

Τ.Ε.Ι. ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ  
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: «**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ  
ΕΛΛΑΔΑ. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**»

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: ΔΕΒΕΛΕΓΚΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ  
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ Φ.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2006

*Ευχαριστούμε τον επιβλέποντα καθηγητή  
κ. Αλεξανδρόπουλο Φώτη για την πολύτιμη  
βοήθεια και κατανόηση του.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ -----	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ -----	8
1.2 ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ -----	10
1.2.1 Οι δραστηριότητες του Κράτους Πρόνοιας και οι μηχανισμοί παρέμβασης του	11
1.3 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ -----	12
1.3.1 Ιστορική εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας -----	13
1.4 ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΑ -----	18
1.5 Η ΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ -----	20
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ -----	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ	
2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ -----	24
2.2 ΕΝΝΟΙΑ ΟΡΙΣΜΟΣ -----	24
2.3 Η ΑΝΑΓΚΗ ΚΑΙ ΟΙ ΠΙΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ -----	25
2.4 ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ -----	26
2.4.1 Οι αρχές και οι αξίες -----	26
2.4.2 Η οικονομική ανάπτυξη και οι πόροι για την υγεία -----	28
2.4.3 Οι δημογραφικοί παράγοντες -----	28
2.5 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ -----	30
2.6 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ -----	31
2.6.1 Συστήματα υγείας και τεχνολογία – έρευνα -----	32
2.6.2 Δαπάνες προσωπικού και σύστημα υγείας -----	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	
3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ -----	35
3.2 ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ -----	35
3.2.1 Πολιτική υγείας προ του ΕΣΥ (1945 – 1974) -----	41
3.2.2 Η μεταρρύθμιση του Ν. 1397/83 -----	44
3.2.2.1 Διακρίσεις ΕΣΥ -----	48

3.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΣΥ	54
3.4 Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '90	57
3.5 ΝΟΜΟΣ 2071/92	58
3.6 ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ ΤΟΥ ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ	59
3.7 ΝΟΜΟΣ 2519/1997	62
3.8 Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 2000 ΚΑΙ Ο ΝΟΜΟΣ 2889/01	64
3.9 ΝΟΜΟΣ 3329/05	66

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	69
4.1.1 Η λογική της αποκέντρωσης	69
4.1.2 Ορισμοί	71
4.1.3 Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα της αποκέντρωσης	74
4.1.4 Αποκέντρωση υγειονομικών συστημάτων (Η περίπτωση των χωρών της Λατινικής Αμερικής)	77
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	80
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	81
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	90
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	92

**ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ**

**Ε. Σ. Υ.** :Εθνικό Σύστημα Υγείας

**Πε. Σ. Υ.** :Περιφερειακό Σύστημα Υγείας

**Α. Ε. Π.** : Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν

**Ο. Γ. Α.** : Οργανισμός Κοινωνικών Ασφαλίσεων

**Ι. Κ. Α.** : Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων

**Κ. Ε. Π.Ε.** : Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών

**ΚΕ. Σ. Υ.** : Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας

**Π. Φ. Υ.** : Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

**Κ. Υ.** : Κέντρα Υγείας

**Π.Ο.Υ:** Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας

**Ο.Η.Ε.:** Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

**Ν.Π.Δ.Δ:** Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου

**Ε.Ε.Σ:** Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός

**Ε.Ο.Φ:** Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων

**ΠΑ.ΣΟ.Κ:** Πανελλήνιο Σοσιαλιστικό Κίνημα

**Ε.Κ.Α.Β:** Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας

**Σ.Ε.Υ.Υ.Π:** Σώμα Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια από τις βασικές παραμέτρους που διασφαλίζουν τη διατήρηση και προαγωγή της υγείας των πολιτών είναι η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας. Δεν είναι όμως η μόνη και θα πρέπει να γίνει σαφές ότι η ιατρική περίθαλψη δεν μπορεί σε καμία περίπτωση να υποκαταστήσει τη φροντίδα για την υγεία. Οι υπηρεσίες περίθαλψης δεν είναι παρά ένα υποσύστημα του ευρύτερου συστήματος υγείας. Έτσι, αν και παραδοσιακά έχει επικρατήσει η ταύτιση των εννοιών, το σύνολο των μονάδων που συγκροτούν το «Σύστημα Ιατρικής Περίθαλψης» κάθε χώρας δεν θα πρέπει να ταυτίζεται με το «Σύστημα Υγείας».

Οι υπηρεσίες υγείας μέσα από μια μακρά διαδρομή στο χρόνο αναπτύχθηκαν, διευρύνθηκαν και οργανώθηκαν έτσι που σήμερα να αποτελούν ένα τεράστιο και πολύπλοκο σύστημα που απασχολεί στις ανεπτυγμένες χώρες το 5% του εργατικού δυναμικού και απορροφά το 8% του Α.Ε.Π.

Τα τελευταία χρόνια, για την καλύτερη οργάνωση του συστήματος και την αποτελεσματικότερη αξιοποίηση των διατιθεμένων πόρων, αναπτύχθηκε ο υγειονομικός προγραμματισμός, σε συνεργασία με τους επιστημονικούς τομείς της οικονομίας της υγείας, της κοινωνιολογίας της υγείας, της επιδημιολογίας, της στατιστικής, της οικονομετρίας, της επιχειρησιακής έρευνας, της πληροφορικής, κ.λπ. Με τον όρο «υγειονομικός προγραμματισμός» νοούνται «οι διαδικασίες με τις οποίες επιδιώκεται η λήψη ορθολογικών αποφάσεων σχετικά με την καταλληλότερη σύνθεση και λειτουργία των υπηρεσιών υγείας με σκοπό την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη αντιμετώπιση των μελλοντικών αναγκών υγείας».

Η παρούσα εργασία σαν στόχο έχει να παρουσιάσει αναλυτικά την έννοια της μεταρρύθμισης, τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες καθώς και την έννοια της αποκέντρωσης.

Ειδικότερα στο κεφάλαιο 1 της μελέτης μας παρουσιάζεται η ανάπτυξη και κρίση του κράτους πρόνοιας και των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη.

Στο κεφάλαιο 2, επιχειρείται μια εννοιολογική προσέγγιση της μεταρρύθμισης και παρατίθεται η σχέση του Συστήματος Υγείας με το περιβάλλον, την τεχνολογία και τις δημόσιες δαπάνες.

Στο κεφάλαιο 3 παρουσιάζονται οι σημαντικότερες μεταρρυθμίσεις των υπηρεσιών υγείας της τελευταίας εικοσαετίας και αναφέρονται οι διακρίσεις του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Επίσης ασχολείται με το Ελληνικό Σύστημα Υγείας,

τους στόχους και τα προβλήματα του.

Τέλος, στο κεφάλαιο 4 της μελέτης μας αναλύεται η έννοια και οι τύποι της αποκέντρωσης.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας και ευημερίας αποτελεί θεσμό μείζονος οικονομικής και κοινωνικής σημασίας, που διαμορφώθηκε, περισσότερο ως ιδέα, στη μακρόχρονη ιστορία της ανθρωπότητας, αλλά αναπτύχθηκε και παγιώθηκε ουσιαστικά μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο, με τη ριζική αλλαγή των αντιλήψεων για το ρόλο και τις ευθύνες του κράτους (Προβόπουλος 1987).

Στοιχεία άσκησης κοινωνικής πολιτικής από την «κρατική εξουσία» μπορούν να ανιχνευθούν τόσο στην αρχαία Ελλάδα όσο και στην Αίγυπτο, αλλά και πολύ αργότερα κατά τους Ρωμαϊκούς και Βυζαντινούς χρόνους. Γύρω στον 6ο αιώνα π.χ. η πόλη των Αθηνών είχε υιοθετήσει μέτρα για την άμβλυνση των κοινωνικών ανισοτήτων. Τέτοια μέτρα ήταν η δωρεάν χορήγηση τρόμων σε περιόδους κακής εσοδείας, η παροχή επιδόματος διατροφής στους ανάπηρους πολέμου και στους ανάικτους για εργασία, η πρόνοια για τα ορφανά των πολέμων και η παροχή ιατρικής περίθαλψης με δαπάνες του δημοσίου. Στην αρχαία Ρώμη τον 3ο και 2ο αιώνα π.χ. καθιερώνεται η δωρεάν διανομή τροφίμων στους φτωχούς και ανέργους και εμφανίζονται οι πρώτες οργανώσεις αλληλοβοήθειας.

Οι πραγματικές καταβολές όμως του σύγχρονου κράτους πρόνοιας και των υπηρεσιών υγείας, που αποτελούν σημαντικό κομμάτι αυτού, ανάγονται στη βιομηχανική επανάσταση, η οποία επέφερε ριζικές μεταβολές στην οικονομική και κοινωνική οργάνωση, δημιουργώντας νέες μορφές κοινωνικών σχέσεων και θεσμών. Με τη βιομηχανική επανάσταση μεγάλες αγροτικές μάζες εγκαταλείπουν τον επί αιώνες καθιερωμένο τρόπο ζωής και την αγροτική παραγωγή και συνωστίζονται στις μεγάλες πόλεις, κάτω από άθλιες συνθήκες εργασίας, διαβίωσης και υγιεινής. Η εικόνα του απαράδεκτου συμπληρώνεται από την πλήρη οικονομική και ψυχολογική ανασφάλεια που αντιμετωπίζουν.

Η άγρια οικονομική εκμετάλλευση που υφίστανται, οι άθλιες συνθήκες εργασίας, διαβίωσης και διατροφής και τα πολλά εργατικά ατυχήματα επιβάρυναν σημαντικά τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας που παρουσίασαν αλματώδη αύξηση. Συγχρόνως αρχίζει να σημειώνεται πτώση της γεννητικότητας που δημιουργούσε πέραν των άλλων και προβλήματα αναπαραγωγής του εργατικού δυναμικού, πάνω στο οποίο βασιζόταν η οικονομική ανάπτυξη τότε. Αποτέλεσμα όλων αυτών ήταν να προκληθούν οι πρώτες αντιδράσεις εκ μέρους των



εργαζομένων που συχνά κατέληγαν σε κοινωνικές αναταραχές. Αναπάντεχος σύμμαχος αυτών των κοινωνικών διεκδικήσεων βρέθηκαν οι κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες που τότε αναπτύσσονταν και οι πνευματικοί άνθρωποι που ευαισθητοποιήθηκαν από την απαράδεκτη κατάσταση των εργατών και την άγρια εκμετάλλευση των ανηλίκων.

Οι ιδέες περί ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης που κληροδότησε στην ανθρωπότητα η Γαλλική Επανάσταση, η κοινωνική ασφάλιση που ο Μπίσμαρκ εφάρμοσε για πρώτη φορά στη Γερμανία και το διογκούμενο αίτημα για τη μεταφορά από τον ιδιωτικό στο δημόσιο τομέα των βασικών κοινωνικών δραστηριοτήτων, συμπληρώνουν το κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αρχίζει να γεννιάται η ιδέα για την ανάπτυξη του κράτους πρόνοιας.

Η βιομηχανική επανάσταση με τους υψηλούς ρυθμούς οικονομικής ανάπτυξης δημιούργησε πλεόνασμα πλούτου, που θα μπορούσε, μέρος αυτού τουλάχιστον, να διατεθεί για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και διαβίωσης και να περιορίσει την ανασφάλεια που αντιμετώπιζαν οι εργαζόμενοι. Με τη βιομηχανική επανάσταση υπήρχαν για πρώτη φορά στην ιστορία της ανθρωπότητας αγαθά σε τόση ποσότητα, που επέτρεπαν σε ολόκληρα έθνη να ζουν με οικονομική άνεση. Μέχρι πρόσφατα, εκτός από μια μικρή μειοψηφία της άρχουσας τάξης, ο υπόλοιπος πληθυσμός σχεδόν λιμοκτονούσε.

Όλες οι παραπάνω κοινωνικές, ηθικές και πολιτιστικές συνθήκες, αλλά και οι αντικειμενικές οικονομικές δυνατότητες καλλιέργησαν την πεποίθηση ότι η φτώχεια δεν αποτελούσε ανίατη κοινωνική ασθένεια, όπως μέχρι τότε πίστευαν, αλλά υπήρχαν περιθώρια καταπολέμησής της.

Μέσα σ' αυτό το σταδιακά διαμορφούμενο κλίμα γίνονται τα πρώτα βήματα, όχι κατ' ανάγκη από το κράτος, για τη βελτίωση της ζωής των εργαζομένων και για τον περιορισμό της ανασφάλειας. Η θεωρητική βάση όμως πάνω στην οποία στηρίχθηκε και αργότερα θεμελιώθηκε και αναπτύχθηκε το κράτος πρόνοιας, ήρθε πολύ αργότερα με τη μεγάλη οικονομική κρίση του 1929. Την οικονομική αυτή κρίση αξιοποίησε αργότερα ο μεγάλος Άγγλος οικονομολόγος John Maynard Keynes, που διατύπωσε την άποψη ότι για να ξεπεραστεί η οικονομική κρίση πρέπει να τονωθεί η συνολική ζήτηση, μέσω της εξασφάλισης ενός μίνιμουμ εισοδήματος σε όλο τον πληθυσμό. Μέσα από την τόνωση της ζήτησης θα δημιουργηθούν συνθήκες αυξημένη απασχόλησης και συσσώρευσης κεφαλαίου για νέες επενδύσεις και

αναπαγωγής κεφαλαίου που θα «απογειώσουν» την οικονομία και θα την οδηγήσουν σε συνθήκες πλήρους απασχόλησης και οικονομικής ανάπτυξης.

Η νέα αυτή οικονομική θεωρία του Keynes προκάλεσε ένα ευρύ μετασχηματισμό του κράτους και του οικονομικού συστήματος, κατήργησε ουσιαστικά την ελεύθερη αγορά εργασίας, εξασφάλισε υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης και θεμελίωσε με κοινωνική συναίνεση διαδικασίες ταχείας συσσώρευσης κεφαλαίου με την αύξηση της ιδιωτικής κατανάλωσης.

Υποστηρικτής της οικονομικής θεωρίας του Keynes ήταν στη Μεγάλη Βρετανία ο λόρδος William Beveridge, του οποίου η έκθεση στη Βουλή των Κοινοτήτων με τίτλο «για πλήρη απασχόληση μέσα σε μια ελεύθερη κοινωνία» (1942), αποτελεί τη ληξιαρχική πράξη γέννησης του πραγματικού κράτους πρόνοιας όπως αυτό υπάρχει σήμερα.

Ο Beveridge για να εξασφαλίσει ένα ελάχιστο επίπεδο κατανάλωσης για όλο τον πληθυσμό, υποστήριξε και τελικά πέτυχε να καθιερωθεί η κοινωνική ασφάλιση, μέσω της οποίας γινόταν αναδιανομή του εισοδήματος υπέρ των οικονομικά ασθενέστερων πληθυσμιακών ομάδων.

Η επίδραση αυτών των μέτρων του Beveridge, αλλά και η όλη φιλοσοφία της κρατικής παρέμβασης μέσω της κοινωνικής ασφάλισης, ήταν τεράστια και τα περισσότερα ανεπτυγμένα καπιταλιστικά κράτη ακολούθησαν αυτό το πρότυπο προνομιακής πολιτικής για την άμβλυνση των οικονομικών ανισοτήτων και την προαγωγή της ευημερίας των λαών τους (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

## 1.2 ΤΟ ΣΥΓΧΡΟΝΟ ΚΡΑΤΟΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

Πρέπει να τονίσουμε από την αρχή ότι το σύγχρονο κράτος πρόνοιας είναι ένα κατ' εξοχή Ευρωπαϊκό φαινόμενο που εμφανίστηκε και αναπτύχθηκε την μεταπολεμική περίοδο, με σκοπό την εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων και πολιτικών, που περιορίζουν τις κοινωνικές ανισότητες και οδηγούν στην ανθρώπινη ευημερία με κρατική ευθύνη.

Οι δεκαετίες του '50 και '60 σε όλες σχεδόν τις βιομηχανικές χώρες χαρακτηρίζονται από ραγδαία οικονομική ανάπτυξη. Σε μερικές απ' αυτές το ποσοστό αύξησης του Εθνικού Προϊόντος είχε φτάσει ετησίως σε αριθμό διψήφιο. Μ' αυτούς τους ρυθμούς οικονομικής ανόδου δεν ήταν δύσκολη η διάθεση ολόενα και περισσότερων πόρων για προγράμματα υγείας, ασφάλισης, παιδείας, στέγασης, κλπ. Αποτέλεσμα αυτού ήταν η γρήγορη ανάπτυξη ενός πλέγματος κοινωνικών

παροχών, καθημερινά διευρυνόμενου, που σήμερα έφτασε να απορροφά περισσότερο από το 25% του ΑΕΠ. Η οικονομική ευμάρεια δημιούργησε ένα Κράτος Ευημερίας και Πρόνοιας, ιδιαίτερα στις Δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Οι πρωτοπόροι και θεμελιωτές ενός συστήματος κοινωνικής προστασίας, Bismark (Γερμανία) και Beveridge (Αγγλία), δεν θα πίστευαν στα μάτια τους αν ζούσαν σήμερα. Μέσα σε λιγότερο από τριάντα χρόνια έγιναν τόσα πολλά που σίγουρα ξεπέρασαν όχι μόνο τους δικούς τους οραματισμούς αλλά και τη φαντασία τους.

Μέχρι το 1973 οι δαπάνες για την κοινωνική προστασία συνέχιζαν να αυξάνονται με ρυθμούς ταχύτερους από εκείνους του ΑΕΠ. Το Κράτος Πρόνοιας θεωρήθηκε το φυσιολογικό τέκνο μιας κοινωνίας της αφθονίας. Η πρώτη πετρελαϊκή κρίση στο τέλος του 1973 ήταν ένα σοκ για τις τότε κυβερνήσεις αλλά και για την ίδια την οικονομία. Πριν προλάβουν να αντιδράσουν ακολούθησε το 1979 η δεύτερη που συνοδεύτηκε από αυξανόμενη ανεργία, υψηλό πληθωρισμό και μικρή ή αρνητική αύξηση του εθνικού προϊόντος. Τα σημάδια ήταν φανερά. Οι οικονομικοί πόροι δεν ήταν απεριόριστοι. Η οικονομική κρίση σήμαινε κρίση του κράτους πρόνοιας. Μια κρίση παρατεταμένη που συνεχίζεται δυστυχώς μέχρι σήμερα (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

### *1.2.1 Οι δραστηριότητες του Κράτους Πρόνοιας και Μηχανισμοί Παρέμβασής του.*

Το κράτος πρόνοιας αποτελούν όλα εκείνα τα μέτρα και οι πολιτικές που εκπορεύονται από το κράτος και οδηγούν στην ανθρώπινη ευημερία. Πιο συγκεκριμένα το κράτος πρόνοιας αποτελούσε «τα συστηματικά μέτρα, τα οποία λαμβάνονται από την πολιτεία προκειμένου η ανθρώπινη συμβίωση να αποδίδει το μέγιστο κοινωνικό όφελος».

Μια δεύτερη προσέγγιση από το Λουκά Πάτρα ορίζει αυτό ως «το σύνολο των μέτρων και θεσμών, δια των οποίων επιδιώκεται η συνεχής βελτίωση των ποσοτικών σταθμητών όρων διαβίωσης των κοινωνικών ομάδων και ιδίως των εξ' αυτών οικονομικώς ασθενεστέρων, προς του σκοπού όπως εξασφαλιστούν προϋποθέσεις κοινωνικής ελευθερίας δι' άπαντα τα μέλη της κοινωνίας».

Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας εμφανίζει δύο κύριες πλευρές κρατικών, δραστηριοτήτων:

1. Πρόβλεψη για κοινωνικές υπηρεσίες σε άτομα και οικογένειες. Οι κοινωνικές αυτές υπηρεσίες διακρίνονται σε παροχές σε χρήμα (συντάξεις, επιδόματα ανεργίας, ασθένειας, αναπηρίας κλπ.) και παροχές σε είδος (υγεία,

εργασία, στέγη, κλπ.)

2. Λήψη μέτρων τα οποία βελτιώνουν τις συνθήκες ζωής των ατόμων και των ομάδων μέσα στον πληθυσμό. Τέτοια μέτρα μπορεί να αφορούν τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και διαβίωσης ή την υιοθέτηση μιας φορολογικής πολιτικής υπέρ των οικονομικά αδυνάτων.

Το σύγχρονο κράτος πρόνοιας φορολογεί τον εργαζόμενο πληθυσμό άμεσα και έμμεσα. Οι μη εργαζόμενοι και οι οικονομικά αδύνατοι πληρώνουν μόνο έμμεσους φόρους. Οι οικονομικοί πόροι που συγκεντρώνονται χρησιμοποιούνται για την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Το σύνολο αυτών των παροχών αποτελεί σήμερα αυτό που πολλοί ονομάζουν «κοινωνικό μισθό».

Μέσα από τέτοιου είδους παρεμβάσεις, το κράτος πρόνοιας λειτουργεί ως βαλβίδα κοινωνικής αποσυμπίεσης, αλλά και παράγοντας οικονομικής ανάπτυξης, αφού βοηθά στη διατήρηση και αναπαραγωγή του εργατικού δυναμικού και στη διατήρηση του μη εργαζόμενου πληθυσμού (παιδιά, ασθενείς, ανάπηροι, υπερήλικες κλπ.); Συνεπώς το κράτος πρόνοιας υπηρετεί με επιτυχία στόχους κοινωνικής δικαιοσύνης με την κάλυψη των κοινωνικών κινδύνων του πληθυσμού και την αναδιανομή του εισοδήματος υπέρ των οικονομικά και κοινωνικά μειονεκτούντων ατόμων, αλλά συγχρόνως έχει και στόχους οικονομικούς σύμφωνα με την Κεϋνσιανή θεωρία.

Οι μηχανισμοί παρέμβασης του κράτους πρόνοιας προσανατολίζονται στην άνοδο των παροχών με σκοπό να αυξήσουν την ενεργό ζήτηση και την κατανάλωση που θα οδηγήσουν στην οικονομική ανάπτυξη. Οι μηχανισμοί αυτοί βοηθούν ακόμη στη δημιουργία κλίματος κοινωνικής συναίνεσης και κοινωνικής συνοχής μέσα από την άμβλυνση των κοινωνικών αντιθέσεων και συγκρούσεων (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

### **1.3 Η ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Τα συστήματα υγείας και κοινωνικής ασφάλισης αποτελούν όπως είναι αυτονόητο τη ραχοκοκαλιά του κράτους πρόνοιας. Ειδικότερα το σύστημα περίθαλψης, που μας ενδιαφέρει, αναπτύχθηκε μαζί και παράλληλα με το κράτος-πρόνοιας. Το δικαίωμα στην υγεία κατοχυρώθηκε συνταγματικά και σήμερα σε όλες σχεδόν τις ανεπτυγμένες χώρες οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται σε όλους τους πολίτες ισότιμα και σχεδόν δωρεάν. Το επίπεδο υγείας των λαών βελτιώνεται σημαντικά, ιδιαίτερα κατά το πρώτο μισό του αιώνα μας, με τον περιορισμό και στη

συνέχεια την πλήρη εξάλειψη μιας σειράς ασθενειών όπως η ευλογιά, η πανώλης, η χολέρα, η λέπρα, η οστρακιά, η σύφιλη κ.ά. που επί αιώνες θέριζαν την ανθρωπότητα. Οι αυξημένοι οικονομικοί πόροι μετατρέπονται όχι μόνο σε καλύτερες συνθήκες διαβίωσης αλλά και σε καλύτερα και περισσότερα νοσοκομεία και γιατρούς, καινούργια φάρμακα, μηχανήματα και θεραπείες (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

### *1.3.1 Ιστορική Εξέλιξη των Υπηρεσιών Υγείας*

Η σύγχρονη επιστημονική ιατρική έχει μια ιστορία όχι μεγαλύτερη των δύο αιώνων, ενώ αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι μόλις τον εικοστό αιώνα υπήρχαν θετικά αποτελέσματα από μια επίσκεψη ενός «μέσου» ασθενή σε ένα «μέσο» γιατρό. Παρόλα αυτά δεν μπορεί κανείς να αρνηθεί ότι δεν είχαν εφαρμοστεί αποτελεσματικές θεραπείες για κάποιες ασθένειες, λόγω ακριβώς της κατανόησης του τρόπου που η ασθένεια εκδηλώνεται και εξαπλώνεται. Πολύ πριν, αποτελεσματική ιατρική ασκούσαν ελάχιστοι προικισμένοι «γιατροί» και βέβαια μόνο για εκείνους τους λίγους που μπορούσαν να πληρώσουν.

Η ιστορική εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, αλλά και της διαδικασίας και του τρόπου παροχής της φροντίδας προς το άτομο και την κοινότητα ακολουθεί και επηρεάζεται από τις κυρίαρχες σε κάθε εποχή και τόπο κοινωνικές, πολιτιστικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες. Ιδιαίτερα για την ιατρική επιστήμη και την αποτελεσματικότητά της ενάντια στην αρρώστια, στο πόνο και στο θάνατο, μπόρεσε να αποκτήσει αξιοπιστία μόλις στα τέλη του περασμένου αιώνα όταν άρχισαν να εφευρίσκονται διάφορα φάρμακα όπως η ατροπίνη, η μορφίνη, η κινίνη κλπ., αλλά και οι ακτίνες X, το μικροσκόπιο και το στηθοσκόπιο.

Εάν δούμε τα πράγματα από τα πολύ παλιά χρόνια θα διαπιστώσουμε ότι ο άνθρωπος αντιμετώπιζε πάντοτε με δέος και πανικό την αρρώστια αφού συνήθως τον οδηγούσε στο θάνατο. Αυτό βέβαια δε σημαίνει ότι στους προϊστορικούς χρόνους δεν υπήρχαν γιατροί και ιατρική. Στις πρωτόγονες κοινωνίες υπήρχε ο γιατρός - θεραπευτής που ασκούσε εμπειρικά την ιατρική, την οποία συνήθως συνέδεε με θυσίες ζώων, ιεροτελεστίες, προλήψεις και θρησκευτικές δοξασίες. Αυτή η περίοδος ονομάστηκε περίοδος της μαγικής ιατρικής. Ο γιατρός-μάγος απολάμβανε ειδικών προνομίων και αποκτούσε κοινωνική και οικονομική δύναμη.

Αυτό τον βοήθησε να μετεξελιχθεί αργότερα σε γιατρό-ιερέα και γιατρό-βασιλιά, συγκεντρώνοντας στο πρόσωπό του όλες τις εξουσίες της φυλής του.

Ανατρέχοντας στα Ομηρικά Έπη συναντούμε την πρώτη παροχή φροντίδας υγείας από τους δύο ιούς του Ασκληπιού, το Μαχάων και τον Ποδαλείριο, οι οποίοι ακολουθούν τα στρατεύματα και περιποιούνται τους τραυματίες (Λιαρόπουλος 1993). Πολύ νωρίτερα, γύρω στη δεύτερη χιλιετία π.χ. καταγράφεται και η πρώτη άσκηση προληπτικής δράσης, με τους Βαβυλώνιους να απομακρύνουν τους λεπρούς από την κοινότητα, αφού παρατηρήθηκε ότι η αρρώστια αυτή είναι μεταδοτική.

Η καθιέρωση του θεσμού της αμοιβής των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών (πρώιμη μορφή του αμειβόμενου ιατρικού επαγγέλματος), πρωτοεμφανίζεται γύρω στη δεύτερη χιλιετία, σε κοινωνίες που στήριζαν την παραγωγική τους δραστηριότητα στην εργασία των δούλων (Μεσοποταμία, Αίγυπτος, Ινδία, Κίνα). Η άρχουσα τάξη στις κοινωνίες αυτές πλήρωνε γιατρούς με σκοπό την αποκατάσταση της υγείας των ατόμων που παρείχαν εξαρτημένη εργασία.

Από τον έκτο π.χ. αιώνα και μετά αναφέρεται η δημιουργία νοσοκομείων, για την περίθαλψη απόρων και αναπήρων στην Ινδία, ενώ στην Αίγυπτο παρέχεται νοσηλεία σε ναούς ή στο σπίτι. Την ίδια περίπου εποχή στην Αθήνα και άλλες ελληνικές πόλεις καθιερώνεται ο θεσμός του «δημοσιεύοντα ιατρού» που εκλέγεται από την εκκλησία του Δήμου για συγκεκριμένη θητεία και αμείβεται με πάγια αντιμισθία, που προέρχεται από ειδικό τέλος που επιβάλλεται στους πολίτες. Ο Διόδωρος Σικελιώτης αναφέρει ότι ο θεσμός του «δημοσιεύοντος γιατρού» καθιερώθηκε για πρώτη φορά από το νομοθέτη Χαρώνδα τον 6ο π.χ. αιώνα, που όρισε πως οι πολίτες θα «θεραπεύονται δημοσία δαπάνη».

Οι «δημοσιεύοντες ιατροί» παρείχαν τις υπηρεσίες τους στους πολίτες δωρεάν, χωρίς πρόσθετη αμοιβή, σε δημόσια ιατρεία ή στο σπίτι του ασθενή. Ο θεσμός αυτός επεκτείνεται σταδιακά σε όλες τις ελληνικές αποικίες (Σικελία, Γαλατία, Φρυγία κλπ.). Δημοσιεύοντες γιατροί που μέσα από επιγραφές είναι γνωστοί σε μας σήμερα είναι ο Δημοκύδης ο Κροτωνιάτης, ο Αινείος και ο Τιμάναξ.

Την ίδια περίπου περίοδο σε πολλές ελληνικές πόλεις λειτουργούν Ασκληπιεία (Δήλος, Κυλλήνη, Κως, Σάμος, Επίδαυρος, Πέργαμος κ.α.), που αποτελούν μια πρώιμη μορφή νοσοκομείου, αφού σ' αυτά παρέχεται νοσηλεία (μέχρι 2 ημέρες) με καταβολή ειδικής αμοιβής («ίατρα» ή «ιατρικό τέλος») από τον ασθενή. Η παρεχόμενη φροντίδα βασιζόταν στην ερμηνεία των ονείρων και περιλάμβανε

προσευχή, χαλάρωση, ανάπαυση, άσκηση, λουτρά και δίαιτα. Για το λόγο αυτό οι εγκαταστάσεις των Ασκληπιείων περιλαμβάνουν κοιτώνες, ιερό, βιβλιοθήκη, στάδιο και ιατρείο.

Ο θεσμός του «δημοσιεύοντος ιατρού» διατηρείται επί εννέα αιώνες, δηλαδή από τον 6ο π.χ. έως τον 3ο μ.Χ. αιώνα. Κατά την περίοδο της Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας, τα θέματα αμοιβής και δεοντολογίας των γιατρών ρυθμίζονται και νομοθετικά. Την εποχή εκείνη (1ος π.χ. αιώνας) ορισμένες συντεχνίες (υφαντουργοί, σιδηρουργοί, κλπ.) προσλαμβάνουν γιατρούς για την περίθαλψη των μελών τους.

Δημοσιεύοντες γιατροί υπήρχαν και στο Βυζάντιο, με νομοθετημένα επίσης καθήκοντα, δεοντολογία, τρόπο αμοιβής και διαδικασία εκλογής. Παράλληλα κατά τους Βυζαντινούς χρόνους αρχίζουν να εμφανίζονται ολοένα και περισσότερα νοσοκομεία («Ξενοδοχεία», ή «Καταγωγεία», ή «Ξενώνες») με τη μορφή των ιδρυμάτων φιλανθρωπίας για την παροχή κοινωνικής προστασίας σε ασθενείς, άπορους, ξένους και ναυτικούς.

Με την πάροδο του χρόνου η οργάνωση των νοσοκομείων βελτιώνεται. Το 1116 μ.χ. ο Ιωάννης Κομνηνός ο Β' ιδρύει στην Κωνσταντινούπολη τον περίφημο ξενώνα της μονής του Παντοκράτορα. Ο ξενώνας διέθετε 50 κλίνες και 5 τμήματα («όρδινα») χειρουργικό, οφθαλμολογικό, γυναικολογικό, και δύο παθολογικά, φαρμακείο, εξωτερικά ιατρεία, γηροκομείο και ψυχιατρείο. Η στελέχωσή του με ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, η λειτουργία και η διοίκησή του καθορίζονται από ειδικό κανονισμό («τυπικό») που σε πολλά του σημεία θυμίζει τα σημερινά νοσοκομεία. Ο ξενώνας αυτός αποτέλεσε το πρότυπο για τη δημιουργία πολλών νοσοκομείων στη Γαλλία, την Ιταλία, την Αγγλία, τη Γερμανία, τη Μάλτα κ.ά.

Τα νοσοκομεία στην Ευρώπη λειτουργούσαν κατά κανόνα ως παραρτήματα των μοναστηριών και των διαφόρων αδελφοτήτων, για την παροχή νοσηλείας σε φτωχούς, ξένους, στρατιώτες και ναυτικούς. Τα νοσοκομεία αυτά ήταν στις περισσότερες των περιπτώσεων και πτωχοκομεία και γηροκομεία και ένα είδος χώρου για την «εκμάθηση» της ιατρικής. Στο Βυζάντιο, όπως και σε ολόκληρη τη Χριστιανοσύνη οι έννοιες φτωχός, ξένος και ασθενής διαπλέκονται. Η οργανωμένη φιλανθρωπία πραγματώνεται κυρίως στα αστικά και μοναστικά κέντρα. Θα ήταν όμως λάθος να θεωρήσουμε πως η άσκηση της φιλανθρωπίας ήταν αποτέλεσμα μόνο «κρατικής μέριμνας» και ότι το Βυζάντιο μπορεί να θεωρηθεί κράτος πρόνοιας. Την πρόνοια είχε και πάλι η εκκλησία στα χέρια της.

Κατά το 13ο μ.Χ. αιώνα υπάρχουν και λειτουργούν στην Ευρωπαϊκή ήπειρο περίπου 19.000 νοσοκομειακές μονάδες, οι περισσότερες σε μοναστήρια, ενώ την ίδια περίοδο στην Αγγλία ιδρύονται τα πρώτα δημοτικά νοσοκομεία. Το 16ο αιώνα ιδρύεται στο Λονδίνο, για πρώτη φορά συμβούλιο υγείας (Board of Governors) που αποτελείται από 14 δημοτικούς συμβούλους και 52 επίλεκτους πολίτες. Το συμβούλιο διαιρείται σε 4 υποεπιτροπές (μία για κάθε ένα από τα νοσοκομεία του Λονδίνου) και ασκεί τον έλεγχο και την εποπτεία της νοσοκομειακής δραστηριότητας.

Στα μέσα του 18ου αιώνα δημιουργούνται στην Ευρώπη αρκετά νοσοκομεία από πλούσιους της εποχής, στα πλαίσια της επίδειξης κοινωνικού κύρους και φιλανθρωπίας, φαινόμενο που εμφανίζεται λίγο αργότερα και στην Ελλάδα. Μέχρι τα τέλη του 18ου αιώνα έχει δημιουργηθεί σειρά νοσοκομείων στην Αγγλία, Γαλλία και στη Βόρεια Αμερική, που δε λειτουργούν πλέον σαν χώροι πρόνοιας, αλλά σαν χώροι κυρίως παροχής νοσηλείας δύσκολων περιπτώσεων. Την ίδια περίοδο αρχίζουν να δημιουργούνται και ειδικά νοσοκομεία για αρρώστους που υπέφεραν από μολυσματικές ασθένειες, όπως η ευλογιά, η χολέρα και ο τύφος.

Οι κοινωνικές διεκδικήσεις της εποχής και οι συνέπειες της Γαλλικής Επανάστασης αποτέλεσαν τα σπέρματα δημιουργίας της κοινωνικής ιατρικής και δημιούργησαν συνθήκες για καλύτερη υγειονομική φροντίδα (για την προστασία της παιδικής ηλικίας, τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και διαβίωσης κλπ.). Το 1802 στο Πανεπιστήμιο του Βερολίνου καθιερώνεται το μάθημα της κοινωνικής ιατρικής, ενώ αρχίζουν δειλά - δειλά να εμφανίζονται και οι πρώτες ιδιωτικές κλινικές. Την περίοδο ύστερα από τη Γαλλική επανάσταση πολλά νοσοκομεία πέρασαν από τον έλεγχο των μοναστηριών στο κράτος είτε γιατί τα μοναστήρια δεν μπορούσαν να καλύψουν το κόστος λειτουργίας τους είτε γιατί το κλίμα που επεκράτησε ήταν ενάντια στην εξουσία της εκκλησίας. Παρόλα αυτά η καθολική εκκλησία, ιδιαίτερα στην Πορτογαλία, στην Ισπανία και στις αποικίες τους στη Λατινική Αμερική συνέχισε να έχει το σημαντικότερο ρόλο στην παροχή νοσοκομειακής περίθαλψης, τουλάχιστο μέχρι τις αρχές του εικοστού αιώνα.

Την ίδια εποχή (18ος και 19ος αιώνας), αρχικά στο Παρίσι και στη συνέχεια στο Λονδίνο αρχίζει η λειτουργία εξωτερικών ιατρείων ως αυτόνομων λειτουργικών μονάδων των νοσοκομείων, για παροχή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης.

Έχει προηγηθεί το 17ο αιώνα η δημιουργία ανεξάρτητων υγειονομικών μονάδων για την κάλυψη των εξωνοσοκομειακών αναγκών των απόρων, που στη συνέχεια, με την επέκταση του θεσμού των κοινωνικών ασφαλίσεων, πήραν τη



μορφή πολυιατρείων, για να φτάσουν σήμερα στην ολοκληρωμένη μορφή των κέντρων υγείας. Παράλληλα, στα τέλη του 18ου αιώνα εμφανίζονται για πρώτη φορά στη Γερμανία οι γιατροί-εργαστηριακοί επιστήμονες που οι θεωρίες και οι έρευνες που ανέπτυξαν έθεταν τις βάσεις για την ανάπτυξη αποτελεσματικών φαρμάκων και θεραπειών.

Η ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας από το 19ο αιώνα και μετά ταυτίζεται με την ανάπτυξη αυτού που ονομάστηκε αργότερα κράτος πρόνοιας και περιγράφηκε προηγουμένως. Ο 19ος αιώνας λιγότερο και ο 20ος περισσότερο χαρακτηρίζονται από την ολοένα εντονότερη παρέμβαση του κράτους που προσπαθεί να εντάξει τις ιατρικές υπηρεσίες σε ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης και λειτουργίας. Οι περισσότερες χώρες προωθούν την ιδέα του συντονισμού των δραστηριοτήτων, των σχετικών με υπηρεσίες υγείας, με τη δημιουργία συστημάτων υγείας, που η μορφή τους σε κάθε χώρα είναι αποτέλεσμα της ιστορικής εξέλιξης, του κοινωνικοπολιτικού συστήματος, των πολιτιστικών και οικονομικών συνθηκών.

Σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας έπαιξε και η κοινωνική ασφάλιση, η οποία ήταν στην αρχή εθελοντική για να γίνει αργότερα υποχρεωτική. Το πρώτο εθνικό σύστημα κοινωνικής ασφάλισης ξεκίνησε στη Γερμανία το 1883, όταν η αυτοκρατορική κυβέρνηση του Μπίσμαρκ καθιέρωσε την υποχρεωτική ασφάλιση υγείας για όλους τους εργαζόμενους. Ακολούθησε η Βρετανία το 1911 με τον τότε πρωθυπουργό Lloyd George και στη συνέχεια οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Το 1948 η εργατική κυβέρνηση της Μεγάλης Βρετανίας εγκαθίδρυσε με εισήγηση του λόρδου Beveridge το πρώτο εθνικό σύστημα υγείας που λειτουργεί μέχρι σήμερα.

Το 1946 ιδρύεται, στα πλαίσια του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization), που με πολλαπλές δραστηριότητες προσπαθεί να υλοποιήσει το σκοπό που ορίζει το καταστατικό της για την «... επίτευξη του ύψιστου βαθμού υγείας για όλους τους ανθρώπους...» σε συνεργασία με τις κυβερνήσεις-μέλη της.

Τον ίδιο χρόνο ιδρύεται με απόφαση του ΟΗΕ η UNICEF με σκοπό την παιδική προστασία. Λίγο αργότερα ιδρύεται στα πλαίσια πάλι του ΟΗΕ ο FAO με σκοπό τη διασφάλιση της υγιεινής των τροφίμων ζωικής και φυτικής προέλευσης.

Τα χρόνια που ακολούθησαν μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο χαρακτηρίζονται από σημαντικές ιατρικές ανακαλύψεις φαρμάκων και θεραπειών που βοήθησαν στην εξάλειψη νοσημάτων που μαστίζαν για αιώνες την

ανθρωπότητα. Οι υπηρεσίες υγείας άρχισαν σταδιακά να αποτελούν ένα δαιδαλώδες και πολύπλοκο σύστημα. Η ιατρική γνώση και επιστήμη κατακερματίζεται σε εκατοντάδες ειδικότητες και υποειδικότητες, ενώ αρχίζει σιγά-σιγά να μπαίνει στο χώρο της υγείας η ιατρική τεχνολογία που βοήθησε σημαντικά στη διάγνωση και θεραπεία, αλλά οδήγησε το κόστος υγείας σε δυσθεώρητα ύψη.

Οι πόροι που διατίθενται για την υγεία αυξάνονται με ρυθμούς ταχύτερους από εκείνους του ΑΕΠ, συντελώντας κατά την περίοδο 1950-70 σε μια ταχεία επέκταση και διεύρυνση του υγειονομικού συστήματος. Οι δαπάνες αυτές ως ποσοστό επί του ΑΕΠ ήταν κατά μέσο όρο για τις χώρες του ΟΟΣΑ το 1960 4,2%, φτάνοντας το 1991 στο 7,5% με ακραίες προς τα πάνω περιπτώσεις τις ΗΠΑ, Σουηδία, Γαλλία και Ολλανδία που δαπανούν σήμερα για υγεία περισσότερο από το 8% του ΑΕΠ τους. Η οικονομική κρίση της δεκαετίας του '70 θα ανακόψει αυτούς τους ρυθμούς ανόδου αφού αρχίζουν να επιβάλλονται μέτρα ελέγχου των δαπανών.

Η δεκαετία του '80 είναι η δεκαετία που τα περισσότερα Ευρωπαϊκά κράτη αναζητούν τρόπους και πολιτικές ή επιβάλλουν μέτρα για τον έλεγχο των δαπανών υγείας. Η δεκαετία του '90 είναι η δεκαετία των μεταρρυθμίσεων στα συστήματα υγείας (Αγγλία, Ολλανδία, Ισπανία, Σουηδία, Γερμανία, Ελλάδα κ.ά.) και η εισαγωγή στοιχείων αγοράς στο σύστημα. Και σ' αυτή την περίπτωση οι μεταρρυθμίσεις έχουν στόχο τον έλεγχο των δαπανών και την καλύτερη αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων υγείας (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001)..

#### **1.4. ΜΟΡΦΕΣ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΥΠΑ**

Οι κλασσικές μορφές συστημάτων υγείας είναι:

α. Το πρότυπο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας (Beveridge model), αντιπροσωπευτικές χώρες του οποίου είναι η Μεγάλη Βρετανία, με το National Health Service (N.H.S.), και η Ιταλία. Το σύστημα αυτό εμφανίζει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Υπάρχει καθολική, πλήρης και ισότιμη ιατροφαρμακευτική κάλυψη του πληθυσμού
- Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τον κρατικό προϋπολογισμό (μέσω της γενικής φορολογίας)
- Η κυριότητα και ο έλεγχος των συντελεστών της παραγωγής ανήκει, κατά κανόνα, στο κράτος.

β. Το πρότυπο της Κοινωνικής Ασφάλισης (Bismark model), με αντιπροσωπευτικές χώρες τη Γερμανία, την Αυστρία, την Γαλλία και το Βέλγιο, που έχει τα εξής χαρακτηριστικά:

- Υπάρχει πλήρης κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη του πληθυσμού
- Η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων, συχνά δε και από το κράτος (τριμερής χρηματοδότηση)
- Είναι υποχρεωτική η ασφάλιση του πληθυσμού από ασφαλιστικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς
- Η κυριότητα των μέσων (συντελεστών) της παραγωγής μπορεί να είναι δημόσια ή ιδιωτική.

γ. Το πρότυπο της ιδιωτικής ασφάλισης, με πιο αντιπροσωπευτική χώρα τις Η.Π.Α. και βασικότερα χαρακτηριστικά τα εξής:

- Ελεύθερη επιλογή του χρήστη – καταναλωτή να ενταχθεί ή όχι στο σύστημα (κυριαρχία του καταναλωτή)
- Δικαίωμα του προμηθευτή (γιατρού, νοσοκομείου κτλ.) να επιλέξει τον τόπο της εγκατάστασής του και να καθορίσει αυτός τον τρόπο οργάνωσης της λειτουργίας του, καθώς και το ύψος της αμοιβής του
- Οι συντελεστές της παραγωγής ανήκουν σε ιδιώτες
- Ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών, οι τιμές κτλ. Καθορίζονται με βάση την προσφορά και την ζήτηση
- Η ατομική ή η εργοδοτική κάλυψη χρηματοδοτείται από ατομικές ή εργοδοτικές εισφορές
- Το σύστημα κυριαρχείται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας και η υγειονομική κάλυψη αποτελεί προσωπική και αποκλειστική υπόθεση που απορρέει από την ελευθερία επιλογής του καθενός( Κοντούλη – Γείτονα, 1992).

Η παραπάνω θεωρητική καταγραφή των μορφών των συστημάτων υγείας στις αναπτυγμένες χώρες δεν σημαίνει ότι σε κάθε μια από αυτές δεν υπεισέρχονται και άλλοι παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν τελικά την εικόνα του συστήματος υγείας που εφαρμόζουν.

Σήμερα, καμία από τις παραπάνω μορφές (πρότυπα) συστημάτων υγείας δεν λειτουργεί πουθενά στην αμιγή μορφή της, αλλά λειτουργούν διάφορες ενδιάμεσες μορφές συστημάτων (μεικτά συστήματα), όπου ο βαθμός της κρατικής παρέμβασης στην οργάνωση της παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών υγείας ποικίλλει. Για παράδειγμα, στο σύστημα υγείας των Η.Π.Α., η οποία είναι η αντιπροσωπευτική

χώρα της ιδιωτικής ασφάλισης, υπάρχουν νησίδες κρατικής παρέμβασης, αυτές του Medicare και Medicaid, που αποτελούν δημόσια σχήματα περίθαλψης για την ιατροφαρμακευτική κάλυψη των ηλικιωμένων και των φτωχών αντίστοιχα. Στην Μεγάλη Βρετανία, με το πρότυπο της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, υπάρχουν νησίδες που λειτουργούν σύμφωνα με τους νόμους της ελεύθερης αγοράς όπως η περίφημη συνοικία ιδιωτικών ιατρείων Harley Street και η γνωστή British United Private Association (BUPA) με 4,5 εκατομμύρια ασφαλισμένους και δική της υγειονομική υποδομή (Θεοδώρου και συν., 1995)

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παρατηρούνται σήμερα σημαντικές συγκλίσεις των συστημάτων υγείας ως προς την δομή τους. Κοινό χαρακτηριστικό τους είναι η επικράτηση των μεικτών συστημάτων υγείας, με έμφαση είτε στη μορφή του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης είτε στη μορφή των εθνικών συστημάτων υγείας (Κοντούλη – Γείτονα, 1997). Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι μεικτό, με χαρακτηριστικά τόσο του μοντέλου της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, όσο και του μοντέλου της Κοινωνικής Ασφάλισης.

Κατά την τρέχουσα δεκαετία διαφαίνεται ότι όλα τα υγειονομικά συστήματα των ανεπτυγμένων χωρών θα στραφούν προς ένα κοινό ιδεολογικό πλαίσιο, που συνιστά τον ελεγχόμενο ανταγωνισμό. Αυτός ο τύπος του ανταγωνισμού, που ήδη χαρακτηρίζει τους τομείς υγείας πολλών χωρών, στοχεύει στην εξισορρόπηση μεταξύ δημοσίου και ιδιωτικού τομέα υγείας, καθώς και μεταξύ του πλήρους κρατικού παρεμβατισμού και του άκρατου φιλελευθερισμού (Κυριόπουλος, 1991 α).

### **1.5 Η ΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Είναι ίσως γνωστό ότι τα διάφορα συστήματα υγείας που σταδιακά αναπτύχθηκαν και λειτούργησαν μεταπολεμικά στις προηγμένες βιομηχανικά χώρες βασίστηκαν στο νοσοκομείο και τη θεραπευτική ιατρική. Η θεωρία των μικροβίων βάσει της οποίας οι γιατροί αντιμετώπιζαν μια παθολογική κατάσταση, θεωρούσε το ανθρώπινο σώμα σαν πολύπλοκη μηχανή και την αρρώστια σαν μια κατάσταση που οφειλόταν σε κάποιας μορφής σατανική επίδραση αυτών των μικροβίων σε ένα μέρος ή όργανο του ανθρώπινου σώματος. Η ιατρική έριξε τότε το μεγαλύτερο της βάρος στην αρρώστια και το πάσχον όργανο.

Το μοντέλο αυτό με τα νοσοκομεία σαν «σύγχρονα παλάτια της αρρώστιας», όπως ευφυώς χαρακτηρίστηκαν, απορροφούσαν τους περισσότερους πόρους του

τομέα υγείας και θεραπεύαν μόνο το 10-20% της αρρώστιας. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, μεταξύ των άλλων, η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα να χάσει σταδιακά το γόητρό της και να συρρικνωθεί σημαντικά, κινδυνεύοντας ακόμη και να εξαφανιστεί από την παγκόσμια ιατρική σκηνή.

Τα τελευταία χρόνια και με βάση τα σύγχρονα δεδομένα για τη φύση της αρρώστιας, έχει αποδειχθεί ότι αυτή καθορίζεται όχι μόνο από το βιολογικό υπόστρωμα, αλλά κυρίως από το κοινωνικό περιβάλλον. Έτσι φάνηκε ότι τα κάθε είδους συστήματα περίθαλψης που είχαν μέχρι τότε αναπτυχθεί όχι μόνο δεν κάλυπταν τις ανάγκες υγείας του ατόμου και της κοινωνίας αλλά οδηγούσαν και σε ολοένα αυξανόμενο κόστος. Οι αρνητικές αυτές διαπιστώσεις σχετικά με την αποτελεσματικότητα των συστημάτων υγείας, αλλά και μια σειρά άλλοι λόγοι οδήγησαν σε μια παρατεταμένη κρίση, που κύρια χαρακτηριστικά της είναι:

α) Το συνεχώς αυξανόμενο οικονομικό κόστος που σε συνθήκες οικονομικής κρίσης έθετε σε κίνδυνο την ίδια την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη των χωρών αυτών.

β) Η αδυναμία του συστήματος να βελτιώσει τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.

γ) Η αδυναμία ανακοπής των συνεχώς διευρυνόμενων υγειονομικών ανισοτήτων.

δ) Η εξέλιξη του συστήματος υγείας σε μια νοσοκομειοκεντρική, πολυδάπανη και απρόσωπη ιατρική.

ε) Η εξέλιξη του ιατρικού σώματος, λόγω υψηλού καταμερισμού της γνώσης, σε μια πανίσχυρη και ανεξέλεγκτη επαγγελματική ομάδα με δυσμενείς επιπτώσεις στο κύρος του ιατρικού επαγγέλματος και στις σχέσεις του με τους ασθενείς.

Όλες αυτές οι αδυναμίες υπονόμισαν την αξιοπιστία του συστήματος περίθαλψης προκαλώντας δυσπιστία και αμφισβήτηση.

Εκφραστές αυτού του κλίματος δυσπιστίας υπήρξαν επιστήμονες όπως ο Illich, ο Fuchs, ο Navaro, κ.ά.

Η Διακήρυξη της Alma-Ata, που ήταν το αποτέλεσμα της ιστορικής διεθνούς συνδιάσκεψης που έγινε το 1978 στην Alma-Ata της πρώην Σοβιετικής Ένωσης, υπό την αιγίδα της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) και της UNICEF, αποτέλεσε μια πρώτη προσπάθεια για την υπέρβαση της κρίσης. Στα επόμενα χρόνια και μέσα στο πνεύμα και τη νέα φιλοσοφία των αρχών αυτής της διακήρυξης, συγκροτήθηκε από την ίδια την ΠΟΥ μια πλήρης και εμπειριστατωμένη επιστημονικά πρόταση που

αποτελούσε σαφή στροφή προς την «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». Η νέα αυτή φιλοσοφία για την αντιμετώπιση της αρρώστιας στηρίζεται στην αντίληψη ότι η διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την πρόληψη και αγωγή υγείας, με την ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας αλλά και του ίδιου του πολίτη. Απαιτεί ακόμα πλην του τομέα υγείας και τη συντονισμένη δράση πολλών άλλων τομέων της κοινωνικής οργάνωσης. Αυτή η πολυτομεακή προσέγγιση αναπτύσσεται παράλληλα με τη νέα αντίληψη περί «ολιστικής» ιατρικής.

