

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

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θ Ε Μ Α:

ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

(ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ & ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ)

Σπουδάστρια:

Λιακούδη Ελένη

Εισηγητής :

Φώτιος Δρούμπαλης



ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2001

ΕΛΛΑΔΑ ΓΑΣ
ΜΗΜΑ
ΕΚΔΟΣΕΩΝ & ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ

ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ
ΟΡΓΑΝΩΣΗ-ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΤ'ΟΙΚΟΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

(ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ & ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ)

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα

Συνομογραφίες	4
Πρόλογος	5
Κεφάλαιο 1 Νοσηλεία στο σπίτι- μια γενική θεώρηση	
1.1 Ιστορική αναδρομή.....	9
1.2 Εισαγωγικά για τη νοσηλεία στο σπίτι	13
1.3 Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι.....	27
1.4 Ο ρόλος του γιατρού στη νοσηλεία στο σπίτι.....	40
1.5 Νομοθεσία και νοσηλεία στο σπίτι στην Ελλάδα.....	45
1.6 Η τηλεματική στην κατ' οίκον νοσηλεία	48
1.7 Η νοσηλεία στο σπίτι στις χώρες της Ε.Ε	
Κεφάλαιο 2 Τρίτη ηλικία και κατ' οίκον νοσηλεία	
2.1 Ο ηλικιωμένος πληθυσμός.....	57
2.2 Υπηρεσίες της κοινότητας για τη φροντίδα της τρίτης ηλικίας	68
2.3 Προγράμματα βοήθειας στο σπίτι.....	75
Κεφάλαιο 3 Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας σε καρκινοπαθείς	
3.1 Ιστορική αναδρομή Υ.Κ.Ο.Ν. Νοσοκομείου«Μεταξά» και «Αγίων Αναργύρων»	85
3.2 Αναγκαιότητα και οργάνωση λειτουργίας της Υ.Κ.Ο.Ν.....	90
3.3 Ο καρκινοπαθής μέσα στο σπίτι του.....	96
3.4 Το οικονομικό κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας.....	101
Κεφάλαιο 4 Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας για χρόνια ψυχικά ασθενείς	
4.1 Φυσιογνωμία της φροντίδας σε προστατευόμενο χώρο κατοικίας	107
4.2 Ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη θεραπευτική ομάδα.....	113
4.3 Προστατευόμενα διαμερίσματα Α' & Β' Ο.Ψ.Σ.Α.Τ.....	116
Κεφάλαιο 5 Συμπεράσματα.....	125
Βιβλιογραφία	128
Παράρτημα	

Συντομογραφίες

Συντομογραφίες

Ε.Ε.	Ευρωπαϊκή Ένωση
Ε.Ε.Σ.	Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός
Υ.Κ.Ο.Ν.	Υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας
Κ.Ο.Ν.	Κατ' οίκον Νοσηλεία
Π.Φ.Υ.	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Γ/Ο	Γενικός Οικογενειακός (γιατρός)
Η/Υ	Ηλεκτρονικός Υπολογιστής
Ε.Σ.Υ.	Εθνικό Σύστημα Υγείας
Γ.Ο.Ν.Κ.	Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισίας
Υ.Ν.Σ.	Υπηρεσία Νοσηλείας Στο Σπίτι
Ε.Α.Ε.	Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία
Ο.Ξ.Π.Α.	Οίκος Ξενίας Περιθαλψης Ασθενών
Ο.Ψ.Σ.Α.Τ.	Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου
Κ.Α.Π.Η.	Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψης Ηλικιωμένων
Ψ.Ν.Θ.	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
Μ.Ε.	Μονάδα Επανάταξης
Ν.Η.	Νοσοκομείο Ημέρας
Τ.Α.	Τοπική Αυτοδιοίκηση
Ι.Κ.Α.	Ίδρυμα Κοινωνικών Ασφαλίσεων
Ο.Γ.Α.	Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων
Τ.Ε.Β.Ε.	Ταμείο Επαγγελματιών Βιοτεχνών Ελλάδος
Δ.Σ.	Διοικητικό Συμβούλιο

Πρόλογος

Η κοινοτική νοσηλευτική και ο θεσμός της νοσηλείας στο σπίτι αποτελούν σημαντικές εξελίξεις στο χώρο της νοσηλευτικής τα τελευταία χρόνια. Η οικονομική κρίση των συστημάτων υγείας, η αύξηση του ποσοστού της τρίτης ηλικίας και οι αυξανόμενες ανάγκες τους, η εξέλιξη της επιστήμης στον τομέα της ιατρικής τεχνολογίας και της τηλεματικής είναι μερικοί ουσιαστικοί παράγοντες που ώθησαν την ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας.

Οι περισσότεροι άνθρωποι προτιμούν να νοσηλευτούν στο γνώριμο περιβάλλον του σπιτιού τους, περιβαλλόμενοι από τα αγαπημένα τους πρόσωπα. Οι επιπτώσεις από την εισαγωγή του ατόμου στο νοσοκομείο κάθε άλλο παρά θετικές είναι. Η ψυχολογική διάθεση του ασθενή εξασθενεί λόγω της παραμονής του στο νοσοκομείο. Για το οικονομικό μέρος της κατ' οίκον νοσηλείας (Κ.Ο.Ν.) έχουν γίνει πολλές μελέτες και αναλύσεις και συμπερασματικά εμφανίζεται ότι εάν ο ασθενής νοσηλευτεί στο σπίτι του θα του στοιχίσει το μισό από ότι θα πλήρωνε στο νοσοκομείο για πολύ λιγότερες μέρες νοσηλείας. Από την άλλη μεριά αποσυμφορούνται κλίνες από το νοσοκομείο με αποτέλεσμα την νοσηλεία περιστατικών που χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης.

Στις περιπτώσεις που είναι δυνατή η νοσηλεία στο σπίτι απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η σωστή και οργανωμένη υποδομή των υπηρεσιών και του προσωπικού. Ιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές και άλλοι επιστήμονες προσφέρουν το εύρος των γνώσεών τους και την εμπειρία τους. Με την βοήθεια της τηλεματικής και άλλων εφαρμογών πληροφορικής η παροχή φροντίδας μπορεί να γίνει άμεσα και με το καλύτερο αποτέλεσμα. Η υπηρεσία της Κ.Ο.Ν. προσφέρει στον άρρωστο και στο περιβάλλον του ψυχολογική υποστήριξη, εκπαίδευση και παροχή συμβουλών για την άριστη ικανοποίηση τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του.

Εκτός από τις υπηρεσίες και τα προγράμματα Κ.Ο.Ν., σε πολλούς νομούς στη χώρα μας τέθηκε σε εφαρμογή το πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι» για την

τρίτη ηλικία. Στόχος αυτού του προγράμματος είναι η παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένα , μοναχικά άτομα για την κάλυψη των βασικών αναγκών τους ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Το πρόγραμμα «Προστατευόμενη κατοικία στην κοινότητα για χρόνια ψυχικά ασθενείς» που υποστηρίζεται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης λειτουργεί από το 1989 και εντάσσεται στην υπηρεσία της Κ.Ο.Ν. αφού παρέχει φροντίδα μέσα σε προστατευόμενα διαμερίσματα με την επίβλεψη θεραπευτικής ομάδας.

Η λειτουργία τέτοιου είδους προγραμμάτων και υπηρεσιών που παρέχονται στην Ελλάδα και στο εξωτερικό , οδήγησε στην επιλογή του θέματος που έχει σαν σκοπό να καταγράψει τους δομικούς παράγοντες για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών Κ.Ο.Ν. και βοήθειας στο σπίτι, όπως και τα αποτελέσματα από τον απολογισμό λειτουργία τους.

Η εργασία αποτελείται από πέντε (5) κεφάλαια στα οποία παρουσιάζονται:

Κεφάλαιο 1^ο :Νοσηλεία στο σπίτι:μια γενική θεώρηση

- I. Ιστορική αναδρομή
- II. Εισαγωγικά για τη νοσηλεία στο σπίτι
- III. Ο ρόλος του νοσηλευτή
- IV. Ο ρόλος του γιατρού
- V. Νομοθεσία και νοσηλεία στο σπίτι στην Ελλάδα
- VI. Η τηλεματική στην κατ' οίκον νοσηλεία
- VII. Η νοσηλεία στο σπίτι στις χώρες της Ε.Ε

Κεφάλαιο 2^ο : Τρίτη ηλικία και κοινωνική μέριμνα

- I. Ο ηλικιωμένος πληθυσμός
- II. Υπηρεσίες της κοινότητας για τη φροντίδα της τρίτης ηλικίας
- III. Προγράμματα βοήθειας στο σπίτι

Κεφάλαιο 3^ο : Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας σε καρκινοπαθείς

- I. Ιστορική αναδρομή Υ.Κ.Ο.Ν. νοσοκομείου Μεταξά και Αγίων Αναργύρων
- II. Αναγκαιότητα και οργάνωση λειτουργίας της Υ.Κ.Ο.Ν.
- III. Ο καρκινοπαθής μέσα στο σπίτι του
- IV. Το οικονομικό κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας

Κεφάλαιο 4° : Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας για χρόνια ψυχικά ασθενείς

- I. Φυσιογνωμία της φροντίδας σε προστατευόμενο χώρο κατοικίας
- II. Ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη θεραπευτική ομάδα
- III. Προστατευόμενα διαμερίσματα Α και Β Ο.Ψ.Σ.Α.Τ.

Κεφάλαιο 5° : Συμπεράσματα

Επίσης περιλαμβάνονται:

Συντομογραφίες
Βιβλιογραφία
Παράρτημα

Η εργασία πραγματοποιήθηκε σε διάστημα ενός (1) έτους (Νοέμβριος 2000-Σεπτέμβριος 2001). Η συλλογή των στοιχείων ολοκληρώθηκε τον Απρίλιο του 2001 και ξεκίνησε η εγγραφή της. Η πραγματοποίησή της έγινε με δυσκολίες που άρχιζαν από την άρνηση για την παροχή πληροφοριών μέχρι την απώλεια στοιχείων λόγω βλάβης του ηλεκτρονικού υπολογιστή. Η πληκτρολόγηση της εργασίας καθώς και των σχεδιαγραμμάτων, πραγματοποιήθηκε σε διάστημα (4) τεσσάρων μηνών με δική μου επιμέλεια.

Ολόθερμες ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον υπεύθυνο καθηγητή μου που με καθοδήγησε και με συμβούλευσε καθ' όλη την διάρκεια της πτυχιακής μου εργασίας, κ. Φώτιο Δρούμπαλη, Προϊστάμενο του τμήματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της Σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τεχνολογικού Ιδρύματος Καλαμάτας.

Επίσης ευχαριστίες οφείλω στον κ.Απ.Αηδονόπουλο, ψυχίατρο, Επιμελητή Α', Υπεύθυνο της Ο.Ψ.Σ.Α.Τ. για την απόκτηση των απολογισμών λειτουργίας των Ομάδων Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου.

Ευχαριστίες θα ήθελα να δώσω στην κ.Β.Θασίτη-Αντωνοπούλου, Διευθύνουσα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου "Γ.Παπαπανικολάου" για την παροχή στοιχείων και βιβλιογραφίας.

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ, με πολύ εκτίμηση και θαυμασμό, στην κ.Ε.Τσιουρή, Προϊσταμένη Κ.Ο.Ν. Ε.Ε.Σ. για την παροχή σημαντικών στοιχείων που βοήθησαν στην ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας.

Επίσης στην κ.Μ.Μακρή ,Συντονίστρια στην εταιρία Calea για την αποστολή ενημερωτικών φυλλαδίων σχετικά με τη λειτουργία της εταιρίας.

Ευχαριστίες θα ήθελα να αναφέρω για την κ.Ν.Λιόλιου ,κοινωνική λειτουργός μέλος της ομάδας υγείας στο πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» στο Δήμο Κολινδρού για την απόκτηση του απολογισμού λειτουργίας.

Τις μεγαλύτερες ευχαριστίες τις οφείλω στην οικογένειά μου, που όλο το διάστημα τις πτυχιακής μου εργασίας, με στήριξε ψυχολογικά, μου παρείχε συμβουλές και με καθοδηγούσε ώστε να φτάσω στον τελικό σκοπό μου, την ολοκλήρωση της εργασίας μου.



Νοσηλεία στο σπίτι:Μια γενική θεώρηση

Η νοσηλεία στο σπίτι περιλαμβάνει όλο το σύνολο των υπηρεσιών και φροντίδων που παρέχονται στα άτομα και τις οικογένειές τους. Όπου είναι δυνατή η εφαρμογή της εξασφαλίζει την άριστη παροχή υπηρεσιών και φροντίδων υγείας, με το μικρότερο κοινωνικό και οικονομικό κόστος και έχει τα θετικότερα αποτελέσματα στον ίδιο τον άρρωστο και στην οικογένειά του, στο νοσοκομείο και στο Σύστημα Υγείας.

Στο κεφάλαιο 1.1 βλέπουμε ότι η νοσηλεία στο σπίτι ξεκίνησε από αρχαιοτάτων χρόνων με τους Ασιάτες, Αιγυπτίους, Έλληνες και Πέρσες και συνεχίστηκε στην Βυζαντινή και Χριστιανική περίοδο μέχρι και σήμερα. Η Florence Nightingale βοήθησε πολύ στην υιοθέτηση της εκπαίδευσης ως προϋπόθεση για την νοσηλευτική άσκηση στο σπίτι και την οικογένεια. Στη συνέχεια στο κεφάλαιο 1.2 θα αναλυθεί όλο το φάσμα των παραγόντων που χαρακτηρίζουν τη νοσηλεία στο σπίτι, τους λόγους που οδήγησαν στην εναλλακτική μορφή αυτής της περίθαλψης, με βάση ποίους δομικούς παράγοντες οργανώνονται οι υπηρεσίες και σε ποιες μορφές διακρίνονται. Στο κεφάλαιο 1.3 θα γίνει αναφορά στα χαρακτηριστικά του νοσηλευτή και γενικότερα του ρόλου του στην φροντίδα των ασθενών στο σπίτι και στο κεφάλαιο 1.4 θα αναφερθεί και ο ρόλος του γιατρού. Στο κεφάλαιο 1.6 θα παρουσιαστεί η εφαρμογή των τηλεματικών υπηρεσιών στην κατ' οίκον νοσηλεία και τα οφέλη από την χρησιμοποίησή της. Τέλος, στο 1.7 παρουσιάζονται η οργάνωση, η χρηματοδότηση, οι παρεχόμενες υπηρεσίες και πως επιτυγχάνεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι στις χώρες τις Ε.Ε.

1.1: Ιστορική αναδρομή

Η νοσηλεία στο σπίτι έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Η Νοσηλευτική φροντίδα ήταν παντού παρούσα, όχι όμως σαν επάγγελμα, δηλαδή συστηματική και οργανωμένη άσκηση αμειβόμενης δραστηριότητας. Η νοσηλευτική αντιμετώπιση του ασθενή στο σπίτι δεν είναι ανακάλυψη του δικού μας πολιτισμού αλλά υπάρχει από την προϊστορική εποχή με τις γερόντισσες, τις μάγισσες, τους ιερείς και την Αρχαία ή Προχριστιανική εποχή με τους Ασιάτες, Αιγυπτίους, Πέρσες, Έλληνες, Ρωμαίους.¹ Το σπίτι ήταν σχεδόν ο αποκλειστικός χώρος φροντίδας των

¹ Τσιγκουράκος Δ.Κ. (1991) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία –Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων « Ευρώπη κατά του καρκίνου», Σεμινάριο νοσηλευτριών «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του ασθενούς, Η κατ' οίκον νοσηλεία των χρονίως πασχόντων ασθενών σελ.82

αρρώστων μέχρι την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων με τη σύγχρονη μορφή την εποχή του Βυζαντίου.

Η Φοίβη (περί το 60 μ.Χ.) την οποία αναφέρει ο Απόστολος Παύλος στην προς Ρωμαίους επιστολή του, περιέθαλπε πολλούς ασθενείς, μεταξύ των οποίων και τον ίδιο. Άλλες σημαντικές νοσηλεύτριες ήταν η Δορκάδα (1^{ος} αιώνας μ.Χ.) που άσκησε κατ' οίκον νοσηλεία όπως επίσης και η Αγία Ελένη.²

Η πρώτη γνωστή οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι ξεκίνησε με την ίδρυση από τη Χριστιανική Εκκλησία, του Τάγματος των Διακονισσών, οι οποίες είχαν συγκεκριμένες ευθύνες για τη φροντίδα του φτωχού ατόμου με ανάγκες. Την εποχή αυτή συναντάμε και την πρώτη διακόνισσα –νοσηλεύτρια που εφάρμοσε την νοσηλεία κατ' οίκον για πρώτη φορά. Η φροντίδα τους, που διήρκησε μέχρι τον 5^ο και 6^ο αιώνα, είχε ως κύριο σκοπό να ανακουφίσει τον πόνο προσφέροντας υποστήριξη χωρίς να θεραπεύει ή να προλαμβάνει την ασθένεια.

³ ⁴Στις αρχές του 17^{ου} αιώνα στην Ευρώπη παρατηρήθηκε ενδιαφέρον εκ μέρους του κοινού για τους φτωχούς και τους πάσχοντες. Πολλές γυναίκες, χωρίς γνώσεις νοσηλευτικής, έδειξαν ενδιαφέρον για προσφορά φροντίδας στους πάσχοντες στην κοινότητα και στο σπίτι. Ο St. Vincent de Paul το 1633 ίδρυσε το τάγμα Αδελφών του Ελέους για να εκπαιδεύσει άτομα που θα αναλάμβαναν την φροντίδα αρρώστων στο σπίτι με σκοπό την προαγωγή της κατ' οίκον νοσηλείας. Την ίδια περίοδο ο Θεόδωρος Fliender στο Kaiserswerth της Γερμανίας ίδρυσε το τάγμα των Διακονισσών και τη σχολή για τη νοσηλευτική τους εκπαίδευση. Η Florence Nightgale φοίτησε σε αυτή τη σχολή.⁵

Στην Ευρώπη πριν την εποχή της Florence Nightgale ήταν γνωστό ότι λαϊκές και θρησκευτικές ομάδες παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι. Συνήθως αυτές ανήκαν στις κατώτερες τάξεις χωρίς εκπαίδευση που εργάζονταν αφιλοκερδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη για τον συνάνθρωπο. Η Nightgale ανέβασε το επίπεδο της νοσηλευτικής και δημιούργησε σχολές που παρείχαν νοσηλευτές

² Τσιγκουράκος Δ.Κ. (1991) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία –Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων « Ευρώπη κατά του καρκίνου», Σεμινάριο νοσηλευτριών «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του ασθενούς, Η κατ' οίκον νοσηλεία των χρονίως πασχόντων ασθενών σελ.83

³ Κωνσταντινίδης Θ.- Τζαγκαράκη Ε. (1998) Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο σπίτι. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .τομ.10, τευχ.1,25,1998

⁴ Σταθόπουλος Π. (1996) Κοινωνική Πρόνοια μια γενική θεώρηση, 2^η έκδοση, σελ.110-111, εκδόσεις «Έλλην» ,Αθήνα

⁵ Χριστοπούλου Ι. (1990) Αξιολόγηση της κατ' οίκον νοσηλείας καρκινοπαθών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, Διδακτορική διατριβή, σελ.30-31, Αθήνα 1990

εκπαιδευμένους έτσι ώστε να μπορούν να αντιμετωπίσουν τις ανάγκες των οξέων περιστατικών αλλά και χρόνιων πασχόντων στην κοινότητα. Στην Ευρώπη από το 1860 έως και σήμερα η κατ' οίκον νοσηλεία παρουσιάζει 3 στάδια εξέλιξης :

1° ΣΤΑΔΙΟ (1860-1900)

α)Νοσηλεία στην κοινότητα (District Nursing)

Οργανώνεται η εθελοντική προσφορά νοσηλευτικής φροντίδας στον φτωχό και στον άρρωστο στον τόπο διαμονής του.

2° ΣΤΑΔΙΟ (1900-197)

β)Νοσηλευτική δημόσιας υγείας (Public Health Nursing)

Με την είσοδο στον 20° αιώνα η κοινοτική νοσηλευτική επεκτάθηκε για να περιβάλει τη φροντίδα υγείας όλων των ατόμων της κοινότητας όχι μόνο των φτωχών. Αυτό προήλθε από την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού στην αναγκαιότητα της υγείας του συνόλου. Οργανώθηκαν έτσι προγράμματα ανάλογα με τις ανάγκες υγείας του πληθυσμού.

3ο ΣΤΑΔΙΟ(1970-σήμερα)

γ)Κοινοτική Νοσηλευτική (Community Health Nursing)

Από το 1970 και μετά η φροντίδα επικεντρώνεται στο σύνολο του πληθυσμού της κοινότητας τα άτομα και τις οικογένειες, στο χώρο που έχουν ανάγκη βοήθειας.⁶

Στις Η.Π.Α. και στην Μ. Βρετανία υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι εμφανίστηκαν από το 19° αιώνα και λειτουργούσαν από συλλόγους ή εταιρίες νοσηλευτριών ή επισκεπτριών, χρηματοδοτούμενες από φιλανθρωπικούς συλλόγους. Ο William Rathbone το 1859 στο Λίβερπουλ της Αγγλίας ίδρυσε το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι. Στις Η.Π.Α. το πρώτο πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι λειτούργησε το 1796 στη Βοστώνη, ενώ το πρώτο πρόγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι εγκαινιάστηκε το 1877 από την ιεραποστολή της Νέας Υόρκης όταν προσέλαβε τις πρώτες νοσηλεύτριες γι' αυτήν την εργασία.⁷

Το 1947 λειτούργησε στο νοσοκομείο «Montefiore» της Νέας Υόρκης, το πρώτο σύγχρονο πρόγραμμα νοσηλείας στο σπίτι. Η λειτουργία του περιλάμβανε

⁶ Κυριακίδου Θ. Ε. (1990) Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της θέσεως των νοσηλευτών προς το θεσμό «Νοσηλεία στο σπίτι», Διδακτορική διατριβή, σελ. 38-40, Αθήνα 1990

⁷ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1996) Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, κεφ.4, σ.125, 1996, Αθήνα

την αρχική επίσκεψη του γιατρού στο σπίτι του αρρώστου και στη συνέχεια αραιότερες επισκέψεις, όταν η κατάστασή του το απαιτούσε, καθώς και τις συνεχείς και προγραμματισμένες επισκέψεις της νοσηλεύτριας για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας. Στην Ελλάδα το 1875 η Βασίλισσα Όλγα ίδρυσε το «Νοσοκομειακό εκπαιδευτήριο» και μετέπειτα Σχολή Επισκεπτριών-Νοσηλευτών «Ευαγγελισμός», για να χρησιμοποιηθούν για την προώθηση της κατ' οίκον νοσηλείας. Κυρίως όμως στελέχωσαν τις ανάγκες των νοσοκομείων. Το 1923 ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός (Ε.Ε.Σ.) ειδίκευσε επί εξάμηνο νοσηλεύτριες στη δημόσιο υγιεινή οι οποίες προσέφεραν προληπτικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες στους καταυλισμούς των προσφύγων. Στη συνέχεια το 1979 ο Ε.Ε.Σ. άρχισε να προσφέρει την κατ' οίκον νοσηλεία σε ηλικιωμένους αρρώστους σε ορισμένες περιοχές της Αθήνας. Το 1985 η υπηρεσίες του Ε.Ε.Σ. συστηματοποιήθηκαν και σήμερα λειτουργούν δύο οργανωμένα κέντρα στην Αθήνα στις περιοχές Αμπελοκήπων και Καλλιθέας που προσφέρουν νοσηλευτικής φροντίδας σε υπερήλικες και χρόνιους πάσχοντες που ζουν μόνοι τους στο σπίτι. Το 1990 ο Ε.Ε.Σ. οργάνωσε προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι για όλες τις περιπτώσεις ασθενών και λειτουργούν μέχρι σήμερα.

Επίσης υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι παρέχει και το Αντικαρκινικό Νοσοκομείο «Μεταξά» στην Αθήνα που άρχισε να λειτουργεί πειραματικά το 1979 και να παρέχει υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας σε ασθενείς με καρκίνο. Επίσης, το Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι» από το 1987 αποτελεί μια ευέλικτη και μικρή ιατρονοσηλευτική υπηρεσία που έχει σαν στόχο την παροχή ολοκληρωμένων φροντίδων στο σπίτι.^{8 9 10} «Ο θεσμός της Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας (Υ.Κ.Ο.Ν.) μετρά 12 χρόνια στην Ελλάδα και αυτό ανεπίσημα, στηριζόμενη στο φιλότιμο και το κέφι μιας ομάδας γιατρών και νοσηλευτών που ξεκίνησαν με πολύ αγάπη για το συνάνθρωπο και μάλιστα

⁸ Τσιγκουράκος Δ.Κ. (1991) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία –Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων «Ευρώπη κατά του καρκίνου», Σεμινάριο νοσηλευτριών «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του ασθενούς, Η κατ' οίκον νοσηλεία των χρόνιως πασχόντων ασθενών σελ.88

⁹ Χριστοπούλου Ι. (1990) Αξιολόγηση της κατ' οίκον νοσηλείας καρκινοπαθών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, Διδακτορική διατριβή, σελ. 33, Αθήνα 1990

¹⁰ Καρανίκα Ε.(1998) Εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας στην ΠΦΥ, σελ.14, Κως 1998

καρκινοπαθή, ελπίζοντας η πολιτεία θα έβλεπε πόσο σημαντικό ήταν και θα έπαιρνε θέση.»¹¹

Βασικός στόχος της ΠΦΥ σε αυτό τον τομέα είναι ότι τέτοιου είδους προγράμματα πρέπει να σχεδιάζονται και να λειτουργούν αυτόνομα στην κοινότητα όπου η εκτίμηση στην των αναγκών θα γίνεται σε πραγματικές συνθήκες στο χώρο που ζει ή εργάζεται το άτομο και στο περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται.

1.2:Εισαγωγικά για τη νοσηλεία στο σπίτι

Η νοσηλεία στο σπίτι προσφέρεται σήμερα στον άνθρωπο από τη στιγμή που γεννιέται και μέχρι και το θάνατό του, δηλαδή από τη βρεφική και μέχρι την 3^η ηλικία και έχει σαν σκοπό να παρέχει στον άρρωστο ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Επιδιώκει να ικανοποιήσει τις ανάγκες του ασθενή και χρησιμοποιεί τους όχι μόνο τους διαθέσιμους πόρους αλλά και τις ικανότητες του ίδιου του αρρώστου και του οικογενειακού του κύκλου. Η εναλλακτική αυτή μορφή περίθαλψης δεν είναι αποτέλεσμα μόνο της οικονομικής κρίσης των συστημάτων υγείας αλλά **οφείλεται και σε διάφορους παράγοντες όπως :**¹²

- Την αύξηση του ποσοστού της τρίτης ηλικίας που έχει σαν συνέπεια την παρουσία ατόμων με πολλαπλά χρόνια προβλήματα και ανάγκες.
- Την συντόμευση του χρόνου παραμονής των αρρώστων στα νοσοκομεία που επιβάλλεται από την πίεση του υψηλού κόστους νοσηλείας , η οποία αυξάνει τον αριθμό ατόμων όλων των ηλικιών που χρειάζονται φροντίδα στο σπίτι για κάποιο χρονικό διάστημα.
- Την ευαισθητοποίηση του κοινού σχετικά με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι.

¹¹ Χαλασάνη Β.Β. (1991) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Σεμινάριο Νοσηλευτών « Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή»σελ. 63, Αθήνα 8-9 Ιουνίου 1991,

¹² Σιγάλας ,Ι. (2000)Διοικητική και οικονομική θεώρηση της νοσηλείας στο σπίτι. Στρογγυλή Τράπεζα, Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Θεσσαλονίκη 1 Δεκεμβρίου 2000,12

- Την δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στον χώρο του σπιτιού δίδει την ευκαιρία στα άτομα αυτά να παραμείνουν ή να επιστρέψουν στο σπίτι τους συνεχίζοντας την θεραπεία στο οικογενειακό τους περιβάλλον.
- Πολλοί άνθρωποι προτιμούν να πεθάνουν στο σπίτι και χρειάζεται η ανάλογη φροντίδα στο οικείο περιβάλλον.
- Την ανακάλυψη υπερσύγχρονων ηλεκτρονικών συσκευών, αλλά και την δυνατότητα εφαρμογής πολύπλοκων τεχνικών στο σπίτι, που ώθησε πολλά άτομα να εκτελούν τη θεραπεία στο σπίτι με τη βοήθεια των νοσηλευτών ή των άλλων μελών της υγειονομικής ομάδας. Στο σπίτι υπάρχει η δυνατότητα π.χ. να γίνει χημειοθεραπεία, εκπαίδευση στη χορήγηση οξυγόνου, στην εκμάθηση του αναπηρικού καροτσιού, στη λήψη δειγμάτων , οδηγίες για την εντερική ή παρεντερική διατροφή.¹³

¹⁴Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Ιατρικό Σύλλογο :

«Η Νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων εκείνων, με βάση τις οποίες οι υπηρεσίες υγείας μεταφέρονται στα άτομα και στην οικογένεια στο χώρο που ζουν με αντικειμενικό σκοπό την διατήρηση , την προαγωγή και την αποκατάσταση της υγείας τους. Η Νοσηλεία στο σπίτι βοηθεί τα άτομα να αυξήσουν το επίπεδο ανεξαρτησίας , περιορίζοντας στο ελάχιστο τις δυσμενείς επιδράσεις της αναπηρίας ή της αρρώστιας.»¹⁵

Ο κατάλογος με τα άτομα που χρειάζονται νοσηλεία στο σπίτι μοιάζει να είναι ατελείωτος . Άτομα όλων των ηλικιών και διαφόρου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου μπορεί να χρειαστούν κάποιες από τις υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας. Ο πληθυσμός ποικίλει σε ηλικία και ανάγκες. Την ομάδα νοσηλείας στο σπίτι αποτελούν επιστήμονες πολλών ειδικοτήτων όπως νοσηλευτές, γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγοι, διάφοροι εργαστηριακοί , λογοθεραπευτές .¹⁶ Ακόμη υπηρεσίες που προμηθεύουν βοηθητικά μέσα , ειδικά μέσα μεταφοράς κ.τ.λ. Γενικά οι υπηρεσίες διακρίνονται

¹³ Κυριακίδου Θ. Ε. (1997) Κοινωνική Νοσηλευτική , Δεύτερη Έκδοση , Αθήνα 1997,347

¹⁴ Κωνσταντινίδης Θ. –Τζαγκαράκη Ε. (1998) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ,τόμος 10, τεύχος 1, 25-26

¹⁵ Κυριακίδου Θ. Ε. (1997) Κοινωνική Νοσηλευτική , Δεύτερη Έκδοση , Αθήνα 1997,349

¹⁶ Βαρδούλης Ι. (1996) Κατ' οίκον νοσηλεία , Χειρουργικά Χρονικά , τομ.1., τεύχ. 1, 36, 1996

σε δύο μεγάλες ομάδες. Τις επιστημονικές και τις υποστηρικτικές. Οι επιστημονικές ομάδες αποτελούνται από τους νοσηλευτές, τους γιατρούς, φυσιοθεραπευτές, διαιτολόγους, λογοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, διοικητικούς υπαλλήλους, διαφόρους εργαστηριακούς. Η υποστηρικτική ομάδα είναι η οικογένεια. Ο όρος οικογένεια χρησιμοποιείται με την πολύ ευρεία έννοια και περιλαμβάνει κάθε άτομο που αναλαμβάνει να φροντίσει τον άρρωστο στο σπίτι. Το άτομο αυτό μπορεί να είναι συγγενικό ή φιλικό ή μπορεί να αντληθεί από συλλόγους της γειτονιάς (πολιτιστικός ή εκκλησία) και η προσφορά του να είναι εθελοντική. Τα άτομα αυτά παρέχουν μη επιστημονική, εξαρτημένη φροντίδα που αυτή περιλαμβάνει την επίβλεψη και βοήθεια προς τον άρρωστο, την υποστήριξη του σε κάθε νοσηλεία, ατομική περιποίηση και καθαριότητα, διατροφή, λήψη φαρμάκων, κινητοποίηση.¹⁷

Ο **Αμερικάνικος Ιατρικός Σύλλογος** θεωρεί ότι η νοσηλεία στο σπίτι παρέχει :

- *Μερική ή κατά χρονικά διαστήματα νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται από πτυχιούχο νοσηλευτή ή υπό τη δική του επίβλεψη*
- *Φυσιοθεραπεία, εργασιοθεραπεία, λογοθεραπεία, που προσφέρεται από τους ειδικούς επιστήμονες στον κάθε τομέα*
- *Ιατρική φροντίδα από τον γιατρό ή υπό την επίβλεψη του*
- *Μερική ή κατά χρονικά διαστήματα βοηθητική υπηρεσία στο σπίτι*
- *Παροχή νοσηλευτικών και ιατρικών μέσων (φάρμακα, οροί, εμβόλια, βοηθητικά μέσα)*
- *Άλλες ειδικές ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες από ειδικούς ανάλογα με την περίπτωση για θεραπεία ή διδασκαλία¹⁸*

Οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι χρησιμοποιούνται, με σκοπό να βοηθήσουν τα άτομα όλων των ηλικιών να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν μετά από ξαφνική αρρώστια, υποτροπή χρόνιας αρρώστιας ή μακροχρόνια αναπηρία και ανικανότητα, διατηρώντας το υψηλότερο δυνατό επίπεδο της υγείας, της δραστηριότητας και της ανεξαρτησίας του ανάλογα με την περίπτωση.

¹⁷ Θασίτη-Αντωνοπούλου Β. (2000) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Θεσσαλονίκη 1 Δεκεμβρίου 2000,36

¹⁸ Κυριακίδου Θ. Ε. (1997) Κοινωνική Νοσηλευτική, Δεύτερη Έκδοση, Αθήνα 1997,350

Οι σκοποί στην φροντίδα του ατόμου βασίζονται στις αρχές της διατήρησης προαγωγής και αποκατάστασης της υγείας , ανεξάρτητα και άσχετα με το ποιος παρέχει τη φροντίδα στο σπίτι. **Σαν σκοπούς και στόχους η νοσηλεία κατ' οίκον θέτει τους παρακάτω:**

- Την εξοικονόμηση κλινών στα νοσοκομεία.
- Την προώθηση υποστηρικτικών συστημάτων τα οποία είναι κατάλληλα και αποτελεσματικά με στόχο την ενθάρρυνση στη χρήση των πόρων που σχετίζονται με την υγεία.
- Την προώθηση επαρκούς, αποτελεσματικής φροντίδας ενός μέλους μιας οικογένειας που έχει ένα ειδικό πρόβλημα ασθένειας ή αναπηρίας.
- Την εκπαίδευση των μελών της οικογένειας σχετικά με τους τρόπους που μπορούν να προάγουν την υγεία τους και να φροντίζουν για την προσωπική του πρόληψη.
- Την ενδυνάμωση της σύνδεσης των μελών της οικογένειας.
- Την προαγωγή υγιεινού περιβάλλοντος στο σπίτι του ασθενή.
- Την δημιουργία πλαισίου νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι του αρρώστου μέσω της μάθησης του οικογενειακού περιβάλλοντος του.
- Την καθιέρωση «κλίματος» μη εγκατάλειψης του ασθενή από το νοσοκομείο με τη δημιουργία ειδικής ψυχοκοινωνικής υποστήριξης.
- Την παραμονή του ασθενή στο σπίτι του νοσοκομείου με όλα τα οφέλη που συνεπάγεται αυτή στον ψυχικό του κόσμο.
- Την παροχή φροντίδας υγείας από τον γιατρό του νοσοκομείου ή τον οικογενειακό γιατρό που σημαίνει και μεγαλύτερη εμπιστοσύνη.
- Την παροχή στο σπίτι φαρμακευτικής αγωγής και την εκτέλεση αιμοληψιών για εργαστηριακές εξετάσεις.^{19 20}

Η συνεχιζόμενη φροντίδα υγείας είναι το βασικότερο στοιχείο της νοσηλείας στο σπίτι. Θεωρείται διεθνώς υπηρεσία που οργανώνεται, παρέχεται και αξιολογείται κυρίως από νοσηλευτικό προσωπικό. Ανάλογα με την ανάγκη ή το πρόβλημα υγείας του ατόμου, προσφέρονται και οι ανάλογες υπηρεσίες στο

¹⁹ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1996) Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Δεύτερη έκδοση, Αθήνα ,κεφ.4, 126,1996

²⁰ Θ. Κωνσταντινίδης- Ε. Τζαγκαράκη (1998) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τομ.10, τευχ.1, 24-25 ,199

σπίτι. Καθώς περιορίζονται οι ανάγκες του αρρώστου και ανεξαρτητοποιείται, έχει λιγότερο ανάγκη νοσηλείας και φροντίδας, σταδιακά περιορίζονται και οι υποστηρικτικές υπηρεσίες που του παρέχονται. **Προϋποθέσεις** (βλ.σχ.1) για την εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας αρχικά θεωρείται η συναίνεση του αρρώστου και η συνεργασία του.

- ⇒ Δεν νοείται νοσηλεία στο σπίτι χωρίς να το επιθυμεί ο ίδιος ο ασθενής. Για να είναι επιτυχής η νοσηλεία απαιτείται η σύμφωνη γνώμη και η συνεργασία του γιατί μόνο με αυτόν τον τρόπο θα ξεπεραστούν τα προβλήματα του όπως καχυποψία, ανασφάλεια και απομόνωση.
- ⇒ Βασικό θεωρείται η μη ύπαρξη ανάγκης νοσοκομειακής περίθαλψης και η κάλυψη των αναγκών του στον οικείο χώρο του σπιτιού του. Η οικογένεια αποτελεί το βασικό πυρήνα της νοσηλείας κατ' οίκον γιατί μέσα στους κόλπους της θα πραγματοποιηθεί. Έτσι κρίνεται απαραίτητη διότι συμβάλει στην καλή νοσηλεία του ασθενούς ,στην ψυχολογική του υποστήριξη και στη ανάρρωσή του γενικότερα.
- ⇒ Δεν πρέπει να αμελείται η στοιχειώδης οικονομική και ασφαλιστική κάλυψη διότι κρίνεται αναγκαία η καθημερινή χρήση φαρμάκων, εργαστηριακών εξετάσεων αλλά και η κάλυψη των έκτακτων αναγκών του.
- ⇒ Τέλος η κοινωνική πραγματικότητα και το κοινωνικό περιβάλλον θεωρούνται χρήσιμα και πρέπει να εξετάζονται από την κοινωνική λειτουργό ώστε να μπορούν να κινητοποιηθούν στη δεδομένη στιγμή φίλοι, κοινωνικοί φορείς και φιλανθρωπικοί σύλλογοι ευαισθητοποιημένοι στα προβλήματα κοινωνικά και ψυχολογικά των ασθενών αυτών.^{21 22}

²¹ Τσιγκουράκος Δ.Κ. (1991) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία –Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων « Ευρώπη κατά του καρκίνου», Σεμινάριο νοσηλευτριών «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του ασθενούς, Η κατ' οίκον νοσηλεία των χρονίως πασχόντων ασθενών σελ.86-87

²² Χαλασάνη Β.Β. (1991) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία, Σεμινάριο Νοσηλευτών « Συνεχιζόμενη Νοσηλευτική Φροντίδα στον Καρκινοπαθή»σελ. 60, Αθήνα 8-9 Ιουνίου 1991,

- Συγκατάθεση του ασθενούς



Σύμφωνη γνώμη του ασθενούς ► αποκατάσταση κλίματος εμπιστοσύνης

- Να μην έχει ανάγκη συνεχούς νοσοκομειακής φροντίδας
 - Απαραίτητη η παρουσία οικογενειακού περιβάλλοντος → ασφάλεια, εμπιστοσύνη, ψυχολογική υποστήριξη, κοινωνική επανένταξη
 - Οικονομική δυνατότητα → φάρμακα, εργαστηριακές εξετάσεις,
 - Ασφαλιστική κάλυψη → αντιμετώπιση έκτακτων αναγκών
 - Κοινωνική πραγματικότητα → διερεύνηση από κοινωνική λειτουργό
- Ευαισθητοποίηση και ενεργοποίηση κοινωνικών φορέων

Σχ. 1. Προϋποθέσεις για εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας
Πηγή: Ίδια έρευνα

Για να πραγματοποιηθούν οι στόχοι και οι σκοποί της νοσηλείας κατ' οίκον χρειάζεται να υπάρχουν σε συνεργασία οι κατάλληλες πηγές. Υπεύθυνος για την οργάνωση είναι συνήθως ένας εκπαιδευμένος κοινοτικός νοσηλευτής ο οποίος θα φροντίσει για όλες τις πλευρές της φροντίδας καθώς και για όλες τις δραστηριότητες της υγειονομικής ομάδας. **Οι σπουδαιότεροι δομικοί**

παράγοντες για το σχεδιασμό και την οργάνωση των υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι θεωρούνται :

- **Ανθρώπινο δυναμικό** Κοινοτικοί νοσηλευτές, ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, εργασιοθεραπευτές, άτομα των εργαστηρίων και βοηθητικό προσωπικό αποτελούν την υγειονομική ομάδα.
- **Είδος ασθενών** Θα πρέπει να διευκρινιστούν δύο περιπτώσεις :α) εάν οι ασθενείς που θα συμμετάσχουν στο πρόγραμμα ανήκουν σε μια συγκεκριμένη ομάδα π.χ. καρκινοπαθείς , ηλικιωμένοι ή αφορούν όλα τα άτομα που έχουν ανάγκη τέτοιου είδους υπηρεσίες και β) εάν οι ασθενείς προέρχονται από ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο με το οποίο είναι συνήθως συνδεδεμένη η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι ή αφορούν όλα τα άτομα της κοινότητας.
- **Χώρος ευθύνης** Αφορά στην περιοχή στην οποία πρέπει να κατοικούν άτομα για να μπορούν να γίνουν αποδεκτά στο πρόγραμμα.
- **Χώροι λειτουργίας** Είναι καλύτερο ο χώρος στον οποίο είναι εγκατεστημένοι, να βρίσκεται στα κέντρα υγείας στην περίπτωση που αφορά την κοινότητα ,όσο δε αφορά στις αστικές περιοχές να είναι κοντά στο νοσοκομείο με το οποίο είναι συνδεδεμένα. Χώροι οι οποίοι θεωρούνται απαραίτητοι είναι γραφεία υπαλλήλων , αίθουσες συσκέψεων ή εκπαίδευσης, αποθήκες για το υγειονομικό υλικό, χώρος αρχείου, κ.τ.λ.
- **Διάρκεια λειτουργίας** Οι υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι μπορεί να είναι μακράς διάρκειας π.χ. ένας ηλικιωμένος με ρευματοειδή αρθρίτιδα ή μικρής διάρκειας π.χ. επίσκεψη στο σπίτι μιας νέας μητέρας. Επίσης, το 24ωρο ρυθμίζεται ως χρόνος λειτουργίας αλλά και οι ημέρες στο διάστημα της εβδομάδας, π.χ. αν υπάρχουν υπηρεσίες που λειτουργούν συνεχώς 7 ημέρες την εβδομάδα όλο το 24ωρο.
- **Χρηματοδότηση** Υπάρχουν 2 μορφές υπηρεσιών που χρηματοδοτούν τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι. Είναι οι κρατικές και οι ιδιωτικές. Στις κρατικές μπορούν οι ασφαλισμένοι να πληρώνουν μέσω των ασφαλιστικών τους ταμείων ενώ στις ιδιωτικές είναι ανάλογα τη μορφή της υπηρεσίας. Διακρίνουμε τις εθελοντικές(non profit-voluntary) που επιδοτούνται από

δήμους, κοινότητες ή ενορίες εκκλησιών και αυτές που λειτουργούν με γνώμονα το κέρδος (private for profit).²³

Υπάρχουν διάφορες μορφές και προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι ανάλογα με τον οικονομικό φορέα που τις συντηρεί και τη διοικητική τους οργάνωση. Έτσι διακρίνουμε :

- 1. Κρατικές ή Δημόσιες Υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι** ονομάζονται οι υπηρεσίες εκείνες που κατευθύνονται και συντηρούνται από το Κράτος. Οι διάφοροι ασφαλιστικοί οργανισμοί μπορεί να συμβληθούν με το κράτος και να καλύπτουν έτσι στο σύνολο ή μέρος των εξόδων των ατόμων που υπηρετούνται.
- 2. Ιδιωτικοί μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί** μπορεί επίσης να διαθέτουν υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι, οι οποίες να επιχορηγούνται και από το κράτος ή την κοινότητα την οποία υπηρετούν. Μια τέτοια υπηρεσία είναι ο Ερυθρός Σταυρός, που εφαρμόζει ήδη ανάλογο πρόγραμμα στην Αθήνα.
- 3. Υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι που ανήκουν ή ξεκινούν από ένα μεγάλο νοσοκομείο.** Από το 1970 και μετά τέτοια προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι ξεκίνησαν από μεγάλα νοσοκομεία με σκοπό να εξασφαλίσουν στους αρρώστους την συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας και να περιορίσουν το μεγάλο κόστος της ενδονοσοκομειακής περίθαλψης. Το πλεονέκτημα των υπηρεσιών αυτών είναι ότι μπορούν να χρησιμοποιήσουν τις ήδη υπάρχουσες πηγές και μέσα του νοσοκομείου για να καλύψουν τις ανάγκες των ατόμων. Στην Ελλάδα ο θεσμός της Νοσηλείας στο σπίτι εφαρμόζεται στα ειδικά αντικαρκινικά νοσοκομεία «Μεταξά» και «Άγιοι Ανάργυροι» στην πρωτεύουσα.
- 4. Υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι που ανήκουν σε κάποιο συγκεκριμένο Δήμο ή κοινότητα και συντηρούνται από αυτόν.** Στην πόλη της Θεσσαλονίκης εφαρμόζονται κάποια προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι για την 3^η ηλικία» από τους δήμους Τριανδρίας, Συκεών, Νεάπολης, Καλαμαριάς, Πολίχνης, Σταυρούπολης, Αμπελοκήπων, Μενεμένης, Ελευθέριου- Κορδελιού.

²³ Γεωργούση Ε.- Κυριόπουλος Γ.(1996) Η οικονομία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία. Μια πρώτη θεώρηση .Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 8, σελ. 137-143

Συνήθως οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι λειτουργούν σαν τμήμα και τομέας του Κέντρου Υγείας ή του Κέντρου Παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας , τα οποία είναι κατά πολύ μεγάλο ποσοστό κρατικά , ανάλογα βέβαια πάντοτε και με το σύστημα και την πολιτική που ακολουθεί η κάθε χώρα σχετικά με την οργάνωση και το σύστημα υγείας. Σε πολλές χώρες μπορούν να λειτουργήσουν και τα κέντρα Πρωτοβάθμιας φροντίδας σαν ιδιωτικοί ανταγωνιστικοί οργανισμοί, όπως συμβαίνει στις ΗΠΑ. Στην Ευρώπη , στον Καναδά και την Αυστραλία οι υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι λειτουργούν σαν τμήμα και τομέας του κέντρου υγείας ή του κέντρου παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και έχουν σύνδεση με τα νοσοκομεία.^{24 25}

Η νοσηλεία στο σπίτι και η βοήθεια στο σπίτι, είναι δύο εφαρμογές διαφορετικές και έχουν να κάνουν με την νοσηλεία ασθενών (κατ' οίκον νοσηλεία) και την βοήθεια ατόμων που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως και κυρίως είναι άτομα 3^{ης} ηλικίας (πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι»). Στην κατ' οίκον νοσηλεία τα άτομα που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες της είναι ασθενείς οι οποίοι μπορούν να νοσηλευτούν στο χώρο του σπιτιού τους και μέσα στο περιβάλλον της οικογένειας είτε μέχρι να αποκατασταθούν πλήρως ή να απεβιώσουν μετά από δική τους επιθυμία. Είναι δηλαδή ασθενείς. Στη βοήθεια στο σπίτι, τα άτομα που χρησιμοποιούν το πρόγραμμα είναι κυρίως μοναχικά και ηλικιωμένα και η εφαρμογή του προγράμματος έγκειται στην κοινωνική τους φροντίδα και στην υποστήριξη και των ιδίων αλλά και των οικογενειών τους που τα έχουν μέλη.

Τα δύο κύρια πρότυπα (μοντέλα) της νοσηλείας στο σπίτι που εφαρμόζονται συνήθως είναι δύο:

1. **Το Αγγλικό πρότυπο** (βλ.σχ.2) της «κατ' οίκον νοσηλείας»ή αλλιώς «Νοσοκομείο στο σπίτι» που στηρίζεται σε ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο επισκέπτεται τακτικά και επικοινωνεί καθημερινά με τους αρρώστους , αναλαμβάνει να τους εκπαιδεύσει και τα μέλη του συγγενικού ή φιλικού τους περιβάλλοντος , είναι διαθέσιμο για ιατρικές και νοσηλευτικές φροντίδες και διασύνδεει τους αρρώστους με κοινωνικές και

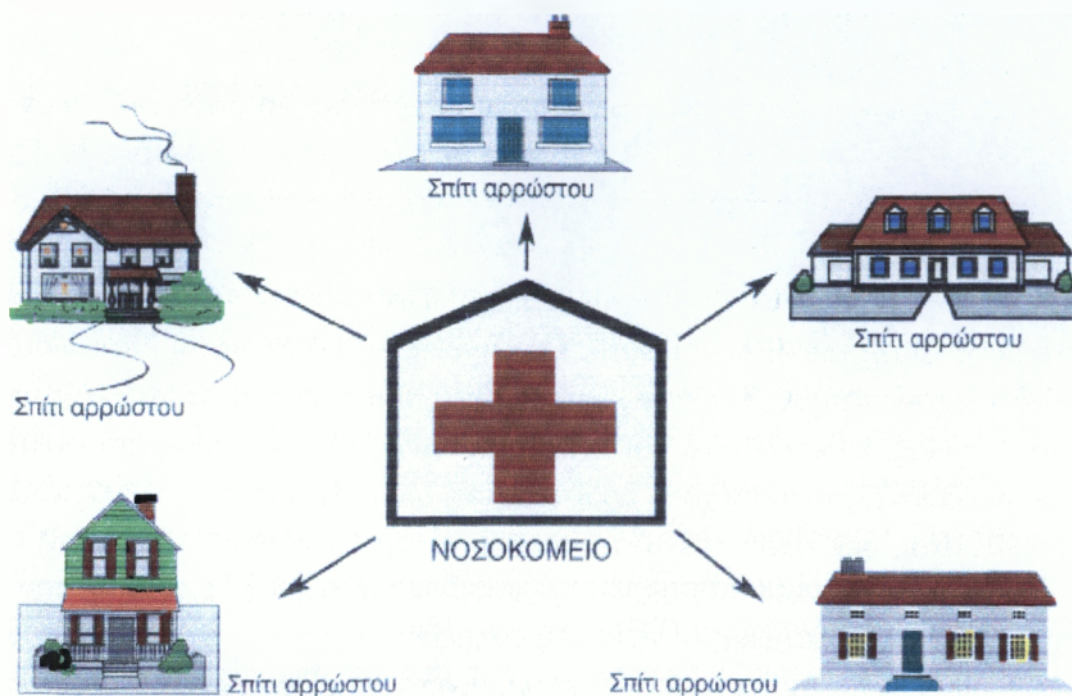
²⁴ Κυριακίδου Θ. Ε. (1997) Κοινωνική Νοσηλευτική , Δεύτερη Έκδοση , Αθήνα 1997,352-353

²⁵ Θασίτη –Αντωνοπούλου Β. (2000) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Θεσσαλονίκη 1 Δεκεμβρίου 2000,35-36

άλλες υπηρεσίες. Η ευθύνη των ιατρικών αποφάσεων παραμένει, στους θεράποντες γιατρούς του οικείου νοσοκομείου , ενώ είναι εξασφαλισμένη η άμεση εισαγωγή του αρρώστου σε αυτό αν πληρούνται συγκεκριμένα κλινικό–εργαστηριακά κριτήρια. Η τηλεϊατρική και το βίντεο τηλέφωνο, με τα οποία εφοδιάζονται σε ειδικές περιπτώσεις οι άρρωστοι , δίνουν ακόμη μεγαλύτερες δυνατότητες παρακολούθησης και μειώνουν τον αριθμό των επισκέψεων ή λύνουν τα προβλήματα αρρώστων που ζούνε σε απομονωμένες περιοχές. Σύμφωνα με την εφαρμογή τέτοιου πειραματικού προγράμματος στην Σκωτία και στην κεντρική Αγγλία σε ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ένα 30% του συνόλου των ασθενών ,είναι σε θέση να ενταχθούν με ασφάλεια στο πρόγραμμα. Μεταξύ αυτών που εντάχθηκαν τελικά σε αυτό το πρόγραμμα κατ' οίκον νοσηλείας εμφανίζουν μειωμένη συχνότητα αναπνευστικών λοιμώξεων και παροξύνσεων και βελτιωμένη ποιότητα ζωής , όπως αυτή καταγράφεται με τα ειδικά ερωτηματολόγια. Αντίθετα δεν έχει ακόμη διαπιστωθεί βελτίωση στη θνητότητα.^{26 27}

²⁶ Στρατάκος Γρ. (2000) Κατ' οίκον νοσηλεία, Θεραπεία στο σπίτι για ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια-Μια νέα προσέγγιση. *Info Respiratory Medicine* , Τεύχος 15, σελ.7,Ιούλιος –Αύγουστος-Σεπτέμβριος, (2000)

²⁷ Σιγάλας Ι. (2000) Διοικητική και οικονομική θεώρηση της νοσηλείας στο σπίτι. *Πρακτικά 2⁹⁶ Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής* , σελ. 13-14, Θεσσαλονίκη 1 Δεκεμβρίου 2000



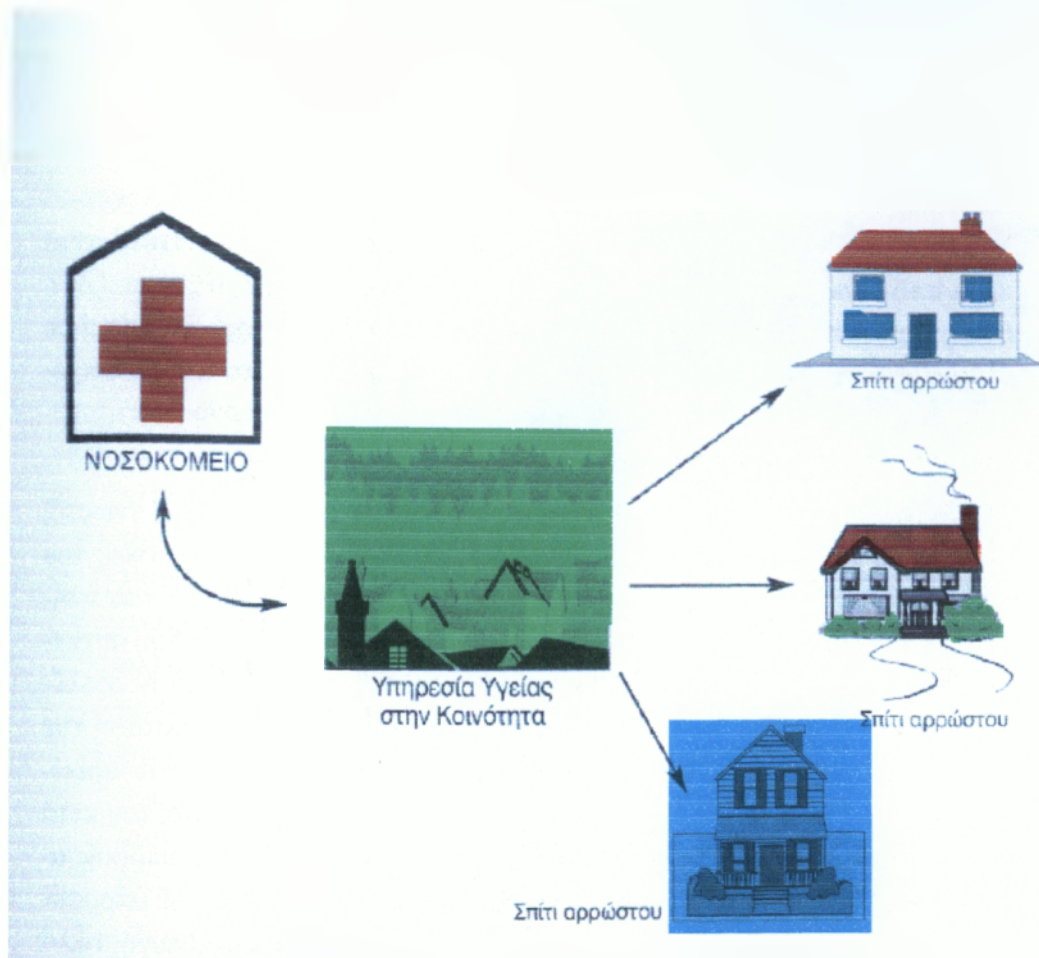
Σχ. 2. Αγγλικό πρότυπο (νοσοκομείο στο σπίτι)
 Πηγή : Σιγάλας Ι. (2000) Διοικητική και οικονομική θεώρηση της νοσηλείας στο σπίτι. Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής , σελ.14, Θεσσαλονίκη 1Δεκεμβρίου 2000

2. Το **Αμερικάνικο πρότυπο** (βλ.σχ.3) αποτελεί ένα δίκτυο φροντίδας υγείας , βασισμένο σε υπηρεσίες υγείας που βρίσκονται μέσα στην κοινότητα (σε μια μικρή πόλη ή σε ένα τομέα μιας μεγαλούπολης) και είναι διασυνδεδεμένες με το νοσοκομείο της περιοχής. Σύμφωνα με το πρόγραμμα αναγνωρίζονται οι άρρωστοι , στους οποίους μπορεί να εφαρμοστεί η νοσηλεία στο σπίτι, είτε μεταξύ νοσηλευομένων είτε μεταξύ των αρρώστων του εξωτερικού ιατρείου και μια αρχική «κατ' οίκον» επίσκεψη από ειδικευμένο νοσηλεύτη. Έπειτα , ο άρρωστος, σε επαφή με την υπηρεσία υγείας , ακολουθεί την αγωγή που του συστήνεται , παρακολουθεί την πορεία της νόσου και αναφέρεται σε τακτά χρονικά διαστήματα στους συντελεστές του προγράμματος. Συμμετέχει σε ομαδικές συγκεντρώσεις μεταξύ των αρρώστων που παρακολουθούν το πρόγραμμα και του υπεύθυνου προσωπικού. Αντικείμενο αυτών των ομαδικών συγκεντρώσεων είναι κυρίως η εκπαίδευση των αρρώστων και

η συζήτηση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν. Αν η κατάσταση υγείας του αρρώστου επιδεινωθεί τότε το πρόγραμμα διακόπτεται υποχρεωτικά και εισάγεται ο ασθενής στο νοσοκομείο. Στην Αμερική, ξεκινώντας από τα δεδομένα προηγούμενων ερευνητικών εργασιών που έδειχναν ότι η νοσηλεία στο σπίτι για ασθενείς με ΧΑΠ μειώνει τις επανεισαγωγές, μειώνει τις ημέρες νοσηλείας και συνεπώς το κόστος ανέπτυξαν την μορφή αυτού του μοντέλου. Αξιοσημείωτο είναι, ότι η χρηματοδότηση τέτοιων προγραμμάτων στην Αμερική γίνεται κατά ένα μέρος από θεσμικούς φορείς και κατά το υπόλοιπο από ιδιωτικούς φορείς, δωρεές και ασφαλιστικές εταιρίες , οι οποίες έχουν πεισθεί ότι με τον τρόπο αυτό μειώνουν το συνολικό κόστος της θεραπείας των ασφαλισμένων τους αρρώστων. Τα αποτελέσματα από την πειραματική εφαρμογή του προγράμματος δείχνουν, μείωση των ημερών νοσηλείας που απαιτούνται , μείωση της συχνότητας υποτροπών , ταχύτερη βελτίωση των συμπτωμάτων και των παραμέτρων της ποιότητας ζωής , καθώς και μείωση του κόστους ανά ασθενή σε επίπεδα ακόμα και τις τάξης του 50%.^{28 29}

²⁸ Στρατάκος Γρ. (2000) Κατ' οίκον νοσηλεία, Θεραπεία στο σπίτι για ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια-Μια νέα προσέγγιση. Info Respiratory Medicine , Τεύχος 15, σελ.7,Ιούλιος –Αύγουστος- Σεπτέμβριος. (2000)

²⁹ Σιγάλας Ι. (2000) Διοικητική και οικονομική θεώρηση της νοσηλείας στο σπίτι. Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής , σελ. 14-15, Θεσσαλονίκη 1 Δεκεμβρίου 2000



Σχ. 3. Αμερικάνικο πρότυπο (δίκτυο φροντίδας υγείας)
 Πηγή : Σιγάλας Ι. (2000) Διοικητική και οικονομική θεώρηση
 της νοσηλείας στο σπίτι. Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής
 Ημερίδας Νοσηλευτικής , σελ. 15, Θεσσαλονίκη 1Δεκεμβρίου
 2000

Οι επιπτώσεις από μια «άσκοπη» εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο θα έχουν αρνητικά αποτελέσματα στον ίδιο (βλ.σχ.4) , στο νοσοκομείο (βλ.σχ.5) και στο κοινωνικό σύνολο (βλ.σχ.6). Γενικότερα:



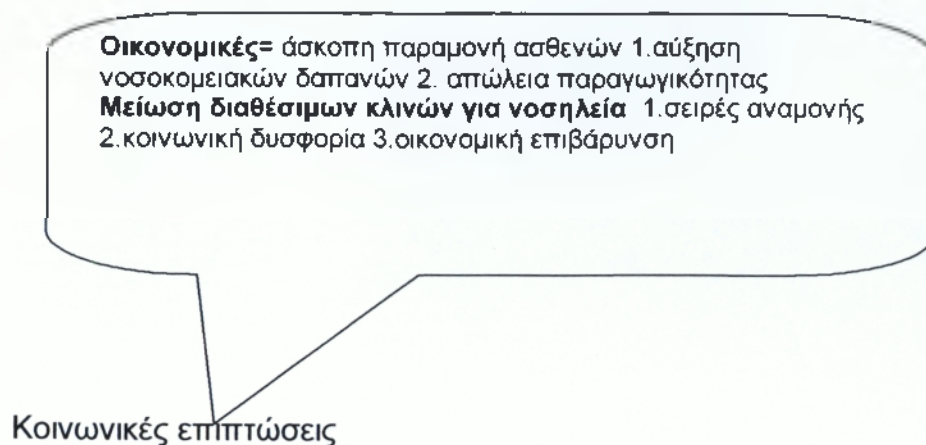
Σχ. 4. Επιπτώσεις στον ασθενή από την εισαγωγή του στο νοσοκομείο

Πηγή :Ιδία έρευνα



Σχ. 5. Επιπτώσεις στο νοσοκομείο από την «άσκοπη» εισαγωγή ασθενών

Πηγή: Ιδία έρευνα



Σχ. 6. Επιπτώσεις στο κοινωνικό σύνολο από την «άσκοπη» νοσηλεία ασθενών στο νοσοκομείο

Πηγή: Ιδία έρευνα

1.3: Ο ρόλος του νοσηλευτή στην νοσηλεία στο σπίτι

Βασικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή στην νοσηλεία στο σπίτι, γιατί έχει σαν μέλημα, να οργανώσει και να εφαρμόσει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα, η οποία θα είναι βασισμένη, σε επιστημονικές και θεωρητικές γνώσεις και δεξιότητες. Οι γνώσεις και οι δεξιότητες αυτές απαιτούνται για την νοσηλευτική εκτίμηση, επείγουσα φροντίδα, διατήρηση και προαγωγή της υγείας, τρόπους αποκατάστασης και για την φροντίδα του ατόμου σε τελικό στάδιο. Τα καθήκοντα του νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι είναι πρωτεύουσας σημασίας γιατί έχουν σαν σκοπό όχι μόνο την φροντίδα, παρακολούθηση και εκπαίδευση των ασθενών, αλλά και εκπαίδευση του οικογενειακού τους περιβάλλοντος το οποίο θα πρέπει σταδιακά να αναλάβει να φροντίζει με ασφάλεια τον άρρωστο.³⁰ Το κάθε άτομο όμως όπως και η οικογένειά του έχει ευθύνη για τον εαυτό του δεν πέφτει όλο το βάρος στον νοσηλευτή.³¹

³⁰ Θασίτη –Αντωνοπούλου Β. (2000) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «Κατ’ οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Θεσσαλονίκη 1 Δεκεμβρίου 2000,37-38

³¹ Redman Klug Barbara (1988) The process of patient education, 6th edition, 299

Η επαφή του νοσηλευτή με την οικογένεια γίνεται με την πρώτη επίσκεψη. Πριν από οποιαδήποτε αρχική επίσκεψη στο σπίτι είναι απαραίτητο να υπάρχουν κάποιες βασικές πληροφορίες που αφορούν την οικογένεια και τα μέλη που την αποτελούν. Όσες πληροφορίες συλλεχθούν τόσο καλύτερα θα είναι προετοιμασμένος ο νοσηλευτής για την επίσκεψη. Ανάλογα με τις πληροφορίες που διατίθενται σχετικά με το πρόβλημα και την οικογένεια διαμορφώνει κάποιο σχέδιο προσέγγισης και προγραμματίζει τον τρόπο με τον οποίο νομίζει ότι θα βοηθήσει την οικογένεια στην αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού. Οι περισσότερες πληροφορίες συγκεντρώνονται κατά την διάρκεια επίσκεψης στο σπίτι. Πηγές πληροφοριών θεωρούνται 1) οι απόψεις και τοποθετήσεις των μελών της οικογένειας και 2) οι παρατηρήσεις και εντυπώσεις του νοσηλευτή κατά την διάρκεια της επίσκεψης.

Για την εξασφάλιση σωστής διαπροσωπικής σχέσης ατόμου-οικογένειας - νοσηλευτή απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί το να αισθάνεται το άτομο ότι είναι αποδεκτό και να αντιμετωπίζεται ίσος προς ίσος. Αυτό αποτελεί το κλειδί για την αποδοτική συνεργασία νοσηλευτή –ατόμου και την επιτυχημένη επίσκεψη στο σπίτι. Παλαιότερα υπήρχε η άποψη ότι η αιφνιδιαστική και χωρίς προηγούμενη ενημέρωση για την επίσκεψη του νοσηλευτή στο σπίτι είναι πιο αποτελεσματική διότι δίνει την ευκαιρία για περισσότερες πληροφορίες αφού βλέπει την κατάσταση όπως είναι. Αλλά σύμφωνα με την Συμβουλευτική Επιτροπή στο σπίτι του Royal College of Nursing ο ξαφνικός έλεγχος των ανθρώπων στο σπίτι τους χωρίς προειδοποίηση βλάπτει την διαπροσωπική σχέση νοσηλευτή –ατόμου και δεν ταιριάζει στο ρόλο του κοινοτικού νοσηλευτή. Στον παρακάτω πίνακα (βλ.σχ.7) παρουσιάζονται οι τέσσερις πηγές πληροφοριών που απαιτούνται για να διεκπεραιωθεί με επιτυχία μια επίσκεψη

- Πληροφορίες που αποκτούνται με την πάροδο του χρόνου
(Συνήθειες , στατιστικά δεδομένα, έρευνες)



- Πληροφορίες που συγκεντρώνονται από την επίσκεψη
(Ατομα + οικογένεια)



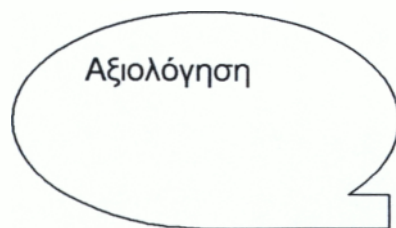
- Πληροφορίες που προσφέρονται κατά την διάρκεια της επίσκεψης
(Φυσικός + ψυχοκοινωνικός κόσμος κάθε ατόμου)



Αξιολόγηση αναγκών υγείας του ατόμου+ οικογένειάς του



- Πληροφορίες που προκύπτουν μετά την επίσκεψη
(καλύτερη γνωριμία της οικογένειας, συνθηκών ζωής και αναγκών της)



Μελλοντικός προγραμματισμός

Εφαρμογή του προγράμματος

Εκτίμηση του αποτελέσματος

Σχ. 7. Αξιολόγηση της επίσκεψης στο σπίτι

Πηγή :Ιδία έρευνα

Ο νοσηλευτής σήμερα αναγκάζεται να κατανοήσει πολλούς τύπους οικογενειών και καλείται να βοηθήσει σε θέματα υγείας που αφορούν τα μέλη τους λαμβάνοντας υπόψη και τη δική τους τοποθέτηση. Μερικά χαρακτηριστικά ισχύουν για κάθε τύπο οικογένειας όπως το ότι :

- κάθε οικογένεια είναι μοναδική
- έχει ομοιότητες με οποιαδήποτε άλλη οικογένεια
- >αποτελεί μια μικρή κοινωνική ομάδα
- >έχει δικές της πεποιθήσεις
- >έχει συγκρότηση+ ιεραρχία
- >διεκπεραιώνει συγκεκριμένες δραστηριότητες
- >περνά από τα στάδια εξέλιξης της οικογένειας
- μερικές οικογένειες μοιάζουν περισσότερο μεταξύ τους από άλλες

Η νοσηλευτική είναι ανάγκη να αντιληφθεί τις αλληλοεξαρτώμενες σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ των ατόμων προκειμένου να βοηθήσει στην προαγωγή της κοινοτικής υγείας. Τα μέλη της οικογένειας είναι αλληλοεξαρτώμενα και οι δραστηριότητες του ενός επηρεάζουν τα άλλα. Στην περίπτωση που παρουσιαστεί ένα πρόβλημα υγείας σε ένα μέλος επηρεάζονται και τα υπόλοιπα μέλη και προσπαθούν να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση και να υποστηρίξουν το άτομο που πάσχει. Οι δεσμοί που προκύπτουν από την βίωση κοινών εμπειριών , συναισθημάτων και προσδοκιών δένουν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους. «Η οικογένεια θεωρείται σαν ένα ανοικτό σύστημα από το οποίο ανταλλάσσονται πληροφορίες με το περιβάλλον. Η λειτουργικότητα της οικογένειας επηρεάζεται με ότι συμβαίνει στην κοινότητα.» Όπως κάθε άλλο ανοικτό σύστημα η οικογένεια χρειάζεται μια κατάσταση ισορροπίας για να λειτουργήσει ομαλά και ο νοσηλευτής παίζει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της οικογένειας προκειμένου να επιτύχει την επαναφορά στη ισορροπία.³²

Η οικογένεια είναι αυτή που θα νοσηλεύσει τον ασθενή , θα του προσφέρει την αγάπη ,την υποστήριξη και την ελπίδα που έχει ανάγκη. Όμως, η νοσηλεία στο σπίτι μπορεί να αποδειχτεί επικίνδυνη, στις περιπτώσεις που η οικογένεια έχει άγχος και δεν αντέξει να συνεχίσει λόγω ψυχολογικής και σωματικής κόπωσης. Γι' αυτό και πρέπει να θέτονται κάποια όρια. Στην Αμερική λειτουργούν κάποια «εκπαιδευτικά προγράμματα υποστήριξης της οικογένειας» στα οποία

³² Κυριακίδου Θ. Ε. (1997) Κοινωνική Νοσηλευτική , Δεύτερη Έκδοση , Αθήνα ,1997, 217-237

συγκεντρώνονται οικογένειες οι οποίες νοσηλεύουν και αυτές κάποιο μέλος στο σπίτι και συζητούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν με σκοπό να δίνουν κουράγιο η μια στην άλλη.³³ Η οικογένεια χρειάζεται και αυτή ψυχολογική υποστήριξη και ο νοσηλευτής πρέπει να παρέχει συμβουλές και να τους βοηθά να ξεπερνούν την κρίση που ίσως έχουν.³⁴ Η οικογένεια αποτελεί σύνολο και σύστημα και η αρρώστια ενός μέλους του συστήματος έχει άμεση επίπτωση σε όλο το σύστημα. Όσο πιο σωστά και αποτελεσματικά λειτουργεί το σύστημα τόσο πιο καλά θα προσαρμόζονται τα μέλη.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αγωγή υγείας της οικογένειας είναι σημαντικός και οι ευκαιρίες για διδασκαλία και ενημέρωση ατελείωτες. **Ο νοσηλευτής πρέπει σαν καθήκοντα να έχει τα εξής :**

1. Να προσφέρει νοσηλευτική φροντίδα στα άρρωστα άτομα και να αξιολογεί τις άμεσες ανάγκες της υγείας τους και των οικογενειών τους.
2. Να υποστηρίζει, να βοηθά και να κατευθύνει τους συγγενείς των ατόμων που συμμετέχουν στην φροντίδα. Να δημιουργεί ευκαιρίες ομαδικών συζητήσεων με σκοπό να ανταλλάσσονται απόψεις ,να δίνονται λύσεις σε πιθανά προβλήματα και να ενισχύεται η αλληλοϋποστήριξη και η ηθική ενίσχυση.
3. Να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για να εξασφαλίσει ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα και να είναι σε θέση να βοηθήσει στον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων αποκατάστασης της υγείας των ατόμων της κοινότητας.
4. Να προσφέρει την εξειδικευμένη νοσηλευτική γνώση και συμβολή του στην εργασία όλης της ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
5. Να εκτιμά την ασφάλεια του σπιτιού για τον ασθενή. Ο νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει καλά και να χρησιμοποιεί σωστά και αποτελεσματικά τις πηγές και τα μέσα που διαθέτει η κοινότητα για να εξασφαλιστεί η ολοκληρωμένη νοσηλευτική φροντίδα.
6. Να επιβλέπει και να συντονίζει την εργασία της νοσηλευτικής ομάδος και να συνεργάζεται τόσο με το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και με τα

³³ Redman Klug Barbara (1988) The process of patient education,6th edition, 295

³⁴ Berger J. Karen – Williams Brinkman Marilyn (1999) Fundamentals of Nursing-collaborating for optimal health, volume 3, 2nd edition, Stamford –Connecticut,774

άλλα μέλη της ομάδας ΠΦΥ, για να πετύχει την εξασφάλιση της φροντίδας.

7. Να συμμετέχει σε εκπαιδευτικά προγράμματα και να προσφέρει γνώμη σχετικά με τα νοσηλευτικά θέματα και τις προτάσεις του νοσηλευτικού έργου στην κοινότητα. Να ενδιαφέρεται για τη συνεχή ενδοϋπηρεσιακή επιμόρφωση της ομάδας και τον σωστό προσανατολισμό του νέου προσωπικού.^{35 36 37 38}
8. Η οικογένεια και ο άρρωστος περνάνε κρίση σε κάποιες φάσεις της νοσηλείας. Σε αυτή την περίπτωση ο ρόλος του νοσηλευτή είναι υποστηρικτικός και βοηθά στην κρίση ώστε να ξεπεραστεί και να βοηθηθούν ώστε να την περάσουν μαζί και την επόμενη φορά να την αντιμετωπίσουν με ψυχραιμία και ηρεμία. Το μέλος μετά από κάθε κρίση γίνεται πιο δυνατό γιατί μαθαίνει.³⁹
9. Να εκπαιδεύει τον ασθενή ακόμη και πριν από την έξοδό του από το νοσοκομείο και να τον προετοιμάζει κατάλληλα για την νοσηλεία του στο σπίτι. Στο University of Nebraska Medical center το άτομο που ασχολείται με την εκπαίδευση του ασθενούς όταν θεωρήσει ότι ο ασθενής έχει εκπαιδευτεί και είναι έτοιμος, μόνο τότε φεύγει από το νοσοκομείο. Αυτό φυσικά θα το κρίνει και ο ίδιος ο ασθενής δηλαδή το κατά πόσο νιώθει έτοιμος και σίγουρα εκπαιδευμένος. Αυτή η τακτική δεν εφαρμόζεται σε όλα τα νοσοκομεία. Στο University of Nebraska Medical center το νοσοκομείο έχει την ευθύνη για την εκπαίδευση του ασθενή.⁴⁰

Εκτός όμως από τα καθήκοντα , ο νοσηλευτής πρέπει να διδάξει στην οικογένεια που φροντίζει τον ασθενή κάποιες **βασικές αρχές** :

³⁵ Θασίτη –Αντωνοπούλου Β. (2000) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Θεσσαλονίκη 1 Δεκεμβρίου 2000,37-38

³⁶ Κυριακίδου Θ. Ε. (1997) Κοινωνική Νοσηλευτική , Δεύτερη Έκδοση , Αθήνα ,1997, 354-355

³⁷ Θ. Κωνσταντινίδης- Ε. Τζαγκαράκη (1998) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τομ.10, τευχ.1, 29,1998

³⁸ Ραγιά Α. (1991) Βασική Νοσηλευτική , Β' έκδοση, Αθήνα, 59-60

³⁹ Redman Klug Barbara (1988) The process of patient education,6th edition, 295

⁴⁰ Redman Klug Barbara (1988) The process of patient education,6th edition, 307

1. **Ασφάλεια** Για την αποφυγή δυσάρεστων καταστάσεων όπως λοιμώξεων, λόγω μεταδοτικού νοσήματος ή έλλειψης απολύμανσης, η νοσηλεύτρια , πρέπει να διδάξει στην οικογένεια και στον άρρωστο πως θα εφαρμόζουν κάποια μέτρα απολύμανσης τα οποία θα τους προστατεύσουν από ανεπιθύμητες καταστάσεις. Μέλημα της νοσηλεύτριας είναι η μέριμνα για την πρόληψη της αρρώστιας , των μολύνσεων και ατυχημάτων γι' αυτό πρέπει και η ίδια να είναι απολύτως προσεκτική.
2. **Άνεση** Ο άρρωστος μπορεί να βρίσκεται μέσα στον οικείο χώρο του σπιτιού του αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι είναι και απόλυτα άνετος. Για την άνεση του ασθενούς η οποία συνεπάγεται και την ανάρρωσή του , πρέπει να προσεχτούν κάποιες λεπτομέρειες όπως το καλοστρωμένο κρεβάτι , το συχνό γύρισμα των μαξιλαριών, η αλλαγή θέσεως στο κρεβάτι ανά τακτά χρονικά διαστήματα τα οποία συμβάλλουν στην άνεση του αρρώστου.
3. **Οικονομία** Όταν αναφέρεται η λέξη οικονομία δεν νοείται μόνο η οικονομία σαν έννοια χρηματική, αλλά μπορεί να γίνει και στον χρόνο και στην ενέργεια που καταβάλει η νοσηλεύτρια για την εφαρμογή κάποιων διαδικασιών, όπως η κατάλληλη τοποθέτηση των αντικειμένων πριν να αρχίσει η φροντίδα του αρρώστου.
4. **Τάξη και καλαισθησία** Ο χώρος μέσα στον οποίο νοσηλεύεται ο ασθενής πρέπει να είναι διακοσμημένος με τέτοιο τρόπο που να διευκολύνεται η νοσηλεία του. Επαρκής φωτισμός, φυσικός αερισμός , θέρμανση και καθαριότητα είναι στοιχεία στα οποία πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση για την σωστή και υγιή νοσηλεία του ασθενή. Το δωμάτιο πρέπει να είναι κοντά στους βοηθητικούς χώρους ώστε να επιτρέπει την διευκόλυνση των εργασιών της καθημερινής του φροντίδας.
5. **Περιποιημένη εμφάνιση** Η νοσηλεύτρια πρέπει να δίνει σημασία και έμφαση στην προσωπική της εμφάνιση η οποία έχει άμεση σχέση με την ατομική υγιεινή του αρρώστου. Από λεπτομέρειες όπως το χτένισμα των μαλλιών, το λουτρό καθαριότητας, η αλλαγή νυχτικού ο ασθενής νιώθει μεγαλύτερη άνεση, αισιοδοξία και ευεξία.
6. **Προσαρμογή του προγράμματος της οικογενειακής ζωής** Η οικογένεια πρέπει να αναθεωρήσει κάποιες οικιακές εργασίες και να προσπαθήσει να περιορίσει ορισμένες άλλες, με σκοπό να αφιερώσει τον

χρόνο αυτό στην φροντίδα του αρρώστου. Φυσικά θα πρέπει όλα τα μέλη της οικογένειας να προσφέρουν την προσωπική τους εργασία για τις οικιακές δουλειές ώστε να μην επιβαρύνεται ένα άτομο με υπέρμετρη εργασία και ευθύνη.

7. Ημερολόγιο καταστάσεως του αρρώστου Η νοσηλεύτρια-μέλος της οικογένειας γράφει καθημερινά ημερολόγιο το οποίο περιλαμβάνει την πρωινή και απογευματινή θερμοκρασία του αρρώστου, τη δόση και την ώρα λήψεως φαρμάκων, τα συμπτώματα του αρρώστου και τυχόν αλλαγή της καταστάσεώς του, τις αντιδράσεις και τη συμπεριφορά του. Για να επιτύχει η νοσηλεύτρια τη συνεχή παρατήρηση και παρακολούθηση του ασθενή, πρέπει να παραμένει συνεχώς δίπλα του. Το ημερολόγιο αποτελεί τη βάση για την αποφυγή παραλείψεων και λαθών γι' αυτό και πρέπει τα στοιχεία που καταγράφονται σε αυτό να είναι ακριβή και σαφέστατα. Η νοσηλεύτρια και ο γιατρός, παίρνουν πληροφορίες σχετικά με την υγεία του ασθενή που παρακολουθούν, και έτσι προσανατολίζονται κάνοντας τη διάγνωση και μπορούν να εκτιμήσουν την πορεία της υγείας του. Το ημερολόγιο αυτό θεωρείται το αρχείο του ασθενή.

8. Απασχόληση του αρρώστου Είναι σημαντική η απασχόληση του ασθενή στο σπίτι, μέσω διάφορων δραστηριοτήτων όπως το διάβασμα, η παρακολούθηση τηλεοπτικών εκπομπών, η ζωγραφική, η μουσική, οι οποίες θα τον βοηθήσουν να περνά ευχάριστα την ώρα του και να μην νιώθει ανία. Φυσικά, τα ενδιαφέροντα είναι ανάλογα της ηλικίας, του φύλου και των δραστηριοτήτων που έχει ο ασθενής. Διαφορετικά θα απασχοληθεί ένα μικρό παιδί και διαφορετικά ένας ηλικιωμένος. Η καθημερινή αυτή απασχόληση θα χαρίσει ευεξία και ζωντάνια στον άρρωστο αποσπώντας του την προσοχή από την κατάστασή του.

9. Εκπλήρωση ψυχολογικών αναγκών του αρρώστου Λόγω της κατάστασης της υγείας του, νιώθει ολοένα και περισσότερο την ανάγκη για θερμότερη αγάπη, κατανόηση και αναγνώριση της προσωπικότητάς του. Έχει ευαισθητοποιηθεί ψυχολογικά, ο χαρακτήρας του είναι ευερέθιστος και πολλές φορές εμφανίζει τάσεις εγωκεντρισμού. Το οικογενειακό του περιβάλλον, θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικό στον τρόπο έκφρασης των συναισθημάτων του. Κάθε δήλωση κόπωσης ή απελπισίας θα πρέπει να μην γίνεται τουλάχιστον φανερό μπροστά του,

γιατί τραυματίζεται και επηρεάζεται ο ψυχικός του κόσμος. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να εγκαταλείπεται για πολλές ώρες μόνος του ακόμη και αν το υπεύθυνο άτομο έχει πολλές εργασίες σε άλλους χώρους του σπιτιού. Πρέπει να υπάρχει συνεχής επικοινωνία ώστε να μην του επιτρέπεται να απομονώνεται στον εαυτό του. Μια τέτοια απομόνωση σημαίνει ότι του δίνεται η δυνατότητα για ονειροπολήσεις και τη δημιουργία ψευδαισθήσεων. *Η επικοινωνία είναι νοσηλεία με θεραπευτικές δυνατότητες.*

10. **Ανάρρωση ασθενούς** Ο άρρωστος καλό θα είναι να αυτοεξυπηρετείται και να μάθει να ανεξαρτητοποιείται σιγά-σιγά από τις φροντίδες της οικογένειάς του και της νοσηλεύτριας, με σκοπό την γρήγορη επιστροφή του στις συνήθειες της καθημερινής του ζωής.
11. **Ιστορικό υγείας της οικογένειας** Η οικογένεια θα πρέπει να διατηρεί ατομικό βιβλιάριο για κάθε μέλος της το οποίο θα καταγράφει πιθανές ασθένειες, εμβόλια, εξετάσεις και εγχειρήσεις στις οποίες έχει υποβληθεί καθώς και το όνομα του γιατρού.
12. **Επικοινωνία με τον γιατρό** Είναι μέλημα του ατόμου που φροντίζει τον άρρωστο να επικοινωνεί και να συνεργάζεται με τον γιατρό ο οποίος παρακολουθεί την κατάσταση του ασθενή και να τηρεί τις οδηγίες και τις συμβουλές του.
13. **Συνεργασία με την νοσηλεύτρια** Η νοσηλεύτρια επισκέπτεται την οικογένεια και για να φροντίσει τον άρρωστο όχι μόνο για να εκπαιδεύσει τα μέλη της. Βασικό της μέλημα κατ' αρχήν είναι να προγραμματίσει τις εργασίες και τη νοσηλευτική φροντίδα που θα παρέχει ενώ συγχρόνως εκπαιδεύει και το οικείο περιβάλλον του ασθενή το οποίο θα την βοηθήσει με τη σωστή συνεργασία του. ⁴¹

Γενικά ο νοσηλευτής που ασχολείται με τα προγράμματα της νοσηλείας κατ' οίκον πρέπει να έχει ανοικτό μυαλό και να καταλαβαίνει από μόνος του πως νιώθει ο ασθενής και ποιες είναι οι ανάγκες του. Χρειάζεται να τον επιβραβεύει , να του δίνει κουράγιο , να δείχνει ότι καταλαβαίνει τον πόνο του για να τον κάνει να νιώσει καλύτερα.⁴² Πρέπει να βλέπει την κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι

⁴¹ Παγιά Α. (1991) Βασική Νοσηλευτική, Β' έκδοση, Αθήνα, σελ.60-63

⁴² Berger J. Karen – Williams Brinkman Marilyn (1999) Fundamentals of Nursing-collaborating for optimal health, volume 3, 2nd edition, Stamford –Connecticut, 774

και να γνωρίζει τι πρέπει και τι δεν πρέπει να κάνει ο καθένας. Κάποιες φορές θα πρέπει να αλλάζει και ο τρόπος ζωής ώστε να συμβάλλει στην νοσηλεία του αρρώστου.⁴³

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις του νοσηλευτή στην κατ' οίκον νοσηλεία είναι η λήψη βασικών ζωτικών σημείων (όπως η καταγραφή της αναπνοής και των σφίξεων, η θερμοκρασία), η λήψη ηλεκτροκαρδιογραφήματος, χορήγηση φαρμάκων *per-os* –ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως, παρεντερική χορήγηση υγρών-σίτιση, μετάγγιση αίματος, χημειοθεραπεία, αιμοκάθαρση, περιτοναϊκές πλύσεις, αλλαγές τραυμάτων, περιποίηση κατακλίσεων, λήψη δειγμάτων για καλλιέργειες, λήψη αίματος για διενέργεια εξετάσεων, αντιμετώπιση αναπνευστικών κρίσεων, διδασκαλία για χρήση ειδικών συσκευών όπως σακχαρόμετρο και στυλό χορήγησης ινσουλίνης, και τέλος διδασκαλία για την αντιμετώπιση του πόνου με νέες μεθόδους.⁴⁴

Ο νοσηλευτής στα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι ασχολείται και με ασθενείς οι οποίοι είναι χρόνιοι άρρωστοι. Χρόνια ονομάζεται η ασθένεια η οποία παρουσιάζει συμπτώματα και ενοχλήματα για μακρό χρονικό διάστημα και από την οποία παρατηρείται μόνο μερική ανάρρωση. Η μεγαλύτερη ίσως «πρόκληση» για τον άρρωστο είναι να μάθει να «ζεί» με την ασθένειά του. Οι διαφοροποιήσεις που βιώνει στην καθημερινή του ζωή μπορεί να είναι σημαντικές τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο.⁴⁵ Η χρόνια αρρώστια παρουσιάζει εξάρσεις και υφέσεις καθώς και χρόνια εξελικτική επιδείνωση και παρουσιάζει όχι μόνο χρονίζοντα οργανικά ενοχλήματα αλλά και χρόνιες ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές επιπτώσεις στο άτομο που θεωρείται πάσχον αλλά και στην οικογένειά του.⁴⁶ Αν ο χρόνιος ασθενής είναι ο πατέρας, επηρεάζεται η οικονομική κατάσταση και η οικογένεια αναπροσαρμόζει τους σκοπούς και τους τρόπους ζωής της. Αν πρέπει να εργαστεί η μητέρα, χρειάζεται

⁴³ Berger J. Karen – Williams Brinkman Marilyn (1999) Fundamentals of Nursing-collaborating for optimal health, volume 3, 2nd edition, Stamford –Connecticut, 1033

⁴⁴ Θασίτη –Αντωνοπούλου Β. (2000) Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι. Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Θεσσαλονίκη 1 Δεκεμβρίου 2000, σελ.38

⁴⁵ Παπαδάτου Δ.-Αναγνωστόπουλος Φ. (1997) Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 2^η έκδοση, σελ.121, Αθήνα 1997, εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

⁴⁶ Κυριακίδου Θ. Ε. (1997) Κοινωνική Νοσηλευτική, Δεύτερη Έκδοση, Αθήνα, 1997, σελ.356

να κάνει σχέδια για την επίβλεψη των παιδιών και να περιποιείται επί πλέον και τον ασθενή. Αν η μητέρα είναι ο ασθενής, η οικογενειακή ζωή ακόμη περισσότερο διασπάται. Όλα αυτά επηρεάζουν τη σωματική ευεξία και τον συναισθηματικό τόνο της οικογένειας. Η υπερπροστασία του χρόνιου ασθενή, ο αποκλεισμός του από τις χαρές και τις λύπες της καθημερινής ζωής, φαίνεται σαν άρνηση των δικαιωμάτων του σαν μέλους της οικογένειας. Σαν παθητικός παρατηρητής της οικογενειακής ζωής ο ασθενής αισθάνεται άχρηστος, παραμελημένος, ανεπαρκής. Τα μέλη της οικογένειας είναι και αυτά άτομα με ανάγκες, επιθυμίες, επιδιώξεις, που παρεμποδίζει η ασθένεια του αρρώστου. Η στάση της οικογένειας είναι σπουδαίο στοιχείο, που επιταχύνει ή επιβραδύνει την πρόοδο του αρρώστου προς την καλύτερη υγεία. Άρα χρειάζεται και η οικογένεια νοσηλευτική φροντίδα.⁴⁷

Παράδειγμα ατόμου με χρόνια ασθένεια είναι ασθενής με σκλήρυνση κατά πλάκας ο οποίος νιώθει απομόνωση και μοναξιά και οι δυνατότητές του για κοινωνική και φιλική σχέση είναι περιορισμένες, διότι η φυσική του κατάσταση και οι δυνατότητες αυτοεξυπηρέτησης μειώνονται συνέχεια. Ο νοσηλευτής σε αυτή την περίπτωση έχει σαν σκοπούς να ενισχύσει την προσαρμοστική ικανότητα του ατόμου και της οικογένειας του, να το ενθαρρύνει και να το παροτρύνει για δραστηριότητες που βελτιώνουν την υγεία του, να το βοηθήσει να μειώσει το stress, όπως και να αντιμετωπίσει την κόπωση που δημιουργεί η αρρώστια σε αυτό και την οικογένειά του. Τα χρόνια άρρωστα άτομα έχουν έντονο το αίσθημα της απώλειας ελέγχου στον εαυτό τους, στη ζωή αλλά και στο περιβάλλον τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται αδύναμα και εξαρτημένα. **Μερικοί τρόποι για να ενισχυθεί το αίσθημα ανεξαρτησίας και ελέγχου είναι (βλ.σχ.8) :**

⁴⁷ Ραγιά Α. (1991) Βασική Νοσηλευτική, Β' έκδοση, Αθήνα, σελ.328-329

Ενίσχυση	Αποτέλεσμα
• Μετατροπή περιβάλλοντος → στις ανάγκες του ασθενούς	Εξασφάλιση αυτοφροντίδας
• Επιλογή προσωπικών επισκέψεων →	Αύξηση αισθήματος πρωτοβουλίας
• Προσωπική ενημέρωση για την πορεία της υγείας του →	Αποφασιστικότητα
• Έκφραση συναισθημάτων →	Επίλυση+ αντιμετώπιση προβλημάτων
• Δραστηριοποίησή του για την αποφυγή έλλειψης κινητικότητας →	Ενεργή διατήρηση της σωματικής ευεξίας
• Προσοχή σε θέματα υγιεινής →	Περιορισμό δυσάρεστων καταστάσεων που μπορούν να τον ενοχλήσουν
• Διατήρηση αισθήματος αισιοδοξίας →	Έμπνευση της ελπίδας και θετικής σκέψης ⁴⁸

Σχ. 8. Τρόποι ενίσχυσης αισθήματος ανεξαρτησίας+ ελέγχου στους χρόνιους ασθενείς.

Πηγή: Ιδία έρευνα

Όλα τα στοιχεία που αναφέρθηκαν πιο πάνω, αποτελούν τις πηγές για την ενθάρρυνση του αισθήματος ελέγχου και ανεξαρτησίας του χρόνιου ασθενή ο

⁴⁸ Κυριακίδου Θ. Ε. (1997) Κοινωνική Νοσηλευτική , Δεύτερη Έκδοση , Αθήνα ,1997, σελ. 358-360

οποίος λόγω της συνεχούς ασθενούς κατάστασης της υγείας του , χρειάζεται επαναλαμβανόμενη βοήθεια, υποστήριξη και φροντίδα από το οικείο περιβάλλον για να μπορέσει να εξασφαλίσει καλύτερη ποιότητα ζωής . Η ψυχολογική υποστήριξη, η αγάπη και η σιγουριά που του προσφέρει ο οικογενειακός κύκλος , τον βοηθούν να επιλύσει τα καθημερινά προβλήματα, ενισχύουν το αίσθημα ελπίδας και αισιοδοξίας και αποτελούν την μεγαλύτερη προσφορά γι' αυτόν και την οικογένειά του.

Η Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών (American Nurses' Association, ANA) το 1986 έθεσε ορισμένες αρχές οργάνωσης και λειτουργίας της νοσηλευτικής φροντίδας στο σπίτι για να μπορέσει να εκτιμήσει την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται στην κατ' οίκον νοσηλεία.

Αρχή 1> Όλα τα προγράμματα νοσηλείας στο σπίτι σχεδιάζονται , οργανώνονται και διευθύνονται από κατάλληλα εκπαιδευμένο , με μεταπτυχιακό τίτλο νοσηλεύτη με εμπειρία στην κοινοτική νοσηλευτική και τη διοίκηση.

Αρχή 2> Ο νοσηλευτής εφαρμόζει τις θεωρητικές έννοιες σαν βάση για τις αποφάσεις του στην πρακτική άσκηση της κατ' οίκον νοσηλείας.

Αρχή 3> Ο νοσηλευτής συνεχώς συλλέγει και καταγράφει τις πληροφορίες οι οποίες είναι κατανοητές και συστηματικές.

Αρχή 4> Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες από την εκτίμηση του επιπέδου υγείας του ασθενή για την εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών.

Αρχή 5> Ο νοσηλευτής αναπτύσσει σχέδια φροντίδας τα οποία καθορίζουν στόχους. Το σχέδιο φροντίδας είναι βασισμένο στις νοσηλευτικές διαγνώσεις και ενσωματώνει νοσηλευτικές πράξεις που σχετίζονται με τη θεραπεία , πρόληψη και αποκατάσταση.

Αρχή 6> Η νοσηλευτική παρέμβαση καθοδηγείται από λεπτομερές σχέδιο νοσηλευτικής φροντίδας και στοχεύει στην ανακούφιση , επαναφορά, βελτίωση και προαγωγή της υγείας, αλλά και στην πρόληψη επιπλοκών και στην αποκατάσταση της υγείας.

Αρχή 7> Ο νοσηλευτής συνεχώς αξιολογεί τις αντιδράσεις του ατόμου και της οικογένειάς του στις παρεμβάσεις του για να καθορίζει την πρόοδό του όσον αφορά στην επίτευξη των στόχων και να αναθεωρήσει τις βάσεις δεδομένων , τις νοσηλευτικές διαγνώσεις και το σχέδιο φροντίδας.

Αρχή 8>Ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την κατάλληλη και αδιάκοπη φροντίδα μέσα στο πλαίσιο της συνεχούς φροντίδας υγείας και επομένως χρησιμοποιεί τον ανάλογο σχεδιασμό και συνεργασία με τις πηγές της κοινότητας.

Αρχή 9>Ο νοσηλευτής εγκαινιάζει και διατηρεί ένα σύνδεσμο με τα κατάλληλα άτομα που παρέχουν φροντίδα υγείας έτσι ώστε να εξασφαλίσει ότι όλες οι προσπάθειες αποτελεσματικά συμπληρώνουν η μια την άλλη.

Αρχή 10>Ο νοσηλευτής θεωρεί ως δεδομένο την υπευθυνότητα για την επαγγελματική εξέλιξη και συμβάλλει στην επαγγελματική ανάπτυξη των άλλων.

Αρχή 11>Ο νοσηλευτής συμμετέχει στις ερευνητικές δραστηριότητες οι οποίες συμβάλλουν στη συνεχή ανάπτυξη του επαγγέλματος όσον αφορά στη γνώση για τη φροντίδα υγείας στο σπίτι.

