

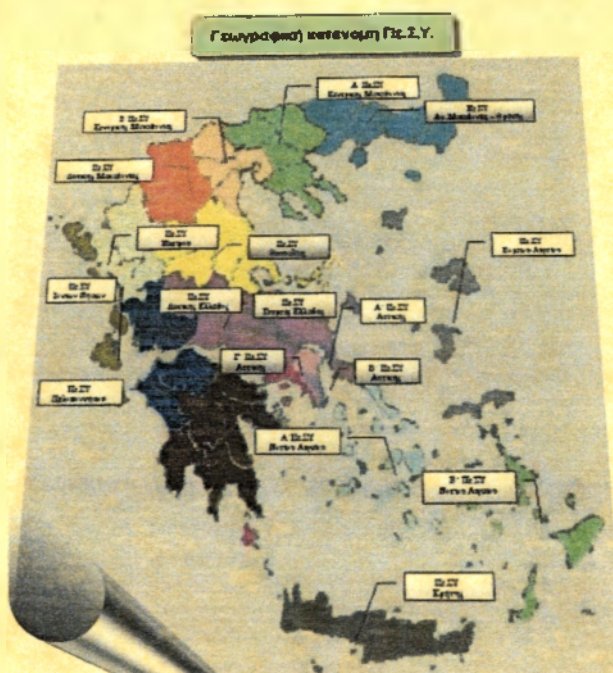
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**«Η αποκέντρωση στην υγεία. Η μεταρρύθμιση του
Ε.Σ.Υ. και ο Νόμος 2889/01»**



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΛΟΥΚΑΚΗ ΜΕΛΤΙΝΗ – ΧΟΥΡΔΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2005

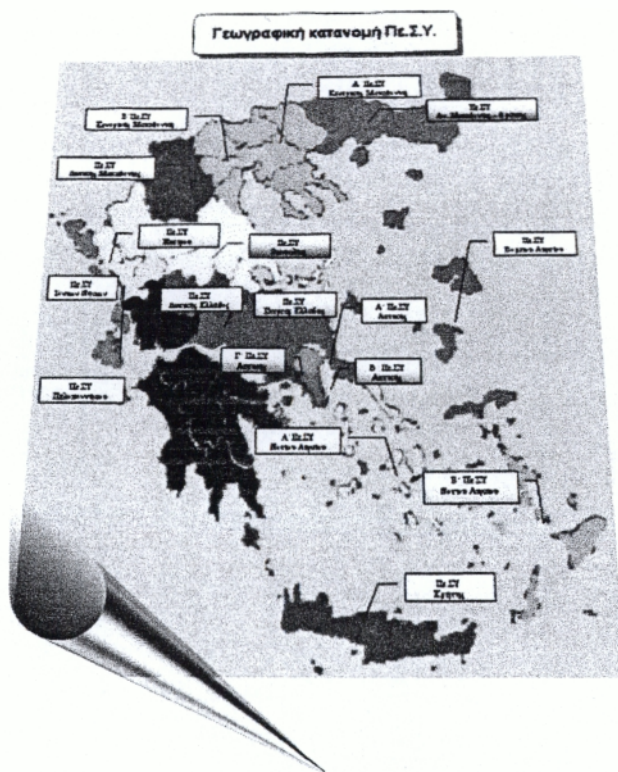
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

«Η αποκέντρωση στην υγεία. Η μεταρρύθμιση του
Ε.Σ.Υ. και ο Νόμος 2889/01»



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΛΟΥΚΑΚΗ ΜΕΛΤΙΝΗ – ΧΟΥΡΔΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2005

Περιεχόμενα

<u>Εισαγωγή</u>	4
<u>Κεφάλαιο Πρώτο. Η θεωρητική προσέγγιση του μηχανισμού της αποκέντρωσης στην δημόσια διοίκηση</u>	
1.1 Εισαγωγή	7
1.2 Η λογική της αποκέντρωσης	9
1.3 Τύποι της αποκέντρωσης	11
1.4 Οι τρεις περιόδοι έρευνας για την αποκέντρωση	17
1.5 Οι μορφές της αποκέντρωσης	18
1.6 Μεθοδολογικές δυσκολίες που εμποδίζουν την έρευνα για την αποκέντρωση	21
1.6.1 Σύγχυση από την απρόσεχτη χρήση των όρων	21
1.6.2 Η αποτυχία να οριστεί και να συμφωνηθεί η έννοια της αποκέντρωσης	22
1.6.3 Αναπροσαρμογές στην απόδοση των όρων	23
1.6.4 Ποικιλία και ανομοιότητα στις μελέτες για την αποκέντρωση	23
1.6.5 Προβλήματα αξιοπιστίας	24
1.7 Αρνητική κοινωνική επιστήμη	25
1.8 Οι θεωρητικές διαστάσεις της αποκέντρωσης	26
1.9 Δυσκολία στην αναγνώριση του ευμετάβλητου στην ιστορία	30
1.10 Παραπλανητικές γραμμικές υποθέσεις	33
1.11 Ο εκδημοκρατισμός ως υπόθεση της αποκέντρωσης	34
1.12 Διεθνής εμπειρία – Παραδείγματα αποκεντρωτικής πολιτικής σε υγειονομικά συστήματα (άλλων χωρών)	35
1.12.1 Παράδειγμα αποσυγκέντρωσης, Πολωνία	37

1.12.2	Παράδειγμα εξουσιοδότησης, Ιταλία	37
1.12.3	Παράδειγμα ανάθεσης, Σουηδία	38
1.12.4	Παράδειγμα ιδιωτικοποίησης, ΗΠΑ	40
1.12.5	Αποσυγκέντρωση συνδυαζόμενη με την εξουσιοδότηση στο Ηνωμένο Βασίλειο	41
1.12.6	Γερμανικό σύστημα υγείας	42
1.13	Συμπεράσματα	43
<u>Κεφάλαιο Δεύτερο. Η εξέλιξη του Ε.Σ.Υ. από την ίδρυση του μέχρι και σήμερα. Η ανάγκη μεταρρύθμισης στο σύστημα υγείας.</u>		
2.1	Γενικά	45
2.2	Το νομικό πλαίσιο του υγειονομικού τομέα και του συστήματος υγείας της χώρας	46
2.3	Ο ιδρυτικός Νόμος 1397/1983 για το Ε.Σ.Υ.	47
2.4	Νόμος 2071/1992, για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας (ΕΟΣΥ)	48
2.5	Νόμος 2194/1994, για την αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις	49
2.6	Τα κυρίαρχα προβλήματα στον χώρο της υγείας	50
2.7	Η ανάγκη μεταρρύθμισης στο Ε.Σ.Υ.	53
2.8	Η παγκοσμιοποίηση και η κρίση του κράτους πρόνοιας – Η προοπτική της νέας μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στον χώρο της υγείας	54
2.9	Οι στόχοι της μεταρρύθμισης – Η αποκέντρωση το κλειδί της μεταρρύθμισης	58
2.10	Η λογική της αποκέντρωσης στο υγειονομικό σύστημα	59
2.11	Οι πρωτεύων στόχοι της αποκέντρωσης στο υγειονομικό σύστημα μιας χώρας	61
2.12	Τα πλεονεκτήματα και οι αδυναμίες στην εφαρμογή μιας αποκεντρωτικής πολιτικής στον τομέα της υγείας	63
2.13	Αξιολογώντας την αποκέντρωση	66
2.14	Συμπεράσματα	67

Κεφάλαιο Τρίτο. Αποκεντρωτικές προσπάθειες που βασίζονται στον Νόμο 2889/2001 και η περιγραφή των συμπληρωματικών νόμων

3.1 Γενικά	69
3.2 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» - Νόμος 2889/2001	71
3.2.1 Πε.Σ.Υ.Π	72
3.2.2 Νοσοκομεία	77
3.2.3 Ανθρώπινο δυναμικό	82
3.3 Συνοδευτικά νομοσχέδια της μεταρρύθμισης με τίτλο «Υγεία για τον πολίτη»	86
3.3.1 Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π)	86
3.3.2 Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ.Π.	90
3.3.3 Αναδιοργάνωση του εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας και άλλες διατάξεις	93
3.3.4 Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας	96
3.3.5 Πολυκλινική ολυμπιακού χωριού – Συνήγορος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης	98
3.4 Συμπεράσματα	101

Κεφάλαιο Τέταρτο. Συμπεράσματα

4.1 Συμπεράσματα	107
------------------	-----

<u>Βιβλιογραφία</u>	110
----------------------------	-----

Πίνακες

Πίνακας 1. Τύποι της αποκέντρωσης	16
Πίνακας 2. Οφέλη της αποκέντρωσης	64
Πίνακας 3. Κίνδυνοι της αποκέντρωσης	66

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας, του ΤΕΙ Καλαμάτας.

Αντικείμενο της εργασίας είναι η παρουσίαση της θεωρίας της αποκέντρωσης στην διοίκηση που αποτελεί ένα εργαλείο το οποίο έχει υιοθετηθεί και εφαρμοστεί τα τελευταία χρόνια στα συστήματα υγείας πολλών αναπτυγμένων χωρών. Στον ελλαδικό χώρο έχουν γίνει πολλές προσπάθειες εισαγωγής στοιχείων της αποκέντρωσης, προσπάθειες που ποτέ δεν εφαρμόστηκαν στην πράξη και έτσι το σύστημα υγείας της χώρας ακόμα νοσεί από την αναποτελεσματικότητα και την χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αναλυτική αναφορά των διατάξεων του Νόμου περί Πε.Σ.Υ.Π., το οποίο θέτει τα πλαίσια εφαρμογής μιας αποκεντρωτικής πολιτικής, αλλά και μια γενικότερη περιγραφή των συμπληρωματικών νομοσχεδίων που έχουν κατατεθεί προκειμένου να ολοκληρωθεί η μεταρρυθμιστική αυτή προσπάθεια είναι ο φιλόδοξος στόχος αυτής της εργασίας .

Σκοπός της εργασίας είναι μέσα από την παρουσίαση των προβλημάτων του Εθνικού Συστήματος Υγείας να εξαχθεί η ανάγκη μεταρρύθμισης με την αποκέντρωση να αποτελεί το κλειδί που θα ανοίξει την πόρτα στην αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος. Με βάση αυτήν την παραδοχή γίνεται η ανάδειξη του τρόπου που η αποκέντρωση επιχειρείτε να εφαρμοστεί στο ελληνικό

σύστημα υγείας με τον νόμο 2889/01 και πιο συγκεκριμένα με την σύσταση των Πε.Σ.Υ.Π..

Αφορμή αποτέλεσε ο προβληματισμός ότι η χώρα μας προχωρεί τα τελευταία χρόνια σε μεταρρυθμίσεις οι οποίες δεν έφεραν τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα και έτσι το σύστημα υγείας της χώρας μας παραμένει αδύναμο και υποτονικό για να μπορέσει να καλύψει τις σύγχρονες ανάγκες της κοινωνίας. Γεγονός είναι ότι στην χώρα μας η τελευταία μεταρρυθμιστική προσπάθεια προωθεί την αποκέντρωση η οποία αποτελεί τον διακυρρησόμενο στόχο της. Το ερώτημα που τίθεται είναι αν μέσα το πρίσμα των εισαχθέντων μέτρων και των επιμέρους ρυθμίσεων που προβλέπονται, ο στόχος της αποκέντρωσης μπορεί να είναι υλοποιήσιμος. Η εργασία δεν θα απαντήσει στο ερώτημα αυτό, αλλά θα περιγράψει τα μέτρα αυτά δίνοντας μια συνολική εικόνα της μεταρρυθμιστικής αυτής προσπάθειας στηριζόμενη στις νομοθετικές διατάξεις που την ακολουθούν.

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην παρούσα εργασία ήταν η ανάκτηση των διατάξεων των νομοσχεδίων που σχετίζονται με την μεταρρυθμιστική προσπάθεια που έχει τίτλο «Υγεία για τον πολίτη». Ο στόχος της μεταρρυθμιστικής αυτής προσπάθειας μας οδήγησε στην αναζήτηση του θεωρητικού πλαισίου της εννοίας της αποκέντρωσης γενικότερα στην δημόσια διοίκηση. Για να μπορέσει αυτό να γίνει εφικτό χρησιμοποιήθηκε ξενόγλωσση βιβλιογραφία με την πολύτιμη βοήθεια του Εισηγητή μας κ. Λ. Παρασκευόπουλου. Για να μπορέσουμε όμως όλα αυτά τα στοιχεία να τα εντάξουμε στον Ελλαδικό χώρο χρειάστηκε ενημέρωση από τον ημερήσιο τύπο μέσω

του διαδικτύου. Σίγουρα η έλλειψη ελληνικής βιβλιογραφίας για τον εξιζητημένο τομέα της αποκέντρωσης στην Υγεία αποτέλεσε ιδιαίτερο πρόβλημα για την εκπόνηση της πτυχιακής.

Η εργασία είναι **δομημένη** σε τέσσερις ενότητες – κεφάλαια. Στο **πρώτο κεφάλαιο** παρουσιάζεται το θεωρητικό υπόβαθρο της αποκέντρωσης και η εννοιολογική σημασία της. Στην συνέχεια του ίδιου κεφαλαίου παρουσιάζονται οι αποκεντρωτικές προσπάθειες που έχουν εφαρμοστεί στα συστήματα υγείας άλλων χωρών. Στο **δεύτερο κεφάλαιο** γίνεται μια σύντομη περιγραφή της πορείας ανάπτυξης του ελληνικού συστήματος υγείας με αποτέλεσμα να γίνονται φανερά τα χρόνια προβλήματά του, υποστηρίζοντας την ανάγκη μεταρρύθμισης. Στο **τρίτο κεφάλαιο** παρουσιάζονται και αναλύονται εις βάθος οι διατάξεις του νόμου 2889/01 με σκοπό να αναλυθούν τα μέτρα που οδηγούν στην εφαρμογή μιας αποκεντρωτικής πολιτικής. Επίσης γίνεται αναφορά στα συμπληρωματικά νομοσχέδια που σχετίζονται με την μεταρρύθμιση. Τέλος, στο **τέταρτο κεφάλαιο** παρουσιάζονται τα συμπεράσματα.

Θέλουμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας για την πολύτιμη βοήθεια με συμβουλές, παραινέσεις και υλικό, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής στον Α. Παρασκευόπουλο, επίκουρο καθηγητή του ΤΕΙ Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος της εργασίας μας. Στις οικογένειες μας και όλους όσους βοήθησαν για την ολοκλήρωση της εργασίας αυτής. Καθώς και ιδιαίτερες ευχαριστίες για την αμέριστη συμπαράσταση του Παντελή Κυριακάκη.

Κεφάλαιο 1

Θεωρητική προσέγγιση του μηχανισμού της αποκέντρωσης στην δημόσια διοίκηση

1.1 Εισαγωγή

Πάγια αδυναμία του τρόπου λειτουργίας της Δημόσιας Διοίκησης, είναι ο ατελής σχεδιασμός, και η ελλιπής υλοποίηση των δημοσίων πολιτικών. Τούτο ισχύει ιδιαίτερα για τους τομείς εκείνους όπου το κράτος δεν περιορίζεται σε έναν απλό ρυθμιστικό ρόλο, αλλά επιδιώκει με συγκεκριμένες πολιτικές να παρέμβει ενεργά στο οικονομικό και κοινωνικό πεδίο. Για την λήψη αποτελεσματικών, τεκμηριωμένων και οικονομικά βιώσιμων αποφάσεων, προχωρούμε στην πραγμάτωση ενός μοντέλου κρατικής οργάνωσης όπου λαμβάνονται οι αποφάσεις και οι πολιτικές υλοποιούνται στο πλησιέστερο επίπεδο προς τον πολίτη και τις ανάγκες του.

Παράλληλα, η βαθμιαία απόσυρση του παρεμβατικού κράτους από καίριους τομείς της κοινωνίας καθώς και η κρίση των παραδοσιακών θεσμών κοινωνικής πρόνοιας έχει προκαλέσει στον πολίτη έλλειμμα κοινωνικής ασφάλειας. Το έλλειμμα αυτό μπορεί και πρέπει να καλύψει η ίδια η κοινωνία με τις δυνάμεις της. Το κράτος καλείται λοιπόν να οργανώσει ένα σύστημα

πρόσφορων εγγυήσεων για την απόλυτη άσκηση των δικαιωμάτων. Ειδικές πρωτοβουλίες είναι:

- Η υποστήριξη πρωτοβουλιών κοινωνικής αλληλεγγύης
- Η ενίσχυση πρωτότυπων επιχειρηματικών πρωτοβουλιών
- Η αξιοποίηση του εθελοντισμού μέσω διαδικασιών συμμετοχής στη διαβούλευση, χάραξη και την υλοποίηση πολιτικών.

Είναι ανάγκη να συνειδητοποιήσουμε ότι μονάδες υγείας είναι ζωντανοί οργανισμοί, που δικαιώνουν το λόγο ύπαρξης τους και εκπληρώνουν τους στόχους τους όταν λειτουργούν με κανόνες αλλά και χωρίς γραφειοκρατία, όταν έχουν διοίκηση με στόχους και προτεραιότητες, όταν υπάρχει υπευθυνότητα και έλεγχος από τη κορυφή μέχρι τη βάση της διοικητικής πυραμίδας. Είναι αναγκαίο να αντιστοιχίσουμε το υγειονομικό μας σύστημα, τις μονάδες και το προσωπικό, με τις πραγματικές ανάγκες σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο. Πρέπει να κάνουμε το σύστημα περισσότερο ευέλικτο και αποκεντρωμένο, να του εισάγουμε μηχανισμούς εσωτερικής αξιολόγησης και αυτοέλεγχου, αλλά αρχές και κανόνες που θα υπηρετούν συγκεκριμένους στόχους και πολιτικές. Μόνο τότε μπορεί να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες και προσδοκίες των πολιτών, να γίνει όχι μόνο περισσότερο αποτελεσματικό, αλλά και κοινωνικά δικαιότερο απέναντι στους πολίτες.

1.2 Η λογική της αποκέντρωσης

Στα τέλη του 1980, πολλές ευρωπαϊκές κυβερνήσεις άρχισαν να επανεξετάζουν την δομή της διακυβέρνησης των συστημάτων υγείας τους, τους τρόπους αναδιοργάνωσης τους μέσα από την λογική της αποκέντρωσης.

Σε φιλοσοφικό και πολιτικό επίπεδο, η αποκέντρωση έχει εκληφθεί σαν ένα υψηλό πολιτικό ιδανικό, που παρέχει τα μέσα για την συμμετοχή των πολιτών στα δημόσια ζητήματα, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των πολιτών για τα ζητήματα που τους αφορούν και την εξασφάλιση της υπευθυνότητας των δημοσίων υπαλλήλων έναντι των πολιτών. Στο πραγματικό επίπεδο, η αποκέντρωση έχει εκληφθεί σαν ένας τρόπος να ξεπεραστούν θεσμικοί φυσικοί και διοικητικοί περιορισμοί για την ανάπτυξη. Επίσης, σαν ένας τρόπος να μεταφερθούν κάποιες υπευθυνότητες για την ανάπτυξη από το κέντρο στην περιφέρεια.

Η παγκοσμιοποίηση (globalization) και η αποκέντρωση κατέλαβαν την κεντρική σκηνή στις διεθνείς και εθνικές πολιτικές αντιπαραθέσεις κατά τη δεκαετία του 1990 και μετά. Στα πλαίσια του υγειονομικού συστήματος, η αποκέντρωση της χρηματοδότησης του συστήματος έγινε σημαντικό θέμα συζήτησης σε επίπεδο εθνικών κυβερνήσεων, διεθνών και αναπτυξιακών οργανισμών (Π.Ο.Υ., ΟΟΣΑ, Παγκόσμια Τράπεζα κλπ.). Η αυξανόμενη τάση προς ιδιωτικοποίηση των

υγειονομικών φορέων και η επέκταση του ιδιωτικού τομέα ως κινητήρια δύναμη της οικονομικής ανάπτυξης, έχει υποκινήσει προς ευρύτερες επιχειρηματικές συνεργασίες στη διανομή υπηρεσιών περίθαλψης. Επιπλέον, η παγκοσμιοποίηση έχει προωθήσει την επέκταση των μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό τομέα, με σκοπό την μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν πολλές χώρες (κυρίως αναπτυσσόμενες) έχουν «ροκανίσει» τους δημόσιους υγειονομικούς πόρους, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση των υγειονομικών υποδομών. Τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού επηρεάζονται περισσότερο, με αποτέλεσμα την διεύρυνση των ανισοτήτων.

Η προσπάθεια εκτίμησης των αποτελεσμάτων από την αποκεντρωτική εμπειρία έχει αποδειχθεί δύσκολη, για μια σειρά λόγους. Πρώτον, οι επιδιωκόμενοι στόχοι με την αποκέντρωση είναι πολλοί και διαφορετικοί μεταξύ χωρών, όπως και οι λειτουργίες που μπορούν να αποκεντρωθούν. Έτσι οι συνδυασμοί και οι παραλλαγές που ενσωματώνονται στην εμπειρία κάθε χώρας μπορεί να είναι αρκετά εκτενείς. Δεύτερον, η αποκέντρωση ως έννοια είναι αντικείμενο διφορούμενων και αντικρουόμενων ορισμών, με αποτέλεσμα μια ευρύτερη σύγχυση. Αυτή η ασάφεια και σύγχυση δυσκολεύει την σύγκριση και την διαμόρφωση συμπερασμάτων.

1.3 Τύποι της αποκέντρωσης

Η Διοικητική αποκέντρωση μπορεί να οριστεί ως η μεταφορά εξουσίας ή η διάχυση εξουσιών στο σχεδιασμό, στη διαχείριση και λήψη αποφάσεων από το εθνικό επίπεδο σε υποεθνικό επίπεδο ή πιο γενικά, από υψηλότερα σε χαμηλότερα επίπεδα της διοίκησης.

Υπάρχουν τέσσερις βασικοί τρόποι μεταβίβασης εξουσιών:

- 1. Αποσυγκέντρωση (Deconcentration)**
- 2. Εξουσιοδότηση (Delegation)**
- 3. Ανάθεση (Devolution)**
- 4. Ιδιωτικοποίηση (Privatization)**

Η διάκριση μεταξύ αυτών είναι βασικά η νομική τους κατάσταση. Άλλοι παράγοντες όπως, η χρηματοδοτική εξουσία, μέσα εκπροσώπησης της τοπικής κοινότητας και γεωγραφικές συνθήκες, είναι επίσης σημαντικοί στην ταξινόμηση των τύπων αποκέντρωσης. Μελέτες πάνω στην αποκέντρωση, συχνά περιλαμβάνουν και την ιδιωτικοποίηση. Αυτό όμως, έχει αμφισβητηθεί στα σημεία όπου η μεταφορά εξουσίας στον ιδιωτικό τομέα, συνιστά την υιοθέτηση ενός αρκετά διαφορετικού συστήματος οργάνωσης και κατανομής υπευθυνοτήτων σ' ένα μόνο σύστημα. Η αποκέντρωση και η ιδιωτικοποίηση είναι δυο διαφορετικές διαδικασίες οι οποίες μπορεί ή όχι να είναι αλληλένδετες.

- **Αποσυγκέντρωση (Deconcentration)**

Η αποσυγκέντρωση αναφέρεται όταν οι διαχειριστικές λειτουργίες μεταβιβάζονται σε κατώτερα επίπεδα, εντός της ίδιας διοικητικής δομής, από τις κεντρικές υπηρεσίες στην πρωτεύουσα μιας χώρας, σε επιτόπου γραφεία των αντίστοιχων υπηρεσιών σε διάφορα επίπεδα (περιφέρεια, νομό, επαρχία, δήμο), χωρίς να αποκεντρώνονται προς τις υπηρεσίες αυτές η εξουσία της λήψης αποφάσεων. Επειδή η αποσυγκέντρωση αποτελεί μεταβίβαση διοικητικής εξουσίας, παρά εξουσίας λήψης αποφάσεων, θεωρείται ως η λιγότερο εκτεταμένη μορφή αποκέντρωσης. Εντούτοις, η αποσυγκέντρωση είναι η μορφή αποκέντρωσης που συνήθως εφαρμόστηκε στις αναπτυσσόμενες χώρες, από τις αρχές της δεκαετίας του 1970.

Στη περίπτωση του υγειονομικού συστήματος, με την αποσυγκέντρωση (deconcentration) μεταβιβάζονται εργασίες ή τεχνογνωσία από την κεντρική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας σε περιφερειακές ή τοπικές υπηρεσίες του, χωρίς να αποκεντρώνονται προς τις υπηρεσίες αυτές η εξουσία της λήψης αποφάσεων. Το υπουργείο υγείας, στη περίπτωση της αποσυγκέντρωσης, ενισχύει το τοπικό management με ξεκαθαρισμένες διοικητικές αρμοδιότητες και με έναν βαθμό ελευθερίας, που επιτρέπουν στους τοπικούς αξιωματούχους να διοικούν χωρίς συνεχή αναφορά στην κεντρική υπηρεσία του υπουργείου.

- **Εξουσιοδότηση (Delegation),**

Στην περίπτωση της εξουσιοδότησης η μεταβίβαση διαχειριστικής (managerial) ευθύνης γίνεται σε φορείς που δεν ελέγχονται από την κεντρική εξουσία (κυβέρνηση). Για παράδειγμα, σε ημι – αυτόνομους φορείς, μη κυβερνητικές οργανώσεις, και περιφερειακές ή τοπικές αρχές. Η μέθοδος της εξουσιοδότησης (delegation) έχει χρησιμοποιηθεί για τη διοίκηση των ακαδημαϊκών (πανεπιστημιακών) νοσοκομείων (Υπουργείο Παιδείας) και για την οργάνωση της παροχής ιατρικών φροντίδων, που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (π.χ. νοσοκομεία και πολυϊατρεία του ΙΚΑ στη χώρα μας). Η τελική ευθύνη παραμένει στο υπουργείο υγείας, αλλά οι εξουσιοδοτημένοι φορείς έχουν μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων για την επίτευξη των συγκεκριμένων υποχρεώσεών τους.

Η ελκυστικότητα της μέθοδος της εξουσιοδότησης είναι ότι μπορούν να παρακαμφθούν αγκυλώσεις της δημόσιας διοίκησης και το management να γίνεται πιο ευέλικτο. Εάν η διαχείριση του εθνικού συστήματος υγείας γίνεται από εξουσιοδοτημένο φορέα, ο ρόλος του Υπουργείου Υγείας θα περιοριστεί σε θέματα στρατηγικής και χάραξη πολιτικής.

- **Ανάθεση (Devolution),**

Κατά την εφαρμογή της ανάθεσης, η εξουσία μεταβιβάζεται σε αυτόνομες οντότητες από την κεντρική εξουσία στο διοικητικό επίπεδο της περιφέρειας, της νομαρχίας ή του δήμου, όπως προβλέπουν νομοθετικές ή συνταγματικές ρυθμίσεις για την κατανομή εξουσιών και λειτουργιών. Η ανάθεση αρμοδιοτήτων (devolution) στην απόλυτη μορφή της είναι η μορφή μεταβίβασης εξουσιών που προσεγγίζει περισσότερο στην πλήρη αποκέντρωση.

Στη περίπτωση του υγειονομικού συστήματος, τα κατώτερα επίπεδα εξουσίας αποκτούν αυτονομία σε σχέση με τον έλεγχο των πόρων, την διαμόρφωση πολιτικής, την εφαρμογή της, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση. Πρόκειται ουσιαστικά για ενδυνάμωση των ενδιάμεσων και κατώτερων επιπέδων διακυβέρνησης, που ανεξαρτητοποιούνται από την κεντρική εξουσία, σε αναφορά με συγκεκριμένες λειτουργίες. Συνήθως λειτουργούν υπό ξεκάθαρο νομικό καθεστώς, σε συγκεκριμένα γεωγραφικά όρια, έχουν προκαθορισμένες λειτουργίες να πραγματοποιήσουν και μια νομοθετικά καθορισμένη εξουσία να δημιουργούν έσοδα και να ελέγχουν δαπάνες. Σπανίως είναι απολύτως αυτόνομες οντότητες, διαθέτουν όμως ανεξαρτησία για τα θέματα της περιοχής ευθύνης τους.

Η ανάθεση ως μορφή αποκεντρωτικής πολιτικής απαιτεί πολύ πιο δραστική αναδόμηση της οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος από ότι η αποσυγκέντρωση. Με την μέθοδο αυτή προκύπτουν δυο σημαντικά ζητήματα. Πρώτον, υπάρχουν περιπτώσεις όπου απαιτούνται υψηλές δαπάνες για την κάλυψη τρεχόντων υποχρεώσεων των υπηρεσιών υγείας και την ίδια στιγμή οι τοπικές αυτοδιοικήσεις έχουν περιορισμένα μέσα αύξησης των εσόδων τους. Για αυτό τον λόγο συνηθίζεται η χρηματοδότηση να παραμένει εκτός ελέγχου και αρμοδιότητας της τοπικής αυτοδιοίκησης. Αν πάλι η χρηματοδότηση γίνεται από την κεντρική διοίκηση μέσω κρατικών επιχορηγήσεων τότε οι οργανισμοί της τοπικής αυτοδιοίκησης βρίσκονται σε πλήρη εξάρτηση με την κεντρική διοίκηση. Δεύτερον, η μεταβίβαση μπορεί να περιπλέκει τις προσπάθειες να ενοποιηθούν οι φροντίδες πρωτοβάθμιου, δευτεροβάθμιου και τριτοβάθμιου επιπέδου και να σχηματίσουν περιφερειακές δομές.

- **Ιδιωτικοποίηση (Privatization)**

Από την στιγμή που μια χώρα δεν είναι σε θέση να αντέξει οικονομικά περαιτέρω επέκταση του δημόσιου συστήματος υγειονομικών φροντίδων ή ακόμα και να διατηρήσει την παροχή κάποιων υγειονομικών υπηρεσιών, η εναλλακτική λύση χρηματοδότησης και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών είναι ο ιδιωτικός τομέας. Με την ιδιωτικοποίηση κάποιες δημόσιες λειτουργίες μεταφέρονται σε εθελοντικούς, μη κερδοσκοπικούς ή

και κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Η λειτουργία των φορέων αυτών ρυθμίζεται (σε μικρό ή μεγάλο βαθμό) από το κράτος. Η ιδιωτικοποίηση είναι η απόλυτη μορφή αποκέντρωσης, αφού πραγματοποιείται όταν παραχωρούνται σε ιδιωτικούς φορείς διοικητικές λειτουργίες, που τελούσαν υπό την ευθύνη της κεντρικής εξουσίας.

Τα βασικά οφέλη της ιδιωτικοποίησης είναι η μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα και υψηλότερη ποιότητα που εξασφαλίζουν τα συστήματα υγείας. Το βασικότερο μειονέκτημα μιας τέτοιας πολιτικής είναι η απουσία κριτηρίων κοινωνικής δικαιοσύνης και ισότητας, αφού οι προσπάθειες επίτευξης κέρδους από τις ιδιωτικές επιχειρήσεις μπορεί να οδηγήσει στην εγκατάλειψη των ασθενέστερων οικονομικά κοινωνικών ομάδων. Επίσης η ιδιωτικοποίηση μπορεί να οδηγήσει μακροχρόνια στην επανασυγκέντρωση, αφού οι ιδιωτικές εταιρίες συγχωνεύονται για να επιτύχουν οικονομίες κλίμακας, μόνο που σε αυτή την περίπτωση το κεφάλαιο ανήκει σε ιδιώτες και όχι στο κράτος.

Τύποι Αποκέντρωσης	Ορισμός
Αποσυγκέντρωση Deconcentration	Η λήψη αποφάσεων μεταφέρεται σ' ένα κατώτερο διοικητικό επίπεδο (δημόσιος υπάλληλος)

Εξουσιοδότηση Delegation	Καθήκοντα κατανέμονται σε ενεργούντες σ' ένα κατώτερο οργανωτικό επίπεδο.
Ανάθεση Devolution	Η λήψη αποφάσεων μεταφέρεται σ' ένα κατώτερο πολιτικό επίπεδο
Ιδιωτικοποίηση Privatization	Καθήκοντα μεταφέρονται από τη δημόσια στην ιδιωτική ιδιοκτησία

Πίνακας (1) Τύποι αποκέντρωσης

Πηγή: Borgenhammer

1.4 Οι τρεις περίοδοι έρευνας για την αποκέντρωση

Ενώ ο αριθμός των εκδόσεων και των εγγράφων που σχετίζονται με την αποκέντρωση αναπτύσσεται σε σταθερή ετήσια κλίμακα από τα τέλη της δεκαετίας του '40, έχουν υπάρξει τρεις περίοδοι κατά τις οποίες η ενασχόληση με το θέμα έχει επιταχυνθεί. Κάθε περίοδος έχει διαφορετική εστίαση επί του θέματος.

Η πρώτη περίοδος στην αρχή της δεκαετίας του '60, εστιάζεται πρωταρχικά στην αποκέντρωση ως μία διοικητική προσέγγιση για άσκηση εξουσίας σε τοπικό επίπεδο. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου η προσοχή ήταν στραμμένη σε διοικητικές πλευρές της αποκέντρωσης με ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την νομική οργάνωση των κεντρικών σχέσεων και τον ρόλο των τοπικών αρχών με την κεντρική κυβέρνηση.

Η δεύτερη περίοδος έλαβε χώρα στις αρχές της δεκαετίας του '80, όταν οι οργανισμοί κοινωνικής πρόνοιας πίεζαν τις κυβερνήσεις να βρουν στρατηγικές αποκέντρωσης για να βελτιώσουν την επαφή με τον φτωχό αγροτικό και αστικό πληθυσμό, και για να αυξήσουν την συμμετοχή τους στην διαδικασία της ανάπτυξης. Στις συγγραφές για το θέμα της αποκέντρωσης που εμφανίσθηκαν στην δεκαετία του '80 και την αρχή της δεκαετίας του '90 περιλαμβάνονται αναφορές που εστιάζουν στις διοικητικές όψεις του επαρχιακού και τμηματικού σχεδιασμού σε σχέση με την δόμηση, την υγεία και την παιδεία.

Η τρίτη και τελευταία περίοδος έρευνας εμφανίσθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '90. Εστιάζει πρωταρχικά στις πολιτικές πλευρές της αποκέντρωσης, επιδιώκοντας να κατανοήσει εάν η αποκέντρωση οποιαδήποτε μορφής μπορεί να οδηγήσει σε σωστή διακυβέρνηση, να περιορίσει τις εθνικές συγκρούσεις, να προάγει δημοκρατικές πρακτικές, να διευκολύνει την ανάπτυξη πολιτικών κοινωνιών και να αυξήσει την ιδιωτικοποίηση των καθηκόντων του δημοσίου τομέα.

1.5 Οι μορφές της αποκέντρωσης

Η προσέγγιση των Shabbir Cheema, John R. Nellis και Dennis A. Rondinelli βασίζεται στην κατηγοριοποίηση της αποκέντρωσης με βάση την μορφή και το είδος. Σύντομα οι

μορφές της αποκέντρωσης κατηγορηματοποιούνται με βάση τους στόχους: **πολιτική** (political), **χωροταξική** (spatial), **διοικητική** (administrative) και της **αγοράς** (market). Κάθε μορφή χωρίζεται έπειτα σε τύπους. Η πιο επεξεργασμένη προσέγγιση για τους τύπους βρίσκεται στην «διοικητική αποκέντρωση», **αποσυγκέντρωση** (*deconcentration*), **ανάθεση** (*devolution*) και **εξουσιοδότηση** (*delegation*).

Οι **πολιτικές μορφές** της αποκέντρωσης (political), χρησιμοποιούνται κυρίως στις δυτικές κοινωνίες από τους επιστήμονες που ενδιαφέρονται για τον εκδημοκρατισμό, με σκοπό να αναγνωρίσουν την δύναμη από την μετάβαση στην λήψη αποφάσεων που περνούν τα χαμηλότερα κυβερνητικά κλιμάκια ή οι πολίτες ή οι εκλεγμένοι αντιπρόσωποι τους.

Η **χωροταξική αποκέντρωση** (spatial), είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται από τους περιφερειακούς σχεδιαστές και γεωγράφους που εμπλέκονται στην διαμόρφωση πολιτικών και προγραμμάτων που στοχεύουν στην μείωση της υπερβολικής αστικής συγκέντρωσης σε λίγες μεγάλες πόλεις προωθώντας περιφερειακά κέντρα ανάπτυξης τα οποία μπορούν να γίνουν κέντρα της κατασκευαστικής και γεωργικής αγοράς.

Η αποκέντρωση της αγοράς (*market*) χρησιμοποιείται γενικά από τους οικονομολόγους για να αναλύσουν και να προωθήσουν ενέργειες οι οποίες διευκολύνουν στην δημιουργία συνθηκών με σκοπό να επιτρέψουν την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών και παρέχουν μηχανισμούς αγοράς ευέλικτους στις προτιμήσεις των ατόμων. Αυτή η μορφή αποκέντρωσης κυριαρχεί περισσότερο εξαιτίας της πρόσφατης τάσης προς οικονομική απελευθέρωση και ιδιωτικοποίηση. Υπό αυτές τις συνθήκες δημόσια αγαθά και υπηρεσίες παράγονται από μικρές και μεγάλες επιχειρήσεις, από κοινωνικές ομάδες και εθελοντικές συνεργασίες.

Η διοικητική αποκέντρωση είναι σημείο αναφοράς των δικηγόρων και των ειδικών της δημόσιας διοίκησης που επιδιώκουν να περιγράψουν ή να αναμορφώσουν την ιεραρχική και λειτουργική διανομή των δυνάμεων και λειτουργιών μεταξύ κεντρικών και μη κεντρικών κυβερνητικών κλιμακίων. Πολλοί εστιάζονται μόνο στην μορφή της διοικητικής αποκέντρωσης, η οποία χαρακτηρίζεται από 3 τύπους. Ο σύνηθες τύπος της διοικητικής αποκέντρωσης είναι η **αποσυγκέντρωση** (*deconcentration*), δηλαδή η μετάβαση της εξουσίας σε ειδικευμένες λειτουργίες της λήψης αποφάσεων της οικονομίας και της διεύθυνσης με διοικητικά μέσα υπό την δικαιοδοσία της κεντρικής κυβέρνησης.

Η ανάθεση συμβαίνει όταν η εξουσία μεταφέρεται από κεντρικές κυβερνήσεις σε τοπικού επιπέδου κυβερνητικά κλιμάκια με κύρος που τους αποδίδεται από την κρατική νομοθεσία. Η εξουσιοδότηση αναφέρεται στην μεταβίβαση της κυβερνητικής διοικητικής εξουσίας για την λήψη αποφάσεων και της υπευθυνότητας για συγκεκριμένα καθήκοντα σε θεσμούς και οργανισμούς οι οποίοι είναι είτε υπό τον άμεσο έλεγχο ή ανεξάρτητη.

1.6 Μεθοδολογικές δυσκολίες που εμποδίζουν την έρευνα για την αποκέντρωση

Σοβαρά μεθοδολογικά θέματα συγκρούονται με προσπάθειες να διεξαχθούν έρευνες για την αποκέντρωση ή να συνοψισθούν τα πορίσματα από έρευνες της τελευταίας δεκαετίας. Η συγκεκριμενοποίηση αυτών των προβλημάτων μπορεί να βοηθήσει τους αναλυτές να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες αυτές με αποτέλεσμα να μπορούν να συγκρίνουν ή να εδραιώσουν τις γνώσεις τους για τους στόχους, τις στρατηγικές και τα προβλεπόμενα αποτελέσματα της αποκέντρωσης.

1.6.1 Σύγχυση και απρόσεχτη χρήση των όρων

Έχει σημειωθεί πρόοδος τις τελευταίες δεκαετίες στο να ορίσουμε την έννοια της αποκέντρωσης και να αναγνωρίσουμε τις μορφές της. Παρόλα αυτά είναι ακόμη δύσκολο για τους

ακαδημαϊκούς να συζητούν στρατηγικές αποκέντρωσης επειδή 40 χρόνια μελετών έχουν επιβαρύνει τις ορολογίες με άσχετους ορισμούς. Μέχρι οι έννοιες αυτές να ξεκαθαριστούν περισσότερο και να χρησιμοποιούνται με συνέπεια και προσοχή θα είναι δύσκολο να σημειωθεί πρόοδος στην βελτίωση του αναλυτικού πλαισίου και του σχεδιασμού εγχειριδίων που διευκολύνουν την επικοινωνία ανάμεσα σε εκείνους που σχεδιάζουν και σε εκείνους που εφαρμόζουν στρατηγικές διοίκησης αποκέντρωσης.

1.6.2 Η αποτυχία να οριστεί και να συμφωνηθεί η έννοια της αποκέντρωσης

Έχει σημειωθεί σημαντική επεξεργασία της έννοιας της αποκέντρωσης στην αρχή της δεκαετίας του '80 βασισμένη στην εργασία των G. Shabbir Cheema, John R. Nellis και Dennis A. Rondninelli. Σήμερα υπάρχει όλο και περισσότερη συμφωνία στην αγγλική βιβλιογραφία για τους ορισμούς της έννοιας. Όμως ακόμα και τα σύγχρονα εγχειρίδια περιέχουν απρόσεχτη χρήση των όρων. Έτσι συζητήσεις για τις αναμορφώσεις της αποκέντρωσης μέσα στις κυβερνήσεις και τα συνέδρια συχνά επισκιάζονται από σύγχυση των όρων. Αυτό συμβαίνει και στα διεθνή συνέδρια ή μεταξύ μελών διεθνών επιτροπών έρευνας και σχεδιασμού.

1.6.3 Αναπροσαρμογές στην απόδοση των όρων

Πέρα από τα προβλήματα που σχετίζονται με γλωσσολογικά δεδομένα, πολλοί ακαδημαϊκοί συνεχίζουν να εφευρίσκουν νέες έννοιες και ορισμούς ή να χρησιμοποιούν τους όρους σύμφωνα με τις δικές τους εκτιμήσεις. Συγκεντρωτικά οι γλωσσολογικές προτιμήσεις, η επινόηση νέων όρων και η ασυνεχής χρήση καθιερωμένων όρων δημιουργεί μεθοδολογική σύγχυση σε οποιαδήποτε συγκριτική θεώρηση της αποκέντρωσης.

1.6.4 Ποικιλία και ανομοιότητα στις μελέτες για την αποκέντρωση

Ένα από τα μεγάλα προβλήματα που εμφανίζονται κατά την διάρκεια του σχεδιασμού ερευνάς για την αποκέντρωση είναι σε τι θα εστιαστεί η μελέτη. Ανάμεσα στα είδη των ερωτημάτων που μπορεί να προκύψουν είναι 1) εάν συγκρίνουμε διαφορετικές χώρες ή εξετάζουμε μόνο μία χώρα, 2) εξετάζουμε όλες τις μονάδες ή επιλεγμένες μονάδες της τοπικής διοίκησης μέσα σε μία δεδομένη χώρα, 3) επιλέγουμε χώρες ή τοπικές αρχές σύμφωνα με τους θεωρητικού κανόνες ή στην βάση μίας έρευνας και απαιτήσεων χρηματοδότησης, 4) χρησιμοποιούμε τον ίδιο ερευνητή για όλες τις μελέτες αν η μελέτη είναι συγκριτική για έναν αριθμό χωρών ή έναν ερευνητή για να συνδέσει τις μελέτες που έχουν γίνει από μια μεγαλύτερη ομάδα ερευνητών που μελέτησαν διαφορετικές χώρες κ.τ.λ. Έτσι είναι δύσκολο να χρησιμοποιήσουμε την βιβλιογραφία αξιόπιστα, αφού κάθε μία

από τις συγκριτικές μελέτες εξετάστηκαν από τους συγγραφείς τους ως μέρος μιας ευρύτερης μελέτης που απαντάει σε διαφορετικά ερωτήματα και με διαφορετικό τρόπο.

1.6.5 Προβλήματα αξιοπιστίας

Σημαντικά εμπόδια στην σύγκριση των μελετών προκύπτουν από διάφορους παράγοντες αξιοπιστίας. Είναι συχνά δύσκολο για εκείνους που χρησιμοποιούν μελέτες που έχουν εκδοθεί, να αξιολογήσουν και να επαληθεύσουν τα αποτελέσματα που εξάγονται από προηγούμενες έρευνες και από προσπάθειες που έχουν γίνει. Τα αποτελέσματα μερικών μελετών είναι επίσης αναξιόπιστα, επειδή τα συμπεράσματα που αφορούν ολόκληρο το κράτος εξάγονται από ευρήματα μίας μόνο τοπικής μονάδας αυτοδιοίκησης στην οποία υπάρχει πρόσβαση.

Προβλήματα αξιοπιστίας επίσης ανακύπτουν επειδή είναι δύσκολο για τους ερευνητές να αποκτήσουν τα στοιχεία που είναι απαραίτητα. Οι περισσότερες κυβερνητικές μονάδες διακρίνονται από μυστικοπάθεια σε σχέση με τα θέματα προϋπολογισμού, επίσης πολλοί μελετητές της διοικητικής αποκέντρωσης δεν είναι εκπαιδευμένοι ή δεν ενδιαφέρονται για τις οικονομικές προσόδους. Ως αποτέλεσμα στις περισσότερες μελέτες ο μεγαλύτερος δείκτης της διοικητικής αποκέντρωσης είτε απουσιάζει είτε έχει συγκαλυφθεί. Επιπλέον πολλές μελέτες δεν

καθορίζουν εάν οι τοπικές κοινωνίες και οι πολίτες τους έχουν επαρκεί δυνατότητα να διεξάγουν καθήκοντα του δημοσίου τομέα που έχουν μεταβιβαστεί ή εξουσιοδοτηθεί.

1.7 Αρνητική κοινωνική επιστήμη

Πολλές μελέτες που εστιάζουν σε εμπειρίες σχετικά με την αποκέντρωση, από μεταβίβαση ή εξουσιοδότηση βαρύνονται από την αρνητική κοινωνική επιστήμη, που έχει ως αποτέλεσμα η μελέτη να εστιάζεται στα προβλήματα των στρατηγικών και των προγραμμάτων από ότι σε πιθανές θετικές επιδράσεις τέτοιων παρεμβάσεων. Η αρνητική ανάλυση κατευθύνει την έρευνα να αναζητά το τι πήγε λάθος και δημιουργεί χρήσιμους αναλυτικούς κανόνες για τα κυβερνητικά στελέχη που λαμβάνουν αποφάσεις και για τους μελετητές των προβλημάτων.

Από την άλλη η κυρίαρχη μέθοδος για αυτούς που γράφουν συγκριτικές αναλυτικές μελέτες της διοικητικής αποκέντρωσης είναι να αποδέχονται την αποτυχία ενώ επιδιώκουν να προσφέρουν συμβουλές δράσης για καλύτερο σχεδιασμό και εφαρμογή τέτοιων μορφών και προγραμμάτων. Σπάνια όμως αυτά τα εγχειρίδια αναγνωρίζουν τις επιδράσεις του αρνητικού χαρακτήρα των μελετών μέσα από τις οποίες εξάγουν τις προτάσεις τους.

Εκείνοι που κάνουν τέτοιες ερμηνεύσεις στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ακαδημαϊκοί που χρηματοδοτούνται από τα γραφεία αρωγής. Οι μελετητές των προβλημάτων αναγνωρίζουν ότι η κριτική διάθεση της αρνητικής κοινωνικής επιστήμης έχει συμβάλει σημαντικά στην δυσκολία της κατανόησης της διοικητικής αποκέντρωσης. Αν οι υποθέσεις και τα επιχειρήματα ότι η διοικητική, η πολιτική και μερική αποκέντρωση παίζουν σημαντικό ρόλο στο να βοηθούν τις κεντρικές κυβερνήσεις να αντιμετωπίζουν προβλήματα ανάπτυξης και τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες είναι σωστές, τότε η ερμηνεία τους είναι πιθανός δικαιολογημένη. Είναι όμως επιτακτικό οι μελετητές των προβλημάτων που βγάζουν τα συμπεράσματά τους από τα θετικά πορίσματα και τις προτάσεις τους να αναγνωρίζουν ότι προκύπτουν μέσα από αρνητική βιβλιογραφία και ως αποτέλεσμα ίσως κάνουν λάθος.

1.8 Οι θεωρητικές διαστάσεις της αποκέντρωσης

Ο John D. Montgomery είναι πιθανότατα ο μεγαλύτερος υποστηρικτής της άποψης ότι οι κεντρικές πολιτικές και τα προγράμματα μπορούν να διεξαχθούν αποτελεσματικά μέσα από στρατηγικές των διοικητικών ή πολιτικών μορφών της αποκέντρωσης. Σε μία μελέτη του υπέδειξε ότι όταν τα προγράμματα διεξάγονται μέσα μόνο από κεντρικές διαδικασίες τείνουν να ενδυναμώνουν την τοπική γραφειοκρατία αλλά κάνουν ελάχιστα για το αγροτικό εισόδημα ή για την πολιτική δύναμη.

Επίσης απέδειξε ότι οι μη συγκεντρωτικές διαδικασίες επέφεραν περισσότερα τοπικά οφέλη και είχαν την καλύτερη προοπτική να εισάγουν δημοκρατικά αποτελέσματα, όχι όμως τέλεια. Ο J. Montogomery δεν επιχειρηματολόγησε για τον αυστηρό περιορισμό του κέντρου και την μεταφορά της κυβερνητικής δύναμης στην τοπική αυτοδιοίκηση, στις κοινότητες και στους πολίτες.

Το σχέδιο της αποκέντρωσης του Berkeley έδειξε ότι ένας αυξανόμενος αριθμός των υποστηρικτών της μεταβίβασης τείνουν να βασίζονται στον ισχυρισμό τους σε φανερές ή μη υποθέσεις ότι «τα άτομα και οι μικρές ομάδες γνωρίζουν καλύτερα το συμφέρον τους ότι η ανταγωνιστικότητα μεταξύ τους οδηγεί σε αποδόσεις και ότι υπάρχει κάποιο αρχικό χάρισμα ικανότητας». Ανησυχία εμφανίστηκε στις αρχές της δεκαετίας του '80 πως τέτοιες υποθέσεις ίσως είναι ακατάλληλες εάν ένας σημαντικός στόχος της κυβέρνησης είναι να επιβάλλει τον έλεγχο μέσα σε διαφορετικά και αντικρουόμενα πολιτικά, οικονομικά και κοινωνικά συμφέροντα. Ένα κεντρικό συμπέρασμα της ομάδας του Berkeley είναι ότι η αποτελεσματική ανάπτυξη και οι στρατηγικές αποκέντρωσης απαιτούν ένα ισχυρό κέντρο δημοσίου τομέα.

Από την μέση της δεκαετίας του '80 αυξάνεται ο αριθμός των επιχειρημάτων για μείωση του ρόλου του κεντρικού κράτους και μεταφοράς της δύναμης μέσα από την μεταβίβαση σε τοπικές κυβερνητικές μονάδες ή με εξουσιοδότηση σε τοπικούς πολιτικούς συνδέσμους και σε ιδιωτικές εταιρίες. Ταυτόχρονα οι ειδικοί ενώ επεξεργάζονται αρχές της ανθρωποκεντρικής ανάπτυξης άλλαξαν την αρχική τους εστίαση που ήταν η ενασχόλησή τους με τα παραδοσιακά ενδιαφέροντα της δημόσιας διοίκησης για τις υπηρεσίες του δημοσίου τομέα και άρχισαν να ασχολούνται με την διαμόρφωση πολιτικών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων ανισότητας στις αγροτικές και αστικές περιοχές. Εδώ η έμφαση ήταν περισσότερο στην ανάπτυξη στρατηγικών να αντιμετωπίσουν την φτώχεια κερδίζοντας πρόσβαση στην τοπική γνώση και στους οργανισμούς από ότι στην διαμόρφωση κατευθύνσεων για το σχεδιασμό και την εφαρμογή περισσότερων αποτελεσματικών διοικητικών πολιτικών μορφών και προγραμμάτων της αποκέντρωσης.

Ένα σπουδαίο μάθημα των τελευταίων τεσσάρων δεκαετιών είναι ότι χωρίς κεντρική ηγεσία, επαρκείς πηγές και αποτελεσματικό κεντρικό και τοπικό διοικητικό συντονισμό της κυβέρνησης και των παραγόντων της είναι απίθανη η ανάπτυξη. Ο Joel Samoff δηλώνει ότι: *«δεν υπάρχει απόλυτη αξία είτε στην κεντρική κατεύθυνση ή στην τοπική αυτονομία, και τα δύο είναι σημαντικά σε διαφορετικές στιγμές, και τα δύο πρέπει να συνυπάρχουν»*.

Ο Wunsch και ο Olowu έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι ένα υψηλά κεντριοποιημένο κράτος αδυνατεί να προάγει δημοκρατικές διαδικασίες ανάπτυξης επειδή κυριαρχείτε από πολιτικούς και δημοσίους υπαλλήλους που ενδιαφέρονται να ασκούν εξουσία και όχι να υπηρετούν το δημόσιο συμφέρον με αποτέλεσμα να κατακτούν μονοπωλιακά συμφέροντα και τα οφέλη την ανάπτυξη. Υποστηρίζουν επίσης ότι η συμβατική αποκέντρωση και μεταβίβαση απλά αντικαθιστούν ένα μοντέλο «κηδεμονίας» και υψηλού ελέγχου για ένα άλλο σε χαμηλότερο επίπεδο. Γι αυτούς η αποτελεσματική διοικητική και πολιτική αποκέντρωση είναι η «αυτοδιοίκηση» την οποία περιγράφουν ως: «θεσμοθετημένη εξουσιοδότηση» των ανθρώπων και η επέκταση της ικανότητάς τους να ασχολούνται σε συλλογική επιλογή και δράση σε διάφορα επίπεδα ανθρώπινης οργάνωσης. Η αυτοδιοίκηση επιτρέπει στους πολίτες να συνεργάζονται για να αναλάβουν συνολική δράση, να φορολογούν, να υπογράφουν συμβόλαια, να προσλαμβάνουν, να απολύουν, να δανείζονται, να δίνουν εντολές και να αντιμετωπίζουν τις συνέπειες αυτών των επιλογών. Παρομοίως μπορεί να διευκολύνει πολλούς οργανισμούς που επιτρέπουν στους πολίτες να δρουν σε μία μέση θέση μεταξύ των ατόμων και των κυρίαρχων πράξεων της κυβέρνησης.

Οι κεντριοποιημένες διοικητικές και πολιτικές δομές από μόνες τους δεν επαρκούν να φέρουν δημοκρατικές, δίκαιες και

αποδεκτές διαδικασίες. Ο Wunsch και ο Olowu αναγνωρίζουν ότι η κεντρική ηγεσία και οι πηγές είναι σημαντικές για την αποδοτική μεταβίβαση ή εξουσιοδότηση της ευθύνης του δημοσίου τομέα ένα πρόκειται να προαχθεί η υλική και κοινωνική βελτίωση και να αποκτηθεί η πολιτική ολοκλήρωση. Δυστυχώς οι ανθρωποκεντρικές πρωτοβουλίες ανάπτυξης μπορούν να έχουν αρνητικά αποτελέσματα στις τοπικές κοινότητες. Αυτό γίνεται επειδή η μεταβίβαση, εξουσιοδότηση σε αδύναμους τοπικούς θεσμούς ή οργανισμούς συχνά οδηγεί στην αυξανόμενη διείσδυση της κεντρικής κυβέρνησης.

1.9 Δυσκολία στην αναγνώριση του ευμετάβλητου στην ιστορία

Υπάρχει μία τάση στην βιβλιογραφία να περιγράφει χώρες που κυριαρχούνται από ένα ειδικό τύπο πολιτικής ή διοικητικής αποκέντρωσης. Πολλά κράτη όμως έχουν αποσυγκεντρωμένα συστήματα που εξασφαλίζουν την κεντρική παρουσία σε όλη την χώρα συνυπάρχοντας με κυβερνητικές μονάδες χαμηλότερου επιπέδου στις οποίες η κεντρική κυβέρνηση ασκεί κάποιο έλεγχο και εξουσία. Επίσης οι διοικητικοί μετασχηματισμοί της αποκέντρωσης δεν χρειάζεται να είναι σε όλο το εύρος της κυβέρνησης, ή ακόμα είναι δυνατό να χρησιμοποιούνται διαφορετικοί τύποι διοικητικών μετασχηματισμών της αποκέντρωσης για να απευθύνονται σε διάφορα λειτουργικά προβλήματα μέσα στην ίδια την κυβέρνηση.

Όπως δηλώνει ο Silverman : «Οι περισσότερες θεσμικές διευθετήσεις του συστήματος χαρακτηρίζονται από την συνύπαρξη στοιχείων των τεσσάρων τουλάχιστον ειδών της διοικητικής αποκέντρωσης μαζί με υψηλά κεντροποιημένες λειτουργίες». Είναι περισσότερο μία εμπειρική παρατήρηση ότι όπως οι κυβερνήσεις απευθύνουν τα ερωτήματα για το ποιος πρέπει να διεξάγει τα καθήκοντα του δημοσίου τομέα και πως πρέπει να το κάνουν, καταλήγουν στο να χρησιμοποιούν συγκεκριμένους τύπους διοικητικής αποκέντρωσης. Με την πάροδο του χρόνου μερικά καθήκοντα και λειτουργίες που τα υποστηρίζουν βρίσκουν τις παροχές τους από το κέντρο, κάποια είναι αποκεντρωμένα ή έχουν μεταβιβαστεί σε χαμηλότερα επίπεδα της κυβέρνησης, κάποια άλλα έχουν εξουσιοδοτηθεί σε μία ευρεία κλίμακα ημιδημόσιων και ιδιωτικών οργανισμών και κάποια άλλα κεντροποιούνται ξανά.

Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή μορφών και προγραμμάτων της διοικητικής αποκέντρωσης είναι πιο πολύπλοκη σήμερα από ότι στην δεκαετία το '60. αυτό συμβαίνει επειδή οι σχέσεις κέντρου και περιφέρειας στις περισσότερες χώρες χαρακτηρίζονται από:

1. Ιστορικές παρεμβάσεις της εξουσίας
2. Αλλαγή των προσεγγίσεων και των καθεστώτων μετά την ανεξαρτησία σε πολιτικές, διοικητικές και οικονομικές μορφές της αποκέντρωσης

3. Οικονομικές κρίσεις και αλλαγή των πολιτικών ανάπτυξης
4. Πολυάριθμα πειράματα για αρωγή και καινοτομίες
5. Ανεπίσημες μορφές διοικητικής συμπεριφοράς
6. Ανομοιότητα στον βαθμό της περιφερειακής απομόνωσης των κρατικών δεσμών και της οικονομικής ανάπτυξης
7. Άνιση εφαρμογή και υιοθέτηση των προηγούμενων προγραμμάτων

Η μεθοδολογική σημασία αυτών των σημείων υπογραμμίζετε από την ακόλουθη παρατήρηση: *«η δομή της κυβέρνησης σε όλες τις χώρες αλλάζει συνεχώς μερικές φορές γρήγορα και δραματικά μέσα από διοικητικές μορφές, αναμορφώσεις και αναδιοργάνωση μερικές φορές αργά και ανεπαίσθητα μέσα από την αλληλεπίδραση των κοινωνικών, διοικητικών και πολιτικών δομών».*

Παρατηρώντας αυτήν την ποικιλότητα και την πολυπλοκότητα, μερικοί κριτικοί υποστηρίζουν ότι δεν έχει νόημα να κατασκευάζεται ένα γενικό πλαίσιο για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων αποκέντρωσης. Γι αυτούς η ιστορία, η πολιτική και οι θεσμικές δομές είναι πολύ πολύπλοκες για να αναλυθούν ή να μελετηθούν με ένα γενικό μοντέλο. Ενώ είναι αλήθεια ότι τα προτεινόμενα προγράμματα αποκέντρωσης εφαρμόζονται σε συνεχώς εναλλασσόμενο περιβάλλον που βαρύνεται με ιστορία, γεγονός είναι ότι τα γενικά πλαίσια μπορεί

να είναι χρήσιμα στην αναγνώριση των θεμάτων και στην πρόταση στρατηγικών. Παρ' όλα αυτά δεν είναι αρκετό να απορρίψουμε τις πρόσφατες προσπάθειες να μορφοποιήσουμε γενικά πλαίσια για την ανάλυση, τον σχεδιασμό και την εφαρμογή των προγραμμάτων αποκέντρωσης.

1.10 Παραπλανητικές γραμμικές υποθέσεις

Υπάρχει μία τάση σε ένα μέρος ειδικών να βλέπουν την διοικητική αποκέντρωση ως μία γραμμική διαδικασία που αναπόφευκτα οδηγεί σε μία μειωμένη κεντρική διακυβέρνηση στην σημαντική μεταβίβαση και την εξουσιοδότηση σε τοπικές κοινότητες, ιδιωτικές εταιρίες και οργανισμούς. Οι αποδείξεις που βρίσκουμε στην βιβλιογραφία εμφανίζονται να είναι αντίθετες με αυτήν την άποψη.

Επειδή σε περίοδο ανεξαρτησίας πολλοί πολιτικοί ηγέτες κυβερνούν αδύναμα κράτη που διακρίνονται από χαμηλό διοικητικό δυναμικό, εσωτερική εθνική και ταξική σύγκρουση, και περιορισμένες οικονομικές πηγές, αυτοί τείνουν προς την κεντροποίηση της εξουσίας και τον διοικητικό έλεγχο παρά την προμήθεια των κυβερνητικών αγαθών και υπηρεσιών. Να γιατί μερικοί παρατηρητές πιστεύουν ότι η περίοδος μετά τον 2^ο παγκόσμιο πόλεμο έχει χαρακτηριστεί από ένα εκκρεμές που μετακινείται ανάμεσα στην διοικητική κεντροποίηση και στην

αποκέντρωση. Το θέμα εδώ είναι ότι παρά τις απόψεις σε κάποια άρθρα για την αποκέντρωση, οι διαθέσιμες ενδείξεις προτείνουν ότι υπάρχει γραμμική μορφή ή αναπόφευκτό τέλος εξουσίας σε σχέση με τις διοικητικές, πολιτικές ή οικονομικές μορφές της αποκέντρωσης.

1.11 Ο εκδημοκρατισμός ως υπόθεση της αποκέντρωσης

Υπάρχει μία τάση από μερικούς ειδικούς να επιχειρηματολογούν με απλοποιημένο τρόπο ότι οι δημοκρατικές εκλογές και οι υπεύθυνοι τοπικοί φορείς και σύμβουλοι, είναι άκρως απαραίτητοι για την αποτελεσματική αποκέντρωση. Η αποκέντρωση είναι μία πολιτική διαδικασία, όχι μία διοικητική επιλογή και η εξουσιοδότηση σε μη κεντρικούς φορείς χωρίς να υποβάλλονται στον έλεγχο τοπικά εκλεγμένων αρχηγών, δεν θα έχει ως αποτέλεσμα τις επιθυμητές βελτιώσεις. Η πολιτική διαδικασία είναι ίσως ο πιο σημαντικός μηχανισμός για την προώθηση της αποκέντρωσης επειδή εξ αιτίας αυτού η απαίτηση για κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και εκσυγχρονισμό του κρατικού μηχανισμού έχει κινητοποιηθεί.

Από μεθοδολογική άποψη αυτό το επιχείρημα πάσχει από την απρόσεκτη χρήση κριτικής ορολογίας και ιδεαλιστικών υποθέσεων για ανθρωποκεντρική ανάπτυξη και συγχέει τη σχέση ανάμεσα στις πολιτικές και διοικητικές μορφές της

αποκέντρωσης. Όσο περισσότερη δημοκρατική αποκέντρωση υπάρχει, τόσο μεγαλύτερη είναι η κλίμακα των διοικητικών ή πολιτικών μορφών των στρατηγικών της αποκέντρωσης που είναι διαθέσιμες στους κυβερνητικούς παράγοντες που παίρνουν αποφάσεις για τα προβλήματα. Συγκεκριμένα είναι πιο πιθανό οι μεταβιβασθείσες στρατηγικές να σχεδιαστούν, και να εφαρμοστούν αποδοτικά.

Από την άλλη πλευρά σε χώρες που έχουν βιώσει την ελάχιστη πολιτική αποκέντρωση οι περισσότερο υποσχόμενες στρατηγικές διοικητικής αποκέντρωσης περιορίζονται στην αποσυγκέντρωση. Αλλά επειδή μία χώρα είναι κεντριοποιημένη αυτό δε σημαίνει ότι δεν μπορεί να αποκεντριοποιήσει αποτελεσματικά την προμήθεια των αγαθών και των υπηρεσιών μέσα από τον διοικητικό τύπο της αποκέντρωσης. Συνοψίζοντας ο εκδημοκρατισμός μπορεί να διευκολύνει τις διοικητικές ή πολιτικές στρατηγικές αποκέντρωσης, αλλά η απουσία του δεν σημαίνει απαραίτητα ότι τέτοιες στρατηγικές δεν μπορούν να είναι αποδοτικές ή αποτελεσματικές.

1.12 Διεθνής Εμπειρία – Παραδείγματα αποκεντρωτικής πολιτικής σε υγειονομικά συστήματα (άλλων χωρών)

Κοινή συνισταμένη των μεταρρυθμίσεων, οι οποίες παρατηρούνται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, είναι τα

προβλήματα της αποδοτικότητας, της ισότητας, της αποτελεσματικότητας, της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι οικονομικές, κοινωνικές, δημογραφικές, τεχνοκρατικές, τεχνολογικές και ιδεολογικές δυνάμεις υποχρέωσαν τους σχεδιαστές πολιτικής υγείας των χωρών της Β. Ευρώπης, της περιοχής της Μεσογείου και την Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης, να οδηγηθούν προς ένα αποκεντρωμένο σύστημα που περιορίζει τον κεντρικό έλεγχο και προάγει την μέγιστη δυνατή αυτονομία στην διαδικασία λήψης των αποφάσεων.

Πολλές ευρωπαϊκές χώρες, στην προσπάθεια τους να αναμορφώσουν τα συστήματα υγείας τους, εστιάζουν την προσοχή τους στην εισαγωγή μεθόδων και τεχνικών της αποκεντρωτικής πολιτικής η οποία θεωρείται ένα αποτελεσματικό μέσο για την βελτίωση της διανομής των υπηρεσιών, την εξασφάλιση καλύτερης κατανομής των εισροών του συστήματος σύμφωνα με τις ανάγκες και την μείωση των ανισοτήτων. Η στροφή προς την αποκέντρωση γίνεται όλο και εντονότερη αφού συντρέχουν σημαντικές εξελίξεις στα συστήματα πληροφόρησης και έτσι έχει αυξηθεί η τεχνική εφικτότητα της.

Οι χώρες συνήθως χρησιμοποιούν διαφορετικές μορφές αποκέντρωσης ταυτόχρονα, για να επιτύχουν συγκεκριμένους στόχους σε διαφορετικές δραστηριότητες. Καμία απ' αυτές τις

τέσσερις προσεγγίσεις αποκέντρωσης (*Αποσυγκέντρωση, εξουσιοδότηση, ανάθεση, ιδιωτικοποίηση*) δεν μπορεί να υπάρξει σε καθαρή μορφή. Για παράδειγμα στο Ηνωμένο Βασίλειο το οργανωτικό μοντέλο είναι ένα, αυτό της αποσυγκέντρωσης, αλλά η αλυσίδα της διοίκησης από το κέντρο προς την περιφέρεια διακόπτεται από ορισμένα τοπικά και περιφερειακά γραφεία, τα οποία είναι ορισμένα από το υπουργείο υγείας, που έχει την μορφή της διευθύνουσας αρχής.

1.12.1 Παράδειγμα αποσυγκέντρωσης, Πολωνία

Στην Πολωνία μια μεγάλη αναμόρφωση της δημόσιας διοίκησης πραγματοποιήθηκε το 1990, ως ένα βήμα στην διαδικασία του πολιτικού μετασχηματισμού, απομακρυνόμενη από το συγκεντρωτικό μοντέλο που για χρόνια λειτουργούσε. Οι επαρχιακές (*Voivod – Shies*) αρχές απέκτησαν σημαντική δύναμη, ασχολήθηκαν με το σχεδιασμό, πήραν αποφάσεις σχετικά με την δομή των ιδρυμάτων υγείας και κατένειμαν κεφαλαία στα πλαίσια «κεντρικά» συμφωνημένων προϋπολογισμών. Έτσι λοιπόν στην πράξη το υπουργείο υγείας έχασε την δυνατότητα του να επηρεάζει τις υπηρεσίες υγείας.