Η μετατόπιση του κέντρου ευθύνης από το νοσοκομειακό τομέα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ήταν το κυρίαρχο στοιχείο που διαμορφώθηκε και επεκράτησε μετά τη συνδιάσκεψη της Alma-Ata. Οι 38 στόχοι της ΠΟΥ για «υγεία για όλους το 2000» που ακολούθησαν, διαπνέονται από τη νέα αυτή αντίληψη κάνοντάς τη μάλιστα και πιο συγκεκριμένη. Έτσι Π.χ. οι στόχοι 26-29 αναφέρουν ότι «...όλα τα κράτη-μέλη θα πρέπει να έχουν αναπτύξει συστήματα υπηρεσιών υγείας, μέσω μιας αποτελεσματικής κοινοτικής συμμετοχής, τα οποία θα βασίζονται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας...» και θα προσφέρουν «...ένα ευρύ φάσμα υπηρεσιών προαγωγής της υγείας, θεραπείας, αποκατάστασης και υποστήριξης που να ανταποκρίνεται στις βασικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού και θα δίνει ειδική προσοχή στα υψηλού κινδύνου, ευπαθή και μη αυτοεξυπηρετούμενα άτομα και ομάδες». Τα συστήματα αυτά πρέπει να «...στηρίζονται στη συνεργασία των επαγγελματιών της υγείας, των ιδιωτών, της οικογένειας και των λοιπών κοινωνικών ομάδων...» και η «...κατανομή των πόρων πρέπει να γίνεται σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού».

Μέσα σ' αυτό το σταδιακά διαμορφούμενο κλίμα πρέπει να αναφερθεί ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και η δευτεροβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη δεν μπορούν να αποτελούν έννοιες εναλλακτικές, αλλά συμπληρωματικές. Γι' αυτό το λόγο ο επαναπροσανατολισμός των συστημάτων υγείας δε σημαίνει σε καμιά περίπτωση τον παραγκωνισμό των νοσοκομείων. Σημαίνει απλώς με βάση τη νέα διευρυμένη άποψη για την έννοια της υγείας και της αρρώστιας, έναν αντίστοιχο επαναπροσδιορισμό του κέντρου ευθύνης του συστήματος υγείας (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οικονομική ανθηρότητα της περιόδου 1950-70 επέτρεψε στο κράτος πρόνοιας να αναπτυχθεί και να κατοχυρωθεί. Το σύστημα υγείας, ως αναπόσπαστο κομμάτι αυτού, βελτιώθηκε κατά πολύ, τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά και έφτασε στο σημείο να καταναλώνει περίπου το 8% του ΑΕΠ. Η οικονομική κρίση της δεκαετίας '70 δημιούργησε σοβαρά προβλήματα χρηματοδότησης του τομέα, που συνοδεύτηκαν και από έντονη αμφισβήτηση του υγειονομικού συστήματος. Μια πλούσια βιβλιογραφία αποτυπώνει ανάγλυφα τη σημερινή υγειονομική κρίση και τους προβληματισμούς για το μέλλον.

Η συνδιάσκεψη της Alma-Ata και η περίφημη διακήρυξη της για την υγεία αποτέλεσαν ένα πρώτο βήμα για την υπέρβαση της κρίσης. Οι 38 στόχοι της ΠΟΥ για «Υγεία για όλους το 2000» συνιστούν μια πολιτική υπέρβαση της κρίσης, με την μετατόπιση του κέντρου βάρους στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Η πληθώρα μέτρων και πολιτικών της δεκαετίας του '80 και οι επιχειρούμενες μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας του '90 στα συστήματα υγείας των περισσότερων Ευρωπαϊκών χωρών δεν έφεραν ακόμη τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η υγεία βρέθηκε ξαφνικά και συνεχίζει μέχρι και σήμερα να παραμένει στο μάτι του κυκλώνα (Θεοδώρου Μ. 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ

#### 2.1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά την διάρκεια του '80 και του '90 οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες μπήκαν σε πορεία μεταρρυθμίσεων των υγειονομικών τους συστημάτων. Βασική επιδίωξη αυτού του μεγάλου μεταρρυθμιστικού κύματος, ήταν ο έλεγχος των δαπανών. Μέσα σε μια 30ετία εκφρασμένες σε ποσοστά επί του Α.Ε.Π., είχαν σχεδόν διπλασιαστεί. Οι εμπειρικές έρευνες αποδίδουν αυτή τη ραγδαία αύξηση κυρίως στην αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού, την αλόγιστη διάχυση και χρήση της βιοιατρικής τεχνολογίας αλλά και κλιμακούμενη ζήτηση από όλο και πιο ενημερωμένους και απαιτητικούς πολίτες, οι οποίοι απαιτούν καλύτερες και πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας. Η βελτίωση της προσπελασιμότητας και η αύξηση της ισότητας του συστήματος αποτέλεσαν συμπληρωματικούς στόχους του ελέγχου των δαπανών. Αυτοί οι φαινομενικά αντικρουόμενοι στόχοι, ο έλεγχος δηλαδή των δαπανών από την μία και η αύξηση της αλληλεγγύης του συστήματος από την άλλη, συγκροτούσαν το περιεχόμενο και την κινητήρια δύναμη κάθε μεταρρυθμιστικής προσπάθειας στον τομέα της υγείας την περίοδο αυτή (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

#### 2.2. ΕΝΝΟΙΑ – ΟΡΙΣΜΟΣ

Η λέξη «μεταρρύθμιση» φέρει ένα φορτίο θετικό και είναι ιδιαίτερα δημοφιλής στους πολιτικούς, σ'αυτούς που χαράσσουν πολιτικές αλλά και στους κοινωνικούς επιστήμονες. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει ένας σαφής και γενικά αποδεκτός ορισμός για το ακριβές περιεχόμενό της. Οι στόχοι και το περιεχόμενο μιας μεταρρύθμισης αναφέρονται σε μεγάλες ανατροπές στην δομή και την οργάνωση ενός συστήματος και δεν συνδέονται με της μικρής κλίμακας διορθωτικές αλλαγές, οι οποίες σε τελική ανάλυση αποτελούν μια διαδικασία συνεχή και αναπόφευκτη σε κάθε οργανισμό και κάθε σύστημα. Σύμφωνα, μάλιστα με τη συστημική προσέγγιση όλα τα συστήματα και ιδιαίτερα τα συστήματα υγείας είναι «ζωντανοί οργανισμοί», εκτεθειμένοι στις μεταβολές του εξωτερικού περιβάλλοντος. Είναι συστήματα «ανοιχτά» που συνεπώς αλλάζουν και εξελίσσονται, χωρίς ποτέ να ολοκληρώνονται. Αυτή η διαδικασία των αλλαγών και των διορθώσεων στην πορεία εξέλιξης, ωρίμανσης και κρίσης ενός συστήματος, είναι κάτι εντελώς διαφορετικό από το περιεχόμενο και τη διαδικασία



μιας μεταρρύθμισης. Υπό αυτή την έννοια η υγειονομική μεταρρύθμιση θα μπορούσε να οριστεί ως « το σύνολο εκείνων των δράσεων και παρεμβάσεων που αλλάζουν την πολιτική υγείας και συγχρόνως καθορίζουν τους μηχανισμούς και τους φορείς υλοποίησης αυτών των αλλαγών». Αυτό προϋποθέτει διαρθρωτικές αλλαγές στη δομή και την οργάνωση του συστήματος, με την εισαγωγή διαφορετικών συστημάτων διοίκησης και διαχείρισης, καθορισμό προτεραιοτήτων, εισαγωγή νέων θεσμών και οργάνων.

Συνεπώς, η κάθε μεταρρύθμιση πρέπει να στηρίζεται σε ένα σύστημα αρχών και αξιών που επικρατεί και στην κοινωνία (αξιακό επίπεδο) και τα μέτρα που προβλέπει να αναφέρονται σε συγκεκριμένες αλλαγές στη δομή και την οργάνωση (δομικο-οργανωτικό επίπεδο) και ολοκληρώνεται με πολλά μικρότερης έκτασης μέτρα και παρεμβάσεις σε επίπεδο μονάδας (λειτουργικό επίπεδο). Όλα αυτά συνδέονται με συγκεκριμένες κεντρικές επιλογές και επιδιώξεις.

Ο χρόνος υλοποίησης μιας μεταρρύθμισης είναι κατά κανόνα μεγάλος και μπορεί να κυμανθεί από 5 έως και 10 χρόνια. Γι' αυτό και στις περιπτώσεις εκτεταμένων μεταρρυθμίσεων απαιτείται πολιτική σταθερότητα και διακομματική συναίνεση τουλάχιστον σε ένα ελάχιστο επίπεδο. Σε περιόδους πολιτικής ρευστότητας και συχνών αλλαγών, επικρατούν συνήθως πρακτικές με καταστροφικές συνέπειες για την αποδοτικότητα και λειτουργικότητα του συστήματος.

Στις περισσότερες των περιπτώσεων μια μεταρρύθμιση αποτελείται από ένα πακέτο συγκεκριμένων μέτρων, σαφώς οροθετημένων μεταξύ τους, πολλές φορές με διαφορετικούς στόχους και επιδιώξεις, ανάλογα με το πρόβλημα που έχουν να αντιμετωπίσουν. Γι' αυτό, κάθε μέτρο πρέπει να παρακολουθείται και να αξιολογείται ξεχωριστά (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

### **2.3. Η ΑΝΑΓΚΗ ΚΑΙ ΟΙ ΠΙΕΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ.**

Αναζητώντας κανείς τους λόγους και τις αιτίες που προκαλούνται πιέσεις για αλλαγές και ευρύτερες μεταρρυθμίσεις σε κάποιο υγειονομικό σύστημα, καταλήγει σε δύο συσχετιζόμενες ευρύτερες κατηγορίες παραγόντων. Στην πρώτη εντάσσονται παράγοντες εξωγενείς, όπως είναι οι διεθνείς τάσεις που διαμορφώνονται σχετικά με τις πολιτικές στον υγειονομικό τομέα αλλά και αλλαγές που συμβαίνουν έξω από το σύστημα, δηλαδή στο ευρύτερο πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό περιβάλλον μιας χώρας. Στην δεύτερη κατηγορία εντάσσονται παράγοντες ενδογενείς δηλαδή όλες

εκείνες οι παράμετροι που συνδέονται με τις ανάγκες υγείας και τις προσδοκίες του πληθυσμού, τις οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες του συστήματος, τις τεχνολογικές εξελίξεις και βέβαια τις πιέσεις λόγω του αυξανόμενου κόστους. Πρέπει να τονιστεί ότι η προσπάθεια ελέγχου του κόστους ως επιδίωξη, διέπνεε όλες σχεδόν τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες των Δυτικών χωρών τα τελευταία χρόνια (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

#### **2.4. ΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗΣ.**

Ένα σύστημα υγείας και κατ' επέκταση μια υγειονομική μεταρρύθμιση, διαπνέονται και επηρεάζονται από κάποιες βασικές αρχές και αξίες, οι οποίες με τον έναν ή με τον άλλον τρόπο επηρεάζουν την ευρύτερη δομή και οργάνωση του κράτους και της κοινωνίας. Πάνω σε αυτές δομείται και λειτουργεί το κάθε κοινωνικό σύστημα.

Δεν είναι όμως μόνο αυτό. Βασικά χαρακτηριστικά και στοιχεία του κράτους και της κοινωνίας, όπως είναι η οικονομία και οι διαθέσιμοι για την υγεία πόροι, η εκπαίδευση και ο αριθμός των επαγγελματιών υγείας, οι δημογραφικές εξελίξεις και οι προσδοκίες των ασθενών, το πλαίσιο ασφάλισης υγείας και τα ασφαλιστικά ταμεία, η στέγη, η διατροφή και το περιβάλλον, σε συνδυασμό με τις αναδυόμενες καινούριες ανάγκες υγείας επηρεάζουν επίσης το σύστημα και το περιεχόμενο μιας μεταρρύθμισης.

Ακόμη, σημαντικό ρόλο έχουν παράγοντες όπως είναι οι τρέχουσες οργανωτικές και λειτουργικές αδυναμίες του συστήματος και η διείσδυση τους στην κοινωνία και στην παροχή της φροντίδας υγείας αλλά και η ύπαρξη εκείνης της κρίσιμης μάζας των ανθρώπων με εξειδικευμένες διοικητικές ικανότητες και εμπειρία για μπει ένα σχέδιο αλλαγής σε πορεία υλοποίησης, διατηρώντας μέσα στο χρόνο τα ουσιαστικά μεταρρυθμιστικά του χαρακτηριστικά (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

##### *2.4.1. Οι αρχές και οι αξίες.*

Όλα τα συστήματα υγείας συγκροτήθηκαν και οργανώθηκαν και οργανώθηκαν μέσα στην ιστορική διαδρομή των τελευταίων 50 χρόνων. Διαπνέονται από τις αρχές και αξίες, πολιτιστικές, πολιτικές και άλλες της κάθε κοινωνίας για την οποία υπάρχουν και λειτουργούν.

Οι διαφορές που υπάρχουν στην δομή και την οργάνωση των συστημάτων υγείας ξεκινά από τις κυρίαρχες αντιλήψεις που επικρατούν σχετικά με: (α) με το αγαθό υγεία και κατ' επέκταση τις υπηρεσίες υγείας (β) το ρόλο του κράτους και το βαθμό εμπλοκής του στον τομέα της υγείας, αλλά και τον ρόλο των εθελοντικών και αυτοδιαχειριζόμενων ταμείων και (γ) τον βαθμό ευθύνης και λογοδοσίας του συστήματος υγείας απέναντι στην κοινωνία.

Αναφορικά με το αγαθό υγεία κάποιοι υποστηρίζουν ότι οι υπηρεσίες υγεία είναι ένα οποιοδήποτε κοινό αγαθό ή υπηρεσία, γι' αυτό πρέπει να αφήνονται στους κανόνες της αγοράς και του ελεύθερου ανταγωνισμού. Μόνο έτσι μπορούν να αντιμετωπιστούν βασικές αδυναμίες των δημοσίων συστημάτων υγείας. Κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι η υγεία είναι πρωτίστως κοινωνικό ή συλλογικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται σε όλους και ιδιαίτερα σε εκείνους που το έχουν ανάγκη. Μόνο έτσι διασφαλίζεται η κοινωνική αλληλεγγύη, που αποτελεί συστατικό στοιχείο του Ευρωπαϊκού πολιτισμού.

Σχετικά με τον ρόλο και την εμπλοκή του κράτους στον τομέα της υγείας σε συνδυασμό με το ρόλο των εθελοντικών και αυτοδιαχειριζόμενων ταμείων, οι διαφορές στις εθνικές πολιτικές υγείας είναι επίσης σημαντικές και αποτυπώνονται ξεκάθαρα στην οργάνωση, την χρηματοδότηση και την αρχιτεκτονική των επιμέρους υγειονομικών συστημάτων. Σε μερικές Ευρωπαϊκές χώρες ο ρόλος του κράτους είναι παραδοσιακά πολύ μεγάλος (π.χ. Μ. Βρετανία, σπανία, Πορτογαλία, Ιρλανδία, Δανία κ. α.) ενώ σε κάποιες άλλες είναι υποβαθμισμένος και «διακριτικός» αφήνοντας ελεύθερο πεδίο δράσης σε αυτοδιαχειριζόμενα ταμεία και ενώσεις προμηθευτών (π.χ. Γερμανία, Γαλλία, Βέλγιο κ.α.) με μια μεγάλη ποικιλία αποχρώσεων μεταξύ κράτους και αυτονομίας – αυτοδιαχείρισης.

Το κάθε σύστημα υγείας έχει απέναντι στο κοινωνικό σύνολο ευθύνες και υποχρεώσεις ηθικές, νομικές, οικονομικές, πολιτικές και επαγγελματικές. Βεβαίως, κάθε πολιτική υγείας συντίθεται από μέτρα και παρεμβάσεις που πρέπει να υπηρετούν αυτές τις ευθύνες αλλά και το « μίγμα ευθύνης και λογοδοσίας» κάθε συστήματος καθορίζεται από τις αντιλήψεις που επικρατούν σχετικά με τα δύο θεμελιώδη ζητήματα της φύσης δηλαδή του αγαθού υγεία και του ρόλου του κράτους.

Η διατήρηση του συστήματος υγείας είναι το αποτέλεσμα της όσμωσης των ίδιων των αξιών μιας κοινωνίας με τους οργανισμούς και τους φορείς υγείας μιας χώρας. Αυτό το οικοδόμημα συντίθεται από διαδικασίες, νόμους και κανονισμούς για

το πώς οι πόροι και η εξουσία κατανέμονται μέσα στο υγειονομικό σύστημα, ποιές και πόσες υπηρεσίες θα παραχθούν και πώς και σε ποιους θα παρασχεθούν. Όλα αυτά αντανakλούν τις αρχές και τα πιστεύω της κοινωνίας (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

#### *2.4.2. Η οικονομική ανάπτυξη και οι πόροι για την υγεία.*

Γίνονται εύκολα κατανοητό ότι η οικονομική κατάσταση μιας χώρας και γενικά τα μακροοικονομικά της μεγέθη, καθορίζουν τον χαρακτήρα και το μέγεθος μιας μεταρρύθμισης. Επειδή τα τελευταία χρόνια οι περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες έχουν σοβαρές δυσκολίες στην εκτέλεση των προϋπολογισμών με διόγκωση ελλειμμάτων και αύξηση του δημοσίου χρέους, βασικός άξονας των πρόσφατων μεταρρυθμίσεων ήταν κυρίως ο έλεγχος των δαπανών υγείας και ο κατά το δυνατό περιορισμός του κράτους. Η κατάσταση μάλιστα επιβαρύνεται ακόμη περισσότερο με τις ανάγκες που δημιουργούνται λόγω των φαινομένων κοινωνικού αποκλεισμού, αλλά και της μείωσης του διαθέσιμου εισοδήματος των νοικοκυριών (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

#### *2.4.3. Οι δημογραφικοί παράγοντες.*

Η γήρανση του πληθυσμού και η αύξηση του ποσοστού των ατόμων άνω των 65 ετών οδηγεί σε συνεχή αύξηση της ζήτησης υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση στην κλιμάκωση των δαπανών υγείας. Οι δημογραφικές αυτές εξελίξεις δεν αυξάνουν μόνο το κόστος αλλά μεταβάλλουν δραματικά τον επιδημιολογικό χάρτη και τα καθιερωμένα πρότυπα της αρρώστιας, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται καινούρια δεδομένα και νέες ανάγκες, που απαιτούν αλλαγές στο σχεδιασμό με νέες υπηρεσίες και καινούρια εργαλεία.

Η δομή του συστήματος και το πλαίσιο και το περιεχόμενο των μεταρρυθμίσεων διαμορφώνονται και από μια σειρά από διάφορους κοινωνικούς παράγοντες όπως: (α) η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας και οι συνακόλουθες πιέσεις που ασκούνται στα συστήματα υγείας, (β) οι αυξανόμενες προσδοκίες των ασθενών, (γ) οι πολιτικές συγκυρίες και σκοπιμότητες και (δ) οι καινούριες ιδέες εσωτερικής ρύθμισης των συστημάτων. Αναλυτικότερα:

Οι συνεχείς και ραγδαίες εξελίξεις στο πεδίο της τεχνολογίας προκαλεί έντονες πιέσεις στο σύστημα και τους επαγγελματίες υγείας για την εγκατάσταση και χρήση αυτής της σύγχρονης τεχνολογίας, αλλά και υιοθέτηση εξελιγμένων και

υψηλού κόστους τεχνικών και πρακτικών. Πολλές φορές οι πιέσεις μπορεί να προέρχονται και από τους ίδιους τους γιατρούς. Η σύγχρονη ιατρική τεχνολογία απαιτεί μεγάλες κεφαλαιουχικές δαπάνες για την αγορά και εγκατάσταση, επιπλέον απορροφά σημαντικούς πόρους για την χρήση, τη συντήρηση και την ανανέωσή της, αλλά και πόρους για την πρόσληψη και εκπαίδευση νέου προσωπικού. Επιπλέον, η αυξανόμενη πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας δημιουργεί κλιμακούμενες οργανωτικές και διαχειριστικές ανάγκες που απαιτούν υψηλό κόστους πληροφοριακά συστήματα αλλά και εκπαιδευόμενο προσωπικό. Σε συστήματα υγείας που επικρατούν κανόνες της αγοράς και υπάρχει ανταγωνισμός οι ανάγκες αυτές γίνονται τόσο πιεστικές που αποτελούν μονόδρομο για την επιβίωση της μονάδας.

Ένας δεύτερος παράγοντας είναι οι αυξανόμενες προσδοκίες των ασθενών και των πολιτών. Σήμερα οι ασθενείς είναι επαρκώς ενημερωμένοι για τις εξελίξεις της ιατρικής και της τεχνολογίας, γνωρίζουν καλά τι γίνεται στα ανεπτυγμένα υγειονομικά συστήματα, γι' αυτό και απαιτούν υπηρεσίες με βάση τα διεθνή στάνταρτ. Οι ασθενείς σε αρκετές χώρες αποτελούν μια ισχυρή ομάδα πίεσης, το κίνημα για τα δικαιώματα των ασθενών αναπτύσσεται και η ίδια η κοινωνία ασκεί έντονες πιέσεις για την εισαγωγή σύγχρονης τεχνολογίας, για τον περιορισμό των λιστών αναμονής, την άρση των όποιων περιορισμών στην πρόσβαση και την παροχή, για μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής.

Οι επιλογές της πολιτικής εξουσίας στα πλαίσια του ανταγωνισμού των κομμάτων αποτελούν επίσης παράγοντα που επηρεάζει το πλαίσιο των αλλαγών. Συχνά τα μεγάλα πολιτικά κόμματα και κυρίως τα κόμματα εξουσίας σχεδιάζουν αλλαγές που υλοποιούνται σχετικά εύκολα και σύντομα με χειροπιαστά αποτελέσματα. Αυτός ο σχεδιασμός τις περισσότερες φορές συμπίπτει χρονικά με τους κύκλους των εκλογικών αναμετρήσεων και ιδεολογικά εντάσσεται στους ευρύτερους άξονες της προεκλογικής καμπάνιας. Τέλος, καινούριες ιδέες, που αντιγράφονται από τον ιδιωτικό τομέα, σχετικά με διαδικασίες εσωτερικής ρύθμισης των συστημάτων υγείας δημοσίου χαρακτήρα αποκτούν όλο και μεγαλύτερη σημασία. Αφορά κυρίως παρεμβάσεις με στόχο την καλύτερη ποιότητα των υπηρεσιών και την αποδοτικότητα των πόρων. Αυτή η προσπάθεια συγκροτείται από «καλά σχεδιασμένους μηχανισμούς που θα υποκινήσουν την επιχειρηματικότητα ενώ συγχρόνως θα διασφαλίζουν κοινωνικούς στόχους». Αυτή η νέα προσέγγιση επιχειρείται μέσα από την υιοθέτηση μηχανισμών αποκέντρωσης,

την επιβολή συστημάτων αυτορύθμισης, εργαλείων διαπίστευσης και αδειοδότηση και εισάγονται ανεξάρτητοι ρυθμιστικοί μηχανισμοί και διατομεακή συνεργασία και προσέγγιση. Όλα αυτά τα καινούρια εργαλεία αναφέρονται σε κάθε θέμα και πρόβλημα του συστήματος υγείας, από την οργάνωση και την διοίκηση του συστήματος μέχρι την χρηματοδότηση, τη διαφάνεια, την εκπαίδευση, την καταπολέμηση της διαφθοράς και πολλά άλλα. Ουσιαστικά, οι παραδοσιακές μέθοδοι των «εντολών και των ελέγχων» υποκαθίστανται από έξυπνες και ευέλικτες πολιτικές του ιδιωτικού τομέα (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας, 2001).

## 2.5 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Διαβάζοντας τον τίτλο, ενώ μας είναι κατανοητή η έννοια «σύστημα υγείας» δε θα μπορούσαμε να πούμε το ίδιο και για την έννοια «περιβάλλον». Όταν με τη λέξη περιβάλλον το μυαλό μας ανατρέχει είτε στο φυσικό περιβάλλον είτε στο κοινωνικό «περιβάλλον». Ως εκ τούτου θα πρέπει να διερευνήσουμε τη σχέση του συστήματος υγείας τόσο με το κοινωνικό όσο και με το φυσικό περιβάλλον.

Το σύστημα υγείας επιδρά στο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον, αλλά επηρεάζεται και από αυτό. Το σύστημα υγείας είναι ένας οικονομικός συντελεστής, δηλαδή ένα από τα συστατικά στοιχεία του οικονομικού και κοινωνικού σχηματισμού μιας χώρας.

Ας δούμε λοιπόν τις επιδράσεις του συστήματος υγείας στο περιβάλλον. Έστω ότι σε μια κωμόπολη έχει προγραμματιστεί να ιδρυθεί ένα νοσοκομείο. Έχοντας ως δεδομένο την κάλυψη των αναγκών των κατοίκων, το ζητούμενο είναι να προσδιοριστούν οι επιπτώσεις που θα επιφέρει η ίδρυση του νοσοκομείου στο όλο σύστημα (περιβάλλον). Η πρώτη επίπτωση είναι η ζήτηση σε επαγγέλματα οικοδομικών εργασιών. Από τη στιγμή που το νοσοκομείο λειτουργεί, δημιουργείται ζήτηση για επαγγέλματα που σχετίζονται με την παροχή υγείας, με τεχνικές εργασίες συντήρησης της λειτουργίας του νοσοκομειακού – φαρμακευτικού και άλλου υλικού.

Εκτός από την ζήτηση γι' αυτά τα επαγγέλματα μια σειρά μικροεπαγγελματιών ανοίγουν γύρω από το νοσοκομείο στηριζόμενα στην πλατεία που θα προέλθει είτε από ασθενείς, είτε από το προσωπικό, είτε από τους επισκέπτες. Επιπλέον, η κατασκευή ενός νοσοκομείου συνεπάγεται και τη δημιουργία νέων αστικών γραμμών συγκοινωνίας που θα συνδέουν την περιοχή του νοσοκομείου με την υπόλοιπη περιοχή.

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα το οποίο θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από οποιονδήποτε διευθύνει ένα νοσοκομείο είναι η διαχείριση των απορριμμάτων του. ο τρόπος που το νοσοκομείο θα επιλέξει να διαχειριστεί τα απορρίμματα του είναι ιδιαίτερα σημαντικός και επηρεάζει και το φυσικό περιβάλλον.

Υπάρχουν περιοχές οι οποίες στερούνται είτε γιατρών είτε στοιχειώδους φαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης.

Αυτό οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην πίεση που μπορεί να ασκήσει το συγκεκριμένο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον προς την κρατική εξουσία για την επίτευξη αυτού που ζητάει. Σε πολλές περιπτώσεις η ανυπαρξία υποδομής μπορεί να αποτρέψει ένα γιατρό ν' αποδεχτεί μια θέση στο δημόσιο σύστημα υγείας στην εν λόγω περιοχή.

Εκτός όμως από τις επιδράσεις του συστήματος υγείας στο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον θα πρέπει να διερευνήσουμε και τις επιδράσεις του περιβάλλοντος στο σύστημα υγείας. Η μόλυνση και γενικότερα η καταστροφή του περιβάλλοντος στο σύστημα υγείας. Η μόλυνση και γενικότερα η καταστροφή του περιβάλλοντος τα τελευταία χρόνια επιδρά αρνητικά στην υγεία μας και επιβαρύνει το σύστημα υγείας. Από την άλλη η δημιουργία ενός συστήματος υγείας σε μια γεωγραφική περιοχή επιδρά στο περιβάλλον στο βαθμό που θα προκαλέσει την ανάπτυξη (οικονομική αλλά και οικιστική) της περιοχής (ΕΑΠ. ΔΜΥ 51, Β' ΤΟΜΟΣ 1999).

## **2.6 ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ**

Ο ρόλος των δημόσιων δαπανών είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας. Οι δημόσιες δαπάνες διακρίνονται σε παραγωγικές και αναπαραγωγικές. Η διάκριση ανάμεσα στις παραγωγικές και αναπαραγωγικές δαπάνες στηρίζεται στο εάν παράγεται άμεσα ή όχι κάποιο αγαθό. Οι παραγωγικές δαπάνες επιδρούν στην υλικοτεχνική υποδομή μιας χώρας και συμβάλλουν άμεσα στην παραγωγή αγαθών. Οι αναπαραγωγικές δαπάνες συμβάλλουν έμμεσα στην οικονομική ανάπτυξη ή καλύτερα είναι αυτές οι οποίες επηρεάζουν τον αναπαραγωγικό τομέα της οικονομίας. Όσο χρήσιμες είναι οι παραγωγικές δαπάνες στο πλαίσιο του μοντέλου ανάπτυξης, άλλο τόσο είναι χρήσιμες και οι αναπαραγωγικές δαπάνες. Είναι σαφές ότι το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο του αναπαραγωγικού τομέα. Ο ρόλος των δημόσιων δαπανών στην περίπτωση του συστήματος υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Ο περιορισμός των δημόσιων δαπανών επιδρά άμεσα στο υπό παραγωγή

αγαθό, που είναι η αποκατάσταση της υγείας του ασθενή ή η διατήρηση της καλής υγείας του ατόμου, και έμμεσα στην οικονομική ανάπτυξη, καθώς το υγιές άτομο είναι «στυλοβάτης» της οικονομίας της χώρας (ΕΑΠ. ΔΜΥ 51, Β΄ ΤΟΜΟΣ 1999).

### *2.6.1 Συστήματα υγείας και τεχνολογία – έρευνα*

Η σχέση ανάμεσα στο σύστημα υγείας και την τεχνολογία – έρευνα είναι ιδιαίτερα σημαντική.

Η παραγωγή νέας τεχνολογίας και στον ιατρικό χώρο στηρίζεται κατά κύριο λόγο στην έρευνα. Η έρευνα μπορεί να είναι είτε «θεωρητική», δηλαδή έρευνα που γίνεται με συγκεκριμένο στόχο, π.χ. την κατασκευή κάποιου ιατρικού εργαλείου. Εξυπακούεται ότι οι δύο αυτές μορφές έρευνας είναι σε μεγάλο βαθμό αλληλένδετες.

Όμως τόσο η έρευνα, όσο και η τεχνολογία χρειάζονται το κατάλληλο περιβάλλον για να αναπτυχθούν. Απαιτούνται χρήματα, αλλά χρειάζονται και άνθρωποι σε θέσεις – κλειδιά, που να πιστεύουν σ' αυτήν και να μπορέσουν να «στήσουν» την υποδομή και να προωθήσουν την έρευνα και την παραγωγή τεχνολογίας. Είναι σαφές ότι οι μεγάλες πόλεις διαθέτουν περισσότερες δυνατότητες για την ανάπτυξη έρευνας και τεχνολογίας, στην οποία «στήνεται» μια τέτοια υποδοχή, θα αναπτυχθεί προσελκύοντας τόσο ανθρώπινο δυναμικό όσο και πόρους.

Ένα καίριο ζήτημα που σχετίζεται με την έρευνα είναι αφενός μεν το αντικείμενο της και αφετέρου ο τρόπος χρηματοδότησης της. Είναι γνωστό ότι ένα μεγάλο μέρος της έρευνας χρηματοδοτείται από ιδιωτικές εταιρείες, οι οποίες προσβλέπουν στα οφέλη που θα αποκομίσουν από την παραγωγή κάποιου νέου προϊόντος (ΕΑΠ. ΔΜΥ 51, Β΄ ΤΟΜΟΣ 1999).

### *2.6.2 Δαπάνες προσωπικού και σύστημα υγείας*

Είναι κατανοητό ότι ο διαχειριστής μιας οικονομικής μονάδας έχει κύριο στόχο του να περιορίσει όσο γίνεται περισσότερο τις δαπάνες και ν' αυξήσει τα έσοδα. Με τον τρόπο αυτό θεωρείται ότι ο εν λόγω διαχειριστής είναι επιτυχημένος. Εάν αναλύσουμε τις δαπάνες μιας οικονομικής μονάδας, μπορούμε σε γενικές γραμμές να τις κατατάξουμε σε τρεις μεγάλες ομάδες: δαπάνες για το προσωπικό, δαπάνες για κεφαλαιουχικό εξοπλισμό και δαπάνες για πρώτες ύλες, για ενοίκια κτιρίων κ.λπ. Η επιχείρηση, για να καταστεί ανταγωνιστική, θα πρέπει να μειώσει το κατά μονάδα κόστος παραγωγής της. Η μείωση του κατά μονάδα κόστους παραγωγής μπορεί να



γίνει είτε με τη μείωση του συνολικού κόστους, υπό την προϋπόθεση ότι η παραγωγή παραμένει σταθερή, είτε με την αύξηση της παραγωγής, με την προϋπόθεση ότι το κόστος είτε παραμένει σταθερό είτε αυξάνει με μικρότερο ρυθμό. Η πρακτική των επιχειρήσεων στο ζήτημα αυτό μπορεί να είναι είτε επιθετική είτε αμυντική. Με την επιθετική πολιτική οι επιχειρήσεις εκσυγχρονίζονται τεχνολογικά και αποσκοπούν στο να αυξήσουν μ' αυτόν τον τρόπο την παραγωγικότητά τους. Με την αμυντική πολιτική προσπαθούν να περιορίσουν τις δαπάνες τους μειώνοντας είτε το υπάρχον εργατικό προσωπικό είτε περιορίζοντας τους μισθούς τους.

Βέβαια και στην περίπτωση του τεχνολογικού εκσυγχρονισμού μπορεί να επέλθει μείωση του προσωπικού όχι επειδή το ήθελε εξ αρχής η επιχείρηση, αλλά επειδή αντικαταστάθηκε από τις μηχανές. **Τι γίνεται όμως στην περίπτωση ενός νοσοκομείου;** Είναι σαφές ότι ένα νοσοκομείο, έστω και ιδιωτικό, λειτουργεί με διαφορετικά κριτήρια από μία επιχείρηση. Μία κατηγορία δαπανών του νοσοκομείου είναι και οι δαπάνες του προσωπικού, είτε αυτό είναι ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό είτε διοικητικό και τεχνικό προσωπικό. Ο τρόπος καθορισμού των αμοιβών του προσωπικού διαφοροποιείται από δημόσιο σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Στο πλαίσιο του δημόσιου οι αμοιβές του προσωπικού είναι προκαθορισμένες. Στο πλαίσιο όμως ενός ιδιωτικού νοσοκομείου οι αμοιβές εξαρτώνται από τη διοίκηση του νοσοκομείου. Είναι ευνόητο ότι η διοίκηση ενός ιδιωτικού νοσοκομείου καταβάλλει μεγαλύτερες μηνιαίες αποζημιώσεις σε ιατρικό προσωπικό που είναι ήδη γνωστό στο χώρο της υγείας για την ποιότητα των υπηρεσιών του με στόχο την προσέλκυση πελατών. Ας λάβουμε ως παράδειγμα ένα φημισμένο χειρουργό σ' ένα ιδιωτικό νοσοκομείο. Ο πελάτης -ασθενής δεν πηγαίνει στο συγκεκριμένο νοσοκομείο γιατί εμπιστεύεται τις εγκαταστάσεις του νοσοκομείου, αλλά για να χειρουργηθεί από τον εν λόγω γιατρό. Υπάρχουν εξάλλου περιπτώσεις που ο ασθενής - πελάτης μπορεί να μη γνωρίζει κανένα γιατρό, αλλά καταφεύγει στο εν λόγω νοσοκομείο επειδή έχει ακούσει ότι έχει καλούς γιατρούς. Και στη μία και στην άλλη περίπτωση είναι σαφές ότι η πελατεία, άρα και τα έσοδα του νοσοκομείου εξαρτώνται από το «καλό όνομα» των γιατρών.

Ως εκ τούτου το νοσοκομείο φροντίζει να καταβάλλει κατά κανόνα υψηλότερους του μέσου όρου της αγοράς μισθούς, για να προσελκύσει τους συγκεκριμένους γιατρούς. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι ισχύει το ίδιο για όλο το ιατρικό προσωπικό. Δίπλα στους «επώνυμους» γιατρούς εργάζονται και «ανώνυμοι» γιατροί, οι οποίοι προφανώς αμείβονται πολύ λιγότερο. Υπάρχουν βέβαια και οι

άλλες κατηγορίες προσωπικού (νοσηλευτικό, διοικητικό, τεχνικό προσωπικό κ.λπ.). Η οποιαδήποτε προσπάθεια μείωσης των δαπανών του προσωπικού αφορά συγκεκριμένες ομάδες και όχι αυτούς, π.χ. τους γιατρούς, που αποφέρουν στο νοσοκομείο σημαντικά έσοδα.

Ένα σημείο όμως που είναι σημαντικό και θα πρέπει να διερευνηθεί είναι η συσχέτιση των δαπανών με κάποιους δείκτες αποτελεσματικότητας<sup>13</sup> και όχι εσόδων. Ας υποθέσουμε ότι ένα σύστημα υγείας απασχολεί ένα συγκεκριμένο αριθμό ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Κάποιος από τη διοίκηση του νοσοκομείου θεωρεί ότι οι δαπάνες γι' αυτό το προσωπικό είναι ιδιαίτερα υψηλές και θα πρέπει να περικοπούν είτε μειώνοντας τους μισθούς είτε μειώνοντας τον αριθμό των απασχολούμενων. Καταλαβαίνουμε ότι μία τέτοια ενέργεια θα πρέπει να διερευνηθεί κατά πόσο είναι αναγκαία ή όχι. Ως εκ τούτου θα πρέπει ν' αναζητήσουμε κάποιες παραμέτρους οι οποίες θα μας παρέχουν πληροφόρηση γύρω από αυτό που ζητάμε.

Η κύρια παράμετρος που θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας είναι η αποτελεσματικότητα του εν λόγω προσωπικού<sup>14</sup> και όχι τα έσοδα που αποκομίζουμε. Δηλαδή θα πρέπει κατ' αρχάς, με βάση τις ανάγκες του συστήματος υγείας, να προσδιορίσουμε τον αριθμό του προσωπικού που χρειαζόμαστε και στη συνέχεια να προσδιορίσουμε εάν και κατά πόσο είναι δυνατό να περιορίσουμε τις δαπάνες.

Το ύψος των μισθών του ιατρικού προσωπικού θεωρείται κατά πολλούς ότι ωθεί τους γιατρούς στην παραοικονομία και ειδικότερα στην αφανή επιπρόσθετη αμοιβή, σ' αυτό που ονομάζουμε «φακελάκι». Η ύπαρξη αυτής της επιπρόσθετης αμοιβής προκαλεί σημαντικά ερωτήματα όσον αφορά την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, την επαγγελματικότητα των γιατρών, τη σχέση των γιατρών με τους ασθενείς, καθώς επίσης τον καθορισμό των αμοιβών στο σύστημα υγείας. Είναι σαφές ότι η επιπρόσθετη αυτή αμοιβή στο πλαίσιο ενός δημόσιου νοσοκομείου θέτει σε αμφισβήτηση την έννοια του δημόσιου και καταρρακώνει την πίστη των πολιτών στο δημόσιο σύστημα υγείας (ΕΑΠ. ΔΜΥ 51, Β' ΤΟΜΟΣ 1999).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΙΣ: Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

### 3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφονται οι προσπάθειες μεταρρύθμισης του υγειονομικού τομέα στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια, κυρίως σε όρους και περιεχόμενο πολιτικής υγείας, όπως αυτή διαμορφωνόταν μέσα στο εκάστοτε κοινωνικό-οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον. Η παρουσίαση περιλαμβάνει κυρίως τις δύο σημαντικότερες μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που επιχειρήθηκαν με βάση τους νόμους 1397/83 και 288/01, χωρίς να αγνοεί τους νόμους 207/91, τις προτάσεις ξένων εμπειρογνομόνων και το νομοσχέδιο που εκπονήθηκε με βάση αυτές, το νόμο 2519 των Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας, αλλά και τις πρόσφατες αλλαγές επί Κυβερνήσεως Ν. Δημοκρατίας.

Πριν όμως επεκταθούμε εκτενέστερα, καλό είναι να θυμηθούμε τι σημαίνει πολιτική υγείας. Σύμφωνα με την Allsop πολιτική υγείας ορίζεται ως «μια σειρά αλληλοσυνδεόμενων δραστηριοτήτων με σκοπό την διατήρηση της υγείας και την πρόληψη της αρρώστιας». Είναι ένας γενικός ορισμός που ίσως διαφοροποιείται ανάλογα με τις επικρατούσες αντιλήψεις σε κάθε χώρα για την υγεία και την αρρώστια. Παρομοίως, «υγειονομική μεταρρύθμιση είναι το σύνολο εκείνων των δράσεων και παρεμβάσεων που αλλάζουν την πολιτική υγείας και συγχρόνως καθορίζουν τους μηχανισμούς και τους φορείς υλοποίησης αυτών των αλλαγών» (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας 2001).

### 3.2. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας ή υγειονομικό σύστημα είναι το σύνολο των δομών και υποδομών που παράγουν υπηρεσίες υγείας και πρόληψης με βάση θεσμοθετημένους από την πολιτεία κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας και με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της δημόσιας υγείας και κατ' επέκταση, της υγείας των πολιτών στους οποίους απευθύνονται. (εγχειρίδιο μελέτης τόμος Γ' ΕΑΠ 1999). Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ , ως σύστημα υγείας περιγράφουμε τη σύνθεση όλων των στοιχείων που σκοπεύουν στη συνδυασμένη επίδραση στην υγεία ενός πληθυσμού και σε όλους τους χώρους όπου κινείται ο άνθρωπος όπως ; σπίτι,

δημόσιοι χώροι κλπ. και αφορά το φυσικό και ψυχολογικό περιβάλλον του. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία που απαιτούνται για την αντιμετώπιση όλων των αναγκών υγείας του πληθυσμού μιας χώρας. Η οργάνωση του συστήματος γίνεται σε περιφερειακό (επίπεδο κοινότητας ή πρωτοβάθμιο), ενδιάμεσο και κεντρικό επίπεδο και η μεταβίβαση των στοιχείων του συστήματος γίνεται με βάση τη διοικητική δομή της κάθε χώρας (Σακελλαρόπουλος Θόδωρος : Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους Τ.Α΄ Αθήνα 1999).

Η προσπάθεια ανάπτυξης και οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος της Ελλάδας άρχισε να εμφανίζεται μετά την πτώση της χούντας (1974), μία χρονική περίοδο όπου δεν ήταν ευνοϊκές οι συγκυρίες για την ελληνική κοινωνία και οικονομία. Ένας λόγος που μπορεί να δικαιολογήσει την καθυστέρηση ανάπτυξης του υγειονομικού συστήματος, είναι ότι η Ελλάδα μετά τον β΄ παγκόσμιο πόλεμο είχε πολιτικές αστάθειας λόγω των αυταρχικών διακυβερνήσεων καθώς επίσης και ότι ήταν οικονομικά αδύναμη. Επιπλέον, η υιοθέτηση ενός εθνικού συστήματος υγείας από τις δεξιές κυβερνήσεις αντιμετωπιζόνταν αρνητικά από ένα μέρος της κοινωνίας, λόγω του ότι θα χαρακτηριζόντουσαν ως σοσιαλίζουσες κυβερνήσεις. Για τον λόγο αυτό από το 1974 μέχρι και το 1981, η ανάπτυξη και οργάνωση του μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια καλλιέργεια ιδεών ( τρόπος παροχής υπηρεσιών υγείας, χρηματοδότηση , σύστημα υγείας) και όχι από κάποιες ριζικές αλλαγές. Με την άνοδο των σοσιαλιστών το 1981 και σε συνθήκες κατάλληλες για κοινωνικές αλλαγές ,το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) Ν. 1397/83.

Εν αντιθέση με την Ελλάδα, στις περισσότερες χώρες οι υπηρεσίες υγείας αναπτύχθηκαν μετά τον β΄ παγκόσμιο πόλεμο με αποτέλεσμα, σήμερα να είναι σε θέση να μπορούν να εκσυγχρονίζονται ή να εφαρμόζουν διαφορετικά συστήματα υγείας απ΄ότι η χώρα μας.

Επειδή σε κάθε σύστημα υγείας το πρωταρχικό ρόλο το παίζει ο άνθρωπος-ασθενής και η οικονομική κατάστασή του, το ερώτημα που τίθεται είναι.

**Ο στόχος του Ε.Σ.Υ της Ελλάδος :**

- α) πρέπει να έχει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού ή την επιλεκτική ;
- β) πως πρέπει να χρηματοδοτείται ;
- γ) ποια η σχέση του με τον πολίτη (αυτόν που έχει χρήματα αλλά και αυτόν που δεν έχει), αν πρέπει να ακολουθήσει μία καθολική κοινωνική πολιτική ή μια επιλεκτική κοινωνική πολιτική ;.

Στο ανωτέρω ερώτημα τα εμπλεκόμενα μέρη παροχής υπηρεσιών υγείας είναι :

- α) η προέλευση των οικονομικών πόρων στις υπηρεσίες υγείας .
  - β) ο δημόσιος τομέας ο οποίος θα είναι και ο κύριος προμηθευτής .
  - γ) ο ιδιωτικός τομέας ο οποίος επίσης θα είναι προμηθευτής .
  - δ) το κράτος ως διαχειριστής του συστήματος υγείας .
  - ε) ο ασθενής-πολίτης και
- στ) ο ρόλος των ασφαλιστικών ταμείων.

Το ΕΣΥ θα πρέπει να έχει την καθολική κάλυψη του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας με σκοπό την συγκράτηση των κοινωνικών ανισοτήτων. Η υλοποίηση της καθολικής κάλυψης προϋποθέτει μεταξύ άλλων την ύπαρξη επαρκούς χρηματοδότησης.

Η χρηματοδότηση γενικότερα των υπηρεσιών υγείας, αποτελεί βασική τομή για τον ορθο-λογισμό των συστημάτων υγείας , την επίτευξη μεγαλύτερης αποδοτικότητας στη χρήση των διαθέσιμων πόρων και την επίτευξη της ισότητας της πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας. Στη χώρα μας γενικά, έχει γίνει αποδεκτό ότι από το σύστημα υγείας απουσιάζει ο αποτελεσματικός συντονισμός των πηγών χρηματοδότησης, κάτι που με την ευρεία έννοια επηρεάζει ολόκληρη την οικονομική πολιτική. Και αυτό, γιατί τόσο το επίπεδο των εισφορών, στην περίπτωση της κοινωνικής ασφάλισης , όσο και το επίπεδο φορολογικών συντελεστών στην περίπτωση της φορολογίας, επηρεάζουν σημαντικές συνιστώσες της οικονομικής πολιτικής (Νιάκας Δ. : Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα ,στο σταυροδρόμι των επιλογών Αθήνα 1995). Για την χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας προτείνεται η συγκέντρωση των χρηματικών πόρων σε ένα κοινό ταμείο, το οποίο θα διοικείται από ένα ενιαίο φορέα και το οποίο θα λειτουργεί ως αγοραστής νοσοκομειακών, ιατρικών και φαρμακευτικών υπηρεσιών. Έτσι θα επιτευχθεί η ομοιομορφία στο σύστημα υπολογισμού των εισφορών των ασφαλιστικών ταμείων καθώς και στο είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

**Βασικές πηγές χρηματοδότησης** του Ελληνικού υγειονομικού συστήματος υγείας είναι :

- α. Η φορολογία (κρατικός προϋπολογισμός),δηλαδή οι άμεσοι και έμμεσοι φόροι .
- β. Η κοινωνική ασφάλιση ,δηλαδή οι εισφορές εργαζομένων και εργοδοτών κ´
- γ. Η ιδιωτική ασφάλιση και οι απευθείας πληρωμές από τους ιδιώτες.

**Προβλήματα χρηματοδότησης.**

Τα σημαντικότερα προβλήματα χρηματοδότησης του ελληνικού συστήματος υγείας είναι τα εξής :

**1ο** Το ύψος της χρηματοδότησης καθορίζεται αποκλειστικά και μόνο από την ζήτηση. Δεν υπάρχουν σφαιρικοί προϋπολογισμοί ή όρια προς τα πάνω για τις δαπάνες στα νοσο-κομεία.

Δεν εφαρμόζονται πολιτικές και κίνητρα συγκράτησης του κόστους, ούτε από την πλευρά της προσφοράς ούτε από την πλευρά της ζήτησης. Η απουσία πολιτικής τιμολόγησης των νοσηλίων είναι σημαντική καθώς και η απουσία σύγχρονων διαχειριστικών συστημάτων.

**2ο** Πλήρης απουσία αποτελεσματικών μηχανισμών κατανομής των οικονομικών πόρων που θα βασίζονται στις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού και θα εξυπηρετούν υγειονομικούς στόχους και προτεραιότητες μιας προκαθορισμένης πολιτικής υγείας.

**3ο** Πολύ υψηλή ιδιωτική δαπάνη που ακυρώνει την ισότιμη και δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας. Σημαντικές σπατάλες στη φαρμακευτικής κατανάλωση και στις διαγνωστικές εξετάσεις υψηλού κόστους.

**4ο** Μεγάλη παραοικονομική δραστηριότητα και ανάπτυξη ανήθικων οικονομικών συναλλαγών και αντιδεοντολογικών συμπεριφορών εκ μέρους των επαγγελματιών υγείας που επιβαρύνουν οικονομικά τον ασθενή (Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σωτ.: Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα Αθήνα 1997).

Εξετάζοντας όμως το φορολογικό σύστημα της Ελλάδας , μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει πολύ μεγάλη ανισότητα στην κατανομή του φορολογικού βάρους, η οποία οφείλεται κυρίως στην κυριαρχία των έμμεσων φόρων οι οποίοι αντιπροσωπεύουν το 65% των φορολογικών εσόδων και των φόρων με πραγματικά φορολογικό συντελεστή αντίστροφα προοδευτικό. Η έντονη αρνητική επίδραση του φορολογικού συστήματος ως προς την αναδιανομή του εισοδήματος ,έχει οδηγήσει στην πρόταση για αναδιάρθρωση της σύνθεσης των πηγών χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα, με σκοπό την ικανοποίηση του κριτηρίου της ισότητας. Έτσι υποστηρίζεται η άποψη της μείωσης του ποσοστού συμμετοχής του κρατικού προϋπολογισμού και της αύξησης του μεριδίου της κοινωνικής ασφάλισης . Επίσης οι κοινωνικές ανισότητες δεν μπορούν να διαπιστωθούν λόγω της έλλειψης στατιστικών στοιχείων θνησιμότητας ανά επαγγελματική κατηγορία.

Εάν λάβουμε υπόψιν μας την οικονομική κατάσταση του πληθυσμού της χώρας μας , προκαλούνται **ερωτήματα** όπως, σχετικά με την χρηματοδότηση των

υπηρεσιών υγείας. Δηλαδή, η παρούσα σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης (συνεισφορά κρατικού προϋπο-λογισμού, κοινωνική ασφάλιση , ιδιωτικές πηγές ) ικανοποιούν το κριτήριο της ισότητας ; ή θα πρέπει να υπάρξουν αλλαγές στη σύνθεση των πηγών ;

Η πρώτη άποψη για το ανωτέρω ερώτημα είναι, της επιτροπής ξένων εμπειρογνομόνων , όπου αναφέρει ότι ο Ενιαίος Φορέας Υγείας θα πρέπει να εξασφαλίσει την αλληλεπίδραση των μηχανισμών χρηματοδότησης και παραγωγής υπηρεσιών υγείας , ώστε να παρέχονται ισότιμα σε όλους τους πολίτες, όπως και οι πόροι να αξιοποιούνται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Επίσης τα μέλη της επιτροπής που είναι υποστηρικτές της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων σε ένα ταμείο υγείας , γνωρίζουν ότι οι εισφορές των ασφαλισμένων σήμερα είναι διαφορετικές αλλά κάτι τέτοιο δεν τους απασχολεί γιατί όπως λένε " το ζήτημα της δικαιοσύνης σε ότι αφορά το σύστημα των εισφορών μπορεί να αντιμετωπιστεί με πολιτικές αποφάσεις σε μεταγενέστερο στάδιο " . Αντιλαμβανόμαστε ότι η επιτροπή διατυπώνει γενικές απόψεις χωρίς να λάβει υπόψιν της ότι τα υψηλά εισοδηματικά στρώματα θα καλύψουν τις δαπάνες των οικονομικά αδυνάτων με την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων . Επίσης πιστεύει ότι με την ενοποίηση των πέντε μεγαλύτερων ταμείων ΙΚΑ ,ΤΕΒΕ,ΟΓΑ ,Δημοσίου και ΤΑΕ , θα παρέχεται η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (οικογενειακός γιατρός , υπηρεσίες ειδικών , διαγνωστικές εξετάσεις , φάρμακα) αλλά και νοσοκομειακής περίθαλψης, χωρίς καμία επιβάρυνση.