Αρχή 12>Ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί τον κώδικα ηθική και δεοντολογίας που καθιέρωσε η Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών ως οδηγό για θέματα ηθικής που αφορούν στη λήψη αποφάσεων στην πράξη.⁴⁹

1.4: Ο ρόλος του γιατρού στη νοσηλεία στο σπίτι

Η παλαιότερη και συνηθέστερη μορφή παροχής υπηρεσιών ανοικτής περίθαλψης θεωρείται ότι παρέχεται **από τον γιατρό γενικής ιατρικής**. Ο όρος του γενικού γιατρού (general practitioner) με τα καθήκοντα που εκτελεί σήμερα, υιοθετήθηκε για πρώτη φορά στις αρχές του 19^{ου} αιώνα και στα μέσα του 20^{ου} αιώνα πολλοί πείστηκαν ότι το μέλλον αυτής της μορφής περίθαλψης έπρεπε να στηριχτεί στην τεχνολογία και την εξειδίκευση. Ο θεσμός του γενικού- οικογενειακού γιατρού αρχικά παρουσιάστηκε στην Μεγάλη Βρετανία και σήμερα λειτουργεί με μια ευρεία ποικιλία παραλλαγών σε όλες σχεδόν τις Ευρωπαϊκές χώρες και στον υπόλοιπο κόσμο.⁵⁰ Ο ρόλος του γιατρού γενικής ιατρικής άρχισε να φθίνει στις περισσότερες χώρες αντίθετα με τον γιατρό ειδικής ιατρικής που παρουσίασε αύξηση. Στις ΗΠΑ το ποσοστό των ειδικών γιατρών έφτασε το 1969 το ποσοστό του 77% και το

⁴⁹ Θ. Κωνσταντινίδης- Ε. Τζαγκαράκη (1998) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τομ.10, τευχ.1,σελ 26,1998

⁵⁰ Κυριόπουλος Γ. –Φιλαλήθης Τ. (1996) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, σελ.99, εκδόσεις «Θεμέλιο»,Αθήνα 1996

1984 στο 85% με αντίστοιχη μείωση των γιατρών γενικής ιατρικής. Στην χώρα μας υπήρχαν το 1979 μόνο 66 άτομα με την ειδικότητα γενικής ιατρικής ενώ σήμερα ο αριθμός αυτός έχει αυξηθεί στους 560 ενώ έχει υπολογιστεί ότι για την κάλυψη του πληθυσμού της χώρας, είναι αναγκαίοι 5000-6000.

Ο οικογενειακός γιατρός ήταν παλιότερα γιατρός χωρίς ειδικότητα όμως εδώ και μερικά χρόνια στα περισσότερα υγειονομικά συστήματα το θεσμό αυτό τον υπηρετούν γιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής.

Σύμφωνα με την παράγραφο 5 του άρθρου 32 του Ν.2519/97 *«οι οικογενειακοί γιατροί παρέχουν τις υπηρεσίες τους στο ιατρείο καθημερινά σε συγκεκριμένες πρωινές και απογευματινές ώρες , κατά την διάρκεια των οποίων εξυπηρετούν αποκλειστικά και μόνο τους δικαιούχους του δικτύου που είναι εγγεγραμμένοι στον κατάλόγό τους , και σε κατ' οίκον επισκέψεις οποιαδήποτε ώρα του εικοσιτετραώρου όταν αυτό απαιτείται.»*

Οι όροι του γενικού και οικογενειακού γιατρού χρησιμοποιούνται ως έννοιες εναλλακτικές στις οποίες ο πρώτος αναφέρεται στο περιεχόμενο της εκπαίδευσης ενώ ο δεύτερος στον τρόπο άσκησης των καθηκόντων του μέσα στο σύστημα υγείας. Σήμερα όμως οι έννοιες αυτές τείνουν να ταυτιστούν αν και υπάρχουν διαφορές αφού αυτός του γενικού γιατρού υπονοεί εκείνον που ασχολείται με άρρωστα άτομα , ενώ αυτός του οικογενειακού του γιατρού που εργάζεται συμβουλευτικά και θεραπευτικά μέσα στην οικογένεια. Σύμφωνα με έναν ορισμό της Ερευνητικής Ομάδας Πρωτοβουλίας των Ευρωπαϊκών Γενικών Γιατρών *«ο γενικός γιατρός είναι ένας εξουσιοδοτημένος πτυχιούχος της Ιατρικής , που παρέχει πρωτοβάθμια , προσωπική και συνεχιζόμενη φροντίδα σε άτομα, οικογένειες και σε ένα σύνολο πληθυσμού ανεξάρτητα από ηλικία , φύλο και ασθένεια. Παρακολουθεί τους ασθενείς στα σπίτια τους, στο ιατρείο του και μερικές φορές σε κλινικές ή και σε νοσοκομείο»*

Χαρακτηριστικό του γενικού – οικογενειακού γιατρού είναι ο ενεργητικός του ρόλος αφού δεν περιορίζεται στο να ικανοποιεί τις ανάγκες για φροντίδα υγείας μόνο στους ασθενείς αλλά και μεριμνά για την διαφώτιση του συνόλου των ατόμων για τους οποίους είναι υπεύθυνος.⁵¹ Ο γιατρός που θα θελήσει να ασχοληθεί στην ομάδα της κατ' οίκον νοσηλείας δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να θεωρεί τον εαυτό του σαν γιατρός δεύτερης κατηγορίας.

⁵¹ Θεοδώρου Μ. (1994) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , Ο ρόλος του γενικού –οικογενειακού γιατρού μέσα στο σύστημα υγείας, τόμος 6, τεύχος 3, σελ. 140-144

Σήμερα το εύρος των γνώσεων επεκτείνεται ραγδαία και έτσι ο γιατρός που ασχολείται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη πρέπει να αφιερώνει αρκετές ώρες στην προσωπική του μελέτη ώστε να παραμένει ενημερωμένος.⁵²

Προγράμματα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πραγματοποιούνται στην περιφέρεια της Κρήτης από το 1986 με τη στήριξη του Υπουργείου Υγείας και της Ευρωπαϊκής Οικονομικής Κοινότητας. Τα προγράμματα αυτά επωφελούνται γνώσεων και μπορούν να αντιμετωπίσουν ερευνητικά και αναπτυξιακά πολλές από τις υπάρχουσες ανάγκες. Το ενδιαφέρον εστιάζεται κυρίως στην έρευνα παραγόντων κινδύνου για την εμφάνιση των κυριότερων νόσων και στην παρέμβαση στην κοινότητα, δίνοντας έμφαση στην εκπαίδευση και στην επιμόρφωση. Η κοινωνική ιατρική και η οικογενειακή γενική ιατρική αποτελούν τις κύριες συνιστώσες της ιατρικής στην κοινότητα.

Τα προγράμματα αυτά αποτελούν μοχλό ανάπτυξης της ΠΦΥ στην κοινότητα.⁵³

Από τη δεκαετία του '60 και ιδιαίτερα του '80, ιδιαίτερα στο Ηνωμένο Βασίλειο, αναγνωρίστηκε η ανάγκη να αναπτυχθούν ομάδες υγείας, με ομάδες γενικών γιατρών που εργάζονται στο ίδιο ιατρείο μέσα στην κοινότητα, μαζί με νοσηλεύτριες, μαίες, κοινωνικούς λειτουργούς, γραμματείς. Ο ρόλος της ομάδας υγείας είναι σημαντικός για τη φροντίδα στο σπίτι.⁵⁴ Η ομάδα θα πρέπει να είναι δομημένη ώστε να μπορεί να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της εμπλοκής στην κοινότητα. Αποτελεσματική παροχή φροντίδων κατ' οίκον νοσηλείας θα μπορέσει να επιτευχθεί εφόσον αυτή παρέχεται στα πλαίσια μιας τέτοιας ομάδας. Προκειμένου να είναι επιτυχημένη η νοσηλευτική αντιμετώπιση του αρρώστου στο σπίτι απαραίτητη προϋπόθεση είναι η κατάλληλη οργανωτική δομή της ομάδας νοσηλείας αλλά και των υγειονομικών υπηρεσιών αυτής και η ανάλογη

⁵² Κεσίσσογλου Ι. (2000) Ο ρόλος του γιατρού στην κατ' οίκον νοσηλεία, Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής, σελ. 31, Θεσσαλονίκη 1 Δεκεμβρίου 2000.

⁵³ Φιορέτος Μ., Διαμαντόπουλος Θ., Σαββάκη Μ., Λιονής Χ. (1994) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα :Σημερινή κατάσταση και προϋποθέσεις μελλοντικής ανάπτυξης, τόμος 6, τεύχος 3, σελ. 134, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1994.

⁵⁴ Αντωνάκης Ν., Λιονής Χ., Κούτης Α., Χριστοδουλάκη Μ., Φιορέτος Μ., (1994) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ο γενικός γιατρός και η φυσικοθεραπεία του ημιπληγικού, παραπληγικού και τετραπληγικού στο σπίτι, τόμ.6, τεύχ. 1, σελ. 32-33, Ιανουάριος –Μάρτιος 1994

σύνδεση με τη νοσοκομειακή μονάδα ώστε να αντιμετωπίζονται τα επείγοντα προβλήματα.⁵⁵

Ο αριθμός των ατόμων που θα αποτελέσουν την ομάδα δεν είναι συγκεκριμένος και απόλυτος. Αυτό εξαρτάται από τις ανάγκες της κάθε περίπτωσης μεμονωμένα. Ο γιατρός, η νοσηλεύτρια και το προσωπικό γραμματειακής υποστήριξης, πρέπει να αποτελούν τον «πυρήνα» της υγειονομικής ομάδας. Για να λειτουργήσει ομαλά πρέπει να βασίζεται απαραίτητα στην συνεργασία και στην αλληλοβοήθεια. Μπορούν τα μέλη της να λειτουργούν όχι μεμονωμένα, αλλά κατά ζεύγη με αποτέλεσμα την ενθάρρυνση της συνεργασίας τους. Το κλειδί για το μέλλον της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κατά συνέπεια της νοσηλείας κατ' οίκον είναι η εξέλιξη της σχέσης γιατρού και νοσηλεύτριας. Για να υπάρχει αλληλοεπικάλυψη πρέπει ο καθένας από τους δύο να έχει τον δικό του ρόλο. Όταν αυτές οι δύο διαφορετικές μορφές επαγγελματιών ενσωματωθούν, τότε προκύπτει ένα διαφορετικό επίπεδο φροντίδας. Και η μία και η άλλη κατηγορία έχει να προσφέρει και να μάθει πολλά από την άλλη.

Συχνά τα μέλη της ομάδας έχουν την πρόθεση να προσφέρουν υποστήριξη, εντούτοις, αυτή δεν είναι πάντα εποικοδομητική. Όταν αναλαμβάνουν το ρόλο του «σωτήρα» και αντιμετωπίζουν τον άρρωστο ως «θύμα» των περιστάσεων, αυξάνουν το άγχος, την κατάθλιψη και το αίσθημα αδυναμίας του. Ο ρόλος τους είναι η παροχή συμβουλών, σωστή καθοδήγηση, έλεγχος και προστασία, φροντίδα της υγείας. Σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να ελέγχουν, να μαλώνουν και να κρίνουν τον ασθενή, γιατί με αυτό τον τρόπο αυξάνουν το αίσθημα παθητικότητας και εξάρτησης του.⁵⁶

Υπάρχει περίπτωση τα μέλη της ομάδας να διαφωνούν. Σε θέματα περιπλοκά και διαγνωστικά τον λόγο τον έχει ο γιατρός ενώ αντίθετα σε περιπτώσεις όπου απαιτείται πρόληψη, εκπαίδευση υγείας και παροχή συμβουλών ειδική είναι η νοσηλεύτρια. Όπου υπάρχει διαφορά γνώμης σχετικά με την άμεση ιατρική φροντίδα του ασθενούς, ο γιατρός έχει τον τελευταίο λόγο. Ο γιατρός επίσης θα

⁵⁵ Τσιγκουράκος Δ.Κ. (1991) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρεία – Επιτροπή Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων « Ευρώπη κατά του καρκίνου», Σεμινάριο νοσηλευτριών «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του ασθενούς, Η κατ' οίκον νοσηλεία των χρονίως πασχόντων ασθενών σελ.83

⁵⁶ Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., (1997) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 2^η έκδοση, σελ.106,εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα»

πρέπει να είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει μια μεγάλη ποικιλία νοσημάτων οξέων και χρόνιων όπως και σωματικών και ψυχολογικών. Θα πρέπει να αναπτύξει μια σχέση πέραν της παραδοσιακής ατομικής σχέσης γιατρού –ασθενή. Πρέπει να δρα σαν φίλος και η σχέση τους να διακρίνεται από εμπιστοσύνη.⁵⁷ Η σχέση γιατρού και ασθενούς αποτελεί σήμερα ένα κεντρικό θέμα της έρευνας στη γενική ιατρική, ενώ η ανάπτυξή της έχει αναγνωριστεί ως ουσιαστικός παράγοντας για την ευτυχία τόσο του γιατρού όσο και του ασθενούς.⁵⁸

Η συνεργασία του γιατρού με την οικογένεια του ασθενή κρίνεται αναγκαία αφού από τη συμμετοχή της εξαρτάται η συνεχής και σωστή φροντίδα του.⁵⁹ Οι γιατροί πολλές φορές παραλείπουν να ενημερώσουν σωστά τους ασθενείς για την κατάσταση της υγείας τους. Βασική προϋπόθεση για την σωστή επικοινωνία μεταξύ του ασθενή ,του γιατρού και της οικογένειάς του είναι η χρήση μιας μη επιστημονικής διαλέκτου που θα βοηθήσει στην κατανόηση των πληροφοριών που παρέχει ο γιατρός στον ασθενή και στο οικείο περιβάλλον του. Επίσης πρέπει ο γιατρός να κατανοεί τις προσδοκίες , τα συναισθήματα και τους φόβους του ασθενούς, προκειμένου να καταλάβει τις στάσεις και τη συμπεριφορά του αλλά και να προλάβει τη δυσαρέσκειά του.⁶⁰ Βασικό είναι ο γιατρός να ακούει την γνώμη του ασθενή σχετικά με την υγεία του και τι θεωρεί ο ασθενής ότι του κάνει καλό και να μην τον απορρίπτει.⁶¹ Ο βαθμός ικανοποίησης του αρρώστου από τη φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει με τον επαγγελματία υγείας.⁶² Ο πολύπλοκος ρόλος

⁵⁷ Κεσίσογλου Ι. (2000) Ο ρόλος του γιατρού στην κατ' οίκον νοσηλεία, Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής , σελ28-32 , Θεσσαλονίκη 1Δεκεμβρίου 2000.

⁵⁸ Κυριόπουλος Γ. –Φιλαλήθης Τ. (1996) Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα, σελ.89,εκδόσεις «Θεμέλιο»,Αθήνα 1996

⁵⁹ Αντωνάκης Ν. , Λιονής Χ., Κούτης Α. , Χριστοδουλάκη Μ., Φιορέτος Μ., (1994) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , Ο γενικός γιατρός και η φυσικοθεραπεία του ημιπληγικού, παραπληγικού και τετραπληγικού στο σπίτι, τόμ.6, τεύχ. 1, σελ. 40, Ιανουάριος –Μάρτιος 1994

⁶⁰ Λιονής Χ., Συμεωνίδης Α.(1997) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας , Σχέση ασθενούς –γιατρού : Πρώτη προτεραιότητα για εκπαίδευση και έρευνα στη γενική /οικογενειακή ιατρική, τόμος 9, τεύχος 1, σελ.16 ,Ιανουάριος –Μάρτιος 1997

⁶¹ Redman Klug Barbara (1988) The process of Patient Education,6th edition ,299

⁶² Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., (1997) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, 2^η έκδοση, σελ.175, εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα»

του στο σύστημα υγείας έγκειται στο πολυσύνθετο έργο που προσφέρει τόσο στον τομέα της πρόληψης όσο και της θεραπείας.⁶³

Ο γενικός οικογενειακός γιατρός για την διευκόλυνσή του και για την αύξηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών της Π.Φ.Υ. χρησιμοποιεί τους Η/Υ εκμεταλλευόμενος τις άπειρες δυνατότητές τους. Η χρήση των Η/Υ από τους γενικούς οικογενειακούς γιατρούς έχει γενικευθεί τα τελευταία χρόνια στις προηγμένες χώρες. Στη Βρετανία αναφέρεται ότι το 80% των γενικών γιατρών χρησιμοποιεί Η/Υ και ότι το 8% δε χρησιμοποιεί καθόλου χαρτί αλλά διεκπεραιώνει όλες του τις εργασίες με την χρήση του Η/Υ. Ο Η/Υ έχει αποδειχθεί ότι είναι δυνατόν να βοηθήσει τον Γ/Ο γιατρό για σωστότερη λήψη αποφάσεων στην καθημερινή ιατρική του πράξη. Ο Γ/Ο γιατρός μπορεί να διατηρεί το προσωπικό του αρχείο για κάθε ασθενή και να έχει καταχωρημένες πληροφορίες στον ηλεκτρονικό ιατρικό του φάκελο. Η ευχρηστία, η συνολική επεξεργασία και παρουσίαση των πληροφοριών, η μεταφορά τους σε ελάχιστο χρονικό διάστημα και σε μεγάλες αποστάσεις μέσω τηλεφωνικής γραμμής είναι τα πλεονεκτήματα του ηλεκτρονικού αρχείου υγείας έναντι του χειρόγραφου.

Μια ακόμη σύγχρονη και εντυπωσιακή εφαρμογή των Η/Υ στην ΠΦΥ είναι η τηλεματική. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει το λεξικό του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, τηλεματική είναι «η επιστήμη της μετάδοσης πληροφοριών, που έχουν καταχωρηθεί σε υπολογιστές, σε μεγάλες αποστάσεις». Η τηλεματική σήμερα επιτρέπει την άσκηση ιατρικής από απόσταση. Για την ΠΦΥ αυτό σημαίνει τη συμβολή γιατρών με περισσότερο εξειδικευμένες γνώσεις. Μέσω των Η/Υ είναι δυνατόν να μεταδοθούν ακτινογραφίες, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, φωτογραφίες ακόμη και ήχοι ή ολόκληροι ιατρικοί φάκελοι για εκτίμηση από γιατρούς που βρίσκονται σε μεγάλη απόσταση.⁶⁴

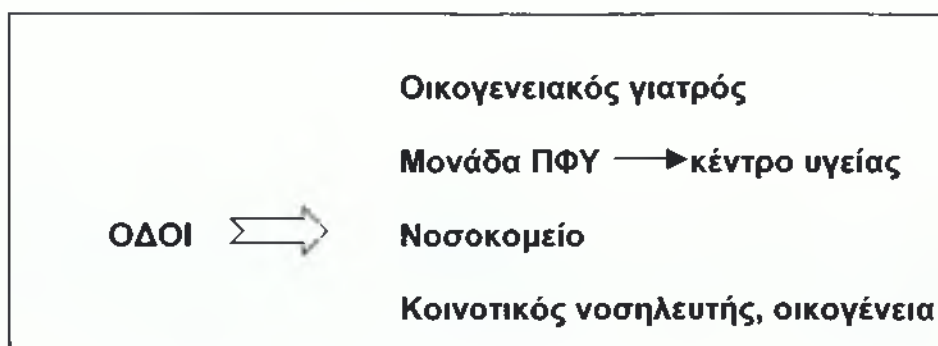
1.5: Νομοθεσία και νοσηλεία στο σπίτι στην Ελλάδα

Στην χώρα μας η εφαρμογή προγραμμάτων εξωνοσοκομειακής φροντίδας υγείας έχει συναντήσει αρκετά προβλήματα εάν και ο νομοθέτης προσπάθησε με τους

⁶³ Γείτονα Μ., Χείπνιτος Κ., Μονέδας Γ., Μπατίκας Α., Κυριόπουλος Γ. (1995) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Τα χαρακτηριστικά του Γενικού γιατρού στην Ελλάδα, τόμος 7, τεύχος 3, σελ. 145,

⁶⁴ Αντωνάκης Ν.- Λιονής χ. (1997) Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εφαρμογές των ηλεκτρονικών υπολογιστών στην ΠΦΥ και στη γενική /οικογενειακή ιατρική, τόμος 9, τεύχος 4, σελ. 229 -233

νόμους 1397/83 περί εθνικού συστήματος υγείας και 2071/92 περί εκσυγχρονισμού και οργάνωσης του συστήματος υγείας, να θέσει τις βάσεις λειτουργίας τους. Η νοσηλεία στο σπίτι αποτελεί το βασικότερο στοιχείο της συνεχιζόμενης φροντίδας υγείας και προϋποθέτει σωστή οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, αναπτύχθηκε κυρίως σαν συνέχεια της φροντίδας από το νοσοκομείο στο σπίτι και αφορά κυρίως φροντίδα καρκινοπαθών και ηλικιωμένων. Σε κράτη με αναπτυγμένα συστήματα παροχής κατ' οίκον νοσηλείας, η πρόσβαση σ' αυτή την υπηρεσία μπορεί να γίνει με τις παρακάτω οδούς (βλ.σχ.9) :⁶⁵



Σχ. 9. Οδοί για την πρόσβαση στις Υ.Κ.Ο.Ν. στις αναπτυγμένες χώρες
Πηγή :Ιδία έρευνα

Η θεσμοθέτηση υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι έγινε με τον νόμο 2071/92 και αφορά τα άρθρα 28-30.

Άρθρο 28

Κατ' οίκον νοσηλεία

1. Από τις δημοσιεύσεις του παρόντος καθιερώνεται σύστημα κατ' οίκον νοσηλείας
2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εργασίας, καθορίζονται κυρίως οι όροι και οι προϋποθέσεις για την παροχή της κατ' οίκον νοσηλείας, ο χρόνος ενάρξεως του συστήματος αυτού, οι κατηγορίες ασθενών, οι τυχόν εξειδικευμένες ιατρικές ή νοσηλευτικές πράξεις,

⁶⁵ Κωνσταντινίδης Θ.- Τζαγκαράκη Ε. (1998) Η Νοσηλευτική Φροντίδα στο σπίτι. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .τομ.10, τευχ.1, σελ. 28, 1998

τα νοσηλευτικά ιδρύματα ή άλλες μονάδες του τομέα υγείας ή πρόνοιας ή κοινωνικών ασφαλίσεων του Υπουργείου Υγείας ,Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων , με μέριμνα και ευθύνη των οποίων εφαρμόζεται η κατ' οίκον νοσηλεία, οι δαπάνες κινήσεως των ατόμων , που συντελούν στην κατ' οίκον νοσηλεία , η συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα του νοσηλευομένου στις δαπάνες της νοσηλείας αυτής , όπως και κάθε άλλη λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 29

Μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας

1.Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης , Οικονομικών και Υγείας , Προεδρίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων , μπορεί να συσταθούν « μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας» υπό τη διεύθυνση ιατρού σε ν.π.δ.δ. του ν.δ.2592/1953.

2.Η στελέχωση και λειτουργία των μονάδων της προηγούμενης παραγράφου ρυθμίζεται με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης ,Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση καθ' ύλην αρμοδίου υπαλλήλου.

3.Για την εφαρμογή του προγράμματος της κατ' οίκον νοσηλείας είναι δυνατή η πρόσληψη ιατρών , νοσηλευτών, ΠΕ ή ΤΕ , κοινωνικών λειτουργών , επισκεπτών υγείας ή άλλου εξειδικευμένου κατά περίπτωση επιστημονικού προσωπικού με πλήρη ή μερική απασχόληση , σε θέσεις που μπορεί να συνιστώνται για το σκοπό αυτό , με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στις θέσεις αυτές μπορεί να αποσπάται πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί σε ν.π.δ.δ. του ν.δ. 2592/1953. Η πρόσληψη σε θέσεις μερικής απασχόλησης του πάσης φύσεως προσωπικού , πλὴν ιατρικού , γίνεται με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου ορισμένου ή αορίστου χρόνου.

4.Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης , Οικονομικών , Εργασίας και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίζονται ο χρόνος απασχολήσεως , η πρόσθετη αμοιβή του προσλαμβανομένου προσωπικού, τα ειδικότερα καθήκοντα αυτού, όπως επίσης και κάθε άλλη λεπτομέρεια , που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 30

Σύσταση Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας , Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ειδική υπηρεσία υπό τον τίτλο «Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας»
2. Έργο της ειδικής αυτής υπηρεσίας είναι κυρίως ο συντονισμός και η όλη προαγωγή του προγράμματος της κατ' οίκον νοσηλείας.
3. Με προεδρικό διάταγμα που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας , της Κυβέρνησης , Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμίζονται τα της υπαγωγής , στελέχωσης , οργάνωσης και λειτουργίας της δια των διατάξεων του παρόντος συνιστωμένης υπηρεσίας.⁶⁶

Σύμφωνα με τον Ν.2716/99 στο :

Άρθρο 6

Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' οίκον

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του Ν.1397/83, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου . Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας , η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις , οι κατηγορίες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών αυτών , καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.⁶⁷

1.6: Η τηλεματική στην κατ' οίκον νοσηλεία.

⁶⁶ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως .Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας. Νόμος 2071/92, Φ.Ε.Κ. Α123/15-7-1992

⁶⁷ Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις. Νόμος 2716/99 Φ.Ε.Κ. Α96/17-5-1999

Παρόλο που πολλές εφαρμογές τηλεματικής έχουν αναπτυχθεί στους τομείς ενδονοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής συνεργασίας , ελάχιστα έχουν γίνει προς την κατεύθυνση της παροχής υπηρεσιών υγείας στους ιδιωτικούς χώρους των ασθενών. Η ανάπτυξη των εφαρμογών παροχής φροντίδας κατ' οίκον θα συντελέσει στη βελτίωση τόσο της ποιότητας ζωής των ασθενών όσο και των υπηρεσιών που τους παρέχονται. Συγκεκριμένα αναμένεται να μειώσει το κόστος μεταφοράς και το μέσο όρο νοσηλείων , που κατά συνέπεια θα οδηγήσουν σε μια αύξηση του μέσου όρου διαθεσιμότητας κλινών. Επιπλέον, θα συνδράμει στη γρηγορότερη αντιμετώπιση έκτακτων περιστατικών και στην καλύτερη προετοιμασία του ασθενή πριν την απαραίτητη νοσηλεία μετά από ένα έκτακτο περιστατικό. Τέλος , η συνεχή επίβλεψη των ασθενών που ακολουθούν ένα ειδικό θεραπευτικό πρόγραμμα στο σπίτι είναι ουσιώδης.

Ο κύριος στόχος του προγράμματος είναι να εκμεταλλευθεί τις ανερχόμενες τηλεπικοινωνίες δικτύου καλωδιακής τηλεόρασης για να επιδείξει τον τρόπο με τον οποίο οι Ευρωπαίοι παροχείς υπηρεσιών υγείας μπορούν να παρέχουν φροντίδα με λιγότερο κόστος στους ασθενείς κατ' οίκον. Το κύριο αποτέλεσμα θα είναι μια σειρά εφαρμογών δικτύου ευρείας μπάντας, που θα παρέχουν χαμηλού κόστους αλληλεπιδρόμενες υπηρεσίες υγείας κατ' οίκον πολύ ανταγωνιστικά. Αυτές οι εφαρμογές θα βασίζονται σε υπάρχοντα και αναπτυσσόμενα Ευρωπαϊκά τηλεπικοινωνιακά δίκτυα καλωδιακής τηλεόρασης με σκοπό να παρέχουν σε κάθε είδους χρήστες οικονομικές υπηρεσίες κατ' οίκον.

Το πιλοτικό πρόγραμμα της Κρήτης θα επιδείξει την καταλληλότητα του ασύρματου CATV ως έναν αποδοτικό και οικονομικό τρόπο για την παροχή προηγμένων τηλεϊατρικών υπηρεσιών κατ' οίκον. Στα πλαίσια αυτού του πιλοτικού προγράμματος , αρκετές εναλλακτικές τεχνολογίες θα διερευνηθούν και θα αξιολογηθούν και θα συγκριθούν , όσον αφορά την αποδοτικότητά τους. Συγκεκριμένα , σκοπεύετε να επιδειχθεί η χρήση μόντεμ γρήγορων ταχυτήτων, ISDN και ασύρματης μετάδοσης για την εφαρμογή της απαιτούμενης απόδοσης στις παρακάτω κατηγορίες εφαρμογών. Οι εφαρμογές που θα επιδειχθούν είναι:

- i. Τηλε- επιμόρφωση ανθρώπων με ειδικές ανάγκες (ηλικιωμένων ή ανάπηρων) σε θέματα σχετιζόμενα με την υγεία
- ii. Τηλε- παρακολούθηση /έλεγχος ασθενών που υποβάλλονται σε εξωσωματική μετάγγιση νεφρού κατ' οίκον.

Αυτοί οι τύποι των εφαρμογών έχουν διαφορετικές προδιαγραφές στην ταχύτητα και το πρωτόκολλο της απόδοσης που κυμαίνονται από την άκρως μη συμμετρική κατηγορία (εξυπηρετούμενη από μόντεμ γρήγορων ταχυτήτων) στη σχεδόν συμμετρική κατηγορία (εξυπηρετούμενη με ασύρματη σύνδεση). Οι εφαρμογές σεναρίων που θα αναπτυχθούν στο πιλοτικό πρόγραμμα της Κρήτης είναι:

- i. Παρακολούθηση παιδιών με άσθμα
- ii. Επιμόρφωση παιδιών με άσθμα
- iii. Συνεχής νοσοκομειακή περιτονιακή διάλυση ⁶⁸

Η προσπάθεια για την ανάπτυξη του HYGEIAnet έχει να επιδείξει σημαντικά αποτελέσματα έως σήμερα. Προς το παρόν έχουν αναπτυχθεί οι εξής υποδομές πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών καθώς και οι εξής υπηρεσίες :

- 1) Ολοκληρωμένο, ανοικτό και επεκτάσιμο δίκτυο που καλύπτει φορείς όλων των βαθμίδων της ιεραρχίας του ΕΣΥ. Το δίκτυο αυτό ολοκληρώνει και ασυρματικές τεχνολογίες επικοινωνιών ώστε να γίνει δυνατή η κατ' οίκον παροχή υπηρεσιών υγείας.
- 2) Ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα ΠΦΥ
- 3) Πληροφοριακό σύστημα προνοσοκομειακής επείγουσας ιατρικής που υποστηρίζει τη συστηματική αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών σε περιφερειακό επίπεδο
- 4) Εργαστηριακά πληροφοριακά συστήματα
- 5) Κλινικά πληροφοριακά συστήματα καθώς και συστήματα λήψης , αρχειοθέτησης , διαχείρισης , επεξεργασίας και μεταφοράς εικόνων , βιοσημάτων, δομημένου και ελεύθερου κειμένου
- 6) Με βάση τη διαλειτουργικότητα πληροφοριακών υποδομών έχει αναπτυχθεί η τεχνολογία για τη δημιουργία του ενιαίου και ολοκληρωμένου φακέλου υγείας
- 7) Περιβάλλον στήριξης της συνεργατικής δουλειάς πάνω από τον παγκόσμιο δικτυακό ιστό, το οποίο δίνει την δυνατότητα επίδειξης και χρήσης σε καθημερινή κλινική ρουτίνα σημαντικών εφαρμογών Τηλεϊατρικής

⁶⁸ CMI-HTA Telematics Services, Home Care, <http://www.ics.forth.gr>

8) Περιβάλλον υποστήριξης της τηλεπαρακολούθησης και τηλεδιαχείρισης ασθενών στο σπίτι

9) Αναπτύσσονται σημαντικής σημασίας υπηρεσίες προστιθέμενης αξίας. Τέτοια υπηρεσία είναι η αυτόματη παρακολούθηση της υγείας των πολιτών μέσω του καθορισμού και παρακολούθησης δεικτών υγείας. Η υπηρεσία αυτή μπορεί να αποτελέσει για την Περιφέρεια της Κρήτης ένα ουσιαστικό εργαλείο σχεδιασμό πολιτικής υγείας

10) Βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο η μελέτη για τον σχεδιασμό της μεθοδολογίας συστηματικής αξιολόγησης του κόστους σε σχέση με την απόδοση και σε σχέση με την αποδοτικότητα των συστημάτων και υπηρεσιών του HYGEIAnet.⁶⁹

Εκτός από τα παραπάνω , που έχουν κυρίως σχέση με την ανάπτυξη και εισαγωγή νέων τεχνολογιών στους φορείς υγείας, πραγματοποιείται μια μεγάλη προσπάθεια για την εκπαίδευση των χρηστών σε θέματα νέων τεχνολογιών πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών. Μέχρι σήμερα έχουν εκπαιδευτεί περίπου 800 επαγγελματίες υγείας. Ο αυξανόμενος όγκος των πολυμέσων που χρησιμοποιούνται συνδυασμένα με υψηλές εικονικές τεχνολογίες βοηθούν τους επαγγελματίες της φροντίδας υγείας στην ακριβή διάγνωση και έγκαιρη θεραπεία.⁷⁰ Η εφαρμογή ιατρικής παρακολούθησης ασθενών , ηλικιωμένων ή άλλων ατόμων που την έχουν ανάγκη, παρέχει τη δυνατότητα συνομιλίας με εικόνα και ήχο και μετάδοσης ιατρικών δεδομένων από το σύστημα του ασθενούς προς το σύστημα του γιατρού από όργανα όπως στηθοσκόπιο, καρδιογράφο, σπιρόμετρο, ζυγαριά ακριβείας κ.τ.λ. Το σύστημα περιλαμβάνει ιατρικό φάκελο και αρχείο επισκέψεων, το οποίο εμπλουτίζεται με κάθε τηλε- επίσκεψη. Η εφαρμογή του συστήματος αναμένεται να μειώσει τον αριθμό των απαιτούμενων επισκέψεων στο ιατρείο και να διευκολύνει την παρακολούθηση της υγείας των κατοίκων σε απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές. Το σύστημα που έχει αναπτυχθεί υποστηρίζει ακόμη (βλ.σχ.10) :

⁶⁹ Τσικνάκης Μ.(2000) Τα νέα του HYGEIAnet, τεύχος 1, Ιούλιος 2000,σελ.3-4

⁷⁰ Orphanoudakis S.-Chronaki C.-Tsiknakis M.-Kostomanolakis S.-Wong S.-Fletcher S.:10 telematics in healthcare,<http://www.ics.forth.gr>

Βοηθητικές λειτουργίες όπως κράτηση και υπενθύμιση ραντεβού ή και υπενθύμιση για λήψη φαρμάκων.

Ανεξάρτητη και αυτόνομη λειτουργία των οργάνων στο σπίτι για μετρήσεις και αποθήκευση των σχετικών μετρήσεων με σκοπό την ενημέρωση του γιατρού στην επόμενη τηλεματική επαφή του με τον ασθενή.

Λειτουργία και μέσω ασύρματο δικτύου για γρήγορη πρόσβαση σε σπίτια ασθενών.⁷¹

Σχ. 10. Λειτουργίες που υποστηρίζονται από το σύστημα τηλεματικής του HYGEIAnet

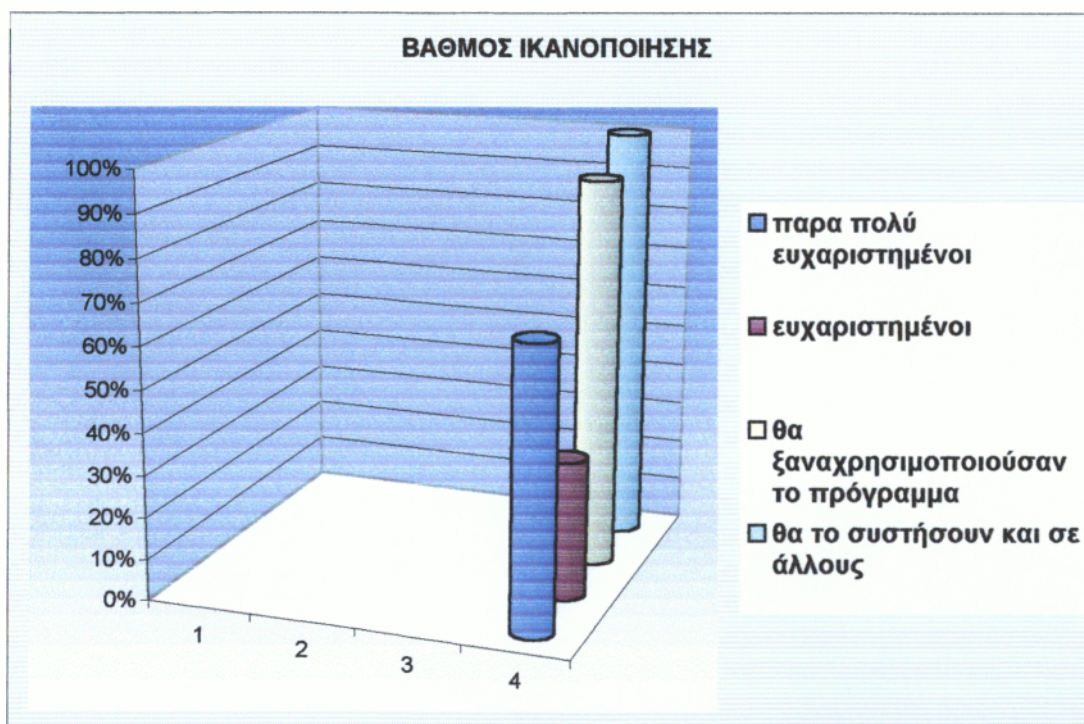
Πηγή :Ιδία έρευνα

Πιστεύεται ότι το HYGEIAnet θα αποτελέσει διεθνώς το πρώτο ολοκληρωμένο περιφερειακό δίκτυο τηλεματικών υπηρεσιών στην υγεία και θα χρησιμεύσει σαν οδηγός για την ανάπτυξη αντίστοιχων υπηρεσιών σε Εθνικό, Ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο.

Καθώς η τηλε-φροντίδα στην κατ' οίκον νοσηλεία τείνει να μειώσει το κόστος υγείας, οι απόψεις των ασθενών για την νέα αυτή τεχνολογία δεν έχουν μελετηθεί. Το Karolinska Institute στην Σουηδία διεξήγαγε έρευνα σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης ασθενών από την χρησιμοποίηση της τηλε-φροντίδας στο σπίτι τους. Για την διεξαγωγή της έρευνας πάρθηκε ένα ικανοποιητικό δείγμα ασθενών οι οποίοι ήταν πρόσφατα ή παλαιότερα εγγραμμένοι στο Sonora Health System ή στο University of California Davis πιλοτικό πρόγραμμα τηλε- φροντίδας

⁷¹ Τραγανίτης Α. (2000) Τα νέα του HYGEIAnet, τεύχος 1, Ιούλιος 2000,σελ.4

στο σπίτι. 15/27 (56%) ασθενείς τωρινοί ή παλαιότεροι εγγραμμένοι συμφώνησαν να ερωτηθούν. 9/15 (60%) ήταν ουδέτεροι και 5/15 (33%) ήταν θετικοί πριν την εγγραφή τους στο πιλοτικό πρόγραμμα. Μετά την εγγραφή τους ποσοστό 67% 10/15 ήταν πάρα πολύ ευχαριστημένοι, 5/15 (33%) ευχαριστημένοι, 14/15 (93%) θα ξαναχρησιμοποιήσουν το πρόγραμμα στο μέλλον και όλοι οι ερωτηθέντες θα συνιστούσαν το πρόγραμμα αυτό και σε άλλους (βλ.σχ.11). Τα οφέλη από τη χρησιμοποίηση της τηλε- φροντίδας ήταν ότι ένιωθαν σαν να είχαν μια νοσοκόμα 24 ώρες το 24ωρο δίπλα τους. Κάποιοι ερωτώμενοι δεν ένιωθαν άνετα στο να αποκαλύπτουν προσωπικές πληροφορίες στον Η/Υ και άλλοι ανέφεραν ότι δεν υπήρχε η προσωπική επαφή με την νοσοκόμα όπως υπάρχει στην κατ 'οίκον επίσκεψη. Οι ασθενείς μετά την εφαρμογή των πιλοτικών προγραμμάτων τηλε- φροντίδας , φάνηκαν πολύ ικανοποιημένοι και είναι έτοιμοι να δεχτούνε την ευρεία χρήση τους.⁷²



Σχ. 11: Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος τηλε- φροντίδας

Πηγή : Ιδία έρευνα

1.7: Η νοσηλεία στο σπίτι σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ε.Ε.)

⁷² Agrell H.-Dalhberg S.- Jerant AF :Patients perceptions regarding home telecare , Karolinska Institute, Sweden <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

Κάθε μία χώρα της Ε.Ε., έχει διαφορετικό τρόπο οργάνωσης, χρηματοδότησης , πρόσβασης στις υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι. Στη χώρα μας η χρηματοδότηση της νοσηλείας στο σπίτι γίνεται μέσω του κρατικού προϋπολογισμού και από τους ασφαλισμένους στα διάφορα ασφαλιστικά ταμεία. Η οργάνωση των υπηρεσιών γίνεται από τα κρατικά νοσοκομεία, τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (Ε.Ε.Σ.) και από ιδιωτικές υπηρεσίες. Η νοσηλευτική φροντίδα και η εκπαίδευση των ασθενών είναι οι υπηρεσίες που παρέχονται ενώ για την πρόσβαση στις υπηρεσίες που παρέχονται, δεν απαιτείται ιατρική έγκριση. Αναλυτικά για κάθε χώρα της Ε.Ε. στον παρακάτω πίνακα(βλ.πιν. 1):⁷³

	ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ	ΟΡΓΑΝΩΣΗ	ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	ΠΡΟΣΒΑΣΗ
ΑΓΓΛΙΑ	ΚΡΑΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΟΥΣ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΥΠΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΑ ΤΟΠΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ-ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ-ΥΓΙΕΙΝΗ-ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΡΙΣΗ
ΓΑΛΛΙΑ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΔΕΧΟΝΤΑΙ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΑΡΙΘΜΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΑΤΟΣ	1/3 ΔΗΜΟΤΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ 2/3 ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ	ΥΓΙΕΙΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΕΝΘΑΡΡΥΝΣΗ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΡΙΣΗ
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΠΟΥ ΣΕ 20%ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΦΟΡΟΥΣ , 70% ΚΡΑΤΟΣ ΚΑΙ 10% ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ	ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΙ ΚΑΙ ΜΗ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ	ΥΓΙΕΙΝΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΡΙΣΗ
ΔΑΝΙΑ	ΑΠΟ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥΣ ΦΟΡΟΥΣ	ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ ΤΩΝ ΔΗΜΩΝ	ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗ ΚΑΘΕΤΗΡΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΧΩΡΙΣ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΡΙΣΗ

⁷³ Α.Φουντούκη- Δ.Θεοφανίδης (2000) Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον», σελ.124-127, Θεσσαλονίκη 1/12/2000

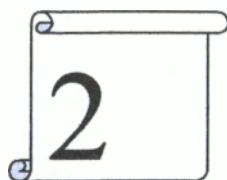
ΑΥΣΤΡΙΑ	ΤΟΝ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ	ΑΠΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΠΟΥ ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΠΑΡΧΙΩΝ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ&ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΡΙΣΗ
ΒΕΛΓΙΟ	ΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ ΚΑΤΑ 94%&ΤΟ 6% ΑΠΟ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ	ΑΠΟ ΚΟΙΝΩΦΕΛΗΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗ ΥΠΕΙΝΗ	ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΓΚΡΙΣΗ
ΙΣΠΑΝΙΑ	ΑΠΟ ΤΜΗΜΑΤΑ ΔΑΠΑΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ Π.Φ.Υ.	ΑΠΟ Κ.Υ. ΠΟΥ ΑΠΑΣΧΟΛΟΥΝ ΟΜΑΔΑ Π.Φ.Υ.	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΥΠΕΙΝΗ	Η ΟΜΑΔΑ Π.Φ.Υ. ΕΚΤΙΜΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
ΙΤΑΛΙΑ	ΚΡΑΤΙΚΟ ΠΡΟΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟ	ΚΡΑΤΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥΣ &ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥΣ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΠΟΡΤΟΓΑΛΙΑ	ΚΡΑΤΙΚΑ ΕΞΟΔΑ	355 Κ.Υ. 1876 ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΥΠΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΑ Κ.Υ. ΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΓΙΑΤΡΟΣ Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΣΤΟ Κ.Υ.
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	12 ΤΟΠΙΚΟΙ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΙ 43 ΚΡΑΤΙΚΟΙ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΠΕΙΝΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ Η ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Πιν. 1: Η νοσηλεία στο σπίτι σε χώρες της Ε.Ε.

Πηγή: Α.Φουντούκη- Δ.Θεοφανίδης (2000) Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον», σελ.124-127, Θεσσαλονίκη 1/12/2000

Συμπερασματικά, η εναλλακτική μορφή αυτής της περίθαλψης, επιδίδωκει στο σύνολο του πληθυσμού που εφαρμόζεται να προσφέρει τις απαραίτητες νοσηλευτικές και κοινωνικές φροντίδες που απαιτούνται για την ολική κάλυψη των

αναγκών του. Οι δομικοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη για το σχεδιασμό των υπηρεσιών κατ' οίκον νοσηλείας, προϋποθέτουν και τη συνεργασία κατάλληλων πηγών και προσωπικού. Τα δύο πρότυπα πάνω στα οποία βασίζεται η νοσηλεία στο σπίτι είναι το αγγλικό και το αμερικάνικο τα οποία δείχνουν να προσφέρουν στον νοσηλευόμενο ασθενή βελτιωμένη ποιότητα ζωής και ταχύτερη ανάρρωση. Τα αρνητικά αποτελέσματα από την άσκοπη εισαγωγή ενός ασθενή στο νοσοκομείο, γίνονται αντιληπτά από τις επιπτώσεις τόσο στον ίδιο όσο και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Ο νοσηλευτής που ασχολείται με την κατ' οίκον νοσηλεία, έχει βασικό μέλημα την οργάνωση και εφαρμογή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας και την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης τόσο στον ασθενή όσο και την οικογένειά του. Ο γιατρός από την μεριά του, παρέχει στον άρρωστο την ιατρική φροντίδα που είναι αναγκαία, συνεργάζεται με την ομάδα νοσηλείας και ενημερώνει τον ασθενή ώστε να κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του και να μπορέσει να επιλύσει τυχών προβλήματα που θα παρουσιαστούν με τη βοήθεια του γιατρού. Διαπιστώνεται η χρησιμότητα των τηλεματικών και τηλεϊατρικών υπηρεσιών στην νοσηλεία στο σπίτι και γίνεται και αξιολόγηση αυτών με βάση τις απόψεις ασθενών που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες αυτές. Τέλος, παρουσιάζεται η νοσηλεία στο σπίτι στις χώρες της Ε.Ε. με βάση την οργάνωση, την χρηματοδότηση, τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την πρόσβαση σε αυτές.



Τρίτη ηλικία και κατ' οίκον νοσηλεία

Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων είναι φαινόμενο με οικονομικές, κοινωνικές, υγειονομικές, ηθικές, πολιτικές και δημοσιονομικές επιπτώσεις. Η ανάγκη της τρίτης ηλικίας είναι αυξημένες σε τομείς όπως η υγεία και η κοινωνική πρόνοια.

Στο κεφάλαιο 2.1 γίνεται αναφορά στις επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού τόσο στην οικονομία όσο και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα, στους παράγοντες που ρυθμίζουν την δημογραφική γήρανση, αναφέρονται οι θεωρίες γήρατος και τι προσφέρει ο κλάδος της γεροντολογίας στους ηλικιωμένους. Επίσης, θα αναλυθούν τα τρία μοντέλα οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας για την τρίτη ηλικία. Στο κεφάλαιο 2.2 παρουσιάζονται οι υπηρεσίες της κοινότητας για την φροντίδα του ηλικιωμένου οι οποίες περιλαμβάνουν παροχές σε χρήμα με την μορφή επιδομάτων και την φροντίδα στο σπίτι. Γίνεται αναφορά και σε χώρες της Ε.Ε. σε σχέση με υπηρεσίες που προσφέρουν στα άτομα της τρίτης ηλικίας. Στο κεφάλαιο 2.3 γίνεται αναλυτική παρουσίαση του προγράμματος «βοήθεια στο σπίτι» σε ορισμένους νομούς της Ελλάδας και υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν στο σπίτι από ιδιωτική εταιρία που αναλαμβάνει την νοσηλεία.

2.1: Ο ηλικιωμένος πληθυσμός

Ολόκληρη η υφήλιος αντιμετωπίζει σήμερα το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού το οποίο είναι φαινόμενο με σημαντικές προεκτάσεις, όχι μόνο δημογραφικού χαρακτήρα, αλλά οικονομικές, κοινωνικές, υγειονομικές και δημοσιονομικές. Και αυτό, γιατί η πρόοδος και η ευημερία ενός τόπου, εξαρτώνται από το ποσοστό του πληθυσμού που είναι ενταγμένο στην παραγωγική διαδικασία.⁷⁴ Τεράστιες διαφορές, παρατηρούνται μεταξύ των υπ' ανάπτυξη χωρών της Ασίας, Αφρικής, Ν. Αμερικής και των αναπτυσσόμενων χωρών της Ευρώπης και της Β.Αμερικής. Σε ορισμένες χώρες ο αριθμός των γεννήσεων είναι τέτοιος, ώστε σε δύο γενιές να διπλασιάζεται ο πληθυσμός τους, ενώ σε άλλες, ο αριθμός των γεννήσεων είναι μικρότερος από τον αριθμό των θανάτων.⁷⁵ Η αριθμητική αύξηση του ανθρώπινου πληθυσμού της γης, δεν παρουσιάζεται ομοιόμορφη μέσα στο χρόνο. Το 1650 ο πληθυσμός πλησίασε τα

⁷⁴ Μ.Κάρα(2000)Επίκεντρα, Λύσεις για την τρίτη ηλικία, τχ.6, σελ.44, Μάρτιος 2000

⁷⁵ Α.Γρηγοριάδου, Α.Πηγαδάς, Θ.Δαρδαβέσης, Β.Κατσουγιαννόπουλος (1991) Ελληνική ιατρική, τόμ.57,τχ.2, σελ.126

500 εκατομμύρια. Μετά από δύο αιώνες, το 1850, διπλασιάστηκε φτάνοντας το 1 δισεκατομμύριο. Το 1900 ξεπέρασε το 1,5 δις και μετά από ένα αιώνα τα 2,4 δις ενώ σήμερα υπολογίζεται ότι υπερβαίνει τα 4 δις.⁷⁶

Στην χώρα μας, μέχρι το 1940, το πρόβλημα ήταν ο υπερπληθυσμός, αφενός της μεγάλης γεννητικότητας (30,83%) και αφετέρου λόγω της εισροής προσφύγων της Μικρασιατικής καταστροφής. Από τη Μ.Ασία προς την Ελλάδα, μετακινήθηκαν περίπου 1,200,000 άτομα. Μετά το β' παγκόσμιο πόλεμο, λόγω μεγάλων απωλειών σε έμψυχο υλικό (450,000-500,000 άτομα), το δημογραφικό πρόβλημα της χώρας μας, μεταβλήθηκε σε υποπληθυσμιακό. Από το 1951 εμφανίστηκαν στοιχεία δημογραφικής ωρίμανσης με εξέλιξη προς γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδας.⁷⁷ Το 1992 η Ελλάδα βρισκόταν μέσα στις 20 πιο γηρασμένες χώρες του κόσμου. Η Ευρώπη είναι η πιο γηρασμένη περιοχή του κόσμου ενώ η Αφρική η νεώτερη. Η Σουηδία με ποσοστό ηλικιωμένων άνω των 65,18%, θεωρείται η πιο γηρασμένη χώρα του κόσμου ενώ η Ελλάδα θεωρείται η πιο γηρασμένη χώρα της Βαλκανικής με ποσοστό 14,2%.⁷⁸ Στη Σουηδία, οι ηλικιωμένοι θα αποτελέσουν το 26% του πληθυσμού το 2025 και θα την τοποθετούν 2^η μετά την Ιαπωνία με ποσοστό 27%. Στην Ελλάδα αναλογούν 14 γεννήσεις σε 1000 άτομα, ενώ στην Τουρκία 30/1000. Ο δείκτης γονιμότητας στην Ελλάδα είναι 1,2 παιδιά. Είναι φυσικό η αύξηση σε ηλικιωμένο πληθυσμό να γίνει πιο έντονη τα επόμενα χρόνια και επομένως η άμεση παρέμβαση και η ανάλογη οργάνωση των υπηρεσιών υγείας να είναι απαραίτητη.⁷⁹

Παράγοντες που καθορίζουν την δημογραφική ωρίμανση του πληθυσμού

Στην Ελλάδα τα αίτια της δημογραφικής γήρανσης θεωρούνται:

1. **Ο χαμηλός ρυθμός γεννήσεων** ο οποίος οφείλεται σε λόγους βιολογικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, φυλετικούς, οικονομικούς, πολιτιστικούς, θρησκευτικούς κ.α. Επίσης, λόγω της εσωτερικής μετανάστευσης

⁷⁶ Τ.Β.Μίχου(1997)Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων(Υγιών-Ασθενών), σελ.19, Αθήνα

⁷⁷ Α.Γρηγοριάδου, Α.Πηγαδάς, Θ.Δαρδαβέσης, Β.Κατσουγιαννόπουλος (1991) Ελληνική ιατρική, τόμ.57,τχ.2, σελ.127

⁷⁸ Τ.Β.Μίχου(1997)Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων(Υγιών-Ασθενών), σελ.26, Αθήνα

⁷⁹ Ε.Θ.Κυριακίδου(1990)Κοινωνική νοσηλευτική,2^η έκδοση,σελ.304-305

προς τις πόλεις που προκάλεσε τη μείωση του αγροτικού πληθυσμού, λόγω της μείωσης της βρεφικής θνησιμότητας (από 40,54% το 1951 σε 16,27% το 1981) , της ανόδου του μορφωτικού επιπέδου του πληθυσμού , της αύξησης της ηλικίας γάμου και η χειραφέτηση της γυναίκας.

2. **Η χαμηλή θνησιμότητα και η αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής** λόγω της εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης, της τεχνολογίας και της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου, η θνησιμότητα στους ώριμους πληθυσμούς είναι μικρότερη του 10%. Στην Ελλάδα την δεκαετία του '80 υπήρχε μείωση της θνησιμότητας στις μεγάλες ηλικίες με αποτέλεσμα την επιτάχυνση του ρυθμού γήρανσης. Η παράταση αυτή οφείλεται στην καταπολέμηση των λοιμωδών νοσημάτων και στην βελτίωση της δημόσιας υγείας. Το προσδόκιμο επιβίωσης το 1879 ήταν 36,7 έτη ενώ το 1980 74,3 έτη.

3. **Η χώρα στερήθηκε παραγωγικές ομάδες πληθυσμού** που προήλθαν από τον β' παγκόσμιο πόλεμο , τον εμφύλιο και το μεταναστευτικό ρεύμα στις δεκαετίες του 1950-1960. Ειδικά το 1973 υπήρχε επιτάχυνση του ρυθμού γήρανσης ενώ με την παλιννόστηση την περίοδο 1974-1991 υπήρχε επιβράδυνση του ρυθμού γήρανσης.^{80 81}

Επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού

Η γήρανση του πληθυσμού έχει οικονομικές , κοινωνικές , πολιτικές και ηθικές επιπτώσεις στην χώρα. Στις αναπτυγμένες χώρες η αυξητική τάση των δαπανών για την υγεία, γίνεται φανερή οφειλόμενη στην αύξηση του πληθυσμού της 3^{ης} ηλικίας και της προσφοράς ιατρικών υπηρεσιών στις ηλικίες αυτές. Στην Ελλάδα, οι δαπάνες για την υγεία των ηλικιωμένων αφορούν την ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη. Για την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη οι δαπάνες αυξάνονται συνεχώς και η αύξηση αυτή οφείλεται στην

⁸⁰ Τ.Β.Μίχου(1997)Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων(Υγιών-Ασθενών), σελ.27-28, Αθήνα

⁸¹ Α.Γρηγοριάδου, Α.Πηγαδάς, Θ.Δαρδαβέσης, Β.Κατσουγιαννόπουλος (1991) Ελληνική ιατρική, τόμ.57,τχ.2, σελ.127-128

αυξημένη ζήτηση ιατροκοινωνικών παροχών κυρίως από άτομα 3^{ης} ηλικίας. Με αυτό τον τρόπο, επιβαρύνεται ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός.^{82 83}

Οι δαπάνες της κοινωνικής ασφάλισης για συντάξεις, από 67,5% το 1974 έφτασαν σε 77,53% το 1991. Οι δυσμενείς δημογραφικές εξελίξεις στην Ελλάδα, επηρεάζουν αυξητικά τις δαπάνες. Η γήρανση του πληθυσμού αυξάνει τον αριθμό των συνταξιούχων σε βάρος του αριθμού των ασφαλισμένων και επιδρά θετικά στο έλλειμμα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Οι συντάξεις των σημερινών συνταξιούχων χρηματοδοτούνται από τις εισφορές των σημερινών ασφαλισμένων.⁸⁴ Υπολογίζεται ότι οι δαπάνες για την υγεία θα αυξηθούν στο μέλλον για λόγους όπως :

- ⊗ Αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας
- ⊗ Αύξηση της κατανάλωσης
- ⊗ Αύξηση των ηλικιωμένων και των παροχών γι' αυτούς.

Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων δημιουργεί επιβαρύνσεις στα ασφαλιστικά συνταξιοδοτικά ταμεία για παροχή συντάξεων και για δυνατότητα ανταπόκρισης στις υποχρεώσεις τους που αφορούν χρηματικές παροχές, υπηρεσίες υγείας κ.τ.λ.⁸⁵

Δείκτης γήρανσης

Η έννοια της γήρανσης του πληθυσμού, αποτυπώνει την αναλογία ηλικιωμένων ατόμων, σε σχέση με τον αριθμό των παιδιών. Ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού, εκφράζει πόσοι ηλικιωμένοι 65 και άνω, αναλογούν σε 100 παιδιά 0-14 ετών.

Δείκτης γήρανσης=(N65+/N0-14)100

Η αύξησή του μπορεί να προέλθει είτε από την αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων είτε από την μείωση των γεννήσεων. Ένας άλλος σημαντικός

⁸² Τ.Β.Μίχου(1997)Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων(Υγιών-Ασθενών), σελ.40-41 , Αθήνα

⁸³ Α.Γρηγοριάδου, Α.Πηγαδάς, Θ.Δαρδαβέσης, Β.Κατσουγιαννόπουλος (1991) Ελληνική ιατρική, τόμ.57,τχ.2, σελ.131

⁸⁴ Σ.Ρόμπολης, Μ.Χλέτσος (1995) Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας , σελ. 83-86, Θεσσαλονίκη 1995

⁸⁵ Τ.Β.Μίχου(1997)Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων(Υγιών-Ασθενών), σελ.41-43 , Αθήνα

δείκτης, είναι ο δείκτης εξάρτησης ο οποίος εκφράζει πόσα εξαρτώμενα άτομα αναλογούν σε κάθε 100 παραγωγικά. Η άνοδος του δείκτη εξάρτησης μπορεί να προέλθει είτε από την αύξηση των εξαρτώμενων ατόμων, είτε από τη μείωση του ενεργού πληθυσμού.⁸⁶

Γήρας – θεωρίες γήρατος

Ηλικιωμένο νομικά θεωρείται το άτομο όταν έχει φτάσει και έχει ξεπεράσει τα 65 χρόνια της ζωής του. Η χρονολογική ηλικία ενός ατόμου δεν έχει σχέση με τη βιολογική του ηλικία. Τα άτομα ηλικίας 65 ετών, θεωρούνται άτομα 3^{ης} ηλικίας, ενώ τα τελευταία χρόνια έχει επικρατήσει και ο όρος 4^η ηλικία για τα άτομα άνω των 75 χρόνων. Τα Ενωμένα Έθνη χαρακτηρίζουν μια χώρα:

- Νέα όταν το ποσοστό του πληθυσμού 65 χρονών και άνω είναι μέχρι 4%
- Ωριμη όταν το ποσοστό του πληθυσμού 65 χρόνων είναι από 4-7%
- Ηλικιωμένη όταν το ποσοστό είναι 7% και άνω⁸⁷

Το 1980 ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (Ο.Η.Ε.) καθόρισε σαν όριο γήρατος το 60^ο έτος της ηλικίας. Για την επεξήγηση του γήρατος έχουν αναπτυχθεί κάποιες θεωρίες:

Θεωρία του βιολογικού ρολογιού Σύμφωνα με αυτήν την θεωρία, υπάρχει ένα εσωτερικό ρολόι που ρυθμίζει τη δραστηριότητα και τη διαίρεση των κυττάρων και κανονίζει το χρόνο που θα αναπτυχθεί ο άνθρωπος όσο και το θάνατό του

Θεωρία φθοράς Κάθε όργανο του ανθρώπινου σώματος όταν κάποτε υποστεί μια βλάβη δεν θα αποκατασταθεί απόλυτα, με αποτέλεσμα να είναι ευάλωτο στην ασθένεια.

Θεωρία της ουσίας της ζωής Ο Αμερικανός φυσιολόγος Loeb θεωρεί ότι κάθε ζωντανός οργανισμός από τη γέννησή του έχει μέσα του μια ποσότητα άγνωστης ουσίας η οποία με την πάροδο του χρόνου καταναλώνεται με αποτέλεσμα με την εξάντλησή της, το άτομο να γηράσκει.

⁸⁶ Σ.Ρόμπολης, Μ.Χλέτσος (1995) Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας , σελ. 87, Θεσσαλονίκη 1995

⁸⁷ Τ.Β.Μίχου(1997)Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων(Υγιών-Ασθενών), σελ.18-19, Αθήνα

Θεωρία του Carrell Ο Carrell θεωρεί ότι το γήρας οφείλεται στην αλλοίωση του μεσοκυττάριου υγρού, το οποίο βρίσκεται γύρω από τα κύτταρα και με τις κατάλληλες συνθήκες μπορούν να παραμείνουν αθάνατα.^{88 89}

Στην Αμερική αναπτύχθηκε μια νέα θεωρία η οποία αναφέρει ότι ο οργανισμός γηράσκει γιατί δεν μπορεί να αμυνθεί απέναντι στους βλαπτικούς παράγοντες λόγω της εξασθένησης των λευκών αιμοσφαιρίων. Έτσι αν αλλαχθούν κατά τους επιστήμονες, τα κύτταρα των ηλικιωμένων με κύτταρα νεώτερου ατόμου, τότε το άτομο θα αποκτήσει μεγαλύτερη αντοχή στους βλαπτικούς παράγοντες και θα ξαναγίνει σφριγηλό. Η θεωρία αυτή αναπτύχθηκε πειραματικά σε ποντίκια τα οποία έζησαν διπλάσιο χρόνο από την ομάδα σύγκρισης.⁹⁰

Με την πάροδο του χρόνου και της ηλικίας, το άτομο παρουσιάζει σταδιακά αλλαγές στη λειτουργική και φυσιολογική του κατάσταση. Αλλαγές παρατηρούνται στην εμφάνιση, στο κυκλοφορικό σύστημα, αναπνευστικό, πεπτικό, σκελετικό, ουροποιητικό, νευρικό, αισθητήρια όργανα, διαταραχές μνήμης.⁹¹ Επίσης παρουσιάζονται καθημερινά προβλήματα υγείας τα οποία δυσκολεύουν όχι μόνο τη δική τους ζωή αλλά και των γύρων τους. Ενοχλήματα χωρίς σημαντική αιτία, αίσθημα κοπώσεων, πονοκέφαλοι, αϋπνία, δυσφαγία, ανορεξία, δύσπνοια, ίλιγγος, υπόταση, ακράτεια, κατάθλιψη.⁹² Η «γεροντική άνοια» η οποία οφείλεται στην εκφυλιστική βλάβη και στην καταστροφική των εγκεφαλικών κυττάρων είναι το σπουδαιότερο και πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί πρόβλημα για τον ηλικιωμένο και την οικογένειά του. Τις πιο πολλές φορές η παρέμβαση και συμμετοχή και άλλων επιστημόνων και υπηρεσιών που παρέχει η κοινότητα, είναι απαραίτητη για να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα.⁹³

⁸⁸ Τ.Β.Μίχου(1997)Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων(Υγιών-Ασθενών), σελ.45, Αθήνα

⁸⁹ Ε.Θ.Κυριακίδου(1990)Κοινωνική νοσηλευτική,2^η έκδοση,σελ.313

⁹⁰ Ε.Θ.Κυριακίδου(1990)Κοινωνική νοσηλευτική,2^η έκδοση,σελ.314

⁹¹ Ε.Θ.Κυριακίδου(1990)Κοινωνική νοσηλευτική,2^η έκδοση,σελ.315-317

⁹² Τ.Β.Μίχου(1997)Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων(Υγιών-Ασθενών), σελ.55-63, Αθήνα

⁹³ Ε.Θ.Κυριακίδου(1990)Κοινωνική νοσηλευτική,2^η έκδοση,σελ.337

Γεροντολογία – γηριατρική

Τα ιδιαίτερα προβλήματα της υγείας των ηλικιωμένων, η πρόληψη και η αντιμετώπισή τους, αποτελούν μεγάλο πεδίο μελέτης και έρευνας. Οι γνώσεις γεροντολογίας και γηριατρικής απαιτούνται στη σύγχρονη ιατρική πράξη. Η γεροντολογία περιλαμβάνει ειδικότητες με μεγάλη ποικιλία μελετών και ερευνών σχετικές με το γήρας. Η γηριατρική αποτελείται από εργαστηριακές και κλινικές μελέτες σχετικές με τα νοσήματα και τις λειτουργικές διαταραχές του γήρατος και έχει σκοπό την ιατρική περίθαλψη των υπερηλίκων. Η σφαιρική περίθαλψη των υπερηλίκων, χρειάζεται εκτός από τις βιο-ιατρικές επιστήμες, τη βοήθεια παραγόντων όπως ψυχο-κοινωνικές εμπειρίες και γνώσεις ώστε η υγειονομική υπηρεσία που προσφέρεται να είναι ολοκληρωμένη.⁹⁴

Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός από το 1985 προσφέρει υπηρεσίες και καλύπτει τις ανάγκες των ηλικιωμένων που είτε ζουν με την οικογένειά τους, είτε έχουν ιδιαίτερες ανάγκες. Η υπηρεσία γεροντολογίας προσφέρει:

- I. Ιατρική φροντίδα είτε στο σπίτι είτε στις οικοδομημένες υπηρεσίες (services premises)
- II. Βοήθεια στο σπίτι
- III. Βοήθεια σε ψυχολογικές, κοινωνικές και οικονομικές ανάγκες⁹⁵

Ένας κλάδος της νοσηλευτικής είναι και η γεροντολογική νοσηλευτική η οποία έχει σαν αντικειμενικούς στόχους :

- 1) Δημιουργία θετικών στάσεων προς τα γηρατειά και τους ηλικιωμένους
- 2) Τη συμβολή στη βελτίωση της φροντίδας της υγείας τους
- 3) Τη νοσηλευτική αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των βιοψυχοκοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων.
- 4) Τη δημιουργία και τη διατήρηση ανοικτού νοσηλευτικού διαλόγου με ηλικιωμένους και της οικογένειές τους για την κατανόηση , μελέτη και νοσηλευτική αντιμετώπιση ειδικών προβλημάτων τους.⁹⁶

Στην φροντίδα των ηλικιωμένων υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη:

⁹⁴ Π.Κ.Ιμπρίαλος (1988)Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Η σφαιρική περίθαλψη των υπερηλίκων, τόμος 3, τχ.6, σελ.26

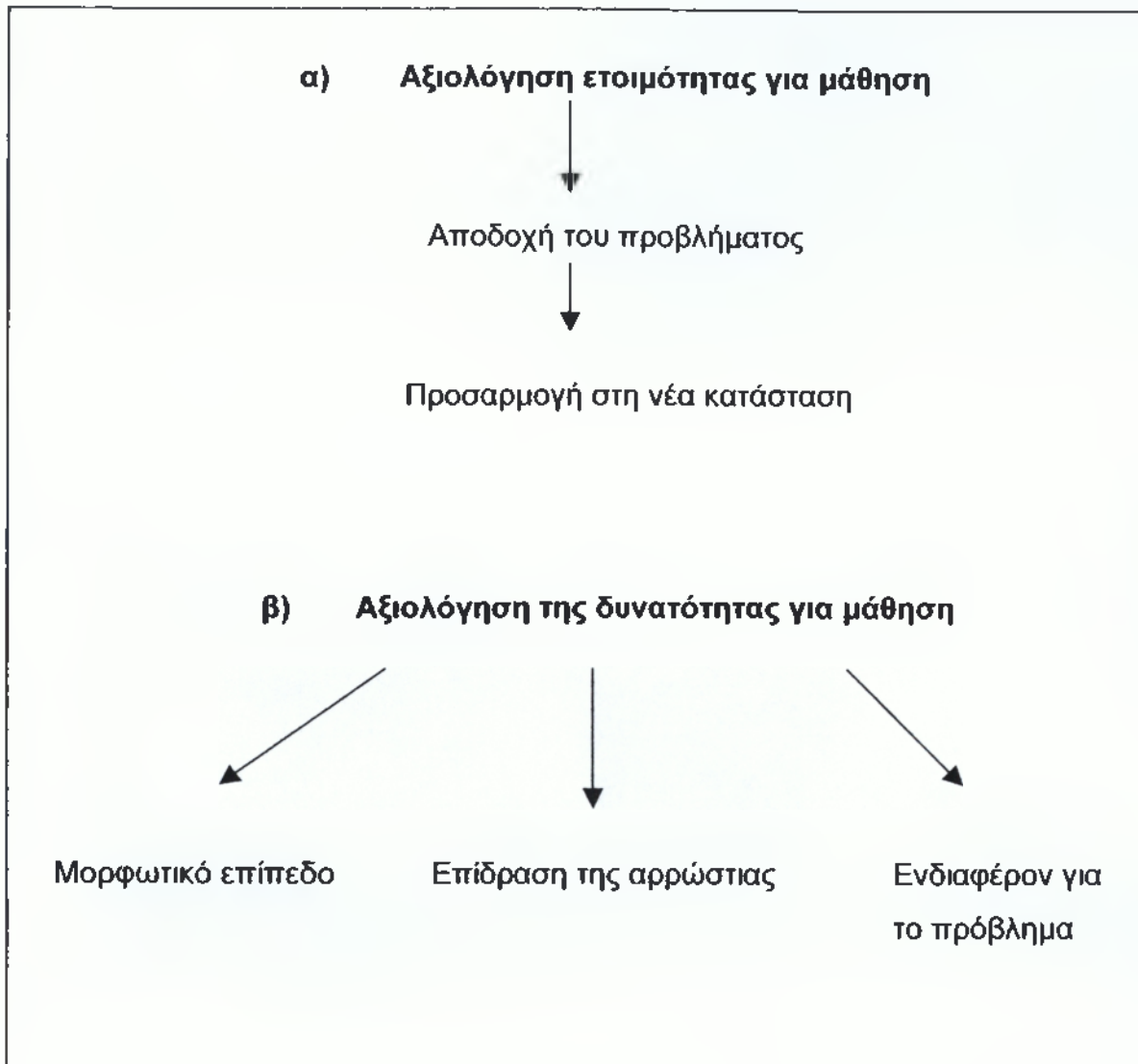
⁹⁵ <http://www.redcross.gr>

⁹⁶ Α.Ραγιά(1991)Βασική νοσηλευτική ,2^η έκδοση,σελ.297

1. **Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου:** ο ηλικιωμένος τείνει να χάσει την ατομικότητά του για 2 λόγους. α)λόγω του γήρατος και των χαρακτηριστικών που το διέπουν αισθάνεται φυσική και πνευματική ανικανότητα για την διεκπεραίωση των καθημερινών του δραστηριοτήτων χωρίς την βοήθεια κάποιου ατόμου και β)λόγω της μη ενεργητικότητάς του στο χώρο της εργασίας λόγω της συνταξιοδότησής του, νιώθει ότι δεν είναι χρήσιμος στην κοινωνία. Αυτοί οι παράγοντες πρέπει να αντιμετωπιστούν ώστε ο ηλικιωμένος να διατηρήσει την ατομικότητά του. Με ισορροπία στην υγεία του , κατάλληλο περιβάλλον και κοινωνική υποστήριξη θα μπορέσει να διατηρήσει την ανεξαρτησία του.

2. **Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα:** τα άτομα του περιβάλλοντος του ηλικιωμένου δεν μπορούν να τον περιμένουν να τελειώσει με αργό ρυθμό κάποια δραστηριότητα όπως ντύσιμο, φαγητό και προτιμούν να το κάνουν οι ίδιοι, με αποτέλεσμα να τον ωθούν στην εξάρτηση. Η οικογένεια πρέπει να ενημερωθεί ώστε να αντιληφθεί ότι η διεκπεραίωση κάποιων δραστηριοτήτων από τον ηλικιωμένο, του δίνει το αίσθημα της χρησιμότητας. Φυσικά, υπάρχει και η περίπτωση ο ηλικιωμένος να είναι απαθής σε κάθε δραστηριότητα οπότε πρέπει να αναζητηθούν τα αίτια της αδυναμίας του αυτής.

3. **Διδασκαλία ηλικιωμένου- οικογένειας** υπάρχουν 2 βήματα στην οργάνωση του προγράμματος διδασκαλίας στον ηλικιωμένο και της οικογένειάς του. (βλ.σχ.12)



Σχήμα 12 : Βήματα για την οργάνωση του προγράμματος διδασκαλίας στον ηλικιωμένο και την οικογένειά του.

Πηγή :Ιδία έρευνα

Ο ηλικιωμένος και η οικογένειά του , πρέπει να μάθουν όλα όσα χρειάζονται για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν με ασφάλεια κάθε αδυναμία στο περιβάλλον του σπιτιού.

4. **Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας :** λόγω της ποικιλομορφίας των αναγκών αυτής της ομάδας του πληθυσμού, απαιτείται και η συνεργασία επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων. Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά η ομάδα πρέπει κάθε μέλος της

και να υπολογίζει το ρόλο του άλλου. Ανάλογα με τις ανάγκες και την κατάσταση του ατόμου, την ηγεσία της ομάδας την αναλαμβάνει κάποιος από τους επιστήμονες. Ο γιατρός έχει το προβάδισμα όταν ο ηλικιωμένος έχει έντονο πρόβλημα υγείας, ο φυσιοθεραπευτής όταν αντιμετωπίζει πρόβλημα κινητικό και χρήζει αποκατάστασης και ο νοσηλευτής κατευθύνει την φροντίδα του ατόμου που βρίσκεται στα τελικά στάδια της ζωής και αναλαμβάνει τη διδασκαλία και ενημέρωση αυτού και της οικογένειάς του.⁹⁷ Οι ειδικοί επιστήμονες θα προσφέρουν βέβαια τις γνώσεις και τις υπηρεσίες τους στους ηλικιωμένους, αλλά μόνο ο γενικός γιατρός είναι σε θέση να συντονίσει αυτές τις υπηρεσίες και να τις προσαρμόσει ανάλογα με την περίπτωση, προσφέροντας στα άτομα τη συνέχεια της φροντίδας.⁹⁸

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα σε ασθενείς που είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, ήταν 3 μήνες μετά από την ημέρα εξόδου τους από το νοσοκομείο και την αποκατάσταση στο σπίτι, να επιτύχουν καλύτερο αποτέλεσμα σε ειδική μέτρηση για την επάνοδο των σωματικών τους δραστηριοτήτων και την ικανότητά τους να αυτοεξυπηρετούνται. Τα θετικά αποτελέσματα οφείλονται στην καλύτερη διάθεση των ασθενών όταν βρίσκονται στο σπίτι τους και στο γεγονός ότι οι συγγενείς και οι φίλοι αισθάνονται τότε περισσότερο υπεύθυνοι και συμμετέχουν πιο ενεργοί στη διαδικασία αποκατάστασης του ασθενούς. Η αποκατάσταση στο σπίτι για να έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα θα πρέπει:

- 1ο Οι υγειονομικές αρχές να βοηθούν στην εύκολη απόκτηση από τον ασθενή των απαραίτητων βοηθητικών μέσων
- 2ο Να υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός εξειδικευμένου προσωπικού που θα επισκέπτεται και θα παρακολουθεί τον ασθενή
- 3ο Οργάνωση της μετα-θεραπευτικής παρακολούθησης και αγωγής⁹⁹

Επίσης, έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 150 ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω, που νοσηλεύτηκαν με κάταγμα ισχίου στην ορθοπεδική κλινική του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, από το Μάρτιο και μέχρι τον Δεκέμβριο του 1990, με σκοπό να διερευνηθούν οι μετανοσοκομειακές τους ανάγκες υγείας. Από τα

⁹⁷ Ε.Θ.Κυριακίδου(1990)Κοινωνική νοσηλευτική,2^η έκδοση,σελ.323-328

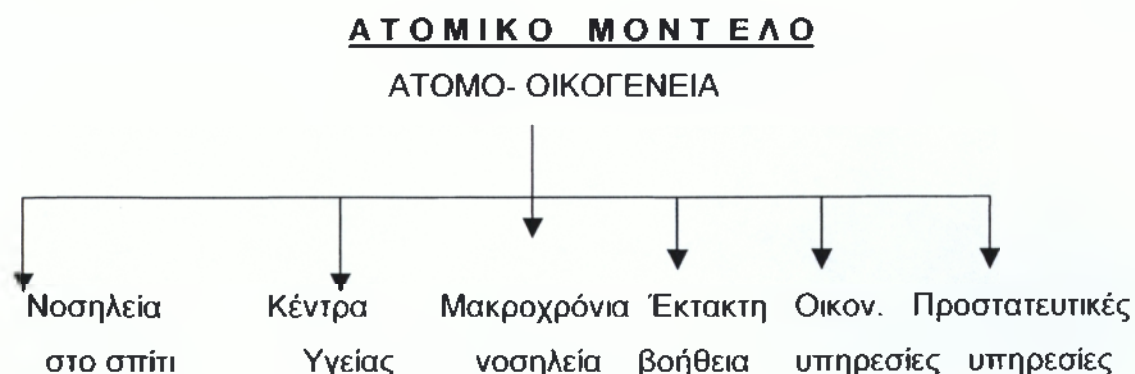
⁹⁸ Μ.Μποδοσάκης (1995) ΠΦΥ, Γενική ιατρική στην 3^η ηλικία, τομ. 7, τχ.3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος 1995, σελ. 135-137

⁹⁹ Ε.Φιλόπουλος (2000)Περιοδικό « Μ' ενδιαφέρει» , σελ.12, Μάιος – Ιούνιος 2000

αποτελέσματα της έρευνας και την ανάλυση των στοιχείων, διαπιστώθηκε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων που μεταφέρθηκε στο σπίτι του και φρονιζόταν από το συγγενικό του περιβάλλον, παρουσίασε βελτίωση της γενικής κατάστασης της σωματικής του υγείας η οποία βελτιωνόταν σταθερά με την πάροδο του χρόνου.¹⁰⁰

Οργάνωση υπηρεσιών υγείας

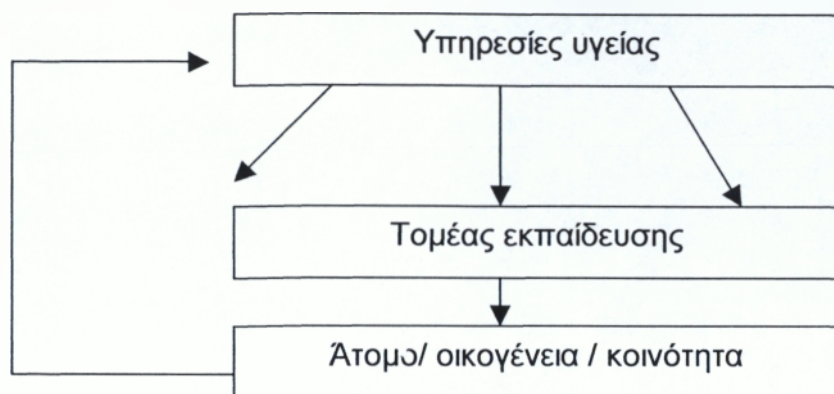
Υπάρχουν τρία μοντέλα για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Το ατομικό, το επιστημονικό, και το διοικητικό. Κάθε ένα από αυτά έχει και συγκεκριμένη λειτουργία. Στο ατομικό μοντέλο το άτομο και η οικογένειά του, έχουν την πρωτοβουλία επιλογής των υπηρεσιών υγείας με πλεονέκτημα την ελευθερία επιλογής των υπηρεσιών υγείας που προτιμούν αλλά με μειονέκτημα την έλλειψη ενημέρωσης πριν από κάθε επιλογή. Στο διοικητικό μοντέλο η ενημέρωση από τους υπεύθυνους των υπηρεσιών προκειμένου να επιλέξει το κοινό τις υπηρεσίες που προτιμά είναι σημαντικό πλεονέκτημα, αλλά υπάρχει δυσκολία στο να προβλεφθούν οι υπηρεσίες που χρειάζονται και να οργανωθούν ανάλογα με τη ζήτηση. Τέλος, στο επιστημονικό μοντέλο, ο νοσηλευτής γεροντολογίας, που παρέχει τη φροντίδα, αποτελεί τον συνδετικό κρίκο ατόμου-υπηρεσιών αφού αξιολογεί το άτομο (πάντα συνεργαζόμενος μαζί του) και με τη σχετική ενημέρωση επιλέγει και συντονίζει τη φροντίδα που απαιτείται.¹⁰¹(βλ.σχ.13)



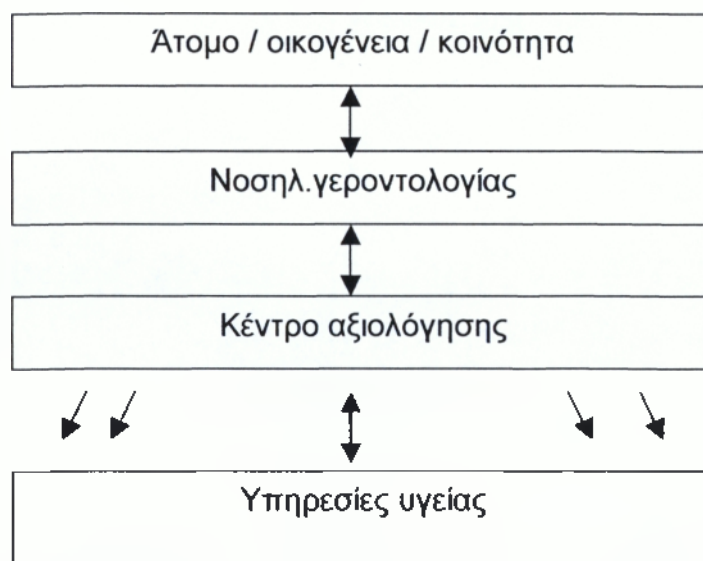
¹⁰⁰ Α.Χ.Πορτοκαλάκη (1994) Μετανοσοκομειακές ανάγκες υγείας ηλικιωμένων με κάταγμα ισχίου, Διδακτορική διατριβή, σελ.207,Αθήνα 1994

¹⁰¹ Ε.Θ.Κυριακίδου(1990)Κοινωνική νοσηλευτική,2^η έκδοση,σελ.307

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ



Σχ.13 :Μοντέλα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας

Πηγή : Ε.Θ.Κυριακίδου(1990) Κοινωνική νοσηλευτική,2^η έκδοση,σελ.308

2.2 : Υπηρεσίες της κοινότητας για την φροντίδα της 3^{ης} ηλικίας

Η υγειονομική φροντίδα των υπερηλίκων, είναι πολύ σημαντική σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα μακροπρόθεσμης περίθαλψης. Αποτελείται από συνδυασμό πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης και συστημάτων κοινωνικής

φροντίδας. Η πρωτοβάθμια ιατρική φροντίδα περιλαμβάνει την οικιακή φροντίδα , νοσηλευτική περίθαλψη , εργασιοθεραπεία, πρόγραμμα φυσικής αποκατάστασης και μυϊκής άσκησης. Τα συστήματα κοινωνικής φροντίδας ενδιαφέρονται για την ασφάλεια και προστασία , τη σωστή διατροφή και παροχή βοήθειας στο σπίτι.¹⁰²

Η πολιτική στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας για την 3^η ηλικία αποσκοπεί στην παραμονή τους μέσα στην κοινότητα και την επικοινωνία με την οικογένειά τους ώστε να μην περιθωριοποιούν από την ενεργή ζωή της κοινότητας. Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει την αρμοδιότητα για την περίθαλψη και την προστασία των ηλικιωμένων. Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν:

i. Παροχές σε χρήμα

Επιδόματα

- i. Συνταξιοδότηση ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι μετά το 65^ο έτος της ηλικίας τους λαμβάνουν χρηματικό ποσό 21,000 δρχ
- ii. Ηλικιωμένοι άνω των 60 ετών με αναπηρία 67% έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση Σ
- iii. Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης(σεισμοί, πλημμύρες) ηλικιωμένοι δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση
- iv. Επιδότηση ενοικίου δικαιούνται τα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών τα οποία δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία

ii. Παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες

Φροντίδα στο σπίτι

Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στο σπίτι κοντά στους συγγενείς και στους φίλους του. Ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, ξεκίνησε πρώτος το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι ». Σε περιπτώσεις ηλικιωμένων οι οποίοι ζουν μόνοι τους σε συνεργασία με τον ΟΤΕ λειτούργησε το πρόγραμμα τηλε- συναγερού. Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, οι ηλικιωμένοι μπορούν να επικοινωνήσουν με την κοινωνική υπηρεσία . Το πρόγραμμα αυτό ξεκίνησε δοκιμαστικά το 1991 και καλύπτει δωρεάν 40 περιστατικά στην Αθήνα. Επίσης, ένα δεύτερο πρόγραμμα είναι αυτό της τηλε-ιατρικής . Γιατροί από απομακρυσμένα νησιά μπορούν να ζητούν βοήθεια για

¹⁰² Π.Κ.Ιμπρίαλος (1988)Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Η σφαιρική περίθαλψη των υπερηλικών, τόμος 3, τχ.6, σελ.32

διάφορα καρδιολογικά περιστατικά. Στον Ερυθρό Σταυρό υπάρχει καρδιογράφος και ειδικοί γιατροί αφού ελέγξουν το καρδιογράφημα, δίνουν οδηγίες για τη σωστή αντιμετώπιση του περιστατικού.

- i. Προγράμματα αναδοχής
- ii. Προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα

Τέτοια θεωρούνται τα ΚΑΠΗ των οποίων η ίδρυση και λειτουργία γίνεται στους περισσότερους δήμους της χώρας. Είναι χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών όπως φυσιοθεραπεία και ιατροφαρμακευτική φροντίδα. Τα προγράμματα αυτά απασχολούν στην κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων, την δημιουργική τους απασχόληση, πρόληψη ασθενειών και την ψυχαγωγία τους. Επίσης, άλλα προγράμματα θεωρούνται οι «Λέσχες Φιλίας» οι οποίες λειτουργούν σε ενοικιαζόμενα ή ιδιόκτητα κτίρια του δήμου. Οι λέσχες αυτές προσφέρουν δημιουργική απασχόληση, κοινωνική φροντίδα και συμβουλευτικές υπηρεσίες στους ηλικιωμένους.¹⁰³

Το πρόγραμμα «**Βοήθεια στο Σπίτι**», λειτούργησε αρχικά την δεκαετία του '80 στην Ελλάδα, όταν το ΚΑΠΗ Κερατσινίου ξεκίνησε το πρώτο πρόγραμμα με την επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, αλλά και πριν από αυτό ο Ε.Ε.Σ. λειτούργησε τέτοια προγράμματα σε περιοχές της Αθήνας. Στην Αττική εφαρμόζονται 39 προγράμματα, στο νομό Θεσσαλονίκης 13, στο νομό Πέλλας 4, στους νομούς Αιτωλοακαρνανίας και Λασιθίου από 3. Στα Δωδεκάνησα, Ηλεία, Ηρακλείου, Καβάλας, Μαγνησίας, Φθιώτιδας από 2 προγράμματα. Στους νομούς Αργολίδας, Αρκαδίας, Αχαΐας, Βοιωτίας, Γρεβενών, Δράμας, Έβρου, Ευρυτανίας, Ημαθίας, Θεσπρωτίας, Ιωαννίνων, Καρδίτσας, Κέρκυρας, Κεφαλλονιάς, Κιλκίς, Κοζάνης, Κυκλάδων, Λέσβου, Μεσσηνίας, Πρεβέζης, Ροδόπης, Σάμου, Σερρών, Τρικάλων, Χαλκιδικής, Χανίων και Χίου από 1 πρόγραμμα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν τα προγράμματα στις χώρες της Αυστραλίας, Δανίας, Νορβηγίας, Μ.Βρετανίας διότι σε αυτές τις χώρες τα προγράμματα αυτά, αποτελούν μέρος ενός ευρύτερου πλέγματος υπηρεσιών όπως :

1. Υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι
2. Κέντρα και νοσοκομεία μόνο ημερησίας ή μόνο νυχτερινής φροντίδας

¹⁰³ Π.Α.Σταθόπουλος (1996) Κοινωνική πρόνοια –Μια γενική θεώρηση, 2^η έκδοση,σελ. 307-312,Αθήνα 1996

3. Κέντρα παραμονής κατά την διάρκεια διακοπών
4. Υπηρεσίες προσωρινής παραμονής και συμπαράστασης
5. Κέντρα τελικής περίθαλψης (hospice)
6. Κέντρα ανάρρωσης και αποκατάστασης
7. Υπηρεσίες ενημέρωσης , συμβουλευτικής και ψυχολογικής στήριξης
8. Διαμερίσματα ή στέγες προστατευόμενης αλλά ανεξάρτητης διαμονής
9. Γηροκομεία
10. Ιδρύματα μακροχρόνιας νοσηλευτικής φροντίδας για άτομα πλήρως εξαρτημένα
11. Υπηρεσίες ενημέρωσης και δοκιμής βοηθημάτων
12. Υπηρεσίες μεταφοράς
13. Υπηρεσίες ενοικίασης βοηθημάτων
14. Κινητές μονάδες φροντίδας
15. Τηλεсуναγεργμός
16. Τηλε-ιατρική¹⁰⁴

Επίσης στο εξωτερικό, παρέχονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας όπως:

- ⊕ Meals on wheels:μοιράζονται γεύματα σε φτωχούς και αρρώστους ηλικιωμένους
- ⊕ Telephone reassurance programs (ΗΠΑ):περιλαμβάνει τηλεφωνικές υπηρεσίες ελέγχου
- ⊕ Home services (ΗΠΑ):αφορά την επιδιόρθωση βλαβών μέσα στο σπίτι
- ⊕ Friendly visiting:την μοναξιά των ηλικιωμένων μπορούν να την ανακουφίσουν φίλοι και συγγενείς¹⁰⁵

Οι ηλικιωμένοι θέλουν ανεξαρτησία , ολοκληρωμένη προσέγγιση στη διατύπωση της ανάγκης και εύκαμπτες δομές υποστήριξης. Θέλουν να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια και την προσωπική ζωή τους, να έχουν παρέα και εύχρηστη ζωή. Σύμφωνα με τον Foster Murphy, Chief Executive the Abbeyfield Society : *«Στην Μ.Βρετανία , μας δημιουργεί έκπληξη ότι οι ηλικιωμένοι ανακαλύπτουν μόνοι τους το τι είναι καλύτερο γι' αυτούς. Είναι μπερδεμένοι, θυμωμένοι και χρειάζονται συνηγορία και υποστήριξη».* Στην Μ.Βρετανία επίσης,

¹⁰⁴ Α.Αμυρά (2000) Ογκολογική ενημέρωση ,τόμος 2, τχ2, σελ.104, Απρίλιος –Ιούνιος 2000

¹⁰⁵ Π.Μελιτζανά-Σ.Χατζίδου(2000) Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον»Θεσ/νίκη 1/12/2000,σελ.115-116

η φροντίδα στο σπίτι είναι κεντρικής σημασίας για την στέγαση των ηλικιωμένων. Η πρόνοια μπορεί να γίνει από την τοπική κυβέρνηση , ιδιωτικές επιχειρήσεις, ή μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς. Οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να παραμείνουν εκεί που θέλουν να μείνουν μέχρι τον θάνατό τους και η πλειοψηφία των ανθρώπων θέλουν να μείνουν στα σπίτια τους. Η βοήθεια στη ζωή ή η κλειστή φροντίδα είναι κατάλληλη όταν οι ηλικιωμένοι αρχίζουν να έχουν δυσκολία στο να τα καταφέρουν με τις καθημερινές αναγκαίες ρουτίνες.

Οι Ολλανδοί και οι Σκανδιναβοί, έχουν αναπτύξει το Ευρωπαϊκό μοντέλο αυτού του είδους της φροντίδας , το οποίο αναγκαία είναι βασισμένο στην κατοικία. Στην Δανία , Βέλγιο, Ολλανδία, Λουξεμβούργο παρέχονται χώροι σε μεγαλύτερο από το 10% των ηλικιωμένων. Στην Γαλλία , Γερμανία, Ιρλανδία στο 5% και στην Ελλάδα , Πορτογαλία , Ισπανία και Ιταλία κάτω του 3% του πληθυσμού. Στην Γαλλία και στην Γερμανία, κατασκεύαζαν μικρότερες μονάδες και αναδιοργάνωναν σπίτια για τους ηλικιωμένους εκτός της κοινότητας. Στο Λουξεμβούργο και στην Δανία, έχουν κάνει βήματα για να αναμορφώσουν τις οικιακές ευκολίες σε περισσότερα ελαστικά κέντρα, περιλαμβάνοντας πρόσβαση σε άτομα που δεν κατοικούν στην συγκεκριμένη κοινότητα.

Όλοι όσοι ενδιαφέρονται για το μέλλον της μακρόχρονης φροντίδας των ηλικιωμένων στην Ευρώπη, πρέπει να σκεφτούν την χρηματοδότηση , την πρόνοια και την συμμετοχή. Το ερώτημα που προκύπτει από συζητήσεις είναι για το ποιος θα πληρώσει για την μακρόχρονη φροντίδα της 3^{ης} ηλικίας . Βλέποντας την έλλειψη των πηγών, εννοείται ότι οι κυβερνήσεις ψάχνουν όλους τους πιθανούς τρόπους για να χρηματοδοτήσουν τα κόστη φροντίδας. Αυτό οδήγησε την κυβέρνηση της Μ.Βρετανίας να καθιερώσει κριτήρια με αρμοδιότητες μέσω των μέσων ελέγχου και να ενθαρρύνει το κοινό να σκεφτεί ιδιωτικά ασφαλιστικά πλάνα. Η κυβέρνηση στην Γερμανία, παρουσίασε ένα αναγκαστικό ασφαλιστικό πλάνο, ενώ η κυβέρνηση της Μ.Βρετανίας συνηγορεί ένα εθελοντικό συναδελφικό ασφαλιστικό πλάνο κατά μήκος των πλάνων από τι είναι απαραίτητο στην Αμερική.

