

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΓΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ



ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:

Λεωνίδας Παρασκευόπουλος

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Μαρία Παραλούκα

Αθανασία Τζίμα

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 1998

*Αφιερώνεται στους γονείς μας
και στη μνήμη της Παρασκευής Τζίμα*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	4
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΓΕΝΙΚΑ	8
1.1. Η σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας στα σύγχρονα συστήματα υγείας	9
1.2. Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα	11
1.2.1. Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	13
1.2.1.1. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από το Κράτος	13
1.2.1.2. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από το Ι.Κ.Α.	14
1.2.1.3. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία	15
1.2.1.4. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση	15
1.2.1.5. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων	16
1.2.1.6. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από τον ιδιωτικό τομέα	17
1.2.2. Ο θεσμός των Κέντρων Υγείας	19
1.2.2.1. Γενικά	19
1.2.2.2. Θεσμοθέτηση – Σκοπός – Δραστηριότητες Κέντρων Υγείας	20
1.2.2.3. Η εφαρμογή του θεσμού των Κέντρων Υγείας και η ανάγκη μεταρρύθμισης	21
1.2.3. Ο οικογενειακός γιατρός	24
1.2.3.1. Η εκπαίδευση του οικογενειακού γιατρού	26
1.2.3.2. Οικογενειακοί γιατροί και δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας	27
1.2.3.3. Χώροι άσκησης της γενικής ιατρικής	29
1.2.3.4. Αμοιβή του οικογενειακού γιατρού	30
1.2.3.5. Η προτεινόμενη μέθοδος αμοιβής	32
1.2.3.6. Ειδικά κονδύλια οικογενειακών γιατρών	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ - Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΒΡΕΤΑΝΙΑ	37
2.1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας	37

2.1.1. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού	40
ΓΑΛΛΙΑ	44
2.2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	44
2.2.1. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού	45
ΣΟΥΗΔΙΑ	47
2.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	47
2.3.1. Ο θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού	49
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	51
2.4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	51
2.4.1. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού	52
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	54
2.5. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	54
2.5.1. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού	57
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	
Η ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ	
ΕΛΛΑΔΑ	
3.1. Η υπάρχουσα υποδομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	59
3.2. Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και οι δυνατότητες εφαρμογής τους	61
3.3. Η εμπειρία από την εφαρμογή του θεσμού στην Ευρώπη	64
3.4. Η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα σύμφωνα με την εμπειρία της Ευρώπης	66
3.5. Συμπεράσματα	68
3.5.1. Προτάσεις για τη βελτίωση της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα	68
3.5.2. Προτάσεις για την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα	69
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	70
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	71

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Π.Φ.Υ.	=	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Ε.Σ.Υ.	=	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ν.Π.Δ.Δ.	=	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
Ν.Π.Ι.Δ.	=	Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου
Ι.Κ.Α.	=	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ο.Γ.Α.	=	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Τ.Ε.Β.Ε.	=	Ταμείο Εμπόρων Βιοτεχνών Ελλάδος
Τ.Σ.Α.	=	Ταμείο Συντάξεων Αυτοκινητιστών
Τ.Α.Ε.	=	Ταμείο Ασφάλισης Εμπόρων
Κ.Υ.	=	Κέντρα Υγείας
Π.Ι.	=	Περιφερειακά Ιατρεία
Κ.Α.Π.Η.	=	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

ΠΡΟΛΟΓΟΣ -

Η θεσμοθέτηση του Οικογενειακού Γιατρού στη χώρα μας αποτελεί την σημαντικότερη ίσως μεταρρύθμιση του Ε.Σ.Υ. τα τελευταία χρόνια. Η παρούσα εργασία μελετά τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να εφαρμοστεί ο θεσμός, όπως προβλέπεται στην σχετική νομοθετική ρύθμιση, σε σχέση με την υπάρχουσα κατάσταση στο Ε.Σ.Υ. σήμερα.

Βασικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι η εφαρμογή του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού με την υπάρχουσα υποδομή στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, δεν θα αποφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η χώρα μας πρέπει να προχωρήσει σε δομικές αλλαγές του συστήματος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως για παράδειγμα τον τρόπο χρηματοδότησης, αντλώντας από την εμπειρία εφαρμογής του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού στις χώρες της Ευρώπης.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η πτυχιακή αυτή εργασία έχει σαν στόχο να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο ο θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού είναι δυνατόν να εφαρμοστεί στην Ελλάδα, με δεδομένη πλέον την θεσμοθέτησή του, αντλώντας από την εμπειρία εφαρμογής του στις Ευρωπαϊκές χώρες.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελείται από τρία βασικά Κεφάλαια:

- Στο **Πρώτο Κεφάλαιο** γίνεται αναφορά στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται η εξέλιξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στη χώρα μας, αναφέρονται οι φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, και εξετάζεται ο θεσμός των Κέντρων Υγείας. Στο κεφάλαιο αυτό διαφαίνεται η σημασία του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Στο **Δεύτερο Κεφάλαιο** γίνεται αναφορά στο θεσμό του Οικογενειακού Γιατρού στην Ευρώπη και μελετάται η Ευρωπαϊκή εμπειρία. Ο θεσμός εξετάζεται στις χώρες που έχει εφαρμοστεί όπως Βρετανία, Γαλλία, Σουηδία, Νορβηγία και Ολλανδία. Εντοπίζονται οι διαφορές και ομοιότητες των υγειονομικών τους συστημάτων με την ελληνική πραγματικότητα και καταγράφεται η θετική και αρνητική εμπειρία.
- Τέλος, στο **Τρίτο Κεφάλαιο** μελετάται η προοπτική του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα. Βασικό συμπέρασμα του κεφαλαίου είναι ότι με βάση την ευρωπαϊκή εμπειρία, η επιτυχία του θεσμού στη χώρα μας απαιτεί σημαντικές μεταρρυθμίσεις σε αρκετούς τομείς του υγειονομικού μας συστήματος.

Η μελέτη περιορίστηκε στα όσα προβλέπονται στον Νόμο που εισήγαγε τον θεσμό τον Αύγουστο του 1997, δεδομένου ότι κατά την διάρκειά της ο νόμος δεν είχε συνοδευτεί από εγκυκλίους και διατάγματα, τα οποία να

ερμηνεύουν λεπτομερώς τον τρόπο με τον οποίο ο θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού θα εφαρμοστεί στη χώρα μας. Επομένως τα συμπεράσματα που εξάγονται από την μελέτη αυτή πρέπει να ερμηνευτούν υπό το πρίσμα αυτής της αδυναμίας. Άλλωστε, στόχος της μελέτης ήταν να εξετάσει την εμπειρία της εφαρμογής του θεσμού στην Ευρώπη και τη δυνατότητα εφαρμογής του στην Ελληνική πραγματικότητα.

Στο σημείο αυτό, νιώθουμε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε θερμά τον εισηγητή του θέματος και καθηγητή του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας Λεωνίδα Παρασκευόπουλο, για τη βοήθεια και συμπαράστασή του, κατά τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μας.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλλαν ώστε να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΓΕΝΙΚΑ

· Η προστασία και η προαγωγή της υγείας αποτελούν πρωταρχικό καθήκον φροντίδας όχι μόνο της κοινότητας και της Πολιτείας αλλά και του κάθε ατόμου χωριστά.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει κατά καιρούς διαφορετικό περιεχόμενο ως αποτέλεσμα των διαφορετικών κοινωνικών αρχών και αξιών, αλλά και του διαφορετικού επιδημιολογικού προτύπου, που καθορίζει τις υγειονομικές ανάγκες.

Η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται καλύτερα μέσα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πιο συγκεκριμένα μέσα από τις υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση κι ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη. ·

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος με το οποίο ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σε επαφή με το Σύστημα Υγείας.

1.1. Η σημασία της πρωτοβάθμιας φροντίδας στα σύγχρονα συστήματα υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας εκφράζει μια στρατηγική που δίνει μεγαλύτερη έμφαση στον εξωνοσοκομειακό τομέα ενός συστήματος υγείας, χωρίς αυτό να σημαίνει υποτίμηση της νοσοκομειακής και εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του Συστήματος Υγείας μιας χώρας, αλλά του γενικού κοινωνικού και οικονομικού οικοδομήματος. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατόν πλησιέστερα στους χώρους, όπου οι άνθρωποι ζουν και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί τη βασική φροντίδα, βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους, και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους σε κόστος, όπου η κοινότητα και η χώροι μπορούν να επωμισθούν.

Βάσει του πιο πάνω ορισμού, δημιουργείται μια νέα φιλοσοφία, ότι η διατήρηση και η βελτίωση του επιπέδου υγείας επιτυγχάνεται κυρίως μέσα από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και πιο συγκεκριμένα μέσα από υπηρεσίες πρόληψης και αγωγής υγείας, με αποκέντρωση και ενεργητική συμμετοχή της κοινότητας και του ίδιου του πολίτη. Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη αποτελεί το πρώτο επίπεδο του συστήματος, εκεί δηλαδή που ο ασθενής έρχεται για πρώτη φορά σ' επαφή με τις επίσημες υπηρεσίες υγείας.

Για το λόγο αυτό, μέσα από την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης πρέπει να διασφαλίζεται:

- α) Η υψηλή προσπελασιμότητα και
- β) Η υψηλή διαθεσιμότητα.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στα Συστήματα Υγείας μια αύξηση των διαθέσιμων πόρων για την υγεία, λόγω της ραγδαίας εισόδου της

τεχνολογίας και των συνεχώς αυξανόμενων προσδοκιών του πολίτη για υψηλή ποιότητα και αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Παρά τις διαφοροποιήσεις στο χρόνο και στον τρόπο ανάπτυξης των Συστημάτων Υγείας, παρουσιάζονται περίπου τα ίδια προβλήματα, τα οποία επικεντρώνονται στο υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας και τη χαμηλή αποδοτικότητά τους.

Η αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας είχε ως αποτέλεσμα η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη να παρέχει μόνο περιορισμένες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Ανεξάρτητα ή όχι από τις σημαντικές διαφορές που παρατηρούνται σε όλα τα οργανωτικά μοντέλα της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, πρωταρχικό ρόλο παίζει ο οικογενειακός γιατρός, η σημασία του οποίου είναι μεγάλη, αφού αποτελεί την πρώτη βαθμίδα επικοινωνίας του ασθενή με το σύστημα.

Η άσκηση της γενικής ιατρικής στο παρελθόν, ασκούσαν από παθολόγο ή γιατρό χωρίς ειδικότητα. Τα τελευταία όμως χρόνια, για την άσκηση της γενικής ιατρικής απαιτείται ειδικότητα και ειδίκευση στην παθολογία, καρδιολογία, παιδιατρική, χειρουργική και μαιευτική.

Η ύπαρξη του οικογενειακού γιατρού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι πολύ σημαντική, αφού καθοδηγεί τον ασθενή από την πρώτη στιγμή της επαφής του με το σύστημα και τον παραπέμπει στους κατάλληλους γιατρούς άλλων ειδικοτήτων ή ακόμη και σε ανώτερα επίπεδα περίθαλψης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κόστους της περίθαλψης, αφού ο ασθενής δεν περιπλανιέται ασκόπως σε διάφορες λανθασμένες ειδικότητες πληθωρίζοντας έτσι τις επισκέψεις και αυξάνοντας το κόστος.

1.2. Η εξέλιξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα

Η κρατική πολιτική για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα ξεκίνησε αμέσως μετά την απελευθέρωση. Η Αμερικάνικη Βοήθεια, η οποία δόθηκε μετά την απελευθέρωση, αποδείχθηκε πολύ σημαντική με συνέπεια η οργάνωση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας να αφεθεί αποκλειστικά σε αυτή. Το 1950 η Βοήθεια διακόπτεται και παρουσιάζεται ένα νέο πρόγραμμα υγειονομικής κάλυψης της χώρας μας, το οποίο δεν υλοποιήθηκε ποτέ. Ουσιαστικά, μέχρι το 1953 κρατική δραστηριότητα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν υπήρξε.

Μετά το 1953 γίνεται προσπάθεια για την αναδιοργάνωση της υγείας με θεσμοθέτηση ορισμένων μέτρων από το Κράτος. Το 1954 λειτούργησαν 32 υγειονομικοί σταθμοί και το 1955 αυξήθηκαν σε 40. Η πολιτική βούληση για των Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα εκδηλώνεται μετά το 1955.

Μια σειρά νομοθετημάτων από το 1955 και μετά προέβλεπαν την ίδρυση δικτύων ιατρείων σε χωριά και κωμοπόλεις (αγροτικά και κοινοτικά ιατρεία).

Το 1961 ιδρύεται ο Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων, που αναλαμβάνει τη διαχείριση όλων των ασφαλιστικών ζητημάτων των αγροτών της χώρας.

Με Νόμο του 1978 θεσπίζονται για πρώτη φορά θέσεις μόνιμων αγροτικών ιατρών για να αντιμετωπιστούν τα λειτουργικά προβλήματα που δημιουργήθηκαν στα αγροτικά ιατρεία, εξαιτίας της προσωρινής στελέχωσης με ιατρικό προσωπικό. Το 1982 καθιερώνεται επίσης η φαρμακευτική περίθαλψη των αγροτών. Τον επόμενο χρόνο ψηφίστηκε ο Νόμος για το Ε.Σ.Υ. με τη θεσμοθέτηση των Κέντρων Υγείας και την ίδρυση των Περιφερειακών Ιατρείων. Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας υπάγονται ιατρικές, νοσηλευτικές, οδοντιατρικές φροντίδες, που έχουν ως σκοπό την αποκατάσταση βλαβών υγείας που δεν απαιτούν νοσηλεία στο Νοσοκομείο.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από γενικούς γιατρούς, οι οποίοι είναι κυρίως παθολόγοι και γιατρούς άλλων ειδικοτήτων. Τέλος, η

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από κινητές μονάδες Ν.Π.Δ.Δ. και Ν.Π.Ι.Δ. και από ιδιωτικούς φορείς. Οι ιδιωτικοί φορείς, που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι οι εξής:

- α) Ιδιωτικά Πολυϊατρεία
- β) Ιδιωτικά Διαγνωστικά Κέντρα
- γ) Ιδιωτικά Ιατρεία και Οδοντιατρεία και
- δ) Ιδιωτικά Εργαστήρια Φυσιοθεραπείας.

1.2.1. Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1.2.1.1. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από το Κράτος

Με το Νόμο 1397/83 προβλέπεται ότι οι υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας θα παρέχονται σε όλους τους πολίτες δωρεάν και από το Κράτος. Σήμερα η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται στις αγροτικές περιοχές κυρίως από τα 170 ελλιπώς στελεχωμένα Κέντρα Υγείας και τα 19 Μικρά – Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας. Στις αστικές περιοχές η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων, με μεγάλες όμως ελλείψεις σε κτίρια, εξοπλισμό, ειδικευμένο προσωπικό και ανισότητες στην πρόσβαση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Ο Νόμος αυτός προέβλεπε επίσης τη δημιουργία στις αστικές περιοχές Κέντρων Υγείας αστικού τύπου και Περιφερειακών Ιατρείων. Ακόμα προέβλεπε την ένταξη των Ασφαλιστικών Οργανισμών και κυρίως του Ι.Κ.Α. στην υποδομή του Ε.Σ.Υ., ώστε με την ενοποίηση αυτή να βελτιωθεί η ποιότητα και να αυξηθεί η αποδοτικότητα και να περιοριστούν οι ανισότητες στην παροχή υπηρεσιών υγείας.

Στην πράξη ο Νόμος αυτός δεν υλοποιήθηκε πλήρως, δηλαδή δεν έχουν δημιουργηθεί τα Κέντρα Υγείας αστικού τύπου, ούτε έχει επιτευχθεί η ένταξη του Ι.Κ.Α. στην ευρύτερη υποδομή του Ε.Σ.Υ.

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας να περιορίζεται στην ικανοποίηση στοιχειωδών αναγκών Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων και τα Πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α., με παντελή σχεδόν έλλειψη ιατροπροληπτικών δραστηριοτήτων.

Η μη πλήρη εφαρμογή του παραπάνω Νόμου δημιούργησε αρκετά προβλήματα στις αστικές περιοχές, σχετικά με την παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και στις αγροτικές περιοχές από τα ελλιπώς στελεχωμένα Κέντρα Υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργείται ανάγκη μεταρρύθμισης στον

τρόπο με τον οποίο θα παρέχεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, μέσα από αλλαγές στη λειτουργία και τον τρόπο οργάνωσης των Κέντρων Υγείας.

1.2.1.2. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από το Ι.Κ.Α.

Το Ι.Κ.Α. είναι Ν.Π.Δ.Δ. και αποτελεί το μεγαλύτερο ασφαλιστικό οργανισμό της χώρας, αφού ασφαλίζει περισσότερο από το μισό Ελληνικό πληθυσμό. Δικαιούχοι στον κλάδο υγείας του Ι.Κ.Α. σε είδος και σε χρήμα δεν είναι μόνο οι δικοί του ασφαλισμένοι, αλλά και ασφαλισμένοι ή συνταξιούχοι του Τ.Ε.Β.Ε., του Τ.Α.Ε., του Τ.Σ.Α., του Ταμείου Ναυτικών Πρακτόρων και Υπαλλήλων και μιας σειράς άλλων μικρότερων ταμείων.

Η χρηματοδότηση του Ι.Κ.Α. προέρχεται κυρίως από τις εισφορές των εργαζομένων και των εργοδοτών τους.

Όταν η υποδομή του Ι.Κ.Α. σε ανθρώπινους πόρους ή σε εξοπλισμό δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ασφαλισμένων του, τότε συμβάλλεται με κρατικά νοσοκομεία και με ιδιωτικά ακτινοδιαγνωστικά, μικροβιολογικά και λοιπά εργαστήρια, για υπηρεσίες όπως αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες, υπερηχογραφήματα, ψηφιακές αγγειογραφίες και λοιπές εξετάσεις, τις οποίες πληρώνει κατά πράξη.

Το 1960, επηρεαζόμενοι από το Βρετανικό μοντέλο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τίθεται σε δοκιμαστική εφαρμογή στα πολυϊατρεία του Ι.Κ.Α. ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού που αποτελεί μια ξεχωριστή ειδικότητα, η οποία δεν μπορεί να καλυφθεί από τον παθολόγο, όπως συνέβαινε μέχρι τώρα στη χώρα μας. Η εφαρμογή του θεσμού αυτού λειτούργησε σε 20 υποκαταστήματα του Ι.Κ.Α. Όμως, με έλλειψη προετοιμασίας στελέχωσης του θεσμού από τη διοίκηση και τα τοπικά στελέχη του Ι.Κ.Α., ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού δεν προσέφερε εκείνη την εποχή με την συγκεκριμένη στελέχωση τις βελτιώσεις στην παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που αναμενόταν.

1.2.1.3. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα άλλα ασφαλιστικά ταμεία

Όπως έχουμε ήδη αναφέρει εκτός από το Ι.Κ.Α., που διαθέτει δική του υγειονομική υποδομή, ένας μεγάλος αριθμός άλλων ταμείων προσφέρει στους ασφαλισμένους κάλυψη του κινδύνου ασθένειας, κυρίως μέσα από συμβάσεις με τον ιδιωτικό τομέα. Τα ταμεία αυτά δεν διαθέτουν δικές τους υπηρεσίες και έτσι είναι υποχρεωμένα να συμβάλλονται με ιδιώτες γιατρούς, ιδιωτικά εργαστήρια και ακτινοδιαγνωστικά κέντρα, τα οποία αποζημιώνουν κατά πράξη.

Ο ασθενής μπορεί να προσφύγει στους συμβεβλημένους γιατρούς ή τα εργαστήρια, να καταβάλλει σ' αυτούς την προκαθορισμένη αμοιβή και στη συνέχεια να πάρει από το Ταμείο του ένα συγκεκριμένο ποσό. Σε μερικά Ταμεία παρέχεται στον ασθενή η δυνατότητα να προσφύγει σε όποιον ιδιώτη γιατρό επιθυμεί, με τη μόνη διαφορά ότι το ταμείο θα του καταβάλλει ένα ποσό, που τις περισσότερες φορές είναι μικρότερο εκείνου που ο ίδιος κατέβαλλε στο γιατρό.

Υπηρεσίες βασικών ειδικοτήτων παρέχονται από γιατρούς που υπηρετούν στα πολυιατρεία. Τα πολυιατρεία λειτουργούν καθημερινά και παρέχουν το υπόλοιπο φάσμα των υπηρεσιών της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Εξειδικευμένες εξετάσεις, για τις οποίες δεν είναι δυνατή η επιτέλεσή τους στο πολυιατρείο, θα γίνονται με παραπομπή του Οικογενειακού Γιατρού.

1.2.1.4. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από την Τοπική Αυτοδιοίκηση

Πολλοί δήμοι και κοινότητες προσφέρουν υπηρεσίες υγείας, προνοιακού κυρίως χαρακτήρα, μέσω των Κ.Α.Π.Η. και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας. Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν κέντρα κοινωνικής συναναστροφής και προστασίας των ηλικιωμένων, που προσφέρουν συχνά προληπτική ιατρική και συνταγογραφία.

Τα Κέντρα Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας παρέχουν προνοιακού χαρακτήρα υπηρεσίες σε άτομα με ειδικές ανάγκες και χρόνιων πασχόντων.

Η στελέχωση των Κ.Α.Π.Η. και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας είναι συνήθως επαρκής σε ιατρικό προσωπικό. Σε πολλές περιπτώσεις όμως, έχει παρατηρηθεί η ύπαρξη γιατρού, κυρίως για συνταγογραφίες και για τους χρόνιους πάσχοντες.

Εκτός των Κ.Α.Π.Η. και των Κέντρων Ιατρικής Πρόληψης και Πρόνοιας, μερικοί μεγάλοι δήμοι άρχισαν τα τελευταία χρόνια να δημιουργούν και μικρά ιατρεία, κατάλληλα στελεχωμένα, μέσα από τα οποία θα μπορούν να προσφέρουν στους ηλικιωμένους βασικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας.

1.2.1.5. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων

Λόγω της μη ανέγερσης των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου και της ελλιπούς στελέχωσης των Κέντρων υγείας στις αστικές περιοχές, τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων επιφορτίζονται σε μεγάλο βαθμό με την παροχή υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Η μη ανέγερση των Κέντρων Υγείας αστικού τύπου, όπου θα παρέχονται πρωτοβάθμια φροντίδα στους κατοίκους των αστικών περιοχών, έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να καταφεύγουν στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων και ο αριθμός των επισκέψεων να έχει υπερδιπλασιαστεί.

Εκτός από τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων, που είναι ενταγμένα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, υπάρχουν στη χώρα μας 34 Κρατικά Νοσοκομεία (π.χ. Στρατιωτικά, Πανεπιστημιακά), τα οποία προσφέρουν στα Εξωτερικά τους ιατρεία υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στα περισσότερα Νοσοκομεία, η επίσκεψη στα Εξωτερικά Ιατρεία πραγματοποιείται με τηλεφωνικό ραντεβού. Για κάθε επίσκεψη ο ασθενής πληρώνει ένα συμβολικό ποσό, αν και σε αυτό υπάρχουν ορισμένες εξαιρέσεις μη καταβολής αυτού του ποσού, όπως από ασφαλισμένους του Δημοσίου και του Ο.Γ.Α.

1.2.1.6. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη από τον ιδιωτικό τομέα

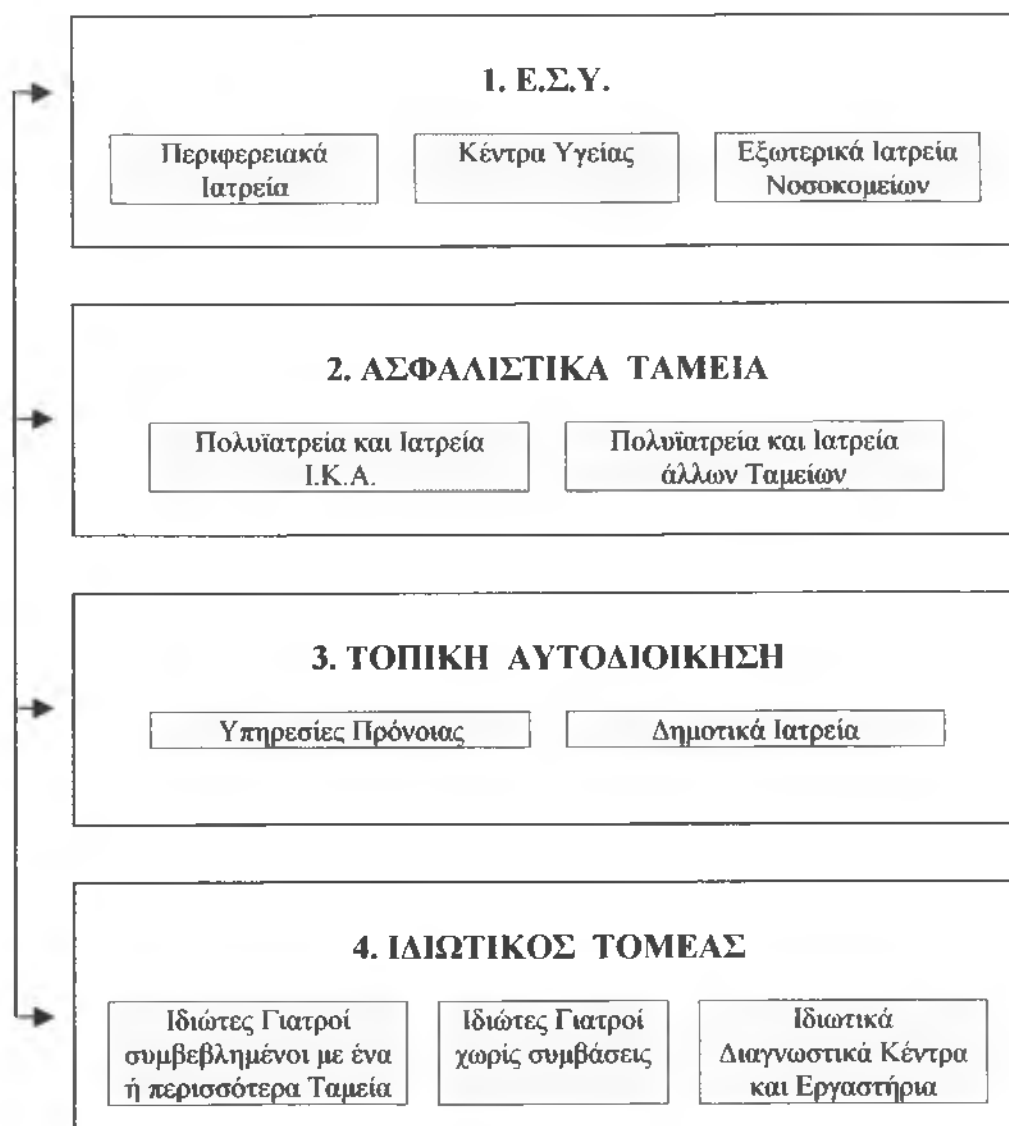
Επειδή στα πρώτα βήματα ανάπτυξης του Ε.Σ.Υ. δόθηκε μεγάλη έμφαση στο Νοσοκομειακό Τομέα, αλλά και επειδή η χώρα διαθέτει πολύ μεγάλο αριθμό γιατρών, σε σχέση με τον πληθυσμό της, η πλειοψηφία αυτών αναγκάζεται να βρει επαγγελματική διέξοδο στον ιδιωτικό τομέα. Σήμερα, στον ιδιωτικό τομέα μπορεί κανείς να παρατηρήσει τις εξής περιπτώσεις επαγγελματικής δραστηριότητας των γιατρών:

1. Γιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που παράνομα διατηρούν και ιδιωτικά ιατρεία.
2. Γιατρούς που εργάζονται σε πολυιατρεία ασφαλιστικών Οργανισμών (κυρίως του Ι.Κ.Α.), που νόμιμα διατηρούν και ιδιωτικό ιατρείο, αντλώντας πελατεία από τους ασφαλισμένους των Ταμείων στα οποία εργάζονται.
3. Γιατρούς συμβεβλημένους με ένα ή περισσότερα Ταμεία, που δέχονται στα ιδιωτικά τους ιατρεία και αμείβονται κατά πράξη και βάσει καθορισμένων τιμών.
4. Γιατρούς, που για διάφορους λόγους δεν μπορούν ή δεν θέλουν να συμβληθούν με Ταμεία υγείας και περιορίζονται στην παροχή υπηρεσιών, πάνω σε καθαρά ιδιωτική βάση. Αμείβονται κατά πράξη και με τιμές που οι ίδιοι ορίζουν.

Ο ιδιωτικός τομέας δεν αρκέστηκε μόνο στην παροχή υπηρεσιών μέσα από τα ιατρεία, αλλά τα τελευταία χρόνια επένδυσε σημαντικά κεφάλαια και στην υψηλή ιατρική τεχνολογία. Οι σημαντικότερες τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα της υγείας έγιναν στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και στην υψηλή διαγνωστική τεχνολογία.

Σχεδόν σε όλα τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα είναι συμβεβλημένα με ασφαλιστικά Ταμεία και αμείβονται κατά πράξη. Είναι εξοπλισμένα με τα πλέον σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα και μπορούν να προσφέρουν ακόμη και τις πιο σπάνιες εξετάσεις.

Διάγραμμα 1. Η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα



Πηγή: Θεοδώρου 1994³

1.2.2. Ο θεσμός των Κέντρων Υγείας

1.2.2.1. Γενικά

Η ιδέα των Κέντρων Υγείας υποστηρίχθηκε αρχικά από το λόρδο Beveridge το 1920. Αργότερα, ο θεσμός των Κέντρων Υγείας επεκτάθηκε και στην υπόλοιπη Ευρώπη.

Στην Ελλάδα τα Κέντρα Υγείας θεσπίζονται για πρώτη φορά με το Ν. 1937/83.

Η περίπτωση των Κέντρων Υγείας αποτελεί τη βασική μορφή παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης στη χώρα μας, με τη θέσπιση και οργάνωση του Ε.Σ.Υ.

Ο κύριος στόχος των Κέντρων Υγείας είναι η παροχή πλήρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης και πρόληψης σε πληθυσμό 10.000 έως 50.000 περίπου. Τα Κέντρα Υγείας είναι οργανωμένοι χώροι προσφοράς πρωτοβάθμιας υγείας. Οι υπηρεσίες που προσφέρουν ποικίλουν ανάλογα με τον ιδρυτικό στόχο των Κέντρων Υγείας. Διοικητικά τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των κατά τόπους Νομαρχιακών Νοσοκομείων με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική σύνδεση με αυτά.

Τη στενή αυτή εξάρτηση των Κέντρων Υγείας από τα Νοσοκομεία περιόρισε ο Ν. 2071/92, με την ένταξή τους στις διοικητικές υπηρεσίες των Νομαρχιών, για να επανασυνδεθούν και πάλι με τα Νοσοκομεία με τον πρόσφατο Νόμο 2194/94.

Η χωροθέτηση των Κέντρων Υγείας έγινε με βάση γεωγραφικά, πληθυσμιακά και κοινωνικο – οικονομικά κριτήρια. Σήμερα λειτουργούν σε όλη τη χώρα 170 Κέντρα Υγείας, με τα οποία είναι συνδεδεμένα 1.311 Περιφερειακά Ιατρεία. Λειτουργούν ακόμη 19 Μικρά Νοσοκομεία – Κέντρα Υγείας, με 96 Περιφερειακά Ιατρεία.

Κάθε Κέντρο Υγείας σχεδιάστηκε έτσι ώστε να διαθέτει όλους εκείνους τους χώρους και τον εξοπλισμό για να καλύπτει όλο το φάσμα της πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας δηλαδή διάγνωση, θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματιών, βραχεία νοσηλεία και οδοντιατρική φροντίδα.

1.2.2.2. Θεσμοθέτηση – Σκοπός – Δραστηριότητες Κέντρων Υγείας

Η θεσμοθέτηση των Κέντρων Υγείας έγινε ύστερα από κοινή απόφαση των Υπουργείων Οικονομικών, Προεδρίας της Κυβέρνησης και του Υπουργείου Υγείας Πρόνοιας (Φ.Ε.Κ. 143/A97 10-83). Με την απόφαση αυτή ορίζεται η περιοχή ευθύνης των Κέντρων Υγείας, καθώς και η έδρα τους, οι δαπάνες λειτουργίας και προσδιορίζονται οι θέσεις του προσωπικού.

Πρωταρχικός σκοπός του Κέντρου Υγείας είναι να προσφέρει πρωτοβάθμια περίθαλψη, νοσηλεία, προληπτική ιατρική, ενημέρωση και διαφώτιση σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και οδοντιατρική περίθαλψη.

Στα Κέντρα Υγείας προσφέρουν υπηρεσίες κυρίως παθολόγοι, οι οποίοι αντικαθιστούν τον οικογενειακό γιατρό, χωρίς όμως να έχουν την απαιτούμενη ειδίκευση που πρέπει να έχει ένας οικογενειακός γιατρός, προσφέροντας έτσι ελλιπή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στους ασθενείς.

Η στελέχωση των Κέντρων Υγείας περιλαμβάνει, εκτός από τους παθολόγους που ασκούν γενική ιατρική, ιατρικό προσωπικό διαφόρων ειδικοτήτων, νοσηλευτικό προσωπικό, παραϊατρικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό, βοηθητικό προσωπικό και τεχνικό προσωπικό.

Ο συνολικός αριθμός προσωπικού, καθώς και η αναλογία προσωπικού των διάφορων ειδικοτήτων στα Κέντρα Υγείας εξαρτώνται από τη γεωγραφική θέση της περιοχής που είναι το Κέντρο Υγείας, ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός, η ποιότητα του πληθυσμού και οι κλιματολογικές συνθήκες της περιοχής.

1.2.2.3. Η εφαρμογή του θεσμού των Κέντρων Υγείας και η ανάγκη μεταρρύθμισης

Στην Ελλάδα ο θεσμός των Κέντρων Υγείας δεν υπήρχε πριν από την έναρξη του Ε.Σ.Υ. Με την εγκαθίδρυση του Ε.Σ.Υ., τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία τους αποτελούν τη νέα μορφή του οργανωτικού και λειτουργικού πλαισίου Πρωτοβάθμιας Περιθαλψης.

Η εύρυθμη και αποτελεσματική λειτουργία των Κέντρων Υγείας στη χώρα μας προϋποθέτει πλήρη και επαρκή στελέχωση με προσωπικό, το οποίο διαθέτει ικανότητες και δεξιότητες απαραίτητες για την εφαρμογή προγραμμάτων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η αριθμητική όμως πληρότητα του προσωπικού δεν είναι η μοναδική συνισταμένη για την εύρυθμη λειτουργία των Κέντρων Υγείας, σημαντική συνισταμένη αποτελεί η ειδίκευση του προσωπικού σε ορισμένες κατευθύνσεις, προκειμένου το Κέντρο Υγείας να είναι σε θέση να εκπληρώσει το σκοπό του.

Τα Κέντρα Υγείας πρέπει να στελεχωθούν, πέρα από το γενικό πλαίσιο, αφού πρώτα ληφθούν υπόψη οι τοπικές ιδιαιτερότητες και κυρίως οι δείκτες νοσηρότητας της περιοχής. Επομένως, απαιτείται η εξειδίκευση των πλαισίων στελέχωσης κατά Κέντρο Υγείας.

Η μέχρι τώρα εφαρμογή του θεσμού των Κέντρων Υγείας παρουσιάζει ορισμένες σημαντικές αδυναμίες, οι οποίες εστιάζονται στα εξής:

- ✓ Στην ελλιπή στελέχωση με κατάλληλα ειδικευμένο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής παραμένει χαμηλού επαγγελματικού και κοινωνικού κύρους, με αποτέλεσμα τη μεγάλη έλλειψη γιατρών γενικής ιατρικής. Ενώ απαιτούνται περίπου 5.000, σήμερα υπάρχουν μόνο 560. Την ειδικότητα της γενικής ιατρικής καλείται να καλύψει ο παθολόγος χωρίς ειδικότητα και οι αγροτικοί γιατροί.
- ✓ Στις σοβαρές ελλείψεις στην υλικοτεχνική υποδομή και στην αδυναμία ανταπόκρισης στις σύγχρονες απαιτήσεις της ιατρικής επιστήμης, με αποτέλεσμα το εύρος των προσφερόμενων υπηρεσιών να περιορίζεται σε στοιχειώδεις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.


- ✓ Στους χαμηλούς μισθούς των γιατρών και στην έλλειψη κινήτρων, με αποτέλεσμα να παρατηρείται απροθυμία στη στελέχωση των Κέντρων Υγείας.
- ✓ Στην περιορισμένη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών κατά τις απογευματινές ώρες, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να καταφεύγουν σε ιδιώτες γιατρούς.
- ✓ Στην έλλειψη εφαρμογής δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που θα συντελούσε στην καλύτερη οργάνωση των Κέντρων Υγείας και στη στήριξη της άσκησης της γενικής ιατρικής σε αυτά.