1.12.2 Παράδειγμα Εξουσιοδότησης, Ιταλία

Το Ιταλικό εθνικό σύστημα υγείας ήταν παραδοσιακά οργανωμένο κάτω από ένα σύστημα εθελοντικής κοινωνικής ασφάλισης. Η αναμόρφωση του 1978 άλλαξε ριζικά την κατάσταση. Μειώθηκαν τα πολυάριθμα ασφαλιστικά ταμεία και

ιδρύθηκε ένα νέο ομοιογενώς δομημένο ταμείο. Άλλη μια αλλαγή έγινε το 1992, όπου αποτελούσε την πρώτη μεγάλη μεταμόρφωση της διοικητικής δομής των μονάδων υγείας. Τα νοσοκομεία μετατράπηκαν σε δημόσιες επιχειρήσεις και τους δόθηκαν οργανωτική αυτονομία και υπευθυνότητα. Δεν διοικούνται πλέον από πολιτικές επιτροπές αλλά από έναν γενικό διευθυντή ο οποίος διορίζεται από τις περιφερειακές αρχές με βάση τα επαγγελματικά του προσόντα και του οποίου το συμβόλαιο ανανεώνεται κάθε 5 χρόνια. Μεγαλύτερα νοσοκομεία μπορούν τώρα να ιδρύονται με αυτόνομη οργάνωση και διοίκηση.

1.12.3 Παράδειγμα ανάθεσης, Σουηδία

Το Σουηδικό σύστημα υγείας αποτελεί ένα ιδεατό παράδειγμα για μίμηση της επιτυχίας του κράτους της κοινωνικής ευημερίας, διέπεται από την αρχή «όλοι οι πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνικό – οικονομική τους κατάσταση δικαιούνται ισότιμης και δωρεάν κάλυψης των αναγκών για την υγείας τους». Εντάσσεται δηλαδή στα συστήματα όπου την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας την έχει το κράτος και κατά τόπους οι εκλεγμένες νομαρχιακές και δημοτικές αρχές. Αυτή η δημοκρατική και αποκεντρωτική δομή του συστήματος, ίσως αποτελεί το πλέον αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό. Η αποκεντρωτική πολιτική έχει στόχο τον περιορισμό των συνολικών δαπανών υγείας και συγχρόνως έχει δώσει στον χρήστη δικαίωμα λόγου και έκφρασης σχετικά με τον τρόπο και το είδος των υπηρεσιών υγείας που πρέπει να παρέχονται.

Το σουηδικό μοντέλο διαφοροποιείται από τα άλλα συστήματα υγείας κυρίως λόγω των αυξημένων εξουσιών που έχει η νομαρχιακή και δημοτική αυτοδιοίκηση στα θέματα οργάνωσης, παραγωγής, διανομής και χρηματοδότησης του συστήματος, αυτό έχει σχέση με την μεγάλη παράδοση που έχει η τοπική και δημοτική αυτοδιοίκηση στην χώρα αυτή. Η Σουηδία είναι χωρισμένη σε περιφέρειες, νομούς και δήμους και η τοπική εξουσία έχει πλήρη ευθύνη της οργάνωσης και διοίκησης σε τοπικό επίπεδο.

Η ευθύνη για την χρηματοδότηση, την οργάνωση, και την λειτουργία του συστήματος υγείας στην Σουηδία ανήκει στα περιφερειακά και νομαρχιακά όργανα με την μορφή 26 δημοκρατικά εκλεγμένων πολιτειακών συμβουλίων. Τα περιφερειακά συμβούλια έχουν την ευθύνη να οργανώσουν το σύστημα διανομής των υπηρεσιών υγείας στις αντίστοιχες γεωγραφικές περιοχές τους και έτσι η λήψη των αποφάσεων είναι αποκεντρωμένη.

Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται μέσω φορολογίας αφού τα ίδια τα νομαρχιακά συμβούλια επιβάλλουν άμεσους φόρους στα μέλη της κοινωνίας όπου το σύνολο αυτών αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, τα συμβούλια αυτά χρηματοδοτούνται μερικώς και από κρατικές επιχορηγήσεις αλλά και από την κοινωνική ασφάλιση. Ένα

μέρος της κρατικής χρηματοδότησης χρησιμοποιείται για την εξάλειψη των οικονομικών διαφόρων που μπορεί να υπάρχουν μεταξύ των διαφόρων περιοχών.

Οι υπηρεσίες υγείας είναι διαρθρωμένες σε τρία επίπεδα. Σε επίπεδο Περιφέρειας, Νομού και Δήμου. Στο πρώτο επίπεδο, της περιφέρειας, η οποία αποτελείται από περισσότερους του ενός νομούς, λειτουργεί πάντοτε ένα περιφερειακό νοσοκομείο. Σε επίπεδο νομού υπάρχει και λειτουργεί τουλάχιστον ένα νομαρχιακό νοσοκομείο, τέλος σε τοπικό επίπεδο υπάρχουν τα κέντρα υγείας και οι άλλες υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

1.12.4 Παράδειγμα Ιδιωτικοποίησης, ΗΠΑ

Το σύστημα υγείας των ΗΠΑ θεωρείται ως το πλέον αντιπροσωπευτικό του ελεύθερου – ιδιωτικού μοντέλου. Αποτελεί κλασικό παράδειγμα εναρμόνισης του συστήματος ελεύθερης ιδιωτικής πρωτοβουλίας σ' όλους τους τομείς, συμπεριλαμβανομένης και της υγείας. Λειτουργεί με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς και με τον λιγότερο κρατικό παρεμβατισμό με αποτέλεσμα οι κανόνες του παιχνιδιού της ελεύθερης αγοράς να υπερισχύουν πάντοτε και αμύνονται κατά των γραφειοκρατικών τάσεων, που εμφανίζονται μαζί με τον κρατικό παρεμβατισμό. Αυτό το σύστημα είναι κάτι που ταιριάζει στην με την φιλελεύθερη αμερικανή κοινωνία ακόμα και αν αυτό αντιτίθεται στο κοινωνικό χαρακτήρα του αγαθού υγεία.

1.12.5 Αποσυγκέντρωση συνδυαζόμενη με την εξουσιοδότηση στο Ηνωμένο Βασίλειο

Το βρετανικό σύστημα υγείας (NHS) αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα δημόσιου – εθνικού συστήματος στο οποίο η παρουσία των ασφαλιστικών ταμείων είναι μηδαμινή έως και ανύπαρκτη ενώ σύγχρονος η κρατική παρέμβαση είναι έντονη σε όλους τους τομείς του. Το NHS αποτελεί τον πειραματισμό στον ευρωπαϊκό χώρο της κοινωνικοποιημένης υγείας μέσα σε μια οικονομική δομή της ελεύθερης αγοράς.

Οι μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας της Βρετανίας ξεκίνησαν το 1991, με βασικό κλειδί την αποκέντρωση η οποία εισήχθη στο σύστημα με την μορφή της αποσυγκέντρωσης και της εξουσιοδότησης μαζί. Οι αναμορφώσεις επιδίωξαν την αποκέντρωση με την λειτουργία ενός συστήματος ελεγχόμενου ανταγωνισμού μέσω του οποίου οι εμπνευστές του επιχειρούν τον διαχωρισμό της προσφοράς από την ζήτηση των υπηρεσιών, την ενίσχυση της θέσεως του καταναλωτή και του χρηματοδότη, την διόρθωση των ατελειών της αγοράς με σκοπό την αποδοτικότητα και την ισότητα. Η διαδικασία της λήψης των αποφάσεων είναι αποκεντρωμένη και οι γραφειοκρατικοί μηχανισμοί αντικαθίσταται από κίνητρα που βασίζονται στην λειτουργία κατά κάποιον τρόπον, της αγοράς, ενώ οι αντικειμενικοί στόχοι του συστήματος παραμένουν οι ίδιοι με εκείνο του δημοσίου τομέα.

Το NHS διοικείται από το υπουργείο υγείας, πολιτική έκφραση του οποίου είναι ο εκάστοτε υπουργός. Ο ρόλος του υπουργείου υγείας είναι περισσότερο στρατηγικός, αφού θέτει τις κατευθύνσεις και τις προτεραιότητες. Η επόμενη οργανωτική βαθμίδα μετά το υπουργείο υγείας είναι οι 8 υγειονομικές περιφέρειες (RHAs) οι οποίες αποτελούν την προέκταση του υπουργείου σε περιφερειακό επίπεδο και είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις υγειονομικές επαρχίες (DHAs) οι οποίες αποτελούν την τρίτη στη σειρά οργανωτική βαθμίδα του συστήματος.

Η διαδικασία της χρηματοδότησης γίνεται μέσα από τις περιφερειακές και επαρχιακές υγειονομικές αρχές. Οι υγειονομικές περιφέρειες αφού λάβουν τον ετήσιο προϋπολογισμό από το υπουργείο υγείας, τον κατανέμουν βάσει μια φόρμουλας στις υγειονομικές επαρχίες, δηλαδή στις DHAs. Οι DHAs με την σειρά τους χρηματοδοτούν τα νοσοκομεία, πάνω στην βάση ενός ετήσιου προϋπολογισμού και πληρώνουν τους οικογενειακούς ιατρούς.

1.12.6 Γερμανικό Σύστημα Υγείας

Το γερμανικό σύστημα υγείας θεωρείται ως το αντιπροσωπευτικό παράδειγμα εθνικού συστήματος όπου κυρίαρχο ρόλο έχει η κοινωνική ασφάλιση, μέσω των ταμείων υγείας. Υπεύθυνος για τις υπηρεσίες υγείας σε κεντρικό επίπεδο είναι η ομοσπονδιακή κυβέρνηση η οποία σχεδιάζει την εθνική πολιτική υγείας και σε

τοπικό επίπεδο οι κυβερνήσεις των ομοσπονδιακών κρατιδίων οι οποίες καλούνται να εφαρμόσουν αυτήν την εθνική πολιτική, παρεμβαίνοντας όμως και νομοθετώντας για θέματα υγείας τοπικής εμβέλειας. Από αυτήν την άποψη, δηλαδή της δομής και οργάνωσης, το σύστημα είναι πλήρως αποκεντρωμένο, και σ' αυτό παρουσιάζει ομοιότητες με το Σουηδικό σύστημα υγείας.

1.13 Συμπεράσματα

Η αποκέντρωση έχει θεωρηθεί από την μία πλευρά σαν ένα υψηλό πολιτικό ιδανικό με την αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο δημόσιο γίνεσθαι, και από την άλλη σαν ένας τρόπος να ξεπεραστούν οι διοικητικοί και φυσικοί περιορισμοί για την ανάπτυξη. Η διάκρισή της σε τύπους (αποσυγκέντρωση, εξουσιοδότηση, ανάθεση, ιδιωτικοποίηση) και σε μορφές (πολιτική, χωροταξική, διοικητική, αγοράς) προσδίδει την διάσταση που αυτή μπορεί να έχει, τόσο στην ποικιλία των συνδυασμών αυτών όσο και στο εύρος που μπορεί να καλύψει, πάντα ανάλογα με τους στόχους της πολιτικής ηγεσίας του εκάστοτε κράτους. Στην πράξη, οι διαφορετικοί τύποι αποκέντρωσης χρησιμοποιούνται την ίδια στιγμή για διαφορετικές λειτουργίες και δεν είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται στην καθαρή τους μορφή.

Σημαντικά εμπόδια παρουσιάζονται την προσπάθεια να διεξαχθούν έρευνες και να εξαχθούν συμπεράσματα για την

αποκέντρωση. Ο ορισμός της έννοιας της αποκέντρωσης έχει επιβαρυνθεί από παλαιότερες ορολογίες με άσχετους ορισμούς και ακόμα και σήμερα παρατηρείται απρόσεχτη χρήση των όρων ενώ συνεχίζεται η επινόηση νέων όρων που συνεχίζει να δημιουργεί σύγχυση στην συγκριτική θεώρηση της αποκέντρωσης. Παράλληλα παρατηρείται ότι είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί ότι η ιστορική ροή αλλάζει σε όλες τις χώρες συνεχώς, είτε αργά και ανεπαίσθητα, είτε γρήγορα και δραματικά, με αποτέλεσμα να δημιουργείται μεθοδολογικό θέμα για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της αποκέντρωσης.

Οριστικές αξιολογήσεις των μεταρρυθμίσεων δεν μπορούν να εξαχθούν ακόμα καθώς η υπάρχουσα εμπειρική βιβλιογραφία είναι ελάχιστη. Είναι πολύ νωρίς για μια οριστική αποτίμηση των θετικών και αρνητικών της εμπειρίας των μεταρρυθμίσεων στα δημόσια συστήματα. Όλες αυτές οι εξελίξεις, σηματοδοτούν ένα «συστεγασμό» του πρότυπου της αγοράς και του δημόσιου σχεδιασμού για την υγεία, και φαίνεται να αποτελούν «υπέρβαση και συνέχεια του Bismark και του Beveridge» παρά οριστική ρήξη με το παρελθόν.

Κεφάλαιο 2

Η εξέλιξη του Ε.Σ.Υ από την ίδρυση του μέχρι και σήμερα. Η ανάγκη μεταρρύθμισης στο Σύστημα Υγείας

2.1 Γενικά

Στις περισσότερες αναπτυγμένες Ευρωπαϊκές χώρες, τα συστήματα υγείας τους μπήκαν στην φάση της ταχείας ανάπτυξης και ωρίμανσης αμέσως μετά τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο. Το νεοσύστατο τότε ελληνικό κράτος χρονολογικά από το 1833 έως το 1974, δηλαδή κατά τις τρεις πρώτες περιόδους της πορείας εξέλιξης του υγειονομικού τομέα, (Πρώτη περίοδος 1833 – 1922, Δεύτερη περίοδος 1922 – 1945, Τρίτη περίοδος 1945 – 1974) εμφανίζεται υποτονικό, απρόθυμο και οικονομικά αδύναμο να ακολουθήσει επεκτατική πολιτική στον τομέα της υγείας. Οι δυο παγκόσμιοι πόλεμοι, η μικρασιατική καταστροφή, ο εμφύλιος πόλεμος, οι δικτατορίες, η ανάπτυξη της βιομηχανικής παραγωγής, οι οικονομικές συνθήκες άλλοτε ύφεσης και άλλοτε ραγδαίας ανόδου, το ασταθές κοινωνικό και πολιτικό περιβάλλον σημάδεψαν αρνητικά το υγειονομικό σύστημα της χώρας μας και συντέλεσαν στην υπανάπτυξη του τομέα της υγείας στην Ελλάδα.

Η κρίση που εκδηλώθηκε διεθνώς την δεκαετία του '70 στον χώρο της υγείας, έκανε ακόμα πιο επιτακτική την ανάγκη για μετασχηματισμό του υγειονομικού τομέα στην χώρα. Έτσι ο υγειονομικός τομέας της Ελλάδας, μπαίνει στην αναπτυξιακή του ιδίως στην μεταρρυθμιστική του φάση μετά το 1974, δηλαδή μετά την πτώση της δικτατορίας, όπου καλλιεργείται

πλέον σοβαρά και συνειδητά η ιδέα για μια ριζική παρέμβαση του κράτους στον τρόπο παραγωγής, χρηματοδότησης και διανομής των υπηρεσιών υγείας οδηγώντας την πολιτική της υγείας στην εμφάνιση ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ 1397/1983.

2.2 Το νομικό πλαίσιο του υγειονομικού τομέα και του συστήματος υγείας της χώρας

Σε νομικό επίπεδο η συγκρότηση του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα ανάγεται στον 19^ο αιώνα. Στα ελληνικά συντάγματα μέχρι και το 1952 δεν υπήρξε από μέρους του κράτους καμία ουσιαστική δέσμευση και προσπάθεια δημιουργίας ενός νομικού πλαισίου που θα ορίζει την οργάνωση και την λειτουργία του υγειονομικού τομέα όλης της χώρας με μόνη εξαίρεση τα Συντάγματα του 1925 και του 1927. Όλες οι ρυθμίσεις και οι νομικές διατάξεις που εφαρμόστηκαν μέχρι και την δεκαετία του '80 αποτελούσαν μηχανιστικές μεταφορές τεχνικών και μεθόδων των δυτικών πρότυπων τα οποία επιχειρήθηκαν να εφαρμοστούν στον ελλαδικό χώρο χωρίς όμως τον απαραίτητο στρατηγικό κεντρικό σχεδιασμό.

Τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά αυτής της εικόνας είναι:

- Ανίσχυρος δημόσιος τομέας κυρίως νοσοκομειακός έναντι του ιδιωτικού τομέα
- Άνιση κατανομή στην πρόσφορα ιατρικών υπηρεσιών
- Υπερπαραγωγή ιατρών
- Ελλείψεις σε νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό
- Υψηλό κόστος ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης

Με τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ 1397/1983 καθιερώθηκε πλέον και συνταγματικά η απαίτηση της ελληνικής κοινωνίας για την κρατική παρέμβαση του κράτους στον τομέα της υγείας. Διευρύνθηκαν έτσι τα όρια του κοινωνικού κράτους θεσπίζοντας ένα μεικτό σύστημα υγείας το οποίο αφενός προέβλεπε την ανάπτυξη ενός εθνικού και δημόσιου συστήματος και αφετέρου επέτρεπε την ελεύθερη άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος στον ιδιωτικό τομέα επιβάλλοντας όμως σημαντικούς περιορισμούς.

Η πολιτική υγείας κάθε χώρας έχει τελικό εκφραστή της τις νομοθετικές διατάξεις, οι οποίες προσδιορίζουν τα πλαίσια μέσα στα οποία παράγονται και προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας στα μέλη της κοινωνίας. Γι' αυτό κρίνεται σκόπιμο να γίνει μια σύντομη περιγραφή των νομοσχεδίων που πραγματοποιήθηκαν στον ελλαδικό χώρο.

2.3 Ο ιδρυτικός Νόμος 1397/1983 για το Ε.Σ.Υ.

Ο νόμος 1397/1983 αποτελεί την μεγαλύτερη και σημαντικότερη νομοθετική μεταρρύθμιση στο Ελληνικό σύστημα υγείας διότι για πρώτη φορά ορίζεται το πλαίσιο και εισάγονται οι βάσεις όπου θα μπορέσει να αναπτυχθεί και να λειτουργήσει ένα Εθνικό Σύστημα Υγείας. Σύμφωνα με την εισηγητική έκθεση του νομοσχεδίου, οι στόχοι του νόμου 1397 ήταν η αποκέντρωση, ο κοινωνικός έλεγχος, το ενιαίο πλαίσιο ανάπτυξης και λειτουργίας, ο ενιαίος προγραμματισμός, η δικαιότερη κατανομή των πόρων, η ανάπτυξη της

πρωτοβάθμιας περίθαλψης και η καθιέρωση του γιατρού πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

Ειδικότερα οι βασικές αρχές και προβλέψεις του νόμου ήταν:

- Κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες.
- Αποκέντρωση των υπηρεσιών μέσα από την διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες και την συμμετοχή της τοπικής αυτοδιοίκησης στις αποφάσεις με την σύσταση και λειτουργία των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας (Πε.Σ.Υ.).
- Δίνεται έμφαση στην ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την δημιουργία των Κέντρων Υγείας, των περιφερειακών ιατρείων και την στελέχωση τους με ιατρούς γενικής ιατρικής.
- Να βελτιωθεί η ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας μέσα από την ταχύρυθμη ανάπτυξη της υποδομής και οργάνωσης των νοσοκομείων.

2.4 Νόμος 2071/1992, για τον εκσυγχρονισμό και την οργάνωση του συστήματος υγείας (ΕΟΣΥ)

Το 1992 η τότε πολιτική ηγεσία ψηφίζει τον Νόμο 2071/1992, νόμος ο οποίος αλλάζει την βασική φιλοσοφία του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ σύμφωνα με την οποία το κράτος είχε την αποκλειστική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας ισότιμα στο σύνολο των πολιτών. Έτσι έχουμε τον περιορισμό της ευθύνης του κράτους, την αναβάθμιση του ιδιωτικού τομέα και την έμφαση στην ελεύθερη επιλογή γιατρού.

Πιο συγκεκριμένα:

- 1 Ενώ τα κέντρα υγείας χρηματοδοτούνται μέχρι τότε μέσω τον προϋπολογισμών των νοσοκομείων με τα οποία είναι συνδεδεμένα, με τον Νόμο 2071 τα κέντρα υγείας παύουν να συνδέονται διοικητικά και οργανωτικά με τα νοσοκομεία με αποτέλεσμα να χρηματοδοτούνται από τις νομαρχίες.
- 2 Η πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη αλλά και η επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα παρέχονται ανεξαιρέτως από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς σε αντίθεση με τις διατάξεις του νόμου για το ΕΣΥ (1397/1983) που περιόριζε τους ασφαλισμένους του δημόσιου και των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων για την εξασφάλιση πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα κέντρα υγείας και δευτεροβάθμιας στα κρατικά νοσοκομεία.
- 3 Επίσης οι ιδιωτικοί φορείς ή ιδιώτες ιατροί μπορούν να συνάπτουν ειδικές συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς οργανισμούς έπειτα από έγκριση των αρμόδιων υπουργών.
- 4 Οι γιατροί μπορούν να επιλέγουν μεταξύ πλήρους ή μερικής απασχόλησης.

2.5 Νόμος 2194/1994, για την αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις

Ο νόμος αυτός κυρίως κατήργησε σχεδόν όλες τις προηγούμενες αλλαγές που είχαν συντελεστεί με τον νόμο 2071/1992 και επανέφερε τις αρχές και τους στόχους του

ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ 1397/1983 με πιο σημαντικό την επαναφορά της φιλοσοφίας του ΕΣΥ. Επίσης επαναφέρει τις διατάξεις του νόμου 1278/1982 για το ΚΕΣΥ, επαναφέρει το προηγούμενο καθεστώς λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων, καθορίζει την επιστημονική αυτοτέλεια των τμημάτων των νοσοκομείων με επικεφαλής επιστημονικό υπεύθυνο γιατρό της αντίστοιχης ειδικότητας, καταργεί την δυνατότητα στο ιατρικό προσωπικό να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε καθεστώς μερικής απασχόλησης που είχε επιτραπεί από τον νόμο 2071/1992 και τέλος μετατρέπει την υγειονομική σχολή Αθηνών σε ανώτατο εκπαιδευτικό και ερευνητικό ίδρυμα με μορφή ΝΠΔΔ και επωνυμία Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.

2.6 Τα κυρίαρχα προβλήματα στον χώρο της υγείας

Τα τελευταία χρόνια μέσα από μια σειρά νομοθετικών παρεμβάσεων, φαίνεται καθαρά πως η αναποτελεσματικότητα του σημερινού συστήματος υγείας, οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην απουσία μιας ενιαίας πολιτικής υγείας στον ελληνικό χώρο. Οι δυσλειτουργίες του ΕΣΥ συσχετίζονται με το χάσμα μεταξύ νόμου (απόφασης) και εφαρμογή του νόμου (υλοποίησης). Την δεκαετία του 80' διαμορφώθηκε το νομοθετικό πλαίσιο με τον ιδρυτικό Νόμο 1397/83 του ΕΣΥ, ένα νομοθέτημα που ποτέ δεν εφαρμόστηκε ολόκληρο.

Η πρωταρχική αρχή του ΕΣΥ με τον Νόμο 1397/83 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και έτσι ισχύει η αρχή της καθολικότητας για όλους τους πολίτες. Η καθολικότητα αυτή

κατοχυρώνεται με το σύνταγμα του 1974 και αποτελεί την φιλοσοφία που διέπει τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ το 1983. Η απόσταση όμως των διακηρύξεων αυτών με την πράξη είναι τεράστια. Το ΕΣΥ δεν κατάφερε να ανταποκριθεί στην κοινωνική διάσταση να αναβαθμίσει την περίθαλψη υγείας των κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων απόδειξη σε αυτό είναι η ολοένα αυξανόμενες ιδιωτικές δαπάνες υγείας των μέσων και χαμηλών κοινωνικοοικονομικών τάξεων. Έτσι το ΕΣΥ στερήθηκε την δυναμική για την ολοκλήρωση των βασικών κατευθύνσεων του και την επίτευξη της θετικής του εξέλιξης.

Διακηρύχθηκε η περιφερειακή ανάπτυξη του συστήματος και η διοικητική αποκέντρωση με τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας αλλά σήμερα διαπιστώνεται διοικητικός συγκεντρωτισμός. Διακηρύχθηκε η πρωταρχική ανάγκη για έμφαση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη και τον γενικό γιατρό, αλλά σήμερα διαπιστώνεται ότι η έμφαση μετετέθη στη δευτεροβάθμια περίθαλψη και τον υπέρ-ειδικευμένο γιατρό.

Παρά τις νομοθετικές και λειτουργικές παρεμβάσεις τις τελευταίες δεκαετίες ο υγειονομικός τομέας στην Ελλάδα εμφανίζει ακόμα πολλά προβλήματα στην οργάνωση, στην λειτουργία, στην χρηματοδότηση, στην αποτελεσματικότητα και στην αποδοτικότητα του συστήματος. Η χαμηλή αποδοτικότητα των υπηρεσιών του συστήματος υγείας, και κατ' επέκταση η χαμηλή ικανοποίηση των πολιτών από την χρησιμοποίησή τους, αποτελούν τις δυο συνισταμένες που κυριαρχούν και χαρακτηρίζουν το υγειονομικό μας σύστημα και επισκιάζουν

κάθε νομοθετική προσπάθεια του κράτους για την δημιουργία ενός ολοκληρωμένου συστήματος υγείας το οποίο θα προάγει την κοινωνική δικαιοσύνη αλλά θα λειτουργεί παράλληλα και με κριτήρια οικονομικής αποδοτικότητας.

Κύρια Προβλήματα

- Ανεπαρκή οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία του συστήματος.
- Χαμηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα.
- Ανικανότητα μέτρησης της ποιότητας.
- Το ΕΣΥ δεν προωθεί την ισότητα και την κοινωνική δικαιοσύνη. Ο τρόπος χρηματοδότησης και λειτουργίας του φαίνεται να εξυπηρετεί τα μεσαία και υψηλά εισοδηματικά στρώματα και να επιβαρύνει τα μικρομεσαία και χαμηλά τα οποία είναι και πιο ευάλωτα στην ασθένεια.
- Η έλλειψη θεσμικού πλαισίου στην λειτουργία του ιδιωτικού τομέα οδηγεί στην ανενόχλητη ανάπτυξη του, με αποτέλεσμα να έχουν συσσωρευτεί τεράστια οικονομικά συμφέροντα και να έχουν εντοπιστεί ακατανίκητες εστίες παραοικονομίας και γενικότερης διαφθοράς οι οποίες στραγγαλίζουν κάθε προσπάθεια διορθωτικής κρατικής παρέμβασης.
- Ο πληθωρισμός του ιατρικού επαγγέλματος με αποτέλεσμα την ιατροκεντρική ανάπτυξη των δημόσιων υπηρεσιών υγείας.

2.7 Η ανάγκη μεταρρύθμισης στο Ε.Σ.Υ.

Η υγειονομική πολιτική στην Ελλάδα χαρακτηρίζεται από ασυνέχεια, έλλειψη σχεδιασμού και απουσία σύγχρονων τεχνικών. Δυο μεταρρυθμίσεις εντελώς αντίθετης κατεύθυνσης τις τελευταίες δεκαετίες έχουν δημιουργήσει μια αντιφατική κατάσταση. Η πρώτη μεγάλη μεταρρύθμιση έγινε στην δεκαετία του '80 με την απόπειρα συγκρότησης ενός δημόσιου μονοπωλίου παροχής φροντίδας, κατά το πρότυπο του μοντέλου Beveridge αλλά με αρκετές προσμίξεις ασφαλιστικών ταμείων. Η δεύτερη προσπάθεια στις αρχές της δεκαετίας του '90, με την οποία επιχειρήθηκε σε κάποιο βαθμό, η εγκατάσταση στοιχείων ανταγωνισμού και της ελεύθερης αγοράς με την ενθάρρυνση της ιδιωτικοποίησης και της αποκρατικοποίησης. Τα αποτελέσματα των μεταρρυθμίσεων δεν ήταν τα επιδιωκόμενα και έτσι τα έντονα προβλήματα του υγειονομικού ελληνικού συστήματος παραμένουν.

Η κατάσταση του υγειονομικού συστήματος εξαγγέλλει σήμα κινδύνου για τον άμεσο συντονισμό και την ρύθμιση όλων των μείζονων προβλημάτων τα οποία αποτελούν τροχοπέδη στην ομαλή και συνεχόμενη παροχή υγειονομικής φροντίδας. Ένα οποιοδήποτε σύστημα και ιδιαίτερα ένα κοινωνικό σύστημα, όπως είναι το σύστημα υγείας κάθε χώρας, για να επιβιώσει μέσα στον χρόνο, χρειάζεται φρεσκάρισμα και απαιτεί διορθωτικές κινήσεις και συμπληρώσεις, προσαρμογή στις σύγχρονες εξελίξεις και στις νέες ανάγκες που δημιουργούνται. Ίσως μια από τις μεγαλύτερες τομές στην νοοτροπία της διοίκησης, θα ήταν η ικανότητα πρόβλεψης και

προγραμματισμού των αναγκαίων αλλαγών και βελτιώσεων ενός συστήματος, όταν αυτό ακόμα λειτουργεί ικανοποιητικά. Η ικανότητα δηλαδή, να συμπεριλαμβάνει το ίδιο το σύστημα εκείνα τα εργαλεία που επιτρέπουν κατά το δυνατόν πιο αντικειμενική παρακολούθηση και αξιολόγηση μέσα στο σύστημα, ώστε εγκαίρως να γίνεται η διάγνωση μιας στρεβλής εξέλιξης και έτσι να είναι εφικτές παρεμβάσεις μικρής κλίμακας. Σήμερα όλα αυτά φαντάζουν ουτοπικά γι' αυτό απαιτείται βαθιά τομή και εκκαθάριση ολόκληρου του εθνικού συστήματος υγείας.

Η δυσαρέσκεια των πολιτών έχει φτάσει στο ανώτατο βαθμό και γίνεται πλέον επιθυμητή κάθε είδους αλλαγή που θα βγάλει τους πολίτες από αυτήν την κατάσταση ταλαιπωρίας και αβεβαιότητας. Κάθε σχέδιο για αλλαγή πολιτικής στον χώρο της υγείας φαίνεται να έχει την υποστήριξη και την θερμή υποδοχή από τους πολίτες που ενώ στην πλειοψηφία τους δεν γνωρίζουν τα αποτελέσματα μιας νέας πολιτικής και τις αλλαγές που θα εισάγει μια μεταρρύθμιση στο σύστημα υγείας, επιθυμούν την αλλαγή αφού πιστεύουν ότι δεν υπάρχουν χειρότερα.

2.8 Η παγκοσμιοποίηση και η κρίση του κράτους πρόνοιας – Η προοπτική της νέας μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στον χώρο της υγείας

Η κρίση του κράτους πρόνοιας, χρόνιο φαινόμενο όλων των αναπτυγμένων χωρών στην Ευρώπη, αποτελεί οξύ πρόβλημα και απαιτεί ουσιαστικές μεταρρυθμιστικές παρεμβάσεις στα

υγειονομικά συστήματα των χωρών. Στην επιτακτική ανάγκη για την ανάπτυξη του τομέα υγείας από την κρίση, ο ρόλος του κράτους αλλά και της αγοράς των υπηρεσιών υγείας επαναπροσδιορίζονται. Το κοινωνικό κράτος δεν είναι μια έννοια στατική αλλά πρέπει να προσαρμόζεται στις κοινωνικό - οικονομικές εξελίξεις, οι οποίες σήμερα ακολουθούν ταχείς και πρωτόγνωρους ρυθμούς.

Ο ρόλος του κράτους αλλά και ιδιαίτερα του κοινωνικού κράτους προσδιορίζεται από το τι κοινωνία θέλουμε. Το κλασικό υπόδειγμα κατά το οποίο μια ευρεία δέσμη κοινωνικών υπηρεσιών χρηματοδοτείται από τον δημόσιο τομέα, παράγεται από δημόσιους μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς και διανέμεται σε ολόκληρη την κοινωνία με κριτήριο την ανάγκη, τις τελευταίες δεκαετίες τέθηκε σε πλήρη αμφισβήτηση.

Τα τελευταία χρόνια πολλά παραδοσιακά υγειονομικά συστήματα κυρίως των αναπτυσσόμενων χωρών, προβαίνουν σε μεταρρυθμίσεις λόγω των προβλημάτων που προέκυψαν από το συνεχώς αυξανόμενο κόστος (αύξηση δαπανών), το χαμηλό βαθμό ικανοποίησης της κοινωνίας από την λειτουργία των συστημάτων αλλά και των γενικότερων αλλαγών που έφερε η νέα εποχή. Η παγκοσμιοποίηση έχει επηρεάζει την δομή της κοινωνίας, τις οικογενειακές αξίες, τα πρότυπα ζωής, το πρότυπο νοσηρότητας του πληθυσμού και επιπλέον έχει προωθήσει την επέκταση των μεταρρυθμίσεων στον

υγειονομικό τομέα, με σκοπό την μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα.

Γενικότερα, οι πιέσεις της νέας δημογραφικής, κοινωνικής και τεχνολογικής πραγματικότητας, απαιτούν ένα νέο κύκλο μεταρρυθμίσεων, η διαμόρφωση του οποίου δεν εντάσσεται στις συνήθεις ιδεολογικές αντιπαραθέσεις (ιδιωτικό εναντίον κρατικού), μια που οι ακραίες μορφές των δύο προσεγγίσεων ειδικά στον τομέα της υγείας, παρουσιάζουν προφανείς αδυναμίες.

Η δεκαετία του '90 σηματοδοτείται από προσπάθειες εκσυγχρονισμού και αναδιοργάνωσης των υπηρεσιών, οι οποίες εμπνέονται σε σημαντικό βαθμό από την αμερικανική εμπειρία. Κοινή συνιστάμενη των μεταρρυθμίσεων, οι οποίες παρατηρούνται σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες, είναι τα προβλήματα της αποδοτικότητας, της ισότητας, της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Σε όλες τις μεταρρυθμίσεις αναζητούνται τρόποι έτσι ώστε:

1. Να αυξηθεί ο ανταγωνισμός μεταξύ διαφόρων μονάδων παροχής υπηρεσιών.
2. Να δημιουργηθεί ανεξάρτητη αρχή η οποία αξιολογεί και βαθμολογεί, με βάση ευρέως αποδεκτά κριτήρια, τους οργανισμούς / μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας.
3. Να υπάρχει διαφάνεια και να βελτιωθεί η πληροφόρηση και η γνώση των ασθενών σε ότι αφορά τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται, ώστε με βάση τους κανόνες

της αγοράς να αναδειχθούν οι καλύτερες μονάδες παροχής υπηρεσιών.

Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα η Ελλάδα αναζητεί ακόμη την συγκρότηση ενός αξιόπιστου και υψηλών προδιαγραφών, Εθνικού Συστήματος Υγείας. Για να επιτευχθεί αυτό απαιτείται συνολικός επανασχεδιασμός με σαφείς πολιτικές παρεμβάσεις στην βάση των θεσμικών αρχών και κατευθύνσεων του εισαγωγικού νόμου 1397/83 αλλά και λαμβάνοντας την εμπειρία από την μέχρι τώρα πορεία του ΕΣΥ, τις σύγχρονες αντιλήψεις, την γνώση από τις εξελίξεις στον χώρο της ευρωπαϊκής ένωσης και τις απαιτήσεις της ελληνικής κοινωνίας. Η παρέμβαση καθιστάτε αναγκαία σε μια σειρά από τομείς και επίπεδα του υγειονομικού συστήματος με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να δρομολογηθούν οι αλλαγές εκείνες που θα θέσουν το σύστημα υγείας σε μια ανοδική πορεία στο μέσο – μακροπρόθεσμο διάστημα.

Ο νέος σχεδιασμός του συστήματος υγείας πρέπει να προσδιοριστεί από τα μείζονα αιτήματα της νέας εποχής και συνακόλουθα να προωθεί την μορφή της κοινωνίας που θέλουμε για το μέλλον. Η ισότητα, η διεύρυνση της άμεσης Δημοκρατίας, η ραγδαία γήρανση του πληθυσμού, η πίεση από τις μετακινήσεις πληθυσμών αλλά κυρίως η αλλαγή της παγκόσμιας ισορροπίας και η ταχύτητα εξέλιξης της τεχνολογίας, δημιουργούν τους γενικούς εξωτερικούς προσδιοριστικούς παράγοντες της διαμόρφωσης της νέας πολιτικής στην υγεία. Παράλληλα τα ενδογενή προβλήματα του

ελληνικού συστήματος προσδιορίζουν τους εσωτερικούς περιοριστικούς παράγοντες της νέας πολιτικής.

2.9 Οι στόχοι της μεταρρύθμισης – Η αποκέντρωση το κλειδί της μεταρρύθμισης

Η νέα προσπάθεια ανασυγκρότησης του εθνικού συστήματος υγείας της χώρας μας θα πρέπει να έχει ως κύριο στόχο την βελτίωση της αποδοτικότητας, της ποιότητας και την προώθηση της κοινωνικής δικαιοσύνης. Θα πρέπει να ενδυναμωθεί το δημόσιο σύστημα υγείας και να πάρει την μορφή ενός συστήματος υγείας ευέλικτο έτσι ώστε να μπορεί να προσαρμόζεται στις σύγχρονες ανάγκες της κοινωνίας και να λειτουργεί μακριά από τις γραφειοκρατικές καταστάσεις, την δυσκαμψία και την απουσία διοίκησης και έλεγχου.

Η νέα πολιτική θα πρέπει να στηριχθεί στις εξής αρχές:

1. Το κράτος πρέπει να εξασφαλίσει στον κάθε πολίτη – χρήστη των υπηρεσιών υγείας την ισότητα, την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υπηρεσιών δημόσιας υγείας ανεξαρτήτως γεωγραφικής, κοινωνικής και οικονομικής καταστάσεως στην οποία βρίσκεται.
2. Ο σχεδιασμός της δημόσιας πολιτικής υγείας πρέπει να γίνει με κοινωνικά και οικονομικά κριτήρια με στόχο την ισόρροπη και αποκεντρωμένη ανάπτυξη της χώρας.
3. Να επαναπροσδιοριστούν οι επιλογές και οι προτεραιότητες του συστήματος υγείας, μέσα σε μια ευρεία συναίνεση όλων των κοινωνικών εταίρων. Έτσι θα αποσαφηνισθούν πλήρως οι θεμελιακές αρχές μέσα στις

οποίες θα λειτουργεί το σύστημα υγείας και σύμφωνα με αυτές θα εισαχθούν και τα επί μέρους μέτρα.

Κλείνοντας, ένα αμιγώς δημόσιο σύστημα υγείας, όπως χαρακτηρίζεται το ελληνικό σύστημα υγείας είναι δύσκαμπτο και εμφανίζει σημάδια μη αποδοτικότητας και γραφειοκρατίας. Οι περισσότεροι κοινωνικοί θεσμοί, όπως και η υγεία, λειτουργούν αναχρονιστικά με αποτέλεσμα να μην είναι αποδοτικοί και αποτελεσματικοί. Το βασικότερο εργαλείο για να είναι η διοίκηση ευέλικτη και μακριά από γραφειοκρατικά φαινόμενα είναι η δημιουργία ενός καλά αποκεντρωμένου συστήματος υγείας το οποίο θα έχει την ικανότητα αυτοέλεγχου και αξιολόγησης.

2.10 Η λογική της αποκέντρωσης στο υγειονομικό σύστημα

Γενικά οι πολιτικές της αποκέντρωσης υιοθετούνται από την κεντρική εξουσία για την γενικότερη δημόσια διοίκηση και επακόλουθα και για την διοίκηση του υγειονομικού τομέα. Σπάνια η πρωτοβουλία ανήκει στο υγειονομικό σύστημα μόνο.

Βασική προτεραιότητα ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας αποτελεί η παραγωγή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας και η ευρύτερη δυνατή διάχυσή τους στο σύνολο του πληθυσμού. Σήμερα προβάλλεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) το όραμα της «καθολικότητας» (universalism) στην πρόσβαση και χρήση υπηρεσιών υγείας που σημαίνει ότι δεν

είναι αρκετή η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών αυτών αλλά επιβάλλεται και η παράλληλη ύπαρξη της αναγκαίας αποτελεσματικότητας έτσι ώστε οι υπηρεσίες υγείας να καλύπτουν τις αντίστοιχες ανάγκες του συνόλου του πληθυσμού. Ένα εθνικό σύστημα υγείας με υψηλή ποιότητα των παραγόμενων υπηρεσιών του, θεωρείται αποτυχημένο εάν δεν παρέχει εύκολα πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές σ' όλους όσους έχουν αντίστοιχη ανάγκη και κυρίως, στους οικονομικά αδύνατους.

Το σύστημα υγείας πρέπει να λειτουργεί μέσα σε δυο παράλληλες αρχές:

1. Τεχνοκρατική λειτουργία.

Η χρήση όλων των σύγχρονων γνώσεων και πρακτικών που εμπλέκονται στο σύστημα υγείας όπως ιατρική, management και η συστηματική παρακολούθηση όλων των παραγόμενων δεικτών με σκοπό την διαρκή βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων υπηρεσιών και την κατανάλωση των αναγκαίων μονάχα πόρων (ποιότητα – αποδοτικότητα με το μικρότερο δυνατό κόστος).

Η τεχνοκρατική αυτή λειτουργία για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να λειτουργεί σε μια γενικότερη αποκεντρωμένη οργάνωση αλλά και ένα ενιαίο μηχανισμό. Από μόνη της η τεχνοκρατική λειτουργία δεν δημιουργεί εργαλεία αποδοτικότητας και διαφάνειας απαιτεί τον *κοινωνικό έλεγχο*.

2. Κοινωνικό έλεγχο

Αν ο έλεγχος, με την έννοια της διαρκούς αξιολόγησης και των συνεχών διορθωτικών προσαρμογών, είναι σήμερα απαραίτητο στοιχείο κάθε επιχείρησης ή συστήματος που θέλει να είναι βιώσιμο στη σύγχρονη εποχή των γρήγορων αλλαγών, τότε ο Κοινωνικός Έλεγχος αποτελεί το εργαλείο της αξιολόγησης, της διαφάνειας και της διαρκούς αναπροσαρμογής ενός Συστήματος που θέλει όχι μόνο να είναι βιώσιμο αλλά και να ονομάζεται Εθνικό.

2.11 Οι πρωτεύων στόχοι της αποκέντρωσης στο υγειονομικό σύστημα μιας χώρας

Από τα πρώτα χρόνια της δεκαετίας του '80, πολιτικές τις αποκέντρωσης του υγειονομικού συστήματος έχουν εφαρμοστεί σε πολλές χώρες (κυρίως αναπτυσσόμενες) για μια σειρά από λόγους: τεχνικούς, πολιτικούς και χρηματοδοτικούς.

Από τεχνικής πλευράς η αποκέντρωση προτείνεται από την κεντρική εξουσία σαν μέσο για την βελτίωση της διοικητικής αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας του συστήματος διανομής των υγειονομικών υπηρεσιών.

Από πολιτικής πλευράς με την αποκέντρωση συνήθως επιδιώκεται η διεύρυνση της συμμετοχής των ατόμων στο υγειονομικό σύστημα, η διεύρυνση της αυτονομίας του υγειονομικού συστήματος σε τοπικό επίπεδο, η ανακατανομή

των εξουσιών και η μείωση των τοπικών συγκρούσεων και εντάσεων.

Όσον αφορά την χρηματοδοτική διάσταση, την αποκέντρωση έχουν επικαλεστεί για την αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος με την μεταβίβαση εξουσίας στις τοπικές υγειονομικές μονάδες σε σχέση με τους πόρους και τα χρηματικά τους έσοδα, καθώς και με την ενίσχυση της υπευθυνότητας των λειτουργών υγείας.

Η πολιτική ιδεολογία ξεφεύγει από τα όρια του συγκεντρωτισμού, και υποστηρίζει την αποκέντρωση ως μέσο πολιτικής που θα προσδώσει ευελιξία στο σύστημα λήψης αποφάσεων, θα ευνοήσει την άσκηση ευέλικτης και αποτελεσματικής διοίκησης με στόχους και πραγματικούς ελέγχους. Μέσω της αποκεντρωτικής πολιτικής στο σύστημα υγείας δίνεται η δυνατότητα να γίνουν γνωστά και να αποτυπωθούν πληρέστερα τα επιδημιολογικά δεδομένα και οι πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού και να εκτεθούν συγκεκριμένοι στόχοι και προτεραιότητες σε περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τον καλύτερο σχεδιασμό και την δυνατότητα ολοκλήρωσης των υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας.

2.12 Τα πλεονεκτήματα και οι αδυναμίες στην εφαρμογή μιας αποκεντρωτικής πολιτικής στον τομέα της υγείας

Η αποκεντρωτική πολιτική πλεονεκτεί σε σχέση με την συγκεντρωτική πολιτική στην αυξημένη ανταπόκριση που έχει απέναντι στις τοπικές κοινωνίες. Οι κύριοι λόγοι είναι ότι τα προβλήματα κάθε τοπικής κοινωνίας ανακύπτουν βάση τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν σ' αυτήν, οι αποφάσεις και οι τρόποι επίλυσης των προβλημάτων λαμβάνονται μακριά από γραφειοκρατικούς μηχανισμούς και τέλος το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται σε υγειονομικούς οργανισμούς έχει αυξημένη αίσθηση ευθύνης απέναντι στις ανάγκες της τοπικής κοινωνίας.

Οι αποφάσεις σε αποκεντρωμένο επίπεδο μπορούν να λαμβάνονται ταχύτερα από ότι σε ένα κεντροποιημένο επίπεδο, κατ' επέκταση είναι αποτελεσματικότερη η αντιμετώπιση των τοπικών αναγκών και η προσέγγιση των οικονομικά αδύναμων πολιτών. Επιπλέον επιτυγχάνεται αποσυμφόρηση στο κεντρικό επίπεδο, ώστε οι κεντρικές υπηρεσίες να εστιάζουν στην διαμόρφωση πολιτικής, στην καθοδήγηση και στις εθνικές προτεραιότητες.

Μερικές κυβερνήσεις έχουν εφαρμόσει αρχές διοίκησης των οργανισμών του δημόσιου τομέα, που έχουν την βάση τους στον ιδιωτικό τομέα. Αυτή η στρατηγική είναι γνωστή με τον όρο «νέα δημόσια διοίκηση» και δίνει ιδιαίτερη έμφαση στον

ανταγωνισμό και στην μέτρηση της απόδοσης. Ο πίνακας παρακάτω αναφέρει τα κύρια αποτελέσματα που αναμένονται από τις διαφορετικές μορφές μιας αποκεντρωτικής πολιτικής.

Τύποι Αποκέντρωσης	Οφέλη
Αποσυγκέντρωση Deconcentration	Μειωμένη απαίτηση για κεντρικές διοικητικές υπηρεσίες. Εφαρμογή καινοτομιών στην περιφέρεια.
Εξουσιοδότηση Delegation	Γρηγορότερη εφαρμογή
Ανάθεση Devolution	Μεγαλύτερη δυνατότητα να λαμβάνονται οι αποφάσεις τοπικά και περισσότεροι άνθρωποι να επηρεάζουν τις αποφάσεις. Μικρότερη τοπική εξάρτηση.
Ιδιωτικοποίηση Privatization	Ανεξαρτησία από πολιτικά πρόσωπα που θεωρούνται ότι είναι ανίκανοι να πάρουν αποφάσεις και πολλές φορές ο ρόλος τους είναι αδιαφανείς.

Πίνακας 2 : Οφέλη αποκέντρωσης
Πηγή: Borgenhammer

Η αποκεντρωτική πολιτική επιφέρει πολλά και σημαντικά επιθυμητά αποτελέσματα αλλά ενέχει κινδύνους που μπορούν να εκδηλωθούν και αρνητικά φαινόμενα κατά την εφαρμογή της. Στην περίπτωση που υπάρχει αντίφαση μεταξύ τοπικών και εθνικών προτεραιοτήτων, οι τοπικές αρχές τείνουν να εκτρέπουν τους πόρους από τους εθνικούς στόχους. Επίσης μία σύνηθες αδυναμία της αποκεντρωτικής πολιτικής συμβαίνει όταν οι τοπικοί πολιτικοί παράγοντες και ομάδες συμφερόντων

ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στην διαμόρφωση αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο.

Το προσωπικό μπορεί να μην διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και δυνατότητες για να αναλάβει την ευθύνη για την βελτίωση της απόδοσης του υγειονομικού συστήματος. Επιπλέον η αποκέντρωση απαιτεί αυξημένες δαπάνες σε εκπαίδευση και νέα συστήματα πληροφόρησης και μηχανογράφησης, ενώ η παραγωγικότητα κατά την μεταβατική περίοδο κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, επομένως καθίσταται δαπανηρή και μπορεί τελικά να κοστίσει περισσότερο από τα αναμενόμενα οφέλη από την βελτίωση της αποτελεσματικότητας.

Υπάρχει κίνδυνος η αποκέντρωση στην περίπτωση που η διαδικασία της σχεδιαστεί ανελλιπώς, να οδηγήσει σε κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης όταν αποκεντρώνονται λειτουργίες που είναι κρίσιμες για την επίπτωση των εθνικών πολιτικών υγείας τίθεται σε κίνδυνο η επιτυχής έκβασή τους. Τέλος καθίσταται εξαιρετικά δύσκολο να εξασφαλιστεί η ισότητα. Τα κύρια αρνητικά αποτελέσματα που μπορεί να επιφέρει μια αποκεντρωτική πολιτική είναι:

- Διασπαρμένες υπηρεσίες
- Αποδυνάμωση των κεντρικών τμημάτων υγείας
- Πολιτική εκμετάλλευση για την προώθηση συγκεκριμένων ενδιαφερόντων ή συμφερόντων

- Αποδυνάμωση της κατάστασης της θέσης του δημοσίου τομέα

Τύποι Αποκέντρωσης	Κίνδυνοι
Αποσυγκέντρωση Deconcentration	Η «δεξιά» να μην γνωρίζει πάντα τι κάνει η «αριστερά». Απαράδεκτες αποκλίσεις στην πράξη.
Εξουσιοδότηση Delegation	Μειωμένος επαγγελματισμός. Δυσκολία στην διατήρηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας, εάν τα αποκεντρωμένα τμήματα είναι πολύ διασπαρμένα.
Ανάθεση Devolution	Απουσία πολιτικού ελέγχου
Ιδιωτικοποίηση Privatization	Εμφάνιση ιδιωτικών μονοπωλίων που μπορεί να εκμεταλλευτούν την δύναμη τους.

Πίνακας 3 : Κίνδυνοι αποκέντρωσης
Πηγή: Borgenhammer

2.13 Αξιολογώντας την αποκέντρωση

Τα αποτελέσματα της αποκέντρωσης δεν έχουν αξιολογηθεί υπό το φως των ωφελειών για την υγεία, την ισότητα, την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα της φροντίδας και την ελευθέρια επιλογής. Οι κυβερνήσεις που αποφασίζουν μια διοικητική λειτουργία με βάση την αποκέντρωση θεωρούν συνήθως δεδομένες τις θετικές επιδράσεις της αποκέντρωσης και έτσι δεν προβαίνουν σε αξιολόγηση. Θα ήταν σημαντικό αν οι σχεδιαστές της πολιτικής μπορούσαν να προσδιορίσουν σαφώς τις βελτιώσεις που αναμένονται από μια αποκεντρωτική

πολιτική. Δεν είναι ασυνήθιστο φαινόμενο οι χώρες που έχουν υιοθετήσει δραστική αποκέντρωση, υποσυνείδητα να συγκεντρώνουν και πάλι τον έλεγχο πάνω σε στοιχεία κλειδιά του συστήματος.

2.14 Συμπεράσματα

Από την περιγραφή της πορείας ανάπτυξης των υγειονομικών υπηρεσιών στην χώρα μας φαίνεται αρκετά καθαρά ότι το υγειονομικό σύστημα βρίσκεται τα τελευταία χρόνια σε μια συνεχή διαδικασία δομικών και οργανωτικών αλλαγών χωρίς όμως μέχρι σήμερα να θεωρείται ένα καλά οργανωμένο και αποτελεσματικό σύστημα. Παρά τις τελευταίες νομοθετικές και οργανωτικές παρεμβάσεις το υγειονομικό σύστημα εμφανίζει μεγάλα προβλήματα στην αποδοτικότητα, στην ποιότητα και στην αποτελεσματικότητά του. Είναι επίσης πραγματικότητα ότι κάθε φορά που εκπονείται κάποια μελέτη για αναδιοργάνωση του συστήματος, ο πυρήνας των προβλημάτων που αναφέρονται παραμένει σταθερά ο ίδιος και οι βασικές προτάσεις επαναλαμβάνονται.

Η αναγκαία υπέρβαση της κρίσης στον υγειονομικό τομέα στην Ελλάδα απαιτεί κοινωνική συμμετοχή, συλλογική υπευθυνότητα, κινητοποίηση συμπληρωματικών και πρόσθετων πόρων αλλά κυρίως πολιτική έμπνευση και προγραμματισμένη επάρκεια. Οι διεθνείς εξελίξεις τις δεκαετίας του '90, προετοιμάζουν το έδαφος για μια νέα μεταρρύθμιση η οποία μέσα από το πρίσμα του

εκσυγχρονισμού και της αποκέντρωσης, επαναφέρει το θέμα μιας μείζονος ανασυγκρότησης του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα.

Κεφάλαιο 3

Αποκεντρωτικές προσπάθειες που βασίζονται στο Νόμο 2889/2001 και η περιγραφή των συμπληρωματικών νόμων

3.1 Γενικά

Εκφρασμένος στόχος της μεταρρύθμισης με βάση το Νόμο 2889/01 και σε όσους τον συμπληρώνουν αποτελεί η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας με την σύσταση των Πε.Σ.Υ.Π. και η γενικότερη αναδιοργάνωση του όλου υγειονομικού συστήματος. Ως στόχος η αποκέντρωση έχει αποδειχθεί αποτελεσματικός σε όλη γενικά την οργάνωση και λειτουργία των δημόσιων δραστηριοτήτων και θεωρείται γενικά αποδεκτός. Αυξάνει την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα όλων των τομέων της δημόσιας διοίκησης, αφού προσανατολίζεται και αποτυπώνει τις πραγματικές ανάγκες κατά άμεσο τρόπο με αποτέλεσμα να γίνεται το σύστημα πιο ευέλικτο προς την απευθείας αντιμετώπιση τους. Ο ρόλος του κράτους επικεντρώνεται στο να εποπτεύει τις αποκεντρωμένες μονάδες και να χαράζει την γενική κατεύθυνση και οργάνωση προς τον κύριο στόχο της πολιτικής δράσης.

Στην πράξη όμως η αποκέντρωση δεν επιτυγχάνεται εύκολα και ούτε στην απόλυτη μορφή της, τόσο στον τομέα της υγείας όσο και σε άλλες εκφράσεις της δημόσιας διοίκησης. Η επίτευξη του στόχου της αποκέντρωσης στις υπηρεσίες υγείας μέσω του εν

λόγου Νόμου, προαπαιτεί επιλογή και θέσπιση μέτρων πολιτικής που εξάγουν ένα τέτοιο αποτέλεσμα. Επομένως το ερώτημα που εύλογα ανακύπτει είναι αν και κατά πόσο τα μέτρα που εισάγονται από την μεταρρύθμιση αυτή, επιτυγχάνουν ή όχι, να αναπτύξουν και να οργανώσουν ένα σύστημα υγείας αποκεντρωμένο.

Στα επόμενα υποκεφάλαια γίνεται μία προσπάθεια να αναζητηθούν ποιες λειτουργίες αποκεντρώνονται και με ποιο τύπο αποκέντρωσης, με βάση τον νόμο 2889/01, αλλά και μια περιγραφή των συμπληρωματικών νόμων που ακολούθησαν.

Εξάλλου, οι κεντρικού χαρακτήρα διαρθρωτικές επιλογές προκαθορίζουν, την κατεύθυνση και τη φύση των αντιστοίχως αναγκαίων επί μέρους νομοθετικών μέτρων που θα στοχεύουν στην υλοποίηση των θεμελιακών επιλογών. Μόνο η πειθάρχηση των επί μέρους παρεμβάσεων σε κεντρικές κατευθυντήριες επιλογές μπορεί να διασφαλίσει την εσωτερική τους συνοχή και ενότητα, έτσι ώστε τα επί μέρους αυτά μέτρα να οδηγήσουν στον κοινό κατευθυντήριο στόχο. Αντίθετα, η σύρευση πολλών μέτρων, με παράλληλη απουσία κεντρικών διαρθρωτικών επιλογών, αντιμετωπίζει τον κίνδυνο της αποσπασματικότητας των επί μέρους μέτρων, της αντιφατικότητας των στοχεύσεών τους και της αλληλοαναίρεσης της δυναμικής και των αποτελεσμάτων τους.

Η περιφερειακή διάσταση της συγκρότησης του συστήματος αποτελεί επιλογή, που έχει εφαρμοστεί από ιατρικώς προηγμένες χώρες. Παραμένουν, όμως αρκετά σημαντικά σημεία της περιφερειακής συγκρότησης ασαφή και αβέβαια, με συνέπεια να επιβάλλεται η προηγούμενη διαλεύκανσή τους, για να καταστεί δυνατή η κριτική της επιδιωκόμενης μεταρρύθμισης. Επισημαίνουμε σχετικώς ότι στο σχέδιο δεν αναφέρεται εάν στη διοίκηση του Πε.Σ.Υ.Π. θα περιλαμβάνονται και εκπρόσωποι των κοινωνικών φορέων υγείας και της τοπικής αυτοδιοίκησης, ώστε να είναι δυνατή η άσκηση κοινωνικού ελέγχου και να αποφευχθεί η εξάρτηση της λειτουργίας του Πε.Σ.Υ.Π. από την εκάστοτε κυβέρνηση.

3.2 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» - Νόμος 2889/2001

Η περιφερειοποίηση του συστήματος και η αποκεντρωμένη διοίκηση, αποτελούν από χρόνια ένα επιτυχημένο μοντέλο διοίκησης. Τα αυταρχικά και συγκεντρωτικά μοντέλα έχουν προ πολλού ξεπεραστεί. Τα συστήματα υγείας δεν μπορούν να λειτουργούν ως απολιθώματα έξω και μακριά από το κοινωνικό γίνεσθαι και οι μονάδες υγείας να βασανίζονται και να υποφέρουν από τη γραφειοκρατία, τη δυσκαμψία και την απουσία διοίκησης.

Ο βασικός στόχος του Νόμου 2889/01 είναι να επιτευχθεί η αποκέντρωση στον τομέα της υγείας πιστεύοντας ότι έτσι θα

επιλυθούν τα χρόνια προβλήματα που καθιστούν το σύστημα μη αποδοτικό. Βασικό εργαλείο σε όλη αυτήν την προσπάθεια είναι η σύσταση και ίδρυση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) τα οποία βάση του Νόμου 2889/01 φέρνουν αλλαγές στις εργασιακές σχέσεις του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και στην διοίκηση των νοσοκομειακών μονάδων. Το νομοσχέδιο περιλαμβάνει μέτρα για την Περιφερειακή Συγκρότηση του ΕΣΥ, τη Νέα Οργάνωση και Διοίκηση των Νοσοκομείων και την Ανάπτυξη του Ανθρώπινου Δυναμικού γι' αυτό και είναι δομημένο στις εξής ενότητες (κεφάλαια)

- Κεφάλαιο Α: Περιφερειακή Συγκρότηση του Ε.Σ.Υ. Άρθρο 1 έως 4
- Κεφάλαιο Β: Νοσοκομεία. Άρθρο 5 έως 10
- Κεφάλαιο Γ: Ανθρώπινο Δυναμικό. Άρθρο 11 έως 12
- Κεφάλαιο Δ: Ειδικές Διατάξεις. Άρθρο 13 έως 21

3.2.1 Πε.Σ.Υ.Π.

Με τις διατάξεις του νόμου επιδιώκεται η περιφερειακή συγκρότηση του ΕΣΥ με την ίδρυση και λειτουργία περιφερειακών συστημάτων υγείας (Πε.Σ.Υ.Π.) ανά περιφέρεια. Σκοπός των Πε.Σ.Υ.Π. είναι η δημιουργία ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών υγείας και ο συντονισμός των δράσεων και των πολιτικών παροχής υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο περιφέρειας, αναβαθμίζοντας έτσι το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας σε καθαρά επιτελικό όργανο χάραξης πολιτικής. Η

περιφερειακή αυτή αποκέντρωση, η οποία προβλεπόταν και από τον ιδρυτικό Νόμο 1397/83 ουδέποτε εφαρμόστηκε, αναμένετε να δώσει περισσότερη ευελιξία στο σύστημα και να επιφέρει καλύτερη αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επίσης επιτρέπει την ανίχνευση και την αποτύπωση των πραγματικών αναγκών υγείας του πληθυσμού ανά περιφέρεια, σύμφωνα με τις οποίες θα διενεργείται ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός των δραστηριοτήτων των υπηρεσιών υγείας για την ικανοποίηση τους, μέσα σε ένα γενικότερο πλαίσιο εσωτερικού ελέγχου.

Στο Άρθρο 1 Παρ 4 (ιη) του Νόμου «προβλέπεται η δυνατότητα του Δ.Σ. να αποφασίζει την σύσταση αυτοτελώς ή από κοινού με αλλά Πε.Σ.Υ.Π. Ανωνύμων Εταιριών που θα έχουν σκοπό την μελέτη, κατασκευή και συντήρηση κτιριακών υποδομών και συναφούς εξοπλισμού». Με αυτήν την δυνατότητα που αποκτά το Δ.Σ. η οποία πηγάζει από την συγκεκριμένη διάταξη του νόμου γίνεται μια αποκεντρωτική προσπάθεια μέσω της ελεγχόμενης εισαγωγής κανόνων της αγοράς η οποία παραπέμπει σε εξουσιοδότηση και αυτό γιατί μπορεί να γίνει μεταβίβαση της διαχείρισης σε φορείς που δεν ελέγχονται από το κεντρική εξουσία – Υπουργείο. Αυτήν την δυνατότητα όμως κανένα Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ.Π δεν την έχει αξιοποιήσει μέχρι και σήμερα.

«Όλες οι νοσοκομειακές μονάδες και τα κέντρα υγείας με τα περιφερειακά τους ιατρεία μετατρέπονται αυτοδικαίως σε

αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες του αντίστοιχου Πε.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια», όπως αναφέρεται στο Άρθρο 1 Παρ 4. Αυτή η ρύθμιση αποκεντρώνει περισσότερο το σύστημα υγείας αλλά απαιτεί επιπλέον ρυθμίσεις οι οποίες θα πρέπει να καθορίζουν την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Στο Άρθρο 1 Παρ 7 αναφέρεται ότι «Οι περισσότερες από τις αρμοδιότητες των υφισταμένων Δ.Σ. και προέδρων των νοσοκομείων επέρχονται στην αρμοδιότητα του Δ.Σ. του αρμόδιου Πε.Σ.Υ.Π.». Με αυτήν την διάταξη παρατηρείτε συγκεντρωτισμός σε επίπεδο περιφέρειας, επέρχεται περισσότερο μια περιφερειακή υπερσυγκέντρωση αρμοδιοτήτων και εξουσιών παρά μια περιφερειακή αποκέντρωση. Παρόλα αυτά η πράξη έδειξε ότι εκτός ελάχιστων αρμοδιοτήτων, τα Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ.Π. επέστρεψαν τις αρμοδιότητες αυτές στα συμβούλια διοίκησης των νοσοκομείων και στους διοικητές. Ο νόμος άφηνε στα Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ.Π. την ευχέρεια να αποφασίζουν σχετικά, ανάλογα με τις κατά τόπους ιδιαιτερότητες. Η εντολή όμως ήταν να γυρίσουν πίσω οι αρμοδιότητες αυτές όπως τελικά και έγινε. Εξάλλου η περιφερειακή αποκέντρωση έχει μεν την έννοια της απεξάρτησης και της αυτοτέλειας από την κεντρική διοίκηση, αλλά οφείλει να στηρίζεται στην εσωτερική αποκέντρωση, στην αποκέντρωση δηλαδή σε τοπικό επίπεδο.

Στο Άρθρο 2 Παρ 4 του νόμου αναφέρονται οι αρμοδιότητες του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. Προβλέπονται μια σειρά από αρμοδιότητες του Δ.Σ. στις οποίες κυρίως εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ή στο Κε.Σ.Υ. με αποτέλεσμα τον τελικό λόγο και την ευθύνη να την έχει κεντρικά το Υπουργείο αλλά επειδή το Πε.Σ.Υ.Π. έχει πιο ολοκληρωμένη εικόνα για τα προβλήματα και τις ανάγκες της εκάστοτε υγειονομικής περιφέρειας εισηγείται τις λύσεις.

Το Πε.Σ.Υ.Π. θα διαχειρίζεται, σε μια πρώτη φάση, εκείνους τους πόρους του Κρατικού Προϋπολογισμού που αντιστοιχούν στα λειτουργικά και μόνο έξοδα των δομών υγείας (Κ.Υ, Νοσοκομεία, κλπ.) που υπάρχουν στην περιφέρειά του. Στο μεσοπρόθεσμο όμως διάστημα θα πρέπει να αποκτήσει αποφασιστικές αρμοδιότητες που θα μεταφέρονται από το Υπουργείο Υγείας. Παρατηρείται αποσυγκέντρωση εφόσον μεταφέρεται η διαχειριστική λειτουργία στα Πε.Σ.Υ.Π. και συγχρόνως το υπουργείο ενισχύει το τοπικό management με ξεκαθαρισμένες διοικητικές αρμοδιότητες και με έναν βαθμό ελευθερίας, που επιτρέπουν στους τοπικούς αξιωματούχους να διοικούν χωρίς συνεχή αναφορά στην κεντρική υπηρεσία του υπουργείου αλλά χωρίς και την δυνατότητα λήψη αποφάσεων.

Η αποκέντρωση έχει ως κύριο σκοπό την κατανομή των πόρων σύμφωνα με τις εκάστοτε ανάγκες την περιφέρειας. Αυτό περιλαμβάνει όλο το ανθρώπινο δυναμικό που εμπλέκετε στο

σύστημα, συνεπώς και το ιατρικό προσωπικό. Αρμοδιότητα της κεντρικής υπηρεσίας του Πε.Σ.Υ.Π είναι ο προγραμματισμός προσλήψεων καθώς και των μετατάξεων, αποσπάσεων και μεταθέσεων του προσωπικού των μονάδων πλην του ιατρικού, αρμοδιότητα που διαφαίνεται από τον Νόμο στο Άρθρο 2 παρ 4. Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού και συγκεκριμένα του ιατρικού προσωπικού που παρέχει υγειονομικές φροντίδες και η θέσπιση προτεραιοτήτων παραμένουν μη αποκεντρωμένες λειτουργίες. Οι εξελίξεις αυτές έχουν διαμορφώσει την τάση του περιορισμένου τοπικού ελέγχου πάνω σ' αυτές τις λειτουργίες, οι οποίες σημειωτέον σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν την οικονομική αποδοτικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών.

Κατά συνέπεια εμφανίζονται κάποιες αρμοδιότητες που σχετίζονται με την διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, και ιδιαίτερα του ιατρικού κλάδου, να παραμένουν συγκεντρωτικές, αυτό όμως μπορεί να εξηγηθεί από την εμπειρία της Λατινικής Αμερικής που δίδαξε ότι οι αρμοδιότητες αυτές μπορούν να ανατεθούν στις περιφερειακές αρχές σε προχωρημένα στάδια της διαδικασίας της αποκέντρωσης. Στη Χιλή για παράδειγμα, αρχικά επιτράπη στις τοπικές αρχές να προσλαμβάνουν και να απολύουν προσωπικό καθώς και να καθορίζουν το ύψος των απολαβών τους. Τελικά όμως πολλές από τις διατάξεις προστασίας των δημοσίων υπαλλήλων επανήλθαν και οι επιλογές των τοπικών αρχών και περιορίστηκαν.

Η διοίκηση των Πε.Σ.Υ.Π. διορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, χωρίς πρόβλεψη συμμετοχής σ' αυτήν εκπροσώπων των Υγειονομικών Φορέων (Π.Ι.Σ., Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.) και της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της Περιφέρειας, στην οποία έχει την έδρα του το κάθε Πε.Σ.Υ.Π.. Επίσης δεν προβλέπεται άλλος τρόπος διασύνδεσης της διοίκησης του Πε.Σ.Υ.Π. με τους φορείς αυτούς.

Σε ότι αφορά της Κοινωνική προστασία, στρατηγικός στόχος πρέπει να είναι η λειτουργική σύνδεση των δυο αυτόνομων μέχρι σήμερα χώρων και η δημιουργία του «Ενιαίου Πρωτοβάθμιου Χώρου Υγείας και Κοινωνικής Προστασίας» σε αντιστοιχία με τις εξελίξεις στην Ε.Ε. Γι' αυτό και αποτελεί ιδιαίτερα σημαντική εξέλιξη στην χώρα μας η πρόσφατη μετεξέλιξη των Πε.Σ.Υ. σε Πε.Σ.Υ.Π. (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας).

3.2.2 Νοσοκομεία

Σημαντικές αλλαγές εισάγει ο Νόμος 2889/01 στον τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων υγείας με κεντρικό στόχο την συγκράτηση του κόστους περίθαλψης και συγχρόνως την παράλληλη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα νοσοκομεία παύουν να αποτελούν νομικά πρόσωπα και είναι αυτοτελείς αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ.Π., διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: τα Γενικά και τα Ειδικά. Η διάκριση σε Νομαρχιακά και Περιφερειακά καταργείται.

Στο Άρθρο 5 Παρ 1 του Νόμου «Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ιδρύονται με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας, ως αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια». Με την διάταξη αυτή ορίζεται η οικονομική αυτή αυτοτέλεια των μονάδων υγείας χωρίς όμως να διαφαίνεται από τον νόμο ο τρόπος με τον οποίο αυτό μπορεί να επιτευχθεί αφού στις διατάξεις του, δεν αναφέρονται εκτεταμένες και ουσιαστικές αρμοδιότητες.

Στο Άρθρο 5 Παρ 4 ορίζονται τα όργανα διοίκησης των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. που είναι το Συμβούλιο Διοίκησης και ο Διοικητής. Τα μέχρι τώρα διοικητικά συμβούλια στα νοσοκομεία καταργούνται και στην θέση τους τοποθετούνται επαγγελματίες διαχειριστές (διοικητές και αναπληρωτές διοικητές – Manager), με εκτεταμένες αρμοδιότητες ώστε να προωθήσουν ριζικές αλλαγές. Ο διορισμός του Διοικητή του νοσοκομείου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Αυτό αποτελεί μια συγκεντρωτική διαδικασία αφού θα ήταν πιο συνεπές στον στόχο της αποκέντρωσης, που αποτελεί τον κύριο στόχο όλης της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας, ο διοικητής του νοσοκομείου να διορίζεται από τον διοικητή του Πε.Σ.Υ.Π. με δεδομένο ότι το νοσοκομείο αποτελεί αυτοτελής και αποκεντρωμένη μονάδα του Πε.Σ.Υ.Π..

Στο Άρθρο 5 Παρ 7.Β. όπου αναφέρονται οι αρμοδιότητες του διοικητή και πιο συγκεκριμένα «Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπλήρωση των σκοπών και στόχων του νοσοκομείου μέσα στα πλαίσια της γενικής πολιτικής και του προγραμματισμού». Ο διοικητής του νοσοκομείου για να μπορεί να επιτελέσει το έργο του και να επιτύχει τους στόχους του θα πρέπει να έχει πλήρη γνώση της κατάστασης όπως και πλήρη ενημέρωση αυτής από τους υφισταμένους του, το Συμβούλιο Διοίκησης στο οποίο και προεδρεύει. Όμως αυτό φαίνεται να καταπατείτε στο Άρθρο 5 Παρ 5.Β που αναφέρεται στις αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου όπου μια από αυτές είναι να «Γνωμοδοτεί προς τον πρόεδρο ή το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π, κατά περίπτωση, για την λήψη μέτρων που εξασφαλίζουν την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου και την ορθολογική και αποδοτική διαχείριση των οικονομικών πόρων και της περιούσιας του, ώστε να ανταποκρίνεται στην κοινωνική αποστολή του». Με αυτήν την διάταξη το Συμβούλιο Διοίκησης θα μπορεί παρακάμπτοντας τον Διοικητή του νοσοκομείου να γνωμοδοτεί απευθείας σε ανώτερους του διοικητή, δηλαδή τον πρόεδρο και το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. γεγονός που έρχεται ενάντια στους κανόνες της αποτελεσματικής διοίκησης. Μια τέτοια κατάσταση εγκυμονεί σοβαρούς κινδύνους για την εύρυθμη διοίκηση του νοσοκομείου. Για τον λόγο αυτό προτείνεται να οριστεί ότι η εισήγηση για τα θέματα της παραγράφου 5.Β να απευθύνεται προς τον διοικητή του νοσοκομείου.

Μεταξύ των Πε.Σ.Υ.Π. και των διοικητών νοσοκομείων θα υπογράφεται συμβόλαιο αποδοτικότητας με συγκεκριμένες υποχρεώσεις επίτευξης στόχων. Αυτό αναφέρεται στο Άρθρο 5 Παρ 6.Β σύμφωνα με το οποίο «Ο διοικητής, πριν από την ορκωμοσία και την ανάληψη υπηρεσίας υπογράφει με το οικείο Πε.Σ.Υ.Π. “Συμβόλαιο Αποδοτικότητας”, στο οποίο καταχωρούνται οι ειδικότερες υποχρεώσεις που αναλαμβάνει ο διοικητής για την επίτευξη συγκεκριμένων στόχων». Ο διοικητής του νοσοκομείου δεν εξοπλίζεται με τις αρμοδιότητες εκείνες που θα του επιτρέψουν πραγματικά να παίξει τον προωθητικό ρόλο που η κοινωνία αναμένει από τον θεσμό αυτό.

Με το Άρθρο 9 Παρ 1 «Από 1.1.2002 επιτρέπεται στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. μετά το τακτικό ωράριο, η λειτουργία απογευματινών ιατρείων και η διενέργεια διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων.» η επέκταση της λειτουργία των νοσοκομείων και τα απογεύματα, αποτελεί μια υπαρκτή κοινωνική ανάγκη και θα πρέπει μια μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ. να ανταποκρίνεται στην ανάγκη αυτή. Ο συγκεκριμένος όμως τρόπος που επιλέγετε, με τις σχετικές διατάξεις του στο Άρθρο 9, και πιο συγκεκριμένα με την υποχρέωση του εξεταζόμενου ασθενή να καταβάλει την αμοιβή για την επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο απευθείας στο νοσοκομείο, κρίνεται ιδιαίτερα αρνητικά αφού είναι κάτι που αναιρεί μια από τις βασικές αρχές του Ε.Σ.Υ., δημόσιο και δωρεάν σύστημα υγείας, και ενέχει τον κίνδυνο να δημιουργηθούν άνισες καταστάσεις στους ασθενείς. Επίσης για να μπορεί ο νέος

θεσμός που εισάγεται να λειτουργήσει αποτελεσματικά θα πρέπει να υπάρξει ικανοποιητική ανταπόκριση από επαρκή αριθμό ιατρών και για να επιτευχθεί θα πρέπει να δοθούν επιπλέον κίνητρα σε επίπεδο αποδοχών.

Στο Άρθρο 6 Παρ 4 προβλέπεται ότι «σε κάθε νοσοκομείο συνίσταται υποχρεωτικά Ειδικό Γραφείο με τίτλο “Γραφείο Υποδοχής Ασθενών” το οποίο στελεχώνετε με κατάλληλο προσωπικό, για την υποδοχή και την καθοδήγηση των προσερχόμενων ασθενών και των συνοδών τους και την πληροφόρηση τους για τους κανόνες λειτουργίας του νοσοκομείου». Επίσης στο ίδιο Άρθρο στην Παρ 5 προβλέπεται η δημιουργία αυτοτελούς Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) το οποίο θα στελεχώνετε με εξειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό με στόχο την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιπτώσεων, την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών και τον περιορισμό των «Πλασματικά» επειγουσών περιστατικών.

Ένα άλλο θέμα που δεν θίγεται από το νόμο 2889/01 είναι η ανάγκη αξιολόγησης των νοσοκομείων ως οργανισμών. Θα πρέπει να θεσπιστούν μετρήσιμα κριτήρια της αποδοτικής και αποτελεσματικής λειτουργίας των νοσοκομείων (π.χ. ποσοστά θνησιμότητας, επαναληψιμότητα των ιατρικών πράξεων, χρόνος αναμονής μέχρι την διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων κλπ). Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει να δημοσιεύονται προκειμένου να

λαμβάνουν γνώση οι πολίτες και να αποτελούν σημείο αναφοράς για ανάλυση, κριτική, αυτοκριτική και προσπάθεια βελτίωσης.

3.2.3 Ανθρώπινο δυναμικό

Το σύστημα υγείας είναι ανθρωποκεντρικό αφού απαιτεί μεγάλη απασχόληση του ανθρωπίνου δυναμικού σε κλάδους εργασίας διαφορετικούς (νοσηλευτικό, ιατρικό, παραϊατρικό διοικητικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό). Ο ρόλος όλων των εργαζομένων στο ΕΣΥ είναι καθοριστικός στην αποτελεσματικότητα του συστήματος και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Στο νόμο εισάγονται νέοι κανόνες για την ρύθμιση των εργασιακών σχέσεων κυρίως του ιατρικού προσωπικού, αλλά και του νοσηλευτικού, που απασχολείται στο σύστημα υγείας.

Συγκεκριμένα στο *άρθρο 11 Παρ 1* αναφέρεται ότι «Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης». Γεγονός που προδιαθέτει πως η οποιαδήποτε παροχή υπηρεσιών τους σε ιδιωτικό ιατρείο ή άλλο φορέα θα αποτελεί πειθαρχικό αδίκημα και θα διώκεται. Εν συνεχεία στο ίδιο άρθρο στην παρ 2 ρυθμίζεται ότι «Από 1.1.2002 οι πανεπιστημιακοί ιατροί που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή σε νοσοκομεία των Α.Ε.Ι., απαγορεύεται να ασκούν ιδιωτικό ιατρείο». Για τυχών παραβάσεις προβλέπονται σχετικές ποινές τόσο στον ιατρό όσο και στον ιδιωτικό φορέα. Η

απαγόρευση των πανεπιστημιακών γιατρών να ασκούν ιδιωτική πρωτοβουλία έχει εφαρμοστεί σε πολλές χώρες με συνήθως καλά αποτελέσματα. Προϋποθέτει, όμως, επαρκή και κατάλληλα νοσοκομεία, καθώς αυξημένες δαπάνες αλλά και σεβασμό της αυτοτέλειας του πανεπιστημίου. Στη χώρα μας όμως οι πανεπιστημιακές κλινικές, τα εργαστήρια και, γενικά τα νοσοκομεία δεν έχουν το απαραίτητο μέγεθος και τον εξοπλισμό, έτσι ώστε οι γιατροί που θα εργαστούν εκεί, πλήρως και αποκλειστικά, να αξιοποιήσουν τη γνώση, την πείρα και τον κόπο τους. Ως εναλλακτική λύση δόθηκε η λειτουργία των απογευματινών ιατρείων μέσα στα δημόσια νοσοκομεία. Ο χρόνος όμως έδειξε ότι η πλειοψηφία των πανεπιστημιακών ιατρών αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στα απογευματινά ιατρεία, ενώ αρκετοί εκμεταλλεύονται την λειτουργία των απογευματινών ιατρείων για να αυξήσουν την πελατεία τους στα ιδιωτικά τους ιατρεία.

Επίσης υπαρκτός κίνδυνος αποτελεί η διαχείριση του ιδιωτικού τομέα από τους Πανεπιστημιακούς Ιατρούς – είτε άμεσα είτε σε Νοσοκομεία του ΕΣΥ μέσω των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών – συντεταγμένοι πλέον με την νοοτροπία του κέρδους χωρίς να εμπλέκεται μόνο το όνομα τους και η φήμη τους αλλά και η δημόσια μονάδα υγείας στην οποία παρέχουν τις υπηρεσίες τους.

Το άρθρο 11 Παρ 5 αναφέρει ότι «Όλοι οι ιατροί προσλαμβάνονται πρώτη φορά στο Ε.Σ.Υ. μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, ανεξάρτητα από την βαθμίδα για την οποία επιλέγονται, διορίζονται με πενταετή θητεία. Στο τέλος της πενταετίας η θέση επαναπροκηρύσσεται. Εφόσον ο ιατρός που κατέχει την θέση επιλεγεί για την κάλυψη της, διορίζεται πάλι με πενταετή θητεία». Οι διατάξεις για την κρίση και την επανάκριση των ιατρών στην πενταετία και την δεκαετία μετά την οποία επέρχεται η μονιμοποίηση κρίνονται θετικά, αφού η ιδιαιτερότητα του ιατρικού επαγγέλματος επιβάλλει τέτοιου είδους κρίσεις προκειμένου να διασφαλιστεί ότι οι υπηρεσίες υγείας θα παρέχονται πράγματι από τα κατάλληλα πρόσωπα με τα κατάλληλα προσόντα και σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής δεοντολογίας. Θα πρέπει όμως παράλληλα να υπάρχουν οι εγγυήσεις ότι αφενός οι κρίσεις θα είναι ουσιαστικές και όχι τυπικές και αφετέρου θα είναι αντικειμενικές και δίκαιες. Από την άλλη πλευρά εγκυμονεί ο κίνδυνος για τους νεοεισερχόμενους ιατρούς στο σύστημα να βρεθούν όμηροι της εργασιακής ανασφάλειας. Ενταγμένοι εξ αρχής σ' ένα πνεύμα ιδιωτικής λειτουργίας και απόλυτης υπακοής, είτε θα συνδέονται με κομματικούς και άλλους μηχανισμούς για την εξασφάλιση της επαναπρόσληψής τους, είτε θα προσπαθούν να στήσουν νωρίς το ιδιωτικό τους ιατρείο για να εξασφαλίσουν καλύτερους όρους διαπραγμάτευσης στην ιδιωτική αγορά υπηρεσιών.

«Σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συγκροτούνται, με απόφαση του προέδρου του, Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής ιατρών Ε.Σ.Υ., ανά ειδικότητα», σύμφωνα με το Άρθρο 11 παρ 8. Παράλληλα στην παρ 11 προβλέπεται ότι «Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστώνται, για κάθε ειδικότητα, Συμβούλια Επιλογής και Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών ιατρών Ε.Σ.Υ.». Τα συμβούλια αυτά στελεχώνονται από Κατάλογο Εθνικών Ιατρών που καταρτίζεται ανά ειδικότητα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ.. Παράλληλα υπάρχουν ρυθμίσεις για την αξιολόγηση των μόνιμων επιμελητών Α'.

Θεσπίζονται κίνητρα και ειδικές αμοιβές για την προσέλκυση ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού για την κάλυψη ειδικών αναγκών σε ακριτικές και νησιωτικές περιοχές της χώρας, όπως ορίζει το Άρθρο 11 παρ 21. Ενώ στην επόμενη παράγραφο δίνετε, μετά από έγκριση των Υπουργών Υγείας – Πρόνοιας και Οικονομικών, η δυνατότητα στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. να αναθέτει κατά την θερινή περίοδο, την κάλυψη έκτακτων ή εποχιακών αναγκών σε νησιά, απομονωμένες ή τουριστικές περιοχές, σε ιδιώτες γιατρούς, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό με συμβάσεις έργου ορισμένου χρόνου που δεν μπορεί να είναι μικρότερο των τριών μηνών.

Σε σχέση με τις αποδοχές, επισημαίνετε ότι το νομοσχέδιο 2889/01 δεν θίγει καθόλου το θέμα της σύνδεσης της αμοιβής των ιατρών με την αποδοτικότητα (με τον καθορισμό συγκεκριμένων

ποιοτικών δεικτών), ζήτημα το οποίο είναι πλέον ώριμο προς αντιμετώπιση.

3.3 Συνοδευτικά Νομοσχέδια της μεταρρύθμισης με τίτλο «Υγεία για τον πολίτη»

1. Νόμος 2920/01 «Σώμα επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις»
2. Νόμος 2955/01 «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ.Π. και άλλες διατάξεις»
3. Νόμος 3106/03 «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις»
4. Νόμος 3172/03 «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις»
5. Νόμος 3293/04 «Πολυκλινική ολυμπιακού χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

3.3.1 Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.)

Η αποκέντρωση για να μπορεί να εφαρμοστεί αποτελεσματικά θα πρέπει να συνοδεύεται από μηχανισμούς έλεγχου, Εσωτερικούς – Εξωτερικούς, με σκοπό να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που

παρουσιάζονται στο σύστημα και αυτά είναι η χαμηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, οι αδικαιολόγητες δαπάνες του συστήματος, η εξάλειψη της κακοδιοίκησης και η προστασία της υγείας και της περιουσίας των πολιτών. Είναι υπαρκτή η ανάγκη έλεγχου στην Ελλάδα στους τομείς κοινωνικής πολιτικής αφού η Ελλάδα είναι στην 44^η θέση σε σύνολο 102 χωρών που αξιολογούνται για θέματα διαφθοράς και βαθμολογείται με 4,2 με άριστα το 10.

Ο καινοτόμος θεσμός που εισάγεται στο σχέδιο της μεταρρύθμισης είναι η σύσταση του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) που αποτελεί ένα μηχανισμό ελέγχου εξωτερικού χαρακτήρα που υπάγεται απευθείας στο Υπουργείο Υγείας. Έχει στόχο την ανάπτυξη και λειτουργία Κεντρικού και Περιφερειακού μηχανισμού για την διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες (δημόσιες και ιδιωτικές) και τους φορείς που υπάγονται στην αρμοδιότητα ή την εποπτεία του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Έχει περιφερειακή συγκρότηση και η αποστολή του είναι η διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλους τους φορείς που εποπτεύονται από το Υπ.Υ.Π.

Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. διαρθρώνεται σε τρεις τομείς:

1. Υγειονομικού – Φαρμακευτικού Ελέγχου
2. Διοικητικού – Οικονομικού Ελέγχου
3. Ελέγχου Φορέων Πρόνοιας

Η διενέργεια ελέγχων προβλέπεται αυτεπαγγέλτως δηλαδή κατόπιν εντολής του Γενικού Επιθεωρητή επίσης μετά από εντολή του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ή μετά από αίτημα του Συνηγόρου του Πολίτη. Θα έπρεπε να προβλεφθεί και η διενέργεια ελέγχου μετά από αίτημα κάποιου πολίτη με επώνυμη καταγγελία αλλά και μετά από αίτημα κοινωνικού φορέα ή φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας.

Η στελέχωση του Σ.Ε.Υ.Υ.Π. προβλέπει την σύσταση μιας θέσης Γενικού Επιθεωρητή, τριών θέσεων Βοηθών Γενικού Επιθεωρητή, εκατό θέσεων Επιθεωρητών και 30 θέσεων Βοηθών Επιθεωρητών. Το σώμα στελεχώνεται με αποσπάσεις μόνιμων υπαλλήλων των οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. καθώς και με αναθέσεις καθηκόντων σε συνταξιούχους μόνιμους υπαλλήλους του δημοσίου (σύστημα απόσπασης από άλλες δημόσιες υπηρεσίες). Η αποτελεσματική λειτουργία του σώματος αυτού απαιτεί εξαιρετικές γνώσεις των νέων τεχνολογιών, και των νέων γνωστικών αντικειμένων της επιστήμης, ιδιαίτερα στους τομείς της πληροφορικής, της τηλεϊατρικής, της διασφάλισης ποιότητας, της αναλυτικής λογιστικής και κοστολόγησης κλπ. Γι' τον λόγο αυτό προτείνεται να εμπλουτιστεί το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. με ειδικούς επιστήμονες, που να διαθέτουν τις απαραίτητες σπουδές και εμπειρία. Οι αποσπάσεις όμως, από μόνες τους δεν μπορούν να αποτελούν την αποκλειστική μέθοδο στελέχωσης ενός νέου

φορέα, γιατί δεν συμβάλουν στην προσέκλυση του καλύτερου δυνατού έμψυχου υλικού.

Η στελέχωση των επιθεωρητών γίνεται για πλήρη και αποκλειστική απασχόληση και για χρονικό διάστημα 3 ετών με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού. Αυτή η διάταξη του νόμου εμπεριέχει το στοιχείο προσωρινότητας για τη στελέχωση του προσωπικού, το οποίο κρίνεται θετικά για τον λόγο ότι αποτελεί μια επιπλέον ασφαλιστική δικλίδα στο μηχανισμό του ελέγχου, ώστε να αποφεύγονται τα φαινόμενα διαφθοράς που σχετίζονται με την ανθρώπινη φύση.

Το σώμα επιθεωρητών πρέπει να χαρακτηρίζεται από εχεμύθεια για όσα τυχών περιέλθουν σε γνώση των επιθεωρητών, θα πρέπει να κατοχυρωθεί θεσμικά το απόρρητο πληροφοριών από την διενέργεια ελέγχων. Ένα ελεγκτικό σώμα έχει από την φύση του έργου του αυξημένες εξουσίες, αυτό όμως δικαιολογείται από την ανάγκη να είναι αποτελεσματικό για να επιτύχει το έργο του, αλλά παράλληλα θα πρέπει να υπάρχουν θεσμικές δικλίδες ασφάλειας για να κατασταλούν φαινόμενα κατάχρησης εξουσίας.

3.3.2 Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ.Π.

Ένα από τα βασικά σημεία που υστερεί το Ε.Σ.Υ. είναι το μεγάλο ζήτημα των προμηθειών στα νοσοκομεία. Το συγκεκριμένο νομοσχέδιο έχει σκοπό στον εκσυγχρονισμό και την αναβάθμιση των υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ. και συγκεκριμένα την βελτίωση της διαδικασίας προμηθειών σε μονάδες υγείας του Ε.Σ.Υ.. Οι συμβάσεις προμηθειών και παροχής υπηρεσιών της Κεντρικής Υπηρεσίας, των περιφερειακών συστημάτων υγείας Πε.Σ.Υ.Π., των αποκεντρωμένων μονάδων τους και των νοσοκομείων συνάπτονται και εκτελούνται, είτε από το Υπουργείο Ανάπτυξης, είτε από τα Πε.Σ.Υ.Π. και τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

Τα κύρια προβλήματα είναι:

1. καθυστέρηση στην προμήθεια των υλικών με αποτέλεσμα τα υλικά να είναι πεπαλαιωμένα την στιγμή που προσφέρονται στις μονάδες υγείας,
2. περιθώρια για διαφθορά μέσω της έλλειψης κοινών βασικών τεχνικών προδιαγραφών,
3. καθυστερήσεις στην εξόφληση των προμηθευτών με αποτέλεσμα να επιβαρύνονται οι προσφορές,
4. ενθάρρυνση ολιγοπωλιακών καταστάσεων στην αγορά μέσω της διεξαγωγής διαπραγματεύσεων ξεχωριστά σε κάθε νοσοκομείο.

Το άρθρο 2 του Νόμου, προβλέπει την δημιουργία στο Υπουργείο Υγείας «ειδικού μητρώου» ιατροτεχνολογικών προϊόντων όπου καταγράφονται με ξεχωριστό κωδικό τα μηχανήματα και τα υλικά που είναι αναγκαία για την λειτουργία των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας. Το μέτρο αυτό θα οδηγήσει σε επιτάχυνση των διαδικασιών προμηθειών, καθώς θα καταρτίζεται ταχύτερα το κείμενο της προκήρυξης και θα αποφεύγονται ενστάσεις των διαγωνιζομένων. Ταυτόχρονα θα υπάρξει μεγαλύτερη συγκρισιμότητα των προσφορών και κατά συνέπεια θα είναι δυνατή η επίτευξη καλύτερων τιμών. Τέλος εξασφαλίζεται η απαραίτητη διαφάνεια, αφού η κατάρτιση των μητρώων θα στηρίζεται σε αντικειμενικά κριτήρια. Για να επιτευχθεί αυτό θα πρέπει το μητρώο να ενημερώνετε συχνά ανάλογα με τις εξελίξεις της τεχνολογίας και των νέων δεδομένων της αγοράς. Ορίζονται πενταμελής επιτροπές από στελέχη του Δημοσίου και Ιδιώτες με ειδικές γνώσεις, επιστημονική κατάρτιση και πείρα με σκοπό τον καθορισμό των τεχνικών χαρακτηριστικών και προδιαγραφών των υλικών που θα συμπεριλαμβάνει το μητρώο έτσι ώστε να συμβάλουν στην ολοκλήρωση του «ειδικού μητρώου».

Στον Νόμο (άρθρο 3) καθιερώνεται η υποχρέωση των αποκεντρωμένων μονάδων του Ε.Σ.Υ. να υποβάλουν προγραμματισμό προμηθειών μέχρι τον Φεβρουάριο κάθε έτους για το επόμενο έτος, ενώ καθορίζονται επαρκώς τα στοιχεία που θα πρέπει να περιλαμβάνει ο προγραμματισμός αυτός. Με την σειρά του το Π.Ε.Σ.Υ.Π. καταρτίζει τον ετήσιο προγραμματισμό για

το επόμενο έτος μέχρι το τέλος του Απριλίου και το υποβάλει στο Υπουργείο Ανάπτυξης με κοινοποίηση στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ο καθορισμός των προμηθειών σε επίπεδο περιφέρειας θα συμβάλει στον περιορισμό των εξωσυμβατικών προμηθειών της τελευταίας στιγμής ενώ παράλληλα θα δώσει την δυνατότητα για μεγαλύτερες και ενιαίες παραγγελίες με αποτέλεσμα να επιτυγχάνονται καλύτερες τιμές.

Το Δ.Σ του Πε.Σ.Υ.Π. σύμφωνα με το άρθρο 4, έχει την αρμοδιότητα της σύστασης 5 μελών επιτροπών που είναι αρμόδιες για την έρευνα αγοράς, για την προετοιμασία και την διενέργεια διαγωνισμών. Τα μέλη της επιτροπής είναι υπάλληλοι που υπηρετούν σε μονάδα του Πε.Σ.Υ.Π. ή αρμόδιων του Πε.Σ.Υ.Π.. Η εκτέλεση και η σύναψη των συμβάσεων γίνεται από την κεντρική υπηρεσία του Πε.Σ.Υ.Π. και μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις το Πε.Σ.Υ.Π. μπορεί να αναθέσει στο νοσοκομείο την σύναψη και εκτέλεση οποιασδήποτε σύμβασης.

Στο άρθρο 7 δίδεται η δυνατότητα διενέργειας διαγωνισμών με την μέθοδο της προσφοράς τιμής ανά εργαστηριακή εξέταση ή διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη ή καθορισμένα σύνολα εργαστηριακών εξετάσεων κλπ. Η εφαρμογή της όμως προϋποθέτει ολοκληρωμένο μηχανογραφικό σύστημα στο νοσοκομείο ή στο Πε.Σ.Υ.Π..

Παράλληλα προβλέπεται η δυνατότητα προμήθειας – χωρίς διαγωνισμό – μη συγκρίσιμων και εξατομικευμένων υλικών των οποίων η ανώτατη επιτρεπόμενη τιμή θα καθορίζεται από υπουργική απόφαση. Αυτή η διάταξη δεν προάγει ανταγωνιστικές καταστάσεις αφού μπορεί σε αυτό το ύψος τιμής να προσφέρουν το προϊόν περισσότερες από μια εταιρίες. Αν πάλι υπάρχει μόνο μια εταιρία που προσφέρει το συγκεκριμένο υλικό η έννοια της ανώτερης επιτρεπόμενης τιμής δεν φέρει κάποιο ιδιαίτερο νόημα και σε αυτήν την περίπτωση προτείνεται η διαπραγμάτευση με τον προμηθευτή της τιμής του προϊόντος σε σχέση με τις τιμές ομοειδών προϊόντων που έχουν αγοράσει άλλες μονάδες υγείας στον δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. (συγκρίσιμες τιμές)

Η καταχώριση και παρακολούθηση του υλικού που αποθηκεύεται στα νοσοκομεία και οι ημερομηνίες λήξης της χρήσης τους αποτελεί αρχική προϋπόθεση. Παράλληλα η εισαγωγή του μηχανογραφικού μητρώου προμηθευτών με σκοπό την παρακολούθηση της συναλλαγματικής συμπεριφοράς τους στο πλαίσιο εκτέλεσης των συμβάσεων δίνει την δυνατότητα αξιολόγησης αυτών στο μέλλον.

3.3.3 Αναδιοργάνωση του εθνικού συστήματος κοινωνικής φροντίδας και άλλες διατάξεις

Η κοινωνική πρόνοια προσανατολίζεται στην προστασία ατόμων χωρίς επαρκείς πόρους βιοπορισμού, αποβλέποντας τόσο στην

κάλυψη των βασικών αναγκών διαβίωσης τους όσο και στην ευρύτερη κοινωνική τους συμμετοχή. Η κοινωνική πρόνοια αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο κάθε εθνικού συστήματος κοινωνικής ασφάλειας και αποσκοπεί στην προστασία των ανθρώπων εκείνων που έχουν δυσχέρεια πρόσβασης στην αγορά εργασίας, δεν καλύπτονται ικανοποιητικά ή και καθόλου από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και δεν είναι σε θέση να εξασφαλίσουν από μόνοι τους ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης. Με τον νόμο για την αναδιοργάνωση του τομέα της Κοινωνικής Φροντίδας γίνεται η διασύνδεση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας με το Εθνικό Σύστημα Υγείας με αποτέλεσμα να εξυψώνεται η ανάγκη για ένα καλά οργανωμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας.

Στα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας υπάγονται μια σειρά Ν.Π.Δ.Δ. και αποκεντρωμένες και περιφερειακές υπηρεσίες του *Εθνικού Οργανισμού Κοινωνικής Φροντίδας (ΕΟΚΦ)*, στην ανάλογη περιφέρεια όπου έχουν την έδρα τους. Όλα τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις των φορέων αυτών περιέχονται στο οικείο Πε.Σ.Υ.. Κατ' επέκταση τα Πε.Σ.Υ. διευρύνουν τις αρμοδιότητές τους περιλαμβάνοντας και τον τομέα της πρόνοιας, και μετονομάζονται σε Πε.Σ.Υ.Π. (δηλαδή Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας).

Οι αρμοδιότητες του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.Π. στα θέματα κοινωνικής φροντίδας είναι συντονιστικές, επιτελικές (εκπόνηση

Επιχειρησιακού Σχεδίου Δράσης και χάρτη πρόνοιας της Περιφέρειας), εισηγητικές προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας (για την έκδοση νέων Οργανισμών των μονάδων κοινωνικής φροντίδας, για την ίδρυση, κατάργηση, συγχώνευση μονάδων και την χωροταξική κατανομή τους), εποπτικές (αξιολόγηση έργου των μονάδων με βάση ποιοτικούς και ποσοτικούς δείκτες), οικονομικές (κατάρτιση προϋπολογισμού, απολογισμού, ισολογισμού ανά μονάδα ή συνολικά) κλπ. Παράλληλα ο νόμος προβλέπει την σύσταση αυτοτελούς Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών σε κάθε Πε.Σ.Υ.Π. που υπάγεται απευθείας στον πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.Π., ο οποίος μπορεί να μεταβιβάζει τις σχετικές αρμοδιότητες στον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ.Π.. Η συνύπαρξη όμως αρμοδιοτήτων σε ένα πρόσωπο που αφορούν τόσο την υγεία όσο και την πρόνοια, δημιουργεί κίνδυνο να δοθεί προτεραιότητα στον τομέα της υγείας, με δεδομένο άλλωστε ότι η επιλογή των διευθυντικών στελεχών του Πε.Σ.Υ.Π. έχει μέχρι στιγμής γίνει με σημείο αναφοράς τον τομέα της υγείας.

Το άρθρο 6 του Νόμου αναφέρεται στο *Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας* (Ε.Κ.Α.Κ.Β.) που είχε συστηθεί από τον Νόμο 2646/1998 ως αποκεντρωμένη μονάδα του Ε.Ο.Κ.Φ. και που τώρα μετατρέπεται σε Ν.Π.Δ.Δ.. Το Ε.Κ.Α.Κ.Β. διενεργεί επείγουσες κοινωνικές παρεμβάσεις, μέριμνα για την παροχή προσωρινής στέγης, διατροφής και ένδυσης, την πληροφόρηση και την ενημέρωση για προνοιακά δικαιώματα, την συμβουλευτική

υποστήριξη και τον συντονισμό στην εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής αλληλεγγύης και εθελοντικής προσφοράς για αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών.

Στο άρθρο 7 προβλέπεται η μετατροπή σε Ν.Π.Δ.Δ. του *Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας* (Ε.ΣΥ.Κ.Φ.) που ιδρύθηκε από τον Νόμο 2646/1998. Στο άρθρο 9 προβλέπεται η ίδρυση Εθνικού Παρατηρητηρίου Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες ως Ν.Π.Ι.Δ. εποπτευόμενου από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Υπάρχει θέμα ανάγκης συντονισμού των τριών οργάνων που ιδρύονται σε εθνικό επίπεδο, δηλαδή του Ε.ΣΥ.Κ.Φ., του Ε.Κ.Α.Κ.Β. και του παρατηρητηρίου, έτσι ώστε να υπάρξει ενιαία, συντονισμένη και οργανωμένη η προσπάθεια προνομιακής κάλυψης.

3.3.4 Οργάνωση και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών δημόσιας υγείας

Στο νόμο αυτό προσδιορίζεται, με σαφήνεια, η έννοια και τα χαρακτηριστικά της δημόσιας υγείας, η προστασία και η προαγωγή της οποίας αποτελεί θεμελιώδη ευθύνη της πολιτείας. Η πολυτομεακή δράση της δημόσιας υγείας προβλέπει την βελτίωση της υγείας και ποιότητας ζωής των πολιτών που αποτελούν τους βασικούς στόχους ενός κράτους πρόνοιας. Έτσι η πολιτική του κράτους για την δημόσια υγεία αποτελεί μια πολύμορφη δέσμη δραστηριοτήτων που έχει σκοπό την διασφάλιση της υγείας του πληθυσμού και την αντιμετώπιση όλων εκείνων των παραγόντων και των συνθηκών που την απειλούν.

Με το νόμο ενισχύεται η παρουσία του κράτους, αφενός με την θεσμοθέτηση ενός εθνικού φορέα για την χάραξη της Εθνικής Στρατηγικής για την δημόσια υγεία και αφετέρου με την ίδρυση και οργάνωση επιτελικών υπηρεσιών δημόσιας υγείας τόσο στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας όσο και στις περιφέρειες. Συνίστανται Εθνικό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.), με την ίδρυση του οποίου ικανοποιείται η ανάγκη να έχει η ελληνική κοινωνία γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό όργανο, το οποίο θα συγκροτούν πρόσωπα με ιδιαίτερο επιστημονικό και κοινωνικό κύρος και θα λειτουργεί με βάση τεκμηριωμένες και αναγνωρισμένες γνώσεις στον χώρο της δημόσιας υγείας. Τα μέλη του συμβουλίου ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Με το νόμο γίνεται η σύσταση του Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας και καθορίζονται οι αρμοδιότητές του. Στην σύνθεση του περιφερειακού συμβουλίου συμμετέχουν εκπρόσωποι από την περιφέρεια, την νομαρχιακή και τοπική αυτοδιοίκηση και άλλες αρμόδιες διευθύνσεις και οργανισμοί. Ως πρόεδρος των περιφερειακών συμβουλίων ορίζεται ο Γενικός Γραμματέας της κάθε περιφέρειας.

Την τελική ευθύνη στην διαμόρφωση της Εθνικής πολιτικής για τη δημόσια υγεία την έχει το Υπουργείο Υγείας, η οποία είναι δεσμευτική και υποχρεωτική για το σύνολο των αρμόδιων υπηρεσιών και φορέων. Παρ' όλα αυτά για να επιτευχθεί μια ενιαία διαμόρφωση πολιτικής της δημόσιας υγείας απαιτείτε η

συνεργασία των διάφορων νεοσύστατων υπηρεσιών και φορέων. Με τον νόμο προωθείται η συνεργασία όλων αυτών των αρμόδιων φορέων των υπηρεσιών υγείας στις περιφέρειες, αλλά και επιτυγχάνεται η οργάνωση των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας κατά τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η περιφερειακή αυτοτέλειά της.

Με τον νόμο αναλύεται η σύνταξη του Υγειονομικού Χάρτη της χώρας ως ένα σύστημα δεδομένων και δεικτών διαχρονικής βάσης. Δημογραφικά, επιδημιολογικά στοιχεία, στοιχεία κόστους, δείκτες ποιότητας και ικανοποίηση του πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας είναι ορισμένες από τις πληροφορίες και τα δεδομένα που καταγράφονται στο χάρτη υγείας της χώρας. Ειδικότερα ο χάρτης υγείας αποτελεί μια καταγραφή και μέτρηση του επιπέδου υγείας των πολιτών, καθώς και μια εκτίμηση της επάρκειας, αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας της χώρας. Θα πρέπει να αποτελέσει ένα βασικό εργαλείο, που θα συμβάλει στην ουσιαστική υλοποίηση των μεταρρυθμιστικών αλλαγών στον τομέα της δημόσιας υγείας.

3.3.5 Πολυκλινική ολυμπιακού χωριού – Συνήγορος υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης

Το συγκεκριμένο σχέδιο νόμου επιχειρεί να δημιουργήσει ένα ευέλικτο και μικρό σχετικά όργανο αξιοποιώντας την υποδομή της Πολυκλινικής που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες των Ολυμπιακών Αγώνων. Προβλέπει την ίδρυση ανώνυμης εταιρίας

για την διαχείριση μονάδων υγείας με την επωνυμία «Ανώνυμη Εταιρία Μονάδων Υγείας – Α.Ε.Μ.Υ. Α.Ε.». Η οποία θα λειτουργεί με σκοπό να εξυπηρετεί το δημόσιο συμφέρον αλλά σύμφωνα με τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας.

Σκοπός της εταιρίας είναι να δραστηριοποιηθεί σε νέες μορφές παροχής φροντίδας που ξεφεύγουν από το παραδοσιακό πλαίσιο της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης συγχρόνως όμως θα προωθεί ζητήματα υγιεινής και ασφάλειας στους χώρους εργασίας καθώς και θέματα σχετικά με την υγεία στον εξειδικευμένο χώρο του αθλητισμού δεδομένης της τεχνογνωσίας που ήδη έχει αποκτηθεί από την εμπειρία των Ολυμπιακών Αγώνων.

Το ανώτατο διοικητικό όργανο της εταιρίας είναι το εντεκαμελές διοικητικό συμβούλιο όπου η θητεία του είναι διετής. Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας διορίζει τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου και τον διευθύνων σύμβουλο της εταιρίας. Η στελέχωση της εταιρίας από ανθρώπινο δυναμικό γίνεται με συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου και την κατάρτιση Κανονισμού Κατάστασης Προσωπικού αλλά πάντα εκτός την διαδικασία του Α.Σ.Ε.Π.. Το καθεστώς του προσωπικού είναι ιδιωτικού δικαίου και έτσι απαγορεύεται η απόσπαση προσωπικού της εταιρίας σε άλλη υπηρεσία του Δημοσίου.

Η σημαντική καινοτομία που εισάγει ο νόμος και αποτελεί τον πυρήνα συζητήσεων αλλά και των διαξιφισμών, είναι η δημιουργία ενός νεοσύστατου φορέα μέσα στα πλαίσια του δημοσίου τομέα, ο οποίος θα λειτουργεί σύμφωνα με τους κανόνες της ελεύθερης αγοράς. Η διαφοροποίηση απόψεων σημειώθηκε ως προς την νομική μορφή που έχει ο φορέας δηλαδή να λειτουργεί ως Ν.Π.Ι.Δ..

Πολλοί υποστηρίζουν ότι η δημιουργία στο πλαίσιο του δημοσίου ανώνυμης εταιρίας για την παροχή φροντίδων υγείας αποτελεί ένα πρώτο βήμα προς την ιδιωτικοποίηση των υπηρεσιών υγείας, αφού υποστηρίζουν ότι το σχέδιο νόμου δεν εισάγει παράλληλα ασφαλιστικές δικλίδες έλεγχου στο κοστολόγιο των υπηρεσιών αλλά κυρίως ενέχει το κίνδυνο, μια γενική αναφορά στους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας, να οδηγήσει την δημιουργηθέντα εταιρία να λειτουργεί με στόχο την μεγιστοποίηση του κέρδους και όχι το δημόσιο συμφέρον που αποτελεί τον διακηρυσσόμενο σκοπό της. Άλλοι πάλι υποστηρίζουν ότι ο χαρακτήρας του φορέα ως Ν.Π.Ι.Δ. δεν αναιρεί τον δημόσιο χαρακτήρα του αφού το μετοχικό κεφαλαίο ανήκει στο ελληνικό δημόσιο (Άρθρο 4: το μετοχικό κεφαλαίο της Α.Ε. ανήκει στο Υπουργείο Υγείας Και Πρόνοιας). Τέλος οι υποστηρικτές αυτού του εγχειρήματος προσδοκούν ο φορέας ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου θα δώσει την απαραίτητη ευκινησία στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και έτσι να οδηγήσει στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών προς

όφελος της κοινωνίας αλλά και στον περιορισμό των δαπανών μέσα από την αποτελεσματικότερη λειτουργία του.

Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

Από τις διατάξεις του νόμου δημιουργείται ο θεσμός του συνηγόρου υγείας, μια υφιστάμενη αρχή η οποία έχει ως στόχο να προστατεύσει τα δικαιώματα των πολιτών, να εξαλείψει ή τουλάχιστον να ελαχιστοποιήσει τα φαινόμενα κακοδιοίκησης και γενικότερα να συμβάλει στην βελτίωση της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Στρέφεται μετά από αναφορές πολιτών κατά των δημόσιων υγειονομικών και προνοιακών υπηρεσιών, εισηγείται στον αρμόδιο υπουργείο για τα προβλήματα και τα θέματα που παρουσιάζονται.

3.4 Συμπεράσματα

Η μεταρρυθμιστική αυτή προσπάθεια που προωθήθηκε από την ηγεσία της χώρας είχε σαν διακηρυσσόμενο στόχο την αποκέντρωση και την αναβάθμιση του όλου υγειονομικού συστήματος. Για να είναι ολοκληρωμένη η περιγραφή της μεταρρυθμιστικής προσπάθειας έγινε μια σύντομη αναφορά στους νόμους με ιδιαίτερη βαρύτητα στον Νόμο 2889/01 που αφορά την αποκέντρωση του συστήματος με την σύσταση των Πε.Σ.Υ.Π. θεσμός που αποτελεί την αρχική καινοτομία πάνω στην οποία θα στηριχθεί η όλη ανοικοδόμηση του συστήματος υγείας της χώρας μας.

Με την λειτουργία των νεοσύστατων Πε.Σ.Υ.Π. επιδιώκεται μέσω της αποκέντρωσης του συστήματος η καλύτερη κατανομή των πόρων σε τοπικό επίπεδο προκειμένου να καλυφθούν οι ιδιαίτερες ανάγκες της εκάστοτε υγειονομικής περιφέρειας. Επίσης θα επιφέρει θετικά αποτελέσματα και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα.

Στα νοσοκομεία αλλάζει ο τρόπος οργάνωσης και διοίκησης, μέσα στο πλαίσιο αυτής της μεταρρύθμισης, έτσι ώστε να αντιμετωπιστούν φαινόμενα κακοδιοίκησης και να περιοριστούν οι σπατάλες με την συγκράτηση του κόστους. Τα νοσοκομεία αποτελούν πλέον αυτοτελείς και αποκεντρωμένες μονάδες του Πε.Σ.Υ.Π. με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Ο διορισμός του διοικητή (manager), ο οποίος θα διοικεί το νοσοκομείο με βάση κριτηρίων ποιότητας και κόστους και σύμφωνα με προκαθορισμένους στόχους σε συνδυασμό με το «συμβόλαιο αποδοτικότητας» που υπογράφεται ανάμεσα στον διοικητή του νοσοκομείου και στο αντίστοιχο Πε.Σ.Υ.Π., αποτελεί την ασφαλιστική δικλίδα του συστήματος που θα επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα στον επιθυμητό και πολυπόθητο στόχο την αποδοτικότητα.

Η μεταρρυθμιστική αυτή προσπάθεια για να θεωρείται ολοκληρωμένη θα πρέπει να περιλαμβάνει και ρυθμίσεις οι οποίες επαναπροσδιορίζουν τις εργασιακές σχέσεις όλου του

ανθρώπινου δυναμικού που εμπλέκεται στο σύστημα. Έτσι ο Νόμος 2889/01 καθορίζει το εργασιακό καθεστώς του ιατρικού σώματος και επαναφέρει στις διατάξεις του την έννοια της αποκλειστικής απασχόλησης των ιατρών του Ε.Σ.Υ όπως επίσης και στους πανεπιστημιακούς, συγκεκριμένα απαγορεύει την άσκηση οποιασδήποτε ιδιωτικής πρωτοβουλίας. Αυτές οι διατάξεις αποτελούν τον κύριο πυρήνα των διαφωνιών ανάμεσα στον ιατρικό κλάδο και στους εμπνευστές της μεταρρύθμισης. Αν αυτό αλλάξει, και βρεθεί η χρυσή τομή η οποία θα επιφέρει την συναίνεση, τότε θα μπορέσει να είναι εφικτή η μεταρρύθμιση. Για να εκσυγχρονιστεί όμως το σύστημα θα πρέπει παράλληλα να μεταβληθεί και η ως τώρα νοοτροπία ιδιαίτερα των ιατρών, που μέχρι σήμερα καθιστούσαν το σύστημα ιατροκεντρικό.

Η αποκέντρωση του συστήματος για να μπορεί να επιτευχθεί απαιτεί μηχανισμούς ελέγχου, έτσι η προτεινόμενη μεταρρύθμιση θεσπίζει το Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας Και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) με τις διατάξεις του συμπληρωματικού νόμου 2920. Ο νεοσύστατος αυτός θεσμός έχει στόχο την βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την εξάλειψη των φαινομένων διαφθοράς, που μέχρι σήμερα καθιστούν το σύστημα μη αποτελεσματικό. Σκοπός του είναι μέσα από τις συστηματικές επιθεωρήσεις των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας να προστατέψει τους ασθενείς – χρηστές των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και να διασφαλίσει την εύρυθμη λειτουργία του συστήματος.

Ένα ακόμα σημαντικό νομοσχέδιο που κατατέθηκε στα πλαίσια της μεταρρυθμιστικής αυτής προσπάθειας είναι εκείνο που ρυθμίζει το κρίσιμο ζήτημα των προμηθειών στα νοσοκομεία και στις μονάδες υγείας γενικότερα. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας θεσπίζει το «ειδικό μητρώο» ιατροτεχνολογικών προϊόντων το οποίο θα συμβάλει στην βελτίωση της διαδικασίας των προμηθειών με την κωδικοποίηση των υλικών. Επίσης επιτυγχάνεται μία καλύτερη διαχείριση των προϋπολογισμών στα πλαίσια των περιφερειακών συστημάτων υγείας και στα νοσοκομεία, αφού κεντριοποιημένα πια θα μπορεί να εκμεταλλευτεί το σύστημα τις οικονομίες κλίμακας και να επιτύχει καλύτερες τιμές.

Η μεταρρυθμιστική προσπάθεια του συστήματος υγείας δεν θα πρέπει να είναι αποκομμένη από τον τομέα της κοινωνικής φροντίδας η οποία αποτελεί βασική προτεραιότητα του κράτους πρόνοιας, έτσι με τον Νόμο 3106/03 εισάγονται αλλαγές στον κρίσιμο αυτόν τομέα. Πιο συγκεκριμένα ο νόμος διαρθρώνει την διοίκηση του Συστήματος Κοινωνικής Πρόνοιας σε επίπεδο περιφέρειας, επιχειρώντας να επαναφέρει μία ικανοποιητική τομή σε ότι αφορά τον πρόσφορο βαθμό αποκέντρωσης της διοίκησης και του συντονισμού των μονάδων παροχής υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας. Η παρέμβαση που επιχειρείτε κατευθύνετε στην μείωση της γραφειοκρατικής λειτουργίας των προνοιακών προγραμμάτων και την ενίσχυση της αποκέντρωσης, αφού η υιοθέτηση των γραφειοκρατικών μοντέλων διοίκησης, ιδίως στο

επίπεδο φορέων του δημοσίου τομέα, δυσχεραίνει τον συντονισμό μεταξύ των διαφόρων βαθμίδων παροχής κοινωνικών υπηρεσιών. Συμπερασματικά το νομοσχέδιο αυτό προωθεί μια οργανωτική μεταρρύθμιση στον τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών μέσω την εισαγωγή ευέλικτων τεχνικών και μηχανισμών που θα οδηγήσουν στην ενίσχυση της συμμετοχικότητας των χρηστών.

Ο Νόμος 3172/03 αποτελώντας το πέμπτο κατά σειρά νομοθέτημα, στα πλαίσια μιας γενικότερης μεταρρύθμισης του τομέα υγείας και πρόνοιας, θέτει κυρίως τους οργανωτικούς όρους και δημιουργεί τις βάσεις για την μελλοντική ανάπτυξη ενός ολοκληρωμένου συστήματος δημόσιας υγείας, καθιστώντας έμπρακτα την δημόσια υγεία εθνική προτεραιότητα. Ενισχύεται η παρουσία του κράτους, με την θεσμοθέτηση ενός ενιαίου φορέα χάραξη πολιτικής δημόσιας υγείας, αλλά συγχρόνως προωθείται και η αποκέντρωση με την θεσμοθέτηση περιφερειακών συμβουλίων δημόσιας υγείας.

Το νομοσχέδιο με τίτλο «πολυκλινική ολυμπιακού χωριού» κατατέθηκε από την επόμενη κυβέρνηση με σκοπό την εκμετάλλευση των ήδη υπάρχων εγκαταστάσεων αλλά και της αποκτούμενης εμπειρίας από την διάρκεια των Ολυμπιακών Αγώνων. Με την βασική καινοτομία που εισάγετε από το νομοσχέδιο, δηλαδή η δημιουργία ανώνυμης εταιρίας στα πλαίσια του γενικότερου δημόσιου τομέα, η νεοφιλελεύθερη κυβέρνηση δείχνει την εμπιστοσύνη της στους κανόνες της ελεύθερης αγοράς.

Αυτή η προσπάθεια αποτελεί την αφορμή για αντιπαραθέσεις δεοντολογικού χαρακτήρα χωρίς όμως να υπάρχουν επιχειρήματα θετικά ή αρνητικά τα οποία να απαγορεύουν ή να ενισχύουν αυτό το εγχείρημα αφού είναι ακόμα πολύ νωρίς να εξαχθούν συμπεράσματα.

Κεφάλαιο 4

4.1 Συμπεράσματα

Η αποκέντρωση μπορεί να οριστεί ως η μεταφορά εξουσίας ή η διάχυση εξουσιών στο σχεδιασμό, στην διαχείριση και στην λήψη αποφάσεων από το εθνικό επίπεδο σε υποεθνικό επίπεδο ή πιο γενικά, από υψηλότερα σε χαμηλότερα επίπεδα της διοίκησης. Τα τελευταία χρόνια αποτελεί την κεντρική αρχή της αναμόρφωσης του τομέα υγείας σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες. Η αποκέντρωση είναι μια έννοια που σίγουρα δεν μπορεί να αναλυθεί και αποτιμηθεί πλήρως αφού πολλά μεθοδολογικά προβλήματα παραμένουν άλυτα εδώ και δεκαετίες. Η εφαρμογή της αποκέντρωσης σε ένα σύστημα υγείας αποτελεί μια δυναμική διαδικασία δεν εφαρμόζεται απλά με μια μεταφορά εξουσιών μέσα από την οποία θα εξάγονται τα οφέλη της. Το σίγουρο όμως είναι ότι αποτελεί υψηλό ιδανικό το οποίο προάγει την δημοκρατικότητα μέσα από την συμμετοχή των πολιτών αλλά και την αποδοτικότητα με την καλύτερη κατανομή των πόρων.

Η κάθε χώρα στην διαδρομή του χρόνου και υπό την επίδραση ιστορικών, πολιτικών, οικονομικών και γεωγραφικών παραμέτρων διαμορφώνει το δικό της υγειονομικό σύστημα με τους ιδιαίτερους μηχανισμούς χρηματοδότησης και τους δικούς της τρόπους παροχής υγειονομικών φροντίδων. Η εμπειρία των μεταρρυθμίσεων στον διεθνή χώρο είναι ασφαλώς χρήσιμη αλλά δεν πρέπει να οδηγεί στην άκριτη αφομοίωση της. Εξάλλου τα επιτυχημένα

υγειονομικά συστήματα δεν αποτελούν για καμιά χώρα ούτε «τυφλοσούρτη» αλλά ούτε είναι έτοιμα πακέτα που μεταφέρονται από χώρα σε χώρα, εφαρμόζονται και έχουν επιτυχή αποτελέσματα. Η αναμόρφωση του ΕΣΥ πρέπει να γίνει με βάση τα ελληνικά δεδομένα και την ελληνική πραγματικότητα, χωρίς όμως σε καμιά περίπτωση να αγνοείτε η πλούσια, συσσωρευμένη γνώση και εμπειρία από διεθνείς οργανισμούς και χώρες με επιτυχημένα συστήματα υγείας.

Μετά την είσοδο του 21^{ου} αιώνα με την παγκοσμιοποίηση της οικονομίας αλλά και των άλλων ραγδαίων αλλαγών, δημιουργούνται νέα δεδομένα και αυξανόμενες ανάγκες στα μέλη της κοινωνίας, με αποτέλεσμα να καθίσταται αναγκαία η άσκηση μιας σύγχρονης πολιτικής ιδιαίτερα σε έναν τόσο ευαίσθητο και κοινωνικό τομέα όπως είναι ο τομέας της υγείας, για αυτόν το λόγο κρίνεται αναγκαία μια νέα μεταρρυθμιστική παρέμβαση στον σύστημα υγείας της Ελλάδας.

Το ερώτημα που θέτεται είναι αν αυτή η παρέμβαση θα πρέπει να έχει ως γνώμονα την συνέχεια του θεσμού του Ε.Σ.Υ ή αν θα πρέπει να διέπεται από μια ριζοσπαστική ιδέα που θα οδηγεί στην ολοκληρωτική ρήξη με το παρελθόν καθώς επίσης θα πρέπει να τεθούν και οι στόχοι της νέας αυτής προσπάθειας και να γίνουν σαφείς οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθούν. Η νέα πρόταση πρέπει να αντέχει σε

ευρωπαϊκό επίπεδο αλλά και να επαναεπιβεβαιώνει την ιδέα της κοινωνικής δικαιοσύνης η οποία διέπεται από το κράτος πρόνοιας. Στην προοπτική μιας σύγχρονης πολιτικής υγείας στην χώρα μας, η αποκέντρωση του συστήματος και η περιφερειακή του ανασυγκρότηση αποτελούν προτεραιότητες που αποκτούν επιτακτικό στρατηγικό χαρακτήρα.

Η εμπνευστές της τελευταίας μεταρρυθμιστικής προσπάθειας με τίτλο «Υγεία για τον Πολίτη» επιδιώκουν την εφαρμογή της αποκέντρωσης σε όλη την επικράτεια με την σύσταση των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας και Πρόνοιας (Πε.Σ.Υ.Π.) σε κάθε υγειονομική περιφέρεια αλλά και την γενικότερη αναμόρφωση όλου του συστήματος υγείας εισάγοντας νέους θεσμούς αλλά και υποβάλλοντας νέες ρυθμίσεις οι οποίες θα καθορίζουν τα πλαίσια μέσα στα οποία θα παράγονται και θα προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας. Ο νόμος που έμπρακτα προωθεί την αποκέντρωση και αποτελεί τον πυρήνα ανάλυσης της εργασίας αυτής είναι το Ν.Δ. 2889/01 με τίτλο «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ..»

Βιβλιογραφία

1. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397, «Εθνικό σύστημα υγείας», Αθήνα 7 Οκτωβρίου 1983, ΦΕΚ Αρ. Φυλ. 143.
2. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071, «Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας», Αθήνα 15 Ιουλίου 1992, ΦΕΚ Αρ. Φυλ. 123
3. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2194, «Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», Αθήνα 16 Μαρτίου 1994, ΦΕΚ Αρ. Φυλ. 34
4. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2889, «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», Αθήνα 2 Μαρτίου 2001, ΦΕΚ Αρ. Φυλ. 37
5. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2920, «Σώμα επιθεωρητών υπηρεσιών υγείας και πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις», Αθήνα 2 Ιουνίου 2001, ΦΕΚ Αρ. Φυλ. 131
6. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2955, «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ.Π. και άλλες διατάξεις», Αθήνα 2 Νοεμβρίου 2001, ΦΕΚ Αρ. Φυλ. 256
7. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3106, «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις», Αθήνα 10 Φεβρουαρίου 2003, ΦΕΚ Αρ. Φυλ. 30

8. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ 3172, «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», Αθήνα 6 Αυγούστου 2003, ΦΕΚ Αρ. Φυλ. 197
9. ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ 3293, «Πολυκλινική ολυμπιακού χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», Αθήνα 26 Νοεμβρίου 2004, ΦΕΚ Αρ. Φυλ. 231
10. Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (Ιούλιος 2000), «Πρόγραμμα Υγεία για τον Πολίτη» Αθήνα
11. ΓΝΩΜΗ της Ο.Κ.Ε «Βελτίωση και Εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις», Αθήνα, 28 Δεκεμβρίου 2000
12. ΓΝΩΜΗ της Ο.Κ.Ε «Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας (Σ.Ε.Υ.Υ.Π.) και άλλες διατάξεις», Αθήνα, 28 Δεκεμβρίου 2000
13. ΓΝΩΜΗ της Ο.Κ.Ε «Προμήθειες νοσοκομείων και λοιπών μονάδων υγείας των Πε.Σ.Υ.Π. και άλλες διατάξεις», Αθήνα, 28 Σεπτεμβρίου 2001
14. ΓΝΩΜΗ της Ο.Κ.Ε «Αναδιοργάνωση του Εθνικού Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις», Αθήνα, 6 Φεβρουαρίου 2002
15. ΓΝΩΜΗ της Ο.Κ.Ε «Οργάνωση και Εκσυγχρονισμός των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και άλλες διατάξεις», Αθήνα, 7 Ιουλίου 2003
16. ΓΝΩΜΗ της Ο.Κ.Ε «Πολυκλινική ολυμπιακού χωριού, Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις»

17. **Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα, Μάμας Θεοδώρου, Μάρκος Σαρρής, Σωτήρης Σούλης, Αθήνα 1997.**
18. **Ενιαίος Φορέας Υγείας: Αναγκαιότητα και Αυταπάτη. Επιμέλεια: Γ. Κυριόπουλος – Α. Σισσούρας, Εκδόσεις: Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα Δεκέμβριος 1997.**
19. **Η Πολιτική υγείας στην Ελλάδα: Σταυροδρόμι των επιλογών. Επιμέλεια: Γ. Κυριόπουλος, Εκδόσεις: Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία. Ιούνιος 1995.**
- **Κράτος ή Αγορά: Κρίσιμη επιλογή στον υγειονομικό τομέα. Γ. Κυριόπουλος**
 - **Ενιαίος φορέας υγείας: Ρεαλισμός και ουτοπία. Γ. Σκουτέλης**
20. **Τάσεις και εξελίξεις στις στρατηγικές παρέμβασης στον υγειονομικό τομέα στις χώρες της Ευρώπης. Πτυχιακή Εργασία, Γεωργούλας Αθανάσιος, Καλαμάτα 1999**
21. **«Methodological Issues in the Analysis of Decentralization», John M. Cohel, Stephen B. Peterson**
22. **Συστήματα Υγείας, Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας, Παρασκευόπουλος, Λ. (2004), ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ,, ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**
23. **Internet, « Κριτική του νομοσχεδίου «Υγεία για τον πολίτη», του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, Θεσσαλονίκη, Σεπτέμβριος 2000**

24. Internet, «Ο εκσυγχρονισμός του Ε.Σ.Υ.», *Νέα*, 07 – 11 – 2000
25. Internet, «Ημερίδα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με θέμα: Η μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας», *Α. Παπαδόπουλος*, 1 – 12 – 2000
26. Internet, «Μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ. εξάχρονης διάρκειας», *Ελευθεροτυπία*, 04 – 04 – 2001
27. Internet, «Ένα Ε.Σ.Υ. κοινωνικό και ορθολογικό», *Σωτήρης Παπασπυρόπουλος*, 14 – 01 – 2001
28. Internet, «Μεταρρύθμιση στην υγεία εν αγνοία των ασφαλισμένων», *Ελένη Πετροπούλου*, *Ημερησία* 21 – 07 – 2001
29. Internet, «Η υγεία χρειάζεται την προστασία του κράτους και των ανταγωνισμό του ιδιωτικού τομέα», *Λίνα Νικολοπούλου Στουρνάρα*, *Ημερησία* 22 – 06 – 2002
30. Internet, « Το μετέωρο βήμα στην υγεία», *Γιάννης Τούντας*, *Ελευθεροτυπία*, 16 – 08 – 2002



01000370203010028



1079

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 37

2 Μαρτίου 2001

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2889

Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 1

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

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

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

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

Ειδικότερα:

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

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

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

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

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

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

Αθηνών που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και έχει όρια με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

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

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

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

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής και

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πειραιά.

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

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

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

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

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κιλκίς.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Σερρών και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Χαλκιδικής.

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

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

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

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

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πέλλας.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ημαθίας και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πιερίας.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Η νόμιμη εκπροσώπηση των ανωτέρω αποκεντρωμέ-

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

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

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

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

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

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

Άρθρο 2

Όργανα Διοίκησης

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

α) το Διοικητικό Συμβούλιο,

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

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

α) τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.,

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

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

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

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

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

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

Για τον τρόπο, τη διαδικασία και τις λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των ιατρών και των υπαλλήλων εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις της κοινής υπουργικής απόφασης της παραγράφου 4 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α). Μέχρι την έκδοση της απόφασης αυτής εφαρμόζονται οι διατάξεις των υπ. αριθ. Α.Π.ΔΙΚΠΡ/Φ80/30/8703/16.9.1988 (ΦΕΚ 684 Β'/19.9.1988) και ΔΙΚΠΡ/Φ80/54/11988/2.12.1988 (ΦΕΚ 876 Β'/7.12.1988) υπουργικών αποφάσεων "Τρόπος, διαδικασία και προϋποθέσεις εκλογής των εκπροσώπων των υπαλλήλων στα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ι) Καταρτίζει τον ενιαίο προϋπολογισμό των μονάδων του.

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

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

ιγ) Εποπτεύει τις διαδικασίες προμηθειών των αποκεντρωμένων μονάδων του.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Το Επιστημονικό Συμβούλιο συγκροτείται από:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

α) τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Σύρου,

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

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

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

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

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

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

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

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

Πρόεδρος του Συμβουλίου ορίζεται ο αρχαιότερος Διευθυντής.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Άρθρο 3

Οργάνωση - Στελέχωση

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Δ. Το Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης.

Ε. Το Γραφείο Προέδρου.

ΣΤ. Το Νομικό Γραφείο.

5. Η Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολι-

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

α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας

Το τμήμα αυτό:

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

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

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

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

β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας

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

γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης

Το τμήμα αυτό:

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

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

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

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

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

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

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

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας

Το τμήμα αυτό:

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

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

β) Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης

και Εξοπλισμού

Το τμήμα αυτό:

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

γ) Τμήμα Προμηθειών

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

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

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

α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων

Στο τμήμα αυτό ανήκει:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Α. Κατηγορία ΠΕ

α) Κλάδος ΠΕ Οικονομικός, θέσεις δύο (2)

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

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

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

ε) Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής, θέσεις δύο (2)

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

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

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

Β. Κατηγορία ΤΕ

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

β) Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής, θέσεις τρεις (3)

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

Γ. Κατηγορία ΔΕ

α) Κλάδος ΔΕ Χειριστών ρ.σ. θέσεις τέσσερις (4)

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

Δ. Κατηγορία ΥΕ

α) Κλάδος ΥΕ Επιμελητών θέσεις δύο (2)

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

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

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

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

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

Τα παραπάνω Υπηρεσιακά Συμβούλια είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

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

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

Ο τρόπος, η διαδικασία και οι λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των υπαλλήλων καθορίζονται με την κοινή υπουργική απόφαση της παρ. 4 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999. Μέχρι την έκδοση της απόφασης αυτής εφαρμόζονται οι διατάξεις των υπ. αριθ. Α.Π ΔΙΚΠΡ / Φ80 / 30 / 8703 / 16.9.1988 (ΦΕΚ 684 Β'/19.9.1988) και ΔΙΚΠΡ / Φ80 / 54 / 11988 / 2.12.1988 (ΦΕΚ 876 Β'/7.12.1988) υπουργικών αποφάσεων "Τρόπος, διαδικασία και προϋποθέσεις εκλογής των εκπροσώπων των υπαλλήλων στα υπηρεσιακά συμβούλια του προσωπικού των δημοσίων υπηρεσιών και των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου".

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

Άρθρο 4

Πόροι

1. Πόροι του Πε.Σ.Υ. είναι:

α) Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

β) Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

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

δ) Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.

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

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

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

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Άρθρο 5

Ίδρυση νοσοκομείων - Διοίκηση

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

α) Το Συμβούλιο Διοίκησης

β) Ο Διοικητής.

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

α) το Διοικητή του νοσοκομείου, ως Πρόεδρο,

β) το Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας, αναπληρούμενο από τον Προϊστάμενο της Υποδιεύθυνης Οικονομικού,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ιζ) Αποφασίζει για την πρόσληψη Συμβούλων Οργάνωσης.

ιη) Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Β. Αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι:

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

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

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

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

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

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

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

η) Έχει τις αρμοδιότητες Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

Άρθρο 6

Οργάνωση νοσοκομείων

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

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

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

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

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

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

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

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

Άρθρο 7

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ε) Εισηγείται στο Διοικητή το πρόγραμμα επισκεπτηρίου νοσηλευομένων.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Άρθρο 8

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

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

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

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

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

Άρθρο 9

Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. μπορεί με απόφασή του να καθορίζει γενικότερους όρους λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων, που ισχύουν και για τα νοσοκομεία που δεν ανήκουν στο Πε.Σ.Υ. αλλά συνδέονται λειτουργικά με αυτό.

3. Η αμοιβή για την επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο καταβάλλεται απευθείας στο νοσοκομείο από τον εξεταζόμενο ασθενή.

Η αμοιβή για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές πράξεις, που διενεργούνται κατά την απογευματινή λειτουργία του νοσοκομείου, καταβάλλονται στο νοσοκομείο με βάση τις ισχύουσες κάθε φορά ρυθμίσεις και τιμολόγιο, είτε από τον ασθενή είτε από τον ασφαλιστικό του φορέα. Αν ο ασθενής δεν είναι ασφαλισμένος, καταβάλλει στο νοσοκομείο αμοιβή για τις πράξεις αυτές με βάση το ισχύον κάθε φορά τιμολόγιο.

Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται το ύψος της αμοιβής, που καταβάλλεται για την επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο, καθώς και το ποσοστό που παρακρατείται από το νοσοκομείο και το ποσοστό που κατανέμεται στους ιατρούς και το λοιπό προσωπικό που απασχολείται στην απογευματινή λειτουργία των ιατρείων, χειρουργείων και εργαστηρίων, καθώς και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

Η καταβαλλόμενη στο νοσοκομείο αμοιβή, για επίσκεψη σε απογευματινό ιατρείο και για τις λοιπές ιατρικές πράξεις και επεμβάσεις, που διενεργούνται κατά την απογευματινή λειτουργία του νοσοκομείου, κατατίθεται σε ειδικό λογαριασμό του νοσοκομείου, που συνιστάται με την παρούσα διάταξη.

Η διοίκηση και διαχείριση του λογαριασμού γίνεται από τα όργανά του. Όργανα διοίκησης και διαχείρισης του λογαριασμού είναι: α) Τριμελής Επιτροπή, που αποτελείται από το Διοικητή, τον Προϊστάμενο της Ιατρικής Υπηρεσίας και τον Προϊστάμενο της Διοικητικής - Οικονομικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, β) Η Γραμματεία του λογαριασμού. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι αρμοδιότητες των οργάνων διοίκησης, ελέγχου και διαχείρισης, ο τίτλος, ο τρόπος ανάληψης και διάθεσης των κονδυλίων, καθώς και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για τη λειτουργία του παραπάνω ειδικού λογαριασμού των νοσοκομείων.

4. Από 1.1.2002 οι πανεπιστημιακοί ιατροί, που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία που ανήκουν σε Α.Ε.Ι., μπορούν να ασκούν απογευματινό ιατρείο αποκλειστικά εντός του νοσοκομείου, με τους όρους και τις προϋποθέσεις που προβλέπονται στις παραγράφους 1, 2 και 3 του άρθρου αυτού.

Μέχρι τότε οι πανεπιστημιακοί ιατροί που εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές, που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία είτε του Ε.Σ.Υ. είτε των Α.Ε.Ι., μπορούν να ασκούν ιδιωτικό ιατρείο σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

5. Η παραβίαση των όρων λειτουργίας του απογευματινού ιατρείου συνεπάγεται την αναστολή άσκησης του απογευματινού ιατρείου, από τον παραβάτη ιατρό, για έξι

(6) μήνες. Η αναστολή επιβάλλεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ., μετά από εισήγηση του Διοικητή του νοσοκομείου και μετά έγγραφη κλήση του ιατρού να υποβάλει τις αντιρρήσεις του εντός δέκα (10) ημερών. Σε περίπτωση υποτροπής αίρεται οριστικά το δικαίωμα άσκησης απογευματινού ιατρείου, από το συγκεκριμένο ιατρό, με την ίδια διαδικασία.

Το παράπτωμα αυτό λαμβάνεται υπόψη σε κάθε κρίση και αξιολόγηση του ιατρού, όταν πρόκειται για ιατρό του Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 10

Κέντρα Αριστείας

Ειδικά κέντρα, ερευνητικά κέντρα ή κέντρα αναφοράς συγκεκριμένης ιατρικής ειδικότητας ή υπηρεσίας υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 1 έως 3 του άρθρου 19 του ν. 2519/1997, καθώς και μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που αναπτύσσουν δραστηριότητες σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών εκπαίδευσης και έρευνας, σύμφωνα με υψηλές διεθνείς προδιαγραφές, έχουν τη δυνατότητα να ακολουθήσουν διαδικασία αξιολόγησης και να αναχθούν σε "Κέντρα Αριστείας".

Η αξιολόγηση, που επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα, γίνεται από επιτροπή εμπειρογνομώνων διεθνούς κύρους, η οποία συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η τήρηση των διεθνών και υψηλών προδιαγραφών λειτουργίας καθορίζει και τη διατήρηση της μονάδας στα επίπεδα του "Κέντρου Αριστείας". Τα "Κέντρα Αριστείας" λαμβάνουν ειδική επιχορήγηση.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία αξιολόγησης, καθώς και το ύψος της επιχορήγησης που λαμβάνουν τα "Κέντρα Αριστείας".

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ

ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

Άρθρο 11

Ιατροί Ε.Σ.Υ.

1. Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Η λειτουργία ιδιωτικού ιατρείου εντός ή εκτός του νοσοκομείου ή του κέντρου υγείας ή η με οποιονδήποτε τρόπο απασχόληση στον ιδιωτικό τομέα αποτελεί, εκτός από το παράπτωμα της παραγράφου 1 εδάφιο α' του άρθρου 77 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α'), το πειθαρχικό αδίκημα της χαρακτηριστικώς αναξιοπρεπούς για υπάλληλο συμπεριφοράς του άρθρου 109 παρ. 2 περ. δ' του ν. 2683/1999 και συνεπάγεται την άμεση θέση του παραβάτη σε κατάσταση αναστολής καθηκόντων, κατά τις διατάξεις του άρθρου 104 του ίδιου νόμου, με απόφαση του Δ.Σ. του οικείου Πε.Σ.Υ., που δεν απαιτείται να έχει περαιτέρω αιτιολογία εκτός από τη διαπίστωση της παραβίασης, καθώς και την παραπομπή του υπαπίου στο αρμόδιο πειθαρχικό συμβούλιο με το ερώτημα της οριστικής παύσης.

2. Από 1.1.2002 οι πανεπιστημιακοί ιατροί που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ ή σε νοσοκομεία των Α.Ε.Ι, απαγορεύεται να ασκούν ιδιωτικό ιατρείο.

3. Οι πανεπιστημιακοί ιατροί που υπηρετούν σε κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., και παραβιάζουν την υποχρέωση της προηγούμενης παραγράφου, διαπράττουν το πειθαρχικό παράπτωμα της χαρακτηριστικώς αναξιοπρεπούς συμπεριφοράς και, ανεξάρτητα από την πειθαρχική τους δίωξη, εάν υπηρετούν σε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., απομακρύνονται μονομερώς από το νοσοκομείο, με εισήγηση του Διοικητή και απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ., μετά από κλήση να υποβάλουν τις απηρνήσεις τους εντός δέκα (10) ημερών.

Η απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. κοινοποιείται στον Πρόεδρο του Ιατρικού τμήματος και τον Πρύτανη του οικείου Α.Ε.Ι., για την άσκηση της πειθαρχικής δίωξης.

4. Μετά τρεις (3) μήνες από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού απαγορεύεται στους πανεπιστημιακούς ιατρούς που εργάζονται σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, που είναι εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., η παροχή υπηρεσιών, με οποιαδήποτε σχέση, περιλαμβανομένης και αυτής του συμβούλου, σε ιδιωτικές κλινικές ή σε ιδιωτικά διαγνωστικά ή θεραπευτικά εργαστήρια και γενικότερα σε κάθε είδους ιδιωτικές επιχειρήσεις, που παρέχουν ή καλύπτουν ασφαλιστικά υπηρεσίες υγείας, καθώς και η εγκατάσταση ιδιωτικών ιατρικών ή ιατρικών μηχανημάτων εντός των παραπάνω ιδιωτικών φορέων. Για τους πανεπιστημιακούς ιατρούς του εργασθησιακού τομέα, που δεν έχουν ιδιωτικό εργαστήριο, αλλά διατηρούν, μόνο, εργαστήριο εντός ιδιωτικών φορέων, η απαγόρευση του προηγούμενου εδαφίου αρχίζει από την 1η Ιανουαρίου του έτους 2002.

Η παραβίαση της διάταξης αυτής συνιστά για τον πανεπιστημιακό ιατρό το πειθαρχικό παράπτωμα της χαρακτηριστικώς αναξιοπρεπούς συμπεριφοράς και για την ιδιωτική επιχείρηση συνεπάγεται την επιβολή, με απόφαση του οικείου Γενικού Γραμματέα Περιφέρειας, χρηματικής ποινής ύψους είκοσι πέντε εκατομμυρίων (25.000.000) δραχμών και σε περίπτωση υποτροπής την ανάκληση της άδειας λειτουργίας του φορέα από τον αρμόδιο νομάρχη.

Εάν ο πανεπιστημιακός ιατρός εργάζεται σε πανεπιστημιακή κλινική, εργαστήριο ή μονάδα, που είναι εγκατεστημένη σε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., ανεξάρτητα από την πειθαρχική του δίωξη, απομακρύνεται μονομερώς από το νοσοκομείο, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ., μετά από κλήση του να υποβάλει τις απηρνήσεις του εντός δέκα (10) ημερών. Η απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. κοινοποιείται στον Πρόεδρο του Ιατρικού τμήματος και τον Πρύτανη του οικείου Α.Ε.Ι., για την άσκηση της πειθαρχικής δίωξης.

5. Όλοι οι ιατροί που προσλαμβάνονται πρώτη φορά στο Ε.Σ.Υ. μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, ανεξάρτητα από τη βαθμίδα για την οποία επιλέγονται, διορίζονται με πενταετή θητεία. Στο τέλος της πενταετίας η θέση επαναπροκηρύσσεται. Εφόσον ο ιατρός που κατέχει τη θέση επιλεγεί για την κατάληψή της, διορίζεται πάλι με πενταετή θητεία. Στο τέλος της δεύτερης πενταετίας η θέση επαναπροκηρύσσεται και, εφόσον επιλεγεί ο ίδιος ιατρός, διορίζεται ως μόνιμος.

Ιατροί που επιλέγονται τρεις φορές για κατάληψη θέσης στο Ε.Σ.Υ. μονιμοποιούνται αυτοδικαίως, στη θέση και το βαθμό που κατέχουν, μετά τη συμπλήρωση υπηρεσίας δέκα (10) ετών.

Η προϋπηρεσία ειδικευμένου ιατρού, σε υπηρεσίες του κρατικού συστήματος υγείας κρατών - μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, υπολογίζεται, για την εξέλιξη του ιατρού, ως προϋπηρεσία στο Ε.Σ.Υ.

6. Η διαδικασία επαναπροκήρυξης της θέσης αρχίζει ένα (1) έτος πριν τη λήξη της πενταετούς θητείας του ιατρού και η διαδικασία επιλογής πρέπει να έχει ολοκληρωθεί μέχρι τη λήξη της θητείας αυτής. Αν η διαδικασία δεν έχει ολοκληρωθεί, ο ιατρός αποχωρεί από την οργανική μονάδα στην οποία υπηρετεί με τη λήξη της θητείας του.

Αν ο ίδιος ιατρός επιλεγεί και πάλι για την κατάληψη της θέσης, η νέα πενταετής θητεία του αρχίζει την ημέρα της νέας ορκωμοσίας του.

7. Για όσους υπηρετούν, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, ως Επιμελητές Γ', Β' και Α' και Διευθυντές, με θητεία, ισχύουν τα ακόλουθα:

α) Η τετραετής θητεία των Επιμελητών Γ' και Β', της παραγράφου 2 του άρθρου 70 του ν. 2071/1992, μετατρέπεται σε πενταετή και εφαρμόζονται οι διατάξεις της παραγράφου 5.

β) Η τριετής θητεία των Επιμελητών Α' και των Διευθυντών της παραγράφου 2 β του άρθρου 34 του ν. 2519/1997 μετατρέπεται σε πενταετή. Στο τέλος της πενταετίας οι ιατροί αυτοί κρίνονται για μονιμοποίηση. Οι Επιμελητές Α' κρίνονται από τα Συμβούλια Αξιολόγησης της παραγράφου 14 και οι Διευθυντές από τα Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ. της παραγράφου 11.

γ) Θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ., στις οποίες τοποθετήθηκαν μόνιμοι αγροτικοί ιατροί χωρίς ειδικότητα, οι οποίοι στη συνέχεια ειδικεύτηκαν, κατά τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 1 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α'), μετατρέπονται σε θέσεις αντίστοιχης ειδικότητας, με βαθμό Επιμελητή Α' αν κατά τη δημοσίευσή του νόμου οι ενδιαφερόμενοι έχουν συμπληρώσει στην ειδικότητα τουλάχιστον επτά (7) έτη και με βαθμό Επιμελητή Β' αν κατέχουν την ειδικότητα για μικρότερο των επτά (7) ετών χρονικό διάστημα. Η μετατροπή γίνεται, κατόπιν αιτήσεως των ενδιαφερομένων, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία οι θέσεις μπορεί να μεταφέρονται και να προστίθενται στον οργανισμό οποιουδήποτε Νοσοκομείου ή Κέντρου υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ. Ο χρόνος της μόνιμης, με την ειδικότητα, προϋπηρεσίας προσμετράται σε κάθε περίπτωση, ως χρόνος που διανύθηκε στο βαθμό της νέας θέσης.

8. Σε κάθε Πε.Σ.Υ. συγκροτούνται, με απόφαση του Προέδρου του, Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής των Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ., ανά ειδικότητα.

Τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

α) Το Διοικητή του νοσοκομείου, για τον οποίο γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρο ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για Κέντρα Υγείας.

β) Το Διευθυντή του οικείου τμήματος ή κλινικής του Νοσοκομείου ή το Διευθυντή του Κέντρου Υγείας.

γ) Το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου ή τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για Κέντρα Υγείας.

δ) Έναν (1) ιατρό Διευθυντή της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας, με αυτή για την οποία γίνεται η κρίση, που υπηρετεί σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ. και προτείνεται από το ΚΕ.Σ.Υ.

ε) Έναν (1) ιατρό Επιμελητή Α' ή Αναπληρωτή Διευθυντή

της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας με αυτή για την οποία γίνεται η κρίση, που υπηρετεί σε Νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας του οικείου Πε.Σ.Υ. και προτείνεται από τον Π.Ι.Σ.

Όλα τα μέλη των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής ορίζονται με τους αναπληρωτές τους.

Τα μέλη των περιπτώσεων δ' και ε' ορίζονται ως εισηγητές.

Όταν πρόκειται για κρίση οδοντιάτρων ως μέλη του Περιφερειακού Συμβουλίου Επιλογής για τις περιπτώσεις δ' και ε' ορίζονται οδοντίατροι.

9. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής λειτουργούν σύμφωνα με όσα ορίζονται στην παράγραφο 9 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 για τη λειτουργία των Συμβουλίων Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.). Τα κριτήρια συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για θέσεις Επιμελητών Ε.Σ.Υ. καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Μέχρι την έκδοση της απόφασης του προηγούμενου εδαφίου, εφαρμόζεται η υπουργική απόφαση αριθ. ΔΥ13α / οικ. 39832/ 4.12.1997 «Ιεράρχηση των κριτηρίων κρίσης και αξιολόγησης υποψηφίων για θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.» (ΦΕΚ 1088 Β/9.12.1997).

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ., καταρτίζεται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κατάλογος Εθνικών Κριτών, ανά ειδικότητα, συμπεριλαμβανομένης της Οδοντιατρικής, με σκοπό τη στελέχωση των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ.

Ο κατάλογος περιλαμβάνει:

α) Διευθυντές τμημάτων ή μονάδων του Ε.Σ.Υ. ή Έλληνες Διευθυντές κλινικών ή μονάδων νοσοκομείων της αλλοδαπής.

β) Καθηγητές ή Αναπληρωτές Καθηγητές Ιατρικών σχολών.

Ο αριθμός των περιλαμβανομένων στον κατάλογο, ανά κατηγορία, πρέπει να είναι τουλάχιστον τριπλάσιος από τον αριθμό των μελών με τα οποία συμμετέχει κάθε κατηγορία στα συμβούλια επιλογής και αξιολόγησης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται η διαδικασία και τα κριτήρια επιλογής των ιατρών που καταχωρούνται στον κατάλογο και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της παραγράφου αυτής.

Ο κατάλογος ανασυντάσσεται κάθε τρία (3) χρόνια.

Η επιλογή των μελών για τη στελέχωση των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης γίνεται με χωριστή κλήρωση, σε δημόσια συνεδρίαση, από τριμελή επιτροπή, η οποία αποτελείται από:

α) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., με αναπληρωτή τον Αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., β) ένα μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή ένα άλλο μέλος της Εκτελεστικής Γραμματείας, που ορίζονται από τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. και γ) έναν Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του Διευθυντή του ίδιου υπουργείου, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

11. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστώνται, για κάθε ειδικότητα, Συμβούλια Επιλογής και Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ.

Τα Συμβούλια Επιλογής αποτελούνται από:

α) Τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ., στο οποίο ανήκει ή με το οποίο συνδέεται λειτουργικά το νοσοκομείο, για το οποίο

γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρος, με αναπληρωτή του το Διοικητή του νοσοκομείου ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν κρίνεται ιατρός Κέντρου Υγείας.

β) Τρεις (3) Διευθυντές Ιατρούς Ε.Σ.Υ. της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας. Ένας (1) από τους τρεις (3) Διευθυντές μπορεί να είναι Έλληνας Ιατρός, Διευθυντής τμήματος ή μονάδας αναγνωρισμένου νοσοκομείου της αλλοδαπής.

γ) Έναν (1) Πανεπιστημιακό Καθηγητή Α' ή Β' βαθμίδας της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας.

Τα Συμβούλια Αξιολόγησης αποτελούνται από:

α) Τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ., στο οποίο ανήκει ή συνδέεται λειτουργικά το νοσοκομείο, για το οποίο γίνεται η κρίση, ως Πρόεδρος, με αναπληρωτή του το Διοικητή του νοσοκομείου ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν κρίνεται ιατρός Κέντρου Υγείας.

β) Τρεις (3) Διευθυντές Ιατρούς Ε.Σ.Υ. της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας. Ένας (1) από τους τρεις (3) Διευθυντές μπορεί να είναι Έλληνας Ιατρός, Διευθυντής τμήματος ή μονάδας αναγνωρισμένου νοσοκομείου της αλλοδαπής.

γ) Έναν (1) Πανεπιστημιακό Καθηγητή Α' ή Β' βαθμίδας της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας.

Τα μέλη των περιπτώσεων β' και γ' των ανωτέρω δύο Συμβουλίων ορίζονται, μαζί με τους αναπληρωματικούς τους, από τον κατάλογο Εθνικών Κριτών, με κλήρωση που διενεργείται από την επιτροπή της παραγράφου 10 του παρόντος άρθρου. Τα Συμβούλια συγκροτούνται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Για κάθε επιλογή ή αξιολόγηση, τα Συμβούλια ορίζουν δύο (2) από τα μέλη τους από τις περιπτώσεις β' και γ' ως εισηγητές.

Όταν πρόκειται για κρίση Διευθυντών Οδοντιάτρων, τα μέλη των περιπτώσεων β' και γ' είναι οδοντίατροι.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να συγκροτούνται περισσότερα του ενός Συμβούλια Επιλογής ή Συμβούλια Αξιολόγησης για την ίδια ειδικότητα.

Τα κριτήρια συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για θέσεις Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ. καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Μέχρι την έκδοση της απόφασης αυτής εφαρμόζεται η υπουργική απόφαση αριθ. ΔΥ 13α/οικ. 39832/4.12.1997 «Ιεράρχηση των κριτηρίων κρίσης και αξιολόγησης υποψηφίων για θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.» (ΦΕΚ 1088 Β/ 9.12.1997).

Οι υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας παρέχουν την αναγκαία διοικητική και γραμματειακή υποστήριξη για τη λειτουργία των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης.

12. Τα δικαιολογητικά των υποψηφίων για τις θέσεις Διευθυντών Ε.Σ.Υ. υποβάλλονται στο νοσοκομείο, το οποίο έχει προκηρύξει τη θέση. Το νοσοκομείο διαβιβάζει τα δικαιολογητικά στη γραμματεία του Συμβουλίου Επιλογής Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ., η οποία τα παραδίδει στους εισηγητές. Κάθε εισηγητής συντάσσει και υποβάλλει την εισήγησή του στη γραμματεία του Συμβουλίου μέσα σε είκοσι (20) ημέρες από την παραλαβή των φακέλων με τα δικαιολογητικά των υποψηφίων. Αντίγραφα των εισηγήσεων αποστέλλονται σε όλους τους υποψηφίους, οι οποίοι μπορούν να υποβάλουν τις τυχόν αντιρρήσεις τους σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών. Οι εισηγητές υποχρεούνται, μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες, να απαντήσουν εγγράφως και τεκμηριωμένα στις αντιρρήσεις των υποψηφίων και η απάντησή τους υποβάλλεται, μαζί με τις εισηγήσεις, στο Συμβούλιο. Το Συμβούλιο συγκαλείται, εξε-

τάζει τις αντιρρήσεις που έχουν υποβληθεί και τις απόψεις των εισηγητών και τις καταχωρεί στο πρακτικό κρίσης. Το Συμβούλιο συντάσσει αξιολογικό πίνακα των υποψηφίων πλήρως αιτιολογημένο, τον οποίο αποστέλλει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Το Συμβούλιο υποχρεούται να ολοκληρώσει την κρίση εντός ενός (1) μήνα από την υποβολή των απαντήσεων των εισηγητών επί των αντιρρήσεων των υποψηφίων. Ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας εξετάζει μόνο τη νομιμότητα της διαδικασίας και εφόσον διαπιστώσει παράβαση των σχετικών διατάξεων, μπορεί να αναπέμψει την απόφαση στο Συμβούλιο, μέσα σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από την παραλαβή του αξιολογικού πίνακα.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις μπορεί ο Πρόεδρος του Πε.Σ.Υ. να παρατείνει τις προθεσμίες για την υποβολή των εισηγήσεων μέχρι δεκαπέντε (15) εργάσιμες ημέρες. Αν οι εισηγητές δεν τηρήσουν τις προθεσμίες, εκπίπτουν αυτοδικαίως από μέλη του Συμβουλίου, αντικαθίστανται με τη διαδικασία διορισμού τους και απαγορεύεται η συμμετοχή τους σε οποιοδήποτε άλλο Συμβούλιο Επιλογής ή Συμβούλιο Αξιολόγησης. Η παράλειψη αυτή θεωρείται παράβαση του υπηρεσιακού καθήκοντος του ιατρού και λαμβάνεται υπόψη σε κάθε κρίση ή αξιολόγησή του.

13. Οι υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μόνιμοι Διευθυντές αξιολογούνται ανά πενταετία από τα Συμβούλια Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ. Η αξιολόγηση αρχίζει από τους αρχαιότερους υπηρετούντες Διευθυντές. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται η διαδικασία, τα κριτήρια και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

Με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., ύστερα από εισήγηση του Διοικητή του οικείου νοσοκομείου, μπορεί να παραπέμπεται για αξιολόγηση, χωρίς την τήρηση του κριτηρίου της αρχαιότητας, ιατρός Διευθυντής που έχει αξιολογηθεί αρνητικά επί τρία (3) συνεχόμενα έτη, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 36 του ν. 2519/1997, ή ιατρός Διευθυντής, ο οποίος με την εν γένει συμπεριφορά του παραβιάζει τους κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

Το Συμβούλιο Αξιολόγησης βαθμολογεί τους κρινόμενους με Α, Β ή Γ. Με Α βαθμολογείται εκείνος που κρίνεται επαρκής και ικανός για την εκτέλεση των αρμοδιοτήτων και καθηκόντων της συγκεκριμένης θέσης.

Με Β βαθμολογείται εκείνος που κατ' αρχήν κρίνεται επαρκής, αλλά χρειάζεται να βελτιωθεί σε συγκεκριμένα σημεία. Τα σημεία αυτά, καθώς και η διαδικασία βελτίωσης του κρινόμενου, μέσα από διαδικασίες συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, του υποδεικνύονται από το Συμβούλιο. Σε αυτήν την περίπτωση η αξιολόγηση επαναλαμβάνεται μετά τριετία. Αν μετά την τριετία κριθεί ότι δεν έχει βελτιωθεί, τοποθετείται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε προσωρινή προσωποπαγή ομοίβαθμη θέση, που συνιστάται με την ίδια απόφαση σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή αποκεντρωμένη μονάδα του οικείου Πε.Σ.Υ., ανάλογα με την ειδικότητά του και τις συνολικές ανάγκες παροχής υπηρεσιών υγείας του Πε.Σ.Υ. και η θέση του επαναπροκηρύσσεται.

Με Γ βαθμολογείται εκείνος που κρίνεται ανεπαρκής και ακατάλληλος για τη θέση που κατέχει. Στην περίπτωση αυτή η θέση επαναπροκηρύσσεται και ο ιατρός τοποθετείται σε προσωρινή προσωποπαγή θέση, σύμφωνα με το προηγούμενο εδάφιο ή μετατάσσεται, κατόπιν απήσεώς του, σε Ν.Π.Δ.Δ. ή Ο.Τ.Α. ή δημόσια υπηρεσία.

14. Οι υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μόνιμοι Επιμελητές Α', εφόσον συμπληρώνουν πενταετή υπηρεσία στον ίδιο βαθμό, χωρίς να έχουν εν τω μεταξύ κριθεί για κατάληψη ομοίβαθμης θέσης αξιολογούνται, εφαρμοζόμενων αναλόγως των διατάξεων της παραγράφου 13 του άρθρου αυτού, από Συμβούλια Αξιολόγησης που συγκροτούνται ανά Πε.Σ.Υ. από:

α) Το Διοικητή του νοσοκομείου ως Πρόεδρο ή τον Αναπληρωτή Γενικό Διευθυντή του Πε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

β) Το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου, που είναι και εισηγητής ή τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ., όταν πρόκειται για ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

γ) Τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου.

δ) Έναν Διευθυντή και έναν Αναπληρωτή Διευθυντή της ίδιας ειδικότητας από νοσοκομείο ή Κέντρα Υγείας της περιφέρειας του Πε.Σ.Υ., που προτείνονται μαζί με τους αναπληρωτές τους από το ΚΕ.Σ.Υ.

Η συγκρότηση του Συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Προέδρου του ΠΕ.Σ.Υ.

Με την ίδια διαδικασία και τις ίδιες προϋποθέσεις αξιολογούνται και όσοι Επιμελητές Ιατροί μονιμοποιηθούν μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου.

15. Σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ., με βαθμό Διευθυντή, μπορεί να απονέμει ο τίτλος του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ.

Τα προσόντα για την απονομή του τίτλου του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ. είναι ανάλογα εκείνων που απαιτούνται για την εκλογή σε θέση Καθηγητή Πανεπιστημίου.

Ο τίτλος του Κλινικού Καθηγητή του Ε.Σ.Υ. αφαιρείται, εάν κατά την ανά πενταετία αξιολόγηση, ο Διευθυντής κριθεί αρνητικά για τη διατήρηση της θέσης Διευθυντή του τμήματός του.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται το εκλεκτορικό σώμα, το οποίο συγκροτείται από Καθηγητές των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι., ο τύπος του τίτλου, ο φορέας που τον απονέμει, τα ειδικότερα κριτήρια, και ρυθμίζεται η διαδικασία και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

16. Με απόφαση του Προέδρου κάθε Πε.Σ.Υ., ύστερα από γνώμη του Επιστημονικού Συμβουλίου, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης άλλων των ιατρών, οδοντόπατρων και λοιπών επιστημόνων της Ιατρικής Υπηρεσίας, που υπηρετούν στις μονάδες του Πε.Σ.Υ., καθώς και ο χρόνος πρακτικής άσκησης αυτών σε πιστοποιημένους φορείς και κλινικές του Ε.Σ.Υ., που ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση και η επιτυχής πρακτική άσκηση συνεκτιμώνται σε κάθε κρίση ή αξιολόγηση του παραπάνω προσωπικού.

17. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου κάθε Πε.Σ.Υ., μετά από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου, μπορεί να οργανώνονται κοινά εκπαιδευτικά προγράμματα για τους ιατρούς και το λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό, που υπηρετεί στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας και στα περιφερειακά ιατρεία του Πε.Σ.Υ.

18. Η εκπαιδευτική άδεια για συμμετοχή σε συνέδρια στο εσωτερικό ή το εξωτερικό χορηγείται στο επιστημονικό προσωπικό της Ιατρικής Υπηρεσίας, με την προϋπόθεση ότι ο ενδιαφερόμενος θα έχει ανακοίνωση ή ενεργό

συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις, συζητήσεις ή διαλέξεις.

Σε κάθε άλλη περίπτωση χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για την παρακολούθηση παγκόσμιων ή πανευρωπαϊκών συνεδρίων ή συνεδρίων ιδιαίτερου επιστημονικού ενδιαφέροντος, μετά από εισήγηση του Διευθυντή του οικείου τομέα και απόφαση του Διοικητή του νοσοκομείου, που εκδίδεται με την προϋπόθεση ότι ο λειτουργός ή υπάλληλος γνωρίζει άριστα τη γλώσσα που χρησιμοποιείται στο συνέδριο και ότι ο συνολικός αριθμός του προσωπικού που απουσιάζει σε εκπαιδευτική ή άλλη άδεια δεν υπερβαίνει το 50% των υπηρετούντων στο τμήμα του απουσιάζοντος και δεν διαταράσσεται κατά τα λοιπά η εύρυθμη λειτουργία της υπηρεσίας.

Απαγορεύεται σε ιατρούς, στο λοιπό επιστημονικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Ε.Σ.Υ., καθώς και σε πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται σε κλινικές εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., να συμμετέχουν σε συνέδρια ή σεμινάρια στο εσωτερικό ή εξωτερικό, που οργανώνονται από φαρμακευτικές εταιρείες ή εταιρείες ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για την προβολή των προϊόντων τους.

19. Οι βραχυχρόνιες αναρρωτικές άδειες που προβλέπονται στο άρθρο 56 παρ. 2 του ν. 2683/1999 χορηγούνται στο προσωπικό των νοσοκομείων από το Διευθυντή του τμήματος ή το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

20. Η παράγραφος 5 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997 αντικαθίσταται ως εξής:

"5. Το προβλεπόμενο από τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 34 του ν. 1397/1983 Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο αποτελείται από:

α) έναν (1) Αντιπρόεδρο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους, ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή του έναν Νομικό Σύμβουλο του Κράτους, που ορίζονται από τον Πρόεδρο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους,

β) έναν (1) Πρόεδρο Πε.Σ.Υ., με αναπληρωτή Πρόεδρο άλλου Πε.Σ.Υ., που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας,

γ) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ.,

δ) τον Πρόεδρο του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβουλίου του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, με αναπληρωτή του τον Αντιπρόεδρο του ίδιου Συμβουλίου ή τον Πρόεδρο, με αναπληρωτή τον Αντιπρόεδρο, του Πειθαρχικού Συμβουλίου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας, προκειμένου για πειθαρχική δίωξη οδοντιάτρων,

ε) έναν (1) Γενικό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή του άλλο Γενικό Διευθυντή του ίδιου Υπουργείου, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

21. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας προβλέπονται ειδικά κίνητρα, οικονομικά και επιστημονικά:

α) για ειδικότητες εν ανεπαρκεία, όπως αυτές της γενικής ιατρικής, της ιατρικής της εργασίας, της αναισθησιολογίας, της ψυχιατρικής, καθώς και για εξειδίκευση στην επείγουσα και εντατική ιατρική, β) για φαρμακοποιούς, βιολόγους, βιοχημικούς, χημικούς, κλινικούς χημικούς, νοσηλευτές και άλλους επιστήμονες του τομέα υγείας που υπηρετούν στο Ε.Σ.Υ., για μετεκπαίδευση πάνω σε θέματα σχετικά με το αντικείμενό τους, γ) για στελέχη του τομέα υγείας για μεταπτυχιακές σπουδές στην Ελλάδα και στο εξωτερικό σε θέματα δημόσιας υγείας, διοίκησης

και οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, δ) για την προσέλκυση ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού για την κάλυψη ειδικών αναγκών σε ακριτικές, δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας.

22. Στο τέλος της πρώτης παραγράφου του άρθρου 23 του ν. 2519/1997 προστίθενται τα εξής εδάφια:

"Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται κατάλογος επικουρικών ιατρών ανά ειδικότητα για την κάλυψη έκτακτων αναγκών και των επειγουσών αναγκών σε δυσπρόσιτες, απομονωμένες και νησιωτικές περιοχές της χώρας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων. Στον κατάλογο αυτόν εγγράφονται με αίτησή τους ειδικευμένοι ιατροί, που είναι εγγεγραμμένοι στον Οργανισμό Απασχολήσεως Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ.) και ιατροί που απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα. Προηγούνται οι άνεργοι ιατροί και η προτεραιότητα μεταξύ αυτών καθορίζεται από τη σειρά εγγραφής τους στον Ο.Α.Ε.Δ. Οι ιατροί, που εγγράφονται στον κατάλογο αυτόν, δεν πρέπει να κατέχουν τον τίτλο ειδικότητας περισσότερο από πέντε (5) έτη και δεν μπορούν να παραμείνουν στον κατάλογο περισσότερο από πέντε (5) έτη.

Οι επικουρικοί ιατροί, με την εγγραφή τους στον κατάλογο, δηλώνουν και το χρονικό διάστημα για το οποίο δεσμεύονται να απασχοληθούν, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, που δεν μπορεί να είναι μικρότερο των τριών (3) μηνών και μεγαλύτερο του ενός (1) έτους, καθώς και τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο του έτους. Η αρμόδια υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζει πρόγραμμα ετοιμότητας των επικουρικών ιατρών, ώστε να υπάρχει κάλυψη καθ' όλο το έτος.

Οι επικουρικοί ιατροί, κατά το χρόνο απασχόλησής τους στην κάλυψη των έκτακτων αναγκών, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ο χρόνος αυτός υπολογίζεται ως χρόνος προϋπηρεσίας στο Ε.Σ.Υ., όταν κρίνονται για την κατάληψη θέσης ιατρού Ε.Σ.Υ.

Οι επικουρικοί ιατροί λαμβάνουν τις αποδοχές πρωτοδιοριζόμενου Επιμελητή Β' του Ε.Σ.Υ. και η δαπάνη για την αμοιβή των επικουρικών ιατρών βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου, αν αυτοί καλύπτουν ανάγκες νοσοκομείου ή τον προϋπολογισμό του Πε.Σ.Υ., εάν καλύπτουν ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η σύμβαση συνάπτεται, αντιστοίχως, με το οικείο νοσοκομείο ή Πε.Σ.Υ.

Οι προσλήψεις της παραγράφου αυτής εξαιρούνται από την αναστολή των διορισμών και προσλήψεων και τη διαδικασία έγκρισης της ΠΥΣ 55/11.11.1998 (ΦΕΚ 252 Α), όπως κάθε φορά ισχύει".

23. Όλες οι ρυθμίσεις του άρθρου αυτού για τους ιατρούς ισχύουν και για τους οδοντιάτρους.

Άρθρο 12

Πειθαρχικές διατάξεις

1. α. Ο Διοικητής νοσοκομείου του Ε.Σ.Υ., ως Πειθαρχικός Προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

Ο Διευθυντής Κέντρου Υγείας μπορεί να επιβάλλει στο ιατρικό προσωπικό τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου έως το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

β. Το Συμβούλιο Διοίκησης του νοσοκομείου, ως πειθαρχικό συλλογικό όργανο, μπορεί να επιβάλλει σε βά-

ρος του ιατρικού προσωπικού τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι και τις αποδοχές ενός (1) μηνός.

Κατά των αποφάσεων των ανωτέρω πειθαρχικών οργάνων επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ.

2. Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., ως πειθαρχικό όργανο, ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία, σε πρώτο ή σε δεύτερο βαθμό, σε βάρος του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων που υπάγονται στην αρμοδιότητά του. Σε πρώτο βαθμό, το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. μπορεί να επιβάλλει μόνο τις ποινές που προβλέπονται, υπό στοιχεία α' έως και γ', στην παράγραφο 1 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997. Σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις ενστάσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Διοικητή και του Συμβουλίου Διοίκησης του νοσοκομείου.

Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., που επιβάλλουν από την ποινή προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων (4) μηνών και άνω έως και την ποινή της διακοπής του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού, επιτρέπεται η άσκηση έφεσης ενώπιον του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο δικάζει σε πρώτο βαθμό τα πειθαρχικά αδικήματα που μπορεί να επισύρουν μέχρι και την ποινή της αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις εφέσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων των Διοικητικών Συμβουλίων των Πε.Σ.Υ., που επιβάλλουν την ποινή του προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων (4) μηνών και άνω, ως και της διακοπής του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού.

Οι τελεσίδικες πειθαρχικές αποφάσεις των Δ.Σ. των Πε.Σ.Υ. και οι οριστικές αποφάσεις του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου υπόκεινται σε προσφυγή ενώπιον του Συμβουλίου της Επικρατείας, μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης.

Οι διατάξεις των παραγράφων 2, 3 και 4 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997 καταργούνται.

3. Ο Διοικητής νοσοκομείου των Πε.Σ.Υ., ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του λοιπού προσωπικού, πλην του ιατρικού, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών. Την ίδια αρμοδιότητα έχει και ο Διευθυντής των Κέντρων Υγείας.

Το Συμβούλιο Διοίκησης του νοσοκομείου, ως πειθαρχικό συλλογικό όργανο, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού τις ποινές της επίπληξης μέχρι τις αποδοχές ενός (1) μήνα. Κατά των αποφάσεων των ανωτέρω πειθαρχικών οργάνων επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Διοικητικού Συμβουλίου του Πε.Σ.Υ.

Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., ως πειθαρχικό όργανο, ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία κατά του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού των νοσοκομείων και των Κέντρων Υγείας της αρμοδιότητάς του είτε σε πρώτο βαθμό είτε σε δεύτερο βαθμό, ύστερα από άσκηση ένστασης κατά των αποφάσεων των πειθαρχικών οργάνων της προηγούμενης παραγράφου.

Το Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό πειθαρχικά παραπτώματα του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού μπορεί να επιβάλλει τις ποινές της παραγράφου 1 περ. α', β' και γ' του άρθρου 109 του ν. 2683/1999.

Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., που επιβάλλει ποινή βαρύτερη από τη στέρηση των αποδοχών ενός (1) μηνός, επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Πρωτοβάθμιου Υπηρεσιακού Συμβουλίου της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου.

Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου, όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό, μπορεί να επιβάλλει οποιαδήποτε ποινή.

Κατά των οριστικών αποφάσεων του Πρωτοβάθμιου Υπηρεσιακού Συμβουλίου επιτρέπεται η άσκηση έφεσης ενώπιον του Δευτεροβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου του άρθρου 163α του ν. 2683/1999, που προστέθηκε με το άρθρο 15 του ν. 2839/2000 και εφαρμόζονται, κατά τα λοιπά, οι πειθαρχικές διατάξεις του Κώδικα Κατάστασης Δημοσίων Πολιτικών Διοικητικών Υπαλλήλων και Υπαλλήλων Ν.Π.Δ.Δ.

4. Τις προβλεπόμενες στις προηγούμενες παραγράφους 1, 2 και 3 ένσταση και έφεση δικαιούνται να ασκήσουν:

α) ο λειτουργός ή υπάλληλος, εντός προθεσμίας τριάντα (30) ημερών από την ημέρα που του κοινοποιήθηκε η απόφαση,

β) κατά του λειτουργού ή υπαλλήλου, ο Υπουργός Υγείας και Πρόνοιας, μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την έκδοση της απόφασης.

5. Στην παρ. 1 του άρθρου 77 του ν. 2071/1992 προστίθεται περίπτωση ζ' ως εξής:

"ζ. η αδικαιολόγητη απουσία ή εγκατάλειψη θέσης".

Για το αδίκημα αυτό, μετά από δεύτερη υποτροπή, μπορεί να επιβληθεί η ποινή της οριστικής παύσης.

6. Τα μονομελή πειθαρχικά όργανα οφείλουν να εκδίδουν την απόφασή τους μέσα σε ένα (1) μήνα από την ημέρα παραλαβής του πειθαρχικού φακέλου.

Για τα συλλογικά πειθαρχικά όργανα η παραπάνω προθεσμία ορίζεται σε δύο (2) μήνες από την ημέρα παραλαβής του σχετικού φακέλου.

Η υπαίτια παραβίαση των ανωτέρω προθεσμιών αποτελεί παράβαση του υπαλληλικού καθήκοντος και διώκεται πειθαρχικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 13

1. Απαγορεύεται η εγκατάσταση προσφερόμενου ιατρικού εξοπλισμού σε νοσοκομείο, χωρίς την προηγούμενη άδεια του Διοικητή αυτού. Η εγκατάσταση εξοπλισμού με τη μέθοδο της χρηματοδοτικής μίσθωσης (leasing) γίνεται μόνο ύστερα από ειδική έγκριση του Διοικητή του νοσοκομείου.

2. Η διάταξη της παραγράφου 12 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"Τα Νοσοκομεία και τα Κέντρα Υγείας των Πε.Σ.Υ. επιτρέπεται να αναθέτουν με σύμβαση έργου, κατά τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, χωρίς την έγκριση της σκοπιμότητας από άλλο όργανο, τη φύλαξη των χώρων τους σε ειδικά συνεργεία παροχής υπηρεσιών ασφαλείας, ανεξάρτητα αν η αμοιβή του αναδόχου υπερβαίνει την απαιτούμενη δαπάνη για την πλήρωση των κενών οργανικών θέσεων των οικείων κλάδων ή ειδικοτήτων".

3. Στην παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 προστίθεται δεύτερο εδάφιο, ως εξής:

"Οι θέσεις του προηγούμενου εδαφίου προστίθενται

στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου και οι δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού των κλάδων Ε.Σ.Υ.:

α) νοσοκομειακών φαρμακοποιών, β) φυσικών νοσοκομείων - ακτινοφυσικών, γ) κλινικών χημικών, χημικών, βιοχημικών, βιολόγων των ιατρικών εργαστηρίων δ) ψυχολόγων, που διορίζονται στις θέσεις αυτές, βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου".

Οι προσωρινές διαβαθμισμένες θέσεις φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., που κατέχουν οι ήδη υπηρετούντες φαρμακοποιοί, μετατρέπονται σε οργανικές διαβαθμισμένες θέσεις κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ. και εντάσσονται στον οργανισμό του νοσοκομείου που υπηρετούν.

4. Στον Πρόεδρο, στον Αντιπρόεδρο και στα μέλη:

α) του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου,
β) του Συμβουλίου Επιλογής Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,
γ) του Συμβουλίου Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,
δ) των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ε.Σ.Υ.,
ε) των Περιφερειακών Συμβουλίων Αξιολόγησης Επιμελητών Ε.Σ.Υ. και

στ) της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, καταβάλλονται αμοιβή και έξοδα κίνησης, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Τα εισοδήματα των ιατρών του Ε.Σ.Υ. από την απογευματινή εργασία της παρ. 1 του άρθρου 9 του νόμου αυτού, καθώς και αυτά των πανεπιστημιακών ιατρών από την απογευματινή εργασία των παραγράφων 1 και 4 του ίδιου άρθρου, όπως επίσης και η προβλεπόμενη στην επόμενη παράγραφο 6 του άρθρου αυτού ειδική αμοιβή για την παροχή κλινικού και εργαστηριακού έργου από πανεπιστημιακούς ιατρούς, που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., θεωρούνται ότι προέρχονται από άσκηση ιδιωτικού έργου και φορολογούνται σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 2 περ. Ζ του άρθρου 4 του ν. 2238/1994 (ΦΕΚ 151 Α).

6. Από 1.1.2002, στους πανεπιστημιακούς ιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., καταβάλλεται, από τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του οικείου νοσοκομείου, ειδική αμοιβή για το κλινικό και εργαστηριακό έργο που παρέχουν, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

7. Επιτρέπεται, με αίτησή του, η μετάθεση του ιατρικού και πάσης φύσεως προσωπικού του Πε.Σ.Υ., από οργανική θέση αποκεντρωμένης μονάδας του σε οργανική θέση άλλης αποκεντρωμένης μονάδας του, χωρίς γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων, με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Κατά τα λοιπά, εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 67 του ν. 2683/1999.

Ιατροί ή οδοντίατροι του Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν σε προσωποπαγείς θέσεις σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., ως υπεράριθμοι, δύνανται, ύστερα από αίτησή τους και πρόταση των οικείων Πε.Σ.Υ., να μετατεθούν ή μεταταθούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας άγονων περιοχών της ίδιας ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας με μεταφορά της θέσης τους.

8. Το Συμβούλιο Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ" έχει την αποκλειστική αρμοδιό-

τητα για τη διαχείριση, διοίκηση, αξιοποίηση και διάθεση των υφιστάμενων κληροδοτημάτων, καθώς και για την υποβολή στη Διεύθυνση Εθνικών Κληροδοτημάτων του Υπουργείου Οικονομικών του ετήσιου προϋπολογισμού λειτουργίας των κληροδοτημάτων και του αντίστοιχου απολογισμού και ισολογισμού.

9. Στο Διοικητικό Συμβούλιο των Πε.Σ.Υ., στα οποία υπάγονται το Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ" και το Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας "Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ", συμμετέχει ο Δήμαρχος Κοζάνης και ένας εκπρόσωπος της δωρήτριας ή των κληρονόμων της, αντιστοίχως, και ορίζεται ένα επιπλέον μέλος από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Διατηρούν το υφιστάμενο νομικό καθεστώς τους και δεν υπάγονται στις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 1 του νόμου αυτού:

α) το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ",
β) το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ",

γ) το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ",

δ) το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ",

ε) το Γενικό Νοσοκομείο "ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ",

στ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ",

ζ) το Γενικό Νοσοκομείο "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ",

η) το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ",

θ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πατρών "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ",

ι) Το Σπηλιωπούλειο Παθολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ",

ια) Το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε.),
ιβ) Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΕΛΠΙΣ".

Τα παραπάνω νοσοκομεία, που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς και το Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε. και τα παραρτήματα αυτού διασυνδέονται λειτουργικά με το Πε.Σ.Υ. στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου βρίσκονται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου.

Η οργάνωση και διοίκηση των ανωτέρω νοσοκομείων διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7 και 8 αυτού του νόμου, οι οποίες ισχύουν από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Οι αρμοδιότητες που ασκούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του προηγούμενου εδαφίου, από το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. και το Συμβούλιο Διοίκησης των νοσοκομείων, περιλαμβανομένων και των πειθαρχικών αρμοδιοτήτων του άρθρου 12, ανήκουν στα Διοικητικά Συμβούλια των παραπάνω νοσοκομείων, τα οποία συγκροτούνται κατά τις ισχύουσες κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ειδικές για τα νοσοκομεία αυτά διατάξεις, συμπληρούμενες από τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 2519/1997, όπως τροποποιήθηκε με αυτές της παρ. 15 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 και του άρθρου 21 του ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α), οι οποίες διατηρούνται σε ισχύ, ειδικώς, για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

Ο Διοικητής των παραπάνω νοσοκομείων είναι και Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου, εκτός εάν η ιδιότητα αυτή επιφυλάσσεται σε ορισμένο πρόσωπο, με ειδική πρόβλεψη πράξης δωρεάς εν ζωή ή διαθήκης ή σύμβασης ή διάταξης ειδικού νόμου. Ο Διοικητής έχει τις αρμο-

διότητες που ορίζονται στην παράγραφο 7 του άρθρου 5 και τις λοιπές διατάξεις αυτού του νόμου.

11. Εξαιρούνται από τις διατάξεις αυτού του νόμου το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ" και το "ΩΝΑΣΕΙΟ" Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, τα οποία διασυνδέονται λειτουργικά με το Πε.Σ.Υ. στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου βρίσκονται, εφαρμοζομένων αναλόγως των διατάξεων της παρ. 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου. Η οργάνωση και διοίκηση των παραπάνω νοσοκομείων διέπεται από τις ισχύουσες γι' αυτά ειδικές διατάξεις, οι οποίες καθορίζουν και τις προϋποθέσεις, τη διαδικασία και τους όρους απασχόλησης, τόσο κατά το τακτικό ωράριο όσο και κατά την απογευματινή λειτουργία, των απασχολούμενων ιατρών του Ε.Σ.Υ. και των πανεπιστημιακών ιατρών. Για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. και τους πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται στους παραπάνω φορείς, εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις των παραγράφων 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 11 αυτού του νόμου.

12. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορούν να εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και να οργανώνονται κατά τις διατάξεις αυτού του νόμου οι νοσηλευτικές μονάδες των φυλακών, που υπάγονται στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, χωρίς να μεταβάλλονται οι εργασιακές σχέσεις του υπηρετούντος σε αυτές μέχρι την ένταξη ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Με την ίδια απόφαση ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για την ένταξη.

13. Στο τέλος της παραγράφου 6 του άρθρου 24 του ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218 Α') προστίθεται το παρακάτω εδάφιο:

"Για τους ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που κατέχουν θέση μέλους Δ.Ε.Π. στα Τμήματα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Τ.Ε.Φ.Α.Α.) των Α.Ε.Ι., εξακολουθούν να ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου 1 του ν. 2188/1994 (ΦΕΚ 18 Α'). Οι ιατροί αυτοί μπορούν να ανακαλέσουν τη δήλωση παραίτησης από μέλος Δ.Ε.Π. των Τ.Ε.Φ.Α.Α. εντός αποκλειστικής προθεσμίας εξήντα (60) ημερών από τη δημοσίευση αυτού του νόμου."

14. Με τις διατάξεις του νόμου αυτού δεν θίγονται: α) οι διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 7 του ν. 1268/1982, όπως ισχύουν, περί ίδρυσης, κατάργησης, συγχώνευσης ή μετονομασίας κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων των Α.Ε.Ι., β) οι διατάξεις του άρθρου 13 του ν. 1397/1983, όπως ισχύουν, περί εγκατάστασης ή μετεγκατάστασης πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., γ) οι διατάξεις του ν. 249/1976 και της παραγράφου 23 του άρθρου 45 του ν. 1268/1982, όπως ισχύουν, περί πειθαρχικής αρμοδιότητας για τα μέλη Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι. και δ) οι κείμενες διατάξεις, που αναφέρονται στην αρμοδιότητα των τμημάτων Α.Ε.Ι. και των τομέων τους, καθώς και των κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων τους, για όλα τα ζητήματα, που αφορούν το εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο τους.

15. Ιατροί, υπήκοοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κάτοχοι άδειας ασκήσεως επαγγέλματος και τίτλου ειδικότητας, που έχουν αναγνωρισθεί στην Ελλάδα, οι οποίοι έχουν εκπληρώσει στο κράτος προέλευσης υπηρεσία τουλάχιστον δεκαπέντε (15) μηνών, αντίστοιχη με την υπηρεσία υπαίθρου του άρθρου 1 παρ. 1 του ν.δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303 Α'), μπορούν να είναι υποψήφιοι για θέση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., κατά παρέκκλιση της διάταξης της παραγράφου 11 του άρθρου 21 του ν. 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α').

Ως αντίστοιχη υπηρεσία θεωρείται, ιδίως, ο χρόνος πρακτικής άσκησης της ιατρικής σε νοσοκομείο ή ιατρείο, εάν απαιτείται ως υποχρεωτική προϋπόθεση μετά τη λήψη του πτυχίου για την έναρξη εκπαίδευσης σε ιατρική ειδικότητα.

16. Στο ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α') αντικαθίσταται η παρ. 1 του άρθρου 88 ως εξής:

"Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ., όλων των βαθμών, οι οδοντίατροι, καθώς και οι φαρμακοποιοί, χημικοί, βιοχημικοί, κλινικοί χημικοί, βιολόγοι και φυσικοί νοσοκομείων - ακτινοφυσικοί, που υπηρετούν στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας, υποχρεούνται σε εφημερία στο Νοσοκομείο ή στο Κέντρο Υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες των τμημάτων, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων και εν γένει σύμφωνα με τις ανάγκες για την απρόσκοπτη λειτουργία του Νοσοκομείου ή του Κέντρου Υγείας. Στους ιατρούς και τους λοιπούς ως άνω επιστήμονες ενεργού εφημερίας καταβάλλεται αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον καθορισμό της διάταξης αυτής αρχίζει από 1.1.2002.

17. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 24 του ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"Η προκήρυξη για την πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, παρασκευαστών, ραδιολογίας - ακτινολογίας, χειριστών - εμφανιστών, χειριστών ιατρικών συσκευών, χειριστών ιατρικών μηχανημάτων σε Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και Ε.Κ.Α.Β., καθώς και του προσωπικού του κλάδου ΔΕ πληρωμάτων ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β., γίνεται μέχρι το τέλος του επόμενου έτους κατά το οποίο η θέση κενώθηκε για οποιονδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας, μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, χωρίς να απαιτείται Πράξη Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.)."

18. Με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού οι εκλεγμένοι πρόεδροι του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, οι οποίοι υπηρετούν ως υπάλληλοι του ευρύτερου δημόσιου τομέα, επιτρέπεται να απέχουν από τα καθήκοντά τους για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με αυτήν την ιδιότητα καθ' όλο το χρονικό διάστημα της θητείας τους. Η καταβολή των αποδοχών τους βαρύνει το φορέα από τον οποίο προέρχονται.

19. Με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου μπορεί να επιτρέπεται η μερική αποχή των παραπάνω προσώπων από τα καθήκοντά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΤΕΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 14

Τελικές διατάξεις

1. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού ρυθμίζονται τα κάθε είδους ειδικότερα θέματα, καθώς και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου αυτού.

2. Από τη δημοσίευση του παρόντος καταργούνται οι διατάξεις:

α) των άρθρων 6 παρ. 1, 8, 12 παρ. 1, 11 παρ. 3 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'),

β) της παρ. 1 του άρθρου 18 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α'),

γ) των άρθρων 48 παράγραφοι 1 και 2, 54, 55 πλην της παρ. 3, 56 παρ. 1 και 3, 58 παράγραφοι 1, 3, 4 και 5 και 60 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α'),

δ) της παρ. 4 του άρθρου 5 του ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α'),

ε) των άρθρων 15, 16, 17, 34 παράγραφοι 1, 2 εδ. α' και β', 3 και του άρθρου 37 παράγραφοι 1, 2, 3, 4 και 5 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'), καθώς και κάθε γενική ή ειδική διάταξη που είναι αντίθετη προς τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

Καταργούνται οι διατάξεις της παρ. 2 α (3) β του άρθρου 12, των περιπτώσεων (1), (2), (4), (5) και (6) του στοιχείου β' της παρ. 2 του άρθρου 13, των περιπτώσεων (1), (10), (12), (13) του εδαφίου α' της παρ. 2 του άρθρου 14 και των περιπτώσεων (1) και (4) του εδαφίου β' της παρ. 1 του άρθρου 33 του προεδρικού διατάγματος 95/2000 "Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" (ΦΕΚ 76 Α'), καθώς και οι διατάξεις της περίπτωσης 1 του εδαφίου Ζ' της παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 2647/1998 (ΦΕΚ 237 Α') ως προς την προβλεπόμενη, από τις διατάξεις αυτές, έγκριση σκοπιμότητας εκτέλεσης έργων και προμήθειας πάσης φύσεως εξοπλισμού.

3. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (Πε.Σ.Υ.) του άρθρου 3 του ν. 1397/1983 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (ΦΕΚ 143 Α') καταργούνται.

Άρθρο 15

Μεταβατικές διατάξεις

1. Από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου αρχίζουν οι διαδικασίες για τη συγκρότηση των Διοικητικών Συμβουλίων, καθώς και για την οργάνωση και τη στελέχωση των Πε.Σ.Υ. και των αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων τους.

Η διοικητική μέριμνα, μέχρι την έναρξη της λειτουργίας της Κεντρικής Υπηρεσίας των Πε.Σ.Υ., παρέχεται από τη Διοικητική Υπηρεσία του μεγαλύτερου, σε αριθμό κλινών, νοσοκομείου της χωρικής τους αρμοδιότητας και οι απαιτούμενες πιστώσεις βαρύνουν τα λειτουργικά έξοδα του προϋπολογισμού του φορέα αυτού.

2. Η έναρξη της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ. ορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Μέχρι την έναρξη της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., ο Πρόεδρος και τα υφιστάμενα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων συνεχίζουν να ασκούν όλες τις, αντίστοιχες, αρμοδιότητες που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 16 του ν. 2519/1997 ή από κάθε άλλη γενική ή ειδική διάταξη.

Από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., οι αρμοδιότητες που προβλέπονται στον παρόντα νόμο για τους Διοικητές και τα Συμβούλια Διοίκησης των ανεξάρτητων Μονάδων του Πε.Σ.Υ., ασκούνται, αντίστοιχα, μέχρι την τοποθέτηση των Διοικητών και τη συγκρότηση των Συμβουλίων Διοίκησης, από τους Προέδρους και τα σημερινά Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων. Μέχρι την τοποθέτηση των

λοιπών οργάνων διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων του Πε.Σ.Υ. ή τη συγκρότηση των λοιπών συλλογικών οργάνων, που προβλέπονται στον παρόντα νόμο, διατηρούνται οι αρμοδιότητες και η λειτουργία των οργάνων, που προβλέπονται στην υφιστάμενη οργάνωση των νοσοκομείων.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να αντικαθίσταται, σε περίπτωση παραίτησής του, ο Πρόεδρος ή οποιοδήποτε άλλο όργανο διοίκησης ή μέλος συλλογικού οργάνου της μεταβατικής περιόδου.

4. Η έναρξη της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων, ως αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Μέχρι την έκδοση της υπουργικής απόφασης του προηγούμενου εδαφίου, τα Κέντρα Υγείας, με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, εξακολουθούν να λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, στα οποία υπάγονται μέχρι σήμερα, και οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των νοσοκομείων αυτών.

5. Από την έναρξη της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων καταργούνται ως οργανικές θέσεις του αντίστοιχου νοσοκομείου και συνιστώνται ισάριθμες και ομοιόβαθμες θέσεις, οι οποίες προστίθενται στους οργανισμούς των αντίστοιχων Κέντρων Υγείας. Το πάσης φύσεως προσωπικό, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και κατέχει οργανικές θέσεις αυτών ενσωματωμένες στους οργανισμούς των νοσοκομείων, εντάσσεται, αυτοδικαίως, από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας αυτών, στις συνιστώμενες κατά την προηγούμενη παράγραφο θέσεις. Για την έναρξη εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η προϋπηρεσία των εντασσομένων υπαλλήλων προσμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση.

6. Τα Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.) της παρ. 1 του άρθρου 6 του ν. 1397/1983, όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 1759/1988 και τροποποιήθηκε με τις παραγράφους 1 έως 6 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 καταργούνται από την έναρξη της λειτουργίας των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ. και των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης των Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ., που προβλέπονται στις παραγράφους 8 και 11 του άρθρου 11 του νόμου αυτού. Η ημέρα έναρξης της λειτουργίας των ανωτέρω Συμβουλίων ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Μέχρι την ημέρα αυτή εξακολουθεί η λειτουργία των Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. και παρατείνεται μέχρι τότε η θητεία των μελών τους, εάν λήγει νωρίτερα ή έχει λήξει πριν από τη δημοσίευση αυτού του νόμου χωρίς τα Συμβούλια να ανασυγκροτηθούν.

Όπου στις κείμενες διατάξεις υπάρχει η λέξη Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. νοείται, ανάλογα με το βαθμό του κρινόμενου ή αξιολογούμενου, το Περιφερειακό Συμβούλιο Επιλογής ή το Συμβούλιο Αξιολόγησης Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ. των παραγράφων 8 και 14 του άρθρου 11 ή το

Συμβούλιο Επιλογής ή το Συμβούλιο Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ. της παραγράφου 11 του άρθρου 11 αυτού του νόμου.

7. Μέχρι τη συγκρότηση των Υπηρεσιακών Συμβουλίων των Πε.Σ.Υ., της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος, διατηρούν την πειθαρχική δικαιοδοσία τους τα υφιστάμενα Υπηρεσιακά Συμβούλια των νοσοκομείων ή τα κοινά Υπηρεσιακά Συμβούλια, όπου υπάρχουν, στα οποία εξακολουθούν να υπάγονται οι υπάλληλοι των αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., πλην του ιατρικού προσωπικού.

8. Το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο εξακολουθεί να λειτουργεί με τη σύνθεση που προβλέπεται στη διάταξη της παρ. 5 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997, μέχρι τη συγκρότησή του κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 20 του άρθρου 11 του παρόντος.

Άρθρο 16

Η διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 8 του ν. 2747/1999 (ΦΕΚ 226 Α') τροποποιείται ως εξής:

"Παροχές ασθένειας Ι.Κ.Α.

Κατ' εξαίρεση για το έτος 2001 στους άνεργους απολυμένους της Ναυπηγοεπισκευαστικής Ζώνης του Περάματος και στα μέλη οικογενείας τους που αναφέρονται στο άρθρο 33 του α.ν. 1846/1951 (ΦΕΚ 179 Α') παρέχεται από το Ι.Κ.Α. πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εφόσον έχουν πραγματοποιήσει τριάντα (30) τουλάχιστον συνολικά ημέρες εργασίας σε ναυπηγοεπισκευαστικές εργασίες κατά τα έτη 1996, 1997 και 1998."

Άρθρο 17

1. Η επιλογή του προσωπικού του κλάδου ΔΕ Φύλαξης των Καταστημάτων Κράτησης της Χώρας διενεργείται από το Υπουργείο Δικαιοσύνης, κατ' ανάλογη εφαρμογή των παραγράφων 6 και 7 του άρθρου 9 του ν. 2734/1999, σχετικά με την πρόσληψη φρουρών της ΕΛ.ΑΣ. Για το προσωπικό του κλάδου αυτού, τα θέματα που προβλέπονται στην παράγραφο 6 του άρθρου 9 του ν. 2734/1999 ρυθμίζονται με απόφαση του Υπουργού Δικαιοσύνης.

2. Η διευθέτηση της έννομης κατάστασης η οποία ανέκυψε ύστερα από την απόφαση αρ. 79/2001 του Ε' Τμήματος του Συμβουλίου Επικρατείας, με την οποία ακυρώθηκε το αρ. 163/30.7.1999 (ΦΕΚ 158 Α') προεδρικό διάταγμα ίδρυσης του Εφετείου Λαμίας, πρέπει να γίνει μέσα σε ένα τρίμηνο από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου με την έκδοση νέου προεδρικού διατάγματος, που είτε θα ανακαλεί το ιδρυτικό του Εφετείου Λαμίας διάταγμα είτε θα το τροποποιεί είτε θα επανιδρύει το Εφετείο. Στο τρίμηνο δεν υπολογίζεται ο χρόνος έκφρασης γνώμης από τον Άρειο Πάγο, σύμφωνα με το ν. 1756/1988, ούτε ο χρόνος επεξεργασίας του νέου προεδρικού διατάγματος από το Συμβούλιο της Επικρατείας. Το Εφετείο Λαμίας θα εξακολουθεί να λειτουργεί και να παρέχει απρόσκοπτα έννομη προστασία στο μεταβατικό χρονικό διάστημα έως την έκδοση νέου προεδρικού διατάγματος. Οι ως τώρα πράξεις του Εφετείου Λαμίας παραμένουν έγκυρες.

Άρθρο 18

Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, προσωπικού που προσλήφθηκε για την υλοποίηση των προγραμμάτων:

α. Κοινωνικής Πρωτοβουλίας "ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ" άξονας HORIZON

β. Επιχειρησιακού Προγράμματος "Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας" (Υποπρόγραμμα 4 - Μέτρα 1, 2 και 3, Υποπρόγραμμα 5 - Μέτρο 5) και

γ. Επιχειρησιακού Προγράμματος "Υγεία-Πρόνοια" (Υποπρόγραμμα 3 - Μέτρο 3), το οποίο εξακολουθεί να υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, θεωρούνται ότι ουδέποτε έληξαν και το προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε κενές οργανικές θέσεις του φορέα απασχόλησης, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου. Εάν δεν υφίστανται κενές θέσεις, η κατάταξη γίνεται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχης ειδικότητας, που συνιστώνται με την απόφαση κατάταξης και καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του εργαζόμενου από την υπηρεσία. Προϋπόθεση για την παραπάνω κατάταξη αποτελεί η συνέχιση, από το οικείο νοσηλευτικό ίδρυμα, της δραστηριότητας παροχής υπηρεσιών υγείας, που ανέπτυξε το σχετικό πρόγραμμα.

Ο τερματισμός της παραπάνω δραστηριότητας συνεπάγεται την αυτοδίκαιη καταγγελία της σύμβασης εργασίας αορίστου χρόνου. Το παραπάνω προσωπικό αξιολογείται, από ειδική επιτροπή του οικείου φορέα, για την απόδοση και το ήθος του, τουλάχιστον μία φορά κάθε διετία. Τυχόν αρνητική κρίση αποτελεί λόγο υποχρεωτικής καταγγελίας της σύμβασης, η οποία λύεται από την κοινοποίηση σχετικής έγγραφης δήλωσης της υπηρεσίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η συγκρότηση των ειδικών επιτροπών αξιολόγησης, ορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία αξιολόγησης του παραπάνω προσωπικού και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

Άρθρο 19

1. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, που από το σύνολο των περιστάσεων κρίνονται δικαιολογημένες για την αποκατάσταση της υγείας οικονομικά αδυνάτων ατόμων, που πάσχουν από ανιάτες ή δυσίατες ασθένειες ή έχουν υποστεί βαρείες σωματικές κακώσεις, μπορεί, με αιτιολογημένες αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, να εγκρίνεται η συγκέντρωση χρημάτων με θεραπευτικούς λογαριασμούς, που έχουν ανοιχτεί στο όνομα των παραπάνω προσώπων ή αυτών που έχουν την επιμέλειά τους, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του ν. 5101/1931 "περί ενεργείας εράνων και λαχειοφόρων ή φιλανθρωπικών αγορών" (ΦΕΚ 238 Α') και να αποδίδονται εν όλω ή εν μέρει τα χρήματα που συγκεντρώθηκαν στα παραπάνω πρόσωπα.

2. Στο άρθρο 48 παρ. 1α του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α') προστίθεται περίπτωση (ι), ως εξής:

"(ι) Την εξέταση ή επανάκριση ανά μορφή και περιεκτικότητα φαρμακευτικού προϊόντος, προκειμένου αυτό να περιληφθεί στον κατάλογο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή να επανακριθεί σύμφωνα με το άρθρο 23 του ν. 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α').

3. Αρμόδια αρχή για θέματα ιατροτεχνολογικών προϊόντων, κατά την έννοια των σχετικών οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ορίζεται ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Η διάταξη της περίπτωσης 3 του στοιχείου δ' της παραγράφου 2 του άρθρου 33 του π.δ. 95/2000 "οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" (ΦΕΚ 76 Α') καταργείται.

4. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων διοικείται από δε-

καμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Στα μέλη του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. που προβλέπονται στη διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 5 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α), όπως ισχύει, προστίθεται ένας (1) εκπρόσωπος του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

Άρθρο 20

Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συστάται Εθνικό Συμβούλιο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων, με γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για την πρόληψη και προστασία της υγείας του ελληνικού πληθυσμού από βιολογικούς και τοξικούς παράγοντες, που μπορεί να προέρχονται ιδίως από πολεμικές απίτες, ατυχήματα, φυσικές καταστροφές ή επιδημίες.

Ειδικότερα, το Εθνικό Συμβούλιο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων:

1. Αξιολογεί δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης.
2. Εισηγείται μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση πιθανών βιολογικών και τοξικών κινδύνων.
3. Εξασφαλίζει το συντονισμό μηχανισμών ταχείας αντίδρασης σε περίπτωση βιολογικής απειλής της ανθρώπινης ζωής και υγείας.
4. Μεριμνά για την πληροφόρηση του κοινού σχετικά με θέματα που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του, καθώς και για τους τρόπους προφύλαξης.
5. Αξιολογεί προτάσεις πρόληψης συμβαμάτων από βιολογικούς και τοξικούς κινδύνους.
6. Εισηγείται στην πολιτική ηγεσία μέτρα και δράσεις σε επικείμενες ή νεοεμφανιζόμενες βιολογικές καταστροφές ή επιδημίες.
7. Επιβλέπει την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με βιολογικούς και τοξικούς κινδύνους.

Μέλη του Συμβουλίου διορίζονται με θητεία τριών ετών:

- α. Ακαδημαϊκοί και Καθηγητές των Α.Ε.Ι., που καλύπτουν τα απαραίτητα γνωστικά αντικείμενα και ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
- β. Ο Γενικός Διευθυντής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
- γ. Εκπρόσωπος του Υπουργού Εθνικής Άμυνας.
- δ. Εκπρόσωπος του Υπουργού Περιβάλλοντος.
- ε. Εκπρόσωπος του Υπουργού Γεωργίας.

Το Συμβούλιο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος προεδρεύει και μπορεί να αναθέτει σε μέλη του Συμβουλίου την παρακολούθηση ειδικών θεμάτων και την υποβολή σχετικής εισήγησης.

Το Συμβούλιο υποστηρίζεται για τη λειτουργία του από το Γραφείο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων, που συστάται στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) και το οποίο εξασφαλίζει την παροχή στο Εθνικό Συμβούλιο όλων των απαραίτητων πληροφοριών για την εκπλήρωση των στόχων του, καθώς και τη διοικητική υποστήριξή του.

Άρθρο 21

Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 2 Μαρτίου 2001

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ

Κ. ΑΛΛΙΩΤΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΑΣ

Γ. ΑΝΩΜΕΡΙΤΗΣ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

Α. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

Π. ΕΥΘΥΜΙΟΥ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

Τ. ΠΑΝΝΙΤΣΗΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

Μ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 2 Μαρτίου 2001

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Μ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