελέγχουν και εγκρίνουν τον προϋπολογισμό του	Το τμήμα οικονομικής διαχείρισης μονάδων υγείας εγκρίνει και ελέγχει την εκτέλεση των προϋπολογισμών
Προμήθειες	Το ΔΣ του Νοσοκομείου αποφασίζει για τις ανάγκες του Νοσοκομείου σε προμήθειες	Το τμήμα προμηθειών εποπτεύει τις διαδικασίες προμηθειών των αποκεντρωμένων μονάδων του
Νοσηλευτική Υπηρεσία	Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Νοσοκομείου αποφασίζει για τους Διευθυντές της Νοσ. Υπ.	Το νοσηλευτικό συμβούλιο του ΠΕΣΥΠ επιλέγει τους Διευθυντές της Νοσ. Υπηρεσ. στα Νοσοκομεία
Εκπαιδευτικά Προγράμματα	Στο ΚΕΣΥ συνίσταται επιτροπή εκπαίδευσης και μετεκπαίδευσης προσωπικού	Το τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης διαχειρίζεται κονδύλια ερευνητικών αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων
Εκπροσώπηση	Ο Πρόεδρος του Νοσοκομείου εκπροσωπεί το Νοσοκομείο ενώπιον του δικαστηρίου	Ο πρόεδρος του ΠΕΣΥΠ εκπροσωπεί δικαστικώς και εξωδίκως τα ΚΥ
Μετακινήσεις προσωπικού	Οι μετακινήσεις γίνονται με απόφαση του Υπηρεσιακού Συμβουλίου του Νοσοκομείου	Το τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων είναι υπεύθυνο για τις μετατάξεις, μεταθέσεις αποσπάσεις προσωπικού
Ίδρυση μονάδων	Η αναδιάταξη των μονάδων του Νοσοκομείου γίνεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας με ΠΔ	Το ΔΣ του ΠΕΣΥΠ εισηγείται στο Υπουργείο την ανέγερση ή επέκταση ή αναδιάταξη των μονάδων του και την μεταφορά του εξοπλισμού τους.
Οργανισμός	Το ΔΣ του Νοσοκομείου καταρτίζει τον οργανισμό του	Το ΔΣ του ΠΕΣΥΠ καταρτίζει και υποβάλλει για έγκριση στο Υπουργείο τους οργανισμούς των αποκεντρωμένων μονάδων του.

Οργάνωση Νοσοκομείων

Θέμα	Πριν το Ν2889/2001 Όπου δεν αναφέρονται άλλοι νόμοι ή ΠΔ πρόκειται για διατάξεις του Ν 1397/83	Μετά το Ν2889/2001
Σύμβουλοι οργάνωσης		Σε νοσοκομεία άνω των 400 κλινών συνιστώνται 2 θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού, Συμβούλων Οργάνωσης, με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Σε νοσοκομεία μέχρι 400κλίνες συνίσταται μια οργανική θέση.
Γραφείο Υποδοχής Ασθενών		Συνίσταται υποχρεωτικά Ειδικό Γραφείο με τίτλο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών»
Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών		Σε νοσοκομεία πάνω από 200 κλίνες συνίσταται υποχρεωτικά αυτοτελές τμήμα Επειγόντων περιστατικών με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό.
Διάρθρωση του Νοσοκομείου σε υπηρεσίες	Ν. 1397/83: Κάθε Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική	Κάθε Νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική-οικονομική, τεχνική- ξενοδοχειακή, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη
Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών	Ν. 2519/97: Η τεχνική υπηρεσία που προβλέπεται ως τμήμα ή υποδιεύθυνση μετατρέπεται σε Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών	
Τμήμα Οργάνωσης & πληροφορικής	Δεν προβλέπεται	Προβλέπεται και υπάγεται στον Διοικητή
Διεύθυνση Πληροφορικής	Δεν προβλέπεται	Σε νοσοκομεία με περισσότερες από 400 κλίνες

Τμήμα Ελέγχου ποιότητας	Δεν προβλέπεται	Προβλέπεται και υπάγεται στον Διοικητή
Τμήμα έρευνας & Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης	Δεν προβλέπεται	Προβλέπεται και υπάγεται στον Διοικητή
Τμήμα Προμηθειών	Δεν προβλέπεται	Προβλέπεται και υπάγεται στον Διοικητή
Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας	ΠΔ 87/86: στην ιατρική υπηρεσία προΐσταται η επιστημονική επιτροπή η οποία έχει μόνο επιστημονικές αρμοδιότητες. Ν2519/97: στην Ιατρική προΐσταται γιατρός Διευθυντής που κατέχει οργανική θέση Διευθυντή στο ΕΣΥ τουλάχιστον επί πέντε έτη. Σε νοσοκομεία που οι πανεπιστημιακές κλινικές και τα εργαστήρια είναι περισσότερα από τα αντίστοιχα του ΕΣΥ μπορεί να προΐσταται γιατρός του ΕΣΥ ή καθηγητής ιατρικής Α και Β βαθμίδας. Οι υποψήφιοι κρίνονται από την επιστημονική επιτροπή, η οποία καταρτίζει πίνακα κατά αξιολογική σειρά την οποία υποβάλλει στο ΔΣ του νοσοκομείου. Το ΔΣ ορίζει έναν από τους τρεις πρώτους με τριετή θητεία.	Στην ιατρική υπηρεσία προΐσταται ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος εργαστηρίου ή μονάδας. Σε νοσοκομεία με πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας μπορεί να είναι καθηγητής ή αναπληρωτής Καθηγητής που έχει τη διεύθυνση κλινικής, εργαστηρίου ή μονάδας. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των υποψηφίων. Ο Διοικητής υποβάλλει με εισήγηση τον πίνακα στο ΔΣ του ΠΕΣΥΠ το οποίο ορίζει έναν από τους τρεις πρώτους.
Έργο Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας	Έχει ως κύριο έργο την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της Ιατρικής Υπηρεσίας, τον συντονισμό των τομέων και των τμημάτων της, όσον αφορά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, τα εκπαιδευτικά προγράμματα και την έρευνα και ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που απορρέουν από την ιεραρχική του θέση.	Έχει ως κύριο έργο την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της Ιατρικής Υπηρεσίας της οποίας είναι διοικητικός προϊστάμενος. α) συντονίζει το έργο των τομέων και των τμημάτων στις παρεχόμενες υπηρεσίες β) εισηγείται στο Διοικητή το πρόγραμμα και το ωράριο λειτουργίας

		των ΤΕΙ, το πρόγραμμα εφημερίων των γιατρών και του λοιπού προσωπικού, την χορήγηση αδειών, το πρόγραμμα επισκεπτηρίου νοσηλευομένων γ) επιμελείται την τήρηση πρωτοκόλλου της ιατρικής υπηρεσίας και των φακέλων με τις ετήσιες εκθέσεις αξιολόγησης των Διευθυντών τομέων. δ) επιμελείται όλων των θεμάτων δυσλειτουργίας της ιατρικής υπηρεσίας ε) ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που απορρέουν από την ιεραρχική του θέση ή όσες του αναθέτει ο Διοικητής.
Διάρθρωση ιατρικής υπηρεσίας	Διαρθρώνεται σε τομείς που απαρτίζονται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων. Οι τομείς είναι: α)παθολογικός β)χειρουργικός γ)εργαστηριακός δ)ψυχιατρικός ε) κοινωνικής ιατρικής Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου μπορεί εφόσον υπάρχουν περισσότερα από ένα οδοντιατρικά τμήματα να ορίζεται και αυτοτελής οδοντιατρικός τομέας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ύστερα από γνώμη του ΚΕΣΥ, καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών. Στα τμήματα λειτουργεί αντίστοιχο τακτικό εξωτερικό ιατρείο για την παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας σε εξωτερικούς αρρώστους. Τα εξωτερικά ιατρεία είναι πλήρως συγκροτημένες μονάδες που λειτουργούν στα πλαίσια του αντίστοιχου τομέα, έχουν ίδια νοσηλευτική και γραμματειακή εξυπηρέτηση, όπως ειδικότερα καθορίζεται από τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας.	Διαρθρώνεται σε τμήματα και τομείς που καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα με συναφές επιστημονικό αντικείμενο. Οι βασικοί τομείς είναι: α)παθολογικός β)χειρουργικός γ)εργαστηριακός δ)ψυχικής υγείας Σε νοσοκομεία με περισσότερες από 400 κλίνες μπορεί να συνίσταται παραπάνω από έναν παθολογικοί, χειρουργικοί, εργαστηριακοί τομείς καθώς και παιδιατρικός, Απεικόνισης, Επείγουσας ιατρικής, κοινωνικής ιατρικής ή άλλοι ειδικοί τομείς

Διατομεακά τμήματα	Δεν προβλέπεται	Λειτουργού τμήματα διατομεακά με ενιαία διεύθυνση
Δύναμη κάθε τομέα	Δεν υπερβαίνει τις 300 κλίνες	Δεν υπερβαίνει τις 200 κλίνες. Το ΔΣ αποφασίζει την χωροταξική αυτοτέλεια των κλινών των τμημάτων εντός του νοσοκομείου.
Διευθυντής τομέα	<u>N.1397/83</u> : Οι γιατροί του τομέα και οι λοιποί επιστήμονες εκτός από τους ειδικευόμενους γιατρούς εκλέγουν κάθε 3 χρόνια τον διευθυντή του τομέα από τους διευθυντές των τμημάτων του. <u>N.2519/97</u> : Ένα μέσα σε έναν μήνα από την σύσταση του τομέα ή την λήξη της θητείας του Δ/ντή δε συνέλθει η ολομέλεια, ο Δ/ντής ορίζεται με απόφαση του ΔΣ του νοσοκομείου ύστερα από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής.	Είναι γιατρός Διευθυντής, που προϊστάται τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας. Το επιστημονικό συμβούλιο καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των Διευθυντών των τμημάτων κάθε τομέα σύμφωνα με συγκεκριμένα κριτήρια και το υποβάλλει στο Διοικητή. Ο Διοικητής επιλέγει έναν από τους τρεις πρώτους, με τριετή θητεία.
Διευθυντής Τμήματος	Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας ή άλλος επιστήμονας της ιατρικής υπηρεσίας, που υπηρετεί στο τμήμα με βαθμό διευθυντή.	Σε κάθε τμήμα προϊστάται γιατρός Διευθυντής ή άλλος επιστήμονας της ιατρικής υπηρεσίας με βαθμό Διευθυντή. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός Υπεύθυνος του τμήματος είναι ο Επιστημονικός Διευθυντής.
Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας	<u>ΠΔ 87/86</u> : η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση που διαρθρώνεται σε τμήματα και τομείς. Κάθε τμήμα έχει την ευθύνη και καλύπτει από 20-45 νοσηλευτικά κρεβάτια. Κάθε 4 με 8 νοσηλευτικά τμήματα συγκροτούν ένα τομέα. Σε νοσοκομεία με λιγότερα από 4 τμήματα δε συγκροτούνται τομείς. Όπου υπάρχουν 4-6 τμήματα μπορεί	Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς που ακολουθούν την διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλής των τομέων είναι Τομεάρχες που ορίζονται από τον Διοικητή του Νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο του ΠΕΣΥΠ. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων της νοσηλευτικής υπηρεσίας επιλέγονται

	να συγκροτείται ένας τομέας για την κάλυψη των μονάδων εσωτερικής νοσηλείας και ένας για την κάλυψη των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας. Σε κάθε νοσοκομείο συνίσταται νοσηλευτική επιτροπή, που γνωμοδοτεί για την οργάνωση και λειτουργία της νοσηλευτικής υπηρεσίας	από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο στο οποίο υπάγονται οι υποψήφιοι.
Απογευματινά ιατρεία	Ν. 2519/97: με απόφαση ΔΣ κάθε νοσοκομείου που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας μπορεί να καθιερώνεται απογευματινή λειτουργία τμημάτων, μονάδων, εργαστηρίων, καθώς και χειρουργείων για την παροχή μετανοσοκομειακής φροντίδας σε νοσηλευθέντες, την παροχή εξειδικευμένης φροντίδας σε εξωτερικούς ασθενείς και την ταχεία αντιμετώπιση χειρουργικών περιστατικών. Με την ίδια απόφαση καθορίζονται οι ημέρες, οι ώρες και οι λεπτομέρειες της απογευματινής λειτουργίας.	Από 1-1-2002 επιτρέπεται στα νοσοκομεία του ΕΣΥ η λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Στα απογευματινά ιατρεία εργάζονται: α) Διευθυντές και Αν. Διευθυντές ιατροί, β) Επιμελητές Α' ιατροί γ) πανεπιστημιακοί που κατέχουν τίτλο ειδικότητας και εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες που είναι μέσα στο νοσοκομείο. Τα ωράρια, ο αριθμός των περιστατικών που εξετάζονται ανά ημέρα καθώς και ο αριθμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ανά ημέρα καθορίζονται με απόφαση του Διοικητή, ύστερα από εισήγηση του ΔΣ, ανάλογα με τις ανάγκες και τις πρακτικές δυνατότητες του νοσοκομείου. Το ΔΣ του ΠΕΣΥΠ μπορεί να καθορίζει γενικότερους όρους λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων. Η αμοιβή για την επίσκεψη στα απογευματινά ιατρεία καταβάλλεται απευθείας στο νοσοκομείο από τον εξεταζόμενο ασθενή. Η αμοιβή για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις καταβάλλονται στο νοσοκομείο. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας καθορίζεται το

		ύψος της αμοιβής της επίσκεψης καθώς και το ποσοστό που παρακρατείται από το νοσοκομείο και το ποσοστό, που κατανέμεται στους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό που ασχολείται κατά την απογευματινή λειτουργία.
--	--	--

Αρμοδιότητες Διοικητή	Νόμος 2519/97	Νόμος 2889/01
Έργα βελτίωσης κτιριακής υποδομής	ΔΣ	Διοικητής/ ΔΣ ΠΕΣΥΠ
Προμήθειες Ιατροτεχνολογικού και Ξενοδοχειακού Εξοπλισμού	ΔΣ	Διοικητής (σε νοσοκομεία με ετήσιο προϋπολογισμό > 10 δις μέχρι 30.000.000 και σε νοσοκομεία με ετήσιο προϋπολογισμό μέχρι 10 δις μέχρι 10.000.000
Κατάρτιση Προγράμματος Προμηθειών (& υποβολή σε ΔΣ ΠΕΣΥΠ)	ΔΣ (και εκπόνησή του από τον Γενικό Διευθυντή)	Διοικητής
Η έγκριση προσφερόμενου ιατρικού εξοπλισμού και η εγκατάσταση με την μέθοδο της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing)		Διοικητής (μόνο με ειδική έγκριση)
Σύνταξη Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης	Γενικός Διευθυντής (κατάρτισή του, υποβολή του ΔΣ και υλοποίησή του)	Διοικητής
Ετήσια Έκθεση πεπραγμένων	ΔΣ	Διοικητής
Κατάρτιση Προϋπολογισμού (& υποβολή σε ΔΣ ΠΕΣΥΠ)	Γενικός Διευθυντής (εισήγησή του στο ΔΣ και εκτέλεσή του)	Διοικητής (κατάρτισή του και υποβολή του στο ΔΣ του ΠΕΣΥΠ)

Αναμόρφωση και Τροποποίηση Προϋπολογισμού	ΔΣ	Διοικητής (σε νοσοκομεία μέχρι 200 κλίνες μέχρι ποσού 5.000.000, σε νοσοκομεία μέχρι 400 κλίνες μέχρι ποσού 10.000.000 σε νοσοκομεία πάνω από 400 κλίνες μέχρι ποσού 15.000.0000)
Εισήγηση για Αναμόρφωση και Τροποποίηση Προϋπολογισμού	ΔΣ	Διοικητής (προς Πρόεδρο ΠΕΣΥΠ για ποσά μέχρι το 50% των μεταφερόμενων πιστώσεων και προς το ΔΣ ΠΕΣΥΠ για ποσά > 50%)
Ορθολογική Διαχείριση Πόρων & Περιουσίας Νοσοκομείου	Γενικός Διευθυντής	Διοικητής
Πρόσληψη Συμβούλων Οργάνωσης	ΔΣ	Διοικητής
Προγράμματα υπερωριακής Απασχόλησης	ΔΣ (μετά από εισήγηση του Γενικού διευθυντή)	Διοικητής
Συγκρότηση Ομάδων / Επιτροπών	ΔΣ & Γενικός Διευθυντής	Διοικητής /Πρόεδρος ΠΕΣΥΠ
Πειθαρχικός έλεγχος	ΔΣ & Πρόεδρος ΔΣ	Διοικητής /Πρόεδρος ΠΕΣΥΠ
Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες παρεμβάσεις	ΔΣ	Διοικητής
Ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα	ΔΣ	Διοικητής
Ανάθεση Αρμοδιοτήτων 1	Πρόεδρος ΔΣ (σε Αντιπρόεδρο)	Διοικητής (σε Αναπληρωτή)
Ανάθεση Αρμοδιοτήτων 2	ΔΣ (σε μέλη του)	ΔΣ ΠΕΣΥΠ (σε Διοικητή)

Μετακινήσεις Προσωπικού	ΔΣ (Υπογραφή από Πρόεδρο ΔΣ των πράξεων για τις υπηρεσιακές μεταβολές των προϊσταμένων)	Διοικητής
Καθορισμός Κριτηρίων Ανάθεσης κλινών		Διοικητής
Συγκρότηση Επιστημονικού Συμβουλίου		Διοικητής
Τήρηση Λίστας Αναμονής Ασθενών		Διοικητής
Προϊσταται όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου	Γενικός Διευθυντής (προϊσταται επίσης των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων που υπάγονται στο Νοσοκομείο)	Διοικητής
Ευθύνη οργάνωσης, Συντονισμού και Ελέγχου των υπηρεσιών του Νοσοκομείου	Γενικός Διευθυντής	Διοικητής
Εποπτεία και Έλεγχος της λειτουργίας του Νοσοκομείου	Πρόεδρος ΔΣ	Διοικητής
Σύγκληση ΔΣ, Προεδρία και Καθορισμός Θεμάτων προς συζήτηση	Πρόεδρος ΔΣ	Διοικητής
Υπογραφή Συμβάσεων / Προϋπολογισμού, Ισολογισμού / Απολογισμού	Πρόεδρος ΔΣ	Διοικητής
Άσκηση μέρους των αρμοδιοτήτων (του Προέδρου του ΔΣ και του Διοικητή αντίστοιχα)	Αντιπρόεδρος του ΔΣ	Αναπληρωτής Διοικητής (Νοσοκομεία πάνω από 400 κλίνες)

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι εκτός από το νομικό, την οργάνωση και λειτουργία, τις αρμοδιότητες του Διοικητή, το Συμβούλιο Διοίκησης, το Επιστημονικό Συμβούλιο, την αξιολόγηση, τις μετακινήσεις και τις πειθαρχικές ποινές του Ανθρώπινου δυναμικού των νοσοκομείων, υπάρχουν μικρές αλλαγές ανάμεσα στον Ν 1397/1983 και Ν 2889/2001, οι οποίες δεν κρίνεται ότι θα πρέπει να παρατεθούν αναλυτικά. Συνοπτικά μπορούμε να επισημάνουμε ότι αφορούν το Συμβούλιο Διοίκησης και τις αρμοδιότητες που αυτό ασκεί, το ανθρώπινο δυναμικό (δηλαδή ιατροί, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό), καθώς και το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

9.1. Ο νέος νόμος για την υγεία ³²

Ο Ν2889/2001 που αφορά τα ΠΕΣΥΠ αντικαθίσταται σε ορισμένες παραγράφους ως εξής:

Η παρ. 8 του άρθρου 1 του Ν 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') αντικαθίσταται από διατάξεις που προβλέπουν την σύσταση του Συμβουλίου Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Συ.Πε.Σ.Υ.Π.) με σκοπό τον συντονισμό των ΠΕΣΥΠ και την εναρμόνιση των περιφερειακών πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα. Το Συ.Πε.Σ.Υ.Π θα συνέρχεται κάθε τρεις μήνες τακτικά και κατά περίπτωση έκτακτα και θα αποτελείται από ένα Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως πρόεδρο και όλους τους προέδρους των ΠΕΣΥΠ.

Τα ΠΕΣΥΠ υποβάλλουν στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, τουλάχιστον κάθε τρίμηνο, πλήρη έκθεση και στοιχεία σχετικά με την πορεία του επιχειρησιακού τους σχεδίου και την ομαλή και αποδοτική λειτουργία των μονάδων τους. Οι αποκεντρωμένες μονάδες υποχρεούνται να υποβάλλουν εγκαίρως στα ΠΕΣΥΠ τα αντίστοιχα στοιχεία.

Επίσης συνίσταται αυτοτελής Διεύθυνση Οργάνωσης και Υποστήριξης των ΠΕΣΥΠ, για την υποβοήθηση του έργου του Γενικού Γραμματέα που είναι αρμόδιος για τον συντονισμό, την εποπτεία και τον έλεγχο των ΠΕΣΥΠ. Η νέα διεύθυνση θα συγκεντρώνει, θα επεξεργάζεται και θα αξιολογεί τις εκθέσεις και τα στοιχεία που υποβάλλονται από τα ΠΕΣΥΠ και θα εισηγείται τα κατάλληλα μέτρα για την αύξηση της αποδοτικότητας των μονάδων τους και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αναφύονται κατά την εφαρμογή του επιχειρησιακού σχεδίου. Επιπρόσθετα η Διεύθυνση Οργάνωσης και Υποστήριξης θα αξιολογεί το έργο των ΠΕΣΥΠ, ενώ θα παρακολουθεί

³² Εισηγητική έκθεση στο σχέδιο νόμου «Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας». Σχέδιο Νόμου - Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας

και τις αποφάσεις του Συ.Πε.Σ.Υ.Π, παρέχοντας σ'αυτό γραμματειακή και τεχνική υποστήριξη.

Στο άρθρο 2 του παρόντος νόμου αντικαθίστώνται κάποιες διατάξεις που αφορούν θέματα ανασυγκρότησης οργάνων και ανακατανομής αρμοδιοτήτων. Συνοπτικά μπορούμε να αναφέρουμε ότι με τον νέο νόμο «ο διοικητής έχει τη νόμιμη εκπροσώπηση, δικαστική και εξώδικη, όλων των αποκεντρωμένων και αυτοτελών μονάδων των νοσοκομείων για όλα τα θέματα που ανήκουν στην αρμοδιότητα αυτού ή στην αρμοδιότητα του Συμβουλίου Διοίκησης». Επίσης κάποιες αντικαταστάσεις γίνονται και στον τρόπο λειτουργίας του ΔΣ των ΠΕΣΥΠ.

Σημαντικές ρυθμίσεις αφορούν τους γιατρούς άνευ ειδικότητας που διαθέτουν άδεια ασκήσεως επαγγέλματος άνω των 20 ετών και έχουν συμπληρώσει 10 χρόνια σύμβαση με κάποιον ασφαλιστικό οργανισμό, μπορούν με τον νέο νόμο, να αποκτήσουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής μετά από εξετάσεις (χωρίς όμως εκπαίδευση). Με το μέτρο αυτό υπολογίζεται ότι 3.000 περίπου γιατροί αποκτούν ειδικότητα, γεγονός που χαρακτηρίζεται από την αντιπολίτευση ως προεκλογική παροχή. Η κυβέρνηση υποστηρίζει ότι έτσι δίνεται λύση σε αρκετούς επιστήμονες - άνευ ειδικότητας - να αποκτήσουν το δικαίωμα συνταγογράφησης, που μέχρι τώρα δεν το δικαιούντο, γεγονός που ισοδυναμούσε με επαγγελματική τους ισοπέδωση.

Επίσης στο άρθρο 14 του νόμου προβλέπεται ότι η καθαριότητα και η φύλαξη των ΠΕΣΥΠ, των νοσοκομείων και του ΕΚΑΒ επιτρέπεται να ανατεθούν με σύμβαση έργου, χωρίς την έγκριση σκοπιμότητας από άλλο όργανο, σε ιδιωτικά συνεργεία, ανεξάρτητα αν η αμοιβή υπερβαίνει την απαιτούμενη δαπάνη για την πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων φυλάκων και καθαριστριών. Ο λόγος φαίνεται να είναι απλός: να μειωθούν οι προσλήψεις στο δημόσιο.

Σημαντική είναι επίσης η αλλαγή που επιφέρει το άρθρο 5. Ο ν2889/2001 απαγόρευε στους πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται σε νοσοκομεία του ΕΣΥ, να ασκούν ιδιωτική ιατρική. Μάλιστα ο νόμος όριζε ότι αν πανεπιστημιακός γιατρός παραβίαζε τις διατάξεις, απομακρυνόταν μονομερώς από το νοσοκομείο με απόφαση του προέδρου του οικείου ΠΕΣΥΠ. Με τον νέο νόμο η αρμοδιότητα μεταφέρεται στην σύγκλητο του οικείου πανεπιστημίου.

Αρκετές συζητήσεις προκλήθηκαν για το άρθρο 38 του νομοσχεδίου που προβλέπει επί λέξει ότι:

- «Υπάλληλοι της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας, που διώκονται για ενέργειες, στις οποίες προέβησαν κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους και για το συμφέρον της υπηρεσίας, μπορούν να παρίστανται ενώπιον των ποινικών δικαστηρίων με μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους. ...»
- «η θέση του νομικού στο Υπουργείο Υγείας μετατρέπεται σε οργανική θέση δικηγόρου με σχέση έμμισθης εντολής και εφόσον κατά την δημοσίευση του παρόντος νόμου, είναι διορισμένος στην θέση αυτή δικηγόρος, δεν απαιτείται νέα προκήρυξη για την πλήρωσή της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

10.1. Ανάλυση απαντήσεων των ερωτηματολογίων. Πόσο ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε τον τομέα υγείας, στοιχεία και προτάσεις περαιτέρω βελτίωσης.

Για την καλύτερη ανάλυση του θέματος κρίθηκε σκόπιμο να επικοινωνήσουμε με στελέχη όλων των ΠΕΣΥΠ της χώρας αλλά και αρμοδίους του Υπουργείου Υγείας. Δομήθηκε ένα κοινό ερωτηματολόγιο, δυο σελίδων, που αφορούσε στοιχεία για το ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό και υποκειμενικές ποσοτικοποιημένες απαντήσεις για την δομή και λειτουργία του θεσμού, το οποίο και στάλθηκε σε όλους τους προέδρους των ΠΕΣΥΠ. Πιο κάτω παρατίθενται οι απαντήσεις που λάβαμε:

Α' Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Αττικής

Στο Α'ΠΕΣΥΠ Αττικής πραγματοποιήθηκε συνέντευξη-συζήτηση με τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή κ. Μπουρσανίδη Χρήστο, όπου ενημερώθηκε για τον σκοπό της εργασίας και μας έδωσε χρήσιμες πληροφορίες για την νομοθεσία, το οργανόγραμμα αλλά και τον σκοπό ίδρυσης των ΠΕΣΥΠ. Τόνισε την σημαντική προσπάθεια των στελεχών του ΠΕΣΥΠ για καλύτερη οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας, επισημαίνοντας τα προβλήματα και τις αδυναμίες του συστήματος. Επίσης μας έδωσε χρήσιμες πληροφορίες για διεθνή site στο χώρο της υγείας.

Πιο αναλυτικά στο Α'Πεσυπ ο αριθμός των οργανικών θέσεων το 2002 για το ιατρικό προσωπικό ήταν 4.290 άτομα, το νοσηλευτικό προσωπικό 8.534, το παραϊατρικό 1.904, και το διοικητικό προσωπικό 1886 άτομα. Ο αριθμός του υπηρετούντος προσωπικού ήταν γιατροί: 3.872 άτομα, νοσηλευτές: 6.269 άτομα παραϊατρικό 1.591 και διοικητικό 4.043 άτομα. Παρατηρούμε μια σημαντική έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ το διοικητικό προσωπικό είναι το διπλάσιο σχεδόν από τον αριθμό των οργανικών θέσεων.

Ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετήθηκε από το ΠΕΣΥΠ είναι 1.939.121 άτομα για το 2001, ενώ για το 2002 ήταν 2.002.119. Για το 2003 δεν μας δόθηκαν στοιχεία. Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 4,9 ημέρες, ενώ ο ετήσιος απολογισμός για το ΠΕΣΥΠ μειώθηκε το 2003 κατά 150.000 ευρώ περίπου (1.486.652,31 το 2003 και 1.665.926,25 το 2002).

Ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής θεωρεί ότι το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών είναι πάρα πολύ καλό (70-100%), όπως επίσης και η ανάπτυξη και η εφαρμογή ελεγκτικών και διοικητικών μηχανισμών. Επίσης θεωρεί ότι η υγειονομική αποκέντρωση και η δικτύωση και συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης επιτεύχθηκε σε αρκετά καλό ποσοστό (50-70%) .

Εκτιμά επίσης ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε κατά 50-70% την οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος ανά ασθενή), τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό, τις υποδομές, το επίπεδο εκπαίδευσης του ανθρώπινου δυναμικού, καθώς και το εύρος και την ποιότητα των γευμάτων. Μέτρια βελτίωση (30-50%) θεωρεί ότι έχει επιτευχθεί στην μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών, τις συνθήκες νοσηλείας, την καθαριότητα των χώρων υγιεινής καθώς και την δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με την περίοδο πριν την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ θεωρεί ότι βρίσκεται στο ποσοστό 30-50%. Στο ίδιο ποσοστό κατατάσσει και την απλοποίηση των διοικητικών διαδικασιών

Ο κύριος Μπουρσανίδης θεωρεί ότι η λειτουργική ένταξη των υπηρεσιών πρόνοιας μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας αν γίνουν κάποιες παρεμβάσεις. Αρχικά υποστηρίζει την ανάπτυξη ενός δικτύου κοινωνικής αλληλεγγύης των νοσηλευομένων και των υπηρεσιών πρόνοιας. Υποστηρίζει ότι πρέπει να εκπονηθούν μελέτες για τον εντοπισμό των αναγκών υγείας ή προγραμμάτων πρόνοιας σε συνεργασία με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, και φυσικά η εφαρμογή τους. Τέλος υποστηρίζει ότι πρέπει να αναπτυχθούν δράσεις υγείας ή

πρόνοιας ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και δυνατότητας επαναπροσδιορισμού των δράσεων άμεσα.

Οι προτάσεις για περαιτέρω βελτίωση του θεσμού των ΠΕΣΥΠ μπορούν να επικεντρωθούν κατά τον κ. Μπουρσανίδη στην ουσιαστική ενδυνάμωση του ρόλου του ΠΕΣΥΠ, στη διαχείριση από το ΠΕΣΥΠ των πόρων και την μετακίνηση τους με βάση τις ανάγκες, (μέσω της ανάπτυξης του νομοθετικού πλαισίου) και τέλος προτείνει κάθε ΠΕΣΥΠ να έχει το δικαίωμα τελεσίδικης γνωμοδότησης για ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας ή διαγνωστικών κέντρων στην περιφέρεια.

Γ' Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Αττικής

Στο Γ'ΠΕΣΥΠ Αττικής στάλθηκε ερωτηματολόγιο στον πρόεδρο του ΠΕΣΥΠ και η ανταπόκριση της Αναπληρώτριας Γενικής Διευθύντριας κ. Δέδε Ζωής ήταν άμεση. Ενημερώθηκε τηλεφωνικά για τον σκοπό της εργασίας και τα στοιχεία που έστειλε ήταν τα ακόλουθα:

Στο Γ'Πεσυπ ο αριθμός των οργανικών θέσεων το 2002 για το ιατρικό προσωπικό ήταν 2.170 άτομα, το παραϊατρικό προσωπικό 6.561 άτομα, και το διοικητικό προσωπικό 3.625 άτομα. Ο αριθμός του υπηρετούντος προσωπικού ήταν γιατροί: 1.595 άτομα, παραϊατρικό 4.351 και διοικητικό 2.337 άτομα. Και εδώ παρατηρείται μια σημαντική έλλειψη παραϊατρικού αλλά και ιατρικού προσωπικού.

Ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετήθηκε από το ΠΕΣΥΠ για το 2002 είναι 4.577.360 άτομα, ενώ για το 2001 ήταν 2.542.007, δηλαδή σχεδόν οι διπλάσιοι. Για το 2003 δεν υπάρχουν ακόμη στοιχεία. Επίσης μόνο για το 2002 υπάρχουν στοιχεία για τους ασφαλισμένους ασθενείς (3.788.745 άτομα) ενώ οι ανασφάλιστοι ήταν 788.615 άτομα. Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι 9,91 ημέρες για το 2002 και 9,54 για το 2001, ενώ ο ετήσιος απολογισμός για το ΠΕΣΥΠ ήταν για το 2001 197.436.026 ευρώ, για το 2002 173.487.011 ευρώ και για το 2003 218.360.512 ευρώ.

Η Αναπληρώτρια Γενική Διευθύντρια θεωρεί ότι το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών είναι αρκετά καλό (50-70%). Επίσης θεωρεί ότι η υγειονομική αποκέντρωση και η δικτύωση και συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης επιτεύχθηκε σε αρκετά καλό ποσοστό (50-70%). Μέτρια εκτιμά ότι βελτιώθηκαν (30-50%) οι γραφειοκρατικές διαδικασίες αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών.

Εκτιμά επίσης ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε κατά 50-70% την οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος ανά ασθενή), την μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών, τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό, την ενημέρωση των πολιτών και την πρόληψη ασθενειών καθώς και το εύρος και τη ποιότητα των γευμάτων. Σε ποσοστό 70-100% θεωρεί ότι βελτιώθηκε η καθαριότητα στους χώρους υγιεινής και στις υποδομές καθώς και η εφαρμογή ελεγκτικών και διοικητικών μηχανισμών για την καλύτερη λειτουργία των μονάδων υγείας. Τέλος σε μέτριο επίπεδο βελτίωσης (30-50%) εκτιμά ότι κυμαίνεται η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικού, η δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (σαλόνια, TV, τηλέφωνα, κλπ) καθώς και οι συνθήκες νοσηλείας.

Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Α' Κεντρικής Μακεδονίας

Στο Α' ΠΕΣΥΠ Κεντρικής Μακεδονίας επικοινωνήσαμε με τον κ. Αλεξιάδη Δημήτριο, Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του ΠΕΣΥΠ και συγγραφέα του βιβλίου «Το εθνικό σύστημα υγείας στην αρχή του 21^{ου} αιώνα». Δυστυχώς λόγω έλλειψης μηχανογραφημένων στοιχείων δεν συμπληρώθηκε το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αλλά μόνο οι ποσοτικοποιημένες εκτιμήσεις που αφορούν τον βαθμό βελτίωσης του τομέα υγείας μετά την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ. Οι απαντήσεις του κ. Αλεξιάδη θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν ως οι πιο αισιόδοξες αφού εκτιμά ότι το επίπεδο οργάνωσης και λειτουργίας των νοσοκομείων σε όλους τους τομείς κυμαίνετε σε επίπεδα 50-70%. Θεωρεί ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ

συνέβαλλε στην υγειονομική αποκέντρωση και ότι βελτίωσε όλους τους σχεδόν τους τομείς, όπως τις συνθήκες νοσηλείας, τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό, τις υποδομές, την καθαριότητα των χώρων υγιεινής, το εύρος και η ποιότητα των γευμάτων, κλπ.

Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Βορείου Αιγαίου

Στο ΠΕΣΥΠ Βορείου Αιγαίου ανταποκρίθηκε στο ερωτηματολόγιο ο κ. Μανωλέλης Χρήστος, Διευθυντής Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού και μέλος του ΔΣ ως εκπρόσωπος των εργαζομένων, ύστερα από προτροπή του προέδρου κ. Κόντου Σπύρου. Ο αριθμός οργανικών θέσεων των γιατρών είναι 292 άτομα, ενώ το διοικητικό προσωπικό είναι 811 άτομα. Ο αντίστοιχος αριθμός του υπηρετούντος προσωπικού είναι 202 άτομα γιατροί και 554 διοικητικό προσωπικό. Οι κατά προσέγγιση ανάγκες σε προσωπικό πέραν των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων είναι 320 γιατροί και 850 διοικητικοί. Για το παραϊατρικό προσωπικό δεν μας δόθηκαν στοιχεία. Ο αριθμός των ασθενών που έχει εξυπηρετηθεί από τις υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ το 2001 ανέρχεται σε 35.123 άτομα, το 2002 σε 37.228 και το 2003 39.124 άτομα.

Οι εκτιμήσεις του κ. Μανωλέλη είναι περισσότερο απαισιόδοξες από ότι των δυο προηγούμενων. Πιο συγκεκριμένα θεωρεί ότι το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών είναι καλό (30-50%). Επίσης θεωρεί ότι η υγειονομική αποκέντρωση και η δικτύωση και συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης επιτεύχθηκε σε ποσοστό 30-50%. Καθόλου δεν εκτιμά ότι βελτιώθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες (0-10%) αλλά και η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σημειώνει μικρή βελτίωση (10-30%).

Εκτιμά επίσης ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ δεν προσέφερε υψηλή βελτίωση όσον αφορά την οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος ανά ασθενή) (0-10%), την μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών (10-30%), τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό (10-30%), την ενημέρωση των πολιτών και την πρόληψη

ασθενειών (0-10%), το εύρος και τη ποιότητα των γευμάτων, την δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (σαλόνια, TV, τηλέφωνα, κλπ (0-10%), την καθαριότητα στους χώρους υγιεινής και στις υποδομές (10-30%), καθώς και την εφαρμογή ελεγκτικών και διοικητικών μηχανισμών για την καλύτερη λειτουργία των μονάδων υγείας (10-30%). Τέλος σε μέτριο επίπεδο βελτίωσης (30-50%) εκτιμά ότι κυμαίνεται η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικό.

Ο κύριος Μανωλέλης θεωρεί ότι η λειτουργική ένταξη των υπηρεσιών πρόνοιας μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας αν γίνουν κάποιες παρεμβάσεις. Αρχικά υποστηρίζει αύξηση της χρηματοδότησης την ανάπτυξη ειδικών προγραμμάτων δράσης και τις προσλήψεις σε προσωπικό ειδικοτήτων. Οι προτάσεις για περαιτέρω βελτίωση του θεσμού των ΠΕΣΥΠ μπορούν να επικεντρωθούν κατά τον κ. Μανωλέλη στην ολοκλήρωση της αποκέντρωσης σε όλα τα επίπεδα διοίκησης, στην ουσιαστική ενίσχυση των ΠΕΣΥΠ με ικανοποιητικούς οικονομικούς πόρους, την διοικητική αποκέντρωση από το Υπουργείο Υγείας και την ενίσχυση του επιτελικού χαρακτήρα του ΠΕΣΥΠ στη χάραξη πολιτικών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας με μεταφορά αρμοδιοτήτων και πόρων.

Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Νοτίου Αιγαίου

Στο ΠΕΣΥΠ Νοτίου Αιγαίου στάλθηκε ερωτηματολόγιο στην πρόεδρο του ΠΕΣΥΠ και η ανταπόκριση της συνεργάτιδάς της, κοινωνιολόγου και υπεύθυνης του τμήματος εκπαίδευσης και διεθνών συνεργασιών κυρίας Μαίνα Μαρίας ήταν άμεση. Ενημερώθηκε τηλεφωνικά για τον σκοπό της εργασίας και τα στοιχεία που έστειλε ήταν τα ακόλουθα:

Στο ΠΕΣΥΠ Νοτίου Αιγαίου ο αριθμός των οργανικών θέσεων το 2002 για το ιατρικό προσωπικό ήταν 221 άτομα, το παραϊατρικό προσωπικό 431 άτομα, και το

διοικητικό προσωπικό 156 άτομα. Ο αριθμός του υπηρετούντος προσωπικού ήταν γιατροί: 116 άτομα, παραϊατρικό 267 και διοικητικό 81 άτομα. Κατά προσέγγιση οι επιπλέον ανάγκες σε προσωπικό πέραν των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων είναι 32 άτομα για τους γιατρούς, 97 άτομα για το παραϊατρικό προσωπικό και 6 άτομα διοικητικό.

Ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετήθηκε από το ΠΕΣΥΠ για το 2002 είναι 514.198 άτομα, ενώ για το 2001 ήταν 268.728, δηλαδή σχεδόν οι διπλάσιοι., ενώ για το 2003 429.772 άτομα. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για τους ασφαλισμένους και ανασφάλιστους ασθενείς, ούτε για τις ημέρες νοσηλείας ανά κλίνη, ενώ ο ετήσιος απολογισμός για το ΠΕΣΥΠ ήταν για το 2001 245.701,18 ευρώ, για το 2002 1.006.475,69 ευρώ, και για το 2003 ήταν 915.000 ευρώ.

Η κυρία Μάινα θεωρεί ότι το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών και η δικτύωση και συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης είναι σε πολύ καλό επίπεδο (70-100%). Επίσης θεωρεί ότι η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και η υγιεινομική αποκέντρωση επιτεύχθηκε σε αρκετά καλό ποσοστό (50-70%). Μέτρια εκτιμά ότι βελτιώθηκαν (30-50%) οι γραφειοκρατικές διαδικασίες αλλά και

Εκτιμά επίσης ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε κατά 70-100% την οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος ανά ασθενή), την μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών, τις συνθήκες νοσηλείας, τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό, η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικού και η καθαριότητα των χώρων υγιεινής. Σε ποσοστό 50-70% θεωρεί ότι βελτιώθηκαν οι υποδομές, η ενημέρωση των πολιτών και η πρόληψη των ασθενειών και η δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου. Τέλος σε μέτριο επίπεδο βελτίωσης (30-50%) εκτιμά ότι κυμαίνεται, το εύρος και η ποιότητα των γευμάτων.

Η κυρία Μαίνα θεωρεί ότι η λειτουργική ένταξη των υπηρεσιών πρόνοιας μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας αν γίνουν κάποιες παρεμβάσεις. Αρχικά υποστηρίζει ότι οι άμεσες προτεραιότητες του Α'Πεσυπ Ν.Αιγαίου είναι η αναβάθμιση των κτιριακών υποδομών και του εξοπλισμού των υγειονομικών μονάδων, η βελτίωση των συνθηκών εργασίας και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και η συνεργασία με διάφορους τοπικούς φορείς, η επικοινωνία μεταξύ των υγειονομικών μονάδων και των εργαζομένων. Τέλος θεωρεί ότι πρέπει τα νοσοκομεία να εξοπλιστούν με περισσότερα ασθενοφόρα.

Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Ιονίων Νήσων

Στο ΠΕΣΥΠ Ιονίων Νήσων στάλθηκε ερωτηματολόγιο στον πρόεδρο του ΠΕΣΥΠ κ. Χλωμούδη Κωνσταντίνο και η ανταπόκριση του ιδίου αλλά και της συνεργάτιδας του κυρίας Τσιαμανδουράκη Κατερίνας . ήταν άμεση και κατατοπιστική. Η κυρία Τσιαμανδουράκη αφιέρωσε πολύ χρόνο για επεξηγήσεις των στοιχείων και ανέπτυξε την όλη φιλοσοφία του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

Στο ΠΕΣΥΠ Ιονίων Νήσων ο αριθμός των οργανικών θέσεων το 2002 για το ιατρικό προσωπικό ήταν 481 άτομα, το παραϊατρικό προσωπικό 1088 άτομα, και το διοικητικό προσωπικό 990 άτομα. Ο αριθμός του υπηρετούντος προσωπικού ήταν γιατροί: 372 άτομα, παραϊατρικό 706 και διοικητικό 580 άτομα. Ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετήθηκε από το ΠΕΣΥΠ για το 2002 είναι 415.210 άτομα και αφορά τα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία, ενώ για το 2001 ήταν 255.808 άτομα και αφορά μόνο τα νοσοκομεία. Για το 2003^{οι} ασθενείς που εξυπηρετήθηκαν στα κέντρα υγείας είναι 897.950 άτομα ενώ από τα νοσοκομεία ανέρχονται σε 40.674.608 άτομα.

Ο κύριος Χλωμούδης θεωρεί ότι το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών καθώς και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών έχουν βελτιωθεί αλλά σε χαμηλά επίπεδα, δηλαδή της τάξης του 30-50%. Η

δικτύωση και συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, η υγειονομική αποκέντρωση και οι γραφειοκρατικές διαδικασίες είναι σε καλό επίπεδο (50-70%). Επίσης θεωρεί ότι η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών και η υγειονομική αποκέντρωση επιτεύχθηκε σε αρκετά καλό ποσοστό (50-70%).

Εκτιμά επίσης ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε κατά πολύ μικρό ποσοστό (10-30%) την οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος ανά ασθενή), τις συνθήκες νοσηλείας, την ενημέρωση των πολιτών και την πρόληψη των ασθενειών. Η μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών, ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός, οι υποδομές, η δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου, και το εύρος και η ποιότητα των γευμάτων βρίσκονται σε μέτριο επίπεδο 30-50%.

Σε ποσοστό 50-70% βελτιώθηκε η καθαριότητα των χώρων υγιεινής καθώς και η εφαρμογή ελεγκτικών διοικητικών μηχανισμών για την καλύτερη λειτουργία των μονάδων υγείας. Τέλος η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικού βελτιώθηκε σημαντικά, αφού η εκτίμηση του κ. Προέδρου ανέρχεται σε ποσοστό 70-100%. Η λειτουργική ένταξη των υπηρεσιών πρόνοιας μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας αν υπάρξει διασύνδεση των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» με το ΠΕΣΥΠ.

Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Δυτικής Ελλάδος

Στο ΠΕΣΥΠ Δυτικής Ελλάδος στάλθηκε ερωτηματολόγιο στον πρόεδρο του ΠΕΣΥΠ κ. Θεοδωρόπουλου Σωτήριου και η ανταπόκριση του ιδίου αλλά και της συνεργάτιδας του κυρίας Κάργα Μαρία, ήταν άμεση. Η κυρία Κάργα συμπλήρωσε τα νούμερα που αφορούν το προσωπικό σύμφωνα με τις κατηγορίες που έχει καταγράψει το ΠΕΣΥΠ, δηλαδή γιατροί, νοσηλευτικό και λοιπό παραϊατρικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό.

Πιο συγκεκριμένα στο ΠΕΣΥΠ Δυτικής Ελλάδος ο αριθμός των οργανικών θέσεων το 2002 για το ιατρικό προσωπικό ήταν 1094 άτομα, το νοσηλευτικό προσωπικό 2462 άτομα, και το λοιπό παραϊατρικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό 2193 άτομα. Ο αριθμός του υπηρετούντος προσωπικού ήταν γιατροί: 1455 άτομα, νοσηλευτικό 2584 άτομα και λοιπό διοικητικό, τεχνικό και παραϊατρικό 2059 άτομα. Ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετήθηκε από το ΠΕΣΥΠ καθώς και για τους ασφαλισμένους και ανασφάλιστους ασθενείς δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Οι ημέρες νοσηλείας ανά κλίνη είναι 3-6 ημέρες για τα έτη 2001-2002, ενώ ο ετήσιος προϋπολογισμός του ΠΕΣΥΠ για τα έτη 2001 και 2002 είναι 100.603.534,09 ευρώ και 108.139.858,93 ευρώ αντίστοιχα.

Ο κύριος Θεοδωρόπουλος θεωρεί ότι το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών του ΠΕΣΥΠ βρίσκεται σε ποσοστό βελτίωσης 50-70%. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και η υγειονομική αποκέντρωση έχουν βελτιωθεί αλλά σε χαμηλά επίπεδα, δηλαδή της τάξης του 10-30%. Η δικτύωση και συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης βελτιώθηκαν σε επίπεδο 30-50%.

Περισσότερο συγκρατημένος θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ο κ. Θεοδωρόπουλος σε θέματα που αφορούν την οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος ανά ασθενή), τις συνθήκες νοσηλείας, την μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών, τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό, την καθαριότητα των χώρων υγιεινής και την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικού. Όλους τους παραπάνω τομείς τους κατατάσσει σε επίπεδα βελτίωσης της τάξεως του 10-30%, ενώ σε ακόμη χαμηλότερο επίπεδο (0-10%) κατατάσσει τους τομείς της ενημέρωσης των πολιτών και την πρόληψη των ασθενειών, το εύρος και την ποιότητα των γευμάτων, καθώς και την δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου. Τέλος θεωρεί ότι βελτιώθηκαν σε ποσοστό 30-50% οι υποδομές αλλά και η εφαρμογή ελεγκτικών και διοικητικών μηχανισμών για καλύτερη λειτουργία των μονάδων υγείας.

Η λειτουργική ένταξη των υπηρεσιών πρόνοιας μπορεί να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας αν υπάρξει αλληλοκάλυψη των υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας, αν στελεχωθούν οι υγειονομικές υπηρεσίες με επιστημονικό και εξειδικευμένο προσωπικό καθώς και αν αναπτυχθεί ένα ενιαίο περιφερειακό δίκτυο μέσα από την επικοινωνία μεταξύ των δομών. Θεωρεί ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ μπορεί να βελτιωθεί περαιτέρω αν υπάρξει πλήρης στελέχωση του ΠΕΣΥΠ, τροποποιηθεί ο οργανισμός του και συμπεριληφθούν επαγγελματικές κατηγορίες όπως μηχανολόγοι και μηχανικοί. Τέλος θεωρεί ότι πρέπει να δημιουργηθεί σε κάθε ΠΕΣΥΠ Διεύθυνση Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Ηπείρου

Στο Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Ηπείρου εστάλη το ερωτηματολόγιο στο πρόεδρο κ. Ζηλίδη Χρήστο, ο οποίος με παρέπεμψε για τα στοιχεία στον συνεργάτη του κύριο Λέκο. Ο κύριος πρόεδρος δεν θέλησε να απαντήσει στις ερωτήσεις εκτιμήσεων για τα ποσοστά βελτίωσης του υγειονομικού τομέα με τα ΠΕΣΥΠ, όμως δεν είχε καμία αντίρρηση να μου στείλει (μέσω fax) αναλυτικούς πίνακες με στοιχεία που αφορούν την κατανομή προσωπικού ανά κλάδο στα νοσοκομεία για το 2002, τις οργανικές θέσεις του ιατρικού νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού καθώς και τον προϋπολογισμό του ΠΕΣΥΠ για τα έτη 2001 (94.201.806,05), 2002 (109.333.523,73), 2003 (132.826.471,64). Πιο συγκεκριμένα οι οργανικές θέσεις του ιατρικού προσωπικού για το 2002 αφορά 418 άτομα, το νοσηλευτικό 1215 άτομα, το παραϊατρικό 247 άτομα, το διοικητικό 518 άτομα, ενώ το τεχνικό 160 άτομα.

Περιφερειακό Σύστημα Υγείας Στερεάς Ελλάδος

Στο ΠΕΣΥΠ Στερεάς Ελλάδος στάλθηκε ερωτηματολόγιο στον πρόεδρο του ΠΕΣΥΠ κ. Τριανταφύλλη Βασίλειο και συζήτηση που είχαμε ήταν ιδιαίτερα εποικοδομητική. Σημαντική επίσης ήταν και η συμβολή της συνεργάτιδάς του κ. Μελέτης Παρασκευής η οποία επιμελήθηκε όλα τα στατιστικά στοιχεία του ερωτηματολογίου. δηλαδή τα νούμερα που αφορούν το προσωπικό σύμφωνα με τις κατηγορίες που έχει καταγράψει το ΠΕΣΥΠ, δηλαδή γιατροί, νοσηλευτικό και λοιπό παραϊατρικό, διοικητικό και τεχνικό προσωπικό.

Πιο συγκεκριμένα στο ΠΕΣΥΠ Στερεάς Ελλάδος ο αριθμός των οργανικών θέσεων το 2003 για το ιατρικό προσωπικό ήταν 504 άτομα, το παραϊατρικό προσωπικό 1322 άτομα, και το διοικητικό και τεχνικό προσωπικό 1290 άτομα. Ο αριθμός του υπηρετούντος προσωπικού ήταν γιατροί: 405 άτομα, παραϊατρικό: 923 άτομα, και διοικητικό- τεχνικό προσωπικό 810 άτομα. Ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετήθηκε από το ΠΕΣΥΠ για το έτος 2002 ήταν 35.550 άτομα, ενώ για το έτος 2003 53.056 άτομα. Για τους ασφαλισμένους και ανασφάλιστους ασθενείς δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Ο ετήσιος προϋπολογισμός του ΠΕΣΥΠ για τα έτη 2002 και 2003 είναι 51.321.066,31 ευρώ και 61.708.979,87 ευρώ αντίστοιχα.

Ο κύριος Τριανταφύλλης θεωρεί ότι το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών του ΠΕΣΥΠ βρίσκεται σε ποσοστό βελτίωσης 50-70%. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εκτιμά ότι βελτιώθηκε σε ποσοστό 30-50% σε σχέση με την περίοδο «προ – εφαρμογής» του θεσμού των ΠΕΣΥΠ, ενώ στο ίδιο ποσοστό εκτιμά ότι επιτεύχθηκε η υγειονομική αποκέντρωση και απλοποιήθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες. Η δικτύωση και συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης σημείωσε βελτίωση σε πολύ χαμηλά επίπεδα της τάξεως του 30-50%.

Περισσότερο συγκρατημένος (30-50%) θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ο πρόεδρος του ΠΕΣΥΠ Στερεάς Ελλάδος σε θέματα που αφορούν την οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος ανά ασθενή), την μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών, τον υλικοτεχνικό εξοπλισμό, την καθαριότητα των χώρων υγιεινής, την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικού καθώς και το εύρος και την ποιότητα γευμάτων. Οι συνθήκες νοσηλείας εκτιμά ότι βελτιώθηκαν σε ποσοστό 50-70%, όπως και οι τομείς της ενημέρωσης των πολιτών και πρόληψης ασθενειών, και η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικού. Ο υλικοτεχνικός εξοπλισμός και οι υποδομές βελτιώθηκαν σε ποσοστό 70-100%

Στους πίνακες που ακολουθούν γίνεται καταγραφή των απαντήσεων που έδωσαν οι εκπρόσωποι των ΠΕΣΥΠ, ανά θέμα και ανά ΠΕΣΥΠ.

Πίνακας 1. Βελτίωση Καθαριότητας χώρων νοσοκομείου ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 2.Βελτίωση Οικονομικής αποτελ/κότητας (κόστος/ασθενή) ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 3. Μείωση χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 3. Μείωση χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 4. Βελτίωση συνθηκών νοσηλείας ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 5. Βελτίωση υλικοτεχνικού εξοπλισμού ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 6. Βελτίωση υποδομών ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 7. Βελτίωση της ενημέρωσης πολιτών & πρόληψης ασθενειών (μέτρα αγωγής υγείας)

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 8. Βελτίωση επίπεδου εκπαίδευσης ανθρώπινου δυναμικού ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 9. Βελτίωση εφαρμογής ελεγκτικών – διοικητικών μηχανισμών για καλύτερη λειτουργία των μονάδων υγείας ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 10. Βελτίωση δυνατότητας επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (σαλόνια, TV, τηλέφωνα κλπ) ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 11. Βελτίωση εύρος και ποιότητας γευμάτων ανά ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 12. Βελτίωση του επιπέδου οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών του ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 13. Βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με την περίοδο «προ εφαρμογής» του θεσμού του ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 14. Ποσοστό επίτευξης της υγειονομικής αποκέντρωσης με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 15. Ποσοστό επίτευξης δικτύωσης και συνεργασίας της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης ανά ΠΕΣΥΠ.

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

Πίνακας 16. Απλοποίηση γραφειοκρατικών διαδικασιών με την εφαρμογή του θεσμού του ΠΕΣΥΠ

ΠΕΣΥΠ	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Α' Αττικής					
Γ' Αττικής					
Α' Κ. Μακεδονίας					
Δυτικής Ελλάδος					
Ιονίων Νήσων					
Βορείου Αιγαίου					
Νοτίου Αιγαίου					
Στερεάς Ελλάδος					

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11

Γενικά Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια σύντομης περιγραφής του συστήματος υγείας στην Ελλάδα, με διαχρονική εξέλιξη, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας. Μέσα από συνεντεύξεις με στελέχη του Υπουργείου Υγείας αλλά και συναφή βιβλιογραφία αναλύεται κατά πόσο ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ καλύπτει τις ανάγκες των περιφερειών και βελτιώνει το επίπεδο των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας.

Σε γενικές γραμμές μπορούμε να επισημάνουμε ότι ο σημαντικός νόμος του ΕΣΥ το 1983 και όλα τα μέτρα που επακολούθησαν –αν και προς την σωστή κατεύθυνση - δεν κατάφεραν να μειώσουν επαρκώς τις ιδιωτικές δαπάνες υγείας και να εξασφαλίσουν σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως εισοδηματικών πόρων, δωρεάν υγεία και ποιότητα νοσηλείας. Κυρίαρχος στόχος της πολιτείας είναι να επιτευχθεί ο έλεγχος των δαπανών και των πολιτικών διαχείρισης που παράγουν κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες διευρύνονται τα τελευταία χρόνια σε συνδυασμό με την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.)

(Τα νοσοκομεία του δημόσιου τομέα αλλά και οι υγειονομικές υπηρεσίες του ΙΚΑ δεν ανταποκρίνονται σε μεγάλο βαθμό στις προσδοκίες των πολιτών, που σήμερα απαιτούν πιο ανθρώπινους χώρους νοσηλείας και περισσότερη προσοχή, αυτονομία και αξιοπρέπεια όταν χρειαστεί να εξεταστούν ή να νοσηλευτούν.) Χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα ερευνών που διεξήχθησαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και αναφέρουν ότι τα περισσότερα παράπονα για τα δημόσια νοσοκομεία εκφράζονται από πολίτες με χαμηλό εισόδημα (που δεν έχουν την δυνατότητα να εξυπηρετηθούν από τα ιδιωτικά νοσοκομεία) και τα κυριότερα σημεία αιχμής της δυσαρέσκειας είναι:

- Η ακαταλληλότητα των χώρων υποδοχής και νοσηλείας των ασθενών, αφού παρατηρούνται προβλήματα στη συντήρηση των χώρων του νοσοκομείου και του

ξενοδοχειακού εξοπλισμού, την καθαριότητα, την ποιότητα του φαγητού, την μείωση του αριθμού των κρεβατιών ανά δωμάτιο

- Η έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και τραυματιοφορέων
- Η έλλειψη σεβασμού από το προσωπικό, κυρίως το διοικητικό
- Η πρακτική των υγειονομικών να μην ζητούν την άδεια του ασθενούς πριν αρχίσουν κάποια εξέταση ή θεραπεία.
- Η απουσία «έγκαιρης» προσοχής για την οποία παραπονούνται πολλοί ασθενείς κυρίως στα νοσοκομεία.

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών σχεδιάστηκε η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας με τον θεσμό των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και στόχο την αποκέντρωση των υπηρεσιών. Όσον αφορά τις υλικοτεχνικές υποδομές, τα τελευταία δέκα χρόνια, ιδρύθηκαν δεκαπέντε νέα περιφερειακά νοσοκομεία, κάποια εκ των οποίων πανεπιστημιακά, ανακαινίστηκαν κάποια άλλα, ή πτέρυγες νοσοκομείων και ενισχύθηκε το ανθρώπινο δυναμικό με 20.000 προσλήψεις, (εκ' των οποίων το ½ νοσηλευτικό προσωπικό). Επίσης ψηφίστηκαν νόμοι για τους Επιθεωρητές Υγείας, την προμήθεια των νοσοκομείων, και την Δημόσια Υγεία.

Όλες αυτές οι υποδομές αποτελούν έργα υψίστης σημασίας για την χώρα μας και κυρίως για την ελληνική περιφέρεια. Παρόλα αυτά τα προβλήματα στο χώρο της υγείας παραμένουν και η δυσανεμία των πολιτών είναι μεγάλη. Εύλογο είναι το ερώτημα γιατί οι υπηρεσίες υγείας δεν βελτιώθηκαν - όσον αφορά τις ξενοδοχειακές υποδομές - παρόλο που κατασκευάστηκαν τόσα νοσοκομεία ή ανακαινίστηκαν κάποια άλλα?

Η απάντηση δεν είναι τόσο απλή αλλά θα τολμήσουμε να επισημάνουμε ότι η κατασκευή των νέων νοσοκομείων έγινε ως επί το πλείστον στην ελληνική περιφέρεια, και όχι στα αστικά κέντρα παρόλο που η σχέση είναι αντιστρόφως ανάλογη. Δηλαδή την ίδια στιγμή που στην Αθήνα και στην Θεσσαλονίκη ο πληθυσμός αυξάνεται (εσωτερική μετανάστευση Ελλήνων καθώς και προσέλευση πολλών μεταναστών), οι κλίνες παραμένουν σχεδόν οι ίδιες, ενώ στις περιφέρειες που ο πληθυσμός μειώνεται σημαντικά, δημιουργούνται νέα νοσοκομεία, λόγω των χρηματοδοτήσεων που λαμβάνει η χώρα μας ως αποτέλεσμα της περιφερειακής πολιτικής της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Εξακολουθούν λοιπόν να υπάρχουν προβλήματα οργάνωσης νοσοκομείων, αλλά και ελλιπής προγραμματισμός σε θέματα ανθρώπινου δυναμικού. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι αυτό του νοσοκομείου «ΑΤΤΙΚΟ», που όταν ολοκληρώθηκε η κατασκευή του ήταν τέλεια εξοπλισμένο με ιατρικά μηχανήματα, αλλά παρατηρήθηκε σοβαρή έλλειψη σε νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό, του οποίου η πρόσληψη ήταν χρονοβόρα. Επίσης τα περισσότερα νοσοκομεία δεν διαθέτουν ολοκληρωμένα πληροφοριακά συστήματα και συχνά το υπάρχον διοικητικό προσωπικό δεν διαθέτει την απαραίτητη εξειδίκευση για να μπορέσει να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σύγχρονου νοσοκομείου. Πρέπει να τονιστεί σε αυτό το σημείο, ότι μέχρι σήμερα δεν υπάρχει σοβαρή μέριμνα από την πολιτεία για τη σύνδεση της αγοράς εργασίας στο χώρο της υγείας με την εκπαίδευση. Δεν έχουν δημιουργηθεί τόσες σχολές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σε επαγγέλματα που σχετίζονται με την υγεία όσες είναι και οι ανάγκες για συναφή επαγγέλματα στον τομέα της υγείας τα προσεχή χρόνια.

Παρά το γεγονός ότι η οικονομία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της ασφάλισης υγείας αποτελούν πρώτη και επείγουσα προτεραιότητα, εντούτοις η υπάρχουσα χρηματοδοτική εμπλοκή προκαλεί αναδιανομή προς όφελος των ιατροβιομηχανιών και επιτρέπει συνδυαστικά την περικοπή των δημοσίων δαπανών για την υγεία με την ταυτόχρονη εισαγωγή υψηλών ποσοστών άτυπης ίδιας συμμετοχής στο κόστος των υπηρεσιών. Η εξέλιξη αυτή δίνει προνόμια χρηματοδότησης επιλεγμένων υπηρεσιών υψηλής βιοιατρικής τεχνολογίας. Για τα κοινωνικά στρώματα που δεν έχουν εισοδηματική δυνατότητα υψηλής ιδιωτικής δαπάνης επιφυλάσσεται η πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες, υποδεέστερης ποιότητας και περιορισμένης έκτασης προνοιακού χαρακτήρα³³.

Σε γενικές γραμμές πάντως μπορούμε να επισημάνουμε ότι οι αδυναμίες του συστήματος υγείας στη χώρα μας είναι η έλλειψη οργανωμένης πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας } κυρίως στα αστικά κέντρα- και προγραμμάτων Πρόληψης Προαγωγής Υγείας, η έλλειψη ικανοποιητικών ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία, { οι σοβαρές ελλείψεις μη ιατρικού προσωπικού στα νοσοκομεία (κυρίως νοσηλευτικού), η υποχρηματοδότηση του συστήματος, δηλαδή χαμηλές δημόσιες δαπάνες, μεγάλες

³³ Κυριόπουλος Γ. (1995)

καθυστερήσεις στις οφειλές των ταμείων, υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών, οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες υγείας, με φαινόμενα παραοικονομίας, ο συγκεντρωτισμός, η γραφειοκρατία, η έλλειψη μηχανογράφησης.

Ποιοι όμως πρέπει να είναι οι βασικοί στόχοι για την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στην χώρας μας? Ποιο κάτω παραθέτονται κάποιες προτάσεις που κατά την γνώμη μας θα μπορούσαν να συμβάλουν σε αυτή την κατεύθυνση.

1. Να εξασφαλιστεί το δικαίωμα της Υγείας σε υψηλό ποιοτικά επίπεδο, τόσο για τον κάθε πολίτη όσο και για τη Δημόσια Υγεία συνολικά, βελτιώνοντας άμεσα την υλικοτεχνική υποδομή, την οργανωτική λειτουργία των νοσοκομείων, τον εξοπλισμό, τους χώρους καθαριότητας, το εύρος και την ποιότητα των γευμάτων, την δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου, κλπ. Επίσης θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη κρατική χρηματοδότηση στην βελτίωση των νοσοκομείων των μεγάλων αστικών κέντρων (Αθήνας, Θεσσαλονίκης), λόγω της υπέρ-συγκέντρωσης του πληθυσμού.
2. Να εξαλειφθούν οι ανισότητες μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, μέσω ενός νέου εθνικού προγραμματισμού. Για το σκοπό αυτό, απαιτείται η δημιουργία υγειονομικού χάρτη της χώρας στον οποίο θα καταγράφονται το ανθρώπινο δυναμικό, η υλικοτεχνική υποδομή, οι ελλείψεις και οι ανάγκες κάθε περιοχής της χώρας. Με γνώμονα τον υγειονομικό χάρτη, θα δημιουργηθούν νέες μονάδες υγείας, όπου είναι απαραίτητο, και θα εξειδικεύεται και κατανέμεται το ιατρικό δυναμικό και το προσωπικό των επαγγελματιών υγείας. Απαραίτητη είναι η σύνδεση της αγοράς εργασίας του χώρου της υγείας με την εκπαίδευση, δηλαδή με άλλα λόγια να δημιουργηθούν σχολές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σχετικές με τις ειδικότητες που έχουν ζήτηση στην αγορά εργασίας της υγείας.
3. Να εκσυγχρονιστεί το σύστημα υγείας, με την καθιέρωση του ενιαίου ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου για κάθε ασθενή. Ο φάκελος αυτός θα συνοδεύει υποχρεωτικά τον ασθενή σε όλες τις ιατρικές υπηρεσίες και σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης, με όλες τις ασφαλιστικές δικλείδες για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.
4. Να διαμορφωθούν ενιαίοι όροι λειτουργίας τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα, σύμφωνα πάντα με τις σύγχρονες επιστημονικές προδιαγραφές

αλλά και τους κανόνες που θέτει το κράτος, το οποίο και θα εποπτεύει την εφαρμογή τους.

5. Να διαμορφωθούν, σε εθνικό επίπεδο, ένα ενιαίο πλαίσιο που θα εξασφαλίζει σύγχρονη και υψηλού επιπέδου **εκπαίδευση, μετεκπαίδευση και συνεχή επιμόρφωση των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας.**
6. Να εξασφαλιστεί η συνεχής εφαρμογή ενός **συστήματος αξιολόγησης, ποιοτικού ελέγχου και πιστοποίησης** του συστήματος υγείας και κάθε μονάδας. Επίσης, να εξασφαλιστεί η **συνεχής αξιολόγηση του ιατρικού δυναμικού και των επαγγελματιών υγείας.** Βασικό είναι επίσης η επιλογή και η εξέλιξη των γιατρών και των επαγγελματιών υγείας να γίνεται με βάση ουσιαστικά αξιοκρατικά κριτήρια.
7. Να δημιουργηθεί ένα **αυστηρός και αξιόπιστος ελεγκτικός μηχανισμός** για όλες τις βαθμίδες του συστήματος Υγείας και να προστατευθούν πλήρως τα δικαιώματα του πολίτη ίσως με την ίδρυση μία νέας Ανεξάρτητης Αρχής ή κάποιας διεύθυνσης του Υπουργείου Υγείας.
8. Να απλοποιηθούν σημαντικά οι γραφειοκρατικές διαδικασίες.
9. Να δοθεί μεγαλύτερη **έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και να αυξηθεί το ποσοστό δικτύωσης και συνεργασίας** μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

Με λίγα λόγια χρειάζεται αναθεώρηση του συστήματος υγείας, με κύριες κατευθύνσεις την ποιότητα και την αποφυγή της σπατάλης. Έχοντας επίγνωση των δυσκολιών, πιστεύουμε ότι είναι δυνατόν να δημιουργηθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις τόσο με τη δημιουργία του θεσμικού πλαισίου, όσο και με τον κατάλληλο οικονομικό σχεδιασμό, ώστε να εξασφαλισθούν οι πόροι που απαιτούνται για τη σταδιακή εφαρμογή των αλλαγών και την υλοποίηση των προτεινόμενων μέτρων.

Την ανάγκη σχεδιασμού και εφαρμογής ενός ολοκληρωμένου σχεδίου παρέμβασης στον τομέα της υγείας υπογραμμίζουν οι επιστήμονες της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας. Ειδικότερα το σχέδιο αυτό θα περιλαμβάνει:

- Κοινωνικές πολιτικές καταπολέμησης της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, οι οποίες θα βελτιώσουν το επίπεδο διαβίωσης του πληθυσμού. Στο επίκεντρο πρέπει να τεθούν ενεργητικές πολιτικές δημιουργίας νέων θέσεων

απασχόλησης, επενδύσεων στην εκπαίδευση, κατάρτισης και δια βίου μάθησης, καθώς και η θεσμοθέτηση ενός ελάχιστου επιπέδου διαβίωσης μέσα από ένα δίκτυ κοινωνικής ασφάλειας.

- Μεταρρύθμιση του τρόπου χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας στο πλαίσιο μιας ευρύτερης αναμόρφωσης του φορολογικού και κοινωνικοασφαλιστικού συστήματος. Η μεταρρύθμιση της κοινωνικής πολιτικής, πάντως προϋποθέτει την φορολογική μεταρρύθμιση και την αναδιάρθρωση των πηγών χρηματοδότησης, έτσι ώστε να επιτευχθεί η δικαιότερη κατανομή των πόρων μέσα από προοδευτικούς μηχανισμούς αναδιανομής. Πόσο μάλλον, αφού στον τομέα της υγείας παρουσιάζεται μια χρόνια υποχρηματοδότηση των υγειονομικών υπηρεσιών από πηγές της κεντρικής διοίκησης και της κοινωνικής ασφάλισης. Άλλωστε η ανεπάρκεια των πόρων και η εισαγωγή μηδενικών τιμών από την πλευρά του δημόσιου τομέα έχει ως αποτέλεσμα η πρόσβαση να εξαρτάται από τις ίδιες πληρωμές και/ή τις παραπληρωμές, δηλαδή από το εισόδημα του πολίτη, γεγονός που αναιρεί την αρχή της ίσης πρόσβασης. Ως εκ τούτου η διεύρυνση της χρηματοδοτικής βάσης της περίθαλψης από τη γενική φορολογία και τις ασφαλιστικές εισφορές καθίσταται αναγκαία και ικανή συνθήκη της υγειονομικής μεταρρύθμισης.
- Παρεμβάσεις στο σύστημα Υγείας με έμφαση στην ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επένδυση στο ανθρώπινο δυναμικό. Η διασφάλιση της ποιότητας και η βελτίωση της ιατρικής αποτελεσματικότητας με σκοπό την καλύτερη ικανοποίηση των πολιτών καθώς και ο έλεγχος του οικονομικού κόστους για την επίτευξη της οικονομικής αποδοτικότητας, συνιστούν τις βασικές επιδιώξεις των σύγχρονων υγειονομικών μεταρρυθμίσεων. Όμως η ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών απαιτεί πρωτίστως την επένδυση στο ανθρώπινο κεφάλαιο.

Θεμελιώδη αρχή της πολιτικής στον τομέα της Υγείας, αποτελεί η δημιουργία ενός σύγχρονου Συστήματος Υγείας, στο οποίο θα προέχει η προστασία της υγείας και όχι μόνο η διαχείριση της ασθένειας και θα εξασφαλίζονται ίδιες δυνατότητες εύκολης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας υψηλού επιπέδου για όλους τους πολίτες. Γιατί η υγεία αποτελεί εθνικό και κοινωνικό αγαθό.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ :

- **Ερωτηματολόγια – συνεντεύξεις (προς τους υπεύθυνους των ΠΕΣΥΠ σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας τους, την απόδοσή τους, την κάλυψη των αναγκών των περιφερειών)**
- **Νομοθεσία**

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αγαλλόπουλος Χ., (1955), Κοινωνικά Ασφαλίσεις, Αθήνα
- Αλεξιάδης Αριστείδης-Δημήτριος, (2003), Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην αρχή του 21^{ου} αιώνα. Η προσπάθεια του Ν.2889/2001, Εκδόσεις Μ.Δημοπούλου.
- Αναπλιώτη – Βαζαίου Ειρήνη, (1987), Παγκόσμιες Αποδοχές στην Υγεία και Εθνικά Ζητήματα, Αθήνα
- Ανδριώτη Δέσποινα, (1998), Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, εκδ. Έξαντας - Πολιτικές Υγείας
- Γιανουλάτος Πέτρος, (2002) Οργάνωση και Διοίκηση Νοσοκομείων. Σημειώσεις και διδακτικό υλικό. Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. και Αυτοδιοίκησης.
- Ζηλίδης Χ., (1988), Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ, Αθήνα.
- Ζηλήδης Χ., Φιλαλήθης Α., (1992), Μέτρηση των Ιδιωτικών Δαπανών Υγείας στην Ελλάδα: Μεθοδολογικά Προβλήματα και Εμπειρικά Δεδομένα. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία., Τόμος 1, Τεύχος 2.
- Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, (1997), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα.
- Κατσανέβας Θ., (2002), Επαγγέλματα του Μέλλοντος και του Παρελθόντος, Εκδόσεις Πατάκη.
- Κοντούλη – Γείτονα Μ., (1992), Σφαιρικός προϋπολογισμός. Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων, Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- Κυριόπουλος Γ., (1995) Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών, Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
- Κυριόπουλος Γ., (1990) Ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα: από την υπανάπτυξη στην κρίση. Στο βιβλίο Οι Υπηρεσίες Υγείας: Οργάνωση, Διοίκηση, Προγραμματισμός. European Institute of Social Security., Ελληνικό Τμήμα, Αθήνα.