Όσον αφορά την πρόνοια, τα σύνορα μεταξύ «υποστηρικτικής ατομικής επάρκειας (η πρώτη επιλογή για τους ηλικιωμένους) , ευθύνης της οικογένειας για υποστήριξη και φροντίδα και η συγκεντρωτική κοινωνική ευθύνη , μετακινούνται. Οι κυβερνήσεις στην Ολλανδία, Γαλλία και Σουηδία, προχώρησαν

στην ενθάρρυνση της υποστηρικτικής αυτονομίας των ηλικιωμένων. Τέλος, όσον αφορά την συμμετοχή, κατευθυντήριες γραμμές πρέπει να ληφθούν :

1. Κάποια μορφή φροντίδας πρέπει να διατηρηθεί και όπου είναι πιθανό, αύξηση της αξιοπρέπειας και ατομικότητας του δέκτη
2. Η φροντίδα πρέπει να είναι διαθέσιμη όπου και όταν ο χρήστης χρειαστεί
3. Η φροντίδα πρέπει να δίνεται με ένα τρόπο και στο περιβάλλον το οποίο είναι ουσιαστικά ευπρόσδεκτο στο δέκτη
4. Η φροντίδα πρέπει να είναι ελαστική και προσαρμόσιμη στις ανάγκες που αλλάζουν και στις επιθυμίες των χρηστών¹⁰⁶

2.3: Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι

Στην χώρα μας, η ουσιαστική ανάπτυξη των προγραμμάτων βοήθειας στο σπίτι άρχισε το 1997 με την Υπουργική Απόφαση Π4β/5814(ΦΕΚ917,17.10.97)τχ.β'. Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" είναι πενταετές πιλοτικό πρόγραμμα που συγχρηματοδοτείται από την τοπική αυτοδιοίκηση με το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και το Υπουργείο Εσωτερικών. Η χρηματοδότηση αφορά το ποσό των 12,000,000 δρχ το χρόνο. Τα 3 πρώτα χρόνια το ποσό καλύπτεται από τα Υπουργεία και τα επόμενα δύο, από την τοπική αυτοδιοίκηση.¹⁰⁷

Η κάλυψη των βασικών αναγκών ατόμων που δεν αυτοεξυπηρετούνται πλήρως, χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα, μένουν μόνα τους και δεν έχουν επαρκείς πόρους για να συντηρηθούν ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους , είναι ο πρωταρχικός σκοπός του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι». Το πρόγραμμα έχει ως επιδίωξη :

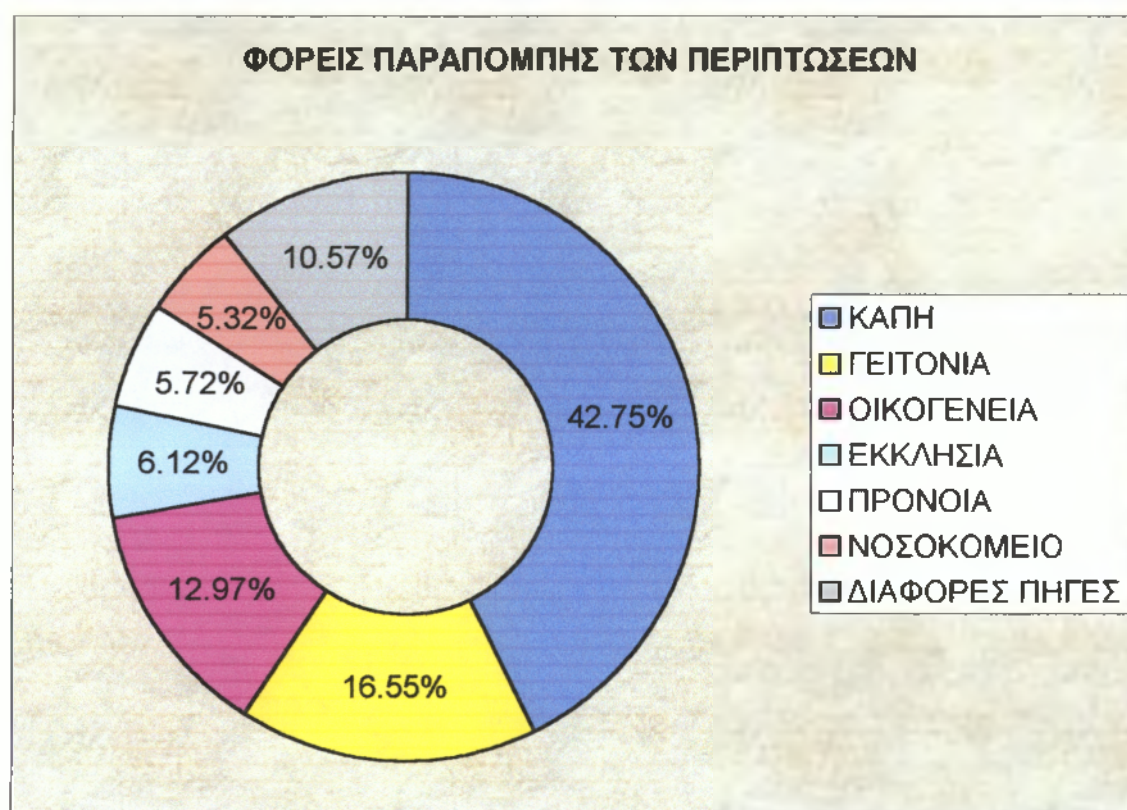
- ❖ Μελέτη των αναγκών για κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων
- ❖ Παροχή συστηματικής φροντίδας στους ηλικιωμένους και στο οικογενειακό τους περιβάλλον από σύνολο επιστημόνων και εθελοντών
- ❖ Αξιοποίηση των δυνατοτήτων του δήμου και των πολιτών με σκοπό την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων

¹⁰⁶ F.Merphy(2000) <http://www.disabled.gr>, Care of older people in Europe: An analysis

¹⁰⁷ Π.Μελιτζανά-Σ.Χατζίδου(2000) Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον»Θεσ/νίκη 1/12/2000,σελ.116

- ❖ Αξιοποίηση των εθελοντικών πρωτοβουλιών και ανάπτυξη της κοινωνικής αλληλεγγύης
- ❖ Σύνδεση των ηλικιωμένων με το ΚΑΠΗ και δραστηριοποίηση των μελών του ΚΑΠΗ προς τους ηλικιωμένους που είναι ενταγμένοι στο πρόγραμμα
- ❖ Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του προγράμματος

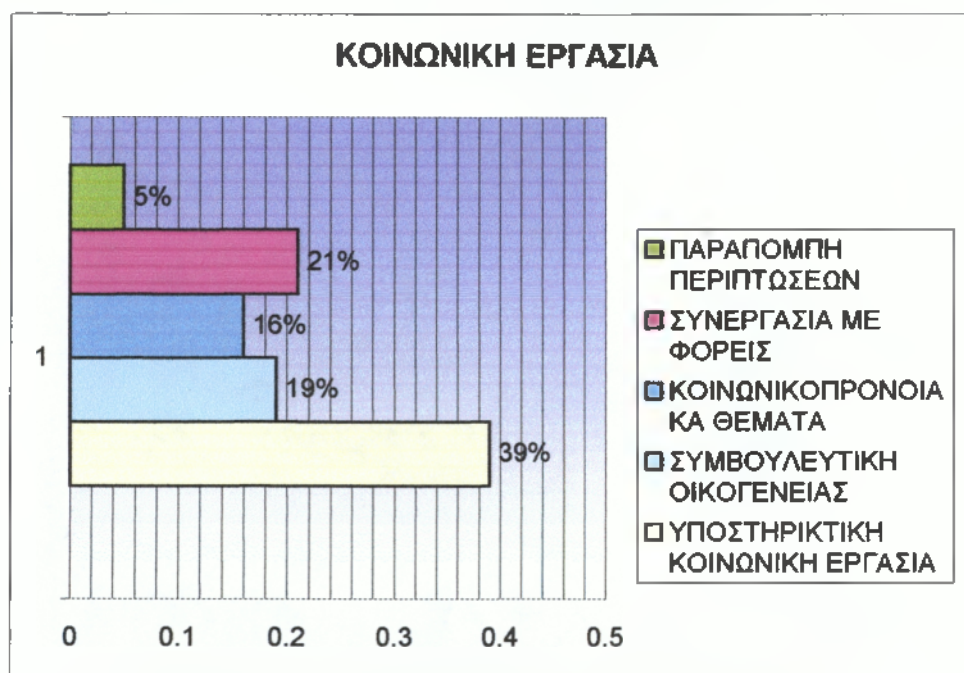
Προκειμένου να βρεθούν οι περιπτώσεις που θα είχαν όφελος από το πρόγραμμα αυτό ,πραγματοποιήθηκαν διερευνητικές απογραφές, έγινε ενημέρωση των φορέων όπως ιατρεία , σύλλογοι, εκκλησία, δόθηκαν ενημερωτικά φυλλάδια και αφίσες και συνεντεύξεις στον τύπο και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (Μ.Μ.Ε.). Οι φορείς των περιπτώσεων είναι :(βλ.σχ.14)



Σχ. 14: Κύριοι φορείς παραπομπής των περιπτώσεων στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι»

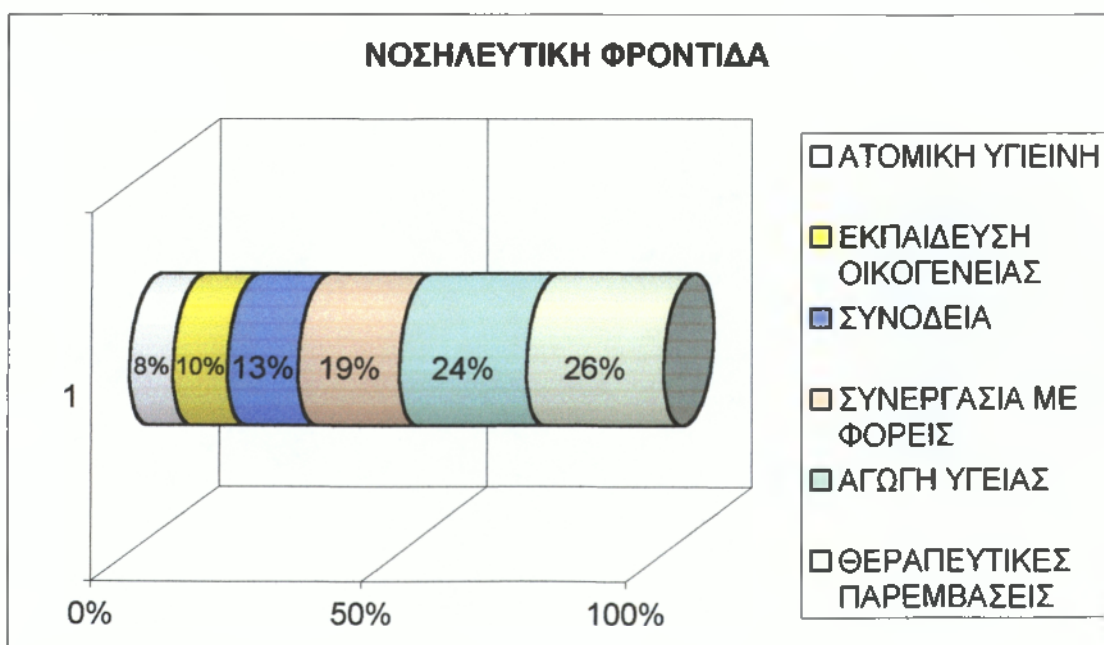
Πηγή :Ιδία έρευνα

Τα προγράμματα αυτά έχουν γίνει δεκτά με ικανοποίηση από τα άτομα που συμμετείχαν αλλά και από τους κατοίκους της περιοχής . Ως τώρα έχουν εξυπηρετηθεί περίπου 9000 ηλικιωμένοι και οι οικογένειές τους. Οι εθελοντές περίπου αριθμούν τους 1200 και αξιοποιούνται και τοπικοί σύλλογοι. Οι υπηρεσίες κοινωνική εργασία (βλ.σχ.15) νοσηλευτική φροντίδα (βλ.σχ.16) και οικογενειακή βοήθεια (βλ.σχ.17) που προσφέρθηκαν και τα ποσοστά των εξυπηρετηθέντων φαίνονται στα παρακάτω σχήματα:



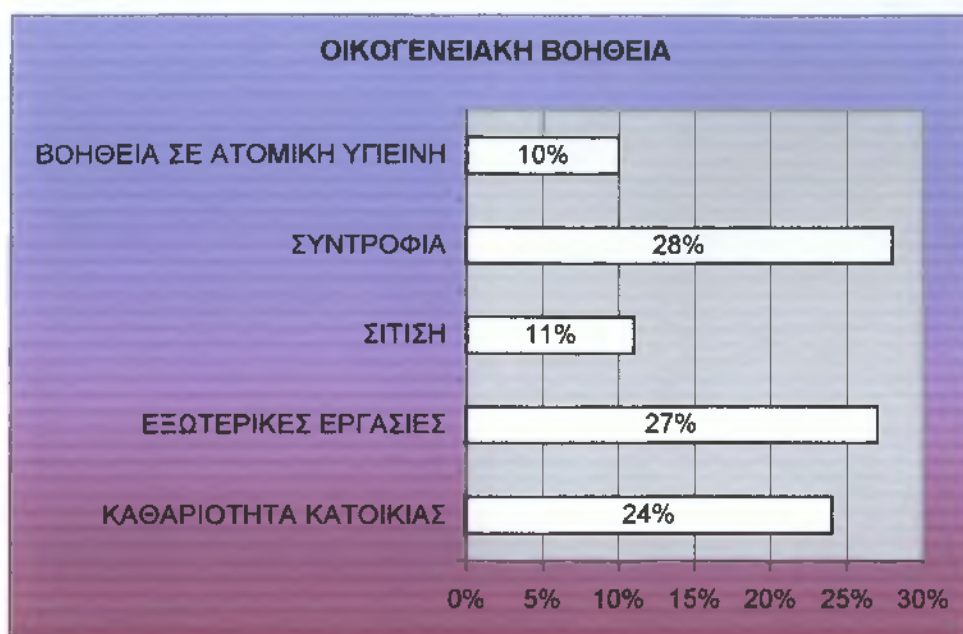
Σχ.15: Ποσοστό εξυπηρετηθέντων μέσω της κοινωνικής εργασίας.

Πηγή :Ιδία έρευνα



Σχ.16 :Ποσοστό εξυπηρετηθέντων μέσω της νοσηλευτικής φροντίδας

Πηγή :Ιδία έρευνα



Σχ.17: Ποσοστό εξυπηρετηθέντων μέσω της οικογενειακής βοήθειας

Πηγή :Ιδία έρευνα

Σχετικά με την συχνότητα παροχής των μορφών φροντίδας έχουμε τα παρακάτω ποσοστά:

- το ελάχιστο μια φορά το δεκαπενθήμερο
 - κοινωνική εργασία 79,30%
 - νοσηλευτική φροντίδα 80,00%
 - οικογενειακή φροντίδα 65,50%
- το ελάχιστο μια φορά την εβδομάδα
 - κοινωνική εργασία 49,10%
 - νοσηλευτική φροντίδα 55,20%
 - οικογενειακή φροντίδα 46,80%
- καθημερινά
 - κοινωνική εργασία 3,60%
 - νοσηλευτική φροντίδα 7,00%
 - οικογενειακή φροντίδα 5,40%¹⁰⁸

¹⁰⁸ Α. Αμηρά(2000) Ογκολογική ενημέρωση, τόμος 2^{ος}, τχ 2^ο, σελ. 105, Απρίλιος - Ιούνιος

Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός(Ε.Ε.Σ.)

Το πρόγραμμα «**Βοήθεια στο Σπίτι**» λειτουργεί με τη συνεργασία και επιχορήγηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας στην Αθήνα. Σαν σκοπό έχει να παρέχει εξειδικευμένες υπηρεσίες σε άτομα ηλικιωμένα τα οποία ζουν μόνα τους αλλά και υποστήριξη στις οικογένειες που έχουν ηλικιωμένο μέλος.

- ⇒ Οι κοινωνικές υπηρεσίες που παρέχονται σε αυτά τα άτομα είναι: *κοινωνική εργασία* με άτομα, ομάδες , οικογένεια και κοινότητα, *επισκέψεις* κατ' οίκον από κοινωνικούς λειτουργούς, *κοινωνική εργασία* με ομάδες για την ενεργοποίηση των εξυπηρετούμενων.
- ⇒ Οι ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται έχουν εφαρμόσει ένα πρόγραμμα προληπτικής ιατρικής με στόχο την πρόληψη και την αποφυγή εισαγωγής σε νοσοκομείο. Επιπλέον, παρέχεται συνταγογραφία φαρμάκων σε ασφαλισμένους του ΟΓΑ , συνεργασία με τα νοσοκομεία και ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες.
- ⇒ Φυσικοθεραπεία με τη χρήση φορητών μηχανημάτων
- ⇒ Οικογενειακοί βοηθοί που συμβάλλουν στην σωστή λειτουργία του νοικοκυριού και της φροντίδας του χώρου
- ⇒ Εθελοντών κοινωνικής πρόνοιας που προσφέρουν συντροφιά , συνοδεία και κάλυψη πρακτικών αναγκών(εξόφληση λογαριασμών

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζονται κατά χρονολογική σειρά τα σύνολα των εξυπηρετούμενων ατόμων από την αρχή λειτουργίας του προγράμματος

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ	551	560	600	317	332	529	566	670	654	792
ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ	96	183	252	221	333	420	420	459	482	531
ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	-	40	48	72	93	106	116	95	85	96
ΟΙΚΟΓ.ΒΟΗΘΩΝ	29	53	60	67	65	50	60	50	40	41
ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ	18	23	30	32	47	34	26	24	19	30

Πίνακας 2 : Στατιστικά στοιχεία εξυπηρετούμενων του προγράμματος «**Βοήθεια στο Σπίτι**»

Πηγή : Ε.Καρανίκα(1998) Εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας , σελ.83-87, Κως 1998

Το πρόγραμμα βασίζεται στον συνδυασμό φροντίδας μέσα στην κοινότητα και στην φροντίδα από την κοινότητα.¹⁰⁹

Νομός Θεσσαλονίκης

Δήμος Συκεών

Το πρόγραμμα «**Βοήθεια στο Σπίτι**» ξεκίνησε τον Ιούνιο του 1998. Η ομάδα που σχηματίστηκε αποτελούνταν από 6 εθελοντές εκ των οποίων 2 νοσηλευτές, 2 επισκέπτες υγείας και 2 οικογενειακούς βοηθούς. Επίσης, συμμετείχαν και εθελοντές γιατροί και απλοί πολίτες. Λόγω της εφαρμογής δύο νέων προγραμμάτων με τίτλο «Πρόγραμμα Κοινωνικής Μέριμνας», σχηματίστηκαν δύο ακόμη ομάδες με 2 επιπλέον κοινωνικούς λειτουργούς, 2 νοσηλευτές και 3 οικογενειακούς βοηθούς. Ο συνολικός αριθμός των ατόμων που καταγράφηκαν στον δήμο Συκεών είναι 181 από τα οποία τα 119 εντάχθηκαν στο πρόγραμμα και οι υπηρεσίες που χρειάστηκαν ήταν κοινωνική εργασία 119, νοσηλευτική φροντίδα 70 και οικογενειακή βοήθεια 75 άτομα.

Δήμος Νεάπολης

Το πρόγραμμα ξεκίνησε τον Δεκέμβριο του 1999. Η ομάδα αποτελείται από μια κοινωνική λειτουργό, 2 νοσηλευτές και μια οικογενειακή βοηθό. 100 άτομα καταγράφηκαν αλλά 25 εντάχθηκαν. Προτεραιότητα έχουν οι ηλικιωμένοι χωρίς να υπάρχει περιορισμός για άτομα άλλων ηλικιών όταν υπάρχει ανάγκη. Εθελοντές γιατροί εξυπηρετούν ηλικιωμένους και σε συνεργασία με τον Ερυθρό Σταυρό βρίσκεται υπό δημιουργία η εφαρμογή του προγράμματος τηλε-ειδοποίησης.

Δήμος Πολίχνης

Το πρόγραμμα ξεκίνησε τον Ιούλιο του 1998 με ομάδα βοήθειας αποτελούμενη από μία κοινωνική λειτουργό, μια νοσηλεύτρια, μία οικογενειακή βοηθό και 12 εθελοντές. Συνολικά καταγράφηκαν 120 άτομα και εκτός από τις υπηρεσίες του προγράμματος, παρέχονται και επιπλέον όπως :

¹⁰⁹ Ε.Καρανίκα(1998) Εφαρμογή της κατ' οίκον νοσηλείας στην Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, σελ.83-87, Κως 1998

1. Συνεργασία με την τεχνική υπηρεσία του δήμο για επιδιόρθωση βλαβών
2. Εγκατάσταση του συστήματος τηλε-ειδοποίησης σε συνεργασία με τον Ερυθρό Σταυρό

Δήμος Σταυρούπολης

Το πρόγραμμα ξεκίνησε τον Μάιο του 1998. Μια κοινωνική λειτουργός , μια νοσηλεύτρια , μια οικογενειακή βοηθός και μικρός αριθμός εθελοντών στελεχώνουν την ομάδα. Καταγράφηκαν 370 άτομα εκ των οποίων τα 70 εντάχθηκαν στο πρόγραμμα. Τυπικά στοιχεία θεωρούνται η ηλικία, η απορία και η ανικανότητα.

Δήμος Αμπελοκήπων

Στο δήμο Αμπελοκήπων το πρόγραμμα εφαρμόζεται από το 1998 με ομάδα αποτελούμενη από μία κοινωνική λειτουργό, μια νοσηλεύτρια, μια οικογενειακή βοηθό και τρεις εθελοντές. Το πρόγραμμα εξυπηρετεί 120 άτομα. Εκτός από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του προγράμματος, ο δήμος προσφέρει ζεστό φαγητό καθημερινά σε 20 άτομα και λειτουργεί και πολυϊατρείο στο οποίο γίνονται δωρεάν εξετάσεις αίματος. Το ιατρείο αποτελείται από εθελοντές γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων.

Δήμος Ευόσμου

Το πρόγραμμα εφαρμόζεται από τον Ιανουάριο του 2000 και η ομάδα που δημιουργήθηκε αποτελείται από δύο κοινωνικούς λειτουργούς , δύο νοσηλευτές και μία οικογενειακή βοηθό. Εξυπηρετεί 85 άτομα από τα οποία 3 με ειδικές ανάγκες.

Δήμος Ελευθέριου – Κορδελιού

Το πρόγραμμα ξεκίνησε να εφαρμόζεται από το 1998. Η ομάδα αποτελείται από μια κοινωνική λειτουργό, μια νοσηλεύτρια, μια οικογενειακή βοηθό και οκτώ εθελοντές. Το πρόγραμμα εξυπηρετεί 60 άτομα και εκτός από τις υπηρεσίες που προσφέρονται, ο δήμος σε συνεργασία με το συνεργείο του δήμου επιδιορθώνει βλάβες, χορηγεί δωροεπιταγές κάθε Πάσχα και

Χριστούγεννα, σε συνεργασία με τον Ερυθρό Σταυρό λειτουργεί σύστημα τηλε-εidoποίησης και μέσω του κοινωνικού ταμείου καλύπτει τις ανάγκες των απόρων.¹¹⁰

Δήμος Καλαμαριάς

Το πρόγραμμα στο Δήμο Καλαμαριάς απευθύνεται σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν , σε άτομα με ειδικές ανάγκες και σε άτομα που χρήζουν παροδικής βοήθειας (π.χ. νέες μητέρες). Στους εξυπηρετούμενους παρέχεται :

1. νοσηλευτική φροντίδα,
2. συνοδεία σε Υπηρεσίες Υγείας ,
3. εξυπηρετήσεις σε λογαριασμούς και ψώνια,
4. καθαριότητα σπιτιού
5. συνεργασία με κοινωνικές υπηρεσίες και άλλες υπηρεσίες όπως
 - εμβολιασμός με αντιγριπικά εμβόλια
 - ενημέρωση και ευαισθητοποίηση μαθητών δημοτικών , γυμνασίων και λυκείων για κοινωνικά θέματα όπως 3^η ηλικία, άτομα με ειδικές ανάγκες κ.α.¹¹¹

Νομός Έβρου

Δήμος Διδυμοτείχου

Το πρόγραμμα «**Βοήθεια στο Σπίτι**» ξεκίνησε τον Ιούνιο του 1998. Βασικός του στόχος, ήταν η βελτίωση και εξασφάλιση της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου στο σπίτι και ως επιμέρους στόχος, τέθηκε η παροχή ολοκληρωμένης και συστηματικής κοινωνικής φροντίδας από επιστήμονες , φορείς κοινωνικής φροντίδας, εθελοντές. Για τη σωστή και εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος ακολουθήθηκαν τα στάδια των θεωριών του κοινωνικού σχεδιασμού:

¹¹⁰ Π.Μελιτζανά-Σ.Χατζίδου(2000) Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον»Θεσ/νίκη 1/12/2000,σελ.117-121

¹¹¹ <http://www.ota.gr/kalamaria/help.html>

- i. **Απογραφή της υπάρχουσας κατάστασης** πραγματοποιήθηκε απογραφή σχετικά με την κατάσταση και τη δομή του πληθυσμού.
- ii. **Εντοπισμός των αναγκών** με βάση ερωτηματολόγιο που καταρτίστηκε από την ομάδα του προγράμματος, εντοπίστηκαν ποιοτικά και ποσοτικά οι ανάγκες των ηλικιωμένων με τρόπο μεθοδευμένο και συστηματικό
- iii. **Καθορισμός σχεδίου δράσης** στους εξυπηρετούμενους του προγράμματος, επιχειρήθηκε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους με διάφορους τρόπους όπως βοήθεια σε εργασίες εντός και εκτός της κατοικίας τους, συναισθηματική και ψυχολογική στήριξη.
- iv. **Εφαρμογή του επιλεγμένου σχεδίου δράσης** στο προτελευταίο στάδιο, ο *κοινωνικός λειτουργός* έρχεται σε επαφή με τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους και φροντίζει για την κάλυψη των αναγκών τους. Συνεργάζεται με τους τοπικούς κοινωνικούς φορείς οι οποίοι μπορούν να παρέχουν τις κατάλληλες υπηρεσίες στο πρόγραμμα. Διατηρεί αρχείο των περιπτώσεων που έχει επισκεφτεί και τέλος ενημερώνεται τακτικά μέσω ημερίδων που παρακολουθεί και βιβλίων που διαβάζει, με σκοπό να προωθήσει την εύρυθμη λειτουργία του προγράμματος. Ο *νοσηλευτής* πραγματοποιεί νοσηλευτικές παρεμβάσεις όπως λήψη ζωτικών σημείων , παροχή πρώτων βοηθειών κ.α. Επίσης ασχολείται με τη μετανοδομειακή παρακολούθηση των ασθενών όπως περιποίηση τραυμάτων και τέλος συνεργάζεται με τον ηλικιωμένο και την οικογένειά του για την εκπαίδευση απλών νοσοκομειακών πράξεων. *Η οικογενειακή βοηθός* προσφέρει ατομική φροντίδα στους ηλικιωμένους, αναλαμβάνει την καθαριότητα του σπιτιού και την εξόφληση λογαριασμών και γενικά ότι έχει σχέση με δραστηριότητες που δεν μπορεί να αναλάβει να εκτελέσει ο ηλικιωμένος. Φυσικά του κρατά συντροφιά ώστε να μην νιώθει μόνος και παραμελημένος.
- v. **Αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και ανατροφοδότηση** η ανατροφοδότηση είναι η σύγκριση των αποτελεσμάτων με τους επιδιωκόμενους στόχους. Με αυτό τον τρόπο, συγκρίνονται τα τελικά αποτελέσματα σε σχέση με τους αρχικούς στόχους που είχαν τεθεί.

Η ομάδα εργασίας του προγράμματος «**Βοήθεια στο Σπίτι**», του Δήμου Διδυμοτείχου , πραγματοποίησε έρευνα σε δείγμα 314 ηλικιωμένων άνω των 65 ετών με σκοπό να εξετάσει του εξής τομείς :

- Εάν υπάρχουν κάποιοι συγγενείς που διαμένουν μαζί με τους ηλικιωμένους
- Εάν υπάρχει συγγενικό περιβάλλον που τους επισκέπτεται
- Ποιο είναι το εισοδηματικό τους επίπεδο
- Ποια είναι η κατάσταση της υγείας τους
- Εάν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν
- Πως ψυχαγωγούνται

Στα ερωτήματα αυτά οι απαντήσεις ήταν :

- ότι ποσοστό 29%, μένει μόνο του αλλά συγγενικά τους πρόσωπα διαμένουν σε κοντινά διαμερίσματα,
- δέχονται επισκέψεις από γείτονες και φίλους σε τακτική βάση,
- το εισόδημά τους προέρχεται από την σύνταξη του ΟΓΑ μιας και η πλειοψηφία είναι συνταξιούχοι του ΟΓΑ και επιχορηγούνται με επιπρόσθετα επιδόματα και έτσι εξασφαλίζουν μια αξιοπρεπή διαβίωση
- οι ασθένειες που τους ταλαιπωρούν είναι οι καρδιακές παθήσεις κατά πρώτον και κατά δεύτερον η υπέρταση , οι αρθροπάθειες και ο διαβήτης.
- ποσοστό ηλικιωμένων 19%(περίπου 1/5) έχουν κάποια σχετική αναπηρία και δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν
- συνήθως η τηλεόραση και το ραδιόφωνο τους προσφέρουν την κύρια πηγή ψυχαγωγίας και συμμετέχουν και σε εκδρομές που διοργανώνει το ΚΑΠΗ
- τέλος, οι ηλικιωμένοι προτιμούν να παραμείνουν σπίτι τους από τη στιγμή φυσικά που είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν.

Το πρόγραμμα «**Βοήθεια στο Σπίτι**» τον Ιούνιο του 1999 , έκλεισε 1 χρόνο λειτουργίας. Σε αυτό το χρόνο, αποκτήθηκε αρκετή εμπειρία ώστε να λειτουργήσει εύρυθμα, προσαρμοσμένο στις ανάγκες των ηλικιωμένων που εξυπηρετούσε. Κατά μέσο όρο , 60-70 ηλικιωμένοι το μήνα εξυπηρετούνται. Ανάλογα με τις ανάγκες τους, ταξινομήθηκαν σε κατηγορίες. Σε κάποιους ηλικιωμένους, ήταν αναγκαία η φροντίδα παραπάνω από 1 φορά την εβδομάδα

, δύο ή τρεις. Σε άλλη κατηγορία που αυτοεξυπηρετούνται και υπάρχει βοήθεια από το συγγενικό περιβάλλον, ο ρόλος του προγράμματος είναι βοηθητικός. Ο χώρος του ΚΑΠΗ, επιλέχθηκε για την εγκατάσταση του προγράμματος επειδή αποτελεί το βασικό χώρο που συγκεντρώνονται οι ηλικιωμένοι και γενικότερα είναι συνυφασμένο με την 3η ηλικία. Για την ενημέρωση της κοινότητας σχετικά με το πρόγραμμα, διανεμήθηκαν σχετικά ενημερωτικά φυλλάδια και προβλήθηκε το πρόγραμμα μέσω συνεντεύξεων στο Δημοτικό Ραδιόφωνο Διδυμοτείχου.

Τα κύρια συμπεράσματα που εξήχθησαν από την ετήσια εμπειρία της ομάδας είναι τα εξής :

- ⇒ Οι εξυπηρετούμενοι του προγράμματος είναι ηλικίας άνω των 80 ετών
- ⇒ Ορισμένοι ηλικιωμένοι, ήταν διστακτικοί και μερικοί δεν δέχτηκαν την βοήθεια της οικογενειακής βοηθού λόγω της αντίληψης ότι «κάποιος ξένος μπαίνει στο σπίτι και καθαρίζει»
- ⇒ Οι γνωστοί και οι φίλοι βοήθησαν στην απόκτηση εγγύτητας και απόκτηση εμπιστοσύνης με τους ηλικιωμένους
- ⇒ Με την υπενθύμιση ονομαστικών εορτών και γενεθλίων επιτεύχθηκε πιο στενή σχέση εμπιστοσύνης με τους ηλικιωμένους.

Στο άμεσο μέλλον, για την περαιτέρω προβολή του προγράμματος , σχεδιάζονται διάφορες εκδηλώσεις κατά τον εορτασμό της παγκόσμιας ημέρας των ηλικιωμένων, παρουσίασή του σε συνέδρια και ημερίδες και μηχανογράφηση του ΚΑΠΗ και του προγράμματος για την ταχύτερη εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων.¹¹²

Νομός Πιερίας

Δήμος Κολινδρού

Το πρόγραμμα λειτουργεί από τον Ιανουάριο του 2000 στο Δήμο Κολινδρού και στελεχώνεται από μια κοινωνική λειτουργό, μια νοσηλεύτρια και μια οικογενειακή βοηθό. Απευθύνεται σε ανήμπορους ηλικιωμένους που αντιμετωπίζουν οικονομικά, κοινωνικά και ιατρικά προβλήματα. Για την γνωστοποίηση του προγράμματος, το προσωπικό πραγματοποίησε: αφισκοκολλήσεις σε δημόσιες υπηρεσίες , σε φορείς κοινωνικής πρόνοιας,

¹¹² Μ.Ματζιάρας (1999) Κοινωνική εργασία, τχ.56,σελ.227-235

πρόνοιας, κεντρικές οδούς του δήμου, ενημέρωσε τον τοπικό τύπο και πραγματοποίησε ομιλίες στα δημοτικά διαμερίσματα ενώ ταυτόχρονα ήρθε σε επαφή με το αγροτικό ιατρείο Κολινδρού, το Κέντρο Υγείας Αιγινίου, τα νοσοκομεία Βέροιας, Κατερίνης και Θεσσαλονίκης. Επίσης, ενημέρωσε τους ανταποκριτές του ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΕΒΕ, τους συναδέλφους του αντίστοιχου προγράμματος σε άλλους δήμους, το τμήμα κοινωνικής πρόνοιας Κατερίνης, τους ιερείς του Δήμου, εξωνοσοκομειακούς γιατρούς και άλλους φορείς.

Στο πρόγραμμα αυτό εξυπηρετούνται 125 περιπτώσεις εκ των οποίων 72 στον Κολινδρό και 53 στις κοινότητες Ρυακίων, Καστανιάς, Παλιαμπέλων και Λιβαδίου. Τα μέλη της ομάδας είναι 3 και κάθε ένα απασχολείται και σε διαφορετικό αντικείμενο. Η κοινωνική λειτουργός πραγματοποίησε τη λήψη των κοινωνικών και ιατρικών ιστορικών 125 περιπτώσεων. Συνεργάστηκε με τις οικογένειες των ηλικιωμένων που χρειάζονταν βοήθεια στο σπίτι. Παρείχε ψυχολογική στήριξη σε 103 περιπτώσεις και συνολικά πραγματοποίησε 521 επισκέψεις σε 94 περιπτώσεις.

Η νοσηλεύτρια πραγματοποίησε 998 μετρήσεις σακχάρου, χοληστερίνης, τριγλυκεριδίων και πιέσεως σε 282 περιπτώσεις, 110 τηλεκαρδιογραφήματα και 14 αιμοληψίες. Εκτός από αυτά παρείχε και άλλα και πραγματοποίησε και αντιγριπικά εμβόλια σε ηλικιωμένους. Επιπλέον, παρέπεμψε 18 ανήμπορους ηλικιωμένους στο κέντρο υγείας Αιγινίου και στο νοσοκομείο Κατερίνης μετά από σχετική σύσταση ιατρού που διέγνωσε την σοβαρότητα της κατάστασής τους. Τέλος συνεχίζει το συμβουλευτικό της έργο, πάνω σε θέματα υγείας.

Η οικογενειακή βοηθός, πραγματοποίησε 549 επισκέψεις σε 42 περιπτώσεις παρέχοντας βοήθεια στην αγορά τροφίμων, στην εγγραφή και αγορά φαρμάκων, την καθαριότητα του σπιτιού αλλά και των ιδίων των ηλικιωμένων και την εξόφληση λογαριασμών. Ταυτόχρονα με αυτά, παρείχε το γεύμα τους και τους κράταγε συντροφιά. Τα μέλη της ομάδας συνεργάζονταν άψογα μεταξύ τους χωρίς να δημιουργούν προβλήματα και τα οφέλη από την λειτουργία του προγράμματος ήταν εμφανή στους ηλικιωμένους.¹¹³ Η τρίτη ηλικία είναι ευαίσθητη ομάδα του πληθυσμού γι' αυτό και θα πρέπει να μην απομονώνεται και να ξεχνιέται αλλά να της προσφέρεται :

- 1) Συμμετοχή στα ευεργετήματα της κοινωνικής ανάπτυξης

¹¹³ Ν.Λιόλιου /Χ.Λυκίδου /Ε.Καραντώνα(2001) Εφημερίδα «Κολινδριανά νέα», αρ.φύλλου 347, σελ.4, 24/1/2001

- 2) Σεβασμός στην ατομικότητα της
- 3) Ανεξαρτητοποίηση των ηλικιωμένων
- 4) Ενεργή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που τους αφορούν
- 5) Παραμονή στο σπίτι και όχι σε ίδρυμα με την κατάλληλη φροντίδα και περίθαλψη
- 6) Εύκολη πρόσβαση στους αρμόδιους φορείς
- 7) Συμμετοχή με σκοπό της απασχόλησής τους
- 8) Ενεργοποίηση της κινητικότητάς τους¹¹⁴

Ιδιωτική κατ'οίκον νοσηλεία

Frensenius kabi-calea

Η κατ'οίκον νοσηλεία παρέχεται και από ιδιωτικές εταιρίες. Στην Ελλάδα η Frensenius kabi διαχειρίζεται και παρέχει λύσεις για κατ'οίκον θεραπείες προσαρμόζοντας στις ανάγκες των ασθενών συνδυασμούς προϊόντων και υπηρεσιών ανεξάρτητα από τον κατασκευαστή. Οι ασθενείς μπορούν να πετύχουν το ίδιο επίπεδο θεραπείας στο σπίτι όπως και στο νοσοκομείο. Στόχος τους η παροχή καλύτερης ποιότητας ζωής των βαρέων ή και χρόνια πασχόντων ασθενών. Το προσωπικό της αναλαμβάνει την διαχείριση της μέριμνας του ασθενούς από την κλινική στην εξωνοσοκομειακή του φροντίδα. Όλες οι απαραίτητες διαδικασίες και συνεννοήσεις με το νοσηλευτικό ίδρυμα, τον οικογενειακό γιατρό, το φαρμακείο και τον ασφαλιστικό φορέα του ασθενούς, εκτελούνται από το προσωπικό.

- Διαχείριση – παράδοση προϊόντων
- Εκπαίδευση ασθενών
- Διαχείριση δεδομένων ασθενών
- 24ωρη επικοινωνία των ασθενών
- Νοσηλευτική μέριμνα
- Συμβουλευτικές υπηρεσίες

Οι ασθενείς και οι συγγενείς τους εκπαιδεύονται από τους νοσηλευτές της στο σπίτι, στη σωστή χρήση των προϊόντων. Τα προγράμματα εκπαίδευσης

¹¹⁴ Σ.Αργυριάδου,Μ.Κουντουρά, Μ.Τσώκης, Μ.Ζακαλκά(1995) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Διερεύνηση των συνθηκών υγείας ατόμων τρίτης ηλικίας από μια μονάδα Π.Φ.Υ. , τόμος 7, τχ.2, σελ. 106

βασίζονται σε καθιερωμένα πρότυπα νοσηλείας, τα οποία έχουν προετοιμαστεί από συμβούλους και συνεργάτες της σε στενή συνεργασία με νοσοκομειακούς γιατρούς. Η εταιρεία, αναλαμβάνει την άμεση και έγκαιρη παράδοση στο σπίτι εντερικών διαλυμάτων και συσκευών , αντλιών χορήγησης και ιατρικών βοηθημάτων μέσω συνεργαζομένων φαρμακείων. Προϊόντα παρεντερικής διατροφής και θεραπείας με ενέσιμα διαλύματα χορηγούνται άμεσα, μέσω του δικτύου συνεργαζομένων φαρμακείων. Ακόμα και αν ο ασθενής βρίσκεται σε διακοπές, η θεραπεία του μπορεί να καλυφθεί σε όλη την Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση.

Πριν από το εξιτήριο, με την έγγραφη άδεια του ασθενούς , το προσωπικό επικοινωνεί με το γιατρό , το φαρμακείο , τους συγγενείς καθώς και με το νοσηλευτικό προσωπικό. Αν ζητηθεί μπορεί να παραχθούν συμβουλές στο γιατρό για την κατάρτιση των συνταγών διατροφής ή θεραπείας με ενέσιμα φάρμακα. Μπορεί να οργανώσει την αποστολή νοσηλευτικής φροντίδας και τη μεταφορά προϊόντων. Τέτοιες θεωρούνται οι αντιβιοτικές θεραπείες, θεραπείες ενυδάτωσης , θεραπείες παρεντερικής και εντερικής διατροφής, χημειοθεραπείες καρκίνου, θεραπείες αναπνευστικής υποστήριξης και θεραπείες περιποίησης τραυμάτων. Είναι στελεχωμένη με πάνω από 2000 έμπειρους νοσηλευτές παγκοσμίως. Κάθε χρόνο πραγματοποιούνται περισσότερες από 13000 κατ' οίκον επισκέψεις.

Πολλά είναι τα οφέλη που κερδίζει ο ασθενής από την νοσηλεία στο σπίτι της ιδιωτικής νοσηλείας στο σπίτι (βλ.σχ.18)

- Φροντίδα σε ένα οικείο περιβάλλον , περιτριγυρισμένος από την οικογένειά του. Ενημέρωση του θεράποντα ιατρού.
- Μέσω διακριτικών συσκευών μικρού μεγέθους , προσφέρεται στον ασθενή η μέγιστη δυνατή κινητικότητα. Η επανένταξή του στο κοινωνικό γίνεσθαι διευκολύνεται στο μέγιστο.
- Η εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα μπορεί να διεκπεραιωθεί από τον ίδιο τον ασθενή ή πρόσωπο της εμπιστοσύνης του.
- Μέσω της ανοικτής γραμμής επικοινωνίας χωρίς χρέωση, μπορεί ο ασθενής καθ'όλο το 24 ωρο , όλες τις ημέρες του έτους και τις αργίες , να αισθανθεί τη σιγουριά μιας συνεχούς φροντίδας.
- Η δαπάνη για την κατ' οίκον νοσηλεία είναι μικρότερη από την νοσηλεία εντός νοσοκομείου (cost –effectiveness)

ΟΦΕΛΗ

- ✓ Εξατομικευμένη νοσηλευτική φροντίδα
- ✓ Οικείο περιβάλλον
- ✓ Μικρότερο κόστος νοσηλείας
- ✓ Ενημέρωση θεράποντα γιατρού
- ✓ Κινητικότητα ασθενούς
- ✓ Ανοιχτή γραμμή επικοινωνίας χωρίς χρέωση

Σχ. 18 :Οφέλη από την ιδιωτική νοσηλεία στο σπίτι

Πηγή:Ιδία έρευνα

Μέχρι σήμερα στην Ελλάδα παρέχει σε 123 ασθενείς εντερική διατροφή και σε 2 ασθενείς παρεντερική διατροφή. Ένα ποσοστό 80% των ασθενών είναι καρκινοπαθείς. Η ανάπτυξη της Calea οφείλεται στο ανεπτυγμένο δίκτυο νοσηλευτών, στην εμπιστοσύνη των ιατρών και στο ανεπτυγμένο δίκτυο διανομής των προϊόντων που επιτρέπει τις κατ' οίκον παραδόσεις σε οποιαδήποτε μέρος της Ελλάδας.^{115 116}

Συμπερασματικά, η αύξηση του ποσοστού της 3^{ης} ηλικίας, επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην οικονομία με την αύξηση των δαπανών για κοινωνική ασφάλιση και συντάξεις, όσο και στο κοινωνικό σύνολο. Τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων αποτελούν πεδίο έρευνας και μελέτης. Απαιτούνται γνώσεις εξειδικευμένες ώστε οι υπηρεσίες που θα τους προσφερθούν να είναι ολοκληρωμένες. Η γεροντολογία και η γηριατρική σαν κλάδοι της νοσηλευτικής θέτουν ως στόχους την συμβολή στην βελτίωση της φροντίδας της υγείας των ηλικιωμένων και γενικά τη δημιουργία θετικής αίσθησης προς την 3^η ηλικία και τα προβλήματά της. Όσον αφορά την φροντίδα των ηλικιωμένων, για να διατηρείται η ατομικότητά τους, να ενθαρρύνονται για δραστηριότητες που μπορούν να γίνουν από τους ίδιους χωρίς την βοήθεια κάποιου τρίτου ατόμου και να διδάσκονται ώστε να μπορούν να αντιμετωπίζουν με ασφάλεια κάθε πρόβλημα που μπορεί να εμφανιστεί στο περιβάλλον του σπιτιού, παρέχονται υπηρεσίες από την κοινότητα. Ο στόχος των προγραμμάτων αυτών, είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στο περιβάλλον του σπιτιού κοντά στον κλοιό της οικογένειας, των φίλων και των συγγενών, με αποτέλεσμα την κοινωνικοποίηση και την αποφυγή της απομόνωσής τους. Ο Ε.Ε.Σ. ξεκίνησε πρώτος το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» με μεγάλη αποδοχή από τους ηλικιωμένους. Το πρόγραμμα αυτό συνεχίζεται μέχρι και σήμερα σχεδόν σε όλους τους δήμους της χώρας με εγγεγραμμένους χιλιάδες χρήστες συνδυάζοντας την φροντίδα μέσα στην κοινότητα και στην φροντίδα από την κοινότητα.

¹¹⁵ Μ.Μακρή(2000) Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «κατ' οίκον νοσηλεία-παρόν και μέλλον»,σελ.72-80, 1Δεκεμβρίου 2000

¹¹⁶ Μ.Μακρή(2000) Ενημερωτικά φυλλάδια Frensenious kabi hellas A.E.



Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας σε καρκινοπαθείς

Αν και η πρόοδος της επιστήμης και της ιατρικής συνέβαλλαν σημαντικά στην παράταση της διάρκειας ζωής στην μερίδα των ασθενών με καρκίνο, θεωρείται παγκοσμίως η δεύτερη αιτία θανάτου, μετά τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Συνήθως η αντιμετώπιση των ασθενών με καρκίνο γίνεται στα ογκολογικά νοσοκομεία, αλλά λόγω του μεγάλου κόστους νοσηλείας και της έλλειψης κλινών διαπιστώθηκε η ανάγκη για μια εναλλακτική μορφή νοσηλείας. Η ανάπτυξη και η ύπαρξη της νοσηλείας στο σπίτι είναι μεγάλης σημασίας για πολλούς λόγους, ένας από τους οποίους είναι η ολοκλήρωση της λειτουργίας του ογκολογικού νοσοκομείου που συμβάλλει στην ουσιαστική εξυπηρέτηση του καρκινοπαθούς.

Στο κεφάλαιο 3.1 γίνεται μια ανασκόπηση στην λειτουργία των αντικαρκινικών νοσοκομείων «Μεταξά» και «Άγιοι Ανάργυροι» που πρώτα λειτούργησαν την Υπηρεσία Κατ' Οίκον Νοσηλείας (Υ.Κ.Ο.Ν.) σε καρκινοπαθείς. Στο κεφάλαιο 3.2 αναλύονται οι λόγοι για τους οποίους είναι αναγκαία η Υ.Κ.Ο.Ν. και πώς οργανώνεται, καθώς και το ρόλο του κοινωνικού λειτουργού και της νοσηλεύτριας στην ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του. Στο κεφάλαιο 3.3 αναλύεται το σχήμα της οικογένειας και ποια επίδραση έχει στην ψυχολογία του ασθενούς και σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες αξιολογείται η κατ' οίκον νοσηλεία σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία. Στο τελευταίο κεφάλαιο αναλύεται το οικονομικό κόστος την νοσηλείας στο σπίτι στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.

3.1: Ιστορική αναδρομή Υπηρεσίας Κατ' Οίκον Νοσηλείας (Υ.Κ.Ο.Ν.) Νοσοκομείου Μεταξά –Άγιων Αναργύρων

Το αντικαρκινικό νοσοκομείο Πειραιώς εις μνήμην Σπυρίδωνος και Δεσποίνης Μεταξά όπως ήταν η αρχική ονομασία του ιδρύματος Μεταξά οφείλει την ίδρυσή του στην μεγάλη κληρονομιά που άφησε με ιδιόχειρη διαθήκη ο βιομήχανος Άγγελος Μεταξάς. Το 1958 άρχισαν οι πρώτες εργασίες ανοικοδόμησης και το 1966 ολοκληρώθηκε η πρώτη νοσοκομειακή μονάδα. Η πρώτη επιστημονική ιατρική μονάδα που σχηματίστηκε από την αρχή και αποτελέστηκε από τους χειρουργούς Αναξαγόρα Παπαιωάννου, Βύρωνα Λυσσαίο και Διονύσιο Παζή που ήθελαν να δώσουν μια ξεχωριστή εικόνα στην όλη μορφή λειτουργίας του Μεταξά. Ήθελαν όχι μόνο να πλησιάσει αλλά να μοιάσει και να γίνει ισάξιο με τα ανάλογα αντικαρκινικά ιδρύματα της Ευρώπης και των ΗΠΑ. Η όλη προσπάθεια της επιστημονικής ομάδας στράφηκε

στη σωστή μέριμνα για τον εξοπλισμό του , ώστε να αποτελέσει ένα πρότυπο Ειδικού Νοσοκομείου και Αντικαρκινικού Κέντρου.

Στην Ελλάδα στο τέλος της δεκαετίας του 50 οι άρρωστοι με καρκίνο ήταν πολλοί και τα κρεβάτια που μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν ήταν πολύ λίγα. Το πρόβλημα δεν ήταν μόνο οι ανάγκες αναμονής ασθενών για θεραπεία. Οι δυσκολίες που αντιμετώπιζαν οι άρρωστοι που έφθαναν στην Αθήνα για να εξεταστούν ή και όσοι μετά τη θεραπεία τους είχαν ανάγκη από συμπληρωματική θεραπεία , παρακολούθηση ή ανακούφιση . Έτσι το πρόβλημα της φιλοξενίας , παραμονής και περίθαλψης αρρώστων με καρκίνο απασχόλησε από την αρχή το Διοικητικό Συμβούλιο (Δ.Σ.) της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρίας (Ε.Α.Ε.) .Ήταν ένας από τους αρχικούς σκοπούς της ίδρυσής της. Πρόβαλε την ιατροκοινωνική περίθαλψη σαν κυρίαρχο θέμα προσφοράς στον ελληνικό χώρο. Σ' ένα κέντρο σαν τον ξενώνα ή τους ξενώνες θα μπορούσε να παρασχεθεί πολλαπλή φροντίδα σε πολλές περιπτώσεις καρκίνου στο σπίτι τους. Την περίοδο εκείνη στις αρχές του 1960 η ιδέα του ξενώνα το «Hospice» όπως αναφερόταν στην αγγλική γλώσσα ,γεννιόταν στην Αγγλία με την πρωτοβουλία της Cicely Saunders.Στην Αθήνα η Ε.Α.Ε. νοίκιασε αμέσως ,μετά την δημιουργία της το 1960, δωμάτια στις πολυκατοικίες που βρίσκονται ακόμη και σήμερα πίσω από το νοσοκομείο «Άγιος Σάββας».

Στην Θεσσαλονίκη, η Ε.Α.Ε. άρχισε να διοργανώνεται το 1963 και βασικό μέλημά της ήταν και πάλι η δημιουργία ξενώνα με σκοπό και εκεί η δωρεάν στέγαση, διατροφή και φαρμακευτική περίθαλψη αρρώστων από όλη την Βόρεια Ελλάδα. Το σημαντικό είναι ότι η δαπάνη λειτουργίας τέτοιων ξενώνων και στο εξωτερικό ήταν κατά 5-8 φορές μικρότερη από το ημερήσιο κόστος ενός αντικαρκινικού ιδρύματος. Για τον εκκλησιασμό των αρρώστων τέθηκε το θέμα για την ανέγερση εκκλησίας. Η πρόταση έγινε δεκτή από το ΔΣ της Ε.Α.Ε και η εκκλησία « Άγιοι Ανάργυροι» άρχισε να οικοδομείται. Μετά το θάνατο των δύο πρωτεργατών του Ο.Ξ.Π.Α.(Οίκος ξενίας και περίθαλψης αρρώστων) κ.Γεωργίου Κατσαφάδου και κ. Τζατζόπουλου (Πρόεδρος και Γενικός Γραμματέας της Ε.Α.Ε. αντίστοιχα), με νέο ΔΣ για τον Ο.Ξ.Π.Α. ήταν η αρχή του νοσηλευτικού ιδρύματος «Άγιοι Ανάργυροι». Ο Ο.Ξ.Π.Α. μπήκε σε ένα διαφορετικό δρόμο . Υπήρχαν σοβαρά διοικητικά , νοσηλευτικά , περιβάλλοντος χώρου, προσωπικού και ασθενών που έπρεπε να αντιμετωπιστούν. Έπρεπε ο Ο.Ξ.Π.Α. να στελεχωθεί κατάλληλα και να αποκτηθεί μια καινούργια αυτοτέλεια. Συμφωνήθηκε να γίνει

σταδιακά μια μετατροπή και οργάνωση ενός κτιρίου του Ο.Ξ.Π.Α. σε ίδρυμα υψηλότερης στάθμης με καλύτερες ιατρικές προδιαγραφές. Σε λίγους μήνες ζητήθηκε από το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών η άδεια επίσημης λειτουργίας ενός ειδικού Αντικαρκινικού ιδρύματος με βάση την καινούργια αναδιάρθρωση του ενός τμήματος του Ο.Ξ.Π.Α. . Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας δόθηκε η άδεια και δημιουργήθηκε το Νοσηλευτικό ίδρυμα «Άγιοι Ανάργυροι» με την παράλληλη διατήρηση του τμήματος ξενώνα προχωρημένων σταδίων και τελικών μορφών νόσου , σαν μοναδικό σε όλη την περιοχή της Αττικής. Με το προεδρικό διάταγμα της 8^{ης} Μαρτίου 1985 η Ε.Α.Ε. έχασε κάθε έλεγχο και εξουσία επί του «Ο.Ξ.Π.Α Άγιοι Ανάργυροι». Τον Σεπτέμβριο του 1990 αλλάζει και επίσημα τίτλο παίρνοντας το όνομα «Νομαρχιακό Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς Άγιοι Ανάργυροι». Εγκαταστάθηκε στο κτίριο των εξωτερικών ιατρείων η Υπηρεσία κατ' οίκον νοσηλείας , μια ενέργεια πραγματικά σωστή για τους ογκολογικούς ασθενείς και για το περιβάλλον που ζούσαν.¹¹⁷

3.2: Αναγκαιότητα και οργάνωση λειτουργίας της Υ.Κ.Ο.Ν.

Η πρόοδος της ιατρικής και της βιολογίας έχουν συμβάλλει σημαντικά τα τελευταία χρόνια στην παράταση της ζωής σε ορισμένες κατηγορίες ασθενειών που έχουν ανίατα νοσήματα όπως ο καρκίνος. Ο καρκίνος αποτελεί παγκοσμίως τη δεύτερη αιτία θανάτου με τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Ετησίως πεθαίνουν στη χώρα μας περίπου 10,000 άνθρωποι στο νοσοκομείο ή στο σπίτι από κακοήθη νοσήματα. Η αντιμετώπιση των ασθενειών αυτών γίνεται στα ογκολογικά νοσοκομεία ή στα ογκολογικά τμήματα γενικών νοσοκομείων. Η αντιμετώπιση των ασθενών σε προχωρημένο ή τελικό στάδιο του καρκίνου δεν είναι δυνατό να γίνει εξ' ολοκλήρου από τα νοσοκομεία λόγω της έλλειψης κλινών αφ' ενός και του υψηλού κόστους νοσηλείας αφ'ετέρου. Η εκρηκτική αύξηση του κόστους νοσηλείας κλονίζει τα κοινωνικοασφαλιστικά συστήματα της Ευρώπης και της Αμερικής και η διεθνής τάση σήμερα είναι η εξασφάλιση μιας εναλλακτικής μορφής περίθαλψης με το μικρότερο δυνατό κόστος. Η κατ' οίκον νοσηλεία είναι μια εναλλακτική μορφή περίθαλψης για χρόνιους πάσχοντες και φυσικά για τους

¹¹⁷ Σ.Ν.Δόντας (1995) Ο καρκίνος στην Ελλάδα –χθες ,σήμερα, αύριο, σελ.65-144.Αθήνα 1995

καρκινοπαθείς προχωρημένου και τελικού σταδίου , οι οποίοι αποτελούν ιδιαίτερο καθημερινό πρόβλημα τόσο στο νοσοκομειακό όσο και στο οικογενειακό περιβάλλον.^{118 119}

Με τις παραπάνω σκέψεις το 1987 το Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς (Γ.Ο.Ν.Κ.) «Άγιοι Ανάργυροι» αποφάσισε και δημιούργησε μια μικρή ευέλικτη μονάδα κατ' οίκον νοσηλείας καρκινοπαθών με σκοπό να καλύψει τις ανάγκες του νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι» αλλά και των προαστίων της Αθήνας.¹²⁰ Η Υ.Κ.Ο.Ν. «Άγιοι Ανάργυροι» οργανώθηκε και λειτούργησε μετά την υπ' αριθμόν Ε.Υ. Α3β/4356/Φ.Νοσ./27.3.1987 του Υπουργείου Υγείας – Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων σαν διατομεακό τμήμα της Ιατρικής Υπηρεσίας.¹²¹

Οι καρκινοπαθείς προχωρημένου ή τελικού σταδίου που έχουν εξαντλήσει όλους τους θεραπευτικούς χειρισμούς και χρειάζονται μόνο νοσηλευτική φροντίδα αποτελούν την ειδική κατηγορία ασθενών οι οποίοι προβληματίσαν έντονα την ιατρική υπηρεσία του Γ.Ο.Ν.Κ. «Άγιοι Ανάργυροι». Με αυτό το δεδομένο αποφασίστηκε η δημιουργία της ΥΚΟΝ για τους εξής λόγους:

* *Επιθυμία για παροχή στον καρκινοπαθή ολοκληρωμένης ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στο γνώριμο περιβάλλον , με κατάλληλη ψυχοκοινωνική στήριξη αυτού και της οικογένειάς του*

* *Η ανάγκη για καλύτερη διακίνηση των ογκολογικών αρρώστων με στόχο την αποασυλοποίηση του καρκινοπαθούς και την απελευθέρωση νοσοκομειακών κρεβατιών.*¹²²

Η ανάγκη ύπαρξης και περαιτέρω ανάπτυξης της κατ' οίκον νοσηλείας είναι μεγάλης σημασίας γιατί (βλ.σχ. 19) :

¹¹⁸ Β.Β.Χαλασπάνη(1991)Οίκοι νοσηλείας-νοσηλευτικά προβλήματα, Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία ,Σεμινάριο νοσηλευτών με θέμα «συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή»σελ.59,Αθήνα 8-9 Ιουνίου 1991

¹¹⁹ Μ.Τσιτούρα(1997)Γενικό ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»,Πεπραγμένα 2^{ης} Πενταετίας υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας –ΥΚΟΝ-Ιούνιος 1992-Μάϊος 1997,σελ.9

¹²⁰ Β.Β.Χαλασπάνη(1991)Οίκοι νοσηλείας-νοσηλευτικά προβλήματα, Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία ,Σεμινάριο νοσηλευτών με θέμα «συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή»σελ.59-60,Αθήνα 8-9 Ιουνίου 1991

¹²¹ Δ.Κ.Τσιγκουράκος (1991) Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία ,σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του καρκινοπαθούς», σελ.86,Αθήνα 1991

¹²² Μ.Τσιτούρα(1997)Γενικό ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»,Πεπραγμένα 2^{ης} Πενταετίας υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας –ΥΚΟΝ-Ιούνιος 1992-Μάϊος 1997,σελ.10

- ** Ολοκληρώνει τη λειτουργία του ογκολογικού νοσοκομείου και συμβάλλει στην ουσιαστική εξυπηρέτηση του ασθενούς
- ** Μπορεί να αποτελέσει οργανικά και λειτουργικά αναπόσπαστο κομμάτι του ογκολογικού νοσοκομείου
- ** Αποτελεί τον ενδιάμεσο μηχανισμό που εξασφαλίζει τη σωστή νοσηλευτική και ιατρική παρακολούθηση του καρκινοπαθούς με παράλληλη ψυχολογική υποστήριξη αυτού και της οικογένειάς του
- ** Μπορεί να συνδεθεί μελλοντικά με ευρύτερα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας σε επίπεδο τοπικής αυτοδιοίκησης ¹²³



Σχήμα 19 : Σχηματική απεικόνιση του ρόλου λειτουργίας της κατ' οίκον νοσηλείας μέσα στο Υγειονομικό Σύστημα

Πηγή: Δ.Κ.Τσιγκουράκος (1991) Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία ,σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του καρκινοπαθούς», σελ.89-90, Αθήνα 1991

Η ΥΚΟΝ αποτελεί μια ευέλικτη και μικρή ιατρονοσηλευτική υπηρεσία που έχει στόχο την παροχή ολοκληρωμένων φροντίδων στο σπίτι. Αποτελείται από την εξής ομάδα εργασίας : 1 γιατρό , 3 νοσηλεύτες, 1 επισκέπτρια υγείας 1 ψυχολόγο και άλλους συνεργάτες και υποστηρίζεται από το ιατρείο πόνου.

¹²³ Δ.Κ.Τσιγκουράκος (1991) Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία ,σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του καρκινοπαθούς», σελ.89-90, Αθήνα 1991

- ⇒ Ο επιστημονικός υπεύθυνος της ΥΚΟΝ παρακολουθεί , ελέγχει και συντονίζει τις δραστηριότητες της ΥΚΟΝ με σύγχρονη εκτίμηση της πορείας των αρρώστων μέσω των φακέλων νοσηλείας.
- ⇒ Η προϊσταμένη συντονίζει, ελέγχει και προγραμματίζει τη λειτουργία της ΥΚΟΝ ώστε να εξασφαλίζεται η πλήρης κάλυψη των ασθενών σε επίπεδο νοσηλευτικό , κοινωνικό και ψυχολογικό
- ⇒ Οι νοσηλεύτριες καλύπτουν όλες τις ανάγκες των αρρώστων και πρέπει να είναι εκπαιδευμένες στο αντίστοιχο νοσηλευτικό αντικείμενο αλλά και εξοικειωμένες στα προβλήματα του καρκινοπαθούς τελικού σταδίου. Επίσης , πρέπει να διαθέτουν φαντασία και εφευρετικότητα για την αντιμετώπιση όλων των προβλημάτων.
- ⇒ Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα βοηθήσουν το περιβάλλον του ασθενούς στηρίζοντάς το ψυχολογικά
- ⇒ Τέλος, ο ψυχολόγος θα βοηθήσει τον άρρωστο στην εξισορρόπηση της ψυχολογικής του κατάστασης

Ο σκοπός της ομάδας νοσηλείας είναι να ανταποκριθεί καλύτερα ο ασθενής στους χειρισμούς και της φροντίδες της.¹²⁴

Προβλήματα	Ποσοστό
Χρόνιος πόνος	64%
Διατροφή- πεπτικού	26%
Αναπνευστικού	23%
Τραύματα- κατακλίσεις	17%
Λοιμώξεις ουροποιητικού	7%
Καθετήρων	6%
Κολοστομίες –ουρητηροστομίες	6%
Δερματολογικά προβλήματα	4%

Πίνακας 3 : Νοσηλευτικά προβλήματα που αντιμετωπίστηκαν στο σπίτι από τις νοσηλεύτριες της ΥΚΟΝ « Άγιοι Ανάργυροι» Ιούνιος 1987- Μάιος 1997

Πηγή: Μ.Τσιπούρα(1997)Γενικό ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»,Πεπραγμένα 2^{ης} Πενταετίας υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας – ΥΚΟΝ-Ιούνιος 1992-Μάιος 1997,σελ.16

¹²⁴ Δ.Κ.Τσιγκουράκος (1991) Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία ,σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του καρκινοπαθούς», σελ.86,Αθήνα 1991

Είδος υπηρεσιών	1 ^ο έτος 92/93	2 ^ο έτος 93/94	3 ^ο έτος 94/95	4 ^ο έτος 95/96	5 ^ο έτος 96/97	σύνολο
Επισκέψεις	1553	1857	1694	1654	1961	8719
Αιμοληψίες	454	650	453	591	680	2828
Αλλαγές τραυμάτων	278	196	238	225	296	1233
Αλλαγές ουροκαθ/ρων	58	32	92	84	111	377
Ηλεκτροκαρ/ματα	25	20	27	22	20	114
Καλλιεργ.ούρων	75	63	60	69	70	337
Οροί- παρεντ.σίτιση	17	274	73	52	59	475
Χημειοθεραπείες	239	274	159	98	125	895
I.M.-Stick	49	73	88	46	111	376

Πίνακας 4 : Νοσηλευτική δραστηριότητα ΥΚΟΝ –Ιούνιος 1992-Μάιος 1997¹²⁵

Πηγή: Μ.Τσιπούρα(1997)Γενικό ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»,Πεπραγμένα 2^{ης} Πενταετίας υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας – ΥΚΟΝ-Ιούνιος 1992-Μάιος 1997,σελ.17

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στην νοσηλεία κατ' οίκον των καρκινοπαθών έγκειται στην υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του και είναι πολύ σημαντικός και για την ομαλή συνέχεια του έργου του. Αν δεν καταφέρει να επιτύχει κλίμα συνεργασίας και εμπιστοσύνης δεν θα μπορέσει να διεκπεραιώσει το έργο του. Υπάρχει μια μορφή αλληλεπίδρασης μεταξύ των μελών της οικογένειας. Το κάθε πρόβλημα και η κάθε εμπειρία που δέχεται το ένα μέλος της οικογένειας περνάει και στα άλλα. Έτσι όταν η οικογένεια ενημερωθεί ότι ένα μέλος της πάσχει από καρκίνο πανικοβάλλεται, αισθήματα χάους την κυριεύουν , η ψυχολογία της αποδιοργανώνεται. Σ' αυτό εδώ το

¹²⁵ Μ.Τσιπούρα(1997)Γενικό ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»,Πεπραγμένα 2^{ης} Πενταετίας υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας –ΥΚΟΝ-Ιούνιος 1992-Μάιος 1997,σελ.16-17

σημείο χρειάζεται η στήριξη και η συμπαράσταση από τον κοινωνικό λειτουργό. Ο κοινωνικός λειτουργός για να βοηθήσει αποτελεσματικά την οικογένεια πρέπει να ξέρει με ποιους πιθανούς τρόπους αυτή αντιδρά μετά την ανακοίνωση της νόσου. Η αντίδραση εξαρτάται από παράγοντες όπως θρησκευτικές πεποιθήσεις, φιλοσοφικές αντιλήψεις, ιδιομορφία της οικογένειας. Έτσι μπορεί η πρώτη αντίδραση να είναι ο θυμός και η οργή προς τον άρρωστο για την κατάσταση της υγείας του και για όσα συνεπάγεται αυτή. Ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να δώσει στους συγγενείς να καταλάβουν ότι η αρρώστια δεν είναι ευθύνη του αρρώστου και ούτε ο ίδιος θα επιθυμούσε μια τέτοια έκβαση της υγείας του. Πολλές οικογένειες αντιδρούν με άρνηση, άλλες αυξάνουν την υπερπροστατευτικότητά τους και άλλες αμέσως το πρώτο «σοκ» της διάγνωσης φέρονται υπερ- ενεργητικά. Για κάθε τύπο οικογένειας, ο κοινωνικός λειτουργός πρέπει να ενεργεί ανάλογα με ευαισθησία, υπομονή και λεπτό χειρισμό.¹²⁶

- ☞ Αρχικά ξεκινά με ενημέρωση σχετικά με τις παροχές που δικαιούνται προσπαθώντας να δώσει λύσεις σε θέματα όπως συνταξιοδότηση και επιδοτήσεις. Αυτό γίνεται με την επίσκεψη στο σπίτι του ασθενή
- ☞ Στην συνέχεια βοηθά στην εκφόρτιση της οικογένειας από το πρόβλημα. Η δουλειά αυτή είναι ιδιαίτερα δύσκολη και πολύπλοκη γιατί πρέπει να δώσει τρόπους αντιμετώπισης και προσέγγισης του αρρώστου. Να μπορέσει το ένα μέλος της οικογένειας να βρεθεί στην θέση του άλλου, ώστε να κατανοηθούν τα προβλήματα και οι δυσκολίες ώστε να «βγεί» προς τα έξω το πρόβλημα για να συζητηθεί και να δωθούν λύσεις. Ακόμα και λύσεις να μην βρεθούν, θα εκφορτιστεί το πρόβλημα και θα υπάρξει κάποια ανακούφιση.
- ☞ Η βοήθεια που καλείται να δώσει στον άρρωστο και την οικογένειά του για την αποδοχή του θανάτου και την αποδοχή του πένθους. Δεν είναι εύκολη η ιδέα του αποχωρισμού. Η υποστήριξη της οικογένειας του ασθενή που πεθαίνει πρέπει να βασίζεται στον σεβασμό της ιδιαιτερότητάς του καθώς και του δικαιώματος που έχει να επιλέξει που θέλει να πεθάνει. Στο σπίτι με τους συγγενείς και τους φίλους και όχι στο νοσοκομείο μόνος. Η πορεία προς τον θάνατο είναι μια ψυχοκοινωνική δυναμική διεργασία. Σ' αυτή τη φάση ο κοινωνικός

¹²⁶ Χ.Δελαντώνη-Οικονόμου(1991) Σεμινάριο κοινωνικών λειτουργών με θέμα «Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου» Κοινωνική εργασία με την οικογένεια ασθενών με καρκίνο, σελ.87-90,Αθήνα 1991

λειτουργός με την ανεπάρκεια παιδείας στον τομέα αυτό, έρχεται για να προσφέρει στον άρρωστο και την οικογένειά του συμπαράσταση στην συμπαράσταση του θανάτου και του πένθους. Εργάζεται προσωπικά , αντιμέτωπος με τον δικό του ψυχικό κόσμο και στηρίζει τον ασθενή και την οικογένειά του μέσα από τις δικές του προσωπικές τοποθετήσεις.¹²⁷

Εδώ να προστεθεί και ο ψυχολογικός ρόλος της νοσηλεύτριας η οποία προσπαθεί να:

- Δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες στο σπίτι για να αντιμετωπίσει τη νόσο
- Ενισχύσει το ηθικό του αρρώστου
- Απομονώσει το φόβο και την ανασφάλεια του ασθενή¹²⁸

Ο νοσηλευτής αποτελεί το συνδετικό κρίκο με όλους όσους μπορούν να προσφέρουν κάτι στον ασθενή. Ο άρρωστος τον εμπιστεύεται περισσότερο από όλους , γιατί είναι αυτός που θα εφαρμόσει τις τεχνικές που θα τον ανακουφίσουν ψυχικά και σωματικά.¹²⁹

3.3: Ο καρκινοπαθής μέσα στο σπίτι του

Η ελληνική οικογένεια δεν ανταποκρίνεται ούτε σε Ευρωπαϊκά πρότυπα ούτε σε Αμερικάνικα. Σχετικά με το θέμα της κατ' οίκον νοσηλείας , διαπιστώνονται διαφοροποιήσεις και ιδιαιτερότητες οι οποίες κατατάσσονται :

1. Οικογένεια που ανταποκρίνεται θετικά απέναντι στον καρκινοπαθή που είναι μέλος της
2. Οικογένεια που δεν ανταποκρίνεται θετικά
3. Διαλυμένη οικογένεια
4. Έλλειψη οικογένειας

¹²⁷ Μ.Καλαούζη(1991)) Σεμινάριο κοινωνικών λειτουργών με θέμα «Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου» Ο καρκινοπαθής και η οικογένειά του από την σκοπιά του κοινωνικού λειτουργού,σελ.97-99 Αθήνα 1991

¹²⁸ Δ.Κ.Τσιγκουράκος (1991) Ελληνική αντικαρκινική εταιρεία ,σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου-αποκατάσταση του καρκινοπαθούς», σελ.89,Αθήνα 1991

¹²⁹ Α.Κατσιγιάννη(1991)Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα «Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή»,Νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθή τελικού σταδίου, σελ.75,Αθήνα 8-9 Ιουνίου 1991

Οι παράγοντες που καθορίζουν την έκταση της τραγικότητας στην οικογένεια του ασθενή είναι:

- **Ποιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο** Αν το μέλος της οικογένειας που ασθενεί είναι ο γονιός , τότε αντιμετωπίζονται πρακτικά προβλήματα όπως μείωση του εισοδήματος , λιγότερη φροντίδα ιδίως όταν ασθενεί η μητέρα και γενικά οι παροχές που είχαν τα παιδιά μειώνονται. Τα συναισθηματικά προβλήματα , γιατί υπάρχει ένταση και εκνευρισμός στους κόλπους της οικογένειας όπως και ότι κυριαρχεί ο φόβος και η ανασφάλεια. Αν το μέλος της οικογένειας είναι το παιδί , τα συναισθηματικά προβλήματα είναι τεράστια για τους γονείς. Η αγωνία για την εξέλιξη της πορείας της υγείας του, λύπη και πόνος κατακλύζουν τον ψυχικό κόσμο των γονιών που νιώθουν ανήμποροι απέναντι στο πρόβλημα αυτό. Τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν είναι ότι επειδή απουσιάζουν ώρες από το σπίτι όταν το παιδί είναι στο νοσοκομείο, αλλάζει και όλος ο ρυθμός της οικογένειας. Όταν οι παππούδες είναι τα μέλη που είναι άρρωστα, τότε πρακτικά προβλήματα έχει να αντιμετωπίσει η οικογένεια. Ποιος θα φροντίσει τον παππού ή τη γιαγιά αφού θα βγει από το νοσοκομείο και πως θα αντεπεξέλθουν στο οικονομικό κόστος. Δεν λείπει βέβαια και η συναισθηματική φόρτιση και ο πόνος.

- **Πως προδιαγράφεται η εξέλιξη και η πορεία της νόσου**

- **Το πνευματικό επίπεδο των μελών της οικογένειας και η καλλιέργειά τους**

- **Η οικονομική κατάσταση¹³⁰**

Ο ρόλος της οικογένειας είναι πολύ σημαντικός γενικότερα στη νοσηλεία στο σπίτι γιατί κατά ένα βαθμό η επιτυχία οφείλεται από τους κόλπους της. Η υποστήριξη και η αγάπη που θα δείξει στον ασθενή θα τον βοηθήσει ψυχολογικά. Ιδιαίτερος ο ρόλος της, στους ασθενείς τελικού σταδίου. Σαν καρκίνος τελικού σταδίου χαρακτηρίζεται η φάση της ασθένειας , όπου ο ασθενής βρίσκεται κοντά στον θάνατο. Στο στάδιο αυτό όπου έχει εξαντληθεί κάθε χειρισμός , η θεραπεία επικεντρώνεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων. Η ανακουφιστική φροντίδα μπορεί να συνεχιστεί στο σπίτι μέχρι και το τέλος της ζωής του ασθενούς .Τα

¹³⁰ Μ.Καλασούζη(1991)) Σεμινάριο κοινωνικών λειτουργιών με θέμα «Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου» Ο καρκινοπαθής και η οικογένειά του από την σκοπιά του κοινωνικού λειτουργού,σελ.95-97, Αθήνα 1991

άτομα που βρίσκονται στο πλάϊ του ασθενούς , είναι οι συγγενείς και η διεπιστημονική ομάδα. Και οι δύο πλευρές βοηθούν τον ασθενή παρέχοντάς του την ψυχολογική υποστήριξη που χρειάζεται.¹³¹ Οι ασθενείς που πεθαίνουν νιώθουν μοναξιά. Η νοσοκόμα που τους φροντίζει, τους διδάξει ότι πρέπει να νιώθουν κομμάτι της οικογένειας και όχι έξω από αυτήν. Είναι δύσκολο σε αυτή την φάση της ασθένειας ο ασθενής να ελπίζει, γι 'αυτό η νοσοκόμα πρέπει να του δίνει την ελπίδα και να τον ενθαρρύνει ώστε να αποκτήσει λίγη ανεξαρτησία όπως π.χ. να δίνει επιλογές για το πώς θέλει να γίνει η θεραπεία του. Σημαντικό επίσης είναι η νοσοκόμα ανάλογα με τη θρησκεία που πιστεύει ο ασθενής να έχει και την κατάλληλη υποστήριξη.¹³² Σ' αυτή την φάση της νόσου οι ανάγκες τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του , αυξάνονται. Η οικογένεια έχει ανάγκες όπως :ανοιχτής επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας, βοήθειας για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης φροντίδας, νομικής προστασίας, βοήθεια στις δύσκολες οικιακές δουλειές όπως και πνευματικές ανάγκες.¹³³

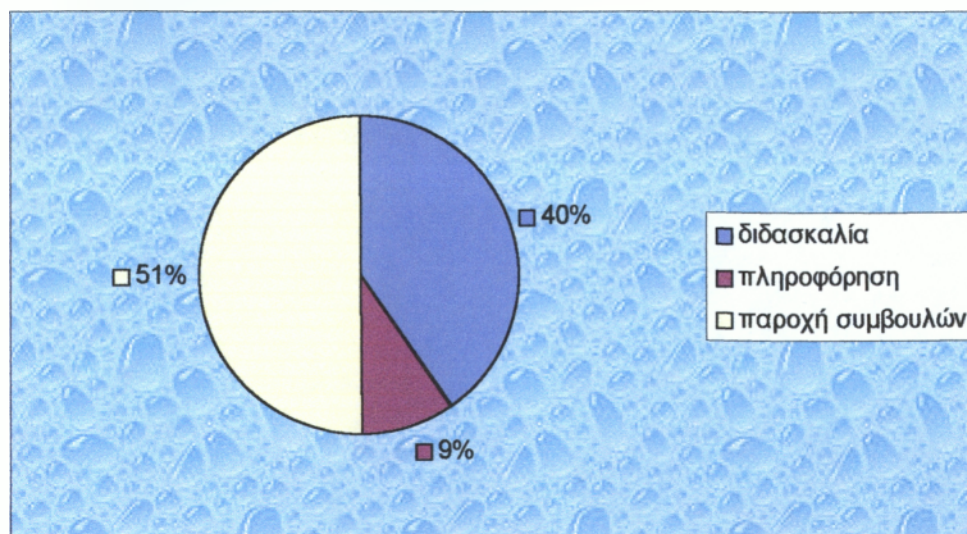
Για την αξιολόγηση της κατ' οίκον νοσηλείας ασθενών με καρκίνο, έχουν γίνει σχετικές έρευνες. Δείγμα 184 ασθενών που πάσχουν από καρκίνο και υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία πάρθηκε από τρία ογκολογικά νοσοκομεία της Αττικής με σκοπό την αξιολόγηση της κατ' οίκον νοσηλείας τους. Ανάλογα με τον τόπο πραγματοποίησης της χημειοθεραπείας το 39,1% δήλωσε ότι κάνει τη θεραπεία στο νοσοκομείο ημέρας, 24,5% στο σπίτι, 20,1% στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου, και 16,3% στο νοσοκομείο. Σχετικά με το που θα επιθυμούσαν οι ασθενείς να κάνουν τη θεραπεία τους , 48,9% δήλωσαν στο σπίτι, 29,9% στον νοσοκομείο ημέρας, 14,7% στο νοσοκομείο και πολύ μικρή προτίμηση της τάξης του 6% εκδηλώθηκε για τη θεραπεία στα εξωτερικά ιατρεία. Το ποσοστό του 87,5% πιστεύει πως η ανάπτυξη του κλάδου της νοσηλευτικής , θα τους βοηθήσει πολύ για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους. Η γνώμη αυτή υπάρχει έντονα όχι μόνο σε ασθενείς που χρησιμοποιούν σήμερα τις υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας, αλλά και σε ασθενείς που κάνουν θεραπεία σε νοσοκομείο. Τα πλεονεκτήματα την ΥΚΟΝ σύμφωνα πάντα με την παρούσα έρευνα είναι:

¹³¹ Σ.Μαμούτη(2000) 2^η Επιστημονική ημερίδα νοσηλευτικής με θέμα «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Νοσηλεία στο σπίτι σε καρκινοπαθής τελικού σταδίου, σελ.52-53.Θεσ/νίκη 1 Δεκεμβρίου 2000

¹³² Karen J. Berger-Marilyn Brinkman Williams (1999) Fundamentals of Nursing,2nd edition,volume 3,p.781

¹³³ Α.Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου (1996) Νοσηλεία στο σπίτι, σημειώσεις μαθήματος, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,Αθήνα 1996,σελ. 35

- 1ο. Ποσοστό 87,5% πιστεύει ότι η ΥΚΟΝ είναι χρήσιμη διότι τους καλύπτει φυσικές ανάγκες όπως αλλαγές τραυμάτων
- 2ο. Ποσοστό 87,5% θεωρεί μεγάλη διευκόλυνση τη δυνατότητα αιμοληψίας στο σπίτι
- 3ο. Το 63% δέχεται την εφαρμογή της χημειοθεραπείας στο σπίτι
- 4ο. Το 87,5% βεβαιώνει ότι η διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες είναι βασικό πλεονέκτημα της ΥΚΟΝ
- 5ο. Το 51,6% επιθυμεί να κάνει τη χημειοθεραπεία στο σπίτι αν αναπτυχθεί η κατ' οίκον νοσηλεία .Από αυτούς , ποσοστό 30,4% ανήκει στην ομάδα των ασθενών με εμπειρία ΥΚΟΝ
- 6ο. Ποσοστό 96,7% των ασθενών πιστεύει ότι η ΥΚΟΝ δεν θα βοηθήσει μόνο τους ίδιους αλλά και τις οικογένειές τους.
- 7ο. 87,5% των ερωτηθέντων αναφέρει πως η ΥΚΟΝ μπορεί να παρέχει σωστή πληροφόρηση γύρω από τα θέματα της υγείας τους και το ίδιο ποσοστό σε άλλη ερώτηση δήλωσε πως κρίνει την ΥΚΟΝ κατάλληλη για τη βοήθεια που προσφέρει στον ασθενή στην αποκατάστασή του
- 8ο. Ο τρόπος βοήθειας της κατ' οίκον νοσηλείας στην οικογένεια του αρρώστου επιτυγχάνεται με (βλ.σχ.20)



Σχ. 20 :Τρόποι βοήθειας στην οικογένεια του ασθενή στην κατ' οίκον νοσηλεία
 Πηγή:Ιδία έρευνα

Η ανάπτυξη της νοσηλείας στο σπίτι, κρίνεται απαραίτητη και αναγκαία για την παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους υποβαλλόμενους σε χημειοθεραπεία καρκινοπαθείς.¹³⁴

Έρευνα πραγματοποίησε η ΥΚΟΝ του νοσοκομείου Μεταξά σχετικά με το χρόνο επιβίωσης καρκινοπαθών που νοσηλεύτηκαν στο σπίτι και στο νοσοκομείο αντίστοιχα. Στην έρευνα πήραν μέρος 202 ασθενείς χωρισμένοι σε 2 ομάδες. Στην πρώτη ομάδα περιλαμβάνονταν 101 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν από την Υπηρεσία Νοσηλείας στο Σπίτι (ΥΝΣ) του νοσοκομείου Μεταξά. Στη δεύτερη, περιλαμβάνονταν 101 ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο ίδιο νοσοκομείο την ίδια χρονική περίοδο. Για τον υπολογισμό της επιβίωσης των ασθενών και των δύο ομάδων, χρησιμοποιήθηκαν οι κλινικοί πίνακες επιβίωσης. Σ' αυτούς αναγράφεται για κάθε έτος, μετά το συμβατό χρονικό σημείο από το οποίο αρχίζει η μέτρηση της επιβίωσης, ο αριθμός των ασθενών που ήταν ζώντες και υπό παρακολούθηση κατά την έναρξη του έτους αυτού και ο αριθμός των ασθενών που έπαψαν να παρακολουθούνται κατά την διάρκεια του ίδιου έτους(είτε γιατί έληξε στο μεταξύ η έρευνα, είτε επειδή χάθηκε η επαφή μαζί τους.) Με βάση τους κλινικούς πίνακες επιβίωσης, χαράχτηκαν οι καμπύλες επιβίωσης των ασθενών στις ομάδες αυτές και συγκρίθηκαν με τη δοκιμασία χ^2 logrank. Με την εφαρμογή της δοκιμασίας χ^2 logrank, προέκυψε ότι μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στο χρόνο επιβίωσης. Η επιβίωση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο είναι μεγαλύτερη από την επιβίωση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο σπίτι τους. Δηλαδή οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο έχουν μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης από αυτούς που νοσηλεύτηκαν στο σπίτι τους. Όσον αφορά το κόστος της νοσηλείας στο σπίτι, στο νοσοκομείο Μεταξά, το 1982 το συνολικό μέσο κόστος της μονάδας νοσηλείας στο σπίτι για κάθε ασθενή ήταν 29,778 δρχ ποσό δηλαδή που αντιστοιχούσε σε 6 περίπου ημέρες νοσοκομειακής περιθαλψης σε αντικαρκινικό ίδρυμα.

Με βάση τα συγκεκριμένα δεδομένα γίνεται φανερό (με βάση το συγκεκριμένο πρόγραμμα) ότι η νοσηλεία στο νοσοκομείο καρκινοπαθών τελικού σταδίου, τους χαρίζει περισσότερο χρόνο ζωής. Όμως τέθηκαν ερωτήματα όπως αν αυτή η παράταση της ζωής στους καρκινοπαθείς τελικού σταδίου αξίζει

¹³⁴ Ι.Χριστοπούλου(1990) Αξιολόγηση της κατ' οίκον νοσηλείας καρκινοπαθών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, Διδακτορική διατριβή, σελ.76-100,Αθήνα 1990

περισσότερο από την ποιότητα της περίθαλψης και φροντίδας που απολαμβάνει στο σπίτι του. Οι βασικοί στόχοι των προγραμμάτων που προσφέρουν υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι, αποσκοπούν στην παροχή φυσικής και ψυχολογικής φροντίδας στον ασθενή ώστε να παραμένει για όσο το δυνατό περισσότερο χρόνο στο σπίτι του με τη βοήθεια της οικογένειάς του αλλά και της σχετικής υπηρεσίας.¹³⁵

Άλλη έρευνα που διεξήγαγε το Department of Caring Sciences and Social Work του Kalmar University στην Umea της Σουηδίας είχε σαν σκοπό να δώσει το βαθύτερο νόημα της εμπειρίας έντεκα(11) ασθενών με καρκίνο που νοσηλεύτηκαν στο σπίτι τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι άνθρωποι αυτοί ζώντας με την ελπίδα ότι θα γιατρευτούν, οδηγήθηκαν σε συμφιλίωση με τη ζωή και το θάνατο. Σύμφωνα με τον Γάλλο φιλόσοφο Gabriel Marcel η κατάσταση αυτή τονίζεται σαν «ανάμνηση». Το να ζει ο ασθενής όσο γίνεται πιο φυσιολογικά, δίνει ελπίδα, η οποία είναι σημαντική για μια ζωή με νόημα και για έναν αξιοπρεπή θάνατο για τους ασθενείς με τον αθεράπευτο καρκίνο.¹³⁶

3.4:Το οικονομικό κόστος της κατ' οίκον νοσηλείας

Μελέτες που έχουν γίνει στις ΗΠΑ, Καναδά, Γαλλία, Αγγλία που είχαν σαν σκοπό τη σύγκριση του κόστους της νοσηλείας στο σπίτι σε σχέση με την νοσηλεία στο νοσοκομείο ή σε άλλα ιδρύματα, έδειξαν ότι το κόστος της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης υπολογίζεται στο 10-20% (50% του κόστους νοσηλείας στο νοσοκομείο).Οι συγκρίσεις αυτές έδειξαν ότι η έμφαση στην παροχή φροντίδας στο σπίτι, δημιουργεί σημαντικό όφελος οικονομικό γιατί μειώνονται οι εισαγωγές ασθενών στα νοσοκομεία και έτσι αποσυμφορούνται από επιπλέον ασθενείς. Περίπου το 15% των παραγόμενων ημερών νοσηλείας θεωρείται ότι αφορά ασθενείς οι οποίοι μπορούν να νοσηλευτούν στο σπίτι τους.¹³⁷

¹³⁵ Κ.Τσαμανδουράκη και συν(1989) Ιατρική, Διαφορές στην επιβίωση καρκινοπαθών τελικού σταδίου που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο και από ειδική ομάδα νοσηλείας στο σπίτι τους,τχ.56,σελ.466-470

¹³⁶ E.Benzein, A.Norberg, B.Jareman(2001) The meaning of the lived experience of hope in patients with cancer palliative home care [http:// www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)

¹³⁷ Δ.Σκολαρίκου- Μ.Χριστοδούλου (1989) Νοσηλεία στο σπίτι-νοσοκομείο ημέρας, Διπλωματική εργασία, Υγειονομική σχολή Αθηνών,σελ.46,Σεπτέμβριος 1989, Αθήνα

Το έτος 1982 στο νοσοκομείο Μεταξά το συνολικό μέσο κόστος της μονάδας νοσηλείας στο σπίτι για κάθε ασθενή , ήταν 29,778 δρχ, ποσό περίπου για 6 ημέρες νοσοκομειακής φροντίδας σε αντικαρκινικό ίδρυμα.¹³⁸ Γενικά έχει διαπιστωθεί ότι οι άρρωστοι που θα μπορούσαν να νοσηλευτούν στο σπίτι με τις κατάλληλες συνθήκες φυσικά, αντιπροσωπεύουν το 5,5% των προσερχομένων στο νοσοκομείο, και καταναλώνουν 15-17% των ημερών νοσηλείας δηλαδή 2,000,000 από τις 15,000,000 ημέρες νοσηλείας στη χώρα. Εάν εφαρμοστεί η κατ' οίκον νοσηλεία σε 10-12 μεγάλα νοσοκομεία θα απελευθερωθούν 2,500-3,000 νοσοκομειακές κλίνες. Λειτουργικά, θα δημιουργηθούν 4-5 μεγάλα νοσοκομεία με όφελος 30-35 δις . Στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Βόλου που έγινε μελέτη για την εφαρμογή της υπηρεσίας νοσηλείας στο σπίτι, μεταφέροντας τα μεγέθη που αναφέρθηκαν παραπάνω δόθηκαν τα εξής αποτελέσματα : Οι ημέρες νοσηλείας το χρόνο είναι 65,000 επί 73,500 που είναι το ημερήσιο κόστος έχουμε σύνολο δαπάνης 4,800,000,000 δρχ. Η κατ' οίκον νοσηλεία με το 20% του κόστους και με 15% των κλινών , αποφέρει μείωση της δαπάνης στα 4,200,000,000 δηλαδή 600,000,000 κέρδος.¹³⁹

Οικονομική αξιολόγηση της ΥΚΟΝ στη δεύτερη πενταετία λειτουργίας της

Είδος δαπάνης	1 ^ο έτος 92/93	2 ^ο έτος 93/94	3 ^ο έτος 94/95	4 ^ο έτος 95/96	5 ^ο έτος 96/97	Σύνολο
Μισθοί	8,637,000	9,130,500	8,409,500	10,346,000	9,975,000	46,498,500
Εργ.εξετ.	6,253,164	6,009,068	4,065,230	5,133,389	4,114,716	25,575,567
Αυτοκίνητα	637,323	785,052	766,805	753,329	652,870	3,595,379
Νοσηλ.υλικό	954,523	940,264	471,961	727,223	875,857	3,969,828
Φάρμακα	144,831	138,559	70,851	57,080	49,846	461,167
Σύνολο	16,626,841	17,003,443	13,784,347	17,017,521	15,663,289	80,095,441

Πίνακας 5 :Λειτουργικές δαπάνες ΥΚΟΝ Ιούνιος 1992-Μάϊος 1997

¹³⁸ Κ. Τσαμανδουράκη και συν(1989) Ιατρική, Διαφορές στην επιβίωση καρκινοπαθών τελικού σταδίου που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο και από ειδική ομάδα νοσηλείας στο σπίτι τους ,τχ.56,σελ. 470

¹³⁹ Ι.Βαρδούλης (1996) Χειρουργικά Χρονικά, Κατ' οίκον νοσηλεία « Όνειρο ή πραγματικότητας ,μόδα ή πραγματικότητας», τόμος 1, τχ.1, σελ.37,Ιανουάριος – Μάρτιος 1996

Πηγή : Πηγή: Μ.Τσιπούρα(1997)Γενικό ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»,Πεπραγμένα 2^{ης} Πενταετίας υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας – ΥΚΟΝ-Ιούνιος 1992-Μάιος 1997,σελ.21

	1 ^ο έτος 92/93	2 ^ο έτος 93/94	3 ^ο έτος 94/95	4 ^ο έτος 95/96	5 ^ο έτος 96/97	Σύνολο
Αριθ.ασθ.	147	110	112	107	80	556
Γεν.κόστος ΥΚΟΝ	16,626,841	17,003,443	13,784,347	17,017,521	15,663,289	80,095,441
Αριθ.επισκέψ.	1553	1857	1694	1694	1902	8660
Κόστος επίσκεψ.	10,706	9,156	8,137	10,289	8,235	9,304
Μηνιαίο κόστος ασθενούς	Χ=42,284	Χ=36,624	Χ=32,548	Χ=41,156	Χ=32,940	Χ=29,498
Ημέρες νοσηλείας στο σπίτι	35477	31175	28529	30218	26849	152248
Ημέρες νοσηλείας στο νοσοκομείο	1596	1552	1230	1666	1529	7573

Πίνακας 6 : Ανάλυση κόστους και ημερών νοσηλείας ΥΚΟΝ –Ιούνιος 1992-Μάιος 1997

Πηγή : Πηγή: Μ.Τσιπούρα(1997)Γενικό ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»,Πεπραγμένα 2^{ης} Πενταετίας υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας – ΥΚΟΝ-Ιούνιος 1992-Μάιος 1997,σελ.22

	1ο έτος 92/93	2 ^ο έτος 93/94	3 ^ο έτος 94/95	4 ^ο έτος 95/96	5 ^ο έτος 96/97	Σύνολο
Ημέρες νοσηλ.που πραγματοποιήθηκαν στο σπίτι	35,477	31,175	28,529	30,218	26,849	152,248
Γενικό κόστος ΥΚΟΝ	16,626,841	17,003,443	13,784,347	17,017,521	15,663,289	80,095,441

Κλειστό νοσ/κο ημερήσιο νοσήλαιο	26,381,880	25,654,560	20,331,900	27,538,980	25,274,370	125,181,650
Πραγματικό νοσ/κο ημερήσιο νοσήλαιο	80,757,600	78,531,200	105,046,920	142,283,064	130,582,716,	537,201,500

Πίνακας 7 : Σύγκριση κόστους νοσηλείας στο σπίτι και στο νοσοκομείο-Ιούνιος 1992-Μάιος 1997

Πηγή : Πηγή: Μ.Τσιπούρα(1997)Γενικό ογκολογικό νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι»,Πεπραγμένα 2^{ης} Πενταετίας υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας – ΥΚΟΝ-Ιούνιος 1992-Μάιος 1997,σελ.23

Εάν τώρα, οι ημέρες νοσηλείας που πραγματοποιήθηκαν στο σπίτι κάθε χρόνο από την ΥΚΟΝ, μαζί με το ανάλογο κόστος τους, συγκριθούν μαζί με τον αντίστοιχο αριθμό ημερών νοσηλείας στο νοσοκομείο και το κόστος τους, διαπιστώνεται οικονομικό όφελος υπέρ της νοσηλείας στο σπίτι. Στον πίνακα 7 διαπιστώνει κανείς ότι, το κόστος του αρρώστου προχωρημένου ή τελικού σταδίου νοσηλευόμενου στο σπίτι είναι το 1/5 έως το 1/6 από έναν άρρωστο που νοσηλεύεται στο νοσοκομείο. Η αναλογία αυτή θεωρείται διεθνώς από οικονομικής πλευράς, συμφέρουσα.¹⁴⁰

Στις ΗΠΑ το νοσοκομείο Stanford ανακοίνωσε σχέδια για να κλείσει το πρόγραμμα "Home health and hospice program" και την εξωνοσοκομειακή παροχή φαρμάκων και έστειλε επιστολές σε έξι ασφαλιστικές εταιρίες με πλάνα των Health Maintenance Organizations (HMO) να καλύψουν 50,000 ασθενείς λέγοντας ότι μερικά συμβόλαια θα ακυρωθούν τον Ιανουάριο του 2001, επειδή κοστίζουν πολύ ακριβά. Πριν τρία χρόνια υπήρχε διαφορετική εικόνα. Μετά από ένα χρόνο λειτουργίας, η συγχώνευση των Stanford and Lucile Packard Children's hospitals με δύο Πανεπιστήμια της Καλιφόρνια και του San Francisco, επέφερε κέρδη της τάξης των 20,000,000\$. Τα κέρδη γρήγορα έγιναν τεράστιες ζημιές και το Stanford αποσύρθηκε από την συγχώνευση. Το Stanford, λόγω της συνεχούς απώλειας χρημάτων , έπρεπε να πάρει δραστικά μέτρα . Έπρεπε να βρουν ένα τρόπο να μειώσουν το κόστος, χωρίς να διακινδυνεύσουν «τον πυρήνα της αποστολής των νοσοκομείων, την εκπαίδευση και έρευνα». Παρόλο που το hospice program ήταν σχετικά καινούργιο, έγινε γρήγορα αποδεκτό.

¹⁴⁰ Μ.Τσιπούρα (1997)Πεπραγμένα 2^{ης} Πενταετίας Υπηρεσίας κατ' οίκον νοσηλείας Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι» Ιούνιος 1992 – Μάιος 1997, σελ.21-24,Αθήνα

Όμως στην κοινότητα υπήρχαν και άλλες εγκατεστημένες υπηρεσίες. Έτσι αποφασίστηκε να κλείσουν το «hospice program» με την προϋπόθεση ότι οι ασθενείς που το χρησιμοποιούσαν, θα καλυφθούν από εναλλακτικές μορφές περίθαλψης στην κοινότητα. Ήταν οικονομική απόφαση να κλείσουν το «hospice program» και το «older home health care program» με το οποίο θα κέρδιζαν 5,000,000\$ το χρόνο.¹⁴¹

Άλλη περίπτωση οργανισμού που αντιμετώπισε οικονομικά προβλήματα είναι ο VIA CRISTI HOME HEALTH, ο μεγαλύτερος οργανισμός της επαρχίας του Κάνσας ο οποίος μετά από 4 χρόνια οικονομικών ζημιών είναι πάλι κερδοφόρος. Ο οργανισμός αυτός, ο οποίος βασίζεται στην Medicare και Medicaid για την πληρωμή για τους περισσότερους από τους μισούς ασθενείς, είναι ένας από τους εκατοντάδες στο Κάνσας που «στραγγαλίζονται» κάτω από τους νέους νόμους, που μπήκαν σε λειτουργία το 1997. Κατά τα τελευταία 5 χρόνια, ο αριθμός των οργανισμών Home Health στο Κάνσας εξουσιοδοτημένων να συντηρούν ασθενείς των Medicare και Medicaid, έπεσε κατά 18%. Πολλοί εγκατέλειψαν την αγορά μόλις η κυβέρνηση ελλάτωσε τις πληρωμές σε οργανισμούς Home health, καθ' όσον εισήγαγε ένα σύστημα περιορισμού της απάτης. Ο νέος τρόπος πληρωμής αυτών των οργανισμών βοηθά τους οργανισμούς να μην φαλιρίσουν. Με τον παλιό τρόπο οι οργανισμοί χρέωναν την Medicare per visit (με την επίσκεψη). Σύμφωνα με τον νέο τρόπο, οι ασθενείς κατηγοριοποιούνται και πληρώνουν στον οργανισμό ένα συγκεκριμένο πόσο για την διάρκεια του χρόνου που θα χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες νοσηλείας στο σπίτι. Οι οργανισμοί μπορούν να πάρουν τμήμα του ποσού προκαταβολικά. Το νέο σύστημα, ενθαρρύνει τους οργανισμούς κατ' οίκον νοσηλείας, να έχουν καλύτερα αποτελέσματα γρηγορότερα. Η κατ' οίκον νοσηλεία θεωρείται ότι είναι κερδοφόρα επιχείρηση.¹⁴²

Συμπερασματικά, η κατ' οίκον νοσηλεία είναι μια εναλλακτική μορφή περίθαλψης για χρόνιους πάσχοντες και για τους καρκινοπαθείς τελικού σταδίου. Η Υ.Κ.Ο.Ν. του νοσοκομείου «Άγιοι Ανάργυροι» αποτελεί μια ευέλικτη μικρή ιατρονοσηλευτική υπηρεσία η οποία προσπαθεί να παρέχει μέσω της ομάδας εργασίας, ολοκληρωμένες υπηρεσίες στους ασθενείς. Κάθε ένα μέλος της ομάδας έχει ξεχωριστό σκοπό και ρόλο, αλλά όλοι μαζί συνεργάζονται για την παροχή

¹⁴¹ D.Kazak (2001) Critical condition <http://www.paweekly.com>

¹⁴² N.Sommers (2001) Putting home health in the black <http://web.wicthitaeagle.com>

κοινωνικού λειτουργού ο οποίος υποστηρίζει ψυχολογικά τόσο τον ασθενή και την οικογένειά του, όσο και του νοσηλευτή ο οποίος θεωρείται ως το άτομο που εμπιστεύεται περισσότερο ο άρρωστος γιατί είναι αυτός ο οποίος θα εφαρμόσει τις τεχνικές που θα του προσφέρουν και ψυχική και σωματική ανακούφιση. Ανάλογα με το ποιο μέλος της οικογένειας είναι άρρωστο ανάλογες είναι και οι επιπτώσεις στο οικογενειακό περιβάλλον. Ο ρόλος της είναι πολύ σημαντικός γιατί από τη δομή και την σχέση που έχουν τα μέλη μεταξύ τους εξαρτάται και η επιτυχία της κατ' οίκον νοσηλείας του μέλους της που νοσηλεύεται. Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησαν τρία ογκολογικά νοσοκομεία της Αττικής σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της κατ' οίκον νοσηλείας που τους παρασχέθηκαν, το μεγαλύτερο ποσοστό εξέφρασε την ικανοποίησή του για την βοήθεια που προσφέρεται στον ίδιο και στην οικογένεια του και η ανάπτυξή της κρίνεται απαραίτητη. Οικονομικά, η νοσηλεία στο σπίτι σε σχέση με τη νοσηλεία στο νοσοκομείο αποφέρει μείωση των δαπανών, με αποτέλεσμα εάν εφαρμοστεί σε 10-12 μεγάλα νοσοκομεία να απελευθερώσει τόσες κλίνες όσες απαιτούνται για την λειτουργία 5 μεγάλων νοσοκομείων.



Υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας για χρόνια ψυχικά ασθενείς

Η νοσηλεία στο σπίτι εφαρμόστηκε και σε ασθενείς με χρόνια ψυχικά προβλήματα. Το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης (Ψ.Ν.Θ.) , ξεκίνησε το 1989 μια προσπάθεια για την αποϊδρυματοποίηση και την κοινοτική νοσηλευτική φροντίδα αυτών των ασθενών.

Στο κεφάλαιο 4.1 γίνεται μια αναφορά στην φυσιογνωμία της μορφής αυτής της φροντίδας στην χώρα μας και στο εξωτερικό. Αναλύονται οι ρόλοι της Ομάδας Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου (Ο.Ψ.Σ.Α.Τ.), οι μέθοδοι που ακολουθούνται για να επιτευχθούν οι στόχοι που έχουν θέσει τα άτομα που αποτελούν την Ο.Ψ.Σ.Α.Τ. και πως λειτουργεί το Νοσοκομείο Ημέρας του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Στο κεφάλαιο 4.2 αναλύεται ο ρόλος του κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας , νοσηλεύτη, ψυχολόγου, ψυχιάτρου καθώς και η λειτουργία της θεραπευτική ομάδας. Τέλος, στο κεφάλαιο 4.3 παρουσιάζονται οι ομάδες της Α' και Β' Ο.Ψ.Σ.Α.Τ. από την πρώτη μέρα λειτουργίας της πρώτης, το χρηματικό κόστος λειτουργίας και γίνεται αξιολόγηση της προστατευόμενης κατοικίας στη χώρα μας και στην Γερμανική περιφέρεια.

4.1:Φυσιογνωμία της φροντίδας σε προστατευόμενο χώρο κατοικίας

Τα τελευταία χρόνια , η πολιτική της αποϊδρυματοποίησης και της κοινοτικής νοσηλευτικής φροντίδας για τους χρόνιους ψυχιατρικούς ασθενείς, αποτελούν θεμελιώδεις επιδιώξεις της παγκόσμιας ψυχιατρικής μεταρρύθμισης. Μέχρι πρόσφατα , η φροντίδα για τους περισσότερους χρόνιους ψυχιατρικούς αρρώστους, παρέχόταν στα ψυχιατρικά νοσοκομεία όταν η οικογένεια του καθενός από αυτούς δεν ήθελε ή δεν μπορούσε να την προσφέρει. Αναγνωρίστηκε ότι πολλοί από αυτούς θα μπορούσαν να επωφεληθούν αν ζούσαν σε μικρότερους χώρους διαμονής μη αποκλεισμένοι από την κοινότητα. Τις δεκαετίες του 60 και του 70 στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης και Βόρειας Αμερικής, παρουσιάστηκε μείωση των κρεβατιών στα μεγάλα ψυχιατρικά νοσοκομεία λόγω ποικίλων παραγόντων όπως η εφαρμογή καλύτερων μεθόδων θεραπείας και αποκατάστασης, η ανάπτυξη εναλλακτικών μορφών ψυχιατρικής περίθαλψης κ.α. Έτσι δόθηκε η δυνατότητα σε άτομα με ψυχοδιανοητικά προβλήματα που κάποτε νοσηλευόταν στα ψυχιατρεία , να ζουν τώρα με τις οικογένειές τους στα σπίτια τους ή σε προστατευόμενα διαμερίσματα. Η έξοδος χρονίων ψυχιατρικών αρρώστων από το ψυχιατρείο και η εγκατάστασή τους σε

εναλλακτικούς χώρους διαμονής στην κοινότητα, θεωρείται συνώνυμη με την εγκατάσταση σε σπίτι εκτός του ψυχιατρείου.¹⁴³

Στο εξωτερικό λειτουργούν προγράμματα, τα οποία παρέχουν ψυχική υγεία και θεραπεία με τον μικρότερο περιορισμό. Υπηρεσίες όπως :

- Ατομικός οικογενειακός σύμβουλος
- Διανομή φαρμακευτικής αγωγής, παρακολούθηση και διδασκαλία
- Εκτίμηση πνευματικής κατάστασης
- Αναλυτική ψυχιατρική εκτίμηση
- Πρόληψη κρίσεων
- Αλλαγή συμπεριφοράς(μεταβολές συμπεριφοράς/ πρότυπα)
- Θεωρία και πρακτική συμπτωμάτων
- Θεωρία και πρακτική διαφόρων περιπτώσεων (cases)
- Στρατηγικές λειτουργικών αντιδράσεων
- Έλεγχος και συντονισμός
- Οδηγός υγείας/ διδασκαλία/ συντονισμός

παρέχονται 24 ώρες το 24 ώρο , 7 μέρες την εβδομάδα από νοσοκόμες με υψηλή γνώση και εμπειρία.¹⁴⁴

Στην χώρα μας, στα μέσα της δεκαετίας του '70 , όταν υπήρχαν ακόμη συνθήκες ασύλου στο Ψυχιατρικό νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, κάποιοι ψυχίατροι και νοσηλεύτριες ξεκίνησαν πιο συστηματικά από παλαιότερα, προσπάθειες βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης και θεραπείας των νοσηλευομένων σε μερικά τμήματα. Στις 26 Μαρτίου 1984, η Ελληνική Κυβέρνηση κυρώνει τον Καν. 815/84 της ΕΟΚ υιοθετώντας τις συγκεκριμένες προτάσεις του για την μεταρρύθμιση στην Ψυχική Υγεία. Είναι ένα πενταετές πρόγραμμα αναδιοργάνωσης και ανάπτυξης των ελληνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στα πλαίσια της μεταρρύθμισης στην ψυχική υγεία, το ΨΝΘ, έθεσε σε εφαρμογή εντός του ΨΝΘ, πειραματικό πρόγραμμα προεπαγγελματικής εκπαίδευσης σε αστικά επαγγέλματα . Το πρόγραμμα αυτό στόχευε στην αλλαγή του παραδοσιακού ψυχιατρικού μοντέλου με τον θεωρητικό και πρακτικό επαναπροσανατολισμό του στις αρχές της αποϊδρυματοποίησης και τη

¹⁴³ Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας του 1999. Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψ.Ν.Θ. σελ. 17,22

¹⁴⁴ <http://www.priorityhomecare.com/psychiatric.html>

δημιουργία δομών κοινωνικής επανένταξης χρονίων ψυχιατρικά πασχόντων εκτός του Ψυχιατρείου δηλαδή:

- ο Ξενώνων και διαμερισμάτων στην Θεσσαλονίκη
- ο Μονάδας συνεργατικής επαγγελματικής εκπαίδευσης
- ο Κέντρου προεπαγγελματικής κατάρτισης στο δυτικό τομέα Θεσ/νίκης
- ο Ομάδας ψυχοκοινωνικής στήριξης αστικού τύπου
- ο Ομάδας ψυχοκοινωνικής στήριξης αγροτικού τύπου

Το όλο εγχείρημα έγινε ευρύτερα γνωστό ως πρόγραμμα επανένταξης. Η προετοιμασία λειτουργίας, περιέλαβε την εκπαίδευση του προσωπικού που εθελοντικά προσφέρθηκε να εργαστεί στην ΜΕ, πλαισιούμενο και από νεοπροσληφθέντες με την βοήθεια ενημερωτικών σεμιναρίων που διήρκεσαν 2 χρόνια. Στο διάστημα αυτό, με την χρήση ερωτηματολογίων επιλέχθηκαν 85 ασθενείς του ΨΝΘ για να παρακολουθήσουν με τη θέλησή τους το πρόγραμμα.

Τα άτομα αυτά κάλυπταν τα παρακάτω κριτήρια:

- 1ο Ήταν κάτω των 65 ετών
- 2ο Είχαν μακρά νοσηλεία στο ΨΝΘ
- 3ο Δεν είχαν συγγενείς ή οι συγγενείς τους δε έδειχναν πια ενδιαφέρον
- 4ο Δεν είχαν εισόδημα
- 5ο Δεν ήταν εξαρτημένοι από ουσίες
- 6ο Είχαν σταθεροποιημένη κλινική συμπτωματολογία και έδιναν υποσχέσεις (κατά την γνώμη του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού του τμήματος) για μια επιτυχημένη κοινωνική επανένταξη
- 7ο Δεν ήταν επιληπτικοί, διανοητικά καθυστερημένοι ή με τη νόσο του Alzheimer

Οι ρόλοι της ΟΨΣΑΤ είναι:

- Να επιβλέπει τους πελάτες της στον χώρο κατοικίας τους και στο χώρο εργασίας τους
- Να διευκολύνει τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης που αποφασίζουν οι πελάτες
- Να παρέχει ψυχοθεραπευτική υποστήριξη στους πελάτες
- Να προσπαθεί να προλάβει την εμφάνιση κρίσεως
- Σε περίπτωση κρίσεως, προσπαθεί να διευθετήσει επί τόπου, χωρίς να απαιτηθούν παραπομπές ή επανεισαγωγή σε ψυχιατρικό τμήμα

- Να προσπαθεί να βοηθήσει τους πελάτες της στη δημιουργική και ψυχαγωγική χρήση του ελεύθερου χρόνου τους
- Να ενημερώνει και να συνεργάζεται με όλους τους κοινωνικούς φορείς που μπορούν και θέλουν να βοηθήσουν στη βελτίωση της ζωής των πελατών

Οι σκοποί που έχουν τεθεί από την ομάδα και της Α και της Β ΟΨΣΑΤ είναι η διευκόλυνση του ατόμου ώστε να λειτουργήσει στην Κοινότητα όσο γίνεται περισσότερο αποτελεσματικά και ανεξάρτητα, η πρόληψη των υποτροπών και η αποφυγή των επανεισαγωγών στο ΨΝΘ και ως απώτερος στόχος τέθηκε η επίτευξη υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής στην κοινότητα. Κύριες επιδιώξεις του προγράμματος είναι η εξασφάλιση συνεχούς φροντίδας, η πρόληψη της υποτροπής της ψυχικής αρρώστιας, η κατάκτηση της αυτονομίας, το υψηλό επίπεδο διαβίωσης στην κοινότητα, η καλλιέργεια των επιδεξιοτήτων του ατόμου, η αύξηση της εμπιστοσύνης του ατόμου στον εαυτό του και η υποστήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος.¹⁴⁵

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι, πρέπει να ελαττωθούν τα συμπτώματα της ψυχικής αρρώστιας και της μειονεξίας, να ενισχυθεί η εκτίμηση και η εμπιστοσύνη του ατόμου στον εαυτό του και τέλος η ανάπτυξη κοινωνικών και επαγγελματικών δραστηριοτήτων καθώς και δεξιοτήτων αυτοφροντίδας. Οι μέθοδοι που ακολουθούνται είναι:

- i. Φαρμακοθεραπεία
- ii. Ανάλυση συμπεριφοράς
- iii. Εκπαίδευση σε δραστηριότητες
- iv. Εκπαίδευση σε θέματα πρόληψης υποτροπής της ψυχιατρικής αρρώστιας
- v. Παροχή συμβουλών για την αντιμετώπιση προβλημάτων
- vi. Προστατευόμενη κατοικία
- vii. Εργασία
- viii. Αντιμετώπιση προβλημάτων σωματικής υγείας
- ix. Πληροφόρηση σε θέματα κοινωνικής ασφάλισης
- x. Διασύνδεση με υπηρεσίες υποστήριξης στην κοινότητα

¹⁴⁵ Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας του 1999. Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψ.Ν.Θ. σελ. 38-39

xi. Υποστήριξη στην οικογένεια¹⁴⁶

Στις ομάδες της ΟΨΣΑΤ χρησιμοποιείται μια σειρά από ερωτηματολόγια και κλίμακες οι οποίες δίνουν αναλυτικές περιγραφές του υπό εκτίμηση τομέα ,αναφορικά με το είδος , τη συχνότητα ή την ένταση των συμπεριφορών που επιδεικνύονται από τον ασθενή.

◆ **Ερωτηματολόγιο για επανένταξη στην κοινότητα**

Χρησιμοποιείται για την αρχική εκτίμηση και ένταξη στην ΟΨΣΑΤ ενός ατόμου με χρόνιο ψυχοδιανοητικό πρόβλημα

◆ **Ανασκόπηση ιστορικού νοσηλείας και πορείας θεραπείας πριν και μετά την εγκατάσταση σε προστατευόμενο διαμέρισμα**

Στο έντυπο αυτό καταγράφονται οι πληροφορίες που αφορούν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ατόμου, τις χρονολογικές λεπτομέρειες της κλινικής του πορείας πριν την εγκατάσταση σε προστατευόμενο διαμέρισμα, τα χαρακτηριστικά της θεραπευτικής – αποκαταστασιακής του πορείας μετά την εγκατάσταση σε προστατευόμενο διαμέρισμα.

◆ **Κάρτα κίνησης φαρμάκων**

Καταγράφεται η φαρμακευτική αγωγή του κάθε ατόμου

◆ **Κλίμακα ψυχιατρικής εκτίμησης χρόνιων ψυχωσικών αρρώστων**

Βαθμολογούνται ανάλογα με τις απαντήσεις του ασθενή, συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και ψευδαισθήσεων

◆ **Κλίμακα BPRS**

Η κλίμακα αυτή δίνει λεπτομερή καταγραφή της ψυχικής κατάστασης του ατόμου

◆ **Κλίμακα Μανίας**

Στα άτομα τα οποία παρουσιάζουν συναισθηματική διαταραχή , χρησιμοποιείται αυτή η κλίμακα για να εκτιμηθεί η συχνότητα και η ένταση των συμπτωμάτων

◆ **Morningside Rehabilitation Status Scale**

¹⁴⁶ Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας του 1999. Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψ.Ν.Θ. σελ. 4

Σύμφωνα με αυτή την κλίμακα, εκτιμάται η εξάρτηση του ατόμου σε άλλα άτομα για να το φροντίσουν, η δραστηριότητα /απάθειά του, η κοινωνικότητα /απομόνωση

✦ **Κλίμακα εκτίμησης διαβίωσης /πορείας αποκατάστασης**

Σε αυτή την κλίμακα καταγράφονται ανά τρίμηνο, θέματα που αφορούν την ατομική φροντίδα του ατόμου, τη διαχείριση του σπιτιού, η χρήση του ελεύθερου χρόνου του, καθώς και η εργασία και οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την ανεξάρτητη διαβίωση.

✦ **Κλίμακα εκτίμησης της συμπεριφοράς ψυχιατρικών αρρώστων στη διάρκεια της εργασίας**

Καταγράφονται 25 παράμετροι που σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας ατόμων που απασχολούνται σε προστατευόμενες θέσεις εργασίας ή στην ελεύθερη αγορά εργασίας

✦ **Εκτίμηση ποιότητας ζωής χρόνιων ψυχιατρικών αρρώστων που ζουν στην κοινότητα**

Με βάση αυτό το ερωτηματολόγιο, μετρούνται οι συνθήκες ζωής των ατόμων και έτσι παρέχονται περισσότερες πληροφορίες για την επίδραση της αρρώστιας στην ευζωία τους.¹⁴⁷

Το ΨΝΘ λειτουργεί και το Νοσοκομείο Ημέρας(N.H.) το οποίο δέχεται ψυχικά πάσχοντες 18-65 ετών που κατοικούν στην Θεσσαλονίκη. Έχει σαν βάση του την ομαδική θεραπεία σε συνδυασμό με την ατομική ψυχοθεραπεία και έχει θέσει σαν στόχους τη θεραπεία ασθενών με βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές μεθόδους, τη δημιουργία και διατήρηση της συνεργασίας της οικογένειας και τη συνέχιση της φροντίδας και υποστήριξης και μετά το τέλος της νοσηλείας του ατόμου. Η θεραπευτική ομάδα του N.H. αποτελείται από 2 ψυχιάτρους, ψυχολόγο, 7 νοσηλευτές , επισκέπτρια υγείας, κοινωνική λειτουργό, μουσικοθεραπεύτρια, απασχολησιοθεραπεύτρια και γυμναστή, που απασχολούνται μερικώς ενώ υπάρχει και βοηθητικό προσωπικό.¹⁴⁸

¹⁴⁷ Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας του 1999. Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψ.Ν.Θ. σελ. 32-36

¹⁴⁸ Ε.Γλούφτση, Χ.Μαρίνου, Γ.Σακαλίδης (2000) Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής «νοσηλεία στο σπίτι παρόν και μέλλον», Νοσηλευτική παρέμβαση σε κρίση στις οικογένειες των ασθενών που νοσηλεύονται-παρακολουθούνται από το νοσοκομείο ημέρας , σελ.89-90, Θεσσαλονίκη 1/12/2000

4.2: Ρόλος των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στη θεραπευτική ομάδα

ο *Ρόλος της κοινοτικής νοσηλεύτριας –επισκέπτριας υγείας*

Η κοινοτική νοσηλεύτρια μαζί με την επισκέπτρια υγείας παρέχουν την κύρια υποστήριξη στο άτομο με το χρόνιο πρόβλημα ψυχικής υγείας που ζεί στην κοινότητα. Οι δραστηριότητες της νοσηλεύτριας συμβάλλουν στην πρωτογενή πρόληψη των ψυχικών διαταραχών, στην δευτερογενή πρόληψη(ανίχνευση και αναγνώριση των αρχικών σημείων μιας ψυχικής διαταραχής , αντιμετώπιση και παραπομπή για θεραπεία) και τριτογενή πρόληψη (συμμετοχή σε προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασης).Ο ρόλος της επισκέπτριας υγείας ποικίλει σε σχέση με την κοινοτική νοσηλεύτρια αλλά δεν διαφέρει κατά πολύ. Ο ρόλος τους έχει τέσσερις τομείς διαχωρισμού:

- ❖ Εκπαιδευτικό :προσφέρουν πρακτική βοήθεια στο άτομο καθώς επίσης οργανώνει προγράμματα μαγειρικής και καθαριότητας με στόχο την προαγωγή της ανεξαρτησίας και την αξιοπρεπή διαβίωση. Επιβλέπουν το άτομο περιοδικά στο χώρο της εργασίας του και έχουν συνεργασία με τους εργοδότες και τους προϊσταμένους του. Επίσης παρέχουν καθοδήγηση και εκπαιδευτική υποστήριξη του ατόμου αλλά και της οικογένειάς του.
- ❖ Θεραπευτικό: φροντίζουν για τη χορήγηση των συνιστώμενων φαρμάκων και συνεργάζονται και ενημερώνουν τον γιατρό για την αντιμετώπιση και χειρισμό τυχόν παρενεργειών. Παρέχουν σταθερή συνέχιση στη φροντίδα η οποία μπορεί να περιλαμβάνει τη σωματική και ψυχιατρική φροντίδα καθώς και θεραπεία. Τέλος, συμβάλλουν στην πρόληψη των υποτροπών της ψυχικής αρρώστιας. Με αυτό τον τρόπο καθίσταται δυνατή η μείωση του αριθμού των επανεισαγωγών στα ψυχιατρεία με επακόλουθη μείωση του ημερήσιου κόστους παροχής νοσοκομειακής φροντίδας.
- ❖ Αποκαταστασιακό: συντονίζουν και οργανώνουν διάφορες κοινωνικές εκδηλώσεις και δραστηριότητες όπως εκδρομές, εξόδους για φαγητό, κινηματογράφο και θέατρο. Με αυτό τον τρόπο θέλουν να ψυχαγωγήσουν τους ασθενείς και να τους χαρίσουν ευχάριστες στιγμές στον ελεύθερο χρόνο τους. Επίσης συμβάλλουν στην εύρεση εργασίας σε περιπτώσεις που το άτομο δεν εργάζεται και επιθυμεί κάτι τέτοιο. Έρχεται σε επαφή με τους

φορείς της κοινότητας για την διεκπεραίωση των προσωπικών τους υποθέσεων.

❖ Ευαισθητοποίηση της κοινότητας: συμμετέχουν στην ενημέρωση της κοινότητας για την ψυχική αρρώστια με στόχο την καταπολέμηση της αρνητικής στάσης της κοινότητας για τα άτομα αυτά.^{149 150}

ο *Ο ρόλος του ψυχιάτρου*

Ο ψυχίατρος, ρυθμίζει τη φαρμακευτική αγωγή ,σταθμίζοντας την ύπαρξη ψυχιατρικής συμπτωματολογίας και ενδεχομένων παρενεργειών. Εκτιμά σε συνεργασία με τα άλλα μέλη της ψυχοκοινωνικής ομάδας, τις συνθήκες διαβίωσης του ατόμου. Η εκτίμηση αυτής της κατάστασης του ατόμου είναι διαρκής και στόχος του ψυχιάτρου είναι η αποτίμηση των επιτευγμάτων όπως και οι πιθανότητες για περαιτέρω ανάπτυξη. Αν η ψυχική κατάσταση ενός ατόμου έχει πια σταθεροποιηθεί, τότε συζητούνται τα βαθύτερα αίτια των συναισθηματικών προβλημάτων.

ο *Ο ρόλος του ψυχολόγου*

Οι τομείς δραστηριοτήτων του ψυχολόγου μέσα στην ψυχοκοινωνική ομάδα εστιάζονται στις :

✓ Κλινική εργασία :ο ψυχολόγος παρέχει ψυχολογικές υπηρεσίες στα άτομα οι οποίες περιλαμβάνονται στις ατομικές συναντήσεις , τη συμβουλευτική υποστήριξη και την παρέμβαση στην κρίση

✓ Έρευνα : η συμβολή του ψυχολόγου σε ερευνητικά προγράμματα είναι σημαντική λόγω των γνώσεών του στον ερευνητικό σχεδιασμό, στη δημιουργία και εφαρμογή επεξεργασμένων τεχνικών συλλογής πληροφοριών και στη στατιστική .

¹⁴⁹ Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας του 1999. Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψ.Ν.Θ. σελ. 22-23

¹⁵⁰ Χ.Γκαϊτατζή, Σ.Γασγαλίδου (2000) Πρακτικά 2^{ης} επιστημονικής ημερίδας νοσηλευτικής με θέμα «κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον», Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε άτομα που διαβιούν στα προστατευόμενα διαμερίσματα, σελ.85-87,Θεσσαλονίκη 1/12/2000

- ✓ **Αξιολόγηση:** σε αυτόν τον τομέα ανήκει η διερεύνηση της προσωπικότητας και νοημοσύνης του ατόμου, των αναγκών και των δεξιοτήτων του, των σχέσεων μέσα στο κοινωνικό σύνολο του δυναμικού που διαθέτει και η σύνθεση όλων αυτών των στοιχείων σ' ένα πλάνο προσέγγισης για το άτομο που αξιολογείται.

151

Λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας

Οι Ομάδες Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης, αποτελούνται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων. Στην ομάδα εργάζεται προσωπικό πλήρους απασχόλησης καθώς και μερικής απασχόλησης. Τα οφέλη από την ομαδική εργασία, είναι ότι προσφέρει μια διευρυμένη προοπτική στην παροχή ψυχιατρική φροντίδας. Παράλληλα η ομαδική εργασία συντελεί σε επαρκή και υψηλών προδιαγραφών φροντίδα και εξακολούθηση της φροντίδας. Η ΟΨΣΑΤ δουλεύει ως πολυκλαδική ομάδα, με υπεύθυνο-εκπρόσωπο τον ψυχίατρο της ομάδας. Όλα τα μέλη είναι ισότιμα και μοιράζονται τις δουλειές και κάθε μέλος λειτουργεί σαν πρόσωπο αναφοράς (key worker, caser manager) για έναν αριθμό πελατών και μαζί με ένα δεύτερο μέλος της ομάδας είναι υπεύθυνο για ένα αριθμό διαμερισμάτων στην πόλη της Θεσ/νίκης. Τα μέλη εργάζονται όλες τις ημέρες της εβδομάδας σε δύο βάρδιες ,πρωί και απόγευμα, εκτός Τρίτης και Παρασκευής που υπάρχει πρωινή βάρδια. Κάθε Τρίτη γίνεται ,μια ονομαστική ανασκόπηση όλων των πελατών ενοίκων όλων των διαμερισμάτων και του ξενώνα της ΟΨΣΑΤ. Κάθε Παρασκευή, συζητείται ένα περιστατικό είτε γιατί παρουσιάζει δυσκολίες είτε γιατί υπάρχει κάποιο θετικό στοιχείο που έχει κάνει εντύπωση στο πρόσωπο αναφοράς που το παρουσιάζει.

Στην ομάδα γίνεται προσπάθεια για ένταξη ορισμένων αρχών λειτουργίας των Θεραπευτικών κοινοτήτων. Η προσπάθεια αυτή έγκειται στον επαναπροσανατολισμό του ενοίκου μακριά από την εικόνα του εαυτού τους ως άρρωστου , προς μια ρεαλιστική εκτίμηση του εαυτού του ως μέλος της κοινωνίας που συμμετέχει στα κοινά και είναι αποδεκτό. Επίσης γίνεται

¹⁵¹ Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας του 1999. Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψ.Ν.Θ. σελ. 24-25

προσπάθεια για ενθάρρυνση της σχέσης ενοίκου- προσωπικού με την συμμετοχή σε εκδρομές, εξόδους και ψυχαγωγία. Θεραπευτικά, εφαρμόζονται αρχές της ομαδικής ψυχοθεραπείας με έμφαση στην επίλυση κοινωνικών και επαγγελματικών προβλημάτων. Ατομικές ψυχοθεραπείες γίνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα. Κάθε άτομο προσεγγίζεται ανάλογα με τις ανάγκες του. Οι ένοικοι των προστατευόμενων διαμερισμάτων ενθαρρύνονται τις νυχτερινές ώρες για να καταφεύγουν για κάποια έκτακτη ανάγκη υγείας τους στο εφημερεύον νοσοκομείο ή το ΨΝΘ. Υπάρχουν αριθμοί κλήσης τηλεφώνων στα σπίτια των ενοίκων . Έτσι σε μια έκτακτη ανάγκη μπορούν να δοθούν τηλεφωνικά συμβουλές για την αντιμετώπιση ενός προβλήματος.

Η ομάδα συνεργάζεται με διάφορες υπηρεσίες και φορείς της κοινότητας , στην προσπάθειά της να συντονίσει το έργο τους για παροχή υψηλού επιπέδου ψυχιατρική φροντίδα στο άτομο με χρόνια πρόβλημα. Τα μέλη της ομάδας συναντιούνται και συνεργάζονται με εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης , με ενορίες εκκλησιών που παρέχουν μεσημεριανό φαγητό, με τα μέλη των «Φίλων του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης» καθώς φυσικά με φίλους και συγγενείς των πασχόντων.¹⁵²

4.3 :Προστατευόμενα διαμερίσματα Α και Β ΟΨΣΑΤ

Α ΟΨΣΑΤ 1989

Τον Απρίλιο του 1989 άρχισε η εφαρμογή του πειραματικού προγράμματος λειτουργίας 5 διαμερισμάτων και ενός ξενώνα χρονίων ψυχικά πασχόντων.¹⁵³ Μετά από οργανωτική προετοιμασία 6 μηνών, άρχισε τη λειτουργία της η ΟΨΣΑΤ. Στελεχώθηκε από άτομα του προσωπικού της Μονάδας Επανάταξης (Μ.Ε.) του ΨΝΘ, τα οποία σε συνεργασία με τον υπεύθυνο της ΜΕ διεκπεραίωσαν την αρχική οργανωτική δουλειά. Έτσι, 1

¹⁵² Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας του 1999. Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψ.Ν.Θ. σελ. 27-30

¹⁵³ Α ΟΨΣΑΤ –ΨΝΘ (1996) Απολογισμός των τελευταίων 8 χρόνων λειτουργίας ,σελ...5-7

ψυχολόγος, 2 νοσηλεύτριες ΔΕ, 1 κοινωνικοθεραπεύτρια και 1 νοσηλεύτρια ΤΕ στελέχωσαν την ομάδα προσωπικού.

Τα διαμερίσματα παρέχονται για μόνιμη διαμονή των πελατών και φιλοξενούν από 2 έως 5 άτομα ανάλογα φυσικά με το εμβαδόν και τη διαρρύθμιση. Η οικοσυσκευή παρέχεται από το ΨΝΘ ενώ το ενοίκιο, φώς και θέρμανση τα πληρώνει το ΨΝΘ. Το νερό και το τηλέφωνο τα πληρώνουν οι ένοικοι όπως και τα κοινόχρηστα της πολυκατοικίας, τα έξοδα φαγητού και ένδυσης. Ο ξενώνας παρέχεται σαν προσωρινή κατοικία μερικών πελατών μέχρις ότου βελτιώσουν τις κοινωνικές δεξιότητές τους ή και την οικονομική τους κατάσταση. Επίσης παρέχεται φαγητό από το ΨΝΘ δύο γεύματα την ημέρα επί 5 μέρες της εβδομάδα. Τον Απρίλιο του 1989 η ΟΨΣΑΤ παρέλαβε 8 διαμερίσματα σε διάφορες περιοχές της Θεσ/νίκης και τον Ιούνιο του 1989 παρέλαβε άλλα 3. Τον Αύγουστο του 1989 η ΟΨΣΑΤ αποτελούνταν από 1 ψυχίατρο μερικής απασχόλησης , 1 ψυχολόγο πλήρους απασχόλησης ,1 κοινωνικοθεραπεύτρια και 5 νοσηλεύτριες.

Α ΟΨΣΑΤ 1990

Με την έναρξη του 1990, η ΟΨΣΑΤ συνέχισε να λειτουργεί όλα τα διαμερίσματα και επιπλέον λειτούργησε και άλλα τρία . Από το 1989 φαινόταν μια βελτίωση στη συμπεριφορά των ατόμων που διέμεναν στα διαμερίσματα και για να δοθεί μια πιο αντικειμενική εκτίμηση αυτής της εξέλιξης , η ΟΨΣΑΤ συνέταξε ένα τριμηνιαίο ερωτηματολόγιο εξωνοσοκομειακής παρακολούθησης της λειτουργικής κατάστασης χρόνιων ψυχικά πασχόντων. Το ερωτηματολόγιο αυτό βασίστηκε στην εμπειρία της Μονάδας Επανάταξης (ΜΕ), και της ΟΨΣΑΤ , αλλά και σε δύο Αγγλικά προϋπάρχοντα και ένα παρόμοιο Σουηδικό.

Το καλοκαίρι του 1990 η ΟΨΣΑΤ συμμετείχε με προσωπικό και ασθενείς στην κατασκήνωση της Μεταμόρφωσης Χαλκιδικής που οργάνωσε η ΜΕ του ΨΝΘ. Στη διάρκεια του καλοκαιριού, εκτός από την κατασκήνωση, έγιναν και 3 ημερήσιες εκδρομές, με έξοδα του ΨΝΘ. Το έτος έκλεισε με 47 πελάτες εκ των οποίων 21 άνδρες και 26 γυναίκες που διέμενε σε 13 διαμερίσματα και 1 ξενώνα.

Α ΟΨΣΑΤ 1991

Το χρόνο αυτό έγιναν μετακινήσεις προς μέρη της Μακεδονίας, όπου πελάτισσες μετακόμισαν στα χωριά τους κοντά στους συγγενείς τους. Η Α ΟΨΣΑΤ, συνέχισε να τους παρακολουθεί με μηνιαίες επί τόπου επισκέψεις. Όταν το 1992 ενεργοποιήθηκε η ΟΨΣΑΤ αγροτικού τύπου ανέλαβε αυτή τις επισκέψεις. Επίσης τις Απόκριες και τα Χριστούγεννα του 1991, οργανώθηκαν εορταστικές έξοδοι των πελατών μαζί με μέλη του προσωπικού, σε διαμέρισμα και σε ταβέρνα στην πόλη της Θεσσαλονίκης. Το καλοκαίρι του ίδιου χρόνου, υπήρξε συμμετοχή 20 πελατών με τρία μέλη του προσωπικού στην κατασκήνωση στην Μεταμόρφωση Χαλκιδικής που οργάνωσε η ΜΕ του ΨΝΘ. Το Σεπτέμβριο μέχρι τα τέλη της χρονιάς, στα πλαίσια της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης του προσωπικού, πραγματοποιήθηκε μια σειρά ομαδικών επιβλέψεων των μελών της ΟΨΣΑΤ στο κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας του δυτικού τομέα της Θεσσαλονίκης με επιβλέπουσα την Δ/ντρια του κέντρου. Το 1991 έκλεισε με 41 πελάτες που διέμεναν σε 13 διαμερίσματα, 1 ξενώνα, 20 άνδρες και 21 γυναίκες.

Α ΟΨΣΑΤ 1992

Το έτος αυτό μια πελάτισσα μετακόμισε στην Πτολεμαΐδα στην ανησιά της και επιβλεπόταν από την ΟΨΣΑΤ αγροτικού τύπου. Τον Μάρτιο οργανώθηκε αποκριάτικη γιορτή για τους πελάτες και τα Χριστούγεννα διοργανώθηκε έξοδος σε ταβέρνα. Το έτος έκλεισε με 38 πελάτες, 18 γυναίκες και 20 άνδρες που διέμεναν σε 12 διαμερίσματα και 2 ξενώνες.

Α ΟΨΣΑΤ 1993

Τον Φεβρουάριο του 1993, λειτούργησε ένα ακόμη διαμέρισμα στο οποίο φιλοξενήθηκαν 2 πελάτισσες. Τον Μάιο του ίδιου έτους ο ένας από τους 3 πελάτες ενός διαμερίσματος μετακόμισε στα Γιαννισά όπου γεννήθηκε. Κάποιες πελάτισσες πήραν εξιτήριο από το νοσοκομείο Ημέρας και εγκαταστάθηκαν στον ξενώνα. Τον Ιούνιο πραγματοποιήθηκε ημερήσια εκδρομή για τους πελάτες και τον Αύγουστο συμμετείχαν 10 πελάτες στην θερινή κατασκήνωση στην Μεταμόρφωση Χαλκιδικής. Τον Νοέμβριο ενοικιάστηκαν άλλα 2 διαμερίσματα. Τα Χριστούγεννα πραγματοποιήθηκε χριστουγεννιάτικη έξοδος σε ταβέρνα και

μοιράστηκαν δώρα στους πελάτες. Το 1993 έκλεισε με 42 άτομα, 21 άντρες και 21 γυναίκες που έμεναν σε 16 διαμερίσματα και 2 ξενώνες. Από τον Απρίλιο του 1989 μέχρι τα τέλη του 1993 η ΟΨΣΑΤ Α ασχολήθηκε συνολικά με 63 άτομα. Στο τέλος του 1993 από τους 21 άνδρες , οι 12 εργάζονται και οι 9 συνταξιοδοτούνται και από τις 21 γυναίκες, οι 6 εργάζονται και οι 15 συνταξιοδοτούνται.

A ΟΨΣΑΤ 1994

Το χρόνο αυτό άρχισε η πραγματοποίηση εκπαιδευτικού προγράμματος για το προσωπικό των ΟΨΣΑΤ. Πραγματοποιήθηκαν έξοδοι σε ταβέρνες , εκδρομές στο Σπήλαιο των Πετραλώνων και στην Σίβηρη στη Χαλκιδική και στο Δίον Πιερίας με έξοδα των «Φίλων του ΨΝΘ». Τα Χριστούγεννα διοργανώθηκε έξοδος σε ταβέρνα, για τους πελάτες της ΟΨΣΑΤ Α και Β. Το 1993 έκλεισε με 37 πελάτες που έμεναν σε 15 διαμερίσματα και 2 ξενώνες στο πολεοδομικό συγκρότημα της Θεσσαλονίκης.

A ΟΨΣΑΤ 1995

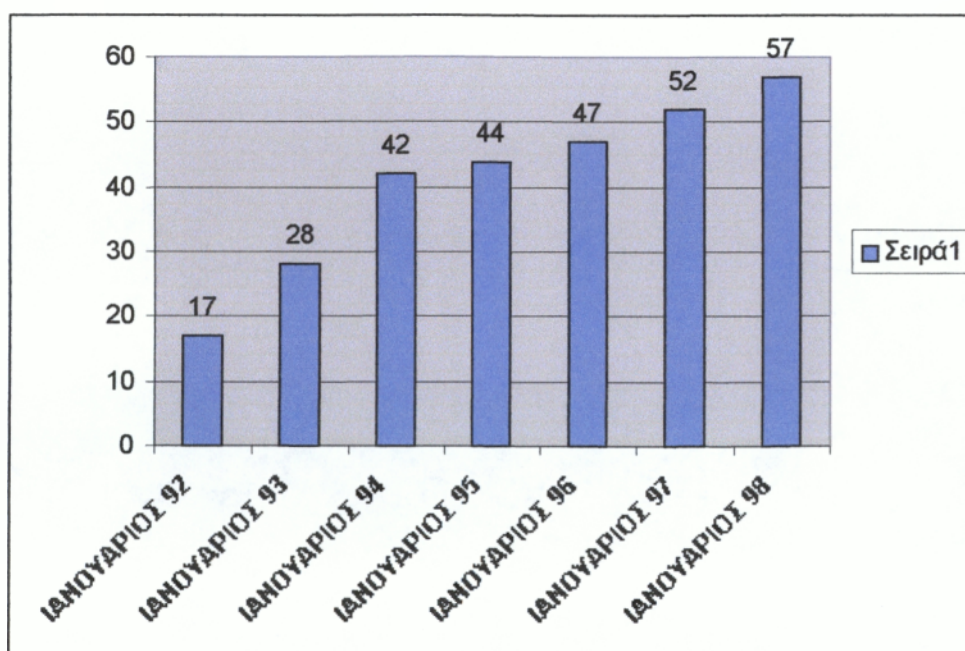
Τον Μάρτιο του 1995, άρχισε η εφαρμογή ενός εκπαιδευτικού προγράμματος για το προσωπικό της Α ΟΨΣΑΤ, Β ΟΨΣΑΤ και του Κέντρου Ημέρας , εστιασμένο στην Ομαδική Ψυχοθεραπεία. Διοργανώθηκαν πάλι έξοδοι σε ουζερί και σε ταβέρνες όπως επίσης διοργανώθηκε ημερήσια εκδρομή.

A ΟΨΣΑΤ 1996

Το 1996, 6 νέοι πελάτες, πήραν εξιτήριο από την Μονάδα Επανάταξης και εγκαταστάθηκαν σε διαμερίσματα. Διοργανώθηκαν 6 έξοδοι σε μικρές ομάδες με τη συμμετοχή του προσωπικού της ΟΨΣΑΤ, σε εστιατόρια και ταβέρνες για μεσημεριανό ή βραδινό φαγητό , στην πόλη της Θεσσαλονίκης. Επίσης τις ημέρες των Χριστουγέννων και στις Απόκριες, με τη συμμετοχή όλου του προσωπικού και πελατών, έγιναν 4 ημερήσιες εκδρομές σε γειτονικούς

νομούς της Θεσσαλονίκης. Το 1996, η ΟΨΣΑΤ φρόντιζε 19 διαμερίσματα και 2 ξενώνες(έναν αντρών και ένα γυναικών) που συνολικά στέγασαν 51 άτομα.¹⁵⁴

Η Α ΟΨΣΑΤ, λόγω της αυξημένης ζήτησης των ασθενών του ΨΝΘ για μια θέση στο προστατευόμενο διαμέρισμα στη Θεσσαλονίκη, δημιουργεί τον Ιανουάριο του 1992 και την Β ΟΨΣΑΤ . Η Β ΟΨΣΑΤ στελεχώθηκε από προσωπικό που εργαζόταν προηγουμένα σε διάφορες κλινικές του ΨΝΘ. Συνολικά η Β ΟΨΣΑΤ επιβλέπει 22 διαμερίσματα σε διάφορες περιοχές της Θεσσαλονίκης. Τα άτομα που επιβλέπονται από την Β' ΟΨΣΑΤ ανά έτος παρουσιάζονται παρακάτω (βλ.σχ.21) :



Σχ.21 : Αριθμός ατόμων που εποπτεύονται από την Β' ΟΨΣΑΤ ανά έτος

Πηγή: Ενημερωτικό φυλλάδιο Β'ΟΨΣΑΤ του Ψ.Ν.Θ. σελ.4

Χρηματικό κόστος λειτουργίας Β ΟΨΣΑΤ 1999

Η Β ΟΨΣΑΤ ζήτησε από το Οικονομικό τμήμα του ΨΝΘ, να προβεί σε ανάλυση κόστους δαπανών της λειτουργίας της. Για να υπολογιστούν οι δαπάνες

¹⁵⁴ Α ΟΨΣΑΤ –ΨΝΘ (1996) Απολογισμός των τελευταίων 8 χρόνων λειτουργίας ,σελ.5-44

της ετήσιας λειτουργίας των προστατευόμενων διαμερισμάτων, καθώς και του ημερήσιου κόστους ανά ένοικο λήφθηκαν υπόψη :

- 1ο. Μισθοδοσία προσωπικού
- 2ο. Οδοιπορικά έξοδα προσωπικού
- 3ο. Ενοίκιο διαμερισμάτων
- 4ο. Λειτουργικές δαπάνες
- 5ο. Έξοδα φαρμάκων
- 6ο. Δαπάνες συντήρησης
- 7ο. Γιορτές –εκδρομές ασθενών

Συνολικά, για τα 22 διαμερίσματα που είναι υπό την εποπτεία της Β ΟΨΣΑΤ, για το έτος 1999 ήταν : **Ετήσιες δαπάνες = 70,790,585 δρχ.** Τα χρήματα αυτά, διατέθηκαν για την παροχή φροντίδας στα 57 άτομα που ήταν στη δύναμη της ομάδας στη διάρκεια του 1999. **Το ημερήσιο κόστος ανά ένοικο = 3,403 δρχ**

Ετήσιες δαπάνες νοσοκομείου και ασφαλιστικού ταμείου για 57 ασθενείς αν αυτοί νοσηλευόταν =280,867,500 δρχ (νοσήλιο για το 1999= 13,500δρχ/ημέρα 57 X 13,500 X 365 = 280,867,500)

Το ποσό αυτό αντιστοιχεί σε 57 άτομα, αν αυτά παρέμεναν για νοσηλεία σε όλη την διάρκεια της χρονιάς. Το οικονομικό κέρδος από τη διαμονή σε προστατευόμενα διαμερίσματα, δεν είναι η διαφορά των δύο παραπάνω ποσών αλλά πιστεύεται ότι υπερβαίνει το ποσό των 150,000,000 δρχ για το 1999. Προκύπτει λοιπόν ένα σημαντικό χρηματικό όφελος.¹⁵⁵

Προβλήματα που αντιμετώπισε η ομάδα της Β ΟΨΣΑΤ

- Αντιμετώπισαν κάποιες φορές την αρνητική στάση της κοινότητας για το άτομο με το χρόνιο ψυχοδιανοητικό πρόβλημα.
- Οι μεγάλες αποστάσεις μεταξύ των 22 διαμερισμάτων ήταν ένα πρόβλημα στην λειτουργία της

¹⁵⁵ Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας του 1999. Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψ.Ν.Θ. σελ. 53

- Η έλλειψη στην πόλη της Θεσσαλονίκης επαρκούς δικτύου εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών φροντίδας για τα άτομα με το χρόνιο πρόβλημα, αποτέλεσε πρόβλημα που δυσχέρανε το έργο της ομάδας
- Η ύπαρξη ενός μόνο Νοσοκομείου Ημέρας στο χώρο του ΨΝΘ καθώς και μόνο ενός Κέντρου Υγείας στην δυτική περιοχή της Θεσσαλονίκης παρά τα οργανωμένα προγράμματα ημερήσιας φροντίδας
- Ο αριθμός του προσωπικού της ομάδας είναι μικρός σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που καλούνται να φροντίσουν
- Συχνά, διαπιστώθηκε η ανάγκη 24ωρης κάλυψης για ορισμένα άτομα
- Το ενδεχόμενο της επανεισαγωγής κάποιου ασθενή στο ΨΝΘ, θεωρήθηκε σαν αποτυχία από τα μέλη της ομάδας.¹⁵⁶

Η προστατευόμενη κατοικία στην Ελληνική περιφέρεια(Θεσσαλονίκη) και η προστατευόμενη κατοικία στην γερμανική περιφέρεια(Kreis Sudliche Weinstrasse και Δήμος Landau) συμπεριλήφθησαν στην έρευνα, για την συγκριτική καταγραφή και ανάλυσης των αναγκών των δύο συστημάτων που πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Μάρτη 1993- Απρίλη 1994. Η προστατευόμενη κατοικία στις δύο περιοχές, προσφέρεται ως υπηρεσία, από 4 συνολικά ομάδες συνεργατών, δύο στην Ελληνική (ΟΨΣΑΤ Α,Β) και δύο στην Γερμανική περιφέρεια(«Κοινωνικοθεραπευτική αλυσίδα» και «Σύλλογος προώθησης της κοινωνικοψυχιατρικής ένταξης» στην νότια Pfalz). Από την διεξαγωγή της έρευνας αυτής, προήλθαν διαφορές και ομοιότητες μεταξύ των δύο συστημάτων. Ο χρόνος λειτουργίας τους διαφέρει σημαντικά καθώς και ο αριθμός των χρηστών. Επίσης, διαφέρει το σχήμα οργάνωσης των τεσσάρων ομάδων και η μορφή της προσφερόμενης υπηρεσίας, λόγω του διαφορετικού θεσμικού και νομικού πλαισίου και την θεωρητική υποδομή των συνεργατών. Στην ελληνική περίπτωση , ο φορέας της προσφερόμενης υπηρεσίας που αποτελεί και τον εργοδότη του προσωπικού, είναι το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, ενώ στη γερμανική περιφέρεια πρόκειται για μη κρατικούς φορείς. Σημαντικές ομοιότητες ωστόσο παρατηρούνται στη βάση οργάνωσης του θεσμού:

¹⁵⁶ Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας του 1999. Β' Ομάδα Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου του Ψ.Ν.Θ. σελ. 55-56

- Τα διαμερίσματα στεγάζουν 3-9 άτομα και μόνο κατ' εξαίρεση για διαμερίσματα με ζευγάρια ή μεμονωμένα άτομα
- Η μεγάλη πλειοψηφία των πελατών, προέρχονται από το δημόσιο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο (στη περίπτωση του ελληνικού δείγματος το ποσοστό φτάνει το 100%)

Τα στοιχεία που προέκυψαν από την σύγκριση των δύο συστημάτων μας δείχνουν την διαφορά σε ανάγκες των πελατών των προστατευόμενων διαμερισμάτων:

- ο Οι Γερμανοί ένοικοι του δείγματος (36 άτομα) αναφέρουν στην πλειοψηφία τους ότι σαν κύρια ανάγκη στην παρούσα συνθήκη ζωής τους πιο θερμές και λιγότερο υπηρεσιακές σχέσεις με τα μέλη του προσωπικού και τους συγκατοίκους τους. Αντίθετα οι Έλληνες πελάτες δεν ανέφεραν κάτι τέτοιο. Οι σχέσεις με τα άτομα του προσωπικού χαρακτηρίζονται θερμές και ανθρώπινες.

- ο Οι αυθόρμητες επισκέψεις στα διαμερίσματα των Ελλήνων από το προσωπικό, δεν τους ενοχλεί, αντίθετα τους δίνει χαρά. Στο γερμανικό μοντέλο αυτό εκλαμβάνεται από το προσωπικό ως έλλειψη διακριτικότητας και μη σεβασμού στην προσωπική ζωή των ενοίκων.

- ο Όλοι οι πρώην ένοικοι των διαμερισμάτων στην Θεσσαλονίκη, που καταγράφονται ως κοινωνικά αποκατεστημένοι, έχουν επιστρέψει στην πατρική τους οικογένεια. Πάνω από το 70% των ενοίκων, θεωρεί την επιστροφή στην οικογένεια ως τελικό στόχο αποκατάστασης. Δεν υπάρχει κανένας Γερμανός στο δείγμα που να θέτει ένα τέτοιο στόχο. Ως τελικός στόχος που συχνά αναφέρεται, είναι η απόλυτη ανεξαρτησία από την οικογένειά τους.¹⁵⁷

Συμπερασματικά, η έξοδος των χρόνιων ψυχιατρικά ασθενών από τα ψυχιατρικά ιδρύματα και η παραμονή τους στο οικογενειακό περιβάλλον ή σε προστατευόμενα διαμερίσματα είναι ο στόχος των προγραμμάτων επανένταξης που λειτουργούν στη χώρα μας και στο εξωτερικό. Μέσω της φαρμακοθεραπείας, της ανάλυσης συμπεριφοράς, της υποστήριξης στην οικογένεια, την παροχή συμβουλών, μπορούν να επιτευχθούν οι στόχοι των ομάδων ψυχικής υγείας. Η νοσηλεύτρια μαζί με την επισκέπτρια υγείας βοηθούν στην εκπαίδευση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση των ασθενών και συμμετέχουν σε προγράμματα ώστε να ενημερώσουν το κοινωνικό σύνολο για την κατηγορία αυτή των ασθενών με στόχο την απόκτηση θετικής στάσης και την ευαισθητοποίηση τους. Η Ο.Ψ.Σ.Α.Τ. λειτουργεί ως ομάδα με πολλούς κλάδους η οποία συνεργάζεται με

¹⁵⁷ Α.Εμμανουηλίδου(1994) 2^η Επιστημονική ημερίδα Εθνοψυχολογίας και Εθνοψυχοθεραπείας, «Προστατευόμενη κατοικία για ψυχικά πάσχοντες στο πεδίο συνάντησης δύο πολιτισμών:είναι δυνατή μια κοινή προσέγγιση; Λάνταου-Γερμανία, 13-16 Οκτωβρίου 1994

διάφορες υπηρεσίες προσπαθώντας να συντονίσει το έργο τους για να επιτύχει την παροχή υψηλού επιπέδου φροντίδας. Τα προστατευόμενα διαμερίσματα που λειτουργούν από το 1989 παρέχονται για διαμονή των ενοίκων οι οποίοι είτε συγκατοικούν, είτε ζουν με το σύντροφό τους. Επιβλέπονται από την ομάδα ψυχικής υγείας, η οποία φροντίζει και για την ψυχαγωγία τους διοργανώνοντας εξόδους και εκδρομές. Από τα άτομα που έχουν φιλοξενηθεί στα προστατευόμενα διαμερίσματα, τα περισσότερα μετά από ένα χρονικό διάστημα μετακόμισαν με τις οικογένειές τους, εκπληρώνοντας τον στόχο της ομάδας υγείας. Συγκριτικά με την Γερμανική περιφέρεια όπου τα αποκατεστημένα άτομα προτιμούν να ανεξαρτητοποιηθούν.



Συμπεράσματα

Από την ολοκλήρωση της εργασίας προκύπτουν τα ακόλουθα συμπεράσματα:

1ο. Η νοσηλεία στο σπίτι εμφανίστηκε την Προϊστορική εποχή σαν μορφή μη οργανωμένης δραστηριότητας.

2ο. Σαν αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης των συστημάτων υγείας και κάποιων άλλων παραγόντων όπως η αύξηση του ποσοστού της τρίτης ηλικίας και η ανακάλυψη υπερσύγχρονων συσκευών που μπορούσαν να εφαρμοστούν στο σπίτι, ήταν η ανάπτυξη της κατ' οίκον νοσηλείας

3ο. Μερικοί από τους στόχους της νοσηλείας στο σπίτι είναι η εξοικονόμηση νοσοκομειακών κλινών, η διαμονή του ασθενή στο περιβάλλον του σπιτιού και της οικογένειας με όλα τα οφέλη που συνεπάγεται στον ψυχικό του κόσμο, όπως και η μείωση του κόστους στο νοσοκομείο από την άσκοπη παραμονή ασθενών

4ο. Σημαντική είναι η διαφοροποίηση των ορισμών «νοσηλεία στο σπίτι» και «βοήθεια στο σπίτι». Και τα δύο είναι προγράμματα τα οποία εξυπηρετούν άτομα στο χώρο του σπιτιού τους με τη συνεργασία της οικογένειάς τους. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός ότι η Κ.Ο.Ν. αφορά άτομα που είναι ασθενείς (π.χ. καρκινοπαθείς) και θα νοσηλευτούν στο σπίτι τους, ενώ η βοήθεια στο σπίτι αφορά άτομα ηλικιωμένα που έχουν ανάγκη εξυπηρέτησης από κάποιον τρίτο για την ομαλή τους διαβίωση.

5ο. Ο νοσηλευτής έχει πολύ ιδιαίτερο ρόλο στη Κ.Ο.Ν. γιατί είναι αυτός που θα προσφέρει τη συνεχή φροντίδα στους αρρώστους, θα τους στηρίξει ψυχολογικά, θα εκπαιδεύσει αυτούς και την οικογένειά τους και γενικά θα κατευθύνει με τις γνώσεις και την εμπειρία του το πρόγραμμα της Κ.Ο.Ν.

6ο. Η θεσμοθέτηση των υπηρεσιών νοσηλείας στο σπίτι έγινε με τον νόμο 2071/92 και αφορά τα άρθρα 28,29,30

7ο. Σύμφωνα με έρευνα που διεξήγαγε το Karolinska Institute στη Σουηδία με σκοπό να γνωρίσει τις απόψεις ασθενών που χρησιμοποίησαν τηλεματικές υπηρεσίες στο σπίτι , ποσοστό 93% απάντησε ότι θα ξαναχρησιμοποιούσε το πρόγραμμα λόγω της θετικών αποτελεσμάτων που τους επέφερε και θα το σύστηναν και σε άλλους ασθενείς

8ο. Ανάλογα με τη χρηματοδότηση, την πρόσβαση , την οργάνωση και τις παρεχόμενες υπηρεσίες τα προγράμματα Κ.Ο.Ν. παρέχονται διαφορετικά σε κάθε χώρα της Ε.Ε.

9ο. Στην Μεγάλη Βρετανία η φροντίδα στο σπίτι είναι κεντρικής σημασίας για τη στέγαση των ηλικιωμένων

10ο. Στη χώρα μας το πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» άρχισε να αναπτύσσεται το 1997 σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Π4β/5814(ΦΕΚ917,17/10/97)τχ.β'. Το πρόγραμμα αυτό βασίζεται στον συνδυασμό φροντίδας μέσα στην κοινότητα και στην φροντίδα από την κοινότητα

11ο. Το πρόγραμμα «**Βοήθεια Στο Σπίτι**» λειτουργεί στους περισσότερους δήμους της Ελλάδας και εξυπηρετεί 9000 άτομα

12ο. Η κατ' οίκον νοσηλεία παρέχεται και από ιδιωτικές εταιρίες με σκοπό την παροχή καλύτερης ποιότητας ζωής στους ασθενείς και την επίτευξη του ίδιου επιπέδου θεραπείας στο σπίτι όπως και στο νοσοκομείο

13ο. Ο ρόλος της οικογένειας στη νοσηλεία στο σπίτι είναι πολύ σημαντικός γιατί κατά ένα βαθμό η επιτυχία της εξαρτάται από τους κόλπους της

14ο. Σύμφωνα με αποτελέσματα έρευνας τριών ογκολογικών νοσοκομείων της Αττικής για την προτίμηση των καρκινοπαθών ασθενών σχετικά με τον τόπο εφαρμογής της χημειοθεραπείας τους, το 48,9% που είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό, απάντησε στο σπίτι. Σχετικά με τα πλεονεκτήματα της Υ.Κ.Ο.Ν. το 51,6% , αναφέρει ότι αν αναπτυχθεί η κατ' οίκον νοσηλεία επιθυμεί να συνεχίζει την χημειοθεραπεία στο σπίτι από ότι στο νοσοκομείο

15ο. Αποτέλεσμα έρευνας της Υ.Κ.Ο.Ν. του νοσοκομείου «Μεταξά» σχετικά με το χρόνο επιβίωσης των καρκινοπαθών που νοσηλεύτηκαν στο σπίτι, έδειξε ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο είχαν μεγαλύτερο χρόνο επιβίωσης από αυτούς που νοσηλεύτηκαν στο σπίτι. Αυτό το αποτέλεσμα έθεσε ερωτήματα για την αξία

της παράτασης της ζωής τους περισσότερο από την ποιότητα φροντίδας που απολαμβάνουν στο σπίτι τους

16ο. Μελέτες που έχουν γίνει σε χώρες της Ε.Ε. και της Αμερικής σχετικά με την οικονομική αξιολόγηση της Κ.Ο.Ν., έδειξαν ότι το κόστος της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης υπολογίζεται στο 10-20% σε σχέση με το κόστος στο νοσοκομείο . Εάν εφαρμοστεί η κατ' οίκον νοσηλεία σε 10-12 μεγάλα νοσοκομεία , θα απελευθερωθούν 2.500-3.000 κλίνες με όφελος 30-35 δις. Δηλαδή η εφαρμογή του προγράμματος θα απελευθερώσει τόσες κλίνες όσες απαιτούνται για την λειτουργία 4-5 μεγάλων νοσοκομείων

17ο. Η πολιτική της επανένταξης χρονίων ψυχικά ασθενών στην κοινότητα , εφαρμόζεται από το Ψ.Ν.Θ. με τη μορφή των Ομάδων Ψυχοκοινωνικής Στήριξης Αστικού Τύπου (Ο.Ψ.Σ.Α.Τ. Α και Β) με σκοπό την αποασυλοποίηση των ασθενών και την κοινωνική τους επανένταξη . Στα προστατευόμενα διαμερίσματα παρέχεται στους ασθενείς φαρμακευτική αγωγή και νοσηλευτική φροντίδα από την θεραπευτική ομάδα

18ο. Συγκριτικά με τα προστατευόμενα διαμερίσματα στην Ελλάδα και στην Γερμανία , σημειώνονται σημαντικές διαφορές και ομοιότητες όπως ο αριθμός των ατόμων που κατοικούν σε ένα διαμέρισμα και ότι οι ασθενείς προέρχονται από το Δημόσιο νοσοκομείο. Οι διαφορές έγκειται στο χρόνο λειτουργίας , την οργάνωση και τη μορφή της υπηρεσίας και τους συνεργάτες που ασχολούνται με τις ομάδες των ασθενών. Σημαντική διαφορά επίσης αποτελεί ο τελικός στόχος των πελατών των δύο συστημάτων. Οι Έλληνες πελάτες θέτουν σαν τελικό σκοπό την επιστροφή τους στην οικογένειά τους ενώ το Γερμανικό δείγμα προτιμά την ανεξαρτησία του

19ο. Στα προστατευόμενα διαμερίσματα του Ψ.Ν.Θ. οι ένοικοι απολαμβάνουν εξόδους και εκδρομές με τα μέλη της μονάδας επανένταξης.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Απολογισμός των τελευταίων 8 χρόνων λειτουργίας (1996) Α ΟΨΣΑΤ του Ψ.Ν.Θ.
2. Ετήσιος Απολογισμός Λειτουργίας 1999 Β ΟΨΣΑΤ του Ψ.Ν.Θ.
3. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως , Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας , Νόμος 2071/92, ΦΕΚ Α123/15.7.92
4. Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις, Νόμος 2716/99, ΦΕΚ Α96/17.5.99
5. **Αμυρά Α.**(2000) Ογκολογική Ενημέρωση, τόμος 2,τεύχος2,Απρίλιος – Ιούνιος 2000
6. **Αντωνάκης Ν., Λιονής Χ.** (1997), Εφαρμογές Η/Υ στην ΠΦΥ και στην γενική/ οικογενειακή ιατρική, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τόμος 9,τεύχος4
7. **Αντωνάκης Ν. Λιονής Χ.,Κουτής Α., Χριστοδουλάκη Μ., Φιορέτος Μ.** (1994), Ο γενικός γιατρός και η φυσιοθεραπεία του ημιπληγικού, παραπληγικού και τετραπληγικού στο σπίτι, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας τόμος 6,τεύχος1, Ιανουάριος –Μάρτιος 1994
8. **Αργυριάδου Σ., Κουντουρά Μ., Τσώκης Μ., Ζακαλκά Μ.** (1995), Διερεύνηση των συνθηκών υγείας ατόμων τρίτης ηλικίας από μια μονάδα ΠΦΥ, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμος 7, τεύχος2
9. **Βαρδούλης Ι.** (1996), Κατ' οίκον νοσηλεία, Χειρουργικά Χρονικά τόμος 1, τεύχος1
- 10.**Γείτονα Μ., Χείπνιτος Κ., Μονέδας Γ., Μπατίκας Α., Κυριόπουλος Γ.** (1995), Τα χαρακτηριστικά του γενικού γιατρού στην Ελλάδα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ,τόμος 7, τεύχος3

11. **Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ.** (1996), Η οικονομία της πρωτοβάθμιας φροντίδας για την υγεία-μια πρώτη θεώρηση, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμος 8
12. **Γκαϊτατζή Χ., Γασγαλίδου Σ.** (2000) Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» , Ο ρόλος του νοσηλευτή ψυχικής υγείας σε άτομα που διαβιούν στα προστατευόμενα διαμερίσματα, Θεσσαλονίκη 1/12/2000
13. **Γλουφτσή Ε., Μαρίνου Χ., Σακαλίδης Γ.**(2000) Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον», Νοσηλευτική παρέμβαση σε κρίση στις οικογένειες των ασθενών που νοσηλεύονται –παρακολουθούνται από το νοσοκομείο ημέρας, Θεσσαλονίκη 1/12/2000
14. **Γρηγοριάδου Α., Πηγαδάς Α., Δαρδαβέσης Ε., Κατσουγιαννόπουλος Β.** (1991) Ελληνική Ιατρική ,τόμος 57, τεύχος2
15. **Δελαντώνη –Οικονόμου Χ.**(1991) Σεμινάριο κοινωνικών λειτουργών με θέμα «Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου» Κοινωνική εργασία με την οικογένεια, Αθήνα 1991
16. **Δόντας Σ.Ν.** (1995) Ο καρκίνος στην Ελλάδα χθες –σήμερα-αύριο, Αθήνα
17. **Εμμανουηλίδου Α.** (1994) 2^η Επιστημονική Ημερίδας Εθνοψυχολογίας και Εθνοψυχοθεραπείας «Προστατευόμενη κατοικία για ψυχικά πάσχοντες στο πεδίο συνάντησης δύο πολιτισμών:είναι δυνατή μια κοινή προσέγγιση;» Λάνταου –Γερμανία, 13-16 Οκτωβρίου 1994
18. **Θασίτη –Αντωνοπούλου Β.** (2000) Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Ο ρόλος του νοσηλευτή στη νοσηλεία στο σπίτι, Θεσσαλονίκη 1/12/2000
19. **Θεοδώρου Μ.** (1994), Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού μέσα στο σύστημα υγείας , Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ,τόμος 6, τεύχος3
20. **Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ.**(1996) Συστήματα υγείας και ελληνική πραγματικότητα, Αθήνα
21. **Ιμπρίαλος Π.Κ.** (1988), Η σφαιρική περίθαλψη των υπερηλίκων, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ,τόμος 3, τεύχος6

22. **Καλαούζη Μ.**(1991) Σεμινάριο κοινωνικών λειτουργών με θέμα «Ψυχοκοινωνική διάσταση του καρκίνου» Ο καρκινοπαθής και η οικογένειά του από τη σκοπιά του κοινωνικού λειτουργού, Αθήνα 1991
23. **Καλοκαιρινού –Αναγνωστοπούλου Α.**(1996) Νοσηλεία στο σπίτι, Σημειώσεις μαθήματος ,Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
24. **Κάρα Μ.** (2000) Επίκεντρα ,Λύσεις για την τρίτη ηλικία, τεύχος6
25. **Καρανίκα Ε.** (1998) Εφαρμογή της κατ'οίκον νοσηλείας στην ΠΦΥ, Κως
26. **Κατσιγιάννη Α.**(1991) Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα «Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή» Νοσηλευτική φροντίδα του καρκινοπαθή τελικού σταδίου, Αθήνα 8-9/6/1991
27. **Κεσίσογλου Ι.**(2000) Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Ο ρόλος του γιατρού στη νοσηλεία στο σπίτι, Θεσσαλονίκη 1/12/2000
28. **Κυριακίδου Θ.Ε.** (1997) Κοινωνική Νοσηλευτική , 2^η έκδοση , Αθήνα
29. **Κυριακίδου Θ.Ε.**(1998) Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της θέσεως των νοσηλευτών προς το θεσμό «Νοσηλεία στο σπίτι» ,Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα
30. **Κυριόπουλος Γ.-Φιλαλήθης Τ.** (1996) Η ΠΦΥ στην Ελλάδα, Αθήνα, εκδόσεις «Θεμέλιο»
31. **Κωνσταντινίδης Θ.-Τσαγκαράκη Ε.**(1998), Η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι , Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ,τόμος 10,τεύχος1
32. **Λιόλιου Ν.-Λυκίδου Χ.-Καραντώνη Ε.**(2001) Εφημερίδα Κολινδριανά Νέα, αρ.φύλλου 347,24/1/2001
33. **Λιονής Χ.-Συμεωνίδης Α.**(1997), Σχέση ασθενούς –γιατρού :πρώτη προτεραιότητα για εκπαίδευση και έρευνα στη γενική οικογενειακή ιατρική, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, τόμος 9, τεύχος 1,Ιανουάριος –Μάρτιος 1997
34. **Μακρή Μ.**(2000) Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον», Κατ'οίκον νοσηλεία –Θέσεις της Frensenius Kabi-Calea, Θεσσαλονίκη 1/12/2000
35. **Μακρή Μ.**(2000) Ενημερωτικά φυλλάδια Frensenius kabi-calea

36. **Μαρούτη Σ.**(2000) Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον», Νοσηλεία στο σπίτι σε καρκινοπαθής τελικού σταδίου, Θεσσαλονίκη 1/12/2000
37. **Μελιτζανά Π. –Χατζίδου Σ.**(2000) Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον», Νοσηλεία στο σπίτι, Θεσσαλονίκη 1/12/2000
38. **Μίχου Τ.Β.** (1997) Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων (Υγιών –Ασθενών) Αθήνα
39. **Μποδοσάκης Μ.** (1995), Γενική Ιατρική στην τρίτη ηλικία, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ,τόμος 7,τεύχος 3,Ιούλιος –Σεπτέμβριος 1995
40. **Παπαδάτου Δ.-Αναγνωστοπούλος Φ.**(1997) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας , 2^η έκδοση, Αθήνα, εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα»
41. **Πορτοκαλάκη Α.Χ.**(1994) Μετανοσοκομειακές ανάγκες υγείας ηλικιωμένων με κάταγμα ισχίου, Διδακτορική διατριβή, Αθήνα
42. **Ραγιά Α.**(1991) Βασική Νοσηλευτική ,2^η έκδοση,Αθήνα
43. **Ρόμπολης Σ.- Χλέτσος Μ.**(1995) Η κοινωνική πολιτική μετά την κρίση του κράτους πρόνοιας, Θεσσαλονίκη
44. **Σιγάλας Ι.** (2000) Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον», Διοικητική και οικονομική θεώρηση της νοσηλείας στο σπίτι , Θεσσαλονίκη 1/12/2000
45. **Σκολαρίκος Δ.-Χριστοδούλου Μ.** (1989) Νοσηλεία στο σπίτι-νοσοκομείο ημέρας, Διπλωματική εργασία, Υγειονομική Σχολή Αθηνών
46. **Σταθόπουλος Π.Α.** (1996) Κοινωνική πρόνοια-μια γενική θεώρηση, 2^η έκδοση, Αθήνα
47. **Στρατάκος Γ.**(2000) Κατ' οίκον νοσηλεία –θεραπεία στο σπίτι για ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια-μια νέα προσέγγιση,Info Respiratory Medicine,τεύχος 15, Ιούλιος –Αύγουστος – Σεπτέμβριος 2000
48. **Τραγανίτης Α.** (2000) Τα νέα του HYGEIANET,τεύχος 1,Ιούλιος 2000
49. **Τσαμανδουράκη και σύν** (1989) Διαφορές στην επιβίωση καρκινοπαθών τελικού σταδίου που νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο και από ειδική ομάδα νοσηλείας στο σπίτι τους, Ιατρική, τεύχος 56

50. **Τσιγκουράκος Δ.Κ.** (1991) Ελληνική Αντικαρκινική Εταιρία, Σεμινάριο νοσηλευτριών με θέμα «Πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του καρκίνου – αποκατάσταση του ασθενούς» Η κατ' οίκον νοσηλεία των χρόνιων πασχόντων ασθενών, Αθήνα 1991
51. **Τσιγκνάκης Μ.** (2000) Τα νέα του HYGEIANET, τεύχος 1, Ιούλιος 2000
52. **Τσιπούρα Μ.** (1997) Γενικό Ογκολογικό Νοσοκομείο Κηφισιάς «Άγιοι Ανάργυροι» Πεπραγμένα 2^{ης} 5ετίας Κ.Ο.Ν.» Ιούνιος 1992-Μάιος 1997
53. **Φιλόπουλος Ε.** (1995) Περιοδικό «Μ' ενδιαφέρει», Μάιος-Ιούνιος 2000
54. **Φιορέτος Μ.-Διαμαντόπουλος Θ.-Σαββάκη Μ.-Λιονής Χ.** (1994) Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα: Σημερινή κατάσταση και προϋποθέσεις μελλοντικής ανάπτυξης, Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας , τόμος 6, τεύχος 3, Ιούλιος –Σεπτέμβριος 1994
55. **Φουντούκη Α. -Θεοφανίδης Δ.** (2000) Πρακτικά 2^{ης} Επιστημονικής Ημερίδας Νοσηλευτικής «Κατ' οίκον νοσηλεία παρόν και μέλλον» Η νοσηλεία στο σπίτι στις χώρες της Ε.Ε., Θεσσαλονίκη 1/12/2000
56. **Χαλαστάνη Β.Β.** (1991) Σεμινάριο νοσηλευτών με θέμα «Συνεχιζόμενη νοσηλευτική φροντίδα στον καρκινοπαθή» Αθήνα 8-9/6/1991
57. **Χριστοπούλου Ι.** (1990) Αξιολόγηση της κατ' οίκον νοσηλείας καρκινοπαθών που υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, Διδακτορική διατριβή, Αθήνα

Διεθνής Βιβλιογραφία

58. **Redman Klug Barbara** (1998) The process of patient education , 6th edition
59. **Berger J.Karen-Williams Brinkman Marilyn** (1999) Fundamentals of Nursing –collaborating for optimal health , volume 3 , 2nd edition, Stanford-Connecticut

Πηγές από ιστοσελίδες στο Internet

60. <http://www.ics.forth.gr> (CHI-HTA TELEMATICS SERVICES ,HOME CARE)

61. <http://www.ics.forth.gr> (10 TELEMATICS IN HEALTH CARE) Orphanoudakis s. –Chronaki C.-Tsiknakis m.-Kostomanolakis S.-Wong S.-Fletcher S.
62. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (PATIENTS PERCEPTIONS REGARDING HOME TELECARE) Agrell H.- Dalhberg S.-Jerant A.F.
63. <http://redcross.gr>
64. <http://www.disabled.gr> (CARE OF OLDER PEOPLE IN EUROPE-AN ANALYSIS) Merphy F.
65. <http://www.ota.gr/kalamaria/help.html>
66. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov> (THE MEANING OF THE LIVED EXPERIENCE OF HOPE IN PATIENTS WITH CANCER PALLIATIVE HOME CARE) Benzein E.-Norberg A. –Jareman B.
67. <http://www.paweekly.com> (CRITICAL CONDITION) Kazak D.
68. <http://web.wicthitaeagle.com> (PUTTING HOME HEALTH IN THE BLACK) Sommers N.
69. <http://www.priorityhomecare.com/psychiatric.html>



ΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΑΘΗΝΑ
15 ΙΟΥΛΙΟΥ 1992

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΦΥΛΛΟΥ
123

ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 2071

Άρθρο 3

Περιφερειακές Υπηρεσίες Υγείας

Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.

**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ**

Εκδίδομε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α'
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ**

Άρθρο 1

Άρθρο 1 του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

* Μέρη του κράτους

Το κράτος μεριμνά για την ίδρυση, λειτουργία, οργάνωση και εποπτεία των κατάλληλων φορέων προς εξασφάλιση υγείας όλων των πολιτών.

Το κράτος εξασφαλίζει το δικαίωμα και τη δυνατότητα του πολίτη να επιλύσει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του, μέσα από διαδικασίες που θα διασφαλίζουν στο ακέραιο την ελεύθερη επιλογή και εμβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας.*

Άρθρο 2

Άρθρο 2 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

* Υγειονομικές περιφέρειες

Η Χώρα διαιρείται σε υγειονομικές περιφέρειες. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται ο ούτος εν όψει των υγειονομικών αναγκών και των κοινωνικών συνθηκών της Χώρας, ο αριθμός των υγειονομικών περιφερειών που περιλαμβάνουν ορισμένους νομούς, η έδρα και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια που αφορά στην υγειονομική λειτουργία των υπηρεσιών τους.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας ιδρύεται Περιφερειακή Διεύθυνση Υπηρεσιών Υγείας.

2. Η διεύθυνση αυτή ασκεί εποπτεία επί των φορέων περιθαλψής και συντονίζει το έργο τους, ενώ εισηγείται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίσεις κατάλληλες για την πληρέστερη και αποδοτικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας στους κατοίκους της περιφέρειας.

3. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας προεδρεύει του αντίστοιχου Περιφερειακού Συμβουλίου Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.) και συμμετέχει στο Κεντρικό Συμβούλιο Υγείας (ΚΕ.Σ.Υ.), μόνο στα θέματα που αφορούν την περιφέρειά του.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εσωτερικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται η οργάνωση, οι αρμοδιότητες των διευθύνσεων της παρ. 1, καθώς και ο τρόπος άσκησης ελέγχου και εποπτείας στους φορείς υγείας της περιφέρειας.

Άρθρο 4

Σύσταση ειδικών γραμματειών

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνίστάνται τρεις (3) ειδικές γραμματείες. Το έργο κάθε ειδικής γραμματείας συντονίζεται από το συντονιστή.

2. Οι ειδικές γραμματείες είναι:

α) Γραμματεία διοικητικών, οργανωτικών και οικονομικών θεμάτων, που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία σε διοικητικά, οργανωτικά και οικονομικά θέματα του τομέα υγείας.

β) Γραμματεία επιστημονικών και υγειονομικών θεμάτων.

...τομέα υγείας και ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία σε επιστημονικά και υγειονομικά θέματα.

γ) Γραμματεία τεχνολογικών θεμάτων, που αποτελείται από δύο (2) υπαλλήλους ΠΕ κατηγορίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου δημόσιου τομέα υγείας και τρεις (3) ειδικούς επιστήμονες με εμπειρία ιδίως σε τεχνολογικά θέματα υγείας, κτηνιακής υποδομής των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και μηχανολογικού-ιατρικού εξοπλισμού.

3. Για τη στελέχωση των ανωτέρω γραμματειών, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων εννέα (9) θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, ορισμένου ή αορίστου χρόνου.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται το ύψος της πρόσθετης αμοιβής των μελών των ειδικών γραμματειών, καθώς επίσης και η χορήγηση ειδικού επιδόματος προσέλευσης και παραμονής, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 39 του ν.1839/1989.

Άρθρο 5

Αρμοδιότητες των ειδικών γραμματειών

1. Η κάθε ειδική γραμματεία λειτουργεί στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και επεξεργάζεται θέματα τα οποία διαβιβάζονται σε αυτήν από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Προκειμένου να επεξεργαστεί καταλλήλως τα θέματα αυτά, δικαιούται να ζητά στοιχεία, πληροφορίες, προτάσεις και μελέτες από οποιαδήποτε σχετική υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του ευρύτερου τομέα υγείας.

2. Οι Ειδικές Γραμματείες υπάγονται απ' ευθείας στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αναφέρονται σε αυτόν και κατευθύνονται από αυτόν. Κάθε ανατιθέμενο σε αυτές έργο, μετά την επεξεργασία και στοιχειοθέτησή του, επαναφέρεται στον Υπουργό, με σχετική εισήγηση.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συγκροτούνται οι ειδικές γραμματείες, καθορίζονται λεπτομερώς η οργάνωση, οι αρμοδιότητες και ο τρόπος λειτουργίας τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια, που αναφέρεται στις διατάξεις των άρθρων 4 και 5 του νόμου αυτού. Με ίδια απόφαση ορίζεται αυτονοστής ένα (1) από τα πέντε μέλη για κάθε ειδική γραμματεία.

Άρθρο 6

Το άρθρο 2 του ν. 1278/1982 αντικαθίσταται ως εξής:

• Σύνθεση του ΚΕ.Σ.Υ.

Το ΚΕ.Σ.Υ αποτελείται από :

1. Τρεις τακτικούς και τρεις αναπληρωματικούς εκπροσώπους του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) που ορίζονται με απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του.

2. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο :
α) Της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας. β) Του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου. γ) Της Ομοσπονδίας Ενώσεων Νοσοκομειακών Γιατρών (Ο.Ε.Ν.Γ.Ε.). δ) Της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.). ε) Της Γενικής Συνομοσπονδίας Εργατών Ελλάδας (Γ.Σ.Ε.Ε.). στ) Της ανωτατης συνδικαλιστικής επαγγελματικής οργάνωσης των αγροτών. ζ) Της Γενικής Συνομο-

...του Γενικού Συμβουλίου των Ελλήνων Γ.Σ.Ε.Β
θένα από τα μέλη αυτά, ορίζεται με απόφαση του ομοσυνδικαλιστικού συμβουλίου του φορέα του.

3. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο εκλέγεται μεταξύ των εκπροσώπων του Τ.Ε.Ι Ένωσης Ελλήνων Χημικών, της Ένωσης Ελλήνων Βιολογικών και της Ένωσης Ελλήνων Φυσικών.

4. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο α) Των ιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. β) Οδοντιατρικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. γ) Φαρμακευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. δ) Νοσηλευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι. της Χώρας. Καθένα από τα μέλη αυτά εκλέγεται μεταξύ των εκπροσώπων προτείνονται από τις συνελεύσεις των αντίστοιχων τμημάτων.

5. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο δημοσίων υπαλλήλων, που ορίζονται από τη διοίκηση της ανώτερης ενιαίας συνδικαλιστικής οργάνωσης των δημοσίων υπαλλήλων. Εάν δεν υπάρχει ενιαία συνδικαλιστική οργάνωση, που να εκφράζει το σύνολο των δημοσίων υπαλλήλων της Χώρας, το μέλος αυτό ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων από υποψηφίους που προτείνονται ένας από κάθε δευτεροβάθμια συνδικαλιστική οργάνωση δημοσίων υπαλλήλων.

6. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των νοσοκομείων της Χώρας, που ορίζονται από τη διοίκηση της κορυφαίας ενιαίας συνδικαλιστικής οργάνωσης αυτού. Εάν δεν υπάρχει ενιαία συνδικαλιστική οργάνωση, ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από υποψηφίους που προτείνονται από τη μεγαλύτερη ενιαία κλάδο-νοσηλευτική οργάνωση της Χώρας.

7. Έναν τακτικό και έναν αναπληρωματικό εκπρόσωπο των υγειονομικών υπηρεσιών των Ενόπλων Δυνάμεων, ορίζονται από τον Αρχηγό Γ.Ε.Ε.Θ.Α.

8. Το διοικητή του Ι.Κ.Α και έναν εκ των υποδιοικητών του ιδρύματος ως αναπληρωματικό μέλος, που ορίζεται από τον διοικητή.

9. Το διοικητή του Ο.Γ.Α. και το νόμιμο αναπληρωτή του ως αναπληρωματικό μέλος.

10. Τον πρόεδρο του Ε.Ο.Φ. και τον αντιπρόεδρο ως αναπληρωματικό μέλος.

11. Τους συντονιστές των τριών ειδικών γραμματειών με τους αναπληρωτές τους.

12. Τους προέδρους των τριτοβάθμιων οργάνων του μετεκπαιδευτικού φορέα με τους αντιπροέδρους ως αναπληρωματικά μέλη, αφότου ιδρυθούν.

13. Τον πρόεδρο της επιτροπής σχεδιασμού αγωγής υγείας με τον αναπληρωτή του. Ο αναπληρωτής προέρχεται από τον κλάδο επισκεπτών.

Άρθρο 7

Συγκρότηση του ΚΕ.Σ.Υ.

1. Η συγκρότηση του ΚΕ.Σ.Υ. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και η θητεία του είναι τριετής. Η ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. εκλέγει τον πρόεδρο και τον αντιπρόεδρο με μυστική ψηφοφορία. Ο πρόεδρος εκλέγεται μεταξύ των ιατρών-μελών του ΚΕ.Σ.Υ.

2. Οι εκπρόσωποι των κατά το προηγούμενο άρθρο φορέων, ορίζονται μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την αποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και είναι ελεύθερα

τοι. Αν κάποιος φορέας δεν ορίσει εμπρόθεσμα τον υπό του, τον ορίζει ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Έχει συγκροτήσεως του ΚΕ.Σ.Υ., κατά τις διατάξεις φρόντος, εξακολουθεί να λειτουργεί τούτο με τη η που έχει.

Άρθρο 8

Αρμοδιότητες του ΚΕ.Σ.Υ.

ΚΕ.Σ.Υ. έχει τις παρακάτω αρμοδιότητες: εδιάζει, προγραμματίζει και προσδιορίζει τους γενι-όχους και κατευθύνσεις στον τομέα της υγείας και λει σχετικές προτάσεις στον Υπουργό Υγείας, Πρό-αι Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ωμοδοτεί σε θέματα τρέχουσας πολιτικής, όσον την υγεία, που παραπέμπονται σ'αυτό, και εισηγείται να την υλοποίηση των προγραμματικών στόχων.

ρακολουθεί τη διαδικασία προγραμματισμού, ελέγχει τελεσηματικότητα της εφαρμογής του προγράμματος τρικό και περιφερειακό επίπεδο, όταν τούτο του από τον αρμόδιο υπουργό και εισηγείται διορθωτικά

ο ΚΕ.Σ.Υ. περιέρχονται όλες οι αρμοδιότητες που ο Ανώτατο Υγειονομικό Συμβούλιο, εκτός εκείνων φέρονται στις διατάξεις του ν. 1965/1991, το Εθνικό λιο Ογκολογίας, οι επιτροπές οπτικών, το Ειδικό οιστικό Συμβούλιο για την άσκηση επαγγέλματος ψυ-ν, η Επιτροπή Γενετικής και Οικογενειακού Προ-πισμού, το Συμβούλιο Θεμάτων Υγείας και αναπτύ-οσηλευτικών Ιδρυμάτων.

Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφα-μπορεί να μεταβιβάσει την ευθύνη συντονισμού των ρειακών Συμβουλίων Υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), του άρθρου παρόντος νόμου, στο ΚΕ.Σ.Υ..

Άρθρο 9

ρθρο 4 του ν.1278/1982 αντικαθίσταται ως εξής: ομέλεια και εκτελεστική επιτροπή του ΚΕ.Σ.Υ.

ΚΕ.Σ.Υ. αποφασίζει εν ολομέλεια για θέματα αρ-τός του. Η ολομέλεια του ΚΕ.Σ.Υ. ευρίσκεται σε ι όταν είναι παρόντα το 1/2 συν 1 των μελών του. φάσεις λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των ων. Μέλος του ΚΕ.Σ.Υ. που απουσιάζει αδικαιολόγητα σσότερες από δύο (2) συνεχείς συνεδριάσεις αντι-ται υποχρεωτικά από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας ωνικών Ασφαλίσεων.

ΚΕ.Σ.Υ. συγκροτεί εκτελεστική επιτροπή που απο- από: α) Τον πρόεδρο αυτού, ως πρόεδρο, β) τον εδρο αυτού, ως αντιπρόεδρο, γ) τους τρεις συντο-των ειδικών γραμματειών, δ) δύο μέλη του ΚΕ.Σ.Υ., γέγονται από την ολομέλεια αυτού.

εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην ολομέλεια τα προς συζήτηση και μεριμνά για την υλοποίηση των ν και αποφάσεων του ΚΕ.Σ.Υ. σε συνεργασία με ές γραμματείες.

εκτελεστική επιτροπή για την προώθηση του έργου ν εκπλήρωση των σκοπών του ΚΕ.Σ.Υ. και την οση των αποφάσεων της ολομέλειας, μπορεί να ζει ειδικές επιτροπες, συμβούλια και ομάδες, που ούνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας ωνικών Ασφαλίσεων, οι οποίες εντός εύλογου χρό-

νου θα παραδίδουν το έργο που ανατίθεται σε αυτές. Με την απόφαση συγκρότησης καθορίζονται το έργο της κάθε επιτροπής, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των μελών της, ο τρόπος λειτουργίας και κάθε σχετική λεπτομέρεια.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αμέσως μετά τη συγκρότηση του ΚΕ.Σ.Υ. και των ειδικών γραμματειών, καθορίζονται οι λε-πτομέρειες λειτουργίας αυτών, καθώς και της εκτελεστικής επιτροπής, της απαρτίας και των υποχρεώσεων των μελών, της διαδικασίας συγκλήσεως και λήψεως αποφάσεων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 10

Σύσταση-συγκρότηση-λειτουργία ΠΕ.Σ.Υ.

1. Στην έδρα κάθε υγειονομικής περιφέρειας συνιστάται περιφερειακό συμβούλιο υγείας (ΠΕ.Σ.Υ.), που αποτελείται από τα παρακάτω μέλη: α) Το διευθυντή της περιφερειακής διευθύνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, ως πρόεδρο. β) Όλους τους προέδρους των ιατρικών, οδοντιατρικών και φαρμακευτικών συλλογών της περιφε-ρειας ή τους αναπληρωτές αυτών. γ) Τους προέδρους των νοσοκομείων της περιφέρειας ή τους αντιπροέδρους, ως αναπληρωτές αυτών. δ) Από έναν εκπροσωπο του διδακτικού επιστημονικού προσωπικού (Δ.Ε.Π.) των ιατρικών, οδονπα-τρικών, φαρμακευτικών και νοσηλευτικών τμημάτων των Α.Ε.Ι., που λειτουργούν στην υγειονομική περιφέρεια και εκλέγονται μεταξύ των εκπροσώπων, που προτείνονται από τις γενικές συνελεύσεις των αντίστοιχων τμημάτων με τους αναπληρωτές τους. ε) Τους διευθυντες των διευθύνσεων υγείας και πρόνοιας των νομαρχιών ή τους αναπληρωτές τους. στ) Τρία πρόσωπα με ιδιαίτερη επιστημονική και κοινωνική δραστηριότητα στον τομέα παροχής υπηρεσιών με ειδικό-τητα σε οικονομικά και διοικητικά θέματα, επιστημονικά, ιατρικά, νοσηλευτικά και τεχνικά, που ορίζονται απο τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, και τους αναπληρωτές αυτών, εκ των οποίων το ένα να είναι επισκέπτης υγείας.

2. Το ΠΕ.Σ.Υ. συνεδριάζει τακτικώς ανά δήμενο και εκτά-κτως όταν παραστεί ανάγκη στη Χώρα ή στην περιφέρεια, μετά από πρόσκληση του προέδρου προς τα μέλη.

3. Η πρόσκληση του προέδρου περιλαμβάνει τα θέματα ημερήσιας διάταξης με περιληπτική αναφορά αυτών και απευθύνεται στα μέλη τουλάχιστον δέκα (10) μέρες προ της επικείμενης τακτικής συνεδρίασης. Για τις έκτακτες συνεδριάσεις η πρόσκληση μπορεί να γίνει εγγράφως ή τηλεφωνικώς ή με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης.

4. Το ΠΕ.Σ.Υ. επλαμβάνεται για κάθε θέμα που αφορά τη δημόσια υγεία, την προστασία και την προαγωγή της υγείας των κατοίκων της περιφέρειας καθώς τις συνθήκες βελτίωσης αυτών, μετά από πρόσκληση του προέδρου του ΠΕ.Σ.Υ..

5. Οι αποφάσεις του ΠΕ.Σ.Υ. λαμβάνονται κατά απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών, το δε συμβούλιο βρίσκεται σε απαρτία και συνεδριάζει νομίμως αν παρίσταται το 1/2 συν 1 των μελών του.

6. Οι αποφάσεις του ΠΕ.Σ.Υ. με έκθεση επ αυτών του προέδρου υποβάλλονται στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για λήψη των σχετικών απο-φάσεων.

7. Οι εκπρόσωποι ορίζονται σε προθεσμία 30 ημερών από την αποστολή της σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού

Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Αν κάποιος φορέας δεν ορίσει εμπρόθεσμα τον εκπρόσωπό του, τον κρίζει ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Για κάθε μέλος ορίζεται ο αναπληρωτής του ε την ίδια διαδικασία.

8. Η συγκρότηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

9. Η θητεία των μελών των περ. δ' και στ' της παραγράφου , η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται ε τη διαδικασία του αρχικού διορισμού. Επιτρέπεται η ντικατάσταση αυτών για οποιονδήποτε λόγο για το υπό-οιπο της θητείας τους. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης, ο συμβούλιο λειτουργεί νόμιμα με τα λοιπά μέλη του. Η λομέλεια του ΠΕ.Σ.Υ. εκλέγει τον αντιπρόεδρο με μυστική ηφοφορία μεταξύ των ιατρών μελών του ΠΕ.Σ.Υ..

10. Το ΠΕ.Σ.Υ. αποφασίζει εν ολομελεία και οι αποφάσεις υ λαμβάνονται σύμφωνα με τη παρ. 5 του άρθρου αυτού.

11. Η εκτελεστική επιτροπή αποτελείται από τον πρόεδρο, ππρόεδρο και ένα μέλος του ΠΕ.Σ.Υ. Το μέλος της τελεστικής επιτροπής του ΠΕ.Σ.Υ., εκλέγεται δια μυστικής ηφοφορίας μεταξύ όλων των μελών αυτού.

Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται δια του προέδρου της ην ολομέλεια τα θέματα προς συζήτηση και συντάσσει ος τούτο ειδική εισήγηση για κάθε θέμα. Η εκτελεστική ητροπή μεριμνά για την προώθηση και υλοποίηση των οφάσεων της ολομέλειας και μπορεί να προτείνει τη σταση ειδικών επιτροπών και ομάδων εργασίας, για την τέλεση συγκεκριμένου έργου, στα πλαίσια των αρμοδιο-των του ΠΕ.Σ.Υ. Η συγκρότηση των προτεινόμενων ε-τροπών γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρό-ιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και με σύμφωνη γνώμη ού. Με την απόφαση συγκρότησης κάθε επιτροπής ή άδας εργασίας, καθορίζεται το έργο , ο τρόπος λειτουρ-ις, οι υποχρεώσεις των μελών της, και κάθε άλλη σχετική πομέλεια.

2. Στα μέλη του ΠΕ.Σ.Υ. δεν καταβάλλεται αποζημίωση.

3. Στη Διεύθυνση Υγείας της νομαρχίας της έδρας κάθε .Σ.Υ. λειτουργεί υπηρεσία γραμματειακής υποστηρίξεως ού. Η υπηρεσία γραμματειακής υποστηρίξεως του ΠΕ.Σ.Υ. λελώνεται από τους υπαλλήλους της διεύθυνσης υγείας ; νομαρχίας στην οποία εδρεύει το ΠΕ.Σ.Υ.. Η υπηρεσία ημματειακής υποστηρίξεως συγκεντρώνει και επεξεργά-αι τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για το έργο του βουλίου και διεξάγει κάθε εργασία σχετική με το έργο ό.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση / Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί ονιστώνται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοι-ικών Ασφαλίσεων και να προσθέτονται στον οργανισμό θέσεις ειδικού επιστημονικού προσωπικού με σχέση ασίας ιδιωτικού δικαίου, για την εξυπηρέτηση του έργου ΠΕ.Σ.Υ. Ο αριθμός των ανωτέρω θέσεων δεν μπορεί περβαίνει τις πέντε (5) για κάθε ΠΕ.Σ.Υ.. Κατά τα λοιπά ρμόζονται οι διατάξεις του ν. 993/1979 (ΦΕΚ 281 Α), ις αυτές συμπληρώθηκαν ή τροποποιήθηκαν μεταγενέ-α. Οι υπάλληλοι, που προσλαμβάνονται στις θέσεις ις, υπηρετούν στις έδρες των ΠΕ.Σ.Υ..

5. Στον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρό-ις και Κοινωνικών Ασφαλίσεων γράφονται κάθε χρόνο

σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικό αριθμό πιστώσεις για την κάλυψη των δαπανών λειτουργίας του ΚΕ.Σ.Υ. και των ΠΕ.Σ.Υ..

16. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται ειδικότερα ο τρόπος λειτουργίας του ΠΕ.Σ.Υ., οι υποχρεώσεις και τα καθήκοντα των μελών του και των μελών της εκτελεστικής επιτροπής, η διαδικασία εκλογής των εκλεγόμενων μελών του και ο τρόπος λειτουργίας της γραμματείας των ΠΕ.Σ.Υ., καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 11

Το άρθρο 5 του ν.1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

Μονάδες Περιθαλψης

1. Η περιθαλψη διακρίνεται σε πρωτοβάθμια, δευτερο-βάθμια και τριτοβάθμια, παρέχεται δε από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.

2. Η περιθαλψη γενικά πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια, με δαπάνες του δημοσίου ή των ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων του δημοσίου από ιδιωτικούς φορείς περιθαλψης ή ιδιώτες ιατρούς, γίνεται με ειδικές συμβάσεις ύστερα από έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και κάθε συναρμόδιου Υπουργού.

3. Στις διατάξεις του παρόντος νόμου, δεν υπάγονται μονάδες περιθαλψης που ανήκουν στο Πανεπιστήμιο ή στις Ένοπλες Δυνάμεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'

Πρωτοβάθμια φροντίδα και αγωγή υγείας

Άρθρο 12

Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

1. Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας υπάγονται οι ια-τρικές και νοσηλευτικές καθώς και οδοντιατρικές πράξεις και φροντίδες, που έχουν ως σκοπό την πρόληψη και την αποκατάσταση βλαβών της υγείας, που δεν απαιτούν νο-σηλεία σε νοσοκομείο. Προς το σκοπό αυτόν μπορεί να ονιστώνται και να λειτουργούν ειδικές μονάδες, ως επ-στημονικά τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υ-γείας, από ν.π.δ.δ ή από ν.π.ι.δ..

2. Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τούς γενικούς ιατρούς, παθολόγους και ιατρούς άλλων ειδικο-τήτων των υγειονομικών σταθμών και των κέντρων υγείας, τους ιατρούς των ασφαλιστικών οργανισμών, τους οδοντία-τροους, καθώς και από το νοσηλευτικό προσωπικό και τις επισκέπτριες που υπηρετούν αντίστοιχα σε επιστημονικά τμήματα παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

3. Τα συγκροτήματα εξωτερικών ασθενών των νοσηλευ-τικών ιδρυμάτων ν.π.δ.δ και ν.π.ι.δ μπορεί να παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με αποφάσεις των διοικητικών συμβουλίων των ιδρυμάτων. Προς τούτο οργανώνονται κα-τάλληλοι χώροι υποδομής και υποδοχής των ασθενών, που λειτουργούν ως ειδικό συγκρότημα παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

4. Επίσης πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από τις ειδικές μονάδες και τμήματα της παραγράφου 1 του παρόντος και τις κινητές μονάδες που συνιστώνται σύμφωνα με το άρθρο 14 του νόμου αυτού.

Άρθρο 13**Κινητοί φορείς παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται και από:
 Ιδιωτικά ιατρεία και οδοντιατρεία
 Ιδιωτικά πολυιατρεία
 Ιδιωτικά οδοντιατρικά κέντρα
 Ιδιωτικά διαγνωστικά εργαστήρια
 Πολυδύναμα διαγνωστικά κέντρα
 Ιδιωτικά εργαστήρια φυσιοθεραπείας.

Οι όροι, προϋποθέσεις και προδιαγραφές εν γένει της και λειτουργίας των παραπάνω ιδιωτικών φορέων, οπεία επ' αυτών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια ρίζονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με αση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών λίσσεων.

Άρθρο 14**Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας**

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της ρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών λίσσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου ργού, μπορεί να συνιστώνται κινητές μονάδες πρωτο-ίας φροντίδας υγείας, για την εξυπηρέτηση των υγειο-ών αναγκών του ορεινού, αγροτικού και νησιωτικού οσμού. Σε ειδικές περιπτώσεις, είναι δυνατό οι μονάδες να προσφέρουν δευτεροβάθμια περίθαλψη.

Κινητές μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας μπορεί να πάνται από ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ. μετά από σχετική άδεια ρρηγεί ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών λίσσεων.

Ο τρόπος λειτουργίας η στελέχωση σε ιατρικό, οδο-ρικό, νοσηλευτικό, επισκέπτες υγείας και λοιπό προ-ιά, οι πρόσθετες αμοιβές του προσωπικού που θα εστεί στις μονάδες αυτές και κάθε άλλη σχετική λε-έχεια, που αφορά την εν γένει λειτουργία των μοναδων ν. καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών ρδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας κωνικών Ασφαλίσεων και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, ου υπουργού.

Άρθρο 15**Κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί**

Από της ισχύος του νόμου αυτού μετατρέπονται :
 Γα κέντρα υγείας, πλην των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ειτουργούν και ως κέντρα υγείας, σε αποκεντρωμένες δες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. β) Τα περιφε-ιά ιατρεία των κέντρων υγείας σε υγειονομικούς σταθ-γ) Τα αγροτικά ιατρεία σε υγειονομικούς σταθμούς. ε) ελής τα κέντρα υγείας και όλοι οι υγειονομικοί σταθμοί νται απευθείας στη διεύθυνση υγείας της οικείας ρχίας, με εξαίρεση τα κέντρα υγείας νησιωτικών πε-ν, τα οποία μπορούν να υπαχθούν σε διευθύνσεις ς νομού της αυτής ή άλλης υγειονομικής περιφέρειας. η λειτουργούντες υγειονομικοί σταθμοί διατηρούνται ιτουργούν όπως τα μετατρέπόμενα περιφερειακά και ικά ιατρεία. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προ-της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας κωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται, η έδρα κάθε κέντρου ς και η περιοχή ευθύνης του, η έδρα και η περιοχή

ευθυνης κάθε υγειονομικού σταθμού. Οι θέσεις όλων των κλάδων του προσωπικού, που τυχόν συνιστώνται στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, προσθέτονται στις θέσεις που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουρ-γείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις διευθύνσεις υγείας των περιφερειακών υπηρεσιών.

2. Οι υγειονομικοί σταθμοί διακρίνονται σε υγειονομικούς σταθμούς, που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα και σε υγειονομικούς σταθμούς 24ωρης ετοιμό-τητας. Κριτήριο για τον καθορισμό λειτουργίας υγειονομικού σταθμού ως 24ωρης ετοιμότητας αποτελεί η εξασφάλιση παροχής υπηρεσιών υγείας σε κατοίκους περιοχών με ειδικές χωροταξικές συνθήκες και δύσκολη συγκοινωνιακή πρόσ-βαση στο κέντρο υγείας.

3. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινω-νικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του αρμόδιου νομάρχη και γνώμη του οικείου Π.Ε.Σ.Υ. μπορεί να συνιστώνται νέα κέντρα υγείας και υγειονομικοί σταθμοί ή να συγχωνεύονται, ή να μετατρέπονται αναλόγως με τις μεταβολές των δη-μογραφικών και χωροταξικών δεδομένων ή με τις υγειονο-μικές ανάγκες του πληθυσμού.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών βαρύνουν τον προϋπολογισμό της νομαρχίας στην οποία υπάγονται, στον οποίο και εγγρά-φονται κάθε χρόνο πιστώσεις για το σκοπό αυτό, σε ιδιαίτερο φορέα και κωδικούς αριθμούς από 1-1-1993.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., εκδίδεται ενιαίος εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών, με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών τους, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

6. Οι θέσεις του προσωπικού όλων των κλάδων, των κέντρων υγείας, και των περιφερειακών ιατρείων τους, που συστήθηκαν βάσει του άρθρου 14 του ν. 1397/1983, κα-ταργούνται και συνιστώνται ισάριθμες και ομοιόβαθμες προς αυτές θέσεις προς τις καταργούμενες, οι οποίες προστί-θενται στον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μεταφέρονται στις περιφε-ρειακές υπηρεσίες του Υπουργείου, για τη στελέχωση των κέντρων υγείας και υγειονομικών σταθμών, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

7. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί, κατα τη δημοσίευση του νόμου αυτού, στα κέντρα υγείας και τους υγειονομικούς σταθμούς, εντάσσεται αυτοδικαίως στις συ-νιστώμενες κατά την παρ. 6 του άρθρου αυτού θέσεις, όμοιες προς αυτές που ήδη κατέχουν. Η προϋπηρεσία των εντασσόμενων υπαλλήλων προσμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις που ισχύουν για τον κλάδο στον οποίο υπάγονται οι θέσεις τους. Το προσωπικό που υπηρετεί στις θέσεις που καταργούνται, εξακολουθεί να προσφέρει τις υπηρεσίες του στα κέντρα υγείας και υγειονομικούς σταθμούς έως τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων όλων των κλάδων. Στο προσωπικό που προσφέρει τις υπηρεσίες του, σύμφωνα με την παρά-γραφο αυτήν, εξακολουθεί να καταβάλλεται ως αποζημίωση

το σύνολο των αποδοχών της θέσης που κατείχαν.

8. Επιτρέπεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων η ανακατανομή των συνιστώμενων με το παρόν άρθρο θέσεων στα κέντρα υγείας και υγειονομικούς σταθμούς, μετά από εκτίμηση των αναγκών τους. Οι υπηρετούντες στις τυχόν καταργούμενες με την ανακατανομή θέσεις, τοποθετούνται σε όμοιες θέσεις, που συνιστώνται σε άλλο κέντρο υγείας ή υγειονομικό σταθμό, ή σε οποιαδήποτε υπηρεσία αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εφόσον το επιθυμούν. Σε αντίθετη περίπτωση, παραμένουν στην υπηρεσία τους σε συνιστώμενες προσωρινές θέσεις που καταργούνται με την αποχώρησή τους.

9. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να χαρακτηρίζονται ή να αποχαρακτηρίζονται ως υγειονομικοί σταθμοί άγονων ή προβληματικών περιοχών και να παρέχονται οικονομικά και άλλα κίνητρα στους γιατρούς που τοποθετούνται σε αυτά.

Άρθρο 16

Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης

1. Σκοπός των μονάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης είναι:

α) Η παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού της περιοχής ευθύνης τους και όσους προσωρινά ιαμούνται σε αυτήν. β) Η εφαρμογή των προγραμμάτων γωγής υγείας και πρόληψης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. γ) Η νοσηλεία και παρακολούθηση των αρρώστων, που βρίσκονται στο στάδιο της ανάρρωσης ή μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο στο σπίτι. δ) Η παροχή πρώτων βοηθειών και η νοσηλεία : έκτακτες περιπτώσεις έως τη διακομιδή των αρρώστων στο νοσοκομείο. ε) Η διακομιδή αρρώστων με ασθενοφόρο αυτοκίνητο ή με οποιοδήποτε άλλο μέσο μεταφοράς, σε έκτακτες περιπτώσεις, στο κέντρο υγείας ή στο νοσοκομείο. ς) Η παροχή υπηρεσιών οδοντιατρικής φροντίδας. ζ) Η εκπαίδευση προληπτικής ιατρικής ή οδοντιατρικής. η) Η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα. θ) Η ιατρική της γασίας ι) Η παροχή υπηρεσιών σχολικής υγείας. ια) Η γμέρωση και διαφύπιση για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, με διαλέξεις και επιστημονικές συναντήσεις. ιβ) Η εκπαίδευση των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. ιγ) Η παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας. ιδ) Η παροχή φαρμάκων σε δικαιούχους, αν δε λειτουργεί φαρμακείο στην περιοχή τους, καθοριζόμενης της περιοχής απόφαση του οικείου νομάρχη. ιε) Η συνεργασία με την τοπική αυτοδιοίκηση καθώς και με ιατρούς ελεύθερους γγελματίες της περιοχής για αποδοτικότερη προσφορά υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και πρόληψης.

Με απόφαση της διοικούσας επιτροπής του κέντρου υγείας πλήρως αιπολογημένη και έγκριση της αρμόδιας θύνσης υγείας, μπορεί σε περίπτωση ανάγκης, να κα- αι ιατρός που ασκεί ελεύθερο επάγγελμα στην περιοχή τροφοφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας. Ο ιος και το ύψος αμοιβής των ιατρών αυτών καθορίζονται οινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρ- ς, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών λήσεων.

Άρθρο 17

Οργάνωση και λειτουργία κέντρων υγείας και υγειονομικών σταθμών

1. Στα κέντρα υγείας και στους υγειονομικούς σταθμούς προσφέρουν υπηρεσίες γενικοί ιατροί, καθώς και ιατροί των αντίστοιχων τομέων των νοσοκομείων με τα οποία διασυν- δέεται επιστημονικά και λειτουργικά το κέντρο υγείας ή ιατροί άλλων ειδικοτήτων που υπηρετούν στο κέντρο υγείας σε αντίστοιχες συστάθειες θέσεις. Ειδικότερα:

α) Οι ιατροί που κατέχουν θέσεις γενικού ιατρού υπηρετούν στην έδρα του κέντρου υγείας ή υγειονομικού σταθμού, που έχει οριστεί ως 24ωρης ετοιμότητας και επισκέπτονται τους υγειονομικούς σταθμούς, που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες την εβδομάδα.

β) Οι ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, οι οποίες ορί- ζονται με την απόφαση σύστασης κάθε κέντρου υγείας, τοποθετούνται σε αυτά και προσφέρουν υπηρεσίες κατά τακτά χρονικά διαστήματα και επισκέπτονται τους υγειο- νομικούς σταθμούς, που λειτουργούν ορισμένες ημέρες και ώρες.

γ) Ιατροί άλλων ειδικοτήτων που επισκέπτονται περιοδικά το κέντρο υγείας και ανήκουν σε νομαρχιακό ή περιφερειακό νοσοκομείο της νομαρχίας, που υπάγεται το κέντρο υγείας.

Οι γενικοί ιατροί πέρα από την υπηρεσία τους στο κέντρο υγείας ή τον υγειονομικό σταθμό εκτελούν και επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών ανάλογα με την κατάσταση τους. Σε ειδικές περιπτώσεις επισκέψεις στα σπίτια των ασθενών, όταν το κρίνει αναγκαίο ο γενικός ιατρός, εκτελούν και οι ιατροί των κλινικών ειδικοτήτων των νοσοκομείων ή των κέντρων υγείας.

2. Τα κέντρα υγείας λειτουργούν σε καθορισμένο οκτάωρο ωράριο πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα και εφημερεύουν όλες τις λοιπές ημέρες και ώρες. Οι υγειονομικοί σταθμοί λειτουργούν σε τακτό ωράριο, που καθορίζεται από τη διεύθυνση υγείας της οικείας νομαρχίας. Οι υγειονομικοί σταθμοί 24ωρης ετοιμότητας λειτουργούν σε καθορισμένο καθημερινό ωράριο και έχουν εφημερία ετοιμότητας για τις υπόλοιπες ημέρες και ώρες. Στα κέντρα υγείας εφημερεύουν ιατροί που υπηρετούν σε αυτά και στους υγειονομικούς σταθμούς της περιοχής ευθύνης του κέντρου υγείας, πλην των ιατρών που υπηρετούν σε υγειονομικούς σταθμούς 24ωρης ετοιμότητας. Το πρόγραμμα εφημεριών των κέντρων υγείας, συντάσσεται μηνιαίως από την τριμελή διοικούσα επιτροπή του κέντρου υγείας και εγκρίνεται από την οικεία διεύθυνση υγείας.

3. Στα κέντρα υγείας λειτουργεί μονάδα νοσηλείας για παραμονή ασθενών, που έχουν ανάγκη από βραχυχρόνια ιατρική παρακολούθηση.

4. Σε έκτακτες ανάγκες, κάθε ιατρός του κέντρου υγείας είναι υποχρεωμένος να προσφέρει τις υπηρεσίες του στο κέντρο υγείας, οποιαδήποτε ώρα του 24ώρου, εφόσον κληθεί από τον ιατρό της εφημερίας.

5. Στα κέντρα υγείας συνιστάται ιατρική υπηρεσία στην οποία προϊστάται ο αρχαιότερος διευθυντής-ειδικευμένος ιατρός ή οδοντίατρος του κέντρου υγείας. Η αρχαιότητα προσδιορίζεται από το συνολικό χρόνο άσκησης της κτη- θείας ειδικότητας.

6. Ομοίως στα κέντρα υγείας συνιστάται νοσηλευτική υπηρεσία για την κάλυψη των νοσηλευτικών αναγκών του πληθυσμού, επί 24ώρου βάσεως. Στην υπηρεσία αυτήν προϊστάται νοσηλεύτρια ΠΕ ή ΤΕ.

Άρθρο 18
Διοίκηση κέντρων υγείας

1. Τα κέντρα υγείας διοικούνται από τριμελή διοικούσα τροπή, που διορίζεται με απόφαση του οικείου νομάρχη, διότιτα του μέλους της τριμελούς διοικούσας επιτροπής αι τιμητική και άμισθη.

2. Η διοικούσα επιτροπή αποτελείται από: α) Δύο (2) μέλη οποία ορίζονται από το νομάρχη εκ των οποίων το ένα πρόεδρος. β) Ένα (1) μέλος που είναι ο αρχαιότερος υθυντής του κέντρου υγείας, ειδικευμένος ιατρός ή οπίατρος. Επί μη υπάρξεως διευθυντή ο αρχαιότερος μελητής Α' ειδικευμένος ιατρός. Η αρχαιότητα στην κειμένη περίπτωση προσδιορίζεται από το συνολικό νο άσκησης της κτηθείσας ειδικότητας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και νωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα καθήκοντα, οι αρ-ιώτητες, οι υποχρεώσεις και κάθε άλλη σχετική λεπτο-ία που αφορά τη λειτουργία της διοικούσας επιτροπής.

Άρθρο 19

Λειτουργική και επιστημονική διασύνδεση των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών με τα νοσοκομεία

1. Τα κέντρα υγείας και οι υγειονομικοί σταθμοί βρίσκονται άμση επιστημονική, νοσηλευτική, εκπαιδευτική και λει-ργική διασύνδεση με το νομαρχιακό και περιφερειακό οκομείο της υγειονομικής περιφέρειας που ανήκουν. Οι τομέριες και ο τρόπος της διασύνδεσης αυτής καθο-νται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και νωνικών Ασφαλίσεων.

2. Η κάλυψη των αναγκών των κέντρων υγείας και των ονομικών σταθμών σε ιατρικό προσωπικό των περιπτώ-ν β' και γ' της παραγράφου 1 του άρθρου 17 προγραμ-ζεται με απόφαση του νομάρχη υστερα από εισήγηση διοικούσας επιτροπής του κέντρου υγείας. Με την φαση αυτήν ορίζεται ιδιαίτερα ο χρόνος υπηρεσίας στο 'ρο υγείας των ιατρών της περίπτωσης γ' παρ. 1 του ου 17 με τη σύμφωνη γνώμη του διοικητικού συμβουλίου νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο ιατρός.

3. Τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που λειτουργούν στον ίδιο ρ και ως κέντρα υγείας ή σε διαφορετικούς νομούς ι στην ίδια υγειονομική περιφέρεια και λειτουργούν ης ως κέντρα υγείας ή μη και δε διαθέτουν ιατρούς μένων ειδικοτήτων, επισκέπτονται ειδικοί ιατροί του ρχιακού νοσοκομείου ή άλλου νοσοκομείου όμορου υ της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας με απόφαση των των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Σε περίπτωση διαφωνίας ξύ των Δ.Σ. των νοσοκομείων αυτών, αν μεν είναι στον νομό, αποφασίζει ο νομάρχης, αν δε σε διαφορετικούς υς η περιφερειακή διεύθυνση υπηρεσιών υγείας της παιχης υγειονομικής περιφέρειας. Με απόφαση του ργου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρίζονται εκείνα τα νοσηλευτικά ιδρύματα, που μπορεί ειτουργούν και ως κέντρα υγείας.

4. Νοσηλευτικά ιδρύματα του ν.δ. 2592/1953 μπορούν να υρηγήσουν και ως κέντρα υγείας ή κέντρα ψυχικής υς σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Άρθρο 20
Ατομικό βιβλιário υγείας - Ελεύθερη επιλογή ιατρού και θεραπευτηρίου

1. Χορηγείται ατομικό βιβλιário υγείας στους Έλληνες πολίτες με το οποίο εφεξής είναι δυνατή η ελεύθερη επιλογή ιατρού οδοντίατρου και θεραπευτηρίου.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλί-σεων, Οικονομικών και του κατά περίπτωση αρμόδιου υ-πουργού, καθορίζονται ο χρόνος ενάρξεως εφαρμογής του μέτρου, η εν γένει έκταση εφαρμογής του, οι διοικητικές, οργανωτικές, οικονομικές και λοιπές λεπτομέριες, αφού προηγηθεί απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου με την οποία θα οριστούν δύο τουλάχιστον νομοί της Χώρας, στους κατοίκους των οποίων θα χορηγηθεί ατομικό βιβλιário υγείας, ώστε να εκτιμηθούν τα αποτελέσματα και οι επιπτώσεις από την πρώτη εφαρμογή του μέτρου.

3. Κάθε ιατρός, οδοντίατρος ή θεραπευτήριο μπορεί να παρέχει υπηρεσίες σε ασθενείς με ατομικό βιβλιário υγείας, αφού προηγουμένως υπογραφούν οι υπό του παρόντος νόμου και των λοιπών ισχυουσών διατάξεων προβλεπόμενες συμβάσεις.

Άρθρο 21

Ιατροί γενικής ιατρικής

1. Ιατροί, που κατέχουν τίτλο ειδικότητας γενικής ιατρικής ή που τοποθετούνται για ειδικευση στην ειδικότητα αυτήν, απαλλάσσονται από την εκπλήρωση της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου.

2. Θέσεις ιατρών των κέντρων υγείας πληρούνται στο εξής από ιατρούς, που κατέχουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής.

3. Εφόσον δεν υπάρχουν υποψήφιοι ιατροί με ειδικότητα γενικής ιατρικής, οι θέσεις αυτές μπορεί να πληρούνται από ιατρούς άλλων συγγενών ειδικοτήτων, που θα ορίζονται στην απόφαση προκήρυξης των θέσεων αυτών.

4. Ιατροί που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία 5 ετών σε έμμοθη θέση ως αγροτικοί ιατροί δύνανται να λάβουν την ειδικότητα της γενικής ιατρικής μετά από 12 μηνών εκπαίδευση.

5. Κατά τη διάρκεια της μετεκπαίδευσης αυτών οι παραπάνω ιατροί είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης και έχουν τις υποχρεώσεις των υπολοίπων ειδικευμένων ιατρών, σε κενές οργανικές θέσεις ειδικευομένων έχοντες προτεραιότητα έναντι άλλων. Ο συνολικός χρόνος μετεκπαίδευσης καθορίζεται ως ακολούθως: 4 μήνες στην παθολογία, 2 μήνες στην καρδιολογία, 2 μήνες στη γενική χειρουργική, 2 μήνες στη μαιευτική-γυναικολογία και 2 μήνες στην παιδιατρική.

Άρθρο 22

Ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου

1. Εφεξής οι ιατροί των αγροτικών ιατρείων, περιφερειακών ιατρείων και υγειονομικών σταθμών καλούνται ιατροί υπηρεσίας υπαίθρου των υγειονομικών σταθμών και κέντρων υγείας.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα δικαιολογητικά, που απαιτούνται για την έκδοση αποφάσεων αναστολών και απαλλαγών της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Οι υπηρετούντες ως μόνιμοι δημόσιοι πολιτικοί και πρακτικοί υπάλληλοι και οι μόνιμοι υπάλληλοι των ν.π.δ.δ. του αποκτούν πτυχίο ιατρικής σχολής της ημεδαπής ή αλλοδαπής, απαλλάσσονται από την υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Με την παραίτησή τους από τη θέση που υπηρετούν, η απαλλαγή τους παύει να ισχύει.

Άρθρο 23

Άλλες διατάξεις για τους ιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου

1. Η διάταξη της παραγράφου 1 του άρθρου 54 του ν. 759/1988 επεκτείνεται ισχύουσα και για ιατρούς μη υπόχρεους θητείας υπαίθρου του ν. 67/1968, εφόσον η προήρυξη του αντίστοιχου υγειονομικού σχηματισμού παραμένει ιγνη επί τρίμηνο.

2. Οι άδειες και απουσίες πάσης φύσεως των ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου δεν προσμετρώνται στην υποχρέωση υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Με απόφαση της προϊσταμένης αρχής του ιατρού υπηρεσίας υπαίθρου μπορεί να χορηγείται άδεια διαμονής σε αυτόν εκτός της έδρας του υγειονομικού σταθμού, μόνο στις περιπτώσεις που αυτή δεν πληροί στοιχειώδεις προϋποθέσεις διαμονής.

4. Οπλίτες ιατροί, που υπηρετούν σε υγειονομικούς σταθμούς μπορούν με αίτησή τους να παρατείνουν την παραμονή τους, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 7 του ν. 1821/1988 (ΦΕΚ 271 Α'), κατόπιν εγγράφου άδειας της υγειονομικής υπηρεσίας του οικείου Γενικού Επιτελείου.

5. Ιατροί πάσχοντες από μεσογειακή αναιμία (πλην στεροϊδολιγών), κληρονομική σφαιροκυττάρωση και δρεπανοκυτταρική ή μικροδρεπανοκυτταρική νόσο, απαλλάσσονται της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968. Επίσης απαλλάσσονται της ίδιας υποχρέωσης ιατροί, που πάσχουν από παραπληγία, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, μόνο αν υποβάλλονται σε θεραπεία αιμοκαθάρσεως και ιατροί, που έχουν κριθεί από τις αντίστοιχες υγειονομικές επιτροπές ως παρουσιάζουν αναπηρία άνω του 67%.

Άρθρο 24

Αναγνώριση υπηρεσίας υπαίθρου

1. Αναγνωρίζεται ως χρόνος εκπλήρωσεως της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968, ο πρώτος χρόνος υπηρεσίας των ιατρών Ε.Σ.Υ. που υπηρετούν, υπηρετήσαν ή θα υπηρετήσουν σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Η σύμβαση αυτή ισχύει και για τους επιμελητές των Κ.Υ. του η απόφαση διορισμού τους δημοσιεύθηκε στο Φ.Ε.Κ. μέχρι την ημερομηνία δημοσίευσης του νόμου αυτού.

2. Οι ιατροί που δεν έχουν εκπληρώσει την υποχρεωτική υπηρεσία υπαίθρου, που ορίζει το ν.δ. 67/1968 και υπηρετούν ή θα υπηρετήσουν σε θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ. σε νοσοκομεία των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, αποσπώνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων υποχρεωτικά για χρονικό διάστημα ενός έτους και ανάλογα με τις ανάγκες της υπηρεσίας, σε νοσοκομεία ή κέντρα υγείας εκτός των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Το χρονικό διάστημα της απόσπασής αυτών αναγνωρίζεται

ως χρόνος εκπλήρωσεως της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968.

3. Μέρος της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968, που τυχόν έχει διανυθεί από τους πιο πάνω ιατρούς, προσμετράται για τη συμπλήρωση της υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου.

4. Επαναφέρονται σε ισχύ οι παράγραφοι 2 και 3 του άρθρου 2 του ν. 633/1977 για τους ιατρούς των υγειονομικών σταθμών και κέντρων υγείας.

Άρθρο 25

Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία 'Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του', που εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Σκοπός του κέντρου είναι η συστηματική αντιμετώπιση και η παρακολούθηση, ο συντονισμός και η υποβοήθηση των ενεργειών για την έρευνα σε όλα τα επίπεδα, την πρόληψη και τη θεραπεία τόσο του σακχαρώδη διαβήτη όσο και των επιπλοκών του.

3. Το κέντρο αυτό επιχορηγείται από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα και από κάθε άλλη επιχορήγηση από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται τα αντικείμενα και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως, τα της ελέγχου της διαχειρίσεως του κέντρου, τα της προσωπικού και της οργάνωσης, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 26

Κέντρο Ελέγχου Ειδικών Λοιμώξεων

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα την Αθήνα και επωνυμία 'ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΕΙΔΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ' (Κ.Ε.Ε.Λ.), που εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με σκοπό την αντιμετώπιση και παρακολούθηση, συντονισμό και υποβοήθηση των ενεργειών, για την πρόληψη της εξάπλωσης ειδικών μεταδοτικών νοσημάτων και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

2. Το Κ.Ε.Ε.Λ. επιχορηγείται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από το πρόγραμμα δημόσιων επενδύσεων, από δωρεές, κληροδοτήματα, κάθε άλλη επιχορήγηση από τρίτους και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται τα αντικείμενα και οι ειδικότερες αρμοδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα της διοικήσεως και τα της ελέγχου της διαχειρίσεως του κέντρου, τα της προσωπικού και της οργάνωσης του, τα της εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 27

Κέντρο Κληρονομικών Νόσων Αίματος

1. Ιδρύεται νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου με έδρα ν Αθήνα και επωνυμία "ΚΕΝΤΡΟ ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ" (Κ.Κ.Ν.Α.) που εποπτεύεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με υπό την αντιμετώπιση και παρακολούθηση, συντονισμό υποβοήθηση των ενεργειών για την πρόληψη της εξάωσης των κληρονομικών νοσημάτων του αίματος και τη θεραπευτική αντιμετώπισή τους.

2. Το Κ.Κ.Ν.Α. χρηματοδοτείται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Φαλίσεων, από το πρόγραμμα δημοσίων επενδύσεων, ρεές, κληροδοτήματα, κάθε άλλη επιχορήγηση από τρί- και έσοδα από τυχόν παροχή υπηρεσιών.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση ν Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Εθνικής Οικο-ίας, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών φαλίσεων, καθορίζονται το αντικείμενο και οι ειδικότερες οδιότητες του κέντρου στα πλαίσια του σκοπού του, τα ρ διοικήσεως και τα του ελέγχου της διαχειρίσεως του /τρου, τα του προσωπικού και της οργάνωσής του, τα ρ εν γένει λειτουργίας αυτού και κάθε άλλη σχετική τομέρεια.

Άρθρο 28

Κατ' οίκον νοσηλεία

1. Από της δημοσιεύσεως του παρόντος καθιερώνεται πτημα κατ' οίκον νοσηλείας.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση ν Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, ίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Εργασίας, ορίζονται κυρίως οι όροι και οι προϋποθέσεις για την οχή της κατ' οίκον νοσηλείας, ο χρόνος ενάρξεως του πτηματος αυτού, οι κατηγορίες ασθενών, οι τυχόν εξει-ευμένες ιατρικές ή νοσηλευτικές πράξεις, τα νοσηλευτικά ύματα ή άλλες μονάδες του τομέα υγείας ή πρόνοιας ή νωνικών ασφαλίσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με μέριμνα και ευθύνη των οίων εφαρμόζεται η κατ' οίκον νοσηλεία, οι δαπάνες ήσεως των ατόμων, που συντελούν στην κατ' οίκον ηλεία, η συμμετοχή του ασφαλιστικού φορέα του νο-ευομένου στις δαπάνες της νοσηλείας αυτής, όπως και η άλλη λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 29

Μονάδες κατ' οίκον νοσηλείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της ζέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν-ών Ασφαλίσεων, μπορεί να συσταθούν "μονάδες κατ' ον νοσηλείας" υπό τη διεύθυνση ιατρού σε ν.π.δ.δ. του . 2592/1953.

2. Η στελέχωση και λειτουργία των μονάδων της προη-μνης παραγράφου ρυθμίζεται με προεδρικό διάταγμα, η εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της ζέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοιν-ών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση καθ' ύλην αρ-ίου υπουργού.

3. Για την εφαρμογή του προγράμματος της κατ' οίκον ηλείας είναι δυνατή η πρόσληψη ιατρών, νοσηλευτών

ΠΕ ή ΤΕ, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, ή άλλου εξειδικευμένου κατά περίπτωση επιστημονικού προ-σωπικού με πλήρη ή μερική απασχόληση, σε θέσεις που μπορεί να συνιστώνται για το σκοπό αυτόν, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στις θέσεις αυτές μπορεί να αποσπάται πάσης φύσεως προσω-πικό που υπηρετεί σε ν.π.δ.δ. του ν.δ. 2592/1953. Η πρόσ-ληψη σε θέσεις μερικής απασχόλησης του πάσης φύσεως προσωπικού, πλην ιατρικού, γίνεται με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου ορισμένου ή αορίστου χρόνου.

4. Με κοινή απόφαση του Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Εργασίας και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ρυθμίζονται ο χρόνος απασχο-λήσεως, η πρόσθετη αμοιβή του προσλαμβανόμενου προ-σωπικού, τα ειδικότερα καθήκοντα αυτού, όπως επίσης και κάθε άλλη λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 30

Σύσταση Υπηρεσίας κατ'οίκον νοσηλείας

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοι-νωνικών Ασφαλίσεων ειδική υπηρεσία υπό τον τίτλο "Υπη-ρεσία κατ'οίκον νοσηλείας".

2. Εργο της ειδικής αυτής υπηρεσίας είναι κυρίως ο συντονισμός και η όλη προαγωγή του προγράμματος της κατ'οίκον νοσηλείας.

3. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμι-ζονται τα της υπαγωγής, στελέχωσης, οργάνωσης και λει-τουργίας της δια των διατάξεων του παρόντος συνιστωμένης υπηρεσίας.

Άρθρο 31

Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ε.Σ.Α.Υ.)

Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφα-λίσεων συνιστάται Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ε.Σ.Α.Υ.). Η Ε.Σ.Α.Υ. αποτελεί συμβουλευτικό όργανο προ-γραμματισμού και μελέτης σε θέματα αγωγής υγείας.

Άρθρο 32

Αρμοδιότητες Ε.Σ.Α.Υ.

Η Ε.Σ.Α.Υ. έχει τις πιο κάτω αρμοδιότητες:

1. Μελετά και σχεδιάζει προγράμματα για την αγωγή υγείας, που αποσκοπούν στην ενημέρωση του πληθυσμού και την πρόληψη και υποβάλλει στον Υπουργό τις σχετικές προτάσεις:

α) Για την αναγνώριση των προβλημάτων υγείας και τις κοινωνικές συνέπειές τους.

β) Για τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του ατόμου, με στόχο την ελαχιστοποίηση των δυσμενών για την υγεία επιδράσεων, που η πρόληψή τους είναι δυνατή με αλλαγές στο μικροπεριβάλλον και στον τρόπο ζωής, καθώς και την αναβάθμιση των φροντίδων αποκαταστάσεως.

2. Προτείνει γενικούς στόχους και μεθόδους, καθώς και τις προτεραιότητες και προοπτικές μιας ευρύτερης πολιτικής αγωγής υγείας.

3. Υποβάλλει προτάσεις για την εναρμόνιση της εθνικής πολιτικής αγωγής υγείας, με την αντίστοιχη άλλων διεθνών

4. Αξιολογεί διάφορα επίσημα στοιχεία και μελέτες σχετικές με τα δημογραφικά, κοινωνικά, οικονομικά και υγειονομικά χαρακτηριστικά ενός πληθυσμού και εισηγείται ανάλογες πολιτικές αγωγής υγείας.

5. Προτείνει κανόνες για την εφαρμογή συστημάτων, που αφορούν στην εκπαιδευτική διαδικασία με στόχο τη διαμόρφωση προτύπων συμπεριφοράς, που προάγουν τη σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία.

6. Παρακολουθεί τα προγράμματα αγωγής υγείας, που εφαρμόζουν οι διάφοροι φορείς.

7. Καθορίζει τις προϋποθέσεις αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των επί μέρους προγραμμάτων.

8. Συνεργάζεται με τη Διεύθυνση Αγωγής Υγείας και Ενημέρωσης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ζητεί πληροφορίες σχετικές με τις δυνατότητες και το βαθμό υλοποίησης των διαφόρων προγραμμάτων και γνωστοποιεί σ' αυτήν τις εκάστοτε προτάσεις της.

9. Γνωμοδοτεί για κάθε θέμα, που παραπέμπεται σ' αυτήν από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και που αφορά στην αγωγή υγείας.

10. Μετά την έναρξη λειτουργίας της Ε.Σ.Α.Υ. παύει κάθε τυχόν συναφής αρμοδιότητα άλλου γνωμοδοτικού ή συμβουλευτικού οργάνου.

Άρθρο 33 Συγκρότηση Ε.Σ.Α.Υ.

1. Η Ε.Σ.Α.Υ. συγκροτείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, υπάγεται σε αυτόν και αποτελείται από:

α. έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.), έναν (1) εκπρόσωπο της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας (Ε.Ο.Ο.) ειδικευμένο στα θέματα αγωγής υγείας, προτεινόμενο από αυτήν και έναν (1) του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου (Π.Φ.Σ.), που προτείνονται από τα διοικητικά συμβούλια αυτών.

β. Έναν (1) καθηγητή ή αναπληρωτή καθηγητή Πανεπιστημίου, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με ειδική εμπειρία σε θέματα αγωγής υγείας.

γ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Ε.Σ.Η.Ε.Α., προτεινόμενο από αυτήν.

δ. Έναν (1) ανώτατο ή ανώτερο υγειονομικό αξιωματικό του κλάδου ιατρών, προτεινόμενο από τον Υπουργό Εθνικής Μινιας.

ε. Δύο (2) εκπροσώπους του Υπουργείου Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, εκ των οποίων ένας (1) της γενικής σύμβασης πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και ένας (1) της νικής διεύθυνσης δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, που ορίζονται από τον οικείο Υπουργό.

στ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Εκκλησίας της Ελλάδος, που προτείνεται από την Αρχιεπισκοπή.

ζ. Γενικό διευθυντή του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, οριζόμενο από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

η. Τον προϊστάμενο της Διεύθυνσης Κοινωνικής Εργασίας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

θ. Έναν (1) εκπρόσωπο της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας, προτεινόμενο από αυτήν.

ι. Έναν (1) εκπρόσωπο του Συλλόγου Ψυχολόγων Πανεπιστημιακής βαθμίδας, προτεινόμενο από το σύλλογο αυτόν, κατά προτίμηση παιδοψυχολόγο.

ια. Έναν (1) εξειδικευμένο σε θέματα αγωγής υγείας επιστήμονα, με αναγνωρισμένο κύρος και εμπειρία, που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

ιβ. Δύο (2) εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης, που προτείνονται από το διοικητικό συμβούλιο της Κεντρικής Ένωσης Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδας (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.).

ιγ. Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Συλλόγου Γονέων και Κηδεμόνων, που προτείνεται από το Σύλλογο αυτόν.

ιδ. Έναν (1) επισκέπτη υγείας, που προτείνεται από τον Πανελλήνιο Σύλλογο Επισκεπτών-Επισκεπτριών Υγείας (Π.Σ.Ε.Ε.Υ).

2. Οι αναφερόμενοι στην προηγούμενη παράγραφο προτείνονται ή ορίζονται με τους αναπληρωτές τους.

3. Σε περίπτωση που οι αρμόδιοι φορείς δεν προτείνουν τους αναφερόμενους εκπροσώπους εντός μηνός από της λήξεως της σχετικής ειδοποίησης, ο Υπουργός διορίζει αυτούς κατά την κρίση του.

4. Στις συνεδριάσεις της Ε.Σ.Α.Υ. δύναται να μετέχει κατά την κρίση του χωρίς ψήφο ο προϊστάμενος της Διεύθυνσης Αγωγής Υγείας και Ενημέρωσης του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

5. Τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ε.Σ.Α.Υ. διορίζονται με διετή θητεία, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την απόφαση αυτήν ορίζονται ο πρόεδρος και οι τρεις αντιπρόεδροι της επιτροπής.

Άρθρο 34 Λειτουργία Ε.Σ.Α.Υ.

1. Στις συνεδριάσεις της Ε.Σ.Α.Υ. δύναται να παρίσταται χωρίς ψήφο ο, κατά περίπτωση αρμοδιότητας, γενικός γραμματέας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Η Ε.Σ.Α.Υ. βρίσκεται σε απαρτία, όταν είναι παρόντα το ήμισυ συν ένα (1) των μελών αυτής, οι δε αποφασίες της λαμβάνονται με απόλυτη πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση ισοψηφίας, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου. Μέλος της Ε.Σ.Α.Υ., που απουσιάζει αδικαιολόγητα σε περισσότερες από τρεις συνεδριάσεις ανά εξάμηνο, αντικαθίσταται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η Ε.Σ.Α.Υ. συνεδριάζει τακτικά δύο φορές το μήνα και εκτάκτως όταν παρίσταται ανάγκη.

3. Η Ε.Σ.Α.Υ. συγκροτεί εκτελεστική επιτροπή, που αποτελείται από: α) τον πρόεδρό της, ως πρόεδρο, β) τους αντιπροέδρους, ένας εκ των οποίων προέρχεται από τους στο στοιχ. ιγ' της παρ. 1 του άρθρου 33, αναφερόμενους, γ) τρία (3) μέλη τα οποία εκλέγονται με τον αναπληρωτή τους, με μυστική ψηφοφορία.

4. Η εκτελεστική επιτροπή συνεδριάζει τουλάχιστον δύο φορές το μήνα, εκτάκτως δε όταν παρίσταται ανάγκη και βρίσκεται σε απαρτία όταν μετέχουν τα τέσσερα (4) από τα μέλη της. Η εκτελεστική επιτροπή εισηγείται στην Ε.Σ.Α.Υ. τα θέματα προς συζήτηση και έχει την επιμέλεια της διατυπώσεως και προωθήσεως σχετικών προτάσεων.

5. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη της Ε.Σ.Α.Υ. που συνέρχεται για το σκοπό αυτόν αμέσως μετά τη

συγκρότησή της, καθορίζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας αυτής καθώς και της εκτελεστικής επιτροπής, οι υποχρεώσεις των μελών της, η διαδικασία συγκλήσεως και λήψεως αποφάσεων, η συγκρότηση ομάδων μελέτης θεμάτων, η συγκρότηση και λειτουργία γραμματειακής υποστηρίξεως και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

6. Η Ε.Σ.Α.Υ. μπορεί να συγκροτεί υποεπιτροπές στις οποίες καλούνται να μετέχουν, ανάλογα με το αντικείμενο, εκπρόσωποι αντίστοιχων επιστημονικών εταιρειών ή και άλλων κρατικών ή ιδιωτικών φορέων.

Άρθρο 35

Έγκριση και εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας

1. Από της δημοσίευσής του παρόντος, δημόσιοι ή ιδιωτικοί φορείς, πριν από κάθε εφαρμογή προγράμματος ημερέσεως αγωγής της υγείας, πρέπει να έχουν έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της Ε.Σ.Α.Υ..

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται οι οροι και οι προϋποθέσεις εφαρμογής των διατάξεων της παραγράφου αυτής, πώς επίσης και οι επιβαλλόμενες διοικητικές κυρώσεις σε περίπτωση παράβασής της.

3. Αν κατά τη διάρκεια προβολής θεμάτων αγωγής υγείας από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα διαπιστωθεί απόκλιση από τις αρχές της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (Π.Ο.Υ.) και των ισχυόντων νόμων, διακόπτεται το πρόγραμμα ενημέρωσης με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη της Ε.Σ.Α.Υ..

Άρθρο 36

Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ν.Ε.Σ.Α.Υ.)

Στην έδρα κάθε νομού, πλην της περιοχής Αττικής, νιστάται Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ν.Ε.Σ.Α.Υ.).

Άρθρο 37

Αρμοδιότητες Ν.Ε.Σ.Α.Υ.

1. Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας έχει παρακάτω αρμοδιότητες:

α) Γνωμοδοτεί για κάθε θέμα που αφορά στην εφαρμογή των προγραμμάτων αγωγής υγείας στο νομό και που πατέμπεται σε αυτήν από τον οικείο νομάρχη.

β) Προτείνει τα αναγκαία μέτρα στη νομαρχία για την υλοποίηση και παραπέρα βελτίωση των προγραμμάτων αγωγής υγείας.

γ) Συνεπικουρεί τη Διεύθυνση Πρόνοιας και Υγείας της αρχίας, για την προώθηση και εφαρμογή σε τοπικό τεδο των προγραμμάτων αγωγής υγείας, τα οποία έχουν φασιστεί από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

δ) Αναφέρει στην Ε.Σ.Α.Υ. τυχόν τοπικές ιδιαιτερότητες ως και στοιχεία, που αξιολογούμενα οδηγούν σε απομακρυσματικό προγραμματισμό.

ε) Επισημαίνει ανάγκες και προτείνει στη νομαρχία μέτρα το συντονισμό προώθησης των προγραμμάτων αγωγής υγείας του νομού.

Άρθρο 38

Συγκρότηση - Σύνθεση Ν.Ε.Σ.Α.Υ.

1. Η Νομαρχιακή Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας συγκροτείται με απόφαση του νομάρχη και αποτελείται από:

α) Τους προϊσταμένους των διευθύνσεων ή τμημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας της νομαρχίας ή τους νομίμους αναπληρωτές τους. Όπου η προαναφερθείσα διεύθυνση είναι ενοποιημένη, στην επιτροπή μετέχουν τόσο ο προϊστάμενος (ιατρός ή διοικητικός) όσο και ο τμηματάρχης (ιατρός ή διοικητικός) της διεύθυνσης.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο του οικείου ιατρικού συλλόγου, που προτείνεται από αυτόν με τον αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο του οικείου οδοντιατρικού συλλόγου, που προτείνεται από αυτόν, με τον αναπληρωτή του.

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου που προτείνεται από αυτόν με τον αναπληρωτή του.

ε) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης, που ορίζεται από την Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.) του νομού.

στ) Έναν (1) εκπρόσωπο, που έχει διακριθεί για την επιστημονική του δραστηριότητα, κατά προτίμηση σε χώρους ή αντικείμενα, που έχουν σχέση με την αγωγή υγείας ή γενικότερα με την κοινωνική πολιτική επί της αγωγής υγείας, που προτείνεται με τον αναπληρωτή του από τον οικείο νομάρχη.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη της Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας, καθορίζεται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας αυτής, οι υποχρεώσεις των μελών της, οι διαδικασίες συγκλήσεως και λήψεως αποφάσεων, η συγκρότηση και λειτουργία γραμματειακής υποστηρίξεως και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

3. Οι αρμοδιότητες της Νομαρχιακής Επιτροπής Σχεδιασμού Αγωγής Υγείας (Ν.Ε.Σ.Α.Υ.) για την περιοχή Αττικής ασκούνται από την Επιτροπή Σχεδιασμού Αγωγής της Υγείας (Ε.Σ.Α.Υ.).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ'

ΕΠΕΙΓΟΥΣΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΙΓΟΥΣΙΑ ΠΡΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΜΕΣΗΣ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Άρθρο 39

Σκοπός του Ε.Κ.Α.Β.

1. Η Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική (Ε.Π.Ι) παρέχεται ενιαία σε όλη τη Χώρα και τον πληθυσμό της, μόνιμο ή διερχόμενο, ημεδαπό ή αλλοδαπό και ανεξαρτήτως της ύπαρξης ή όχι ασφαλιστικού φορέα.

2. Σκοπός του Ε.Κ.Α.Β είναι η παροχή υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας και ειδικότερα:

α. Η εφαρμογή σωστικών για την υγεία και τη ζωή μέτρων σε άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο και η μεταφορά τους με ειδική φροντίδα στον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό.

β. Η μεταφορά περιστατικών που δε χαρακτηρίζονται επείγοντα, αλλά δεν μπορούν να μεταφερθούν με άλλο μέσο.

γ. Η εκπαίδευση σε θέματα παροχής Α' Βοηθειών και επείγουσας προνοσοκομειακής ιατρικής, στον πληθυσμό, στα πληρώματα ασθενοφόρων και σε διάφορες άλλες κοινωνικές ομάδες.

δ. Η άμεση συμμετοχή και ο συντονισμός για την παροχή ιατρικής βοήθειας σε περιπτώσεις μαζικών ατυχημάτων ή καταστροφών.

Άρθρο 40

Η παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 1579/1985 αντικαθίσταται ως εξής:

Διοίκηση του Ε.Κ.Α.Β.

1. Το Ε.Κ.Α.Β. διοικείται από επταμελές διοικητικό συμβούλιο, που αποτελείται από:

α. Τέσσερα (4) πρόσωπα, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από τα οποία ένας είναι ανώτερος υπάλληλος του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τα λοιπά δε να είναι πιστημονικού επιπέδου ή να έχουν σχετική εμπειρία.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης, που νομιμοποιείται από την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε..

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο των εργαζομένων στο Ε.Κ.Α.Β., που εκλέγεται από τους εργαζόμενους σε αυτό. Και

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνεται από αυτόν.

Για κάθε τακτικό μέλος του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. ορίζεται ο αναπληρωτής του.

2. Η θητεία των μελών του Δ.Σ. είναι 2ετής και η γκρότησή του γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με την οποία ορίζεται ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος αυτού.

3. Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους του Δ.Σ. του αντιπρόεδρου ή προέδρου, για οποιονδήποτε λόγο, το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί ο αντικαταστάτης, το βούλαιο λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

Ο πρόεδρος του Δ.Σ. προΐσταται όλων των υπηρεσιών του Ε.Κ.Α.Β.. Ο πρόεδρος και ο αντιπρόεδρος λαμβάνουν παύση αποζημίωση. Στα λοιπά μέλη του Δ.Σ. καταβάλλεται αζημίωση κατά συνεδρίαση, σύμφωνα με τις ισχύουσες τάξεις. Ως προς το διορισμό προέδρου και αντιπρόεδρου ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 73 του ν. 1943/1991 (Κ 50 Α').

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

Άρθρο 41

Επιστημονικό Συμβούλιο Επείγουσας Προνοσοκομειακής Ιατρικής

Στο Ε.Κ.Α.Β. λειτουργεί επιστημονικό συμβούλιο (Ε.Σ.) που αποτελείται από:

α) Ιατροί με αποδεδειγμένη γνώση και εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους στην άσκηση της Ε.Π.Ι., καθώς και με λογική προσφορά στην οργάνωση και ανάπτυξη συστημάτων Ε.Π.Ι. Ένας (1) εκ των ιατρών προτείνεται από τον ελληνο ιατρικό Σύλλογο.

β) Νοσηλεύτριες ή νοσηλεύτριες με σχετική εμπειρία τουλάχιστον ενός (1) έτους σε θέματα παροχής υπηρεσιών γοσας προνοσοκομειακής φροντίδας.

γ) Επιστημονικά στελέχη υπηρεσιών, για την επίλυση

προβλημάτων που δεν είναι αμιγώς ιατρικής φύσεως, όπως σεισμολόγοι, συγκοινωνιολόγοι ή άλλοι ειδικοί επιστήμονες.

δ. Ο διευθυντής ή ο αναπληρωτής του της ιατρικής υπηρεσίας, της κεντρικής υπηρεσίας του Ε.Κ.Α.Β..

2. Ο αριθμός των μελών του επιστημονικού συμβουλίου, η συγκρότηση αυτού και ο ορισμός του προέδρου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η θητεία των μελών του Ε.Σ. είναι 2ετής. Επιτρέπεται ελεύθερα η αντικατάσταση μέλους του Ε.Σ. για οποιονδήποτε λόγο, για το υπόλοιπο της θητείας του. Η αντικατάσταση και ο ορισμός του αντικαταστάτη γίνεται με τη διαδικασία του αρχικού ορισμού. Μέχρι να ορισθεί αντικαταστάτης, το Ε.Σ. λειτουργεί νόμιμα από τα λοιπά μέλη του.

3. Το Ε.Κ.Α.Β. για την υλοποίηση των εκπαιδευτικών προγραμμάτων και την εν γένει προώθηση του έργου του μπορεί, μετά από γνώμη του επιστημονικού συμβουλίου, να καταρτίζει ειδικές επιτροπές, που συγκροτούνται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την απόφαση συγκροτήσεως καθορίζεται το έργο της κάθε επιτροπής, τα καθήκοντα και οι υποχρεώσεις των μελών της, ο τρόπος λειτουργίας και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 42

Διαρθρωση του Ε.Κ.Α.Β.

1. Το Ε.Κ.Α.Β. διαρθρώνεται:

α) Σε Κεντρική Υπηρεσία (Κ.Υ.), η οποία έχει την ευθύνη της υλοποίησης των σκοπών του Ε.Κ.Α.Β., έτσι ώστε οι παρεχόμενες υπηρεσίες να έχουν ενιαία έκφραση σε όλη τη Χώρα. Η Κεντρική Υπηρεσία έχει έδρα την Αθήνα.

β) Σε Περιφερειακά Κέντρα Άμεσης Βοήθειας (ΠΕ.Κ.Α.Β.), τα οποία είναι αυτοδύναμες περιφερειακές μονάδες, η δραστηριότητα των οποίων αφορά μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή και έχουν την ευθύνη για την ανάπτυξη, λειτουργία και συντονισμό των υπηρεσιών Ε.Π.Φ. της περιοχής ευθύνης τους και υπάγονται διοικητικά στην Κεντρική Υπηρεσία.

γ) Σε Κέντρα Άμεσης Βοήθειας (Κ.Α.Β.), που αποτελούν τις αποκεντρωμένες περιφερειακές υπηρεσιακές μονάδες του Ε.Κ.Α.Β. και έχουν την ευθύνη για την παροχή άμεσης και κατάλληλης βοήθειας σε κινδυνεύοντες από ατύχημα ή παθολογικά αίτια ασθενείς, στον τόπο του συμβάντος και κατά τη μεταφορά τους μέχρι τον πλησιέστερο και κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό.

2. Σε κάθε ΠΕ.Κ.Α.Β. ορίζεται τριμελής διοικούσα επιτροπή που αποτελείται από:

α) Δύο (2) μέλη, που διορίζονται από τον οικείο νομάρχη της έδρας του ΠΕ.Κ.Α.Β., εκ των οποίων το ένα (1) είναι ιατρός και προτείνεται από τον οικείο ιατρικό σύλλογο.

β) Το διευθυντή του ΠΕ.Κ.Α.Β..

Η συγκρότηση της τριμελούς διοικούσας επιτροπής του ΠΕ.Κ.Α.Β. γίνεται με απόφαση του οικείου νομάρχη. Οι αρμοδιότητες και τα όρια ευθύνης της διοικούσας επιτροπής του ΠΕ.Κ.Α.Β. καθορίζονται με απόφαση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β.. Ο αριθμός των ΠΕ.Κ.Α.Β. ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. Ο αριθμός των Κ.Α.Β. επίσης ορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. με βάση τις ανάγκες κάθε περιοχής, τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού τη μορφολογία

εδάφους και το βαθμό ανάπτυξης των υγειονομικών υπηρεσιών της περιοχής. Τα Κ.Α.Β. μπορούν να συσταθούν με άλλες υπηρεσίες των υγειονομικών σχηματισμών ή σε διαφορετικό χώρο, εφόσον κρίνεται σκόπιμο από το Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β..

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και ύστερα σχετική πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., καταρτίζεται ο οργανισμός του Ε.Κ.Α.Β., σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., εκδίδεται ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας του Ε.Κ.Α.Β., με τον οποίο ορίζονται ο τρόπος και η διαδικασία της των υπηρεσιών του, τα καθήκοντα και υποχρεώσεις προσωπικού του και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 43

Ιατρικό προσωπικό του Ε.Κ.Α.Β.

Η σύσταση των θέσεων ιατρών, που προσφέρουν υπηρεσίες στο Ε.Κ.Α.Β., γίνεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις.

Η προκήρυξη των θέσεων ιατρών, που προσφέρουν υπηρεσίες στο Ε.Κ.Α.Β. γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην οποία ρετρεί ο υγειονομικός σχηματισμός που ανήκει οργανικά στον Ε.Κ.Α.Β..

Οι ιατροί, που διορίζονται, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, προσφέρουν υποχρεωτικά υπηρεσίες στο Ε.Κ.Α.Β. (Κ.Υ., Π.Ε.Κ.Α.Β., Κ.Α.Β.), βάσει προγράμματος, το πλαίσιο του τακτικού ωραρίου εργασίας, είτε ως ελεύθεροι, είτε ως μισθωτοί.

Οι ιατροί του Ε.Κ.Α.Β. ανήκουν στον κλάδο ιατρών Κατεξαιρέση, όταν κρίνονται ιατροί προκειμένου να προσφέρουν υπηρεσίες στο Ε.Κ.Α.Β., το πρωτοβάθμιο σύμβουλο και επιλογής είναι το συμβούλιο του νοσοκομείου (υγειονομικού σχηματισμού) που θα ανήκει οργανικά στον Ε.Κ.Α.Β., σύμφωνα με τις διατάξεις των περιπτώσεων α), β) και δ), της παρ. 2 του άρθρου 66, πλην της περίπτωσης ε) της παρ. 2 του άρθρου 66, που αντί του διευθυντή της διεύθυνσης υγείας της οικείας νομαρχίας θα έχει ο πρόεδρος ή αντιπρόεδρος του Ε.Κ.Α.Β., ενώ είναι ιατροί και σε αντίθετη περίπτωση ο εκπρόσωπος γενικού Ιατρικού Συλλόγου (Π.Ι.Σ.) που συμμετέχει στο Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β. ή ο αναπληρωτής του. Για την κρίση κριτική αξιολόγηση, μόνο των υποψηφίων ιατρών για τον Ε.Κ.Α.Β., ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 69 του νόμου επί πλέον δε των κριτηρίων α', β', γ', και δ', της παρ. 2 του άρθρου 69, περιλαμβάνεται και κριτήριο ε', που είναι στην ειδική ικανότητα, εμπειρία και εκπαίδευση υποψηφίου για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται ο τρόπος υπολογιστικής κατάταξης και αντικειμενοποίησης των κριτηρίων, για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων για τον Ε.Κ.Α.Β., ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του

Ε.Κ.Α.Β. που θα προσφέρουν υπηρεσίες

στο Ε.Κ.Α.Β. προστίθενται στις οργανικές θέσεις του υγειονομικού σχηματισμού.

6. Ο υγειονομικός σχηματισμός και το Ε.Κ.Α.Β. επιχορηγούνται σύμφωνα με τις εκάστοτε ισχύουσες διατάξεις, για την πάση φύσεως αποδοχές των ιατρών. Ο υγειονομικός σχηματισμός βαρύνεται για την τακτική μισθοδοσία και μέρος των εφημεριών, το δε Ε.Κ.Α.Β. για το υπόλοιπο των εφημεριών.

7. Ανάλογα με τις ανάγκες του Ε.Κ.Α.Β., μπορούν να προσφέρουν υπηρεσίες σε αυτό, νοσοκομειακοί ιατροί, ιατροί των υγειονομικών σταθμών και ειδικευόμενοι στο πλαίσιο της ειδικότητάς τους.

8. Οι αρμοδιότητες, τα καθήκοντα και ο τρόπος προσφοράς των υπηρεσιών των ιατρών, που προσλαμβάνονται, σύμφωνα με τις προηγούμενες παραγράφους, καθορίζονται με τον οργανισμό και τον εσωτερικό κανονισμό του Ε.Κ.Α.Β..

Άρθρο 44

Σχολή πληρωμάτων του Ε.Κ.Α.Β.-Ασθενοφόρα οχήματα

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από πρόταση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., μπορεί να λειτουργεί σ' αυτό σχολή πληρωμάτων ασθενοφόρων μονοτελούς φοίτησης.

2. Οι λεπτομέρειες λειτουργίας, τα προσόντα, ο τρόπος εισαγωγής και η διαδικασία φοίτησης των υποψηφίων καθορίζονται με τον οργανισμό και τον εσωτερικό κανονισμό του Ε.Κ.Α.Β..

3. Στις θέσεις πληρωμάτων ασθενοφόρων του Ε.Κ.Α.Β., καθώς και στις θέσεις οδηγών ή συνοδηγών ασθενοφόρων των νοσοκομείων και κέντρων υγείας, προσλαμβάνονται σε αντίστοιχες οργανικές θέσεις, οι απόφοιτοι της πιο πάνω σχολής.

4. Τα ασθενοφόρα αυτοκίνητα και τα άλλα μέσα μεταφοράς των κρατικών υγειονομικών σχηματισμών της Χώρας, υπάρχουν στην οργανωτική και συντονιστική αρμοδιότητα του Ε.Κ.Α.Β. και των περιφερειακών υπηρεσιών του.

5. Με την έναρξη λειτουργίας των περιφερειακών υπηρεσιών του Ε.Κ.Α.Β., τα ασθενοφόρα αυτοκίνητα, τα μέσα ασύρματης και ενσύρματης επικοινωνίας, που λειτουργούν στη συγκεκριμένη περιοχή με ευθύνη του ή των κρατικών υγειονομικών σχηματισμών περιέρχονται αυτοδικαίως στην πλήρη κυριότητα του Ε.Κ.Α.Β..

6. Το Ε.Κ.Α.Β., στο οποίο περιέρχονται, σύμφωνα με την ανωτέρω παράγραφο, τα ασθενοφόρα και τα μέσα ενσύρματης και ασύρματης επικοινωνίας, υποχρεούται να τα λειτουργεί για την ίδια περιοχή. Η παράγραφος αυτή δεν ισχύει για τα ασθενοφόρα ή τα μέσα ασύρματης και ενσύρματης επικοινωνίας, που κατανέμονται και δίδονται προς χρήση στους υγειονομικούς σχηματισμούς από το Ε.Κ.Α.Β..

Άρθρο 45

Ιδιωτικοί φορείς επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του Δ.Σ. του Ε.Κ.Α.Β., μπορεί να επιτραπεί η λειτουργία υπηρεσιών επείγουσας προνοσοκομειακής φροντίδας ή μεταφοράς σε ιδιωτικούς και λοιπούς φορείς.

2. Με ίδια υπουργική απόφαση καθορίζονται οι προδιαγραφές και τα κριτήρια λειτουργίας των ιδιωτικών και λοιπών

αφορέων, που προσφέρουν επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα.

Άρθρο 46 **Πόροι του Ε.Κ.Α.Β.**

Τα έσοδα του Ε.Κ.Α.Β. είναι: α) Οι επιχορηγήσεις από τον τακτικό προϋπολογισμό και από τον προϋπολογισμό δημόσιων επενδύσεων του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. β) Οι εισπράξεις και λοιπές αμοιβές για παροχή υπηρεσιών. γ) Οι πρόσοδοι από την ίδια αυτού περιουσία. δ) Τα έσοδα από δωρεές, κληροδοτήματα, εκποιήσεις και κάθε άλλη πηγή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' **ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ**

Άρθρο 47 **Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς**

1. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα προσεγγίσεως στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του.

2. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της παροχής φροντίδας σ' αυτόν με τον οφειλόμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του. Αυτή η φροντίδα περιλαμβάνει όχι μόνο την εν γένει άσκηση της ιατρικής και της νοσηλευτικής, αλλά και τις παραιτιακές υπηρεσίες, την κατάλληλη διαμονή, την κατάλληλη μεταχείριση και την αποτελεσματική διοικητική και τεχνική εξυπηρέτηση.

3. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Σε περίπτωση ασθενούς με μερική ή πλήρη διανοητική ανικανότητα, η άσκηση αυτού του δικαιώματος γίνεται από το πρόσωπο που κατά νόμο ενεργεί για λογαριασμό του.

4. Ο ασθενής δικαιούται να ζητήσει να πληροφορηθεί ό,τι αφορά στην κατάστασή του. Το συμφέρον του ασθενούς είναι καθοριστικό και εξαρτάται από την πληρότητα και ακρίβεια των πληροφοριών που του δίνονται. Η πληροφόρηση του ασθενούς πρέπει να του επιτρέπει να σχηματίσει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών παραμέτρων της καταστάσεώς του και να λαμβάνει αποφάσεις ο ίδιος ή να μετέχει στη λήψη αποφάσεων, που είναι δυνατό να προδικάσουν τη μετέπειτα ζωή του.

5. Ο ασθενής ή ο εκπρόσωπός του σε περίπτωση εφαρμογής της παρ. 3., έχει το δικαίωμα να πληροφορηθεί, πλήρως και εκ των προτέρων, για τους κινδύνους που ενδέχεται να παρουσιασθούν ή να προκύψουν εξ αφορμής εφαρμογής σε αυτόν ασυνήθων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων. Η εφαρμογή των πράξεων αυτών στον ασθενή λαμβάνει χώρα μόνο ύστερα από συγκατατεθείσα συγκατάθεση του ιδίου. Η συγκατάθεση αυτή μπορεί να ανακληθεί από τον ασθενή ανά πάσα στιγμή. Ο ασθενής πρέπει να αισθάνεται τελείως ελεύθερος στην απόφασή του, να δεχθεί ή να απορρίψει, κάθε συνεργασία με σκοπό την έρευνα ή την εκπαίδευση. Η συγκατάθεσή του για τυχόν συμμετοχή του, είναι δικαίωμά του και μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή.

6. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα, στο μέτρο και στις σαματικές συνθήκες που αυτό είναι δυνατόν, προστασίας της ιδιωτικής του ζωής. Ο απόρρητος χαρακτήρας των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγραφών που τον

αφορούν, του φακέλου των ιατρικών σημειώσεων και εισημάτων, πρέπει να είναι εγγυημένος.

7. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα του σεβασμού και της αναγνωρίσεως σ' αυτόν των θρησκευτικών και ιδεολογικών του πεποιθήσεων.

8. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να παρουσιάσει ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες και ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση των επι' αυτών ενεργειών και αποτελεσμάτων.

Άρθρο 48 **Νοσηλευτικά ιδρύματα**

1. Εφεξής τα ιδρύματα από το κράτος νοσηλευτικά ιδρύματα μπορεί να έχουν οποιαδήποτε νομική μορφή. Η ίδρυση αυτών γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με το οποίο καθορίζεται και η νομική τους μορφή.

2. Η κατάργηση και συγχώνευση νοσοκομείων, η μετατροπή τους καθώς και η μεταφορά της έδρας τους, γίνεται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και του κατά περίπτωση τυχόν αρμόδιου υπουργού. Η διάταξη αυτή αφορά στα νοσηλευτικά ιδρύματα που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953.

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

Άρθρο 49 **Προϋπολογισμοί-Απολογισμοί και οικονομική διαχείριση νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 2592/1953**

1. Οι προϋπολογισμοί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 2592/1953 συντάσσονται και υποβάλλονται κατά τις ισχύουσες διατάξεις περί προϋπολογισμών ν.π.δ.δ..

2. Ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με απόφασή του καθορίζει ενιαίο πλαίσιο αντικειμενικών κριτηρίων για την εκτίμηση των οικονομικών μεγεθών του προϋπολογισμού ώστε αυτοί να στοιχειοθετούνται: επιμεδενικής βάσεως.

Μέσα σε τρεις μήνες από το τέλος του κάθε έτους ολοκληρωθεί η οικονομική χρήση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημοσιεύεται με ευθύνη της διοικήσεώς τους σε μερήςια εφημερίδα του νομού ή της οικείας υγειονομικής περιφέρειας του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση ειδικής γραμματείας διοικητικών, οργανωτικών και οικονομικών θεμάτων του άρθρου 4 του νόμου αυτού, καθορίζεται κάθε λεπτομέρεια σχετική με την άσκηση ελέγχου της οικονομικής διαχειρίσεως των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων συνιστώνται μέχρι δεκαπέντε (15) θέσεις ειδικού ημερομηνικού προσωπικού, οικονομικών ελεγκτών, με σύμβαση ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου μέχρι τρία (3) μήνες, που μπορεί να ανανεώνονται. Οι οικονομικοί ελεγκτές είναι πτυχιούχοι ανώτατων οικονομικών σχολών της ημεδαπής ή ισοτίμου αντίστοιχης ειδικότητας των της αλλοδαπής και με τα προσόντα των περιπτώσεων α' και β' της παρ. 2 του άρθρου 25 του ν. 1943/1991 περί ελλείψεως των πρόσθετων αυτών προσόντων, σίγη ειδική εμπειρία άσκησης οικονομικού ελέγχου (ιστον δύο (2) ετών. Οι οικονομικοί ελεγκτές ασκούν ήκοντά τους, σύμφωνα με τη σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αρ. 4 του παρόντος άρθρου.

αμοιβή των οικονομικών ελεγκτών καθορίζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η πλήρωση των θέσεων γίνεται σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

Άρθρο 50

ισποίηση περιουσίας νοσηλευτικών ιδρυμάτων κληροδοτημάτων και δωρεών

ο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με απόφαση του Υπουργού συγκροτείται Συμβούλιο λήσεως της περιουσίας, των κληροδοτημάτων και υπέρ των νοσηλευτικών ιδρυμάτων του ν.δ. 53 και των φορέων, που καθ' οιονδήποτε τρόπο γούνται από το Κράτος.

ο Συμβούλιο αυτό αποτελείται από το γενικό γραμματέα υγειονομικού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων πρόεδρο, το νομικό σύμβουλο του Υπουργείου υσους συντονιστές των Ειδικών Γραμματειών, οικονομικών και τεχνικών θεμάτων, το διευθυντή της διευθύνισιοποίησεως περιουσίας του Υπουργείου, έναν οργανιστή προτεινόμενο από το Σώμα Ορκωτών Λογιαν ορκωτό εκμητητή προτεινόμενο από το Σύνδεσμο Εκμητητών και δύο ανώτερους υπαλλήλους της ης Εθνικών Κληροδοτημάτων του Υπουργείου Οικονομικών προτεινόμενους από τον Υπουργό Οικονομικών. πός του Συμβουλίου είναι η καταγραφή της περιουσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η αντικειμενική αξιολόγηση της αξίας αυτών και η υπόδειξη τρόπων αξιοποίησής τους, η προσοδών από την εκμετάλλευση αυτών.

ο Συμβούλιο αποτελεί εποπτικό και γνωμοδοτικό οργάνου του Υπουργείου επί της αξιοποίησεως και εκμετάλλεως της περιουσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, η δέ μελέτες και προτάσεις στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την καλύτερη η των περιουσιακών αυτών στοιχείων.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι λεπτομέρειες λειτουργίας του Συμβουλίου, η γραμματειακή υποστήριξη του έργου του, καθώς και ο τρόπος συγκεντρώσεως των στοιχείων από τους φορείς.

Άρθρο 51

Τεχνικές και επιστημονικές προδιαγραφές λειτουργίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις ίδρυσης νέων νοσηλευτικών ιδρυμάτων ν.π.δ.δ., και ν.π.ι.δ., καθώς και οι κτηριολογικές, τεχνικές και επιστημονικές προδιαγραφές λειτουργίας αυτών.

2. Ειδικότερα με το παραπάνω διάταγμα καθορίζονται οι πάσης φύσεως προδιαγραφές λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων, των θαλάμων νοσηλείας, των εργαστηρίων, των ειδικών μονάδων, των μονάδων εντατικής θεραπείας, των χειρουργείων, των χώρων ανάληψης των ασθενών, των θαλάμων βραχείας νοσηλείας, καθώς και των αναγκαίων κατά περίπτωση βοηθητικών και λοιπών υποστηρικτικών υποδομών της εν γένει λειτουργίας του νοσηλευτικού ιδρύματος.

Άρθρο 52

Ίδρυση μη κερδοσκοπικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων

1. Επιτρέπεται εφεξής να ιδρύονται και να λειτουργούν, υπό μορφή ν.π.ι.δ. νοσηλευτικά ιδρύματα μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία μπορεί και να επιχορηγούνται από το Κράτος, εφόσον το καταβαλλόμενο σε αυτά νοσήλιο είναι αποδεδειγμένα μικρότερο του 1/2 του πραγματικού κόστους λειτουργίας των αντίστοιχων κρατικών νοσηλευτικών ιδρυμάτων και εφόσον είναι ισοδύναμα σε απόδοση με τα αντίστοιχα κρατικά νοσηλευτικά ιδρύματα.

2. Τα νοσηλευτικά αυτά ιδρύματα λειτουργούν με τους κανόνες της ιδιωτικής οικονομίας, ισχύουν δε και γι'αυτά οι διατάξεις του άρθρου 49 του νόμου αυτού, εφόσον επιχορηγούνται.

3. Για την ίδρυση και τη λειτουργία των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων απαιτείται άδεια, που χορηγείται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εφαρμοζόμενων αναλόγως των σχετικών διατάξεων περί ίδρυσεως και λειτουργίας ιδιωτικών κλινικών. Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ασκεί εποπτεία στις συνθήκες λειτουργίας των ανωτέρω νοσηλευτικών ιδρυμάτων, καθώς και διοικητικό και οικονομικό έλεγχο, εφόσον τα επιχορηγεί.

4. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα του άρθρου αυτού, μπορεί να συνιστώνται θέσεις ειδικευομένων ιατρών, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών. Οι δαπάνες μισθοδοσίας των ειδικευομένων βαρύνουν τον κρατικό προϋπολογισμό και η απόδοσή της στα φορέα ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών. Οι πιο πάνω ειδικευόμενοι ιατροί ευρίσκονται υπό το αυτό εκπαιδευτικό καθεστώς που εκάστοτε ισχύει για τους ειδικευόμενους ιατρούς στα κρατικά νοσοκομεία.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τα νοσηλευτικά ιδρύματα του αρ-

Άρθρο 53

Εποπτεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων

1. Όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα οποιασδήποτε νομικής μορφής υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ανεξάρτητα από το φορέα στον οποίον ανήκουν, επιφυλασσομένων των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 11 του παρόντος. Η εποπτεία αναφέρεται στην τήρηση των προδιαγραφών κτηριακής και τεχνολογικής υποδομής, όπως αυτές ρυθμίζονται εκάστοτε, στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας του. Οι φορείς υγείας, που επιχορηγούνται από το Κράτος, υπόκεινται και στον έλεγχο του τρόπου διοικήσεως και της οικονομικής τους διαχείρισης.

2. Η εποπτεία των φορέων περιθαλψής ασκείται από τις αποκεντρωμένες υπηρεσίες υγείας των υγειονομικών περιφερειών της Χώρας, σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που καθορίζει τον τρόπο και τα όργανα εποπτείας των φορέων περιθαλψής.

3. Η εποπτεία του επιστημονικού ή εκπαιδευτικού έργου των πανεπιστημιακών κλινικών γίνεται από τα οικεία πανεπιστημιακά όργανα.

Άρθρο 54

Διάκριση νοσοκομείων

Το άρθρο 8 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

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

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

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

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

5. Τα νοσοκομεία κάθε υγειονομικής περιφέρειας διασυντονίζονται μεταξύ τους νοσηλευτικά, επιστημονικά και εκπαιδευτικά, κάτω από το συντονισμό και την εποπτεία της περιφερειακής διεύθυνσης υπηρεσιών υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, όπως ειδικότερα καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται ύστερα από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ. Η πιο πάνω διασύνδεση είναι και λειτουργική, επιτρέπεται δε και ταξινόμηση νοσοκομείων δύο ή περισσότερων υγειονομικών περιφερειών, εφόσον το επιβάλλουν οι ανάγκες περιθαλψής των ασθενών και η καλύτερη λειτουργία των νοσοκομείων.

Άρθρο 55

Διοίκηση νοσοκομείων που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953

1. Τα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 διοικούνται από διοικητικά συμβούλια των οποίων η θητεία είναι διετής.

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

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

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

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

δ. Από έναν (1) εκπρόσωπο της τοπικής αυτοδιοίκησης της περιοχής όπου υπάγεται το νοσοκομείο, ο οποίος ορίζεται από την Τοπική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος (Τ.Ε.Δ.Κ.Ε.).

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

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

5. Ο πρόεδρος όλων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και ο αντιπρόεδρος προκειμένου για νοσηλευτικά ιδρύματα άνω των 300 κλινών λαμβάνουν μηνιαία αμοιβή, που ορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Στα λοιπά μέλη του Δ.Σ. καταβάλλεται αποζημίωση κατά συνεδρίαση, που ορίζεται με όμοια απόφαση. Ως προς το διορισμό προέδρων και αντιπροέδρων έχουν ισχύ και οι διατάξεις του άρθρου 73 του ν. 1943/1991.

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

7. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να συνιστώνται στα νοσηλευτικά ιδρύματα αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και στο Ε.Κ.Α.Β., ανά μία θέση γενικού διευθυντή, με τριετή θητεία. Με το ίδιο διάταγμα ορίζεται και ο τρόπος επιλογής αυτών.

γενικός διευθυντής προϊστάται όλων των υπηρεσιών σπληντικού ιδρύματος, συντονίζει και ελέγχει το έργο συμμετέχει στις συνεδριάσεις του διοικητικού συμβουλίου, εισηγείται σε αυτό, κάθε φορά, τα θέματα που π προς συζήτηση και μεριμνά για την υλοποίηση των σεων του διοικητικού συμβουλίου. Τα ιδιαίτερα καθήκαι α αρμοδιότητες του γενικού διευθυντή, καθορίμε απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και κών Ασφαλίσεων.

ι θέσεις των γενικών διευθυντών προκηρύσσονται με ση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών ίσεων. Στο διαγωνισμό μπορεί να συμμετέχουν πτωι ανώτατων σχολών ημεδαπής ή αλλοδαπής με ευ- υπηρεσία δεόντως αποδεικνυόμενη σε θέσεις του ου ή ιδιωτικού τομέα ή με μεταπτυχιακές σπουδές σης στην οικονομία της υγείας, στην οργάνωση και η νοσηλευτικών οργανισμών και στη δημόσια υγεία, εις γενικών διευθυντών των νοσηλευτικών ιδρυμάτων να διορίζονται και υπάλληλοι του Δημοσίου ή των .. που έχουν τα προβλεπόμενα στην παράγραφο τρσόντα, όταν δε παύσουν να ασκούν τα καθήκοντα νικού διευθυντή ή λήξει η θητεία τους επιστρέφουν ργανική τους θέση. Ο χρόνος της θητείας τους αι ως χρόνος δημόσιας υπηρεσίας για κάθε συνέπεια.

λε απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και κών Ασφαλίσεων οι γενικοί διευθυντές διορίζονται τριετία. Σε περίπτωση κατά την οποία ο γενικός της έχει επιτύχει στο έργο του, ανανεώνεται η του για μία εκάστοτε τριετία. Το ευδόκιμο της θητείας ι από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών σεων, μετά από εισήγηση του διοικητικού συμβουλίου :ίου νοσοκομείου. Οι μηνιαίες απολαβές των γενικών τών καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονο- ι οποίες μπορεί να διαφέρουν ανά νοσοκομείο. Με πόφαση, που εκδίδεται με γνώμη του Δ.Σ., μπορεί γείται ιδιαίτερη αμοιβή (πρω), εφόσον τα λαμβανό- ό το γενικό διευθυντή μέτρα έχουν ως αποτέλεσμα ιορισμό, σε σημαντικό βαθμό, των δαπανών πρού- μού του νοσηλευτικού ιδρύματος. Το ύψος της ις αμοιβής καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υ- / Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών εων.

Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφα- έχρι να ολοκληρωθεί η διαδικασία διορισμού γενικών ών ή σε περιπτώσεις ανάγκης αμέσου καλύψεως :ως μπορεί με απόφαση του να αναθέτει καθήκοντα διευθυντή νοσηλευτικού ιδρύματος και σε δοκιμα- δημόσιους λειτουργούς, που μπορεί να υπηρετούν μέα υγείας ή στον ευρύτερο δημόσιο τομέα ή να α οποιονδήποτε λόγο αποχωρήσει. Για τους διο- υς με τον τρόπο αυτόν γενικούς διευθυντές, ο της θητείας τους λογίζεται ως χρόνος δημόσιας ις για κάθε συνέπεια, μετά δε τη λήξη της θητείας ονται αυτοδίκαια στη θέση και υπηρεσιακή κατά- ου είχαν προ του διορισμού τους. Στην περίπτωση ι διατάξεις της παρ. 10 του άρθρου αυτού για την η της θητείας ισχύουν.

διοικητικό συμβούλιο νοσηλευτικού ιδρύματος στο ηρετεί γενικός διευθυντής μπορεί, με απόφαση μεταβιβάζει αρμοδιότητες σε αυτόν.

διοικητικό συμβούλιο ελέγχει το έργο του γενικού

διευθυντή. Σε περίπτωση που ο γενικός διευθυντής, λόγω κωλύματος, απέχει των καθηκόντων του, καθήκοντα γενικού διευθυντή ασκεί τότε ο πρόεδρος του διοικητικού συμβου- λίου.

14. Στις θέσεις προέδρου ή αντιπροέδρου μπορεί να διορίζονται ιατροί του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. ή ιατροί που ασκούν καθ' οιονδήποτε τρόπο ελεύθερο επάγγελμα. Η απασχόληση του προέδρου και αντιπροέδρου εφόσον είναι έμμισθη είναι πλήρης, σε περίπτωση όμως μη έμμισθων θέσεων είναι μερικής απασχόλησης. Ιατροί του Ε.Σ.Υ. που διορίζονται ως πρόεδροι ή αντιπρόεδροι νοσοκομείων μπο- ρούν να επιλέγουν τις αποδοχές της θέσεως την οποία κατέχουν ή της θέσεως στην οποία διορίζονται. Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. και ιατροί μέλη Δ.Ε.Π. δε μπορούν να διορίζονται ως πρόεδροι ή αντιπρόεδροι στο Δ.Σ. του νοσοκομείου στο οποίο υπηρετούν.

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

Άρθρο 56

Δομή - Οργάνωση νοσοκομείων

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

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

3. Με τον οργανισμό του νοσοκομείου ορίζονται ιδίως η νομική του μορφή, η επωνυμία του, ο συνολικός αριθμός κλινών και η κατανομή τους στους τομείς, οι τομείς και τα τμήματα της ιατρικής υπηρεσίας, η διάρθρωση της νοση- λευτικής, διοικητικής και τεχνικής υπηρεσίας, καθώς και οι αρμοδιότητές τους, οι κλάδοι προσωπικού, οι κατά κλάδο και κατηγορία θέσεις και η διαβάθμισή τους με την επιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 63 του νόμου αυτού, για τις θέσεις του ιατρικού προσωπικού.

4. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων ανάλογα με τη δύναμη σε κλίνες και κατηγορίες προσωπικού. Ειδικότερα μπορεί να θεσπίζονται ειδικοί συντελεστές καθορισμού του αριθμού των θέσεων προσωπικού κατά κλάδο ή υπηρεσία με σκοπό την εξασφάλιση της καλύτερης μεταξύ τους αναλογίας που απαιτείται για την πλήρη και ισόρροπη

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

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

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

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

Άρθρο 57

Οργάνωση νοσοκομειακού φαρμακείου

1. Στα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953, καθώς και στα νοσηλευτικά ιδρύματα των άρθρων 48 και 52 του παρόντος νόμου, λειτουργούν υποχρεωτικά φαρμακεία. Επίσης, στις ιδιωτικές κλινικές που διαθέτουν 150 κλίνες και άνω λειτουργούν υποχρεωτικά φαρμακεία, για τη φαρμακευτική εξυπηρέτηση αποκλειστικά και μόνο των νοσηλευόμενων σε αυτές ασθενών.

2. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις οργάνωσης των φαρμακείων των νοσοκομείων, οι αρμοδιότητες και η σύνθεση του προσωπικού τους κατά ειδικότητα, ανάλογα με τον αριθμό των κλινών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 58

Διάρθρωση ιατρικής και λοιπής επιστημονικής υπηρεσίας των νοσοκομείων

1. Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου διαρθρώνεται σε τομείς, που ο καθένας τους απαρτίζεται από τμήματα αντίστοιχων και συγγενικών ειδικοτήτων. Οι τομείς είναι: α) Παθολογικός, β) Χειρουργικός, γ) Εργαστηριακός, δ) Ψυχιατρικός, ε) Κοινωνικής ιατρικής, στ) Επειγουσας και εντατικής ιατρικής, και ζ) Φαρμακευτικός, υπό ορισμένες προϋποθέσεις που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι οδοντίατροι υπάγονται στο χειρουργικό τομέα.

2. Κάθε κλινικός τομέας έχει ορισμένο αριθμό κλινών, του εξυπηρετούν όλα τα τμήματα του. Η δύναμη κάθε τομέα

καθορίζεται με απόφαση του Δ.Σ. του νοσοκομείου ανάλογα με τις ανάγκες, ύστερα από εισήγηση της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου, μπορεί δε και να τροποποιείται

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

4. Εφόσον η κτηριακή υποδομή επιτρέπει τη χωροταξική αυτοτέλεια των κλινών των τμημάτων εντός του νοσοκομείου, τότε το διοικητικό συμβούλιο μεριμνά και αποφασιάζει για την αυτοτέλεια αυτήν, αφού λάβει υπόψη τις εισηγήσεις των αρμόδιων επιστημονικών οργάνων του νοσοκομείου, προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερη και σύμφωνα με τις τρέχουσες προδιαγραφές νοσηλεία και περίθαλψη των ασθενών.

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

6. Τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων μετονομάζονται σε "Συγκρότημα Εξωτερικών Ασθενών (Σ.Ε.Α.)" και αποτελούνται:

α. Από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) β. Από το Τμήμα Ημερήσιας Παρακολούθησης (Τ.Η.Π.) γ. Από το Τμήμα Τακτικών Ιατρείων (Τ.Τ.Ι.).

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

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος παροχής οδοντιατρικών υπηρεσιών πρόληψης και περίθαλψης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 59

Σύσταση και λειτουργία μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Οικονομικών, Δικαιοσύνης και Υγείας, Προ-

ας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του Π.Σ.Υ., καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις συστάσεως και λειτουργίας μονάδων τεχνητής γονιμοποίησης του ζώου και στο ίδιο προεδρικό διάταγμα θα καθορίζεται η λεπτομέρεια σχετικά με την ηθική, δεοντολογική, ιατρική και οικονομική ρύθμιση του όλου θέματος.

Οι μονάδες αυτές λειτουργούν υποχρεωτικά σε ειδικώς οργανωμένα νοσοκομεία ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ. ή ειδικώς οργανωμένες ιδιωτικές κλινικές.

Άρθρο 60

ο άρθρο 12 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

Επιστημονική επιτροπή

Σε κάθε νοσοκομείο συγκροτείται επιστημονική επιτροπή, που αποτελείται από πέντε (5) μέλη. Τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής είναι ιατροί ή άλλοι επιστήμονες ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου και εκλέγονται ιατρούς ειδικευμένους και ειδικευόμενους, που υπηρετούν στο νοσοκομείο, καθώς και από τους λοιπούς επιστήμονες, που είναι ενταγμένοι στην ιατρική υπηρεσία. Η επιστημονική επιτροπή αποτελείται από: δύο (2) διευθυντές,

(1) επιμελητή Α', έναν (1) επιμελητή Β' και έναν (1) εφόμο. Στα νοσοκομεία που λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, το ένα μέλος της επιστημονικής επιτροπής πανεπιστημιακός ιατρός, που εκλέγεται από το διδακτορικό προσωπικό που υπηρετεί στο νοσοκομείο, να αποκλείεται η ανάδειξη και άλλων μελών από πανεπιστημιακούς ιατρούς κατά τη γενική εκλογή των μελών. Η ίδια διαδικασία, σε νοσοκομεία πανεπιστημιακά, όπου υπάρχουν επιστημονικά ιατρικά τμήματα του Ε.Σ.Υ., το μέλος της επιστημονικής επιτροπής είναι ιατρός, που ορίζεται από τα τμήματα αυτά, χωρίς να αποκλείεται και η ανάδειξη και άλλων μελών από ιατρούς των τμημάτων κατά τη γενική εκλογή των μελών. Τα μέλη της επιστημονικής επιτροπής εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία τον πρόεδρο ή τον διευθυντή και τον αντιπρόεδρο μεταξύ των μελών ή επιμελητών. Η θητεία των μελών της επιστημονικής επιτροπής καθορίζεται και η συγκρότησή της γίνεται με απόφαση του Εθνικού συμβουλίου του νοσοκομείου. Τα μέλη που χάσουν την ιδιότητα με την οποία διορίστηκαν αντικαθίστανται με την ίδια διαδικασία που ορίστηκαν.

Η επιστημονική επιτροπή εκφράζει γνώμη για κάθε λειτουργία του νοσοκομείου, που έχει σχέση με την ιατρική υπηρεσία και για τον επιστημονικό εξοπλισμό σε οικονομικό υλικό του νοσοκομείου, συντονίζει και ελέγχει την παίδευση των ιατρών για τη λήψη ειδικότητας στα νοσοκομεία των αποφάσεων των μετεκπαιδευτικών φορέων του άρθρου 81 του νόμου αυτού. Η γνώμη της επιστημονικής επιτροπής λαμβάνεται υπόψη από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου και είναι δεσμευτική.

Οι συνεδριάσεις της επιστημονικής επιτροπής καλούνται και συμμετέχουν, χωρίς ψήφο, οι διευθυντές των τμημάτων ιατρικής υπηρεσίας με τους αναπληρωτές τους. Οι αποφάσεις της επιστημονικής επιτροπής, που λαμβάνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται ειδικότερα η οργάνωση και η λειτουργία της επιστημονικής επιτροπής, οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα των μελών της, τα καθήκοντα των επιστημονικών υπευθύνων των τμημάτων, ο τρόπος και η διαδικασία ανάκλησης των διευθυντών των τομέων και η σχετική λεπτομέρεια.

Με απόφαση του Π.Ε.Σ.Υ., οι πρόεδροι των επιστημονικών επιτροπών των νοσοκομείων της περιφέρειας συ-

νέρονται τουλάχιστο μια φορά το χρόνο σε τακτική συνεδρίαση, για το συντονισμό της ιατρικής λειτουργίας των νοσοκομείων της περιφέρειας, εκτάκτως δε όταν τούτο κρίνει το Π.Ε.Σ.Υ. λόγω ειδικών συνθηκών.

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

Άρθρο 61

Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας

1. Συνιστάται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συμβούλιο με επωνυμία "Εθνικό Συμβούλιο Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας."

2. Σκοπός του Εθνικού Συμβουλίου Ιατρικής Ηθικής και Δεοντολογίας είναι:

α) Η συμβολή στη χάραξη της πολιτικής του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων επί ζητημάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, η γνωμοδότηση επί όλων των αναφερόμενων ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και η γνωμοδότηση προς άρση των διαφανιών σε δευτεροβάθμιο επίπεδο των τοπικών επιτροπών ιατρικής ηθικής, όταν αυτές λειτουργήσουν.

β) Η δημιουργία "Κέντρου Ιατρικής Ηθικής" που θα εδρεύει στην Αθήνα και σε χώρο νοσοκομείου ν.π.δ.δ., που θα καθοριστεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Το Κέντρο Ιατρικής Ηθικής θα συλλέγει βιβλιογραφικά και άλλα στοιχεία σε ειδική προς τούτο βιβλιοθήκη προς ενημέρωση όλων των ενδιαφερομένων. Θα οργανώνει ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, που θα απευθύνονται στα επαγγέλματα υγείας και σε συγγενείς επιστήμες. Θα εντείνει τη συνεργασία με παρόμοια κέντρα και παρόμοιες δραστηριότητες των χωρών της Ε.Ο.Κ., του Συμβουλίου της Ευρώπης και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

3. Η συγκρότηση του Συμβουλίου ενεργείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, από επιστήμονες διακριθέντες στον τομέα της υγείας, νομικούς, θρησκευτικούς λειτουργούς και γενικώς από πρόσωπα αναγνωρισμένου επιστημονικού κύρους. Με την ίδια απόφαση ορίζονται και τα περί της λειτουργίας και οργάνωσης του Συμβουλίου αυτού και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

4. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά γνώμη του διοικητικού συμβουλίου των νοσοκομείων, των ιδιωτικών κλινικών και του Εθνικού Συμβουλίου Ηθικής και Επιστημών Υγείας συνιστώνται στα νοσοκομεία ν.π.δ.δ. και ν.π.ι.δ., καθώς και στις ιδιωτικές κλινικές, τοπικές επιτροπές ηθικής των επιστημών υγείας, με έργο τη γνωμοδότηση επί θεμάτων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας προς το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου ή της ιδιωτικής κλινικής, καθώς και τον έλεγχο της τήρησης των κανόνων ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας.

5. Οι τοπικές επιτροπές θα είναι πενταμελείς με τριετή θητεία, θα αποτελούνται δε από επιστήμονες της ιατρικής υπηρεσίας, οι οποίοι έχουν ασχοληθεί με το αντικείμενο. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θα ρυθμισθεί οποιαδήποτε άλλη λεπτομέρεια που αφορά στη συγκρότηση και λειτουργία των τοπικών επιτροπών.

6. Τυχόν δαπάνες που θα προκύψουν για τα λειτουργικά

έξοδα του Κέντρου Ιατρικής Ηθικής θα βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσηλευτικού ιδρύματος στο οποίο θα εγκατασταθεί το κέντρο αυτό.

Άρθρο 62

Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και της Ελληνικής Οδοντιατρικής Ομοσπονδίας συντάσσεται και εκδίδεται ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.

2. Με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας καθορίζονται οι κανόνες δεοντολογίας, που πρέπει να διέπουν το ιατρικό και οδοντιατρικό λειτούργημα, οι σχέσεις μεταξύ των λειτουργών της υγείας και οι σχέσεις αυτών με τους ασθενείς.

3. Από της εκδόσεως του προεδρικού διατάγματος της παρ. 1 του παρόντος άρθρου, καταργείται κάθε διάταξη, που ρυθμίζει τα της ιατρικής δεοντολογίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

ΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 63

Εργασιακές σχέσεις ιατρών

1. Οι θέσεις του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων κ.π.δ. και των κατά τις διατάξεις του νόμου αυτού κέντρων υγείας εκτός από τα νοσοκομεία των Ενόπλων Δυνάμεων και των Α.Ε.Ι., συνιστώνται εφεξής ως θέσεις ιατρών πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης.

Κατ' εξαίρεση οι θέσεις του οδοντιατρικού προσωπικών νοσοκομείων και των κέντρων υγείας συνιστώνται ως έσεις πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, πλην των εριπτώσεων συστάσεως θέσεων οδοντιατρικού προσωπικού που κατέχει τίτλο οδοντιατρικής ειδικότητας.

2. Οι υπηρετούντες μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος νόμου ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ιδίως και οι ιατροί, οι οποίοι έχουν κριθεί επιτυχώς να ιταλάβουν θέση, πριν τη δημοσίευση του παρόντος νόμου και μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί. Θέσεις ιατρών Ε.Σ.Υ., οι έχουν προκηρυχθεί και δεν έχει ολοκληρωθεί η διαδικασία επιλογής, επαναπροκηρύσσονται, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

3. Οι παραπάνω μόνιμοι ιατροί είτε υπηρετούν σε οργανικές έσεις είτε σε προσωποπαγείς θέσεις απαγορεύεται να κούν την ιατρική ή οδοντιατρική ως ελεύθερο επάγγελμα οποιοδήποτε άλλο επάγγελμα εκτός από αυτά που έχουν έση με συγγραφική, καλλιτεχνική ή διδακτική δραστηριότητα, και να κατέχουν οποιαδήποτε άλλη δημόσια ή ιδιωτική, πλην εκείνων, που προβλέπονται κατ'εξαίρεση με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

4. Οι ιατροί που διορίζονται για πρώτη φορά σε θέσεις κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που προκηρύσσονται μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου είναι δημόσιοι λειτουργοί επί θητεία και έχουν γι' αυτούς οι διατάξεις της παραγράφου 3 του παρόντος άρθρου μόνο σε ό,τι αφορά την άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος.

5. Οι ιατροί, που διορίζονται σε θέσεις μερικής απασχόλησης ασκούν δημόσιο λειτούργημα επί θητεία και διατηρούν δικαίωμα ετεροαπασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα της ιατρικής ή το δικαίωμα διατηρήσεως ιδιωτικού ιατρείου ή

οδοντιατρείου.

6. Τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων μπορούν να προσλαμβάνουν, εκτός των θέσεων των προβλεπόμενων στον οργανισμό των νοσοκομείων, ιατρούς με την ιδιότητα των συμβούλων, με ειδική σύμβαση και μετά προηγούμενη έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Ο αριθμός των συμβούλων δεν δύναται να υπερβαίνει τους δύο (2) ανά ειδικότητα.

7. Οι ιατροί πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης και οι ιατροί συμβούλοι νοσοκομείων απαγορεύεται να είναι ιδιοκτήτες ιδιωτικής κλινικής ή φαρμακευτικής επιχείρησης ή να μετέχουν σε προσωπική εταιρεία ή Ε.Π.Ε. ή στη διοίκηση Α.Ε. με αντίστοιχα αντικείμενα.

8. Εφεξής ιατροί μέλη Δ.Ε.Π. τμημάτων ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής, που καταλαμβάνουν θέσεις του κλάδου Ε.Σ.Υ. ή υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως υποχρεούνται εντός δώδεκα (12) μηνών να επιλέξουν μία από τις δύο θέσεις, άλλως θεωρούνται παραιτηθέντες από τη θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ..

9. Ιατροί του Ε.Σ.Υ., που καταλαμβάνουν θέσεις Δ.Ε.Π. τμημάτων ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής θεωρούνται αυτοδικαίως παραιτηθέντες από τη θέση του κλάδου ιατρών του Ε.Σ.Υ..

10. Η κατοχή της θέσεως του Ε.Σ.Υ. για το διάστημα μέχρι δώδεκα (12) μηνών θεωρείται νόμιμη. Η διάταξη του προηγούμενου εδαφίου ισχύει ανάλογα και για όσες περιπτώσεις ιατρών, μέχρι της δημοσίευσής του παρόντος, έχουν υπηρεσία ως μέλη Δ.Ε.Π. ιατρικής, νοσηλευτικής και οδοντιατρικής, κατέχοντες άμα και θέση ιατρού του Ε.Σ.Υ..

Άρθρο 64

Κλάδος ιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων οι θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., που έχουν συσταθεί, με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβερνήσεως, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να τροποποιούνται στο πλαίσιο της μεταβολής των οργανισμών των νοσοκομείων με κοινή απόφαση των πιο πάνω Υπουργών. Το προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις, που τυχόν καταργούνται, τοποθετείται σε αντίστοιχα τμήματα άλλου νοσοκομείου της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας. Σε περίπτωση που οι θέσεις είναι προσωποπαγείς και πλεονάζουν, οι κατέχοντες τις θέσεις ιατροί τοποθετούνται στην ίδια ή άλλη υγειονομική περιφέρεια, σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ύστερα από γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου της παραγράφου 2 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985.

2. Οι θέσεις ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ. κάθε νοσοκομείου προσθέτονται στον οργανισμό του και οι δαπάνες μισθοδοσίας των ιατρών, που διορίζονται σε αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του. Οι δαπάνες μισθοδοσίας των ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ., που υπηρετούν στα κέντρα υγείας, βαρύνουν τον προϋπολογισμό της διεύθυνσης υγείας της οικείας νομαρχίας, που υπάγονται τα κέντρα υγείας, από 1/1/1993.

3. Οι θέσεις ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ., πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης, διαβαθμίζονται σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Α, γ) επιμελητών Β. Προκειμένου περί οδοντιάτρων, οι θέσεις διαβαθμίζονται

παπλέον και σε επιμελητές Γ'. Οι πιο πάνω θέσεις συνιπώνται κατά ειδικότητα. Οι θέσεις των συμβούλων ιατρών εν υπόκεινται στην προηγούμενη διαβάθμιση. Οι οδοντίαροι προσλαμβάνονται και χωρίς ειδικότητα.

4. Σε όλα τα νοσοκομεία ν.π.δ.δ., υπηρετούν ιατροί πλήρους και αποκλειστικής ή μερικής απασχόλησης ή σύμβουλοι ιατροί, οι οποίοι προσλαμβάνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, καθώς και ειδικευόμενοι ιατροί. Οι σύμβουλοι ιατροί δεν υποβάλλονται στη διαδικασία κρίσεως και επιλογής στα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής του νόμου αυτού. Η διαδικασία πρόσληψης των συμβούλων ιατρών καθορίζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 65

Προσόντα ιατρών του κλάδου Ε.Σ.Υ.

1. Για την πρόσληψη σε θέση του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. των των κατηγοριών και βαθμιδών, απαιτούνται τα παρατω τυπικά προσόντα:

α) Ελληνική ιθαγένεια ή ιθαγένεια κράτους-μέλους της ρωπαικής Κοινότητας. Εφόσον ο υποψήφιος έχει ιθαγένεια κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, πρέπει αραιήτως να γνωρίζει την ελληνική γλώσσα. Η διαδικασία τα όργανα για τη διαπίστωση της γνώσης της ελληνικής ύσσας, καθώς και ο αναγκαίος, κατά ειδικότητα και θέση, ζμός γνώσης αυτής, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού είας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

-) Άδεια άσκησης ιατρικού επαγγέλματος.
-) Τίτλος ειδικότητας αντίστοιχος με τη θέση.
-) Ηλικία σύμφωνα με τις διακρίσεις της παραγράφου 2 άρθρου αυτού. Τα όρια ηλικίας ισχύουν για τον πρώτο ισμό σε οποιαδήποτε θέση του κλάδου.

Ειδικότερα:

Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Β', απαιτείται η ρχή τίτλου ειδικότητας και ηλικία μέχρι πενήντα (50) ν.

Για την κατάληψη θέσης επιμελητή Α', απαιτείται η ρση ειδικότητας για πέντε (5) τουλάχιστον χρόνια και α μέχρι πενήντα πέντε (55) ετών.

Για την κατάληψη θέσης διευθυντή, απαιτείται η άσκηση ότητας για δέκα (10) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι τα (60) ετών.

Κατ' εξαίρεση οι ιατροί, που κατέχουν τίτλο τέως φούς ειδικότητας, πριν από τη δημοσίευση του παρόνομου στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως μπορούν να λάβουν θέση επιμελητή Β', επιμελητή Α' εφόσον άσκησην ειδικότητα για δύο (2) τουλάχιστο χρόνια και υντή για τέσσερα (4) τουλάχιστο χρόνια. Αν ο τίτλος έως συναφούς ειδικότητας κτηθεί μετά τη δημοσίευση ιαρόντος, τα απαιτούμενα χρόνια άσκησης ειδικότητας εν τον επιμελητή Α' είναι τρία (3), για δε το διευθυντή : (5). Για την κατάληψη θέσεων από οδοντίατρος είται: α) Για θέση επιμελητή Γ', άδεια άσκησης επαγίτος και ηλικία μέχρι σαράντα (40) ετών. β) Για θέση ιλητή Β', άσκηση του επαγγέλματος για πέντε (5) χιστο χρόνια και ηλικία μέχρι σαράντα πέντε (45) γ) Για θέση επιμελητή Α', άσκηση του επαγγέλματος τώ (8) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι πενήντα ών. δ) Για θέση διευθυντή, άσκηση του επαγγέλματος δεκα (12) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι πενήντα (55) ετών. ε) Εφόσον για την κατάληψη θέσης

απαιτείται κατοχή τίτλου οδοντιατρικής ειδικότητας, τότε για την άσκηση ειδικότητας και τα όρια ηλικίας των υποψήφίων οδοντίατρων, έχουν εφαρμογή οι αντίστοιχες διατάξεις της παρούσας παραγράφου που αφορούν τους ιατρούς.

3. Ο χρόνος άσκησης της ιατρικής ειδικότητας σε νοσοκομεία και επίσημα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής, από ιατρούς, που απέκτησαν ειδικότητα εκεί, αναγνωρίζεται αφού ο ιατρός πάρει τον τίτλο της ειδικότητας σύμφωνα με τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζονται τα νοσοκομεία και τα επιστημονικά κέντρα της αλλοδαπής των οποίων αναγνωρίζεται ο τίτλος ειδικότητας. Σε ιατρούς που σύμφωνα με τις διατάξεις του ν.δ. 546/1970 (ΦΕΚ 110 Α') έχουν προποθέσεις απόκτησης τίτλου ειδικότητας και αποκτούν τον τίτλο, αναγνωρίζεται ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας από τότε που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις κτήσης τίτλου σύμφωνα με το νομοθετικό διάταγμα αυτό.

4. Πρόσληψη ιατρών ή παροχή υπηρεσιών σε ν.π.δ.δ. από ιατρούς, που κατέχουν άλλη θέση στο Δημόσιο απαγορεύεται.

Άρθρο 66

Πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συνιστώνται συμβούλια κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται η έδρα και η περιφέρεια αρμοδιότητας κάθε συμβουλίου.

2. Τα συμβούλια κρίσεως και επιλογής του ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας αποτελούνται από:

α) Τον πρόεδρο ή αντιπρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου για το οποίο έχει προκηρυχθεί η θέση, εφόσον είναι ιατρός ή άλλο μέλος του Δ.Σ. του νοσοκομείου που είναι ιατρός και προτείνεται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου.

β) Έναν (1) ιατρό, που προτείνει ο ιατρικός ή ο οδοντιατρικός σύλλογος, προκειμένου περί οδοντίατρων, της περιοχής όπου ευρίσκεται το νοσοκομείο ή κέντρο υγείας για το οποίο γίνεται η κρίση, της περιφέρειας αρμοδιότητας του συμβουλίου με τον αναπληρωτή του της ίδιας ειδικότητας με τους υποψηφίους.

