

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: " Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ
ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ Ν. 1397/1983
ΤΟΥ ΕΣΥ ΚΑΙ ΤΟ Ν. 2071/1992
ΤΟΥ ΕΟΣΥ"



Σπουδάστρια:

ΝΤΟΚΟΜΕ ΑΜΑΛΙΑ

Εισηγήτρια Καθηγήτρια:

ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 1994

Αφιερώνεται

Στους Γονείς μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίς
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
1. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ:	
ΕΝΑΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	13
α. Τα "Τρία Επίπεδα" Επέμβασης	14
β. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας	15
2. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ	20
α. Το Νοσοκομείο: Σύντομη ιστορική αναδρομή	21
β. Η Νοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα	28
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	
Α. ΕΣΥ. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	33
Β. ΕΟΣΥ. ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ	41
Γ. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΣΥ ΚΑΙ ΕΟΣΥ	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα ως Νομικά Πρόσωπα	47
1.1. Ο Ν.1397/1983 ως δημιουργός του άρθρου 6 του ΕΣΥ	50
1.1.1. Αναφορά στην ιδιωτικοποίηση της υγείας	50
1.1.2. Σκοποί του άρθρου 6 του ΕΣΥ	52
1.2. Ο Ν.2071/1992 ως δημιουργός του άρθρου 48 του ΕΟΣΥ	54
1.2.1. Τροποποιήσεις που έγιναν από το Νόμο του ΕΟΣΥ πάνω στο νομικό καθεστώς των Νοσοκομείων.	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Διάκριση Νοσοκομείων

- 2.1. Ο Ν.1397/1983 ως δημιουργός του άρθρου 8 του ΕΣΥ 59
- 2.2. Τροποποιήσεις που έγιναν από τον νόμο του ΕΟΣΥ στον Νόμο του ΕΣΥ, πάνω στην Διάκριση των Νοσοκομείων. 61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Διοίκηση των Νοσοκομείων 63

- 3.1. Διοικητικά Συμβούλια των Νοσοκομείων 64
 - 3.1.1. Ο Ν.1397/1983 ως δημιουργός του άρθρου 9 του ΕΣΥ περί Δ.Σ. 67
 - 3.1.2. Τροποποιήσεις που έγιναν από το ΕΟΣΥ πάνω στο Νόμο του ΕΣΥ για τα Δ.Σ. 70
 - 3.1.3. Αρμοδιότητες του Δ.Σ. 72
 - 3.1.4. Τρόπος λειτουργίας Δ.Σ. 74
 - 3.1.5. Διαδικασία εκλογής αιρετών μελών 76
 - 3.2. Ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή και ο θεσμός του Προέδρου στα Νοσοκομεία. 80
 - 3.2.1. Τα διευθυντικά στελέχη κατά το Ν.1397/83 83
 - 3.2.2. Ο θεσμός του συντονιστή στο ΕΣΥ 83
 - 3.2.3. Ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή κατά τον Ν.2071/1992 85
 - 3.2.4. Υποχρεώσεις και καθήκοντα Προέδρου, Αντιπροέδρου και μελών του Δ.Σ. 87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Οργάνωση Νοσοκομείων 91

- 4.1. Ο Ν.1397/1983 δημιουργός του άρθρου 10 περί Οργάνωσης των Νοσοκομείων του ΕΣΥ 94
- 4.2. Οι τροποποιήσεις που έγιναν στο άρθρο 10 του ΕΣΥ από το άρθρο 56 του ΕΟΣΥ 97

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:	Διάρθρωση ιατρικής υπηρεσίας	10
5.1.	Διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας σύμφωνα με το ΕΣΥ	10
5.2.	Διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας σύμφωνα με το ΕΟΣΥ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6:	Επιστημονική Επιτροπή	10
6.1.	Η δημιουργία της Ε.Ε. σύμφωνα με το ΕΣΥ	1
6.2.	Οι τροποποιήσεις που έγιναν πάνω στο θεσμό της Ε.Ε. από το άρθρο 60 του ΕΟΣΥ	1
ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΠΟΨΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ		
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7:	Οι απόψεις των υποστηρικτών του ΕΣΥ ΚΑΙ ΕΟΣΥ για τη Διοίκηση των Νοσοκομείων	1
7.1.	Οι καινοτομίες των δύο νόμων ως προς τη διοίκηση των νοσοκομείων	1
7.2.	Τα Νοσοκομεία ως ΝΠΙΔ και ΝΠΔΔ	1
7.3.	Η Διοίκηση και Διεύθυνση δεν είναι ταυτόσημες έννοιες	1
7.4.	Η σύνθεση των Δ.Σ. των νοσοκομείων	1
7.5.	Ο θεσμός του Προέδρου - Γενικού Διευθυντή στο Νοσοκομείο	1
7.6.	Η είσοδος της τεχνικής υπηρεσίας τεχνολογίας στα νοσοκομεία	1
7.7.	Οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στην οργάνωση των νοσοκομείων	1
7.8.	Τα πλεονεκτήματα - μειονεκτήματα του ΕΣΥ και ΕΟΣΥ ως προς τη διοίκηση των νοσοκομείων	1
7.9.	Η επίδραση των νόμων στους εργαζόμενους	1

	Σελίς
7.10. Η αποτελεσματικότητα των δύο νόμων στη διοίκηση των νοσοκομείων	134
7.11. Προτάσεις - Νέος νόμος για την υγεία	135
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: Κριτική	
8.1. Η μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, στο χώρο της διοίκησης των νοσοκομείων	14
8.2. Η Αντιμεταρρύθμιση του ΕΟΣΥ	14
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9: Συμπεράσματα - Προτάσεις	14
9.1. Συμπεράσματα	14
9.2. Προτάσεις	14
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	14
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	14
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α	14
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	14

-/-
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Α.Ν.	Αναγκαστικός Νόμος
Δ.Σ.	Διοικητικό Συμβούλιο
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Ο.Σ.Υ.	Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας
Η.Δ.	Ημερήσια Διάταξη
Κ.Ε.Σ.Υ.	Κεντρικό Σύστημα Υγείας
Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.	Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος
Ν.Δ.	Νέα Δημοκρατία
Ν.Π.Δ.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
ν.δ	Νομοθετικό Διάταγμα
Ν.	Νόμος
Ν/Σ	Νομοσχέδιο
Ο.Ο.Σ.Α.	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Ο.Τ.Α.	Οργανισμός Τοπικής Αυτοδιοίκησης
Π.Ο.Υ.	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΑΣΟΚ	Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα
Π.Ε.	Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση
Π.Ε.Σ.Υ.	Περιφερειακό Συμβούλιο Υγείας
π. δ/γμα	Προεδρικό Διάταγμα
Σ.Υ.	Σύστημα Υγείας
Τ.Ε.Δ.Κ.Ε	Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων
Υπ.Υγ.και Πρ.	Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το κίνητρο για την εκπόνηση της πτυχιακής μου εργασίας δώθηκε από τη δυσλειτουργία που διέπει τη δευτεροβάθμια περίθαλψη. Η αναποτελεσματική διοίκηση είναι ένα αίτιο που οδηγεί στη χαμηλή απόδοση του νοσοκομείου.

Λόγω της άμεσης σχέσης του θέματος με το αντικείμενο των σπουδών μου σκοπεύω να εξετάσω τον τελευταίο Νόμο του Εθνικού Συστήματος Υγείας, ο οποίος θεσπίστηκε το 1983 και τις τροποποιήσεις που έγιναν αργότερα το 1992 από τον Νόμο περί Εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας, συγκρίνοντας και παραθέτοντας τα άρθρα που αφορούν τη διοίκηση των νοσοκομείων.

Η εργασία αυτή είναι σχεδόν πρωτογενής γιατί βασίζεται περισσότερο στην έρευνα από ότι στη βιβλιογραφία, εφόσον ρωτήθηκαν διοικητικά στελέχη που καταλαμβάνουν σημαντικές θέσεις στα νοσοκομεία κατά τη διάρκεια θέσεψης και εφαρμογής των δύο νόμων.

Τα μέρη από τα οποία αποτελείται η εν λόγω εργασία είναι τρία:

Η Εισαγωγή στην οποία γίνεται αναφορά, στη διαδικασία αναμόρφωσης ενός συστήματος υγείας και στην ιστορική αναδρομή του νοσοκομείου.

Το Πρώτο Μέρος στο οποίο γίνεται η αντιπαράθεση των άρθρων, η σύγκριση, οι διαφορές και οι τροποποιήσεις, που αφορούν το νομικό καθεστώς, τη διάκριση, τη διοίκηση και την οργάνωση των νοσοκομείων, την διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας και την σύσταση των επιτροπών.

Το Δεύτερο Μέρος περιλαμβάνει τις απόψεις των υποστηρικτών του ΕΣΥ και ΕΟΣΥ για τη Διοίκηση των Νοσοκομείων, τα αποτελέσματα που έχουμε από την έρευνα, την κριτική, τα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

Εδώ θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους όσους βοήθησαν στην εκπόνηση αυτής της εργασίας και συγκεκριμένα τους κάτωθι :

- κ. Γεωργιόπουλο Α., Διευθυντή Τομέα Μαιευτικής του Γενικού Νοσοκομείου Καλαμάτας.
- κα. Γιάνναρου, από το Νομικό Τμήμα του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών
- κ. Μπρεδήμα Θ., Αντιπρόεδρο το έτος 1983 στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας.
- κ. Παπανικολάου Γ., Γενικό Διευθυντή του Νοσοκομείου Παίδων "Αγ. Σοφία"
- κ. Παπασπύρου Σ., Πρόεδρο της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημοσίων Νοσοκομείων (Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν)
- κ. Παρθένιος Σ., Διοικητικό Διευθυντή του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καλαμάτας.
- κ. Πισιμίση Θ., Πρόεδρο και καθηγητή του Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας.
- κα. Σακελλαρίου Μ., Δικηγόρο, Πολιτικό Επιστήμονα και Καθηγήτριά μου.
- κ. Σουμάκη Κ., Ειδικευόμενο Ιατρό στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Καλαμάτας.
- κ. Συριόπουλο Μ., Διοικητικό Υπάλληλο του Γενικού Κρατικού Νοσοκομείου Αθηνών.

- κ. Τζαννετάκη Γ., Νομίατρο Νομού Μεσσηνίας.
- Τους γονείς μου για την ηθική και οικονομική συμπαράσταση που μου πρόσφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών και της πτυχιαικής εργασίας.

Καλαμάτα, Μάιος 1994

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΑΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Σ' ένα κόσμο που στη δεκαετία της εκπνοής του 20ου αιώνα συνταράσσεται από κοσμοϊστορικές αλλαγές, η προσέγγιση των κοινωνικών φαινομένων και οι πολιτικές που εφαρμόζονται πάνω στα προβλήματα που απορρέουν από αυτά απαιτούν σοβαρή επιστημονική μελέτη μιας και τα συμπεράσματα θα διαμορφώσουν το πλαίσιο μέσα στο οποίο κοινωνίες και κράτη θα κινηθούν, τουλάχιστον στην αρχή του 21ου αιώνα.

Ενα μεγάλο τμήμα αυτής της δραστηριότητας καταλαμβάνουν, η συζήτηση για την υγεία και τα συστήματα παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών της. Και όπως είναι φυσικό η υγεία είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων, πολιτιστικών, κοινωνικών, πολιτικών και οικονομικών.

Την ανάπτυξη του τομέα της υγείας δεν μπορεί να τη δει κανείς μέσα από μια ατομική προσπάθεια ακολουθώντας μόνο την εννοιολογική διατύπωση - ορισμό για την υγεία.

Σήμερα, με βάση τη διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ορίζουμε την υγεία σαν "όχι απλά την απουσία σωματικής και ψυχικής ασθένειας αλλά την πλήρη φυσική και κοινωνική ισορροπία του ανθρώπου". Ομως αυτός ο ορισμός δεν είναι αρκετός για την υγεία όσο κι αν μας προκαλεί για να πετύχουμε αυτή την ισορροπία στους ίδιους τους εαυτούς μας. Γιατί από εκεί και πέρα επεμβαίνουν απλές διαδικασίες και μηχανισμοί για την "παραγωγή" και τη "διανομή" αυτού του πολύτιμου αγαθού.

Αυτό μας οδηγεί να κοιτάζουμε το θέμα μέσα στο πλαίσιο της ανάλυσης "υγεία και κράτος". Πράγματι εδώ το κράτος επεμβαίνει σαν καταλύτης με τις ρυθμίσεις του αλλά και με την ιδεολογία του μαζί βέβαια και με τους γενικότερους φορείς, όπως τάξεις, ομάδες κ.λ.π. και μας επιβάλλει πλέον την πολιτική και κοινωνική βάση για τον ορισμό και τις επιλογές για την υγεία. Ανάλογα βέβαια σχεδιάζεται και το σύστημα και ο μηχανισμός για την παραγωγή και τη διανομή των υγειονομικών υπηρεσιών.

α. Τα "Τρία επίπεδα" Επέμβασης.

Η διαδικασία αναμόρφωσης ενός συστήματος υγείας χαρακτηρίζεται από επέμβαση σε τρία βασικά επίπεδα (Διάγραμμα 1)

- "Πρώτα, των κοινωνικών αξιών και του ορισμού για την υγεία"₂. Εδώ προσδιορίζεται η ιδεολογία και το σύστημα αξιών που θα προσδιοριστούν και θα αποτελέσουν τη βάση για την κοινωνική ανάπτυξη.

- "Το δεύτερο επίπεδο, των θεσμών"₂ αποτελεί τη δομική συγκρότηση του συστήματος στη βάση αυτών των θεσμών που επιλέγονται για να λειτουργήσει.

- "Το τρίτο επίπεδο είναι το λειτουργικό και οργανωτικό"₂ το οποίο αφορά την απόδοση υπηρεσιών και διαδικασιών παροχής περίθαλψης και φροντίδας.

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ
ΕΠΙΠΕΔΟ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΘΕΣΜΩΝ

ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΞΙΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1

Επίπεδα "επέμβασης" για το σχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου Συστήματος Υγείας.

β. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

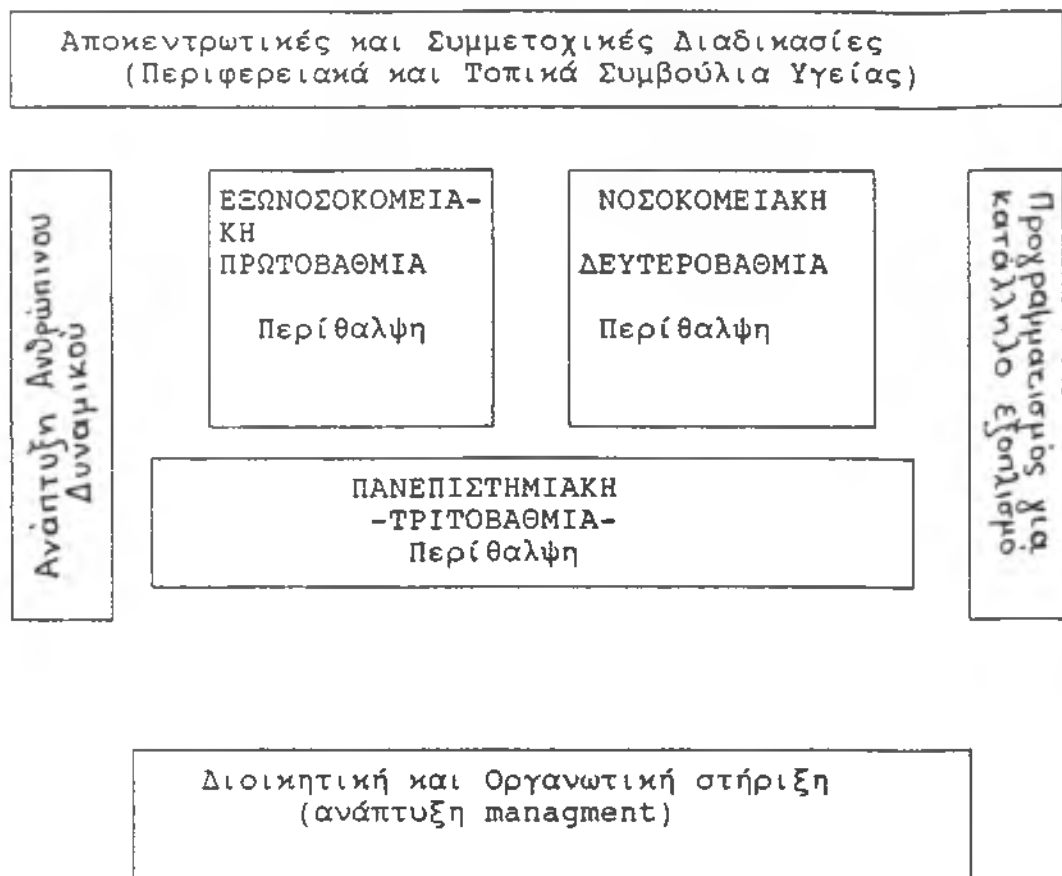
Σε αυτό το σημείο σωστό είναι να παρουσιασθεί το ΕΣΥ αναφέροντας τους θεσμούς και τα βασικά λειτουργικά στοιχεία που το συνθέτουν. Εκείνο που θα ήθελα να υπογραμμίσω εδώ είναι ότι "ο σχεδιασμός και όλη η δομική συγκρότηση του ΕΣΥ υπακούει σε μια ολοκληρωμένη ενότητα που και αυτό άλλωστε είναι το κυρίαρχο στοιχείο που ευπάρχει μέσα στη φιλοσοφία του Ε.Σ.Υ." 3

Ας δούμε όμως τί εννοούμε ολοκληρωμένο σχεδιασμό. Σαν μια πρώτη άποψη, θεωρούμε ότι οι θεσμοί και η λειτουργική οργάνωση (νοσοκομειακές μονάδες, κέντρα υγείας και άλλες μορφές υποδομής) βρίσκονται σε στενή σχέση μεταξύ τους και βέβαια με την προοπτική πως αυτή η σχέση θα βοηθήσει ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη απόδοση, ενώ η άλλη άποψη είναι πως οι θεσμοί και η λειτουργική οργάνω-

ση βρίσκονται "σε παράλληλη ανάπτυξη"⁴. Με τον όρο αυτό εννοούμε πως όλα τα μέρη - υποδομή του συστήματος και το ανθρώπινο δυναμικό έχουν προγραμματιστεί και αναπτύσσονται παράλληλα ώστε να στηρίξουν διαχρονικά το σύστημα και να το καλύψουν σε προσωπικό. Για να κατανοήσουμε την ολοκληρωμένη μορφή του συστήματος υγείας, απαραίτητη είναι η ενημέρωση του κάθε πολίτη πάνω στο σύστημα και τα στοιχεία του.

Στο παρακάτω διάγραμμα (διάγραμμα 2 ανοίγονται πέντε τομείς που δίνουν ένα ιδεατό σχήμα της ανάπτυξης του ΕΣΥ.

- Ο "κορμός" του Αναπτυξιακού Έργου
- Ο Τομέας του Ανθρώπινου Δυναμικού
- Ο Εξοπλισμός και η Ανάπτυξη της Ιατρικής Τεχνολογίας
- Ο Τομέας Διοίκησης και Οργάνωσης
- Θεσμικές Μορφές Αποκέντρωσης και Συμμετοχής⁵



Διάγραμμα 2

Ενα σημαντικό πλαίσιο για την ολοκληρωμένη Ανάπτυξη του ΕΣΥ.

Α. Ο "Κορμός" του Αναπτυξιακού Έργου

1. Νοσοκομειακή Περίθαλψη. Με τον όρο νοσοκομειακή περίθαλψη εννοούμε την προσφορά υγειονομικών υπηρεσιών στους ασθενείς που νοσηλεύονται μέσα στα νοσοκομεία.

Έχει ξεκινήσει ένα πρόγραμμα αναβάθμισης των νοσοκομείων της χώρας που αφορά βελτιώσεις, επεμβάσεις και ανάπτυξη χώρων, δημιουργία και λειτουργία ειδικών τμημάτων, όπως τμήματα επειγόντων περιστατικών καθώς επίσης

και ανάπτυξη νέων νοσοκομείων με σκοπό τον ανεφοδιασμό του νοσοκομειακού δικτύου της χώρας.

2. Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη και Φροντίδα (Πρωτοβάθμια φροντίδα). Η πρωτοβάθμια περίθαλψη αφορά την ανάπτυξη των Κέντρων Υγείας με στόχο δύο βασικές επιδιώξεις για να επιτευχθεί μια πραγματική αλλαγή στο σύστημα αυτό: πρώτα της κάλυψης περιοχών που το σύστημα της νοσοκομειακής περίθαλψης δεν μπορεί να καλύψει και δεύτερο την αναγνώριση της πρωτοβάθμιας φροντίδας σαν ένα προωθημένο σύστημα προαγωγής της υγείας.

3. Πανεπιστημιακή Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αφορά τις υπηρεσίες Υγείας που προσφέρονται από τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τις πανεπιστημιακές κλινικές.

Β. Ο Τομέας του Ανθρώπινου Δυναμικού.

Εδώ βρίσκεται ο κρίσιμος χώρος των λειτουργιών παροχής Περίθαλψης. Αναφέρεται κύρια στο ιατρικό δυναμικό, το νοσηλευτικό δυναμικό και το δυναμικό των υπόλοιπων ιατρικών επαγγελματιών. Τα προβλήματα που αναφέρονται στο ανθρώπινο δυναμικό την παραγωγή, εκπαίδευση και εξέλιξη του μέσα στο σύστημα υγείας.

Γ. Ο εξοπλισμός και η Ανάπτυξη της Ιατρικής Τεχνολογίας. Σήμερα είναι αναγκαία η καταγραφή του ιατρικού εξοπλισμού για να ξεκαθαριστεί πλέον το πρόβλημα των αναγκών και να προσδιοριστεί η καταλληλότητα του. Στο σύστημα υγείας υπάρχει τέτοιο υλικό χωρίς να ανταποκρίνεται σε ανάγκες, επίσης έχει αγοραστεί εξοπλισμός που

μένει αχρησιμοποίητος γιατί λείπει το ειδικευμένο προσωπικό για το χειρισμό του.

Δ. Ο τομέας Διοίκησης και Οργάνωσης

Ο χώρος αυτός παραμένει αδιερεύνητος με μεγάλα προβλήματα και πρέπει να ξεκινήσει άμεσα ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα που θα εντοπίσει τις ανάγκες και θα καθορίσει τις μορφές ανάπτυξης.

Ε. Οι θεσμικές Μορφές Αποκέντρωσης και Συμμετοχής.

Αφορούν τα περιφερειακά και τοπικά συμβούλια Υγείας τα οποία αποτελούν βασικά όργανα και προσφέρουν στην ενεργοποίηση του αναπτυξιακού προγράμματος κυρίως των κέντρων Υγείας στην περιφέρεια.

γ. Οι Πρόσφατες Μεταρρυθμίσεις του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος.

Δύο νομοθετικές απόπειρες μεταρρυθμίσεων χαρακτηρίζουν την εγχώρια υγειονομική πολιτική. Η πρώτη στις αρχές της δεκαετίας του 1980 που εκφράζει τις διαθέσεις της σοσιαλιστικής διακυβέρνησης και συγκροτείται με τον Νόμο 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) και η δεύτερη με το Νόμο 2071/92 περί εκσυγχρονισμού και Οργάνωσης Συστήματος Υγείας (ΕΟΣΥ) που εκφράζει τις προθέσεις της φιλελεύθερης παράταξης και αποτελεί την απάντησή της στη σοσιαλιστική εκδοχή του ΕΣΥ.

"Θεωρείται ότι ένα σύστημα υγείας πρέπει να ενωμάτώνει τις εγχώριες παραδόσεις του υγειονομικού συστήματος, να είναι αποδεκτό από τους παραγωγούς και καλύτερο από τους χρήστες των υπηρεσιών, να προσαρ-

κόζεται στις εξελίξεις του διεθνούς και κυρίως του ευρωπαϊκού περιβάλλοντος και ταυτόχρονα να υπηρετεί τις αρχές - κριτήρια μιας σύγχρονης και αποδεκτής υγειονομικής πολιτικής, οι οποίες είναι η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα, η ισότητα και η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.⁴⁶

Κάτω από το πρίσμα των παραπάνω αρχών, η εργασία αυτή θα προσπαθήσει να εντοπίσει τις τροποποιήσεις που έγιναν πάνω στο θέμα της Διοικήσεως των Νοσοκομείων από το ΕΣΥ μέχρι το ΕΟΣΥ, να προσδιορίσει ορισμένα προβλήματα και να δώσει μερικές προτάσεις που σαν σκοπό θα έχουν την ανάπτυξη προβληματισμού και διαλόγου ανάμεσα στους διαμορφωτές της κοινής γνώμης.

2. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Οι Υπηρεσίες Υγείας ενός κράτους πρέπει να ανταποκρίνονται σε τρία βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των κατοίκων. Έτσι οι Υπηρεσίες Υγείας πρέπει:

α. Να είναι επαρκείς, καλά οργανωμένες και να μπορούν να εξυπηρετούν το κοινό σε κάθε ζήτηση, ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.

β. Να είναι δυνατόν στους πολίτες να τις προσπελάσουν και να τις χρησιμοποιήσουν. Με την έννοια της προσπελασιμότητας, εννοούμε την τοποχρονική δυνατότητα παροχής ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους της χώρας, ή μιας συγκεκριμένης περιοχής, σε κάθε σημείο της περιοχής ευθύνης των υπηρεσιών και σε ολόκληρο το 24ωρο.

γ. Να είναι αποδεκτές από τους πολίτες. Και αυτό αναφέρεται, στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών, στο επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων και στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων.

"Ο όρος Υπηρεσίες Υγείας ή Υγειονομικές Υπηρεσίες, περιλαμβάνει, το σύνολο των παρεχομένων ιατρικών φροντίδων, προληπτικών και θεραπευτικών, καθώς και τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους. Ο όρος αυτός εκπεριέχει τόσο την έννοια της φροντίδας υγείας (health care), όσο και αυτήν της περίθαλψης (treatment)".

Η περίθαλψη αναφέρεται σε Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται σε άτομα τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά, ή αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας.

Η φροντίδα αναφέρεται και σε Υπηρεσίες Υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα στο σύνολο του πληθυσμού μιας κοινότητας, ή μιας χώρας.

Όπως είδαμε η περίθαλψη διακρίνεται σε εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες, οι οποίες αφορούν τη διάγνωση και θεραπεία εκτός Νοσοκομείου και στην Νοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, οι οποίες παρέχονται στο Νοσοκομείο για τη διάγνωση και θεραπεία του ασθενούς.

α. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ: ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Τα πρώτα Νοσοκομεία εμφανίσθηκαν υπό την επίδραση

του Χριστιανισμού κατά τα τέλη του 4ου μ.χ. αιώνα και στο Βυζάντιο ανήκει η τιμή των πρώτων αγαθοεργών καταστημάτων και ιδρυμάτων, των πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων, και των απλών νοσοκομείων στα Μοναστήρια, τα οποία αρχικά ονομάσθηκαν Ξενοδοχεία. Η ονομασία τους αυτή οφείλεται στο γεγονός ότι αυτά ήταν Ξενοδοχεία, στα οποία κατέφευγαν οι ταξιδιώτες και ξένοι, και διέθεταν κάποιο ιδιαίτερο κτήριο για όσους από αυτούς ήταν άρρωστοι. Φημισμένο σε όλη την Βυζαντινή Αυτοκρατορία ήταν το ίδρυμα "Βασιλείας", που ανεγέρθηκε από τον Μεγ. Βασίλειο στην Καισάρεια (368 μ.χ.) και περιελάμβανε εκτός των άλλων και ένα Νοσοκομείο, καθώς και το Νοσοκομείο της Μονής του Παντοκράτορος στην Κωνσταντινούπολη (1136), που ιδρύθηκε από τον αυτοκράτορα Ιωάννη Κομνηνό τον Β' και την συζύγό του Ειρήνη. Κατά τους 11ο και 12ο αιώνα εμφανίσθηκαν πολυάριθμα λαιμοκαθαρητήρια και λεπροκομεία, τα λεγόμενα "Λαζαρέττα", τα οποία ήταν διάσπαρτα σε όλη την Ευρώπη, λόγω των επιδημικών διαστάσεων που είχε λάβει τότε η λέπρα.

Οι ιδιαίτεροι στενοί δεσμοί Εκκλησίας και περίθαλψης των αρρώστων διατηρούνται τουλάχιστον μέχρι τον Μεσαίωνα, και ήταν αποτέλεσμα της επικράτησης της αντιλήψεως ότι η αρρώστια σχετίζεται άμεσα "με την απόκλιση της ζωής του ατόμου από τους θρησκευτικούς κανόνες". Στο Μεσαίωνα το Νοσοκομείο, ήταν κυρίως ένα εκκλησιαστικό ίδρυμα που η παροχή ιατρικών φροντίδων είχε δευτερεύοντα ρόλο. Αυτός ο τύπος ιδρύματος αντικαθίστανται το 16ο

αιώνα και δημιουργείται ένας νέος τύπος Νοσοκομείου, που οι στόχοι του, δεν είναι θρησκευτικοί, αλλά κοινωνικοί αφήνοντας όμως την παροχή ιατρικών φροντίδων σε δεύτερη μοίρα. Αυτό το είδος του Νοσοκομείου συνεχίζει να λειτουργεί έως το 19ο αιώνα, παρέχοντας υπηρεσίες στους αρρώστους και τους φτωχούς.

Από το 1897 συστήθηκε και λειτούργησε το "Βαρβάκειο και Πρώϊο Νοσοκομείο Σύρου" μετά από εράνους που έγιναν ανάμεσα στους εύπορους πρώτους οικιστές της Σύρου, της Σμύρνης, των Ψαρρών, της Κρήτης, της Κάσου, της Εφέσου, των Κυδωνιών και διαφόρων άλλων πόλεων της Μικράς Ασίας και της Ευρωπαϊκής Τουρκίας. Το Νοσοκομείο αυτό αναφέρεται σαν το πρώτο της ελεύθερης Ελλάδας.

Το 1836 ιδρύθηκε το Δημοτικό Νοσοκομείο της Αθήνας "Η ΕΛΠΙΣ" μετά από μεγάλη δωρεά στο Δήμο των Αθηναίων από το Βαυαρό Βασιλιά Λουδοβίκο, πατέρα του Όθωνα. Επίσης το 1852 ιδρύθηκε το Στρατιωτικό Νοσοκομείο της Αθήνας.

Μετά την ανέγερση και λειτουργία των παραπάνω Νοσοκομείων, σειρά από λαμπρά Νοσηλευτικά Ιδρύματα συστήθηκαν. Ενδεικτικά θα αναφέρω μερικά από αυτά Δημοτικά, ή Ιδιωτικής Πρωτοβουλίας όπως:

Δημοτικά

Τξάνειο Πειραιά (1876), Άγιος Ανδρέας Πάτρας (1872), Πύργου (1822), Βόλου (1903), Θεσσαλονίκης (1913) κ.α.

Ιδιωτικής Αγαθοεργίας

Θεραπευτήριο "ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ" (1890), Ελληνικού Ερυθρού

Σταυρού (1931), Πολυκλινική Αθήνας (1903), Άγιος Διο-
νύσιος Αίγινας, Γ. Κατζηκωνάτα Ιωαννίνων, Βοστανείο
Μυτιλήνης και άλλα"θ

Από το 1922 άρχισαν να ιδρύονται τα Γενικά Κρατικά
Νοσοκομεία. Αξίζει όμως να σημειωθεί η ίδρυση μεγάλου
αριθμού από ειδικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα, όπως Ψυχια-
τρεία, Νοσοκομεία Λοιμωδών Νόσων, Αφροδισίων Νόσων,
Οφθαλμιατρεία, σε πολλά σημεία της Επικράτειας.