- Λαδά –Χαντζοπούλου Α., (1978), Η δημόσια υγεία – περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη, σημερινά προβλήματα, Εκδ. Σύγχρονα Θέματα.
- Μαρδάς Γ., (1993), Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης, Εκδόσεις Σμπίλλιας
- Μαρδάς Γ., (2001), Στατιστική και Ρυθμοί Εξέλιξης των μεγεθών της οικονομίας, κοινωνικής πολιτικής, κοινωνικής προστασίας, υγείας, πρόνοιας, κοινωνικής ασφάλισης, κατά τα έτη 1988-2000, στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη.
- Μαστρογιάννης Ι., (1960), Ιστορία της κοινωνικής πρόνοιας της νεωτέρας Ελλάδας, 1821 – 1960, Αθήνα.
- Μωραΐτης Ευάγγελος, (2002) Ιστορική Οργάνωση Νοσοκομείων, Σημειώσεις και διδακτικό υλικό, Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης. και Αυτοδιοίκησης.
- Υφαντόπουλος Ι. (1986), Κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, στο περιοδικό Ιατρική, Τεύχος 5 Αθήνα
- Σούλης Σωτήρης,(1999), Οικονομική της Υγείας, εκδόσεις Παπαζήση

Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Ferrara M., (1998), EC Citizens and Social Protection: main results, Eurobarometer Survey, Επιτροπή των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, Βρυξέλλες.
- OECD, (1994), The reform of health care systems: a review of seventeen OECD countries, OECD, Paris.
- AMAG, (1952), Greece: Annual report, fiscal year 1952-52 Athens

Άρθρα

- Εφημερίδα Ελεύθερος Τύπος, *Αφιέρωμα για την υγεία*, 5 –1-2003
- Εφημερίδα Καθημερινή, άρθρο Πένυς Μπουλούτζά, *Δυσανεστημένοι από το ΕΣΥ οι Έλληνες*, 2 –11- 2003
- Εφημερίδα Καθημερινή, άρθρο Πένυς Μπουλούτζά *Τι προβλέπει το νέο νομοσχέδιο για τη δημόσια υγεία*, 24 –4- 2003

- Εφημερίδα Καθημερινή, άρθρο Γαλήνης Φούρα, *Πολλοί Γιατροί – κακές υπηρεσίες*, Κυριακή 10 –5-1998.
- Εφημερίδα Καθημερινή, άρθρο Γαλήνης Φούρα, *Το ιατρικό παράδοξο της Ελλάδος*, 22 –6- 2003
- Εφημερίδα Καθημερινή, άρθρο Πένυς Μπουλούτζά, *Ε.Ε. νέα δεδομένα για την υγεία. Η είσοδος των 10 νέων μελών και οι αναμενόμενες μετακινήσεις πληθυσμών*, 17 –5- 2003
- Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ, Άρθρο του Μανόλη Αργυράκη, *Γιατροί και υπάλληλοι εμποδίζουν τη λειτουργία κλινικών*, 27 –6- 2003
- Εφημερίδα ΤΟ ΒΗΜΑ , άρθρο Έλενας Φυντανίδου, *ΕΣΥ: Καλοί οι γιατροί, κακά τα νοσοκομεία*, Κυριακή 9 –3- 2003.
- Εφημερίδα Ο Κόσμος του Επενδυτή, άρθρο Ρούλας Σαλούρου, *Οι Ευρωπαίοι θα έχουν τώρα και ενιαία κάρτα υγείας*, 2 –3-2003
- Εφημερίδα Καθημερινή, άρθρο Γαλήνης Φούρα , *Σοβαρός κίνδυνος λόγω αθέμιτου ανταγωνισμού. Ένας γιατρός ανά 83 Αθηναίους σε δέκα χρόνια*, 5 –5- 2003.
- Εφημερίδα Ο Κόσμος του Επενδυτή, άρθρο Αιμίλιου Νέγκη, *Στο ΚΤΕ η πρώτη πανελλαδική έρευνα για την υγεία*, 9 –3-2003.
- Εφημερίδα Το Έθνος, *Αφιέρωμα για την υγεία*, 20-2-03
- Εφημερίδα Το Βήμα, Δήμητρα Κρουσταλλη και Θεοδώρα Τσώλη, *ΕΣΥ: Η μεταρρύθμιση της μεταρρύθμισης* 26-1-2003.
- Εφημερίδα Ο Κόσμος του Επενδυτή, άρθρο Αιμίλιου Νέγκη, *Εξυγίανση στην Υγεία*, 9-2-2003.
- Εφημερίδα Ελεύθερος Τύπος, *Έρευνα για την υγεία*, 28-1-03
- Εφημερίδα Ελεύθερος Τύπος, *Κλινικώς νεκρό το νοσοκομείο Αττικών*, 22-3-03.
- Εφημερίδα Το Βήμα, Δήμητρα Κρουστάλλη, Θεοδώρα Τσώλη, Έλενα Φυντανίδου, *Νησιά: η άγονη γραμμή υγείας*, 22-6-03

Νομοθεσία

- *Νόμος 2889/2.3.2001 Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*
- *Εισηγητική Έκθεση του Σχεδίου Νόμου 2889/01*
- *Εισηγητική έκθεση στο σχέδιο νόμου, (πρόσφατη) Τροποποίηση και συμπλήρωση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Σχέδιο Νόμου - Ρυθμίσεις θεμάτων αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας*
- *Νόμος 2519 (ΦΕΚ 165 / 21-8-1997) Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις*
- *Νόμος 2194 / 16.3.1994 Αποκατάσταση Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις*
- *Νόμος 2071/15-7-1992. Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας*

Διαδύκτιο

- www.statistics.gr
- *Πρόγραμμα ΠΑΣΟΚ 2004, Υγεία: Προτεραιότητες, στόχοι, πρωτοβουλίες*, www.pasok.gr
- *Πρόγραμμα Νέας Δημοκρατίας, 2004, Υγεία*, www.nd.gr
- *Πρόγραμμα ΚΚΕ, 2004, Υγεία*, www.kke.gr
- *Πρόγραμμα ΣΥΝ 2004, Υγεία*, www.syn.gr
- *Άρθρα για την υγεία από το* www.flash.gr

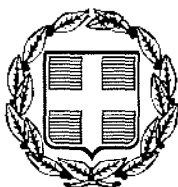
Μελέτες

- Ερευνητική Μελέτη για τον Καθορισμό των αναγκών επαγγελματικής κατάρτισης (εργαζομένων και ανέργων) ανά περιφέρεια υγείας και ειδικότητα στον τομέα της υγείας. Επιστημονικός Υπεύθυνος Κυριόπουλος Γ., Συντονιστής Έρευνας Σούλης Σωτήρης, Αθήνα, Νοέμβριος 1998.
- Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων,, (1994), *Μελέτη για το Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας. Ανάλυση και Δομή του Συστήματος*, Αθήνα.
- Έρευνα Πανεπιστημίου Αθήνας και Πάτρας, (2003), *Ιεράρχηση προβλημάτων Ασθενών στα Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία*
- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Παγκόσμια Έκθεση Υγείας (2000)
- OECD, Health Data (1994,2000,2001,2002)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



01000370203010028



1079

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 37

2 Μαρτίου 2001

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2889

Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος
Υγείας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 1

Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) - Ίδρυση

1. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές.

2. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία "Περιφερειακό Σύστημα Υγείας", που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ.

Ειδικότερα:

Α. Το Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Το Δήμο Αθηναίων, εκτός από την περιοχή που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και συνορεύει με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους Γαλατσίου, Ζωγράφου, Καισαριανής, Καλλιθέας, Νέας Φιλαδέλφειας, Νέας Χαλκηδόνας, Νέου Ψυχικού, Ταύρου, Φιλοθέης και Ψυχικού της Νομαρχίας Αθηνών.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αθηναίων.

Β. Το Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Παρασκευής, Αγίου Δημητρίου, Αλίμου, Αμαρουσίου, Αργυρουπόλεως, Βριλησσίων, Βύρωνα, Γλυφάδας, Δάφνης, Εκάλης, Ελληνικού, Ηλιουπόλεως, Ηρακλείου, Κηφισιάς, Λυκόβρυσης, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης, Νέας Ερυθραίας, Νέας Ιωνίας, Νέας Πεντέλης, Νέας Σμύρνης, Παλαιού Φαλήρου, Παπάγου, Πεντέλης, Πεύκης, Υμηττού, Χαλανδρίου και Χολαργού της Νομαρχίας Αθηνών, καθώς και την περιοχή του Δήμου

Αθηνάς που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και έχει όρια με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αγίας Παρασκευής.

Γ. Το Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων, Αιγάλεω, Ιλίου, Καματερού, Μοσχάτου, Περιστερίου, Πετρούπολης και Χαϊδαρίου της Νομαρχίας Αθηνών.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής και

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πειραιά.

Έδρα του Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Πειραιά.

Δ. Το Α' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 4ο και 5ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης και την περιοχή του 1ου Διαμερίσματος, που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Στρατού, Αγγελάκη, Εθνικής Αμύνης, Αγίου Δημητρίου και Καραϊσκάκη.

β) Τους Δήμους Αγίου Γεωργίου, Απολλωνίας, Αρέθουσας, Βασιλικών, Επανομής, Θεσσαλονίκης, Θέρμης, Καλαμαριάς, Καλλινδοίων, Κορωνέιας, Μαδύτου, Μηχανιώνας, Μίκρας, Πανοράματος, Πυλαίας, Ρεντίνας, Σοχού, Τριανδρίας του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κιλκίς.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Σερρών και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Χαλκιδικής.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

Ε. Το Β' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 1ο, 2ο και 3ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης, εκτός της περιοχής του 1ου Διαμερίσματος που περιγράφεται στην περίπτωση α' του εδαφίου Δ'.

β) Τους Δήμους Αγίου Αθανασίου, Αγίου Παύλου, Αμπελοκήπων, Αξιού, Ασσήρου, Βερίσκου, Εγνατίας, Ελευθερίου - Κορδελιού, Ευόσμου, Εχεδώρου, Καλλιθέας, Κουφαλίων, Λαγκαδά, Λαχανά, Μενεμένης, Μυγδονίας, Νεαπόλεως, Πολίχνης, Σταυρουπόλεως, Συκεών, Χαλάστρας, Χαλκηδόνας, Χορτιάτη, Ωραιοκαστρου και τις Κοινότητες Ευκαρπίας και Πεύκων του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πέλλας.
δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ημαθίας

και
ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πιερίας.
Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

ΣΤ. Το Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου περιλαμβάνει τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κυκλάδων.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου ορίζεται ο Δήμος Ερμούπολεως.

Ζ. Το Β' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου περιλαμβάνει τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δωδεκανήσου.

Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου ορίζεται ο Δήμος Ρόδου.

Η. Η έδρα των Πε.Σ.Υ. μπορεί να μεταβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Θ. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας επιτρέπεται, για λειτουργικούς λόγους, να υπάγονται ορισμένες περιοχές ή μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ορισμένων περιοχών μιας Υγειονομικής Περιφέρειας σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια ή να μεταβάλλεται η μεταξύ των Πε.Σ.Υ. της ίδιας Υγειονομικής Περιφέρειας χωρική αρμοδιότητα.

Ι. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να αυξάνεται ή να μειώνεται ο αριθμός των Πε.Σ.Υ. κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας και να ορίζεται η χωρική τους αρμοδιότητα και η έδρα τους.

3. Τα Πε.Σ.Υ. οργανώνονται, διοικούνται και στελεχώνονται κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Σκοπός τους είναι :

α) Η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία.

β) Ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας και η διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ., που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.

4. Όλες οι Νοσοκομειακές Μονάδες, καθώς και τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε ιδρυόμενου Πε.Σ.Υ., μετατρέπονται αυτοδικαίως, από τη δημοσίευση αυτού του νόμου, σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι αποκεντρωμένες μονάδες συνεχίζουν να έχουν τη διοίκηση του προσωπικού τους και οι υπάλληλοι διατηρούν τους κλάδους και τις θέσεις τους. Στο Πε.Σ.Υ. περιέρχεται αυτοδικαίως, κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου, το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των μονάδων αυτών, οι οποίες εξακολουθούν να έχουν την αποκλειστική χρήση και διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων, κατά τα οριζόμενα στις ειδικότερες διατάξεις του παρόντος νόμου.

5. Η νόμιμη εκπροσώπηση των ανωτέρω αποκεντρωμέ-

νων και αυτοτελών μονάδων των νοσοκομείων, δικαστική και εξωδίκη, ανήκει στους διοικητές τους.

6. Τα Κέντρα Υγείας εκπροσωπούνται δικαστικώς και εξωδίκως από τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.

7. Όλες οι αρμοδιότητες των υφιστάμενων Διοικητικών Συμβουλίων και των Προέδρων των νοσοκομείων περιέρχονται στην αρμοδιότητα του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε αρμόδιου, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου αυτού, Πε.Σ.Υ., εκτός από τις ειδικώς προβλεπόμενες στην παράγραφο 5 εδ. Β' του άρθρου 5 και στην παράγραφο 7 εδ. Α' του ίδιου άρθρου αυτού του νόμου, οι οποίες περιέρχονται στο Συμβούλιο Διοίκησης και τον Διοικητή των νοσοκομείων, αντιστοίχως. Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. μπορεί, με αποφάσεις του, να μεταβιβάζει στο Διοικητή του νοσοκομείου ή στο Συμβούλιο Διοίκησης αυτού μέρος ή το σύνολο των αρμοδιοτήτων του.

8. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Συ.Πε.Σ.Υ.), που σκοπό έχει το συντονισμό των Πε.Σ.Υ. και την εναρμόνιση των περιφερειακών πολιτικών τους για την υγεία. Το Συ.Πε.Σ.Υ. αποτελείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ως Πρόεδρο, αναπληρούμενο από τον οριζόμενο από αυτόν Υφυπουργό του ίδιου Υπουργείου και τους Προέδρους - Γενικούς Διευθυντές όλων των Πε.Σ.Υ. Στο Συμβούλιο συμμετέχει και ο Πρόεδρος του ΚΕ.Σ.Υ.

Το Συμβούλιο συνέρχεται τακτικά κάθε τρεις (3) μήνες και κατά περίπτωση, για ειδικά θέματα, σε έκτακτες συνεδριάσεις, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του δεύτερου κεφαλαίου (άρθρα 13, 14, 15) του ν. 2690/1999, όπως κάθε φορά ισχύουν, για τη λειτουργία των συλλογικών οργάνων της Διοίκησης.

Το Συμβούλιο υποστηρίζεται από τις υπηρεσίες της Γενικής Διεύθυνσης Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, οι οποίες έχουν την ευθύνη για την τήρηση των πρακτικών των συνεδριάσεων, παρακολουθούν την εφαρμογή των αποφάσεων και γενικότερα εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις ομαλής επικοινωνίας μεταξύ των Πε.Σ.Υ., καθώς και μεταξύ των Πε.Σ.Υ. και του Υπουργείου.

Άρθρο 2

Όργανα Διοίκησης

1. Όργανα διοίκησης του Πε.Σ.Υ. είναι:

α) το Διοικητικό Συμβούλιο,

β) ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., ο οποίος είναι και Γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ.

2. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. είναι εννεαμελές και αποτελείται από:

α) τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.,

β) τέσσερα (4) πρόσωπα, με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα, που ορίζονται με τους αναπληρωτές τους, τρία (3) από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ένα (1) από τον Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας,

γ) έναν (1) εκπρόσωπο της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από την ΕΝΑΕ,

δ) στις Περιφέρειες του Πε.Σ.Υ., που υπάρχουν Πανεπιστημιακές Κλινικές, ένα (1) μέλος προτείνεται ως εκπρόσωπος του Ιατρικού Τμήματος, μαζί με τον αναπληρωτή του με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος.

Όπου δεν υπάρχει Ιατρικό Τμήμα Α.Ε.Ι ορίζεται ως μέλος ένας (1) εκπρόσωπος των ιατρών της Περιφέρειας, με απόφαση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου,

ε) έναν (1) εκπρόσωπο των ιατρών Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν στις αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ. και στα διασυνδεδεμένα λειτουργικά με αυτό νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., που εκλέγεται μαζί με τον αναπληρωτή του,

στ) έναν (1) εκπρόσωπο των λοιπών, πλην των ιατρών, εργαζομένων, που υπηρετούν στις αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ. και στα διασυνδεδεμένα λειτουργικά με αυτό νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., που εκλέγεται μαζί με τον αναπληρωτή του.

Για τον τρόπο, τη διαδικασία και τις λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των ιατρών και των υπαλλήλων εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις της κοινής υπουργικής απόφασης της παραγράφου 4 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α'). Μέχρι την έκδοση της απόφασης αυτής εφαρμόζονται οι διατάξεις των υπ. αριθ. Α.Π.ΔΙΚΠΡ/Φ80/30/8703/16.9.1988 (ΦΕΚ 684 Β'/19.9.1988) και ΔΙΚΠΡ/Φ80/54/11.9.1988/2.12.1988 (ΦΕΚ 876 Β'/7.12.1988) υπουργικών αποφάσεων "Τρόπος, διαδικασία και προϋποθέσεις εκλογής των εκπροσώπων των υπαλλήλων στα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου".

Όλα τα μέλη του Πε.Σ.Υ., οριζόμενα και αιρετά, πρέπει να είναι κάτοχοι πτυχίου Πανεπιστημιακής ή Τεχνολογικής Εκπαίδευσης.

Οι εκπρόσωποι μαζί με τους αναπληρωτές τους ορίζονται μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού. Αν κάποιος εκπρόσωπος δεν προτείνεται εμπρόθεσμα, ορίζεται άλλο πρόσωπο ως μέλος του Δ.Σ., με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Ειδικά, οι αιρετοί εκπρόσωποι ορίζονται μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες από το πέρας της εκλογής τους, σύμφωνα με τις διαδικασίες των ανωτέρω αποφάσεων. Μέχρι τότε το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. συγκροτείται νομίμως από τα υπόλοιπα μέλη. Εάν αιρετός εκπρόσωπος δεν ορισθεί εμπρόθεσμα, προτείνεται άλλο πρόσωπο, ως προσωρινό μέλος του Δ.Σ., από την Ομοσπονδία Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.) ή την Πανελλήνια Ομοσπονδία Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.), με θητεία ενός (1) τουλάχιστον έτους ή μέχρι να προταθεί ο αιρετός εκπρόσωπος, αν η πρόταση γίνει μετά την πάροδο του έτους. Μετά την πάροδο του έτους, η θητεία του παραπάνω μέλους λήγει ένα (1) μήνα μετά την τυχόν πρόταση του αιρετού εκπροσώπου.

3. Η συγκρότηση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με την απόφαση συγκρότησης του Δ.Σ. ορίζεται ένα από τα μέλη του ως Αντιπρόεδρος.

Όταν ο Πρόεδρος κωλύεται, απουσιάζει ή ελλείπει, τον αναπληρώνει στη διεύθυνση των συνεδριάσεων του Δ.Σ. και στα λοιπά καθήκοντά του ο Αντιπρόεδρος, για διάστημα που δεν μπορεί να υπερβαίνει τους τρεις (3) συνεχόμενους μήνες. Μετά την πάροδο του τριμήνου αυτού ορίζεται νέος Πρόεδρος.

Ο Πρόεδρος μπορεί, με αποφάσεις του, να αναθέτει στον Αντιπρόεδρο ειδικά καθήκοντα ή να του εκχωρεί μέρος των αρμοδιοτήτων του.

Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι πενταετής. Επιτρέπε-

ται η αιτιολογημένη αντικατάσταση μέλους του Διοικητικού Συμβουλίου για το υπόλοιπο της θητείας του, αζημίως για το Δημόσιο. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού.

Το Διοικητικό Συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα με τα λοιπά μέλη του, εφόσον αυτά επαρκούν για το σχηματισμό απαρτίας και μετέχει ο Πρόεδρος ή ο Αντιπρόεδρος.

Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. προσκαλούνται να μετέχουν, χωρίς ψήφο, οι Διοικητές των Νοσοκομείων και οι Διευθυντές των Κέντρων Υγείας της οικείας Περιφέρειας, όταν συζητούνται θέματα που αφορούν τις μονάδες τους, καθώς και οποιοσδήποτε υπάλληλος του Πε.Σ.Υ. ή εκπρόσωπος οποιουδήποτε φορέα, κατά την κρίση του Προέδρου του.

Στον Αντιπρόεδρο, στα μέλη και στον υπάλληλο, που ασκεί καθήκοντα Γραμματέα, καθώς και σε αυτούς που μετέχουν στις συνεδριάσεις, ύστερα από πρόσκληση, καταβάλλεται αποζημίωση, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Κατά τα λοιπά στα Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ. εφαρμόζονται οι διατάξεις του δεύτερου κεφαλαίου (άρθρα 13,14,15), που αφορούν τα συλλογικά όργανα της διοίκησης του ν. 2690/1999.

4. Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω ειδικές αρμοδιότητες, πέραν των γενικών, που περιέχονται σε αυτό με τη διάταξη της παραγράφου 7 του άρθρου 1 του παρόντος νόμου:

α) Συντονίζει, εξειδικεύει και ασκεί την πολιτική παροχής υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια.

β) Εκπονεί το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια και το υποβάλλει για έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

γ) Εκπονεί και επικαιροποιεί τον Υγειονομικό Χάρτη της Περιφέρειάς του και εισηγείται τις ενέργειες εφαρμογής του.

δ) Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, τη χωροταξική κατανομή των μονάδων υγείας.

ε) Καταρτίζει και υποβάλλει για έγκριση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, τους οργανισμούς των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας.

στ) Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας την ίδρυση νέων τμημάτων και μονάδων, τη μείωση ή τη συγχώνευση των τμημάτων των νοσοκομείων, τη μεταφορά τμημάτων του Ε.Σ.Υ. ή την εγκατάσταση ή μετεγκατάσταση Πανεπιστημιακών Κλινικών από νοσοκομείο σε άλλο νοσοκομείο.

ζ) Αποφασίζει για την ανέγερση ή την επέκταση ή την αναδιάρθρωση των διαφόρων μονάδων του και τη μεταφορά του εξοπλισμού τους.

η) Εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων της Κεντρικής Υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων του.

θ) Αποφασίζει, σύμφωνα με τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις, για τις μετατάξεις, τις αποσπάσεις και τις μεταθέσεις του προσωπικού, πλην του ιατρικού, μεταξύ των μονάδων του.

ι) Καταρτίζει τον ενιαίο προϋπολογισμό των μονάδων του.

ια) Εγκρίνει και ελέγχει την εκτέλεση των προϋπολογισμών των μονάδων του και συντάσσει τον ενοποιημένο ισολογισμό και απολογισμό στο τέλος της χρήσης.

ιβ) Παρακολουθεί την εφαρμογή του Ενιαίου Λογιστικού Σχεδίου στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.

ιγ) Εποπτεύει τις διαδικασίες προμηθειών των αποκεντρωμένων μονάδων του.

ιδ) Αποφασίζει για την εισαγωγή μηχανοργάνωσης, τον εκσυγχρονισμό λειτουργικών συστημάτων και την τροφοδοσία βάσεων δεδομένων περιφερειακού ενδιαφέροντος.

ιε) Συντάσσει Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων, την οποία υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

ιστ) Παρακολουθεί τη λειτουργία και αξιολογεί το παραγόμενο έργο των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, με βάση ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες.

ιζ) Εγκρίνει τα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα έπειτα από εισήγηση των Επιστημονικών Συμβουλίων των νοσοκομείων, αποφασίζει για την οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξη αυτών και παρακολουθεί την υλοποίησή τους.

ιη) Αποφασίζει για τη σύσταση αυτοτελώς ή από κοινού με άλλα Πε.Σ.Υ., Ανωνύμων Εταιρειών, που το μετοχικό τους κεφάλαιο ανήκει κατά ποσοστό 100% στο Πε.Σ.Υ. ή στα Πε.Σ.Υ., και έχουν σκοπό τη μελέτη, κατασκευή ή συντήρηση κτιριακών υποδομών και του συναφούς εξοπλισμού, καθώς και την ανάπτυξη άλλων κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών, όπως η φροντίδα για την καθαριότητα ή την τροφοδοσία των αποκεντρωμένων μονάδων του, εξαιρουμένων των νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών.

ιθ) Αποφασίζει για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας.

κ) Αποφασίζει για τα θέματα λειτουργικής διασύνδεσης των νοσοκομείων, κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου.

5. Ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

α) Παρακολουθεί και συντονίζει την εφαρμογή των πολιτικών υγείας, που εκπονούνται και ασκούνται στην Περιφέρεια του Πε.Σ.Υ.

β) Συντονίζει τη δράση όλων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, που ανήκουν στο Πε.Σ.Υ. ή συνδέονται λειτουργικά με αυτό.

γ) Εποπτεύει και εξασφαλίζει την ορθή και αποτελεσματική λειτουργία τόσο της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ. όσο και των αποκεντρωμένων μονάδων.

δ) Συγκαλεί το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. και διευθύνει τις συνεδριάσεις του.

ε) Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές για τη μελέτη, εισήγηση ή παροχή γνωμοδοτήσεων σε θέματα που αναφέρονται στη δραστηριότητα του Πε.Σ.Υ.

στ) Εκπροσωπεί το Πε.Σ.Υ. σε οποιοδήποτε δικαστήριο, οποιουδήποτε βαθμού ή δικαιοδοσίας, σε οποιαδήποτε άλλη αρχή, καθώς και έναντι τρίτων, εκτός αν άλλως ορίζεται με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

ζ) Δύνανται να αναθέτει την εκπροσώπηση, ενώπιον κάθε δικαστικής ή διοικητικής αρχής ή σε συναλλαγές με τρίτους, στον Αντιπρόεδρο ή αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή ή σε άλλο μέλος του Δ.Σ. και διορίζει πληρεξούσιους δικηγόρους.

η) Ασκεί την πειθαρχική εξουσία σύμφωνα με τα οριζόμενα στο νόμο αυτόν.

θ) Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που προβλέπονται στις διατάξεις του νόμου αυτού και όσες του αναθέτει το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ.

6. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται ένα Επιστημονικό Συμ-

βούλιο, που αποτελείται από ένδεκα (11) μέλη, που είναι επιστήμονες επαγγελματιών υγείας, με βαθμό Διευθυντή και εργάζονται στις αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ. και στα διασυνδεδεμένα λειτουργικά με αυτό νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο συγκροτείται από:

α) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των τμημάτων των Παθολογικών Τομέων των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

β) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των τμημάτων των Χειρουργικών Τομέων των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

γ) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των Βιοπαθολογικών Εργαστηρίων και Εργαστηρίων Παθολογικής Ανατομίας των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

δ) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των τμημάτων Απεικόνισης και Πυρηνικής Ιατρικής των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

ε) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των τμημάτων των Ψυχιατρικών Τομέων των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

στ) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των Παιδιατρικών Τμημάτων των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

ζ) έναν Πανεπιστημιακό ιατρό, Καθηγητή ή Αναπληρωτή Καθηγητή, Διευθυντή Κλινικής, Εργαστηρίου ή μονάδας, που εκλέγεται από τη Γενική Συνέλευση του ιατρικού τμήματος της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ. Αν στην Περιφέρεια του Πε.Σ.Υ. δεν υπάρχει πανεπιστημιακό ιατρικό τμήμα, το μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου ορίζεται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο,

η) έναν Διευθυντή ιατρό Κέντρου Υγείας, με ειδικότητα Γενικής Ιατρικής, και σε περίπτωση έλλειψης, με ειδικότητα Παθολογίας, που εκλέγεται από όλους τους Διευθυντές ιατρούς των Κέντρων Υγείας,

θ) έναν οδοντίατρο Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Διευθυντές οδοντιάτρους των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

ι) έναν φαρμακοποιό Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Διευθυντές φαρμακοποιούς των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

ια) έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, εκτός των ιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών, με βαθμό Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους επιστήμονες της Ιατρικής Υπηρεσίας, με βαθμό Διευθυντή, εκτός των ιατρών, οδοντιάτρων και φαρμακοποιών.

Όλα τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγονται με τον αναπληρωτή τους.

Στις υγειονομικές περιφέρειες όπου υπάρχουν Πανεπιστημιακές Κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., τα μέλη των περιπτώσεων α' έως και στ' μπορούν να είναι Καθηγητές ή Αναπληρωτές Καθηγητές, Διευθυντές κλινικών, εργαστηρίων ή μονάδων.

Αν οποιοδήποτε μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου χάσει την ιδιότητα με την οποία έχει εκλεγεί, αντικαθίσταται με την αρχική διαδικασία.

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον Πρόεδρο μεταξύ των Διευθυντών ιατρών και τον Αντιπρόεδρο.

Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι τριετής και η συγκρότησή του γίνεται με πράξη του Προέδρου του Πε.Σ.Υ.

Για την εκλογή των μελών του Επιστημονικού Συμβουλίου εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού.

Κατ' εξαίρεση το Επιστημονικό Συμβούλιο του Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου αποτελείται από:

α) τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Σύρου,

β) τρεις (3) Διευθυντές Κέντρων Υγείας, που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές Ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

7. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Γνωμοδοτεί και εισηγείται στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. για επιστημονικά θέματα υγείας.

β) Γνωμοδοτεί σε ερωτήματα του Προέδρου του Πε.Σ.Υ.

γ) Απάντα σε ερωτήματα των Επιστημονικών Συμβουλίων των νοσοκομείων της Περιφέρειας.

δ) Συγκροτεί Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας, καθώς και επιστημονικές επιτροπές και ομάδες εργασίας, με σκοπό τη μελέτη θεμάτων υγείας της Υγειονομικής Περιφέρειας. Στις επιτροπές προεδρεύει ένα μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου.

ε) Εισηγείται στο ΚΕ.Σ.Υ., μέσω του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., για επιστημονικά θέματα της Περιφέρειας.

8. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται Νοσηλευτικό Συμβούλιο, που αποτελείται από τους Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του.

Πρόεδρος του Συμβουλίου ορίζεται ο αρχαιότερος Διευθυντής.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί, κατόπιν ερωτήματος του Προέδρου του Πε.Σ.Υ., για κάθε θέμα που αφορά τη Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο, επιλέγει και προτείνει στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. τους Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των αποκεντρωμένων μονάδων του.

Οι Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων προέρχονται από τους υπαλλήλους όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., που ανήκουν στους κλάδους των οποίων οι υπάλληλοι, κατά τον οργανισμό του νοσοκομείου, μπορούν να προϊστανται στη Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Για την εφαρμογή των οριζόμενων στο άρθρο 82 του ν. 2683/1999, το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο, με βάση τις καταστάσεις όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., που συντάσσονται κατά τις διατάξεις του άρθρου 86 του ν. 2683/1999, καταρτίζει ενιαίο πίνακα προακτών στο βαθμό του Διευθυντή. Οι υπάλληλοι που περιλαμβάνονται στον ενιαίο πίνακα προακτών στο βαθμό του Διευθυντή προάγονται, κατά τη σειρά της εγγραφής τους, στο βαθμό του Διευθυντή και τοποθετούνται σε κενή ή κενούμενη θέση Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του οικείου Πε.Σ.Υ.

Σε περίπτωση κατά την οποία δεν είναι δυνατή, σύμφωνα με τον ενιαίο πίνακα προακτών, η πλήρωση κενών θέσεων Διευθυντών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων του Πε.Σ.Υ., λόγω έλλειψης υπαλλήλων που έχουν τα ουσιαστικά και τυπικά προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή, το Νοσηλευτικό Συμβούλιο εφαρμόζει τις διατάξεις της παραγράφου 6 του άρθρου 82 του ν. 2683/1999.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο ορίζεται και ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο για την επιλογή των προϊσταμένων των τομέων

(τομεαρχών) της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου του οικείου Πε.Σ.Υ. Η επιλογή γίνεται, χωριστά για κάθε νοσοκομείο, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 85 του ν. 2683/1999. Όσοι επιλέγονται, τοποθετούνται ως τομεάρχες με απόφαση του Διοικητή του οικείου νοσοκομείου.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, όταν ενεργεί ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο, συγκροτείται από τους τρεις (3) αρχαιότερους Διευθυντές και δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των νοσηλευτών, κατηγορίας τουλάχιστον ΔΕ με απολυτήριο Λυκείου και με βαθμό τουλάχιστον Α'. Για τον τρόπο, τη διαδικασία και τις λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων εφαρμόζονται τα προβλεπόμενα στην παραγραφή 15 του άρθρου 3 αυτού του νόμου.

Στο Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου, η Νοσηλευτική Επιτροπή του Νοσοκομείου Σύρου λειτουργεί και ως Νοσηλευτικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ., χωρίς αρμοδιότητες Υπηρεσιακού Συμβουλίου. Η επιλογή του Διευθυντή και των τομεαρχών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Σύρου γίνεται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 159 του ν. 2683/1999.

Ο ορισμός των μελών του Νοσηλευτικού Συμβουλίου γίνεται με πράξη του Προέδρου του Πε.Σ.Υ., με την οποία ορίζεται και ένας (1) διοικητικός υπάλληλος του Πε.Σ.Υ. ή των αποκεντρωμένων μονάδων του, με τον αναπληρωτή του, ως Γραμματέας.

9. Στον Πρόεδρο, στα μέλη και στο Γραμματέα του Επιστημονικού και του Νοσηλευτικού Συμβουλίου των Πε.Σ.Υ. καταβάλλονται αποζημίωση και έξοδα κίνησης, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 3

Οργάνωση - Στελέχωση

1. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται μία Γενική Διεύθυνση στην οποία προϊστάται ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ.

Στην εκτέλεση των καθηκόντων του, ο Πρόεδρος συνεπικουρείται από έναν Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή, ο οποίος είναι αρμόδιος για τα θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναπληρώνει τον Πρόεδρο στη Διοίκηση της Γενικής Διεύθυνσης, ασκεί τις αρμοδιότητες που ο Πρόεδρος του εκχωρεί με αποφάσεις του και υπογράφει, με εντολή του, διάφορα υπηρεσιακά έγγραφα.

Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστώνται δύο (2) οργανικές θέσεις της κατηγορίας ΕΘ, του άρθρου 79 του ν. 2683/1999, με βαθμό 1ο και 2ο, οι οποίες καταλαμβάνονται, αντίστοιχα, από τον Πρόεδρο και τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ.

Ο Πρόεδρος και ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζονται με πενταετή θητεία, που μπορεί να ανανεώνεται, με την ακόλουθη διαδικασία:

Ο Πρόεδρος διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη της Βουλής των Ελλήνων, κατά τα οριζόμενα στον Κανονισμό αυτής. Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ. είναι: πτυχίο Α.Ε.Ι., δοκιμασμένη ικανότητα σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης και ιδιαίτερο κύρος, συνεκτιμώμενων των μεταπτυχιακών σπουδών και της επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης και διοίκησης, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας. Τα προσόντα που πρέπει να δια-

θέτει ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής είναι: πτυχίο Α.Ε.Ι., ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων σε υπηρεσίες ή οργανισμούς ή επιχειρήσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, συνεκτιμωμένων των μεταπτυχιακών σπουδών και της επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης διοίκησης και λειτουργίας νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας.

Σε θέση Προέδρου ή Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή του Π.Σ.Υ. επιτρέπεται να είναι υποψήφιοι και να διορίζονται και δημόσιοι λειτουργοί ή υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και Ν.Π.Δ.Δ. ή στελέχη οργανισμών ή τραπεζών ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα, καθώς και μέλη Δ.Ε.Π. Α.Ε.Ι. και Εκπαιδευτικού Προσωπικού (Ε.Π.) των Τ.Ε.Ι., εφαρμοζόμενων των διατάξεων του άρθρου 32 παρ. 18 του ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28 Α'), της παραγράφου 6 του άρθρου 8 του ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α') και του άρθρου 4 του ν. 2198/1994 (ΦΕΚ 43 Α'), όπως κάθε φορά ισχύουν, καθώς και των διατάξεων του άρθρου 14 του ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218 Α') και των άρθρων 5 παρ. 11β και 14 του ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α'), προκειμένου περί μελών Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι. ή Ε.Π. των Τ.Ε.Ι. μερικής απασχόλησης. Προϋπόθεση, για να κριθούν οι ανωτέρω λειτουργοί και υπάλληλοι, αποτελεί η έγκριση του φορέα στον οποίο υπηρετούν, η οποία θεωρείται ότι συντρέχει, εάν ο φορέας δεν απαντήσει αρνητικά, εντός δέκα (10) ημερών από την πρωτοκόλληση του εγγράφου ερωτήματος της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Μετά τη λήξη ή τη διακοπή της θητείας τους, οι λειτουργοί και υπάλληλοι του προηγούμενου εδαφίου επανέρχονται στην προτέρα θέση τους και ο αντίστοιχος χρόνος της θητείας τους θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία σε θέση προϊσταμένου τμήματος ή διευθυνσης, προκειμένου να κριθούν για προαγωγή, αντίστοιχα, στο βαθμό του Διευθυντή ή του Γενικού Διευθυντή, κατά τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 82 του ν. 2683/1999. Η μισθοδοσία των ανωτέρω βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των Π.Σ.Υ., ανεξάρτητα από την επιλογή των αποδοχών της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του παρόντος ή αυτών της οργανικής τους θέσης.

Ο διορισμός του Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της Επιτροπής της επόμενης παραγράφου.

2. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, που απαρτίζεται από τα εξής μέλη:

α) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., αναπληρούμενο από τον Αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., β) ένα ανώτερο διοικητικό στέλεχος ΔΕΚΟ ή τράπεζας του δημόσιου τομέα, που ορίζεται, με τον αναπληρωτή του, με κοινή πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας και Υγείας και Πρόνοιας, γ) ένα (1) μέλος Δ.Ε.Π., μαζί με τον αναπληρωτή του, με αντικείμενο την Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων ή την Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, που προτείνεται από το Δ.Σ. του οικείου τμήματος Α.Ε.Ι., δ) τον Γενικό Διευθυντή Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του Γενικό Διευθυντή του ίδιου Υπουργείου, ε) έναν Γενικό Διευθυντή του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, με αναπληρωτή του Γενικό Διευθυντή της ίδιας υπηρεσίας. Η συγκρότηση της Επιτροπής γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η προκήρυξη για την πλήρωση των θέσεων των Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία ορίζονται τα δικαιολογητικά, η προθεσμία, ο τύπος, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την υποβολή της αίτησης.

Η προκήρυξη δημοσιεύεται σε τρεις (3) τουλάχιστον ημερήσιες αθηναϊκές εφημερίδες.

Οι υποψήφιοι υποβάλλουν βιογραφικό σημείωμα μαζί με τα σχετικά πιστοποιητικά, καθώς και πρόσθετα στοιχεία, που κατά την κρίση τους αποδεικνύουν την ικανότητά τους να ασκήσουν αποτελεσματικά τα καθήκοντά τους ως Αναπληρωτές Γενικοί Διευθυντές. Η Επιτροπή μπορεί να καλεί τους υποψηφίους σε προφορική συνέντευξη.

Η επιλογή από την Επιτροπή γίνεται ύστερα από εκτίμηση των τυπικών και ουσιαστικών προσόντων των υποψηφίων.

Για την επιλογή συνεκτιμώνται τα στοιχεία του βιογραφικού σημειώματος, τα πρόσθετα προσόντα, καθώς και τα συμπεράσματα της προφορικής συνέντευξης.

Η Επιτροπή με απόφασή της, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, καταρτίζει πίνακα προτεραιότητας των υποψηφίων, κατά αξιολογική σειρά, στον οποίο καταχωρείται τουλάχιστον διπλάσιος αριθμός επιτυχόντων από τον αριθμό των θέσεων που έχουν προκηρυχθεί. Ο πίνακας υποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος διορίζει, κατά σειρά προτεραιότητας, ισάριθμους με τις θέσεις που προκηρύχθηκαν υποψηφίους και τους τοποθετεί κατά την κρίση του σε οποιαδήποτε από τις θέσεις αυτές. Αν κάποιος από αυτούς που επιλέχθηκαν δεν αποδεχθεί το διορισμό του ή παραιτηθεί κατά τη διάρκεια της θητείας του, διορίζεται ο αμέσως επόμενος στον πίνακα κατάταξης.

3. Οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδόματα του Προέδρου και του Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή ορίζονται, χωρίς περιορισμό ως προς το ύψος τους, από άλλες γενικές ή ειδικές διατάξεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση παρέχονται επιδόματα εορτών και άδειας, καθώς και αποζημίωση για έξοδα κίνησης και έξοδα παράστασης.

4. Η Γενική Διεύθυνση του Π.Σ.Υ. συγκροτείται από:

Α. Τη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, που περιλαμβάνει τα τμήματα:

α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας.
β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας.
γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης.

Β. Τη Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης, που περιλαμβάνει τα τμήματα:

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας.
β) Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης και Εξοπλισμού.
γ) Τμήμα Προμηθειών.

Γ. Τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, που περιλαμβάνει τα τμήματα:

α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων.
β) Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών.

Δ. Το Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης.

Ε. Το Γραφείο Προέδρου.

ΣΤ. Το Νομικό Γραφείο.

5. Η Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολι-

τικών Υγείας έχει αρμοδιότητα για το σχεδιασμό των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια, η οποία κατανέμεται στα τέσσερα τμήματα αυτής, ως εξής:

α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας

Το τμήμα αυτό:

- Καταγράφει και αναλύει τα επιδημιολογικά, κοινωνιολογικά και περιβαλλοντικά στοιχεία, καθώς και κάθε άλλο στοιχείο απαραίτητο για τη χάραξη της πολιτικής υγείας στην Περιφέρεια.

- Με βάση τα στοιχεία αυτά, εκπονεί και επικαιροποιεί το Χάρτη Υγείας της Περιφέρειας.

- Εκπονεί το Περιφερειακό Σχέδιο Δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας, το οποίο εξειδικεύει σε συνεργασία με τα Συμβούλια Διοίκησης των Νοσοκομείων και τις διοικήσεις των Κέντρων Υγείας.

- Προτείνει, με βάση την αξιολόγηση αυτή, στο Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Σ.Υ., τη συγχώνευση, μεταφορά ή κατάργηση Νοσοκομειακών Μονάδων ή τμημάτων αυτών, ως και τη δημιουργία νέων ή εξειδικευμένων μονάδων, με βάση το Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας.

β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας

Το τμήμα αυτό καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων, από τις μονάδες του Π.Σ.Υ., υπηρεσιών υγείας και ελέγχει την εφαρμογή τους, σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.) και τις συναρμόδιες ελεγκτικές αρχές.

γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης

Το τμήμα αυτό:

- Διαχειρίζεται κονδύλια ερευνητικών, αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που προέρχονται από χρηματοδότηση αντίστοιχων επιστημονικών προτάσεων εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ. Η διαχείριση αυτή γίνεται μέσω Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης (Ε.Λ.Κ.Ε.Α.). Η σύσταση, ο καθορισμός των αρμοδιοτήτων των οργάνων διοίκησης, ελέγχου και διαχείρισης και η ρύθμιση του τρόπου ανάληψης και διάθεσης των κονδυλίων και κάθε αναγκαίας λεπτομέρειας για τη λειτουργία του Ε.Λ.Κ.Ε.Α. γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας.

Η διοίκηση και διαχείριση του Ε.Λ.Κ.Ε.Α. πραγματοποιείται από τα όργανά του. Όργανα διοίκησης και διαχείρισης του λογαριασμού είναι: α) τριμελής επιτροπή, που αποτελείται από τον Πρόεδρο του οικείου Π.Σ.Υ., έναν (1) Διευθυντή της Κεντρικής Υπηρεσίας ή αποκεντρωμένης μονάδας του Π.Σ.Υ., που ορίζεται από το Δ.Σ. αυτού, και τον προϊστάμενο του τμήματος έρευνας και ανάπτυξης, β) η Γραμματεία του λογαριασμού.

- Προκηρύσσει και χρηματοδοτεί από τα αποθεματικά του Ε.Λ.Κ.Ε.Α. ερευνητικά ή εκπαιδευτικά προγράμματα, που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη στόχων υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας ή είναι γενικότερου ενδιαφέροντος και συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

- Μεριμνά για την εκμετάλλευση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών προγραμμάτων και ευρεσιτεχνιών, όπως αυτή καθορίζεται με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας.

- Παρακολουθεί μέσω της Επιτροπής Ηθικής και Βιοηθολογίας, τη διενέργεια των ερευνών, ώστε αυτές να

ακολουθούν τους διεθνείς κανόνες περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων, βιοηθικής, δεοντολογίας, προστασίας και σεβασμού του περιβάλλοντος, εφαρμογών της βιοτεχνολογίας και χρήσης πειραματόζων.

6. Η Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης έχει αρμοδιότητα για την υποστήριξη των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλες τις βασικές διοικητικές και οικονομικές λειτουργίες τους, η οποία κατανέμεται στα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας

Το τμήμα αυτό:

- Συντάσσει τον προϋπολογισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του Π.Σ.Υ., παρακολουθεί τη σύνταξη των προϋπολογισμών των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και μεριμνά για τη σύνταξη του ενοποιημένου ισολογισμού, καθώς και τον έλεγχο εκτέλεσης των προϋπολογισμών αυτών.

- Μεριμνά για την παρακολούθηση των περιουσιακών στοιχείων των Νοσοκομείων και Κ.Υ. της Περιφέρειας.

β) Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης και Εξοπλισμού

Το τμήμα αυτό:

- Μεριμνά για τον εκσυγχρονισμό των οργανωτικών και λειτουργικών συστημάτων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας και για την υποστήριξη αυτών με σύγχρονα συστήματα πληροφορικής και επικοινωνίας.

γ) Τμήμα Προμηθειών

Το τμήμα αυτό συγκεντρώνει τα προγράμματα προμηθειών της κεντρικής υπηρεσίας και όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του Π.Σ.Υ., αξιολογεί και ελέγχει τις προτάσεις και καταρτίζει το ετήσιο ενιαίο πρόγραμμα προμηθειών του Π.Σ.Υ., το οποίο εγκρίνεται από το Δ.Σ. του Π.Σ.Υ. και ακολούθως υποβάλλεται στο Υπουργείο Ανάπτυξης, για την ένταξή του στο Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών, κοινοποιούμενο στο εποπτεύον Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Παρακολουθεί και κατευθύνει όλες τις διαδικασίες προμηθειών της κεντρικής υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων του Π.Σ.Υ.

7. Η Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας έχει αρμοδιότητα για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού, η οποία κατανέμεται στα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων

Στο τμήμα αυτό ανήκει:

- Ο σχεδιασμός για την κάλυψη των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό που έχουν οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

- Η μέριμνα για τις μετακινήσεις, αποσπάσεις, μετατάξεις και εν γένει μετακινήσεις του αναγκαίου προσωπικού προς κάλυψη δημιουργούμενων αναγκών, ανάμεσα σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της Περιφέρειας.

β) Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών, που συγκροτείται σε δύο (2) Γραφεία: i) Το Γραφείο Ιατρικής, Νοσηλευτικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και ii) Το Γραφείο Διοικητικής και Οργανωτικής Εκπαίδευσης.

Τα Γραφεία αυτά μεριμνούν για την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στους αντίστοιχους τομείς, την οικονομική ενίσχυση, τη διοικητική υποστήριξη και την παρακολούθηση της υλοποίησης των προγραμμάτων αυτών.

8. Το Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης υπάγεται απευθείας στο Γενικό Διευθυντή και Πρόεδρο του Δ.Σ. Έχει γενικά όλες τις αρμοδιότητες διοικητικής και οικονομικής υποστήριξης των υπηρεσιών της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ. Ειδικότερα :

- Μεριμνά για όλα τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης του κάθε φύσης προσωπικού της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ., καθώς και για την απόσπαση, διάθεση, μετάταξη, μεταφορά υπαλλήλων από τα Νοσοκομεία και από υπηρεσίες των Περιφερειών και των Υπουργείων στο Πε.Σ.Υ., καταρτίζοντας και τις διοικητικές πράξεις που απαιτούνται κάθε φορά.

- Μεριμνά για την κατάρτιση του προϋπολογισμού, ισολογισμού και απολογισμού της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ.

- Παρέχει γραμματειακή εξυπηρέτηση στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., σε ομάδες εργασίας και επιτροπές.

- Καταρτίζει τα σχέδια των αποφάσεων που είναι αναγκαίες για την άσκηση των αρμοδιοτήτων του Γενικού Διευθυντή - Προέδρου του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. και ασκεί κάθε αρμοδιότητα σχετική με τα ως άνω θέματα.

9. Το Γραφείο Προέδρου είναι αρμόδιο για την υποβολή-θέση του έργου του Προέδρου και του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.

10. Το Νομικό Γραφείο είναι αρμόδιο για τη νομική καθοδήγηση των οργάνων του Πε.Σ.Υ. και τη δικαστική ή εξώδικη υποστήριξη του Πε.Σ.Υ.

11. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί, μετά από αίτησή τους, να αποσπώνται, χωρίς γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων και για χρονικό διάστημα μέχρι δύο (2) ετών, που μπορεί να ανανεώνεται μόνο μια φορά και για ίσο χρονικό διάστημα, μετά από γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων, για κάλυψη των λειτουργικών αναγκών των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., ιατροί και υπάλληλοι των αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., καθώς και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και των εποπτευόμενων από το Υπουργείο αυτονομικών προσώπων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου.

Ο χρόνος της απόσπασης θεωρείται, για κάθε συνέπεια, ως χρόνος πραγματικής υπηρεσίας στην οργανική θέση από την οποία προέρχονται οι αποσπώμενοι, οι οποίοι δικαιούνται, κατά το χρόνο της απόσπασής τους, να λαμβάνουν, από το φορέα υποδοχής τους, πλήρεις τις τακτικές και πάσης φύσεως πρόσθετες απολαβές της οργανικής τους θέσης.

12. Επιτρέπεται η μετάταξη υπαλλήλων από Περιφέρειες ή Υπουργεία ή Ν.Π.Δ.Δ. ή κρατικά νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου στα Πε.Σ.Υ., εφόσον ο μετατασσόμενος έχει τα προσόντα, που απαιτούνται για την κατάληψη της θέσης στην οποία μετατάσσεται. Η μετάταξη διενεργείται μετά από αίτηση του υπαλλήλου και συνεκτίμηση των υπηρεσιακών αναγκών, με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη των οικείων Υπηρεσιακών Συμβουλίων ή Δ.Σ. των Ν.Π.Δ.Δ. Εάν δεν υπάρχει κενή θέση, η μετάταξη γίνεται με μεταφορά της θέσης που κατέχει ο μετατασσόμενος.

13. Για την αντιμετώπιση των αναγκών των Πε.Σ.Υ. σε ειδικό επιστημονικό προσωπικό, συνιστώνται σε κάθε Πε.Σ.Υ. τέσσερις (4) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Οι ειδικότητες των θέσεων αυτών καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Προσ-

ντα διορισμοί για τις θέσεις του ειδικού επιστημονικού προσωπικού ορίζονται τα προβλεπόμενα στις διατάξεις του ισχύοντος κάθε φορά προεδρικού διατάγματος για το προσοντολόγιο των υπαλλήλων του Δημοσίου, σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου 25 παρ. 2 του ν. 1943/1991 (ΦΕΚ 50 Α'), που μπορεί να εξειδικεύονται με την παραπάνω απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

14. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστώνται οι ακόλουθες θέσεις μονίμων υπαλλήλων:

Α. Κατηγορία ΠΕ

α) Κλάδος ΠΕ Οικονομικός, θέσεις δύο (2)

β) Κλάδος ΠΕ Κοινωνιολόγων ή Κοινωνικής Διοίκησης, θέσεις δύο (2)

γ) Κλάδος ΠΕ Διοικητικός - Λογιστικός, θέσεις τέσσερις (4)

δ) Κλάδος ΠΕ Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, θέσεις τρεις (3)

ε) Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής, θέσεις δύο (2)

στ) Κλάδος ΠΕ Γιατρών, ΠΕ Ιατρών Ειδικοτήτων, ΠΕ Οδοντιάτρων, ΠΕ Νοσηλευτικής, ΠΕ Φαρμακοποιών, θέσεις πέντε (5)

ζ) Κλάδος ΠΕ Στατιστικής, θέση μία (1).

η) Μία θέση δικηγόρου παρ' Αρείω Πάγω, με πάγια αντιμισθία.

Β. Κατηγορία ΤΕ

α) Κλάδος ΤΕ Διοικητικός - Λογιστικός, θέσεις τέσσερις (4)

β) Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής, θέσεις τρεις (3)

γ) Κλάδος ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, θέσεις έξι (6).

Γ. Κατηγορία ΔΕ

α) Κλάδος ΔΕ Χειριστών ρ.ε, θέσεις τέσσερις (4)

β) Κλάδος ΔΕ Τεχνικός, ειδικότητας οδηγού οχημάτων, θέσεις δύο (2).

Δ. Κατηγορία ΥΕ

α) Κλάδος ΥΕ Επιμελητών θέσεις δύο (2)

β) Κλάδος ΥΕ Φυλάκων - Νυκτοφυλάκων θέσεις δύο (2).

γ) Κλάδος ΥΕ Προσωπικού Καθαριότητας θέσεις τέσσερις (4).

15. Το προσωπικό των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ., εκτός από το ιατρικό προσωπικό, για τα θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης, με εξαίρεση την περίπτωση της παραγράφου 7 του άρθρου 6 του παρόντος, υπάγεται στα Υπηρεσιακά Συμβούλια του νοσοκομείου, ή τα κοινά Υπηρεσιακά Συμβούλια, που συνιστώνται κατά τις διατάξεις του άρθρου 159 του ν. 2683/1999. Στα Υπηρεσιακά αυτά Συμβούλια υπάγονται και οι ειδικευόμενοι ιατροί, για τα θέματα της υπηρεσιακής τους κατάστασης.

Για την εκδίκαση των πειθαρχικών παραπτώματων των υπαλλήλων της Κεντρικής Υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., πλην του ιατρικού προσωπικού, συνιστάται, με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, στην έδρα κάθε Πε.Σ.Υ., ένα Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο, στο οποίο, με την επιφύλαξη της διάταξης του άρθρου 158 παρ.1 περ. α' του ν. 2683/1999, υπάγονται όλοι οι μόνιμοι ή συνδεδεμένοι με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου υπάλληλοι της κεντρικής υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ. και των αποκεντρωμένων μονάδων του, πλην του ιατρικού προσωπικού. Το πειθαρχικό αυτό συμβούλιο είναι αρμόδιο και για τα παραπτώματα των ειδικευόμενων ιατρών.

Οι υπάλληλοι της κεντρικής υπηρεσίας των Πε.Σ.Υ. και των Κέντρων Υγείας υπάγονται στο παραπάνω υπηρεσιακό συμβούλιο και για τα θέματα της υπηρεσιακής τους κατάρτισης.

Τα παραπάνω Υπηρεσιακά Συμβούλια είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

α) Τρεις (3) μόνιμους υπαλλήλους με βαθμό Διευθυντή, από αυτούς που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπηρεσιακού Συμβουλίου, από τους οποίους ο ένας ορίζεται ως Πρόεδρος. Με την απόφαση συγκρότησης ορίζεται ως αναπληρωτής του Προέδρου ένα από τα τακτικά μέλη του Συμβουλίου.

β) Δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των μόνιμων υπαλλήλων, κατηγορίας τουλάχιστον ΔΕ με απολυτήριο Λυκείου και με βαθμό τουλάχιστον Α' ή, αντίστοιχα, δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των υπαλλήλων με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου, στους οποίους περιλαμβάνονται και οι ειδικευόμενοι ιατροί, κατηγορίας τουλάχιστον ΔΕ με απολυτήριο Λυκείου και με πενταετή τουλάχιστον υπηρεσία.

Ο τρόπος, η διαδικασία και οι λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των υπαλλήλων καθορίζονται με την κοινή υπουργική απόφαση της παρ. 4 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999. Μεχρι την έκδοση της απόφασης αυτής εφαρμόζονται οι διατάξεις των υπ. αριθ. Α.Π. ΔΙΚΠΡ / Φ80 / 30 / 8703 / 16.9.1988 (ΦΕΚ 684 Β'/19.9.1988) και ΔΙΚΠΡ / Φ80 / 54 / 11968 / 2.12.1988 (ΦΕΚ 876 Β'/2.12.1988) υπουργικών αποφάσεων "Τρόπος, διαδικασία και προϋποθέσεις εκλογής των εκπροσώπων των υπαλλήλων στα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου".

Τα μέλη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων ορίζονται αντίστοιχα με ισάριθμους αναπληρωτές. Σε περίπτωση μη ορισμού αιρετών εκπροσώπων το Υπηρεσιακό Συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα με τα υπόλοιπα μέλη του. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των άρθρων 158 έως 164 του ν. 2683/1999, όπως αντικαταστάθηκαν και συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 2839/2000 (ΦΕΚ 196 Α') "Ρυθμίσεις θεμάτων Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και άλλες διατάξεις".

Άρθρο 4

Πόροι

1. Πόροι του Πε.Σ.Υ. είναι:

α) Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

β) Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

γ) Ποσοστό 1% επί του συνολικού προϋπολογισμού των Νοσοκομειακών Μονάδων του Πε.Σ.Υ.

δ) Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.

στ) Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητά του.

ζ) Έσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες.

2. Τα Πε.Σ.Υ. και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους έχουν όλα τα οικονομικά και ουσιαστικά προνόμια τα οποία απολαμβάνει το Δημόσιο.

3. Για τα Πε.Σ.Υ. και τις αποκεντρωμένες μονάδες τους εξακολουθούν να ισχύουν οι φορολογικές απαλλαγές που υφίστανται για τα νοσοκομεία, κατά το χρόνο έναρξης της ισχύος του νόμου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Άρθρο 5

Ιδρυση νοσοκομείων - Διοίκηση

1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Έχουν δικό τους πρωτόκολλο, αρχείο και σφραγίδα, υπόκεινται δε στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η εποπτεία αναφέρεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων, καθώς και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης, εφαρμοζομένων των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου 7 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'), που επαναφέρθηκαν σε ισχύ με τη διάταξη του άρθρου 14 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α').

Με όμοια, ως άνω, προεδρικά διατάγματα τα νοσοκομεία μπορεί να συγχωνεύονται, να καταργούνται, ολικά ή μερικά, να μετατρέπονται σε γηριατρικά νοσοκομεία, σε νοσοκομεία αποκατάστασης, σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων, σε Ειδικά Κέντρα ή Κέντρα Υγείας και να ρυθμίζονται όλα τα προκύπτοντα ζητήματα σχετικά με την τακτοποίηση του προσωπικού.

Δεν απαιτείται η έκδοση νέου ιδρυτικού διατάγματος για τα υφιστάμενα νοσοκομεία, που υπάγονται στα Πε.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού και τα οποία μετατρέπονται σε ανεξάρτητες και αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ. από τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

2. α) Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: Τα Γενικά και τα Ειδικά. Η διάκριση σε Νομαρχιακά και Περιφερειακά καταργείται. Γενικά νοσοκομεία είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία. Η κατάταξη των νοσοκομείων σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες γίνεται με τον οργανισμό τους.

β. Τα νοσοκομεία κάθε Πε.Σ.Υ. συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του οικείου Πε.Σ.Υ. Ειδικότερα, με αποφάσεις του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ., μπορεί να μετακινούνται ιατροί, οδοντίατροι και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας για κάλυψη εφημεριών και έκτακτων αναγκών για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο από ένα (1) μήνα, μέσα στο ίδιο έτος. Με όμοιες αποφάσεις μπορεί να καθορίζονται οι διαδικασίες για τη διενέργεια κοινών διαγωνισμών για την προμήθεια πάσης φύσεως εξοπλισμού και υλικού, καθώς και για την κατάρτιση κοινών εκπαιδευ-

τικών προγραμμάτων και προγραμμάτων κοινής λειτουργίας τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων δύο ή περισσότερων νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας. Η πιο πάνω διασύνδεση παρέχει τη δυνατότητα σε νοσοκομεία, που έχουν συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανάγκες, να συνάπτουν ιδιαίτερες συμφωνίες με άλλα νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, εγκρινόμενες από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., για την προσωρινή, μέχρι τρεις (3) μήνες, υποδοχή εκπαιδευτών ιατρών, οι οποίοι λαμβάνουν πρόσθετη αμοιβή, το ύψος της οποίας καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Η σχετική δαπάνη βαρύνει τις πιστώσεις των λειτουργικών εξόδων του προϋπολογισμού του νοσοκομείου υποδοχής. Η πιο πάνω διασύνδεση μπορεί να γίνεται και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή περισσότερων Πε.Σ.Υ.

Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να εξειδικεύονται και να συμπληρώνονται οι προϋποθέσεις και να ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για τη λειτουργική διασύνδεση των νοσοκομείων.

3. Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που έχουν Πανεπιστημιακά Τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ονομάζονται "Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.".

Διατηρούν την ονομασία τους, ως "Πανεπιστημιακά", τα Γενικά Νοσοκομεία Αλεξανδρούπολης, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Λαρίσας, Πατρών και Χαϊδαρίου Αττικής.

4. Όργανα διοίκησης νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. είναι:

- α) Το Συμβούλιο Διοίκησης
- β) Ο Διοικητής.

5. Α. Το Συμβούλιο Διοίκησης (Σ.Δ.) συγκροτείται από:

- α) το Διοικητή του νοσοκομείου, ως Πρόεδρο,
- β) το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Προϊστάμενο της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού.

γ) το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον αρχαιότερο Διευθυντή τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

δ) το Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον αρχαιότερο τομεάρχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

ε) τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου, αναπληρούμενο από τον Αντιπρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Στα νοσοκομεία, με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, μέλος του Συμβουλίου Διοίκησης είναι και ο Αναπληρωτής Διοικητής.

Ο Πρόεδρος του Σ.Δ. μπορεί, κατά την κρίση του, να καλεί στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, καθώς και κάθε υπηρεσιακό παραγοντα ή εκπρόσωπο οποιουδήποτε επιστημονικού ή τοπικού φορέα.

Η λειτουργία του Σ.Δ. διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του ν. 2690/1999, που αφορούν τη λειτουργία των Συλλογικών Οργάνων της Διοίκησης.

Β. Το Σ.Δ. ασκεί, ιδίως, τις εξής αρμοδιότητες:

α) Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες, που του εκχωρούνται με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.

β) Ασκεί όλες τις γνωμοδοτικές αρμοδιότητες που είχαν, δύναμει γενικών ή ειδικών διατάξεων, τα καταργούμενα Δ.Σ. των νοσοκομείων.

γ) Γνωμοδοτεί προς τον Πρόεδρο ή το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.,

κατά περίπτωση, για τη λήψη μέτρων που εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και την ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των οικονομικών πόρων και της περιουσίας του, ώστε να ανταποκρίνεται στην κοινωνική αποστολή του.

δ) Γνωμοδοτεί για τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου, καθώς και τον ισολογισμό και απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους.

ε) Γνωμοδοτεί για τις τροποποιήσεις του προϋπολογισμού, ανεξαρτήτως ποσού. Οι τροποποιήσεις αυτές υποβάλλονται από το Διοικητή, για έγκριση, στον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.

στ) Προτείνει το σχεδιασμό και τα επί μέρους προγράμματα για την ανάπτυξη της υλικοτεχνικής υποδομής του νοσοκομείου και εγκρίνει το σχεδιασμό και την εκτέλεση έργων επέκτασης, διαρρύθμισης, επισκευών, βελτίωσης και αναβάθμισης της κτιριακής υποδομής και των χώρων του νοσοκομείου, ποσού: 1) από τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) μέχρι εβδομήντα εκατομμύρια (70.000.000) δραχμές, για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μεγαλύτερο από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές, 2) από δέκα εκατομμύρια (10.000.000) μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, για νοσοκομείο με προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές. Τα παραπάνω ποσά μπορεί να αναπροσαρμόζονται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

ζ) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την προμήθεια, με τη νόμιμη διαδικασία, ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, ποσού: 1) από τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) μέχρι εβδομήντα εκατομμύρια (70.000.000) δραχμές, για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μεγαλύτερο από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές, 2) από δέκα εκατομμύρια (10.000.000) μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές.

η) Προτείνει την αναμόρφωση, συμπλήρωση και τροποποίηση του οργανισμού του νοσοκομείου, καθώς και τη σύσταση θέσεων προσωπικού.

θ) Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ του νοσοκομείου, καθώς και για την αξιοποίησή τους, εκτός εάν πρόκειται για θέματα αποδοχής εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας ή της δαπάνης ανάπτυξης νέων τμημάτων, για τα οποία αποφασίζει το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.

ι) Αποφασίζει για τη διάθεση, σε άλλα νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας, του μη χρησιμοποιούμενου υλικού του νοσοκομείου, για το χαρακτηρισμό παλαιού υλικού ως άχρηστου, καθώς και για την καταστροφή ή την εκποίηση του υλικού αυτού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την καταστροφή ή την εκποίηση του άχρηστου υλικού.

6. Α. Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνιστάται μία (1) οργανική θέση Διοικητή, με πενταετή θητεία, με βαθμό 10 της κατηγορίας ΕΘ.

Η προκήρυξη για την πλήρωση των θέσεων των Διοικητών των νοσοκομείων γίνεται χωριστά για κάθε Πε.Σ.Υ. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται τα δικαιολογητικά, η προθεσμία, ο τύπος καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την υποβολή της αίτησης.

Η προκήρυξη δημοσιεύεται σε δύο (2) ημερήσιες αθηναϊκές εφημερίδες και τουλάχιστον σε μία ημερήσια τοπική εφημερίδα της περιφέρειας του κάθε Πε.Σ.Υ. Κάθε υποψήφιος μπορεί να υποβάλει αίτηση σε περισσότερα του ενός Πε.Σ.Υ.

Ο Διοικητής διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπεται στη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 3 του παρόντος, για την επιλογή των Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών του Πε.Σ.Υ.

Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτουν οι υποψήφιοι είναι: Πτυχίο Α.Ε.Ι. ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων σε υπηρεσίες ή οργανισμούς του Δημοσίου ή επιχειρήσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, συνεκτιμωμένων και των μεταπτυχιακών σπουδών και επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης διοίκησης και λειτουργίας νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, οικονομικών της υγείας ή κοινωνικής διοίκησης, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 200 κλίνες μπορεί να διορίζεται ως Διοικητής και πτυχιούχος Τ.Ε.Ι., που διαθέτει τα προσόντα του προηγούμενου εδαφίου.

Β. Ο Διοικητής, πριν από την ορκυμοσία και ανάληψη υπηρεσίας, υπογράφει με το οικείο Πε.Σ.Υ. "συμβόλαιο αποδοτικότητας", στο οποίο καταχωρούνται οι ειδικότερες υποχρεώσεις που αναλαμβάνει ο διοικητής για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Η μη επίτευξη των στόχων αυτών συνεπάγεται τη λήξη της θητείας του και την απόλυσή του, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από κρίση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, που ειδικά για την περίπτωση αυτή ορίζεται ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο.

Γ. Ο Διοικητής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζεται με πενταετή θητεία, που μπορεί να ανανεώνεται. Η ανανέωση της θητείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Δ. Σ. του αρμόδιου Πε.Σ.Υ. Για την ανανέωση λαμβάνεται υπόψη η εκπλήρωση των όρων του συμβολαίου αποδοτικότητας, καθώς και η όλη επίδοση κατά το διάστημα της θητείας του. ο τρόπος άσκησης των καθηκόντων του, η ικανότητα αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου, η προθυμία και το πνεύμα συνεργασίας, η εν γένει συμπεριφορά προς τους πολίτες και η αποτελεσματικότητα των ενεργειών του για τη διαρκή βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας του νοσοκομείου και ιδιαίτερα για την αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων για την ανάπτυξη και λειτουργία του νοσοκομείου.

7. Α. Ο Διοικητής έχει τη γενική και ειδική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας του νοσοκομείου και προβαίνει σε κάθε αναγκαία ενέργεια για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας του.

Ειδικότερα, ο Διοικητής έχει, ιδίως, τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- α) Προεδρεύει στο Συμβούλιο Διοίκησης.
- β) Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του νοσοκομείου μέσα στα πλαίσια της γενικής πολιτικής και του προγραμματισμού.
- γ) Συντάσσει και υποβάλλει στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του νοσοκομείου.
- δ) Προϊσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου,

ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια ένορκης διοικητικής εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο του νοσοκομείου ή, μετά από σύμφωνη γνώμη του Προέδρου του Πε.Σ.Υ., σε οποιονδήποτε υπάλληλο όλων των μονάδων του Πε.Σ.Υ.

ε) Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ώστε να ανταποκρίνονται στην αποστολή τους και αναπτύσσει συνεργασία με τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες του Πε.Σ.Υ.

στ) Εξασφαλίζει την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του νοσοκομείου.

ζ) Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, στον οποίο πρέπει να προβλέπονται τα κονδύλια κατά διοικητικό τομέα, τμήμα και εργαστήριο.

η) Είναι αρμόδιος για την αναμόρφωση και τροποποίηση του προϋπολογισμού, μέχρι ποσού πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών για νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 200 κλίνες, δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών για νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 400 κλίνες και δεκαπέντε εκατομμυρίων (15.000.000) δραχμών για νοσοκομεία με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες. Οι αποφάσεις αυτές γνωστοποιούνται στον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.

θ) Εισηγείται τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του προϋπολογισμού προς τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ. ή το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. για ποσά, αντίστοιχα, μέχρι το 50% ή άνω του 50% των μεταφερόμενων πιστώσεων.

ι) Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. του προγράμματος προμηθειών του νοσοκομείου.

ια) Αποφασίζει για τη σύσταση και συγκρότηση πάσης φύσεως επιτροπών εργασίας ή ομάδων εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου.

ιβ) Καθορίζει τα κριτήρια διάθεσης των κλινών στις θέσεις Β και Α και ελέγχει την τήρησή τους.

ιγ) Ελέγχει την τήρηση της λίστας αναμονής ασθενών για προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις ή εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις.

ιδ) Εγκρίνει τα προγράμματα υπερωριακής απασχόλησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και λοιπού προσωπικού, μετά από εισήγηση των Διευθυντών της Ιατρικής, Νοσηλευτικής ή Διοικητικής Υπηρεσίας αντίστοιχα.

ιε) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την εκτέλεση, με τη νόμιμη διαδικασία, έργων βελτίωσης της κτιριακής υποδομής και των χώρων του νοσοκομείου, καθώς και για την προμήθεια, ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού ποσού μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές και ποσού μέχρι δέκα εκατομμύρια (10.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές.

ιστ) Αποφασίζει για τις μετακινήσεις του προσωπικού του νοσοκομείου ανάμεσα στα διάφορα τμήματα αυτού.

ιζ) Αποφασίζει για την πρόσληψη Συμβούλων Οργάνωσης.

ιη) Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

ιθ) Καταρτίζει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου.

κ) Ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του νοσοκομείου.

8. Σε νοσοκομεία 400 κλινών και άνω προστίθεται στον Οργανισμό τους μία (1) θέση Αναπληρωτή Διοικητή, με πενταετή θητεία, με βαθμό 2ο της κατηγορίας ΕΘ. Τα προσόντα για το διορισμό στη θέση αυτή είναι ίδια με αυτά που ορίζονται για το Διοικητή του νοσοκομείου στο εδάφιο Α' της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού. Ο Αναπληρωτής Διοικητής αξιολογείται, επιλέγεται και διορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του παραπάνω εδαφίου Α' της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού. Οι διατάξεις του εδαφίου Γ' της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού εφαρμόζονται και για τον Αναπληρωτή Διοικητή. Σε περίπτωση κωλύματος, απουσίας ή έλλειψης, το Διοικητή αναπληρώνει, σε όλες τις αρμοδιότητές του, ο Αναπληρωτής Διοικητής και ελλείποντος αυτού, κατά σειρά, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Διευθυντής της Διοικητικής Υπηρεσίας ή έμπειρος και ικανός υπάλληλος του ίδιου ή άλλου νοσοκομείου πτυχιούχος Α.Ε.Ι., ο οποίος ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του οικείου Π.Σ.Υ. Ο Αναπληρωτής Διοικητής ασκεί τα καθήκοντα που του ανατίθενται με απόφαση του Διοικητή.

9. Σε θέση Διοικητή ή Αναπληρωτή Διοικητή των νοσοκομείων του Π.Σ.Υ. επιτρέπεται να είναι υποψήφιοι και να διορίζονται και δημόσιοι λειτουργοί ή υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και Ν.Π.Δ.Δ. ή στελέχη οργανισμών ή τραπεζών ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα, καθώς και μέλη Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι. και Ε.Π. των Τ.Ε.Ι., εφαρμοζόμενων των διατάξεων του άρθρου 32 παρ. 18 του ν. 2190/1994, της παρ. 6 του άρθρου 8 του ν. 2194/1994 και του άρθρου 4 του ν. 2198/1994, όπως κάθε φορά ισχύουν, καθώς και των διατάξεων του άρθρου 14 του ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218 Α') και των άρθρων 5 παρ. 11β και 14 του ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α'), προκειμένου περί μελών Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι. ή Ε.Π. των Τ.Ε.Ι. μερικής απασχόλησης. Προϋπόθεση για να κριθούν οι ανωτέρω λειτουργοί και υπάλληλοι αποτελεί η έγκριση του φορέα στον οποίο υπηρετούν, η οποία θεωρείται ότι συντρέχει, εάν ο φορέας δεν απαντήσει αρνητικά εντός δέκα (10) ημερών από την πρωτοκόλληση του εγγράφου ερωτήματος της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Μετά τη λήξη ή τη διακοπή της θητείας τους, οι λειτουργοί και υπάλληλοι του προηγούμενου εδαφίου επανέρχονται στην προτέρα θέση τους και ο αντίστοιχος χρόνος της θητείας τους θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία σε θέση προϊσταμένου τμήματος ή διευθύνσης, προκειμένου να κριθούν για προαγωγή, αντίστοιχα, στο βαθμό του Διευθυντή ή του Γενικού Διευθυντή, κατά τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 82 του ν. 2683/1999. Η μισθοδοσία των ανωτέρω βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, ανεξάρτητα από την επιλογή των αποδοχών της παρ. 10 του παρόντος ή αυτών της οργανικής τους θέσης.

Υπάλληλοι νοσοκομείων δεν επιτρέπεται να επιλεγούν και να διορισθούν ως διοικητές ή αναπληρωτές διοικητές στο νοσοκομείο, στο οποίο ανήκουν οργανικά.

10. Οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδόματα του Διοικητή και του Αναπληρωτή Διοικητή των νοσοκομείων των Π.Σ.Υ. ορίζονται, χωρίς περιορισμό ως προς το ύψος τους, από άλλες γενικές ή ειδικές διατάξεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση παρέχονται επιδόμα-

τα εορτών και άδειας, καθώς και αποζημίωση για έξοδα κίνησης και έξοδα παράστασης.

11. Α. Σε κάθε νοσοκομείο του Π.Σ.Υ. συνιστάται Επιστημονικό Συμβούλιο, που συγκροτείται από:

α) Τρεις (3) ιατρούς, Διευθυντές τμημάτων ή κλινικών, προκειμένου περί μελών Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι., που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές ιατρούς του νοσοκομείου.

β) Έναν (1) ιατρό Αναπληρωτή Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Αναπληρωτές Διευθυντές του νοσοκομείου.

γ) Έναν (1) ιατρό με βαθμό Επιμελητή Α', που εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Α' του νοσοκομείου.

δ) Έναν (1) ιατρό με βαθμό Επιμελητή Β', που εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Β' του νοσοκομείου.

ε) Έναν (1) επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρό, που εκλέγεται από όλους τους επιστήμονες μη ιατρούς που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία.

στ) Έναν (1) νοσηλεύτη κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ, με βαθμό τουλάχιστον Α', που εκλέγεται από όλους τους νοσηλευτές ΠΕ ή ΤΕ με βαθμό τουλάχιστον Α'.

Στα νοσοκομεία των Π.Σ.Υ., που είναι εγκατεστημένες και πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, προστίθεται ένα επιπλέον μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου, το οποίο είναι πανεπιστημιακός ιατρός, που εκλέγεται από όλους τους πανεπιστημιακούς ιατρούς που εργάζονται στις παραπάνω κλινικές, χωρίς να αποκλείεται η εκλογή και άλλου πανεπιστημιακού ιατρού ως μέλους του Επιστημονικού Συμβουλίου των περιπτώσεων α' και γ'.

Στο Επιστημονικό Συμβούλιο μετέχει, χωρίς δικαίωμα ψήφου, αιρετός εκπρόσωπος των ειδικευόμενων ιατρών.

Όλα τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγονται με τον αναπληρωτή τους.

Αν οποιοδήποτε μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου χάσει την ιδιότητα με την οποία έχει εκλεγεί, αντικαθίσταται με την αρχική διαδικασία.

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρο μεταξύ των Διευθυντών ιατρών.

Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι τριετής και η συγκρότησή του γίνεται με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου.

Β. Αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι:

α) Εισηγείται στο Συμβούλιο Διοίκησης για κάθε επιστημονικό θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου.

β) Εισηγείται τη συγκρότηση επιτροπών και ομάδων εργασίας για συγκεκριμένα επιστημονικά θέματα του νοσοκομείου.

γ) Εισηγείται για επιστημονικά θέματα στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Π.Σ.Υ.

δ) Γνωμοδοτεί προς το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας για τις εκπαιδευτικές άδειες του επιστημονικού προσωπικού.

ε) Συντονίζει και παρακολουθεί τα εκπαιδευτικά και μετεκπαιδευτικά προγράμματα του επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου και μεριμνά για τη διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων.

στ) Γνωμοδοτεί σε επιστημονικά ερωτήματα του Διοικητή ή του Διευθυντή ιατρικής υπηρεσίας.

ζ) Γνωμοδοτεί προς το Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας για το πρόγραμμα εφημεριών των ιατρών και του λοιπού προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου.

η) Έχει τις αρμοδιότητες Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

Άρθρο 6

Οργάνωση νοσοκομείων

1. Όλα τα νοσοκομεία των Πε.Σ.Υ. οργάνωνται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους.