Η δεύτερη άποψη για το ανωτέρω ερώτημα είναι, μία μελέτη της Υγειονομικής Σχολής Αθηνών για τα οικονομικά της υγείας , όπου υποστηρίζει ότι έχοντας δεδομένη τη σύνθεση των πηγών και την ύπαρξη της παραοικονομίας, το σύστημα των πηγών χρηματοδότησης σήμερα, είναι κοινωνικά άδικο. Προτείνουν μεταξύ άλλων την επιβολή ασφαλιστρού σε ορισμένες κοινωνικές ομάδες (αγρότες) καθώς και την αύξηση εισφορών σε άλλες ομάδες (ελεύθερους επαγγελματίες), (Κυριόπουλος Ι. , Νιάκας Δ. : Η χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα Αθήνα 1991).

Το πρόβλημα της ίσης πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα υγείας δεν είναι μόνο το ζήτημα δικαιοσύνης των εισφορών τους στα διάφορα ταμεία, αλλά και κατά πόσο μπορεί να επιτευχθεί η ίση πρόσβαση των πολιτών, έχοντας παράλληλα και υψηλή ποιότητα παροχής φροντίδας με δεδομένους του οικονομικούς πόρους.

Σύμφωνα με τον **Mhitehead (1991)**, η έννοια της ισότητας στην υγεία μπορεί να προσδιοριστεί με βάση **τρεις άξονες** :

1. ίση πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας για τις ίδιες ανάγκες, το οποίο σημαίνει ίσα δικαιώματα για όλους, δίκαιη γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών και κατανομή των πόρων σε υπηρεσίες που εξυπηρετούν την πλειοψηφία του πληθυσμού.

2. ίση χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας για ίσες ανάγκες , γεγονός που αποσκοπεί στην άρση των περιορισμών της χρήσης των υπηρεσιών λόγω κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων κ'

3. ίση ποιότητα φροντίδα υγείας που βασίζεται στην ύπαρξη της ανάγκης και προϋποθέτει την ανάληψη παρόμοιων δεσμεύσεων από τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχουν..

Απώτερος σκοπός είναι η άρση των ανισοτήτων στην υγεία, δηλαδή , μείωση των διαφορών στο επίπεδο υγείας , οι οποίες είναι περιττές, αναπόφευκτες, αθέμιτες και άδικες.

Η παραπάνω προσέγγιση του Mhitehead (1991) γίνεται αποδεκτή και από την Π.Ο.Υ (Σακελλαρόπουλος Θόδωρος (Επιμέλεια) : Η μεταρρύθμιση του κοινωνικού κράτους Τ.Α΄ Αθήνα 1999 ).

Το ΕΣΥ στο πρωταρχικό στάδιο εφαρμογής του ικανοποίησε σε γενικές γραμμές τις κοι-νωνικές ανάγκες του πληθυσμού. Για το λόγο αυτό η μεταρρύθμιση του κρίνεται αναγκαία. Σύμφωνα με τους ειδικούς εμπειρογνώμονες της Έκθεσης, για να επιτύχει ο σκοπός της με-ταρρύθμισης θα πρέπει να υπάρχει δικαιοσύνη και ισότητα στις παροχές υγείας, για να μπορούν να είναι εξίσου προσιτές σε όλες τις περιοχές της χώρας. Ο σκοπός της μεταρ-ρύθμισης είναι η ενοποίηση των σημερινών πληρωμών μέσω ενός ενιαίου αγοραστή. Η Επιτροπή θεωρεί ότι " το ζήτημα της **δικαιοσύνης** σε ότι αφορά στο σύστημα εισφορών μπορεί να αντιμετωπισθεί με πολιτικές αποφάσεις ". Για ότι αφορά την **ισότητα** προτείνει ότι " Η επιτυχία της μεταρρύθμισης θα κριθεί τότε από το κατά πόσον οι παροχές θα εξισωθούν προς τα πάνω και όχι προς τα κάτω, ακόμη και αν κάτι τέτοιο δεν μπορεί να επιτευχθεί αμέσως. Εάν η ενοποίηση εκληφθεί ως ζημιογόνα από τα μέλη των μικρών και προνομιακών ταμείων, τότε είναι πιθανό να συναντήσει σημαντική πολιτική αντίσταση ".

Το πρόβλημα αυτό, δηλαδή να εξισωθούν οι παροχές " προς τα πάνω " είναι σημαντικό αφού μία τέτοια αλλαγή σίγουρα θα επιφέρει χρηματικές επιβαρύνσεις στο σύστημα, το οποίο όμως είναι δύσκολο να γίνει με τις υπάρχουσες οικονομικές



συνθήκες. Παρ' όλα αυτά η επιτροπή πιστεύει ότι οι πόροι επαρκούν αν δημιουργηθούν κάποιες αλλαγές στο σύστημα παροχών, που θα επιτρέψουν να απελευθερωθούν οι πόροι και να χρησιμοποιηθούν αποδοτικά ώστε να επιτευχθεί αυτή η εξίσωση μέσα στα σημερινά πλαίσια.

Ερωτήματα που ανακύπτουν και που μπορεί να τεθούν είναι τα εξής :

α. Υπάρχει η δυνατότητα οικονομικής κάλυψης των υπηρεσιών υγείας ; Εάν ναι με ποιο τρόπο και σε ποιο επίπεδο πόρων ; Εάν όχι πως θα επιτευχθεί ή ισότητα και ισοτιμία στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αφού σε μία μεταρρύθμιση που στοχεύει στην αύξηση των παροχών, στην επέκταση τους εύρους των οικονομικών υπηρεσιών και την επαρκή κάλυψη του πληθυσμού δεν είναι δυνατόν να μην προκληθεί αύξηση των δαπανών όπως και έλλειψη συγκράτηση τους κόστους ;

β. Ο εκσυγχρονισμός του δημοσίου τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας επηρεάζει τον ιδιωτικό τομέα ή και αντίστροφα ; η απάντηση σε αυτό το ερώτημα μπορεί να είναι η εξής : η εξέλιξη του δημόσιου τομέα εξαρτάται από την εξέλιξη του ιδιωτικού, υπάρχει δηλαδή μια ανταγωνιστικότητα σε οικονομικό επίπεδο (αμοιβές ιατρικού προσωπικού) όσο και σε ιατρικές ειδικότητες. Η ανταγωνιστικότητα παράγεται από την οικονομική ευημερία ή μη του πληθυσμού και κατ'επέκταση και των ασφαλιστικών ταμείων ,καθώς επίσης και από την ικανοποίηση του αγοραστή από τον προμηθευτή. Επίσης, ο μη περιορισμός της ελευθερίας του ασθενή λειτουργεί θετικά προς τις ιδιωτικές δαπάνες καθώς και οι ελλείψεις του δημοσίου τομέα σε συντονισμό, ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας. Ο ιδιωτικός τομέας μπορεί να επηρεασθεί από τρεις παράγοντες : α) από τον νόμο της ελεύθερης αγοράς (προσφοράς και ζήτησης) β) από το νομοθετικό πλαίσιο λειτουργίας του, που εφαρμόζει η εκάστοτε κυβέρνηση και γ) από το ανάλογο επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας του δημοσίου τομέα .

### 3.2.1. Η ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟ ΤΟΥ ΕΣΥ (1945-1974)

Πολύ δύσκολα θα μπορούσε κάποιος να επιχειρηματολογήσει υπέρ μιας συγκροτημένης και ολοκληρωμένης πολιτικής υγείας στην περίοδο προ του ΕΣΥ. Το Ελληνικό κράτος στα δύσκολα αυτά χρόνια, ούτε μπορούσε, ίσως όμως και να μην επιθυμούσε να έχει ολοκληρωμένη πολιτική και περιοριζόταν σε μια στοιχειώδη κάλυψη βασικών αναγκών και σε επιλεκτικές παρεμβάσεις πυροσβεστικού χαρακτήρα, κυρίως στο πεδίο της δημόσιας υγείας. Φτωχές υποδομές, πεπαλαιωμένος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός, ελλιπής στελέχωση, ανεπαρκής

οργάνωση και λειτουργία, κατακερματισμός και επικαλύψεις τεράστιες περιφερειακές ανισότητες και ανεπαρκής χρηματοδότηση, ήταν τα βασικά χαρακτηριστικά του τότε υγειονομικού τομέα, σε σύγκριση με τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Το κύριο βάρος της όποιας υγειονομικής φροντίδας σήκωναν τα ασφαλιστικά ταμεία, αλλά και διάφοροι μη κερδοσκοπικοί και φιλανθρωπικοί οργανισμοί όπως το ΠΙΚΠΑ και ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός.

Η απουσία πολιτικής υγείας αποδίδεται κυρίως στις επικρατούσες πολιτικές, κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, οι οποίες δεν ευνοούσαν την ανάπτυξη και εφαρμογή ολοκληρωμένων πολιτικών, ιδιαίτερα στον κοινωνικό τομέα. Την περίοδο αυτή υπήρχαν άλλες προτεραιότητες και πολύ πιο πιεστικές ανάγκες, που έπρεπε να καλυφθούν με τους περιορισμένους δημόσιους πόρους. Όλα αυτά παίρνανε δράση στα χρόνια μετά την γερμανική κατοχή και τον εμφύλιο, που προκάλεσαν τεράστιες καταστροφές στον παραγωγικό ιστό της χώρας και δημιούργησαν πιεστικές ανάγκες. Σε μια χώρα κατεστραμμένη οικονομικά και διχασμένη πολιτικά και κοινωνικά, με περιορισμένες δυνατότητες άντλησης πόρων από μια διαλυμένη οικονομία, η πολιτική υγείας περιοριζόταν σε στοιχειώδεις και αποσπασματικές παρεμβάσεις.

Η δικτατορία των συνταγματαρχών λίγα χρόνια αργότερα,(1967-1974) ανέκοψε την όποια πορεία οικονομικής ανάπτυξης και κοινωνικής συμφιλίωσης, με δυσμενείς συνέπειες και στον τομέα της υγείας. Αξιοσημείωτα γεγονότα αυτής της περιόδου ήταν η ψήφιση του νόμου 4169/61 σύμφωνα με τον οποίο δημιουργήθηκε ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων (ΟΓΑ) για να καλύψει τον αγροτικό πληθυσμό. Ο νόμος αυτός, μαζί με εκείνο για την ίδρυση του ΙΚΑ, αποτελούν τους δύο σημαντικότερους σταθμούς στην ιστορία της κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα.

Στις δεκαετίες του '60 και '70, η ελληνική οικονομία με κινητήριο μοχλό τον κατασκευαστικό τομέα, σημειώνει μια ραγδαία ανάπτυξη, μέσα από την οποία γεννήθηκαν μια σειρά επιχειρήσεων και τραπεζών που δημιούργησαν τους δικούς τους ασφαλιστικούς οργανισμούς. Η χρηματοδότησή τους βασιζόταν κυρίως στις εισφορές των εργοδοτών και παρείχαν πλήρη και υψηλή ποιότητας ασφαλιστική κάλυψη. Επιπλέον, σε επίπεδο προτάσεων, την περίοδο αυτή, άξιο προσοχής είναι το σχέδιο του 1969 «Σχεδιασμός της Κοινωνικής Πολιτικής» του τότε υπουργού υγείας της δικτατορίας Α.Πάτρα. Το σχέδιο προέβλεπε την σταδιακή εγκαθίδρυση ενός συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας βασισμένο στους γενικούς-οικογενειακούς γιατρούς που θα επιλέγονταν από τον ασφαλισμένο, θα είναι

συμβεβλημένοι με τα ταμεία και θα αμείβονται κατά κεφαλήν. Προβλεπόταν ακόμη η δημιουργία ενός «ενιαίου φορέα προστασίας της υγείας και περιθάλψεως ασθενείας» στον οποίο θα εντάσσονταν όλα τα ταμεία υγείας, αλλά επειδή αυτή η λύση θα αντιμετώπιζε δυσκολίες στην υλοποίησή της, προτεινόταν ως μεταβατική λύση η δημιουργία ενός «Εθνικού Συντονιστικού Συμβουλίου Υγείας» το οποίο θα συντόνιζε όλους τους φορείς και θα μπορούσε να εξελιχθεί σταδιακά σε μια ενιαία πηγή χρηματοδότησης του υγειονομικού τομέα. Θα συγκέντρωνε όλες τις ασφαλιστικές εισφορές και θα είχε την δυνατότητα να πληρώσει γιατρούς και νοσοκομεία στην βάση της αμοιβής κατά πράξη, που θα αποφασίζονταν μετά από διαπραγματεύσεις με τους ιατρικούς συλλόγους.

Ήταν μια προσεκτικά μελετημένη πρόταση και για την τότε εποχή πολύ σημαντική, που χάθηκε όμως στους διαδρόμους της στρατιωτικής γραφειοκρατίας. Με την πτώση της δικτατορίας το 1974 σχεδόν τίποτα δεν έγινε.

Η περίοδος αυτή αμέσως μετά την αποκατάσταση της δημοκρατίας «σημαδεύεται» από δύο πολύ αξιόλογες προσπάθειες για το σχεδιασμό ενός ολοκληρωμένου δημόσιου συστήματος υγείας. Η πρώτη έγινε από το ΚΕΠΕ (Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών) το 1976, υπό μορφή μελέτης του συστήματος και προτάσεων για συνολική μεταρρύθμιση και η δεύτερη το 1981, υπό μορφή νομοσχεδίου με τίτλο «μέτρα προστασίας της υγείας», από τον Υπουργό Υγείας της τότε κυβέρνησης της Ν. Δημοκρατίας Καθηγητή Σπύρο Δοξιάδη. Τα βασικά προβλήματα του υγειονομικού τομέα, όπως τα είχε προσχεδιάσει η μελέτη του ΚΕΠΕ, υπάρχουν σε μεγάλο βαθμό και στο σημερινό σύστημα υγείας, έστω και αν έχουν περάσει από τότε τριάντα ολόκληρα χρόνια. Ανέφερε λοιπόν η συγκεκριμένη μελέτη ότι το υγειονομικό σύστημα υποφέρει από:

- Την απουσία ενιαίων κανόνων στη χρηματοδότηση και στις παροχές μεταξύ ασφαλιστικών οργανισμών
- Την έλλειψη συνεργασίας και συντονισμού του Υπουργείου Υγείας και των άλλων Κυβερνητικών φορέων στα θέματα πολιτικής υγείας.
- Τις μεθόδους αμοιβής των γιατρών που οδηγούν σε προκλητή ζήτηση.

Για την βελτίωση της κατάστασης πρότεινε μεταξύ άλλων:

- Την δημιουργία μιας ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας.
- Την ενοποίηση των βασικών ασφαλιστικών ταμείων, καθώς και το συντονισμό και τη συνεργασία τους για την κάλυψη των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

Οι προτάσεις του ΚΕΠΕ και το νομοσχέδιο Δοξιάδη δεν είχαν ευτυχή κατάληξη και κατά συνέπεια κανένα ουσιαστικό αποτέλεσμα δεν προέκυψε για τις υπηρεσίες υγείας και τους πολίτες.

Σηματοδότησαν όμως μια καινούρια εποχή για την πολιτική υγείας και δημιούργησαν ευνοϊκό κλίμα και έδαφος για την συνέχεια. Έτσι, με την άνοδο του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία το 1981, μέσα σε ευνοϊκό πολιτικό-οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον οι συνθήκες ήταν ώριμες για την αλλαγή της κατάστασης στο χώρο της υγείας. Ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ και η άμεση έναρξη υλοποίησής του, ήτανε το επιστέγασμα αυτών των συνθηκών και των προσπαθειών (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας 2001).

### 3.2.2. Η ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ 1397/83.

Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, παρά τα οικονομικά προβλήματα που υπήρχαν στην Ελλάδα το κράτος πρόνοιας επεκτάθηκε. Το 1983, έτος ψήφισής του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ, δικαιολογημένα θεωρείται ο σημαντικότερος σταθμός στην πορεία ανάπτυξης και οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Ήταν η μοναδική φορά που το κράτος εκδήλωνε την αποφασιστικότητα του, όχι μόνο να επεξεργαστεί και να ψηφίσει ένα νόμο αλλά και να τον εφαρμόσει. Στόχος ήταν η συγκρότηση ενός ολοκληρωμένου εθνικού συστήματος υγείας, που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των πολιτών, ενσωματώνοντας τις σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία και την αρρώστια και αξιοποιώντας την πλούσια εμπειρία από τις άλλες ανεπτυγμένες δυτικοευρωπαϊκές χώρες. Βασικές αρχές της καινούργιας πολιτικής υγείας ήταν η καθολική κάλυψη και η δωρεάν και ισότιμη πρόσβαση για το σύνολο των πολιτών, που θα διασφαλιζονται μέσα από τη συγκρότηση και λειτουργία ενός δημόσιου-κρατικού Συστήματος Υγείας.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται ως Εθνικό γιατί έπρεπε να έχει εθνικούς κανόνες, εθνικούς πόρους, να υπάρχει μία ενιαία αντίληψη, ενιαίες πολιτικές, κοινωνικές, οργανωτικές. Επίσης χαρακτηρίζεται ως Σύστημα διότι εναρμονίζεται η πρωτοβάθμια, η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια φροντίδα. Η λέξη φροντίδα και όχι περίθαλψη αφορά άμεσα την Τοπική Αυτοδιοίκηση. Τέλος η έννοια της Υγείας και όχι περίθαλψης χρησιμοποιείται γιατί η κοινωνία ενδιαφέρεται για την ευεξία του ατόμου, ψυχική και πνευματική.

Οι πρώτες ενέργειες της τότε κυβέρνησης προς την κατεύθυνση της οργάνωσης του υγειονομικού τομέα έγιναν με την ψήφιση του νόμου 1278/82 για την

σύσταση του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας (ΚΕΣΥ) και του νόμου 1316/83 για την σύσταση του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκου (ΕΟΦ), Της Εθνικής Φαρμακοβιομηχανίας και της Εθνικής Φαρμακαποθήκης.

Το ΚΕΣΥ, σύμφωνα με τον νόμο, συγκροτείται από εκπροσώπους των εργαζομένων στο χώρο της υγείας, από εκπροσώπους της πολιτείας και εκπροσώπους των πολιτών. Είναι γνωμοδοτικό όργανο για θέματα σχεδιασμού, οργάνωσης, προγραμματισμού, ελέγχου και συντονισμού των υπηρεσιών υγείας σε τοπικό και εθνικό επίπεδο. Είναι δηλαδή ένα όργανο επιτελικό που πρέπει να διαμορφώνει τις στρατηγικές και την πολιτική υγεία στην χώρα. Σήμερα, ο σημαντικότερος ρόλος του ΚΕΣΥ έχει αποδυναμωθεί πλήρως και το όργανο αυτό προσφέρει ελάχιστα από όσα ο τότε νόμος προέβλεπε. Όσον αφορά, τους τρεις νεοϊδρυθέντες οργανισμούς στο χώρο του φαρμάκου, αυτοί δημιουργήθηκαν με σκοπό τη δραστική παρέμβαση του κράτους σε επίπεδο έρευνας, παραγωγής, διανομής και εμπορίας των φαρμακευτικών προϊόντων.

Από μια άλλη οπτική ο νόμος 1397/83 αποτέλεσε τη σημαντικότερη και μεγαλύτερη μεταρρυθμιστική προσπάθεια του υγειονομικού τομέα από ίδρύσεως ελληνικού κράτους και αυτό γιατί με τις προβλέψεις του ανατρέπονται οι μέχρι τότε εσωτερικές ισορροπίες του υγειονομικού τομέα και η κατανομή πόρων και εξουσίας, η σχέση ιδιωτικού-δημοσίου, η σχέση πρωτοβάθμιας και νοσοκομειακής φροντίδας, οι εργασιακές σχέσεις των γιατρών και πολλά άλλα. Παρακάτω αναφέρονται μερικά μόνο στοιχεία του νόμου 1397/83, αφήνοντας την ανάπτυξη υποδομών, τους εξοπλισμούς και την στελέχωση.

- Κρατική ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, από δημόσιες υποδομές, με σχεδόν πλήρη αποκλεισμό του ιδιωτικού τομέα. Μεγάλη δηλαδή ενδυνάμωση του κρατισμού και προσπάθεια «στραγγαλισμού» του ιδιωτικού τομέα.
- Αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας μέσα από την διαίρεση της χώρας σε υγειονομικές περιφέρειες. Έμπαινε δηλαδή η διάσταση της αποκέντρωσης στο σχεδιασμό της πολιτικής υγείας και ο καθορισμός στόχων και προτεραιοτήτων σε επίπεδο νόμου και περιφέρειας.
- Συμμετοχή της κοινότητας, των κοινωνικών- επαγγελματικών φορέων και πολιτών, έστω σε ρόλο συμβουλευτικό, στην διαδικασία λήψης αποφάσεων μέσα από την συγκρότηση των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας.

- Ενδυνάμωση της ΠΦΥ, με την ανάπτυξη 400 κέντρων υγείας στις αγροτικές και αστικές περιοχές της χώρας, και ταυτόχρονη αποδυνάμωση του ρόλου των ασφαλιστικών ταμείων. Άλλαζε δηλαδή το περιεχόμενο της πολιτικής υπέρ της πρόληψης και προαγωγής της υγείας, αλλά και υπέρ των αγροτικών περιοχών που μέχρι τότε ήτανε εγκατελελειμμένες.
- Πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών, με στόχο κυρίως να περιοριστούν στο ελάχιστο οι διασυνδέσεις του δημοσίου με τον ιδιωτικό τομέα. Οι γιατροί του ΕΣΥ αποκτούν μεγαλύτερο κύρος και εξουσία, αλλά και υψηλές αποδοχές, για την εποχή εκείνη.

Αξιολογώντας την πολιτική υγείας, μέσω του νόμου 1397/83 εύκολα εντοπίζεται μια σειρά από στοιχεία που για την τότε εποχή ήταν πρωτόγνωρα στην Ελληνική υγειονομική πραγματικότητα. Υπήρχαν όμως και ελλείψεις και προβλήματα. Τα πλέον χαρακτηριστικά είναι ο αποκλειστικός ρόλος του κράτους σε όλους τους τομείς και τις διαστάσεις του συστήματος υγείας και ο αποκλεισμός του ιδιωτικού τομέα, ο έντονα ιατροκεντρικός της χαρακτήρας και η ατομία στην χρηματοδότηση και τον έλεγχο του κόστους. Η πολιτική αυτή θα μπορούσε δικαίως να χαρακτηριστεί ως το γνήσιο τέκνο της πολιτικής αθωότητας του ΠΑΣΟΚ, τότε που περίσσευε ο ενθουσιασμός, ενδεδυμένος το πέπλο ενός θολού σοσιαλιστικού οράματος και απουσίαζε η τεχνοκρατική αντίληψη, ο πλουραλισμός ιδεών και η ευελιξία στις λύσεις.

Ακόμα και με αυτές τις ελλείψεις και τα προβλήματα, η συγκεκριμένη πολιτική έφερνε κάτι καινούριο και προκαλούσε μεγάλες ανατροπές στον τομέα της υγείας. Η έναρξη υλοποίησης αυτής της πολιτικής, συνοδεύτηκε από μια σειρά ευνοϊκών παραγόντων και καταστάσεων. Πιο αναλυτικά, στην εξουσία ήτανε μια σοσιαλιστική κυβέρνηση που κέρδισε τις εκλογές με συντριπτική πλειοψηφία και με το σύνθημα της «αλλαγής», υπήρχε ένα πανίσχυρο κίνημα νοσοκομειακών γιατρών που στήριζε έμπρακτα τις αλλαγές και συμμετείχε ενεργά στην διαμόρφωση του νομοσχεδίου. Άλλωστε, η κοινωνία απαιτούσε αλλαγή σε όλους τους τομείς και ιδιαίτερα στην υγεία και την παιδεία.

Η μεταρρύθμιση αυτή όμως ποτέ δεν ολοκληρώθηκε. Τα κέντρα υγείας στις αστικές περιοχές δεν δημιουργήθηκαν, η αποκέντρωση δεν λειτούργησε και τα ΠΕΣΥ δεν συγκροτήθηκαν ποτέ. Παραβλέποντας όσα δεν έγιναν, και αξιολογώντας τις αλλαγές που τελικά επιτεύχθηκαν θα υποστήριζε κάποιος σε όρους πολιτικής υγείας ότι η μεταρρύθμιση του 1983 άρχισε με τις καλύτερες δυνατές προϋποθέσεις

και συγκυρίες αλλά σε σύντομο χρονικό διάστημα ακυρώθηκε. Τα σημαντικότερα προβλήματα παρέμεινε άλυτα, ενώ σταδιακά στο σύστημα υγεία διολίσθαινε σε αναξιοπιστία και χαμηλά επίπεδα ανταποκρισιμότητας, προκαλώντας δυσαρέσκεια στους πολίτες. Στα τέλη της δεκαετίας του 80, άρχισε να δείχνει έντονα σημάδια κόπωσης, οι στρεβλώσεις επιτείνονται και τα φαινόμενα διαφθοράς ήταν πλέον συνήθης πρακτική και σε μεγάλο βαθμό αποδεκτή από την πολιτεία και τους πολίτες. Η πρόβλεψη του νόμου για πλήρη και αποκλειστική απασχόληση παραβιάζονταν κατάφωρα από την πλειονότητα των γιατρών, η παραοικονομία και οι άτυπες πληρωμές σχεδόν καθιερώθηκαν μέσω μιας άτυπης και σιωπηρής ανοχής ή ακόμα και κατανόησης από την πολιτεία, ο ιδιωτικός τομέας μπήκε στο σύστημα από το παράθυρο ή μέσα από τις υπόγειες διασυνδέσεις των γιατρών του ΕΣΥ με τα διαγνωστικά κέντρα, η μεταφορά πόρων από τον ιδιωτικό τομέα προς τον δημόσιο δεν επιτεύχθηκε και η ΠΦΥ στις αστικές περιοχές παρέμεινε στα χέρια των ασφαλιστικών ταμείων και του ιδιωτικού τομέα.

Η έλλειψη επαρκών οικονομικών πόρων οι αντιδράσεις των ασφαλιστικών ταμείων, οι αδυναμίες της δημόσιας διοίκησης και η απουσία σοβαρών μηχανισμών παρακολούθησης και ανατροφοδότησης, ήταν μερικοί από τους λόγους που το σύστημα υγείας μπήκε τόσο σύντομα σε κρίση, υπονομεύοντας τις θεμελιώδεις αρχές της ισότητας, της καθολικότητας και αποτελεσματικότητας, από τις οποίες διαπνέονταν ο νόμος 1397/83.

Παρ' όλα αυτά όμως, η περίοδος 1982-1986 παραμένει ένας από τους βασικούς σταθμούς στην υγειονομική ανάπτυξη της χώρας, όχι γιατί άφησε πίσω της υποδομές, σύγχρονο ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και καλύτερη στελέχωση, αλλά γιατί σηματοδότησε μια καινούρια αντίληψη στην πολιτική υγείας. Για πρώτη φορά η χώρα κάνει ένα βήμα μπροστά και από το στάδιο του σχεδιασμού και της ψήφισης του μεταρρυθμιστικού νόμου για την υγεία, μπαίνει αποφασιστικά στις διαδικασίες υλοποίησης του με χειροπιαστά αποτελέσματα στο εσωτερικό του συστήματος και στους πολίτες.

Επειδή συχνά στην χώρα μας η μεταρρύθμιση συνδέεται μόνο με την ποσοτική μεγέθυνση του συστήματος, πρέπει να τονιστεί ότι η ανέγερση νέων νοσοκομείων και η λειτουργία ειδικών μονάδων και τμημάτων δεν συνιστούν από μόνα τους μεταρρύθμιση. Έτσι, ενώ οι νέες υποδομές που λειτουργούσαν στην δεκαετία του '80 ήταν υποδιέστερες ποσοτικά και ποιοτικά εκείνων της δεκαετίας του '90, είναι η πρώτη περίοδος που χαρακτηρίζεται μεταρρυθμιστική, σε αντίθεση με

την στασιμότητα και κρίση της δεύτερης περιόδου (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας 2001).

### 3.2.2.1 Διακρίσεις Εθνικού Συστήματος Υγείας

Το σύστημα υγείας στην Ελλάδα και η παροχή των υπηρεσιών χαρακτηρίζεται από διάφορα επίπεδα υγείας τα οποία διαμορφώνονται ως εξής:

#### **α. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (ΠΦΥ).**

Η κατηγορία αυτή ονομάζεται και εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και αναφέρεται σε υπηρεσίες σχετικές με την πρόληψη και την διάγνωση της νόσου, χωρίς να είναι απαραίτητη η παραμονή του ατόμου για νοσηλεία σε νοσοκομείο. Αυτή η μορφή περίθαλψης μπορεί να καλυφθεί τόσο από τον Δημόσιο όσο και από τον Ιδιωτικό τομέα. Στον δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται Κέντρα Υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων και ασφαλιστικά ταμεία. Ο ιδιωτικός τομέας περιλαμβάνει τους εξής τομείς α) Ιατρούς που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα στα ιδιωτικά ιατρεία τους β) μικροβιολογικά εργαστήρια γ) διαγνωστικά κέντρα δ) εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών θεραπευτηρίων. Η φροντίδα υγείας πρώτου βαθμού που παρέχεται στις μη αστικές περιοχές καλύπτεται από 190 Κέντρα Υγείας και 1.351 Περιφερειακά Ιατρεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Σε αυτά τα κέντρα πραγματοποιείται το 12,5% του συνόλου των επισκέψεων στις μονάδες της ΠΦΥ. Όσον αφορά τις υπόλοιπες περιοχές η ΠΦΥ παρέχεται από τα ιατρεία διαφόρων ειδικοτήτων του Ι.Κ.Α. και άλλων ασφαλιστικών ταμείων είτε από ιδιώτες ιατρούς είτε από εργαστήρια και διαγνωστικά κέντρα του ιδιωτικού τομέα καθώς επίσης και από εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

#### **β. Κέντρα υγείας.**

Στην Ελλάδα ο θεσμός του κέντρου υγείας δεν υπήρχε μέχρι τουλάχιστον την έναρξη του Ε.Σ.Υ. βέβαια υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης παρείχαν τα ιατρεία των ασφαλιστικών ταμείων (πολυιατρεία ΙΚΑ) στις αστικές περιοχές ενώ στις αγροτικές τα αγροτικά ιατρεία των Νομαρχιών. Με την εγκαθίδρυση του ΕΣΥ τα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά τους ιατρεία αποτελούν την νέα μορφή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Τα κέντρα υγείας ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νόμου διαθέτουν τα ίδια δικές τους αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες, τα περιφερειακά ιατρεία. Κάθε κέντρο υγείας έχει μια συγκεκριμένη περιοχή ευθύνης, η οποία ορίζεται



με γνώμονα την ισότιμη και καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση του πληθυσμού ευθύνης του.

Για τον αριθμό των κέντρων υγείας, την έδρα τους, την στελέχωση και τον τρόπο λειτουργίας τους λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο πληθυσμιακοί και δημογραφικοί παράγοντες αλλά και η οικονομία και γεωγραφία των περιοχών, η κοινωνική υποδομή και πολεοδομική συγκρότηση όπως και οι πολιτισμικοί παράγοντες των περιοχών. Το κέντρο υγείας παρέχει τις υπηρεσίες του σε τακτική πενθήμερη οκτάωρη λειτουργία, ευρισκόμενο επίσης σε 24ωρη ετοιμότητα για τις υπόλοιπες μέρες και ώρες.

Οι σύγχρονες αντιλήψεις για την υγεία και την αρρώστια επιβάλλουν την αποκεντρωμένη και ισόρροπη παροχή υπηρεσιών υγείας μέσα στο ίδιο το σύστημα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Έτσι κάθε κέντρο υγείας διαθέτει ένα δίκτυο περιφερειακών ιατρείων τα οποία διακρίνονται σε δύο επίπεδα λειτουργίας: α) στα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν καθημερινά σε τακτό ωράριο και βρίσκονται σε εφημερία ετοιμότητας σε 24ωρη βάση και β) στα περιφερειακά ιατρεία που λειτουργούν ορισμένες μέρες και ώρες. Η έδρα του περιφερειακού ιατρείου μπορεί να είναι σε πόλη, κωμόπολη ή χωριό. Πληθυσμοί απομακρυσμένων περιοχών με δύσκολες συγκοινωνιακές και γεωφυσικές συνθήκες εξυπηρετούνται από τα περιφερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας τα οποία δεν εξυπηρετούν μόνο τον πληθυσμό της περιοχής τους αλλά και πληθυσμούς άλλων περιοχών.

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι δεν υπάρχει ένα ιδανικό πρότυπο συστήματος πρωτοβάθμιας περίθαλψης που να καλύπτει πλήρως τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού. Αντίθετα κάθε χώρα έχει αναπτύξει το δικό της σύστημα υγείας που ανταποκρίνεται στις κοινωνικο-οικονομικές παραμέτρους, τα υγειονομικά και ιστορικά χαρακτηριστικά, τις πολιτισμικές και ιστορικές της ιδιαιτερότητες.

#### **Στόχοι κέντρου υγείας:**

Το κέντρο υγείας, στα πλαίσια της σύγχρονης αντίληψης περί πρωτοβάθμιας περίθαλψης, παρέχει υπηρεσίες που προσανατολίζονται στην προστασία και προαγωγή της υγείας, εξασφαλίζονται ειδικότερα τις εξής υπηρεσίες:

1. πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη: διάγνωση, θεραπεία και αποκατάσταση στις περιπτώσεις όπου δεν είναι απαραίτητη η χρησιμοποίηση των ειδικών ιατροτεχνικών μέσων του νοσοκομείου. Η παροχή της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης συνίσταται στη διάγνωση και θεραπεία κοινωνικών νοσημάτων, τραυματισμών καθώς και επαγγελματικών νοσημάτων. Επίσης στα πλαίσια της πρωτοβάθμιας

φροντίδας υγείας συμπεριλαμβάνεται η αποθεραπεία και η αποκατάσταση (φυσική και κοινωνική) του αρρώστου μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο.

2. ιατροπροληπτικές υπηρεσίες: εμβολιασμοί, παιδική υγιεινή, οικογενειακός προγραμματισμός, υγιεινή της εργασίας. Η πρόληψη της αρρώστιας, είναι γνωστό ότι αποσκοπεί στην καταπολέμηση και εξάλειψη των νοσογόνων αιτιολογικών παραγόντων εφόσον αυτοί είναι γνωστοί (πρωτογενείς πρόληψη) καθώς και στην πρόωπη και έγκαιρη ανίχνευση της αρρώστιας που στηρίζεται στον προσυμπτωματικό έλεγχο (δευτερογενής πρόληψη). Στα πλαίσια των ιατροπροληπτικών δραστηριοτήτων του το κέντρο υγείας εφαρμόζει προγράμματα προληπτικής ιατρικής που απευθύνονται στον πληθυσμό ευθύνης του.

3. κοινωνική φροντίδα: περίθαλψη στο σπίτι χρόνιων ασθενών και κοινωνική φροντίδα σε ομάδες πληθυσμού με ιδιαίτερα προβλήματα.

Οι στόχοι της κοινωνικής ομάδας αφορούν: α) τη μελέτη και προληπτική υποστήριξη δυσμενών κοινωνικο-οικονομικών και ψυχολογικών καταστάσεων ατόμων και ομάδων, β) την ενημέρωση του πληθυσμού σε θέματα ψυχικής υγείας, ενδο-οικογενειακών σχέσεων και κοινωνικής ζωής, γ) την ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη του αρρώστου και της οικογένειάς του στο στάδιο της αρρώστιας και αποθεραπείας του, της αποκατάστασης και επαναπροσαρμογής του στο κοινωνικό περιβάλλον.

#### **Στελέχωση κέντρου υγείας:**

Η εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία των κέντρων υγείας προϋποθέτει πλήρη και επαρκή στελέχωση με προσωπικό που διαθέτει ικανότητες και δεξιότητες, απαραίτητες για την εφαρμογή προγραμμάτων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σημαντική επίσης συνισταμένη αποτελεί η ειδίκευση του προσωπικού σε κατευθύνσεις που είναι αναγκαίες, προκειμένου το κέντρο υγείας να είναι σε θέση να εκπληρώσει το στόχο του. Αυτό σημαίνει ότι δεν μπορεί να σχεδιασθεί και να προγραμματισθεί εάν προηγουμένως δε ληφθούν υπόψη οι τοπικές ιδιαιτερότητες, κυρίως οι δείκτες νοσηρότητας της περιοχής. Απαιτείται έτσι, η εξειδίκευση του πλαισίου στελέχωσης κατά κέντρο υγείας. Η εξειδίκευση αυτή προϋποθέτει με τη σειρά της προσδιορισμό των αναγκών υγείας σε τοπικό επίπεδο μετά από διεξαγωγή επιδημιολογικών και ιατροκοινωνικών ερευνών. Ο σχεδιασμός επομένως για τη στελέχωση δεν μπορεί να είναι στατικός αλλά δυναμικός, διαφοροποιούμενος τόσο αριθμητικά όσο και ποιοτικά ως προς τις ειδικότητες των επαγγελματιών υγείας, ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

Η επίτευξη των στόχων που θέτει κάθε κέντρο υγείας δεν εξαρτάται μόνο από την επιστημονική κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας αλλά επίσης και από τη συμμετοχή της κοινότητας στις μεθόδους εφαρμογής των προγραμμάτων υγείας και την αποδοχή των αρχών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Η εξασφάλιση ενός όσο το δυνατόν υψηλότερου επιπέδου υγείας προϋποθέτει την ευαισθητοποίηση αλλά και την ενεργοποίηση σε δραστηριότητες που αποβλέπουν στη συμμετοχή των κοινωνικών και οικονομικών τομέων, πέρα του τομέα υγείας, στις διαδικασίες του προγραμματισμού, οργάνωση και λειτουργίας των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η ενεργός συμμετοχή της κοινότητας στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση των προγραμμάτων υγείας συνδράμει αποφασιστικά στην επίτευξη των αποτελεσμάτων που προσδοκούνται από την πρωτοβάθμια φροντίδα για την υγεία.

#### **γ. Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας:**

Στην κατηγορία αυτή παρέχονται υπηρεσίες προς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές ή νοσοκομεία και παρέχονται από 144 δημόσια νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. και εκτός Ε.Σ.Υ. π.χ. στρατιωτικά, Ι.Κ.Α. και 216 ιδιωτικές κλινικές. Η δευτεροβάθμια και η τριτοβάθμια περίθαλψη χαρακτηρίζονται επίσης από την ανάπτυξη ιδιωτικών κλινικών στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη με σύγχρονη υποδομή και μεθόδους οργάνωσης και λειτουργίας. Η ίδρυση των ιδιωτικών κλινικών, θα συμβάλει συμβατικά στην αναβάθμιση της παρεχόμενης περίθαλψης και την καλύτερη οργάνωση των ιδιωτικών υπηρεσιών.

#### **δ. Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική Φροντίδα:**

Στην προκείμενη περίπτωση η κατηγορία αυτή καλύπτεται πανελλαδικά από το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας. Το ΕΚΑΒ ιδρύθηκε το 1976 και μέσω αυτού πραγματοποιείται η μεταφορά των ασθενών σε μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, σε έκτακτες ανάγκες περιπτώσεις άμεσης βοήθειας και επείγουσας ανάγκης φροντίδας.

#### **ε. Ψυχιατρική περίθαλψη:**

Το 1999 όπως αναφέρουν τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας υπήρχαν περί των 9.708 κλινών στα ψυχιατρικά νοσοκομεία του ιδιωτικού αλλά και του δημοσίου τομέα. Η ψυχιατρική περίθαλψη υποστηρίζεται κυρίως από συγκεκριμένα τμήματα των νοσοκομείων. Για την περίοδο από 1983 έως 1996 ο αριθμός των κλινών στα ιδιωτικά νοσοκομεία παρουσίασε μια μείωση της τάξεως του 23% ενώ ο μέσος χρόνος νοσηλείας στα ιδιωτικά νοσοκομεία αυξήθηκε από 66 ημέρες το 1983 σε 97 ημέρες το 1994. Παρατηρούμε ότι στην συγκεκριμένη κατηγορία δημιουργήθηκε μια

αντίθεση αφού από την στιγμή που μειώθηκαν οι κλίνες και αυξήθηκε ο χρόνος παραμονής δεν μπορούν να καλυφθούν οι ανάγκες ατόμων που ίσως να χρειαστεί να νοσηλευτούν. Οι κλίνες των ιδιωτικών νοσοκομείων παρουσίασαν μείωση λόγω του μεγάλου κόστους νοσηλείας των ιδιωτικών κλινικών που οδήγησε στην μείωση της ζήτησης των κλινών και έστρεψε τους ασθενείς στα δημόσια νοσοκομεία.

#### **στ. Περιφερειακό Εθνικό Σύστημα Υγείας.**

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησε να λειτουργεί το 1983 με βάση τον Νόμο 1397 και από τότε διάφορες διατάξεις συμπληρώνουν ή βελτιώνουν τις τυχόν ελλείψεις και προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν κατά καιρούς. Η τελευταία νομοθετική ρύθμιση πραγματοποιήθηκε το 2001 με τον Νόμο 2889 σύμφωνα με τον οποίο αποφασίστηκε η περιφερειακή συγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και η δημιουργία των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (Πε.Σ.Υ.). Πιο συγκεκριμένα αναγνωρίζεται η ίδρυση ενός νομικού προσώπου δημόσιου δικαίου με την επωνυμία Περιφερειακό Σύστημα Υγείας το οποίο φέρει το όνομα της κάθε περιφέρειας. Η Ελλάδα είναι χωρισμένη σε 13 περιφέρειες στις οποίες η Αττική φέρει την 9η θέση και η Θεσσαλονίκη την 2η. Σε κάθε περιφέρεια της χώρας συγκροτείται ένα σύστημα Υγείας στο οποίο θα υπάγονται όλες οι μονάδες ΕΣΥ κάθε περιφέρειας. Συνεπώς η χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες που στοχεύουν στην υψηλότερη δυνατή λειτουργική και οικονομική αποδοτικότητα.

Στον πίνακα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι Υγειονομικές περιφέρειες όπως αυτές έχουν διαμορφωθεί μέσα από το Περιφερειακό Σύστημα Υγείας.

1η Υγειονομική περιφέρεια: Έβρος, Ροδόπη, Ξάνθη, Δράμα, Καβάλα

2η Υγειονομική περιφέρεια: Σέρρες, Θεσσαλονίκη, Πέλλα, Ημαθία, Πιερία

3η Υγειονομική περιφέρεια: Κοζάνη, Καστοριά

4η Υγειονομική περιφέρεια: Ιωάννινα, Άρτα

5η Υγειονομική περιφέρεια: Λάρισα, Μαγνησία, Τρίκαλα, Καρδίτσα

6η Υγειονομική περιφέρεια: Κέρκυρα

7η Υγειονομική περιφέρεια: Αιτωλοακαρνανία, Αχαΐα, Ηλεία

8η Υγειονομική περιφέρεια: Βοιωτία, Φθιώτιδα

9η Υγειονομική περιφέρεια: Νομαρχία Αθηνών: Κεντρικός, Νότιος, Ανατολικός, Δυτικός τομέας, Ανατολική Αττική, Πειραιάς

10η Υγειονομική περιφέρεια: Κορινθία, Μεσσηνία

11η Υγειονομική περιφέρεια: Χίος

12η Υγειονομική περιφέρεια: Δωδεκάνησα

13η Υγειονομική περιφέρεια: Χανιά, Ρέθυμνο, Ηράκλειο

Με βάση ένα νέο πρόσφατο σχέδιο Νόμου αποφασίστηκε από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας η δημιουργία του Σώματος Επιθεωρητών Υπηρεσιών Υγείας και Πρόνοιας ( Σ.Ε.Υ.Υ.Π) στο οποίο υπάγεται ο έλεγχος όλων των υπηρεσιών υγείας και νομικών προσώπων δημοσίου αλλά και ιδιωτικού δικαίου. Οι υπηρεσίες που καλείται το Σώμα αυτό να επιβλέπει είναι οι ιδιωτικές κλινικές, τα κέντρα υγείας, τα διαγνωστικά κέντρα, το Ε.Κ.Α.Β. κ.α. Ο έλεγχος αυτός στοχεύει στην καταστολή της ανεξέλεγκτης και αποτελεσματικής λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας. Το Σ.Ε.Υ.Υ.Π. έχει ως αποστολή την ανάπτυξη και λειτουργία του Κεντρικού και Περιφερειακού μηχανισμού με την διενέργεια συστηματικών επιθεωρήσεων, ελέγχων και ερευνών σε όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς που υπάγονται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ώστε να γίνουν πιο παραγωγικοί και αποτελεσματικοί καθώς επίσης και πιο αναβαθμισμένοι σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες τους.

Ένα ακόμα προτεινόμενο σχέδιο νόμου έρχεται ως συνέπεια των ρυθμίσεων του Ν. 2889 του 2001 και αποσκοπεί στην οργάνωση του συστήματος προμηθειών της Κεντρικής Υπηρεσίας και των αποκεντρωμένων μονάδων Πε.Σ.Υ. με τέτοιο τρόπο ώστε να αποφεύγονται οι χρονοβόρες διαδικασίες, να εξασφαλίζονται υγιείς όροι ανταγωνισμού και να αντιμετωπίζεται το πρόβλημα της μεγάλης δημοσιονομικής επιβάρυνσης που προκαλεί η κατασπατάληση των πόρων υγείας. Οι ιδιωτικές κλινικές και τα διαγνωστικά κέντρα είναι υποχρεωμένα να καταβάλλουν στο Πε.Σ.Υ. αντίγραφα από τα τιμολόγια και από τις συμβάσεις με τους προμηθευτές τους ώστε να μπορούν να συγκρίνουν τις προσφερόμενες τιμές.

Σκοπός του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας είναι η αποκέντρωση στη λήψη των αποφάσεων και η υγειονομική αυτοτέλεια κάθε περιφέρειας. Η αποκέντρωση στο σχεδιασμό οδηγεί σε αποφάσεις πιο κοντά στις ανάγκες των τοπικών κοινωνιών.

Θα πρέπει να γίνει προσδιορισμός των γενικών κατευθύνσεων πολιτικών υγείας, της κατανομής των πόρων ανά περιφέρεια, την κατανομή της τεχνολογίας και άλλων δραστηριοτήτων. Απαραίτητο στοιχείο είναι η επιστημονική στήριξη και η λειτουργία υποεπιτροπών αμιγώς ιατρικών για επιστημονικά ζητήματα που αφορούν στην ιατρική πρακτική.

Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας είναι αποφασιστικά όργανα σχεδιασμού για την υγειονομική περιφέρεια, αρμόδια για την κατανομή των πόρων στις μονάδες της περιφέρειας, τον ρόλο κάθε μονάδας στο σχεδιασμό των υγειονομικών πολιτικών στην περιφέρεια, την κατανομή της τεχνολογίας και άλλων δραστηριοτήτων. Στην σύνθεση του Περιφερειακού Συστήματος Υγείας, απαραίτητο στοιχείο είναι η συμμετοχή των εργαζομένων και των εκπροσώπων των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων δεν πρέπει να καταργηθούν και η πλειοψηφία των μελών τους πρέπει να είναι αιρετή, θα πρέπει να αποφασίζουν σχετικά με τη βελτίωση της λειτουργίας της μονάδας, έτσι ώστε να ανταποκρίνεται με τον αποτελεσματικότερο και ποιοτικότερο τρόπο στο ρόλο που έχει αναλάβει μέσα στο συνολικότερο σχεδιασμό της περιφέρειας, αλλά και καθημερινή βελτίωση των κάθε είδους υπηρεσιών που παρέχει στους πολίτες. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο αποκτά και ουσιαστικότερη σημασία η συμμετοχή των εργαζομένων στη διοίκηση (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας 2001).

### 3.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ του Ε.Σ.Υ

Παρόλο τα θετικά βήματα που έγιναν με την εφαρμογή του ΕΣΥ (ΠΦΥ, βελτίωση στην ισότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, αύξηση δεικτών υπηρεσιών υγείας, κοινωνική συμμετοχή) εντοπίζουμε και μερικά προβλήματα του τα οποία είναι :

**Η ασυνέπεια και ασυνέχεια στην πολιτική υγείας.** Υπάρχουν προβλήματα που είναι γνωστά εδώ και δεκαετίες, αλλά είτε παραμένουν άλυτα είτε γίνονται κάποιες νομο-θετικές ρυθμίσεις για την επίλυσή τους, οι οποίες τελικά παραμένουν ανεφάρμοστες, και γενικά παρατηρείται μία ασυνέχεια στην πολιτική υγείας, η οποία πηγάζει από την διαφο-ρετική ιδεολογικοπολιτική προσέγγιση της. Το πρόβλημα αυτό οφείλεται στην έλλειψη μιας κοινής αποδοχής του ΕΣΥ από όλες τις πολιτικές δυνάμεις. Για παράδειγμα αναφέρω την αλλαγή της φιλοσοφίας του ΕΣΥ προς όφελος του ιδιωτικού τομέα όταν έγινε το 1991 κυβέρνηση η δεξιά.

**Έλλειψη συντονισμού μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης και υποτυπώδης λειτουργία της α΄βάθμιας περίθαλψης.**

Αυτή η έλλειψη δημιουργεί μία σύγχυση μέσα στο σύστημα με συνέπεια την μη ορθολογική διακίνηση των ασθενών, την αλόγιστη χρήση των ασθενών, την άνιση κατανόμη των πόρων, την μη μέτρηση της αποδοτικότητας των οικονομικών

πόρων, την μη ευελιξία του συστήματος ώστε να μπορέσει να ανταποκριθεί σε ενδεχόμενες μεταρρυθμίσεις του κ.α.. Επίσης η αστικοποίηση του πληθυσμού σε συνδυασμό με την έλλειψη κινήτρων για απασχόληση στην επαρχία - ύπαιθρο είχε σαν αποτέλεσμα, το ξεγύμνωμα της α΄ βάθμιας περίθαλψης. Αυτό οφείλεται στον τρόπο οργάνωσης του ΕΣΥ όπου δεν υπήρξε ένας αποτελεσματικός οργανισμός λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας.

**Νοσοκομειακό ,ιατροκεντρικό και Διοικητικοκεντρικό σύστημα υγείας.** Η μη έγκαιρη και αποτελεσματική λειτουργία των Κέντρων Υγείας δημιούργησε αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας - και σε μερικές περιπτώσεις υπήρξε και προκλητή ζήτηση - προς τα Νοσοκομεία με αποτέλεσμα την ανυπαρξία της πρόληψης. Επίσης η έλλειψη οικονομικών κινήτρων δημιούργησε την συσσώρευση ιατρών και εξεζητημένων ειδικοτήτων ,στα μεγάλα αστικά κέντρα. Όσο αφορά το ΚΕ.Σ.Υ κ΄ ΠΕ.Σ.Υ επειδή ήταν εξαρτημένα από το υπουργείο και είχαν ελάχιστες ουσιαστικές αρμοδιότητες γρήγορα έγιναν αναποτελεσματικά ως προς την διαμόρφωση γενικής και περιφερειακής πολιτικής για την υγεία. Αυτό οφείλεται στον χαρακτήρα της κοινωνικοιδεολογικής πολιτικής της τότε κυβέρνησης όπου ήθελε την εξουσία που πηγάζει από διάφορα κέντρα (Νοσοκομεία, Οργανισμούς υγείας, υπηρεσίες υγείας), να είναι εξαρτημένη κατά ένα μεγάλο βαθμό από τα κέντρα λήψης των αποφάσεων (Υπουργείο), αδιαφορώντας για την δυσλειτουργία των υπηρεσιών υγείας τόσο σε 1οβάθμιο όσο και σε 2οβάθμιο επίπεδο περίθαλψης.