"Μέχρι τις αρχές του αιώνα μας, όλες οι θεραπευ-
τικές πράξεις δεν απαιτούσαν το χώρο και τον εξοπλισμό
του Νοσοκομείου, δεδομένου ότι μπορούσαν να πραγματο-
ποιηθούν χωρίς κανένα απολύτως πρόβλημα και μάλιστα με
πολύ περισσότερες δυνατότητες επιτυχίας"φ Αναφέρεται ότι
μέχρι τις αρχές του 19ου αιώνα η βασική αιτία θνησιμό-
τητας στα Νοσοκομεία ήταν οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις
και ότι οι άρρωστοι που εισάγονταν στο Νοσοκομείο είχαν
πολύ περισσότερες πιθανότητες να πεθάνουν από κάποια
μολυσματική αρρώστια, παρά από αυτήν που ήταν η αιτία
εισαγωγής τους σ αυτό.

" Από το τέλος του 18ου αιώνα σημειώνονται ουσια-
στικές μεταβολές στα θεραπευτήρια και Νοσοκομεία, υπό
την επίδραση κυρίως της υγιεινής. Η ανάγκη, για καθο-
ρισμό κριτηρίων στο σχεδιασμό Νοσοκομείων, τέθηκε για
πρώτη φορά από τους Αικαί και Λανόιειες και υποστηρίχ-
θηκε από τη Nightingale στο βιβλίο της "Notes on Hospi-
tals"q

Από τότε κατασκευάστηκαν πολλά νοσηλευτήρια, που

είχαν τον τύπο "περιπτέρων". Η σύνθεση αυτών των νοσηλευτηρίων βασίζεται κύρια στην νοσηλευτική μονάδα, γνωστή ως θάλαμος "Nightingale" ανοιχτός θάλαμος.

"Ένας τυπικός "Nightingale" θάλαμος χαρακτηρίζεται από την παράταξη διπλής σειράς 30 συνολικά κλινών. Τα μεγέθη του θαλάμου είναι συνήθως 9μ. πλάτος 36,6μ. μήκος και 5μ. ύψος. Τα περίπτερα συνδέονται μεταξύ τους με διαδρόμους και βοηθητικούς χώρους. Η επίδραση στον κατασκευαστικό τους σχεδιασμό του εύρους των λειτουργιών και των παροχών υγείας που έπρεπε να καλύψει το κτίριο, ήταν ελάχιστη. Αντίθετα, μεγάλη ήταν η επίδραση των αντιλήψεων της εποχής εκείνης ότι το υψηλό ποσοστό μόλυνσεων των αρρώστων στα Νοσοκομεία, οφείλονταν σε "σπυρά μιάσματα" που βρίσκονταν στον αέρα και επομένως οι καλύψεις θα μπορούσαν να μειωθούν δραστικά ενώ τα "μιάσματα" αυτά διαχέονταν σε όσο γίνεται μεγαλύτερο όγκο αέρος και οι θάλαμοι αερίζονταν καλά". Οι αντιλήψεις αυτές διατηρήθηκαν μέχρι τις αρχές του 20ου αιώνα, οπότε τελειοποιήθηκαν μερικά σημαντικά έργα της τεχνολογίας όπως το μικροσκόπιο, οι μικροβιολογικές και καλλιεργητικές μεθόδους, τα οποία είχαν ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη των μικροβίων ως αιτία νόσων, κυρίως όμως των συνθηκών δημιουργίας και εξάπλωσης επιδημιών.

Τα βασικά στοιχεία που έπρεπε να καλύπτουν τα Νοσηλευτήρια τότε ήταν:

α. η αποτελεσματικότητα και οικονομία όσον αφορά τη νοσηλευτική διαδικασία.

β. η εύκολη παρακολούθηση όλων των ασθενών από το Νοσηλευτικό προσωπικό.

γ. η κατανομή ασθενών κατά ομάδες, που το μέγεθός τους να επιτρέπει άνετα την παρακολούθηση και φροντίδα τους.

Μέχρι την δεκαετία του 1930 ο Υγειονομικός Τομέας ήταν σε ένα μέρος του αποτελεσματικός, αφού οι ιατρικές παρεμβάσεις ήταν ελάχιστες. Αν είχε βελτιωθεί το επίπεδο υγείας του πληθυσμού αυτό οφείλονταν στις αλλαγές των συνθηκών διαβίωσης και υγιεινής, αφού η αύξηση του εισοδήματος επέτρεπε στα άτομα να εκπαιδευτούν και να ενημερωθούν σε θέματα υγιεινής.

Οι δεκαετίες του 1940 και 1950 με την εξέλιξη της τεχνολογίας αλλά και των φαρμάκων έδωσε την ευκαιρία στην ιατρική παρέμβαση να γίνει προσιτή σε όλους. Εν τω μεταξύ η μορφή των Νοσοκομείων άλλαξε ριζικά και από φιλανθρωπικά ιδρύματα που ήταν μετατράπηκαν σε ιδρύματα όπου οι γιατροί μπορούσαν να προσφέρουν νοσοκομειακές φροντίδες υγείας.

Στη δεκαετία του 1950 με την ανάπτυξη των βιομηχανικών χωρών που το 1961 ίδρυσαν το ΟΟΣΑ παρατηρείται επέκταση της κοινωνικής πολιτικής αλλά και του Υγειονομικού Τομέα. Αυτό οφείλεται στον δημόσιο τομέα ο οποίος δίνει πόρους και χρηματοδοτεί την υγεία. Επίσης την ίδια περίοδο έχουμε και προσπάθειες σχεδιασμού Νοσοκομείων στις ΗΠΑ, στις Σκανδιναβικές χώρες και στη Βρετανία. Αρχίζουν στον κατασκευαστικό τους σχεδιασμό να ευρύνουν

τις λειτουργίες τους, ενώ η πιο συστηματική και πειραματική μελέτη θεωρείται ότι "είναι η μελέτη "Studies in the Functions and Design of Hospitals" των βρεττανών της ομάδας "Nightingale" (1955) όπου για πρώτη φορά συνεργάστηκαν άτομα διαφόρων ειδικοτήτων (αρχιτέκτονες), μηχανικοί, ιστορικοί, ιατροί, νοσηλευτές, διοικητικοί, για να μελετήσουν τμήματα Νοσοκομείου, το περιβάλλον και την ανάγκη -ζήτηση για νοσηλευτικές υπηρεσίες μιας συγκεκριμένης περιοχής¹⁰

Οι σπουδαιότεροι παράγοντες, οι οποίοι συνέβαλαν σ' αυτήν την ανάπτυξη του Υγειονομικού Τομέα, συνδέονται με το οικονομικό, πολιτιστικό και υγειονομικό περιβάλλον εκείνης της περιόδου. Ειδικότερα:

α. Οι ανθρωπιστικές ιδέες και αντιλήψεις, οι οποίες διαπνέουν τους λαούς, αλλά και τις κυβερνήσεις των χωρών, μετά τις καταστροφικές συνέπειες που είχε ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος.

β. Η αποδοχή της αντίληψης πως η Υγεία είναι δημόσιο κοινωνικό αγαθό και επομένως πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους, σύμφωνα με τις ανάγκες των πολιτών και ανεξάρτητα από το εισόδημα και την κοινωνική θέση του κάθε ατόμου.

γ. Ο υψηλός ρυθμός οικονομικής ανάπτυξης που διέπει το σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ ο οποίος επιτρέπει την συνεχή χρηματοδότηση του Υγειονομικού Τομέα.

δ. Ο αυξημένος παρεμβατικός ρόλος και η συμμετοχή του Κράτους στην οικονομική δραστηριότητα.

ε. Η προσπάθεια της ιατρικής επιστήμης να στραφεί κυρίως προς την θεραπευτική κατεύθυνση είχε ως αποτέλεσμα την οργάνωση νοσοκομείων με εξοπλισμό υψηλής τεχνολογίας.

Μέχρι το 1980 το Νοσοκομείο πέρασε από τα στάδια της επέκτασης των γνώσεων για τη διαγνωστική διαδικασία και τη θεραπεία των ασθενειών, της μετατροπής του Νοσοκομείου σ'ένα κέντρο, διαγνωστικό και θεραπευτικό όπου απασχολούνται ένα πλήθος επαγγελματιών υγείας και όχι μόνο οι γιατροί για να φτάσει ως τη σημερινή του μορφή. Μια πηγή "υγείας" που δεν περιορίζεται μόνο στη διάγνωση και στη θεραπεία, αλλά επεκτείνεται και σε τομείς πρόληψης και αποκατάστασης.

Τέλος, η συνεχής ανάπτυξη της τεχνολογίας της Βιοϊατρικής, των μεθόδων θεραπείας και νοσηλείας και οι αυξανόμενες ανάγκες για την υγεία, έχουν μετατρέψει τα Νοσοκομεία σε συνεχώς εξελισσόμενους Οργανισμούς. Οι λειτουργίες που πραγματοποιούνται διαφοροποιούνται αλλά και συγκροτούνται πολλές φορές. Έτσι, ουσιαστική προϋπόθεση για την ικανοποίηση των αναγκών του ασθενούς είναι η σωστή οργάνωση και διαχείριση, και η συμμετοχή στη διαχείριση όλων των επαγγελματιών υγείας που εμπλέκονται στο νοσοκομειακό σύστημα.

3. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Στην ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις περιόδους.

Η πρώτη περίοδος, έχει την αφετηρία της στην αύ-

στάση του Ελληνικού Κράτους και φθάνει μέχρι το 1909".¹¹
Την περίοδο αυτή το Νοσοκομείο ήταν μικρό σε δυναμικό-
τητα και με πολύ περιορισμένα μέσα για ικανοποιητική προσ-
φορά υπηρεσιών. Τα εύπορα αλλά και τα λαϊκά στρώματα
απέφευχαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του και αποτε-
λούσε καταφύγιο μόνο των απόρων.

"Η δεύτερη περίοδος, 1909-1952 χαρακτηρίζεται από
την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον ευαίσθητο
υγειονομικό χώρο και την ίδρυση κρατικών, γενικών και
ειδικών Νοσοκομείων, λόγω και των ειδικών συνθηκών που
επικρατούν (πόλεμοι, πρόσφυγες κ.α.)".¹² Την περίοδο αυτή,
παρόλο που οι υγειονομικές συνθήκες βελτιώθηκαν, το
επίπεδο περίθαλψης που παρείχε το Νοσοκομείο ήταν χαμηλό
σε σύγκριση με το επίπεδο των ευρωπαϊκών χωρών. Εξαίρεση
αποτελούσαν τα Νοσοκομεία της Αθήνας "Ευαγγελισμός",
"Ερυθρός Σταυρός" και "Πολιτικόν" τα οποία παρείχαν νο-
σηλεία υψηλού επιπέδου και διακρίθηκαν ως τα μοναδικά
επιστημονικά κέντρα της εποχής αυτής.

"Σταθμοί στην ιστορία του υγειονομικού τομέα απο-
τελούν οι νόμοι που ψηφίστηκαν την περίοδο αυτή 28882/
22 (27-8-22)". Περὶ Υπουργείου Υγείνης και Κοινωνικής
Πρόνοιας", 6298/34 (24-9/10-10-1934) "περὶ Κοινωνικῶν
Ασφαλίσεων" και ο Α.Ν. 965/1937 "περὶ οργανώσεως των
δημοσίων νοσηλευτικῶν και υγειονομικῶν ἰδρυμάτων" ο
οποῖος, αποτέλεσε και το θεμέλιο λίθο στην οργάνωση της
νοσοκομειακῆς περίθαλψης στη χώρα μας".¹³

Στην τρίτη περίοδο 1953-1982 με το Ν.Δ. 2592/1953

"περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως" η νοσοκομειακή περίθαλψη, εμφανίζεται αρκετά οργανωμένη, παρέχεται από Κρατικά Νοσοκομεία που λειτουργούν ως ΝΠΔΔ, Νοσοκομεία που αποτελούν ΝΠΙΔ και ιδιωτικές κλινικές, και για πρώτη φορά έχουμε αποκέντρωση στον υγειονομικό τομέα με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα κ.α.

"Η τέταρτη χρονική περίοδος που ακολουθεί, αρχίζει το 1983, και φθάνει μέχρι σήμερα, χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.), με τους νόμους 1397/1983 και 2071/1992". Την περίοδο αυτή παρατηρείται έντονη κρατική παρέμβαση στους τομείς της οργάνωσης, της διοίκησης, αλλά και της λειτουργίας. Τον ίδιο καιρό έχουμε και την ένταξη των Νοσοκομείων ιδιωτικού δικαίου που υπήρχαν στις διατάξεις του Ν. 2592/1953. Η προσπάθεια αυτή εξελίσσεται αλλά πολλές φορές επηρεάζεται από τις διαφορετικές αντιλήψεις κάθε κυβέρνησης που είναι στην εξουσία.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Α. Ε Σ Υ

ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Α. ΕΣΥ. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Με το Ν/Σ της 7ης Οκτωβρίου του 1983, που φέρει το τίτλο "ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ", η τότε κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ απέβλεπε στην εισαγωγή θεσμών και κανόνων που όπως υποστήριξε "θα στήριζαν την υλοποίηση της πολιτικής στον τομέα της προστασίας της υγείας του Ελληνικού λαού".

Οι επιλογές και οι ρυθμίσεις που περιλαμβάνονταν στο Ν/Σ εξέφραζαν τις ιδέες του Πανελληνίου Σοσιαλιστικού Κινήματος και είχαν ως αφετηρία τις εξής αρχές:

1. Η υγεία είναι Κοινωνικό Σχέδιο που δεν υπακούει στους νόμους του κέρδους.

2. Κάθε πολίτης ανεξάρτητα από την κοινωνική και οικονομική του θέση και τον τόπο διαμονής του, έχει το ίδιο δικαίωμα για ίση και υψηλού επιπέδου περίθαλψη και κοινωνική φροντίδα.

3. Η προστασία της υγείας, όπως επομένως, συμπεραίνεται από τα παραπάνω είναι αποκλειστική ευθύνη του κράτους.

Η κυβέρνηση επίσης τόνισε πως η ίδια μέσα από ένα δημοκρατικό σύστημα υγείας θα διασφάλιζε την ουσιαστικοποίηση του δικαιώματος αυτού σε κάθε πολίτη, καθώς και τη βελτίωση του επίπεδου των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και θα αξιοποιούσε τα επιτεύγματα, και τις εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας σε όφελος του συνόλου του λαού.

Ως υποχρέωση, βεβαίως του Κράτους θα ήταν η ανάπτυ-

ξη της πολιτικής σχέσης η οποία θα αποσκοπούσε στην κάλυψη των αναγκών σε όλους τους τομείς της περίθαλψης από την πρόληψη της αρρώστιας μέχρι και το στάδιο της ανάρρωσης, αλλά και θα διασφαλίζονταν το δικαίωμα και η ουσιαστική δυνατότητα στον ίδιο το λαό να συμμετέχει στο σχεδιασμό και προγραμματισμό της πολιτικής αυτής να παρακολουθεί και να ελέγχει την υλοποίησή τους.

Όπως αναφέρεται στην ιστορική εξέλιξη των συστημάτων και υπηρεσιών υγείας, στην εισηγητική έκθεση του Νομοσχεδίου, η οργάνωση της νοσοκομειακής περίθαλψης χρονολογείται από το 1937 που ψηφίστηκε ο Αναγκαστικός Νόμος 965 για τα Δημόσια Νοσηλευτικά και Υγειονομικά Ιδρύματα. Αργότερα οι ανάγκες του πολέμου υποχρέωσαν πολλές χώρες να βάλουν τη λειτουργία των νοσοκομείων σε καινούργιες βάσεις που στη συνέχεια αξιοποιήθηκαν για την αναδιοργάνωση των υπηρεσιών σε καιρό ειρήνης. Στην Ελλάδα με την Α.Ν. 2769/1941 ιδρύθηκαν καινούργια νοσοκομεία που παρέμειναν και μετά τον πόλεμο.

Ενας από τους βασικούς κατευθυντήριους άξονες του ΕΣΥ που αφορούσε το Νοσοκομείο ήταν πως το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου θα είχε την πλήρη ευθύνη για τη διοίκηση, οργάνωση και λειτουργία των Νοσοκομείων, των Κέντρων Υγείας και των περιφερειακών τους Ιατρείων που θα υπάγονταν σ' αυτό. Το Δ.Σ. του Νοσοκομείου θα ήταν ο μοναδικός φορέας που θα είχε την ευθύνη του τρόπου παροχής ολόκληρου του φάσματος των υπηρεσιών, στην πρόληψη, στη διάγνωση, στη θεραπεία και στην αποκατά-

σταση. Φορέας που θα βρίσκονταν σε άμεση επαφή με τον πληθυσμό, που θα εξυπηρετούσε το Νοσοκομείο και τα Κέντρα Υγείας που θα υπάγονταν σ' αυτό, θα ήταν, σε θέση ν' αποφασίζει για την υλοποίηση του προγράμματος, με πλήρη γνώση των τοπικών συνθηκών και των πραγματικών αναγκών μια περιοχής.

Επίσης θεσπίστηκε μια ακόμη διαδικασία που θα βοηθούσε στο μηχανισμό λήψης των αποφάσεων. Εκπρόσωποι των γιατρών και άλλων εργαζομένων στον τομέα της υγείας και της τοπικής αυτοδιοίκησης θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στα Δ.Σ. των Κρατικών Νοσοκομείων, ή θα συμπλήρωναν τα Δ.Σ. στις περιπτώσεις που η σύνθεσή τους δεσμεύονταν από την ιδρυτική πράξη. Αντίστοιχη με τα Δ.Σ. των Νοσοκομείων ήταν η σύνθεση των Εποπτικών Συμβουλίων των Νοσοκομείων που δεν υπάγονταν στο Ν.2592/1953, εξασφαλίζοντας και σ' αυτά τα Νοσοκομεία τον κοινωνικό έλεγχο και εποπτεία.

Η Κυβέρνηση επίσης τόνισε πως η νέα οργανωτική, διοικητική και λειτουργική διάρθρωση των υπηρεσιών υγείας θα βασιζόνταν πάνω σε σύγχρονες αντιλήψεις διοίκησης έχοντας σαν στόχο "τον κεντρικό σχεδιασμό, την αποκεντρωμένη περιφερειακή ευθύνη οργάνωση λειτουργίας, την υλοποίηση σε τοπική βάση, την αντιγραφειοκρατική πρακτική και τελικά την μεγαλύτερη δυνατή αύξηση της παραγωγικότητας". Η υλοποίηση αυτών των στόχων περνάει μέσα από το δημοκρατικό προγραμματισμό και τον κοινωνικό έλεγχο που εκφράζεται με:

α. Το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας το οποίο συνίσταται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και θα έχει την συνολική ευθύνη του ελέγχου της απόδοσης του συστήματος.

β. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας που θα έχουν την έδρα τους σε κάθε υγειονομική περιφέρεια και την ευθύνη για την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος στην περιφέρεια.

γ. Τα νομαρχιακά συμβούλια και τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων στο επίπεδο σύλληψης των αναγκών και υλοποίησης του προγράμματος σε τοπική βάση. Η μορφή της οργάνωσης αυτής με την χρησιμοποίηση κατάλληλα εκπαιδευμένων και εξειδικευμένων, της τοπικής αυτοδιοίκησης και των υγειονομικών "θα καταστήσουν το σύστημα αντιγραιοκρατικό, αποδοτικό και ευέλικτο και θα αυξήσουν την παραγωγικότητα σε όλα τα επίπεδα"³, όπως υποσχόταν το νομοσχέδιο.

Προϋπόθεση, της νέας Κυβέρνησης, ήταν η προγραμματισμένη και ταχύρρυθμη ανάπτυξη της υποδομής, που θα στήριζε την πορεία για την επίτευξη του τελικού σκοπού που ήταν η εξασφάλιση ισότιμης περίθαλψης σε όλο τον Ελληνικό λαό. Για το σκοπό αυτό καταρτίστηκε πενταετές πρόγραμμα για την ανάπτυξη σε αποκεντρωτική βάση των υπηρεσιών για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα (πρόνοια). "και είναι η πρώτη φορά, στη χώρα μας, που μπορούμε ν' αναφερόμαστε σ' ένα συνολικό, ιεραρχημένο οργανωτικά και χρονικά πενταετές πρόγραμμα αναβάθμισης και ισορροπής ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας"⁴. Όπως

υποστήριζε η ίδια.

Η τότε κατάσταση από πλευράς υποδομής στο χώρο, της υγείας χαρακτηριζόταν από τεράστιες αδυναμίες και ελλείψεις. Η συγκεντρωμένη υποδομή σε εγκαταστάσεις (Αγροτικά Ιατρεία, Υγειονομικούς Σταθμούς και φυσικά στα Νοσοκομεία) και εξοπλισμό, η επάρκεια και χωροταξιακή κατανομή σε μέσα και έμψυχο δυναμικό (γιατροί και λοιπό υγειονομικό προσωπικό) έδινε μια εικόνα υπανάπτυξης στον δημόσιο τομέα. Κύριο, στοιχείο η ανεπάρκεια των δημοσίων νοσοκομειακών κρεβατιών. Το 1982 υπήρχαν μόνο 32.000 περίπου κρεβάτια, που ήταν πραγματικά ανεπτυγμένα και όχι αυτά που προβλέπουν οι οργανισμοί των Νοσοκομείων που φτάνουν πλασματικά τα 34.000. Αλλα χαρακτηριστικά της κατάστασης αυτής ήταν :

- Εξαιρετικά άνιση ήταν η κατανομή των κρεβατιών του Δημοσίου Τομέα σε βάρος της περιφέρειας. Από τα 100 κρεβάτια τα 63 βρίσκονταν στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη και τα 37 στην υπόλοιπη χώρα. Έτσι ενώ η Αθήνα είχε 5,1 κρεβάτια ανά 1.000 κατοίκους ή αναλογία για το νόμο Αιτωλ/νίας ήταν 0,75 και για ολόκληρη τη Θεσσαλία 1,0 κρεβάτι.

- Άλλο χαρακτηριστικό της κατάστασης ήταν ότι είχαμε μικρό σε αριθμό κρεβατιών μεγέθη νοσοκομειακών σύμφωνα με τον πληθυσμό του νομού τους. "Παράδειγμα, το νέο νοσοκομείο Χαλκίδας με 180 κρεβάτια, που ανάλογα με το σύνολο πληθυσμού του Ν. Ευβοίας θα έπρεπε να είναι τριπλάσιο".

- Επίσης τεράστια έλλειψη χώρων διάγνωσης, θεραπείας

κ.λ.π. που σε συνδυασμό με ανεπίτρεπτα μεγάλο αριθμό κρεβατιών σε ορισμένα νοσοκομεία είχαν ως αποτέλεσμα την υποβαθμισμένη νοσηλεία και την χαμηλή αποδοτικότητα.

— Ελλειψη ιατρικού εξοπλισμού, ή αντίθετα εξοπλισμός σε αποθήκες, ανεπάρκεια συντήρησης και ελέγχου ασφαλείας άγνοιας χρήσης, ακόμα ανεξέλεγκτες και ασυντόνιστες προμήθειες.

— Αδυναμία ικανοποιητικής οργάνωσης και διοίκησης των νοσοκομείων.

— Ελλειψη νοσηλευτικού προσωπικού, μικρό ποσοστό εκπαιδευμένων αδελφών, μεγάλη συγκέντρωση στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη.

— "Ο παγκόσμιος και ο ευρωπαϊκός δείκτης ήταν 2,3 νοσοκόμες ανά γιατρό όταν στην Ελλάδα ήταν 0,9. Από τις 19.803 νοσοκόμες που υπήρχαν, οι 10.983 ήταν απόφοιτες σχολών και συγκεκριμένα, 1.728 μαίες, 5.455 νοσοκόμες 3ετούς ή 4ετούς φοίτησης, 3.800 νοσοκόμες μονοετούς φοίτησης και 8.820 πρακτικές. Από το συνολικό αριθμό οι 13.163 ήταν στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη και οι 6.640 στην υπόλοιπη χώρα".

Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα την εισροή ασθενών από την περιφέρεια προς τα δύο μεγάλα κέντρα με όλες τις οικονομικές, κοινωνικές, αλλά και λειτουργικές συνέπειες που μπορεί να δημιουργηθούν στο σύστημα.

Ετσι ενώ τα περισσότερα επαρχιακά νοσοκομεία υπολειπόμενα, στην Αθήνα εμφανίσθηκαν τα ράντζα, η ντροπή για το επίπεδο παροχών της πολιτείας.

"Σταθιακοί από το 1970 μέχρι το 1973 προστέθηκαν στη δύναμη πολλών νοσοκομείων της Αθήνας 500 περίπου ράντζα. Το 1982 κατορθώθηκε να περιοριστεί ο αριθμός τους αλλά και η χρήση τους σχεδόν αποκλειστικά στις μέρες εφημερίας με στόχο να φύγουν τελείως στο δυνατό συντομότερο χρονικό διάστημα".

Βέβαια όλα τα παραπάνω είναι μερικά γενικά προβλήματα που αντιμετώπιζαν τα νοσοκομεία στη δεκαετία του 1980.

Το συγκεκριμένο θέμα της "Διοίκησης των Νοσοκομείων" και το αν πέτυχε ή όχι, θα προσπαθήσουμε να το δείξουμε μέσα από συγκεκριμένα άρθρα που σε συνδυασμό με τις τροποποιήσεις που έγιναν το 1992 θα φανούν τα πλεονεκτήματα αλλά και τα μειονεκτήματα του Νομοσχεδίου της 7ης Οκτωβρίου του 1983.

Β. Ε Ο Σ Υ

ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Β. ΕΟΣΥ. ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με το Ν/Σ της 15ης Ιουλίου του 1992 που φέρει τον τίτλο "ΕΚΣΥΓΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ" η τότε κυβέρνηση της Ν.Δ., όπως τόνισε η ίδια στην εισηγητική της έκθεση, μελέτησε προσεκτικά τα προβλήματα και τις αδυναμίες της κατάστασης στον τομέα της υγείας, που περιέβαλε και υπόσχεται να αξιοποιήσει στο έπακρο το έμπυχο δυναμικό και την υπάρχουσα υποδομή και να προσφέρει στον ελληνικό λαό κατάλληλες υπηρεσίες υγείας που να εξασφαλίζουν σαν πρώτη προτεραιότητα της κυβέρνησης, την υγεία του και την ποιότητα ζωής.

"Αφού λήφθηκαν σοβαρά υπόψη οι διαχρονικά εξελισσόμενες κοινωνικές ανάγκες, όσο και οι ανησυχίες του απλού πολίτη στο πιο απομακρυσμένο σημείο της χώρας εκπονήθηκε το παρόν νομοσχέδιο", το οποίο:

- Διορθώνει τα σφάλματα, τις ελλείψεις και τις αδυναμίες της προηγούμενης κατάστασης.
- Δημιουργεί νέες μορφές υπηρεσιών αναγκαίες στη χώρα.
- Οργανώνει σύστημα υγείας σε δυναμική εξελικτική μορφή που μπορεί να προσαρμόζεται στις διαμορφούμενες κάθε φορά κοινωνικές ανάγκες.
- Αποκαθιστά την εμπιστοσύνη του πολίτη στο σύστημα και του προσφέρει ελευθερία επιλογής.
- Αξιοποιεί στο μέγιστο δυνατό το στελεχιακό δυναμικό του συστήματος και δίνει λύσεις στα χρονίζοντα προβλήμα-

τά του, τον παρακινεί και το ενδυναμώνει στην αποστολή του.

— "Προγραμματίζει στην ορθολογική αναδιανομή των πόρων και επιβάλλει χρηστή διαχείριση επιχειρεί την ριζική αυτή μεταρρύθμιση στην υπάρχουσα κατάσταση με στόχο να θέσει στην υπηρεσία του πολίτη ένα σύστημα με ανθρώπινο χαρακτήρα και συνάμα με προοπτική και ευελιξία διαχρονική".

Το σχέδιο νόμου αναφέρεται γενικά στις εξής ρυθμίσεις:

1. Στη διάρθρωση των διαρθρωτικών απωλειών του υπάρχοντος νόμου και την εξασφάλιση των προϋποθέσεων για την ολοκλήρωση του σκοπού του.

Εδώ περιλαμβάνεται η ενεργοποίηση των ΠΕ.Σ.Υ. και η απογραφειοκρατικοποίηση του ΚΕ.Σ.Υ. και η μετατροπή του σ' ένα ευέλικτο και σύγχρονο γνωμοδοτικό όργανο.

2. Στην ενεργοποίηση του πολίτη σε αποτελεσματικότερες υπηρεσίες υγείας.

3. Στον εκσυγχρονισμό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του δημοσίου τομέα και έλεγχο, στην ανάπτυξη και λειτουργία του ιδιωτικού τομέα.

Εδώ επισημαίνονται η σωστή, αποτελεσματική και διαφανής διαχείριση καθώς και η σύγχρονη μορφή διοίκησης στους φορείς του δημοσίου τομέα, ο εκσυγχρονισμός και η ανάπτυξη στην οργάνωση και λειτουργία των εξωτερικών Ιατρείων, και η δημιουργία νέων επιστημονικών ταμείων στα νοσοκομεία και αναδιάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας.

4. Στην ενίσχυση του κύρους για το έμπυχο δυναμικό

του συστήματος που παράγει τις υπηρεσίες υγείας.

Εδώ περιλαμβάνονται και τα κίνητρα, όπως επιδόματα, αναγνώριση προϋπηρεσίας και εκπαιδευτικές άδειες που δίνονται σε νέους ανθρώπους ώστε να τους προκαλέσει το ενδιαφέρον για το θεσμό του νοσοκομείου.

5. Στην άμεση προτεραιότητα στην εκπαίδευση και μετεκπαίδευση του επιστημονικού προσωπικού.

6. "Στην παροχή δυνατότητας για ευρύτατη συμμετοχή στα συλλογικά όργανα των ιατρικών οδοντιατρικών, φαρμακευτικών και νοσοκομειακών ιατρικών Συλλόγων όπως στα ΚΕ.Σ.Υ. τα ΠΕ.Σ.Υ., τα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια συμβούλια κρίσεως με τις αρχές της δημιουργικής προσφοράς και συναινέσεως για τη σωστή και αποδοτική λειτουργία του συστήματος υγείας, καθώς και σε κάθε διαδικασία που οι προβλέψεις του παρόντος νομοσχεδίου αναθέτουν στην έκδοση ρυθμιστικών προεδρικών διαταγμάτων και υπουργικών αποφάσεων".

8. Στις μεταρρυθμίσεις στον χώρο της ψυχικής υγείας.

Αυτοί συνοπτικά είναι οι άξονες που κινείται το Ν/Σ του 1992 και όπως επισήμανε η τότε κυβέρνηση "σε ολόκληρο το νομοσχέδιο οι δημοκρατικές αξίες και τα φιλελεύθερα ιδεώδη είναι διάχυτα και διατυπώνονται κρυστάλλινα και αδιάβλητα στα άρθρα - αρχές του νομοσχεδίου. Κατεβλήθη απεριόριστη προσπάθεια να τεθούν ισχυρές και σταθερές βάσεις για μία δυναμική και συνεχώς βελτιούμενη, προοπτική, αυτή που θα μπορέσει στο παρόν και στο μέλλον

να απαλλάξει το σύστημα από τις αδυναμίες του παρελθόντος και να το αναδείξει άξιο στις προσδοκίες του λαού μας".

Στις επόμενες σελίδες παρουσιάζονται οι τροποποιήσεις που έγιναν από το Νομοσχέδιο του 1992 περί "Εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του Συστήματος Υγείας " πάνω στο Νομοσχέδιο του 1983 περί "Εθνικού Συστήματος υγείας" και αφορούν τα άρθρα που αναφέρονται στη "Διοίκηση των Νοσοκομείων".

Γ. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΣΥ ΚΑΙ ΕΟΣΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

ΩΣ ΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

Γ. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΣΥ ΚΑΙ ΕΟΣΥ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1ο

Τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα ως Νομικά Πρόσωπα

ΕΣΥ 7/10/83

Άρθρο 6

"1. Νοσοκομεία ιδρύονται μόνον ως Ν.Π.Δ.Δ. Η ίδρυση, η κατάργηση, η συγχώνευση νοσοκομείων και η μεταφορά της έδρας τους γίνεται με Π.Δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμοδίου Υπουργού, όταν πρόκειται για μετατροπή ή συγχώνευση, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Η οργάνωση λειτουργία και διοίκηση των νοσοκομείων διέπεται από τις διατάξεις του νόμου αυτού. Η ίδρυση νοσοκομείου με οποιαδήποτε άλλη νομική μορφή και η χρησιμοποίηση της ονομασίας "νοσοκομείο" ή παρεμφερούς από ιδιωτικές κλινικές απαγορεύεται. Εν πάση περιπτώσει, προκειμένου περί ιδιωτικών κλινικών η αναφορά "ιδιωτική κλινική" είναι υποχρεωτική.