Η έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. στην περιφέρεια του οποίου υπάγεται το νοσοκομείο.

Οι παραπάνω κοινές υπουργικές αποφάσεις ακολουθούν υποχρεωτικά τα πλαίσια οργάνωσης που ορίζονται στο νόμο αυτόν, όπως συμπληρώνονται με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων του άρθρου 4 του ν. 1397/1983, όπως κάθε φορά ισχύει.

Οι οριστικοί οργανισμοί των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ. θα εκδοθούν μετά την έγκριση, από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, του Υγειονομικού Χάρτη κάθε Περιφέρειας. Μέχρι τότε οι υφιστάμενοι οργανισμοί παραμένουν σε ισχύ και μπορεί να τροποποιούνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

2. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται, ιδίως, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας, τα εργαστήρια, η διάρθρωση της Νοσηλευτικής, Διοικητικής - Οικονομικής και Τεχνικής - Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων που ισχύουν για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού, ο αριθμός και οι ειδικότητες του με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου προσωπικού, η οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου.

Στον οργανισμό μπορεί να προβλέπονται, από Ξενοδοχειακής άποψης και μόνο, θέσεις Β' και Α' κατηγορίας, με ειδικό υψηλότερο νοσήλιο. Οι θέσεις αυτές δεν μπορούν να υπερβαίνουν το 20% της δυναμικότητας σε κλίνες του νοσοκομείου. Η διάθεση των κλινών των θέσεων Β' και Α' γίνεται μόνο με την προϋπόθεση ότι δεν είναι απαραίτητες για τη νοσηλεία ιδιαίτερας βαρέως περιστατικών, από το Διοικητή του νοσοκομείου, με κριτήρια τη βαρύτητα των περιστατικών και τη σειρά προτεραιότητας. Ο Διοικητής μπορεί να εκχωρήσει αυτή την αρμοδιότητα στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

3. Σε κάθε νοσοκομείο, που διαθέτει πάνω από 400 κλίνες, συνιστώνται δύο (2) οργανικές θέσεις ειδικού επισημονικού προσωπικού. Συμβούλων Οργάνωσης, με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, η οποία μπορεί να καταγγέλλεται ελεύθερα σε περίπτωση αποχώρησης του Διοικητή, για οποιονδήποτε λόγο. Σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτει μέχρι 400 κλίνες συνιστάται μια (1) οργανική θέση του προηγούμενου εδαφίου.

Προσόντα διορισμού για τις θέσεις του παραπάνω ειδικού επισημονικού προσωπικού ορίζονται τα προβλεπόμενα στις διατάξεις του άρθρου 26 του π. δ. 194/1988 (ΦΕΚ 84 Α'), σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου 25 παρ. 2 του ν. 1943/1991.

4. Σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται υποχρεωτικά Ειδικό Γραφείο με τίτλο "Γραφείο Υποδοχής Ασθενών", το οποίο

στελεχώνεται με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή και την καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους και την πληροφόρησή τους για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου.

5. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ρυθμίζονται η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τ.Ε.Π. με εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό, ο διορισμός, ως Προϊστάμενου αυτού, ιατρού Διευθυντή ή Αναπληρωτή Διευθυντή του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος συνεργασίας αυτού με το Ε.Κ.Α.Β. και κάθε άλλη λεπτομέρεια που είναι αναγκαία για την εφαρμογή των πιο πάνω διατάξεων.

6. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

α) Ιατρική, β) Νοσηλευτική, γ) Διοικητική - Οικονομική και δ) Τεχνική - Ξενοδοχειακή, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη.

Στην Ιατρική Υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται οι ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί νοσοκομείων - ακτινοφυσικοί, χημικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παραϊατρικού προσωπικού και κοινωνικής εργασίας.

Στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλεπώνται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, που υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου, καθώς και το τμήμα Προμηθειών.

7. Ο Διευθυντής της Διοικητικής και της Τεχνικής Υπηρεσίας, καθώς και ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Πληροφορικής των νοσοκομείων προέρχεται από τους υπαλλήλους όλων των μονάδων του οικείου Πε.Σ.Υ., που ανήκουν στους κλάδους των οποίων οι υπάλληλοι μπορούν να προΐστανται, κατά τον οργανισμό του νοσοκομείου, στη Διοικητική ή την Τεχνική Υπηρεσία ή τη Διεύθυνση Πληροφορικής και έχουν τα νόμιμα προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή.

Για την εφαρμογή των οριζόμενων στο άρθρο 82 του ν. 2683/1999, το Υπηρεσιακό Συμβούλιο της παραγράφου 15 του άρθρου 3 αυτού του νόμου, με βάση τις καταστάσεις όλων των μονάδων του Πε.Σ.Υ., που συντάσσονται κατά τις διατάξεις του άρθρου 86 του ν. 2683/1999, καθαρτίζει ενιαίο πίνακα προακτέων στο βαθμό του Διευθυντή. Οι υπάλληλοι που περιλαμβάνονται στον ενιαίο πίνακα προακτέων στο βαθμό του Διευθυντή προάγονται, κατά τη σειρά της εγγραφής τους, στο βαθμό του Διευθυντή και τοποθετούνται σε κενή ή κενούμενη θέση Διευθυντή της Διοικητικής ή της Τεχνικής Υπηρεσίας ή της Διεύθυνσης Πληροφορικής σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του οικείου Πε.Σ.Υ.

Σε περίπτωση κατά την οποία δεν είναι δυνατή, σύμφωνα με τους ενιαίους πίνακες προακτέων, η πλήρωση κενών θέσεων Διευθυντών της Διοικητικής ή Τεχνικής υπηρεσίας των νοσοκομείων του Πε.Σ.Υ., λόγω έλλειψης

υπαλλήλων που έχουν τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή, μπορεί να ανατίθενται τα καθήκοντα της θέσης Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας ή της Τεχνικής Διεύθυνσης ή της Διεύθυνσης Πληροφορικής σε υπάλληλο οποιασδήποτε μονάδας του Π.Σ.Υ., του αμέσως κατώτερου βαθμού, με την προϋπόθεση ότι ανήκει σε κλάδο, οι υπάλληλοι του οποίου προβλέπεται, από τις οικείες οργανικές διατάξεις, ότι μπορεί να προϊστανται.

Άρθρο 7

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Στην Ιατρική Υπηρεσία προϊστάται ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας. Σε νοσοκομεία που είναι εγκατεστημένες και πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας μπορεί να είναι Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής, που έχει τη διεύθυνση κλινικής, εργαστηρίου ή μονάδας.

Οι ενδιαφερόμενοι για τη θέση υποβάλλουν αίτηση και πλήρες βιογραφικό σημείωμα μέσα σε αποκλειστική προθεσμία δέκα (10) ημερών από τη δημοσίευση σχετικής πρόσκλησης του Διοικητή του νοσοκομείου. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των υποψηφίων με κριτήρια την επιστημονική επάρκεια, τις διοικητικές ικανότητες, την εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα, τη συμπεριφορά προς τους ασθενείς, το κύρος τους μεταξύ των συναδέλφων και το πνεύμα συνεργασίας τους. Ο Διοικητής υποβάλλει τον πίνακα, μαζί με εισήγησή του, στο Δ.Σ. του Π.Σ.Υ.

Το Δ.Σ. του Π.Σ.Υ. ορίζει έναν από τους τρεις πρώτους στον πίνακα ως Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, με τριετή θητεία, χωρίς να δεσμεύεται από τη σειρά εγγραφής.

Εάν δεν υποβληθούν αιτήσεις μέσα στην αποκλειστική προθεσμία των δέκα (10) ημερών, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας ορίζεται από το Δ.Σ. του Π.Σ.Υ., μετά από εισήγηση του Διοικητή.

2. Ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας έχει ως κύριο έργο την παρακολούθηση της εύρυθμης λειτουργίας της Ιατρικής Υπηρεσίας, της οποίας είναι και διοικητικός προϊστάμενος. Στο πλαίσιο αυτό:

α) Συντονίζει το έργο των τομέων και των τμημάτων, όσον αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

β) Εισηγείται στο Διοικητή του νοσοκομείου το πρόγραμμα και το ωράριο λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων, ύστερα από γνώμη των Διευθυντών των τομέων.

γ) Εισηγείται στο Διοικητή το πρόγραμμα εφημεριών των ιατρών και του λοιπού προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, έπειτα από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου.

δ) Εισηγείται στο Διοικητή για τη χορήγηση οποιασδήποτε μορφής άδειας στο προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας.

ε) Εισηγείται στο Διοικητή το πρόγραμμα επισκεπτηρίου νοσηλευομένων.

στ) Ελέγχει και εποπτεύει τις δραστηριότητες των τμημάτων και μονάδων της Ιατρικής Υπηρεσίας που δεν ανήκουν σε τομέα.

ζ) Επιμελείται την τήρηση του πρωτοκόλλου της Ιατρικής Υπηρεσίας και των ατομικών φακέλων με τις ετήσιες εκθέσεις αξιολόγησης των Διευθυντών τομέων, που προβλέπονται στο άρθρο 36 του ν. 2519/1997.

η) Επιλαμβάνεται όλων των θεμάτων δυσλειτουργίας της Ιατρικής Υπηρεσίας που προκύπτουν και δίνει τις απαραίτητες λύσεις με γνώμονα την Ιατρική δεοντολογία και το συμφέρον του ασθενούς.

ι) Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που προκύπτουν από την ιεραρχική του θέση, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, ή όσες του αναθέτει ο Διοικητής του νοσοκομείου.

3. Κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας του, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας μπορεί να ορίζει ως αναπληρωτή, στα Ιατρικά του καθήκοντα, έναν Αναπληρωτή Διευθυντή ή έναν Επιμελητή Α'.

4. Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τμήματα και τομείς, ο καθένας από τους οποίους απαρτίζεται από τμήματα με συναφές επιστημονικό αντικείμενο. Οι βασικοί τομείς είναι:

- α) Παθολογικός
- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχικής Υγείας.

Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, είναι δυνατόν να συνιστώνται περισσότεροι από ένας Παθολογικοί, Χειρουργικοί ή Εργαστηριακοί τομείς, καθώς και τομείς Παιδιατρικός, Απεικόνισης, Επείγουσας Ιατρικής, Εντατικής Ιατρικής, Κοινωνικής Ιατρικής ή άλλοι ειδικοί τομείς. Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργούν τμήματα διατομεακά με ενιαία διεύθυνση.

5. Κάθε τομέας έχει ορισμένο αριθμό κλινών, που εξυπηρετούν αδιακρίτως όλα τα τμήματά του. Η δύναμη κάθε τομέα δεν μπορεί να υπερβαίνει τις 200 κλίνες.

Εφόσον η κτιριακή υποδομή επιτρέπει τη χωροταξική αυτοτέλεια των κλινών των τμημάτων εντός του νοσοκομείου, το Συμβούλιο Διοίκησης μεριμνά και αποφασίζει για την αυτοτέλεια αυτήν, αφού λάβει υπόψη την εισήγηση του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας, προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη και σύμφωνη με τις σύγχρονες προδιαγραφές νοσηλεία και περίθαλψη των ασθενών.

6. Σε κάθε τομέα προϊστάται ο Διευθυντής του τομέα. Ως Διευθυντής τομέα ορίζεται ιατρός Διευθυντής, που προϊστάται τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας. Στα νοσοκομεία όπου είναι εγκατεστημένες πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, ο Διευθυντής του τομέα μπορεί να είναι Καθηγητής ή Αναπληρωτής Καθηγητής, που έχει τη διεύθυνση κλινικής, εργαστηρίου ή μονάδας.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου καταρτίζει πίνακα αξιολόγησης των Διευθυντών των τμημάτων κάθε τομέα με κριτήρια την επιστημονική επάρκεια, τις διοικητικές ικανότητες, την εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα, τη συμπεριφορά προς τους ασθενείς, το κύρος τους μεταξύ των συναδέλφων και το πνεύμα συνεργασίας τους και τον υποβάλλει στο Διοικητή του νοσοκομείου. Ο Διοικητής επιλέγει ελεύθερα έναν από τους τρεις πρώτους, ως Διευθυντή τομέα, με τριετή θητεία.

Μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου επιτρέπεται να επιλέγεται ως Διευθυντής τομέα, αλλά κωλύεται να συμμετάσχει, ως μέλος του Συμβουλίου, στην κατάρτιση του πίνακα αξιολόγησης των Διευθυντών των τμημάτων των τομέων.

7. Ο Διευθυντής του τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της λειτουργίας των τμημάτων. Ειδικότερα:

α) Εποπτεύει και ελέγχει την εφαρμογή των εκπαιδευτικών, μετεκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων του τομέα σύμφωνα με τις αποφάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου.

β) Καταρτίζει και εισηγείται τον προϋπολογισμό του τομέα, λαμβάνοντας υπόψη τις προτάσεις των Διευθυντών των τμημάτων και παρακολουθεί την εκτέλεσή του.

γ) Προτείνει στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας το πρόγραμμα τακτικών και εκπαιδευτικών αδειών του προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του τομέα.

δ) Αποφασίζει την κατανομή των χειρουργικών τραπεζών μετά από γνώμη της επιτροπής χειρουργείου.

ε) Αξιολογεί και συμμετέχει στη βαθμολόγηση του ιατρικού προσωπικού του τομέα, σύμφωνα με το άρθρο 36 του ν. 2519/1997, καθώς και του λοιπού προσωπικού του τομέα που ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία.

Για την υποβοήθηση των Διευθυντών των τομέων και του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας στην άσκηση των αρμοδιοτήτων τους, διατίθεται από τη Διεύθυνση Διοικητικού το απαραίτητο προσωπικό.

8. Σε κάθε τμήμα προΐσταται ιατρός Διευθυντής ή άλλος επιστήμονας της Ιατρικής Υπηρεσίας με βαθμό Διευθυντή. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι ο Διευθυντής. Ο Διευθυντής του τμήματος, όταν απουσιάζει ή κωλύεται, ορίζει ως αναπληρωτή του έναν Αναπληρωτή Διευθυντή ή, αν δεν υπάρχει, έναν Επιμελητή Α'. Αν ο Διευθυντής του τμήματος ελλείπει και μέχρι την κάλυψη της οργανικής θέσης, ο Διοικητής, ύστερα από εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, ορίζει προσωρινό προϊστάμενο του τμήματος.

9. Ο Διευθυντής του τμήματος είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία του τμήματος. Ειδικότερα:

α) Συντονίζει τη λειτουργία όλου του προσωπικού, ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού, που εργάζεται στο τμήμα του.

β) Προτείνει και παρακολουθεί την εκτέλεση του προϋπολογισμού του τμήματός του στα πλαίσια του προϋπολογισμού του τομέα.

γ) Συντάσσει απολογισμό και ετήσια έκθεση πεπραγμένων του τμήματός του.

δ) Ελέγχει την τήρηση του ωραρίου του ιατρικού και του λοιπού προσωπικού του τμήματος, που ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία.

ε) Αξιολογεί, ως Α' βαθμολογητής, το ιατρικό προσωπικό του τμήματος και το λοιπό προσωπικό του τμήματος, που ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία.

στ) Εποπτεύει και ελέγχει την εφαρμογή των εκπαιδευτικών, μετεκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων του τμήματος.

10. Στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., που είναι εγκατεστημένες πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του ν. 1397/1983, ο οικείος Διευθυντής υποβάλλει υποχρεωτικά στο Διοικητή του νοσοκομείου, μέσα σε ένα (1) μήνα από τη δημοσίευση του παρόντος, ονομαστική κατάσταση όλου του πανεπιστημιακού προσωπικού, που παρέχει πάσης φύσεως έργο στην πανεπιστημιακή κλινική, εργαστήριο ή μονάδα. Η παραπάνω ονομαστική κατάσταση υποβάλλεται, αναθεωρημένη, σε κάθε μεταβολή προσωπικού.

Άρθρο 8

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προΐσταται ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου ορίζεται από το Δ.Σ. του

Πε.Σ.Υ., μετά από επιλογή του από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, που λειτουργεί ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο, κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 8 του άρθρου 2 του νόμου αυτού.

2. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς, που ακολουθούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλής των τομέων είναι Τομεάρχες, που ορίζονται από το Διοικητή του νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ., κατά τα οριζόμενα στη παράγραφο 8 του άρθρου 2 του νόμου αυτού.

3. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων των τομέων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας επιλέγονται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο, στο οποίο υπάγονται οι υποψήφιοι, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 85 του ν. 2683/1999.

Άρθρο 9

Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων

1. Από 1.1.2002 επιτρέπεται στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. μετά το τακτικό ωράριο, η λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων.

Στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους:

α) οι Διευθυντές ιατροί, β) οι Αναπληρωτές Διευθυντές ιατροί, γ) οι Επιμελητές Α' ιατροί και δ) οι πανεπιστημιακοί ιατροί, που κατέχουν τίτλο ειδικότητας και εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες στο νοσοκομείο. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα κάτω από 200 κλίνες επιτρέπεται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα απογευματινά ιατρεία όλοι οι ειδικευμένοι ιατροί, που υπηρετούν στα νοσοκομεία αυτά.

2. Σε απογευματινό ιατρείο μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους ιατροί, που διενεργούν τακτικό πρωινό ιατρείο τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Οι ιατροί που απασχολούνται σε απογευματινό ιατρείο δεν επιτρέπεται να είναι σε εφημερία και ο αριθμός τους δεν μπορεί να υπερβαίνει το μισό του ιατρικού προσωπικού κάθε τμήματος.

Η απασχόληση κάθε ιατρού σε απογευματινό ιατρείο δεν μπορεί να υπερβαίνει τις δύο (2) ημέρες την εβδομάδα.

Η απασχόληση των ιατρών του χειρουργικού τομέα σε απογευματινά χειρουργεία δεν μπορεί να υπερβαίνει τη μία (1) ημέρα την εβδομάδα πλέον των δύο (2) ημερών άσκησης απογευματινών ιατρείων.

Ο προγραμματισμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που διενεργούνται μετά το τακτικό ωράριο πραγματοποιείται, με επιμέλεια του Διευθυντή του τομέα, με την προϋπόθεση ότι διασφαλίζεται κατά απόλυτη προτεραιότητα η εξυπηρέτηση των αναγκών της εφημερίας, των νοσηλευόμενων ασθενών και των τακτικών πρωινών εξωτερικών ιατρείων. Η επιστημονική ευθύνη για την απογευματινή λειτουργία κάθε τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας ανήκει στο Διευθυντή του τμήματος, του εργαστηρίου ή της μονάδας.

Τα ωράρια απογευματινής απασχόλησης, ο αριθμός των περιστατικών που εξετάζονται ανά ημέρα, καθώς και ο αριθμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ανά ημέρα καθορίζονται με απόφαση του Διοικητή, ύστερα από εισήγηση του Συμβουλίου Διοίκησης, ανάλογα με τις ανάγκες και τις πρακτικές δυνατότητες του νοσοκο-

μείου. Ο αριθμός των περιστατικών που εξετάζονται από κάθε ιατρό ανά εβδομάδα, καθώς και ο αριθμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, που διενεργεί κάθε ιατρός ανά εβδομάδα, δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει τον αριθμό των αντίστοιχων πράξεων, που διενεργούνται από τον ίδιο ιατρό στο τακτικό ωράριο.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Σ.Υ. μπορεί με απόφασή του να καθορίζει γενικότερους όρους λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων, που ισχύουν και για τα νοσοκομεία που δεν ανήκουν στο Π.Σ.Υ. αλλά συνδέονται λειτουργικά με αυτό.

3. Η αμοιβή για την επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο καταβάλλεται απευθείας στο νοσοκομείο από τον εξεταζόμενο ασθενή.

Η αμοιβή για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, που διενεργούνται κατά την απογευματινή λειτουργία του νοσοκομείου, καταβάλλονται στο νοσοκομείο με βάση τις ισχύουσες κάθε φορά ρυθμίσεις και τιμολόγιο, είτε από τον ασθενή είτε από τον ασφαλιστικό του φορέα. Αν ο ασθενής δεν είναι ασφαλισμένος, καταβάλλει στο νοσοκομείο αμοιβή για τις πράξεις αυτές με βάση το ισχύον κάθε φορά τιμολόγιο.

Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται το ύψος της αμοιβής, που καταβάλλεται για την επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο, καθώς και το ποσοστό που παρακρατείται από το νοσοκομείο και το ποσοστό που κατανέμεται στους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό που απασχολείται στην απογευματινή λειτουργία των ιατρείων, χειρουργείων και εργαστηρίων, καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

Η καταβαλλόμενη στο νοσοκομείο αμοιβή, για επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο και για τις λοιπές ιατρικές πράξεις και επεμβάσεις, που διενεργούνται κατά την απογευματινή λειτουργία του νοσοκομείου, κατατίθεται σε ειδικό λογαριασμό του νοσοκομείου, που συνιστάται με την παρούσα διάταξη.

Η διοίκηση και διαχείριση του λογαριασμού γίνεται από τα όργανά του. Όργανα διοίκησης και διαχείρισης του λογαριασμού είναι: α) Τριμελής Επιτροπή, που αποτελείται από το Διοικητή, τον Προϊστάμενο της Ιατρικής Υπηρεσίας και τον Προϊστάμενο της Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου. β) Η Γραμματεία του λογαριασμού. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι αρμοδιότητες των οργάνων διοίκησης, ελέγχου και διαχείρισης, ο τίτλος, ο τρόπος ανάληψης και διάθεσης των κονδυλίων, καθώς και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για τη λειτουργία του παραπάνω ειδικού λογαριασμού των νοσοκομείων.

4. Από 1.1.2002 οι πανεπιστημιακοί ιατροί, που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία που ανήκουν σε Α.Ε.Ι., μπορούν να ασκούν απογευματινό ιατρείο αποκλειστικά εντός του νοσοκομείου, με τους όρους και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στις παραγράφους 1, 2 και 3 του άρθρου αυτού.

Μέχρι τότε οι πανεπιστημιακοί ιατροί που εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές, που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία είτε του Ε.Σ.Υ. είτε των Α.Ε.Ι., μπορούν να ασκούν ιδιωτικό ιατρείο σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

5. Η παραβίαση των όρων λειτουργίας του απογευματινού ιατρείου συνεπάγεται την αναστολή άσκησης του απογευματινού ιατρείου, από τον παραβάτη ιατρό, για έξι

(6) μήνες. Η αναστολή επιβάλλεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Σ.Υ., μετά από εισήγηση του Διοικητή του νοσοκομείου και μετά έγγραφη κλήση του ιατρού να υποβάλει τις αντιρρήσεις του εντός δέκα (10) ημερών. Σε περίπτωση υποτροπής αίρεται οριστικά το δικαίωμα άσκησης απογευματινού ιατρείου, από το συγκεκριμένο ιατρό, με την ίδια διαδικασία.

Το παράπτωμα αυτό λαμβάνεται υπόψη σε κάθε κρίση και αξιολόγηση του ιατρού, όταν πρόκειται για ιατρό του Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 10

Κέντρα Αριστείας

Ειδικά κέντρα, ερευνητικά κέντρα ή κέντρα αναφοράς συγκεκριμένης ιατρικής ειδικότητας ή υπηρεσίας υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 1 έως 3 του άρθρου 19 του ν. 2519/1997, καθώς και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που αναπτύσσουν δραστηριότητες σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών εκπαίδευσης και έρευνας, σύμφωνα με υψηλές διεθνείς προδιαγραφές, έχουν τη δυνατότητα να ακολουθήσουν διαδικασία αξιολόγησης και να αναχθούν σε "Κέντρα Αριστείας".

Η αξιολόγηση, που επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, γίνεται από επιτροπή εμπειρογνομώνων διεθνούς κύρους, η οποία συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η τήρηση των διεθνών και υψηλών προδιαγραφών λειτουργίας καθορίζει και τη διατήρηση της μονάδας στο επίπεδο του "Κέντρου Αριστείας". Τα "Κέντρα Αριστείας" λαμβάνουν ειδική επιχορήγηση.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία αξιολόγησης, καθώς και το ύψος της επιχορήγησης που λαμβάνουν τα "Κέντρα Αριστείας".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Άρθρο 11

Ιατροί Ε.Σ.Υ.

1. Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου εντός ή εκτός του νοσοκομείου ή του κέντρου υγείας ή η με οποιονδήποτε τρόπο απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα αποτελεί, εκτός από το παράπτωμα της παραγράφου 1 εδάφιο α' του άρθρου 77 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α'), το πειθαρχικό αδίκημα της χαρακτηριστικώς αναξιοπρεπούς για υπάλληλο συμπεριφοράς του άρθρου 109 παρ. 2 περ. δ' του ν. 2683/1999 και συνεπάγεται την άμεση θέση του παράβατη σε κατάσταση αναστολής καθηκόντων, κατά τις διατάξεις του άρθρου 104 του ίδιου νόμου, με απόφαση του Δ.Σ. του οικείου Π.Σ.Υ., που δεν απαιτείται να έχει περαιτέρω αιτιολογία εκτός από τη διαπίστωση της παράβασης, καθώς και την παραπομπή του υπαιτίου στο αρμόδιο πειθαρχικό συμβούλιο με το ερώτημα της οριστικής παύσης.

2. Από 1.1.2002 οι πανεπιστημιακοί ιατροί που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή σε νοσοκομεία των Α.Ε.Ι., απαγορεύεται να ασκούν ιδιωτικό ιατρείο.

3. Οι πανεπιστημιακοί ιατροί που υπηρετούν σε κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., και παραβιάζουν την υποχρέωση της προηγούμενης παραγράφου, διαπράττουν το πειθαρχικό παράπτωμα της χαρακτηριστικώς αναξιοπρεπούς συμπεριφοράς και, ανεξάρτητα από την πειθαρχική τους δίωξη, εάν υπηρετούν σε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., απομακρύνονται μονομερώς από το νοσοκομείο, με εισήγηση του Διοικητή και απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ε.Σ.Υ., μετά από κλήση να υποβάλουν τις αντιρρήσεις τους εντός δέκα (10) ημερών.

Η απόφαση του Δ.Σ. του Π.Ε.Σ.Υ. κοινοποιείται στον Πρόεδρο του Ιατρικού τμήματος και τον Πρύτανη του οικείου Α.Ε.Ι., για την άσκηση της πειθαρχικής δίωξης.

4. Μετά τρεις (3) μήνες από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού απαγορεύεται στους πανεπιστημιακούς ιατρούς που εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., η παροχή υπηρεσιών, με οποιαδήποτε σχέση, περιλαμβανομένης και αυτής του συμβούλου, σε ιδιωτικές κλινικές ή σε ιδιωτικά διαγνωστικά ή θεραπευτικά εργαστήρια και γενικότερα σε κάθε είδους ιδιωτικές επιχειρήσεις, που παρέχουν ή καλύπτουν ασφαλιστικά υπηρεσίες υγείας, καθώς και η εγκατάσταση ιδιωτικών ιατρείων ή ιατρικών μηχανημάτων εντός των παραπάνω ιδιωτικών φορέων. Για τους πανεπιστημιακούς ιατρούς του εργαστηριακού τομέα, που δεν έχουν ιδιωτικό εργαστήριο, αλλά διατηρούν, μόνο, εργαστήριο εντός ιδιωτικών φορέων, η απαγόρευση του προηγούμενου εδαφίου αρχίζει από την 1η Ιανουαρίου του έτους 2002.

Η παραβίαση της διάταξης αυτής συνιστά για τον πανεπιστημιακό ιατρό το πειθαρχικό παράπτωμα της χαρακτηριστικώς αναξιοπρεπούς συμπεριφοράς και για την ιδιωτική επιχείρηση συνεπάγεται την επιβολή, με απόφαση του οικείου Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας, χρηματικής ποινής ύψους είκοσι πέντε εκατομμυρίων (25.000.000) δραχμών και σε περίπτωση υποτροπής την ανάκληση της άδειας λειτουργίας του φορέα από τον αρμόδιο νομάρχη.

Εάν ο πανεπιστημιακός ιατρός εργάζεται σε πανεπιστημιακή κλινική, εργαστήριο ή μονάδα, που είναι εγκατεστημένη σε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., ανεξάρτητα από την πειθαρχική του δίωξη, απομακρύνεται μονομερώς από το νοσοκομείο, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Ε.Σ.Υ., μετά από κλήση του να υποβάλει τις αντιρρήσεις του εντός δέκα (10) ημερών. Η απόφαση του Δ.Σ. του Π.Ε.Σ.Υ. κοινοποιείται στον Πρόεδρο του Ιατρικού τμήματος και τον Πρύτανη του οικείου Α.Ε.Ι., για την άσκηση της πειθαρχικής δίωξης.

5. Όλοι οι ιατροί που προσλαμβάνονται πρώτη φορά στο Ε.Σ.Υ. μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, ανεξάρτητα από τη βαθμίδα για την οποία επιλέγονται, διορίζονται με πενταετή θητεία. Στο τέλος της πενταετίας η θέση επαναπροκηρύσσεται. Εφόσον ο ιατρός που κατέχει τη θέση επιλεγεί για την κατάληψή της, διορίζεται πάλι με πενταετή θητεία. Στο τέλος της δεύτερης πενταετίας η θέση επαναπροκηρύσσεται και, εφόσον επιλεγεί ο ίδιος ιατρός, διορίζεται ως μόνιμος.

Ιατροί που επιλέγονται τρεις φορές για κατάληψη θέσης στο Ε.Σ.Υ. μονιμοποιούνται αυτοδικαίως, στη θέση και το βαθμό που κατέχουν, μετά τη συμπλήρωση υπηρεσίας δέκα (10) ετών.

Η προϋπηρεσία ειδικευμένου ιατρού, σε υπηρεσίες του κρατικού συστήματος υγείας κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπολογίζεται, για την εξέλιξη του ιατρού, ως προϋπηρεσία στο Ε.Σ.Υ.

6. Η διαδικασία επαναπροκήρυξης της θέσης αρχίζει ένα (1) έτος πριν τη λήξη της πενταετούς θητείας του ιατρού και η διαδικασία επιλογής πρέπει να έχει ολοκληρωθεί μέχρι τη λήξη της θητείας αυτής. Αν η διαδικασία δεν έχει ολοκληρωθεί, ο ιατρός αποχωρεί από την οργανική μονάδα στην οποία υπηρετεί με τη λήξη της θητείας του.

Αν ο ίδιος ιατρός επιλεγεί και πάλι για την κατάληψη της θέσης, η νέα πενταετής θητεία του αρχίζει την ημέρα της νέας ορκωμοσίας του.

7. Για όσους υπηρετούν, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, ως Επιμελητές Γ', Β' και Α' και Διευθυντές, με θητεία, ισχύουν τα ακόλουθα:

α) Η τετραετής θητεία των Επιμελητών Γ' και Β', της παραγράφου 2 του άρθρου 70 του ν. 2071/1992, μετατρέπεται σε πενταετή και εφαρμόζονται οι διατάξεις της παραγράφου 5.

β) Η τριετής θητεία των Επιμελητών Α' και των Διευθυντών της παραγράφου 2 β του άρθρου 34 του ν. 2519/1997 μετατρέπεται σε πενταετή. Στο τέλος της πενταετούς θητείας οι ιατροί αυτοί κρίνονται για μονιμοποίηση. Οι Επιμελητές Α' κρίνονται από τα Συμβούλια Αξιολόγησης της παραγράφου 14 και οι Διευθυντές από τα Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ. της παραγράφου 11.

γ) Θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ., στις οποίες τοποθετήθηκαν μόνιμοι αγροτικοί ιατροί χωρίς ειδικότητα, οι οποίοι στη συνέχεια ειδικεύτηκαν, κατά τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 1 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α'), μετατρέπονται σε θέσεις αντίστοιχης ειδικότητας, με βαθμό Επιμελητή Α' αν κατά τη δημοσίευση αυτού του νόμου οι ενδιαφερόμενοι έχουν συμπληρώσει στην ειδικότητα τουλάχιστον επτά (7) έτη και με βαθμό Επιμελητή Β' αν κατέχουν την ειδικότητα για μικρότερο των επτά (7) ετών χρονικό διάστημα. Η μετατροπή γίνεται, κατόπιν αιτήσεως των ενδιαφερομένων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία οι θέσεις μπορεί να μεταφέρονται και να προστίθενται στον οργανισμό οποιουδήποτε Νοσοκομείου ή κέντρου υγείας του οικείου Π.Ε.Σ.Υ. Ο χρόνος της μόνιμης, με την ειδικότητα, προϋπηρεσίας προσμετράται σε κάθε περίπτωση, ως χρόνος που διανύθηκε στο βαθμό της νέας θέσης.

8. Σε κάθε Π.Ε.Σ.Υ. συγκροτούνται, με απόφαση του Προέδρου του, Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής των Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ., ανά ειδικότητα.

Τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

α) Το Διοικητή του νοσοκομείου, για τον οποίο γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρο ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Π.Ε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για Κέντρα Υγείας.

β) Το Διευθυντή του οικείου τμήματος ή κλινικής του Νοσοκομείου ή το Διευθυντή του Κέντρου Υγείας.

γ) Το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου ή τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Π.Ε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για Κέντρα Υγείας.

δ) Έναν (1) ιατρό Διευθυντή της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας, με αυτή για την οποία γίνεται η κρίση, που υπηρετεί σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας του οικείου Π.Ε.Σ.Υ. και προτείνεται από το Κ.Ε.Σ.Υ.

ε) Έναν (1) ιατρό Επιμελητή Α' ή Αναπληρωτή Διευθυντή

της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας με αυτή για την οποία γίνεται η κρίση, που υπηρετεί σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ. και προτείνεται από τον Π.Ι.Σ.

Όλα τα μέλη των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής ορίζονται με τους αναπληρωτές τους.

Τα μέλη των περιπτώσεων δ' και ε' ορίζονται ως εισηγητές.

Όταν πρόκειται για κρίση οδοντιάτρων ως μέλη του Περιφερειακού Συμβουλίου Επιλογής για τις περιπτώσεις δ' και ε' ορίζονται οδοντίατροι.

9. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής λειτουργούν σύμφωνα με όσα ορίζονται στην παράγραφο 9 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 για τη λειτουργία των Συμβουλίων Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.). Τα κριτήρια συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για θέσεις Επιμελητών Ε.Σ.Υ. καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Μέχρι την έκδοση της απόφασης του προηγούμενου εδαφίου, εφαρμόζεται η υπουργική απόφαση αριθ. ΔΥ13α / οικ. 39832/ 4.12.1997 «Ιεράρχηση των κριτηρίων κρίσης και αξιολόγησης υποψηφίων για θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.» (ΦΕΚ 1088 Β'/9.12.1997).

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ., καταρτίζεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κατάλογος Εθνικών Κριτών, ανά ειδικότητα, συμπεριλαμβανομένης της Οδοντιατρικής, με σκοπό τη στελέχωση των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ.

Ο κατάλογος περιλαμβάνει:

α) Διευθυντές τμημάτων ή μονάδων του Ε.Σ.Υ. ή Έλληνες Διευθυντές κλινικών ή μονάδων νοσοκομείων της αλλοδαπής.

β) Καθηγητές ή Αναπληρωτές Καθηγητές Ιατρικών σχολών.

Ο αριθμός των περιλαμβανομένων στον κατάλογο, ανά κατηγορία, πρέπει να είναι τουλάχιστον τριπλάσιος από τον αριθμό των μελών με τα οποία συμμετέχει κάθε κατηγορία στα συμβούλια επιλογής και αξιολόγησης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται η διαδικασία και τα κριτήρια επιλογής των ιατρών που καταχωρούνται στον κατάλογο και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της παραγράφου αυτής.

Ο κατάλογος ανασυντάσσεται κάθε τρία (3) χρόνια.

Η επιλογή των μελών για τη στελέχωση των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης γίνεται με χωριστή κλήρωση, σε δημόσια συνεδρίαση, από τριμελή επιτροπή, η οποία αποτελείται από:

α) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., με αναπληρωτή τον Αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., β) ένα μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή ένα άλλο μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας, που ορίζονται από τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. και γ) έναν Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του Διευθυντή του ίδιου υπουργείου, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

11. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστώνται, για κάθε ειδικότητα, Συμβούλια Επιλογής και Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ.

Τα Συμβούλια Επιλογής αποτελούνται από:

α) Τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ., στο οποίο ανήκει ή με το οποίο συνδέεται λειτουργικά το νοσοκομείο, για το οποίο

γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή του το Διοικητή του νοσοκομείου ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν κρίνεται ιατρός Κέντρου Υγείας.

β) Τρεις (3) Διευθυντές Ιατρούς Ε.Σ.Υ. της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας. Ένας (1) από τους τρεις (3) Διευθυντές μπορεί να είναι Έλληνας Ιατρός, Διευθυντής τμήματος ή μονάδας αναγνωρισμένου νοσοκομείου της αλλοδαπής.

γ) Έναν (1) Πανεπιστημιακό καθηγητή Α' ή Β' βαθμίδας της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας.

Τα Συμβούλια Αξιολόγησης αποτελούνται από:

α) Τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ., στο οποίο ανήκει ή συνδέεται λειτουργικά το νοσοκομείο, για το οποίο γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή του το Διοικητή του νοσοκομείου ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν κρίνεται ιατρός Κέντρου Υγείας.

β) Τρεις (3) Διευθυντές Ιατρούς Ε.Σ.Υ. της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας. Ένας (1) από τους τρεις (3) Διευθυντές μπορεί να είναι Έλληνας Ιατρός, Διευθυντής τμήματος ή μονάδας αναγνωρισμένου νοσοκομείου της αλλοδαπής.

γ) Έναν (1) Πανεπιστημιακό καθηγητή Α' ή Β' βαθμίδας της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας.

Τα μέλη των περιπτώσεων β' και γ' των ανωτέρω δύο Συμβουλίων ορίζονται, μαζί με τους αναπληρωματικούς τους, από τον κατάλογο Εθνικών Κριτών, με κλήρωση που διενεργείται από την επιτροπή της παραγράφου 10 του παρόντος άρθρου. Τα Συμβούλια συγκροτούνται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Για κάθε επιλογή ή αξιολόγηση, τα Συμβούλια ορίζουν δύο (2) από τα μέλη τους από τις περιπτώσεις β' και γ' ως εισηγητές.

Όταν πρόκειται για κρίση Διευθυντών Οδοντιάτρων, τα μέλη των περιπτώσεων β' και γ' είναι οδοντίατροι.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να συγκροτούνται περισσότερα του ενός Συμβούλια Επιλογής ή Συμβούλια Αξιολόγησης για την ίδια ειδικότητα.

Τα κριτήρια συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για θέσεις Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ. καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Μέχρι την έκδοση της απόφασης αυτής εφαρμόζεται η υπουργική απόφαση αριθ. ΔΥ 13α/οικ. 39832/4.12.1997 «Ιεράρχηση των κριτηρίων κρίσης και αξιολόγησης υποψηφίων για θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.» (ΦΕΚ 1088 Β'/9.12.1997).

Οι υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας παρέχουν την αναγκαία διοικητική και γραμματειακή υποστήριξη για τη λειτουργία των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης.

12. Τα δικαιολογητικά των υποψηφίων για τις θέσεις Διευθυντών Ε.Σ.Υ. υποβάλλονται στο νοσοκομείο, το οποίο έχει προκηρύξει τη θέση. Το νοσοκομείο διαβιβάζει τα δικαιολογητικά στη γραμματεία του Συμβουλίου Επιλογής Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ., η οποία τα παραδίδει στους εισηγητές. Κάθε εισηγητής συντάσσει και υποβάλλει την εισήγησή του στη γραμματεία του Συμβουλίου μέσα σε είκοσι (20) ημέρες από την παραλαβή των φακέλων με τα δικαιολογητικά των υποψηφίων. Αντίγραφα των εισηγήσεων αποστέλλονται σε όλους τους υποψηφίους, οι οποίοι μπορούν να υποβάλουν τις τυχόν αντιρρήσεις τους σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών. Οι εισηγητές υποχρεούνται, μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες, να απαντήσουν εγγράφως και τεκμηριωμένα στις αντιρρήσεις των υποψηφίων και η απάντησή τους υποβάλλεται, μαζί με τις εισηγήσεις, στο Συμβούλιο. Το Συμβούλιο συγκαλείται, εξε-

τάζει τις αντιρρήσεις που έχουν υποβληθεί και τις απόψεις των εισηγητών και τις καταχωρεί στο πρακτικό κρίσης. Το Συμβούλιο συντάσσει αξιολογικό πίνακα των υποψηφίων πλήρως αιτιολογημένο, τον οποίο αποστέλλει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Το Συμβούλιο υποχρεούται να ολοκληρώσει την κρίση εντός ενός (1) μήνα από την υποβολή των απαντήσεων των εισηγητών επί των αντιρρήσεων των υποψηφίων. Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας εξετάζει μόνο τη νομιμότητα της διαδικασίας και εφόσον διαπιστώσει παράβαση των σχετικών διατάξεων, μπορεί να αναπέμψει την απόφαση στο Συμβούλιο, μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την παραλαβή του αξιολογικού πίνακα.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί ο Πρόεδρος του Π.Σ.Υ. να παρατείνει τις προθεσμίες για την υποβολή των εισηγήσεων μέχρι δεκαπέντε (15) εργάσιμες ημέρες. Αν οι εισηγητές δεν τηρήσουν τις προθεσμίες, εκπίπτουν αυτοδικαίως από μέλη του Συμβουλίου, αντικαθίστανται με τη διαδικασία διορισμού τους και απαγορεύεται η συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε άλλο Συμβούλιο Επιλογής ή Συμβούλιο Αξιολόγησης. Η παράλειψη αυτή θεωρείται παράβαση του υπηρεσιακού καθήκοντος του ιατρού και λαμβάνεται υπόψη σε κάθε κρίση ή αξιολόγησή του.

13. Οι υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, μόνιμοι Διευθυντές αξιολογούνται ανά πενταετία από τα Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ. Η αξιολόγηση αρχίζει από τους αρχαιότερους υπηρετούντες Διευθυντές. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται η διαδικασία, τα κριτήρια και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

Με απόφαση του Δ.Σ. του Π.Σ.Υ., ύστερα από εισήγηση του Διοικητή του οικείου νοσοκομείου, μπορεί να παραπέμπεται για αξιολόγηση, χωρίς την τήρηση του κριτηρίου της αρχαιότητας, ιατρός Διευθυντής που έχει αξιολογηθεί αρνητικά επί τρία (3) συνεχόμενα έτη, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 36 του ν. 2519/1997, ή ιατρός Διευθυντής, ο οποίος με την εν γένει συμπεριφορά του παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

Το Συμβούλιο Αξιολόγησης βαθμολογεί τους κρινόμενους με Α, Β ή Γ. Με Α βαθμολογείται εκείνος που κρίνεται επαρκής και ικανός για την εκτέλεση των αρμοδιοτήτων και καθηκόντων της συγκεκριμένης θέσης.

Με Β βαθμολογείται εκείνος που κατ' αρχήν κρίνεται επαρκής, αλλά χρειάζεται να βελτιωθεί σε συγκεκριμένα σημεία. Τα σημεία αυτά, καθώς και η διαδικασία βελτίωσης του κρινόμενου, μέσα από διαδικασίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, του υποδεικνύονται από το Συμβούλιο. Σε αυτήν την περίπτωση η αξιολόγηση επαναλαμβάνεται μετά τριετία. Αν μετά την τριετία κριθεί ότι δεν έχει βελτιωθεί, τοποθετείται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε προσωρινή προσωποπαγή ομοίβαθη θέση, που συνιστάται με την ίδια απόφαση σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή αποκεντρωμένη μονάδα του οικείου Π.Σ.Υ., ανάλογα με την ειδικότητά του και τις συνολικές ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας του Π.Σ.Υ. και η θέση του επαναπροκηρύσσεται.

Με Γ βαθμολογείται εκείνος που κρίνεται ανεπαρκής και ακατάλληλος για τη θέση που κατέχει. Στην περίπτωση αυτή η θέση επαναπροκηρύσσεται και ο ιατρός τοποθετείται σε προσωρινή προσωποπαγή θέση, σύμφωνα με το προηγούμενο εδάφιο ή μετατάσσεται, κατόπιν αιτήσεώς του, σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ο.Τ.Α. ή δημόσια υπηρεσία.

14. Οι υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, μόνιμοι Επιμελητές Α', εφόσον συμπληρώνουν πενταετή υπηρεσία στον ίδιο βαθμό, χωρίς να έχουν εν τω μεταξύ κριθεί για κατάληψη ομοίβαθμης θέσης αξιολογούνται, εφαρμοζόμενων αναλόγως των διατάξεων της παραγράφου 13 του άρθρου αυτού, από Συμβούλια Αξιολόγησης που συγκροτούνται ανά Π.Σ.Υ. από:

α) Το Διοικητή του νοσοκομείου ως Πρόεδρο ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Π.Σ.Υ., όταν πρόκειται για ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

β) Το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, που είναι και εισηγητής ή τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Π.Σ.Υ., όταν πρόκειται για ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

γ) Τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου.

δ) Έναν Διευθυντή και έναν Αναπληρωτή Διευθυντή της ίδιας ειδικότητας από νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας της περιφέρειας του Π.Σ.Υ., που προτείνονται μαζί με τους αναπληρωτές τους από το ΚΕ.Σ.Υ.

Η συγκρότηση του Συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Προέδρου του Π.Σ.Υ.

Με την ίδια διαδικασία και τις ίδιες προϋποθέσεις αξιολογούνται και όσοι Επιμελητές ιατροί μονιμοποιηθούν μετά τη δημοσίευσή του παρόντος νόμου.

15. Σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ., με βαθμό Διευθυντή, μπορεί να απονέμεται ο τίτλος του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ.

Τα προσόντα για την απονομή του τίτλου του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ. είναι ανάλογα εκείνων που απαιτούνται για την εκλογή σε θέση Καθηγητή Πανεπιστημίου.

Ο τίτλος του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ. αφαιρείται, εάν κατά την ανά πενταετία αξιολόγηση, ο Διευθυντής κριθεί αρνητικά για τη διατήρηση της θέσης Διευθυντή του τμήματός του.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται το εκλεκτορικό σώμα, το οποίο συγκροτείται από Καθηγητές των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι., ο τύπος του τίτλου, ο φορέας που τον απονέμει, τα ειδικότερα κριτήρια, και ρυθμίζεται η διαδικασία και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

16. Με απόφαση του Προέδρου κάθε Π.Σ.Υ., ύστερα από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλων των ιατρών, οδοντιάτρων και λοιπών επιστημόνων της Ιατρικής Υπηρεσίας, που υπηρετούν στις μονάδες του Π.Σ.Υ., καθώς και ο χρόνος πρακτικής άσκησης αυτών σε πιστοποιημένους φορείς και κλινικές του Ε.Σ.Υ., που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επιτυχής πρακτική άσκηση συνεκτιμώνται σε κάθε κρίση ή αξιολόγηση του παραπάνω προσωπικού.

17. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε Π.Σ.Υ., μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου, μπορεί να οργανώνονται κοινά εκπαιδευτικά προγράμματα για τους ιατρούς και το λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που υπηρετεί στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας και στα περιφερειακά ιατρεία του Π.Σ.Υ.

18. Η εκπαιδευτική άδεια για συμμετοχή σε συνέδρια στο εσωτερικό ή το εξωτερικό χορηγείται στο επιστημονικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας, με την προϋπόθεση ότι ο ενδιαφερόμενος θα έχει ανακοίνωση ή ενεργό

συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις, συζητήσεις ή διαλέξεις.

Σε κάθε άλλη περίπτωση χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για την παρακολούθηση παγκόσμιων ή πανευρωπαϊκών συνεδρίων ή συνεδρίων ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος, μετά από εισήγηση του Διευθυντή του οικείου τομέα και απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου, που εκδίδεται με την προϋπόθεση ότι ο λειτουργός ή υπάλληλος γνωρίζει άριστα τη γλώσσα που χρησιμοποιείται στο συνέδριο και ότι ο συνολικός αριθμός του προσωπικού που απουσιάζει σε εκπαιδευτική ή άλλη άδεια δεν υπερβαίνει το 50% των υπηρετούντων στο τμήμα του αιτούντος και δεν διαταράσσεται κατά τα λοιπά η εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας.

Απαγορεύεται σε ιατρούς, στο λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Σ.Υ., καθώς και σε πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται σε κλινικές εγκαταστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., να συμμετέχουν σε συνέδρια ή σεμινάρια στο εσωτερικό ή εξωτερικό, που οργανώνονται από φαρμακευτικές εταιρείες ή εταιρείες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την προβολή των προϊόντων τους.

19. Οι βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες που προβλέπονται στο άρθρο 56 παρ. 2 του ν. 2683/1999 χορηγούνται στο προσωπικό των νοσοκομείων από το Διευθυντή του τμήματος ή το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

20. Η παράγραφος 5 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997 αντικαθίσταται ως εξής:

"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.

21. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας προβλέπονται ειδικά κίνητρα, οικονομικά και επιστημονικά:

α) για ειδικότητες εν ανεπαρκεία, όπως αυτές της γενικής ιατρικής, της ιατρικής της εργασίας, της αναισθησιολογίας, της ψυχιατρικής, καθώς και για εξειδίκευση στην επείγουσα και εντατική ιατρική, β) για φαρμακοποιούς, βιολόγους, βιοχημικούς, χημικούς, κλινικούς χημικούς, νοσηλευτές και άλλους επιστήμονες του τομέα υγείας που υπηρετούν στο Ε.Σ.Υ., για μετεκπαίδευση πάνω σε θέματα σχετικά με το αντικείμενό τους, γ) για στελέχη του τομέα υγείας για μεταπτυχιακές σπουδές στην Ελλάδα και στο εξωτερικό σε θέματα δημόσιας υγείας, διοίκησης

και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, δ) για την προσέλευση ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού για την κάλυψη ειδικών αναγκών σε ακριτικές, δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας.

22. Στο τέλος της πρώτης παραγράφου του άρθρου 23 του ν. 2519/1997 προστίθενται τα εξής εδάφια:

"Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται κατάλογος επικουρικών ιατρών ανά ειδικότητα για την κάλυψη έκτακτων αναγκών και των επείγουσών αναγκών σε δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων. Στον κατάλογο αυτόν εγγράφονται με αίτησή τους ειδικευμένοι ιατροί, που είναι εγγεγραμμένοι στον Οργανισμό Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) και ιατροί που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα. Προηγούνται οι άνεργοι ιατροί και η προτεραιότητα μεταξύ αυτών καθορίζεται από τη σειρά εγγραφής τους στον Ο.Α.Ε.Δ. Οι ιατροί, που εγγράφονται στον κατάλογο αυτόν, δεν πρέπει να κατέχουν τον τίτλο ειδικότητας περισσότερο από πέντε (5) έτη και δεν μπορούν να παραμείνουν στον κατάλογο περισσότερο από πέντε (5) έτη.

Οι επικουρικοί ιατροί, με την εγγραφή τους στον κατάλογο, δηλώνουν και το χρονικό διάστημα για το οποίο δεσμεύονται να απασχοληθούν, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, που δεν μπορεί να είναι μικρότερο των τριών (3) μηνών και μεγαλύτερο του ενός (1) έτους, καθώς και τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο του έτους. Η αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζει πρόγραμμα ετοιμότητας των επικουρικών ιατρών, ώστε να υπάρχει κάλυψη καθ' όλο το έτος.

Οι επικουρικοί ιατροί, κατά το χρόνο απασχολήσεώς τους στην κάλυψη των έκτακτων αναγκών, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ο χρόνος αυτός υπολογίζεται ως χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ., όταν κρίνονται για την κατάληψη θέσης ιατρού Ε.Σ.Υ.

Οι επικουρικοί ιατροί λαμβάνουν τις αποδοχές πρωτοδιοριζόμενου Επιμελητή Β' του Ε.Σ.Υ. και η δαπάνη για την αμοιβή των επικουρικών ιατρών βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, αν αυτοί καλύπτουν ανάγκες νοσοκομείου ή τον προϋπολογισμό του Πε.Σ.Υ., εάν καλύπτουν ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η σύμβαση συνάπτεται, αντιστοίχως, με το οικείο νοσοκομείο ή Πε.Σ.Υ.

Οι προσλήψεις της παραγράφου αυτής εξαιρούνται από την αναστολή των διορισμών και προσλήψεων και τη διαδικασία έγκρισης της ΠΥΣ 55/11.11.1998 (ΦΕΚ 252 Α'), όπως κάθε φορά ισχύει".

23. Όλες οι ρυθμίσεις του άρθρου αυτού για τους ιατρούς ισχύουν και για τους οδοντιάτρους.

Άρθρο 12

Πειθαρχικές διατάξεις

1. α. Ο Διοικητής νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ., ως Πειθαρχικός Προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

Ο Διευθυντής Κέντρου Υγείας μπορεί να επιβάλλει στο ιατρικό προσωπικό τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου έως το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

β. Το Συμβούλιο Διοίκησης του νοσοκομείου, ως πειθαρχικό συλλογικό όργανο, μπορεί να επιβάλλει σε βά-

ρος του ιατρικού προσωπικού τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι και τις αποδοχές ενός (1) μηνός.

Κατά των αποφάσεων των ανωτέρω πειθαρχικών οργάνων επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Δ.Σ. του Π.Σ.Υ.

2. Το Δ.Σ. του Π.Σ.Υ., ως πειθαρχικό όργανο, ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία, σε πρώτο ή σε δεύτερο βαθμό, σε βάρος του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται στην αρμοδιότητά του. Σε πρώτο βαθμό, το Δ.Σ. του Π.Σ.Υ. μπορεί να επιβάλλει μόνο τις ποινές που προβλέπονται, υπό στοιχεία α' έως και γ', στην παράγραφο 1 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997. Σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις ενστάσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Διοικητή και του Συμβουλίου Διοίκησης του νοσοκομείου.

Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Δ.Σ. του Π.Σ.Υ., που επιβάλλουν από την ποινή προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων (4) μηνών και άνω έως και την ποινή της διακοπής του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού, επιτρέπεται η άσκηση έφεσης ενώπιον του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο δικάζει σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα που μπορεί να επισύρουν μέχρι και την ποινή της αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις εφέσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων των Διοικητικών Συμβουλίων των Π.Σ.Υ., που επιβάλλουν την ποινή του προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων (4) μηνών και άνω, ως και της διακοπής του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού.

Οι τελεσίδικες πειθαρχικές αποφάσεις των Δ.Σ. των Π.Σ.Υ. και οι οριστικές αποφάσεις του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου υπόκεινται σε προσφυγή ενώπιον του Συμβουλίου της Επικρατείας, μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης.

Οι διατάξεις των παραγράφων 2, 3 και 4 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997 καταργούνται.

3. Ο Διοικητής νοσοκομείου των Π.Σ.Υ., ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του λοιπού προσωπικού, πλην του ιατρικού, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών. Την ίδια αρμοδιότητα έχει και ο Διευθυντής των Κέντρων Υγείας.

Το Συμβούλιο Διοίκησης του νοσοκομείου, ως πειθαρχικό συλλογικό όργανο, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού τις ποινές της επίπληξης μέχρι τις αποδοχές ενός (1) μήνα. Κατά των αποφάσεων των ανωτέρω πειθαρχικών οργάνων επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Διοικητικού Συμβουλίου του Π.Σ.Υ.

Το Δ.Σ. του Π.Σ.Υ., ως πειθαρχικό όργανο, ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία κατά του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας της αρμοδιότητάς του είτε σε πρώτο βαθμό είτε σε δεύτερο βαθμό, ύστερα από άσκηση ένστασης κατά των αποφάσεων των πειθαρχικών οργάνων της προηγούμενης παραγράφου.

Το Δ.Σ. του Π.Σ.Υ., όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό πειθαρχικά παραπτώματα του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού μπορεί να επιβάλλει τις ποινές της παραγράφου 1 περ. α', β' και γ' του άρθρου 109 του ν. 2683/1999.

Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Δ.Σ. του Π.Σ.Υ., που επιβάλλει ποινή βαρύτερη από τη στέρηση των αποδοχών ενός (1) μηνός, επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Πρωτοβάθμιου Υπηρεσιακού Συμβουλίου της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου.

Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Π.Σ.Υ. της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου, όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό, μπορεί να επιβάλλει οποιαδήποτε ποινή.

Κατά των οριστικών αποφάσεων του Πρωτοβάθμιου Υπηρεσιακού Συμβουλίου επιτρέπεται η άσκηση έφεσης ενώπιον του Δευτεροβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου του άρθρου 163α του ν. 2683/1999, που προστέθηκε με το άρθρο 15 του ν. 2839/2000 και εφαρμόζονται, κατά τα λοιπά, οι πειθαρχικές διατάξεις του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.

4. Τις προβλεπόμενες στις προηγούμενες παραγράφους 1, 2 και 3 ένσταση και έφεση δικαιούνται να ασκήσουν:

α) ο λειτουργός ή υπάλληλος, εντός προθεσμίας τριάντα (30) ημερών από την ημέρα που του κοινοποιήθηκε η απόφαση,

β) κατά του λειτουργού ή υπαλλήλου, ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας, μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την έκδοση της απόφασης.

5. Στην παρ. 1 του άρθρου 77 του ν. 2071/1992 προστίθεται περίπτωση ζ' ως εξής:

"ζ. η αδικαιολόγητη απουσία ή εγκατάλειψη θέσης".

Για το αδίκημα αυτό, μετά από δεύτερη υποτροπή, μπορεί να επιβληθεί η ποινή της οριστικής παύσης.

6. Τα μονομελή πειθαρχικά όργανα οφείλουν να εκδίδουν την απόφασή τους μέσα σε ένα (1) μήνα από την ημέρα παραλαβής του πειθαρχικού φακέλου.

Για τα συλλογικά πειθαρχικά όργανα η παραπάνω προθεσμία ορίζεται σε δύο (2) μήνες από την ημέρα παραλαβής του σχετικού φακέλου.

Η υπαίτια παραβίαση των ανωτέρω προθεσμιών αποτελεί παράβαση του υπαλληλικού καθήκοντος και διώκεται πειθαρχικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 13

1. Απαγορεύεται η εγκατάσταση προσφερόμενου ιατρικού εξοπλισμού σε νοσοκομείο, χωρίς την προηγούμενη άδεια του Διοικητή αυτού. Η εγκατάσταση εξοπλισμού με τη μέθοδο της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) γίνεται μόνο ύστερα από ειδική έγκριση του Διοικητή του νοσοκομείου.

2. Η διάταξη της παραγράφου 12 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"Τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας των Π.Σ.Υ. επιτρέπεται να αναθέτουν με σύμβαση έργου, κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, τη φύλαξη των χώρων τους σε ειδικά συνεργεία παροχής υπηρεσιών ασφαλείας, ανεξάρτητα αν η αμοιβή του αναδόχου υπερβαίνει την απαιτούμενη δαπάνη για την πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων των οικείων κλάδων ή ειδικοτήτων".

3. Στην παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 προστίθεται δεύτερο εδάφιο, ως εξής:

"Οι θέσεις του προηγούμενου εδαφίου προστίθενται

στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου και οι δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού των κλάδων Ε.Σ.Υ.:

α) νοσοκομειακών φαρμακοποιών, β) φυσικών νοσοκομείων - ακτινοφυσικών, γ) κλινικών χημικών, χημικών, βιοχημικών, βιολόγων των ιατρικών εργαστηρίων δ) ψυχολόγων, που διορίζονται στις θέσεις αυτές, βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου".

Οι προσωρινές διαβαθμισμένες θέσεις φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., που κατέχουν οι ήδη υπηρετούντες φαρμακοποιοί, μετατρέπονται σε οργανικές διαβαθμισμένες θέσεις κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ. και εντάσσονται στον οργανισμό του νοσοκομείου που υπηρετούν.

4. Στον Πρόεδρο, στον Αντιπρόεδρο και στα μέλη:

α) του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου,
β) του Συμβουλίου Επιλογής Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,
γ) του Συμβουλίου Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,
δ) των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ε.Σ.Υ.,

ε) των Περιφερειακών Συμβουλίων Αξιολόγησης Επιμελητών Ε.Σ.Υ. και

στ) της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, καταβάλλονται αμοιβή και έξοδα κίνησης, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Τα εισοδήματα των ιατρών του Ε.Σ.Υ. από την απογευματινή εργασία της παρ. 1 του άρθρου 9 του νόμου αυτού, καθώς και αυτά των πανεπιστημιακών ιατρών από την απογευματινή εργασία των παραγράφων 1 και 4 του ίδιου άρθρου, όπως επίσης και η προβλεπόμενη στην επόμενη παράγραφο 6 του άρθρου αυτού ειδική αμοιβή για την παροχή κλινικού και εργαστηριακού έργου από πανεπιστημιακούς ιατρούς, που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., θεωρούνται ότι προέρχονται από άσκηση ιδιωτικού έργου και φορολογούνται σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 2 περ. Ζ' του άρθρου 4 του ν. 2238/1994 (ΦΕΚ 151 Α').

6. Από 1.1.2002, στους πανεπιστημιακούς ιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., καταβάλλεται, από τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του οικείου νοσοκομείου, ειδική αμοιβή για το κλινικό και εργαστηριακό έργο που παρέχουν, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

7. Επιτρέπεται, με αιτήσή του, η μετάθεση του ιατρικού και πάσης φύσεως προσωπικού του Πε.Σ.Υ., από οργανική θέση αποκεντρωμένης μονάδας του σε οργανική θέση άλλης αποκεντρωμένης μονάδας του, χωρίς γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων, με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Κατά τα λοιπά, εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 67 του ν. 2683/1999.

Ιατροί ή οδοντίατροι του Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν σε προσωποπαγείς θέσεις σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., ως υπεράριθμοι, δύνανται, ύστερα από αίτησή τους και πρόταση των οικείων Πε.Σ.Υ., να μετατεθούν ή μεταταγούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας αγρονόμων περιοχών της ίδιας ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας με μεταφορά της θέσης τους.

8. Το Συμβούλιο Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ" έχει την αποκλειστική αρμοδιό-

τητα για τη διαχείριση, διοίκηση, αξιοποίηση και διάθεση των υφιστάμενων κληροδοτημάτων, καθώς και για την υποβολή στη Διεύθυνση Εθνικών Κληροδοτημάτων του Υπουργείου Οικονομικών του ετήσιου προϋπολογισμού λειτουργίας των κληροδοτημάτων και του αντίστοιχου απολογισμού και ισολογισμού.

9. Στο Διοικητικό Συμβούλιο των Πε.Σ.Υ., στα οποία υπάρχουν το Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ" και το Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας "Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ", συμμετέχει ο Δήμαρχος Κοζάνης και ένας εκπρόσωπος της δωρητριάς ή των κληρονόμων της, αντιστοίχως, και ορίζεται ένα επιπλέον μέλος από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Διατηρούν το υφιστάμενο νομικό καθεστώς τους και δεν υπάγονται στις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 1 του νόμου αυτού:

α) το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ",
β) το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ",

γ) το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ",

δ) το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ",

ε) το Γενικό Νοσοκομείο "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ",

στ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ",

ζ) το Γενικό Νοσοκομείο "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ",

η) το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ",

θ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πατρών "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ",

ι) Το Σηλησιπούλειο Παθολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ",

ια) Το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγείας και Ασφάλειας της Εργασίας (Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε.),

ιβ) Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΕΛΠΙΣ".

Τα παραπάνω νοσοκομεία, που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς και το Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε. και τα παραρτήματα αυτού διασυνδέονται λειτουργικά με το Πε.Σ.Υ. στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου βρίσκονται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου.

Η οργάνωση και διοίκηση των ανωτέρω νοσοκομείων διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7 και 8 αυτού του νόμου, οι οποίες ισχύουν από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Οι αρμοδιότητες που ασκούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του προηγούμενου εδαφίου, από το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. και το Συμβούλιο Διοίκησης των νοσοκομείων, περιλαμβανομένων και των πειθαρχικών αρμοδιοτήτων του άρθρου 12, ανήκουν στα Διοικητικά Συμβούλια των παραπάνω νοσοκομείων, τα οποία συγκροτούνται κατά τις ισχύουσες κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού ειδικές για τα νοσοκομεία αυτά διατάξεις, συμπληρούμενες από τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 2519/1997, όπως τροποποιήθηκε με αυτές της παρ. 15 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 και του άρθρου 21 του ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α'), οι οποίες διατηρούνται σε ισχύ, ειδικώς, για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

Ο Διοικητής των παραπάνω νοσοκομείων είναι και Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου, εκτός εάν η ιδιότητα αυτή επιφυλάσσεται σε ορισμένο πρόσωπο, με ειδική πρόβλεψη πράξης δωρεάς εν ζωή ή διαθήκης ή σύμβασης ή διάταξης ειδικού νόμου. Ο Διοικητής έχει τις αρμο-

διότι η παρ. 7 του άρθρου 5 και τις λοιπές διατάξεις αυτού του νόμου.

11. Εξαιρούνται από τις διατάξεις αυτού του νόμου το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ" και το "ΩΝΑΣΕΙΟ" Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, τα οποία διασυνδέονται λειτουργικά με το Π.Σ.Υ. στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου βρίσκονται, εφαρμοζομένων αναλόγως των διατάξεων της παρ. 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου. Η οργάνωση και διοίκηση των παραπάνω νοσοκομείων διέπεται από τις ισχύουσες γι' αυτά ειδικές διαδικασίες, οι οποίες καθορίζουν και τις προϋποθέσεις, τη διαδικασία και τους όρους απασχόλησης, τόσο κατά το τακτικό ωράριο όσο και κατά την απογευματινή λειτουργία, των απασχολούμενων ιατρών του Ε.Σ.Υ. και των πανεπιστημιακών ιατρών. Για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. και τους πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται στους παραπάνω φορείς, εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις των παραγράφων 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 11 αυτού του νόμου.

12. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορούν να εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και να οργανώνονται κατά τις διατάξεις αυτού του νόμου οι νοσηλευτικές μονάδες των φυλακών, που υπάγονται στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, χωρίς να μεταβάλλονται οι εργασιακές σχέσεις του υπηρετούντος σε αυτές μέχρι την ένταξη ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Με την ίδια απόφαση ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για την ένταξη.

13. Στο τέλος της παραγράφου 6 του άρθρου 24 του ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218 Α') προστίθεται το παρακάτω εδάφιο:

"Για τους ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που κατέχουν θέση μέλους Δ.Ε.Π. στα Τμήματα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Τ.Ε.Φ.Α.Α.) των Α.Ε.Ι., εξακολουθούν να ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου 1 του ν. 2188/1994 (ΦΕΚ 18 Α'). Οι ιατροί αυτοί μπορούν να ανακαλέσουν τη δήλωση παραίτησης από μέλος Δ.Ε.Π. των Τ.Ε.Φ.Α.Α. εντός αποκλειστικής προθεσμίας εξήντα (60) ημερών από τη δημοσίευση αυτού του νόμου."

14. Με τις διατάξεις του νόμου αυτού δεν θίγονται: α) οι διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 7 του ν. 1268/1982, όπως ισχύουν, περί ίδρυσης, κατάργησης, συγχώνευσης ή μετονομασίας κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων των Α.Ε.Ι., β) οι διατάξεις του άρθρου 13 του ν. 1397/1983, όπως ισχύουν, περί εγκατάστασης ή μεταγκατάστασης πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., γ) οι διατάξεις του ν. 249/1976 και της παραγράφου 23 του άρθρου 45 του ν. 1268/1982, όπως ισχύουν, περί πειθαρχικής αρμοδιότητας για τα μέλη Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι. και δ) οι κείμενες διατάξεις, που αναφέρονται στην αρμοδιότητα των τμημάτων Α.Ε.Ι. και των τομέων τους, καθώς και των κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων τους, για όλα τα ζητήματα, που αφορούν το εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο τους.

15. Ιατροί, υπήκοοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κάτοχοι άδειας άσκησης επαγγέλματος και τίτλου ειδικότητας, που έχουν αναγνωριστεί στην Ελλάδα, οι οποίοι έχουν εκπληρώσει στο κράτος προέλευσης υπηρεσία τουλάχιστον δεκαπέντε (15) μηνών, αντίστοιχη με την υπηρεσία υπαίθρου του άρθρου 1 παρ. 1 του ν.δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303 Α'), μπορούν να είναι υποψήφιοι για θέση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., κατά παρέκκλιση της διάταξης της παραγράφου 11 του άρθρου 21 του ν. 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α').

Ως αντίστοιχη υπηρεσία θεωρείται, ιδίως, ο χρόνος πρακτικής άσκησης της ιατρικής σε νοσοκομείο ή ιατρείο, εάν απαιτείται ως υποχρεωτική προϋπόθεση μετά τη λήψη του πτυχίου για την έναρξη εκπαίδευσης σε ιατρική ειδικότητα.

16. Στο ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α') αντικαθίσταται η παρ. 1 του άρθρου 88 ως εξής:

"Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ., όλων των βαθμών, οι οδοντίατροι, καθώς και οι φαρμακοποιοί, χημικοί, βιοχημικοί, κλινικοί χημικοί, βιολόγοι και φυσικοί νοσοκομείων - ακτινοφυσικοί, που υπηρετούν στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας, υποχρεούνται σε εφημερία στο Νοσοκομείο ή στο Κέντρο Υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες των τμημάτων, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων και εν γένει σύμφωνα με τις ανάγκες για την απρόσκοπτη λειτουργία του Νοσοκομείου ή του Κέντρου Υγείας. Στους ιατρούς και τους λοιπούς ως άνω επιστήμονες ενεργού εφημερίας καταβάλλεται αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον καθορισμό της υπερωριακής απασχόλησης".

Η ισχύς της διάταξης αυτής αρχίζει από 1.1.2002.

17. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 24 του ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"Η προκήρυξη για την πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, παρασκευαστών, ραδιολογίας - ακτινολογίας, χειριστών - εμφανιστών, χειριστών ιατρικών συσκευών, χειριστών ιατρικών μηχανημάτων σε Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και Ε.Κ.Α.Β., καθώς και του προσωπικού του κλάδου ΔΕ πληρωμάτων ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β., γίνεται μέχρι το τέλος του επόμενου έτους κατά το οποίο η θέση κενώθηκε για οποιονδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας, μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, χωρίς να απαιτείται Πράξη Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.)."

18. Με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού οι εκλεγμένοι πρόεδροι του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, οι οποίοι υπηρετούν ως υπάλληλοι του ευρύτερου δημόσιου τομέα, επιτρέπεται να απέχουν από τα καθήκοντά τους για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με αυτήν την ιδιότητα καθ' όλο το χρονικό διάστημα της θητείας τους. Η καταβολή των αποδοχών τους βαρύνει το φορέα από τον οποίο προέρχονται.

19. Με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου μπορεί να επιτρέπεται η μερική αποχή των παραπάνω προσώπων από τα καθήκοντά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΤΕΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 14

Τελικές διατάξεις

1. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού ρυθμίζονται τα κάθε είδους ειδικότερα θέματα, καθώς και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου αυτού.

2. Από τη δημοσίευση του παρόντος καταργούνται οι διατάξεις:

α) των άρθρων 6 παρ. 1, 8, 12 παρ. 1, 11 παρ. 3 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'),

β) της παρ. 1 του άρθρου 18 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α'),

γ) των άρθρων 48 παράγραφοι 1 και 2, 54, 55 πλην της παρ. 3, 56 παρ. 1 και 3, 58 παράγραφοι 1, 3, 4 και 5 και 60 του ν. 2971/1992 (ΦΕΚ 123 Α'),

δ) της παρ. 4 του άρθρου 5 του ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α'),

ε) των άρθρων 15, 16, 17, 34 παράγραφοι 1, 2 εδ. α' και β', 3 και του άρθρου 37 παράγραφοι 1, 2, 3, 4 και 5 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'), καθώς και κάθε γενική ή ειδική διάταξη που είναι αντίθετη προς τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

Καταργούνται οι διατάξεις της παρ. 2 α (3) β του άρθρου 12, των περιπτώσεων (1), (2), (4), (5) και (6) του στοιχείου β' της παρ. 2 του άρθρου 13, των περιπτώσεων (1), (10), (12), (13) του εδαφίου α' της παρ. 2 του άρθρου 14 και των περιπτώσεων (1) και (4) του εδαφίου β' της παρ. 1 του άρθρου 33 του προεδρικού διατάγματος 95/2000 "Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" (ΦΕΚ 76 Α'), καθώς και οι διατάξεις της περίπτωσης 1 του εδαφίου Ζ' της παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 2647/1998 (ΦΕΚ 237 Α') ως προς την προβλεπόμενη, από τις διατάξεις αυτές, έγκριση σκοπιμότητας εκτέλεσης έργων και προμήθειας πάσης φύσεως εξοπλισμού.

3. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (Πε.Σ.Υ.) του άρθρου 3 του ν. 1397/1983 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (ΦΕΚ 143 Α') καταργούνται.

Άρθρο 15

Μεταβατικές διατάξεις

1. Από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου αρχίζουν οι διαδικασίες για τη συγκρότηση των Διοικητικών Συμβουλίων, καθώς και για την οργάνωση και τη στελέχωση των Πε.Σ.Υ. και των αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων τους.

Η διοικητική μέριμνα, μέχρι την έναρξη της λειτουργίας της Κεντρικής Υπηρεσίας των Πε.Σ.Υ., παρέχεται από τη Διοικητική Υπηρεσία του μεγαλύτερου, σε αριθμό κλινών, νοσοκομείου της χωρικής τους αρμοδιότητας και οι απαιτούμενες πιστώσεις βαρύνουν τα λειτουργικά έξοδα του προϋπολογισμού του φορέα αυτού.

2. Η έναρξη της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ. ορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Μέχρι την έναρξη της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., ο Πρόεδρος και τα υφιστάμενα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων συνεχίζουν να ασκούν όλες τις, αντίστοιχες, αρμοδιότητες που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 16 του ν. 2519/1997 ή από κάθε άλλη γενική ή ειδική διάταξη.

Από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., οι αρμοδιότητες που προβλέπονται στον παρόντα νόμο για τους Διοικητές και τα Συμβούλια Διοίκησης των ανεξάρτητων Μονάδων του Πε.Σ.Υ., ασκούνται, αντίστοιχα, μέχρι την τοποθέτηση των Διοικητών και τη συγκρότηση των Συμβουλίων Διοίκησης, από τους Προέδρους και τα σημερινά Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων. Μέχρι την τοποθέτηση των

λοιπών οργάνων διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων του Πε.Σ.Υ. ή τη συγκρότηση των λοιπών συλλογικών οργάνων, που προβλέπονται στον παρόντα νόμο, διατηρούνται οι αρμοδιότητες και η λειτουργία των οργάνων, που προβλέπονται στην υφιστάμενη οργάνωση των νοσοκομείων.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να αντικαθίσταται, σε περίπτωση παραίτησής του, ο Πρόεδρος ή οποιοδήποτε άλλο όργανο διοίκησης ή μέλος συλλογικού οργάνου της μεταβατικής περιόδου.

4. Η έναρξη της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων, ως αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Μέχρι την έκδοση της υπουργικής απόφασης του προηγούμενου εδαφίου, τα Κέντρα Υγείας, με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, εξακολουθούν να λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, στα οποία υπάρχουν μέχρι σήμερα, και οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των νοσοκομείων αυτών.

5. Από την έναρξη της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων καταργούνται ως οργανικές θέσεις του αντίστοιχου νοσοκομείου και συνιστώνται ισάριθμες και ομοιόβαθμες θέσεις, οι οποίες προστίθενται στους οργανισμούς των αντίστοιχων Κέντρων Υγείας. Το πάσης φύσεως προσωπικό, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και κατέχει οργανικές θέσεις αυτών ενσωματωμένες στους οργανισμούς των νοσοκομείων, εντάσσεται, αυτοδικαίως, από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας αυτών, στις συνιστώμενες κατά την προηγούμενη παράγραφο θέσεις. Για την ένταξη εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η προϋπηρεσία των εντασσόμενων υπαλλήλων προσμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση.