γ) Τον πρόεδρο ή αντιπρόεδρο της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου για το οποίο έχει προκηρυχθεί η θέση.

δ) Ένα (1) διευθυντή της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας, εφόσον δεν υπάρχει της ίδιας, με τη θέση για την οποία γίνεται η κρίση. Ο διευθυντής προέρχεται από το νοσοκομείο στο οποίο γίνεται η κρίση και ορίζεται μαζί με τον αναπληρωτή του από τον κατάλογο των υπηρετούντων στο νοσοκομείο διευθυντών, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Αν δεν υπάρχει στο εν λόγω νοσοκομείο διευθυντής της ειδικότητας αυτής, μπορεί να ορίζεται από άλλο νοσοκομείο της ίδιας γεονομικής περιφέρειας. Σε περίπτωση που η κρίση είναι για θέση επιμελητή, μπορεί αντί του διευθυντή, να συμμετέχει επιμελητής Α' της αντίστοιχης ειδικότητας του ίδιου ή άλλου νοσοκομείου.

... επιπλέον το διευθυντή της διεύθυνσεως υγείας της νομαρχίας που υπάγεται το νοσοκομείο ή τον αναπληρωτή του.

... Σε περίπτωση που η κρίση αφορά σε θέσεις ιατρών κέντρων υγείας η κρίση και επιλογή γίνεται από το πρωτοβάθμιο συμβούλιο του νοσοκομείου νομαρχιακού ή περιφερειακού με το οποίο διασυνδέεται το κέντρο υγείας επιστημονικά και λειτουργικά. Ως εισηγητής στο συμβούλιο, χωρίς δικαίωμα ψήφου, για κάθε ειδικότητα των θέσεων που προκηρύσσονται, ορίζεται ιατρός τουλάχιστον της ίδιας βαθμίδας με την υπό κρίση θέση, της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας, με το νόμιμο αναπληρωτή του, από κατάλογο των υπηρετούντων ιατρών του Ε.Σ.Υ. της αντίστοιχης υγειονομικής περιφέρειας με το νοσοκομείο που αφορά η κρίση. Στα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής πρόεδρος είναι ο εκπρόσωπος του Δ.Σ. του νοσοκομείου και επί απουσίας αυτού ο διευθυντής της Διεύθυνσεως υγείας.

3. Οι εκπρόσωποι των κατά την προηγούμενη παράγραφο οριζώνται μέσα σε δεκαπέντε (15) ημέρες από την ποστολή σχετικής πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε περίπτωση μη μπρόθεσμου ορισμού εκπροσώπου, τον εκπρόσωπο ορίζει Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4. Σύζυγοι ή συγγενείς εξ αίματος ή αγχιστείας μέχρι και 4ου βαθμού των υποψήφιων κωλύονται να συμμετέχουν στο συμβούλιο επιλογής και οφείλουν να ζητήσουν εξαιρεση τους από την κρίση όλων των υποψήφιων της θέσεως.

5. Μέχρι να συγκροτηθούν τα πρωτοβάθμια συμβούλια ήσης και επιλογής του άρθρου αυτού, λειτουργούν τα ιάρχοντα που έχουν συσταθεί για το λόγο αυτόν, τα οποία καταργούνται με την έκδοση αποφάσεως του Υπουργού υείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων περι συγκροσεως των πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού. Ο τρόπος και η ιδικασία εκκαθαρίσεως των υποθέσεων που εκκρεμούν καταργούμενα συμβούλια καθορίζεται με την ίδια υργική απόφαση.

6. Η κατάταξη των ιατρών μετά την τελική αξιολόγηση εται με αριθμητική σειρά, σύμφωνα με τα προσόντα πού κεντρώνουν.

7. Η θητεία των μελών των συμβουλίων ορίζεται τριετής. ά τη διάρκεια της θητείας τα τυχόν δημιουργούμενα ά συμπληρώνονται με την ίδια διαδικασία για το υπόλοιπο θητείας.

8. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και ωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος λειτουργίας πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσης και επιλογής, η ικασία λήψεως αποφάσεων, τα κωλύματα των μελών, η λήρωση των μελών, η προθεσμία υποβολής εισηγήσεων έκδοσης αποφάσεων και κάθε άλλη διαδικαστική λειέρεια που απαιτείται για τη λειτουργία των συμβουλίων ως και επιλογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 67

Δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής

Συνιστώνται δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής ιατρ-αι οδοντιατρικού προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων κολούθως:

Πρώτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα (θήνα. β) Δεύτερο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής ρα την Αθήνα. γ) Τρίτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο ε-

πιλογής με έδρα τη Θεσσαλονίκη. δ) Τέταρτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Πάτρα. ε) Πέμπτο δευ-τεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα το Ηράκλειο. στ) Έκτο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα τα Ιωάν-νινα. ζ) Έβδομο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα την Αλεξανδρούπολη. η) Όγδοο δευτεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής με έδρα τη Λάρισα. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, συγκροτού-νται τα δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής και γίνεται η διανομή των εκκρεμουσών προς εκδίκαση ενστάσεων, ενώ καθορίζεται η περιοχή αρμοδιότητας εκάστου συμβουλίου.

2. Τα δευτεροβάθμια συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού αποτελούνται από:

α) Το διευθυντή της περιφερειακής διεύθυνσεως υγείας της υγειονομικής περιφέρειας, στην έδρα της οποίας ευ-ρίσκεται το δευτεροβάθμιο συμβούλιο, με το νόμιμο ανα-πληρωτή του.

β) Έναν (1) ανώτερο δικαστικό λειτουργό, ως πρόεδρο, που ορίζεται από τον προϊστάμενο του οικείου δικαστηρίου στον οποίο απευθύνεται ο Υπουργός Δικαιοσύνης, με το νόμιμο αναπληρωτή του.

γ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Ιατρικού Συλ-λόγου που προτείνει το Δ.Σ. του Π.Ι.Σ., μαζί με το ανα-πληρωματικό του μέλος.

δ) Έναν (1) εκπρόσωπο του Δ.Ε.Π. του εγγύτερου Ιατρικού Τμήματος Α.Ε.Ι., με τον αναπληρωτή του, που ορίζεται από αυτό. Ο εκπρόσωπος Δ.Ε.Π. πρέπει να είναι κάτοχος της ίδιας ή συγγενικής ειδικότητας με τη θέση για την οποία γίνεται η κρίση.

ε) Έναν εκπρόσωπο του ΚΕ.Σ.Υ., ιατρό, με τον αναπλη-ρωτη του.

Ως εισηγητής στο Συμβούλιο, χωρίς δικαίωμα ψήφου, προτείνεται από το Δ.Σ. του Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου, ιατρός που έχει αποκτήσει την ειδικότητα της θέσης για την οποία γίνεται η κρίση, πριν δεκαπέντε (15) χρόνια για τις θέσεις διευθυντών, δέκα (10) χρόνια για τις θέσεις επιμελητών Α' και πέντε (5) χρόνια για τις θέσεις επιμελητών Β' και Γ'. Ο εισηγητής μπορεί να είναι το ίδιο πρόσωπο, εφόσον συγκεντρώνει τις προϋποθέσεις, για όλες τις βαθ-μίδες.

3. Το δευτεροβάθμιο συμβούλιο κρίνει σε δεύτερο βαθμό, κατόπιν ενστάσεως κατά των αποφάσεων των πρωτοβάθμιων συμβουλίων κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού. Την ένσταση ασκούν είτε οι ενδιαφερόμενοι υποψήφιοι ιατροί ή οδοντιανοί ή ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η ένσταση κατά της πρωτοβάθμιας απόφασης πρέπει να υποβληθεί από τον ενδιαφερόμενο εντός δέκα (10) ημερών από την ημερομηνία κοινοποιήσεως σ' αυτόν της πρωτοβάθμιας απόφασης. Επί υποβολής ενστάσεως κατά της πρωτοβάθμιας κρίσης στο δευτεροβάθμιο συμβούλιο, αναστέλλεται η διαδικασία δια-ρισμού μέχρι εκδόσεως τελικής αποφάσεως από το δευ-τεροβάθμιο συμβούλιο επιλογής, το οποίο οφείλει να συ-νεδριάσει εντός δύο (2) μηνών από την ημερομηνία υποβολής της τελευταίας ενστάσεως. Μετά την κρίση στο δευτερο-βάθμιο συμβούλιο, διορίζεται ο προκριθείς από το δευτε-ροβάθμιο συμβούλιο.

4. Οι παράγραφοι 3 και 7 του προηγούμενου άρθρου έχουν εφαρμογή και για τα συμβούλια του παρόντος άρθρου.

5. Τα συμβούλια επιλογής του προηγούμενου και του παρόντος άρθρου είναι σε απαρτία όταν παρίστανται τα τρία από τα πέντε μέλη του.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται ο τρόπος λειτουργίας των συμβουλών, η διαδικασία λήψης αποφάσεων και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

7. Όταν πρόκειται για κρίση και επιλογή οδοντόπαιδων, όπου στα συμβούλια επιλογής του προηγούμενου και του παρόντος άρθρου προβλέπεται συμμετοχή ιατρικού τμήματος και ιατρικών φορέων ή ιατρών, συμμετέχουν αντ' αυτών εκπρόσωποι των αντίστοιχων οδοντιατρικών τμημάτων, οδοντιατρικών φορέων και οδοντίατροι, που ορίζονται με αντίστοιχη διαδικασία.

8. Μέχρι τη συγκρότηση των δευτεροβάθμιων συμβουλών επιλογής, λειτουργούν τα υπάρχοντα, που έχουν συσταθεί για το λόγο αυτόν, τα οποία και καταργούνται με την έκδοση απόφασης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων περί συγκροτήσεως των δευτεροβάθμιων συμβουλών επιλογής του άρθρου αυτού. Ομοίως καθορίζεται ο τρόπος και η διαδικασία εκκαθαρίσεως των υποθέσεων του εκκρεμούν.

Άρθρο 68

Μετασπινικές διατάξεις για τις ενστάσεις, που εκκρεμούν για τους ιατρούς του κλάδου Ε.Σ.Υ.

1. Οι ιατροί, που υπηρετούν μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, εφόσον με την έκδοση της απόφασης του δευτεροβάθμιου συμβουλίου κρίσεως ή δικαστικής απόφασης χάνουν τη θέση τους, επαναδιορίζονται σε ομόβαθμη με αυτήν, που χάνουν θέση και, αν δεν υπάρχει νή τέτοια, σε θέση, που σμυστάται με την απόφαση επαναδιορισμού, στην ίδια υγειονομική περιφέρεια της Χώρας, σύμφωνα με τις ανάγκες της Υπηρεσίας. Η τοποθέτηση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με σύμφωνη γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου της παρ. 2 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985.

2. α. Ιατροί, που διορίστηκαν μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, σε θέσεις κλάδων ιατρών Ε.Σ.Υ. και έχασαν άνοιξη τη θέση τους ύστερα από δικαστική απόφαση για τους, που αναφέρονται στη νομιμότητα της πράξης προώξης της θέσης, που κατέλαβαν, επαναδιορίζονται σε ομόβαθμη θέση της ίδιας ειδικότητας στο ίδιο νοσοκομείο. Αν υπάρχει τέτοια κενή θέση, διορίζονται σε θέση, σμυστάται με την απόφαση διορισμού στο ίδιο νοσοκομείο.

Η παρ. 4 του άρθρου 29 του ν. 1579/1985 αντικαθίσταται ως εξής:

Οι ιατροί, που διορίζονται σε θέσεις προσωποπαγείς, θετούνται σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας ή άλλες δευτεροβάθμιες περιθαλψής της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας και σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας, στο αρμόδιο υπηρεσιακό συμβούλιο, αφού συνεκτιμηθούν τα θέματα συνυπηρετήσεως συζύγων, η αίτηση του φερόμενου ιατρού και οι ανάγκες της υπηρεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 5 του ν. 1579/1985.

β. Ιατροί που δικαιώνονται με δικαστική απόφαση ή διοικητική πράξη και έχουν υπερβεί το εξηκοστό πέμπτο (65) της ηλικίας δε διορίζονται σε θέσεις του κλάδου Ε.Σ.Υ..

γ. Θέσεις, που καταλαμβάνουν οι ιατροί, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 και της περιπτώσεως α' της παρ. 2 του άρθρου αυτού, καταργούνται με την απόφαση των ιατρών για οποιονδήποτε λόγο από τις θέσεις, αν δεν προυπήρχαν ως κενές

4. Ο διορισμός των ιατρών, που δικαιώνονται με αποφάσεις των διοικητικών δικαστηρίων ή των δευτεροβάθμιων συμβουλών κρίσεως, ανατρέχει στην ημερομηνία εκδόσεως της ακυρούμενης διοικητικής πράξης, ο διαδραμών εκτός υπηρεσίας χρόνος προσμετράται για κάθε περίπτωση, εκτός της απολήψεως αποδοχών αναδρομικά, αυτοί δε υπηρετούν στη θέση για το υπόλοιπο της θητείας τους. Ως προς το καθεστώς εργασιακής σχέσεως ισχύουν οι διατάξεις της επόμενης παραγράφου του άρθρου αυτού.

5. Ιατροί, που δικαιώνονται κατόπιν αποφάσεως των διοικητικών δικαστηρίων ή των δευτεροβάθμιων συμβουλών κρίσεως για ενστάσεις, που υποβλήθηκαν μέχρι τη δημοσίευση του παρόντος, αν μεν υπηρετούν στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., διορίζονται στη νέα τους θέση ως μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί, άλλως διορίζονται επί θητεία, σύμφωνα με τις διατάξεις των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 63 του παρόντος, ισχυουσών των διατάξεων των άρθρων 70 και 71 του παρόντος νόμου.

6. Οι διατάξεις του άρθρου αυτού ισχύουν και για τους οδοντίατρος, όπου αυτοί δεν αναφέρονται.

Άρθρο 69

Διαδικασία πλήρωσης θέσεων κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ.

1. Η πλήρωση των θέσεων του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. γίνεται, ύστερα από προκήρυξή τους, από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων προκειμένου για τους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης και από τα διοικητικά συμβούλια των νοσοκομείων για την υπόλοιπη επικράτεια μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η προκήρυξη των θέσεων των κέντρων υγείας γίνεται από τις διευθύνσεις υγείας, που υπάγονται τα κέντρα υγείας.

2. Κάθε ιατρός μπορεί να υποβάλλει αίτηση και να κριθεί για περισσότερες της μιας θέσεων. Οι υποψήφιοι ιατροί και οδοντίατροι κρίνονται από τα συμβούλια επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του νόμου αυτού.

3. Για την κρίση και συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων, λαμβάνονται υπόψη τα εξής:

α. Η ιατρική προϋπηρεσία, ποσοτική και ποιοτική (σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας, μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, ασφαλιστικούς οργανισμούς, ελεύθερο επάγγελμα).

β. Το επιστημονικό έργο και η επιστημονική δραστηριότητα.

γ. Η εκπαιδευτική δραστηριότητα, ως εκπαιδευτή ή εκπαιδευομένου.

δ. Η συνέντευξη ενώπιον του συμβουλίου επιλογής όλων των υποψηφίων.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζεται ο τρόπος υπολογισμού και κατατάξεως των κριτηρίων για τη συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων όπως: επιστημονικοί τίτλοι, διδακτορική διατριβή, διατριβή επί υφηγεσία, επιστημονικές εργασίες, οι δημοσιεύσεις σε ξένα και ελληνικά περιοδικά, οι ανακοινώσεις σε επιστημονικά συνέδρια, ο χρόνος άσκησης της ειδικότητας, η μετεκπαίδευση στο εξωτερικό, ο χρόνος προϋπηρεσίας σε νοσοκομεία ή άλλες μονάδες περιθαλψής, ο χρόνος προϋπηρεσίας στο στρατό, ο χρόνος προϋπηρεσίας στην ύπαιθρο, ο βαθμός πτυχίου, το εκπαιδευτικό έργο και κάθε άλλο στοιχείο, που μπορεί να συμπεριληφθεί στην έννοια των κριτηρίων, που ορίζονται στην παρούσα παράγραφο. Με την ίδια απόφαση καθορίζεται και ο υπολογισμός κατα αντικειμενικό τρόπο των κριτηρίων για τη συγκριτική αξιολόγηση των υποψηφίων.

5. Για κάθε διορισμό στον κλάδο ιατρών εφαρμόζονται τα παραπάνω κριτήρια. Τα συμβούλια κρίσεως και επιλογής τατάσσουν τους υποψηφίους με τη σειρά αξιολογήσεώς τους για κάθε θέση για την οποία έχουν υποβάλλει υποψηφιότητα. Εάν κριθεί ότι δύο υποψήφιοι έχουν ίσα προνόμια, προτάσσεται κατά σειρά :

1. Εκείνος που στο πρόσωπό του συντρέχει περίπτωση υπηρετήσεως συζύγου.

2. Εκείνος που διαμένει στο νομό που βρίσκεται το νοσοκομείο δέκα (10) τουλάχιστο χρόνια συνεχώς.

3. Οι περιπτώσεις α' και β' ισχύουν και για τους Νομούς Αττικής και Θεσσαλονίκης. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων διορίζεται ο πρώτος στη σειρά αξιολογήσεως ή ο δεύτερος, αν ο πρώτος αποδέχεται το διορισμό ή συντρέχει κώλυμα ή κατά ομόφωνο τρόπο ο τρίτος, αν οι δύο πρώτοι δεν αποδεχτούν το διορισμό ή συντρέχει κώλυμα. Υποψήφιοι, που κατέλαβαν τη σειρά αξιολογήσεως μετά τον τρίτο, δε διορίζονται.

4. Διαπιστωθεί ότι ο υποψήφιος, που αξιολογήθηκε από το συμβούλιο επιλογής σε θέση διορισμού, δεν είχε τα απαιτούμενα δικαιώματα από το νόμο τυπικά προσόντα, ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να αναστείλει στο διορισμό του αμέσως επόμενου. Δε διορίζεται επίσης ο ιατρός, που α) δεν είναι γραμμένος στα βιβλία αρρένων ή για γυναίκες στα γενικά μητρώα δημοτών, β) δεν έχει εκπληρώσει τις στρατιωτικές του υποχρεώσεις, γ) δεν έχει νόμιμο απαλλαγή, δ) έχει στερηθεί τα πολιτικά δικαιώματα, για όσο χρόνο διαρκεί η στέρηση, ε) έχει καταδικαστεί για κακούργημα, έγκλημα κατά των ηθών, πλ, υπεξαίρεση, απάτη, πλαστογραφία, ψευδορκία, ψευδή μήνυση, συκοφαντική δυσφήμιση, δωροδοκία, δόλια δωροδοκία ή για εγκλήματα, που ανάγονται στην προστασία δημοκρατικού πολιτεύματος, στ) δεν είναι υγιής και ζ) δεν είναι γραμμένος στον ιατρικό σύλλογο της περιοχής α' και η θέση. Επίσης, δε διορίζονται οι ιατροί, που δεν έχουν εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου ή δεν έχουν μη απαλλαγή και ο διορισμός τους αφορά σε θέσεις νοσοκομείων ή κέντρων υγείας των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης. Σε αυτήν την περίπτωση μπορεί ο ιατρός να υποβάλει υποψηφιότητα, αλλά στη θέση θα μπορεί να διοριστεί μετά την εκπλήρωση της υποχρεώσεως υπηρεσίας υπαίθρου, που ορίζει το ν.δ. 67/1968. Προς τούτο υποβάλλεται η αναστολή του διορισμού του για όσο χρονικό διάστημα απαιτείται προκειμένου να εκπληρώσει την υπηρεσία υπαίθρου.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι παροχές και βλάβες της υγείας, που παρεμποδίζουν το διορισμό ιατρών, καθώς και οι αρμόδιες επιτροπές για την αποκατάσταση της υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ορίζονται τα δικαιώματα, που πρέπει να προσκομίσει ο ιατρός για το διορισμό του.

Οι διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου αυτού ισχύουν και για τους υπηρετούντες, κατά τη δημοσίευση του παρόντος, νόμου.

Οι υποψήφιοι πρέπει να συγκεντρώνουν τα απαιτούμενα προνόμια κατά το χρόνο λήξεως της προθεσμίας υποβολής δικαιολογητικών.

Δε γίνονται δεκτά δικαιολογητικά μετά τη λήξη της

προθεσμίας υποβολής τους.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται η διαδικασία και ο τρόπος προκήρυξεως των θέσεων, η προθεσμία και ο τρόπος υποβολής δικαιολογητικών από τους υποψηφίους, τα καθήκοντα των μελών των συμβουλίων κρίσεως και επιλογής και των εισηγητών τους και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

11. Περιοχές όπου οι κοινωνικές, γεωγραφικές, συγκοινωνιακές και οικιστικές συνθήκες συνιστούν αποδεδειγμένα ανηκνόντα για την κατάληψη θέσεων ιατρικού δυναμικού στα νοσοκομεία και τα κέντρα υγείας ή τους 24ωρους ετοιμότητας υγειονομικούς σταθμούς μπορεί με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να χαρακτηρίζονται ως προβληματικές και άγονες περιοχές. Περιοχή με την έννοια της διατάξεως αυτής μπορεί να θεωρηθεί ολόκληρος νομός ή ξεχωριστά πόλη ή χωριό, που είναι έδρα νοσοκομείου ή κέντρου υγείας ή υγειονομικού σταθμού 24ωρης ετοιμότητας. Οι άγονες και οι 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 οξυμένες. Η διάκριση γίνεται με το προεδρικό διάταγμα χαρακτηρισμού τους. Με το ίδιο ή άλλο όμοιο προεδρικό διάταγμα μπορεί να θεσπίζονται ειδικά οικονομικά, υπηρεσιακά ή ηθικά κίνητρα για την προσέλκυση ιατρών στις θέσεις των νοσοκομείων και κέντρων υγείας ή υγειονομικών σταθμών 24ωρης εφημερίας, που έχουν την έδρα τους στις περιοχές αυτές. Οι διατάξεις της παραγράφου αυτής μπορεί να εφαρμόζονται και σε άγονες ειδικότητες ιατρών ή άλλων κλάδων προσωπικού κατά περιοχή με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Οικονομικών.

12. Μέχρι να εκδοθούν οι υπουργικές αποφάσεις και το προεδρικό διάταγμα, που προβλέπονται από τις διατάξεις του παρόντος άρθρου, για τη διαδικασία πλήρωσης των θέσεων του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., την προκήρυξη και τα κριτήρια, εφαρμόζονται οι διατάξεις, που ισχύουν κατά τη δημοσίευση του παρόντος οι οποίες και καταργούνται με την έκδοση των υπουργικών αποφάσεων.

Άρθρο 70

Θητεία των ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ.

- Επαναπροκήρυξη θέσεων

1. Καθιερώνεται η θητεία για τους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. όλων των κατηγοριών και βαθμίδων. Κάθε ιατρός έχει δικαίωμα παραμονής στην ίδια ή άλλη ομοιοβαθμη θέση μέχρι τρεις (3) θητείες.

2. Κάθε θέση ιατρού του κλάδου Ε.Σ.Υ., πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ή μερικής απασχόλησης, επαναπροκηρύσσεται όταν ο ιατρός που την κατέχει συμπληρώσει σε αυτήν υπηρεσία τεσσάρων (4) ετών, αν πρόκειται για θέσεις επιμελητών Α' ή Β' ή Γ', και πέντε (5) ετών για θέσεις διευθυντών. Για την κατάληψη των θέσεων, που επαναπροκηρύσσονται, υποβάλλουν υποψηφιότητα ιατροί, που υπηρετούν στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., ή εκτός του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. Ο ιατρός, που κατέχει τη θέση που επαναπροκηρύσσεται, έχει δικαίωμα υποβολής υποψηφιότητας για επαναπροκήρυξη του σε αυτήν ή άλλη ομοιοβαθμη

θέση, για τρεις (3) συνολικά θητείες. Αν το αρμόδιο συμβούλιο επιλογής προκρίνει άλλον υποψήφιο για την κατάληψη της θέσεως, τότε ο ιατρός, που χάνει τη θέση, αν μιν είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης κι έχει διοριστεί μέχρι την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, τοποθετείται σε οποιαδήποτε ομοιόβαθμη κενή θέση νοσοκομείου, αν υπηρετούσε σε νοσοκομείο, ή κέντρου υγείας, ή τοποθετείται ως υπεράριθμος με τον ίδιο βαθμό και προσφέρει τις υπηρεσίες του σε νοσοκομείο ή κέντρο υγείας, ή άλλη μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Αν ο ιατρός που χάνει τη θέση είναι μερικής απασχόλησης ή πλήρους και αποκλειστικής και έχει διοριστεί στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ. για πρώτη φορά μετά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου, εξέρχεται της υπηρεσίας του.

3. Η τοποθέτηση των ιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού και χάνουν τη θέση κατά την επαναπροκήρυξή της, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και γνώμη του υπηρεσιακού συμβουλίου του άρθρου 29 του ν. 1579/1985, σύμφωνα με τις ανάγκες της υπηρεσίας, στην ίδια υγειονομική περιφέρεια.

4. Όλες οι θέσεις στις οποίες υπηρετούν οι ιατροί, κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, επαναπροκηρύσσονται με τη συμπλήρωση υπηρεσίας στις θέσεις αυτές πέντε (5) ετών, από τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Κατ' εξαίρεση, οι θέσεις των ιατρών εκείνων, που συμπληρώνουν συνεχή υπηρεσία εννέα (9) ετών ως επιμελητές Α', Β', Γ', ή δέκα (10) ετών ως διευθυντές, επαναπροκηρύσσονται με τη συμπλήρωση της πιο πάνω υπηρεσίας και πριν την παρέλευση των πέντε (5) ετών.

5. Ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, θεωρείται ότι θα υπηρετήσουν την πρώτη τους θητεία στη θέση μετά την προκήρυξη, που θα γίνει, σύμφωνα με τις διατάξεις της αμέσως προηγούμενης παραγράφου του άρθρου αυτού.

6. Οι ιατροί του Ε.Σ.Υ. μπορούν να υποβάλλουν αίτηση για κατάληψη ομοιόβαθμης θέσης, μόνο μετά παρέλευση διετίας από την ημερομηνία κατάληψης της θέσεως στην οποία υπηρετούν. Σε αντίθετη περίπτωση, υποβάλλουν παραίτηση, προκειμένου να διεκδικήσουν νέα θέση. Η κατάληψη της νέας θέσεως γίνεται για το υπόλοιπο της θητείας που απομένει από την προηγούμενη θέση.

7. Όλες οι θέσεις προκηρύσσονται τέσσερις (4) μήνες προ της ημερομηνίας λήξεως της θητείας. Οι ιατροί, που κατέχουν τις προκηρυσσόμενες θέσεις, εξακολουθούν να υπηρετούν κανονικά λαμβάνοντας πλήρεις αποδοχές μέχρι την ημερομηνία επαναπληρώσεως των θέσεων από τους διους ή άλλους ιατρούς.

8. Οι διατάξεις του άρθρου 52 του ν. 1759/1988 και της παραγράφου 5 του άρθρου 2 του ν. 1579/1985 εφεξής δεν ισχύουν. Οι προσωπιστικές θέσεις, που τυχόν συστάθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 52 του ν. 1759/1988, καταργούνται, όταν για οποιονδήποτε λόγο κενωθούν.

9. Σε περίπτωση που προκηρυχθείσα θέση δεν διεκδικείται από άλλους υποψηφίους, ο ιατρός, που κατέχει τη θέση, πορεί να παραμείνει σ' αυτή για περισσότερες από τρεις (3) θητείες. Η θέση επαναπροκηρύσσεται μετά τη συμπλήρωση πλήρους θητείας από τον κατέχοντα τη θέση ιατρός.

1. Οι ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, που υπηρετούν, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού, μπορούν:

α) Να μεταβάλουν την εργασιακή τους σχέση και να γίνουν μερικής απασχόλησης με υπεύθυνη δήλωση του ν. 1599/1986. Με τη δήλωση αυτήν ο ιατρός υπηρετεί πλέον ως μερικής απασχόλησης, υπαγόμενος πλέον στο καθεστώς, που προβλέπεται για τους ιατρούς αυτούς. Η παραμονή του ιατρού στη θέση αυτή διαρκεί επί τρία (3) έτη από την ημερομηνία υποβολής της υπεύθυνης δήλωσης για μεταβολή της εργασιακής σχέσης. Με τη συμπλήρωση των 3 ετών η θέση επαναπροκηρύσσεται και μέχρι επαναπληρώσεως της θέσης αυτής ο ιατρός, που την κατέχει, εξακολουθεί να παραμένει σ' αυτήν. Αν τη θέση καταλάβει ο ιατρός, που την κατείχε και μετέβαλε την εργασιακή του σχέση, θεωρείται ότι υπηρετεί την πρώτη θητεία στη θέση αυτήν, άλλως εξέρχεται της υπηρεσίας. Το δικαίωμα υποβολής υπεύθυνης δήλωσης για αλλαγή των εργασιακών σχέσεων δεν υπόκειται σε περιοριστικούς χρονικούς όρους. Σε περίπτωση, που για τη συμπλήρωση της θητείας απομένουν λιγότερα από τρία χρόνια, τότε ο ιατρός, που μεταβάλλει την εργασιακή του σχέση, υπηρετεί στη θέση αυτή για το υπόλοιπο της θητείας του.

β) Να παραμείνουν στην πλήρη και αποκλειστική απασχόληση υπηρετώντες κανονικά κατά τις κείμενες διατάξεις του νόμου αυτού ως μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί.

2. Ιατροί, που εντάσσονται στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., για πρώτη φορά μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, έχουν δικαίωμα να επλέξουν την εργασιακή τους σχέση, ως πλήρους ή μερικής απασχόλησης, δηλώνοντας τούτο με αίτησή τους κατά το διορισμό τους.

3. Οι διατάξεις της παραγράφου 1, περίπτωση α' και 2 του παρόντος άρθρου δεν έχουν ισχύ για τους οδοντάτρους που δεν κατέχουν τίτλο ειδικότητας, οι οποίοι υποχρεούνται να παραμείνουν ως οδοντίατροι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης.

4. Σε κάθε περίπτωση, που ο ιατρός συμπληρώσει το εξηκοστό πέμπτο (65) έτος της ηλικίας εξέρχεται της υπηρεσίας, ανεξαρτήτως από την ημερομηνία λήξεως της θητείας του. Η θέση που κενούται επαναπροκηρύσσεται.

5. Στις διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου δεν εμπίπτει το ιατρικό προσωπικό, που παραμένει στην υπηρεσία, κατά τη δημοσίευση του παρόντος κατ' εφαρμογήν των διατάξεων της παραγράφου 1 του άρθρου 8 του ν. 1902/1990, το οποίο αποχωρεί με τη συμπλήρωση 35ετούς συντάξιμης υπηρεσίας και ουχί πάντως πέραν του 67ου έτους της ηλικίας του.

6. Διατελέσαντες υφηγητές, προ της εφαρμογής του ν. 1397/1983 και ενταχθέντες στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ. κατά την πρώτη εφαρμογή του ως διευθυντές, παραμένουν στην ενεργό υπηρεσία μέχρι της συμπληρώσεως του 67ου έτους της ηλικίας τους, κατά παρέκκλιση πάσης ανηθέτου διατάξεως.

7.α. Οι ιατροί, που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του

απορροφούνται στις μεταβατικές διατάξεις του άρθρου 8 του παρόντος νόμου, έχουν το δικαίωμα της ελεύθερης πώλησης της εργασιακής τους σχέσης, σύμφωνα με τις εφικτές διατάξεις.

β. Οι ιατροί, που υπηρετούν σε προσωποπαγή θέση, πορούν να μεταβάλλουν την εργασιακή τους σχέση με την ίδια διαδικασία της παραγράφου 1 του άρθρου αυτού, ως θέσης τους μετατρεπόμενης στην περίπτωση αυτή σε γιανική, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Οι προσωποπαγείς θέσεις, που πατρέπονται σε οργανικές με τη διαδικασία αυτήν καταρ-κύνται μετά την αποχώρηση του ιατρού από την υπηρεσία α αιονδήποτε λόγο.

β. Θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., που κενούνται καθ' ενδήποτε τρόπο, επαναπροκηρύσσονται, εκτός εάν υφί-αται στο ίδιο τμήμα προσωποπαγής ομοίβαθμη θέση, ίοτε ο κατέχων αυτή δύναται με δήλωσή του υποβαλλομένη τός μηνός να καταλάβει την οργανική θέση. Επί υπάρξεως ρισσότερων ιατρών, που κατέχουν προσωποπαγείς ο-ιόβαθμες θέσεις με την κενούμενη οργανική στο ίδιο ήμα, τη θέση καταλαμβάνει ο ιατρός, που κατέχει την οσωποπαγή θέση περισσότερο χρόνο.

γ. Οι λεπτομέρειες περί υποβολής υπεύθυνης δήλωσης ι μεταβολή της εργασιακής σχέσης των υπηρετούντων ρών καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, ονοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 72 **Εξέλιξη στον κλάδο**

Η βαθμολογική εξέλιξη των ιατρών και οδοντότρων εται με την κατάληψη κενής θέσεως αμέσως ανώτερου ήμου από αυτόν που έχουν, μετά από προκήρυξη της ης και κρίση, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού.

Η εξέλιξη σε ανώτερο βαθμό, κατά την προηγούμενη άγραφο, γίνεται εφόσον οι ενδιαφερόμενοι έχουν τα ιόντα της παρ. 2 του άρθρου 65 του νόμου αυτού.

Οι οδοντίατροι, που έχουν το βαθμό επιμελητή Γ', για εξελιχθούν σε θέση επιμελητή Β', πρέπει να έχουν πληρώσει σε κάθε περίπτωση πέντε (5) χρόνια άσκησης επαγγέλματος.

Σε περίπτωση, που ο ιατρός δεν καταλάβει ανώτερη η, μετά τη συμπλήρωση και της τρίτης θητείας του, δεν ρεί να διεκδικήσει εκ νέου τη θέση του, η οποία προ-ισσεται εντός δύο (2) μηνών. Εφόσον ο ιατρός αυτός ρετούσε στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., κατά τη δημοσίευση νόμου αυτού, τίθεται στη διάθεση του Υπουργείου ος, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και τοποθε-ι με τον ίδιο βαθμό στην ίδια υγειονομική περιφέρεια, να με τις ανάγκες της υπηρεσίας κατά τις κείμενες ξεις. Σε κάθε περίπτωση οι ιατροί, που εμπίπτουν στις ίξεις των προηγούμενων εδαφίων της παραγράφου ς, μπορούν μετά παρέλευση διετίας να διεκδικήσουν ερη θέση.

Άρθρο 73 **Χρόνος εργασίας**

Οι ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ζονται πέντε (5) ημέρες την εβδομάδα σε συνεχές ο οκτάωρο ημερησίως.

Οι ιατροί μερικής απασχόλησης εργάζονται πέντε (5)

ρησίως.

3. Οι σύμβουλοι ιατροί υποχρεούνται να μεταβαίνουν στο νοσοκομείο εντός εύλογου χρονικού διαστήματος, όταν κληθούν κατά τη διάρκεια του ωραρίου των ιατρών μερικής απασχόλησης, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Παρόμοια υποχρέωση έχουν ειδικώς και σε άλλες εξαιρετικές περιπτώσεις και μπορεί να καλούνται και εκτός του ωραρίου τούτου.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., καθορίζεται το καθημερινό πρωινό ωράριο εργασίας ενιαία για όλα τα νοσοκομεία ή κέντρα υγείας. Η τροποποίηση του καθημερινού ωραρίου ή η εφαρμογή διακεκομμένου ωραρίου δυνατόν να γίνει, λόγω ειδικών συνθηκών, μετά από πρόταση του Δ.Σ. του νοσοκομείου και εισήγηση του αρμόδιου ΠΕ.Σ.Υ. ή του ΚΕ.Σ.Υ., εφόσον τα ΠΕ.Σ.Υ. δεν έχουν συγκροτηθεί, και απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 74 **Άδειες**

1. Στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. χορηγείται κάθε χρόνο άδεια 22 εργάσιμων ημερών. Από το χρόνο αυτόν αφαιρείται ο χρόνος αδικαιολόγητης απουσίας από την εργασία. Εφόσον το ζητήσουν οι ιατροί με αίτησή τους, τα 2/3 τουλάχιστον της κανονικής άδειας πρέπει να χορηγούνται για τη χρονική περίοδο από 1η Ιουνίου έως τέλος Σεπτεμβρίου, εκτός αν έκτακτες ανάγκες επιβάλλουν την παρουσία τους στη θέση τους. Η άδεια χορηγείται από το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου μετά από γνώμη του διευθυντή του τομέα στον οποίο ανήκουν οι ιατροί. Ιατροί με ειδικότητα ακτινολόγων ή ιατροί, που εργάζονται σε περιβάλλον ιοντίζουσας ακτι-νοβολίας διατηρούν το δικαίωμα πρόσθετης άδειας, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Στους ιατρούς Ε.Σ.Υ. μπορεί να χορηγείται εκπαιδευτική άδεια για συγκεκριμένο εκπαιδευτικό σκοπό, μέχρι ένα (1) χρόνο με διπλάσιες αποδοχές και μέχρι δύο (2) χρόνια χωρίς αποδοχές σε κάθε βαθμό για μετεκπαίδευση ή παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών προγραμμάτων και μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων στο εξωτερικό. Για τη μετεκπαίδευση ή την παρακολούθηση ειδικών επιστημονικών προγραμμάτων στην Ελλάδα, οι ιατροί του κλάδου Ε.Σ.Υ. λαμβάνουν τις κανονικές αποδοχές τους. Η μετεκπαιδευτική άδεια χορηγείται με απόφαση του Υ-πουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από εισήγηση του ΚΕ.Σ.Υ. και γνώμη του οικείου ΠΕ.Σ.Υ., εφόσον έχει συσταθεί, άλλως μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.. Για τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας στο εξω-τερικό απαιτείται η πιστοποίηση και βεβαίωση του ιδρύματος ή του διευθυντή του τμήματος της αλλοδαπής ότι αποδέ-χονται τον υποψήφιο προς μετεκπαίδευση ιατρό. Είναι δυνατόν η μετεκπαιδευτική άδεια να χορηγείται και σε μικρότερα του ενός έτους χρονικά διαστήματα, όχι όμως λιγότερο των δύο (2) μηνών. Για τη χορήγηση εκπαιδευτικής άδειας στο εξωτερικό, είναι απαραίτητη η αποδεδειγμένη γνώση της ξένης γλώσσας, που απαιτείται κάθε φορά.

2. Οι ιατροί, που παίρνουν εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές και αποχωρούν προ της λήξεως της θητείας τους, υπο-χρεώνονται να επιστρέψουν στο διπλάσιο το σύνολο των αποδοχών που έλαβαν κατά το χρόνο της άδειας. Η εισπραξη γίνεται σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου για την εισπραξη των δημοσίων εσοδών.

Άρθρο 76
Μετάθεση ιατρών Ε.Σ.Υ.

3. Στους ιατρούς των νομαρχιακών νοσοκομείων, των κέντρων υγείας και των υγειονομικών σταθμών 24ωρης εφημερίας χορηγείται, ύστερα από αίτησή τους, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και σύμφωνη γνώμη της επιστημονικής επιτροπής του νοσοκομείου, εκπαιδευτική άδεια με αποδοχές μέχρι ένα (1) μήνα για κάθε διετία, για παρακολούθηση μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων ή για απασχόληση σε ερευνητική εργασία σε περιφερειακά νοσοκομεία, πέρα από την εκπαιδευτική άδεια της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη χορήγηση των εκπαιδευτικών αδειών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

5. Στους ιατρούς χορηγούνται αναρρωτικές άδειες και επιπλέον στις γυναίκες άδειες κύησης και λοχείας, σύμφωνα με τις διατάξεις του υπαλληλικού κώδικα.

6. Κάθε ιατρός του Ε.Σ.Υ., καθώς και οι ειδικευόμενοι ατροί δικαιούνται 15 ημέρες το χρόνο άδεια μετ' αποδοχών για παρακολούθηση επιστημονικών συνεδρίων. Η παρακολούθηση πρέπει να πιστοποιείται αμέσως μετά τη λήξη του συνεδρίου, άλλως σε αντίθετη περίπτωση παρακρατούνται η αποδοχές και δεν προσμετράται ο χρόνος στην ειδικότητα.

7. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων επιτρέπεται να χορηγείται, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., άδεια άνευ αποδοχών μέχρι ενός (1) μήνα σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ. προκειμένου να προσφέρουν υπηρεσίες τους σε μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα ανθρωπιστικές οργανώσεις. Με ίδια απόφαση καθορίζονται οι όροι, οι προϋποθέσεις και η εν γένει διαδικασία για τη χορήγηση της εν λόγω άδειας.

Άρθρο 75

Μετακίνηση - Απόσπαση ιατρών κλάδου Ε.Σ.Υ.

1. Οι ιατροί Ε.Σ.Υ. μπορεί να αποσπώνται για κάλυψη υπηρεσιακών αναγκών σε οποιοδήποτε νοσοκομείο και κέντρο υγείας. Κάθε ιατρός μπορεί να αποσπάται μέχρι δύο (2) φορές σε κάθε βαθμό και θητεία και για χρονικό διάστημα όχι μεγαλύτερο των έξι (6) μηνών συνολικά. Από τη διάταξη αυτή εξαιρούνται οι ιατροί-μητέρες με παιδιά κάτω των 6 ετών. Η απόσπαση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Κατ' εξαίρεση η απόσπαση ιατρού μπορεί να παρατείνεται και μέχρι τρία (3) χρόνια συνολικά, αν ο ενδιαφερόμενος συναινεί και υπάρχει θετική εισήγηση του Δ.Σ. του νοσοκομείου στο οποίο ανήκει, αλλά και του Δ.Σ. του νοσοκομείου στο οποίο αποσπάται.

3. Στους ιατρούς, που μετακινούνται εκτός έδρας του κλάδου στον οποίο ανήκει η μονάδα που υπηρετούν, πλην ιατρών που μετακινούνται για εκπλήρωση υποχρέωσης υπηρεσίας υπαίθρου, τους καταβάλλεται προσαύξηση πενήντα (50%) επί του βασικού τους μισθού. Η προσαύξηση αυτή πενήντα τοις εκατό (50%) δε καταβάλλεται στους ιατρούς, που παρατείνουν την αποσπασή τους, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου αυτού.

4. Οι ιατροί, που υπηρετούν με απόσπαση κατά τις διατάξεις του άρθρου αυτού, μπορούν να ορίζονται και ως αμειψιμολογούμενοι στην επιτροπή Δημόσιου και ν.π.δ.δ.

1. Ιατροί που κατέχουν οργανικές θέσεις του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. και υπηρετούν σε νοσοκομεία των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, μπορεί να μετατίθενται σε κενές, ομοίωθες θέσεις της αυτής ειδικότητας οργανικές θέσεις νοσοκομείων ή κέντρων υγείας των λοιπών νομών της χώρας, ύστερα από αίτηση του ενδιαφερόμενου ιατρού. Μετάθεση γίνεται και σε νέα θέση, που συνιστάται για το λόγο αυτόν, η δε οργανική θέση, που κενούται με τη μετάθεση του ενδιαφερόμενου ιατρού, καταργείται αμέσως μετά την οριστικοποίηση της μετάθεσης του ιατρού, εκτός αν πρόκειται για θέση διευθυντή.

2. Μετάθεση ιατρού γίνεται και εντός των ορίων του ίδιου νομού, μετά από αίτηση του ενδιαφερόμενου, μόνο από νοσοκομείο σε νοσοκομείο, η δε θέση μεταφέρεται κατ' εφαρμογήν των διατάξεων της παρ. 7 του άρθρου 56 του παρόντος νόμου.

3. Η μετάθεση γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ύστερα από αίτηση του ιατρού, γνώμη του Δ.Σ. των αντιστοιχών νοσοκομείων και του Κ.Ε.Σ.Υ., το οποίο εκτιμά τους λόγους, που επικαλείται ο ιατρός και τις υπηρεσιακές ανάγκες.

Άρθρο 77

Πειθαρχικά αδικήματα και πειθαρχικές ποινές

1. Πειθαρχικά αδικήματα των ιατρών Ε.Σ.Υ. είναι τα προβλεπόμενα από τις πειθαρχικές διατάξεις του Υπαλληλικού Κώδικα και τα επόμενα:

α) Η άσκηση ελεύθερου ή άλλου επαγγέλματος από τους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης ή η κατοχή άλλης θέσης κατά παράβαση των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 63 του νόμου αυτού. Επίσης η άσκηση άλλου επαγγέλματος από τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ή τους ιατρούς συμβούλους, εκτός από τα επιτρεπόμενα στην παρ. 3 του άρθρου 63 του παρόντος νόμου.

β) Η δωροληψία και ιδίως η λήψη αμοιβής και η αποδοχή οποιασδήποτε άλλης περιουσιακής παροχής για την προσφορά οποιασδήποτε ιατρικής υπηρεσίας.

γ) Η συνεργασία με ιατρούς, που ασκούν ελεύθερο επάγγελμα, ή και με ιδιωτικές κλινικές, καθώς και η παράβαση των διατάξεων του άρθρου 63 παράγραφος 3 πλην της συνεργασίας για αποκλειστικούς επιστημονικούς λόγους.

δ) Η παράβαση κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας.

ε) Η άνιση μεταχείριση αρρώστων στην παροχή ιατρικών φροντίδων ή η απρεπής συμπεριφορά προς αυτούς.

στ) Η παράβαση των διατάξεων του νόμου αυτού και των διατάξεων που διέπουν την οικεία υπηρεσιακή μονάδα πειθαρχίας.

2. Πειθαρχικές ποινές είναι:

α) Έγγραφο επίπληξη.

β) Πρόστιμο μέχρι των αποδοχών δέκα μηνών.

γ) Διακοπή του δικαιώματος για την υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσεως 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) Οριστική παύση και

ε) Αφαίρεση της άδειας άσκησης του επαγγέλματος προσωρινά μέχρι δύο (2) χρόνια ή οριστικά.

3. Η διακοπή του δικαιώματος για υποβολή υποψηφιότητας για κατάληψη θέσεως ανώτερου βαθμού μπορεί να επιβληθεί για τα προβλεπόμενα στην παρ.1 περιπτώσεις β', γ', δ' και ε' του άρθρου αυτού αδικήματα, καθώς και για τα ακόλουθα: τη χρησιμοποίηση της θέσης για εξυπηρέτηση ατομικών συμφερόντων ή τρίτων, την ατελή και μη έγκαιρη εκπλήρωση των καθηκόντων τους, την αδικαιολόγητη αποχή από την εκτέλεση των καθηκόντων, άρνηση ή παρελκυστική καθυστέρηση παροχής υπηρεσίας, τη μη πρόποια συμπεριφορά προς τους πολίτες, τους προϊσταμένους και λοιπούς υπαλλήλους, τη μη έγκαιρη κατάρτιση εκθέσεων, ως και τη σύνταξη έκθεσης ουσιαστικών προσόντων από προϊστάμενο κριτή, χωρίς την επιβαλλόμενη αμεροληψία και αντικειμενικότητα, την παράβαση της εκ των κανόνων της ιατρικής δεοντολογίας επιβαλλόμενης εχεμύθειας, τη χρησιμοποίηση πληροφοριών τις οποίες έχουν από την υπηρεσία τους, για να αποκτήσουν όφελος οι ίδιοι ή τρίτοι, τη φθορά λόγω κακής χρησιμοποίησης, την εγκατάλειψη ή παράνομη χρησιμοποίηση πράγματος που ανήκει στο Δημόσιο ή σε ν.π.δ.δ..

4. Η ποινή αφαίρεσης της άδειας άσκησης επαγγέλματος μπορεί να επιβληθεί μόνο για τα αδικήματα της παρ. 1, περ. α' και β' του άρθρου αυτού.

5. Στα αδικήματα της παρ.1 περ. α' και β' του άρθρου αυτού, ο ιατρός τιμωρείται υποχρεωτικώς με ποινή οριστικής παύσης και σωρευτικώς με ποινή προστίμου, από 800.000 δραχμές μέχρι 4.000.000 δραχμές.

6. Η διάταξη του άρθρου 192 παρ. 1 του π.δ. 611/1977 εφαρμόζεται και σε περίπτωση εκκρεμούς πειθαρχικής δίωξης των ιατρών. Σε περίπτωση εκκρεμούς πειθαρχικής δίωξης, ο ιατρός μπορεί να τεθεί σε αργία του άρθρου 192 του π.δ. 611/1977.

7. Η ποινή της οριστικής παύσης μπορεί να επιβληθεί για τα αδικήματα της παρ. 4 του άρθρου 207 του π.δ. 611/1977, τα αδικήματα της παρ. 1 περ. β', γ', δ' του νόμου αυτού, για τα αδικήματα της χρησιμοποίησης θέσης για εξυπηρέτησή ατομικών συμφερόντων ή τρίτων, της ατελούς ή μη έγκαιρης εκπλήρωσης των καθηκόντων τους, καθώς και για τα αδικήματα της παρ. 4 του άρθρου 207 του π.δ. 611/1977.

8. Τα πειθαρχικά όργανα είναι αρμόδια να επιβάλλουν τις εξής ποινές: α) Το διοικητικό συμβούλιο του νοσοκομείου (π.δ.δ. έγγραφη επίπληξη και πρόστιμο μέχρι των αποδοχών εκαπέντε (15) ημερών. β) Το περιφερειακό πειθαρχικό συμβούλιο τις ποινές με στοιχεία α' έως γ' της παρ. 2 του άρθρου αυτού. γ) Το κεντρικό πειθαρχικό συμβούλιο κάθε άλλη ποινή. Για το ιατρικό προσωπικό των κέντρων υγείας αρμόδια είναι τα πειθαρχικά όργανα του Υπαλληλικού Κώδικα.

9. Πειθαρχικές διατάξεις που αφορούν την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος και την ιατρική δεοντολογία εξακολουθούν να ισχύουν.

10. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του πειθαρχικού δικαίου των δημόσιων υπαλλήλων.

Άρθρο 78 Άσκηση επαγγέλματος

1. Επιτρέπεται η άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. μερικής απασχόλησης ή συμβούλους σε μέρες και ώρες εκτός του καθημερινού πρωινού ωραρίου αι της ενεργού εφημερίας, το οποίο είναι υποχρεωμένοι να ακολουθούν σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου αυτού

2. Οι πιο πάνω ιατροί υποχρεούνται να θεωρήσουν βιβλίο εισόδων-εξόδων και αποδείξεις παροχής υπηρεσιών, σύμφωνα με τις διατάξεις του Κώδικα Φορολογικών Στοιχείων (π.δ. 99/1977 (ΦΕΚ 34 Α'), τα οποία πρέπει να τηρούν για τις αμοιβές τους από την άσκηση ελεύθερου επαγγέλματος.

Άρθρο 79 Απασχόληση εκτός θέσης

Η παράγραφος 1 του άρθρου 40 του ν. 1397/1983 αντικαθίσταται ως εξής:

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, επιτρέπεται στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. να απέχουν από τα καθήκοντά τους και να προσφέρουν υπηρεσίες σε οποιασδήποτε φύσεως υπηρεσίες στο Δημόσιο, στην τοπική αυτοδιοίκηση ή ν.π.δ.δ. για χρονική περίοδο μέχρι ένα χρόνο, που μπορεί να ανανεώνεται.

Στο άρθρο 40 του ν. 1397/1983 προστίθεται νέα παράγραφος με αριθμό 5, ως εξής:

5. Με τη διαδικασία των διατάξεων των παρ. 1 έως και 3 του άρθρου αυτού μπορεί να ανατίθενται σε ιατρούς του Ε.Σ.Υ. καθήκοντα προϊσταμένων γραφείων, τμημάτων και διευθύνσεων νομαρχιακών υπηρεσιών του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπου από τον οργανισμό του Υπουργείου προβλέπεται προϊστάμενος υγειονομολόγος ιατρός, καθώς και καθήκοντα προέδρων ή αντιπροέδρων Δ.Σ. νοσοκομείων. Οι ιατροί αυτοί μπορούν να συνεχίζουν την επιστημονική συνεργασία με το νοσοκομείο τους και να συμμετέχουν στο πρόγραμμα εφημερίας. Οι ανωτέρω ιατροί πριν την άσκηση των παραπάνω καθηκόντων παρακολουθούν μετά από απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ειδικό εξαμηνιο ταχύρρυθμο μετεκπαιδευτικό πρόγραμμα, σε θέματα υγειονομολόγου ιατρού στην Υγειονομική Σχολή της Αθήνας.

Άρθρο 80 Ενιαίο μετεκπαιδευτικό σύστημα αρμοδιότητας Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων

1. Το μετεκπαιδευτικό σύστημα αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που αφορά στη μετά τη λήψη του πτυχίου και συνεχιζόμενη ιατρική, οδοντιατρική και φαρμακευτική εκπαίδευση αναδιορθώνεται σε ενιαία λειτουργική βάση.

2. Ιδρύεται ν.π.ι.δ. με έδρα την Αθήνα και με την επωνυμία Ενιαίος Μετεκπαιδευτικός Φορέας (Ε.Μ.Φ.), ως ανώτατο επιστημονικό και γνωμοδοτικό όργανο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για θέματα μετεκπαίδευσης και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των ιατρών, οδοντιάτρων, φαρμακοποιών και λοιπών επαγγελματιών υγείας τρίτοβάθμιας εκπαίδευσης πλην νοσηλευτικής και υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 81 Διάρθρωση Ε.Μ.Φ.-Αρμοδιότητες

1. Στο ν.π.ι.δ. του αμέσως προηγούμενου άρθρου, υπάγονται όλα τα όργανα που θεσμοθετούνται με την έκδοση προεδρικού διατάγματος, που προβλέπεται στην παρ. 2 του παρόντος άρθρου.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με πρόταση

Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται η διάρθρωση και τα όργανα του μετεκπαιδευτικού 1, οι αρμοδιότητες αυτού, οι προϋποθέσεις και η ασία απόκτησης τίτλου ιατρικής, οδοντιατρικής και κευτικής ειδικότητας, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση, η ληλότητα των μονάδων υγείας για απόκτηση τίτλου ητας, η στελέχωση του μετεκπαιδευτικού φορέα και προς διοίκησης αυτού, καθώς και κάθε άλλη σχετική μέρεια που αφορά στην εν γένει λειτουργία αυτού ν οργάνων του.

Άρθρο 82

Άλλες συναφείς διατάξεις για την εκπαίδευση και μετεκπαίδευση των ιατρών

ιατροί ή οδοντίατροι, που έχουν ιθαγένεια κράτους της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, μπορούν να διορίζονται εις έμμισθων ειδικευόμενων βοηθών σε νοσηλευτικά τα, με τις προϋποθέσεις και τη διαδικασία που ισχύει υς Έλληνες ιατρούς και οδοντίατρος. Απαραίτητη όθεση είναι η γνώση της ελληνικής γλώσσας σύμφωνα ' περίπτωση α' της παραγράφου 1 του άρθρου 65 μου αυτού.

τροί που υπηρετούν σε θέσεις του κλάδου ιατρών μέχρι και το βαθμό του επιμελητή Α', οποιασδήποτε ητας, οι οποίοι επιθυμούν να ειδικευθούν σε άλλη ητα, μπορούν με αίτησή τους να τοποθετηθούν ως ιθμοι ειδικευόμενοι σε ειδικότητες που καθορίζονται ραση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών σεων, κατά προτεραιότητα, λαμβάνοντας τις απο- του βαθμού τους. Μετά την απόκτηση τίτλου της δικότητας οι ιατροί αυτοί έχουν την υποχρέωση να ίνουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας για μία τετραετία γωγικό βαθμό επιμελητή Β' σε κενές θέσεις σύμφωνα ανάγκες της υπηρεσίας. Αν δεν υπάρχουν κενές τότε τοποθετούνται ως υπεράριθμοι από το υπηρε- μβούλιο του άρθρου 29 του ν. 1579/1985.

ικευόμενοι ιατροί, που δεν μπορούν, για σοβαρούς υγείας, να συνεχίσουν την ειδικότητά τους, είναι / με αίτησή τους να τοποθετηθούν ως υπεράριθμοι | ειδικότητα. Στους ιατρούς αυτούς δίνεται η δυνα- υπογραφής νέας σύμβασης, η διάρκεια της οποίας η πρὸς τον απαιτούμενο χρόνο για την απόκτηση ις ειδικότητας και τους καταβάλλεται κανονικά η ωση για όσο χρόνο διαρκεί η νέα σύμβαση, κατ' η των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 1 του ν. 5. Η διαπίστωση των λόγων υγείας γίνεται από τις ικές επιτροπές του άρθρου 10 επ. του π.δ. 611/ α τη διαδικασία διορισμού του ιατρού στη νέα θέση ευσόμενου βοηθού, ισχύουν κάθε φορά οι διατάξεις ίουν για όλους τους ιατρούς. Η ανωτέρω διάταξη ι για ιατρούς που ήδη ειδικεύονται σε άλλη ειδι- ια σοβαρούς λόγους υγείας για τον υπόλοιπο χρόνο ευσής τους.

απόφαση των Υπουργών Εθνικής Παιδείας και ιατών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφα- ι μπορεί να ανατίθεται εκπαιδευτικό έργο για φοιτητές κών τμημάτων και σε μη πανεπιστημιακά, επιστη- ημματα των ιατρικών τομέων νοσοκομείων του ιστερα από γνώμη της γενικής συνελεύσεως του ηματος του Πανεπιστημίου και πρόταση του

5. Για την εκπαίδευση των ιατρών του Ε.Σ.Υ. σε ιδρύματα και ειδικά κέντρα στο εσωτερικό ή εξωτερικό, δεν απαι- τούνται οι προϋποθέσεις της προϋπηρεσίας και του ορίου ηλιάας, που προβλέπονται για τους λοιπούς μόνιμους δη- μοσίους υπαλλήλους.

6. Για την άσκηση του ιατρικού και οδοντιατρικού επαγ- γέλματος στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., για κάθε θητεία και σε όλες τις βαθμίδες απαιτείται η συμπλήρωση ογδόντα (80) ωρών παρακολούθησης προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Το ήμισυ των ωρών των προγραμμάτων αυτών μπορεί να είναι της επιλογής του ιατρού ή οδοντίατρου.

7. Η επίσημη βεβαίωση που χορηγείται για την παρακο- λούθηση αυτών των μετεκπαιδευτικών μαθημάτων της παρ. 1 του άρθρου αυτού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμμετοχή του ιατρού σε κρίση για ανώτερη θέση και συμπεριλαμβάνεται στα κριτήρια ως πρόσφατο εκπαιδευτικό έργο.

8. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εκδιδόμενη εντός έξι μηνών από της δημοσίευσσως του νόμου αυτού, ορίζεται ο χρόνος έναρξης της διαδικασίας παρακολούθησης των προγραμ- μάτων συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης, οι φορείς πα- ροχής εκπαίδευσης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια για την εφαρμογή των διατάξεων των παραγράφων 6 και 7 του άρθρου αυτού.

9. Οι διατάξεις των παρ. 6, 7 και 8 έχουν εφαρμογή και για ιατρούς που δεν ανήκουν στον κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ..

Άρθρο 83

Ιατρική και οδοντιατρική εξειδίκευση

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι ειδικότεροι τομείς εξειδίκευσης της ιατρικής και οδοντιατρικής επιστημης εντός του πλαισίου κάθε αναγνωρισμένης κύριας ειδικότητας.

2. Ο καθορισμός του περιεχομένου της εξειδίκευσης και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται ύστερα από εισηγήσεις των επιστημονικών εταιρειών και ενώσεων που εκπροσωπούν αναγνωρισμένες ιατρικές και οδοντιατρικές ειδικότητες και γνώμη των μετεκπαιδευτικών φορέων.

3. Με απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρ- νησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να συνιστώνται τμήματα και θέσεις ιατρικού προσωπικού όλων των βαθμίδων στα νοσηλευτικά ιδρύματα, για τους τομείς εξειδίκευσης της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

4. Οι ιατροί που τοποθετούνται στις ανωτέρω θέσεις για εξειδίκευση, εφόσον υπηρετούν στο Δημόσιο ή ν.π.ι.δ., διατηρούν τις αποδοχές της οργανικής τους θέσης, οι δε λοιποί λαμβάνουν τις αποδοχές των ειδικευόμενων ιατρών σύμφωνα με τις ισχύουσες κάθε φορά διατάξεις.

5. Οι οδοντίατροι που υπηρετούν ήδη σε θέσεις επιμελητών Α' ή Β' ή σε θέσεις Δ.Ε.Π. σε γναθοχειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων Ε.Σ.Υ. της χώρας και υπάγονται στις μεταβατικές διατάξεις για την απόκτηση τίτλου ειδικότητας Γναθοχειρουργικής, όπως ορίζονται από την Υ.Α. Α4/3821/ 18.7.1990, μπορούν με αίτησή τους να ενταχθούν σαν υπεράριθμοι ειδικευόμενοι στο τμήμα που ήδη υπηρετούν η και να αποσπασθούν σε άλλο γναθοχειρουργικό τμήμα νοσοκομείου της χώρας σαν υπεράριθμοι ειδικευόμενοι για τη συμπλήρωση του χρόνου ειδικότητας στη Γναθοχειρουργική, λαμβανόντες τις αποδοχές του βαθμού τους.

Η χορήγηση του τίτλου ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων.

Άρθρο 84

Εξειδίκευση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) και στις Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας (Μ.Ε.Ν.) Νεογνών

1. Κατ' εξαίρεση των διατάξεων του αμέσως προηγούμενου άρθρου, από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου καθιερώνεται η εξειδίκευση στην εντατική νοσηλεία που παρέχεται μετά σμνεχή υπηρεσία και εκπαίδευση δύο (2) ετών σε λειτουργούσες πολυδύναμες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (Μ.Ε.Θ.) ή Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν. Νεογνών), ειδικευμένων ιατρών, σε ειδικότητες που σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις μπορούν να καταλαμβάνουν οργανική θέση σε Μ.Ε.Θ. ή παιδιατρών σε Μ.Ε.Ν. Νεογνών.

2. Μετά τη συμπλήρωση συνεχούς υπηρεσίας και εκπαίδευσης του ιατρού σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών, σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην εντατικολογία. Για να εκδοθεί το πιστοποιητικό, απαιτείται θετική εισήγηση του οικείου διευθυντή της Μ.Ε.Θ. ή της Μ.Ε.Ν. Νεογνών, της οικείας Επιστημονικής Επιτροπής και βεβαίωση του οικείου Διοικητικού Διευθυντή του νοσοκομείου για το χρόνο υπηρεσίας στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Ν. Νεογνών.

3. Τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά έχουν ενιαία και ομοιόμορφη όψη, ο τύπος της οποίας καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

4. Ιατροί που υπηρετούν σε λειτουργούσες Μονάδες Εντατικής Θεραπείας ή σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και συμπληρώνουν τις προϋποθέσεις της παρ. 1 του άρθρου αυτού αποκτούν την εξειδίκευση στην εντατική νοσηλεία. Η εξειδίκευση είναι απαραίτητη για την κατάληψη θέσης επιμελητή Α' ή διευθυντή σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών πέραν των άλλων τυπικών προσόντων που απαιτούνται από τις κείμενες διατάξεις. Το πιστοποιητικό εξειδίκευσης στην εντατικολογία δεν αποτελεί τυπικό προσόν για την πλήρωση θέσεως επιμελητή Β' σε Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών. Η κατοχή του πιστοποιητικού λαμβάνεται υπόψη στην ποιοτική αξιολόγηση και κρίση των υποψηφίων σύμφωνα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που εκδίδεται κατ' εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 4 του άρθρου 69 του παρόντος νόμου.

5. Με απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μπορεί να συνιστώνται θέσεις, κατ' εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 38 του ν. 1397/1983, για εξειδίκευση ιατρών στην εντατική νοσηλεία για διάστημα δύο (2) ετών. Οι θέσεις αυτές καταλαμβάνονται από ειδικευμένους ιατρούς που κατέχουν τίτλο ειδικότητας, που κατά τις κείμενες διατάξεις επιτρέπει την κατάληψη θέσεως σε Μ.Ε.Θ., ή από παιδιατρους σε Μ.Ε.Ν. Νεογνών. Για τους ανωτέρω ιατρούς ισχύουν κατ' αναλογία οι διατάξεις που ισχύουν εκάστοτε για τους ειδικευόμενους ιατρούς και λαμβάνουν αποδοχές ίσες προς αυτές των ειδικευόμενων ιατρών. Οι πιο πάνω ιατροί είναι υποχρεωμένοι να παρακολουθούν καθημερινώς το πρόγραμμα εκπαίδευσης στη Μ.Ε.Θ. ή στη Μ.Ε.Ν. Νεογνών και να μετεχουν στο προ-

γραμμα εφημερίας της Μονάδας.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται η διαδικασία διορισμού των ιατρών της προηγούμενης παραγράφου, ο τρόπος διορισμού, ο αναλογών αριθμός ιατρών ανά Μ.Ε.Θ. ή Μ.Ε.Ν. Νεογνών και κάθε άλλη λεπτομέρεια που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 5 του άρθρου αυτού.

7. Από της δημοσίευσής του παρόντος οι Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Νεογνών που αναφέρονται στους οργανισμούς των νοσοκομείων, μετονομάζονται σε Μονάδες Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (Μ.Ε.Ν. Νεογνών) ή Τριτοβάθμια Νεογνολογικά Τμήματα.

Άρθρο 85

Μισθολόγιο ιατρών και οδοντιάτρων μερικής απασχόλησης

1. Για τους ιατρούς και οδοντιάτρους του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ. μερικής απασχόλησης καθορίζεται ειδικό μισθολόγιο, ανάλογα με το βαθμό και τα χρόνια υπηρεσίας τους σε αυτό, ως εξής:

ΒΑΘΜΟΣ	ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ		
	0-3	3-6	6-9
Επιμελητής Γ	35.000	40.000	45.000 Δρ.
Επιμελητής Β	45.000	50.000	55.000 "
Επιμελητής Α	60.000	65.000	70.000 "
Διευθυντής	75.000	80.000	85.000 "

2. Στους ιατρούς μερικής απασχόλησης χορηγούνται 15.000 δραχμές ως επίδομα για δαπάνες βιβλιοθήκης σε όλους τους βαθμούς. Το πιο πάνω επίδομα μπορεί να αναπροσαρμόζεται με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

3. Η αποζημίωση για δαπάνες κίνησης λόγω ειδικών συνθηκών επαγγέλματος και για την ετοιμότητα κάλυψης των αναγκών και συμμετοχή σε συνέδρια και εκπαιδευτικό έργο, που χορηγείται στους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης σύμφωνα με την παρ. 2 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983, χορηγείται και στους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

4. Οι διατάξεις των παρ. 3, 4 και 6 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 ισχύουν και για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

5. Οι διατάξεις των παρ. 7 και 8 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 δεν ισχύουν για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης.

6. Οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 30 του ν. 1397/1983 και της παρ. 2 του άρθρου 28 του ν. 1579/1985, για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ισχύουν υπό την προϋπόθεση ότι σε αυτούς καταβάλλεται το 50% του ποσού που αντιστοιχεί στους ομοιόβαθμους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού.

7. Κατά τα λοιπά, για τους ιατρούς μερικής απασχόλησης ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 3, 4, 5, και 7 του άρθρου 28 του ν. 1579/1985.

8. Ο υπολογισμός της υπερωριακής απασχόλησης των ιατρών μερικής απασχόλησης γίνεται σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις.

9. Η αμοιβή των ιατρών συμβούλων ορίζεται κατά πράξη και περίπτωση μετά από κοινή απόφαση των Υπουργών

ομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφα-
ν.

ιατροί πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης που
τούν κατά τη δημοσίευση του νόμου αυτού και γίνονται
ις απασχόλησης εντάσσονται στο μισθολογικό κλιμάκιο
πρών μερικής απασχόλησης της προϋπηρεσίας τους
κλάδο ιατρών Ε.Σ.Υ., λαμβανομένης υπ' όψη για την
η αυτήν.

Άρθρο 86

Μηνιαία αποζημίωση εφημεριών ετοιμότητας

1. του άρθρου 54 του ν. 1892/1990 (ΦΕΚ 101 Α)
αντικαθίσταται:

Στους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. πλήρους και αποκλειστικής
λήσης των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας
χορηγείται πάγια μηνιαία αποζημίωση εφημεριών ε-
πιας:

	ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ			Δρχ.
	0-3	3-6	6-9	
θυνητής	54.720	63.360	74.880	
ελητής Α'	43.200	46.080	48.960	*
ελητής Β'	34.560	37.440	40.320	*
ελητής Γ'	20.160	23.040	25.960	*

ους ιατρούς του Ε.Σ.Υ. μερικής απασχόλησης των
μείων και των κέντρων υγείας (Κ.Υ.) χορηγείται πάγια
αποζημίωση εφημεριών ετοιμότητας:

	ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ			Δρχ.
	0-3	3-6	6-9	
υνητής	35.000	39.000	45.000	
λητής Α'	26.000	28.000	30.000	*
λητής Β'	20.000	22.000	24.000	*
λητής Γ'	12.000	14.000	16.000	*

Άρθρο 87

ολογική εξέλιξη επιμελητών Γ' οδοντότρων

ά παρέλευση τριετούς υπηρεσίας σε θέση επιμελητή
πιάτρου και εφόσον έχουν συμπληρωθεί πέντε
πό την έκδοση άδειας άσκησης του επαγγέλματος,
ονται σε αυτόν οι αποδοχές του 1ου κλιμακίου
ελητή Β' οδοντότρου.

ολογική εξέλιξη των επιμελητών Γ' οδοντότρων,
εφαρμογή της παρ. 1 του παρόντος, ακολουθεί
λογική εξέλιξη των επιμελητών Β'.

ς επιμελητές Γ' οδοντότρους, καταβάλλεται το
5ετίας που ισχύει για τους ιατρούς όλων των
, σύμφωνα με την παρ. 6 του άρθρου 30 του ν.
3, της προσμέτρησης της πρώτης 5ετίας αρχο-
τά παρέλευση πέντε (5) ετών από την έκδοση
κησης επαγγέλματος.

Άρθρο 88

ημερίες προσωπικού ιατρικής υπηρεσίας

τροί του Ε.Σ.Υ., όλων των βαθμών, πλήρους και
ικης ή μερικής απασχόλησης ή ειδικευόμενοι, οι
οι, καθώς και οι φαρμακοποιοί, χημικοί, βιοχημικοί,
μικοί και βιολόγοι, που υπηρετούν στα νοσοκομεία
ντρο υγείας, υποχρεούνται σε ενεργό εφημερία

μέσα στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας σύμφωνα με τις
ανάγκες των τμημάτων, εργαστηρίων και ειδικών μονάδων
και εν γένει σύμφωνα με τις ανάγκες για την απρόσκοπτη
λειτουργία του νοσοκομείου ή του κέντρου υγείας. Στους
ιατρούς και στους λοιπούς ως άνω επιστήμονες ενεργού
εφημερίας καταβάλλεται αποζημίωση για υπερωριακή απα-
σχόληση, που καθορίζεται σύμφωνα με τις διατάξεις που
ισχύουν για τον καθορισμό της υπερωριακής αποζημίωσης.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και
Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ο τρόπος εφημερίας
κατά ειδικότητα, κατά τμήμα ή εργαστήριο και κάθε άλλη
σχετική λεπτομέρεια που αφορά την ενεργό εφημερία.

3. Σε όλως έκτακτες και ειδικές περιπτώσεις, με κοινή
απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οι-
κονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων,
μπορεί να καλούνται για αντιμετώπιση των έκτακτων ανα-
γκών ιατροί εκτός του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., των αναγκαίων
ειδικοτήτων προκειμένου να κάνουν ενεργό εφημερία. Με
την ίδια απόφαση καθορίζεται το ύψος και ο τρόπος αμοιβής
των ιατρών αυτών. Σε κάθε περίπτωση για την εφαρμογή
των διατάξεων της παραγράφου αυτής ζητείται η γνώμη
του τοπικού ιατρικού συλλόγου.

Άρθρο 89

Κλάδος νοσοκομειακών φαρμακοποιών

1. Στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Α-
σφαλίσεων συνιστάται κλάδος νοσοκομειακών φαρμακο-
ποιών.

2. Με απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρ-
νησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών
Ασφαλίσεων συνιστώνται κατά νοσοκομείο θέσεις νοσοκο-
μειακών φαρμακοποιών. Οι θέσεις κάθε νοσοκομείου, που
υπάρχουν σ' αυτό προσθέτονται στον οργανισμό του και
οι δαπάνες μισθοδοσίας των φαρμακοποιών που διορίζονται
σ αυτές βαρύνουν τις πιστώσεις του προϋπολογισμού του.
Με τη σύσταση και πλήρωση των θέσεων αυτών, οι θέσεις
των φαρμακοποιών που υπηρετούν σε νοσοκομεία ν.π.δ.δ.
καταργούνται.

3. Οι θέσεις, που συνιστώνται σύμφωνα με την παράγραφο
2 του άρθρου αυτού, προκηρύσσονται με απόφαση του
Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων
μέσα σε ένα χρόνο από τη σύστασή τους.

4. Οι θέσεις του κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών
διαβαθμίζονται σε θέσεις: α) διευθυντών, β) επιμελητών Α',
γ) επιμελητών Β' και δ) επιμελητών Γ'.

5. Για την πρόσληψη σε θέση νοσοκομειακού φαρμακο-
ποιού όλων των βαθμίδων εφαρμόζονται οι διατάξεις της
περ.α), του άρθρου 65 του παρόντος νόμου και β) απαιτείται
η άδεια άσκησης του επαγγέλματος του φαρμακοποιού.
Ειδικότερα δε τα εξής:

α) Για κατάληψη θέσης επιμελητή Γ' απαιτείται η άδεια
άσκησης επαγγέλματος και ηλικία μέχρι σαράντα (40) ετών.

β) Για κατάληψη θέσης επιμελητή Β', άσκηση του επαγ-
γέλματος για πέντε (5) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι
σαράντα πέντε (45) ετών.

γ) Για κατάληψη θέσης επιμελητή Α', άσκηση του επαγ-
γέλματος για οκτώ (8) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι
πενήντα (50) ετών.

δ) Για κατάληψη θέσης διευθυντή, άσκηση του επαγγέλ-
ματος για δώδεκα (12) τουλάχιστο χρόνια και ηλικία μέχρι
πενήντα πέντε (55) ετών.

6. Σε περίπτωση, που οι υπηρετούντες φαρμακοποιοί στα

νοσοκομεία κατά τη δημοσίευση του παρόντος δεν καταλάβουν θέσεις του κλάδου νοσοκομειακών φαρμακοποιών, που προκηρύσσονται σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου αυτού, εξακολουθούν αυτοί να υπηρετούν σε συνιστώμενες προσωρινές θέσεις, οι οποίες καταργούνται με την αποχώρησή τους για οποιονδήποτε λόγο. Ο διορισμός στις προσωρινές αυτές θέσεις γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ύστερα από σύμφωνη γνώμη υπηρεσιακού συμβουλίου, που αποτελείται από:

α) Δύο ανώτερους υπαλλήλους του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που ορίζονται από τον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

β) Έναν εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου, που ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο.

γ) Έναν εκπρόσωπο του ΚΕ.Σ.Υ., που ορίζεται από την εκτελεστική επιτροπή, και

δ) Έναν εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ένωσης Φαρμακοποιών Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.), ο οποίος ορίζεται από το διοικητικό συμβούλιο.

Η συγκρότηση του υπηρεσιακού συμβουλίου γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Χρέη εισηγητή στο συμβούλιο εκτελεί ο προϊστάμενος της διεύθυνσης προσωπικού του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή ο νόμιμος αναπληρωτής του. Τα μέλη των περιπτώσεων β', γ' και δ', αν δεν ορισθούν από τους αντίστοιχους φορείς, σύμφωνα με τις διατάξεις της παραγράφου αυτής μέσα σε δέκα (10) ημέρες από την επίδοση έγγραφης πρόσκλησης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται απευθείας από τον πιο πάνω Υπουργό.

7. Για το διορισμό σε προσωρινή θέση, σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου αυτού, απαιτούνται:

α) Αίτηση του ενδιαφερομένου, η οποία υποβάλλεται εντός τριάντα (30) ημερών από τη δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της απόφασης διορισμού των φαρμακοποιών στις οργανικές θέσεις.

β) Βεβαίωση του νοσοκομείου στο οποίο υπηρετούσε ο φαρμακοποιός, με την οποία βεβαιούται ότι ο ενδιαφερόμενος υπηρετούσε ως μόνιμος δημόσιος λειτουργός.

γ) Άδεια άσκησης επαγγέλματος.

8. Η τοποθέτηση σε προσωποπαγείς θέσεις των φαρμακοποιών γίνεται σε βαθμό αντίστοιχο με τα χρόνια προϋπηρεσίας:

α) Σε βαθμό διευθυντή, οι έχοντες δώδεκα (12) χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ως φαρμακοποιοί.

β) Σε βαθμό επιμελητή Α', οι έχοντες οκτώ (8) χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ως φαρμακοποιοί.

γ) Σε βαθμό επιμελητή Β', οι έχοντες πέντε (5) χρόνια προϋπηρεσία στο δημόσιο ή ιδιωτικό τομέα ως φαρμακοποιοί και

δ) Σε βαθμό επιμελητή Γ', οι έχοντες άδεια άσκησης επαγγέλματος.

Διαδικαστικά θέματα, που προκύπτουν από την εφαρμογή των διατάξεων των παρ. 6, 7 και 8 του άρθρου αυτού και κάθε σχετική λεπτομέρεια, ρυθμίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

9. Οι νοσοκομειακοί φαρμακοποιοί, που υπηρετούν κατά τη δημοσίευση του παρόντος και καταλαμβάνουν οργανικές ή προσωρινές θέσεις κατά την πρώτη ένταξη στον κλάδο είναι μόνιμοι δημόσιοι λειτουργοί.

10. Οι φαρμακοποιοί που καταλαμβάνουν θέσεις, κατοπιν

προκηρύξεως αυτών, μετά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου και δεν υπηρετούσαν ως μόνιμοι δημόσιοι υπάλληλοι στα νοσοκομεία, είναι πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης δημόσιοι λειτουργοί, επί θητεία.

11. Οι πάσης φύσεως τακτικές αποδοχές των νοσοκομειακών φαρμακοποιών, μετά την πλήρωση των θέσεων του κλάδου, καταβάλλονται σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 1505/1984, όπως αυτός τροποποιήθηκε ή συμπληρώθηκε μεταγενέστερα και είναι ανεξάρτητες από τις θέσεις που υπηρετούν.

12. Οι διατάξεις του άρθρου 71 του παρόντος νόμου 'περί ελεύθερης επιλογής εργασιακών σχέσεων' δεν ισχύουν για τους φαρμακοποιούς. Η μερική απασχόληση του νοσοκομειακού φαρμακοποιού απαγορεύεται, όπως και η πρόσληψη συμβούλων φαρμακοποιών.

13. Οι διατάξεις των άρθρων 69, 70, 72, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82 και 88 του παρόντος νόμου, ισχύουν και για τους νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς, όπως για τους ιατρούς πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης, ο δε χρόνος εργασίας καθορίζεται σε επτάμιση (7 και 1/2) ώρες πρωινό καθημερινό ωράριο.

14. Στους φαρμακοποιούς των νοσοκομείων χορηγείται πάγια μηνιαία αποζημίωση εφημεριών ετοιμότητας :

Διευθυντής	40.000 δρχ.
Επιμελητής Α'	33.000 "
Επιμελητής Β'	26.000 "
Επιμελητής Γ'	19.000 "

15. Ο χρόνος έναρξης καταβολής της πάγιας μηνιαίας αποζημίωσης της προηγούμενης παραγράφου καθορίζεται με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Κατά τα λοιπά ισχύουν για τους νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς οι διατάξεις των παραγράφων 2, 3, 7 και 8, του άρθρου 54 του ν. 1892/1990.

Άρθρο 90

Πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών

1. Οι διατάξεις του άρθρου 66 για τα πρωτοβάθμια συμβούλια κρίσεως και επιλογής ιατρικού και οδοντιατρικού προσωπικού του κλάδου ιατρών Ε.Σ.Υ., ισχύουν και για τον κλάδο νοσοκομειακών φαρμακοποιών, πλην των διατάξεων των περιπτώσεων (β), (δ) και (ε) της παρ. 2 του άρθρου 66 του νόμου αυτού, οι οποίες προκειμένου για τους νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς ισχύουν ως εξής:

β) Ένα (1) φαρμακοποιό, που προτείνει ο φαρμακευτικός σύλλογος της περιοχής όπου ευρίσκεται το νοσοκομείο για το οποίο γίνεται η κρίση, της περιφέρειας αρμοδιότητας του συμβουλίου, με τον αναπληρωτή του.

δ) Ένα (1) διευθυντή φαρμακοποιό της φαρμακευτικής υπηρεσίας του νοσοκομείου για το οποίο γίνεται η κρίση. Ο διευθυντής ορίζεται μαζί με τον αναπληρωτή του. Αν δεν υπηρετεί διευθυντής φαρμακοποιός στο εν λόγω νοσοκομείο ή αν η κρίση αφορά στον εν λόγω διευθυντή, τότε ο διευθυντής φαρμακοποιός και ο αναπληρωτής του ορίζονται από κατάλογο των υπηρετούντων διευθυντών φαρμακοποιών σε νοσοκομεία της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας, με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Σε περίπτωση που η κρίση είναι για θέση επιμελητή, δύναται, αντί του διευθυντή, να συμμετέχει στο συμβούλιο επιμελητής Α' φαρμακοποιός του ίδιου ή άλλου νοσοκομείου.

ιν (1) εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ένωσης Φαρμάκων Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.) με τον ρωτή του. Ως εισηγητής ορίζεται φαρμακοποιός που είναι από την Πανελλήνια Ένωση Φαρμακοποιών Ιπκικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.). Κατά τα λοιπά ισχύουν όξεις του άρθρου 66 του νόμου αυτού. Κατά την τροκήρυξη των θέσεων λόγω μη υπάρξεως βαθμίδων ή ή επιμελητή Α' του κλάδου νοσοκομειακών φαρμάκων, ορίζονται αντί του διευθυντή ή επιμελητή Α' οποιού, αντίστοιχα και με την ίδια διαδικασία, φαρμά που υπηρετούν σε νοσοκομεία, με άδεια άσκησης ματος τουλάχιστον επί μία δεκαετία.

: απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και κών Ασφαλίσεων συνιστάται δευτεροβάθμιο συμβού- ογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών των νοσηλευ- ρυμάτων, με έδρα την Αθήνα. Το δευτεροβάθμιο ο επιλογής νοσοκομειακών φαρμακοποιών αποτε- τό:

ιν (1) ανώτερο δικαστικό λειτουργό, ως πρόεδρο, εται από τον προϊστάμενο του οικείου δικαστηρίου, οίο απευθύνεται ο Υπουργός Δικαιοσύνης, με τον ναπληρωτή του.

ιν (1) εκπρόσωπο του Δ.Ε.Π. των φαρμακευτικών / των Α.Ε.Ι., που ορίζεται από τον Υπουργό Υγείας, ; και Κοινωνικών Ασφαλίσεων με κλήρο, από τών εκπροσώπων που προτείνουν τα φαρμακευτικά των Α.Ε.Ι. της Χώρας, με τον αναπληρωτή του.

ν (1) εκπρόσωπο του ΚΕ.Σ.Υ. με τον αναπληρωτή

ν (1) εκπρόσωπο του Πανελληνίου Φαρμακευτικού / με τον αναπληρωτή του.

ν (1) εκπρόσωπο της Πανελληνίας Ένωσης Φαρ- ν Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων (Π.Ε.Φ.Ν.Ι.).

γητής στο συμβούλιο ορίζεται φαρμακοποιός που αι από τον Πανελλήνιο Φαρμακευτικό Σύλλογο, ενταστή (15ετή) τουλάχιστον άσκηση του επαγ- Κατά τα λοιπά, ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 3, ι, του άρθρου 67 του νόμου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Άρθρο 91 Σκοποί και αρχές

άτος μεριμνά για την προώθηση και το συντονισμό ργιών της πρόληψης, της περίθαλψης και της αποκατάστασης παιδιών, εφήβων και ενηλίκων ματα ψυχικής υγείας.

ον ανωτέρω σκοπό εφαρμόζονται οι αρχές της ρς σε τομείς, της προτεραιότητας της εξωνοσο- περιθαλψης, της αποασυλοποίησης και της ευαι- της και συμμετοχής της κοινωνικής ομάδας στα κικής υγείας.

Άρθρο 92 Διάρθρωση σε τομείς

ιθε νομό συνιστάται Τομέας Ψυχικής Υγείας, ούς Αττικής και Θεσσαλονίκης, κατ' εξαίρεση : συσταθούν περισσότεροι του ενός τομείς. Κάθε κικής Υγείας, περιλαμβάνει ψυχιατρικές υπηρε- λούνται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.). Οι

υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. κοινής ωφέλειας.

2. Η σύσταση των Τομέων Ψυχικής Υγείας γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με την ίδια απόφαση ορίζονται ο χώρος ευθύνης και η έδρα του κάθε Τομέα, καθώς και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε αυτόν και στις οποίες περιλαμβάνονται όλες οι ήδη υπάρχουσες Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, στην έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας, συγκροτείται Τοπική Επιτροπή Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.). Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. έχουν τις ακόλουθες αρμοδιότητες σε τοπικό επίπεδο:

α) Γνωμοδοτούν και εισηγούνται σε θέματα προγραμμα- τισμού ψυχικής υγείας και καταρτίζουν ανάλογα προγράμ- ματα.

β) Εποπτεύουν και συντονίζουν τις δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

γ) Παρακολουθούν την πορεία της ψυχιατρικής μεταρ- ρύθμισης και των ειδικότερων προγραμμάτων για την προώ- θηση της ψυχικής υγείας, σύμφωνα με τον εθνικό προ- γραμματισμό.

4. Οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι 5μελείς και αποτελούνται από:

α) Το διευθυντή της διεύθυνσης υγείας του νομού στον οποίο ανήκει ο Τομέας ή άλλο ιατρό της ίδιας διεύθυνσης, με τον αναπληρωτή του. Ο διευθυντής της διεύθυνσης υγείας ή ο αναπληρωτής του ασκούν χρέη προέδρου.

β) Έναν (1) εκπρόσωπο του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου με τον αναπληρωτή του, που προτείνεται από αυτόν.

γ) Το διευθυντή κέντρου ψυχικής υγείας, με τον αναπλη- ρωτή του και εφόσον υπάρχουν περισσότεροι του ενός από τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή.

δ) Το διευθυντή του Ψυχιατρικού Τομέα νομαρχιακού ή περιφερειακού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του και

ε) Τον αρχαιότερο σε θέση διευθυντή ψυχιατρικής κλινικής ειδικού ψυχιατρικού νοσοκομείου με τον αναπληρωτή του.

Σε περίπτωση που ελλείπουν μέλη των περιπτώσεων γ, δ' και ε', τη θέση τους καταλαμβάνουν εκπρόσωποι του τοπικού Ιατρικού Συλλόγου, που προτείνονται από αυτόν.

Σε πόλεις στις οποίες έχουν την έδρα τους ιατρικά τμήματα Α.Ε.Ι., οι Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι επταμελείς (7μελείς), τα δε επί πλέον δύο (2) είναι μέλη Δ.Ε.Π. ψυχίατροι, που ορίζονται από το αντίστοιχο ιατρικό τμήμα των Α.Ε.Ι. με τους ανα- πληρωτές τους. Η θητεία των Τ.Ε.Ψ.Υ. είναι τριετής και οι θέσεις τιμητικές και άμισθες.

5. Σε κάθε ασθενή παρέχονται υπηρεσίες από Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) του Τομέα στον οποίο κατοικεί. Εξαιρεση είναι δυνατή μόνο στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) παραπομπής από μονάδα του αρμόδιου Τομέα για λόγους αρπότερης περίθαλψης, γ) επί απουσίας ανά- λογης μονάδας στον αρμόδιο Τομέα. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ασθενούς από μονάδα άλλου Τομέα, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια μονάδα του Τομέα κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτήν τον ασθενή μετά τη λήξη της παρασχεθείσας από αυτήν φροντίδας.

Άρθρο 93 Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.)

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας, οι ψυχιατρικοί τομείς νομαρχιακών ή περιφερειακών

Άρθρο 94
Εκούσια νοσηλεία

νοσοκομείων, οι πανεπιστημιακές ψυχιατρικές κλινικές, τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, οι παιδοψυχιατρικές κλινικές, οι ψυχογνηριατρικές κλινικές, οι κινητές μονάδες ψυχικής υγείας, οι ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές, οι ξενώνες, τα οικοτροφεία, τα προστατευόμενα διαμερίσματα, οι ανάδοχοι οικογένειες, οι θεραπευτικές μονάδες αποκατάστασης, οι θεραπευτικές συνεταιριστικές μονάδες, τα νοσοκομεία ημέρας και νύχτας και τα ιατροπαιδαγωγικά κέντρα. Στις Μ.Ψ.Υ. διενεργείται η πρόληψη και η διάγνωση της ψυχικής διαταραχής, η θεραπεία της και η συνέχιση της θεραπευτικής αγωγής, η κοινωνική επανένταξη και η επαγγελματική αποκατάσταση προσώπων που πάσχουν από ψυχική διαταραχή. Οι επί μέρους λειτουργίες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και εκπαίδευσης του προσωπικού καθορίζονται εκάστοτε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Τα κέντρα ψυχικής υγείας συσταίνονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Τ.Ε.Ψ.Υ.. Στα κέντρα υγείας του άρθρου 15 του παρόντος νόμου, μπορεί να αναπτύσσονται δραστηριότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

3. Στα κέντρα ψυχικής υγείας και στα κέντρα υγείας στα οποία αναπτύσσονται δραστηριότητες Μ.Ψ.Υ., συσταίνονται με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, θέσεις παιδοψυχιάτρων, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, επισκεπτών υγείας, καθώς και θέσεις νοσηλευτικού, διοικητικού και βοηθητικού προσωπικού, που συσταίνονται ύστερα από γνώμη των Τ.Ε.Ψ.Υ., προστίθενται στις θέσεις και κλάδους που προβλέπονται από τον οργανισμό του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μεταφέρονται δε με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων στις κατά τόπους διευθύνσεις υγείας.

4. Οι διατάξεις του άρθρου 15 του νόμου αυτού, που αφορούν στα κέντρα υγείας, ισχύουν και για τα κέντρα ψυχικής υγείας, που έχουν συσταθεί με την παρ. 2 του άρθρου 21 του ν. 1397/1983.

5. Τα κέντρα ψυχικής υγείας διοικούνται από δικούσια 3μελή επιτροπή, η οποία απαρτίζεται από τον αρχαιότερο επιστημονικό διευθυντή, που υπηρετεί σε αυτά και από δύο (2) μέλη που ορίζονται από το νομάρχη της οικείας νομαρχίας, στην οποία υπάγεται το κέντρο ψυχικής υγείας. Με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη ρυθμίζονται οι λεπτομέρειες συγκρότησης και λειτουργίας της διοικούσας επιτροπής των κέντρων ψυχικής υγείας.

6. Στα κέντρα ψυχικής υγείας, του ψυχιατρικούς τομείς γενικών νοσοκομείων, τις ψυχιατρικές πανεπιστημιακές κλινικές, τις παιδοψυχιατρικές κλινικές και τα ειδικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, υπάγονται όλες οι υπόλοιπες Μονάδες Ψυχικής Υγείας της παρ. 1 του άρθρου αυτού, οι οποίες Μ.Ψ.Υ. μπορούν να συσταίνονται και ως αυτοτελή ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ..

7. Για να υπάρχει συνέχεια στη θεραπευτική αγωγή και γενικότερα στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και για εκπαιδευτικούς λόγους, μπορεί με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων να αποσπώνται στελέχη νοσοκομείων και ψυχιατρείων στις μονάδες εξωνοσοκομειακής περιθαλψής και αντίστροφα.

1. Εκούσια νοσηλεία είναι η με τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και παραμονή του για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας.

2. Προυποθέσεις για την εκούσια νοσηλεία είναι: α) ο ασθενής να είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του, και β) να συμφωνήσει ο επιστημονικός διευθυντής ή ο νόμος αναπληρωτής του για την ανάγκη θεραπείας.

3. Αυτός που νοσηλεύεται εκούσια έχει όλα τα δικαιώματα που συνδέονται με την άσκηση των ατομικών του ελευθεριών, τα οποία έχουν και οι ασθενείς που νοσηλεύονται για άλλη αιτία, εκτός της ψυχικής διαταραχής.

4. Η εκούσια νοσηλεία εντός της κλινικής περατώνεται οποτεδήποτε με αίτηση του ασθενή ή εκτίμηση του επιστημονικού διευθυντή ή του νόμιμου αναπληρωτή του ότι δεν χρειάζεται περαιτέρω νοσηλεία.

5. Αν ασθενής που νοσηλεύτηκε ακούσια "ζητήσει" την εκούσια νοσηλεία του, πρέπει να βεβαιωθεί από δύο ψυχιάτρους, ή επί αδυναμίας εξουρέσεως δεύτερου ψυχιάτρου, από έναν ψυχίατρο και έναν ιατρό παθολόγο, η ικανότητα του ασθενή να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του. Ο δεύτερος ψυχίατρος ή ο παθολόγος ιατρός, δεν ανήκει στη Μονάδα Ψυχικής Υγείας, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής και υποδεικνύεται από αυτόν. Αντίγραφο της βεβαίωσης αυτής στέλνεται αμέσως στον εισαγγελέα, ο οποίος είχε κινήσει τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας.

Άρθρο 95
Ακούσια νοσηλεία

1. Ακούσια νοσηλεία είναι η χωρίς τη συγκατάθεση του ασθενή εισαγωγή και η παραμονή του, για θεραπεία, σε κατάλληλη Μονάδα Ψυχικής Υγείας. Από την ακούσια νοσηλεία διακρίνεται η "φύλαξη" ασθενή με το άρθρο 69 επ. του Ποιν. Κώδικα. Η αντιμετώπιση τοξικομανών, διέπεται από ειδική νομοθεσία.

2. Προυποθέσεις για την ακούσια νοσηλεία είναι:

I. α. Ο ασθενής να πάσχει από ψυχική διαταραχή.

β. Να μην είναι ικανός να κρίνει για το συμφέρον της υγείας του.

γ. Η έλλειψη νοσηλείας να έχει ως συνέπεια είτε να αποκλεισθεί η θεραπεία του είτε να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας του, ή

II. Η νοσηλεία ασθενή που πάσχει από ψυχική διαταραχή να είναι απαραίτητη για να αποτραπούν πράξεις βίας κατά του ίδιου ή τρίτου.

3. Η αδυναμία ή η άρνηση προσώπου να προσαρμόζεται στις κοινωνικές ή ηθικές ή πολιτικές αξίες, που φαίνεται να επικρατούν στην κοινωνία, δεν αποτελεί καθ' αυτή ψυχική διαταραχή.

Άρθρο 96
Διαδικασία εισαγωγής

1. Την ακούσια νοσηλεία του φερομένου στην αίτηση ως ασθενή, μπορούν να ζητήσουν ο σύζυγος του ή συγγενής σε ευθεία γραμμή απεριόριστα ή συγγενής εκ πλαγίου μέχρι

το δεύτερο βαθμό ή όποιος έχει την επιμέλεια του τύπου του ή ο επίτροπος του δικαστικά απαγορευμένου. Δεν υπάρχει κανένα από τα πρόσωπα αυτά, σε περίπτωση πτώσης, την ακούσια νοσηλεία μπορεί να ζητήσει και πάγγελα ο εισαγγελέας πρωτοδικών του τόπου κα- ρα ή διαμονής του ασθενή.

Η αίτηση για την ακούσια νοσηλεία απευθύνεται στον γελέα πρωτοδικών του τόπου της κατοικίας ή διαμονής τρωσώπου, που φέρεται στην αίτηση ως ασθενής. Την η πρέπει να συνοδεύουν αιτιολογημένες γραπτές γνω- σεις δύο ψυχιάτρων, ή επί αδυναμίας εξευρέσεως δύο ιτρων, ενός ψυχιάτρου και ενός ιατρού παρεμφερούς ιτητας, που θα αναφέρονται στις προϋποθέσεις της γράφου 2 του άρθρου 95 είτε I είτε II. Οι ιατροί που ισσουν τις γνωματεύσεις δεν πρέπει να τελούν σε ι συγγενείας με τον αιτούντα ή το φερόμενο στην ι ως ασθενή.

Οι ψυχίατροι ή παιδοψυχίατροι που συντάσσουν τις ιτεύσεις προέρχονται από ειδικό κατάλογο, τον οποίο σσουν ανά διετία οι κατά τόπους ιατρικοί σύλλογοι.) εισαγγελέας, αφού διαπιστώσει τη συνδρομή των ιν προϋποθέσεων και εφόσον και οι δύο ιατρικές τεύσεις συμφωνούν για την ανάγκη ακούσιας νοση- διατάσσει τη μεταφορά του ασθενή σε κατάλληλη ι ψυχικής υγείας που υπάρχει στον "Τομέα" ψυχικής της κατοικίας του ασθενή, εκτός αν ειδικές συνθήκες λουν τη νοσηλεία του αλλού. Εάν οι γνωματεύσεις ο ιατρών διαφέρουν μεταξύ τους, ο εισαγγελέας, να διατάξει τη μεταφορά του φερόμενου ως ασθενή, την αίτηση στο πολυμελές πρωτοδικείο κατά τη σία της παρ. 6 του άρθρου αυτού. Ο ασθενής πρέπει μερώνεται αμέσως μόλις γίνει η μεταφορά του στη ι Ψυχικής Υγείας, από το διευθυντή ή άλλο πρόσωπο οιο έχει ανατεθεί το καθήκον αυτό, για τα δικαιώματά ειδικότερα το δικαίωμά του να ασκήσει ένδικο μέσο . ενημέρωση αυτή συντάσσεται πρακτικό που υπο- αι, εκτός από τον υποχρεωμένο να ενημερώσει και συνοδό του ασθενή.