**Η μη δημιουργία ενός ενιαίου φορέα υγείας.** Αποτέλεσμα αυτού ήταν η μη εξυγίανση των ασφαλιστικών ταμείων με την διαιώνιση των ανισοτήτων στην ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας από τους ασφαλιστικούς φορείς καθώς επίσης ,η έλλειψη ελέγχου και συντονισμού των πηγών χρηματοδότησης όπου παραμένει εμφανής. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στο χαρακτήρα της κοινωνικής πολιτικής που εφάρμοσε η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ όπου σκοπό είχε τη μη σύγκρουση με τα ασφαλιστικά ταμεία που είχαν πλεόνασμα.

#### **Ο ανύπαρκτος έλεγχος :**

α. Ως προς την ασφάλιση των προσφύγων στην Ελλάδα, είχε και έχει σαν συνέπεια την φοροδιαφυγή και την μείωση των εσόδων των ασφαλιστικών ταμείων. Αυτό οφείλεται στην οικονομική πολιτική της κυβέρνησης όπου έμμεσα επεδίωκε την μείωση του πληθωρισμού (χαμηλό κόστος εργασίας = χαμηλό κόστος πώλησης των αγαθών = χαμηλός πληθωρισμός), αδιαφορώντας για την ανεργία των Ελλήνων κ΄

β. Των υπηρεσιών παροχής υγείας είχε και έχει σαν συνέπεια την ανισότητα πρόσβασης και παροχής υγειονομικών υπηρεσιών. Αυτό οφείλεται στην δομήοργάνωση του ΕΣΥ αλλά και στην αναποτελεσματικότητα των διορισμένων διοικήσεων του.

**Ο συγκεντρωτισμός και η πολυδιάσπαση της οργανωτικής δομής των κοινωνικών υπηρεσιών.** Αποτέλεσμα αυτού είναι η έλλειψη συντονισμού με αυξητικές τάσεις της γραφειοκρατίας, όπου η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας να μειώνεται διαρκώς. Αυτό οφείλεται στην δομή του ΕΣΥ (έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού), λόγω του ότι το μεγαλύτερο βάρος του ήταν στο τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, στην ρύθμιση ιατρικών θεμάτων, παραβλέποντας τις αρνητικές επιδράσεις που είχαν για την κοινωνία ο τρόπος λειτουργίας και ο συντονισμός των διαφόρων υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας

**Αντιδεολογικές συμπεριφορές ιατρών.** Αποτέλεσμα αυτού ήταν η αμφισβήτηση του θεσμού του ΕΣΥ και η προσφυγή των πολιτών στον ιδιωτικό τομέα. Αυτό οφείλεται στην δυσπιστία και στην αμφισβήτηση του ΕΣΥ από ένα μεγάλο αριθμό ιατρών του, η οποία πηγάζει από την νοοτροπία που τους διακατείχε αλλά και από ιδεολογικές αντιπάθειες και αντιλήψεις που είχαν για το ΕΣΥ.

**Υπερπροσφορά ορισμένων ιατρικών ειδικοτήτων και έλλειψη γενικών ιατρών.** Αποτέλεσμα αυτού ήταν ο συγκεντρωτικός χαρακτήρας πρόληψης και περίθαλψης των υπηρεσιών υγείας με την μη σωστή κατανομή των ιατρικών ειδικοτήτων σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες του πληθυσμού. Αυτό οφείλεται στον τρόπο οργάνωσης του ΕΣΥ όπου είναι εμφανής η έλλειψη συντονισμού και σχεδιασμού των υπουργείων Υγείας και Παιδείας, με αποτέλεσμα την έλλειψη δημογραφίας του ιατρικού προσωπικού, των ιατρικών ειδικοτήτων σε σχέση με τις πραγματικές ανάγκες, την άνιση γεωγραφική κατανομή των ιατρικών ειδικοτήτων και την απουσία ορισμένων ιατρικών ειδικοτήτων.

**Έλλειψη σύγχρονων μεθόδων μέτρησης της ποιότητας, της αποδοτικότητας, του επιπέδου των υπηρεσιών υγείας και των αναγκών του πληθυσμού.** Η έλλειψη αυτή είχε σαν αποτέλεσμα τον αποπροσανατολισμό του ρόλου του ΕΣΥ και την ανάπτυξη έντονων αμφισβητήσεων του. Αυτό οφείλεται στη δομή και την φιλοσοφία του ΕΣΥ όπου δεν εισχωρεί σε θέματα ποιότητας παροχής υπηρεσιών, ώστε " εξ ορισμού " να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις ελέγχου της ποιότητας και αποτελεσματικότητας του υγειονομικού συστήματος.



### **Αύξηση των ιδιωτικών διαγνωστικών κέντρων.**

Η απαγόρευση λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών και η καθυστέρηση του δημόσιου τομέα υγείας να προσαρμοστεί στις εξελίξεις της τεχνολογίας, οδήγησαν το ιδιωτικό κεφάλαιο στην δημιουργία πολλών διαγνωστικών κέντρων. Αποτέλεσμα αυτών ήταν η επιβάρυνση του κρατικού προϋπολογισμού και των ασφαλιστικών ταμείων που ήταν συμβεβλημένα με αυτά. Αυτό οφείλεται στον κοινωνικό χαρακτήρα της κοινωνικής πολιτικής που εφάρμοσε η κυβέρνηση του ΠΑΣΟΚ (απαγόρευση νέας λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών με την εφαρμογή του ΕΣΥ), παραβλέποντας συγχρόνως τον εκσυγχρονισμό των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας με σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα.

### **3.4. Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ '90**

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '90, οι στρεβλώσεις και τα προβλήματα του ΕΣΥ αυξάνονταν, ενώ συγχρόνως παρατηρείται μεγάλη αύξηση των διαγνωστικών κέντρων και εργαστηρίων, απουσία αποτελεσματικής διοίκησης και αυξημένη δυσαρέσκεια των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας. Είναι προφανές ότι η μεταρρύθμιση του 1983 δεν είχε τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.

Εκείνη την περίοδο, υποχωρεί σταδιακά το κλίμα του έντονου κρατισμού που κυριάρχησε κατά τον σχεδιασμό και τα πρώτα χρόνια λειτουργίας του ΕΣΥ και εισάγονται πλέον θέματα που συνδέονται με:

- Την μεγαλύτερη ελευθερία επιλογής του ασθενή,
- Την συνεργασία δημοσίου και ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών υγείας,
- Την αποτελεσματική διοίκηση,
- Τον έλεγχο των δαπανών υγείας και τον εσωτερικό ανταγωνισμό,
- Τα δικαιώματα των ασθενών και
- Την ποιότητα

Τρία είναι τα πλέον αξιοπρόσεχτα γεγονότα σε όρους πολιτικής υγείας την περίοδο αυτή:

- Η ψήφιση του νόμου 2071/92 (νόμος Σούρλα) επί κυβερνήσεως Ν. Δ.,
- Οι προτάσεις των ξένων εμπειρογνωμόνων (1994) και το νομοσχέδιο Κρεμαστινού που εκπονήθηκε, βασισμένο στις προτάσεις αυτές (1995),
- Η ψήφιση του νόμου 2519/97 (νόμος Γείτονα) (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας 2001).

### 3.5. ΝΟΜΟΣ 2071/92

Αποτέλεσε την πρώτη σημαντική προσπάθεια αλλαγών και μεταρρυθμίσεων στις αρχές και το περιεχόμενο του ιδρυτικού νόμου του ΕΣΥ. Η κυβέρνηση της Ν. Δ. με αυτόν τον νόμο προσπάθησε να αλλάξει ορισμένες προβλέψεις του 1397/83. Έτσι, παρατηρείται η φιλελευθεροποίηση του ΕΣΥ με στροφή από την δημόσια στην ιδιωτική παροχή, η δυνατότητα ελεύθερης επιλογής των ασθενών, τα ελαστικά ωράρια των γιατρών και η άρση των απαγορεύσεων λειτουργίας νέων ιδιωτικών κλινικών.

Στο πρώτο άρθρο αυτός ο νόμος περιορίζει ουσιαστικά την «ευθύνη του κράτους για παροχή υπηρεσιών υγείας» σε απλή «διασφάλιση προσφύγων». Έτσι, ενώ στον νόμο 1397/83 το άρθρο 1 αναφέρει ότι το κράτος έχει την ευθύνη παροχής των υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ο νέος νόμος 2071/92 αναφέρει ότι το «κράτος διασφαλίζει το δικαίωμα και την δυνατότητα στον πολίτη να προσφεύγει σε υπηρεσίες υγείας, δημόσιες ή ιδιωτικές, με την μεγαλύτερη δυνατή ελευθερία επιλογής και με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια». Επιπλέον προέβλεπε:

- Την μεταφορά της ευθύνης χρηματοδότησης και εποπτείας των αγροτικών κέντρων υγείας από τα νομαρχιακά νοσοκομεία στις νομαρχίες( άρθρο 15)
- Το δικαίωμα επιλογής γιατρού, οδοντιάτρου και νοσοκομείου από όλους τους πολίτες με την χρήση του ατομικού βιβλιαρίου υγείας (άρθρο 20)
- Την άρση των απαγορεύσεων του 1397 για ανέγερση νέων ιδιωτικών κλινικών και θεραπευτηρίων και την δυνατότητα ιδιωτικών οργανισμών να παρέχουν επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα (άρθρα 45& 48)
- Το δικαίωμα των ήδη υπηρετούντων αλλά και των νεοεισερχόμενων στο ΕΣΥ γιατρών να επιλέγουν την πλήρη ή μερική απασχόληση. Σε περίπτωση επιλογής της μερικής απασχόλησης, οι αποδοχές τους μειώνονται, αλλά μπορούν πλέον νόμιμα να έχουν και ιδιωτικό ιατρείο.(άρθρα 71& 78)
- Την εισαγωγή νέων τεχνικών σχεδιασμού και διοίκησης, συστήματα οικονομικής αξιολόγησης και ελέγχου. (άρθρα 49, 55 &56).
- Την ελευθερία των ασφαλιστικών ταμείων να συνάπτουν συμβάσεις με δημόσιους ή ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. (άρθρο 136)

Απόρροια όλων αυτών είναι ότι αυτός ο νόμος αλλάζει σημαντικά τον 1397/83. Ακόμα, αυτήν την περίοδο, εξελίσσονται πολλές προσπάθειες

μεταρρύθμισης σε Ευρωπαϊκές χώρες. Οι προβλέψεις του νόμου 2071/92 δεν υλοποιήθηκαν, λόγω εκλογών που πραγματοποιήθηκαν ενάμιση χρόνο μετά, με αποτέλεσμα το ΠΑΣΟΚ να έρθει πάλι στην εξουσία. Από τον νόμο 2071/92 παρέμειναν μόνο τα άρθρα τα οποία αναφέρονταν στις ιδιωτικές κλινικές, νοσοκομεία και διαγνωστικά κέντρα. Η δυνατότητα των ασφαλιστικών ταμείων να συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς οργανισμούς παροχής υπηρεσιών καθώς και για την ελεύθερη επιλογή και τα δικαιώματα των ασθενών. Εδώ εντοπίζουμε την επίδραση της ιδεολογίας στην διαμόρφωση της εκάστοτε πολιτικής υγείας λόγω συνεχούς αλληλοαναίρεσης νόμων και μέτρων (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας 2001).

### **3.6 ΟΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΞΕΝΩΝ ΕΜΠΕΙΡΟΓΝΩΜΟΝΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΝΟΜΟΣΧΕΔΙΟ ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ.**

Η επάνοδος του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία τον Οκτώβριο του 1993 σηματοδοτεί μια δεύτερη περίοδο αλλαγών στο ΕΣΥ. Ο στόχος είναι διπλός, αφενός να αντιμετωπιστούν τα οξυμένα προβλήματα που εγκαταστάθηκαν στο ΕΣΥ της πρώτης δεκαετίας και αφετέρου να δοθούν λύσεις σε μεγάλα θέματα, που παρέμειναν σε εκκρεμότητα. Γι'αυτό κλήθηκαν στη χώρα ξένοι διαπρεπείς επιστήμονες, από τους οποίους ζητήθηκε να καταθέσουν προτάσεις. Η κυβέρνηση με την κίνηση αυτή θέλησε αφενός να μεταφέρει και στην χώρα μας την πλούσια Ευρωπαϊκή εμπειρία, και αφετέρου να προσδώσει μεγαλύτερο κύρος και αξιοπιστία στις προτάσεις, ευελπιστώντας ότι αυτές θα γινόντουσαν ευρύτερα αποδεκτές και κατά συνέπεια ευκολότερα υλοποιήσιμες.

Οι ξένοι εμπειρογνώμονες διαπίστωσαν:

- Τον έντονα θεραπευτικό χαρακτήρα του συστήματος και την ελλιπή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας,
- τον κατακερματισμό της χρηματοδότησης και της παροχής, με 39 διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία,
- τις ανήθικες πρακτικές του ιατρικού σώματος, τις ανισότητες στην κατανομή πόρων μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών,
- τις μεγάλες ελλείψεις ιδιαίτερα σε εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό,
- τον συγκεντρωτικό χαρακτήρα οργάνωσης και διοίκησης,
- την απουσία κινήτρων για τους εργαζόμενους,

- την ανεπαρκή τήρηση ιατρικών φακέλων ασθενών και την έλλειψη πληροφορικού συστήματος για το πού και πώς χρησιμοποιούνται οι πόροι,
- την ελλιπή ανάπτυξη και οργάνωση των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και τη φτωχή εκπαίδευση του προσωπικού.

Οι προτάσεις που κατέθεσαν περιλάμβαναν μεταξύ τους και τα εξής:

- Τη δημιουργία ενός ανεξάρτητου Ενιαίου Φορέα Υγείας, υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Σ' αυτόν θα κατατίθεται όλοι οι πόροι υγείας των ασφαλιστικών ταμείων και του κρατικού προϋπολογισμού και θα κατανέμονται στα Περιφερειακά Υγειονομικά Συμβούλια, με βάση τις ανάγκες του τοπικού πληθυσμού. Αυτά με την σειρά τους θα χρηματοδοτούν τα νοσοκομεία με κλειστούς προϋπολογισμούς καθώς και τους οικογενειακούς γιατρούς. Σε κάθε περιφέρεια θα υπάρχει ένας συνήγορος για τον πολίτη, που θα διαχειρίζεται τα παράπονα και τις καταγγελίες των ασθενών.
- Την ανάπτυξη ενός συγκεκριμένου σχεδίου υγείας, με έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, μέσω υπηρεσιών πρωτοβάθμιας και δημόσιας υγείας.
- Την εγκαθίδρυση υπηρεσίας οικογενειακού γιατρού, που θα αμείβεται κατά κεφαλή και με την εκχώρηση προϋπολογισμών.
- Την κατά πράξη αμοιβή των γιατρών ειδικοτήτων, με προκαθορισμένο ύψος προϋπολογισμού. Όσο περισσότερες υπηρεσίες παρέχονται τόσο η τιμή ανά υπηρεσία θα μειώνεται.
- Η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση θα πρέπει να επεκταθεί σε όλους τους γιατρούς, σε διαφορετική περίπτωση πρέπει να επιτραπεί σε όλους να δέχονται συγκεκριμένο αριθμό ασθενών εβδομαδιαίως, εντός των νοσοκομείων.
- Η διοίκηση των νοσοκομείων θα πρέπει να εκχωρηθεί σε μάνατζερ, που θα είναι υπόλογος στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου.
- Σταδιακά πρέπει να καταργηθεί η μονιμότητα των δημοσίων υπαλλήλων.
- Τα νοσοκομεία να παραμείνουν στην ιδιοκτησία του κράτους, αλλά να αποκτήσουν ευελιξία στην κατανομή των πόρων μεταξύ εναλλακτικών χρήσεων.

Τα προβλήματα και οι ελλείψεις που οι ξένοι εμπειρογνώμονες είχαν επισημάνει δεν διέφεραν καθόλου από εκείνα που είχαν κατά καιρούς και επανειλημμένα επισημάνει η επιστημονική κοινότητα, τα κόμματα και οι φορείς στην

Ελλάδα. Το ενδιαφέρον στοιχείο από άποψη πολιτικής υγείας βρίσκεται στις προτάσεις, αφού εισάγονται καινούρια στοιχεία, κυρίως από την ευρωπαϊκή εμπειρία, όπως για παράδειγμα ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού με προϋπολογισμό, οι αμοιβές των γιατρών ειδικοτήτων κατά πράξη και με οροφή στον συνολικό προϋπολογισμό, το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου υπό προϋποθέσεις εντός των δημοσίων νοσοκομείων, η κατανομή των πόρων με βάση τις ανάγκες, ο διαχωρισμός της παροχής από την ασφάλιση, με τα χρήματα ακολουθούν τον ασθενή.

Αρκετές από τις προτάσεις έγιναν κατ' αρχήν αποδεκτές από την κυβέρνηση και την αξιωματική αντιπολίτευση, προκάλεσαν όμως την αντίδραση συνδικαλιστικών φορέων με προεξάρχουσα την ΕΙΝΑΠ.

Πέραν όμως αυτών των θετικών και αρνητικών αντιδράσεων, η έκθεση των ξένων εμπειρογνομόνων ήρθε να επιβεβαιώσει, με τον πλέον επίσημο και τεκμηριωμένο τρόπο, τα σοβαρά προβλήματα και τις αδυναμίες του ΕΣΥ και την ανάγκη για μεγάλες αλλαγές και μεταρρυθμίσεις.

Οι ιδέες και οι προτάσεις των ξένων εμπειρογνομόνων οδήγησαν στην ετοιμασία του «νομοσχεδίου για την αναδιοργάνωση του ΕΣΥ», το οποίο δόθηκε στην δημοσιότητα στο τέλος του 1995. Η αξιωματική αντιπολίτευση, που είχε στην αρχή δεχθεί τις προτάσεις της επιτροπής των ξένων, απέρριψε τις συγκεκριμένες προβλέψεις του νομοσχεδίου, οι οποίες περιλάμβαναν μεταξύ των άλλων:

- Την ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων και την δημιουργία του ενιαίου φορέα υγείας, που θα ασκούσε το ρόλο του μοναδικού αγοραστή υπηρεσιών υγείας για τους δικαιούχους των ασφαλιστικών ταμείων.
- Μεγάλες οργανωτικές αλλαγές στη δομή του υπουργείου, των περιφερειακών οργάνων διοίκησης και των νοσοκομείων. Τα τελευταία πρέπει να διοικούνται από καλά αμειβόμενους μάντζερ.
- Την εισαγωγή ενός δικτύου οικογενειακών γιατρών και την σταδιακή μετατροπή των πολυιατρείων του ΙΚΑ σε κέντρα υγείας αστικού τύπου.
- Την έμφαση στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας, με την δημιουργία εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας, σχετικής Διεύθυνσης στο Υπουργείο αλλά και Εθνική Επιτροπή Δημόσιας Υγείας.

Το νομοσχέδιο αυτό, το οποίο ενσωμάτωσε μερικές από τις ιδέες και προτάσεις των ξένων εμπειρογνομόνων, προσαρμοσμένες βέβαια στην ελληνική πραγματικότητα, δεν έγινε ποτέ νόμος του κράτους. Η παρατεταμένη ασθένεια του

πρωθυπουργού της χώρας και η αδυναμία άσκησης των καθηκόντων του, οδήγησε σε κυβερνητικές αλλαγές, δηλαδή σε αλλαγή πρωθυπουργού και στην συνέχεια σε αλλαγή του Υπουργού Υγείας.

Ο νέος Υπουργός, (Α.Πεπονής), αμέσως μετά την ανάληψη των καθηκόντων του, απέσυρε το νομοσχέδιο αυτό, κρίνοντας ότι τα χρονικά περιθώρια μέχρι τις εθνικές εκλογές είναι πολύ μικρά για τόσο μεγάλες αλλαγές, στον ευαίσθητο χώρο της υγείας. Αντί αυτού ετοίμασε το «δικό του» νομοσχέδιο, χωρίς όμως τις μεγάλες θεσμικές αλλαγές του προηγούμενου. Ούτε όμως αυτό πρόλαβε να κατατεθεί στη Βουλή προς συζήτηση και ψήφιση. Είναι προφανές ότι οι πολιτικές συγκυρίες και το κακώς νοούμενο πολιτικό κόστος σε συνδυασμό με την απουσία στοιχειώδους συνέχειας στην πολιτική υγείας οδηγούν τις υγειονομικές μεταρρυθμίσεις σε συνεχείς αναβολές (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας 2001)..

### **3.7. ΝΟΜΟΣ 2519/97**

Ο νόμος (νομός Γείτονα) είναι ο επόμενος σταθμός στη μακρά και ανεπιτυχή πορεία ανασυγκρότησης του ΕΣΥ. Ψηφίστηκε τον Ιούνιο του 1997, ένα χρόνο μετά την επάνοδο του ΠΑΣΟΚ στην εξουσία και φαίνεται ότι με αυτόν υιοθετείται η λογική μιας εξελικτικής διαδικασίας αλλαγών, που προσεγγίζει βήμα προς βήμα τους στόχους. Ο νόμος δεν φαίνεται να αλλοιώνει τις βασικές αρχές του 1397 για ισότητα, καθολική κάλυψη, αποκέντρωση και κοινωνικό έλεγχο. Επιπλέον προβλέπει τη σύσταση οργάνων και νέων θεσμών με σκοπό μια ενιαία πολιτική υγείας, αποδοτικότερη χρήση των πόρων, βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή.

Οι σημαντικότερες προβλέψεις του νόμου αυτού είναι:

- Η κατοχύρωση και διεύρυνση των δικαιωμάτων του πολίτη, με τη θέσπιση οργάνων προστασίας των δικαιωμάτων του.
- Η δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών δημόσιας και σχολικής υγείας σε κεντρικό, νομαρχιακό και περιφερειακό επίπεδο.
- Η δημιουργία Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας για την αξιολόγηση, στατιστική ανάλυση και διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η σύσταση Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας, με την συμμετοχή ασφαλιστικών ταμείων και άλλων κοινωνικών φορέων για τη διαμόρφωση ενιαίας εθνικής υγειονομικής πολιτικής.

- Η προώθηση της συνεργασίας και σύμπραξης των ασφαλιστικών φορέων στην υγειονομική αγορά, με στόχο την ενίσχυση της διαπραγματευτικής τους θέσης στις συμβάσεις που κάνουν για αγορά υπηρεσιών υγείας από το ΕΣΥ και τον ιδιωτικό τομέα.
- Η επανεισαγωγή του θεσμού των μάντζερς, με πενταετή θητεία, στη διοίκηση των νοσοκομείων.
- Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις ημιαστικές και αστικές περιοχές με τη δημιουργία Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και η σταδιακή εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού, ως πρώτο βήμα προς το Ενιαίο Ταμείο Υγείας.

Ο νόμος 2519/97 δεν επιφέρει ριζικές αλλαγές αλλά σε αντίθεση με προηγούμενες νόμους χαρακτηρίζεται από ρεαλισμό και προσεγγίζει πολύ τα προβλήματα. Από μια άλλη οπτική γωνία θα μπορούσε να ειπωθεί ότι παρακάμπτει τις μεγάλες αλλαγές σχετικά με τον Ενιαίο Φορέα Υγείας και την ανάπτυξη του οικογενειακού γιατρού, προβλέπει όμως την σύσταση ενός κοινού οργάνου μεταξύ Υπουργείου και ασφαλιστικών ταμείων, αμφίβολου αποτελεσματικότητας για τον ενιαίο σχεδιασμό και παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας στις πόλεις, αφήνεται στο Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων και των οργανισμό τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι φορείς αυτοί, αν το επιθυμούν, θα μπορούσαν να συνεργαστούν με το Υπουργείο Υγείας και να μετατρέψουν τα πολυιατρεία του ΙΚΑ σε οικονομικά και οργανωτικά αυτόνομες μονάδες, με αποτελέσματα να επιθυμούν και άλλα ασφαλιστικά ταμεία την συνεργασία με τα δίκτυα αυτά. Παρ' όλα αυτά και αυτή η προσπάθεια δεν είχε ευτυχή κατάληψη. Λίγες διατάξεις αυτού του νόμου υλοποιήθηκαν ενώ το θέμα ανάπτυξης δικτύων δεν πραγματοποιήθηκε ποτέ λόγω απροθυμίας συνεργασίας του ΙΚΑ με το Υπουργείο.

Ο μάντζερ των νοσοκομείων αναφέρουν ότι έγινε η προκήρυξη των θέσεων και επιλέχθηκαν οι πρώτοι παρ' όλα αυτά ο διορισμός καθυστέρησε και τελικά ακυρώθηκε τελείως για άγνωστους λόγους. Το οριστικό ρήγμα κάθε προσπάθειας υλοποίησης για τις προβλέψεις του νόμου έγινε με τον κυβερνητικό ανασχηματισμό το Δεκέμβριο του 1998 και η αλλαγή Υπουργείου Υγείας. Στη συνέχεια και μέχρι το 2000 δεν σημειώθηκε καμία αλλαγή ή μεταρρυθμιστική προσπάθεια (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας 2001)..

### 3.8. Η ΔΕΚΑΕΤΙΑ ΤΟΥ 2000 ΚΑΙ Ο ΝΟΜΟΣ 2889/01.

Το ΠΑΣΟΚ κερδίζει πάλι τις εκλογές και στο Υπουργείο Υγείας έρχεται ένας ικανός και φιλόδοξος πολιτικός (Α. Παπαδόπουλος), δημιουργώντας μεγάλες προσδοκίες στην κοινωνία. Ο νέος υπουργός, με επιτυχή θητεία στα Υπουργεία Οικονομικών και Εσωτερικών και με εμπειρία σε μεταρρυθμίσεις, αμέσως μετά την ανάληψη των καθηκόντων του οριοθέτησε τις αλλαγές στη υγεία, μέσα σε ένα «πυκνογραμμένο» κείμενο 200 σημείων με τίτλο «υγεία για τον πολίτη». Βασικοί άξονες αυτού του κειμένου ήταν:

- Η αποκέντρωση του συστήματος και η ανάπτυξη περιφερειακών δομών.
- Η εισαγωγή σύγχρονων μηχανισμών και δομών διοίκησης στα νοσοκομεία.
- Η αναμόρφωση των εργασιακών σχέσεων των γιατρών.
- Η ενοποίηση και ο συντονισμός των πηγών χρηματοδότησης.
- Η ανάπτυξη των υπηρεσιών δημόσιας υγείας.
- Η διαπίστευση των μονάδων υγείας και η αναβάθμιση της ποιότητας.

Τον Μάρτιο του 2001, μετά από εξάμηνο διάλογο, ψηφίστηκε ο νόμος 2889, ίσως ο σημαντικότερος, μετά από ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ. Είναι η πρώτη φορά από το 1983, που όχι μόνο νομοθετούνται μεγάλες αλλαγές, αλλά αρχίζει αμέσως και η υλοποίησή τους. Η σημαντικότερες προβλέψεις του νόμου είναι πολύ συνοπτικά οι εξής:

- Η αποκέντρωση του συστήματος με την δημιουργία των ΠΕΣΥ, στα οποία εκχωρούνται συγκεκριμένες αρμοδιότητες. Η νέα αρχιτεκτονική του ΕΣΥ στοχεύει στην καλύτερη σύνδεση των υπηρεσιών υγείας με τις τοπικές ανάγκες, και στην ταχύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων σε τοπικό επίπεδο.
- Η δημιουργία δομών και περιβάλλοντος αποτελεσματικής διοίκησης στα νοσοκομεία. Μεταξύ άλλων προβλέπεται η εκπόνηση επιχειρησιακού σχεδίου, η πρόσληψη συμβούλων διοίκησης, και το σημαντικότερο η διοίκηση του νοσοκομείου ασκείται πλέον από επαγγελματία, που επιλέγεται ύστερα από προκήρυξη, διορίζεται με πενταετή θητεία και υπογράφει συμβόλαιο αποδοτικότητας.
- Αλλαγή στις εργασιακές σχέσεις των ιατρών για τους νεοεισερχόμενους, που προσλαμβάνονται πλέον με πενταετή συμβόλαιο και μονιμοποιούνται ύστερα από τρεις επιτυχείς κρίσεις.



- Η πλήρης και αποκλειστική απασχόληση επεκτείνεται και στους πανεπιστημιακούς ιατρούς, ενώ συγχρόνως παρέχεται το δικαίωμα άσκησης ιδιωτικού έργου (απογευματινά ιατρεία) υπό προϋποθέσεις εντός των νοσοκομείων.

Σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα εφαρμόστηκαν αρκετές από τις προβλέψεις του νόμο, με σημαντικότερες αυτές της στέγασης, στελέχωσης και λειτουργίας των ΠΕΣΥ, της επιλογής και του διορισμού μάντζερς σε όλα τα νοσοκομεία, της εκπόνησης επιχειρησιακών σχεδίων και της λειτουργίας των απογευματινών ιατρείων στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας. Όλα αυτά έγιναν μέσα από ένα μεγάλο μηχανισμό ειδικών επιστημόνων και τεχνοκρατών, που στήθηκε στο Υπουργείο και λειτούργησε επιτυχώς, εάν κρίνουμε από τα αποτελέσματα. Και εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι ήταν η δεύτερη φορά, ύστερα από εκείνη του 1397, που δημιουργείται μηχανισμός επιτροπών και ομάδων διοίκησης έργων για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων. Η ελληνική εμπειρία των μεταρρυθμίσεων έχει δείξει ότι η δημόσια διοίκηση είναι σχεδόν αδύνατο από μόνη της να αναλάβει και να φέρει σε πέρας μεγάλης κλίμακας μεταρρυθμίσεις και αλλαγές.

Της ψήφισης του 2889, είχαν προηγηθεί οι νόμοι για τις προμήθειες των νοσοκομείων (νόμος 2955/01) και τη σύσταση σώματος επιθεωρητών υγείας και πρόνοιας (2920/01). Επιπλέον είχαν ετοιμαστεί τέσσερα άλλα νομοσχέδια, για την χρηματοδότηση με πρόβλεψη για τη σύσταση του Οργανισμού Διαχείρισης Πόρων Υγείας, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, την πιστοποίηση των μονάδων υγείας και την ποιότητα, και τη δημόσια υγείας, τα οποία δεν μπήκαν ποτέ στη Βουλή για συζήτηση και ψήφισή, αφού τον Ιούνιο του 2002, άλλαξε και πάλι η ηγεσία στο Υπουργείο.

Οι λόγοι της αλλαγής του Υπουργού πρέπει περισσότερο να αποδοθούν στις αντιδράσεις, ιδιαίτερα από τους πανεπιστημιακούς ιατρούς, στις επιχειρούμενες αλλαγές και ιδιαίτερα εκείνης που τους υποχρέωνε να διακόψουν κάθε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα. Επιπλέον η κυβέρνηση δεν φαινόταν έτοιμη για άλλες ρήξεις και συγκρούσεις, που απαιτούσε η συνέχεια για την ψήφιση των νομοσχεδίων, ιδιαίτερα για τον ΟΔΙΠΥ και την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, ούτε ο κρατικός προϋπολογισμός είχε τις δυνατότητες να χρηματοδοτήσει τις δύο αυτές μεγάλες αλλαγές στον υγειονομικό τομέα.

Αφήνοντας κατά μέρος το πολιτικό κόστος και τις οικονομικές δυσκολίες, βλέπουμε στην συγκεκριμένη περίπτωση τον υπουργό να ακολουθεί μια εντελώς αντίθετη προσέγγιση στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων από εκείνη που υιοθετήθηκε από τον Κώστα Γείτονα το 1987 με το νόμο 2519. Ο πρώτος θέλησε να ανοίξει όλα τα θέματα, ετοιμάζοντας σχετικά νομοσχέδια. Άρα όταν αξιολογούμε τις όποιες προσπάθειες για μεταρρύθμιση, πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη και την προσωπικότητα του κάθε Υπουργού, μέσα από τις επιμέρους προσεγγίσεις και επιλογές που κάνει τόσο στο σχεδιασμό όσο και στην υλοποίηση.

Ο νέος Υπουργός (Κ.Στεφανής) που αντικατέστησε τον Α.Παπαδόπουλο, περισσότερο είχε επιλεγεί για να φέρει ηρεμία στο σύστημα και να εξευμενίσει τους πανεπιστημιακούς και όχι να συνεχίσει την προσπάθεια των μεταρρυθμίσεων. Γι' αυτό με την ανάληψη των καθηκόντων του απέσυρα τα τέσσερα νομοσχέδια, κρίνοντας ότι χρήζουν περισσότερης επεξεργασίας πριν εισαχθούν προς συζήτηση στη Βουλή. Το Ιούλιο του 2003 ψηφίστηκε εκείνο για τη Δημόσια Υγεία, ενώ για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ψηφίστηκε, περισσότερο για λόγους προεκλογικούς, ένας νόμος εντελώς διαφορετικός από το νομοσχέδιο Παπαδόπουλου, με εντελώς άλλη φιλοσοφία. Ουσιαστικά προέβλεπε τη μεταφορά της ευθύνης οργάνωσης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από το Υπουργείο Υγείας στα ασφαλιστικά ταμεία. Η άνοδος στην εξουσία της Ν.Δ. σηματοδοτεί και πάλι αλλαγές στο ΕΣΥ. Ο νόμος 3229/05 μετονομάζει τα ΠΕΣΥ σε ΔΥΠΕ, αφαιρώντας τους κάποιες αρμοδιότητες, τις οποίες επαναφέρει στο Υπουργείο, τα νοσοκομεία γίνονται και πάλι ΝΠΔΔ, με Διοικητικό Συμβούλιο, την πλειοψηφία του οποίου διορίζει ο Υπουργός, καθώς και το Διοικητή, οι οποίες έχει πλέον διετή και όχι πενταετή θητεία. Επιπλέον ψηφίζεται καινούριος νόμος για την δημόσια υγεία (3370/05) (Θεοδώρου Μ., Συστήματα Υγείας 2001) (βλ. παράρτημα 1).

### **3.9. ΝΟΜΟΣ 3329/05**

Με τον νόμο 3329/05 αναφέρεται στις αλλαγές του τρόπου διοίκησης των νοσοκομείων. Σε αυτόν αναφέρεται η αλλαγή της ονομασίας των ιδιοτήτων του ΠΕΣΥ σε ΔΥΠΕ. Σκοπός αυτού του νόμου ήταν ο προγραμματισμός, ο συντονισμός, η εποπτεία και ο έλεγχος στα όρια της οικείας υγειονομικών περιφερειών της λειτουργίας όλων των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης (εφ' εξής ΦΠΥΥΚΑ).

Ο νόμος αυτός αναλυτικά προβλέπει:

- Τα νοσοκομεία λειτουργούν πλέον ως ΝΠΔΔ και όχι ως αποκεντρωμένες μονάδες. Με αυτόν τον νόμο επανήλθαν σε καθεστώς αυτοτέλειας, έχοντας την δυνατότητα να παρέχουν δική τους σφραγίδα και δικό τους Α.Φ.Μ. Συγχρόνως, μετονομάστηκαν σε Ε.Σ.Υ.Κ.Α.
- Με τον νέο νόμο τα Συμβούλια Διοίκησης του ΠΕΣΥ μετονομάζονται σε Διοικητικά Συμβούλια της ΔΥΠΕ.
- Ο πρόεδρος του διοικητικού Συμβουλίου ονομάζεται Διοικητής και Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου.
- Με τον νόμο 3329/05, το Υπουργείο Υγείας πλέον ορίζει τους γιατρούς ενώ η ΔΥΠΕ ορίζει το επικουρικό προσωπικό.

**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΕΩΝ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ  
(από 1974 έως 2005)**

N. 4169/61 1981	Ίδρυση ΟΓΑ Νομοσχέδιο Δοξιάδη «μέτρα προστασίας της υγείας» α) Δημιουργία Ενιαίας Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας β) Ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων. Συντονισμό και συνεργασία για την κάλυψη των αναγκών
N. 1397/83	Δημιουργία του ΕΣΥ α) Κρατική ευθύνη β) Αποκέντρωση των Υπηρεσιών Υγείας γ) Ενδυνάμωση της Π.Φ.Υ δ) Πλήρης και αποκλειστική απασχόληση των γιατρών
N. 2071/92 1993	Παροχή δικαιώματος στον ασθενή να προσφεύγει σε υπηρεσίες υγείας της επιλογής του α) Δικαίωμα επιλογής γιατρού β) Άρση των απαγορεύσεων του Ν. 1397/83 γ) Το δικαίωμα επιλογής των γιατρών ΕΣΥ για πλήρης και αποκλειστική απασχόληση Νομοσχέδιο Κρεμαστινού α) Ενοποίηση ασφαλιστικών Ταμείων και δημιουργία ενιαίου φορέα β) Εισαγωγή δικτύων οικογενειακού γιατρού γ) Δημιουργία εργαστηρίων Δημόσιας Υγείας
N. 2519/97	Νόμος Γείτονα α) Κατοχύρωση δικαιωμάτων του πολίτη β) Δημιουργία σύγχρονων υπηρεσιών δημόσιας και σχολικής υγείας γ) Σύσταση Συμβουλίου Συντονισμού Ενιαίας Δράσης Υπηρεσιών Υγείας
N. 2889/01	Αποκέντρωση με την δημιουργία ΠΕΣΥ α) Δημιουργία δομών και περιβάλλοντος αποτελεσματικής διοίκησης στα νοσοκομεία β) Αλλαγή στις εργαστηριακές σχέσεις γ) Πλήρης και αποκλειστική απασχόληση
N. 3329/05	Μετονομασία ΠΕΣΥ σε ΔΥΠΕ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Αντλώντας από Λ. Παρασκευόπουλος, «Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας», ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΔΙΔΑΣΚΑΛΙΑΣ, ΤΕΙ Καλαμάτας, 2006

### 4.1 Αποκέντρωση των συστημάτων υγείας

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

Από τεχνικής πλευράς η αποκέντρωση προτείνεται σα μέσο για τη βελτίωση της διοικητικής αποτελεσματικότητας και της αποτελεσματικότητας του συστήματος διανομής των υγειονομικών υπηρεσιών.

Πολιτικώς, με την αποκέντρωση συνήθως επιδιώκεται:

- η διεύρυνση της συμμετοχής των ατόμων στο υγειονομικό σύστημα (σε τοπικό επίπεδο)
- η διεύρυνση της αυτονομίας του υγειονομικού συστήματος σε τοπικό επίπεδο
- η ανακατανομή εξουσιών
- η μείωση τυχόν τοπικών εντάσεων

Όσον αφορά τη χρηματοδοτική διάσταση, την αποκέντρωση έχουν επικαλεστεί για αύξηση της οικονομικής αποδοτικότητας του συστήματος, μεταβίβαση στις τοπικές υγειονομικές μονάδες μεγαλύτερου ελέγχου πάνω στους υγειονομικούς πόρους και στα χρηματικά τους έσοδα, καθώς και την ενίσχυση της υπευθυνότητας των λειτουργών υγείας.

#### 4.1.1 Η λογική της αποκέντρωσης

Πολιτικές αποκέντρωσης συνήθως υιοθετούνται από την κεντρική εξουσία για τη δημόσια διοίκηση γενικά και επακόλουθα για το υγειονομικό σύστημα. Είναι σπάνιο η πρωτοβουλία να ανήκει στο υγειονομικό σύστημα.

Όταν η υγειονομική πολιτική και τα υγειονομικά προγράμματα πηγάζουν από την κεντρική εξουσία, οι υγειονομικές φροντίδες παρέχονται τοπικά χωρίς (απαραίτητα) η διοίκησή τους (administration) να γίνεται σε τοπικό επίπεδο. Για να μεταφερθεί η διοίκηση των υγειονομικών υπηρεσιών τοπικά, πολλές χώρες έχουν

χρησιμοποιήσει διάφορους μηχανισμούς για να αποκεντρώσουν το σύστημα υγειονομικών υπηρεσιών. Οι εκφρασμένοι στόχοι της αποκέντρωσης είναι η εξυπηρέτηση των τοπικών αναγκών, η βελτίωση της αποδοτικότητας και ποιότητας των υπηρεσιών και η εξασφάλιση της ισότητας στην υγειονομική φροντίδα (Litvack κ.ά. 1998).

Υπάρχουν μια σειρά λόγοι γιατί οι κυβερνήσεις σε διάφορες χώρες έχουν αρχίσει ή αρχίζουν την αποκέντρωση των δημόσιων υπηρεσιών γενικά. Εξετάζοντας την ιστορική εξέλιξη και αναλύοντας τους λόγους για τις πολιτικές αποκέντρωσης του δημόσιου τομέα και την εξέλιξή τους, είναι προφανές ότι διαφορετικοί παράγοντες έχουν παίξει κάποιο σημαντικό ρόλο στις διάφορες χώρες, όπως πολιτική ιδεολογία, απαίτηση για μεγαλύτερη τοπική αυτονομία και ανάγκη για ορθολογικοποίηση υπερφορτωμένων και παρηκμασμένων διοικητικών δομών.

Πολλές χώρες έχουν αναγνωρίσει την ανάγκη ενδυνάμωσης των περιφερειακών και τοπικών αρχών και έχουν υιοθετήσει την αποκέντρωση σαν ένα από τα μέσα εφαρμογής μεταρρυθμίσεων για καλύτερη αποδοτικότητα, ποιότητα και ισότητα των δημόσιων υπηρεσιών.

Σε φιλοσοφικό και πολιτικό επίπεδο, η αποκέντρωση έχει εκληφθεί σαν ένα υψηλό πολιτικό ιδανικό, που παρέχει τα μέσα για τη συμμετοχή των πολιτών στα δημόσια ζητήματα, την ενίσχυση της αυτοπεποίθησης των πολιτών για τα ζητήματα που τους αφορούν και την εξασφάλιση της υπευθυνότητας των δημοσίων υπαλλήλων έναντι των πολιτών.

Στο πραγματικό επίπεδο, η αποκέντρωση έχει εκληφθεί σαν ένας τρόπος να ξεπεραστούν θεσμικοί, φυσικοί και διοικητικοί περιορισμοί για την ανάπτυξη. Επίσης, σαν ένας τρόπος να μεταφερθούν κάποιες υπευθυνότητες για την ανάπτυξη από το κέντρο στην περιφέρεια.

Η παγκοσμιοποίηση (globalization) και η αποκέντρωση κατέλαβαν την κεντρική σκηνή στις διεθνείς και εθνικές πολιτικές αντιπαραθέσεις κατά τη δεκαετία του 1990 και μετά. Στα πλαίσια του υγειονομικού συστήματος, η αποκέντρωση της χρηματοδότησης του συστήματος έγινε σημαντικό θέμα συζήτησης σε επίπεδο εθνικών κυβερνήσεων, διεθνών και αναπτυξιακών οργανισμών (Π.Ο.Υ., Ο.Ο.Σ.Α., Παγκόσμια Τράπεζα κλπ.). Η αυξανόμενη τάση προς ιδιωτικοποίηση των υγειονομικών φορέων και η επέκταση του ιδιωτικού τομέα ως κινητήρια δύναμη της οικονομικής ανάπτυξης, έχει υποκινήσει προς ευρύτερες επιχειρηματικές συνεργασίες στη διανομή υπηρεσιών περίθαλψης.

Η παγκοσμιοποίηση έχει επηρεάσει τη δομή της κοινότητας, τις οικογενειακές αξίες, τα πρότυπα ζωής, αλλά και το πρότυπο νοσηρότητας του πληθυσμού. Ένα αποκεντρωμένο υγειονομικό σύστημα θεωρείται πιο ικανό να αντιμετωπίσει αυτές τις αλλαγές, αντιδρώντας έγκαιρα και κατάλληλα, σύμφωνα με τις τοπικά επικρατούσες συνθήκες.

Επιπλέον, η παγκοσμιοποίηση έχει προωθήσει την επέκταση των μεταρρυθμίσεων στον υγειονομικό τομέα, με σκοπό τη μεγαλύτερη συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα. Οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν πολλές χώρες (κυρίως αναπτυσσόμενες) έχουν "ροκανίσει" τους δημόσιους υγειονομικούς πόρους, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση των υγειονομικών υποδομών. Τα φτωχότερα τμήματα του πληθυσμού επηρεάζονται περισσότερο, με αποτέλεσμα τη διεύρυνση των ανισοτήτων.

Η αυτοδιοίκηση των τοπικών υγειονομικών φορέων (μέσω της αποκέντρωσης) έχει εκληφθεί ως μέσο για την αναγνώριση και εντοπισμό των ατόμων που έχουν ανάγκη υγειονομικών φροντίδων, αλλά όχι και τα οικονομικά μέσα για την εξασφάλισή τους από τον ιδιωτικό τομέα. Επίσης, ως μέσο για δραστηριοποίηση πρόσθετων πόρων για το δημόσιο σύστημα υγειονομικών φροντίδων. Στα πλαίσια αυτά, ο εθελοντισμός σε διάφορες μορφές και με πληθώρα οργανώσεων έχει θεωρηθεί ότι μπορεί να παίξει σημαντικό ρόλο.

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

#### 4.1.2 Ορισμοί

Διοικητική αποκέντρωση είναι η μεταβίβαση εξουσιών και αρμοδιοτήτων από το κεντρικό ή εθνικό επίπεδο, σε επίπεδο τοπικής διοίκησης. Όσον αφορά το υγειονομικό σύστημα, ενδιαφέρει:

- η διοικητική (administrative) αποκέντρωση της υγειονομικής πολιτικής,

- η αποκέντρωση της διαχείρισης (management) του υγειονομικού συστήματος,
- η αποκέντρωση της χρηματοδότησης του συστήματος, και
- η αποκέντρωση του συστήματος διανομής των υγειονομικών φροντίδων.

Υπάρχουν 4 τρόποι μεταβίβασης εξουσιών (Rondinelli 1990):

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

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

- **Εξουσιοδότηση (Delegation)**, όταν η μεταβίβαση διαχειριστικής (managerial) ευθύνης γίνεται σε φορείς που δεν ελέγχονται από την κεντρική εξουσία (κυβέρνηση). Για παράδειγμα, σε ημι-αυτόνομους φορείς, μη κυβερνητικές οργανώσεις, και περιφερειακές ή τοπικές αρχές.

Η μέθοδος της εξουσιοδότησης (delegation) έχει χρησιμοποιηθεί για τη διοίκηση των ακαδημαϊκών (πανεπιστημιακών) νοσοκομείων (Υπουργείο Παιδείας) και για την οργάνωση της παροχής ιατρικών φροντίδων, που χρηματοδοτούνται από την κοινωνική ασφάλιση (π.χ. νοσοκομεία και πολυϊατρεία του ΙΚΑ στη χώρα μας). Η τελική ευθύνη παραμένει στο υπουργείο υγείας, αλλά οι εξουσιοδοτημένοι φορείς έχουν μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων για την επίτευξη των συγκεκριμένων



υποχρεώσεών τους. Η εξουσιοδότηση δεν είναι συμβατή με την αποσυγκέντρωση. Ο ρόλος του υπουργείου υγείας περιορίζεται σε θέματα χάραξης στρατηγικής και πολιτικής.

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

Στην περίπτωση του υγειονομικού συστήματος, τα κατώτερα επίπεδα εξουσίας αποκτούν αυτονομία σε σχέση με τον έλεγχο των πόρων, τη διαμόρφωση πολιτικής, την εφαρμογή της, την παρακολούθηση και την αξιολόγηση. Πρόκειται ουσιαστικά για ενδυνάμωση των ενδιάμεσων και κατώτερων επιπέδων διακυβέρνησης, που ανεξαρτητοποιούνται από την κεντρική εξουσία, σε αναφορά με συγκεκριμένες λειτουργίες.

Συνήθως λειτουργούν υπό ξεκάθαρο νομικό καθεστώς, σε συγκεκριμένα γεωγραφικά όρια, έχουν προκαθορισμένες λειτουργίες να πραγματοποιήσουν και μια νομοθετικά καθορισμένη εξουσία να δημιουργούν έσοδα και να ελέγχουν δαπάνες. Σπανίως είναι απολύτως αυτόνομες οντότητες, διαθέτουν όμως ανεξαρτησία για τα θέματα της περιοχής ευθύνης τους. Η μέθοδος αυτή απαιτεί πολύ πιο δραστική αναδόμηση της οργάνωσης του υγειονομικού συστήματος από ό,τι η αποσυγκέντρωση.

- **Ιδιωτικοποίηση (Privatization)**, πραγματοποιείται όταν παραχωρούνται σε ιδιωτικούς φορείς διοικητικές λειτουργίες, που τελούσαν υπό την ευθύνη της κεντρικής εξουσίας.

Από τη στιγμή που μια χώρα δεν είναι σε θέση να αντέξει οικονομικά περαιτέρω επέκταση του δημόσιου συστήματος υγειονομικών φροντίδων ή ακόμα και να διατηρήσει την παροχή κάποιων υγειονομικών υπηρεσιών, η εναλλακτική λύση χρηματοδότησης και παροχής των εν λόγω υπηρεσιών είναι ο ιδιωτικός τομέας. Με την ιδιωτικοποίηση κάποιες δημόσιες λειτουργίες μεταφέρονται σε εθελοντικούς, μη κερδοσκοπικούς ή και κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Η λειτουργία των φορέων αυτών ρυθμίζεται (σε μικρό ή μεγάλο βαθμό) από το κράτος.

#### 4.1.3 Πλεονεκτήματα & μειονεκτήματα της αποκέντρωσης

##### Πλεονεκτήματα

- Αυξημένη ανταπόκριση στις τοπικές προτεραιότητες
- Βελτίωση της ανταπόκρισης των αποκεντρωμένων δομών υγείας στις τοπικές υγειονομικές ανάγκες, διότι το προσωπικό τους επωμίζεται τη σχετική ευθύνη
- Μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών και μέσω αυτής συνανακόλουθη αύξηση της τοπικής χρηματοδότησης και του ελέγχου των δαπανών
- Αποφάσεις σε αποκεντρωμένο επίπεδο μπορούν να λαμβάνονται ταχύτερα
- Αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των τοπικών αναγκών και προσέγγιση των οικονομικά αδυνάμων πολιτών
- Μείωση της συμφόρησης σε κεντρικό επίπεδο, ώστε οι κεντρικές υπηρεσίες να εστιάζουν στη διαμόρφωση πολιτικής, στην καθοδήγηση και σε εθνικές προτεραιότητες

##### Μειονεκτήματα

- Όταν υπάρξει αντίφαση μεταξύ τοπικών και εθνικών προτεραιοτήτων, οι τοπικές αρχές εκτρέπουν πόρους από εθνικούς στόχους
- Τοπικοί πολιτικοί παράγοντες και ομάδες συμφερόντων ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο
- Το προσωπικό μπορεί να μη διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες για τη βελτίωση της απόδοσης του υγειονομικού συστήματος
- Η αποκέντρωση απαιτεί αυξημένες δαπάνες σε εκπαίδευση και νέα συστήματα πληροφόρησης και μηχανογράφησης, ενώ η παραγωγικότητα κατά τη μεταβατική περίοδο κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, επομένως καθίσταται δαπανηρή και μπορεί τελικά να κοστίσει περισσότερο από τα αναμενόμενα οφέλη (λόγω βελτίωσης της αποτελεσματικότητας)
- Αν η διαδικασία της αποκέντρωσης σχεδιαστεί ελλιπώς, μπορεί να οδηγήσει σε κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας
- Αποκέντρωση των λειτουργιών που είναι κρίσιμες για την επίπτωση των εθνικών πολιτικών υγείας, θέτει σε κίνδυνο την επιτυχή έκβασή τους
- Είναι δύσκολο να εξασφαλιστεί η ισότητα

Στην πράξη, οι διαφορετικοί τύποι αποκέντρωσης εφαρμόζονται την ίδια στιγμή για διαφορετικές λειτουργίες και δεν είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται στην καθαρή τους μορφή. Διοικητικά συστήματα συνδυάζουν συγκεντρωτικά και

αποκεντρωμένα τμήματα, συχνά με περίπλοκους τρόπους. Για παράδειγμα, σε κάποιες χώρες τα υπουργεία υγείας έχουν εξουσιοδοτήσει για βασικές λειτουργίες κεντρικά συμβούλια (κάτι σχετικό γίνεται στη χώρα μας με το Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας - ΚΕΣΥ) με διάφορους βαθμούς εξουσιών. Σε κάποιες από τις ίδιες χώρες έχουν ανατεθεί παράλληλα και ευθύνες σε περιφερειακές οντότητες (κάτι σχετικό επίσης επιχειρήθηκε στη χώρα μας με τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας – ΠεΣΥΠ). Την ίδια στιγμή, η ευθύνη για την εθνική πολιτική δημόσιας υγείας και η εξουσία ρύθμισης του όλου υγειονομικού συστήματος, παραμένει στα υπουργεία υγείας.