2. Νοσοκομειακές μονάδες που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ως υπηρεσίες ΝΠΔΔ ή ΝΠΙΔ εφόσον επιχορηγούνται με οποιαδήποτε τρόπο από το δημόσιο ή οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό ΝΠΔΔ μετατρέπονται μέσα σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευση του νόμου αυτού σε ΝΠΔΔ ... και συγχωνεύονται με νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάγονται στις διατάξεις αυτού του ν.δ. Σε περίπτωση που μέσα στο χρόνο αυτού δεν μετατραπούν σε ΝΠΔΔ ... γίνονται ΝΠΙΔ και διακόπτεται η επιχορήγησή τους.

Εφόσον δεν επιχορηγούνται, συνολικά ή μερικά, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής, μετατρέπεται στην ίδια προθεσμία σε αυτοτελή και αυτοδιοικούμενα ΝΠΙΔ .. Η μετατροπή των μονάδων αυτών σε νομικά πρόσωπα γίνεται με Π.Δ/γμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμοδίου Υπουργού.

ΕΟΣΥ 15/7/92

Άρθρο 48

"1. Εφεξής τα ιδρυόμενα από τ κράτος νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει να έχουν οποιαδήποτε νομική μορφή. Η ίδρυση αυτών γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με το οποίο, καθορίζεται και η νομική τους μορφή.
2. Η κατάργηση και συγχώνευση νοσοκομείων, η μετατροπή του καθώς και η μεταφορά της έδρας τους, γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται από τον Υπουργό Προεδρίας της Κυβέρνησης Οικονομικών και Υγείας Πρόνοια και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και το κατά περίπτωση τυχόν αρμόδιο υπουργού.

4. Τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν ως ΝΠΙΔ και επιχορηγούνται από το κράτος υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 ή διακόπτεται η επιχορήγησή τους. Η υπαγωγή γίνεται με Π.Δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μέσα σε ένα χρόνο από τη δημοσίευση του νόμου αυτού

Τα νοσοκομεία των παραγράφων 2 και 4 του άρθρου αυτού είναι υποχρεωμένα σε προθεσμία 5 μηνών από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού να δηλώσουν την υπαγωγή τους ή μη στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953, αλλιώς διακόπτεται η επιχορήγησή τους.

5. Τα νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί ως ΝΠΔΔ και δεν υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953 μπορεί να υπάγονται στο νομικό καθεστώς του Ν.Δ/τος αυτού με Π.Δ/γμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμοδίου Υπουργού.

6. Τα δημοτικά νοσοκομεία από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού υπάγονται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/1953.

7. Μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού η ίδρυση, η επέκταση σε δύναμη κρεβατιών και η μετατροπή ιδιωτικών κλινικών κατά αντικείμενο ή νομική μορφή της επιχείρησης απαγορεύονται. Επίσης μετά παρέλευση τριμήνου από τη δημοσίευση του νόμου αυτού απαγορεύεται η μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών ως επιχειρήσεων, καθώς και η μεταβίβαση μερίδων συμμετοχής, εταιρικών μεριδίων και ονομαστικών μετοχών, ιδιωτικών κλινικών που λειτουργούν με εταιρική μορφή

8. Ο έλεγχος για την τήρηση από τις ιδιωτικές κλινικές, τα ιδιωτικά ιατρεία και τα εργαστήρια των κειμένων νομοθετικών διατάξεων ασκείται από το ΚΕ.Σ.Υ.

2..... Το προσωπικό πλην του ιατρικού που υπηρετεί στις μονάδες αυτές που μετατρέπονται σε ΝΠΔΔ κατά τη δημοσίευση των Π.Δ/των μετατροπής, εντάσσεται ύστερα από κρίση του αρμοδίου υπηρεσιακού συμβουλίου, εφόσον συγκεντρώνει τα νομικά προσόντα και είναι ηλικίας μέχρι 55 ετών, σε αντίστοιχες θέσεις, που συνιστώνται με τον οργανισμό του νοσοκομείου. Η ένταξη γίνεται ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό που δεν συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα ή δεν υποβάλλει αίτηση ένταξης εξακολουθεί να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που μετατρέπεται σε προσωρινές θέσεις, που καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο. Μέχρι να εκδοθεί ο νέος οργανισμός και να γίνει η ένταξη στις θέσεις που προβλέπονται από αυτόν, το προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από τις διατάξεις που ίσχυαν κατά το χρόνο δημοσίευσης του Π.Δ/τος μετατροπής.

4..... Για το προσωπικό που υπηρετεί κατά την υπαγωγή εφαρμόζεται η διάταξη της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού. Η υπαγωγή δεν είναι υποχρεωτική για νοσοκομεία που έχουν ιδρυθεί με διαθήκη ή πράξη δωρεάς που μπορεί να επιχορηγούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ."

3. Το προσωπικό πάσης φύσεως που υπηρετεί σε νοσοκομεία, που καταργούνται, εντάσσεται ύστερα από κρίση του αρμοδίου υπηρεσιακού συμβουλίου και αίτηση των ενδιαφερομένων, σε άλλες νοσοκομειακές μονάδες της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας σε κενές θέσεις αν δεν υπάρχουν κενές σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις που συνιστώνται για το λόγο αυτόν. Εάν τα νοσοκομεία μετατρέπονται, το προσωπικό εντάσσεται στη νέα νοσοκομειακή μονάδα σε θέσεις, που συνιστώνται με τροποποίηση του υπάρχοντος ή έκδοση νέου οργανισμού, ύστερα από κρίση του αρμοδίου υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα, ή μετατάσσεται σε δημόσιες υπηρεσίες, ΝΠΔΔ, ή ΟΤΑ, μετά από κρίση των αρμοδίων υπηρεσιακών συμβουλίων. Η ένταξη γίνεται ύστερα από αίτηση των ενδιαφερομένων. Το προσωπικό, που δεν συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα δεν υποβάλλει αίτηση ένταξης εξακολουθεί να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις που υπηρετούσε και στη μονάδα που μετατράπηκε σε προσωρινές θέσεις, οι οποίες καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο. Μέχρι να εκδοθεί ο νέος οργανισμός και να γίνει η ένταξη στις θέσεις που προβλέπονται από αυτόν, το προσωπικό εξακολουθεί να διέπεται από τις διατάξεις που ίσχυαν κατά το χρόνο δημοσίευσης του Π.Δ/τος.

1.1 Ο Ν. 1397/1983 ως δημιουργός του άρθρου 6 του ΕΣΥ.

1.1.1 Αναφορά στην ιδιωτικοποίηση της υγείας.

Η εισηγητική έκθεση του Ν/Σ κατέκρινε την ιδιωτική πρωτοβουλία την οποία χαρακτηριστικά ανέφερε ότι έχει κυριαρχήσει στην υγεία και την θεώρησε υπεύθυνη για τη στασιμότητα του θεσμικού πλαισίου ανάπτυξης και λειτουργίας του συστήματος, λέγοντας πως είναι "ένα θεσμικό πλαίσιο που ευνοεί την εμπορευματοποίηση της υγείας και την ιδιωτικοποίηση της περίθαλψης μέσα στις δομές του αστικού κράτους", και πως αυτή η κυριαρχία της ιδιωτικής πρωτοβουλίας στην υγεία της δίνει το προβάδισμα στην ανάπτυξη των υπηρεσιών και επιβάλλει στο δημόσιο τομέα να αναπτύσσεται μόνο εκεί που έδειχνε η ίδια έλλειψη ενδιαφέροντος, δηλαδή "όπου διαπιστώνε την έλλειψη περιθωρίων κέρδους". Έτσι, το κράτος παρεμβαίνει μόνο για την κάλυψη των κενών και για την πρόληψη κοινωνικών διεργασιών που θα διατάρασσαν αυτή την διαμορφωμένη κατάσταση, ενώ με την πρώτη ευκαιρία, η ιδιωτική πρωτοβουλία θα κατέπνιγε κάθε παροχή και κάθε παραχώρηση του κράτους παίρνοντας τον κόσμο με το μέρος της.

Χαρακτηριστική περίπτωση είναι η υποβαθμισμένη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, που στην πραγματικότητα αποτελούσαν διαμετακομιστικούς θαλάμους πελατών προς τα ιδιωτικά ιατρεία των ίδιων των γιατρών που υπηρετούσαν σ' αυτά.

Όπως επίσης, υποστήριζε, η δυνατότητα των γιατρών να εξασκούν, ιδιωτικά την ιατρική παράλληλα με την κατοχή θέσης στα νοσοκομεία οδηγούσε αναπόφευκτα σε καταστρατηγήσεις σε σημείο ώστε τα νοσοκομεία να λειτουργούν σαν ιδιωτικές κλινικές για την εξυπηρέτηση της ιδιωτικής πελατείας των γιατρών.

Αλλά πάλι νοσοκομεία, ιδιαίτερα στην επαρχία ουσιαστικά εγκαταλείφθηκαν ενώ οι ίδιοι γιατροί τους παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε πολυτελείς ιδιωτικές κλινικές.

Ως παράδειγμα προς αποφυγήν έφερε την Ελλάδα η οποία αποτελεί μοναδικό παράδειγμα χώρας, όπου το 45% των νοσοκομειακών κλινών είναι σε ιδιωτικά ιδρύματα κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Μόνο η Γαλλία φθάνει στο 25% και η Ισπανία στο 20%.

Επιπλέον τονίσθηκε ότι στα χρόνια 1975-1981 το δημόσιο ανανέωσε μόνο 1505 δημόσια οικονομικά νοσοκομειακά κρεβάτια, ενώ χτίστηκαν με δάνεια από το κρατικό τραπεζικό σύστημα 5.578 κρεβάτια ιδιωτικών κλινικών.

Συνεχίζοντας, τόνισε πως η ιδιωτική πρωτοβουλία υπήρξε καθοριστική και στην διαμόρφωση της κρατικής αντίληψης ενάντια στη χορήγηση κοινωνικών παροχών στο σύνολο του ελληνικού λαού, και πως με τα δεδομένα αυτά η δυνατότητα της κάθε κοινωνικής ομάδας να πετύχει βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, εξαρτώνταν από τη δύναμη που είχε για να διεκδικήσει και να πετύχει ευνοϊκότερη έναντι των άλλων κοινωνικών ομάδων, μεταχείριση από την πολιτεία. Δηλαδή "από την δύναμη να υπερνικήσει, μέσα στη συγκεκριμένη ιστορική συγκυρία την αντίσταση της ιδιωτικής πρωτοβουλίας."²

1.1.2 Σκοποί του άρθρου 6 του Ε.Σ.Υ.

Με τις διατάξεις της παραγράφου 1, ορίζεται ότι από τότε και στο εξής, τα νοσοκομεία θα ιδρύονταν μόνο ως Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνονταν η ενοποίηση του νομικού καθεστώτος που ρύθμιζε την οργάνωση, λειτουργία και τη διοίκηση των μονάδων περίθαλψης και εξασφαλιζόνταν ο συντονισμός της λειτουργίας τους με τον άμεσο έλεγχο και εποπτεία του κράτους και την καθοδήγηση του ΚΕ.Σ.Υ.

Με τις διατάξεις της παραγράφου 2 η κυβέρνηση απέβλεπε στην ένταξη των νοσοκομειακών μονάδων που τότε λειτουργούσαν ως υπηρεσίες νομικών προσώπων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, στο ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης του Ε.Σ.Υ. Έτσι, όσες από τις νοσοκομειακές αυτές μονάδες επιχορηγούνταν από το Δημόσιο με οποιαδήποτε τρόπο, ή οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό νομικού προσώπου δημοσίου δικαίου, υποχρεώνονταν να μετατραπούν σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευση του νόμου σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου. Οι υπόλοιπες από, τις νοσοκομειακές μονάδες, εκείνες που δεν επιχορηγούνταν, υποχρεώνονταν να μετατραπούν μέσα στην ίδια προθεσμία σε νομικά πρόσωπα, ιδιωτικού δικαίου. Η μετατροπή των μονάδων αυτών σε νομικά πρόσωπα εκδίδονταν με πρόταση του Υπουργού Υγείας και πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού.

Με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής ρυθμιζόνταν ακόμα τα θέματα της υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού των μονάδων αυτών, που θα προκύπτουν από την μετα-

τροπή τους σε νομικά πρόσωπα και θα διασφαλίζονταν η συνέχιση της εργασίας του προσωπικού αυτού στις νέες μονάδες που θα προέρχονταν από τη μετατροπή.

Με την παράγραφο 4 ορίζονταν ότι τα νοσοκομεία που λειτουργούσαν με τη μορφή νομικού προσώπου ιδιωτικού δικαίου και επιχορηγούνταν από το κράτος υπάγονταν υποχρεωτικά στις διατάξεις του ν.δ. 2592/53 μέσα σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευση του νόμου με προεδρικό διάταγμα που έκδιδε ο Υπουργός Υγείας και πρόνοιας και ο αρμόδιος Υπουργός, ή αλλιώς διακόπτονταν η επιχορήγησή τους.

Με την παράγραφο 5 παρέχονταν εξουσιοδότηση για την έκδοση η.δ/των με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμοδίου Υπουργού με τα οποία μπορούσαν να υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/53 όσα νοσοκομεία λειτουργούσαν ως νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και δεν υπάγονταν μέχρι τότε στο νομικό καθεστώς του ν.δ/τος αυτού.

Με την παράγραφο 7 απαγορεύτηκε η ίδρυση ιδιωτικών κλινικών καθώς και η επέκταση σε δύναμη κρεβατιών αυτών που θα λειτουργούσαν μέχρι τη δημοσίευση του Νόμου. Εφόσον η πολιτεία αναλάμβανε την αποκλειστική ευθύνη για την προστασία της υγείας όλων των πολιτών δεν θα ήταν δυνατό παρά και όλα τα μέσα και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας να υπάγονται στην αποκλειστική ευθύνη της πολιτείας. Έτσι η κυβέρνηση πίστευε πως "η συνέχιση ανάπτυξης του ιδιωτικού τομέα θ' αποτελούσε αντίφαση στην ίδια τη φιλοσοφία του εθνικού συστήματος υγείας και θα

περιόριζε την ευθύνη αυτή αλλά και το δικαίωμα της πολιτείας να προστατεύσει την υγεία των πολιτών της".³ Γι' αυτό η ίδρυση, ιδιωτικών κλινικών μετά την έναρξη λειτουργίας του ΕΣΥ, όχι μόνο θα ήταν αδικαιολόγητη, αλλά και θα οδηγούσε με βεβαιότητα στην αποδυνάμωση και τελικά στην υπονόμηση του συστήματος με αποτέλεσμα την αδυναμία της πολιτείας να εκπληρώσει στην ουσία την ευθύνη της απέναντι στον ελληνικό λαό.

1.2 Ο Ν. 2071/1992 ως δημιουργός του άρθρου 48 των ΕΟΣΥ.

Η Νέα Δημοκρατία διαφώνησε με τη θέσπιση αυτού του άρθρου και το 1992 εκφράζει αυτή τη δυσαρέσκειά της μέσα από την εισηγητική της έκθεση, στην οποία κατηγόρησε τη κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ ότι μονοπώλησε τις υπηρεσίες υγείας, κατήργησε το δικαίωμα της επιλογής περιορίζοντας, συρρικνώνοντας και εξουδετερώνοντας την ιδιωτική πρωτοβουλία. "Υιοθέτησε την αρχή του πιο σκληρού κρατικού παρεμβατισμού στην προσφορά και τη χρήση υπηρεσιών υγείας και ανέλαβε αυτόβουλα την ευθύνη και το κόστος για το δικαίωμα υγείας των πολιτών".⁴ Χαρακτηριστικά συνέδεσε αυτό το δικαίωμα με την ελευθερία, την προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ατόμου και επομένως υπεράνω κάθε αυθαίρετης κυβερνητικής επιλογής.

1.2.1 Τροποποιήσεις που έγιναν από τον νόμο του ΕΟΣΥ στο Νόμο του ΕΣΥ, πάνω στο νομικό καθεστώς των Νοσοκομείων.

Με τις διατάξεις του άρθρου 48 του ΕΟΣΥ καταργούνται όλες οι διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 1397/1983.

Δε μετατρέπεται το καθεστώς όσων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, λειτουργούν ως ΝΠΔΔ, ως και αυτών που μετατράπηκαν και λειτούργησαν ως τοιαύτα βάσει των καταργουμένων διατάξεων των παραγράφων 2,4,5 και 6 του άρθρου 6 του Ν.1397/1983. Επιτρέπεται στο εξής η ίδρυση νοσηλευτικών ιδρυμάτων με διαφορετικό καθεστώς από εκείνο του ΝΠΔΔ, που καθορίζεται κάθε φορά προκειμένου να ιδρυθεί νοσηλευτικό ίδρυμα, δια τον επί της ιδρυσεώς του εκδοθησομένου προεδρικού διατάγματος. Δε θίγεται το νομικό καθεστώς των υπάρχόντων και λειτουργούντων νοσηλευτικών ιδρυμάτων αλλά καταργείται για το μέλλον η αποκλειστική δυνατότητα να ιδρύονται ως ΝΠΔΔ και μόνον.

Η κυβέρνηση έκρινε αναγκαία την κατάργηση του άρθρου στην Ν. 1397/1998, γιατί όπως υποστήριξε "αυτό ακριβώς το άρθρο με τις απαγορευτικές διατάξεις περί ιδιωτικών, υλοποιούσε τη φιλοσοφία της περιαγωγής όλων των νοσηλευτηρίων στο Δημόσιο και κατά συνέπεια την ανάληψη από το κράτος της αποκλειστικής ιδιότητας και ευθύνης του παραγωγού υπηρεσιών περίθαλψης". Παράλληλα υποστήριξε πως ήταν ένα αποθαρρυντικό νομικό πλαίσιο για κάθε δωρητή, ή κληροδότη που θα επιθυμούσε η πρόσσδος

της περιουσίας του, εάν εντάσσεται υπέρ της δημιουργίας και της λειτουργίας ενός νοσηλευτικού ιδρύματος, να επέδιδε εμπλεκόμενη στη γραφειοκρατική δυσλειτουργία του Δημοσίου, ενώ με τις παρούσες ρυθμίσεις παρέχεται η ευχέρεια της συμβατικής ρυθμίσεως της σχέσεως αυτής.

Με την παράγραφο 1 του άρθρου 48, δίνεται η δυνατότητα τα νοσηλευτικά ιδρύματα να έχουν οποιοδήποτε νομικό καθεστώς.

Με την παράγραφο 2, του ίδιου άρθρου δίνεται η δυνατότητα με π.δ/γμα που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, να καταργούνται νοσοκομεία, ή να συγχωνεύονται, ή να γίνεται μεταφορά της έδρας του.

Με την παράγραφο 3 ρυθμίζονται διαδικαστικά θέματα που τυχόν θα προκύψουν για την τύχη του υπηρετούντος προσωπικού, σε καταργούμενα ή συγχωνευόμενα νοσηλευτικά ιδρύματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Κεφάλαιο 2

Διάκριση Νοσοκομείων

ΕΣΥ 7/10/83

Άρθρο 8

"1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα 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.

Τα νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκες κύρια του πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

3. Η κατάταξη των νοσοκομείων κατά κατηγορία, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται με τον οργανισμό τους.

4. Τα ειδικά νοσοκομεία υπάγονται στην εποπτεία του ΠΕ.Σ.Υ. της υγειονομικής περιφέρειας που λειτουργούν. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξυπηρετούν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών.

5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διασυνδέονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία του αρμοδίου ΠΕ.Σ.Υ., όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ."

ΕΟΣΥ 15/7/92

Άρθρο 54

1. Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε γενικά και ειδικά. Γενικά είναι όσα διαθέτουν τουλάχιστον δύο τομείς, χειρουργικό και παθολογικό. Ειδικά είναι όσα διαθέτουν τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα.

2. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα περιφερειακά νοσοκομεία, της οικείας υγειονομικής περιφέρειας καλύπτουν κυρίως τις ανάγκες της, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

Τα νομαρχιακά λειτουργούν σε κάθε νομό, καλύπτουν ανάγκες κυρίως του πληθυσμού του νομού, παρέχουν ιατρική εκπαίδευση και συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

3. Η κατάταξη των νοσοκομείων κατά κατηγορία σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται με τον οργανισμό τους.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τα ειδικά νοσοκομεία μπορεί να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες περισσότερων υγειονομικών περιφερειών.

5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διασυνδέονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ."

2.1 Ο Ν.1397/1983 ως δημιουργός του άρθρου 8 του ΕΣΥ.

Με τις διατάξεις του άρθρου 8 ορίζονταν οι κατηγορίες των νοσοκομείων και τα εννοιολογικά χαρακτηριστικά της κάθε κατηγορίας. Κατ' αρχήν τα νοσοκομεία διακρίνονταν σε γενικά και σε ειδικά. Κριτήριο στη διάκριση αυτή ήταν η κατ' ειδικότητα έκταση νοσηλείας που παρείχε το νοσοκομείο.

Το γενικό νοσοκομείο μπορεί να παρείχε νοσηλεία που εκτείνονταν σε πολλές ειδικότητες, γι' αυτό διέθετε τμήματα νοσηλείας πολλών ειδικοτήτων. Το ειδικό νοσοκομείο, παρείχε νοσηλεία που εκτείνονταν κύρια σε μία ειδικότητα (π.χ. ψυχιατρικό νοσοκομείο, μαιευτήριο κ.λ.π.) Βέβαια, το ειδικό νοσοκομείο στην ιατρική του υπηρεσία, πέρα από τα τμήματα της βασικής του ειδικότητας, περιλάμβανε και τμήματα άλλων ειδικοτήτων, αλλά μόνο για στήριξη του κύριου επιστημονικού και νοσηλευτικού του έργου και για εξυπηρέτηση των αρρώστων που νοσηλεύονταν στα τμήματα της βασικής του ειδικότητας.

Στην παράγραφο 2 εισήχθηκε η διάκριση των γενικών νοσοκομείων σε περιφερειακά και σε νομαρχιακά.

Περιφερειακά γενικά νοσοκομεία ήταν εκείνα που η σύνθεση της ιατρικής τους περιφέρειας περιλάμβανε τμήματα όλων, ή των περισσότερων, τουλάχιστων ειδικοτήτων και κάλυπταν τις νοσηλευτικές ανάγκες σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας, παρέχοντας ιατρική εκπαίδευση και μετεκπαίδευση σε όλα τα ιατρικά τμήματα που διέθεταν

αναπτύσσοντας ερευνητικό έργο στους επιστημονικούς τομείς τους. Τα περιφερειακά νοσοκομεία προβλέπονταν να λειτουργούν στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας, καλύπτοντας, όλη την έκταση της περιφέρειας, τις νοσηλευτικές ανάγκες.

Επίσης τα νομαρχιακά νοσοκομεία, εκείνα δηλαδή, που περιλαμβάνουν στην ιατρική τους υπηρεσία τμήματα των βασικότερων τουλάχιστον ειδικοτήτων, καλύπτουν τις νοσηλευτικές ανάγκες σε επίπεδο νομού.

Σ' αυτό το σημείο διευκρινίσθηκε από την τότε κυβέρνηση πως μεταξύ των τμημάτων της ίδιας ειδικότητας των περιφερειακών και νομαρχιακών νοσοκομείων δεν υπεσέρχονταν κανένας ποιοτικός διαχωρισμός σε επίπεδο επιστημονικής στελέχωσης. Η διαφορά ήταν ότι τα περιφερειακά νοσοκομεία είχαν μεγαλύτερη πληρότητα από πλευράς ειδικοτήτων στη σύνθεση της ιατρικής τους υπηρεσίας και διέθεταν κατ' επέκταση πληρέστερο τεχνολογικό επιστημονικό εξοπλισμό.

Με την παράγραφο 4 επισημαίνονταν πως τα ειδικά νοσοκομεία κάλυπταν κατ' αρχήν τις ανάγκες της περιφέρειας στην οποία ανήκαν. Μετά από απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, κι ύστερα από γνώμη του ΚΕΣΥ θα μπορούσαν να εξυπηρετούν τις ανάγκες κι άλλων υγειονομικών περιφερειών. Αυτό θεωρήθηκε απαραίτητο γιατί τα ειδικά νοσοκομεία που λειτουργούσαν μέχρι τότε ήταν έτσι χωροθετημένα που δεν ήταν δυνατό να αντιστοιχούσε ένα σε κάθε υγειονομική περιφέρεια, αλλά και γιατί σε πολλές

ειδικότητες στο εξής δεν θα ήταν αναγκαία η λειτουργία ισαριθμων με τις υγειονομικές περιφέρειες αντίστοιχων νοσοκομείων.

Με την παράγραφο 5 ορίζονταν ότι όλα τα νοσοκομεία, στις υγειονομικές περιφέρειες θα βρίσκονταν μεταξύ τους σε νοσηλευτική επιστημονική και εκπαιδευτική διασύνδεση ώστε μέσα από την κλιμάκωση των νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού τους έργου από το επίπεδο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης μέχρι το επίπεδο της τριτοβάθμιας περίθαλψης να μπορούσε να επιτευχθεί αυτοδύναμα μέσα στην υγειονομική περιφέρεια η ολοκληρωμένη κάλυψη των υγειονομικών αναγκών αυτής. Ο τρόπος και οι λεπτομέρειες λειτουργίας της διασύνδεσης αυτής θα καθορίζονταν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ.

2.2 Τροποποιήσεις που έγιναν από τον νόμο του Ε.Ο.Σ.Υ. στον Νόμο του ΕΣΥ, πάνω στη Διάκριση των Νοσοκομείων.

Με τις διατάξεις του άρθρου 54 του Νόμου 1992 καταργείται το άρθρο 8 του Ν. 1397/19836 ενώ τα νοσοκομεία και πάλι διακρίνονται σε Γενικά και Ειδικά αλλά ως κριτήριο διάκρισης είναι ο τομέας και όχι το τμήμα νοσηλείας. Τα δε Γενικά διακρίνονται σε περιφερειακά και νομαρχιακά. Τα ειδικά νοσοκομεία αποφασίζει ο υπουργός ποιές περιφερειακές ανάγκες θα εξυπηρετούν, ενώ τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας υπάγονται, για λό-

γους καλύτερης αντιμετώπισης λόγω εγγύτερης γνώσεως των πληθυσμιακών αναγκών, στο συντονισμό και την εποπτεία της Διευθύνσεως υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Κεφάλαιο 3

Διοίκηση Νοσοκομείων

3.1 Διοικητικά Συμβούλια των Νοσοκομείων

ΕΣΥ 7/10/83

Άρθρο 9

1. Τα νοσοκομεία ... διοικούνται από διοικητικά συμβούλια, που αποτελούνται από πέντε (5) μέλη για όσα έχουν έως τριακόσια κρεβάτια (300) και από επτά (7) μέλη για τα υπόλοιπα.

2. Τα πενταμελή συμβούλια αποτελούνται από α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπολοίπων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς. β) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζεται από την ΤΕΔΚΕ του νομού που εδρεύει το νοσοκομείο και γ) Δύο (2) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

3. Τα επταμελή συμβούλια αποτελούνται από:

α) Έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς και έναν (1) εκπρόσωπο των υπολοίπων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγεται από αυτούς.

β) Δύο (2) εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης που ορίζονται για τα περιφερειακά και τα ειδικά νοσοκομεία από την ΚΕΔΚΕ και για τα νομαρχιακά από την ΤΕΔΚΕ και

γ) Τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

ΕΟΣΥ 15/7/92

Άρθρο 55

1. Τα νοσοκομεία διοικούνται από διοικητικά συμβούλια των οποίων η θητεία είναι διετής.

2. Τα διοικητικά συμβούλια όλων των νοσοκομείων είναι επταμελή και αποτελούνται:

α) Από τέσσερα (4) πρόσωπα με επιστημονική κατάρτιση ή σχετική εμπειρία, που ορίζονται από το Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β) Από έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου, που εκλέγεται από αυτούς.

γ) Από έναν (1) εκπρόσωπο των υπολοίπων εργαζομένων στο νοσοκομείο, που εκλέγεται από αυτούς. Ο εκπρόσωπος αυτός πρέπει να είναι κάτοχος πτυχίου τουλάχιστο μέσης σχολής.

δ) Από έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής όπου υπάγεται, στο νοσοκομείο, ο οποίος ορίζεται από τη ΤΕΔΚΕ.

4. Κατεξαίρεση, το διοικητικό συμβούλιο του Δημοτικού Νοσοκομείου Αθηνών "Η ΕΛΠΙΣ"... αποτελείται από επτά (7) μέλη:

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

β) έναν (1) εκπρόσωπο του Δήμου Αθηναίων, που ορίζεται από το Δημοτικό Συμβούλιο,

γ) έναν (1) εκπρόσωπο των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου που εκλέγεται από αυτούς,

δ) τρία (3) πρόσωπα που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας συγκρότηση του Διοικητικού Συμβουλίου ορίζεται και ο αντιπρόεδρος αυτού, ο οποίος προσφέρει στο Νοσοκομείο τις υπηρεσίες με πλήρη απασχόληση, εκτός αν με πράξη του Διοικητικού Συμβουλίου μεταβιβασθούν αρμοδιότητές του σε συντονιστή.

5. Για κάθε μέλος ορίζεται αναπληρωτής. Η θητεία των μελών είναι ζετής και η συγκρότηση του συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Με την ίδια απόφαση ορίζονται ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου. Γιατροί που ασκούν την ιατρική σε ελεύθερο επάγγελμα, δεν μπορούν να διορισθούν πρόεδροι και αντιπρόεδροι του Διοικητικού Συμβουλίου. Επιτρέπεται ελευθέρως η αντικατάσταση μέλους του διοικητικού συμβουλίου για οποιοδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης, το συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

3. Κατ' εξαίρεση πρόεδρος του Δ.Σ. του νοσοκομείου "Η ΕΛΠΙΣ" ορίζεται από το δημοτικό συμβούλιο του Δήμου Αθηναίων και είναι ο εκπρόσωπος της τοπικής αυτοδιοίκησης. Κατά τα λοιπά η σύνθεση του Δημοτικού Νοσοκομείου "Η ΕΛΠΙΣ" διέπεται από τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού

4. Για κάθε μέλος ορίζεται αναπληρωτής. Η θητεία των μελών τακτικών και αναπληρωματικών είναι διετής και η συγκρότηση το συμβουλίου γίνεται με απόφαση το Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με τη ίδια απόφαση ορίζεται ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού συμβουλίου. Επιτρέπεται ελευθέρως η αντικατάσταση μέλους το Δ.Σ. για οποιονδήποτε λόγο για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ορισμός, αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης το συμβούλιο λειτουργεί από τα υπόλοιπα μέλη του.

6. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων, που έχουν συσταθεί με πράξη εν ζωή η διάταξη τελευταίας βούλησης, συγκροτούνται από τα πρόσωπα που ρητά ορίζονται στην ιδρυτική πράξη. Εάν ο αριθμός των μελών αυτών είναι μικρότερος από τον αριθμό των μελών, που ορίζεται στην παράγραφο 2 του άρθρου αυτού, το διοικητικό συμβούλιο συγκροτείται από τα πρόσωπα που ορίζει η ιδρυτική πράξη και από πρόσωπα της παραγράφου 2, μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των μελών, που ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Σε κάθε περίπτωση, στα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων αυτών μετέχει ένας εκπρόσωπος των γιατρών και λοιπών επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και ένας εκπρόσωπος των υπολοίπων εργαζομένων στο νοσοκομείο που εκλέγονται αντίστοιχα από αυτούς.