6. Τα Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.) της παρ. 1 του άρθρου 6 του ν. 1397/1983, όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 1759/1988 και τροποποιήθηκε με τις παραγράφους 1 έως 6 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 καταργούνται από την έναρξη της λειτουργίας των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ. και των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης των Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ., που προβλέπονται στις παραγράφους 8 και 11 του άρθρου 11 του νόμου αυτού. Η ημέρα έναρξης της λειτουργίας των ανωτέρω Συμβουλίων ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Μέχρι την ημέρα αυτή εξακολουθεί η λειτουργία των Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. και παρατείνεται μέχρι τότε η θητεία των μελών τους, εάν λήγει νωρίτερα ή έχει λήξει πριν από τη δημοσίευση αυτού του νόμου χωρίς τα Συμβούλια να ανασυγκροτηθούν.

Όπου στις κείμενες διατάξεις υπάρχει η λέξη Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. νοείται, ανάλογα με το βαθμό του κρινόμενου ή αξιολογούμενου, το Περιφερειακό Συμβούλιο Επιλογής ή το Συμβούλιο Αξιολόγησης Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ. των παραγράφων 8 και 14 του άρθρου 11 ή το

Συμβούλιο Επιλογής ή το Συμβούλιο Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ. της παραγράφου 11 του άρθρου 11 αυτού του νόμου.

7. Μέχρι τη συγκρότηση των Υπηρεσιακών Συμβουλίων των Πε.Σ.Υ., της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος, διατηρούν την πειθαρχική δικαιοδοσία τους τα υφιστάμενα Υπηρεσιακά Συμβούλια των νοσοκομείων ή τα κοινά Υπηρεσιακά Συμβούλια, όπου υπάρχουν, στα οποία εξακολουθούν να υπάγονται οι υπάλληλοι των αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., πλην του ιατρικού προσωπικού.

8. Το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο εξακολουθεί να λειτουργεί με τη σύνθεση που προβλέπεται στη διάταξη της παρ. 5 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997, μέχρι τη συγκρότησή του κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 20 του άρθρου 11 του παρόντος.

Άρθρο 16

Η διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 8 του ν. 2747/1999 (ΦΕΚ 226 Α') τροποποιείται ως εξής:

"Παροχές ασθένειας Ι.Κ.Α.

Κατ' εξαίρεση για το έτος 2001 στους άνεργους απολυμένους της Ναυπηγοεπισκευαστικής Ζώνης του Περάματος και στα μέλη οικογενείας τους που αναφέρονται στο άρθρο 33 του α.ν. 1846/1951 (ΦΕΚ 179 Α') παρέχεται από το Ι.Κ.Α. πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εφόσον έχουν πραγματοποιήσει τριάντα (30) τουλάχιστον συνολικά ημέρες εργασίας σε ναυπηγοεπισκευαστικές εργασίες κατά τα έτη 1996, 1997 και 1998."

Άρθρο 17

1. Η επιλογή του προσωπικού του κλάδου ΔΕ Φύλαξης των Καταστημάτων Κράτησης της Χώρας διενεργείται από το Υπουργείο Δικαιοσύνης, κατ' ανάλογη εφαρμογή των παραγράφων 6 και 7 του άρθρου 9 του ν. 2734/1999, σχετικά με την πρόσληψη φρουρών της ΕΛ.ΑΣ. Για το προσωπικό του κλάδου αυτού, τα θέματα που προβλέπονται στην παράγραφο 6 του άρθρου 9 του ν. 2734/1999 ρυθμίζονται με απόφαση του Υπουργού Δικαιοσύνης.

2. Η διευθέτηση της έννομης κατάστασης η οποία ανέκυψε ύστερα από την απόφαση αρ. 79/2001 του Ε' Τμήματος του Συμβουλίου Επικρατείας, με την οποία ακυρώθηκε το αρ. 163/30.7.1999 (ΦΕΚ 158 Α') προεδρικό διάταγμα ίδρυσης του Εφετείου Λαμίας, πρέπει να γίνει μέσα σε ένα τρίμηνο από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου με την έκδοση νέου προεδρικού διατάγματος, που είτε θα ανακαλεί το ιδρυτικό του Εφετείου Λαμίας διάταγμα είτε θα το τροποποιεί είτε θα επανιδρύει το Εφετείο. Στο τρίμηνο δεν υπολογίζεται ο χρόνος έκφρασης γνώμης από τον Άρειο Πάγο, σύμφωνα με το ν. 1756/1988, ούτε ο χρόνος επεξεργασίας του νέου προεδρικού διατάγματος από το Συμβούλιο της Επικρατείας. Το Εφετείο Λαμίας θα εξακολουθεί να λειτουργεί και να παρέχει απρόσκοπτα έννομη προστασία στο μεταβατικό χρονικό διάστημα έως την έκδοση νέου προεδρικού διατάγματος. Οι ως τώρα πράξεις του Εφετείου Λαμίας παραμένουν έγκυρες.

Άρθρο 18

Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, προσωπικού που προσλήφθηκε για την υλοποίηση των προγραμμάτων:

α. Κοινοτικής Πρωτοβουλίας "ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ" άξονας HORIZON

β. Επιχειρησιακού Προγράμματος "Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας" (Υποπρόγραμμα 4 - Μέτρα 1, 2 και 3, Υποπρόγραμμα 5 - Μέτρο 5) και

γ. Επιχειρησιακού Προγράμματος "Υγεία-Πρόνοια" (Υποπρόγραμμα 3 - Μέτρο 3), το οποίο εξακολουθεί να υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, θεωρούνται ότι ουδέποτε έληξαν και το προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε κενές οργανικές θέσεις του φορέα απασχόλησης, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Εάν δεν υφίστανται κενές θέσεις, η κατάταξη γίνεται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχης ειδικότητας, που συνιστώνται με την απόφαση κατάταξης και καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του εργαζόμενου από την υπηρεσία. Προϋπόθεση για την παραπάνω κατάταξη αποτελεί η συνέχιση, από το οικείο νοσηλευτικό ίδρυμα, της δραστηριότητας παροχής υπηρεσιών υγείας, που ανέπτυξε το σχετικό πρόγραμμα.

Ο τερματισμός της παραπάνω δραστηριότητας συνεπάγεται την αυτοδίκαιη καταγγελία της σύμβασης εργασίας αορίστου χρόνου. Το παραπάνω προσωπικό αξιολογείται, από ειδική επιτροπή του οικείου φορέα, για την απόδοση και το ήθος του, τουλάχιστον μία φορά κάθε διετία. Τυχόν αρνητική κρίση αποτελεί λόγο υποχρεωτικής καταγγελίας της σύμβασης, η οποία λύεται από την κοινοποίηση σχετικής έγγραφης δήλωσης της υπηρεσίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η συγκρότηση των ειδικών επιτροπών αξιολόγησης, ορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία αξιολόγησης του παραπάνω προσωπικού και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

Άρθρο 19

1. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, που από το σύνολο των περιστάσεων κρίνονται δικαιολογημένες για την αποκατάσταση της υγείας οικονομικά αδυνάτων ατόμων, που πάσχουν από ανίατες ή δυσίατες ασθένειες ή έχουν υποστεί βαρείες σωματικές κακώσεις, μπορεί, με αιτιολογημένες αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, να εγκρίνεται η συγκέντρωση χρημάτων με τραπεζικούς λογαριασμούς, που έχουν ανοιχτεί στο όνομα των παραπάνω προσώπων ή αυτών που έχουν την επιμέλειά τους, κατ' παρέκκλιση των διατάξεων του ν. 5101/1931 "περί ενεργειών εράνων και λαχειοφόρων ή φιλανθρωπικών αγορών" (ΦΕΚ 238 Α') και να αποδίδονται εν όλω ή εν μέρει τα χρήματα που συγκεντρώθηκαν στα παραπάνω πρόσωπα.

2. Στο άρθρο 48 παρ. 1α του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α') προστίθεται περίπτωση (ι), ως εξής:

"(ι) Την εξέταση ή επανάκριση ανά μορφή και περιεκτικότητα φαρμακευτικού προϊόντος, προκειμένου αυτό να περιληφθεί στον κατάλογο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή να επανακριθεί σύμφωνα με το άρθρο 23 του ν. 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α').

3. Αρμόδια αρχή για θέματα ιατροτεχνολογικών προϊόντων, κατά την έννοια των σχετικών οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ορίζεται ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Η διάταξη της περίπτωσης 3 του στοιχείου δ' της παραγράφου 2 του άρθρου 33 του π.δ. 95/2000 "οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" (ΦΕΚ 76 Α') καταργείται.

4. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων διοικείται από δε-

καμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Στα μέλη του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. που προβλέπονται στη διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 5 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α'), όπως ισχύει, προστίθεται ένας (1) εκπρόσωπος του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

Άρθρο 20

Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συστάται Εθνικό Συμβούλιο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων, με γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για την πρόληψη και προστασία της υγείας του ελληνικού πληθυσμού από βιολογικούς και τοξικούς παράγοντες, που μπορεί να προέρχονται ιδίως από πολεμικές αιτίες, ατυχήματα, φυσικές καταστροφές ή επιδημίες.

Ειδικότερα, το Εθνικό Συμβούλιο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων:

1. Αξιολογεί δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης.
2. Εισηγείται μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση πιθανών βιολογικών και τοξικών κινδύνων.
3. Εξασφαλίζει το συντονισμό μηχανισμών ταχείας αντίδρασης σε περίπτωση βιολογικής απειλής της ανθρώπινης ζωής και υγείας.
4. Μεριμνά για την πληροφόρηση του κοινού σχετικά με θέματα που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του, καθώς και για τους τρόπους προφύλαξης.
5. Αξιολογεί προτάσεις πρόληψης συμβαμάτων από βιολογικούς και τοξικούς κινδύνους.
6. Εισηγείται στην πολιτική ηγεσία μέτρα και δράσεις σε επικείμενες ή νεοεμφανιζόμενες βιολογικές καταστροφές ή επιδημίες.
7. Επιβλέπει την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με βιολογικούς και τοξικούς κινδύνους.

Μέλη του Συμβουλίου διορίζονται με θητεία τριών ετών:

- α. Ακαδημαϊκοί και Καθηγητές των Α.Ε.Ι., που καλύπτουν τα απαραίτητα γνωστικά αντικείμενα και ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
- β. Ο Γενικός Διευθυντής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- γ. Εκπρόσωπος του Υπουργού Εθνικής Άμυνας.
- δ. Εκπρόσωπος του Υπουργού Περιβάλλοντος.
- ε. Εκπρόσωπος του Υπουργού Γεωργίας.

Το Συμβούλιο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος προεδρεύει και μπορεί να αναθέτει σε μέλη του Συμβουλίου την παρακολούθηση ειδικών θεμάτων και την υποβολή σχετικής εισήγησης.

Το Συμβούλιο υποστηρίζεται για τη λειτουργία του από το Γραφείο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων, που συστάται στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) και το οποίο εξασφαλίζει την παροχή στο Εθνικό Συμβούλιο όλων των απαραίτητων πληροφοριών για την εκπλήρωση των στόχων του, καθώς και τη διοικητική υποστήριξή του.

Άρθρο 21

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 2 Μαρτίου 2001

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ

Κ. ΛΑΛΙΩΤΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΑΣ

Γ. ΑΝΩΜΕΡΙΤΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

Α. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Π. ΕΥΘΥΜΙΟΥ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Τ. ΓΙΑΝΝΙΤΣΗΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Μ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 2 Μαρτίου 2001

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Μ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ**ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ**

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * ΤΕΛΕΧ 223211 ΥΡΕΤ GR * FAX 52 21 004

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <http://www.et.gr>e-mail: webmaster@et.gr**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΩΝ**

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Σολωμού 51		ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.	
Πληροφορίες δημοσιευμάτων Α.Ε. - Ε.Π.Ε.	5225 761 - 5230 841	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ - Βασ. Όλγας 227 - Τ.Κ. 54100	(031) 423 956
Πληροφορίες δημοσιευμάτων λοιπών Φ.Ε.Κ.	5225 713 - 5249 547	ΠΕΙΡΑΙΑΣ - Γούναρη και Εθν. Αντίστασης Τ.Κ. 185 31	4135 228
Πώληση Φ.Ε.Κ.	5239 762	ΠΑΤΡΑ - Κορίνθου 327 - Τ.Κ. 262 23	(061) 638 109-110
Φωτοαντιγράφα παλαιών Φ.Ε.Κ.	5248 141	ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Διοικητήριο Τ.Κ. 450 44	(0651) 87215
Βιβλιοθήκη παλαιών Φ.Ε.Κ.	5248 188	ΚΟΜΟΤΗΝΗ - Δημοκρατίας 1 Τ.Κ. 691 00	(0531) 22 858
Οδηγίες για δημοσιεύματα Α.Ε. - Ε.Π.Ε.	5248 785	ΛΑΡΙΣΑ - Διοικητήριο Τ.Κ. 411 10	(041) 597449
Εγγραφή Συνδρομητών Φ.Ε.Κ. και		ΚΕΡΚΥΡΑ - Σμαρά 13 Τ.Κ. 491 00	(0661) 89 127 / 89 120
αποστολή Φ.Ε.Κ.	5248 320	ΗΡΑΚΛΕΙΟ - Πλ. Ελευθερίας 1, Τ.Κ. 711 10	(081) 396 223
		ΛΕΣΒΟΣ - Πλ. Κωνσταντίνουπόλεως Τ.Κ. 811 00 Μυτιλήνη	(0251) 46 888 / 47 533

ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ**Σε έντυπη μορφή**

- Για τα ΦΕΚ από 1 μέχρι 24 σελίδες 300 δρχ. (0,88 euro)
- Για τα ΦΕΚ από 24 σελίδες και πάνω η τιμή πώλησης κάθε φύλλου (8σέλιδου ή μέρους αυτού) προσαυξάνεται κατά 100 δρχ. ανά 8σέλιδο ή μέρος αυτού.

Σε μορφή CD:**Τεύχος**

Α

ΔΡΧ.**EURO**

60.000

176,08

Β

70.000

205,43

Δ

50.000

146,74

Α.Ε. - Ε.Π.Ε. (μηνιαίο)

20.000

58,69

Α.Β.Δ. (τριμηνιαίο)

30.000

88,04

Η τιμή των CD's παραλθόντων ετών προσαυξάνεται κατά 2.000 δρχ. (5,87 euro) ανά έτος παλαιότητας.

Η τιμή διαθέσιμης φωτοαντιγράφου ΦΕΚ 50 δρχ. (0,15 euro) ανά σελίδα

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.

Τεύχος	Σε έντυπη μορφή				Από το Internet			
	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531		Κ.Α.Ε. εσόδου υπέρ ΤΑΠΕΤ 3512		Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531		Κ.Α.Ε. εσόδου υπέρ ΤΑΠΕΤ 3512	
	δρχ.	euro	δρχ.	euro	δρχ.	euro	δρχ.	euro
Α (Νοίκας Π.Δ., Συμβουλές κ.τ.λ.)	70.000	205,43	3.500	10,27	60.000	176,08	3.500	8,80
Β (Υπουργικές αποφάσεις κ.τ.λ.)	100.000	293,47	5.000	14,67	70.000	205,43	3.500	10,27
Γ (Διορισμοί, απολύσεις κ.λπ. Δημ. Υπαλλήλων)	20.000	58,69	1.000	2,93	ΔΩΡΕΑΝ	-	-	-
Δ (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομικά κ.τ.λ.)	100.000	293,47	5.000	14,67	50.000	146,74	2.500	7,34
Αναπτυξιακών Προβλεψ. Τ.Α.Π.Σ.	50.000	146,74	2.500	7,34	30.000	88,04	1.500	4,40
Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κ.λπ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.)	20.000	58,69	1.000	2,93	ΔΩΡΕΑΝ	-	-	-
Παράρτημα (Προκηρύξεις θέσεων ΔΕΠ κ.τ.λ.)	10.000	29,35	500	1,47	ΔΩΡΕΑΝ	-	-	-
Δελτίο Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	20.000	58,69	1.000	2,93	10.000	29,35	500	1,47
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.)	ΔΩΡΕΑΝ	-	-	-	ΔΩΡΕΑΝ	-	-	-
Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.	30.000	88,04	1.500	4,40	10.000	29,35	500	1,47
Αγωνιστών Εταιρειών & Ε.Π.Ε.	700.000	2.054,29	35.000	102,71	200.000	586,94	10.000	29,35
Διακρίσεων Δημοσίων Συμβάσεων (Δ.Δ.Σ.)	70.000	205,43	3.500	10,27	30.000	88,04	1.500	4,40

Το κόστος για την ηλεκτρονική μορφή προσαυξάνεται σε προηγούμενα έτη προσαυξάνεται κατά 2.000 δρχ. (5,87 euro) ανά έτος παλαιότητας.

- * Οι συνδρομές του ερωτηρίου προπληρώνονται στις ΔΟΥ που δίνουν αποδεικτικό είσπραξης (διπλότυπο) το οποίο με τη φρονιδα του ενδιαφερομένου πρέπει να στέλνεται στην Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.
- * Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσού που αντιστοιχεί σε συνδρομές, εισπράττεται και από τις ΔΟΥ.
- * Οι συνδρομητές του εξωτερικού έχουν τη δυνατότητα λήψης των δημοσιευμάτων μέσω internet, με την καταβολή των αντίστοιχων ποσών συνδρομής και ΤΑΠΕΤ.
- * Οι Νομολογικές Αυτοδιοικήσεις, οι Δήμοι, οι Κοινότητες ως και οι επιχειρήσεις αυτών πληρώνουν το μισό χρηματικό ποσό της συνδρομής και ολοκληρω το ποσό υπέρ του ΤΑΠΕΤ.
- * Η συνδρομή ισχύει για ένα χρόνο, που αρχίζει την 1η Ιανουαρίου και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου. Δεν εγγράφονται συνδρομητές για μικρότερο χρονικό διάστημα.
- * Η εγγραφή ή ανανέωση της συνδρομής πραγματοποιείται το αργότερο μέχρι τον Μάρτιο κάθε έτους.
- * Αντίγραφα διπλοτύπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γραμμάτια δεν γίνονται δεκτά.

Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00' έως 13.00'

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

στο σχέδιο νόμου «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας»

Προς τη Βουλή των Ελλήνων

I. Η εγκαθίδρυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), με τις διατάξεις του ν. 1397/1983, αποτέλεσε μια μεγάλη ανατροπή, για να καλυφθεί ένα τεράστιο κενό στην υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη. Το κενό αυτό το συνέθεταν οι ελλείψεις και πεπαλαιωμένες υποδομές και η παρωχημένη τεχνολογία και μάταια επιχειρούσε να το καλύψει η προσωποπαγής άσκηση της ιατρικής και η επίμοχθη προσπάθεια των αγροτικών ιατρών, που προσπαθούσαν, σχεδόν μόνοι τους, να καλύψουν τις ανάγκες υγείας των αγροτικών περιοχών. Γι' αυτό το Ε.Σ.Υ. αποτέλεσε πληρωμή οφειλόμενου χρέους από την πολιτεία προς τους πολίτες αυτής της χώρας.

Με την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ., η χώρα μας, έστω και καθυστερημένα, σε σύγκριση με άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, εισήλθε σε μια διαδικασία σταδιακής και προγραμματισμένης υγειονομικής ανάπτυξης. Στόχος ήταν η συγκρότηση ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη, για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης.

Παρά το ότι η προσπάθεια εκείνη ποτέ δεν ολοκληρώθηκε, είναι γεγονός ότι χάρη στο Ε.Σ.Υ. πέρασε οριστικά η περίοδος που η χώρα μας εθεωρείτο υγειονομικά υπανάπτυκτη, που στην υγεία κυριαρχούσαν καταστάσεις κοινωνικού Δαρβινισμού και εγκατάλειψης. Οι δείκτες αποδεικνύουν ότι οι υγειονομικές ανισότητες έχουν περιοριστεί, ενώ ο μεγάλος αριθμός των ασθενών που έφευγαν στις δεκαετίες του '70 και του '80 για νοσηλεία στο εξωτερικό αποτελούν πλέον παρελθόν. Σήμερα υφίσταται ικανός αριθμός καινούργιων νοσοκομείων με εξειδικευμένες μονάδες και τμήματα, στα οποία ασκείται σύγχρονη ιατρική από εξαιρετικούς επιστήμονες και νοσηλευτικό προσωπικό.

Όμως, παρά τις προόδους αυτές, παρά τη σημαντική ποσοτική και ποιοτική μεγέθυνση του υγειονομικού μας συστήματος, αυτό εξακολουθεί να εμφανίζει αρνητικά φαινόμενα, στρεβλώσεις και δυσλειτουργίες. Τα προβλήματα, χρόνο με το χρόνο, πολλαπλασιάζονται και οξύνονται.

Τα προβλήματα αυτά αφορούν, ιδίως:

- 1) - την ελλιπή οργάνωση και λειτουργία,
- 2) - τη χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα,
- 3) - την ανισότητα στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι μόνο ανάμεσα στο κέντρο και την περιφέρεια αλλά ακόμα και μέσα στα όρια της ίδιας περιφέρειας,
- 4) - τον πληθωρισμό του ιατρικού επαγγέλματος,
- 5) - την ταχύτατη και ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και λειτουργία του ιδιωτικού τομέα υγείας, που εκμεταλλεύεται τα κενά και τις αδυναμίες του Ε.Σ.Υ., αλλά και την απουσία αυστηρού θεσμικού πλαισίου που να διέπει τη λειτουργία του συστήματος και να καθιερώνει μηχανισμούς ελέγχου και αξιολόγησής του,
- 6) - τις παγιωμένες αντιλήψεις, συμπεριφορές και πρακτικές.

Οι άμεσες συνέπειες όλων αυτών των προβλημάτων

δεν περιορίζονται απλά στην κατασπατάληση πολίτιμων υγειονομικών πόρων, αλλά, πολλές φορές, ταλαιπωρούν τον ασθενή και δημιουργούν κλίμα δυσπιστίας και ανασφάλειας στον πολίτη. Ακόμη, ακυρώνουν στην πράξη βασικές αρχές του Ε.Σ.Υ., όπως είναι η ολοκληρωμένη, καθολική και ισότιμη φροντίδα και περίθαλψη. Με το υπό ψήφιση σχέδιο νόμου η κυβέρνηση επιδιώκει την κατοχύρωση αυτών των βασικών αρχών, που αποτελούν την παρακαταθήκη του ιδρυτικού νόμου του Ε.Σ.Υ. (άρθρο 1 του ν. 1397/1983).

Είναι, συνεπώς, αναγκαία και επιβεβλημένη η παρέμβαση σε μια σειρά από τομείς και επίπεδα του υγειονομικού συστήματος, ώστε να δρομολογηθούν εκείνες οι αλλαγές, που θα το θέσουν σε μια σταθερά ανοδική πορεία. Σήμερα, όσο ποτέ άλλοτε, καταγράφεται μια ευρεία κοινωνική συναίνεση για βελτίωση και αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ., ενώ παράλληλα υφίστανται και οι κατάλληλες προϋποθέσεις. Με το σχέδιο νόμου επιχειρείται αφ' ενός να διασφαλιστεί ο δημόσιος χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. και αφ' ετέρου ο πολίτης να νιώσει ασφάλεια και σιγουριά για τις υπηρεσίες υγείας.

Επιχειρείται η αντιστοίχιση του υγειονομικού συστήματος με τις νέες ανάγκες, με την εισαγωγή κανόνων και μηχανισμών που υπηρετούν συγκεκριμένους στόχους και πολιτικές.

II. Το παρόν σχέδιο νόμου αποτελεί την αρχή της μεταρρύθμισης στο χώρο της Υγείας, που θα ολοκληρωθεί με νομοθετικές ρυθμίσεις, που αφορούν τη δημόσια υγεία, την ανάπτυξη και οργάνωση της δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της ενιαίας χρηματοδότησης και αποτελεσματικής διαχείρισης των πόρων, τις προμήθειες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας, την οργάνωση και λειτουργία του ιδιωτικού τομέα, την εκπαίδευση των ιατρών, καθώς και το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας.

III. Το σχέδιο νόμου περιλαμβάνει ρυθμίσεις, που αναφέρονται σε τρεις βασικούς άξονες, την Περιφερειακή Συγκρότηση του Ε.Σ.Υ., την Οργάνωση των Νοσοκομείων και την Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού.

Η Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί κεντρική επιλογή για την Κυβέρνηση και θεμελιώδους σημασίας απόφαση για το Ε.Σ.Υ.. Η αποκεντρωμένη διοίκηση αποτελεί για χρόνια το μοναδικό και κατά κανόνα επιτυχημένο μοντέλο διοίκησης για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Προς αυτή την κατεύθυνση πρέπει γρήγορα και εμείς να προχωρήσουμε. Τα Ναπολεόντειου τύπου αυταρχικά και συγκεντρωτικά μοντέλα, που λειτουργούν ακόμη στη χώρα μας, έχουν προ πολλού ξεπεραστεί. Μόνο με την αποκέντρωση θα μπορέσουμε να λύσουμε τα χρόνια προβλήματα διοίκησης, που μας ταλανίζουν. Το Υπουργείο θα παίξει τον επιτελικό ρόλο, που πρέπει να έχει και ο Υπουργός δεν θα αναλώνεται στην αντιμετώπιση της καθημερινότητας.

Η περιφερειακή συγκρότηση πραγματώνεται με τη σύσταση ολοκληρωμένων Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας ανά Περιφέρεια. Αυτό επιτρέπει την αποτύπωση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού και το σχέδιασμο για την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών. Με τον τρόπο αυτόν αντιμετωπίζεται και η σημερινή ιδιόρρυθμη κατάσταση, όπου σε χώρους με γεωγραφική και κοινωνική ενότητα, όπως είναι οι περιφέρειες, παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες στο επίπεδο και στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Περιφερειακού Συστήμα-

τος Υγείας, ως επιτελικό όργανο, εκπονεί τον Υγειονομικό Χάρτη της Περιφέρειας, όπου καταγράφονται οι υγειονομικές ανάγκες, εκπονεί επιχειρησιακό σχέδιο για την αντιμετώπιση αυτών των αναγκών, προγραμματίζει τις προσλήψεις προσωπικού και την προμήθεια υλικοτεχνικού εξοπλισμού και συντονίζει, καθοδηγεί και ελέγχει τη λειτουργία όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του, ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας.

Καταρτίζει ακόμη και παρακολουθεί την εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που στοχεύουν στη συνεχή επιστημονική πρόοδο του ανθρώπινου δυναμικού του. Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. έχει τη δυνατότητα να συνιστά μονομετοχικές κρατικές επιχειρήσεις, κατά τα επιτυχημένα πρότυπα των δημοτικών επιχειρήσεων, για την ανάληψη των κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών των νοσοκομείων ώστε να εξασφαλίζεται ευελιξία, ταχύτητα, εξοικονόμηση πόρων και αποτελεσματικότητα.

Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., για την επίτευξη του ρόλου του υποστηρίζεται από διοικητική δομή με σύγχρονη διάρθρωση και από επιστημονικά όργανα όπως το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Νοσηλευτικό Συμβούλιο.

Η Οργάνωση των Νοσοκομείων, ως αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων των Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, έχει στόχο τη διευκόλυνση της ουσιαστικής ένταξής τους σε ένα ολοκληρωμένο περιφερειακό σύστημα υγείας, χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο το εργασιακό καθεστώς των εργαζομένων σε αυτά. Τα νοσοκομεία διατηρούν τους οργανισμούς τους, τις κατά κλάδο και βαθμό οργανικές θέσεις τους, δικό τους προϋπολογισμό και όργανα διοίκησης.

Εισάγονται στα νοσοκομεία νέα συλλογικά όργανα, διοικητικά και επιστημονικά και νέες διοικητικές δομές. Ο Διοικητής και το Συμβούλιο Διοίκησης έχουν εκτεταμένες αρμοδιότητες. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων αναδιαρθρώνονται, αποκτούν σαφή ιεραρχική δομή διοίκησης και προβλέπονται νέα τμήματα και υπηρεσίες.

Η νέα μορφή οργάνωσης των νοσοκομείων επιτρέπει την εισαγωγή σύγχρονων συστημάτων διοίκησης, με την ανάπτυξη ολοκληρωμένου πληροφοριακού συστήματος και την ολοκλήρωση του ενιαίου διπλογραφικού - λογιστικού συστήματος, που εξασφαλίζουν την αποτελεσματική οργάνωση και διοίκηση, την ορθολογική διαχείριση των πόρων και τη δυνατότητα συνεχούς αξιολόγησης, ποιοτικής και ποσοτικής, του παραγόμενου έργου από το επιστημονικό και διοικητικό προσωπικό.

Η Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού αποτελεί κεντρική επιλογή της κυβερνητικής πολιτικής στο χώρο της υγείας. Καθιερώνονται ενιαίες εργασιακές σχέσεις για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. και τους πανεπιστημιακούς. Αίρεται με τον τρόπο αυτόν μία αιτία συγκρούσεων στο χώρο των νοσοκομείων και οι πανεπιστημιακοί ιατροί, ως κύριοι φορείς της ανανέωσης της επιστημονικής γνώσης, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο δημόσιο σύστημα υγείας και όχι στις ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα.

Με την απογευματινή λειτουργία των νοσοκομείων δίνεται η δυνατότητα στους ιατρούς να αυξήσουν με νόμιμο τρόπο τα εισοδήματά τους και στα νοσοκομεία να αξιοποιήσουν τον υψηλού επιπέδου και υψηλού κόστους εξοπλισμό τους, καθιστάμενα περισσότερο παραγωγικά και ανταγωνιστικά. Παράλληλα, ο Έλληνας ασθενής αποκτά εύκολη πρόσβαση στις, κατά τεκμήριο, υψηλής

ποιότητας υπηρεσίες υγείας του δημοσίου νοσοκομείου και ελευθερία επιλογής του ιατρού του.

Οργανώνονται, υπό την εποπτεία και παρακολούθηση του Πε.Σ.Υ., μηχανισμοί και προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού των μονάδων υγείας του Πε.Σ.Υ., ώστε το ανθρώπινο δυναμικό, που στελεχώνει το Ε.Σ.Υ., να παραμένει υψηλού επιπέδου.

Καθιερώνεται σύστημα αξιολόγησης των ιατρών του Ε.Σ.Υ., ως προς την επιστημονική επάρκεια και την παρακολούθηση των εξελίξεων στην ιδιαίτερα απαιτητική επισημη τους, ώστε να διασφαλίζεται η υψηλότερη δυνατή ποιότητα του επιστημονικού προσωπικού του Ε.Σ.Υ.

III. Ειδικότερα, οι επί μέρους διατάξεις του σχεδίου νόμου προβλέπουν τα εξής:

Άρθρο 1

Η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες, που ταυτίζονται με τις διοικητικές, στις οποίες οργανώνονται ολοκληρωμένα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.). Μέσα στα όρια της υγειονομικής περιφέρειας οι διάφορες μονάδες υγείας, νοσοκομεία και κέντρα υγείας, μετατρέπονται σε ανεξάρτητες αποκεντρωμένες μονάδες με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Με τη δημιουργία του Συντονιστικού Περιφερειακού Συμβουλίου (Συ.Πε.Συ.) εξασφαλίζεται η εναρμόνιση των πολιτικών υγείας των διαφόρων Πε.Σ.Υ., στο πλαίσιο του εθνικού σχεδιασμού.

Άρθρο 2

Στο Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. εκπροσωπούνται τόσο οι λειτουργοί και οι εργαζόμενοι του χώρου της υγείας όσο και η αυτοδιοίκηση. Στο Διοικητικό Συμβούλιο παρέχονται αποφασιστικές αρμοδιότητες, ώστε να ασκεί το ρόλο του ως επιτελικό όργανο στην Περιφέρεια. Στο πλαίσιο αυτό, εκπονεί τον υγειονομικό χάρτη της περιφέρειας, εκπονεί επιχειρησιακό πρόγραμμα, καταρτίζει προϋπολογισμό και συντάσσει απολογισμό, προγραμματίζει τις ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικοτεχνικό εξοπλισμό, καταρτίζει εκπαιδευτικά προγράμματα και συντονίζει και ελέγχει τη λειτουργία των αποκεντρωμένων μονάδων του, στο πλαίσιο του ενιαίου σχεδιασμού της περιφέρειας.

Ο Πρόεδρος και το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. υποστηρίζονται στο έργο τους από επιστημονικά όργανα, όπως το Επιστημονικό Συμβούλιο και το Νοσηλευτικό Συμβούλιο. Τονίζεται ιδιαίτερα η σημασία του Νοσηλευτικού Συμβουλίου, το οποίο στοχεύει στην αναβάθμιση του νοσηλευτικού προσωπικού και του ρόλου που αυτό έχει στο σύστημα υγείας.

Άρθρο 3

Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται μία Γενική Διεύθυνση, στην οποία προϊστάται ο Πρόεδρος - Γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ..

Η διάρθρωση και στελέχωση της Γενικής Διεύθυνσης του Πε.Σ.Υ. ανταποκρίνεται στην ανάγκη για αποκεντρωμένη διοίκηση και παρέχει τους κατάλληλους μηχανισμούς, ώστε η διοίκηση αυτή να είναι αποτελεσματική. Συνιστώνται τμήματα και διευθύνσεις για την οργανωτική ανάπτυξη και τον προγραμματισμό, τη διοικητική και οικονομική υποστήριξη και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

Περιγράφεται η διαδικασία επιλογής των ανώτερων διοικητικών στελεχών Υγείας, που διασφαλίζει τη διαφάνεια και την αξιοκρατία. Λαμβάνεται ακόμη μέριμνα για τη μετακίνηση προσωπικού, απαραίτητου για τη στελέχωση της νέας διοικητικής δομής.

Άρθρο 4

Η οικονομική υποστήριξη της λειτουργίας των Π.Σ.Υ. παρέχεται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, τόσο τον τακτικό όσο και τον προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων. Δίνεται ταυτόχρονα η δυνατότητα να ενισχύεται και από άλλες πηγές, ελληνικούς και διεθνείς οργανισμούς, καθώς και με δωρεές και κληροδοτήματα.

Άρθρο 5

Τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ιδρύονται ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του Π.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Έχουν δικό τους οργανισμό και προϋπολογισμό. Εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και από τον Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας. Η νέα μορφή τους ως αποκεντρωμένες ανεξάρτητες μονάδες του Π.Σ.Υ. καθιστά δυνατή την οργανική ένταξη τους στο ολοκληρωμένο περιφερειακό σύστημα υγείας.

Καθιερώνεται νέα διοικητική δομή, που δίνει τη δυνατότητα να εισαχθούν στα νοσοκομεία τα συστήματα της σύγχρονης και αποτελεσματικής διοίκησης. Ο Διοικητής έχει ουσιαστικές αρμοδιότητες και στο Συμβούλιο Διοίκησης συμμετέχουν οι προϊστάμενοι των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ώστε να εξασφαλίζεται η ορθολογική λειτουργία του νοσοκομείου.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, ως γνωμοδοτικό όργανο δίνει τη δυνατότητα, σε συνδυασμό με την αποτελεσματική διοίκηση, να εκπληρώνει το νοσοκομείο το σκοπό του, που είναι η παροχή υψηλού επιπέδου υπηρεσιών υγείας.

Άρθρο 6

Στον οργανισμό των νοσοκομείων προβλέπεται η δυναμικότητά του, η εσωτερική διάρθρωση των υπηρεσιών του και οι αρμοδιότητες τους, καθώς και οι κατακλάδοι και κατηγορία θέσεις του προσωπικού του.

Στον οργανισμό των νοσοκομείων προβλέπονται νέα επιστημονικά τμήματα, όπως τα τμήματα επείγοντων περιστατικών, γραφείο υποδοχής ασθενών και διεύθυνση ή τμήμα πληροφορικής.

Άρθρο 7

Η ιατρική υπηρεσία διατηρεί τη βασική της διάρθρωση αλλά αποκτά σαφέστερη διοικητική ιεραρχία. Αποσαφηνίζονται και διαβαθμίζονται οι αρμοδιότητες μεταξύ των Διευθυντών των τμημάτων, των τομέων και του Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας.

Άρθρο 8

Συγκροτείται Νοσηλευτικό Συμβούλιο με στόχο την αναβάθμιση του ρόλου της νοσηλευτικής υπηρεσίας. Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο λειτουργεί ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο για την επιλογή των Διευθυντών και των Τομεάρχων της νοσηλευτικής υπηρεσίας εξασφαλίζοντας

τον τρόπο αυτόν αξιοκρατικές επιλογές των διευθυντικών στελεχών.

Άρθρο 9

Δίνεται η δυνατότητα για ολόημερη λειτουργία των νοσοκομείων. Οι ιατροί μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες και πέραν του τακτικού ωραρίου. Δίνεται με τον τρόπο αυτόν η δυνατότητα στα νοσοκομεία να αυξήσουν την παραγωγικότητα και την ανταγωνιστικότητά τους αξιοποιώντας τον υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμό τους, στους πολίτες να έχουν ευκολότερη πρόσβαση στον ιατρό επιλογής τους, αλλά και στις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. και στους ιατρούς να αυξήσουν νόμιμα τα εισοδήματά τους.

Συνιστάται ειδικός λογαριασμός στον οποίο κατατίθενται οι αμοιβές για τις ιατρικές πράξεις, που διενεργούνται κατά την απογευματινή λειτουργία των νοσοκομείων και από τον οποίο αμείβεται το προσωπικό, ιατρικό και άλλο, που απασχολείται σε αυτή την απογευματινή λειτουργία.

Οι πανεπιστημιακοί ιατροί αντιμετωπίζονται με τους ίδιους όρους, που καθιερώνονται και για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ., θέτοντας έτσι την υψηλή επιστημονική τους κατάρτιση στην υπηρεσία του δημόσιου συστήματος υγείας.

Λαμβάνεται μέριμνα ώστε η απογευματινή λειτουργία των νοσοκομείων να μη διαταράσσει τη λειτουργία της εφημερίας και θεσπίζονται όροι ώστε να μην εκφυλιστεί η ρύθμιση σε μια νεκρή, υποδραστική δραστηριότητα των ιατρών.

Άρθρο 10

Δίνεται η δυνατότητα σε εξειδικευμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας να αξιολογηθούν για την ανάδειξη τους σε «Κέντρα Αριστείας». Η αναγόρευση αυτή εκτός από τιμητικό τίτλο, εξασφαλίζει στα κέντρα αυτά και πρόσθετη χρηματοδότηση, που διευκολύνει την επίτευξη των επιστημονικών τους σκοπών.

Άρθρο 11

Οι πανεπιστημιακοί ιατροί εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και από 1.1.2002 απαγορεύεται να ασκούν ιδιωτικό ιατρείο ή να προσφέρουν, με οποιαδήποτε σχέση, υπηρεσίες σε ιδιωτικές κλινικές, σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και πασης φύσεως ιδιωτικές επιχειρήσεις, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας.

Ενοποιούνται οι διαδικασίες πρόσληψης, επανάκρισης, αξιολόγησης και εξέλιξης των ιατρών του Ε.Σ.Υ., ώστε σταδιακά να υπάρξει ενιαίο εργασιακό καθεστώς. Συγκροτούνται Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής των Επιμελητών του Ε.Σ.Υ. με στόχο την ενίσχυση της αξιοπιστίας των αποφάσεών τους.

Η επιλογή των Διευθυντών του Ε.Σ.Υ. γίνεται πλέον σε κεντρικό επίπεδο από τα Συμβούλια Επιλογής Διευθυντών Ε.Σ.Υ. με στόχο την εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής αξιοπιστίας στην επιλογή των ανώτερων λειτουργών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Προβλέπεται διαδικασία αξιολόγησης των Διευθυντών ιατρών που υπηρετούν για πολλά χρόνια στο σύστημα ως προς την ανταπόκριση στα καθήκοντά τους και στις σύγχρονες

γησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ. Τα Συμβούλια Επιλογής και Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ. περιβάλλονται από κύρος επιστημονικό και κατοχυρώνεται το αδιάβλητο των διαδικασιών.

Προβλέπεται διαδικασία αξιολόγησης και για τους Επιμελητές του Ε.Σ.Υ. από Συμβούλια Αξιολόγησης Επιμελητών που συγκροτούνται από την Περιφέρεια.

Δίνεται η δυνατότητα να απονέμεται ο τίτλος του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ. σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ., που ανταποκρίνονται σε υψηλά επιστημονικά κριτήρια ανάλογα εκείνων των Καθηγητών Πανεπιστημίου.

Δημιουργούνται, υπό την εποπτεία και παρακολούθηση του Πε.Σ.Υ. και του νοσοκομείου, μηχανισμοί και συνθήκες για την προαγωγή της συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης του ιατρικού, του νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού των μονάδων υγείας.

Καταρτίζεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Κατάλογος Επικουρικών Ιατρών, με στόχο την κάλυψη έκτακτων υγειονομικών αναγκών, ιδιαίτερα σε ακριτικές ή απομονωμένες γεωγραφικά περιοχές.

Άρθρο 12

Περιγράφονται τα νέα πειθαρχικά όργανα και οι ποινές που δύνανται να επιβάλλουν ανάλογα με το βαθμό του παραπτώματος και ορίζεται σαφώς η υποχρέωσή τους να εκδίδουν τις αποφάσεις τους στο ελάχιστο δυνατό χρονικό διάστημα, ώστε να μη δημιουργείται η αίσθηση της ατιμωρησίας και της ασυδοσίας.

Άρθρο 13

Ρυθμίζονται ειδικά θέματα, που αφορούν στην οργάνωση και στο προσωπικό των Πε.Σ.Υ. και των αποκεντρωμένων μονάδων του.

Λαμβάνεται ειδική πρόνοια για την εναρμόνιση της οργάνωσης των νοσοκομείων που δεν είναι δυνατό, λόγω των διατάξεων του άρθρου 109 του Συντάγματος, να ενταχθούν στα Πε.Σ.Υ., προς αυτή των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ.. Όργανα διοίκησης στα νοσοκομεία αυτά είναι :

α) Το Διοικητικό Συμβούλιο, που συγκροτείται σύμφωνα με τις ισχύουσες σήμερα διατάξεις και έχει όλες τις αρμοδιότητες, σχετικά με το νοσοκομείο, που ασκούνται, δυνάμει του πρωτεϊνόμένου νόμου, από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. και το Συμβούλιο Διοίκησης. β) Ο Διοικητής, ο οποίος ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που προβλέπονται από τις διατάξεις του παρόντος νόμου, μη δυνάμενος, όμως, να ορίζεται Πρόεδρος ή μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου, όταν αυτό αποκλείεται λόγω των ειδικών διατάξεων του νόμου ή της διαθήκης περί συγκρότησης του Συμβουλίου αυτού.

Ρυθμίζεται επίσης ο τρόπος λειτουργικής διασύνδεσης των ανωτέρω νοσοκομείων με αυτά των Πε.Σ.Υ., με τη δυνατότητα λειτουργίας κοινών τμημάτων, εργαστηρίων ή μονάδων, την οργάνωση κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων ή τη διενέργεια κοινών διαγωνισμών για την προμήθεια του εξοπλισμού τους.

Δίνεται η δυνατότητα να ενταχθούν στο Ε.Σ.Υ. και τα νοσοκομεία των φυλακών χωρίς να αλλάξει το εργασιακό καθεστώς των εργαζομένων σε αυτά ιατρών και του λοιπού προσωπικού.

Άρθρα 14, 15, 16

Αναφέρονται οι καταργούμενες διατάξεις και οι διαδικασίες που ισχύουν μέχρι τη συγκρότηση των νέων οργάνων, που προβλέπονται από τον παρόντα νόμο.

Αθήνα, 8 Δεκεμβρίου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ,
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Β. Παπανδρέου

Γ. Παπαντωνίου

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Α. Γιαννίσης

Π. Ευθυμίου

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Α. Παπαδόπουλος

Μ. Σταθόπουλος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΟΥΜΕΝΩΝ Ή ΑΝΤΙΚΑΘΙΣΤΩΜΕΝΩΝ ΔΙΑΤΑΞΕΩΝ

1. Με το άρθρο 11 παρ. 20 του σχεδίου νόμου αντικαθίσταται η παράγραφος 5 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'), που ορίζει τα εξής:

«5. Το προβλεπόμενο από τις διατάξεις του άρθρου 34 του ν. 1397/1983 Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο αποτελείται από:

α) έναν (1) ανώτερο δικαστικό υπάλληλο, που ορίζεται από τον Υπουργό Δικαιοσύνης ως Πρόεδρος,

β) έναν (1) Σύμβουλο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους ή συνταξιούχο αυτού, που ορίζεται από τον Πρόεδρό του, ως αντιπρόεδρος,

γ) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ.,

δ) τον Πρόεδρο του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου του Π.Ι.Σ., ή του Προέδρου του Πειθαρχικού Συμβουλίου της Ε.Ο.Ο. προκειμένου για πειθαρχική δίωξη οδοντιάτρων,

ε) έναν (1) ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Για όλα τα μέλη με την ίδια διαδικασία ορίζεται αντίστοιχα αναπληρωτής.»

2. Με το άρθρο 13 παρ. 2 του σχεδίου νόμου αντικαθίσταται η παράγραφος 12 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α'), που ορίζει τα εξής:

«12. Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του ν.δ. 2592/1953 επιτρέπεται να αναθέτουν με σύμβαση έργου, κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, τη φύλαξη των χωρών τους σε ειδικά συνεργεία παροχής υπηρεσιών ασφάλειας, εφόσον η αμοιβή του αναδόχου δεν υπερβαίνει την απαιτούμενη δαπάνη για την πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων των οικείων κλάδων ή ειδικοτήτων. Η έγκριση

σκοπιμότητας της ανάθεσης γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.»

ΠΡΟΣΘΗΚΕΣ

1. Με το άρθρο 11 παρ. 22 του σχεδίου νόμου στο τέλος της πρώτης παραγράφου του άρθρου 23 του ν. 2519/1997 προστίθενται τα εξής εδάφια:

«Για την κάλυψη εκτάκτων αναγκών και των αναγκών των προηγούμενων εδαφίων τηρείται, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, κατάλογος επικουρικών ιατρών, ανά ειδικότητα. Στον κατάλογο αυτόν εγγράφονται ειδικευμένοι ιατροί, που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα ή είναι εγγεγραμμένοι στον Ο.Α.Ε.Δ.. Οι ιατροί, που εγγράφονται στον κατάλογο αυτόν, δεν πρέπει να κατέχουν τον τίτλο ειδικότητας περισσότερο από πέντε (5) έτη και δεν μπορούν να παραμείνουν στον κατάλογο περισσότερο από πέντε (5) έτη.

Οι επικουρικοί ιατροί, με την εγγραφή τους στον κατάλογο, δηλώνουν και το χρονικό διάστημα για το οποίο δεσμεύονται να απασχοληθούν, που δεν μπορεί να είναι μικρότερο των τριών μηνών, καθώς και τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο του έτους. Η αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζει πρόγραμμα ετοιμότητας των επικουρικών ιατρών, ώστε να υπάρχει κάλυψη καθ' όλο το έτος. Ο χρόνος απασχόλησής τους στην κάλυψη των εκτάκτων αναγκών υπολογίζεται ως χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ., όταν κρίνονται για την κατάληψη θέσης ιατρού Ε.Σ.Υ.

Η δαπάνη για την αμοιβή των επικουρικών ιατρών βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, αν αυτοί καλύπτουν αναγκες νοσοκομείου ή τον προϋπολογισμό του Πε.Σ.Υ., εάν καλύπτουν ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται ο τρόπος αμοιβής των ιατρών αυτών, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Οι προσλήψεις της παραγράφου αυτής εξαιρούνται από την αναστολή των διορισμών και προσλήψεων και τη διαδικασία έγκρισης της ΠΥΣ 55/11.11.1998 (ΦΕΚ 252 Α') όπως κάθε φορά ισχύει.»

Η παράγραφος 1 του άρθρου 23 του ν. 2519/1997 ορίζει:

Άρθρο 23

Προσλήψεις προσωπικού νοσοκομείων

1. Σε κενές θέσεις γιατρών με βαθμό Επιμελητή Ε.Σ.Υ. σε νοσοκομεία εκτός Αθήνας, Πειραιά και Θεσσαλονίκης και ιδιαίτερα σε νησιωτικές και προβληματικές περιοχές, κατά τη διάταξη της παραγράφου 10 του άρθρου 27 του ν. 1397/1983, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Δ.Σ. του νοσοκομείου, αφού προκηρυχθούν και δεν υπάρξουν υποψήφιοι για την κάλυψή τους, να προλαμβάνονται με σύμβαση ορισμένου χρόνου γιατροί με ειδικότητα αντίστοιχη της κενής θέσης. Οι συμβάσεις αυτές δεν μπορεί να είναι διάρκειας μεγαλύτερης του ενός (1) έτους. Κατά προτεραιότητα η σύμβαση συνάπτεται με γιατρούς που έχουν εγγραφεί στους καταλόγους ανεργίας του Ο.Α.Ε.Δ.. Οι προσλαμβανόμενοι είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Η διάταξη αυτή ισχύει...

Θεσσαλονίκης παραρτήματα του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.).

2. Με το άρθρο 12 παρ. 5 του σχεδίου νόμου προστίθεται στην παρ. 1 του άρθρου 77 του ν. 2071/1992 περιπ. 3 ως εξής:

«Ζ. η αδικαιολόγητη απουσία ή εγκατάλειψη θέσης»

Η παράγραφος 1 του άρθρου 77 του ν. 2071/1992 ορίζει τα εξής:

Άρθρο 77

Πειθαρχικά αδικήματα και πειθαρχικές ποινές

1) Πειθαρχικά αδικήματα των ιατρών Ε.Σ.Υ. είναι τα προβλεπόμενα από τις πειθαρχικές διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα και τα επόμενα:

α) Η άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος από τους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ή η κατοχή άλλης θέσης κατά παράβαση των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 63 του νόμου αυτού. Επίσης η άσκηση άλλου επαγγέλματος από τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ή τους ιατρούς συμβούλους, εκτός από τα επιτρεπόμενα στην παρ. 3 του άρθρου 63 του παρόντος νόμου.

β) Η δωροληψία και ιδίως η λήψη αμοιβής και η αποδοχή οποιασδήποτε άλλης περιουσιακής παροχής για την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής υπηρεσίας.

γ) Η συνεργασία με ιατρούς, που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, ή και με ιδιωτικές κλινικές, καθώς και η παράβαση των διατάξεων του άρθρου 63 παράγραφος 3 πλην της συνεργασίας για αποκλειστικώς επιστημονικούς λόγους.

δ) Η παράβαση κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.

ε) Η άνιση μεταχείριση αρρώστων στην παροχή ιατρικών φροντίδων ή η απρεπής συμπεριφορά προς αυτούς.

στ) Η παράβαση των διατάξεων του νόμου αυτού και των διατάξεων που διέπουν την οικεία υπηρεσιακή μονάδα περιθαλψής.

3. Με το άρθρο 13 παρ. 3 του σχεδίου νόμου προστίθεται στην παράγραφο 1 του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 δεύτερο εδάφιο, ως εξής:

«Οι θέσεις του προηγούμενου εδαφίου προστίθενται στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου και οι δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού των κλάδων Ε.Σ.Υ. α) νοσοκομειακών φαρμακοποιών β) φυσικών νοσοκομείων - ακτινοφυσικών γ) κλινικών χημικών, βιοχημικών, βιολόγων των ιατρικών εργαστηρίων δ) ψυχολόγων, που διορίζονται στις θέσεις αυτές, βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου.»

Η παράγραφος 1 του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 ορίζει τα εξής:

Άρθρο 44

«1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται κατά νοσοκομείο οι θέσεις των κλάδων των άρθρων 40, 41, 42 και 43.»

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ ΚΑΝΟΝΙΣΤΙΚΕΣ ΠΡΑΞΕΙΣ

Στο σχέδιο νόμου «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας»

γικής απόφασης με την οποία θα μπορεί να μεταβάλλεται η έδρα των Πε.Σ.Υ.. Η έκδοσή της δεν είναι αναγκαία για την υλοποίηση αυτού του νόμου.

2. Στο άρθρο 1 παρ. 2 ΙΑ προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία μπορεί ορισμένες περιοχές ή μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ορισμένων περιοχών μιας Υγειονομικής Περιφέρειας να υπάγονται σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια, για λειτουργικούς λόγους ή να μεταβάλλεται η μεταξύ των Πε.Σ.Υ. της ίδιας Υγειονομικής Περιφέρειας χωρική αρμοδιότητα. Η έκδοσή της δεν είναι αναγκαία για την υλοποίηση αυτού του νόμου.

3. Στο άρθρο 2 παρ. 3 εδάφ. α' προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία θα συγκροτούνται τα Διοικητικά Συμβούλια των Πε.Σ.Υ.. Με την ίδια απόφαση συγκρότησης του Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ. ορίζεται ένα από τα μέλη του ως Αντιπρόεδρος.

Στην ίδια παράγραφο, προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας στην οποία ορίζεται το ύψος της αποζημίωσης που καταβάλλεται στον αντιπρόεδρο, στα μέλη και στον υπάλληλο που ασκεί καθήκοντα γραμματέα και σ' αυτούς που μετέχουν στις συνεδριάσεις των Δ.Σ., των Πε.Σ.Υ..

4. Στο άρθρο 2 παρ. 9 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας η οποία θα καθορίζει το ύψος της αποζημίωσης και των εξόδων κίνησης του Προέδρου, των μελών και του Γραμματέα του Επιστημονικού και του Νοσηλευτικού Συμβουλίου των Πε.Σ.Υ..

5. Στο άρθρο 3 παρ. 1 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης, με την οποία διορίζεται ο Πρόεδρος σε κάθε Πε.Σ.Υ. καθώς επίσης και η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία διορίζεται ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής σε κάθε Πε.Σ.Υ..

6. Στο άρθρο 3 παρ. 2 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία συγκροτείται η Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανωτέρων Στελεχών Υγείας. Επίσης προβλέπεται ότι η προκήρυξη για την πλήρωση των θέσεων Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

7. Στο άρθρο 3 παρ. 3 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία ορίζονται οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και τα επιδόματα του Προέδρου και του Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή.

8. Στο άρθρο 3 παρ. 5γ προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών, Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία καθορίζει τη σύσταση, τα όργανα διοίκησης, ελέγχου και διαχείρισης, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια του Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης (Ε.Λ.Κ.Ε.Α.).

9. Στην ίδια παράγραφο του άρθρου 3 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία αφορά στην εκμετάλλευση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών προγραμμάτων και των ευρεσιτεχνιών του αρμόδιου τμήματος του Πε.Σ.Υ..

10. Στο άρθρο 3 παρ. 11 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία μπορεί να αποσπώνται, μετά από αίτησή τους, χωρίς γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων και για χρονικό διάστημα μέχρι δύο (2) ετών, ια-

τροί και υπάλληλοι των αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., καθώς και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και των εποπτευόμενων από το Υπουργείο αυτό νομικών προσώπων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, για κάλυψη των λειτουργικών αναγκών των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ..

11. Στο άρθρο 3 παρ. 12 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, με την οποία γίνεται μετὰταξη υπαλλήλων, μετά από αίτησή τους, από Περιφέρειες ή Υπουργεία ή Ν.Π.Δ.Δ. ή κρατικά νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου στα Πε.Σ.Υ..

12. Με το άρθρο 3 παρ. 13 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης η οποία καθορίζει τις ειδικότητες των θέσεων του ειδικού Επιστημονικού Προσωπικού που συνιστώνται σε κάθε Πε.Σ.Υ..

13. Στο άρθρο 3 παρ. 15 προβλέπεται η έκδοση υπουργικών αποφάσεων με τις οποίες συνιστάται στην έδρα κάθε Πε.Σ.Υ. ένα Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο, για την εκδίκαση των πειθαρχικών παραπομπών των υπαλλήλων της Κεντρικής Υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ. πλην του ιατρικού προσωπικού.

14. Στο άρθρο 5 παρ. 1 προβλέπεται η έκδοση προεδρικών διαταγμάτων με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, τα οποία δεν είναι αναγκαία για την υλοποίηση αυτού του νόμου. Με τα διατάγματα αυτά προβλέπεται ότι τα νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας ιδρύονται ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του Πε.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου υπάγονται, με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Με όμοια προεδρικά διατάγματα, τα νοσοκομεία μπορεί να συγχωνεύονται, να καταργούνται, ολικά ή μερικά, να μετατρέπονται σε γηριατρικά νοσοκομεία, σε νοσοκομεία αποκατάστασης, σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων, σε Ειδικά Κέντρα ή Κέντρα Υγείας και ρυθμίζονται όλα τα προκύπτοντα ζητήματα σχετικά με την τακτοποίηση του προσωπικού.

15. Στο άρθρο 5 παρ. 2 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης η οποία θα μπορεί να εξειδικεύει και να συμπληρώνει τις προϋποθέσεις για τον τρόπο λειτουργικής διασύνδεσης των νοσοκομείων κάθε Πε.Σ.Υ., μεταξύ τους.

Στην ίδια παράγραφο παρέχεται η δυνατότητα σε νοσοκομεία, που έχουν συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανάγκες, να συνάπτουν ιδιαίτερες συμφωνίες με άλλα νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, για την προσωρινή υποδοχή εκπαιδευτών ιατρών. Το ύψος της πρόσθετης αμοιβής των εκπαιδευτών ιατρών καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

16. Στο άρθρο 5 παρ. 3 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που έχουν Πανεπιστημιακά Τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες, ονομάζονται « Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ».

17. Στο άρθρο 5 παρ. 5 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία θα μπορούν να αναπροσαρμόζονται τα ποσά που προβλέπονται στην παράγραφο αυτή

και αφορούν στην εκτέλεση έργων σε χώρους των νοσοκομείων. Η έκδοσή της δεν είναι αναγκαία για την υλοποίηση του νόμου αυτού.

18. Στο άρθρο 5 παρ. 5 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης η οποία θα καθορίζει τη διαδικασία και θα ρυθμίζει κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την καταστροφή ή την εκποίηση του άχρηστου υλικού.

19. Στο άρθρο 5 παρ. 6 Α προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία διορίζεται ο Διοικητής του κάθε νοσοκομείου. Με όμοια απόφαση ορίζονται τα δικαιολογητικά, η προθεσμία, ο τύπος, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια με την υποβολή της αίτησης.

20. Στο άρθρο 5 παρ. 6 Γ προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία μπορεί να ανανεώνεται η θητεία του Διοικητή κάθε νοσοκομείου.

21. Στο άρθρο 5 παρ. 10 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία ορίζονται οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδόματα του Διοικητή και του Αναπληρωτή Διοικητή των Νοσοκομείων του Π.Ε.Σ.Υ..

22. Στο άρθρο 6 παρ. 1 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία θα εκδίδονται ή θα τροποποιούνται οι οργανισμοί των νοσοκομείων. Με όμοια απόφαση, μπορεί να τροποποιούνται οι υφιστάμενοι οργανισμοί των νοσοκομείων που παραμένουν σε ισχύ, έως την έκδοση των νέων οργανισμών.

23. Στο άρθρο 6 παρ. 5 προβλέπεται η έκδοση απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας η οποία θα ρυθμίζει την οργάνωση, τον τρόπο λειτουργίας, καθώς και τη στελέχωση των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (Τ.Ε.Π.).

24. Στο άρθρο 9 παρ. 3 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία καθορίζεται το ειδικό τιμολόγιο, το ύψος της αμοιβής που καταβάλλεται για την επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο, καθώς και το ποσοστό που παρακρατείται από το νοσοκομείο και το ποσοστό που κατανέμεται στους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό που απασχολείται στην απογευματινή λειτουργία των ιατρείων, χειρουργείων και εργαστηρίων.

Στην ίδια παράγραφο προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία καθορίζονται τα όργανα διοίκησης, ελέγχου και διαχείρισης, ο τίτλος, ο τρόπος ανάληψης και διάθεσης των κονδυλίων του ειδικού λογαριασμού που συνιστάται με την προαναφερθείσα παράγραφο σε κάθε νοσοκομείο.

25. Στο άρθρο 10 προβλέπεται η έκδοση απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με την οποία συγκροτείται η επιτροπή Εμπειρογνημόνων, η οποία (επιτροπή) θα αξιολογεί μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ώστε αυτές να μπορούν να αναχθούν σε «κέντρα αριστείας».

Επίσης προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας η οποία θα καθορίζει τα κριτήρια και τη διαδικασία αξιολόγησης των «κέντρων αριστείας» και το ύψος της επιχορήγησης που λαμβάνουν.

26. Στο άρθρο 11 παρ. 9 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία καθορίζονται τα κριτήρια συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για θέσεις Επιμελητών Ε.Σ.Υ.

27. Στο άρθρο 11 παρ. 10 προβλέπεται η έκδοση απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ., με την οποία καταρτίζεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κατάλογος Εθνικών Κριτών ανά ειδικότητα, συμπεριλαμβανομένης και της Οδοντιατρικής, με σκοπό τη στελέχωση των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ..

Επίσης προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία καθορίζεται η διαδικασία και τα κριτήρια επιλογής των ιατρών που καταχωρούνται στον κατάλογο των Εθνικών Κριτών.

28. Στο άρθρο 11 παρ. 11 προβλέπεται η έκδοση υπουργικών αποφάσεων με τις οποίες συγκροτούνται τα Συμβούλια Επιτροπής και τα Συμβούλια Αξιολόγησης. Στην ίδια παράγραφο προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία μπορεί να συγκροτούνται περισσότερα του ενός Συμβούλια Επιλογής ή Συμβούλια Αξιολόγησης για την ίδια ειδικότητα.

29. Στο άρθρο 11 παρ. 13 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία ορίζεται η διαδικασία αξιολόγησης των υπηρετούντων, κατά την έναρξη δημοσίευσης του νόμου αυτού, μόνιμων Διευθυντών Ε.Σ.Υ..

30. Στο άρθρο 11 παρ. 15 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία καθορίζεται το εκλεκτορικό σώμα, ο φορέας, καθώς και τα ειδικότερα κριτήρια για την απονομή του τίτλου του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ., σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή.

31. Στο άρθρο 11 παρ. 16 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλων των ιατρών, οδοντιάτρων και λοιπών επιστημόνων της Ιατρικής Υπηρεσίας, που υπηρετούν στις μονάδες του Π.Ε.Σ.Υ., καθώς και ο χρόνος πρακτικής άσκησης αυτών σε πιστοποιημένους φορείς και κλινικές του Ε.Σ.Υ..

32. Στο άρθρο 11 παρ. 21 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία θα μπορεί να προβλέπονται ειδικά κίνητρα, οικονομικά και επαγγελματικά για ειδικότητες εν ανεπαρκεία, για μετεκπαίδευση επιστημόνων του τομέα υγείας και για την προσέλκυση ιατρικού νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού, για την κάλυψη αναγκών σε ακριτικές και νησιωτικές περιοχές της χώρας.

33. Στο άρθρο 13 παρ. 4 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία καθορίζεται το ύψος της αμοιβής και των εξόδων κίνησης στον Πρόεδρο, τον Αντιπρόεδρο και στα μέλη :

- α) του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου.
- β) του Συμβουλίου Επιλογής Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,
- γ) του Συμβουλίου Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,
- δ) των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ε.Σ.Υ.,
- ε) των Περιφερειακών Συμβουλίων Αξιολόγησης Επιμελητών Ε.Σ.Υ. και

στ) της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας.

34. Στο άρθρο 13 παρ. 6 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία ορίζεται το ύψος της ειδικής αμοιβής που καταβάλλεται στους Πανεπιστημιακούς Ιατρούς που παραμένουν σε υπηρεσία.

1.1.2002, σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι..

35. Στο άρθρο 13 παρ. 12 προβλέπεται η έκδοση κοινής απόφασης των Υπουργών Δικαιοσύνης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας με την οποία μπορούν να εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και να οργανώνονται κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου οι νοσηλευτικές μονάδες των φυλακών που υπάγονται στο Υπουργείο Δικαιοσύνης.

36. Στο άρθρο 15 παρ. 2 προβλέπεται η έκδοση υπουργικών αποφάσεων με τις οποίες ορίζεται η έναρξη λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ..

37. Στο άρθρο 15 παρ. 3 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία θα μπορεί να αντικαθίσταται, σε περίπτωση παραίτησής του, ο Πρόεδρος ή οποιοδήποτε άλλο όργανο της διοίκησης ή μέλος των συλλογικών οργάνων κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου.

38. Στο άρθρο 15 παρ. 4 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης η οποία θα ορίζει την έναρξη λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων ως αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ..

39. Στο άρθρο 15 παρ. 6 προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης με την οποία ορίζεται η ημέρα έναρξης της λειτουργίας των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης των Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ..

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ

Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 1

Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.)-Ίδρυση

1. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές.

2. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας, με την επιφύλαξη των εδαφίων Η' και Θ' της παραγράφου αυτής, ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ..

Ειδικότερα:

Α. Το Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Το Δήμο Αθηναίων και
β) Τους Δήμους Γαλατσίου, Ζωγράφου, Καισαριανής, Καλλιθέας, Νέας Φιλαδέλφειας, Νέας Χαλκηδόνας, Νέου Ψυχικού, Ταύρου, Φιλοθέης και Ψυχικού της Νομαρχίας Αθηνών.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αθηναίων.

Β. Το Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Παρασκευής, Αγίου Δημητρίου, Αλίμου, Αμαρουσίου, Αργυρουπόλεως, Βριλησίων, Βύ-

ρωνα, Γλυφάδας, Δάφνης, Εκάλης, Ελληνικού, Ηλιουπόλεως, Ηρακλείου, Κηφισιάς, Λυκόβρυσης, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης, Νέας Ερυθραίας, Νέας Ιωνίας, Νέας Πεντέλης, Νέας Σμύρνης, Παλαιού Φαλήρου, Παπάγου, Πεντέλης, Πεύκης, Υμηττού, Χαλανδρίου και Χολαργού της Νομαρχίας Αθηνών, καθώς και την περιοχή του Δήμου Αθήνας που περικλείεται μεταξύ των Λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και έχει όρια με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αγίας Παρασκευής.

Γ. Το Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων, Αιγάλεω, Ιλίου, Καματερού, Μοσχάτου, Περιστερίου, Πετρούπολης και Χαϊδαρίου της Νομαρχίας Αθηνών.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής και

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πειραιά.

Έδρα του Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Πειραιά.

Δ. Το Α' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 4ο και 5ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης.

β) Τους Δήμους Αγ. Γεωργίου, Απολλωνίας, Αρέθουσας, Βασιλικών, Βερτίσκου, Εγνατίας, Επανομής, Θερμικού, Θέρμης, Καλαμαριάς, Καλλινδοίων, Κορωνέας, Λαχανά, Μαδύτου, Μηχανιώνας, Μίκρας, Πανοράματος, Πυλαίας, Ρεντίνας, Σοχού, Τριανδρίας του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κιλκίς.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Σερρών και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Χαλκιδικής.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

Ε. Το Β' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 1ο, 2ο και 3ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης.

β) Τους Δήμους Αγ. Αθανασίου, Αγ. Παύλου, Αμπελοκήπων, Αξιού, Ασσήρου, Ελευθερίου - Κορδελλίου, Ευόμου, Εχεδώρου, Καλλιθέας, Κουφαλίων, Λαγκαδά, Μενεμένης, Μυγδονίας, Νεαπόλεως, Πολίχνης, Σταυρουπόλεως, Συκεών, Χαλάστρας, Χαλκηδόνας, Χορτιάτη, Ωραιοκαστρου και τις Κοινότητες Ευκαρπίας και Πεύκων του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πέλλας.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ημαθίας και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πιερίας.

Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

ΣΤ. Το Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου περιλαμβάνει τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κυκλάδων.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου ορίζεται ο Δήμος Ερμούπολεως.

Ζ. Το Β' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου περιλαμβάνει τους

Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δωδεκανήσου.

Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου ορίζεται ο Δήμος Ρόδου.

Η. Το Πε.Σ.Υ. Ηπείρου περιλαμβάνει εκτός από τους Δήμους και τις Κοινότητες των Νομαρχιών Άρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων και Πρέβεζας και τους Δήμους και τις Κοινότητες των Νομαρχιών Κέρκυρας και Λευκάδας.

Έδρα του Πε.Σ.Υ. Ηπείρου ορίζεται ο Δήμος Ιωαννίνων.

Θ. Το Πε.Σ.Υ. Δυτικής Ελλάδας περιλαμβάνει εκτός από τους Δήμους και τις Κοινότητες των Νομαρχιών Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας και Ηλείας και τους Δήμους και τις Κοινότητες των Νομαρχιών Ζακύνθου και Κεφαλληνίας.

Έδρα του Πε.Σ.Υ. Δυτικής Ελλάδας ορίζεται ο Δήμος Πατρών.

Ι. Η έδρα των Πε.Σ.Υ. μπορεί να μεταβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

ΙΑ. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας επιτρέπεται, για λειτουργικούς λόγους, να υπάγονται ορισμένες περιοχές ή μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ορισμένων περιοχών μιας Υγειονομικής Περιφέρειας σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια ή να μεταβάλλεται η μεταξύ των Πε.Σ.Υ. της ίδιας Υγειονομικής Περιφέρειας χωρική αρμοδιότητα.

3. Τα Πε.Σ.Υ. οργανώνονται, διοικούνται και στελεχώνονται κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Σκοπός τους είναι :

α) Η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι τη μετανασκοκομειακή φροντίδα, την αποκατάσταση και την κατ' οίκον νοσηλεία.

β) Ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας και η διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ., που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.

4. Όλες οι Νοσοκομειακές Μονάδες, καθώς και τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε ιδρυόμενου Πε.Σ.Υ., μετατρέπονται αυτοδικαίως, από τη δημοσίευση αυτού του νόμου, σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες, υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι αποκεντρωμένες μονάδες συνεχίζουν να έχουν τη διοίκηση του προσωπικού τους και οι υπάλληλοι διατηρούν τους κλάδους και τις θέσεις τους. Στο Πε.Σ.Υ. περιέρχεται αυτοδικαίως, κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου, το σύνολο της κινητής και ακινητής περιουσίας των μονάδων αυτών, οι οποίες εξακολουθούν να έχουν την αποκλειστική χρήση και διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων, κατά τα οριζόμενα στις ειδικότερες διατάξεις του παρόντος νόμου.

5. Η νόμιμη εκπροσώπηση των ανωτέρω αποκεντρωμένων και αυτοτελών μονάδων των νοσοκομείων, δικασ-

τική και εξώδικη, ανήκει στους διοικητές τους.

6. Τα Κέντρα Υγείας εκπροσωπούνται δικαστικώς και εξωδικώς από τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ..

7. Όλες οι αρμοδιότητες των υφιστάμενων Διοικητικών Συμβουλίων και των Προέδρων των νοσοκομείων περιέρχονται στην αρμοδιότητα του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε αρμόδιου, σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου αυτού, Πε.Σ.Υ., εκτός από τις ειδικώς προβλεπόμενες στην παρ. 5 εδ. Β' του άρθρου 5 και στην παρ. 7 εδ. Α' του ίδιου άρθρου αυτού του νόμου, οι οποίες περιέρχονται στο Συμβούλιο Διοίκησης και το Διοικητή των νοσοκομείων, αντιστοίχως. Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. μπορεί, με αποφάσεις του, να μεταβιβάζει στο Διοικητή του νοσοκομείου ή στο Συμβούλιο Διοίκησης αυτού μέρος ή το σύνολο των αρμοδιοτήτων του.

8. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συστατάται Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Συ.Πε.Σ.Υ.), που σκοπό έχει το συντονισμό των Πε.Σ.Υ. και την εναρμόνιση των περιφερειακών πολιτικών τους για την υγεία. Το Συ.Πε.Σ.Υ. αποτελείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ως Πρόεδρο, αναπληρούμενο από τον οριζόμενο από αυτόν Υφυπουργό του ίδιου Υπουργείου και τους Προέδρους - Γενικούς Διευθυντές όλων των Πε.Σ.Υ.. Στο Συμβούλιο συμμετέχει και ο Πρόεδρος του ΚΕ.Σ.Υ..

Το Συμβούλιο συνέρχεται τακτικά κάθε τρεις (3) μήνες και κατά περίπτωση, για ειδικά θέματα, σε έκτακτες συνεδριάσεις, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις του δεύτερου κεφαλαίου (άρθρα 13, 14, 15) του ν. 2690/1999, όπως κάθε φορά ισχύουν, για τη λειτουργία των συλλογικών οργάνων της Διοίκησης.

Το Συμβούλιο υποστηρίζεται από τις υπηρεσίες της Γενικής Διεύθυνσης Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, οι οποίες έχουν την ευθύνη για την τήρηση των πρακτικών των συνεδριάσεων, παρακολουθούν την εφαρμογή των αποφάσεων και γενικότερα εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις ομαλής επικοινωνίας μεταξύ των Πε.Σ.Υ., καθώς και μεταξύ των Πε.Σ.Υ. και του Υπουργείου.

Άρθρο 2 Όργανα Διοίκησης

1. Όργανα διοίκησης του Πε.Σ.Υ. είναι:

α) το Διοικητικό Συμβούλιο,

β) ο Πρόεδρος του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., ο οποίος είναι και Γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ..

2. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. είναι ενταγμένο και αποτελείται από:

α) τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.,

β) τέσσερα (4) πρόσωπα, με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα, που ορίζονται με τους αναπληρωτές τους, τρία (3) από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ένα (1) από το Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας,

γ) έναν (1) εκπρόσωπο της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης που προτείνεται με τον αναπληρωτή του, από την ΕΝΑΕ,

δ) στις Περιφέρειες του Πε.Σ.Υ., που υπάρχουν Πανεπιστημιακές Κλινικές, ένα (1) μέλος προτείνεται ως εκπρόσωπος, του Ιατρικού Τμήματος, μαζί με τον αναπληρωτή του με απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Τμήματος. Όταν δεν υπάρχουν Ιατρικά Τμήματα, ο εκπρόσωπος προτείνεται από τον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας.

ως μέλος ένας (1) εκπρόσωπος των ιατρών της Περιφέρειας, με απόφαση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου,

ε) έναν εκπρόσωπο των ιατρών Ε.Σ.Υ.,
στ) έναν (1) εκπρόσωπο των λοιπών, πλην των ιατρών, εργαζομένων, που υπηρετούν στις αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ., μαζί με τους αναπληρωτές τους.

Για τον τρόπο, τη διαδικασία και τις λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των ιατρών και των υπαλλήλων εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις της κοινής υπουργικής απόφασης της παρ.4 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α'). Μέχρι την έκδοση της απόφασης αυτής εφαρμόζονται οι διατάξεις των υπ. αριθ. Α.Π ΔΙΚΠΡ / 80 / 30 / 8703 / 16.9.1988 (ΦΕΚ 684 Β' / 19.9.1988) και ΔΙΚΠΡ / 80 / 54 / 11988 / 2.12.1988 (ΦΕΚ 876 Β' / 7.12.1988) υπουργικών αποφάσεων «Τρόπος, διαδικασία και προϋποθέσεις εκλογής των εκπροσώπων των υπαλλήλων στα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου».

Όλα τα μέλη του Πε.Σ.Υ., οριζόμενα και αιρετά, πρέπει να είναι κάτοχοι πτυχίου Πανεπιστημιακής ή Τεχνολογικής Εκπαίδευσης.

Οι εκπρόσωποι μαζί με τους αναπληρωτές τους ορίζονται μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού. Αν κάποιος εκπρόσωπος δεν προτείνεται εμπρόθεσμα, ορίζεται άλλο πρόσωπο ως μέλος του Δ.Σ., με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Ειδικά, οι αιρετοί εκπρόσωποι ορίζονται μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες από το πέρας της εκλογής τους, σύμφωνα με τις διαδικασίες των ανωτέρω αποφάσεων. Μέχρι τότε το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. συγκροτείται νομίμως από τα υπόλοιπα μέλη. Εάν αιρετός εκπρόσωπος δεν προταθεί εμπρόθεσμα, ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας άλλο πρόσωπο από τις ομάδες που εκπροσωπούνται, ως μέλος του Δ.Σ., με θητεία ενός τουλάχιστον έτους ή μέχρι να προταθεί ο αιρετός εκπρόσωπος, αν η πρόταση γίνει μετά την πάροδο του έτους. Μετά την πάροδο του έτους, η θητεία του παρπάνω μέλους λήγει ένα μήνα μετά την τυχόν πρόταση του αιρετού εκπροσώπου.

3. Η συγκρότηση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με την απόφαση συγκρότησης του Δ.Σ. ορίζεται ένα από τα μέλη του ως Αντιπρόεδρος.