Η κατάλληλη σύνθεση (mix) κεντρικού ελέγχου και τοπικής διοίκησης εξαρτάται από πολιτικούς, τεχνικούς και θεσμικούς παράγοντες. Είναι δύσκολο πραγματικές καταστάσεις που συναντώνται στις περισσότερες χώρες να συγκεκριμενοποιηθούν και να κατηγοριοποιηθούν σε καθαρούς τύπους αποκέντρωσης, όπως αυτοί περιγράφηκαν παραπάνω.

Ένας ακόμη λόγος που κάνει αυτή την κατηγοριοποίηση ακόμη πιο δύσκολη, είναι το γεγονός ότι συχνά η αποκέντρωση θεωρείται ως μια δυναμική διαδικασία. Η μεταφορά των εξουσιών δε θεωρείται ως "μια κι έξω" διαδικασία, αλλά συνεχιζόμενη, αφού στην πορεία της αποκέντρωσης συμβαίνουν διάφορες αλλαγές. Πρόκειται ουσιαστικά για μια δυναμική ανταλλαγή εξουσιών μεταξύ κέντρου και περιφέρειας, όχι μια απλή μεταφορά εξουσιών στην περιφέρεια.

Στην πράξη, έχουν παρατηρηθεί ανισοροπίες μεταξύ παραχωρημένων εξουσιών και αρμοδιοτήτων. Για παράδειγμα, η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού μπορεί να έχει μεταβιβαστεί με εξουσιοδότηση (delegation) σε περιφερειακές οντότητες, αλλά η κεντρική υπηρεσία να διατηρεί την εξουσία της πρόσληψης, απόλυσης και προαγωγής του προσωπικού. Ένα άλλο παράδειγμα, οι τοπικές αρχές να έχουν την ευθύνη των υγειονομικών δαπανών, αλλά όχι και την εξουσία να δημιουργούν έσοδα (μέσω τοπικής για παράδειγμα φορολογίας). Ένα τρίτο, παραπλήσιο παράδειγμα είναι να ανατίθενται αρμοδιότητες από την κεντρική υπηρεσία στις αντίστοιχες περιφερειακές ή τοπικές, χωρίς να συνοδεύονται από πρόσθετους πόρους (χρηματοδοτικούς ή άλλους).

Επίσης, στην πράξη έχουν παρατηρηθεί εντάσεις και συγκρούσεις μεταξύ των επιδιωκόμενων στόχων. Για παράδειγμα, στην περίπτωση της ανάθεσης αρμοδιοτήτων (devolution) οι τοπικές υγειονομικές αρχές προσαρμοζόμενες στο στόχο της βελτίωσης της ανταποκρισιμότητας του υγειονομικού συστήματος στις

εκφρασμένες τοπικές ανάγκες, έδωσαν μεγαλύτερη βαρύτητα για υπηρεσίες ιατρικής περίθαλψης παρά για προληπτικές υπηρεσίες και πρωτοβάθμιες φροντίδες. Έτσι ο στόχος της ανταποκρισιμότητας εξυπηρετείται, αλλά η κατανομή των πόρων δεν είναι η βέλτιστη. Σε μερικές περιπτώσεις, οποιαδήποτε κατηγορία υγειονομικών φροντίδων μπορεί να μην καταλαμβάνει τη σωστή θέση στις προτεραιότητες μιας περιφερειακής ή τοπικής αρχής, σε σχέση με επενδύσεις σε άλλους τομείς (π.χ. οδοποιία, ή αθλητικές εγκαταστάσεις), με αποτέλεσμα ελλείψεις σε υγειονομικούς πόρους. Το φαινόμενο αυτό έχει παρατηρηθεί επανειλημμένα, ιδιαίτερα σε αρχικό στάδιο της αποκέντρωσης. Πρέπει να σημειωθεί ότι στη χώρα μας τα ΠεΣΥΠ δεν εντάχθηκαν το 2001 στις διοικητικές περιφέρειες της χώρας. Το ίδιο συνέβη και το 2005 όταν καταργήθηκαν και δημιουργήθηκαν οι Διοικήσεις Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.Πε). Έτσι ο ανωτέρω κίνδυνος δεν υπάρχει για τη χώρα μας. Υπήρξαν όμως σκέψεις να ενταχθούν οι Δ.Υ.Πε στη περιφερειακή διοίκηση ως Διευθύνσεις. Τότε ο κίνδυνος της υποχρηματοδότησης του συστήματος θα ήταν υπαρκτός (η πρωτοβάθμια υγειονομική φροντίδα συνήθως υποβαθμίζεται περισσότερο σε περίπτωση υποχρηματοδότησης).

Το κλασικό πρόβλημα που εμφανίζεται με την αποκέντρωση είναι η έλλειψη δυναμικότητας. Σε όλες τις περιπτώσεις οι αποκεντρωμένες μονάδες βρέθηκαν χωρίς την απαραίτητη τεχνική και διοικητική δυναμικότητα, η ανάπτυξη της οποίας απαιτεί αρκετό χρόνο. Την ίδια στιγμή, έλλειψη στελεχών για να υπηρετήσουν τους νέους ρόλους του υπουργείου υγείας εμφανίζεται και στην κεντρική υπηρεσία. Η διοικητική αδυναμία των αποκεντρωμένων μονάδων έχει συχνά οδηγήσει σε οικονομική κακοδιαχείριση, σπατάλη πόρων και διαφθορά, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που οι τοπικές αρχές απέκτησαν εξουσίες δημιουργίας εσόδων. Η κατάσταση αυτή έχει συχνά αναφερθεί ως περιφερειοποίηση της διαφθοράς και άλλων διαχειριστικών προβλημάτων, που μπορεί να προϋπήρχαν σε κεντρικό επίπεδο.

Τέλος, η κάθετη ολοκλήρωση του υγειονομικού συστήματος με τη διατήρηση των κάθετων γραμμών ελέγχου από το υπουργείο υγείας προς τις αποκεντρωμένες μονάδες, έχει συχνά περιορίσει την αποκέντρωση, στην καλύτερη περίπτωση, σε απλή αποσυγκέντρωση. Για να ξεπεραστεί αυτό το στάδιο προς διεύρυνση της αποκέντρωσης (σε *delegation* και *devolution*), σε κάποιες χώρες προχώρησαν στο σπάσιμο της κάθετης ολοκλήρωσης με τη δημιουργία περιφερειακών υγειονομικών επιτροπών με αρμοδιότητες σχεδιασμού, διοίκησης και χρηματοδοτικού ελέγχου

(οριζόντια ολοκλήρωση). Σχετικό παράδειγμα αποτελούν τα Διοικητικά Συμβούλια των ΠεΣΥΠ προγενέστερα και των ΔΥΠε σήμερα, στη χώρα μας. Παρόλα αυτά η λύση αυτή δεν έχει αποδειχθεί απολύτως αποτελεσματική. Υπάρχουν διαρκώς εντάσεις μεταξύ της κάθετης και οριζόντιας ολοκλήρωσης. Σε τελευταία ανάλυση το ζήτημα της αποκέντρωσης παραμένει πολιτικό.

Η αποκέντρωση των υπηρεσιών υγείας έχει επιφέρει ανάμικτα αποτελέσματα διεθνώς. Οι αποτυχίες έχουν αποδοθεί σε έλλειψη επαρκούς αντιμετώπισης κρίσιμων ζητημάτων στη φάση του σχεδιασμού. Τα κρίσιμα ζητήματα/ερωτήματα που πρέπει να αναδεικνύονται στη φάση του σχεδιασμού είναι (Litvack κ.ά. 1998):

- Ποιοι είναι οι εκφρασμένοι στόχοι της αποκεντρωτικής πρωτοβουλίας; π.χ. μείωση της γραφειοκρατίας, μείωση του κόστους, βελτίωση αποτελεσματικότητας;
- Πως θα υλοποιηθεί; π.χ. μέσω νομοθετικής μεταρρύθμισης ή μέσω αλλαγών στον τρόπο διοικητικής διαχείρισης, η οποία εύκολα αλλάζει στο μέλλον;
- Ποια προγράμματα ή λειτουργίες αποκεντρώνονται;
- Σε ποιους μεταβιβάζεται η ευθύνη αυτών (προγραμμάτων / λειτουργιών);
- Τι επιδράσεις θα έχουν οι αλλαγές αυτές πάνω στο φόρτο εργασίας του προσωπικού των φορέων υγείας;
- Τι είδους ικανότητες πρέπει να αναπτύξουν οι managers;
- Ποιο είναι το εκτιμώμενο κόστος, σε οικονομικούς πόρους και ανθρώπινο δυναμικό (π.χ. νέες θέσεις, εκπαίδευση);
- Τι είδους διαδικασίες ελέγχου και υποστήριξης απαιτούνται να αναπτυχθούν και εφαρμοστούν;
- Τι είδους αποτελεσματικές διασυνδέσεις ανάμεσα σε κεντρικές – τοπικές υπηρεσίες πρέπει να υφίστανται;

#### *4.1.4 Αποκέντρωση υγειονομικών συστημάτων - Η περίπτωση χωρών της Λατινικής Αμερικής*

Την αποκέντρωση πολλοί έχουν καλωσορίσει ως μέσο για τη βελτίωση της ισότητας, αποδοτικότητας και ποιότητας των υγειονομικών συστημάτων. Δεν είναι όμως λίγοι και αυτοί που φοβούνται ότι πρόκειται για μια πρόσκληση στο χάος, στη σπατάλη, στην τοπική κηδεμονία και αποδιοργάνωση αποτελεσματικών, υψηλής προτεραιότητας υγειονομικών προγραμμάτων. Αν και η αποκέντρωση εφαρμόζεται

σε όλο και περισσότερες χώρες σήμερα, οι σχετικές μελέτες για τη δικαίωση των υποστηρικτών ή των επικριτών της είναι πολύ λίγες. Μια τέτοια μελέτη έγινε για τις χώρες Χιλή, Κολομβία και Βολιβία στη Λατινική Αμερική το έτος 2000, τα βασικά συμπεράσματα της οποίας θα παρουσιαστούν εδώ (Bossert 2000).

Όσον αφορά το βαθμό αποκέντρωσης, η τάση στις εν λόγω χώρες ήταν μεγαλύτερη γκάμα επιλογών και αυτονομία αρχικά και μείωση αργότερα. Στη Χιλή για παράδειγμα, αρχικά επιτράπη στις τοπικές αρχές να προσλαμβάνουν και να απολύουν προσωπικό και να καθορίζουν το ύψος των απολαβών τους. Τελικά, πολλές από τις διατάξεις προστασίας των δημοσίων υπαλλήλων επανήλθαν και οι επιλογές των τοπικών αρχών περιορίστηκαν.

Γενικά οι τοπικές αρχές (δήμοι) διαθέτουν μεγαλύτερη ευχέρεια στη διαχείριση των συμβάσεων με τον ιδιωτικό τομέα υγείας, ενώ οι παρεμβάσεις τους για την κατανομή των χρηματοδοτικών πόρων είναι περιορισμένες και στην καλύτερη περίπτωση μέτριες. Η διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού, η παροχή των υγειονομικών φροντίδων και η θέσπιση προτεραιοτήτων παραμένουν μη αποκεντρωμένες λειτουργίες. Οι εξελίξεις αυτές έχουν διαμορφώσει την τάση του περιορισμένου τοπικού ελέγχου πάνω σ' αυτές τις λειτουργίες, οι οποίες σημειωτέον σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν την οικονομική αποδοτικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών.

Στις τρεις χώρες, με βάση στοιχεία Ζετίας, οι κατά κεφαλήν υγειονομικές δαπάνες αυξήθηκαν με την αποκέντρωση. Στη Χιλή και στην Κολομβία η κατά κεφαλή δαπάνη αυξήθηκε περισσότερο στους πλούσιους δήμους, αλλά διαχρονικά η διαφορά με τους φτωχότερους μειώνεται. Η χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών ακολούθησε την ίδια εξέλιξη με τις δαπάνες. Διαχρονικά, η απόσταση μεταξύ πλουσιότερων και φτωχότερων δήμων μειώνεται.

Η βελτίωση της ισότητας στη χρηματοδότηση αποδίδεται σε τρεις μηχανισμούς που εφαρμόστηκαν. Στη Χιλή λειτουργεί ένα **Δημοτικό Κοινό Ταμείο (Municipal Common Fund)**, που αναδιανέμει οριζοντίως τους χρηματικούς πόρους, από τους πλουσιότερους δήμους προς τους φτωχότερους. Στη Βολιβία εφαρμόζεται σύστημα ποσόστωσης στην κρατική χρηματοδότηση προς τους δήμους, που τους υποχρεώνει να διαθέτουν το 3,2% αυτών σε προγράμματα προστασίας της μητέρας και του παιδιού. Στην Κολομβία λειτουργεί μηχανισμός, που υποχρεώνει τους δήμους να κατανέμουν ένα συγκεκριμένο ποσοστό από τη γενική χρηματοδότησή τους ειδικά στο υγειονομικό σύστημα.

Στη Χιλή οι δήμοι είναι υπεύθυνοι μόνο για τις πρωτοβάθμιες φροντίδες υγείας, οπότε η αύξηση των υγειονομικών δαπανών δεν πήγε στο νοσοκομειακό τομέα. Στην Κολομβία ένα τμήμα των χρηματοδοτήσεων καθοδηγήθηκε προς την πρόληψη και αγωγή, με αποτέλεσμα οι κατά κεφαλή δαπάνες για τις φροντίδες αυτές να διπλασιαστούν και η απόσταση μεταξύ πλουσιότερων και φτωχότερων δήμων να μικρύνει.

Εκτός από τα παραπάνω ευρήματα της μελέτης για θέματα ισότητας, δεν προέκυψαν σαφείς ενδείξεις για τους επιδιωκόμενους στόχους της αποδοτικότητας και της ποιότητας.

Τα συμπεράσματα της έρευνας δε δικαιώνουν 100% τους υποστηρικτές, αλλά ούτε και τους επικριτές της αποκέντρωσης. Στις περισσότερες περιπτώσεις η αποκέντρωση δε μοιάζει να οδηγεί σε ριζικές βελτιώσεις του υγειονομικού συστήματος, αλλά ούτε φέρνει την καταστροφή. Μορφές αποκέντρωσης που περιέχουν μηχανισμούς βελτίωσης της ισότητας, όπως το Δημοτικό Κοινό Ταμείο στη Χιλή και οι ποσοτώσεις στη Βολιβία και Κολομβία, μπορούν με σιγουριά να βελτιώσουν την κατανομή των υγειονομικών πόρων και τη χρήση των υγειονομικών φροντίδων.

Η γκάμα επιλογών που έχουν οι δήμοι είναι σχετικά περιορισμένοι για κάποιες βασικές λειτουργίες, που μπορούν να επηρεάσουν την αποδοτικότητα, όπως διαχείριση προσωπικού (προσλήψεις, απολύσεις, αμοιβές) και τα πρότυπα των υγειονομικών υπηρεσιών. Μοιάζει περισσότερο πιθανόν ότι μεγαλύτερη ευχέρεια των τοπικών αρχών στις λειτουργίες αυτές, μπορεί να ωφελήσει τελικά την αποδοτικότητα και την ποιότητα.

Τελικά, είναι φανερό ότι η κεντρική αρχή χρειάζεται ακριβέστερη πληροφόρηση για το τι ακριβώς διαδραματίζεται σε επίπεδο δήμων. Αυτό θα τους επιτρέψει να αναπτύξουν συστήματα καθοδήγησης και ελέγχου, με σκοπό την προσαρμογή του εύρους των αποκεντρωμένων αρμοδιοτήτων και την κατάλληλη χρήση της κεντρικής χρηματοδότησης, προς την επίτευξη των εθνικών υγειονομικών στόχων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διαβάζοντας κανείς την παρουσίαση των συνεχών αλλαγών μπορεί σχετικά εύκολα να καταλείψει σε ορισμένες διαπιστώσεις ή και συμπεράσματα.

- Η πολιτική υγεία περιστρέφεται τα τελευταία τριάντα γύρω από τέσσερα-πέντε μεγάλα θέματα προβλήματα, τα οποία παρά τις συνεχείς προσπάθειες παραμένουν ανεπίλυτα.
- Δεν υπάρχει συνέχεια στην πολιτική υγείας, ακόμη και μεταξύ υπουργών που προέρχονται από το ίδιο κόμμα.
- Τα δύο μεγάλα κόμματα δεν έχουν μια σταθερή και συγκεκριμένη πολιτική υγείας, η οποία να εκφράζεται πάντοτε μέσα από τον εκάστοτε Υπουργό. Υπάρχουν περισσότερο προσωπικές πολιτικές που εκφράζονται από το υπουργείο υγείας, ο οποίος αναλαμβάνει την ευθύνη να τις ενσωματώσει σε κάποιο νομοσχέδιο, το οποίο μπορεί να γίνει νόμος του κράτους, αλλά δεν υπάρχει και ευθύνη υλοποίησης.
- Συχνά η πολιτική υγείας προσαρμόζεται στις πολιτικές και εκλογικές σκοπιμότητες.
- Ψηφίζονται συχνά νόμοι αλλά ποτέ δεν υλοποιούνται, γιατί δεν υπάρχει πρόβλεψη και σχεδιασμός γι' αυτό (βλ. πίνακα 1).



## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι τομείς στους οποίους πρέπει να γίνουν αλλαγές είναι οι εξής :

### **1ος Στο υγειονομικό σύστημα :**

Στην Α΄ βάρθμια περίθαλψη :

Δημιουργία κατάλληλης υλικοτεχνικής υποδομής καθώς επίσης και στελέχωση των κέντρων υγείας με το απαραίτητο προσωπικό. Διάθεση πόρων ώστε η λειτουργία της Α΄βάρθμιας περίθαλψης να γίνεται και τις απογευματινές ώρες. Αποτέλεσμα αυτών θα είναι η ανακοπή ενός μεγάλου αριθμού ασθενών προς την Β΄βάρθμια περίθαλψη με το ανάλογο οικονομικό όφελος του κράτους.

Στην Β΄ βάρθμια περίθαλψη :

Δημιουργία περισσότερων νοσοκομείων και επάνδρωση με σύγχρονο τεχνολογικό εξοπλισμό των ήδη υπάρχοντων, καθώς επίσης και με ιατρικό παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό. Επίσης με την σωστή κατανομή του προσωπικού οι λειτουργίες των υπηρεσιών υγείας θα γίνουν αποδοτικότερες. Αποκέντρωση αρμοδιοτήτων από την κεντρική εξουσία προς την Περιφέρεια και Νομαρχία.

Στην εξεύρεση και εφαρμογή εναλλακτικών μορφών περίθαλψης. Αφού προηγηθεί η κατάλληλη υποδομή ,η προσφυγή σε άλλες μορφές περίθαλψης (νοσοκομείο ημέρας και μετανοσοκομειακή φροντίδα ή νοσηλεία στο σπίτι). Θεωρώ ότι σε πειραματικό στάδιο είναι απαραίτητη η εξεύρεση και εφαρμογή εναλλακτικών μορφών περίθαλψης διότι, πιστεύω ότι θα υπάρξει μείωση των δαπανών υγείας και αλλαγή της ψυχολογίας του ασθενή και γενικά του ανθρώπου.

Για να είναι ένα Σύστημα Υγείας κοινωνικά δίκαιο και αποδεκτό θα πρέπει οι εμπλεκόμενοι σε αυτό να αποκομίσουν οφέλη όπως παρακάτω:

Οφέλη για τον ασθενή

- Υγειονομικά οφέλη. Έχουν σχέση με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του.
- Ψυχολογικά οφέλη. Έχουν σχέση τόσο με τον περιβάλλον της μονάδας παροχής υγείας στο οποίο θα αντιμετωπισθεί το υγειονομικό του πρόβλημα, όσο και με την διάρκεια της παραμονής του σε αυτή. Η επίδραση της καλής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής του αγωγής είναι αναμφισβήτητη.

- Οικονομικά οφέλη. Η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής εξαιτίας της καταβολής μέρους ή όλων των εξόδων περίθαλψης του, καθώς και τα έξοδα παραμονής μελών της οικογένειάς του που τον συνοδεύουν θα είναι σημαντικά μικρότερα, αφού με την βελτίωση των υπηρεσιών το πρόβλημα της υγείας του ασθενή θα διαγνωστεί έγκαιρα και θα αντιμετωπιστεί αφενός αποτελεσματικά και αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας.

Τα οφέλη από την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας για όλους τους επαγγελματίες υγείας συνίσταται κυρίως:

- Στην αποτελεσματικότητα του έργου τους
- Στην νομική κατοχύρωση και ασφάλεια του έργου τους
- Στην ικανοποίηση που αποκομίζουν από την εργασία τους
- Στον σεβασμό και στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους
- Στην απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο εκνευρισμό και άγχος
- Στην μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε τυχόν λάθη, την οποία καλλιεργεί πάντα η ποιότητα

Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας

- Οικονομικά οφέλη. Οφείλονται στην μείωση του λειτουργικού κόστους, αφού η έγκαιρη διάγνωση και η αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων. Η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών οδηγεί σε περιορισμό του συνολικού χρόνου νοσηλείας και στην αποφυγή της διενέργειας περιττών εξετάσεων ή θεραπευτικών αγωγών που δεν είναι ενδεικνυόμενες, αφού τα προβλήματα των ασθενών αφενός εντοπίζονται γρήγορα και αφετέρου αντιμετωπίζονται άμεσα.
- Λειτουργικά οφέλη. Συνοδεύουν τον δικαιολογημένο περιορισμό της χρησιμοποίησης της μονάδας.
- Αναγνώριση και φήμη.

Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία.

- Υγειονομικά οφέλη. Έχουν σχέση με την γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων τους ασθενών.
- Οικονομικά οφέλη. Έχουν σχέση με τον περιορισμό τους ύψους των δαπανών τους, δηλαδή των χρημάτων που καταβάλλουν στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη των ασφαλισμένων τους, με τον περιορισμό του ύψους των επιδομάτων ασθένειας που καταβάλλουν στους ασφαλισμένους τους.
- Κοινωνικά οφέλη. Έχουν σχέση με την μεγαλύτερη ικανοποίηση που προσφέρει στους ασφαλισμένους τους η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.
- Η αίσθηση ότι εκπληρώνουν σωστά τον κοινωνικό τους ρόλο.

Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

- Οικονομικά οφέλη. Οφείλονται στην περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών στον τομέα υγείας και στον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών.
- Υγειονομικά οφέλη. Αυξάνεται η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας και περιορίζεται συνακόλουθα ο χρόνος αναμονής των ασθενών για την αντιμετώπιση του υγειονομικού τους προβλήματος, γεγονός που έχει θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα, οδηγεί σε οικονομική ελάφρυνση του κοινωνικού συνόλου, όπως και σε υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας (ΕΑΠ τόμος Δ΄ σελ. 41 – 42).

## **2ος Στον οικονομικό τομέα.**

Οι δαπάνες υγείας δεν πρέπει να ξεπερνούν εκείνο το ποσοστό του ΑΕΠ, που και το επίπεδο υγείας διασφαλίζει και την ισόρροπη ανάπτυξη της χώρας επιτρέπει (εγχειρίδιο μελέτης τόμος Γ΄ ΕΑΠ 1999). Η καθιέρωση των σφαιρικών προϋπολογισμών<sup>1</sup> και η εισαγωγή σύγχρονων συστημάτων σκοπό έχουν την ορθολογική διαχείριση του συστήματος υγείας και για το λόγο αυτό θεωρείται αναγκαία η εφαρμογή τους.

<sup>1</sup> Σφαιρικός προϋπολογισμός : Είναι ένα σύνολο επί μέρους προϋπολογισμούς που προκύπτουν και συντάσσονται από διάφορα τμήματα του νοσοκομείου και αποκαλούνται δομηφορικοί προϋπολογισμοί.

Εξυγίανση του φορολογικού συστήματος με την τιμαριθμοποίηση της φορολογικής κλίμακας και αύξηση του αφορολόγητου με σκοπό την ανακούφιση των κατώτερων οικονομικών στρωμάτων. Εφαρμόζοντας αυτό δημιουργούνται οι προϋποθέσεις στην οικονομία μας για τον υπολογισμό και προσδιορισμό καταβολής- αναλογικής εισφοράς (μπορούμε να το πούμε και αναλογικό νοσήλιο), για όλες τις κοινωνικές τάξεις ,μέσω της φορολογίας.

Με την δημιουργία του Ενιαίου Φορέα Υγείας επιτυγχάνεται α) η ενιαία οργάνωση της χρηματοδότησης μέσα από θεσμοθετημένους κανόνες και μηχανισμούς, β) η ισότητα στην κατανομή των πόρων κατά περιφέρεια και επαγγελματική κατηγορία, γ) η αποτελεσματική διαχείριση των πόρων και δ) ο έλεγχος της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών (Θεοδώρου Μ.,Σαρρής Μ., Σούλης Σωτ.: Συστήματα υγείας και Ελληνική πραγματικότητα Αθήνα 1997).

Όσο αφορά την πληρωμή των νοσοκομείων το κράτος είναι υποχρεωμένο να επιλέξει ποιο/α σύστημα/τα είναι το/α καλύτερο/α ,ώστε να μπορεί να επιτύχει τον κοινωνικό του ρόλο και τα οποία είναι : α) Πληρωμή με ετήσιο προϋπολογισμό β) Πληρωμή κατά πράξη γ) Πληρωμή με ημερήσιο νοσήλιο δ) Πληρωμή σύμφωνα με την διάγνωση και ε) Μικτά συστήματα.

### **3ος Στον εκπαιδευτικό τομέα.**

Ο ρόλος του ανθρώπου στην παραγωγή και αποδοχή υπηρεσιών υγείας είναι σημαντικός. Οι άνθρωποι καλούνται να διαδραματίσουν πρωταρχικό ρόλο στην υγεία του πληθυσμού μέσα από μια στοιχειώδη ή επιστημονική εκπαιδευτική κατάρτιση. Στόχος του κράτους-πρόνοιας πρέπει να είναι ο προσδιορισμός και η διεύρυνση των ειδικοτήτων που εμπλέκονται στο σύστημα υγείας μέσα από κοινωνικοπολιτικά, οικονομικά ,πολιτισμικά , τεχνολογικά φαινόμενα. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να προσδιορισθεί η δομή των εκπαιδευτικών συστημάτων ώστε να αποφεύγονται αδυναμίες (επικαλύψεις ειδικοτήτων) και συγκρούσεις μεταξύ των εκπαιδευτικών κλάδων σε ΑΕΙ κ' ΤΕΙ , αλλά και να υπάρχει εκπαιδευτική συνέχεια σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης. Η πληθώρα ιατρικών ειδικοτήτων , αμφιβόλου ποιότητας τις περισσότερες φορές , που προέρχονται από τις ανατολικές χώρες έχει σαν αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη αύξηση ειδικοτήτων και την δημιουργία υπέρμετρης συνταγογράφησης και προκλητής ζήτησης. Το κράτος στην περίπτωση αυτή θα πρέπει να επανεξετάσει την μεταλυκειακή εκπαίδευση και μετεκπαίδευση στις χώρες αυτές.

#### **4ος Στον εργασιακό τομέα.**

Η έλλειψη ελέγχου των αλλοδαπών και προσφύγων στην Ελλάδα , ως προς το καθεστώς διαμονής τους και ασφαλιστικής τους κάλυψης , έχει σαν αποτέλεσμα την φοροδιαφυγή με αντίστοιχη μείωση των εσόδων του κρατικού προϋπολογισμού, των ασφαλιστικών και την ανάλογη αύξηση της ανεργίας. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρξει μια ενιαία αντιμετώπιση των ανθρώπων αυτών τόσο από κοινωνικής πλευράς (ισότιμη μεταχείριση) όσο και από οικονομικής πλευράς (ισότιμη συμμετοχή).

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Το σύστημα υγείας αποτελεί βασικό συστατικό της κοινωνικής πολιτικής. Όπως είναι φυσικό, οποιαδήποτε μεταβολή στην ίδια τη φύση αλλά και στο ρόλο της κοινωνικής πολιτικής επηρεάζει τα επιμέρους συστατικά της και κατ' επέκταση και το σύστημα υγείας. Όμως, εκτός απ' αυτές τις επιδράσεις τις οποίες είναι καλό -ως μελλοντικοί διαχειριστές συστημάτων υγείας- να γνωρίζουμε και να είμαστε σε θέση να αναλύουμε και να κατανοούμε, θα πρέπει να μην αγνοούμε ότι το σύστημα υγείας είναι, εκτός των άλλων, και οικονομικός συντελεστής.

Η απάντηση που κάποιος μπορεί να δώσει άμεσα είναι ότι το εν λόγω αγαθό είναι η υγεία και το σύστημα υγείας βοηθάει στην παραγωγή αυτού του «αγαθού», το οποίο είναι απαραίτητο για την παραγωγή οποιουδήποτε άλλου αγαθού. Η κατανόηση της όλης λειτουργίας του συστήματος υγείας είναι ιδιαίτερα πολύπλοκη όχι μόνο λόγω της ιδιαιτερότητας που μπορεί να έχει αλλά και λόγω των διαπλεκόμενων σχέσεων του με το περιβάλλον. Το παρόν του συστήματος υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από το ευρύτερο οικονομικό και κοινωνικό περιβάλλον. Ποιο όμως θα είναι το μέλλον του συστήματος υγείας;

Το να γνωρίζει κανείς το μέλλον είναι πρακτικά αδύνατον. Όμως ο διαχειριστής ενός συστήματος θα πρέπει σε μεγάλο βαθμό να προβλέπει την εξέλιξη και το ρόλο του συστήματος. Μόνο μ' αυτόν τον τρόπο θα μπορεί να βοηθήσει το σύστημα να προσαρμοστεί γρηγορότερα και σωστότερα στις νέες συνθήκες. Ποιοι είναι όμως εκείνοι οι παράγοντες που θα επηρεάσουν το σύστημα υγείας στο μέλλον;

Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αυτή τη στιγμή και αναμένεται να επηρεάσουν και στο μέλλον- το σύστημα υγείας είναι: το οικονομικό μοντέλο ανάπτυξης της κοινωνίας, το κοινωνικό της συμβόλαιο, η παγκοσμιοποίηση της οικονομίας, το φυσικό περιβάλλον και οι νέες τεχνολογίες.

Ειδικότερα το οικονομικό μοντέλο ανάπτυξης της κοινωνίας επηρεάζει το σύστημα υγείας θέτοντας του περιορισμούς και επηρεάζοντας τόσο τη μορφή όσο και το ρόλο του. Ποιο όμως αναμένεται να είναι το μοντέλο οικονομικής ανάπτυξης τα επόμενα χρόνια; Φυσικά, από τη στιγμή που το μοντέλο ανάπτυξης δεν είναι μία τεχνική διαδικασία αλλά μία ζωντανή κοινωνική διαδικασία, είναι δύσκολο να προβλεφθεί. Εντούτοις θα μπορούσαμε να πούμε ότι για τα επόμενα χρόνια το μοντέλο ανάπτυξης θα στηριχτεί στη νέα τεχνολογία, στη χρήση ολοένα και λιγότερης εργασίας, στην αυξημένη κινητικότητα κεφαλαίου και εργασίας και στην

ολοένα και μεγαλύτερη ευελιξία τόσο των αγορών όσο και της εργασίας (ΕΑΠ Δ' τόμος σελ. 253).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- **Δικαίος Κ., Χλέτσος Μ.**, (1999), «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, Ιδιουτυπίες και προκλήσεις. Πολιτική Υγείας / Κοινωνική Πολιτική», ΕΑΠ ΔΜΥ 51 Τόμος Β, Πάτρα
- **ΕΑΠ ΔΜΥ 51 Β´** τόμος
- **ΕΑΠ ΔΜΥ 50 «Management»**, (Κυριόπουλος 1991 α)
- **ΕΑΠ ΔΜΥ 51 Δ´** τόμος
- **Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.**, (2001), «Συστήματα Υγείας», εκδόσεις Παπαζήσης Αθήνα
- **Κοντούλη – Γείτονα Μαίρη**, «Πολιτική και Οικονομία της Υγείας», Αθήνα, 1997
- **Κυριακουλάκος Π.**, (1970) «Κοινωνική Πολιτική, Γενικές έννοιες – Κοινωνική Ασφάλιση», Αθήνα
- **Κυριόπουλος Ι., Νιάκας Δ.** (1991), «Η Χρηματοδότηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα», Αθήνα
- **Κυριόπουλος Γ.**, «Ο ανταγωνισμός στην αγορά Υπ. Υγείας – Η διεθνής εμπειρία και η Ελλ. Προοπτική επιθεώρηση υγείας», τόμος 2, τεύχος 5 (12, Αθήνα, 1991 α) σελ. 41-46
- **Λιαρόπουλος Λ.**, (1993), «Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας: Δακτυλογραφημένες σημειώσεις διδασκαλίας», Αθήνα
- **Μωραϊτης Ε.**, (1995), «Συστήματα Υγείας Δακτυλογραφημένες σημειώσεις διδασκαλίας», Αθήνα
- **Νιάκας Δ.**, (1995), «Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα στο σταυροδρόμι των επιλογών», Αθήνα
- **Παρασκευόπουλος Λ.**, (2006), «Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικού ενδιαφέροντος», Σημειώσεις διδασκαλίας, ΤΕΙ Καλαμάτας
- **Προβόπουλος Γ.**, (1987), «Κοινωνική Ασφάλιση» ΙΟΒΕ, Αθήνα
- **Σακελλαρόπουλος Θ.**, (Επιμέλεια), (1999), «Η μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους» ΤΑ, Αθήνα

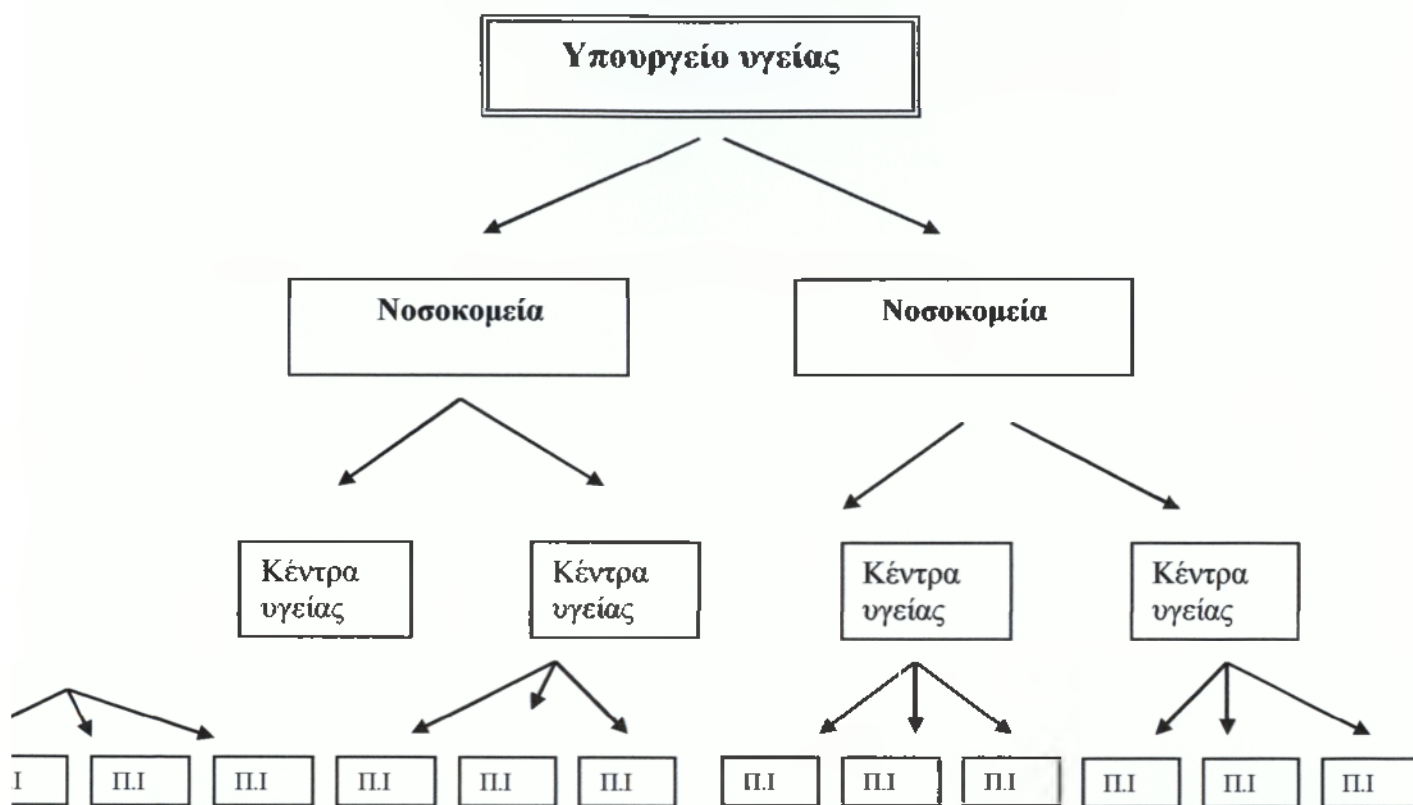


**ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

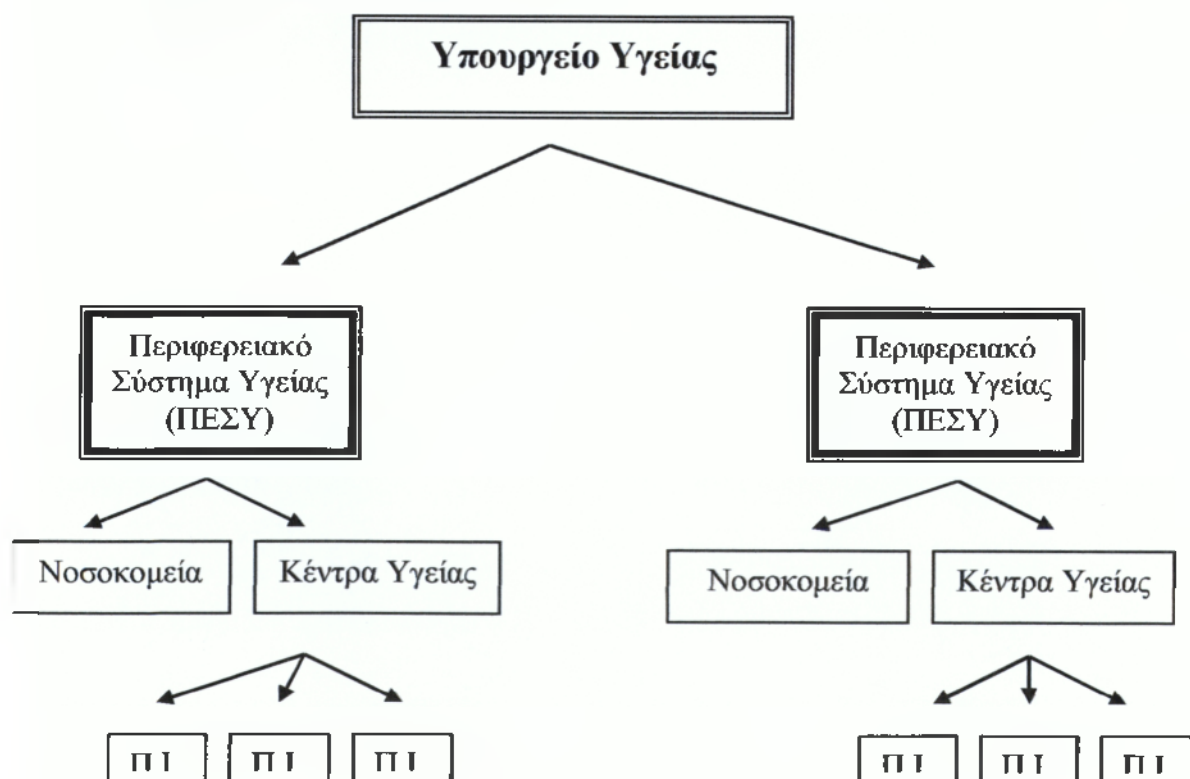
- **Commission on Hospital Care**, (1947), Hospital care. «*The Commonwealth Fund*»
- **Burdett H., C.**, (1890), «*Hospitals and Asylums of the world*» vol. 3, Churchill, London
- **O' Neill P.** (1983), «*Health Crisis 2000*». WHO, W. Heineman, London
- **Stephen W.I.**, (1979) «*An analysis of Primary Medical care: An International Study*», Cambriadge University Press, London

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Η οργανωτική δομή του ΕΣΥ προ του 2889 νόμου.



Η οργανωτική δομή του ΕΣΥ με τον 2889 νόμο



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ****(Ν. 2889/2001)****(Ν. 3329/2005)****(Ν. 3370/2005)**



# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 37

2 Μαρτίου 2001

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2889

*Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις.*

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 1

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

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

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

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

Ειδικότερα:

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

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

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

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

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

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

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

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ανατολικής Αττικής.

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

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

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

β) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Δυτικής Αττικής και

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πειραιά.

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

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

α) Το 4ο και 5ο Διαμέρισμα του Δήμου Θεσσαλονίκης 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, Αρέθουσας, Βασιλικών, Επανομής, Θερμαϊκού, Θέρμης, Καλαμαριάς, Καλλινδοίων, Κορωνείας, Μαδύτου, Μηχανιώνας, Μίκρας, Πανοράματος, Πυλαίας, Ρεντίνας, Σοχού, Τριανδρίας του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Κιλκίς.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Σερρών και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Χαλκιδικής.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Η νόμιμη εκπροσώπηση των ανωτέρω αποκεντρωμέ-

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

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

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

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

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

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

#### Άρθρο 2

##### Όργανα Διοίκησης

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

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

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

α) τον Πρόεδρο του Πε.Σ.Υ.,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ι) Καταρτίζει τον ενιαίο προϋπολογισμό των μονάδων του.

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

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

ιγ) Εποπτεύει τις διαδικασίες προμηθειών των αποκεντρωμένων μονάδων του.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Το Επιστημονικό Συμβούλιο συγκροτείται από:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

- α) τα μέλη του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου Σύρου,
- β) τρεις (3) Διευθυντές Κέντρων Υγείας, που εκλέγονται από όλους τους Διευθυντές ιατρούς των Κέντρων Υγείας.

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

- α) Γνωμοδοτεί και εισηγείται στο Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ. για επιστημονικά θέματα υγείας.
- β) Γνωμοδοτεί σε ερωτήματα του Προέδρου του Πε.Σ.Υ.
- γ) Απαντά σε ερωτήματα των Επιστημονικών Συμβουλίων των νοσοκομείων της Περιφέρειας.

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

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

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

Πρόεδρος του Συμβουλίου ορίζεται ο αρχαιότερος Διευθυντής.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Άρθρο 3

#### Οργάνωση - Στελέχωση

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

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

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

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

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

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

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

Μετά τη λήξη ή τη διακοπή της θητείας τους, οι λειτουργοί και υπάλληλοι του προηγούμενου εδαφίου επανέρχονται στην προτέρα θέση τους και ο αντίστοιχος χρόνος της θητείας τους θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία σε θέση προϊσταμένου τμήματος ή διευθυντής, προκειμένου να κριθούν για προαγωγή, αντίστοιχα, στο βαθμό του Διευθυντή ή του Γενικού Διευθυντή, κατά τις διατάξεις των παραγράφων 2 και 3 του άρθρου Β2 του ν. 2683/1999. Η μισθοδοσία των ανωτέρω βαρύνει τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των Πε.Σ.Υ., ανεξάρτητα από την επιλογή των αποδοχών της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του παρόντος ή αυτών της οργανικής τους θέσης.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Δ. Το Αυτοτελές Τμήμα Διοίκησης.

Ε. Το Γραφείο Προέδρου.

ΣΤ. Το Νομικό Γραφείο.

5. Η Διεύθυνση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολι-

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

α) Τμήμα Περιφερειακού Χάρτη Υγείας

Το τμήμα αυτό:

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

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

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

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

β) Τμήμα Βελτίωσης και Ελέγχου Ποιότητας

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

γ) Τμήμα Έρευνας και Ανάπτυξης

Το τμήμα αυτό:

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

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

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

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

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

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

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

α) Τμήμα Οικονομικής Διαχείρισης Μονάδων Υγείας

Το τμήμα αυτό:

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

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

β) Τμήμα Οργανωτικής Ανάπτυξης, Μηχανοργάνωσης και Εξοπλισμού

Το τμήμα αυτό:

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

γ) Τμήμα Προμηθειών

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

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

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

α) Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων

Στο τμήμα αυτό ανήκει:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A. Κατηγορία ΠΕ

α) Κλάδος ΠΕ Οικονομικός, θέσεις δύο (2)

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

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

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

ε) Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής, θέσεις δύο (2)

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

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

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

B. Κατηγορία ΤΕ

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

β) Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής, θέσεις τρεις (3)

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

Γ. Κατηγορία ΔΕ

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

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

Δ. Κατηγορία ΥΕ

α) Κλάδος ΥΕ Επιμελητών θέσεις δύο (2)

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

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

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

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

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

Τα παραπάνω Υπηρεσιακά Συμβούλια είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

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

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

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

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

#### Άρθρο 4

##### Πόροι

1. Πόροι του Πε.Σ.Υ. είναι:

α) Επιχορηγήσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό.

β) Επιχορηγήσεις από τον Προϋπολογισμό Δημοσίων Επενδύσεων.

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

δ) Δωρεές, κληροδοτήματα και άλλες παροχές τρίτων.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών στοιχείων.

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

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

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

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

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

#### ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

##### Άρθρο 5

##### Ίδρυση νοσοκομείων - Διοίκηση

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ιζ) Αποφασίζει για την πρόσληψη Συμβούλων Οργάνωσης.

ιη) Συγκροτεί το Επιστημονικό Συμβούλιο του νοσοκομείου.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Β. Αρμοδιότητες του Επιστημονικού Συμβουλίου είναι:

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

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

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

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

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

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

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



η) Έχει τις αρμοδιότητες Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας.

#### Άρθρο 6

##### Οργάνωση νοσοκομείων

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Κάθε νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

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

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

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

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

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

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

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

#### Άρθρο 7

##### Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ε) Εισηγείται στο Διοικητή το πρόγραμμα επισκεπτηρίου νοσηλευομένων.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Άρθρο 8

##### Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

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

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

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

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

#### Άρθρο 9

##### Ολοήμερη λειτουργία νοσοκομείων

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Άρθρο 10

##### Κέντρα Αριστείας

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

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

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

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

##### ΑΝΘΡΩΠΙΝΟ ΔΥΝΑΜΙΚΟ

#### Άρθρο 11

##### Ιατροί Ε.Σ.Υ.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Τα Περιφερειακά Συμβούλια Επιλογής είναι πενταμελή και αποτελούνται από:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ο κατάλογος περιλαμβάνει:

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

β) Καθηγητές ή Αναπληρωτές Καθηγητές ιατρικών σχολών.

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

Ο κατάλογος ανασυντάσσεται κάθε τρία (3) χρόνια.

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

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

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

Τα Συμβούλια Επιλογής αποτελούνται από:

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

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

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

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

Τα Συμβούλια Αξιολόγησης αποτελούνται από:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

γ) Τον Πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του νοσοκομείου.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις, συζητήσεις ή διαλέξεις.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### Άρθρο 12

##### Πειθαρχικές διατάξεις

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

3. Ο Διοικητής νοσοκομείου των Πε.Σ.Υ., ως πειθαρχικός προϊστάμενος, μπορεί να επιβάλλει σε βάρος του λοιπού προσωπικού, πλην του ιατρικού, τις ποινές της επίπληξης μέχρι τις αποδοχές ενός (1) μήνα και του προστίμου μέχρι το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών. Την ίδια αρμοδιότητα έχει και ο Διευθυντής των Κέντρων Υγείας.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"ζ. η αδικαιολόγητη απουσία ή εγκατάλειψη θέσης".

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

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

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

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

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

### ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### Άρθρο 13

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

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

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

3. Στην παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 προστίθεται δεύτερο εδάφιο, ως εξής:

"Οι θέσεις του προηγούμενου εδαφίου προστίθενται

στον οργανισμό κάθε νοσοκομείου και οι δαπάνες μισθοδοσίας του προσωπικού των κλάδων Ε.Σ.Υ.:

α) νοσοκομειακών φαρμακοποιών, β) φυσικών νοσοκομείων - ακτινοφυσικών, γ) κλινικών χημικών, χημικών, βιοχημικών, βιολόγων των ιατρικών εργαστηρίων δ) ψυχολόγων, που διορίζονται στις θέσεις αυτές, βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του νοσοκομείου".

Οι προσωρινές διαβαθμισμένες θέσεις φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., που κατέχουν οι ήδη υπηρετούντες φαρμακοποιοί, μετατρέπονται σε οργανικές διαβαθμισμένες θέσεις κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ. και εντάσσονται στον οργανισμό του νοσοκομείου που υπηρετούν.

4. Στον Πρόεδρο, στον Αντιπρόεδρο και στα μέλη:

α) του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου,  
β) του Συμβουλίου Επιλογής Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,  
γ) του Συμβουλίου Αξιολόγησης Διευθυντών Ε.Σ.Υ.,  
δ) των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ε.Σ.Υ.,  
ε) των Περιφερειακών Συμβουλίων Αξιολόγησης Επιμελητών Ε.Σ.Υ. και

στ) της Επιτροπής Αξιολόγησης και Επιλογής Ανώτερων Στελεχών Υπηρεσιών Υγείας, καταβάλλονται αμοιβή και έξοδα κίνησης, το ύψος των οποίων καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

5. Τα εισοδήματα των ιατρών του Ε.Σ.Υ. από την απογευματινή εργασία της παρ. 1 του άρθρου 9 του νόμου αυτού, καθώς και αυτά των πανεπιστημιακών ιατρών από την απογευματινή εργασία των παραγράφων 1 και 4 του ίδιου άρθρου, όπως επίσης και η προβλεπόμενη στην επόμενη παράγραφο 6 του άρθρου αυτού ειδική αμοιβή για την παροχή κλινικού και εργαστηριακού έργου από πανεπιστημιακούς ιατρούς, που παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., θεωρούνται ότι προέρχονται από άσκηση ιδιωτικού έργου και φορολογούνται σύμφωνα με τη διάταξη της παρ. 2 περ. Ζ' του άρθρου 4 του ν. 2238/1994 (ΦΕΚ 151 Α).

6. Από 1.1.2002, στους πανεπιστημιακούς ιατρούς που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια ή μονάδες, εγκατεστημένες σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. ή των Α.Ε.Ι., καταβάλλεται, από τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του οικείου νοσοκομείου, ειδική αμοιβή για το κλινικό και εργαστηριακό έργο που παρέχουν, το ύψος της οποίας ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

7. Επιτρέπεται, με αίτησή του, η μετάθεση του ιατρικού και πάσης φύσεως προσωπικού του Πε.Σ.Υ., από οργανική θέση αποκεντρωμένης μονάδας του σε οργανική θέση άλλης αποκεντρωμένης μονάδας του, χωρίς γνώμη των Υπηρεσιακών Συμβουλίων, με απόφαση του Δ.Σ. του Πε.Σ.Υ., που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Κατά τα λοιπά, εφαρμόζονται οι διατάξεις του άρθρου 67 του ν. 2683/1999.

Ιατροί ή οδοντίατροι του Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν σε προσωποπαγείς θέσεις σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., ως υπεράριθμοι, δύνανται, ύστερα από αίτησή τους και πρόταση των οικείων Πε.Σ.Υ., να μετατεθούν ή μεταπαγούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας σε Νοσοκομεία ή Κέντρα Υγείας άγονων περιοχών της ίδιας ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας με μεταφορά της θέσης τους.

8. Το Συμβούλιο Διοίκησης του Γενικού Νοσοκομείου Μυτιλήνης "ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ" έχει την αποκλειστική αρμοδιότητα

για τη διαχείριση, διοίκηση, αξιοποίηση και διάθεση των υφιστάμενων κληροδοτημάτων, καθώς και για την υποβολή στη Διεύθυνση Εθνικών Κληροδοτημάτων του Υπουργείου Οικονομικών του επίσιου προϋπολογισμού λειτουργίας των κληροδοτημάτων και του αντίστοιχου απολογισμού και ισολογισμού.