ην περίπτωση που τη διαδικασία κινεί αυτεπάγγελα γελέας ή που στην αίτηση αναφέρεται ότι ήταν η η εξέταση του ασθενή, λόγω άρνησής του να ιεί, ο εισαγγελέας πρωτοδικών δικαιούται να διατάξει φορά του ασθενή για εξέταση και σύνταξη των ύσεων, σε δημόσια ψυχιατρική κλινική. Η μεταφορά εργείται υπό συνθήκες που εξασφαλίζουν το σε- την προσωπικότητα και την αξιοπρέπεια του ασθενή, αμονή του ασθενή εκεί για τις αναγκαίες εξετάσεις ρεί να διαρκέσει περισσότερο από 48 ώρες.

τρεις ημέρες από τότε που ο εισαγγελέας πρω- διάταξε τη μεταφορά του ασθενή, επιμελούμενος τη μεταφορά του στο πολυμελές πρωτοδικείο, ο αίτησή του ζητεί να επιληφθεί το πολυμελές είο στο οποίο υπηρετεί, που συνεδριάζει μέσα σε ις κατά την κρίση του, "κεκλεισμένων των θυρών", προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Στη ση καλείται πριν από 48 ώρες και ο ασθενής, ο καιούται να παραστεί με δικηγόρο και με ψυχίατρο κό σύμβουλο. Σε περίπτωση επικινδυνότητας του ιν ως ασθενή οι ανωτέρω προθεσμίες δύναται να ύν.

καστήριο, που δικάζει με τη διαδικασία της εκουσίας, αν κινεί ό: οι γνωματεύσεις των δύο ψυ-

χιάτρων που προσάγονται διαφέρουν μεταξύ τους ή δεν είναι πειστικές ή ο επιστημονικός διευθυντής του νοσοκο- μείου στο οποίο έχει εισαχθεί ο ασθενής διατυπώνει αντίθετη προς τις γνωματεύσεις γνώμη, διατάζει την εξέταση του ασθενή και από άλλο ψυχίατρο εγγεγραμμένο στους κατα- λόγους ιατρικών συλλόγων της χώρας, κατά προτίμηση επίκουρο τουλάχιστον καθηγητή ή επιστημονικό διευθυντή δημόσιας Μονάδας Ψυχικής Υγείας ή το νόμιμο αναπληρωτή του.

8. Η απόφαση του πρωτοδικείου πρέπει να είναι ειδικά αιτιολογημένη. Αν ο ασθενής τον οποίο αφορά έχει προ- σαχθεί με διαταγή του εισαγγελέα σε ψυχιατρική κλινική, στην περίπτωση που η αίτηση αναγκαστικής νοσηλείας γίνεται δεκτή, συνεχίζεται η παραμονή του εκεί, ενώ στην περίπτωση που η αίτηση απορρίπτεται, διατάσσεται η άμεση έξοδος.

9. Κατά το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή του αρρώστου μέχρι την έκδοση της δικαστικής απόφασης τη θεραπευτική ευθύνη αυτού φέρει ο επιστη- μονικός διευθυντής της Μ.Ψ.Υ., ο οποίος και εξακολουθεί να φέρει την επιστημονική και θεραπευτική ευθύνη, εφόσον το δικαστήριο διατάξει τη συνέχιση της νοσηλείας.

Άρθρο 97

Ένδικο μέσο

1. Κατά της απόφασης του πρωτοδικείου χωρεί έφεση και ανακοπή κατά τις διαταξεις της πολιτικής δικονομίας. Το ένδικο μέσο της ανακοπής μπορεί να ασκήσει και ο επιστημονικός διευθυντής της Μονάδας Ψυχικής Υγείας που νοσηλεύεται ο ασθενής. Τα ένδικα αυτά μέσα ασκούνται μέσα σε προθεσμία δύο (2) μηνών από τη δημοσίευση της απόφασης.

2. Η έφεση δικάζεται από το τριμελές εφετείο, "κεκλει- σμένων των θυρών", μέσα σε 15 ημέρες από την κατάθεσή της. Το εφετείο μπορεί να ζητήσει και νέα γνωμάτευση ψυχιάτρου ή ό,τι άλλο θεωρήσει σκόπιμο.

Άρθρο 98

Συνθήκες νοσηλείας

1. Οι συνθήκες ακούσιας νοσηλείας πρέπει να εξυπηρετούν τις ανάγκες της θεραπείας. Τα αναγκαία περιοριστικά μέτρα δεν επιτρέπεται να αποκλείουν απαραίτητα για τη θεραπεία μέσα, όπως οι άδειες, οι οργανωμένες έξοδοι, η διαμονή σε χώρους που εποπτεύονται έξω από τα κλειστά ιδρύματα.

2. Οι προϋποθέσεις και ο τρόπος εφαρμογής των θερα- πευτικών αυτών μέσων καθορίζονται ειδικότερα με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλι- σεων.

3. Σε κάθε περίπτωση και σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας, πρέπει να επιδεικνύεται σεβασμός προς την προσωπικότητα του ασθενή.

4. Οι περιορισμοί που επιβάλλονται στην ατομική ελευθερία του ασθενή προσδιορίζονται μόνο από την κατάσταση της υγείας του και τις ανάγκες της νοσηλείας.

Άρθρο 99

Διακοπή-Διάρκεια-Λήξη ακούσιας νοσηλείας

1. Η ακούσια νοσηλεία διακόπτεται όταν πάψουν να συντρέχουν οι προϋποθέσεις της παρ. 2 του άρθρου 95

του νόμου αυτού. Στην περίπτωση αυτήν, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής, στην οποία νοσηλεύεται ο ασθενής, οφείλει να του χορηγήσει εξιτήριο και συγχρόνως να κοινοποιήσει σχετική έκθεση στον αρμόδιο εισαγγελέα.

2. Η διάρκεια της ακούσιας νοσηλείας δεν μπορεί να υπερβεί τους έξι (6) μήνες. Μετά την πάροδο των τριών πρώτων μηνών, ο επιστημονικός διευθυντής της ψυχιατρικής κλινικής και άλλος ένας ψυχίατρος του τομέα ψυχικής υγείας, υποβάλλουν έκθεση στον εισαγγελέα για την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ο εισαγγελέας δικαιούται να διαβιβάσει την έκθεση αυτή στο πολυμελές πρωτοδικείο της περιφέρειάς του με αίτησή του να συνεχιστεί ή να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία.

3. Ο ασθενής ή συγγενείς του της παρ. 1 του άρθρου 96, ή ο επιτροπός του δικαιούνται με αίτησή τους προς τον εισαγγελέα, να ζητήσουν να διακοπεί η ακούσια νοσηλεία. Αν η αίτηση δεν γίνει δεκτή από το πρωτοδικείο, στο οποίο την υποβάλλει αμέσως ο εισαγγελέας, νέα αίτηση μπορεί να υποβληθεί μετά από τρεις (3) μήνες.

4. Σε όλες εξαιρετικές περιπτώσεις, κατά τις οποίες πρέπει να παραταθεί η νοσηλεία του ασθενή πέραν των έξι (6) μηνών, τούτο είναι δυνατό μόνο μετά από σύμφωνη γνώμη επιτροπής εκ τριών ψυχιάτρων, εκ των οποίων ένας είναι ο θεράπων ιατρός και οι έτεροι δύο ορίζονται από τον εισαγγελέα.

Άρθρο 100

Υποτροπή ασθενείας

Σε περίπτωση υποτροπής ασθενή που είχε νοσηλευτεί ακούσια, είναι δυνατή και πάλι η εισαγωγή του σε ψυχιατρική κλινική, εφόσον πληρούνται οι προϋποθέσεις της παραγράφου 2 του άρθρου 94 και σύμφωνα με το άρθρο 96 του νόμου αυτού.

Άρθρο 101

Ιδιωτικοί φορείς ψυχικής υγείας

1. Ιδιωτικά θεραπευτήρια ή άλλα ν.π.ι.δ., τα οποία παρέχουν υπηρεσίες περιθαλψής σε ψυχικά πάσχοντες, υπόκεινται στις διατάξεις που επιβάλλει ο νόμος αυτός για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζονται οι προϋποθέσεις, όροι και η διαδικασία υπαγωγής στις διατάξεις των άρθρων 91 έως και 100 των ιδιωτικών θεραπευτηρίων, καθώς και κάθε σχετική λεπτομέρεια, που αφορά στην εφαρμογή των διατάξεων της παρ. 1 του άρθρου αυτού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ζ'

Αναβάθμιση των νοσηλευτικών υπηρεσιών

Άρθρο 102

Αναδιοργάνωση δομής και λειτουργίας

1. Στα νοσηλευτικά ιδρύματα, κέντρα υγείας και στο Ε.Κ.Α.Β. μέσα σε τρία (3) χρόνια από τη δημοσίευση του παρόντος, δημιουργείται ειδικός κλάδος νοσηλευτών, επισκεπτών, μαιών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.

2. Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται με προταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμι-

ζονται όλα τα θέματα, που αφορούν τις λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 103

Θέσεις νοσηλευτικού προσωπικού

1. Θέσεις νοσηλευτών, καταλαμβάνουν μόνο όσοι φέρου τίτλο και άδεια άσκησης επαγγέλματος νοσηλευτή. Οργανικές θέσεις νοσηλευτών ΠΕ και ΤΕ, δεν μεταφέρονται σε υποδεέστερο κλάδο. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας, νοσηλευτικών ιδρυμάτων και κέντρων υγείας, καταλαμβάνονται από νοσηλευτές ΠΕ και ΤΕ, με εξαίρεση τα μαιευτικά τμήματα και τα κοινωνικής ιατρικής στα οποία προϊστάμενοι και επισκέπτες αντιστοίχως.

2. Θέσεις διευθυντών, τομεαρχών, προϊσταμένων και υπευθύνων της νοσηλευτικής υπηρεσίας των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, που δημοσιοποιούνται βάσει των ν. 1476/1984, 1540/1985, 1579/1985 δύναται να καταλαμβάνονται και από νοσηλευτές τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, που κατέχουν οργανικές θέσεις, με σχέση ιδιωτικού δικαίου και οι οποίοι υπηρετούσαν στο ίδρυμα πριν τη δημοσιοποίησή του, ως και από μαιές και επισκέπτες στα μαιευτικά τμήματα ή τμήματα κοινωνικής ιατρικής αντιστοίχως. Κατά την πρώτη πενταετία από της εφαρμογής του παρόντος, οργανικές θέσεις νοσηλευτριών των ΤΕ, που δεν πληρώνονται λόγω μη προσελεύσεως υποψηφίων δύναται να καλύπτονται από βοηθούς νοσηλεύτριες ΔΕ και κατά ανώτατο όριο κατά ποσοστό 25% των θέσεων αυτών.

Άρθρο 104

Νοσηλευτική ειδικότητα μαιών

Νοσηλευτική ειδικότητα κατά τις διατάξεις του ν. 1579/1985 μπορεί να αποκτούν και μαιές, που κατέχουν οργανική θέση νοσηλεύτριας επί οκτώ (8) τουλάχιστον χρόνια σε κρατικά νοσηλευτήρια.

Άρθρο 105

Ειδική ετήσια άδεια νοσηλευτικού προσωπικού και ειδικό επίδομα

1. Σε νοσηλευτές, μαιές, βοηθούς νοσηλευτές και φυσικοθεραπευτές πλήρους απασχόλησης που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας και χειρουργεία των νοσηλευτικών ιδρυμάτων ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, νοσοκομεία Ι.Κ.Α., όπως επίσης και σε άλλες ειδικές μονάδες των νοσηλευτικών αυτών ιδρυμάτων, που καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να χορηγείται επιπρόσθετη ειδική ετήσια άδεια μετ'αποδοχών, τουλάχιστον 6 εργάσιμων ημερών πέραν της κανονικής και ειδικό επίδομα.

2. Οι προϋποθέσεις για την πρόσθετη ειδική άδεια, το ύψος και ο χρόνος έναρξης καταβολής του ειδικού επιδόματος και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια εφαρμογής της προηγούμενης παραγράφου, καθορίζονται με κοινή απόφαση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρα 106

Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

1. Συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Ανάπτυξης Νοσηλευτικής

(Ε.Σ.Α.Ν.) με σκοπό την αναβάθμιση και ανάπτυξη των νοσηλευτικών υπηρεσιών στη Χώρα, που υπάγεται στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Το Ε.Σ.Α.Ν. είναι συμβουλευτικό όργανο του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, σε θέματα φραγής πολιτικής, που αφορούν στον κλάδο νοσηλευτικής των των κατηγοριών.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ρυθμίζονται τα της συγκροτήσεως ή λειτουργίας του Ε.Σ.Α.Ν., οι αρμοδιότητες, τα καθήκοντα, υποχρεώσεις των μελών και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια.

Άρθρο 107

Μετάταξη νοσηλευτικού εκπαιδευτικού προσωπικού των τώως ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων αρμοδιότητας του Υ.Υ.Π.Κ.Α.

1. Το νοσηλευτικό εκπαιδευτικό προσωπικό των πρώην ανώτερων σχολών αδελφών νοσοκόμων και σχολών αδελφών νοσοκόμων και επισκεπτριών, αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δεν εντάχθηκε στα Τ.Ε.Ι. και που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του παρόντος στις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., μόνιμο ή με έσοχη ιδιωτικού δικαίου, μπορεί με αίτησή του να καταλάβει ή μετατάξεως κενές οργανικές θέσεις νοσηλευτικού-εκπαιδευτικού προσωπικού των μέσων τεχνικών επαγγελματιών νοσηλευτικών σχολών, αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

2. Το προσωπικό αυτό μετατάσσεται σύμφωνα με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου, από της δημοσίευσής του παρόντος, σε θέσεις των κλάδων που προ-έπονται από τις διατάξεις του άρθρου 1 της υπ' αριθμ. β/οικ.1815/1987 κοινής υπουργικής απόφασης, διατηρού-μενου του αυτού ασφαλιστικού φορέα στον οποίο υπάγονται τα τη δημοσίευση του παρόντος.

Άρθρο 108

Εισαγωγή μαθητών στις Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολές

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Οργανισμών Οικονομικών, Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ορίζονται θέματα που αφορούν ειδικότερα κριτήρια, πρό-στα του απολυτηρίου του γυμνασίου, για την εισαγωγή των μαθητών στις Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολές, τη μεταγραφή τους από Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολή που πέτυχαν σε άλλη Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολή, ή τυχόν διαγραφή των μαθητών, την επικύρωση των πτυχίων, την αμοιβή για διόρθωση γραπτών, την ωριαία αμοιβή για την πληρωμή των ωρομίσθιων καθηγητών που ασκούν στις Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολές και στα ταχύρρυθμα προ-γράμματα της παρ. 5 του άρθρου 6 του ν. 1579/1985.

Άρθρο 109

Θέσεις εκπαιδευτικού νοσηλευτικού προσωπικού

Όταν στους οργανισμούς των Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολών για την υψή θέσεων εκπαιδευτικού νοσηλευτικού προσωπικού προβλέπεται ως προσόν εκτός του πτυχίου Τ.Ε.Ι. νοση-λευτικής και πτυχίο παιδαγωγικών σπουδών της Σ.Ε.Λ.Ε.Τ.Ε. δεν υπάρχουν υποψήφιοι κάτοχοι τέτοιου πτυχίου, αρκεί ης τουτων νοσοκομειακή προσηπηρεσία

Άρθρο 110

Μετάταξη εκπαιδευτικού νοσηλευτικού προσωπικού

1. Το εκπαιδευτικό νοσηλευτικό προσωπικό μόνιμο ή με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου, που υπηρετεί με απόσπαση στις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. μπορεί να μεταταγεί σε κενές θέσεις εκ-παιδευτικού προσωπικού (ν. 1566/1985) κλάδο ΤΕ ή ΠΕ ανάλογα με τα τυπικά προσόντα του.

2. Εντός τριών (3) ετών από της δημοσίευσής του παρόντος, οι οργανισμοί των Μ.Τ.Ε.Ν. Σχολών, αρμοδιό-τητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που λειτουργούσαν προ της υπαγωγής των σχολών αυτών στο ν. 1566/1985, μπορεί να συμπεριλάβουν τις αντίστοιχες με τις πραγματικές τους ανάγκες οργανικές θέσεις νοσηλευτικού - εκπαιδευτικού προσωπικού, κατά τη νόμιμη διαδικασία.

Άρθρο 111

Χορήγηση επιδόματος στο εκπαιδευτικό προσωπικό Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.

Από 1-1-1993, οι διατάξεις του άρθρου 7 του ν. 1810/1988 'Περί χορήγησης επιδόματος για την προμήθεια βιβλίων αναγκαίων για το παιδαγωγικό και διδακτικό έργο του καθηγητή, ύψους 20.000 δρχ. κατ' έτος και για κάθε καθηγητή' εφαρμόζονται και στο εκπαιδευτικό νοσηλευτικό προσωπικό των Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. του Υπουργείου Υγείας, Πρό-νοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 112

Αποζημίωση για προσθετη απασχόληση

Από 1-1-1993, οι διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 1824/1988 'Περί αποζημίωσης εκπαιδευτικών για προσθετη απα-σχόληση' μπορεί να επεκτείνονται και στο εκπαιδευτικό νοσηλευτικό προσωπικό των Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. του Υπουργείου Υ-γείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθώς και στο νοσηλευτικό προσωπικό, που εκτελεί εκπαιδευτικό έργο μετά από κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Με όμοια απόφαση, καθορίζονται οι λεπτομέρειες εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 113

Νοσηλευτικό εκπαιδευτικό προσωπικό

Το νοσηλευτικό προσωπικό που ασχολείται με εκπαιδευ-τικό έργο στις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ. αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αποτελεί εκπαιδευτικό προσωπικό καλούμενο εφεξής νοσηλευτικό-εκπαιδευτικό προσωπικό.

Άρθρο 114

Κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας και δεοντολογίας επισκεπτών υγείας

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μετα γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., συντάσσεται και εκδίδεται κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας και κώδικας δεοντολογίας ε-πισκεπτών υγείας.

2. Οι κανόνες που πρέπει να διέπουν το νοσηλευτικό λειτουργήμα και αυτό των επισκεπτών υγείας, οι σχέσεις

μετάξύ των νοσηλευτών, των επισκεπτών υγείας, οι σχέσεις με τους ασθενείς, τους ιατρούς και λοιπό προσωπικό που συνεργάζεται η νοσηλευτική υπηρεσία, καθώς και οι επ-σκέπτες υγείας καθορίζονται με τον κώδικα νοσηλευτικής δεοντολογίας και τον κώδικα δεοντολογίας των επισκεπτών υγείας.

Άρθρο 115 **Νοσηλευτική επιτροπή**

1. Σε κάθε νοσηλευτικό ίδρυμα ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. συνιστάται νοσηλευτική επιτροπή (ΝΟ.Ε.), η οποία είναι συμβουλευτικό όργανο της νοσηλευτικής υπηρεσίας σε θέματα που αφορούν το σχεδιασμό και λήψη αποφάσεως για τα νοσηλευτικά θέματα.

2. Η ΝΟ.Ε. αποτελείται από : α) Το διευθυντή της νοσηλευτικής υπηρεσίας ως πρόεδρο, β) έναν (1) προιστα-μένο τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα, γ) ένα (1) νοσηλευτή τμήματος από κάθε νοσηλευτικό τομέα.

3. Τα μέλη των περ. β) και γ) της προηγούμενης παρα-γράφου εκλέγονται με μυστική ψηφοφορία. Δικαίωμα υπο-ολής υποψηφιότητας έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό ης ΠΕ και ΤΕ κατηγορίας σε αντίστοιχες με τη θέση που ατέχουν, θέσεις της ΝΟ.Ε.. Δικαίωμα ψήφου έχει όλο το νοσηλευτικό προσωπικό όλων των κατηγοριών, που υπηρετεί ε οποιαδήποτε σχέση εργασίας στο νοσηλευτικό ίδρυμα. ψηφοφορία των μελών της Ε.Ν.Ε γίνεται κατά τομέα.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και οινωνικών Ασφαλίσεων και μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ., κα-ρρίζονται η διαδικασία εκλογής των μελών της ΝΟ.Ε., η λγκρότηση σε σώμα, η λειτουργία και κάθε άλλη σχετική ππομέρεια, που αφορά εν γένει τη ΝΟ.Ε..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Η'

Άλλες συναφείς διατάξεις για το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Άρθρο 116

Εξομοίωση προσωπικού νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Ό πάσης φύσεως προσωπικό των νοσοκομείων, που ιοσιοποιήθηκαν σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 1397/ 83 (ΦΕΚ 143 Α') "Εθνικό Σύστημα Υγείας" και το οποίο χαμένει στα νοσοκομεία αυτά με σχέση εργασίας ιδιωτικού οίου, έχει τα ίδια δικαιώματα για την κατάληψη θέσεων ισταμένων με το προσωπικό, που υπηρετεί σε αυτά με ση δημόσιου δικαίου, εφαρμοζόμενων αναλόγως των τάξεων του ν. 1586/1986.

Άρθρο 117

Ιόσπαση ιατρών Ε.Σ.Υ. σε πανεπιστημιακές κλινικές

διάταξη της παρ. 2 του άρθρου 19 του ν. 1579/1985, ς τροποποιήθηκε με τη διάταξη της παρ. 4 του άρθρου του ν. 1759/1988, ισχύει και έχει εφαρμογή μέχρι να ωθούν οι θέσεις Δ.Ε.Π. από πανεπιστημιακούς ιατρούς.

Άρθρο 118

βνική συλλογική σύμβαση ιατρών και οδοντιάτρων

Οι Υπουργοί Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και ονικών Ασφαλίσεων συνάπτουν με τον Πανελληνιο κό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.) και την Ελληνική Οδοντιατρική

Ομοσπονδία, εθνική συλλογική σύμβαση με την οποία κα-θορίζεται το τιμολόγιο ιατρικών και οδοντιατρικών πράξεων, θεραπειών και εργαστηριακών εξετάσεων κατά ειδικότητα.

2. Το περιεχόμενο της σύμβασης, ο χρόνος διάρκειας αυτής και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια κυρώνεται με νόμο και η ισχύς της ανατρέχει από την ημερομηνία υπο-γραφής της σύμβασης.

Άρθρο 119

Υποχρεώσεις Μαιευτηρίου "ΜΑΡΙΚΑ ΗΛΙΑΔΗ"

Από της 19ης Ιανουαρίου 1987 όλες οι υποχρεώσεις οιασδήποτε μορφής του Μαιευτηρίου Μαρίκα Ηλιάδη (ν.π.ι.δ.) προς το Δημόσιο, τα νομικά πρόσωπα δημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου, οργανισμούς, τράπεζες και φυσικά πρόσωπα, οι οποίες είχαν γεννηθεί και ήταν απαιτητές την πιο πάνω ημερομηνία ή γεννήθηκαν μέχρι σήμερα ή πρόκειται να γεννηθούν στο μέλλον από έννομες σχέσεις που υπήρχαν κατά την πιο πάνω ημερομηνία, θεωρούνται και είναι υπο-χρεώσεις του ν.π.δ.δ., που έχει συσταθεί με το π.δ. 321/1985 (115).

Άρθρο 120

Συμμετοχή προέδρων Ι.Σ. στις γενικές συνελεύσεις του Π.Ι.Σ.

Στο τέλος του άρθρου 3 του ν. 727/1977 "Περί τροπο-ποίησης ενίων διατάξεων της Περί Πανελληνίου Ιατρικού Συλλόγου και Ιατρικών Συλλόγων κείμενης νομοθεσίας" (ΦΕΚ 308 Α), όπως έχει αντικατασταθεί με το άρθρο πέμπτο του ν. 1425/1984 "Κύρωση της σύμβασης για την εκπόνηση ευρωπαϊκής φαρμακοποιίας και άλλες διατάξεις" (ΦΕΚ 30 Α), προστίθεται εδάφιο, το οποίο έχει ως εξής:

"Στις γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Ιατρικού Συλ-λόγου συμμετέχουν επίσης και οι πρόεδροι όλων των ιατρικών συλλόγων της Χώρας ή οι νόμιμοι αναπληρωτές τους, μετά ψήφου."

Άρθρο 121

Κωδικοποίηση ιατρικής νομοθεσίας

1. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων μπορεί να κωδικοποιείται η ισχύουσα ιατρική νομοθεσία σε ενιαίο κείμενο.

2. Κατά την κωδικοποίηση, σύμφωνα με την προηγούμενη παράγραφο, επιτρέπεται η αλλαγή της σειράς των άρθρων, η θέση υπόπτιλου σε κάθε άρθρο, η διαίρεση της ύλης σε τμήματα και κεφάλαια, η διατύπωση των κειμένων στη νεοελληνική γλώσσα και η φραστική βελτίωση χωρίς μετα-βολή της έννοιας του κειμένου.

Άρθρο 122

Ισοτιμία ιατρικών πιστοποιητικών

1. Ιατρικά πιστοποιητικά ή γνωματεύσεις, καθώς και ια-τρικές συνταγές, που εκδίδονται κατά τους νόμιμους τύπους, έχουν το ίδιο κύρος και την ίδια νομική ισχύ ως προς όλες τις νόμιμες χρήσεις και ενώπιον όλων των αρχών και υπηρεσιών, ανεξαρτητως του αν εκδίδονται απο ιατρούς που υπηρετούν σε ν.π.δ.δ. ή ν.π.ι.δ. ή ιδιώτες ιατρούς.

2. Σε κάθε περίπτωση τα εκδιδόμενα πιστοποιητικά η γνωματεύσεις, αφορούν στο περιεχόμενο της ειδικότητας

κάθε ιατρού.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται ενιαίος τύπος ιατρικών πιστοποιητικών και γνωματεύσεων και ενιαίος τύπος ιατρικών συνταγολογίων για όλους τους ιατρούς.

Άρθρο 123

Ιατροδικαστικές πράξεις και θέσεις ιατροδικαστών

Οι παράγραφοι 4, 5 και 6 του ν.δ. 885/1971 (ΦΕΚ 105 Α'), όπως αντικαταστάθηκε με το άρθρο 5 του ν. 1649/1986, συγχωνεύονται σε παράγραφο 4, που αντικαθίσταται ως ακολούθως:

4.α) Η διενέργεια ιατροδικαστικών πράξεων μπορεί με παραγγελία του αρμόδιου δικαστηρίου, εισαγγελέα, ανακριτή ή ανακριτικού υπαλλήλου να ανατίθεται και στα εργαστήρια ιατροδικαστικής των ανώτατων εκπαιδευτικών ιδρυμάτων (Α.Ε.Ι.), όπου υπάρχουν, ή των νοσηλευτικών ιδρυμάτων πανεπιστημιακών (Α.Ε.Ι.) ή του Εθνικού Συστήματος Υγείας, του εδρεύουν στην περιφέρεια ή σε περιφέρεια με την οποία συνδέονται με τον πιο εύκολο συγκοινωνιακό τρόπο. Τις ιατροδικαστικές πράξεις στα Α.Ε.Ι. ενεργούν μέλη του Δ.Ε.Π., που έχουν την ειδικότητα του ιατροδικαστή και ορίζονται από τον αρμόδιο διευθυντή του εργαστηρίου, εκτός αν η σχετική παραγγελία του εισαγγελέα ή των άλλων αρμοδίων απευθύνεται σε συγκεκριμένο μέλος του Δ.Ε.Π., τότε εκτελείται από αυτό.

β) Με προεδρικά διατάγματα, που εκδίδονται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών, Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, και ουσύνης και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων, μπορεί να συσταθούν θέσεις ιατροδικαστών και στα νοσηλευτικά κέντρα νομαρχιακά, περιφερειακά και πανεπιστημιακά. Απαραίτητη προϋπόθεση, σε κάθε πρόσληψη, είναι η ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, κατ' εξαίρεση δε και για χρονικό διάστημα τριών μόνο ετών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, μπορεί να διορίζονται και να εκτελούν ιατροδικαστικές πράξεις και ιατροί με την ειδικότητα της Παθ. Ανατομικής.

γ) Αν συντρέχει εξαιρετικός λόγος κατά την κρίση του αρμόδιου για την ανάκριση υπαλλήλου ή δικαστηρίου, μπορεί να ανατεθεί η διενέργεια ιατροδικαστικής πραγματογνωμοσύνης και σε ιατρό άλλης ειδικότητας, εφόσον η ειδικότητα αυτή προαιτιάσει απολύτως με το ειδικό αντικείμενο της πραγματογνωμοσύνης.

Άρθρο 124

Εξεταστικές επιτροπές ιατρικών ειδικοτήτων Ηρακλείου Κρήτης

Εξεταστικές επιτροπές ιατρικών ειδικοτήτων ορίζονται και στο Ηράκλειο Κρήτης, για εξέταση των εκπαιδευθέντων σε νοσηλευτικά ιδρύματα ή άλλους φορείς της Κρήτης, εφαρμοζόμενων κατά τα λοιπά των διατάξεων του ν.δ. 3366/1955 περί ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος και ιατρικών κοπτήτων και άλλων τινών διατάξεων (ΦΕΚ 258 Α), όπως ουσί τροποποιηθεί ή συμπληρωθεί μεταγενέστερα.

Άρθρο 125

Τροποποίηση αντικοινωνικών διατάξεων

Μετα την πρώτη περίοδο της παρ. 1 του άρθρου 8 ν.δ. 96/1973, προστίθεται εδάφιο ως εξής:

Όπως, προκειμένου περί προϊόντων εισαγομένων εκ

κρατών μελών της Ε.Ο.Κ., η ως άνω άδεια χορηγείται στους υπευθύνους κυκλοφορίας που διαμένουν μονίμως στις χώρες αυτές'.

2. Το τρίτο εδάφιο της παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 784/1978 αντικαθίσταται ως εξής:

Τα ιδιοσκευάσματα που παρασκευάζονται σε κράτη μέλη της Ε.Ο.Κ. προτιμώνται υποχρεωτικώς στις προμήθειες από αυτά, που προέρχονται από τρίτες χώρες'.

Άρθρο 126

Συγχώνευση του ανψιυματικού ιατρείου "Ο Καλός Σαμαρείτης" στο Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου

1. Το ανψιυματικό ιατρείο "Ο Καλός Σαμαρείτης", που λειτουργεί ως υπηρεσία του φιλανθρωπικού σωματείου με την επωνυμία "Ανψιυματική Αδελφότης Νομού Μαγνησίας ο Καλός Σαμαρείτης", που έχει αναγνωρισθεί με την υπαριθ. 180/1972 απόφαση του Πρωτοδικείου Βόλου, συγχωνεύεται στο Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου ν.π.δ.δ. του ν.δ. 2592/1953.

2. Ο επιστημονικός εξοπλισμός του ανψιυματικού ιατρείου περιέρχεται και ανήκει κατά πλήρη κυριότητα, νομή και κατοχή στο Αχιλλοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Βόλου.

3. Για την υπηρεσιακή κατάσταση και τακτοποίηση του προσωπικού, που υπηρετεί κατά τη συγχώνευση, στο Αχιλλοπούλειο ανψιυματικό ιατρείο, εφαρμόζονται κατ' αναλογία οι διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 48 του παρόντος νομού.

Άρθρο 127

Ρύθμιση προσλήψεως προσωπικού στο Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο Σύρου

Υπάλληλοι του κλάδου ΔΕ, που διορίστηκαν με αποφάσεις που δημοσιεύτηκαν στο 180/9-9-1988 Φ.Ε.Κ. ν.π.δ.δ. και στο 44/17-3-1988 Φ.Ε.Κ. ν.π.δ.δ., στο Νομαρχιακό Νοσοκομείο Σύρου "Βαρδάκειο και Πρώιο", με τις ΤΥ 5490/23.8.88 (Φ.Ε.Κ. 180/9.9.88 Ζ. ν.π.δ.δ.) και ΤΥ/1219/3.3.88 (Φ.Ε.Κ. 44/17.3.88 Ζ. ν.π.δ.δ.) αποφάσεις, ως νοσοκόμοι ή παρασκευάστριες, χωρίς να έχουν τα υπό του οργανισμού του εν λόγω νοσοκομείου προβλεπόμενα τυπικά προσόντα, θεωρούνται νομίμως διορισθέντες, αφ' ής ανέλαβαν υπηρεσία στο νοσοκομείο.

Άρθρο 128

Κατάργηση χορηγήσεως τίτλου προσωπικής ικανότητας οπτικού

Οι διατάξεις του ν. 971/1979 "Περί ασκήσεως του επαγγέλματος του οπτικού και καταστημάτων οπτικών ειδών" (ΦΕΚ 223 Α) τροποποιούνται ως εξής:

Καταργούνται οι διατάξεις των άρθρων 2, 3, 4, 5 και 15, με εξαίρεση τους υποψήφιους οπτικούς, που έχουν υποβάλει σχετική αίτηση και δικαιούνται να προσέλθουν σε εξέταση ή επανεξέταση για την απόκτηση τίτλου προσωπικής ικανότητας οπτικού. Εξαιρείται επίσης από την κατάργηση αυτή η παρ. 4 του άρθρου 2, η οποία εξακολουθεί ισχύουσα ως έχει.

Άρθρο 129

Σύσταση επιτροπής επιλογής στις Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.

1. Σε καθεμία Μέση Τεχνική Επαγγελματική Νοσηλευτική

σχολή (Μ.Τ.Ε.Ν.Σ.) συγκροτείται επιτροπή επιλογής νέων ιαθτηών για εγγραφή, αποτελούμενη από δύο μέλη του λ.Σ. του νοσοκομείου, που ορίζονται από το συμβούλιο ιυτό και από το διευθυντή της οικείας Μ.Τ.Ε.Ν.Σ., με την πιφύλαξη των διατάξεων του άρθρου 108 του παρόντος όμου.

2. Χρέη γραμματέα της επιτροπής ανατίθενται από τον πρόεδρο του Δ.Σ. του νοσοκομείου σε υπάλληλο του νοσοκομείου ή της Μ.Τ.Ε.Ν.Σ..

3. Έργο της επιτροπής είναι:

α) Η συγκέντρωση των δικαιολογητικών των υποψήφιων αθητών για επιλογή και εγγραφή στη σχολή.

β) Ο έλεγχος των δικαιολογητικών.

γ) Η σύνταξη κατάστασης κατά σειρά βαθμού απολυτηρίου μνασίου ή λυκείου, ως και των κοινωνικών κριτηρίων όλων εν υποψήφιων μαθητών, σύμφωνα με τις ισχύουσες διαίξεις.

δ) Η σύνταξη πρακτικού, το οποίο θα υποβληθεί στη εύθυνση της σχολής με το σχηματισθέντα φάκελο, που τη συνέχεια η σχολή θα το υποβάλλει στο διοικητικό μβούλιο, το οποίο και θα λάβει την τελική απόφαση ιλογής στη σχολή.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και γείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται αποζημίωση των μελών και του γραμματέα της επιτροπής. Η ισχύς του παρόντος άρθρου αρχεται από 16 Ιουλίου 91.

Άρθρο 130

Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων

1. Συνιστάται Εθνικό Συμβούλιο Μεταμοσχεύσεων (Ε.Σ.Μ.) σκοπό:

1. Τη συμβολή στη χάραξη της γενικής πολιτικής μετασχεύσεων στη χώρα.

2. Την εποπτεία της λειτουργίας της Υ.Σ.Ε.Μ..

3. Την εισηγήση στο ΚΕ.Σ.Υ. μετρων, όρων και προυποσεων λειτουργίας των κέντρων μεταμοσχευσεων και την ιθεώρηση αυτών.

4. Τη γνωμοδότηση επί γενικών, καθώς και ειδικών και ντολογικών προβλημάτων, που αφορούν τις μεταμοίσεις.

5. Τη σύσταση επιτροπών προς επεξεργασία συγκεκριων θεμάτων.

Το Ε.Σ.Μ. είναι 13μελές και απαρτίζεται από τον πρόεδρο του ΚΕ.Σ.Υ. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο της ηνικής Εταιρείας Μεταμοσχεύσεων ή εκπρόσωπό του, Διευθυντή της Υ.Σ.Ε.Μ. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο Ε.Σ.Η.Ε.Α. ή εκπρόσωπό του, τον πρόεδρο του ΠΙΣ ή ρόσωπό του, το γενικό διευθυντή υγείας του Υπουργείου ίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή εκπρόσωπό

Τα λοιπά μέλη ορίζονται με απόφαση του Υπουργού ίας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και είναι ιτήμονες κύρους, που ασχολούνται με τις μεταμοσχεύσε όλα τα επίπεδα ενδιαφέροντος.

Ως γραμματέας της Ε.Σ.Μ., ορίζεται υπάλληλος του υργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, τοιος συμμετέχει άνευ ψήφου.

Η θητεία του Ε.Σ.Μ. ορίζεται 3ετής.

Ε.Σ.Μ. συνεδριάζει τακτικώς μία φορά το μήνα ή κτως αν το ζητήσουν ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, ο πρόεδρος του Ε.Σ.Μ. ή

εγγράφως 4 τουλάχιστο μέλη.

Το Ε.Σ.Μ. αποφασίζει εν απαρτία με πλειοψηφία παρόντων μελών του. Σε περίπτωση ισοψηφίας, υπερισχύει η ψήφος του προέδρου.

Κατά τα λοιπά ως προς τη συγκρότηση, σύνθεση και λειτουργία του Ε.Σ.Μ., εφαρμόζονται οι κανόνες του άρθρου 19 του ν.1599/1986.

4. Η επιτροπή "προλήψεως και θεραπείας νεφροπαθειών και μεταμοσχεύσεων" του ΚΕ.Σ.Υ., μετονομάζεται σε "επιτροπή προλήψεως και θεραπείας νεφροπαθειών", και αναοιντίζεται.

5. Καταργούνται από της δημοσιεύσεως της παρούσας η Α2γ/οικ.874/19.2.90, η Α2γ/οικ.985/27.2.90 και η Α2γ/οικ. 1627/90 αποφάσεις του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου αρχεται από 1 Μαρτίου 1991.

Άρθρο 131

Κύρωση Οργανισμών Νοσοκομείων

Οι οργανισμοί των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα οποία δημοσιοποιήθηκαν με βάση τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν. 1397/1983, οι οποίοι εκδόθηκαν με μόνη απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, αντί κοινής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως προβλέπεται από τις διατάξεις του άρθρου 10, παρ.71 του ν. 1397/1983, ισχύουν από τότε που δημοσιεύθηκαν στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Άρθρο 132

Από της δημοσιεύσεως του παρόντος καταργούνται:

Τα άρθρα 3, 6 και 7 του ν. 1278/1982. - Τα άρθρα 3, 4, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 35, 39, 41 και 42 και οι παρ. 2, 3, και 4, του άρθρου 25 του ν. 1397/1983. - Η παρ. 2 του άρθρου 5 του ν.δ. 127/1974 και παρ. 2 του άρθρου 4 του ν.δ. 67/1968. - Οι παρ. 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12 του άρθρου 7 και η παρ. 1 του άρθρου 8 του ν. 1579/1985. - Τα άρθρα 12, 13 και 26 του ν. 1579/1985. Οι παρ. 2 και 3 του άρθρου 18 του ν. 1579/1985. - Το άρθρο 32 του ν. 1729/1987. - Το άρθρο 19 του ν. 1771/1988. - Τα άρθρα 42, 44, 52, 53, 60 και 62 του ν. 1759/1988. - Οι παρ. 4 και 5 του άρθρου 2 του ν. 1821/1988 και το άρθρο 4 του ν. 1821/1988. Επίσης, καταργείται κάθε γενική ή ειδική διάταξη, που είναι αντίθετη στις διατάξεις του νόμου αυτού ή ρυθμίζει διαφορετικά θέματα του νόμου αυτού.

Άρθρο 133

1. Αναγνωρίζεται από το Δημόσιο η δαπάνη περίθαλψης σε ιδρύματα χρονίων παθήσεων μη επιδοτούμενα από το κράτος για τα παιδιά των τακτικών δημόσιων πολιτικών υπαλλήλων και των πολιτικών και στρατιωτικών συνταξιούχων, που πάσχουν από βαρείας μορφής σωματική ή πνευματική αναπηρία, για απεριόριστο χρόνο και όριο ηλικίας ως εσωτερικών ασθενών. Το ημερησίο νοσήλειο, που θα καταβάλλει το Δημόσιο για το σκοπό αυτόν, είναι το αντίστοιχο της Γ' θέσης των ιδιωτικών κλινικών των Νομών Αττικής και Θεσσαλονίκης, όπως αυτό ισχύει κάθε φορά και χωρίς έκπτωση

2. Οι δαπάνες περίθαλψης σε οποιασδήποτε μορφής ειδικά θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων των παιδιών των τακτικών δημόσιων πολιτικών υπαλλήλων και των πολιτικών και στρατιωτικών συνταξιούχων, που πάσχουν από βαρείας μορφής σωματική ή πνευματική αναπηρία, καλύπτονται εξ' ολοκλήρου από το Δημόσιο, χωρίς καμία συμμετοχή του ασφαλισμένου.

3. Κάθε λεπτομέρεια αναγκαία για την εφαρμογή της παραπάνω διάταξης ρυθμίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Άρθρο 134

1. Σε ιατρούς, οι οποίοι ασκούν την ιατρική για περισσότερα από πέντε (5) χρόνια, και εφόσον παρακολουθήσουν ειδικό σεμινάριο διάρκειας έξι (6) μηνών έως ενός (1) έτους, είναι δυνατή η χορήγηση της ιατρικής ειδικότητας, της ιατρικής της εργασίας.

2. Οι προϋποθέσεις και η διαδικασία για τη χορήγηση της ειδικότητας αυτής, το περιεχόμενο του σεμιναρίου, ο χρόνος διάρκειας και οι φορείς εκτέλεσης αυτού, ο χρόνος της υποβολής της σχετικής αιτήσεως, καθώς και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια καθορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά γνώμη του Κεντρικού Συμβουλίου Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Θ' **Άλλες διατάξεις**

Άρθρο 135

Η ισχύς των διατάξεων του άρθρου 15 του ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146 Α) παρατείνεται από 11-2-1992 μέχρι 31-12-1992.

Άρθρο 136 **Σύναψη συμβάσεων**

1. Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή τα υπ' αυτού εποπτευόμενα νομικά πρόσωπα ημόσιου ή ιδιωτικού δικαίου, δύνανται να συνάπτουν συμβάσεις με οποιονδήποτε φορέα ή ιδιωτική επιχείρηση, για την υπ' αυτών κοινωνική προστασία ατόμων που έχουν νόσηση αυτής.

2. Με απόφαση του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις εφαρμογής των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

Άρθρο 137

1. Το άρθρο 4 του ν. 1027/1980 (ΦΕΚ 49 Α) αντικαθίσταται ως ακολούθως:

Άρθρο 4

1. Κατ' εξαίρεση των διατάξεων του άρθρου 1 του ν.δ. 435/1964 (ΦΕΚ 217 Α), όπως αντικαταστάθηκε από την παρ. 1 του άρθρου μόνου του ν.δ. 4521/1966 (ΦΕΚ 135) μπορεί να εξαφρούνται από την ασφάλιση του Ο.Γ.Α. και να υπαγονται στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. τα πρόσωπα που ορίζονται από τις διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 364/1934 (ΦΕΚ 376 Α), όπως αυτό αντικαταστάθηκε από το άρθρο 1 του παρόντος νόμου, τα οποία ασκούν επάγγελμα: δήμους ή κοινότητες κάτω των 2.000 κατοίκων. Η υπαγωγή στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. μπορεί να γίνει.

είτε για ολόκληρο δήμο ή κοινότητα, είτε για ορισμένα χωριά ή αυτοτελείς οικισμούς ή περιοχές, εφόσον παρουσιάζουν οικονομική ή τουριστική ανάπτυξη ή δραστηριότητα.

2. Η υπαγωγή στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου, γίνεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, ύστερα από γνώμη του Δ.Σ. του Τ.Ε.Β.Ε..

3. Τα πρόσωπα που ορίζονται από τις διατάξεις της παρ. 1 του παρόντος άρθρου, τα οποία έχουν υπερβεί το 50ό έτος της ηλικίας τους, κατά την ημέρα έκδοσης της υπουργικής απόφασης της προηγούμενης παραγράφου, εξακολουθούν να παραμένουν στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α..

Κατ' εξαίρεση, όσα από τα πιο πάνω πρόσωπα έχουν υπερβεί το 50ό έτος της ηλικίας τους όχι όμως και το 55ο, μπορούν να υπαχθούν προαιρετικά στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. με αίτησή τους, που υποβάλλεται μέσα σε ανατρεπτική προθεσμία τριών ετών από της ισχύος της υπουργικής απόφασης, εξαφρούμενοι της ασφάλισης του Ο.Γ.Α..

4. Πρόσωπα που έχουν υπαχθεί στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. με υπουργικές αποφάσεις, που εκδόθηκαν σύμφωνα με τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 4 του ν. 1027/1980, πριν από την αντικατάστασή τους από τις διατάξεις της παρ. 1 του παρόντος άρθρου, συνεχίζουν υποχρεωτικά την ασφάλισή τους στο Τ.Ε.Β.Ε., εφόσον ασκούν επάγγελμα ασφαλιστέο σ' αυτό.

2. Η παρ. 1 του άρθρου 5 του ν. 1027/1980 αντικαθίσταται ως ακολούθως:

1α. Πρόσωπα υπαχθέντα στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α. δυνάμει των διατάξεων των ν. δ/των 4435/1964 και 4521/1966, τα οποία υπάγονται με τις διατάξεις του παρόντος νόμου στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. κατατάσσονται κατά το πρώτο έτος της ασφάλισής τους υποχρεωτικά στην Ε' ασφαλιστική κατηγορία ή και σε ανώτερη, εφόσον το ζητήσουν με αίτησή τους, δύναται δε να αναγνωρίσουν με αίτησή τους προηγούμενο χρόνο ασφάλισης στον Ο.Γ.Α., εφόσον για το χρονικό αυτό διάστημα προκύπτει επαγγελματική απασχόληση.

β. Ο χρόνος αυτός εξαγοράζεται με την καταβολή για κάθε μήνα της εισφοράς του κλάδου σύνταξης της Ε' ασφαλιστικής κατηγορίας ή και ανώτερη τιαούτης εφόσον ήθελε ζητηθεί αυτό, όχι όμως μεγαλύτερης της Ζ', που ισχύει κατά το χρόνο υποβολής της αίτησης, χωρίς την καταβολή πρόσθετων τελών.

γ. Η εξόφληση του ποσού της οφειλής για την εξαγορά γίνεται εφάπαξ εντός τριών μηνών από την κοινοποίηση της απόφασης του αρμόδιου οργάνου του Τ.Ε.Β.Ε. στον ασφαλισμένο για την αναγνώριση του χρόνου.

Αν το ποσό της οφειλής δεν καταβληθεί σύμφωνα με τα οριζόμενα στο προηγούμενο εδάφιο, εξοφλείται τμηματικά σε μηνιαίες δόσεις.

Το ποσό της κάθε δόσης είναι ίσο με δύο μηνιαία ασφάλιστρα της αντίστοιχης ασφαλιστικής κατηγορίας, που ισχύουν κατά το χρόνο της καταβολής.

3. Από την ημερομηνία ισχύος του παρόντος νόμου η προβλεπόμενη από τη διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 5 του ν. 1027/1980 προθεσμία, καταργείται.

4. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις του άρθρου 5 του ν. 1027/1980, όπως αντικαθίστανται και τροποποιούνται με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

5. Το άρθρο 2 του ν.δ. 4435/1964, όπως αντικαταστάθηκε με τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου μόνου του ν.δ.

Άρθρο 2

1. Στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε. υπάγονται προαιρετικά οι επαγγελματίες και βιοτέχνες, που ορίζονται από τις διατάξεις της παρ. 1 του άρθρου 1 του παρόντος νόμου.

2. Η βούληση του ενδιαφερομένου για την υπαγωγή του στην προαιρετική ασφάλιση, σύμφωνα με τις διατάξεις της προηγούμενης παραγράφου, θεωρείται ότι εκδηλώθηκε είτε με την υποβολή της σχετικής αίτησης είτε με την καταβολή εισφορών.

6. Η παρ. 1 του άρθρου 8 του ν.δ. 4435/1964 αντικαθίσταται ως εξής:

“1. Ως πληθυσμός για την εφαρμογή του παρόντος νόμου θεωρείται ο πληθυσμός της απογραφής, που ενεργείται πριν από την έναρξη της άσκησης του ασφαλιστέου επαγγέλματος.

Αν μετά την υπαγωγή στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., ενεργηθεί απογραφή του πληθυσμού και σύμφωνα με αυτή μειωθεί ο πληθυσμός του δήμου ή της κοινότητας, όπου ασκείται το επάγγελμα κάτω από 2.000 κατοίκους, τα πρόσωπα που καθ' οιονδήποτε τρόπο είχαν υπαχθεί στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., συνεχίζουν υποχρεωτικά την ασφάλισή τους εφόσον συνεχίζουν να ασκούν επάγγελμα, υπαγόμενο στην ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε.”

7. Πρόσωπα που δεν έχουν υπαχθεί ή υπήχθησαν και εξαίρεθηκαν, έστω και για μέρος της ασφαλιστικής περιόδου υπό την ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., μέχρι της ισχύος του παρόντος, λόγω μείωσης του πληθυσμού του δήμου ή της κοινότητας κάτω των 2.000 κατοίκων, υπάγονται υποχρεωτικά στην ασφάλιση του Ο.Γ.Α..

8. Πρόσωπα περί των η παρ. 7 του παρόντος άρθρου, ύπννται να παραμείνουν στην υποχρεωτική ασφάλιση του Τ.Ε.Β.Ε., εφόσον η βούλησή τους εκδηλώνεται με σχετική τηση, υποβαλλόμενη εντός ανατρεπτικής προθεσμίας ενόσ τους από τη δημοσίευση του παρόντος.

9. Για την εφαρμογή των διατάξεων των παρ. 7 και 8 του παρόντος άρθρου ισχύουν αναλόγως οι διατάξεις του άρθρου 4 του ν.δ. 4435/1964.

Άρθρο 138

Μετατροπή της ΣΤΕΓΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ σε υπηρεσία του Τ.Σ.Α.Υ..

1. Επιφυλασσομένων των περί κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών κειμένων διατάξεων, η ΣΤΕΓΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ (π.δ.δ.) μετατρέπεται σε υπηρεσία του Ταμείου Συντάξεως Αυτασφαλίσεως Υγειονομικών (ν.π.δ.δ.).

2. Το πάσης φύσεως προσωπικό που υπηρετεί στη Στέγη υγειονομικών, κατά το χρόνο της μετατροπής της, μεταρζεται στο Τ.Σ.Α.Υ. με την ίδια σχέση εργασίας, διεπόμενο από το ίδιο υπηρεσιακό και ασφαλιστικό καθεστώς και λαμβάνει ισάριθμες με τις μεταφερόμενες θέσεις αντίστοιχων κλάδων ή ειδικοτήτων.

3. Ιδιαίτερα, για το μόνιμο από το ως άνω προσωπικό υφιστάμενοι οι διατάξεις των δύο πρώτων εδαφίων της παραγράφου 9 του άρθρου 20 του ν. 1735/1987.

4. Οι οργανικές θέσεις προσωπικού της Στέγης Υγειονομικών, μετά τη μετατροπή της, μεταφέρονται και προστίθενται οι οργανικές θέσεις του Τ.Σ.Α.Υ..

5. Από της μετατροπής, το διοικητικό συμβούλιο της προεπιλεγμένης Στέγης Υγειονομικών καταργείται και η λειτουργία και διαχείριση αυτής διέπεται από τις διατάξεις

που ισχύουν για το Τ.Σ.Α.Υ..

4. Επιφυλασσομένων των περί κληρονομιών, κληροδοσιών και δωρεών κειμένων διατάξεων όλη η κινητή και ακίνητη περιουσία της Στέγης Υγειονομικών, μετά τη μετατροπή της, περιέρχεται στην κυριότητα του Τ.Σ.Α.Υ., το οποίο υπεισέρχεται σε όλα τα συναφή δικαιώματα και υποχρεώσεις της μετατρεπόμενης Στέγης Υγειονομικών.

5. Όλες οι εγγεγραμμένες πιστώσεις στον προϋπολογισμό της Στέγης Υγειονομικών και κάθε μορφή εγκεκριμένης επιχορηγήσης, μηνιαίας εισφοράς και καταβολής τροφείων υπέρ της Στέγης Υγειονομικών, εξ οιασδήποτε φορέα, νομικού ή φυσικού προσώπου, για τη διοίκηση και λειτουργία της Στέγης Υγειονομικών, θεωρούνται γινόμενες για τη λειτουργία της προερχόμενης εκ μετατροπής υπηρεσίας του Τ.Σ.Α.Υ. και μεταφέρονται στον προϋπολογισμό του Τ.Σ.Α.Υ..

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η διαδικασία και κάθε άλλη σχετική λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 139

Εις τους εν ενεργεία και σχολάζοντες αρχιερείς και ιεροκήρυκες της Ιεράς Συνόδου της Εκκλησίας της Ελλάδος και στα μέλη των οικογενειών τους, καθώς και στους εν ενεργεία και σχολάζοντες αρχιερείς της ορθόδοξης Εκκλησίας της Κρήτης και στα μέλη των οικογενειών τους, παρέχεται υπό του Δημοσίου ή υπό των κειμένων διατάξεων προβλεπόμενη ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη, με τους όρους και τις προϋποθέσεις που παρέχεται στους ασφαλισμένους του Δημοσίου.

Άρθρο 140

Ένταξη του Κέντρου Περιθάλψεως Παίδων (ΚΕ.ΠΕ.Π.) Λέρου στο Κρατικό Θεραπευτήριο Λέρου

1. Το προβλεπόμενο από τις διατάξεις του υπ' αριθμ. 170/1960 β.δ/τος “Περί κυρώσεως του Υπηρεσιακού Οργανισμού του Π.Ι.Κ.Π.Α.” (ΦΕΚ 40 Α), όπως αυτές τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα, Κέντρο Περιθάλψεως Παίδων (ΚΕ.ΠΕ.Π.) Λέρου, εντάσσεται οργανικά στο Κρατικό Θεραπευτήριο-Κέντρο Υγείας Λέρου.

2. Το πάσης φύσεως προσωπικό, που υπηρετεί κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου στην ειδική υπηρεσία του Π.Ι.Κ.Π.Α. Λέρου, εντάσσεται αυτοδικαίως σε όμοιες προς αυτές που κατέχουν κενές θέσεις, του Κρατικού Θεραπευτηρίου - Κ.Υ. Λέρου, εφόσον έχουν τα προβλεπόμενα από τον οργανισμό προσόντα.

3. Το προσωπικό που δεν συγκεντρώνει τα νόμιμα προσόντα ή δεν μπορεί να ενταχθεί για οποιονδήποτε λόγο, εξακολουθεί να υπηρετεί με τις ίδιες προϋποθέσεις, που υπηρετούσε και στη μονάδα που εντάσσεται σε προσωρινές θέσεις, που συνιστώνται με την απόφαση κατάταξης και καταργούνται, όταν κενωθούν με οποιονδήποτε τρόπο.

4. Η προϋπηρεσία των εντασσόμενων υπαλλήλων προμετράται στη νέα τους θέση για κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

5. Το Κρατικό Θεραπευτήριο-Κ.Υ. Λέρου, στο οποίο εντάσσεται η μονάδα που καταργείται με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου υπεισέρχεται στο σύνολο των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων αυτής συμπεριλαμβανομένου και του δι-

αίματος χρήσεως όλης της κινητής και ακίνητης περιουσίας της.

6. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων καθορίζεται η διαδικασία και οι επομέρειες εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 141

Κυρώνεται και έχει ισχύ νόμος η σύμβαση που υπεγράφη γν 15η Οκτωβρίου 1991 μεταξύ του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και της Ελληνικής εταιρείας Προστασίας και Αποκατάστασης Αναπήρων Ατόμων Παιδών (ΕΛ.Ε.Π.Α.Π.), η οποία έχει ως εξής:

ΣΥΜΒΑΣΗ

Σύμβαση απογραφικού και καταγραφικού έργου με ειδικώς αναγνωρισμένο ως φιλανθρωπικό σωματείο : την επωνυμία "ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΝΑΠΗΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΑΙΔΩΝ (Λ.Ε.Π.Α.Π.)", Κόνωνος 16, Αθήνα.

1. ΓΕΝΙΚΑ.

Αθήνα, σήμερα 15 Οκτωβρίου 1991 οι υπογεγραμμένοι ενός ο Υπουργός Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Γεώργιος Σούρλας ενεργών για λογαριασμό του ομώνυμου Υπουργείου σύμφωνα με το Ν. 1558/85 "βέρνηση-Όργανα" και την υπ' αριθμ. Γ3. 4/Φ245/2685 1-9-91 Υπουργική Απόφαση με την οποία ανατέθη στην ΕΠΑΠ η διενέργεια της απογραφής και καταγραφής των ατόμων με ειδικές ανάγκες και των προνοιακών Ιδρυμάτων της Χώρας, καλούμενος στο εξής Υπουργείο και αφ' ετέρου Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου της ΕΛΕΠΑΠ και η Κανελλοπούλου, ενεργούσα για λογαριασμό της ΕΠΑΠ συνεφώνησαν και συναπεδέχθησαν τα εξής:

Αντικείμενο της απογραφής και καταγραφής, αντικείμενο της απογραφής και καταγραφής είναι η καθόλην επικράτεια της χώρας απογραφή των ατόμων με ειδικές ανάγκες, πλην των ψυχικώς πασχόντων (ψυχασθέντων) και η καταγραφή των πάσης φύσεως λειτουργούντων προνοιακών Ιδρυμάτων Δημοσίων ή Νομικών Προσώπων Δημοσίου και Ιδιωτικού Δικαίου, Εκκλησιαστικών Σωματείων Συλλόγων που καθ' οιονδήποτε τρόπο επιχορηγούνται από το Δημόσιο.

Υποχρεώσεις του Υπουργείου:

ο Υπουργείο αναλαμβάνει έναντι της ΕΛΕΠΑΠ προς πραγματοποίηση της απογραφής και καταγραφής όπως αυτή ορίζεται στην ανωτέρω υπό στοιχείων 2 παράγραφο στις υποχρεώσεις:

Να αυξήσει την προς την ΕΛΕΠΑΠ επιχορήγηση του βάρους του ΚΑΕ 2559 του προϋπολογισμού του προς κάλυψη των εξόδων απογραφής και καταγραφής μέχρι του ύψους των τριακοσίων εκατομμυρίων (300.000.000) δραχμών συμπεριλαμβανομένης της απογραφής και καταγραφής.

Να θέσει στη διάθεση της ΕΛΕΠΑΠ με σκοπό να το χρησιμοποιήσει όλο το υπάρχον και διανεμηθέν στις Διευτήσεις και Τμήματα Πρόνοιας των Νομαρχιών ειδικό έντυπο απογραφικών και καταγραφικών υλικών χωρίς να υπολογιστεί αξία αυτού στο υπό στοιχείο ανωτέρω ποσό της επιχορήγησης.

Να παρέχει κάθε δυνατή διευκόλυνση και εξυπηρέτηση

για την επιτυχή ολοκλήρωση μέσω των κεντρικών και περιφερειακών του υπηρεσιών του έργου των ελεγχόμενων και εποπτευομένων νομικών προσώπων δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου.

δ. Να θέσει στη διάθεση της ΕΛΕΠΑΠ τις υπό του Υπουργείου των οικείων νομαρχιών συγκροτηθείσες επιτροπές και υποεπιτροπές απογραφής και καταγραφής καθώς και χώρους γραφείων και αποθηκευτικούς χώρους στο κέντρο και την περιφέρεια για όσο χρόνο διαρκέσει η απογραφή και καταγραφή.

4. Υποχρεώσεις ΕΛΕΠΑΠ.

α. Υποχρεούται να ολοκληρώσει την απογραφή και καταγραφή όπως αυτή προσδιορίζεται με την παρούσα σύμβαση εντός έξι μηνών από της υπογραφής της, δυναμένης όμως της προθεσμίας αυτής να παραταθεί γραπτώς κατόπιν κοινής συμφωνίας.

β. Υποχρεούται να απασχολήσει το αναγκαίο επιστημονικό προσωπικό, τεχνικό και λοιπό προσωπικό γραμματειακής στήριξης και εξυπηρέτησεως, για όσο χρόνο διαρκέσει η απογραφή και καταγραφή άνευ ουδεμίας ευθύνης ή δεσμεύσεως του Υπουργείου έναντι της ΕΛΕΠΑΠ και για το προσωπικό εκείνο που θα απασχοληθεί ή θα συνεργαστεί, και για αμοιβή, αποζημίωση ή οποιαδήποτε άλλη παροχή.

γ. Υποχρεούται να προβεί στην άμεση προμήθεια του αναγκαίου για την γραμματειακή στήριξη τεχνολογικού και λοιπού εξοπλισμού καθώς και στην άμεση εκτύπωση και διανομή στις επιτροπές Νομαρχιών του αναγκαίου εντύπου υλικού απογραφικών και καταγραφικών δελτίων σε περίπτωση που δεν επαρκέσει το ήδη διανεμηθέν υλικό στις Νομαρχίες.

Το υλικό των απογραφικών και καταγραφικών δελτίων που θα εκτυπωθεί από την ΕΛΕΠΑΠ πρέπει να είναι παρομοιότυπο με το υπάρχον εξ' αποψέως εμφανίσεως, σχήματος, ποιότητας χάρτου και ιδιοτήτων με μικράν μόνον διόρθωση του περιεχομένου, κατόπιν προσεννοήσεως με τη Διεύθυνση Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και Ηλικιωμένων του Υπουργείου.

δ. Υποχρεούται στην παραγωγή του λογισμικού, την επεξεργασία, αρχειοθέτηση και μελέτη των στοιχείων που θα προκύψουν από την απογραφή και καταγραφή και την παράδοση σε διάστημα 3 μηνών από τη λήξη της απογραφής των σχετικών στοιχείων που θα έχουν τύχει επεξεργασίας και θα έχουν αποτυπωθεί σε προγράμματα ηλεκτρονικών υπολογιστών. Επίσης όλο το έντυπο υλικό που θα έχει χρησιμοποιηθεί ή αυτό που πιθανόν δεν χρησιμοποιήθηκε.

ε. Υποχρεούται να κάνει σχετική διαφήμιση δια του τύπου και ηλεκτρονικών μέσων μαζικής ενημέρωσης περί των σκοπών της απογραφής και καταγραφής και στην ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης για την επιτυχή έκβαση του όλου έργου.

Επίσης να διενεργήσει τα πάσης φύσεως σεμινάρια ή άλλης μορφής προγράμματα ενημέρωσης των ατόμων που καθ' οιονδήποτε τρόπο θα χρησιμοποιηθούν στην διαδικασία της απογραφής σε όλη την επικράτεια.

στ. Υποχρεούται να έχει άμεση επαφή και συνεργασία με την Διεύθυνση Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες και Ηλικιωμένων του Υπουργείου καθώς και με οιονδήποτε άλλη υπηρεσία θα υποδειχθεί από την ανωτέρω Διεύθυνση.

ζ. Ρητώς δεσμεύεται αφ' ενός μεν να μην ανακινώσει γραπτώς η προφορικώς σε φυσικό ή νομικό πρόσωπο το αποτελεσμα της απογραφής και καταγραφής και την πορεία του απογραφικού και καταγραφικού έργου άνευ προηγου-

νης εγγράφου εγκρίσεως της αρμοδίας Διεύθυνσης του τουργείου ήτοι Λ/νσης Προστασίας Ατόμων με Ειδικές Άγκες και Ηλικιωμένων, αφ'ετέρου δε το κατά τα ανωτέρω ιεξεργασθέν, αρχειοθετηθέν και γενικώς μελετηθέν απο-αφικών υλικόν να το παραδίδει στη Δ/νση αυτήν, η οποία ει την ευθύνη και την αρμοδιότητα και γενικά την εποπτεία ς υλοποίησης της παρούσης συμβάσεως.

5. Τρόπος Επιχορήγησεως.

Η προς την ΕΛΕΠΑΠ επιχορήγηση για την εκπλήρωση ιν όρων της παρούσης καθορίζεται ως εξής:

1. Ευθύς με την υπογραφή της παρούσης θα επιχορηγηθεί το ποσό των εκατό εκατομμυρίων (100.000.000) δραχμών ι την άμεση έναρξη των εργασιών.

3. Η επιχορήγηση του υπολοίπου ποσού των διακοσίων ατομμυρίων (200.000.000) δραχμών θα γίνει σταδιακά και αλόγως της προόδου του έργου και των επισήμων πα-στατικών στοιχείων δαπανών που θα υποβάλλει κατά να απολογιστικώς η ΕΛΕΠΑΠ στην Δ/νση Προστασίας όμων με Ειδικές Ανάγκες και Ηλικιωμένων, η οποία θα ει την όλη εποπτεία και παρακολούθηση του έργου της ογραφής και καταγραφής.

ι. Ρητώς συμφωνείται ότι το Υπουργείο ουδεμίαν ετέρα ρμευση αναλαμβάνει με την παρούσα, πλην της επιχο-γήσεως της ΕΛΕΠΑΠ με το ποσό των τριακοσίων εκα-μμυρίων (300.000.000) δραχμών κατ' ανώτατο όριο και όσον τούτο θα καλυφθεί από τα υποβληθησόμενα επίσημα ςασατικά στοιχεία εξόδων, άλλως η επιχορήγηση θα ορισθεί στο ισόποσο των εξόδων.

ι παρούσα σύμβαση θα κυρωθεί με νόμο.

ι ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από 15 Οκτωβρίου 11.

Άρθρο 142

το τέλος της παρ. 2 του άρθρου 7 του ν.1278/1982 (Κ 105 Α') προστίθεται εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

... Το Δευτεροβάθμιο Συμβούλιο κρίνει τις ενστάσεις που ούνται ενώπιόν του κατά των αποφάσεων του Πρωτο-ιμίου Συμβουλίου μέσα σε εύλογο χρόνο, ο οποίος δεν ρεί να είναι μικρότερος της 7ετίας'.

ο εδάφιο αυτό έχει εφαρμογή αναδρομικά από της ρξεως ισχύος του ν.1278/1982.

... Σε περίπτωση ακυρώσεως με δικαστική απόφαση α-ράσεων Δευτεροβάθμιων Συμβουλίων επιλογής, ως α-μοδίως εκδοθεισών λόγω παρόδου μακρού χρόνου με-ύ της υποβολής των σχετικών ενστάσεων και της εκ-ιως των αποφάσεων τούτων, οι ασκήσαντες τις εν-σεις αυτές, δικαιούνται να υποβάλουν νέες ενστάσεις ός προθεσμίας τριάντα (30) ημερών από τη δημοσίευση παρόντος ή από τη δημοσίευση της σχετικής ακυρωτικής φάσεως εφόσον αυτή είναι μεταγενέστερη του χρόνου οσιεύσεως του νόμου αυτού.

Άρθρο 143

απαχωρείται από το Υπουργείο Γεωργίας, κατά κυριότητα χωρίς αντάλλαγμα, στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας Κοινωνικών Ασφαλίσεων, δημόσια δασική έκταση και ατα δάσους, κατά την έννοια των παρ.1 και 2 του ρου 3 του ν. 998/1979, συνολικού εμβαδού διακοσίων)) στρεμμάτων, που βρίσκεται στην περιοχή Παλαιάς τέλης, όπως αυτά ειδικότερα εμφανίζονται με τα στοιχεία Γ Δ Ε Ζ Η Θ Α συνημμένο στο άρθρο αυτό τοπογραφικό

σκαρίφημα με κλίμακα 1:5.000, με αποκλειστικό σκοπό τη δημιουργία μεγάλου Πολυδύναμου Κέντρου Ιατρικής Απο-κατάστασης.

Το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφα-λίσεων μπορεί, με απόφαση του οικείου Υπουργού που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, να παρα-χωρεί περαιτέρω κατά κυριότητα ή κατά χρήση την άνω έκταση σε εποπτευόμενο από αυτό νομικό πρόσωπο δη-μόσιου ή ιδιωτικού δικαίου φιλανθρωπικού και μη κερδοσκο-πικού χαρακτήρα, στους σκοπούς του οποίου περιλαμβά-νεται, μεταξύ άλλων, η ανέγερση και δημιουργία Πολυδύ-ναμου Κέντρου Ιατρικής Αποκατάστασης.

Η κατά τα ανωτέρω παραχώρηση στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων γίνεται με τους ακόλουθους όρους και προϋποθέσεις:

α. Η παραχωρούμενη έκταση θα χρησιμοποιηθεί αποκλει-στικά για την ανέγερση και δημιουργία, μέσα σε πέντε χρόνια από την παραλαβή της έκτασης, του Πολυδύναμου Κέντρου Ιατρικής Αποκατάστασης, απαγορευμένης της δη-μιουργίας εγκαταστάσεων άλλων φορέων που εποπτεύονται από το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφα-λίσεων.

β. Η παραχώρηση ισχύει για όσο χρόνο διαρκεί και ο σκοπός της παραχωρήσεως. Σε περίπτωση που, στο μέλλον, εκλείψει ο σκοπός για τον οποίο γίνεται η παραχώρηση, η έκταση επανέρχεται αυτοδικαίως και χωρίς καμιά άλλη δια-τύπωση στο Υπουργείο Γεωργίας.

γ. Οι πάσης φύσεως εγκαταστάσεις που θα ανεγερθούν, θα κατασκευαστούν βάσει των περιβαλλοντικών όρων που θα εγκριθούν αρμοδίως, ύστερα από τη σύνταξη σχετικής μελέτης, στα πλαίσια που προδιαγράφονται από τις κείμενες διατάξεις.

δ. Το σύνολο της έκτασης των πάσης φύσεως εγκατα-στάσεων, που θα ανεγερθούν, δεν θα υπερβαίνει το 15% της συνολικής παραχωρούμενης έκτασης. Στο υπόλοιπο της έκτασης, το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή το νομικό πρόσωπο, στο οποίο μπορεί να παραχωρηθεί η έκταση αυτή, θα αναλάβει την υποχρέωση για τη συντήρηση, επαύξηση και βελτίωση της υπάρχουσας δασικής βλάστησης, σύμφωνα με τις υποδείξεις της αρμοδίας Δασικής Υπηρεσίας, και παράλληλα θα λαμβάνει όλα τα προβλεπόμενα από το νόμο μέτρα αντιπυρικής προστασίας του δάσους.

ε. Η παράδοση της έκτασης σε εκπρόσωπο του Υπουρ-γείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων θα γίνει από τον οικείο Δασάρχη, μετά από σύνταξη πρωτοκόλλου παράδοσης και παραλαβής, στο οποίο θα προσαρτηθεί λεπτομερές τοπογραφικό διάγραμμα, από κλίμακα 1:2.000.

Η ισχύς του παρόντος άρθρου άρχεται από της 4ης Απριλίου 1991.

Άρθρο 144

Ιατροί ή οδοντίατροι, που διορίστηκαν σε θέσεις διευθυ-ντών κλάδων γιατρών Ε.Σ.Υ. μετά την ισχύ του νόμου 1821/1988 και έχασαν την θέση τους ύστερα από απόφαση του δευτεροβάθμιου συμβουλίου κρίσης ή δικαστικής από-φασης επαναδιορίζονται σε ομοιόβαθμη θέση με αυτήν που έχασαν στο ίδιο νοσοκομείο. Εάν δεν υπάρχει τέτοια κένη θέση διορίζονται σε θέση που συνιστάται με την απόφαση επαναδιορισμού στο ίδιο ή άλλο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας της ίδιας υγειονομικής περιφέρειας

τροί που ασκούν το ιατρικό επάγγελμα στην περιοχή του συλλόγου με οποιαδήποτε μορφή και σχέση εργασίας ή κατέχουν θέση που απαιτείται πτυχίο ιατρικής, (ρεοδύνονται όπως εντός μηνός από της εγκατάστασής τους να εγγραφούν στα μητρώα του οικείου και μόνο ιατρικού όγυ. Η μη συμμόρφωσή τους αποτελεί πειθαρχικό μμα και δίδεται σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

Άρθρο 146

περιορισμοί της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν. 1256/1982 ισχύουν για συνταξιούχους γιατρούς του δημόσιου τομέα πτραπρωτικούς, που διορίζονται στο Ε.Σ.Υ., εφόσον γοιμένως παραιτηθούν της συντάξεώς τους. Η διάταξη τρηγούμενου εδαφίου, εφαρμόζεται και για τους υ- τούντες στο Ε.Σ.Υ. συνταξιούχους γιατρούς, εφόσον ιτηθούν της συντάξεώς τους.

Άρθρο 147

διάταξη της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν. 1579/1985 (217 Α), έχει εφαρμογή από δημοσιεύσεως του πα- ρς και για τους μόνιμους γιατρούς των νομικών προ- ν δημόσιου δικαίου.

Άρθρο 148

τροί, κάτοχοι τίτλου τέως κυρίας ειδικότητας, έχοντες ενέστερη έμμισθη υπηρεσία σε νοσηλευτικά ιδρύματα 5., σε τμήματα τέως συναφών ιατρικών ειδικοτήτων, ζουν χαρακτηριστεί ως άγονες, σύμφωνα με τη διάταξη αρ. 2 του άρθρου 1 του ν. 1579/1985 "Ρυθμίσεις για ιαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας λες διατάξεις" (ΦΕΚ 217 Α') ή σε τμήματα αγγειο- ργικής, μπορούν το χρόνο αυτόν υπηρεσίας να τον υρίσουν και ως χρόνο ειδικεύσεως στην τέως συναφή ητα ή στην αγγειοχειρουργική μετά γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. λαβουν τον τίτλο ειδικότητας, κατόπιν εξετάσεων, ν ο χρόνος αυτός υπερβαίνει την τετραετία. Εάν ο ρς που αναγνωρίζεται είναι λιγότερος της τετραετίας ιλήρωση του χρόνου γίνεται με την τοποθέτηση του σε θέση άμισθου υπεράριθμου ειδικευομένου μετά του ΚΕ.Σ.Υ..

τέξαιρηση, γιατροί που έχουν λάβει τον τίτλο της ητας της γενικής χειρουργικής και έχουν μεταγενέ- υπηρεσία, τουλάχιστον 2 ετών σε ν.π.δ.δ., σε θέσεις γικών ειδικοτήτων ως ανωτέρω τέως συναφών και γγειοχειρουργική, τους χορηγείται ο τίτλος της τέως υς ειδικότητας ή της αγγειοχειρουργικής, κατόπιν εων, εφόσον ο συνολικός χρόνος άσκησης ή προ- ρς στις ειδικότητες αυτές δεν είναι λιγότερος των

χετική αίτηση για την αναγνώριση του χρόνου μετά ιαριαιτητων δικαιολογητικών, πρέπει να υποβληθεί ξαμήνου από της δημοσιεύσεως του παρόντος στην ιδα της Κυβερνήσεως.

Άρθρο 149

νικές που λειτουργούσαν νομιμα μέχρι της δημο- ρς του ν. 1397/1983 με εταιρική μορφή και λόγω

αποχώρησης ή αποβιώσεως εταιρού, διέκοψαν τη λειτουργία αυτών, δύνανται να υποβάλουν εντός αποκλειστικής προ- θεσμίας 3 μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος αίτηση για συνέχιση λειτουργίας της κλινικής. Αίτηση συνέχισης της λειτουργίας δύνανται επίσης να υποβάλουν εντός της αυτής προθεσμίας, τα κατά την παράγραφο 3 του παρόντος πρόσωπα σε περίπτωση αποβιώσεως του προσώπου στο οποίο έχει χορηγηθεί άδεια λειτουργίας κλινικής, η οποία λειτουργεί χωρίς διακοπή μέχρι σήμερα.

2. Φυσικά ή νομικά πρόσωπα στα οποία είχε χορηγηθεί άδεια ίδρυσης κλινικής και είχαν υποβάλει αίτηση για άδεια λειτουργίας και δεν τους χορηγήθηκε λόγω των απαγο- ρευτικών διατάξεων του ν. 1397/1983, παρ' όλο ότι απο- δεδειγμένα είχαν αποπερατώσει το κτίριο, δύνανται να επαναυποβάλουν εντός αποκλειστικής προθεσμίας 3 μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος αίτηση για άδεια λει- τουργίας.

3. Στην περίπτωση αποβιώσεως του προσώπου στο οποίο είχε χορηγηθεί η άδεια ίδρυσης και λειτουργίας κλινικής με τις διατάξεις του β.δ. 451/1962 και 521/1963 και δεν εχορηγήθηκε άδεια συνέχισης της λειτουργίας στους κληρο- νόμους αυτών λόγω των απαγορευτικών διατάξεων του ν. 1397/1983, δύνανται ο επιζών σύζυγος και τα τέκνα να επαναυποβάλουν αίτηση για συνέχιση της λειτουργίας της κλινικής εντός της ως άνω αποκλειστικής δήμενης από της δημοσιεύσεως του παρόντος προθεσμίας.

4. Επίσης, μετά την έναρξη ισχύος του νόμου αυτού, επιτρέπεται η μετατροπή ιδιωτικής κλινικής κατά αντικείμενο ή νομική μορφή της επιχείρησης, εφόσον υποβληθεί εντός της ανωτέρω προθεσμίας σχετική αίτηση.

5. Τμήμα κλινικής που λειτουργούσε νόμιμα σε αυτοτελές και ανεξάρτητο κτίριο κατά την έννοια του β.δ. 451/1962 και 521/1963 και έπαυσε να λειτουργεί λόγω αποχωρήσεως ή θανάτου εκείνου προς ον είχε χορηγηθεί η άδεια λει- τουργίας, δύνανται στους χώρους αυτούς να εγκατασταθούν ιατρικά φυσικών προσώπων διαφόρων ειδικοτήτων.

6. Οι κατά τις άνω παρ. 1, 2, 3, 4 και 5 υποβαλλόμενες αιτήσεις α) κρίνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του β.δ. 451/1962 και 521/1963 και β) ισχύουν οι ρυθμίσεις της παρ. 4 του άρθρου 53 του ν. 1892/1990 και του άρθρου 3 του π.δ. 247/1991.

Άρθρο 150

Το εδ. γ' του άρθρου 50 του ν. 1759/1988 καταργείται αφ' ής ετέθη.

Άρθρο 151

Στο άρθρο 82 του ν. 1026/1980 (ΦΕΚ. 48 Α') προστίθενται παράγραφοι 2, 3 και 4 ως εξής:

"2. Οδοντίατροι που ασκούν καθ'οιονδήποτε τρόπο και κατά την έννοια του ν. 1026/1980 το λειτούργημά τους στις περιοχές των δήμων και των κοινοτήτων που υπάγονται κατά το άρθρο 3 του ν.δ.1147/1972 (ΦΕΚ.66 Α') όπως τροποποιήθηκε με το π.δ. 225/1976, και το άρθρο 31 του ν.1599/1986, στη Νομαρχία Πειραιά εγγράφονται και απο- τελούν υποχρεωτικά μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Πειραιά.

3. Οι λοιποί οδοντίατροι που ασκούν το λειτούργημά τους κατά τη ανωτέρω έννοια στις περιοχές των λοιπών δήμων και κοινοτήτων του Νομού Αττικής (Νομαρχίες Αθηνών, Ανατολικής και Δυτικής Αττικής) εγγράφονται και αποτελούν

υποχρεωτικά μέλη του Οδοντιατρικού Συλλόγου Αττικής.
Όσοι οδοντίατροι κατά παρέκκλιση των ανωτέρω δεν
είναι εγγεγραμμένοι μέχρι σήμερα στον οικείο κατά τα
ανωτέρω Οδοντιατρικό Σύλλογο παραμένουν εφόσον το
επιθυμούν, μέλη του Συλλόγου που ήδη είναι εγγεγραμμένοι.

Άρθρο 152

Στο τέλος του άρθρου 52 του ν.3601/1928 προστίθεται
παράγραφος 8 που έχει ως εξής:

8. Την προαγωγή των οικονομικών συμφερόντων των
φαρμακοποιών - μελών των Φαρμακευτικών Συλλόγων της
Χώρας με τη δημιουργία κεφαλαίου αποζημίωσης λόγω
εξόδου από το επάγγελμα. Δικαίωμα αποζημίωσης έχουν
τα μέλη αυτά που διακόπτουν την άσκηση του επαγγέλματός
τους για οποιονδήποτε λόγο και σε περίπτωση θανάτου
τους τα μέλη της οικογένειάς τους.

Για την εκπλήρωση του ανωτέρω σκοπού διατίθεται από
1.1.1993 και εφεξής το 80% του πόρου που προβλέπεται
υπέρ του Πανελληνίου Φαρμακευτικού Συλλόγου από τις
διατάξεις του άρθρου 62 του ν. 3601/1928, όπως αντικα-
ταστάθηκαν από τις διατάξεις του άρθρου 6 του ν.δ.
171/1946 και συμπληρώθηκαν από τις διατάξεις του άρθρου
15 του ν. 1821/1988, καθώς και από τις διατάξεις της
Α65/2041/1987 απόφασης του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας
και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και της υπ αριθμ.40/1990 Αγο-
ρανομικής Διάταξης.

Για την παρακολούθηση των εσόδων και των καταβα-
λόμενων αποζημιώσεων στους δικαιούχους τηρείται Ειδικός
Λογαριασμός υπό την ονομασία 'Κεφάλαιο αποζημίωσης
εξόδου'. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και
Κοινωνικών Ασφαλίσεων που εκδίδεται μετά γνώμη του Δ.Σ.
του Π.Φ.Σ. ορίζονται ο τρόπος διαχείρισης των εσόδων
του λογαριασμού, το ύψος και οι προϋποθέσεις χορήγησης
της αποζημίωσης στους δικαιούχους κατά κατηγορία και
γενικά κάθε θέμα, που αφορά την εφαρμογή του παρόντος.

Άρθρο 153

Η αληθής έννοια των διατάξεων του ν. 1397/83 'Εθνικό
Σύστημα Υγείας' όσον αφορά τα όρια ηλικίας για την
κατάληψη θέσεων ιατρών του Ε.Σ.Υ. είναι ότι ως πρώτη
εφαρμογή του νόμου αυτού νοείται ο χρόνος ολοκλήρωσης
της πλήρωσης της συγκεκριμένης θέσεως.

Άρθρο 154

Οι υπηρετούντες κατά τη δημοσίευση του παρόντος,
επιστημονικοί υπεύθυνοι διευθυντές μη ιατροί επιστήμονες
των βιοχημικών τμημάτων, δύνανται να διατηρούν τη θέση
τους και τα καθήκοντά τους.

Άρθρο 155

Ιατροί που εργάστηκαν ως ειδικοί σε νοσοκομεία και
επιστημονικά κέντρα χώρων της αλλοδαπής που δεν χο-
ρηγούν τίτλο ειδικότητας, εφόσον αποκτήσουν τον τίτλο
κατά τις διατάξεις της ελληνικής νομοθεσίας, αναγνωρίζεται
ότι άσκησαν την ειδικότητα στην αλλοδαπή για όσο χρόνο
προκύπτει, αν από το συνολικό αριθμό των ετών που
εργάστηκαν αφαιρεθεί ο χρόνος που απαιτείται για την
απόκτηση της ειδικότητας αυτής στην Ελλάδα. Τα νοσο-
κομεία αυτά και τα επιστημονικά κέντρα καθορίζονται με

απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών
Ασφαλίσεων μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.

Άρθρο 156

Η παράγραφος 3 του άρθρου 40 του ν. 1397/1983 αντι-
καθίσταται αφ ης ίσχυσε, ως εξής:

Η κατά τις παραγράφους 1 και 2 του παρόντος άρθρου
προβλεπόμενη υπηρεσία γιατρού του Ε.Σ.Υ. αποτελεί πραγ-
ματική υπηρεσία για τη μισθολογική γενικά κατάταξη, τη
λήψη μισθού και τη συνταξιοδότηση του.

Άρθρο 157

Η παρ.δ' του άρθρου 4 του ν.1963/1991 να συμπληρωθεί
ως εξής:

Το φαρμακευτικό εργαστήριο δύναται να στεγάζεται και
στο υπόγειο του φαρμακείου, με την προϋπόθεση ότι έχει
εμβαδό τουλάχιστον 10 τ.μ., αποτελεί μ'αυτό ενιαίο κτίσμα
και επικοινωνεί μαζί του με ευρεία εσωτερική κλίμακα.

Άρθρο 158

Ισχύς νόμου

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του
στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός αν ορίζουν διαφο-
ρετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα
της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 4 Ιουλίου 1992

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ Γ. ΚΑΡΑΜΑΝΛΗΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΠΡΟΕΔΡΙΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΗΣ
ΣΩΤ. ΚΟΥΒΕΛΑΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ
Ν. ΚΛΕΙΤΟΣ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΣΤ. ΜΑΝΟΣ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΙΩ. ΠΑΛΑΙΟΚΡΑΣΙΑΣ

Ο ΑΝΑΓΛΗΡΩΝ ΤΩΝ ΥΠΟΥΡΓΩΝ ΓΕΩΡΓΙΑΣ
ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΧΡ. ΚΟΣΚΙΝΑΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΑΡ. ΚΑΛΑΝΤΖΑΚΟΣ

ΥΓΕΙΑΣ, ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝ. ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΩ. ΣΟΥΡΛΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
Μ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΕΘΝΙΚΗΣ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΓΕΩ. ΣΟΥΦΛΙΑΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους.

Αθήνα, 6 Ιουλίου 1992

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΜΙΧ. ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ

ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ

Εκδίδει την ΕΦΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ από το 1833

Διεύθυνση : Καποδιστρίου 34
Ταχ. Κώδικας: 104 32
TELEX : 22.3211 ΥΡΕΤ GR

Οι Υπηρεσίες του ΕΘΝΙΚΟΥ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ
Λειτουργούν καθημερινά από 8.00' έως 13.30'

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Πώληση ΦΕΚ όλων των Τευχών Σολωμού 51 τηλ.: 52.39.762
- ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ: Σολωμού 51 τηλ.: 52.48.188
- Για φωτοαντίγραφα παλαιών τευχών στην οδό Σολωμού 51 τηλ.: 52.48.141
- Τμήμα πληροφόρησης: Για τα δημοσιεύματα των ΦΕΚ Καποδιστρίου 25 τηλ.: 52.25.713 - 52.49.547

- Οδηγίες για δημοσιεύματα Ανωνύμων Εταιρειών και ΕΠΕ τηλ.: 52.48.785
- Πληροφορίες για δημοσιεύματα Ανωνύμων Εταιρειών και ΕΠΕ τηλ.: 52.25.761

- Αποστολή ΦΕΚ στην επαρχία με καταβολή της αξίας του δια μέσου Δημοσίου Ταμείου Για πληροφορίες: τηλ.: 52.48.320

Τιμές κατά τεύχος της ΕΦΗΜΕΡΙΔΑΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ:

Κάθε τεύχος μέχρι 8 σελίδες δρχ. 60. Από 9 σελίδες μέχρι 16 δρχ. 100, από 17 έως 24 δρχ. 120

Από 25 σελίδες και πάνω η τιμή πώλησης κάθε φύλλου (8σέλιδου ή μέρους αυτού) αυξάνεται κατά 40 δρχ.

Μπορείτε να γίνετε συνδρομητής για όποιο τεύχος θέλετε. Θα σας αποστέλλεται με το Ταχυδρομείο.

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Κωδικός αριθ. κατάθεσης στο Δημόσιο Ταμείο 2531

Η ετήσια συνδρομή είναι:

α) Για το Τεύχος Α'	Δρχ.	13.000
β) » » Β'	»	23.000
γ) » » Γ'	»	7.000
δ) » » Δ'	»	22.000
ε) » » Αναπτυξιακών Πράξεων	»	15.000
στ) » » Ν.Π.Δ.Δ.	»	7.000
ζ) » » ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	»	4.000
η) » » Δελτ. Εμπ. & Βιομ. Ιδ.	»	7.000
θ) » » Αν. Ειδικού Δικαστηρίου	»	2.000
ι) » » Α.Ε. & Ε.Π.Ε.	»	50.000
ια) Για όλα τα Τεύχη	»	100.000

Κωδικός αριθ. κατάθεσης στο Δημόσιο Ταμείο 3512

Ποσοστό 5% υπέρ του Ταμείου Αλληλοβοήθειας του Προσωπικού (ΤΑΠΕΤ)

Δρχ.	650
»	1.150
»	350
»	1.100
»	750
»	350
»	200
»	350
»	100
»	2.500
»	5.000

Πληροφορίες: τηλ. 52.48.320



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΠΡΩΤΟ

Αρ. Φύλλου 96

17 Μαΐου 1999

ΝΟΜΟΣ ΥΠ ΑΡΙΘ. 2716

Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και άλλες διατάξεις.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

Εκδίδωμε τον ακόλουθο νόμο που ψήφισε η Βουλή:

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α' ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ

Άρθρο 1

Γενικές Αρχές Παροχής Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

1. Το Κράτος έχει την ειθύνη για την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας που έχουν σκοπό την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την περίθαλψη, καθώς και την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη ενηλίκων, παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές αυτιστικού τύπου και με μαθησιακά προβλήματα.

2. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας διαρθρώνονται, οργανώνονται, αναπτύσσονται και λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου, με βάση τις αρχές της ταξιοποίησης και της κοινοτικής ψυχιατρικής, της προτεραιότητας της πρωτοβάθμιας φροντίδας, της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης, της αποιδρωματοποίησης, της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και κοινωνικής επανένταξης, της συνέχειας της ψυχιατρικής φροντίδας, καθώς και της πληροφόρησης και εθελοντικής αρωγής της κοινότητας στην προαγωγή της ψυχικής υγείας.

Άρθρο 2

Γραφείο και Επιτροπή Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές

1. Συστήνεται, στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, στην αυτοτελή υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, Γραφείο για την Προστασία των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές.

2. Συστήνεται Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές στην Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α'/21.8.1997).

Με απόφαση της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 ορίζεται πενταμελής Εκτελεστική Γραμματεία της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

Η Ειδική Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές είναι επταμελής και αποτελείται από:

- έναν ψυχίατρο και έναν παιδοψυχίατρο,
- δύο κοινωνικούς λειτουργούς,
- έναν από τους λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας και
- δύο νομικούς.

Ο Πρόεδρος και τα μέλη της Ειδικής Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές, καθώς και οι αναπληρωτές τους, ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μέσα σε διάστημα τριών (3) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος νόμου, ορίζονται τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη της Ειδικής Επιτροπής. Ένα εκ των μελών ορίζεται ως Πρόεδρος με την ίδια απόφαση. Η θητεία της Επιτροπής είναι πενταετής.

3. Η Ειδική Επιτροπή εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα να αμφισβητεί ο ασθενής στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ'ιδίαν με δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, το δικαίωμα να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα της κοινωνικής του επανένταξης.

Ειδικότερα η Ειδική Επιτροπή:

α) Δέχεται παράπονα, αναφορές ή καταγγελίες από κάθε πολίτη, οργάνωση, φορέα ή οποιαδήποτε Επιτροπή ή Αρχή.

β) Επισκέπτεται σε τακτά χρονικά διαστήματα τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

γ) Πραγματοποιεί αυτεπαγγέλτως ή μετά από καταγγελία έκτακτες επισκέψεις σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

δ) Ενημερώνει τους πολίτες για τα δικαιώματα των ψυχικά ασθενών με κάθε πρόσφορο μέσο, όπως έκδοση ενημερωτικών φυλλαδίων, καταχωρίσεις στον Τύπο ή τηλεοπτικά μηνύματα.

ε) Δέχεται και διερευνά περαιτέρω τις ετήσιες υποχρεωτικές εκθέσεις των υπευθύνων των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ή των νόμιμων αναπληρωτών τους, καθώς και των τριμελών επιτροπών προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών του άρθρου 1 παρ. 4 εδ 2 του ν. 2519/1997

στ) Υποβάλλει ετήσιες εκθέσεις για το έργο της στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών

ζ) Υποβάλλει έκθεση κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές στον Πρόεδρο της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997, η οποία προβαίνει στις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες, όταν κρίνεται απαραίτητο.

η) Παρεμβαίνει κάθε φορά που διαπιστώνει παραβίαση των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, προβαίνει σε ρυθμίσεις και αποστέλλει αναφορά στο αρμόδιο όργανο για την ποινική ή πειθαρχική δίωξη

θ) Οργανώνει εποπτεύει και συντονίζει σε συνεργασία με τους δικηγόρους Συλλόγους του τόπου κατοικίας ή διαμονής των ατόμων με ψυχικές διαταραχές την εθελοντική δικηγορική αρωγή σε θέματα προστασίας των δικαιωμάτων τους, σύμφωνα με τις αρχές οργάνωσης του τμήματος δικηγορικής αρωγής του Δικηγορικού Συλλόγου Αθηνών.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Δικαιοσύνης και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από εισήγηση του Προέδρου της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων, ορίζονται οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, ο τρόπος οργάνωσης και παροχής της δικηγορικής αρωγής για την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

5. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός τεσσάρων (4) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος, ορίζονται το ύψος της αμοιβής ή αποζημίωσης του Προέδρου και των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών του ν. 2519/1997 και της ανωτέρω Ειδικής Επιτροπής κατά τις κείμενες διατάξεις, η γραμματειακή υποστήριξη, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Για τις δαπάνες κίνησης των μετακινούμενων μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Ασθενών και της Ειδικής Επιτροπής ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Οι Πρόεδροι εκκρίνουν τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Το αυτό ισχύει και για τα μέλη της Εκτελεστικής Γραμματείας της Επιτροπής Ελέγχου των Δικαιωμάτων των Ασθενών του ν. 2519/1997.

6. Στην παρ. 1 εδ. β' του άρθρου 1 του ν. 2519/1997 προσπίθεται και ένας εκπρόσωπος της Ολομέλειας των Προέδρων των Δικηγορικών Συλλόγων που προτείνεται από αυτήν με το νόμιμο αναπληρωτή του. Ομοίως ορίζονται οι αναπληρωτές των μελών της Επιτροπής Ελέγχου Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β' ΤΟΜΕΟΠΟΙΗΣΗ

Άρθρο 3

Τομείς Ψυχικής Υγείας - Ένταξη των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στους Τομείς Ψυχικής Υγείας

1. Οι Υγειονομικές Περιφέρειες διαίρονται σε Τομείς Ψυχικής Υγείας (Το. Ψ.Υ.), με κριτήρια γεωγραφικά και

πληθυσμιακά, στους οποίους εντάσσονται Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) που οργανώνονται σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νομού.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., καθορίζονται τα όρια, η περιοχή και η έδρα κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας εντός έξι (6) μηνών από τη δημοσίευση του παρόντος. Με την ίδια ή αμια απόφαση γίνεται:

α) Η σύσταση Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.) σε κάθε νομό ή σε ευρύτερη περιοχή

β) Η σύσταση στην Αττική και το Νομό Θεσσαλονίκης, καθώς και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων. Στην Αττική, στο Νομό Θεσσαλονίκης και σε όποιο νομό απαιτούν οι συνθήκες, συστήνονται και Τομείς Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Το.Ψ.Υ.Π.Ε.).

γ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε άμφορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής Υγειονομικής Περιφέρειας.

δ) Η υπαγωγή των Τομέων Ψυχικής Υγείας που δεν διαθέτουν επαρκείς Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε άμφορους ή μη Τομείς Ψυχικής Υγείας διαφορετικής Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που εντάσσονται και λειτουργούν σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας. Οι Μονάδες αυτές είναι:

α) Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στο νοσοκομείο του ν.δ. 2592/1953 (ΦΕΚ 254 Α) και του ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143 Α), οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, καθώς και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης, που ιδρύονται με τον παρόντα νόμο.

β) Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή σε οργανισμούς τοπικής αυτοδιοίκησης.

4. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από τη δημοσίευση, ορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος επιστημονικής, εκπαιδευτικής, νοσηλευτικής και λειτουργικής διασύνδεσης των υπηρεσιών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Τομέων Ψυχικής Υγείας που υπάγονται σε διαφορετικές Υγειονομικές Περιφέρειες, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παρ. 2 εδ. δ' του παρόντος άρθρου.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, Μονάδες Ψυχικής Υγείας αιτιολογημένα μπορεί να εξιμνητούν τις ανάγκες περισσότερων του ενός Τομέων Ψυχικής Υγείας όπου κρίνεται αναγκαίο.

6. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας είναι πενταμελείς και συγκροτούνται εντός πέντε (5) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του Κ.Ε.Σ.Υ., από:

α) Επιστημονικούς Διευθυντές ή Υπεύθυνους των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 του Τομέα (Το.Ψ.Υ.) με τους νόμιμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων. Ένας τουλάχιστον είναι Επιστημονικός Διευθυντής ή Υπεύθυνος των Μ.Ψ.Υ. του άρθρου 5 παρ. 1 με το νόμιμο αναπληρωτή του.

β) λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας (ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ειδικότερες υγείας, νοσηλεύτες με ψυχιατρική ειδικότητα, παιδαγωγούς, εκπαιδευτικούς) που υπηρετούν στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 με τους νόμους αναπληρωτές τους ή κατά περίπτωση των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

γ) Ψυχίατρους ή παιδοψυχιάτρους ή λοιπούς επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι υπηρετούν σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα του άρθρου 11 του παρόντος νόμου, οι οποίες ανήκουν στο συγκεκριμένο Τομέα.

7. Τρία (3) μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, μεταξύ των οποίων ο Πρόεδρος, είναι από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. α'. Τα λοιπά μέλη, μεταξύ των οποίων ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, από τα οριζόμενα στην παρ. 6 εδ. β' και γ'. Στην περίπτωση που δεν υπάρχει επαρκής αριθμός μελών για τη συγκρότηση των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών, ο Υπουργός ορίζει ως μέλη, πρόσωπα κύριους και με εμπειρία στην ψυχική υγεία. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας είναι ελεύθερως ανακλητά με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Η θητεία των ανωτέρω Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) είναι τριετής και οι θέσεις τμητικές και άμισθες.