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι αρμοδιότητες των διοικητικών συμβουλίων, ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του προέδρου, αντιπροέδρου και των μελών τους, η διαδικασία εκλογής όσων εκλέγονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

10. Η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου κάθε νοσοκομείου σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού, γίνεται μέσα σε έξι (6) μήνες από την ολοκλήρωση της διαδικασίας για την πρώτη πλήρωση των θέσεων γιατρών του ΕΣΥ. Μέχρι να γίνει η συγκρότηση, τα διοικητικά συμβούλια εξακολουθούν να λειτουργούν με τη σύνθεση που έχουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

• • • • •

• • • • •

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται και οι αρμοδιότητες του Δ.Σ., ο τρόπος λειτουργίας, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του προέδρου, αντιπροέδρου και των μελών του, η διαδικασία εκλογής όσων εκλέγονται και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

15. Η συγκρότηση του διοικητικού συμβουλίου του κάθε νοσοκομείου γίνεται μέσα σε έξι (6) μήνες από τη δημοσίευση του νόμου αυτού. Μέχρι να γίνει η συγκρότηση των διοικητικών συμβουλίων λειτουργούν με τη σύνθεση, που έχουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

3.1.1 Ο Ν.1397/1983 ως δημιουργός του άρθρου 9 του ΕΣΥ περί Διοικητικών Συμβουλίων.

Με το άρθρο 9 ο Νόμος του 1983 αποσκοπούσε στο να ρυθμίσει θέματα που αφορούσαν τη διοίκηση των νοσοκομείων αφού όπως χαρακτηριστικά τονίζεται στο Ν/Σ το νοσοκομείο καλείται να παίξει ένα διπλό ρόλο. "Τον ρόλο του φορέα πρωτογενούς σύλληψης των αναγκών του κοινωνικού συνόλου στο χώρο της υγείας και του ρόλου του φορέα υλοποίησης σε τελικό στάδιο της πολιτικής υγείας και μετουσίωσης των επιτευγμάτων της επιστήμης και τεχνολογίας, σε προσφορά προς το κοινωνικό σύνολο". Ο σπουδαίος αυτός διπλός ρόλος του νοσοκομείου επιβάλλει να διοικείται αυτό, από όργανο ιδιαίτερα αποτελεσματικό και ευέλικτο και προπάντων από ένα όργανο που να συνδυάζει την ικανότητα και εμπειρία στα θέματα διοίκησης, τη γνώση του χώρου και την έκφραση του κοινού συμφέροντος, μέσα δε απ' αυτό το συνδυασμό να πηγάζει η συλλογική βούληση και πρωτοβουλία για συνεχή δημιουργική και παραγωγική δουλειά. Με την έννοια αυτή όρισε λοιπόν η τότε κυβέρνηση τη συγκρότηση των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων και πρόβλεπε να συμμετέχουν σ' αυτά ως μέλοι εκπρόσωποι των εργαζομένων μέσα στο ίδιο το νοσοκομείο που έχουν γνώση του χώρου, εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης που εκπροσωπούν το συμφέρον του κοινωνικού συνόλου και επιλεγμένα πρόσωπα που θα διαθέτουν την ικανότητα και εμπειρία σε θέματα διοίκησης.

Επίσης θεωρήθηκε απαραίτητο να υπάρχει διαφοροποίηση στη σύνθεση των Διοικητικών Συμβουλίων από πλευράς αριθμού μελών με βάση τη δύναμη κρεβατιών του νοσοκομείου γιατί κατά τη γνώμη της τότε κυβέρνησης το έργο της διοίκησης του νοσοκομείου είναι φυσικό να επηρεάζεται και από την έκταση της δύναμης αυτού, σε νοσηλευτικά κρεβάτια. Έτσι για τα νοσοκομεία μέχρι τριακόσια κρεβάτια τα συμβούλια ορίζονται πενταμελή και για τα μεγαλύτερης δύναμης επταμελή. Τα μέλη ορίζονται με τους αναπληρωτές τους και είναι ελεύθερα ανακλητά. Η ανάκληση ως και η αντικατάσταση, για οποιοδήποτε λόγο γίνεται με τη διαδικασία του ορισμού τους και για το υπόλοιπο της θητείας τους. Για να μην υπάρξει περίπτωση κενού στην άσκηση των καθηκόντων του Διοικητικού Συμβουλίου, προβλέπεται ότι σε περίπτωση αντικατάστασης μέλους του, αυτό λειτουργεί νόμιμα μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία ορισμού του αντικαταστάτη με τα υπόλοιπα μέλη.

Με την παράγραφο 6 ρυθμίζονται τα θέματα συγκρότησης των Διοικητικών Συμβουλίων των νοσοκομείων που έχουν συσταθεί με πράξη εν ζωή, ή διάταξη τελευταίας βούλησης (διαθήκη). Με τις διατάξεις αυτές ορίζεται ότι εφόσον ο διαθέτης, ή δωρητής έχει εκφράσει βούληση για συμμετοχή συγκεκριμένων προσώπων στη διοίκηση των νοσοκομείων αυτών, τα Διοικητικά Συμβούλια συγκροτούνται από τα πρόσωπα αυτά. Αν ο αριθμός των προσώπων αυτών είναι μικρότερος από τον αριθμό μελών που ορίζεται παραπάνω, δηλαδή λιγότερα από το πέντε ή επτά, τότε ο αριθμός των μελών

συμπληρώνεται μέχρι τα πέντε, ή επτά μέλη από τα πρόσωπα που ορίζονται στην παράγραφο 2. Επίσης ορίζεται ότι σε κάθε περίπτωση στα Δ.Σ. είτε συγκροτούνται αποκλειστικά από πρόσωπα που έχουν οριστεί από τη διαθήκη, ή την πράξη εν ζωή, είτε συμπληρώνεται ο αριθμός των μελών τους με πρόσωπα που ορίζονται στην παράγραφο 2. Συμμετέχουν ως τακτικά μέλη, ένας εκπρόσωπος των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και ένας εκπρόσωπος των άλλων εργαζομένων στο νοσοκομείο. Τα μέλη αυτά αναδεικνύονται με εκλογή από τους εργαζομένους που εκπροσωπούν.

Με την παράγραφο 9 παρέχεται η εξουσιοδότηση να καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, οι αρμοδιότητες των Διοικητικών Συμβουλίων, ο τρόπος λειτουργίας τους, οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα του Προέδρου, Αντιπροέδρου και μελών τους, η διαδικασία με την οποία εκλέγονται τα μέλη που αναδεικνύονται με εκλογή και κάθε άλλη λεπτομέρεια.

Με την παράγραφο 10 δίνεται προθεσμία έξι μηνών από τη δημοσίευση του νόμου για τη συγκρότηση των Δ.Σ. Μέχρι να γίνει η νέα τους αυτή συγκρότηση τα Δ.Σ. θα λειτουργούν με τη σύνθεση που έχουν κατά τη δημοσίευση του νόμου.

νται από τον Υπουργό, ενώ επιτρέπεται στο εξής ο διορισμός προέδρων και αντιπροέδρων και ιατρών οποιασδήποτε εργασιακής σχέσεως και ελευθέρων επαγγελματιών.

3.1.3 Αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου.

1. Το Διοικητικό Συμβούλιο κάθε Νοσοκομείου αποτελεί το ανώτατο όργανο, το οποίο διοικεί το Νοσοκομείο και διαχειρίζεται όλη την κινητή και ακίνητη περιουσία αυτού.

2. Λαμβάνει αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του Νοσοκομείου.

3. Εισηγείται για τυχόν μεταβολή του Οργανισμού του Νοσοκομείου και των θέσεων προσωπικού και υποβάλλει την σχετική προτασή του στην αρμόδια Υπηρεσία.

4. Αποφασίζει για την ανάγκη πρόσληψης του απαραίτητου προσωπικού και για τις υπηρεσιακές μεταβολές αυτού, σύμφωνα με την ισχύουσα Νομοθεσία.

5. Ασκεί την πειθαρχική εξουσία επί του προσωπικού του ιδρύματος και επιβάλλει, σε πρώτο βαθμό, τις πειθαρχικές ποινές.

6. Αναθέτει την διενέργεια ελέγχων σε υπαλλήλους της δικαιοδοσίας του ή σε μέλος του Δ.Σ. για την εξέταση θεμάτων του Νοσοκομείου.

7. Εγκρίνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, τις αναγκαίες, κατά την εκτέλεσή του, τροποποιήσεις, της αναμορφώσεις του, καθώς και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους βάσει των εισηγήσεων και έχει την ευθύνη για την εντός 3 μηνών, από το τέλος που κάθε έτους, δημοσίευσή του σε μια ημερήσια εφημερίδα του Νομού ή της οικείας Υγειονομικής περιφέρειας του Νοση-

λευτικού Ιδρύματος.

8. Αποφασίζει και ιεραρχεί τις ανάγκες προμήθειας, του πάσης φύσεως εξοπλισμού του Νοσοκομείου καθώς και της εκτέλεσης πάσης φύσεως έργων.

9. Συγκροτεί τις επιτροπές διαγωνισμού και αξιολόγησης των προσφορών και εγκρίνει την κατακύρωση του διαγωνισμού.

10. Εγκρίνει την σκοπιμότητα προμηθειών και εκτέλεσης εργασιών για ποσά, μέχρι του ύψους των οποίων επιτρέπεται κάθε φορά ή άνευ δημοσίου διαγωνισμού κατάρτιση συμβάσεων και για τα οριζόμενα ποσά μέχρι του ύψους των οποίων επιτρέπεται η απ' ευθείας, άνευ δημοσίου διαγωνισμού κατάρτιση συμβάσεων συνεπαγομένων έξοδα του Νοσοκομείου.

11. Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ του Νοσοκομείου και ενεργεί για την καλύτερη αξιοποίηση του προϊόντος εκποίησης των περιουσιακών στοιχείων αυτού.

12. Το Δ.Σ. με απόφασή του μπορεί να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στο Γεν. Διευθυντή, το έργο του οποίου και ελέγχει.

13. Εγκρίνει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων του Νοσοκομείου".

3.1.4 Τρόπος λειτουργίας Δ.Σ.

1. Το Δ.Σ. συνεδριάζει τακτικά δύο (2) φορές το μήνα και έκτακτα όπου υπάρχει ανάγκη κατόπιν πρόσκλησης των μελών (τακτικών και αναπληρωματικών) από τον πρόεδρο.

Με την πρόσκληση κοινοποιείται στα μέλη μας και η Η.Δ. με αντίγραφα των εισηγήσεων των θεμάτων τουλάχιστον 3 ημέρες πριν από κάθε συνεδρίαση. Στην Η.Δ. αναγράφεται η ημερομηνία, η ώρα και ο τόπος της συνεδρίασης. Δεν απαιτείται πρόσκληση των μελών όταν έχουν προκαθορίσει τακτικές ημέρες συνεδριάσεων, όταν το μέλος έχει δηλώσει από πριν ότι κωλύεται να συμμετάσχει ή όταν υπάρχει αντικειμενική αδυναμία συμμετοχής του.

2. Η εισήγηση των θεμάτων γίνεται από τον Γ. Δ/υτή όπου υπάρχει, ή από τον Προϊστάμενο της Διοικητικής Υπηρεσίας στις λοιπές περιπτώσεις.

3. Θέματα που δεν αναφέρονται στην ημερήσια διάταξη δεν συζητούνται εκτός αν πρόκειται για επείγον θέμα, οπότε συζητείται, εφόσον γίνει δεκτό ομόφωνα.

4. Το Δ.Σ. βρίσκεται σε απαρτία όταν τα παρόντα μέλη είναι περισσότερα από τα απόντα. Μεταξύ των παρόντων να είναι ο Πρόεδρος ή ο Αντιπρόεδρος. Μπορεί να λειτουργήσει με ελλειπή συγκρότηση, όχι όμως πέρα από ένα τρίμηνο και όταν κατά τη διάρκεια της λειτουργίας τα μέλη που πέθαναν ή δεν αποδέχθηκαν το διορισμό τους ή αποχώρησαν για οποιαδήποτε αιτία.

5. Οι αποφάσεις λαμβάνονται κατά πλειοψηφία των μελών. Σε περίπτωση ισοψηφίας υπερίσχυει η άποψη εκείνη με την οποία τάσσεται η άποψη του Προέδρου.

6. Κατά τη συνεδρίαση του Δ.Σ. τηρούνται τα πρακτικά τα οποία πρέπει να μνημονεύουν οπωσδήποτε τους αριθμούς πρακτικών ή αποφάσεων και στα οποία υποχρεωτικά η γνώμη των μειοψηφούντων πρέπει να καταχωρείται. Εφόσον δεν υπάρχει μειοψηφούσα γνώμη ή απόφαση του Δ.Σ. θεωρείται ομόφωνη. Τα πρακτικά υπογράφονται από τον Πρόεδρο, τα μέλη και τον Γραμματέα του Δ.Σ. Η υπογραφή του Προέδρου ή του αναπληρωτή του αρκεί για την υπόσταση κάθε πράξης του Δ.Σ.

7. Χρέη Γραμματέα εκτελεί υπάλληλος του Νοσοκομείου που ορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. μαζί με του αναπληρωτή του. Ο Γραμματέας έχει την ευθύνη για την τήρηση των πρακτικών των συνεδριάσεων και της αλληλογραφίας του Δ.Σ. σε ειδικό αρχείο.

8. Μετά την λήξη της θητείας (2ετίας) του, το Δ.Σ. και μέχρι να ορισθεί το νέο Δ.Σ. και για χρονικό διάστημα 3 μηνών, εξακολουθεί και ασκεί τα καθήκοντα του κανονικά.

9. Στις συνεδριάσεις του Δ.Σ. μετέχουν τα μέλη του Δ.Σ., ο Γραμματέας και μόνο όσα άλλα πρόσωπα έχουν ηγηθεί εγγράφως από το Δ.Σ. και συμμετέχουν για συγκεκριμένο θέμα.

Συμμετοχή προσώπου χωρίς έγγραφη πρόσκληση δεν επιτρέπεται".

3.1.5 Διαδικασία εκλογής αιρετών μελών.

"Τα αιρετά μέλη που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 55 του Ν. 2071/1992 να συμμετέχουν στα Δ.Σ. των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του Ν.Δ. 2592/53 αλέγονται ως ακολούθως:

1. Δικαίωμα συμμετοχής στις εκλογές.

Α. Για την εκλογή εκπροσώπων, του γιατρού και των άλλων επιστημόνων της Ιατρικής Υπηρεσίας.

Στην εκλογή παίρνουν μέρος:

α. Όλοι οι γιατροί που εργάζονται στο νοσοκομείο με οποιαδήποτε μορφή και σχέση εξαρτώμενης εργασίας.

β. Οι άμισθοι ειδικευόμενοι εφόσον έχουν τοποθετηθεί με απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, πλην εκείνων που υπηρετούν σε άλλες υπηρεσίες και ασκούνται ως υπεράριθμοι (στρατιωτικοί, δημόσιοι υπάλληλοι).

γ. Οι επιστήμονες, άλλων κλάδων το έργο των οποίων είναι συναφές με το διαγνωστικό ή νοσηλευτικό ερευνητικό έργο της ιατρικής υπηρεσίας (χημικοί, φυσικοί, ακτινοφυσικοί).

δ. Οι πανεπιστημιακοί γιατροί και άλλοι κατά την παραπάνω έννοια επιστήμονες οι οποίοι υπηρετούν τακτικά στις πανεπιστημιακές μονάδες που είναι εγκατεστημένες και λειτουργούν στο Νοσοκομείο.

β. Για την εκλογή εκπροσώπου των άλλων εργαζομένων πλην γιατρών και επιστημόνων ιατρικής υπηρεσίας.

Στην εκλογή παίρνουν μέρος:

α. Οι εργαζόμενοι όλων των κλάδων, (πλην γιατρών κα. άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας), που υπηρετούν με οποιαδήποτε μορφή και σχέση εξαρτημένης εργασίας, είτε σε οργανικές θέσεις, είτε με σύμβαση.

Ο εκπρόσωπος αυτός πρέπει να είναι κάτοχος πτυχίου τουλάχιστον μέσης σχολής.

β. Δεν συμμετέχουν όσοι εργαζόμενοι έχουν προσληφθεί προσωρινά σε αναπλήρωση υπαλλήλων που απουσιάζουν.

2. Τρόπος εκλογής

α. Δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας έχουν όσοι συμμετέχουν σύμφωνα με τα εδάφια της προηγούμενης παραγράφου στις εκλογές.

β. Με τον εκπρόσωπο για τακτικό μέλος του Δ.Σ. μαζί εκλέγεται και ο αναπληρωτής αυτού.

γ. Κάθε υποψήφιος με τον υποψήφιο αναπληρωτή του συμπεριλαμβάνονται σε ξεχωριστό ψηφοδέλτιο.

δ. Εκπρόσωπος στο Συμβούλιο εκλέγεται εκείνος που θα συγκεντρώσει το πενήντα τοις εκατό συν ένα (50%+1) των εγκύρων ψηφοδελτίων.

Αν κατά την πρώτη ψηφοφορία δεν συγκεντρώσει κανένα από τους υποψηφίους το πενήντα τοις εκατό συν ένα των ψήφων, η εκλογή επαναλαμβάνεται μεταξύ των δύο πρώτων κατά σειρά σε αριθμό ψήφων.

Το ψηφοδέλτιο που εκλέγει τον εκπρόσωπο τακτικό μέλος, εκλέγει και τον αναπληρωτή του.

ε. Οι εκλογές διεξάγονται με μυστική ψηφοφορία σε ημέρα και χώρο που ορίζονται από τον πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου ύστερα από συννεύση με τους συνδικαλιστικούς φορείς των εργαζομένων στο Νοσοκομείο.

στ. Η ψηφοφορία διεξάγεται με βάση κατάσταση του προσωπικού, που έχει δικαίωμα συμμετοχής στις εκλογές.

Η κατάσταση καταρτίζεται από την υπηρεσία προσωπικού κάθε νοσοκομείου και υπογράφεται από τον Διοικητικό Δ/ντή αυτού.

3. Εκλογή Εφορευτικής Επιτροπής.

α. Για την διεξαγωγή των εκλογών, εκλέγεται με μυστική ψηφοφορία τριμελής Εφορευτική Επιτροπή.

β. Η εκλογή της Εφορευτικής Επιτροπής μπορεί να γίνει την ίδια ημέρα που έχει ορισθεί για την εκλογή του εκπροσώπου, η άλλη προηγούμενη ημέρα που ορίζεται κατά την ίδια διαδικασία ορισμού της ημέρας εκλογής του εκπροσώπου. Μαζί με την εφορευτική επιτροπή εγκλέγονται και δύο γραμματείς.

γ. Δικαίωμα να εκλεγούν και να εκλέξουν έχουν όσοι συμπεριλαμβάνονται στις αναφερόμενες στις προηγούμενες παραγράφους κατηγορίες.

4. Εφαρμογή Διατάξεων για λοιπά θέματα.

Για θέματα που δεν καλύπτονται από τις ρυθμίσεις, του άρθρου αυτού, εφαρμόζονται ανάλογα όσα ισχύουν για την διαδικασία διεξαγωγής αρχαιρκειών στις πρωτοβάθμιες συνδικαλιστικές οργανώσεις".

3.2 Ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή και ο θεσμός του Προέδρου στα Συστήματα Υγείας.

ΕΣΥ 7/10/83

Άρθρο 9

"7. Ο πρόεδρος του διοικητικού προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους, που υπάγονται σ' αυτό συντονίζει και ελέγχει το έργο τους εκπροσωπεί το νοσοκομείο και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου.

8. Ο πρόεδρος των πενταμελών και οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος των επταμελών διοικητικών συμβουλίων προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο με πλήρη απασχόληση. Σ' αυτούς καταβάλλεται μηνιαία αμοιβή που ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας. Στα λοιπά μέλη του Δ.Σ. καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση που ορίζεται με όμοια απόφαση

ΕΟΣΥ 15/7/93

Άρθρο 55

8. Ο γενικός διευθυντής προΐσταται όλων των υπηρεσιών του νοσηλευτικού ιδρύματος, συντονίζει και ελέγχει τον έργο, αυτών, συμμετέχει στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου, εισηγείται σε αυτό, κάθε φορά, τα θέματα που τίθενται προς συζήτηση και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου.

5. Ο πρόεδρος όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ο αντιπρόεδρος προκειμένου για νοσηλευτικά ιδρύματα άνω των 300 κλινών λαμβάνουν μηνιαία αμοιβή, που ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στα λοιπά μέλη του Δ.Σ. καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση που ορίζεται με όμοια απόφαση.

11. Με Π. Δ/τα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, είναι δυνατό να συνιστώνται σε καθένα από τα νοσηλευτικά ιδρύματα από μία θέση συντονιστή με πεντετή θητεία και βαθμό α' ή β' της κατηγορίας ειδικών θέσεων. Στη θέση αυτή διορίζονται πτυχιούχοι ανώτατης σχολής με αξιόλογη πείρα σε διευθυντικά καθήκοντα ή ειδική μετεκπαίδευση σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας νοσοκομείων ή διοίκηση επιχειρήσεων. Ο διορισμός γίνεται, μετά από προκήρυξη των θέσεων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του νοσοκομείου και γνώμη του ΠΕ.Σ.Υ, στην έδρα του, εφόσον το τελευταίο αυτό συμβούλιο έχει συγκροτηθεί. Ο συντονιστής ασκεί καθήκοντα διοικητικού προϊσταμένου των υπηρεσιών του νοσοκομείου, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, που υπάγονται σ' αυτό, συντονίζει και κατευθύνει το έργο τους, εκτελεί καθήκοντα τακτικού εισηγητή στο Δ.Σ. και μεριμνά για την υλοποίηση των αποφάσεων του.

Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί με απόφαση του να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στο συντονιστή. Στα παραπάνω νοσηλευτικά ιδρύματα, στα οποία διορίζεται συντονιστής, ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος του διοικητικού τους συμβουλίου δεν προσφέρουν υπηρεσίες με πλήρη απασχόληση και δικαιούνται να λαμβάνουν μόνο την αποζημίωση που προβλέπεται στην παράγραφο 8 του άρθρου αυτού.

9. Οι θέσεις των γενικών διευθυντών προκηρύσσονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στο διαγωνισμό μπορεί να συμμετέχουν πτυχιούχοι ανώτατων σχολών ημεδαπής ή αλλοδαπής με ευδόκιμο υπηρεσιακό δρόμο αποδεικνυόμενη σε θέσεις του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα ή με μεταπτυχιακές σπουδές ειδικεύσης στην οικονομία της υγείας, στην οργάνωση και διοίκηση νοσηλευτικών οργανισμών και στη δημόσια υγεία. Σε θέσεις γενικών διευθυντών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων μπορούν να διορίζονται και υπάλληλοι του Δημοσίου ή των ΝΠΔ που έχουν τα προβλεπόμενα στην παράγραφο αυτήν προσόντα, όταν δεν παύσουν να ασκούν τα καθήκοντα του γενικού διευθυντή ή λήξει η θητεία τους επιστρέφουν στην οργανική τους θέση. Ο χρόνος της θητείας τους λογίζεται ως χρόνος δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια.

12. Το διοικητικό συμβούλιο νοσηλευτικού στο οποίο υπηρετεί γενικός διευθυντής μπορεί με απόφασή του, να μεταβιβάζει αρμοδιότητες σ' αυτόν.

13. Το διοικητικό συμβούλιο ελέγχει το έργο του γενικού διευθυντή, λόγω κωλύματος, απέχει των καθηκόντων του. Καθήκοντα γενικού διευθυντή ασκεί τότε ο πρόεδρος του Δ.Σ.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι γενικοί διευθυντές διορίζονται για μια τριετία. Σε περίπτωση κατά την οποία ο γενικός διευθυντής έχει επιτύχει στο έργο του ανανεώνεται η θητεία του για μια εκάστοτε τριετία. Το ευδόκιμο της θητείας κρίνεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του διοικητικού συμβουλίου του οικείου νοσοκομείου. Οι μηνιαίες απολαβές των γενικών διευθυντών καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών, οι οποίες μπορεί να διαφέρουν ανά νοσοκομείο. Με μια απόφαση, που εκδίδεται γνώμη, του Δ.Σ. μπορεί να χορηγείται ιδιαίτερη αμοιβή (πριμ εφόσον τα λαμβανόμενα από το γενικό διευθυντή μέτρα έχουν αποτέλεσμα τον περιορισμό σημαντικό βαθμό, των δαπανών προϋπολογισμού του νοσηλευτικού ιδρύματος. Το ύψος της ιδιαίτερης αμοιβής καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

11. Ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μέχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία διορισμού γενικών διευθυντών ή περιπτώσεις ανάγκης άμεσου κάλυψης της θέσης μπορεί με απόφασή του να αναθέτει καθήκοντα γενικού διευθυντή νοσηλευτικού ιδρύματος και σε δοκιμασμένους δημόσιους λειτουργούς, που μπορεί να υπηρετούν στον τομέα υγείας ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα ή να έχουν για οποιονδήποτε λόγο αποχωρήσει. Για τους διοριζόμενους με τον τρόπο αυτό γενικούς διευθυντές ο χρόνος της θητείας λογίζεται ο χρόνος δημόσιας υπηρεσίας κατά κάθε συνέπεια, μετά δε τη λήξη της θητείας επανέρχονται αυτοί και στην θέση και υπηρεσιακή κατάσταση που είχαν προ του διορισμού τους.....

3.2.1 Τα διευθυντικά στελέχη κατά το Ν. 1397/1983

Το Ν/Σ στην εισηγητική του έκθεση υποστήριξε πως στην Ελλάδα υπάρχει έλλειψη εξειδικευμένων ανώτερων στελεχών στο χώρο της δημόσιας διοίκησης με ειδικές επιστημονικές γνώσεις στα θέματα οργάνωσης και λειτουργίας των υπηρεσιών, και όπως επισήμανε στα νοσηλευτικά ιδρύματα αλλά και σε όσους οργανισμούς λειτουργούν με τη μορφή ΝΠΔΔ έθεσε το ζήτημα πως σήμερα δεν υπάρχει η δυνατότητα αντίστοιχης μετεκπαίδευσης στα ανώτατα εκπαιδευτικά ιδρύματα της χώρας μας.

" Η έννοια των διευθυντικών στελεχών δεν πρέπει να ταυτίζεται με την έννοια των στελεχών της δημόσιας διοίκησης". Η απουσία διευθυντικών στελεχών από τους μεγάλους οργανισμούς έχει σαν συνέπεια την ταύτιση του επιπέδου διοίκησης και του επιπέδου διεύθυνσης του οργανισμού. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα το Διοικητικό Συμβούλιο να ασχολείται περισσότερο με τη διεύθυνση του οργανισμού και λιγότερο με τη διοίκησή του πράγμα που έχει σοβαρά αρνητικά αποτελέσματα.

3.2.2 Ο θεσμός του συντονιστή στο Ε.Σ.Υ.

Για τους λόγους αυτούς η τότε κυβέρνηση έκρινε απόλυτα αναγκαίο να είναι δυνατόν να προσλαμβάνονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα διευθυντικά στελέχη, εφόσον υπάρχουν ενδιαφερόμενοι που συγκεντρώνουν τα απαραίτητα ειδικά προσόντα της παραγράφου 11. Οι θέσεις αυτές συστά-

θηκαν με βαθμό α' ή β' της κατηγορίας των ειδικών θέσεων και πληρώθηκαν με πενταετή θητεία. Οι υποψήφιοι λοιπόν, θα έπρεπε να είναι πτυχιούχοι ανώτατης σχολής και να έχουν αποδεδειγμένη αξιολογητή πείρα σε διευθυντικά καθήκοντα ή ειδική μεταπτυχιακή εκπαίδευση σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας νοσοκομείων, ή διοίκησης επιχειρήσεων. Αυτή η πείρα σε διευθυντικά καθήκοντα θα βεβαιωνόταν με αποδεδειγμένη προϋπηρεσία.

Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο συντονιστής δεν είχε καμμία ανάμειξη στο επιστημονικό έργο της ιατρικής επιτροπής, αλλά ούτε και αρμοδιότητα αξιολόγησης και ελέγχου των γιατρών και των άλλων επιστημόνων της ιατρικής υπηρεσίας. Την αρμοδιότητα αυτή την είχε η επιστημονική επιτροπή την οποία θα αναλύσουμε παρακάτω.

Το Δ.Σ. μπορούσε με αποφασή του να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στο συντονιστή, έτσι που να διευκολύνεται η λειτουργία του νοσοκομείου.

Η ύπαρξη του συντονιστή απάλλαξε τον Πρόεδρο του Δ.Σ. από το μεγαλύτερο μέρος των καθηκόντων του και περιόριζε το χρόνο απασχόλησής του στο νοσοκομείο. Το ίδιο ίσχυε και για τον αντιπρόεδρο ο οποίος βοηθούσε τον πρόεδρο στα καθήκοντά του. Συνακόλουθο αυτού ήταν να μην χρειάζεται ο Πρόεδρος και ο Αντιπρόεδρος να δουλεύουν με πλήρη απασχόληση, οπότε φυσικό ήταν να μην έπαιρναν και την μηνιαία αμοιβή που προέβλεπε η παράγραφος 8.

3.2.3 Ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή κατά τον Ν. 2071/1992

Ο Ν. 2071/1992 καθιέρωσε για πρώτη φορά το θεσμό του Γενικού Διευθυντή στα Νοσοκομεία, υπάλληλο καριέρας με ειδικά προσόντα μόρφωση και πείρα, κατάλληλη για τα νοσηλευτικά ιδρύματα, ο οποίος αναλαμβάνει τις ευθύνες του φυσικού προϊσταμένου των υπηρεσιών, αντί του προέδρου, που πρέβλεπε ο Ν. του ΕΣΥ και που περιόριζε τις αρμοδιότητες του σε θέματα που αφορούσαν την ιατρική υπηρεσία. Παρόμοια ήταν και η διάταξη που αφορούσε τους συντονιστές, όπως είδαμε, οι οποίες όμως δεν εφαρμόστηκαν ποτέ και τα νοσοκομεία παρέμειναν υπό την ευθύνη του ιατρού-προέδρου και προϊσταμένου των υπηρεσιών του νοσοκομείου "ταυτότητα ιδιοτήτων που αποδείχθηκε εκ των πραγμάτων αποτυχημένη για τις ουσιαστικές ανάγκες των νοσοκομείων, αλλά και αντίθετη προς τις δημοκρατικές διαδικασίες, όταν η αποφασιστική και εκτελεστική αρμοδιότητα ασκούνται από ένα μόνο πρόσωπο και μάλιστα με καθόλου γνώσεις στη συγκρότηση, οργάνωση και λειτουργία μιας μεγάλης οικονομικής μονάδας παραγωγής υπηρεσιών, που είναι το νοσοκομείο".⁵

Ο τρόπος επιλογής Γενικών Διευθυντών είναι ο εξής:
Η επιλογή των υποψηφίων Γενικών Διευθυντών διενεργείται από επιτροπή επιλογής, η οποία εδρεύει στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και αποτελείται από τους:

α. Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ως Πρόεδρο.

β. Γενικό Διευθυντή Διοικητικής Υποστήριξης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

γ. Γενικό Διευθυντή Διοικητικής Υποστήριξης του Υπουργείου Προεδρίας της Κυβέρνησης.

δ. Δύο επιστήμονες προερχόμενους από τον Τομέα Υγείας, ή τον ευρύτερο Δημόσιο Τομέα.

Γραμματέας της Επιτροπής επιλογής ορίζεται με τον αναπληρωτή του, υπάλληλος κατηγορίας ΠΕ Διοικητικού του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Εργο της επιτροπής είναι η αξιολόγηση των τυπικών και ουσιαστικών προσόντων των υποψηφίων κατόπιν και ειδικής συνέντευξης, η οποία είναι υποχρεωτική για τους υποψήφιους.

Η επιτροπή επιλογής, μετά από την αξιολόγηση των υποψηφίων υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Πρακτικό πλήρως αιτιολογημένο, στο οποίο περιλαμβάνεται ο πίνακας επιλογής των υποψηφίων, για την εν συνεχεία έκδοση της σχετικής απόφασης διορισμού των επιλεγέντων Γενικών Διευθυντών.

3.2.4 Υποχρεώσεις και καθήκοντα Προέδρου, Αντιπροέδρου και μελών του Δ.Σ.

" Α. Ο πρόεδρος του Δ.Σ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Συγκαλεί σε συνεδριάσεις του Δ.Σ., τακτικά δύο (2) φορές το μήνα, εκτάκτως όσες φορές κρίνει απαραίτητο ή το ζητήσουν 4 τουλάχιστον μέλη. Καθορίζει τις ημερομηνίες συνεδριάσεων, τα προς συζήτηση θέματα, υπογράφει την ημερήσια διάταξη και διευθύνει τις συνεδριάσεις αυτού.

2. Εκπροσωπεί το Νοσηλευτικό Ιδρυμα στις μετά των τρίτων σχέσεις και συναλλαγές, καθώς και ενώπιον κάθε δικαστικής αρχής. Μπορεί την εκπροσώπηση του αυτή για συγκεκριμένη υπόθεση, να αναθέσει στον Αντιπρόεδρο ή μέλος του Δ.Σ. Υπογράφει όλες τις συμβάσεις του Νοσοκομείου, τον προϋπολογισμό, τον Ισολογισμό και Απολογισμό. Υπογράφει τις πράξεις και κάθε μεταβολή της υπηρεσιακής κατάστασης των προϊσταμένων των οργανικών Μονάδων του Νοσοκομείου και τα θέματα μετακίνησης όλου του προσωπικού ύστερα από απόφαση του Δ.Σ.

3. Ασκει τις αρμοδιότητες του Γεν. Διευθυντή (όπου υπάρχει), σε περιπτώσεις κωλύματος ή αποχής αυτού

4. Συμμετέχει ως τακτικό μέλος στις συνεδριάσεις του ΠΕΣΥ της Υγειονομικής Περιφέρειας του Νοσοκομείου.

5. Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές από το επιστημονικό ή λοιπό προσωπικό, για τη μελέτη ή παροχή

γνωμοδοτήσεως σε θέματα, που υπάγονται στις δραστηριότητες του Νοσοκομείου.

6. Με απόφασή τους που ανακαλείται οποτεδήποτε, μπορεί να αναθέτει σε μέλη του Δ.Σ. την άσκηση ορισμένων αρμοδιοτήτων.

7. Οφείλει να υποδεχθεί κατά τη λήξη της θητείας του Δ.Σ. τη νέα διοίκηση, του Νοσοκομείου και να παραδώσει σε αυτή κάθε στοιχείο που κατέχει το Δ.Σ. (τα πρακτικά συνεδριάσεων, το εμπιστευτικό αρχείο του Δ.Σ.). Και να παράσχει κάθε απαραίτητη πληροφορία για την απρόσκοπτη συνέχιση της διοίκησης του Νοσοκομείου. Για την παράδοση ή παραλαβή συντάσσεται σχετικό τακτικό.

Β. Ο Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Αναπληρώνει τον πρόεδρο του Δ.Σ. ελλείποντα, απόντα ή κωλύμενο σε όλες τις αρμοδιότητες και εξουσίες αυτού.

2. Άσκει την εκπροσώπηση του Νοσηλευτικού ιδρύματος, την οποία του αναθέτει ο πρόεδρος του Δ.Σ. κατά τα οριζόμενα στην παρ. Α2 του παρόντος άρθρου.

Γ. Τα μέλη του Δ.Σ. έχουν τις ακόλουθες υποχρεώσεις και αρμοδιότητες.

1. Αναπληρώνουν τον Πρόεδρο ελλείποντα, απόντα ή κωλύμενο στις αρμοδιότητες και εξουσίες που έχουν οριστεί από τον Πρόεδρο στην αναπλήρωση αυτή και εφ' όσον δεν υπάρχει Αντιπρόεδρος, απουσιάζει ή κωλύεται.

2. Ασκούν την εκπροσώπηση του Νοσηλευτικού Ιδρύματος την οποία τους αναθέτει ο πρόεδρος κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο Α2 του παρόντος άρθρου.

3. Όλα τα μέλη του Δ.Σ. έχουν υποχρέωση να προέρχονται στις συνεδριάσεις αυτού, τακτικές και έκτακτες, όταν καλούνται να διατυπώσουν τις απόψεις τους επί των συζητούμενων θεμάτων και εφ' όσον διαφωνούν να αιτιολογήσουν την διαφωνία τους, η οποία και θα γράφεται στα πρακτικά.

4. Τα μέλη που διορίζονται σε αντικατάσταση άλλων, υπηρετούν για το υπόλοιπο της θητείας των αντικαθιστάμενων μελών.

5. Μέλος που δεν παρίσταται αδικαιολόγητα σε 3 συνεχείς συνεδριάσεις εκπέμπει αυτοδίκαια από το αξίωμα του μέλους και κινείται η διαδικασία αντικατάστασής του.

6. Τα μέλη του Δ.Σ. κατά τη διάρκεια της θητείας του υπέχουν τις ευθύνες των Δημοσίων Υπαλλήλων.
6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Κεφάλαιο 4

Οργάνωση Νοσοκομείων

ΕΣΥ

Άρθρο 10

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των οργανισμών γίνεται μέσα στα πλαίσια που ορίζει ο νόμος αυτός με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν άλλου συναρμόδιου Υπουργού ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του ΠΕ.Σ.Υ., στην περιφέρεια του οποίου το νοσοκομείο έχει την έδρα του, εφόσον έχει συγκροτηθεί το ΠΕ.Σ.Υ.

2. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) ιατρική, β) νοσηλευτική και γ) διοικητική. Στην ιατρική υπηρεσία υπάγονται εκτός από τους γιατρούς του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι επιστήμονες, που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης, καθώς και οι φαρμακοποιοί του νοσοκομείου.

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κρεβατιών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας και οι ειδικότερες αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις του κρατικού προσωπικού.

ΕΟΣΥ

Άρθρο 56

1. Όλα τα νοσοκομεία οργανώνονται και λειτουργούν σύμφωνα με τον οργανισμό τους. Η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των οργανισμών γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από πρόταση της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας που υπάγεται το νοσοκομείο, στο πλαίσιο των ρυθμίσεων της παρ. 4 του άρθρου αυτού. Σε περίπτωση, που δεν έχει συσταθεί η διεύθυνση υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, η έκδοση, αναμόρφωση και τροποποίηση των παραπάνω οργανισμών γίνεται και χωρίς την πρόταση των διευθύνσεων υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας.

2. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες: α) ιατρική, β) νοσηλευτική, γ) διοικητική και δ) τεχνική. Στην ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου υπάγονται εκτός από τους γιατρούς, οδοντιάτρους και φαρμακοποιούς του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι επιστήμονες, που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης.

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοσηλευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις ... του ιατρικού προσωπικού.

4. Με Π.Δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, ανάλογα με τη δύναμη σε κρεβάτια και την κατηγορία, σύμφωνα με την έννοια των διατάξεων του άρθρου 8 του νόμου αυτού.

Ειδικότερα μπορεί να θεσπίζονται ειδικοί, συντελεστές καθορισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο, με σκοπό την εξασφάλιση της βελτίωσης μεταξύ της αναλογίας που απαιτείται για την πλήρη και ισόρροπη λειτουργία όλων των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου.

Σε περίπτωση έκδοσης του Π.Δ/τος αυτού η αναμόρφωση τροποποίηση ή συμπλήρωση οργανισμού ή συμπλήρωση οργανισμού νοσοκομείων γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων ανάλογα με τη δύναμη ο κλίνες και κατηγορίες προσωπικού

Ειδικότερα μπορεί να θεσπίζονται ειδικοί συντελεστές καθορισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο ή υπηρεσί με σκοπό την εξασφάλιση της καλύτερης μεταξύ τους αναλογία που απαιτείται για την πλήρη και ισόρροπη λειτουργία όλων των υπηρεσιών κάθε νοσοκομείου.

Μετά την έκδοση του προεδρικού διατάγματος αυτού, προσαρμόζονται αναλόγως οι οργανισμοί των νοσοκομείων με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

5. Τα ειδικότερα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού των νοσοκομείων, ο τρόπος άσκησης του έργου του και κάθε σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με ενιαίο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας, που εκδίδεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας ορίζεται και ο τρόπος λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου και υπηρεσίας σ' αυτά των γιατρών όλων των βαθμίδων και ειδικοτήτων σε τακτές ημέρες και ώρες.

5. Οι αρμοδιότητες των υπηρεσιών ασκούνται σύμφωνα με τον εσωτερικό κανονισμό, ο οποίος προβλέπει τις υποχρεώσεις του προσωπικού του νοσοκομείου, τον τρόπο άσκησης του έργου τους και κάθε σχετική λεπτομέρεια για τη λειτουργία και την οργάνωση αυτού.

6. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εργασίας εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των νοσοκομείων.

7. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας και Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη το ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να μεταφέροντα επιστημονικά τμήματα, ειδικές μονάδες και οι θέσεις του επιστημονικού και λοιπού προσωπικού αυτών, από ένα νοσοκομείο σε άλλ νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., μέσα στη περιοχή του νομού, εφόσον το επιβάλλει η διάρθρωση των νοσοκομείων για την κάλυψη των αναγκών περίθαλψης του πληθυσμού. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μεταφέρεται και το προσωπικό που υπηρετεί στις μονάδες αυτές. Η απόφαση δημοσιεύεται στην εφημερίδα της κυβέρνησης. Σε έκτακτες περιπτώσεις η μεταφορά επιστημονικών τμημάτων ή ειδικών μονάδων, μπορεί να γίνει στην ίδια, υγειονομική περιφέρεια ή σε άλλη, για ορισμένο χρονικό διάστημα και για συγκεκριμένη προσφορά υπηρεσιών υγείας.

4.1 Ο Ν. 1397/1983 δημιουργός του άρθρου 10 περί Οργάνωσης των Νοσοκομείων του ΕΣΥ.

Με τις διατάξεις του άρθρου 10 το Σοσιαλιστικό Κίνημα αποσκοπούσε στο να ρυθμίσει θέματα που αφορούσαν την οργάνωση και διάρθρωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Το άρθρο αυτό προέβλεπε πως σε κάθε νοσοκομείο εκδίδονταν οργανισμός που όριζε τις υπηρεσίες του, τη διάρθρωσή του, τις θέσεις του προσωπικού κατά κλάδο και βαθμό, την δύναμη των κρεβατιών, την επωνυμία και την κατηγορία του νοσοκομείου. Ο οργανισμός αυτός εκδίδονταν με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του αρμοδίου σε κάθε περίπτωση Υπουργού ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του ΠΕΣΥ της περιφέρειας του νοσοκομείου, όταν αυτό έχει συσταθεί. Αν όχι, θα εκδίδονταν μόνο με γνώμη του Δ.Σ.

Το νοσοκομείο με το ΕΣΥ διαρθρώνονταν σε τρεις βασικές υπηρεσίες:

Στην ιατρική, στην νοσηλευτική και διοικητική. Στην διοικητική υπηρεσία συμπεριλαμβάνονταν όλες οι μονάδες πλην των ιατρικών και νοσηλευτικών, οι οποίες είχαν στενή σχέση με την έννοια διοικητικές μονάδες.

Κάθε μία από αυτές τις τρεις υπηρεσίες είχε τη δική της ιεραρχική δόμηση. Και οι τρεις αυτές υπηρεσίες υπάγονταν ιεραρχικά στο Δ.Σ. του νοσοκομείου και στον συ-

ντονιστή όπως είδαμε σύμφωνα με το άρθρο 9, του ίδιου νόμου.

Με τη διάταξη της παραγράφου 4 παρέχονταν η εξουσιοδότηση να ορίζεται με Π.Δ/γμα ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης όλων των νοσοκομείων, με βάση τη δύναμη των κρεβατιών και την κατηγορία του σύμφωνα με τη διάκριση του άρθρου 8. Το πλαίσιο αυτό οργάνωσης θα καθόριζε γενικούς συντελεστές για τις θέσεις προσωπικού, την αναλογία κρεβατιών και αριθμού γιατρών, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και θα προσδιόριζε τις αναγκαίες μονάδες στήριξης του επιστημονικού και νοσηλευτικού έργου του νοσοκομείου. Το Π. Δ/γμα θα εκδίδονταν με πρόταση του Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Εφ' όσον θα εκδίδονταν το Π.Δ/γμα και θα είχε καθοριστεί το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, οι συμπληρώσεις και οι τροποποιήσεις των οργανισμών των νοσοκομείων και γίνονταν μόνο με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ώστε να αποφεύγονταν χρονοβόρες διαδικασίες και να υπήρχε ευελιξία στην αντιμετώπιση των νοσοκομείων.

Η έλλειψη μέχρι τότε γενικού εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας των νοσοκομείων δημιουργούσε σοβαρά προβλήματα στη λειτουργία των υπηρεσιών και οδηγούσε σε κενά και αντιθέσεις το προσωπικό.

Γι αυτό με την παράγραφο 5 προβλέπονταν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., έκδοση ενιαίου εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας των νοσοκομείων με τον οποίο θα καθορίζονταν με λεπτομέρεια

το καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του προσωπικού κατά κλάδο και ειδικότητα, ο τρόπος που θα ασκούσαν το έργο τους και κάθε άλλο σχετικό με τη διεξαγωγή της υπηρεσίας του.

Με τον ίδιο εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας θα ρυθμίζονταν και τα θέματα των εξωτερικών ιατρείων και ειδικότερα ο τρόπος που θα προσέφεραν οι γιατροί τις υπηρεσίες τους. Το θέμα της λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων ήταν ιδιαίτερα σοβαρό γιατί αυτά θα έπαιζαν σπουδαίο ρόλο στο χώρο της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο πλαίσιο του ΕΣΥ. Γι αυτό και οι διατάξεις αυτές καθόριζαν με ακρίβεια τις ημέρες και ώρες που θα λειτουργούσαν και θα δέχονταν αρρώστους τα εξωτερικά ιατρεία.

4.2 Οι τροποποιήσεις που έγιναν στο άρθρο 10 του ΕΣΥ από το άρθρο 56 του ΕΟΣΥ.

Με τις διατάξεις του άρθρου αυτού αλλάζουν οι διατάξεις των πέντε παραγράφων του άρθρου 10 του ΕΣΥ οι οποίες καταργούνται και προστίθενται δύο νέες παράγραφοι.

Στις τροποποιούμενες διατάξεις, στην παρ. 1 αντικαθίσταται η πρόταση για την έκδοση, αναμόρφωση, τροποποίηση των οργανισμών των νοσοκομείων του ΠΕ.Σ.Υ. από την Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας της περιφέρειας για τα νοσοκομεία της περιφέρειας, η κατευθείαν από τους συναρμόδιους Υπουργούς Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Στην παράγραφο 2 προστίθεται και νέα υπηρεσία στα νοσοκομεία: η Τεχνική. Η έλλειψη αυτής της υπηρεσίας όπως υποστήριξε η φιλελεύθερη παράταξη είχε προκαλέσει στα νοσοκομεία υποβάθμιση της υλικοτεχνικής τους υποδομής και εγκατάλειψη του κτιριακού και τεχνολογικού εξοπλισμού. Έτσι θεωρήθηκε σημαντική η ύπαρξη αυτής της υπηρεσίας για την άρτια και επαρκή στήριξη της ιατρικής και νοσηλευτικής υπηρεσίας.

Για την έκδοση πλαισίου των νοσοκομείων απαιτείται απευθείας πρόταση των συναρμόδιων υπουργών για την έκδοση του προεδρικού διατάγματος. Επίσης στη σύνταξη πλαισίου εσωτερικών κανονισμών αρμοδιοτήτων και λειτουργίας των υπηρεσιών των νοσοκομείων, απαιτείται απόφαση, του

Υπουργού Υγείας. Βάσει αυτής, θα εκδοθούν οι ενιαίοι εσωτερικοί κανονισμοί των νοσοκομείων, οι οποίοι εκδίδονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Εργασίας όπως ορίζει η παράγραφος 6.

Στην εισηγητική της έκθεση η φιλελεύθερη παράταξη τόνισε πως: "έχει παρατηρηθεί μια υπερούγκέντρωση υπηρεσιών στις μεγαλουπόλεις και μια αντίστοιχη μετακίνηση πολιτών από την περιφέρεια προς το κέντρο για τη λήψη υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και μια γιγάντωση ορισμένων υπηρεσιών νοσοκομείων του κέντρου, εν σχέσει με επαρχιακά νοσοκομεία που τις στερούνται παντελώς. Αλλά και πάλι για κοινωνικούς, εκπαιδευτικούς, εποχιακούς, οργανωτικούς και λειτουργικούς λόγους αλλά και για λόγους υλικοτεχνικούς υποδομής και στελεχιακής πληρότητας, απαιτούνται ενέργειες καλύψεως και ισορροπίας αντιμετώπισης των αναγκών". Έτσι με τις διατάξεις της παραγράφου 7, παρέχεται η δυνατότητα της ορθολογικής ανακατανομής, με κριτήριο την περιφερειοποίηση των υπηρεσιών και την ορθολογική κάλυψη των αναγκών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΔΙΑΡΘΡΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Κεφάλαιο 5

Διάρθρωση Ιατρικής υπηρεσίας

ΕΣΥ Άρθρο 11

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τομείς που ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων.

Οι τομείς είναι:

- α) Παθολογικός
- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχιατρικός και
- ε) Κοινωνικής Ιατρικής

Οι οδοντογιάτροι υπάγονται στο χειρουργικό τομέα.

Με τον οργανισμό κάθε νοσοκομείου μπορεί, εφόσον υπάρχουν περισσότερα από ένα οδοντιατρικά τμήματα, να ορίζεται και αυτοτελής οδοντιατρικός τομέας.

2. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κρεβατιών που εξυπηρετούν αδιακρίτως όλα τα τμήματά του. Η δύναμη κάθε τομέα δεν υπερβαίνει τα τριακόσια (300) κρεβάτια.

ΕΟΣΥ Άρθρο 58

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε Τομείς, που ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων.

Οι τομείς τους είναι:

- α) Παθολογικός
- β) Χειρουργικός
- γ) Εργαστηριακός
- δ) Ψυχιατρικός
- ε) Κοινωνικής Ιατρικής

στ) Επείγουσας και ενταντικής Ιατρικής

ζ) Φαρμακευτικός, υπό ορισμένες προϋποθέσεις που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Οι οδοντίατροι υπάγονται στο χειρουργικό τομέα.

2. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κλινών που εξυπηρετούν όλα τα τμήματά του. Η δύναμη κάθε τομέα καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου ανάλογα με τις ανάγκες, ύστερ από εισήγηση της επιστημονική επιτροπής του νοσοκομείου, μπορεί δε και να τροποποιείται.

3. 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. Όταν δεν υπάρχει διευθυντής, επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι επιμελητής Α'.

4. Οι γιατροί του τομέα και οι λοιποί επιστήμονες εκτός από τους ειδικευόμενους γιατρούς εκλέγουν κάθε τρία χρόνια το διευθυντή του τομέα από τους διευθυντές των τμημάτων του. Ο διευθυντής του τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των τμημάτων την εφαρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων, στα πλαίσια των αποφάσεων του ΚΕΣΥ και ΠΕΣΥ παρακολουθεί και βεβαιώνει την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των γιατρών, εισηγείται στην επιστημονική επιτροπή, τη χορήγηση των σχετικών πιστοποιητικών και έχει τη διοικητική ευθύνη του τομέα.

3. Κάθε τμήμα έχει επιστημονική αυτοτέλεια. Επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας, προκειμένου δε για το φαρμακείο, φαρμακοποιός που υπηρετεί στο τμήμα με βαθμό διευθυντή. Όταν δεν υπάρχει διευθυντής, επιστημονικός υπεύθυνος του τμήματος είναι ο αρχαιότερος στην ειδικότητα επιμελητής Α'.

4. Εφόσον η κτιριακή υποδομή επιτρέπει τη χωροταξιακή αυτέλεια των κλινών των τμημάτων εντός το νοσοκομείου, τότε το διοικητικό συμβούλιο μεριμνά και αποφασίζει για την αυτοτέλεια αυτήν, αφολάβει υπόψη τις εισηγήσεις των αρμόδιων επιστημονικών οργάνων του νοσοκομείου, προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη και σύμφωνη με τις τρέχουσες προδιαγραφές νοσηλεία και περίθαλψη των ασθενών.

5. Οι γιατροί του τομέα, ειδικοί και ειδικευόμενοι, καθώς και οι άλλοι επιστήμονες μαζί, εκλέγουν κάθε δύο χρόνια το διευθυντή του τομέα με τον αναπληρωτή του από τους διευθυντές των τμημάτων του. Ο διευθυντής του τομέα είναι υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας των τμημάτων, την εφαρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων στα πλαίσια των αποφάσεων των μετεκπαιδευτικών φορέων, που ιδρύονται σύμφωνα με διατάξεις των άρθρων 80 και 81 του νόμου αυτού. Ο διευθυντής του τομέα παρακολουθεί και βεβαιώνει την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των ιατρών και έχει την ευθύνη του τομέα.

5. Στα τμήματα λειτουργεί αντίστοιχο τακτικό εξωτερικό ιατρείο για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε εξωτερικούς αρρώστους. Τα εξωτερικά ιατρεία είναι πλήρως συγκροτημένες μονάδες που λειτουργούν στα πλαίσια του αντίστοιχου τομέα και έχουν ίδια νοσηλευτική και γραμματειακή εξυπηρέτηση

6.
Το συγκρότημα εξωτερικών ασθενών λειτουργεί με την επιστημονική νοσηλευτική και διοικητική ευθύνη τριών προϊσταμένων, που ορίζονται με θητεία ενός έτους από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ύστερα από αντίστοιχες προτάσεις της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου για τον γιατρό και της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας για τους υπόλοιπους. Οι παραπάνω αποτελούν τη διοικούσα επιτροπή του συγκροτήματος. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται κάθε λεπτομέρεια σχετική με την οργάνωση και λειτουργία του συγκροτήματος εξωτερικών ασθενών των νοσοκομείων. Με την ίδια απόφαση, εφόσον η κτιριακή και η εν γένει λειτουργική υποδομή το επιτρέπει, το συγκρότημα εξωτερικών ασθενών, μπορεί να, αποσυνδεθεί διοικητικά και οικονομικά, διατηρούμενης της επιστημονικής, λειτουργικής και οργανικής διασύνδεσης με το νοσοκομείο.

5.1 Διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας σύμφωνα με το ΕΣΥ.

Με τις διατάξεις του άρθρου 11 του ΕΣΥ και τη νέα ρύθμιση, η δόμηση της ιατρικής υπηρεσίας βασιζόταν στους εξής τομείς: παθολογικός, χειρουργικός, εργαστηριακός, ψυχιατρικός και κοινωνικής ιατρικής. Χαρακτηριστικό αυτής της ρύθμισης ήταν πως:

“ Ο τομέας δεν θα αποτελούσε οργανική μονάδα που θα στηριζόταν στην ιεραρχική καθετοποίηση. Θα ήταν οργανωτικό σχήμα στο πλαίσιο του οποίου θα αναπτύσσονταν και θα λειτουργούσαν με επιστημονική αυτοτέλεια και ισοτιμία τα τμήματα”. Ο κάθε τομέας περιλάμβανε τμήματα αντίστοιχων, ή συγγενικών ιατρικών ειδικοτήτων και η δύναμη δεν υπέρβαινε τα τριακόσια κρεβάτια συνολικά.

Ο τομέας είχε διευθυντή, αλλά όχι με την υπαλληλική έννοια του προϊσταμένου. Ο διευθυντής του τομέα δεν διοριζόταν, αλλά εκλέγονταν κάθε τρία χρόνια. Στην εκλογή συμμετείχαν όλοι οι γιατροί του τομέα, εκτός από τους ειδικευόμενους καθώς και οι λοιποί επιστήμονες του τομέα που ανήκαν στην ιατρική υπηρεσία.

Στις αρμοδιότητες του Διευθυντή Τομέα περιλαμβάνονταν και τα παρακάτω:

- Συντονισμός των προγραμμάτων λειτουργίας των τμημάτων και έλεγχος της εκτέλεσης αυτών των προγραμμάτων.
- Έλεγχος, δραστηριοτήτων των γιατρών, προγραμμάτων εφημεριών, ενώ και ο ίδιος εφημέρευε προαιρετικά.

- Συντονισμός του προγράμματος κανονικών αδειών του προσωπικού της ιατρικής υπηρεσίας, καθώς επίσης και του ετήσιου προγραμματισμού εξοπλισμού των τμημάτων.

- Καθημερινή ενημέρωση για την κίνηση των ασθενών του τομέα, έλεγχος του καταλόγου αναμονής των τακτικών εισαγωγών και της τήρησης κριτηρίων προτεραιότητας, ενώ φρόντιζε να υπάρχουν καθημερινά διαθέσιμα κρεβάτια.

- Να απαντά στις έγγραφες αναφορές του προσωπικού του τομέα. Να συνεργάζεται με τον προϊστάμενο του τμήματος επειγόντων περιστατικών και τους Διευθυντές των άλλων ταμείων.

- Να συγκαλεί τη Γενική Συνέλευση του Τομέα και να προϊσταται της γραμματείας αυτού.

- Να βεβαιώνει την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των γιατρών και να εισηγείται στην επιστημονική επιτροπή, του επόμενου κεφαλαίου την χορήγηση των αντίστοιχων πιστοποιητικών.

Σύμφωνα με την παράγραφο 3 του άρθρου 11 κάθε τμήμα διευθύνονταν από τον επιστημονικό υπεύθυνο που ήταν γιατρός αντίστοιχης ειδικότητας με βαθμό διευθυντή. Και αν δεν υπήρχε γιατρός διευθυντής τότε επιστημονικός υπεύθυνος ήταν ο επιμελητής Α'.

Όπως υποστηρίχθηκε και στο Ν/Σ του 1992 με το οργανωτικό αυτό σχήμα της ιατρικής υπηρεσίας άλλαζε ριζικά και η σχέση του αρρώστου με το νοσοκομείο. Μέχρι τότε η σχέση του αρρώστου με το νοσοκομείο περιορίζονταν στην ουσία σε σχέση άρρωστου - διευθυντή κλινικής. Ο διευθυντής της κλινικής είχε την αποκλειστική επιστημονική

ευθύνη για τον τρόπο αντιμετώπισης της περίπτωσης του κάθε αρρώστου και τον καθορισμό της θεραπευτικής αγωγής. Στο νέο σχήμα οργάνωσης η σχέση αρρώστου με το νοσοκομείο αναπτύσσονταν σε επίπεδο τουλάχιστο του τομέα. Αυτό είχε την έννοια ότι κάθε άρρωστος εισάγονταν στον αντίστοιχο με την πάθησή του τομέα και την ευθύνη για την αντιμετώπισή του την είχε ο τομέας. Βέβαια η εξειδίκευση της νοσηλείας του γίνονταν σε επίπεδο τμήματος ανάλογα με το είδος της πάθησής του. Αυτό όμως δεν σήμαινε ότι εισάγονταν ως άρρωστος ενός συγκεκριμένου τμήματος.

Το ποιό τμήμα θα αναλάμβανε την ευθύνη της θεραπευτικής αγωγής θα προσδιορίζονταν από την κατάσταση του ίδιου του αρρώστου που μπορεί να απαντούσε και πολλαπλή θεραπευτική αγωγή, οπότε την ευθύνη θα είχαν περισσότερα τμήματα.

Ετσι υπήρχε και η δυνατότητα ολοκληρωμένης περιθαλψης των αρρώστων, αλλά και θα αποφεύγονταν η διακίνηση από τη μια κλινική στην άλλη, όπως γίνονταν μέχρι τότε, με συνέπεια και την ταλαιπωρία του αρρώστου και την παράταση του χρόνου νοσηλείας του.

5.2 Διάρθρωση της ιατρικής υπηρεσίας σύμφωνα με τον ΕΟΣΥ.

Με τις διατάξεις του άρθρου 58 του ΕΟΣΥ τροποποιείται το άρθρο 11 του Ν. 1397/1983 ως εξής:

Στις διατάξεις της παρ. 1 προστίθεται ο τομέας της επείγουσας ιατρικής και ο φαρμακευτικός τομέας.

Στη διάταξη της παρ. 2 καταργείται ο αριθμός των 300 κλινών και ο καθορισμός του αριθμού των κρεβατιών του κάθε τομέα είναι πλέον ευθύνη της Διοικήσεως του νοσοκομείου σύμφωνα πάντα με τις ανάγκες που δημιουργούνται.

Η παρ. 3 είναι ακριβής επανάληψη της ίδιας παραγράφου του άρθρου 11 του Ν. 1397/1983 ενώ η παρ. 4 είναι νέα διάταξη, που επιτρέπει, με απόφαση του Δ.Σ. και υπό προϋποθέσεις, να παρέχεται επιστημονική αυτοτέλεια σε τμήματα του νοσοκομείου, προκειμένου να υπάρξουν καλύτερες υπηρεσίες νοσηλείας και περίθαλψης των ασθενών.

Με την παρ. 5 προβλέπεται ότι στην εκλογή του Τομέα πλέον συμμετείχαν ενώ ο Διευθυντής του τομέα πλέον είναι υπεύθυνος για την εφαρμογή και ανάπτυξη των εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Με τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου αυτού, έχουμε το συγκρότημα των εξωτερικών ιατρείων στο οποίο γίνεται η πρώτη επαφή του ασθενούς με το νοσοκομείο, ενώ υπάρχουν τρεις κατηγορίες ασθενών που προσέρχονται: τα επείγοντα περιστατικά, που πρέπει να αντιμετωπισθούν άμεσα με μεγάλη πιθανότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο, τα τακτικά περιστατικά, που ελάχιστα από αυτά θα οδηγηθούν προς εισαγωγή, και τα περιστατικά που έχουν ανάγκη βραχείας νοσηλείας πριν αποφασισθεί η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, ή η επανοδός τους στο σπίτι, ή που πρέπει να

τύχουν κάποιας ιατρικής ή νοσηλευτικής φροντίδας, πριν επανέλθουν στο σπίτι.

Όπως υποστηρίχθηκε στο Ν/Σ του ΕΟΣΥ τα εξωτερικά ιατρεία παίζουν σπουδαίο ρόλο στο νοσοκομείο γι' αυτό θα πρέπει να είναι αυτόνομα διοικητικώς, να συνεργάζονται και να μη διοικούνται από τους τομείς. Εάν δε η κτιριακή και η λειτουργική του δομή το επιτρέπει, το συγκρότημα εξωτερικών ιατρείων πρέπει να μπορέσει να διαδραματίσει με επιτυχία τον πολύ σημαντικό ρόλο που έχει. Με τις διατάξεις, της παραγράφου αυτής, προβλέπεται η έκδοση υπουργικής απόφασης που ρυθμίζει τα περί συγκροτήματος εξωτερικών ιατρείων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κεφάλαιο 6

Επιστημονική Επιτροπή

ΕΣΥ
Άρθρο 12

1. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, που ποτελείται από πέντε (5) μέλη. Τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής είναι γιατροί ή άλλοι επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και εκλέγονται από τους γιατρούς, ειδικευμένους και ειδικευόμενους, που υπηρετούν στο νοσοκομείο, τα κέντρα υγείας και τα ιατρεία τους, που υπάγονται σ' αυτό, καθώς από τους λοιπούς επιστήμονες που είναι ενταγμένοι στην ιατρική υπηρεσία. Η επιστημονική επιτροπή αποτελείται από: δύο (2) διευθυντές, έναν (1) επιμελητή Α', έναν (1) επιμελητή Β' και έναν (1) ειδικευόμενο

Τα μέλη της επιτροπής εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον πρόεδρο μεταξύ των διευθυντών και του αντιπροέδρου μεταξύ των διευθυντών ή επιμελητών. Η θητεία των μελών της είναι τριετής και η συγκρότησή της γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβολαίου του νοσοκομείου. Τα μέλη που χάνουν την ιδιότητα με την οποία διορίστηκαν αντικαθίστανται με την ίδια διαδικασία που ορίστηκαν.

2. Η επιστημονική μελέτη εκφράζει γνώμη για κάθε θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου που έχει σχέση με την ιατρική υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό σε τεχνολογικό υλικό του νοσοκομείου συντονίζει και ελέγχει την εκπαίδευση των γιατρών για τη λήψη ειδικότητας και χορηγεί τα πιστοποιητικά άσκησης και απόδοσής τους

ΕΟΣΥ
Άρθρο 60

1. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, που ποτελείται από πέντε (5) μέλη. Τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής είναι γιατροί ή άλλοι επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και εκλέγονται από τους γιατρούς, ειδικευμένους και ειδικευόμενους, που υπηρετούν στο νοσοκομείο, τα κέντρα υγείας και τα ιατρεία τους, που υπάγονται σ' αυτό, καθώς από τους λοιπούς επιστήμονες που είναι ενταγμένοι στην ιατρική υπηρεσία. Η επιστημονική επιτροπή αποτελείται από: δύο (2) διευθυντές, έναν (1) επιμελητή Α', έναν (1) επιμελητή Β' και ένα (1) ειδικευόμενο

Τα μέλη της επιτροπής εκλέγουν με μυστική ψηφοφορία τον πρόεδρο μεταξύ των διευθυντών και του αντιπροέδρου μεταξύ των διευθυντών ή επιμελητών. Η θητεία των μελών της είναι διετής και η συγκρότησή της γίνεται με απόφαση του διοικητικού συμβολαίου του νοσοκομείου. Τα μέλη που χάνουν την ιδιότητα με την οποία διορίστηκαν αντικαθίστανται με την ίδια διαδικασία που ορίστηκαν.

2. Η επιστημονική επιτροπή εκφράζει γνώμη για κάθε θέμα λειτουργίας του νοσοκομείου, που έχει σχέση με την ιατρική υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό σε τεχνολογικό υλικό του νοσοκομείου, συντονίζει και ελέγχει την εκπαίδευση των γιατρών για τη λήψη ειδικότητας

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

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

5. Με απόφαση του ΠΕΣΥ οι πρόεδροι των επιστημονικών επιτροπών και νοσοκομείων της περιφέρειας συνέρχονται τουλάχιστο μια φορά το χρόνο σε τακτική συνεδρίαση για τον καλύτερο συντονισμό της ιατρικής λειτουργίας των νοσοκομείων της περιφέρειας.

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

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

5. Με απόφαση του ΠΕΣΥ, οι πρόεδροι των επιστημονικών επιτροπών των νοσοκομείων της περιφέρειας συνέρχονται τουλάχιστο μια φορά το χρόνο σε πολιτική συνεδρίαση, για το συντονισμό της ιατρικής λειτουργίας των νοσοκομείων της περιφέρειας, εκτάκτως δε όταν αυτό κρίνει το ΠΕΣΥ λόγω ειδικών συνθηκών.

6. Οι εκλεγμένες επιστημονικές επιτροπές κατά την ψήφιση του νόμου αυτού εξακολουθούν να λειτουργούν, μέχρι την έκδοση υπουργικής απόφασης, που θα καθορίζει τον τρόπο λειτουργίας και εκλογής νέων επιστημονικών επιτροπών.

6.1 Η δημιουργία Επιστημονικής Επιτροπής σύμφωνα με το ΕΣΥ.

Με τις διατάξεις του άρθρου 12 θεσπίστηκε η συγκρότηση σε κάθε νοσοκομείο επιστημονικής επιτροπής. Η επιστημονική επιτροπή είναι πενταμελής και αποτελείται από γιατρούς που εκλέγονται από τους ειδικευμένους και ειδικευόμενους γιατρούς και τους άλλους, επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας, που υπηρετούν στο νοσοκομείο και στα κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία που υπάγονται σ' αυτό.

Στην επιστημονική επιτροπή εκλέγονταν δύο διευθυντές ένας επιμελητής Α', ένας επιμελητής Β' και ένας ειδικευμένος.

Τα μέλη εκλέγονταν με τριετή θητεία και μπορούσαν να επανεκλεγούν. Η επιτροπή είχε αρμοδιότητα να μελετά τα προβλήματα της ιατρικής υπηρεσίας, να προτείνει λύσεις και να εκφράζει γνώμη, για κάθε θέμα του νοσοκομείου που είχε σχέση και επηρέαζε το επιστημονικό νοσηλευτικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο. Επίσης εκτιμούσε τις ανάγκες σε επιστημονικό εξοπλισμό και εισηγείτο στα αρμόδια όργανα για την προμήθειά του. Η επιστημονική επιτροπή ήταν επίσης αρμόδια και ελέγχει την μετεκπαίδευση των γιατρών για τη λήψη ειδικότητας και να χορηγεί τα πιστοποιητικά άσκησης και αποδοσής του, ενώ παράλληλα είχε την ευθύνη για τον έλεγχο εφαρμογής των μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων των ειδικευμένων γιατρών.

Για την άμεση και συνεχή ενημέρωση της επιτροπής σε όλα τα θέματα της ιατρικής υπηρεσίας συμμετείχαν στις συνεδριάσεις της και οι διευθυντές των τομέων χωρίς ψήφο.

Με τις διατάξεις της παραγράφου 4 παρέχονταν εξουσιοδότηση στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας να καθορίζει με απόφασή του, ύστερα από γνώμη του ΚΕΣΥ τα σχετικά περί της οργάνωσης και λειτουργίας της επιστημονικής επιτροπής, τις υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών της, τα καθήκοντα των επιστημονικών υπεύθυνων των τμημάτων, καθώς και τον τρόπο εκλογής και ανάκλησης των διευθυντών των τομέων και κάθε σχετική λεπτομέρεια. Για την ενίσχυση του συντονισμού στη λειτουργία των νοσοκομείων σε επίπεδο υγειονομικής περιφέρειας και την αλληλοενημέρωση των υπεύθυνων των ιατρικών υπηρεσιών, με την παράγραφο 5, προβλέφθηκε να συνέρχονται σε τακτική συνεδρίαση μια φορά το χρόνο το λιγότερο, οι πρόεδροι των επιστημονικών επιτροπών όλων των νοσοκομείων κάθε υγειονομικής περιφέρειας. Τις συνεδριάσεις αυτές ορίζει το ΠΕΣΥ με απόφασή του.

6.2 Οι τροποποιήσεις που έγιναν πάνω στο θεσμό της Ε.Ε. από το άρθρο 60 του ΕΟΣΥ.

Το 1992 με το Ν.2071 δεν έγιναν μεγάλες αλλαγές όσον αφορά την Ε.Ε. Καθορίζεται, πάλι, η σύνθεση αυτής, με τη διαφορά ότι η θητεία των μελών της είναι διετής και όχι τριετής, οι αρμοδιότητές της, που είναι κυρίως γνωμοδοτικές, σε θέματα επιστημονικού ενδιαφέροντος και

συντονιστικού έργου στην εκπαίδευση των ιατρών, ενώ προβλέπεται έκδοση υπουργικής απόφασης για τον καθορισμό των υποχρεώσεων και καθηκόντων των μελών της, καθώς και του τρόπου λειτουργίας τους. Ειδικότερα, όπως επισημαίνεται στο Ν/Σ "με το άρθρο αυτό δραστηριοποιείται η Ε.Ε. και συμμετέχει ενεργά για τον καλύτερο συντονισμό της ιατρικής υπηρεσίας των νοσοκομείων και των προγραμμάτων εκπαίδευσης των ιατρών".

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΩΝ
ΤΟΥ ΕΣΥ και ΕΟΣΥ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ
ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Οι απόψεις των υποστηρικτών του ΕΣΥ και ΕΟΣΥ για τη Διοίκηση των Νοσοκομείων

Πολλές φορές οι συζητήσεις που γίνονται από κυβερνήσεις, πολιτικούς αλλά και από απλούς πολίτες αφορούν το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας. Σε αυτές μπορεί να ακούσει κανείς αρνητικά, ή θετικά στοιχεία για τους νόμους που ψηφίστηκαν μέχρι τώρα από τη Βουλή, ή τις προβλέψεις για την υγεία που άλλες φορές είναι αισιόδοξες και άλλες απαισιόδοξες. Βέβαια ποτέ κανείς δεν μπορεί να γνωρίζει το μέλλον.

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο χώρος της Υγείας είναι πολύπλοκα, απαιτούν λύσεις και οπωσδήποτε οι εξελίξεις μερικές φορές είναι απρόοπτες.

Πολλές προϋποθέσεις χρειάζονται για την ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ, αλλά για να υπάρξει εποικοδομητική προσέγγιση των πραγμάτων, και του τρόπου διαχείρισης των προβλημάτων μέχρι τώρα, απαιτείται να ασκηθεί κριτική αυστηρή και από τους θεμελιωτές, αλλά και από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

Ωστόσο, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα μας και να δούμε τί πιστεύουν άτομα, τα οποία καλύπτουν διοικητικές θέσεις στα νοσοκομεία, για τους Ν. 1397/1983 και 2071/1992, και τις διατάξεις των άρθρων των προηγούμενων κεφαλαίων.

Συγκεκριμένα τα άτομα τα οποία ρωτήθηκαν είναι τα εξής:

κ. ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ Σ.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ (Π.Ο.Ε.Δ.Η.Ν)

κ. ΜΠΡΕΔΗΜΑΣ Θ.

ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟ ΕΤΟΣ 1983 ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

κ. ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Γ.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ "ΑΓ. ΣΟΦΙΑ"

κ. ΠΑΡΘΕΝΙΟΣ Σ.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

κ. ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ Α.

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΜΕΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

7.1 Οι καινοτομίες των δύο νόμων ως προς τη διοίκηση των νοσοκομείων

Οι σπουδαιότερες καινοτομίες του Ν. 1397/1983 ήταν ότι:

α. Στο Διοικητικό Συμβούλιο υπήρχαν ένας εκπρόσωπος της Τοπικής Αυτοδιοίκησης και ένας εκπρόσωπος των εργαζομένων.

β. Στη Νομαρχία της έδρας κάθε Π.Ε.Σ.Υ. λειτουργεί Γραμματεία αυτού.

γ. Η μετατροπή των νοσοκομειακών μονάδων που είναι Ν.Π.Ι.Δ. σε Ν.Π.Δ.Δ.

Η πιο χαρακτηριστική ίσως καινοτομία του νόμου αυτού είναι η τελευταία "η οποία έβαινε προς την κοινωνικοποίηση το καλό του αρρώστου" (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ). Η αντίθετη άποψη για την γνώμη αυτή υποστηρίζει πως "περιορίζει έτσι το δικαίωμα του πολίτη να διαλέξει, ενώ αυγχρόνως, με το άρθρο 6 παρ. 7 που λέει πως μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, η ίδρυση, η επέκταση σε δύναμη κρεβατιών και η μετατροπή ιδιωτικών κλινικών κατά αντικείμενο, η νομική μορφή της επιχείρησης απαγορεύονται.. αφήνει κάποιο "παραθυράκι" έχοντας σαν στόχο να βολέψει κάποιους" (ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ).

Κάποιες ελλείψεις οι οποίες επισημάνθηκαν ήταν η απώλεια της τριτοβάθμιας περίθαλψης και η καθώς πρέπει κατανομή των άρθρων του νόμου, η οποία φέρνει σε προτεραιότητα τα άρθρα για τα νοσοκομεία από αυτά της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, καθώς επίσης ως μειονέκτημα αναφέρεται η πληθώρα άρθρων στους γιατρούς. "Ο νόμος καλυπτεται από άρθρα για γιατρούς. Στην ουσία 5 σελίδες αφορούν τα νοσοκομεία, και τα κέντρα υγείας και 25 σελίδες ασχολούνται με το ποσό που παίρνουν, ή δεν παίρνουν οι γιατροί" (ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ).

Όσον αφορά το Ν. 2071/1992 υποστηρίχθηκε πως σέβεται τον πολίτη περισσότερο κι αυτό γιατί "πρώτον αφήνει τον πολίτη να επιλέξει σχετικά με την πρόληψη και τη

θεραπεία του, αλλά και γιατί πιάνει τα πράγματα από την αρχή: πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια περίθαλψη και το σημαντικότερο πως μιλά για δικαιώματα του ασθενούς και κατ' οίκον νοσηλεία. Κάτι που στην Ευρώπη έχει γίνει εδώ και πολλά χρόνια" (ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ). Αντίθετη άποψη ήταν πως ο Ν. 2071 οδηγούσε στην ιδιωτικοποίηση της υγείας, δηλαδή "για **κακό** του αρρώστου ασθενούς, ειδικά του φτωχού ασθενή" (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)

Με το Ν. 2071 έχουμε για πρώτη φορά το θεσμό του Γενικού Διευθυντή υπό την εποπτεία της Διοίκησης του Νοσοκομείου.

7.2 Τα Νοσοκομεία ως Ν.Π.Ι.Δ. και Ν.Π.Δ.Δ.

Αποδεκτό κοινά είναι πως τα νοσοκομεία προτιμότερο να παραμείνουν ως Ν.Π.Δ.Δ. διότι υπάρχει διαφάνεια, περισσότερος έλεγχος ενώ προσφέρει αυτός ο θεσμός ίσες ευκαιρίες περίθαλψης και στους φτωχούς και στους πλούσιους "τα ΝΠΔΔ ασχολούνται με τα φτωχά ασθενή και τα ΝΠΙΔ ασχολούνται με τον πλούσιο ασθενή" (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ).

Όμως αυτό ορισμένες φορές ανατρέπεται, αφού λόγω έλλειψης οργάνωσης και τεχνολογίας ο φτωχός ασθενής έμμεσα αναγκάζεται να "τρέξει" σε ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία, κι αυτό γιατί "πριν μερικά χρόνια το κράτος έδινε αρκετά λεφτά στα νοσοκομεία για να καλύψουν τις ανάγκες τους. Τώρα που **δεν** δίνονται το να φτιάξεις μια λάμπα σε κάποιο ιατρικό μηχάνημα, το οποίο κοστίζει ένα

εκατομμύρια, είναι μεγάλη υπόθεση. Τουτέστιν αν τα νοσοκομεία ως ΝΠΔΔ στέλνουν τον ασθενή, έξω, να κάνει την συγκεκριμένη εξέταση που δεν γίνεται εδώ, λόγω κακού εξοπλισμού, γιατί να μιλάμε για κατάργηση των ιδιωτικών νοσοκομείων. Αν θέλουμε να μιλάμε γι' αυτό πρέπει πρώτα να μιλάμε για οργάνωση, για να μην αναγκάζουμε έμμεσα τον κόσμο να πηγαίνει σε ιδιωτικά νοσοκομεία" (ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ).

Ο ιδιωτικός τομέας δεν μπορεί πάντα να προσφέρει καλύτερες υπηρεσίες από ότι ο δημόσιος γιατί λόγω της διάσπασης του αριθμού φορέων ιδιωτικής περίθαλψης, φυσικό είναι να υπάρξει και η εκμετάλλευση του χρήστη, που αποβλέπει σε οικονομικό κέρδος.

"Σαφώς οι μεγάλες ιδιωτικές κλινικές προσφέρουν μεγαλύτερη εξυπηρέτηση από τα νοσοκομεία, αλλά κανείς δεν μπορεί να ισχυριστεί πως οι οποιοσδήποτε κλινικές με τα τρία δωμάτια, που στη χώρα μας υπάρχουν πολλές τέτοιες, και που το ημερήσιο νοσήλειό τους ανέρχεται στις 45.000, ένα ποσό τεράστιο, θα μπορούσε να έχει καλύτερες συνθήκες κι από αυτό ακόμα το Νοσοκομείο της Καλαμάτας με ημερήσιο νοσήλειο 13.700 έρχ." (ΠΑΡΘΕΝΙΟΣ).

Το γεγονός ότι τα ΝΠΙΔ που λειτουργούσαν υπάγονταν στο δημόσιο λογιστικό, άρα ήταν κάτω από τις διαδικασίες ελέγχου του ελεγκτικού συνεδρίου και του Παρέδρου και χρηματοδοτούνταν σχεδόν 90% από τον κρατικό προϋπολογισμό, επέβαλε, τη μετατροπή τους με τον Ν. 1397/1983 σε ΝΠΔΔ.

Τα προβλήματα που παρουσιάστηκαν για τους εργαζομέ-

νους εκείνη την περίοδο ήταν πως τα νοσοκομεία αυτά είχαν διαφορετικές διαδικασίες στις πολιτικές πρόσληψης και εξέλιξης του προσωπικού και προβλήματα που αφορούσαν την αναγνώριση των προϋπηρεσιών και του ασφαλιστικού καθεστώτος των νοσοκομείων. Αυτά τα προβλήματα αντιμετωπίστηκαν στο πρώτο διάστημα κύρια μεταξύ του 1983 και του 1988. "Σήμερα μπορούμε να πούμε ότι δεν αντιμετωπίζουμε πλέον αυτά τα προβλήματα και υπάρχει ένα εργασιακό κλίμα, αλλά και εργασιακές σχέσεις (δίες ακριβώς όπως υπάρχουν και σε όλα τα υπόλοιπα νοσοκομεία. Υπήρξαν διορθωτικές παρεμβάσεις για τα προβλήματα που αφορούσαν τις ασφαλιστικές προϋποθέσεις αυτών των εργαζομένων και τις προϋπηρεσίες. Σήμερα αυτό το πρόβλημα έχει ξεπεραστεί." (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ).

Το δίλημμα για τους εργαζομένους, σήμερα, δεν είναι μεταξύ νομικού προσώπου δημοσίου, ή ιδιωτικού δικαίου. Το θέμα του νομικού καθεστώτος εφάπτεται με ορισμένους προβληματισμούς, αλλά και με επεξεργασίες, προτάσεις, οι οποίες υπάρχουν και από την ΠΟΕΔΗΝ. "πρέπει να δούμε ότι κάποια στιγμή, μεσοπρόθεσμα τα νοσοκομεία μπορούν να ενταχθούν στην τοπική αυτοδιοίκηση, με την έννοια ολοκλήρωσης βέβαια και των βαθμών αυτοδιοίκησης του β' αλλά και του γ' βαθμού, έτσι ώστε να φύγουν από τον ασφυκτικό "εναγγαλισμό" που παρατηρείται σε μονάδες οι οποίες είναι κατευθείαν ενταγμένες σε υπουργεία, και έχουν ένα στενό κρατικό χαρακτήρα" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ).

7.3 Η Διοίκηση και Διεύθυνση δεν είναι ταυτόσημες έννοιες.

Η ΠΟΕΔΗΝ επίσης προτείνει κατάργηση των Δ.Σ., όπως υπάρχουν σήμερα, την τοποθέτηση manager στα νοσοκομεία, την δημιουργία σε περιφερειακό επίπεδο των περιφερειακών συμβουλίων υγείας, που θα έχουν ρόλο στο σχεδιασμό, την ιεράρχηση των προβλημάτων και έναν γενικό, περιφερειακό προγραμματισμό, όργανα τα οποία σε καμμία περίπτωση δεν θα εμπλέκονται με την διεύθυνση. "Η πρόταση αυτή ξεπηδά από τις επιστημονικές που έχουμε κάνει ότι οι διοικήσεις υποκαθιστούν σήμερα με τον τρόπο που λειτουργούν την διεύθυνση του νοσοκομείου. Εξάλλου θεωρούμε ότι το μοντέλο των διοικήσεων έχει ξεπεραστεί και από τους λόγους που το επέβαλλε στην εποχή του μεσοπολέμου" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΣ).

Στο μεσοπόλεμο επειδή ο τομέας της υγείας στηριζόταν σ' ένα πολύ μεγάλο βαθμό στην φιλανθρωπία υπήρχε η ανάγκη να τοποθετηθούν κάποια άτομα με κοινωνικό κύρος προκειμένου να διασφαλίζεται για τους δωρητές η σωστή αξιοποίηση των πόρων που διαθέτουνε. Σήμερα όμως "πρέπει να μιλήσουμε για σύγχρονη διοίκηση και σύγχρονη διοίκηση σημαίνει manager, έτσι ώστε τα νοσοκομεία στην διαχειρισή τους, στην λειτουργία τους, στις πολιτικές προσλήψεις, στις πολιτικές εξελίξεις του προσωπικού να βαδίζουν κάτω από κάποιες επιστημονικές γνώμες, κάτω από κάποια κριτήρια κοινωνικής αποδοτικότητας και αποτελε-

οματικότητας στη διαχείριση με επιστημονικές αρχές"
(ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

Οι εργαζόμενοι υποστηρίζουν ότι αυτό λύνει τα προβλήματα που παρουσιάζονται σήμερα και μπορεί να δώσει μία άλλη ταχύτητα στην αντιμετώπιση των οργανωτικών και διοικητικών προβλημάτων μέσα στα νοσοκομεία.

7.4 Η σύνθεση των Δ.Σ. των νοσοκομείων

Με το Ν. 1397/1983 η σύνθεση των Δ.Σ. αποτελούνταν από πέντε μέλη. Το 1992 με την ψήφιση του Ν. 2071 τα μέλη ανήλθαν σε επτά.

Η μία άποψη υποστηρίζει πως η καλύτερη σύνθεση ήταν με το Ν. 1397 του ΕΣΥ στην οποία συμμετέχουν δύο εργαζόμενοι δηλαδή ο διοικητικός, ο οποίος μετέφερε στο Δ.Σ. τα προβλήματα των διοικητικών, ο γιατρός που μετέφερε τα προβλήματα της ιατρικής υπηρεσίας και η τοπική αυτοδιοίκηση που μετέφερε τα προβλήματα του εκάστοτε δήμου. "Το ότι και οι τρεις ήταν εκλεγμένοι αυτό και μόνον είναι κατάκτηση της δημοκρατίας" (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ), (ΜΠΡΕΔΗΜΑΣ).

Ενώ άλλη άποψη υποστηρίζει πως αυτό δεν είχε τόσο μεγάλη σημασία "Όσον αφορά τη σύνθεση των Δ.Σ. που από 5 μέλη ανήλθε στα 7 δεν νομίζω πως είχε και τόσο μεγάλη σημασία. Απλώς στους μισθούς προστέθηκαν άλλοι δύο"
(ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ)

Όσον αφορά τον αριθμό των κρεβατιών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη γιατί μιλάμε για διαφορετικά μεγέθη. Με

το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων που υπάρχει, η δυναμικότητα του νοσοκομείου σε προσωπικό, το ύψος του προϋπολογισμού του και μια σειρά τέτοια θέματα αντιμετωπίζονται με βάση τα κρεβάτια που διαθέτει, τις υπηρεσίες δηλαδή που παρέχει. "Από αυτήν την άποψη με το υφιστάμενο καθεστώς είναι ορθό το γεγονός ότι πάνω από 300 κρεβάτια έχουμε διαφορετική στελέχωση, αλλά νομίζω ότι το κύριο είναι ότι είτε έτσι, είτε αλλιώς το πρόβλημα παραμένει". (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

Την προηγούμενη δεκαετία ήταν στο κέντρο διαφωνιών, προτάσεων και αντιπαραθέσεων θέματα που αφορούσαν τα ποσοστά συμμετοχής των εργαζομένων της τοπικής αυτοδιοίκησης. Σήμερα δεν είναι το θέμα πόσο συμμετέχουν οι εργαζόμενοι, γιατί σίγουρα πρέπει να συμμετέχουν στα όργανα διοίκησης. Υπάρχει ένα μεγάλο πρόβλημα που αφορά την έλλειψη από όλα αυτά τα όργανα του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, του πολίτη. "Η αδυναμία δηλαδή του συστήματος είναι εκεί και μιλάγαμε την προηγούμενη δεκαετία ότι υπάρχει κοινωνικός έλεγχος στο σύστημα, αλλά έλειπε ο εκπρόσωπος των ασφαλιστικών ταμείων και είναι σημαντικό γιατί τα ασφαλιστικά ταμεία βάζουν τα χρήματα για τη λειτουργία των μονάδων. Αρα θα έπρεπε να έχουν εκπροσώπους για να ελέγχουν την αξιοποίηση αυτών των χρημάτων και πως τα διαχειρίζεται κανείς, και λείπουν και οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας". (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

Με αυτήν την έννοια, στα περιφερειακά συμβούλια υγείας που είναι όργανα με καθαρά αρμοδιότητες σχεδιασμού και όχι εμπλοκή στην διεύθυνση των νοσοκομείων,

πρέπει να εκφραστούν όλα τα βασικά επαγγέλματα υγείας, γιατροί, νοσηλευτές κλπ, να συμμετέχουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας και βέβαια να συμμετέχει και η τ.α. Η αντιπαράθεση που έγινε τα τελευταία χρόνια, όπου η προηγούμενη κυβέρνηση είχε αλλάξει τους συσχετισμούς μέσα στα όργανα διοίκησης με το επιχείρημα ότι έτσι θα λειτουργήσουν καλύτερα τα νοσοκομεία, αποδείχθηκε ότι και η επιλογή αυτή δεν οδήγησε στο να βελτιωθεί, η λειτουργία των νοσοκομείων.

7.5 Ο θεσμός του Προέδρου - Γενικού Διευθυντή στο Νοσοκομείο.

Ο Ν. 2071 δίνει το δικαίωμα σε ελεύθερους επαγγελματίες να μπορούν να διορίζονται στη θέση του Προέδρου δηλαδή καθαρή πολιτική επιλογή. "Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι όποιος γίνεται πρόεδρος, που όλος ο κόσμος θα ήθελε να έχει αξιώματα, από ελεύθερος επαγγελματίας αποκτά και το χάρisma του διοικείν. Αν είναι να διοριστεί κάποιος ελεύθερος επαγγελματίας, καλύτερα να διοριστεί κάποιος ιατρός στη θέση του προέδρου που έχει μια γνώση του τι γίνεται στα νοσοκομεία" (ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ)

Με τον ίδιο νόμο θεσπίστηκε και ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή που στην πραγματικότητα είναι παραπλήσιος του θεσμού του συντονιστή του Ν.1397/1983 μόνο που τα τελευταία χρόνια είχε ονομαστεί Γ.Δ. Ο Γ.Δ. είναι απαραίτητος, αλλά πρέπει να είναι θεσμός. Δηλαδή πρέπει

να έχει τα απαραίτητα προσόντα τυπικά και ουσιαστικά για να κάνει τον Γ.Δ. "θα πρέπει ο Γ.Δ. να είναι υπάλληλος καριέρας. Να έχει την προϋπηρεσία, την πείρα και την εμπειρία για να ασκήσει το θεσμό του Γ.Δ.

Επίσης θα πρέπει να αναλαμβάνει περισσότερες αρμοδιότητες γιατί είναι σε θέση να χειριστεί τα προβλήματα, ενώ ο πρόεδρος εξαιρετικώς ως δικηγόρος, ή ως γιατρός δεν έχει την ικανότητα του διοικείν". (ΠΑΡΘΕΝΙΟΣ) Ο πρόεδρος του Δ.Σ. ναι μεν κάνει το management, αλλά δεν είναι ειδικευμένος πάνω στο αντικείμενό του. Με τον διορισμό του ενημερώνεται για έναν και δύο μήνες και μετά αναλαμβάνει αρμοδιότητες χωρίς επαρκή γνώση και πείρα.

Η διοίκηση και διεύθυνση θα πρέπει να λειτουργεί ανεξάρτητα η μία από την άλλη με προτεραιότητα τη λειτουργία του Δ.Σ. γιατί οι δύο τους δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Η διοίκηση διοικεί, αποφασίζει και ελέγχει, ενώ ο διευθυντής εκτελεί τις αποφάσεις της διοίκησης. "κατά τη γνώμη μου θα είχε ασκηθεί και αποτελεσματικότερα η διεύθυνση και η διοίκηση αν ο καθένας έπαιζε το ρόλο του. Δηλαδή ο πρόεδρος και το Δ.Σ. να διοικεί και να μην ασκεί διευθυντικά καθήκοντα. (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)

Εδώ η ΠΟΕΔΗΝ θίγει το πρόβλημα της ανακατανομής των ομάδων των εσωτερικών του συστήματος και ότι υπάρχουν επαγγελματικές κατηγορίες στα νοσοκομεία, οι οποίες δεν έχουν νοοτροπία και "κουλτούρα" σύγχρονης διοίκησης των νοσοκομείων. Αναφέρεται ο τομέας της ιατρικής, όπου μια διαδικασία διοίκησης - διαχείρισης των νοσοκομείων αυ-

στηρά επιστημονική θα μείωνε παρεμβάσεις οι οποίες γίνονται στην κατεύθυνση είτε των πόρων, είτε των προγραμμάτων ανάπτυξης των νοσοκομείων από την πλευρά όλων εκείνων που πιστεύουν ότι πρέπει σήμερα μια νοσοκομειακή μονάδα να έχει έναν ιατροκετρικό χαρακτήρα. "Σήμερα, οι νοσοκομειακές μονάδες αντικειμενικά πρέπει να έχουν έναν διεπιστημονικό χαρακτήρα δεδομένου ότι οι υπηρεσίες υγείας για να προχωρήσουν θα πρέπει να έχουν μια ευρύτερη επιστημονική υποστήριξη. Είναι συχνό και ο κόσμος νομίζει πολλές φορές ότι για να πάει καλά ένα νοσοκομείο το μόνο που χρειάζεται είναι γιατρούς, δεν είναι έτσι. Σήμερα τα προβλήματα είναι διαφορετικά. Χρειαζόμαστε και τον επιστήμονα, τον οικονομολόγο, τον επιχειρησιακό ερευνητή....." (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

Ένα παράδειγμα σ' αυτό είναι οι ουρές στα εξωτερικά ιατρεία. Είναι ένα θέμα που μπορεί κάποιος να το προσεγγίζει μόνο από την ιατρική πλευρά, αλλά επιστημονικά είναι ένα αντικείμενο που καλύτερα, θα το έλυne ένας επιχειρησιακός ερευνητής, ο οποίος έχει εξειδικευτεί σε μεθοδολογίες ποιό αποτελεσματικής οργάνωσης ορισμένων υπηρεσιών.

7.6 Η είσοδος της τεχνικής υπηρεσίας - τεχνολογίας στα νοσοκομεία

Η τεχνική υπηρεσία, η οποία θεσμοθετήθηκε με το Ν. 2071/1992, επέδρασε θετικά στα νοσοκομεία γιατί "μέχρι

Τώρα δεν υπήρχε γνώση, αλλά μόνο εμπειρία. Δεν μπορούσαν να καλυφθούν τα εργατικά ατυχήματα και δεν προβλέπονταν μηχανολόγοι, ή ηλεκτρολόγοι. Σήμερα με τη δημιουργία της τεχνικής υπηρεσίας γίνονται συμβάσεις με τους κατασκευαστές για να έχουν συνεχή επίβλεψη και λειτουργία των τεχνικών μέσων". (ΠΑΡΘΕΝΙΟΣ)

"Η τεχνική υπηρεσία επιδρά θετικά σ' ένα νοσοκομείο, ή σε μια υπηρεσία μόνον όταν είναι οργανωμένη με τεχνικούς καλούς, αλλά και διευθυντές, πολιτικούς μηχανικούς, αρχιτέκτονες, μηχανολόγους. Στο "ΠΑΙΔΩΝ" έχει επιδράσει θετικά γιατί έκανε σημαντικότερα έργα" (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)

Όσον αφορά την τεχνολογία είχε τα ίδια θετικά αποτελέσματα με τα ιατρικά μηχανήματα και την μηχανογράφηση. Στο "ΠΑΙΔΩΝ" υπάρχει μια οργανωμένη μηχ/ση και έφτασε, με τις άλλες υπηρεσίες και χώρους σε κάποιο ικανοποιητικό αποτέλεσμα. Αυτή τη στιγμή έχουν μηχανογραφηθεί οι διοικητικές υπηρεσίες, οι οικονομικές, οι διαχειριστικές, τμήμα κινήσεως ασθενών, γραμματεία εξωτερικών ιατρείων κ.λ.π.

"Ηδη υπάρχουν αιτήσεις για το πακέτο Ντελέρ 1 και 2 για επέκταση της μηχανογράφησης και ήδη εγκαθίσταται καινούργιο σύστημα μηχανογράφησης με πολλά εκατομμύρια και περιμένουμε να υλοποιηθεί μέσα στο 1994" (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)

Στο Νοσοκομείο της Καλαμάτας και συγκεκριμένα στη Διοίκηση δεν έχει εισαχθεί νέα τεχνολογία παρά μόνον στα ιατρικά τμήματα, αλλά οπωσδήποτε επιβάλλεται η μηχανοργάνωση του νοσοκομείου.

7.7 Οι αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στην οργάνωση των νοσοκομείων.

Άλλες αλλαγές που έγιναν με τον 1397/83 ήταν κυρίως:

- α. Η αντιπροσωπευτικότητα στη διοίκηση
- β. Η οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα κέντρα υγείας.
- γ. Η επάνδρωση του Νοσοκομείου με γιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Από τις αλλαγές που έγιναν στα νοσοκομεία με το Ν. 2071 δεν παραλείφθηκε να επαναληφθεί η μετατροπή τους από ΝΠΔΔ, σε ΝΠΙΔ "Με τον 2071 σπασθήκατε και έγινε "ριζική αλλαγή" αλλά προς το χειρότερο, γιατί οδηγούμαστε στην ιδιωτικοποίηση της υγείας και ενώ ο Ν. 1397 οδηγούσε σε εξυπηρέτηση του ασθενή και ειδικά του φτωχού ασθενή, ο Ν. 2071 οδηγεί στην ιδιωτικοποίηση της υγείας προς εξυπηρέτηση μόνο του ανθρώπου που έχει λεφτά" (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)

Στην οργάνωση των νοσοκομείων το σημαντικότερο γεγονός είναι η αυτοτέλεια των τριών υπηρεσιών της διοικητικής, νοσηλευτικής και ιατρικής, καθώς και η εισαγωγή κάποιων θεσμών όπως είναι οι επιστημονικές επιτροπές. Αδυναμία κρίθηκε το γεγονός ότι δεν υπήρξαν αντίστοιχες συλλογικές επιτροπές, όπως νοσηλευτική επιτροπή και το γεγονός ότι δεν υπήρξαν στη δομή των νοσοκομείων και από το ενιαίο πλαίσιο και από τους ενιαίους οργανισμούς υπηρεσίες για την εκπαίδευση, συνεχή επι-

μόρφωση, μετεκπαίδευση των εργαζομένων. "Πρέπει να πω σε γενικές γραμμές ότι το πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων δεν είναι στην κατάσταση ούτε του 1970, ούτε του 1960, ούτε του 1950. Με τα μέτρα της τελευταίας δεκαετίας έχουμε κάνει βηματισμούς, έχουμε συγχρονιστεί θα έλεγα σε σχέση με τις εξελίξεις που υπάρχουν και στην Ευρώπη" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ). Οι υποστηρικτές άφησαν περιθώρια για σημαντικές ακόμα βελτιώσεις, βελτιώσεις που πρέπει να αφορούν θέματα όπως είναι, αυτό της εκπαίδευσης, καλή υποστήριξη και καλή υποδομή των υπηρεσιών των νοσοκομείων σε θέματα που αφορούν τους ασθενείς, όπως υπηρεσίες που θα ασχολούνται με τη βελτίωση της ξενοδοχειακής υποδομής, που πάσχουν τα δημόσια νοσοκομεία, με τον προγραμματισμό σε μια σταθερή βάση έξω από εμπλοκή διοικήσεων πολιτικών, πολιτικών σκοπιμοτήτων. "Οι υπηρεσίες αυτές θα επεξεργάζονται σε σταθερή βάση στοιχεία γύρω από τη λειτουργία των νοσοκομείων, έτσι ώστε η όποια αλλαγή στην οργάνωση των νοσοκομείων να στηρίζεται πάνω σε μια επιστημονική τεκμηρίωση, να μην γίνεται κάτω από γενικές απόψεις, εμπειρικά, αλλά να προηγείται μια επιστημονική μελέτη έτσι ώστε όταν καθίσταται αναγκαία να γενικεύεται σε όλο το σύστημα υγείας" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

7.8. Τα πλεονεκτήματα-μειονεκτήματα του ΕΣΥ και ΕΟΣΥ ως προς τη διοίκηση των νοσοκομείων.

Το ΕΣΥ γενικά είχε βάλει ένα πρωτοποριακό πλαίσιο το οποίο δεν υλοποιήθηκε. Με το Ν.1397 είχαμε το θεσμό πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων, που αφορά τις δομές,

τις εργασιακές σχέσεις, τις διαχειριστικές διαδικασίες, τους κανόνες λειτουργίας των νοσοκομείων, κάτι που δεν συνέβαινε πριν. Πριν δηλαδή είχαμε μία ανομοιομορφη κατάσταση, πολλές ρυθμίσεις που διαφέρουν από νοσοκομείο σε νοσοκομείο κι αυτό δυσκόλευε στο να υπάρξει αντίστοιχος εθνικός προγραμματισμός και μια πολιτική σε εθνικό επίπεδο για την αντιμετώπιση ορισμένων προβλημάτων.

"Ο δεύτερος νόμος στην ουσία δεν εισάγει κάτι καινούργιο και δεν αντιμετωπίζει και ορισμένα θέματα που ήταν λογικό να αντιμετωπιστούν, δηλαδή τα κενά και τις εκκρεμότητες που είχε αφήσει ο προηγούμενος νόμος"
(ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

Αυτές οι εκκρεμότητες αφορούσαν τη δημιουργία του εθνικού φορέα υγείας έτσι ώστε η χρηματοδότηση των νοσοκομείων να περνάει μέσα από μια οργανωμένη διαδικασία που θα έδινε τη δυνατότητα και στα δημόσια νοσοκομεία να λειτουργούν με κριτήρια ανταγωνιστικότητας έτσι ώστε να μειωθεί η διόγκωση του ιδιωτικού τομέα. "Να έχουμε δηλαδή στοιχεία εθνικού προγραμματισμού στις υπηρεσίες υγείας, τα οποία να ισχύουν και για τον ιδιωτικό και για τον δημόσιο τομέα. (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

Αυτά τα μεγάλα προβλήματα δεν αντιμετωπίστηκαν δυστυχώς, και οι δύο νόμοι σε διαφορετικό βαθμό υστερούσαν στο να αντιμετωπίσουν συνολικά, πολύπλευρα τα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα στον τομέα της διοίκησης και της διαχείρισης των νοσοκομείων.

"Το γεγονός ότι το 1989 τα νοσοκομεία είχαν ένα οικονομικό άνοιγμα, έλλειμα της τάξης των 25 δισ. και

σήμερα προσεγγίζουν τα 150 δισ. σημαίνει πως το 1989 στην ουσία χτυπούσε το καμπανάκι ως τελευταίο περιθώριο να υπάρξουν κάποια ριζικά μέτρα που να βελτιώσουν τις λειτουργίες των νοσοκομείων σε αυτά τα θέματα. Όμως σήμερα η κατάσταση είναι τραγική. Είμαστε στο και πέντε πλέον γύρω από αυτά τα ζητήματα και δεν υπάρχουν περιθώρια άλλων καθυστερήσεων για τον εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων στη διοίκηση". (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

7.9 Η επίδραση των νόμων στους εργαζόμενους

Η ΠΟΕΔΗΝ βλέποντας αποστασιοποιημένα την εξέλιξη των πραγμάτων και στην προηγούμενη δεκαετία και στα τελευταία χρόνια, διαπιστώνει ότι το 1985 υπήρχε ένα πολύ καλό εργασιακό κλίμα. Με στοιχεία δικά της αλλά και με στοιχεία διεθνών οργανισμών και ιδιαίτερα του ΟΟΣΑ στο τμήμα οικονομίας της υγείας υπήρχε βελτίωση των ποιοτικών και ποσοτικών μεγεθών γύρω από τη λειτουργία των νοσοκομείων.

Γεγονός το οποίο οφειλόταν κυρίως στην έμπνευση και στην ορμητική προσπάθεια του προσωπικού, δεδομένου ότι το προσωπικό διείδε τότε ότι το ΕΣΥ προσπαθούσε να λύσει τα προβλήματα. Σημαντικό ήταν ότι το νοσοκομειακό συνδικαλιστικό κίνημα προέβαλε ζητήματα που αφορούσαν τα δικαιώματα των πολιτών και βελτιώσεις των συνθηκών νοσηλείας των ασθενών στο δημόσιο σύστημα υγείας.

"Μετά τα 87-88 το γεγονός ότι δεν προχωρήσαμε με τους ρυθμούς που και οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία πρόσμεναν και επιθυμούσαν, αυτό το κλίμα σιγά-σιγά άρχισε να πέφτει. Αντιστράφηκε βέβαια η κατάσταση τελείως με το Ν. 2071 του 1992 για το ΕΟΣΥ δεδομένου ότι εκεί οι εργαζόμενοι είδαν ότι ξαναρχόμαστε σε μια τελείως άναρχη κατάσταση και σε μια προσπάθεια ιδιωτικοποίησης των υπηρεσιών υγείας" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

Εκεί οι εργαζόμενοι στάθηκαν σε ένα κλίμα αδράνειας και παθητικότητας.

Αυτό το κλίμα σύμφωνα πάντα με την ΠΟΕΔΗΝ είναι κρίσιμο να αντιστραφεί σήμερα και πρέπει να υπάρξουν κινήσεις και ουσιαστικές και συμβολικές προκειμένου να ενεργοποιηθούν οι εργαζόμενοι και να στηρίξουν πιθανές αλλαγές. "Πρέπει να πω ότι ο παράγοντας εργαζόμενος στα δημόσια νοσοκομεία, ή στις υπηρεσίες υγείας είναι σημαντικός. Ο κλάδος της υγείας και στην χώρα μας, αλλά και στην Ευρώπη είναι από τους σημαντικότερους κλάδους από άποψη απασχόλησης ανθρώπινου δυναμικού και από άποψη οικονομίας. Αυτή τη στιγμή και στη χώρα μας προσεγγίζουμε στο δημόσιο τομέα υγείας 120 χιλ. εργαζόμενους περίπου. Αυτό δείχνει και τη σπουδαιότητα του γεγονότος στις πολιτικές που επιχειρούνται από τις κυβερνήσεις να εφαρμοστούν στο χώρο της υγείας ότι δεν έχουν τύχη εφαρμογής, χωρίς τη συμφωνία των εργαζομένων". (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

7.10 Η αποτελεσματικότητα των δύο νόμων στη διοίκηση των νοσοκομείων.

Ο Ν. 1397 του ΕΣΥ ήταν νέος νόμος πρωτόγνωρος στην Ελλάδα. Ήδη όλα τα κράτη έχουν νόμο του ΕΣΥ, δεν υπάρχει ιδιωτικής φύσεως σύστημα. Οι δυσκολίες που εμφανίστηκαν ήταν ως προς την εργασιακή σχέση των γιατρών, γιατί ήταν συνηθισμένοι βέβαια ως προς τον ιδιωτικό τομέα. Αυτό σχετιζόταν με το γεγονός ότι άλλος γιατρός ήταν στο ΕΣΥ, ενώ άλλοι γιατροί ήταν πανεπιστημιακοί, στρατιωτικοί που δεν ήταν στο ΕΣΥ. Δηλαδή υπήρχαν στον ίδιο χώρο πολλές φορές δύο κατηγορίες γιατρών.

"Μεγαλύτερη δυσκολία αντιμετωπίσαμε, με το ΕΟΣΥ το Ν. 2071, γιατί ο ασθενής δεν εξυπηρετούταν. Παρουσιάστηκαν φαινόμενα δραστηριοτήτων των νοσοκομείων σαν να είναι μια επιχείρηση που μπαίνοντας ο ασθενής έπρεπε να πληρώσει το χιλιάριο, ενώ μένοντας έπρεπε να πληρώσει τις πέντε χιλιάδες των εργαστηριακών εξετάσεων, ακόμα και στην εφημερία, πράγμα που το ΕΣΥ έλεγε ότι το κράτος έχει την ευθύνη για την υπηρεσία παροχής υγείας στους πολίτες, οι υπηρεσίες υγείας παρέχονταν ισότιμα σε κάθε πολίτη κλπ με αποτέλεσμα να αγαναχτεί ο κόσμος, να μην έχει να πληρώσει....." (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΛΟΥ)

Αν κρίνει κανείς την αποτελεσματικότητα δεν μπορεί να είναι ούτε αυστηρός, αλλά ούτε χαριστικός με την έννοια ότι στην ουσία οι νόμοι δεν ολοκληρώθηκαν. Οι υποστηρικτές λένε πως το πρόβλημα είναι ότι, ενώ υπήρξαν πολλές συζητήσεις γύρω από την υγεία, προστέθηκαν

νόμοι εν τούτοις η πρόσβαση του έλληνα πολίτη στις υπηρεσίες υγείας δεν διευκολύνθηκε. Δεν υπάρχει καθολικότητα του συστήματος υγείας δηλ. ο κάτοικος της Αθήνας δεν έχει την ίδια δυνατότητα με τον κάτοικο της περιφέρειας για το ίδιο πρόβλημα. Κι εδώ υπάρχει το πρόβλημα της ανισότητας, της αποκέντρωσης και της μη καθολικότητας του συστήματος υγείας. Αυτά τα κρίσιμα ζητήματα για τον Έλληνα πολίτη δεν έχουν αντιμετωπιστεί, είναι ανοιχτά. Ο κ. Παπασπύρου επιμένει στην άποψη ότι εκείνο που χρειάζεται είναι να δούμε την οργάνωση και διοίκηση, τις αλλαγές στο σύστημα υγείας με βάση τα αιτήματα των εργαζομένων μέσα από μια πολιτική που στο επίκεντρό της θα έχει την αντιμετώπιση των προβλημάτων του έλληνα πολίτη. Κι εδώ το ζήτημα είναι σημαντικό γιατί αν δεν συζητηθεί με επίκεντρο αυτά τα προβλήματα υπάρχει κίνδυνος να συνεχίζεται αυτός ο φαύλος κύκλος, να ψηφίζονται νόμοι, αλλά να μην βελτιώνεται η κατάσταση.

7.11 Προτάσεις - Νέος νόμος για την υγεία

Οι υποστηρικτές των δύο νόμων πρότειναν ρύθμιση των εργασιακών σχέσεων των γιατρών με πλήρη και αποκλειστική απασχόληση ανεξάρτητα του πανεπιστημιακού του στρατιωτικού που αυτή τη στιγμή είναι δύο και τρεις κατηγορίες.

Αξιοκρατικές προσλήψεις στα νοσοκομεία. Ειδικά οι άνθρωποι με προσόντα, πτυχία και διακρίσεις να προσλαμβάνονται για τη βελτίωση της διοίκησης και διεύθυνσης

των νοσοκομείων.

"Να μπορεί ο ΓΔ να θέτει σε διαθεσιμότητα τον υπάλληλο για σοβαρά παραπτώματα μέσα στο χώρο του νοσοκομείου πρώτου να κινηθεί η χρονοβόρα διαδικασία του συλλογικού συμβουλίου που σίγουρα η απόφαση θα είναι κατασταλτική. Ετσι θα τηρείται η υπαλληλική πειθαρχία" (ΠΑΡΘΕΝΙΟΣ).

Είναι ανάγκη να υπάρξει μια συμφωνία για την πολιτική στην υγεία, δηλαδή να μην υπάρχουν οι δογματισμοί και αγγιλώσεις σε μια λογική συνεχούς αντιφανάτωσης μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα. Σε άλλες χώρες τα συστήματα υγείας βασίζονται στο δημόσιο σύστημα υγείας. Υπάρχουν εθνικές στρατηγικές, εθνικά προγράμματα γύρω από την υγεία και εκεί εντάσσεται ο ιδιωτικός τομέας.

"Δηλαδή το θέμα δεν είναι να φτιάξουμε άλλους 100 αξονικούς τομογράφους στην Αθήνα, και να έχει πενταπλάσιος αξονικούς τομογράφους η Αθήνα από αντίστοιχες περιοχές της Ευρώπης με πληθυσμιακά μεγέθη τελείως διαφορετικά. Το πρόβλημα είναι να υπάρξουν κριτήρια στην κατανομή και των υπηρεσιών και της τεχνολογίας και του ανθρώπινου δυναμικού" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΣ).

Κι εδώ αν δεν μπορεί ο δημόσιος τομέας να καλύψει αυτά τα προβλήματα λόγω δημοσιονομικής στενότητας να δίνεται μόνο για αυτές τις περιπτώσεις άδεια επένδυσης στον ιδιωτικό τομέα.

Κοινωνικά αποδεκτό σήμερα είναι να δώσουν υπηρεσίες στον έλληνα πολίτη που σημαίνει ότι ιδιωτικός και δημόσιος τομέας στα πλαίσια ενός εθνικού προγραμματισμού

θα πρέπει να έρθουν από τη μία πλευρά της Ελλάδος στην άλλη να κατανεύσουν τις επενδύσεις τους. "Δεν καταλαβαίνω γιατί θα πρέπει να δίνεται άδεια επένδυσης σε τεχνολογία, ή σε νοσοκομεία μέσα στα αστικά κέντρα όταν οι ελλείψεις είναι στην περιφέρεια. Αυτό πρέπει να απαγορευτεί. Δεν σημαίνει αποκλεισμό, ούτε σημαίνει ότι κατάρχει κανείς τον ιδιωτικό τομέα, αλλά έρχεται στα πλαίσια ενός οικονομικού προγραμματισμού, που πρέπει να προασπίσει ένα κοινωνικό αγαθό όπως είναι η υγεία, και στα πλαίσια αυτού του προγραμματισμού, έχει συγκεκριμένους κανόνες για την συνύπαρξη και τη λειτουργία του ιδιωτικού και του δημοσίου τομέα".

(ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΣ) Σήμερα υπάρχει μια παραδοσιακή λογική που λέει πως ότι κάνει ο ιδιωτικός τομέας είναι κακό και ό,τι κάνει ο δημόσιος τομέας είναι καλό. Πρέπει το πρόβλημα να εξεταστεί στη βάση του εθνικού προγραμματισμού με μια νέα τελείως φιλοσοφία για να μπορέσει ο κόσμος να αντιμετωπίσει μια ανάπτυξη υπηρεσιών υγείας προς το 2000 με κοινωνικό προσανατολισμό. "Στα τελευταία χρόνια κάναμε και μια υπέρβαση αυτή να δεχόμαστε στη διαμόρφωση των κοινωνικών προγραμμάτων τα "τσιτάτα" των κομμάτων, βασίσαμε όλες τις θέσεις στο πρόγραμμα του ΠΟΥ που λέει "Υγεία για όλους" με μια σειρά στόχους για το πως πρέπει να είναι οι υπηρεσίες υγείας το 2000 και πιέζουμε για μέτρα που θα οδηγούν στην υλοποίηση μιας παγκόσμιας τελικά στρατηγικής γύρω από τις υπηρεσίες υγείας" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΣ)

"Να συντάξουμε το λεγόμενο υγειονομικό χάρτη, που

είναι μια προτεραιότητα, όπου εμείς υποστηρίζουμε ότι από εκεί πρέπει να ξεκινάνε κάποια πράγματα, δηλαδή να δούμε με βάση επιδημιολογικές, μελέτες, με βάσεις κοινωνικούς παράγοντες, γεωγραφικούς παράγοντες τί ανάγκες υπάρχουν σε κάθε περιοχή" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

Να δοθεί έμφαση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δηλαδή οι μονάδες υγείας να έχουν την δυνατότητα και ισχυρές αρμοδιότητες στο να επεμβαίνουν και σε εκείνα τα ζητήματα κοινωνικής υποδομής που δημιουργούν προβλήματα στην υγεία.

"Χαρακτηριστικά θα πρέπει να ασχολούνται οι μονάδες υγείας και να έχουν ένα λόγο έγκρισης μιας άδειας για ένα εργοστάσιο που πιθανόν μολύνει το περιβάλλον, ή να έχουν λόγο για βελτίωση του δελτίου ύδρευσης σε μια περιοχή, που αν είναι κακό, μπορεί να δημιουργεί βλάβες στην υγεία" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ) Πρέπει επίσης να επισημάνουμε την ανάγκη για ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού και υπηρεσιών υγείας και ιδιαίτερα του νοσηλευτικού που έχουν σημαντικές ελλείψεις. Στις ευρωπαϊκές χώρες οι αναλογίες νοσηλεύτριας προς κατοίκους είναι μια νοσηλεύτρια προς 100-150 κατοίκους και στην Ελλάδα είναι μία προς 1.500 κατοίκους. "Πως μπορούμε να μιλάμε για κατ' οίκον νοσηλεία δηλαδή για παρεμβάσεις και για μονάδες υπηρεσιών υγείας όπου μπορούσαν να δώσουν και απάντηση στο κόστος γιατί για ορισμένα περιστατικά είναι προτιμότερο να τους υποστηρίξεις στο σπίτι τους παρά να κρατάνε ένα κρεβάτι μάχημο σ' ένα νοσοκομείο. Πως μπορούμε δηλαδή να μιλάμε για τέτοιου είδους προγράμματα και

να 'χουμε αυτές τις αναλογίες στο προσωπικό;" (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)

Ένα άλλο θέμα είναι αυτό της συνεχούς εκπαίδευσης που απαιτούνται δαπάνες τουλάχιστον 10% της συνολικής δαπάνης που γίνεται για τη μισθοδοσία του προσωπικού δεδομένου ότι ο χώρος της υγείας είναι ένας χώρος όπου η τεχνολογία έχει μια ραγδαία εξέλιξη και άρα υπάρχουν θέματα που αφορούν και την εργασιακή προοπτική και σχέση των εργαζομένων. Ορισμένες ειδικότητες των εργαζομένων, που πιθανά αύριο να μην χρειάζεται, να μετεκπαιδεύονται σε άλλες ειδικότητες οι οποίες θα επενδυθούν στην πορεία της εξέλιξης των νοσοκομείων του συστήματος και της τεχνολογίας.

Αυτό πρέπει να αντιμετωπιστεί τώρα και όχι μετά το 1997 ή 1998, γιατί οι εξελίξεις τρέχουν.

"Εκπαίδευση του προσωπικού όλου ακόμα και της καθαρίστριας. Να δοθούν κίνητρα οικονομικά διοικητικά στο νοσηλευτικό προσωπικό και συνεχώς εκπαίδευση, άδειες..." (ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ)

Αυτά κατά τους υποστηρικτές είναι τα κρίσιμα θέματα για ένα σύγχρονο σύστημα υγείας. Προς την κατεύθυνση αυτή δεν έχουν και πολλά περιθώρια οι πολιτικοί φορείς, να μην συμφωνήσουν έτσι ώστε να δημιουργήσουν ένα νομοθετικό πλαίσιο το οποίο θα έχει μια προοπτική. "Αν συνεχίσουμε τη λογική όπου η κάθε κυβέρνηση έρχεται και αλλάζει το νομοθετικό πλαίσιο, νομίζω ότι θα συνεχίσουμε μια μίζερη κατάσταση η οποία θα είναι αποθαρρυντική και για τους Έλληνες πολίτες και για τους εργαζόμενους στο

να υποστηρίξουν προσπάθειες βελτίωσης αυτής της σημερινής κατάστασης" (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΥ)

Οι πρωτοβουλίες που παίρνει η ΠΟΕΔΗΝ στηρίζονται στο ότι ως πανελλαδικής εμβέλειας συνδικαλιστική οργάνωση πρέπει να δίνει προτεραιότητα σ' αυτά τα θέματα. Οι πρωτοβουλίες οι οποίες τα τελευταία χρόνια παίρνει και θα συνεχίσει να παίρνει θα είναι σ' αυτή την κατεύθυνση, δηλαδή στην αλλαγή και της νοοτροπίας και της φιλοσοφίας και του τρόπου λειτουργίας των μονάδων υγείας. Ο κ. Παπασπύρου τελειώνοντας πρόσθεσε: "θα έλεγα συνθηματικά ότι οι στρατηγοί μας βασίζονται στο εξής: ότι για να έχουν μελλοντά επαγγέλματα υγείας και ιδιαίτερα οι εργαζόμενοι στα δημόσια νοσοκομεία, πρέπει να έχουν μελλοντά δημόσια νοσοκομεία. Θα πρέπει να έχει μελλοντά το σύστημα υγείας. Εάν δεν εξασφαλίσουμε αυτό το μελλοντά για το σύστημα υγείας δεν θεωρούμε ότι διασφαλίζουμε τα συμφέροντα των εργαζομένων. Και για να έχει μελλοντά το σύστημα υγείας θα πρέπει να είναι ένα σύστημα υγείας που πρώτα απ' όλα να εξυπηρετεί τον Έλληνα πολίτη. Να γίνεται δηλαδή αποδεκτά δίνοντάς αναβαθμισμένες ποιοτικά και ποσοτικά υπηρεσίες στον Έλληνα πολίτη, διαφορετικά δεν έχει μελλοντά". (ΠΑΠΑΣΠΥΡΟΣ)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΚΡΙΤΙΚΗ

Κεφάλαιο 8

Κριτική

8.1 Η Μεταρρύθμιση του ΕΣΥ, στο χώρο της διείσδυσης των νοσοκομείων.

Ο Ν. 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας επιχείρησε τη μεταρρύθμιση του υγειονομικού συστήματος, το οποίο "είχε υποστεί έντονη κριτική για τις ανεπάρκειές του, την αναποτελεσματικότητά του τον κατακερματισμό του και τις υγειονομικές ανισότητες στην πρόσβαση των απαραίτητων φροντίδων υγείας".

Γι αυτό και οι σοσιαλιστές προσπάθησαν μέσα από τον καινούργιο τους νόμο (Ν. 1397/83) να εξαλείψουν τα παραπάνω μειονεκτήματα και να δείξουν αυτή την άλλη λογική που τους διέπνεε και τους εξέφραζε. Τη λογική αυτή στηρίζουν οι αρχές που περιλαμβάνονται στο πρώτο άρθρο, όπου το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας σε όλους τους πολίτες και της παροχής υπηρεσιών υγείας ισότιμα σε κάθε πολίτη, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση.

Μεγάλη καινοτομία του συστήματος είδαμε πως ήταν η μετατροπή νοσοκομειακών μονάδων περίθαλψης από ΝΠΙΔ σε ΝΠΔΔ. Αυτό βέβαια ήταν σπουδαίο βήμα προς την κοινωνικοποίηση του συστήματος παρέχοντας ίσες ευκαιρίες σε φτωχούς και πλούσιους. Αν και κατηγορήθηκε αυτή η ενέργεια από τη φιλελεύθερη παράταξη, ως μονοπώληση των υπηρεσιών υγείας από το κράτος και κατάργησης του δικαιώματος

ελεύθερης επιλογής, συρρίκνωσης και εξουδετέρωσης της ιδιωτικής πρωτοβουλίας που όπως τόνισε στο Ν/Σ της, η φιλελεύθερη παράταξη, "δικαίωμα που πάνω απ' όλα είναι απόλυτα συνδεδεμένο με την ελευθερία, την προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ατόμου και είναι υπεράνω κάθε αυθαίρετης κυβερνητικής επιλογής". Αυτή η κριτική είναι λίγο σκληρή θα έλεγε κανείς, αν σκεφτούμε πως σήμερα στην Ελλάδα το δικαίωμα της επιλογής το είχανε μόνο οι πλούσιοι γιατί ένας μικρομεσαίος, ή φτωχός σίγουρα δεν θα "επιλέξει" τις 45.000 του ημερησίου νοσηλείου μιας ιδιωτικής κλινικής από τις 13.700 του Νοσοκομείου. Βέβαια αν τα νοσοκομεία δεν είναι εξοπλισμένα με τα κατάλληλα ιατρικά μηχανήματα, η αν δεν παρέχουν τις κατάλληλες συνθήκες νοσηλείας στους χρήστες έμμεσα τους αναγκάζουν να καταφεύγουν στον ιδιωτικό τομέα. Επίσης ένα άλλο πλεονέκτημα των ΝΠΔΔ είναι ότι υπάρχει καλύτερος έλεγχος, εφόσον υπάρχει και ένας ασφαλιστικός φορέας.

Όσον αφορά την εποπτεία μεγάλο πλεονέκτημα είναι η συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης και των εργαζόμενων, μεγάλη κατάκτηση της δημοκρατίας, όπως μας είπε και ο κ. Παπανικολάου.

Τη σύνθεση των διοικητικών συμβουλίων αποτελούσαν αρμόδια μέλη κατάλληλα για να ασκήσουν διοίκηση αφού υπήρχαν και 2 εκπρόσωποι των εργαζομένων που συμμετείχαν.

Αν και οι σοσιαλιστές, όντως προσπάθησαν να χαράξουν νέα πολιτική με το να εισάγουν εκπροσώπους των εργαζομένων και της τοπικής αυτοδιοίκησης, στα νοσοκο-

μεία, που αυτό θα έκανε τη διοίκηση πιο αντιπροσωπευτική, μιας και οι εκπρόσωποι αυτοί έμμεσα προάσπιζαν τα συμφέροντα των χρηστών των υπηρεσιών, φαίνεται ο θεσμός να μην λειτούργησε όσο έπρεπε. Αιτία, η άσκηση της διοίκησης, που τις περισσότερες φορές ασκούνταν εμπειρικά από ανθρώπους, οι οποίοι δεν είχαν καμμία σχέση με το management, τα οικονομικά και πάνω απ' όλα καμμία σχέση με τα προβλήματα ενός πολύπλοκου οργανισμού, όπως είναι το νοσοκομείο. Αυτό σε συνδιασμό, με έλλειψη κεντρικής κατεύθυνσης, με τα μικροσυμφέροντα, και με τις φιλοδοξίες των διοικούντων "προκάλεσε με το ΕΣΥ μια εκπληκτική αύξηση τμημάτων και θέσεων στα δημόσια νοσοκομεία. Αρκε-τά από τα νέα αυτά τμήματα ακόμη και σήμερα υπολειτουργούν, αφού η ανάπτυξή τους δεν στηρίχθηκε σε υπάρχουσες υγειονομικές ανάγκες του τοπικού πληθυσμού".³

Παράδειγμα, στο παραπάνω αποτελεί ο θεσμός του Προέδρου, ο οποίος ορίζεται από την κυβέρνηση και μπορεί να ασκεί κάποιο ελεύθερο επάγγελμα, ακόμα κι αν αυτό δεν έχει σχέση με την υγεία. Σε δεύτερη περίπτωση ο Πρόεδρος μπορεί να είναι γιατρός του ΕΣΥ, αλλά γιατροί οι οποίοι ασκούν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα δεν έχουν δικαίωμα να ορίζονται πρόεδροι. Αυτός είναι περιορισμός που αφορά τον ορισμό προέδρων που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα.

Ο θεσμός του συντονιστή, ο οποίος δεν εφαρμόστηκε, και άφηνε τον διοικητικό διευθυντή ελεύθερο να διευθύνει θέματα που απαιτούσαν ειδικούς χειρισμούς, εφόσον το άρθρο προέβλεπε ως προσόντα πτυχίο ανώτατης σχολής και

αξιόλογη πείρα σε διευθυντικά καθήκοντα, ή ειδική μετεκπαίδευση σε θέματα οργάνωσης και λειτουργίας νοσοκομείων, ή διοίκησης επιχειρήσεων, αποτελεί αρνητικό στοιχείο για την εξέλιξη της διοίκησης.

Το Κράτος δίνοντας προτεραιότητα στην υλική υποδομή, εξοπλισμό και τεχνολογία, υποτιμήθηκε η πολιτική οργάνωσης και ανάπτυξης ανθρωπίνων πόρων μη μπορώντας να εκτιμηθεί το παραγόμενο έργο αυτού του ανθρώπινου δυναμικού, ενώ παράλληλα άμβλυσε τις ανισότητες κάλυψης των θέσεων του προσωπικού. Ακόμα και για την εξάπλωση αυτής της τεχνολογίας δεν υπήρχε το απαραίτητο προσωπικό για τη συντήρηση των μηχανημάτων, αφού ακόμα δεν είχε θεσμοθετηθεί η τεχνική υπηρεσία.

Μεγάλο πλεονέκτημα τέλος, ήταν ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης σε εξωτερικούς αρρώστους.