9. Στο Διοικητικό Συμβούλιο των Πε.Σ.Υ., στα οποία υπάγονται το Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης "ΜΑΜΑΤΣΕΙΟ" και το Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας "Η ΑΓΙΑ ΟΛΓΑ", συμμετέχει ο Δήμαρχος Κοζάνης και ένας εκπρόσωπος της δωρήτριας ή των κληρονόμων της, αντιστοίχως, και ορίζεται ένα επιπλέον μέλος από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Διατηρούν το υφιστάμενο νομικό καθεστώς τους και δεν υπάγονται στις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 1 του νόμου αυτού:

α) το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ",  
β) το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών "Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ",

γ) το Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων "ΑΝΔΡΕΑΣ ΣΥΓΓΡΟΣ",

δ) το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ",

ε) το Γενικό Νοσοκομείο "ΑΣΚΛΗΠΙΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ",

στ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών "ΠΑΝΑΓΙΩΤΗ ΚΑΙ ΑΓΛΑΪΑΣ ΚΥΡΙΑΚΟΥ",

ζ) το Γενικό Νοσοκομείο "ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ",

η) το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής "ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ",

θ) το Γενικό Νοσοκομείο Παιδών Πατρών "ΚΑΡΑΜΑΝΔΑΝΕΙΟ",

ι) Το Σπηλιωπούλειο Παθολογικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΑΓΙΑ ΕΛΕΝΗ",

ια) Το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε.),

ιβ) Το Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "Η ΕΛΠΙΣ".

Τα παραπάνω νοσοκομεία, που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, καθώς και το Ι.Ε.Ν.Θ.Υ.Α.Ε. και τα παραρτήματα αυτού διασυνδέονται λειτουργικά με το Πε.Σ.Υ. στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου βρίσκονται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου.

Η οργάνωση και διοίκηση των ανωτέρω νοσοκομείων διέπεται από τις διατάξεις των άρθρων 5, 6, 7 και 8 αυτού του νόμου, οι οποίες ισχύουν από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Οι αρμοδιότητες που ασκούνται, σύμφωνα με τις διατάξεις του προηγούμενου εδαφίου, από το Διοικητικό Συμβούλιο του Πε.Σ.Υ. και το Συμβούλιο Διοίκησης των νοσοκομείων, περιλαμβανομένων και των πειθαρχικών αρμοδιοτήτων του άρθρου 12, ανήκουν στα Διοικητικά Συμβούλια των παραπάνω νοσοκομείων, τα οποία συγκροτούνται κατά τις ισχύουσες κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού ειδικές για τα νοσοκομεία αυτά διατάξεις, συμπληρούμενες από τις διατάξεις του άρθρου 15 του ν. 2519/1997, όπως τροποποιήθηκε με αυτές της παρ. 15 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 και του άρθρου 21 του ν. 2703/1999 (ΦΕΚ 72 Α), οι οποίες διατηρούνται σε ισχύ, ειδικώς, για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

Ο Διοικητής των παραπάνω νοσοκομείων είναι και Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου, εκτός εάν η ιδιότητα αυτή επιφυλάσσεται σε ορισμένο πρόσωπο, με ειδική πρόβλεψη πράξης δωρεάς εν ζωή ή διαθήκης ή σύμβασης ή διάταξης ειδικού νόμου. Ο Διοικητής έχει τις αρμο-

διότητες που ορίζονται στην παράγραφο 7 του άρθρου 5 και τις λοιπές διατάξεις αυτού του νόμου.

11. Εξαιρούνται από τις διατάξεις αυτού του νόμου το Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ" και το "ΩΝΑΣΕΙΟ" Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, τα οποία διασυνδέονται λειτουργικά με το Πε.Σ.Υ. στην τοπική αρμοδιότητα του οποίου βρίσκονται, εφαρμοζομένων αναλόγως των διατάξεων της παρ. 2 του άρθρου 5 αυτού του νόμου. Η οργάνωση και διοίκηση των παραπάνω νοσοκομείων διέπεται από τις ισχύουσες γι' αυτά ειδικές διατάξεις, οι οποίες καθορίζουν και τις προϋποθέσεις, τη διαδικασία και τους όρους απασχόλησης, τόσο κατά το τακτικό ωράριο όσο και κατά την απογευματινή λειτουργία, των απασχολούμενων ιατρών του Ε.Σ.Υ. και των πανεπιστημιακών ιατρών. Για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. και τους πανεπιστημιακούς ιατρούς, που εργάζονται στους παραπάνω φορείς, εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις των παραγράφων 1, 2, 3 και 4 του άρθρου 11 αυτού του νόμου.

12. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μπορούν να εντάσσονται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και να οργανώνονται κατά τις διατάξεις αυτού του νόμου οι νοσηλευτικές μονάδες των φυλακών, που υπάγονται στο Υπουργείο Δικαιοσύνης, χωρίς να μεταβάλλονται οι εργασιακές σχέσεις του υπηρετούντος σε αυτές μέχρι την ένταξη ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού. Με την ίδια απόφαση ρυθμίζονται οι αναγκαίες λεπτομέρειες για την ένταξη.

13. Στο τέλος της παραγράφου 6 του άρθρου 24 του ν. 2530/1997 (ΦΕΚ 218 Α') προστίθεται το παρακάτω εδάφιο:

"Για τους ιατρούς του Εθνικού Συστήματος Υγείας, που κατέχουν θέση μέλους Δ.Ε.Π. στα Τμήματα Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Τ.Ε.Φ.Α.Α.) των Α.Ε.Ι., εξακολουθούν να ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου 1 του ν. 2188/1994 (ΦΕΚ 18 Α'). Οι ιατροί αυτοί μπορούν να ανακαλέσουν τη δήλωση παραίτησης από μέλος Δ.Ε.Π. των Τ.Ε.Φ.Α.Α. εντός αποκλειστικής προθεσμίας εξήντα (60) ημερών από τη δημοσίευση αυτού του νόμου."

14. Με τις διατάξεις του νόμου αυτού δεν θίγονται: α) οι διατάξεις της παραγράφου 5 του άρθρου 7 του ν. 1268/1982, όπως ισχύουν, περί ίδρυσης, κατάρτησης, συγχώνευσης ή μετονομασίας κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων των Α.Ε.Ι., β) οι διατάξεις του άρθρου 13 του ν. 1397/1983, όπως ισχύουν, περί εγκατάστασης ή μετεγκατάστασης πανεπιστημιακών κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων σε νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., γ) οι διατάξεις του ν. 249/1976 και της παραγράφου 23 του άρθρου 45 του ν. 1268/1982, όπως ισχύουν, περί πειθαρχικής αρμοδιότητας για τα μέλη Δ.Ε.Π. των Α.Ε.Ι. και δ) οι κείμενες διατάξεις, που αναφέρονται στην αρμοδιότητα των τμημάτων Α.Ε.Ι. και των τομέων τους, καθώς και των κλινικών, εργαστηρίων και μονάδων τους, για όλα τα ζητήματα, που αφορούν το εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο τους.

15. Ιατροί, υπήκοοι της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κάτοχοι άδειας ασκήσεως επαγγέλματος και τίτλου ειδικότητας, που έχουν αναγνωριστεί στην Ελλάδα, οι οποίοι έχουν εκπληρώσει στο κράτος προέλευσης υπηρεσία τουλάχιστον δεκαπέντε (15) μηνών, αντίστοιχη με την υπηρεσία υπαίθρου του άρθρου 1 παρ. 1 του ν.δ. 67/1968 (ΦΕΚ 303 Α'), μπορούν να είναι υποψήφιοι για θέση κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., κατά παρέκκλιση της διάταξης της παραγράφου 11 του άρθρου 21 του ν. 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α').

Ως αντίστοιχη υπηρεσία θεωρείται, ιδίως, ο χρόνος πρακτικής άσκησης της ιατρικής σε νοσοκομείο ή ιατρείο, εάν απαιτείται ως υποχρεωτική προϋπόθεση μετά τη λήψη του πτυχίου για την έναρξη εκπαίδευσης σε ιατρική ειδικότητα.

16. Στο ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α') αντικαθίσταται η παρ. 1 του άρθρου 88 ως εξής:

"Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ., όλων των βαθμών, οι οδοντίατροι, καθώς και οι φαρμακοποιοί, χημικοί, βιοχημικοί, κλινικοί χημικοί, βιολόγοι και φυσικοί νοσοκομείων - ακτινοφυσικοί, που υπηρετούν στα Νοσοκομεία και στα Κέντρα Υγείας, υποχρεούνται σε εφημερία στο Νοσοκομείο ή στο Κέντρο Υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες των τμημάτων, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων και εν γένει σύμφωνα με τις ανάγκες για την απρόσκοπτη λειτουργία του Νοσοκομείου ή του Κέντρου Υγείας. Στους ιατρούς και τους λοιπούς ως άνω επιστήμονες ενεργού εφημερίας καταβάλλεται αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον καθορισμό της υπερωριακής απασχόλησης".

Η ισχύς της διάταξης αυτής αρχίζει από 1.1.2002.

17. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 24 του ν. 2716/1999 (ΦΕΚ 96 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"Η προκήρυξη για την πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργαστηρίων, παρασκευαστών, ραδιολογίας - ακτινολογίας, χειριστών - εμφανιστών, χειριστών ιατρικών συσκευών, χειριστών ιατρικών μηχανημάτων σε Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία και Ε.Κ.Α.Β., καθώς και του προσωπικού του κλάδου ΔΕ πληρωμάτων ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β., γίνεται μέχρι το τέλος του επόμενου έτους κατά το οποίο η θέση κενώθηκε για οποιονδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας, μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, χωρίς να απαιτείται Πρόξη Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.)."

18. Με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού οι εκλεγμένοι πρόεδροι του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας και του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, οι οποίοι υπηρετούν ως υπάλληλοι του ευρύτερου δημόσιου τομέα, επιτρέπεται να απέχουν από τα καθήκοντά τους για να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με αυτήν την ιδιότητα καθ' όλο το χρονικό διάστημα της θητείας τους. Η καταβολή των αποδοχών τους βαρύνει το φορέα από τον οποίο προέρχονται.

19. Με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου μπορεί να επιτρέπεται η μερική αποχή των παραπάνω προσώπων από τα καθήκοντά τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

### ΤΕΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

#### Άρθρο 14

##### Τελικές διατάξεις

1. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού ρυθμίζονται τα κάθε είδους ειδικότερα θέματα, καθώς και κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων του νόμου αυτού.

2. Από τη δημοσίευση του παρόντος καταργούνται οι διατάξεις:

α) των άρθρων 6 παρ. 1, 8, 12 παρ. 1, 11 παρ. 3 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α'),

β) της παρ. 1 του άρθρου 18 του ν. 1579/1985 (ΦΕΚ 217 Α'),

γ) των άρθρων 48 παράγραφοι 1 και 2, 54, 55 πλην της παρ. 3, 56 παρ. 1 και 3, 58 παράγραφοι 1, 3, 4 και 5 και 60 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123 Α'),

δ) της παρ. 4 του άρθρου 5 του ν. 2194/1994 (ΦΕΚ 34 Α'),

ε) των άρθρων 15, 16, 17, 34 παράγραφοι 1, 2 εδ. α' και β', 3 και του άρθρου 37 παράγραφοι 1, 2, 3, 4 και 5 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'), καθώς και κάθε γενική ή ειδική διάταξη που είναι αντίθετη προς τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

Καταργούνται οι διατάξεις της παρ. 2 α (3) β του άρθρου 12, των περιπτώσεων (1), (2), (4), (5) και (6) του στοιχείου β' της παρ. 2 του άρθρου 13, των περιπτώσεων (1), (10), (12), (13) του εδαφίου α' της παρ. 2 του άρθρου 14 και των περιπτώσεων (1) και (4) του εδαφίου β' της παρ. 1 του άρθρου 33 του προεδρικού διατάγματος 95/2000 "Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" (ΦΕΚ 76 Α'), καθώς και οι διατάξεις της περίπτωσης 1 του εδαφίου Ζ' της παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 2647/1998 (ΦΕΚ 237 Α') ως προς την προβλεπόμενη, από τις διατάξεις αυτές, έγκριση σκοπιμότητας εκτέλεσης έργων και προμήθειας πάσης φύσεως εξοπλισμού.

3. Τα Περιφερειακά Συμβούλια Υγείας (Πε.Σ.Υ.) του άρθρου 3 του ν. 1397/1983 "Εθνικό Σύστημα Υγείας" (ΦΕΚ 143 Α') καταργούνται.

#### Άρθρο 15

##### Μεταβατικές διατάξεις

1. Από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου αρχίζουν οι διαδικασίες για τη συγκρότηση των Διοικητικών Συμβουλίων, καθώς και για την οργάνωση και τη στελέχωση των Πε.Σ.Υ. και των αποκεντρωμένων και ανεξάρτητων μονάδων τους.

Η διοικητική μέριμνα, μέχρι την έναρξη της λειτουργίας της Κεντρικής Υπηρεσίας των Πε.Σ.Υ., παρέχεται από τη Διοικητική Υπηρεσία του μεγαλύτερου, σε αριθμό κλινών, νοσοκομείου της χωρικής τους αρμοδιότητας και οι απαιτούμενες πιστώσεις βαρύνουν τα λειτουργικά έξοδα του προϋπολογισμού του φορέα αυτού.

2. Η έναρξη της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ. ορίζεται με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύονται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Μέχρι την έναρξη της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., ο Πρόεδρος και τα υφιστάμενα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων συνεχίζουν να ασκούν όλες τις, αντίστοιχες, αρμοδιότητες που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 16 του ν. 2519/1997 ή από κάθε άλλη γενική ή ειδική διάταξη.

Από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας των Κεντρικών Υπηρεσιών των Πε.Σ.Υ., οι αρμοδιότητες που προβλέπονται στον παρόντα νόμο για τους Διοικητές και τα Συμβούλια Διοίκησης των ανεξάρτητων Μονάδων του Πε.Σ.Υ., ασκούνται, αντίστοιχα, μέχρι την τοποθέτηση των Διοικητών και τη συγκρότηση των Συμβουλίων Διοίκησης, από τους Προέδρους και τα σημερινά Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων. Μέχρι την τοποθέτηση των

λοιπών οργάνων διοίκησης των νοσοκομειακών μονάδων του Πε.Σ.Υ. ή τη συγκρότηση των λοιπών συλλογικών οργάνων, που προβλέπονται στον παρόντα νόμο, διατηρούνται οι αρμοδιότητες και η λειτουργία των οργάνων, που προβλέπονται στην υφιστάμενη οργάνωση των νοσοκομείων.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να αντικαθίσταται, σε περίπτωση παραίτησής του, ο Πρόεδρος ή οποιοδήποτε άλλο όργανο διοίκησης ή μέλος συλλογικού οργάνου της μεταβατικής περιόδου.

4. Η έναρξη της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων, ως αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Μέχρι την έκδοση της υπουργικής απόφασης του προηγούμενου εδαφίου, τα Κέντρα Υγείας, με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία, εξακολουθούν να λειτουργούν ως αποκεντρωμένες μονάδες των νοσοκομείων, στα οποία υπάρχουν μέχρι σήμερα, και οι δαπάνες λειτουργίας τους βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού των νοσοκομείων αυτών.

5. Από την έναρξη της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων του Πε.Σ.Υ., οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών τους Ιατρείων καταργούνται ως οργανικές θέσεις του αντίστοιχου νοσοκομείου και συνιστώνται ισάριθμες και ομοίβαθμες θέσεις, οι οποίες προστίθενται στους οργανισμούς των αντίστοιχων Κέντρων Υγείας. Το πάσης φύσεως προσωπικό, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού στα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά τους Ιατρεία και κατέχει οργανικές θέσεις αυτών ενσωματώνεται στους οργανισμούς των νοσοκομείων, εντάσσεται, αυτοδικαίως, από την ημέρα έναρξης της λειτουργίας αυτών, στις συνιστώμενες κατά την προηγούμενη παράγραφο θέσεις. Για την ένταξη εκδίδεται διαπιστωτική πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Η προϋπηρεσία των εντασσόμενων υπαλλήλων προσμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση.

6. Τα Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.) της παρ. 1 του άρθρου 6 του ν. 1397/1983, όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 1759/1988 και τροποποιήθηκε με τις παραγράφους 1 έως 6 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 καταργούνται από την έναρξη της λειτουργίας των Περιφερειακών Συμβουλίων Επιλογής Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ. και των Συμβουλίων Επιλογής και των Συμβουλίων Αξιολόγησης των Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ., που προβλέπονται στις παραγράφους 8 και 11 του άρθρου 11 του νόμου αυτού. Η ημέρα έναρξης της λειτουργίας των ανωτέρω Συμβουλίων ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Μέχρι την ημέρα αυτή εξακολουθεί η λειτουργία των Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. και παρατείνεται μέχρι τότε η θητεία των μελών τους, εάν λήγει νωρίτερα ή έχει λήξει πριν από τη δημοσίευση αυτού του νόμου χωρίς τα Συμβούλια να ανασυγκροτηθούν.

Όπου στις κείμενες διατάξεις υπάρχει η λέξη Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. νοείται, ανάλογα με το βαθμό του κρινόμενου ή αξιολογούμενου, το Περιφερειακό Συμβούλιο Επιλογής ή το Συμβούλιο Αξιολόγησης Επιμελητών Ιατρών Ε.Σ.Υ. των παραγράφων 8 και 14 του άρθρου 11 ή το

Συμβούλιο Επιλογής ή το Συμβούλιο Αξιολόγησης Διευθυντών Ιατρών Ε.Σ.Υ. της παραγράφου 11 του άρθρου 11 αυτού του νόμου.

7. Μέχρι τη συγκρότηση των Υπηρεσιακών Συμβουλίων των Πε.Σ.Υ., της παρ. 15 του άρθρου 3 του παρόντος, διατηρούν την πειθαρχική δικαιοδοσία τους τα υφιστάμενα Υπηρεσιακά Συμβούλια των νοσοκομείων ή τα κοινά Υπηρεσιακά Συμβούλια, όπου υπάρχουν, στα οποία εξακολουθούν να υπάγονται οι υπάλληλοι των αποκεντρωμένων μονάδων των Πε.Σ.Υ., πλην του ιατρικού προσωπικού.

8. Το Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο εξακολουθεί να λειτουργεί με τη σύνθεση που προβλέπεται στη διάταξη της παρ. 5 του άρθρου 39 του ν. 2519/1997, μέχρι τη συγκρότησή του κατά τα οριζόμενα στην παράγραφο 20 του άρθρου 11 του παρόντος.

#### Άρθρο 16

Η διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 8 του ν. 2747/1999 (ΦΕΚ 226 Α') τροποποιείται ως εξής:

"Παροχές ασθένειας Ι.Κ.Α.

Κατ' εξαίρεση για το έτος 2001 στους άνεργους απολυμένους της Ναυπηγοεπισκευαστικής Ζώνης του Περάματος και στα μέλη οικογενείας τους που αναφέρονται στο άρθρο 33 του α.ν. 1846/1951 (ΦΕΚ 179 Α') παρέχεται από το Ι.Κ.Α. πλήρης ιατροφαρμακευτική περίθαλψη εφόσον έχουν πραγματοποιήσει τριάντα (30) τουλάχιστον συνολικά ημέρες εργασίας σε ναυπηγοεπισκευαστικές εργασίες κατά τα έτη 1996, 1997 και 1998."

#### Άρθρο 17

1. Η επιλογή του προσωπικού του κλάδου ΔΕ Φύλαξης των Καταστημάτων Κράτησης της Χώρας διενεργείται από το Υπουργείο Δικαιοσύνης, κατ' ανάλογη εφαρμογή των παραγράφων 6 και 7 του άρθρου 9 του ν. 2734/1999, σχετικά με την πρόσληψη φρουρών της ΕΛ.ΑΣ. Για το προσωπικό του κλάδου αυτού, τα θέματα που προβλέπονται στην παράγραφο 6 του άρθρου 9 του ν. 2734/1999 ρυθμίζονται με απόφαση του Υπουργού Δικαιοσύνης.

2. Η διευθέτηση της έννομης κατάστασης η οποία ανέκυψε ύστερα από την απόφαση αρ. 79/2001 του Ε' Τμήματος του Συμβουλίου Επικρατείας, με την οποία ακυρώθηκε το αρ. 163/30.7.1999 (ΦΕΚ 158 Α') προεδρικό διάταγμα ίδρυσης του Εφετείου Λαμίας, πρέπει να γίνει μέσα σε ένα τρίμηνο από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου με την έκδοση νέου προεδρικού διατάγματος, που είτε θα ανακαλεί το ιδρυτικό του Εφετείου Λαμίας διάταγμα είτε θα το τροποποιεί είτε θα επανιδρύει το Εφετείο. Στο τρίμηνο δεν υπολογίζεται ο χρόνος έκφρασης γνώμης από τον Άρειο Πάγο, σύμφωνα με το ν. 1756/1988, ούτε ο χρόνος επεξεργασίας του νέου προεδρικού διατάγματος από το Συμβούλιο της Επικρατείας. Το Εφετείο Λαμίας θα εξακολουθεί να λειτουργεί και να παρέχει απρόσκοπτα έννομη προστασία στο μεταβατικό χρονικό διάστημα έως την έκδοση νέου προεδρικού διατάγματος. Οι ως τώρα πράξεις του Εφετείου Λαμίας παραμένουν έγκυρες.

#### Άρθρο 18

Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου, προσωπικού που προσλήφθηκε για την υλοποίηση των προγραμμάτων:

α. Κοινωνικής Πρωτοβουλίας "ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ" άξονας HORIZON

β. Επιχειρησιακού Προγράμματος "Καταπολέμηση του Αποκλεισμού από την Αγορά Εργασίας" (Υποπρόγραμμα 4 - Μέτρα 1, 2 και 3, Υποπρόγραμμα 5 - Μέτρο 5) και

γ. Επιχειρησιακού Προγράμματος "Υγεία-Πρόνοια" (Υποπρόγραμμα 3 - Μέτρο 3), το οποίο εξακολουθεί να υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, θεωρούνται ότι ουδέποτε έληξαν και το προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε κενές οργανικές θέσεις του φορέα απασχόλησης, με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου. Εάν δεν υφίστανται κενές θέσεις, η κατάταξη γίνεται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχης ειδικότητας, που συνιστώνται με την απόφαση κατάταξης και καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση του εργαζόμενου από την υπηρεσία. Προϋπόθεση για την παραπάνω κατάταξη αποτελεί η συνέχιση, από το οικείο νοσηλευτικό ίδρυμα, της δραστηριότητας παροχής υπηρεσιών υγείας, που ανέπτυξε το σχετικό πρόγραμμα.

Ο τερματισμός της παραπάνω δραστηριότητας συνεπάγεται την αυτοδίκαιη καταγγελία της σύμβασης εργασίας ορισμένου χρόνου. Το παραπάνω προσωπικό αξιολογείται, από ειδική επιτροπή του οικείου φορέα, για την απόδοση και το ήθος του, τουλάχιστον μία φορά κάθε διετία. Τυχόν αρνητική κρίση αποτελεί λόγο υποχρεωτικής καταγγελίας της σύμβασης, η οποία λύεται από την κοινοποίηση σχετικής έγγραφης δήλωσης της υπηρεσίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται η συγκρότηση των ειδικών επιτροπών αξιολόγησης, ορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία αξιολόγησης του παραπάνω προσωπικού και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διάταξης αυτής.

#### Άρθρο 19

1. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, που από το σύνολο των περιστάσεων κρίνονται δικαιολογημένες για την αποκατάσταση της υγείας οικονομικά αδυνάτων ατόμων, που πάσχουν από ανίατες ή δυσίατες ασθένειες ή έχουν υποστεί βαρείες σωματικές κακώσεις, μπορεί, με αιτιολογημένες αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, να εγκρίνεται η συγκέντρωση χρημάτων με τραπεζικούς λογαριασμούς, που έχουν ανοιχτεί στο όνομα των παραπάνω προσώπων ή αυτών που έχουν την επιμέλειά τους, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του ν. 5101/1931 "περί ενεργείας εράνων και λαχειοφόρων ή φιλανθρωπικών αγορών" (ΦΕΚ 238 Α') και να αποδίδονται εν όλω ή εν μέρει τα χρήματα που συγκεντρώθηκαν στα παραπάνω πρόσωπα.

2. Στο άρθρο 48 παρ. 1α του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α') προστίθεται περίπτωση (ι), ως εξής:

"(ι) Την εξέταση ή επανάκριση ανά μορφή και περιεκτικότητα φαρμακευτικού προϊόντος, προκειμένου αυτό να περιληφθεί στον κατάλογο των συνταγογραφούμενων φαρμάκων ή να επανακριθεί σύμφωνα με το άρθρο 23 του ν. 2737/1999 (ΦΕΚ 174 Α').

3. Αρμόδια αρχή για θέματα ιατροτεχνολογικών προϊόντων, κατά την έννοια των σχετικών οδηγιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ορίζεται ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (Ε.Ο.Φ.). Η διάταξη της περίπτωσης 3 του στοιχείου δ' της παραγράφου 2 του άρθρου 33 του π.δ. 95/2000 "οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας" (ΦΕΚ 76 Α') καταργείται.

4. Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων διοικείται από δε-

καμελές Διοικητικό Συμβούλιο. Στα μέλη του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. που προβλέπονται στη διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 5 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α'), όπως ισχύει, προστίθεται ένας (1) εκπρόσωπος του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου.

#### Άρθρο 20

Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων, με γνωμοδοτικές αρμοδιότητες για την πρόληψη και προστασία της υγείας του ελληνικού πληθυσμού από βιολογικούς και τοξικούς παράγοντες, που μπορεί να προέρχονται ιδίως από πολεμικές απειές, ατυχήματα, φυσικές καταστροφές ή επιδημίες.

Ειδικότερα, το Εθνικό Συμβούλιο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων:

1. Αξιολογεί δεδομένα επιδημιολογικής επιτήρησης.
  2. Εισηγείται μέτρα για την πρόληψη και αντιμετώπιση πιθανών βιολογικών και τοξικών κινδύνων.
  3. Εξασφαλίζει το συντονισμό μηχανισμών ταχείας αντίδρασης σε περίπτωση βιολογικής απειλής της ανθρώπινης ζωής και υγείας.
  4. Μεριμνά για την πληροφόρηση του κοινού σχετικά με θέματα που θέτουν σε κίνδυνο την υγεία του, καθώς και για τους τρόπους προφύλαξης.
  5. Αξιολογεί προτάσεις πρόληψης συμβαμάτων από βιολογικούς και τοξικούς κινδύνους.
  6. Εισηγείται στην πολιτική ηγεσία μέτρα και δράσεις σε επικείμενες ή νεοεμφανιζόμενες βιολογικές καταστροφές ή επιδημίες.
  7. Επιβλέπει την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σχετικά με βιολογικούς και τοξικούς κινδύνους.
- Μέλη του Συμβουλίου διορίζονται με θητεία τριών ετών:
- α. Ακαδημαϊκοί και Καθηγητές των Α.Ε.Ι., που καλύπτουν τα απαραίτητα γνωστικά αντικείμενα και ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.
  - β. Ο Γενικός Διευθυντής Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.
  - γ. Εκπρόσωπος του Υπουργού Εθνικής Άμυνας.
  - δ. Εκπρόσωπος του Υπουργού Περιβάλλοντος.
  - ε. Εκπρόσωπος του Υπουργού Γεωργίας.
- Το Συμβούλιο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος προεδρεύει και μπορεί να αναθέτει σε μέλη του Συμβουλίου την παρακολούθηση ειδικών θεμάτων και την υποβολή σχετικής εισήγησης.

Το Συμβούλιο υποστηρίζεται για τη λειτουργία του από το Γραφείο Πρόληψης Βιολογικών και Τοξικών Κινδύνων, που συνιστάται στο Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Λ.) και το οποίο εξασφαλίζει την παροχή στο Εθνικό Συμβούλιο όλων των απαραίτητων πληροφοριών για την εκπλήρωση των στόχων του, καθώς και τη διοικητική υποστήριξή του.

#### Άρθρο 21

##### Έναρξη ισχύος

Η ισχύς του παρόντος αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζεται διαφορετικά στις επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 2 Μαρτίου 2001

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

**ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

**Β. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

**Γ. ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ**

ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΧΩΡΟΤΑΞΙΑΣ  
ΚΑΙ ΔΗΜΟΣΙΩΝ ΕΡΓΩΝ

**Κ. ΛΑΛΙΩΤΗΣ**

ΓΕΩΡΓΙΑΣ

**Γ. ΑΝΩΜΕΡΙΤΗΣ**

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**Α. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΑΜΥΝΑΣ

**Α. ΤΣΟΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ**

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

**Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΑΚΗΣ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

**Π. ΕΥΘΥΜΙΟΥ**

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

**Τ. ΓΙΑΝΝΙΤΣΗΣ**

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

**Μ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ**

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 2 Μαρτίου 2001

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

**Μ. ΣΤΑΘΟΠΟΥΛΟΣ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ****ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ**

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 \* ΑΘΗΝΑ 104 32 \* TELEX 223211 ΥΡΕΤ GR \* FAX 52 21 004  
 ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <http://www.et.gr>  
 e-mail: [webmaster@et.gr](mailto:webmaster@et.gr)

**ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΩΝ**

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Σολωμού 51		ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.	
Πληροφορίες δημοσιευμάτων Α.Ε. - Ε.Π.Ε.	5225 761 - 5230 841	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ - Βασ. Όλγας 227 - Τ.Κ. 54100	(031) 423 956
Πληροφορίες δημοσιευμάτων λοιπών Φ.Ε.Κ.	5225 713 - 5249 547	ΠΕΙΡΑΙΑΣ - Γούναρη και Εθν. Αντίστασης Τ.Κ. 185 31	4135 228
Πώληση Φ.Ε.Κ.	5239 762	ΠΑΤΡΑ - Κορίνθου 327 - Τ.Κ. 262 23	(061) 638 109 - 110
Φωτοαντίγραφα παλαιών Φ.Ε.Κ.	5248 141	ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Διοικητήριο Τ.Κ. 450 44	(0651) 87215
Βιβλιοθήκη παλαιών Φ.Ε.Κ.	5248 188	ΚΟΜΟΤΗΝΗ - Δημοκρατίας 1 Τ.Κ. 691 00	(0531) 22 858
Οδηγίες για δημοσιεύματα Α.Ε. - Ε.Π.Ε.	5248 785	ΛΑΡΙΣΑ - Διοικητήριο Τ.Κ. 411 10	(041) 597449
Εγγραφή Συνδρομητών Φ.Ε.Κ. και αποστολή Φ.Ε.Κ.	5248 320	ΚΕΡΚΥΡΑ - Σαμαρά 13 Τ.Κ. 491 00	(0661) 89 127 / 89 120
		ΗΡΑΚΛΕΙΟ - Πλ. Ελευθερίας 1, Τ.Κ. 711 10	(081) 396 223
		ΛΕΣΒΟΣ - Πλ. Κωνσταντινουπόλεως Τ.Κ. 811 00 Μυτιλήνη	(0251) 46 888 / 47 533

**ΤΙΜΗ ΠΩΛΗΣΗΣ ΦΥΛΛΩΝ ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ****Σε έντυπη μορφή**

- Για τα ΦΕΚ από 1 μέχρι 24 σελίδες 300 δρχ. (0,88 ευρώ)
- Για τα ΦΕΚ από 24 σελίδες και πάνω η τιμή πώλησης κάθε φύλλου (θσέλιδου ή μέρους αυτού) προσαυξάνεται κατά 100 δρχ. ανά θσέλιδο ή μέρος αυτού.

**Σε μορφή CD:****Τεύχος**

Α'

Β'

Δ'

Α.Ε. - Ε.Π.Ε. (μηνιαίο)

Α', Β', Δ' (τριμηνιαίο)

**ΔΡΧ.****EURO**

60.000 176,08

70.000 205,43

50.000 146,74

20.000 58,69

30.000 88,04

Η τιμή των CD's παρελθόντων ετών προσαυξάνεται κατά 2.000 δρχ. (5,87 ευρώ) ανά έτος παλαιότητας.

Η τιμή διάθεσης φωτοαντιγράφων ΦΕΚ 50 δρχ. (0,15 ευρώ) ανά σελίδα

**ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.**

Τεύχος	Σε έντυπη μορφή				Από το Internet			
	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531		Κ.Α.Ε. εσόδου υπέρ ΤΑΠΕΤ 3512		Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531		Κ.Α.Ε. εσόδου υπέρ ΤΑΠΕΤ 3512	
	δρχ.	ευρο	δρχ.	ευρο	δρχ.	ευρο	δρχ.	ευρο
Α' (Νόμοι, Π.Δ., Συμβάσεις κ.τ.λ.)	70.000	205,43	3.500	10,27	60.000	176,08	3.000	8,80
Β' (Υπουργικές αποφάσεις κ.τ.λ.)	100.000	293,47	5.000	14,67	70.000	205,43	3.500	10,27
Γ' (Διορισμοί, απολύσεις κ.λπ. Δημ. Υπαλλήλων)	20.000	58,69	1.000	2,93	ΔΩΡΕΑΝ		-	-
Δ' (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομία κ.τ.λ.)	100.000	293,47	5.000	14,67	50.000	146,74	2.500	7,34
Αναπτυξιακών Πράξεων (Τ.Α.Π.Σ.)	50.000	146,74	2.500	7,34	30.000	88,04	1.500	4,40
Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κ.λπ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.)	20.000	58,69	1.000	2,93	ΔΩΡΕΑΝ		-	-
Παράρτημα (Προκηρύξεις θέσεων ΔΕΠ κ.τ.λ.)	10.000	29,35	500	1,47	ΔΩΡΕΑΝ		-	-
Δελτίο Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	20.000	58,69	1.000	2,93	10.000	29,35	500	1,47
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.)	ΔΩΡΕΑΝ		-	-	ΔΩΡΕΑΝ		-	-
Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.	30.000	88,04	1.500	4,40	10.000	29,35	500	1,47
Ανώνυμων Εταιρειών & Ε.Π.Ε.	700.000	2.054,29	35.000	102,71	200.000	586,94	10.000	29,35
Διακηρύξεων Δημοσίων Συμβάσεων (Δ.Δ.Σ.)	70.000	205,43	3.500	10,27	30.000	88,04	1.500	4,40

Το κόστος για την ηλεκτρονική μορφή πρόσβασης σε προηγούμενα έτη προσαυξάνεται κατά 2.000 δρχ. (5,87 ευρώ) ανά έτος παλαιότητας.

- \* Οι συνδρομές του εσωτερικού προπληρώνονται στις ΔΟΥ που δίνουν αποδεικτικό είσπραξης (διπλότυπο) το οποίο με τη φροντίδα του ενδιαφερομένου πρέπει να στέλνεται στην Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.
- \* Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσοστού 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 πασών 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 χρόνο, που αρχίζει την 1η Ιανουαρίου και λήγει την 31η Δεκεμβρίου του ίδιου χρόνου. Δεν εγγράφονται συνδρομητές για μικρότερο χρονικό διάστημα.
- \* Η εγγραφή ή ανανέωση της συνδρομής πραγματοποιείται το αργότερο μέχρι τον Μάρτιο κάθε έτους.
- \* Αντίγραφα διπλοτύπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γραμμάτια δεν γίνονται δεκτά.

Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00' έως 13.00'

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ



010008 10404050028

# 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 Αμύντης, 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 Χαλκιδίας



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, Αξιού, Ασσήρου, Βερτίσκου, Εγνατίας, Ελευθερίου - Κορδελιού, Εύοσμου, Εχεδώρου, Καλλιθέας, Κουφαλίων, Λαγκαδά, Λαχανά, Μενεμένης, Μυγδονίας, Νεαπόλεως, Πολίχνης, Σταυρουπόλεως, Συκεών, Χαλάστρας, Χαλκηδόνος, Χορπάτη, Ωραιοκάστρου και τις Κοινότητες Ευκαρπίας και Πεύκων του Νομού Θεσσαλονίκης.

γ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πέλλας.

δ) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Ημαθίας και

ε) Τους Δήμους και Κοινότητες της Νομαρχίας Πιερίας.

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 διαθέτει 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 αιτία θανάτου. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης υποχρεούται στη διενέργεια απογραφής, μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2005, όλων των ακινήτων που περιέρχονται 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 ΦΠΥΓΚΑ). 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 ΦΠΥΓΚΑ, 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 πρόωρη 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., εφαρμοζομένων 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 34Α') 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.ΠΕ., μετά από γνωμοδότηση της Ολομέλειας του οικείου Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας (Σ.Υ.ΠΕ.).

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

5. Εισηγείται στο Δ.Σ. της Δ.Υ.ΠΕ. 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.ΠΕ.

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.ΠΕ. 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 επιτακτικών αναγκών.

13. Αποφασίζει την τοποθέτηση των Προϊσταμένων Διευθύνσεων, Τμημάτων και Γραφείων της Δ.Υ.ΠΕ., καθώς και των Προϊσταμένων Διευθύνσεων, Υποδιευθύνσεων και Τομέων των ΦΠΥΓΚΑ.

14. Αναθέτει προσωρινά καθήκοντα Προϊσταμένου Διεύθυνσης, Τμημάτων και Γραφείων της Δ.Υ.ΠΕ., μέχρι πλήρωσής τους αυτών.

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

16. Δίνει την έγκριση για τους προϋπολογισμούς της Δ.Υ.ΠΕ. 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.ΠΕ.

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 επιχορηγήσεως 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. Ασκεί 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 Ένορκης 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 υπογράφουν 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. Ασκεί 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 μέλους 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 Οικονομικών 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 διμήνου 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 εκπόνηση 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 εξουσιοδότησης από το Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας.

11. Ασκει 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 ΦΠΥΚΑ 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 ΦΠΥΚΑ 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, τηρεί 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 συνένεια, 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 ομοίοβαθμες 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
- Κλάδος ΠΕ Διοικητικός Οικονομικός, θέσεις τρεις.
  - Κλάδος ΠΕ Κοινωνικής Διοίκησης ή ΠΕ Κοινωνιολογίας, θέσεις τρεις.
  - Κλάδος ΠΕ Διοικητικός Λογιστικός, θέσεις τέσσερις.
  - Κλάδος ΠΕ Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, θέσεις τρεις.
  - Κλάδος ΠΕ Πληροφορικής, θέσεις τρεις, στ) Κλάδος ΠΕ Ιατρών, ΠΕ Νοσηλευτικής, θέσεις δύο.
  - Κλάδος ΠΕ Στατιστικής, θέση μία.
  - Μία θέση δικηγόρου νομικού συμβούλου με πάγια αντισθία. Προσόν διορισμού είναι η άδεια άσκησης δικηγορικού επαγγέλματος παρ' Αρείω Πάγω ή παρ' Εφέταις.
  - Κλάδος ΠΕ Ιατρών Εργασίας, θέση μία.
  - Κλάδος ΠΕ Τεχνικών Ασφαλείας, θέση μία.
- Β. Κατηγορία ΤΕ
- Κλάδος ΤΕ Διοικητικός Λογιστικός, θέσεις οκτώ.
  - Κλάδος ΤΕ Πληροφορικής, θέσεις δύο.
  - Κλάδος ΤΕ Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, θέσεις πέντε.
  - Κλάδος ΤΕ Κοινωνικής Εργασίας, θέσεις δύο.
- Γ. Κατηγορία ΔΕ
- Κλάδος ΔΕ Διοικητικών Γραμματέων, θέσεις έξι.
  - Κλάδος ΔΕ Τεχνικός, ειδικότητας οδηγού οχημάτων, θέσεις δύο.
- Δ. Κατηγορία ΥΕ
- Κλάδος ΥΕ Επιμελητών, θέσεις δύο.
  - 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 Προϊσταμένη 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 8 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/Φ80/54/1 1988/2.12.1988 (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, αναπληρούμενους 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 υποβάλλει 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 υποβάλλει 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

πόρων, 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.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 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 του, 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 ένταξή 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 πρόωρη 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 δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα της ημεδαπής ή αλλοδαπής, συνεκτιμωμένων και των μεταπτυχιακών σπουδών και επιστημονικής εξειδίκευσης

σε θέματα στρατηγικού σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας Νοσοκομείων ή επιχειρήσεων, οικονομικών της υγείας ή κοινωνικής διοίκησης, καθώς και της ανάλογης εμπειρίας. 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. Εκπονεί 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 αιτήσεις 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 προΐστανται 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. 3260/2004, 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 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 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 Νοσηλεύτη ΠΕ με βαθμό Α', και κλείνει αυτού έναν Νοσηλεύτη 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 απουσιάζει 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 Διακητής 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 οποδήποτε 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-

τάλογους 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 ΚΕΠΥΓΚΑ 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 προσόν 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 ειδικευόμενων, 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 επισύρουν 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 παραρτημάτων τους, την τροφοδοσία και εστίαση και τη διαχείριση των νοσοκομειακών αποβλήτων σε ειδικά συνεργεία παροχής 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 μιας 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<sup>ο</sup> 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 δημοσίου 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 Περίθαλψης 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 (-ΦΕΚ 215 Α'), 300/1985 (ΦΕΚ 112 Α') και 256/1996 (ΦΕΚ 190 Α').

γγ. Το Κέντρο Περίθαλψης 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 Περίθαλψης 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 Περίθαλψης 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 Π4/3905/3.8.1993 (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 Χανσενικών, 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 Παίδων 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 αρμοδιότητας 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 εξωδίκως και μπορεί να αναθέτει τη νόμιμη εκπροσώπησή της στον Αντιπρόεδρο του Δ.Σ. και να διορίζει πληρεξούσιους δικηγόρους.

21. Προϊσταται 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 επίσης 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 σχετικό 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 πρόωγη λήξη της θητείας των Διοικητών των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, για σπουδαίο λόγο σχετικό 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 ένταξη 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, αναδιάταξη 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 χρησιμοποιήσιμου υλικού της Μονάδας Κοινωνικής Φροντίδας, για το χαρακτηρισμό παλαιού υλικού ως άχρηστου, καθώς και για την καταστροφή ή την εκποίηση του άχρηστου υλικού.

14) Ασκήι 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 αυτοδικαίτηνη 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 εντάξης 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 συμβαλλόμενων, 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 Οργανισμών

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 Διοικητή

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 ιδρύονται 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 διατηρεί 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 εργοδοτικό 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 προϊστανται 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 προϊστανται στις αντίστοιχες μονάδες, κατά τις οργανικές διατάξεις του φορέα της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Για την εφαρμογή των ανωτέρω διατάξεων, το Πρωτόβηθιο 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.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 Τομέα, σε οποιαδήποτε Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας της οικείας Υγειονομικής Περιφέρειας.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

##### ΡΥΘΜΙΖΕΙΣ 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 έγκρισή 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 εξαιρεσιμες 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 εκτελεσμένων 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, Οδοντιάτρους, Φαρμακοποιούς, υπευθύνους 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, Οδοντιάτρους, Φαρμακοποιούς, υπευθύνους 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 εισπράξης 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 δημοσίευσή 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 ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

Α. ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑΣ

**ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ**

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΕΙΟΥ 34 \* ΑΘΗΝΑ 104 32 \* FAX 210 52 21 004

ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <http://www.et.gr> - e-mail: [webmaster@et.gr](mailto: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 &amp; 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 - Κορινθού 327	(2610) 638 109		(26610) 89 105
	(2610) 638 110	ΗΡΑΚΛΕΙΟ - Πεδιάδος 2	(2810) 300 781
ΙΩΑΝΝΙΝΑ - Διοικητήριο	(26510) 87216	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 μιας εταιρείας στο τεύχος Α.Ε. και Ε.Π.Ε. σε 5 ευρώ ανά έτος.

ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑ ΚΑΙ ΑΠΟΣΤΟΛΗ Φ.Ε.Κ. : τηλεφωνικά : 210 - 407 1010, fax : 210 - 407 1010 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 δικαιώματος 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 εισπραχής (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



01001761107050020



2833

# ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

## ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 176

11 Ιουλίου 2005

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3370

*Οργάνωση και λειτουργία των υπηρεσιών δημόσιας υγείας και λοιπές διατάξεις.*

### Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

##### Άρθρο 1

Η δημόσια υγεία είναι επένδυση για τη διατήρηση και βελτίωση του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας. Ως δημόσια υγεία ορίζεται το σύνολο των οργανωμένων δραστηριοτήτων της πολιτείας και της κοινωνίας, που είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και αποβλέπουν στην πρόληψη νοσημάτων, στην προστασία και την προαγωγή της υγείας του πληθυσμού, στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Η δημόσια υγεία έχει χαρακτήρα πολυτομεακό, απευθύνεται κυρίως σε πληθυσμούς και κοινότητες και, ως έννοια, είναι ευρύτερη της υγιεινής και της πρόληψης ή της κοινωνικής ιατρικής ή της ιατρικής στη δημόσια υγεία. Η δημόσια υγεία περιλαμβάνει διατομεακές δραστηριότητες και ασκείται με διεπιστημονική μεθοδολογία και προσέγγιση. Η δημόσια υγεία είναι, πρωτίστως, άσκηση δημόσιας πολιτικής και γίνεται με την ευθύνη του κράτους.

##### Άρθρο 2

Στενά συνδεδεμένες με την έννοια της δημόσιας υγείας είναι οι έννοιες της ανάπτυξης και προαγωγής της υγείας, της εκτίμησης των επιπτώσεων στην υγεία διαφόρων πολιτικών και προγραμμάτων, της διαχείρισης του κινδύνου για την υγεία, της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών και των συνθηκών διαβίωσης, καθώς και των προτε-

ραιοτήτων για την υγεία. Στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας περιλαμβάνονται, επίσης, ο σχεδιασμός και η αποτίμηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των υγειονομικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων. Δράσεις που σχετίζονται με την κοινωνική φροντίδα και τις ειδικές ανάγκες ευάλωτων ομάδων του πληθυσμού, που ζουν σε μειονεκτικές, κοινωνικά, συνθήκες, όπως η φτώχεια, η ανεργία, το γήρας, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η απουσία εισοδήματος, και η προσπάθεια άμβλυνσης των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία, περιέχονται στην ευρύτερη έννοια της δημόσιας υγείας.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

##### Άρθρο 3

Η δημόσια υγεία περιλαμβάνει ευρύτατες λειτουργίες και δράσεις, οι κυριότερες των οποίων είναι:

- (α) Η παρακολούθηση και εκτίμηση της υγείας του πληθυσμού και των βιολογικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που την επηρεάζουν.
- (β) Η προστασία και προαγωγή της υγείας και η πρόληψη των νοσημάτων.
- (γ) Ο έλεγχος και η αποτελεσματική διαχείριση των λοιμωδών νοσημάτων και των άλλων νοσημάτων υψηλού κινδύνου και επιπολασμού.
- (δ) Η προάσπιση των αναγκών υγείας των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού.
- (ε) Η αντιμετώπιση των έκτακτων και αναδυόμενων κινδύνων και των απρόβλεπτων συνθηκών και συμβάντων από φυσικά ή άλλα αίτια.
- (στ) Η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων και των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.
- (ζ) Η εκτίμηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξη μέτρων βελτίωσής τους.

(η) Η εκτίμηση των συνεπειών στη δημόσια υγεία από τα επιτεύγματα της ιατρικής επιστήμης, της βιολογίας και της γενετικής.

(θ) Η ανάπτυξη πολιτικών που προάγουν την υγεία και τη βιωσιμότητα και η διατήρηση, βελτίωση και ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου της χώρας.

#### Άρθρο 4

Η δημόσια υγεία ασκείται από την κεντρική και την περιφερειακή διοίκηση, την αυτοδιοίκηση, τις μονάδες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, στην κοινότητα και στους χώρους ομαδικής διαβίωσης και εργασίας και, γενικά, σε κάθε χώρο κοινωνικής δραστηριότητας. Οι παρεμβάσεις της δημόσιας υγείας είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες και ασκούνται με βάση τους κανόνες της βιοηθικής και της ιατρικής δεοντολογίας.

#### Άρθρο 5

Οι υπηρεσίες δημόσιας υγείας παρέχονται από ειδικούς επιστήμονες που ανήκουν στο Σώμα Λειτουργιών Δημόσιας Υγείας και έχουν την απαιτούμενη εκπαίδευση και εμπειρία. Στο Σώμα Λειτουργιών Δημόσιας Υγείας συμμετέχουν επιστήμονες από τον ευρύτερο χώρο των επιστημών της υγείας, του περιβάλλοντος, της επικοινωνίας, της εκπαίδευσης, των κοινωνικών και οικονομικών επιστημών.

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### Άρθρο 6

Οι πολιτικές και οι στρατηγικές δημόσιας υγείας διαμορφώνονται σύμφωνα με τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας και βασίζονται στις ακόλουθες προϋποθέσεις:

- 1) Στη διατομεακή συνεργασία σε κεντρικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο, στο σχεδιασμό και στις εφαρμογές σε πληθυσμιακή βάση, στη δημιουργία ενιαίων διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων.
- 2) Στη διεπιστημονική προσέγγιση και στις παρεμβάσεις στους καθημερινούς χώρους ζωής και εργασίας και στην ενεργό συμμετοχή του πολίτη.
- 3) Στη χρησιμοποίηση επιστημονικά τεκμηριωμένων παρεμβάσεων με καθορισμένους βραχυπρόθεσμους και μακροπρόθεσμους στόχους.
- 4) Στην αντιμετώπιση των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία του πληθυσμού και στον αποτελεσματικό έλεγχο και στη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου.
- 5) Στην προσαρμοστικότητα στις υπηρεσίες υγείας, στην άρση των ανισοτήτων, την ικανοποίηση των αναγκών των φτωχών και των ευπαθών ομάδων και στην προαγωγή υγιών τρόπων ζωής.

#### Άρθρο 7

Η Εθνική Στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία διαμορφώνεται σύμφωνα με όσα ορίζονται στο άρθρο 6 και αποβλέπει στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.

Ειδικότερα, η Εθνική Στρατηγική για τη Δημόσια Υγεία:

α) καθορίζει τους μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους της δημόσιας υγείας,

β) περιγράφει τις δράσεις και τις παρεμβάσεις σε όλους τους τομείς της κοινωνικής ζωής,

γ) προσδιορίζει τους φορείς, τους τομείς και τα επίπεδα της διοίκησης που έχουν την ευθύνη για την πολυτομεακή και διατομεακή εφαρμογή αυτής και τη διεπιστημονική και τεκμηριωμένη προσέγγιση,

δ) δεσμεύει όλες τις υπηρεσίες και τους φορείς της δημόσιας υγείας.

#### Άρθρο 8

Στο πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής για τη Δημόσια Υγεία:

1) Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση του Εθνικού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας, ιεραρχούνται οι προτεραιότητες για την πολιτική δημόσιας υγείας και διαμορφώνεται τετραετής Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη δημόσια υγεία, το οποίο υποβάλλεται στο Κοινοβούλιο. Το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη δημόσια υγεία καθορίζει τις δράσεις και τα προγράμματα, η εφαρμογή των οποίων είναι υποχρεωτική για την περιφερειακή διοίκηση και την αυτοδιοίκηση. Οι απαιτούμενες πιστώσεις για την υλοποίηση του Εθνικού Σχεδίου Δράσης εγγράφονται κατ' έτος σε ειδικό φορέα του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2) Καθιερώνεται η αξιολόγηση των επιπτώσεων στην υγεία για πολιτικές και προγράμματα μείζονος έκτασης, όταν ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. προτείνει τις προϋποθέσεις για την απόκτηση της ικανότητας και της τεχνογνωσίας για τη δημιουργία μηχανισμού στον τομέα της αξιολόγησης των επιπτώσεων στην υγεία.

3) Οι υπηρεσίες και οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας που χαρακτηρίζονται ως Εθνικά Προγράμματα Δημόσιας Υγείας, μετά από εισήγηση του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. και απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, παρέχονται δωρεάν από τους αρμόδιους ιατροασφαλιστικούς φορείς ή άλλες εντεταλμένες δημόσιες υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένων των μέτρων ενεργητικής ανασοποίησης του πληθυσμού, του προσωποπρωματικού ελέγχου κατά φύλο και ηλικία, καθώς και των προγραμμάτων ελέγχου μειζόνων παραγόντων κινδύνου.

4) Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από εισήγηση του Ε.ΣΥ.Δ.Υ., καθορίζονται, στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, οι πολιτικές και οι παρεμβάσεις δημόσιας υγείας, των οποίων η εφαρμογή είναι υποχρεωτική για τις περιφέρειες και τις αυτοδιοικήσεις πρώτου και δεύτερου βαθμού. Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας και οι Νομαρχιακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας υποχρεούνται σε ετήσια αναφορά πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στη Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με τις Περιφέρειες και τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις, της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

5) Όλοι οι φορείς άσκησης περιφερειακής, νομαρχιακής και τοπικής δράσης στη δημόσια υγεία υποχρεούνται σε ετήσια αναφορά για την υγεία του πληθυσμού και τις υπηρεσίες υγείας της εμβέλειάς τους, η οποία υποβάλ-

λεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

6) Οι Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις υποχρεούνται να διενεργούν υγειονομικούς και περιβαλλοντικούς ελέγχους και να αποστέλλουν τα αποτελέσματά τους, σε ηλεκτρονική μορφή, στη Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

7) Προωθούνται και υποστηρίζονται δράσεις, στο επίπεδο της κοινότητας, και παρέχονται κίνητρα σε δίκτυα δημόσιας υγείας και οργανώσεις της κοινωνίας των πολιτών για την υλοποίησή τους.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' ΟΡΓΑΝΑ ΚΑΙ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

##### Άρθρο 9

Οι βασικές οργανωτικές δομές της δημόσιας υγείας είναι:

(α) Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

(β) Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

(γ) Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας.