8. Ο Πρόεδρος, ο Αντιπρόεδρος και τα μέλη των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) προσφέρουν τις υπηρεσίες τους παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά τους. Η Τ.Ε.Ψ.Υ. συνεδριάζει στην έδρα της Μονάδας Ψυχικής Υγείας από την οποία προέρχεται ο Πρόεδρος και υποστηρίζεται γραμματειακά από διοικητικό υπάλληλο της Μονάδας. Στα πρακτικά των συνεδριάσεων αναφέρεται αναλυτικά τόσο η απόφαση της πλειοψηφίας όσο και η γνώμη της μειοψηφίας. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας καταβάλλεται στον Πρόεδρο, Αντιπρόεδρο και μέλη της Τ.Ε.Ψ.Υ. αποζημίωση κατά συνεδρίαση σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ο Πρόεδρος της Τ.Ε.Ψ.Υ. δύναται να αναπληρώνεται, κατά τη διάρκεια της τριετούς θητείας του, στα ιατρικά του καθήκοντα εν όλω ή εν μέρει κατ' ανάλογη εφαρμογή της διάταξης της παραγράφου 3 του άρθρου 18 του ν. 2519/1997 Γκι τις δαπάνες κινήσεως των μετακινούμενων μελών της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) ισχύουν οι κείμενες διατάξεις για τη μετακίνηση με εντολή του Δημοσίου για εκτέλεση υπηρεσίας. Ο Πρόεδρος εκδίδει τις σχετικές εντολές μετακίνησης. Οι δαπάνες λειτουργίας της Τ.Ε.Ψ.Υ. βαρύνουν τον προϋπολογισμό του νοσοκομείου από το οποίο προέρχεται ο Πρόεδρος της μετά από έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του.

9. Οι Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας (Τ.Ε.Ψ.Υ.) έχουν τις εξής αρμοδιότητες:

α) Εποπτεύουν και συντονίζουν την ενδοτομεακή ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική, επιστημονική, εκπαιδευτική και λειτουργική διασύνδεση των Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους με κριτήριο την ποιοτική παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας στο άτομο με ψυχικές διαταραχές. Εισηγούνται στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας προς έγκριση τον κατάλογο των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που εφημερεύουν και το πρόγραμμα εφημεριών αυτών, με σκοπό σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, καθώς και Παιδιών

και Εφήβων, να εφημερεύουν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σε εκμοστετράωρη βάση.

β) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη των επιστημονικών υπευθύνων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που ανήκουν στα νοσοκομεία που υπάγονται στις διατάξεις του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή στα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και των επιστημονικών υπευθύνων των λοιπών Μονάδων Ψυχικής Υγείας της περιοχής αρμοδιότητάς τους, δράσεις για την πρόληψη, την ψυχοκοινωνική αποκατάσταση και κοινωνική επανένταξη των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Ομοίως γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη της Επιστημονικής Επιτροπής των ψυχιατρικών νοσοκομείων για την ανάπτυξη και οργάνωση εντός της κοινότητας Μονάδων Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις των άρθρων 8, 9, 10 και 11 του παρόντος με σκοπό την αποϊσορροπία, ψυχοκοινωνική αποκατάσταση, καθώς και κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη ατόμων με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα που νοσηλεύονται στα ψυχιατρικά νοσοκομεία.

γ) Παρακολουθούν και αξιολογούν, ετησίως, στην περιοχή αρμοδιότητάς τους την αποδοτικότητα των δραστηριοτήτων των Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

δ) Γνωμοδοτούν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την τροποποίηση των Οργανισμών των ψυχιατρικών νοσοκομείων και των γενικών νοσοκομείων ως προς τις Μονάδες τους Ψυχικής Υγείας.

ε) Πραττίζουν, εισηγούνται ή γνωμοδοτούν, κατά περίπτωση, στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για τη σύσταση Μονάδων Ψυχικής Υγείας στο δημόσιο τομέα, καθώς και για την έκδοση της άδειας ίδρυσης Μονάδων Ψυχικής Υγείας στον ιδιωτικό μη κερδοσκοπικό τομέα, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου.

στ) Διαμορφώνουν προτάσεις προς τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την ανάπτυξη κατάλληλων Μονάδων Ψυχικής Υγείας στην περιοχή αρμοδιότητάς τους.

ζ) Γνωμοδοτούν σε θέματα που αφορούν την πολιτική ψυχικής υγείας, όταν τους ζητηθεί από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, το ΚΕ.Σ.Υ., το ΣΥ.Σ.Ε.Δ.Υ.Π.Υ. και το Γενικό Γραμματέα της Περιφερειακής.

η) Διαμορφώνουν και προάγουν διαμορφωμένες συνεργασίες ή συνεργασίες με άλλες υπηρεσίες και φορείς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, της Πρόνοιας και της Κοινωνικής Προστασίας, σε επίπεδο περιφερειών. Επίσης διαμορφώνουν και προάγουν συνεργασίες με υπηρεσίες των νομαρχιακών αυτοδιοικήσεων, οι δραστηριότητες των οποίων έχουν επιδράσεις στην ψυχική υγεία του πληθυσμού της περιοχής αρμοδιότητάς τους.

θ) Υποβάλλουν ετήσιες εκθέσεις για το έργο τους στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας.

10. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής των διατάξεων του παρόντος άρθρου που αφορούν τη λειτουργία των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας.

Σε περίπτωση σύστασης Τομέων Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων, σύμφωνα με την παρ. 2, εδ. β' περ. β' ισχύουν τα αυτά και για τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Εφήβων (Τ.Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.).

11. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας που εκδίδεται με πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και εισήγηση των διοικητικών συμβουλίων των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, κάθε τμήμα τους αναλαμβάνει την ευθύνη να παρέχει νοσηλεία και

υπηρεσίες αποκατάστασης σε έναν ή περισσότερους Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Περιφέρειας στο πλαίσιο των αντίστοιχων Τομέων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό ισχύει για τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, εφόσον ενταχθούν στους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

12. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται η αργονομία και λειτουργία κοινών υπηρεσιών στο αντικείμενο της ψυχικής υγείας ή η συγχώνευση, η μεταφορά και η ένταξη αυτών που ήδη υπάρχουν ή η συνεργασία για την εκτέλεση κοινών προγραμμάτων λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας που αναλαμβάνουν να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στους αντίστοιχους Τομείς Ψυχικής Υγείας.

13. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα άτομα με ψυχικές διαταραχές που κατοικούν ή διαμένουν στην περιοχή αρμοδιότητας του Τομέα. Το αυτό ισχύει και στην περίπτωση ακούσιας νοσηλείας. Η διάταξη αυτή δεν ισχύει στις περιπτώσεις: α) επείγουσας ανάγκης, β) απουσίας ανάλογης Μονάδας Ψυχικής Υγείας στον αρμόδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας. Σε κάθε περίπτωση φροντίδας ατόμου με ψυχικές διαταραχές από Μονάδα Ψυχικής Υγείας άλλου Τομέα Ψυχικής Υγείας, αυτή έχει την υποχρέωση να ενημερώνει την αρμόδια Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας της κατοικίας και να αναπέμπει σε αυτήν τα άτομα με ψυχικές διαταραχές μετά τη λήξη της φροντίδας που τους παροσχέθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Γ' ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Άρθρο 4 Γενικές διατάξεις

1. Μονάδες Ψυχικής Υγείας (Μ.Ψ.Υ.) είναι τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας, τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία, τα Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, οι Κινητές Μονάδες, τα Ψυχιατρικά Τμήματα Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων Γενικών Νοσοκομείων ή Περιφερειακών Νοσοκομείων, οι Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές Ενηλίκων ή Παιδιών και Εφήβων, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή Παιδοψυχιατρικά Νοσοκομεία, οι Ιδιωτικές Κλινικές, τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, τα Ειδικά Κέντρα ή οι Ειδικές Μονάδες Κοινωνικής Επανεπίσταξης και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. μπορεί να ορίζονται και λοιπές μορφές Μ.Ψ.Υ. για την καταλληλότερη παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας του πληθυσμού, σύμφωνα με το άρθρο 1 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης, λειτουργίας και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής.

3. Με όμοια απόφαση η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής της απόφασης σύστασης του Τομέα, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι αρχές και ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των μονάδων ασφαλιστικών οργανισμών και ταμείων, οργα-

νισμών τοπικής αυτοδιοίκησης ή άλλων νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και υπηρεσιών του Δημοσίου που ήδη λειτουργούν και παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, και όλων θα αναπτυχθούν για το σκοπό αυτόν.

4. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οποιασδήποτε νομικής μορφής, υπόγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας ως προς τον τρόπο παροχής ψυχιατρικών και ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, εϊσθησιακού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά στον τρόπο λειτουργίας τους.

5. Για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας που έχουν συσταθεί από νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή από μονάδες ψυχικής υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που επιχορηγούνται εν όλω ή εν μέρει, άμεσα ή έμμεσα από το Δημόσιο, η εποπτεία εκτείνεται και στον τρόπο διοίκησης και στην οικονομική τους διαχείριση. Η διάταξη της παραγράφου αυτής δεν ισχύει για τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Ενόπλων Δυνάμεων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων.

6. Η χρήση των όρων "Κέντρα Ψυχικής Υγείας", "Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα", "Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία", "Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία", "Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον", "Φυλαξαναύσσες Οικογένειες", "Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης" σε συνδυασμό ή όχι με οποιονδήποτε άλλο τίτλο ή επωνυμία γίνεται αποκλειστικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας που παρέχονται από το Δημόσιο, σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου. Η χρήση των όρων σε τίτλο ή επωνυμία από κάθε τρίτο, φυσικό ή νομικό πρόσωπο, απαγορεύεται. Στην απαγόρευση υπόγονται όλα τα φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, που εποπτεύονται ή όχι από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα ανωτέρω νομικά πρόσωπα, εφόσον έχουν ήδη χρησιμοποιήσει τίτλους με τους συγκεκριμένους όρους, υποχρεώνονται σε διάστημα έξι (6) μηνών από τη δημοσίευσή του παρόντος νόμου να αφορέσουν τους όρους από τον τίτλο τους. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, οι παραβάτες τιμωρούνται με πρόστιμο και σε περίπτωση μη συμμόρφωσής τους σε νέα προθεσμία με αφαίρεση της άδειας λειτουργίας.

Άρθρο 5 Κέντρα Ψυχικής Υγείας - Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία

1. Τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και τα Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ. και πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Με την αυτή ή όμοια απόφαση συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των Μονάδων αυτών. Τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία δύνανται να αναπτύξουν Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, τα οποία συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων.

2. Με απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας

Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, στις περιοχές που δεν λειτουργούν Κέντρα Ψυχικής Υγείας ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, μπορεί να συσταθούν Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία ή Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία ως αποκεντρωμένες μονάδες των Κέντρων Ψυχικής Υγείας ή των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων του αντίστοιχου Τομέα Ψυχικής Υγείας και οι θέσεις προσωπικού τους.

3. Με προεδρικό διαταγμά, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθορίζεται ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Κέντρων Ψυχικής Υγείας και των Ιατροπαιδαγωγικών Κέντρων, ανάλογα με τον εξυπηρετούμενο πληθυσμό και τις τυχόν γεωγραφικές ιδιαιτερότητες του Τομέα Ψυχικής Υγείας.

4. Σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Πολυδύναμα Ψυχιατρικά Ιατρεία και Πολυδύναμα Ιατροπαιδαγωγικά Ιατρεία, τα οποία είναι εγκατεστημένα σε περιοχές που ο πληθυσμός που εξυπηρετούν έχει ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης σε άλλες Μ.Ψ.Υ. παροχής νοσηλείας, μπορεί να λειτουργούν περιορισμένα τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας (ημερήσιας ή νυκτερινής). Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας ορίζονται οι μονάδες που αναπτύσσουν τμήματα βραχείας ή μερικής νοσηλείας, τα κριτήρια, οι συνθήκες, οι προϋποθέσεις λειτουργίας και η στελέχωση των τμημάτων αυτών.

Άρθρο 6

Υπηρεσίες Νοσηλείας και Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' Οίκον

Παρέχονται υπηρεσίες νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, οι κατηγορίες των ατόμων με ψυχικές διαταραχές, ο τρόπος και η διαδικασία παροχής των υπηρεσιών αυτών, καθώς και κάθε λεπτομέρεια για την εφαρμογή του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 7

Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας

1. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας συσταίνονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, που εκδίδεται μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας ως μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, ή ως μονάδες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου για την εξυπηρέτηση των αναγκών ψυχικής υγείας των περιοχών με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

2. Οι Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας παρέχουν υπηρεσίες πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυ-

χικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, ύστερα από γνώμη της Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περισσότερους του ενός Τομείς Ψυχικής Υγείας της αυτής ή άλλης Υγειονομικής Περιφέρειας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής, ο τρόπος λειτουργίας, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 8

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής

Τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής μπορεί να είναι Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας και Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για Ενήλικες, Παιδιά ή Εφήβους. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και κάθε συναρμόδιου Υπουργού κατά περίπτωση, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, ορίζονται τα τμήματα, οι Μονάδες ή οι υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των Γενικών Νοσοκομείων, των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, οι οποίες λειτουργούν ως Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από πρόταση της αντίστοιχης Γ.Ε.Ψ.Υ., μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή υπηρεσίες των αποκεντρωμένων μονάδων των νοσοκομείων και Ψυχιατρικών Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, μετά από γνώμη της αντίστοιχης Γ.Ε.Ψ.Υ. και της οικείας Ιατρικής Σχολής, μετατρέπονται τμήμα ή τμήματα ή μονάδες των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, σε Κέντρα Εξειδικευμένης Περιθαλψής. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

Άρθρο 9

Μονάδες και Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης

1. Οι Μονάδες ή προγράμματα όπου παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους είναι τα Οικοτροφεία, οι Ξενώνες, τα Προστατευμένα Διαμερίσματα και οι Φιλοξενούσες Οικογένειες.

2. Οι Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, καθώς και τα προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων και Φιλοξενουμένων Οικογενειών έχουν σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση, σε χιρικός διαβίωσης, θεραπείας και υποστηρίξης, για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον, μετά από αίτησή τους, με σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ψυ-

χάιτρου ή της θεραπευτικής ψυχιατρικής ομάδας.

3. Τα Ομοσπονδία και οι Ξενοίτες συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ινστιτούτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή των Μονάδων Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου με σκοπό την παροχή ιδίως στεγαστικών, θεραπευτικών, κοινωνικών και πολιτιστικών υπηρεσιών.

Ειδικότερα, τα Ομοσπονδία και οι Ξενοίτες αναπτύσσουν δραστηριότητες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και συμμετέχουν από κοινού με άλλα νομικά πρόσωπα της περιοχής τους σε δραστηριότητες πολιτιστικές και εκπαιδευτικές, καθώς και κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού των μονάδων αυτών.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι αρχές, η στελέχωση, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος, εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής.

Η τοποθέτηση στις Μονάδες και τα Προγράμματα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης και η ψυχιατρική παρακολούθησή σε αυτά παιδιών ή εφήβων με ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα παρέχεται μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου.

4. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα των Προστατευμένων Διαμερισμάτων παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, με απόφαση των Διοικητικών Συμβουλίων τους, μετά από πρόταση των Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας, με σκοπό την εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενήλικων ατόμων με ψυχικές διαταραχές, σε διαμερίσματα ή άλλης μορφής κατοικία στην κοινότητα.

Στα Προστατευμένα Διαμερίσματα εγκαθίσταται αριθμός ατόμων με ψυχικές διαταραχές, μέχρι έξι (6), με περιορισμένη εποπτεία και παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας από το προσωπικό της Μονάδας Ψυχικής Υγείας στην οποία υπάγονται.

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα Προστατευμένα Διαμερίσματα παρέχονται σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία ή από τα ίδια τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, όπως επίσης σε χώρους που παραχωρείται η χρήση τους από οποιοδήποτε νομικό ή φυσικό πρόσωπο ή δωρίζονται ή κληροδοτούνται, στην αντίστοιχη Μονάδα Ψυχικής Υ-

γείας για αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται μέσα σε έξι (6) μήνες από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου καθορίζονται οι προϋποθέσεις εφαρμογής των προγραμμάτων αυτών ως και οι προϋποθέσεις καταβολής χρηματικών ποσών που χορηγεί το νοσοκομείο στον ασθενή για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων διαβίωσης στο πλαίσιο της θεραπευτικής-εκπαιδευτικής διαδικασίας κοινωνικής τους επανένταξης, τα της επιλογής του υπαλλόγου διαχείρισης από τη θεραπευτική μονάδα, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος.

5. Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας στα προγράμματα Φιλοξενουμένων Οικογενειών παρέχονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγείας και τις Πανεπιστημιακές Μονάδες που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, καθώς και από τις Μονάδες Ψυχικής Υγείας του άρθρου 5 παρ. 1 του παρόντος νόμου και έχουν ως σκοπό την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενηλίκων με ψυχικές διαταραχές σε κατάλληλες οικογένειες.

Οι Φιλοξενούσες Οικογένειες μπορεί να ανήκουν στο φιλικό ή συγγενικό περιβάλλον του ασθενή, υπό την προϋπόθεση ότι δεν τελούν σε πρώτο βαθμό συγγένειας με τον ασθενή. Τα καθήκοντα της Φιλοξενούσας Οικογένειας μπορεί να ανατεθούν και σε μεμονωμένα άτομα.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, η οργάνωση, η λειτουργία, οι αρχές και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

Τα αυτά ισχύουν και για τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 που λειτουργούν ψυχιατρικά τμήματα ή Πανεπιστημιακές Ψυχιατρικές Κλινικές παιδιών και εφήβων και για τις μονάδες αυτών του άρθρου 5 του παρόντος νόμου, ως προς την τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση σε Φιλοξενούσες Οικογένειες παιδιών και εφήβων με ψυχικές διαταραχές μετά από απόφαση του αρμόδιου δικαστηρίου. Στις περιπτώσεις αυτές λαμβάνεται υπόψη και η γνώμη του ανηλίκου. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται οι προϋποθέσεις, ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας των Υπηρεσιών Φιλοξενουμένων Οικογενειών, τα κριτήρια και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

Άρθρο 10

Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάταξης

1. Υπηρεσίες αποκατάστασης και κοινωνικής-επαγγελματικής επανάταξης παρέχονται από ένα ή περισσότερα τμήματα ή μονάδες των Ψυχιατρικών Νοσοκομείων, των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983. Τα τμήματα αυτά ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, μετά από πρόταση των αντίστοιχων Τομεακών Επιτροπών Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων, ως Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης.

Τα Ειδικά Κέντρα Κοινωνικής Επανάταξης μπορεί να είναι Θεραπευτικές Μονάδες Αποκατάστασης και

Κέντρα Κοινωνικής Επανάστασης για ενήλικες, παιδιά ή εφήβους και Κέντρα Προσεγγελαμτικής Εκπαίδευσης και Επαγγελματικής Κατάρτισης για ενήλικες και εφήβους.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού ορίζονται ο τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας, οι προϋποθέσεις και οι όροι, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος εντός εννέα (9) μηνών από της δημοσίευσής.

2. Οι Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάστασης είναι τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης για ενήλικες ή εφήβους ηλικίας δεκαπέντε (15) ετών και άνω, με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης συνιστώνται με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας και Πρόνοιας και Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων κατά περίπτωση μετά από πρόταση της αρμόδιας κατά τόπο Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας, ως αποκεντρωμένες μονάδες νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 και των Πανεπιστημιακών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων και ως Μονάδες των Πανεπιστημιακών Ιασητοκίτων Ψυχικής Υγείας και των Πανεπιστημιακών Μονάδων που έχουν ως αντικείμενό τους την ψυχική υγεία. Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται ύστερα από πρόταση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημοσίας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, συνιστώνται και οι θέσεις προσωπικού αυτών.

Τα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης λειτουργούν σε χώρους που ανήκουν ή μισθώνονται από τα νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, καθώς και από τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, ως και σε χώρους που τους παραχωρούνται δωρεάν κατά χρήση γι' αυτόν το συγκεκριμένο σκοπό.

Στα Προστατευμένα Εργαστήρια και τα Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης παρέχονται υπηρεσίες για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό με σκοπό τη θεραπεία, την κοινωνική επανένταξη και την τοποθέτησή τους στην ελεύθερη ή προστατευμένη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και του κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού, η οποία εκδίδεται εντός έτους από της δημοσίευσής του παρόντος, καθορίζονται η οργάνωση και λειτουργία των Προστατευμένων Εργαστηρίων και των Εργαστηρίων Επαγγελματικής Εκπαίδευσης, οι προϋποθέσεις και τα κριτήρια επιλογής, η στελέχυσή τους, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 11

Μονάδες Ψυχικής Υγείας στον Ιδιωτικό Κερδοσκοπικό και μη Κερδοσκοπικό Τομέα

1. Επιτρέπεται η ίδρυση και λειτουργία από φυσικά ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα, πέραν των όσων προβλέπονται από τις διατάξεις του π.δ. 247/1991 (ΦΕΚ 93 Α) και του π.δ. 517/1991 (ΦΕΚ 202 Α) αποκλειστικά Κέντρων Ημέρας.

Προστατευμένων Διαμερισμάτων, Οικοτροφείων, Ξενώνων, Ειδικών Κέντρων Κοινωνικής Επανάστασης και Ειδικών Μονάδων Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανάστασης. Από νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα επιτρέπεται η λειτουργία και Κινητών Μονάδων Ψυχικής Υγείας.

Το αυτό φυσικά ή νομικό πρόσωπο μπορεί να λειτουργεί περισσότερες από μία Μ.Ψ.Υ.. Οι μονάδες αυτές των φυσικών και νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου εντάσσονται στον αντίστοιχο Τομέα Ψυχικής Υγείας (Το.Ψ.Υ.).

2. Η άδεια ίδρυσης χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας εντός τριών (3) μηνών από την απόφαση σκοπιμότητας, η οποία εκδίδεται μετά από γνώμη της αρμόδιας Τομεακής Επιτροπής Ψυχικής Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται τα κριτήρια που πρέπει να πληρούνται για την έγκριση σκοπιμότητας.

3. Με ήμια απόφαση, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις, τα απαιτούμενα δικαιολογητικά, η διαδικασία και κάθε λεπτομέρεια για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. του παρόντος άρθρου.

4. Τα φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα υποβάλλουν εντός έτους από τότε που έλαβαν τη σχετική άδεια ίδρυσης των Μ.Ψ.Υ. της παραγράφου 1 του παρόντος άρθρου, τα σχετικά δικαιολογητικά για να λάβουν την άδεια λειτουργίας, η οποία χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Σε αντίθετη περίπτωση η άδεια ίδρυσης που χορηγήθηκε ανακαλείται αμέσως και επιβάλλονται κυρώσεις οι οποίες προβλέπονται από τις διατάξεις των άρθρων 20 και 21 του π.δ. 247/1991 όπως κάθε φορά ισχύει.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός έξι (6) μηνών από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι διαδικασίες ελέγχου, τα δικαιολογητικά, οι προϋποθέσεις και κάθε άλλη λεπτομέρεια για την έκδοση της άδειας λειτουργίας Μονάδων Ψυχικής Υγείας από φυσικά και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου κερδοσκοπικού ή μη χαρακτήρα.

5. Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι, οι διαχειριστές ή τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου έχουν καταδικαστεί για παράβαση των διατάξεων του ποινικού νόμου, που συνιστά κώλυμα διαρκούς στο Δημόσιο ή για παράβαση που αφορά το νόμο για το ναρκωτικά ή για εγκλήματα κατά γενετήσιας ελευθερίας.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας σε νομικά πρόσωπα των οποίων οι νόμιμοι εκπρόσωποι ή διαχειριστές είναι γιατροί ή ψυχολόγοι κλάδου Ε.Σ.Υ. ή επαγγελματίες ψυχικής υγείας που έχουν τη δημοσιοϋπαλληλική ιδιότητα.

Δεν επιτρέπεται η χορήγηση άδειας ίδρυσης, εφόσον δεν υπάρχει σκοπιμότητα.

6. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ήδη λειτουργούν υποχρεούνται να προσαρμοστούν στις διατάξεις του παρόντος και των αποφάσεων που θα εκδοθούν εντός προθεσμίας έτους από τη δημοσίευσή τους.

Άρθρο 12

Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης (Κοι.Σ.Π.Ε.)

1. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης

(Κοι.Σ.Π.Ε.) αποβλέπουν στην κοινωνικο-οικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα και συμβάλλουν στη θεραπεία τους και στην κατά τα δυνατόν οικονομική τους αιτάρκεια. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. είναι νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου με περιορισμένη ευθύνη των μελών τους, έχουν εμπορική ιδιότητα και αποτελούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας. Η μέριμνα για την ανάπτυξη τους και η επίσημη τους ανήκουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας και ασκούνται μέσω της Διεύθυνσης Ψυχικής Υγείας.

2. Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορούν να είναι ταυτόχρονα παραγωγικές, καταναλωτικές, εμπορικές, προμηθευτικές, μεταφορικές, τουριστικές, οικοδομικές, πιστωτικές, αναπτυξιακές, κοινωνικές, εκπαιδευτικές και πολιτιστικές μονάδες και να αναπτύσσουν οποιαδήποτε οικονομική δραστηριότητα (αγροτική, κτηνοτροφική, μελισσοκομική, ολιευτική, δασική, βιομηχανική, βιοτεχνική, ξενοδοχειακή, εμπορική, παροχής υπηρεσιών, κοινωνικής ανάπτυξης).

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης μπορεί:

α) Να ιδρύουν και να διατηρούν καταστήματα πώλησης και υποκαταστήματα οπουδήποτε.

β) Να συμμετέχουν σε επιχειρήσεις κοινής ωφέλειας εφόσον η συμμετοχή αυτή επιτρέπεται από τις ειδικές κατά περίπτωση διατάξεις. Ειδικότερα, μπορεί να συμμετέχουν σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), Κοινοπραξίες, Εταιρείες Περιορισμένης Ευθύνης (Ε.Π.Ε.), Ανώνυμες Εταιρείες (Α.Ε.) και Δημοτικές Επιχειρήσεις.

γ) Να συμμετέχουν σε αναπτυξιακά προγράμματα ή να συμμετέχουν με άλλες επιχειρήσεις ή εταιρείες στην πραγματοποίησή τους και να συνεργάζονται μέσω κοινοπραξιών ή προγραμματικών συμβάσεων με άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εταιρείες ή άλλες ενώσεις κάθε τύπου, οι οποίες έχουν ως αντικείμενο την ανάπτυξη δραστηριοτήτων, από αυτές που προβλέπονται στον παρόντα νόμο.

Οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης έχουν έδρα τους το δήμο στον οποίο εδρεύει η διοίκησή τους. Η επωνυμία τους περιλαμβάνει υποχρεωτικά τον όρο Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης και την έδρα. Μπορεί να περιλαμβάνει και διακριτικό τίτλο. Σε κάθε Τομέα Ψυχικής Υγείας συστήνεται και λειτουργεί αποκλειστικά ένας Κοινωνικός Συνεταιρισμός Περιορισμένης Ευθύνης. Η επωνυμία των Κοινωνικών Συνεταιρισμών Περιορισμένης Ευθύνης διακρίνεται από την επωνυμία άλλων συνεταιρισμών, οι οποίοι εδρεύουν στον ίδιο δήμο, αναπτύσσουν τις δραστηριότητές τους στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας και έχουν τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό. Στην επωνυμία δεν επιτρέπεται να περιλαμβάνονται ονομασία φυσικών προσώπων ή επωνυμίες άλλων νομικών προσώπων.

3. Η σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. ρυθμίζεται από τις διατάξεις της παρ. 3 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 (ΦΕΚ 196 Α) χωρίς τον περιορισμό για υπογραφή του καταστατικού από εκατό (100) τουλάχιστον πρόσωπα αν πρόκειται για καταναλωτικό συνεταιρισμό. Απαιτείται όδρια σκοπιμότητας, η οποία χορηγείται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας μετά από εξέταση του προτεινόμενου καταστατικού και αφού ληφθούν υπόψη οι δυνατότητες των Μονάδων Ψυχικής Υγείας, τα αναπτυξιακά δεδομένα της περιοχής δράσης και η γνώμη του Τομέα Ψυχικής Υγείας. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παρ. 4 έως 8 του άρθρου 1 του ν.1667/1986 εκτός από τα εδάφια δ' και ε' της παρ. 4.

4. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. μπορούν να γίνουν:

α) Φυσικά πρόσωπα, ενήλικες ή ανήλικοι τουλάχιστον δεκαπέντε (15) ετών, οι οποίοι λόγω ψυχικής διαταραχής έχουν ανάγκη αποκατάστασης, όπως αυτή προσδιορίζεται από την αντίστοιχη Τομεακή Επιτροπή Ψυχικής Υγείας, ανεξάρτητα από τη διαγνωστική κατηγορία, το στάδιο της νόσου και τη διαμονή (Προσωπική Κατακία, Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης του παρόντος νόμου, νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως ψυχιατρικά, Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία ή άλλες Μ.Ψ.Υ.), χωρίς να απαιτείται να έχουν την ικανότητα για δικαιοπραξία, κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα και των νόμων Περί Συνεταιρισμών. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας αποτελούν τουλάχιστον το 35% του συνόλου των μελών.

β) Ενήλικες που εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας, όπως εργοθεραπευτές, εκπαιδευτές και άλλες κατηγορίες επαγγελματιών της ψυχικής υγείας. Επιτρέπεται η συμμετοχή των δημοσίων υπαλλήλων ή ψυχιάτρων ή ψυχολόγων κλάδου Ε.Σ.Υ. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 45% του συνόλου των μελών.

γ) Λήμιοι, κοινόητες ή άλλα φυσικά ή νομικά πρόσωπα δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου, εφόσον προβλέπεται από το καταστατικό των συνεταιρισμών, και ειδικότερα τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., κυρίως τα Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Γενικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Ν.Π.Ι.Δ. τα οποία έχουν αναπτύξει Μονάδες Ψυχικής Υγείας και υπάρχουν στον κατά περίπτωση Τομέα Ψυχικής Υγείας. Τα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν είναι δυνατόν να υπερβαίνουν το 20% του συνόλου των μελών.

Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. δεν μπορεί να γίνουν νομικά ή φυσικά πρόσωπα τα οποία μετέχουν σε άλλο συνεταιρισμό, ο οποίος έχει τον ίδιο ή παρεμφερή σκοπό και έχει την έδρά του στον ίδιο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

5. Τα μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να απασχολούνται στους Κοι.Σ.Π.Ε. ως εξής:

α) Τα μέλη της πρώτης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους Κοι.Σ.Π.Ε. και να αμείβονται ανάλογα με την παραγωγικότητά τους και το χρόνο της εργασίας τους, όπως προβλέπεται από τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας του κατά περίπτωση Κοι.Σ.Π.Ε.. Αν τα απασχολούμενα μέλη της κατηγορίας αυτής έχουν συνταξη γήρατος ή αναπηρίας ή επίδομα πρόνοιας ή επίδομα επανένταξης ή οποιαδήποτε μορφής νοσήλιο ή παροχή, δεν χάνουν αυτές τις παροχές, αλλά συνεχίζουν να τις εισπράττουν ταυτόχρονα και αθροιστικά με την ομοιβή τους από το συνεταιρισμό. Αν τα απασχολούμενα μέλη της πρώτης κατηγορίας της παρ. 6 εδ. α' δεν είναι ασφαλισμένα, ούτε καλύπτονται από τις διατάξεις των παραγράφων 1 και 2 του άρθρου 18 του ν.2072/1992 ασφαλιζονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. στους αντίστοιχους ασφαλιστικούς οργανισμούς των κλάδων τους.

β) Τα μέλη της δεύτερης κατηγορίας μπορεί να παρέχουν εργασία στους συνεταιρισμούς, με πλήρη ή μερική απασχόληση, σύμφωνα με τους όρους που προβλέπονται από το καταστατικό και τον κανονισμό εσωτερικής λειτουργίας τους. Ειδικότερα, εργαζόμενοι σε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα Ψυχικής Υγείας με την οποία οι συνεταιρισμοί συνεργάζονται για επιστημονικούς, εκπαιδευτικούς και θεραπευτικούς σκοπούς μπορεί να απασχολούνται παράλληλα, με μετακινούνται ή να απασχώνται με τη συναίνεσή τους στους Κοι.Σ.Π.Ε. Τα απασχολούμενα μέλη αυτής της κατηγορίας δεν αμείβονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι συνεταιρισμοί οφείλουν μόνο να καταβάλουν σε αυτά τις

δαπάνες στις οποίες υποβλήθηκαν λόγω της εργασίας εις σε αυτούς.

6. Τα ιδρυτικά μέλη γίνονται μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. με την υπογραφή του καταστατικού. Η εγγραφή νέων μελών είναι πάντοτε ελεύθερη σε νομικά και φυσικά πρόσωπα που συγκεντρώνουν τις προϋποθέσεις του νόμου και του καταστατικού. Η διαδικασία εγγραφής διεπεται από τις διατάξεις του ν.1667/1986 άρθρο 2 παράγραφοι 4-6. Τα μέλη μπορεί να αποχωρήσουν από τους Κοι.Σ.Π.Ε. με γραπτή δήλωσή τους, που υποβάλλεται στο Δ.Σ. τρεις (3) μήνες τουλάχιστον πριν από το τέλος της οικονομικής χρήσης. Το Δ.Σ. μπορεί σε εξαιρετικές περιπτώσεις να επιτρέψει την αποχώρηση μελών πριν από τη συμπλήρωση του παραπάνω χρονικού διαστήματος. Το μέλος διαγράφεται από τους συνεταιρισμούς στις περιπτώσεις που προβλέπει το καταστατικό ή αν λόγω μη εκπλήρωσης των υποχρεώσεων τους βλέπονται τα συμφέροντα των Κοι.Σ.Π.Ε. Στα μέλη που αποχωρούν ή διαγράφονται από τους Κοι.Σ.Π.Ε. αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα που εισέφεραν το αργότερο τρεις (3) μήνες από την έγκριση του ισολογισμού της χρήσης μέσα στην οποία έγινε η αποχώρηση ή η διαγραφή.

7. Κάθε μέλος εγγράφεται με μια υποχρεωτική συνεταιριστική μερίδα που καθορίζεται στο καταστατικό. Αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, η εισφορά της συνεταιριστικής μερίδας γίνεται μέσα σε ένα (1) μήνα από την καταχώριση του συνεταιρισμού ή από την εγγραφή του μέλους. Η συνεταιριστική μερίδα είναι αδιαίρετη και ίση για όλα τα μέλη.

Το καταστατικό μπορεί να επιτρέπει την υιοθέτηση από κάθε μέλος έως 5 προαιρετικών μεριδών, εκτός από την υποχρεωτική μερίδα και να ορίζει χωρίς περιορισμό τον αριθμό προαιρετικών μεριδών που μπορούν να αποκτήσουν νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου ή νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που υπάγονται στον ευρύτερο δημόσιο ή στον ιδιωτικό τομέα. Η αξία κάθε προαιρετικής μερίδας είναι ίση με την αξία της υποχρεωτικής. Για την απόκτηση της υποχρεωτικής ή των προαιρετικών μεριδών τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου εγγράφουν στον προϋπολογισμό τους ανάλογη πίστωση για το σκοπό αυτόν. Η μεταβίβαση της συνεταιριστικής μερίδας σε τρίτο γίνεται εγγράφως ύστερα από συναίνεση του Δ.Σ., εφόσον στο πρόσωπο του τρίτου συντρέχουν οι όροι που απαιτούνται για την είσοδό του ως μέλους.

Η προαιρετική συνεταιριστική μερίδα μπορεί να μεταβιβάζεται χωρίς προηγούμενη άδεια του Δ.Σ. σε άλλο μέλος του Κοι.Σ.Π.Ε.. Ισχύουν οι διατάξεις της παρ. 5 του άρθρου 3 του ν. 1667/1986. Η συνεταιριστική ιδιότητα δεν κληρονομείται ούτε κληροδοτείται. Στους κληρονόμους αποδίδεται η συνεταιριστική μερίδα.

8. Τα δικαιώματα των μελών διέπονται από τις διατάξεις της παρ. 2 του άρθρου 4 του ν. 1667/1986. Κάθε νέο μέλος υποχρεούται να καταβάλει, εκτός από το ποσό της μερίδας του και εισφορά ανάλογη προς την καθαρή περιουσία του συνεταιρισμού, όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό της τελευταίας χρήσης. Η εισφορά αυτή φέρεται σε ειδικό αποθεματικό. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει καταβολή μικρότερης εισφοράς ή συμβολικής αξίας εισφορά για τα μέλη της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας. Το καταστατικό μπορεί να ορίζει ότι τα μέλη υποχρεούνται να καταβάλουν ορισμένο χρηματικό ποσό για την κάλυψη ζημιών των συνεταιρισμών και μόνο ύστερα από απόφαση της Γ.Σ. Τα μέλη ευθινώνται για τα χρέη των συνεταιρισμών σε τρίτους μέχρι το ποσό της συνεταιριστικής τους μερίδας.

Η ευθύνη των μελών υφίσταται και για χρέη που είχαν δημιουργηθεί πριν γίνουν μέλη και δεν περιλαμβάνει τα χρέη που δημιουργήθηκαν μετά την έξοδό τους. Η σχετική αξίωση παραγράφεται μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από την έξοδο του μέλους ή από την περάτωση της πτώχειας ή της εκκαθάρισης δεν απαγγέλλεται ποτέ προσωπική κρότηση κατά των μελών των οργάνων των συνεταιρισμών για χρέη προς τρίτους και προς το Δημόσιο, καθώς και για χρέη μεταξύ μελών και συνεταιρισμών.

9. Το Δ.Σ. αποτελείται από επτά (7) τακτικά μέλη και ισόριθμα αναπληρωματικά που εκλέγονται από τη Γ.Σ.. Η σύνθεση του Δ.Σ. είναι η ακόλουθη: Πέντε (5) μέλη της δεύτερης και τρίτης κατηγορίας, καθώς και δύο (2) μέλη της πρώτης κατηγορίας του παρόντος άρθρου εφόσον δεν τελούν σε πλήρη αστερητική δικαστική συμπαράσταση.

Το Δ.Σ., με πρόσκληση του συμβούλου που πλειοψήφησε, συνέρχεται και εκλέγει με φανερό ψηφοφορία πρόεδρο, ταμία και γραμματέα. Δεν μπορεί να εκλεγούν στη θέση του προέδρου, γραμματέα και ταμία μέλη της πρώτης κατηγορίας. Το Δ.Σ. μέσα σε τρεις (3) μήνες πρέπει να δηλώσει την εκλογή του για καταχώριση στο μητρώο συνεταιρισμών του αρμόδιου Ειρηνοδικείου. Η διάρκεια της θητείας του Δ.Σ. είναι τριετής και παρατείνεται μέχρι την εκλογή νέου Δ.Σ. το πολύ για τρεις (3) μήνες. Το Δ.Σ. συνέρχεται σε τακτική συνεδρίαση μία φορά το μήνα και σε έκτακτη, όταν το συγκαλέσει ο πρόεδρος ή το ζητήσουν τρία (3) από τα μέλη του. Βρίσκεται σε απαρτία και συνεδριάζει έγκυρα, όταν παρίσταται πέντε (5) τουλάχιστον μέλη του. Οι αποφάσεις λαμβάνονται με πλειοψηφία των παρόντων μελών. Σε περίπτωση όριτου αριθμού, υπερσχύει η ψήφος του προέδρου. Εκπροσώπηση μέλους δεν επιτρέπεται.

Οι αποφάσεις καταχωρούνται από το γραμματέα στο βιβλίο πρακτικών του Δ.Σ.. Κατά τα λοιπά ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 4 και 5 του άρθρου 7 του ν. 1667/1986.

10. Το Εποπτικό Συμβούλιο αποτελείται από τρία (3) μέλη που εκλέγονται από τη Γ.Σ. Το ίδιο μέλος δεν μπορεί να μετέχει στο Ε.Σ. και στο Δ.Σ.. Μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε. της πρώτης κατηγορίας δεν μετέχουν στο Ε.Σ.. Τα μέλη του Ε.Σ. και του Δ.Σ. δεν επιτρέπεται να έχουν μεταξύ τους συγγένεια μέχρι δεύτερο βαθμό ή να είναι συζυγοί. Αν τα μέλη του συνεταιρισμού είναι λιγότερα από είκοσι (20) δεν απαιτείται η εκλογή Ε.Σ., εκτός αν ορίζει διαφορετικά το καταστατικό. Μείωση των μελών κάτω των πενήντα (50) δεν θίγει τη σύνθεση και τη λειτουργία του Ε.Σ. μέχρι τη λήξη της θητείας του. Κατά τα λοιπά εφαρμόζονται ανάλογα οι διατάξεις της παρ. 9. Το Ε.Σ. ελέγχει τις πράξεις του Δ.Σ., καθώς και την τήρηση των αποφάσεων της Γ.Σ. από το Δ.Σ.. Το Ε.Σ. έχει δικαίωμα και καθήκον να λαμβάνει γνώση οποιουδήποτε βιβλίου, εγγράφου ή στοιχείων των συνεταιρισμών, να διενεργεί λογιστικό και διαχειριστικό έλεγχο και να παρακολουθεί την πορεία των υποθέσεων του συνεταιρισμού. Για τη διενέργεια λογιστικού και διαχειριστικού ελέγχου μπορεί να διορίσει έναν ειδικό σύμβουλο ή εμπειρογνώμονα. Το Ε.Σ. αν διαπιστώσει παραβάσεις του νόμου, του καταστατικού ή των αποφάσεων της Γ.Σ. εκ μέρους του Δ.Σ. ή παρατυπίες ως προς τη διαχείριση, που βλάπτουν τα συμφέροντα των συνεταιρισμών, υποδεικνύει εγγράφως την επανόρθωσή τους και ζητεί εκτάκτως από το Δ.Σ. τη σύγκληση της Γ.Σ..

11. Η Γενική Συνέλευση των μελών είναι το ανώτατο όργανο του Κοι.Σ.Π.Ε., αποφασίζει για κάθε υπόθεση

ποι δεν υπόκειται στην αρμοδιότητα άλλου οργάνου και έχει την εποπτεία και τον έλεγχο των οργάνων της έγκρισης. Στην αποκλειστική αρμοδιότητα της Γ.Σ., εκτός από τις προβλεπόμενες της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν.1667/1986, υπάγονται:

α) Η έγκριση για συμμετοχή σε Ευρωπαϊκούς Ομίλους Οικονομικού Σκοπού (Ε.Ο.Ο.Σ.), σε Εταιρείες ή Επιχειρήσεις δημοσίου συμφέροντος, καθώς και η αποχώρηση από αυτές.

β) Η έγκριση για συμμετοχή των συνεταιρισμών σε Κοινοπραξίες ή Ενώσεις συνεταιριστικές ανώτερου βαθμού και η αποχώρησή τους από αυτές.

γ) Η παύση των μελών των οργάνων της Διοίκησης, οποτεδήποτε, για απουσία λόγω και κυρίως για παραβίαση καθηκόντων ή για ανικανότητα να ασκήσουν την τακτική διαχείριση.

Η Γ.Σ. απαρτίζεται από όλα τα μέλη, που συνέρχονται σε τακτική ή έκτακτη συνεδρίαση όπως ορίζει ο παρών νόμος. Όλα τα μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε., ανεξάρτητα από κατηγορία, μετέχουν και ψηφίζουν αυτοπροσώπως, εκτός αν το καταστατικό προβλέπει την αντιπροσώπευση δημοσίου άλλου μέλους εξουσιοδοτούμενου από αυτά. Ειδικότερα τα μέλη της πρώτης κατηγορίας κατέχουν έγκυρη εξουσιοδότηση κατά παρέκκλιση των διατάξεων του Αστικού Κώδικα για δικαιοπρακτική ικανότητα. Η εξουσιοδότηση γενικά παρέχεται με απλό έγγραφο. Κάθε παρωσιτάμενο μέλος μπορεί να αντιπροσωπεύει μόνο ένα από τα μέλη.

Θέματα σύγκλησης, λειτουργίας και εγκυρότητας των αποφάσεων της Γ.Σ. ρυθμίζονται από τις διατάξεις των παραγράφων 2, 6 και 8 του άρθρου 5 του ν.1667/1986. Η σύγκληση της Γ.Σ. γνωστοποιείται και στη Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας. Αιτήματα για σύγκληση έκτακτης Γ.Σ. υποβάλλονται από τουλάχιστον πέντε (5) μέλη στα οποία περιλαμβάνονται και μέλη του εδαφίου α' της παρ. 4 του παρόντος άρθρου.

12. Οι πόροι των συνεταιρισμών προέρχονται από:

α) Επιχορήγηση από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό ή το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων αποκλειστικά για συγχρηματοδοτούμενα προγράμματα από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή διεθνείς Οργανισμούς.

β) Χρηματοδότηση από Εθνικούς Οργανισμούς, το Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, Αναπτυξιακά Προγράμματα, καθώς και από την Ευρωπαϊκή Ένωση ή διεθνείς Οργανισμούς.

γ) Κληροδοτήματα, δωρεές και παραχωρήσεις της χρήσης περιουσιακών στοιχείων.

δ) Έσοδα από την άσκηση των δραστηριοτήτων των Κοι.Σ.Π.Ε.

ε) Έσοδα από την εκμετάλλευση περιουσιακών τους στοιχείων.

Το κεφάλαιο των Κοι.Σ.Π.Ε. απαρτίζεται από:

α) τις συνεταιριστικές μερίδες,

β) το τακτικό αποθεματικό,

γ) το έκτακτο αποθεματικό,

δ) τα ειδικά αποθεματικά του παρόντος άρθρου και τα ειδικά αποθεματικά που τυχόν αποφασίζει η Γ.Σ..

Τακτικό αποθεματικό σχηματίζεται από την παρακράτηση τουλάχιστον του ενός εικοστού (1/20) των καθαρών κερδών χρήσης. Η συγκεκριμένη παρακράτηση δεν είναι υποχρεωτική όταν το ύψος του αποθεματικού έχει εξισωθεί με τη συνολική αξία των συνεταιριστικών μεριδών. Εμπλεον περιέρχεται στο τακτικό αποθεματικό κάθε άλλο έσοδο για το οποίο δεν υπάρχει ειδική πρόβλεψη στην παρόντα νόμο και στο καταστατικό.

Ειδικό αποθεματικό σχηματίζεται από την εισφορά νέων μελών ανάλογη της καθαρής περιουσίας των Κοι.Σ.Π.Ε., όπως αυτή προκύπτει από τον ισολογισμό

της τελευταίας χρήσης. Το καταστατικό μπορεί να κρίνει την καταβολή μικροτερης εισφοράς.

Τα μέλη που είναι Ν.Π.Δ. ή μη κερδοσκοπικά Ν.Π.Ι.Δ. του ειρύτερου δημόσιου και ιδιωτικού τομέα μπορεί να μην εισπράττουν τα καθαρά κέρδη χρήσης, με απόφαση του διοικούστος οργάνου τους, για το σχηματισμό ειδικού αποθεματικού. Το ποσό αυτό χρησιμοποιείται στην αποθεματικό είναι ανεπαρκές για την κάλυψη ζημιών των Κοι.Σ.Π.Ε. και κυρίως για την απαλλαγή από έκτακτη εισφορά των συγκεκριμένων μελών που δεν εισέπραξαν τα διανεμηθέντα καθαρά κέρδη.

Οι εισπληρώσεις από τον Τακτικό Κρατικό Προϋπολογισμό, τα Πρόγραμμα Δημοσίων Επενδύσεων, τα Αναπτυξιακά Προγράμματα, την Ευρωπαϊκή Ένωση, καθώς και τα έσοδα από χαριστική αιτία εφόσον ο σκοπός τους δεν ορίζεται ειδικά, αποτελούν ειδικό αποθεματικό για την κάλυψη των προγραμμάτων, των εργασιών, των λειτουργιών και των αναγκών των Κοι.Σ.Π.Ε. Σε περίπτωση διάλυσης των συνεταιρισμών το ειδικό αυτό αποθεματικό δεν διανέμεται εξίσου στα μέλη του, αλλά διατίθεται για παρεμφερείς σκοπούς. Εκτός από τα αποθεματικά που προβλέπονται στον παρόντα νόμο και στο καταστατικό, η Γ.Σ. μπορεί να αποφασίζει για το σχηματισμό έκτακτων και ειδικών αποθεματικών.

Μετά την αφαίρεση των αποθεματικών, το υπόλοιπο των καθαρών κερδών διανέμεται μεταξύ των μελών. Ειδικότερα, αν το καταστατικό δεν ορίζει διαφορετικά, τα μισά καθαρά κέρδη διανέμονται ανάλογα με τις συνεταιριστικές μερίδες, με την επιφύλαξη των διατάξεων του παρόντος άρθρου και του καταστατικού και τα άλλα μισά ανάλογα με την ποσοστιαία συμμετοχή τους στις εργασίες του συνεταιρισμού. Το καταστατικό καθορίζει τον τρόπο υπολογισμού της ποσοστιαίας συμμετοχής.

13. Πέραν των διατάξεων της παρ. 3 του άρθρου 9 του ν. 1667/1986, οι οποίες ρυθμίζουν θέματα διαχείρισης, οι Κοι.Σ.Π.Ε. υποχρεούνται να δημοσιεύσουν περίληψη του ισολογισμού τους στον αθηναϊκό ή εφημερίκω τύπο, αναλογισ τις έδρες τους.

Οι Κοι.Σ.Π.Ε. τηρούν τα εξής βιβλία:

α) βιβλίο Εσόδων-Εξόδων, που προβλέπει η φορολογική νομοθεσία,

β) ημερολόγιο, βιβλίο απογραφών κινητής και ακίνητης περιουσίας και βιβλίο επιστολών που προβλέπει η εμπορική νομοθεσία,

γ) βιβλίο πρακτικών Α.Σ.,

δ) βιβλίο πρακτικών Ε.Σ.,

ε) βιβλίο πρακτικών Γ.Σ.,

στα οποία καταχωρούνται τα πρακτικά των αντιστοιχών αρχάνων.

στ) βιβλίο μητρώου μελών Κοι.Σ.Π.Ε., στο οποίο καταχωρούνται με χρονολογική σειρά η ημερομηνία εγγραφής, τα στοιχεία ταυτότητας του μέλους, ο αριθμός των μεριδών και η αξία τους, η εισφορά νέων μελών και η χρονολογία τυχόν αποχώρησης ή διαγραφής των μελών. Τα βιβλία υπο στοιχείο (γ) έως (στ) θεωρούνται πριν από τη χρήση τους από το Ειρηνοδίκη στην περιφέρεια του οποίου εδρεύουν οι συνεταιρισμοί.

14. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διαλύονται:

α) Αν τα μέλη τους μειωθούν κάτω των δέκα (10).

β) Όταν λήξει ο χρόνος διάρκειάς τους, όπως ορίζεται στο καταστατικό.

γ) Αν αποφασίσει η Γ.Σ.

δ) Αν κηρυχθούν σε πτωχεύση, μονο αμού αποτύχει η διαδικασία για έκτακτη εισφορά κατά τις διατάξεις του παρόντος άρθρου.

Η σχετική διαπιστωτική πράξη καταχωρείται, με μέλη του Δ.Σ., στο μητρώο συνεταιρισμών του Ειρη-

ναικείου στην περιφέρεια και οποιου εθνικών οι Κοι.Σ.Π.Ε..

Κατά το λοιπό, ισχύουν οι διατάξεις των παραγράφων 2 - 4 του άρθρου 10 και της παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986.

Αν αποτύχει η διαδικασία η οποία προβλέπεται στην παρ. 1 του άρθρου 11 του ν. 1667/1986, οι Κοι.Σ.Π.Ε. κηρύσσονται σε πτώχευση με απόφαση του αρμοδίου Ειρηνοδίκου, ύστερα από δήλωση του Δ.Σ. των συνεταιρισμών ή αίτηση οποιουδήποτε δανειστή.

Μέσα σε τρεις (3) μήνες από την υποβολή της δήλωσης ή αίτησης για την κήρυξη σε πτώχευση των συνεταιρισμών, το Δ.Σ. είναι υποχρεωμένο να δηλώσει στα Ειρηνοδικεία αν θα καταβληθούν τα χρέη των συνεταιρισμών ή αν η διαφορά μεταξύ παθητικού και ενεργητικού μειώθηκε κάτω από το ένα τρίτο (1/3).

Μετά την πάροδο του τριμήνου, πριν από τη λήψη οποιουδήποτε άλλου μέτρου, ο Ειρηνοδίκης συγκαλεί τους δανειστές για συμβιβασμό. Κατά το συμβιβασμό, στη συνέλευση των δανειστών προεδρεύει ο Ειρηνοδίκης. Ο συμβιβασμός, εφόσον επιτευχθεί, επικυρώνεται από το Ειρηνοδικείο. Μετά την επικύρωση οι συνεταιρισμοί συνεχίζουν τις εργασίες τους. Η απόφαση αυτή κοινοποιείται στη Διευθυνση Ψυχικής Υγείας με φρονιδα του Δ.Σ. του Κοι.Σ.Π.Ε..

Σε περίπτωση που αποτύχει ο συμβιβασμός, το Ειρηνοδικείο κηρύσσει σε πτώχευση τους συνεταιρισμούς. Από την κήρυξη τους σε πτώχευση οι συνεταιρισμοί διαλύονται.

Αρμόδιο δικαστήριο για την πτώχευση είναι το Ειρηνοδικείο της έδρας των συνεταιρισμών. Καθήκοντα εισηγητή δικαστή εκτελεί ο Ειρηνοδίκης. Συνδικασ διαρίζεται αυτός που υπειδεικνύει η πλειοψηφία των δανειστών, εκτός αν σπουδαίος λόγος δεν το επιτρέπει.

15. Πέντε (5) τουλάχιστον Κοι.Σ.Π.Ε. που διαπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. με σκοπό το συντονισμό και την προώθηση των δραστηριοτήτων τους. Η Γ.Σ. της Ένωσης απηριτίζεται από τους αντιπροσώπους των συνεταιρισμών-μελών. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. σε αναλογία ένας ανά δέκα (10) μέλη. Κάθε αντιπρόσωπος έχει μια ψήφο.

Οι Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και οι Κοι.Σ.Π.Ε. που διέπονται από αυτό το άρθρο μπορεί να συστήσουν την Πανελλήνια Ομοσπονδία Ενώσεων Κοινωνικών Συνεταιρισμών. Η Π.Ο.Ε.Κοι.Σ.Π.Ε. έχει ως σκοπό τη γενικότερη εκπροσώπηση και το συντονισμό των δραστηριοτήτων της κοινωνικο-οικονομικής ενσωμάτωσης, της επαγγελματικής ένταξης ατόμων με ψυχοκοινωνικά προβλήματα. Κάθε Ένωση Κοι.Σ.Π.Ε. και κάθε Κοι.Σ.Π.Ε. συμμετέχει στη Γ.Σ. της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Κοι.Σ.Π.Ε. με δύο (2) αντιπροσώπους. Κάθε αντιπρόσωπος διαθέτει μία ψήφο. Οι αντιπρόσωποι εκλέγονται από τη Γ.Σ. της Ένωσης Κοι.Σ.Π.Ε. ή των Κοι.Σ.Π.Ε. Στις Ενώσεις Κοι.Σ.Π.Ε. και στην Πανελλήνια Ομοσπονδία Κοι.Σ.Π.Ε. εφαρμόζονται αναλόγως οι διατάξεις του παρόντος άρθρου.

16. Το Δ.Σ. μπορεί να προσλάβει εργαζόμενους που δεν είναι μέλη των Κοι.Σ.Π.Ε.. Οι εργαζόμενοι που δεν είναι μέλη των συνεταιρισμών μπορεί να παρσιανται στη Γ.Σ. και να εκφέρουν τη γνώμη τους χωρίς δικαίωμα ψήφου. Εφόσον προβλέπεται στο καταστατικό.

17. Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα προμηθευονται αγαθά και δέχονται υπηρεσίες από τους Κοι.Σ.Π.Ε. Η προμήθεια αγαθών και η παροχή υπηρεσιών της παραγράφου αυτής οπαλλάσσεται από κάθε κράτηση υπέρ τρίτου.

Το Δημόσιο, οι Δημόσιοι Οργανισμοί, οι Ο.Τ.Α. α και β' βαθμού και τα νομικά τους πρόσωπα ειστρέπεται να παραχωρούν κατά χρήση στους Κοι.Σ.Π.Ε. πράγματα κινητά ή ακίνητα και κάθε μορφής εγκαταστάσεις. Ειδικότερα, το ίδιο ισχύει για νοσοκομεία του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία και λοιπές Μ.Ψ.Υ. που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.. Παραχώρηση κατά χρήση πραγμάτων κινητών ή ακινήτων και κάθε μορφής εγκαταστάσεων, που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι τη θέση σε ισχύ του παρόντος σε άτυπες συνεταιριστικές δραστηριότητες ή σε μονάδες επανένταξης ή αποκατάστασης που δημιουργήθηκαν με τον Καν. 815/1984, διατηρούνται μέχρι τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε.. Μετά τη σύσταση των Κοι.Σ.Π.Ε. επιτρέπεται η κατά παραχώρηση χρήση.

Τα καταστατικά ή τροποποιήσεις των καταστατικών των Κοι.Σ.Π.Ε., πρωτοβάθμιων και δευτεροβάθμιων, δεν υπόκεινται στο τέλος χαρτοσήμου ή άλλη επιβάρυνση υπέρ του Δημοσίου. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. απαλλάσσονται από κάθε φόρο άμεσο, έμμεσο ή υπέρ τρίτων εκτός του Φόρου Προστιθέμενης Αξίας όπου εφαρμόζονται οι διατάξεις του ν. 1642/1986 όπως ισχύει.

18. Οι Κοι.Σ.Π.Ε. διέπονται από τις διατάξεις του παρόντος και συμπληρωματικά από τις διατάξεις του Αστικού Κώδικα, από το νόμο για τους αστικούς συνεταιρισμούς και από κανόνες δικαίου που ρηθίζονται ψυχιατρικά θέματα.

19. Στο ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, υπογονται και οι Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Οικονομίας, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και του τυχόν κατά περίπτωση συναρμόδιου Υπουργού καθορίζονται το ίδιο κεφάλαιο συμμετοχής, το ποσοστό επιχαρήγησης και επιδότησης των Κοι.Σ.Π.Ε., οι προϋποθέσεις, τα κριτήρια, οι όροι, ο τρόπος και η διαδικασία καταβολής, καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του ν. 1892/1990, όπως κάθε φορά ισχύει, και ως προς τους Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ'

Άρθρο 13

Πόροι των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Οικονομικών, Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων και Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται μέσα σε τρεις (3) μήνες από της δημοσίευσης του παρόντος, καθορίζεται ειδικό νοσήλιο, για τις μονάδες και προγράμματα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, τις υπηρεσίες νοσηλείας και ειδικής φροντίδας ψυχικής υγείας κατ' οίκον και τα Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης, των άρθρων 6, 7, 8, 9, 10 και 11.

2. Με την αυτή ή όμοια απόφαση καθορίζεται το ποσοστό του ειδικού νοσηλίου το οποίο αποδίδεται στη φιλοξενούσα Οικογένεια και στον ασθενή του Προστατευμένου Διαμερίσματος.

3. Με απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας παρέχεται οικονομική ενίσχυση στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας για τα αναγκαία, οικονομικά αδύνατα άτομα με ψυχικές διαταραχές, που βαρύνει τον προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

4. Οι δαπάνες λειτουργίας των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 βαρύνουν τον προϋπολογισμό του οικείου

νοσοκομείου, στον οποίο εγγραφονται κάθε χρόνο α τριστοίχες πιστώσεις με ιδιαίτερο φρεά και κωδικό αριθμό.

5. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας που ανήκουν σε νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι οποίες εντάσσονται στους Τομείς Ψυχικής Υγείας δικαιούνται του ειδικού νοσηλίου της παρ. 1 του παρόντος και των πόρων της παρ. α του άρθρου 28 του ν. 2519/1997 για την παροχή των υπηρεσιών σε άτομα με ψυχικές διαταραχές.

6. Στο άρθρο 28 του ν. 2519/1997 τα τελευταία εδάφια της παρ. δ' αριθμείται ως παρ. ε' και οι λοιπές παραγράφοι αναριθμούνται αναλόγως.

7. Οι Μονάδες Ψυχικής Υγείας των Νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983, τα Πανεπιστημικά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία, τα Πανεπιστημικά Ινστιτούτα Ψυχικής Υγιεινής και οι Πανεπιστημιακές Μονάδες, καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής, που έχουν ως αντικείμενο την ψυχική υγεία, μπορούν να επιχορηγούνται από τον τακτικό προϋπολογισμό του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την ανάπτυξη ερευνών και μελετών του Τομέα της Ψυχικής Υγείας.

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις και κάθε λεπτομέρεια που αφορά την εφαρμογή της παραγράφου αυτής.

Άρθρο 14

Κίνητρα επανένταξης

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, η οποία εκδίδεται εντός οκταμήνου από της δημοσίευσής του παρόντος νόμου, καθορίζονται οι προϋποθέσεις έγκρισης οργανωμένων προγραμμάτων αποκατάστασης, στα οποία γυμνάζεται και χορήγηση χρηματικού ποσού σε βάρος του προϋπολογισμού του προγράμματος είτε ως θεραπευτικού κινήτρου για άτομα με ψυχικές διαταραχές που έχουν μακρά παραμονή για νοσηλεία σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας είτε ως κινήτρου επανένταξης για άτομα που διαμένουν στην κοινότητα.

Άρθρο 15

Μετακίνηση του προσωπικού των Μονάδων Ψυχικής Υγείας

1. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, που εκδίδεται μετά από εισήγηση της Τ.Ε.Ψ.Υ., το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας και υπάγονται στον Τομέα Ψυχικής Υγείας μπορεί να απασχολείται εκ περιτροπής σε οποιδήποτε Μονάδα Ψυχικής Υγείας του Τομέα, με πλήρη ή μερική απασχόληση εντός του κανονικού ωραρίου εργασίας του ή και για την πραγματοποίηση εφημεριών κατ' εξαίρεση των διατάξεων του Υπολληλικού Κώδικα και των διατάξεων του άρθρου 75 του ν. 2071/1992 (ΦΕΚ 123/τ Α/15.7.1992) και του άρθρου 25 του ν. 2519/1997 για την εξυπηρέτηση των αναγκών των Μονάδων Ψυχικής Υγείας των Ν.Π.Δ.Δ και Ν.Π.Ι.Δ. του ευρύτερου δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα των Τομέων Ψυχικής Υγείας.

2. Με όμοια απόφαση το προσωπικό των Μονάδων Ψυχικής Υγείας κάθε τομέα μπορεί να απασχολείται κατά τα οριζόμενα στην παρ.1 του παρόντος άρθρου στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας όμοιου ή μη Τομέα Ψυχικής Υγείας, σύμφωνα με το άρθρο 3 παρ. 2 εδάφιο γ', δ' του παρόντος νόμου. Η απασχόληση του αυτή δεν μπορεί να υπερβεί συνολικά τους τρεις (3) μήνες και έτσι:

Άρθρο 16

Άκουσμα νοσηλεία

Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι όροι και οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληρούν οι ιδιωτικές κλινικές, προκειμένου να δέχονται ασθενείς με ψυχικές διαταραχές για ακούσια νοσηλεία και ορίζεται ο τρόπος διασύνδεσης αυτών των ιδιωτικών κλινικών με την Ειδική Επιτροπή προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές και η παρακολούθηση των ασθενών από τις Τομεακές Επιτροπές Ψυχικής Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ε'

Άρθρο 17

Μεταβατικές διατάξεις

1. Τα νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα που ανέπτυξαν μονάδες ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και επανένταξης για άτομα με ψυχικές διαταραχές ή και άλλες ειδικές ανάγκες, σύμφωνα με τον Κανονισμό (Ε.Ο.Κ.) 815/1984, οι οποίες εξακολουθούν να λειτουργούν με κρατική επιχορήγηση, υποχρεούνται εντός δύο (2) μηνών από τη δημοσίευσή του νόμου να δηλώσουν στον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας αν θα συνεχίσουν τουλάχιστον επί διετία ή όχι την παροχή των ανωτέρω υπηρεσιών στον Τομέο Ψυχικής Υγείας.

Εφόσον δηλώσουν ότι επιθυμούν τη συνέχιση, υποχρεούνται κατά τις προϋποθέσεις των παραγράφων 4 και 6 του άρθρου 11 να προσαρμοστούν στις διατάξεις του υπράνωτος νόμου και να λάβουν την άδεια λειτουργίας.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας, οι μονάδες μεταφέρονται σε Μονάδες Ψυχικής Υγείας των νοσοκομείων του ν.δ. 2592/1953 και του ν. 1397/1983 ή των Πανεπιστημικών Ψυχιατρικών Νοσοκομείων σε περίπτωση μη υποβολής της δήλωσης, δήλωσης περί μη συνέχισης λειτουργίας ή μη προσαρμογής στις διατάξεις του παρόντος νόμου κατά τα ανωτέρω. Η διάταξη αυτή δεν αφορά το προσωπικό.

2. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας του Κοινωνικού Ιδρύματος του ν.δ. 572/1970 (ΦΕΚ 125 Α/2.6.1970) με την επωνυμία Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής εντάσσονται στις λειτουργίες του Τομέα Ψυχικής Υγείας της περιφέρειάς τους.

Σε Τομείς Ψυχικής Υγείας στους οποίους λειτουργούν Μονάδες Ψυχικής Υγείας σύμφωνα με τις διατάξεις του παρόντος νόμου δύναται, με απόφαση του Διοικητικού Συμβουλίου, που εγκρίνεται από τον Υπουργό Υγείας και Πρόνοιας, να καταργούνται οι αντίστοιχες μονάδες του Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής.

Το προσωπικό των Μονάδων που καταργούνται και που υπηρετεί με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου τοποθετείται με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Οικονομικών και Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης σε νοσοκομείο ή Μονάδες Ψυχικής Υγείας αυτών στον αντίστοιχο Τομέο Ψυχικής Υγείας (Τ.Ψ.Υ.) μετά από αίτησή του και ύστερα από κρίση του υπηρεσιακού συμβουλίου και εφόσον συγκεντρώνει τα νομικά πρόσωπα καταλαμβάνει κενές οργανικές θέσεις με την ίδια σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου Σε περίπτωση έλλειψης κενών οργανικών θέσεων καταλαμβάνει προσωποπαγείς θέσεις οι οποίες καταρ-

γούνται με την καθ' ύλην αρμοδιότητα τρόπο αποχώρηση των υπαλλήλων από την υπηρεσία.

Με κοινή απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Υγείας και Πρόνοιας καθορίζονται οι διαδικασίες και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής της παραγράφου αυτής, καθώς και η αποκλειστική προθεσμία για την υποβολή της σχετικής αίτησης.

3. Οι προβλεπόμενες υπουργικές και κοινές υπουργικές αποφάσεις μπορούν να τροποποιούνται μετά την πρώτη έκδοσή τους με όμοιες αποφάσεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΣΤ' ΑΛΛΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ

Άρθρο 18

1. Οι διατάξεις της παρ. 8 του άρθρου 26 του ν. 2519/1997 έχουν εφαρμογή και για τους γιατρούς κλάδου Ε.Σ.Υ. που έχουν συμπληρώσει συνεχή υπηρεσία εννέα (9) ετών σε θέσεις επιμελητών Γ'.

2. Στην παράγραφο 3 του άρθρου 26 του ν. 2166/1993 (ΦΕΚ 137 Α') προστίθεται δεύτερο εδάφιο, που έχει ως ακολούθως:

“Ο Πρόεδρος του Διοικητικού Συμβουλίου και σε περίπτωση κωλύματός του το, από το Διοικητικό Συμβούλιο, οριζόμενο μέλος του, των ανωνύμων εταιρειών στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης, έχει το δικαίωμα να μετέχει με δικαίωμα ψήφου και ανεξάρτητα από το εάν έχει ή όχι την ιδιότητα του φαρμακοποιού, στις τακτικές και έκτακτες γενικές συνελεύσεις του Πανελληνίου Συλλόγου Φαρμακαποθηκάρων ως ιδιότιμο μέλος αυτού και δικαιούται να εκλέγεται και να εκλέγεται ως τακτικό και αναπληρωματικό μέλος του Διοικητικού Συμβουλίου και του Πειθαρχικού Συμβουλίου τούτου, υπό τους λοιπούς όρους και προϋποθέσεις, που ορίζουν οι διατάξεις των παρ. 2, 3 και 4 του άρθρου 11, του π.δ. 613/1977 (ΦΕΚ 199 Α). Τα ανωτέρω ισχύουν και για τον οριζόμενο κατά νόμο ως εκπρόσωπο των εταιρειών περιορισμένης ευθύνης, στις οποίες παρασχέθηκε η εν λόγω άδεια ίδρυσης.

Άρθρο 19

Η παρ. 2 του άρθρου 7 του ν. 1729/1987 (ΦΕΚ 144 Α), η οποία αντικαταστάθηκε με το άρθρο 12 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 19 Α), αντικαθίσταται ως εξής:

2. Η χορήγηση ουσιών για υποκατάσταση της εξάρτησης και των ανταγωνιστικών ουσιών που αδραντοποιούν τους υποδοχείς των οπιούχων, απαγορεύεται.

Κατ' εξαίρεση η χορήγηση των ουσιών αυτών επιτρέπεται από:

α. Ειδικές προς ταυτο δημόσιες μονάδες στις οποίες χορηγείται η σχετική άδεια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μετά από γνώμη του Ο.Κ.Α.Ν.Α.,

β. Τον Ο.Κ.Α.Ν.Α. μετά από σχετική άδεια που χορηγείται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας.

Στις ανωτέρω αποφάσεις καθορίζονται ειδικώς οι ουσίες των οποίων επιτρέπεται η χορήγηση και οι όροι κάτω από τους οποίους θα χορηγούνται. Οποιοσδήποτε χορηγεί ουσίες για υποκατάσταση της εξάρτησης ή ανταγωνιστικές ουσίες κατά παράβαση αυτής της διάταξης τιμωρείται σύμφωνα με το άρθρο 10 του ν. 2161/1993. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας μπορεί να καθορίζονται γενικοί όροι, προϋποθέσεις και άλλες λεπτομέρειες εφαρμογής προγραμμάτων υποκατάστασης και χορήγησης ανταγωνιστικών ουσιών.

Άρθρο 20

1. Το προσωπικό της παρ. 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α) με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Ε.Ο.Π. και του Κ.Β. “Η ΜΗΤΕΡΑ” που επιλέγεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας να ενταχθεί στο νέο φορέα “Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας” και μετά από δήλωση του εντάσσεται σε μόνιμες θέσεις δημόσιου δικαίου, κατατάσσεται σε βαθμό και μισθολογικά κλιμάκιο ανάλογα με το χρόνο υπηρεσίας που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται, με τα τυπικά προσόντα του κλάδου στον οποίο κατατάσσεται. Ο χρόνος που τυχόν πλεονάζει στο βαθμό κατάταξης του υπαλλήλου θεωρείται ότι έχει διανυθεί στο βαθμό αυτόν, για την προαγωγή στον επομένο βαθμό και την επιλογή του ως Προισταμένου οργανικής μονάδας. Ο συνολικός χρόνος υπηρεσίας, που έχει διανυθεί στο νομικό πρόσωπο από το οποίο προέρχεται ο υπάλληλος, θεωρείται ως πραγματική υπηρεσία για θέματα υπηρεσιακής του κατάστασης.

2. Η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου έχει εφαρμογή και στους υπαλλήλους με σχέση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου της παρ. 5 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α) των καταργούμενων νομικών προσώπων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π. και Κ.Β. “Η ΜΗΤΕΡΑ” που μετά τη συγχώνευσή τους στο νέο φορέα “Εθνικό Οργανισμό Κοινωνικής Φροντίδας” μετατάσσονται σε εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας Ν.Π.Δ.Δ. ή σε υπηρεσίες της Περιφέρειας, της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης και τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης α' βαθμού και εντάσσονται, μετά από δήλωση τους, σε μόνιμες θέσεις δημόσιου δικαίου. Οι διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 7 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α), καθώς και η διάταξη της προηγούμενης παραγράφου, έχουν εφαρμογή και στο προσωπικό των εξοχών του Π.Ι.Κ.Π.Α. των βρεφικών - παιδικών σταθμών, βρεφονηπιοκομείων και νηπιαγωγείων του Π.Ι.Κ.Π.Α., του Κ.Β. “Η ΜΗΤΕΡΑ” και αντίστοιχων προγραμμάτων βρεφονηπιακής φροντίδας, που λειτουργούν στο πλαίσιο άλλων δραστηριοτήτων του Ε.Ο.Π., των ταπητουργείων, κλιμοποιείων, εργαστηρίων και γενικά των υπηρεσιών οικοτεχνίας του Ε.Ο.Π., των Ιατροκοινωνικών Κέντρων και της Παιδικής Πολυκλινικής του Π.Ι.Κ.Π.Α. ως και του προσωπικού των Βρεφονηπιακών Σταθμών Αθηνών (Ι.Β.Σ.Α.), Θεσσαλονίκης (Ι.Β.Σ.Θ.) και Λάρισας (Ι.Β.Σ.Λ.), του Κοινωνικού Κέντρου Οικογένειας και Νεότητας (Κ.Κ.Ο.Ν.) και των κατασκηνώσεων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, που μεταφέρεται και μετατάσσεται στις υπηρεσίες πρόνοιας των οικείων οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' και β' βαθμού, στις υπηρεσίες υγείας του Ε.Σ.Υ., σε Δημοτικά Νομικά Πρόσωπα των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης α' βαθμού και σε Ν.Π.Δ.Δ. εποπτευόμενα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας.

Άρθρο 21

Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που συστάθηκαν από το από 7 Φεβρουαρίου 1925 προεδρικό διάταγμα (ΦΕΚ 33 Α'/1925) “Νασοκομείο Φυματιώντων νομού Ηρακλείου”, περιοχής Μονής Ιεροσολών Μαλεβιζίου, β) με το π.δ. 608/1985 (ΦΕΚ 221 Α'/1985) “Θεραπευτήριο Χρονίων Παθήσεων Παιδιών Ηρακλείου Κρήτης”, καταργούνται ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα και συγχωνεύονται σε ένα Ν.Π.Δ.Δ. με την επωνυμία “Κέντρο Προστασίας και Αποκατάστασης Παιδιών - Ενηλίκων Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες Ηρακλείου Κρήτης”, το οποίο υπάγεται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας

και Πρόνοιας με έδρα το Λουτράκι Μυλερίτζου Ηρακλείου.

Η κίνητη και ακίνητη περιουσία των συνυφαινόμενων Ν.Π.Δ.Δ. μεταφέρεται στο νέο Ν.Π.Δ.Δ., το οποίο υποκαθίσταται αυτοδίκαιως σε όλα τα δικαιώματα και υποχρεώσεις τους.

Το Κέντρο διοικείται από επταμελές Διοικητικό Συμβούλιο, το οποίο διορίζεται με ισάριθμα αναπληρωματικά μέλη, για τρία χρόνια, με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας και αποτελείται από:

α. έναν εκπροσώπο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας.

β. έναν αιρετό εκπρόσωπο της Τοπικής Αυτοδιοίκησης της έδρας του Κέντρου.

γ. έναν εκπρόσωπο της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Κρήτης.

δ. τέσσερα πρόσωπα με επιστημονικό κύρος ή εξειδίκευση ή εμπειρία στον τομέα της κοινωνικής φροντίδας.

Με προεδρικό διάταγμα, που εκδίδεται με πρόταση των Υπουργών Υγείας και Πρόνοιας, Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης και Οικονομικών, καθορίζεται ο σκοπός, ο τρόπος οργάνωσης, διοίκησης και λειτουργίας αυτού.

Άρθρο 22

Η παρ. 3 του άρθρου 18 του ν. 2072/1992 (ΦΕΚ 125 Α') αντικαθίσταται ως ακολούθως:

"3. Άτομα με ειδικές ανάγκες με ποσοστό αναπηρίας τουλάχιστον 67%, που επιδοτούνται με ημερομίσθιο ή άλλο επίδομα, διατηρούν το επίδομά τους αυτό και όταν υποβάλλονται σε φυσικοθεραπεία, εργοθεραπεία, απασχολησιοθεραπεία, λογοθεραπεία, ημερήσια φύλαξη και ψυχολογική στήριξη".

Άρθρο 23

Στο άρθρο 7 του ν. 2646/1998 προσπίθεται παράγραφος 9, ως ακολούθως:

"9. Οι προϋπολογισμοί των καταργούμενων φορέων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. "ΜΗΤΕΡΑ", αποτελούν προϋπολογισμό του Ε.Ο.Κ.Φ. από το οικονομικό έτος 1999 και μέχρι την υλοποίησή των διατάξεων της προηγούμενης παραγράφου.

Για την πληρωμή των πάσης φύσεως δαπανών των εγγεγραμμένων πιστώσεων στους προϋπολογισμούς των καταργούμενων φορέων Π.Ι.Κ.Π.Α., Ε.Ο.Π., Κ.Β. "ΜΗΤΕΡΑ", επιχωρηγείται ο Ε.Ο.Κ.Φ. Η εκκαθάριση των δαπανών γίνεται επιμίσθια με τις επί μέρους διατάξεις που δίδουν τους ως άνω φορείς.

Πληρωμές που έχουν γίνει στους επί μέρους φορείς μέχρι της δημοσίευσής του παρόντος νόμου θεωρούνται νόμιμες."

Άρθρο 24

1. Η παρ. 1 του άρθρου 1 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"1. Άδεια ίδρυσης φαρμακείου χορηγείται μετά γνώμη του οικείου φαρμακευτικού συλλόγου με απόφαση του αρμόδιου νομάρχη: α) Για δήμο ή κοινότητα της χώρας στον οποίο δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') και β) για συγκεκριμένο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα δήμου ή κοινότητας που συνενστήθη με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου."

Οι διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') εφαρμόζονται ανάλογα και στις περιπτώσεις των καταργηθέντων δήμων και κοινοτήτων, όπου δε οι

υπάρχοντες φαρμακείοι ή κοινότητα, νοείται το οικείο δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα στο οποίο αντιστοιχεί ο καταργηθείς με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') Ο.Τ.Α.. Όπου στις διατάξεις των άρθρων 3 και 6 του ν. 1963/1991 (ΦΕΚ 138 Α') αναφέρεται ο όρος δήμο ή κοινότητα αυτός συμπληρώνεται ως εξής: "δήμο ή κοινότητα ή δημοτικό ή κοινοτικό διαμέρισμα, των δήμων και κοινοτήτων που συντάθηκαν με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α)".

Η παρ. 1 του άρθρου 14 του ν. 5607/1992 (ΦΕΚ 300 Α') αντικαθίσταται ως εξής:

"1. Η μεταφορά φαρμακείων επιτρέπεται μόνο:

α) εντός των ορίων των δήμων και κοινοτήτων στις οποίες δεν επήλθε μεταβολή με τις διατάξεις του άρθρου 1 του ν. 2539/1997 (ΦΕΚ 244 Α') και β) εντός των ορίων των εδαφικών περιφερειών των δημοτικών ή κοινοτικών διαμερισμάτων των δήμων και κοινοτήτων που συνενστήθησαν με τις διατάξεις του ίδιου ως άνω άρθρου."

Οι διατάξεις της παρούσας παραγράφου ισχύουν από 1.1.1999.

2. Η προκήρυξη για την πρόσληψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, τεχνολόγων ιατρικών εργασιών, παρασκευαστών, ρυθολογίας - ακτινολογίας και χειριστών εμφρακτιών σε νοσοκομεία, κέντρα υγείας και το Ε.Κ.Α.Β. γίνεται μέσα στο ίδιο έτος κατά το οποίο η θέση κενώθηκε, για οποιονδήποτε λόγο, πλην της μετάταξης, με απόφαση του Α.Σ. του Ν.Π.Δ.Δ. μετά από έγκριση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας χωρίς να απαιτείται Πράξη Υπουργικού Συμβουλίου (Π.Υ.Σ.). Η πρόσληψη του ιατρικού προσωπικού γίνεται με βάση το ν. 1397/1993, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει. Η πρόσληψη του λοιπού προσωπικού διενεργείται σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 18 του ν. 2190/1994, όπως τροποποιήθηκε μεταγενέστερα. Η επιλογή και κατάρτιση του πινάκα επιλογής και κατάταξης των υποψηφίων γίνεται από τριμελή επιτροπή που συγκροτεί ο Γενικός Γραμματέας της Περιφέρειας, στην οποία υπάγεται το νοσοκομείο και αποτελείται από δύο τακτικούς υπαλλήλους της Διεύθυνσης Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης της Περιφέρειας και έναν τακτικό υπάλληλο του νοσοκομείου.

Η σχετική προκήρυξη δημοσιεύεται ολόκληρη στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (Τεύχος Προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.) και περίληψή της σε δύο (2) τουλάχιστον ημερήσιες εφημερίδες Αθηνών. Η προκήρυξη αποστέλλεται πριν τη δημοσίευσή της στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο οφείλει να την ελέγξει από άποψη νομιμότητας εντός δέκα (10) ημερών. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία των δέκα (10) ημερών τεκμαίρεται η σύμφωνη γνώμη του Α.Σ.Ε.Π. Οι σχετικοί πίνακες κατάταξης των υποψηφίων αποστέλλονται στο Α.Σ.Ε.Π. το οποίο ασκεί έλεγχο αυτεπαγγέλτως ή κατ'ένσταση υποψηφίων. Μετά τον έλεγχο η επιτροπή του οικείου φορέα καταρτίζει τους οριστικούς πίνακες κατάταξης, καθώς και τους πίνακες διοριστέων, τους οποίους αποστέλλει για δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως (τεύχος προκηρύξεων Α.Σ.Ε.Π.). Η πρόσληψη του προσωπικού γίνεται οριστικά μετά την κατάρτιση των πινάκων κατάταξης των υποψηφίων και πριν το αυτεπάγγελτο ή κατ'ένσταση έλεγχο του Α.Σ.Ε.Π. Μετά τη δημοσίευση των οριστικών πινάκων διοριστέων οι τυχόν ήδη προσληφθέντες που δεν περιλαμβάνονται σε αυτούς απολύονται. Οι απολυόμενοι λαμβάνουν αποδοχές που προβλέπονται για την απασχόλησή τους έως την ημέρα της απόλυσης, χωρίς οποιαδήποτε αποζημίωση από την ίδια αιτία.

3. Το πρώτο εδάφιο της παρ. 6 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 165 Α/21.8.1997) "Αναπτυξη και εκπαιδευτική ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας, οργάνωση των Υγειονομικών Υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο και άλλες διατάξεις" αντικαθίσταται ως εξής:

Για την κατάληψη θέσης γιατρού δημόσιας υγείας απαιτείται, στο βαθμό Β ηλικία μέχρι 40 ετών και κατ'ελάχιστο ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή πενταετής τουλάχιστον αποδεδειγμένη εμπειρία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος, στο βαθμό Α, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 45 ετών και πενταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή επταετής προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος, και στο βαθμό Διευθυντή, που προκηρύσσεται, ηλικία μέχρι 50 ετών και οκταετής κατοχή του τίτλου ειδικότητας ή του μεταπτυχιακού τίτλου ή δεκαετής τουλάχιστον προϋπηρεσία στον τομέα δημόσιας υγείας, όπως αυτός περιγράφεται στο άρθρο 3 του παρόντος.

4. Στις ειδικές Επιτροπές της παραγράφου 12 του άρθρου 37 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α) που εκδικάζουν ενστάσεις για ιατρικές θέσεις στις οποίες δικαιούνται να διορισθούν γιατροί περισσότερων της μιας ειδικοτήτων ως μέλη των Επιτροπών και εισηγητές, μετέχουν γιατροί όλων αυτών των ειδικοτήτων που προτείνονται ανεπιτόχως από τους φορείς των περιπτώσεων β, γ, δ. Ο Πανελληνιος Ιατρικός Σύλλογος με την πρότασή του ορίζει το μέλος της επιτροπής που προεδρεύει.

5. Πιστοποιητικά εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία μπορεί επίσης να λάβουν με τις προϋποθέσεις, τα δικαιολογητικά και τη διαδικασία του άρθρου 4 του π.δ. 386/1995 "Καθορισμός της εξειδίκευσης στη Λοιμωξιολογία και της εξειδίκευσης στη Μικροβιολογία" (ΦΕΚ 216 Α/25.10.1995), γιατροί εφόσον μετά την κτήση του τίτλου της ειδικότητας Παθολογίας ή Παιδιατρικής: έχουν μετακτιπαιδευθεί στο εξωτερικό για δύο (2) τουλάχιστον χρόνια στο αντικείμενο των λοιμώξεων σε Κέντρα Λοιμώξεων (Κρατικών ή Πανεπιστημιακών Κλινικών) τα οποία, κατά την κρίση της Επιτροπής της παρ. 1 III του άρθρου 3 του προαναφερθέντος 386/1995 προεδρικού διατάγματος, είναι κατάλληλα για εξειδίκευση γιατρών στη Λοιμωξιολογία.

Η υποβολή της σχετικής αίτησης γίνεται μέσα σε τρία (3) χρόνια από την περάτωση της εξειδίκευσης τους.

Σε κάθε περίπτωση η παραπάνω Επιτροπή προκειμένου να διαμορφώσει γνώμη για τη χορήγηση ή μη πιστοποιητικού Λοιμωξιολογίας μπορεί και να καλέσει τον αιτούντα σε προφορική συνέντευξη.

6. Γιατροί που κατέχουν με τη δημοσίευση του παρόντος θέσεις Δ.Ε.Π. σε Τμήματα Πανεπιστημίων τα οποία είναι αναγνωρισμένα να παρέχουν άσκηση στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μπορούν να αναγνωρισούν το χρόνο της προϋπηρεσίας τους ως χρόνο άσκησης στην ειδικότητα της Ιατροδικαστικής, μετά από γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ..

Η απόκτηση της ειδικότητας γίνεται κατόπιν εξετάσεων, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις.

7. Στο Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, όταν κρίνει επι βεμάτων που αφορούν σε υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ., ως αμετά μέλη κατά το εδάφιο (β) της παραγράφου 2 του άρθρου 160 του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α) συμμετέχουν εκπαιδευτικοί των εργαζομένων των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ. με βαθμό τουλάχιστον Α', που προτείνονται από την ΠΟΕΔΗΝ. Μέχρι τον ορισμό εκπαιδευτικών από την

ΠΟΕΔΗΝ, τα υπάρχον Υπηρεσιακό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας εξακολουθεί να κρίνει επί θεμάτων που αφορούν στους υπαλλήλους των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.. Η ισχύς της παραγράφου αυτής αρχίζει από την ημερομηνία ισχύος του ν. 2683/1999 (ΦΕΚ 19 Α).

8. Το πρώτο εδάφιο της τελευταίας παραγράφου του άρθρου 40 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α) αντικαθίσταται ως εξής:

"Χρέη Διευθυντή Φαρμακείου εκτελούν, μέχρι την προκήρυξη και πλήρωση των θέσεων κλάδου Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., οι ήδη υπηρετούντες προϊστάμενοι τμημάτων."

9. Οι έχοντες προσληφθεί και όσοι θα προσληφθούν σε θέσεις του κλάδου ΠΕ φαρμακοποιών στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., μετά την ισχύ του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α/21.8.97) κατατάσσονται σε αντιστώμενες προσωρινές θέσεις κλάδου Νοσοκομειακών Φαρμακοποιών Ε.Σ.Υ., σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 40 του προαναφερμένου νόμου, μέχρι την έκδοση του προεδρικού διατάγματος που προβλέπεται στη διάταξη του άρθρου 44 του ν. 2519/1997 (ΦΕΚ 167 Α/21.8.1997).

10. Η παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 (ΦΕΚ 236 Α/20.10.1998) μετά τις λέξεις "περιφερειακών ιατρικών", συμπληρώνεται ως εξής:

"Η διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 54 του ν. 1759/1988, όπως τροποποιήθηκε από τη διάταξη της παρ. 1 του άρθρου 28 του ν. 2646/1998 εφαρμόζεται για τα κέντρα υγείας νησιών στα οποία δεν λειτουργούν νοσοκομεία"

Άρθρο 25

1. Στο πρώτο εδάφιο της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α) μετά τη λέξη "Νοσοκομείων" προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας, Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

2. Στην περίπτωση α' της παρ. 7 του άρθρου 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α), μετά τη λέξη "Εργαστηρίων", προστίθεται η φράση "των κλάδων ΓΕ Φυσικοθεραπευτών και ΔΕ Βοηθών Φαρμακείου".

3. Στο άρθρο 8 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α), προστίθεται παρ. 13 που έχει ως εξής:

"13. Επίδομα τροφής του προσωπικού (πλην ιατρικού) των Κέντρων Ψυχικής Υγείας".

4. Στην περίπτωση γ' της παρ. 1 του άρθρου 10 του ν. 2470/1997 (ΦΕΚ 40 Α) μετά τη λέξη "Νοσοκομείων", προστίθεται η φράση "Κέντρων Υγείας".

5. Για τις εφημερίες που έχουν πραγματοποιήσει οι γιατροί σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2606/1998 και της 2032993/342/0022/20.5.98 ερμηνευτικής εγκυκλίου, μέσα στην αναλογία του 1/3, 1/5, της Α' Ζώνης και 1/2 της Β' και Γ' Ζώνης επί του αινώλου αντίστοιχα, από 1.1.1998 μέχρι την έκδοση των κανονιστικών αποφάσεων για κάθε Νοσοκομείο, θα καταβληθούν τα αναλογούντα σε αυτούς ποσά που θα καθοριστούν με κοινή υπουργική απόφαση των Υπουργών Οικονομικών και Υγείας και Πρόνοιας.

Ποσά τα οποία μετά την εκκαθάριση των τακτικών αποδοχών και των εφημεριών μέχρι 31.12.1998 πρέπει να επιστραφούν από γιατρούς δεν είναι απαιτητά, εφόσον δεν έχουν εισπραχθεί καθ' υπέρβαση ορίων που προβλέπονται από το άρθρο 7 παρ. 8 του ν. 2606/1998 και του άρθρου 104 του Συντάγματος.

6. Διατηρείται από της ισχύος του ν. 2470/1997 το ειδικό ετοιμότητας της παρ. 2, εδ. α' του άρθρου 3 του ν. 828/1978, που διατηρήθηκε με το άρθρο 12 παρ. 1 του ν. 1643/1986, και επίσης με το άρθρο 20 παρ. 1 του ν. 1963/1991 και καταβάλλεται σε όλους τους αγροτικούς γιατρούς (υπόχρεους με παράταση, με θη-

τεια, μόνιμους), που υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία. Κέντρα Υγείας και στους αγροτικούς γιατρούς που υπηρετούν με σπορισμώδη τρόπο σε Νοσοκομεία, λόγω ειδικών συνθηκών άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος.

Επίσης διατηρούνται οι πρόσθετες αποδοχές των εδαφίων α' και γ' της παρ. 2 της Α3α/οικ. 15230/89 (ΦΕΚ 732 Β/2.10.1989) κοινής υπουργικής απόφασης των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, όπως κυρώθηκε με το ν. 1881/1990 (ΦΕΚ 42 Α/23.3.1990) και διατηρήθηκε με το άρθρο 20 παρ. 2 του ν. 1963/1991 και καταβάλλονται στους γιατρούς υπηρεσίας υπαίθρου για όσο χρονικό διάστημα αυτοί υπηρετούν σε περιφερειακά Ιατρεία που έχουν χαρακτηριστεί ως άγωνα με τις Α3α/οικ.15230/89 (ΦΕΚ 732 τ. Β/2.10.89), Α/ οικ.62876 /19.12.91/ΦΕΚ 771 τ.Β/31.12.92 και ΔΥ1α/33202/2.9.93/ ΦΕΚ 703/τ Β/10.9.93 κοινές υπουργικές αποφάσεις των Υπουργών Προεδρίας της Κυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.

Τα ανωτέρω δεν ισχύουν: α) για τους σπλίτες γιατρούς υπέρχρους υπηρεσίας υπαίθρου του ν.δ. 67/1968 που διατίθενται από το Υπουργείο Εθνικής Άμυνας και β) για τους γιατρούς του κλάδου Ε.Σ.Υ.

7. Συμβάσεις εργασίας ιδιωτικού δικαίου ορισμένου χρόνου προσωπικού, που έχει προσληφθεί στο Ψ.Ν.Α. για το πρόγραμμα Απεξάρτησης από το Ναρκωτικό σύμφωνα: α) με την αριθμ. 334/11.9.1995 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 413/2.11.1995 Π.Υ.Σ. β) με την αριθμ. 124/20.5.1997 Π.Υ.Σ., όπως τροποποιήθηκε με την αριθμ. 200/28.7.1997 Π.Υ.Σ. και έληξαν, παρατείνοντας έως τη δημοσίευση του παρόντος νόμου κατά παρέκκλιση των διατάξεων που καθορίζουν την ανωτάτη διάρκεια της σύμβασης και η σχέση μετατρέπεται αυτοδικαίως σε σύμβαση εργασίας ιδιωτικού δικαίου αορίστου χρόνου.

Το προσωπικό αυτό κατατάσσεται σε θέσεις ειδικότητας αντιστοιχίας των τυπικών προσόντων ή ειδικότητας που καθορίζεται με την πράξη κατάταξης σε θέσεις που συμστώνται αυτοδικαίως με την ίδια πράξη. Οι συνηστώμενες θέσεις είναι προσωποπαγείς και καταργούνται με την ένταξη του προσωπικού αυτού σε θέσεις που θα συσταθούν με τον οργανισμό του Ψ.Ν.Α..

8. Γιατροί ή οδοντίατροι που έχουν ενταχθεί σύμφωνα με τη διάταξη της παραγράφου 11 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997 και υπηρετούν κατά την έναρξη ισχύος του παρόντος νόμου σε θέσεις του κλάδου γιατρών Δημόσιας Υγείας Ε.Σ.Υ. του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, καθώς και των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων, επανεξετάσσονται, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, μετά από κρίση από το Συμβούλιο της παραγράφου 4 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, στον κλάδο που υπηρετούν και σε βαθμό αναλόγως με τα χρόνια συνολικής παρουσίασής τους, όπως αυτά αναφέρονται στην παράγραφο 11 του άρθρου 6 του ανωτέρω νόμου.

Ο χρόνος ήρωιπηρεσίας που διανύθηκε μετά την απόκτηση των τυπικών προσόντων της παρ. 2 του άρθρου 6 του ν. 2519/1997, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεξετασθούν στο βαθμό Β και ο χρόνος ηρωιπηρεσίας που διανύθηκε μετά τη συμπλήρωση της δεκαετίας, προκειμένου για τους γιατρούς που θα επανεξετασθούν στο βαθμό Α, θεωρείται ως πλεονάζων χρόνος παραμονής στο βαθμό που θα επανεξετασθούν και ηροσμετράται στο χρόνο που απαιτείται για την ηροσαγωγή τους στον επόμελο βαθμό.

Άρθρο 26

1. Οι παράγραφοι 1 και 2 του άρθρου 5 του ν. 1316/1983 (ΦΕΚ 3 Α'), όπως αντικαταστάθηκαν με το άρθρο 2 του ν. 1965/1991 (ΦΕΚ 146 Α), αντικαθίστανται ως ακολούθως:

1. Ο Ε.Ο.Φ. διοικείται από θμελές Διοικητικό Συμβούλιο που αποτελείται από τον πρόεδρο, τον αντιπρόεδρο και επτά (7) μέλη. Οι μέλη του Δ.Σ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας φορομακοποικοί, γιατροί, οδοντίατροι, κτηνίατροι, χημικοί, οικονομολόγοι και ειδικοί στην πληροφοροκή, με ειδικές γνώσεις και εμπειρία στο αντικείμενο του Ε.Ο.Φ., ένας Διευθυντής Ελεγκτικού Συνεδρίου και ένας πάρεδρος Νομικού Συμβουλίου του Κράτους.

2. Οι πρόεδρος και αντιπρόεδρος του Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. ορίζονται με απόφαση του Υπουργικού Συμβουλίου, μετά από πρόταση του Υπουργού Υγείας και Πρόνοιας, πρόσωπα που έχουν γνώση οργάνωσης και διοίκησης. Ο πρόεδρος και αντιπρόεδρος έχουν πλήρη και αποκλειστική απασχόληση.

Με την απόφαση διορισμού του προέδρου και αντιπρόεδρου του Ε.Ο.Φ. καθορίζονται και οι αμοιβές τους.

2. Η παρ. 3 του άρθρου 2 του ν. 1965/1991, που προστέθηκε με το άρθρο 36 του ν. 2161/1993 (ΦΕΚ 119 Α), καταργείται.

3. Η θητεία των μελών του υφιστάμενου κατά τη δημοσίευση του παρόντος νόμου Δ.Σ. του Ε.Ο.Φ. λήγει από το διορισμό του νέου Δ.Σ., με βάση την παράγραφο 1 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 27

1. Για τη νασηλεία στο εξωτερικό των ασφαλισμένων του Οίκου Ναύτου εφαρμόζονται οι εκάστοτε υπουργικές αποφάσεις που εκδίδονται κατ' εξουσιοδότηση των διατάξεων του άρθρου 39 του ν. 1759/1988 (ΦΕΚ 50 Α').

2. Η νομοθεσία του Οίκου Ναύτου εξακολουθεί να ισχύει για όλα τα θέματα που δεν ρυθμίζονται με τις διατάξεις της παρ. 1 του παρόντος άρθρου.

Άρθρο 28

Η ισχύς του νόμου αυτού αρχίζει από τη δημοσίευσή του στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, εκτός εάν ορίζουν διαφορετικά οι επί μέρους διατάξεις.

Παραγγέλλομε τη δημοσίευση του παρόντος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως και την εκτέλεσή του ως Νόμου του Κράτους.

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΟΙ ΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜ. ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΑΤΑΡΤΗΣΗΣ
ΒΑΣ. ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΓΙΑΝ. ΠΑΠΑΝΔΡΗΟΥ

ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΕΥΑΓ. ΒΕΝΙΖΕΛΟΣ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΘΕΡΜΗΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΓΕΡΑΣ. ΑΡΙΣΤΕΝΗΣ

ΓΕΩΡΓΙΑΣ
ΓΕΩΡΓ. ΑΝΩΜΕΡΙΤΗΣ

ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ
ΜΙΛΤ. ΠΑΠΑΚΩΝΝΟΥ

ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΛΑΜΠΡ. ΠΑΠΑΔΗΜΑΣ

ΔΙΚΑΙΟΣΥΝΗΣ
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ

ΕΜΠΟΡΙΚΗΣ ΝΑΥΤΙΑΣ
ΣΤΑΥΡ. ΣΟΥΜΑΚΗΣ

Θεωρήθηκε και τέθηκε η Μεγάλη Σφραγίδα του Κράτους

Αθήνα, 14 Μαΐου 1999

Ο ΕΠΙ ΤΗΣ ΑΚΑΙΟΣΥΝΗΣ ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΕΥΑΓ. ΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΣ