

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΚΠΟΝΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΗ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΜΑΚΡΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ

Γ.ΛΙΑΚΕΑ

ΞΑΝΘΗ 2005

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ:
Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΚΠΟΝΗΘΗΚΕ ΑΠΟ ΤΗ ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ

ΜΑΚΡΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ

Γ.ΛΙΑΚΕΑ

ΞΑΝΘΗ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	2
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1:</u>	
1.Γενικά στοιχεία της Νοσοκομειακής Μονάδας	7
1.1 Ταυτότητα και Σύντομο Ιστορικό του Νοσοκομείου.....	7
1.2 Αποστολή και Ρόλος του Νοσοκομείου.....	7
1.3 Διαχρονική Εξέλιξη του Ρόλου του Νοσοκομείου.....	9
1.4 Παρουσίαση των Οργάνων Διοίκησης	17
1.4.1 Κύριες λειτουργίες	20
1.4.2 Υποστηρικτικές Λειτουργίες	22
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:</u>	
2.Εσωτερικό Περιβάλλον του Νοσοκομείου Ξάνθης	26
2.1 Ανάλυση του Εσωτερικού Περιβάλλοντος του Νοσοκομείου Ξάνθης .	26
2.1.1 Εξωτερικά ιατρεία.....	31
2.2 Στοιχεία Νοσηλευτικής Δραστηριότητας του Γενικού Νοσοκομείου	32
2.3 Αποτύπωση της υφιστάμενης Οργανωτικής Διάρθρωσης.....	46
2.4 Εξωτερικό περιβάλλον Νοσοκομειακής Μονάδας.....	51
2.4.1 Εξελίξεις Κοινωνικοοικονομικού Επιπέδου Πληθυσμού.....	51
2.4.2 Περιγραφική - Ποιοτική Αξιολόγηση Οδών Πρόσβασης.....	53
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3:</u>	55
3.Ανάλυση Ανθρώπινου Δυναμικού	55
3.1 Αποτύπωση του απασχολούμενου προσωπικού.....	55
3.1.1 Ποσοτική Ανάλυση Προσωπικού	56
3.1.1(1) Ιατρικό Προσωπικό.....	68
3.1.1(2) Νοσηλευτικό Προσωπικό.....	70
3.1.1(3) Διοικητικό Προσωπικό.....	76
3.1.4 Σύνολο Προσωπικού του Νοσοκομείου.....	77
3.2 Ποιοτική Ανάλυση Προσωπικού	77
<u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:</u>	
4.Διατύπωση Ερευνητικού Προβλήματος	83
4.1 Ποιότητα και Ικανοποίηση.....	83
4.1.2 Διαχρονική Εξέλιξη του Μηχανισμού Ελέγχου Ποιότητας.....	84
4.1.3. Ορισμός της Ποιότητας.....	85
4.1.4. Ικανοποίησης Ασθενών από τις Νοσοκομειακές Υπηρεσίες.....	88
4.2.Μεθοδοι Διασφάλισης της Ποιότητας στα Νοσοκομεία	91
4.2.1 Υφισταμένες μέθοδοι.....	91
4.2.1.1.Επαγγελματική διαπίστευση.....	91

4.2.1.2.Επισκόπηση θνησιμότητας και νοσηρότητας.....	92
4.2.1.3 Ανάλυση ατομικών περιπτώσεων	93
4.2.1.4. Έλεγχοι κριτηρίων	94
4.2.1.5. Νεκροψία.....	94
4.2.1.6 .Έλεγχος ιστών.....	95
4.2.1.7.Επισκόπηση της χρησιμοποίησης.....	95
4.2.1.8.Η ικανοποίηση του χρήστη.....	95
4.2.1.9.Αναφορά περιστατικών.....	96
4.2.1.10. Ιατροδικαστής	96
4.2.1.11.Μονάδες παραπόνων (Health Complaint Units).....	97
4.2.1.12Αξιολογήση νοσοκομείου (Hospital Accreditation).....	97
4.2.1.13Αξιολογήση νοσοκομείου (Hospital Accreditation).....	97
4.2.2. Νέες μέθοδοι.....	98
4.2.2.1. Νέες μέθοδοι.....	98
4.2.2.2. Φιλτράρισμα συμβάντων(Occurrence Screening).....	98
4.2.2.3. Διαχείριση ολικής ποιότητας.....	99
4.3. Η διαρκής βελτιώσει της ποιότητος (Continuous Quality Improvement).....	100
4.3.1. Θεμελιώδης γνώση (underlying knowledge).....	100
4.3.2. Πολιτική για την ηγεσία	105
 <u>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5:</u>	
5.Ανάλυση Δεδομένων.....	108
5.1.Υλικο και Μεθοδολογία.....	108
5.1.1.Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Δεδομένων.....	110
5.1.2.Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών του Γ.Ν. Ξάνθης	110
5.2 Συμπεράσματα	141
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	145
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	147

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Γ.Ν.Ε.:Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης
Πε.Σ.Υ.:περιφερειακό σύστημα υγείας
ΤΕΠ:τμήμα επειγόντων περιστατικών
Δ.Υ.Π.Ε: Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας
Ε.Σ.Υ.Κ.Α:Εθνικό Σύστημα Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ν.Π.Δ.Δ.: νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου
Α.Φ.Μ. : αριθμός φορολογικού μητρώου
ΦΠΥΥΚΑ: Φορέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
Δ.Σ.:Διοικητικό Συμβούλιο
Δ:Διευθυντές
Ε.Β: Επιμελητής Β
Ε.Α: Επιμελητής Α
Ε.Ι: Εφημερεύοντες Ιατροί
Ι.Κ.Α.:ίδρυμα κοινωνικών ασφαλίσεων
Ο.Γ.Α.:οργανισμός γεωργικών ασφαλίσεων
Τ.Ε.Β.Ε.:ταμείο ασφάλισης επαγγελματιών και βιοτεχνών Ελλάδος
ΥΕ:Υποχρεωτική Εκπαίδευση
ΔΕ:Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση
ΤΕ:Τεχνολογική Εκπαίδευση
ΠΕ:Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

Εισαγωγή

Το κόστος των υπηρεσιών υγείας και οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών είχαν ως αποτέλεσμα να δοθεί μεγάλη έμφαση στην μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ένας σημαντικός και έγκυρος δείκτης μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η επίτευξη ενός επιθυμητού επιπέδου υγείας και ικανοποίησης είναι η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σήμερα έχουν αναπτυχθεί πολλοί μέθοδοι διασφάλισης της ποιότητας οι οποίοι έχουν ως παραμέτρους την επαγγελματική διαπίστευση ή την ανάλυση των στοιχείων θνησιμότητας και νοσηρότητας ή τους ελέγχους κριτηρίων που σχετίζονται με την επιλογή κριτηρίων σε μια συγκεκριμένη περιοχή της περίθαλψης και την σύγκριση τους με τα άριστα κριτήρια περίθαλψης είτε λαμβάνοντας άλλες παραμέτρους

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γ.Ν. Ξάνθης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην οποία οι ασθενείς αναφέρουν και αξιολογούν τη νοσοκομειακή φροντίδα που έλαβαν, τόσο από τις υπηρεσίες που παρέχονται από το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό όσο και από τις «ξενοδοχειακές» υπηρεσίες του Γ.Ν. Ξάνθης. Για την πραγματοποίηση του σκοπού αυτού έγινε χρήση ερωτηματολογίου που αποτελείται από 30 ερωτήσεις. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις με τους ασθενείς. Το δείγμα αποτελείται από 50 ασθενείς του Γ.Ν. Ξάνθης του χειρουργικού και του παθολογικού τομέα.

Έπειτα πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν και καταλήξαμε σε συμπεράσματα τα οποία παρατίθενται στην παρούσα εργασία έστω και αν το δείγμα είναι μικρό και αναφέρεται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα.

Η εργασία διαρθρώνεται στα εξής κεφάλαια:

Στο κεφάλαιο 1, Γενικά στοιχεία της Νοσοκομειακής Μονάδας, γίνεται σύντομη ιστορική αναδρομή της λειτουργίας, της αποστολή και του ρόλου του Νοσοκομείου και η παρουσίαση των Οργάνων Διοίκησης

Στο κεφάλαιο 2, Ανάλυση και αξιολόγηση του Εσωτερικού Περιβάλλοντος του Νοσοκομείου Ξάνθης, ανάλυση και αξιολόγηση των στοιχείων της Νοσηλευτικής δραστηριότητας του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης για τα έτη 1999-2003, κύριες λειτουργίες του Νοσοκομείου και Περιγραφική - Ποιοτική αξιολόγηση των Οδών Πρόσβασης.

Στο κεφάλαιο 3, Ανάλυση Ανθρώπινου Δυναμικού και Ποιοτική Ανάλυση Προσωπικού του νοσοκομείου Ξάνθης με σκοπό την αποτύπωση των ελλείψεων του ανθρωπίνου δυναμικού κατανοώντας τη καλή ή κακή λειτουργία του νοσοκομείου.

Στο κεφάλαιο 4, Διατύπωση Ερευνητικού Προβλήματος Διαχρονική Εξέλιξη του Μηχανισμού Ελέγχου Ποιότητας, Μέθοδοι Διασφάλισης της Ποιότητας στα Νοσοκομεία και Πολιτική για την ηγεσία .

Στο κεφάλαιο 5, Ανάλυση Δεδομένων Υλικό και Μεθοδολογία από την έρευνα μας η οποία πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης αποτελέσματα Ανάλυσης Δεδομένων, Συμπεράσματα.

Σημαντική υπήρξε η βοήθεια της Χατζηγιαννάκου Παγώνας διπλωματούχος του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Ξάνθης η οποία με βοήθησε στη μετάφραση αγγλικών κειμένων.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια κ. Γεωργία Λιακέα για τη βοήθεια που μου πρόσφερε, εισηγήτρια της πτυχιακής αυτής εργασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.Γενικά στοιχεία της Νοσοκομειακής Μονάδας

1.1Γαυτότητα και Σύντομο Ιστορικό του Νοσοκομείου

1.2Αποστολή και Ρόλος του Νοσοκομείου

1.3Διαχρονική Εξέλιξη του Ρόλου του Νοσοκομείου

1.4.Παρουσίαση των Οργάνων Διοίκησης

1.Γενικά στοιχεία της Νοσοκομειακής Μονάδας

1.1 Ταυτότητα και Σύντομο Ιστορικό του Νοσοκομείου

Στις 11 Απριλίου 1902 η Δημογεροντία της Ξάνθης αποφασίζει την ίδρυση Νοσοκομείου της Ελληνικής Ορθόδοξης Κοινότητας της Ξάνθης. Το Νοσοκομείο αυτό στεγάστηκε και λειτούργησε, ως το 1935, στη θέση που βρίσκεται σήμερα το 3ο Δημοτικό Σχολείο.

Τον Αύγουστο του 1929 θεμελιώθηκε από τον Ελ. Βενιζέλο το νέο Νοσοκομείο, στη θέση που βρίσκεται σήμερα το Στρατοδικείο. Εγκαινιάστηκε στις 22-12-1935 και ονομάστηκε Δημοτικό Νοσοκομείο Ξάνθης.

Το 1984 μεταφέρθηκε, εκτός του τμήματος πλυντηρίων και ραφείων, στο χώρο που στεγάζεται σήμερα η Αστυνομία Ξάνθης, και ονομάστηκε τότε Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Ξάνθης.

Η θεμελίωση του σημερινού Νοσοκομείου (στη θέση που είναι σήμερα - Νεάπολη - Ξάνθης) έγινε το 1990 και ξεκίνησε τη λειτουργία του στις νέες κτιριακές εγκαταστάσεις τον Ιούνιο του 1996(<http://www.hosp-xanthi.gr/>)¹ . Μετονομάστηκε σε Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης το Δεκέμβριο του 2001, σύμφωνα με το Ν.2889/2001.

1.2 Αποστολή και Ρόλος του Νοσοκομείου

Ο Οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης, όπως αυτός με το 662/80 Π. Δ/γμα «για την τροποποίηση και συμπλήρωση του Οργανισμού του Νοσοκομείου Ξάνθης» (ΦΕΚ 173/Α/80, αναμορφώθηκε σύμφωνα με τις διατάξεις της απόφασης Αρ. Α3β/οικ.14136 το έτος 1986. Σύμφωνα με αυτήν, το Νοσοκομείο αυτό υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 (ΦΕΚ 254/Α/53) «περί οργανώσεως της Ιατρικής αντιλήψεως» και αποτελεί Νομικό Πρόσωπο

Δημοσίου Δικαίου, που διέπεται από τις διατάξεις του παραπάνω Νομοθετικού Διατάγματος, όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα και από τις διατάξεις του Ν. 1937/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας». Ορίστηκε με την επωνυμία, ως Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο και έδρα της Κεντρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου είναι η πόλη της Ξάνθης.

Ο Θεσμός του Νοσοκομείου είναι κεντρικός και άμεσα συνδεδεμένος με την οικογένεια και την κοινωνία. Θεσμός που – κατά κοινή αποδοχή – θα μπορούσε ο καθένας κατά προσέγγιση ορθά να εξηγήσει. Μια εικόνα που παρουσιάζει την ιατρική και νοσηλευτική περίθαλψη, είναι εκφράζοντας τη φιλοσοφία συνεργασίας στα νοσοκομεία από τους εργαζόμενους στην ιατρική και τη νοσηλευτική περίθαλψη με στόχο να γίνουν μέσο θεραπείας και ανακούφισης. Το νοσοκομείο είναι ξεκάθαρα φορέας παροχής βοήθειας. Αυτή η άποψη για τα νοσοκομεία υπαγορεύει αναπόφευκτα και τη σημερινή αποστολή τους.

Σκοπός του νοσοκομείου σύμφωνα με τον οργανισμό του είναι:

- Η παροχή στο πλαίσιο και στην έκταση της διάρθρωσης της Ιατρικής του Υπηρεσίας, πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Η ανάπτυξη και προαγωγή της ιατρικής έρευνας και η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών, καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργιών άλλων κλάδων Υγείας.

Έσοδα του Νοσοκομείου είναι οι επιχορηγήσεις από τον Κρατικό Τακτικό Προϋπολογισμό και από τον Προϋπολογισμό Δημόσιων Επενδύσεων, οι εισπράξεις από νοσήλια, εξετάστρα και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών, οι πρόσοδοι από την ίδια περιουσία του νοσοκομείου, καθώς και τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα και εκποιήσεις.

Η δύναμη του Νοσοκομείου ορίστηκε σε 170 κρεβάτια, (ΦΕΚ 687/Β/20.10.1986).

Διάκριση Υπηρεσιών

Το Νοσοκομείο αυτό απαρτίζεται από τις Υπηρεσίες Ιατρική, Νοσηλευτική, Διοικητική. Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της Ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάθρωση. Οι τρεις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στο Διοικητή του Νοσοκομείου.

Το προσωπικό που τοποθετείται και υπηρετεί σε άλλη υπηρεσία από αυτή που υπάγεται κατά κλάδο και κατηγορία, υπάγεται ιεραρχικά και στην υπηρεσία που υπηρετεί.

Τροποποιήσεις και συμπληρώσεις του οργανισμού που περιγράφηκε παραπάνω, έγιναν το 1986 (Αριθ. Α3β/ΟΙΚ. 14136, ΦΕΚ 687/Β/20.10.1986), το 1995 (Αριθ.Υ4α/5952/94), η δύναμη του Νοσοκομείου ορίστηκε στα 300 κρεβάτια, ΦΕΚ 759/Β/04.09.1995) και το 2001 (Ν. 2889, ΦΕΚ 37/Α/02.03.2001), κυρίως ως προς την διάρθρωση και στελέχωση των Υπηρεσιών του.

1.3 Διαχρονική Εξέλιξη του Ρόλου του Νοσοκομείου

Το Νοσοκομείο λειτουργούσε από 22-12-1935, ως Δημοτικό Νοσοκομείο, σε κτιριακό συγκρότημα εμβαδού 2.859 m² και εντός οικοπέδου 28.155 τ.μ. Τα ανεπτυγμένα τμήματα του, με δύναμη 120 κλινών, ήταν το παθολογικό, χειρουργικό, μαιευτικό, οφθαλμολογικό και εργαστήρια μικροβιολογικού και ακτινολογικού.

Το έτος 1984, με ανεπτυγμένες 170 κλίνες, στεγάζεται σε ενοικιαζόμενο πολυώροφο κτίριο εμβαδού 4.230 τ.μ, λόγω της ανάγκης ανάπτυξης νέων τμημάτων για τη βελτίωση της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης. Το 1986 δημοσιεύθηκε ο πρώτος οργανισμός του Νοσοκομείου με 73 κλίνες του παθολογικού τομέα και 97 του χειρουργικού. Ο Παθολογικός Τομέας διαρθρώνεται στο Παθολογικό, Καρδιολογικό, Παιδιατρικό Τμήμα και τη Μονάδα Προώρων. Ο Χειρουργικός Τομέας διαρθρώνεται στο Χειρουργικό, Ορθοπαιδικό, Οφθαλμολογικό, Ωτορινολαρυγγολογικό, Γυναικολογικό-Μαιευτικό, Αναισθησιολογικό Τμήμα και τη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο Εργαστηριακός Τομέας διαρθρώνεται στο Μικροβιολογικό, Βιοχημικό, Αιματολογικό, Αιμοδοσία, Ακτινοδιαγνωστικό, Φαρμακευτικό Τμήμα. Τα Διατομεακά Τμήματα είναι των Επειγόντων Περιστατικών, Τακτικών Εξωτερικών Ιατρειών και Ημερήσιας Νοσηλείας.

Η αύξηση της ζήτησης για υγεία εξαιτίας των δημογραφικών, επιδημιολογικών, οικονομικών και κοινωνικό-πολιτισμικών εξελίξεων στο Νομό Ξάνθης, σε συνδυασμό με την ανάπτυξη των βιολογικών επιστημών και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, προκάλεσαν σημαντικούς μετασχηματισμούς, όπως τη δημιουργία του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης με δύναμη 300 κλίνες και την ταχεία διάχυση νέων τεχνολογιών και υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας.

Η τεχνολογική εξέλιξη κατά τη διάρκεια των τελευταίων δέκα ετών στο Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης επιταχύνθηκε ιδιαίτερα και δημιουργήθηκαν δυνατότητες θεραπείας για ασθένειες και παθήσεις, οι οποίες μέχρι τότε ήταν ανίατες. Οι μέχρι τότε μορφές θεραπείας αντικαταστάθηκαν ή συμπληρώθηκαν. Οι υπηρεσίες παροχών υγείας υποχρεώνονται να χρησιμοποιήσουν την τελευταία λέξη της ιατρικής τεχνολογίας. Επιπλέον, αυξήθηκαν και οι προσδοκίες που έχουν οι ασθενείς αναφορικά με την προσφορά θεραπείας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το 1995 έγινε τροποποίηση του οργανισμού του Νοσοκομείου σε 131 κλίνες του παθολογικού, 154 του χειρουργικού και 16 του Ψυχιατρικού τομέα. Στον Παθολογικό Τομέα προστίθεται το Β΄ Παθολογικό και το Νευρολογικό Τμήμα και οι Μονάδες Εμφραγμάτων, Τεχνητού Νεφρού και Μεσογειακής Αναιμίας. Στο Χειρουργικό Τομέα προστίθεται το Β΄ Χειρουργικό και το Ουρολογικό Τμήμα. Στον Εργαστηριακό Τομέα προστίθεται το Παθολογοανατομικό-Κυτταρολογικό Τμήμα.

Εκ των ανωτέρω σήμερα, στον Παθολογικό Τομέα δεν λειτουργεί το Β΄ Παθολογικό, Νευρολογικό Τμήμα και οι Μονάδες Εμφραγμάτων και Προώρων. Στον Χειρουργικό Τομέα δεν λειτουργεί το Β΄ Χειρουργικό Τμήμα και η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας και στα Διατομεακά Τμήματα η Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας. Στον Εργαστηριακό Τομέα δεν λειτουργεί το Παθολογοανατομικό-Κυτταρολογικό Τμήμα(Γαλαζούδη Ε. Πτυχιακή εργασία «Εφαρμογή Μάρκετινγκ σε γενικά νοσοκομεία:Η Περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης»)².

Σήμερα το Γενικό Νοσοκομείο Ξάνθης βρίσκεται στις Νοτιοδυτικές παρυφές της πόλης και απέχει οδικά 3 χιλιόμετρα περίπου από το κέντρο και 700 μέτρα από την Εθνική Οδό προς Καβάλα.(σχήμα 1.3.(1)) Λειτουργεί σε νέο σύγχρονο κτίριο(σχήμα 1.3.(2)) συνολικού εμβαδού 28.800 τ.μ. και εντός οικοπέδου έκτασης 100.545 τ.μ. Η πρόσβαση στο νοσοκομείο είναι άμεση , λόγω της συχνής αστικής συγκοινωνίας που υπάρχει. Είναι υπεύθυνο για την παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους του Νομού Ξάνθης. Έχει στην αρμοδιότητα του, ως αποκεντρωμένες μονάδες υγείας , δύο κέντρα υγείας (Σταυρούπολης και Εχίνου) με 18 Περιφερειακά Ιατρεία (σχήμα 1.3(3)) και ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας.

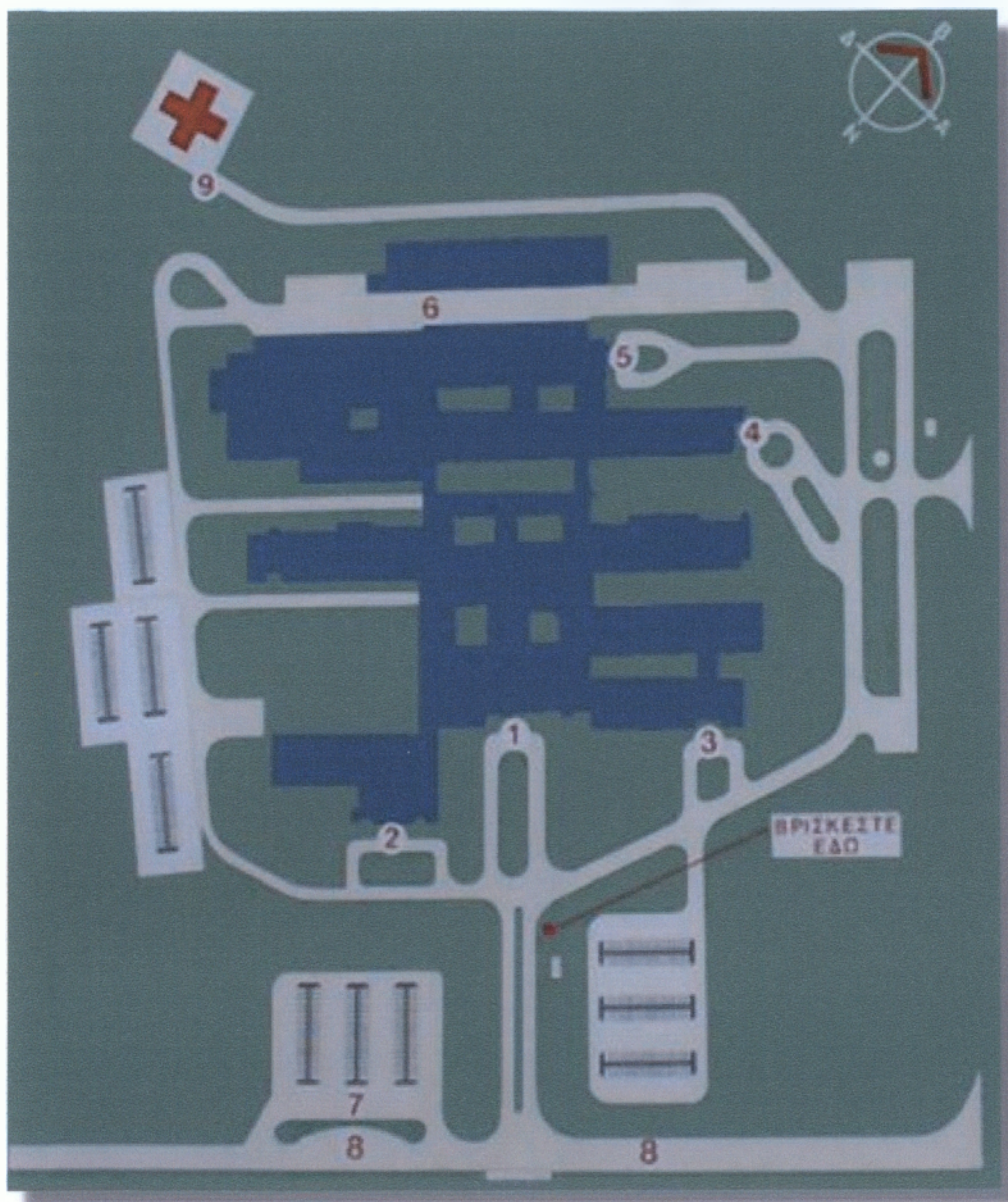
Περιφερειακά Ιατρεία που υπάρχουν στο Κ.Υ. Σταυρούπολης.	Περιφερειακά Ιατρεία που υπάρχουν στο Κ.Υ. Εχίνου.
Αβδήρων	Κιμμερίων
Γενισέας	Σελέρου
Διομήδειας	Κοτύλης
Ερασμίου	Θερμών
Εύλαλου	Ωραίου
Εξοχής	Σατρών
Κουτσού	Μύκης
Τοξοτών	Τοξοτών
Νεοχωρίου	Κενταύρου
Κεχροκάμπου	

Σχήμα 1.3(1). Σχηματική παράσταση περιφερειακών ιατρείων που υπάρχουν στα Κ.Υ. Σταυρούπολης και Εχίνου¹.

Το κτιριακό συγκρότημα συνολικού εμβαδού 28.800 τ.μ. έχει τρεις ορόφους και αποτελείται από 11 κτίρια (Α,Β,Γ,Δ,Ε,Ζ,Η,Θ,Ι,Κ,Λ). Το μέγιστο ύψος των κτισμάτων από το έδαφος είναι 145 μέτρα. Στη δυτική γωνία του οικοπέδου υπάρχει ελικοδρόμιο για την επείγουσα μεταφορά ασθενών ή άλλων αναγκών του νοσοκομείου. Τα κτήρια συνδέονται μεταξύ τους με πλέγμα διατμηματικών διαδρόμων και τρεις κόμβους κατακόρυφης επικοινωνίας(<http://www.hosp-xanthi.gr/>)¹. Αναλυτικότερα το κάθε κτίριο περιλαμβάνει τα τμήματα που φαίνονται στο σχήμα 1.3(4).



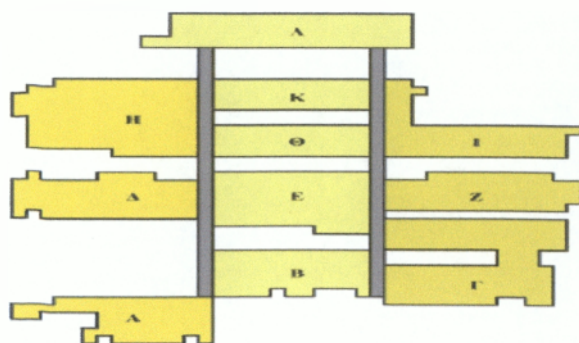
Σχήμα 1.3(2). Απόσπασμα από χάρτη σχεδίου πόλεως Νομού Ξάνθης².



Σχήμα 1.3(3). Σχηματική παράσταση του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης¹.

1.Κύρια είσοδος Νοσοκομείου προς:	5.Είσοδος Προς:
Νοσηλευτικές Μονάδες	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
Συγκρότημα Χειρουργείων	Τμήματα Φυσικής Ιατρικής
Μαιευτήριο	Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας
Μονάδες Εντατικής Θεραπείας	6.Υπηρεσιακές Είσοδοι
Διαγνωστικά Τμήματα	7.Χώρος Στάθμευσης Ι.Χ. Επισκεπτών
Διοικητικές Υπηρεσίες	8.Στάση Λεωφορείων - Ταξί
2.Είσοδοι Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής Μονάδας	9.Ελικοδρόμιο
3.Είσοδος Εξωτερικών Ιατρείων	
4.Είσοδος Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών	

ΚΤΙ ΡΙΟ	ΟΡΟ ΦΟΙ	ΤΜΗΜΑΤΑ - ΚΑΙΝΙΚΕΣ
A	0	Ψυχιατρική Κλινική
B	0	Κεντρική Είσοδος, Τηλεφωνείο, Αμφιθέατρο, Κυλικείο
B	1	Διοίκηση, Γραφεία
Γ	0	Εξωτερικά Ιατρεία, Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας,
Δ	0	Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική
Δ	1	Χειρουργική Κλινική
Δ	2	Καρδιολογική Κλινική
E	0	Κοινωνική Ιατρική, Αιμοδοσία, Γραφεία Τεχνικής Υπηρεσίας
E	1	Ορθοπαιδική Κλινική
E	2	B' Παθολογική Κλινική
E	3	Μονάδα Βρεφών Και Πρόωρων
Z	0	Διαγνωστικά Εργαστήρια
Z	1	Ουρολογική - Ω.Ρ.Λ. - Οφθαλμολογική Κλινική
Z	2	A' Παθολογική Κλινική
H	0	Χειρουργείο Μαιευτικής - Γυναικολογικής Κλινικής, Εσπιατόρια, Κεντρική Αποστείρωση, Μαγειρεία, Πλυντήριο
H	1	Χειρουργεία
Θ	0	Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο
Θ	1	Φαρμακείο, Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Θ	2	Μονάδα Εμφραγμάτων
I	0	Τμήμα Επεγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.)
I	1	Μονάδα Τεχνητού Νεφρού
K	0	Νεκροτομείο, Συνεργεία Τεχνικών Υπηρεσιών
K	1	Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας, Τμήμα Φυσικής Ιατρικής
Λ	0	Μηχανήματα Υποστήριξης (Κτίριο Ενέργειας)



Σχήμα 1.3(4). Σχηματική παράσταση του κτιριακού συγκροτήματος του γενικού νοσοκομείου Ξάνθης¹.

1.4.Παρουσίαση των Οργάνων Διοίκησης

Τα νοσοκομεία είναι οργανισμοί, οι οποίοι λαμβάνουν αποφάσεις, που αφορούν τους στόχους και τη χρήση των κατάλληλων μέσων, που είναι απαραίτητα στα πλαίσια της παροχής υπηρεσιών σε ασθενείς, εφαρμόζουν αυτές τις αποφάσεις και εν συνεχεία ελέγχουν την εφαρμογή των αποφάσεων.

Όπως και στους άλλους τομείς της οικονομικής ζωής, έτσι και στα νοσοκομεία, η διαδικασία λήψης αποφάσεων δεν αναλύεται στο μοντέλο της επιχείρησης του ενός ατόμου, αλλά μόνο στο μοντέλο της επιχείρησης, όπου συμμετέχουν πολλά πρόσωπα. Σε αντίθεση με το παρελθόν, ο σημερινός ασθενής είναι ενεργό υποκείμενο στα πλαίσια της διαδικασίας λειτουργίας και μ' αυτό τον τρόπο συμμετέχει στους στόχους και στη υλοποίηση της διαδικασίας λήψης αποφάσεων.

Οι αποφάσεις υλοποίησης καθορίζουν τη διαμόρφωση της διαδικασίας λειτουργίας, δηλαδή τη διαδικασία της αγοράς, της παροχής υπηρεσιών, τη διαδικασία των εξόδων εσόδων, καθώς επίσης, τη διαδικασία της συλλογής και επεξεργασίας στοιχείων και πληροφοριών.

Οι αποφάσεις για τη δομή της νοσοκομειακής εργασίας καθιστούν το κοινωνικό-τεχνικό σύστημα, ως την απεικόνιση των ανθρώπινων και τεχνικών σχέσεων των εμπλεκόμενων στην οργάνωση και αφ' ετέρου το σύστημα πληροφόρησης, ως προς τη συστηματική διαμόρφωση της πληροφόρησης και τη δομή λήψης της πληροφορίας. Εάν κάνουμε μία ομαδοποίηση, ανάλογα με τα είδη των αποφάσεων, τότε η εκδήλωση της επιθυμίας προκύπτει, ως απόφαση για τους στόχους και η εκπλήρωση της επιθυμίας, ως η απόφαση για τα μέσα που απαιτούνται για την επίτευξή του στόχου, δηλαδή, τη δομή και την υλοποίηση της νοσοκομειακής εργασίας.

Τα όργανα Διοίκησης σε όλες τις βαθμίδες έχουν τον εξής διάλογο ροής πληροφοριών και αποφάσεων:

Ο Διοικητής έχει την προεδρεία του Συμβουλίου Διοίκησης κατά τα προβλεπόμενα από τον κανονισμό λειτουργίας των Νοσοκομείων. Ο Διοικητής έχει τις εξής αρμοδιότητες:

- 1) Ανάθεσης έργου – υπό τη μορφή της πάγιας εντολής- στις Διευθύνσεις και σύμφωνα πάντοτε με τα οριζόμενα υπό της Νομοθεσίας και το Δομημένο σύστημα διοίκησης του Νοσοκομείου.
- 2) Ανάθεση έργου με στόχο την εύρυθμή και αποδοτική λειτουργία του Νοσοκομείου.
- 3) Λήψη τακτικών αναφορών επί του έργου των Διευθύνσεών.
- 4) Λήψη αναφορών επί εξειδικευμένων ή έκτακτων περιπτώσεων.

Οι Σύμβουλοι Διοίκησης έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

- 1) Ανάθεση Συγκεκριμένου έργου Επιστημονικού / Ερευνητικού χαρακτήρα σε εξωτερικούς συμβούλους

2) Παραλαβή των μελετών ή των πορισμάτων και Χρησιμοποίηση τους προς θεμελίωση διοικητικών αποφάσεων.

Στην επόμενη βαθμίδα είναι οι Διευθυντές Διευθύνσεων όπου κάνουν αναφορές στο Διοικητή από τον οποίο δέχονται εντολές και συγκαλούν Επιτροπές και Συμβούλια σύμφωνα με τις διαδικασίες του Δομημένου Συστήματος Διοίκησης.

Οι αρμοδιότητες τους είναι οι εξής:

1) Ανάθεση έργου – υπό τη μορφή της πάγιας εντολής – στις υποδιευθύνσεις και σύμφωνα πάντοτε με τα οριζόμενα υπό της Νομοθεσίας και το Δομημένο σύστημα διοίκησης του Νοσοκομείου.

2) Ανάθεση έργου με στόχο την εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία των υποδιευθύνσεων, τμημάτων του Νοσοκομείου.

3) Λήψη τακτικών αναφορών επί του έργου των υποδιευθύνσεων, τμημάτων, αυτοτελών γραφείων

4) Λήψη αναφορών επί εξειδικευμένων ή έκτακτων περιπτώσεων.

Στην επόμενη βαθμίδα είναι οι Προϊστάμενοι Τομέων και οι Προϊστάμενοι Διοικητικών Υπηρεσιών όπου κάνουν αναφορές στους Διευθυντές Διευθύνσεων και δέχονται εντολές από αυτούς.

Οι αρμοδιότητες των Προϊστάμενων Τομέων είναι οι εξής:

1) Ανάθεση έργου – υπό τη μορφή της πάγιας εντολής- στα τμήματα σύμφωνα με τα οριζόμενα από της Νομοθεσίας και το Δομημένο Σύστημα Διοίκησης του Νοσοκομείου

2) Ανάθεση έργου με στόχο την εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία των Τμημάτων του Νοσοκομείου

3)Λήψη τακτικών αναφορών επί του έργου

Οι αρμοδιότητες των Προϊστάμενων Διοικητικών Υπηρεσιών είναι οι εξής:

1)Ανάθεση έργου – υπό τη μορφή της πάγιας εντολής- στα τμήματα σύμφωνα με τα οριζόμενα από της Νομοθεσίας και το Δομημένο Σύστημα Διοίκησης του Νοσοκομείου

2)Ανάθεση έργου με στόχο την εύρυθμη και αποδοτική λειτουργία των Τμημάτων του Νοσοκομείου

3)Λήψη τακτικών αναφορών επί του έργου

Στην επόμενη βαθμίδα είναι τα Τμήματα τα οποία κάνουν αναφορές και δέχονται εντολές από Προϊστάμενους Τομέων και τους Προϊστάμενους Διοικητικών Υπηρεσιών²

1.4.1.Κύριες λειτουργίες

Κύριες λειτουργίες του Νοσοκομείου είναι αυτές που παρέχουν κατά άμεσο τρόπο υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς. Οι υπηρεσίες αυτές από πλευράς Οικονομικής των Εκμεταλλεύσεων συμπίπτουν με τα κύρια κέντρα κόστους (Λογαριασμοί 92.00.χλ.χλ.χλ). Οι λειτουργίες αυτές είναι:

Διεύθυνση Ιατρικών Υπηρεσιών

Οι ιατρικές υπηρεσίες είναι προσανατολισμένες στη θεραπεία. Η Θεραπεία επιτυγχάνεται κυρίως μέσω της λειτουργικής ομάδας των ιατρικών υπηρεσιών. Οι ιατρικές υπηρεσίες σαν τομέας εργασίας είναι τμήμα, τόσο της λειτουργικής ενότητας του νοσοκομείου, ως σύνολο, αλλά και τμήμα του νοσοκομείου, ως

επιχείρηση. Σαν επιχείρηση υγείας το νοσοκομείο λειτουργεί με βάση τα ιατρικά, όσον αφορά το σκοπό της θεραπείας, τα οικονομικά σαν επιχείρηση και τα κοινωνιολογικά-ιστορικά γεγονότα σαν κοινωνικός θεσμός. Οι ιατρικές υπηρεσίες όμως έχουν πληθώρα σχέσεων, τη σχέση απέναντι στους θεραπευμένους και στους ασθενείς και τη σχέση απέναντι στα μηχανήματα, στις ρυθμίσεις, στο θεσμό και στο νοσοκομείο σαν επιχείρηση. Ωστόσο, παρουσιάζεται με την οργανωτική πληθώρα ο σκοπός της θεραπείας, ως κεντρικό μέσο, ώστε να επιτευχθεί η θεραπεία.

Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών

Οι εργασίες των νοσηλευτικών υπηρεσιών που κλίνουν πρωταρχικά προς την κατεύθυνση της επίτευξης της θεραπείας στα νοσοκομεία, είναι η βοήθεια και η συμπλήρωση των ιατρικών υπηρεσιών. Αντιπρόσωπος του τομέα εργασίας των νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι η νοσοκόμα και ο νοσηλευτής. Στόχος όλων των απασχολούμενων στο νοσηλευτικό τομέα είναι ο ασθενής και στη λειτουργία της παροχής βοήθειας είναι όλοι φορείς νοσηλευτικών καθηκόντων για τα οποία την κύρια ευθύνη φέρουν γιατροί. Οι εργασίες των νοσηλευτικών υπηρεσιών όμως κλίνουν ταυτόχρονα και στην κατεύθυνση της τοποθέτησης της περίθαλψης και της σίτισης δηλαδή με καθήκοντα με οικονομικούς και διοικητικούς στόχους, για τους οποίους υπεύθυνος φορέας είναι η διοίκηση του Νοσοκομείου.

Επομένως οι νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι υποχρεωμένες, τόσο με το ιατρικό, όσο και με το διοικητικό τομέα με ένα αυτόνομο, ωστόσο όχι όμως αποκλειστικό τμήμα προσωπικής ευθύνης.

Επομένως συμπερασματικά, η πολύπλευρη συνεργασία και συνυπευθυνότητα των θεσμοθετημένων καθηκόντων είναι πραγματικά το χαρακτηριστικό των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

1.4.2. Υποστηρικτικές Λειτουργίες

Υποστηρικτικές λειτουργίες είναι αυτές οι οποίες λειτουργούν προς την υποστήριξη του έργου των κυρίων λειτουργιών, όπως αυτές αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Από πλευράς Οικονομικής των Εκμεταλλεύσεων οι υποστηρικτικές Λειτουργίες παρακολουθούνται από το Λογαριασμό 92.01 (Οικονομικοδιοικητικές Υπηρεσίες) και το λογαριασμό 92.10 (Βοηθητικές Υπηρεσίες).

Υποστηρικτικές Λειτουργίες είναι:

Υποστηρικτικές λειτουργίες Ιατρικών υπηρεσιών

Τμήμα Διατροφής: Ανήκουν οι δραστηριότητες, που σχετίζονται με τη διαμόρφωση διατροφικών σχημάτων και προσωπικού και με την πληροφόρηση και εκπαίδευση των νοσηλευόμενων ασθενών και των ασθενών των εξωτερικών ιατρείων, που έχουν ανάγκη από ειδική διαιτητική αγωγή.

Τμήμα Κοινωνικής Υπηρεσίας: Φροντίζει για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό πρόβλημα, την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά και κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει και για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής πολιτικής της πολιτείας.

Τμήμα Παραϊατρικών επαγγελματιών: Εντάσσονται οι δραστηριότητες των τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, των τεχνολόγων χειριστών-εμφανιστών, των εργασιοθεραπευτών και φυσιοθεραπευτών, όπως αυτές εξειδικεύονται στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας του Νοσοκομείου.

Διοικητικές και άλλες υποστηρικτικές λειτουργίες

Διεύθυνση Διοικητικών υπηρεσιών.

Υποδιεύθυνση Διοικητικού

Τμήμα προσωπικού: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και για την εποπτεία και τον έλεγχο του προσωπικού όλων των υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

Τμήμα γραμματείας: Φροντίζει για κάθε θέμα που έχει σχέση με την οργάνωση της γραμματειακής υποστήριξης σύμφωνα με τις αποφάσεις της Διοίκησης και των άλλων υπηρεσιών του Νοσοκομείου, την τήρηση του γενικού πρωτοκόλλου, τη διακίνηση της αλληλογραφίας και την αντιμετώπιση κάθε προβλήματος για τη διεκπεραίωση του έργου του Νοσοκομείου.

Τμήμα κίνησης ασθενών: Φροντίζει για την έκδοση εισιτηρίων για την εισαγωγή των αρρώστων, την έκδοση εξιτηρίων και την τήρηση καταλόγου αναμονής εισαγωγής. Τηρεί το βιβλίο κενών κάθε φορά κρεβατιών και ενημερώνει τους αρρώστους για την εισαγωγή τους σύμφωνα με τη σειρά στον κατάλογο αναμονής. Φροντίζει για τη λογιστική παρακολούθηση της μερίδας των νοσηλευόμενων, τη χρέωση δαπανών νοσηλείας και την έκδοση των δελτίων παροχής υπηρεσιών. Τηρεί το βιβλίο ασθενών και παρέχει κάθε πληροφορία για αυτούς. Επίσης τηρεί λεπτομερή στατιστικά στοιχεία της νοσηλευτικής κίνησης. Χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή της σχετικής αίτησης.

Τμήμα γραμματείας εξωτερικών ιατρείων: Είναι υπεύθυνο για τη γραμματειακή στήριξη των εξωτερικών ιατρείων, την υποδοχή και εξυπηρέτηση των προσερχόμενων σ' αυτά αρρώστων. Τηρεί τα αρχεία και τα βιβλία κίνησης των εξωτερικών ιατρείων. Ρυθμίζει τη σειρά προσέλευσης των αρρώστων και προγραμματίζει την επανεξέτασή τους με προσunenνόηση. Χορηγεί πιστοποιητικά στους αρρώστους όταν τα ζητούν, μετά από υποβολή σχετικής

αιτήσεις. Ενημερώνει το κοινό για τις ώρες λειτουργίας των τακτικών εξωτερικών ιατρείων και για τον τρόπο λειτουργίας τους.

Τμήμα πληροφορικής και οργάνωσης: Είναι υπεύθυνο για την οργάνωση και λειτουργία της μηχανογράφησης, της επεξεργασίας και τήρησης μηχανογραφικών στατιστικών στοιχείων, της παροχής και διακίνησης πληροφοριών στις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, στο Πε.Σ.Υ.Π., στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και στους άλλους αρμόδιους φορείς και κάθε άλλη συναφή εργασία.

Γραφείο μιατισμού: Φροντίζει για τη φύλαξη, τη διανομή, την επιδιόρθωση και την καθαριότητα του μιατισμού του προσωπικού του Νοσοκομείου, καθώς και του μιατισμού για την εξυπηρέτηση των νοσηλευομένων.

Τμήμα οικονομικού: Η φροντίδα για τη μελέτη των οικονομικών αναγκών του ιδρύματος και την εισήγηση για την έγκαιρη επεξεργασία των προτάσεων για την κατάρτιση του προϋπολογισμού του ιδρύματος, την πραγματοποίηση των δαπανών, την εκκαθάριση των αποδοχών προσωπικού και λοιπών αποζημιώσεων, την προμήθεια, διαχείριση και φύλαξη των εφοδίων και υλικών που χρειάζονται για τη λειτουργία του Νοσοκομείου, την κατάρτιση ισολογισμού και απολογισμού, την τήρηση των λογιστικών βιβλίων, καθώς και την είσπραξη των εσόδων του Νοσοκομείου, την ευθύνη για τη διαφύλαξη της περιουσίας του ιδρύματος και την τήρηση των οικονομικών στατιστικών στοιχείων.

Διεύθυνση Τεχνικών Υπηρεσιών

Τμήμα τεχνικού: Είναι υπεύθυνο για τον προγραμματισμό και την εισήγηση της εκτέλεσης των απαραίτητων έργων ανάπτυξης, συντήρησης ανανέωσης και διαρκούς βελτίωσης των κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων του Ιδρύματος και για την προμήθεια του απαραίτητου εξοπλισμού. Καταρτίζει μελέτες για την εκτέλεση έργων, επιβλέπει την εκτέλεσή τους και έχει την φροντίδα για την ποιοτική και ποσοτική παραλαβή τους. Η ευθύνη για την ομαλή λειτουργία των ηλεκτρολογικών εγκαταστάσεων, των εγκαταστάσεων παροχής αερίων, των εγκαταστάσεων παροχής νάρκωσης στα χειρουργεία και γενικά για

την ομαλή λειτουργία των τεχνολογικών εγκαταστάσεων. Φροντίζει για τη συντήρηση και την κανονική λειτουργία του επιστημονικού και τεχνολογικού εξοπλισμού, καθώς και των οχημάτων του Ιδρύματος.

Τμήμα βιοϊατρικής τεχνολογίας: Έχει την ευθύνη και τη φροντίδα της ορθολογικής χρήσης του ιατρικού εξοπλισμού καθώς και για την τεχνική του υποστήριξη(Γαλαζούδη Ε. Πτυχιακή εργασία «Εφαρμογή Μάρκετινγκ σε γενικά νοσοκομεία: Η Περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης»)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.Εσωτερικό Περιβάλλον του Νοσοκομείου Ξάνθης

2.1Ανάλυση του Εσωτερικού Περιβάλλοντος του Νοσοκομείου Ξάνθης

2.2Στοιχεία Νοσηλευτικής Δραστηριότητας του Γενικού Νοσοκομείου

2.3Αποτύπωση της υφιστάμενης Οργανωτικής Διάρθρωσης

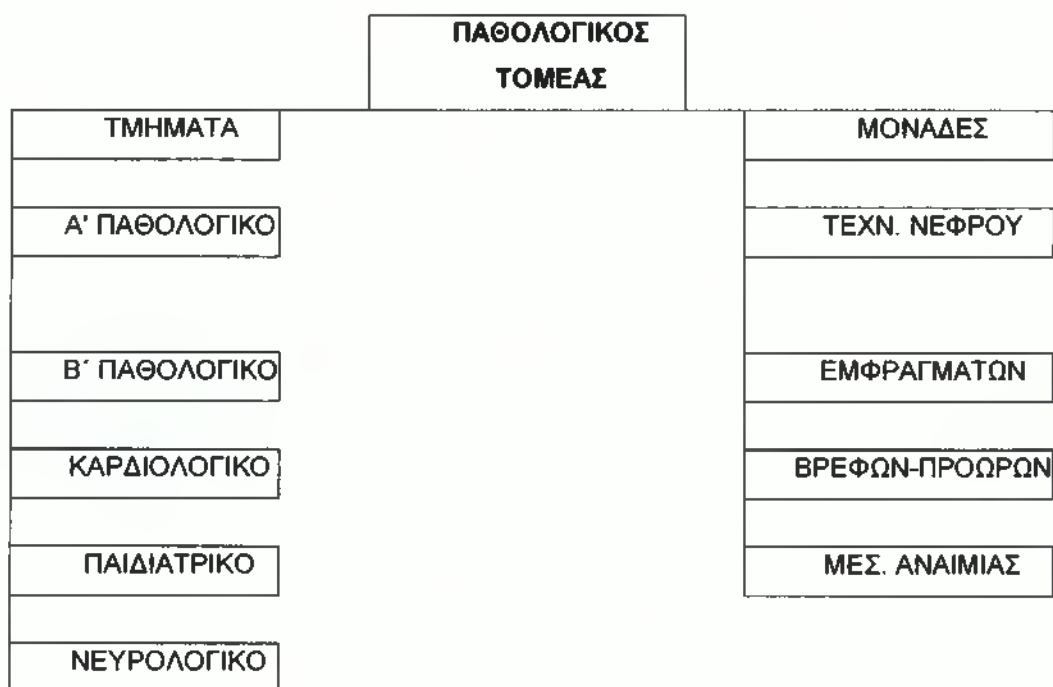
2.4.Εξωτερικό περιβάλλον Νοσοκομειακής Μονάδας

2.Εσωτερικό Περιβάλλον του Νοσοκομείου Ξάνθης

2.1Ανάλυση του Εσωτερικού Περιβάλλοντος του Νοσοκομείου Ξάνθης

Κατωτέρω γίνεται παρουσίαση των τομέων δραστηριοποίησης του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης(και με σχεδιάγραμμα), καθώς και των τμημάτων και των μονάδων που απαρτίζουν κάθε τομέα.

1.Παθολογικός τομέας –Τμήματα- Μονάδες



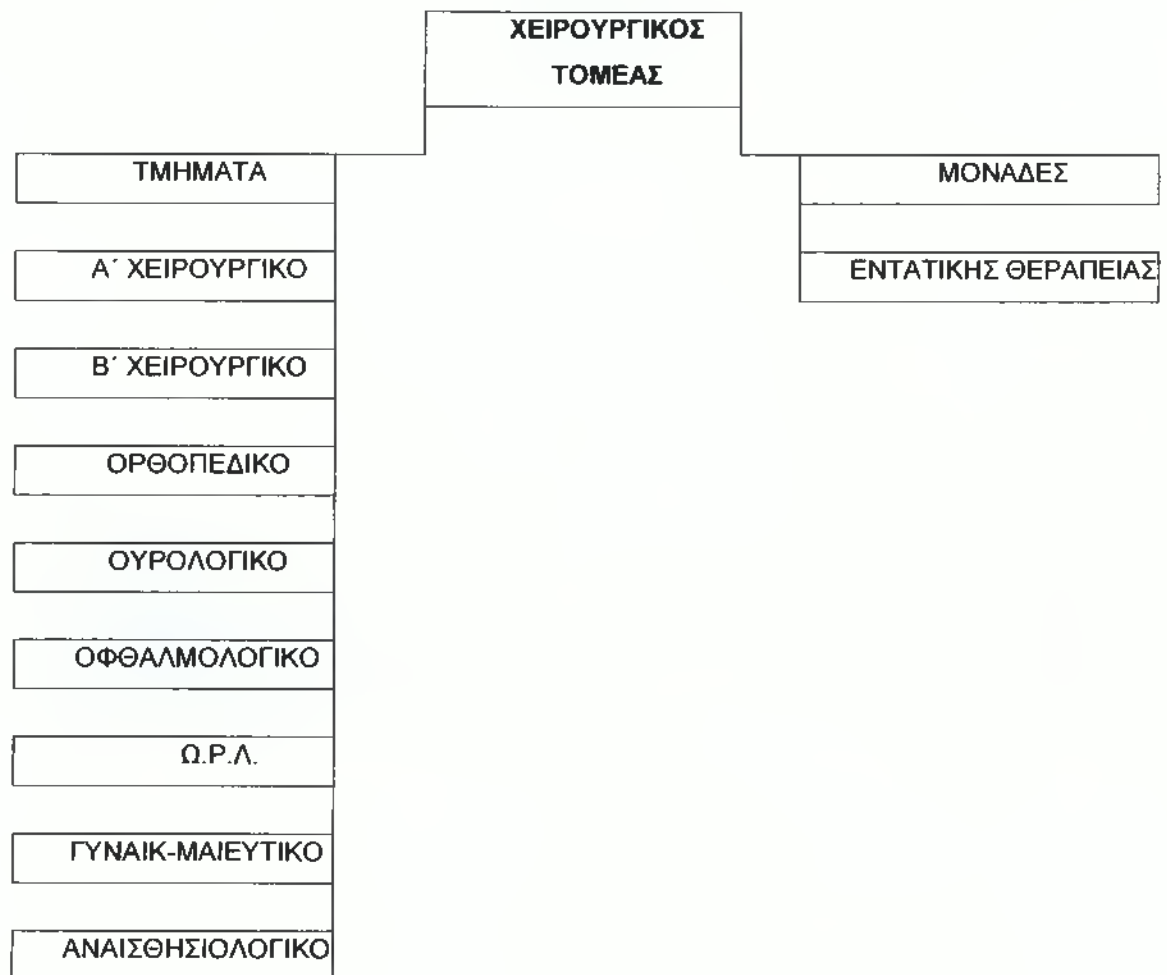
Ο παθολογικός τομέας απαρτίζεται από πέντε τμήματα το:

1.1)Α΄ Παθολογικό (34 Ανεπτυγμένα κρεβάτια)
1.2)Β΄ Παθολογικό (δεν λειτουργεί)
1.3)Καρδιολογικό (34 Ανεπτυγμένα κρεβάτια)
1.4)Παιδιατρικό (26 Ανεπτυγμένα κρεβάτια)
1.5)Νευρολογικό

Και από τέσσερις μονάδες :

1.1)Τεχνητού Νεφρού (12 κλίνες Αιμοκάθαρσης)
1.2)Εμφραγμάτων(5 κλίνες)- δεν λειτουργεί
1.3)Βρεφών – Προώρων(6 κλίνες)- δεν λειτουργεί
1.4)Μεσογειακής Αναιμίας(4 Ανεπτυγμένα κρεβάτια)

2. Χειρουργικός τομέας – Τμήματα- Μονάδες



Ο χειρουργικός τομέας απαρτίζεται από οκτώ τμήματα:

2.1)Α' Χειρουργικό(42 Ανεπτυγμένα κρεβάτια)
2.2)Β' Χειρουργικό(δεν λειτουργεί)
2.3)Ορθοπαιδικό(26 Ανεπτυγμένα κρεβάτια)
2.4)Ουρολογικό(14 Ανεπτυγμένα κρεβάτια)
2.5)Οφθαλμολογικό(10 Ανεπτυγμένα κρεβάτια)
2.6)Ω.Ρ.Λ. (10Ανεπτυγμένα κρεβάτια)
2.7)Γυναικολογικό–Μαιευτικό(32Ανεπτυγμένα κρεβάτια)
2.8)Αναισθησιολογικό

Και μια μονάδα:

2.1)Εντατικής θεραπείας (6 κλίνες)- δεν λειτουργεί
--

3.Ψυχιατρικός τομέας

3.1Ψυχιατρικό (15 κλίνες) δεν λειτουργεί
--

4.Εργαστηριακός τομέας – Τμήματα

Ο εργαστηριακός τομέας απαρτίζεται από επτά τμήματα:

4.1)Μικροβιολογικό
4.2)Βιοχημικό
4.3)Παθολογοανατομικό – Κυτταρολογικό(δεν λειτουργεί)
4.4)Αιματολογικό
4.5)Φαρμακευτικό
4.6)Αιμοδοσίας
4.7)Ακτινοδιαγνωστικό

5.Διατομεακά τμήματα

5.1 Επειγόντων περιστατικών με Μονάδα βραχείας νοσηλείας (6 κλίνες)
5.2Μονάδα Ημερήσιας Νοσηλείας (10 κλίνες)-δεν λειτουργεί

2.1.1.Εξωτερικά ιατρεία

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ	
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ - ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟ	-
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ	-
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΟΓΚΟΛΟΓΙΚΟ	-
M.M. ΑΝΑΜΙΑΣ	
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ ΣΠΕΙΡΟΜΕΤΡΙΣΕΙΣ	-
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ-ΝΕΥΡΟΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑΤΑ	
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ - ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ	
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ ΑΣΘΜΑ	
ΠΑΙΔΟΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ - ΝΕΟΓΝΑ	
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ	-
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ	-
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ	

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ-ΓΛΑΥΚΩΜΑ
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ-ΒΥΘΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ Α
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ-ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ Β
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΒΞΕΤΑΣΕΙΣ
ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΑΣΤΟΥ
Ω.Ρ.Λ.
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΑΛΛΑΓΕΣ
ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ
ΑΙΜΟΤΟΛΟΓΙΚΟ

2.2 Στοιχεία Νοσηλευτικής Δραστηριότητας του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης 1999-2003

Παρακάτω παρουσιάζεται η νοσηλευτική δραστηριότητα του νοσοκομείου Ξάνθης από το 1999 έως και το 2003. Τα στοιχεία είναι από τους συνοπτικούς απολογισμούς εσόδων και εξόδων των ετών από το 1999 έως και το 2003 του Νοσοκομείου Ξάνθης.

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ 1999

1)Εξετασθέντες στα εξωτερικά Ιατρεία:121.138
2)Νοσηλευθέντες :15.914
3)Ημέρες Νοσηλείας :61.142
4)Μέση διάρκεια νοσηλείας:3,84 ημέρες
5)Χειρουργικές επεμβάσεις :5.245
6)Εργαστηριακές εξετάσεις:704.640
7)Μέση κάλυψη κλινών:67,27
8)Νοσηλευθέντες ΤΕΠ (τμήμα επειγόντων περιστατικών):1.247
9)Ημέρες νοσηλείας σε ΤΕΠ:1.247

Σύμφωνα με τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας του έτους 1999 οι εξετασθέντες στα εξωτερικά ιατρεία ανέρχονται σε 121.138, οι νοσηλευθέντες σε 15.914, οι ημέρες νοσηλείας σε 61.142, η μέση διάρκεια νοσηλείας σε 3,84%, οι χειρουργικές επεμβάσεις σε 5.245, οι εργαστηριακές εξετάσεις σε 704.640, η μέση κάλυψη κλινών σε 67,27%, η νοσηλευθέντες ΤΕΠ του τμήματος επειγόντων περιστατικών σε 1.247 και οι ημέρες νοσηλείας τους σε 1.247 ίδιος με τον αριθμό των νοσηλευθέντων.

Β.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ 2000

1)Εξετασθέντες στα εξωτερικά Ιατρεία:135.908
2)Νοσηλευθέντες :14.987
3)Ημέρες Νοσηλείας :55.834
4)Μέση διάρκεια νοσηλείας:3,72 ημέρες
5)Χειρουργικές επεμβάσεις :5.074
6)Εργαστηριακές εξετάσεις: 650.623
7)Μέση κάλυψη κλινών:66.51
8)Νοσηλευθέντες ΤΕΠ (τμήμα επειγόντων περιστατικών):628
9)Ημέρες νοσηλείας σε ΤΕΠ :660
10)Ενδοσκοπήσεις :781

Σύμφωνα με τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας του έτους 2000 οι εξετασθέντες στα εξωτερικά ιατρεία ανέρχονται σε 135.908 οι νοσηλευθέντες σε 14.978 οι ημέρες νοσηλείας σε 55.838, η μέση διάρκεια νοσηλείας σε 3,72 ημέρες , οι χειρουργικές επεμβάσεις σε 5.074, οι εργαστηριακές εξετάσεις σε 650.623, η μέση κάλυψη κλινών σε 66,51%, η νοσηλευθέντες ΤΕΠ του τμήματος επειγόντων περιστατικών σε 628 και οι ημέρες νοσηλείας τους σε 660 και οι ενδοσκοπήσεις οι οποίες πραγματοποιήθηκαν ανέρχονται σε 781.

Γ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ 2001

1)Εξετασθέντες στα εξωτερικά Ιατρεία:145.179
2)Νοσηλευθέντες :15.993
3)Ημέρες Νοσηλείας :56.696
4)Μέση διάρκεια νοσηλείας:3,54 ημέρες
5)Χειρουργικές επεμβάσεις :5.833
6)Εργαστηριακές εξετάσεις:724.860
7)Μέση κάλυψη κλινών:67,54
8)Νοσηλευθέντες ΤΕΠ (τμήμα επειγόντων περιστατικών):2.001
9)Ημέρες νοσηλείας σε ΤΕΠ:2.031
10)Ενδοσκοπήσεις :773

Σύμφωνα με τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας του έτους 2001 οι εξετασθέντες στα εξωτερικά ιατρεία ανέρχονται σε 145.179, οι νοσηλευθέντες σε 15.993, οι ημέρες νοσηλείας σε 56.696, η μέση διάρκεια νοσηλείας σε 3,54 ημέρες , οι χειρουργικές επεμβάσεις σε 5.833, οι εργαστηριακές εξετάσεις σε 724.860, η μέση κάλυψη κλινών σε 67,54%, η νοσηλευθέντες ΤΕΠ του τμήματος επειγόντων περιστατικών σε 2.001, οι ημέρες νοσηλείας σε 2.031 και οι ενδοσκοπήσεις σε 773.

Δ.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ 2002

1)Εξετασθέντες στα εξωτερικά Ιατρεία:150.312
2)Νοσηλευθέντες :17.944
3)Ημέρες Νοσηλείας :57.855
4)Μέση διάρκεια νοσηλείας:3,22 ημέρες
5)Χειρουργικές επεμβάσεις :4.974
6)Εργαστηριακές εξετάσεις: 610.623
7)Μέση κάλυψη κλινών:67,74%
8)Νοσηλευθέντες ΤΕΠ (τμήμα επειγόντων περιστατικών):1.010
9)Ημέρες νοσηλείας σε ΤΕΠ:1.023

Σύμφωνα με τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας του έτους 2002 οι εξετασθέντες στα εξωτερικά ιατρεία ανέρχονται σε 150.312 οι νοσηλευθέντες σε 17.944, οι ημέρες νοσηλείας σε 57.855, η μέση διάρκεια νοσηλείας σε 3,22 ημέρες , οι χειρουργικές επεμβάσεις σε 4.974 , οι εργαστηριακές εξετάσεις σε 610.623 , η μέση κάλυψη κλινών σε 67,74%, η νοσηλευθέντες ΤΕΠ του τμήματος επειγόντων περιστατικών σε 1.010 και οι ημέρες νοσηλείας σε 1.023.

Ε.ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ 2003

1)Εξετασθέντες στα εξωτερικά Ιατρεία:152.280
2)Νοσηλευθέντες :17.685
3)Ημέρες Νοσηλείας :58.884
4)Μέση διάρκεια νοσηλείας:3,33ημέρες
5)Χειρουργικές επεμβάσεις :5.416
6)Εργαστηριακές εξετάσεις:597.218
7)Μέση κάλυψη κλινών:70.14%
8)Νοσηλευθέντες ΤΕΠ (τμήμα επειγόντων περιστατικών):1.200
9)Ημέρες νοσηλείας σε ΤΕΠ:1.212

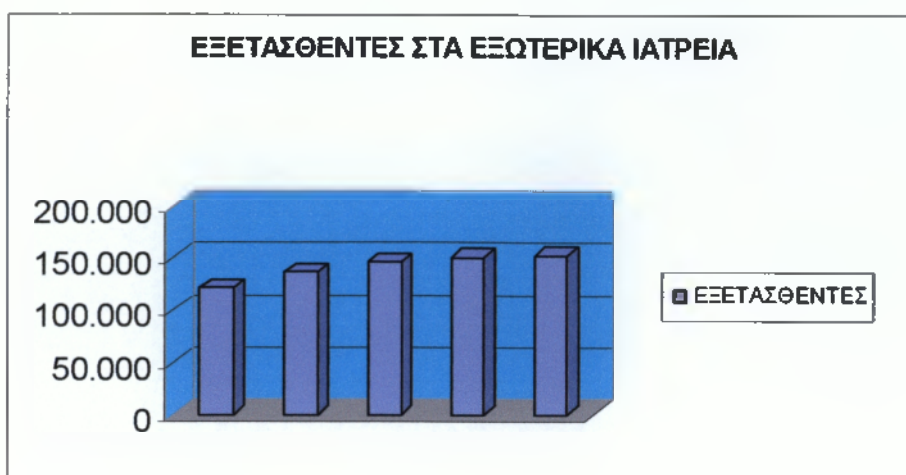
Σύμφωνα με τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας του έτους 2003 οι εξετασθέντες στα εξωτερικά ιατρεία ανέρχονται σε 152.280 , οι νοσηλευθέντες σε 17.685, οι ημέρες νοσηλείας σε 58.884, η μέση διάρκεια νοσηλείας σε 3,33ημέρες , οι χειρουργικές επεμβάσεις σε 5.416 , οι εργαστηριακές εξετάσεις σε 597.218 , η μέση κάλυψη κλινών σε 70.14%, η νοσηλευθέντες ΤΕΠ του τμήματος επειγόντων περιστατικών σε 1.200 και οι ημέρες νοσηλείας τους σε 1.212.

Όπως παρατηρούμε από τα στοιχεία νοσηλευτικής δραστηριότητας από το 1999 έως και το έτος 2003 το 1999 οι εξετασθέντες στα εξωτερικά ιατρεία ήταν 121.138 το 2000 έχουμε μια μικρή αύξηση της τάξεως του 0,084% και στη συνέχεια παρατηρούμαι από το έτος 2000 και άλλη αύξηση του έτους 2001

Στους παρακάτω πίνακες θα παρουσιαστεί με ποσοστό επί της εκατό (%) η αύξηση η μείωση της νοσολογικής κίνησης από το έτος 1999 έως το 2003.

2..2.(1)ΕΞΕΤΑΣΘΕΝΤΕΣ ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

1999	121.138	
2000	135.908	12%
2001	145.179	6,8%
2002	150.312	3,53%
2003	152.280	1,3%



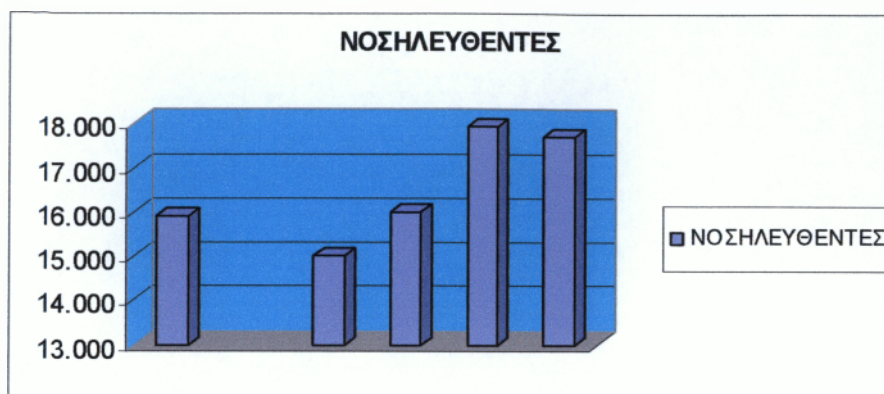
Πίνακας 2.2.(1): Διαγραμματική παρουσίαση εξετασθέντων στα εξωτερικά ιατρεία

ΠΗΓΗ: Νοσηλευτική δραστηριότητα τους συνοπτικούς απολογισμούς από τα έτη 1999-2001

Συμπέρασμα: Ο αριθμός των εξετασθέντων στα εξωτερικά ιατρεία παρουσιάζει συνεχή αύξηση από το 1999 όπου ο αριθμός τους ήταν 121.138 χιλιάδες έως το 2003. Το 2000 παρουσιάζει αύξηση της τάξεως του 12%, το 2001 6,8%, το 2002 3.53% και το 2004 1.3%.

2.2.(2) ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ

1999	15.914	
2000	14.987	-5,8%
2001	15.993	6,7%
2002	17.944	12,2%
2003	17.685	-1,44%



Πίνακας 2.2.(2): Διαγραμματική παρουσίαση αριθμού των νοσηλευθέντων
 ΠΗΓΗ: Νοσηλευτική δραστηριότητα τους συνοπτικούς απολογισμούς από τα έτη 1999-2001

Συμπέρασμα: Ο αριθμός των νοσηλευθέντων το 1999 ήταν 15.914 χιλιάδες . Το 2000 παρουσιάζει μείωση της τάξεως του 5,8%. Το 2001 παρουσιάζει αύξηση 6,7%. Το 2002 παρουσιάζει αύξηση 6,7% και 2003 μείωση 1,44%.

2.2.(3) ΗΜΕΡΕΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

1999	61,142	
2000	55,834	-8,68%
2001	56,696	1,54%
2002	57,855	2,04%
2003	58,884	1,8%



Πίνακας 2.2.(3): Διαγραμματική παρουσίαση ημερών νοσηλείας

ΠΗΓΗ: Νοσηλευτική δραστηριότητα τους συνοπτικούς απολογισμούς από τα έτη 1999-2001

Συμπέρασμα: Οι ημέρες νοσηλείας το 1999 ήταν 61,142 και αν από το 2000 όπου είχαμε μείωση της τάξεως του 8,68% και στη συνέχεια παρουσιάζονται μικρές αυξήσεις υπάρχει προσπάθεια μείωσης του αριθμού των ημερών νοσηλείας.

2.2.(4) ΜΕΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

1999	3,84 ημέρες	
2000	3,72 ημέρες	3,12%
2001	3,54 ημέρες	4,8%
2002	3,22ημέρες	9%
2003	3,33 ημέρες	3,4%



Πίνακας 2.2.(4): Διαγραμματική παρουσίαση ημερών της μέσης διάρκειας νοσηλείας

ΠΗΓΗ: Νοσηλευτική δραστηριότητα τους συνοπτικούς απολογισμούς από τα έτη 1999-2001

Οι ημέρες της μέσης διάρκειας νοσηλείας παρουσιάζουν μείωση από το 1999 έως το 2003 και αύξηση το 2003.

2.2.(5) ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

1999	5.245	
2000	5.074	-3,26%
2001	5.833	14,95%
2002	4.974	-14,72%
2003	5.416	8,88%



Πίνακας 2..2.(5): Διαγραμματική παρουσίαση χειρουργικών επεμβάσεων
 ΠΗΓΗ: Νοσηλευτική δραστηριότητα τους συνοπτικούς απολογισμούς από τα έτη 1999-2001

Συμπέρασμα: Οι χειρουργικές επεμβάσεις παρουσιάζουν αυξομειώσεις. Το 1999 ο αριθμός τους ήταν 5.245 χιλιάδες το 2000 υπήρξε μείωση 3,26%, το 2001 αυξήθηκαν κατά 14,95%, το 2002 μειώθηκαν κατά 14,72% και το 2003 αυξήθηκαν 8,88%.

2..2.(6): ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

1999	704.640	
2000	650.623	-7,66%
2001	724.860	11,4%
2002	610.623	-15,75%
2003	597.218	-2,19%



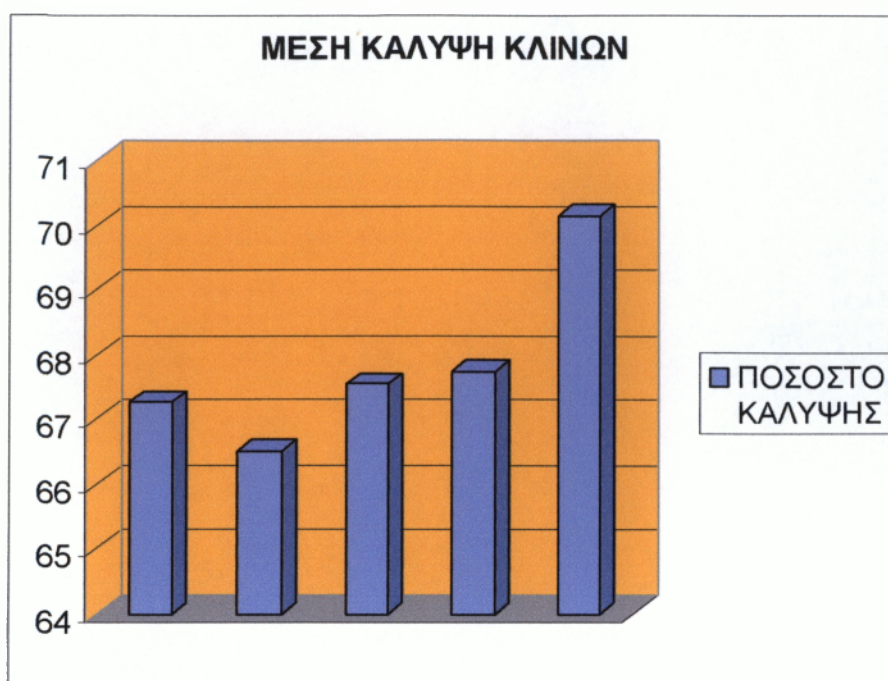
Πίνακας 2..2.(6): Διαγραμματική παρουσίαση εργαστηριακών εξετάσεων

ΠΗΓΗ: Νοσηλευτική δραστηριότητα τους συνοπτικούς απολογισμούς από τα έτη 1999-2001

Συμπέρασμα: Ο αριθμός των εργαστηριακών εξετάσεων παρουσιάζει αυξομειώσεις. Το 1999 είναι 704.640 χιλιάδες. Το 2000 μειώνονται κατά 7,66%, το 2001 αυξάνονται κατά 11,4%, το 2002 μειώνονται κατά 15,75% και το 2003 κατά 2,19%.

2..2.(7) ΜΕΣΗ ΚΑΛΥΨΗ ΚΑΙΝΩΝ

1999	67,27	
2000	66,51	1,12%
2001	67,54	1,54%
2002	67,74	0,29%
2003	70,14	3,54%

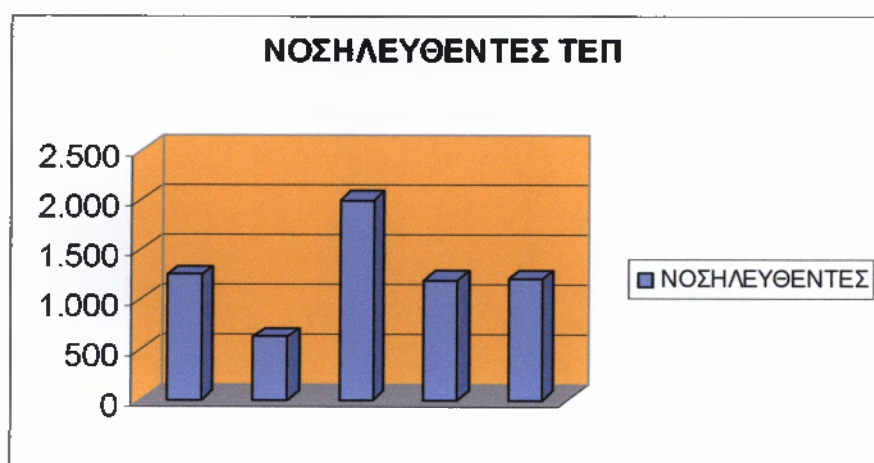


Πίνακας 2..2.(7): Διαγραμματική παρουσίαση μέσης κάλυψης κλινών

ΠΗΓΗ: Νοσηλευτική δραστηριότητα τους συνοπτικούς απολογισμούς από τα έτη 1999-2001

1999	1.247	
2000	628	49,63%
2001	2.001	218,6%
2002	1.200	40%
2003	1.212	1%

2.2.(8)ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΕΣ Τ.Ε.Π.



Πίνακας 2.2.(8): Διαγραμματική παρουσίαση νοσηλευθέντων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΠΗΓΗ: Νοσηλευτική δραστηριότητα τους συνοπτικούς απολογισμούς από τα έτη 1999-2001

Συμπέρασμα: Ο αριθμός των νοσηλευθέντων στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών παρουσιάζει μεγάλες διακυμάνσεις λόγω ότι πολλοί παράγοντες μπορούν να τον επηρεάσουν για παράδειγμα κάποια επιδημία μια συγκεκριμένη χρονιά (Συνοπτικοί απολογισμοί 1999-2001 Γ.Ν.Εάνθης⁴).

2.3 Αποτύπωση της υφιστάμενης Οργανωτικής Διάρθρωσης

Το Ν.2889/2001 αναδιοργάνωσης της οργανωτικής δομής του Ε.Σ.Υ. μετά την ολοκλήρωση της μεταρρύθμισης διαδέχεται ο Ν.3329/2005 όπου σύμφωνα με το άρθρο 1 «Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Π.Ε)» η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας. Κατ' εξαίρεση, η περιφέρεια Αττικής διαιρείται σε τρεις Υγειονομικές Περιφέρειες και οι Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου διαιρούνται σε δυο Υγειονομικές Περιφέρειες η καθεμία.

Σύμφωνα με το άρθρο 7 του κεφαλαίου Β' «Διοίκηση Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α.»

1. τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.ΥΠ. με τη διάταξη της παρ.4 του άρθρου 1 του Ν.2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α' μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου(Ν.Π.Δ.Δ.) τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος νόμου και έχουν δικό του προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου Α.Φ.Μ.

Σκοπός Δ.Υ.Π.Ε (Άρθρο 2)είναι :

α) Ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΦΠΥΥΚΑ).

β) Η υποβολή, προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας.

γ) Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευμένων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2. Τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (κεφάλαιο Β', άρθρο 7) διακρίνονται σε:

α) γενικά που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που εντάσσονται σε περισσότερες από μια θεραπευτικές κατηγορίες

β) Ειδικά που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που εντάσσονται σε μία θεραπευτική κατηγορία

Νοσοκομεία τα οποία, κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, έχουν την ονομασία «Πανεπιστημιακό» τη διατηρούν και στο μέλλον. Η ονομασία αυτή μπορεί να μεταβληθεί με απόφαση του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3. Όργανα διοίκησης των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. είναι :

α) το Διοικητικό Συμβούλιο

β) ο Διοικητής του Νοσοκομείου

4. Το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) είναι επταμελές για νοσοκομεία μέχρι 399 οργανικές κλινικές για Νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες και αποτελείται από :

α) Τον Διοικητή του Νοσοκομείου ως Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου.

β) Τρία μέλη σε νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες, που ορίζονται από τον υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους. Από τα μέλη αυτά ένα ορίζεται ως αντιπρόεδρος ο οποίος είναι μερικής απασχόλησης.

γ) Τον αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου, σε νοσοκομείο με 400 και άνω οργανικές κλίνες, με αναπληρωτή του τον Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας.

δ) Έναν εκπρόσωπο των ιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. και τους ιατρούς μέλη του Δ.Ε.Π. που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

ε) Τον Διευθυντή Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, με αναπληρωτή του τον αρχαιότερο Διευθυντή Νοσηλευτικού τομέα.

στ) Έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικού του νοσοκομείου

Ο πρόεδρος του Δ.Σ. ορίζει την ημερήσια διάταξη της συνεδρίασης του Δ.Σ. και τους εισηγητές των θεμάτων. Ο Πρόεδρος μπορεί, κατά την κρίση του, να καλεί στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων καθώς και κάθε υπηρεσιακό παράγοντα ή εκπρόσωπο οποιοδήποτε επιστημονικού ή τοπικού φορέα.

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου αναπληρώνεται από τον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. στα καθήκοντα του ως Προέδρου του Δ.Σ., ενώ στα καθήκοντα του ως Διοικητή Αναπληρώνεται από τον Αναπληρωτή Διοικητή και όπου αυτός δεν υπάρχει από τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας. Τα μέλη του Δ.Σ. είναι εισηγητές για τα θέματα της αρμοδιότητάς τους.

5. Το Διοικητικό Συμβούλιο συνέρχεται τακτικά Δύο φορές το μήνα και έκτακτα, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 13, 14, και 15 του Ν.2690/1999

6. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του Νοσοκομείου και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

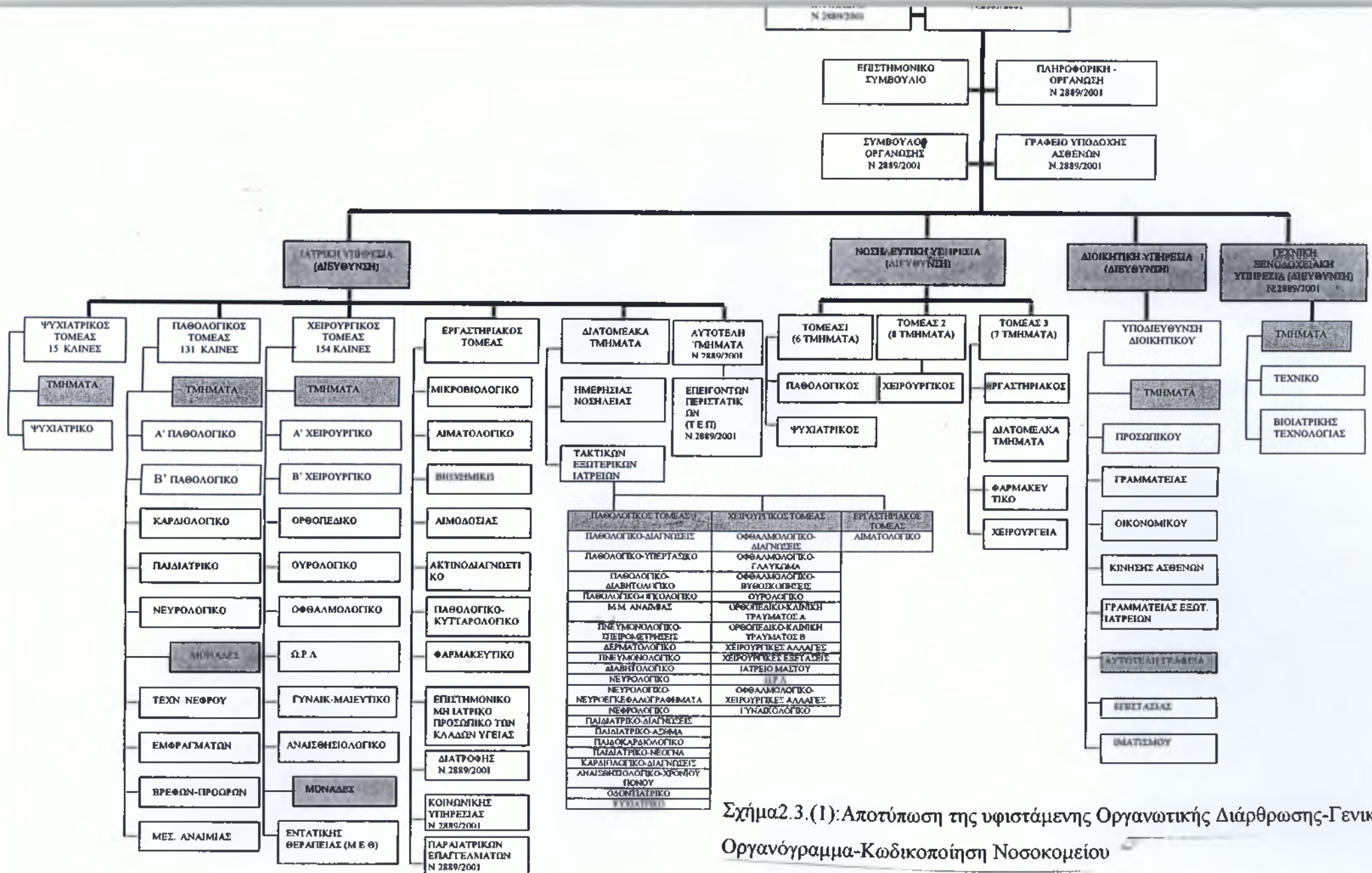
2. Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και εκτάκτων αναγκών του Νοσοκομείου και το υποβάλλει προς την τελική έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας

3. Εγκρίνει και δημιουργεί, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

4. Εγκρίνει την ανέγερση, επέκταση, αναδιάταξη και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

5. Ο Διοικητής του Νοσοκομείου έχει αρμοδιότητες όπως:

Εισηγείται στο Δ.Σ. τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση, ανέγερση, επέκταση, αναδιάταξη και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών του νοσοκομείου. Επεξεργάζεται τον οργανισμό και άλλα θεσμικά κείμενα, αξιολογεί όλες τις προτάσεις και τα αιτήματα των υπηρεσιών και του προσωπικού. Εισηγείται στο Δ.Σ. το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων. Υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας πρόταση πρόσληψης επικουρικού προσωπικού για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών. (ΦΕΚ 81/4-4-2005 τεύχος Α')



Σχήμα 2.3.(1): Αποτύπωση της υφιστάμενης Οργανωτικής Διάρθρωσης-Γενικό Οργανόγραμμα-Κωδικοποίηση Νοσοκομείου

2.4.Εξωτερικό περιβάλλον Νοσοκομειακής Μονάδας

2.4.1.Εξελίξεις Κοινωνικοοικονομικού Επιπέδου Πληθυσμού

Με πρωτεύουσα την Ξάνθη, ο Νομός Ξάνθης συγκεντρώνει 0,9% του πληθυσμού της χώρας με έντονη τάση αύξησης, αφού είχε τον υψηλότερο ρυθμό φυσικής αύξησης του πληθυσμού στη χώρα και το 2002 με υπεροχή γεννήσεων/1.000 κατοίκους: 5,1, και την υψηλότερη αναλογία μαθητών Δημοτικού ανά 1.000 κατοίκους στη χώρα (79 έναντι μέσου Ελλάδας 59). Έχει επίσης την υψηλότερη αναλογία γάμων ανά 1000 κατοίκους στη χώρα (7,2 με μέσο χώρας 5,1).

Μεταξύ των απογραφών 1991 και 2001 ο πληθυσμός του αυξήθηκε 11,9%, αύξηση μεγαλύτερη από του συνόλου της χώρας (6,9%). Παράγει το 0,7% του ακ. εγχώριου προϊόντος της χώρας, αναλογία σχεδόν σταθερή τα τελευταία χρόνια. Στη γεωργία αναλογεί το 12% του προϊόντος του νομού και εκεί παράγεται 1% του συνολικού γεωργικού προϊόντος της χώρας. Στη μεταποίηση αναλογεί το 22% (η 4η υψηλότερη συμμετοχή στη χώρα μετά τη Βοιωτία, την Κορινθία και το Κιλκίς), εκεί δε παράγεται 1,3% της συνολικής μεταποιητικής παραγωγής της χώρας. Στις επιχειρήσεις του αναλογεί 2% των επενδύσεων των βιομηχανικών επιχειρήσεων της χώρας την περίοδο 2000-2001, σύμφωνα με την Ετήσια Βιομηχανική Έρευνα της ΕΣΥΕ, οι οποίες υποχώρησαν τη διετία αυτή. Με κατά κεφαλή προϊόν 8.9 χιλ. ευρώ. κατατάσσεται 46ος με βάση το κριτήριο αυτό με 69% του μέσου όρου της Ελλάδας το 2002 (54% του μέσου όρου της ΕΕ-25). Με δηλωθέν εισόδημα 10,3 χιλ. ευρώ ανά φορολογούμενο το 2003 (άνοδος 5%, 82% του μέσου όρου της Ελλάδας), οι φορολογούμενοι του πλήρωσαν το 2003 κατά μέσο όρο για φόρο εισοδήματος 653 ευρώ, έναντι μέσου όρου χώρας 1.076. Σε αυτόν αναλογεί 0,8% των φορολογουμένων (άνοδος 4% το 2003), 0,7%

του δηλωθέντος εισοδήματος της χώρας (+9%) και 0,5% του φόρου εισοδήματος φυσικών προσώπων (+13%).

Ανά 100 κατοίκους του αναλογούν 23 αυτοκίνητα (μέσος χώρας 33 το 2002), έχει δε υψηλό δείκτη οικοδομικής δραστηριότητας, 1,7 νέες κατοικίες ανά 100 κατοίκους το 2002 (1,2 στη χώρα). Το 2004 οι πωλήσεις καινούριων επιβατικών αυτοκινήτων αυξήθηκαν 31% με άνοδο 13% στο σύνολο χώρας. Έχει υψηλή αναλογία τροχαίων ατυχημάτων ανά 1.000 κατοίκους, 1,6 με μέσο όρο χώρας 1,5, η εικόνα όμως βελτιώνεται τα έτη 2003 και 2004, με μείωση των ατυχημάτων 21%(www.econimics.gr³).

Δείκτες Ευημερίας

		Νομός Ξάνθης	Μέσος όρος χώρα ς	Κατάταξη σε σχέση με τους 52 νομούς
ΑΕΠ κατά κεφαλή	2002	8,93 χιλ.ευρώ	12,9	46
Κατά κεφαλή αποταμιευτικές καταθέσεις	2002	4,80 χιλ.ευρώ	8,32	43
Δηλ. εισόδημα ανά φορολογούμενο	2003	10,3 χιλ.ευρώ	12,5	33
Φόρος εισοδ. ανά φορολογούμενο	2003	0,65 χιλ.ευρώ	1,08	32
Φυσική αύξηση πληθυσμού/ 1000 κατοίκους	2002	5,07	-0,01	1
Μαθητές δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης/ 1000 κατοίκους	2002	76	66	4
Μαθητές δημοτικού/ 1000 κατοίκους	2002	79	59	1

Συμμετοχή στα συνολικά μεγέθη της χώρας					
ΑΕΠ	2002	0,7	%		37
Φορολογούμενοι	2003	0,8	%		33
Δηλωθέν στην εφορία εισόδημα	2003	0,7	%		32
Φόρος εισοδήματος φ.π.	2003	0,5	%		29
Αποταμιευτικές καταθέσεις	2003	0,6	%		37

2.4.2 Περιγραφική - Ποιοτική Αξιολόγηση Οδών Πρόσβασης

Ο Νομός Ξάνθης είναι ένας από τους πέντε Νομούς της Περιφέρειας Ανατολικής Μακεδονίας – Θράκης. Βρίσκεται στο κεντρικό τμήμα της Περιφέρειας και συνορεύει βορειοανατολικά με το Νομό Δράμας, νοτιοανατολικά με το Νομό Καβάλας, Δυτικά με το Νομό Ροδόπης και βόρεια με τη Βουλγαρία. Ο Νομός Ξάνθης βρέχεται στα νότια από το Θρακικό πέλαγος. Η συνολική έκταση του Νομού είναι περίπου 1.800 τ. Χλμ.

Όσον αφορά τη διοικητική διάρθρωση, μετά το γεωγραφικό του διαχωρισμό στα πλαίσια του προγράμματος «Ιωάννης Καποδίστριας», ο Νομός Ξάνθης περιλαμβάνει: α) έξι (6) δήμους: το Δήμο Ξάνθης, το Δήμο Αβδήρων, το Δήμο Βιστωνίδας, το Δήμο Μύκης, το Δήμο Σταυρούπολης, το Δήμο Τοπίου και β) τέσσερις (4) κοινότητες: την κοινότητα Θερμών, την κοινότητα Κοτύλης, την κοινότητα Σατρών και την κοινότητα Σελέρου.

Σε ότι αφορά τη μορφολογία του εδάφους, το βόρειο τμήμα του Νομού είναι ορεινό και καλυμμένο στο μεγαλύτερο τμήμα του από πυκνά δάση, ενώ το νότιο είναι πεδινό και περιλαμβάνει μερικούς από τους πιο σημαντικούς υδροβιότοπους της χώρας μας.

Το οδικό δίκτυο περιλαμβάνει τέσσερις κύριους οδικούς άξονες: την εθνική οδό Ξάνθης – Σταυρούπολης –Δράμας στο βορειοδυτικό τμήμα του Νομού, την εθνική οδό Ξάνθης –Καβάλας στο νοτιοδυτικό τμήμα του Νομού, την παλιά εθνική οδό Ξάνθης – Κομοτηνής μέσω Πόρτο Λάγους στο νοτιοανατολικό του Νομού και τον επαρχιακό δρόμο Ξάνθης –Ιάσμου- Κομοτηνής στο Κεντροδυτικό τμήμα του Νομού.

Επίσης τον τελευταίο χρόνο λειτουργεί η Εγνατία Οδός που ενώνει την πόλη της Ξάνθης με την Κομοτηνή και την Αλεξανδρούπολη έως το τελωνείο των Κήπων, αλλά ουσιαστικά δεν εξυπηρετεί κάποιο τμήμα του Νόμου αναφορικά με την πρόσβαση στο Νοσοκομείο. Τέλος ένας αριθμός επαρχιακών οδών συνδέει τα υπόλοιπα τμήματα του Νομού με το παραπάνω οδικό δίκτυο(Γαλαζούδη Ε. Πτυχιακή εργασία «Εφαρμογή Μάρκετινγκ σε γενικά νοσοκομεία:Η Περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης»²).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.Ανάλυση Ανθρώπινου Δυναμικού

3.1.Αποτύπωση του απασχολούμενου προσωπικού

3.2 Ποιοτική Ανάλυση Προσωπικού

3. Ανάλυση Ανθρώπινου Δυναμικού

3.1. Αποτύπωση του απασχολούμενου προσωπικού

Το νοσοκομείο ως οργανισμός είναι απαραίτητο να επανδρώνεται από το κατάλληλο προσωπικό το οποίο απαιτείται να διαθέτει τις ανάλογες ικανότητες και δεξιότητες καθώς και την ανάλογη μόρφωση και εκπαίδευση, ώστε να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις και τις ανάγκες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η επάρκεια τους αριθμητικά, δηλαδή η πλήρωση όλων των προβλεπόμενων θέσεων, η ποιότητα των εργαζομένων είναι δύο καίρια σημεία που πρέπει να προσέξουμε, γιατί συμβάλλουν στην καλή λειτουργία του Νοσοκομείου.

Τα στοιχεία που θα αναφερθούν για το προσωπικό του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης αντλήθηκαν από το Τμήμα Προσωπικού και το Τμήμα Στατιστικής. Αναλυτικά στοιχεία για το δυναμικό υπάρχουν μόνο για την τρέχουσα περίοδο του έτους 2004.

3.1.1 Ποσοτική Ανάλυση Προσωπικού

Στην ανάλυση μας θα παρουσιασθεί αναλυτικά το υπάρχον προσωπικό για την περίοδο 2004. Τα στοιχεία δόθηκαν από το τμήμα προσωπικού του Νοσοκομείου Ξάνθης.

Το προσωπικό του Γ.Ν.Ξ. χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες όσες είναι και οι Υπηρεσίες του Νοσοκομείου:

- 1) Ιατρικό
- 2) Νοσηλευτικό
- 3) Διοικητικό

3.1.1(1) Ιατρικό Προσωπικό

Η Ιατρική Υπηρεσία στελεχώνεται:

- 1) Από ιατρούς που κατέχουν θέσεις του κλάδου των ιατρών του Ε.Σ.Υ.
- 2) Από ειδικευόμενους ιατρούς
- 3) Από τους επιστήμονες που προσφέρουν υπηρεσίες συναφείς με το Έργο της Ιατρικής Υπηρεσίας.

1&2. Ιατροί και ειδικευόμενοι ιατροί.

Στον Πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή του Ιατρικού δυναμικού στα διάφορα τμήματα ανά τομέα και καταγράφονται οι θέσεις των Διευθυντών, Επιμελητών και Ειδικευόμενων ιατρών που υπάρχουν σε κάθε τομέα και τμήμα χωριστά.

Α.ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ				ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ				ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ			
	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.
ΤΜΗΜΑ												
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	1	2	2	8	1	2	2	7	0	0	0	1
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	1	1
ΠΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	1	1	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
ΜΟΝ. ΤΕΧΝ. ΝΕΦΡΟΥ	1	0	2	0	1	1	1	0	0	1	1	0
ΜΟΝ.ΝΟΣ.ΜΕΣΟΓ.ΑΝΑΙΜ.	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0
ΣΥΝΟΛΟ	7	6	9	10	6	5	6	8	1	3	5	2

Β.ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ				ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ				ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ			
	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.
ΤΜΗΜΑΤΑ												
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	1	2	3	8	1	2	3	8	0	0	0	0
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	1	2	1	5	1	2	1	5	0	0	0	0
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΟ	1	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	2
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	1	1	3	5	1	1	3	5	0	0	0	0
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
ΜΟΝΑΔΑ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	1	3	1	0	0	3	1	0	1	0	0	0
ΣΥΝΟΛΟ	8	11	13	21	5	10	11	19	3	1	2	2

Γ.ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ				ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ				ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ			
	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.
ΤΜΗΜΑΤΑ												
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	1	3	4	0	1	0	0	0	0	3	4	0
ΣΥΝΟΛΟ	1	3	5	0	1	0	1	0	0	3	4	0

Δ.ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΕΣ				ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ				ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ			
	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.	Δ.	Ε.Α.	Ε.Β.	Ε.Ι.
ΤΜΗΜΑΤΑ												
ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	1	1	2	3	1	1	1	3	0	0	1	0
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ	1	1	3	2	1	1	3	2	0	0	0	0
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	1	1	1	2	1	0	1	2	0	1	0	0
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
ΣΥΝΟΛΟ	4	3	8	7	4	2	6	7	0	1	2	0

Πίνακας 3.1.1(1): Ιατρικό Προσωπικό

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»

Δ: Διευθυντές

Ε.Β: Επιμελητής Β

Ε.Α: Επιμελητής Α

Ε.Ι: Εφημερεύοντες Ιατροί



Πίνακας 3.1.1(1): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού κατανομής του Ιατρικού δυναμικού στα διάφορα τμήματα ανά τομέα.

Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι:

Το σύνολο των Διευθυντών των Τμημάτων στην Ιατρική Υπηρεσία είναι δέκα έξι (16), από τους οποίους οι έξι (6) ανήκουν στον Παθολογικό Τομέα, πέντε (5) στον Χειρουργικό Τομέα, ένα (1) στον Ψυχιατρικό τομέα και τέσσερις (4) στον Εργαστηριακό Τομέα.

Υπάρχουν δέκα επτά Επιμελητές Α, από τους οποίους οι πέντε(5) ανήκουν στον Παθολογικό Τομέα, δέκα (10) στον Χειρουργικό Τομέα, κανένα στον Ψυχιατρικό τομέα και δύο (2) στον Εργαστηριακό Τομέα.

Οι Επιμελητές Β ανέρχονται στους είκοσι τέσσερις (24) από τους οποίους οι έξι(6) ανήκουν στον Παθολογικό Τομέα, έντεκα (11) στον Χειρουργικό Τομέα, ένας (1) στον Ψυχιατρικό τομέα και έξι (6) στον Εργαστηριακό Τομέα.

Οι Ειδικευμένοι Ιατροί είναι στο σύνολο τους τριάντα τέσσερις (34), από τους οποίους οι οχτώ (8) ανήκουν στον Παθολογικό Τομέα, δέκα εννέα (19) στον Χειρουργικό Τομέα, κανένα στον Ψυχιατρικό τομέα και επτά (7) στον Εργαστηριακό Τομέα.

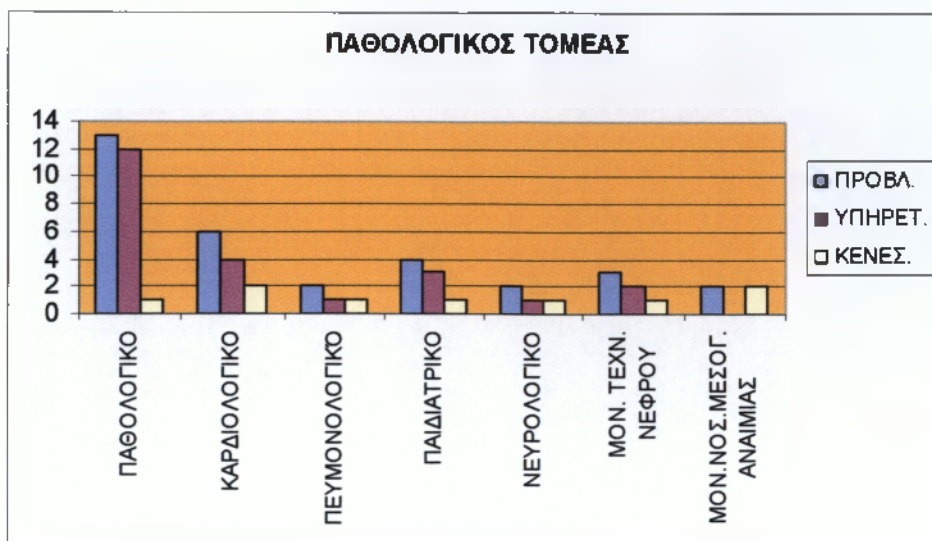
Ένα σημείο που πρέπει να προσέξουμε είναι ο αριθμός που παρατηρείται στη στήλη των κενών θέσεων εργασίας (διαφορά προβλεπόμενων και υπηρετούντων θέσεων) που δηλώνει την έλλειψη προσωπικού σε όλους τους τομείς. Επίσης δεν προβλέπεται κανένας Ειδικευόμενος στο Ψυχιατρικό Τομέα.

Ακολουθούν, ορισμένοι πίνακες, πιο συνοπτικοί οι οποίοι παρουσιάζουν το σύνολο του Ιατρικού προσωπικού ανά τομέα και τμήμα, χωρίς να γίνεται η διάκριση διευθυντών, επιμελητών και ειδικευμένων ιατρών, καθώς και την πληρότητα κάθε τμήματος σε ιατρικό δυναμικό. Τους πίνακες αυτούς συνοδεύουν ραβδογράμματα, που απεικονίζουν τις προβλεπόμενες θέσεις, τους υπηρετούντες στο νοσοκομείο και τις κενές θέσεις των τμημάτων ανά τομέα και θα μας βοηθήσουν στην διεξαγωγή συμπερασμάτων και στη κατανόηση του περιεχομένων των πινάκων.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΠΡΟΒΛ.	ΥΠΗΡΕΤ.	ΚΕΝΕΣ.	ΠΛΗΡΟΤ. %
ΤΜΗΜΑ				
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	13	12	1	92,31
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΟ	6	4	2	66,67
ΠΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	2	1	1	50,00
ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟ	4	3	1	75,00
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	2	1	1	50,00
ΜΟΝ. ΤΕΧΝ. ΝΕΦΡΟΥ	3	2	1	66,67
ΜΟΝ.ΝΟΣ.ΜΕΣΟΓ.ΑΝΑΙΜΙΑΣ	2	0	2	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	32	23	9	71,88

Πίνακας 3.1.1(2): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων παθολογικού τομέα.

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



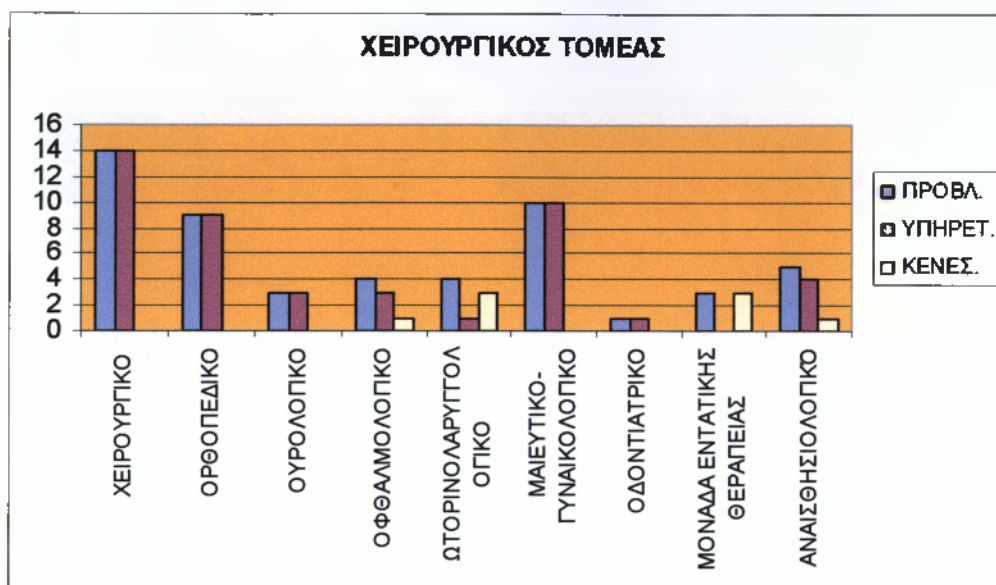
Πίνακας 3.1.1(2): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων παθολογικού τομέα.

Το ποσοστό πληρότητας στον τομέα αυτό φτάνει το 71,88%. Τα τμήματα που απορροφούν το περισσότερο ιατρικό δυναμικό είναι το Παθολογικό (13) και το Καρδιολογικό (6).

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΠΡΟΒΛ.	ΥΠΗΡΕΤ.	ΚΕΝΕΣ.	ΠΛΗΡΟΤ. %
ΤΜΗΜΑΤΑ				
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ	14	14	0	100,00
ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟ	9	9	0	100,00
ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΟ	3	3	0	100,00
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΟ	4	3	1	75,00
ΩΤΟΡΙΝΟΛΑΡΥΓΓΟΛΟΓΙΚΟ	4	1	3	25,00
ΜΑΙΕΥΤΙΚΟ- ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΟ	10	10	0	100,00
ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ	1	1	0	100,00
ΜΟΝΑΔΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ	3	0	3	0,00
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ	5	4	1	80,00
ΣΥΝΟΛΟ	53	45	8	84,91

Πίνακας 3.1.1(3): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων χειρουργικού τομέα.

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



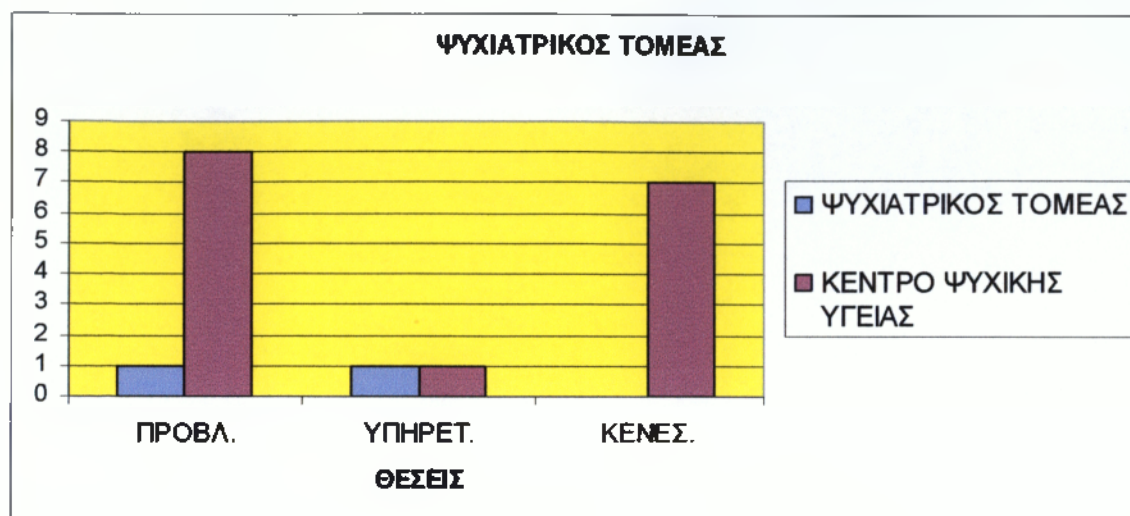
Πίνακας 3.1.1(3): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων χειρουργικού τομέα.

Το ποσοστό πληρότητας για το Χειρουργικό τομέα είναι 84.91%. Οι περισσότεροι ιατροί υπηρετούν στο χειρουργικό τμήμα (14), στο Ορθοπεδικό (9) και στο Μαιευτικό-Γυναικολογικό (10).

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	ΠΡΟΒΛ.	ΥΠΗΡΕΤ.	ΚΕΝΕΣ.	ΠΛΗΡΟΤ. %
ΤΜΗΜΑΤΑ				
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	1	1	0	100,00
ΚΕΝΤΡΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	8	1	7	12,50
ΣΥΝΟΛΟ	9	2	7	22,22

Πίνακας 3.1.1(4): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων ψυχιατρικού τομέα.

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



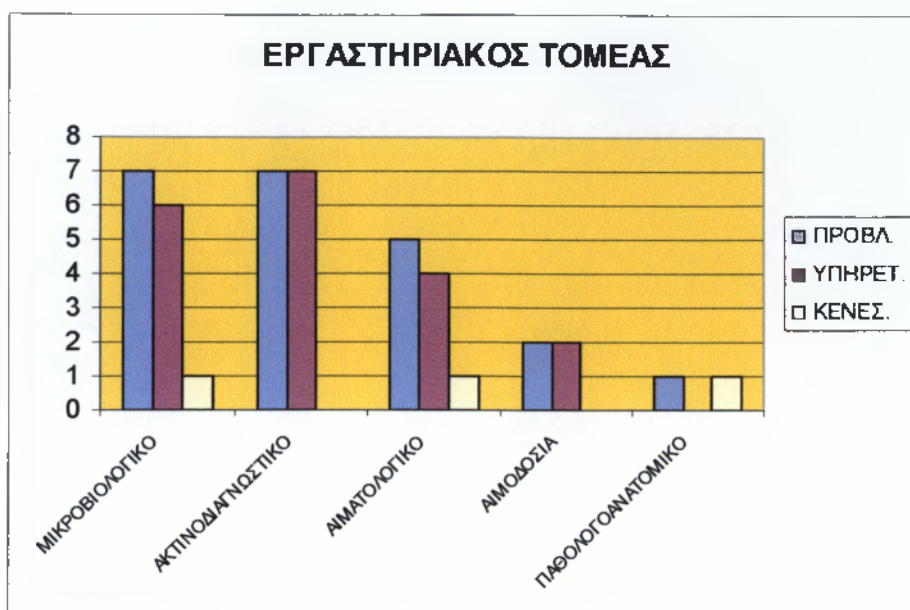
Πίνακας 3.1.1(4): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων ψυχιατρικού τομέα

Στο Ψυχιατρικό Τομέα, ο οποίος αποτελείται από δυο μόνο τμήματα, η κάλυψη των θέσεων φτάνει μόλις το 22,22%, αφού από τις εννέα (9) θέσεις που προβλέπονται καλύπτονται μόνο οι δύο (2).

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ ΤΜΗΜΑΤΑ	ΠΡΟΒΛ.	ΥΠΗΡΕΤ.	ΚΕΝΕΣ.	ΠΛΗΡΟΤ. %
	ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ	7	6	1
ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ	7	7	0	100,00
ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	5	4	1	80,00
ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ	2	2	0	100,00
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΟ	1	0	1	0,00
ΣΥΝΟΛΟ	22	19	3	86,36

Πίνακας 3.1.1(5): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων εργαστηριακού τομέα.

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



Πίνακας 3.1.1(5): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων εργαστηριακού τομέα

Στον Εργαστηριακό Τομέα, προβλέπονται είκοσι δύο (22) θέσεις, στις δέκα εννέα υπηρετεί ιατρικό προσωπικό και οι τρεις είναι κενές. Το ποσοστό πληρότητας αγγίζει το 86,36%. Το Μικροβιολογικό και Ακτινοδιαγνωστικό έχει τους πιο πολλούς ιατρούς.

Παρακάτω, απεικονίζεται ένας συγκεντρωτικός πίνακας του ιατρικού προσωπικού (και των ειδικευμένων) του νοσοκομείου ανά τομέα της ιατρικής υπηρεσίας.

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΠΡΟΒΛ.	ΥΠΗΡΕΤ.	ΚΕΝΕΣ.	ΠΛΗΡΟΤ. %
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	32	23	9	71,88
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	53	45	8	84,91
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	22	19	3	86,36
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ	9	2	7	22,22
ΣΥΝΟΛΟ	113	86	27	76,11

Πίνακας 3.1.1(6): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων ιατρικού τομέα .

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



Πίνακας 3.1.1(6). Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων ιατρικού τομέα

Σύμφωνα με το συγκεντρωτικό πίνακα των ιατρών (μαζί με τους ειδικευόμενους ιατρούς), το σύνολο των προβλεπόμενων θέσεων είναι 113. Στο νοσοκομείο υπηρετούν 86 ιατροί, κατανεμημένοι στους τέσσερις τομείς της ιατρικής υπηρεσίας, με είκοσι τρεις (23) γιατρούς στο Παθολογικό τομέα, σαράντα πέντε (45) στο Χειρουργικό τομέα, δύο (2) στο Ψυχιατρικό τομέα και δέκα εννέα (19) στον Εργαστηριακό τομέα. Το ποσοστό κάλυψης των θέσεων είναι υψηλό και αγγίζει το 76,11%.

Επιστήμονες ιατρικής υπηρεσίας

Εκτός από τους ιατρούς και τους ειδικευόμενους ιατρούς, υπάρχουν και επιστήμονες που προσφέρουν ιατρικές υπηρεσίες, για αυτό και εντάσσονται στην Ιατρική Υπηρεσία.

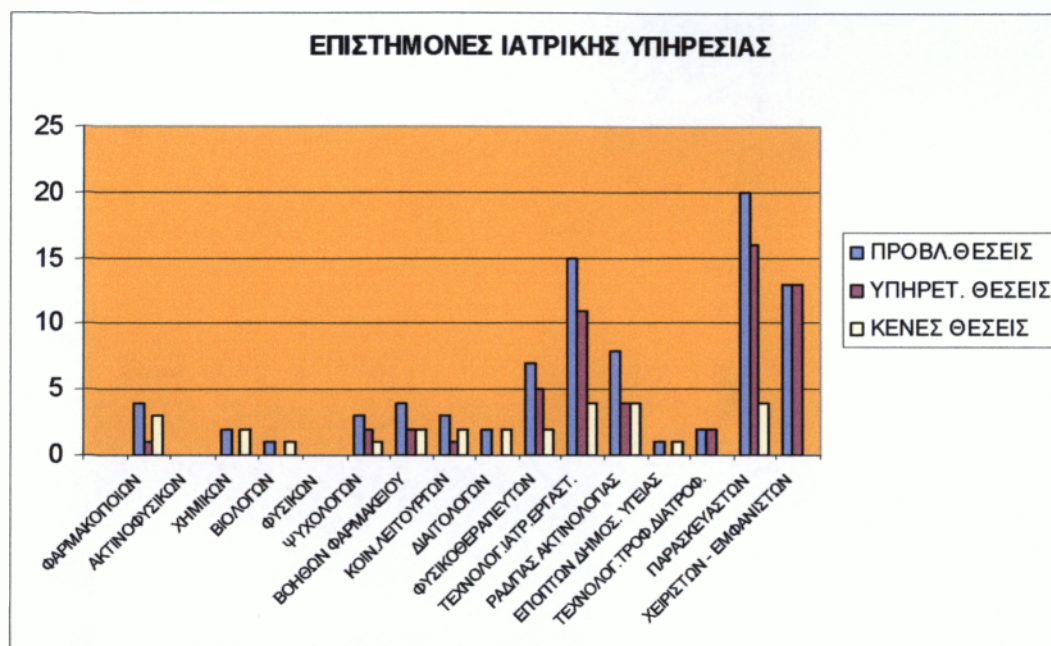
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	ΠΡΟΒΛ.ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ. ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΛΗΡΟΤ. %
ΚΛΑΔΟΣ				
ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	4	1	3	25,00
ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΩΝ	0	0	0	0,00
ΧΗΜΙΚΩΝ	2	0	2	0,00
ΒΙΟΛΟΓΩΝ	1	0	1	0,00
ΦΥΣΙΚΩΝ	0	0	0	0,00
ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ	3	2	1	66,67
ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	4	2	2	50,00
ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ	3	1	2	33,33
ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ	2	0	2	0,00
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ	7	5	2	71,43
ΤΕΧΝΟΛΟΓ.ΙΑΤΡ.ΕΡΓΑΣΤ.	15	11	4	73,33
ΡΑΔ/ΓΙΑΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	8	4	4	50,00
ΕΠΟΠΤΩΝ ΔΗΜΟΣ. ΥΓΕΙΑΣ	1	0	1	0,00
ΤΕΧΝΟΛΟΓ.ΤΡΟΦ.ΔΙΑΤΡΟΦ.	2	2	0	100,00
ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΩΝ	20	16	4	80,00
ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ – ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ	13	13	0	100,00
ΣΥΝΟΛΟ	85	57	28	67,06

Πίνακας 3.1.1(7): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων επιστημόνων ιατρικής υπηρεσίας

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»

Πίνακας 3.1.1(7): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων επιστημόνων ιατρικής υπηρεσίας

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



Πίνακας 3.1.1(7): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων επιστημόνων ιατρικής υπηρεσίας

Συνολικά οι επιστήμονες ιατροί υπηρετούν τις πενήντα επτά (57) από τις ογδόντα πέντε (85) θέσεις που προβλέπονται, φτάνοντας το 67.06% της πληρότητας των θέσεων. Οι περισσότεροι υπάλληλοι απασχολούνται στους κλάδους Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, Παρασκευαστών και Χειριστών-Εμφανιστών. Δύο κλάδοι αγγίζουν το 100% της πληρότητας, ενώ έξι κλάδοι δεν υπηρετούνται. Οι υπόλοιποι, κυμαίνονται μεταξύ του 25% και του 80% της πληρότητας των θέσεων.

Σύνολο ιατρικού προσωπικού

Συμπέρασμα: Οι Ιατροί μαζί με τους ειδικευόμενους Ιατρούς και τους Ιατρούς Επιστήμονες, αποτελούν το Ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου, οι οποίοι ανέρχονται στους εκατό σαράντα έξι (146) και ποσοστό πληρότητας 72.64%. Οι κενές θέσεις στην Ιατρική Υπηρεσία είναι στο σύνολο τους είναι πενήντα πέντε (55).

ΙΑΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΠΡΟΒΛ.ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ. ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΛΗΡΟΤ.%
ΙΑΤΡΟΙ & ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	116	89	27	76,72
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΙΑΤΡΟΙ	85	57	28	67,06
ΣΥΝΟΛΟ	201	146	55	72,64

Πίνακας 3.1.1(8): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων ιατρικής υπηρεσίας

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



Πίνακας 3.1.1(8): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων ιατρικής υπηρεσίας

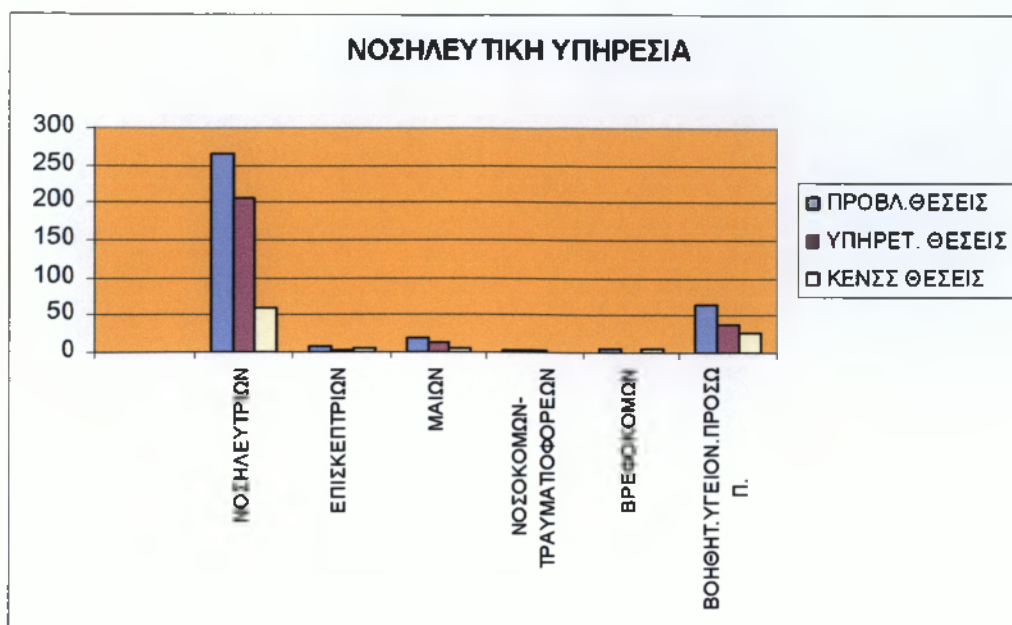
3.1.(2) Νοσηλευτικό Προσωπικό

Το Νοσηλευτικό προσωπικό διακρίνεται σε έξι (6) κλάδους νοσηλευτριών, επισκεπτριών, μαιών, νοσοκόμων-τραυματιοφορέων, βρεφοκόμων, βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό.

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ	ΠΡΟΒΛ.ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ. ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΛΗΡΟΤ.%
ΚΛΑΔΟΣ				
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ	265	205	60	77,36
ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΩΝ	8	2	6	25,00
ΜΑΙΩΝ	20	14	6	70,00
ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ- ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΩΝ	2	2	0	100,00
ΒΡΕΦΟΚΟΜΩΝ	5	0	5	0,00
ΒΟΗΘΗΤ. ΥΓΕΙΟΝ ΠΡΟΣΩΠ.	65	38	27	58,46
ΣΥΝΟΛΟ	365	261	104	71,51

Πίνακας 3.1.2 (1): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων νοσηλευτικής υπηρεσίας

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



Πίνακας 3.1.2.(1): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων νοσηλευτικής υπηρεσίας

Από τον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι στη Νοσηλευτική Υπηρεσία οι προβλεπόμενες θέσεις είναι τριακόσιες εξήντα πέντε (365) εκ των οποίων υπηρετούνται οι διακόσιες εξήντα ένα (261), φτάνοντας το 71,51% της πληρότητας των θέσεων. Οι περισσότεροι υπάλληλοι απασχολούνται στους κλάδους νοσηλευτριών και βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού. Ένας κλάδος αγγίζει το 100% της πληρότητας ενώ ένας δεν υπάρχει. Οι υπόλοιποι κυμαίνονται μεταξύ του 25% και του 77,36% της πληρότητας των θέσεων. Ακόμη στο κλάδο νοσηλευτριών παρατηρείται μεγάλος αριθμός κενών θέσεων όπου από τις διακόσιες εξήντα πέντε (265) οι εξήντα (60) είναι κενές.

Συμπερασματικά παρατηρούμε ότι το Νοσηλευτικό Προσωπικό παρουσιάζει μεγάλες ελλείψεις προσωπικού που στο σύνολο τους ανέρχονται στη τάξη του 28,49%

3.1.3) Διοικητικό Προσωπικό

Το προσωπικό της Διοικητικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου Ξάνθης αποτελείται από το προσωπικό της Υποδιεύθυνσης του Διοικητικού, από το προσωπικό της Υποδιεύθυνσης του οικονομικού και από το προσωπικό της Υποδιεύθυνσης του Τεχνικού. Η ανάλυση του προσωπικού θα γίνει ανά υποδιεύθυνση, για να καταλήξουμε στο σύνολο του προσωπικού της διοικητικής υπηρεσίας.

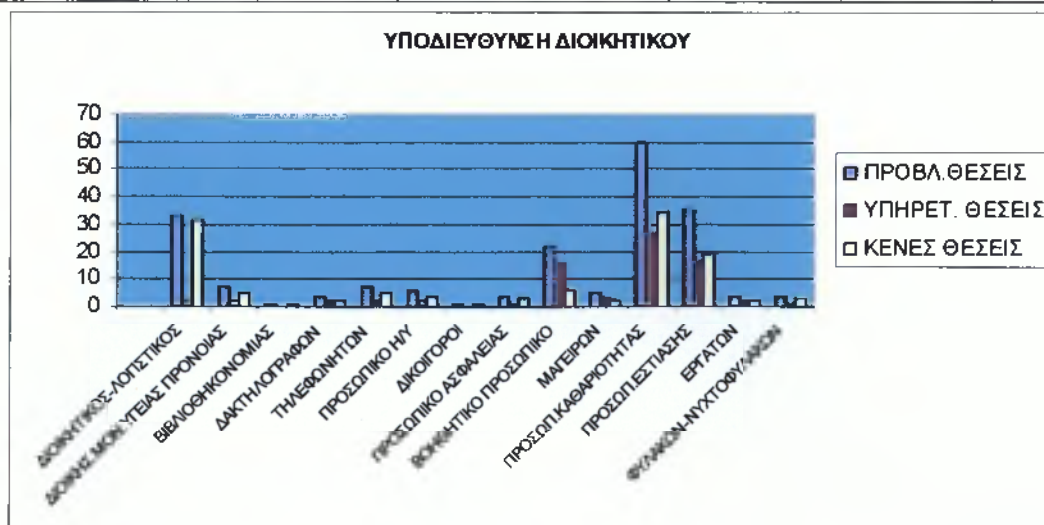
Προσωπικό υποδιεύθυνσης διοικητικού

Παρακάτω παρουσιάζεται το προσωπικό της υποδιεύθυνσης του διοικητικού για το έτος 2004

Πίνακας 3.1.3(1): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων διοικητικής υπηρεσίας

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ	ΠΡΟΒΛ.ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ. ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΛΗΡΟΤ. %
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ	33	2	31	6,06
ΔΙΟΙΚΗΣ. ΜΟΝ. ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	7	2	5	28,57
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ	1	0	1	0,00
ΔΑΚΤΥΛΟΓΡΑΦΩΝ	4	2	2	50,00
ΤΗΛΕΦΩΝΗΤΩΝ	7	2	5	28,57
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ Η/Υ	6	2	4	33,33
ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	1	0	1	0,00
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	4	1	3	25,00
ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΜΑΓΕΙΡΩΝ	22	16	6	72,73
ΜΑΓΕΙΡΩΝ	5	3	2	60,00
ΠΡΟΣΩΠ. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	60	26	34	43,33
ΠΡΟΣΩΠ. ΕΣΤΙΑΣΗΣ	35	16	19	45,71
ΕΡΓΑΤΩΝ	4	2	2	50,00
ΦΥΛΑΚΩΝ-ΝΥΧΤΟΦΥΛΑΚΩΝ	4	1	3	25,00
ΣΥΝΟΛΟ	193	75	118	38,86



Πίνακας 3.1.3(1): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων διοικητικής υπηρεσίας

Στο προσωπικό της Υποδιεύθυνσης του Διοικητικού παρατηρούμε ότι:

Ενώ για τους κλάδους Βιβλιοθηκονομίας και Δικηγόρων προβλέπονται θέσεις, όμως δεν υπηρετεί κανένα άτομο σε αυτές.

Το ποσοστό πληρότητας παρατηρούμε ότι είναι χαμηλό αγγίζοντας μόλις το 38,86%, αφού από τις εκατόν ενενήντα τρεις (193) θέσεις μόνο οι εβδομήντα πέντε καλύπτονται.

Η μεγαλύτερη έλλειψη παρατηρείται στο κλάδο Διοικητικός – Λογιστικός όπου από τις τριάντα τρεις (33) προβλεπόμενες θέσεις καλύπτονται μόνο οι δυο (2). Το ποσοστό πληρότητας είναι μόλις 6,06%.

Συμπερασματικά παρατηρούμε ότι το προσωπικό της Υποδιεύθυνσης του Διοικητικού πολύ μεγάλη έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού αφού το ποσοστό των κενών θέσεων ανέρχεται σε 61,14%.

Προσωπικό υποδιεύθυνσης οικονομικού

Οι προβλεπόμενες, υπηρετούντες και κενές θέσεις του προσωπικού της υποδιεύθυνσης Οικονομικού είναι:

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ	ΠΡΟΒΛ.ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ. ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΛΗΡΟΤ. %
ΚΛΑΔΟΙ				
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ	1	1	0	100,00
ΕΠΙΧΕΙΡ.ΕΡΣΥΝΩΝ	0	0	0	0,00
ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	1	1	0	100,00
ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ	5	3	2	60,00
ΣΥΝΟΛΟ	7	5	2	71,43

Πίνακας 3.1.3(2): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων υποδιεύθυνσης οικονομικού

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



Πίνακας 3.1.3(2): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων υποδιεύθυνσης οικονομικού

Στην Υποδιεύθυνση Οικονομικού Υπηρετούν πέντε (5) άτομα, με ποσοστό πληρότητας 71,43%.

Προσωπικό υποδιεύθυνσης τεχνικού

Οι προβλεπόμενες, υπηρετούντες και κενές θέσεις του προσωπικού της υποδιεύθυνσης Τεχνικού για το έτος 2004 παρουσιάζονται παρακάτω:

ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ	ΠΡΟΒΛ.ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ. ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΛΗΡΟΤ.%
ΚΛΑΔΟΙ				
ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ	3	3	0	100,00
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ	6	3	3	50,00
ΤΕΧΝΙΚΩΝ	58	43	15	74,14
ΣΥΝΟΛΟ	67	49	18	73,13

Πίνακας 3.1.3(3): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων υποδιεύθυνσης τεχνικού

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



Πίνακας 3.1.3(3): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων υποδιεύθυνσης τεχνικού.

Στην υποδιεύθυνση Τεχνικού υπηρετούν στο σύνολο σαράντα εννέα (49) υπάλληλοι με ποσοστό πληρότητας 73,13%. Οι περισσότεροι από αυτούς σαράντα εννέα (49) άτομα απασχολούνται στο κλάδο τεχνικών και καλύπτουν το 74,14% των θέσεων εργασίας, Το ποσοστό έλλειψης προσωπικού ανέρχεται σε 26,87%.

Σύνολο προσωπικού διοικητικής υπηρεσίας

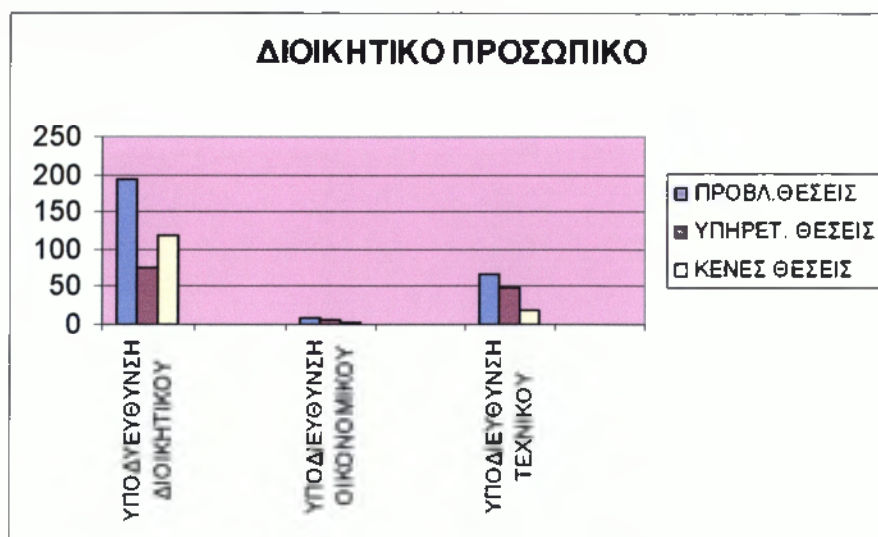
Προσθέτοντας το προσωπικό της Υποδιεύθυνσης Διοικητικού που συμπεριλαμβάνεται και το οικονομικό τμήμα και την Υποδιεύθυνση Τεχνικού (στο πίνακα το οικονομικό τμήμα παρουσιάζεται ξεχωριστά της Υποδιεύθυνσης Διοικητικού για λόγους ευκολίας) υπολογίζουμε το σύνολο του προσωπικού της διοικητικής υπηρεσίας. Η διοικητική υπηρεσία αποτελείται από διακόσιους εξήντα επτά (267) υπάλληλους, με ποσοστό πληρότητας το 48,31%. Επίσης το περισσότερο

προσωπικό απασχολείται στην υποδιεύθυνση διοικητικού και το λιγότερο στην υποδιεύθυνση οικονομικού.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	ΠΡΟΒΛ.ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ. ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΛΗΡΟΤ.%
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ	193	75	118	38,86
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ	7	5	2	71,43
ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ	67	49	18	73,13
ΣΥΝΟΛΟ	267	129	138	48,31

Πίνακας 3.1.3(4): παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων διοικητικού προσωπικού.

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



Πίνακας 3.1.3(4): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων διοικητικού προσωπικού.

Συμπερασματικά παρατηρούμε ότι το διοικητικό προσωπικό στο σύνολο του παρουσιάζει έλλειψη προσωπικού της τάξεως του 51,69% όπου η υποδιεύθυνση Τεχνικού έχει τη μικρότερη έλλειψη προσωπικού 26,87%, ακολουθεί με μεγαλύτερο ποσοστό η υποδιεύθυνσης Οικονομικού 28,57% και τη μεγαλύτερη έλλειψη προσωπικού έχει η υποδιεύθυνσης διοικητικού 61,14% .

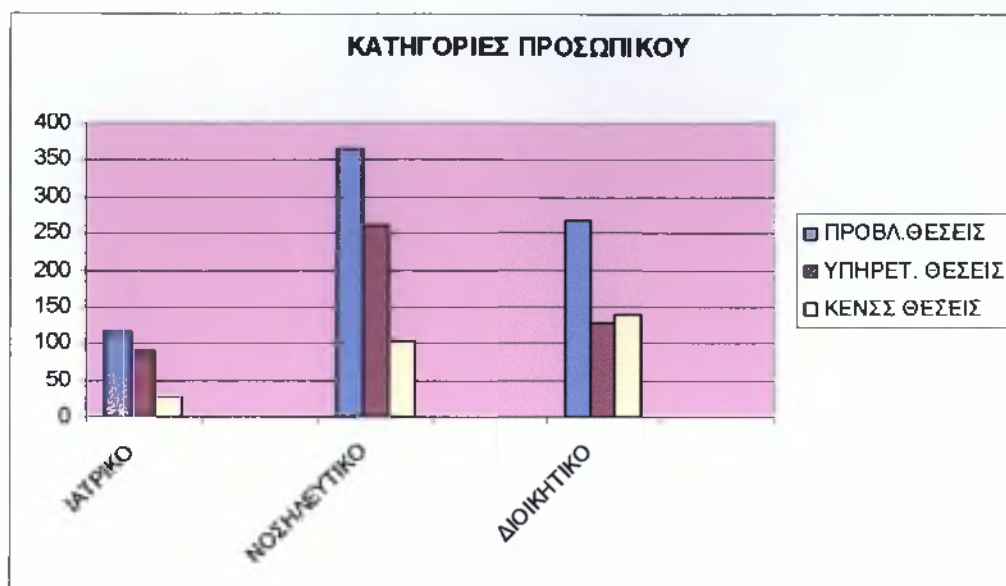
3.1.4 Σύνολο Προσωπικού του Νοσοκομείου

Το σύνολο του προσωπικού της ιατρικής υπηρεσίας, της νοσηλευτικής και διοικητικής υπηρεσίας αποτελεί το προσωπικό όλου του νοσοκομείου το οποίο ανέρχεται στους τετρακόσιους εβδομήντα εννέα (479) υπαλλήλους , με ποσοστό πληρότητας 64.04%. Παρατηρούμε ότι οι έλλειψη προσωπικού είναι αρκετά μεγάλη με ποσοστό 35.96%.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	ΠΡΟΒΛ.ΘΕΣΕΙΣ	ΥΠΗΡΕΤ. ΘΕΣΕΙΣ	ΚΕΝΕΣ ΘΕΣΕΙΣ	ΠΛΗΡΟΤ. %
ΙΑΤΡΙΚΟ	116	89	27	76,72
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	365	261	104	71,51
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ	267	129	138	48,31
ΣΥΝΟΛΟ	748	479	269	64,04

Πίνακας 3.1.4 (1):παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων κατηγοριών προσωπικού

Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»



Πίνακας 3.1.4 (1): Διαγραμματική παρουσίαση προβλεπόμενων, υπηρετούντων και κενών θέσεων κατηγοριών προσωπικού.

Συμπερασματικά παρατηρούμε ότι το Διοικητικό προσωπικά είναι αυτό που παρουσιάζει τη μεγαλύτερη έλλειψη προσωπικού 51,69%, μικρότερη έλλειψη παρουσιάζει το Νοσηλευτικό προσωπικό 28,49% και η έλλειψη Ιατρικού προσωπικού ανέρχεται σε 23,28%.

3.2 Ποιοτική Ανάλυση Προσωπικού

Α. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΚΛΑΔΟΙ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ
Π.Ε.	ΙΑΤΡΟΙ & ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΙ	89
Π.Ε.	ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ	1
Π.Ε.	ΑΚΤΙΝΟΦΥΣΙΚΩΝ	0
Π.Ε.	ΧΗΜΙΚΩΝ	0

Π.Ε.	ΒΙΟΛΟΓΩΝ	0
Π.Ε.	ΦΥΣΙΚΩΝ	0
Π.Ε.	ΨΥΧΟΛΟΓΩΝ	2
Π.Ε.	ΒΟΗΘΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ	2
Π.Ε.	ΚΟΙΝ.ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ	1
Π.Ε.	ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΩΝ	0
Τ.Ε.	ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ	5
Τ.Ε.	ΤΕΧΝΟΛΟΓ.ΙΑΤΡ.ΕΡΓΑΣΤ.	11
Τ.Ε.	ΡΑΔ/ΓΙΑΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΑΣ	4
Τ.Ε.	ΕΠΟΠΤΩΝ ΔΗΜΟΣ. ΥΓΕΙΑΣ	0
Τ.Ε.	ΤΕΧΝΟΛΟΓ. ΤΡΟΦ. ΔΙΑΤΡΟΦ.	2
Δ.Ε	ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣΤΩΝ	16
Δ.Ε	ΧΕΙΡΙΣΤΩΝ - ΕΜΦΑΝΙΣΤΩΝ	13
ΣΥΝΟΛΟ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		166
Β. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΚΛΑΔΟΙ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ
Π.Ε.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΩΝ	205
Τ.Ε.	ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΩΝ	2
Τ.Ε.	ΜΑΙΩΝ	14
Δ.Ε.	ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ- ΤΡΑΥΜΑΤΙΟΦΟΡΕΩΝ	2
Δ.Ε	ΒΡΕΦΟΚΟΜΩΝ	0
Υ.Ε	ΒΟΗΘΗΤ. ΥΓΕΙΟΟΝ. ΠΡΟΣΩΠ.	38
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		261
Γ. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ		
ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	ΚΛΑΔΟΙ	ΥΠΗΡΕΤΟΥΝΤΕΣ
Π.Ε.	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΣ-ΛΟΓΙΣΤΙΚΟΣ	2
Τ.Ε.	ΔΙΟΙΚΗΣ. ΜΟΝ. ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ	2

Τ.Ε.	ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΙΑΣ	0
Δ.Ε.	ΔΑΚΤΗΛΟΓΡΑΦΩΝ	2
Δ.Ε.	ΤΗΛΕΦΩΝΗΤΩΝ	2
Π.Ε.	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ Η/Υ	2
Π.Ε.	ΔΙΚΗΓΟΡΟΙ	0
Δ.Ε.	ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ	1
Υ.Ε.	ΒΟΗΘΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ	16
Δ.Ε.	ΜΑΓΕΙΡΩΝ	3
Δ.Ε.	ΚΗΠΟΥΡΩΝ	0
Υ.Ε.	ΠΡΟΣΩΠ.ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑΣ	26
Υ.Ε.	ΠΡΟΣΩΠ.ΕΣΤΙΑΣΗΣ	16
Υ.Ε.	ΕΡΓΑΤΩΝ	2
Υ.Ε.	ΦΥΛΑΚΩΝ- ΝΥΧΤΟΦΥΛΑΚΩΝ	1
Π.Ε.	ΜΗΧΑΝΙΚΩΝ	3
Τ.Ε.	ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ	3
Δ.Ε.	ΤΕΧΝΙΚΩΝ	43
ΣΥΝΟΛΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ		167
ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		594

Πίνακας 3.2.(1): παρουσίαση Ποιοτική Ανάλυση Προσωπικού προσωπικού
Πηγή: Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων»

Π.Ε: Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

Τ.Ε:Τεχνολογική Εκπαίδευση

Δ.Ε: Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

Υ.Ε:Υποχρεωτική Εκπαίδευση

Σύμφωνα με τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα το σύνολο του προσωπικού του Γ.Ν.Ξ είναι πεντακόσια ενενήντα τέσσερα (594) άτομα. Τα εκατόν εξήντα έξι

(166) άτομα ανήκουν στο ιατρικό προσωπικό , τα διακόσια εξήντα ένα (261) στο νοσηλευτικό προσωπικό και τα εκατόν εξήντα επτά (167) στο διοικητικό. Ο μεγαλύτερος αριθμός προσωπικού εργάζεται στη νοσηλευτική υπηρεσία με ποσοστό 43.94%, ακολουθεί το διοικητικό προσωπικό με ποσοστό 28.11% και στη συνέχεια το ιατρικό προσωπικό, με πολύ μικρή διαφορά με ποσοστό 27,95%.

Σύμφωνα με την ποιοτική ανάλυση του Ιατρικού προσωπικού που στο σύνολό του είναι 166 άτομα, Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης είναι 95 άτομα με αντιστοιχία σε ποσοστό 65% του συνολικού Ιατρικού προσωπικού που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, Τεχνολογικής Εκπαίδευσης είναι 22 άτομα με ποσοστό 15% και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης 29 άτομα με ποσοστό 20%.

Σύμφωνα με την ποιοτική ανάλυση του Νοσηλευτικού προσωπικού που στο σύνολό του είναι 261 άτομα, Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης είναι 205 άτομα με αντιστοιχία σε ποσοστό 78% του συνολικού Νοσηλευτικού προσωπικού που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, Τεχνολογικής Εκπαίδευσης είναι 16 άτομα με ποσοστό 6%, Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης 2 άτομα με ποσοστό 1% και Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης 38 άτομα με ποσοστό 15%.

Σύμφωνα με την ποιοτική ανάλυση του Διοικητικού προσωπικού που στο σύνολό του είναι 167 άτομα, Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης είναι 7 άτομα με αντιστοιχία σε ποσοστό 6% του συνολικού Διοικητικού προσωπικού, Τεχνολογικής Εκπαίδευσης είναι 5 άτομα με ποσοστό 4%, Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης 51 άτομα με ποσοστό 41% και Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης 61 άτομα με ποσοστό 49% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό⁶.



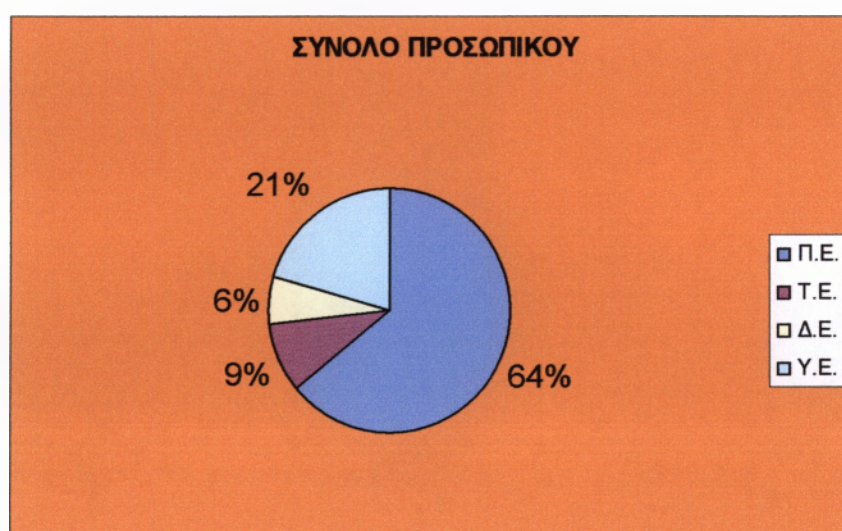
Πίνακας 3.2.(1) Διαγραμματική παρουσίαση Ιατρικού προσωπικού Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής, Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης.



Πίνακας 3.2.(2) Διαγραμματική παρουσίαση Νοσηλευτικού προσωπικού Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής, Δευτεροβάθμιας και Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης



Πίνακας 3.2.(3) Διαγραμματική παρουσίαση Διοικητικού προσωπικού Πανεπιστημιακής, Τεχνολογικής, Δευτεροβάθμιας και Υποχρεωτικής Εκπαίδευσης



Πίνακας 3.2(4). Διαγραμματική παρουσίαση ποιοτικής ανάλυσης του συνόλου του προσωπικού του νοσοκομείου

Το 64% του συνόλου του προσωπικού του έχει Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, το 21% Υποχρεωτική Εκπαίδευση, το 9% Τεχνολογική Εκπαίδευση και το 6% που είναι και το μικρότερο ποσοστό Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4. Διατύπωση Ερευνητικού Προβλήματος

4.1 Ποιότητα και Ικανοποίηση

4.2. Μεθοδοι Διασφάλισης της Ποιότητας στα Νοσοκομεία

4.3. Η διαρκής βελτιώσει της ποιότητας (Continuous Quality Improvement)

4. Διατύπωση Ερευνητικού Προβλήματος

4.1 Ποιότητα και Ικανοποίηση

Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Στο παρελθόν οι αξιολογήσεις της ποιότητας βασίζονταν αποκλειστικά στην άποψη του προσωπικού των μονάδων υγείας. Σήμερα όλοι οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και ταυτόχρονα απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Πολλοί ερευνητές θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως θεραπευτική παρέμβαση, ενώ άλλοι προτείνουν ότι η μέτρησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στη διοίκηση προσωπικού, στη λήψη αποφάσεων και στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών και τέλος στην προαγωγή των υπηρεσιών υγείας, ύστερα από μελέτη των συνθηκών της αγοράς.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες εφόσον το νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά την πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού και βρίσκεται συνεχώς στο πλάι των ασθενών προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους αποτελώντας αναμφισβήτητα μια κυρίαρχη συνιστώσα στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους. Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τη σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας άρχισαν το 1956, στην Αμερική, από το χώρο της νοσηλευτικής. Σήμερα, σε προηγμένες χώρες, όπως η Αμερική και η Μεγ. Βρετανία, η μέτρηση της ικανοποίησης είναι κατοχυρωμένη νομικά και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας των νοσοκομείων.

Μια τέτοια προσπάθεια έγινε και από εμάς για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Σκοπός της έρευνάς μας ήταν η κατασκευή μιας αξιόπιστης και έγκυρης κλίμακας μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή. Η έρευνα βασίστηκε στη συλλογή ποσοτικών δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου.

4.1.2 Διαχρονική Εξέλιξη του Μηχανισμού Ελέγχου Ποιότητας

Η λειτουργία ενός μηχανισμού διασφάλισης της ποιότητας σε κάθε χρονική περίοδο προϋποθέτει την ύπαρξη υψηλής πολιτισμικής στάθμης, που συνοδεύεται από αναπτυγμένη τεχνολογία. Έτσι, ο μηχανισμός ελέγχου της ποιότητας, τυποποίησης και πιστοποίησης των παραγόμενων προϊόντων στον τόπο παραγωγής και την αγορά εμφανίζεται στην κλασσική Ελλάδα(Βαρουφάκης, 1996)⁷. Οι αρχαίοι Έλληνες εφάρμοζαν πρότυπα με πολύ αυστηρές προδιαγραφές και σκληρές ποινές. Τα πρότυπα αυτά κάλυπταν όλο το φάσμα των παραγόμενων προϊόντων από μέταλλα μέχρι γεωργικά προϊόντα, τρόφιμα και ποτά.

Αξίζει να σημειωθεί στα πλαίσια της υγειονομικής ποιότητας, ότι ο Αριστοτέλης στο έργο του «Αθηναίων Πολιτεία» αναφέρει ότι οι Αθηναίοι όριζαν με νόμο δέκα αγορανόμους, που είχαν την φροντίδα να μη πετούν οι οδοκαθαριστές τα σκουπίδια σε απόσταση μικρότερη από δέκα στάδια από τον περίβολο της πόλης. Επίσης, εμπόδιζαν τον αποκλεισμό του δημόσιου δρόμου από τους κατοίκους και φρόντιζαν να εγείρονται ξύλινοι εξώστες, που προεξείχαν στην οδό. Τέλος, επέβλεπαν την τοποθέτηση των υδροροών στα σπίτια σε υψηλό σημείο και την μεταφορά των πτωμάτων των νεκρών, που αποβίωναν στους δρόμους με την βοήθεια δημόσιων υπηρετών.

Το 1908 ο Groves⁸ προσπαθεί οι καταγραφές των αποτελεσμάτων να είναι ομοιόμορφες, ενώ ο Flexner⁹ (1910) προκαλεί βελτιώσεις στη δομή και το περιεχόμενο της ιατρικής εκπαίδευσης στις ΗΠΑ.

Στη σύγχρονη εποχή την χρονική περίοδο 1940-1950 δίδεται έμφαση στη διεργασία της ιατρικής φροντίδας και διενεργούνται σημαντικές μελέτες, που αποκαλύπτουν ουσιαστικές ελλείψεις στη νοσηλεία, ενώ στη συνέχεια αναδεικνύεται το πρόβλημα της αύξησης των δαπανών για την υγεία, που σκιαγραφεί μια χρονική περίοδο έμφασης στην αποτελεσματικότητα (efficiency) και τον καθορισμό ποιοτικών προτύπων. Στη διαχείριση της ποιότητας κυριαρχούν δύο βασικές αντιλήψεις, που σχετίζονται με την ποιότητα στη τεχνική διάσταση της (technical art) και την ποιότητα στη διάσταση της τέχνης (art of care). Η τεχνική διάσταση αναφέρεται στην επάρκεια της προληπτικής και θεραπευτικής διαδικασίας, ενώ η τέχνη της φροντίδας στο περιβάλλον των υπηρεσιών υγείας.

Η ποιότητα ως χαρακτηριστικό του τομέα της υγείας κατανοείται στο μακροεπίπεδο και το μικροεπίπεδο. Στο μακροεπίπεδο η ποιότητα αναφέρεται στη τελειότητα του υγειονομικού συστήματος, ενώ στο μικροεπίπεδο ορίζεται ως μια από τις παραμέτρους, που χρησιμοποιούνται στην εκτίμηση της συμμόρφωσης του αποτελέσματος σε προκαθορισμένα πρότυπα.

4.1.3. Ορισμός της Ποιότητας

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας στο τομέα της υγείας είναι αόριστος, αφού η ποιότητα δύσκολα γίνεται αισθητή. Έτσι ο ορισμός της ποιότητας είναι πολυδιάστατος και υποκειμενικός. Γενικά για την ποιότητα αναφέρεται ότι συσχετίζεται με την τελειότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας ή την τελειότητα μιας σειράς δραστηριοτήτων, που αποτελούν σύνθετη έννοια (Roemer, 1988¹⁰).

Συγκεκριμένα για τις υπηρεσίες υγείας ο Thompson¹¹(1980) όρισε την ποιότητα ως το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον ασθενή, που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση του γιατρού στις ανάγκες του ασθενή, του κόστους και της αποτελεσματικότητας.

Ακόμη ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (ΠΟΥ) είναι: «Υγεία είναι η πλήρης σωματική, ψυχική, κοινωνική

ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας» (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. 1997)¹².

Τι είναι όμως η ποιότητα:

Κατά καιρούς εγκεκριμένοι επιστήμονες προσπάθησαν να προσδιορίσουν τον ορισμό της ποιότητας στο χώρο της υγείας. Άλλωστε ο ορισμός της είναι το πρώτο βήμα για τη μέτρηση της ύπαρξής της (Ράγια, 1994)¹³. Έτσι, θεωρούν ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι:

- Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης.
- Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για τον κάθε ασθενή που εμπλέκει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του (και της οικογένειάς του) κατά τρόπο που ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα, όσο και το κόστος των υπηρεσιών.
- Ο βαθμός κατά το οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία είναι αποδέκτες με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Σιγάλας, 1999)¹⁴.

Η εφαρμογή του προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας σ' έναν οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας πρέπει να λάβει υπόψη του τα επικοινωνιακά δεδομένα της ομάδας των ανθρώπων που θα το εφαρμόσουν, ούτως ώστε να υπάρχει «ατμόσφαιρα» εμπιστοσύνης μεταξύ τους. Η δημιουργία ενός προτύπου (model) είναι σημαντική αλλά περιλαμβάνει μόνο ένα μέρος της διαδικασίας. Η παρακίνηση όλων για δράση, η δημιουργία σταθερών που θα καθοριστούν και περιοδικά θα ελέγχονται, η ολοκλήρωση μέσα από τη διαδικασία (process) παροχής υπηρεσιών υγείας και όχι η επιβολή πάνω στην υπάρχουσα δομή (structure), η κατανόηση του ρόλου του καθενός από τους συμμετέχοντες είναι θέματα εξίσου σπουδαία.

Ο Wilson (1987) στο νοσοκομειακό του «μοντέλο» προτείνει συγκεκριμένα βήματα – στόχους για κάθε ομάδα του προσωπικού μέσα από μια μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών που πρέπει να καθοριστούν από:

- Βήμα 1 – συμφωνία και τοποθέτηση αποστολής και στόχων
- Βήμα 2 – συζήτηση με το προσωπικό – συμφωνία για το Ι
- Βήμα 3 – δημόσια συμφωνημένοι στόχοι
- Βήμα 4 – ανακεφαλαίωση του τρόπου δράσης από τις επιμέρους ομάδες
- Βήμα 5 – απόφαση του θέματος που τίθεται από τις επιμέρους ομάδες
- Βήμα 6 – συμφωνία στην παρακολούθηση, τις μεθόδους και τη διάρκεια
- Βήμα 7 – έναρξη διαδικασίας

Ο σκοπός της εφαρμογής του παραπάνω σχεδίου είναι:

- Αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των επαγγελματιών που συμμετέχουν
- Ενθάρρυνση του πελάτη – ασθενή να μοιραστεί τις αποφάσεις
- Επίδραση σε άλλους χώρους που συνεργάζονται.
- Αποδεκτά επαγγελματικά πρότυπα και στόχοι για να συνεισφέρουν όλοι
- Ενθάρρυνση όλου του προσωπικού στην έκφραση πρωτοβουλιών και στη στόχευση παροχής υπηρεσιών υψηλών προδιαγραφών
- Αναγνώριση / ανάπτυξη της διαδικασίας

Η εφαρμογή και ο έλεγχος (monitoring) ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει τους ακόλουθους 4 στόχους:

- Κλινικά «standarts» (ποσοτικά και ποιοτικά)
- Καλό περιβάλλον (υπευθυνότητα)
- Ικανοποίηση ασθενών (ανταπόκριση)
- Ανάπτυξη του προσωπικού (ανάγκες)

Οι ασθενείς κυρίως ζητούν από τους επαγγελματίες υγείας:

- Να τους πληροφορούν επαρκώς
- Να μην τους δημιουργούν μεγαλύτερες προσδοκίες από όσα μπορούν να κάνουν γι' αυτούς

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υπηρετούν τις παρακάτω αρχές:

- Να κατανοούν του σκοπό εξέτασης – θεραπείας και την προσπάθεια επίτευξής της προς όφελος των ασθενών
- Να επιλέγουν μέθοδο, η οποία να αρμόζει στις ανάγκες του συγκεκριμένου πελάτη – ασθενή (Πολύζος, 1995)¹⁵

Όμως τα προβλήματα που υπάρχουν στον τομέα υγείας οδηγούν το σύστημα σε υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας και μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση. Οι ασθενείς από την άλλη πλευρά αντιμετωπίζουν το σύστημα υγείας με έντονη δυσπιστία και δυσαρέσκεια. Σε μια πρόσφατη έρευνα, βρέθηκε ότι οι Έλληνες είναι οι περισσότερο δυσαρεστημένοι πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης από τις υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρονται και που τις κρίνουν ανεπαρκείς, εκφράζοντας ταυτόχρονα το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από αυτές (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., 1997)¹².

Υπάρχει συσχέτιση της ποιότητας υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών;

Γενικά η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί σημαντικό δείκτη ποιότητας (Μουμτζόγλου 1997)¹⁶. Στη φροντίδα της υγείας όπως σε κάθε εξυπηρέτηση εργασίας, ο έλεγχος της ποιότητας είναι πολύ σημαντικό εξάρτημα. Η ικανοποίηση του ασθενή παρά τις δυσκολίες μέτρησης είναι ένα άριστο μέτρο.

4.1.4. Ικανοποίησης Ασθενών από τις Νοσοκομειακές Υπηρεσίες

Ο αριθμός των ερευνών που έχουν διερευνήσει την ικανοποίηση νοσοκομειακών ασθενών είναι πολύ μικρότερος από αντίστοιχες έρευνες που έχουν γίνει σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς. Οι έρευνες μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες αναφέρονται στη συνολική ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται στους νοσηλευμένους ασθενείς, σε αντιδιαστολή με άλλες, στις οποίες αξιολογούνται συγκεκριμένες διαστάσεις, όπως η ιατρική και η νοσηλευτική

φροντίδα. Στην περίπτωση της αξιολόγησης της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών δεν είναι εύκολο να βγουν συμπεράσματα και να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα, λόγω της γενικής φύσεως των ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται.