(δ) Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας της τοπικής αυτοδιοίκησης πρώτου και δεύτερου βαθμού.

(ε) Οι Υπηρεσίες, οι Οργανισμοί και οι άλλοι φορείς, που προσφέρουν υπηρεσίες στον τομέα της δημόσιας υγείας.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε' ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

##### Άρθρο 10

Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ανιστάται και λειτουργεί Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας, η οποία υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχει ως αποστολή την προάσπιση της δημόσιας υγείας.

##### Άρθρο 11

Η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας έχει την ακόλουθη αποστολή:

1) Την καθοδήγηση και υποστήριξη του συστήματος δημόσιας υγείας.

2) Τη διαμόρφωση των κατάλληλων προϋποθέσεων για τη δημιουργία ενός ισχυρού και αποτελεσματικού συστήματος δημόσιας υγείας.

3) Την επίβλεψη και την καθοδήγηση δημιουργίας νέων οργανισμών ή επέκτασης των υφιστάμενων οργανισμών και υπηρεσιών στη δημόσια υγεία.

4) Την ανάπτυξη στενής συνεργασίας με τις υπηρεσίες περιθαλψής και φροντίδας για θέματα δημόσιας υγείας.

5) Τη συνεργασία με άλλα Υπουργεία για την ανάπτυξη διατομεακών πολιτικών και προγραμμάτων για τη δημόσια υγεία.

6) Τη συνεργασία με τους Γενικούς Γραμματείς της Περιφέρειας για την προώθηση και βελτίωση των παρεμβάσεων στη δημόσια υγεία.

##### Άρθρο 12

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ανιστάται θέση Γενικού Γραμματέα Δημόσιας Υγείας με βαθμό 1ο της κατηγορίας Ειδικών Θέσεων. Ο Γενικός Γραμματέας Δημόσιας Υγείας εισηγείται για τη χάραξη και την εφαρμογή της κυβερνητικής επιλογής στον τομέα της δημόσιας υγείας.

2. Στη Γενική Γραμματεία Δημόσιας Υγείας ανιστώνται οι ακόλουθες θέσεις μόνιμων υπαλλήλων:

Α. Κατηγορία ΠΕ:

α) Κλάδος ΠΕ Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., θέσεις τρεις.

β) Κλάδος ΠΕ Διοικητικός - Οικονομικός, θέσεις δύο.

Β. Κατηγορία ΤΕ:

α) Κλάδος ΤΕ Εποπτών Δημόσιας Υγιεινής, θέση μία.

β) Κλάδος ΤΕ Επισκεπτών - Επισκεπτριών Υγείας, θέση μία.

γ) Κλάδος ΤΕ Διοικητικός - Λογιστικός, θέσεις πέντε.

3. Οι ανωτέρω θέσεις καλύπτονται με μετακίνηση προσωπικού που υπηρετεί στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και με απόσπαση προσωπικού που υπηρετεί σε Ν.Π.Δ.Δ. που εποπτεύονται από αυτό. Η απόσπαση διενεργείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από αίτηση του υπαλλήλου, κατά παρέκκλιση των κειμένων διατάξεων.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

##### Άρθρο 13

1. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι αρμόδια για την υλοποίηση μέτρων στο πλαίσιο του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία, τον έλεγχο των υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και την παρακολούθηση και εποπτεία της εφαρμογής των πολιτικών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Προστασία της Δημόσιας Υγείας.

2. Ειδικότερα, η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Καταρτίζει εισηγήσεις για τη δημιουργία πολιτικών και στρατηγικών δημόσιας υγείας.

β) Συνεργάζεται στενά με το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. για την ανάπτυξη του Εθνικού Σχεδίου Δράσης για τη Δημόσια Υγεία.

γ) Συντονίζει τους φορείς που είναι αρμόδιοι για την εφαρμογή των πολιτικών δημόσιας υγείας.

δ) Συνεργάζεται με το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. και το Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (Κ.ΕΠΙΧ. - Σ.Ο.Τ.Υ.) στη διαχείριση του κινδύνου και στη λήψη αποφάσεων ταχείας αντίδρασης και εφαρμογής κατάλληλων μέτρων, με βάση την επιστημονική τεκμηρίωση και τα αποτελέσματα αξιολόγησης του κινδύνου από τους αρμόδιους φορείς.

ε) Τηρεί Μητρώο Λειτουργών Δημόσιας Υγείας και Μητρώο Εμπειρογνομώνων Δημόσιας Υγείας.

στ) Εφοδιάζει τους υπαλλήλους που ασκούν υγειονομικούς ελέγχους με τα απαραίτητα έγγραφα για την απρόσκοπτη εκτέλεση των καθηκόντων τους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται η διαδικασία έκδοσης, το περιεχόμενο και ο τύπος των ανωτέρω εγγράφων.

3. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας συγκροτείται από τις παρακάτω Διευθύνσεις και αυτοτελή Τμήματα:

- α. Διεύθυνση Δημόσιας Υγιεινής
- β. Διεύθυνση Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος
- γ. Διεύθυνση Φαρμάκων και Φαρμακείων
- δ. Διεύθυνση Συντονισμού και Συνεργασίας με Περιφέρειες και Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις
- ε. Διεύθυνση Στοματικής Υγείας
- στ. Αυτοτελές Τμήμα Χάρτη Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
- ζ. Αυτοτελές Τμήμα Εξαρτησιογόνων Ουσιών.

Οι αρμοδιότητες των ανωτέρω Διευθύνσεων και Αυτοτελών Τμημάτων και τα θέματα στελέχωσής τους καθορίζονται από τον Οργανισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

4. Η Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας συντονίζει και εποπτεύει τα Δίκτυα Δημόσιας Υγείας (Δ.Δ.Υ.). Ως Δ.Δ.Υ. ορίζονται τα εργαστήρια, οι κλινικές και οι άλλες μονάδες υγειονομικού ενδιαφέροντος που έχουν ως αντικείμενο την επιστημονική παρακολούθηση, τον έλεγχο και την αντιμετώπιση ενός νοσήματος ή παράγοντα κινδύνου ή απειλής με υψηλή προτεραιότητα για τη δημόσια υγεία. Οι ανωτέρω φορείς αναγνωρίζονται ως Δ.Δ.Υ. με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται μετά από αιτιολογημένη πρόταση του Δ.Σ. του Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων.

#### Άρθρο 14

1. Η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας, η οποία προβλέπεται στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 3172/2003 μετονομάζεται σε Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, εντάσσεται στην οργανωτική δομή της οικείας Δ.Υ.Π.Ε. και διατηρεί τις αρμοδιότητες που περιγράφονται στην παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 2503/1997, καθώς και τη διάρθρωσή της σε Τμήματα. Εξαιρείται το Τμήμα Πρόνοιας που προβλέπεται στην παράγραφο 4.6 του άρθρου 11 του ν. 3172/2003, το οποίο παραμένει στην οργανωτική δομή της αντίστοιχης Περιφέρειας. Στις Περιφέρειες όπου λειτουργούν περισσότερες από μία Δ.Υ.Π.Ε., η Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας εντάσσεται στη μεγαλύτερη από αυτές. Οι οργανικές θέσεις της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της κάθε Περιφέρειας μεταφέρονται αυτοδικαίως στην αντίστοιχη Δ.Υ.Π.Ε.. Οι μόνιμοι υπάλληλοι που υπηρετούν στις Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών, καθώς και όσοι υπηρετούν με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου μεταφέρονται στις Δ.Υ.Π.Ε. με την ίδια σχέση εργασίας. Η μεταφορά του προσωπικού διενεργείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2. Ο Προϊστάμενος της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας είναι ιατρός Διευθυντής Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., επιλέγεται από το Συμβούλιο Επιλογής Ιατρών Δημόσιας Υγείας και έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Έχει την ευθύνη της οργάνωσης, συντονισμού και ελέγχου της Διεύθυνσης, ώστε αυτή να ανταποκρίνεται στην αποστολή της, να εξασφαλίζεται η αποτελεσματική της λειτουργία και να αναπτύσσει τη συνεργασία με τις

λοιπές υπηρεσίες της Δ.Υ.Π.Ε, τις νομαρχιακές ή άλλες υπηρεσίες δημόσιας υγείας και τις υπηρεσίες υγείας.

β) Ασκεί ιεραρχικό και πειθαρχικό έλεγχο σε όλους τους υπαλλήλους της υπηρεσίας και μπορεί να αναθέτει τη διενέργεια ένορκης διοικητικής εξέτασης σε οποιονδήποτε υπάλληλο της Διεύθυνσης. Επίσης, μπορεί να επιβάλλει τις πειθαρχικές ποινές της επίπληξης και του προστίμου μέχρι του ύψους των αποδοχών δέκα ημερών.

γ) Λαμβάνει όλες τις αναγκαίες αποφάσεις για την εκπόνηση των σκοπών και των στόχων της Διεύθυνσης, στα πλαίσια των γενικών κατευθύνσεων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

δ) Αποφασίζει, χωρίς την έγκριση σκοπιμότητας από άλλο όργανο, για την υλοποίηση με τη νόμιμη διαδικασία προγραμμάτων προστασίας της δημόσιας υγείας, ποσού μέχρι δεκαπέντε χιλιάδες (15.000) ευρώ.

ε) Εισηγείται τη σύσταση πάσης φύσεως επιτροπών εργασίας ή ομάδων εκτέλεσης συγκεκριμένου έργου στη Διεύθυνση.

στ) Εισηγείται στο αρμόδιο όργανο την έκδοση περιφερειακών υγειονομικών διατάξεων.

ζ) Καταρτίζει την ετήσια έκθεση πεπραγμένων του έργου και των δραστηριοτήτων της Διεύθυνσης και συντάσσει την «Τακτική έκθεση για τη Δημόσια Υγεία στην Περιφέρεια», της παρ. 6 του άρθρου 13 του ν. 3172/2003.

η) Ασκεί κάθε άλλη αρμοδιότητα που είναι αναγκαία για την αποτελεσματική και αποδοτική λειτουργία της υπηρεσίας.

3. Στις οργανικές μονάδες της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας τοποθετούνται ως προϊστάμενοι μέλη του Σώματος Λειτουργών Δημόσιας Υγείας. Το προσωπικό αυτών των Διευθύνσεων υπάγεται στα Υπηρεσιακά Συμβούλια, στα οποία υπάγονται και οι υπόλοιποι υπάλληλοι των Δ.Υ.Π.Ε., με εξαίρεση τον Προϊστάμενο της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και το λοιπό ιατρικό προσωπικό του κλάδου ΠΕ Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., το οποίο, για όλα τα θέματα της υπηρεσιακής του κατάστασης, υπάγεται στο Συμβούλιο Επιλογής Ιατρών Δημόσιας Υγείας και, για τα πειθαρχικά του παραπτώματα, υπάγεται στο Κεντρικό Πειθαρχικό Συμβούλιο του κλάδου Ιατρών Ε.Σ.Υ..

4. Η Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας υλοποιεί, στη γεωγραφική περιοχή της περιφέρειας, τις πολιτικές και τις παρεμβάσεις Δημόσιας Υγείας του Εθνικού Σχεδίου Δράσης, ενώ οργανώνει, μόνη της ή σε συνεργασία με άλλες υπηρεσίες δημόσιας υγείας, ειδικά προγράμματα για την προστασία και προαγωγή της δημόσιας υγείας, είτε στο σύνολο της Περιφέρειας αρμοδιότητάς της είτε σε συγκεκριμένα τμήματα, περιοχές ή ομάδες του πληθυσμού. Για καθένα από τα προγράμματα αυτά η Διεύθυνση συντάσσει το αναφερόμενο στην παρ. 1 του άρθρου 12 του ν. 3172/2003 τεχνικό δελτίο, το οποίο υποβάλλεται προς έγκριση στο Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας της Περιφέρειας.

5. Ο Προϊστάμενος της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας συμμετέχει στην Ολομέλεια του Συμβουλίου Υγειονομικής Περιφέρειας των Δ.Υ.Π.Ε., το οποίο προβλέπεται στην παρ. 4 του άρθρου 6 του ν. 3329/2005.

6. Σε κάθε Δ.Υ.Π.Ε. συγκροτείται Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας, που αποτελείται από τα ακόλουθα μέλη:

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

β) Τον αρμόδιο Γενικό Διευθυντή της Περιφέρειας, ως Αντιπρόεδρο, με αναπληρωτή του το νόμιμο αναπληρωτή του.

γ) Τον προϊστάμενο της Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας της Δ.Υ.ΠΕ., με αναπληρωτή του τον προϊστάμενο του Τμήματος Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Επαγγελματιών Υγείας της Δ.Υ.ΠΕ..

δ) Τους Διευθυντές των Νομαρχιακών Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας των οικείων Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, με αναπληρωτές τους τους νόμιμους αναπληρωτές τους.

ε) Στις Υγειονομικές Περιφέρειες στις οποίες υπάρχουν Πανεπιστημιακές Κλινικές, έναν εκπρόσωπο του Ιατρικού Τμήματος, ο οποίος δραστηριοποιείται σε αντικείμενο σχετικό με τη δημόσια υγεία και ορίζεται, με τον αναπληρωτή του, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

(στ) Τον Διευθυντή του Εργαστηρίου Βιοπαθολογίας του μεγαλύτερου Νοσοκομείου της Περιφέρειας, με αναπληρωτή του το νόμιμο αναπληρωτή του.

ζ) Τον Διευθυντή του Π.Ε.Δ.Υ., με αναπληρωτή του το νόμιμο αναπληρωτή του.

η) Τον πρόεδρο του Επιστημονικού Συμβουλίου του μεγαλύτερου νοσοκομείου της Περιφέρειας με αναπληρωτή του το νόμιμο αναπληρωτή του.

θ) Τον Διευθυντή Κτηνιατρικής Υπηρεσίας μιας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της οικείας Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται από την Ένωση Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων Ελλάδος (Ε.Ν.Α.Ε.).

ι) Τον Διευθυντή Περιβάλλοντος μιας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της οικείας Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται από την Ε.Ν.Α.Ε..

ια) Τον Διευθυντή Γεωργίας μιας Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης της οικείας Περιφέρειας, με τον αναπληρωτή του, οι οποίοι ορίζονται από την Ε.Ν.Α.Ε..

ιβ) Τον προϊστάμενο της περιφερειακής υπηρεσίας του Γενικού Χημείου του Κράτους, με αναπληρωτή του το νόμιμο αναπληρωτή του.

ιγ) Τον προϊστάμενο της περιφερειακής διεύθυνσης του Ε.Φ.Ε.Τ., με αναπληρωτή του το νόμιμο αναπληρωτή του.

ιδ) Έναν προϊστάμενο, αρμόδιο για τη δημόσια υγεία, ενός δήμου της Περιφέρειας, που προτείνεται μαζί με τον αναπληρωτή του από την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε..

7. Η θητεία του Περιφερειακού Συμβουλίου είναι τριετής και η συγκρότησή του γίνεται με πράξη του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ., με την οποία ορίζεται και ένας υπάλληλος του Τμήματος Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας και Επαγγελματιών Υγείας της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας, ως Γραμματέας του Συμβουλίου. Το Περιφερειακό Συμβούλιο Δημόσιας Υγείας έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Συντονίζει τις δράσεις δημόσιας υγείας όλων των συμμετεχόντων φορέων και υπηρεσιών της Περιφέρειας.

β) Γνωμοδοτεί, εισηγείται ή αποφασίζει για κάθε θέμα σχετικό με την ανάπτυξη υπηρεσιών, προγραμμάτων και δράσεων δημόσιας υγείας στην Περιφέρεια.

γ) Γνωμοδοτεί για κάθε ερώτημα σχετικό με τη δημόσια υγεία, το οποίο τίθεται από τα όργανα διοίκησης της συγκεκριμένης Περιφέρειας.

δ) Γνωμοδοτεί για κάθε ερώτημα σχετικό με τη δημόσια υγεία, το οποίο τίθεται από τις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις ή τις Δημοτικές Αρχές της συγκεκριμένης Περιφέρειας.

8. Οι Περιφερειακές Διευθύνσεις Δημόσιας Υγείας των Δ.Υ.ΠΕ. ασκούν την εποπτεία και τον έλεγχο των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των δημοτικών ή κοινοτικών υπηρεσιών που ασκούν δραστηριότητες δημόσιας υγείας. Όλες οι παραπάνω υπηρεσίες και φορείς υποχρεούνται να παρέχουν πληροφορίες και συνδρομή στην Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας για την επίτευξη του έργου της και τον αποτελεσματικό συντονισμό των δράσεων όλων των φορέων σε επίπεδο Περιφέρειας.

9. Οι Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Ο.Τ.Α. υποχρεούνται:

α) να εφαρμόζουν τις αποφάσεις και τις εγκυκλίους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας·

β) να διευκολύνουν τον έλεγχο που ασκείται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ. ή της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας·

γ) να παρέχουν κάθε στοιχείο ή πληροφορία που ζητείται από τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, της Περιφερειακής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας και του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ.·

δ) να υποβάλλουν στην Περιφερειακή Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας, εντός του πρώτου διμήνου κάθε έτους, έκθεση πεπραγμένων και αποτελεσμάτων για το αντικείμενο των αρμοδιοτήτων τους κατά το προηγούμενο έτος, εκτίμηση της κατάστασης της δημόσιας υγείας και ετήσιο προγραμματισμό δράσης.

10. Σε περίπτωση εμφάνισης κινδύνου για τη δημόσια υγεία, ο Διοικητής της Δ.Υ.ΠΕ. μπορεί να εκδίδει περιφερειακές υγειονομικές διατάξεις για την προστασία της δημόσιας υγείας, μετά από εισήγηση του Διευθυντή Δημόσιας Υγείας και γνώμη του Περιφερειακού Συμβουλίου Δημόσιας Υγείας. Οι περιφερειακές υγειονομικές διατάξεις μπορούν να έχουν ισχύ είτε στο σύνολο είτε σε μέρος της συγκεκριμένης Περιφέρειας ή να έχουν καθορισμένη διάρκεια ισχύος.

11. Η παρ. 8 του άρθρου 14 του ν. 2920/2001 (ΦΕΚ 131 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«8. Το Αεροϋγειονομείο που λειτουργεί εντός του Ελευθέρου Αερολιμένα Αθηνών «Ελευθέριος Βενιζέλος» υπάγεται στη Β' Υγειονομική Περιφέρεια Αττικής, στην οποία και μεταφέρονται οι οργανικές του θέσεις. Με εισήγηση του Διοικητή της Δ.Υ.ΠΕ. και απόφαση του Γενικού Γραμματέα της Περιφέρειας Αττικής, χωρίς γνώμη των υπηρεσιακών συμβουλίων, δύναται να αποσπώνται, για χρονικό διάστημα μέχρι τριών μηνών, υπάλληλοι δημοσίων υπηρεσιών και νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου της Περιφέρειας για κάλυψη αυξημένων αναγκών του Αεροϋγειονομείου, σε περιπτώσεις που αυτές δεν είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν από το υπηρετούν προσωπικό. Οι αποσπώμενοι κατά το χρόνο της απόσπασης εξακολουθούν να λαμβάνουν πλήρεις τις τακτικές και πάσης φύσεως πρόσθετες απολαβές της οργανικής τους θέσης από την υπηρεσία στην οποία οργανικά ανήκουν.»



**Άρθρο 15****Σύσταση και Λειτουργία Κέντρου Επιχειρήσεων  
Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας  
(Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ.) του Υπουργείου Υγείας  
και Κοινωνικής Αλληλεγγύης**

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Κέντρο Επιχειρήσεων Συντονιστικού Οργάνου Τομέα Υγείας (Κ.ΕΠΙΧ.- Σ.Ο.Τ.Υ.), το οποίο υπάγεται απευθείας στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2. Αποστολή του Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ. είναι ο συντονισμός των φορέων που έχουν την ευθύνη για την υλοποίηση δράσεων σχετικών με την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων που αφορούν στη δημόσια υγεία και στο χώρο της υγείας γενικότερα, η παρακολούθηση και ο συντονισμός των συστημάτων εφημερίας των νοσοκομείων, με σκοπό τη βελτίωση και την ποιοτική αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τον πολίτη.

3. Ο συντονισμός αναφέρεται, ιδίως, στην αντιμετώπιση εκτάκτων συνθηκών, συνίσταται δε στον ακριβή καθορισμό αρμοδιοτήτων των εμπλεκόμενων φορέων σε καταστάσεις κρίσης.

4. Το Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ., σε συνεργασία με το Ε.ΣΥ.Δ.Υ., τις Γενικές Διευθύνσεις και τους εποπτευόμενους φορείς του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκπονεί επιχειρησιακά σχέδια αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών.

5. Το Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ. απαρτίζεται από: α) το Κέντρο Επιχειρήσεων (Κ.ΕΠΙΧ.), β) το Συμβούλιο του Σ.Ο.Τ.Υ. και γ) τη Διεύθυνση Κ.ΕΠΙΧ. του Σ.Ο.Τ.Υ.. Η Διεύθυνση Κ.ΕΠΙΧ. του Σ.Ο.Τ.Υ. αποτελείται από το Τμήμα Οργάνωσης, Υποστήριξης και Παρακολούθησης Διαδικασιών και το Τμήμα Υποστήριξης Κέντρου Επιχειρήσεων.

6. Οι υποστηρικτικές δομές του Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ. λειτουργούν καθημερινά και σε εικοσπετράωρη βάση.

7. Οι λεπτομέρειες οργάνωσης, στελέχωσης και λειτουργίας, καθώς και οι προϋποθέσεις ενεργοποίησης του Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ. καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, χωρίς αύξηση του συνόλου των οργανικών θέσεων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

**Άρθρο 16****Πεδίο παρέμβασης και συντονισμού  
του Κ.ΕΠΙΧ. - Σ.Ο.Τ.Υ.**

1. Το Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ. συντονίζει, για την αντιμετώπιση εκτάκτων καταστάσεων, τους ακόλουθους φορείς:

α. Τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

β. Τις Υπηρεσίες των Δ.Υ.Π.Ε., των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων και των Ο.Τ.Α. Α' βαθμού, που παρέχουν υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης.

γ. Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και τα Ν.Π.Ι.Δ. που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

δ. Τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης του ιδιωτικού τομέα, που εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της

Κυβερνήσεως, μπορούν να συνιστώνται Περιφερειακά Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ., χωρίς αύξηση των οργανικών θέσεων του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται η έδρα, η κατά τόπον αρμοδιότητα, η διάρθρωση και οι αρμοδιότητες κάθε Περιφερειακού Κ.ΕΠΙΧ.-Σ.Ο.Τ.Υ..

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'****ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Ε.ΣΥ.Δ.Υ.)****Άρθρο 17**

1. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ., το οποίο συστάθηκε με το άρθρο 5 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α'), μετατρέπεται σε ανεξάρτητη Αρχή, με αποστολή την εποπτεία της εφαρμογής του παρόντος νόμου και την ενάσκηση των αρμοδιοτήτων που της ανατίθενται κάθε φορά.

2. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ., ως ανεξάρτητη Αρχή, έχει δικό του προϋπολογισμό και γραμματεία και δεν υπόκειται σε οποιονδήποτε διοικητικό έλεγχο. Κατά την ενάσκηση των καθηκόντων τους τα μέλη του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. απολαμβάνουν προσωπικής και λειτουργικής ανεξαρτησίας. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. υπάγεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έχει έδρα την Αθήνα.

3. Οι πιστώσεις για τη λειτουργία του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. εγγράφονται σε ειδικό φορέα στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Τον προϋπολογισμό της Αρχής εισηγείται ο Πρόεδρος της, ο οποίος είναι και διατάκτης των δαπανών της, στον Υπουργό Οικονομίας και Οικονομικών.

**Άρθρο 18**

1. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. είναι εποπτική, επιστημονική, συντονιστική, γνωμοδοτική και διαιτητική Αρχή, που στηρίζεται και λειτουργεί με βάση αποδεδειγμένες, τεκμηριωμένες και αναγνωρισμένες γνώσεις στο χώρο της δημόσιας υγείας.

2. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες:

α) Ασκεί την επιστημονική εποπτεία των φορέων δημόσιας υγείας που εποπτεύονται διοικητικά από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης με βάση επιστημονικώς τεκμηριωμένα κριτήρια αξιολόγησης και εναρμονίζει, επιστημονικά, το προγραμματικό έργο όλων των φορέων που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία μέσα στο πλαίσιο και τις προτεραιότητες που θέτει ο εθνικός στρατηγικός σχεδιασμός για τη δημόσια υγεία.

β) Συντάσσει Ετήσια Αναφορά για την Κατάσταση της Υγείας του Ελληνικού Πληθυσμού, η οποία υποβάλλεται στη Βουλή, και εκπονεί το Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία σε συνεργασία με τις υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

γ) Σε περίπτωση έγερσης αμφισβητήσεων σχετικά με θέματα δημόσιας υγείας, διευθετεί προβλήματα που προκύπτουν από την επικάλυψη αρμοδιοτήτων φορέων δημόσιας υγείας.

δ) Αξιολογεί την ποιότητα των αντιδράσεων διαχείρισης κρίσεων από τους εκάστοτε εμπλεκόμενους φορείς και αποτιμά τη συμμόρφωσή τους με συστάσεις και κατευθυντήριες οδηγίες.

ε) Συνεργάζεται με αντίστοιχες Αρχές άλλων Κρατών, Οργανισμούς και Ιδρύματα, σε ζητήματα που άπτονται των αρμοδιοτήτων της και εισηγείται, σχετικά, στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

στ) Καθορίζει, σε συνεργασία με το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, τα στοιχεία και τους δείκτες που συλλέγονται από το Χάρτη Υγείας, ο οποίος προβλέπεται στο άρθρο 18 του ν. 3172/2003, σχετικά με την υγεία των πολιτών και τη χρήση και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, ενώ, παράλληλα, ελέγχει και διασφαλίζει την ποιότητά τους.

ζ) Συντάσσει ετήσια έκθεση πεπραγμένων, η οποία υποβάλλεται στη Βουλή των Ελλήνων.

3. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. γνωμοδοτεί για θέματα δημόσιας υγείας είτε αυτεπαγγέλτως είτε κατόπιν ερωτήματος του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

#### Άρθρο 19

##### Συγκρότηση και λειτουργία του Ε.ΣΥ.Δ.Υ.

1. Η Αρχή συγκροτείται από τον Πρόεδρο και έξι μέλη. Ως Πρόεδρος ορίζεται πρόσωπο που έχει ιδιαίτερο επιστημονικό και κοινωνικό κύρος, έχει διακριθεί στην Ελλάδα ή και στο εξωτερικό για τις γνώσεις του, την πείρα και την προσφορά του σε θέματα δημόσιας υγείας και δύναται να συμβάλλει στη διαμόρφωση της εθνικής πολιτικής στο χώρο της δημόσιας υγείας.

2. Ο Πρόεδρος της Αρχής είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και διορίζεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργικού Συμβουλίου, ύστερα από εισήγηση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και γνώμη της Επιτροπής Θεσμών και Διαφάνειας της Βουλής. Με την ίδια διαδικασία επιλέγεται και διορίζεται ο αναπληρωτής του Προέδρου. Τα μέλη της Αρχής, καθώς και οι αναπληρωτές τους διορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

3. Η θητεία του Προέδρου, των μελών της Αρχής και των αναπληρωτών τους είναι τριετής και μπορεί να ανανεωθεί μία μόνο φορά. Σε περίπτωση θανάτου, παραίτησης ή έκπτωσης μέλους της Αρχής, διορίζεται νέο μέλος για το υπόλοιπο της θητείας. Η θητεία των μελών της Αρχής παρατείνεται αυτοδικαίως μέχρι το διορισμό νέων.

4. Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Αρχής διορίζονται με ισάριθμους αναπληρωτές, οι οποίοι πρέπει να διαθέτουν τις ίδιες ιδιότητες και προσόντα. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι μηνιαίες αποδοχές του Προέδρου του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. και η αποζημίωση των μελών του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. για κάθε συνεδρίαση στην οποία συμμετέχουν. Οι εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις σχετικά με τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων προσώπων, με εντολή του Δημοσίου, για εκτέλεση υπηρεσίας, έχουν εφαρμογή και για τη μετακίνηση των μελών και των υπαλλήλων της Γραμματείας του Ε.ΣΥ.Δ.Υ.. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης.

5. Ως μέλη της Αρχής ορίζονται:

- α) ένας επιστήμονας με ειδικευση στην επιδημιολογία,
- β) ένας επιστήμονας με ειδικευση στην προαγωγή της υγείας,
- γ) ένας επιστήμονας με ειδικευση στον έλεγχο των λοιμωδών νοσημάτων,
- δ) ένας επιστήμονας με ειδικευση στη διαχείριση των χρονίων νοσημάτων,
- ε) ένας επιστήμονας με ειδικευση στα οικονομικά και στις πολιτικές δημόσιας υγείας,
- στ) ένας επιστήμονας με ειδικευση σε θέματα υγιεινής του περιβάλλοντος.

6. Στα μέλη της Αρχής και στους αναπληρωτές τους που ανήκουν στο Διδακτικό Επιστημονικό Προσωπικό Α.Ε.Ι., επιτρέπεται η άσκηση των καθηκόντων τους στο οικείο Α.Ε.Ι., με καθεστώς πλήρους απασχόλησης.

7. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. συνεδριάζει ύστερα από πρόσκληση του Προέδρου. Ο Πρόεδρος υποχρεούται να συγκαλέσει το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. ύστερα από αίτηση τριών τουλάχιστον μελών του. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. συνεδριάζει νόμιμα όταν στη σύνθεσή του μετέχουν τουλάχιστον τέσσερα μέλη (απαρτία) συμπεριλαμβανομένου του Προέδρου ή του αναπληρωτή του. Οι αποφάσεις του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. λαμβάνονται με την πλειοψηφία των παρόντων. Σε περίπτωση ισοψηφίας, υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των άρθρων 14 και 15 του ν. 2690/1999.

8. Ο Πρόεδρος του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. είναι διοικητικός προϊστάμενος του προσωπικού της Γραμματείας, ασκεί την επί αυτού πειθαρχική εξουσία και μπορεί να επιβάλει πειθαρχική ποινή επίπληξης ή και προστίμου ίσου προς το ήμισυ των μηνιαίων αποδοχών του εγκαλουμένου. Ο Πρόεδρος εκπροσωπεί το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. δικαστικώς και εξωδικώς. Ο Πρόεδρος μπορεί να αναθέτει την εκπροσώπηση του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. σε μέλος του ή σε υπάλληλό του. Ο Πρόεδρος μπορεί να εξουσιοδοτεί μέλος του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. ή ανώτερο υπάλληλό του να υπογράφει, με εντολή του Προέδρου, έγγραφα, εντάλματα ή άλλες πράξεις.

9. Ενδικο βοηθήματα κατά των αποφάσεων του Ε.ΣΥ.Δ.Υ. μπορεί να ασκεί και το Δημόσιο δια του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού.

10. Κάθε δημόσια αρχή υποχρεούται να παρέχει τη συνδρομή της στο Ε.ΣΥ.Δ.Υ..

11. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. συνεπικουρείται στο έργο του από την Επιστημονική Επιτροπή, η οποία συγκροτείται από δεκαπέντε επιστήμονες που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και καλύπτουν τα παρακάτω γνωστικά αντικείμενα: βιοηθική, γενετική, διατροφική, επιδημιολογία, ιατρική εργασία, στοματική φροντίδα, έλεγχος λοιμωδών νοσημάτων, χρόνια νοσήματα, ψυχική υγεία, παιδιατρική, βιοπαθολογία ή εργαστηριακή δημόσια υγεία, οικονομικά και πολιτικές της υγείας, προαγωγή υγείας, υγιεινή του φυσικού περιβάλλοντος και κλινική φαρμακολογία. Στην Επιστημονική Επιτροπή συμμετέχουν ο Γενικός Διευθυντής Υγείας και ο Γενικός Διευθυντής Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι Διευθυντές των Διευθύνσεων Δημόσιας Υγιεινής και Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής του Περιβάλλοντος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Επίσης μπορεί να συμμετέχουν και άλλοι υπηρεσιακοί παράγοντες, εκπρόσωποι φορέων και, κατά περίπτωση, ειδικοί σε διάφορους τομείς, ανάλογα με το θέμα συζήτησης. Η Επιστημονική Επιτροπή έχει ρόλο γνωμοδοτικό και συμβουλευτικό και η συμμετοχή των μελών της είναι άμισθη. Συγκαλείται τακτικά τουλάχιστον μία φορά κάθε τρίμηνο και έκτακτα όταν κριθεί αναγκαίο από τον Πρόεδρο του Ε.ΣΥ.Δ.Υ..

12. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. υποστηρίζεται στο έργο του από τη Γραμματεία του. Η οργάνωση της Γραμματείας, η διαίρεσή της σε τμήματα και οι επί μέρους αρμοδιότητές τους, ο αριθμός των θέσεων του προσωπικού κατά κλάδους και ειδικότητες, ο ελάχιστος αριθμός υπαλλήλων κατά τμήμα, ο εσωτερικός κανονισμός οργάνωσης και λειτουργίας του Ε.ΣΥ.Δ.Υ., η κατανομή αρμοδιοτήτων μεταξύ των μελών του, η διαδικασία ακρόασης των ενδιαφερομένων, θέματα πειθαρχικής διαδικασίας και κάθε άλλη

αναγκαία λεπτομέρεια καθορίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από εισήγηση του Ε.ΣΥ.Δ.Υ., η οποία διατυπώνεται μέσα σε δύο μήνες από τη συγκρότησή του.

13. Η πλήρωση όλων των θέσεων της Γραμματείας, καθώς και η υπηρεσιακή κατάσταση του προσωπικού της, γίνονται σύμφωνα με τα οριζόμενα στο άρθρο 4 παρ. 1, 2, 3, 5 και 6 του ν. 3051/2002. Για το σκοπό αυτόν, συνιστώνται υπηρεσιακό συμβούλιο και δευτεροβάθμιο πειθαρχικό συμβούλιο, όπως ορίζεται στο άρθρο 4 παρ. 3 του ίδιου νόμου. Κατά την πρώτη εφαρμογή του παρόντος, η πλήρωση των θέσεων προϊσταμένων υπηρεσιακών μονάδων της Γραμματείας μπορεί να γίνει και με απόσπαση ή με μετάταξη υπαλλήλων βαθμού Α' ή αντίστοιχου του Δημοσίου ή Ν.Π.Δ.Δ., με τη συναίνεση των αποσπώμενων ή μετατασσόμενων υπαλλήλων. Διορισμός γίνεται μόνο στις θέσεις που δε θα πληρωθούν με απόσπαση ή με μετάταξη, μετά από δημόσια προκήρυξη. Για την απόσπαση ή τη μετάταξη απαιτείται γνώμη του οικείου υπηρεσιακού συμβουλίου της υπηρεσίας από την οποία αποσπάται ή μετατάσσεται ο υπάλληλος. Τον προϊστάμενο της Γραμματείας επιλέγει η Αρχή, κατά παρέκκλιση από κάθε άλλη διάταξη. Ο χρόνος της προηγούμενης υπηρεσίας των αποσπώμενων ή μετατασσόμενων από Ν.Π.Δ.Δ. λογίζεται ως χρόνος πραγματικής δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια.

14. Το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. συγκροτείται από τα εξής Γραφεία:

- α) Γραφείο Προέδρου
- β) Γραφείο Αναφοράς Υγείας του Πληθυσμού και Στρατηγικού Σχεδιασμού
- γ) Γραφείο Επιστημονικής Εποπτείας και Συντονισμού Φορέων Δημόσιας Υγείας και Δικτύων Δημόσιας Υγείας
- δ) Γραφείο Εκπαίδευσης και Ερευνας
- ε) Γραφείο Διεθνούς συνεργασίας
- στ) Γραφείο Δικαιωμάτων Πολίτη, το οποίο επιλαμβάνεται περιπτώσεων παραβίασης του δικαιώματος πρόσβασης σε υπηρεσίες δημόσιας υγείας.

Η δημιουργία επιπλέον Γραφείων καθορίζεται από τον Κανονισμό Οργάνωσης και Λειτουργίας του Ε.ΣΥ.Δ.Υ..

15. Μέσα σε τρεις μήνες από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, διορίζεται ο Πρόεδρος και τα μέλη του Ε.ΣΥ.Δ.Υ., καθώς και οι αναπληρωτές τους, και εκδίδεται απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με την οποία καθορίζεται ο χρόνος έναρξης της λειτουργίας του Ε.ΣΥ.Δ.Υ.. Από το διορισμό των μελών του και μέχρι την πλήρωση των θέσεων της Γραμματείας του, σύμφωνα με την παρ. 13 του άρθρου αυτού, το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. εξυπηρετείται από προσωπικό το οποίο αποσπάται προσωρινά σε αυτό, με απόφασή του, κατά παρέκκλιση από κάθε άλλη διάταξη. Έως ότου το Ε.ΣΥ.Δ.Υ. λειτουργήσει, η εκκαθάριση των δαπανών του γίνεται από τη Διεύθυνση Οικονομικού της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, σε βάρος του προϋπολογισμού του.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η'**  
**ΑΝΑΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ ΤΟΥ Κ.Ε.Ε.Α.**  
**ΚΑΙ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Άρθρο 20**

1. Το Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων (Κ.Ε.Ε.Α.),

το οποίο ιδρύθηκε με το άρθρο 26 του ν. 2071/1992, μετονομάζεται σε Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.), διατηρεί τη μορφή του ως Ν.Π.Ι.Δ., εποπτευόμενο απευθείας από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λειτουργεί σύμφωνα με τις ιδρυτικές του και λοιπές ισχύουσες διατάξεις, σε συνδυασμό με τους όρους του παρόντος νόμου.

2. Το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. συγκροτείται από τις ακόλουθες Διευθύνσεις:

- (α) Διεύθυνση Λοιμωδών Νοσημάτων και Επειγόντων Συμβάντων
- (β) Διεύθυνση Πρόληψης Χρονίων μη-Λοιμωδών Νοσημάτων
- (γ) Διεύθυνση Πρόληψης και ελέγχου ατυχημάτων
- (δ) Διεύθυνση Περιβαλλοντικής Υγιεινής
- (ε) Διεύθυνση Κεντρικού Εργαστηρίου Δημόσιας Υγείας (Κ.Ε.Δ.Υ.)
- (στ) Διεύθυνση Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας
- (ζ) Διοικητικού Συντονισμού και Στήριξης.

Το Εθνικό Αρχείο Νεοπλασιών, το οποίο υπαγόταν στη Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εντάσσεται στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ..

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καταρτίζεται ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., με τον οποίο κατανέμονται και εντάσσονται ανά Διεύθυνση υφιστάμενα και νέα Τμήματα και Γραφεία, καθορίζονται οι αρμοδιότητες κάθε Διεύθυνσης, συνιστώνται θέσεις προσωπικού και ρυθμίζονται όλες οι λεπτομέρειες για την οργάνωση και λειτουργία του.

4. α) Το προσωπικό που υπηρετεί στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου κατά την ημερομηνία δημοσίευσης του Εσωτερικού Κανονισμού Λειτουργίας του, κατατάσσεται σε αντίστοιχες οργανικές θέσεις που συνιστώνται με αυτόν, κατόπιν απόφασης του Διοικητικού Συμβουλίου. Οι οργανικές θέσεις που δεν καλύπτονται από το υπάρχον προσωπικό, σύμφωνα με τα παραπάνω, προκηρύσσονται σύμφωνα με τη διαδικασία που προβλέπει ο Εσωτερικός Κανονισμός Λειτουργίας του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ..

β) Το προσωπικό του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που υπηρετεί στο Κ.Ε.Δ.Υ. κατά την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού, με σχέση δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, λογίζεται αυτοδικαίως αποσπασμένο στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.. Η άρση της απόσπασης γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται μετά από εισήγηση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ..

γ) Με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του συναρμόδιου Υπουργού, επιτρέπεται, ύστερα από αίτησή τους, η απόσπαση υπαλλήλων Υπουργείων, Ν.Π.Δ.Δ. και λοιπών φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., για την εξυπηρέτηση υπηρεσιακών αναγκών, για χρονικό διάστημα ενός έτους με δυνατότητα παράτασης ενός, ακόμη, έτους. Οι αποδοχές του προσωπικού αυτού βαρύνουν το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.. Ο χρόνος υπηρεσίας των αποσπώμενων στο ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. λογίζεται ως χρόνος υπηρεσίας στην οργανική τους θέση.

δ) Ιατρικό και λοιπό προσωπικό του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. μπορεί να διατίθεται σε φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα, κατόπιν υπογραφής προγραμματικής σύμβασης μεταξύ του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και του αντίστοιχου φορέα, στην

οποία ρυθμίζονται οι όροι της συνεργασίας, ο σκοπός της, ο αριθμός των εργαζομένων που διατίθενται, τα καθήκοντα και οι όροι απασχόλησής τους και κάθε σχετική λεπτομέρεια.

5. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου 44 του ν. 3204/2003 (ΦΕΚ 296 Α') τροποποιείται ως εξής:

«Σε περιπτώσεις επιδημιών, ηθελημένης ή τυχαίας απελευθέρωσης βιολογικών ή χημικών παραγόντων, εισόδου λαθρομεταναστών και κάθε έκτακτης ανάγκης που δημιουργεί κίνδυνο για τη δημόσια υγεία, το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. επεμβαίνει άμεσα με κινητές μονάδες, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και κάθε πρόσφορο μέσο για την προστασία της δημόσιας υγείας.»

6. Εργαστήρια, Τμήματα των Α.Ε.Ι. και της Ε.Σ.Δ.Υ. και Μονάδες Νοσοκομείων ή άλλων φορέων του ευρύτερου δημόσιου τομέα μπορούν να αναγνωρίζονται ως Κέντρα Αναφοράς για συγκεκριμένα θέματα δημόσιας υγείας και να τους ανατίθενται αντίστοιχα ερευνητικά προγράμματα ή μελέτες ή και παροχή εξειδικευμένων σχετικών υπηρεσιών με απόφαση του Δ.Σ. του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.. Για την αναγνώριση Τμημάτων των Α.Ε.Ι. απαιτείται η προηγούμενη έγκριση του Υπουργού Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Οι όροι και οι προϋποθέσεις της συνεργασίας του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. με τα Κέντρα Αναφοράς καθορίζονται με προγραμματική σύμβαση μεταξύ του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και του φορέα στον οποίο υπάγονται τα Τμήματα ή οι Μονάδες.

7. Η αρμοδιότητα της επιδημιολογικής επιτήρησης των λοιμωδών νοσημάτων ασκείται και συντονίζεται από το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ..

8. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., καθορίζονται τα νοσήματα υποχρεωτικής δήλωσης, τα οποία πρέπει να δηλώνονται και να καταχωρούνται στο αρχείο κρουσμάτων λοιμωδών νοσημάτων του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ., σύμφωνα με την παρ. 1 του άρθρου 44 του ν. 3204/2003. Με τις ίδιες αποφάσεις, καθορίζεται κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια για τη δήλωση των νοσημάτων υποχρεωτικής δήλωσης.

9. Τα Περιφερειακά Εργαστήρια Δημόσιας Υγείας μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες μονάδες του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. και βρίσκονται σε λειτουργική διασύνδεση με το Κεντρικό Εργαστήριο Δημόσιας Υγείας. Οι πάσης φύσεως αμοιβές του προσωπικού τους βαρύνουν το ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ..

10. Στους πόρους του ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ. περιλαμβάνονται έσοδα από τη διαχείριση κονδυλίων ερευνητικών, αναπτυξιακών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων και προγραμμάτων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης που προέρχονται από χρηματοδότηση αντίστοιχων προγραμμάτων και αποσκοπούν στην προαγωγή της δημόσιας υγείας.

#### Άρθρο 21

1. Οι Τομείς Κοινωνικής Ιατρικής των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. μετονομάζονται σε Τομείς Δημόσιας Υγείας. Οι Τομείς Δημόσιας Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης νοσημάτων, προαγωγής και προστασίας της υγείας, ελέγχου και αντιμετώπισης των νοσοκομειακών λοιμώξεων σε συνεργασία με τις Επιτροπές Νοσοκομειακών Λοιμώξεων των Νοσοκομείων, διαχείρισης των νοσοκομειακών αποβλήτων, ελέγχου της ποιότητας τροφίμων, υγιεινής και ασφάλειας της εργασίας των εργαζομένων στο νοσοκομείο, καθώς και σε παραγωγικές μονάδες και επιχειρήσεις της περιοχής του. Επίσης, συμβάλλουν

στον αποτελεσματικό σχεδιασμό και στην αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, αναπτύσσουν την κλινική επιδημιολογία και τη βιοστατιστική και αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του και στον καλύτερο συντονισμό με τις υπηρεσίες υγείας και φροντίδας άλλων μονάδων και φορέων. Οι τομείς Δημόσιας Υγείας αναπτύσσονται στα Νοσοκομεία Ε.Σ.Υ. που διαθέτουν πάνω από 100 κλίνες.

2. Τα Τμήματα Επισκεπτών Υγείας των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. εντάσσονται στους Τομείς Δημόσιας Υγείας των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ..

3. Η ειδικότητα της Κοινωνικής Ιατρικής μετονομάζεται σε ειδικότητα Ιατρικής της Δημόσιας Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται το αντικείμενο εκπαίδευσης στην ειδικότητα, οι προϋποθέσεις απόκτησής της, καθώς και η κατανομή των θέσεων ειδικευομένων ανά Δ.Υ.ΠΕ..

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ'

#### ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΘΕΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ

#### Άρθρο 22

1. Συνιστάται Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας με χαρακτήρα διεπιστημονικό, του οποίου τα μέλη πρέπει να διαθέτουν ειδικές σπουδές ή και προύπηρεσία στο χώρο της δημόσιας υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται τα κριτήρια και η διαδικασία ένταξης στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας των διαφόρων επαγγελματιών υγείας (ιατροί, οδοντίατροι, φαρμακοποιοί, κτηνίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνιολόγοι, υγιεινολόγοι μηχανικοί, νοσηλεύτες, μαιές, τεχνολόγοι τροφίμων, διατροφολόγοι, επιδημιολόγοι, βιοστατιστικοί διοίκησης υπηρεσιών υγείας και άλλοι επιστήμονες που διαθέτουν τίτλους σπουδών στον τομέα της δημόσιας υγείας). Στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας μπορούν να ενταχθούν οι επόπτες δημόσιας υγείας και οι επισκέπτες υγείας που κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών στη δημόσια υγεία ή πενταετή προύπηρεσία.

2. Στο προσωπικό που εντάσσεται στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας χορηγείται μηνιαίο επίδομα αυξημένης ευθύνης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται το ύψος του επιδόματος για κάθε κατηγορία προσωπικού του Σώματος και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια για την καταβολή του.

3. Εντός διετίας από τη συγκρότηση του Σώματος Λειτουργών Δημόσιας Υγείας, οι θέσεις Προισταμένων Διευθύνσεων της Γενικής Διεύθυνσης Δημόσιας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εξαιρουμένης της Διεύθυνσης Φαρμάκων και Φαρμακείων και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, καταλαμβάνονται από Ιατρούς ή Οδοντίατρους Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. που είναι μέλη του Σώματος. Στη Διεύθυνση Υγειονομικής Μηχανικής και Υγιεινής Περιβάλλοντος του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, θέση Διευθυντή μπορούν να καταλάβουν Υγιεινολόγοι Μηχανικοί ή Ιατροί ή Οδοντίατροι Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. που είναι μέλη του Σώματος Λειτουργών Δημόσιας Υγείας.

**Άρθρο 23**

1. Ιατροί ή οδοντίατροι του κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., καθώς και φαρμακοποιοί Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν, κατά την ημερομηνία δημοσίευσής του νόμου αυτού, σε υπηρεσίες της Κεντρικής Υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή άλλων Υπουργείων, καθώς και σε υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Περιφερειών και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, δύνανται να ενταχθούν, μετά από αίτησή τους, στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας.

2. Οι παρακάτω υπάλληλοι:

α. ιατροί και οδοντίατροι του κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., οι οποίοι προσλήφθηκαν σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν. 2519/1997,

β. ιατροί και οδοντίατροι του κλάδου Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., οι οποίοι εντάχθηκαν στον κλάδο σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 3β του άρθρου 16 του ν. 3172/2003,

γ. ιατροί και οδοντίατροι της παραγράφου 3β του άρθρου 16 του ν. 3172/2003 για τους οποίους δεν έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία σύστασης θέσεων, ένταξης και κατάταξης στον κλάδο Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ.,

οι οποίοι υπηρετούν, κατά την ημερομηνία δημοσίευσής του νόμου αυτού, σε υπηρεσίες της κεντρικής υπηρεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ή σε υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας και Υγιεινής των Περιφερειών και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, κατατάσσονται σε βαθμό ανάλογο με τα χρόνια της συνολικής τους προϋπηρεσίας στη Δημόσια Υγεία ως εξής:

- Με συνολική προϋπηρεσία άνω των δεκατριών ετών, σε βαθμό Διευθυντή

- Με συνολική προϋπηρεσία άνω των επτά και μέχρι δεκατριών ετών, σε βαθμό Α΄

- Με συνολική προϋπηρεσία μέχρι επτά ετών, σε βαθμό Β΄.

Η κατάταξη των Ιατρών και Οδοντιών της περίπτωσης γ΄ πραγματοποιείται μετά την ολοκλήρωση της κατάταξής τους στον κλάδο Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ..

3. Επιτρέπεται η μετάταξη ιατρών που υπηρετούν σε εποπτευόμενους από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης φορείς και οργανισμούς, καθώς και σε άλλα Υπουργεία, προς την Κεντρική Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και προς τις Υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων. Η μετάταξη διενεργείται, μετά από αίτηση του ιατρού, με κοινή απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του κατά περίπτωση αρμόδιου Υπουργού, κατά παρέκκλιση κάθε άλλης διάταξης.

**Άρθρο 24**

1. Εντός τριετίας από την ημερομηνία δημοσίευσής του νόμου αυτού γίνεται η προκήρυξη των κενών θέσεων ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. κατά βαθμό, για μεν τις Κεντρικές Υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, για δε τις υπηρεσίες των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων από τον Νομάρχη.

2. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δη-

μόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ., καθορίζεται ο αναγκαίος αριθμός Ιατρών Δημόσιας Υγείας ανά περιφέρεια.

3. Οι διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου 11 του ν. 3172/2003 εφαρμόζονται και για τους ιατρούς Δημόσιας Υγείας που υπηρετούν στις Νομαρχιακές Αυτοδιοικήσεις.

**Άρθρο 25**

1. Οι κενές θέσεις Ιατρών Δημόσιας Υγείας προκηρύσσονται και στους τρεις βαθμούς. Οι θέσεις με βαθμό Διευθυντή και με βαθμό Α΄ καταλαμβάνονται, κατά 60 %, από υπηρετούντες σε θέση αμέσως κατώτερου βαθμού που προάγονται βαθμολογικά κατά τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 16 του ν. 3172/2003 και, κατά 40 %, ύστερα από προκήρυξη.

2. Για την κατάληψη θέσης Διευθυντή απαιτείται δεκαετής κατοχή τίτλου ειδικότητας ή μεταπτυχιακού τίτλου και αντίστοιχη προϋπηρεσία, ενώ για την κατάληψη θέσης στο βαθμό Β΄ και στο βαθμό Α΄ απαιτούνται τα προβλεπόμενα στην παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997.

**Άρθρο 26**

Δραστηριότητες προαγωγής της υγείας και πρόληψης της νόσου, που αναπτύσσονται από Κέντρα Υγείας, σχεδιάζονται σε συνεργασία με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας σε νομαρχιακό ή και περιφερειακό επίπεδο και εντάσσονται στο στρατηγικό σχεδιασμό και στις προτεραιότητες της περιφέρειας. Τα Νοσοκομεία Ε.Σ.Υ. συνεργάζονται με τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας του Νομού ή της Περιφέρειας, συμμετέχοντας στη σύνταξη της αναφοράς υγείας και στο σχεδιασμό παρεμβάσεων δημόσιας υγείας.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ΄  
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ****Άρθρο 27**

1. Οι επαγγελματίες και επιστήμονες δημόσιας υγείας που εντάσσονται στο Σώμα Λειτουργών Δημόσιας Υγείας υποχρεούνται σε δια βίου επαγγελματική εκπαίδευση, η ελάχιστη ετήσια διάρκεια της οποίας προσδιορίζεται από το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ., σε εγκεκριμένα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης των Α.Ε.Ι., των Τ.Ε.Ι., της Ε.Σ.Δ.Υ. ή άλλων αναγνωρισμένων επιστημονικών φορέων.

2. Τα προγράμματα και οι φορείς επαγγελματικής εκπαίδευσης εγκρίνονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μετά από γνώμη του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ..

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων καθορίζονται οι λεπτομέρειες προκήρυξης, αξιολόγησης και χρηματοδότησης ερευνητικών και εκπαιδευτικών προγραμμάτων τα οποία υπηρετούν τους στόχους της εθνικής στρατηγικής και του σχεδίου δράσης για τη δημόσια υγεία, όπως προτείνονται από το Ε.Σ.Υ.Δ.Υ..

**Άρθρο 28**

Οι βασικοί κλάδοι εξειδίκευσης στη δημόσια υγεία περιλαμβάνουν την επιδημιολογία, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή υγείας, το σχεδιασμό και την αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας και παρεμβάσεων, την πολιτική υγείας και την περιβαλλοντική υγιεινή. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μετά από γνώμη του Ε.Σ.Υ.Δ.Υ., είναι δυνατή η δημιουργία άλλων εξειδικεύσεων, ανάλογα με τις ειδικές ανάγκες και ιδιαιτερότητες του συστήματος δημόσιας υγείας και τις διεθνείς επιστημονικές εξελίξεις.

**Άρθρο 29**

Στους Καθηγητές της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας χορηγείται μηνιαίως επίδομα διδακτικής προετοιμασίας ύψους 587 ευρώ, επίδομα βιβλιοθήκης ύψους 411 ευρώ και ειδικό ερευνητικό επίδομα ύψους 426 ευρώ. Στους Επιμελητές και Επιστημονικούς Συνεργάτες της Ε.Σ.Δ.Υ. με διδακτορικό, καθώς και στο λοιπό διδακτικό προσωπικό με διδακτορικό χορηγείται μηνιαίως επίδομα διδακτικής προετοιμασίας ύψους 528 ευρώ, επίδομα βιβλιοθήκης ύψους 264 ευρώ και ειδικό ερευνητικό επίδομα ύψους 386 ευρώ. Στους Επιμελητές και Επιστημονικούς Συνεργάτες της Ε.Σ.Δ.Υ. χωρίς διδακτορικό χορηγείται μηνιαίως επίδομα διδακτικής προετοιμασίας ύψους 176 ευρώ, επίδομα βιβλιοθήκης ύψους 264 ευρώ και ειδικό ερευνητικό επίδομα ύψους 316 ευρώ. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής εφαρμόζονται από την 1η Ιουλίου 2006.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΑ΄  
ΤΕΛΙΚΕΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ  
ΓΙΑ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

**Άρθρο 30**

Τα Διασυνοριακά Κέντρα Δημόσιας Υγείας (Δι.ΚΕ.Δ.Υ.) εντάσσονται ως διακριτές υπηρεσίες υγείας στα πλησιέστερα Κέντρα Υγείας ή Νοσοκομεία της περιοχής δράσης τους. Οι οργανικές θέσεις που έχουν συσταθεί με την πράξη ίδρυσής τους μεταφέρονται στα αντίστοιχα Κέντρα Υγείας ή Νοσοκομεία.

**Άρθρο 31**

Από την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού καταργούνται οι ακόλουθες διατάξεις του ν. 3172/2003: άρθρο 1, άρθρο 2, άρθρο 3 παράγραφοι 1 και 2, άρθρο 4, άρθρο 5, άρθρο 6, άρθρο 7, άρθρο 8, άρθρο 9 παράγραφοι 2, 8, 9 και 12.1, 12.2, 12.3, 12.4, άρθρο 10 παράγραφοι 1, 2 και 3, άρθρο 11 παράγραφοι 1, 3ε, 4.5, 5, 8.2, 10, άρθρο 13 παράγραφοι 1, 2, 3 και 5 και άρθρο 14 παρ. 3.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΒ΄  
ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ Ε.Σ.Υ. ΜΕ Ν.Π.Ι.Δ.  
ΚΟΙΝΩΦΕΛΟΥΣ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**

**Άρθρο 32**

Επιτρέπεται η συνεργασία μεταξύ Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, κοινω-

φελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία προσφέρουν υπηρεσίες υγείας. Για την έναρξη της συνεργασίας απαιτείται απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία εκδίδεται ύστερα από τις σχετικές αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων του Νοσοκομείου Ε.Σ.Υ. και του Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με τις οποίες καθορίζονται και οι τομείς στους οποίους εκτείνεται η συνεργασία.

**Άρθρο 33**

1. Η συνεργασία μπορεί να αφορά είτε στον επιστημονικό και εκπαιδευτικό τομέα είτε στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας είτε και στους δύο τομείς.

2. Στον επιστημονικό και εκπαιδευτικό τομέα, η συνεργασία μπορεί να αφορά στις ακόλουθες δραστηριότητες:

- α) στην από κοινού διοργάνωση σεμιναρίων, μαθημάτων, διαλέξεων και συνεδρίων,
- β) στην από κοινού εκπόνηση και εκτέλεση ερευνητικών προγραμμάτων,
- γ) στην εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού και των σπουδαστών των νοσηλευτικών σχολών,
- δ) στην ανταλλαγή επιστημονικών υπηρεσιών,
- ε) στη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών.

3. Στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, η συνεργασία αφορά στη νοσηλεία ασθενών στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας των Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Οι ασθενείς αυτοί παραπέμπονται στις ανωτέρω Μ.Ε.Θ. από τους ιατρούς του συνεργαζόμενου Νοσοκομείου Ε.Σ.Υ. και νοσηλεύονται από το προσωπικό της Μ.Ε.Θ. του Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Για την εκπλήρωση του ως άνω σκοπού, το νοσοκομείο Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα διαθέτει ποσοστό των κλινών της Μ.Ε.Θ. του για την περιθαλψη ασθενών που παραπέμπονται από το συνεργαζόμενο νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ.. Το ποσοστό αυτών των κλινών, καθώς και οι λοιπές δεσμεύσεις των συνεργαζόμενων νοσηλευτικών ιδρυμάτων, οι οποίες απορρέουν από τη μεταξύ τους συνεργασία, καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία εκδίδεται ύστερα από τις σχετικές αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων των οικείων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Η διακομιδή των ασθενών από το Νοσοκομείο Ε.Σ.Υ. στο Νοσοκομείο Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα γίνεται από το Ε.Κ.Α.Β.. Σε περίπτωση επειγόντος περιστατικού, η διακομιδή μπορεί να γίνει απευθείας από το Ε.Κ.Α.Β. στο Νοσοκομείο Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, εφόσον αυτό προβλέπεται στην υπουργική απόφαση του ανωτέρω εδαφίου.

4. Η νοσηλεία των ασθενών των ασφαλιστικών ταμείων που παραπέμπονται από το Νοσοκομείο Ε.Σ.Υ. ή απευθείας από το Ε.Κ.Α.Β. στο Νοσοκομείο Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, χρεώνεται για τις ιατρικές πράξεις (κλινικές και εργαστηριακές) σύμφωνα με την κοστολόγηση που προβλέπεται για τα Νοσοκομεία Ε.Σ.Υ. (κλειστό νοσήλιο). Η δαπάνη νοσηλείας καταβάλλεται απευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς στο Νοσοκομείο Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Κάθε επέκταση της συνεργασίας μεταξύ Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. και Νοσοκομείων Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλλη-

λεγγύης, η οποία εκδίδεται ύστερα από τις σχετικές αποφάσεις των Διοικητικών Συμβουλίων των οικείων νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

#### Άρθρο 34

Νοσηλευτικά ιδρύματα που λειτουργούν με τη μορφή νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου, κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, μπορούν να αναγνωρίζονται ως κατάλληλα για την άσκηση ιατρών προς χορήγηση ειδικότητας. Η αναγνώριση αυτή γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται ο αριθμός των ειδικευμένων στο Νοσοκομείο Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και η διάρκεια ειδικεύσεως που δίδεται από το Νοσοκομείο αυτό. Οι πάσης φύσεως αμοιβές των ειδικευμένων καταβάλλονται από το Νοσοκομείο Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Το ως άνω Νοσοκομείο, εφόσον αναγνωρισθεί ως κατάλληλο για τη χορήγηση ειδικότητας, υποχρεούται να τηρεί λίστα αναμονής των υποψηφίων, η οποία τίθεται υπό την εποπτεία της αρμόδιας Διεύθυνσης του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η εγγραφή στη λίστα αναμονής του Νοσοκομείου Ν.Π.Ι.Δ. κοινωφελούς μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα δεν αφαιρεί το δικαίωμα των υποψηφίων να υποβάλουν αίτηση για ειδικεύση και σε Νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. Η ειδικεύση που πραγματοποιείται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος άρθρου είναι ισότιμη με την ειδικεύση που χορηγείται από τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΓ' ΡΥΘΜΙΣΕΙΣ Ε.Κ.Α.Β.

##### Άρθρο 35

#### Καθεστώς απασχόλησης Αντιπροέδρων Ε.Κ.Α.Β.

\* Στην παρ. 4 του άρθρου 24 του ν. 3204/2003 (ΦΕΚ 296 Α') προστίθεται εδάφιο ε' ως εξής:

«ε. Ένας από τους δύο Αντιπροέδρους του Ε.Κ.Α.Β. διορίζεται με καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης. Το ύψος των αποδοχών αυτού του Αντιπροέδρου καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στον ανωτέρω Αντιπρόεδρο καταβάλλεται οικογενειακή παροχή σύμφωνα με το άρθρο 11 του ν. 3205/2003 (ΦΕΚ 297 Α'), καθώς και επίδομα εορτών και αδειας, σύμφωνα με το άρθρο 9 του ν. 3205/2003. Οι διατάξεις αυτού του εδαφίου εφαρμόζονται από την 1η Ιανουαρίου 2005.»

##### Άρθρο 36

#### Ραδιοδίκτυα Ε.Κ.Α.Β.

1. Το εδάφιο β' της παρ. 3 του άρθρου 2 του ν.δ. 1244/1972 αντικαθίσταται ως εξής:

«Για τα σταθερά και κινητά ραδιοδίκτυα των Ενόπλων Δυνάμεων, των Σωμάτων Ασφαλείας, των Υπουργείων Ναυτιλίας, Μεταφορών και Επικοινωνιών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, και των Εμπορικών πλοίων, των οποίων οι σταθμοί λειτουργούν στις ζώνες που προβλέπονται από τον Κανονισμό Ραδιοεπικοινωνιών.»

2. Το εδάφιο α' της παρ. 2Α' του άρθρου 1 του ν. 2801/2000 (ΦΕΚ 46 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«Οι κατασκευές κεραίων των Ενόπλων Δυνάμεων, των Σωμάτων Ασφαλείας, του Λιμενικού Σώματος και του Εθνικού Κέντρου Άμεσης Βοήθειας (Ε.Κ.Α.Β.).»

#### Άρθρο 37

1. Η παρ. 3 του άρθρου 1 του π.δ. 412/1998 (ΦΕΚ 288 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«3. Εκκαθαριστές αποδοχών ορίζονται οι Διοικητικοί Διευθυντές για τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα του ν.δ. 2592/1953 και τα Παραρτήματα αυτών, ο Προϊστάμενος της Διεύθυνσης Διοικητικών και Οικονομικών Υπηρεσιών για την Κεντρική Υπηρεσία του Ε.Κ.Α.Β. και οι Διευθυντές των Παραρτημάτων και, ελλείψει αυτών, οι Προϊστάμενοι των Τμημάτων Προσωπικού και Οικονομικής Διαχείρισης, για τα Παραρτήματα του Ε.Κ.Α.Β.»

2. Το άρθρο 2 του π.δ. 412/1998 αντικαθίσταται ως εξής:

#### « Άρθρο 2

Η αποζημίωση για τις πρόσθετες αμοιβές του αναφερόμενου στο προηγούμενο άρθρο προσωπικού για επιμερίες, εργασία εξαιρέσιμων ημερών, νυκτερινών ωρών, υπερωριακή απασχόληση προς συμπλήρωση του υποχρεωτικού ωραρίου, καθώς και για υπερωριακή απασχόληση προς κάλυψη έκτακτων ή εποχικών αναγκών, καταβάλλεται με χρηματικά εντάλματα κατά τις ισχύουσες διατάξεις μέσω των Υπηρεσιών Δημοσιονομικού Ελέγχου (Υ.Δ.Ε.) των Νομών και Νομαρχιών σε βάρος του Ειδικού Φορέα «Υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας» και των οικείων κωδικών αριθμών εξόδων των Προϋπολογισμών των Νομών και Νομαρχιών που εδρεύουν τα Νοσηλευτικά Ιδρύματα. Για το Ε.Κ.Α.Β., οι ως άνω αποζημιώσεις καταβάλλονται με χρηματικά εντάλματα μέσω της Υπηρεσίας Δημοσιονομικού Ελέγχου της Νομαρχίας Αθηνών σε βάρος του Ειδικού Φορέα «Υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας». Στις παραπάνω Υ.Δ.Ε. είναι δυνατόν να διατίθενται διοικητικοί υπάλληλοι από τα οικεία Νοσηλευτικά Ιδρύματα, για τη διεκπεραίωση της διαδικασίας καταβολής των παραπάνω αποζημιώσεων.»

3. Στην παρ. Ε1 του άρθρου 20 του ν. 3172/2003 (ΦΕΚ 197 Α'), μετά το πέμπτο εδάφιο, προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Επίσης, επιτρέπεται η μετάταξη μόνιμων υπαλλήλων των κλάδων ΥΕ Οδηγών Αυτοκινήτων και ΥΕ Τραυματιοφορέων των Νοσοκομείων και Κέντρων Υγείας στο Ε.Κ.Α.Β., με τη σύμφωνη γνώμη του Ε.Κ.Α.Β., σε συνιστώμενες, με την απόφαση μετάταξης, προσωποπαγείς θέσεις του ίδιου κλάδου, οι οποίες καταργούνται αυτοδικαίως με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων από την υπηρεσία. Η μετάταξη επιτρέπεται υπό την προϋπόθεση ότι οι μετατασσόμενοι κατέχουν: α) επαγγελματική Άδεια Οδηγών αυτοκινήτων τουλάχιστον Γ' κατηγορίας και β) τριετή εμπειρία οδηγών αυτοκινήτων που διανύθηκε με άδεια οδήγησης τουλάχιστον Γ' κατηγορίας. Με την απόφαση μετάταξης καταργείται η οργανική θέση του Νοσοκομείου ή Κέντρου Υγείας που κατείχε ο μετατασσόμενος.»

4. Η προθεσμία που προβλέπεται στο τελευταίο εδάφιο της παρ. Ε1 του άρθρου 20 του ν. 3172/2003, η οποία λήγει την 6η Αυγούστου 2005, παρατείνεται για δύο έτη από τη λήξη της.

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΔ΄  
ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ**

**Άρθρο 38**

**Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης**

1. Το νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου με την επωνυμία «Εθνικό Συμβούλιο Κοινωνικής Φροντίδας» (Ε.Σ.Υ.Κ.Φ.), το οποίο συστήθηκε με την παρ. 1 του άρθρου 7 του ν. 3106/2003 (ΦΕΚ 30 Α'), μετονομάζεται σε «Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης» (Ι.Κ.Π.Α.).

2. Το εδάφιο η' της παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 3106/2003 αντικαθίσταται ως εξής:

«Αναπτύσσει την επιστημονική έρευνα στο χώρο της πρόνοιας και εκτελεί ερευνητικά έργα, στο πλαίσιο των προτεραιοτήτων της πολιτικής που καθορίζει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»

3. Στο τέλος της παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 3106/2003 προστίθενται εδάφια ια' έως ιζ', ως εξής:

« ια) Αναλαμβάνει μελέτες αξιολόγησης, μετά από συνεργασία και με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, πολιτικών, εθνικών προγραμμάτων και καινοτόμων προγραμμάτων.

ιβ) Διαχειρίζεται το 5 % του συνολικού ετήσιου καθαρού προϊόντος του κρατικού λαχείου κοινωνικής αντίληψης για την ανάπτυξη της επιστημονικής έρευνας στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας, το οποίο προβλέπεται στο άρθρο 16 του ν. 2646/1998.

ιγ) Τηρεί Εθνικό Μητρώο Ατόμων με Αναπηρίες που έχουν ανάγκη των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και διαφυλάσσει τον απόρρητο χαρακτήρα του. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από σύμφωνη γνώμη της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, καθορίζονται η διαδικασία και τα στοιχεία που εισάγονται στο Εθνικό Μητρώο Ατόμων με Αναπηρίες, καθώς και ο τρόπος διασφάλισης του απόρρητου χαρακτήρα του και κάθε άλλο σχετικό στοιχείο.

ιδ) Λειτουργεί, συντηρεί και αναπτύσσει τον Εθνικό Χάρτη Πρόνοιας.

ιε) Υποστηρίζει την ανάπτυξη, εφαρμογή και διάδοση καινοτόμων προγραμμάτων και καλών πρακτικών.

ιστ) Προτείνει μέτρα για την υποστήριξη, επιστημονική εποπτεία και συντονισμό των φορέων κοινωνικής φροντίδας και δημιουργεί εργαλεία ηλεκτρονικής διασύνδεσής τους.

ιζ) Δημιουργεί εργαλεία ηλεκτρονικής διασύνδεσης φορέων που απευθύνονται σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων που εξυπηρετούνται από το Εθνικό Σύστημα Κοινωνικής Αλληλεγγύης, όπως άτομα με αναπηρία, παιδιά και ηλικιωμένοι.»

4. Η παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 3106/2003 αντικαθίσταται ως εξής:

« 3. Το Ινστιτούτο Κοινωνικής Προστασίας και Αλληλεγγύης διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, με ισάριθμα αναπληρωματικά μέλη, το οποίο συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και αποτελείται από:

α) έναν Ψυχολόγο με εμπειρία στον τομέα της Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

β) έναν Κοινωνιολόγο με εμπειρία στον τομέα της Κοινωνικής Αλληλεγγύης,

γ) έναν Ιατρό με εμπειρία στα άτομα με αναπηρία (Α.Μ.Ε.Α),

δ) έναν Ειδικό Πληροφορικής, εξειδικευμένο σε πληροφοριακά συστήματα κοινωνικής αλληλεγγύης,

ε) δύο εκπροσώπους του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εκ των οποίων ο ένας πρέπει να είναι ειδικός σε θέματα πιστοποιήσεων,

στ) έναν εκπρόσωπο των εργαζομένων του Ινστιτούτου, ο οποίος εκλέγεται από το σύνολο των εργαζομένων στο Ινστιτούτο.

Τα μέλη των περιπτώσεων α' ως ε' ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»

5. Το εδάφιο 1 της παρ. 8 του άρθρου 7 του ν. 3106/2003 αντικαθίσταται ως εξής:

« Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από γνώμη του Δ.Σ. του Ι.Κ.Π.Α., καθορίζεται η διάρθρωση των υπηρεσιών του, συσταίνονται μέχρι τριάντα θέσεις μόνιμου ή και με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου προσωπικού, κατανέμονται οι οργανικές θέσεις ανά κατηγορία, κλάδο και ειδικότητα, και ορίζονται τα πρόσθετα προσόντα για την πλήρωσή τους.»

6. Μετά το τέλος της παρ. 17 του άρθρου 7 του ν. 3106/2003, προστίθενται παράγραφοι 18 και 19, ως εξής:

« 18. Το Δ.Σ. του Ι.Κ.Π.Α. μπορεί, με απόφασή του, να αναθέτει ένα εξειδικευμένο ερευνητικό ή μελετητικό έργο σε άλλους ερευνητικούς ή μελετητικούς φορείς. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζονται οι όροι, η διαδικασία και οι λοιπές λεπτομέρειες τέτοιων αναθέσεων.

19. Το Δ.Σ. του Ι.Κ.Π.Α. μπορεί να προσλαμβάνει, με σύμβαση έργου, εμπειρογνώμονες και ερευνητές για την υλοποίηση εξειδικευμένων ερευνητικών και μελετητικών έργων, τα οποία δεν είναι δυνατόν να εκτελεστούν από το προσωπικό του Ι.Κ.Π.Α.. Ο αριθμός των ερευνητών που μπορούν να απασχοληθούν, το ύψος της αμοιβής τους, καθώς και οι διαδικασίες και κάθε άλλη λεπτομέρεια σχετικά με την ανάθεση των έργων αυτών, καθορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ι.Κ.Π.Α.. Για τις αμοιβές αυτές το Ι.Κ.Π.Α. δεν επιχορηγείται από τον Κρατικό Προϋπολογισμό, μπορεί όμως να χρηματοδοτηθεί από κοινοτικά ή συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα, εφόσον συντρέχουν οι προς τούτο προϋποθέσεις.»

7. Η περίπτωση θ' της παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 3106/2003 αντικαθίσταται ως εξής:

«θ) Τηρεί το Εθνικό Μητρώο Υιοθεσιών και το Εθνικό Μητρώο Αναδόχων Ανηλίκων και διαφυλάσσει τον απόρρητο χαρακτήρα τους. Με απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μετά από σύμφωνη γνώμη της Αρχής Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, καθορίζονται η διαδικασία και τα στοιχεία που εισάγονται στο Εθνικό Μητρώο Υιοθεσιών, ο τρόπος διασφάλισης του απόρρητου χαρακτήρα του και κάθε άλλο σχετικό στοιχείο. Με όμοια απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζεται η διαδικασία και τα στοιχεία που εισάγονται στο Εθνικό Μητρώο Αναδόχων Ανηλίκων και ρυθμίζεται κάθε αναγκαία λεπτομέρεια.»



**Άρθρο 39****Ακίνητα ιδιοκτησίας Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και Δ.Υ.ΠΕ.**

Επιτρέπεται η δωρεάν παραχώρηση της χρήσης και η εκμίσθωση ακινήτων ιδιοκτησίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και των Δ.Υ.ΠΕ., τα οποία δεν προορίζονται για την υλοποίηση στεγαστικών προγραμμάτων, σε νομικά πρόσωπα δημοσίου και ιδιωτικού δικαίου εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθώς και στο Ι.Κ.Α.. Η παραχώρηση της χρήσης πραγματοποιείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, ύστερα από γνώμη του Συμβουλίου Κοινωνικής Κατοικίας και Αξιοποίησης Περιουσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, εφόσον δεν αντίκειται σε απαγορευτικούς όρους διαθήκης ή πράξης δωρεάς ή στις διατάξεις του ν. 2039/1939 (ΦΕΚ 455 Α'). Με την απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καθορίζεται η διάρκεια της παραχώρησης της χρήσης και οι υποχρεώσεις του φορέα προς τον οποίο γίνεται η παραχώρηση.

**Άρθρο 40****Μετάταξη προσωπικού στο Π.Γ.Ν. «Αττικόν»**

Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, των Κεντρικών Υπηρεσιών των πρώην Πε.Σ.Υ.Π., νυν Δ.Υ.ΠΕ., των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας και του Ε.Κ.Α.Β., με οποιαδήποτε σχέση εργασίας, το οποίο, κατά την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού, είναι αποσπασμένο και υπηρετεί στο Π.Γ.Ν. «Αττικόν», χωρίς να κατέχει οργανική θέση σε αυτό, μπορεί να μεταταχθεί σε κενές οργανικές θέσεις του Π.Γ.Ν. «Αττικόν», της ίδιας κατηγορίας, κλάδου και ειδικότητας, με το βαθμό που κατέχει και με την ίδια σχέση εργασίας, εφόσον υποβάλλει αίτηση στο Π.Γ.Ν. «Αττικόν» εντός αποκλειστικής προθεσμίας δύο μηνών από την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού. Η μετάταξη διενεργείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, η οποία εκδίδεται μετά από συνεκτίμηση των υπηρεσιακών αναγκών και γνώμη των υπηρεσιακών συμβουλίων του Π.Γ.Ν. «Αττικόν» και του φορέα προέλευσης του ανωτέρω προσωπικού.

**Άρθρο 41**

1. Η προθεσμία που προβλέπεται στην παρ. 3 του άρθρου 24 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α') παρατείνεται για πέντε έτη από την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού.

2. α. Οικήματα ανεγερθέντα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, με σκοπό τη στεγαστική αποκατάσταση δικαιούχων Λαϊκής Κατοικίας, βάσει των διατάξεων του β.δ. 775/1964 (ΦΕΚ 254 Α'), στα οποία εγκαταστάθηκαν με πρωτόκολλο προσωρινής εγκατάστασης οι αναγνωρισθέντες αρχικοί δικαιούχοι, καθώς και μέλη της οικογένειάς τους, και για τα οποία μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος δεν έχουν εκδοθεί τα οριστικά παραχωρητήρια (τίτλοι κυριότητας), δύνανται να παραχωρούνται στους κληρονόμους των αρχικών δικαιούχων, εφόσον συντρέχουν οι εξής προϋποθέσεις:

1. Τα οικήματα αυτά κατέχονται μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος από τους κληρονόμους.

2. Οι κατέχοντες κληρονόμοι πληρούν τις προϋποθέσεις που ορίζονται από τις διατάξεις του β.δ. 775/1964.

β. Οι παραχωρήσεις αυτές ενεργούνται με την καταβολή της τρέχουσας αξίας του οικοπέδου, η οποία μπορεί να μειωθεί έως και 75%, όπως προβλέπει το άρθρο 6 του ν. 543/1977, καθώς και του κόστους κατασκευής του οικήματος, κατά τις διατάξεις του β.δ. 775/1964, αφαιρουμένου του ποσού που τυχόν έχει διατεθεί από τους κατέχοντες για επέκταση και αναμόρφωση του οικήματος.

γ. Για την υποβολή αίτησης και δικαιολογητικών από τους ενδιαφερομένους ορίζεται προθεσμία πέντε ετών από την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού.

**Άρθρο 42****Ρύθμιση θεμάτων Λαϊκής Κατοικίας**

1. Διαγράφεται ολοσχερώς το σύνολο των οφειλών, ληξιπρόθεσμων και μη, από κεφάλαια του Ελληνικού Δημοσίου για δάνεια Λαϊκής Στέγης και για εξόφληση οριστικών τίτλων κυριότητας (παραχωρητήρια) που χορηγήθηκαν μέχρι σήμερα από οποιαδήποτε Δημόσια Αρχή και διαχειρίζονται από την πρώην Εθνική Κτηματική Τράπεζα της Ελλάδος, ως εντολοδόχο του Ελληνικού Δημοσίου σύμφωνα με την από 2.9.1953 σύμβαση μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και της Εθνικής Κτηματικής Τράπεζας της Ελλάδος, νυν Εθνικής Τραπέζης της Ελλάδος, βάσει των διατάξεων του α.ν. 1667/1951 (ΦΕΚ 30 Α'), όπως κυρώθηκε με το ν. 2063/1952 και κωδικοποιήθηκε με το β.δ. 775/1964 (ΦΕΚ 254 Α').

2. Η διαγραφή των βεβαιωμένων οφειλών στις Δ.Ο.Υ. από την Εθνική Τράπεζα της Ελλάδος για δάνεια «ΛΑΙΚΗΣ ΣΤΕΓΗΣ» γίνεται οικοθεν από τις Δ.Ο.Υ.

3. Η εξάλειψη των υφισταμένων, προς ασφάλεια των κατά τα ανωτέρω διαγραφόμενων οφειλών, υποθηκών γίνεται από τον οικείο Υποθηκοφύλακα με αίτηση του οφειλέτη, κατόπιν βεβαίωσης της Εθνικής Τραπέζας της Ελλάδος, η οποία χορηγείται υποχρεωτικώς, μετά από αίτηση του οφειλέτη και βεβαιώνει ότι το ασφαλισμένο χρέος εμπίπτει στη ρύθμιση της παραγράφου 1.

**Άρθρο 43****Τροποποιήσεις του άρθρου 2 του ν. 2072/1992**

1. Η διάταξη του εδαφίου γ' της παρ. 1 του άρθρου 2 του ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«γ) Έναν εξειδικευμένο επιστήμονα ή έναν ειδικό τεχνικό προθετικών και ορθωτικών κατασκευών, κάτοχο άδειας άσκησης επαγγέλματος, ο οποίος προτείνεται από το Δ.Σ. του Πανελληνίου Βιοτεχνικού Συλλόγου αδειούχων ορθοπεδικών.»

2. Στο τέλος της παρ. 1 του άρθρου 2 του ν. 2072/1992 προστίθεται εδάφιο δ' ως εξής:

«δ) Γραμματέας της επιτροπής ορίζεται υπάλληλος της Διεύθυνσης Επαγγελματιών Υγείας - Πρόνοιας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»

3. Στο τέλος του άρθρου 2 του ν. 2072/1992 προστίθεται παράγραφος 5 ως εξής:

«5. Η ανωτέρω Επιτροπή ελέγχει τα δικαιολογητικά και αποφαινεται σχετικά με τη συνδρομή ή μη των προϋποθέσεων χορήγησης άδειας άσκησης επαγγέλματος για τις περιπτώσεις των άρθρων 1 παρ. 3 και 7 του νόμου αυτού.»

**Άρθρο 44**  
**Πειθαρχικό δίκαιο Οδοντιάτρων**

1. Η παρ. 2 του άρθρου 56 του ν. 1026/1980 (ΦΕΚ 48 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«2. Τα Πειθαρχικά Συμβούλια αποτελούνται από επτά μέλη, μεταξύ των οποίων και ο Πρόεδρος. Ο Πρόεδρος είναι Πρωτοδικής Διοικητικού Πρωτοδικείου της έδρας του Συμβουλίου. Αν στην έδρα του Συμβουλίου δεν υπάρχει Διοικητικό Πρωτοδικείο, ως Πρόεδρος ορίζεται Πρωτοδικής του πλησιέστερου Διοικητικού Πρωτοδικείου. Τον Πρωτοδική και τον αναπληρωτή του ορίζει ο Προϊστάμενος του οικείου Πρωτοδικείου, κατ' αίτηση του Συλλόγου. Τα υπόλοιπα έξι μέλη είναι μέλη των Οδοντιατρικών Συλλόγων που εκλέγονται με ισάριθμους αναπληρωματικούς. Τον Πρόεδρο του Π.Σ. ελλείποντα, απόντα ή κωλυόμενο αναπληρώνει ο, κατά τα ανωτέρω οριζόμενα, αναπληρωτής του. Τα ελλείποντα, απόντα ή κωλυόμενα μέλη αναπληρώνουν ισάριθμα αναπληρωματικά μέλη, κατά τη σειρά της εκλογής τους.»

2. Τα πρώτα τέσσερα εδάφια της παρ. 3 του άρθρου 56 του ν. 1026/1980 καταργούνται.

3. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 1 του άρθρου 57 του ν. 1026/1980 καταργείται.

4. Η παρ. 2 του άρθρου 57 του ν. 1026/1980 αντικαθίσταται ως εξής:

«2. Η ανακήρυξη των υποψηφίων μελών των Πειθαρχικών Συμβουλίων ενεργείται κατόπιν αιτήσεων των υποψηφίων, οι οποίες υποβάλλονται στον Πρόεδρο του Οδοντιατρικού Συλλόγου δεκαπέντε τουλάχιστον ημέρες πριν από την εκλογή. Τα ονόματα των υποψηφίων μελών του Π.Σ. αναγράφονται στο ίδιο ψηφοδέλτιο κατ' αλφαβητική σειρά. Ο αριθμός των υποψηφίων μπορεί να υπερβαίνει τον αριθμό των εκλεγόμενων μέχρι το ήμισυ αυτού.»

5. Οι παράγραφοι 1 έως 4 του άρθρου 67 του ν. 1026/1980 αντικαθίστανται ως εξής:

«1. Συνιστάται Ανώτατο Πειθαρχικό Συμβούλιο Οδοντιάτρων (Α.Π.Σ.Ο.) που αποτελείται από πέντε μέλη, μεταξύ των οποίων και ο Πρόεδρος. Ο Πρόεδρος είναι εφέτης Διοικητικού Εφετείου και ορίζεται με τον αναπληρωτή του από τον Προϊστάμενο του Διοικητικού Εφετείου Αθηνών, μετά από αίτηση της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας. Τα υπόλοιπα μέλη είναι μέλη των Οδοντιατρικών Συλλόγων που εκλέγονται με ισάριθμους αναπληρωτές.

2. Τον Πρόεδρο του Α.Π.Σ.Ο. απόντα, ελλείποντα ή κωλυόμενο αναπληρώνει ο, κατά την παράγραφο 1 οριζόμενος, αναπληρωτής του, τα δε λοιπά μέλη απόντα, ελλείποντα ή κωλυόμενα αναπληρώνονται από τα αναπληρωματικά, κατά τη σειρά της εκλογής τους.

3. Η εκλογή των τακτικών και αναπληρωματικών μελών ενεργείται ταυτοχρόνως με την εκλογή του Διοικητικού Συμβουλίου της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας δια κοινού ψηφοδελτίου και δια θέσεως σταυρού προτιμήσεως παραπλεύρως του ονόματος του υποψηφίου.

4. Δικαίωμα εκλογής για το αξίωμα των τακτικών και αναπληρωματικών μελών έχουν οι συμπληρώσαντες 10ετή άσκηση.»

**Άρθρο 45**  
**Τροποποιήσεις των νόμων 2071/1992 και 2519/1997 και του π.δ. 228/2004**

1. Στο τέλος της παρ. 5 του άρθρου 71 του ν. 2071/1992 προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Η θέση που πρόκειται να κενωθεί στο τέλος του έτους λόγω της αυτοδίκαιης λύσης της υπαλληλικής σχέσης του ιατρού που συμπλήρωσε το εξηκοστό έβδομο έτος της ηλικίας του επαναπροκηρύσσεται στην αρχή του ίδιου έτους.»

2. Το άρθρο 3 του π.δ. 228/2004 (ΦΕΚ 212 Α') καταργείται.

3. Οι μόνιμοι αγροτικοί ιατροί χωρίς ειδικότητα, οι οποίοι υπηρετούν σε Περιφερειακά Ιατρεία, εντάσσονται στον κλάδο Ιατρών Ε.Σ.Υ. με το βαθμό του Επιμελητή Β', σε προσωποπαγείς θέσεις που συνιστώνται αυτοδικαίως με την ένταξή τους και καταργούνται με την καθ' οιονδήποτε τρόπο αποχώρηση των ανωτέρω ιατρών από την υπηρεσία.

**Άρθρο 46**  
**Τροποποίηση του άρθρου 3 του ν. 3204/2003**

Το τελευταίο εδάφιο του άρθρου 3 του ν. 3204/2003 (ΦΕΚ 296 Α') τροποποιείται ως εξής:

«Διορισμοί που έγιναν μέχρι τη δημοσίευση του νόμου αυτού σύμφωνα με τις παραπάνω διατάξεις, χωρίς έγκριση της Τριμελούς Επιτροπής, είναι νόμιμοι και καταβάλλονται όλες οι αποδοχές, συμπεριλαμβανομένων των πρόσθετων αποδοχών που αφορούν σε εφημερίες πραγματοποιηθείσες κατά τα παρελθόντα έτη. Για την καταβολή των εφημεριών αυτών, εκδίδεται κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»

**Άρθρο 47**  
**Τροποποιήσεις του ν.δ. 96/1973**

1. Η πρώτη περίοδος της παρ. 12 του άρθρου 19 του ν.δ. 96/1973 (ΦΕΚ 172 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

«Τα διοικητικά πρόστιμα επιβάλλονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. και εισπράττονται κατά τις διατάξεις του Κ.Ε.Δ.Ε.»

2. Η δεύτερη περίοδος της περίπτωσης β' της παρ. 13 του άρθρου 19 του ν.δ. 96/1973 (ΦΕΚ 172 Α') καταργείται.

**Άρθρο 48**  
**Τροποποιήσεις του ν. 1316/1983**

1. Στην παράγραφο 1 του άρθρου 3 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α') προστίθεται περίπτωση στ' ως εξής:

«στ. Την επιβολή των διοικητικών κυρώσεων που προβλέπονται από το νόμο αυτόν και τη λοιπή φαρμακευτική νομοθεσία.»

2. Η περίπτωση δ' της παρ. 2 του άρθρου 3 του ν. 1316/1983 καταργείται.

3. Στην περίπτωση ζ' της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1316/1983 προστίθεται δεύτερο εδάφιο ως εξής:

«Τα τέλη του εδαφίου δ' για τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα αντικαθίστανται με τέλος ετοιμότητας των

υπηρεσιών του Ε.Ο.Φ. για την εποπτεία της αγοράς και την κάλυψη των εξόδων εργαστηριακών εξετάσεων, που συνίσταται σε ποσοστό επί της καθοριζόμενης ως χονδρικής τιμής ως εξής:

Για ετήσιες πωλήσεις:

- α) μέχρι 100.000 ευρώ, 1 %,
- β) από 100.001 ευρώ μέχρι 250.000 ευρώ, 0,50 %,
- γ) από 250.001 ευρώ μέχρι 1.000.000 ευρώ, 0,25%,
- δ) για κάθε ποσό άνω του 1.000.000 ευρώ, 0,20 %.

Στην καταβολή της εισφοράς υποχρεούνται οι παραγωγοί, όπως προσδιορίζονται στις παραγράφους 2 έως 4 του άρθρου 6 του ν. 2251/1994 (ΦΕΚ 191 Α') και οι εισαγωγείς των προϊόντων αυτών, ανεξαρτήτως του τρόπου διάθεσης. Εκπτώσεις αναγνωρίζονται μόνον εφόσον αναγράφονται στο τιμολόγιο πώλησης ή σε πιστωτικό σημείωμα που έχει εκδοθεί εντός μηνός από την έκδοση του τιμολογίου.»

4. Στο τέλος του πρώτου εδαφίου του στοιχείου β' της παρ. 2 του άρθρου 11 του ν. 1316/1983 προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Οι παραγωγοί λογίζονται με την έννοια των παραγράφων 2 έως 4 του άρθρου 6 του ν. 2251/1994.»

5. Στο τέλος της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1316/1983, προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομίας και Οικονομικών και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που εκδίδεται μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ., μπορεί να ορίζονται νέες δραστηριότητες που προκύπτουν από την εφαρμογή της κοινοτικής νομοθεσίας, στις οποίες επιβάλλεται ειδικό τέλος, καθώς και το ύψος του τέλους αυτού.»

6. Στην περίπτωση γ' της παρ. 3 του άρθρου 3 του ν. 1316/1983, προστίθεται τρίτο εδάφιο ως εξής:

«Επιθεωρήσεις και δειγματοληψίες είναι δυνατόν να διενεργούνται και σε τρίτες, μη κοινοτικές χώρες, για φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία ζητείται η χορήγηση άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα ή σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Κοινότητας.»

7. Στο στοιχείο 1 της περίπτωσης β' της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1316/1983, προστίθεται εδάφιο ια' ως εξής:

«ια) Τη διενέργεια επιθεώρησης και σύνταξη σχετικής έκθεσης για εγκαταστάσεις και χώρους παραγωγής εκτός της Ευρωπαϊκής Κοινότητας. Το ύψος των τελών αυτών διαμορφώνεται ανάλογα με τη γεωγραφική εγγύτητα του προς επιθεώρηση τόπου, σε συνδυασμό με την υποβολή ή μη αιτήματος χορήγησης άδειας κυκλοφορίας στην Ελλάδα. Πέραν του τέλους, τα έξοδα μετάβασης και παραμονής των αρμοδίων οργάνων του Ε.Ο.Φ. στον τόπο επιθεώρησης, καταβάλλονται από τον επιθεωρούμενο.»

#### Άρθρο 49

##### Σύσταση Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης

1. Συνίσταται, στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας, με σκοπό την ανάπτυξη και εφαρμογή δραστηριοτήτων που υλοποιούν την Εθνική Πολιτική για την παροχή υπηρεσιών υγείας, τον έλεγχο και την αξιοποίηση των υπηρεσιών αυτών προς τους πολίτες.

2. Η Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας συντονίζει τη δράση των επί μέρους Υπηρεσιακών Μονάδων από τις οποίες συγκροτείται, με σκοπό τη μεθοδικότερη, ουσιαστικότερη και αποτελεσματικότερη εκτέλεση του έργου τους και ασκεί τις αρμοδιότητες που προβλέπονται στο άρθρο 8 του π.δ. 95/2000 (ΦΕΚ 76 Α').

3. Οι Διευθύνσεις Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αγωγής Υγείας και Πληροφόρησης και Υγειονομικής Περιβαλψης Ασφαλισμένων του Δημοσίου διαρθρώνονται στα Τμήματα που ορίζουν, αντίστοιχα, οι διατάξεις των άρθρων 16, 17 και 18 του π.δ. 95/2000, έχουν τις αρμοδιότητες που αναφέρονται οι διατάξεις αυτές και εντάσσονται στη Γενική Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.

4. Στη θέση του Προϊσταμένου της Γενικής Διεύθυνσης Υπηρεσιών Υγείας τοποθετείται μόνιμος υπάλληλος με βαθμό Διευθυντή του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, του κλάδου ΠΕ Διοικητικού-Λογιστικού ή ΠΕ Οικονομικού ή ΠΕ Ιατρών ή ΠΕ Ιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. ή ΠΕ Κοινωνιολόγων ή ΠΕ Νοσηλευτικής. Η επιλογή διενεργείται από το Ειδικό Υπηρεσιακό Συμβούλιο του άρθρου 9 του ν. 3260/2004 (ΦΕΚ 151 Α'), σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 του ν. 3260/2004.

#### Άρθρο 50

##### Τροποποιήσεις των νόμων 3329/2005 και 2646/1998

1. Η παρ. 5 του άρθρου 1 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α') αντικαθίσταται αναδρομικά, από την ημερομηνία έναρξης ισχύος της, ως εξής:

«5. Στην κάθε Δ.Υ.Π.Ε. περιέρχεται αυτοδικαίως, κατά κυριότητα, χωρίς την τήρηση οποιουδήποτε τύπου, πράξης ή συμβολαίου, και με την επιφύλαξη των διατάξεων περί κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών, το σύνολο της κινητής και ακίνητης περιουσίας του αντίστοιχου Π.Σ.Υ.Π.»

2. Στο τέλος του άρθρου 1 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α') προστίθεται παράγραφος 6 ως εξής:

«6. Τα Κέντρα Υγείας με τα Περιφερειακά τους Ιατρεία που βρίσκονται και λειτουργούν στη χωρική αρμοδιότητα κάθε Δ.Υ.Π.Ε., μπορούν να μετατρέπονται σε αποκεντρωμένες και ανεξάρτητες υπηρεσιακές μονάδες της αντίστοιχης Δ.Υ.Π.Ε., με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια. Οι αποκεντρωμένες μονάδες εξακολουθούν να έχουν τη διοίκηση του προσωπικού τους και οι υπάλληλοι διατηρούν τους κλάδους και τις θέσεις τους. Η μετατροπή γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με την οποία ορίζεται και ο χρόνος έναρξης της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας ως αποκεντρωμένων μονάδων της αντίστοιχης Δ.Υ.Π.Ε.. Η απόφαση αυτή μπορεί να έχει αναδρομική ισχύ από την 3η Μαΐου 2005 και εφεξής.»

3. Το εδάφιο δ' του στοιχείου Α της παρ. 15 του άρθρου 4 του ν. 3329/2005 αντικαθίσταται ως εξής:

«δ. Κλάδος ΠΕ Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων ή ΠΕ Οικονομικού, θέσεις τρεις.»

4. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 17 του άρθρου 4 του ν. 3329/2005 αντικαθίσταται ως εξής:

«Με απόφαση του Διοικητή της Υγειονομικής Περιφέρειας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, μπορεί να συνιστάται ενιαία Τεχνική Υπηρεσία, που αποτελείται από υπαλλήλους των κατηγοριών ΠΕ,

ΤΕ και ΔΕ τεχνικών κλάδων και ειδικοτήτων όλων ή ορισμένων ΦΠΥΓΚΑ της Υγειονομικής Περιφέρειας, οι οργανικές θέσεις των οποίων μεταφέρονται στη Δ.Υ.ΠΕ.»

5. Στο τέλος του άρθρου 4 του ν. 3329/2005 (ΦΕΚ 81 Α ) προστίθεται παράγραφος 21 ως εξής:

«21. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, καταρτίζεται ο Οργανισμός των Δ.Υ.ΠΕ..»

6. Στο τέλος της παρ. 4 του άρθρου 7 του ν. 3329/2005 προστίθενται εδάφια ως εξής:

«Η συγκρότηση του Δ.Σ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι διετής. Επιτρέπεται η αντικατάσταση μέλους του Δ.Σ. για σπουδαίο λόγο, για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Στο Δ.Σ. του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης «Μαμάτσειο» και του Γενικού Νοσοκομείου Νέας Ιωνίας «Αγία Όλγα» συμμετέχει ο Δήμαρχος Κοζάνης και ένας εκπρόσωπος της δωρήτριας ή των κληρονόμων της, αντιστοίχως και ορίζεται ένα επιπλέον μέλος από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.»

7. Στην περίπτωση δ' της παρ. 2 του άρθρου 15 του ν. 3329/2005 προστίθεται εδάφιο δδ' ως εξής:

« δδ. Το Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων «Ο Αριστέυς» Λάρισας, που συστήθηκε και λειτουργεί δυνάμει των διατάξεων των προεδρικών διαταγμάτων 548/1980 (ΦΕΚ 145 Α ), 336/1985 (ΦΕΚ 118 Α ) και 129/2002 (ΦΕΚ 106 Α ).»

8. Το εδάφιο γγ' της περίπτωσης η' της παρ. 2 του άρθρου 15 του ν. 3329/2005 διαγράφεται και αναριθμείται το επόμενο εδάφιο.

9. Στο τέλος του άρθρου 42 του ν. 3329/2005 προστίθενται παράγραφοι 9 έως 11 ως εξής:

«9. Κοινοί διαγωνισμοί των Πε.Σ.Υ.Π. εν εξελίξει κατά την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού συνεχίζονται από τις αντίστοιχες Δ.Υ.ΠΕ..

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθορίζεται ο τρόπος, η διαδικασία και οι λοιπές προϋποθέσεις για την ανάδειξη των αιρετών εκπροσώπων των ιατρών και των εργαζομένων στα Διοικητικά Συμβούλια των Δ.Υ.ΠΕ., των Νοσοκομείων και των Μονάδων Κοινωνικής Φροντίδας, καθώς και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του άρθρου 9 και στο Πρωτοβάθμιο Πειθαρχικό Συμβούλιο του άρθρου 11. Μέχρι την έκδοση της ανωτέρω υπουργικής απόφασης, εφαρμόζονται αναλόγως οι σχετικές αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης που έχουν εκδοθεί βάσει της προϋφιστάμενης νομοθεσίας.

11. Τα υπηρεσιακά συμβούλια των Πε.Σ.Υ.Π. και των Νοσοκομείων εξακολουθούν να λειτουργούν μέχρι τη δημοσίευση της απόφασης του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης περί συγκρότησης των νέων

υπηρεσιακών συμβουλίων των Δ.Υ.ΠΕ. και των Νοσοκομείων αντίστοιχα.»

10. Στο τέλος της παρ. 12 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 προστίθεται εδάφιο ως εξής:

«Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής εφαρμόζονται και για τη συντήρηση του ηλεκτρομηχανολογικού εξοπλισμού των Νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. Στην περίπτωση αυτή, για κάθε Νοσοκομείο εκδίδεται, κάθε φορά που παρουσιάζεται ανάγκη συντήρησης, απόφαση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, με την οποία καθορίζεται ο αριθμός των απαιτούμενων τεχνιτών, οι ειδικότητες τους και ο συνολικός προϋπολογισμός του έργου.»

#### Άρθρο 51

1. Στο τέλος του άρθρου 31 του ν. 1514/1985 (ΦΕΚ 13 Α ) προστίθεται παράγραφος 16 ως εξής:

« 16. Το Ινστιτούτο Υγείας του Παιδιού, το οποίο ιδρύθηκε με το π.δ. 867/1979, μετατρέπεται σε ειδικό ερευνητικό ινστιτούτο του άρθρου 12 του ν. 1514/1985, με την ίδια επωνυμία, έδρα, οργάνωση και διοίκηση και υπάγεται στις διατάξεις του ν. 1514/1985, εποπτευόμενο από τους Υπουργούς Ανάπτυξης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Με κοινή απόφαση των δύο Υπουργών, καθορίζεται ο τρόπος άσκησης του επιστημονικού ελέγχου. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Ανάπτυξης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μπορεί να τροποποιείται το ιδρυτικό διάταγμα και να ρυθμίζονται θέματα σχετικά με το εργασιακό καθεστώς του υπηρετούντος προσωπικού, το νέο Οργανισμό και Κανονισμό του Ινστιτούτου και να ρυθμίζεται κάθε άλλο θέμα που συνδέεται με την υπαγωγή του στις διατάξεις του ν. 1514/1985, κατ' εξαίρεση από την εφαρμογή των διατάξεων των άρθρων 9, 10, 11, 15, 17 και 20 του νόμου αυτού.»

2. Η διάταξη αυτή αρχίζει να εφαρμόζεται από την 1η Ιανουαρίου 2007.

#### Άρθρο 52

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις διαγνωστικής δυσκολίας σπάνιων νοσολογικών οντοτήτων και ιδιαίτερα εξειδικευμένων χειρουργικών επεμβάσεων, επιτρέπεται η πραγματοποίηση μεταμοσχεύσεων σε δημόσια νοσοκομεία και ιδιωτικά θεραπευτήρια που έχουν αναπτυγμένα όλα τα τμήματα και κλινικές, δεν διαθέτουν όμως την απαιτούμενη άδεια για μεταμοσχεύσεις. Η μεταμόσχευση στα ως άνω νοσοκομεία πραγματοποιείται ύστερα από σύμφωνη γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας και του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων και έγκριση του Υπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Η διάταξη αυτή εφαρμόζεται από την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού και μέχρι την 31η Δεκεμβρίου 2005.

**Άρθρο 53**

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζεται διαφορετικά σε επί μέρους διατάξεις του.

Παραγγέλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 7 Ιουλίου 2005

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ  
**ΚΑΡΟΛΟΣ ΓΡ. ΠΑΠΟΥΛΙΑΣ**

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ  
ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

**Π. ΠΑΥΛΟΠΟΥΛΟΣ**

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

**Δ. ΣΙΟΥΦΑΣ**

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

**Ν. ΚΑΚΛΑΜΑΝΗΣ**

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ

**Γ. ΑΛΟΓΟΣΚΟΥΦΗΣ**

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

**Μ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΥ**

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ

**Α. ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑΣ**

*Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους*

Αθήνα, 7 Ιουλίου 2005

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ

**Α. ΠΑΠΑΛΗΓΟΥΡΑΣ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ****ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ**

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 \* ΑΘΗΝΑ 104 32 \* FAX 210 52 21 004  
 ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: <http://www.et.gr> - e-mail: [webmaster@et.gr](mailto:webmaster@et.gr)

Πληροφορίες Α.Ε. - Ε.Π.Ε. και λοιπών Φ.Ε.Κ.: 210 527 9000  
 Φωτοαντίγραφα παλαιών ΦΕΚ - ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ - ΜΑΡΝΗ 8 - Τηλ. (210)8220885 - 8222924  
 Δωρεάν διάθεση τεύχους Προκηρύξεων ΑΣΕΠ αποκλειστικά από Μάρνη 8 & Περιφερειακά Γραφεία  
 Δωρεάν ανάγνωση δημοσιευμάτων τεύχους Α' από την ιστοσελίδα του Εθνικού Τυπογραφείου

**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) 22 868		(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 μιας 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 δικαιώματος 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 εισπραχής (διπλότυπο) θα πρέπει να αποστέλλεται ή να κατατίθεται στην αρμόδια Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.

- Η πληρωμή του υπέρ ΤΑΠΕΤ ποσοστού 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 διπλοτύπων, ταχυδρομικές επιταγές και χρηματικά γραμμάτια δεν γίνονται δεκτά.

Οι υπηρεσίες εξυπηρέτησης των πολιτών λειτουργούν καθημερινά από 08.00' έως 13.00'

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