Η απουσία του οικογενειακού γιατρού και του συστήματος παραπομπών κατ' επέκταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να καταφεύγει σε ιδιώτες γιατρούς, μη έχοντας κάποιο σταθερό σημείο αναφοράς. Έτσι ο ασθενής οδηγείται σε άσκοπη περιπλάνηση εντός του συστήματος, προκαλώντας πληθωρισμό επισκέψεων και αναποτελεσματικότητα στο ίδιο το σύστημα.

Η αναξιοπιστία του συστήματος προς τον ασθενή τον οδηγεί στην αναζήτηση μιας δεύτερης γνώμης από ιδιώτη γιατρό και δημιουργεί πρόσθετες δαπάνες και επιφόρτιση του συστήματος από τη μια και ακυρώνει απ' την άλλη, εν μέρει, το δωρεάν χαρακτήρα της περίθαλψης.

Η μέχρι σήμερα εφαρμογή του θεσμού των Κέντρων Υγείας παρουσιάζεται ελλιπής και οδηγεί στην ανάγκη μεταρρύθμισης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, η οποία θα επικεντρώνεται στην αναμόρφωση της λειτουργίας και στελέχωσης των Κέντρων Υγείας και θα αναφέρεται:

1. Στη στελέχωση των Κέντρων με εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό, που συνεπάγεται την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, έτσι ώστε ο ασθενής να αποκτήσει σημείο αναφοράς, χωρίς να κινείται άσκοπα στο σύστημα αναζητώντας μια δεύτερη γνώμη, με αποτέλεσμα να προκαλεί περιττές και πρόσθετες δαπάνες, πληθωρισμό επισκέψεων και να οδηγεί το σύστημα σε αναποτελεσματικότητα.

- 
2. Στην εφαρμογή των δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τα οποία θα βοηθήσουν την ενίσχυση του ρόλου του οικογενειακού γιατρού.
 3. Στην προσπάθεια για βελτίωση της υποδομής των Κέντρων Υγείας, ώστε να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες της ιατρικής και των παρεχόμενων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Για όλα τα παραπάνω η εισαγωγή του οικογενειακού γιατρού είναι αναγκαία, γιατί θα βοηθήσει το θεσμό των Κέντρων Υγείας να επιτύχει τους προκαθορισμένους στόχους του.

1.2.3. Ο οικογενειακός γιατρός

Ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί την πρώτη βαθμίδα επικοινωνίας του ασθενή με το υγειονομικό σύστημα και λειτουργεί ως μεσάζων για την ανώτερη βαθμίδα περίθαλψης.

Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού ξεκίνησε με μεγάλη επιτυχία στη Μεγάλη Βρετανία και στη συνέχεια επεκτάθηκε και σε άλλες χώρες της Ευρώπης.

Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής αναγνωρίστηκε στην Ελλάδα το 1969, με την οποία απαιτείται 18 μήνες άσκηση. Ο Νόμος αυτός προέβλεπε ότι γενική ιατρική μπορούν να ασκούν οι γιατροί που έχουν 3 χρόνια υπηρεσίας σε Αγροτικά Ιατρεία. Το 1981 όμως αναθεωρήθηκε το πρόγραμμα σπουδών στη γενική ιατρική και ορίστηκε η διάρκεια ειδίκευσης σε 2 χρόνια.

Στη συνέχεια, με μια σειρά νόμων επαναπροσδιορίζεται το πρόγραμμα σπουδών του γενικού γιατρού και η διάρκεια άσκησης αυξάνεται στα 3 χρόνια. Επίσης, καθορίζονται ειδικά σεμινάρια για την ειδίκευση των γιατρών.

Παρόλα αυτά, η ειδικότητα της γενικής ιατρικής στην Ελλάδα καλύπτονταν μέχρι πρόσφατα από τον παθολόγο ή γιατρό χωρίς ειδικότητα. Ο παθολόγος μη έχοντας ειδικότητα γενικής ιατρικής αποδείχθηκε ανήμπορος να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις του συστήματος, για το λόγο ότι δεν είχε την ικανότητα να παραπέμψει τους ασθενείς σε άλλες ειδικότητες ανωτέρων βαθμίδων, δημιουργώντας έτσι πρόβλημα στο σύστημα, αυξάνοντας το κόστος των υπηρεσιών υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα και μη ικανοποιώντας έτσι τις ανάγκες των ασθενών για υγεία.

Η υπάρχουσα κατάσταση, δηλαδή η μη ύπαρξη της ειδικότητας της γενικής ιατρικής οδηγεί σε μεταρρυθμίσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Έτσι, θεσμοθετείται στην Ελλάδα η ειδικότητα του οικογενειακού γιατρού, σύμφωνα με το Νόμο 2519 στις 21 Αυγούστου του 1997. Με το Νόμο αυτό εισάγεται ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού στην Πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Με τον ίδιο Νόμο θεσμοθετούνται τα δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, που καλύπτουν αστικές και ημιαστικές περιοχές και στα οποία παρέχουν υπηρεσίες οικογενειακοί γιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας και παιδιατρικής.

Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο ο οικογενειακός γιατρός θα είναι υπεύθυνος για την υγειονομική κάλυψη των αναγκών μιας περιοχής 1.500 έως 2.000 ατόμων. Το μέγεθος όμως του πληθυσμού διαφοροποιείται από την πυκνότητά του και το επιδημιολογικό φάσμα της περιοχής. Οι ασθενείς θα είναι εγγεγραμμένοι σε μια λίστα, στο μητρώο του οικογενειακού γιατρού. Ο οικογενειακός γιατρός θα ασχολείται κυρίως με τα χρόνια περιστατικά, την υγειονομική διαφώτιση και πρόληψη του πληθυσμού και θα λειτουργεί ως φίλτρο στο Πρωτοβάθμιο Σύστημα.

Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού θα πρέπει να προσαρμοστεί κατάλληλα στις ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας της χώρας μας. Για την επιτυχία του θεσμού ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να κάνει διάγνωση στα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο ασθενής. Θα πρέπει να αναπτύξει σωστή διαπροσωπική σχέση, ώστε να αντιλαμβάνεται το πρόβλημα του ασθενή και κυρίως θα πρέπει να έχει γνώση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενή. Ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει επίσης να έχει ως πρώτο μέλημά του τον ασθενή και να θεραπεύει τα νοσήματά του, καθώς και να τον ενημερώνει για την πρόληψη των νοσημάτων αυτών, να προάγει την υγεία του και να φροντίζει για την αποκατάσταση του αναπήρου.

Όταν δεν είναι σε θέση να θεραπεύει τους ασθενείς του, θα τους παραπέμψει σε ειδικότητες άλλων γιατρών, ανώτερης βαθμίδας. Επιπλέον ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να λειτουργεί ως σύμβουλος των αρμοδίων κοινωνικών φορέων για τη διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας των κατοίκων μιας περιοχής.

Ο οικογενειακός γιατρός θα παρέχει τις υπηρεσίες του σε συνεργασία με την ομάδα εργασίας του, που την αποτελούν η νοσοκόμα, η μαία και ο φυσιοθεραπευτής.

Στην Ευρώπη συντελείται μεταφορά της υγειονομικής περίθαλψης από τη δευτεροβάθμια στην πρωτοβάθμια φροντίδα και στήριξη του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Η τάση αυτή πρέπει να ακολουθηθεί και από την Ελλάδα. Αυτό συμβαίνει γιατί ο οικογενειακός γιατρός μπορεί να διατηρεί υπό έλεγχο το κόστος της υγειονομικής φροντίδας, αφού χρησιμοποιεί λιγότερους πόρους από ότι οι άλλες ειδικότητες. Ο οικογενειακός γιατρός θα γνωρίζει καλύτερα τον ασθενή, τον εργασιακό του χώρο και την οικογένειά του. Γνωρίζοντας το ιστορικό του ασθενή με τα προηγούμενα προβλήματα υγείας του μπορεί να λειτουργήσει ως φύλακας, αποφασίζοντας κατά πόσο ο ασθενής χρειάζεται περισσότερο ειδικευμένη και δαπανηρή φροντίδα.

Το μητρώο ασθενών του οικογενειακού γιατρού, στο οποίο θα εγγράφονται οι ασθενείς για τους οποίους ο γιατρός είναι υπεύθυνος, θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εφαρμογή αποτελεσματικής πολιτικής στο θέμα της προαγωγής υγείας και πρόληψης των ασθενειών.

Κύριος στόχος της μεταρρύθμισης, η οποία όπως προαναφέραμε ήταν αναγκαία, είναι η αναβάθμιση της ικανότητας, του γοήτρου και του κύρους του γενικού γιατρού, ο οποίος θα αποτελέσει τον «ακρογωνιαίο λίθο» του συστήματος.

1.2.3.1. Η εκπαίδευση του οικογενειακού γιατρού

Η Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας υποστηρίζει ότι οι οικογενειακοί γιατροί χρειάζονται εκτεταμένη ειδική εκπαίδευση, εξαιτίας της πολυπλοκότητας των υπηρεσιών που καλούνται να παρέχουν. Η ειδική εκπαίδευση των οικογενειακών γιατρών για την απόκτηση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής συνίσταται συνήθως σε δύο χρόνια θεωρητικής εκπαίδευσης στις ειδικότητες που σχετίζονται με την γενική ιατρική και σε ένα χρόνο πρακτικής εκπαίδευσης.

Μακροπρόθεσμα, η ειδικότητα της γενικής ιατρικής στη χώρα μας θα πρέπει να συνοδεύεται από μεταπτυχιακά προγράμματα τριετούς διάρκειας (δύο χρόνια σε νοσοκομειακές ειδικότητες και ένα χρόνο πρακτικής άσκησης),

όπως γίνεται σε χώρες της Ευρώπης. Μόνο αυτοί οι γιατροί, κατά συνέπεια, θα έχουν το δικαίωμα να εγγράφουν ασθενείς στα μητρώα τους.

Η εκπαίδευση στη γενική ιατρική θα πρέπει να ενταχθεί και στο προπτυχιακό και στο μεταπτυχιακό επίπεδο της ιατρικής παιδείας. Σε κάθε ιατρική σχολή πρέπει να δημιουργηθεί τμήμα οικογενειακής ιατρικής, με ειδικό καθηγητή γνώστη αυτού του αντικειμένου. Το προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών θα πρέπει να περιλαμβάνει έξι εβδομάδες πρακτικής εκπαίδευσης της οικογενειακής ιατρικής σε αγροτικές περιοχές, όπου οι απόφοιτοι των ιατρικών σχολών καλούνται να ασκήσουν το λειτούργημά τους. Έτσι, σταδιακά η εκπαίδευση στην οικογενειακή ιατρική θα διενεργείται από γιατρούς που έχουν ειδικευτεί στο αντικείμενο αυτό. Οι ιατρικές σχολές στην Ελλάδα συνεπώς, θα πρέπει να δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην εκπαίδευση των οικογενειακών γιατρών, έτσι ώστε να αυξάνεται ο αριθμός των οικογενειακών γιατρών και να μειώνεται ο αριθμός των άλλων ειδικοτήτων.

1.2.3.2. Οικογενειακοί γιατροί και δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Ως δίκτυα λειτουργούν ένα ή περισσότερα Κέντρα Υγείας ή πολυϊατρεία και κατά περίπτωση Περιφερειακά Ιατρεία τους. Η αναγκαία στελέχωση και τεχνολογική υποδομή κάθε δικτύου προσδιορίζονται ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης τους και τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής.

Στα δίκτυα προσφέρουν τις υπηρεσίες τους οικογενειακοί γιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής. Με την εφαρμογή των δικτύων στην Ελλάδα ενισχύεται ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού και προοπτικά θα πρέπει να αυξάνεται ο αριθμός τους με την παράλληλη μείωση της παροχής υπηρεσιών από τους ειδικούς.

Στα δίκτυα ο οικογενειακός γιατρός επιλέγεται από τον ασθενή από τον κατάλογο των γιατρών του δικτύου. Η επιλογή αυτή γίνεται κάθε χρόνο και σε περίπτωση που ο ασθενής επιθυμεί αλλαγή του γιατρού του μπορούν να τη ζητήσουν μετά από αιτιολογημένη αίτηση στον προϊστάμενο του δικτύου.

Οι οικογενειακοί γιατροί δεν μπορούν να αρνηθούν την εγγραφή στον κατάλογο του οποιουδήποτε ασθενή, που διαμένει εντός της περιοχής ευθύνης του δικτύου που υπηρετεί. Ο αριθμός των ατόμων, που εγγράφονται σε έναν οικογενειακό γιατρό, δεν θα πρέπει να ξεπερνάει τους 1.800.

Οι οικογενειακοί γιατροί θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους:

- Στο ιατρείο τους καθημερινά, σε συγκεκριμένες πρωινές και απογευματινές ώρες, που εξυπηρετούν αποκλειστικά και μόνο τους δικαιούχους του δικτύου, που είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλόγό τους.
- Κατ' οίκον επισκέψεις, οποιαδήποτε ώρα του εικοσιτετραώρου.

Τα ιατρεία των οικογενειακών γιατρών λειτουργούν σε χώρους μέσα στην περιοχή ευθύνης του δικτύου.

Οι επιλεγμένοι οικογενειακοί γιατροί του δικτύου συνάπτουν ετήσιες συμβάσεις παροχής υπηρεσιών με το Γενικό Γραμματέα της οικείας περιφέρειας ή τον φορέα που έχει την ευθύνη του δικτύου και αμείβονται σύμφωνα με τον αριθμό των πολιτών που καλύπτουν.

Οι οικογενειακοί γιατροί παραπέμπουν τους ασθενείς που έχουν ανάγκη για επιπλέον εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα στους γιατρούς ειδικοτήτων του δικτύου που ανήκουν. Εάν οι μονάδες του δικτύου δεν διαθέτουν τις αντίστοιχες ειδικότητες, ο ασθενής παραπέμπεται στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, με το οποίο είναι συνδεδεμένο το δίκτυο.

Συνέπεια αυτού είναι ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού να λειτουργεί καλύτερα μέσω του δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αφού ο γιατρός έχει τη δυνατότητα να παραπέμπει τους ασθενείς του σε γιατρούς άλλων ειδικοτήτων του δικτύου, περιορίζοντας έτσι το κόστος υγειονομικής φροντίδας, διότι ο ασθενής δεν μεταφέρεται ασκόπως όταν δεν είναι απαραίτητο, στις άλλες βαθμίδες περίθαλψης.

1.2.3.3. Χώροι άσκησης της γενικής ιατρικής

Οι οικογενειακοί γιατροί θα μπορούν να ασκούν το επάγγελμά τους εκτός από τα Κέντρα Υγείας στις μη αστικές περιοχές, στα πολυιατρεία και στα αγροτικά ιατρεία.

Στα αστικά κέντρα ο οικογενειακός γιατρός θα μπορεί να ασκεί την ειδικότητά του ενοικιάζοντας χώρους από τις πολυκλινικές του Ι.Κ.Α. ή χρησιμοποιώντας το δικό του ιατρείο.

Ενώ η τάση για ομαδική άσκηση της γενικής ιατρικής αυξάνεται συνεχώς, ο οικογενειακός γιατρός θα αρχίσει να ασκεί το λειτούργημά του όχι ατομικά και μεμονωμένα, αλλά σε χώρους όπου θα συγκεντρώνονται και άλλοι συνάδελφοί του. Οι χώροι αυτοί θα νοικιάζονται είτε ανεξάρτητα, είτε στα υπάρχοντα πολυιατρεία.

Αντίστοιχα, στις αγροτικές περιοχές οι οικογενειακοί γιατροί θα μπορούν να ασκήσουν τη γενική ιατρική στις εγκαταστάσεις των Κέντρων Υγείας.

Η άσκηση της γενικής ιατρικής στα αγροτικά ιατρεία πρέπει να γίνεται αποκλειστικά από τους οικογενειακούς γιατρούς στους οποίους πρέπει να παρασχεθούν κίνητρα, όπως π.χ. τα έξοδα κίνησης όταν υπάρχει ανάγκη μεταφοράς από μια περιοχή στην άλλη και η δυνατότητα αναπλήρωσης για μακρές περιόδους αδειών, έτσι ώστε ο οικογενειακός γιατρός να παραμείνει στις αγροτικές αυτές περιοχές.

1.2.3.4. Αμοιβή του οικογενειακού γιατρού

Ορισμένα Εθνικά Συστήματα Υγείας, καθώς και το ελληνικό, χρηματοδοτούν την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Φροντίδα αμείβοντας τους οικογενειακών γιατρούς και τις άλλες ειδικότητες με τρεις βασικούς τρόπους:

- α. Αμοιβή κατά πράξη (fee for service)
- β. Αμοιβή με μισθό (salary)
- γ. Αμοιβή με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων μελών (capitation fee)

α. Η αμοιβή κατά πράξη

Η πληρωμή του γιατρού γίνεται είτε από τον ασθενή, που κατόπιν μπορεί να εισπράξει μέρος ή όλο το ποσό από τον ασφαλιστικό φορέα, είτε απευθείας από τον ασφαλιστικό φορέα, βάσει προσυμφωνημένων τιμολογίων.

β. Η αμοιβή με μισθό

Είναι η συνηθέστερη αμοιβή στη χώρα μας. Γίνεται με βάση το χρόνο που διαθέτει ο γιατρός για παροχή ενός φάσματος υπηρεσιών, ανάλογα με την ειδικότητά του, άσχετα με τον όγκο ή την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αμοιβή δεν έχει λοιπόν σχέση με την αποδοτικότητα του γιατρού, αλλά είναι αποτέλεσμα συλλογικών, συνήθως, διαπραγματεύσεων, μεταξύ ασφαλιστικών φορέων και ιατρικών συλλόγων.

γ. Η αμοιβή με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων μελών

Ο γιατρός αμείβεται με κάποιο προσυμφωνημένο ποσό κατά κεφαλή. Έτσι, το εισόδημα καθορίζεται από τον αριθμό των εγγεγραμμένων στον κατάλογό του. Το ποσό αυτό πληρώνεται άσχετα με τη χρησιμοποίηση ή όχι των υπηρεσιών του γιατρού και φυσικά είναι άσχετο με τον αριθμό των επισκέψεων του ασθενούς.

Σύμφωνα με την πρώτη μέθοδο, δηλαδή η αμοιβή κατά πράξη, ενθαρρύνει έντονα τους γιατρούς να ικανοποιούν τους ασθενείς τους και να εργάζονται δραστήρια και αποτελεσματικά. Εάν βέβαια η παραγωγικότητα

μετριέται με βάση μόνο τον αριθμό των ιατρικών πράξεων, τότε οι γιατροί είναι παραγωγικοί. Σε ένα τέτοιο σύστημα τα κίνητρα του οικογενειακού γιατρού είναι κάπως συγκεχυμένα. Από τη μια πλευρά ο ασθενής πρέπει πρώτα να πάει στον οικογενειακό γιατρό του και αυτό περιορίζει κάποιες άλλες μη αναγκαίες επισκέψεις σε άλλους γιατρούς. Από την άλλη όμως, συμβαίνει οι οικογενειακοί γιατροί να θεωρούν πως οι αμοιβές τους είναι πολύ χαμηλές και τότε αντιδρούν με το να περικόπτουν το χρόνο των επισκέψεων και να επιβάλλουν πρόσθετες επισκέψεις στους ασθενείς τους. Αυτού του τύπου η ιατρική συνδέεται με υψηλά ποσοστά παραπομπών για διαγνωστικές εξετάσεις, επισκέψεις σε ειδικούς και συνταγογραφίες φαρμάκων.

Το Ε.Σ.Υ. εκδηλώνει αυτά ακριβώς τα προβλήματα, με αποτέλεσμα η επέκταση του συστήματος αμοιβών κατά πράξη, δεν πρόκειται να αλλάξει τις κατεστημένες συμπεριφορές.

Στη δεύτερη μέθοδο, της αμοιβής με μισθό, από τη μία διευκολύνεται ο προγραμματισμός στον τομέα υγείας, εφ' όσον είναι γνωστή εκ των προτέρων η αμοιβή του ιατρικού προσωπικού. Από την άλλη δεν υπάρχει ανταγωνισμός για προσέλκυση πελατών και επιπλέον τις περισσότερες φορές ο γιατρός εξαρτάται περισσότερο από τους προϊσταμένους του παρά από τους ασθενείς. Αυτό οδηγεί σε μια κατάσταση, όπου ο γιατρός προσπαθεί να ικανοποιήσει τους προϊσταμένους του και όχι τους ασθενείς του, αφού από αυτούς εξαρτάται η καριέρα του. Σύννηθες είναι το φαινόμενο της μη αναγκαίας παραπομπής του ασθενούς σε άλλες ειδικότητες, αντί της ολοκλήρωσης της θεραπευτικής διαδικασίας απ' τον ίδιο τον γιατρό. Η διάσπαση της διαδικασίας αυτής επιφέρει αύξηση του κόστους, αλλά επιπλέον εμποδίζει την ανάπτυξη της σημαντικής διαπροσωπικής σχέσης μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Το σύστημα της αμοιβής του γιατρού με αυτή τη μέθοδο δημιουργεί φαινόμενα παραοικονομίας, με τη μορφή παράνομης αμοιβής του γιατρού απ' τον ίδιο τον ασθενή.

Σύμφωνα τέλος με την τρίτη μέθοδο, την αμοιβή με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων μελών, ο γιατρός προσανατολίζεται στην προσέλκυση πελατείας και ταυτόχρονα δημιουργείται μια πολύ καλή σχέση μεταξύ του

γιατρού και του ασθενούς από την πολύχρονη επαφή τους και με όλα τα αποτελέσματα, που μπορεί μια τέτοια σχέση να έχει.

Ο τρόπος αυτός είναι δυνατό να αυξήσει την παραγωγικότητα του γιατρού, αλλά επειδή ο μεγάλος αριθμός των εγγεγραμμένων αυξάνει το εισόδημά του, αυτό είναι δυνατό να προκαλέσει αύξηση των ωρών αναμονής του ασθενούς στο ιατρείο ή μείωση του χρόνου εξέτασης του ασθενούς.

1.2.3.5. Η προτεινόμενη μέθοδος αμοιβής

Η κυρίαρχη πλέον άποψη είναι ότι επειδή σήμερα η πραγματική πρωτοβάθμια φροντίδα δεν συνίσταται απλώς σε μια δέσμη υπηρεσιών, θα πρέπει ο γιατρός να αμείβεται με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στη λίστα του ασθενών, όπως συμβαίνει για πολλά χρόνια στη Μεγάλη Βρετανία και την Ολλανδία. Το σύστημα αυτό έχει υιοθετηθεί και από άλλες πολλές χώρες όπως Σουηδία, Φιλανδία και Νορβηγία.

Η μεταρρύθμιση του ελληνικού συστήματος υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει να προσανατολιστεί σε αυτήν ακριβώς τη λύση της θέσπισης υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής, που θα αμείβονται στη βάση του αριθμού των εγγεγραμμένων ασθενών. Ο τρόπος αμοιβής αυτού του τύπου δεν χρειάζεται να είναι ο μόνος. Το εισόδημα των οικογενειακών γιατρών μπορεί να αυξηθεί με πρόσθετα επιδόματα, τα οποία θα εξαρτώνται από:

- Τον αριθμό και την κατηγορία των εγγεγραμμένων ασθενών. Οι αμοιβές για τους ασθενείς άνω των 65 χρονών θα είναι υψηλότερες από αυτές για τους υπόλοιπους ασθενείς.
- Το είδος συγκεκριμένων παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως οι εμβολιασμοί, οι κατ' οίκον επισκέψεις τις νυχτερινές ώρες και άλλες προκαθορισμένες δραστηριότητες.

Η μεταρρύθμιση θα πρέπει επίσης να προσανατολιστεί και να προβεί στις αναγκαίες ρυθμίσεις, ώστε το εισόδημα των οικογενειακών γιατρών καθ' όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους να ισοδυναμεί, αν δεν υπερβαίνει, το

συνολικό μέσο όρο του συνολικού εισοδήματος όλων των άλλων ειδικοτήτων και ιδιαίτερα των νοσοκομειακών ειδικοτήτων.

Ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να αποζημιώνεται μέχρι ενός προκαθορισμένου ορίου για το κόστος των εγκεκριμένων ιατρικών εγκαταστάσεων και του εγκεκριμένου βοηθητικού προσωπικού που χρησιμοποιεί.

Προϋπόθεση της σύμβασης πληρωμής με βάση τον αριθμό των εγγεγραμμένων στον κατάλογο είναι ότι ο οικογενειακός γιατρός δεν έχει το δικαίωμα να ασκεί ιδιωτική ιατρική με ασθενείς που καλύπτονται από το Ενοποιημένο Ταμείο. Όσοι επιθυμούν να αμείβονται ιδιωτικά, με οποιοδήποτε τρόπο από τους ασθενείς τους, δεν θα έχουν τη δυνατότητα να ασκούν την ιατρική στο σύστημα οικογενειακής ιατρικής του Ενοποιημένου Ταμείου.

Τέλος, ο οικογενειακός γιατρός θα πρέπει να αποζημιώνεται για το κόστος των λειτουργικών εξόδων που οι υπηρεσίες τους συνεπάγονται. Το βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής, από την πλευρά των γιατρών, είναι ότι τα έξοδά τους θα καλύπτονται σε ικανοποιητικό βαθμό.

1.2.3.6. Ειδικά κονδύλια οικογενειακών γιατρών

Όπως συμβαίνει στη Μεγάλη Βρετανία, στο Σύστημα Προϋπολογισμών Οικογενειακών Γιατρών, έτσι και στην Ελλάδα θα πρέπει μακροπρόθεσμα να εκχωρούνται στους οικογενειακούς γιατρούς κονδύλια για παραπομπές.

Τα κονδύλια αυτά θα βρίσκονται υπ' ευθύνη της κάθε περιφέρειας και θα πιστώνονται στους λογαριασμούς οικογενειακών γιατρών. Το ύψος των κονδυλίων θα εξαρτάται από το μέγεθος και τις ιδιαιτερότητες του εγγεγραμμένου πληθυσμού της περιφέρειας. Θα χρησιμοποιούνται για την πληρωμή των ειδικών υπηρεσιών, που παρέχονται στους εγγεγραμμένους ασθενείς στα νοσοκομεία και τα εξωτερικά τους ιατρεία και την πληρωμή των διαγνωστικών εξετάσεων, που έχουν ζητηθεί απ' ευθείας από τον οικογενειακό γιατρό ή από τον ειδικό γιατρό, στον οποίο ο ασθενής έχει ήδη παραπεμφθεί από τον οικογενειακό του γιατρό. Στο τέλος του χρόνου, τα τυχόν

πλεονάσματα από αυτά τα κονδύλια θα μπορούν, με αίτηση στην περιφέρεια, να διοχετεύονται σε άλλους σκοπούς, όπως η επιμόρφωση ή η επέκταση του ιατρείου του. Η υπέρβαση του κατανεμημένου κονδυλίου θα αφαιρείται εν μέρει από την αμοιβή του οικογενειακού γιατρού, εκτός αν αυτός είναι σε θέση να υποδείξει ότι αυτό έγινε δικαιολογημένα.

Στον οικογενειακό γιατρό επίσης θα πρέπει να εκχωρείται ένα ιδιαίτερο ξεχωριστό κονδύλιο για τη συνταγογραφία φαρμάκων. Και στην περίπτωση αυτή τα κονδύλια θα κρατούνται από την περιφέρεια για λογαριασμό των οικογενειακών γιατρών. Τα κονδύλια για τα φάρμακα θα πρέπει να παραμείνουν ξεχωριστά επειδή στον τομέα αυτόν παρατηρούνται οι μεγαλύτερες σπατάλες και η κατανομή τους θα πρέπει να επιδέχεται αναπροσαρμογές, ανάλογα με τους ασθενείς που είναι εγγεγραμμένοι σε συγκεκριμένους γιατρούς.

Η κατανομή αυτών των κονδυλίων αποτελεί ένα μέσο για την ενθάρρυνση της συντηρητικής και οικονομικής συμπεριφοράς, που θα πρέπει να επικρατήσει σε ότι αφορά την παραπεμπτική διαδικασία και την συνταγογραφία φαρμάκων. Με τη θέσπιση των κονδυλίων αυτών, θα αντιμετωπιστούν οι οικονομικές και άλλες πιέσεις που ασκούνται στους γιατρούς, ώστε να ενδίδουν στην υπερβολική, περιττή και δαπανηρή χρήση υπηρεσιών.

Οι περιφέρειες θα πρέπει να αναπτύξουν συστήματα ελέγχου της συμπεριφοράς των οικογενειακών γιατρών, σε ότι αφορά τη συνταγογραφία φαρμάκων και παραπομπών.

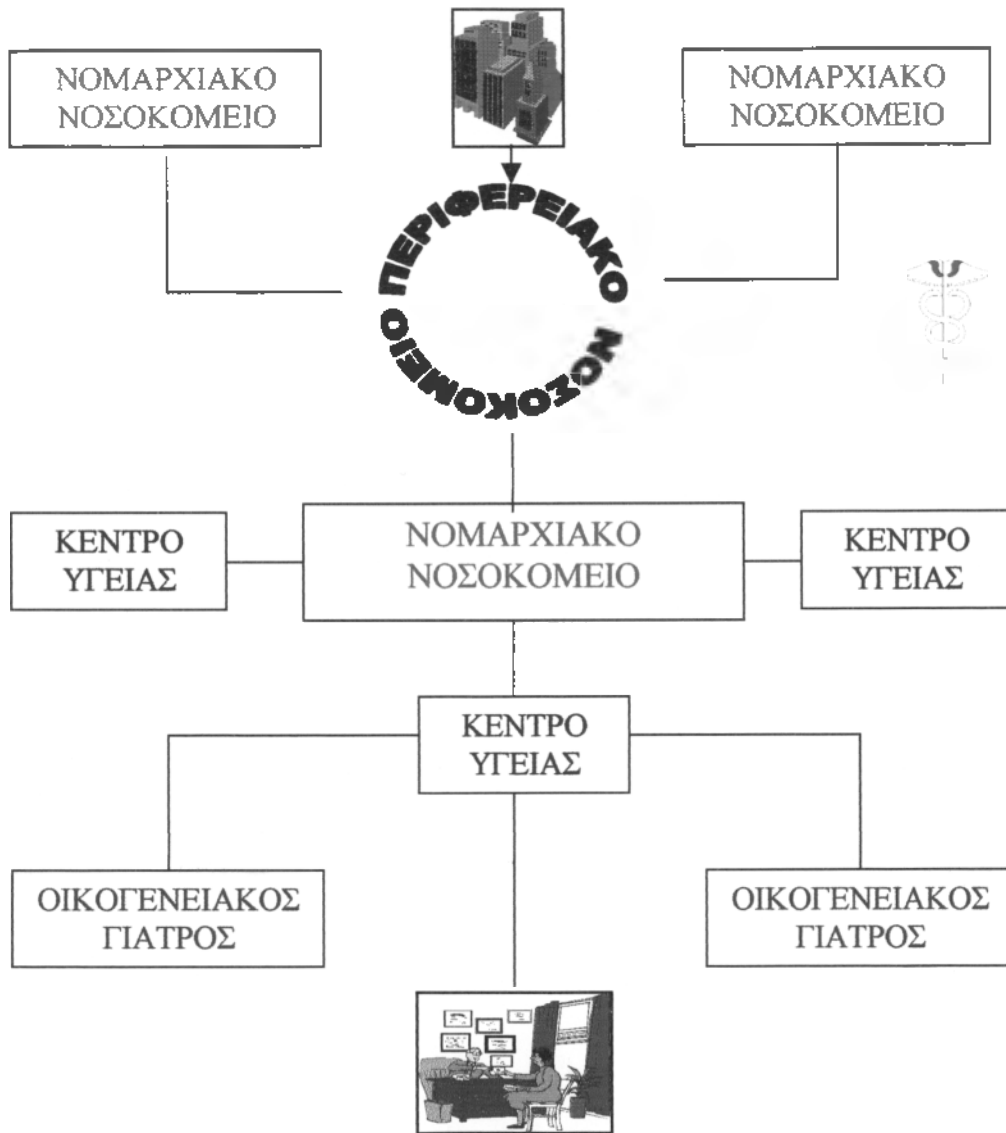
Για να λειτουργήσει σωστά αυτό το σύστημα, χωρίς ο οικογενειακός γιατρός να αναλάβει τον κίνδυνο, επειδή έτυχε ένας ή περισσότεροι ασθενείς του να χρειάζονται δαπανηρή και μακροχρόνια νοσηλεία, είναι αναγκαίο να υπάρξουν δύο εγγυήσεις.

Η πρώτη είναι η ενθάρρυνση της ομαδικής άσκησης της οικογενειακής ιατρικής, που εξασφαλίζει τη διάχυση του κινδύνου. Η ομαδική άσκηση της οικογενειακής ιατρικής μπορεί να προσλάβει πολλές μορφές. Οι οικογενειακοί γιατροί μπορούν να εργάζονται στον ίδιο χώρο και να μοιράζονται από κοινού

τα λειτουργικά τους έξοδα και τα κονδύλια που τους έχουν κατανεμηθεί. Μπορεί όμως να αποφασίσουν να δημιουργήσουν κοινοπραξίες που θα διαχειρίζονται κοινά κονδύλια, χωρίς να χρειάζεται να εργάζονται μαζί. Στην περίπτωση αυτή θα καταβάλλεται ένα ποσό στην γραμματεία της κοινοπραξίας, η οποία θα τους πληροφορεί για τους μηνιαίους ρυθμούς της ατομικής τους άντλησης απ' τα κοινά κονδύλια, κατά τρόπο που θα επιτρέπει το συστηματικό έλεγχο της χρήσης τους.

Η δεύτερη εγγύηση μπορεί να παρασχεθεί με τη θέσπιση ορίων υπαιτιότητας των οικογενειακών γιατρών. Αυτό μπορεί να γίνει με δύο τρόπους. Είτε με τη θέσπιση χρηματικού ορίου στο κόστος κάλυψης του κάθε περιστατικού από το κοινό κονδύλιο, είτε με την εξαίρεση ορισμένων κατηγοριών θεραπειάς (π.χ. αιμοκάθαρση, καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις κ.τ.λ.).

ΟΡΓΑΝΟΓΡΑΜΜΑ 1
ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Ο ΘΕΣΜΟΣ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΕ ΧΩΡΕΣ ΤΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ - Η ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

ΒΡΕΤΑΝΙΑ

2.1. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας ή N.H.S. (National Health Service), όπως επικράτησε να ονομάζεται, αποτελεί χαρακτηριστική περίπτωση ενός δημόσιου εθνικού συστήματος, από το οποίο απουσιάζουν σχεδόν παντελώς τα ασφαλιστικά ταμεία, ενώ η κρατική παρέμβαση είναι έντονη σε όλους τους τομείς. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Βρετανίας βασίστηκε σε μια ιδέα του λόρδου Beveridge. Το 1942 ψηφίστηκε από την Κυβέρνηση των Εργατικών και η λειτουργία του ξεκίνησε το 1948.

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, από γενικούς γιατρούς, οι οποίοι αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της Πρωτοβάθμιας Περιθαλψής και από Νοσοκομεία που ανήκουν σε φιλανθρωπικά ιδρύματα. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται δωρεάν μόνο στους εργαζόμενους που είναι ασφαλισμένοι σε ταμεία, ενώ η νοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται από δημοτικά νοσοκομεία, τα οποία χρεώνουν μόνο αυτούς που μπορούν να πληρώσουν.

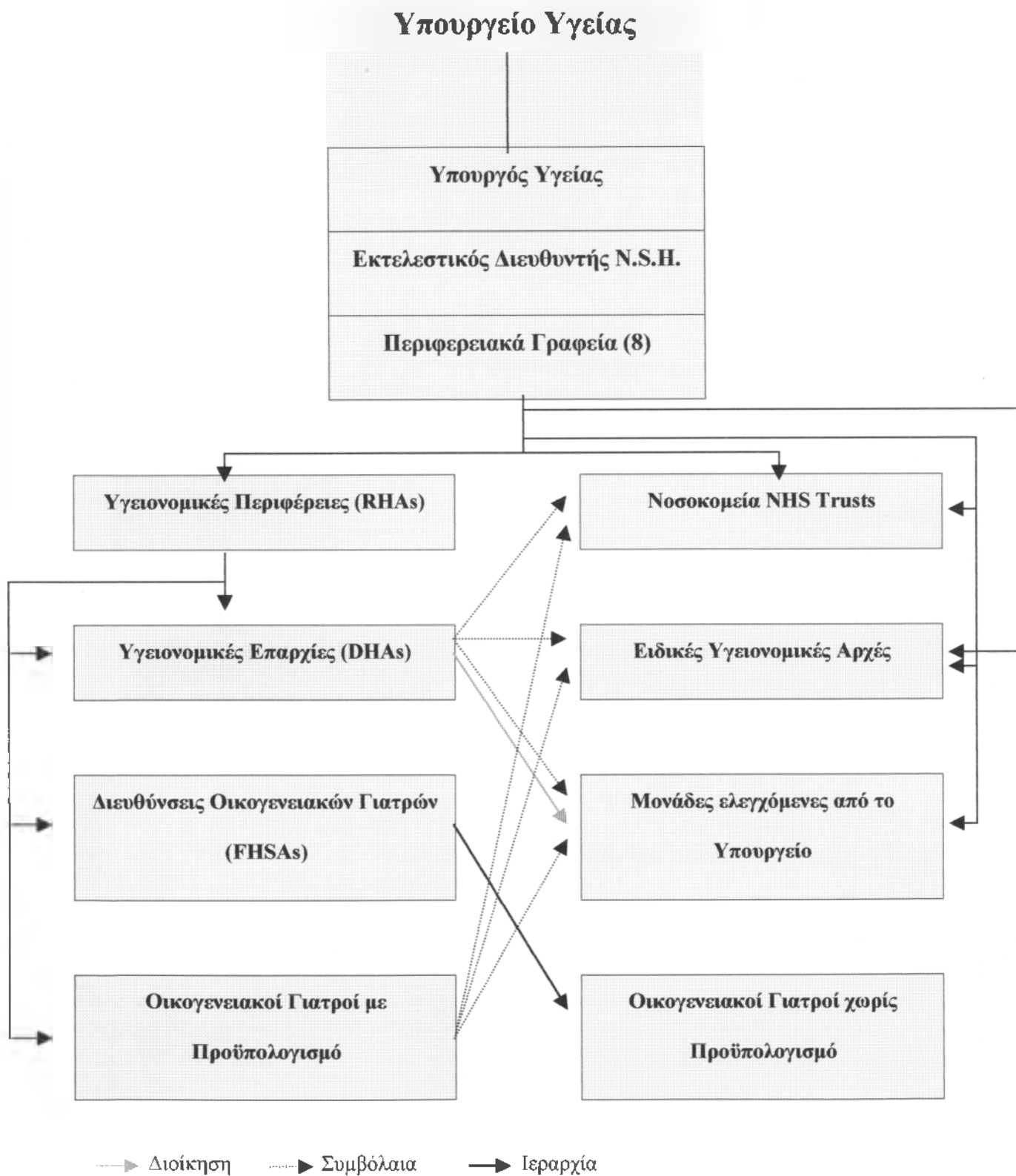
Το σύστημα διοικείται από το Υπουργείο Υγείας. Ο ρόλος του είναι περισσότερο στρατηγικός, αφού θέτει πολιτικές υγείας που πρέπει να ακολουθηθούν. Η αμέσως κατώτερη αρχή είναι η Περιφερειακή Υγειονομική Αρχή R.H.A. (Regional Health Authorities), η οποία αποτελεί την προέκταση

του Υπουργείου σε περιφερειακό επίπεδο και είναι υπεύθυνες για τον σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις υγειονομικές επαρχίες, οι οποίες αποτελούν την τρίτη σειρά οργανωτικής βαθμίδας του συστήματος. Οι υγειονομικές αρχές ανέρχονται σε 1.112 και εξυπηρετούν κατά μέσο όρο 350.000 άτομα η κάθε μία. Μέχρι το 1988 το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ήταν υπεύθυνο για το N.H.S. Η αναδιάρθρωση των υπηρεσιών όμως χώρισε το Υπουργείο στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και στο Υπουργείο Κοινωνικής Ασφάλισης.

Το N.H.S. τώρα ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Η χρηματοδότηση του N.H.S. γίνεται από την Κυβέρνηση, μέσω του προϋπολογισμού, με κατάλληλη λειτουργία ενός βοηθητικού ανεξάρτητου ιδιωτικού τομέα στην παροχή υπηρεσιών. Το Βρετανικό N.H.S. παρέχει δωρεάν υπηρεσίες στον ασθενή και επιβάλλει μόνο μια μικρή συμμετοχή στο κόστος, όσον αφορά τα φάρμακα και τις οφθαλμολογικές εξετάσεις. Το μέγιστο μέρος της χρηματοδότησης του συστήματος γίνεται από την κυβέρνηση.

Ο ρόλος κλειδί για το Βρετανικό Σύστημα Υγείας είναι αυτός του γενικού γιατρού (General practitioner). Ο γενικός γιατρός ενεργεί και επέχει ρόλο θυρωρού για το υπόλοιπο σύστημα.

Διάγραμμα 2: Η δομή του Βρετανικού N.S.H.



Πηγή: *Department of Health*

2.1.1. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού

Οι οικογενειακοί γιατροί στη Μεγάλη Βρετανία έχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής, εργάζονται συνήθως ομαδικά (group – practice) και προσφέρουν όλο το φάσμα των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας. Οι πολίτες είναι καταχωρημένοι σε καταλόγους και βάσει αυτών ανήκουν σε ένα γιατρό, ο οποίος παρέχει πρωτοβάθμια φροντίδα και παραπέμπουν στους ειδικούς γιατρούς, όταν αυτό χρειαστεί.

Οι οικογενειακοί γιατροί είναι υπεύθυνοι για την υγειονομική κάλυψη των αναγκών μιας περιοχής, την παραπομπή των ασθενών στο νοσοκομείο και ασχολούνται με χρόνια περιστατικά και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού. Εξυπηρετούν ένα συγκεκριμένο αριθμό ατόμων, 1.800 ανά γιατρό, εγγεγραμμένους στη λίστα τους. Οι περισσότεροι γιατροί εργάζονται κατ' ομάδες, στις οποίες περιλαμβάνονται αδελφές Νοσοκόμες, συχνά κοινωνικοί λειτουργοί και άλλου είδους εργαζόμενοι.

Ο γενικός γιατρός στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί το καλύτερα οργανωμένο τμήμα του συστήματος και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την υψηλή αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των βρετανικών υπηρεσιών υγείας. Ο κάθε Βρετανός πολίτης έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει τις υπηρεσίες γενικής ιατρικής, από τους 31.000 οικογενειακούς γιατρούς που υπηρετούν. Το δίκτυο των οικογενειακών γιατρών αποτελεί την πύλη εισόδου του ασθενή στο σύστημα και συγχρόνως το φίλτρο του συστήματος, απ' το οποίο ο ασθενής περνάει από τα κατώτερα επίπεδα στα ανώτερα επίπεδα περίθαλψης, όταν χρειαστεί.

Η μεταρρύθμιση του 1991 εισάγει την εκχώρηση προϋπολογισμού οικογενειακών γιατρών. Σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση αυτή ο νόμος έδωσε το δικαίωμα σε ομάδες οικογενειακών γιατρών που το επιθυμούν και εφ' όσον εξυπηρετούν περισσότερο από 11.000 ασθενείς, να αποκτήσουν απ' τις τοπικές υγειονομικές αρχές έναν ετήσιο προϋπολογισμό, με τον οποίο είναι υποχρεωμένοι να καλύψουν όχι μόνο τις ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αλλά και ένα συγκεκριμένο μέρος των νοσοκομειακών

αναγκών των ασφαλισμένων, περίπου το 30%, και ολόκληρη τη φαρμακευτική τους περίθαλψη.

Οι οικογενειακοί γιατροί οι οποίοι επιλέγουν να γίνουν Fund Holders αναλαμβάνουν τις οικονομικές επιπτώσεις των αποφάσεών τους, αφού αγοράζουν υπηρεσίες υγείας από τα νοσοκομεία για τους ασθενείς τους, πληρώνοντάς τους από τους προϋπολογισμούς που έχουν πάρει. Αυτό σημαίνει ότι διαπραγματεύονται και υπογράφουν συμβάσεις με τα νοσοκομεία που τους προσφέρουν τις χαμηλότερες τιμές. Στο τέλος του χρόνου, αν οι δαπάνες τους είναι μικρότερες από το ύψος του προϋπολογισμού που τους έχει εκχωρηθεί, μπορούν να χρησιμοποιήσουν το περίσσειμα αυτό για τη βελτίωση του εξοπλισμού και να στελεχώσουν καλύτερα το ιατρείο τους. Σε αντίθετη περίπτωση επιβάλλονται ποινές. Οι γιατροί με το νέο σύστημα δεν είναι μισθωτοί υπάλληλοι του N.H.S. αλλά ανεξάρτητοι επαγγελματίες, συμβεβλημένοι με το N.H.S. Ο καθορισμός της αμοιβής τους γίνεται με βάση τον αριθμό των ασθενών τους.

Τα αποτελέσματα του συστήματος προϋπολογισμού οικογενειακών γιατρών έδειξαν ότι επήλθε μείωση της νοσοκομειακής ζήτησης και αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Οι οικογενειακοί γιατροί έχουν τη δύναμη να διαπραγματεύονται με τα νοσοκομεία θέματα φροντίδας των ασθενών τους. Η σύμβαση συμβολαίων με τα νοσοκομεία τους δίνει τη δυνατότητα να διεκδικήσουν από θέση ισχύος βελτιώσεις στην παροχή υπηρεσιών, που υποστήριζαν από καιρό και δεν είχαν τρόπους να επιβάλλουν. Έτσι, παρατηρείται ένας συσχετισμός δύναμης μεταξύ των οικογενειακών γιατρών και των νοσοκομειακών γιατρών.

Οι αρνητικές επιπτώσεις, όσον αφορά τον οικογενειακό γιατρό στη Μεγάλη Βρετανία ως διαχειριστή προϋπολογισμών, είναι ότι οδηγεί σε καλύτερης ποιότητας προληπτικές υπηρεσίες, σε βάρος άλλων δραστηριοτήτων, με αποτέλεσμα να επαυξάνεται το προσωπικό και οι αντίστοιχοι πόροι. Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού είναι κυρίως αποδοτικός στους τομείς της προαγωγής της υγείας και της πρόληψης της

ασθένειας και δεν είναι για την παροχή υπηρεσιών στους χρόνια πάσχοντες και ηλικιωμένους.

Επίσης, λόγω των διαχειριστικών καθηκόντων που έχει αναλάβει ο οικογενειακός γιατρός, έχει μειωθεί ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία του και ο χρόνος εξέτασης του ασθενή, με συνέπεια την υποβάθμιση της προσφερόμενης φροντίδας υγείας. Έτσι, αναιρείται η πιο βασική άσκηση της γενικής ιατρικής, ο χρόνος δηλαδή που θα αφιερώνει ο οικογενειακός γιατρός, ώστε να αντιμετωπίζει τα προβλήματα της υγείας των ασθενών του.

Εξετάζοντας το Βρετανικό Σύστημα Υγείας και συγκεκριμένα την Πρωτοβάθμια περίθαλψη, συμπεραίνουμε ότι η χώρα μας θα μπορέσει να υιοθετήσει ορισμένα κύρια σημεία του παραπάνω συστήματος.

Η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού θα επιφέρει, όπως και στη Μεγάλη Βρετανία, βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών. Επίσης, η Ελλάδα θα πρέπει να υιοθετήσει το σύστημα παραπομπής των ασθενών, πράγμα που θα επιφέρει μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, όπως παρατηρείται στη Μεγάλη Βρετανία.

Ένα ακόμη καλό στοιχείο του Βρετανικού N.H.S., που θα μπορούσε να υιοθετήσει η Ελλάδα, είναι ότι ο οικογενειακός γιατρός λειτουργεί ως μεσάζων, ώστε ο ασθενής να έχει καλύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.

Για να μπορέσει η χώρα μας να εφαρμόσει τα καλά στοιχεία του Βρετανικού συστήματος υγείας, θα πρέπει να μεσολαβήσει μια μεταβατική περίοδος, η οποία θα προετοιμάσει το «έδαφος», έτσι ώστε ο θεσμός να μπορέσει να λειτουργήσει αποδοτικά.

Κατά τη διάρκεια της μεταβατικής αυτής περιόδου θα πρέπει να αυξηθεί ο αριθμός των οικογενειακών γιατρών, ο οποίος προς το παρόν είναι πολύ μικρός και τη γενική ιατρική ασκούν παθολόγοι.

Είναι επίσης αναγκαίο να λειτουργήσει ένα καλά οργανωμένο σύστημα παραπομπών, το οποίο θα ενημερώνει τους οικογενειακούς γιατρούς σχετικά με τις υπάρχουσες ειδικότητες και σε ποια ανώτερη βαθμίδα υπάρχουν αυτές. Με τον τρόπο αυτό θα παραπέμπεται σωστά ο ασθενής, συμβουλευόμενος από τον οικογενειακό του γιατρό.

Στη μεταβατική αυτή περίοδο επιβάλλεται η ύπαρξη ενός ενιαίου ασφαλιστικού φορέα, με τον οποίο να υιοθετηθεί στη χώρα μας το σύστημα προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών.

Ο ενιαίος Φορέας Υγείας θα περιλαμβάνει όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία, θα παίζει το ρόλο του επόπτη και θα μεριμνά για την ορθή χρήση των πόρων, σύμφωνα με τις ανάγκες της εκάστοτε Υγειονομικής Πολιτικής.

Ο ενιαίος ασφαλιστικός φορέας θα χρηματοδοτεί τους οικογενειακούς γιατρούς, μέσω των προϋπολογισμών, με αποτέλεσμα η αγορά υπηρεσιών υγείας προς χρήση των ασθενών τους να γίνεται με χαμηλότερο κόστος.

Η απαγόρευση του group – practice στο χώρο της γενικής ιατρικής στην Ελλάδα, αποτελεί εμπόδιο που πρέπει να διευθετηθεί νομοθετικά, προκειμένου να λειτουργήσει ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού αποτελεσματικά, όπως στην Μεγάλη Βρετανία.

ΓΑΛΛΙΑ

2.2. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Στη Γαλλία οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από το κράτος και από την ιδιωτική πρωτοβουλία.

Στην πρώτη περίπτωση περιλαμβάνονται όλα τα κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και σχεδόν όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Στη δεύτερη περίπτωση υπάγεται το σύνολο των γιατρών γενικής ιατρικής και άλλων ειδικοτήτων που ασκούν ιδιωτικό επάγγελμα. Κάθε μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δεν είναι υποχρεωμένη να καλύπτει μια ορισμένη υγειονομική περιοχή και ορισμένο αριθμό κατοίκων.

Οι ασφαλιστικοί φορείς που υπάρχουν στη Γαλλία χωρίζονται στο Ταμείο Ασφάλισης Ασθένειας, στους μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα Ασφαλιστικούς Φορείς, στους κερδοσκοπικού χαρακτήρα ασφαλιστικούς φορείς και στους δημόσιους φορείς, όπως το Υπουργείο Υγείας, το οποίο χρηματοδοτεί τις υπηρεσίες Δημόσιας Υγείας.

Στη Γαλλία υπάρχουν τρεις διαφορετικοί τύποι Ασφάλισης που διαφέρουν στο μέγεθος και τη σημασία, και προσφέρουν κάλυψη για τους πέντε μεγαλύτερους ασφαλιστικούς κινδύνους: μητρότητα, ασθένεια, γηρατειά, ανικανότητα, εργατικά ατυχήματα. Η κοινωνική ασφάλιση αντλεί τους πόρους της από τις υποχρεωτικές εισφορές, οι οποίες πληρώνονται από τους ασφαλισμένους και τους εργαζόμενους, καθώς και τους εργοδότες τους και υπολογίζονται με βάση τις αμοιβές τους.

2.2.1. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού

Ο οικογενειακός γιατρός στη Γαλλία είναι υπεύθυνος για 1.500 – 3.000 ασθενείς. Οι υπηρεσίες του δεν περιορίζονται σε διαγνωστικά και θεραπευτικά καθήκοντα. Ο οικογενειακός γιατρός στη Γαλλία, εκτός από την προσφορά των υπηρεσιών υγείας, την προαγωγή υγείας, την παραπομπή του ασθενούς σε ανώτερες βαθμίδες περίθαλψης και τη διαφώτιση του πληθυσμού, συντονίζει υπηρεσίες στην κατ' οίκον νοσηλεία των ασθενών, βοηθάει τους ασθενείς να διεκδικήσουν τα δικαιώματά τους σε θέματα ασφάλισης, ανεργίας, αναπηρίας ή συνταξιοδότησης. Παρέχει υπηρεσίες αγωγής υγείας στους ασθενείς του και στο περιβάλλον τους, ενδεχόμενα σε συνδυασμό με την Τοπική Αυτοδιοίκηση, το σχολείο, ή το επαγγελματικό του περιβάλλον.

Μόνο οι ειδικευμένοι γιατροί γενικής ιατρικής μπορούν να ασκήσουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Γαλλία. Οι γενικοί γιατροί στη Γαλλία αντιπροσωπεύουν το 80% των γιατρών.

Η δημιουργία δικτύων συντονισμένων φροντίδων στη Γαλλία αποβλέπουν στη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης και τη μείωση του κόστους των προσφερόμενων υπηρεσιών. Στα δίκτυα προσφέρουν την υπηρεσία τους οι γενικοί οικογενειακοί γιατροί με παραϊατρικό προσωπικό για νοσηλεία στο σπίτι, διαγνωστικά μέσα και εναλλακτικές μορφές περίθαλψης, με αποτέλεσμα να προσφέρουν ευρύτερο φάσμα υπηρεσιών υγείας στους συμβεβλημένους.

Δίκτυα στη Γαλλία μπορούν να αποτελέσουν:

- α) Δημόσια νοσοκομεία ή εταιρίες γιατρών, που διαχειρίζονται ένα σύνολο νοσοκομειακών υπηρεσιών περίθαλψης,
- β) Ιδιωτικές κλινικές, που συμβάλλονται με γενικούς και ειδικούς γιατρούς,
- γ) Ασφαλιστικές εταιρίες, που προσφέρουν συμπληρωματική ασφάλιση και
- δ) Πρωτοβουλίες εργοδοτών.

Σκοπός των δικτύων στη Γαλλία είναι η ετήσια και εκ των προτέρων κατά κεφαλή ασφαλιζόμενου χρηματική καταβολή, η συνεργασία επαγγελματιών υγείας και η αποτελεσματικότερη ποιοτικά και ποσοτικά προσφορά υπηρεσιών υγείας στους εγγεγραμμένους στο δίκτυο.

Η κοινωνική ασφάλιση συμμετέχει στα οικονομικά του δικτύου, με την καταβολή ετήσιας συνδρομής, που είναι η κατά κεφαλή ασφαλιζόμενου του δικτύου. Το δίκτυο οργανώνει και επιλέγει ελεύθερα την πελατεία του, ο δε τρόπος αμοιβής των γιατρών καθορίζεται είτε με μισθό, είτε με αμοιβή κατά κεφαλή ασφαλιζόμενου, είτε κατά πράξη. Κοινή κατεύθυνση του δικτύου είναι η αποφυγή της νοσοκομειακής περίθαλψης, η αξιοποίηση των ιατρικών πράξεων και η σωστή διαχείριση του ασθενή μέσα από το σύστημα υγείας, γεγονός που επιτυγχάνεται με την επικοινωνία και τη διασύνδεση της πρωτοβάθμιας με τη δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Ο θεσμός των δικτύων συντονισμένων φροντίδων στη Γαλλία και στη χώρα μας παρουσιάζει ορισμένες διαφοροποιήσεις όσον αφορά τον τρόπο λειτουργίας, καθώς και σύστασής τους ή καθιέρωσής τους.

Στη Γαλλία δίκτυα μπορούν να αποτελέσουν εταιρίες γιατρών, δημόσια νοσοκομεία, ιδιωτικές κλινικές και ασφαλιστικές εταιρίες, ενώ στην Ελλάδα σαν δίκτυα μπορούν να λειτουργήσουν μόνο τα Κέντρα Υγείας και τα πολυιατρεία.

Επίσης, στη Γαλλία το κάθε δίκτυο συντονισμένης φροντίδας μπορεί να επιλέγει ελεύθερα την πελατεία του, ενώ στη χώρα μας ο ασθενής επιλέγει τον οικογενειακό του γιατρό, ο οποίος υπάγεται σε κάποιο δίκτυο.

Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού στα δίκτυα, τόσο στη Γαλλία όσο και στην Ελλάδα, είναι ο ίδιος και αποτελεί θυρωρό του συστήματος, προαγωγό της υγείας και στόχος του είναι η μείωση της νοσοκομειακής περίθαλψης.

ΣΟΥΗΔΙΑ

2.3. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

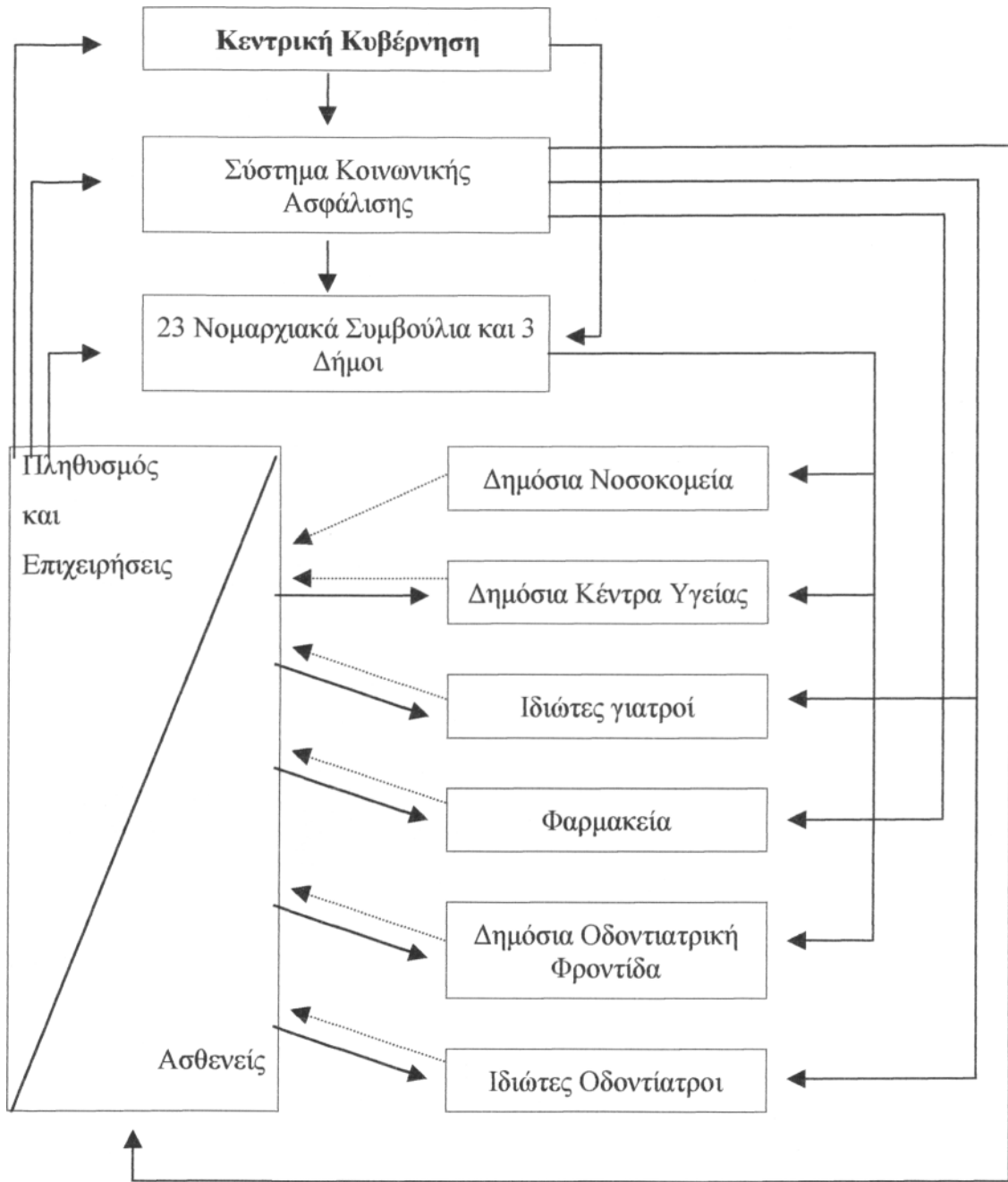
Οι υπηρεσίες υγείας στη Σουηδία είναι διαρθρωμένες σε τρία επίπεδα. Σε επίπεδο Περιφέρειας, Νομού και Δήμου. Στο πρώτο επίπεδο, της περιφέρειας, που αποτελείται από περισσότερους του ενός νομούς, λειτουργεί πάντοτε ένα περιφερειακό νοσοκομείο για σοβαρά περιστατικά. Στο επίπεδο του νομού υπάρχει τουλάχιστο ένα Νομαρχιακό Νοσοκομείο και σε τοπικό επίπεδο υπάρχουν τα Κέντρα Υγείας και οι άλλες υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης.

Την πλήρη ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας έχει το κράτος και οι κατά τόπους εκλεγμένες νομαρχιακές και δημοτικές αρχές. Το 90% των υποδομών υγείας ανήκει στο κράτος και στην τοπική αυτοδιοίκηση. Ιδιωτική ιατρική υπάρχει σε πολύ μικρό ποσοστό. Η Πρωτοβάθμια Περίθαλψη παρέχεται μέσα από Κέντρα Υγείας, τα οποία είναι στελεχωμένα με γενικούς γιατρούς, με γυναικολόγους και παιδίατρους. Επίσης, υπηρετούν σε αυτά νοσηλεύτριες, μαίες και φυσιοθεραπεύτριες. Το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας περιλαμβάνει ειδικά κέντρα για τη μητέρα και το παιδί, στα οποία γίνονται εμβολιασμοί και προληπτικοί διαγνωστικοί έλεγχοι.

Το Υπουργείο Υγείας καθορίζει την πολιτική που πρέπει να εφαρμοστεί σε εθνικό επίπεδο, προωθεί τον προϋπολογισμό υγείας, ενώ η τοπική εξουσία επιφορτίζεται με την υλοποίηση της εκάστοτε πολιτικής.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη Σουηδία ορίζεται κυρίως ως η φροντίδα των εξωνοκοκομειακών ασθενών, από πλευράς της πολιτείας. Σε περιφερειακό επίπεδο υπάρχει η ομοσπονδία των Νομαρχιακών Συμβουλίων, όπου αυτά διαπραγματεύονται με την Κυβέρνηση τα θέματα που προκύπτουν μεταξύ του κέντρου και της περιφέρειας. Τα Νομαρχιακά Συμβούλια έχουν ευθύνη της Νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, ενώ για τις υπηρεσίες πρόνοιας υπεύθυνοι είναι οι δήμοι.

Διάγραμμα 3: Το Σουηδικό Σύστημα Υγείας



—> Χρηματοδοτικές ροές ·····> Ροές Υπηρεσιών

Πηγή: OECD 1994⁵

Κύρια πηγή χρηματοδότησης του συστήματος είναι οι τοπικοί και δημοτικοί φορείς και ακολουθεί η χρηματοδότηση από την κυβέρνηση, που φτάνει το 19%. Η χρηματοδότηση των Νομαρχιακών Συμβουλίων από την Κυβέρνηση προέρχεται από την εθνική ασφάλιση και με τη μορφή προϋπολογισμών.

2.3.1. Ο θεσμός του Οικογενειακού Γιατρού

Ο οικογενειακός γιατρός είναι υπεύθυνος για την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων. Επίσης, είναι υπεύθυνος για την Παιδιατρική Φροντίδα, πράγμα που κατά κανόνα δεν συμβαίνει για τη Μαιευτική Φροντίδα. Έχει την υπευθυνότητα, σε συνεργασία με την αδελφή νοσηλεύτρια, στην κατ' οίκον νοσηλεία των ασθενών.

Στα Κέντρα Υγείας οι οικογενειακοί γιατροί, μαζί με τις νοσοκόμες, τους φυσιοθεραπευτές και άλλους, που ασχολούνται με την υγεία, αποτελούν μια ομάδα εργασίας, που καλύπτουν τις ανάγκες υγείας συγκεκριμένου αριθμού ατόμων. Οι γενικοί γιατροί αποτελούν και στη Σουηδία την πρώτη επικοινωνία του ασθενούς με το σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δεν ελκύει τους οικογενειακούς γιατρούς, αφού υπάρχουν περίπου 3.000 έμμισθες θέσεις εργασίας, απ' τις οποίες πολλές είναι κενές.

Το ποσοστό των οικογενειακών γιατρών, που εργάζεται στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ανέρχεται στο 15% όλων των γιατρών της Σουηδίας.

Όσον αφορά την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας της Σουηδίας, αυτό που παρατηρείται είναι ότι λόγω των απομακρυσμένων περιοχών της χώρας, είναι δύσκολο να προσληφθούν και να παραμείνουν σ' αυτές οικογενειακοί γιατροί. Έτσι, υπάρχει στις περιοχές αυτές ένας οικογενειακός γιατρός για 10.000 άτομα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι χαμηλή.

Τα περισσότερα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα Νοσοκομείων απαιτούν την παραπομπή του ασθενούς από τον οικογενειακό γιατρό, εκτός από τα επείγοντα περιστατικά.

Μέχρι το 1993 οι ασθενείς δεν είχαν το δικαίωμα επιλογής οικογενειακού γιατρού. Ο κάθε ασθενής μπορούσε να επισκεφθεί μόνο τον πλησιέστερο στον τόπο κατοικίας του οικογενειακό γιατρό. Σήμερα ο ασθενής στη Σουηδία μπορεί να επιλέγει τον οικογενειακό του γιατρό.

Και στη χώρα μας, όπως και στη Σουηδία, υπάρχουν περιοχές απομακρυσμένες (παραμεθόριες περιοχές, νησιά κ.τ.λ.), με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν παρόμοια προβλήματα με την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού. Για το λόγο αυτό πρέπει να δοθούν κίνητρα, κυρίως οικονομικά, στους οικογενειακούς γιατρούς, ώστε να καλύπτονται περιοχές που έχουν προβλήματα πρόσβασης. Με την παροχή ειδικών κινήτρων οι οικογενειακοί γιατροί θα καλύψουν τις κενές θέσεις των απομακρυσμένων περιοχών.

ΝΟΡΒΗΓΙΑ

2.4. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Νορβηγία είναι μια χώρα μεταξύ των ευρωπαϊκών, που έχει τη μεγαλύτερη διασπορά πληθυσμού. Αυτό έπαιξε σημαντικό ρόλο στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Λόγω της γεωγραφικής της δομής, ορισμένες περιοχές είναι απομονωμένες και δημιουργούνται προβλήματα κάλυψης των περιοχών αυτών, από πλευράς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από Κέντρα Υγείας, τα οποία δεν διοικούνται ως κέντρα. Ανάμεσά τους δεν υφίσταται στενή διασύνδεση, αλλά συνεργάζονται ως ξεχωριστές μονάδες. Το 1984 ψηφίζεται νόμος, ο οποίος μεταβιβάζει την ευθύνη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στους Δήμους. Με αυτόν το Νόμο ο γενικός γιατρός μπορεί να ασχολείται ως αυτοαπασχολούμενος και να έχει συμβληθεί με το δήμο ή να εργάζεται με μηνιαίο μισθό.

Στα Κέντρα Υγείας παρέχουν συνήθως υπηρεσίες υγείας οι γενικοί γιατροί και όχι ειδικοί. Οι γενικοί γιατροί εργάζονται συνήθως ομαδικά (group practice), ή ανά δύο.

Η χρηματοδότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γίνεται από τον προϋπολογισμό του κράτους, από τους ασθενείς και από την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Σε κάθε Δήμο υπάρχει ένας γιατρός, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τις ιατρικές υπηρεσίες και για θέματα υγείας της κοινότητας. Σε μικρότερη περιοχή εκείνης του Δήμου τοποθετείται ένας προϊστάμενος υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών, που σπανίως είναι γιατρός. Συνήθως είναι κοινωνικός λειτουργός.

2.4.1. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού

Ο οικογενειακός γιατρός στη Νορβηγία παρέχει υπηρεσίες υγείας στην κοινότητα μέσω των Κέντρων Υγείας και του ιδιωτικού ιατρείου. Οι περισσότεροι γενικοί γιατροί έχουν γραμματέα, η οποία είναι ειδικευμένη για το έργο της.

Οι οικογενειακοί γιατροί είναι ειδικευμένοι σε μικροχειρουργικές επεμβάσεις και εργαστηριακές και οι περισσότεροι έχουν αναπτύξει δικό τους πρόγραμμα προληπτικής εξέτασης για τον πληθυσμό κάτω των 70 ετών.

Ένας ασθενής για να εξεταστεί από ειδικευμένο γιατρό πρέπει να παραπεμφθεί σε αυτόν την πρώτη φορά απ' το γενικό γιατρό, εκτός αν υπάρχει θέμα επείγοντος περιστατικού.

Ο οικογενειακός γιατρός προσφέρει υπηρεσίες όσον αφορά τη θεραπεία, τη διάγνωση, τη διαφώτιση του πληθυσμού και την προαγωγή της υγείας του και συνάπτει μια σωστή διαπροσωπική σχέση με τον ασθενή, έτσι ώστε γνωρίζοντας το ιστορικό του, να μπορεί να τον παραπέμψει στην κατάλληλη ειδικότητα των ανωτέρων βαθμίδων περίθαλψης.

Οι ασθενείς εγγράφονται στη λίστα του οικογενειακού γιατρού και ο αριθμός τους, ανάλογα με την περιοχή, πρέπει να είναι περιορισμένος.

Σε όλα τα Πανεπιστήμια της Νορβηγίας έχουν καθιερωθεί τμήματα Γενικής Ιατρικής. Τα τμήματα αυτά αποτελούν τη βάση για εκπαίδευση και για έρευνα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η εκπαίδευση του γενικού γιατρού περιλαμβάνει προϋπηρεσία ενός έτους σε Νοσοκομείο και σύνηθες κλινικό έργο.

Μια πρωτότυπη ιδέα στη Νορβηγία επαγγελματικής εκπαίδευσης του γενικού γιατρού είναι το εκπαιδευτικό πρόγραμμα διάρκειας δύο ετών, κατά το οποίο ομάδες από οικογενειακούς γιατρούς, οι οποίοι ανήκουν στην ίδια γεωγραφική περιοχή, να συναντώνται κάθε δύο εβδομάδες για ιατρικές συζητήσεις επιστημονικού ενδιαφέροντος. Κάθε ομάδα αποτελείται από δύο έως δέκα γιατρούς με επικεφαλή έναν εκπαιδευτή. Στόχος αυτής της ιδέας είναι μια συνεχής διαδικασίας μάθησης στην ομάδα, όπου ο ένας μαθαίνει από

τον άλλον και συγκεκριμένα από τον εκπαιδευτή. Ο εκπαιδευτής, ο οποίος πρέπει να είναι οικογενειακός γιατρός, βοηθάει την ομάδα στη δημιουργία ενός κατάλληλου κλίματος για μάθηση.

Η ειδικότητα της γενικής ιατρικής είναι διάρκειας πέντε ετών. Μετά την πάροδο των πέντε ετών και προκειμένου να αναθεωρηθεί η άδεια άσκησης του επαγγέλματος επιβάλλονται 300 ώρες εκπαίδευσης και τουλάχιστον ένα έτος άσκησης της γενικής ιατρικής. Η ειδικότητα αυτή είναι η μόνη που χρειάζεται αναθεώρηση στη Νορβηγία.

Η αμοιβή του οικογενειακού γιατρού γίνεται μέσω της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, της κοινωνικής ασφάλισης και του ασθενούς.

Η Νορβηγία έχει εισάγει το θεσμό συνεχούς εκπαίδευσης των οικογενειακών γιατρών, θεσμό που θα πρέπει να υιοθετήσει η χώρα μας. Αυτό μπορεί να ξεκινήσει μέσα στην μεταβατική περίοδο που προτείνουμε, με τη μορφή σεμιναρίων στους παθολόγους, χωρίς διακοπή άσκησης των καθηκόντων τους, ώστε να βελτιωθούν οι δυνατότητές τους και να καλύψουν το κενό από την έλλειψη ειδικευμένων οικογενειακών γιατρών.

Η αναθεώρηση της ειδικότητας της γενικής ιατρικής θα παροτρύνει τους γιατρούς, ώστε να αυξήσουν το χρόνο παροχής υπηρεσιών και να αναπτύξουν μεγαλύτερο ζήλο στην άσκηση της ειδικότητάς τους.

Τέλος, όσον αφορά τον τρόπο αμοιβής του οικογενειακού γιατρού στη Νορβηγία, δεν μπορεί να εφαρμοστεί στην Ελλάδα με επιτυχία και αυτό γιατί στη Νορβηγία οι οικογενειακοί γιατροί αμείβονται από τους ασθενείς και την Τοπική Αυτοδιοίκηση, σε μεγάλο βαθμό, ενώ στην Ελλάδα βάσει της λίστας των εγγεγραμμένων ασθενών.

ΟΛΛΑΝΔΙΑ

2.5. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Το Σύστημα Υγείας στην Ολλανδία στηρίζεται σε μια ιεράρχηση των υπηρεσιών υγείας σε τρεις βαθμίδες, οι οποίες είναι:

- ✓ Η Μηδενική βαθμίδα
- ✓ Η Πρώτη βαθμίδα
- ✓ Η Δεύτερη βαθμίδα.

Η Μηδενική βαθμίδα περιλαμβάνει υπηρεσίες αγωγής υγείας στο κοινωνικό σύνολο, που αφορά τον υγιεινό τρόπο ζωής.

Η Πρώτη βαθμίδα υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει τη γενική ιατρική και άλλους τομείς υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας.

Η Δεύτερη βαθμίδα παρέχει εξειδικευμένη ιατρική περίθαλψη. Η Πρώτη και η Δεύτερη βαθμίδα αποτελούν την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Οι αλλαγές του 1990 επέφεραν στο σύστημα:

1. Βασική ασφαλιστική κάλυψη, δηλαδή κοινωνική ασφάλιση.
2. Εισαγωγή ανταγωνισμού στην ασφαλιστική αγορά και
3. Εισαγωγή ανταγωνισμού μεταξύ των προμηθευτών.

Η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πραγματοποιείται σήμερα με τρεις τρόπους:

- ✓ Άσκηση ιατρικής μόνο από οικογενειακό γιατρό.
- ✓ Άσκηση ιατρικής σε συνεργασία δύο ή περισσότερων οικογενειακών γιατρών και
- ✓ Άσκηση ιατρικής από ομάδα οικογενειακών γιατρών στο Κέντρο Υγείας.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από το Κέντρο Υγείας, όπου εκεί υπάρχουν οικογενειακοί γιατροί, οι οποίοι συνεργάζονται με νοσηλεύτριες, κοινωνικούς λειτουργούς και αποτελούν τον πυρήνα του Κέντρου Υγείας.

Το σύστημα χρηματοδοτείται από την Κοινωνική Ασφάλιση, τον κρατικό προϋπολογισμό, την ιδιωτική ασφάλιση και την απ' ευθείας πληρωμή από το οικογενειακό εισόδημα.

Οι γενικοί γιατροί αμείβονται με βάση τον κατάλογο των εγγεγραμμένων ασθενών.

Τα ασφαλιστικά ταμεία στην Ολλανδία είναι τέσσερα:

Το Ταμείο κάλυψης εξαιρετικών δαπανών.

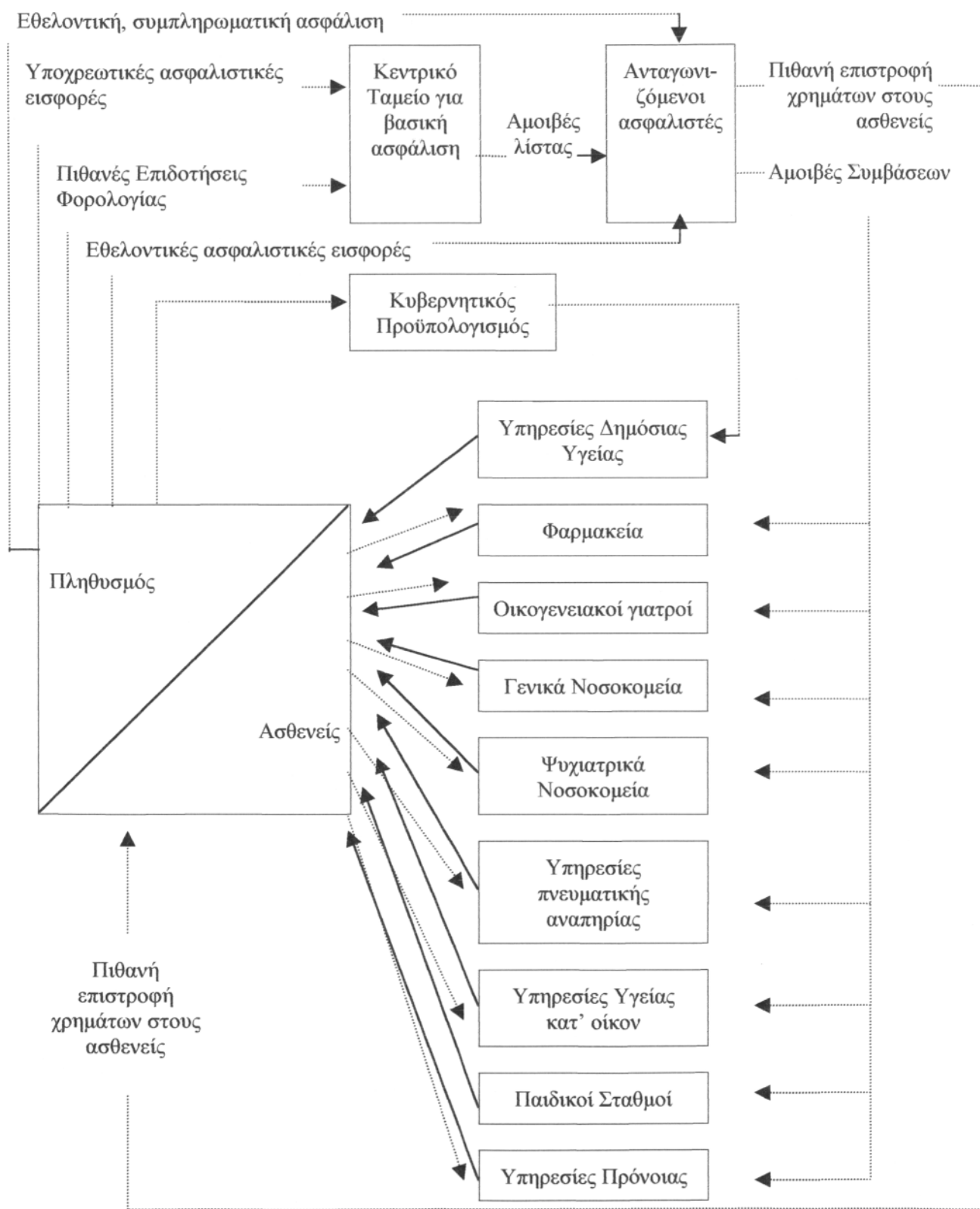
Το Ταμείο της υποχρεωτικής κοινωνικής ασφάλισης.

Ο τομέας της ιδιωτικής ασφάλισης.

Η ασφάλιση των δημοσίων υπαλλήλων.

Η ύπαρξη ανομοιομορφων ασφαλιστικών φορέων, με τέσσερις διαφορετικούς τρόπους ασφάλισης, δημιουργεί προβλήματα στο Ολλανδικό σύστημα.

Διάγραμμα 4: Περιγραφή του Συστήματος Υγείας στην Ολλανδία



→ Χρηματοδοτικές ροές → Ροές Υπηρεσιών

2.5.1. Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού

Ο οικογενειακός γιατρός στην Ολλανδία παίζει ένα σημαντικό ρόλο στο σύστημα, διότι προσφέρει σχεδόν ολόκληρη την Πρωτοβάθμια Φροντίδα και παίζει το ρόλο του θυρωρού για τους ειδικούς γιατρούς και τα Νοσοκομεία.

Οι γενικοί γιατροί είναι ανεξάρτητοι προμηθευτές, οι οποίοι εργάζονται είτε μόνοι τους, είτε σε ομάδες ή ακόμη και σε Κέντρα Υγείας.

Ο ασφαλισμένος στο Ταμείο Υγείας επιλέγει έναν οικογενειακό γιατρό, στον οποίο εγγράφεται και ο οποίος έχει συμβόλαιο με το Ταμείο του ασφαλισμένου.

Ο οικογενειακός γιατρός είναι διαθέσιμος στον ασθενή όλο το εικοσιτετράωρο, εντός του ωραρίου εργασίας. Οι ασθενείς είναι ελεύθεροι να επιλέγουν τον οικογενειακό γιατρό που επιθυμούν, η παραπομπή τους όμως σε άλλες βαθμίδες περίθαλψης απαιτεί παραπεμπτικό σημείωμα από τον οικογενειακό γιατρό.

Οι υπηρεσίες που προσφέρει ο οικογενειακός γιατρός είναι ανάλογες με αυτές των άλλων χωρών, που αναφέραμε σε προηγούμενα κεφάλαια.

Όλες οι ιατρικές σχολές έχουν τμήμα Γενικής Ιατρικής διάρκειας δύο ετών για τον πτυχιούχο γιατρό. Το πρόγραμμα αυτό είναι υποχρεωτικό για τον γενικό γιατρό. Η άδεια άσκησης ενός γενικού γιατρού ο οποίος δεν ασκεί το επάγγελμά του για πέντε χρόνια δεν ισχύει. Οι οικογενειακοί γιατροί αποτελούν το 18,2% των γιατρών της Ολλανδίας.

Είναι επίσης οι μόνοι που δύνανται να παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Εξετάζοντας τη δομή του Ολλανδικού συστήματος υγείας παρατηρούμε ότι υπάρχουν πολλά ασφαλιστικά ταμεία, όπως και στη χώρα μας, πράγμα που δημιουργεί προβλήματα στην εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού.

Τα προβλήματα, που δημιουργούνται από την ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών ταμείων είναι:

- Η μη αποτελεσματική διαχείριση των πόρων, με συνέπεια την αύξηση του κόστους χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας,
- Η αδυναμία ελέγχου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, που προσφέρουν τα ασφαλιστικά ταμεία και
- Η ανομοιομορφία στην διοικητική δομή και διαχείριση των υπηρεσιών υγείας.

Η εμπειρία από το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας στην Ολλανδία δείχνει πόσο αναγκαία είναι η ύπαρξη Ενιαίου Ασφαλιστικού Φορέα, ο οποίος θα περιλαμβάνει όλα τα Ασφαλιστικά Ταμεία και θα χρηματοδοτεί τους οικογενειακούς γιατρούς και τους προϋπολογισμούς αυτών.

Το παράδειγμα της Ολλανδίας μας δείχνει ότι εάν ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού στη χώρα μας εφαρμοστεί με την ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών ταμείων, θα αποτύχει. Επομένως γίνεται αντιληπτό ότι ο Ενιαίος Ασφαλιστικός Φορέας θα πρέπει να δημιουργηθεί κατά την μεταβατική περίοδο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

Η ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΤΟΥ ΘΕΣΜΟΥ ΤΟΥ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

3.1. Η υπάρχουσα υποδομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Η παροχή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα πριν το 1983 γινόταν κυρίως από τα Αγροτικά ή Περιφερειακά Ιατρεία των Νοσοκομείων στις αστικές περιοχές.

Ο Νόμος 1397/83 εισήγαγε και καθιέρωσε για την Πρωτοβάθμια Περίθαλψη μια καινούρια οργανωτική διάρθρωση, που βασίζεται στα Κέντρα Υγείας. Διοικητικά τα Κέντρα Υγείας αποτελούν αποκεντρωμένες μονάδες των κατά τόπους Νομαρχιακών Νοσοκομείων, με νοσηλευτική, επιστημονική, χρηματοδοτική και λειτουργική σύνδεση με αυτά.

Η χωροθέτηση των Κέντρων Υγείας έγινε με βάση γεωγραφικά, πληθυσμιακά και κοινωνικά κριτήρια. Σήμερα λειτουργούν σε όλη τη χώρα 170 Κέντρα Υγείας, με τα οποία είναι συνδεδεμένα τα Περιφερειακά Ιατρεία.

Επίσης, η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γίνεται από τα Εξωτερικά Ιατρεία των 34 Κρατικών Νοσοκομείων της χώρας.

Τέλος, Πρωτοβάθμια Περίθαλψη παρέχουν και τα 1.311 Περιφερειακά Ιατρεία.

Ο βασικότερος φορέας παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι τα Κέντρα Υγείας, όμως παρά την πολύ ταχεία υλοποίηση του κτιριολογικού προγράμματος ανέγερσης των Κέντρων Υγείας και τον άμεσο εξοπλισμό τους με κατάλληλα μηχανήματα, υπάρχουν σήμερα αρκετά προβλήματα, όσον αφορά τη στελέχωση σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Η κατάσταση επιδεινώθηκε ακόμα περισσότερο τα τελευταία χρόνια, γιατί έπαψαν να

προκηρύσσονται θέσεις ιατρικού προσωπικού και έτσι δεν υπήρχε δυνατότητα κάλυψης ούτε εκείνων των κενών θέσεων που δημιουργούνται από αποχωρήσεις.

Προβλήματα έλλειψης προσωπικού δεν παρατηρούνται μόνο στις ιατρικές ή νοσηλευτικές θέσεις προσωπικού, αλλά και στις διοικητικές υπηρεσίες των Κέντρων Υγείας. Εάν η στελέχωση των Κέντρων Υγείας σε ιατρικό προσωπικό εξεταστεί κατά ειδικότητα, το πιο πάνω πρόβλημα των σοβαρών ελλείψεων σε γιατρούς μεγαλώνει ακόμα περισσότερο.

Κάθε Κέντρο Υγείας σχεδιάστηκε έτσι ώστε να διαθέτει όλους τους χώρους και τον εξοπλισμό για να καλύπτει όλο το φάσμα της Πρωτοβάθμιας Ιατρικής Φροντίδας, δηλαδή διάγνωση και θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών. Διαθέτουν επίσης μικροβιολογικό και ακτινολογικό εργαστήριο, καθώς και ασθενοφόρο για τη διακομιδή των ασθενών στο Νοσοκομείο, όταν αυτό απαιτείται.

Παρά τις σοβαρές ελλείψεις και τα μεγάλα προβλήματα, η προσφορά υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας από τα Κέντρα Υγείας είναι πολύ σημαντική, σε σχέση πάντα με την προηγούμενη κατάσταση, αφού η ύπαρξη των Κέντρων Υγείας αύξησε τη διαθεσιμότητα και προσπελασιμότητα των υπηρεσιών υγείας, μειώνοντας τις περιφερειακές και υγειονομικές ανισότητες.

Στα Κέντρα Υγείας μπορεί να προσφύγει κάθε πολίτης και να ζητήσει δωρεάν ιατρική περίθαλψη. Δεν λειτουργεί κανένα σύστημα ραντεβού, ούτε παραπομπών προς τις άλλες ειδικότητες.

Τα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων προσφέρουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας από τα εξής τμήματα: Παθολογικό, Ακτινολογικό, Χειρουργικό, Γυναικολογικό, Οφθαλμολογικό, Μικροβιολογικό, Ψυχιατρικό και Δερματολογικό. Τα τμήματα αυτά είναι κατάλληλα εξοπλισμένα με μηχανήματα, ώστε να εξυπηρετούνται όσο το δυνατό καλύτερα οι ασθενείς.

Τα Περιφερειακά ή Αγροτικά Ιατρεία παρέχουν τις υπηρεσίες τους έχοντας στο δυναμικό τους έναν γιατρό, κυρίως παθολόγο, μια νοσηλεύτρια και μια μαία. Η ανυπαρξία μηχανολογικού εξοπλισμού των Αγροτικών Ιατρείων αναγκάζει τον γιατρό να παραπέμπει τους ασθενείς στο Κέντρο

Υγείας της περιοχής, ή στα Εξωτερικά Ιατρεία του Νομαρχιακού Νοσοκομείου.

3.2. Οι πρόσφατες μεταρρυθμίσεις στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και οι δυνατότητες εφαρμογής τους

Για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που υπήρχαν στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, δρομολογήθηκαν μια σειρά μεταρρυθμίσεων, οι οποίες έχουν σαν στόχο την βελτίωση της παρεχόμενης περίθαλψης και τον συντονισμό και την ενίσχυση της δημόσιας υγείας.

Ο Νόμος 2519 του Αυγούστου 1997 αναφέρεται στην «Ανάπτυξη και τον εκσυγχρονισμό του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στην οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, σε ρυθμίσεις για τα φάρμακα και άλλες διατάξεις». Στο άρθρο 32 του Νόμου γίνεται αναφορά στην ειδικότητα της Γενικής Ιατρικής και στον τρόπο εφαρμογής του θεσμού του Οικογενειακού Γιατρού στην Ελλάδα.

Ο οικογενειακός γιατρός βάσει του νόμου αυτού και μέσα από τα δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τα οποία θεσμοθετούνται με τον ίδιο νόμο, θα καλύπτει αστικές και ημιαστικές περιοχές και θα παρέχει υπηρεσίες γενικής ιατρικής. Όπως αναφέρουμε σε παραπάνω παραγράφους (βλ. § 1.2.3. και 1.2.3.2), οι Οικογενειακοί Γιατροί θα αμείβονται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας, Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας θα καθοριστούν τα κριτήρια, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια επιλογής των οικογενειακών γιατρών.

Οι οικογενειακοί γιατροί θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους καθημερινά και θα είναι υπεύθυνοι για την παραπομπή των ασθενών, όταν αυτό είναι αναγκαίο. (βλ. § 1.2.3. και 1.2.3.2).

Οι γιατροί ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων μπορούν να ασκήσουν καθήκοντα οικογενειακού γιατρού.

Η ταυτότητα, το κύρος, η επιστημονική και κοινωνική καταξίωση και γενικά το πρότυπο του οικογενειακού γιατρού, που κατοχυρώνεται με τον

παραπάνω νόμο, θα κρίνει τόσο την ίδια την ειδικότητα, όσο και το μέλλον της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.

Ο ρόλος, που καλείται να παίξει ο οικογενειακός γιατρός, με βάση τις παραπάνω μεταρρυθμίσεις, είναι αυτός του ρυθμιστή, της διακίνησης του πληθυσμού στις διάφορες υπηρεσίες, δηλαδή του διαχειριστή της κατανάλωσης υπηρεσιών υγείας. Ο ρόλος του αυτός θα συμβάλλει στον έλεγχο της σπατάλης και της ορθολογικοποίησης και αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Ο διαπραγματευτικός ρόλος του οικογενειακού γιατρού, ο οποίος του εκχωρείται με τις παραπάνω μεταρρυθμίσεις και σε συνδυασμό με την ευελιξία, μεταξύ του ιδιωτικού και του δημόσιου τομέα, που προτείνουν οι μεταρρυθμίσεις, θα μπορεί να προβλέπει στην πρώτη φάση των μεταρρυθμίσεων αυτών τη σημαντική βελτίωση των οικονομικών του απολαβών.

Οι μεταρρυθμίσεις τις οποίες εισάγει ο νέος Νόμος μπορούν να εφαρμοστούν στη χώρα μας, αφού πρώτα υπάρξει ένα μεταβατικό στάδιο κατά το οποίο θα γίνουν οι κατάλληλες ενέργειες και θα δημιουργηθούν οι απαραίτητες συνθήκες, έτσι ώστε ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού να εφαρμοστεί ομαλά. Ο Νόμος δεν προβλέπει τη μεταβατική αυτή περίοδο, αλλά θεωρούμε την περίοδο αυτή αναγκαία.

Η μεταβατική αυτή περίοδος θα πρέπει να περιλαμβάνει την εισαγωγή ενός συστήματος οικονομικών κινήτρων προς τους οικογενειακούς γιατρούς για να καλυφθούν οι υπάρχουσες ανάγκες των απομακρυσμένων περιοχών και για να αυξηθεί ο αριθμός των οικογενειακών γιατρών, αφού μέχρι σήμερα παρατηρείται σχεδόν παντελής έλλειψη της ειδικότητας της γενικής ιατρικής στην Ελλάδα.

Στη μεταβατική περίοδο θα πρέπει να ξεκινήσει η λειτουργία ενός συστήματος παραπομπών, το οποίο θα μπορεί να ενημερώνει τους οικογενειακούς γιατρούς που να παραπέμπουν τον ασθενή. Για να λειτουργήσει καλά ένα τέτοιο σύστημα απαιτείται άμεση και συντονισμένη προσπάθεια, τόσο από το Υπουργείο, όσο και από τους γιατρούς, έτσι ώστε η κάθε παραπομπή να γίνεται σωστά και οργανωμένα. Το σύστημα αυτό θα

πραγματοποιηθεί πιο εύκολα με τη χρήση της πληροφορικής και μιας κατάλληλης βάσης δεδομένων, που θα είναι στη διάθεση των οικογενειακών γιατρών.

Κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου θα πρέπει να δημιουργηθεί ένας Ενιαίος Φορέας Υγείας, ο οποίος θα συνενώνει όλα τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας και μέσω του οποίου θα γίνεται η χρηματοδότηση των οικογενειακών γιατρών. Με τη δημιουργία του Εθνικού Φορέα Υγείας θα είναι δυνατόν να υιοθετήσει η χώρα μας το σύστημα προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών (βλ. § 1.2.3.6.) για τη χορήγηση κονδυλίων στους οικογενειακούς γιατρούς, μιας και η υπάρχουσα κατάσταση των πολλών ασφαλιστικών ταμείων είναι σοβαρό εμπόδιο για τη λειτουργία τέτοιου συστήματος. Δια μέσου του Εθνικού Φορέα Υγείας θα είναι εφικτή η σύναψη συμβολαίων με τους οικογενειακούς γιατρούς για παροχή ιατρικών υπηρεσιών στους ασθενείς. Η σύναψη συμβολαίων είναι μια πολύπλοκη διαδικασία, που απαιτεί εμπειρίες και γνώσεις από ειδικούς και επιπλέον, μια συλλογική προσπάθεια από το Υπουργείο Υγείας και τους γιατρούς, ώστε να εξυπηρετούνται τα συμφέροντα των ασθενών.

Για να υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός οικογενειακών γιατρών πρέπει αρχικά η άσκηση της γενικής ιατρικής να γίνεται από παθολόγους, οι οποίοι όμως να εκπαιδεύονται με ειδικά σεμινάρια ταχύρυθμης εκπαίδευσης, τα οποία δεν θα εμποδίζουν την άσκηση των καθηκόντων τους. Με τον τρόπο αυτό θα υπάρξουν γιατροί που θα έχουν άδεια άσκησης γενικής ιατρικής, ο αριθμός των οποίων θα ενισχυθεί με τους αποφοίτους ειδικότητας γενικής ιατρικής των ιατρικών σχολών.

Τέλος, για την εφαρμογή του group – practice στην Ελλάδα θα πρέπει να αρθεί το εμπόδιο της απαγόρευσης με νομοθετική ρύθμιση, η οποία θα επιτρέψει την ομαδική εργασία των γιατρών στη χώρα μας.

3.3. Η εμπειρία από την εφαρμογή του θεσμού στην Ευρώπη

Η εξέταση του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στις Ευρωπαϊκές χώρες δείχνει ότι ο θεσμός εφαρμόζεται ελαφρά διαφοροποιημένος, σε σχέση με τον τρόπο που εισάγεται στη χώρα μας.

Η εφαρμογή του στην Μεγάλη Βρετανία, της οποίας το Εθνικό Σύστημα Υγείας χαρακτηρίζεται σαν το πιο καλά οργανωμένο σύστημα, γίνεται από τις Υγειονομικές περιφέρειες, όπου ο οικογενειακός γιατρός προσφέρει τις υπηρεσίες του στους εγγεγραμμένους στη λίστα του ασθενείς και τους παραπέμπει στους ειδικούς γιατρούς, όταν αυτό χρειαστεί. Ο οικογενειακός γιατρός εργάζεται ομαδικά.

Υπάρχει προϋπολογισμός οικογενειακών γιατρών, σύμφωνα με τον οποίο οι οικογενειακοί γιατροί πρέπει να διαχειρίζονται έναν ετήσιο προϋπολογισμό, με τον οποίο θα καλύπτουν τις ανάγκες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, μέρος των νοσοκομειακών και ολόκληρη τη φαρμακευτική περίθαλψη του ασθενούς. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο οικογενειακός γιατρός να ορίζεται σαν τον διαχειριστή των υπηρεσιών υγείας και να παρατηρείται μείωση της νοσοκομειακής ζήτησης και αποσυμφόρηση των νοσοκομείων. Η αμοιβή του οικογενειακού γιατρού στη Μεγάλη Βρετανία γίνεται με βάση τη λίστα εγγεγραμμένων ασθενών.

Ο οικογενειακός γιατρός στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί το καλύτερα οργανωμένο τμήμα του συστήματος και καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας.

Στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες και συγκεκριμένα στη Γαλλία, ο οικογενειακός γιατρός ασκεί τη γενική ιατρική μέσα από τα Κέντρα Υγείας, τα οποία οργανώθηκαν καλύτερα με τις τελευταίες μεταρρυθμίσεις σε δίκτυα συντονισμένων φροντίδων. Η ύπαρξη ασφαλιστικών ταμείων στη Γαλλία οδηγεί στη συμμετοχή της κοινωνικής ασφάλισης στα οικονομικά του δικτύου και στην καταβολή ετήσιας συνδρομής, που είναι κατά κεφαλή ασφαλιζόμενου του δικτύου. Η ύπαρξη ασφαλιστικών ταμείων και η εφαρμογή του θεσμού

των δικτύων διαφοροποιεί το σύστημα της Γαλλίας από το αντίστοιχο Βρετανικό.

Η εμπειρία της Σουηδίας από την εφαρμογή του θεσμού δείχνει ότι πρέπει να δίνονται κίνητρα στους γιατρούς γενικής ιατρικής, κυρίως οικονομικά, για να καλύπτονται και οι απομακρυσμένες περιοχές.

Στην Ολλανδία παρατηρείται ότι η ύπαρξη πολλών ασφαλιστικών ταμείων δημιουργεί πρόβλημα στην εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού, κάτι που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψιν στη χώρα μας, αφού παρουσιάζει την ίδια κατάσταση στην Ασφάλιση. Συμπέρασμα αυτού είναι ότι κατά τη μεταβατική περίοδο θα πρέπει να δημιουργηθεί ένας Ενιαίος Ασφαλιστικός Φορέας, ο οποίος θα συντελέσει στην αποφυγή τέτοιου είδους προβλημάτων στη χώρα μας.

Η εμπειρία της εφαρμογής του θεσμού στη Νορβηγία δείχνει ότι πρέπει να υπάρξει ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης των οικογενειακών γιατρών. Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό οι οικογενειακοί γιατροί θα πρέπει να συναντώνται δύο φορές την εβδομάδα για συζητήσεις επιστημονικού περιεχομένου. Η άδεια άσκησης της ειδικότητας της γενικής ιατρικής είναι πέντε ετών και μετά την παρέλευση της περιόδου αυτής θα πρέπει να αναθεωρούνται. Με τον τρόπο αυτό ο οικογενειακός γιατρός βρίσκεται σε μια συνεχή επαφή με τους συναδέλφους του και έχει συνεχή ενημέρωση και επιμόρφωση πάνω σε θέματα γενικής ιατρικής.

Η ευρωπαϊκή εμπειρία από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού δείχνει ότι ο τρόπος εφαρμογής εξαρτάται και διαμορφώνεται από τη δομή του συστήματος και τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού της κάθε χώρας. Η χώρα μας, προκειμένου να αποφύγει τα διάφορα προβλήματα που έχουμε επισημάνει στις χώρες της Ευρώπης, θα πρέπει να διανύσει μια μεταβατική περίοδο, κατά την οποία θα γίνουν όλες οι απαραίτητες ενέργειες για το σκοπό αυτό.

3.4. Η εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα σύμφωνα με την εμπειρία της Ευρώπης

Η εμπειρία από την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στις χώρες της Ευρώπης προδιαγράφει τον τρόπο με τον οποίο μπορεί να εφαρμοστεί ο θεσμός και στη χώρα μας με επιτυχία. Η Ελλάδα μπορεί να εφαρμόσει το θεσμό του οικογενειακού γιατρού, σύμφωνα με το Βρετανικό και το Γαλλικό Σύστημα Υγείας. Για να γίνει όμως αυτό εφικτό θα πρέπει να επέλθουν όλες οι αναγκαίες αλλαγές στο σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Για να υιοθετηθεί το σύστημα προϋπολογισμών οικογενειακών γιατρών στη χώρα μας θα πρέπει να δημιουργηθεί ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, ο οποίος θα χρηματοδοτεί τους προϋπολογισμούς των γιατρών.

Στη μεταβατική περίοδο είναι επίσης απαραίτητη η λειτουργία του συστήματος παραπομπών στα δίκτυα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κατά το Γαλλικό πρότυπο.

Ακόμη, είναι απαραίτητο να θεσπιστούν μια σειρά κινήτρων, προς όφελος των οικογενειακών γιατρών, για να διατίθενται αυτοί να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε όλες τις υγειονομικές περιφέρειες της χώρας, ακόμα και στις πιο απομακρυσμένες. Έτσι, θα αποφευχθούν όσο το δυνατό περισσότερο τα προβλήματα, που έχουν παρατηρηθεί στην περίπτωση της Σουηδίας, αφού και εκεί η παροχή ιατρικής φροντίδας στις απομακρυσμένες περιοχές γίνεται με μεγάλες δυσκολίες.

Η κατάλληλη εκπαίδευση των γιατρών που θα παρέχουν τις υπηρεσίες τους ως οικογενειακοί γιατροί πρέπει να ολοκληρωθεί με ένα μόνιμο και οργανωμένο σύστημα συνεχούς μετεκπαίδευσης των ειδικευμένων οικογενειακών γιατρών, όπως συμβαίνει στη Νορβηγία, με στόχο την συνεχή επιμόρφωσή τους στο χώρο της γενικής ιατρικής.

Τέλος, η εμπειρία από την εφαρμογή του θεσμού στην Ολλανδία δείχνει ότι στη χώρα μας θα πρέπει να δημιουργηθεί ο Ενιαίος Φορέας Υγείας, για να μην υπάρξουν παρόμοια προβλήματα, λόγω των πολλών ασφαλιστικών φορέων.

Από όλα τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι, η χώρα μας μπορεί να εφαρμόσει το θεσμό του οικογενειακού γιατρού με επιτυχία και όσο το δυνατό με λιγότερα προβλήματα, ακολουθώντας τα παραδείγματα της Μεγάλης Βρετανίας και της Γαλλίας, αλλά και των υπόλοιπων χωρών, αφού προηγηθεί μια μεταβατική περίοδος, κατά την οποία θα δημιουργηθεί το κατάλληλο έδαφος για την υλοποίηση των μεταρρυθμίσεων στο χώρο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.

3.5. Συμπεράσματα

3.5.1. Προτάσεις για τη βελτίωση της παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα

Τα πρόσθετα μέτρα, τα οποία είναι απαραίτητα ώστε να βελτιωθεί η λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι:

- ✓ Επιμόρφωση του προσωπικού της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με ειδικά σεμινάρια.
- ✓ Καθιέρωση τρίμηνης ειδικής μετεκπαίδευσης των νεοδιορισθέντων γιατρών, πριν από την ανάληψη υπηρεσίας.
- ✓ Στελέχωση των Κέντρων Υγείας, με κατάλληλο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- ✓ Καθιέρωση του συστήματος ειδικών κονδυλίων στους οικογενειακούς γιατρούς για τη μείωση του κόστους των υπηρεσιών.
- ✓ Καθιέρωση της λίστας εγγεγραμμένων ασθενών ως μέθοδος αμοιβής των Οικογενειακών Γιατρών, για βελτίωση της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ✓ Επέκταση ωραρίου παροχής υπηρεσιών των Κέντρων Υγείας, ώστε οι ασθενείς να μην καταφεύγουν στα Εξωτερικά Ιατρεία των Νοσοκομείων ή σε ιδιώτες γιατρούς.

3.5.2. Προτάσεις για την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα

Οι προτάσεις μας, όσον αφορά την εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού στην Ελλάδα είναι οι εξής:

Αρχικά η εφαρμογή του θεσμού πρέπει να γίνει σύμφωνα με το Σύστημα Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης της Μεγάλης Βρετανίας, το οποίο αποτελεί πρότυπο για τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Ακόμη ο θεσμός μπορεί να υιοθετήσει στοιχεία από το Γαλλικό Σύστημα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, το οποίο έχει ως βάση τα δίκτυα.

Είναι αναγκαίο να πραγματοποιηθεί βελτίωση της υπάρχουσας υποδομής στους φορείς που παρέχουν Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στη χώρα μας. Αυτό έχει να κάνει τόσο με τη βελτίωση της κτιριακής υποδομής τους, την ενίσχυσή τους με τον κατάλληλο μηχανολογικό και εργαστηριακό εξοπλισμό, όσο και με τη βελτίωση της στελέχωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού τους.

Η μη εφαρμογή του θεσμού του οικογενειακού γιατρού θα οξύνει περαιτέρω τα προβλήματα στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη και αυτό γιατί οι ασθενείς δεν θα κατευθύνονται στις κατάλληλες ειδικότητες. Έτσι, θα παρατηρείται συνεχώς αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και πληθωρισμός των επισκέψεων των ασθενών.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας θα πρέπει να βελτιωθεί κατά τέτοιο τρόπο ώστε η νοσοκομειακή περίθαλψη να περιοριστεί και να αυξηθεί αντίστοιχα η εξωνοσοκομειακή. Ο οικογενειακός γιατρός θα προσπαθεί να λύσει το πρόβλημα του ασθενούς, σε συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες, που θα τον βοηθούν στο έργο του (νοσηλεύτρια, φυσιοθεραπευτής κ.τ.λ.).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα**, Θεόδωρος Μάμας, Μάρκος Σαρρής, Σωτήρης Σούλης, Αθήνα 1996, I.S.B.N.
2. **Πολιτική και Οικονομία της Υγείας**, Μαίρη Κοντούλη – Γείτονα, Εξήντα / Πολιτικές Υγείας.
3. **Η Πρόκληση του Ανταγωνισμού στον Υγειονομικό Τομέα**, Γιάννης Κυριόπουλος, Δημήτρης Νιάκος, Αθήνα 1993
4. **Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Μια σφαιρική προσέγγιση**, Επιστημονικές Εκδόσεις, Ναυαρίνου 20, Αθήνα 1992
5. **Η Πολιτική Υγεία στην Ελλάδα. Στο Σταυροδρόμι των Επιλογών**, Επιμέλεια: Γιάννης Κυριόπουλος, Εκδόσεις: Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία (1995)
6. **Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα**, Επιμέλεια: Γιάννης Κυριόπουλος – Τ. Φιλαλήθης, Εκδόσεις: Θεμέλιο / Κοινωνία και Υγεία (1996)
7. **Φ.Ε.Κ.**, Τεύχος Πρώτο, Αρ. Φύλλου 165, Νόμος υπ' αριθ. 2519, 21 Αυγούστου 1997
8. **Φ.Ε.Κ.**, Τεύχος Πρώτο, Αρ. Φύλλου 143, Νόμος υπ' αριθ. 1397, Εθνικό Σύστημα Υγείας, Αθήνα, Οκτώβριος 1993
9. **Συστήματα Υγείας**, Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας, Λεωνίδας Παρασκευόπουλος, 1990
10. **Έκθεση της Ειδικής Επιτροπής Εμπειρογνομόνων για τις Ελληνικές Υπηρεσίες Υγείας**, Babel – Smith, J. Calltorp, M. Dixon, Ad Dunning, R. Evans, W. Holland, B. Jarman, H. Μοσιάλος, Ιούνιος 1994
11. **Ενιαίος Φορέας Υγείας**, Α. Σισσούρας, Α. Κακόρκης, Ν. Πολύζος, Μ. Θεοδώρου, Αθήνα 1995

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ





ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 16

21 Αυγούστου 199

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2519

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΠΟΛΙΤΩΝ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 1

Όργανα προστασίας των δικαιωμάτων

1. Για την προστασία των δικαιωμάτων των νοσοκομειακών ασθενών, που προβλέπονται στο άρθρο 47 του ν. 2071/1992, αλλά και των βασικών δικαιωμάτων του συνόλου των πολιτών που απορρέουν από τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν.1397/1983, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας:

α) Αυτοτελής Υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων ασθενών σε επίπεδο τμήματος, υπαγόμενη στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Έργο της υπηρεσίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών προς ασθενείς και η εισήγηση προς το Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σχετικά με τα θέματα αυτά. Ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας αποφασίζει για τις κατά νόμο ενέργειες ή και μπορεί προηγουμένως να παραπέμπει τις καταγγελίες για εξέταση στην Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών. Προϋπόθεση για την προώθηση των καταγγελιών αποτελεί η ύπαρξη ενυπόγραφης καταγγελίας με στοιχεία από τα οποία προκύπτει η ταυτότητα του παραπονούμενου.

β) Επιτροπή Ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, αποτελούμενη από ένα μέλος του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους ή συνταξιούχο αυτού, που

προτείνεται από τον Πρόεδρό του, και από εκπροσώπους, ανά έναν, του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Ε.Ο.Ο.), της Ένωσης Συντακτών Ημερησίων Εφημεδων Αθηνών (Ε.Σ.Η.Ε.Α.), της Ομοσπονδίας Ενώσι Νοσοκομειακών Γιατρών Ελλάδας (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.), της Ιννελλήνιας Ομοσπονδίας Εργαζομένων Δημόσιων Ισσοκομείων (Π.Ο.Ε.ΔΗ.Ν.), της Ανώτατης Διοικού Επιτροπής Δημοσίων Υπαλλήλων (Α.Δ.Ε.Δ.Υ.), της νικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδος (Γ.Σ.Ε. της Γενικής Συνομοσπονδίας Αγροτικών Συλλόγων λάδος (Γ.Ε.Σ.Α.Σ.Ε.), της Γενικής Συνομοσπονδίας μύρων Βιοτεχνών Ελλάδος (Γ.Ε.Σ.Ε.Β.Ε.), της Εθν Συνομοσπονδίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγ (Ε.Σ.Α.Ε.Α.), της Πανελληνιας Ομοσπονδίας Συλλό Εργαζομένων Υπαλλήλων Ι.Κ.Α. (Π.Ο.Σ.Ε.ΥΠ.Ι.Κ.Α.) της Πανελληνιας Ομοσπονδίας Υγειονομικών Υπα λων Ι.Κ.Α. (Π.Ο.ΥΓ.Υ.Ι.Κ.Α.) και ένα πρόσωπο με ιε τερο κοινωνικό κύρος επιλεγόμενο από τον Υπου Υγείας και Πρόνοιας μεταξύ τριών (3) προσώπων οποία προτείνονται από το Κ.Ε.Σ.Υ., το οποίο και η δρεύει της Επιτροπής. Εάν οι φορείς δεν υποβάλ τις προτάσεις τους εντός είκοσι (20) ημερών από αποστολή της σχετικής πρόσκλησης του Υπου Υγείας και Πρόνοιας, τα μέλη της Επιτροπής ορίζο αντιστοίχως από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας Επιτροπή ή εξουσιοδοτημένα μέλη της δύναται επισκέπτεται νοσοκομεία για την εξακρίβωση συγκε μένης καταγγελίας ή και αυτοβούλως για την παρα λούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστα των δικαιωμάτων των ασθενών. Η Επιτροπή αποφαι με πλειοψηφία των παρόντων μελών της. Σε περιπτ ισοψηφίας υπερισχύει η ψήφος του Προέδρου. Η Ι τροπή, εφόσον αποφανθεί για τη μερική ή ολική β μότητα καταγγελιών ή παραπόνων, υποβάλλει το ρισμά της στο Γενικό Γραμματέα του Υπουργείου Υγ και Πρόνοιας, ο οποίος αποφασίζει για τις κατά ι περαιτέρω ενέργειες και σε περίπτωση που υπάρ ενδείξεις πανικού αδικήματος, διαβιβάζει το πόρ στην αρμόδια εισαγγελική αρχή.

σοκομείου στην αρμόδια Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας με αιτιολογημένη έκθεση του Δ.Σ. του νοσοκομείου. Ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας υποβάλλει με εισήγηση τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων της περιφέρειάς του στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας με κοινοποίηση στο Υπουργείο Οικονομικών.

Οι προϋπολογισμοί των νοσοκομείων διαμορφώνονται και ως κλειστοί κατά τομέα, τμήμα, εργαστήριο και διοικητική, τεχνική ή άλλη μονάδα του νοσοκομείου και εγκρίνονται ως συνολικοί κλειστοί προϋπολογισμοί.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται μετά από πρόταση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, θεσπίζεται στα νοσοκομεία και τους λοιπούς φορείς υγείας το διπλογραφικό λογιστικό σύστημα αναλυτικής λογιστικής και κοστολόγησης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μπορεί να καταρτίζεται ενιαίος κανονισμός οικονομικής διαχείρισης των νοσοκομείων και των λοιπών φορέων υγείας.

4. Οι απολογισμοί και οι ισολογισμοί των νοσοκομείων καταρτίζονται το αργότερο μέχρι το τέλος Μαρτίου κάθε έτους και υποβάλλονται στη Διεύθυνση Υγείας και Πρόνοιας της Περιφέρειας και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και στο Υπουργείο Οικονομικών, με αιτιολογική έκθεση του Δ.Σ.

Άρθρο 30

Σύμπραξη ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων ασφάλισης υγείας

1. Οι ασφαλιστικοί φορείς μπορεί να συμπράττουν μεταξύ τους με μορφή κοινοπραξίας ή με τη μορφή ένωσης ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων με σκοπό:

(α) Να συνάπτουν μετά από διαπραγμάτευση προγραμματικές συμβάσεις με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Με τις συμβάσεις αυτές μπορεί να ορίζεται νοσήλιο κατά τις διαζευκτικές περιπτώσεις της διάταξης του δεύτερου εδαφίου της περίπτωσης β' του άρθρου 28 του παρόντος, καθώς και κατά νοσοκομείο ή κατηγορία νοσοκομείων. Σε κάθε περίπτωση το νοσήλιο δεν μπορεί να υπερβαίνει το οριζόμενο κατά την περίπτωση β' του άρθρου 28 του παρόντος.

(β) Να διαπραγματεύονται για τη σύναψη συμβάσεων, ύστερα από έγκριση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου υπουργού με ιδιωτικές κλινικές και νοσοκομεία του εξωτερικού.

2. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. καθορίζονται η διαδικασία και οι λεπτομέρειες εφαρμογής των παραπάνω διατάξεων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 31

Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1. Για τη διαμόρφωση ενιαίου πλαισίου παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην κατεύ-

θυνση της λειτουργίας Ενιαίου Φορέα Υγείας (Ε.Φ.Υ.), μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του Ε.Σ.Υ., των Ασφαλιστικών Οργανισμών και Ταμείων, των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης ή άλλων Ν.Π.Δ.Δ., οργανώνονται και λειτουργούν ως Δίκτυα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και διασυνδέονται λειτουργικά και επιστημονικά με νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.. Οι όροι και οι προϋποθέσεις οργάνωσης και λειτουργίας των δικτύων, καθώς και της παροχής υπηρεσιών στον πληθυσμό της περιοχής τους ορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

2. Ως Δίκτυα λειτουργούν ένα ή περισσότερα Κέντρα Υγείας ή Πολυιατρεία και τα κατά περίπτωση περιφερειακά ιατρεία τους. Σε κάθε Δίκτυο προσφέρουν υπηρεσία και οικογενειακοί γιατροί. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. καθορίζεται ο πληθυσμός και τα όρια ευθύνης και προσδιορίζεται η αναγκαία στελέχωση και τεχνολογική υποδομή κάθε δικτύου ανάλογα με τον πληθυσμό ευθύνης τους και τις ιδιαιτερότητες κάθε περιοχής. Στα Δίκτυα παρέχονται υπηρεσίες από γιατρούς γενικής ιατρικής, παιδιατρικής, παθολογίας, άλλων βασικών ιατρικών ειδικοτήτων, οδοντιάτρους, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και λοιπό προσωπικό. Εφόσον το προσωπικό που υπηρετεί στις μονάδες του δικτύου υπολείπεται του αναγκαίου κατά τα οριζόμενα με την ανωτέρω απόφαση, συμπληρώνεται σύμφωνα με τις προγραμματικές συμβάσεις. Στις μονάδες των δικτύων προσφέρουν υπηρεσίες σε εβδομαδιαία προγράμματα γιατροί ειδικοτήτων του νοσοκομείου που είναι διασυνδεδεμένο το δίκτυο σε τακτές ημέρες και ώρες της εβδομάδας.

3. Για την οργάνωση και λειτουργία δικτύου συνάπτεται προγραμματική σύμβαση μεταξύ του Δημοσίου εκπροσωπούμενου από το Γενικό Γραμματέα της οικείας περιφέρειας και Ασφαλιστικών Οργανισμών ή Ταμείων, νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) ή και άλλων Ν.Π.Δ.Δ., που έχουν μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Με την προγραμματική σύμβαση καθορίζονται οι υποχρεώσεις που αναλαμβάνει κάθε συμβαλλόμενος για τη λειτουργία του δικτύου και την παροχή των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ιδίως καθορίζονται η υλικοτεχνική υποδομή και το προσωπικό που διαθέτει κάθε φορέας κατά τα οριζόμενα στις κοινές υπουργικές αποφάσεις των παραγράφων 1 και 2 του παρόντος, το ποσοστό συμμετοχής του στις δαπάνες λειτουργίας του δικτύου και τα έσοδα, κατά τρόπον ώστε να διασφαλίζεται σε κάθε μονάδα του δικτύου η λειτουργία της ιατρικής, νοσηλευτικής, κοινωνικής και διοικητικής υπηρεσίας. Με την προγραμματική σύμβαση ορίζονται ο εξουσιοδοτημένος εκπρόσωπος του φορέα που συμμετέχει στη συγτονιστική επιτροπή ελέγχου και παρακολούθησης του δικτύου και ο κατά την παράγραφο 4 του παρόντος άρθρου προϊστάμενος κάθε δικτύου. Επίσης, με την προγραμματική σύμβαση καθορίζονται ο τρόπος κατάρτισης ετήσιου προγραμματισμού λειτουργίας και ανάπτυξης του δικτύου και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια. Η σύμβαση εγκρίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών

Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, με την οποία ορίζεται και το νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ., με το οποίο διασυνδέεται το Δίκτυο, εφόσον με την προγραμματική σύμβαση δεν συμβάλλεται νοσοκομείο.

4. Ως προϊστάμενος κάθε Δικτύου ορίζεται υπάλληλος κλάδου ΠΕ, με βαθμό Διευθυντή ή αντίστοιχο προς αυτόν. Ο προϊστάμενος έχει τη διοικητική ευθύνη για την εύρυθμη λειτουργία του Δικτύου, ασκεί τον επιβαλλόμενο ιεραρχικό έλεγχο επί όλου του προσωπικού που υπηρετεί στις μονάδες του Δικτύου, ανεξαρτήτως από την οργανική υπαγωγή του κάθε υπαλλήλου και αναφέρεται αρμοδίως στα υπερκείμενα ιεραρχικά όργανα, καθώς και στη συντονιστική επιτροπή του Δικτύου και στα όργανα άσκησης εποπτείας του. Το προσωπικό που τοποθετείται στα Δίκτυα εξακολουθεί να διέπεται ως προς την υπηρεσιακή του κατάσταση από τις κατά ιδίαν διατάξεις της οργανικής τους θέσης. Το συντονισμό του επιστημονικού έργου του Δικτύου έχει ο γιατρός Διευθυντής της Μονάδας και σε περίπτωση που το Δίκτυο απαρτίζεται από περισσότερες Μονάδες Επιστημονική Επιτροπή που συγκροτείται από τους γιατρούς Διευθυντές των Μονάδων αυτών.

5. Ασφαλιστικοί οργανισμοί και ταμεία μπορεί να συνάπτουν συμβάσεις με τους φορείς που συμμετέχουν στην οργάνωση του κάθε Δικτύου, για την παροχή υπηρεσιών στους ασφαλισμένους τους. Με την κατά την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου κοινή υπουργική απόφαση ή άλλη όμοια απόφαση καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις σύναψης των συμβάσεων αυτών, καθώς και οι προϋποθέσεις για την παροχή από τα Δίκτυα υπηρεσιών στους πολίτες που οι δαπάνες για την περίθαλψή τους βαρύνουν το Δημόσιο, ως και σε κάθε άλλη κατηγορία πολιτών που δεν καλύπτονται από τις κατά την παράγραφο αυτή συμβάσεις.

6. Κάθε φορέας που συμβάλλεται για τη λειτουργία του Δικτύου, εγγράφει στον ετήσιο προϋπολογισμό του με ίδιο κωδικό αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του Δικτύου κατά το ποσοστό που του αναλογεί.

Τα έσοδα που προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 5, τα οποία εισπραττούνται ως ορίζεται με την κοινή απόφαση της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, κατανέμονται μεταξύ των φορέων που απαρτίζουν το Δίκτυο κατά ποσοστό που καθορίζεται με την προγραμματική σύμβαση. Τα αντίστοιχα ποσα εγγράφονται ως έσοδα στον προϋπολογισμό κάθε φορέα αντιστοίχως.

7. Το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. καταρτίζει το πρόγραμμα ανάπτυξης των Δικτύων που εγκρίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 32

Οικογενειακοί γιατροί

1. Στα κατά το προηγούμενο άρθρο Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας που καλύπτουν αστικές και ημιαστικές περιοχές παρέχουν υπηρεσίες οικογενειακοί γιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής ή παθολογίας και παιδιατρικής. Για τις λοιπές περιοχές ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 18 του ν.1397/1983.

2. Οι δικαιούχοι έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού, από κατάλογο των γιατρών του Δικτύου της περιοχής τους ή όμορης περιοχής. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο, ενώ μια φορά το χρόνο μπορούν να ζητήσουν την αλλαγή του οικογενειακού τους γιατρού μετά από αιτιολογημένη αίτηση τους στον Προϊστάμενο του Δικτύου. Μέχρι να συμπληρωθεί ο προβλεπόμενος αριθμός κατά την επόμενη παράγραφο, ο γιατρός δεν μπορεί να αρνηθεί την εγγραφή στον κατάλογο του οποιουδήποτε δικαιούχου που διαμένει εντός της περιοχής ευθύνης του Δικτύου που υπηρετεί, εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι αδυναμίας συνεργασίας. Στην περίπτωση αυτήν ο γιατρός υποβάλλει δικαιολογημένη αίτηση εξαιρέσεως του συγκεκριμένου ατόμου, στον Προϊστάμενο του Δικτύου, ο οποίος, εφόσον κάνει δεκτή την αίτηση, ενημερώνει τον ενδιαφερόμενο για να επιλέξει άλλον οικογενειακό γιατρό του Δικτύου.

3. Ο αριθμός των ατομών που εγγράφονται στον κατάλογο κάθε οικογενειακού γιατρού δεν μπορεί να είναι μεγαλύτερος από 1.800 και προκειμένου για οικογενειακό παιδίατρο μεγαλύτερος από 1.600. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. μπορεί κατ'εξαιρεση να αυξάνεται το ανώτατο αυτό όριο μέχρι και 2.000, αν σε κάποια περιοχή συντρέχουν συγκεκριμένοι προς τούτο λόγοι. Με όμοια απόφαση καθορίζονται τα στοιχεία που πρέπει να καταχωρούνται στον κατάλογο και οι λεπτομέρειες γενικά για τον τρόπο κατάρτισης και τήρησής του.

4. Οι επιλεγμένοι ως οικογενειακοί γιατροί των Δικτύων συνάπτουν ετήσιες συμβάσεις παροχής υπηρεσιών με το Γενικό Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας ή τον φορέα που έχει την ευθύνη του Δικτύου, σύμφωνα με την προγραμματική σύμβαση δημιουργίας του, και αμειβονται ανάλογα με τον αριθμό των πολιτών τους οποίους καλύπτουν. Η κλίμακα των αμοιβών καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας. Οι ενδιαφερομένοι που έχουν τα προσόντα υποβάλλουν μετά από σχετική ανακοίνωση-πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος του αρμοδίου κατά τις διατάξεις της παραγράφου αυτής για τη σύναψη της σύμβασης, που δημοσιεύεται στον ημερήσιο τύπο, αίτηση στην υπηρεσία που ορίζεται με την ανακοίνωση. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΣΥ.Σ.Ε.Δ.ΥΠ.Υ. καθορίζονται τα κριτήρια, η διαδικασία και κάθε άλλη λεπτομέρεια επιλογής των οικογενειακών γιατρών, καθώς και τα της οργάνωσης και λειτουργίας των ιατρείων τους και το πλαίσιο άσκησης των καθηκόντων τους.

Σε κάθε περίπτωση για την υπογραφή σύμβασης απαιτείται να έχουν υποβάλει αίτηση για εγγραφή στον κατάλογο του υποψήφιου γιατρού δικαιούχου που ο αριθμός τους αντιστοιχεί στο 1/3 τουλάχιστον του αριθμού που ορίζεται από την προηγούμενη παράγραφο. Η σύμβαση καταγγέλλεται οποτεδήποτε αζημίως σε κάθε περίπτωση παράβασης των συμβατικών υποχρεώσεων του οικογενειακού γιατρού.

5. Οι οικογενειακοί γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο ιατρείο καθημερινά σε συγκεκριμένες πρωινές και απογευματινές ώρες, κατά τη διάρκεια των οποίων

εξυπηρετούν αποκλειστικά και μόνο τους δικαιούχους του Δικτύου που είναι εγγεγραμμένοι στον καταλόγο τους και σε κατ'οίκον επισκέψεις οποιαδήποτε ώρα του εικοσιτετράωρου, όταν αυτό απαιτείται. Τα Ιατρεία των οικογενειακών γιατρών λειτουργούν σε χώρους μέσα στην περιοχή ευθύνης του Δικτύου. Οι οικογενειακοί γιατροί τους ασθενείς που έχουν ανάγκη για πλέον εξειδικευμένη ιατρική φροντίδα ή εργαστηριακές εξετάσεις, τους παραπέμπουν στους γιατρούς ειδικότητων και στα εργαστήρια του Δικτύου. Εάν οι μονάδες του Δικτύου δεν διαθέτουν τις αντίστοιχες ειδικότητες και εργαστήρια, ο ασθενής παραπέμπεται στα Εξωτερικά Ιατρεία και Εργαστήρια του νοσοκομείου με το οποίο είναι διασυνδεδεμένο το Δίκτυο και αν και το νοσοκομείο αυτό δεν καλύπτει την περίπτωση, σε άλλο νοσοκομείο της περιοχής αναλογα με την ανάγκη του ασθενούς.

6. Γιατροί ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων μπορεί να ασκούν καθηκοντα οικογενειακού γιατρού ύστερα από ανάθεση της Διοίκησης του φορέα στον οποίο ανήκουν, με όρους και προϋποθέσεις που καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 33

Εποπτεία και λειτουργία Δικτύων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

1. Τα Δίκτυα Π.Φ.Υ. υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίο ανήκουν οι Μονάδες που τα αποτελούν. Η εποπτεία ασκείται ως προς τον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, άσκησης του ιατρικού νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά ως προς τον τρόπο λειτουργίας των Δικτύων στα πλαίσια των προγραμματικών συμβάσεων.

2. Οι Μονάδες των Δικτύων Π.Φ.Υ. λειτουργούν σε τακτικό πρωινό και απογευματινό ωράριο και εφημερεύουν εκ περιτροπής κατά ομάδες, τις υπόλοιπες ώρες της ημέρας, τα Σαββατοκύριακα και τις αργίες, για καλυψη επειγόντων περιστατικών. Στην εφημερία συμμετέχει και αριθμός οικογενειακών γιατρών. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται το ωράριο τακτικής λειτουργίας, ο τρόπος εφημερίας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

3. Σε κάθε Δίκτυο συγκροτείται με απόφαση του Γενικού Γραμματέα της οικείας Περιφέρειας Συντονιστική Επιτροπή, που αποτελείται από τους κατά την παράγραφο 3 του άρθρου 31 του παρόντος οριζόμενους εκπροσώπους των φορέων που συμμετέχουν στο Δίκτυο, έναν (1) εκπρόσωπο του δήμου, που έχει την έδρα του το Δίκτυο, που ορίζεται από το Δήμαρχο και έναν (1) εκπρόσωπο της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Ε.), η οποία έχει το γενικό συντονισμό της λειτουργίας του Δικτύου, καταρτίζει το ετήσιο πρόγραμμα δράσης του, παρακολουθεί και ελέγχει την εφαρμογή του και υποβάλλει ετήσια απολογιστική έκθεση για το έργο του στο γενικό γραμματέα της περιφέρειας και τον οικείο νομάρχη.

Σε δήμους ή διαμερίσματα δήμων που λειτουργούν περισσότερα από ένα δίκτυα μπορεί να συγκροτείται κοινή Συντονιστική Επιτροπή.

4. Η εκτίμηση και αξιολόγηση του ποσοτικού και ποιοτικού έργου κάθε Δικτύου γίνεται από το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.Υ.Π.Υ., το οποίο υποβάλλει ετήσια επί αυτού τεκμηριωμένη και αναλυτική έκθεση στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Ιδιαίτερα για τα Δίκτυα που οργανώνονται κατά την πρώτη εφαρμογή του άρθρου 31 του παρόντος νόμου, το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.Υ.Π.Υ. υποβάλλει έκθεση αξιολόγησης με τη συμπλήρωση έξι (6) μηνών λειτουργίας τους, ύστερα από λεπτομερή και αναλυτική επεξεργασία των στοιχείων του ποσοτικού και ποιοτικού έργου τους και γενικά της αποτελεσματικότητάς τους.

5. Για την κάλυψη επιτακτικών αναγκών σε προβληματικές και άγονες περιοχές ή εποχιακών αναγκών σε τουριστικές περιοχές, δυνατά να προσλαμβάνονται στις Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας γιατροί και εκτός οργανικών θέσεων με εξαμηνιαία σύμβαση που δεν μπορεί να ανανεώνεται. Η πρόσληψη γίνεται από το φορέα στον οποίο υπάγεται η Μονάδα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ύστερα από έγκριση με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν συναρμόδιου υπουργού. Στους γιατρούς αυτούς καταβάλλονται μηνιαίες αποδοχές αντίστοιχες προς τις αποδοχές γιατρού υποχρέου εκπλήρωσης υπηρεσίας υπαίθρου ως και αποζημίωση για υπερωριακή απασχόληση για προσφορά υπηρεσιών εκτός του ωραρίου εργασίας σύμφωνα με τις ανάγκες της Μονάδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η'

ΓΙΑΤΡΟΙ Ε.Σ.Υ. ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ ΚΛΑΔΟΙ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΩΝ Ε.Σ.Υ.

Άρθρο 34

Πρόσληψη σε θέση γιατρού Ε.Σ.Υ.

1. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και η πληρωση τους σε όλους τους βαθμούς γίνεται ύστερα από προκήρυξη.

2. Οι επιλεγόμενοι στις προκηρυσσομενες θέσεις διορίζονται κατά βαθμό ως εξής:

α) Σε θέσεις Επιμελητών Β' και Γ', με θητεία σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 9, παραγράφος 2 του ν. 2194/1994. Μετά τη λήξη της τρίτης θητείας κατά τις διατάξεις αυτές, η θητεία του γιατρού ανανεώνεται ύστερα από αίτηση του κάθε τεσσερα (4) χρόνια, μετά από αξιολογική ατομική κρίση. Η κρίση γίνεται από τα Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. της παραγράφου 6 του άρθρου 37 του νόμου αυτού, τα οποία λαμβάνουν υπόψη τα στοιχεία του κατά την παράγραφο 2 του άρθρου 36 του παρόντος ατομικού φακέλου. Σε περίπτωση αρνητικής κρίσης ο γιατρός εξέρχεται της υπηρεσίας οριστικώς.

β) Σε θέσεις Επιμελητών Α' και Διευθυντών, με θητεία τριών (3) χρόνων. Μετά τη λήξη της θητείας τους κρίνονται από το οικείο Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. και αν η κρίση είναι θετική, η θητεία τους παρατείνεται για δύο (2) ακόμη χρόνια, άλλως απολύονται. Μετά τη συμπλήρωση και της νέας θητείας τους επανακρίνονται, από το οικείο Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. και αν η κρίση είναι θετική, μονιμοποιούνται στον κλάδο με το βαθμό που κατέχουν, άλλως εξέρχονται της υπηρεσίας οριστικώς.

γ) Μόνιμοι γιατροί του Ε.Σ.Υ., που καταλαμβάνουν οποιαδήποτε άλλη θέση του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., διατηρούν τη μονιμοποίησή τους. Η διάταξη αυτή ισχύει

αναδρομικά από της ισχύος των νόμων 2071/1992 και 2194/1994

3. Επιμελητές Α' με θητεία που καταλαμβάνουν ομοιοβαθμη ή ανώτερη θέση και Διευθυντές με θητεία που καταλαμβάνουν ομοιοβαθμη θέση, εφόσον έχουν συμπληρώσει την πρώτη τριετη θητεία στην προηγούμενη θέση και έχουν κριθεί θετικά για την παράταση της θητείας τους σε αυτή, τοποθετούνται με θητεία δύο (2) ετών μετά τη συμπλήρωση της οποίας κρίνονται απο το οικείο Σ.Κ.Ε.Ι.Ο Π.Ν.Ι. και αν η κρίση είναι θετική μονιμοποιούνται στον κλάδο με το βαθμό που κατέχουν, άλλως εξέρχονται της υπηρεσίας οριστικά. Όσοι δεν έχουν συμπληρώσει την πρώτη θητεία, διανύουν 3ετή και 2ετή θητεία σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 2 β' του άρθρου αυτού.

4. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. συνιστώνται και προκηρύσσονται εφεξής κατά νοσοκομείο και Κέντρο Υγείας κατα βαθμό και ειδικότητα, η δε τοποθέτηση των γιατρών που προσλαμβάνονται γίνεται στο νοσοκομείο και στο Κέντρο Υγείας, αντιστοίχως. Η τοποθέτηση κατά τμήμα, μονάδα κ.λπ. στο νοσοκομείο γίνεται με απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου, ύστερα από γνώμη του Διευθυντή της ιατρικής υπηρεσίας ως προς την αριθμητική κατανομή τους μεταξύ των τμημάτων εργαστηρίων και μονάδων. Η διάταξη αυτή ισχύει και για τις κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού κενές θέσεις.

Στο τέλος της παραγράφου 1 του άρθρου 58 του ν. 2071/1992 προστίθενται τα εξής εδάφια:

΄Στα τμήματα που απαρτίζουν τους τομείς τοποθετούνται γιατροί ειδικοτήτων των οποίων το γνωστικό αντικείμενο είναι αντίστοιχο με το παρεχόμενο από το τμήμα ιατρικό έργο. Οι ειδικότητες προσδιορίζονται με την απόφαση σύστασης των θέσεων. Οι διατάξεις των δύο προηγούμενων εδαφίων εφαρμόζονται αναδρομικά από την έναρξη ισχύος του ν. 1397/1983.

5. Οι οργανικές θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. με βαθμό Επιμελητή Α' δεν μπορεί να υπερβαίνουν συνολικά το 50% του συνόλου των θέσεων με βαθμό Επιμελητή Β' κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο. Στα νοσοκομεία που κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού οι θέσεις Επιμελητών Α' υπερβαίνουν το ποσοστό αυτό κατά ειδικότητά, οι τυχόν κενές από αυτές και οι εφεξής κενούμενες μέχρι του αριθμού που αντιστοιχεί στο ποσοστό αυτό μετατρέπονται αυτοδικαίως δια του παρόντος νόμου σε θέσεις με βαθμό Επιμελητή Β'. Οι διατάξεις αυτές δεν ισχύουν για τις θέσεις των Κέντρων Υγείας και Κέντρων Ψυχικής Υγείας, καθώς και για ειδικότητες που χαρακτηρίζονται ως άγονες με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από πρόταση του ΚΕ.Σ.Υ.

6. Για διορισμό σε θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., ως προς τα όρια ηλικίας επαναφέρονται δια του παρόντος σε ισχύ οι διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 26 του ν.1397/1983. Από τις διατάξεις αυτές εξαιρούνται όσοι υπηρετούν στον κλάδο και διορίζονται σε άλλη θέση αυτού ή κρίνονται για παράταση της θητείας τους. Ως προς το χρόνο άσκησης της ειδικότητας για κατάληψη θέσης γιατρού Ε.Σ.Υ., οι διατάξεις του άρθρου 65 παράγραφος 2, περιπτ. β' και γ' του ν. 2071/1992 ισχύουν και για τις θέσεις τώως συναφών ειδικοτήτων. Η διάταξη της περίπτωσης δ' της αυτής παραγράφου, ως και η διάταξη της παραγράφου 2 του

άρθρου 26 του ν.1579/1985 καταργούνται.

7. Στους γιατρούς του Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν με θητεία, ο χρόνος χορηγούμενων κατά τις οικείες διατάξεις εκπαιδευτικών αδειών, δεν μπορεί να υπερβίνει αθροιστικά το 1/2 του υπολοίπου χρόνου της θητείας τους.

8. Γιατροί του Ε.Σ.Υ., που σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 4 του ν. 2194/1994, υπαγονται στο καθεστώς πλήρους αλλά μη αποκλειστικής απασχόλησης, μπορούν με αίτησή τους, υποβαλλόμενη σε αποκλειστική προθεσμία ενός (1) μηνός από τη δημοσίευση του παρόντος, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας να επανέλθουν στο καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, στο οποίο υπήγοντο πριν από τη μεταβολή της εργασιακής τους σχέσης, σύμφωνα με το άρθρο 71 του ν. 2071/1992. Για τους γιατρούς που δεν θα υποβάλλουν αίτηση επαναφοράς στο καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, κάθε σχέση εργασίας τους θεωρείται αυτοδικαίως λυμένη και αποχωρούν από την υπηρεσία, εφόσον έχει συμπληρωθεί ο προβλεπόμενος από την παράγραφο 1 περίπτωση (α) του άρθρου 71 του ν. 2071/1992 χρόνος, άλλως η λύση της εργασιακής τους σχέσης επέρχεται αυτοδικαίως μόλις συμπληρωθεί ο χρόνος αυτός. Γιατροί του Ε.Σ.Υ., πλήρους αλλά μη αποκλειστικής απασχόλησης, που έχουν αποχωρήσει από τις θέσεις τους, λόγω συμπλήρωσης του προβλεπόμενου χρόνου παραμονής σε αυτές, επαναδιορίζονται στις θέσεις που κατείχαν, ύστερα από αίτηση που υποβάλλουν, μέσα στην προθεσμία του πρώτου εδαφίου της παραγράφου αυτής, ως γιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, εφόσον αυτές παραμένουν κενές. Στην περίπτωση που οι θέσεις τους έχουν πληρωθεί, επαναδιορίζονται, σε ομοιόβαθμες με αυτές που κατείχαν θέσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που συνιστάνται σε νοσοκομείο του ίδιου νομού με την απόφαση επαναδιορισμού και καταργούνται με την, για οποιονδήποτε λόγο αποχώρησή τους από τις θέσεις αυτές. Η υποβολή της αίτησης επαναδιορισμού καταργεί τη μη ολοκληρωθείσα διαδικασία προκήρυξης και πλήρωσης της θέσης στην οποία επανέρχονται. Η επαναφορά στο καθεστώς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης διαπιστώνεται με πράξη του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

9. Εντός έξι (6) μηνών από την έναρξη ισχύος του παρόντος με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας και μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να ανακατανέμονται θέσεις γιατρών-οδοντιάτρων μεταξύ των Μονάδων Υγείας από Κέντρο Υγείας σε νοσοκομείο ή από ένα νοσοκομείο σε άλλο νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. μέσα στα όρια του νομού, εφόσον το επιβάλλει η ορθολογική κατανομή των θέσεων για την κάλυψη των αναγκών περιθαλής του πληθυσμού. Με όμοια απόφαση μπορεί, κενές θέσεις ειδικευομένων σε οποιοδήποτε νοσοκομείο, να μετατρέπονται σε θέσεις ειδικευομένων στη γενική ιατρική και να ανακατανέμονται μεταξύ των νοσοκομείων.

Άρθρο 35

Εξέλιξη γιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. καθιερώνεται ο πτλς

του Αναπληρωτή Διευθυντή. Ο τίτλος απονέμεται μετά από κρίση σε Επιμελητές Α' που έχουν συμπληρώσει συνολική υπηρεσία δεκατριών (13) ετών στον κλάδο από τα οποία τα έξι (6) τουλάχιστον στο βαθμό του Επιμελητή Α'. Ο αριθμός των Επιμελητών Α' στους οποίους απονέμεται ο τίτλος του Αναπληρωτή Διευθυντή δεν μπορεί να υπερβαίνει κατά ειδικότητα σε κάθε νοσοκομείο το διπλάσιο του αριθμού των θέσεων του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. με βαθμό Διευθυντή και το 50% του αριθμού των κατεληγμένων θέσεων με βαθμό Επιμελητή Α' της ίδιας ειδικότητας.

2. Κατ' εξαίρεση των προβλεπομένων στην προηγούμενη παράγραφο, όσοι υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μπορούν να υποβάλουν αίτηση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου που υπηρετούν για κρίση, προκειμένου να τους απονεμηθεί ο τίτλος του Αναπληρωτή Διευθυντή, αφού συμπληρώσουν συνολική υπηρεσία ένδεκα (11) χρόνων στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. από τα οποία τα δεκαπέντε (15) εξάμηνα τουλάχιστον στο βαθμό του Επιμελητή Α'. Η απονομή γίνεται κατ' έτος μετά από θετική αξιολόγηση και κρίση από το οικείο Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. σύμφωνα με την παράγραφο 6 του παρόντος άρθρου.

3. Σε κάθε γιατρό με τίτλο Αναπληρωτή Διευθυντή ανατίθεται, στα πλαίσια του τμήματος ή του εργαστηρίου ή της μονάδας που υπηρετεί, επιστημονική υπευθυνότητα για συγκεκριμένο κλινικό ή εργαστηριακό καθώς και ερευνητικό και εκπαιδευτικό έργο. Η ανάθεση του συγκεκριμένου έργου γίνεται με απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου ύστερα από γνώμη του υπευθύνου του αντίστοιχου τμήματος ή μονάδας, καθώς και γνώμη του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας, του Διευθυντή του αντίστοιχου τομέα και της επιστημονικής επιτροπής. Σε κάθε περίπτωση η άσκηση του έργου τους τελεί υπό το συντονισμό του υπευθύνου του τμήματος. Όλοι οι γιατροί του τμήματος μετέχουν στο ενιαίο πρόγραμμα λειτουργίας του τμήματος και των εξωτερικών ιατρείων, ως και στο πρόγραμμα εφημεριών του τμήματος. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζονται ειδικότερα οι προϋποθέσεις και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων της παραγράφου αυτής.

4. Οι μόνιμοι γιατροί του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. με βαθμό Επιμελητή Β' που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, αφού συμπληρώσουν συνολική υπηρεσία δεκαπέντε (15) εξαμήνων στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ., κρίνονται για προαγωγή στο βαθμό του Επιμελητή Α'. Οι προαγωγές γίνονται μια φορά το χρόνο μετά από θετική αξιολόγηση και κρίση από το αρμόδιο Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.. Οι εξελισσόμενοι διατηρούν την οργανική τους θέση, λαμβάνουν πλήρεις αποδοχές Επιμελητή Α' και εξελίσσονται σε κάθε περίπτωση, όπως και οι οργανικοί Επιμελητές Α'. Μετά την για οποιονδήποτε λόγο αποχώρησή τους από τη θέση τους, η θέση αυτή προκηρύσσεται στο βαθμό Επιμελητή Β'.

5. Οι μόνιμοι οδοντίατροι με βαθμό Επιμελητή Γ' και βαθμό Επιμελητή Β' που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, αφού συμπληρώσουν συνολική υπηρεσία δεκαπέντε (15) εξαμήνων στο βαθμό που υπηρετούν, κρίνονται για προαγωγή στον επόμενο βαθμό Επιμελητή Β' ή Επιμελητή Α', αντιστοίχως. Οι προαγωγές γίνονται μια φορά το χρόνο μετά από θετική αξιολόγηση

και κρίση από το οικείο Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι..

6. Η απονομή του τίτλου Αναπληρωτή Διευθυντή και κατά τις παραγράφους 4 και 5 του παρόντος άρθρου προαγωγές γίνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από κρίση και αξιολόγηση του οικείου Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.. Για την κρίση και αξιολόγηση λαμβάνονται ιδιαίτερα υπόψη η επιστημονική συγκρότηση και κατάρτιση των υποψηφίων, το επιστημονικό, ερευνητικό και ιδίως το κλινικό τους έργο στο νοσοκομείο ή οργανωτική τους εμπειρία, η διοικητική ικανότητα, το πνεύμα συνεργασίας, η συμπεριφορά προς τους νοσηλευόμενους και εξεταζόμενους ασθενείς και γενικά σεβασμός των δικαιωμάτων των ασθενών και των πολιτών που προσφεύγουν για υπηρεσίες στο νοσοκομείο καθώς και όλα τα στοιχεία του υπηρεσιακού τους φάκελου. Για την απονομή του τίτλου του Αναπληρωτή Διευθυντή λαμβάνεται ιδιαίτερα υπόψη και η ερευνητική και συγγραφική δραστηριότητα, η εκπαίδευση σε ειδικότητα του εσωτερικού ή και του εξωτερικού και αποδειγμένη ενασχόληση με συγκεκριμένο αντικείμενο.

Άρθρο 36

Ευθύνες και αξιολόγηση ιατρικού έργου γιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Η άσκηση των καθηκόντων των νοσοκομειακών γιατρών όλων των βαθμίδων συναρτάται με τις λειτουργίες του νοσοκομείου ή κατά περίπτωση συνθήκες και καθορίζεται με ευθύνη του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας κύριο κριτήριο την αποτελεσματική εξυπηρέτηση ασθενών.

2. Για την αξιολόγηση του κλινικού και ερευνητικού έργου των γιατρών του Ε.Σ.Υ. της αντίστοιχης υπηρεσίας τους στις επιταγές του ιατρικού λειτουργήματος της τήρησης των υποχρεώσεών τους και της εν γένει υπηρεσιακής επίδοσης και αποδοχής τους, τηρείται υπηρεσιακός φάκελος με ευθύνη του Διευθυντή τμήματος στο οποίο ο γιατρός υπηρετεί και στον οποίο περιέχονται οι ετήσιες εκθέσεις αξιολόγησης του έργου. Οι εκθέσεις συντάσσονται μέχρι την 15η Φεβρουαρίου εκάστου έτους από το Διευθυντή του τμήματος, τον αρμόδιο αναπληρωτή του ως πρώτο κριτή και τον αρμόδιο υπεύθυνο του αντίστοιχου τομέα ως δεύτερο κριτή γνωστοποιούνται στον κρινόμενο. Οι κρινόμενοι από τη σύνταξη των εκθέσεων αξιολόγησης τους κρίνονται να υποβάλουν έκθεση για το έργο που έπραξε επί τη διάρκεια του έτους.

3. Αναθεώρηση της ετήσιας έκθεσης αξιολόγησης γίνεται, μετά από αίτηση του κρινόμενου που τη υποβάλλει μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από τη σύνταξη της έκθεσης, από τριμελή επιτροπή συγκείμενη από τον Πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής ως Πρόεδρο, το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και το Μέλος της Επιστημονικής Επιτροπής με βαθμό Διευθυντή. Η επιτροπή αποφαινεται μέσα σε προθεσμία εξήντα (60) ημερών από την υποβολή της αίτησης ή προθεσμία παρελθεί άπρακτη, η αίτηση του κρινόμενου κρίνεται από το Δ.Σ. του νοσοκομείου.

4. Προκειμένου για την αξιολόγηση του έργου Διευθυντών ή γιατρών άλλης βαθμίδας, οι οποίοι αντιστοιχούν σε τμήματα, ο υπηρεσιακός φάκελος τηρείται και οι ετήσιες εκθέσεις συντάσσονται από το Διευ-

του αντίστοιχου τομέα ως πρώτο κριτή και του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας ως δεύτερο κριτή και για τους διευθυντές των τομέων από το Δ.Σ. του νοσοκομείου μετά από αίτηση των κρινόμενων. Οι εκθέσεις της παραγράφου αυτής ως και της παραγράφου 2 πρωτοκολλούνται στο γραφείο του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και καταχωρούνται στον ατομικό φάκελο κάθε γιατρού αντίστοιχως με επισήμειση του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας. Η παράλειψη από τους υπεύθυνους σύνταξης των εκθέσεων αξιολόγησης κατά τις διατάξεις της παραγράφου αυτής, ως και της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, αποτελεί παράλειψη εκτέλεσης υπηρεσιακού καθήκοντος και ελέγχεται πειθαρχικά κατά τις οικείες πειθαρχικές διατάξεις.

5. Οι εκθέσεις αξιολόγησης των παραγράφων 2 και 4 του παρόντος άρθρου λαμβάνονται υπόψη από το σκείο Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι., επί ποινή ακυρότητας της σχετικής κρίσεως.

6. Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του νοσοκομείου μπορεί γιατρός Διευθυντής Τμήματος ή Μονάδας να παραπέμπεται στο Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. της παραγράφου 6 του επόμενου άρθρου για επανάκριση, εάν από τρεις συνεχόμενες ετήσιες εκθέσεις αξιολόγησης του προκύπτει πλημμελής ανταπόκριση στα καθήκοντά του. Σε περίπτωση αρνητικής κρίσης από το Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου εισηγείται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας την έκπτωση από τη θέση του. Εφόσον ο Υπουργός αποδεχθεί την εισήγηση του Διοικητικού Συμβουλίου, η θέση προκηρύσσεται και ο γιατρός καταλαμβάνει προσωποπαγή ομοιόβαθμη θέση, που συνιστάται με την ίδια απόφαση και τοποθετείται σε οποιοδήποτε νοσοκομείο ή Κέντρο Υγείας της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας, ανάλογα με την ειδικότητά του και τις συνολικές ανάγκες του Ε.Σ.Υ.. Κατ' εξαίρεση και μόνο για σπουδαίο λόγο και ιδίως σε θέματα που συνδέονται με την επάρκεια εκτέλεσης των καθηκόντων του, το Δ.Σ. του νοσοκομείου με ειδικώς αιτιολογημένη απόφασή του μπορεί οποτεδήποτε να παραπέμψει γιατρό Διευθυντή τμήματος ή μονάδας στο αρμόδιο Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. της παραγράφου 6 του επόμενου άρθρου με το ερώτημα της έκπτωσης από τη θέση του Διευθυντή-Επιστημονικού Υπεύθυνου του τμήματος ή της μονάδας. Η τελική απόφαση έκπτωσης τελεί υπό την έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Σε περίπτωση έκπτωσης ο γιατρός τοποθετείται με απόφαση του Δ.Σ. σε οποιοδήποτε τμήμα ή μονάδα ή και Κέντρο Υγείας του νοσοκομείου. Επιστημονικός δε υπεύθυνος του τμήματος τοποθετείται άλλος γιατρός με βαθμό Διευθυντή της αυτής ειδικότητας αν υπηρετεί, άλλως γιατρός με βαθμό Επιμελητή Α' στον οποίο έχει απονεμηθεί ο τίτλος του Αναπληρωτή Διευθυντή της ίδιας ειδικότητας μέχρις ότου προκηρυχθεί η θέση με βαθμό Διευθυντή.

Άρθρο 37

Συμβούλια κρίσης και επιλογής και κριτήρια αξιολόγησης

1. Τα Συμβούλια Κρίσης και Επιλογής Ιατρικού και Οδοντιατρικού Προσωπικού Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.), τα οποία προβλέπονται στην παρ.1 του άρθρου 6 του ν. 1397/1983, όπως αντικαταστάθηκε

από την παρ.1 του άρθρου 44 του ν.1759/1988, συγκροτούνται κατά περιφέρεια ή συγκρότημα στους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελούνται από:

α) τον πρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου για το οποίο γίνεται η κρίση, ο οποίος προεδρεύει, με αναπληρωτή τον αντιπρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου,

β) τον πρόεδρο της Επιστημονικής Επιτροπής του ίδιου νοσοκομείου.

γ) ένα μέλος του Δ.Ε.Π. της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας, του ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου της περιφέρειας του νοσοκομείου και, εάν δεν υπάρχει, της πλησιέστερης περιφέρειας που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από πρόταση του Τμήματος του Α.Ε.Ι.,

δ) ένα γιατρό Ε.Σ.Υ. αντίστοιχης ειδικότητας με ίδιο ή ανώτερο βαθμό με τον κρινόμενο που προτείνεται από το ΚΕ.Σ.Υ.,

ε) ένα Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας ή Διευθυντή Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας, νοσοκομείου της περιφέρειας ή του συγκροτήματος που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας,

στ) από δύο κριτές-εισηγητές, της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας με τη θέση που κρίνεται, που ορίζονται ανά ένας από το ΚΕ.Σ.Υ. και τον Π.Ι.Σ., μεταξύ των γιατρών Ε.Σ.Υ. της ίδιας ή όμορης περιφέρειας. Οι κριτές-εισηγητές θα πρέπει να έχουν τον ίδιο βαθμό ή ανώτερο με τον προβλεπόμενο για τη θέση για την οποία γίνεται η κρίση. Οι κριτές-εισηγητές δεν μπορούν να μετέχουν ταυτόχρονα σε περισσότερα από τρία (3) Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι..

2. Όταν πρόκειται για κρίση οδοντόπατρων, ως μέλη του συμβουλίου κατά τις περιπτώσεις (γ), (δ) και (στ) της προηγούμενης παραγράφου ορίζονται οδοντίατροι. Στην περίπτωση (γ) είναι μέλος Δ.Ε.Π. οδοντιατρικού τμήματος και στην περίπτωση (στ) ο ένας κριτής-εισηγητής ορίζεται από την Ελληνική Οδοντιατρική Ομοσπονδία.

3. Σε περίπτωση που σε νοσοκομείο δεν λειτουργεί Επιστημονική Επιτροπή ορίζεται ως μέλος το Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. ο Πρόεδρος της Επιστημονικής Επιτροπής του Περιφερειακού Νοσοκομείου της ίδιας περιφέρειας και αν δεν υπάρχει Περιφερειακό, του Νομαρχιακού της έδρας της Περιφέρειας.

4. Εάν οι φορείς των περιπτώσεων (γ), (δ) και (στ) της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου δεν υποβάλουν τις προτάσεις τους εντός είκοσι (20) ημερών από τη αποστολή της σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, τα μέλη των επιτροπών ορίζονται αντίστοιχως από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

5. Γραμματέας κάθε Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. ορίζεται με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου διοικητικός υπάλληλος του νοσοκομείου στο οποίο εδρεύει το Συμβούλιο.

6. Προκειμένου για την ατομική κρίση των υπηρετούντων γιατρών του Ε.Σ.Υ. για την ανανέωση της θητείας τους, τη μονιμοποίηση και την κατά το άρθρο 35 τ παρόντος εξέλιξη τους, το Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συγκροτεί ανά νοσοκομείο από: τον Πρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου, ο οποίος προεδρεύει, τον Πρόεδρο τ Επιστημονικής Επιτροπής του νοσοκομείου, το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου που είναι και εισηγητής και δύο (2) γιατρούς της ίδιας ή συγγενικής

ειδικότητας ή δύο οδοντίατρους, εάν πρόκειται για κρίση οδοντόπατρων του ίδιου ή ανώτερου βαθμού, που υπηρετούν σε νοσοκομείο της ίδιας περιφέρειας που προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ.. Η συγκρότηση του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Για κάθε Μέλος του Συμβουλίου ως και του Συμβουλίου της παρ. 1 ορίζεται με την αντίστοιχη διαδικασία και αναπληρωματικό μέλος.

7. Για τη συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων για κατάληψη θέσης Επιμελητή Β' και Επιμελητή Γ' οδοντίατρου, τα Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. λαμβάνουν υπόψη την εμπειρία, το επιστημονικό έργο, την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση, την τυχόν προηγούμενη θητεία στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ., και τις ετήσιες εκθέσεις αξιολόγησης κατ' αυτήν, καθώς και, επικουρικά, την προσωπική συνέντευξη του κρινόμενου ενώπιον του Συμβουλίου.

8. Η συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων για κατάληψη θέσης Επιμελητή Α' και Διευθυντή και η ατομική κρίση για την παράταση της θητείας και για τη μονιμοποίηση τους γίνεται από τα αρμόδια Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. με κριτήριο την προυπηρεσία, την κλινική εμπειρία, το επιστημονικό έργο, την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση, την εν γένει ανταπόκριση του κρινόμενου στις επιταγές του ιατρικού λειτουργήματος και, επικουρικά, την προσωπική συνέντευξη ενώπιον του Συμβουλίου. Για την πλήρωση της θέσης το Συμβούλιο εκτιμά ιδιαίτερα την προυπηρεσία στο Ε.Σ.Υ.. Κατά την κρίση για παράταση της θητείας και μονιμοποίηση εκτιμώνται ιδιαίτερα από το Συμβούλιο τα στοιχεία του ατομικού φακέλου του γιατρού, κατά τα οριζόμενα στις παραγράφους 2 και 4 του άρθρου 36 του παρόντος νόμου, τα πιστοποιητικά Διευθυντών των τμημάτων, των Επιστημονικών Επιτροπών και των Διευθυντών ιατρικής υπηρεσίας των νοσοκομείων, στα οποία έχει προύπηρεσία ο κρινόμενος, λαμβάνοντας υπόψη και την τήρηση των υποχρεώσεων του κατά τις εφημερίες. Ιδιαίτερα λαμβάνονται υπόψη οι εκθέσεις αξιολόγησης του έργου των γιατρών κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 36 του νόμου αυτού.

9. Ο κάθε κριτής-εισηγητής συντάσσει και υποβάλλει στη Γραμματεία του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. την εισήγησή του μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες από την παραλαβή των φακέλων με τα δικαιολογητικά των υποψηφίων. Ο Πρόεδρος του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. αποστέλλει με έγγραφό του αντιγραφο των εισηγήσεων σε όλους τους υποψηφίους, οι οποίοι μπορούν μέσα σε ανατρεπτική προθεσμία είκοσι (20) εργάσιμων ημερών από την παραλαβή τους να υποβάλλουν τις τυχόν ενστάσεις τους επί αυτών. Ο κριτής-εισηγητής επί της εισήγησης του οποίου υποβάλλονται οι ενστάσεις διατυπώνει εγγράφως και τεκμηριωμένα τις απόψεις επί των ενστάσεων τις οποίες και συνυποβάλλει μαζί με την εισήγησή του στο Συμβούλιο. Τα Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. υποχρεούνται να συνεξετάζουν σε κάθε περίπτωση τις υποβαλλόμενες ενστάσεις και τις επί αυτών απόψεις των εισηγητών, οι οποίες καταχωρίζονται στο πρακτικό κρίσης που αφορά τη συγκεκριμένη υποψηφιότητα. Μετά την εξέταση των ενστάσεων, τα Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. συντάσσουν αξιολογικό πίνακα, στον οποίο κατατάσσονται όλοι οι υποψήφιοι για την κατάληψη θέσεως γιατρού του Ε.Σ.Υ..

10. Η διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 173 του

υπαλληλικού κώδικα έχει ανάλογη εφαρμογή και για τις αποφάσεις των Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι.. Η αναπομπή γίνεται σε προθεσμία είκοσι (20) ημερών από της υποβολής στο Υπουργείο των αντίστοιχων πρακτικών του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι..

11. Εκκρεμείς κατά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού κρίσεις, εφόσον δεν έχουν κατατεθεί στη γραμματεία του Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. οι αντίστοιχες για τους υποψηφίους εισηγήσεις, γίνονται από τα Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. που συγκροτούνται κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Εφόσον έχουν κατατεθεί στη γραμματεία των Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. οι αντίστοιχες για τους υποψηφίους εισηγήσεις, μέχρι τη δημοσίευση του νόμου αυτού, οι κρίσεις ολοκληρώνονται από τα Σ.Κ.Ε.Ι.Ο.Π.Ν.Ι. που λειτουργούν μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού και οι κριθέντες έχουν δικαίωμα υποβολής ενστάσεων στις επιτροπές της επόμενης παραγράφου.

12. Το Δευτεροβάθμιο Συμβούλιο Κρίσης του άρθρου 7 του ν. 1278/1982, ως και όλα τα Δευτεροβάθμια Συμβούλια που έχουν συσταθεί με μεταγενέστερες διατάξεις νόμων και αποφάσεων καταργούνται. Ενστάσεις που εκκρεμούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ενώπιον των καταργούμενων δια της παραγράφου αυτής Δευτεροβάθμιων Συμβουλίων Κρίσης εκδικάζονται από ειδικές επιτροπές που συγκροτούνται μία ανά ειδικότητα με έδρα την Αθήνα, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Μέλη κάθε Επιτροπής είναι:

- ένας (1) ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας,

- ένας (1) γιατρός Ε.Σ.Υ. Διευθυντής ή Καθηγητής Α' ή Β' βαθμίδας, που ορίζεται από τον Πανελληνίο Ιατρικό Σύλλογο της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας με τη θέση για την οποία γίνεται η κρίση, ο οποίος και προεδρεύει,

- ένας (1) γιατρός Ε.Σ.Υ. Διευθυντής, που ορίζεται από την επιστημονική ετάρχεια της αντίστοιχης με τη θέση ειδικότητας. Σε περίπτωση που υπάρχουν περισσότερες από μια επιστημονικές εταιρείες της ίδιας ειδικότητας, προτείνουν από έναν και μεταξύ αυτών ο Υπουργός ορίζει έναν εκ των προτεινόμενων,

- δύο (2) γιατρούς Ε.Σ.Υ. Διευθυντές της ίδιας ή συναφούς ειδικότητας που προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ., ο ένας εκ των οποίων ορίζεται και ως εισηγητής.

Εάν οι φορείς των περιπτώσεων β', γ' και δ' δεν υποβάλουν τις προτάσεις τους εντός είκοσι (20) ημερών, από την αποστολή της σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, τα μέλη των επιτροπών ορίζονται αντιστοίχως από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας. Οι επιτροπές υποχρεούνται να εκδικάσουν τις εκκρεμείς ενστάσεις εντός εξαμήνου από τη συγκρότησή τους, οπότε και καταργούνται αυτοδικαίως Προκειμένου για κρίσεις οδοντόπατρων, οι επιτροπές αποτελούνται από έναν (1) ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, από έναν (1) οδοντίατρο Διευθυντή Ε.Σ.Υ. ή Καθηγητή Α' ή Β' βαθμίδας που ορίζεται από την Ελληνική Οδοντοπατρική Ομοσπονδία, ο οποίος και προεδρεύει και δύο (2) οδοντόπατρου Διευθυντές του Ε.Σ.Υ. που προτείνονται από το ΚΕ.Σ.Υ. ένας εκ των οποίων ορίζεται και ως εισηγητής.

13. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να επανακ-

θορίζεται η ιεραρχική κατάταξη των κατά την παράγραφο 5 του άρθρου 27 του ν. 1397/1983 και των κατά τις διατάξεις του παρόντος νόμου κριτηρίων και ο τρόπος βαθμολόγησης για τη συγκριτική αξιολόγηση των κρινομένων για κατάληψη θέσης κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ., ως και για την ατομική κρίση αξιολόγησης γιατρών του Ε.Σ.Υ..

14. Από τις διατάξεις του άρθρου αυτού, ως και των άρθρων 34, 35 και 36 του παρόντος νόμου, εξαιρούνται οι γιατροί των Θεσσεων Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., για τους οποίους εφαρμογή έχουν οι διατάξεις του άρθρου 6 του νόμου αυτού.

15. Η διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 68 του ν. 2071/1992 εφαρμόζεται και για τους γιατρούς που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου και χάνουν τη θέση τους με την έκδοση απόφασης Δευτεροβάθμιου Συμβουλίου Κρίσης του άρθρου 7 του ν. 1278/1982 ή των επιτροπών που προβλέπονται στην παράγραφο 12 του παρόντος άρθρου, εφόσον υπηρετούσαν σε άλλη θέση του Ε.Σ.Υ. πριν καταλάβουν τη θέση που χάνουν.

Άρθρο 38

Συμμετοχή προσωπικού σε ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα

1. Γιατροί του Ε.Σ.Υ. και επιστημονικό προσωπικό άλλων κλάδων των νοσοκομείων μπορούν, ύστερα από έγκριση του Δ.Σ. του νοσοκομείου, να προσφέρουν εκτός του τακτικού ωραρίου εργασίας τους και του προγράμματος εφημεριών τις υπηρεσίες τους με αμοιβή σε ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα που εκτελούνται από φορείς του ευρύτερου δημόσιου τομέα.

2. Ποσοστό από τα έσοδα της παραγράφου 1 του άρθρου 21 του παρόντος, καθώς και από τις πιστώσεις που διατίθενται για ερευνητικά και εκπαιδευτικά προγράμματα με φορέα τα νοσοκομεία δύναται να διανέμεται ως κίνητρο στο προσωπικό του νοσοκομείου - φορέα των προγραμμάτων.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και οι λεπτομέρειες εφαρμογής των διατάξεων των προηγούμενων παραγράφων.

Άρθρο 39

Πειθαρχικές ποινές - Πειθαρχικά όργανα

1. Η παράγραφος 2 του άρθρου 77 του ν. 2071/1992 αντικαθίσταται ως εξής:

2. Πειθαρχικές ποινές είναι:

- α) Εγγραφή επίπληξη.
- β) Πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δέκα μηνών.
- γ) Διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) μέχρι πέντε (5) χρόνια. Για τη διακοπή υπολογίζεται μόνο ο χρόνος κατά τον οποίο ο τιμωρούμενος έχει τα προς προαγωγή τυπικά προσόντα.
- δ) Προσωρινή παύση μέχρι δύο (2) χρόνια.
- ε) Οριστική παύση και
- στ) Αφαίρεση της άδειας άσκησης επαγγέλματος προσωρινά μέχρι δύο (2) χρόνια ή οριστικά.

2. Σε κάθε νοσοκομείο του Ε.Σ.Υ. συνιστάται τριμελές πειθαρχικό συμβούλιο ιατρικού προσωπικού που αποτελείται από: (α) το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας ως Πρόεδρο, (β) το Διευθυντή του τομέα στον οποίο υπάγεται το τμήμα, στο οποίο ανήκει ο γιατρός και (γ) τον πρόεδρο της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου. Το πειθαρχικό αυτό όργανο ασκεί την πειθαρχική του δικαιοδοσία είτε αυτεπαγγέλτως είτε κατόπιν παραπομπής από οποιονδήποτε ιεραρχικά προϊστάμενο, δικάζει σε πρώτο βαθμό και επιβάλλει τις εξής ποινές: (α) έγγραφη επίπληξη και (β) πρόστιμο μέχρι των αποδοχών ενός μηνός. Κατά των αποφάσεων μπορεί να ασκηθεί έφεση στο Δ.Σ. του νοσοκομείου.

3. Τα περιφερειακά πειθαρχικά συμβούλια που προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 34 του ν. 1397/1983 καταργούνται, οι δε πειθαρχικές δικαιοδοσίες αυτών, όπως προβλέπονται από τις διατάξεις της παραγράφου 8 του άρθρου 77 του ν. 2071/1992 περιέχονται στα Διοικητικά Συμβούλια των νοσοκομείων και ασκούνται αντιστοίχως κατά νοσοκομείο για τους γιατρούς που υπηρετούν σε αυτό, καθώς και στα Κέντρα Υγείας που υπάγονται σε αυτό.

Το Διοικητικό Συμβούλιο του νοσοκομείου δικάζει σε πρώτο βαθμό για πειθαρχικά αδικήματα που μπορεί να επισύρουν ποινή μέχρι και τη διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας κατάληψης θέσης ανώτερου βαθμού από ένα (1) μέχρι πέντε (5) χρόνια και σε δεύτερο βαθμό ύστερα από έφεση κατά αποφάσεων του κατά την προηγούμενη παράγραφο τριμελούς συμβουλίου. Έφεση κατά πειθαρχικών αποφάσεων του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου ενώπιον του κατά την παράγραφο 3 του άρθρου 34 του ν. 1397/1983 Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου, μπορεί να ασκηθεί μόνο εφόσον επιβάλλεται η ποινή του προστίμου, ισόποσου με τις αποδοχές τεσσάρων (4) μηνών και άνω, ως και της διακοπής του δικαιώματος υποβολής υποψηφιότητας για κατάληψη θέσης ανώτερου βαθμού.

4. 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 ύστερα από έφεση κατά πειθαρχικών αποφάσεων των διοικητικών συμβουλίων 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 θέσεως ανώτερου βαθμού.

Οι οριστικές πειθαρχικές αποφάσεις των Δ.Σ. των νοσοκομείων Ε.Σ.Υ., καθώς και οι αποφάσεις του Κεντρικού Πειθαρχικού Συμβουλίου υπόκεινται σε προσφυγή ενώπιον του Συμβουλίου της Επικρατείας.

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

- α) έναν (1) ανώτερο δικαστικό υπάλληλο, που ορίζεται από τον Υπουργό Δικαιοσύνης ως Πρόεδρος,
- β) έναν (1) Σύμβουλο του Νομικού Συμβουλίου του Κράτους ή συνταξιούχο αυτού, που ορίζεται από τον Πρόεδρό του, ως αντιπρόεδρος,
- γ) τον Πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ., με αναπληρωτή του τον αντιπρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ.,
- δ) τον Πρόεδρο του Ανώτατου Πειθαρχικού Συμβου-

λιού του Π.Ι.Σ., ή του Προέδρου του Πειθαρχικού Συμβουλίου της Ε.Ο.Ο., προκειμένου για πειθαρχική δίωξη οδοντιάτρων.

ε) Έναν (1) ανώτερο υπάλληλο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Για όλα τα μέλη με την ίδια διαδικασία ορίζεται αντίστοιχα αναπληρωτής.

6. Άσκηση πειθαρχικής δίωξης γιατρών κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. γίνεται αυτοτελώς και από τους κατά νόμο ιεραρχικά προϊστάμενους αυτών.

7. Για τους γιατρούς θέσεων Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ., εφαρμόζονται αντιστοίχως οι περί των δημοσίων υπαλλήλων πειθαρχικές διατάξεις, χρέη δε πειθαρχικού συμβουλίου ασκεί το κατά την παράγραφο 4 του άρθρου 6 του παρόντος νόμου συμβούλιο, στο οποίο αντί του Γενικού Διευθυντή Δημόσιας Υγείας συμμετέχει και προεδρεύει ο Γενικός Γραμματέας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, με αναπληρωτή έναν από τους Γενικούς Διευθυντές του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 40

Κλάδος νοσοκομειακών φαρμακοποιών

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κλάδος νοσοκομειακών φαρμακοποιών του Ε.Σ.Υ..

2. Οι θέσεις του κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών διαβαθμίζονται σε θέσεις:

- (α) Επιμελητών Φαρμακοποιών Γ',
- (β) Επιμελητών Φαρμακοποιών Β',
- (γ) Επιμελητών Φαρμακοποιών Α' και
- (δ) Διευθυντών Φαρμακοποιών.

3. Οι υπηρετούντες με κάθε σχέση εργασίας Φαρμακοποιοί στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. κατατάσσονται σε συνιστώμενες προσωρινές θέσεις κλάδων νοσοκομειακών φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., ως εξής:

(α) σε βαθμό Διευθυντή με άσκηση επαγγέλματος επί δώδεκα (12) χρόνια, από τα οποία τουλάχιστον οκτώ (8) σε νοσοκομείο ή συνολική άσκηση του επαγγέλματος επί δέκα (10) χρόνια σε νοσοκομείο,

(β) σε βαθμό Φαρμακοποιού Ε.Σ.Υ. Α' με άσκηση επαγγέλματος επί δέκα (10) χρόνια, από τα οποία τουλάχιστον οκτώ (8) σε νοσοκομείο.

(γ) σε βαθμό Φαρμακοποιού Ε.Σ.Υ. Β' με άσκηση επαγγέλματος επί οκτώ (8) χρόνια, από τα οποία τουλάχιστον πέντε (5) σε νοσοκομείο,

(δ) σε βαθμό Φαρμακοποιού Ε.Σ.Υ. Γ' με άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Χρέη Διευθυντή Φαρμακείου εκτελούν, μέχρι την προκήρυξη και πλήρωση των θέσεων κλάδου φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., οι ήδη υπηρετούντες Διευθυντές. Η εξέλιξη στην επόμενη βαθμίδα για τους ήδη υπηρετούντες γίνεται αυτόματα με τη συμπλήρωση του απαιτούμενου χρόνου ανα βαθμίδα.

Άρθρο 41

Κλάδος νοσοκομειακών φυσικών νοσοκομειών-ακτινοφυσικών

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κλάδος νοσοκομειακών φυσικών - νοσοκομείου - ακτινοφυσικών Ε.Σ.Υ.. Οι θέσεις του κλάδου διαβαθμίζονται σε:

- (α) Φυσικών Νοσοκομείου-Ακτινοφυσικών Γ',
- (β) Φυσικών Νοσοκομείου-Ακτινοφυσικών Β',
- (γ) Φυσικών Νοσοκομείου-Ακτινοφυσικών Α' και
- (δ) Διευθυντών Ιατρικής Φυσικής.

Άρθρο 42

Κλάδος Ε.Σ.Υ., κλινικών χημικών, χημικών, βιοχημικών, βιολόγων των ιατρικών εργαστηρίων νοσοκομείων

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κλάδος Ε.Σ.Υ., κλινικών χημικών, χημικών, βιοχημικών βιολόγων των ιατρικών εργαστηρίων νοσοκομείων. Οι θέσεις του κλάδου διαβαθμίζονται σε θέσεις:

- (α) Κλινικών Χημικών, Χημικών, Βιοχημικών, Βιολόγων Γ',
- (β) Κλινικών Χημικών, Χημικών, Βιοχημικών, Βιολόγων Β',
- (γ) Κλινικών Χημικών, Χημικών, Βιοχημικών, Βιολόγων Α' και
- (δ) Διευθυντών.

Άρθρο 43

Κλάδος ψυχολόγων Ε.Σ.Υ.

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας κλάδος ψυχολόγων Ε.Σ.Υ., οι θέσεις του οποίου διαβαθμίζονται όπως σε θέσεις:

- (α) Ψυχολόγων Γ',
- (β) Ψυχολόγων Β',
- (γ) Ψυχολόγων Α' και
- (δ) Διευθυντών Ψυχολόγων.

2. Οι θέσεις του κλάδου αυτού κατανομονται νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Υγείας Ψυχιατρικές Μονάδες και σε άλλες συναφείς μονάδες που υπάγονται στα νοσοκομεία.

Άρθρο 44

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται κατά νοσοκομεία οι θέσεις των κλάδων των άρθρων 40, 41, 42 και 43.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με τη τασή των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζονται: α) η διαδικασία προκήρυξης πλήρωσης των παραπάνω θέσεων, β) τα απαιτούμενα για την πλήρωση των θέσεων προσόντα, γ) οι προθέσεις και η διαδικασία βαθμολογικής εξέλιξης δ) η διαδικασία ένταξης των υπηρετούντων κατόπιν δημοσίευση του νόμου αυτού με την επιφύλαξη διατάξεων της παραγράφου 3 του άρθρου 40 παρόντος νόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ'

ΡΥΘΜΙΣΗ ΘΕΜΑΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΘΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (Ε.Ο.Φ.)

Άρθρο 45

Νοσοκομειακό Συνταγολόγιο

1. Για τις ανάγκες των νοσηλευομένων σε όλ

ροσηλευτικά ιδρύματα που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας καταρτίζεται κατάλογος (ορηγούμενων φαρμάκων από ειδική επιτροπή Νοσοκομειακού Συνταγολογίου, η οποία συνιστάται στον Ε.Ο.Φ., με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας. Ο κατάλογος εκδίδεται και αναθεωρείται κατ' έτος με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

2. Η επιτροπή Νοσοκομειακού Συνταγολογίου είναι πενταμελής και αποτελείται από δύο (2) καθηγητές ή αναπληρωτές καθηγητές Ιατρικού και Φαρμακευτικού Τμήματος, ένας εκ των οποίων ορίζεται ως Πρόεδρος, ένα (1) γιατρό Διευθυντή Ε.Σ.Υ., ένα (1) νοσοκομειακό φαρμακοποιό και από έναν εκπρόσωπο του Ε.Ο.Φ.. Για κάθε μέλος ορίζεται και ο αναπληρωτής του. Η θητεία των μελών της επιτροπής είναι τριετής. Τα μέλη της αντικαθίστανται οποτεδήποτε με την ίδια διαδικασία του ορισμού τους. Η γραμματειακή υποστήριξη της επιτροπής γίνεται από τον Ε.Ο.Φ.. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται όλες οι λεπτομέρειες λειτουργίας της επιτροπής, καθώς και οι αποζημιώσεις των μελών και του γραμματέα της.

Εργο της επιτροπής είναι η κατάρτιση του Νοσοκομειακού Συνταγολογίου, σύμφωνα με τους κανόνες της ορθολογικής χρήσης φαρμάκων, με αντικειμενικά κριτήρια, όπως η αποδεδειγμένη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα και η ασφάλειά τους, το μεσο ημερήσιο κόστος θεραπείας, καθώς και άλλα κριτήρια κατά τη γνώμη της επιτροπής. Η επιτροπή λαμβάνει υποχρεωτικά υπόψη της το Εθνικό Συνταγολογίο και τον κατάλογο συνταγογραφούμενων φαρμάκων για το Δημόσιο και όλους τους φορείς και κλάδους ασφάλισης ασθενείας, καθώς και κατά την κρίση της νοσοκομειακά συνταγολογία χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

3. Ενστάσεις των ενδιαφερομένων παρασκευαστών ή αντιπροσώπων των οποίων τα ιδιοσκευάσματα δεν έχουν περιληφθεί στο Νοσοκομειακό Συνταγολογίο εκδικάζονται από την επιτροπή της παραγράφου 3 του άρθρου 20 του ν. 2458/1997.

4. Με αιτιολογημένη απόφαση του Δ.Σ. του Νοσοκομείου, ύστερα από εισήγηση της Επιστημονικής Επιτροπής και του φαρμακευτικού τμήματος του νοσοκομείου, μπορεί να τροποποιείται μερικώς ο κατάλογος, σύμφωνα με την κατηγορία και την εξειδίκευση του νοσοκομείου. Ο τροποποιημένος κατάλογος υποβάλλεται στην επιτροπή της παραγράφου 2 του παρόντος άρθρου για τελική έγκριση.

5. Η χορήγηση φαρμάκων εκτός καταλόγου επιτρέπεται μόνο μετά από ειδικά αιτιολογημένη γνωμάτευση του υπεύθυνου για τον άρρωστο γιατρού και έγκριση του Διευθυντή του τμήματος για την αναγκαιότητα χορήγησης και με την ένδειξη "αναγκαία κατάσταση".

6. Η πιστή τήρηση και εφαρμογή του Νοσοκομειακού Συνταγολογίου παρακολουθείται από το Γενικό Διευθυντή του νοσοκομείου και, όπου δεν υπάρχει, από τον Πρόεδρο του νοσοκομείου.

Άρθρο 46

Τροποποιήσεις του άρθρου 3 του ν.1316/1983

1. Στην παράγραφο 1 προστίθεται περίπτωση (ε), που έχει ως εξής:

ε) Την πιστοποίηση συμμόρφωσης προς τις αρχές της ορθής εργαστηριακής πρακτικής στα εργαστήρια που αναφέρονται στην περίπτωση (ε) της παραγράφου 3 του παρόντος άρθρου. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδονται ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ., ρυθμίζονται όλα τα θέματα που ανάγονται στη διαδικασία και τον εν γένει τρόπο πιστοποίησης της συμμόρφωσης προς τις ανωτέρω αρχές."

2. Στην περίπτωση (γ) της παραγράφου 3 προστίθεται δεύτερο εδάφιο που έχει ως εξής:

"Για τη διενέργεια επιθεωρήσεων και δειγματοληψιών προς έλεγχο της ποιότητας, γνησιότητας, νόμης παραγωγής και κυκλοφορίας των προϊόντων της αρμοδιότητάς του, καθώς και για την τήρηση των διατάξεων της κείμενης νομοθεσίας, ο Ε.Ο.Φ. δύναται, όταν παρίσταται ανάγκη, να ζητά τη συνδρομή των κατά περίπτωση αρμόδιων αρχών."

3. Στο τέλος της παραγράφου 3 προστίθενται εδάφια (δ) και (ε) που έχουν ως εξής:

"δ. Ασκεί δια των εργαστηρίων του τον έλεγχο της ποιότητας, δραστηριότητας, τοξικότητας και γενικά της καταλληλότητας των προϊόντων της αρμοδιότητάς του με χημικές, φυσικές, βιολογικές, μικροβιολογικές και άλλες μεθόδους, επιφυλασσομένων των διατάξεων του πρώτου εδαφίου της παραγράφου 3 του άρθρου 2 του παρόντος νόμου, όπως αντικαταστάθηκε από το άρθρο 1 παρ. 3 του ν. 1965/1991."

ε. Επιθεωρεί, ελέγχει και εποπτεύει τα εργαστήρια στα οποία διενεργούνται χημικοί, φυσικοί, βιολογικοί, μικροβιολογικοί, τοξικολογικοί και οποιουδήποτε άλλου είδους έλεγχοι ποιότητας σε προϊόντα της αρμοδιότητάς του, καθώς και τα εργαστήρια στα οποία πραγματοποιούνται προσδιορισμοί φαρμάκων σε βιολογικά υγρά, προκειμένου περί μελετών βιοδιαθεσιμότητας και βιοισοδυναμίας, για τη διαπίστωση συμμόρφωσής του προς τις διεθνώς παραδεδειγμένες αρχές της ορθής εργαστηριακής πρακτικής."

4. Η παράγραφος 7, όπως αντικαταστάθηκε από την περίπτωση 1 της παραγράφου Α του άρθρου 24 του ν. 1579/1985, αντικαθίσταται ως εξής:

α) Καταρτίζει, εκδίδει και διαθέτει την Ελληνική Φαρμακοποιία, το Εθνικό Συνταγολογίο και άλλα έντυπα ή βιβλία σχετικά με τους σκοπούς του Ε.Ο.Φ., που κρίνονται από το Διοικητικό Συμβούλιο απαραίτητα για την ενημέρωση του κοινού και των αρμόδιων φορέων. Την επεξεργασία και επιμέλεια της παρουσίασης της ύλης, καθώς και την έκδοση και διάθεση των εντύπων και βιβλίων της παρούσας δύναται να αναθέτει σε νομικό πρόσωπο θυγατρικό του Ε.Ο.Φ. κατά παρέκκλιση των κειμένων διατάξεων. β) Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ε.Ο.Φ., καθορίζεται η τιμή διαθέσεως όλων των εντύπων ή βιβλίων και άλλων εκδόσεων του Ε.Ο.Φ., καθώς και οι δικαιούχοι δωρεάν διαθέσεως αυτών."

5. Στην παράγραφο 9 προστίθενται περιπτώσεις (γ) και (δ) που έχουν ως εξής:

γ) Με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου του, που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ο Ε.Ο.Φ. δύναται, και κατά παρέκκλιση των ισχυουσών διατάξεων, να οργανώνει και να πραγματοποιεί με δα-

χαρακτηρίζονται άχρηστα, πλην όμως δεν χρησιμοποιούνται από τον Οργανισμό λόγω παλαιότητας ή αλλαγής τεχνολογίας κ.λπ., μπορεί να διατίθενται σε άλλες δημόσιες υπηρεσίες ή Ν.Π.Δ.Δ. έπειτα από αίτημά τους για κάλυψη αναγκών τους."

Άρθρο 49

Δαπάνες προώθησης

1. Οι δαπάνες προώθησης φαρμακευτικών προϊόντων που για τη χορήγηση τους απαιτείται, κατά την απόφαση άδειας κυκλοφορίας τους, ιατρική συνταγή κάθε επιχείρησης, δεν επιτρέπεται να υπερβαίνουν τα ποσά που ορίζονται με απόφαση των Υπουργών Ανάπτυξης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από πρόταση του Ε.Ο.Φ., κατά ποσοστά υπολογιζόμενα επί των ετήσιων πωλήσεων με βάση τη χονδρική τιμή πώλησης. Με όμοια απόφαση ορίζεται ποιες δαπάνες αναγνωρίζονται ως δαπάνες προώθησης κατά τις διατάξεις της παραγράφου αυτής.

2. Οι επιχειρήσεις που υπερβαίνουν τα κατά την προηγούμενη παράγραφο οριζόμενα ποσά τιμωρούνται με πρόστιμο μέχρι του ποσού της υπέρβασης που επιβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, έπειτα από πρόταση του Δ.Σ., του Ε.Ο.Φ..

Ο Ε.Ο.Φ. δικαιούται να ενεργεί με τα όργανά του ελέγχους των δαπανών προώθησης των επιχειρήσεων για τη διαπίστωση της νομιμοτητάς τους ή των τυχόν υπερβάσεων και την κίνηση της διαδικασίας επιβολής προστίμων.

3. Οι επιχειρήσεις υποχρεούνται να υποβάλουν στον Ε.Ο.Φ. καταστάσεις για τις πωλήσεις φαρμακευτικών προϊόντων που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή και τα ποσά των δαπανών προώθησης που πραγματοποιήσαν.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται με πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ., καθορίζονται ο χρόνος υποβολής από τις επιχειρήσεις των παραπάνω καταστάσεων, τα στοιχεία που πρέπει να περιέχουν, καθώς και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 50

Τροποποίηση του άρθρου 19 του ν.δ/τος 96/1973, όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 33 του ν. 1316/1983

1. Το δεύτερο εδάφιο της παραγράφου 5 αντικαθίσταται ως εξής:

"Με τις ίδιες κυρώσεις τιμωρείται και παραγωγός, αντιπρόσωπος ή εισαγωγέας που κυκλοφορεί προϊόντα αρμοδιότητας Ε.Ο.Φ., των οποίων η σύνθεση δεν είναι η ίδια με αυτή που εγκρίθηκε για την κυκλοφορία τους ή που δεν τηρεί τους όρους με τους οποίους εγκρίθηκε η άδεια κυκλοφορίας. Με ανάκληση της άδειας κυκλοφορίας πέραν του προβλεπόμενου προστίμου, τιμωρείται σε περίπτωση υποτροπής, παραγωγός, αντιπρόσωπος, εισαγωγέας ή προμηθευτής προϊόντων αρμοδιότητας Ε.Ο.Φ., πλην των φαρμακευτικών για τα οποία ισχύουν οι κατ' ιδίαν διατάξεις, που παραβαίνει τις διατάξεις περί διαφήμισης του ν. 2251/1994 και τιμωρείται με τις προβλεπόμενες σε αυτόν ποινές. Οι παραπάνω ανα-

φερόμενες ποινές επιβάλλονται, σύμφωνα με την παράγραφο 12 του παρόντος άρθρου."

2. Στην παράγραφο 5Α προστίθενται περιπτώσεις (η) και (θ), που έχουν ως εξής:

"η. Παραβαίνουν τις διατάξεις της νομοθεσίας για την ιατρική ενημέρωση και διαφήμιση των φαρμάκων."

"θ. Παραβαίνουν τις διατάξεις περί κλινικών δοκιμών."

3. Στο άρθρο 19 του ν.δ/τος 96/1973, όπως αντικαταστάθηκε και συμπληρώθηκε από τα άρθρα 33 του ν.1316/1983 και 10 του ν.1965/1991, προστίθεται παράγραφος 14, η οποία έχει ως εξής:

"14. Οι κυρώσεις που προβλέπονται στο άρθρο αυτό για τα προϊόντα που κυκλοφορούν ή διατίθενται χωρίς άδεια ή μετά τη λήξη ή ανάκληση ή κατά τη διάρκεια της αναστολής της άδειάς τους, ισχύουν και για τα προϊόντα εκείνα, για την κυκλοφορία των οποίων απαιτείται δήλωση ή γνωστοποίηση κυκλοφορίας."

4. Τα ποσά των χρηματικών ποινών που προβλέπονται από τις διατάξεις του άρθρου 19 του ν.δ/τος 96/1973, όπως αυτό ισχύει, από την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, τριπλασιάζονται κατά περίπτωση.

Άρθρο 51

Συνεταιρισμοί φαρμακοποιών

1. Στους συνεταιρισμούς αδειούχων φαρμακοποιών που συστήθηκαν ή θα συσταθούν με τις διατάξεις του ν. 1667/1986 (ΦΕΚ 196 Α/6.12.1986) χορηγείται άδεια λειτουργίας της φαρμακαποθήκης τους με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη του τόπου όπου έχει την έδρα του ο συνεταιρισμός, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις "περί φαρμακαποθηκών"

2. Για τη χορήγηση της παραπάνω άδειας δεν απαιτείται γνωμοδότηση του Ε.Ο.Φ., της διατάξεως του άρθρου 3 παράγραφος 2 περ. α' του ν. 1316/1983 μη εφαρμοζομένης.

Οι διατάξεις του π.δ/τος 194/1995 (ΦΕΚ 102 Α/6.6.1995) και του Καν. Δ/τος 26.3/9.7.1942 "περί καταρτισμού φαρμακαποθηκών" και επιθεώρησης τους εφαρμόζονται αναλογικά με τη συμμετοχή στην επιτροπή του άρθρου 9 του ν. 5607/1932 πέραν του Προέδρου του Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακαποθηκάρων και του Προέδρου της Ομοσπονδίας Συνεταιρισμών Φαρμακοποιών Ελλάδος.

3. Ως προς τις δραστηριότητες και την επιστημονική διεύθυνση των εν λόγω φαρμακαποθηκών εφαρμόζονται οι διατάξεις των παρ. 2 και 3 του άρθρου 26 του ν. 2166/1993 (ΦΕΚ 137 Α), που ισχύουν για τις φαρμακαποθήκες Α.Ε. και Ε.Π.Ε..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι'

ΛΟΙΠΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 52

Μονάδες αδυνατίσματος - διαιτολογικές μονάδες

1. Από την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού η λειτουργία μονάδων αδυνατίσματος, καθώς και διαιτολογικών μονάδων με οποιαδήποτε μορφή, επιτρέπεται μόνο κατόπιν άδειας που χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

2. Από τις κατά την προηγούμενη παράγραφο μονάδες

Γενικού Διευθυντή Τεχνικών Υποδομών, στην οποία τοποθετείται υπάλληλος των κλάδων ΠΕ Τεχνικών στις Διευθύνσεις του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με βαθμό Α που επιλέγεται από το ειδικό υπηρεσιακό συμβούλιο της παραγράφου 3 του άρθρου 29 του ν. 190/1994.

Άρθρο 55

Το Ινστιτούτο Έρευνας Νοσημάτων Θώρακα, Υγιεινής και Ασφαλείας της Εργασίας, που μετατράπηκε σε Ν.Π.Δ.Δ. με το π.δ. 175/1988 (ΦΕΚ 85 Α) και υπήχθη στις διατάξεις περί νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ/τος 1397/1983, υπάγεται στις διατάξεις του ν.δ/τος 2592/1953 (ΦΕΚ 254 Α) από της δημοσιοποίησής του, ήτοι της δημοσίευσής του π.δ/τος 175/1988.

Άρθρο 56

1. Στην κατά το άρθρο 115 του ν. 2071/1992 νοσηλευτική επιτροπή συμμετέχει χωρίς ψήφο και εκπρόσωπος του νοσηλευτικού προσωπικού κατηγορίας ΔΕ, που εκλεγεται με καθολική ψηφοφορία από το προσωπικό αυτό. Ο εκπρόσωπος μπορεί να διατυπώνει τις απόψεις, να υποβάλλει σχετικές προτάσεις, σχετικά με το έργο της επιτροπής.

2. Η ειδικότητα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας μπορεί να χορηγείται και σε πτυχιούχους των τμημάτων επικεπτετών-τών, των Τ.Ε.Ι., με ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων των παραγράφων 3, 4, 5 και 6 του άρθρου 5 του ν. 1579/1985.

3. Στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όταν κρίνει επί θεμάτων που αφορούν σε υπαλλήλους των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ως αιρετά μέλη κατά την παράγραφο 1(β) του άρθρου 37 του ν. 2190/1994 συμμετέχουν υπάλληλοι των νοσοκομείων, που εκλέγονται με πανελλαδική ψηφοφορία από το σύνολο των υπαλλήλων των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Για τον τρόπο και τη διαδικασία εκλογής εφαρμόζονται αναλόγως οι σχετικές διατάξεις της παραγράφου 2 του ίδιου άρθρου και νόμου.

4. Γιατροί που υπηρέτησαν ή υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού σε αμιγείς Μονάδες Ειδικών Λοιμώξεων νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. ή Πανεπιστημιακών και συμπληρώσαν ή συμπληρώνουν συνεχή υπηρεσία σε αυτές τεσσαρών (4) ετών αποκτούν την εξειδίκευση της Κλινικής Λοιμωξιολογίας.

Οι επιστημονικά υπεύθυνοι των τμημάτων ή μονάδων στις οποίες τοποθετούνται γιατροί για εξειδίκευση, σε αντιστοιχώς αναγνωρισμένους τομείς, υποχρεούνται να συντάσσουν κάθε εξάμηνο έκθεση αξιολόγησης για την επίδοση και την απόδοση των εξειδικευομένων. Με την ολοκλήρωση του χρόνου εξειδίκευσης μαζί με την τελευταία έκθεση θα διατυπώνουν και τεκμηριωμένη άποψη-πρόταση, εάν ο εξειδικευόμενος είναι ικανός να του χορηγηθεί πιστοποιητικό εξειδίκευσης. Οι εκθέσεις αυτές υποβάλλονται στην Επιστημονική Επιτροπή του οικείου νοσοκομείου, η οποία με βάση τις εκθέσεις αυτές αποφασίζει για τη χορήγηση ή όχι πιστοποιητικού εξειδίκευσης. Το πιστοποιητικό υπογράφεται από τον πρόεδρο της επιστημονικής επιτροπής και το Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου.

Άρθρο 57

1. Η διάταξη της παραγράφου 22 του άρθρου 22 του ν. 2166/1993 "Κινητρα αναπτυξης επιχειρήσεων-διարρυθμίσεις στην εμμεση και άμεση φορολογία και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 137 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

"Υποχρεώσεις προς το Δημόσιο από οφειλές φόρων πλην Φ.Π.Α., τόκων τους, προσουξήσεων προστιμών και λοιπών επιβαρύνσεων των κατωθι Ν.Π.Δ.Δ.

(α) Περιφερειακό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Αθηνών ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ".

(β) Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ" Ε.Ε.Σ.

(γ) Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΣΚΛΗΠΕΙΟ ΒΟΥΛΑΣ".

(δ) Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών "ΚΑΤ

(ε) Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών ΠΑΤΗΣΙΩΝ".

(στ) Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Μαιευτήριο ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ".

που δημιουργήθηκαν από τη λειτουργία τους ως Ν.Π.Δ.Δ. και τα οποία με τη δημοσίευσή τους ανέλαβαν την καταβολή τους, διαγράφονται αναδρομικά από την ημερομηνία υπαγωγής τους στις διατάξεις του ν.δ.τος 2592/1953.

Η διαγραφή διενεργείται οίκοθεν με πράξη του προϊσταμένου της αρμόδιας Δ.Ο.Υ."

2. Οι διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 9 του ν. 1397/83 εξακολουθούν να ισχύουν.

Άρθρο 58

1. Η τροποποίηση του οργανισμού του Ε.Κ.Α.Β. γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκεντρώσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. και γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

2. Οι γιατροί του Ε.Κ.Α.Β. προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά χρονικά διαστήματα σε αντιστοιχώς ειδικότητάς τους τμήματα ή μονάδες νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. της περιοχής που υπηρετούν. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., καθορίζονται ο τρόπος διαδικασίας και κάθε σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή της διατάξης αυτής.

Άρθρο 59

1. Οι διατάξεις της παραγράφου 1 του άρθρου 12 του ν. 1579/1985, που καταργήθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 132 του ν. 2071/1992, επαναφέρονται και ισχύουν από το χρόνο καταργήσής τους.

2. Η παράγραφος 1 του άρθρου 16 του ν. 1579/1985 εφαρμόζεται και για τα Ν.Π.Δ.Δ. κοινωνικής πρόνοιας όπου λειτουργούν νοσηλευτικές μονάδες.

3. Όταν κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού απαιτείται η γνώμη, απλή ή σύμφωνη, φορέων ή συλλογικών οργάνων και αυτή δεν υποβληθεί εντός προθεσμίας ενός (1) μηνός από την περιελευση στους ανωτέρω φορείς της σχετικής προσκλήσεως του αρμόδιου υπουργού, η απόφαση εκδίδεται χωρίς τη γνώμη αυτή, εφόσον από τις επί μέρους διατάξεις δεν ορίζεται διαφορετικά.

ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ**ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ**

ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΟΥ 34 * ΑΘΗΝΑ 104 32 * TELEX 223211 ΥΡΕΤ GR * FAX 52 34 312

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΠΟΛΙΤΩΝ

ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ Σολωμού 51		ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΑ ΓΡΑΦΕΙΑ ΠΩΛΗΣΗΣ Φ.Ε.Κ.	
Πληροφορίες δημοσιευμάτων Α.Ε. - Ε.Π.Ε.	5225761	ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ	
	5230841	Βασ. Όλγας 188, 1ος ορ.-Τ.Κ. 546 55	(031)423956
Πληροφορίες δημοσιευμάτων λοιπών Φ.Ε.Κ.	5225713	ΠΕΙΡΑΙΑΣ	4136402
	5249547	Νικήτα 6-8 Τ.Κ. 185 31	4171307
Πώληση Φ.Ε.Κ.	5239762	ΠΑΤΡΑ	(061)271249
Φωτοαντίγραφα παλαιών Φ.Ε.Κ.	5248141	Κορίνθου 327 Τ.Κ. 262 23	224581
Βιβλιοθήκη παλαιών Φ.Ε.Κ.	5248188	ΙΩΑΝΝΙΝΑ	
Οδηγίες για δημοσιεύματα Α.Ε. - Ε.Π.Ε.	5248785	Διοικητήριο Τ.Κ. 454 44	(0651)21901
Εγγραφή Συνδρομητών Φ.Ε.Κ. και αποστολή Φ.Ε.Κ.	5248320	ΚΟΜΟΤΗΝΗ	(0531)22637
		Δημοκρατίας 1 Τ.Κ. 691 00	26522

ΤΙΜΗ ΦΥΛΛΩΝ
ΕΦΗΜΕΡΙΔΟΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

- Μέχρι 8 σελίδες 150 δρχ.
 - Από 9 μέχρι 16 σελίδες 300 δρχ.
 - Από 16 σελίδες και άνω προσαύξηση 100 δρχ. ανά 8σέλιδο ή μέρος αυτού

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ Φ.Ε.Κ.

Τεύχος	Κ.Α.Ε. Προϋπολογισμού 2531	Κ.Α.Ε. εσόδου υπέρ ΤΑΠΕΤ 3512
Α' (Νόμοι, Π.Δ., Συμβάσεις κ.τλ.)	50.000 δρχ.	2.500 δρχ.
Β' (Υπουργικές αποφάσεις κ.τλ.)	50.000 "	2.500 "
Γ' (Διορισμοί, απολύσεις κ.τλ. Δημ. Υπαλλήλων)	10.000 "	500 "
Δ' (Απαλλοτριώσεις, πολεοδομία κτλ.)	50.000 "	2.500 "
Αναπτυξιακών Πράξεων (Τ.Α.Π.Σ.)	25.000 "	1.250 "
Ν.Π.Δ.Δ. (Διορισμοί κ.τλ. προσωπικού Ν.Π.Δ.Δ.)	10.000 "	500 "
Παράρτημα (Πίνακες επιτυχόντων διαγωνισμών)	5.000 "	250 "
Δελτίο Βιομηχανικής Ιδιοκτησίας (Δ.Ε.Β.Ι.)	10.000 "	500 "
Ανωτάτου Ειδικού Δικαστηρίου (Α.Ε.Δ.)	3.000 "	150 "
Ανωνύμων Εταιρειών & Ε.Π.Ε.	250.000 "	12.500 "
Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.	10.000 "	500 "
ΓΙΑ ΟΛΑ ΤΑ ΤΕΥΧΗ ΕΚΤΟΣ Α.Ε. & Ε.Π.Ε.	200.000 "	10.000 "

- * Οι συνδρομές του εσωτερικού προπληρώνονται στα Δημόσια Ταμεία που δίδουν αποδεικτικό εισπραχής (διπλότυπο) το οποίο με τη φροντίδα του ενδιαφερομένου πρέπει να στέλνεται στην Υπηρεσία του Εθνικού Τυπογραφείου.
- * Οι συνδρομές του εξωτερικού επιβαρύνονται πέρα των παραπάνω αναφερομένων ποσών με τα ταχυδρομικά τέλη και μπορεί να στέλνονται με επιταγή και σε ανάλογο συνάλλαγμα στο Διευθυντή Οικονομικού του Εθνικού Τυπογραφείου.
- * Η πληρωμή του ποσοστού του ΤΑΠΕΤ που αντιστοιχεί σε συνδρομές, εισπράττεται στην Αθήνα από το Ταμείο του ΤΑΠΕΤ (Σολωμού 51 - Αθήνα) και στις άλλες πόλεις από τα Δημόσια Ταμεία.
- * Οι συνδρομητές του εξωτερικού μπορούν να στέλνουν το ποσό του ΤΑΠΕΤ μαζί με το ποσό της συνδρομής.
- * 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 ενγράφονται 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 κοινού λειτουργούν καθημερινά από 08.00' έως 13.00'



ΕΠΙΣΤΑΣΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
ΚΤΩΒΡΙΟΥ 1983

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
143

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 1397

Εθνικό σύστημα υγείας.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

και εκδίδωμεν τον κατωτέρω υπό της Βουλής
νόμον:

Άρθρο 1.

Γενικές αρχές.

Ο κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών
πρόστασης των πολιτών.

Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε κάθε πολίτη
εξαρτημένα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική
κατάστασή, μέσα από ενιαίο και αποκεντρωμένο σύστημα υγείας,
που οργανώνεται σύμφωνα με τις αρχές του άρθρου αυτού.

Άρθρο 2.

Υγειονομικές περιφέρειες.

Τώρα διακρίνεται σε υγειονομικές περιφέρειες.

Το κράτος διακρίνεται σε υγειονομικές περιφέρειες.
Ο προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του
Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του κεντρικού
συνεδρίου υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), ορίζονται ο αριθμός
υγειονομικών περιφερειών, τα όριά και η έδρα τους.

Άρθρο 3.

Περιφερειακά συμβούλια υγείας.

Το κράτος κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται
από συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.).

ΠΕ.Σ.Υ. είναι όργανα α) γνωμοδοτικά σε θέματα υγείας
και πρόνοιας β) εποπτείας και ελέγχου του συστήματος υγείας
στην περιφέρεια τους γ) παρακολούθησης της λειτουργικής απόδοσης του
συστήματος υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προϋπολογισμό υγείας,
και το γενικό συντονισμό του ΚΕ.Σ.Υ.

ΠΕ.Σ.Υ. στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων τους της υγείας
και πρόνοιας παρακολουθούν και εισηγούνται στο κεντρικό
συνέδριο υγείας ή ύστερα από σχετικό αίτημα των

ΠΕ.Σ.Υ. ή οι νόμιμοι εκπαιδευτές στην λειτουργία του ΚΕ.Σ.Υ., έχουν όμως δικαίωμα
μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρεια τους.

Οι περιφερειακοί εκπαιδευτές υγείας στο ΚΕ.Σ.Υ. έχουν δικαίωμα
μόνο σε θέματα που αφορούν την περιφέρεια τους.

Άρθρο 4.

Συγκρότηση — λειτουργία — όργανα — εκπροσώπηση
ΠΕ.Σ.Υ.

1. Τα ΠΕ.Σ.Υ. αποτελούνται από τα παρακάτω μέλη:
α) Δύο εκπροσώπους των ιατρικών συλλόγων της υγειονομικής
περιφέρειας που ορίζονται από τον πανελλήνιο ιατρικό
σύλλογο, μετά από προτάσεις των ιατρικών συλλόγων
της περιφέρειας.

β) Έναν εκπρόσωπο των οδοντιατρικών συλλόγων της υγειονομικής
περιφέρειας, που ορίζεται από την ελληνική οδοντιατρική
επιστημονική ενοποίηση, μετά από προτάσεις των οδοντιατρικών
συλλόγων της περιφέρειας.

γ) Έναν εκπρόσωπο των φαρμακευτικών συλλόγων της υγειονομικής
περιφέρειας, που ορίζεται από τον πανελλήνιο φαρμακευτικό
σύλλογο, μετά από προτάσεις των φαρμακευτικών συλλόγων
της περιφέρειας.

δ) Από έναν εκπρόσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού
(Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών
τριμήνων των Α.Ε.Ι. που λειτουργούν στην υγειονομική
περιφέρεια, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο
του αντίστοιχου τμήματος.

ε) Έναν εκπρόσωπο των συλλόγων νοσηλευτικού προσωπικού της
υγειονομικής περιφέρειας που ορίζεται από την ενιαία
δευτεροβάθμια πανελλήνια οργάνωση νοσηλευτικού προσωπικού,
μετά από προτάσεις των αντίστοιχων πρωτοβάθμιων
συλλόγων που ανήκουν σ' αυτή. Αν δεν υπάρχει ενιαία
δευτεροβάθμια οργάνωση, ορίζεται από τον Υπουργό
Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., από
συνδεδεμένους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια
συνδικαλιστική οργάνωση.

στ) Έναν εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της υγειονομικής
περιφέρειας που ορίζεται από την κεντρική ένωση δήμων και
κοινοτήτων της Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.), μετά από προτάσεις των
τοπικών ενώσεων δήμων και κοινοτήτων της Ελλάδας
(Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) της περιφέρειας.

ζ) Έναν εκπρόσωπο των εργατικών κέντρων της υγειονομικής
περιφέρειας, που ορίζεται από την Γ.Σ.Ε.Ε. μετά από προτάσεις
των εργατικών κέντρων της περιφέρειας.

η) Έναν εκπρόσωπο των συνδικαλιστικών επαγγελματικών
οργανώσεων των αγροτών της υγειονομικής περιφέρειας που
ορίζεται από την ενιαία ανώτατη συνδικαλιστική επαγγελματική
οργάνωση αγροτών, μετά από προτάσεις των αντίστοιχων
πρωτοβάθμιων συλλόγων.

θ) Έναν εκπρόσωπο των εκπαιδευτικών στοιχείων και μέσων
εκπαίδευσης, που υπηρετούν στην υγειονομική περιφέρεια,
ο οποίος εκλέγεται μεταξύ εκπροσώπων, που ορίζονται
από τη ΔΟΕ, την ΟΑΜΕ και την ΟΑΤΕ, μετά από πρόταση
των πρωτοβάθμιων αντίστοιχων ενώσεων της περιφέρειας.

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήτης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται σε κάθε νομό κέντρα υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του νομού και περιφερειακά ιατρεία, ως αποκεντρωμένες μονάδες των κέντρων υγείας. Με την ίδια απόφαση ορίζονται η έδρα κάθε κέντρου υγείας και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή ευθύνης των περιφερειακών ιατρείων του, και συνιστώνται οι θέσεις του προσωπικού του, που προσδέονται στις θέσεις που προβλέπονται στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγονται τα κέντρα υγείας.

Η έδρα κάθε κέντρου υγείας ορίζεται με κριτήριο την ύψιστη εξυπηρέτηση των κατοίκων της περιοχής. Τα περιφερειακά ιατρεία των κέντρων υγείας διακρίνονται σε ιατρεία με ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας και σε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας.

Κριτήριο για τον καθορισμό της έδρας περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παρρησιαστικής υπηρεσίας υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές γεωγραφικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσβαση στο κέντρο υγείας.

2. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο και εγγράφονται κάθε χρόνο σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικοποιημένο αριθμό.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και των περιφερειακών ιατρείων τους με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα των υπαλλήλων, οι υποχρεώσεις του προσωπικού τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 15.

Σκοπός των κέντρων υγείας.

1. Σκοπός των κέντρων υγείας είναι:
 - α) Η παροχή ισότιμης πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής τους και σε όλους προσωπικά διαμένοντες σ' αυτή.
 - β) Η νοσηλεία και παρακολούθηση αρρώστων που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.
 - γ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία σε έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο.
 - δ) Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο.
 - ε) Η οδοντιατρική περίθαλψη.
 - στ) Η άσκηση ποσειδηπτικής, ιατρικής ή οδοντιατρικής και υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
 - ζ) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα.
 - η) Η ιατρική της εργασίας.
 - θ) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγιεινής.
 - ι) Η ενημέρωση και διαφώτιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού.
 - ια) Η εκπαίδευση των γιατρών και του λοιπού προσωπικού υγείας.
 - ιβ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας.
 - ιγ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., μπορεί να αναθέτονται στα κέντρα υγείας και άλλες αρμοδιότητες.

1. Τα κέντρα υγείας, τα πολυιατρεία, τα ιατρεία και τα κέντρα άλλης μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, που έχουν συσταθεί και λειτουργούν με οποιαδήποτε μορφή από το δημόσιο, την τοπική αυτοδιοίκηση, τους ασφαλιστικούς φορείς και ταμεία και οποιοδήποτε άλλο φορέα με ωφέλιμο χαρακτήρα, εκτός από τους υγειονομικούς σταθμούς και τα αγροτικά ιατρεία, καταργούνται.

2. Οι θέσεις του προσωπικού των μονάδων της προηγούμενης παραγράφου καταργούνται. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, πλην του ιατρικού, κατατάσσεται σε κενές θέσεις του φορέα που υπάγεται η μονάδα ή εντάσσεται σε κενές θέσεις των κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων, μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου, εφόσον έχει τα νόμιμα προσόντα. Όσοι δεν υπήκουν τρώνουν τα νόμιμα προσόντα για να ενταχθούν σε κενές θέσεις, κατατάσσονται σε αντίστοιχες προσωρινές θέσεις των φορέων ή κέντρων υγείας ή νοσηλευτικών ιδρυμάτων που συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήτης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας και εξελίσσονται με το καθεστώς των θέσεων που κατείχαν. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο. Η προώθηση των κατατασσόμενων υπαλλήλων ποσοστιαία στη νέα τους θέση, για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους.

3. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του αρμόδιου Υπουργού με γνώμη του οικείου νομαρχιακού συμβουλίου, καθορίζεται ο χρόνος έναρξης ισχύος των διατάξεων των παρ. 1 και 2 του άρθρου αυτού και ο τρόπος ένταξης του προσωπικού πλην του ιατρικού, που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, ορίζονται τα αρμόδια υπηρεσιακά συμβούλια για τα θέματα αυτά και ρυθμίζεται κάθε λεπτομέρεια που προκύπτει από την κατάργηση των μονάδων της παρ. 1 του άρθρου αυτού. Η έναρξη ισχύος μπορεί να ορίζεται και κατά περιφέρεια, νομό ή πόλη.

4. Οι ασφαλιστικοί φορείς και τα ταμεία αποδίδουν σε ειδικό λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας τις δαπάνες περίθαλψης και νοσηλείας των ασφαλισμένων τους στα κέντρα υγείας και τα νοσοκομεία. Τα αντίστοιχα ποσά στέλνονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας σε ενιαίο φορέα και διαβέβαινα για τη λειτουργία των κέντρων υγείας και των νοσοκομείων. Με Προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται ο τρόπος, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τον καθορισμό και απόδοση των δαπανών της παραγράφου αυτής. Με όριο π. 3/γμ. μέχρι να εκδοθεί το προεδρικό διάταγμα που προβλέπεται στην παράγραφο 3 του άρθρου αυτού, μπορεί να ορίζεται η απόδοση των δαπανών μόνο για τη νοσηλεία στα νοσοκομεία.

5. Έως ότου εφαρμοσθούν οι διατάξεις του άρθρου αυτού εξακολουθούν να εφαρμόζονται οι αντίστοιχες διατάξεις, που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και να λειτουργεί παράλληλα κατά τη μεταβατική περίοδο το υφιστάμενο σύστημα και οι υπηρεσίες παροχής περίθαλψης από φορείς κοινωνικής ασφάλισης, όπου δεν έχουν εφαρμοσθεί ακόμη οι διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού.

6. Με την ολοκλήρωση εφαρμογής σε όλη τη χώρα των διατάξεων των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου αυτού, τα έσοδα του κλάδου υγείας των ασφαλιστικών φορέων και ταμείων μεταφέρονται στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όπως ειδικότερα θα καθοριστεί με Προεδρικά Διατάγματα που εκδίδονται με τη σύμφωνη γνώμη των αρμόδιων οργάνων των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων και με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας κέντρων υγείας αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας αστικών περιοχών υπηρετούν:

α) Γιατροί των ειδικοτήτων των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων.

β) Οικογενειακοί γιατροί, που ανήκουν στον παιδολογικό τομέα των νοσοκομείων.

Οέσεις οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνουν, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος, παιδιάτροι ή γιατροί γενικής ιατρικής για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα ηλικίας μέχρι 14 ετών και γιατροί γενικής ιατρικής ή παιδολόγοι για τις υπολοίπες ηλικίες. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να ορίζεται η δυνατότητα πρόσληψης οικογενειακών γιατρών και άλλων ειδικοτήτων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα απαιτούμενα γι' αυτό προϋόντα.

Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημονικής λειτουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με βαθμό διευθυντή που εκλέγεται από τους γιατρούς του κέντρου υγείας.

Οι γιατροί της περίπτωσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο κέντρο υγείας και τον αντίστοιχο τομέα του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, στα όρια του τακτικού ωραρίου εργασίας και του προγράμματος εφημερίας του νοσοκομείου και του κέντρου υγείας.

Τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου περιβάλλουν τους πολίτες ύστερα από παραπομπή του οικογενειακού γιατρού ή απευθείας σε τακτή ώρα ύστερα από προσκελευσήν.

Οι οικογενειακοί γιατροί δέχονται τους αρρώστους στο κέντρο υγείας ή τα περιφερειακά ιατρεία και σε ειδικές περιπτώσεις τους επισκέπτονται και τους περιβάλλουν στο σπίτι τους. Στα περιφερειακά ιατρεία του κέντρου υγείας προσφέρει υπηρεσία ομάδα οικογενειακών γιατρών. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα ελεύθερης επιλογής του οικογενειακού τους γιατρού, μεταξύ των γιατρών των κέντρων υγείας της πόλης όπου κατοικούν. Η επιλογή γίνεται κάθε χρόνο το Σεπτέμβριο. Οι πολίτες έχουν δικαίωμα στη διάρκεια του χρόνου να ζητήσουν την αλλαγή του οικογενειακού τους γιατρού, μετά από αιτιολογημένη αίτηση τους στο διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου, που αποφασίζει τελικά. Οι οικογενειακοί γιατροί, όταν απαιτείται, παραπέμπουν τους αρρώστους για ειδικές εξετάσεις στους γιατρούς της περίπτωσης α' της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού ή τα εργαστήρια του κέντρου υγείας ή τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου ή για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο. Κάθε οικογενειακός γιατρός έχει την ιατρική φροντίδα 1.800 ατόμων. Επιτρέπεται να αναλάβει τη φροντίδα μέχρι 2.500 ατόμων.

Οι οικογενειακοί παιδιάτροι έχουν τη φροντίδα 1.200 παιδιών. Επιτρέπεται να αναλάβουν τη φροντίδα μέχρι 2.000 παιδιών.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζεται για τον οικογενειακό γιατρό και παιδιάτρο επίδομα ανά 100 άτομα όνω των 1.800 ή 1.200 αντίστοιχα. Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μπορεί να αναθέσει στον οικογενειακό γιατρό ή παιδιάτρο που έχει στη φροντίδα του πολίτες κάτω από 1.800 ή 1.200 αντίστοιχα και την παροχή συγκεκριμένων ιατρικών υπηρεσιών στο κέντρο υγείας.

Μέχρι να συμπληρωθεί ο αριθμός των 1.800 ή 1.200 ο γιατρός δεν μπορεί να κληθεί να αναλάβει την ιατρική φροντίδα οποιαδήποτε κατοίκου της πόλης που υπηρετεί, εκτός αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι αδυναμίας συνεργασίας. Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός υπεβάλλει δικαιολογημένη αναφορά προς τον συγκεκριμένο αστόμου,

στον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας. Ο υπεύθυνος κάνει δεκτή την αναφορά, παραπέμπει τον ενδιαφερόμενο σε άλλον οικογενειακό γιατρό του κέντρου.

Με τις ίδιες προϋποθέσεις και την ίδια διαδικασία μπορεί να ζητήσει τη διακοπή παροχής ιατρικής από αυτόν σε συγκεκριμένο πολίτη. Ο καθήκον εργασιών των οικογενειακών γιατρών καταλαμβάνεται, στα περιφερειακά ιατρεία του και σε επισκέψεις των αρρώστων, σύμφωνα με πρόγραμμα εκκαθαριζόμενο από το κέντρο υγείας, στα πλαίσια του κανονικού λειτουργίας του.

Το ωράριο λειτουργίας των κέντρων υγείας περιόχων ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Πρόνοιας, ενιαία ή κατά περιοχή. Η απόφαση, μετά από πρόταση του αρμόδιου Π.Ε.Σ.Υ., τηγερύεται. Για τις ώρες και τις ημέρες, που δε το κέντρο υγείας, ορίζονται από το γιατρό του υγείας, που έχει την ευθύνη για το συντονισμό μονικής λειτουργίας του, οικογενειακοί γιατρούς.

Άρθρο 18. ΝΑ

Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας μη αστικών περιοχών.

1. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών περιφερειακά τους ιατρεία προσφέρουν υπηρεσίες αντίστοιχων τομέων του νοσοκομείου στο οποίο κέντρο υγείας, ως εξής:

α) Οι γιατροί που κατέχουν θέσεις γενικού ή ρετού στην έδρα του κέντρου υγείας ή πιατρείου του που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητας.

β) Οι γιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, οι ζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υδαιούνται σ' αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες και χρονικά διαστήματα ανάλογα με τις ανάγκες.

γ) Γιατροί άλλων ειδικοτήτων που επισκέπτε δικά το κέντρο υγείας.

Οι γενικοί γιατροί πέρα από την υπηρεσία τους υγείας ή το περιφερειακό ιατρείο ευπλοών και στα σπίτια των αρρώστων ανάλογα με την κατάσταση ειδικές περιπτώσεις επισκέψεις στα σπίτια στων, όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός γιατρός και οι γιατροί των κλινικών ειδικοτήτων της περι

2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε τακτικό πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και εφημε τις λοιπές ημέρες και ώρες. Τα περιφερειακά κέντρων υγείας λειτουργούν σε τακτό ωράριο, τ ζεται από τον υπεύθυνο γιατρό του κέντρου υγείας: φερειακά ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας λειτουργο: σκτωρο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημερί: τας για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες.

3. Στα κέντρα υγείας μη αστικών περιοχών μονάδα νοσηλείας για παροχή αρρώστων, που κη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση.

4. Σε έκτακτες ανάγκες, κάθε γιατρός υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπι στο κέντρο υγείας οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, ε θεί από το γιατρό εφημερίας.

5. Υπεύθυνος για το συντονισμό της επιστημ: τουργίας του κέντρου υγείας είναι γιατρός με ε: θυντή, που υπηρετεί σ' αυτό και εκλέγεται από του κέντρου υγείας.

Άρθρο 19. ΝΒ

Διατύπωση κέντρου υγείας με το νοσοκομ

1. Τα κέντρα υγείας βρίσκονται σε άμεση επι: νοσηλευτική, εκπαιδευτική, και λειτουργική σύνθ: νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται οργανικά και διο

...αποφασιστικών υπηρεσιών τους σε ιατρικό προσωπικό των κέντρων β' και γ' της παραγράφου 1 του προηγούμενου άρθρου προγραμματίζεται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου μετά σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής. Με τις αποφάσεις αυτές ορίζεται ιδιαίτερα ο χρόνος υπηρεσίας στο κέντρο υγείας των γιατρών της παραπάνω περίπτωσης β'.

3. Ειδικότερα με τον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας ορίζονται ο τρόπος εφαρμογής των διατάξεων του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 20.

Συγχώνευση υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων.

1. Οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που έχουν συσταθεί έως τη δημοσίευση του νόμου αυτού, συγχωνεύονται στα κέντρα υγείας και τα περιφερειακά ιατρεία τους, που συνιστώνται κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού. Με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας ορίζονται και οι υγειονομικοί σταθμοί και τα αγροτικά ιατρεία που συγχωνεύονται σ' αυτό με την έναρξη λειτουργίας τους.

2. Από την έναρξη ισχύος της απόφασης σύστασης κάθε κέντρου υγείας, όλες οι θέσεις των υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, που συγχωνεύονται στο κέντρο υγείας, καταργούνται. Το προσωπικό, πλην του ιατρικού, που κατά την ημερομηνία αυτή υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, κατατάσσεται σε αντίστοιχες θέσεις του κέντρου υγείας και η προϋπηρεσία του στο δημόσιο ή σε Ν.Π.Δ.Δ. υπολογίζεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις κατά το χρόνο της κατάταξης. Όσοι πλησιάζουν κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης του κέντρου υγείας και καταλαμβάνουν θέση που μένει κενή στο μέλλον. Όσο χρόνο υπηρετούν στις προσωρινές θέσεις εξελίσσονται σύμφωνα με το καθεστώς που ίσχυε πριν από την κατάταξη. Υπάλληλοι που δεν συγκεντρώνουν τα νόμιμα προσόντα για την κατάληψη αντίστοιχης θέσης στο κέντρο υγείας, κατατάσσονται σε προσωρινές θέσεις αντίστοιχου κλάδου, που συνιστώνται με την απόφαση σύστασης και εξελίσσονται με το καθεστώς που ίσχυε πριν από την κατάταξη. Η κατάταξη και κατάληψη θέσης γίνονται μετά από κρίση του αρμόδιου υπηρεσιακού συμβουλίου. Οι προσωρινές θέσεις καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιοδήποτε τρόπο.

Άρθρο 21.

Ψυχιατρική περίθαλψη.

1. Η ψυχιατρική περίθαλψη παρέχεται από:

α) Τα κέντρα ψυχικής υγείας, β) τους ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων και γ) τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ως αποκεντρωμένες μονάδες ειδικών ψυχιατρικών νοσοκομείων ή νομαρχιακού γενικού νοσοκομείου στο οποίο λειτουργεί ψυχιατρικός τομέας. Τα κέντρα ψυχικής υγείας ερίζονται σε άμεση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο υπάγονται και με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας.

3. Σκοπός του κέντρου ψυχικής υγείας είναι η ψυχοκοινωνική μέριμνα, η συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα και η διαφώτιση, η πρόληψη, η θεραπεία και η συμβολή στην αποκατάσταση και κοινωνική ένταξη του αρρώστου.

Τα κέντρα ψυχικής υγείας μπορεί να περιλαμβάνουν και ιατροπαιδαγωγικούς σταθμούς, καθώς και μονάδες μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής).

...η από μακρόχρονη νοσηλεία παραπέμπονται στο κοινό ψυχιατρικό νοσοκομείο. Οι ψυχιατρικοί τομείς των γενικών νοσοκομείων βρίσκονται σε επιστημονική και νοσηλευτική διασύνδεση με το ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο της υγειονομικής περιφέρειας τους. Αν δεν λειτουργεί ειδικό ψυχιατρικό νοσοκομείο στην περιφέρεια, εφαρμόζεται η διάταξη της παρ. 4 του άρθρου 8 του νόμου αυτού. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα ψυχικών παθήσεων που λειτουργούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μετανομάζονται σε ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζεται ο τρόπος ανατίεσης τους, με στόχο την αποασυλοποίηση των ασθενών.

5. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 (ΦΕΚ 105) ειδική επιτροπή για τη μελέτη και διατύπωση προτάσεων στο ΚΕ.Σ.Υ. για κάθε θέμα που αφορά στον προγραμματισμό, οργάνωση και την ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας.

6. Σε κάθε κέντρο ψυχικής υγείας, με την κοινή απόφαση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ή άλλη όμοια, συστάονται και προσθέτονται σε ιδιαίτερους κλάδους στον οργανισμό του νοσοκομείου, στο οποίο υπάγεται το κέντρο, θέσεις ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού ή βοηθητικού προσωπικού.

Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας φέρουν τον προϋπολογισμό του οικείου νοσοκομείου, στον οποίο εγγράφονται κάθε χρόνο αντίστοιχες πιστώσεις σε ιδιαίτερο κωδικό αριθμό.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, με από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων ψυχικής υγείας και καθορίζεται ο τρόπος διασύνδεσής τους με τα νοσοκομεία, σύμφωνα με το δεύτερο εδάφιο της παρ. 2 του άρθρου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 22.

Οικονομειακός προγραμματισμός.

1. Οι παραγράφοι 2 και 3 του άρθρου 1 του Ν. 110/1980 (ΦΕΚ 66) αντικαθίστανται με τις ακόλουθες:

α) Η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας, η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού και η πρακτική εφαρμογή γίνονται υπό την κρατική έγκριση που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Οι αντίστοιχες υπηρεσίες και ο εργαστηριακός έλεγχος παρέχονται στα νοσοκομεία του Ν.Δ. 2592/1953 και τα τρία υγείας που υπάγονται σ' αυτά.

2. Το άρθρο 5 του Ν. 1036/1980 καταργείται.

Άρθρο 23.

Βιοιατρική έρευνα.

1. Στο ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτείται κατά τις διατάξεις της παρ. 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982 επιτροπή βιοιατρικής έρευνας.

2. Το ΚΕ.Σ.Υ. μετά από εισήγηση της επιτροπής προηγούμενης παραγράφου: α) γνωμοδοτεί για τη σύσταση και δημιουργία ερευνητικών κέντρων και μονάδων, που στώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. β) Καταρτίζει ενιαίο σχέδιο υποβολής, κρίσης, έγκρισης και ελέγχου της σκοπιμότητας και πορείας των ερευνητικών προγραμμάτων και προτείνει για την κατανομή των ειδικών πιστώσεων του προϋπολογισμού του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στα γράμματα αυτά. γ) Συνεργάζεται με τις αρμόδιες υπηρεσίες και όργανα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, για χρησιμοποίηση και αξιοποίηση της έρευνας στην ανύψωση

επισκευή μετεκπαιδευτής των γιατρών και των άλλων επι-
στημόνων στο χώρο της υγείας, καθώς και με αντίστοιχα
όργανα των Υπουργείων Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμά-
των και Έρευνας και Τεχνολογίας και των αρμόδιων Υπουρ-
γών για την προαγωγή της έρευνας. Η επιτροπή της παρα-
γράφου 1 συνεργάζεται με την επιτροπή εκπαίδευσης - μετεκ-
παιδευτής του ΚΕ.Σ.Υ.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά
από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να συγχωνεύονται
συνολικά ή μερικά ερευνητικές μονάδες και εργαστήρια, που
λειτουργούν κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, σε νοση-
λευτικά ιδρύματα και υπηρεσίες, που υπάρχουν στην επο-
πτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας και επιχορηγούν-
ται από αυτό. Τα ερευνητικά προγράμματα, που επιχορηγούν-
ται κατά τη δημοσίευσή του νόμου αυτού, επανακρίνονται, κα-
τά τη διαδικασία που ορίζεται, από το ΚΕ.Σ.Υ., μετά από ει-
σήγηση της Επιτροπής Έρευνας, σύμφωνα με την περίπτωση
β' της προηγούμενης παραγράφου και ο εξοπλισμός και οι υ-
πηρεσίες τους μπορεί να μεταφέρονται σε άλλα ερευνητικά
κέντρα και μονάδες.

4. Ερευνητικά κέντρα ή ινστιτούτα για θέματα υγείας, που
λειτουργούν με μορφή Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και εποπτεύον-
ται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, εφόσον επιχο-
ρηγούνται από το δημόσιο, δεν μπορούν να αναλαμβάνουν ερευ-
νητικά προγράμματα χωρίς την έγκριση του Υπουργού Υ-
γείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυ-
βέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας μετά από
γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικα-
σία πρόσληψης προσωπικού για την πραγματοποίηση των ε-
ρευνητικών προγραμμάτων και τη στελέχωση ερευνητικών
κέντρων, η εργασιακή του σχέση, το ύψος των αμοιβών και
κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 24.

Γιατροί του εθνικού συστήματος υγείας (Ε.Σ.Υ.)

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων
οποιαδήποτε νομικής μορφής και των κατά τις διατάξεις
του νόμου αυτού κέντρων υγείας, εκτός από τα νοσοκομεία
των ενόπλων δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., συνιστώνται ως θέ-
σεις γιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

2. Οι γιατροί αυτοί είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί και
απογορεύεται ν' ασκήσουν την ιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα
ή οποιαδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν
σχέση με συγγραφική ή κληρονομική δραστηριότητα και να
κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική θέση. Επίσης
απαγορεύεται να είναι οι ίδιοι ή συγγενείς τους μέχρι δευτέ-
ρου βαθμού ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής
επιχείρησης ή να μετέχουν σε εταιρείες με αντίστοιχα αντι-
κείμενα. Στο ιατρικό προσωπικό περιλαμβάνονται και οι οδον-
τογιατροί.

Άρθρο 25.

Κλάδος γιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας συνιστάται κλά-
δος γιατρών Ε.Σ.Υ.

2. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. συνιστώνται με
κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης,
Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, κατά νοσοκομείο και
κέντρο υγείας, ύστερα από γνώμη του διοικητικού συμβουλίου
του αντίστοιχου νοσοκομείου και σύμφωνη γνώμη του αρμόδιου
ΚΕ.Σ.Υ.

3. Κατεξίτηση, σε προθεσμία πέντε (5) μηνών από την
έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, η κοινή απόφαση σύστασης
των θέσεων αυτών εκδίδεται και με τη συμμετοχή του τυχόν
αρμόδιου για την εποπτεία του αντίστοιχου νοσοκομείου Υπουρ-
γού και χωρίς τη γνώμη των διοικητικών συμβουλίων των νο-
σοκομείων.

Οι θέσεις κάθε νοσοκομείου και των κέντρων υγι-
των περιφερειακών ιατρείων, που υπάρχουν σ' αυτό,
τονται στον οργανισμό του και οι δαπάνες μισθοδο-
γιατρών που διορίζονται σ' αυτές βαρύνουν τις πιστώ-
προϋπολογισμού του.

3. Οι θέσεις του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. διατάσσονται
σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Α', γ) επικ-
B' και δ) βοηθών οδοντογιατρών. Οι θέσεις διευθυν-
επιμελητών Α' και Β' ανατίθενται κατά ειδικότητα.

4. Σε όλα τα νοσοκομεία της παρ. 1 του άρθρου
νόμου αυτού και σε όλα λειτουργούν ως υπηρεσίες Ν.
ή Ν.Π.Ι.Δ., πλην των πανεπιστημιακών και των ενόπ-
νίων, υπηρεσιών αποκλειστικά γιατροί του κλάδου γ
Ε.Σ.Υ., που προσλαμβάνονται σύμφωνα με τις διατά-
νόμου αυτού και ειδικεύονται. Πρόσληψη γιατρών ή
υπηρεσιών από γιατρούς με οποιαδήποτε άλλη σχέση

Άρθρο 26.

Προσόντα.

1. Για την πρόσληψη, σε θέση του κλάδου γιατρών
απαιτούνται τα παρακάτω τυπικά προσόντα:

- α) Ελληνική ιθαγένεια
- β) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος
- γ) Τίτλος αντίστοιχης με τη θέση ειδικότητας
- δ) Ηλικία σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 2 του άρθρου 1359/68 ως προς το όριο ηλικίας ισχύει για τον πρώτο διορισμό σε οι-
ποιαδήποτε θέση του κλάδου.

2. Ειδικότερα:

- α) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Β' απαιτείται
κατοχή του τίτλου ειδικότητας και ηλικία μέχρι 45 ετι-
β) Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Α' απαιτείται
άσκηση ειδικότητας για 4 τουλάχιστο χρόνια και ηλικία
χρι 50 ετών και
- γ) για την κατάληψη θέσης διευθυντή απαιτείται η
ση της ειδικότητας για 7 τουλάχιστο χρόνια και ηλικία
χρι 55 ετών.

Για την κατάληψη θέσεων από οδοντογιατρούς απαι-
α) Για θέση βοηθού άδεια άσκησης επαγγέλματος
ηλικία μέχρι 35 ετών.

- β) Για θέση επιμελητή Β' η άσκηση του επαγγέλ-
για 3 χρόνια και ηλικία μέχρι 40 ετών.
- γ) Για θέση επιμελητή Α' η άσκηση του επαγγέλ-
για 9 χρόνια και ηλικία μέχρι 45 ετών και
- δ) Για θέση διευθυντή η άσκηση του επαγγέλματος
12 χρόνια και ηλικία μέχρι 50 ετών.

3. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, σε κάθε
κομείο δεν ισχύουν τα όρια ηλικίας της προηγούμενης παρ-
φου, αλλά αρκεί για όλες τις θέσεις οι υποψήφιοι να
έχουν υπερβεί τα ετήσια τρία (63) χρόνια. Για τις
γιατρών κέντρων υγείας το όριο ηλικίας των 63 ετών
έως πέντε (5) χρόνια από την έναρξη της απόφασης σύ-
του κέντρου υγείας.

Ελληνες γιατροί, που κατά τη δημοσίευσή του νόμου
αυτού εργάζονται σε νοσοκομεία ή επιστημονικά κέντρα τη
λεδαίνης, μέσα σ' ένα χρόνο από τη δημοσίευσή του νόμου
αυτού μπορούν να προσλαμβάνονται σε θέσεις γιατρών Ε.
ανάλογα με την ηλικία τους, εφόσον κατά την η-
μερήσια της θέσης δεν υπερβαίνουν τα ετήσια τρία (63)
για

4. Σε θέσεις επιμελητή Β' γιατρών των κέντρων υ-
για την κατάληψή τους απαιτείται ειδικότητα γι-
ιατρικής, μπορούν να διορίζονται και γιατροί χωρίς ει-
δικότητα, εφόσον ασκούν τη γενική ιατρική πέντε (5) του-
απο 3 χρόνια. Οι γιατροί αυτοί, μετά το διορισμό τους,
κρίνονται σε ετήσια ειδική μετεκπαίδευση σε νοσο-

κλήσης του επαγγέλματος.

4. Ο αριθμός των υπεράριθμων γιατρών της παραγράφου του άρθρου αυτού δεν μπορεί να υπερβαίνει το δύο τοις εκατό (2%) των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κατά ειδικότητα.

Άρθρο 29.

Χρόνος εργασίας.

1. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. εργάζονται πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα σε συνήθες πρωινό υπάκουο ημερησίως. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται το καθημερινό πρωινό ωράριο εργασίας εντός για όλα τα νοσοκομεία και κέντρα υγείας, ανάλογα με τις ιδιαίτερες συνθήκες κάθε περιοχής. Το ΚΕ.Σ.Υ., εφόσον έχουν συγχροτηθεί, μπορούν, ύστερα από άδεια του διοικητικού συμβουλίου του νοσοκομείου και γνώμη της ολομέλειας των γιατρών του νοσοκομείου και κέντρων υγείας που υπάρχουν σ' αυτό, να εφαρμόσουν, για τα νοσοκομεία της περιφέρειάς τους, την τροποποίηση του καθημερινού ωραρίου ή τον περιορισμό δικαιωμένου ωραρίου.

2. Οι γιατροί Ε.Σ.Υ. όλων των βαθμών, πέρα από το κανονικό ωράριο εργασίας, υποχρεούνται και σε ενεργό εργασία μετά από νοσοκομείο ή το κέντρο υγείας και σε ετοιμότητα. Οι γιατροί εφημερίας ετοιμότητας κληρονομούνται στο νοσοκομείο από το γιατρό ενεργού εφημερίας σε κριτικές περιπτώσεις. Στους γιατρούς ενεργού εφημερίας παράλλελα αποζημιώση για υπερωριακή απασχόληση, καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον καθορισμό της υπερωριακής αποζημίωσης. Οι γιατροί εφημερίας ετοιμότητας παίρνουν αποζημιώση για υπερωριακή απασχόληση, μόνο για το χρόνο που κλούνται και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας, με εξαίρεση την εφημερία ετοιμότητας των οικογενειακών γιατρών και των γενικών γιατρών περιφερειακών ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας, για την οποία καθορίζεται λόγω αποζημιώση με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής των διατάξεων της παραγράφου αυτής.

3. Οι γιατροί όλων των βαθμών και ειδικότητων υποχρεούνται σε υπερωριακή απασχόληση, στα εξωτερικά ιατρεία για την αντιμετώπιση αναγκών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (τακτικών εξωτερικών αρρώστων), εφόσον στο κανονικό ωράριο λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων δεν καλύπτονται οι ανάγκες αυτές ή ειδικές περιπτώσεις αρρώστων επιβάλλουν την εξέταση και παρακολούθησή τους σε χρόνο διάφορο από εκείνον της κανονικής λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων.

Η ανάγκη για την παραπάνω υπερωριακή απασχόληση των γιατρών κρίνεται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ύστερα από γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του άρθρου 12 του νόμου αυτού που με απόφασή του ορίζει τις ώρες, το χρόνο και τις ημέρες υπερωριακής απασχόλησης κάθε γιατρού.

Άρθρο 30.

Μισθολόγιο.

1. Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καθορίζεται ειδικό μισθολόγιο ανάλογα με το βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας τους ως εξής:

Βαθμός	Χρόνια υπηρεσίας		
	0 — 3	3 — 6	6 — 9
Βοηθός	35.000	40.000	45.000
Επιμελητής Β'	60.000	65.000	70.000
Επιμελητής Α'	75.000	80.000	85.000
Διευθυντής	95.000	110.000	130.000

2. Στους γιατρούς Ε.Σ.Υ. χορηγούνται οι ακόλουθες μηνιαίες αποζημιώσεις και επιδοματα:

α) στους επιμελητές Β' 5.000 δραχμές επίδομα για πάσης κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα έκτακτων γρών.

β) στους επιμελητές Β' 5.000 δραχμές επίδομα για πάσης κίνησης και 15.000 δραχμές αποζημιώση για πάσης κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και για την ετοιμότητα κάλυψης αναγκών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο.

γ) για τους επιμελητές Α' 5.000 δραχμές επίδομα δαπάνες ειδικότητας και 20.000 δραχμές αποζημιώση δαπάνες κίνησης λόγω ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος και την ετοιμότητα κάλυψης των αναγκών, συμμετοχή συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο και

δ) για τους διευθυντές 12.000 δραχμές επίδομα για πάσης κίνησης και 25.000 δραχμές αποζημιώση δαπάνες κίνησης λόγω των ειδικών συνθηκών του επαγγέλματος, την ετοιμότητα για την κάλυψη των αναγκών, συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο.

Οι αποζημιώσεις της παραγράφου αυτής μπορούν να προσαρμόζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

3. Οι διατάξεις του άρθρου 6 του Ν. 1256/1982 (465) δεν εφαρμόζονται στις περιπτώσεις των παραγράφων του άρθρου 27 του νόμου αυτού και 8' του άρθρου αυτού.

4. Για τους γιατρούς Ε.Σ.Υ. καταργούνται όλα τα επιδοματα εκτός των οικογενειακών. Επίσης καταργείται η τάξη της παρ. 3 του άρθρου 5 του Ν.Δ. 3623/1956, (Φ 277). Στους γενικούς γιατρούς των κέντρων υγείας μη στικών περιοχών και τους οικογενειακούς των κέντρων στικών περιοχών καταβάλλονται οδοιπορικά έξοδα για μετακινήσεις τους για περίθαλψη ασθενών στο σπίτι, εντός της έδρας του κέντρου υγείας ή του περιφερειακού ιατρείου 24ωρης ετοιμότητας, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τους δημόσιους υπαλλήλους.

5. Για τις αμοιβές των γιατρών εφαρμόζεται η αυτόματη προσαρμογή των αμοιβών Ν. 1753/1978 αρθ 37 π

6. Για τους διευθυντές (5) χρόνια άσκησης της ιατρικής εκτός κλάσης και για μέχρι πέντε (5) πενταετίες, χορηγείται ύστες διορίζονται στις θέσεις γιατρών Ε.Σ.Υ. κατά πρώτη πλήρωση τους μετά την εφαρμογή του νόμου ή προσαύξηση πέντε τοις εκατό (5%) που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμακίο μισθού κάθε βαθμού.

7. Στους βοηθούς και επιμελητές Β' και Α', που συμπληρώνουν εννέα (9) χρόνια υπηρεσίας στον ίδιο βαθμό και εξελίσσονται στον άμεσως επόμενο, χορηγείται επίδομα πολτούς παραμονής στον ίδιο βαθμό 2% για κάθε συμπληρωμα τριετία μετά τα εννέα χρόνια και έως από (7) τριετία που υπολογίζεται στο αρχικό κλιμακίο κάθε βαθμού (0—).

8. Στους μόνιμους γιατρούς των κέντρων υγείας μη στικών περιοχών και των περιφερειακών ιατρείων 24ωρης ετοιμότητας που έχουν την έδρα τους σε προβληματικές περιοχές, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 10 του άρθρου 27 του νόμου αυτού, χορηγείται προσαύξηση επί του βασικού τους μισθού, ως εξής:

α) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Α' κατηγορίας:

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου υπηρεσίας, δεν πέντε τοις εκατό (15%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του δεύτερου χρόνου είναι πέντε τοις εκατό (25%) αναδρομικά για όλο το δεύτερο χρόνο.

Για τη συμπλήρωση του τρίτου χρόνου, πέντε τοις εκατό (40%) αναδρομικά για όλο τον τρίτο χρόνο και

Για κάθε ένα συμπληρωμένο χρόνο μετά το τρίτο χρόνο πέντε τοις εκατό (50%) αναδρομικά.

β) Σε προβληματικές και άγονες περιοχές Β' κατηγορίας:

Για τη συμπλήρωση του πρώτου χρόνου είναι πέντε τοις εκατό (8%) αναδρομικά για όλο το χρόνο.

9. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος προκήρυξης των θέσεων, η προεδρεία και ο τρόπος υποβολής δικαιολογητικών από τους υποψηφίους, τα καθήκοντα των μελών των συμβουλίων των άρθρων 6 και 7 του Ν. 1278/1982 και των εισηγητών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια. Ένοστα, κατά της απόφασης του συμβουλίου επιλογής στο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής του άρθρου 7 του Ν. 1278/1982 δεν αναστέλλει το διορισμό.

10. Περιοχές, όπου οι κοινωνικές, γεωγραφικές, συγκοινωνιακές και δικαστικές συνθήκες συνιστούν αποδειγμένα αντικίνητρο για την κατάληψη θέσεων Ιατρικού δυναμικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ή τα 24ωρης ετοιμότητας περιφερειακά Ιατρεία τους, μπορεί με π. δ/γμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., να χαρακτηρίζονται ως προβληματικές και άγονες περιοχές. Περιοχή με την έννοια της διάταξης αυτής μπορεί να θεωρηθεί ολόκληρος νομός ή ξεχωριστά πόλη ή χωριό που είναι έδρα νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή περιφερειακού Ιατρείου 24ωρης εφημερίας.

Οι άγονες και προβληματικές περιοχές διακρίνονται σε Α' και Β' κατηγορίας. Κατηγορίας Α' είναι οι περιοχές όπου οι συνθήκες, που ορίζονται με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής ως κριτήρια για το χαρακτηρισμό τους, παρουσιάζονται ιδιαίτερα εξυμμένες. Η διάκριση γίνεται με το π. δ/γμα χαρακτηρισμού τους. Με το ίδιο ή άλλο όμοιο π. δ/γμα, μπορεί να διασπίζονται ειδικά, οικονομικά, υπηρεσιακά ή ηθικά κίνητρα για την προσέλκυση Ιατρών στις θέσεις των νοσοκομείων και κέντρων υγείας ή περιφερειακών Ιατρείων 24ωρης εφημερίας, που έχουν την έδρα τους στις περιοχές αυτές.

11. Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτούνται επιτροπές αξιολόγησης οι οποίες κρίνουν όλους τους Ιατρούς που υπηρετούν στο νοσοκομείο και το κέντρο υγείας, αξιολογούν το Ιατρικό, εκπαιδευτικό και ερευνητικό έργο και τη γενικότερη υπηρεσιακή επίδοσή και απόδοσή τους. Τα ειδικότερα κριτήρια για την αξιολόγηση, η διαδικασία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Η παραπάνω κρίση για τους βοηθούς και επιμελητές Β' και Α' γίνεται κάθε πέντε χρόνια και για τους διευθυντές κάθε πέντε χρόνια. Η αξιολόγηση γίνεται από επιτροπή η οποία συγκροτείται:

- Α) για τους διευθυντές, από τους διευθυντές των τομέων του νοσοκομείου, με πρόεδρο το διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος. Όταν κρίνεται ο διευθυντής του τομέα, η επιτροπή προεδρεύεται από τον αρχαιότερο διευθυντή.
- Β) για τους βοηθούς και τους επιμελητές Α' και Β' από: α) το διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκει ο κρινόμενος, ως πρόεδρό τους, β) το διευθυντή του τμήματος στο οποίο υπηρετεί ο γιατρός,
- γ) τον αρχαιότερο από τους υπόλοιπους διευθυντές του ίδιου τομέα του νοσοκομείου και
- δ) δύο Ιατρούς ίδιου βαθμού με τον κρινόμενο που εκλέγονται από τους ομοίβαθμους Ιατρούς του τομέα. Οι Ιατροί αυτοί πρέπει να είναι αρχαιότεροι από τον κρινόμενο. Το συμβούλιο συγκροτείται νόμιμα χωρίς αυτούς.

12. Κάθε θέση Ιατρού Ε.Σ.Υ. επαναπροκηρύσσεται, όταν ο Ιατρός, που την κατέχει συμπληρώσει σ' αυτή υπηρεσία εννέα (9) χρόνων αν πρόκειται για θέσεις βοηθού και επιμελητή Β' ή Α' και δέκα (10) χρόνων αν πρόκειται για θέση διευθυντή. Για την κατάληψη της θέσης αυτής υποβάλλουν υποψηφιότητα Ιατροί, που υπηρετούν στον κλάδο. Ο Ιατρός που κατέχει τη θέση που επαναπροκηρύσσεται

να υποβάλλεται του σ' αυτή. Αν το κριτήριο προκήρυξης προκρίνει άλλον υποψήφιο για την κατάληψη της, τότε αυτός τοποθετείται σε οποιαδήποτε ομοιού ή άλλη νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή τοποθετείται υπεράριθμος με τον ίδιο βαθμό και προσφέρει εις του σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας.

Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού και Πρόνοιας μετά από πρόταση του ΚΕ.Σ.Υ. και υπηρεσιακού συμβουλίου του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

13. Ο αριθμός των υπεράριθμων της προηγούμενης παραγράφου δεν μπορεί να υπερβαίνει το δύο τοις εκατό συνόλου των θέσεων του αντίστοιχου βαθμού κλάδου.

14. Για πέντε (5) χρόνια από την έναρξη ισχύος αυτού, με κοινή απόφαση των Υπουργών Πρωθυπουργού, Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να μετακαλούνται εξωτερικοί Έλληνες Ιατροί, αναγκαστικώς εκδιωχθέντες και κύρους με αποδειγμένο κλινικό ή ερευνητικό έργο και με αποδειγμένη, από επίσημους νικηφόρους τίτλους προύπηρεσία σε υπεύθυνα θέσεις των νοσηλευτικών, ερευνητικών ή εκπαιδευτικών αλλοδαπής και να προσλαμβάνονται σε θέσεις τμημάτων νοσοκομείων με σύμβαση εργατικής και ορισμένου χρόνου, που μπορεί να ανανεώνεται σύμφωνα με τον τίτλο και τα αποδεικτικά στοιχεία μονιμού έργου κρίνονται και αξιολογούνται από ειδική επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ., που συνιστάται σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου 4 του άρθρου 4 του Ν. 1278/1982.

Οι Ιατροί αυτοί λαμβάνουν το σύνολο των αμοιβών που διορίζονται και περί πλέον ποσοστό εκατό (50%) στο εθνικό μισθό της θέσης για μεία Αθηνών, Πειραιά, Θεσσαλονίκης, Αλεξάνδρου Παύλου και Ηρακλείου και εκατό (100%) για τα νοσοκομεία των άλλων πόλεων αυτοί στη διάρκεια που υπηρετούν στις θέσεις κινούνται σε όλους τους περιρισμούς και τις υποχρεώσεις με το νόμο αυτόν για τους Ιατρούς. Οι θέσεις που καταλαμβάνονται κατά τις διατάξεις της παραγράφου αυτής σε κάθε νοσοκομείο δεν μπορεί να είναι περισσότερες από δέκα τοις εκατό (10%) του συνόλου των αντίστοιχων βαθμών, σε κάθε όμως περίπτωση να είναι μία.

15. Οι Ιατροί Ε.Σ.Υ. μπορούν να υποβάλλουν υποψηφιότητα για άλλης ομοιόβαθμης θέσης.

Άρθρο 28.

Εξέλιξη στον κλάδο.

1. Η βαθμολογική εξέλιξη των Ιατρών και γίνεται με την κατάληψη κενής θέσης αμείωτου βαθμού από αυτόν που έχουν μετά από προκήρυξη και κρίση σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου αυτού.

2. Η εξέλιξη σε ανώτερο βαθμό κατά την παράγραφο γίνεται μετά τη συμπλήρωση στον κατεχόμενο βαθμό. Μετά την παροχή δώδεκα (12) μηνών ο Ιατρός, που δεν θα κριθεί ικανός για θέση ανώτερου βαθμού, μένει στην ίδια θέση. Στην περίπτωση αυτή, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ο Ιατρός τοποθετείται σε θέση της παραγράφου 12 του προηγούμενου άρθρου ή οποιαδήποτε ομοιόβαθμη κενή θέση Ιατρού ή βοηθού σε οποιαδήποτε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τους Ιατρούς που έχουν το βαθμό του διευθυντή.

3. Οι οδοντοιατροί που έχουν το βαθμό του διευθυντή μπορούν να εξελιχθούν βαθμολογικά σε θέση επιμελητή

έπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Μετά τη συμπλήρωση της εξαμηνιαίας μεταπτυχιακής ιατρικής. Ο τίτλος απονέμεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας με βάση το πιστοποιητικό άσκησης και απόφαση που χορηγείται από την Επιστημονική Επιτροπή του νοσοκομείου όπου μεταπαιδεύτηκε ο γιατρός, σύμφωνα με την παράγραφο 2 του άρθρου 12 του νόμου αυτού. Γιατροί, που λαμβάνουν την ειδικότητα σύμφωνα με τις διατάξεις αυτές και έχουν υπηρετήσει ως μόνιμοι ή με θητεία σε θέσεις υγειονομικών σταθμών και αγροτικών ιατρείων, λογίζονται σε κάθε περίπτωση ότι σπουδούν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής κατά το μισό χρόνο της υπηρεσίας τους αυτής, μετά τα πέντε χρόνια.

6. Ο χρόνος άσκησης της ιατρικής ειδικότητας σε νοσοκομεία και επίσημα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής από γιατρούς που απόκτησαν ειδικότητα εκεί αναγνωρίζεται αφού ο γιατρός πάρει τον τίτλο της ειδικότητας σύμφωνα με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. καθορίζονται τα νοσοκομεία και τα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής, των οποίων αναγνωρίζεται ο τίτλος ειδικότητας. Γιατροί που εργάστηκαν ως ειδικοί σε νοσοκομεία και επιστημονικά κέντρα χωρών που δεν χορηγούν τίτλο ειδικότητας, εφόσον αποκτήσουν τον τίτλο κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αναγνωρίζεται ότι άσκησαν την ειδικότητα στην αλλοδαπή για δύο χρόνια προκύπτει αν λάβουμε συνολικά αριθμό των ετών που εργάστηκαν και ο χρόνος που απαιτείται για την απόκτηση της ειδικότητας αυτής στην Ελλάδα. Τα νοσοκομεία αυτά και τα επιστημονικά κέντρα καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. Σε γιατρούς, που σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 546/1970 (ΦΕΚ 110) έχουν προϋποθέσεις απόκτησης τίτλου ειδικότητας και απεκτούν τον τίτλο, αναγνωρίζεται ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας από τότε που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις κτήσης τίτλου σύμφωνα με το ν. 3/79 αυτό.

8. Γιατροί, που κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού ειδικούνται διορισμένοι με τη διαδικασία των διατάξεων που ισχύουν, κρίνονται αφού πάρουν τον τίτλο της ειδικότητας, για την κατάληψη θέσης γιατρού Ε.Σ.Υ. ανεξάρτητα από την ηλικία τους, εφόσον δεν είναι πάνω από εξήντα τριών (63) ετών.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., σε περιπτώσεις που δεν υπάρχουν γιατροί υποψήφιοι μετά δύο άγονες συνεχείς προκηρξεις για κατάληψη θέσης, μπορεί να γίνεται μείωση του απαιτούμενου χρόνου άσκησης της ειδικότητας. Η δεύτερη από τις συνεχείς προκηρξεις πρέπει να γίνει μέσα σε έξη (6) μήνες από την πρώτη.

Άρθρο 27.

Διαδικασία πλήρωσης θέσης.

1. Η πλήρωση των θέσεων του κλάδου γιατρών Ε.Σ.Υ. γίνεται ύστερα από προκήρυξή τους, με επιφύλαξη των διατάξεων της παραγράφου 12 του άρθρου αυτού. Η προκήρυξη γίνεται κατά νοσοκομείο, μετά από απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του, η οποία εγκρίνεται από το αντίστοιχο Π.Ε.Σ.Υ., εφόσον το συμβούλιο αυτό έχει συγκροτηθεί.
2. Κατά την πρώτη εφαρμογή του νόμου αυτού, οι θέσεις των νοσοκομείων προκηρύσσονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.
3. Στην περίπτωση της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού, κάθε γιατρός μπορεί να υποβάλει αίτηση και να κριθεί για τρεις (3) μόνο θέσεις του ίδιου ή και άλλων νοσοκομείων.
4. Οι υποψήφιοι γιατροί κρίνονται από το συμβούλιο επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του άρθρου 6 του Ν. 1378/1982.

Για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων λαμβάνονται υπόψη:

- α) Η ιατρική προσηλυσία (σε νοσοκομεία, ασφαλιστικούς οργανισμούς, ελεύθερο επάγγελμα).
- β) Το επιστημονικό έργο και η επιστημονική δραστηριότητα.
- γ) Η εκπαιδευτική δραστηριότητα (ως εκπαιδευτής ή παιδευόμενος).
- δ) Η αξιοσημείωτη κοινωνική προσφορά και δράση.
- ε) Οι εκθέσεις των επιτροπών αξιολόγησης του νομίου της παραγράφου 11 του άρθρου αυτού.

Οι επιστημονικές εργασίες των γιατρών συνιστούν ημερομίσθιο κατά την αξιολόγηση και επιλογή για τη τέρψη θέσης, μόνο εάν έχουν δημοσιευθεί σε αναγνωριστικά επιστημονικά περιοδικά που εκδίδονται από επίσημα επιστημονικούς φορείς στην Ελλάδα ή σε ξένη χώρα περιοδικά αυτά προσδιορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Για τον πρώτο διορισμό στον κλάδο γιατρών Ε.Σ.Υ. λαμβάνονται τα κριτήρια α, β, γ και δ. Τα συμβούλια επιλογής κατατάσσουν τους υποψηφίους, με τη σειρά αξιολόγησής τους, για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα προστάσεις κατά σειρά: α) εκείνος που υπηρετεί στον κλάδο Ε.Σ.Υ. β) εκείνος που στο πρόσωπό του συντελείται συνυπηρεσία συζύγου και γ) εκείνος που μένει στο νομό που βρίσκεται το νοσοκομείο ή τουλάχιστον χρόνια συνεχώς. Η γ' περίπτωση δεν ισχύει για τους νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, σε κάθε θέση διορίζεται ο πρώτος της σειράς αξιολόγησης, ή ο επόμενος, εφόσον ο προηγούμενος δεν αποδέχεται το διορισμό του. Δε διορίζεται ο γιατρός: α) δεν είναι γραμμένος στα μητρώα αγγέλιων ή για γυναίκες στα γενικά μητρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει στρατιωτικές του υποχρεώσεις ή δεν έχει νόμιμα απελευθερωθεί από αυτές, γ) έχει καταδικασθεί για λιποταξία ή έχει στερηθεί τα πολιτικά του δικαιώματα, για όσο διαρκεί η στέρηση, δ) έχει καταδικασθεί για κακούργη εγκληματία κατά των ηθών, κλοπή, υπεξαίρεση, απάτη, στοχογραφία, ψευδορκία, ψευδή κατατήρηση, συνκοφαντική κήρυξη, δωροδοκία, δόλια χρεωκοπία ή για εγκλήματα ανάγοντα στην προστασία του δημοκρατικού πολιτεύματος και στ) δεν είναι υγιής.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ύστερα από προτάσεις των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. χώρας και γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., μπορεί να κατατάσσονται και να αξιολογούνται, ιεραρχικά τα στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης των υποψηφίων για διορισμό γιατρών, όπως: επιστημονικοί τίτλοι, οι επιστημονικές εργασίες και οι σπουδές σε ξένα και ελληνικά επιστημονικά περιοδικά μεταπτυχιακή στην Ελλάδα και το εξωτερικό, ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας, ο χρόνος προσηλυσίας σε νοσοκομεία και άλλες μονάδες περίθαλψης, ο χρόνος υπηρεσίας στην ύπαιθρο, ο βαθμός του πτυχίου και κάθε άλλο στοιχείο που μπορεί να συμπεριληφθεί στην έννοια των κριτηρίων που ορίζονται στην παράγραφο 4 του άρθρου αυτού.

6. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται οι παύσεις και ελλείψεις της υγείας, που εμποδίζουν το διορισμό των γιατρών, καθώς και οι αρμόδιες επιτροπές για την πιστοποίηση της υγείας και αρτιότητας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από σύμφωνη γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., ορίζονται τα δικαιώματα που πρέπει να προσκομίσει ο γιατρός για το διορισμό του.

7. Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα στοιχεία κατά το χρόνο λήξης της προθεσμίας υποβολής των δικαιολογητικών.