Η μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες μετράει πολλές διαστάσεις ή περιοχές των προσφερομένων υπηρεσιών ταυτόχρονα, δημιουργούνται δύο σημαντικά ερωτήματα:

1. Πρώτον, είναι σε θέση οι ασθενείς να διακρίνουν ξεχωριστές διαστάσεις ή περιοχές των νοσοκομειακών υπηρεσιών;
2. Δεύτερον, πόσο σπουδαία είναι η κάθε διάσταση ή περιοχή των υπηρεσιών για τους ασθενείς;

Έχουν αναφερθεί πολλές μέθοδοι για την αξιολόγηση της σπουδαιότητας που έχει η κάθε περιοχή και ερώτηση για τους ασθενείς. Μια μέθοδος είναι να ερωτηθούν απ' ευθείας οι ασθενείς για το τι θεωρούν σημαντικό. Άλλη μέθοδος είναι να μελετηθεί η συσχέτιση κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία ή με κάποια ερώτηση για τη συνολική ικανοποίηση. Ακόμα όμως και αν αξιολογηθεί η σπουδαιότητα κάθε περιοχής της φροντίδας, δε συνεπάγεται ότι αυτή η ιεράρχηση παραμένει σταθερή στα διάφορα στάδια της ασθένειας. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στην ευμεταβλητότητα της ψυχολογικής και της σωματικής κατάστασης των ασθενών που επηρεάζει τις ανάγκες αλλά και τις προσδοκίες τους. Στις περισσότερες όμως μετρήσεις, όλες οι περιοχές ή οι ερωτήσεις θεωρούνται ίσης σπουδαιότητας. Γι' αυτό υπάρχουν έντονες αμφισβητήσεις για τη χρησιμότητα αυτών των αποτελεσμάτων.

Οι έρευνες που έχουν συμπεριλάβει τη μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες είναι δυνατό να ταξινομηθούν ανάλογα με το θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο που ακολουθούν, σε ποιοτικές και ποσοτικές. Πολλοί υποστηρίζουν ότι οι μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών που βασίζονται μόνο σε ποσοτικά δεδομένα δεν είναι μεγάλης πρακτικής αξίας, γιατί δεν δίνουν πληροφορίες σχετικές με συγκεκριμένους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς δεν είναι ευχαριστημένοι, αλλά και γιατί δεν τους δίνεται η ευκαιρία να κάνουν προτάσεις για

τη βελτίωση των υπηρεσιών. Η ποιοτική προσέγγιση δίνει μεγαλύτερο βάθος πληροφοριών, αλλά δεν επιτρέπει την ανάλυση και σύγκριση μεταξύ ερευνών.

Η βαθμολογία που δίνουν οι ασθενείς για τη φροντίδα τους πρέπει να διαφοροποιηθεί από τις αναφορές που κάνουν για αυτήν. Οι βαθμολογήσεις των ασθενών αντιπροσωπεύουν προσωπικές αξιολογήσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών και είναι περισσότερο υποκειμενικές από τις αναφορές, επειδή αντανακλούν τις προσωπικές εμπειρίες, προσδοκίες και προτιμήσεις τους.

Οι αναφορές των ασθενών για τη φροντίδα τους βασίζονται στο θεωρητικό πλαίσιο της μέτρησης με βάση κάποιο κριτήριο. Αφορούν γεγονότα που συνέβησαν ή όχι και είναι περισσότερο αντικειμενικές. Το μειονέκτημα στην περίπτωση αυτή είναι, ότι από ένα αριθμό συμβάντων ή συνθηκών που ικανοποιήθηκαν εξάγεται έμμεσα το συμπέρασμα ότι κάποιος ασθενής είναι ικανοποιημένος ή όχι, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές διαφορές και η σπουδαιότητα που έχει το κάθε συμβάν για τον κάθε άρρωστο.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη μέτρηση συγκεκριμένων διαστάσεων ή περιοχών των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Για να είναι ο ασθενής ικανοποιημένος θα πρέπει να υπάρχει και η απαραίτητη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας επειδή ο όρος της ποιότητας είναι άμεσα συνδεδεμένος με την ικανοποίηση του ασθενεί πρέπει να επιλεχτεί ως προσδιοριστής της ποιότητας ο ασθενής ο οποίος ζητά:

- Φροντίδα για την επαναφορά σε αποδεκτό επίπεδο υγείας
- Επικοινωνία, πληροφόρηση για την αντιμετώπιση του προβλήματος του
- Ένδειξη ενδιαφέροντος για την επίλυση των υφισταμένων προβλημάτων

Στις τρεις αυτές γενικές κατηγορίες αναγκών του, που προσπαθεί να καλύψει ο ασθενής μέσα στη νοσηλευτική μονάδα, έχει τη δυνατότητα να βαθμολογεί υποκειμενικά το επίπεδο της ικανοποίησης που αποδέχεται. Αντίστοιχα, για να

υπάρξει ανταπόκριση στα απαιτήσεις του ασθενή από πλευράς της νοσηλευτικής μονάδας, απαιτείται:

- Ύπαρξη επαρκούς και επιστημονικά εκπαιδευμένου προσωπικού (ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού)
- Ύπαρξη κατάλληλου εξοπλισμού Βιοϊατρικής τεχνολογίας η οποία είναι απαραίτητη για την ειδίκευση της νοσηλευτικής μονάδας
- Ύπαρξη κατάλληλου ξενοδοχειακού εξοπλισμού-διατροφής
- Υψηλό επίπεδο καθαριότητας
- Διασφάλιση υψηλού επιπέδου επικοινωνίας.

Εκείνο που είναι βέβαιο είναι ότι ο τρόπος με τον οποίο η νοσηλευτική μονάδα αξιολογεί τους προαναφερθέντες παράγοντες από σειρά σπουδαιότητας, μπορεί να είναι διαφορετικός από τον τρόπο που ικανοποιείται ο ασθενής, στοιχείο που πρέπει να αναγνωρισθεί και να αντιμετωπιστεί από τη διοίκηση(Μπνιώρης 1995)¹⁷.

4.2.Μεθοδοι Διασφάλισης της Ποιότητας στα Νοσοκομεία

Η ποιότητα αποτελεί σπουδαίο θέμα της «βιομηχανίας της υγείας» και πολλές μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί με βάση το μέγεθος και την πολυπλοκότητα του νοσοκομείου για την εκτίμηση της. Τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των υφιστάμενων και των νέων μεθόδων είναι τα ακόλουθα:

4.2.1Υφισταμένες μέθοδοι

4.2.1.1.Επαγγελματική διαπίστευση

Στην επαγγελματική διαπίστευση (Individual Accreditation ή Professional Credentialling) οι γιατροί υποβάλλουν αίτηση στο νοσοκομείο, πού επιθυμούν να εργασθούν. Οι αιτήσεις ελέγχονται από μια επιτροπή διασφάλισης (Credentials Committee) που αποτελείται από γιατρούς του νοσοκομείου και ιατρικών σχολών.

Αρχικά εξετάζονται τα προσόντα του γιατρού, η μόρφωση και εκπαίδευση του, η προηγούμενη εμπειρία και η γνώμη των συναδέλφων του. Ύστερα η επιτροπή συμβουλεύει την διοίκηση του νοσοκομείου για τα καθήκοντα, πού είναι δυνατό να αναλάβει ο συγκεκριμένος γιατρός.

Επιπρόσθετα, η διαδικασία επιτρέπει να εκφρασθεί άποψη για την απόδοση του γιατρού από ειδικούς εκτός νοσοκομείου, ενώ οι κρινόμενοι γιατροί πού διαφωνούν με την απόφαση της επιτροπής είναι δυνατό να κάνουν προσφυγή κατά της απόφασης της.

Τέλος, η επαγγελματική διαπίστευση (Individual Accreditation ή Professional Credentialling) επαναλαμβάνεται με την συμπλήρωση ενός έτους υπηρεσίας και αργότερα κάθε 3-5 έτη.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

Η μέθοδος της επαγγελματικής διαπίστευσης (Individual Accreditation ή Professional Credentialling) είναι υποκειμενική μέθοδος με αποτέλεσμα να αναδεικνύει διαφορές ανάμεσα στη κρίση των γιατρών. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι η έξοχη επαγγελματική διαπίστευση (Individual Accreditation ή Professional Credentialling) δεν αποτελεί εγγύηση για το επίπεδο της παρεχόμενης περίθαλψης.

4.2.1.2.Επισκόπηση θνησιμότητας και νοσηρότητας

Η επισκόπηση της θνησιμότητας και της νοσηρότητας επιχειρείται είτε με την στατιστική ανάλυση ή την ανάλυση ατομικών περιπτώσεων.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Κατά την στατιστική ανάλυση των στοιχείων θνησιμότητας και νοσηρότητας (Mortality and Morbidity Review) συλλέγονται στοιχεία από τα τμήματα του νοσοκομείου και χρησιμοποιούνται για συγκρίσεις.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Τα στοιχεία, είναι συνήθως χαμηλής ποιότητας, λόγω~ σφαλμάτων στους διαγνωστικούς κώδικες και στη συμπλήρωση των πιστοποιητικών θανάτου.
- 2) Η θνησιμότητα και νοσηρότητα είναι δυνατό να διαφοροποιούνται με βάση το μείγμα(mix) των διαγνώσεων.
- 3) Οι ασθενείς που λαμβάνουν περίθαλψη σε περισσότερα του ενός νοσοκομεία κατά την διάρκεια της περιθαλψης είναι δυνατό να επηρεάσουν δυσμενώς τα στατιστικά στοιχεία ενός νοσοκομείου ,που παρέχεται «άριστη» περίθαλψη (Park et al, 1990)¹⁸.

4.2.1.3 Ανάλυση ατομικών περιπτώσεων

Τα στοιχεία θνησιμότητας και νοσηρότητας συλλέγονται συνήθως από τα τμήματα του νοσοκομείου και παρουσιάζονται στο σύνολο τους ή επιλεκτικά (Individual Cases).

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

Η επιλεκτική ανάλυση είναι δυνατό να ανιχνεύσει με γρήγορο ρυθμό αδύνατα σημεία ή μειονεκτήματα.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Τα στοιχεία δεν συλλέγονται με τυχαία δειγματοληψία με αποτέλεσμα, να υπάρχει στατιστικό πρόβλημα (bias).
- 2) Οι γιατροί είναι δυνατό να παρακάμψουν την μέθοδο ή να συλλέγουν στοιχεία για «ενδιαφέρουσες ιατρικές περιπτώσεις (McGuire et al 1992)¹⁹.
- 3) Η μέθοδος εξαντλείται συνήθως σε αέναη συζήτηση, χωρίς σημαντική αλλαγή στη περίθαλψη του ασθενή.

4.2.1.4. Έλεγχοι κριτηρίων

Οι έλεγχοι κριτηρίων (Criteria Audits) σχετίζονται με την επιλογή κριτηρίων σε μια συγκεκριμένη περιοχή της περίθαλψης και την σύγκριση τους με τα «άριστα κριτήρια περίθαλψης»(Sanazaro,1980)²⁰.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

Η διαδικασία της μεθόδου(Smith, 1990)²¹ συμβάλλει στην ολοκλήρωση της επανατροφοδοτικής καμπύλης (feedback loop)

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Οι έλεγχοι (audits) έχουν συστηματικά αξιολογηθεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα τους, αφού η επιλογή ενός θέματος σύμφωνα με την μέθοδο είναι δυνατό να πραγματοποιηθεί από τον γιατρό, που συγχρόνως επιβλέπει την διαδικασία αξιολόγησης.
- 2) Η μέθοδος δεν είναι δυνατό να ελέγξει κάθε τμήμα της περίθαλψης με αποτέλεσμα να επιλέγονται μόνον «ενδιαφέροντα» θέματα.
- 3) Δεν είναι δυνατό να αναπτυχθούν εύκολα σαφή κριτήρια ελέγχου των διαγνώσεων με αποτέλεσμα το κόστος της μεθόδου να είναι υψηλό (McSetty, 1978)²²
- 4) Συχνά οι έλεγχοι κριτηρίων ασχολούνται μόνον με την τεχνική πλευρά της φροντίδας και παραμελούν τα στοιχεία της διαπροσωπικής σχέσης.

4.2.1.5. Νεκροψία

Οι νεκροψίες αποτελούν αργοπορημένο έλεγχο του συστήματος και συγχρόνως προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στον ποιοτικό έλεγχο των νοσοκομείων απαιτούν τον σχηματισμό μιας συστηματικής διαδικασίας προκειμένου να συλλέγει ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα περιπτώσεων.

4.2.1.6 Έλεγχος ιστών

Οι αφαιρούμενοι ιστοί των ασθενών, που αποστέλλονται στο παθολογοανατομικό εργαστήριο αποτελούν μέθοδο διασφάλισης της ποιότητας στα νοσοκομεία , αφού είναι δυνατό να αξιολογηθεί η ορθότητα της αφαίρεσης του ιστού.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Δεν αποστέλλονται όλοι οι ιστοί στο παθολογοανατομικό εργαστήριο.
- 2) Ο έλεγχος ιστών απαιτεί την λειτουργία μηχανισμού επίλυσης παθολογικών και διαγνωστικών αντιφάσεων.

4.2.1.7.Επισκόπηση της χρησιμοποίησης

Η μέθοδος ασχολείται κατά κύριο λόγο με την χρησιμοποίηση των πόρων, αλλά είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί και στην ανίχνευση της ποιότητας.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Μελετά τα θέματα κυρίως με ποσοτικούς όρους.
- 2) Είναι οικονομικά προσανατολισμένη.

4.2.1.8.Η ικανοποίηση του χρήστη

Η μέθοδος συνίσταται στη χορήγηση ερωτηματολογίων στους ασθενείς είτε κατά την έξοδο τους ή μετά την έξοδο. Τα ερωτηματολόγια συνήθως προσπαθούν να ανιχνεύσουν προβλήματα της διαδικασίας εισαγωγής, της νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας, της διατροφής και της διαδικασίας εξόδου.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Ο αριθμός των απαντήσεων είναι συχνά περιορισμένος (Nelson, 1991)²³.
- 2) Τα αποτελέσματα είναι συνήθως θετικά (Fitzpatrick, 1991)²⁴.

4.2.1.9. Αναφορά περιστατικών

Η μέθοδος εφαρμόζεται με επιτυχία στην αναισθησιολογία (Runciman, 1989)²⁵ και τις μονάδες εντατικής θεραπείας (Wright, 1991)²⁶ και απαιτεί την λειτουργία ενός συστήματος αναφοράς περιστατικών (Incident Reporting) του νοσοκομείου, που χρησιμοποιείται στη στοιχειοθέτηση αντενδείξεων ή σφαλμάτων στη χορήγηση των φαρμάκων και άλλων ατυχών συμβάντων.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

Το βασικό μειονέκτημα της μεθόδου είναι ο χαμηλός βαθμός ανίχνευσης προβλημάτων.

4.2.1.10. Ιατροδικαστής

Η μέθοδος αυτή συνίσταται στη παραπομπή αποβιώσαντος ασθενή στον ιατροδικαστή.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Η έκδοση πιστοποιητικού θανάτου διακόπτει την έρευνα της υπόθεσης.
- 2) Η λειτουργία του μηχανισμού απαιτεί να επισυμβεί θάνατος.
- 3) Ο ιατροδικαστής δεν έχει ουσιαστικές αρμοδιότητες και καταφεύγει μόνον σε συστάσεις.

4.2.1.11.Μονάδες παραπόνων (Health Complaint Units)

Οι μονάδες παραπόνων είναι ειδικές μονάδες, πού διερευνούν παράπονα για τις υπηρεσίες υγείας.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

Δεν αποτελούν ασφαλές «μέτρο ποιότητας», αφού λαμβάνουν μικρό αριθμό καταγγελιών με αποτέλεσμα να ασχολούνται μόνο με μικρό αριθμό αρνητικών εμπειριών των ασθενών (Berwick, 1987)²⁷.

4.2.1.12Αξιολόγηση νοσοκομείου (Hospital Accreditation)

Η μέθοδος περιλαμβάνει την δημιουργία συμβουλίων προτύπων περίθαλψης στα οποία καταφεύγουν τα νοσοκομεία για αξιολόγηση. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται από επθεωρητές του συμβουλίου, πού ελέγχουν τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό και το πρόγραμμα διασφάλισης της ποιότητας του νοσοκομείου(Robert et al, 1987)²⁸.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Δίδεται έμφαση κυρίως στα δομικά χαρακτηριστικά, πού επιτρέπουν την διασφάλιση υψηλής ποιότητας.
- 2) Συμβάλλει στη ροπή διασφάλισης υψηλής αξιολόγησης του νοσοκομείου.

4.2.1.13Παράμετροι πρακτικής (Practice Parameters or Guidelines)

Οι παράμετροι πρακτικής είναι στρατηγικές, πού ακολουθούν οι γιατροί κατά την άσκηση του επαγγέλματος τους. Αποτελούν αποδεκτές προσεγγίσεις για την πρόληψη, την διάγνωση και την περίθαλψη του ασθενή και σχεδιάζονται για να βοηθήσουν τους γιατρούς στη κλινική Πράξη (Schoenbaum et al, 1990)²⁹. Εάν αναπτυχθούν και χρησιμοποιηθούν κατάλληλα, θεωρούνται σοβαρό εργαλείο στη διασφάλιση της ποιότητας. Το θεωρητικό υπόβαθρο των παραμέτρων πρακτικής αναγνωρίζει ότι ο κάθε ασθενής αποτελεί διαφορετική περίπτωση, πού προβάλλει

νέα ιατρικά ερωτήματα. Επίσης, θεωρείται δεδομένο ότι ο γιατρός δεν είναι δυνατό να παρακολουθήσει όλες τις κλινικές και τεχνολογικές εξελίξεις και ότι υπάρχουν προτυποποιημένες στρατηγικές διαχείρισης του ασθενή, ενώ άλλες αποτελούν επιλογές των γιατρών.

Η ενημέρωση των γιατρών στις ΗΠΑ γίνεται με το Directory of Practice Parameters και το Practice Parameter Update της American Medical Association.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Η ανάπτυξη παραμέτρων πρακτικής(Practice Guidelines) είναι χρονοβόρα.
- 2) Είναι δυνατό να ξεπεραστούν με ταχύ ρυθμό(Fletcher et al, 1990)³⁰.
- 3) Η ανάπτυξη τους αποτελεί μόνον την εκκίνηση στη βελτίωση της ποιότητας.-
- 4) Σπάνια μεταβάλλουν την ιατρική συμπεριφορά(Lomas et al, 1989)³¹.

4.2.2. Νέες μέθοδοι

4.2.2.1. Τυχαίοι έλεγχοι

Η μέθοδος δίδει την δυνατότητα στο νοσοκομείο να ελέγξει τυχαία επιλεγμένους φακέλους ασθενών (Heath, 1990)³²

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

- 1) Δεν ελέγχεται σημαντικός αριθμός ιατρικών φακέλων.
- 2) Η εμπειρική ανάλυση της μεθόδου αναδεικνύει τάση ελέγχου των ίδιων περιπτώσεων.

4.2.2.2. Φιλτράρισμα συμβάντων(Occurrence Screening)

Η μέθοδος περιλαμβάνει την ανάπτυξη κριτηρίων για την εξέταση των ιατρικών φακέλων, που βοηθούν στην εύρεση υψηλής πιθανότητας συμβάντων, που απαιτούν λεπτομερή ιατρική εξέταση (Bennett et al, 1990)³³. Οι φάκελοι αρχικά εξετάζονται από το προσωπικό του τμήματος αρχείων και το νοσηλευτικό προσωπικό.

Εάν το ιστορικό συμπίπτει με κάποιο από τα κριτήρια, τότε στέλνεται σε κριτή, πού αποφασίζει εάν ο φάκελος περιέχει «σημαντικό συμβάν». «Σημαντικό συμβάν» στη περίπτωση αυτή θεωρείται οποιοδήποτε ατυχές γεγονός, πού δεν θα συνέβαινε κάτω από «άριστες συνθήκες» και δεν αποτελεί φυσική συνέπεια της ασθένειας. Όταν επισημανθεί ανάλογο περιστατικό αξιολογείται το επίπεδο της περίθαλψης και η σοβαρότητα του περιστατικού βαθμολογείται με την χρησιμοποίηση κλίμακας επτά βαθμίδων. Τέλος, τα ευρήματα αναφέρονται σε επιτροπή εποπτείας, πού επιλέγει την κατάλληλη δράση σε κάθε περίπτωση.

ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

1) Υπολογίζεται ότι είναι δυνατό να ελεγχθούν 90-95% των ατυχών συμβάντων.

ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΜΕΘΟΔΟΥ

Απαιτείται η ύπαρξη σημαντικών πόρων.

1)Επιβάλλεται εκπαίδευση του προσωπικού στο φιλτράρισμα των φακέλων.

4.2.2.3. Διαχείριση ολικής ποιότητας

Η διαχείριση ολικής ποιότητας(Total Quality Management) εσπάζεται στις διεργασίες, πού επιδρούν σημαντικά στις ανάγκες και προσδοκίες εσωτερικών και εξωτερικών καταναλωτών. Μετατοπίζει τον έλεγχο ποιότητας από τον αναδρομικό έλεγχο των φακέλων, που ελέγχεται από τους γιατρούς, στην ανάλυση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων και θεωρητικά είναι δυνατό να συνδυασθεί με τις υπάρχουσες μεθόδους διασφάλισης της ποιότητας.

Στο μικρό χρονικό διάστημα εφαρμογής της μεθόδου τα αποτελέσματα κρίνονται ενθαρρυντικά(Koska, 1990)³⁴.

4.3. Η διαρκής βελτίωση της ποιότητας (Continuous Quality Improvement)

Η ενσωμάτωση των ιδεών της διαρκούς βελτίωσης από τους υγειονομικούς φορείς απαιτεί:

- ανάπτυξη νέας γνώσης
- ηγεσία, που υιοθετεί συμμετοχικούς σκοπούς και προωθεί την «οργανωτική γνώση»(organizational learning)
- επάρκεια στο χειρισμό εργαλείων και μεθόδων, που επιταχύνουν τη βελτίωση της εργασίας
- εφαρμογή συστηματικών στρατηγικών για την οικοδόμηση και χρήση της γνώσης στις διεργασίες της καθημερινής εργασίας

Τα στοιχεία αυτά προσδιορίζουν το πλαίσιο του σχεδιασμού της διαρκούς βελτίωσης στην υγεία.

4.3.1. Θεμελιώδης γνώση (underlying knowledge)

Οι βελτιώσεις στον υγειονομικό τομέα παραδοσιακά εξαρτώνται από την επαγγελματική γνώση, που περιλαμβάνει την ειδική γνώση του θέματος(ανατομία, μικροβιολογία, λογιστική), τη γνώση του θεματικού πεδίου(νοσηλευτική για νοσηλεύτριες, παιδιατρική για παιδιάτρους) και εντάσσονται σε ένα πλαίσιο διακριτών αξιών. Οι αξίες αυτές προέρχονται από τις ηθικές αξίες των ασθενών, των οικογενειών τους και των προμηθευτών, καθώς και από τις κοινωνικές αξίες.

Σήμερα, όμως, ένα δεύτερο σώμα γνώσης, που επιτρέπει τη χρήση της επαγγελματικής γνώσης με νέο τρόπο, είναι διαθέσιμο για τη βελτίωση της φροντίδας υγείας. Το σώμα αυτό της γνώσης που αναφέρεται ως «γνώση βελτίωσης» περιγράφηκε από τον W. Edwards Deming, ως το σύστημα εμβριθούς γνώσης (SoRK) και περιλαμβάνει τέσσερα στοιχεία (Deming1993)²⁵

- Αξιολόγηση του συστήματος (appreciation for a system)

Η αποτελεσματική καθοδήγηση του οργανισμού για τη διαρκή βελτίωση εξαρτάται από τη μετάδοση στους εργαζόμενους της γνώσης, ότι ο οργανισμός αποτελεί σύστημα παραγωγής, δηλαδή μια ομάδα αλληλεξαρτώμενων ατόμων, στοιχείων, διεργασιών, προϊόντων και υπηρεσιών, που έχουν κοινό στόχο ή σκοπό.

Η κατανόηση της εργασίας του οργανισμού, ως συστήματος παραγωγής και η διαχείριση του για βελτίωση βασίζεται σε τρεις βασικές ερωτήσεις:

- Πως ενεργούμε
- Γιατί ενεργούμε
- Πως βελτιώνουμε

Η πρώτη ερώτηση αναφέρεται στα μέσα παραγωγής και η απάντηση της απαιτεί την οικοδόμηση γνώσης σε σχέση με τον τρόπο παραγωγής υπηρεσιών ή προϊόντων. Όταν το νοσοκομείο θεωρηθεί σύστημα παροχής φροντίδας, η λίστα των υπηρεσιών του είναι δυνατό να ομαδοποιηθεί στις ακόλουθες κατηγορίες:

- πληροφόρηση
- διαγνωστικές/θεραπευτικές υπηρεσίες
- περιβάλλον φροντίδας

Έτσι, οι κύριες διεργασίες στο νοσοκομείο, που αφορούν στην παραγωγή πληροφοριών, στις διαγνωστικές/θεραπευτικές υπηρεσίες και στο περιβάλλον της φροντίδας συνδέονται διαδοχικά και σχηματίζουν τον πυρήνα των εργασιών του οργανισμού την κύρια διεργασία της φροντίδας του ασθενή. Τα βήματα στην κύρια διεργασία περιλαμβάνουν την υποδοχή, την αξιολόγηση, το σχεδιασμό, την εφαρμογή σχεδίων φροντίδας, την αξιολόγηση της προόδου, την παρακολούθηση και την έξοδο. Επίσης, άλλες διεργασίες συνεισφέρουν στην κύρια διεργασία σε διάφορα σημεία και είναι δυνατό να αναφερθούν ως υποστηρικτικές διεργασίες (supportive processes).

Η δεύτερη αναφέρεται στο σκοπό του συστήματος και σχετίζεται με την ανάπτυξη και εμβάθυνση της «γνώσης του πελάτη» καθώς και την κατανόηση της κοινωνικής ανάγκης, που εξυπηρετεί ο οργανισμός. Η «γνώση του πελάτη» περιλαμβάνει την κατανόηση των αξιολογικών κρίσεων των πελατών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ή προϊόντων.

Η τρίτη ερώτηση σημαίνει ανάπτυξη γνώσης στο πλαίσιο της βελτίωσης, που οριοθετείται από το όραμα για το μέλλον και με την εφαρμογή ειδικών σχεδίων βασισμένων στις προτεραιότητες βελτίωσης. Οι αλλαγές, που βελτιώνουν το σύστημα είναι εκείνες, που βελτιώνουν τις δυνατότητες του για παροχή υπηρεσιών και προϊόντων και καλύπτουν τις ανάγκες και προσδοκίες των πελατών.

- Γνώση μεταβλητότητας

Η δεύτερη διάσταση της «γνώσης βελτίωσης» είναι η γνώση της μεταβλητότητας (variation). Η μεταβλητότητα είναι παρούσα στις διεργασίες, τα προϊόντα και τα άτομα. Έτσι, η κατανόηση της αποτελεί κλειδί στην αναγνώριση και χρησιμοποίηση των παρατηρούμενων διαφορών για το σκοπό της διαρκούς βελτίωσης. Παραδοσιακά, σκεπτόμαστε τη μεταβλητότητα ως καλή ή κακή. Μελετούμε κάθε σημείο και σκεπτόμαστε την απόσταση από το επιθυμητό και την κατεύθυνση της μεταβολής. Ο Shewhart πρότεινε εκείνοι που επιθυμούν τη βελτίωση της διεργασίας να σκέπτονται τη μεταβλητότητα με διαφορετικό τρόπο, ως αποτέλεσμα δύο τύπων αιτιών (Shewhart, 1931)³⁶:

- σταθερό σύστημα πιθανοτήτων
- εξαγόμενο

Η μεταβλητότητα επισυμβαίνει, λόγω της επίδρασης πολλαπλών αιτιών, που ενυπάρχουν στις διεργασίες. Ο Shewhart κατανόησε αυτή τη μεταβλητότητα, ως αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων ενός σταθερού συστήματος τυχαίων αιτιών. Ο Deming, μαθητής του Shewhart, τις μετονόμασε κοινές αιτίες (common causes). Εάν μόνον κοινές αιτίες επηρεάζουν τη μεταβλητότητα σε ένα σύστημα, τότε το σύστημα θεωρείται σταθερό και τα σταθερά συστήματα είναι προβλέψιμα

μέσα σε στατιστικά προσδιορισμένα όρια. Επιπλέον, η βελτίωση ενός σταθερού συστήματος απαιτεί τη θεμελιώδη αλλαγή της διεργασίας.

Μερικές, όμως, φορές υπάρχουν ειδικές αιτίες ή ένα άθροισμα συνθηκών, που επηρεάζουν τη μεταβλητότητα. Ο Shewhart τις ονόμασε εξαγόμενες (assignable) και ο Deming τις μετονόμασε ειδικές αιτίες (special causes). Όταν ανευρίσκεται μεταβλητότητα από μια ειδική αιτία, η κατάλληλη δράση δεν είναι η θεμελιώδης μεταβολή της διεργασίας, αλλά η ανάληψη δράσης για την εξάλειψη της ειδικής αιτίας ή την παρεμπόδιση της επανεμφάνισής της. Εάν η επίδραση της ειδικής αιτίας είναι θετική, σε αυτή την περίπτωση, κρίνεται σκόπιμο η ειδική αιτία να ενσωματωθεί στη διεργασία δηλαδή, να αποτελέσει τμήμα του συστήματος των κοινών αιτιών.

Η διάκριση του τύπου της μεταβλητότητας στη διεργασία είναι κρίσιμη για τη βελτίωση, επειδή κάθε τύπος μεταβλητότητας απαιτεί διαφορετικό τύπο δράσης. Η αποτυχία να διακρίνουμε τον τύπο της μεταβλητότητας είναι δυνατό να οδηγήσει σε δύο τύπους λαθών, που βασίζονται:

1. στη θεώρηση μιας κοινής αιτίας, ως ειδικής
2. στη θεώρηση μιας ειδικής αιτίας, ως κοινής

Ο πρώτος τύπος λάθους βρίσκεται στον υγειονομικό τομέα. Ο χειρισμός μιας κοινής αιτίας, ως ειδικής αιτίας, έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη μεταβλητότητα. Ο δεύτερος τύπος λάθους συμβαίνει επίσης συχνά στον υγειονομικό τομέα. Ο χειρισμός μιας ειδικής αιτίας, ως κοινής, με την εισαγωγή θεμελιώδους μεταβολής στο σύστημα αποτελεί απώλεια ενέργειας και η ανάληψη ανάλογης δράσης είναι δυνατό να αυξήσει την πολυπλοκότητα και να μειώσει τη συνολική αποτελεσματικότητα χωρίς επίδραση στην ειδική αιτία.

- Γνώση ψυχολογίας

Η τρίτη διάσταση της «γνώσης βελτίωσης» είναι η γνώση της ψυχολογίας, που περιλαμβάνει την εργασιακή ψυχολογία (psychology of work) και τη ψυχολογία της αλλαγής (psychology of change). Η πρώτη ενσωματώνει τη μελέτη της υποκίνησης(

Herzberg, et al, 1959) Herzberg, 1968; Macoby. 1988)³⁷ και το σχεδιασμό του περιβάλλοντος της εργασίας (Revans, 1964; Mayo. 1945)³⁸ και σχετίζεται με τη θεωρία του Taylor, που αποτελεί ένα σύστημα βασισμένο στους πόρους, που αποτελούν την κύρια δύναμη του οργανισμού. Σε αυτό το σύστημα διαχείρισης η καθοδήγηση έρχεται από την κορυφή, που έχει ως ρόλο να σκέπτεται και να σχεδιάζει, ενώ ο ρόλος των εργαζόμενων είναι να ενεργούν. Έτσι, όταν το περιβάλλον θεωρηθεί σταθερό και οι, εργαζόμενοι, ως πόροι με ελάχιστη διαφορά σε σχέση με τις μηχανές, οι διαφορές στην απόδοση ανάγονται στους εργαζόμενους. Ο Deming, όμως, και ο Juran τονίζουν ότι στη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων, η μεταβλητότητα των εκροών είναι δυνατό να αποτελεί αποτέλεσμα πολλαπλών αιτιών σε ένα σύστημα, που ενσωματώνει την ύπαρξη μεταβλητότητας, λόγω κοινών αιτιών.

Η δεύτερη, δηλαδή η ψυχολογία της αλλαγής (psychology of change) απαιτεί γνώσεις σταθεροποιητικής μεταβολής και αναδόμησης του συστήματος. Η κατανόηση της μεταβολής με τον τρόπο αυτό, απαιτεί κατανόηση της δυναμικής του συστήματος εργασίας και της προοπτικής του και κατανόηση του τρόπου αντίδρασης των ατόμων στις προοπτικές της μεταβολής. Επίσης, η θετική επίδραση και η διαχείριση του κινδύνου για να αποφευχθούν οι απώλειες ή να επιτευχθούν κέρδη αποτελούν τμήμα πληροφόρησης, που σχετίζεται με τη συγκεκριμένη διάσταση της γνώσης βελτίωσης.

▪ Θεωρία γνώσης

Η οικοδόμηση γνώσης και η μάθηση, που είναι θεμελιώδεις στη διαρκή βελτίωση, απαιτούν σύνδεση θεωρίας και δράσης. Η ανάπτυξη θεωρίας επιτρέπει την οργάνωση και κατανομή της πληροφορίας, αλλά από μόνη της δεν οδηγεί σε μάθηση. Επιπλέον, η ανάληψη δράσης επιτρέπει την εμπλοκή και το διαμοιρασμό εμπειριών, αλλά δεν επιτρέπει από μόνη της τη μάθηση. Έτσι, μόνον όταν συνδέουμε τη θεωρία με τη δράση, έχουμε τη δυνατότητα για μάθηση και οικοδόμηση γνώσης.

Οι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας είναι γνώστες του συγκεκριμένου υποδείγματος οικοδόμησης γνώσης και μάθησης, αφού το χρησιμοποιούν καθημερινά στη διαχείριση των ασθενών (Batalden et al, 1995)³⁹. Σχηματοποιούν μια αρχική διάγνωση(θεωρία), χρησιμοποιούν μια προκαταρτική θεραπεία(δράση), προβλέπουν μια συγκεκριμένη αντίδραση σε προσδιορισμένο χρονοδιάγραμμα(πρόβλεψη) και μετρούν την αντίδραση στον κατάλληλο χρόνο(μέτρηση).

Επίσης, οι οργανισμοί χρησιμοποιούν τον κύκλο PDSA(PDSA cycle) στη διενέργεια πειραμάτων οικοδόμησης γνώσης. Στην Ιαπωνία μερικές φορές αποκαλείται κύκλος του Deming, αλλά ο Deming τον αποκαλεί κύκλο του Shewhart. Το πρώτο βήμα (σχεδιάσε), εμπλέκει το σχεδιασμό για ανάληψη δράσης και τον έλεγχο της επίδρασης της στο σύστημα. Το δεύτερο βήμα(κάνε), εμπλέκει την πραγματική εγκαθίδρυση της μεταβολής και τη διαδικασία για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της. Το τρίτο βήμα(μελέτησε ή έλεγξε), εμπλέκει την ανάλυση των μετρήσεων, την αξιολόγηση της επίδρασης της μεταβολής, τον έλεγχο της σχηματοποιημένης θεωρίας και την αξιολόγηση των προβλέψεων. Το τέταρτο βήμα(δράσε) εμπλέκει την ανάληψη δράσης για την προτυποποίηση ή εγκατάλειψη της αλλαγής.

4.3.2. Πολιτική για την ηγεσία

Η ηγεσία προωθεί την «οργανωτική πολιτική» (organization policy) για να δημιουργήσει περιβάλλον εργασίας, που συντελεί στην επίτευξη των στόχων και περιλαμβάνει:

- την αποστολή, το όραμα και τον ορισμό της ποιότητας

Η δήλωση της αποστολής του οργανισμού (mission statement) περιγράφει την εργασία του οργανισμού. Η δήλωση του οράματος(vision statement) σκιαγραφεί την εικόνα του οργανισμού στο μέλλον με βάση την κατανόηση των αναγκών της κοινότητας και ειδικών ομάδων χρηστών. Ο ορισμός της ποιότητας προσδιορίζει την κατανόηση ,του όρου της ποιότητας από τον οργανισμό.

- τις κατευθυντήριες αρχές

Οι κατευθυντήριες αρχές αντανακλούν τις υποθέσεις του οργανισμού σχετικά με τις αρμοδιότητες και τις επιθυμητές ενέργειες των ηγετών για τη δημιουργία μαθησιακού περιβάλλοντος για την εργασία(learning environment for work). Πολλοί επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι η συζήτηση των 14 σημείων του Deming, τα έξι(6) βήματα του Juran για τη βελτίωση της ποιότητας ή τα δεκατέσσερα(14) βήματα του Crosby· συνιστούν σημείο αρχής για την ανάπτυξη προσωπικών κατευθυντήριων αρχών (Sahney et al, 1991)⁴⁰.

Οι κατευθυντήριες αρχές αντανακλούν τις υποθέσεις του οργανισμού σχετικά με τις αρμοδιότητες και τις επιθυμητές ενέργειες των ηγετών για τη δημιουργία μαθησιακού περιβάλλοντος για την εργασία(learning environment for work). Πολλοί επαγγελματίες υγείας θεωρούν ότι η συζήτηση των 14 σημείων του Deming, τα έξι(6) βήματα του Juran για τη βελτίωση της ποιότητας ή τα δεκατέσσερα(14) βήματα του Crosby· συνιστούν σημείο αρχής για την ανάπτυξη προσωπικών κατευθυντήριων αρχών (Sahney et al, 1991)⁴⁰.

- την ολοκλήρωση σε σχέση με τις αξίες

Η ολοκλήρωση της πολιτικής ηγεσίας με αξίες, που είναι κοινές στους επαγγελματίες υγείας, επιτρέπει τόσο την προσωπική ταύτιση από τα μέλη του οργανισμού, όσο και τη συνεισφορά τους στην πολιτική ηγεσίας.

3. Εργαλεία και μέθοδοι

Για τη διαρκή βελτίωση της φροντίδας υγείας, υπάρχουν εργαλεία και διαθέσιμες μέθοδοι, που επιταχύνουν την οικοδόμηση της (Kanji et al, 1998)⁴¹. Ο αριθμός των εργαλείων και των μεθόδων είναι σχεδόν ατελείωτος, αλλά είναι δυνατό να ομαδοποιηθούν σε τέσσερις κύριες κατηγορίες:

1. διεργασία και σύστημα
2. διεργασίες ομάδας και συμμετοχική εργασία
3. στατιστική σκέψη

4. σχεδιασμός και ανάλυση

4. Καθημερινές εφαρμογές (daily work applications)

Υποδείγματα ελέγχου των μεταβολών και επίτευξης βελτίωσης(Ishikava, 1982; Kume, 1987; Plsek, 1992)⁴²

Πολλά υποδείγματα έχουν χρησιμοποιηθεί για τη σύνδεση επαγγελματικής και γνώσης βελτίωσης (professional and improvement knowledge) στην καθημερινή εργασία. Τα δύο υποδείγματα, που χρησιμοποιούνται ευρύτατα από τις υγειονομικές μονάδες είναι το φύλλο εργασίας οκτώ ερωτήσεων "Building knowledge for improvement" και η στρατηγική βελτίωσης της διεργασίας FOCUS-PDCA. Επίσης, χρησιμοποιούνται το Juran's Journey(diagnosis-remedy), το σχέδιο πέντε σταδίων (five-stage plan) από τους Joiner Associates και η διεργασία επτά βημάτων Qualtec.

Το δεύτερο συνθετικό στοιχείο στις καθημερινές εφαρμογές είναι η επίσημα και ανεπίσημοι ανασκόπηση της βελτίωσης. Ουσιαστικά, η ανασκόπηση της βελτίωσης αποτελεί μία διεργασία συστηματικής έρευνας για τη διερεύνηση της μάθησης και την επιτάχυνση της βελτίωσης και πρέπει να επιχειρείται τόσο σε ατομικό όσο και σε συμμετοχικό επίπεδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. Ανάλυση Δεδομένων

5.1. Υλικο και Μεθοδολογία

5.2 Συμπεράσματα

5.Ανάλυση Δεδομένων

5.1.Υλικό και Μεθοδολογία

Η παρούσα έρευνα έγινε στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας «η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας η περίπτωση του Νοσοκομείου Ξάνθης» με στόχο την αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Γ.Ν.Ξάνθης και με ερωτηθέντες τους ασθενείς του νοσοκομείου.

Η έρευνα στηρίχθηκε σε ανώνυμο ερωτηματολόγιο και πραγματοποιήθηκε από τις 1 Νοεμβρίου έως και τις 28 Δεκεμβρίου 2004. Το δείγμα περιλάμβανε 50 ερωτηματολόγια που απευθυνόταν σε ασθενείς του χειρουργικού και του παθολογικού τομέα του Γ.Ν. Ξάνθης για να το συμπληρώσουν. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις και περιέχει ερωτήσεις που αναφέρονται τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος αποτελούνται από δημογραφικά στοιχεία, που είναι τα εξής:

1. Ηλικία
2. Φύλλο
3. Οικογενειακή κατάσταση
4. Μορφωτικό επίπεδο
5. Επάγγελμα
6. Τόπος μόνιμης κατοικίας
7. Ασφαλιστική κάλυψη

Ακόμη 2 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν άμεσα από το ιατρικό προσωπικό, 4 για το νοσηλευτικό, 1 γενικά για την ενημέρωση που παρέχει το προσωπικό στους ασθενείς κατά τη διάρκεια που νοσηλεύονται αλλά και κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, 4 για το διοικητικό προσωπικό και ενώ οι υπόλοιπες 9 ερωτήσεις αφορούν το περιβάλλον (Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο , καθαριότητα, διατροφή, κτιριακές εγκαταστάσεις) και δεν εξαρτώνται άμεσα από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

A. Κριτήρια επιλογής δείγματος :

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος της μελέτης ήταν:

1. Οι ασθενείς να έχουν νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο τμήμα τουλάχιστον δύο μέρες πριν την πραγματοποίηση της συνέντευξης.
2. Να υπάρχει η δυνατότητα λεκτικής επικοινωνίας.
3. Οι ασθενείς να βρίσκονται σε κατάσταση ψυχικής ηρεμίας και να μη λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα ή να υποβάλλονται σε κάποια άλλη θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς να επηρέαζε την ψυχολογική τους κατάσταση ώστε το αποτέλεσμα να είναι έγκυρο .
4. Να υπάρχει προφορική συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα ύστερα από επεξήγηση του σκοπού της έρευνας και μίας σύντομης περιγραφής της διαδικασίας διεξαγωγής της συνέντευξης .

B. Διαδικασία επιλογής των ατόμων του δείγματος

Όλες οι συνεντεύξεις έγιναν στα δωμάτια των ασθενών ενώ ο χρόνος διεξαγωγής των συνεντεύξεων ήταν το πρωί από τις 08:00-12:30. Ο μέσος χρόνος των συνεντεύξεων ήταν 15 λεπτά . Ο συνολικός χρόνος που απαιτήθηκε ήταν πολύ μεγαλύτερος αφού περιλάμβανε προγραμματισμό των συνεντεύξεων , και την αναμονή σε περίπτωση που ο ασθενής δεν ήταν διαθέσιμος σε μια δεδομένη στιγμή.

Γ. Συλλογή δεδομένων:

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με την μορφή συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο γιατί τα βασικά πλεονεκτήματα της είναι :

1. Το βάθος και η λεπτομέρεια των πληροφοριών.
2. Η εφαρμογή της σε άτομα που δεν μπορούν να διαβάσουν ή να γράψουν
3. Το υψηλό ποσοστό συμμετοχής .
4. Ο έλεγχος της εγκυρότητας μέσω της παρατήρησης του ερωτώμενου και της συλλογής των διαφόρων σχολίων .

Σκοπός της εισαγωγής ήταν :

1. Να συσταθεί ο ερευνητής στον ασθενή.
2. Να ενημερωθεί ο ασθενής για την σημαντικότητα του θέματος και τον σκοπό της έρευνας.
3. Να διαβεβαιωθεί η ανωνυμία.
4. Να ζητηθεί η συγκατάθεση των ασθενών για την συμμετοχή στην έρευνα.
5. Να αναφερθεί η δυνατότητα διακοπής οποιαδήποτε χρονική στιγμή.
6. Να γίνει επεξήγηση της διαδικασίας με την οποία θα γίνει η συνέντευξη.

5.1.1.Τα αποτελέσματα της Ανάλυσης Δεδομένων

Παρακάτω, παρατίθενται τα αποτελέσματα της ανάλυσης δεδομένων, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο

5.1.2.Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών του Γ.Ν. Ξάνθης

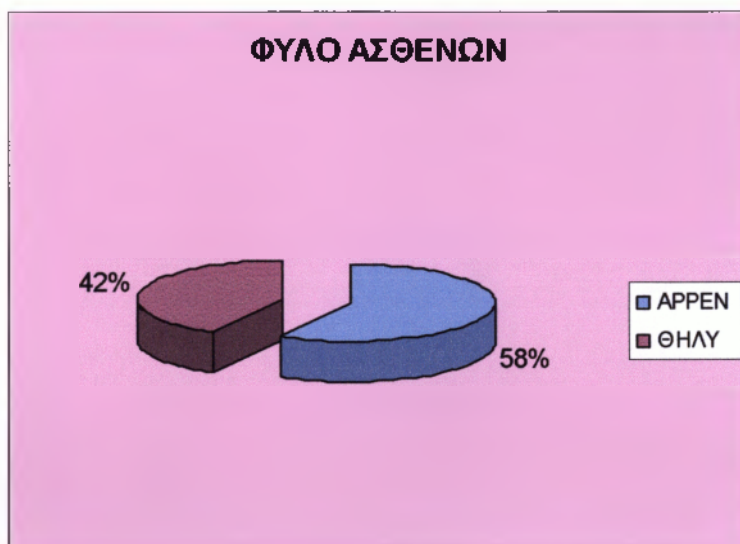
ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(1)

ΦΥΛΟ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΑΡΡΕΝ	29	58%
ΘΗΛΥ	21	42%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Από τους ασθενείς του δείγματος 29 ήταν άντρες που αποτελούν και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (58%) και 21 γυναίκες με ποσοστό (42%)(πίνακας 1). Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε από 18 ετών η μικρότερη έως 90 η μεγαλύτερη, με μέση τιμή 51,76 έτη (πίνακας 2).

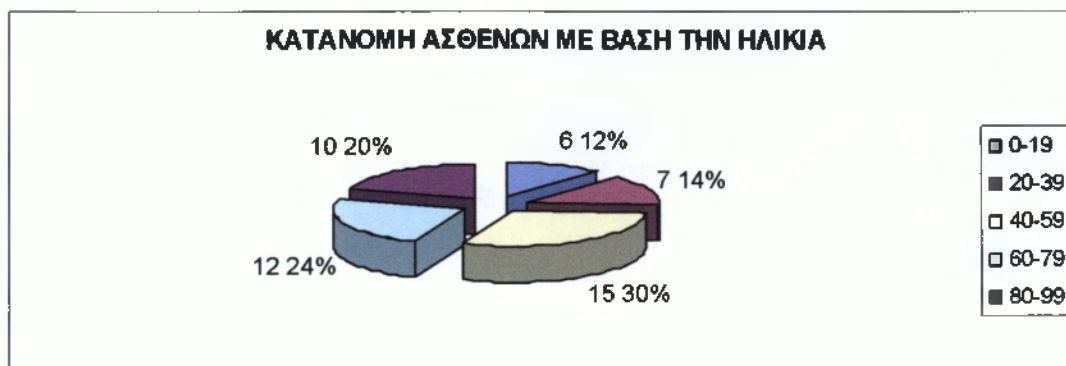
Διάγραμμα 5.1.2(1): Διαγραμματική παρουσίαση φύλο ασθενών



ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (2)
ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
0-19	6(12%)
20-39	7(14%)
40-59	15(30%)
60-79	12(24%)
80-99	10(20%)

Διάγραμμα 5.1.2(2): Διαγραμματική παρουσίαση κατανομής ασθενών με βάση την ηλικία



Από το διάγραμμα 2 προκύπτει ότι από τους 50 ασθενείς του δείγματος οι 6 με ποσοστό 12% είναι ηλικίας 0-19 ετών, οι 7 με ποσοστό 14% είναι από 20-39 ετών, 15 με ποσοστό 30% είναι 40-59 ετών, οι 12 με ποσοστό 24% είναι 60-79 ετών και 10 ασθενείς είναι ηλικίας από 80-99 με ποσοστό 20%. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών 30% του δείγματός μας είναι άτομα ηλικίας 40-59 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (3)

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	5 (10%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	9(18%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	2(4%)
ΛΥΚΕΙΟ	13 (26%)
ΑΝΩΤΕΡΗ/ΑΝΩΤΑΤΗ	21 (42%)

Διάγραμμα 5.1.2(3): Διαγραμματική παρουσίαση μορφωτικού επιπέδου ασθενών

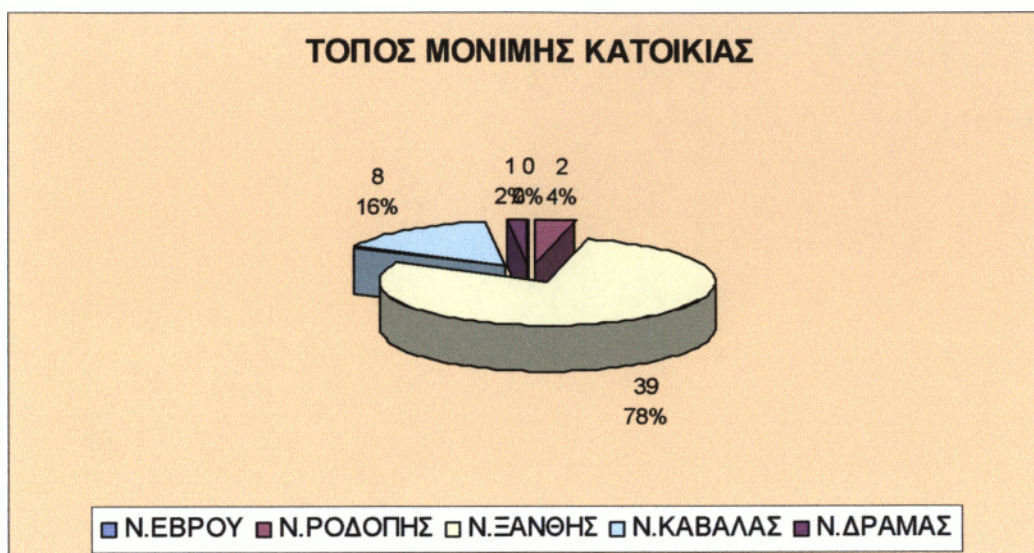


Από το διάγραμμα 3 από τους 50 ασθενείς του δείγματος προκύπτει ότι οι 5 με ποσοστό 10% είναι αναλφάβητοι, οι 9 με ποσοστό 18 % έχουν πάει δημοτικό, οι 2 με ποσοστό 4% γυμνάσιο οι 13 με ποσοστό 26% λύκειο. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ανώτατη εκπαίδευση 21 άτομα με ποσοστό (42%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (4)
ΝΟΜΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

ΝΟΜΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Ν.ΕΒΡΟΥ	0	0%
Ν.ΡΟΔΟΠΗΣ	2	4%
Ν.ΞΑΝΘΗΣ	39	78%
Ν.ΚΑΒΑΛΑΣ	8	16%
Ν.ΔΡΑΜΑΣ	1	2%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(4): Διαγραμματική παρουσίαση (νομού) μόνιμης κατοικίας ασθενών

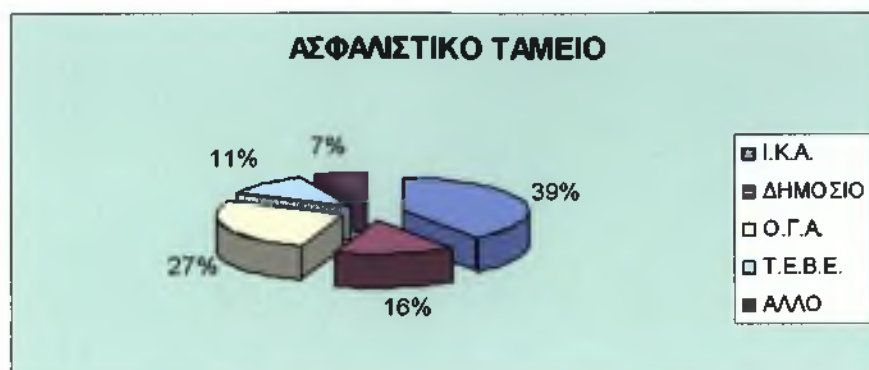


Από το διάγραμμα 4 από τους 50 ασθενείς του δείγματος προκύπτει ότι οι 2 με ποσοστό 4% είναι μόνιμοι κάτοικοι Ν. Ροδόπης, οι 39 με ποσοστό 78% του Ν. Ξάνθης, οι 8 με ποσοστό 16% του Ν. Καβάλας και 1 με ποσοστό 2% του Ν. Δράμας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (5)
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)
Ι.Κ.Α.	18 (36%)
ΔΗΜΟΣΙΟ	7 (14%)
Ο.Γ.Α.	12 (24%)
Τ.Ε.Β.Ε.	5 (10%)
ΑΛΛΟ	3 (6%)

Διάγραμμα 5.1.2(5): Διαγραμματική παρουσίαση ασφαλιστικής κάλυψης ασθενών



Από το διάγραμμα 5 από τους 50 ασθενείς του δείγματος προκύπτει ότι οι 7 ασθενείς με ποσοστό 14% έχουν ασφαλιστική κάλυψη Δημοσίου, οι 12 με ποσοστό 24% Ο.Γ.Α, οι 5 με ποσοστό 10% Τ.Ε.Β.Ε. και 3 με ποσοστό 6% άλλη ασφαλιστική κάλυψη. Οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος 18 έχουν ασφαλιστική κάλυψη από το Ι.Κ.Α. (42%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(6)

ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)
ΑΣΤΙΚΗ	28(56%)
ΑΓΡΟΤΙΚΗ	22(44%)

Διάγραμμα 5.1.2(6): Διαγραμματική παρουσίαση τόπου διαμονής ασθενών



Από το διάγραμμα 6 από τους 50 ασθενείς του δείγματος προκύπτει ότι οι 28 με ποσοστό 56% των ασθενών κατοικούσε μόνιμα σε αστική περιοχή και 22 με ποσοστό 44% σε αγροτική περιοχή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(7)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ

ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΥΕ	78,2%
ΔΕ	71%
ΤΕ	65%
ΠΕ	38,9%

ΥΕ:Υποχρεωτική Εκπαίδευση

ΔΕ:Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

ΤΕ:Τεχνολογική Εκπαίδευση

ΠΕ:Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

Διάγραμμα 5.1.2(7):Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο



Από το διάγραμμα 7 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενώς του δείγματος. Το ποσοστό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Γ.Ν.Ξάνθης από τα άτομα με μορφωτικό επίπεδο **ΥΕ** είναι 78,2%, 71% είναι τα άτομα με μορφωτικό επίπεδο **ΔΕ**, 65% είναι τα άτομα με μορφωτικό επίπεδο **ΤΕ** και 38,95 είναι τα άτομα με μορφωτικό επίπεδο **ΠΕ**. Παρατηρούμε ότι περισσότερο ικανοποιημένοι σε ποσοστό 78,2% είναι οι ασθενείς που έχουν

υποχρεωτική εκπαίδευση και λιγότερο ικανοποιημένοι (38.9%) εμφανίζονται οι ασθενείς που έχουν ανώτατη μόρφωση. Αυτό θα μπορούσαμε να το εξηγήσουμε εάν σκεφτούμε ότι τα άτομα κατώτερου μορφωτικού επιπέδου έχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με τους ιατρικούς όρους και μεγαλύτερη δυσκολία στο να εκφράσουν την γνώμη τους και να κρίνουν άτομα ανώτερου μορφωτικού επιπέδου (π.χ. γιατροί) αρνητικά . Τα άτομα αυτά πολλές φορές δεν μπορούν να κατανοήσουν αυτά που τους λένε γιατροί και νοσηλευτές με αποτέλεσμα να τα αποδέχονται χωρίς αντιρρήσεις και προσπάθεια αμφισβήτησης. Δηλαδή ότι δεν μπορούν να το κατανοήσουν απλά το αποδέχονται ως σωστό .