8.2 Η Αντιμεταρρύθμιση του ΕΟΣΥ

Σε γενικές γραμμές θα μπορούσε κανείς να ισχυριστεί ότι η πολιτική υγείας της φιλελεύθερης παράταξης, ακολουθεί την προηγούμενη πολιτική. Τα προβλήματα όμως μεγεθύνονται, αφού καμμία ουσιαστική αλλαγή δεν έγινε προς τη κατεύθυνση του εκσυγχρονισμού και της αποδοτικότερης διαχείρισης. Απλά έχουμε μια αλλαγή του ανθρώπινου δυναμικού σε διοικητικές θέσεις.

Στο άρθρο 52 του Ν.2071/1992 αναφέρεται ότι επιτρέ-

πεται η ίδρυση νοσηλευτικών ιδρυμάτων μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία μπορούν να επιχορηγούνται από το κράτος, εφόσον το καταβαλλόμενο σε αυτά νοσήλιο είναι αποδεδειγμένα μικρότερο του 1/2 του πραγματικού κόστους λειτουργίας των αντίστοιχων κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Εδώ θα μπορούσαμε να υποθέσουμε δύο περιπτώσεις, ή ότι περιέχεται η λογική του ανταγωνισμού μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για να επιτευχθεί καλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα, ή ότι το κράτος δεν είναι ικανό να παράγει φροντίδες, ενώ η ιδιωτική πρωτοβουλία τα καταφέρνει καλύτερα. Καλύτερα όμως να προχωρήσουμε σε κάποιο άλλο χαρακτηριστικό του ΕΟΣΥ που είναι η ανάθεση της εποπτείας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας χωρίς τη συμμετοχή των εκπροσώπων της τοπικής αυτοδιοίκησης και των εργαζομένων.

Σύμφωνα με το άρθρο 55 εισάγεται ο θεσμός του γενικού διευθυντή στα δημόσια νοσοκομεία, μια ρύθμιση που προβλεπόταν και στο Ν. 1397/1983 με τον θεσμό του συντονιστή. Υπάρχει δηλαδή αλλαγή ονομασίας με την επανάληψη μιας διάταξης που είναι σωστή, αφού γίνεται μια προσπάθεια εκσυγχρονισμού της διοίκησης. Εδώ τίθενται τα εξής ερωτήματα. Έχει συνειδητοποιηθεί από τους νέους σχεδιαστές της πολιτικής υγείας, ότι είναι ανάγκη η διοίκηση των νοσοκομείων με προϋπολογισμούς που ξεπερνούν τα δισ να ασκείται από επαγγελματίες και όχι ερασιτέχνες, ή κομματικούς φίλους; Έχει ξεπεραστεί η αντίληψη ότι η διοίκηση των νοσοκομείων δεν είναι ένα ζήτημα

που αφορά τους εκλεκτούς του εκάστοτε κυβερνώντος κόμματος, ή και πολιτικούς φίλους που έχουν την ιδιότητα του γιατρού; Από τις μέχρι τώρα εξελίξεις, τόσο η κυβέρνηση του 1983 όσο και η κυβέρνηση του 1992 ακολουθούν την ίδια περίπου πολιτική στο θέμα της διοίκησης των νοσοκομείων της χώρας μας. Πιο συγκεκριμένα υπάρχουν στο Ν. 2071 ρυθμίσεις που αποτελούν αρνητικό παράγοντα στη επιτυχία του θεσμού, για τον οποίο υπάρχει κάποια κοινή λογική και κάποια κοινή συμφωνία όπως:

1. Η διάταξη που προβλέπει ότι με απόφαση του το Δ.Σ. μπορεί να μεταβιβάζει αρμοδιότητες στον Γ.Δ. υπονοεί τελικά ο τελευταίος όχι μόνο δεν θα ασκεί την ουσιαστική διοίκηση του νοσοκομείου, αλλά θα αποτελεί ένα διεκπεραιωτικό όργανο το οποίο θα ασκεί καθήκοντα σύμφωνα με τις διαθέσεις του Δ.Σ., ή του Προέδρου.

2. Επίσης η πρόβλεψη πως ο Υπουργός Υγείας Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να διορίσει στη θέση του γενικού Διευθυντή, δοκιμασμένους δημόσιους λειτουργούς παραπέμπει στη νοοτροπία του στιλ "να βολέψουμε τους δικούς μας ανθρώπους".

Θετικό είναι το μήνυμα πως όπως λέει και το Ν/Σ, το έτος 1992 δεν πρέπει να κινηθούμε στα πλαίσια των αντιλήψεων της περασμένης δεκαετίας. Αυτό ανοίγει το δρόμο για σημαντικές εξελίξεις. Όμως πως μπορούμε να μιλάμε για αύξηση της διοικητικής και οργανωτικής ικανότητας του τομέα υγείας, εάν δεν μιλάμε για επιστημονική κατάρτιση σε θέματα διοίκησης του προσωπικού με διοικητικές αρμοδιότητες;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κεφάλαιο 9

Συμπεράσματα - Προτάσεις

9.1 Συμπεράσματα

Για να διαμορφωθεί μια αποτελεσματική πολιτική και να χαραχθεί μια ενεργός στρατηγική υγείας που θα διασφαλίζουν την αρχή του δικαιώματος για την υγεία απαιτείται η επιστημονική έρευνα των υπηρεσιών υγείας, εκπαίδευσης και management.

Τα νοσοκομεία σήμερα κινδυνεύουν πιο πολύ από τη μειωμένη ικανότητα του διοικείν, την χαμηλή ικανότητά τους να δέχονται και να δίνουν πληροφορίες, τη μη αποδοτική συμπεριφορά του ανθρωπίνου δυναμικού, μα πιο πολύ από την πληθώρα κακών συνηθειών που έχουν ριζώσει για τα καλά στα νοσοκομεία.

Όλα αυτά έχουν αρνητικές επιπτώσεις στη διεύθυνση και διαχείριση των νοσοκομείων με αποτέλεσμα τη φανερότητα απaráδεκτη κατάσταση που εμφανίζεται σ'αυτά και τη χαμηλή παραγωγικότητα. Αν η ικανότητα του διοικείν δεν βελτιωθεί η δεδομένη σήμερα δυσλειτουργία των νοσοκομείων θα αντιμετωπίσει πιο σοβαρά προβλήματα.

Κάθε παρέμβαση του κράτους θα πρέπει να βασίζεται πάνω σε συγκεκριμένους στόχους, ενώ παράλληλα θα πρέπει να είναι γνώστης των προβλημάτων για να ξέρει πως ακριβώς θα τα αντιμετωπίσει. Κάθε νόμος στην ουσία ασχολείται πιο πολύ με τους γιατρούς και λιγότερο με τις διοικητικές και οργανωτικές αδυναμίες και δυσλειτουργίες που

παρουσιάζουν τα νοσοκομεία, αλλά και οι άλλες μονάδες περίθαλψης. Αυτό κάποτε θα πρέπει να σταματήσει. Για να γνωρίζει το κράτος πιο άμεσα τα προβλήματα που αντιμετωπίζει η διοίκηση σαν πρώτο στάδιο θα μπορούσε να "δημιουργήσει μια μόνιμη ερευνητική μονάδα για τα νοσοκομεία αλλά και για τις υπόλοιπες υπηρεσίες υγείας". Η στελέχωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου θα πρέπει να γίνεται από ειδικούς επιστήμονες στον σχεδιασμό, στα οικονομικά, στο management, και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Ειδικότερα σήμερα που βρίσκεται σε φάση μετάβασης, όπου η αντιμετώπιση κάθε αλλαγής είναι εξαιρετικά, πολύπλοκη, η αναγκαιότητα εξεύρεσης του κατάλληλου δυναμικού είναι απαραίτητη.

Η μέχρι σήμερα πορεία, η οποία βασίζεται σε πολιτικά και συνδικαλιστικά στελέχη έχει νόημα όταν συνδιάζεται με τις απαραίτητες επιστημονικές δεξιότητες. Αν υποθέσουμε πως κάποια στιγμή το κράτος πάρει υπό την "προστασία" του όλα τα νοσοκομεία η διεύθυνση αυτής της μεγάλης επιχείρησης απαιτεί την παρουσία στελεχών επαγγελματικής κατάρτισης. Το management εδώ θα αποτελέσει σημαντικό ρόλο γιατί εδώ θα είναι απαραίτητο να αποφευχθούν οι παρεμβάσεις των κυβερνήσεων, εάν θέλουμε βέβαια να μιλάμε για αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα. Κι αυτό μπορεί να γίνει αν το management του νοσοκομείου απελευθερωθεί από τη σημερινή λογική. Βέβαια αυτό είναι μια διαδικασία που θα πάρει χρόνο, θα απαιτεί υπομονή και επιμονή γιατί τα νοσοκομεία επιχορηγούνται με "φουσκωμένους" προϋπολογισμούς και γι' αυτό βέβαια είναι

αναγκαία η διεύθυνση, οι στόχοι και η αξιολόγηση να εκτελούνται και να ελέγχονται από αρμόδια όργανα που είναι κατάλληλα γι' αυτή τη δουλειά.

Τα θέματα τα οποία προσπαθώ να θέσω ίσως δεν απασχόλησαν αρκετά τους εμπνευστές των ρυθμίσεων. Φαίνεται ότι για μια ακόμη φορά τα μικροσυμφέροντα ομάδων του πληθυσμού και η πολιτική των πολιτικών υπερισχύουν των συμφερόντων του συνόλου του πληθυσμού και υπερνικούν την πολιτική των επιστημών των υπηρεσιών υγείας². Όπως πολύ εύστοχα τονίζει ο Δ. Νιάκας, σε έκδοση επιστημών των Υπηρεσιών της Υγείας.

Σημαντικές διαπιστώσεις παραθέτει η Επιθεώρηση Υγείας πάνω στον καινούργιο νόμο του Ν. 2071 που θα ήταν καλό να τις αναφέρουμε και που συμπληρώνουν τη διαπίστωση του κ. Νιάκα (παραθέτω αποσπάσματα):

"Σε 18 Νοσοκομεία της Αττικής, 3 της Θεσσαλονίκης και 8 της επαρχίας συστήθηκαν θέσεις Γενικού Διευθυντή, σε υλοποίηση σχετικής διάταξης του Ν. 2071/1992

Στην ουσία πρόκειται για μια πρώτη δυνατότητα εισαγωγής επιστημονικού management στον υγειονομικό τομέα, την αναγκαιότητα της οποίας επισημαίνουμε συνεχώς, από το πρώτο τεύχος αυτού του περιοδικού. Είναι, επομένως, σαφές ότι, κατά τη γνώμη μας, πρόκειται για θετική κατ' αρχήν εξέλιξη.

Ωστόσο, είναι γνωστό πως η επιτυχία ή όχι κάθε καινοτομίας "εξαρτάται από λεπτομέρειες" (στο τεχνοκρατικό επίπεδο) και από τις αγαθές προθέσεις (στο επίπεδο των σκοπιμοτήτων)

1. Ο θεσμός του νοσοκομειακού Manager (Γενικού Διευθυντή ή Συντονιστή) έχει νομοθετηθεί από το 1983 και δεν έχει εφαρμοσθεί επί μια δεκαετία. Δεν είναι περίεργο το γεγονός ότι προωθείται η υλοποίηση του θεσμού στο τέλος μιας κυβερνητικής θητείας; Δεν θα ήταν ορθολογικότερο να εγκατασταθεί ένας τόσο σημαντικός θεσμός από την (όποια) μετεκλογική κυβέρνηση, η οποία έχοντας μπροστά της χρόνο, θα μπορεί να θέσει επιχειρηματικούς στόχους στους νέους Managers, συμβατούς με την υγειονομική πολιτική της;

2. Η εκλογή των Γενικών Διευθυντών προβλέπεται να πραγματοποιηθεί από μια πενταμελή Επιτροπή που απαρτίζεται από ένα (1) κυβερνητικό στέλεχος, δύο (2) κατά τεκμήριο πρόσωπα που διορίζονται από τον Υπουργό, (δηλαδή, την κυβέρνηση). Φοβούμαστε ότι αυτή η σύνθεση δεν είναι η επιτυχεότερη και εύλογα θα θεωρηθεί ότι η επιτροπή αυτή δεν παρέχει εχέγγυα αντικειμενικής κρίσης (τουλάχιστον με τα δεδομένα που δυστυχώς ισχύουν στην Ελλάδα).

Αντιθέτως μια επιτροπή απαρτιζόμενη κατά κλειοψηφία π.χ. από καθηγητές Οργάνωσης - Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας, Οικονομικών και Υγείας κλπ. αλλά και Νοσοκομειακούς Διευθυντές με αναγνωρισμένο έργο (τέως και νυν), αφ' ενός μεν θα παρέχει μεγαλύτερα εχέγγυα αντικειμενικότητας, αφ' ετέρου δεν θα ήταν προφανώς καταλληλότερη για την συγκεκριμένη κρίση. Γιατί δεν προωθήθηκε μια ανάλογη σύνθεση;

..... αναφερόμενοι στους Managers των Νοσοκομείων:

Η επιλογή τους πρέπει να γίνει με αυστηρά αξιολογικά κριτήρια, διότι οι θέσεις αυτές δεν είναι πολιτικές. Αν πρόκειται να διορισθούν αποτυχεύτες πολιτευτές, είναι καλύτερα να μην στελεχωθούν οι θέσεις. Για την πολιτική αντιπροσώπευση του εκάστοτε κυβερνώντος κόμματος, επαρκούν οι Πρόεδροι των Δ.Σ."

Νομίζουμε ότι αυτή η περικοπή είναι σήμερα πολύ, επίκαιρη και θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη, εάν οι προθέσεις των αρμοδίων είναι αγαθές και υπάρχει πραγματικό ενδιαφέρον για την προώθηση του νοσοκομειακού management".

Σήμερα η ανάγκη για βελτίωση της διοίκησης, αλλά και της οργάνωσης των νοσοκομείων είναι φανερή. Όπως είδαμε τα περισσότερα οφείλονται στη μη εκσυγχρονισμένη διοίκηση, στην αναποτελεσματική συλλογική εργασία και στα ανεπαρκή κίνητρα για να εξουδετερωθούν διάφορες κακές προοπτικές, κατάλοιπα του παρελθόντος. Το γεγονός ότι η διοίκηση νοσοκομείων αποτελούσε σύστημα προσλήψεων ακατάλληλων προσώπων χωρίς τα σχετικά επιστημονικά εφόδια ήταν και είναι εμπόδιο για την περαιτέρω επιστημονικοποίηση της διοίκησης.

Το να εφαρμόζεται η διοίκηση από επιστήμονες καταρτισμένους εμφανίζει δυνατότητες καλύτερης διαχείρισης ενώ το αντίθετο δηλ. η έλλειψη αυτών των προσώπων συντελεί στο χαμηλό επίπεδο της διοίκησης που επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην επιστημονική μεταξύ ατόμων και ομάδων και συνεπώς στη συλλογική εργασία.

Γενικά η διοίκηση είναι κρίσιμη, ή και αποφασιστική

για την υποστήριξη και την ανάπτυξη της υγείας και του συστήματος υγείας. Ο στόχος 34 της Π.Ο.Υ. που σχετίζεται με τη διοίκηση λέει: "πριν το 1990 θα πρέπει να έχουν διαμορφωθεί διευθυντικές διαδικασίες για την υγειονομική ανάπτυξη δηλαδή μια διοικητική μέθοδος για να καλύψει τον σχεδιασμό, τον έλεγχο και την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων για την υγεία για όλους με την οφειλόμενη προσοχή στα ειδικά θεσμικά, πολιτικά και δομικά χαρακτηριστικά".⁴

Ο Τζέφρεϋ Λέβητ μιλώντας για τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας στο Εθνικό Συμπόσιο Υγείας στις 7 Ιουνίου 1990 τόνισε ότι η εφαρμογή της διοίκησης χαρακτηρίζεται από απόκλιση μεταξύ απόφασης και υλοποίησης. Επίσης θα πρέπει να τονιστεί ο χαμηλός βαθμός ορθολογικότητας των συνθηκών μέσα στις οποίες λαμβάνονται οι αποφάσεις.

Ο κ. Λέβητ επέμενε στο ότι "η διοίκηση είναι περισσότερο για τη διατήρηση αυτή για την επίλυση προβλημάτων".⁵

Ενας manager για να χαρακτηρίζεται καλός σήμερα θα πρέπει να είναι σε θέση να κάνει προβλέψεις για το μέλλον, να προετοιμάζεται, ενώ συγχρόνως θα πρέπει να είναι έτοιμος να δράσει κάθε στιγμή.

Δυστυχώς η απόκλιση μεταξύ της υπάρχουσας και της επιθυμητής κατάστασης είναι μεγάλη.

Με την ανάπτυξη της επιστημονικής διοίκησης και των κατάλληλων δεξιοτήτων προβλέπεται η μείωση της αβεβαιότητας και ο κατάλληλος χειρισμός των συγκρούσεων και μεταβολών που θα προβεί προς όφελος της λειτουργίας και

της ικανότητας που αφορά τη διοίκηση των νοσοκομείων.

Με συνδιασμό την αξιολόγηση, που είναι βασική προϋπόθεση για να ληφθούν αποφάσεις στον τομέα της διοίκησης, στοχεύεται η διόρθωση και η βελτίωση των στόχων και προγραμμάτων, ώστε να επιτευχθεί η μέγιστη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα. Μέσα από τα λάθη που έγιναν θα αντλούνται συμβουλές για τη βελτίωση των τωρινών δραστηριοτήτων.

9.2 Προτάσεις

Ο χώρος της διοίκησης και οργάνωσης παραμένει ακόμα αδιερεύνητος. Γι' αυτό πρέπει να ξεκινήσει άμεσα ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα που θα εντοπίσει τις ανάγκες. Εμείς αυτό που μπορούμε να κάνουμε είναι να δώσουμε ορισμένες προτάσεις που προκύπτουν συνοπτικά από όλη τη μελέτη:

— Αλλαγή της υπάρχουσας νομικής μορφής των νοσοκομείων με την πλήρη αυτοδιοίκησή τους για διοικητικά και οικονομικά θέματα, σε σχέση με την κεντρική διοίκηση.

"Τα νοσοκομεία, μπορεί να λειτουργήσουν ως Δημόσια Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου ή ως Δημόσιες Επιχειρήσεις για να έχουν την ευελιξία και την ευχέρεια να λειτουργούν με ιδιωτικο-οικονομικά κριτήρια στα πλαίσια της αποστολής τους δηλαδή την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδων σε όλο τον πληθυσμό".

— Συγκρότηση Διοικητικών Συμβουλίων σε κάθε νοσοκο-

μείο με μόνιμους εκπροσώπους και ανεξάρτητα από τις κυβερνητικές αλλαγές, βουλήσεις και επιθυμίες. Για παράδειγμα, εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης, εκπροσώπηση των χρηστών και των επαγγελματιών υγείας μέσω των οργανώσεων τους και η εκπροσώπηση της Πολιτείας μέσω αντιπροσώπων της δημόσιας διοίκησης.

Περιορισμός των αρμοδιοτήτων των Δ.Σ. των νοσοκομείων αποκλειστικά και μόνο στη λήψη αποφάσεων εφαρμογής πολιτικής υγείας, αποκλείοντας τη δυνατότητα παρέμβασης, στην άσκηση του management.

— Η αποκατάσταση του ενιαίου management των Νοσοκομείων, με την ανάθεση της διοίκησης - διαχειρισής τους σε ικανούς manager, που η επιλογή όμως θα γίνει αποκλειστικά με κριτήρια επαγγελματικά και στους οποίους θα δοθούν ουσιαστικά κίνητρα για την επίτευξη αποτελεσμάτων.

“Υλοποίηση των βασικών αρχών του management που είναι ο προγραμματισμός, η οργάνωση, στελέχωση και ο έλεγχος, στοιχεία διαδικασίας απαραίτητα σε κάθε οργανισμό”.

— Εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων αξιολόγησης, ως ουσιαστική διαδικασία λήψης των αποφάσεων για τα θέματα διοίκησης - διαχείρισης.

— Η θέσπιση κινήτρων τόσο για το προσωπικό, όσο και για το ίδιο το νοσοκομείο, συνδεδεμένων με την έννοια της παραγωγικότητας, αλλά και το ποιοτικό επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών.

— Ευαισθητοποίηση της διοίκησης, των ιατρών και νοση-

λευτών μέσω εντατικών σεμιναρίων. Καθώς και η επιστημονική εξειδίκευση στελεχών για πλήρη απασχόληση στη διοίκηση.

Τα εκπαιδευτικά ιδρύματα - σχεδόν παντού - έχουν ανταποκριθεί στην πρόκληση αυτή με τη δημιουργία ειδικών προγραμμάτων διοίκησης υπηρεσιών Υγείας, για πιο αποδοτική διαχείρισή της. Μεταξύ των ιδρυμάτων αυτών βρίσκονται οι σχολές δημόσιας Υγείας, που κατά την άποψη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) κατέχουν και ένα σημαντικό ρόλο έρευνας και αξιολόγησης του Συστήματος Υγείας (Σ.Υ.) και παίζουν θεμελιώδη ρόλο στην προσπάθεια ανάπτυξής του.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το νοσοκομείο σήμερα κινδυνεύει πιο πολύ από την μειωμένη ικανότητα του διοικείν, την πληθώρα ριζομένων κακών συνηθειών, την απουσία νοσηλευτικού προσωπικού και άλλων επιστημόνων με αποτέλεσμα την φανερά απαράδεκτη κατάσταση και την χαμηλή παραγωγικότητά του.

Αν η διαχείριση και η διοίκησή του δεν βελτιωθεί σε συνδιασμό με την μεταβολή της συμπεριφοράς του πολίτη θα αντιμετωπίσει πιο σοβαρά προβλήματα. Η αύξηση της διοικητικής και οργανωτικής ικανότητας του νοσοκομείου βασίζεται στην εφαρμογή της επιστημονικής διοίκησης, της επιστημονικής κατάρτισης σε θέματα διοίκησης του προσωπικού με διοικητικές αρμοδιότητες.

Η ανάγκη για τον εκσυγχρονισμό των νοσοκομείων με σκοπό την βελτίωση της υγείας του ελληνικού λαού υπερβαίνει τις άγονες και πολλές φορές άσκοπες πολιτικές αντιπαραθέσεις. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας δύο μεγάλες μεταρρυθμίσεις αντίθετου χαρακτήρα, επέφεραν την αλληλοαναιρέση και ως τελικό αποτέλεσμα είχαν την κρίση του υγειονομικού τομέα.

Είναι απαραίτητο ένα σύγχρονο σύστημα υγείας το οποίο πρέπει να ενσωματώνει τις εγχώριες παραδόσεις του υγειονομικού συστήματος να είναι αποδεκτό από τους παραγωγούς και τους χρήστες των υπηρεσιών, να προσαρμόζεται στις διεθνείς και ευρωπαϊκές εξελίξεις και ταυτόχρονα να υπηρετεί τις αρχές της αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, ισότητας και ποσότητας των παρεχόμενων

υπηρεσιών υγείας.

Πρέπει σε ένα σύστημα που είχε άλλες αρχικές συνθήκες να βάλουμε τη δυναμική ενός νέου συστήματος με στόχο τη μεγαλύτερη απόδοση. Αυτό θα γίνει επιτευχτό με νέα οργανωτικά σχήματα και μοντέλα, με ένα άλλο σύνολο αρχών προσέγγισης για τα κοινωνικά μας προβλήματα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ,
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ
σελ. 41

2. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ,
ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ
σελ. 42

3. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΑΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΣ
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΣΥΛΛΟΓΟΥ
σελ. 43

4. ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ: ΕΝΑΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΟΣ
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΣΥΛΛΟΓΟΥ
σελ. 44

5. ΤΟ ΦΑΣΜΑ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ, ΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ, ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ
ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ.
σελ. 45

6. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΙΑΚΑΣ, Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ
ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ, ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙ-
ΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1993.
σελ. 213

7. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΧΘΕΣ, ΣΗΜΕΡΑ, ΑΥΡΙΟ,
ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΕΥΧΟΣ 23, (1993) ΙΟΥΛΙΟΣ -
ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ, σελ. 36

8. ΓΙΑΝΝΗ ΒΟΖΙΚΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΝΟΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ, ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΤΕΙ, ΑΘΗΝΑ, (1986), σελ.74
9. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΧΘΕΣ, ΣΗΜΕΡΑ, ΑΥΡΙΟ, ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΕΥΧΟΣ 23, (1993), ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ, σελ. 36
10. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΧΘΕΣ, ΣΗΜΕΡΑ, ΑΥΡΙΟ, ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΕΥΧΟΣ 23, (1993) ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ, σελ. 37
11. ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΧΘΕΣ, ΣΗΜΕΡΑ, ΑΥΡΙΟ, ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΕΥΧΟΣ 23, (1993), ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ, σελ. 38.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

Α. Ε.Σ.Υ. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1983 ΠΕΡΙ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.1
2. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1983 ΠΕΡΙ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.7
3. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1983 ΠΕΡΙ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.7
4. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1983 ΠΕΡΙ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.9
5. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1983 ΠΕΡΙ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.9

6. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1983 ΠΕΡΙ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.9

7. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1983 ΠΕΡΙ ΕΘΝΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.10

Β. ΕΟΣΥ ΕΚΣΥΧΡΟΝΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

1. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1992 ΠΕΡΙ ΕΚΣΥΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.2

2. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1992 ΠΕΡΙ ΕΚΣΥΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.2

3. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1992 ΠΕΡΙ ΕΚΣΥΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.3

4. ΕΙΣΗΓΗΤΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ Ν/Σ ΤΟΥ 1992 ΠΕΡΙ ΕΚΣΥΧΡΟΝΙΣΜΟΥ ΚΑΙ
ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ σελ.4

Γ. Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΕΣΥ ΚΑΙ ΤΟ
ΕΟΣΥ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1. Ν/Σ 1983 σελ.3

2. Ν/Σ 1983 σελ.3

3. Ν/Σ 1983 σελ.15

4. Ν/Σ 1992 σελ.1

5. Ν/Σ 1992 σελ.13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

1. Ν/Σ 1983 σελ.16

2. Ν/Σ 1992 σελ.14

3. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ, ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΕΥΧΟΣ 20 (1993), ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, σελ. 63

4. Ν/Σ 1983 σελ.17

5. Ν/Σ 1992 σελ.15

6. ΑΡΜΟΔΙΟΤΗΤΕΣ ΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΥΛΙΩΝ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ, ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΕΥΧΟΣ 20 (1993), ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ - ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, σελ. 65

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

1. Ν/Σ 1992 σελ.15

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

1. Ν/Σ 1983 σελ.48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

1. Ν/Σ 1992 σελ.16

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΑΠΟΦΕΙΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

1. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΙΑΚΑΣ, Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ, ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1993, σελ. 196

2. Ν/Σ 1992 σελ.1

3. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΙΑΚΑΣ, Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ, ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1993, σελ. 200

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

1. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΙΑΚΑΣ, Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ, ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1993, σελ. 173

2. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΙΑΚΑΣ, Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ, ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1993, σελ. 175
3. ΕΠΙΘΕΩΡΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΣ - ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ, 1993, ΤΕΥΧΟΣ 24, σελ. 60
4. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΥΓΕΙΑΣ 7 ΚΑΙ 8 ΙΟΥΝΙΟΥ 1990, 6η ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ σελ. 288
5. ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ ΥΓΕΙΑΣ 7 ΚΑΙ 8 ΙΟΥΝΙΟΥ 1990, 6η ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ σελ. 290
6. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΙΑΚΑΣ, Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ, ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1993, σελ. 242
7. ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΙΑΚΑΣ, Η ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΜΟΥ ΣΤΟΝ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΤΟΜΕΑ, ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ, ΑΘΗΝΑ, 1993, σελ. 233

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτήσεις στις οποίες απάντησαν τα διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων κατά την διάρκεια της εργασίας:

1. Ποιές οι σπουδαιότερες καινοτομίες των δύο νόμων ως προς τη διοίκηση των νοσοκομείων;
2. Ποιά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα κατά τη γνώμη σας στην περίπτωση που τα νοσοκομεία είναι ΝΠΙΔ και ποιά στην περίπτωση που είναι ΝΠΔΔ;
3. Ποιά σύνθεση Δ.Σ. ήταν αποτελεσματικότερη στην άσκηση της διοίκησης των νοσοκομείων κατά τη γνώμη σας και γιατί;
4. Πως κρίνετε το θεσμό του Γενικού Διευθυντή στο Νοσοκομείο; Συγκρίνετε το θεσμό του Γενικού Διευθυντή με το θεσμό του προέδρου του Δ.Σ. ως προς τις αρμοδιότητες και την άσκηση διοίκησης.
5. Διοίκηση και διεύθυνση του νοσοκομείου δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Πως κατά τη γνώμη σας θα ασκηθεί η καθεμιά αποτελεσματικότερα;
6. Η θέση του συντονιστή έπαιξε κάποιο ρόλο στη διοίκηση, ή διεύθυνση του νοσοκομείου κι αν ναι ποιός ήταν αυτός;
7. Η προσθήκη της τεχνικής υπηρεσίας στα νοσοκομεία είχε θετικές επιδράσεις;
8. Η είσοδος της νέας τεχνολογίας με ποιο τρόπο επέδρασε στη διοίκηση του νοσοκομείου και τις διοικητικές υπηρεσίες γενικότερα;
9. Ποιές σημαντικές αλλαγές πραγματοποιήθηκαν στην οργάνωση του νοσοκομείου με τους δύο νόμους;

10. Το κριτήριο της διάκρισης των νοσοκομείων σε ειδικά σε τι διαφέρει σύμφωνα με το ΕΟΣΥ από τα κριτήρια του ΕΣΥ;
11. Αν ήσασταν νομοθέτης τί θα συμπληρώνατε, ή τί θα περιορίζατε στους δύο νόμους με γνώμονα τη σωστή διοίκηση;
12. Χρειάζεται κατά τη γνώμη σας νέος νόμος για το σύστημα υγείας;
13. Η εμπειρία σας στη διοίκηση του νοσοκομείου έχει να προτείνει τρόπους με τους οποίους θα βελτιωθεί η διοίκηση και η διεύθυνση του νοσοκομείου;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Ερωτήσεις στις οποίες απάντησε ο Πρόεδρος της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημόσιων Νοσοκομείων κ. Παπασπύρου.

1. Προέκυψαν προβλήματα για το προσωπικό των νοσοκομειακών μονάδων που λειτουργούσαν ως ΝΠΙΔ και μετατράπηκαν σε ΝΠΔΔ στο ΕΣΥ και γιατί;
2. Ποιό νομικό καθεστώς νοσηλευτικών ιδρυμάτων είναι προτιμότερο κατά τη γνώμη σας ως προς τη διοίκηση και ως προς τους εργαζομένους;
3. Το Δ.Σ. με ποιά σύνθεση ήταν αποτελεσματικότερο;
4. Ο αριθμός των κρεβατιών πρέπει να λαμβάνετε υπόψη;
5. Ο θεσμός του Γενικού Διευθυντή στο ΕΣΥ κρίνετε επιτυχής; Γιατί ο θεσμός του συντονιστή απέτυχε;
6. Είσαστε ικανοποιημένος από το ποσοστό συμμετοχής των εργαζομένων στο Δ.Σ.;
7. Ποιά τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του ΕΣΥ και ΕΟΣΥ ως προς τη διοίκηση των νοσοκομείων;
8. Οι συνθήκες και η απόδοση των εργαζομένων επηρεάστηκαν από τους δύο νόμους;
9. Ποιές σημαντικές αλλαγές πραγματοποιήθηκαν στην οργάνωση των νοσοκομείων με τους δύο νόμους;
10. Ποιά η αποτελεσματικότητα των δύο νόμων στη διοίκηση των νοσοκομείων;

11. Αν ήσασταν νομοθέτης τί θα συμπληρώνατε, ή τί θα περιορίζατε στους δύο νόμους με γνώμονα τη σωστή διοίκηση;
12. Χρειάζεται κατά τη γνώμη σας νέος νόμος για το σύστημα υγείας.
13. Ποιά τα μελλοντικά σχέδια του συλλόγου σας και οι περαιτέρω προσπάθειές σας;