Όταν ο Πρόεδρος κωλύεται, απουσιάζει ή ελλείπει, τον αναπληρώνει στη διεύθυνση των συνεδριάσεων του Δ.Σ. και στα λοιπά καθήκοντά του ο Αντιπρόεδρος, για διάστημα που δεν μπορεί να υπερβαίνει τους τρεις (3) συνεχόμενους μήνες. Μετά την πάροδο του τριμήνου αυτού ορίζεται νέος Πρόεδρος.

Ο Πρόεδρος μπορεί, με αποφάσεις του, να αναθέτει στον Αντιπρόεδρο ειδικά καθήκοντα ή να του εκχωρεί μέρος των αρμοδιοτήτων του.

Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι πενταετής. Επιτρέπεται η αιτιολογημένη αντικατάσταση μέλους του Διοικητικού Συμβουλίου για το υπόλοιπο της θητείας του, αζημίως για το Δημόσιο. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού.

Το Διοικητικό Συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα με τα λοιπά μέλη του, εφόσον αυτά επαρκούν για το σχηματισμό απαρτίας και μετέχει ο Πρόεδρος ή ο Αντιπρόεδρος.

Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. προσκαλούνται να μετέχουν, χωρίς ψήφο, οι Διοικητές των Νοσοκομείων και οι

Διευθυντές των Κέντρων Υγείας της οικείας Περιφέρειας, όταν συζητούνται θέματα που αφορούν τις μονάδες τους, καθώς και οποιοσδήποτε υπάλληλος του Πε.Σ.Υ. ή εκπρόσωπος οποιουδήποτε φορέα, κατά την κρίση του Προέδρου του.

Στον Αντιπρόεδρο, στα μέλη και στον υπάλληλο, που ασκεί καθήκοντα Γραμματέα, καθώς και σ' αυτούς που μετέχουν στις συνεδριάσεις, ύστερα από πρόσκληση, καταβάλλεται αποζημίωση, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Κατά τα λοιπά στα Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ. εφαρμόζονται οι διατάξεις του δεύτερου κεφαλαίου (άρθρα 13,14,15), που αφορούν τα συλλογικά όργανα της διοίκησης του ν. 2690/1999.

4. Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω ειδικές αρμοδιότητες, πέραν των γενικών, που περιέχονται σ' αυτό με τη διάταξη της παρ. 7 του άρθρου 1 του παρόντος νόμου:

α) Συντονίζει, εξειδικεύει και ασκεί την πολιτική παροχής υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια.

β) Εκπονεί το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια και το υποβάλλει για έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

γ) Εκπονεί και επικαιροποιεί τον Υγειονομικό Χάρτη της Περιφέρειάς του και εισηγείται τις ενέργειες εφαρμογής του.

δ) Εισηγείται, στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, τη χωροταξική κατανομή των μονάδων υγείας.

ε) Καταρτίζει και υποβάλλει για έγκριση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, τους Οργανισμούς των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας.

στ) Εισηγείται στον Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας την ίδρυση νέων τμημάτων και μονάδων, τη μείωση ή τη συγχώνευση των τμημάτων των Νοσοκομείων, τη μεταφορά τμημάτων του Ε.Σ.Υ. ή την εγκατάσταση ή μετεγκατάσταση Πανεπιστημιακών Κλινικών από Νοσοκομείο σε άλλο Νοσοκομείο.

ζ) Αποφασίζει για την ανέγερση ή την επέκταση ή την αναδιάρθρωση των διαφόρων μονάδων του και τη μεταφορά του εξοπλισμού τους.

η) Εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων της Κεντρικής Υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων του.

θ) Αποφασίζει, σύμφωνα με τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις, για τις μετατάξεις, τις αποσπάσεις και τις μεταθέσεις του προσωπικού, πλην του ιατρικού, μεταξύ των μονάδων του.

ι) Καταρτίζει τον ενιαίο προϋπολογισμό των μονάδων του.

ια) Εγκρίνει και ελέγχει την εκτέλεση των προϋπολογισμών των μονάδων του και συντάσσει τον ενοποιημένο ισολογισμό και απολογισμό στο τέλος της χρήσης.

ιβ) Παρακολουθεί την εφαρμογή του Ενιαίου Λογιστικού Σχεδίου στα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας.

ιγ) Εποπτεύει τις διαδικασίες προμηθειών των αποκεντρωμένων μονάδων του.

ιδ) Αποφασίζει για την εισαγωγή μηχανοργάνωσης, τον εκσυγχρονισμό λειτουργικών συστημάτων και την τροφοδοσία βάσεων δεδομένων περιφερειακού ενδιαφέροντος.

- ιε) Συντάσσει Ετήσια Έκθεση Πεπραγμένων την οποία υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
- ιστ) Παρακολουθεί τη λειτουργία και αξιολογεί το παραγόμενο έργο των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, με βάση ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες.
- ιζ) Εγκρίνει τα ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα έπειτα από εισήγηση των Επιστημονικών Συμβουλίων των νοσοκομείων, αποφασίζει για την οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξη αυτών και παρακολουθεί την υλοποίησή τους.
- ιη) Αποφασίζει για τη σύσταση αυτοτελώς ή από κοινού με άλλα Πε.Σ.Υ. Ανωνύμων Εταιρειών, που το μετοχικό τους κεφάλαιο ανήκει κατά ποσοστό 100% στο Πε.Σ.Υ. ή στα Πε.Σ.Υ., και έχουν σκοπό τη μελέτη, κατασκευή ή συντήρηση κτιριακών υποδομών και του συναφούς εξοπλισμού, καθώς και την ανάπτυξη άλλων κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών, όπως η φροντίδα για την καθαριότητα ή την τροφοδοσία των αποκεντρωμένων μονάδων του.
- ιβ) Αποφασίζει για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των Νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας.
- ικ) Αποφασίζει για τα θέματα λειτουργικής διασύνδεσης των νοσοκομείων, κατά τα οριζόμενα στην παρ. 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου.

5. Ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες:

- α) Παρακολουθεί και συντονίζει την εφαρμογή των πολιτικών υγείας, που εκπονούνται και ασκούνται στην περιφέρεια του Πε.Σ.Υ..
 - β) Συντονίζει τη δράση όλων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, που ανήκουν στο Πε.Σ.Υ. ή συνδέονται λειτουργικά με αυτό.
 - γ) Εποπτεύει και εξασφαλίζει την ορθή και αποτελεσματική λειτουργία τόσο της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ. όσο και των αποκεντρωμένων μονάδων.
 - δ) Συγκαλεί το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. και διευθύνει τις συνεδριάσεις του.
 - ε) Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές για τη μελέτη, εισήγηση ή παροχή γνωμοδοτήσεων σε θέματα που αναφέρονται στη δραστηριότητα του Πε.Σ.Υ..
 - στ) Εκπροσωπεί το Πε.Σ.Υ. σε οποιοδήποτε δικαστήριο, οποιοδήποτε βαθμού η δικαιοδοσίας, σε οποιαδήποτε άλλη αρχή, καθώς και εναντι τρίτων, εκτός αν άλλως ορίζεται με τις διατάξεις του νόμου αυτού.
 - ζ) Δύνανται να αναθέτει την εκπροσώπηση, ενώπιον κάθε δικαστικής ή διοικητικής αρχής ή σε συναλλογες με τρίτους, στον Αντιπρόεδρο ή αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή ή σε άλλο μέλος του Δ.Σ. και διορίζει πληρεξουσικούς δικηγόρους.
 - η) Ασκεί την πειθαρχική εξουσία σύμφωνα με τα οριζόμενα στο νόμο αυτόν.
 - θ) Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που προβλέπονται στις διατάξεις του νόμου αυτού και όσες του αναθέτει το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ..
6. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται ένα Επιστημονικό Συμβούλιο που αποτελείται από ένδεκα (11) μέλη, που είναι επιστήμονες επαγγελματιών υγείας με βαθμό Διευθυντή και εργάζονται στις αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ..

Το Επιστημονικό Συμβούλιο συγκροτείται από :

- α) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα

στους Διευθυντές των τμημάτων των Παθολογικών Τομέων των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

- β) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των τμημάτων των Χειρουργικών Τομέων των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

- γ) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των Βιοπαθολογικών και Ιστοπαθολογικών Εργαστηρίων των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

- δ) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των τμημάτων Απεικόνισης και Πυρηνικής Ιατρικής των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

- ε) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των τμημάτων των Ψυχιατρικών Τομέων των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

- στ) έναν ιατρό Διευθυντή, που εκλέγεται ανάμεσα στους Διευθυντές των Παιδιατρικών Τμημάτων των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

- ζ) έναν Πανεπιστημιακό ιατρό, που εκλέγεται από τη Γενική Συνέλευση του ιατρικού τμήματος της περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.. Αν στην περιφέρεια του Πε.Σ.Υ. δεν υπάρχει Πανεπιστημιακό ιατρικό τμήμα, το μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου ορίζεται από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο,

- η) έναν Διευθυντή ιατρό Κέντρου Υγείας, που εκλέγεται από όλους τους Διευθυντές ιατρούς των Κέντρων Υγείας,

- θ) έναν οδοντίατρο, Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Διευθυντές οδοντιάτρους των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

- ι) έναν φαρμακοποιό, Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Διευθυντές φαρμακοποιούς των νοσοκομείων της Περιφέρειας του Πε.Σ.Υ.,

- ια) έναν νοσηλευτή, Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, που ορίζεται από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο της παρ. 8 του άρθρου αυτού.

Όλα τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγονται με τον αναπληρωτή τους.

Στις υγειονομικές περιφέρειες όπου υπάρχουν Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., τα μέλη των περιπτώσεων α' έως και στ' μπορούν να είναι Καθηγητές.

Αν οποιοδήποτε μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου χρασει την ιδιότητα με την οποία έχει εκλεγεί, αντικαθίσταται με την αρχική διαδικασία.

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία τον Πρόεδρο μεταξύ των Διευθυντών ιατρών και τον Αντιπρόεδρο.

Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι τριετής και η συγκρότησή του γίνεται με πράξη του Προέδρου του Πε.Σ.Υ..

Για την εκλογή των μελών του Επιστημονικού Συμβουλίου εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου αυτού.

Κατ' εξαίρεση το Επιστημονικό Συμβούλιο του Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου αποτελείται από :

- α) τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Σύρου,

- β) τρεις Διευθυντές Κέντρων Υγείας, που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

7. Το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- α) Γνωμοδοτεί και εισηγείται στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. για επιστημονικά θέματα υγείας.

β) Γνωμοδοτεί σε ερωτήματα του Προέδρου του Πε.Σ.Υ..

γ) Απαντά σε ερωτήματα των Επιστημονικών Συμβουλίων των νοσοκομείων της Περιφέρειας.

δ) Συγκροτεί Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας, καθώς και επιστημονικές επιτροπές και ομάδες εργασίας με σκοπό τη μελέτη θεμάτων υγείας της Υγειονομικής Περιφέρειας. Στις επιτροπές προεδρεύει ένα μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου.

ε) Εισηγείται στο ΚΕ.Σ.Υ., μέσω του Δ.Σ του Πε.Σ.Υ., για επιστημονικά θέματα της Περιφέρειας.

8. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται Νοσηλευτικό Συμβούλιο, που αποτελείται από τους Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας όλων των νοσοκομείων της Περιφέρειας.

Πρόεδρος του Συμβουλίου ορίζεται ο αρχαιότερος Διευθυντής.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί, κατόπιν ερωτήματος του Προέδρου του Πε.Σ.Υ., για κάθε θέμα που αφορά τη Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο επιλέγει και προτείνει στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. τους Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας στα νοσοκομεία.

Οι Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων προέρχονται από τους υπαλλήλους όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του οικείου Πε.Σ.Υ., που ανήκουν στους κλάδους των οποίων οι υπάλληλοι, κατά τον οργανισμό του νοσοκομείου, μπορούν να προϊστανται στη Νοσηλευτική Υπηρεσία.

Για την εφαρμογή των οριζόμενων στο άρθρο 82 του ν. 2683/1999, το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο, με βάση τις καταστάσεις όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., που συντάσσονται κατά τις διατάξεις του άρθρου 86 του ν. 2683/1999 καταρτίζει ενιαίο πίνακα προακτών στο βαθμό του Διευθυντή. Οι υπάλληλοι που περιλαμβάνονται στον ενιαίο πίνακα προακτών στο βαθμό του Διευθυντή προάγονται, κατά τη σειρά της εγγραφής τους, στο βαθμό του Διευθυντή και τοποθετούνται σε κενή ή κενούμενη θέση Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του οικείου Πε.Σ.Υ..

Σε περίπτωση κατά την οποία δεν είναι δυνατή, σύμφωνα με τον ενιαίο πίνακα προακτών, η πλήρωση κενών θέσεων Διευθυντών της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας των νοσοκομείων του Πε.Σ.Υ., λόγω έλλειψης υπαλλήλων που έχουν τα ουσιαστικά και τυπικά προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή, το Νοσηλευτικό Συμβούλιο εφαρμόζει τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 82 του ν. 2683/1999.

Το Νοσηλευτικό Συμβούλιο ορίζεται και ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο για την επιλογή των προϊσταμένων των τομέων (τομεαρχών) της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου του οικείου Πε.Σ.Υ.. Η επιλογή γίνεται, χωριστά για κάθε νοσοκομείο, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 85 του ν. 2683/1999. Όσοι επιλέγονται, τοποθετούνται ως τομεάρχες με απόφαση του Διοικητή του οικείου νοσοκομείου.

Στο Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου, η Νοσηλευτική Επιτροπή του Νοσοκομείου Σύρου λειτουργεί και ως Νοσηλευτικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ..

Ο ορισμός των μελών του Επιστημονικού και του Νοσηλευτικού Συμβουλίου γίνεται με πράξη του Προέδρου του Πε.Σ.Υ., με την οποία ορίζεται και ένας (1) διοικητικός υπάλληλος του Πε.Σ.Υ. ή των αποκεντρωμένων μονάδων του, με τον αναπληρωτή του, ως Γραμματέας.

9. Στον Πρόεδρο, στα μέλη και στο Γραμματέα του Επιστημονικού και του Νοσηλευτικού Συμβουλίου των Πε.Σ.Υ. καταβάλλονται αποζημίωση και έξοδα κίνησης το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 3

Οργάνωση - Στελέχωση

1. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται μία Γενική Διεύθυνση στην οποία προϊστάται ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ..

Στην εκτέλεση των καθηκόντων του, ο Πρόεδρος συνενικουρείται από έναν Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή, ο οποίος είναι αρμόδιος για τα θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναπληρώνει τον Πρόεδρο στη Διοίκηση της Γενικής Διεύθυνσης, ασκεί τις αρμοδιότητες που ο Πρόεδρος του εκχωρεί με αποφάσεις του και υπογράφει, με εντολή του, διάφορα υπηρεσιακά έγγραφα.

Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστώνται δύο (2) οργανικές θέσεις της κατηγορίας ΕΘ, του άρθρου 79 του ν. 2683/1999, με βαθμό 1ο και 2ο, οι οποίες καταλαμβάνονται, αντίστοιχα, από τον Πρόεδρο και τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ..

Ο Πρόεδρος και ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζονται με πενταετή (5) θητεία, που μπορεί να ανανεώνεται, με την ακόλουθη διαδικασία:

Ο Πρόεδρος διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη της Βουλής των Ελλήνων, κατά τα οριζόμενα στον Κανονισμό αυτής. Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ. είναι: πτυχίο Α.Ε.Ι., δοκιμασμένη ικανότητα σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης και ιδιαίτερο κύρος, συνεκτιμωμένων των μεταπτυχιακών σπουδών και της επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης και διοίκησης, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας. Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής είναι: πτυχίο Α.Ε.Ι., ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων σε υπηρεσίες ή οργανισμούς ή επιχειρήσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, συνεκτιμωμένων των μεταπτυχιακών σπουδών και της επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης διοίκησης και λειτουργίας νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας.

Σε θέση Προέδρου ή Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή του Πε.Σ.Υ. επιτρέπεται να είναι υποψήφιοι και να διορίζονται και δημόσιοι λειτουργοί ή υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και Ν.Π.Δ.Δ. ή στελέχη οργανισμών ή τραπεζών ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα, καθώς και μέλη ΔΕΠ των Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι., εφαρμοζόμενων των διατάξεων του άρθρου 32 παρ. 18 του ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28 Α'), της παρ. 6 του άρθρου 8 του ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α') και του άρθρου 4 του ν. 2198/1994 (ΦΕΚ 43 Α'), όπως κάθε φορά ισχύουν. Προϋπόθεση, για να κριθούν οι ανωτέρω λειτουργοί και υπάλληλοι, αποτελεί η έγκριση του φορέα στον οποίο υπηρετούν, η οποία θεωρείται ότι συντρέχει, εάν ο φορέας δεν απαντήσει αρνητικά, εντός δέκα (10) ημερών από την πρωτοκόλληση του εγγράφου ερωτήματος της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Μετά τη λήξη ή τη διακοπή της θητείας τους, οι λειτουργοί και υπάλληλοι του προηγούμενου εδαφίου επανέρ-

χονται στην προτέρα θέση τους και ο αντίστοιχος χρόνος της θητείας τους θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία σε θέση προϊσταμένου τμήματος ή διεύθυνσης, προκειμένου να κριθούν για προαγωγή, αντίστοιχα, στο βαθμό του Διευθυντή ή του Γενικού Διευθυντή, κατά τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 82 του ν. 2683/1999. Η μισθοδοσία των ανωτέρω βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των Π.Σ.Υ., ανεξάρτητα από την επιλογή των αποδοχών της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του παρόντος ή αυτών της οργανικής τους θέσης.

Ο διορισμός του Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της Επιτροπής της επόμενης παραγράφου.

2. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, που απαρτίζεται από τα εξής μέλη :

α) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., αναπληρούμενο από τον Αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., β) ένα ανώτερο διοικητικό στέλεχος ΔΕΚΟ ή Τράπεζας του δημόσιου τομέα, που ορίζεται, με τον αναπληρωτή του, με κοινή πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας και Υγείας και Πρόνοιας, ένα (1) μέλος Δ.Ε.Π., μαζί με τον αναπληρωτή του, με αντικείμενο την Οργάνωση και Διοίκηση Επιχειρήσεων ή την Οργάνωση και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, που προτείνεται από το Δ.Σ. του οικείου τμήματος του Α.Ε.Ι., δ) το Γενικό Διευθυντή Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του Γενικό Διευθυντή του ίδιου Υπουργείου, ε) έναν Γενικό Διευθυντή του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους, με αναπληρωτή του Γενικό Διευθυντή της ίδιας υπηρεσίας. Η συγκρότηση της Επιτροπής γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η προκήρυξη για την πλήρωση των θέσεων των Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία ορίζονται τα δικαιολογητικά, η προθεσμία, ο τύπος, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την υποβολή της αίτησης.

Η προκήρυξη δημοσιεύεται σε τρεις τουλάχιστον ημερήσιες αθηναϊκές εφημερίδες.

Οι υποψήφιοι υποβάλλουν βιογραφικό σημείωμα μαζί με τα σχετικά πιστοποιητικά, καθώς και πρόσθετα στοιχεία που κατά την κρίση τους αποδεικνύουν την ικανότητά τους να ασκήσουν αποτελεσματικά τα καθήκοντά τους ως Αναπληρωτές Γενικοί Διευθυντές. Η Επιτροπή μπορεί να καλεί τους υποψηφίους σε προφορική συνέντευξη.

Η επιλογή από την Επιτροπή γίνεται ύστερα από εκτίμηση των τυπικών και ουσιαστικών προσόντων των υποψηφίων.

Για την επιλογή συνεκτιμώνται τα στοιχεία του βιογραφικού σημειώματος, τα πρόσθετα προσόντα, καθώς και τα συμπεράσματα της προφορικής συνέντευξης.

Η Επιτροπή με απόφασή της καταρτίζει πίνακα προτεραιότητας των υποψηφίων, κατά αξιολογική σειρά, στον οποίο καταχωρείται τουλάχιστον διπλάσιος αριθμός επιτυχόντων από τον αριθμό των θέσεων που έχουν προκηρυχθεί. Ο πίνακας υποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος διορίζει, κατά σειρά προτεραιότητας, ισάριθμους με τις θέσεις που προκηρύχθηκαν υποψηφίους και τους τοποθετεί κατά την κρίση του σε οποιαδήποτε από τις θέσεις αυτές. Αν κάποιος από αυτούς που επιλεχθήκαν δεν αποδεχθεί το διορισμό του ή παραιτηθεί, μέσα σε έξι μήνες από την ορκωμοσία του,

διορίζεται ο αμέσως επόμενος από τον πίνακα κατάταξης.

3. Οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδόματα του Προέδρου και του Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή ορίζονται, χωρίς περιορισμό ως προς το ύψος τους από άλλες γενικές ή ειδικές διατάξεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση παρέχονται επιδόματα εορτών και άδειας, καθώς και αποζημίωση για έξοδα κίνησης και έξοδα παράστασης.

4. Η Γενική Διεύθυνση του Π.Σ.Υ. συγκροτείται από:

Α. Τη Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, που περιλαμβάνει τα τμήματα :

- α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας,
- β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας,
- γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης,
- δ) Τμήμα Στατιστικής και Επιδημιολογίας.

Β. Τη Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης, που περιλαμβάνει τα τμήματα :

- α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας,
- β) Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης και Εξοπλισμού,
- γ) Τμήμα Προμηθειών.

Γ. Τη Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, που περιλαμβάνει τα τμήματα :

- α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων,
- β) Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών.

Δ. Το Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης.

Ε. Το Γραφείο Προέδρου.

ΣΤ. Το Νομικό Γραφείο.

5. Η Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας έχει αρμοδιότητα για το σχεδιασμό των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας στην περιφέρεια, η οποία κατανέμεται στα τέσσερα τμήματα αυτής, ως εξής:

α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας

Το τμήμα αυτό :

- Συλλέγει και ταξινομεί τα απαραίτητα για το σχεδιασμό περιφερειακής πολιτικής υγείας στοιχεία, μέσα από τη δημιουργία και τροφοδότηση βάσεων δεδομένων περιφερειακού ενδιαφέροντος.

- Με βάση τα στοιχεία αυτά, εκπονεί και επικαιροποιεί το Χάρτη Υγείας της Περιφέρειας.

- Εκπονεί το Περιφερειακό Σχέδιο Δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας, το οποίο εξειδικεύει σε συνεργασία με τα Συμβούλια Διοίκησης των Νοσοκομείων και τις Διοικήσεις των Κέντρων Υγείας.

- Προτείνει, με βάση την αξιολόγηση αυτή, στο Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Σ.Υ., τη συγχώνευση, μεταφορά ή κατάργηση Νοσοκομειακών Μονάδων ή τμημάτων αυτών, ως και τη δημιουργία νέων ή εξειδικευμένων μονά-

δων, με βάση το Χάρτη Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας.

β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας

Το τμήμα αυτό καθιερώνει και γνωστοποιεί κριτήρια αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων, από τις μονάδες του Πε.Σ.Υ., υπηρεσιών υγείας και ελέγχει την εφαρμογή τους, σε συνεργασία με το Ινστιτούτο Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ι.Ε.Ε.Π.Υ.Υ.) και τις συναρμόδιες ελεγκτικές αρχές.

γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης

Το τμήμα αυτό:

- Διαχειρίζεται κονδύλια ερευνητικών, αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που προέρχονται από χρηματοδότηση αντίστοιχων επιστημονικών προτάσεων εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ.. Η διαχείριση αυτή γίνεται μέσω Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης (Ε.Λ.Κ.Ε.Α.). Η σύσταση, ο καθορισμός των οργάνων διοίκησης, ελέγχου και διαχείρισης και η ρύθμιση του τρόπου ανάληψης και διάθεσης των κονδυλίων και κάθε ανγκαιότητας λεπτομέρειας για τη λειτουργία του Ε.Λ.Κ.Ε.Α. γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας.

- Προκηρύσσει και χρηματοδοτεί από τα αποθεματικά του Ε.Λ.Κ.Ε.Α. ερευνητικά ή εκπαιδευτικά προγράμματα, που είναι απαραίτητα για την ανάπτυξη στόχων υγείας του πληθυσμού της Περιφέρειας ή είναι γενικότερου ενδιαφέροντος και συντονίζονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

- Μεριμνά για την εκμετάλλευση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών προγραμμάτων και ευρεσιτεχνιών, όπως αυτή καθορίζεται με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Πρόνοιας.

- Παρακολουθεί μέσω της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας, τη διενέργεια των ερευνών, ώστε αυτές να ακολουθούν τους διεθνείς κανόνες περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων, βιοηθικής, δεοντολογίας, προστασίας και σεβασμού του περιβάλλοντος, εφαρμογών της βιοτεχνολογίας και χρήσης πειραματόζων.

δ) Τμήμα Στατιστικής και Επιδημιολογίας.

Το τμήμα αυτό καταγράφει και αναλύει τα επιδημιολογικά, κοινωνιολογικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά της υγειονομικής περιφέρειας, καθώς και κάθε άλλο στοιχείο, που είναι απαραίτητο για τη χάραξη της πολιτικής υγείας στο επίπεδο της υγειονομικής περιφέρειας.

6. Η Διεύθυνση Οργάνωσης και Διοικητικής Υποστήριξης έχει αρμοδιότητα για την υποστήριξη των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας σε όλες τις βασικές διοικητικές και οικονομικές λειτουργίες τους, η οποία κατανέμεται στα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας

Το τμήμα αυτό :

- Συντάσσει τον προϋπολογισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ., παρακολουθεί τη σύνταξη των προϋπολογισμών των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και μεριμνά για τη σύνταξη του ενοποιημένου ισολογι-

σμού, καθώς και τον έλεγχο εκτέλεσης των προϋπολογισμών αυτών.

- Μεριμνά για την παρακολούθηση των περιουσιακών στοιχείων των Νοσοκομείων και Κ.Υ. της Περιφέρειας.

β) Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης και Εξοπλισμού

Το τμήμα αυτό:

- Μεριμνά για τον εκσυγχρονισμό των οργανωτικών και λειτουργικών συστημάτων των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας και για την υποστήριξη αυτών με σύγχρονα συστήματα πληροφορικής και επικοινωνίας.

γ) Τμήμα Προμηθειών

Το τμήμα αυτό συγκεντρώνει τα προγράμματα προμηθειών της κεντρικής υπηρεσίας και όλων των αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., αξιολογεί και ελέγχει τις προτάσεις και καταρτίζει το ενιαίο πρόγραμμα προμηθειών, το οποίο υποβάλλει για έγκριση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Παρακολουθεί και κατευθύνει όλες τις διαδικασίες προμηθειών της κεντρικής υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ..

7. Η Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας έχει αρμοδιότητα για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού, η οποία κατανέμεται στα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων

Στο τμήμα αυτό ανήκει:

- Ο σχεδιασμός για την κάλυψη των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό που έχουν οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.

- Η μέριμνα για τις μετακινήσεις, αποσπάσεις, μετατάξεις και εν γένει μετακινήσεις του αναγκαίου προσωπικού προς κάλυψη δημιουργούμενων αναγκών, ανάμεσα σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας της Περιφέρειας.

β) Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών, που συγκροτείται σε δύο (2) Γραφεία: i) Το Γραφείο Ιατρικής και Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης και ii) Το Γραφείο Διοικητικής και Οργανωτικής Εκπαίδευσης.

Τα Γραφεία αυτά μεριμνούν για την κατάρτιση εκπαιδευτικών προγραμμάτων στους αντίστοιχους τομείς, την οικονομική ενίσχυση, τη διοικητική υποστήριξη και την παρακολούθηση της υλοποίησης των προγραμμάτων αυτών.

8. Το Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης υπάγεται απευθείας στο Γενικό Διευθυντή και Πρόεδρο του Δ.Σ.. Έχει γενικά όλες τις αρμοδιότητες διοικητικής και οικονομικής υποστήριξης των υπηρεσιών της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ.. Ειδικότερα :

- Μεριμνά για όλα τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης του κάθε φύσης προσωπικού της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ., καθώς και για την απόσπαση, διάθεση, μετάταξη, μεταφορά υπαλλήλων από τα Νοσοκομεία και από υπηρεσίες των Περιφερειών και των Υπουργείων στο Πε.Σ.Υ., καταρτίζοντας και τις διοικητικές πράξεις που απαιτούνται κάθε φορά.

- Μεριμνά για την κατάρτιση του προϋπολογισμού.

ισολογισμού και απολογισμού της Κεντρικής Υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ..

- Παρέχει γραμματειακή εξυπηρέτηση στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., σε ομάδες εργασίας και επιτροπές.

- Καταρτίζει τα σχέδια των αποφάσεων που είναι αναγκαίες για την άσκηση των αρμοδιοτήτων του Γενικού Διευθυντή - Προέδρου του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. και ασκεί κάθε αρμοδιότητα σχετική με τα ως άνω θέματα.

9. Το Γραφείο Προέδρου είναι αρμόδιο για την υποβοήθηση του έργου του Προέδρου και του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ..

10. Το Νομικό Γραφείο είναι αρμόδιο για τη νομική καθοδήγηση των οργάνων του Πε.Σ.Υ. και τη δικαστική ή εξώδικη υποστήριξη του Πε.Σ.Υ..

11. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί, μετά από αίτησή τους, να αποσπώνται, χωρίς γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων και για χρονικό διάστημα μέχρι δύο (2) ετών, που μπορεί να ανανεώνεται μετά από γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων, για κάλυψη των λειτουργικών αναγκών των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., ιατροί και υπάλληλοι των αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., καθώς και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και των εποπτευόμενων από το Υπουργείο αυτό νομικών προσώπων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου.

Ο χρόνος της απόσπασης θεωρείται, για κάθε συνέπεια, ως χρόνος πραγματικής υπηρεσίας στην οργανική θέση από την οποία προέρχονται οι αποσπώμενοι, οι οποίοι δικαιούνται, κατά το χρόνο της απόσπασής τους, να λαμβάνουν, από το φορέα υποδοχής τους, πλήρεις τις τακτικές και πάσης φύσεως πρόσθετες απολαβές της οργανικής τους θέσης.

12. Επιτρέπεται η μετάταξη υπαλλήλων από Περιφέρειες ή Υπουργεία ή Ν.Π.Δ.Δ. ή κρατικά νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου στα Πε.Σ.Υ., εφόσον ο μετατασσόμενος έχει τα προσόντα, που απαιτούνται για την κατάληψη της θέσης στην οποία μετατάσσεται. Η μετάταξη διενεργείται μετά από αίτηση του υπαλλήλου και συνεκτίμηση των υπηρεσιακών αναγκών, με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη των οικείων Υπηρεσιακών Συμβουλίων ή Δ.Σ. των Ν.Π.Δ.Δ.. Εάν δεν υπάρχει κενή θέση, η μετάταξη γίνεται με μεταφορά της θέσης που κατέχει ο μετατασσόμενος.

13. Για την αντιμετώπιση των αναγκών των Πε.Σ.Υ. σε ειδικό επιστημονικό προσωπικό, συνιστώνται σε κάθε Πε.Σ.Υ. τέσσερις (4) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Οι ειδικότητες των θέσεων αυτών καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Προσόντα διορισμού για τις θέσεις του ειδικού επιστημονικού προσωπικού ορίζονται τα προβλεπόμενα στις διατάξεις του ισχύοντος κάθε φορά προεδρικού διατάγματος για το προσοντολόγιο των υπαλλήλων του Δημοσίου, σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου 25 παρ. 2 του ν. 1943/1991 (ΦΕΚ 50 Α'), που μπορεί να εξειδικεύονται με την παραπάνω απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

14. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστώνται οι ακόλουθες θέσεις μόνιμων υπαλλήλων:

Α. Κατηγορία ΠΕ

α) Κλάδος ΠΕ Οικονομικός, θέσεις δύο (2)

β) Κλάδος ΠΕ Κοινωνιολόγων ή Κοινωνικής Διοίκησης, θέσεις δύο (2)

γ) Κλάδος ΠΕ Διοικητικός - Λογιστικός, θέσεις τέσσερις (4)

δ) Κλάδος ΠΕ Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, θέσεις τρεις (3)

ε) Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής, θέσεις δύο (2)

στ) Κλάδος ΠΕ Γιατρών, ΠΕ Ιατρών Ειδικοτήτων, ΠΕ Οδοντιάτρων, ΠΕ Νοσηλευτικής, ΠΕ Φαρμακοποιών, θέσεις πέντε (5)

ζ) Κλάδος ΠΕ Στατιστικής, θέση μία (1).

η) Μία θέση δικηγόρου παρ' Αρείω Πάγω, με πάγια αντιμισθία.

Β. Κατηγορία ΤΕ

α) Κλάδος ΤΕ Διοικητικός - Λογιστικός, θέσεις τέσσερις (4)

β) Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής, θέσεις τρεις (3)

γ) Κλάδος ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, θέσεις έξι (6).

Γ. Κατηγορία ΔΕ

α) Κλάδος ΔΕ Χειριστών ρ.ε, θέσεις τέσσερις (4)

β) Κλάδος ΔΕ Τεχνικός, ειδικότητας οδηγού οχημάτων, θέσεις δύο (2).

Δ. Κατηγορία ΥΕ

α) Κλάδος ΥΕ Επιμελητών θέσεις δύο (2)

β) Κλάδος ΥΕ Φυλάκων - Νυκτοφυλάκων θέσεις δύο (2).

γ) Κλάδος ΥΕ Προσωπικού Καθαριότητας θέσεις τέσσερις (4).

15. Το προσωπικό των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ., εκτός από το ιατρικό προσωπικό, για τα θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης, με εξαίρεση την περίπτωση της παραγράφου 7 του άρθρου 6 του παρόντος, υπάγεται στα Υπηρεσιακά Συμβούλια του νοσοκομείου, ή τα κοινά Υπηρεσιακά Συμβούλια, που συνιστώνται κατά τις διατάξεις του άρθρου 159 του ν. 2683/1999. Στα Υπηρεσιακά αυτά Συμβούλια υπάγονται και οι ειδικευόμενοι ιατροί, για τα θέματα της υπηρεσιακής τους κατάστασης.

Για την εκδίκαση των πειθαρχικών παραπτώματων των υπαλλήλων της Κεντρικής Υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., πλην του ιατρικού προσωπικού, συνιστάται, με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, στην έδρα κάθε Πε.Σ.Υ., ένα Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο, στο οποίο, με την επιφύλαξη της διατάξης του άρθρου 158 παρ. 1 περ. 1' του ν. 2683/1999, υπάγονται όλοι οι μόνιμοι ή συνδεδεμένοι με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου υπάλληλοι της κεντρικής υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ. και των αποκεντρωμένων μονάδων του, πλην του ιατρικού προσωπικού. Το πειθαρχικό αυτό συμβούλιο είναι αρμόδιο και για τα παραπτώματα των ειδικευόμενων ιατρών.

Οι υπάλληλοι της κεντρικής υπηρεσίας των Πε.Σ.Υ. και των Κέντρων Υγείας υπάγονται στο παραπάνω υπηρεσιακό συμβούλιο και για τα θέματα της υπηρεσιακής τους κατάστασης.

Τα παραπάνω Υπηρεσιακά Συμβούλια είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

α) Τρεις (3) μόνιμους υπαλλήλους με βαθμό Διευθυντή, από αυτούς που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπηρεσιακού Συμβουλίου, από τους οποίους ο ένας ορίζεται ως Πρόεδρος. Με την απόφαση συγκρότησης ορίζεται ως αναπληρωτής του Προέδρου ένα από τα τακτικά μέλη του Συμβουλίου.

β) Δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των μόνιμων υπαλλήλων, κατηγορίας τουλάχιστον ΔΕ με απολυτήριο Λυκείου και με βαθμό τουλάχιστον Α' ή, αντίστοιχα, δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των υπαλλήλων με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου, στους οποίους περιλαμβάνονται και οι ειδικευόμενοι ιατροί, κατηγορίας τουλάχιστον ΔΕ με απολυτήριο Λυκείου και με πενταετή τουλάχιστον υπηρεσία.

Ο τρόπος, η διαδικασία και οι λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των υπαλλήλων καθορίζονται με την κοινή υπουργική απόφαση της παρ. 4 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999. Μέχρι την έκδοση της απόφασης αυτής εφαρμόζονται οι διατάξεις των υπ. αριθ. Α.Π. ΔΙΚΠΡ / Φ80 / 30 / 8703 / 16.9.1988 (ΦΕΚ 684 Β' / 19.9.1988) και ΔΙΚΠΡ / Φ80 / 54 / 11988 / 2.12.1988 (ΦΕΚ 876 Β' / 7.12.1988) υπουργικών αποφάσεων «Τρόπος, διαδικασία και προϋποθέσεις εκλογής των εκπροσώπων των υπαλλήλων στα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου».

Τα μέλη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων ορίζονται αντίστοιχα με ισάριθμους αναπληρωτές. Σε περίπτωση μη ορισμού αιρετών εκπροσώπων το Υπηρεσιακό Συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα με τα υπολοίπα μέλη του. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των άρθρων 158 έως 164 του ν. 2683/1999, όπως αντικαταστάθηκαν και συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 2839/2000 (ΦΕΚ 196 Α') «Ρυθμίσεις θεμάτων Υπουργείου Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και άλλες διατάξεις».

Άρθρο 4 Πόροι

1. Πόροι του Πε.Σ.Υ. είναι:

α) Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προυπολογισμό.

β) Επιχορηγήσεις από τον Προυπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

γ) Ποσοστό 1% επί του συνολικού προϋπολογισμού των Νοσοκομειακών Μονάδων του Πε.Σ.Υ..

δ) Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

ε) Έσοδα από την εκμεταλλεύση περιουσιακών στοιχείων.

στ) Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητά του.

ζ) Έσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες.

2. Τα Πε.Σ.Υ. και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους έχουν όλα τα δικονομικά και ουσιαστικά προνόμια του Δημοσίου, σαν να ήταν το ίδιο το Δημόσιο.

3. Για τα Πε.Σ.Υ. και τις αποκεντρωμένες μονάδες τους εξακολουθούν να ισχύουν οι φορολογικές απαλλαγές που υφίστανται για τα νοσοκομεία, κατά το χρόνο έναρξης της ισχύος του νόμου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Άρθρο 5

Ίδρυση Νοσοκομείων - Διοίκηση

1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Έχουν δικό τους πρωτόκολλο, αρχείο και σφραγίδα, υπόκεινται δε στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η εποπτεία αναφέρεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων, καθώς και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης, εφαρμοζόμενων των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου 7 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'), που επαναφέρθηκαν σε ισχύ με τη διάταξη του άρθρου 14 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α').

Με όμοια, ως άνω, προεδρικά διατάγματα τα νοσοκομεία μπορεί να συγχωνεύονται, να καταργούνται, ολικά ή μερικά, να μετατρέπονται σε γηριατρικά νοσοκομεία, σε νοσοκομεία αποκατάστασης, σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων, σε Ειδικά Κέντρα ή Κέντρα Υγείας και να ρυθμίζονται όλα τα προκύπτοντα ζητήματα σχετικά με την τακτοποίηση του προσωπικού.

Δεν απαιτείται η έκδοση νέου ιδρυτικού διατάγματος για τα υφιστάμενα νοσοκομεία, που υπάγονται στα Πε.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού και τα οποία μετατρέπονται σε ανεξάρτητες και αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ. από τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

2. α) Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: Τα Γενικά και τα Ειδικά. Η διάκριση σε Νομαρχιακά και Περιφερειακά καταργείται. Γενικά νοσοκομεία είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία. Η κατάταξη των νοσοκομείων σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες γίνεται με τον οργανισμό τους.

β. Τα νοσοκομεία κάθε Πε.Σ.Υ. συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του οικείου Πε.Σ.Υ.. Ειδικότερα, με αποφάσεις του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ., μπορεί να μετακινούνται ιατροί, οδοντίατροι και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας για κάλυψη εφημεριών και έκτακτων αναγκών για χρονικό διάστημα μέχρι ένα (1) μήνα. Με όμοιες αποφάσεις μπορεί να καθορίζονται οι διαδικασίες για τη διενέργεια κοινών διαγωνισμών για την προμήθεια πάσης φύσεως εξοπλισμού και υλικού, καθώς και για την κατάρτιση κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων κοινής λειτουργίας τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων δύο ή περισσότερων νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας. Η πιο πάνω διασύνδεση παρέχει τη δυνατότητα σε νοσοκομεία, που έχουν συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανάγκες, να συναπτουν ιδιαίτερες συμ-

Ο Διοικητής διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπεται στη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 3 του παρόντος, για την επιλογή των Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών του Π.Σ.Υ..

Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτουν οι υποψήφιοι είναι: Πτυχίο Α.Ε.Ι., ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων σε υπηρεσίες ή οργανισμούς του Δημοσίου ή επιχειρήσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, συνεκτιμωμένων και των μεταπτυχιακών σπουδών και επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης διοίκησης και λειτουργίας νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, οικονομικών της υγείας ή κοινωνικής διοίκησης, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας.

Β. Ο Διοικητής, πριν από την ορκωμοσία και ανάληψη υπηρεσίας, υπογράφει με το οικείο Π.Σ.Υ. « συμβόλαιο αποδοτικότητας », στο οποίο καταχωρούνται οι ειδικότερες υποχρεώσεις που αναλαμβάνει ο διοικητής για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Η μη επίτευξη των στόχων αυτών συνεπάγεται τη λήξη της θητείας του και την απόλυσή του, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από κρίση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, που ειδικά για την περίπτωση αιτή ορίζεται ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο.

Γ. Ο Διοικητής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η πενταετής θητεία του μπορεί να ανανεώνεται. Η ανανέωση της θητείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του αρμόδιου Π.Σ.Υ.. Για την ανανέωση λαμβάνεται υπόψη η εκπλήρωση των όρων του συμβολαίου αποδοτικότητας, καθώς και η όλη επίδοση κατά το διάστημα της θητείας του, ο τρόπος άσκησης των καθηκόντων του, η ικανότητα αξιοποίησης του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου, η προθυμία και το πνεύμα συνεργασίας, η εν γένει συμπεριφορά προς τους πολίτες και η αποτελεσματικότητα των ενεργειών του για τη διαρκή βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας του νοσοκομείου και ιδιαίτερα για την αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων για την ανάπτυξη και λειτουργία του νοσοκομείου.

7. Α. Ο Διοικητής έχει τη γενική και ειδική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας του νοσοκομείου και προβαίνει σε κάθε αναγκαία ενέργεια για την εξασφάλιση της εύρυθμης λειτουργίας του.

Ειδικότερα, ο Διοικητής έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- α) Προεδρεύει στο Συμβούλιο Διοίκησης.
- β) Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του νοσοκομείου μέσα στα πλαίσια της γενικής πολιτικής και του προγραμματισμού.
- γ) Συντάσσει και υποβάλλει στο Δ.Σ. του Π.Σ.Υ. το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του νοσοκομείου.
- δ) Προϊσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου. ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια ένορκης διοικητικής εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο του νοσοκομείου ή, μετά από σύμφωνη γνώμη του Προέδρου του Π.Σ.Υ., σε οποιονδήποτε υπάλληλο όλων των μονάδων του Π.Σ.Υ..
- ε) Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ώστε να ανταποκρίνονται στην αποστολή τους και αναπτύσσει συνεργασία με τις κεντρικές και περιφερειακές υπηρεσίες του Π.Σ.Υ..

στ) Εξασφαλίζει την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του νοσοκομείου.

ζ) Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή στο Δ.Σ. του Π.Σ.Υ. του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, στον οποίο πρέπει να προβλέπονται τα κονδύλια κατά διοικητικό τομέα, τμήμα και εργαστήριο.

η) Είναι αρμόδιος για την αναμόρφωση και τροποποίηση του προϋπολογισμού, μέχρι ποσού πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών για νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 200 κλίνες, δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών για νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 400 κλίνες και δεκαπέντε εκατομμυρίων (15.000.000) δραχμών για νοσοκομεία με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες. Οι αποφάσεις αυτές γνωστοποιούνται στον Πρόεδρο του Π.Σ.Υ..

θ) Εισηγείται τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του προϋπολογισμού προς τον Πρόεδρο του Π.Σ.Υ. ή το Δ.Σ. του Π.Σ.Υ. για ποσά, αντίστοιχα, μέχρι το 50% ή άνω του 50% των μεταφερόμενων πιστώσεων.

ι) Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή στο Δ.Σ. του Π.Σ.Υ. του προγράμματος προμηθειών του νοσοκομείου.

ια) Αποφασίζει για τη σύσταση και συγκρότηση πάσης φύσεως επιτροπών εργασίας ή ομάδων εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου.

ιβ) Καθορίζει τα κριτήρια διάθεσης των κλινών στις θέσεις Β και Α και ελέγχει την τήρησή τους.

ιγ) Ελέγχει την τήρηση της λίστας αναμονής ασθενών για προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις ή εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις.

ιδ) Εγκρίνει τα προγράμματα υπερωριακής απασχόλησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραιατρικού και λοιπού προσωπικού, μετά από εισήγηση των Διευθυντών της Ιατρικής, Νοσηλευτικής ή Διοικητικής Υπηρεσίας αντίστοιχα.

ιε) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την εκτέλεση, με τη νόμιμη διαδικασία, έργων βελτίωσης της κτιριακής υποδομής και των χώρων του νοσοκομείου, καθώς και για την προμήθεια, ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού ποσού μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές και ποσού μέχρι δέκα εκατομμύρια (10.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές.

ιστ) Αποφασίζει για τις μετακινήσεις του προσωπικού του νοσοκομείου ανάμεσα στα διάφορα τμήματα αυτού.

ιζ) Αποφασίζει για την πρόσληψη Συμβούλων Οργάνωσης.

ιη) Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

ιβ) Καταρτίζει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου.

κ) Ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του νοσοκομείου.

8. Σε νοσοκομεία 400 κλινών και άνω προστίθεται στον Οργανισμό τους μία (1) θέση Αναπληρωτή Διοικητή, με πενταετή θητεία, με βαθμό 2ο της κατηγορίας ΕΘ. Τα προσόντα για το διορισμό στη θέση αυτή είναι ίδια με αυτά που ορίζονται για το Διοικητή του νοσοκομείου στο εδάφιο Α' της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού.

φώνίες με άλλα νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, εγκρινόμενες από το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., για την προσωρινή, μέχρι τρεις (3) μήνες, υποδοχή εκπαιδευτών ιατρών, οι οποίοι λαμβάνουν πρόσθετη αμοιβή, το ύψος της οποίας καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Η σχετική δαπάνη βαρύνει τις πιστώσεις των λειτουργικών εξόδων του προϋπολογισμού του νοσοκομείου υποδοχής. Η πιο πάνω διασύνδεση μπορεί να γίνεται και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή περισσότερων Πε.Σ.Υ..

Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να εξειδικεύονται και να συμπληρώνονται οι προϋποθέσεις και να ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για τη λειτουργική διασύνδεση των νοσοκομείων.

3. Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που έχουν Πανεπιστημιακά Τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ονομάζονται «Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.».

Διατηρούν την ονομασία τους, ως «Πανεπιστημιακά», τα Γενικά Νοσοκομεία Αλεξανδρούπολης, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Λάρισας, Πατρών και Χαϊδαρίου Αττικής.

4. Όργανα διοίκησης νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. είναι:

α) Το Συμβούλιο Διοίκησης

β) Ο Διοικητής.

5. Α. Το Συμβούλιο Διοίκησης (Σ.Δ.) συγκροτείται από:

α) το Διοικητή του νοσοκομείου, ως Πρόεδρο,

β) το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Προϊστάμενο της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού,

γ) το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον αρχαιότερο Διευθυντή τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας,

δ) το Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον αρχαιότερο τομεάρχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

ε) τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου, αναπληρούμενο από τον Αντιπρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Στα νοσοκομεία, με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες, μέλος του Συμβουλίου Διοίκησης είναι και ο Αναπληρωτής Διοικητής.

Ο Πρόεδρος του Σ.Δ. μπορεί, κατά την κρίση του, να καλεί στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, καθώς και κάθε υπηρεσιακό παραγοντα - εκπρόσωπο οποιασδήποτε επιστημονικού ή τοπικού φορέα.

Η λειτουργία του Σ.Δ. διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του ν. 2690/1999, που αφορούν τη λειτουργία των Συλλογικών Οργάνων της Διοίκησης.

Β. Το Σ.Δ. ασκεί, ιδίως, τις εξής αρμοδιότητες:

α) Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες, που του εκχωρούνται με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ..

β) Ασκεί όλες τις γνωμοδοτικές αρμοδιότητες που είχαν, δυνάμει γενικών ή ειδικών διατάξεων, τα καταργούμενα Δ.Σ. των νοσοκομείων.

γ) Γνωμοδοτεί προς τον Πρόεδρό ή το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., κατά περίπτωση, για τη λήψη μέτρων που εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και την ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των οικονομικών πόρων και της περιουσίας του, ώστε να ανταποκρίνεται στην κοινωνική αποστολή του.

δ) Γνωμοδοτεί για τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου,

καθώς και τον ισολογισμό και απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους.

ε) Γνωμοδοτεί για τις τροποποιήσεις του προϋπολογισμού, ανεξαρτήτως ποσού. Οι τροποποιήσεις αυτές υποβάλλονται από το Διοικητή, για έγκριση, στον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ..

στ) Προτείνει το σχεδιασμό και τα επί μέρους προγράμματα για την ανάπτυξη της υλικοτεχνικής υποδομής του νοσοκομείου και εγκρίνει το σχεδιασμό και την εκτέλεση έργων επέκτασης, διαρρύθμισης, επισκευών, βελτίωσης και αναβάθμισης της κτιριακής υποδομής και των χώρων του νοσοκομείου, ποσού: 1) πάνω από τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές και μέχρι εβδομήντα εκατομμύρια (70.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές, 2) πάνω από δέκα εκατομμύρια (10.000.000) δραχμές και μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές. Τα παραπάνω ποσά μπορεί να αναπροσαρμόζονται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

ζ) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την προμήθεια, με τη νόμιμη διαδικασία, ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, ποσού: 1) από τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) μέχρι εβδομήντα εκατομμύρια (70.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές, 2) από δέκα εκατομμύρια (10.000.000) μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές.

η) Προτείνει την αναμόρφωση, συμπλήρωση και τροποποίηση του οργανισμού του νοσοκομείου, καθώς και τη σύσταση θέσεων προσωπικού.

θ) Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ του νοσοκομείου, καθώς και για την αξιοποίησή τους, εκτός εάν πρόκειται για θέματα αποδοχής εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας ή της δαπάνης ανάπτυξης νέων τμημάτων, για τα οποία αποφασίζει το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ..

ι) Αποφασίζει για τη διάθεση, σε άλλα νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας, του μη χρησιμοποιούμενου υλικού του νοσοκομείου, για το χαρακτηρισμό παλαιού υλικού ως άχρηστου, καθώς και για την καταστροφή ή την εκποίηση του υλικού αυτού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την καταστροφή ή την εκποίηση του άχρηστου υλικού.

6. Α. Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνιστάται μία (1) οργανική θέση Διοικητή, με πενταετή θητεία, με βαθμό 1ο της κατηγορίας ΕΘ.

Η προκήρυξη για την πλήρωση των θέσεων των Διοικητών των νοσοκομείων γίνεται χωριστά για κάθε Πε.Σ.Υ.. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ερίζονται τα δικαιολογητικά, η προθεσμία, ο τύπος καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την υποβολή της αίτησης.

Η προκήρυξη δημοσιεύεται σε δύο (2) ημερήσιες εθνικές εφημερίδες και τουλάχιστον σε μία ημερήσια τοπική εφημερίδα της περιφέρειας του κάθε Πε.Σ.Υ.. Κάθε υποψήφιος μπορεί να υποβάλει αίτηση σε περισσότερα του ενός Πε.Σ.Υ..

ζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του παραπάνω εδαφίου Α' της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού. Οι διατάξεις του εδαφίου Γ' της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού εφαρμόζονται και για τον Αναπληρωτή Διοικητή. Σε περίπτωση κωλύματος, απουσίας ή έλλειψης, το Διοικητή αναπληρώνει, σε όλες τις αρμοδιότητές του, ο Αναπληρωτής Διοικητής και ελλείποντος αυτού, κατά σειρά, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Διευθυντής της Διοικητικής Υπηρεσίας ή έμπειρος και ικανός υπάλληλος του (ιδίου ή άλλου νοσοκομείου πτυχιούχος Α.Ε.Ι., ο οποίος ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του οικείου Π.Ε.Σ.Υ.). Ο Αναπληρωτής Διοικητής ασκεί τα καθήκοντα που του ανατίθενται με απόφαση του Διοικητή.

9. Σε θέση Διοικητή ή Αναπληρωτή Διοικητή των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. επιτρέπεται να είναι υποψήφιοι και να διορίζονται και δημόσιοι λειτουργοί ή υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και Ν.Π.Δ.Δ. ή στελέχη οργανισμών ή τραπεζών ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα, καθώς και μέλη Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι. και Τ.Ε.Ι., εφαρμοζόμενων των διατάξεων του άρθρου 32 παρ. 18 του ν. 2190/1994, της παρ. 6 του άρθρου 8 του ν. 2194/1994 και του άρθρου 1 του ν. 2198/1994, όπως κάθε φορά ισχύουν. Προϋπόθεση για να κριθούν οι ανωτέρω λειτουργοί και υπάλληλοι αποτελεί η έγκριση του φορέα στον οποίο υπηρετούν, η οποία θεωρείται ότι συντρέχει, εάν ο φορέας δεν απαντήσει αρνητικά εντός δέκα (10) ημερών από την πρωτοκόλληση του εγγράφου ερωτήματος της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Μετά τη λήξη ή τη διακοπή της θητείας τους, οι λειτουργοί και υπάλληλοι του προηγούμενου εδαφίου επανέρχονται στην προτέρα θέση τους και ο αντίστοιχος χρόνος της θητείας τους θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία σε θέση προϊσταμένου τμήματος ή διεύθυνσης, προκειμένου να κριθούν για προαγωγή, αντίστοιχα, στο βαθμό του Διευθυντή ή του Γενικού Διευθυντή, κατά τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 82 του ν. 2193/1999. Η μισθοδοσία των ανωτέρω βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, ανεξάρτητα από την επιλογή των αποδοχών της παρ. 10 του παρόντος ή αυτών της οργανικής τους θέσης.

Οι υπάλληλοι νοσοκομείων δεν επιτρέπεται να επιλεγούν και να διοριστούν ως διοικητές ή αναπληρωτές διοικητές νοσοκομείου, στο οποίο ανήκουν οργανικά.

Οι αποδοχές φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδοματικές αποδοχές του Διοικητή και του Αναπληρωτή Διοικητή των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. ορίζονται, χωρίς περιορισμό ως προς τους ανώτερους τους, από άλλες γενικές ή ειδικές διατάξεις της Κ.Υ.Α. με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση παρέχονται στους Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές των νοσοκομείων των Ε.Σ.Υ. αποδοχές και έξοδα παράστασης.

Οι αποδοχές κάθε νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. συνιστάται Επιστημονικό Συμβούλιο, που συγκροτείται από:

α) Τρεις Ιατρούς, Διευθυντές τμημάτων ή κλινικών, που ορίζονται από μέλη Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι., που εκλέγονται από τους Διευθυντές Ιατρούς του νοσοκομείου.

β) Τρεις Αναπληρωτές Ιατρούς, που εκλέγονται από Αναπληρωτή Διευθυντή, που εκλέγεται από τους Αναπληρωτές Διευθυντές του νοσοκομείου.

γ) Τρεις με βαθμό Επιμελητή Α' που εκλέγονται από τους Επιμελητές Α' του νοσοκομείου.

δ) Τρεις με βαθμό Επιμελητή Β' που εκλέγονται από τους Επιμελητές Β' του νοσοκομείου.

ε) Τρεις με βαθμό Επιμελητή Β' του νοσοκομείου.

ζ) Τρεις με βαθμό Επιμελητή Β' του νοσοκομείου, μη ιατρούς, που εκλέγονται από όλους τους επιστήμονες μη ιατρούς που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία.

στ) Έναν (1) νοσηλευτή κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ, με βαθμό τουλάχιστον Α', που εκλέγεται από όλους τους νοσηλευτές ΠΕ ή ΤΕ με βαθμό τουλάχιστον Α'.

Στα νοσοκομεία των Π.Ε.Σ.Υ., που είναι εγκατεστημένες και Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, προστίθεται ένα επιπλέον μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου, το οποίο είναι Πανεπιστημιακός ιατρός, που εκλέγεται από όλους τους Πανεπιστημιακούς ιατρούς που εργάζονται στις παραπάνω κλινικές, χωρίς να αποκλείεται η εκλογή και άλλου Πανεπιστημιακού ιατρού ως μέλους του Επιστημονικού Συμβουλίου των περιπτώσεων α' και γ'.

Στο Επιστημονικό Συμβούλιο μετέχει, χωρίς δικαίωμα ψήφου, αιρετός εκπρόσωπος των ειδικευόμενων ιατρών. Όλα τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγονται με τον αναπληρωτή τους.

Αν οποιοδήποτε μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου χάσει την ιδιότητα με την οποία έχει εκλεγεί, αντικαθίσταται με την αρχική διαδικασία.

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρο μεταξύ των Διευθυντών Ιατρών.

Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι τριετής και η συγκρότησή του γίνεται με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου.

Β. Αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι:

α) Εισηγείται στο Συμβούλιο Διοίκησης για κάθε επιστημονικό θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου.

β) Εισηγείται τη συγκρότηση επιτροπών και ομάδων εργασίας για συγκεκριμένα επιστημονικά θέματα του νοσοκομείου.

γ) Εισηγείται για επιστημονικά θέματα στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Π.Ε.Σ.Υ..

δ) Γνωμοδοτεί προς το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας για τις εκπαιδευτικές άδειες του επιστημονικού προσωπικού.

ε) Συντονίζει και παρακολουθεί τα εκπαιδευτικά και μετεκπαιδευτικά προγράμματα του επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου και μεριμνά για τη διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων.

στ) Γνωμοδοτεί σε επιστημονικά ερωτήματα του Διοικητή ή του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας.

ζ) Γνωμοδοτεί προς το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας για το πρόγραμμα εφημεριών των Ιατρών του νοσοκομείου.

η) Έχει τις αρμοδιότητες Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

Άρθρο 6

Οργάνωση νοσοκομείων

1. Όλα τα νοσοκομεία των Π.Ε.Σ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους.

Η έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Π.Ε.Σ.Υ. στην περιφέρεια του οποίου υπάγεται το νοσοκομείο.

Οι παραπάνω κοινές υπουργικές αποφάσεις ακολουθούν υποχρεωτικά τα πλαίσια οργάνωσης που ορίζονται στο νόμο αυτόν, όπως συμπληρώνονται με το ενιαίο

πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων του άρθρου 4 του ν. 1397/1983, όπως κάθε φορά ισχύει.

Οι οριστικοί οργανισμοί των νοσοκομείων των Π.Σ.Υ. θα εκδοθούν μετά την έγκριση, από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, του Υγειονομικού Χάρτη κάθε Περιφέρειας. Μέχρι τότε οι υφιστάμενοι οργανισμοί παραμένουν σε ισχύ και μπορεί να τροποποιούνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

2. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται, ιδίως, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας, τα εργαστήρια, η διάρθρωση της Νοσηλευτικής, Διοικητικής - Οικονομικής και Τεχνικής - Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων που ισχύουν για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού, ο αριθμός και οι ειδικότητες του με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου προσωπικού, η οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου.

Στον οργανισμό μπορεί να προβλέπονται, από Ξενοδοχειακής άποψης και μόνο, θέσεις Β και Α κατηγορίας, με ειδικό υψηλότερο νοσήλιο. Οι θέσεις αυτές δεν μπορούν να υπερβαίνουν το 20% της δυναμικότητας σε κλίνες του νοσοκομείου. Η διάθεση των κλινών των θέσεων Β και Α γίνεται μόνο με την προϋπόθεση ότι δεν είναι απαραίτητες για τη νοσηλεία ιδιαίτερως βαρέων περιστατικών, από το Διοικητή του νοσοκομείου, με κριτήρια τη βαρύτητα των περιστατικών και τη σειρά προτεραιότητας. Ο Διοικητής μπορεί να εκχωρήσει αυτή την αρμοδιότητα στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

3. Σε κάθε νοσοκομείο, που διαθέτει πάνω από 400 κλίνες, συνιστώνται δύο (2) οργανικές θέσεις ειδικού επισημονικού προσωπικού, Συμβούλων Οργάνωσης, με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, η οποία μπορεί να καταγγέλλεται ελεύθερα σε περίπτωση αποχώρησης του Διοικητή, για οποιονδήποτε λόγο. Σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτει μέχρι 400 κλίνες συνιστάται μια (1) οργανική θέση του προηγούμενου εδαφίου.

Προσόντα διορισμού για τις θέσεις του παραπάνω ειδικού επισημονικού προσωπικού ορίζονται τα προβλεπόμενα στις διατάξεις του άρθρου 26 του π. δ. 194/1988 (ΦΕΚ 84 Α'), σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου 25 παρ. 2 του ν. 1943/1991.

4. Σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται υποχρεωτικά ειδικό Γραφείο με τίτλο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών», το οποίο στελεχώνεται με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή, πληροφόρηση και καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών προς τις αρμόδιες υπηρεσίες.

5. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ρυθμίζονται η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τ.Ε.Π. με εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό, ο διορισμός, ως Προισταμένου αυτού, Ιατρού Διευθυντή ή Αναπληρωτή Διευθυντή του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος συνεργασίας αυτού με το Ε.Κ.Α.Β. και κάθε άλλη λεπτομέρεια που είναι αναγκαία για την εφαρμογή των

6. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

α) Ιατρική β) Νοσηλευτική γ) Διοικητική - Οικονομική και δ) Τεχνική - Ξενοδοχειακή, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη.

Στην Ιατρική Υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται οι Ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί, ακτινοφυσικοί, χημικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παραιατρικού προσωπικού και κοινωνικής εργασίας.

Στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπονται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, που υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου, καθώς και το τμήμα Προμηθειών.

7. Ο Διευθυντής της Διοικητικής και της Τεχνικής Υπηρεσίας, καθώς και ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Πληροφορικής των νοσοκομείων προέρχεται από τους υπαλλήλους όλων των μονάδων του οικείου Π.Σ.Υ., που ανήκουν στους κλάδους, των οποίων οι υπάλληλοι μπορούν να προϊστανται, κατά τον οργανισμό του νοσοκομείου, στη Διοικητική ή την Τεχνική Υπηρεσία ή τη Διεύθυνση Πληροφορικής και έχουν τα νόμιμα προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή.

Για την εφαρμογή των οριζόμενων στο άρθρο 82 του ν. 2683/1999, το Υπηρεσιακό Συμβούλιο της παρ. 3 του άρθρου 15 του παρόντος, με βάση τις καταστάσεις όλων των μονάδων του Π.Σ.Υ., που συντάσσονται κατά τις διατάξεις του άρθρου 86 του ν. 2683/1999, καταρτίζει ενιαίο πίνακα προακτέων στο βαθμό του Διευθυντή. Οι υπάλληλοι που περιλαμβάνονται στον ενιαίο πίνακα προακτέων στο βαθμό του Διευθυντή προάγονται, κατά τη σειρά της εγγραφής τους, στο βαθμό του Διευθυντή και τοποθετούνται σε κενή ή κενούμενη θέση Διευθυντή της Διοικητικής ή της Τεχνικής Υπηρεσίας ή της Διεύθυνσης Πληροφορικής σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του οικείου Π.Σ.Υ..

Σε περίπτωση κατά την οποία δεν είναι δυνατή, σύμφωνα με τους ενιαίους πίνακες προακτέων, η πλήρωση κενών θέσεων Διευθυντών της Διοικητικής ή Τεχνικής υπηρεσίας των νοσοκομείων του Π.Σ.Υ., λόγω έλλειψης υπαλλήλων που έχουν τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή, μπορεί να ανατίθενται τα καθήκοντα της θέσης Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας ή της Τεχνικής Διεύθυνσης ή της Διεύθυνσης Πληροφορικής σε υπάλληλο οποιασδήποτε μονάδας του Π.Σ.Υ., του αμέσως κατώτερου βαθμού, με την προϋπόθεση ότι ανήκει σε κλάδο, οι υπάλληλοι του οποίου προβλέπεται, από τις οικείες οργανικές διατάξεις, ότι μπορεί να προϊστανται.

Άρθρο 7

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

1. Στην Ιατρική Υπηρεσία προϊστάται Ιατρός Διευθυντής, προϊστάμενος τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας. Σε νοσοκομεία, που είναι εγκατεστημένες και Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, ο Διευθυντής Ιατρικής Υπηρεσίας μπορεί να είναι: Καθηγητής ή Ανα-

9. Ο Διευθυντής του τμήματος είναι υπεύθυνος για τη λειτουργία του τμήματος. Ειδικότερα:

α) Συντονίζει τη λειτουργία όλου του προσωπικού ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού, που εργάζεται στο τμήμα του.

β) Προτείνει και παρακολουθεί την εκτέλεση του προϋπολογισμού του τμήματός του στα πλαίσια του προϋπολογισμού του τομέα.

γ) Συντάσσει απολογισμό και ετήσια έκθεση πεπραγμένων του τμήματός του.

δ) Ελέγχει την τήρηση του ωραρίου του ιατρικού και του λοιπού προσωπικού του τμήματος, που ανήκει στην Ιατρική Υπηρεσία.

ε) Αξιολογεί, ως Α' βαθμολογητής, το ιατρικό προσωπικό του τμήματος και το λοιπό προσωπικό του τμήματος, που ανήκει στην ιατρική υπηρεσία.

στ) Εποπτεύει και ελέγχει την εφαρμογή των εκπαιδευτικών, μετεκπαιδευτικών και ερευνητικών προγραμμάτων του τμήματος.

10. Στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., που είναι εγκατεστημένες Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και μονάδες, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 13 του ν. 1397/1983, ο οικείος Διευθυντής υποβάλλει υποχρεωτικά στο Διοικητή του νοσοκομείου, μέσα σε ένα (1) μήνα από τη δημοσίευση του παρόντος, ονομαστική κατάσταση όλου του Πανεπιστημιακού προσωπικού, που παρέχει πάσης φύσεως έργο στην Πανεπιστημιακή κλινική, εργαστήριο ή μονάδα. Η παραπάνω ονομαστική κατάσταση υποβάλλεται, αναθεωρημένη, σε κάθε μεταβολή προσωπικού.

Άρθρο 8

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

1. Στη Νοσηλευτική Υπηρεσία προϊστάται ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Ο Διευθυντής Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κάθε νοσοκομείου ορίζεται από το Δ.Σ του Π.Ε.Σ.Υ., μετά από επιλογή του από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο, που λειτουργεί ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο, κατά τα οριζόμενα στην παρ. 8 του άρθρου 2 του νόμου αυτού.

2. Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε τομείς, που ακολουθούν τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας. Επικεφαλής των τομέων είναι Τομεάρχες, που ορίζονται από το Διοικητή του νοσοκομείου μετά από επιλογή τους από το Νοσηλευτικό Συμβούλιο του Π.Ε.Σ.Υ., κατά τα οριζόμενα στη παράγραφο 8 του άρθρου 2 του νόμου αυτού.

3. Οι προϊστάμενοι των τμημάτων των τομέων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας επιλέγονται από το Υπηρεσιακό Συμβούλιο, στο οποίο υπάγονται οι υποψήφιοι, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 85 του ν. 2683/1999.

Άρθρο 9

Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων

1. Από 1.1.2002 επιτρέπεται στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. μετά το τακτικό ωράριο, η λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων.

Στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους:

α) οι Διευθυντές Ιατροί, β) οι Αναπληρωτές Διευθυντές Ιατροί, γ) οι Επιμελητές Α' Ιατροί και δ) οι Πανεπιστημιακοί Ιατροί, που κατέχουν τίτλο ειδικότητας και ερ-

γάζονται σε Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες στο νοσοκομείο. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα κάτω από 200 κλίνες επιτρέπεται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στα απογευματινά ιατρεία όλοι οι ειδικευμένοι Ιατροί, που υπηρετούν στα νοσοκομεία αυτά.

2. Σε απογευματινό ιατρείο μπορούν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους Ιατροί, που διενεργούν τακτικό πρωινό ιατρείο τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Οι Ιατροί που απασχολούνται σε απογευματινό ιατρείο δεν επιτρέπεται να είναι σε εφημερία και ο αριθμός τους δεν μπορεί να υπερβαίνει το μισό του ιατρικού προσωπικού κάθε τμήματος.

Η απασχόληση κάθε Ιατρού σε απογευματινό ιατρείο δεν μπορεί να υπερβαίνει τις δύο (2) ημέρες την εβδομάδα.

Η απασχόληση των Ιατρών του χειρουργικού τομέα σε απογευματινά χειρουργεία δεν μπορεί να υπερβαίνει τη μία (1) ημέρα την εβδομάδα πλέον των δύο (2) ημερών άσκησης απογευματινού ιατρείου.

Ο προγραμματισμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που διενεργούνται μετά το τακτικό ωράριο πραγματοποιείται, με επιμέλεια του Διευθυντή του τομέα, με την προϋπόθεση ότι διασφαλίζεται κατά απόλυτη προτεραιότητα η εξυπηρέτηση των αναγκών της εφημερίας, των νοσηλευόμενων ασθενών και των τακτικών πρωινών εξωτερικών ιατρείων. Η επιστημονική ευθύνη για την απογευματινή λειτουργία κάθε τμήματος, εργαστηρίου ή μονάδας ανήκει στο Διευθυντή του τμήματος, του εργαστηρίου ή της μονάδας.

Τα ωράρια απογευματινής απασχόλησης, ο αριθμός των περιστατικών που εξετάζονται ανά ημέρα, καθώς και ο αριθμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ανά ημέρα καθορίζονται με απόφαση του Διοικητή, ύστερα από εισήγηση του Συμβουλίου Διοίκησης, ανάλογα με τις ανάγκες και τις πρακτικές δυνατότητες του νοσοκομείου. Ο αριθμός των περιστατικών, που εξετάζονται από κάθε Ιατρό ανά εβδομάδα, καθώς και ο αριθμός των διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων, που διενεργεί κάθε Ιατρός ανά εβδομάδα, δεν επιτρέπεται να υπερβαίνει τον αριθμό των αντίστοιχων πράξεων, που διενεργούνται από τον ίδιο Ιατρό στο τακτικό ωράριο.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Ε.Σ.Υ. αποφασίζει με απόφασή του να καθορίζει γενικότερους κανόνες λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων, που ισχύουν και για τα νοσοκομεία που δεν ανήκουν στο Π.Ε.Σ.Υ. αλλά συνδέονται λειτουργικά με αυτό.

3. Η αμοιβή για την επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο καταβάλλεται απευθείας στο νοσοκομείο από τον εξεταζόμενο ασθενή.

Η αμοιβή για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, που διενεργούνται κατά την απογευματινή λειτουργία του νοσοκομείου, καταβάλλονται στο νοσοκομείο με βάση τις ισχύουσες κάθε φορά ρυθμίσεις και τιμολόγιο, είτε από τον ασθενή είτε από τον ασφαλιστικό του φορέα. Αν ο ασθενής δεν είναι ασφαλισμένος, καταβάλλει στο νοσοκομείο αμοιβή για τις πράξεις αυτές με βάση το ισχύον κάθε φορά τιμολόγιο.

Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται το ύψος της αμοιβής, που καταβάλλεται για την επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο, καθώς και το ποσοστό που παρακρατείται από το νοσοκομείο και το ποσοστό που κατανέμεται στους Ιατρούς και το λοιπό προσωπικό που απασχολείται στην

Εάν ο Πανεπιστημιακός ιατρός εργάζεται σε Πανεπιστημιακή κλινική, εργαστήριο ή μονάδα, που είναι εγκατεστημένη σε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., ανεξάρτητα από την πειθαρχική του δίωξη, απομακρύνεται μονομερώς από το νοσοκομείο, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ., μετά από κλήση του να υποβάλει τις αντιρρήσεις του εντός δέκα (10) ημερών. Η απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. κοινοποιείται στον Πρόεδρο του ιατρικού τμήματος του οικείου Α.Ε.Ι..

5. Όλοι οι ιατροί που προσλαμβάνονται πρώτη φορά στο Ε.Σ.Υ. μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, ανεξάρτητα από τη βαθμίδα για την οποία επιλέγονται, διορίζονται με πενταετή θητεία. Στο τέλος της πενταετίας η θέση επαναπροκηρύσσεται. Εφόσον ο ιατρός που κατέχει τη θέση επιλεγεί για την κατάληψή της, διορίζεται πάλι με πενταετή θητεία. Στο τέλος της δεύτερης πενταετίας η θέση επαναπροκηρύσσεται και εφόσον επιλεγεί ο ίδιος ιατρός διορίζεται ως μόνιμος.

6 Η διαδικασία επαναπροκήρυξης της θέσης αρχίζει ένα (1) έτος πριν τη λήξη της πενταετούς θητείας του ιατρού και η διαδικασία επιλογής πρέπει να έχει ολοκληρωθεί μέχρι τη λήξη της θητείας αυτής. Αν η διαδικασία δεν έχει ολοκληρωθεί, ο ιατρός αποχωρεί από την οργανική μονάδα στην οποία υπηρετεί με τη λήξη της θητείας του.

Αν ο ίδιος ιατρός επιλεγεί και πάλι για την κατάληψη της θέσης, η νέα πενταετής θητεία του αρχίζει την ημέρα της νέας ορκωμοσίας του.

7. Για όσους υπηρετούν, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, ως Επιμελητές Γ', Β' και Α' και Διευθυντες, με θητεία, ισχύουν τα ακόλουθα:

α) Η τετραετής θητεία των Επιμελητών Γ' και Β', της παρ. 2 του άρθρου 70 του ν. 2071/1992, μετατρέπεται σε πενταετή και εφαρμόζονται οι διατάξεις της παρ. 5.

β) Η τριετής θητεία των Επιμελητών Α' και των Διευθυντών, της παρ. 2 β του άρθρου 34 του ν. 2519/1997 μετατρέπεται σε πενταετή. Στο τέλος της πενταετούς θητείας οι ιατροί αυτοί κρίνονται για μονιμοποίηση. Οι Επιμελητές Α' κρίνονται από τα Συμβούλια Αξιολόγησης της παρ. 14 και οι Διευθυντές από τα Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ. της παρ. 11.

8. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συγκροτούνται, με απόφαση του Προέδρου του, Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής των Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ., ανά ειδικότητα.

Τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής είναι επταμελή και αποτελούνται από:

α) Το Διοικητή του νοσοκομείου, για το οποίο γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρο ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για Κέντρα Υγείας.

β) Το Διευθυντή του οικείου τμήματος ή κλινικής του νοσοκομείου ή το Διευθυντή του Κέντρου Υγείας.

γ) Το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου ή τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για Κέντρα Υγείας.

δ) Δύο (2) ιατρούς Διευθυντές της ίδιας ειδικότητας με αυτή για την οποία γίνεται η κρίση, που υπηρετούν σε νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ. και προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ..

ε) Έναν (1) ιατρό Επιμελητή Α' ή Αναπληρωτή Διευθυντή της ίδιας ειδικότητας με αυτή για την οποία γίνεται η κρίση, που υπηρετεί σε νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ. και προτείνεται από τον Π.Ι.Σ..

στ) Έναν (1) Πανεπιστημιακό ιατρό της ίδιας ειδικότητας, που ορίζεται από το ιατρικό τμήμα που εδρεύει στην

οικεία υγειονομική περιφέρεια. Σε περίπτωση που στην περιφέρεια δεν υπάρχει ιατρικό τμήμα, ορίζεται ένας εκπρόσωπος από άλλο ιατρικό τμήμα.

Εάν οι ιατροί της ίδιας ειδικότητας δεν επαρκούν, η σύνθεση των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής συμπληρώνεται με ιατρούς της ίδιας ειδικότητας, που ανήκουν σε άλλο Πε.Σ.Υ..

Όταν πρόκειται για κρίση οδοντιάτρων, ως μέλη του Περιφερειακού Συμβουλίου Επιλογής στις περιπτώσεις δ' και ε', ορίζονται οδοντίατροι και το μέλος της περίπτωσης στ' ορίζεται από το οδοντιατρικό τμήμα.

Όλα τα μέλη των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής ορίζονται με τους αναπληρωτές τους.

Το Περιφερειακό Συμβούλιο Επιλογής ορίζει με απόφασή του, για κάθε περίπτωση κρίσης, δύο (2) μέλη του από τις περιπτώσεις δ', ε' και στ' ως εισηγητές.

9. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής λειτουργούν σύμφωνα με όσα ορίζονται στην παρ. 9 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 για τη λειτουργία των Συμβουλίων Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.). Τα κριτήρια συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για θέσεις Επιμελητών Ε.Σ.Υ. καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Μέχρι την έκδοση της απόφασης του προηγούμενου εδαφίου, εφαρμόζεται η υπουργική απόφαση αριθ. ΔΥ13α / οικ. 39832/ 4.12.1997 «Ιεράρχηση των κριτηρίων κρίσης και αξιολόγησης υποψηφίων για θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.» (ΦΕΚ 1088 Β' / 9.12.1997).

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ., καταρτίζεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κατάλογος Εθνικών Κριτών, ανά ειδικότητα, συμπεριλαμβανομένης της Οδοντιατρικής, με σκοπό τη στελέχωση των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης Διευθυντών ιατρών Ε.Σ.Υ..

Ο κατάλογος περιλαμβάνει:

α) Διευθυντές τμημάτων ή μονάδων του Ε.Σ.Υ. ή Διευθυντές κλινικών ή μονάδων νοσοκομείων της αλλοδαπής.

β) Καθηγητές ή Αναπληρωτές Καθηγητές ιατρικών σχολών.

Ο αριθμός των περιλαμβανόμενων στον κατάλογο, ανά κατηγορία, πρέπει να είναι το ίδιο με τον αριθμό των μελών με τα οποία αποτελεί κάθε κατηγορία στα συμβούλια επιλογής και αξιολόγησης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται η διαδικασία και τα κριτήρια επιλογής των ιατρών που καταχωρούνται στον κατάλογο και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της παραγράφου αυτής.

Ο κατάλογος ανασυντάσσεται κάθε τρία (3) χρόνια.

Η επιλογή των μελών για τη στελέχωση των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης γίνεται με χωριστή κλήρωση, σε δημόσια συνεδρίαση, από τριμελή επιτροπή η οποία αποτελείται από:

α) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., με αναπληρωτή τον Αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., β) ένα μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή ένα άλλο μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας, που ορίζονται από τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. και γ) ένα Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του Διευθυντή του ίδιου Υπουργείου, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

11. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ανασυντάσσεται

για κάθε ειδικότητα, Συμβούλια Επιλογής και Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ..

Τα Συμβούλια Επιλογής αποτελούνται από:

α) Τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ., στο οποίο ανήκει ή με το οποίο συνδέεται λειτουργικά το νοσοκομείο, για το οποίο γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή του το Διοικητή του νοσοκομείου ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν κρίνεται ιατρός Κέντρου Υγείας.

β) Τέσσερις (4) Διευθυντές Ιατρούς Ε.Σ.Υ. της ίδιας ειδικότητας. Ένας (1) από τους τέσσερις (4) Διευθυντές μπορεί να είναι Έλληνας Ιατρός, Διευθυντής τμήματος ή μονάδας αναγνωρισμένου νοσοκομείου της αλλοδαπής.

γ) Δύο (2) Πανεπιστημιακούς καθηγητές Α' ή Β' βαθμίδας της ίδιας ειδικότητας.

Τα Συμβούλια Αξιολόγησης αποτελούνται από:

α) Τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ., στο οποίο ανήκει ή συνδέεται λειτουργικά το νοσοκομείο, για το οποίο γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή του το Διοικητή του νοσοκομείου ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν κρίνεται ιατρός Κέντρου Υγείας.

β) Τέσσερις (4) Διευθυντές Ιατρούς Ε.Σ.Υ. της ίδιας ειδικότητας. Ένας (1) από τους τέσσερις (4) Διευθυντές μπορεί να είναι Έλληνας Ιατρός, Διευθυντής τμήματος ή μονάδας αναγνωρισμένου νοσοκομείου της αλλοδαπής.

γ) Δύο (2) Πανεπιστημιακούς καθηγητές Α' ή Β' βαθμίδας της ίδιας ειδικότητας.

Τα μέλη των περιπτώσεων β' και γ' των ανωτέρω δύο Συμβουλίων ορίζονται, μαζί με τους αναπληρωματικούς τους, από τον κατάλογο Εθνικών Κριτών, με κλήρωση που διενεργείται από την επιτροπή της παραγράφου 8 του παρόντος άρθρου. Τα Συμβούλια συγκροτούνται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Για κάθε επιλογή ή αξιολόγηση, τα Συμβούλια ορίζουν δύο (2) από τα μέλη τους από τις περιπτώσεις β' και γ' ως εισηγητές.

Όταν πρόκειται για κρίση Διευθυντών Οδοντιάτρων, τα μέλη των περιπτώσεων β' και γ' είναι Οδοντίατροι.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να συγκροτούνται περισσότερα του ενός Συμβούλια Επιλογής ή Συμβούλια Αξιολόγησης για την ίδια ειδικότητα.

Οι υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας παρέχουν την αναγκαία διοικητική και γραμματειακή υποστήριξη για τη λειτουργία των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης.

12. Τα δικαιολογητικά των υποψηφίων για τις θέσεις Διευθυντών Ε.Σ.Υ. υποβάλλονται στο νοσοκομείο, το οποίο έχει προκηρύξει τη θέση. Το νοσοκομείο διαβιβάζει τα δικαιολογητικά στη γραμματεία του Συμβουλίου Επιλογής Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ., η οποία τα παραδίδει στους εισηγητές. Κάθε εισηγητής συντάσσει και υποβάλλει την εισήγησή του στη γραμματεία του Συμβουλίου μέσα σε είκοσι (20) ημέρες από την παραλαβή των φακέλων με τα δικαιολογητικά των υποψηφίων. Αντίγραφα των εισηγήσεων αποστέλλονται σε όλους τους υποψηφίους, οι οποίοι μπορούν να υποβάλουν τις τυχόν αντιρρήσεις τους σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών. Οι εισηγητές υποχρεούνται, μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες, να απαντήσουν εγγράφως και τεκμηριωμένα στις αντιρρήσεις των υποψηφίων και η απάντησή τους υποβάλλεται, μαζί με τις εισηγήσεις, στο Συμβούλιο. Το Συμβούλιο συγκαλείται, εξετάζει τις αντιρρήσεις που έχουν υποβληθεί και τις αποψεις των εισηγητών και τις κατα-

χωρεί στο πρακτικό κρίσης. Το Συμβούλιο συντάσσει αξιολογικό πίνακα των υποψηφίων πλήρως αιτιολογημένο, τον οποίο αποστέλλει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Το Συμβούλιο υποχρεούται να ολοκληρώσει την κρίση εντός ενός μήνα από την υποβολή των απαντήσεων των εισηγητών επί των αντιρρήσεων των υποψηφίων. Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας εξετάζει μόνο τη νομιμότητα της διαδικασίας και εφόσον διαπιστώσει παράβαση των σχετικών διατάξεων, μπορεί να αναπέμψει την απόφαση στο Συμβούλιο, μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την παραλαβή του αξιολογικού πίνακα.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ. να παρατείνει τις προθεσμίες για την υποβολή των εισηγήσεων μέχρι δεκαπέντε (15) εργάσιμες ημέρες. Αν οι εισηγητές δεν τηρήσουν τις προθεσμίες, εκπίπτουν αυτοδικαίως από μέλη του Συμβουλίου, αντικαθίστανται με τη διαδικασία διορισμού τους και απαγορεύεται η συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε άλλο Συμβούλιο Επιλογής ή Συμβούλιο Αξιολόγησης. Η παράλειψη αυτή θεωρείται παράβαση του υπηρεσιακού καθήκοντος του Ιατρού και λαμβάνεται υπόψη σε κάθε κρίση ή αξιολόγηση του.

13. Οι υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μόνιμοι Διευθυντές αξιολογούνται ανα πενταετία από τα Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ.. Η αξιολόγηση αρχίζει από τους αρχαιότερους υπηρετούντες Διευθυντές. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται η διαδικασία, τα κριτήρια και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

Με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., ύστερα από εισήγηση του Διοικητή του οικείου νοσοκομείου, μπορεί να παραπεμπεται για αξιολόγηση, χωρίς την τήρηση του κριτηρίου της αρχαιότητας, Ιατρός Διευθυντής που έχει αξιολογηθεί αρνητικά επί τρία συνεχόμενα έτη, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 36 του ν. 2519/1997, ή Ιατρός Διευθυντής, ο οποίος με την εν γένει συμπεριφορά του παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

Το Συμβούλιο Αξιολόγησης βαθμολογεί τους κρινόμενους με Α, Β ή Γ. Με Α βαθμολογείται εκείνος που κρίνεται επαρκής και ικανός για την εκτέλεση των αρμοδιοτήτων και καθηκόντων της συγκεκριμένης θέσης.

Με Β βαθμολογείται εκείνος που κατ' αρχήν κρίνεται επαρκής αλλά χρειάζεται να βελτιωθεί σε συγκεκριμένα σημεία. Τα σημεία αυτά, καθώς και η διαδικασία βελτίωσης του κρινόμενου, μέσα από διαδικασίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, του υποδεικνύονται από το Συμβούλιο. Σε αυτήν την περίπτωση η αξιολόγηση επαναλαμβάνεται μετά τριετία. Αν μετά την τριετία κριθεί ότι δεν έχει βελτιωθεί, τοποθετείται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε προσωρινή προσωποπαγή ευοδόβαθμη θέση, που συνίσταται με την ίδια απόφαση σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή αποκεντρωμένη μονάδα του οικείου Πε.Σ.Υ., ανάλογα με την ειδικότητά του και τις συνολικές ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας του Πε.Σ.Υ. και η θέση του επαναπροκηρύσσεται.

Με Γ βαθμολογείται εκείνος που κρίνεται ανεπαρκής και ακατάλληλος για τη θέση που κατέχει. Στην περίπτωση αυτή η θέση επαναπροκηρύσσεται και ο Ιατρός τοποθετείται σε προσωρινή θέση, σύμφωνα με το προηγούμενο εδάφιο ή μετατάσσεται, κατόπιν αιτήσεώς του, σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ο.Τ.Α. ή δημόσια υπηρεσία.

14. Οι υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μόνιμοι Επιμελητές Α', εφόσον συμπληρώνουν πενταετή υπηρεσία στον ίδιο βαθμό χωρίς να έχουν εν τω μεταξύ κριθεί για κατάληψη ομοίβαθμης θέσης αξιολογούνται, εφαρμοζομένων αναλόγως των διατάξεων της παρ. 13 του άρθρου αυτού, από Συμβούλια Αξιολόγησης που συγκροτούνται ανά Πε.Σ.Υ. από:

α) Το Διοικητή του νοσοκομείου ως Πρόεδρο ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

β) Το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, που είναι και εισηγητής ή τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

γ) Ένα Διευθυντή και έναν Αναπληρωτή Διευθυντή της ίδιας ειδικότητας από νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας της περιφέρειας του Πε.Σ.Υ., που προτείνονται μαζί με τους αναπληρωτές τους από το ΚΕ.Σ.Υ..

Η συγκρότηση του Συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Προέδρου του ΠΕ.Σ.Υ..

Με την ίδια διαδικασία και τις ίδιες προϋποθέσεις αξιολογούνται και όσοι Επιμελητές ιατροί μονιμοποιήθηκαν μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

15. Σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ., με βαθμό Διευθυντή, μπορεί να απονέμεται ο τίτλος του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ..

Τα προσόντα για την απονομή του τίτλου του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ. είναι ανάλογα εκείνων, που απαιτούνται για την εκλογή σε θέση Καθηγητή Πανεπιστημίου.

Ο τίτλος του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ. αφαιρείται, εάν κατά την ανά πενταετία αξιολόγηση, ο Διευθυντής κριθεί αρνητικά για τη διατήρηση της θέσης Διευθυντή του τμήματός του.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται το εκλεκτορικό σώμα, το οποίο συγκροτείται από Καθηγητές των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι., ο τύπος του τίτλου, ο φορέας που τον απονέμει, τα ειδικότερα κριτήρια, και ρυθμίζεται η διαδικασία και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

16. Με απόφαση του Προέδρου κάθε Πε.Σ.Υ., ύστερα από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης όλων των ιατρών, οδοντιάτρων και λοιπών επιστημόνων της Ιατρικής Υπηρεσίας, που υπηρετούν στις μονάδες του Πε.Σ.Υ., καθώς και ο χρόνος πρακτικής άσκησης αυτών σε πιστοποιημένους φορείς και κλινικές του Ε.Σ.Υ., που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επιτυχής πρακτική άσκηση συνεκτιμώνται σε κάθε κρίση ή αξιολόγηση του παραπάνω προσωπικού.

17. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε Πε.Σ.Υ. μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου, μπορεί να οργανώνονται κοινά εκπαιδευτικά προγράμματα για τους ιατρούς και το λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που υπηρετεί στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας και στα περιφερειακά ιατρεία του Πε.Σ.Υ..

18. Η εκπαιδευτική άδεια για συμμετοχή σε συνέδρια στο εσωτερικό ή το εξωτερικό χορηγείται στο επιστημονικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας, με την προϋπόθεση ότι ο ενδιαφερόμενος θα έχει ανακοίνωση ή ενεργή

γύ συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις, συζητήσεις ή διαλέξεις.

Σε κάθε άλλη περίπτωση χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για την παρακολούθηση παγκόσμιων ή πανευρωπαϊκών συνεδρίων ή συνεδρίων ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος, μετά από εισήγηση του Διευθυντή του οικείου τομέα και απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου, που εκδίδεται με την προϋπόθεση ότι ο λειτουργός ή υπάλληλος γνωρίζει άριστα τη γλώσσα που χρησιμοποιείται στο συνέδριο και ότι ο συνολικός αριθμός του προσωπικού που απουσιάζει σε εκπαιδευτική ή άλλη άδεια δεν υπερβαίνει το 50% των υπηρετούντων στο τμήμα του αιτούντος και δεν διαταράσσεται κατά τα λοιπά η εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας.

Απαγορεύεται σε ιατρούς, στο λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Σ.Υ., καθώς και σε Πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται σε κλινικές εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., να συμμετέχουν σε συνέδρια ή σεμινάρια στο εσωτερικό ή εξωτερικό, που οργανώνονται από φαρμακευτικές εταιρείες ή εταιρείες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την προβολή των προϊόντων τους.

19. Οι βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες που προβλέπονται στο άρθρο 56 παρ. 2 του ν. 2683/1999 χορηγούνται στο προσωπικό των νοσοκομείων από το Διευθυντή του τμήματος ή το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

20. Η παράγραφος 5 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997 αντικαθίσταται ως εξής:

«5. Το προβλεπόμενο από τις διατάξεις της παρ. 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 ένα 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 Συλλόγου 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.

21. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να προβλέπονται ειδικά κίνητρα, οικονομικά και επιστημονικά:

α) για ειδικότητες εν ανεπαρκεία, όπως αυτές της γενικής ιατρικής, της ιατρικής της εργασίας, της αναισθησιολογίας, της ψυχιατρικής, καθώς και για εξειδίκευση στην επείγουσα και εντατική ιατρική, β) για φαρμακοποιούς, βιολόγους, βιοχημικούς, νοσηλευτές και άλλους επιστήμονες του τομέα υγείας που υπηρετούν στο Ε.Σ.Υ., για μετεκπαίδευση πάνω σε θέματα σχετικά με το αντικείμενό τους, γ) για στελέχη του τομέα υγείας για μεταπτυχιακές σπουδές στην Ελλάδα και στο εξωτερικό σε θέματα δημόσιας υγείας, διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, δ) για την προσέλκυση ιατρού και νο-

σπλευτικού και λοιπού προσωπικού για την κάλυψη ειδικών αναγκών σε ακριτικές, δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας.

22. Στο τέλος της πρώτης παραγράφου του άρθρου 23 του ν. 2519/1997 προστίθενται τα εξής εδάφια:

«Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καταρτίζεται κατάλογος επικουρικών ιατρών ανά ειδικότητα για την κάλυψη εκτάκτων αναγκών και των αναγκών σε δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων. Στον κατάλογο αυτόν εγγράφονται με αίτησή τους ειδικευμένοι ιατροί, που είναι εγγεγραμμένοι στον Οργανισμό Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) και ιατροί που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα. Οι ιατροί, που εγγράφονται στον κατάλογο αυτόν, δεν πρέπει να κατέχουν τον τίτλο ειδικότητας περισσότερο από πέντε (5) έτη και δεν μπορούν να παραμείνουν στον κατάλογο περισσότερο από πέντε (5) έτη.

Οι επικουρικοί ιατροί, με την εγγραφή τους στον κατάλογο, δηλώνουν και το χρονικό διάστημα για το οποίο δεσμεύονται να απασχοληθούν, που δεν μπορεί να είναι μικρότερο των τριών (3) μηνών και μεγαλύτερο του ενός (1) έτους, καθώς και τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο του έτους. Η αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζει πρόγραμμα ετοιμότητας των επικουρικών ιατρών, ώστε να υπάρχει κάλυψη καθ' όλο το έτος.

Οι επικουρικοί ιατροί, κατά το χρόνο απασχολήσεώς τους στην κάλυψη των έκτακτων αναγκών, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ο χρόνος αυτός υπολογίζεται ως χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ., όταν κρίνονται για την κατάληψη θέσης ιατρού Ε.Σ.Υ..

Οι επικουρικοί ιατροί λαμβάνουν τις αποδοχές πρωτοδιοριζόμενου Επιμελητή Β' του Ε.Σ.Υ. και η δαπάνη για την αμοιβή των επικουρικών ιατρών βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, αν αυτοί καλύπτουν ανάγκες νοσοκομείου ή τον προϋπολογισμό του Πε.Σ.Υ., εάν καλύπτουν ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Οι προσλήψεις της παραγράφου αυτής εξαιρούνται από την αναστολή των διορισμών και προσλήψεων και τη διαδικασία έγκρισης της ΠΥΣ 55/11.11.1998 (ΦΕΚ 252 Α'), όπως κάθε φορά ισχύει».

23. Όλες οι ρυθμίσεις του άρθρου αυτού για τους ιατρούς ισχύουν και για τους οδοντιάτρους.

Άρθρο 12 Πειθαρχικές διατάξεις

1. α. Ο Διοικητής νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ., ως Πειθαρχικός Προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

Ο Διευθυντής Κέντρου Υγείας μπορεί να επιβάλλει στο ιατρικό προσωπικό τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου έως το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

β. Το Συμβούλιο Διοίκησης του νοσοκομείου, ως πειθαρχικό συλλογικό όργανο, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι και τις αποδοχές ενός μηνός.

Κατά των αποφάσεων των ανωτέρω πειθαρχικών οργάνων επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ..

πειθαρχική δικαιοδοσία, σε πρώτο ή σε δεύτερο βαθμό, σε βάρος του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται στην αρμοδιότητά του. Σε πρώτο βαθμό, το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. μπορεί να επιβάλλει μόνο τις ποινές που προβλέπονται, υπό στοιχεία α' έως και γ', στην παράγραφο 1 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997. Σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις ενστάσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Διοικητή και του Συμβουλίου Διοίκησης του νοσοκομείου.

Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., που επιβάλλουν από την ποινή προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων (4) μηνών και άνω έως και την ποινή της διακοπής του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού, επιτρέπεται η άσκηση έφεσης ενώπιον του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο δικάζει σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα που μπορεί να επισύρουν μέχρι και την ποινή της αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις εφέσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων των Διοικητικών Συμβουλίων των Πε.Σ.Υ., που επιβάλλουν την ποινή του προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων (4) μηνών και άνω, ως και της διακοπής του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού.

Οι τελεσίδικες πειθαρχικές αποφάσεις των Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ. και οι οριστικές αποφάσεις του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου υπόκεινται σε προσφυγή ενώπιον του Συμβουλίου της Επικρατείας, μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης.

Οι διατάξεις των παραγράφων 2, 3 και 4 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997 καταργούνται.

3. Ο Διοικητής νοσοκομείου των Πε.Σ.Υ., ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του λοιπού προσωπικού, πλην του ιατρικού, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών. Την ίδια αρμοδιότητα έχει και ο Διευθυντής των Κέντρων Υγείας.

Το Συμβούλιο Διοίκησης του νοσοκομείου, ως πειθαρχικό συλλογικό όργανο, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού τις ποινές της επίπληξης μέχρι τις αποδοχές ενός (1) μήνα. Κατά των αποφάσεων των ανωτέρω πειθαρχικών οργάνων επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ..

Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., ως πειθαρχικό όργανο, ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία κατά του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας της αρμοδιότητάς του είτε σε πρώτο βαθμό είτε σε δεύτερο βαθμό, ύστερα από άσκηση ένστασης κατά των αποφάσεων των πειθαρχικών οργάνων της προηγούμενης παραγράφου.

Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό πειθαρχικά παραπτώματα του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού μπορεί να επιβάλλει τις ποινές της παραγράφου 1 περ. α', β' και γ' του άρθρου 109 του ν. 2683/1999.

Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., που επιβάλλει ποινή βαρύτερη από τη στέρηση των αποδοχών ενός (1) μηνός, επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Πρωτοβάθμιου Υποπρωτοβάθμιου Συμβουλίου.

βουλίου της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου.

Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου, όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό, μπορεί να επιβάλλει οποιαδήποτε ποινή.

Κατά των οριστικών αποφάσεων του Πρωτοβάθμιου Υπηρεσιακού Συμβουλίου επιτρέπεται η άσκηση έφεσης ενώπιον του Δευτεροβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου του άρθρου 163α του ν. 2683/1999, που προστέθηκε με το άρθρο 15 του ν. 2839/2000 και εφαρμόζονται, κατά τα λοιπά, οι πειθαρχικές διατάξεις του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ..

4. Τις προβλεπόμενες στις προηγούμενες παραγράφους 1, 2 και 3 ένσταση και έφεση δικαιούνται να ασκήσουν:

α) ο λειτουργός ή υπάλληλος, εντός προθεσμίας τριάντα (30) ημερών από την ημέρα που του κοινοποιήθηκε η απόφαση,

β) κατά του λειτουργού ή υπαλλήλου, ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας, μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την έκδοση της απόφασης.

5. Στην παρ. 1 του άρθρου 77 του ν. 2071/1992 προστίθεται περίπτωση ζ' ως εξής:

«ζ. η αδικαιολόγητη απουσία ή εγκατάλειψη θέσης».

Για το αδίκημα αυτό, μετά από δεύτερη υποτροπή μπορεί να επιβληθεί η ποινή της οριστικής παύσης.

6. Τα μονομελή πειθαρχικά όργανα οφείλουν να εκδίδουν την απόφασή τους μέσα σε ένα (1) μήνα από την ημέρα παραλαβής του πειθαρχικού φακέλου.

Για τα συλλογικά πειθαρχικά όργανα η παραπάνω προθεσμία ορίζεται σε δύο (2) μήνες από την ημέρα παραλαβής του σχετικού φακέλου.

Η υπαίτια παραβίαση των ανωτέρω προθεσμιών αποτελεί παράβαση του υπαλληλικού καθήκοντος και διώκεται πειθαρχικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 13

1. Απαγορεύεται η εγκατάσταση προσφερόμενου ιατρικού εξοπλισμού σε νοσοκομείο, χωρίς την προηγούμενη άδεια του Διοικητή αυτού. Η εγκατάσταση εξοπλισμού με τη μέθοδο της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) γίνεται μόνο ύστερα από ειδική έγκριση του Διοικητή του νοσοκομείου.

2. Η διάταξη της παραγράφου 12 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«Τα νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας των Πε.Σ.Υ. επιτρέπεται να αναθέτουν με σύμβαση έργου, κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, τη φύλαξη των χώρων τους σε ειδικά συνεργεία παροχής υπηρεσιών ασφαλείας, ανεξάρτητα αν η αμοιβή του αναδόχου υπερβαίνει την απαιτούμενη δαπάνη για την πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων των οικείων κλάδων ή ειδικοτήτων».

3. Στην παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 προστίθεται δεύτερο εδάφιο, ως εξής:

«Οι θέσεις του προηγούμενου εδαφίου προστίθενται στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου και οι δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού των κλάδων Ε.Σ.Υ.:

α) νοσοκομειακών φαρμακοποιών, β) φυσικών νοσοκομείων - ακτινοφυσικών, γ) κλινικών χημικών, χημικών, βιοχημικών, βιολόγων των ιατρικών εργαστηρίων δ) ψυ-

χολόγων, που διορίζονται στις θέσεις αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου».

4. Στον Πρόεδρο, στον Αντιπρόεδρο και στα μέλη:

α) του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου,

β) του Συμβουλίου Επιλογής Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,

γ) του Συμβουλίου Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,

δ) των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ε.Σ.Υ.,

ε) των Περιφερειακών Συμβουλίων Αξιολόγησης Επιμελητών Ε.Σ.Υ. και

στ) της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, καταβάλλονται αμοιβή και έξοδα κίνησης, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Τα εισοδήματα των ιατρών του Ε.Σ.Υ. από την απογευματινή εργασία της παρ. 1 του άρθρου 9 του νόμου αυτού, καθώς και αυτά των Πανεπιστημιακών ιατρών από την απογευματινή εργασία των παραγράφων 1 και 4 του ίδιου άρθρου, όπως επίσης και η προβλεπόμενη στην επόμενη παράγραφο 6 του άρθρου αυτού ειδική αμοιβή για την παροχή κλινικού και εργαστηριακού έργου από Πανεπιστημιακούς ιατρούς, που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., θεωρούνται ότι προέρχονται από άσκηση ιδιωτικού έργου και φορολογούνται σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 2 περ. ζ του άρθρου 4 του ν. 2238/1994 (ΦΕΚ 151 Α').

6. Από 1.1.2002, στους Πανεπιστημιακούς ιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., καταβάλλεται, από τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του οικείου νοσοκομείου, ειδική αμοιβή για το κλινικό και εργαστηριακό έργο που παρέχουν, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

7. Επιτρέπεται, με αίτησή του, η μετάθεση του ιατρικού και πάσης φύσεως προσωπικού του Πε.Σ.Υ., από οργανική θέση αποκεντρωμένης μονάδας του σε οργανική θέση άλλης αποκεντρωμένης μονάδας του, χωρίς γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων. Η απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Κατά τα λοιπά, εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 67 του ν. 2683/1999.

8. Το Συμβούλιο Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ» έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα για τη διαχείριση, διοίκηση, αξιοποίηση και διάθεση των υφιστάμενων κληροδοτημάτων, καθώς και για την υποβολή στη Διεύθυνση Εθνικών Κληροδοτημάτων του Υπουργείου Οικονομικών του ετήσιου προϋπολογισμού λειτουργίας των κληροδοτημάτων και του αντίστοιχου απολογισμού και ισολογισμού.

9. Στο Διοικητικό Συμβούλιο των Πε.Σ.Υ., στα οποία υπαγονται το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η ΕΛΠΙΣ», το Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ» και το Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας «Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ» συμμετέχει ο Δήμαρχος Αθηναίων ή ένας εκπρόσωπος αυτού, ο Δήμαρχος Κοζάνης και ένας εκπρόσωπος της δωρητριας ή των κληρονόμων της, αντιστοίχως και ορίζεται ένα επιπλέον μέλος από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Διατηρούν το υφιστάμενο νομικό καθεστώς τους

και δεν υπάγονται στις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 1 του νόμου αυτού:

- α) το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»,
- β) το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»,
- γ) το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ»,
- δ) το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ»,
- ε) το Γενικό Νοσοκομείο «ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ»,
- στ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ & ΑΓΛΑΙΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ»,
- ζ) το Γενικό Νοσοκομείο «ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»,
- η) το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «ΔΡΟΜΟΚΑΙ-ΤΕΙΟ»,
- θ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πατρών «ΚΑΡΑΜΑΝ-ΔΑΝΕΙΟ».

Τα παραπάνω νοσοκομεία, που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, διασυνδέονται λειτουργικά με το Π.Σ.Υ. στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου βρίσκονται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου.

Η οργάνωση και διοίκηση των ανωτέρω νοσοκομείων διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7 και 8 αυτού του νόμου. Οι αρμοδιότητες που ασκούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του προηγούμενου εδαφίου, από το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Σ.Υ. και το Συμβούλιο Διοίκησης των νοσοκομείων ανήκουν στα Διοικητικά Συμβούλια των παραπάνω νοσοκομείων, τα οποία συγκροτούνται κατά τις ισχύουσες κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ειδικές για τα νοσοκομεία αυτά διατάξεις, συμπληρούμενες από τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 2519/1997, όπως τροποποιήθηκε με αυτές της παρ. 15 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 και του άρθρου 21 του ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α').

11. Εξαιρούνται από τις διατάξεις αυτού του νόμου το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» και το «ΩΝΑΣΕΙΟ» Καρδιοχειρουργικό Κέντρο τα οποία διασυνδέονται λειτουργικά με το Π.Σ.Υ. στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου βρίσκονται, εφαρμοζόμενων αναλόγως των διατάξεων της παρ. 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου. Η οργάνωση και διοίκηση των παραπάνω νοσοκομείων διέπεται από τις ισχύουσες για αυτά ειδικές διατάξεις.

12. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορούν να εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και να οργανώνονται κατά τις διατάξεις αυτού του νόμου, οι νοσηλευτικές μονάδες των φυλακών, που υπάγονται στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, χωρίς να μεταβάλλονται οι εργασιακές σχέσεις του υπηρετούντος σε αυτές μέχρι την ένταξη ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Με την ίδια απόφαση ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για την ένταξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΤΕΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 14

Τελικές διατάξεις

1. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού ρυθμίζονται τα κάθε είδους ειδικότερα θέματα, καθώς και κάθε ανα-

γκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου αυτού.

2. Από τη δημοσίευση του παρόντος καταργούνται οι διατάξεις:

α) των άρθρων 6 παρ. 1, 8, 12 παρ. 1, 11 παρ. 3 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'),

β) της παρ. 1 του άρθρου 18 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α'),

γ) των άρθρων 48 παράγραφοι 1 και 2, 54, 55 πλην της παρ. 3, 56 παρ. 1 και 3, 58 παράγραφοι 1, 3, 4 και 5 και 60 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α')

δ) της παρ. 4 του άρθρου 5 του ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α')

ε) των άρθρων 15, 16, 17, 34 παράγραφοι 1, 2 και 3, 37 παράγραφοι 1, 2, 3, 4 και 5 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'), καθώς και κάθε γενική ή ειδική διάταξη που είναι αντίθετη προς τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

3. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (Π.Σ.Υ.) του άρθρου 3 του ν. 1397/1983 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143 Α') καταργούνται.

Άρθρο 15

Μεταβατικές διατάξεις

1. Από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου αρχίζουν οι διαδικασίες για τη συγκρότηση των Διοικητικών Συμβουλίων, καθώς και για την οργάνωση και τη στελέχωση των Π.Σ.Υ. και των αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων τους.

Η διοικητική μέριμνα, μέχρι την έναρξη της λειτουργίας της Κεντρικής Υπηρεσίας των Π.Σ.Υ., παρέχεται από τη Διοικητική Υπηρεσία του μεγαλύτερου, σε αριθμό κλινικών, νοσοκομείου της χωρικής τους αρμοδιότητας και οι απαιτούμενες πιστώσεις βαρύνουν τα λειτουργικά έξοδα του προϋπολογισμού του φορέα αυτού.

2. Η έναρξη της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Π.Σ.Υ. ορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Μέχρι την έναρξη της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Π.Σ.Υ., ο Πρόεδρος και τα υφιστάμενα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων συνεχίζουν να ασκούν όλες τις, αντίστοιχες, αρμοδιότητες που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 16 του ν. 2519/1997 ή από κάθε άλλη γενική ή ειδική διάταξη.

Από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Π.Σ.Υ., οι αρμοδιότητες που προβλέπονται στον παρόντα νόμο για τους Διοικητές και τα Συμβούλια Διοίκησης των ανεξαρτητών Μονάδων του Π.Σ.Υ., ασκούνται, αντίστοιχα, μέχρι την τοποθέτηση των Διοικητών και τη συγκρότηση των Συμβουλίων Διοίκησης, από τους Προέδρους και τα σημερινά Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων. Μέχρι την τοποθέτηση των λοιπών οργάνων διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων του Π.Σ.Υ. ή τη συγκρότηση των λοιπών συλλογικών οργάνων, που προβλέπονται στον παρόντα νόμο, διατηρούνται οι αρμοδιότητες και η λειτουργία των οργάνων, που προβλέπονται στην υφιστάμενη οργάνωση των νοσοκομείων.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να αντικαθίσταται, σε περίπτωση παραίτησής του, ο Πρόεδρος ή οποιοδήποτε άλλο όργανο διοίκησης ή μέλος συλλογικού οργάνου της μεταβατικής περιόδου.

4. Η έναρξη της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους ιατρείων, ως αποκεντρωμένων

μονάδων των Πε.Σ.Υ., ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Μέχρι την έκδοση της υπουργικής απόφασης του προηγούμενου εδαφίου, τα Κέντρα Υγείας, με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, εξακολουθούν να λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, στα οποία υπάγονται μέχρι σήμερα, και οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των νοσοκομείων αυτών.

5. Από την έναρξη της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων καταργούνται ως οργανικές θέσεις του αντίστοιχου νοσοκομείου και συνιστώνται ισάριθμες και ομοιόβαθμες θέσεις, οι οποίες προστίθενται στους οργανισμούς των αντίστοιχων Κέντρων Υγείας. Το πάσης φύσεως προσωπικό, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και κατέχει οργανικές θέσεις αυτών ενσωματώνονται στους οργανισμούς των νοσοκομείων, εντάσσεται, αυτοδικαίως, από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας αυτών, στις συνιστώμενες κατά την προηγούμενη παράγραφο θέσεις. Για την ένταξη εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η προϋπηρεσία των εντασσόμενων υπαλλήλων προσμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση.

6. Τα Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.) της παρ. 1 του άρθρου 6 του ν. 1397/1983, όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 1759/1988 και τροποποιήθηκε με τις παραγράφους 1 έως 6 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 καταργούνται από την έναρξη της λειτουργίας των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ. και των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης των Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ., που προβλέπονται στις παρ. 8 και 11 του άρθρου 11 του νόμου αυτού. Η ημέρα έναρξης της λειτουργίας των ανωτέρω Συμβουλίων ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Μέχρι την ημέρα αυτή εξακολουθεί η λειτουργία των ΣΚΕΙΟΠΝΙ και παρατείνεται, εάν ληγει ενωρίτερα, η θητεία των μελών τους.

7. Μέχρι τη συγκρότηση των Υπηρεσιακών Συμβουλίων των Πε.Σ.Υ. της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος, διατηρούν την πειθαρχική δικαιοδοσία τους τα υφιστάμενα Υπηρεσιακά Συμβούλια των νοσοκομείων ή τα κοινά Υπηρεσιακά Συμβούλια, όπου υπάρχουν, στα οποία εξακολουθούν να υπάγονται οι υπάλληλοι των αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., πλην του ιατρικού προσωπικού.

8. Το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο εξακολουθεί να λειτουργεί με τη σύνθεση που προβλέπεται στη διάταξη της παρ. 5 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997, μέχρι τη συγκρότησή του κατά τα οριζόμενα στη παρ. 18 του άρθρου 11 του παρόντος.

Άρθρο 16 Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του

στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις του.

Αθήνα 8 Δεκεμβρίου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ,
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Β. Παπανδρέου

Γ. Παπαντωνίου

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Π. Ευθυμίου

Α. Γιαννίτσης

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Α. Παπαδόπουλος

Κ. - Μ. Σταθόπουλος

ΕΙΔΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

(άρθρο 75 παρ. 3 του Συντάγματος)

στο σχέδιο νόμου «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας»

Από τις διατάξεις του προτεινόμενου νομοσχεδίου προκαλούνται τα ακόλουθα οικονομικά αποτελέσματα:

Α. Επί του Κρατικού Προϋπολογισμού

1. Ετήσια δαπάνη ποσού δρχ. 1.428.000.000 από τη σύσταση δύο (2) θέσεων ειδικού επιστημονικού προσωπικού σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτουν άνω από 400 κλίνες και μίας (1) θέσης ειδικού επιστημονικού προσωπικού σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτει κάτω από 400 κλίνες. (άρθρο 6 παρ. 3)

2. Ετήσια δαπάνη ακαθόριστη από: α) την επιχορήγηση (από τον Τακτικό Προϋπολογισμό των Πε.Σ.Υ. και τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων) των Πε.Σ.Υ. της παρ. 1 β και γ), β) την επιχορήγηση των κέντρων σε στελέχη (άρθρο 10) και γ) τη χορήγηση ειδικών οικονομικών κινήτρων σε ειδικότητες εν ανεπαρκεία, φαρμακοποιούς, βιολόγους κ.λπ. (άρθρο 11 παρ. 21), το ύψος της οποίας εξαρτάται από πραγματικά γεγονότα (έκδοση υπουργικών αποφάσεων κ.λπ.).

3. Ενδεχόμενη δαπάνη από τη δυνατότητα σύστασης Διεύθυνσης Πληροφορικής σε κάθε νοσοκομείο με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών (άρθρο 6 παρ. 6).

4. Εφάπαξ δαπάνη, το ύψος της οποίας δεν μπορεί να προσδιορισθεί από την προμήθεια του υλικοτεχνικού εξοπλισμού που απαιτείται για τη λειτουργία των Γραφείων Υποδοχής Ασθενών και των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών. (άρθρο 6 παρ. 4 και 5)

Οι εν ανωτέρω δαπάνες θα αντιμετωπισθούν από τις εγγεγραμμένες πιστώσεις στον Προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

5. Μείωση εσόδων του Δημοσίου ακαθόριστη από τις φοροαπαλλαγές που διέπουν το καθεστώς λειτουργίας των Πε.Σ.Υ.. (άρθρο 4 παρ. 2 και 3)

Η εν λόγω μείωση εσόδων θα αναπληρωθεί από την αναμενόμενη αύξηση των εσόδων από άλλες πηγές του Κρατικού Προϋπολογισμού.

Β. Επί του προϋπολογισμού των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) (Ν.Π.Δ.Δ. που επιχορηγούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό)

1. Ετήσια δαπάνη ποσού δρχ. 6.933.440.000 περίπου, η οποία αναλύεται σε:

- Δρχ. 1.216.000.000 για την αντιμετώπιση των λειτουργικών εξόδων των Πε.Σ.Υ. (άρθρο 1 παρ. 2)

- Δρχ. 361.760.000 από την καταβολή αποζημίωσης α) στον Αντιπρόεδρο, τα μέλη, το Γραμματέα και σε όσους μετέχουν στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ. (άρθρο 2 παρ. 3) και β) στον Πρόεδρο και τα μέλη του επιστημονικού και νοσηλευτικού συμβουλίου. (άρθρο 2 παρ. 8)

- Δρχ. 784.000.000 από τη σύσταση σε κάθε Πε.Σ.Υ. μίας (1) Γενικής Διεύθυνσης και δύο (2) οργανικών θέσεων κατηγορίας ΕΘ βαθμού 1ου και 2ου. (άρθρο 3 παρ. 1)

- Δρχ. 4.571.680.000 από τη σύσταση σε κάθε Πε.Σ.Υ. τεσσάρων (4) θέσεων επιστημονικού προσωπικού και σαράντα έξι (46) θέσεων διαφόρων κατηγοριών (18 ΠΕ, 13 ΤΕ, 6 ΔΕ, 8 ΥΕ και 1 Δικηγόρου). (άρθρο 3 παρ. 13 και 14)

2. Ακαθόριστη δαπάνη από τη δυνατότητα σύστασης ανωνύμων εταιρειών (άρθρο 2 παρ. 4) και την καταβολή αμοιβής στους επικουρικούς ιατρούς (άρθρο 11 παρ. 22).

3. Εφάπαξ δαπάνη ποσού δρχ. 1.600.000.000 περίπου από την προμήθεια του υλικοτεχνικού εξοπλισμού που απαιτείται για τη λειτουργία των Πε.Σ.Υ.. (άρθρο 1 παρ. 2)

Οι ανωτέρω δαπάνες θα αντιμετωπισθούν από τις εγγεγραμμένες πιστώσεις στον προϋπολογισμό των Πε.Σ.Υ..

Γ. Επί του προϋπολογισμού των Νοσοκομείων (Ν.Π.Δ.Δ. που επιχορηγούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό)

1. Ετήσια δαπάνη ποσού δρχ. 4.116.000.000 περίπου, η οποία αναλύεται σε:

- Δρχ. 3.276.000.000 από τη σύσταση θέσης Διοικητών σε κάθε Νοσοκομείο το Ε.Σ.Υ.. (άρθρο 5 παρ. 6Α) και

- Δρχ. 840.000.000 από τη σύσταση θέσης Αναπληρωτή Διοικητή σε κάθε Νοσοκομείο άνω των 400 κλινών. (άρθρο 5 παρ. 8)

2. Ετήσια δαπάνη ακαθόριστη από την καλυψη: α) των λειτουργικών εξόδων των Γραφείων Υποδοχής Ασθενών και των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (άρθρο 6 παράγραφοι 4 και 5), β) της καταβολής αμοιβής στους επικουρικούς ιατρούς (άρθρο 11 παρ. 22), γ) της μισθοδοσίας του προσωπικού των κλάδων Ε.Σ.Υ. ειδικότητας νοσοκομειακών φαρμακοποιών, φυσικών νοσοκομείων - ακτινοφυσικών κ.λπ. (άρθρο 13 παρ. 3) και δ) της καταβολής ειδικής αμοιβής στους Πανεπιστημιακούς ιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε Πανεπιστημιακές κλινικές (άρθρο 13 παρ. 6) κ.λπ., το ύψος της οποίας εξαρτάται από πραγματικά γεγονότα.

3. Ενδεχόμενη δαπάνη από τη δυνατότητα οργάνωσης κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους ιατρούς και το λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό

που υπηρετεί στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία. (άρθρο 11 παρ. 17)

Οι ανωτέρω δαπάνες θα αντιμετωπισθούν από τις εγγεγραμμένες πιστώσεις στους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

Αθήνα, 8 Δεκεμβρίου 2000

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Γ. Παπαντωνίου

Α. Παπαδόπουλος

Αριθμ. 258/4/2000

ΕΚΘΕΣΗ

Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους
(άρθρο 75 παρ. 1 του Συντάγματος)

στο σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας»

Με τις διατάξεις του ανωτέρω νομοσχεδίου θεσπίζονται τα ακόλουθα:

1.α. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας, ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με την επωνυμία «Περιφερειακό Σύστημα Υγείας» (Πε.Σ.Υ.), που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

β. Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ..

γ. Καθορίζεται ο σκοπός του Πε.Σ.Υ. που είναι η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας και ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας και η διασφάλιση της αποτελεσματικής οργάνωσης και διοίκησης όλων των μονάδων υγείας του Ε.Σ.Υ., που ανήκουν στην αρμοδιότητά τους, με στόχο την υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.

δ. Όλες οι Νοσοκομειακές Μονάδες, καθώς και τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, που ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε ιδρυόμενου Πε.Σ.Υ. μετατρέπονται αυτοδικαίως, από τη δημοσίευση του νομοσχεδίου, σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες, υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι αποκεντρωμένες μονάδες συνεχίζουν να έχουν τη διοίκηση του προσωπικού τους και οι υπάλληλοι διατηρούν τους κλάδους και τις θέσεις τους. Στο Πε.Σ.Υ. περιέρχεται αυτοδικαίως, κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου, το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των μονάδων αυτών, οι οποίες εξακολουθούν να έχουν την αποκλειστική χρήση και διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων.

ε. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Συμβούλιο Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Συ.Πε.Σ.Υ.), που σκοπό έχει το συντονισμό των Πε.Σ.Υ. και την εναρμόνιση των περιφερειακών πολιτικών τους για την υγεία. Το Συ.Πε.Σ.Υ. αποτελείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ως Πρόεδρο, αναπληρούμενο από τον οριζόμενο από αυτόν Υφυπουργό του ίδιου Υπουργείου και τους Προέδρους - Γενικούς Διευθυντές όλων των Πε.Σ.Υ. Στο Συμβούλιο συμμετέχει και ο Πρόεδρος του Κ.Ε.Σ.Υ.

(άρθρο 1)

2.α. Προσδιορίζονται τα όργανα διοίκησης του Πε.Σ.Υ. που είναι εννεαμελές Διοικητικό Συμβούλιο με πενταετή θητεία και ο Πρόεδρος του Δ.Σ., ο οποίος είναι και Γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ..

β. Η συγκρότηση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

γ. Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. προσκαλούνται να μετέχουν, χωρίς ψήφο, οι Διοικητές των Νοσοκομείων και οι Διευθυντές των Κέντρων Υγείας της οικείας Περιφέρειας, όταν συζητούνται θέματα που αφορούν τις μονάδες τους, καθώς και οποιοσδήποτε υπάλληλος του Πε.Σ.Υ., κατά την κρίση του Προέδρου του.

δ. Στον Αντιπρόεδρο, στα μέλη και στον υπάλληλο, που ασκεί καθήκοντα Γραμματέα, καθώς και σ' αυτούς που μετέχουν στις συνεδριάσεις, ύστερα από πρόσκληση, καταβάλλεται αποζημίωση, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

ε. Προσδιορίζονται οι αρμοδιότητες του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. που είναι μεταξύ άλλων:

- Ο συντονισμός και η άσκηση της πολιτικής παροχής υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια.
- Η εκπόνηση του επιχειρησιακού σχεδίου δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας στην Περιφέρεια.
- Η κατάρτιση του ενιαίου προϋπολογισμού των μονάδων του.
- Η έγκριση και έλεγχος της εκτέλεσης των προϋπολογισμών των μονάδων του.
- Η σύνταξη Ετήσιας Εκθέσης Πεπραγμένων την οποία υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας κ.λπ..

Επίσης αποφασίζει για τη σύσταση αυτοτελών ή από κοινού με Πε.Σ.Υ. άλλης ή άλλων Περιφερειών, Ανωνύμων Εταιρειών, που το μετοχικό τους κεφάλαιο ανήκει κατά ποσοστό 100% στο Πε.Σ.Υ. ή στα Πε.Σ.Υ. και έχουν σκοπό τη μελέτη, κατασκευή ή συντήρηση κτιριακών υποδομών και του συναφούς εξοπλισμού, καθώς και την ανάπτυξη άλλων κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών, όπως η φροντίδα για την καθαριότητα ή την τροφοδοσία των αποκεντρωμένων μονάδων του.

στ. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται ένα Επιστημονικό Συμβούλιο που αποτελείται από ένδεκα (11) μέλη, με τριετή θητεία και προσδιορίζονται οι αρμοδιότητές του, που μεταξύ άλλων είναι και η συγκρότηση επιστημονικών επιτροπών και ομάδων εργασίας με σκοπό τη μελέτη θεμάτων υγείας της Περιφέρειας.

ζ. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται Νοσηλευτικό Συμβούλιο, που αποτελείται από τους Διευθυντές της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας όλων των νοσοκομείων της Περιφέρειας.

η. Στον Πρόεδρο, στα μέλη και στο Γραμματέα του Επιστημονικού και του Νοσηλευτικού Συμβουλίου των Πε.Σ.Υ. καταβάλλονται αποζημίωση και έξοδα κίνησης,

το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

(άρθρο 2)

3.α. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστάται μία Γενική Διεύθυνση στην οποία προϊστάται ο Πρόεδρος - Γενικός Διευθυντής του Πε.Σ.Υ., ο οποίος είναι αρμόδιος για τα θέματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, δύο (2) οργανικές θέσεις της κατηγορίας Ειδικών Θέσεων (Ε.Θ.), του άρθρου 79 του ν. 2683/1999, με βαθμό 1ο και 2ο, οι οποίες καταλαμβάνονται αντίστοιχα, από τον Πρόεδρο και τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ. Ο Πρόεδρος και ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζονται με πενταετή θητεία, που μπορεί να ανανεώνεται.

β. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Επιτροπή Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, που απαρτίζεται από τον Πρόεδρο του Κ.Ε.Σ.Υ. ένα ανώτερο διοικητικό στέλεχος Δ.Ε.Κ.Ο. ή Τράπεζας του δημόσιου τομέα, ένα (1) μέλος Δ.Ε.Π., το Γενικό Διευθυντή Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και ένα Γενικό Διευθυντή του Γενικού Λογιστηρίου του Κράτους.

γ. Οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδόματα του Προέδρου και του Αναπληρωτή Γενικού Διευθυντή ορίζονται, χωρίς περιορισμό ως προς το ύψος τους από άλλες γενικές ή ειδικές διατάξεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση παρέχονται, επιδόματα εστών και άδειες, καθώς και αποζημίωση για έξοδα κίνησης και έξοδα παράστασης.

δ. Η Γενική Διεύθυνση του Πε.Σ.Υ. συγκροτείται από τρεις (3) διευθύνσεις με εννιά (9) τμήματα, ένα Αυτοτελές Τμήμα Διοικήσεως, το Γραφείο Προέδρου και το Νομικό Γραφείο.

ε. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να αποσπώνται, χωρίς γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων και για χρονικό διάστημα μέχρι δύο (2) ετών, που μπορεί να ανανεώνεται μετά από γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων, για κάλυψη των λειτουργικών αναγκών των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., γιατροί και υπάλληλοι των αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ. καθώς και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και των εποπτευόμενων νοσοκομείων. Ο χρόνος της απόσπασης θεωρείται, για κάθε αποσπώμενο, ως χρόνος πραγματικής υπηρεσίας στην οργανική θέση από την οποία προέρχονται οι αποσπώμενοι, οι οποίοι επιστρέφουν, κατά το χρόνο της απόσπασής τους, να λαμβάνουν από το φορέα υποδοχής τους, πλήρεις τις τακτικές και πάσης φύσεως πρόσθετες απολαβές της οργανικής τους θέσης.

στ. Επιτρέπεται η μετάταξη υπαλλήλων από Περιφέρειες ή Υπουργεία ή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. στα Πε.Σ.Υ., εφόσον οι μετατασσόμενοι έχουν τα προσόντα, που απαιτούνται για την κατάληψη της θέσης στην οποία μετατάσσονται. Η μετάταξη διενεργείται με αίτηση του υπαλλήλου, με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού. Εάν δεν υπάρχει κενή θέση η μετάταξη γίνεται με μεταφορά της θέσης που κατέχει ο μετατασσόμενος.

ζ. Για την αντιμετώπιση των αναγκών των Πε.Σ.Υ., συ-

νιστώνται σε κάθε Πε.Σ.Υ. τέσσερις (4) θέσεις ειδικού Επιστημονικού Προσωπικού με σύμβαση αορίστου χρόνου. Οι ειδικότητες των θέσεων αυτών καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

η. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστώνται οκτώ (8) θέσεις μονίμων υπαλλήλων διαφόρων κλάδων και ειδικοτήτων και μία (1) θέση δικηγόρου, με παγια αντιμισθία.

θ. Το προσωπικό των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ. εκτός από το ιατρικό προσωπικό, για τα θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης, υπάγεται στα Υπηρεσιακά Συμβούλια του νοσοκομείου, η τα κοινά Υπηρεσιακά Συμβούλια, που συνιστώνται κατά τις διατάξεις του άρθρου 168 του ν. 2683/1999. Για την εκδίκαση των πειθαρχικών παραπτώματων των υπαλλήλων της Κεντρικής Υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., πλην του ιατρικού προσωπικού, συνιστάται, με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, στην έδρα κάθε Πε.Σ.Υ. ένα πενταμελές Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο, στο οποίο, με την επιφύλαξη της διατάξης του άρθρου 158 παρ. 1 περ. α του ν. 2683/1999, υπάγονται όλοι οι μόνιμοι ή συνδεδεμένοι με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου υπάλληλοι της κεντρικής υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ., και των αποκεντρωμένων μονάδων του, πλην του ιατρικού προσωπικού. (άρθρο 3)

4.α. Προσδιορίζονται οι πόροι του Πε.Σ.Υ. που είναι:

- Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προυπολογισμό.
- Επιχορηγήσεις από τον Προυπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.
- Ποσοστό 1% επί του συνολικού προϋπολογισμού των Νοσοκομειακών Μονάδων του Πε.Σ.Υ..
- Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.
- Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.
- Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητά του.

- Έσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες.

β. Τα Πε.Σ.Υ. και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους έχουν όλα τα δικονομικά και ουσιαστικά προνόμια του Δημοσίου, σαν να ήταν το ίδιο Δημόσιο.

γ. Για τα Πε.Σ.Υ. και τις αποκεντρωμένες μονάδες τους εξακολουθούν να ισχύουν οι φορολογικές απαλλαγές που υφίστανται για τα νοσοκομεία κατά το χρόνο έναρξης της ισχύος του νομοσχεδίου. (άρθρο 4)

5.α. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια και υπόκεινται στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

β. Με όμοια, ως ανω, προεδρικά διατάγματα, τα νοσοκομεία μπορεί να συγχωνευονται, να καταργούνται, ολικά ή μερικά, να μετατρέπονται σε γηριατρικά νοσοκομεία, σε νοσοκομεία αποκατάστασης, σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων, σε Ειδικά Κέντρα ή Κέντρα Υγείας κ.λπ..

γ. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε Γενικά και Ειδικά. Η διακρίση σε Νομαρχιακά και Περιφερειακά καταργείται.

δ. Τα νοσοκομεία κάθε Πε.Σ.Υ. συνιστούνται από δύο

τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά, εκπαιδευτικά κ.λπ. και παρέχεται η δυνατότητα σε νοσοκομεία που έχουν συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανάγκες, να συνάπτουν ιδιαίτερες συμφωνίες με άλλα νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, για την προσωρινή μέχρι τρεις (3) μήνες, υποδοχή εκπαιδευτών ιατρών. Οι γιατροί αυτοί λαμβάνουν πρόσθετη αμοιβή, το ύψος της οποίας καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, η δε σχετική δαπάνη βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου υποδοχής.

ε. Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που έχουν Πανεπιστημικά Τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ονομάζονται «Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.».

στ. Ορίζεται ότι όργανα διοίκησης Νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. είναι το Συμβούλιο Διοίκησης (Σ.Δ.) και ο Διοικητής και προσδιορίζονται οι αρμοδιότητές τους.

ζ. Σε κάθε Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνιστάται μία (1) οργανική θέση Διοικητή με πενταετή θητεία, με βαθμό 1ο της κατηγορίας Ε.Θ.. Οι θέσεις Γενικών Διευθυντών Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., του άρθρου 17 του ν. 2519/1997, καταργούνται.

η. Προβλέπεται ότι ο Διοικητής, που διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

θ. Σε Νοσοκομεία 400 κλινών και άνω προστίθεται στον Οργανισμό τους μία (1) θέση Αναπληρωτή Διοικητή, με πενταετή θητεία, με βαθμό 2ο της κατηγορίας Ε.Θ..

ι. Σε θέση Διοικητή ή Αναπληρωτή - Διοικητή των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. επιτρέπεται να είναι υποψήφιοι και να διορίζονται και δημόσιοι λειτουργοί ή υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και Ν.Π.Δ.Δ. ή στελέχη Οργανισμών ή Τραπεζών ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα κ.λπ..

ια. Οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδόματα του Διοικητή και του Αναπληρωτή Διοικητή των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ. ορίζονται χωρίς περιορισμό ως προς το ύψος τους από άλλες γενικές ή ειδικές διατάξεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση παρέχονται, επιδόματα εορτών και άδειας καθώς και αποζημίωση για έξοδο κίνησης και έξοδα παράστασης.

ιβ. Προβλέπεται ότι σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συγκροτείται Επιστημονικό Συμβούλιο που αποτελείται από οκτώ (8) μέλη με τριετή θητεία και προσδιορίζονται οι αρμοδιότητές του. (άρθρο 5)

6.α. Ορίζεται ότι όλα τα νοσοκομεία των Πε.Σ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους, η δε έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας.

β. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, τα εργαστήρια κ.λπ., καθώς και οι κλάδοι προσωπικού, οι κατακλάδοι και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους, ο αριθμός και οι ειδικότητές του με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου προσωπικού, η οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου καθώς και άλλα σχετικά θέματα.

γ. Σε κάθε νοσοκομείο, που διαθέτει πάνω από 400 κλινές, συνιστώνται δύο (2) οργανικές θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού Ε.Σ.Υ. Ο ένας από τους

σύμβαση ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, η οποία μπορεί να καταγγέλλεται ελεύθερα σε περίπτωση αποχώρησης του Διοικητή, για οποιονδήποτε λόγο. Σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτει μέχρι 400 κλίνες συνιστάται μία (1) οργανική θέση.

δ. Σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται υποχρεωτικά ειδικό γραφείο με τίτλο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών», το οποίο στελεχώνεται με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή, πληροφόρηση και καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών προς τις αρμόδιες υπηρεσίες.

ε. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου, με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες, συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.), με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ρυθμίζονται η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τ.Ε.Π. με εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό, ο τρόπος συνεργασίας με το Ε.Κ.Α.Β. και κάθε άλλη λεπτομέρεια.

στ. Στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα οργάνωσης και πληροφορικής, που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπονται αυτοτελή τμήματα ελέγχου ποιότητας, έρευνας και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης καθώς και τμήμα προμηθειών.

ζ. Ρυθμίζονται θέματα σχετικά με τις προαγωγές και τοποθετήσεις των υπαλλήλων στις Διευθύνσεις Διοικητικής και Τεχνικής Υπηρεσίας και Πληροφορικής κ.λπ.

(άρθρο 6)

7.α. Ρυθμίζονται θέματα σχετικά με τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας, τα προσόντα των υποψηφίων, τις αρμοδιότητες του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, τους επικεφαλής των τομέων και των τμημάτων και τις αρμοδιότητες αυτών κ.λπ., καθώς και της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, τους επικεφαλής των τομέων κ.λπ.

β. Από 1.1.2002 στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. επιτρέπεται μετά το τακτικό ωράριο η λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Οι ιατροί που απασχολούνται σε απογευματινό ιατρείο δεν επιτρέπεται να είναι σε εφημερία και ο αριθμός τους δεν μπορεί να υπερβαίνει το μισό του προσωπικού κάθε τμήματος κ.λπ.

γ. Η αμοιβή για την επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο καταβάλλεται απευθείας στο νοσοκομείο από τον εξεταζόμενο. Η αμοιβή για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, που διενεργούνται κατά την απογευματινή λειτουργία του νοσοκομείου καταβάλλεται στο νοσοκομείο είτε από ασθενή είτε από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς, με βάση το ισχύον κάθε φορά τιμολόγιο. Αν ο ασθενής δεν είναι ασφαλισμένος, καταβάλλει στο νοσοκομείο αμοιβή για τις πράξεις αυτές με βάση το ισχύον κάθε φορά τιμολόγιο.

δ. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται το ύψος της αμοιβής που καταβάλλεται για την επίσκεψη, το ποσοστό που παρακρατείται από το νοσοκομείο και το ποσοστό που κατανέμεται στους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό που απασχολείται στην απογευματινή λειτουργία των ιατρείων, χειρουργείων και εργαστηρίων καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

ε. Η καταβαλλόμενη στο νοσοκομείο αμοιβή, για επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο και για τις λοιπές ιατρικές πράξεις και επεμβάσεις, κατατίθεται σε ειδικό λογαριασμό του νοσοκομείου, που συνιστάται με την παρούσα διάταξη. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα όργανα διοίκησης, ελέγχου και διαχείρισης, ο τίτλος, ο τρόπος ανάληψης και διάθεσης των κονδυλίων, καθώς και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για τη λειτουργία του παραπάνω ειδικού λογαριασμού των νοσοκομείων.

στ. Προβλέπεται ότι από 1.1.2002 οι Πανεπιστημιακοί ιατροί, που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία που ανήκουν σε Α.Ε.Ι., μπορούν να ασκούν ιατρείο αποκλειστικά εντός του νοσοκομείου και με τους ίδιους όρους, που προβλέπονται για τους γιατρούς του Ε.Σ.Υ.

ζ. Ρυθμίζονται θέματα σχετικά με τα «κέντρα αριστείας» (Ειδικά κέντρα, ερευνητικά κέντρα ή κέντρα αναφοράς συγκεκριμένης ιατρικής ειδικότητας ή υπηρεσίας υγείας, που αναπτύσσουν δραστηριότητες σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών εκπαίδευσης και έρευνας, σύμφωνα με υψηλές διεθνείς προδιαγραφές παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες ορίζονται ως ειδικά κέντρα, ερευνητικά κέντρα κ.λπ. και αξιολογούνται από επιτροπή εμπειρογνομόνων διεθνούς κύρους) και ορίζεται ότι τα κέντρα αυτά λαμβάνουν ειδική επιχορήγηση. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία αξιολόγησης, καθώς και το ύψος της επιχορήγησης που λαμβάνουν τα «κέντρα αριστείας» (άρθρα 7-10)

8.α. Ορίζεται ότι όλοι οι ιατροί του Ε.Σ.Υ., είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ότι από 1.1.2002 οι Πανεπιστημιακοί ιατροί, που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή σε νοσοκομεία των Α.Ε.Ι. απαγορεύεται να ασκούν ιδιωτικό ιατρείο.

β. Μετά τρεις (3) μήνες από την έναρξη ισχύος του νομοσχεδίου, απαγορεύεται στους Πανεπιστημιακούς ιατρούς που εργάζονται σε Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., η παροχή υπηρεσιών, με οποιαδήποτε σχέση, περιλαμβανομένης αυτής του συμβούλου, σε ιδιωτικές κλινικές κ.λπ. καθώς και η εγκατάσταση ιδιωτικών ιατρείων. Η παραβίαση της διατάξης αυτής συνιστά για μεν τον Πανεπιστημιακό ιατρό υπερώρο, για δε την ιδιωτική επιχείρηση που τον απασχολεί συνεπάγεται την επιβολή, με απόφαση του οικείου Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας, χρηματικής ποινής ύψους είκοσι πέντε εκατομμυρίων (25.000.000) δρχ. και σε περίπτωση υποτροπής, την ανάκληση της άδειας λειτουργίας του φορέα από τον αρμόδιο Νομάρχη.

γ. Προβλέπεται ότι όλοι οι ιατροί, που προσλαμβάνονται στο Ε.Σ.Υ. μετά την έναρξη ισχύος του νομοσχεδίου, ανεξάρτητα από τη βαθμίδα για την οποία επιλέγονται, διορίζονται με πενταετή θητεία και για όσους ήδη υπηρετούν, κατά τη δημοσίευση του νομοσχεδίου ως Επιμελητές Γ', Β' και Α' και Διευθυντές, με θητεία, η θητεία τους μετατρέπεται σε πενταετή.

δ. Σε κάθε Π.Ε.Σ.Υ. συγκροτούνται, με απόφαση του Προέδρου του, επταμελή Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής των Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ. ανά ειδικότητα τα

οποία λειτουργούν σύμφωνα με όσα ορίζονται στην παρ. 9 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 για τη λειτουργία των Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι..

ε. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται, για κάθε ειδικότητα, Συμβούλια Επιλογής και Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ..

στ. Ρυθμίζονται θέματα σχετικά με τα δικαιολογητικά των υποψηφίων για τις θέσεις Διευθυντών Ε.Σ.Υ., την υποβολή αυτών, την αξιολόγηση των υποψηφίων, τη διαδικασία αξιολόγησης των ήδη υπηρετούντων μονίμων Διευθυντών του Ε.Σ.Υ., την αξιολόγηση των ήδη υπηρετούντων Επιμελητών Α' και Β' κ.λπ..

ζ. Με απόφαση του Προέδρου κάθε Πε.Σ.Υ., καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις της συνεχούς εκπαίδευσης όλων των ιατρών, οδοντιάτρων και λοιπών επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας, που υπηρετούν στις μονάδες του Πε.Σ.Υ., καθώς και ο χρόνος πρακτικής άσκησης αυτών σε πιστοποιημένους φορείς και κλινικές του Ε.Σ.Υ.

η. Με αποφάσεις του Δ.Σ. κάθε Πε.Σ.Υ., μπορεί να οργανώνονται κοινά εκπαιδευτικά προγράμματα για τους ιατρούς και το λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που υπηρετεί στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία.

θ. Ρυθμίζονται θέματα σχετικά με την εκπαιδευτική άδεια, για συμμετοχή σε συνέδρια, τις βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες κ.λπ..

ι. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να προβλεπονται ειδικά κίνητρα, οικονομικά και επιστημονικά για ειδικότητες εν ανεπαρκεία, όπως αυτές της γενικής ιατρικής, της δημόσιας υγείας, της ιατρικής της εργασίας και της επείγουσας και εντατικής ιατρικής, για φαρμακοποιούς, βιολόγους, βιοχημικούς, νοσηλευτές και άλλους επιστήμονες του τομέα υγείας που υπηρετούν στο Ε.Σ.Υ., για στελέχη του τομέα υγείας για μεταπτυχιακές σπουδές στην Ελλάδα και στο εξωτερικό σε θέματα διοίκησης και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας και για την προσέλκυση ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού για την κάλυψη ειδικών αναγκών σε ακριτικές και νησιωτικές περιοχές της χώρας.

ια. Προβλέπεται ότι στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καταρτίζεται κατάλογος επικουρικών ιατρών ανά ειδικότητα για την κάλυψη έκτακτων αναγκών και των αναγκών σε δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων.

ιβ. Οι επικουρικοί γιατροί, κατά το χρόνο απασχολήσεώς τους στην κάλυψη των έκτακτων αναγκών, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ο χρόνος αυτός υπολογίζεται ως χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ. και λαμβάνουν τις αποδοχές πρωτοδιοριζόμενου Επιμελητού Β' του Ε.Σ.Υ., η δε δαπάνη για την αμοιβή τους βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, αν αυτοί καλύπτουν ανάγκες νοσοκομείου ή τον προϋπολογισμό του Πε.Σ.Υ., αν καλύπτουν ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ιγ. Οι προσληφείς των Επικουρικών Ιατρών εξαιρούνται από την αναστολή των διορισμών και προσλήψεων και τη διαδικασία έγκρισης της ΠΥΣ 55/11/1998 όπως κάθε φορά ισχύει. (άρθρο 11)

9. Ρυθμίζονται θέματα σχετικά με ποινές που επιβάλλονται σε βάρος του ιατρικού και λοιπού προσωπικού από το Διοικητή του νοσοκομείου και από το Συμβούλιο

Διοίκησης του νοσοκομείου, τη διαδικασία άσκησης έφεσης στο Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο, την προσφυγή στο Συμβούλιο της Επικρατείας κ.λπ.. (άρθρο 12)

10.α. Απαγορεύεται η εγκατάσταση προσφερομένου ιατρικού εξοπλισμού σε νοσοκομείο, χωρίς την προηγούμενη άδεια του Διοικητή αυτού. Η εγκατάσταση εξοπλισμού με τη μέθοδο της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) γίνεται μόνο ύστερα από ειδική έγκριση του Διοικητή του νοσοκομείου.

β. Ορίζεται ότι τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. επιτρέπεται να αναθέτουν με σύμβαση έργου, κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα (χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας που ισχύει), τη φύλαξη των χώρων τους σε ειδικά συνεργεία παροχής υπηρεσιών ασφαλείας, εφόσον η αμοιβή του αναδόχου δεν υπερβαίνει την απαιτούμενη δαπάνη για την πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων των οικείων κλάδων ή ειδικοτήτων.

γ. Οι συνιστώμενες θέσεις κατά νοσοκομείο των κλάδων νοσοκομειακών φαρμακοποιών, φυσικών νοσοκομείων - ακτινοφυσικών, κλινικών χημικών, χημικών βιοχημικών, βιολόγων των ιατρικών εργαστηρίων νοσοκομείων και ψυχολόγων Ε.Σ.Υ. (άρθρο 44 του ν. 2519/1997) προστίθενται στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου και οι δαπάνες μισθοδοσίας τους βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου.

δ. Στον Πρόεδρο, στον Αντιπρόεδρο και στα μέλη:

- του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου,
- του Συμβουλίου Επιλογής Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,
- του Συμβουλίου Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,
- των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ε.Σ.Υ.,
- των Περιφερειακών Συμβουλίων Αξιολόγησης Επιμελητών Ε.Σ.Υ. και
- της Επιτροπής αξιολόγησης και Επιλογής ανώτερων Στελεχών Υγείας,

καταβάλλονται αμοιβή και έξοδα κίνησης, το ύψος της οποίας καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

ε. Τα εισοδήματα των ιατρών του Ε.Σ.Υ. από την απογευματινή εργασία, που παρέχουν στα απογευματινά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., από την παροχή κλινικού και εργαστηριακού έργου από Πανεπιστημιακούς Ιατρούς που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., καθώς και η ειδική αμοιβή για την παροχή κλινικού και εργαστηριακού έργου από Πανεπιστημιακούς Ιατρούς θεωρούνται ότι προέρχονται από άσκηση ιδιωτικού έργου και φορολογούνται σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 2 περ. 2 του άρθρου 4 του ν. 2238/1994 όπως ισχύει.

στ. Από 1.1.2002, στους Πανεπιστημιακούς Ιατρούς, που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., καταβάλλεται από τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του οικείου νοσοκομείου, ειδική αμοιβή, για το κλινικό και εργαστηριακό έργο που παρέχουν, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

ζ. Προβλέπεται ότι το Συμβούλιο Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ» εξακολουθεί να έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα για τη δια-

ριση, διοίκηση, αξιοποίηση και διάθεση των υφιστάμενων κληροδοτημάτων, καθώς και για την υποβολή στη Διεύθυνση Εθνικών Κληροδοτημάτων του Υπουργείου Οικονομικών του ετήσιου προϋπολογισμού λειτουργίας των κληροδοτημάτων και του αντίστοιχου απολογισμού και ισολογισμού.

η. Ορίζεται ότι διατηρούν το υφιστάμενο νομικό καθεστώς και δεν υπάγονται στις διατάξεις του νομοσχεδίου ορισμένα νοσοκομεία («ΑΧΕΠΑ», «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», «ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ» κ.λπ.) και ρυθμίζονται θέματα σχετικά με τη λειτουργική διασύνδεση των νοσοκομείων αυτών με τα οικεία Πε.Σ.Υ. κ.λπ..

θ. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μπορούν να εντάσσονται στο Ε.Σ.Υ. και να οργανώνονται κατά τις διατάξεις του νομοσχεδίου, οι νοσηλευτικές μονάδες των φυλακών, που υπάγονται στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, χωρίς να μεταβάλλονται οι εργασιακές σχέσεις του υπηρετούντος σ' αυτές ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. (άρθρο 13)

11.α. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού ρυθμίζονται τα κάθε είδους ειδικότερα θέματα καθώς και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων του νομοσχεδίου.

β. Ρυθμίζονται θέματα σχετικά με τη διαδικασία συγκρότησης των Διοικητικών Συμβουλίων, την οργάνωση, στελέχωση και την τυπική έναρξη λειτουργίας των Πε.Σ.Υ., την έναρξη λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων κ.λπ..

γ. Από την έναρξη λειτουργίας των Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων καταργούνται ως οργανικές θέσεις του αντίστοιχου νοσοκομείου και συνιστώνται ισάριθμες και ομοιόβαθμες θέσεις, οι οποίες προστίθενται στους οργανισμούς των αντίστοιχων Κέντρων Υγείας. Το πάσης φύσεως προσωπικό, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νομοσχεδίου στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία εντάσσεται αυτοδικαίως, από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας αυτών, στις συνιστώμενες κατά τα ανωτέρω θέσεις. Για την ένταξη εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η προμηθευσιμότητα των εντασσόμενων υπαλλήλων προσμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση. (άρθρα 14-16)

Από τις προτεινόμενες διατάξεις προκαλούνται τα ακόλουθα οικονομικά αποτελέσματα:

Α. Επί του Κρατικού Προϋπολογισμού

1. Ετήσια δαπάνη ποσού δρχ. 1.428.000.000 από τη σύσταση δύο (2) θέσεων ειδικού επιστημονικού προσωπικού σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτουν ανω από 400 κλίνες και μίας (1) θέσης ειδικού επιστημονικού προσωπικού σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτει κατω από 400 κλίνες. (άρθρο 6 παρ. 3)

2. Ετήσια δαπάνη ακαθόριστη από α) την επιχορήγηση (από τον Τακτικό Προϋπολογισμό και τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων) των Πε.Σ.Υ. (άρθρο 4 παρ. 1 β και γ), β) την επιχορήγηση των κέντρων αριστείας (άρθρο 10) και γ) τη χορήγηση ειδικών οικονομικών κινήτρων σε ειδικότητες εν ανεπαρκεία, φαρμακοποιούς, βιολόγους κ.λπ. (άρθρο 11 παρ. 21), το ύψος της οποίας

εξαρτάται από πραγματικά γεγονότα (έκδοση υπουργικών αποφάσεων κ.λπ.).

3. Ενδεχόμενη δαπάνη από τη δυνατότητα σύστασης Διεύθυνσης Πληροφορικής σε κάθε νοσοκομείο με δυνατότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών (άρθρο 6 παρ. 6).

4. Εφάπαξ δαπάνη, το ύψος της οποίας δεν μπορεί να προσδιορισθεί από την προμήθεια του υλικοτεχνικού εξοπλισμού που απαιτείται για τη λειτουργία των Γραφείων Υποδοχής Ασθενών και των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (άρθρο 6 παρ. 4 και 5).

5. Μείωση εσόδων του Δημοσίου ακαθόριστη από τις φοροαπαλλαγές που διέπουν το καθεστώς λειτουργίας των Πε.Σ.Υ. (άρθρο 4 παρ. 2 και 3).

Β. Επί του προϋπολογισμού των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.) (ν.π.δ.δ. που επιχορηγούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό)

1. Ετήσια δαπάνη ποσού δρχ. 6.933.440.000 περίπου, η οποία αναλύεται σε:

- Δρχ. 1.216.000.000 για την αντιμετώπιση των λειτουργικών εξόδων των Πε.Σ.Υ.. (άρθρο 1 παρ. 2)

- Δρχ. 361.760.000 από την καταβολή αποζημίωσης α) στον Αντιπρόεδρο, τα μέλη, το Γραμματέα και σε όσους μετέχουν στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ. (άρθρο 2 παρ. 3) και β) στον Πρόεδρο και τα μέλη του επιστημονικού και νοσηλευτικού συμβουλίου. (άρθρο 2 παρ. 8)

- Δρχ. 784.000.000 από τη σύσταση σε κάθε Πε.Σ.Υ. δύο (2) οργανικών θέσεων κατηγορίας ΕΘ βαθμού 1ου και 2ου. (άρθρο 3 παρ. 1)

- Δρχ. 4.571.680.000 από τη σύσταση σε κάθε Πε.Σ.Υ. τεσσάρων (4) θέσεων επιστημονικού προσωπικού και σαράντα επτά (47) θέσεων διαφόρων κατηγοριών (19 ΠΕ, 13 ΤΕ, 6 ΔΕ, 8 ΥΕ και 1 Δικηγόρου). (άρθρο 3 παρ. 13 και 14)

2. Ακαθόριστη δαπάνη από τη δυνατότητα σύστασης ανωνύμων εταιρειών (άρθρο 2 παρ. 4) και την καταβολή αμοιβής στους επικουρικούς ιατρούς. (άρθρο 11 παρ. 22)

3. Εφάπαξ δαπάνη ποσού δρχ. 1.600.000.000 περίπου από την προμήθεια του υλικοτεχνικού εξοπλισμού που απαιτείται για τη λειτουργία των Πε.Σ.Υ.. (άρθρο 1 παρ. 2)

Γ. Επί του προϋπολογισμού των Νοσοκομείων (Ν.Π.Δ.Δ. που επιχορηγούνται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό)

1. Ετήσια δαπάνη ποσού δρχ. 4.116.000.000 περίπου, η οποία αναλύεται σε:

- Δρχ. 3.276.000.000 από τη σύσταση θέσης Διοικητών σε κάθε Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. (άρθρο 5 παρ. 6Α) και

- Δρχ. 840.000.000 από τη σύσταση θέσης Αναπληρωτή Διοικητή σε κάθε Νοσοκομείο άνω των 400 κλινών. (άρθρο 5 παρ. 8)

2. Ετήσια δαπάνη ακαθόριστη από την κάλυψη: α) των λειτουργικών εξόδων των Γραφείων Υποδοχής Ασθενών και των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών (άρθρο 6 παράγραφοι 4 και 5), β) της καταβολής αμοιβής στους επικουρικούς ιατρούς (άρθρο 11 παρ. 22), γ) της μισθοδοσίας του προσωπικού των κλάδων Ε.Σ.Υ. ειδικότητας νοσοκομειακών φαρμακοποιών, φυσικών νοσοκομείων - ακτινοφυσικών κ.λπ. (άρθρο 13 παρ. 3) και δ) της καταβολής ειδικής αμοιβής στους Πανεπιστημιακούς ιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε Πανεπιστημια-

κές κλινικές (άρθρο 13 παρ. 6) κ.λπ., το ύψος της οποίας εξαρτάται από πραγματικά γεγονότα.