Το αντίθετο ακριβώς συμβαίνει με άτομα ανώτερου μορφωτικού επιπέδου . Τα άτομα αυτά εμφανίζονται να έχουν τις στοιχειώδεις γνώσεις που χρειάζονται για να κατανοήσουν τι τους λένε και να μπορούν να κρίνουν εάν αυτό είναι σωστό ή όχι με αποτέλεσμα πολλές φορές να αμφισβητούν ακόμα και τους γιατρούς και να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι τόσο από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από το διοικητικό .

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.(28)

ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗ ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ (%)
ΑΓΡΟΤΙΚΗ	80,4%
ΑΣΤΙΚΗ	58,2%

Διάγραμμα 5.1.2(8): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με τη περιοχή διαμονής



Από το διάγραμμα 8 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενώς του δείγματος ανάλογα με τη περιοχή διαμονής. Με ποσοστό 80,4% είναι ικανοποιημένοι οι κάτοικοι της αγροτικής περιοχής και με ποσοστό 58,2% είναι ικανοποιημένοι οι κάτοικοι της αστικής περιοχής.

Είναι φανερό ότι τα άτομα που κατοικούν μόνιμα σε αγροτικές περιοχές είναι περισσότερο ικανοποιημένα (80,4%) σε σχέση με αυτά που ζουν μόνιμα σε αστικές περιοχές (58,2%) .

Αυτό θα μπορούσαμε να το δικαιολογήσουμε εάν σκεφτούμε ότι οι κάτοικοι αστικών περιοχών έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στις νοσοκομειακές υπηρεσίες σε σχέση με τους κατοίκους αγροτικών περιοχών ,έρχονται σε επαφή με νοσοκομεία είτε ως ασθενείς είτε ως επισκέπτες και μπορούν να κρίνουν και να συγκρίνουν .

Αντίθετα άτομα που ζουν μόνιμα σε αγροτικές περιοχές, σπάνια έρχονται σε επαφή με τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, σε περίπτωση ανάγκης, αφού καταφεύγουν στα κέντρα υγείας της περιοχής τους. Έτσι πολλά από αυτά τα άτομα, γνωρίζουν τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη για πρώτη φορά, σε μεγάλη ηλικία με αποτέλεσμα να μην έχουν μέτρο σύγκρισης και να αποδέχονται το άγνωστο ως σωστό και ικανοποιητικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(9)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	35	70%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	15	30%
ΚΑΛΗ	0	0%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(9): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού ως προς την αξιολόγηση της κατάστασης τους και τις θεραπευτικές διαδικασίες



Από το διάγραμμα 9 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ιατρικού προσωπικού ως προς την αξιολόγηση της κατάστασης τους και τις θεραπευτικές διαδικασίες όπου προκύπτει ότι τα 35 άτομα του δείγματος με ποσοστό 70% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 15 άτομα με ποσοστό 30% αρκετά καλή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (10)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΦΑΓΗΤΟΥ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	45	90%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	4	8%
ΚΑΛΗ	1	2%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(10): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς τη ποιότητα του φαγητού

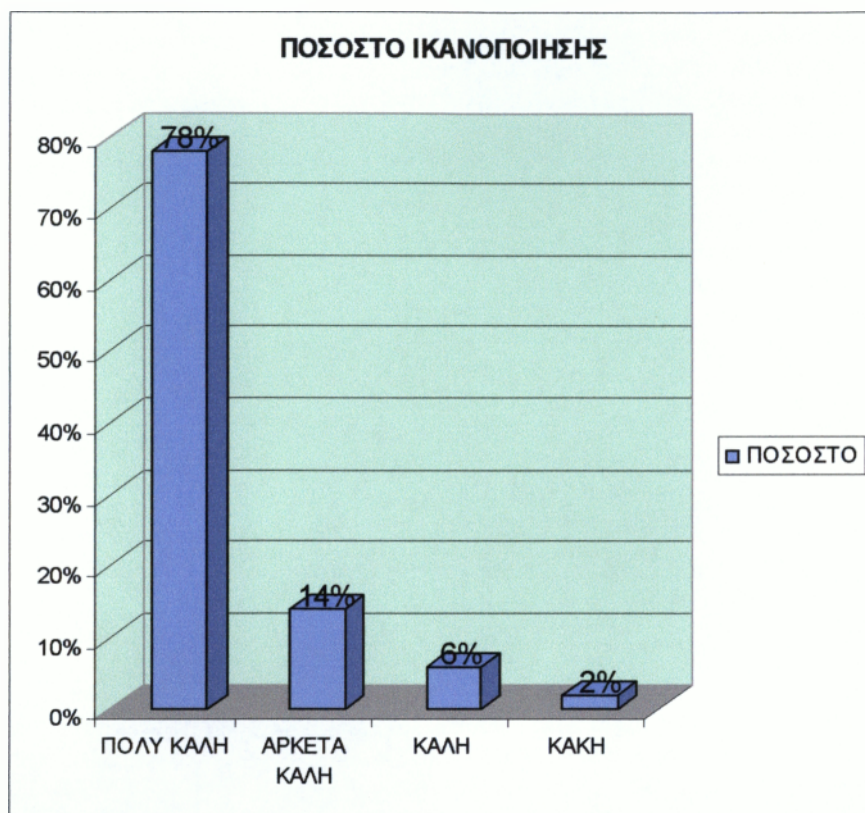


Από το διάγραμμα 10 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς τη ποιότητα του φαγητού όπου προκύπτει ότι τα 45 άτομα του δείγματος με ποσοστό 90% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 4 άτομα με ποσοστό 8% αρκετά καλή και 1 άτομο με ποσοστό 2% καλή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(11)
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ
ΚΟΙΝΟΧΡΗΣΤΩΝ ΧΩΡΩΝ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	39	78%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	7	14%
ΚΑΛΗ	3	6%
ΚΑΚΗ	1	2%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(11): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων



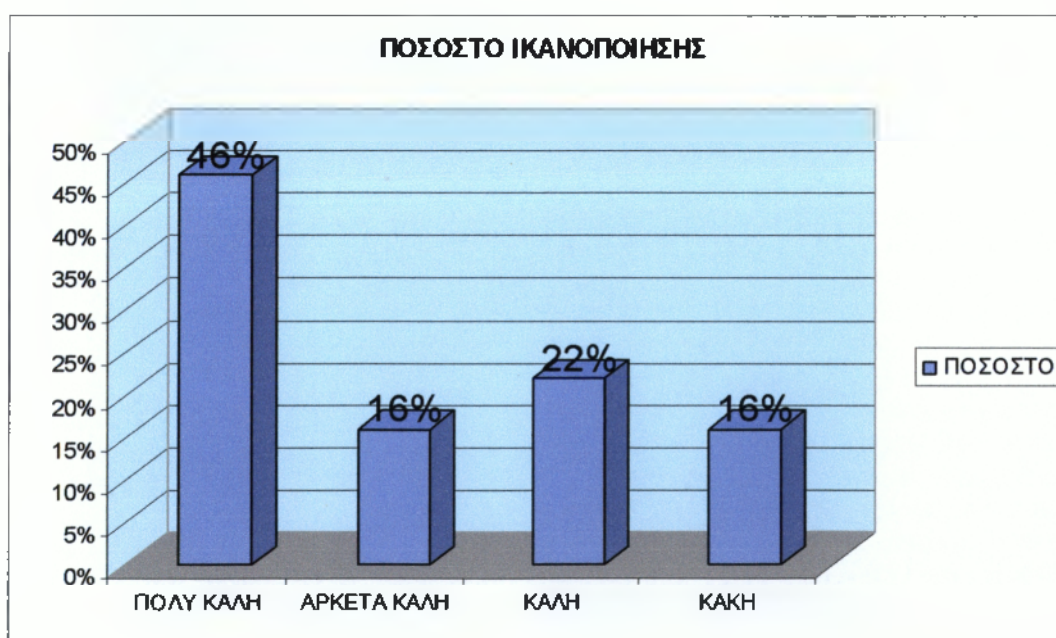
Από το διάγραμμα 11 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων όπου προκύπτει ότι τα 39 άτομα του δείγματος με ποσοστό 78% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 7 άτομα με ποσοστό 14% αρκετά καλή, 3 άτομο με ποσοστό 6% καλή και 1 άτομο με ποσοστό 2% κακή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(12)

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ
ΤΗΣ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	23	46%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	8	16%
ΚΑΛΗ	11	22%
ΚΑΚΗ	8	16%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(12): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την καθαριότητα της τουαλέτας



Από το διάγραμμα 12 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την καθαριότητα της τουαλέτας όπου προκύπτει ότι τα 23 άτομα του δείγματος με ποσοστό 46% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 8 άτομα με ποσοστό 16% αρκετά καλή, 11 άτομο με ποσοστό 22% καλή και 8 άτομο με ποσοστό 16% κακή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (13)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ
ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ ΚΑΙ ΤΩΝ
ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ ΠΟΥ ΕΚΑΝΑΝ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	28	56%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	11	22%
ΚΑΛΗ	7	14%
ΚΑΚΗ	4	8%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(13): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό και το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας τους και των εξετάσεων που έκαναν



Από το διάγραμμα 13 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό και το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας τους και των εξετάσεων που έκαναν όπου τα 28 άτομα του δείγματος με ποσοστό 56% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 11 άτομα με ποσοστό 22% αρκετά καλή, 7 άτομο με ποσοστό 14% καλή και 4 άτομο με ποσοστό 8% κακή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(14)
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ
ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	24	48%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	18	36%
ΚΑΛΗ	6	12%
ΚΑΚΗ	2	4%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(14): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την γραφειοκρατική διαδικασία εισαγωγής

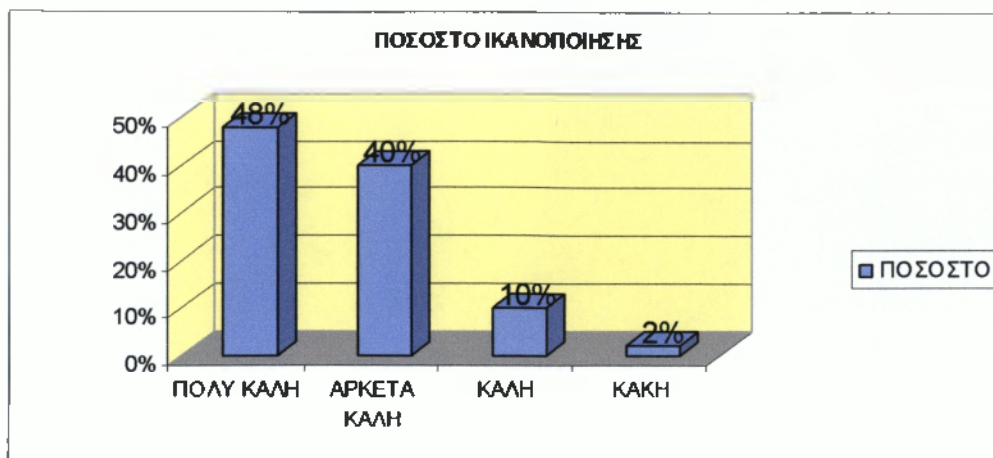


Από το διάγραμμα 14 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την γραφειοκρατική διαδικασία εισαγωγής όπου προκύπτει ότι τα 24 άτομα του δείγματος με ποσοστό 48% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 18 άτομα με ποσοστό 36% αρκετά καλή, 6 άτομο με ποσοστό 12% καλή και 2 άτομο με ποσοστό 4% κακή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (15)
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΩΡΕΣ
ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟΥ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	24	48%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	20	40%
ΚΑΛΗ	5	10%
ΚΑΚΗ	1	2%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(15): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς τις ώρες επισκεπτηρίου



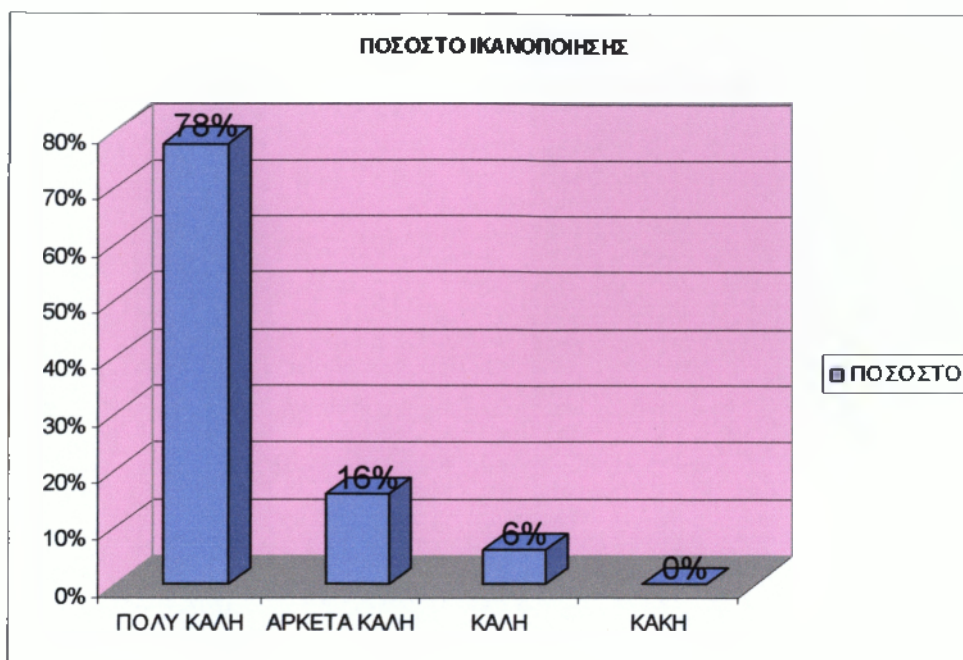
Από το διάγραμμα 15 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς τις ώρες επισκεπτηρίου όπου προκύπτει ότι τα 24 άτομα του δείγματος με ποσοστό 48% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 20 άτομα με ποσοστό 40% αρκετά καλή, 5 άτομο με ποσοστό 10% καλή και 1 άτομο με ποσοστό 2% κακή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (16)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	39	78%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	8	16%
ΚΑΛΗ	3	6%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(16): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς τη συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό



Από το διάγραμμα 16 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς τη συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό όπου προκύπτει ότι τα 39 άτομα του δείγματος με ποσοστό 78% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 8 άτομα με ποσοστό 16% αρκετά καλή και 3 άτομο με ποσοστό 6% καλή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(17)

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΕΚΠΛΗΡΩΣΟΥΝ ΟΙ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	35	70%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	8	16%
ΚΑΛΗ	7	14%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(17): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την βοήθεια του νοσηλευτικό προσωπικού για την εκτέλεση δραστηριοτήτων που δεν μπορούν να εκπληρώσουν οι ασθενείς



Από το διάγραμμα 17 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς τη βοήθεια του νοσηλευτικό προσωπικού για την εκτέλεση δραστηριοτήτων που δεν μπορούν να εκπληρώσουν οι ασθενείς όπου προκύπτει ότι τα 35 άτομα του δείγματος με ποσοστό 70% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 8 άτομα με ποσοστό 16% αρκετά καλή και 7 άτομο με ποσοστό 14% καλή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(18)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	37	74%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	9	18%
ΚΑΛΗ	3	6%
ΚΑΚΗ	1	2%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(18): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού



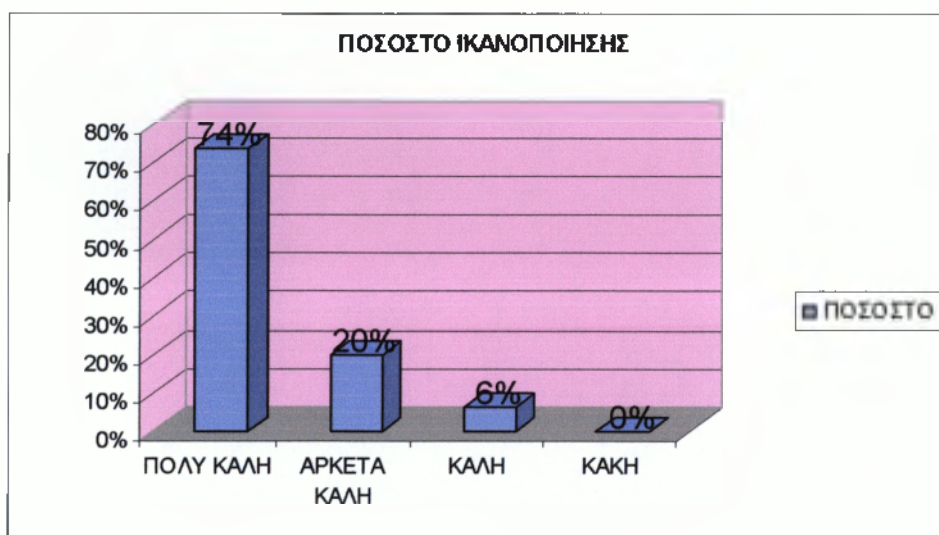
Από το διάγραμμα 18 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού όπου προκύπτει ότι τα 37 άτομα του δείγματος με ποσοστό 74% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 9 άτομα με ποσοστό 18% αρκετά καλή, 3 άτομο με ποσοστό 6% καλή και 1 άτομο με ποσοστό 2% κακή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(19)

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	37	74%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	10	20%
ΚΑΛΗ	3	6%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(19): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού



Από το διάγραμμα 19 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού όπου τα προκύπτει ότι 37 άτομα του δείγματος με ποσοστό 74% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 10 άτομα με ποσοστό 20% αρκετά καλή και 3 άτομο με ποσοστό 6% καλή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(20)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	43	86%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	5	10%
ΚΑΛΗ	2	4%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(20): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό



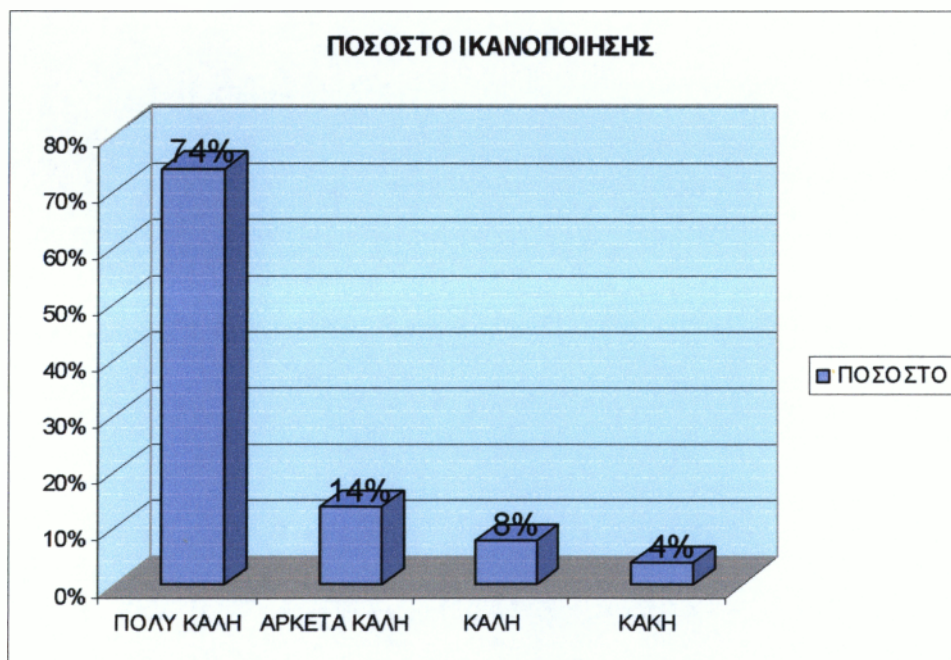
Από το διάγραμμα 20 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό όπου τα προκύπτει ότι 43 άτομα του δείγματος με ποσοστό 86% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 5 άτομα με ποσοστό 10% αρκετά καλή και 2 άτομο με ποσοστό 4% καλή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (21)

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	37	74%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	7	14%
ΚΑΛΗ	4	8%
ΚΑΚΗ	2	4%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(21): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την ικανοποίηση από τις διοικητικές υπηρεσίες



Από το διάγραμμα 21 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την ικανοποίηση από τις διοικητικές υπηρεσίες όπου προκύπτει ότι τα 37 άτομα του

δείγματος με ποσοστό 74% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 7 άτομα με ποσοστό 14% αρκετά καλή, 4 άτομο με ποσοστό 8% καλή και 2 άτομο με ποσοστό 4 % κακή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(22)

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	40	80%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	5	10%
ΚΑΛΗ	4	8%
ΚΑΚΗ	1	2%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(22): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού



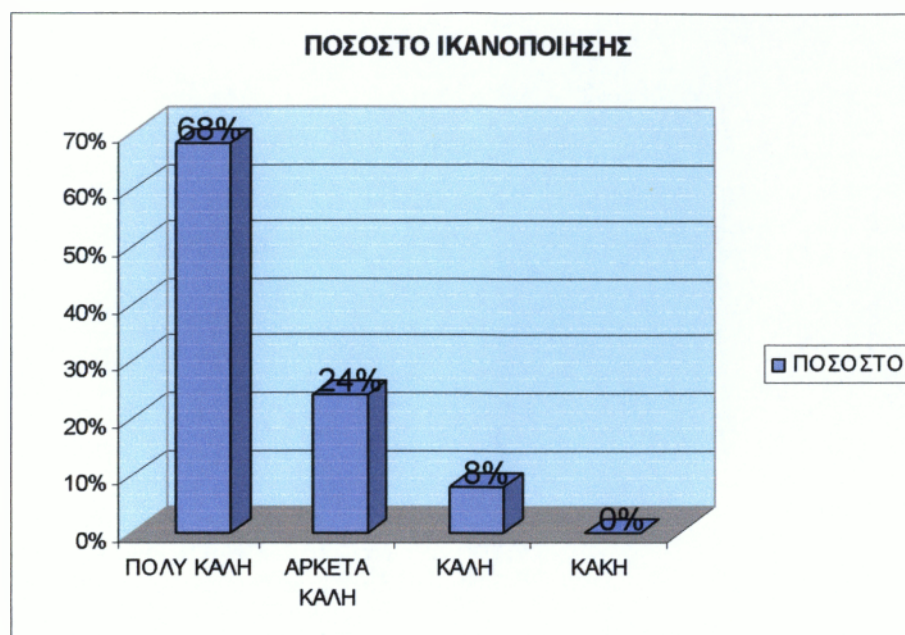
Από το διάγραμμα 22 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού όπου τα προκύπτει ότι 40 άτομα του δείγματος με ποσοστό 80% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 5 άτομα με ποσοστό 10% αρκετά καλή, 4 άτομο με ποσοστό 8% καλή και 1 άτομο με ποσοστό 2 % κακή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (23)

**ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ
ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΝΤΥΠΩΣΗ ΠΟΥ ΑΠΟΚΟΜΙΣΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗ
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ**

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	34	68%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	12	24%
ΚΑΛΗ	4	8%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(23): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς τη συνολική εντύπωση που αποκόμισαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας



Από το διάγραμμα 23 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συνολική εντύπωση που αποκόμισαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας όπου προκύπτει ότι τα 34 άτομα του δείγματος με ποσοστό 68% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 12 άτομα με ποσοστό 24% αρκετά καλή και 4 άτομο με ποσοστό 8% καλή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2 (24)

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΤΙΡΙΑΚΕΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	43	86%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	7	14%
ΚΑΛΗ	0	0%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(24): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών από τις κτιριακές εγκαταστάσεις



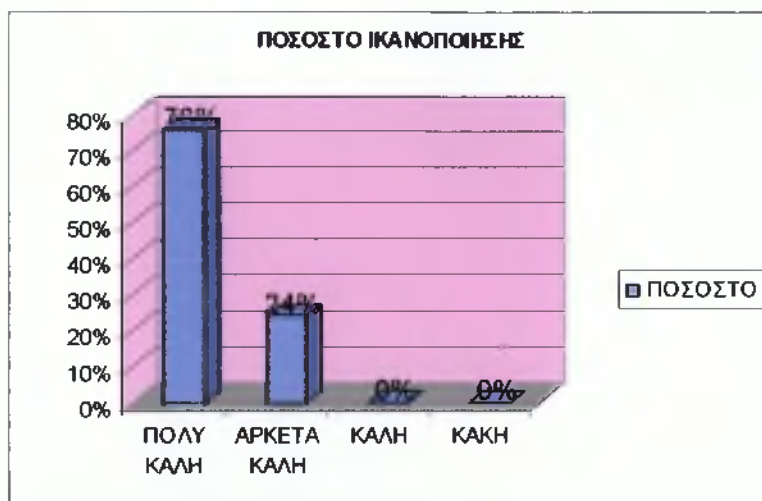
Από το διάγραμμα 24 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την ποιότητα παροχής υπηρεσιών από τις κτιριακές εγκαταστάσεις όπου προκύπτει ότι τα 43 άτομα του δείγματος με ποσοστό 86% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 7 άτομα με ποσοστό 14% αρκετά καλή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(25)

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΗΣΥΧΙΑ(ΩΡΕΣ ΞΕΚΟΥΡΑΣΗΣ)

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	38	76%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	12	24%
ΚΑΛΗ	0	0%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2(25): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την ησυχία (ώρες ξεκούρασης)



Από το διάγραμμα 25 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την ησυχία (ώρες ξεκούρασης) όπου προκύπτει ότι τα 38 άτομα του δείγματος με ποσοστό 76% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 12 άτομα με ποσοστό 24% αρκετά καλή.

5.1.1.3. Αξιολόγηση λοιπών παρεχόμενων υπηρεσιών από τους ασθενείς του Γ.Ν. Ξάνθης

ΠΙΝΑΚΑΣ 5.1.2(26)

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΛΟΙΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	42	84%
ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ	6	12%
ΚΑΛΗ	2	4%
ΚΑΚΗ	0	0%
ΣΥΝΟΛΟ	50	100%

Διάγραμμα 5.1.2.(26): Διαγραμματική παρουσίαση ποσοστού ικανοποίησης ασθενών ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συμπεριφορά του λοιπού προσωπικού.



Από το διάγραμμα 26 παρατηρούμε το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συμπεριφορά του λοιπού προσωπικού όπου προκύπτει ότι τα 42 άτομα του δείγματος με ποσοστό 84% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 6 άτομα με ποσοστό 12 % αρκετά καλή και 2 άτομα με ποσοστό 4% καλή.

5.2 Συμπεράσματα

Επειτα από την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος προκύπτει ότι από τους ασθενείς οι 29 ήταν άντρες με ποσοστό (58%) και 21 γυναίκες με ποσοστό (42%). Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε από 18 ετών η μικρότερη έως 90 η μεγαλύτερη, με μέση τιμή 51,76 έτη. Από τους ασθενείς του δείγματος το 10% είναι αναλφάβητοι, το 18 % έχουν πάει δημοτικό, το 4% γυμνάσιο το 26% λύκειο. Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ανώτατη εκπαίδευση 21 άτομα με ποσοστό (42%). Όσο αφορά το τόπο κατοικίας το 4% είναι μόνιμοι κάτοικοι Ν. Ροδόπης, το 78% του Ν. Ξάνθης, το 16% του Ν. Καβάλας και 2% του Ν. Δράμας ενώ το 56% των ασθενών κατοικεί μόνιμα σε αστική περιοχή και το 44% σε αγροτική περιοχή.

Ακόμα το 14% έχει ασφαλιστική κάλυψη Δημοσίου, το 24% Ο.Γ.Α, το 10% Τ.Ε.Β.Ε. και το 6% άλλη ασφαλιστική κάλυψη. Οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος έχουν ασφαλιστική κάλυψη από το Ι.Κ.Α.

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των δεδομένων το ποσοστό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Γ.Ν. Ξάνθης για τα άτομα με μορφωτικό επίπεδο ΥΕ είναι 78,2%, 71% είναι τα άτομα με μορφωτικό επίπεδο ΔΕ, 65% είναι τα άτομα με μορφωτικό επίπεδο ΤΕ και 38,95 είναι τα άτομα με

μορφωτικό επίπεδο **ΠΕ**. Παρατηρούμε ότι περισσότερο ικανοποιημένοι σε ποσοστό 78,2% είναι οι ασθενείς που έχουν υποχρεωτική εκπαίδευση και λιγότερο ικανοποιημένοι (38,9%) εμφανίζονται οι ασθενείς που έχουν ανώτατη μόρφωση.

Σε σχέση με τη περιοχή διαμονής το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών είναι 80,4% για τους κατοίκους της αγροτικής περιοχής και 58,2% για τους κατοίκους της αστικής περιοχής.

Για να μπορέσουμε να συμπεράνουμε τα αποτελέσματα της έρευνας, θεωρούμε ως ικανοποιημένους τους ασθενείς που απάντησαν τις ερωτήσεις με «πολύ καλή» και «αρκετά καλή».

Ως προς τη ποιότητα του φαγητού το 90% την αξιολογούν πολύ καλή και το 8% αρκετά καλή, ως προς την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων το 78% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 14% αρκετά καλή, ως προς την καθαριότητα της τουαλέτας το 46% την αξιολογούν πολύ καλή και το 16% αρκετά καλή, ως προς τις ώρες επισκεπτηρίου το 48% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 40% αρκετά καλή, ως προς την ποιότητα παροχής υπηρεσιών από τις κτιριακές εγκαταστάσεις το 86% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 14% αρκετά καλή, ως προς την ησυχία (ώρες ξεκούρασης) το 76% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 24% αρκετά καλή. ως προς την συμπεριφορά του λοιπού προσωπικού όπου τα 42 άτομα του δείγματος με ποσοστό 84% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και τα 6 άτομα με ποσοστό 12 % αρκετά καλή και 2 άτομα με ποσοστό 4% καλή.

Τη συμπεριφορά του λοιπού προσωπικού το 84% την αξιολογεί πολύ καλή και το 12 % αρκετά καλή.

Το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με την ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την γραφειοκρατική διαδικασία εισαγωγής είναι 48% πολύ καλή και 36% αρκετά καλή, ως προς την ικανοποίηση από τις διοικητικές υπηρεσίες το 74% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 14% αρκετά καλή, ως προς την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού όπου το

80% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 10% αρκετά καλή.

Το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς τη συνολική ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι 78% που αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 16% που αξιολογούν τη ποιότητα αρκετά καλή, ως προς τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για την εκτέλεση δραστηριοτήτων που δεν μπορούν να εκπληρώσουν οι ασθενείς προσωπικό το 70% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 16% αρκετά καλή, ως προς την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού το 74% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 18% αρκετά καλή, ως προς την φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού το 74% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 20% αρκετά καλή.

Ως προς την συνολική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό το 86% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 10% αρκετά καλή.

Το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό και το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας τους και των εξετάσεων που έκαναν το 56% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή και το 22% αρκετά καλή.

Το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών του δείγματος ανάλογα με ποιότητα παροχής υπηρεσιών ως προς την συνολική εντύπωση που αποκόμισαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας 68% αξιολογούν τη ποιότητα πολύ καλή.

Παρά το μικρό δείγμα συμπεραίνουμε ότι:

- ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών υγείας είναι μέτριος έως υψηλός για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες
- ο βαθμός ικανοποίησης είναι υψηλός για το διοικητικό, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό
- η συνολική ικανοποίηση από την ενημέρωση και τις οδηγίες του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού είναι μέτρια

- η συνολική ικανοποίηση των ασθενών υπηρεσιών ως προς την συνολική εντύπωση που αποκόμισαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ήταν μέτρια έως υψηλή

Πρέπει να τονίσουμε ότι ο αριθμός των ασθενών που ερευνήθηκαν είναι περιορισμένος και δεν μας επιτρέπεται να κάνουμε γενικεύσεις, όμως μπορούμε να αντλήσουμε χρήσιμες πληροφορίες.

Επιπλέον στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε έγινε προσπάθεια να καλυφθούν οι σημαντικότερες διαστάσεις μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών όμως δεν έδινε τη δυνατότητα για την ανεύρεση των αιτιών εκείνων που επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη γνώμη των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Αν και η γενική εντύπωση που επικρατεί είναι ότι τα Ελληνικά νοσοκομεία δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλει η σύγχρονη λειτουργία τους, τα αποτελέσματα της ερευνάς μας αποδεικνύουν σε μεγάλο βαθμό το αντίθετο.

Συμπερασματικά λοιπόν η ερευνητική μας υπόθεση δεν επαληθεύεται διότι αναβρέθηκαν μεγάλα ποσοστά ικανοποίησης σε όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, οπότε αυτό μας δίνει ελπίδες να πιστεύουμε ότι τα δημόσια νοσοκομεία προσφέρουν ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Τέλος , αν οι μελέτες αυτές επεκταθούν μπορεί να δημιουργηθεί μια βάση δεδομένων η οποία θα έχει σκοπό την αναβάθμιση την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. www.hosp-xanthi.gr
2. Γαλαζούδη Ε. Πτυχιακή εργασία «Εφαρμογή Μάρκετινγκ σε γενικά νοσοκομεία: Η Περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Ξάνθης»: 9-14, 56 .
3. www.economics.gr
4. Συνοπτικοί απολογισμοί 1999-2001 Γ.Ν. Ξάνθης
5. ΦΕΚ 81/4-4-2005 τεύχος Α' «Περιφερειακή Συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Αθήνα, 2005
6. Στοιχεία από το γραφείο προσωπικού από την «Κατάσταση οργανικών θέσεων» του Γ.Ν. Ξάνθης
7. ΒΑΡΟΥΦΑΚΗΣ Γ.(1996) «ΑΡΧΑΙΑ ΕΛΛΑΔΑ & ΠΟΙΟΤΗΤΑ», ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΙΟΛΟΣ, ΑΘΗΝΑ.
8. GROVES EW.(1908) « A plea for a Uniform Registration of Operation Results», Br. J. Med, 2:1008-9
9. FLEXNER A.(1910) «A medical education in the United States and Canada: A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching», BuUetin No 4, Boston, The Merrymount Press.
10. ROEMER M. I., MONTOYA-AGUILAR (1988) «Quality assessment and assurance in primary health care», WHO Offset Publication No 105.
11. THOMPSON RE.(1980) «Next steps in implementing quality appraisal/action plans in hospitals», Thompson, Mohr & Associates Inc.
12. Θεοδώρου Μάμας, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης (1997), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα (Εκδ. ιδίων συγγραφέων): 324-325
13. Ράγια Αφροδίτη (1994) , Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, τόμος 5, τεύχος 30, Σεπτέμβριος- Οκτώβριος 1994: 317-320
14. Σιγάλας Ιωακίμ (1999), Η ποιότητα στις υπηρεσίες Υγείας, Επιθεώρηση της Υγείας, τόμος 8, τεύχος 44, Ιανουάριος Φεβρουάριος 1999: 45-50
15. Πολύζος Νίκος (1995), Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και Δείκτες Νοσοκομειακού Προϊόντος, Επιθεώρηση Υγείας, 31, Μάρτιος-Απρίλιος 1995: 95-102
16. Μουτζόγλου Αναστάσιος (1997), Η Διασφάλιση της Ποιότητας στα Νοσοκομεία, Επιθεώρηση Υγείας, 46, Μάιος- Ιούνιος 1997: 34-37
17. Μπινιώρης Σπύρος (1995), Συνολική Διασφάλιση της Ποιότητας στα Νοσοκομεία, επιθεώρηση Υγείας, 30 , Ιανουάριος Φεβρουάριος 1995: 59-64
18. PARK RE, BROOK RH, KOSECOFF J et al.(1990) «Explaining variations in hospital death rates: Randomness, severity of illness and quality of care», JAMA, 264:484-90
19. McGUIRE HH, HORSLEY SJ & SALTER DR. (1992) «Measuring and managing quality of surgery: Statistical vs. incidental approaches», Arch. Surg. 127:733-8
20. SANAZARO PJ.(1980) «Quality assessment and quality assurance in medical care», Ann.Rev. Public Health, 1:37-68.
21. SMITH T.(1990) «Medical audit (editorial)», Br. Med. J., 300:65.
22. McSHERRY CK.(1976) «Quality assurance: The cost of utilisation review and the educational value of medical audit in a university hospital», Surgery, 80:122-9.
23. NELSON EC, LARSON CO, DAVIES AR, GUSTAFSON D, FERREIRA PL & WARE JE(1991) «The patient comment card: A system to gather customer feedback», QRB, 17:278-85.

24. FITZPATRICK R.(1991) «Surveys of patient satisfaction»,*Br. Med. J.*,302:887-9.
25. RUNCIMAN WB.(1989) «Report from the Australian Patient Safety Foundation: Australasian incident monitoring study»,*Anaesth. Intensive Care*, 17:107-8.
26. WRIGHT D., MACKENZIE SJ, BUCHAN I, CAIRNS CS & PRICE LE.(1991) «Critical incidents in the intensive therapy unit»,*Lancet*, 338:676-8.
- Batalden P, Stoltz P: A Framework for the Continual Improvement of Health Care. *Clinical CQI: A Book of Readings*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1995.
27. BERWICK DM & KNAPP MG.(1987) «Theory and practice for measuring health care quality»,*Health Care Fin. Rev.*, 9:S49-55.
28. ROBERTS JS, COALE JG & REDMAN RR.(1987) «A history of the Joint Commission on accreditation of hospitals»,*JAMA*, 258:936-40.
29. SCHOENBAUM SC. & GOTTLEIB LK.(1990) «Algorithm based improvement of clinical quality»,*Br. Med. J.*,301:1374-6.
30. FLETCHER RH & FLETCHER SW(1990) «Clinical practice guidehnes(editorial)». *Ann. Intern. Med.*, 113:645-6.
31. LOMAS J, ANDERSON GM, DOMNICK-RIERRE K, VAYDA E, ENKIN MW & HANNAH WJ.(1989) «Do practice guidelines guide practice?», *N. Engl. J. Med.*, 321:1306-11.
32. HEATH DA.(1990) «Random review of hospital patient records»,*Br. Med.* 1,300:651-2.
33. BENNETT J & WALSHE K.(1990) «Occurrence screening as a method of audit»,*Br. Med. J.*, 300:1248-51.
34. KOSKA MT. (1990) «Case study: Quality improvement in a diversified health centeo», *Hospitals*, 64:38-9.
35. Deming WE: *The New Economics for Industry, Education, Government* Cambridge, MA:Massachusetts Institute of Technology. Center for Advanced Enginnering Study, 1993.
36. Shewhart WAQ *The Economic Control of the Quality of the Manufactured Product*. New YorkQ Van nostrand, 1931; repinted Miiwwaukee: ASQC Quaiity Press,1980
37. Herzberg FM: Mausner B, Snyderman BB: *The Motivation to Work*. New York: Wiley,959; reprinted New Brunswick, N J: Transaction Publishing, 1993.
38. Revans RW: *Standards for Morale: Cause and Effect in Hospitals*. London: Oxford University Press, 1964.
39. Batalden P, Stoltz P: *A Frameworks for the Continual Improvement of Health Care*. *Clinical CQI: A Book of Readings*. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1995
40. Sahney VK, Warden GL: *The process of total quality management in health care*.
41. Kanji G, Asher M: *100 Methods for Total Quality Management* Sage Publications,London, 1998.
42. Ishikava, 1982; Kume, 1987; Plsek, 1992: *Statistical Methods for Quality Improvement*. Tokyo: Association for Overseas Technical Schoiarhip,1987.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

1. ΗΛΙΚΙΑ(ΕΤΗ):.....

2.ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ ΘΥΛΗ

3.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:.....

4. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ:.....

5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:.....

6. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ(ΝΟΜΟΣ):.....

7. ΠΕΡΙΟΧΗ: ΑΣΤΙΚΗ ΑΓΡΟΤΙΚΗ

8. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ:.....

9.ΕΧΕΤΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ: ΝΑΙ ΟΧΙ

10. ΣΕ ΠΟΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΤΕ;:.....

11. ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΑΙ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

12. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΚΑΝΕΤΕ Η ΘΑ ΚΑΝΕΤΕ ;

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

13. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ Η ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ ΠΟΥ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΕΚΠΛΗΡΩΣΕΤΕ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

14.ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΔΙΝΕΙ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΓΙΑ ΤΟ ΠΩΣ ΘΑ ΦΡΟΝΤΙΖΕΤΑΙ ΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΤΟΣΟ ΜΕ-ΣΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΟΣΟ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΞΟΔΟ ΣΑΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ ;

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

15.ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΑΙ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

16.ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΠΩΣ Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΙ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΝΑΙ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

17.ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΣΤΕ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

18. ΠΩΣ ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΤΑΙ ΤΗΝ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

19. ΑΞΙΟΛΟΓΕΙΣΤΕ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

20. ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΜΕΡΑ ΠΟΥ ΗΡΘΑΤΕ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΡΑΦΕΙΟΚΡΑΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗΝ ΜΟΝΑΔΑ ΤΗ ΒΡΗΚΑΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΗ;

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

21. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΡΟΠΟ ΚΑΙ ΤΙΣ ΩΡΕΣ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟΥ;

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

22. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΚΤΙΡΙΑΚΕΣ ΕΓΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ;

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

ΛΟΙΠΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ:

23. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

24. ΗΣΥΧΙΑ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

25. ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ WC:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

26. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΛΟΙΠΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

27. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΑΓΗΤΟΥ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

28.ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΕΝΤΥΠΩΣΗ ΠΟΥ ΑΠΟΚΟΜΙΣΑΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΑΣ:

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΑΡΚΕΤΑ ΚΑΛΗ

ΚΑΛΗ ΚΑΚΗ

29. ΕΜΠΙΣΤΕΥΕΣΤΕ ΤΟΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ ΤΟ ΔΗΜΟΣΙΟ;:

ΝΑΙ ΟΧΙ

30.ΑΝ.ΝΑΙ
ΓΙΑΤΙ;.....
.....
.....

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΡΟΑΙΡΕΤΙΚΑ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



01100810404050028

ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 81

4 Απριλίου 2005

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3329

*Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και
λοιπές διατάξεις.*

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Άρθρο 1

Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Π.Ε.)

1. Η επικράτεια διαιρείται σε Υγειονομικές Περιφέρειες, οι οποίες ταυτίζονται με τις Διοικητικές. Έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ορίζεται η έδρα της αντίστοιχης Διοικητικής Περιφέρειας. Κατ' εξαίρεση, η Περιφέρεια Αττικής διαιρείται σε τρεις Υγειονομικές Περιφέρειες και οι Περιφέρειες Κεντρικής Μακεδονίας και Νοτίου Αιγαίου διαιρούνται σε δύο Υγειονομικές Περιφέρειες η καθεμία.

Ειδικότερα:

Α. Η Α' Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής περιλαμβάνει:

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

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

Έδρα της Α' Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αθηναίων.

Β. Η Β' Υγειονομική Περιφέρεια 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 Αθήνας που περικλείεται μεταξύ των λεωφόρων Μεσογείων και Κατεχάκη και έχει όρια με τους Δήμους Παπάγου και Χολαργού.

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

Έδρα της Β' Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής ορίζεται ο Δήμος Αγίας Παρασκευής.

Γ. Η Γ' Υγειονομική Περιφέρεια 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 της Γ' Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής ορίζεται ο Δήμος Πειραιά.

Δ. Η Δ' Υγειονομική Περιφέρεια 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 Καυταντζόγλου.

β) Τους Δήμους Αγίου Γεωργίου, Απολλωνίας, Αρεθούσης, Βασιλικών, Επανομής, Θερμαϊκού, Θέρμης, Καλαμαριάς, Καλλινδοίων, Κορώνειας, 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.

κής.

Έδρα της Α' Υγειονομικής Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

Ε. Η Β' Υγειονομική Περιφέρεια 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, Αξίου, Ασσήρου, Βερτίσκου, Εγνατίας, Ελευθερίου - Κορδελιού, Εύοσμου, Εχεδώρου, Καλλιθέας, Κουφαλίων, Λαγκαδά, Λαχανά, Μενεμένης, Μυγδονίας, Νεαπόλεως, Πολίχνης, Σταυρουπόλεως, Συκεών, Χαλάστρας, Χαλκηδόνος, 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 της Β' Υγειονομικής Περιφέρειας Κεντρικής Μακεδονίας ορίζεται ο Δήμος Θεσσαλονίκης.

ΣΤ. Η Α' Υγειονομική Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου περιλαμβάνει τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κυκλάδων.

Έδρα της Α' Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου ορίζεται ο Δήμος Ερμούπολεως.

Ζ. Η Β' Υγειονομική Περιφέρεια Νοτίου Αιγαίου περιλαμβάνει τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δωδεκανήσου.

Έδρα της Β' Υγειονομικής Περιφέρειας Νοτίου Αιγαίου ορίζεται ο Δήμος Ρόδου.

2. Στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνιστάται Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου με την επωνυμία "Διοίκηση Υγειονομικής Περιφέρειας Δ.Υ.ΠΕ.", που συμπληρώνεται από το όνομα της οικείας Περιφέρειας.

Η κάθε Δ.Υ.ΠΕ. έχει δικό της προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, αρχείο, σφραγίδα και Αριθμό Φορολογικού Μητρώου (Α.Φ.Μ.). Έδρα έχει την πόλη όπου εδρεύει η Περιφέρεια και εποπτεύεται και ελέγχεται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3. Η έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί να μεταβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης επιτρέπεται, για λειτουργικούς λόγους, να υπάγονται ορισμένες περιοχές ή ορισμένες μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης ορισμένων περιοχών μιας Υγειονομικής Περιφέρειας σε άλλη Υγειονομική Περιφέρεια.

5. Στο ελληνικό Δημόσιο περιέρχεται αυτοδικαίως, κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου, το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας των Πε.Σ.Υ.Π., των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 109 του Συντάγματος και των διατάξεων περί κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαβέβαι τα ως άνω περιουσιακά στοιχεία, για τα οποία υπάρχει δέσμευση από τις περί κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών διατάξεις, ειδικά και αποκλειστικά για το σκοπό

για τον οποίο αφιερώθηκαν και με τους όρους που τέθηκαν με τις πράξεις εν ζωή ή απία θανάτου. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης υποχρεούται στη διενέργεια απογραφής, μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2005, όλων των ακινήτων που περιέχονται στην κυριότητα του ελληνικού Δημοσίου, βάσει της ανωτέρω διάταξης. Οι Δ.Υ.ΠΕ., τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας διατηρούν την αποκλειστική χρήση των περιουσιακών στοιχείων που χρησιμοποιούν για την πραγματοποίηση των σκοπών τους, εξακολουθούν να έχουν τη διαχείριση των περιουσιακών τους στοιχείων που περιήλθαν στο ελληνικό Δημόσιο και βαρύνονται με τις πάσης φύσεως δαπάνες για την επισκευή και συντήρησή τους.

Άρθρο 2

Σκοπός της Δ.Υ.ΠΕ.

Σκοπός της Δ.Υ.ΠΕ. είναι:

α) Ο προγραμματισμός, συντονισμός, εποπτεία και έλεγχος στα όρια της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, της λειτουργίας όλων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (εφεξής ΦΠΥΥΚΑ). Ως Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι ακόλουθοι:

(1) Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας,

(2) Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης,

(3) Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

β) Η υποβολή, προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εισηγήσεων, μέτρων και προτάσεων που αποσκοπούν στην πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειας τους.

γ) Η παρακολούθηση της εφαρμογής, από τις Διοικήσεις των εποπτευόμενων ΦΠΥΥΚΑ, της πολιτικής που χαράσσεται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 3

Όργανα Διοίκησης της Υγειονομικής Περιφέρειας

1. Όργανα διοίκησης της Δ.Υ.ΠΕ. είναι:

α) ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας και β) το Διοικητικό Συμβούλιο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ..

2. Σε κάθε Δ.Υ.ΠΕ. συνιστάται μία οργανική θέση της κατηγορίας ΕΘ του άρθρου 79 του Ν. 2683/1999, με βαθμό 1ο, η οποία καταλαμβάνεται από τον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας. Ο Διοικητής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από γνώμη της Βουλής των Ελλήνων, κατά τα οριζόμενα στον Κανονισμό αυτής, με διετή θητεία, η οποία μπορεί να ανανεώνεται με όμοιο τρόπο. Σε περίπτωση ανανέωσης της θητείας, δεν απαιτείται η γνώμη της Βουλής. Επιτρέπεται η πρόωγη λήξη της θητείας του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, για σπουδαίο λόγο σχετικό με την άσκηση των καθηκόντων του, αζημίως για το Δημόσιο, όπως και η απόσπαση του σε άλλη Περιφέρεια για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας είναι: πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, δοκιμασμένη ικανότητα σε θέματα οργάνωσης και διοίκησης, συνεκτιμωμένων των μεταπτυχιακών σπουδών και της επιστημονικής εξειδίκευσης σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης και διοίκησης, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας.

3. Σε θέση Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας επιτρέπεται να διορίζονται και δημόσιοι λειτουργοί ή υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και Ν.Π.Δ.Δ. ή στελέχη οργανισμών ή τραπεζών ή άλλων φορέων του δημόσιου τομέα, καθώς και μέλη ΔΕΠ Α.Ε.Ι., και Εκπαιδευτικού Προσωπικού (ΕΠ) των Τ.Ε.Ι., εφαρμοζόμενων των διατάξεων του άρθρου 32 παρ. 18 του Ν. 2190/1994 (ΦΕΚ 28 Α'), της παρ. 6 του άρθρου 8 του Ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α'), και του άρθρου 4 του γ. 2198/1994 (ΦΕΚ 43 Α'), όπως κάθε φορά ισχύουν, καθώς και των διατάξεων του άρθρου 14 του Ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218 Α'), προκειμένου περί μελών ΔΕΠ των Α.Ε.Ι. ή ΕΠ των Τ.Ε.Ι. μερικής απασχόλησης. Προϋπόθεση, για να επιλεγούν 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 ημερών από την πρωτοκόλληση του εγγράφου ερωτήματος της αρμόδιας υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Μετά τη λήξη ή τη διακοπή της θητείας τους, οι λειτουργοί και υπάλληλοι του προηγούμενου εδαφίου επανέρχονται στην προηγούμενη θέση τους και ο αντίστοιχος χρόνος της θητείας τους θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία σε θέση προϊσταμένου τμήματος ή διεύθυνσης, προκειμένου να κριθούν για προαγωγή, κατά τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις. Η μισθοδοσία των ανωτέρω βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των Δ. ΥΠ.Ε..

4. Εφόσον οι υπηρετούντες κατά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού Πρόεδροι Γενικοί Διευθυντές των Πε.Σ.Υ.Π. επανεπιλεγούν από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για θέση Διοικητή Υγειονομικής Περιφέρειας, δεν απαιτείται, πριν το διορισμό τους, η γνώμη της Βουλής.

5. Ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Σχεδιάζει, προγραμματίζει, οργανώνει, συντονίζει και ελέγχει την εφαρμογή των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, που εκπονούνται και ασκούνται στην Περιφέρεια ευθύνης του, στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής υγείας.

2. Καταρτίζει και ενημερώνει σε μηνιαία βάση το χάρτη υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης της Περιφέρειάς του.

3. Καταρτίζει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην Περιφέρειά του και το υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. της Δ.Υ.Π.Ε., μετά από γνωμοδότηση της Ολομέλειας του οικείου Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.Π.Ε.).

4. Καταρτίζει το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών και το υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. της Δ.Υ.Π.Ε., μετά από γνωμοδότηση της Ολομέλειας του οικείου Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.Π.Ε.).

5. Εισηγείται στο Δ.Σ. της Δ.Υ.Π.Ε. την ίδρυση, μείωση, συγχώνευση ή μεταφορά μονάδων ή τμημάτων των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Περιφέρειας.

6. Εγκρίνει την ανέγερση, επέκταση, αναδιάρθρωση και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών των φορέων της Περιφέρειας του.

7. Επεξεργάζεται, αξιολογεί και εγκρίνει όλες τις προτάσεις των ΦΠΥΓΚΑ της Περιφέρειάς του, σχετικά με τους οργανισμούς τους, και τις υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. της Δ.Υ.Π.Ε.

8. Επεξεργάζεται και αξιολογεί, σε σχέση με το στρατηγικό και επιχειρησιακό σχεδιασμό, όλες τις προτάσεις και αιτήματα των ΦΠΥΓΚΑ της Περιφέρειάς του και τα υποβάλλει ανάλογα στα αρμόδια όργανα.

9. Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων προσωπικού για την Δ.Υ.Π.Ε. και τους ΦΠΥΓΚΑ της Περιφέρειάς του.

10. Εγκρίνει την επαναπροκήρυξη θέσεων ιατρών του Ε.Σ.Υ. και την παράταση παραμονής ειδικευόμενων ιατρών σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

11. Αποφασίζει για τις μετατάξεις, αποσπάσεις και μεταθέσεις του προσωπικού, πλην του ιατρικού, των ΦΠΥΓΚΑ ευθύνης του. Οι μετατάξεις, αποσπάσεις και μεταθέσεις του προσωπικού, πλην του ιατρικού, των ΦΠΥΓΚΑ μιας Υγειονομικής Περιφέρειας σε ΦΠΥΓΚΑ άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας γίνονται με κοινή απόφαση των Διοικητών των αντίστοιχων Υγειονομικών Περιφερειών, μετά από γνώμη των αρμόδιων συλλογικών οργάνων. Σε περίπτωση διαφωνίας των δύο Διοικητών, αυτές μπορεί να γίνουν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας μπορεί με αποφάσεις του να μετακινεί ιατρικό, επιστημονικό μη ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό των ΦΠΥΓΚΑ της Περιφέρειας του για κάλυψη εφημεριών ή άλλων αναγκών για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των τριών μηνών, μέσα στο ίδιο έτος.

12. Εγκρίνει την πρόσληψη επικουρικού προσωπικού για την κάλυψη επακτικών αναγκών.

13. Αποφασίζει την τοποθέτηση των Προϊσταμένων Διευθύνσεων, Τμημάτων και Γραφείων της Δ.Υ.Π.Ε., καθώς και των Προϊσταμένων Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων και Τομών των ΦΠΥΓΚΑ.

14. Αναθέτει προσωρινά καθήκοντα Προϊσταμένου Διεύθυνσης, Τμημάτων και Γραφείων της Δ.Υ.Π.Ε., μέχρι πλήρωσης αυτών.

15. Προσλαμβάνει το προσωπικό με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου ή αορίστου χρόνου της Δ.Υ.Π.Ε. και των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ.

16. Δίνει την έγκριση για τους προϋπολογισμούς της Δ.Υ.Π.Ε. και των άλλων φορέων αρμοδιότητας του, τις τροποποιήσεις και αναμορφώσεις τους, όπως και τους ισολογισμούς και απολογισμούς της οικονομικής χρήσης, προ της υποβολής τους για έγκριση στον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών.

17. Καταρτίζει το ενοποιημένο Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών (Ε.Π.Π.) των φορέων ευθύνης του και το αποστέλλει προς τελική έγκριση στο Δ.Σ. της Δ.Υ.Π.Ε.

Η ίδια διαδικασία επαναλαμβάνεται για τυχόν τροποποιήσεις αυτού.

18. Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού μέχρι του ποσού των 100.000 ευρώ ετησίως ανά ΦΠΥΓΚΑ και καθορίζει το φορέα διενέργειας του διαγωνισμού. Η παραπάνω διαδικασία ολοκληρώνεται εντός μηνός από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματος του ΦΠΥΓΚΑ στη Δ.Υ.ΠΕ..

19. Εισηγείται στο Δ.Σ. της οικείας Δ.Υ.ΠΕ. τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσά άνω των 100.000 ευρώ ετησίως ανά ΦΠΥΓΚΑ. Η παραπάνω διαδικασία ολοκληρώνεται εντός διμήνου από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματος του ΦΠΥΓΚΑ στη Δ.Υ.ΠΕ..

20. Παρακολουθεί και ελέγχει σε μηνιαία βάση την ορθή εκτέλεση των προϋπολογισμών και την εν γένει οικονομική λειτουργία των φορέων της περιοχής ευθύνης του.

21. Γνωμοδοτεί στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για το ύψος της επιχορήγησης των ΦΠΥΓΚΑ της Περιφέρειας του για την κάλυψη του κόστους των εφημερίων του Ιατρικού και λοιπού επιστημονικού προσωπικού, των ωρών υπερωριακής απασχόλησης και εργασίας κατά τις νυχτερινές ώρες και εξαιρέσιμες ημέρες του λοιπού προσωπικού των ΦΠΥΓΚΑ, καθώς και του προσωπικού της Δ.Υ.ΠΕ..

22. Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων της Δ.Υ.ΠΕ. και των ΦΠΥΓΚΑ ευθύνης του, την οποία υποβάλλει στο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ..

23. Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές για τη μελέτη, εισήγηση ή παροχή γνωμοδοτήσεων σε θέματα που αναφέρονται στη δραστηριότητα της Δ.Υ.ΠΕ. και των ΦΠΥΓΚΑ ευθύνης του.

24. Εισηγείται στο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. την εκπόνηση κοινών ερευνητικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το προσωπικό των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, αποφασίζει για την οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξη αυτών και παρακολουθεί την υλοποίησή τους, μετά την έγκρισή τους από το Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ..

25. Εισηγείται στο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. τη διενέργεια κοινών διαγωνισμών, μεταξύ των ΦΠΥΓΚΑ ευθύνης του, για την προμήθεια πάσης φύσεως εξοπλισμού και υλικού, την υλοποίηση μελετών και την ανάθεση υπηρεσιών.

Αποφασίζει για τον τρόπο και τις διαδικασίες διενέργειας των διαγωνισμών αυτών, μετά την έγκρισή τους από το Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ..

26. Εισηγείται στο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. την υλοποίηση προγραμμάτων κοινής λειτουργίας τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων των ΦΠΥΓΚΑ ευθύνης του.

27. Ασκει έλεγχο νομιμότητας των πράξεων των ΦΠΥΓΚΑ της Περιφέρειας του, οι οποίες του κοινοποιούνται υποχρεωτικώς.

28. Εισηγείται στο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. θέματα που αφορούν σε εκποίηση περιουσιακών στοιχείων της Δ.Υ.ΠΕ. και των ΦΠΥΓΚΑ ευθύνης του.

29. Εκπροσωπεί τη Δ.Υ.ΠΕ. δικαστικώς και εξωδικώς,

καθώς και έναντι τρίτων, και δύναται να αναθέτει την εκπροσώπηση της στον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. και να διορίζει πληρεξούσιους δικηγόρους.

30. Συγκαλεί τα συλλογικά όργανα της Δ.Υ.ΠΕ., συντάσσει την ημερήσια διάταξη και προεδρεύει των συνεδριάσεών τους.

31. Ενεργεί ως Γενικός Διευθυντής της Δ.Υ.ΠΕ. κατά τις οικείες διατάξεις του ισχύοντος Υπαλληλικού Κώδικα, ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια Έναρκτης Διοικητικής Εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο των φορέων ευθύνης του.

32. Μπορεί να μεταβιβάζει με πράξη του στον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ., στους Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές των Νοσοκομείων και σε ιεραρχικά υφιστάμενα του όργανα την εξουσία να υπογράψουν με εντολή του, πράξεις ή άλλα έγγραφα της αρμοδιότητας του και να ασκούν συγκεκριμένες αρμοδιότητες του.

33. Αποφασίζει για τη διάθεση σε άλλους φορείς του μη χρησιμοποιούμενου υλικού των ΦΠΥΓΚΑ ευθύνης του.

34. Αποφασίζει για τη σύσταση, αυτοτελώς ή από κοινού με τους Διοικητές άλλων Υγειονομικών Περιφερειών, Ανωνύμων Εταιριών, που το μετοχικό τους κεφάλαιο ανήκει κατά ποσοστό 100 % σε μία ή περισσότερες Δ.Υ.ΠΕ. και έχουν σκοπό τη μελέτη, κατασκευή ή συντήρηση κτιριακών υποδομών και του συναφούς εξοπλισμού, τη διενέργεια διαγωνισμών για τη σύναψη συμβάσεων, καθώς και την ανάπτυξη άλλων κοινών υποστηρικτικών λειτουργιών, όπως η φροντίδα για την καθαριότητα, φύλαξη, διαχείριση νοσοκομειακών αποβλήτων ή την τροφοδοσία των ΦΠΥΓΚΑ της Υγειονομικής Περιφέρειας, εξαιρουμένων των νοσηλευτικών και ιατρικών υπηρεσιών.

35. Εκδίδει τις αποφάσεις ή εντολές μετακίνησης των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των εποπτευόμενων Νοσοκομείων και των Διοικητών ή Προέδρων των εποπτευόμενων Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 2685/1999.

36. Ασκει όλες τις αρμοδιότητες που του αναθέτει το Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ..

6. Το Διοικητικό Συμβούλιο της Δ.Υ.ΠΕ. είναι επταμελές και αποτελείται από:

α) τον Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ. ως Πρόεδρο·

β) τρία πρόσωπα, με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα, που ορίζονται με τους αναπληρωτές τους από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ένα τουλάχιστον από τα πρόσωπα που προτείνει ο Υπουργός πρέπει να διαθέτει ιδιαίτερη επιστημονική κατάρτιση και δραστηριότητα στον τομέα της Κοινωνικής Αλληλεγγύης

γ) έναν εκπρόσωπο της Περιφέρειας, ο οποίος προτείνεται με τον αναπληρωτή του από τον Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας

δ) στις Υγειονομικές Περιφέρειες όπου υπάρχουν Πανεπιστημιακές Κλινικές, ένα 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, μαζί με τον αναπληρωτή του, ένας εκπρόσωπος των ιατρών της Περιφέρειας, με απόφαση του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου

ε) έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων στη Δ.Υ.ΠΕ., που εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από το σύνολο

των εργαζομένων στη Δ.Υ.ΠΕ..

Οι εκπρόσωποι και τα αιρετά μέλη, μαζί με τους αναπληρωτές τους, ορίζονται μέσα σε τριάντα ημέρες από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία, ορίζεται άλλο πρόσωπο ως μέλος του Δ.Σ., με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Μέχρι τότε, το Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. συγκροτείται νομίμως από τα υπόλοιπα μέλη.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης γίνεται η συγκρότηση του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ.. Με την απόφαση συγκρότησης του Δ.Σ., ορίζεται ένα από τα μέλη του ως Αντιπρόεδρος. Όταν ο Πρόεδρος κωλύεται, απουσιάζει ή ελλείπει, τον αναπληρώνει στη διεύθυνση των συνεδριάσεων του Δ.Σ. και στα λοιπά καθήκοντα του ο Αντιπρόεδρος, για διάστημα που δεν μπορεί να υπερβαίνει τους τρεις 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 διετής. Επιτρέπεται η αντικατάσταση μελών του Διοικητικού Συμβουλίου για σπουδαίο λόγο, για το υπόλοιπο της θητείας του. 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. μπορούν να καλούνται, προκειμένου να μετέχουν χωρίς ψήφο, οι Διοικητές των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ, όταν συζητούνται θέματα που αφορούν τις μονάδες τους, καθώς και οποιοσδήποτε υπάλληλος της Δ.Υ.ΠΕ. ή εκπρόσωπος οποιουδήποτε φορέα, κατά την κρίση του Προέδρου του.

Το Δ.Σ. συνέρχεται τακτικά μία φορά το μήνα και έκτακτα, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του Ν. 2690/1999.

Στα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου, πλην του Προέδρου και του Αντιπροέδρου, και στον υπάλληλο, που ασκεί καθήκοντα Γραμματέα, καταβάλλεται αποζημίωση για κάθε συνεδρίαση στην οποία μετέχουν, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Κοινωνικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

8. Το Διοικητικό Συμβούλιο της Δ.Υ.ΠΕ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης για την παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην Περιφέρεια του και το υποβάλλει προς τελική έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2. Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών και το υποβάλλει προς τελική έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από γνώμη της Γενικής Γραμματείας Πολιτικής Προστασίας.

3. Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης την ίδρυση, μείωση, συγχώνευση ή μεταφορά μονάδων ή τμημάτων των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Περιφέρειας.

4. Επεξεργάζεται, αξιολογεί και εγκρίνει όλες τις προ-

τάσεις των ΦΠΥΓΚΑ της Περιφέρειας του, σχετικά με τους οργανισμούς τους, και τις υποβάλλει προς τελική έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

5. Εγκρίνει το ενοποιημένο Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών (Ε.Π.Π.) των φορέων ευθύνης του, καθώς και τις τροποποιήσεις αυτού και το υποβάλλει προς τελική έγκριση στο Υπουργείο Ανάπτυξης.

6. Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσά άνω των 100.000 ευρώ και μέχρι το ποσό των 234.000 ευρώ ετησίως ανά ΦΠΥΓΚΑ και καθορίζει το φορέα διενέργειας του διαγωνισμού. Η παραπάνω διαδικασία ολοκληρώνεται εντός τριμήνου από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματος του ΦΠΥΓΚΑ στη Δ.Υ.ΠΕ..

7. Εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσά άνω των 234.000 ευρώ ετησίως ανά ΦΠΥΓΚΑ. Η παραπάνω διαδικασία ολοκληρώνεται εντός τριμήνου από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματος του ΦΠΥΓΚΑ στη Δ.Υ.ΠΕ..

8. Εγκρίνει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων στην περιοχή ευθύνης του την οποία υποβάλλει στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

9. Εγκρίνει την εκπόνηση κοινών ερευνητικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το προσωπικό των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

10. Εγκρίνει τη διενέργεια κοινών διαγωνισμών, μεταξύ των ΦΠΥΓΚΑ ευθύνης του, για την προμήθεια πάσης φύσεως εξοπλισμού και υλικού, την υλοποίηση μελετών και την ανάθεση υπηρεσιών.

11. Εγκρίνει την υλοποίηση προγραμμάτων κοινής λειτουργίας τμημάτων, εργαστηρίων και μονάδων των ΦΠΥΓΚΑ ευθύνης του.

12. Εγκρίνει, με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 109 του Συντάγματος, τη σκοπιμότητα των αποφάσεων των οργάνων διοίκησης των φορέων για την εκποίηση περιουσιακών στοιχείων.

13. Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ.

14. Εκδίδει τις αποφάσεις ή εντολές μετακίνησης του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 3 του Ν. 2685/1999.

9.0 Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ., ο οποίος είναι πλήρους αλλά μη αποκλειστικής απασχόλησης, έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Ελέγχει την εφαρμογή των πολιτικών Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκπονούνται στην οικεία Υγειονομική Περιφέρεια.

2. Συντονίζει τους Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αξιολογεί το παραγόμενο έργο τους και συντάσσει τριμηνιαία και ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία υποβάλλει στο Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Εκπονεί και ενημερώνει, σε μηνιαία βάση, το χάρτη κοινωνικής αλληλεγγύης της Περιφέρειας του.

4. Εκπονεί το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης της οικείας περιφέρειας και το υποβάλλει στο Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

5. Επεξεργάζεται και αξιολογεί προτάσεις και αιτήματα των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης και τα υποβάλλει στο Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

6. Εισηγείται στο Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης της Περιφέρειας του.

7. Υποβάλλει προς έγκριση στο Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας τον προϋπολογισμό των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης, τις τροποποιήσεις και αναμορφώσεις του, καθώς και τον ισολογισμό και απολογισμό της οικονομικής χρήσης.

8. Παρακολουθεί και ελέγχει σε μηνιαία βάση την ορθή εκτέλεση των προϋπολογισμών και την εν γένει οικονομική λειτουργία των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης της οικείας Περιφέρειας.

9. Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές για τη μελέτη, εισήγηση ή παροχή γνωμοδοτήσεων σε θέματα που αναφέρονται στη δραστηριότητα των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

10. Εκπροσωπεί τη Δ.Υ.ΠΕ. και τους Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης, κατόπιν εξουσιοδοτήσεως από το Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

11. Ασκεί τις αρμοδιότητες που του αναθέτει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας.

10. Οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδόματα του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ. ορίζονται, χωρίς περιορισμό ως προς το ύψος τους από άλλες γενικές ή ειδικές διατάξεις, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με την ίδια απόφαση παρέχονται επιδόματα εορτών και άδειας, καθώς και αποζημίωση για έξοδα κίνησης και έξοδα παράστασης. Με την ίδια απόφαση καθορίζονται και οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές και επιδόματα του Αντιπροέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου της Δ.Υ.ΠΕ.. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές, επιδόματα εορτών και άδειας του Συμβούλου Επικοινωνίας και του επιστημονικού προσωπικού των Δ.Υ.ΠΕ., το οποίο προβλέπεται στην παρ. 13 του άρθρου 4 του παρόντος νόμου.

Άρθρο 4

Οργάνωση και Στελέχωση της Δ.Υ.ΠΕ.

1. Η Δ.Υ.ΠΕ. συγκροτείται από τις ακόλουθες Διευθύνσεις και Γραφεία:

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

α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας,

γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης.

Β. Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης, που περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης,

β) Τμήμα Προμηθειών.

Γ. Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων,

β) Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών,

γ) Τμήμα Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων.

Δ. Διεύθυνση Πληροφορικής, που περιλαμβάνει τα ακόλουθα τμήματα:

α) Τμήμα Συστημάτων Πληροφορικής,

β) Τμήμα Υποδομών Πληροφορικής.

Ε. Το Γραφείο Διοικητή

ΣΤ. Το Νομικό Γραφείο

Ζ. Το Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας

Η. Σε κάθε Δ.Υ.ΠΕ. συνιστάται Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών για θέματα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (ΚΕΠΥΚΑ).

2. Η Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτικών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει αρμοδιότητα για το σχεδιασμό των πολιτικών παροχής υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στην Υγειονομική Περιφέρεια, η οποία κατανέμεται στα τρία τμήματά της, ως εξής:

α) Το Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καταγράφει και αναλύει τα επιδημιολογικά, κοινωνιολογικά και περιβαλλοντικά στοιχεία, καθώς και κάθε άλλο στοιχείο απαραίτητο για τη χάραξη της πολιτικής υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην Περιφέρεια και με βάση τα στοιχεία αυτά, εκπονεί και επικαιροποιεί το Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της Υγειονομικής Περιφέρειας.

β) Το Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας υποστηρίζει τους ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Περιφέρειας, προκειμένου να ενταχθούν σε διαδικασίες πιστοποίησης και διαπίστευσης.

γ) Το Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης:

1) Διαχειρίζεται κονδύλια ερευνητικών, αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων, που προέρχονται από χρηματοδότηση αντίστοιχων επιστημονικών προτάσεων εργαζομένων στο Ε.Σ.Υ. και στις Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας. Η διαχείριση αυτή γίνεται μέσω Ειδικού Λογαριασμού Κονδυλίων Έρευνας και Ανάπτυξης (ΕΛΚΕΑ). 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 Λογαριασμού γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η διοίκηση και διαχείριση του Ειδικού Λογαριασμού πραγματοποιείται από τα όργανα διοίκησης και διαχείρισης του λογαριασμού τα οποία είναι: α) τριμελής επιτροπή, που αποτελείται από τον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, έναν Διευθυντή της Δ.Υ.ΠΕ. ή ενός από τους ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Περιφέρειας, που ορίζεται από τον Διοικητή της Περιφέρειας και τον Προϊστάμενο του Τμήματος Έρευνας και Ανάπτυξης και β) η Γραμματεία του λογαριασμού.

2) Προκηρύσσει και χρηματοδοτεί από τα αποθεματικά του Ειδικού Λογαριασμού ερευνητικά, αναπτυξιακά ή εκπαιδευτικά προγράμματα, που είναι απαραίτητα για τη

βελτίωση της ποιότητας και αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό.

3) Μεριμνά για την εκμετάλλευση των αποτελεσμάτων των ερευνητικών προγραμμάτων και ευρεσιτεχνιών, όπως αυτή καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3. Η Διεύθυνση Οικονομικής Οργάνωσης και Υποστήριξης είναι αρμόδια για την υποστήριξη και τον έλεγχο της οικονομικής λειτουργίας της Δ.Υ.ΠΕ. και των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ. Η αρμοδιότητα αυτή κατανέμεται στα τμήματα της ως ακολούθως:

α) Το Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης:

1) Συντάσσει τον Προϋπολογισμό, Απολογισμό, Ισολογισμό της Δ.Υ.ΠΕ. και έχει όλες τις αρμοδιότητες οικονομικής υποστήριξης των Διευθύνσεων της Δ.Υ.ΠΕ. και ειδικότερα: Μεριμνά για την εκκαθάριση και την καταβολή των τακτικών και πρόσθετων αποδοχών του προσωπικού της Δ.Υ.ΠΕ. και διενεργεί τις πάσης φύσεως πληρωμές, τριετή τα προβλεπόμενα λογιστικά βιβλία, στοιχεία και λογαριασμούς και μεριμνά για την εκκαθάριση και καταβολή των λειτουργικών και λοιπών δαπανών της Δ.Υ.ΠΕ..

2) Παρακολουθεί και παρεμβαίνει στη σύνταξη των προϋπολογισμών και των τροποποιήσεων αυτών των ΦΠΥΓΚΑ της Περιφέρειας και μεριμνά για τον έλεγχο της εκτέλεσης των ανωτέρω προϋπολογισμών σε μηνιαία και ετήσια βάση.

3) Ελέγχει τους Απολογισμούς και Ισολογισμούς των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

4) Αξιολογεί τη διαχείριση των περιουσιακών στοιχείων των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

5) Μεριμνά για την εφαρμογή του διπλογραφικού λογιστικού συστήματος και της αναλυτικής λογιστικής από τους ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

β) Το Τμήμα Προμηθειών συγκεντρώνει τα Ενιαία Προγράμματα Προμηθειών της Δ.Υ.ΠΕ. και όλων των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, καθώς και τις τροποποιήσεις τους, και τα αξιολογεί, ελέγχει, εγκρίνει και ενοποιεί. Το ενοποιημένο Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών υποβάλλεται ακολούθως στο Υπουργείο Ανάπτυξης, κοινοποιούμενο στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης μπορεί να διενεργεί διαγωνισμούς κατά τις κείμενες διατάξεις.

4. Η Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι αρμόδια για την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, η οποία κατανέμεται στα τμήματα ως ακολούθως:

α) Το Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων είναι αρμόδιο για:

1) το σχεδιασμό για την κάλυψη των αναγκών σε ανθρώπινο δυναμικό που έχουν οι ΦΠΥΓΚΑ της Δ.Υ.ΠΕ.,

2) τη μέριμνα για τις διαθέσεις, αποσπάσεις, μετατάξεις και εν γένει μετακινήσεις του αναγκαίου προσωπικού προς κάλυψη δημιουργούμενων αναγκών, ανάμεσα στους ΦΠΥΓΚΑ της Υγειονομικής Περιφέρειας,

3) την παρακολούθηση όλων των θεμάτων υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού της Δ.Υ.ΠΕ..

β) Το Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης και Διεθνών Συνεργασιών είναι αρμόδιο για τον προγραμματισμό εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων και τη συμμετοχή του προσωπικού της Δ.Υ.ΠΕ. και των ΦΠΥΓΚΑ σε αυτές.

γ) Το Τμήμα Υγιεινής και Ασφάλειας των Εργαζομένων μεριμνά για την Υγιεινή και Ασφάλεια των Εργαζομένων της Δ.Υ.ΠΕ. και των ΦΠΥΓΚΑ της Περιφέρειας.

5. Η Διεύθυνση Πληροφορικής είναι αρμόδια για την υποστήριξη της Δ.Υ.ΠΕ. και των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας με σύγχρονα συστήματα πληροφορικής.

6. Το Γραφείο Διοικητή είναι αρμόδιο για την υποβοήθηση του έργου του Διοικητή και του Αντιπροέδρου του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ.

7. Το Νομικό Γραφείο είναι αρμόδιο για τη νομική καθοδήγηση των οργάνων της Δ.Υ.ΠΕ. και τη δικαστική ή εξώδικη υποστήριξη της.

8. Το Γραφείο Τύπου και Επικοινωνίας είναι αρμόδιο για τις δημόσιες σχέσεις της Δ.Υ.ΠΕ. και ειδικότερα για τη σύνταξη και έκδοση ημερήσιου δελτίου τύπου, την ενημέρωση της Διοίκησης και των υπηρεσιών της Δ.Υ.ΠΕ. επί των δημοσιευμάτων του τύπου που αφορούν τη δραστηριότητα της Δ.Υ.ΠΕ. και των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ, καθώς και για τη διοργάνωση συνεδρίων, ημερίδων, συνελεύσεων και λοιπών εκδηλώσεων.

9. Το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πολιτών σε θέματα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης λειτουργεί ως αυτοτελές τμήμα, υπαγόμενο απευθείας στο Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας. Με απόφαση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζεται η οργάνωση και ο κανονισμός λειτουργίας του.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορεί, μετά από αίτηση τους, να αποσπώνται στη Δ.Υ.ΠΕ., χωρίς γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων και για χρονικό διάστημα μέχρι ενός έτους, που μπορεί να ανανεώνεται μόνο μια φορά και για ίσο χρονικό διάστημα, μετά από γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων, για κάλυψη των λειτουργικών αναγκών της Δ.Υ.ΠΕ., ιατροί και υπάλληλοι, πλην του νοσηλευτικού προσωπικού, των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, καθώς και του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. 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 απόσπασης τους, να λαμβάνουν, από το φορέα υποδοχής τους, πλήρεις τις τακτικές απολαβές της οργανικής τους θέσης.

11. Επιτρέπεται η μετάταξη υπαλλήλων, πλην του νοσηλευτικού προσωπικού, από Περιφέρειες, Υπουργεία ή Ν.Π.Δ.Δ. στις Δ.Υ.ΠΕ., 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, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη των οικείων Υπηρεσιακών Συμβουλίων ή Δ.Σ. των Ν.Π.Δ.Δ..

12. α) Οι μόνιμοι υπάλληλοι που κατέχουν οργανικές θέσεις στις Κεντρικές Υπηρεσίες των Πε.Σ.Υ.Π., καθώς και όσοι υπάλληλοι κατέχουν προσωρινές προσωποπαγείς θέσεις στις Κεντρικές Υπηρεσίες των Πε.Σ.Υ.Π. κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, μεταφέρονται αυτοδικαίως σε ομοίβαθμες οργανικές θέσεις των αντίστοιχων Δ.Υ.ΠΕ.. Αν δεν προβλέπεται στον οργανισμό της Δ.Υ.ΠΕ.

θέση αντίστοιχου κλάδου και ειδικότητας, καλύπτουν ανάλογη οργανική θέση, για την κατάληψη της οποίας έχουν τα απαιτούμενα τυπικά προσόντα ή προσωρινή προσωποπαγή ομοιόβαθμη θέση, που συνιστάται αυτοδικαίως και καταργείται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του υπαλλήλου από την Υπηρεσία. Το προσωπικό που υπηρετεί στις Κεντρικές Υπηρεσίες των Πε.Σ.Υ.Π. με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου μεταφέρεται στην αντίστοιχη Δ.Υ.ΠΕ. με την ίδια σχέση εργασίας.

β) Επιτρέπεται η μετάταξη στις Δ.Υ.ΠΕ. υπαλλήλων, πλην του νοσηλευτικού προσωπικού, που κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου έχουν αποσπαστεί ή μετακινηθεί και υπηρετούν σε Κεντρικές Υπηρεσίες των Πε.Σ.Υ.Π.. Η μετάταξη διενεργείται μετά από αίτηση των υπαλλήλων, που υποβάλλεται μέσα σε αποκλειστική προθεσμία τριάντα ημερών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται μετά από συνεκτίμηση των υπηρεσιακών αναγκών και γνώμη του Υπηρεσιακού Συμβουλίου που είναι αρμόδιο για τους υπαλλήλους της Δ.Υ.ΠΕ.. Η μετάταξη γίνεται σε ομοιόβαθμη κενή θέση, για την κατάληψη της οποίας ο μετατασσόμενος έχει τα απαιτούμενα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα.

γ) Επιτρέπεται η μετάταξη στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης των υπαλλήλων που κατέχουν οργανική θέση στην Κεντρική Υπηρεσία των Πε.Σ.Υ.Π. και είναι αποσπασμένοι στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κατά την ημερομηνία δημοσίευσης του παρόντος νόμου. Η μετάταξη γίνεται σε ομοιόβαθμη κενή θέση, για την κατάληψη της οποίας ο μετατασσόμενος έχει τα απαιτούμενα τυπικά και ουσιαστικά προσόντα.

δ) Η μετάταξη νοσηλευτικού προσωπικού σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 10, 11 και 12 του παρόντος άρθρου επιτρέπεται μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις και πραγματοποιείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

13. Σε κάθε Δ.Υ.ΠΕ. συνιστώνται θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, διάρκειας ενός έτους. Η σύμβαση αυτή δύναται να ανανεωθεί, μετά το τέλος της, μόνο για μία φορά και για χρονικό διάστημα μη υπερβαίνον το ένα έτος. Οι θέσεις αυτές είναι τρεις για τις Δ.Υ.ΠΕ. των Α', Β' και Γ' Υγειονομικών Περιφερειών Αττικής και δύο για τις Δ.Υ.ΠΕ. των υπόλοιπων Υγειονομικών Περιφερειών. Για το διορισμό στις ανωτέρω θέσεις απαιτείται πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, της ημεδαπής ή αλλοδαπής και επαρκής γνώση μιας ξένης γλώσσας. Στις Δ.Υ.ΠΕ. των Α', Β' και Γ' Υγειονομικών Περιφερειών Αττικής και στις Δ.Υ.ΠΕ. των Α' και Β' Υγειονομικών Περιφερειών Κεντρικής Μακεδονίας συνιστάται μία θέση Συμβούλου Επικοινωνίας με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, διάρκειας ενός έτους. Η σύμβαση αυτή δύναται να ανανεωθεί, μετά το τέλος της, μόνο για μία φορά και για χρονικό διάστημα μη υπερβαίνον το ένα έτος. Ο διορισμός στις ανωτέρω θέσεις γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

14. Τα ποσά που κατεβλήθησαν στους υπαλλήλους των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ.Π. κατ' εφαρμογή της διάταξης του άρθρου 14 του Ν. 3016/2002 και αφορούν το διάστημα από 1.1.2004 μέχρι 31.12.2004, δεν αναζητούνται.

15. Σε κάθε Δ.Υ.ΠΕ. συνιστώνται οι ακόλουθες θέσεις μόνιμων υπαλλήλων:

Α. Κατηγορία ΠΕ

α) Κλάδος ΠΕ Διοικητικός Οικονομικός, θέσεις τρεις.

β) Κλάδος ΠΕ Κοινωνικής Διοίκησης ή ΠΕ Κοινωνιολογίας, θέσεις τρεις.

γ) Κλάδος ΠΕ Διοικητικός Λογιστικός, θέσεις τέσσερις.

δ) Κλάδος ΠΕ Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, θέσεις τρεις.

ε) Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής, θέσεις τρεις, στ) Κλάδος ΠΕ Ιατρών, ΠΕ Νοσηλευτικής, θέσεις δύο.

ζ) Κλάδος ΠΕ Στατιστικής, θέση μία.

η) Μία θέση δικηγόρου νομικού συμβούλου με πάγια αντιμισθία. Προσόν διορισμού είναι η άδεια άσκησης δικηγορικού επαγγέλματος παρ' Αρειώ Πάγω ή παρ' Εφέταις.

θ) Κλάδος ΠΕ Ιατρών Εργασίας, θέση μία.

ι) Κλάδος ΠΕ Τεχνικών Ασφαλείας, θέση μία.

Β. Κατηγορία ΤΕ

α) Κλάδος ΤΕ Διοικητικός Λογιστικός, θέσεις οκτώ.

β) Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής, θέσεις δύο.

γ) Κλάδος ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, θέσεις πέντε.

δ) Κλάδος ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας, θέσεις δύο.

Γ. Κατηγορία ΔΕ

α) Κλάδος ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων, θέσεις έξι.

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

Δ. Κατηγορία ΥΕ

α) Κλάδος ΥΕ Επιμελητών, θέσεις δύο.

β) Κλάδος ΥΕ Προσωπικού Καθαριότητας, θέσεις δύο.

16. Με απόφαση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, μπορεί να συνιστάται ενιαία Νομική Υπηρεσία, που αποτελείται από όλους τους δικηγόρους που υπηρετούν στη Δ.Υ.ΠΕ. και τους ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Περιφέρειας. Ο προϊστάμενος της υπηρεσίας αυτής επιλέγεται με απόφαση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας. Με απόφαση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας καθορίζεται η οργάνωση και ο κανονισμός λειτουργίας της ενιαίας νομικής υπηρεσίας.

17. Με απόφαση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, μπορεί να συνιστάται ενιαία Τεχνική Υπηρεσία, που αποτελείται από όλους τους ΠΕ, ΤΕ και ΔΕ υπαλλήλους των Τεχνικών Υπηρεσιών όλων ή ορισμένων ΦΠΥΓΚΑ της Υγειονομικής Περιφέρειας, οι οργανικές θέσεις των οποίων μεταφέρονται στη Δ.Υ.ΠΕ.. Σε περίπτωση κατάργησης της ενιαίας Τεχνικής Υπηρεσίας, οι οργανικές θέσεις επιστρέφουν στον οικείο ΦΠΥΓΚΑ. Ο προϊστάμενος της Διεύθυνσης αυτής επιλέγεται με απόφαση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου. Με απόφαση του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ. καθορίζεται η οργάνωση και ο κανονισμός λειτουργίας της ενιαίας τεχνικής υπηρεσίας.

18. Για έργα των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, να ορίζεται ως Προϊστάμενη Αρχή η Διοίκηση

της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας. Στην περίπτωση αυτή Διευθύνουσα Υπηρεσία είναι η Ενιαία Τεχνική Υπηρεσία της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, εφόσον αυτή έχει συσταθεί, και Τεχνικό Συμβούλιο το Τεχνικό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

19. Στην έδρα της κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνιστάται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο, στο οποίο, με την επιφύλαξη της διάταξης του άρθρου 158 παρ. 1 περ. α' του Ν. 2683/1999, υπάγονται όλοι οι μόνιμοι ή συνδεδεμένοι με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου υπάλληλοι της Δ.Υ.ΠΕ., με εξαίρεση τους ιατρούς ΕΣΥ, για θέματα της υπηρεσιακής τους κατάστασης. Με ανάλογο τρόπο συνιστώνται : α) Υπηρεσιακά Συμβούλια ή Κοινά Υπηρεσιακά Συμβούλια Νοσοκομείων, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 159 του Ν. 2683/1999 και του άρθρου Β του παρόντος νόμου, στα οποία υπάγονται οι μόνιμοι ή συνδεδεμένοι με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου υπάλληλοι του Νοσοκομείου και των Κέντρων Υγείας, που αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες του αντίστοιχου Νοσοκομείου, με εξαίρεση τους ιατρούς Ε.Σ.Υ., για θέματα της υπηρεσιακής τους κατάστασης. Στα ανωτέρω Υπηρεσιακά Συμβούλια υπάγονται και όλοι οι ειδικευόμενοι ιατροί, για τα θέματα της υπηρεσιακής τους κατάστασης, β) Υπηρεσιακά Συμβούλια ή Κοινά Υπηρεσιακά Συμβούλια Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 159 του Ν. 2683/1999 και του άρθρου 20 του παρόντος νόμου, στα οποία υπάγονται οι μόνιμοι ή συνδεδεμένοι με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου υπάλληλοι των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, με εξαίρεση τους ιατρούς Ε.Σ.Υ., για θέματα της υπηρεσιακής τους κατάστασης. Στα ανωτέρω Υπηρεσιακά Συμβούλια υπάγονται και όλοι οι ειδικευόμενοι ιατροί, για τα θέματα της υπηρεσιακής τους κατάστασης.

20. Σε ό,τι αφορά στη σύνθεση, συγκρότηση και λειτουργία των παραπάνω Υπηρεσιακών Συμβουλίων, εφαρμόζονται οι διατάξεις του Ν. 3260/2004. Ο τρόπος, η διαδικασία και οι λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των υπαλλήλων καθορίζονται με την κοινή υπουργική απόφαση της παραγράφου 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') και ΔΙΚΠΡ/Φ80/54/11988/2.12.1988 (ΦΕΚ 876 Β') υπουργικών αποφάσεων. 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').

Άρθρο 5

Πόροι της Δ.Υ.ΠΕ.

Η Δ.Υ.ΠΕ. έχει τους εξής, ιδίως, πόρους:

α) Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

β) Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

γ) Ποσοστό 1 % επί των βεβαιωθέντων εσόδων των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α. της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.

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

ζ) Κάθε άλλο έσοδο που προκύπτει από τη δραστηριότητά της.

Άρθρο 6

Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών και Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ. και Σ.Υ.ΠΕ.)

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστάται Κεντρικό Συμβούλιο Υγειονομικών Περιφερειών (ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ.) που έχει ως σκοπό το συντονισμό του έργου των Διοικητών των Υγειονομικών Περιφερειών και την εναρμόνιση των πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη. Το ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ. αποτελείται από:

α) τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ως Πρόεδρο, αναπληρούμενο από τον Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

β) τον Γενικό Γραμματέα Κοινωνικής Αλληλεγγύης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, αναπληρούμενο από τον αντίστοιχο Γενικό Διευθυντή,

γ) τους Διοικητές όλων των Υγειονομικών Περιφερειών, αναπληρούμενος από τους Αντιπροέδρους των Δ.Σ. των Δ.Υ.ΠΕ..

2. Το ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ. συνέρχεται τακτικά κάθε δύο μήνες και κατά περίπτωση, για ειδικά θέματα, σε έκτακτες συνεδριάσεις, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του Ν. 2690/1999 (ΦΕΚ 45 Α'). Στις συνεδριάσεις του ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ. μπορούν να καλούνται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προκειμένου να μετέχουν χωρίς ψήφο, και άλλοι υπηρεσιακοί παράγοντες, όταν συζητούνται θέματα της αρμοδιότητάς τους.

3. Το ΚΕ.ΣΥ.Υ.ΠΕ. υποστηρίζεται από τις Υπηρεσίες της Γενικής Διεύθυνσης Διοικητικής Υποστήριξης και Τεχνικών Υποδομών του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, οι οποίες έχουν την ευθύνη για την τήρηση των πρακτικών των συνεδριάσεων, παρακολουθούν την εκτέλεση των αποφάσεων και γενικότερα εξασφαλίζουν τις προϋποθέσεις ομαλής επικοινωνίας μεταξύ των Δ.Υ.ΠΕ. και του Υπουργείου.

4. Στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας συνιστάται Συμβούλιο Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.ΠΕ.) που γνωμοδοτεί προς τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για θέματα ανάπτυξης των πολιτικών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην Περιφέρεια, το συντονισμό των Διοικήσεων των Νοσοκομείων και των λοιπών φορέων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και την εναρμόνιση των πολιτικών τους για την υγεία και την κοινωνική αλληλεγγύη. Το Σ.Υ.ΠΕ. αποτελείται από την Ολομέλεια και τη Συντονιστική Επιτροπή.

Η Ολομέλεια του Σ.Υ.ΠΕ. αποτελείται από:

α) τον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή του τον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ.,

β) τους Διοικητές των Νοσοκομείων της Υγειονομικής Περιφέρειας, με αναπληρωτές τους, τους Αναπληρωτές Διοικητές των αντίστοιχων Νοσοκομείων, όπου αυτοί υπάρχουν, ειδάλλως τους Προϊσταμένους της Διοικητικής Διεύθυνσης των Νοσοκομείων,

γ) έναν εκπρόσωπο της Διοικητικής Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται από τον Γενικό Γραμματέα της Περιφέρειας,

δ) έναν εκπρόσωπο από κάθε Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση που βρίσκεται στα όρια της Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται από τον Νομάρχη,

ε) στις Περιφέρειες που υπάρχουν πανεπιστημιακές κλινικές, έναν εκπρόσωπο του ιατρικού τμήματος, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Τμήματος,

στ) έναν εκπρόσωπο των ιατρών της Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου,

ζ) έναν εκπρόσωπο των οδοντιάτρων της Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας,

η) έναν εκπρόσωπο των νοσηλευτών της Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος,

θ) έναν εκπρόσωπο των φαρμακοποιών της Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου,

ι) έναν εκπρόσωπο των μαιών μαιευτών της Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του οικείου Συλλόγου μαιών μαιευτών,

ια) έναν εκπρόσωπο των Γενικών Ιατρών της Περιφέρειας, ο οποίος ορίζεται με τον αναπληρωτή του από την Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής,

ιβ) έναν εκπρόσωπο των Κοινωνικών Λειτουργών της Περιφέρειας, ο οποίος ορίζεται με τον αναπληρωτή του από το Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος,

ιγ) έναν εκπρόσωπο της Γ.Σ.Ε.Ε., με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. της Γ.Σ.Ε.Ε. και

ιδ) έναν εκπρόσωπο της Α.Δ.Ε.Δ.Υ., με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται από την Α.Δ.Ε.Δ.Υ..

Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία είκοσι ημερών από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία, ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Όταν η ημερήσια διάταξη των συνεδριάσεων περιλαμβάνει θέματα Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συμμετέχουν οι Πρόεδροι των Διοικητικών Συμβουλίων των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας της Υγειονομικής Περιφέρειας.

5. Η Ολομέλεια του Σ.Υ.ΠΕ. επιλαμβάνεται θεμάτων που αφορούν στη δημόσια υγεία, την προστασία και την προαγωγή της υγείας των κατοίκων της Υγειονομικής Περιφέρειας και έχει τις παρακάτω ειδικές αρμοδιότητες:

α) Γνωμοδοτεί για το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης που αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στην περιφέρεια ευθύνης του, το οποίο υπο-

βάλλει προς έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας.

β) Γνωμοδοτεί για το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών, το οποίο υποβάλλει προς έγκριση στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας.

γ) Γνωμοδοτεί, στο πλαίσιο του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδίου της Δ.Υ.ΠΕ., για την ίδρυση, μείωση, συγχώνευση ή μεταφορά του συνόλου, μονάδων ή τμημάτων των ΦΠΥΓΚΑ.

δ) Γνωμοδοτεί, στο πλαίσιο του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδίου της Υγειονομικής Περιφέρειας, για κάθε θέμα που της υποβάλει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας.

Η Ολομέλεια του Σ.Υ.ΠΕ. συνέρχεται τακτικά κάθε έξι μήνες και έκτακτα, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του Ν. 2690/1999. Τα μέλη της Ολομέλειας του Σ.Υ.ΠΕ. μπορούν να εισηγούνται στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας θέματα προς ένταξη στην ημερήσια διάταξη.

Οι αποφάσεις της Ολομέλειας, με έκθεση επ' αυτών του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, υποβάλλονται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για λήψη των σχετικών αποφάσεων.

6. Η Συντονιστική επιτροπή του Σ.Υ.ΠΕ. αποτελείται από:

α) τον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή του τον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ.,

β) τους Διοικητές των Νοσοκομείων της Υγειονομικής Περιφέρειας, με αναπληρωτές τους, τους Αναπληρωτές Διοικητές των αντίστοιχων Νοσοκομείων, όπου αυτοί υπάρχουν, ειδάλλως τους Προϊσταμένους της Διοικητικής Διεύθυνσης των Νοσοκομείων,

γ) τους Διευθυντές των τεσσάρων Διευθύνσεων της Δ.Υ.ΠΕ., με αναπληρωτή τους τον παλαιότερο προϊστάμενο της κάθε Διεύθυνσης.

Όταν η ημερήσια διάταξη των συνεδριάσεων περιλαμβάνει θέματα Υπηρεσιών Κοινωνικής Αλληλεγγύης, συμμετέχουν οι Πρόεδροι των Διοικητικών Συμβουλίων των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας.

7. Η Συντονιστική Επιτροπή του Σ.Υ.ΠΕ. έχει τις παρακάτω ειδικές αρμοδιότητες:

α) Συντονίζει και παρακολουθεί την εφαρμογή και εκτέλεση του επιχειρησιακού προγράμματος δράσης της Περιφέρειας, καθώς και των αποφάσεων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

β) Γνωμοδοτεί, στο πλαίσιο του στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδίου της Περιφέρειας, σε κάθε θέμα που της υποβάλει ο Διοικητής της Υγειονομικής Περιφέρειας.

γ) Αξιολογεί συγκριτικά την εν γένει λειτουργία τα φορέων του στη βάση ποιοτικών, ποσοτικών και οικονομικών δεικτών.

δ) Σχεδιάζει μέτρα για την ανάπτυξη και διαρκή βελτίωση των διαδικασιών οργάνωσης και λειτουργίας των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ και της Δ.Υ.ΠΕ..

ε) Σχεδιάζει μέτρα και προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, ανάπτυξης και αξιοποίησης των ανθρώπινων

πάρων, συντονίζει και παρακολουθεί την εκτέλεσή τους.

στ) Γνωμοδοτεί για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων των ΦΠΥΓΚΑ της Υγειονομικής Περιφέρειας.

ζ) Γνωμοδοτεί σχετικά με το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, κατά το τελευταίο τρίμηνο του έτους.

Η Συντονιστική Επιτροπή του Σ.Υ.ΠΕ. συνέρχεται τακτικά μία φορά το μήνα και έκτακτα, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου της και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του Ν. 2690/1999. Η Επιτροπή υποστηρίζεται από υπαλλήλους της αντίστοιχης Δ.Υ.ΠΕ., οριζόμενους από τον Διοικητή Υγειονομικής Περιφέρειας, οι οποίοι έχουν την ευθύνη για την τήρηση των πρακτικών των συνεδριάσεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ Ε.Σ.Υ.Κ.Α.

Άρθρο 7

Διοίκηση Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α.

1. Τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. που είχαν μετατραπεί σε αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π. με τη διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α' μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της αντίστοιχης Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος νόμου και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου Α.Φ.Μ.

2. Τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. διακρίνονται σε:

α) γενικά που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που εντάσσονται σε περισσότερες από μία θεραπευτικές κατηγορίες και

β) ειδικά που παρέχουν νοσηλεία σε ασθενείς που εντάσσονται σε μία θεραπευτική κατηγορία.

Νοσοκομεία τα οποία, κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, έχουν την ονομασία "Πανεπιστημιακό" τη διατηρούν και στο μέλλον. Η ονομασία αυτή μπορεί να μεταβληθεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3. Όργανα διοίκησης των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. είναι:

α) το Διοικητικό Συμβούλιο και β) ο Διοικητής του Νοσοκομείου.

4. Το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) είναι επταμελές για Νοσοκομεία μέχρι 399 οργανικές κλίνες και εννεαμελές για Νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες και αποτελείται από:

α) Τον Διοικητή του Νοσοκομείου ως Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου.

β) Τρία μέλη σε Νοσοκομεία έως 399 οργανικές κλίνες και τέσσερα μέλη σε Νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με τους αναπληρωτές τους. Από τα μέλη αυτά το ένα ορίζεται ως Αντιπρόεδρος, ο οποίος είναι μερικής απασχόλησης. Στα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, το ένα από τα μέλη που διορίζει ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, πρέπει υποχρεωτικά να είναι μέλος Δ.Ε.Π. της Ιατρικής Σχολής του οικείου Α.Ε.Ι..

γ) Τον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου, σε νοσοκομεία με 400 και άνω οργανικές κλίνες, με αναπληρωτή του τον Διευθυντή της Διοικητικής Υπηρεσίας.

δ) Έναν εκπρόσωπο των ιατρών που υπηρετούν στο Νοσοκομείο, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή, από τους ιατρούς Ε.Σ.Υ. και τους ιατρούς μέλη Δ.Ε.Π. που υπηρετούν στο Νοσοκομείο.

ε) Τον Διευθυντή της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, με αναπληρωτή του τον αρχαιότερο Διευθυντή Νοσηλευτικού τομέα.

στ) Έναν εκπρόσωπο του λοιπού, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικού του Νοσοκομείου, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από το λοιπό, πλην των ιατρών Ε.Σ.Υ., προσωπικό του Νοσοκομείου.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. ορίζει την ημερήσια διάταξη της συνεδρίασης του Δ.Σ. και τους εισηγητές των θεμάτων. Ο Πρόεδρος 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.

Ο Διοικητής του Νοσοκομείου αναπληρώνεται από τον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. στα καθήκοντά του ως Προέδρου του Δ.Σ., ενώ στα καθήκοντά του ως Διοικητή αναπληρώνεται από τον Αναπληρωτή Διοικητή και όπου αυτός δεν υπάρχει από τον Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας. Τα μέλη του Δ.Σ. είναι εισηγητές για τα θέματα της αρμοδιότητάς τους.

5. Το Δ.Σ. συνέρχεται τακτικά δύο φορές το μήνα και έκτακτα, ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 13, 14 και 15 του Ν. 2690/1999.

6. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του Νοσοκομείου και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας προς τελική έγκριση και ένταξη του στο επιχειρησιακό σχέδιο της Υγειονομικής Περιφέρειας.

2. Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών του Νοσοκομείου και το υποβάλλει προς τελική έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Εγκρίνει τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

4. Εγκρίνει την ανέγερση, επέκταση, αναδιάρθρωση και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών του Νοσοκομείου και υποβάλλει τη σχετική πρόταση προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

5. Εγκρίνει τον οργανισμό του Νοσοκομείου και τις τροποποιήσεις του και τον υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

6. Εγκρίνει το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων του Νοσοκομείου και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

7. Εγκρίνει τον προϋπολογισμό του Νοσοκομείου, τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του, όπως και τον ισολογισμό και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

8. Εγκρίνει το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών του Νοσοκομείου, καθώς και τις τροποποιήσεις του και το υπο-

βάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

9. Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσό άνω των 15.000 ευρώ και μέχρι 45.000 ευρώ ετησίως.

10. Εισηγείται τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσό άνω των 45.000 ευρώ ετησίως στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

11. Εγκρίνει τον ετήσιο προϋπολογισμό της δαπάνης που αφορά στις εφημερίες του ιατρικού προσωπικού και την υπερωριακή απασχόληση και εργασία κατά τις νυκτερινές ώρες και εξαιρέσιμες ημέρες του λοιπού προσωπικού και τον υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

12. Εγκρίνει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία αποστέλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

13. Εγκρίνει τις προτάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων του Νοσοκομείου και υποβάλλει στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας εισήγηση για την εκποίηση τους.

14. Εγκρίνει τη χορήγηση πάσης φύσεως εκπαιδευτικών αδειών του ιατρικού και λοιπού προσωπικού σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

15. Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ του Νοσοκομείου.

7. Σε κάθε Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ.Κ.Α. συνιστάται μία οργανική θέση της κατηγορίας Εθ του άρθρου 79 του Ν. 2683/1999, με βαθμό 1ο, η οποία καταλαμβάνεται από τον Διοικητή του Νοσοκομείου. Σε Νοσοκομεία 400 οργανικών κλινών και άνω συνιστάται και μία οργανική θέση της κατηγορίας Εθ του άρθρου 79 του Ν. 2683/1999, με βαθμό 2ο, η οποία καταλαμβάνεται από τον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου. Ο Διοικητής και ο Αναπληρωτής Διοικητής του Νοσοκομείου είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με διετή θητεία η οποία μπορεί να ανανεώνεται με όμοιο τρόπο. Επιτρέπεται η πρόωπη λήξη της θητείας των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων, για σπουδαίο λόγο, σχετικό με την άσκηση των καθηκόντων τους, αζημίως για το Δημόσιο, όπως και η απόσπαση τους σε άλλο Νοσοκομείο οποιασδήποτε Υγειονομικής Περιφέρειας για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

Τα προσόντα που πρέπει να διαθέτει ο υποψήφιος Διοικητής και Αναπληρωτής Διοικητής είναι: πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ιδιαίτερη ικανότητα στην άσκηση διευθυντικών καθηκόντων σε υπηρεσίες ή οργανισμούς του Δημοσίου ή επιχειρήσεις του δημοσίου 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. Η παρ. 3 του άρθρου 3 του παρόντος νόμου εφαρμόζεται αναλόγως.

8. Ο Διοικητής του Νοσοκομείου έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού, ελέγχου και εύρυθμης λειτουργίας όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

2. Εκτινεί και ενημερώνει σε μηνιαία βάση το χάρτη υγείας του Νοσοκομείου και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Εκπονεί το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης του Νοσοκομείου και το υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

4. Εκπονεί το επιχειρησιακό σχέδιο αντιμετώπισης μαζικών καταστροφών και έκτακτων αναγκών και το υποβάλλει στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

5. Εισηγείται στο Δ.Σ. τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων του Νοσοκομείου.

6. Εισηγείται στο Δ.Σ. την ανέγερση, επέκταση, αναδιάρθρωση και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών του Νοσοκομείου.

7. Επεξεργάζεται τον οργανισμό και άλλα θεσμικά κείμενα του Νοσοκομείου και τα υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου.

8. Επεξεργάζεται και αξιολογεί όλες τις προτάσεις και αιτήματα των Υπηρεσιών και του προσωπικού και τα υποβάλλει στα αρμόδια όργανα.

9. Εισηγείται στο Δ.Σ. το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων του Νοσοκομείου.

10. Υποβάλλει προς έγκριση στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας την επαναπροκήρυξη θέσεων ιατρών του Ε.Σ.Υ. και την παράταση παραμονής ειδικευμένων ιατρών.

11. Αποφασίζει για τις μετακινήσεις προσωπικού εντός των διοικητικών ορίων της ευθύνης του.

12. Υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας πρόταση πρόσληψης επικουρικού προσωπικού για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών.

13. Αποφασίζει την τοποθέτηση των Προϊσταμένων των Τμημάτων και Γραφείων του Νοσοκομείου.

14. Αναθέτει προσωρινά καθήκοντα Προϊσταμένου Διεύθυνσης, Υποδιεύθυνσης και Τομέα μέχρι την πλήρωση των θέσεων αυτών.

15. Εισηγείται στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου τον προϋπολογισμό του φορέα, τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του, όπως και τον ισολογισμό και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους.

16. Εισηγείται στο Δ.Σ. το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών του φορέα, καθώς και τις τροποποιήσεις του.

17. Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού μέχρι 15.000 ευρώ ετησίως.

18. Εισηγείται στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλι-

σμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσά άνω των 15.000 ευρώ ετησίως.

19. Παρακολουθεί και ελέγχει σε μηνιαία βάση την ορθή εκτέλεση του προϋπολογισμού και την εν γένει οικονομική λειτουργία του φορέα του.

20. Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία υποβάλλει στο Δ.Σ. και στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και τριμηνιαία έκθεση την οποία υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

21. Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές για το σχεδιασμό και διαχείριση διαφόρων προγραμμάτων δράσης του Νοσοκομείου.

22. Υποβάλλει στο Δ.Σ. προτάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων του Νοσοκομείου, καθώς επίσης και την εκποίηση τους.

23. Εκπροσωπεί το Νοσοκομείο δικαστικώς και εξωδικώς, καθώς και έναντι τρίτων και δύναται να εκχωρεί τη νόμιμη εκπροσώπηση των μονάδων ευθύνης του στον Αναπληρωτή Διοικητή και να διορίζει πληρεξούσιους δικηγόρους.

24. Συγκαλεί το Δ.Σ. του Νοσοκομείου, προεδρεύει στις συνεδριάσεις του και συντάσσει την ημερήσια διάταξη.

25. Προϊσταται όλων των Υπηρεσιών του Νοσοκομείου και ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια Ένορκης Διοικητικής Εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο των φορέων ευθύνης του.

26. Μπορεί να μεταβιβάζει με πράξη του στον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου και σε ιεραρχικά υφιστάμενα του όργανα την εξουσία να υπογράφουν με εντολή του, πράξεις ή άλλα έγγραφα της αρμοδιότητας του και να ασκούν συγκεκριμένες αρμοδιότητες του.

27. Αποφασίζει για το χαρακτηρισμό παλαιού υλικού ως άχρηστου, καθώς και για την καταστροφή ή την εκποίηση του άχρηστου υλικού.

28. Εισηγείται στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας για τη διάθεση σε άλλους φορείς του μη χρησιμοποιούμενου υλικού του νοσοκομείου.

29. Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου.

30. Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που του αναθέτει το Δ.Σ. του Νοσοκομείου και, με αποφάσεις του, ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

9. Ο Αναπληρωτής Διοικητής του Νοσοκομείου έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Είναι αρμόδιος για θέματα πληροφορικής και μηχανοργάνωσης του Νοσοκομείου, σε συνεργασία με τον Διοικητή του Νοσοκομείου.

2. Παρακολουθεί τα θέματα έρευνας και εκπαίδευσης του προσωπικού του Νοσοκομείου.

3. Μεριμνά για την πιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών του Νοσοκομείου, σε συνεργασία με τον Διοικητή του Νοσοκομείου.

4. Είναι υπεύθυνος για την επίλυση θεμάτων και την εφαρμογή και συντονισμό των αναγκαίων ενεργειών που σχετίζονται με την υγιεινή και ασφάλεια των εργαζομένων.

5. Μεριμνά για τη σύνταξη του ετήσιου προγράμματος εφημεριών του ιατρικού προσωπικού και υπερωριών, νυκτερινών και εξαιρέσιμων του λοιπού προσωπικού και το υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ..

6. Εγκρίνει και τροποποιεί τα μηνιαία προγράμματα εφημεριών του ιατρικού προσωπικού και υπερωριών, νυκτερινών και εξαιρέσιμων του λοιπού προσωπικού, μετά από εισήγηση των Διευθυντών των αντίστοιχων Υπηρεσιών.

7. Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων του, την οποία υποβάλλει στον Διοικητή του Νοσοκομείου.

8. Εισηγείται για την οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξη χρηματοδοτούμενων, από εξωτερικούς φορείς, ερευνητικών προγραμμάτων στον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας και παρακολουθεί την υλοποίησή τους.

9. Εισηγείται στο Δ.Σ. για τα εκπαιδευτικά και μη χρηματοδοτούμενα από εξωτερικούς φορείς ερευνητικά προγράμματα, έπειτα από εισήγηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, αποφασίζει για την οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξη αυτών και παρακολουθεί την υλοποίησή τους.

10. Παρακολουθεί και ελέγχει τις λίστες αναμονής για υπηρεσίες του φορέα ευθύνης του και λαμβάνει μέτρα πρόληψης για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών.

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

12. Αποφασίζει για την κατανομή των χειρουργικών τραπεζιών μετά από εισήγηση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας.

13. Χορηγεί ή εισηγείται στο Δ.Σ. του Νοσοκομείου πάσης φύσεως εκπαιδευτικές άδειες του ιατρικού και λοιπού προσωπικού, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

14. Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που του εκχωρεί ο Διοικητής του Νοσοκομείου.

Στα Νοσοκομεία που έχουν 399 ή λιγότερες οργανικές κλίνες, οι ανωτέρω αρμοδιότητες ασκούνται από τον Διοικητή.

10. Για την αντιμετώπιση των αναγκών των Νοσοκομείων σε ειδικό επιστημονικό προσωπικό, συνιστώνται σε Νοσοκομεία 400 και άνω οργανικών κλινών δύο θέσεις και στα υπόλοιπα μία θέση ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, διάρκειας ενός έτους. Η σύμβαση αυτή δύναται να ανανεωθεί, μετά το τέλος της, μόνο για μία φορά και για χρονικό διάστημα μη υπερβαίνον το ένα έτος. Για το διορισμό στις ανωτέρω θέσεις απαιτείται πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, της ημεδαπής ή αλλοδαπής, και επαρκής γνώση μιας ξένης γλώσσας. Οι θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού που προβλέπονται στην παρ. 3 του άρθρου 6 του Ν. 2889/2001 καταργούνται.

Διοικητές και Αναπληρωτές Διοικητές Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ, οι οποίοι έχουν την ιδιότητα του δημοσίου υπαλλήλου και των οποίων η θητεία έληξε με βάση τη διάταξη του άρθρου 42 του Ν. 3252/2004, μπορούν να διορίζονται σε συνιστώμενες προσωποπαγείς θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.Κ.Α. ή φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εφόσον καταθέσουν σχετική αίτηση εντός αποκλειστικής προθεσμίας τριάντα ημερών από την ημερομηνία δημοσίευσης του παρόντος νόμου. Οι ως άνω θέσεις συνιστώνται αυτοδικαίως με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης περί διορισμού και καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των εν λόγω υπαλλήλων από την υπηρεσία.

11. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται, χωρίς περιορισμό ως προς το ύψος τους, οι πάσης φύσεως μηνιαίες αποδοχές, επιδόματα εορτών και αδειάς και η αποζημίωση για έξοδα κίνησης και έξοδα παράστασης των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων και η αποζημίωση των μελών των Διοικητικών Συμβουλίων, πλην των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών, για κάθε συνεδρίαση στην οποία μετέχουν. Επίσης, με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι πάσης φύσεως αποδοχές και τα επιδόματα εορτών και αδειάς του ειδικού επιστημονικού προσωπικού.

12. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης μπορούν να καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για την ασφάλιση του ιατρικού προσωπικού των Νοσοκομείων του ΕΣΥΚΑ, για ιατρικά λάθη κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Άρθρο 8

Επιλογή και τοποθέτηση Προϊσταμένων οργανικών μονάδων

1. Οι Προϊστάμενοι οργανικών μονάδων Διεύθυνσης, Υποδιεύθυνσης και Νοσηλευτικού Τομέα των Νοσοκομείων και των Διευθύνσεων της Δ.Υ.ΠΕ. μπορούν να προέρχονται από τους υπαλλήλους όλων των Νοσοκομείων της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και από τους υπαλλήλους της οικείας Δ.Υ.ΠΕ., που ανήκουν στον αντίστοιχο κλάδο, οι οποίοι μπορούν να προϊστανται στις αντίστοιχες οργανικές μονάδες κατά τις οργανικές διατάξεις του οικείου φορέα και πληρούν τις προϋποθέσεις να επιλεγούν ως Προϊστάμενοι Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων και Νοσηλευτικών Τομέων Νοσοκομείων και Διευθύνσεων της Δ.Υ.ΠΕ..

2. Για την εφαρμογή της παρ. 6 του άρθρου 8 του Ν. 3280/2004, το Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο της παρ. 19 του άρθρου 4 του παρόντος νόμου επιλέγει Προϊσταμένους Διεύθυνσης της Νοσηλευτικής, Διοικητικής και Τεχνικής Υπηρεσίας ή της Διεύθυνσης Πληροφορικής, Τομέων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Υποδιεύθυνσης Διοικητικού, Οικονομικού ή Τεχνικού της Διοικητικής Υπηρεσίας των Νοσοκομείων ή των Διευθύνσεων της Δ.Υ.ΠΕ., από το σύνολο των υπαλλήλων των Νοσοκομείων της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας και των υπαλλήλων της οικείας Δ.Υ.ΠΕ., που πληρούν τις προϋποθέσεις να επιλεγούν ως Προϊστάμενοι Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων και Νοσηλευτικών Τομέων και ανήκουν σε κλάδους των οποίων οι υπάλληλοι μπορούν να προϊστανται στις αντίστοιχες μονάδες, κατά τις οργανικές διατάξεις του φορέα της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Για την εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων, το Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο καθαρτίζει, με βάση τις καταστάσεις όλων των Νοσοκομείων της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, ενιαίο πίνακα υπαλλήλων από τον οποίο επιλέγονται για την πλήρωση των κενών ή κενούμενων θέσεων Προϊσταμένων Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων ή Νοσηλευτικών Τομέων. Ο Διοικητής της Δ.Υ.ΠΕ. ασκεί έλεγχο νομιμότητας των ενιαίων πινάκων και στη

συνέχεια οι υπάλληλοι που έχουν επιλεγεί κατά τα ανωτέρω, τοποθετούνται, με απόφασή του που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, σε κενή ή κενούμενη θέση Προϊσταμένου οργανικής μονάδας Διεύθυνσης, Υποδιεύθυνσης ή Νοσηλευτικού Τομέα, σε οποιοδήποτε Νοσοκομείο της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας ή στην οικεία Δ.Υ.ΠΕ..

Άρθρο 9

Επιστημονικά Συμβούλια Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α.

1. Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ.Κ.Α. συνιστάται εννεαμελές Επιστημονικό Συμβούλιο που αποτελείται από:

α) Δύο ιατρούς με βαθμό Διευθυντή, που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές Ιατρούς του Νοσοκομείου, με τους αναπληρωτές τους.

β) Έναν Ιατρό με βαθμό Αναπληρωτή Διευθυντή, που εκλέγεται από όλους τους Αναπληρωτές Διευθυντές Ιατρούς του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

γ) Έναν Ιατρό με βαθμό Επιμελητή Α', που εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Α' του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

δ) Έναν Ιατρό με βαθμό Επιμελητή Β', που εκλέγεται από όλους τους Επιμελητές Β' του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

ε) Έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη Ιατρό, κατηγορίας ΠΕ και έναν επιστήμονα της Ιατρικής Υπηρεσίας, μη Ιατρό, κατηγορίας ΤΕ, με βαθμό τουλάχιστον Α', που εκλέγονται από όλους τους μη Ιατρούς υπαλλήλους, κατηγορίας ΠΕ και ΤΕ αντίστοιχα, που υπάγονται στην Ιατρική Υπηρεσία.

στ) Έναν ειδικευόμενο Ιατρό, που εκλέγεται από όλους τους ειδικευόμενους Ιατρούς του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

ζ) Έναν Νοσηλευτή ΠΕ με βαθμό Α', και ελλείψει αυτού έναν Νοσηλευτή ΤΕ ή μαία ή επισκέπτρια υγείας με βαθμό Α', που εκλέγεται από όλους τους νοσηλευτές και μαίες του Νοσοκομείου, με τον αναπληρωτή του.

Αν οποιοδήποτε μέλος του Επιστημονικού Συμβουλίου χάσει την ιδιότητα με την οποία έχει εκλεγεί, παύει αυτόματα να είναι μέλος και ορίζεται νέο με την αρχική διαδικασία, για το υπόλοιπο της θητείας. Αντικατάσταση μέλους, με την ίδια διαδικασία, γίνεται και στην περίπτωση κατά την οποία το μέλος αποσυλλάζει από περισσότερες από τρεις συνεχόμενες συνεδριάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου.

2. Το Επιστημονικό Συμβούλιο συνεδριάζει τακτικά δύο φορές το μήνα και έκτακτα όταν αυτό ζητηθεί από τον Πρόεδρο ή δύο τουλάχιστον μέλη του.

Στην πρώτη συνεδρίασή του, το Επιστημονικό Συμβούλιο εκλέγει, με μυστική ψηφοφορία, τον Πρόεδρό του. Υποψήφιοι για το αξίωμα αυτό δύνανται να είναι μόνο Ιατροί που κατέχουν το βαθμό του Διευθυντή ή Αναπληρωτή Διευθυντή. Σε περίπτωση ισοψηφίας, ο Διοικητής του Νοσοκομείου διενεργεί κλήρωση μεταξύ των ισοψηφισάντων, για την ανάδειξη του Προέδρου.

Στις συνεδριάσεις του Επιστημονικού Συμβουλίου τηρούνται πρακτικά σε ειδικό βιβλίο πρακτικών θεωρημένο από τον Διοικητή του Νοσοκομείου. Η γραμματειακή υποστήριξη του Επιστημονικού Συμβουλίου ανατίθεται σε υπάλληλο της Διοικητικής Διεύθυνσης του Νοσοκομείου, οριζόμενο από τον Διοικητή.

Η θητεία του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι διετής και η συγκρότηση του γίνεται με απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου.

3. Το Επιστημονικό Συμβούλιο γνωμοδοτεί για κάθε θέμα το οποίο σχετίζεται με την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας στους νοσηλευόμενους και τους εξωτερικούς ασθενείς του Νοσοκομείου. Στις αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου περιλαμβάνονται:

α) Η κατάρτιση και εισήγηση του ετήσιου και μηνιαίου προγράμματος εφημερίων των ιατρών των Τομέων και Τμημάτων του Νοσοκομείου και η έγκαιρη υποβολή του στον Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου για έγκριση, ή όπου αυτός δεν υπάρχει, στον Διοικητή. Οποιαδήποτε αλλαγή στο πρόγραμμα των εφημεριών γίνεται μόνο με γραπτή και αιτιολογημένη εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου και έγκριση από τον Αναπληρωτή Διοικητή, ή όπου αυτός δεν ορίζεται, από τον Διοικητή.

β) Η συγκρότηση και η παρακολούθηση της δραστηριότητας επιστημονικών επιτροπών του Νοσοκομείου και όποιων άλλων επιτροπών ή ομάδων εργασίας όταν η σύστασή τους αποφασιστεί από τον Διοικητή.

γ) Η οργάνωση επιστημονικών εκδηλώσεων, με συμμετοχή ειδικών επιστημόνων εκτός Νοσοκομείου, όποτε αυτό κρίνεται απαραίτητο.

δ) Η οργάνωση και η ενημέρωση της κλασικής και ηλεκτρονικής βιβλιοθήκης του Νοσοκομείου.

ε) Οι αρμοδιότητες της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

στ) Η εισήγηση, προς τον Διοικητή, μέτρων που αφορούν στη βελτίωση της λειτουργίας των επί μέρους μονάδων του Νοσοκομείου, στη θέσπιση προτεραιοτήτων κατά τον προγραμματισμό της προμήθειας εξοπλισμού ή υγειονομικού υλικού και σε οτιδήποτε κριθεί, από τον Διοικητή, ότι δύναται να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων προς τους ασθενείς υπηρεσιών.

Άρθρο 10

Επικουρικό προσωπικό

1. Το πρώτο εδάφιο που προστέθηκε στο τέλος της πρώτης παραγράφου του άρθρου 23 του Ν. 2519/1997 με την παρ. 22 του άρθρου 11 του Ν. 2889/2001 αντικαθίσταται ως εξής:

"Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καταρτίζεται κατάλογος επικουρικών ιατρών ανά ειδικότητα για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων."

2. Στη Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της κάθε Δ.Υ.ΠΕ. καταρτίζονται κατάλογοι επικουρικού προσωπικού, κατά κλάδο, για τους κλάδους Νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, ΔΕ Αδελφών Νοσοκόμων, ΥΕ Τραυματιοφορέων, ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΤΕ Ραδιολογίας Ακτινολογίας, ΔΕ Βοηθών Ιατρικών και Βιολογικών Εργαστηρίων, ΔΕ Χειριστών Εμφανιστών, ΔΕ Πληρώματος Ασθενοφόρου, ΤΕ Φυσιοθεραπείας, ΠΕ ή ΤΕ Λογοθεραπείας, ΠΕ ή ΤΕ Εργοθεραπείας, ΠΕ Ειδικών Παιδαγωγών, ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας και ΤΕ ή ΔΕ Θεραπευτών Παιδαγωγών, για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών των ΦΠΥΓΚΑ της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, ανεξάρτητα από την ύπαρξη κενών οργανικών θέσεων. Στους κα-

ταλόγους αυτούς εγγράφονται όσοι κατέχουν αντίστοιχο τίτλο σπουδών και είναι εγγεγραμμένοι στον Οργανισμό Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού Ο.Α.Ε.Δ. ή απασχολούνται στον ιδιωτικό τομέα.

Προηγούνται οι άνεργοι και η προτεραιότητα μεταξύ αυτών καθορίζεται από τη σειρά εγγραφής τους στον Ο.Α.Ε.Δ.. Οι πτυχιούχοι υποψήφιοι που εγγράφονται στους καταλόγους αυτούς δεν πρέπει να κατέχουν τον τίτλο σπουδών τους περισσότερο από δέκα έτη και δεν μπορούν να παραμείνουν στον κατάλογο περισσότερο από πέντε έτη.

3. Η πρόσληψη επικουρικού προσωπικού εγκρίνεται από τον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας μετά από αίτημα του οργάνου διοίκησης του ΦΠΥΓΚΑ και πραγματοποιείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Για τις προσλήψεις του ανωτέρω προσωπικού δεν απαιτείται εγκριτική απόφαση της τριμελούς επιτροπής της παρ. 1 του άρθρου 2 της ΠΥΣ 55/1998 (ΦΕΚ252Α').

4. Οι αιτήσεις των υποψηφίων υποβάλλονται καθ' όλη τη διάρκεια του έτους, στο ΚΕΠΥΚΑ της κάθε Δ.Υ.ΠΕ..

5. Για καθέναν από τους κλάδους αυτούς καταρτίζεται ξεχωριστός κατάλογος. Αρμόδια για τον έλεγχο της νομιμότητας των δικαιολογητικών και την κατάρτιση των καταλόγων είναι τριμελής Επιτροπή, αποτελούμενη από τον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, τον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. και τον Προϊστάμενο της Διεύθυνσης Ανάπτυξης Ανθρώπινου Δυναμικού Μονάδων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης της οικείας Δ.Υ.ΠΕ.. Η Επιτροπή συνεδριάζει μία φορά κάθε δύο μήνες και υποστηρίζεται γραμματειακά από υπάλληλο του Τμήματος Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων της οικείας Δ.Υ.ΠΕ..

6. Το χρονικό διάστημα απασχόλησης του επικουρικού προσωπικού δεν μπορεί να είναι μικρότερο των έξι μηνών και μεγαλύτερο του ενός έτους. Το χρονικό διάστημα της απασχόλησης του ανωτέρω προσωπικού ορίζεται στη σύμβαση που συνάπτει με τον φορέα στον οποίο θα απασχοληθεί.

7. Το επικουρικό προσωπικό, κατά το χρόνο απασχόλησής του, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Ο χρόνος αυτός υπολογίζεται ως χρόνος προϋπηρεσίας και θεωρείται προσόν όταν θέτουν υποψηφιότητα για την κατάληψη μόνιμης θέσης σε αντίστοιχο κλάδο στο Δημόσιο Τομέα.

8. Το απασχολούμενο επικουρικό προσωπικό αμείβεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για το προσωπικό με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου των ίδιων φορέων. Η δαπάνη για την αμοιβή του βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του ΦΠΥΓΚΑ που θα το απασχολήσει, με εξαίρεση την περίπτωση των απασχολούμενων στα Κέντρα Υγείας, που η αμοιβή τους βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του Νοσοκομείου με το οποίο το Κέντρο Υγείας είναι λειτουργικά συνδεδεμένο.

9. Το ποσόν το οποίο διατίθεται ετησίως για την αμοιβή του επικουρικού προσωπικού όλων των κλάδων δεν δύναται να υπερβαίνει το 3% του ποσού της μισθοδοσίας του συνόλου του μόνιμου, πλην ιατρικού, προσωπικού του ΦΠΥΓΚΑ, κατά το προηγούμενο έτος.

Άρθρο 11

Πειθαρχικές διατάξεις

1. α) Ο Διοικητής του Νοσοκομείου, ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού του Νοσοκομείου, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων της αρμοδιότητάς του, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

β) Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού αυτής, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

γ) Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και το Διοικητικό Συμβούλιο της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, ως συλλογικά πειθαρχικά όργανα, μπορούν να επιβάλουν σε βάρος του λοιπού, πλην του ιατρικού προσωπικού της αρμοδιότητάς τους, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι τις αποδοχές ενός μηνός.

δ) Ο Διοικητής της Δ.Υ.ΠΕ., ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού της Δ.Υ.ΠΕ. και όλων των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών. Επίσης, μπορεί να διενεργεί, αυτεπαγγέλτως ή κατόπιν παραπομπής από αρμόδιο πειθαρχικό όργανο, προκαταρκτική έρευνα και Ένορκη Διοικητική Εξέταση κατά των Διοικητών και των Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων της αρμοδιότητάς του και, εάν κρίνει ότι πρέπει να ασκηθεί πειθαρχική δίωξη εναντίον τους, εισηγείται σχετικά στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο Διοικητής της Δ.Υ.ΠΕ. και ο Διοικητής του Νοσοκομείου είναι πειθαρχικώς προϊστάμενοι του Αναπληρωτή Διοικητή του Νοσοκομείου.

Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων των ανωτέρω οργάνων επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Πρωτοβάθμιου Υπηρεσιακού Συμβουλίου της παρ. 19 του άρθρου 4 του παρόντος νόμου. Το Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο, ως πειθαρχικό όργανο, ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία κατά του λοιπού, πλην του ιατρικού, προσωπικού της Δ.Υ.ΠΕ. και των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ, είτε σε πρώτο, είτε σε δεύτερο βαθμό, ύστερα από την άσκηση ένστασης. Το Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο, όταν δικάζει παραπτώματα σε πρώτο βαθμό, μπορεί να επιβάλει 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, όπως ισχύει.

2. α) Ο Διοικητής του Νοσοκομείου, ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού του Νοσοκομείου, των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων της αρμοδιότητάς του, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

β) Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού αυτής τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

γ) Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και το Διοικητικό Συμβούλιο της Μονάδας Κοινωνικής Φροντί-

δας, ως συλλογικά πειθαρχικά όργανα, μπορούν να επιβάλουν σε βάρος του ιατρικού προσωπικού της αρμοδιότητάς τους, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι τις αποδοχές ενός μηνός.

δ) Ο Διοικητής της Δ.Υ.ΠΕ., ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του ιατρικού προσωπικού της Δ.Υ.ΠΕ. και όλων των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

Στην έδρα κάθε Δ.Υ.ΠΕ. συνιστάται, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Πρωτοβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο αρμόδιο για πειθαρχικά θέματα των ιατρών, πλην των ειδικευμένων, όλων των εποπτευόμενων ΦΠΥΓΚΑ. Το Πρωτοβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο είναι πενταμελές και αποτελείται από:

1. τον Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ., ως Πρόεδρο και εισηγητή με αναπληρωτή του τον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ.,

2. δύο Διοικητές Νοσοκομείων της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, που ορίζονται, με τους αναπληρωτές τους, από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

3. έναν ιατρό που ορίζεται, με τον αναπληρωτή του, από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο,

4. έναν αιρετό εκπρόσωπο των ιατρών, με βαθμό Διευθυντή, ο οποίος εκλέγεται, με τον αναπληρωτή του, από το σύνολο των ιατρών που υπάγονται στην αρμοδιότητα του Πειθαρχικού Συμβουλίου.

Το Πρωτοβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία σε πρώτο ή σε δεύτερο βαθμό.

Όταν δικάζει σε πρώτο βαθμό, μπορεί να επιβάλει μόνο τις ποινές που προβλέπονται, υπό τα στοιχεία α' έως και γ', στην παρ. 1 του άρθρου 39του Ν. 2519/1997.

Σε δεύτερο βαθμό, κρίνει τις ενστάσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ., του Διοικητή του Νοσοκομείου, του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, του Προέδρου και του Διοικητικού Συμβουλίου της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

Όταν το Συμβούλιο κρίνει σε δεύτερο βαθμό ένσταση κατά πειθαρχικής απόφασης του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ., τότε ο τελευταίος εξαιρείται και στη σύνθεση του Συμβουλίου συμμετέχει, ως Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος του Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ..

Όταν το Συμβούλιο κρίνει σε δεύτερο βαθμό ένσταση κατά πειθαρχικής απόφασης Διοικητή Νοσοκομείου, τακτικού μέλους του Συμβουλίου, τότε ο τελευταίος εξαιρείται και στη σύνθεση του Συμβουλίου μετέχει το αναπληρωματικό μέλος.

Κατά των οριστικών αποφάσεων του Πρωτοβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου που επιβάλλουν από την ποινή προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων 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 επιύρουν μέχρι και την ποινή της αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος και σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις εφέσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Πρωτοβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου που επιβάλλουν από την ποινή

προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων μηνών και άνω έως και την ποινή της διακοπής του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού.

Οι τελεσίδικες αποφάσεις του Πρωτοβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου και οι οριστικές αποφάσεις του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου υπόκεινται σε προσφυγή ενώπιον του Διοικητικού Εφετείου, μέσα σε προθεσμία τριάντα ημερών από την κοινοποίηση της απόφασης.

3. Την προβλεπόμενη, στις προηγούμενες παραγράφους, ένσταση και έφεση δικαιούνται να ασκήσουν:

α) Ο λειτουργός ή υπάλληλος, εντός προθεσμίας τριάντα ημερών από την ημέρα που του κοινοποιήθηκε η απόφαση.

β) Κατά του λειτουργού ή υπαλλήλου, ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μέσα σε τριάντα ημέρες από την έκδοση της απόφασης.

4. Τα μονομελή πειθαρχικά όργανα οφείλουν να εκδίδουν την απόφαση τους μέσα σε έναν μήνα από την ημέρα παραλαβής του πειθαρχικού φακέλου.

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

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

5. Ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι πειθαρχικώς προϊστάμενος των Διοικητών των Δ.Υ.ΠΕ., των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων και των Προέδρων των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας.

6. 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.

7. Οι διατάξεις των παραγράφων 2, 3 και 4 του άρθρου 39 του Ν. 2519/1997 και η διάταξη της παρ. 8 του άρθρου 4 του Ν. 3106/2003 καταργούνται.

8. Στα Νοσοκομεία της παρ. 10 του άρθρου 13 του Ν. 2889/2001, εκτός από τα Νοσοκομεία "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ" και "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ", εφαρμόζονται οι ακόλουθες πειθαρχικές διατάξεις:

8.1. Ο Διοικητής του Νοσοκομείου, ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλει σε βάρος του πάσης φύσεως προσωπικού (ιατρικού και λοιπού) της αρμοδιότητάς του, τις ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών.

8.2. Το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου, ως πειθαρχικό συλλογικό όργανο, ασκεί πειθαρχική δικαιοδοσία, σε πρώτο ή σε δεύτερο βαθμό, σε βάρος του πάσης φύσεως προσωπικού (ιατρικού και λοιπού) της αρμοδιότητάς του.

8.2. α) Όταν δικάζει πειθαρχικά παραπτώματα των ιατρών σε πρώτο βαθμό, το Δ.Σ. μπορεί να επιβάλει μόνο τις ποινές που προβλέπονται, υπό τα στοιχεία α' έως και γ' της παρ. 1 του άρθρου 39 του Ν. 2519/1997. Στις περιπτώσεις που απαιτείται η επιβολή μεγαλύτερης ποινής, η υπόθεση παραπέμπεται στο Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο.

Σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις ενστάσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Διοικητή του Νοσοκομείου.

Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Δ.Σ. που επιβάλλουν από την ποινή προστίμου ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων 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.

8.2. β) Όταν δικάζει πειθαρχικά παραπτώματα του λοιπού προσωπικού σε πρώτο βαθμό, το Δ.Σ. μπορεί να επιβάλει μόνο τις ποινές που προβλέπονται, υπό τα στοιχεία α' έως και γ', στην παρ. 1 του άρθρου 109 του Ν. 2683/1999.

Σε δεύτερο βαθμό κρίνει τις ενστάσεις κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Διοικητή του Νοσοκομείου.

Κατά των πειθαρχικών αποφάσεων του Δ.Σ. που επιβάλλουν ποινή βαρύτερη από τη στέρηση των αποδοχών ενός μηνός, επιτρέπεται η άσκηση ένστασης ενώπιον του Υπηρεσιακού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

Το Υπηρεσιακό Συμβούλιο, όταν δικάζει παραπτώματα σε πρώτο βαθμό, μπορεί να επιβάλει οποιαδήποτε ποινή.

Κατά των οριστικών αποφάσεων του Υπηρεσιακού Συμβουλίου επιτρέπεται η άσκηση έφεσης ενώπιον του Δευτεροβάθμιου Πειθαρχικού Συμβουλίου του άρθρου 163α του Ν. 2683/1999.

Άρθρο 12

Ειδικές διατάξεις

1. Τα Νοσοκομεία της παρ. 10 του άρθρου 13 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α') διατηρούν το υφιστάμενο καθεστώς τους. Επ' αυτών εφαρμόζονται οι διατάξεις των άρθρων 7, 8, 9, 10 και 11 του νόμου αυτού και οι διατάξεις των άρθρων 6, 7 και 8 και της παρ. 10 του άρθρου 13 του Ν. 2889/2001.

2. Εξαιρείται το Γενικό Νοσοκομείο "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ" και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ", στα οποία εφαρμόζονται μόνον οι διατάξεις των άρθρων 7, 8, 9, 10 και 11 του νόμου αυτού και οι διατάξεις των άρθρων 6, 7 και 8 του Ν. 2889/2001.

Άρθρο 13

1. Η παρ. 4 του άρθρου 1 του Π.Δ. 412/1998 (ΦΕΚ 288 Α') αντικαθίσταται ως εξής: "4. Υποχρεώσεις τακτικών αποδοχών και αποζημιώσεων υπερωριακής εργασίας, νυχτερινής εργασίας και εξαιρέσιμων ημερών και αργιών, καθώς και εφημερίων του ιατρικού προσωπικού, που απορρέουν από την εκτέλεση δικαστικών αποφάσεων κατά των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., καταβάλλονται με χρηματικά εντάλματα από τις Υπηρεσίες Δημοσιονομικού Ελέγχου του νομού της έδρας του οικείου Νοσοκομείου."

2.α) Η παρ. 12 του άρθρου 28 του Ν. 2646/1998 αντικαθίσταται ως εξής:

"12. Οι Δ.Υ.ΠΕ., τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., τα Κέντρα Υγείας και οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας επιτρέπεται να αναθέτουν, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις, τη φύλαξη των χώρων τους, την καθαριότητα των κτιριακών τους εγκαταστάσεων και των παρατηρημάτων τους, την τροφοδοσία και εστίαση και τη διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων σε ειδικά συνεργεία παρασχής τέτοιων υπηρεσιών, ανεξάρτητα του ύψους της αμοιβής του αναδόχου και της ύπαρξης κενών οργανικών θέσεων των οικείων κλάδων ή ειδικοτήτων. Για όλες τις ανωτέρω

υπηρεσίες μπορεί να πραγματοποιείται κεντρικός ενιαίος διαγωνισμός από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο οποίος να αφορά τους ΦΠΥΓΚΑ μίας ή περισσότερων Υγειονομικών Περιφερειών. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ρυθμίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις για τις πιο πάνω αναθέσεις και διαγωνισμούς."

β) Μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος που προβλέπεται στο προηγούμενο εδάφιο, οι ανωτέρω αναθέσεις διέπονται από το προηγούμενο καθεστώς. Συμβάσεις που έχουν συναφθεί, εξακολουθούν να ισχύουν μέχρι τη λήξη τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

ΜΟΝΑΔΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Άρθρο 14

Διοίκηση Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας

1. Οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας που προβλέπονται στην παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α') μετατρέπονται σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.), τα οποία υπόκεινται στον έλεγχο και την εποπτεία του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος νόμου και έχουν δικό τους προϋπολογισμό, πρωτόκολλο, σφραγίδα, αρχείο και αριθμό φορολογικού μητρώου (Α.Φ.Μ.).

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζεται η ημερομηνία έναρξης λειτουργίας των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας ως νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου.

Άρθρο 15

Όργανα Διοίκησης

1. Τα όργανα διοίκησης των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας που αναφέρονται στην παράγραφο 2 του παρόντος είναι:

- α) το Διοικητικό Συμβούλιο
- β) ο Διοικητής.

Σε καθεμία εκ των κάτωθι αναφερόμενων Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, καθώς και στα Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου "Κέντρο Εκπαίδευσης και Αποκατάστασης Τυφλών", το οποίο έχει συσταθεί με το Π.Δ. 265/1979 (ΦΕΚ 74 Α'), και "Εθνικό Ίδρυμα Κωφών", το οποίο έχει συσταθεί με το από 2.6.1939 διάταγμα (ΦΕΚ 241 Α') και το Β.Δ. 703/27.10.1972, συνιστάται μία οργανική θέση Διοικητή με βαθμό 1^ο της κατηγορίας Ειδικών Θέσεων, ο οποίος είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με διετή θητεία που μπορεί να ανανεώνεται.

Ο Διοικητής πρέπει να είναι κάτοχος πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης της ημεδαπής ή της αλλοδαπής στους τομείς των κοινωνικών ή ανθρωπιστικών επιστημών ή διοίκησης και οικονομίας και να διαθέτει εμπειρία στην άσκηση επιτελικών καθηκόντων σε φορείς του δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής και ικανότητες στρατηγικού και επιχειρησιακού σχεδιασμού.

2. Οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας στις οποίες συνιστάται θέση Διοικητή είναι οι κάτωθι:

α. στην Α' Υγειονομική Περιφέρεια ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ:

αα. Το Κέντρο Περιθαλψής Παιδιών "Ο Άγιος Δημήτριος" Θεσσαλονίκης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Β.Δ. 287/1973 (ΦΕΚ 85 Α'), όπως τροποποιήθηκε και ισχύει σήμερα.

ββ. Το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Νιγρίτας Σερρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 256/1973 (-ΦΕΚ215 Α'), 300/1985 (ΦΕΚ 112 Α') και 256/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

γγ. Το Κέντρο Περιθαλψής Παιδιών Σιδηροκάστρου Σερρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ. 162/1978 (ΦΕΚ 34 Α').

β. Στη Β' Υγειονομική Περιφέρεια ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ:

Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας "Ο Άγιος Παντελεήμων" Θεσσαλονίκης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Ν. 4162/1961 (ΦΕΚ 73 Α'), του Β.Δ. 318/1963 (ΦΕΚ 8 Α') και του Π.Δ. 254/1973 (ΦΕΚ 215 Α').

γ. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΔΥΤΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ:

αα. Το Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης και Κοινωνικής Στήριξης Ατόμων με Αναπηρίες Καστοριάς, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 311/1985 (ΦΕΚ 114 Α') και 257/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

ββ. Το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Αμυνταίου Φλώρινας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 444/1980 (ΦΕΚ 117 Α'), 280/1985 (ΦΕΚ 104 Α') και 258/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

δ. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ:

αα. Το Κέντρο Περιθαλψής Παιδιών Καρδίτσας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της Δ2/17385/1930 απόφασης του Υπουργού Κοινωνικής Πρόνοιας, όπως ισχύει σήμερα.

ββ. Το Κέντρο Στήριξης Αυτιστικών Ατόμων Μαγνησίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της Π4/οικ.407/19.6.1996 απόφασης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του άρθρου 13 του Ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α').

γγ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Τρικάλων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 782/1979 (ΦΕΚ 230 Α'), 337/1985 (ΦΕΚ 118 Α') και 42/2000 (ΦΕΚ 40 Α').

ε. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ:

αα. Το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Αμφιλοχίας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 364/1989 (ΦΕΚ 162 Α') και 255/1996 (ΦΕΚ 96 Α').

ββ. Το Κέντρο Περιθαλψής Παιδιών Λεχαινών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ. 332/1987 (ΦΕΚ 153 Α').

στ. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ:

Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Εύβοιας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 77/1983 (ΦΕΚ 34 Α') και 371/1984 (ΦΕΚ 129 Α').

ζ. Στη Β' Υγειονομική Περιφέρεια ΑΤΤΙΚΗΣ:

αα. Το Α' Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών και το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Μελισσίων, τα οποία αποτελούν ενιαία μονάδα, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 1152/1981 (ΦΕΚ 283 Α'), 28/1985 (ΦΕΚ 10 Α'), 339/1985 (ΦΕΚ 118 Α'),

516/1985 (ΦΕΚ 188 Α'), 254/1998 (ΦΕΚ 189 Α') και της υπο-οιργάνωσης απόφασης Π4/3905/3.Β. 1993 (ΦΕΚ 606 Β'), με την επωνυμία Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Ανατολικής Αθήνας και έδρα το Δήμο Ελληνικού.

ββ. Το Κέντρο Αποθεραπείας και Αποκατάστασης Παιδιών Βούλας (Κ.Α.Α.Π.Β.), που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων της Υ.Α. 110838/1952 (ΦΕΚ 178 Β') και του Β.Δ. 170/1960 (ΦΕΚ 40 Α').

γγ. Το Αναρρωτήριο Πεντέλης, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Β.Δ. 170/1960 (ΦΕΚ 40 Α').

η. Στη Γ' Υγειονομική Περιφέρεια ΑΤΤΙΚΗΣ:

αα. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Αθηνών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 120/1985 (ΦΕΚ 36 Α'), 483/1988 (ΦΕΚ 217 Α') και 41/2000 (ΦΕΚ 40 Α').

ββ. Το Εθνικό Ίδρυμα Αποκατάστασης Αναπήρων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Β.Δ. 564/1961 (ΦΕΚ 139 Α') και του Ν. 2345/1995.

γγ. Το Κέντρο Βρεφών "Η ΜΗΤΕΡΑ", που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ. 830/1980 (-ΦΕΚ 206 Α').

δδ. Το Β' Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών, Γ' Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Αθηνών και το Κέντρο Κοινωνικής Αποκατάστασης Χανσεκικών, τα οποία αποτελούν ενιαία Μονάδα, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Ν. 1137/1981 (ΦΕΚ 60 Α') και των Π.Δ. 27/1985 (ΦΕΚ 10 Α'), 385/1990 (ΦΕΚ 152 Α'), 294/1998 (ΦΕΚ 212 Α') και 254/1998 (ΦΕΚ 189 Α') με επωνυμία Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Δυτικής Αθήνας και έδρα το Δήμο Αγίας Βαρβάρας.

θ. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ:

αα. Το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Φιλιατρών, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Ν.Δ. 928/1971 (ΦΕΚ 144 Α') και των Π.Δ. 156/1973 (ΦΕΚ 50 Α') και 37/1998 (ΦΕΚ 42 Α').

ββ. Το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Κορίνθου (πρώην Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Κορίνθου), που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 380/1990 (ΦΕΚ 150 Α') και 103/2000 (ΦΕΚ 99 Α').

ι. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΒΟΡΕΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ:

Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας "Η Θεομήτωρ" Αγιάσου Λέσβου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Β.Δ. 629/1972 (ΦΕΚ 179 Α') και του Π.Δ. 253/1973 (ΦΕΚ 215 Α').

ια. Στην Β' Υγειονομική Περιφέρεια ΝΟΤΙΟΥ ΑΙΓΑΙΟΥ:

Το Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ατόμων με Αναπηρίες Ρόδου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 14/1986 (ΦΕΚ 6 Α') και 254/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

ιβ. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΚΡΗΤΗΣ:

αα. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Λασιθίου, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Β.Δ. 393/1966 (ΦΕΚ 101 Α'), και των Π.Δ. 340/1985 (ΦΕΚ 118 Α') και 330/1996 (ΦΕΚ 222 Α').

ββ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Χανίων, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 579/1977 (ΦΕΚ 191 Α') και 13/1986 (ΦΕΚ 6 Α').

ιγ. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΑΚΗΣ:

αα. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Κομοτηνής, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των Π.Δ. 276/1973 (ΦΕΚ 225 Α'), 783/1979 (ΦΕΚ 230 Α') και 279/1985 (ΦΕΚ 104 Α').

ββ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Δράμας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 443/1980 (ΦΕΚ 117 Α'), 107/1984 (ΦΕΚ 38 Α'), 519/1988 (ΦΕΚ 234 Α') και 149/1989 (ΦΕΚ 71 Α').

ιδ. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΗΠΕΙΡΟΥ:

Το Ίδρυμα Κοινωνικής Πρόνοιας "Ο Νεομάρτυς Γεώργιος Ιωαννίνων", που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ. 378/1990 (ΦΕΚ 149 Α').

ιε. Στην Υγειονομική Περιφέρεια ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ:

Ο Οργανισμός Δημόσιας Αντίληψης Ζακύνθου (Ο.Δ.Α.Ζ.), που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των Π.Δ. 105/1973 (ΦΕΚ 178 Α'), 279/1984 (-ΦΕΚ 106 Α'), 382/1990 (ΦΕΚ 151 Α') και 140/1997 (ΦΕΚ 125 Α').

3. Ο Διοικητής των ανωτέρω Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

1. Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού, ελέγχου και εύρυθμης λειτουργίας των Υπηρεσιών της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

2. Καταρτίζει το ετήσιο επιχειρησιακό σχέδιο δράσης της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας και το υποβάλλει για έγκριση στο Δ.Σ. της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

3. Εισηγείται στο Δ.Σ. τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

4. Εισηγείται στο Δ.Σ. την ανέγερση, επέκταση, αναδιάρθρωση και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

5. Συντάσσει τον οργανισμό της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας και τον υποβάλλει προς έγκριση στο Δ.Σ. της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

6. Αξιολογεί τις προτάσεις και τα αιτήματα των Υπηρεσιών και του προσωπικού και τα υποβάλλει στα αρμόδια όργανα.

7. Εισηγείται στο Δ.Σ. το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

8. Υποβάλλει προς έγκριση στο Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας την προκήρυξη θέσεων ιατρικού, παραϊατρικού, νοσηλευτικού προσωπικού, διοικητικού και λοιπού προσωπικού.

9. Αποφασίζει για τα θέματα υπηρεσιακής κατάστασης του προσωπικού της αρμοδιότητάς του.

10. Υποβάλλει στο Διοικητή της οικείας Δ.Υ.ΠΕ. πρόταση πρόσληψης επικουρικού προσωπικού για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών.

11. Αποφασίζει την τοποθέτηση των προϊσταμένων σε οργανικές μονάδες.

12. Αναθέτει προσωρινά καθήκοντα προϊσταμένου διεύθυνσης, υποδιεύθυνσης και τομέα μέχρι να πληρωθούν οι θέσεις αυτές.

13. Εισηγείται στο Δ.Σ. τον προϋπολογισμό της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του, όπως και τον ισολογισμό και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους.

14. Εισηγείται στο Δ.Σ. το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, καθώς και τις

τροποποιήσεις του.

15. Αποφασίζει για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού μέχρι 15.000 ευρώ ετησίως, καθώς και για τον τρόπο χρηματοδότησης.

16. Εισηγείται στο Δ.Σ. της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσά άνω των 15.000 ευρώ ετησίως.

17. Παρακολουθεί και ελέγχει σε μηνιαία βάση την ορθή εκτέλεση του προϋπολογισμού και την εν γένει οικονομική λειτουργία του φορέα του.

18. Υποβάλλει στο Δ.Σ. προτάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

19. Συγκροτεί ομάδες εργασίας ή επιτροπές για την κατάρτιση και διαχείριση των προγραμμάτων δράσης της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

20. Εκπροσωπεί τη Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας δικαστικώς και εξωδικαστικώς και μπορεί να αναθέτει τη νόμιμη εκπροσώπησή της στον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. και να διορίζει πληρεξούσιους δικηγόρους.

21. Προϊστάται των Υπηρεσιών της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια Ένορκης Διοικητικής Εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο του φορέα αρμοδιότητας του.

22. Συγκαλεί το Δ.Σ., προεδρεύει στις συνεδριάσεις του και συντάσσει την ημερήσια διάταξη.

23. Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία υποβάλλει στο Δ.Σ. και στο Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

24. Μπορεί να εξουσιοδοτεί με πράξη του τον Αντιπρόεδρο της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας και ιεραρχικά υφιστάμενα του όργανα να υπογράφουν με εντολή του πράξεις ή άλλα έγγραφα της αρμοδιότητας του και να μεταβιβάζει συγκεκριμένες αρμοδιότητες του.

25. Παρακολουθεί και ελέγχει τις λίστες αναμονής για υπηρεσίες του φορέα αρμοδιότητας του και λαμβάνει μέτρα πρόληψης για την καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών.

26. Εισηγείται στο Δ.Σ. για τα εκπαιδευτικά και πάσης φύσεως ερευνητικά προγράμματα, αποφασίζει για την οικονομική ενίσχυση και διοικητική υποστήριξη αυτών και παρακολουθεί την υλοποίησή τους.

27. Είναι αρμόδιος για θέματα έρευνας, επιμόρφωσης και δια βίου εκπαίδευσης του προσωπικού της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

28. Είναι αρμόδιος για το σύστημα πιστοποίησης ποιότητας των υπηρεσιών της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, σε συνεργασία με τον Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

4. Στις υπόλοιπες Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας, τα όργανα διοίκησης είναι:

α) το Διοικητικό Συμβούλιο

β) ο Πρόεδρος του Δ.Σ.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ., ο οποίος είναι πλήρους απασχόλησης, έχει τις αρμοδιότητες που αναφέρονται στην πα-

ράγραφο 3 του παρόντος.

5. Το Διοικητικό Συμβούλιο της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας αποτελείται από:

α) τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου, τον οποίο αναπληρώνει ο Αντιπρόεδρος του Δ.Σ.,

β) δύο μέλη με εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής αλληλεγγύης που ορίζονται με τους αναπληρωτές τους από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το ένα από τα μέλη αυτά ορίζεται ως Αντιπρόεδρος,

γ) στα Διοικητικά Συμβούλια των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, που έχουν σκοπό σχετικά με τα άτομα με αναπηρίες, συμμετέχει ένας εκπρόσωπος της Εθνικής Συνομοσπονδίας Ατόμων με Αναπηρία (ΕΣΑΕΑ) με την αντίστοιχη αναπηρία. Σε οποιαδήποτε άλλη περίπτωση συμμετέχει ένας εκπρόσωπος πιστοποιημένης σύμφωνα με το άρθρο 5 του Ν. 2646/ 1998 εθελοντικής οργάνωσης, ο οποίος προτείνεται με τον αναπληρωτή του από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

δ) έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων στη Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας, ο οποίος εκλέγεται, μαζί με τον αναπληρωτή του, από το σύνολο των εργαζομένων στη Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας.

Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου συντάσσει την ημερήσια διάταξη της συνεδρίασης του Δ.Σ. και ορίζει τους εισηγητές των θεμάτων. Το Δ.Σ. συνέρχεται τακτικά δύο φορές το μήνα και εκτάκτως ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου του, και λειτουργεί σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 13,14 και 15 του Ν. 2690/1999. Ο Πρόεδρος μπορεί να καλεί στις συνεδριάσεις εκπροσώπους των συνδικαλιστικών οργανώσεων των εργαζομένων, καθώς και κάθε υπηρεσιακό παράγοντα ή εκπρόσωπο οποιουδήποτε επιστημονικού, ερευνητικού ή τοπικού φορέα.

Οι πάσης φύσεως αποδοχές, επιδόματα και αποζημιώσεις του Διοικητή της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας ορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με όμοια απόφαση καθορίζονται οι αποδοχές, επιδόματα και αποζημιώσεις του Προέδρου της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας και η αποζημίωση για τα μέλη, πλην του Προέδρου, και το γραμματέα του Διοικητικού Συμβουλίου, για κάθε συνεδρίαση στην οποία μετέχουν.

6. Το Διοικητικό Συμβούλιο κάθε Μονάδας συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που εκδίδεται εντός τριάντα ημερών από την έναρξη λειτουργίας των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας ως Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου και έχει διετή θητεία. Επιτρέπεται η πρόωπη λήξη της θητείας των Διοικητών των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, για σπουδαίο λόγο σχετικά με την άσκηση των καθηκόντων τους, αζημίως για το Δημόσιο, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

7. Το Διοικητικό Συμβούλιο έχει τις εξής αρμοδιότητες:

1) Εγκρίνει το επιχειρησιακό σχέδιο δράσης της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας προς ένταξή του στο επιχειρησιακό σχέδιο της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

2) Εγκρίνει τη δημιουργία, μείωση ή συγχώνευση μονάδων ή τμημάτων της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Πε-

ριφέρειας.

3) Εγκρίνει την ανέγερση, επέκταση, αναδιάρθρωση και ανακατανομή των κτιριακών και λοιπών υποδομών της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, το οποίο υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

4) Εγκρίνει τον οργανισμό της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας και τις τροποποιήσεις του, και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

5) Εγκρίνει το συνολικό ετήσιο προγραμματισμό των προσλήψεων της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

6) Εγκρίνει τον προϋπολογισμό της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, τις αναμορφώσεις και τροποποιήσεις του, όπως και τον ισολογισμό και τον απολογισμό της οικονομικής χρήσης κάθε έτους και τον υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

7) Εγκρίνει το Ενιαίο Πρόγραμμα Προμηθειών της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, καθώς και τις τροποποιήσεις του και το υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

8) Εγκρίνει τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για την εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσά άνω των 15.000 ευρώ και μέχρι 45.000 ευρώ ετησίως.

9) Εισηγείται τη σκοπιμότητα και τον τρόπο χρηματοδότησης για εκτέλεση έργων, υλοποίηση μελετών, προμήθεια παντός τύπου εξοπλισμού, προμήθεια παντός τύπου αναλώσιμου υλικού και ανάθεση υπηρεσιών κατά ΚΑΕ προϋπολογισμού για ποσά άνω των 45.000 ευρώ ετησίως στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

10) Εγκρίνει τις προτάσεις για την αξιοποίηση των περιουσιακών στοιχείων της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

11) Εγκρίνει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων, την οποία υποβάλλει στον Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

12) Αποφασίζει για την αποδοχή δωρεών και κληροδοτημάτων υπέρ της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

13) Αποφασίζει για τη διάθεση σε άλλους φορείς του αχρησιμοποίητου υλικού της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, για το χαρακτηρισμό παλαιού υλικού ως άχρηστου, καθώς και για την καταστροφή ή την εκποίηση του άχρηστου υλικού.

14) Ασκεί όλες τις αρμοδιότητες που προβλέπονται στις διατάξεις του νόμου αυτού και όσες του αναθέτει ο Διοικητής της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

Άρθρο 16

1. Η θητεία των υπηρετούντων, κατά την ψήφιση του νόμου αυτού, Προέδρων, Αντιπροέδρων και μελών των Επιτροπών Διοίκησης, των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας του άρθρου 1 του Ν. 3106/2003, λήγει αυτοδίκαια την ημερομηνία έκδοσης της απόφασης του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης περί ορισμού Διοικητικών Συμβουλίων, σύμφωνα με την παράγραφο 6 του άρθρου 15.

2. Από την ημερομηνία εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος, οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας συνεχίζουν

να ασκούν το σύνολο των αρμοδιοτήτων και υπηρεσιών που είχαν και στο πλαίσιο ένταξής τους στα οικεία Πε.Σ.Υ.Π. και οι σχετικές διατάξεις των Νόμων 3106/2003, 3172/2003 και 3209/2003 εφαρμόζονται αναλογικά. Όπου στους ανωτέρω νόμους αναφέρεται "Πε.Σ.Υ.Π." και "Πρόεδρος Πε.Σ.Υ.Π.", νοείται, από την κατάργηση των Πε.Σ.Υ.Π. και έναρξη ισχύος των διατάξεων του παρόντος, αντίστοιχα, Δ.Υ.ΠΕ. και Διοικητής Υγειονομικής Περιφέρειας.

Άρθρο 17

Προγραμματικές συμβάσεις

Επιτρέπεται η σύναψη προγραμματικών συμβάσεων μεταξύ του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, των λοιπών Υπουργείων, των Περιφερειών, των Δ.Υ.ΠΕ., των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας, του Εθνικού Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας, του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας, του Εθνικού Παρατηρητηρίου Ατόμων με Αναπηρίες και των Ο.Τ.Α. α' και β' βαθμού, καθώς και μεταξύ αυτών και οποιουδήποτε δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα ή μη κυβερνητικής οργάνωσης στο πλαίσιο της εύρυθμης οργάνωσης και λειτουργίας τους.

Με τις προγραμματικές συμβάσεις επιδιώκεται ιδίως ο συντονισμός δράσης, λειτουργίας και παροχής υπηρεσιών και η αποτελεσματικότερη παρέμβαση σε κοινούς τομείς αρμοδιοτήτων, η μελέτη, κατάρτιση, εκτέλεση και διαχείριση προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας και ειδικών προγραμμάτων εθελοντισμού.

Στις προγραμματικές συμβάσεις καθορίζονται το περιεχόμενο του προγράμματος, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των συμβαλλομένων, τα σχετικά με τη χρηματοδότηση, ο χρόνος ισχύος της σύμβασης, η διαδικασία παρακολούθησης και κάθε άλλο σχετικό θέμα.

Οι συμβαλλόμενοι φορείς για την εκτέλεση των προγραμματικών συμβάσεων μπορεί να χρηματοδοτούνται από το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τον Τακτικό Προϋπολογισμό και από τους προϋπολογισμούς τους.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται τα κριτήρια, οι όροι της σύναψης, η διαδικασία, το περιεχόμενο, η παρακολούθηση της εκτέλεσης της σύμβασης και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων αυτού του άρθρου.

Άρθρο 18

Θέματα Οργανισμού

1. Μέχρι την κατάρτιση νέου Οργανισμού, οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας διατηρούν τον Οργανισμό που έχουν. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ο Οργανισμός αυτός μπορεί να τροποποιείται, ως προς τη διάρθρωση των υπηρεσιακών μονάδων και την κατανομή του προσωπικού.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διάρθρωση των υπηρεσιών, οι αρμοδιότητες του Δ.Σ. και του Προέδρου του Διοικητι-

κού Συμβουλίου, οι θέσεις και τα προσόντα πρόσληψης του προσωπικού των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, οι οποίες δεν έχουν Οργανισμό κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου. Μέχρι την ημερομηνία έναρξης εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος, οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας που δεν έχουν Οργανισμό, θα λειτουργούν με το υπάρχον προσωπικό και θα υπάγονται στα Π.Σ.Υ.Π.. Μετά την έναρξη εφαρμογής του παρόντος θα ανατεθούν στο προσωπικό αυτό καθήκοντα με απόφαση του Αντιπροέδρου της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μπορεί να ιδρύνονται νέες μονάδες παροχής υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας ως νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου και να καθορίζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι αρμοδιότητες του Διοικητικού Συμβουλίου και του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου, η διάρθρωση των υπηρεσιών, οι θέσεις και τα προσόντα πρόσληψης του προσωπικού.

Με όμοια προεδρικά διατάγματα μπορεί να συγχωνεύονται ή να καταργούνται ολικώς ή μερικώς Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και να ρυθμίζονται θέματα που ανακύπτουν σχετικά με το προσωπικό αυτών.

Άρθρο 19

Θέματα προσωπικού

Το προσωπικό των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας διαπρεί τους κλάδους και τις θέσεις που κατέχει κατά τη δημοσίευση αυτού του νόμου, οι οποίες μετατρέπονται σε οργανικές θέσεις του αντίστοιχου κλάδου, κατηγορίας και ειδικότητας της αντίστοιχης Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, με την ίδια σχέση εργασίας. Για την κατά το προηγούμενο εδάφιο αυτοδίκαιη μετατροπή θέσεων, εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Διοικητή της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας του υπαλλήλου, που έχει διανυθεί στο φορέα από τον οποίο αυτός προέρχεται, λαμβάνεται υπόψη για τη μισθολογική του εξέλιξη. Επιπλέον τακτικές αποδοχές που ελάμβανε από τον εργοδότη του φορέα, πριν την ανωτέρω ένταξη, διατηρούνται ως προσωπική διαφορά, η οποία μειώνεται με οποιαδήποτε αύξηση των αποδοχών ή απολαβών, από οποιαδήποτε αιτία και αν προέρχεται, μέχρι πλήρους εξισώσεως με τις αποδοχές και τις απολαβές της νέας θέσης. Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας, που έχει διανυθεί στο φορέα από τον οποίο προέρχεται ο υπάλληλος, θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία για όλα τα θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης.

Άρθρο 20

Επιλογή και τοποθέτηση προϊσταμένων οργανικών μονάδων

1. Οι προϊστάμενοι οργανικών μονάδων Διεύθυνσης, Υποδιεύθυνσης και Τομέα των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας μπορούν να προέρχονται από τους υπαλλήλους όλων των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, που ανήκουν στον αντίστοιχο κλάδο, μπορούν να προΐστανται στις αντίστοιχες οργανικές μονάδες κατά τις οργανικές διατάξεις του οικείου φο-

ρέα και πληρούν τις προϋποθέσεις να επιλεγούν ως προϊστάμενοι Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων και Τομέων.

2. Για την εφαρμογή της παραγράφου 6 του άρθρου 8 του Ν. 3260/2004, το Υπηρεσιακό Συμβούλιο της παραγράφου 19 του άρθρου 4 του νόμου αυτού επιλέγει προϊσταμένους Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων και Τομέων των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, από το σύνολο των υπαλλήλων των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, που πληρούν τις προϋποθέσεις να επιλεγούν ως προϊστάμενοι Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων και Τομέων και ανήκουν σε κλάδους των οποίων οι υπάλληλοι μπορούν να προΐστανται στις αντίστοιχες μονάδες, κατά τις οργανικές διατάξεις του φορέα της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Για την εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων, το Πρωτοβάθμιο Υπηρεσιακό Συμβούλιο καταρτίζει, με βάση τις καταστάσεις όλων των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας, ενιαίο πίνακα υπαλλήλων από τον οποίο επιλέγονται για την πλήρωση κενών ή κενούμενων θέσεων προϊσταμένων Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων ή Τομέων. Ο Διοικητής της Δ.Υ.Π.Ε. ασκεί έλεγχο νομιμότητας των ενιαίων πινάκων και στη συνέχεια οι υπάλληλοι που έχουν επιλεγεί κατά τα ανωτέρω τοποθετούνται με απόφασή του, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, σε κενή ή κενούμενη θέση προϊσταμένου οργανικής μονάδας Διεύθυνσης, Υποδιεύθυνσης ή Τομέα, σε οποιαδήποτε Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΘΕΜΑΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Άρθρο 21

Υπηρεσίες αποϊδρυματοποίησης, αποκατάστασης και επανένταξης

Οι Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας και φυσικά ή νομικά πρόσωπα, δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, μπορούν να οργανώνουν και να θέτουν σε λειτουργία υπηρεσίες, με σκοπό την αποϊδρυματοποίηση, αποκατάσταση και επανένταξη των ατόμων με αναπηρίες, όπως προστατευόμενα διαμερίσματα, ξενώνες και οικοτροφεία, προστατευόμενα εργαστήρια και εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης και επανένταξης.

Στους ξενώνες και στα οικοτροφεία παρέχεται στέγη, θεραπεία, κοινωνική στήριξη, καλλιτεχνικές, πολιτιστικές και άλλες υπηρεσίες. Στα προστατευόμενα διαμερίσματα παρέχονται υπηρεσίες ήπιας θεραπείας, παρακολούθηση και εποπτεία περιορισμένης μορφής από προσωπικό του οικείου φορέα. Στα προστατευόμενα εργαστήρια και στα εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης παρέχονται υπηρεσίες εκμάθησης επαγγελματικών δεξιοτήτων με σκοπό την αυτονομία, την κοινωνική επανένταξη και την επαγγελματική αποκατάσταση ατόμων με αναπηρίες. Το προσωπικό που απαιτείται για τη λειτουργία των εργαστηρίων επαγγελματικής κατάρτισης και εκπαίδευσης προσλαμβάνεται στα πλαίσια συγκεκριμένων προγραμμάτων.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Οικονομίας και Οικονομικών, καθώς και του κατά

περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις, η διαδικασία, η φύση και ο τρόπος οργάνωσης των παραπάνω υπηρεσιών, το απαραίτητο προσωπικό, οι πόροι και η εν γένει χρηματοδότηση για την ίδρυση και λειτουργία των προστατευόμενων διαμερισμάτων, ξενώνων και οικοτροφείων, και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων αυτού του άρθρου.

Άρθρο 22

Το άρθρο 30 του Ν. 2072/1992 αντικαθίσταται ως εξής:
"1. Με κοινές αποφάσεις των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και Οικονομίας και Οικονομικών, καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις, η διαδικασία, το απαραίτητο προσωπικό και οι πόροι για την ίδρυση και λειτουργία Στεγών Υποστηριζόμενης Διαβίωσης Ατόμων με Αναπηρία ("Σ.Υ.Δ.ΑμεΑ"), είτε για το σύνολο των Ατόμων με Αναπηρία είτε για κατηγορίες τούτων, όπως άτομα με νοητική υστέρηση, προς το σκοπό της πρόληψης της ιδρυματοποίησης των Ατόμων με Αναπηρία.

2. Οι φορείς που μπορούν να ιδρύουν και να λειτουργούν Σ.Υ.Δ. και να παρέχουν τις υπηρεσίες υποστήριξης και την όλη οργάνωση και επίβλεψη των Σ.Υ.Δ. ("Φορείς") είναι είτε φυσικά πρόσωπα είτε νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

3. Οι Φορείς υποχρεούνται να έχουν άδεια λειτουργίας σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, ως φορείς παροχής οργανωμένων κοινωνικών υπηρεσιών.

4. Οι Σ.Υ.Δ. ιδρύονται και λειτουργούν με σκοπό την εξασφάλιση μόνιμης διαβίωσης και κατοικίας στα Άτομα με Αναπηρία που διαβιούν σε αυτές. Οι Σ.Υ.Δ. αποτελούν υποχρεωτικά μικρές μονάδες. Οι Σ.Υ.Δ. διαμερίσματα προορίζονται για τη διαβίωση ενός έως τεσσάρων ΑμεΑ ενώ οι Σ.Υ.Δ. οικοτροφεία προορίζονται για τη διαβίωση έως εννέα ΑμεΑ. Η αρχιτεκτονική και ο εξοπλισμός των Σ.Υ.Δ. δεν είναι ενιαίος αλλά διαφέρει ανάλογα με την αναπηρία των ΑμεΑ που θα διαβιώσουν σε αυτές."

Άρθρο 23

Στο τέλος της παρ. 9 του άρθρου 5 του Ν. 3106/2003 (-ΦΕΚ 30 Α'), όπως ισχύει, προστίθεται εδάφιο β' ως εξής:

"Οι περιλαμβανόμενοι στον πίνακα επιτυχόντων της Προκήρυξης 2002 (άρθρο 3) της Πρωτοβάθμιας Επιτροπής του άρθρου 9 του Ν. 2643/1998 του Νομού Αττικής (-αριθμ. πρακτικού 509/3.6.2004 Συνεδρίασης της Επιτροπής του άρθρου 9 του Ν. 2643/1998) σύμφωνα με την Προκήρυξη 10/7Κ/2000 (ΦΕΚ 329/3.7.2000, Τεύχος Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.), διορίζονται σε κενές οργανικές θέσεις μόνιμου προσωπικού αντίστοιχου κλάδου ή σε προσωποπαγείς θέσεις των Δ.Υ.ΠΕ. ή του Ε.Κ.Α.Κ.Β. που συνιστώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως."

Άρθρο 24

1. Οι δαπάνες που πραγματοποιήσαν οι αποκεντρωμένες Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας που ανήκαν στον καταργηθέντα με την παράγραφο 1 του άρθρου 5 του Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α') Ε.Ο.Κ.Φ., κατά το χρονικό διάστημα από την 1η Σεπτεμβρίου 2003 και μέχρι την έγκριση του προϋπολογισμού τους, θεωρούνται καλώς γενόμενες.

2. Στους εργαζόμενους στις αποκεντρωμένες Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας που λειτουργούν σε 24ωρη βάση και προέρχονται από τον καταργηθέντα με το Ν. 3106/2003 Ε.Ο.Κ.Φ., οι οποίοι μέχρι την 31 η Δεκεμβρίου 2003 εργάστηκαν υπερωριακά κατά τις Κυριακές και εξαιρέσιμες ημέρες ή κατά τις νυχτερινές ώρες, προς συμπλήρωση της υποχρεωτικής εβδομαδιαίας εργασίας ή καθ' υπέρβαση αυτής, και για τους οποίους δεν είχε εκδοθεί κανονιστική απόφαση, καταβάλλεται αποζημίωση. Το ύψος της αποζημίωσης καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 25

Στο τέλος της παρ. 2 του άρθρου 6 του Ν. 3106/2003 (-ΦΕΚ 30 Α') προστίθεται εδάφιο ως εξής:

"Οι υπηρεσίες του Ε.Κ.Α.Κ.Β. μπορούν να λειτουργούν όλες τις ημέρες της εβδομάδας και σε 24ωρη βάση."

Άρθρο 26

1. Η προθεσμία, που προβλέπεται στο άρθρο 13 του Ν. 3146/2003 (ΦΕΚ 125 Α') για την εφαρμογή του προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι", παρατείνεται για δύο έτη από τη λήξη της κατά την ανωτέρω διάταξη, σε όσους δήμους εφαρμόζεται σύμφωνα με τις διατάξεις των ΚΥΑ Π4β/5814/1997 (ΦΕΚ 917 Β') και Π1γ/ΓΠ οικ.62329/2003 (-ΦΕΚ 925 Β').

2. Το προσωπικό που απασχολείται στα παραπάνω προγράμματα συνεχίζει να προσφέρει τις υπηρεσίες του για δύο ακόμα έτη.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις λειτουργίας του προγράμματος.

Άρθρο 27

1. Στην περίπτωση ΣΤ' της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α') προστίθεται εδάφιο η' ως εξής:

"η. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Καρδίτσας, το οποίο συστάθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του Π.Δ. 291/1984 (ΦΕΚ 108 Α')."

2. Στην περίπτωση ΙΖ' της παρ. 2 του άρθρου 1 του Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α') προστίθεται εδάφιο ι' ως εξής:

"ι. Το Κέντρο Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών Ενηλίκων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Ηρακλείου Κρήτης, το οποίο συστάθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων του άρθρου 21 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96 Α') και μετονομάζεται σε Κέντρο Αποθεραπείας Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ηρακλείου Κρήτης."

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 28

1. Η κατάταξη σε θεραπευτικές ομάδες των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων που κυκλοφορούν και χορηγούνται με ιατρική συνταγή ανατίθεται στο Επιστημονικό Συμβούλιο Εγκρίσεων (Ε.Σ.Ε.) του Ε.Ο.Φ. (Τμήμα Α' Φαρμακευτικών Προϊόντων εν γένει και Άλλων Προϊόντων), κατ' αντιστοιχία με τη μέχρι σήμερα ισχύουσα κατάταξη που προέκυψε από την Ειδική Επιτροπή του άρθρου 20 παράγραφοι 1 και 2 του Ν. 2458/1997 (ΦΕΚ 15 Α').

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση του Ε.Σ.Ε., μπορούν να ορίζονται πρόσθετα ειδικά κριτήρια για την κατάταξη των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων σε θεραπευτικές ομάδες.

Μετά την ολοκλήρωση του ανωτέρω έργου, ο Ε.Ο.Φ. γνωστοποιεί στους κατά νόμον υπεύθυνους κυκλοφορίας των εν λόγω ιδιοσκευασμάτων το σχέδιο της σχετικής κατάταξης, προκειμένου να υποβληθούν τυχόν παρατηρήσεις από τους ενδιαφερόμενους εντός αποκλειστικής προθεσμίας δεκαπέντε ημερών. Μετά την πάροδο της ανωτέρω προθεσμίας, το Ε.Σ.Ε. συντάσσει την οριστική κατάταξη. Εντός δεκαπέντε ημερών από της γνωστοποίησης της οριστικής κατάταξης, οι υπεύθυνοι κυκλοφορίας μπορούν να υποβάλλουν ένσταση ενώπιον του Δευτεροβάθμιου Επιστημονικού Συμβουλίου (Δ.Ε.Σ.) του Ε.Ο.Φ.. Η ένσταση κρίνεται το αργότερο μέσα σε τριάντα ημέρες από την υποβολή της.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ρυθμίζεται η γραμματειακή και τεχνική υποστήριξη και κάθε θέμα σχετικό με τη λειτουργία του Ε.Σ.Ε. και την ως άνω αναφερόμενη διαδικασία.

2. Η Ειδική Επιτροπή που προβλέπεται στις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου 20 του Ν. 2458/1997 (ΦΕΚ 15 Α') καταργείται.

Άρθρο 29

Η ισχύς της παρ. 29 του άρθρου 13 του Ν. 2955/ 2001 και της παρ. 1γ του άρθρου 29 του Ν. 3209/2003 (ΦΕΚ 203 Α') παρατείνεται μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2005.

Άρθρο 30

1. Το συσταθέν με το Β.Δ. 146/1964 Ίδρυμα με την επωνυμία "Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής", όπως μετονομάστηκε με το άρθρο 6 του Ν.Δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α'), μετονομάζεται σε "Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών".

2. Το κατά την ως άνω παράγραφο μετονομαζόμενο Ίδρυμα εντάσσεται στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που προβλέπονται στην παρ. 1 του άρθρου 4 του Ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96 Α').

Άρθρο 31

1. Η τήρηση της Γενικής Λογιστικής και των Λογαριασμών Τάξεως και Δημοσίου Λογιστικού του άρθρου 3 του Π.Δ. 146/2003 (ΦΕΚ 122 Α') για τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.Κ.Α., αρχίζει να ισχύει από την 1η Ιανουαρίου 2006.
2. Οι ισολογισμοί που συντάσσονται σύμφωνα με το Π.Δ. 146/2003 ελέγχονται και υπογράφονται από δύο ορκωτούς ελεγκτές.

Άρθρο 32

1. Η περίπτωση α' της παρ. 4 του Κεφαλαίου Α' του άρθρου 4 του Π.Δ. 67/2000 (ΦΕΚ 58 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"α) όταν η αξία της συνταγής ξεπερνά τα εκατό ευρώ".

2. Το τελευταίο εδάφιο της περίπτωσης στ' του άρθρου 5 του Π.Δ. 67/2000 (ΦΕΚ 58 Α'), το οποίο προστέθηκε με το άρθρο μόνο του Π.Δ. 149/2003 (ΦΕΚ 123 Α'), αντικαθίσταται ως εξής:

"Ιατροί κατέχοντες την ιδιότητα του Γενικού Ιατρού βάσει κεκτημένων δικαιωμάτων σύμφωνα με το άρθρο 36

της Οδηγίας 93/16 ΕΚ και τις διατάξεις του Π.Δ. 38/ 2004 (ΦΕΚ 35 Α'), οι οποίοι ασκούν το επάγγελμα του γενικού ιατρού άνευ τίτλου ειδικής εκπαίδευσης στο αντικείμενο αυτό, δεν υπόκεινται στις διατάξεις της παραγράφου 13 του Κεφαλαίου Α' του άρθρου 2 και του πρώτου εδαφίου της περίπτωσης στ' του άρθρου 5 του παρόντος, οι οποίες αφορούν ιατρούς άνευ ειδικότητας."

Άρθρο 33

1. Στο τέλος της πρώτης παραγράφου του άρθρου 13 του Ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α') προστίθεται περίπτωση ε' ως εξής:

"ε) Ιδιωτικά εργαστήρια φυσικοθεραπείας".

2. Οι πράξεις αρμοδιότητας φυσικοθεραπευτή, όπως αυτές προβλέπονται στο Β.Δ. 411/1972, το Π.Δ. 29/1987 και το Π.Δ. 90/1995 και περιέχονται κοστολογημένες στο κεφάλαιο "Φυσικοθεραπείες" του Π.Δ. 157/1991, εκτελούνται μόνον από πτυχιούχους φυσικοθεραπευτές, σε χώρους όπου από την κείμενη νομοθεσία προβλέπεται η παροχή φυσιοθεραπευτικών υπηρεσιών.

3. Οι πράξεις αρμοδιότητας φυσικοθεραπευτή συνταγογραφούνται από τα Ασφαλιστικά Ταμεία σε ξεχωριστό παραπεμπτικό, στο οποίο δεν επιτρέπεται να περιλαμβάνονται και πράξεις ιατρικών ή άλλων ειδικοτήτων.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κοστολογούνται νέες φυσικοθεραπευτικές πράξεις, εφόσον έχει παρέλθει τουλάχιστον τετραετία από την ένταξη τους στο πρόγραμμα σπουδών των Τμημάτων Φυσικοθεραπείας των Τ.Ε.Ι., που πιστοποιείται με βεβαίωση της Διεύθυνσης τους.

Άρθρο 34

Στο τέλος της παρ. 2 του άρθρου 26 του Ν. 1397/1983, όπως ισχύει μετά την επαναφορά της σε ισχύ με τη διάταξη της παραγράφου 6 του άρθρου 34 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'), προστίθεται εδάφιο γ' ως εξής:

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

Άρθρο 35

1. Στο προσωπικό που υπηρετεί στην Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και στους αποσπασμένους σε αυτή και στο μετακλητό προσωπικό, χορηγείται μηνιαίο επίδομα ειδικής απασχόλησης που ανέρχεται στο ποσό των διακοσίων (200) ευρώ για το χρονικό διάστημα από την 1η Ιανουαρίου 2005 και εφεξής.

2. Το επίδομα αυτό δεν συμψηφίζεται με την προσωπική διαφορά που προβλέπεται στις παραγράφους 1 και 2 του άρθρου 24 του Ν. 3205/2003.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης το επίδομα αυτό μπορεί να αναπροσαρμόζεται.

Άρθρο 36

Σε θέση Διοικητικού Διευθυντή των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.Κ.Α. μπορούν να προαχθούν και υπάλληλοι του κλάδου Π Ε Πληροφορικής, βαθμού Α', εφόσον πληρούν και τα υπόλοιπα νόμιμα προσόντα.

Άρθρο 37

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ειδική νομοπαρασκευαστική επιτροπή για τη σύνταξη σχεδίου νόμου περί προμηθειών των φορέων του Εθνικού Συστήματος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των σχετικών κανονιστικών πράξεων. Με την ίδια απόφαση καθορίζονται ο αριθμός των μελών, η διάρκεια της επιτροπής, το ποσό και ο τρόπος καταβολής της αποζημίωσης των μελών της επιτροπής και των γραμματέων και ρυθμίζεται κάθε σχετική λεπτομέρεια. Η επιτροπή συγκροτείται από δικαστικούς λειτουργούς και ειδικούς επιστήμονες. Ο πρόεδρος και τα μέλη της επιτροπής ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Άρθρο 38

1. Οι Ειδικές Επιτροπές εκδίκασης ενστάσεων της παραγράφου 12 του άρθρου 37 του Ν. 2519/1997 καταργούνται από την ημερομηνία δημοσίευσης του παρόντος νόμου. Ενστάσεις οι οποίες εκκρεμούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ενώπιον των ανωτέρω Ειδικών Επιτροπών παραπέμπονται και εξετάζονται από τα αντίστοιχα ανά βαθμό, ειδικότητα και περιοχή ευθύνης Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής και Αξιολόγησης Επιμελητών Α' και Β' Ιατρών Ε.Σ.Υ. και τα αντίστοιχα ανά ειδικότητα Συμβούλια Επιλογής και Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ.

2. Το τελευταίο εδάφιο της παρ. 1 του άρθρου 35 του Ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α') καταργείται από την ημερομηνία δημοσίευσης του παρόντος νόμου.

3. Στα Συμβούλια Επιλογής και Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ. και Επιμελητών Α' και Β' Ιατρών Ε.Σ.Υ. των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας προεδρεύει ο Αντιπρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της οικείας Δ.Υ.Π.Ε., με αναπληρωτή του τον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου της οικείας Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας.

Άρθρο 39

1. Οι διατάξεις των παραγράφων 1 και 5 του άρθρου 27 του Ν. 3293/2004 (ΦΕΚ 231 Α') εφαρμόζονται αναλόγως και για την πρόσληψη πολιτικού νοσηλευτικού προσωπικού στα στρατιωτικά νοσοκομεία και το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ..

2. Η κατάρτιση των προσωρινών πινάκων πραγματοποιείται από τριμελή επιτροπή αποτελούμενη από τον Διευθυντή Υγειονομικού κάθε κλάδου, τον Διευθυντή εκάστου νοσοκομείου και τον Διευθυντή της αντίστοιχης Διεύθυνσης Πολιτικού Προσωπικού. Ειδικά για το Ν.Ι.Μ.Τ.Σ., η τριμελής επιτροπή αποτελείται από τον Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου, τον Διευθυντή Νοσηλευτικού Προσωπικού και τον Διευθυντή Διοικητικής Μέριμνας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Εθνικής Άμυνας ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες σχετικά με τη διαδικασία πρόσληψης του ανωτέρω προσωπικού.

Άρθρο 40

Με την επιφύλαξη του άρθρου 105 του Συντάγματος, του Καταστατικού Χάρτη Αγίου Όρους (Κ.Χ.Α.Ο.) και του Ν.Δ. 10/16.9.1926 που κύρωσε τον Κ.Χ.Α.Ο., και κατά παρέκκλιση κάθε άλλης διάταξης, επιτρέπεται στη Δ.Ε.Π.Α.ΝΟ.Μ. Α.Ε. και σε κάθε άλλο φορέα η ανέγερση,

ανακατασκευή, ανακαίνιση και συντήρηση των εγκαταστάσεων των ιατρικών μονάδων του Αγίου Όρους.

Άρθρο 41

1. Η υγειονομική περίθαλψη, πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, από ιδιωτικούς φορείς περίθαλψης ή ιδιώτες ιατρούς προς τους ασφαλισμένους του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) γίνεται με ειδικές συμβάσεις μεταξύ του Ο.Π.Α.Δ. και του ενδιαφερόμενου φορέα, φυσικού ή νομικού προσώπου. Το Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. με απόφασή του ορίζει το όργανο το οποίο συμβάλλεται για λογαριασμό του Οργανισμού κατά τη σύναψή τους. Η διάρκεια των συμβάσεων αυτών, καθώς και εκείνων που συνάπτει ο Ο.Π.Α.Δ. με τα φαρμακεία, ορίζεται με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου. Με απόφαση του Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ., η χρονική διάρκεια των συμβάσεων αυτών μπορεί να ανανεώνεται με αφετηρία έναρξης του χρόνου ανανέωσης την επομένη της λήξης τους, εφόσον προ αυτής υποβληθεί από τον ενδιαφερόμενο σχετική αίτηση με τα απαραίτητα κατά περίπτωση δικαιολογητικά. Τα προηγούμενα εδάφια εφαρμόζονται για όλες τις συμβάσεις που έχει συνάψει ο Ο.Π.Α.Δ. από την 1η Ιανουαρίου 2003 και εφεξής.

2. Το άρθρο 4 του Ν.Δ. 108/1973, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 1 του Ν. 1025/1980 (ΦΕΚ 47 Α'), αντικαθίσταται ως ακολούθως:

" Άρθρο 4

1. Σε περίπτωση παράβασης των κειμένων διατάξεων περί της Υγειονομικής Περίθαλψης των Ασφαλισμένων του Δημοσίου, από τους δικαιούχους περίθαλψης, καθώς και από τους συμβεβλημένους ή συνεργαζόμενους μετά του Οργανισμού Περίθαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου (Ο.Π.Α.Δ.) φορείς της Υγειονομικής Περίθαλψης, Ιατρούς, Οδοντάτρους, Φαρμακοποιούς, υπεύθυνους εργαστηρίων, Ιδιωτικές Κλινικές, Νοσηλευτικά Ιδρύματα, καθώς και από κάθε άλλο πρόσωπο συμβεβλημένο ή συνεργαζόμενο με τον Ο.Π.Α.Δ. για τον ανωτέρω σκοπό, επιβάλλονται στους υπαίτιους, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ο.Π.Α.Δ., οι κατωτέρω διοικητικές κυρώσεις:

α) Στους δικαιούχους υγειονομικής περίθαλψης:

αα) Πρόστιμο μέχρι χίλια ευρώ.

ββ) Στέρηση του δικαιώματος περίθαλψης του ασφαλισμένου για χρονικό διάστημα, μέχρι δύο ετών, εφόσον η συγκεκριμένη παράβαση συνεπάγεται οικονομική ζημία του Ο.Π.Α.Δ..

β) Στους Ιατρούς, Οδοντάτρους, Φαρμακοποιούς, υπεύθυνους των εργαστηρίων, Ιδιωτικές Κλινικές και Νοσηλευτικά Ιδρύματα, καθώς και σε κάθε άλλο μετά του Ο.Π.Α.Δ. συμβεβλημένο ή συνεργαζόμενο πρόσωπο:

αα) Πρόστιμο μέχρι δέκα χιλιάδες ευρώ.

ββ) Διακοπή της σύμβασης με τον Ο.Π.Α.Δ. για χρονικό διάστημα μέχρι ένα έτος ή καταγγελία της μετά του Ο.Π.Α.Δ. συναφθείσας σύμβασης. Απαγορεύεται η σύναψη νέας σύμβασης πριν την πάροδο διετίας, εφόσον η συγκεκριμένη παράβαση συνεπάγεται οικονομική ζημία του Ο.Π.Α.Δ..

2. Σε περίπτωση νέας παράβασης, τα ανώτατα όρια των κυρώσεων της προηγούμενης παραγράφου μπορούν να διπλασιάζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ..

3. Το Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ., εκτιμώντας τη βαρύτητα της συ-

γκεκριμένης παράβασης, δύναται να επιβάλει είτε τη μία είτε αμφότερες τις αναφερόμενες στην παράγραφο 1 κυρώσεις.

4. Αν επιβληθεί κύρωση σύμφωνα με όσα ορίζονται στις προηγούμενες παραγράφους, εκείνος που τιμωρήθηκε μπορεί να προσφύγει ενώπιον της επιτροπής που προβλέπεται στην επόμενη παράγραφο. Η προσφυγή ασκείται μέσα σε αποκλειστική προθεσμία είκοσι ημερών από την κοινοποίηση σε αυτόν της πράξης επιβολής της κύρωσης.

5. Στην έδρα του Ο.Π.Α.Δ. συνιστάται τριμελής Επιτροπή, που αποτελείται από:

α) Τον Γενικό Γραμματέα Δημοσιονομικής Πολιτικής του Υπουργείου Οικονομίας και Οικονομικών ως Πρόεδρο, με αναπληρωτή τον Γενικό Γραμματέα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

β) Τον Γενικό Διευθυντή Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με αναπληρωτή τον Διευθυντή της Διεύθυνσης.

γ) Τον Γενικό Διευθυντή του Ο.Π.Α.Δ., με αναπληρωτή τον Διευθυντή Υγειονομικής Περιθαλψής του Ο.Π.Α.Δ..

Η Επιτροπή συγκροτείται με απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η θητεία των μελών είναι τριετής και με την απόφαση της συγκρότησης ορίζεται και ο Γραμματέας της Επιτροπής με τον αναπληρωτή του, ο οποίος επιλέγεται μεταξύ των υπαλλήλων του Ο.Π.Α.Δ.. Η Επιτροπή αποτελεί ίδια αρχή, με δική της σφραγίδα και πρωτόκολλο. Η Επιτροπή ελέγχει νόμω και ουσία τις προσφυγές που υποβάλλονται σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο και μπορεί να ακυρώσει ή τροποποιήσει τις αποφάσεις του Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. περί επιβολής κυρώσεων. Αν η Επιτροπή δεν αποφανθεί μέσα σε αποκλειστική προθεσμία εξήντα ημερών, αφότου έλαβε την προσφυγή, θεωρείται ότι την απέρριψε. Η προθεσμία και η άσκηση της εν λόγω προσφυγής και το χρονικό διάστημα μέχρι την έκδοση απόφασης ή τη σιωπηρή απόρριψη της αναστέλλουν την εκτέλεση της προσβαλλόμενης απόφασης.

6. Τα κατά τις ανωτέρω διατάξεις επιβαλλόμενα πρόστιμα εισπράττονται κατά τις διατάξεις περί είσπραξης δημοσίων εσόδων."

3. Το εδάφιο γ' της παρ. 1 του άρθρου 7 του Ν. 2768/1999 (ΦΕΚ 273 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"Ο Οργανισμός επεξεργάζεται και εισηγείται Κανονισμό Παροχών προς τους ασφαλισμένους του, με τον οποίο καθορίζει τους δικαιούχους, τα ποσοστά συμμετοχής των δικαιούχων στις παροχές, τις προϋποθέσεις και διαδικασίες χορήγησης τους, το είδος των παροχών και το ποσό της αναγνωριζόμενης δαπάνης. Ο Κανονισμός αυτός εγκρίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Οικονομίας και Οικονομικών και δύναται να τροποποιεί ή καταργεί κάθε αντίθετη διάταξη. Το Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. με αποφάσεις του δύναται να προβαίνει σε κοστολογήσεις ορθοπεδικών ειδών, προθεμάτων και βοηθητικών μέσων."

4. Ο Ο.Π.Α.Δ. μπορεί, με απόφαση του Διοικητικού του Συμβουλίου, να συμβάλλεται με φορείς για την παροχή ή λήψη υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης με αμοιβή. 5. Ο Ο.Π.Α.Δ. μπορεί, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου που λαμβάνεται μετά από τη σχετική γνώμη των ειδικών υγειονομικών επιτροπών της παραγράφου 9 του άρθρου

5 του Ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α'), να εγκρίνει μη κοστολογημένες δαπάνες για τους ασφαλισμένους του που πραγματοποιούν εξετάσεις και επεμβάσεις σε ιδιωτικούς φορείς, υπό την προϋπόθεση ότι αυτές δεν μπορούν να πραγματοποιηθούν σε κρατικά νοσοκομεία στην Ελλάδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ'

ΤΕΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 42

1. Από την 3η Μαΐου 2005 καταργούνται οι διατάξεις των άρθρων 1, 2, 3, 4, 5 και 12 του Ν. 2889/2001 (ΦΕΚ 37 Α'), καθώς και κάθε άλλη διάταξη που είναι αντίθετη προς τις διατάξεις του νόμου αυτού. Την ίδια ημερομηνία καταργούνται τα Πε.Σ.Υ.Π., τα οποία είχαν συσταθεί με την παράγραφο 2 του άρθρου 1 του Ν. 2889/2001.

2. Οι διατάξεις των άρθρων 1 έως και 20 του νόμου αυτού αρχίζουν να εφαρμόζονται από την 3η Μαΐου 2005.

3. Η θητεία των Προέδρων Γενικών Διευθυντών των Πε.Σ.Υ.Π. και των Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων, η οποία λήγει την 28η Φεβρουαρίου 2005, παρατείνεται αυτοδικαίως μέχρι την ημερομηνία έκδοσης των αποφάσεων του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης περί διορισμού των νέων Διοικητών των Δ.Υ.ΠΕ. και των νέων Διοικητών και Αναπληρωτών Διοικητών των Νοσοκομείων, σύμφωνα με τις διατάξεις αυτού του νόμου.

4. Οι προϋπολογισμοί του τρέχοντος οικονομικού έτους των Νοσοκομείων και Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, οι οποίοι εμφανίζονται ως παράρτημα των ενοποιημένων προϋπολογισμών των Πε.Σ.Υ.Π., αποτελούν τους προϋπολογισμούς των παραπάνω Νοσοκομείων και Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και εκτελούνται με ευθύνη των οργάνων Διοίκησης αυτών. Ο προϋπολογισμός του τρέχοντος οικονομικού έτους της Κεντρικής Υπηρεσίας των Πε.Σ.Υ.Π. εκτελείται ως προϋπολογισμός της αντίστοιχης Δ.Υ.ΠΕ.. Οι αδιάθετες πιστώσεις του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης τρέχοντος οικονομικού έτους για την επιχορήγηση των Πε.Σ.Υ.Π., θεωρούνται πιστώσεις επιχορήγησης των Δ.Υ.ΠΕ. και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας αντίστοιχα.

5. Η κατάρτιση και εκτέλεση του προϋπολογισμού των ως άνω νομικών προσώπων, καθώς και η αναγνώριση, εκκαθάριση και εντολή πληρωμής των δαπανών τους διέπονται από τις διατάξεις του ν.δ. 496/1974. Οι δαπάνες τους υπόκεινται σε προληπτικό έλεγχο από το Ελεγκτικό Συνέδριο.

6. Η εκκαθάριση της μισθοδοσίας του προσωπικού των Νοσοκομείων και Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, καθώς και οι επιχορηγήσεις για την αντιμετώπιση λειτουργικών δαπανών εξακολουθούν να γίνονται σε βάρος των Κωδικών Αριθμών Εξόδων του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

7. Για την εκκαθάριση και πληρωμή της μισθοδοσίας του προσωπικού των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ.Κ.Α. και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας που αποτελούσαν μέχρι την ισχύ του παρόντος αποκεντρωμένες μονάδες των Πε.Σ.Υ.Π., συμπεριλαμβανομένων και των πρόσθετων αμοιβών, εφαρμόζονται οι μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος ισχύουσες σχετικές διατάξεις. Για τη μισθοδοσία του προσωπικού των Δ.Υ.ΠΕ. εφαρμόζονται οι ισχύουσες

μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος σχετικές με τη μισθοδοσία του προσωπικού της Κεντρικής Υπηρεσίας των Πε.Σ.Υ.Π. διατάξεις.

Β. Οι εκκρεμείς δίκες του κάθε Πε.Σ.Υ.Π. συνεχίζονται από την αντίστοιχη Δ.Υ.ΠΕ..

Άρθρο 43

1. Η ρύθμιση του άρθρου 17 του Ν. 3301/2004 (ΦΕΚ 263 Α') περιλαμβάνει και τα χρέη των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. που δημιουργήθηκαν από την ημερομηνία δημοσίευσης του Ν. 3301/2004 μέχρι και την 31η Δεκεμβρίου 2004 και εμπίπτουν στις διατάξεις του άρθρου αυτού. Η προθεσμία για την υποβολή των σχετικών υπεύθυνων δηλώσεων παρατείνεται για έναν μήνα από την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού.

2. Οι προθεσμίες προσαρμογής των ιδιωτικών φορέων παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας προς τις διατάξεις του Π.Δ. 84/2001 (ΦΕΚ 70 Α'), οι οποίες προβλέπονται στην παράγραφο 15 του άρθρου 19 του Ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α'), παρατείνονται μέχρι την 10η Οκτωβρίου 2005.

3. Η προθεσμία που προβλέπεται στην παρ. 4 του άρθρου 14 του Ν. 3204/2003 (ΦΕΚ 296 Α') παρατείνεται μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2006.

Άρθρο 44

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά σε επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεση του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 31 Μαρτίου 2005

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΚΑΡΟΛΟΣ ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ

ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

Π. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ΑΛΟΓΟΣΚΟΥΦΗΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ ΕΘΝ. ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

ΣΠ. ΣΠΗΛΙΩΤΟΠΟΥΛΟΣ Μ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

Ν. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 1 Απριλίου 2005

ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

Ο ΕΠΙΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Α. ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑΣ

ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * FAX 210 52 21 004

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <http://www.et.gr> - e-mail: webmaster@et.gr

Πληροφορίες Α.Ε. - Ε.Π.Ε. και λοιπών Φ.Ε.Κ.: 210 527 9000-4

Φωτοαντίγραφα παλαιών ΦΕΚ - ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ - ΜΑΡΝΗ 8 - Τηλ. (210)8220885 - 8222924

Δωρεάν διάθεση τεύχους Προκηρύξεων ΑΣΕΠ αποκλειστικά από Μάρνη 8 & Περιφερειακά Γραφεία

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ - Βασ. Όλγας 227	(2310) 423 956	ΛΑΡΙΣΑ - Διοικητήριο	(2410) 597449
ΠΕΙΡΑΙΑΣ - Ευριπίδου 63	(210) 413 5228	ΚΕΡΚΥΡΑ - Σαμαρά 13	(26610) 89 122
ΠΑΤΡΑ - Κορίνθου 327	(2610) 638 109		(26610) 89 105
	(2610) 638 110	ΗΡΑΚΛΕΙΟ - Πεδιάδος 2	(2810) 300 781
ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Διοικητήριο	(26510) 87215	ΛΕΣΒΟΣ - Πλ. Κωνσταντινουπόλεως 1	(22510) 46 654
ΚΟΜΟΤΗΝΗ - Δημοκρατίας 1	(25310) 22 858		(22510) 47 533

ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ**Σε έντυπη μορφή:**

- Για τα ΦΕΚ από 1 μέχρι 16 σελίδες σε 1 ευρώ, προσαυξανόμενη κατά 0,20 ευρώ για κάθε επιπλέον οκτασέλιδο ή μέρος αυτού.
- Για τα φωτοαντίγραφα ΦΕΚ σε 0,15 ευρώ ανά σελίδα.

Σε μορφή CD:

Τεύχος	Περίοδος	EURO	Τεύχος	Περίοδος	EURO
Α'	Ετήσιο	150	Αναπτυξιακών Πράξεων	Ετήσιο	50
Α'	3μηνιαίο	40	Ν.Π.Δ.Δ.	Ετήσιο	50
Α'	Μηνιαίο	15	Παράρτημα	Ετήσιο	50
Β'	Ετήσιο	300	Εμπορικής και Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας	Ετήσιο	100
Β'	3μηνιαίο	80	Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου	Ετήσιο	5
Β'	Μηνιαίο	30	Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων	Ετήσιο	200
Γ'	Ετήσιο	50	Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων	Εβδομαδιαίο	5
Δ'	Ετήσιο	220	Α.Ε. & Ε.Π.Ε	Μηνιαίο	100
Δ'	3μηνιαίο	60			

- Η τιμή πώλησης μεμονωμένων Φ.Ε.Κ ειδικού ενδιαφέροντος σε μορφή cd-rom και μέχρι 100 σελίδες σε 5 ευρώ προσαυξανόμενη κατά 1 ευρώ ανά 50 σελίδες.
- Η τιμή πώλησης σε μορφή cd-rom δημοσιευμάτων μας εταιρείας στο τεύχος Α.Ε. και Ε.Π.Ε. σε 5 ευρώ ανά έτος.

ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ Φ.Ε.Κ.: τηλεφωνικά: 210 - 4071010, fax: 210 - 4071010 internet: <http://www.et.gr>.**ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.**

	Σε έντυπη μορφή	Από το Internet
Α' (Νόμοι, Π.Δ., Συμβάσεις κτλ.)	225 €	190 €
Β' (Υπουργικές αποφάσεις κτλ.)	320 €	225 €
Γ' (Διορισμοί, απολύσεις κτλ. Δημ. Υπαλλήλων)	65 €	ΔΩΡΕΑΝ
Δ' (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομία κτλ.)	320 €	160 €
Αναπτυξιακών Πράξεων και Συμβάσεων (Τ.Α.Π.Σ.)	160 €	95 €
Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κτλ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.)	65 €	ΔΩΡΕΑΝ
Παράρτημα (Προκηρύξεις θέσεων ΔΕΠ κτλ.)	33 €	ΔΩΡΕΑΝ
Δελτίο Εμπορικής και Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	65 €	33 €
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.)	10 €	ΔΩΡΕΑΝ
Ανωνύμων Εταιρειών & Ε.Π.Ε.	2.250 €	645 €
Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων (Δ.Δ.Σ.)	225 €	95 €
Πρώτο (Α), Δεύτερο (Β) και Τέταρτο (Δ)	-	450 €

- Το τεύχος του ΑΣΕΠ (έντυπη μορφή) θα αποστέλλεται σε συνδρομητές με την επιβάρυνση των 70 ευρώ, ποσό το οποίο αφορά ταχυδρομικά έξοδα.
- Για την παροχή δικαίωματος ηλεκτρονικής πρόσβασης σε Φ.Ε.Κ. προηγούμενων ετών και συγκεκριμένα στα τεύχη Α', Β', Δ', Αναπτυξιακών Πράξεων & Συμβάσεων, Δελτίο Εμπορικής και Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας και Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων, η τιμή προσαυξάνεται πέραν του ποσού της ετήσιας συνδρομής έτους 2005, κατά 25 ευρώ ανά έτος παλαιότητας και ανά τεύχος, για δε το τεύχος Α.Ε. & Ε.Π.Ε., κατά 30 ευρώ.

* Οι συνδρομές του εσωτερικού προπληρώνονται στις ΔΟΥ (το ποσό συνδρομής καταβάλλεται στον κωδικό αριθμό εσόδων ΚΑΕ 2531 και το ποσό υπέρ ΤΑΠΕΤ (5% του ποσού της συνδρομής) στον κωδικό αριθμό εσόδων ΚΑΕ 3512). Το πρωτότυπο αποδεικτικό εισπραξής (διπλότυπο) θα πρέπει να αποστέλλεται ή να κατατίθεται στην αρμόδια Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.

* Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσού που αντιστοιχεί σε συνδρομές, εισπράττεται και από τις ΔΟΥ.

* Οι συνδρομητές του εξωτερικού έχουν τη δυνατότητα λήψης των δημοσιευμάτων μέσω internet, με την καταβολή των αντίστοιχων ποσών συνδρομής και ΤΑΠΕΤ.

* Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, οι Δήμοι, οι Κοινότητες ως και οι επιχειρήσεις αυτών πληρώνουν το μισό χρηματικό ποσό της συνδρομής και ολόκληρο το ποσό υπέρ του ΤΑΠΕΤ.

* Η συνδρομή ισχύει για ένα ημερολογιακό έτος. Δεν εγγράφονται συνδρομητές για μικρότερο χρονικό διάστημα.

* Η εγγραφή ή ανανέωση της συνδρομής πραγματοποιείται το αργότερο μέχρι την 31ην Δεκεμβρίου κάθε έτους.

* Αντίγραφα διπλότυπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γραμμάτια δεν γίνονται δεκτά.

Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00' έως 13.00'

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