3. Ενδεχόμενη δαπάνη από τη δυνατότητα οργάνωσης κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για τους ιατρούς και το λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό που υπηρετεί στα νοσοκομεία και στα κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία. (άρθρο 11 παρ. 17)

Αθήνα, 8 Δεκεμβρίου 2000

Ο Γενικός Διευθυντής

Διονύσιος Ρίζος

ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ
ΠΕΡΙΟΔΟΣ Γ' - ΣΥΝΟΔΟΣ Α'
ΔΙΑΡΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ

Π Ρ Α Κ Τ Ι Κ Ο

*Της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων στο
σχέδιο νόμου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας
«Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος
Υγείας»*

ΠΡΟΣ ΤΗ ΒΟΥΛΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ

Η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων συνήλθε στις 10, 11, 16 (πρωί και απόγευμα) και 18 Ιανουαρίου 2001 σε 5 συνεδριάσεις που διήρκεσαν περίπου 17 ώρες, υπό την προεδρία του Προέδρου αυτής κ. Ιωάννη Κουράκη, με αντικείμενο την επεξεργασία και εξέταση του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας».

Στις συνεδριάσεις παρέστησαν ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας κ. Αλέξανδρος Παπαδόπουλος, η Υφυπουργός Υγείας και Πρόνοιας κυρία Χριστίνα Σπυράκη και αρμόδιοι υπηρεσιακοί παράγοντες.

Στη δεύτερη συνεδρίαση της Επιτροπής παρέστησαν και εξέθεσαν τις απόψεις τους επί του σχεδίου νόμου, σύμφωνα με το άρθρο 38 παρ. 2 του Κανονισμού της Βουλής, ως εκπρόσωποι των αντίστοιχων φορέων, οι κ.κ. Γεώργιος Ρωμανιάς, επιστημονικός συνεργάτης της Γ.Σ.Ε.Ε., Σπύρος Παπασπύρου, Πρόεδρος της Α.Δ.Ε.Δ.Υ., Σταύρος Κουτσιουμπέλης, Πρόεδρος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Εργαζομένων στα Δημόσια Νοσοκομεία (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.), Αντώνιος Κουτσελίνης, Πρόεδρος του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών και Αντιπρύτανης του Πανεπιστημίου Αθηνών, Εμμανουήλ Καλοκαιρινός, Πρόεδρος του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), Βασίλειος Λαοποδης, Πρόεδρος της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδος (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.) και Χρήστος Καραπάνος, Πρόεδρος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Οδοντιατρικών Συλλόγων Ελλάδος.

Κατά τη διάρκεια της συζήτησης το λόγο ελαβαν ο Εισηγητής της Πλειοψηφίας κ. Εμμανουήλ Σκουλάκης, ο Εισηγητής της Μειοψηφίας κ. Αθανάσιος Γιαννόπουλος, ο Ειδικός Αγορητής του Κομμουνιστικού Κόμματος Ελλάδας κ. Παναγιώτης Κοσιώνης, ο Ειδικός Αγορητής του Συνασπισμού της Αριστερας και Προόδου κ. Γεώργιος Αμπατζόγλου και οι Βουλευτές κ.κ. Κωνσταντίνος Κιλτίδης, Νικήτας Κακλαμανής, Ευάγγελος Βλασσόπουλος, Νικόλαος Γκελεστάθης, Ευτυχιος Κοντομαρής, Παναγιώτης Μελας, Αθανάσιος Μάτης, Γεώργιος Κωνσταντόπουλος, Ελευθεριος Παπανικολάου, Σταύρος Σουμάκης, Φραγκλίνος Παπαδελλής, Λάμπρος Παπαδημας, Δημήτριος Κρεμαστινός, Νικόλαος Σαλαγιαννης, Γεώργιος Κίρκος, Γεράσιμος Γιακουμάτος, Έκτορας Νασιώκας, Σπυρίδων Σπύρου, Ιωάννης Χωματάς, Σταύρος Βρέντζος, Λεωνίδας Γρηγοράκος και Πέτρος Τατούλης.

Ο Εισηγητής της Πλειοψηφίας κ. Εμμανουήλ Σκουλάκης, εισηγούμενος το σχέδιο νόμου, είπε, μεταξύ άλλων:

«Το σχέδιο νόμου είναι προϊόν ενός εξαντλητικού και πολύμηνου διαλογού με επιστημονικούς, συνδικαλιστικούς και κοινωνικούς φορείς. Είναι προϊόν διαλογού με τους πολίτες που έρχονται σε επαφή με το δημόσιο σύ-

στημα υγείας, που σύσσωμη η πολιτική ηγεσία του Υπουργείου Υγείας πραγματοποίησε σε όλη την επικράτεια.

Η εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ., που πραγματοποιήθηκε με τις διατάξεις του ν. 1397/83, αποτέλεσε μια μεγάλη ανατροπή, για να καλυφθεί ένα τεράστιο κενό στην υγειονομική περίθαλψη και φροντίδα.

Με την καθιέρωση του Ε.Σ.Υ. η χώρα μας, έστω και καθυστερημένα σε σύγκριση με άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες, εισήλθε σε μια διαδικασία σταδιακής και προγραμματισμένης υγειονομικής ανάπτυξης. Στόχος ήταν η συγκρότηση ενός σύγχρονου και αποτελεσματικού συστήματος υγείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και προσδοκίες του Έλληνα πολίτη για αξιοπρεπείς και υψηλού επιπέδου υπηρεσίες πρόληψης, φροντίδας και περίθαλψης. Στο διάστημα 1983 - 1989 το Ε.Σ.Υ. αναπτύχθηκε δυναμικά κυρίως σε ό,τι αφορά στη σύσταση και λειτουργία των κέντρων υγείας στις αγροτικές περιοχές, την κτιριακή και υλικοτεχνική υποδομή, ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά στα νέα νοσοκομεία, π.χ. στο Ηράκλειο, στην Πάτρα, στην Ξάνθη κ.λπ., στις επεκτάσεις και νέες πτέρυγες σε πολλά νοσοκομεία, με υστέρηση - ομολογουμένως - στα νοσοκομεία της Αττικής και της Θεσσαλονίκης. Ήταν μια πολιτική επιλογή αυτό, γιατί η προτεραιότητα για ανάπτυξη υποδομών στην περιφέρεια θεωρήθηκε ως όρος και προϋπόθεση για την ισόρροπη γεωγραφικά ανάπτυξη του συστήματος, στην κατεύθυνση της ολοκληρωμένης τελικής περιφερειακής ανάπτυξης του. Η εισαγωγή του θεσμού του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, η αναδιοργάνωση όλων των νοσοκομείων, η αύξηση του ανθρώπινου δυναμικού, η ανάπτυξη υψηλής ιατρικής τεχνολογίας, οι νέες εξειδικευμένες μονάδες τεχνητού νεφρού, εντατικής θεραπείας και μεταμοσχεύσεων, η ίδρυση και η ανάπτυξη του Ε.Κ.Α.Β., αποτέλεσαν και αποτελούν και σήμερα τη στέρεα βάση για την περαιτέρω ανάπτυξη του Ε.Σ.Υ. και ιδιαίτερα την ποιοτική του ανέλιξη.

Η δυναμική πορεία ανάπτυξης του συστήματος ανακόπηκε την περίοδο 1989 - 1993, με συστηματική προσπάθεια απαξίωσης του Ε.Σ.Υ. και του δημόσιου τομέα υγείας, με την ταυτόχρονη γιγάντωση του ιδιωτικού τομέα, ο οποίος έκτοτε παραμένει ανεξέλεγκτος.

Το 1993 χρειαζόταν ένα νέο ξεκίνημα για να ξαναμπεί το Ε.Σ.Υ. σε μια πορεία ολοκλήρωσης, οι πολιτικές όμως και οικονομικές συγκυρίες της εποχής εκείνης έθεταν άλλες κρίσιμες προτεραιότητες για την πορεία της Χώρας. Αυτό δεν επέτρεψε να χαραχθεί μια νέα πολιτική, ώστε να ολοκληρωθεί το Ε.Σ.Υ. και να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες.

Παρόλα αυτά, έγιναν παρεμβάσεις για να επανέλθει το Ε.Σ.Υ. σε θετική τροχιά. Άρχισε η εφαρμογή προγραμμάτων για την υλικοτεχνική υποδομή με την ένταξη στο Β' Κ.Π.Σ. 15 νέων νοσοκομείων, τα οποία σταδιακά παραδίδονται και λειτουργούν, όπως αυτά των Χανίων, της Ρόδου και της Καλαμάτας. Αναπτύχθηκε το Ε.Κ.Α.Β. με την προμήθεια 70 κινητών μονάδων και 5 ελικοπτερών. Ενισχύθηκαν οι υγειονομικές μονάδες με ανθρώπινο δυναμικό και η μισθοδοσία των εργαζομένων του χώρου του Υπουργείου Υγείας πέρασε στο Υπουργείο Οικονομικών.

Με το ν. 2519/1997 θεσμοθετήθηκαν κανόνες για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών, για την ενίσχυση της δημόσιας υγείας, για την ενίσχυση των νοσοκομείων και για τη λειτουργία των μονάδων πρωτοβάθ-

μίας φροντίδας και των υπηρεσιών σχολικής υγείας.

Παρότι μέσα στα 17 χρόνια δεν εφαρμόστηκαν θεμελιώδεις διατάξεις του ν. 1397/1983, εν τούτοις είναι αναμφισβήτητο γεγονός ότι χάρη στο Ε.Σ.Υ. πέρασε οριστικά η περίοδος που η χώρα μας θεωρείτο υγειονομικά υπανάπτυκτη. Οι υγειονομικές ανισότητες έχουν περιοριστεί. Η Π.Ο.Υ., στην έκθεσή της για το 2000, αναμεσα σε 191 συστήματα υγείας στον κόσμο, κατατάσσει το ελληνικό 14ο, παρότι είναι 30ό σε σχέση με τις δαπάνες. Αυτό αποδεικνύει, ότι τα χρήματα που επενδύθηκαν στην υγεία είχαν καλύτερα αποτελέσματα στη χώρα μας από ό,τι στις άλλες χώρες.

Όμως, πρέπει να είμαστε ειλικρινείς. Παρά την πρόοδο και την ποσοτική και ποιοτική μεγέθυνση του υγειονομικού μας συστήματος, αυτό εμφανίζει, σταδιακά, αρνητικά φαινόμενα, δυσλειτουργίες και σημεία τελμάτωσης. Τα προβλήματα, χρόνο με το χρόνο, οξύνονται. Αυτά αφορούν κυρίως στην ανυπαρξία οργανωμένης πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, στο συνωστισμό ασθενών και στην πλημμελή εξυπηρέτηση, χαμηλή αποδοτικότητα και ανισότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες, όχι μόνο ανάμεσα στο κέντρο και στην περιφέρεια, αλλά και ανάμεσα στα όρια της ίδιας της περιφέρειας. Ο πληθωρισμός του ιατρικού επαγγέλματος δημιουργεί τεχνητή ζήτηση και ο ιδιωτικός τομέας υγείας αναπτύσσεται ταχύτατα, εκμεταλλευόμενος τα κενά και τις αδυναμίες του Ε.Σ.Υ., καθώς και την απουσία αυστηρού θεσμικού πλαισίου. Τέλος, υπάρχουν παγιωμένες αντιλήψεις και συμπεριφορές, με αποκορύφωμα τα φαινόμενα της παραοικονομίας.

Οι άμεσες συνέπειες αυτών των προβλημάτων δεν περιορίζονται στην κατασπατάληση υγειονομικών πόρων, αλλά πολλές φορές ταλαιπωρούν τους ασθενείς και δημιουργούν κλίμα δυσπιστίας και ανασφάλειας στους πολίτες. Ακυρώνουν στην πράξη βασικές αρχές του Ε.Σ.Υ., όπως η καθολική, ολοκληρωμένη και ισότιμη φροντίδα και περιθαλψη.

Με το παρόν σχέδιο νόμου, η Κυβέρνηση και το Υπουργείο Υγείας επιδιώκουν την κατοχύρωση των βασικών αρχών του ιδιαιδικού νόμου του Ε.Σ.Υ. και την παρέμβαση σε τρεις του υγειονομικού μας συστήματος, ώστε να δρομολογηθούν οι αλλαγές που θα το θέσουν σε ανοδική πορεία, διότι σήμερα, όσο ποτε άλλοτε, καταγράφεται μια ευρεία κοινωνική συναίνεση για βελτίωση και αναβάθμιση του Ε.Σ.Υ., ενώ παράλληλα υφίστανται και οι κατάλληλες προϋποθέσεις.

Με το σχέδιο νόμου επιχειρείται να διασφαλιστεί ο δημόσιος χαρακτήρας του Ε.Σ.Υ. και ο πολίτης να νιώσει ασφάλεια και σιγουριά για τις υπηρεσίες υγείας. Επιχειρείται η αντιστοίχιση του υγειονομικού συστήματος με τις νέες ανάγκες, με την εισαγωγή κανόνων και μηχανισμών που υπηρετούν συγκεκριμένους στόχους και πολιτικές.

Το σχέδιο νόμου περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αναφέρονται σε τρεις κεντρικούς άξονες: την περιφερειακή συγκροτηση, την οργάνωση των νοσοκομείων και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.

Η περιφερειακή συγκροτηση του Ε.Σ.Υ. αποτελεί κεντρική επιλογή για την Κυβέρνηση και απόφαση θεμελιώδους σημασίας, πραγματώνεται δε με τη σύσταση 16 ολοκληρωμένων περιφερειακών συστημάτων υγείας που είναι νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου. Αυτό θα επιτρέψει την καλύτερη αποτελεσματική των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού και το σχεδιασμό των

ποταλεσματικότερη αντιμετώπιση αυτών των αναγκών, ιδιαίτερα στις περιφέρειες, όπου παρατηρούνται μεγάλες ανισότητες στο επίπεδο και στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Στόχος είναι η μενιστή υγειονομική αυτάρκεια σε κάθε περιφέρεια. Έτσι θα πεισθεί ο πολίτης, ότι πρέπει να μείνει στα νοσοκομεία του τόπου του για νοσηλεία.

Η οργάνωση των νοσοκομείων ως αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων του ΠΕ.Σ.Υ., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια, έχει ως στόχο τη διευκόλυνση της ουσιαστικής ένταξης τους σε ένα ολοκληρωμένο περιφερειακό σύστημα υγείας, χωρίς να τίθεται σε κίνδυνο το εργασιακό καθεστώς των εργαζομένων. Τα νοσοκομεία διατηρούν τους οργανισμούς τους, τις κατά κλάδο και βαθμό οργανικές θέσεις τους, δικό τους προϋπολογισμό και όργανα διοίκησης. Τα νοσοκομεία διοικούνται από το Συμβούλιο Διοίκησης και το Διοικητή, ως αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες.

Ακόμη, η ανάπτυξη και η συνεχής βελτίωση του ανθρώπινου δυναμικού αποτελεί κυβερνητική επιλογή στο χώρο της υγείας. Καθιερώνονται ενιαίες εργασιακές σχέσεις στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ. και στους πανεπιστημιακούς. Αίρεται με τον τρόπο αυτόν μια μόνιμη αιτία σύγκρουσης και κακοδαιμονίας στο χώρο των νοσοκομείων. Οι πανεπιστημιακοί γιατροί, ως κύριοι φορείς της ανανέωσης και της επιστημονικής γνώσης, προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο δημόσιο σύστημα υγείας και όχι στις ιδιωτικές κλινικές και στα διαγνωστικά κέντρα, κάτι το οποίο πλέον θα απαγορεύεται ρητά. Καθιερώνεται το απογευματινό Ιατρείο στα νοσοκομεία, στα οποία μπορούν να παρέχουν υπηρεσίες και οι γιατροί του Ε.Σ.Υ. και οι πανεπιστημιακοί, κάτω από ειδικούς όρους και προϋποθέσεις.

Η άσκηση του επαγγέλματος των λειτουργών της υγείας είναι φθοροποιός από τη φύση της και πραγματοποιείται κάτω από συνθήκες δυσκόλες και ενίοτε απαράδεκτες. Όλα αυτά βελτιώνονται μέρα με τη μέρα και θα βελτιωθούν ακόμη περισσότερο μέσα από τη γενικότερη αναβάθμιση και τον εκσυγχρονισμό του εθνικού μας συστήματος υγείας και κυρίως, μέσω ενός εξορθολογισμού των δαπανών.

Με την εξοικονόμηση των πόρων εξασφαλίζεται η βελτίωση στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και η βελτίωση στις συνθήκες εργασίας και στις αμοιβές των εργαζομένων. Πιστεύω ότι το γχείρισμα θα επιτύχει, εάν υπάρξει συνεχής προσπάθεια και συμβολή όλων των εμπλεκόμενων φορέων.

Το σχέδιο νόμου κινείται προς τη σωστή κατεύθυνση. Η εφαρμογή του θα είναι άμεση, γιατί δεν απαιτείται η εκδότης χρονοβόρων προεδρικών διαταγμάτων, παρά μόνο υπουργικών αποφάσεων. Οι πιστώσεις για την υλοποίηση του είναι εξασφαλισμένες και δεν απομένει παρά η εξεύρεση του κατάλληλου ανθρώπινου δυναμικού που, με πίστη σ' αυτούς τους νέους θεσμούς, θα στελεχωσει τις νέες δομές και θα φέρει σε πέρας αυτό το δύσκολο και σημαντικό έργο.

Καλώ τα μέλη της Επιτροπής να ψηφίσουν το παρόν νομοσχέδιο.»

Ο Εισηγητής της Μειοψηφίας κ. Αθανάσιος Γιαννόπουλος, είπε, μεταξύ άλλων:

«Ο Έλληνας ασθενής αντιμετωπίζει μεγάλα προβλήματα στο χώρο της υγειονομικής περιθαλψης, υπάρχει μεγάλο χάσμα μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, το κράτος

το προφίλ που έχει ο χώρος αυτός σήμερα. Οι μεγάλες κοινωνικές μεταρρυθμίσεις στη ζωή μας δεν απαιτούν αυθαιρεσία ή εγωκεντρικές θέσεις της πολιτικής ηγεσίας. Θέλουν ζύμωση, θέλουν μεγάλο διάλογο με την κοινωνία. Για μας το τρίπτυχο είναι: ο πολίτης, η δημόσια υγεία και μετά οι συντεχνίες.

Εμείς δεν βλέπουμε ένα σύστημα υγείας που να άγεται και να φέρεται από συντεχνιακά δεδομένα, είτε αυτά είναι ιατρικά είτε είναι του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού είτε των οποιωνδήποτε συνδικαλιστικών φορέων.

Εμείς συμφωνούμε σε κάθε μεταρρύθμιση που στοχεύει στην υγεία του ελληνικού λαού και δεν στοχεύει σε συντεχνίες.

Θα μπορούσα να θεωρήσω και αυτό το νομοσχέδιο ιατροκεντρικό, αφού δίνεται η εικόνα ότι πάνω απ' όλα είναι ο γιατρός, ενώ θα έπρεπε πάνω απ' όλα να είναι ο άνθρωπος και οι υπηρεσίες που πρέπει να του προσφέρουμε.

Είναι αλήθεια ότι κάποιοι αντιδρούν για το συγκεκριμένο νομοσχέδιο. Σας πληροφορώ ότι αυτοί που αντιδρούν είναι αυτοί που τόσα χρόνια υπάρχουν μέσα στο σύστημα. Ο διάλογος που υπερηφανεύεται το ΠΑ.ΣΟ.Κ. ότι έκανε με την Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν. κατέληξε σε ύβρεις και προπηλακισμούς και επίσης δεν έγινε διάλογος με όλους τους φορείς.

Μια δήλωση του κ. Υπουργού μου δίνει την εντύπωση ότι απευθύνθηκε μειωτικά όχι μόνο στο ιατρικό σώμα, αλλά προς όλη την κοινωνία, αναφέροντας ότι «δεν θα κάνει διάλογο εκπνώσεων». Οι αλλαγές είναι πολύ μεγάλες, είμαστε πολύ πίσω απ' αυτές που ήδη έχουν συμβεί και δεν έχουμε την αυταρέσκεια να λέμε ότι δεν θα κάνουμε διάλογο. Χρειάζεται διάλογος σκληρός.

Τρία σημεία είναι αυτά που περιγράφει το νομοσχέδιο: η περιφερειακή οργάνωση, η οργάνωση των νοσοκομείων και το ανθρώπινο δυναμικό. Αυτοί είναι οι τρεις πυλώνες του νομοσχεδίου. Από το 1983, από τον ιδρυτικό νόμο του ΠΑ.ΣΟ.Κ., αναφέρεται το περιφερειακό μοντέλο οργάνωσης στο χώρο της υγείας. Από τότε έως τώρα δεν έγινε απολύτως τίποτα. Τώρα ερχόμαστε να υιοθετήσουμε την περιφερειακή οργάνωση. Δεν είναι τίποτα άλλο παρά ένα γραφειοκρατικό μοντέλο λειτουργίας, ένα δαιδαλώδες σύστημα διοίκησης, οργάνωσης, σχεδιασμού, παρακολούθησης και μάλιστα πολυδαπανο, αφού κάθε ΠΕ.Σ.Υ. έχει περί τα 47 άτομα και το κόστος του είναι μεγάλο. Είναι δυνατόν με αυτό το γραφειοκρατικό μοντέλο να λυθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία;

Για τη Νέα Δημοκρατία περιφερειακή οργάνωση δε σημαίνει γραφειοκρατική περιφερειακή οργάνωση. Περιφερειακή οργάνωση είναι αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας, που θα τις δώσουμε στην περιφέρεια. Από τα περιφερειακά νοσοκομεία πρέπει να δώσουμε τέτοιες υπηρεσίες υγείας στην υπαίθρο χώρα, όπως είναι αυτές που απολαμβάνουμε εμείς στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η φιλοσοφία του νομοσχεδίου του Γεννημάτα και του Αυγερινού ήταν «ίσες υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό λαό». Μετά από 17 ολόκληρα χρόνια, ερωτώ: Έχουμε ίσες υπηρεσίες υγείας στην Αθήνα, στις Φιλιάτες, στη Λαμία, στα Τρίκαλα και σε άλλα μέρη της Ελλάδας; Γιατί υπάρχει αυτή η ανισότητα; Ποιοι συνετέλεσαν σε αυτές τις τραγικές διαφορές;

Για να γίνουμε ειλικρινείς, πρέπει να έχουμε το παρθε-

αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας, πρέπει να έχουμε τουλάχιστον μία μονάδα εντατικής θεραπείας σε κάθε επαρχία.

Αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας σημαίνει μονάδες με εργαστήρια, καινούργιες κλινικές και τμήματα. Δεν υπάρχει ογκολογικό τμήμα σε πολλά περιφερειακά νοσοκομεία. Δεν υπάρχει, επίσης, αιμοδοτικό τμήμα. Δεν υπάρχουν σύγχρονα τμήματα. Δημιουργείται μια πολυαρχία μέσα στο σύστημα, που είναι μάλιστα και ειδικών θέσεων και επομένως, θα υπάρχουν και υψηλές αμοιβές.

Εμείς κάνουμε την πρόταση για περιφερειακή αποκεντρωση υπηρεσιών υγείας. Εσείς αμιλείτε για σχεδιασμό. Όμως, ο σχεδιασμός δεν έχει καμία απολύτως δέσμευση. Εσείς έχετε ένα γραφειοκρατικό μοντέλο που σας κοστίζει πολλά χρήματα. Εάν, μάλιστα, διαβάσετε την εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου, θα διαπιστώσετε ότι δεν μπορεί να αποτυπωθεί και το οικονομικό μέγεθος. Και, βεβαίως, δεν έχετε εξασφαλίσει από τον προϋπολογισμό αυτήν τη δαπάνη. Και δεν είχατε εξασφαλίσει ούτε τις 70.000 δρχ. αύξηση για το επίδομα των εργαζομένων στο Υπουργείο Υγείας, για το οποίο οι εργαζόμενοι εξακολουθούν να απεργούν.

Η περιφερειακή οργάνωση, έτσι όπως προτείνεται -και εμείς δε συμφωνούμε-, θα έχει μια πολυαρχία. Ο Πρόεδρος αρχικά του ΠΕ.Σ.Υ. θα βρίσκεται σε άμεση σύγκρουση με το Διοικητή και, όπως προβλέπεται στο νομοσχέδιο, θα έχουν τις ίδιες δυνατότητες όσον αφορά στη σύνθεση των επιτροπών και άλλα θέματα.

Όσον αφορά στην οργάνωση των νοσοκομείων, υπάρχει ένα «νέφος», σχετικά με το πώς θα δημιουργηθούν τα νοσοκομεία και τι χαρακτήρα θα έχουν. Η οργάνωση των νοσοκομείων, για να είναι αποτελεσματική, θέλει ελεγκτικό σύστημα. Επί τόσα χρόνια τα νοσοκομεία δεν είχαν ελεγκτικό σύστημα και ούτε θα το έχουν. Τα έξοδα αυτήν τη στιγμή ξεπέρασαν τα 200 δισ. δραχμές. Έχετε ένα μεγάλο ποσό χρημάτων να διαθέσετε γι' αυτές τις επενδύσεις που, λέτε ότι, θα κάνετε. Ήδη, έχετε πλέον των 200 δισ. δρχ. χρέος στα νοσοκομεία, τα χρήματα δεν περιγράφονται πουθενά, έχετε πολλές υπουργικές αποφάσεις και διατάγματα για να ολοκληρώσετε το παρόν σχέδιο νόμου. Είσαψτε, λοιπόν, ήσυχοι ότι θα εφαρμοστεί αυτό το νομοσχέδιο;

Το θέμα των πανεπιστημιακών διδασκάλων είναι ένα θέμα, στο οποίο υπάρχουν μεγάλες αντιθέσεις. Κάποιοι πιο ειδικοί από εμάς θα μας πουν, ποιος είναι ο δημόσιος λειτουργός και ποιος είναι ο δημόσιος υπάλληλος. Στο άρθρο 16 παρ. 6 του Συντάγματος γίνεται ακριβώς αυτός ο προσδιορισμός. Οι δημόσιοι λειτουργοί, που είναι οι πανεπιστημιακοί δασκάλοι, μετατράπηκαν σε δημοσίους υπαλλήλους.

Εμείς θέλουμε ένα σύστημα υγείας που θα μπορεί να απαλύνει τον πόνο του Έλληνα αγρότη, βιοπαλαιστή και εργάτη. Θέλουμε τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας να τις πάμε στην επαρχία και στην υπαίθρο χώρα και να μην υπάρχει αυτή η εσωτερική μετανάστευση που, καθημερινά, βλέπουμε.

Το νομοσχέδιο έχει μόνο ένα βερμπαλιστικό στοιχείο και ένα γραφειοκρατικό μανδύα. Είναι καθαρά υπουργοκεντρικό. Με αυτές τις προϋποθέσεις και τις προοπτικές, δεν μπορούμε να το ψηφίσουμε.

Ο Ειδικός Αγορητής του Κομμουνιστικού Κόμματος Ελλάδας κ. Παναγιώτης Κοσιώνης είπε τα εξής:

«Ο τίτλος του νομοσχεδίου είναι «Βελτίωση και

ν.1397. Κατά τη γνώμη μας, δεν πρόκειται για βελτίωση, αλλά για ένα τελείως διαφορετικό νομοσχέδιο. Στην εξηγητική έκθεση αναφέρονται οι λόγοι, για τους οποίους πρέπει να γίνουν κάποιες αλλαγές. Σε ορισμένα σημεία συμφωνούμε. Η Κυβέρνηση δεν πρέπει να λείπει γιατί θα τροποποιήσει ένα νόμο, αλλά να εξηγήσει γιατί έφθασε εκεί όπου έφθασε το σύστημα υγείας. Όταν θεσμοθετήθηκε το Ε.Σ.Υ. ήταν μια ελπίδα. Υπήρξε και είχε αναγνωρισθεί από κόμματα, τα οποία εθεταν, μεταξύ άλλων, και ορισμένα ζητήματα.

Ένα από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Ε.Σ.Υ. είναι ότι δεν λειτουργήσε ποτέ ως εθνικό σύστημα. Όταν μιλούμε για εθνικό σύστημα, μιλούμε για την αντίληψη που έχει η Κυβέρνηση στη συγκεκριμένη περίπτωση, που δεν αφορά μόνο την επιδιορθωτική ιατρική, αλλά αφορά και την πρωτοβάθμια φροντίδα, καθώς και την πρόληψη. Επίσης, τίθενται και ορισμένοι κανόνες λειτουργίας αυτού του συστήματος. Ο ιδιωτικός τομέας εμεινε εκτός αυτού του σχεδιασμού. Δεν μιλώ για τον ελεύθερο επαγγελματία ιατρό, που και αυτός έπρεπε να γνωρίζει τους κανόνες, με τους οποίους θα λειτουργεί.

Η επιδιορθωτική ιατρική ήταν το μόνο θετικό βήμα που έγινε από πλευράς Ε.Σ.Υ.. Δημιουργήθηκαν κέντρα υγείας, πανεπιστημιακά νοσοκομεία και ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Από 'κει και πέρα δεν έγινε τίποτα. Όλες οι χρηματοδοτήσεις μειώθηκαν και καμία στελέχωση δεν προχώρησε. Φθάσαμε στο σημείο που βρισκόμαστε σήμερα και οι στρεβλώσεις του συστήματος είναι τεράστιες. Ποιος έφταιγε για όλα αυτά; Την περίοδο 1985 - 1986 υπήρξε μια στροφή του μεγάλου επενδυτικού κεφαλαίου σε δύο παρθένους τομείς. Ο ένας τομέας ήταν εκείνος του πολιτισμού και ο άλλος ήταν ο τομέας της υγείας. Αυτό έγινε γιατί το Ε.Σ.Υ., χωρίς την έκδοση προεδρικών διαταγμάτων και υπουργικών αποφάσεων που θα το διέπυναν, όπως έπρεπε, έδωσε τα περιθώρια για να αναπτυχθεί ο ιδιωτικός τομέας. Ο ιδιωτικός τομέας έκανε τεράστιες επενδύσεις και αποκομισε τεράστια κέρδη.

Οι περισσότεροι φορείς της υγείας έχουν αντιθετη άποψη με το νομοσχέδιο. Οι υπουργικές αποφάσεις θα εκδοθούν, όταν θα σταματήσουν οι αντιδράσεις για το σχέδιο νόμου με την παροδο του χρόνου. Σκεπτομαι δε, ότι μετά από τέσσερα χρόνια η Κυβέρνηση θα προσπαθεί να μας πείσει, ότι η ανώνυμη εταιρεία είναι ένας πολύ καλός τρόπος αντιμετώπισης της λειτουργικότητας των νοσοκομείων.

Όσον αφορά στον πληθωρισμό στο ιατρικό επάγγελμα, πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί. Το ιατρικό δυναμικό της χώρας, που έχει συγκεντρωθεί στα τρία μεγάλα αστικά κέντρα, δεν αρκεί για την εξυπηρέτηση του Ε.Σ.Υ.. Δυστυχώς, η Κυβέρνηση δεν προσπαθεί ουσιαστικά για τη λύση του προβλήματος της παροχής υγείας και τούτο φαίνεται μέσα από τον κρατικό προϋπολογισμό, όπου παρατηρώ συρρίκνωση των πόρων για την υγεία.

Παρατηρώ, ακόμη, ότι η λαϊκή συμμετοχή, που παλιότερα ήταν το λάβαρο του ΠΑ.ΣΟ.Κ., τώρα έχει τεθεί στο περιθώριο, ενώ θα έπρεπε να υπάρχει άμεσος και συνεχής διάλογος με τους εμπλεκόμενους φορείς, των οποίων οι σωστές απόψεις να γίνονται δεκτές. Διερρωτώ, αν κατέληξε σε κάποιο θετικό συμπέρασμα η συνάντηση του Υπουργού Υγείας με τους φορείς.

Λείπει από το νομοσχέδιο η θερμή ψυχική διάθεση που θα πρέπει να απευθύνεται προς τους πολίτες, οι οποίοι καταφεύγουν στο νοσοκομείο για περίθαλψη. Διερρωτώ,

πολίτες δεν είναι πελάτες. Είναι άνθρωποι με ασχημτ ψυχολογική διάθεση που έχουν ανάγκη να εμπιστευθούν τους γιατρούς.

Με αυτήν την έννοια το νομοσχέδιο έχει δύο χαρακτηριστικά. Το πρώτο είναι η ψυχρή λογιστική αντίληψη για το κοινωνικό αγαθό της υγείας. Με την ίδια λογική προσπαθεί να εξοικονομήσει πόρους. Το δεύτερο είναι ο αποκεντρωμένος υπερσυγκεντρωτισμός. Αυτός φαίνεται από τον τρόπο με τον οποίο θα λειτουργήσουν τα ΠΕ.Σ.Υ.. Δηλαδή, αυτό ήταν το λάθος όλα αυτά τα χρόνια, ότι το αποκεντρωμένο σύστημα δεν ήταν νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου και τώρα διορθώνεται με αυτήν τη μορφή;

Το νομοσχέδιο αλλάζει, επίσης, τη νομική υπόσταση των νοσοκομείων. Όλη η κινητή και ακίνητη περιουσία τους μεταφέρεται στα ΠΕ.Σ.Υ., τα οποία μπορούν να τη διαχειριστούν όπως θέλουν, παρά το ότι τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων θα έχουν το δικαίωμα της νομής και χρήσης αυτής της περιουσίας.

Με το νομοσχέδιο δίνεται η δυνατότητα στο ΠΕ.Σ.Υ. να κάνει συγχωνεύσεις κατά το δοκούν, όπως επιτάσσει η Ευρωπαϊκή Ένωση. Θα καταργηθούν νοσοκομειακές κλίνες και θα μετατραπούν σε γηροκομεία και σε άλλες μορφές παροχής υπηρεσιών, που όμως ανήκουν στον τομέα της πρόνοιας. Αυτό μεν θα έχει λιγότερο κόστος για το κράτος, αλλά μεγαλύτερο κόστος για την ουσιαστική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Με το νομοσχέδιο συστήνεται ανώνυμη εταιρεία που θα κάνει προμήθειες. Με αυτό, βέβαια, δίνεται νομική υπόσταση στην ήδη υπάρχουσα κατάσταση, καθ' όσον υπάρχουν ιδιωτικές υπηρεσίες καθαριότητας και τροφοδοσίας. Τις υπηρεσίες αυτές προσφέρουν εργολάβοι, που ρυθμίζουν το υπηρετικό αυτό προσωπικό, το οποίο εργάζεται ανασφαλιστο, με χαμηλή μισθοδοσία. Αυτή η κατάσταση θα οδηγήσει σε βαθμιαία ιδιωτικοποίηση αρκετών τομέων των νοσοκομείων, που θα έχει δυσάρεστες επιπτώσεις στην παροχή υγείας, διότι η αντίληψη του κόσμου δεν στηρίζεται μόνο στο ιατρικό προσωπικό, αλλά σε όλη την καθετοποιημένη λειτουργία του νοσοκομείου.

Η ολοήμερη λειτουργία του νοσοκομείου είναι στα πλαίσια λειτουργίας του δημόσιου συστήματος, δηλαδή να δίνεται το δικαίωμα στους γιατρούς να κάνουν ιδιωτικό ιατρείο το απογευμα με την υποδομή του νοσοκομείου; Φανταστείτε πώς λειτουργεί ο ίδιος ο γιατρός, ο οποίος, από τη στιγμή που ξέρει ότι το απόγευμα θα έχει ιατρείο και θα πληρωθεί ξεχωριστά, δε θα προσέχει το ίδιο. Δείτε πώς θα λειτουργήσει αυτή η κατάσταση και από την πλευρά του χρήστη. Τώρα δε θα δίνει το φακέλακι, το οποίο δεν το παίρνουν πάντα οι γιατροί, αλλά θα πηγαίνει το απογευμα συνειδητά και θα πληρώνει έναν ιδιωτή γιατρό, για να τον τακτοποιήσει καλύτερα μέσα στο σύστημα.

Δεν έχω καμία αντίρρηση, οι πανεπιστημιακοί γιατροί να λειτουργούν όπως οι γιατροί του Ε.Σ.Υ. πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ωστόσο, η ρύθμιση αυτή δημιουργεί εμμεσα φθορά συνειδησεων. Επίσης, αποτελεί μια μορφή κοινωνικού ρατσισμού ο διαχωρισμός του 20% των κρεβατιών των νοσοκομείων, τα οποία δε θα έχουν μόνο ξενοδοχειακή διαφορά, αλλά θα έχουν διαφορετική υλικοτεχνική υποδομή και διαφορετική συμπεριφορά των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Με τον τρόπο αυτό, δημιουργούνται νοσοκομεία δυο τα-

Η φιλοσοφία και η ιδεολογία του νομοσχεδίου στηρίζεται σε μια αντίληψη καποδιστριακού τύπου, πράγμα που διαπίστωσα σε ευκαιρία που είχα να μιλήσω με πολλούς δημάρχους και τοπικά συμβούλια, όπου διαπίστωσα ότι κανένας δεν είχε μείνει ευχαριστημένος, χωρίς αυτό να οφείλεται σε προσωπικά συμφέροντα ή συντεχνιακές αντιλήψεις.

- Με τις παρατηρήσεις αυτές, καταψήφισαμε το νομοσχέδιο.»

Ο Ειδικός Αγορητής του Συνασπισμού της Αριστεράς και της Προόδου κ. Γεώργιος Αμπατζόγλου είπε, μεταξύ άλλων, τα εξής:

«Όλοι αναγνωρίζουμε ότι σε ένα σύγχρονο και ευνομούμενο κράτος η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας οφείλει να είναι υψηλή, αφού αποτελεί δείκτη της ποιότητας της ζωής μας. Ανήκουμε πλέον στους ισχυρούς της Ε.Ε., ανήκουμε στο σκληρό πυρήνα της ΟΝΕ, όμως έχουμε τη χειρότερη ποιότητα παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Θα συμφωνήσουμε απόλυτα με τις αυτοκριτικές δηλώσεις του Υπουργού, ότι το Ε.Σ.Υ. δεν είναι πλέον «ξέφραγο αμπέλι» και ότι ο πολίτης προσβάλλεται στα νοσοκομεία, όπως προσβάλλονται και οι ίδιοι οι εργαζόμενοι, με τις συνθήκες που επικρατούν. Τις ίδιες δηλώσεις, όμως, είχαμε ακούσει και πριν από 19 χρόνια, όταν το Π.Α.Σ.Ο.Κ. ανέλαβε την εξουσία. Πιστεύουμε ότι είναι ευλόγο να αναρωτηθούμε ποιοι κυβερνούσαν τόσα χρόνια, ποιοι είναι υπεύθυνοι για τη σημερινή κατάσταση της υγείας και τι έφταιξε που δε μπορέσαμε επί δυο δεκαετίες να αναβαθμίσουμε τον τομέα της υγείας, παρά το γ. 1397, που υπήρξε τομή για τα υγειονομικά πράγματα της Χώρας.

Όλοι διαπιστώνουν ότι, ενώ ο δημόσιος τομέας της υγείας συνεχώς απαξιωνεται, η ιδιωτική επιχειρηματική δραστηριότητα αναπτύσσεται ανεξέλεγκτα, λειτουργεί ασύδοτα και ουσιαστικά ποιοδοτείται από το παραπαιών Ε.Σ.Υ.. Η παραλυτική αναποφασιστικότητα και απραξία της τελευταίας εξετίας, στη διάρκεια της οποίας άλλαξαν τέσσερις Υπουργοί, έχει επιτρέψει πλέον την ανανέωση των μικρών και μεγάλων συμφεροντών στα διάφορα επίπεδα του οικοδομηματος της υγείας, αντίθετα προς τα συμφέροντα του ελληνικού λαού.

Η καταφυγή σε ατομικές λύσεις, που επικρατεί σήμερα, έχει διαμορφώσει συνειδήσεις και έχει παραγάγει πολιτικό αποτέλεσμα. Ο Υπουργός Υγείας έθεσε στο διάλογο την πρότασή του με υπερτίτλο «σχέδιο μεταστροφή». Βεβαίως, απαιτείται μεταρρύθμιση η οποία να αναμορφώσει και ολοκληρώσει το Ε.Σ.Υ., με σημείο εκκίνησης τη σημερινή πραγματικότητα των τρομακτικών ελλείψεων και αναγκών, για την οικοδόμηση δικτύου πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης, για τη χάραξη εθνικών πολιτικών για την υγεία, για τη συνταξιοδότηση του υγειονομικού χαρτί και για τη θέσπιση αξιών λειτουργίας και ποιότητας του ανεξέλεγκτου ιδιωτικού τομέα.

Μια μεταρρύθμιση και μάλιστα υγειονομική είναι, σε θέση να επιφέρει ευρύτερες αλλαγές σε πολιτικό και κοινωνικό επίπεδο, να μεταβάλει πρότυπα και συμπεριφορές. Ο αποτελεσματικός εκσυγχρονισμός του συστήματος υγείας, κοινωνικής φροντίδας και ασφάλισης δε μπορεί να είναι κοινωνικά ρυθμιστικός. Απαιτεί σχέσεις και ανατροπές.

Ποια, όμως, είναι η σημερινή κατάσταση στο χώρο της υγείας; Πόσοι είναι οι οικονομικοί πόροι που διαθέτουμε για το χώρο της υγείας; Ο προϋπολογισμός προβλέπει

δαπάνες 1,3 τρις. δρχ., δηλαδή ποσοστό 3% επί του Α.Ε.Π. το οποίο μας κατατάσσει στα κράτη της Ε.Ε. με τις λιγότερες αναλογικά δαπάνες.

Ο κύριος Υπουργός, αντίθετα, ισχυρίστηκε στις 22 Δεκεμβρίου 2000, κατά τη συζήτηση του προϋπολογισμού, ότι οι δημόσιες δαπάνες προ Ε.Σ.Υ. ήταν 3,5% του ΑΕΠ, σήμερα είναι 2,5 τρις. δρχ., δηλαδή, 5,5% του ΑΕΠ, έναντι 6,1%, που είναι ο μέσος όρος της Ε.Ε.. Κατέθεσε μάλιστα και πίνακες, στους οποίους η Ελλάδα εμφανίζεται ότι το 1997 είχε σύνολο δαπανών για την υγεία, δημοσίων και ιδιωτικών, 8,6% του ΑΕΠ, έναντι 8% του μέσου όρου της Ε.Ε., δηλαδή, μεγαλύτερο από το μέσο όρο.

Επειδή εμείς αδυνατούμε να δούμε αυτόν τον πακτωλό των δισεκατομμυρίων δραχμών, επειδή αδυνατούμε να δούμε το 1 - 1,3 τρις. δραχμών, πλέον του προϋπολογισμού, κάθε χρόνο και επί 19 χρόνια να διοχετεύονται στον τομέα της υγείας, αλλά να έχουμε αυτές τις τρομερές ελλείψεις και επειδή τα στοιχεία στην Ε.Ε. τα δίνει ο κύριος Υπουργός, παρακαλούμε να μας γίνουν γνωστές οι δαπάνες, πέραν του προϋπολογισμού, που διατίθενται για την υγεία και διπλασιάζουν τα ποσά και τα ποσοστά.

Εκτός από τα οικονομικά μεγέθη, εκτιμάμε ότι, χωρίς την άμεση οικοδόμηση αξιόπιστου δημόσιου και κοινωνικοποιημένου συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, το Ε.Σ.Υ. δεν μπορεί στην ουσία να υπάρξει και να εξελιχθεί. Τα κέντρα υγείας αστικού τύπου δεν λειτουργούν ποτέ, ενώ αυτά του αγροτικού τύπου υπολειπονται χωρίς υποδομή, εξοπλισμό και προπαντός το αναγκαίο προσωπικό. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού αποτελεί το κλειδί της ολοκλήρωσης του Ε.Σ.Υ., είναι ο θεσμός που μπορεί να διευκολύνει τη μετάβαση από το θεραπευτικό χαρακτήρα του σημερινού συστήματος στην ολιστική λογική των καθηκόντων προάσπισης της υγείας. Αυτό, όμως, απαιτεί προετοιμασία σε βάθος χρόνου. Η προετοιμασία για τον ολιστικό χαρακτήρα του Ε.Σ.Υ., που βλέπει τις ανάγκες των ανθρώπων και όχι την αντιμετώπιση των ασθενειών, οφείλει να είναι η πρώτη νομοθετική παρέμβαση του Υπουργείου Υγείας.

Επίσης, οι ελλείψεις των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας σε προσωπικό είναι τεράστιες. Η πρωτοποιοτική δεσμευση για πρόσληψη 11.000 ατόμων για το 2000 έναντι των 20.000 κενών θέσεων που υπάρχουν, παραμένει υποσχρησιολογία. Τελικά, ίσως προσληφθούν 5.000 άτομα το 2001. Με αυτά τα δεδομένα γίνεται φανερό, ότι δεν είναι δυνατόν ούτε να καλυφθούν οι υπάρχουσες ανάγκες ούτε να στελεχωθούν νέες δομές, όπως της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Και, βέβαια, ούτε λόγος να γίνεται για τη στελέχωση των κέντρων υγείας των ακριτικών παραμεθωρίων περιοχών και της νησιωτικής χώρας.

Αναγνωρίζουμε ότι το οικοδομήμα της υγείας είναι αθέμιστο και συμφωνούμε απόλυτα με τις δηλώσεις του κ. Υπουργού, ότι ούτε μάγοι είμαστε ούτε ζωνγκέρ. Κατανοούμε και συμμεριζόμαστε απόλυτα τη φιλοδοξία και το αγχος του κ. Υπουργού, όταν δηλώνει πως οι παρεμβάσεις που εισηγουμεθα πρέπει και θέλουμε να αντέξουν στο χρόνο. Πρώτα απ' όλα, βέβαια, πρέπει να λυθούν τα προβλήματα των εργαζομένων στο Υπουργείο Υγείας, που απεργούν αυτές τις ημέρες.

Το σχέδιο νόμου που συζητάμε περιλαμβάνει ρυθμίσεις που αφορούν στην περιφερειακή οργάνωση του Ε.Σ.Υ., χωρίς μέχρι σήμερα να διαθέτουμε αιρετούς περιφερειαρχές, αιρετή περιφερειακή διοίκηση, στην οργάνωση των νοσοκομείων και στην ανάπτυξη του ανθρώπι-

νου δυναμικού και προβλέπει, μάλιστα, την έκδοση 87 υπουργικών αποφάσεων, 17 κοινών υπουργικών αποφάσεων και δύο προεδρικών διαταγμάτων.

Δεν προβλέπει αύξηση των δαπανών και του προσωπικού, αγνοεί την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δεν κατοχυρώνει το δημόσιο τομέα ως κυρίαρχο στο θέμα της υγείας. Μέσα από το σχέδιο νόμου, το δημοσιο σύστημα υγείας εξακολουθεί να παραμένει ιατροκεντρικό και νοσοκομειοκεντρικό, χωρίς να δίνεται η προεπουσα βαρύτητα στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στην πρόληψη ούτε να αναβαθμίζεται ο ρόλος και των άλλων επαγγελματιών υγείας. Η κατάργηση των διοικήσεων των νοσοκομείων και των αιρετών εκπροσώπων τους και η μεταφορά των ουσιαστικών αρμοδιοτήτων στα διορισμένα περιφερειακά όργανα και στους διορισμένους μάντζερ περιορίζει ακόμη περισσότερο το δημόσιο έλεγχο στα τεκταινόμενα στο χώρο της υγείας.

Το σύνολο των προβλεπομένων ρυθμίσεων για τη δομή και τη διοίκηση των νοσοκομείων διαπνέεται από αυταρχισμό και μια νοοτροπία περιφρόνησης προς τους ίδιους τους εργαζομένους και προς κάθε έννοια δημοκρατικής διαδικασίας. Με τη θεσπίση των ρυθμίσεων θεοποιείται το οικονομικό κίνητρο, αγνοώντας ίσως, ότι μέχρι σήμερα αυτοί που στηρίζουν το σύστημα κινούνται από προσωπική συνέπεια και όχι από την προσδοκία υψηλών οικονομικών απολαβών. Η διοίκηση πλέον γίνεται ελεγχόμενη από την Κυβέρνηση, στο νοσοκομείο κυριαρχεί ο μάντζερ και υποβαθμίζεται το Συμβούλιο Διοίκησης.

Αναγνωρίζουμε την ανάγκη για ολοήμερη λειτουργία του νοσοκομείου, διότι οι τακτικές δραστηριότητές του, όπως μετανοσοκομειακή φροντίδα, διαγνωστικές εξετάσεις υψηλής τεχνολογίας, χειρουργεία, πρέπει να εκτελούνται και μετά τη λήξη του ωραρίου. Καταθέτουμε, όμως, τη διαφωνία μας με την προτεινόμενη δυνατότητα ιδιωτικού ιατρού μέσα στο νοσοκομείο. Κάτι τέτοιο θα αλλοιώσει την προστιτική του ρόλου του νοσοκομείου μέσα στο σύστημα, απαλλαγμένο από λειτουργίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Όπως δομείται η ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων, θα οδηγήσει σε γιατρούς και σε ασθενείς δύο ταχυτήτων.

Το Υπουργείο, με το σχέδιο νόμου, προτείνει ένα φθηνότερο και λιγότερο δημοσιο σύστημα υγείας στη θέση του ήδη φθηνού, αλλά σαφώς δημοσίου Ε.Σ.Υ.. Τα μέτρα κινούνται στη λογική της οικονομίας πορων και της αγοράς, αλλά η υγεία δεν είναι ένα εμπορευσιμο είδος. Η αναγκαία παρέμβαση στο χώρο της υγείας πρέπει να βασίζεται στην πολιτική βούληση για αύξηση των πορων, οικονομικών και ανθρωπινων, και όχι με αναπροσαρμογές των ελλείψεων, στην πολιτική βούληση για οριοθέτηση του ιδιωτικού τομέα σε συμπληρωματικό ρόλο, στην πολιτική βούληση για τη βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόνοιας.

Το παρόν σχέδιο νόμου δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις αυτές, γι' αυτό και το καταψηφίζουμε.

Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας, κ. Αλέξανδρος Παπαδόπουλος, μεταξύ άλλων, είπε:

«Σήμερα συζητάμε το πρώτο νομοσχέδιο που ήταν απαραίτητο, προκειμένου να δημιουργήσουμε τον «φερόντα οργανισμό», πάνω στον οποίο θα αναπτυχθεί και θα στηριχθεί όλο το σύστημα υγείας, όπως σχεδιάζεται με τη βελτίωση του σημερινού Ε.Σ.Υ.. Δεν προσθέτουμε τίποτα περισσότερο ούτε λιγότερο από το πνεύμα, αλλά και το γράμμα του νόμου, όπως είχε νομοθετηθεί στις

αρχές της δεκαετίας του 1980, όταν εν /ε αυτή η μεγάλη ανατροπή της υγειονομικής κατάστασης της χώρας μας. Επίσης, επιδιώκουμε με όλο αυτό το νομοθετικό πλέγμα τρεις κεντρικούς στόχους.

Αυτοί είναι πρώτον, η περιφερειοποίηση του Ε.Σ.Υ., δηλαδή η περιφερειακή συγκρότηση και λειτουργία του και δεύτερο, η δημιουργία της ενιαίας δημόσιας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκπλήρωση των παραπάνω στόχων είναι η εισαγωγή σύγχρονων λειτουργικών συστημάτων μέσα το ίδιο το σύστημα υγείας.

Θέλω να σας διαβεβαιώσω, ότι δεν κάναμε τίποτα άλλο παρα να αποτυπώσουμε σε ένα χαρτί τα συμπεράσματα, τις μελέτες, τις αγωνίες, τους προβληματισμούς και τα πορίσματα ενός παρατεταμένου διαλόγου, που διεξάγεται στη χώρα μας τα τελευταία 17 χρόνια γύρω από τη βελτίωση του Ε.Σ.Υ.. Η κατάσταση ήταν ώριμη, αλλά ακόμη ωριμότερη ήταν η ισχυρή απαίτηση της ελληνικής κοινωνίας για προσαρμογή του συστήματος υγείας, για κατοχύρωση και ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών του και, βεβαίως, για τη διασφάλιση της αξιοπρέπειας των πολιτών κατά την πρόσβαση και επαφή τους με το σύστημα υγείας.

Είναι γνωστό ότι υπάρχουν φαινόμενα αδιαφάνειας και διαφθοράς και το σύστημα πρέπει να αλλάξει και πρέπει να προσαρμοστεί στις σημερινές απαιτήσεις. Το σύστημα δεν είναι το καλύτερο ίσως, αλλά βεβαίως δεν είναι και απορριπτικό, διότι πράγματι προσέφερε στον ελληνικό λαό και πρέπει να ολοκληρωθεί και να προσαρμοσθεί. Ο διάλογος έλαβε υπόψη του όλο αυτόν τον προβληματισμό, όπως καταγράφηκε σε μελέτες και πολλές φορές έγιναν προσπάθειες βελτίωσης από νομοθετήματα που έχουν εισαχθεί στη Βουλή και από προτάσεις νόμων παλαιότερων εποχών. Είναι ένας γόνιμος προβληματισμός, ο οποίος απλώς αποδελτιώθηκε, καταγράφηκε και προσαρμόστηκε στα σύγχρονα δεδομένα.

Ο παρατεταμένος και πρωτοφανής διάλογος με όλους τους φορείς υγείας, με όλους τους επιστημονικούς συλλογούς και με όλους τους συνδικαλιστικούς αλλά και κοινωνικούς φορείς, είχε ένα στόχο: Να μπορέσουμε αυτές τις προτάσεις να τις συγκροτήσουμε σε νομοθέτημα και να βελτιώσουμε περισσότερο την όποια πρωτοβουλία για τη βελτίωση του συστήματος.

Το σύστημα υγείας που προσπαθούμε να βελτιώσουμε διαθέτει πολλούς καλούς γιατρούς και με τις προσπάθειες των τελευταίων ετών έχουν επέλθει σημαντικές βελτιώσεις σε εξοπλισμούς και κτίρια. Τα νοσοκομειακά κτίρια στη χώρα μας είναι ίσως από τα καλύτερα στην Ευρώπη, αλλά βρίσκονται σε περιοχές όπου θα μπορούσαν να είναι λιγότερο μεγάλα ή τόσο σημαντικά και οφείλουμε να αναγνωρίσουμε ότι υπάρχει ένα πολύ σοβαρό θέμα με το κτιριακό, κυρίως στην Αθήνα και τη Θεσσαλονίκη. Εξαιρεση αποτελούν οι σημαντικές βελτιώσεις που έγιναν στη Θεσσαλονίκη με το νοσοκομείο Παπαγεωργίου και στην Αθήνα με το νοσοκομείο Χαιδαρίου.

Το νομοσχέδιο έχει τρεις άξονες: Ο πρώτος αφορά στην περιφερειακή συγκρότηση της Χώρας και δεν εμπεριέχει μόνο διοικητική συγκρότηση. Δεν υπάρχει πουθενά στον κόσμο κεντρικά διαχειριζόμενο σύστημα όχι μόνο στον τομέα της υγείας, αλλά και σε άλλα συστήματα της δημόσιας δράσης. Εκατόν σαράντα νοσοκομεία και διακόσια πενήντα κέντρα υγείας δεν διοικούνται «από την οδό Αριστοτέλους 17». Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας, κ. Αλέξανδρος Παπαδόπουλος, μεταξύ άλλων, είπε:

να είναι Υπουργός Υγείας και όχι Υπουργός των νοσοκομείων. Περιφερειακή συγκρότηση σημαίνει ότι σε μια δεδομένη περιφέρεια εδαφική, σε μια ανθρωπογεωγραφική ενότητα, έστω και αν δεν είναι τυπικές οι περιφέρειες στη χώρα μας και είναι ιδιόμορφες, μεταφέρονται όχι διοικητικές εξουσίες μόνο, αλλά πολιτικές, οικονομικές, παντός είδους εξουσίες -αυτή είναι η έννοια της αποκέντρωσης- με στόχο την ολοκλήρωση ενός συστήματος υγείας αυτοδιαχειριζόμενου με ίδια ευθύνη και, βεβαίως, με τη δυνατότητα καταγραφής των αναγκών και της άμεσης αντιμετώπισής τους και όχι μέσα από διαδικασίες αλληλογραφίας και επικοινωνίας με το Υπουργείο.

Το νέο σύστημα υγείας θα έχει τη γενική ευθύνη όχι για τη διαχείριση των νοσοκομείων μέσα σε ένα σύστημα νοσοκομειοκεντρικό, όπως είναι σήμερα στη χώρα μας, αλλά για την πρόληψη, με κεντρικό θέμα την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας -όπου θα έχει την ευθύνη της διαχείρισης και δεν θα είναι πάρεργο και παράρτημα του κάθε νοσοκομείου η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, όπως είναι σήμερα- η δευτεροβάθμια και, αν υπάρξει δυνατότητα, και την τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.

Στο σημείο αυτό θέλω να τονίσω την αναγκαιότητα να υπάρξει η ολοκληρωμένη παρέμβαση για την ανάπτυξη του συστήματος υγείας. Είναι κεντρική επιλογή και είναι ζήτημα ζωής ή θανάτου για το σύστημα υγείας, για την ανάπτυξή του, τη βελτίωσή του, την αποτελεσματικότητά του. Τα νοσοκομεία πρέπει να είναι «ναοί» της ιατρικής, όπως είναι σ' όλο τον κόσμο, να υπάρχει αξιολόγηση, να υπάρχει έλεγχος, να υπάρχει διαρκής εκπαίδευση. Θέλουμε μια πρωτοβάθμια υγεία, η οποία να μην είναι πάρεργο, και θα προχωρήσουμε αποφασιστικά να έχουμε παράλληλα συστήματα υγείας στη χώρα μας, όπως το Ι.Κ.Α., το οποίο δεν υπακούει στο Υπουργείο Υγείας. Θέλουμε ένα παράλληλο σύστημα υγείας με 10.000 περίπου γιατρούς και αναλόγο νοσηλευτικό προσωπικό.

Ο δεύτερος αξονας αφορά στη διοίκηση των νοσοκομείων. Η διοίκηση των νοσοκομείων μέχρι σήμερα ήταν μια επιλογή η οποία είχε τη λογική της, τώρα, όμως, που τα νοσοκομεία είναι και μεγάλες επιχειρησιακές μονάδες, εκ των πραγμάτων, που διαχειρίζονται προϋπολογισμούς δεκάδων δισεκατομμυρίων δραχμών, η εισαγωγή σύγχρονων λειτουργικών συστημάτων είναι απολύτως αναγκαία.

Πολλοί διερωτώνται, γιατί δεν κάνουμε τα νοσοκομεία ν.π.ι.δ.. Η ευελιξία του Δημοσίου δεν έχει να κάνει με τη νομική φύση ενός οργανισμού, όμως θα ήταν και παγκόσμια παραδοξο να ήταν τα νοσοκομεία ν.π.ι.δ. η ανώνυμες εταιρείες, όταν το 98% των υπηρετούντων εκεί υπαλλήλων ήταν δημοσίοι υπάλληλοι. Αυτό που εμείς ακολουθήσαμε ήταν η μετατροπή σε ιδιωτικά νοσοκομεία, αυτοτελή, αποκεντρωμένα, με δικούς τους προϋπολογισμούς, με δικούς τους οργανισμούς, με την εισαγωγή σύγχρονων λειτουργικών συστημάτων και με τη ριζική αναδιάταξη της εσωτερικής λειτουργίας τους, με τη μετατροπή των επιστημονικών τομέων σε διοικητικούς τομείς, με την εισαγωγή του διπλογραφικού συστήματος, το οποίο έχει έτοιμο το Υπουργείο. Για όλα αυτά, όμως, πρέπει να υπάρχουν υποδοχές εφαρμογής τέτοιων πρωτοβουλιών.

Η επιλογή της διοίκησης των νοσοκομείων από «εξωτερικούς» οδηγεί, ως μια από τις αιτίες, σε όλες αυτές τις δυσλειτουργίες, τις οποίες αντιμετωπίζουμε μέχρι σημε-

ρα. Γι' αυτό θέλουμε ανθρώπους με γνώση, θέλουμε ανθρώπους, οι οποίοι να έχουν την αντίληψη διοίκησης του οργανισμού, να μπορούν να αντιλαμβάνονται το σύστημα διοίκησης, να μπορούν να ενσωματώνουν τη σύγχρονη τεχνολογία και να την εφαρμόζουν, να μπορούν να παρακολουθούν αυτές τις εξελίξεις στο διοικητικό, στον οικονομικό, αλλά και στον τομέα του management των νοσοκομείων. Θα προχωρήσουμε με ό,τι καλύτερο διαθέτει αυτήν τη στιγμή η χώρα.

Οι αμοιβές -με τα μέτρα του Δημοσίου- θα είναι αρκετά υψηλές, διότι πρέπει να «λειτουργούμε» στοιχειωδώς, όχι με τους όρους της αγοράς, γιατί το Δημόσιο δεν μπορεί ακόμη να προχωρήσει σ' αυτήν τη λογική. Εύχομαι κατά την αναθεώρηση του Συντάγματος να υπάρξει απελευθέρωση και να μην υπάρχουν συσχετισμοί με τα πλατόν, διότι μπαίνουμε σε μια εποχή, όπου το Δημόσιο θα πρέπει να είναι απαλλαγμένο από γραφειοκρατία.

Όσον αφορά στις εργασιακές σχέσεις, οι γιατροί είναι μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι, με ό,τι θετικό ή αρνητικό υπάρχει. Νομίζω ότι με την επιλογή που κάνουμε μετά από τρεις κρίσεις, δημιουργούνται όλες οι προϋποθέσεις για να μονιμοποιούνται οι γιατροί. Το πρόβλημα είναι η αξιολόγηση. Γι' αυτό και αλλάξαμε τη διαδικασία. Θα υπάρχει σε κεντρικό επίπεδο, όσον αφορά στους διευθυντές, ειδική επιτροπή αξιολογητών, η οποία θα προκύπτει μέσα από ένα σώμα εθνικών κριτών για κάθε ειδικότητα και, βέβαια, θα υπάρχει η διαδικασία της κλήρωσης. Στην αρχή θα αξιολογηθούν οι διευθυντές σύμφωνα με το χρόνο αρχαιότητας. Αλλάζουμε, επίσης, τη διαδικασία της πρόσληψης των γιατρών. Με την κατάργηση των ΣΚΕΙΟΠΝΙ θα υπάρχει κεντρική επιλογή για τους γιατρούς και όχι κατά περιφέρεια. Για τους επιμελητές θα υπάρχει κεντρική επιλογή σε περιφερειακό επίπεδο. Δεν είμαστε αφελείς για να μην γνωρίζουμε ότι όλα αυτά τα πράγματα μπορούν να παρακάμπτονται, τη στιγμή που το σύστημα είναι εθισμένο εδώ και αρκετά χρόνια. Σημασία έχει ότι διακινδυνεύουμε πολλά από αυτά και να υπονομευθούν και να μην εφαρμοσθούν στο μέτρο που θα θέλαμε. Όμως η εσωτερική δύναμη μιας μεταρρύθμισης εξαρτάται από το αν αποπνέει κανόνες και αρχές. Αν αποπνέει κανόνες και αρχές και δεν είναι προϊόν συμβιβασμού, τότε μπορεί να δημιουργηθεί δυναμική στο σύστημα από πολλούς, οι οποίοι λειτουργούν ήδη στο σύστημα και θέλουν να λειτουργούν σε ένα φιλικό περιβάλλον. Η πολιτεία οφείλει να κατοχυρώσει και να προστατίσει αυτές τις αρχές, έστω και με τη διακινδύνευση ότι πολλά από αυτά θα έχουν σε μια πρώτη φάση δυσκολία εφαρμογής.

Όσον αφορά στα απογευματινά ιατρεία, γνωρίζετε ότι πολλοί γιατροί, ιδιαίτερα στις μεγάλες πόλεις, έχουν παράνομα ιατρεία. Εμείς θέλουμε οι γιατροί να βγάξουν νόμιμα χρήματα. Εμείς δεν θέλουμε τα πρωινά να μετατρέπονται σε εργαστήρια ή τους χώρους εξέτασης σε ιδιωτικά παράνομα ιατρεία. Θέλουμε να προστατεύσουμε τους γιατρούς από τις υπόγειες σχέσεις με τα διαγνωστικά κέντρα κατά τη διαδικασία των παραπομπών εξετάσεων σε διάφορα διαγνωστικά κέντρα και κυρίως τα απογεύματα που δεν λειτουργούν τα νοσοκομεία. Πιστεύουμε στην ολοήμερη λειτουργία των νοσοκομείων, εισάγουμε το θεσμό των απογευματινών ιατρείων, που δεν είναι ιδιωτικά. Πρόκειται για ένα θεσμό που ισχύει σε πολλές χώρες του κόσμου. Θέλουμε την αξιοποίηση του μηχανολογικού και ιατρικού εξοπλισμού των νοσοκομείων, ώ-

στε να μην δουλεύουν τεσσερις αξονικοί τομογράφοι το πρωί και δεκαπέντε το απόγευμα σε ιδιωτικά ιατρεία. Θα θέλαμε, επίσης, να δώσουμε το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής του γιατρού νόμιμα. Γι' αυτό καθιερώνουμε κάτι το οποίο είναι σχεδόν αντιγραφή από πολλές χώρες όπου λειτουργούν απογευματινά ιατρεία. Απογευματινό ιατρείο είναι, αν του επιτρέψεις να ασκήσει αμιγώς ιδιωτικό ιατρείο. Εδώ η σχέση είναι διαφορετική. Θα καταβάλλεται στο νοσοκομείο ένα ποσό και ένα μέρος από αυτό θα καταβάλλεται στο γιατρό και για τα υπόλοιπα θα υπάρχει ένας ειδικός λογαριασμός. Ο ασθενής θα καταβάλλει στο γιατρό την επίσκεψη. Από κει και πέρα είναι θέμα των ασφαλιστικών τμημάτων να του τα καλύψει. Όμως, τις εργαστηριακές εξετάσεις που θα γίνονται το απόγευμα δεν θα τις καταβάλλει ο ασθενής, αλλά θα καλύπτονται από το ασφαλιστικό ταμείο.

Είναι μεταξύ των άμεσων ενδιαφερόντων μας η διατήρηση των ίδιων εργασιακών σχέσεων στα δημόσια νοσοκομεία, ώστε να αποφεύγονται οι τριβές που δημιουργούν προβλήματα.

Σε όλες τις προηγμένες χώρες οι πανεπιστημιακοί ιατροί έχουν τη δυνατότητα να διατηρούν ιατρείο εντός των νοσοκομείων. Βεβαίως, είναι παράλογο να διατηρεί κάποιος ταυτόχρονα τη θέση του διευθυντή σε δημόσιο αλλά και σε ιδιωτικό νοσοκομείο και σε κάποιο διαγνωστικό κέντρο. Προβάλλονται διάφορα επιχειρήματα, ώστε να διατηρείται αυτή η απαράδεκτη κατάσταση. Σας διαβεβαιώ ότι θα κάνουμε οποιαδήποτε προσπάθεια, ώστε να αντιμετωπισθούν τα προβλήματα που θα αντιμετωπίσουμε κατά την εφαρμογή αυτού του μέτρου και ιδιαίτερα στα νοσοκομεία ΑΧΕΠΑ, ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ και ΛΑΙΚΟ. Ήδη αναπτύσσεται νοσοκομείο στο Χαϊδари, όπου θα υπάρχουν υπερπολυτελή γραφεία για την άσκηση του απογευματινού τους ιατρείου. Στο νοσοκομείο «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» έχουν κληθεί ιατροί από ενός έτους, αλλά αδυνατούν να προσφέρουν εκεί τις υπηρεσίες τους, διότι έχουν υπογράψει συμβάσεις με ιδιωτικές κλινικές.

Πιστεύουμε στη θετική συμβολή των ιατρικών σχολών και γι' αυτό πρώτη φορά θα συμμετέχουν μέλη τους στη σύνθεση του Δ.Σ. του ΠΕ.Σ.Υ.. Κατοχυρώνουμε τη δυνατότητά τους να συμμετέχουν ουσιαστικά στη λειτουργία των νοσοκομείων και περιμένουμε να αναλάβουν σημαντικό τομέα στα πλαίσια της λειτουργίας του συστήματος υγείας, διότι έχει αποδειχθεί ότι όπου έχουν αναπτυχθεί ιατρικές σχολές, υπάρχει σημαντική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Οι πανεπιστημιακοί από τη φύση τους είναι οδηγοί. έχουν συνεχή επαφή με την εξέλιξη και την έρευνα.

Δεν υπάρχει θέμα αντισυνταγματικότητας του νομοσχεδίου, διότι αναφέρεται σε όσους εργαζονται εντός των νοσοκομείων, όπου το Υπουργείο Υγείας επιθυμεί να καθιερώσει ομαλές σχέσεις λειτουργίας τους που μέχρι σήμερα δεν υπήρχαν.

Θα γίνουν δεκτές όσες εποικοδομητικές προτάσεις διατυπωθούν, προκειμένου να βελτιωθεί το σύστημα υγείας, ώστε πλέον να είναι πραγματικά δημόσιο, ανθεκτικό και να μην λειτουργεί ως μανδύας, κάτω από τον οποίο γίνονται καθημερινά εκατοντάδες φαρανομες ιδιωτικές πράξεις. Η χώρα μας απαιτεί, λόγω της κουλτούρας της, σταθερό δημόσιο σύστημα υγείας. Αντίστοιχα, απαιτεί τη λειτουργία του ιδιωτικού τομέα υγείας με βάση όρους και κανόνες.»

Η παρίσταμένη Υφυπουργός Υγείας και Πρόνοιας κυρία Χριστίνα Σπυράκη απάντησε σε παρατηρήσεις και ερωτήσεις των Βουλευτών και έδωσε διευκρινίσεις επί των άρθρων του συζητούμενων νομοσχεδίων.

Η Επιτροπή εκανε δεκτές τροποποιήσεις και νομοτεχνικές βελτιώσεις που πρότεινε ο παρίσταμενος Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας κ. Αλέξανδρος Παπαδόπουλος, καθώς και την υπ' αριθμ. 238/5 τροπολογία.

Τέλος, το σχέδιο νόμου έγινε δεκτό, κατά πλειοψηφία, κατ' αρχήν, κατ' άρθρο και στο σύνολό του.

Τα πρακτικά των συνεδριάσεων ευρίσκονται στη Γραμματεία της Διαρκούς Επιτροπής Κοινωνικών Υποθέσεων και είναι στη διάθεση των κ.κ. Βουλευτών.

ΕΚΘΕΣΗ

Η Διαρκής Επιτροπή Κοινωνικών Υποθέσεων, αφού έλαβε υπόψη, κατά την επεξεργασία και εξέταση του σχεδίου νόμου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας», τις αγορεύσεις του Εισηγητή της Πλειοψηφίας κ. Εμμανουήλ Σκουλάκη, του Εισηγητή της Μειοψηφίας κ. Αθανάσιου Γιαννόπουλου, του Ειδικού Αγορητή του Κομμουνιστικού Κόμματος Ελλάδας κ. Παναγιώτη Κοσιώνη, του Ειδικού Αγορητή του Συνασπισμού της Αριστεράς και της Προόδου κ. Γεωργίου Αμπατζόγλου, καθώς και των μελών της, αποδέχθηκε, κατά πλειοψηφία, το παραπάνω σχέδιο νόμου κατ' αρχήν, κατ' άρθρο και στο σύνολό του και εισηγείται τη ψήφισή του από τη Βουλή, όπως διαμορφώθηκε από την Επιτροπή και τον παρίσταμενο Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας κ. Αλέξανδρο Παπαδόπουλο.

ΣΧΕΔΙΟ ΝΟΜΟΥ

Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 1

Περιφερειακά Συστήματα Υγείας (Πε.Σ.Υ.) - Ίδρυση

1. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές.

2. Σε κάθε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας, με την επιφύλαξη των εδωσίων Η' και Θ' της παραγράφου αυτής, ιδρύεται νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, με την επωνυμία «Περιφερειακό σύστημα Υγείας», που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας. Έδρα έχει την πόλη που εδρεύει η Διοικητική Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Κατ' εξαίρεση, στην Περιφέρεια Αττικής συνιστώνται τρία (3) Πε.Σ.Υ. και στις Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου συνιστώνται από δύο (2) Πε.Σ.Υ..

Ειδικότερα:

Α. Το Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Το Δήμο Αθηναίων, εκτός από την περιοχή που περικλείεται μεταξύ των Λεωφόρων Μεσογείων και Κατε-

χάκη και συνορεύει με τους Δήμους Παπαγίου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους Γαλατσίου, Ζωγράφου, Καισαριανής, Καλλιθέας, Νέας Φιλαδέλφειας, Νέας Χαλκηδόνας, Νέου Ψυχικού, Ταύρου, Φιλοθέης και Ψυχικού της Νομαρχίας Αθηνών.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αθηναίων.

Β. Το Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Παρασκευής, Αγίου Δημητρίου, Αλίμου, Αμαρουσίου, Αργυρουπόλεως, Βριλησίων, Βυρωνα, Γλυφάδας, Δάφνης, Εκάλης, Ελληνικού, Ηλιουπόλεως, Ηρακλείου, Κηφισίας, Λυκόβρυσης, Μελισσίων, Μεταμόρφωσης, Νέας Ερυθραίας, Νέας Ιωνίας, Νέας Πεντέλης, Νέας Σμύρνης, Παλαιού Φαλήρου, Παπάγου, Πεντέλης, Πεύκης, Υμηττού, Χαλανδρίου και Χολαργού της Νομαρχίας Αθηνών, καθώς και την περιοχή του Δήμου Αθήνας που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και έχει ορια με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αγίας Παρασκευής.

Γ. Το Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής περιλαμβάνει:

α) Τους Δήμους Αγίας Βαρβάρας, Αγίων Αναργύρων, Αιγάλεω, Ιλίου, Καματερού, Μοσχάτου, Περιστερίου, Πετρούπολης και Χαϊδαρίου της Νομαρχίας Αθηνών.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής και

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πειραιά.

Έδρα του Γ' Πε.Σ.Υ. Αττικής ορίζεται ο Δήμος Πειραιά.

Δ. Το Δ' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 4ο και 5ο Διαμερίσμα του Δήμου Θεσσαλονίκης και την περιοχή του του διαμερισματος, που περιλαμβάνεται μεταξύ των λεωφόρων Στρατού, Αγγελάκη, Ξενικής Αρμύνης, Αγίου Δημητρίου και Καραντζόγλου.

β) Τους Δήμους Αγ. Γεωργίου, Απολλωνίας, Αρεθούσας, Βασιλικών, Επανόλης, Θερμαϊκού, Θεομής, Καλαμαριάς, Καλλινδοίων, Κορωνοίας, Μαδύτου, Μηχανιώνας, Μικρας, Πανοραματος, Πυλαίας, Ρεντίνας, Σοχού, Τριανδρίας του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κιλίκης.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Σερρών και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Χαλκιδικής.

Έδρα του Δ' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

Ε. Το Ε' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας περιλαμβάνει:

α) Το 1ο, 2ο και 3ο Διαμερίσμα του Δήμου Θεσσαλονίκης εκτός της περιοχής του του διαμερισματος που περιγράφεται στην περίπτωση α' του εδαφίου Δ.

β) Τους Δήμους Αγ. Αθανασίου, Αγ. Παύλου, Αμπελοκήπων, Αξιού, Ασσήρου, Βερτίσκου, Εγνατίας, Ελευθερίου - Κορδελιού, Ευοσμού, Εχεδώρου, Καλλιθέας, Κουφαλίων, Λαγκαδά, Λαχανα, Μενεμένης, Μυγδονίας, Νεο-

πόλεως, Πολίχνης, Σταυρουπόλεως, Συκεών, Χαλάστρας, Χαλκηδόνας, Χορτιάτη, Ωραιοκαστρου και τις Κοινότητες Ευκαρπίας και Πεύκων του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πέλλας.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ημαθίας και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πιερίας.

Έδρα του Ε' Πε.Σ.Υ. Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

ΣΤ. Το Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου περιλαμβάνει τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κυκλάδων.

Έδρα του Α' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου ορίζεται ο Δήμος Ερμούπολεως.

Ζ. Το Β' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου περιλαμβάνει τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δωδεκανήσου.

Έδρα του Β' Πε.Σ.Υ. Νοτίου Αιγαίου ορίζεται ο Δήμος Ρόδου.

Η. Το Πε.Σ.Υ. Ηπείρου, Κερκύρας και Λευκάδας περιλαμβάνει τους Δήμους και τις Κοινότητες των Νομαρχιών Αρτας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων και Πρέβεζας και τους Δήμους και τις Κοινότητες των Νομαρχιών Κερκύρας και Λευκάδας.

Έδρα του Πε.Σ.Υ. Ηπείρου, Κερκύρας και Λευκάδας ορίζεται ο Δήμος Ιωαννίνων.

Θ. Το Πε.Σ.Υ. Δυτικής Ελλάδας, Ζακύνθου και Κεφαλληνίας περιλαμβάνει τους Δήμους και τις Κοινότητες των Νομαρχιών Αιτωλοακαρνανίας, Αχαΐας και Ηλείας και τους Δήμους και τις Κοινότητες των Νομαρχιών Ζακύνθου και Κεφαλληνίας.

Έδρα του Πε.Σ.Υ. Δυτικής Ελλάδας, Ζακύνθου και Κεφαλληνίας ορίζεται ο Δήμος Πατωών.

Ι. Η έδρα των Πε.Σ.Υ. μπορεί να μεταβαλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

ΙΑ. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας επιτρέπεται, για λειτουργικούς λόγους, να υπαγονται ορισμένες περιοχές ή μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας ορισμένων περιοχών μιας Υγειονομικής Περιφέρειας σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια ή να μεταβάλλεται η μεταξύ των Πε.Σ.Υ. της ίδιας Υγειονομικής Περιφέρειας χωρική αρμοδιότητα.

ΙΒ. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να αυξάνεται ή να μειώνεται ο αριθμός των Πε.Σ.Υ. κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας και να ορίζεται η χωρική τους αρμοδιότητα και η έδρα τους.

3. Τα Πε.Σ.Υ. οργανώνονται, διοικούνται και στελεχώνονται κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Σκοπός τους είναι:

α) Η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο Περιφέρειας, που θα εγγυώνται μια πλήρη δέσμη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, από την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, την πρωτοβάθμια και νοσοκομειακή περίθαλψη μέχρι

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Άρθρο 5

Ίδρυση Νοσοκομείων - Διοίκηση

ντή, από αυτούς που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Υπηρεσιακού Συμβουλίου, από τους οποίους ο ένας ορίζεται ως Πρόεδρος. Με την απόφαση συγκρότησης ορίζεται ως αναπληρωτής του Προέδρου ένα από τα τακτικά μέλη του Συμβουλίου.

β) Δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των μονίμων υπαλλήλων, κατηγορίας τουλάχιστον ΔΕ με απολυτήριο Λυκείου και με βαθμό τουλάχιστον Α' ή, αντίστοιχα, δύο (2) αιρετούς εκπροσώπους των υπαλλήλων με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου, στους οποίους περιλαμβάνονται και οι ειδικευόμενοι ιατροί, κατηγορίας τουλάχιστον ΔΕ με απολυτήριο Λυκείου και με πενταετή τουλάχιστον υπηρεσία.

Ο τρόπος, η διαδικασία και οι λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των υπαλλήλων καθορίζονται με την κοινή υπουργική απόφαση της παρ. 4 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999. Μέχρι την έκδοση της απόφασης αυτής εφαρμόζονται οι διατάξεις των υπ. αριθ. Α.Π ΔΙΚΠΡ / Φ80 / 30 / 8703 / 16.9.1988 (ΦΕΚ 684 Β' / 19.9.1988) και ΔΙΚΠΡ / Φ80 / 54 / 11988 / 2.12.1988 (ΦΕΚ 876 Β' / 7.12.1988) υπουργικών αποφάσεων «Τρόπος, διαδικασία και προϋποθέσεις εκλογής των εκπροσώπων των υπαλλήλων στα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου».

Τα μέλη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων ορίζονται αντίστοιχα με ισάριθμους αναπληρωτές. Σε περίπτωση μη ορισμού αιρετών εκπροσώπων το Υπηρεσιακό Συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα με τα υπολοίπα μέλη του. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των άρθρων 158 έως 164 του ν. 2683/1999, όπως αντικαταστάθηκαν και συμπληρώθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 2839/2000 (ΦΕΚ 196 Α') «Ρυθμίσεις θεμάτων Υπουργείου Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και άλλες διατάξεις».

Άρθρο 4

Ποροι

1. Ποροι του Πε.Σ.Υ. είναι:

α) Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

β) Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

γ) Ποσοστό 1% επί του συνολικού προϋπολογισμού των Νοσοκομειακών Μονάδων του πε.Σ.Υ..

δ) Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τριτων.

ε) Εσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.

στ) Κάθε άλλο εσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητα του.

ζ) Εσοδα από συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα της Ευρωπαϊκής Ένωσης ή άλλων Ελληνικών ή Διεθνών Οργανισμών ή μη κερδοσκοπικών Οργανισμών ή από άλλες ερευνητικές δραστηριότητες.

2. Τα Πε.Σ.Υ. και οι αποκεντρωμένες μονάδες τους έχουν όλα τα οικονομικά και ουσιαστικά προνομία του Δημοσίου, σαν να ήταν το ίδιο το Δημόσιο.

3. Για τα Πε.Σ.Υ. και τις αποκεντρωμένες μονάδες τους εξακολουθούν να ισχύουν οι φορολογικές απαλλαγές που υφίστανται για τα νοσοκομεία, κατά το χρόνο έναρξης της ισχύος του νόμου αυτού.

1. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια.

Έχουν δικό τους πρωτόκολλο, αρχείο και σφραγίδα, υπόκεινται δε στην εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η εποπτεία αναφέρεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων, καθώς και στον έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης, εφαρμοζομένων των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου 7 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'), που επαναφέρθηκαν σε ισχύ με τη διάταξη του άρθρου 14 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α').

Με όμοια, ως άνω, προεδρικά διατάγματα τα νοσοκομεία μπορεί να συγχωνεύονται, να καταργούνται, ολικά ή μερικά, να μετατρέπονται σε γηριατρικά νοσοκομεία, σε νοσοκομεία αποκατάστασης, σε νοσοκομεία χρόνιων παθήσεων, σε Ειδικά Κέντρα ή Κέντρα Υγείας και να ρυθμίζονται όλα τα προκύπτοντα ζητήματα σχετικά με την τακτοποίηση του προσωπικού.

Δεν απαιτείται η έκδοση νέου ιδρυτικού διατάγματος για τα υφιστάμενα νοσοκομεία, που υπάγονται στα Πε.Σ.Υ. σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού και τα οποία μετατρέπονται σε ανεξάρτητες και αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ. από τη δημοσίευσή του νόμου αυτού.

2. α) Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: Τα Γενικά και τα Ειδικά. Η διάκριση σε Νομαρχιακά και Περιφερειακά καταργείται. Γενικά νοσοκομεία είναι οσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες. Ειδικά είναι οσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια θεραπευτική κατηγορία. Η κατατάξη των νοσοκομείων σε μια από τις παραπάνω κατηγορίες γίνεται με τον οργανισμό τους.

β. Τα νοσοκομεία κάθε Πε.Σ.Υ. συνδέονται μεταξύ τους λειτουργικά, νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό της Κεντρικής Υπηρεσίας του οικείου Πε.Σ.Υ.. Ειδικότερα, με αποφάσεις του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ., μπορεί να μετακινούνται ιατροί, οδοντίατροι και λοιπό προσωπικό των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας για κάλυψη εφημεριών και έκτακτων αναγκών για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο από ένα μήνα, μέσα στο ίδιο έτος. Με όμοιες αποφάσεις μπορεί να καθορίζονται οι διαδικασίες για τη διενέργεια κοινών διαγωνισμών για την προμήθεια πάσης φύσεως εξοπλισμού και υλικού, καθώς και για την κατάρτιση κοινών εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων κοινής λειτουργίας τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων δυο ή περισσότερων νοσοκομείων ή Κέντρων Υγείας. Η πιο πάνω διασύνδεση παρέχει τη δυνατότητα σε νοσοκομεία, που έχουν συγκεκριμένες εκπαιδευτικές ανά-

γκες, να συνάπτουν ιδιαίτερες συμφωνίες με άλλα νοσοκομεία που διαθέτουν εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, εγκρινόμενες από το Δ.Σ. του Π.Ε.Σ.Υ., για την προσωρινή, μέχρι τρεις (3) μήνες, υποδοχή εκπαιδευτών ιατρών, οι οποίοι λαμβάνουν πρόσθετη αμοιβή, το ύψος της οποίας καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Η σχετική δαπάνη βαρύνει τις πιστώσεις των λειτουργικών εξόδων του προϋπολογισμού του νοσοκομείου υποδοχής. Η πιο πάνω διασύνδεση μπορεί να γίνεται και μεταξύ νοσοκομείων δύο ή περισσότερων Π.Ε.Σ.Υ..

Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να εξειδικεύονται και να συμπληρώνονται οι προϋποθέσεις και να ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για τη λειτουργική διασύνδεση των νοσοκομείων.

3. Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που έχουν Πανεπιστημιακά Τμήματα ή ιατρικά τμήματα με ερευνητικές, εκπαιδευτικές και μετεκπαιδευτικές δραστηριότητες, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ονομάζονται «Ακαδημαϊκά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.».

Διατηρούν την ονομασία τους, ως «Πανεπιστημιακά», τα Γενικά Νοσοκομεία Αλεξανδρούπολης, Ιωαννίνων, Ηρακλείου, Λάρισας, Πατρών και Χαϊδαρίου Αττικής.

4. Όργανα διοίκησης νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ. είναι:

α) Το Συμβούλιο Διοίκησης

β) Ο Διοικητής.

5. Α. Το Συμβούλιο Διοίκησης (Σ.Δ.) συγκροτείται από:

β) το Διοικητή του νοσοκομείου, ως Πρόεδρο.

β) το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Προϊσταμένο της Υποδιεύθυνσης Οικονομικού.

γ) το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον αρχαιότερο Διευθυντή τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

δ) το Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον αρχαιότερο τομεάρχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας.

ε) τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου, αναπληρούμενο από τον Αντιπρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Στα νοσοκομεία, με δυναμικότητα πάνω από 400 κλινικές, μέλος του Συμβουλίου Διοίκησης είναι και ο Αναπληρωτής Διοικητής.

Ο Πρόεδρος του Σ.Δ. μπορεί, κατά την κρίση του, να καλεί στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, καθώς και κάθε υπηρεσιακό παραγοντα ή εκπροσωπο οποιουδήποτε επιστημονικού ή τοπικού φορέα.

Η λειτουργία του Σ.Δ. διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του ν. 2690/1999, που αφορούν τη λειτουργία των Συλλογικών Οργάνων της Διοίκησης.

Β. Το Σ.Δ. ασκεί, ιδίως, τις εξής αρμοδιότητες:

α) Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες, που του εκχωρούνται με απόφαση του Δ.Σ. του Π.Ε.Σ.Υ..

β) Ασκεί όλες τις γνωμοδοτικές αρμοδιότητες που είχαν, δύναμει γενικών ή ειδικών διατάξεων, τα καταρτισμένα Δ.Σ. των νοσοκομείων.

γ) Γνωμοδοτεί προς τον Πρόεδρο ή το Δ.Σ. του Π.Ε.Σ.Υ., κατά περίπτωση, για τη λήψη μέτρων που εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και την ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των οικονομικών πόρων και της περιουσίας του, ώστε να ανταποκρίνεται στην κοινωνική αποστολή του.

δ) Γνωμοδοτεί για τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου,

καθώς και τον ισολογισμό και απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους.

ε) Γνωμοδοτεί για τις τροποποιήσεις του προϋπολογισμού, ανεξαρτητως ποσού. Οι τροποποιήσεις αυτές υποβάλλονται από το Διοικητή, για έγκριση, στον Πρόεδρο του Π.Ε.Σ.Υ..

στ) Προτείνει το σχεδιασμό και τα επί μέρους προγράμματα για την ανάπτυξη της υλικοτεχνικής υποδομής του νοσοκομείου και εγκρίνει το σχεδιασμό και την εκτέλεση έργων επέκτασης, διαρρύθμισης, επισκευών, βελτίωσης και αναβάθμισης της κτιριακής υποδομής και των χώρων του νοσοκομείου, ποσού: 1) πάνω από τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές και μέχρι εβδομήντα εκατομμύρια (70.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές, 2) πάνω από δέκα εκατομμύρια (10.000.000) δραχμές και μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές. Τα παραπάνω ποσά μπορεί να αναπροσαρμόζονται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

ζ) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την προμήθεια, με τη νόμιμη διαδικασία, ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού, ποσού: 1) από τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) μέχρι εβδομήντα εκατομμύρια (70.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές, 2) από δέκα εκατομμύρια (10.000.000) μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, εάν πρόκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές.

η) Προτείνει την αναμορφωση, συμπλήρωση και τροποποίηση του οργανισμού του νοσοκομείου, καθώς και τη συστάση θέσεων προσωπικού.

θ) Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ του νοσοκομείου, καθώς και για την αξιοποίηση τους, εκτός εάν πρόκειται για θέματα αποδοχής εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας ή της δαπάνης ανάπτυξης νέων τμημάτων, για τα οποία αποφασίζει το Δ.Σ. του Π.Ε.Σ.Υ..

ι) Αποφασίζει για τη διαθεση, σε άλλα νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας, του μη χρησιμοποιούμενου υλικού του νοσοκομείου, για το χαρακτηρισμό παλαιού υλικού ως αχρήστου, καθώς και για την καταστροφή ή την εκποίηση του υλικού αυτού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η διαδικασία και ρεζυεύεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την καταστροφή ή την εκποίηση του αχρήστου υλικού.

6. Α. Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνστάται μία (1) οργανική θέση Διοικητή, με πενταετή θητεία, με βαθμό 1ο της κατηγορίας ΕΘ.

Η προκήρυξη για την πλήρωση των θέσεων των Διοικητών των νοσοκομείων γίνεται χωριστά για κάθε Π.Ε.Σ.Υ.. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται τα δικαιολογητικά, η προθεσμία, ο τύπος καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την υποβολή της αίτησης.

Η προκήρυξη δημοσιεύεται σε δύο (2) ημερίσιες εθνικές εφημερίδες και τουλάχιστον σε μία ημερήσια τοπική εφημερίδα της περιφέρειας του κάθε Π.Ε.Σ.Υ.. Κάθε υποψήφιος μπορεί να υποβάλει αίτηση σε περισσότερα του ενός Π.Ε.Σ.Υ.

Ο Διοικητής διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπεται στη διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 3 του παρόντος, για την επιλογή των Αναπληρωτών Γενικών Διευθυντών του Πε.Σ.Υ..

Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτουν οι υποψήφιοι είναι: Πτυχίο Α.Ε.Ι. ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων σε υπηρεσίες ή οργανισμούς του Δημοσίου ή επιχειρήσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, συνεκτιμωμένων και των μεταπτυχιακών σπουδών και επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης διοίκησης και λειτουργίας νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, οικονομικών της υγείας ή κοινωνικής διοίκησης, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας.

Β. Ο Διοικητής, πριν από την ορκωμοσία και ανάληψη υπηρεσίας, υπογράφει με το οικείο Πε.Σ.Υ. « συμβόλαιο αποδοτικότητας », στο οποίο καταχωρούνται οι ειδικότερες υποχρεώσεις που αναλαμβάνει ο διοικητής για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων. Η μη επίτευξη των στόχων αυτών συνεπάγεται τη λήξη της θητείας του και την απόλυσή του, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από κρίση της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, που ειδικά για την περίπτωση αυτή ορίζεται ως Υπηρεσιακό Συμβούλιο.

Γ. Ο Διοικητής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η πενταετής θητεία του μπορεί να ανανεωνεται. Η ανανέωση της θητείας γίνεται με απόφασή του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του αρμόδιου Πε.Σ.Υ.. Για την ανανέωση λαμβάνεται υπόψη η εκπλήρωση των όρων του συμβολαίου αποδοτικότητας, καθώς και η όλη επίδοση κατά το διάστημα της θητείας του, ο τρόπος άσκησης των καθηκόντων του, η ικανότητα αξιοποίησης του ανθρωπίνου δυναμικού του νοσοκομείου, η προθυμία και το πνεύμα συνεργασίας, η εν γένει συμπεριφορά προς τους πολίτες και η αποτελεσματικότητα των ενεργειών του για τη διαρκή βελτίωση των συνθηκών λειτουργίας του νοσοκομείου και ιδιαίτερα για την αποδοτική διαχείριση των διατιθέμενων πόρων για την ανάπτυξη και λειτουργία του νοσοκομείου.

7. Α. Ο Διοικητής έχει τη γενική και ειδική ευθύνη διοίκησης και λειτουργίας του νοσοκομείου και προβαίνει σε κάθε αναγκαία ενέργεια για την εξασφάλιση της ευρυθμίας λειτουργίας του.

Ειδικότερα, ο Διοικητής έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

- α) Προεδρεύει στο Συμβούλιο Διοίκησης
- β) Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του νοσοκομείου μέσα στα πλαίσια της γενικής πολιτικής και του προγραμματισμού.
- γ) Συντάσσει και υποβάλλει στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του νοσοκομείου.
- δ) Προϊσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια ένορκης διοικητικής εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο του νοσοκομείου ή, μετά από σύμφωνη γνώμη του Προέδρου του Πε.Σ.Υ., σε οποιονδήποτε υπάλληλο όλων των μονάδων του Πε.Σ.Υ.
- ε) Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού και ελέγχου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, ώστε να ανταποκρίνονται στην αποστολή που τους έχει ανατεθεί.

ες του Πε.Σ.Υ..

στ) Εξασφαλίζει την ορθολογική διαχείριση των πόρων και της περιουσίας του νοσοκομείου.

ζ) Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, στον οποίο πρέπει να προβλέπονται τα κονδύλια κατά διοικητικό τομέα, τμήμα και εργαστήριο.

η) Είναι αρμόδιος για την αναμόρφωση και τροποποίηση του προϋπολογισμού, μέχρι ποσού πέντε εκατομμυρίων (5.000.000) δραχμών για νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 200 κλίνες, δέκα εκατομμυρίων (10.000.000) δραχμών για νοσοκομεία με δυναμικότητα μέχρι 400 κλίνες και δεκαπέντε εκατομμυρίων (15.000.000) δραχμών για νοσοκομεία με δυναμικότητα πάνω από 400 κλίνες. Οι αποφάσεις αυτές γνωστοποιούνται στον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ..

θ) Εισηγείται τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του προϋπολογισμού προς τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ. ή το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. για ποσά, αντίστοιχα, μέχρι το 50% ή άνω του 50% των μεταφερόμενων πιστώσεων.

ι) Μεριμνά για την κατάρτιση και υποβολή στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. του προγράμματος προμηθειών του νοσοκομείου.

ια) Αποφασίζει για τη σύσταση και συγκρότηση πάσης φύσεως επιτροπών εργασίας ή ομάδων εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου.

ιβ) Καθορίζει τα κριτήρια διάθεσης των κλινών στις θέσεις Β και Α και ελέγχει την τήρησή τους.

ιγ) Ελέγχει την τήρηση της λίστας αναμονής ασθενών για προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις ή εξειδικευμένες διαγνωστικές εξετάσεις.

ιδ) Εγκρίνει τα προγράμματα υπερωριακής απασχόλησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και λοιπού προσωπικού, μετά από εισήγηση των Διευθυντών της Ιατρικής, Νοσηλευτικής ή Διοικητικής Υπηρεσίας αντίστοιχα.

ιε) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την εκτέλεση, με τη νόμιμη διαδικασία, έργων βελτίωσης της κτιριακής υποδομής και των χώρων του νοσοκομείου, καθώς και για την προμήθεια, ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού ποσού μέχρι τριάντα εκατομμύρια (30.000.000) δραχμές, εάν προκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό πάνω από δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές και ποσού μέχρι δέκα εκατομμύρια (10.000.000) δραχμές, εάν προκειται για νοσοκομείο με ετήσιο προϋπολογισμό μέχρι δέκα δισεκατομμύρια (10.000.000.000) δραχμές.

ιστι) Αποφασίζει για τις μετακινήσεις του προσωπικού του νοσοκομείου ανάμεσα στα διάφορα τμήματα αυτού.

ιζ) Αποφασίζει για την προσληψη Συμβούλων Οργάνωσης.

ιη) Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

ιβ) Καταρτίζει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων του νοσοκομείου.

κ) Ασκει κάθε άλλη αρμοδιότητα που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία του νοσοκομείου.

3. Σε νοσοκομεία 400 κλινών και άνω προστίθεται στον Οργανισμό τους και (1) θέση Αναπληρωτή Διοικητή, με πενταετή θητεία με βαθμό 2ο της κατηγορίας ΕΘ. Τα

εδάφιο Α' της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού. Ο Αναπληρωτής Διοικητής αξιολογείται, επιλέγεται και διορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις του παραπάνω εδαφίου Α' της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού. Οι διατάξεις του εδαφίου Γ' της παραγράφου 6 του άρθρου αυτού εφαρμόζονται και για τον Αναπληρωτή Διοικητή. Σε περίπτωση κωλύματος, απουσίας ή έλλειψης, το Διοικητή αναπληρώνει, σε όλες τις αρμοδιότητές του, ο Αναπληρωτής Διοικητής και ελλείποντος αυτού, κατά σειρά, ο Διευθυντής της Ιατρικής Υπηρεσίας, ο Διευθυντής της Διοικητικής Υπηρεσίας ή έμπειρος και ικανός υπάλληλος του ίδιου ή άλλου νοσοκομείου πτυχιούχος Α.Ε.Ι., ο οποίος ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ. Ο Αναπληρωτής Διοικητής ασκεί τα καθήκοντα που του ανατίθενται με απόφαση του Διοικητή.

9. Σε θέση Διοικητή ή Αναπληρωτή Διοικητή των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. επιτρέπεται να είναι υποψήφιοι και να διορίζονται και δημόσιοι λειτουργοί ή υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και Ν.Π.Δ.Δ. ή στελέχη οργανισμών ή τραπεζών ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα, καθώς και μέλη Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι. και Ε.Π. των Τ.Ε.Ι., εφαρμόζομένων των διατάξεων του άρθρου 32 παρ. 18 του ν. 2190/1994, της παρ. 6 του άρθρου 8 του ν. 2194/1994 και του άρθρου 4 του ν. 2198/1994, όπως κάθε φορά ισχύουν, καθώς και των διατάξεων του άρθρου 14 του ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218 Α') και των άρθρων 5 παρ. 11β και 14 του ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α'), προκειμένου περί μελών ΔΕΠ των Α.Ε.Ι. ή Ε.Π. των Τ.Ε.Ι. μερικής απασχόλησης. Προϋπόθεση για να κριθούν οι ανωτέρω λειτουργοί και υπάλληλοι αποτελεί η έγκριση του φορέα στον οποίο υπηρετούν, η οποία θεωρείται ότι συντρέχει, εάν ο φορέας δεν απαντήσει αρνητικά εντός δέκα (10) ημερών από την πρωτοκόλληση του εγγράφου ερωτήματος της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

Μετά τη λήξη ή τη διακοπή της θητείας τους, οι λειτουργοί και υπάλληλοι του προηγούμενου εδαφίου επανέρχονται στην προτέρα θέση τους και ο αντίστοιχος χρόνος της θητείας τους θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία σε θέση προισταμένου τμήματος ή διεύθυνσης, προκειμένου να κριθούν για προαγωγή, αντίστοιχα, στο βαθμό του Διευθυντή ή του Γενικού Διευθυντή, κατά τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου 82 του ν. 2683/1999. Η μισθοδοσία των ανωτέρω βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, ανεξάρτητα από την επιλογή των αποδοχών της παρ. 10 του παρόντος ή αυτών της οργανικής τους θέσης.

Υπάλληλοι νοσοκομείων δεν επιτρέπεται να επιλεγούν και να διορισθούν ως διοικητές ή αναπληρωτές διοικητές στο νοσοκομείο, στο οποίο ανήκουν οργανικά.

10. Οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδόματα του Διοικητή και του Αναπληρωτή Διοικητή των νοσοκομείων των Πε.Σ.Υ. ορίζονται, χωρίς περιορισμό ως προς το ύψος τους, από άλλες γενικές ή ειδικές διατάξεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση παρέχονται επιδόματα εορτών και άδειας, καθώς και αποζημίωση για έξοδα κίνησης και έξοδα παράστασης.

11. Α. Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνιστάται Επιστημονικό Συμβούλιο, που συγκροτείται από:

α) Τρεις (3) ιατρούς, Διευθυντές τμημάτων ή κλινικών, προκειμένου περί μελών Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι., που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές ιατρούς του νοσοκομείου.

β) Έναν (1) ιατρό Αναπληρωτή Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Αναπληρωτές Διευθυντές του νοσοκομείου.

γ) Έναν (1) ιατρό με βαθμό Επιμελητή Α' που εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Α' του νοσοκομείου.

δ) Έναν (1) ιατρό με βαθμό Επιμελητή Β' που εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Β' του νοσοκομείου.

ε) Έναν (1) επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη ιατρό, που εκλέγεται από όλους τους επιστημονες μη ιατρούς που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία.

στ) Έναν (1) νοσηλευτή κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ, με βαθμό τουλάχιστον Α', που εκλέγεται από όλους τους νοσηλευτές ΠΕ ή ΤΕ με βαθμό τουλάχιστον Α'.

Στα νοσοκομεία των Πε.Σ.Υ., που είναι εγκατεστημένες και Πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, προστίθεται ένα επιπλέον μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου, το οποίο είναι Πανεπιστημιακός ιατρός, που εκλέγεται από όλους τους Πανεπιστημιακούς ιατρούς που εργάζονται στις παραπάνω κλινικές, χωρίς να αποκλείεται η εκλογή και άλλου Πανεπιστημιακού ιατρού ως μέλους του Επιστημονικού Συμβουλίου των περιπτώσεων α' και γ'.

Στο Επιστημονικό Συμβούλιο μετέχει, χωρίς δικαίωμα ψήφου, αιρετός εκπρόσωπος των ειδικευόμενων ιατρών. Όλα τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγονται με τον αναπληρωτή τους.

Αν οποιοδήποτε μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου χάσει την ιδιότητα με την οποία έχει εκλεγεί, αντικαθίσταται με την αρχική διαδικασία.

Τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον Πρόεδρο και τον Αντιπρόεδρο μεταξύ των Διευθυντών ιατρών.

Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι τριετής και η συγκρότησή του γίνεται με απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου.

Β. Αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι:

α) Εισηγείται στο Συμβούλιο Διοίκησης για κάθε επιστημονικό θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου.

β) Εισηγείται τη συγκρότηση επιτροπών και ομάδων εργασίας για συγκεκριμένα επιστημονικά θέματα του νοσοκομείου.

γ) Εισηγείται για επιστημονικά θέματα στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ..

δ) Γνωμοδοτεί προς το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας για τις εκπαιδευτικές άδειες του επιστημονικού προσωπικού.

ε) Συντονίζει και παρακολουθεί τα εκπαιδευτικά και μετεκπαιδευτικά προγράμματα του επιστημονικού προσωπικού του νοσοκομείου και μεριμνά για τη διοργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων.

στ) Γνωμοδοτεί σε επιστημονικά ερωτήματα του Διοικητή ή του Διευθυντή ιατρικής υπηρεσίας.

ζ) Γνωμοδοτεί προς το Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας για το πρόγραμμα εφημεριών των ιατρών και του λοιπού προσωπικού της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου.

η) Έχει τις αρμοδιότητες Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

Άρθρο 6

Οργάνωση νοσοκομείων

1. Όλα τα νοσοκομεία των Πε.Σ.Υ. οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους.

Η έκδοση ή τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Π.Ε.Σ.Υ. στην περιφέρεια του οποίου υπάγεται το νοσοκομείο.

Οι παραπάνω κοινές υπουργικές αποφάσεις ακολουθούν υποχρεωτικά τα πλαίσια οργάνωσης που ορίζονται στο νόμο αυτόν, όπως συμπληρώνονται με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων του άρθρου 4 του ν. 1397/1983, όπως κάθε φορά ισχύει.

Οι οριστικοί οργανισμοί των νοσοκομείων των Π.Ε.Σ.Υ. θα εκδοθούν μετά την έγκριση, από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, του Υγειονομικού Χάρτη κάθε Περιφέρειας. Μέχρι τότε οι υφιστάμενοι οργανισμοί παραμένουν σε ισχύ και μπορεί να τροποποιούνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

2. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται, ιδίως, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας, τα εργαστήρια, η διάρθρωση της Νοσηλευτικής, Διοικητικής - Οικονομικής και Τεχνικής - Ξενοδοχειακής Υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους, με την επιφύλαξη των ειδικών διατάξεων που ισχύουν για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού, ο αριθμός και οι ειδικότητες του με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου προσωπικού, η οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου.

Στον οργανισμό μπορεί να προβλέπονται, από Ξενοδοχειακής άποψης και μόνο, θέσεις Β και Α κατηγορίας, με ειδικό υψηλότερο νοσήλιο. Οι θέσεις αυτές δεν μπορούν να υπερβαίνουν το 20% της δυναμικότητας σε κλίνες του νοσοκομείου. Η διάθεση των κλινών των θέσεων Β και Α γίνεται μόνο με την προϋπόθεση ότι δεν είναι απαραίτητες για τη νοσηλεία ιδιαίτερως βαρέων περιστατικών, από το Διοικητή του νοσοκομείου, με κριτήρια τη βαρύτητα των περιστατικών και τη σειρά προτεραιότητας. Ο Διοικητής μπορεί να εκχωρήσει αυτή την αρμοδιότητα στο Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

3. Σε κάθε νοσοκομείο, που διαθέτει πάνω από 400 κλίνες, συνιστώνται δύο (2) οργανικές θέσεις ειδικού επισημονικού προσωπικού, Συμβούλων Οργάνωσης, με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου, η οποία μπορεί να καταγγέλλεται ελεύθερα σε περίπτωση αποχώρησης του Διοικητή, για οποιονδήποτε λόγο. Σε κάθε νοσοκομείο που διαθέτει μέχρι 400 κλίνες συνιστάται μία (1) οργανική θέση του προηγούμενου εδαφίου.

Προσόντα διορισμού για τις θέσεις του παραπάνω ειδικού επισημονικού προσωπικού ορίζονται τα προβλεπόμενα στις διατάξεις του άρθρου 26 του π. δ. 194/1988 (ΦΕΚ 84 Α'), σε συνδυασμό με τις διατάξεις του άρθρου 25 παρ. 2 του ν. 1943/1991.

4. Σε κάθε νοσοκομείο συνιστάται υποχρεωτικά ειδικό Γραφείο με τίτλο «Γραφείο Υποδοχής Ασθενών», το οποίο στελεχώνεται με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή, πληροφόρηση και καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών προς τις αρμόδιες υπηρεσίες.

5. Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες συνιστάται υποχρεωτικά αυτοτελές Τμήμα Επείγοντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική

αντιμετώπιση των επείγοντων περιστατικών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ρυθμίζονται η οργάνωση και ο τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης των Τ.Ε.Π. με εξειδικευμένο και έμπειρο προσωπικό, ο διορισμός, ως Προισταμένου αυτού, Ιατρού Διευθυντή ή Αναπληρωτή Διευθυντή του Ε.Σ.Υ., ο τρόπος συνεργασίας αυτού με το Ε.Κ.Α.Β. και κάθε άλλη λεπτομέρεια που είναι αναγκαία για την εφαρμογή των πιο πάνω διατάξεων.

6. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

α) Ιατρική β) Νοσηλευτική γ) Διοικητική - Οικονομική και δ) Τεχνική - Ξενοδοχειακή, εφόσον το επιτρέπει η οργανική του δύναμη.

Στην Ιατρική Υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται οι ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, φυσικοί νοσοκομείων - ακτινοφυσικοί, χημικοί, κλινικοί χημικοί, βιοχημικοί, βιολόγοι, ψυχολόγοι, διαιτολόγοι, τεχνολόγοι τροφίμων, τεχνολόγοι ακτινολόγοι και οι λοιποί επιστήμονες των κλάδων υγείας, καθώς και τα τμήματα παραιατρικού προσωπικού και κοινωνικής εργασίας.

Στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου προβλέπεται αυτοτελές τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής, που υπάγεται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου. Σε νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των 400 κλινών μπορεί να συνιστάται Διεύθυνση Πληροφορικής και να προβλέπονται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, που υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου, καθώς και το τμήμα Προμηθειών.

7. Ο Διευθυντής της Διοικητικής και της Τεχνικής Υπηρεσίας, καθώς και ο Διευθυντής της Διεύθυνσης Πληροφορικής των νοσοκομείων προέρχεται από τους υπαλλήλους όλων των μονάδων του οικείου Π.Ε.Σ.Υ., που ανήκουν στους κλάδους, των οποίων οι υπάλληλοι μπορούν να προϊstanται, κατά τον οργανισμό του νοσοκομείου, στη Διοικητική ή την Τεχνική Υπηρεσία ή τη Διεύθυνση Πληροφορικής και έχουν τα νόμιμα προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή.

Για την εφαρμογή των οριζόμενων στο άρθρο 82 του ν. 2683/1999, το Υπηρεσιακό Συμβούλιο της παρ. 15 του άρθρου 3 αυτού του νόμου, με βάση τις καταστάσεις όλων των μονάδων του Π.Ε.Σ.Υ., που συντάσσονται κατά τις διατάξεις του άρθρου 86 του ν. 2683/1999, καταρτίζει ενιαίο πίνακα προακτέων στο βαθμό του Διευθυντή. Οι υπάλληλοι που περιλαμβάνονται στον ενιαίο πίνακα προακτέων στο βαθμό του Διευθυντή προάγονται, κατά τη σειρά της εγγραφής τους, στο βαθμό του Διευθυντή και τοποθετούνται σε κενή ή κενούμενη θέση Διευθυντή της Διοικητικής ή της Τεχνικής Υπηρεσίας ή της Διεύθυνσης Πληροφορικής σε οποιοδήποτε νοσοκομείο του οικείου Π.Ε.Σ.Υ..

Σε περίπτωση κατά την οποία δεν είναι δυνατή, σύμφωνα με τους ενιαίους πίνακες προακτέων, η πλήρωση κενών θέσεων Διευθυντών της Διοικητικής ή Τεχνικής υπηρεσίας των νοσοκομείων του Π.Ε.Σ.Υ., λόγω έλλειψης υπαλλήλων που έχουν τα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα για προαγωγή στο βαθμό του Διευθυντή, μπορεί να ανατίθενται τα καθήκοντα της θέσης Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας ή της Τεχνικής Διεύθυνσης ή της Διεύθυνσης Πληροφορικής σε υπάλληλο οποιασδήποτε μονάδας του Π.Ε.Σ.Υ., του αμέσως κατώτερου βαθμού, με την προϋπόθεση ότι ανήκει σε κλάδο, οι υπάλληλοι του οποίου προβλέπεται, από τις οικείες οργανικές διατάξεις, ότι μπορεί να προϊstanται.

Ερωτηματολόγια



EKDD

FAX NO. : 0103428045

04 Mar. 2004 12:43PM P2

ΡΥΘΜΑΤΟΛΟΓΙΟ - ΠΕΣΥΠ ΣΤΕΡΕΩΣ...ΕΛΛΑΔΑΣ... Ημερομηνία: 19/4/04

νοματεπώνυμο και ιδιότητα εκπροσώπου που συμπληρώνει το ρυθματολόγιο: ΜΕΓ.Ε.Τ.Η. Παρασκευή Χρηδίου Υφ.νοσηλεύτρια Χάρτι

	Γιατροί	Παραϊατρικό	Διοικητικό προσωπικό
αριθμός οργανικών θέσεων	504	1.322	1.290
αριθμός υπηρετούντος προσωπικού	405	923	810
επλέον ανάγκες σε προσωπικό πέραν των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων*			
	2001	2002	2003
αριθμός ασθενών που έχει εξυπηρετηθεί όχι τις υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ*		35.550	53.056
εφαισμένοι ασθενείς*			
ασφάλιστοι ασθενείς*			
έκτες νοσηλείας ανά κλίνη*		157.484	180.848
ήστος προϋπολογισμός ΠΕΣΥΠ*		51.321.066,31	61.708.979,87

ανά προσήγηση

τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βρίσκεται το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών
ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)

☐

(50%-70%)

☒

(30%-50%)

☐

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐

τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με την
έκδοση «προ εφαρμογής» του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)

☐

(50%-70%)

☐

(30%-50%)

☒

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐

τι ποσοστό εκτιμάτε ότι επιτεύχθηκε υγειονομική αποκέντρωση με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)

☐

(50%-70%)

☐

(30%-50%)

☒

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐

τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ συνέβαλε στην δικτύωση και συνεργασία της πρωτοβάθμιας
δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

(70%-100%)

☐

(50%-70%)

☐

(30%-50%)

☒

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐

τι ποσοστό εκτιμάτε ότι απλοποιήθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στο χώρο της υγείας με την
εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

(70%-100%)

☐

(50%-70%)

☐

(30%-50%)

☒

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐

01 : EKDD

FAX NO. : 0103425045

04 Mar. 2004 12:43PM P3

Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο Θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε τους κάτωθι τομείς :

τομείς \ % βελτίωσης	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος /ασθενή)			X		
Μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών			X		
Συνθήκες νοσηλείας		X			
Υλικοτεχνικός εξοπλισμός	X		X		
Καθαριότητα χώρων υγιεινής			X		
Υποδομές	X				
Ενημέρωση πολιτών και πρόληψη ασθενειών		X			
Εφαρμογή εκπαιδ/κών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρ.δυναμικού		X			
Εφαρμογή ελεγκτικών - διοικητικών μηχανισμών για καλύτερη λειτουργία μονάδων υγείας			X		
Δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (σαλόνια, TV, τηλέφωνα, κλπ)				X	
Εύρος και ποιότητα γευμάτων			X		

Αναφέρατε 2-3 παραδείγματα αναγκαίων παρεμβάσεων - κατά τη γνώμη σας - ώστε η λειτουργική ένταξη των Υπηρεσιών Πρόνοιας να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας:

Ποιες είναι οι προτάσεις σας για την περαιτέρω βελτίωση του Θεσμού των ΠΕΣΥΠ.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Α' ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΡΑΦΕΙΟ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗ ΓΕΝΙΚΟΥ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ

Σ Υ Ν Ο Δ Ε Υ Τ Ι Κ Η Σ Ε Λ Ι Δ Α

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: 03.03.2004

ΑΠΟ: κ. Μπουρσανίδη Χρήστο

ΠΡΟΣ: Κα Τσέτσου Γεωργία

ΑΡ. FAX: 210- 34 28 045

ΣΥΝΟΛΟ
ΣΕΛΙΔΩΝ: 1+2

ΣΧΟΛΙΑ: Αγαπητή κα Τσέτσου,

Σας αποστέλλουμε με fax το ερωτηματολόγιο που μας
είχατε παραδώσει για συμπλήρωση.
Επισημαίνουμε ότι ο αριθμός των οργανικών θέσεων αφορά
στο έτος 2002, καθώς και το ότι έχουμε αντικαταστήσει τον
ετήσιο προϋπολογισμό με τον ετήσιο απολογισμό του
Πε.Σ.Υ.Π.

Ζητούμε συγγνώμη για την καθυστέρηση.

Με εκτίμηση,
Ο Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής
Χρήστος Μπουρσανίδης

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ – ΠΕΣΥΠ: Α' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής

Ημερομηνία: 19/1/2004

νοματεπώνυμο και ιδιότητα εκπροσώπου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:

ρίστος Μπουρσανίδης – Αναπληρωτής Γενικός Διευθυντής Α' Πε.Σ.Υ.Π. Αττικής

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

	Γιατροί	Νοσηλεύτες	Παραματρικό	Διοικητικό προσωπικό
αριθμός οργανικών θέσεων 2002	4.290	8.534	1.904	1.886
αριθμός υπηρετούντος προσωπικού	3.872	6.269	1.591	4.043
επλέον ανάγκες σε προσωπικό πέραν των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων*				

κατά προσέγγιση

ΔΕΙΚΤΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ

		2001	2002	2003
αριθμός ασθενών που εξυπηρετήθηκε από τις υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ*	νοσοκομεία α΄θμια φροντίδα	1.939.121	2.005.119	
εφελισμένοι ασθενείς*				
ασφαλιστοι ασθενείς*				
έση διάρκεια νοσηλείας*		4,9	4,91	
ήσιος απολογισμός ΠΕΣΥΠ*		162.330,56	1.665.926,25	1.486.652,31

• κατά προσέγγιση

τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βρίσκεται το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών
του ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)

☒

(50%-70%)

☐

(30%-50%)

☐

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με την
περίοδο «προ εφαρμογής» του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)

☐

(50%-70%)

☐

(30%-50%)

☒

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐

τι ποσοστό εκτιμάτε ότι επιτεύχθηκε υγειονομική αποκέντρωση με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)

☐

(50%-70%)

☒

(30%-50%)

☐

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ συνέβαλε στην δικτύωση και συνεργασία της πρωτοβάθμιας
και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

(70%-100%)

☐

(50%-70%)

☒

(30%-50%)

☐

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐τι ποσοστό εκτιμάτε ότι απλοποιήθηκαν οι διοικητικές διαδικασίες στο χώρο της υγείας με την εφαρμογή
του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

(70%-100%)

☐

(50%-70%)

☐

(30%-50%)

☒

(10%-30%)

☐

(0-10%)

☐

τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε τους κάτωθι τομείς :

τομείς	% βελτίωσης				
	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος /ασθενή)		X			
μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την πληρότητα των ασθενών			X		
μείωση νοσηλείας			X		
οικονομικός εξοπλισμός		X			
αριθμότητα χώρων υγιεινής			X		
αποδομές		X			
έκτρα Αγωγής Υγείας		X			
πίεδο εκπαίδευσης ανθρώπινου δυναμικού		X			
ανάπτυξη και εφαρμογή ελεγκτικών - διοικητικών μηχανισμών	X				
αριθμότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (αλόνια, TV, τηλέφωνα, κλπ)			X		
όρος και ποιότητα γευμάτων		X			

ναφέρατε 2-3 παραδείγματα αναγκαίων παρεμβάσεων – κατά τη γνώμη σας – ώστε η λειτουργική ένταξη των υπηρεσιών Πρόνοιας να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας?

Ανάπτυξη δικτύου κοινωνικής αλληλεγγύης των νοσηλευόμενων και των υπηρεσιών πρόνοιας

Μελέτες για εντοπισμό αναγκών υγείας ή προγραμμάτων πρόνοιας σε συνεργασία με τις Τοπικές Αυτοδιοικήσεις και εφαρμογή τους

Παρατήρηση, αξιολόγηση και ανάπτυξη δράσεων υγείας ή πρόνοιας ανάλογα με τα ειδικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και δυνατότητας επαναπροσδιορισμού των δράσεων άμεσα

Τιες είναι οι προτάσεις σας για την περαιτέρω βελτίωση του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

-αποκέντρωση με ουσιαστική ενδυνάμωση του ρόλου του Πε.Σ.Υ.Π

-διαχείριση των πόρων και μετακίνηση τους με βάση τις ανάγκες (ανάπτυξη νομοθετικού πλαισίου)

-δικαίωμα τελεσίδικης γνωμοδότησης για ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας ή διαγνωστικών κέντρων στην περιφέρειά

του

2010

704 25 05 0119021102 704 5774204 6430

३. नमस्तस्मै नमस्तस्मै नमस्तस्मै

(10-1056)

(6-1075)

(0-134)

05-1092

✓

TOGETHES

Δείκνται τὰς ἀποδείξεις τῶν παρακάτω

EXPLANATION OF THE ABBREVIATIONS

Учбагыңызды көзге алыңыз

Spokane Spelling

Radon Exposure: Progress by Research

Υποδομή

[illegible]

Επεξηγησθή εκκλησιαστικόν τετραπολιτικόν γὰρ τῶν
ἐκκλησιαστικῶν πατέρων τὸν ἀρχιεπίσκοπον

Бројниот излез на вода во "Солунските" минерални
извори наметнуваат значителни разлики во височината на
излезот на вода во зависност од местоположението на
изворот.

ΔΗΜΟΤΕΛΕΙΑ ΕΣΤΙΝ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΕΥΤΕΡΗΣ ΤΑΞΗΣ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ Η ΕΚΔΟΣΗ ΤΗΣ (ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΑ, ΚΑΛΕΣ)

Εύρος και απόκτηση γνώσεων

1

[illegible]

Авариями 2-3 разовых уровня опасности — около 14 процентов и аварийный уровень

Υαπογραφή Πρόεδρος με επιφύλαξη αποδοχής στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών

சென்னை, 19.05.2019

1. Theresa Xanthopoulos

2) Highly Sophisticated

3) Andrew & Sonny Tejada's Garage

[illegible]

Il quest signor de' signorini non era che un'ordinario poliziotto con l'aspetto d'un

Clickhouse TS now supports partitioned row values for HEX...

2) Original: 2nd Edition, 1914

Александров Александрович

[illegible][illegible]

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ - ΠΕΣΥΠ Ημερομηνία:.....

Ονοματεπώνυμο και ιδιότητα εκπαιδευμένου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:.....

Dr. Αλέξανδρος Αραβάνης Διευθυντής Ακτινολογίας Γενικής Διεύθυνσης Α' ΠΕΣΥΠ
Καθηγητής Μακροδονίας

	Γιατροί	Παραϊατρικό	Διοικητικό προσωπικό
Αριθμός οργανικών θέσεων			
Αριθμός υπηρετούντος προσωπικού			
Επιπλέον ανάγκες σε προσωπικά πέραν των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων*			
	2001	2002	2003
Αριθμός ασθενών που έχει εξυπηρετηθεί από τις υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ*			
Ασφαλισμένοι ασθενείς*			
Ανασφάλιστοι ασθενείς*			
Ημέρες νοσηλείας ανά κλίνη*			
Ετήσιος προϋπολογισμός ΠΕΣΥΠ*			

* κατά προσέγγιση

Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βρίσκεται το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών του ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με την περίοδο «προ εφαρμογής» του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι επιτεύχθηκε υγιονομική αποκέντρωση με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ συνέβαλε στην δικτύωση και συνεργασία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι απλοποιήθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στο χώρο της υγείας με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



25 Nov. 2003 10:19AM

Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε τους κάτωθι τομείς :

τομείς	% βελτίωσης	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος /ασθενή)			+			
Μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών			+			
Ευνήκεας νοσηλείας		+				
Υλικοτεχνικός εξοπλισμός		+				
Καθαριότητα χώρων υγιεινής		+				
Υποδομές		+				
Ενημέρωση πολιτών και πρόληψη ασθενειών		+				
Εφαρμογή εκπαιδ/κών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρ.δυναμικού		+				
Εφαρμογή ελεγκτικών - διοικητικών μηχανισμών για καλύτερη λειτουργία μονάδων υγείας		+				
Δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (σαλόνια, TV, τηλέφωνα, κλπ)		+				
Εύρος και ποιότητα γευμάτων		+				

Αναφέρατε 2-3 παραδείγματα αναγκαίων παρεμβάσεων - κατά τη γνώμη σας - ώστε η λειτουργική ένταξη των Υπηρεσιών Πρόνοιας να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας:.....

Ποιες είναι οι προτάσεις σας για την περαιτέρω βελτίωση του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.....



Κέρκυρα, 16/12/2003

Α.Π. Δ.Υ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας
Ιονίων Νήσων

Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης
Πολιτικών Παροχής Υπηρεσιών Υγείας & Πρόνοιας

Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης

Πληρ: Κ. Τσαμανδουράκη
e-mail: tsamandouraki@pesyionion.gr

ΤΗΛ : 26610-86016

FAX : 26610-86023

Εθνική οδός Κέρκυρας-Παλιωκαστρίτσας

Αλυκές Ποταμού

49100 ΚΕΡΚΥΡΑ

Προς:

Κ. Γεωργία Τσέτσου

Φαξ: 210 3428045

Σας αποστέλλουμε συμπληρωμένο το ερωτηματολόγιο

Κ. ΤΣΑΜΑΝΔΟΥΡΑΚΗ

Συν. Σελ. 2

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ - ΠΕΣΥΠ... ΙΟΝΙΟΝ ΝΗΣΟΝ Ημερομηνία: 16/12/2003

Ονοματεπώνυμο και ιδιότητα εκπροσώπου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: ΚΟΝ/ΝΟΣ ΧΑΛΜΟΥΔΗΣ, Πρόεδρος ΠΕΣΥΠ Ιονίων Νήσων

	Γιατροί	Παραϊατρικό	Διοικητικό προσωπικό
Αριθμός οργανικών θέσεων	481	1088	990
Αριθμός υπηρετούντος προσωπικού	372	706	580
Επιπλέον ανάγκες σε προσωπικό πέραν των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων*			
	2001	2002	2003
Αριθμός ασθενών που έχει εξυπηρετηθεί από τις υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ*	255.808*	415.210**	
Ασφαλισμένοι ασθενείς*			
Ανασφάλιστοι ασθενείς*			
Ημέρες νοσηλείας ανά κλίνη*	234,0	224,3	
Ετήσιος προϋπολογισμός ΠΕΣΥΠ*	Κ.Υ. 1.152.285 Νο6. 34.512.896	Κ.Υ. 897.950 Νο6. 40674.608	

* κατά προαγωγή

Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βρίσκεται το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών του ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με την περίοδο «προ εφαρμογής» του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι επιτεύχθηκε υγειονομική αποκέντρωση με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ συνέβαλε στην δικτύωση και συνεργασία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι απλοποιήθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στα χώρο της υγείας με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



* Αφορά μόνο τα Νοσοκομεία
** Αφορά Κέντρα Υγείας και Νοσοκομεία

Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε τους κάτωθι τομείς :

τομείς	% βελτίωσης				
	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος /ασθενή)				✓	
Μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών			✓		
Συνθήκες νοσηλείας				✓	
Υλικοτεχνικός εξοπλισμός			✓		
Καθαριότητα χώρων υγιεινής		✓			
Υποδομές			✓		
Ενημέρωση πολιτών και πρόληψη ασθενειών				✓	
Εφαρμογή εκπαιδ/κών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρ.δυναμικού	✓				
Εφαρμογή ελεγκτικών - διοικητικών μηχανισμών για καλύτερη λειτουργία μονάδων υγείας		✓			
Δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (σαλόνια, TV, τηλέφωνα, κλπ)			✓	✗	
Εύρος και ποιότητα γευμάτων			✓		

Αναφέρατε 2-3 παραδείγματα αναγκάσιων παρεμβάσεων - κατά τη γνώμη σας - ώστε η λειτουργική ένταξη των Υπηρεσιών Πρόνοιας να συμβάλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

1. Διευκρίνιση των προτεραιοτήτων ΙΣΟΨΕΙΑ ΣΤΟ ΣΤΥΤΙ με το ΠΕΣΥΠ

Ποιες είναι οι προτάσεις σας για την περαιτέρω βελτίωση του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

1. ΜΕΤΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥΣ ΔΕ ΘΥΜΗΤΙΚΟΥΣ ΑΡΧΕΣ ΜΕ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ
ΜΑΙ ΜΑΘΗΤΙΚΟΥΣ ΑΡΧΕΣ ΜΕ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ
ΕΚΟΤΕΣ ΕΝΔΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΔΥΝΑΜΕΩΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ
ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ

Τσέτσου Γεωργία

Από: "Vasilopoulos Konstantinos" <pfy@med.upatras.gr>
Προς: "Τσέτσου Γεωργία" <gtsetsou@ekdd.gr>
Αποστολή: Τρίτη, 30 Δεκεμβρίου 2003 9:58 πμ
Επισύναψη: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ Τσέτσου Γεωργία για Msc.doc
Θέμα: RE: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΠΕΣΥΠ

Κα Τσέτσου,
Συνημμένα σας στέλνουμε το ερωτηματολόγιο συμπληρωμένο σύμφωνα με τα στοιχεία τα οποία διαθέτει η υπηρεσία μας.
Όσον αφορά το προσωπικό τα νούμερα αναφέρονται στις κατηγορίες που έχουμε καταγράψει όπως αυτές κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με το υπάρχον νομικό πλαίσιο.
Οι ημέρες νοσηλείας δεν μπορούν να οριστούν με ακρίβεια λόγω της ποικιλίας των περιστατικών που νοσηλεύονται (πχ αμυγδαλεκτομή έως μεταμόσχευση νεφρού)

Μαρία Κάργα
ΠεΣΥΠ Δυτικής Ελλάδας

Όνοματεπώνυμο και ιδιότητα εκπροσώπου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Θεοδωρόπουλος Σωτήριος
 Πρόεδρος ΠΕΣΥΠ Δυτικής Ελλάδας

	Γιατροί	Παραϊατρικό (Νοσηλευτικό)	Διοικητικό προσωπικό (Λοιπό, παραϊατρικό, διοικητικό, τεχνικό)
Αριθμός οργανικών θέσεων	1094	2462	2193
Αριθμός υπηρετούντος προσωπικού	1455	2584	2059
Επιπλέον ανάγκες σε προσωπικό πέραν των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων*			
	2001	2002	2003
Αριθμός ασθενών που έχει εξυπηρετηθεί από τις υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ*			
Ασφαλισμένοι ασθενείς*			
Ανασφάλιστοι ασθενείς*			
Ημέρες νοσηλείας ανά κλίνη*	3-6 ημέρες	3-6 ημέρες	
Ετήσιος προϋπολογισμός ΠΕΣΥΠ*		100.603.534,09€ ⁺	108.139.858,93€ ⁺

* κατά προσέγγιση

⁺ προϋπολογισμός Νοσοκομείων και Κεντρικής Υπηρεσίας

Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βρίσκεται το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών του ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με την περίοδο «προ εφαρμογής» του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι επιτεύχθηκε υγειονομική αποκέντρωση με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ συνέβαλε στην δικτύωση και συνεργασία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι απλοποιήθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στο χώρο της υγείας με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε τους κάτωθι τομείς :

% βελτίωσης τομείς					
	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος /ασθενή)				X	
Μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών				X	
Ευνοϊκές νοσηλείας				X	
Υλικοτεχνικός εξοπλισμός				X	
Καθαριότητα χώρων υγιεινής				X	
Υποδομές			X		
Ενημέρωση πολιτών και πρόληψη ασθενειών					X
Εφαρμογή εκπαιδ/κών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρ.δυναμικού				X	
Εφαρμογή ελεγκτικών - διοικητικών μηχανισμών για καλύτερη λειτουργία μονάδων υγείας			X		
Αυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (σαλόνια, TV, τηλέφωνα, κλπ)					X
Εύρος και ποιότητα γευμάτων					X

Αναφέρατε 2-3 παραδείγματα αναγκαίων παρεμβάσεων –κατά τη γνώμη σας –ώστε η λειτουργική ένταξη των Υπηρεσιών Πρόνοιας να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας

1. Αλληλο κάλυψη υπηρεσιών Υγείας-Πρόνοιας
2. Επιστημονικό και Εξειδικευμένο προσωπικό
3. Δυνατότητα επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των δομών για την ανάπτυξη ενιαίου περιφερειακού δικτύου
4. Αποτύπωση πραγματικών αναγκών του πληθυσμού και προσαρμογή των υπηρεσιών πρόνοιας σε αυτές

Ποιες είναι οι προτάσεις σας για την περαιτέρω βελτίωση του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

Πλήρης στελέχωση του ΠΕΣΥΠ. Τροποποίηση του οργανισμού του έτσι ώστε να συμπεριληφθούν επαγγελματικές κατηγορίες όπως μηχανολόγοι, μηχανικοί .

Δημιουργία τμήματος ή Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΡΙΤΟ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Πειραιάς, 19/1/2004
Αριθμ. Πρωτ. 716/493

ΠΡΟΣ: κ. Γεωργία Τσέτσου

ΘΕΜΑ: «Παροχή στοιχείων & συμπλήρωση ερωτηματολογίου»

Σχετ.: Σχετικά με αίτησή σας της 25/11/2003 για παροχή στοιχείων & συμπλήρωση ερωτηματολογίου

Σύμφωνα με τα τελευταία διαθέσιμα στοιχεία από τον Χάρτη Υγείας & Πρόνοιας, σας πληροφορούμε για τα παρακάτω ζητούμενα στοιχεία:

	Ιατρικό Προσωπικό	Παραϊατρικό Προσωπικό	Διοικητικό Προσωπικό
Αριθμός οργανικών θέσεων	2.170	6.561	3.625
Αριθμός υπηρετούντος προσωπικού	1.595	4.351	2.337
Επιπλέον ανάγκες σε προσωπικό πέραν των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων			
	2001	2002	2003
Αριθμός ασθενών που έχει εξυπηρετηθεί από τις υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ	2.542.007	4.577.360	
Ασφαλισμένοι ασθενείς		3.788.745	
Ανασφάλιστοι ασθενείς		788.615	
Ημέρες νοσηλείας ανά κλίνη	9,54	9,91	
Ετήσιος προϋπολογισμός ΠΕΣΥΠ	197.436.026 €	173.487.011 €	218.360.512 €

Επίσης, επισυνάπτεται το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο.

Παραμένουμε στην διάθεσή σας για οποιονδήποτε διευκρίνιση και περαιτέρω πληροφόρηση.

Συνημμένα: Δέο (2)

Η ΑΝΑΠΑΗΡΩΤΡΙΑ - ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑ

Ζωή Δέδε



απορρίφθηκε για την ακρίβεια

ΑΝΑΛΙΑ ΑΝΤΩΝΕΤΣΗ

ΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ - ΠΕΣΥΠ ΑΤΤΙΚΗΣ Ημερομηνία: 16-1-2004

τεπόνυμο και ιδιότητα εκπροσώπου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:

Δέδε Ζωή, Αναπληρώτρια Γενική Διευθύντρια (για ερωτήσεις εκκλήσεως
Ουϊκού Λέγα, Διαδικασίας (για παρεκόμενα στοιχεία)

	Γιατροί	Παραϊατρικό	Διοικητικό προσωπικό
ες οργανικών θέσεων	8.140	6.561	3.625
ες υπηρετούντος προσωπικού	1.595	4.351	2.337
ον ανάγκες σε προσωπικό πέραν υβλεπόμενων οργανικών θέσεων*			
	2001	2002	2003
ες ασθενών που έχει εξυπηρετηθεί υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ*	2.542.007	4.577.360	
ισμένοι ασθενείς*		3.788.745	
έλιστοι ασθενείς*		788.615	
νοσηλείας ανά κλίνη*	9,54	9,91	
προϋπολογισμός ΠΕΣΥΠ*	194.436.026€	173.487.011€	218.360.512€

ροσέγγιση

οιστό εκτιμάτε ότι βρίσκεται το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών
ΕΥΠ

0%-100%) (50%-70%) (30%-50%) (10%-30%) (0-10%)
☐ ☒ ☐ ☐ ☐

οιστό εκτιμάτε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με την

«προ εφαρμογής» του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

0%-100%) (50%-70%) (30%-50%) (10%-30%) (0-10%)
☐ ☐ ☒ ☐ ☐

οιστό εκτιμάτε ότι επιτεύχθηκε υγειονομική αποκέντρωση με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

0%-100%) (50%-70%) (30%-50%) (10%-30%) (0-10%)
☐ ☒ ☐ ☐ ☐

οιστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ συνέβαλε στην δικτύωση και συνεργασία της πρωτοβάθμιας
τεροβάθμιας περίθαλψης.

0%-100%) (50%-70%) (30%-50%) (10%-30%) (0-10%)
☐ ☒ ☐ ☐ ☐

οιστό εκτιμάτε ότι απλοποιήθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στο χώρο της υγείας με την
γή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

0%-100%) (50%-70%) (30%-50%) (10%-30%) (0-10%)
☐ ☐ ☒ ☐ ☐

Πόσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε τους κάτωθι τομείς :

% βελτίωσης		70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
τομείς						
οικονομική αποτελεσματικότητα (ως /ασθενή)			X			
μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την αντιμετώπιση των ασθενών			X			
αποδοτικότητα νοσηλείας				X		
εξοπλισμός			X			
αξιοπιστία χώρων υγιεινής		X				
αποδοτικότητα		X				
παιδεία πολιτών και πρόληψη ασθενειών			X			
ενημέρωση εκπαιδ/κών προγραμμάτων για την κοινωνική πρόοδο του ανθρ.δυναμικού				X		
ενημέρωση ελεγκτικών - διοικητικών μηχανισμών		X				
βελτίωση λειτουργία μονάδων υγείας		X				
ενημέρωση επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (Ρ, TV, τηλέφωνα, κλπ)				X		
αξιοπιστία ποιότητα γευμάτων			X			

Παρέχετε 2-3 παραδείγματα αναγκαίων παρεμβάσεων - κατά τη γνώμη σας - ώστε η λειτουργική ένταξη των ΠΕΣΥΠ να συμβάλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας:

Παρέχετε τις προτάσεις σας για την περαιτέρω βελτίωση του θεσμού των ΠΕΣΥΠ:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Α' Π.Σ.Υ.Π. Ν. Αιγαίου

Ερμούπολη 30/12/2003
Αριθ. Πρωτ: 4645/φ.70

Ταχ. Δ/ση: Νόρδεστρομ 10
Ερμούπολη - Σύρος Τ.Κ: 841 00

ΠΡΟΣ κα Γ. Τσέτσου

Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
& ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Πληροφορίες: Μαρία Μάινα
Τηλ: 2281079363 Fax: 2281079359
e-mail: maina@pesykyk.gr

Κα Τσέτσου,

Σας αποστέλλω συμπληρωμένο το Ερωτηματολόγιο για την εργασίας σας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα «Οικονομική και Περιφερειακή Ανάπτυξη» του Παντείου Πανεπιστημίου.

Θα ήθελα να επισημάνω πως η καθυστέρηση που παρατηρήθηκε στην συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου οφείλεται στον φόρτο εργασίας και να ζητήσω συγγνώμη για πιθανόν δυσκολίες που σας προκλήθηκαν εξ' ατίας αυτής.

Επίσης, όπου υπάρχουν κενά στην συμπλήρωση σημαίνει ότι υπάρχει έλλειψη στοιχείων ή αυτά που βρέθηκαν κρίθηκαν ανεπαρκή και αναξιόπιστα.

Είμαι στην διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία ή μελλοντική συνεργασία.

Με τιμή,

Μαρία Μάινα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ - ΠΕΣΥΠ ...Α'...Νοτίος...Αιχάιος... Ημερομηνία: 12/8/2003

Όνοματεπώνυμο και ιδιότητα εκπροσώπου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:.....

...ΜΑΡΙΝΑ ΜΑΡΙΑ - ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΛΟΓΟΣ, ΣΜΗΛΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΔΑΚΤΕΥΣΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

	Γιατροί	Παραϊατρικό *	Διοικητικό προσωπικό
Αριθμός οργανικών θέσεων	991	431	156
Αριθμός υπηρετούντος προσωπικού	116	267	81
Επιπλέον ανάγκες σε προσωπικό πέραν των προβλεπόμενων οργανικών θέσεων*	32	97	6
	2001	2002	2003
Αριθμός ασθενών που έχει εξυπηρετηθεί από τις υπηρεσίες του ΠΕΣΥΠ*	268.728	514.198	429.772
Ασφαλισμένοι ασθενείς*	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
Ανασφάλιστοι ασθενείς*			
Ημέρες νοσηλείας ανά κλίνη*	ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΤΟΙΧΕΙΑ		
Ετήσιος προϋπολογισμός ΠΕΣΥΠ*			
	215.101,8	300.612,59€	915.000€

* κατά προσέγγιση

** Συμπεριλαμβάνεται και το νοσηλευτικό προσωπικό

Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βρίσκεται το επίπεδο οργάνωσης, λειτουργίας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών του ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι βελτιώθηκε η ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών σε σχέση με την περίοδο «προ εφαρμογής» του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι επιτεύχθηκε υγειονομική αποκέντρωση με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ συνέβαλε στην δικτύωση και συνεργασία της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι απλοποιήθηκαν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες στο χώρο της υγείας με την εφαρμογή του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

(70%-100%)



(50%-70%)



(30%-50%)



(10%-30%)



(0-10%)



Σε τι ποσοστό εκτιμάτε ότι ο θεσμός των ΠΕΣΥΠ βελτίωσε τους κάτωθι τομείς :

τομείς	% βελτίωσης	70-100%	50-70%	30-50%	10-30%	0-10%
Οικονομική αποτελεσματικότητα (κόστος /ασθενή)		✓				
Μείωση του χρόνου αναμονής ως προς την εξυπηρέτηση των ασθενών		✓				
Συνθήκες νοσηλείας		✓				
Υλικοτεχνικός εξοπλισμός		✓				
Καθαριότητα χώρων υγιεινής		✓				
Υποδομές			✓			
Ενημέρωση πολιτών και πρόληψη ασθενειών			✓			
Εφαρμογή εκπαιδ/κών προγραμμάτων για την επιστημονική πρόοδο του ανθρ.δυναμικού		✓				
Εφαρμογή ηλεκτρικών - διοικητικών μηχανισμών για καλύτερη λειτουργία μονάδων υγείας		✓				
Δυνατότητα επικοινωνίας εντός του νοσοκομείου (σαλόνια, TV, τηλέφωνα, κλπ)			✓			
Εύρος και ποιότητα γευμάτων				✓		

Αναφέρατε 2-3 παραδείγματα αναγκαίων παρεμβάσεων - κατά τη γνώμη σας - ώστε η λειτουργική ένταξη των Υπηρεσιών Πρόνοιας να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας:

Αναφέρατε 2-3 παραδείγματα αναγκαίων παρεμβάσεων - κατά τη γνώμη σας - ώστε η λειτουργική ένταξη των Υπηρεσιών Πρόνοιας να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας:

α. Αναβάθμιση των κτιρίων, υποδομών κ. του εξοπλισμού και γεωγραφικών συνθηκών

β. Η βελτίωση των αλληλεπιδράσεων και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ανθρώπων που

γ. Η συνεργασία με τοπικούς φορείς, η διαρκής βελτίωση των υφιστάμενων και των νέων υπηρεσιών

Ισχύει η πρότασή σας για την περαιτέρω βελτίωση του θεσμού των ΠΕΣΥΠ.

Ναι Όχι

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ (α) 1582500

Συνήφινα : Συνοψο (4)

Πίνακας 23. Κατανομή προσωπικού ανά κλάδο στα νοσοκομεία της Ηπείρου 2002

Κατηγορία Εργαζομένων	Π.Γ.Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ		Γ.Ν. «Γ. ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ»		Γ.Σ. ΑΡΤΑΣ		Γ.Ν. ΠΡΕΒΕΖΑΣ		Γ.Ν. ΦΙΛΙΑΤΩΝ	
	ΟΡΓ. ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ ΟΥΝΤΕΣ	ΟΡΓ. ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ ΟΥΝΤΕΣ	ΟΡΓ. ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ ΟΥΝΤΕΣ	ΟΡΓ. ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ ΟΥΝΤΕΣ	ΟΡΓ. ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕ ΟΥΝΤΕΣ
ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ										
ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ	5	4	32	28	19	15	15	15	18	18
ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Α	64	44	46	37	19	6	17	13	23	13
ΕΠΙΜΕΛΗΤΕΣ Β	161	94	67	38	43	23	17	14	16	2
ΒΙΔΑΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	188	157	68	65	20	16	15	12	10	5
ΣΥΝΟΛΟ	418	299	213	168	101	60	64	54	67	38
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ										
ΠΕ	55	10	22	3	5	3	3	0	2	1
ΤΕ	500	366	241	155	91	52	58	54	52	36
ΔΕ	430	380	260	214	161	101	58	56	59	47
ΥΕ	230	115	67	45	62	43	42	20	30	13
ΣΥΝΟΛΟ	1215	871	590	417	319	199	161	130	143	97
ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ										
ΠΕ	45	23	16	12	8	3	4	2	3	1
ΤΕ	88	47	14	11	23	10	9	4	11	7
ΔΕ	114	80	12	6	32	24	14	11	13	7
ΥΕ			13	7	0	0	35	20	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	247	150	55	36	63	37	62	37	27	15
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ										
ΠΕ	34	20	28	15	7	3	5	3	5	2
ΤΕ	27	18	43	15	13	7	5	1	8	3
ΔΕ	168	89	105	86	39	27	15	13	26	19
ΥΕ	304	152	217	102	75	28	0	0	58	31
ΣΥΝΟΛΟ	518	279	393	218	134	65	25	17	95	55
ΤΕΧΝΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ										
ΠΕ	8	7	6	5	4	1	3	1	2	0
ΤΕ	24	22	7	8	1	0	2	1	3	1
ΔΕ	128	84	62	54	50	30	24	16	12	7
ΣΥΝΟΛΟ	160	123	75	65	55	31	29	18	17	8

Πίνακας 28. Οργανικές θέσεις, υπηρετούν προσωπικό και ποσοστό κάλυψης των θέσεων του ιατρικού προσωπικού των Κ.Υ. στην Ήπειρο (2003)

	Νομός Αρτας			Νομός Θεσπρωτίας			Νομός Ιωαννίνων			Νομός Πρέβεζας			ΣΥΝΟΛΟ		
	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη
Γεν. Ιατρικής	6	4	67	8	5	62	13	6	46	10	6	60	37	21	57
Παθολογίας	4	1	25	9	3	33	9	2	22	9	2	22	31	8	26
Παιδιατρικής	4	1	25	4	4	100	10	5	50	6	3	50	24	13	54
Μικροβιολόγοι	1	0	0	4	2	50	4	2	50	4	1	25	13	5	38
Ακτινολόγοι	0	0	0	0	0	0	0	1		4	0	0	4	1	25
Χωρίς ειδικότητα	4	0	0	3	0	0	4	2	50	6	0	0	17	2	12
Οδοντίατροι	10	5	50	6	4	65	10	5	50	8	4	50	34	18	53
ΣΥΝΟΛΟ	29	11	38	34	16	47	50	23	46	47	16	34	160	68	42,5

Πίνακας 29. Οργανικές θέσεις, υπηρετούν προσωπικό και ποσοστό κάλυψης των θέσεων του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού των Κ.Υ. στην Ήπειρο (2003)

	Νομός Αρτας			Νομός Θεσπρωτίας			Νομός Ιωαννίνων			Νομός Πρέβεζας			ΣΥΝΟΛΟ		
	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη
Νοσηλεύτριες	11	15	100	20	14	70	66	32	48	24	30	100	121	91	75
Επισκέπτες Υγείας	7	3	43	6	5	83	21	4	19	17	4	24	51	16	31
Μαιέες	11	3	27	6	7	100	21	8	38	8	3	38	46	21	46
Βοηθοί Μικροβιολόγων	3	2	75	5	5	100	9	4	44	6	3	50	23	14	61
Βοηθοί Ακτινολόγου	3	1	33	7	4	57	9	4	44	6	3	50	25	12	48
Φυσιοθεραπεύτριας	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Κοινωνικοί Λειτουργοί	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	1	
ΣΥΝΟΛΟ	35	24	69	44	36	82	126	52	41	61	43	70	266	155	58

Πίνακας 29. Οργανικές θέσεις, υπηρετούν προσωπικό και ποσοστό κάλυψης των θέσεων του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού στην Ήπειρο (2003)

	Νομός Αρτας			Νομός Θεσπρωτίας			Νομός Ιωαννίνων			Νομός Πρέβεζας			ΣΥΝΟΛΟ		
	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη
Νοσηλεύτριες	11	15	100	20	14	70	66	32	48	24	30	100	121	91	75
Επισκέπτες Υγείας	7	3	43	6	5	83	21	4	19	17	4	24	51	16	31
Μαιευς	11	3	27	6	7	100	21	8	38	8	3	38	46	21	46
Βοηθοί Μικροβιολόγου	3	2	75	5	5	100	9	4	44	6	3	50	23	14	61
Βοηθοί Ακτινολόγου	3	1	33	7	4	57	9	4	44	6	3	50	25	12	48
Φυσιοθεραπείας	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Κοινωνικοί Λειτουργοί	0	0	0	0	1		0	0	0	0	0	0	0	1	
ΣΥΝΟΛΟ	35	24	69	44	36	82	126	52	41	61	43	70	266	155	58

Πίνακας 30. Οργανικές θέσεις, υπηρετούν προσωπικό και ποσοστό κάλυψης των θέσεων του διοικητικού προσωπικού των ΚΥ στην Ήπειρο (2003)

	Νομός Αρτας			Νομός Θεσπρωτίας			Νομός Ιωαννίνων			Νομός Πρέβεζας			ΣΥΝΟΛΟ		
	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη	προβλεπόμενες	υπηρετούντες	% κάλυψη
Διοικητικοί	9	2	22	10	8	80	31	10	32	17	4	24	67	24	36
Οδηγοί	15	9	60	20	10	50	26	19	73	19	8	42	80	46	58
Λοιπό προσωπικό*	0	0	0	21	14	67	54	18	33	30	4	13	105	36	34
ΣΥΝΟΛΟ	24	11	46	51	32	63	111	47	42	66	16	24	252	106	42

Πίνακας 32. Δείκτες Απόδοσης Νοσοκομείων και ποσοστό μεταβολής δεικτών για τα έτη 2000-2001.

Α. Δείκτες απόδοσης Νοσοκομείων για το 2000

	ΠΓΝΙ	ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΑ	ΑΡΤΑ	ΠΡΕΒΕΖΑ	ΦΙΛΙΑΤΕΣ
Αριθμός Κλινών	619	311	186	111	90
Εισαγωγές	46314	15603	9211	6242	4480
Ημέρες νοσηλείας	177343	69355	33400	21969	16602
Κάλυψη	78,5	61,1	49,2	54	50,5
ΜΑΝ	3,8	4,4	3,6	3,5	3,7
Ρυθμός εισροής	74,8	50,2	49,5	56,2	49,8
Διάστημα εναλλαγής	1	2,8	3,7	3	3,6

Β. Δείκτες απόδοσης Νοσοκομείων για το 2001

Αριθμός Κλινών	619	311	186	111	78
Εισαγωγές	48754	20405	10481	6714	4668
Ημέρες νοσηλείας	201650	81018	36498	29715	18890
Κάλυψη	89,3	71,4	53,8	73	66,4
ΜΑΝ	4,1	4	3,5	4,4	4
Ρυθμός εισροής	78,8	65,6	56,3	60,5	59,8
Διάστημα εναλλαγής	0,5	1,6	3	1,6	2,1

Γ. Ποσοστό μεταβολής δεικτών απόδοσης για το έτος 2001 έναντι του 2000

Αριθμός Κλινών					
Εισαγωγές	5,27	30,78	13,79	7,56	4,20
Ημέρες νοσηλείας	13,71	16,82	9,28	35,26	13,78
Κάλυψη	13,76	16,86	9,28	35,19	31,49
ΜΑΝ	7,89	-9,09	-2,78	25,71	8,11
Ρυθμός εισροής	5,35	30,68	13,74	7,65	20,08
Διάστημα εναλλαγής	-50,00	-42,86	-18,92	-46,67	-41,67

ΠΡΟΫΠΟΛΟΓΙΣΜΟΙ (ΣΕ €):

2001 44.201.806,05
 2002 109.333.523,73
 2003 132.826.471,64

